

最初の事例です。そのアピールを受けて、日本政府も「人を出しましょう」ということになりました。たまたま国立病院医療センターに就職した直後のことで、私はそこに行くことになりました。

1988年11月、紛争地への日本政府派遣第1号として、私はパキスタンに向かいました。この時のことは今でも忘れられません。1988年11月16日、パキスタンでは民主選挙が行われました。その結果、ペナジール・ブットーさん、若い女性の首相が生まれました。その選挙の後、「最初の直行便で」という指示を受けました。なぜ選挙の後なのか？ 途上国では選挙中に暴動騒ぎが起こることがあるので、それを避けたほうがよいのだ、ということの後になって知りました。直行便が出たのは11月21日のことでした。

パキスタンで仕事を始めてすぐ気づいたことがあります。イスラム文化圏にある難民キャンプでは、大人の女性は外に出にくい環境があるので。その後、80年代、90年代、2000年代になっても、その環境はほとんど変わっていません。女性をめぐる難しい環境が変わらなかったということでは、「自分がやってきた難民援助とはいったい何だったのか」、そんなことを思ってしまう。

多彩な難民援助活動

活動の基地は UNICEF アフガニスタン事務所でした。UNICEF といえば、女性、子どもの予防接種といった活動がすぐ頭に浮かびます。が、それだけでなく、ありとあらゆることを様々な場所で経験しました。銃に撃たれて赤十字病院に運ばれてきた患者さんや、地雷で負傷した患者さんなどもみてきました。

地雷は今でこそ世界的に使ってはいけないことになっています。しかし、当時はよく使われていました。地雷はよく非人道的な武器だといわれますが、なぜでしょうか？ それは、地雷は人を殺すというより、痛めつけるという役割にあります。死んでしまっただけではいけないのです。少し痛い思いをして、転げまわって、周りの人の戦う意欲

をそぐ、そんな効果を持たせるのが“良い地雷”だそうです。

UNICEF で働いていた時に、「けがをした女性や子どものためのプロジェクトを作れ」とニューヨークから指示がありました。当時ペシャワールの外科病棟に押しかけたことがあるのですが、患者の95%は男性です。全部兵士です。つまり、男の人は助けられるけれども、女性や子どもは放ったらかしになっている。そこには歴然とした差別がありました。

そうして入院している患者さんに、「あなたは傷が治ったら、何をしますか」と聞きますと、ほぼ全員が同じ答えを言います。「傷が治ったら敵をやっつけに行きます」と。そう言わなければいけない雰囲気もあったのかもしれませんが。しかし、生き延びても報復しか考えない、そういう声は、アフガニスタンだけではなく、アフリカでも聞きました。

また、生きてゆくことに対してあまり明るい希望がないようなところでは、麻薬に走る人が結構います。麻薬に逃げていくというのは、紛争、貧困地域でしばしば見る光景です。

紛争とは直接関係ありませんが、脱水、栄養失調のある子どもなど、日本では教科書的には習うことはあっても、実際見ることのなかった子どもたちをよく目にしました。アフガニスタンの田舎に行けば、今でも、見ないことはないと思います。

それからもう一つ、UNICEF はお産のやり方を教えている NGO を支援していました。読み書きはできないけれども、経験的にお産をいくつも扱ったことのある女性を TBA (Traditional Birth Attendant) と呼んでいます。そういう人たちに教える場合、日本ですと綺麗なお人形のモデルを使ってやります。しかしここでは、女性の裸を示すようなお人形は使えません。段ボールの箱で女性の外性器、お母さんのお腹、胎児の入っている袋、その中の赤ちゃん、それが腔から出ていくところを教えます。これを最初に見たとき私は、「日本から人形のモデルを取り寄せましよう

か？」と担当の方に言いました。しかし「とんでもない」とその人は言います。「女性の裸や性器と見てわかる人形をもってくると、プロジェクトそのものがつぶれてしまう」と言うのです。タリバンに始まるわけでもなく、タリバンによって終わるものでもない、「文化の壁」がそこにはあるのです。

離乳食が作れない

こうして2年間、様々な緊急問題と健康問題を見たわけですが、難民援助の仕事とうまくこなすことはなかなかできませんでした。それまでの私といえば、先進国の病院で、1人の患者さんを丁寧にみるといった、先進国病院型医療の経験しかありませんでした。そこで得た知識は、途上国ではあまり使えませんでした。

