

# 多国間協力事業の M&E 手法の在り方の研究：保健医療人材

相賀裕嗣 社団法人 海外コンサルティング企業協会

(米国ジョージワシントン大学医学系学部群世界保健学教室 客員助教授)

## 1 保健医療人材の分類

保健医療サービスに関わる人材は多種多様である。一般に、保健医療従事者(HWs: Health Workers)は、医師、看護師、助産婦、薬剤師、臨床検査技師等に代表される保健医療技術系の人材<sup>1</sup>を指す。しかし、民間セクターによる保健医療サービスが十分に発達しておらず、公的な保健医療サービスが80~90%と大半を占める開発途上国では、状況は異なる。開発途上国では、保健医療技術系の人材に加えて、一般医療事務官や会計官の事務系の人材や病院の電気系統を担当するエンジニア等の非保健医療技術系の人材、さらには警備員や運転手といった人材<sup>2</sup>も、保健省の職員となることが、一般的である。そして、保健省は、保健医療サービスに直接的あるいは間接的に携わっているという観点から、これらの全ての人材を HWs とみなすケースが多い<sup>3</sup>(図1)。このため、開発途上国におけるHWsの職能種は多岐にわたり、類似する職能群の中でも責務や役割によってさらに小分類がされることがある<sup>4</sup>。

開発援助を提供する側にとっても、開発途上国の HWs を保健医療技術系の人材に限定せず、事務系、非保健医療技術系、その他、の人材も HWs として位置付けることに、一定の意義がある。たとえば、サービス対価の受益者負担や財政的な地方分権化を伴う保健改

革が進行している国においては、会計官を対象にした研修プログラムへの支援が必要になってくる<sup>5</sup>。あるいは、全国予防接種デー(NID: National Immunization Day)の対策として、コールドチェーン(Cold Chain)確保等の詳細なロジスティックの研修を、運転手等の職能種にも研修プログラムを提供する必要がある<sup>6</sup>。

職能別の分類以外にも、(i)職位ランク、(ii)勤務先機関のタイプ、(iii)勤務地区、等によって保健医療人材を分類することがある。

## 2 保健医療人材のモニタリング・評価の現状

保健医療サービスは、労働集約性が高い産業である。よって、開発途上国か先進国であるかに関わらず、保健医療サービスの総経費の60~80%が人件費に費やされている<sup>1</sup>。しかし、これだけの多額を保健医療人材へ支出しながら、保健医療人材に関する指標は十分に開発されていないのが現状である。そのため、保健医療人材に関して適切なモニタリング・評価(M&E: Monitoring & Evaluation)が実施できていない。現在、国際的に用いられている保健医療人材に関する指標は、対人口比の保健医療人材数の指標に限られる<sup>11</sup>。表1に各国国際機関が用いる各種の対人口比の保健医療人材数の指標をまとめた。

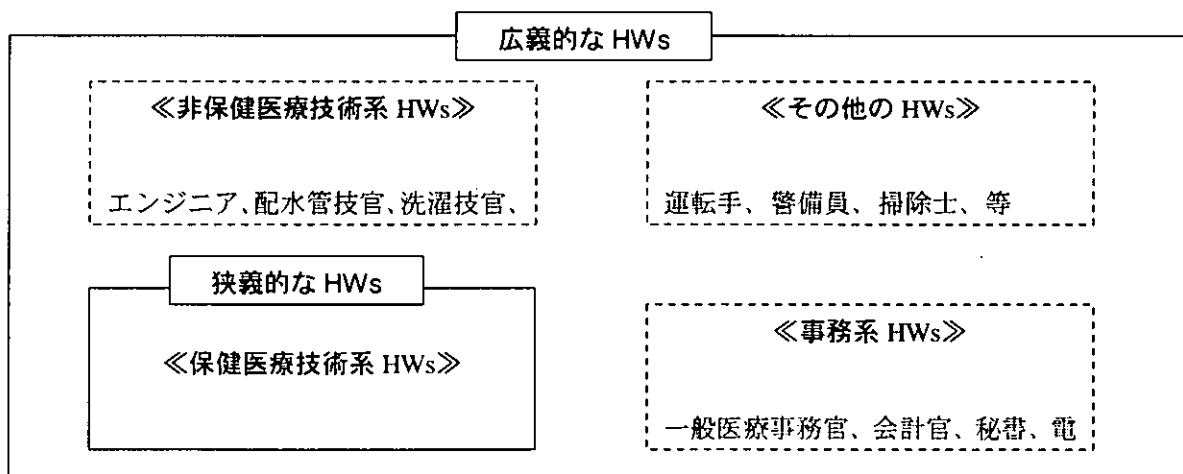
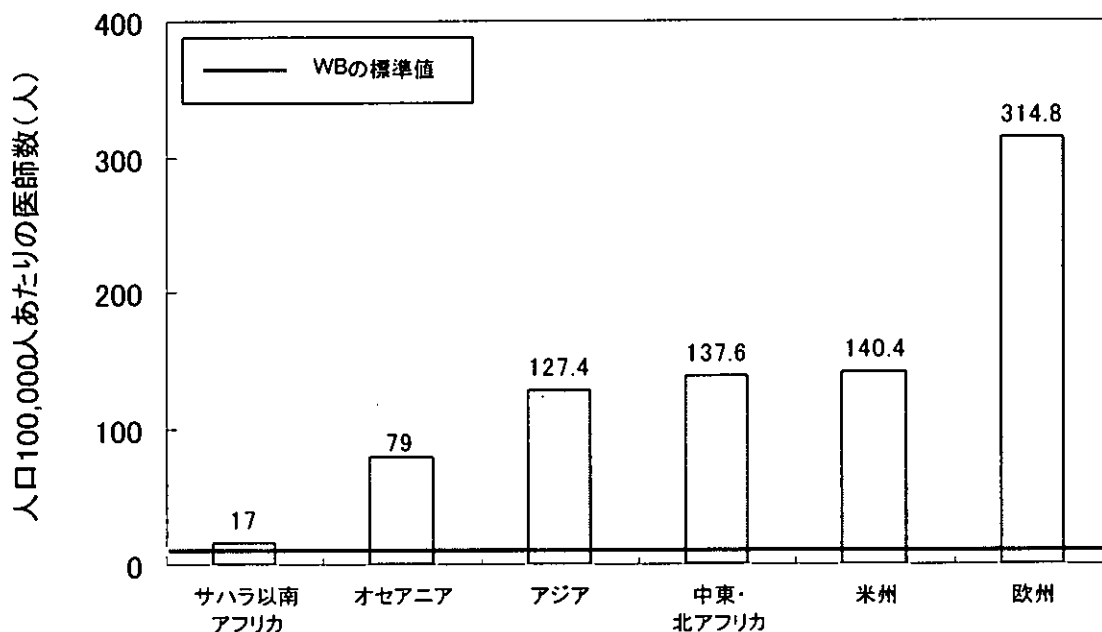


図1 狭義的および広義的な保健医療従事者 HWs の定義

表1 保健分野の国際機関が用いる対人口比の保健医療人材数の指標

	対人口比の保健医療人材数の指標 (○:用いている、×:用いていない)					関連ウェブサイト
	単位人口 あたり	単位人口 あたり	単位人口 あたり	単位人口 あたり	単位人口 あたり	
	医師数	看護師数	助産婦数	歯科医師数	薬剤師数	
世界保健機関 WHO * <sup>1</sup>	○	○	○	○	○	<a href="http://www3.who.int/whosis/health_personnel/health_personnel.cfm?path=whosis,health_personnel&amp;language=english">http://www3.who.int/whosis/health_personnel/health_personnel.cfm?path=whosis,health_personnel&amp;language=english</a>
世界銀行 WB * <sup>2</sup>	○	×	×	×	×	<a href="http://publications.worldbank.org/WDI/indicators">http://publications.worldbank.org/WDI/indicators</a>
国連児童基金 UNICEF	×	×	×	×	×	<a href="http://www.unicef.org/infobycountry/index.html">http://www.unicef.org/infobycountry/index.html</a>
国連人口基金 UNFPA	×	×	×	×	×	<a href="http://www.unfpa.org/sustainable/docs.htm">http://www.unfpa.org/sustainable/docs.htm</a>
国連エイズ計画 UNAIDS	×	×	×	×	×	<a href="http://www.unaids.org/EN/in+focus/monitoringevaluation.asp">http://www.unaids.org/EN/in+focus/monitoringevaluation.asp</a>

[注] \*<sup>1</sup> WHOは100,000人あたりの医師数、看護師数、助産婦数、歯科医師数、薬剤師数を用いている。  
\*<sup>2</sup> WBは、1,000人あたりの医師数を用いている。また、看護師数と医師数の比率も指標として用いていた。



Data source:  
[http://www3.who.int/whosis/health\\_personnel/health\\_personnel.cfm?path=whosis,health\\_personnel&language=english](http://www3.who.int/whosis/health_personnel/health_personnel.cfm?path=whosis,health_personnel&language=english)

図2 人口100,000人あたりの医師数の地域別比較

対人口比の保健医療人材数を国際比較が可能な指標として用いているのは、WHOと世界銀行(WB: World Bank)の2つの機関に限られている。他の保健関連の国際機関は、対人口比の保健医療人材数さえも指標として年次報告書やウェブサイトに掲載していない。よって、日本ならびに外国の二国間援助機関の保健セクターのレビューを目的とした報告書においても、保健医療人材に関する記述は、対人口比医師数や同看護師数

の表記等の量的分析に留まることが一般的である。

WBは、対人口比保健医療人材のデータの解釈・評価の基準として、人口1,000人あたりの、ならびに看護師2~4人あたりの、医師数はいずれも0.1人であること<sup>7</sup>を最低限必要な標準値としている<sup>iii</sup>。図2は、WHOのデータに基づく人口100,000人あたりの医師数の平均値を地域別に表したものである。全ての地域は、平均値においてWBの設定する最低限必要な標準値(人口