たとえば、2、3歳の子どもがしばしば下痢で命を落とします。ついこの間まで母乳を飲んでいた子どもたちが、突然大人の食事をとるのです。パキスタン、アフガニスタン、インドなどでは、油っぽい食事をこの年齢の子どもたちに与えるのですが、子どもは調子が悪いとなかなか消化できません。下痢になったらなおさらです。そこで私は、適切な離乳食が必要だと考えました。

ところが、難民だけでなく、パキスタンの田舎でも、離乳食をわざわざ作るための鍋というものはありません。燃料も足りません。毎日、何回も炊くための燃料はないのです。保存する冷蔵庫もありません。頭の中では、離乳食を作る必要があるとわかってはいても、現実にはそれができない。

仕方がないので、離乳期の子どもを集め、あるNGOのクリニックで離乳食を食べさせるコースをやってみました。ところが、お母さんたちは面倒くさがります。1人の子どものためだけに、1日何時間も座っているわけにはいかないのです。

この理想と現実のギャップを、私はイヤというほどここで経験しました。

やがて、このような国の人々の健康を守るための能力と、私の持っている能力とは、全く別ものである、ということに気がつきました。

ジョンズ・ホプキンスへ

そういう途上国で必要とされる知識を、なぜ私が知らないのか？ 振り返ってみれば、日本の医学教育の中でも、医師になってからも、そういうことを学ぶ機会はありませんでした。大学で教えている時も、そのようなことを考えたことすらありませんでした。

ではなぜ、外国の若い人たちはそれを知っているのか？ それは、途上国の保健や医療について勉強できる所があるからです。それは公衆衛生の大学院で、パキスタンで2年間の仕事を終えた私は、アメリカのジョンズ・ホプキンス大学に行くことにしました。

1学期は学生として、もう1学期はフィールドを、そしてもう1学期は先生について、教え方を学びました。日本の医学部ではたいてい何でもすべて医師が教えます。しかし、アメリカでは分野ごとにその専門家が教えます。そして1学期を教えるために残りの学期を使って準備しているわけです。アメリカでは教えるということにもものすごく“気合い”が入っている。しかしそのような教育のあり方は、日本ではとても難しい。そこが、日本の国際保健とアメリカの国際保健の大きな違いだということを感じました。

こうして、パキスタンでのUINCEFの仕事とジョンズ・ホプキンスでの国際保健の学びを終え、私はまた日本に活動の拠点を移しました。(本文まとめ・構成/神馬征峰・東京大学大学院国際地域保健学教室講師) (以下次号に続く)

国際緊急援助と私(下)

喜多 悦子

紛争の1990年

1990年代は地域グループ紛争の多い10年でした。91年だけでも、ソマリア、ユーゴスラビア、その後もルワンダなど各地で紛争が起こっています。この10年間、私は国立国際医療センターにおり、自分自身が出るというよりも人を送り出していました。そして紛争中、紛争前後の国々に保健をどのように持ち込んだらよいのか、考え始めていました。

その1つが紛争後のカンボジアです。とりわけ私は、女性を何とかしたいという気持ちで、カンボジアの母子保健センター計画に携りました。この国立母子保健センターは、言ってみれば産科病院です。しかし単に産科ケアをするだけでなく、地域の人々や他の病院のスタッフたちが勉強にくる研修センターとして位置付けました。ユーザー・フィーを導入して病院の経営基盤を確立し、それまでなかった看護制度をつくることも実践され、今ではよく動いています。冷房を入れず、ガラス窓を使って吹きさらしにし、空気の流れをよくする、冷暖房を入れるのは手術室など特定の場所だけにしてランニングコストを抑える、といった工夫もされています。

パキスタンにも同じような発想の母子保健センターを導入しました。ここでも訓練の要素をうまく取り込みました。パキスタンそのものは紛争国ではありません。しかし隣にアフガニスタンがあ

り、政治的に不安定な状態が続いていました。どちらかといえば「平和をもたらす」ことを意図した1つのモデルとしての母子保健プロジェクトです。

1992～95年の間には、中間管理職としてさらに2つの経験をしました。1つはペルーの人質事件です。日本政府が厚生省(当時)に救援チームを出せというので、私もコーディネーターとして参りました。結局あのような形でこの事件は終わりました。しかし、テロを起こす人たち、そのテロの背後にある貧しさや差別、そういうものは、今も何も変わっていません。テロリストグループのホームページを、皆さん1回見てください。今でもちゃんと活動しています。特にドイツではしばしば会議を開いています。「我々は我々の目的を達成するまで活動をやめない。そして我々は必ず勝利を得る」とホームページに出ています。

もう1つは、阪神の地震です。私の母が住んでおりました198年前の古い家も、地震のために瓦屋根が落ち壊れました。それまで私は、自然災害対策に出掛けることはありませんでした。送り出す仕事はいくつもさせていただきましたが、自分自身は行ったことがなかったのです。この時初めて、自分が被災者の側に回るという経験をしました。私が卒業した小学校も潰れました。そこに設置された救援センターを1年間フォローしましたが、そこで学んだことは、自然災害と紛争下での人為災害は大いに違うということでした。



講演中の喜多悦子先生(2003年6月20日, 東京大学医学部図書館3階講堂にて)

その後、1997年からWHO本部の緊急人道援助部(EHA)のフィールド活動部門の責任者を務めました。常時弾が飛んでいるような紛争中の国が10カ国前後、明日、明後日に何か起こりそうな国が20数カ国、それから紛争がおさまった後、あるいは近い将来何かが起こりそうな国が10数カ国あります。また実際にドンパチが起こってなくても、すぐに情報をもっていないといけな国が50~60カ国くらいありました。とりわけ、アフリカのルワンダ、スーダン、ソマリア、シエラレオネ、アンゴラ。このあたりが一番エネルギーをとられたところでした。

complex emergency

次に、complex emergencyについて説明させていただきます。complex emergencyに関心をもったのは1980年代の終わり、ペシャワールで働いていた時のことです。たくさんの人々が難民、避難民としてやって来る。そこでは援助者側の治安も侵される。これは普通のdisasterではないと思いました。

援助する人の治安が侵されるというのは、どういことでしょうか。私がUNICEFのスタッフ

としてペシャワールで働いていた時のことです。ある西欧系のNGOが石鹸を配っていました。清潔にするためです。ところが石鹸によって女性がいい香りを漂わせるのは売春行為だという解釈があり、その西欧系NGOの倉庫が襲撃されました。それがキリスト教系のNGOだったせいかもしれませんが、まず倉庫が襲われ、あくる日はNGOの代表者が車で走っている時に、隣の車から撃たれました。たまたま怪我はありませんでしたが、即そのNGOはペシャワールから撤退しました。

そういう経験がありましたので、「complex disaster」というタイトルで1999年、Oxfordで開かれた会議で発表したのですが、英語がまずかったのか、時期が早過ぎたか、誰の関心もひきませんでした。

1994年、ハーバード大学で「complex humanitarian disaster」というシンポジウムがありました。難民のメンタルヘルス、緊急時の包括的な公衆衛生、人道援助における人権、倫理、戦争、紛争等々、議論がありました。

この時、定義はなされなかったのですが、「complex humanitarian disaster」という言葉が使われました。その翌年の1995年、私は厚生省(当時)からいただいていた研究費で、「complex humanitarian emergency」のシンポジウムを行いました。この時にマイケル・ツール(オーストラリアのバーネット研究所国際部長)が、次のような「complex humanitarian emergency」の定義をしました。

「宗教や民族の違いなどを背景に色々な要因が絡みあって、内乱や戦争、住民間の暴動を起こし、人口移動や食糧不足などによって発生する比較的急性の状態」というもので、今でも使われています。ただし“比較的急性”というのはあいまいで、数週間から数年にも及び得ます。

その後、Goodfundらのグループはcomplex emergencyが起こる前には必ず政治的抗争があるというので、「complex political emergency(政治的な緊急事態)」という言葉を使っています

が、あまり使われてはいません。

ここでは、「complex emergency」または「complex humanitarian emergency」を覚えておいてほしいと思います。簡単に申しますと、低開発や貧困が原因で、ちょっとした紛争が起こる。それに民族色や宗教色が加えられ、また政治的にも脚色されて大きくなり、なかなか解決しない。いずれ、国際的に認知された和平合意がなされ、そこから復興期に入るはずですが、まだ紛争は続いている。そういう悪循環に陥りやすいのが complex humanitarian emergency、あるいは complex political emergency の特徴です。