1,000人あたり医師数0.1人=人口100,000人あたり医師数10人)を上回るが、サハラ以南アフリカでは41ヶ国中23ヶ国(56.1%)が標準値を満たしていない。これに比して、他の地域ではこの基準値を満たしていない国の数は非常に限れている。オセアニアでは16ヶ国中パプアニューギニア1ヶ国(人口100,000人あたり医師数7.3人)、アジアでは35ヶ国中ネパール1ヶ国(同4.0人)、米州では35ヶ国中ハイチ1ヶ国(同8.4人)、のみが各々WBの標準値を下回るに留まっている。欧州ならびに中東においては全ての国が、標準値を上回っている<sup>iv</sup>。

### 3 保健医療人材のモニタリング・評価の課題

既述の通り、保健医療人材の量的な側面を計測するための指標が2つの国際機関においてのみ用いられているに留まり、人材の質を国際比較が可能な形で計測するための指標は欠落している。その影響もあって、保健医療人材に関する戦略が、量的側面に偏重してしまった経緯が散見される<sup>v</sup>。その結果、サハラ以南アフリカ諸国とは対照的な医師をはじめとする保健医療人材の過剰供給が、中進国や先進諸国で見られる。

たとえば、メキシコでは、1970年以降の医学部の大幅な増設により、1960年には20,600人であった医師数が1990年にはその8倍の166,000人に急増した。しかし、保健医療サービスの規模はこれに呼応して拡大しなかったため、主要都市部では医師の7%が失業し、11%が保健医療サービス以外の職種に就業する低所得者層に分類されている。医師の拙速な急造という量的側面への偏重主義が医学教育の質の低下も容認したため、技術ならびにモラル等の医師の質的レベルも著しく低下した。また、カナダや英国では、医師の過剰供給に備えて国外からの外国人医師の移民に制限を設けたり、デンマークでは医師間での雇用確保を目的としたワークシェアリングによる勤務時間短縮を行っている<sup>iii</sup>。

保健医療人材の質的課題は、随時、事例研究として取り上げられる。しかし、それらの質的課題の多くを集約し指標に纏め上げる努力は不十分で、結果として単なる課題の累積に陥っている。多国間援助機関のみならず二国間援助機関も、個別の各プロジェクトにおいて人材育成の進捗をモニターするための質的指標として、『専門技術・知識が向上したHWsの比率』といった

不明瞭な指標を掲げることも珍しくない<sup>vi</sup>。あるいは、プロジェクトの進捗報告書に、『保健医療従事者の技術レベルに問題がある』等といった漠然とした記述も頻繁に見られる<sup>vii</sup>。何を以て『専門技術・知識が向上した』とみなすのか、何を以て『技術レベルに問題がある』としているのか、明確かつ統一的な基準はないのが現状である。すなわち、保健医療の人材育成の質的なモニタリングは、明瞭さや正確さに欠け、統一的な手法や基準によりなされてはいない。その結果、プロジェクト間のデータ比較も困難でデータそのものの信頼性も疑わしい部分を含んでいると言わざるを得ない。保健医療の人材育成は、質と量の両輪が並行して進めなければならないが、その両輪のひとつである質的側面の計測のための指標の欠落は、より深刻に捉えられるべきである。

こうした保健医療人材に関する指標の不備は、同分野での研究が軽視されていることによると考えられる。これは保健医療人材に関する研究が、たとえば生医学分野等に比して学術研究分野としての認識が不足しているためと、世界保健機関WHOは指摘している<sup>viii</sup>。保健医療人材の分野の開発レベルや進捗を適切にモニタリングならびに評価するためには、同分野の研究がより多くなされる必要がある<sup>ix</sup>。この反省に基づき、保健医療人材の質的側面の指標化のひとつの試みとして、継続専門教育(CPE: Continuing Professional Educationあるいは現職研修IST: In-Service Training)へのアクセスの程度を表す指数の開発もある<sup>x</sup>。

#### 注記

- 1 狭義的なHWs
- 2 先進諸国では公的保健医療機関においても警備員等は、民間企業に外注することが一般的である。
- 3 広義的なHWs
- 4 たとえば、ガーナの場合、大分類上だけでも72職種がある。
- 5 世界銀行(WB: World Bank)や各国の開発援助機関の協調によるCommon Pooling Fund等の資金を用いて、実施されることが多い。
- 6 国連児童基金(UNICEF: United Nations Children's Fund)や世界保健機関(WHO: World Health Organization)が、拡大予防接種計画(EPI: Expanded Programme on Immunization)の一環として、ポリオ・ワクチン一斉投与のためのMicro-Planningの研修を運

転手を含む HWs を対象に実施することがある。

7 すなわち、人口 1,000 人あたりの看護師数は 20~40 人が最低限必要な数値となる。

---

#### 参考文献

- i WHO. Increasing the relevance of education for health professionals. WHO Technical Report Series 838. Geneva: WHO; 1993. 1-2 および Merson MH. et al. *International Public Health: diseases, programs, systems, and policies*. Githersburg: An Aspen Publication; 2001. 572-580.
- ii [http://www3.who.int/whosis/health\\_personnel/health\\_personnel.cfm?path=whosis,health\\_personnel&language=english](http://www3.who.int/whosis/health_personnel/health_personnel.cfm?path=whosis,health_personnel&language=english) (2003 年 10 月アクセス)
- iii World Bank. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Washington DC: World Bank; 1993. 139-144.
- iv ii に同じ
- v Simmonds S. *Human resources development: the management, planning, and training of health personnel*. *Health Policy Plan*. 1989; 4 (3): 187-196.
- vi たとえば、  
<http://www.unfpa.org/exbrd/2004/firstsession/dpfpd-ec-u-4.pdf> (2003 年 10 月アクセス)
- vii たとえば、WB 案件の  
[http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/06/06/000094946\\_03052804031425/Rendored/PDF/multi0page.pdf](http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/06/06/000094946_03052804031425/Rendored/PDF/multi0page.pdf)、JICA 案件の  
[http://www.jica.go.jp/evaluation/before/2002/gua\\_01.html](http://www.jica.go.jp/evaluation/before/2002/gua_01.html)  
(いずれも 2003 年 10 月アクセス)
- viii World Health Organization (WHO). *Health Manpower Requirements for the Achievement of Health for All by the Year 2000 through Primary Health Care*. Geneva: WHO; 1985. 55-57.
- ix Aiga H., Banta J.E. (2003) Emerging crisis of Continuing Professional Education: Becoming dead letter between external pressure and personal incentive? *International Journal of Health Planning and Management*. 18 (3): 267-271.
- x Aiga. *Measuring Access to Continuing Professional Education among the Health Workers in Ghana: Constructing an Index* (submitted to *Journal of Continuing Education in the Health Professions*)

# タンザニア共和国の保健セクターにおける開発援助協調の現状と展望

杉下智彦 東京大学医学研究科 国際保健計画教室

## 1 はじめに

タンザニアの保健セクターでは他の省庁に先駆けてセクター・ワイド・アプローチ (SWAp) による援助協調を実施し、政府予算会計システムへの共通財源融資によるコモン・バスケット・ファンドを導入し運用を始めている。本稿では、まずタンザニア保健セクターにおける開発援助協調の潮流を概観し、次に SWAp とその実施方策であるコモン・バスケット・ファンドについて各援助国・機関のダイナミズムの現状と問題を検討し、最後に今後の展望について考察する。なお、本稿は個人的考察・判断に基づくものであり、所属組織などの一般的な考えを述べたものではない。

## 2 タンザニアにおける保健指標

タンザニアにおける公式資料での基礎的な経済指標および保健指標はここ 10 年間で以下のように推移している(表1)。

表1に見られるようにタンザニアの総人口は急激に増加しており、10年間で約1000万人(40%)の増加が認められる。しかし平均余命に関しては HIV/AIDS の蔓延によって短くなっており、また主要な死亡率には大きな改善が認められない。他方、経済的には一人当たりの GNI、GDP ともに上昇インフレーションも抑制され安定した発展を示しており、健康指標との間に大きな較差が認められる。

また保健施設の利用状況であるが、約半数の人々は地方の政府系もしくは教会系の保健所 (Health Center) を利用している。また民間診療は 1977 年以降禁止されていたが、保健セクター改革の柱として 1994 年に完全解禁され自由診療が認められるようになり、都市部を中心に個人診療所や民間薬局が次々と開業したことを受けて利用者が急増している。このために保健施設選択の幅が広がってきているが、一方で地方の人々の間ではサービスの質において不公平感が生じてきている。またタンザニアでは教育水準が近隣諸国に比して格段に高いことや旧ニエレレ政権下で保健施設の拡充、利用が強制的に促進されたことを反映して、現在では伝統診療を治療の第一選択にする人は少ない(表2)。

このような保健指標の状況の中で、特に PRSP における目標を達成し、MDGs で示された保健指標を満たすためには、保健分野におけるこれまでの援助形態を再考し、より効率的かつ効果的な援助様式としてのタンザニア政府の財政基盤強化を通じた開発援助協調による新しい援助方針を取り入れなければならなかった。そのためタンザニアにおいては、他のセクターに先駆けて保健分野においてセクター・ワイド・アプローチ (SWAp) による援助協調が導入され、現在に到るまで一定の効果をあげている。

表1 タンザニアにおけるここ 10 年間の経済・保健指標の動向

	1990	1995	1998	2001	2002
Population	2550	2960	3210	3440	3520
Population growth (annual %)	3.2	3.3	2.4	2.1	2.0
Life expectancy (years)	50.1	48.5		43.7	43.1
Population below \$ 1 a day (%)	51	19.9			
Prevalence of child malnutrition (% of children under 5)	28.9	30.6		29.4	
Fertility rate (birth per woman)	6.3	5.8	5.6	5.2	5.0
Infant Mortality Rate (per 1000 live births)	112	109	104	104	107
Under 5 mortality rate (per 1000 children)	163	164	164	165.0	169
Maternal mortality rate (per 100,000 live births)		1,100		770	
HIV prevalence (Male blood donors)	3.2	6.7	8.5	9.2	
HIV prevalence (Female blood donors)	7.2	9.2	11.8	13.3	
Adult literacy rate (% ages 15 and over)	62.9	69.2		76.0	77.1
GNI per capita, atlas method, current US \$	190	160	230	270	280
GDP growth (annual %)	1.3	1.4	3.7	5.7	5.9
Inflation (annual average %)	28.9	33	12.8	5.5	4.6

Data not available

World Development Indicators Database 2003 (World Bank)  
Health Statistics Abstract 2003 (Ministry of Health, Tanzania)

表2 保健施設の概況

First source of curative outpatient care		
Hospital	Governmental	17 %
	Voluntary / private agency	6 %
Health center / dispensary	Governmental	40 %
	Voluntary agency	10 %
	Private agency	14 %
Others	Traditional	13 %

Tanzania Human Resources development Survey, World Bank, 1999

## 3 セクター・ワイド・アプローチ (SWAp)

1990 年代は、援助モダリティの多様性が検討され、それまでのプロジェクト方式技術協力のあり方が再考されてきた。プロジェクト方式をはじめとする Vertical

implementation の問題点としては、以下の課題が指摘されている<sup>1)</sup>。

1. プロジェクトの併存により、リソースの無駄、重複が認められる。
2. 共通の目的達成のための、効率性、有効性が低い。
3. プロジェクトの乱立は、被援助国側のマネージメントの混乱を招く。
4. 被援助国の問題解決に対するオーナーシップや主体的・自立的なキャパシティ・ビルディングを阻害する。
5. プロジェクトが実施された地区とそうでない地区との間で、保健指標や保健医療サービスのギャップが生じる。
6. 国家の優先課題より、援助国側の理論が優先される傾向がある。
7. 被援助国の目的意識の形成、達成感などのモチベーションを阻害し、持続的な発展を阻害する。
8. 国家予算会計外のところで、各援助国の独自の会計下で行われるプロジェクト予算は、長期的な国家開発展望に立つことが出来ず、プロジェクト終了とともに予算が削減されることで、国家会計が振り回され持続的な発展が望めない。

これらの問題点を克服するために、開発援助協調の必要性が問われその実施方策が練られてきた。世銀の推し進める Sector Investment Programme (SIP)ならびに欧州を中心とした Sector-Wide Approaches (SWAPs)は、従来のプロジェクト方式の二国間技術援助に代わり、被援助国のリーダーシップならびにオーナーシップを尊重し、被援助国の予算会計機能の強化を通じた成果主義にもとづく新しい援助形態である。

セクター・ワイド・アプローチ (SWAp) は、Sector Approach (SA) もしくは Sector Wide Approaches (SWAPs) とも言われる。これは援助理念の総称であり、これを実現可能にするための実施方策としては、Sector Wide Approach Programmes (SWAPs)、Sector Investment Programmes (SIPs, WB)、Sector Development Programmes (SDPs)、Sector Expenditure Programmes (SEPs)、Sector Policy Support Programmes (SPSPs, EC)とも表現され、これらの用語の違いは、各援助機関が強調する内容が異なっているためである。最も

使用される SWAp と SWAPs はこれをプロセスと実施プログラムの違いと区別する援助国もあるが、ここでは SWAp をタンザニアにおける一般的な開発援助協調プログラムとして採用する。

SWAPs の定義としては、当該政府および援助国、NGO などの市民組織などが共通の問題意識を持ち、政府の公的支出プログラム (Public Expenditure Programme) の中で資金援助を行うことであり、以下の特徴がある<sup>2)</sup>。

1. 被援助国の統一された支出計画に対して資金援助を行う。
2. 被援助国政府は、計画・立案・実施・調整に対して強いリーダーシップを発揮しなければならない。
3. すべてのパートナーが共通の枠組みの中で運営・実施・管理・評価を行っていく。
4. 最終的には被援助国自身の予算から問題解決のためのすべての財政支出を行い主体的な発展を継続する。
5. セクター・アプローチはさらに上位の共通目標に向かって援助・被援助諸国が協調を行うことであり、その上位目標には PRSP が、指標には MDGs が、財政的には Medium-term Expenditure Framework (MTEF) が重視される。

また WHO では以下のように定義している<sup>3)</sup>。

1. 被援助国政府のリーダーシップのもとに、共通の保健・開発課題に対して、被援助国政府、援助国政府、非政府組織 (NGO)、市民社会がパートナーシップを構築し、有効な資金援助と優先順位の高い問題への戦略的な介入を行うこと。
2. 被援助国の会計システム上で援助国が共通の予算執行の枠組みを構築し、財政融資を行うこと。
3. 被援助国・援助国双方に有効な援助政策のモニタリング・評価のシステムを有すること。
4. 被援助国と援助諸国が共通の課題に対して同じ時間枠の中で戦略的に取り組むこと。
5. 問題解決のための能力向上 (キャパシティ・ビルディング) を被援助国・援助国双方が有効に行っていくこと。

上記のような背景を基礎に、SWAp には以下のようないくつかの形態がある。

1. Sector Budget Support: 被援助国の予算会計シス

テムの成否にかかわらず、援助国が財政直接投資を行う。

2. A pooled Common Fund: 一定の枠組みの中で共通の課題に対して援助諸国が協調して財政投資協調を行う。
3. Special Budget Support: ある援助諸国の集合体 (EU など) での意見調整のもとに、共通な財政投資の枠組みの中で被援助国の会計システムをサポートする。

これらを簡単にまとめると以下のマトリックスで表現される(表3)。

表3 開発スキーム別マトリックス

		資金調達手段	
		充填出資	共同出資
活動計画・実施	垂直的	Box 1	Box 2
	統合的	Box 3	Box 4

Integrating Vertical Health Programmes into Sector Wide Approaches; Experiences and Lessons., Adrienne Brown, Swiss Agency for Development and Co-operation, 2001 より著者改変

Box 4 で表現されるところが SWAp の目指す究極的な援助形態である。SWAp を導入した途上諸国でも、多くの活動が未だ Box 3 もしくは Box 2 に留まっている。その中であってタンザニアの保健セクターで行われているコモン・バスケット・ファンドの試みは Box 4 での取り組みとして国際社会から注目されている。

#### 4 開発援助協調と SWAp

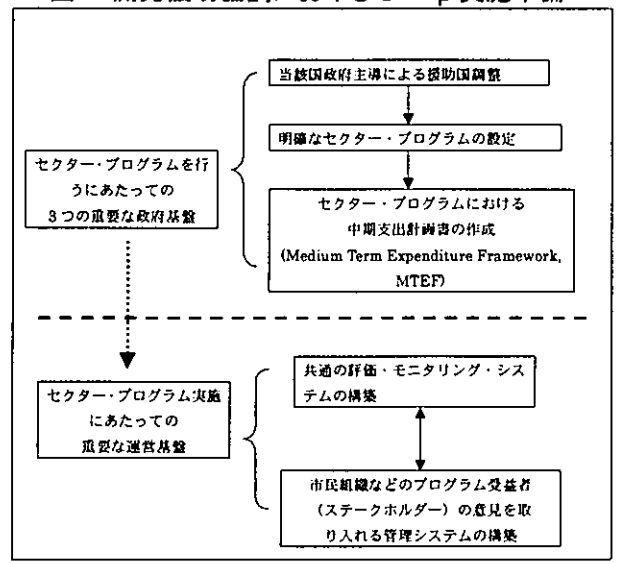
セクター・プログラムを実施するにあたり当該被援助国では開発援助協調を可能にするために以下のプロセスが必要であるとされる(図1)。

また、開発援助協調の最も大きな目標は、当該被援助国の会計システムの中で当該国の一元的管理下に、予算立案、執行、評価・モニタリングを行うことである。これを可能にするためには、以下のステップがある(図2)。

Off-budget financing は当該国の予算とは関係なく、援助国側から直接もたらされる援助財源であり、当該国の国家優先順位とは関係ない形で行われる。また、On-budget financing は、世銀・IMFなどが CDF などの中で示したように、国家予算の中での援助融資システムであり、国家が優先順位によって資金を長期運用し、オーナーシップを持ってモニター・評価することを可能にするものである。現在のところアフリカ全体では、実に

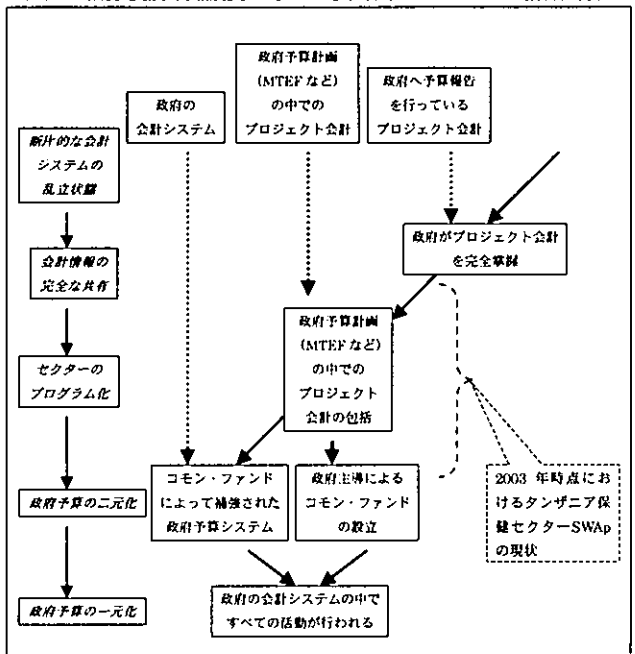
80%が二国間のプロジェクト方式技術援助による Off-budget 予算であり、わずか 17%が On-budget 内の活動に使われているにすぎないと言われている。

図1 開発援助協調における SWAp 実施準備



Guidelines for European Commission Support to Sector Programmes. European Commission, 2003 より著者改変

図2 開発援助協調における会計システムの諸段階



Guidelines for European Commission Support to Sector Programmes., European Commission, 2003 より著者改変