また、国と国との戦争ではなくて、生活の場と戦場の区別はなく、職業兵士でない一般の人が戦うため、誰でも兵士になれる代わりに誰でも殺される。その結果、90年代の地域武力紛争の犠牲者は、圧倒的に一般市民が多くなっています。さらに、そこでは政府が機能していないために、政府レベルの関与はとても難しい。またPKOなどの軍隊が関与しなくてはならない。アフガニスタン、東ティモールやコソボがそのような状態です。

またそういうところでは、大量殺戮や民族浄化といったような人権問題が発生しやすく、しかし最初はわかりにくい。わかったときにはたくさんの人が殺されているということがあります。武器が蔓延した社会。何か起こると、武力で解決しようとする社会。そこでは人々が暴力的・破壊的環境に慣れてしまいます。同時に伝統的なものがなくなり、良い習慣も消え、地域、家庭が崩壊していく。人々のアイデンティティ、あるいは心の拠り所もまたなくなっていく。技術的な問題ではなく、人々の心に破綻が起こっていることが問題なのです。

大学での活動

現在私は、日本赤十字九州国際看護大学で国際保健を教えています。まだ開学3年目ですが、赤十字国際委員会(ICRC)のHELPという人道援助のための研修コースを日本で初めて開催しまし

た。HELP1は「health emergency in large population」(2週間)、2が「health ethics and law」(1週間)の研修で英話を使います。参加者は20~25名。今のところ日本人の moderator は育っておらず、講師はすべて外から呼んでいます。このような教室を日本の中で根づかせたい。このプランは1986年にICRCが作ったもので、現在世界では年間に約10コース程実施されています。アジアではフィリピン・マニラ、タイ・バンコクなどで行われていますが、継続されていません。

もう1つ、国際協力事業団(JICA)の力を借りて研修生を受け入れています。開学して2年間、パキスタン、ドミニカ、パラグアイ、モロッコからの研修生を、計10数名受け入れております。

その他、赤十字、JICA、開発銀行、内閣府、外務省や文部科学省などの海外派遣にも携っております。

最後の気がかり

これまで、アフガニスタン、アフリカなどで様々な緊急援助を経験しました。それをもとに、私の気がかりになっていることを最後にお伝えしたいと思います。アフガニスタンに少年兵がいます。少年兵というのは、かつて日本にもいました。現在もアフガニスタンだけでなく、アフリカにも少年兵はいます。紛争のある貧しい国の子もたちは、紛争に身を置くことによって生きていく。あるいは脅迫されてこの中に入っている子もいるでしょう。

アフガニスタンにRAWAという有名な女性解放のNGOがあります(1980年代にミーナという1人の女子学生が作ったNGOですが、彼女は後に暗殺されました)。そのホームページを見ると、切り落とした両手を少年が束ねて持っている写真が出ています。とても野蛮な光景です。日本でも中世や戦国時代、敵の首を落とし、ちょんまげを携えてお殿様のところに持っていった時代もあったわけですが、今の時代にさえ子どもがこのようなことをしている事実、私は心が痛みます。

アフリカのケニア・ナイロビ大学の小児科名誉教授と話をしている時に、教授がこんなことをおっしゃいました。「私たちの子どもは、壊れた社会の中で育っています。食べ物も水も家も必要です。国際的な人道援助機関がそれを支援してくれるのは、とてもありがたい。それなしでは、自分たちは生き延びていくことはできないと思います。しかし、育っていく子どもたちにとって一番大切なものは、からだの栄養だけではなく、心の栄養だと思います」。

私も紛争地の子どもたちを見ていて、特に子どもが育つためには適切な環境が必要だと思えます。では、不適切な環境で育った子どもたちは皆悪くなるのかというと、そうではありません。プライマリ・ヘルス・ケアのアルマ・アタ宣言の草稿を作られたジョンズ・ホプキンス大学名誉教授のカール・テーラー先生(今、90歳くらいになっておられます)がおっしゃっています。「子どもには柔軟性がある。だから不適切な環境で育っていても、適切な環境にもってくれば回復する可能性はある。そのためにも早く適切な環境に戻すべきではないか」と。