ここで重要なのは、今までの政府予算システムは回帰的予算 (recurrent budget) が体質的に弱く、政府予算が大幅に削減されたり、国家財政外のプロジェクト予算が終了したりすると、今まで行ってきた事業への投入が継続できなくなることであった。特に保健分野では予算

の継続性に不安があることは政府システム上の致命的な欠陥であった。つまり開発援助協調が真に目指すところは、単なる事業の効率化や透明性の確保、成果の達成だけではなく、政府の予算会計システムとコモン・ファンドによる予算会計システムの両立による相互補完的会計システムを構築することであり、当該被援助国が「財政的」に強健な体質となることを目指すものである。そしてこの途上国の「財政的強健さ」は、国内の安定的

経済発展の基礎となりえると同時に、国際金融市場の安定や市場の自由化促進を通して国際社会・市場経済にとっても多大な恩恵があるとの目論見が、ブレトンウッズ機関をはじめとする開発援助協調を推し進める援助諸国側にあるものと思われる。

次に現在タンザニアで計画・実施されている開発援助協調による財政支援をあげておく(表4)。

表4 2003年度までに導入(検討)されている開発援助協調

名称	開始年度	投入先	参加国	検討国
Poverty Reduction Budget Support	1997	National Budget	EU, Canada, Denmark, Finland, Ireland, Japan, Netherlands, Norway, UK, Switzerland, WB	
SWAp	1998	Health Sector Common Basket Fund (HCBF)	WB, Denmark, Germany, Ireland, Netherlands, Norway, Switzerland, UK,	WHO, USAID, Japan
	2003	Primary Education (PEDP)	(pooled fund) EU, Netherlands, Sweden, Norway, Ireland, Canada, (direct budget support) Sweden WB	
	検討中	Agriculture		Japan, Denmark, EU, Ireland, World Bank. Sector working group.
Sector Development Programme	1997	Local Government Reform Programme (LGRP)	EU, Denmark, Finland, Ireland, Netherlands, Norway, Sweden, UK, UNDP	WB
	検討中	Tax Administration Programme		WB, Denmark, EU, Finland, GTZ, Sweden, UNDP, UK, USA.
	検討中	Public Finance Management Reform		World Bank, EU, UK, Sweden, Switzerland, Norway.
Sub-sector pools between donors	個別	Independent Monitoring Group	UNDP, UNICEF, Denmark, Ireland, Finland, Germany, Netherlands, Norway, Switzerland, Sweden, USA	

Integrating Vertical Health Programmes into Sector Wide Approaches; Experiences and Lessons, Adrienne Brown, Swiss Agency for Development and Co-operation, 2001 より著者改変。

## 5 タンザニアにおける保健セクター改革と SWAp

タンザニアにおいては援助協調、SWAp 導入、プログラム財政融資に先立ち、1993 年に保健セクター改革が保健省を中心として計画された。以降、保健セクター改革は、1995 年に3年計画案(Strategic Health Plan for 1995/1998)が国会で承認され、1996 年に行動計画書(Action Plan for 1996-1999)として発表され、1996 年以降大規模な保健セクター改革が実施されてきている。これは、地方行政改革とならびタンザニアにおけるセクター改革の柱であり、ニュー・パブリック・マネージメント導入による政府構造改革の一環として行われている。

1998 年には、保健省と援助諸国の間での会議において、SWAp を保健セクター改革の重要課題とすることが了承され、以下のような経過を経て1999 年より SWAp が実施されている(表5)。

表5にあるような政策動向に関して若干詳しく経過を追ってみる。

1994 年 4 月、タンザニア政府は、保健セクター改革案(Proposals for Health Sector Reform)を国会に提出し、1996 年 3 月に国会にて承認された。同プロポーザルは、世界同時的に行われているニュー・パブリック・マネージメント導入による行政組織の改革の流れを受けて、国際機関、援助諸国、市民団体からも歓迎され、政府は本格的な保健セクター改革に着手した。

表5 SWAp 開始までの政策動向

発効年次	内容
1998 年 2 月	保健省内における SWAp 最終計画立案 (Joint Statement)
1998 年 3 月	SWAp 実施に関する政府・援助機関との合意 (Joint Side Agreement)
1998 年 4 月	SWAp への財政投入開始
1999 年 6 月	保健セクター改革に関して、Programme of work 1999-2002、および保健省年間計画案 Plan of Action 1999/2000 の発効
1999 年 10 月	保健セクターにおけるコモン・バスケット・ファンドの設立 (Memorandum of Understanding)
1999 年 12 月	コモン・バスケット・ファンドの運用開始
2000 年 3 月	第一回保健セクター改革合同評価の実施



1998年、タンザニア保健省は向こう3年間の行動計画を、Programme of Work 1999-2002としてまとめ、その中でSector-wide Approach (SWAp)の推進をセクター改革の重要な目標として位置づけた。この行動計画書の中でタンザニア保健省は、以下の8つの目標を掲げている<sup>4)</sup>。

1. 地方分権化の促進・能力強化と地方保健システムの質的、量的な改善。
2. 第2次、第3次リフェラル病院のサービスの改善。
3. 保健省内部の構造改革とリーダーシップの確立
4. 人材育成の強化と雇用の促進
5. トランスポート、コミュニケーションなどの情報伝達システムの改善
6. コスト・シェアリングの促進
7. 民間、非政府組織との連携の強化
8. 国際援助協調の調整とパートナーシップの構築 (SWAp)

しかし援助国側からは、Programme of Work 1999-2002が以下の点で不透明であるという指摘がなされた<sup>5)</sup>。

1. Fragmentation: 既存のリソースをどのように有効活用するかの具体的なビジョンに欠け、実効性に乏しい。
2. Responsibility: 地方分権の流れの中で予算執行・計画実施・評価などに関して、どこが責任を持つべきなのかは、保健省内部では解決できず、国家全体で取り組む必要がある。特に予算執行に関しては非常に困難な課題と考えられる。
3. Performance: 保健情報システムおよびデータベースの整備が不十分であり、また既存のマネジメント能力が未成熟の中で、国家主導の保健介

入を行うには、“wish list”に対する盲目的な活動になってしまう恐れがある。

このような問題に呼応していくつかの援助諸国からは、保健省のover capacityを指摘する声や、事業の展望が不透明である点などが議論されたが、保健省は 1. リソースの有効活用と責任の所在は、今後の展開をみながら柔軟に対応していくこと、2. SWAPs という新しい援助形態に対しての、予算施行、計画実施、モニタリング・評価の諸分野に関して、“learning-by-doing”という体制で臨んでいく、という見解が出された。

しかしこのような先行きの不透明さがあるにもかかわらず、国際的な援助協調の潮流を受けて、SWAp の概念は、保健省の中で1998年より世界銀行、DFID、SDCとタンザニア政府が議論を進めてきたJoint funding for SWAPsに引き継がれ、1999年にコモン・バスケット・ファンド(Common Basket Fund)として先の3援助国・機関をはじめ、DANIDA, Ireland Aid, Norwayの6カ国・機関で承認され、後にGermany, Netherlandsを加えた8カ国で実施されることとなった。

保健省はSWAp導入に先立ち、保健セクター改革およびSWAp運営に関する以下の委員会を選定した(表6)。

このような委員会の設置は、タンザニア政府が主体性を持って構築したコーディネーション(援助調整)の場所として機能することになり、SWApの計画・実施に関して大変大きな役割を担っている。これらの委員会の中でタンザニア政府は、各開発パートナーとともに具体的なSWAp導入を討議し、2000年にはSWApの具体的な実施方策であるコモン・バスケット・ファンドが8カ国・機関の援助協調によって開始されることとなった。

表6 保健セクター改革ならびにSWAp運営委員会

議題	名称	議長	参加メンバー	回数
保健セクター改革関連	Primary Health Care Steering Committee	保健省事務次官	保健省各部長、医務長官、他の省庁代表(教育、農業、地方自治省、大統領府など)	年4回
	Health Sector Programme of Work/Action, Implementation and Management Committee	保健省事務次官	保健省各部長、医務長官、PHC委員会議長	月1回
	Technical Committee of Health Sector Reform Strategy	PHC運営委員会議長	8つの作業調整委員長	月1回
SWAp関連	SWAp Committee	保健省事務次官	保健省各部長、医務長官、他の省庁代表(財務省、地方自治省、大統領府など)および援助国各代表、市民組織代表、民間組織代表	年2回
	Basket Committee	保健省事務次官	保健省各部長、医務長官、他の省庁代表(財務省、地方自治省、大統領府など)および援助国各代表	年4回
	Basket Financing Committee	保健省事務次官	保健省各部長、医務長官、他の省庁代表(財務省、地方自治省、大統領府など)および援助国各代表	年4回

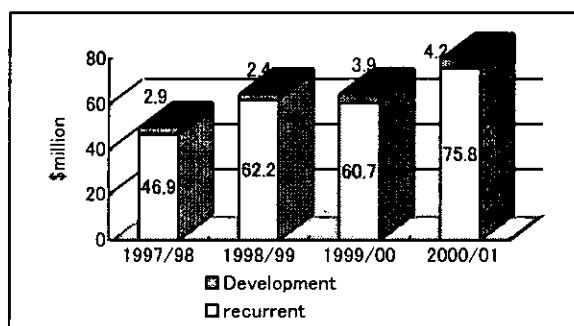
## 6 保健セクター改革後の予算の推移

保健予算執行に関するデータは以下のように報告されている(図3)。

これによるとタンザニアの保健予算執行に関しては、ここ数年非常に有効に執行されていると言える。予算は PRSP の重点分野を反映して年々増加しており、また新規事業(development budget)への国家介入の強化が認められる。また Public Expenditure Review 2002では、国民一人当たりの政府保健支出については、\$5.52 (1999/2000) が\$5.88 (2000/2001) と上昇している。また地方保健財政への国庫支出も地方分権を受けて\$0.7から\$1.8に上昇している。