私自身はもう紛争地に出掛けていくことはあり得ないと思っていますが、このようなことをできる方法は何か、それが今の気がかりであります。

トム・ドゥーリーとの再会

最初に紹介しましたが、トム・ドゥーリーは、私が医学部に行こうと思ったきっかけを作ってくれた人です。彼は3冊、自分の体験談を書いたのですが、37歳で黒色腫という皮膚がんがんで亡くなってしまいました。私は、医学生時代、彼がつくったメディコというNGOに手紙を出しておりまして、メディコから届いた手紙がまだ何通か手元に残っています。「1960年の秋、活動資金集めのために日本に行くので、その時にあなたと会いましょう」という手紙も秘書の方からもらいました。しかし、その年の秋、がんが再発し、彼は日

本に來られないまま1961年1月に亡くなってしまいましたので、直接は会っておりません。

この方は素晴らしい方だと思っておりました。素晴らしいことに変わりはないのですが、「ドクター・アメリカ」という本をWHOに勤務していた1997~99年の間に読み返してびっくりしました。この方は医学部時代、とても質の悪い学生で、アメリカでは臨床をやらないという条件で卒業したと書いてあるのです。さらに、彼は隠れゲイであって、ダウントウンのいかがわしいところでピアノを弾いていたとか、私の青春時代の夢を打ち砕くようなことがいっぱい書いてある。

WHOに行く前にも彼の最初の作品、『Deliver us from evils』という本をもう一度読み返していましたが、その題にある evils というのは不健康だ、病気だ、貧しいことだとばかり思っていました。もう一度読み返してみてもわかったのですが、evilsとは、1950年代の communism(共産主義)なのです。私はこの本を再び読んだとき、自分の理解力のなさを棚に上げて、ですが、「ドゥーリーさん、私の人生を返してよ!」と言いたいくらいにショックでした。ジュネーブでも、頭から湯気が出るほど怒ったのですが、それでも、若い頃の情熱が今の自分をつくったのだと思えることは事実です。アメリカでは、NGOが1950年代にもとても活発に活動していたというのです。

最後に昨年1月、カブルに行ったときの写真を見ながら、私の講演を閉じたいと思います。女の子が1人で外で遊ぶのさえ難しいことでしたけれども、平和が訪れたことで、この少女は、異なる道をたどることができるかもしれません。私の前の道がこれからどうなるのかと、時々このようなどころに行くと思います。私の経験を皆さんにお伝えすることによって、自分の責任を果たせるのかと思っております。

御清聴どうもありがとうございました。(本文まとめ・構成/神馬征峰・東京大学大学院国際地域保健学教室講師)

【実践・調査報告：依頼原稿】

プログラム評価の試み —フィリピン感染症対策分野の評価を事例として—

三好 皓一

国際協力事業団

Miyoshi.Koichi@jica.go.jp

平田 慈花

国際協力事業団

和田 智代

HANDS

中澤 哉

国際協力事業団

喜多 悦子

日本赤十字九州国際看護大学

要 約

本論は、国際協力事業団（JICA）によるフィリピン感染症対策分野への協力の「プログラム評価」の試みを事例として、プログラム・セオリー・マトリックス（PTM）の概念を活用したプログラム評価の有用性について考察する。プログラム評価は、基本的には、政策（ポリシー）、施策（プログラム）、事業（プロジェクト）からなる一連の政策体系の評価である。しかし、日本の開発援助は形態別に実施されており、この政策、施策、事業の混在が著しく、このため、プログラム評価を行うためには、各々の事業を統合して一連の政策やプログラムの下に位置づけて評価することが必要である。

本評価では、まず、フィリピンの感染症対策分野における多様な協力形態（スキーム）によるプロジェクト群を、疾患別に「協力プログラム・モデル」として捉え、PTMの枠組みの中に、各事業の最終成果、中間成果、結果、活動、投入を位置づけ、擬似的な政策体系にまとめることで、プログラム評価の対象を明確にした。その上で、プロジェクト関係者の政策体系に係る認識をプロセス評価として分析するとともに、協力予算の投入分析とインパクト評価、また、個別事業の実績評価を通じて、日本の同分野への協力・介入の意味づけを行った。その結果、①PTMの枠組みがプログラム評価の基盤を提供すること、また、②プログラム評価を行うことによって、従来のプロジェクト評価では議論し得なかった政策や施策に関わる我が国の協力・介入の課題も明示することが可能となった。