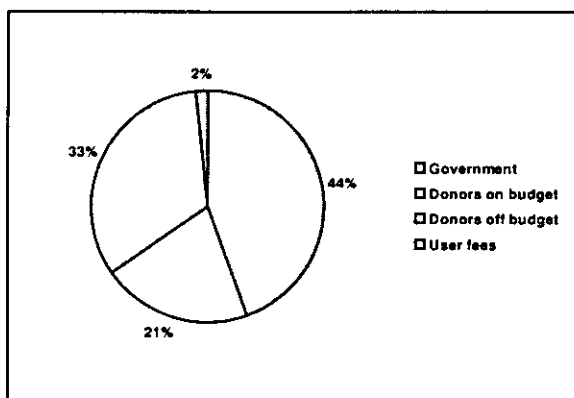
また予算の拠出別内訳であるが、以下のような配分であった(図4)

図3 保健セクター改革後の保健予算の推移(政府拠出分)



Poverty Reduction Strategy Paper – Progress Report Joint Staff Assessment, IMF/IDA, 2003より著者改変

図4 2001年度予算の拠出分野別内訳



Poverty Reduction Strategy Paper – Progress Report Joint Staff Assessment, IMF/IDA, 2003より著者改変

保健セクターへの総予算(180 US million)は、全政府予算(2,219 US million)の8.1%であり、そのうち44%が政府拠出、54%が援助国からの拠出、わずかに2%がコスト・シェアリングとコミュニティ・ヘルス・ファンド

(Community Health Fund, CF)を含んだサービス料金徴収(user fee)による資金回収である。つまり政府予算では保健セクターの運営費の半分もまかないきれないことになる。また事業の採算性についても、わずか2%しか回収しきれないために持続性に甚大な問題がある。ただ保健セクターによる活動は、元来採算性のない人々の基本的ニーズとして認識されるべきであり、急激なコスト回収は望めない状況である。そのために54%を占める援助国からの資金援助が Tanzania Assistance Strategyに沿った国家再建・将来の発展のために欠かせないのである。

しかし PRSP において国家予算の効率性・透明性の確保とタンザニア政府の財政機能の強化を通じた開発援助協調が謳われているにもかかわらず、会計外援助予算(off budget)が33%と保健予算の3分の1近くを占めていることは問題である。タンザニアの会計システム内予算が22%(内コモン・バスケット・ファンドが55%を占める)と大幅に上昇しているものの、バスケット・ファンド以外で政府のコントロール外にある保健活動が依然として多いことがわかる。今後は、これらの会計外援助予算をどのように政府の会計システムに取り込んでいくのか、SWAp 以外の方法論を含めてタンザニア政府は援助諸国との調整にあたることを期待されている。

## 7 保健セクターにおけるコモン・バスケット・ファンド

タンザニア保健省が進めるセクター改革の柱の一つとして、コモン・バスケット・ファンドの設立がある。これは開発援助協調における SWAp を財政支援という形で具体化した政策であり、タンザニア政府主導のもと他の援助パートナーがより効率的、効果的な保健政策介入を行えるようにするための新しい政府財政基盤を構築することにある。

1998年より世界銀行、英国(DFID)、スイス(SDC)とタンザニア政府が協議を進めてきた SWAp は、1999年にコモン・バスケット・ファンド(Common Basket Fund)として先の3援助国・機関をはじめ、デンマーク(DANIDA)、アイルランド(Ireland Aid)、ノルウェー(NORAD)の6カ国・機関で承認され、後にオランダ、ドイツを加えた8カ国・機関で2000年から運用を開始した。これは、保健セクターに関与する16の援助国・機関のうち半数以上(56%)から支持されたことを示している。

コモン・バスケット・ファンドでは、まずコンセプトに合

意する援助諸国が財政的援助を政府の中央銀行に拠出し、タンザニア政府は地方自治政府から出される予算執行計画を審査した上で、四半期ごとに執行される。また会計検査を第三者機関に委託して年1回行うことで透明性ある運営がなされている。

コモン・バスケット・ファンドの実施にあたっては、表6のように保健省内に以下の3つの委員会を設け運営管理を行っている。

1. **SWAP Committee:**保健省の Permanent Secretary を議長として、保健省、地方自治省、財務省の担当官と開発援助委員会(DAC)の開発援助国の代表者(15 カ国)、国際機関、民間団体、市民団体の代表者からなる委員会。年2回の定例会議で、主に Health Sector Reform process の評価にあたる。
2. **Basket Committee:**保健省および地方自治省が共同議長となって、バスケット・ファンドに参加、もしくは参加を検討している援助国・機関によって構成される委員会。バスケット・ファンドの運用に関する報告のほか、参加を検討しているもしくは参加していない援助諸国・機関との政策の整合

性を取ったり、財政上の支援を話し合ったりする調整的な機能を持つ。

3. **Basket Financing Committee:**保健省および地方自治省が共同議長となって、財務省担当官、バスケット・ファンドに参加する8つの援助諸国・機関から構成される委員会。SWAP 委員会のサブ・グループであるが、年4回の定例会議で、地方政府から提出される年次保健予算報告書(Comprehensive Council Health Plan, CCHP)の内容を吟味し、バスケット・ファンドの運用、予算執行、会計検査、モニタリング・評価などを行っている。

コモン・バスケット・ファンドの計画・実施・評価に関しては、既存の Health Management Information System (HMIS)に精度と即効性の問題があるために、独自の評価マトリックスを用いてファンドの有効利用を検討している。この評価マトリックスは成果主義に則り、地方自治体から提出されたプロポーザル(CCHP)を総合的に評価し、地域の開発問題に根ざした問題解決への継続的な資金援助を行うかどうかの判断の重要な指標となっている(図5)。

図5 コモン・バスケット・ファンドの評価マトリックス

Table 6. Tanzania: Interim Health Sector Performance Monitoring Matrix																				
Priority	Network			Human Resources			Drugs			Financing			Utilisation of Services			Health Outcomes				
	Indicators			Indicators			Indicators			Indicators			Indicators			Indicators				
	I	O	U	P	I	O	U	P	I	O	U	P	I	O	U	P	I	O	U	
Access																				
Effectiveness																				
Efficiency																				
Equity																				
Quality																				
Sustainability																				

Input: i Output: o Outcome: u Process: p

Stand by March 2001. The current database allows monitoring of some priority dimensions in each key area, with some type of indicators. The highlighted zones show the type of indicator and the priority dimension. The matrix will develop with the improvement of the database, government's priorities, and the development of the ministry's system and technical capacity.

Sector-wide Approach in Tanzania, The Health Sector Example Observation from Bi-lateral, Olivier Burki, Swiss Agency for Development and Co-operation, 2001より引用

コモン・バスケット・ファンド運用開始時初年度となる2000年の年間投資総額は2090万ドルであり、これは政府保健予算18000万ドルの11.6%を占め、政府の会計システム内予算の55%であった(図6)。

またコモン・バスケット・ファンド(総額2090万ドル)の拠出7カ国・機関の投資配分は以下のようであった。な

おドイツの拠出額はこの時点で判明していなかったために除外した(図7)。

コモン・バスケット・ファンドの用途については、二通りに大別され、約80%を地方政府の保健財源に、残りの約20%を中央政府での保健財源に用いている。詳細については以下のとおりである。

図6 保健予算に占めるバスケット・ファンドの割合

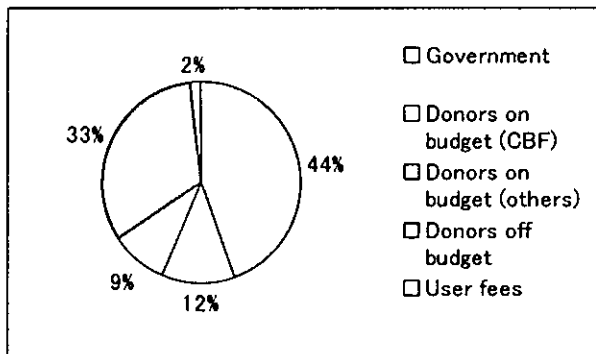
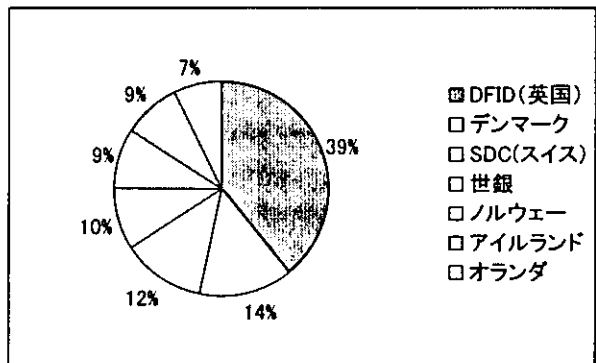


図7 コモン・バスケット・ファンドの拠出国別内訳



Current Issues in Sector-Wide Approaches for Health Development - Tanzania Case Study-, Adrienne Brown, WHO, 2000 より著者改変

1. 地方政府の保健財源: 地方政府の保健マネジメント・チーム(Council Health Management Team, CHMT)が地域の保健ニーズに沿った保健活動を年次保健予算報告書(Comprehensive Council Health Plan, CCHP)にまとめ、Basket Financing Committeeにて評価・承認が行われた後に、住民一人当たり\$0.5 per capitaを県の保健予算に入れて個別の保健活動に使うこととしている。現在までにタンザニア全 114 県のうち 82 県で融資が実施されている。
2. 中央政府での保健財源: 保健資源のうち公共財と考えられるものに対して、\$0.15 per capitaをMSD (Medical Stores Department)に分配し、薬剤や医療機材の調達に使用している。

このコモン・バスケット・ファンドの導入により地方政府の保健セクターは、安定した財源確保により長期的な展望にたった活動を地元のニーズに沿った形で行いえるようになった。県独自のラジオ・コミュニケーション・ネットワークの構築、エイズ・カウンセリング・センター(Voluntary Counseling and Testing Center, VCT center)の建設、診療施設のリハビリテーション、保健医療従事

者の再教育・トレーニングの実施といった今まで財源を得ることが難しかった保健活動への長期的な活動が出来るようになってきている。

地方保健マネジメント・チーム(CHMT)は自らで年次保健予算報告書(Comprehensive Council Health Plan, CCHP)を作成し、その進捗状況をモニタリングしなければならない事務的な煩雑や、報告書作成やモニタリング実施といったマネジメント能力不足がある一方で、この比較的自由に使えるバスケット・ファンドは、今までプロジェクト援助が入ってこなかった遠隔地方県において新たな保健財源として非常な歓迎を持って迎えられている。

しかし遠隔地の地方保健マネジメント・チームからは、地方保健財源への融資について都市部で人口が多い県に偏重投資が行われ公平性に欠けるとの意見が相次ぎ、アクセスが遠くかつ人口の少ない地域、つまり最も保健ニーズの高い県への分配を増やす調整が必要であることが指摘されている。保健省ではこのことを受けて、2003年度の保健セクターレビューで非公式ながら地方への人頭割り分配を見直し、新たにバスケット・ファンドの70%を人頭割り分配、10%をアクセスの傾斜分配、10%を貧困状態(poverty index)の傾斜分配、10%を5歳以下死亡率の傾斜分配、とすることが提案され、現在その実施方策をめぐって協議中である。またバスケット・ファンドが一定の成果を挙げるためには、最低でも\$2.0 per capitaの財源確保が必要であるとされており、融資の増額と新たな出資国の開拓が必要とされている<sup>6)</sup>。

### 8 保健セクターにおけるその他の SWAp 財源

保健セクターにて使用可能な SWAp 財源として、英国政府主導による直接財政投資(Poverty Reduction Budget Fund (PRBF))がある<sup>7)</sup>。英国政府は、PRSPの目標を有効に到達するために、被援助国との信頼関係を基礎に、1997年から試験的な開発援助形態として調節財政投資の運用をはじめたものであり、英国のほか、EU、カナダ、デンマーク、フィンランド、アイルランド、オランダ、スイス、日本、世界銀行が共同出資を行っている。

さらに英国政府は、2001年に世銀とIMFが示した資金運用の透明性と安全性のベンチマークに則り、重債務最貧国の公的資金運用システム(Public Expenditure

Management System)の成否によって資金拠出の基準を設定し、基準を満たした重債務最貧国8カ国に対して新たな直接財政融資を独自に開始した。タンザニアへは、2001年6月に援助が開始され、1997年からすでに運用が開始されている”Tanzania Poverty Reduction Budget Support”を含めて年間£4500万を3年間拠出し、タンザニア政府の公的資金システムの流れの中で、貧困削減問題の解決のために資金が割り振られ運用されている。この財源の使途にあたっては、PRSPでの重点項目への支出が定められており、タンザニア政府の采配によって保健分野などの基礎的ニーズへの分配が行われているのが現状であるが、英国政府の先鋭的な取り組みについては批判的な意見も援助諸国の間に多い。

このように英国政府(DFID)は、コモン・バスケット・ファンドや直接財政投資などSWApの強力な推進者であるが、プロジェクト方式技術協力を完全に否定しているわけではない<sup>8)</sup>。英国政府は、SWApが今後の援助形態の主流になっていくとした上で、プロジェクト方式技術協力は関しては、被援助国がプロジェクトを実施している援助国の間で理念の相違があることを理解したうえで、マネージメント能力の強化や試験的・研究的な介入などといった個別に細分化された分野において実施されていく意義があるとしている。

これらのSWApの中でも多様化する財政融資には根本的に以下の問題点があると思われる。

1. 援助国は、分野別バスケット・ファンドに直接融資を行うことで、被援助国のオーナーシップを尊重しながら、援助の効率性と有効性を確保する。これがSWApの第一義的な目標である。
2. しかし保健セクター改革の中で謳われている保健活動と財源の地方移譲(Decentralization)に対してバスケット・ファンドは中央での援助審査システムを持つことより、地域の保健問題に対する即効性や実効性、予算権限の移譲という分権性との整合性を維持することが難しい。
3. またバスケット・ファンドでは活動の実践よりも融資の方法論に終始しており、実際の保健活動の評価が具体的・有効的に行われていない。

以上より、英国を含めて多くの援助国では自分でコントロール可能なプロジェクト方式の技術協力から完全に撤退することは不可能である。この背景には、援助国側

の政策上の制約と被援助国のアカウンタビリティの疑問、新しい援助様式への将来的な猜疑心などがあると考えられ、いくつかの援助国がバスケット・ファンドに参加する動きがあるものの、今後もすべてのプロジェクト方式技術移転は無くならないと推測される。また開発パートナーシップの構築のためには、被援助国のキャパシティ・ビルディングが先決であるという共通認識があり、SWApはバスケット・ファンドでの教訓を活かしながら今後さらに進化した形での援助形態へと移り変わっていくものと推測される。

## 9 各援助国・機関のSWApへの取り組み姿勢

SWApへの各援助諸国の取り組みは様々な段階があるが、オランダ外務省の対外援助研究所は2001年の報告書の中で以下のようにまとめている<sup>11)</sup>(表6)。

SWApの参加・不参加は、援助国の基本方針に大きく左右される。世界銀行・IMF、欧州共同体、英国、欧州各国などは早期からSWApへの参加に積極的であったが、米国といくつかの国連機関は現時点でのpooled fundへの参加は不可能であるとし、ドイツ、カナダ、日本は今後の動向次第では積極的な参加を検討している。

英国政府(DFID)は積極的なSWApsへの介入を実施しているが、被援助国内でのさらなる監査システムの確立を強く要求している<sup>7)</sup>。

ドイツ政府は、保健セクター・バスケット・ファンドへの参加は実験的(pilot)であり、これまでの援助政策を見直す上での実験的(experimental)な介入であるとしている<sup>12)</sup>。

また、米国(USAID)は保健セクターのみならずタンザニアにおける最大の援助国であるが、SWApには参加せずに直接地方へ保健財源を融資し活動を支援している。このことは現場での混乱のみならず、活動の重複、援助の不透明性などを引き起こしているとSWAp参加国から批判がある。

実際には、各国の援助政策は、自国の経済状態や政権基盤の変化によって大きく左右されている。特に冷戦後に求心力を失った西側援助諸国が、地域連帯を強めていく過程で、対外援助政策は援助協調による連帯の強化なのか、経済的・外交的な権益確保のための自国優先路線なのか、援助諸国はその根本的な対応に迫られているといえる(表7)。

表6 SWAp への二国間援助機関の取り組み(欧州およびカナダ)

援助国	主な援助機関	国策としての SWAp への取り組み			政策方針
		実施中	検討中	未検討	
英国	DFID	✓			貧困削減に向けた援助協調を政策として主張。13カ国以上でSWApを実施。タンザニア等では先進的に直接財政支援などを導入。
デンマーク	DANIDA	✓			SWApを政策として強力に推進中。対外援助額もGDPの1.5%にまで増額予定。
フィンランド	FINNIDA	✓			SWApを政策として推進中。活動レベルでの協調よりも財政的な協調を重視。
ノルウェー	NORAD	✓			SWApを政策として推進中であるが、現在は援助協調に関する国内の基盤整備と国際関係の構築中。
スウェーデン	SIDA	✓			SWApを政策として推進中であるが、現在はプログラムとの併存。10年以内に財政支援を導入予定。
オランダ	DGIS	✓			SWApを政策として推進中であるが、財政支援などに関しては議論が紛糾し、技術協力のプーリングなどを検討中。
EC		✓			SWApを政策として提言しながらも、実施との間に乖離がある。現在ECとして共通の意見を調整中。
アイルランド	Ireland Aid		✓		SWApを政策検討中であるが、現在はインフォーマルに独自の援助協調を実施中。
スイス	SDA		✓		SWApを政策検討中であるが、3年以内に完全な方針転換をすることを検討中。
フランス	AFD			✓	SWApは政策としては非公式に実施中だが、多くは技術協力と併存。
ドイツ	GTZ/BMZ			✓	SWApの導入を検討中であるが、プロジェクト方式の技術協力も重視しEC諸国と意見調整中。
カナダ	CIDA			✓	SWApの導入を検討しながらも、援助国共通の利益よりも、自国の利益を重視した援助協調路線。

The Pooling of Technical Assistance – An Overview Based on Field Research Experience in Six African Countries –, Heather Baser and Peter Morgan, A Study for the Directorate-General for Development Cooperation (DGIS), Ministry of Foreign Affairs of the Netherlands, 2001 を参考に著者改変

表7 主要援助国の ODA 総額と技術協力が占める割合の推移

援助国	1989 (US \$ million)			1999 (US \$ million)		
	ODA	技術協力	%	ODA	技術協力	%
日本	9049	1115	12%	15323 ↑↑	2136	14% ↓
米国	8909	2142	23%	9145 ↑	3877	42% ↑↑
フランス	5632	1822	32%	5637 ↑	1962	35% ↑
ドイツ	4839	1523	31%	5515 ↑	1911	35% ↑
イタリア	3403	319	9%	1806 ↓↓	53	3% ↓
英国	2616	625	24%	3401 ↑	667	20% ↓
カナダ	2334	261	11%	1699 ↓↓	347	20% ↑
オランダ	2162	637	29%	3134 ↑	598	19% ↓
スウェーデン	1666	261	16%	1630 ↓	47	3% ↓
オーストラリア	1060	207	20%	982 ↓	361	37% ↑
デンマーク	929	98	11%	1733 ↑↑	83	5% ↓
ノルウェー	951	86	9%	1370 ↑↑	134	10% ↑
スイス	587	83	14%	969 ↑↑	110	11% ↓

The Pooling of Technical Assistance – An Overview Based on Field Research Experience in Six African Countries –, Heather Baser and Peter Morgan, A Study for the Directorate-General for Development Cooperation (DGIS), Ministry of Foreign Affairs of the Netherlands, 2001 を参考に著者改変

以上のように、米国はここ 10 年間で技術協力支援を大幅に強化してきたが、逆に英国、オランダ、スウェーデン、デンマーク、ノルウェー、スイスなどは援助額を増やしながら同時に技術協力から離脱してきている。また、日本、フランス、ドイツはここ 10 年間で大きな変化は見られないが、カナダ、イタリア、オーストラリアなどでは ODA 援助額の急激な減額が見られる。

世界的な問題(グローバル・イシュー)の解決のため

の努力の中で出てきた開発パートナーの概念は国際社会から広く支持を得たが、その具体的な実施に関しては現場レベルでの混乱があり、現実問題としての直接の被害者は被援助諸国の国民であるという皮肉な結果となっているのが実情であるといえる。

## 10 タンザニアにおける SWAp の問題点

タンザニアにおける SWAp とその実施方策である保健セクター・コモン・バスケット・ファンドについて概観してきた。2003 年度の DAC 相互援助評価では、SWAp に見られるような援助協調の動向が、援助国・被援助国双方にとって活性化の刺激になっているとしているが、多くの問題を抱えていることも事実である。

タンザニアにおいて開発援助協調の潮流は、特に財政拠出の統一化という点で進展してきているが、タンザニア政府内外における批判的意見を含めて現在過渡期にあり、今後も同様な SWAp という援助様式(モダリティ)が存続するとは限らない。ここでは、現時点での SWAp の問題点について、以下の6つの視点から考察したい。

### (1) SWAp における評価手法の問題点

SWAp の最も大きな意義は、従来、援助スキームが異なる被援助国側の財政システムを通して執行されていた会計体制を、被援助国の統一した財政スキームの中

に投入することで、transactional cost の削減、透明性の確保、上位目標への援助国・被援助国双方の強いコミットメントを引き出すことにある。

しかしこの新しい財政スキームを評価するためには、中期国家支出報告書(MTEF)と公共支出報告書(PER)による会計システムの評価のみでは、活動そのものの実態が不明確である。このために SWAp のモニタリング・評価に関してタンザニア政府は、以下の3つの総合的評価手法を提案している。

1. Programme Impact; 長期的な指標の改善(新生児死亡率の減少など)
2. Programme Performance; Outputs/Inputs による各々個別の保健活動をモニタリング・評価する。
3. Programme Process; 短期的な目標の達成度、進行度などを経時的にモニタリング・評価する。

しかし現在のところ上記評価手法によるデータ収集の方法は、政府側、援助国側双方で定まっていない。現段階では outcome oriented より process oriented な評価が行われているにすぎない。まず共通課題の指標である MDGs の達成を中・長期で継続モニタリングするメカニズムの構築が早急に望まれている。タンザニア政府は2003年、これらのモニタリング・システムの構築に関してさらに今後1年間の様子を見た後に実施していきたいという申告があった<sup>9)</sup>。

## (2) SWAp における国連・国際機関の問題点

現在のところ国連をはじめとして国際機関は、タンザニアの保健セクターにおける SWAp に高い関心があるものの政策として介入することについては慎重な姿勢を貫いている。

WHO は、2000年に SWAp が実施されている開発途上国から5カ国(タンザニア、ウガンダ、モザンビーク、ベトナム、カンボジア)において SWAp の評価分析を行った。この5カ国の中でタンザニアは比較的新しく SWAp が導入された(1999年6月)にもかかわらず5カ国の中で最も促進された国であるとして評価している。特にタンザニアにおいては、PRSP を受けて国家の予算会計システムが早急に改善されたことにより、援助諸国がそれまで off-budget で行っていた援助会計を on-budget でタンザニア政府の予算システムの中で運用するコモン・バスケット・ファンドが導入され、開発援助協調の議論が高まったことを促進要因として挙げている<sup>10)</sup>。

しかし現状では保健省自身がプログラム・プロジェクト

の両者の長・短所を天秤にかける形で二国間援助と援助協調の併存を許してしまっている。このような過渡期に国際機関が援助協調に介入することは、かえってタンザニア政府側の混乱を招く恐れがあることは否めない。全体としては急速に国家の問題意識の向上と解決へのオーナーシップが形成されつつあり、以前のような援助国に任せっぱなしの保健政策から脱却しつつあることは明白であり、今後の開発援助協調の動向次第では国際機関の SWAp 介入の可能性は高い。

今後、WHO を含んだ国際機関の SWAp における役割は大きい。タンザニア政府のオーナーシップ形成以前の保健省におけるドナー調整の主役は WHO であり、今回の SWAp 立ち上げ時にも技術的な協力を行ってきた。しかし、タンザニア政府内では、保健セクターに過去を通じて強力な援助国であったデンマーク(DANIDA)の影響力を、SWAp による他の援助国の巻き込みによってバランスを取ることを意図していたという話があり、一つの援助国・機関が突出することをきらい風潮にある。現在のところ WHO, UNICEF, UNFPA, UNDP などの影響力が強い国連機関は、SWAp 参加に関して慎重であるが、また SWAp 委員会の側でも国際機関の介入については継続審議中である。

## (3) 地方分権と SWAp の整合性の問題

SWAp の県レベルへの予算配分は、県が独自に提出してくる年間保健活動計画 Comprehensive Council Health Plan(CCHP)をもとに審査が行われる。CCHP は、ニュー・パブリック・マネージメントの理念に基づき、それぞれの県が抱える個別の保健問題に対して、保健計画の地方移譲と予算執行の効率化を図り、2000年のバスケット・ファンドの運用開始とともに地方自治政府が作成を求められた予算申請のための計画書である。

県にとっては、県民に対して説明責任ある持続的な保健活動を行うためには、CCHP の作成とその承認によるバスケット・ファンド融資(年4回)がスムーズに行いえることが重要である。Basket Financing Committee は、CCHP を15日以内に査定し、委員会での審査が通れば Fund が融資される。新規のプロポーザルに関しては、第2回目の四半期予算までが一時的に認められ、その後の継続援助の要請は、第2回目の四半期予算が終了する30日以内に経過表をつけて再申請されることが要求されている。また年度末には第三者機関による会計検査を受ける透明性を確保することに努めている。

しかし現在推し進められている地方分権化の中で有効に SWAp を機能させるためには、以下の課題があげられる。

1. 各省庁(特に保健省、財務省および地方自治省)の間での中央政府での高度なコーディネーションが求められる。
2. 財源の移譲に伴う地方分権に沿った新しい予算プールのメカニズムの確立が必要である。
3. 地方自治体および地方保健マネジメント・チームが地方住民の声を汲み取った保健政策の立案、計画、実施、モニタリングできるような能力強化と人材育成が必要である。

しかし現時点では、保健省内部のキャパシティ・ビルディングが未熟なために、SWAp 導入による最大の利点である transactional cost の削減は達成されていない。また地方レベルでは以下のような問題が指摘されている。

1. 地方レベルでの高度なマネジメントが求められるが、既存のマネジメントシステムの中では制約が大きく、大胆なシステムの改築が必要である。そのための監督機能が国家、保健省に求められるが、現在のところ有効なアドバイスができていない。
2. 保健セクター改革と地方行政改革との間での、実施時期の違い、達成度、執行のスピードなどが大きく異なり、セクター改革同士でのコーディネーションが全くなされていない。また性急な革新は、各セクターならびに地方自治体に多大な負担をかけている。
3. セクター改革において財源の地方分権を推し進めながら、SWAp 融資の決定は中央レベルでの委員会によって行われている。これでは地方に個別な問題に対して効率的かつ実効性のある保健活動を行うことが難しい。

#### (4) 国家の全体計画と SWAp との乖離

現在タンザニア政府予算では、保健予算総額のうち 44%しかまかないきれしていない。また本当にいくら必要なのかの試算も不十分である。98 年の世銀の試算では、最低限の医療サービスを維持するためには国民一人あたり\$ 5.9、99 年の DANIDA の試算では、既存の情報伝達システムを改修し維持するために少なくとも\$ 9.0 が必要とされているが、国民一人当たりの保健支出は現在\$ 5.23 であり未だに必要最低限の以下の供給である。

その中で SWAp から供給される保健財源はわずかに国民一人あたり\$ 0.61 と微小であり、タンザニア政府の開発全体計画における SWAp の意義が未だに不透明である。

政府は、この不足分を補うために、リソースの有効活用・有効配置 (mobilization) および住民からの費用徴収 (cost recovery) を確約しているが、現在までに大きな進展は見られていない。

このような改革には時間がかかるために大きな流れで見えていこうとする援助国の意見がある一方で、SWAp 内部での政府・援助国双方の全体計画性の無さが、セクター改革すべてを崩壊させてしまう Killer assumption になりえるかもしれないことを指摘する意見がある。つまり被援助国の自助努力を、SWAp に置き換えただけで援助国側が問題を解決しようとするには、あまりに当該国のコミットメントと展望が見えないという意見である。

しかし一方で、MTEF の中で援助総額を国家予算に早期組み込む努力を通して、国家が優先課題に沿った開発政策がなしえ、リソースの有効配分ができる財政基盤的な素地ができたことは SWAp の大きな成果であり、今後タンザニア政府のコミットメントが強化されることよって新たな展開が起こる可能性は十分にあると考えられる。

#### (5) SWAp における説明責任 (アカウンタビリティ) 形成の問題点

SWAp では、援助国は共通の援助スキームの中で、いかに援助国の国民に対して、また被援助国の国民に対してどのように説明責任 (accountability) を果たしていくのが重要な課題である<sup>13)</sup>。

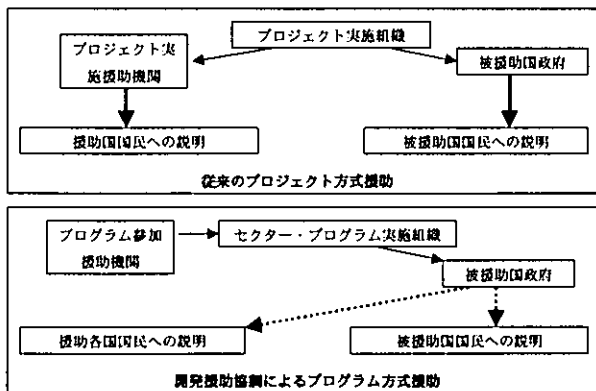
プロジェクト方式の援助形態では、説明責任の所在は、援助機関と被援助機関の間で行われ、援助機関の国民への説明は援助機関からなされるしかなかった。また被援助国の国民には十分な説明責任が果たせていなかったといえる。加えて説明責任の質的内容に関しては、2国間で評価が行われるために、他の援助機関・援助国にとっては無関係なものであり、援助諸国全体のモチベーションやコミットメントを引き出す材料にはならなかった。

しかし SWAp では、説明責任は援助国・被援助国双方の国民に対して果たさなければならない。被援助国は、自助努力の中で政策決定を行っているために、まず被援助国民への説明責任が問われ審判される。また



その結果は、援助国側にも説明され継続融資の条件となる。つまり被援助国は二重の説明責任を負うことになる。また説明責任の質的内容も他の援助国の政策との整合性のとれたものであるために、質的な統一がみられ、援助国・被援助国双方にとって魅力的な内容となりえるはずである(図8)。

図8 SWAp 導入後の説明責任のあり方の変化



Sector Wide Approaches – Accountability and CIDA –, Mark Schacter, CIDA, 2001 より著者改変

図8より、SWAp における説明責任のあり方は、援助側・被援助側双方に対して新しいパラダイムへの変換を求めていることが理解される。まず援助国側にとっては、SWAp 理念への協理解のコンセンサスを国内外で構築する作業が必要である。特に自国民へのアドボカシーは、各国の経済停滞に伴う国家財政の貧窮によるODA 予算削減の流れの中で重要である。また、被援助国側にとっては、開発パートナーシップの最優先課題であるオーナーシップを重視することを前提に、被援助国が保健介入の裨益者である住民および市民社会にSWAp の理念に対する協力的理解を求め、被援助国のリーダーシップのもとに市民社会が広くプログラムへ積極的に参加できる基盤を構築しなければならない。また同時に、被援助国は、SWAp を構成する援助機関・パートナー国に対して、自国の住民の声を反映したプログラムのモニタリング・評価の結果をフィードバックする説明責任がある。以上のように援助国側には、援助協調の中で自国の国益を越えた被援助国主体の発展へのコミットメントが、被援助国には、自国民とパートナー国の2つの国民に対して説明責任を負わなければならないことを意味している。

(6) SWAp における新しい援助様式 (モダリティ)

の検討

タンザニアでは政府主導の開発援助フレームワーク(オーナーシップ)が最重点課題である。これは Tanzania Assistance Strategy (TAS)の中で取り上げられ、共通の国家課題に対して共通の枠組みの中で援助の効率化と有効性を確立することが急務とされているが、そのアプローチには財政投資の一元化以外にも援助多様性が検討される余地がある。

オランダ政府は、SWAp の本来的な意義である技術協力の集約と効率化を、現在主流になりつつある財政的な効率化と切り離した形で実施できないか、つまり財政的には垂直的 (vertical) な形で残したまま、プロジェクト方式技術協力のみを水平的 (horizontal) に集約する新しい援助形態 “The Pooling of Technical Assistance, PTA” の可能性をアフリカの 6 カ国の現状から検証している<sup>11)</sup>。また、フランスも同じような技術協力の集約を検討しているといわれる。

TA pooling は、1. 共通のゴールを援助国間で共有すること、2. 投資される資源の有効活用のために援助国間でリソースを共有していくこと、3. これらの投資が被援助国の政策と整合性を持ちえること、を基礎として、段階的に Full TA Pooling, Mixed TA Pooling, Loose TA Pooling の3段階が有り得るとされる。

Full TA Pooling は、援助国の設定した開発目標に向かって、単一のマネージメント、ファイナンシャルなフレームワークの中で非貸付融資 (untied) を用いて行う被援助国が主体となった援助形態である。Mixed TA Pooling は、被援助国の設定した開発目標に向かって、援助国の開発援助フレームワークの中で、貸付融資 (Tied)、非貸付融資 (untied) 双方を用いた技術協力が共有されている状態である。Loose TA Pooling は、被援助国の設定した開発目標に向かって、融資形態は問わずに技術協力が非共有されている状態である。

タンザニアでは Mixed および Loose TA Pooling はより小さなセクター規模で実施され、Full TA Pooling は、より大きなセクター改革での財政投入協調による SWAp として推進されているのが現状である。これを一元的に技術協力のあり方から見直し、タンザニア政府がそれぞれの援助国の政策との整合性を持ちながらセクター内の活動をコントロールできないかという新しい試みである。つまり多様な援助様式をそのままに残しながら、被援助国政府が活動別に戦略的アプローチを検討しその

スキームにあった TA Pooling をあてはめて、効率性と有効性を向上させる援助形態であり、今後どのような議論になるのか注目する必要がある。

## 11 SWAp の今後の展望

国際開発援助協調の流れの中で、タンザニアでの援助強調の動きは、政府側、援助側双方の Good will を反映しており、以前の冷たく消極的なドナー・レシピエントの関係からの脱却が見られる。特にコモン・バスケット・ファンドに見られる SWAp においては、双方が楽観的な信頼関係に頼っていると思われるが、世界的な援助潮流の変化の過渡期であるとするれば、このような試みも無駄ではない。

EC は 2000 年 4 月に、対外援助に対する共同声明を提出した。その骨子は、1. 持続可能な社会開発と経済発展 2. 被援助国の世界経済への統合 3. 社会不公平の是正 であり、1の視点からセクター・アプローチを新しい援助理念として欧州諸国に対し積極的なコミットメントを促している。その中で開発援助協調を総合的に判断する評価項目を示している<sup>2)</sup>。

1. マクロ経済的なフレームワークの評価
2. 被援助国が示すセクター別政策の戦略性
3. 中期財政支出計画 (Medium-term expenditure Framework, MTEF) の評価
4. 公共的説明責任 (public accountability) および公共支出運営システム (Public Expenditure Management System) の評価
5. 援助諸国の協調関係構築のシステム評価
6. パフォーマンス・モニタリング・システムの評価
7. 政府機関のマネージメント処理能力の評価

これらいずれの項目についても評価は定まっていないのが現状である。そのために現時点で SWAp の良否を判断することはできないが、「10 タンザニアにおける SWAp の問題点」で概観した個別の問題点以外に以下のような問題があり、早期に国際社会という大きな舞台の中で解決していかなければならないと思われる。

1. 援助国の国策の中で開発援助の占める位置が、時代背景、経済背景によって変化し、また国によってそれぞれ事情が異なるために、開発パートナーとして統一したフレームで行うためには柔軟性に欠けている。
2. 開発パートナーによる融資を利用して、被援助国

の会計システムの中で介入の計画・立案・実施・評価すべての段階で効率化を図るためには、透明性、迅速性、信頼性において未だ不十分であり、被援助国のマネージメント能力強化が優先課題である。

3. 被援助国側の開発計画が未だ不透明であり、開発パートナーによる融資の実施の有効性が疑問視される。
4. プロジェクト方式技術協力が無くなるとそれによって直接的に被援助国が得ていた雇用の創出、ビジネスチャンス、モチベーションなども喪失する可能性がある。
5. 外部委託事業などは開発パートナーすべての了承を得なければならないために、かえって事務的な業務が煩雑になり、意思決定から実施までの時間がかかることが予想される。
6. 現在のところ、個別の技術協力の方が、開発援助協調を実施するよりも派生コスト (Opportunity cost) が少ないとする考えが援助国側に一般的である。
7. 個別のプログラムを総合的に評価する方法が確立されていない。
8. 分野をまたぐようなプログラムの実施を行うためには、現時点では援助国・被援助国の体制が整っていない。
9. 被援助国内部で、リーダーシップを監督・強化するシステムが確立されていない。
10. 政情不安定な被援助国の政府組織にあっては、突然の人事異動や政権の交代などによる事業の持続性が依然問題である。
11. 共通の目的を持続し目的を達成するためには、援助側、非援助側にとってあまりに世界の経済・社会情勢が不安定である。

上記の問題点に対して、援助国・被援助国が協調して解決策を探ることが必要であり、タンザニアにおける今後の SWAp の動向が注目される場所である。

---

参考文献

- 1) Integrating Vertical Health Programmes into Sector Wide Approaches; Experiences and Lessons., Adrienne Brown, Swiss Agency for Development and Co-operation, 2001
- 2) Guidelines for European Commission Support to Sector Programmes, European Commission, 2003.2.
- 3) A Guide to Sector Wide Approaches for Health Development Concepts, Issues, and Working Arrangements, Cassels, WHO, 1997
- 4) Programme of Work 1999-2002, Ministry of Health, Tanzania, 1998
- 5) Sector-wide Approach in Tanzania, The Health Sector Example Observation from Bi-lateral, Olivier Burki, Swiss Agency for Development and Co-operation, 2001
- 6) TEHIP News Issue No.6, 2002
- 7) Meeting DFID's Fiduciary Requirement When Proving Direct Budget Support (Draft), 2003
- 8) Sector Wide Approaches – Overview of the debate – , DFID, 2001. 10.
- 9) Debriefing on Meeting with MOF, MOH, PORALG, on 3/1/ 03 RE Budget Support / Basket Support, 2003
- 10) Current Issues in Sector-Wide Approaches for Health Development – Tanzania Case Study –, Adrienne Brown, WHO, 2000
- 11) The Pooling of Technical Assistance – An Overview Based on Field Research Experience in Six African Countries –, Heather Baser and Peter Morgan, A Study for the Directorate-General for Development Cooperation (DGIS), Ministry of Foreign Affairs of the Netherlands , 2001
- 12) OECD-DAC Study on Donor Burdens and Donor Good Practices, Country Report Tanzania, Francis Ronsholt, OECD, 2002.
- 13) Sector Wide Approaches – Accountability and CIDA –, Mark Schacter, CIDA Ottawa Canada, 2001.1.