キーワード

プログラム評価、プロジェクト評価、フィリピン、感染症、政策体系

1. はじめに

評価においては、プロジェクト事業を対象としたプロジェクトの評価は多く実施されているが、政策（ポリシー）、施策（プログラム）、事業（プロジェクト）からなる一連の政策体系の下に、政策や施策を対象とした評価、すなわち、プログラム評価の事例は少ない¹。これは一つには、プロジェクト評価では評価の枠組みが明確にされている一方、プログラム評価では評価枠組みが明確になっていないことによるものと考えられる。特に、日本においては、従来援助事業はプロジェクトを主体として行われてきており、評価も事業の実施アプローチの形態にあわせて、プロジェクト評価のみで事足りていたことに起因していると考えられる。しかしながら、今日の国際場裏では、開発課題への適切な取り組みは、個々のプロジェクトでは対応不可能であり、総合的なプログラム・アプローチが不可欠であることが提唱され、プロジェクト援助からプログラム援助への移行が強調されている。顕著な例として、セクター・ワイド・アプローチや貧困削減戦略書の策定等が、プログラム・アプローチに基づく事業実施と結びついて議論されていることが挙げられる（三好・阪本・阿部2002）。このように国際協力のプログラム化が進行するのに伴い、従来のプロジェクト評価では協力の全体像を把握することはできないとの考え方が強まり、プログラム評価の必要性が高まってきている。JICAにおいても国別・課題別アプローチのもとプログラム評価の必要性が認識されている（高島・三好2000）。

プロジェクトの評価は、評価対象をロジカル・フレーム・ワークの一環であるプロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）により明確にし、これを基に経済開発協力機構（OECD）の開発援助委員会（DAC）の評価5項目で評価することを枠組みとしてきた。PDMは、プロジェクトの「投入（Input）」、「活動（Activities）」、「結果（Output）」、「中間成果（Intermediate Outcome）」、「最終成果

（End Outcome）」へと連なる一連の因果関係、すなわちプログラム・セオリーを明確に提示する。PDMによる評価は、投入から最終成果に至る連鎖関係を基に実績の確認、実施プロセスの把握、評価5項目【①妥当性（relevance）、②有効性（effectiveness）、③効率性（efficiency）、④インパクト（impact）、⑤自立発展性（sustainability）】による因果関係の確認によって行われる。このように、PDMは歴史的に、開発協力における個別事業に対するプログラム・セオリー評価を促進することに寄与してきた²。しかしながら、プログラム評価の必要性が唱えられているにも関わらず、PDMと評価5項目による評価枠組みを、プログラムに拡張して適用する試みは成されてはこなかった。

プログラム評価は、基本的には政策（ポリシー）、施策（プログラム）、事業（プロジェクト）からなる一連の政策体系の評価である。しかし、一般に政策、施策、事業は混在しており、政策体系として明示的に提示されているとは限らない。よって、プログラム評価を行うためには、政策、施策、事業の混在したかたまりを、何らかの操作可能な、すなわち明確かつ具体的な目的と手段の体系によって、他と区別する仕事のかたまりとして捉え、評価の対象物を明確にする必要がある（古川2001）。しかし、日本の開発援助のように形態別に実施されており、それ故に政策、施策、事業の混在が著しい場合には、各々の事業を統合して一連の政策や施策の下に位置づけることが困難であり、従来このための明確な方法論を欠いていた（三好2002a）。

本論では、このような状況を踏まえて、国際協力事業団（JICA）によるフィリピン感染症対策分野への協力に対するプログラム評価の試みを事例として、PTM（プログラム・セオリー・マトリックス）の概念を活用したプログラム評価について議論する。まず次節では、PTMを活用し、プロジェクトとプログラムの関係を明らかにする。次に第3節で、フィリピンの感染症対策分野に対するプログラム評価の試みをとりあげ、プログラム

評価の方法について議論する³。同評価では、フィリピンの感染症対策分野における多様な形態（スキーム）によるプロジェクト群を疾患別に「協力プログラム・モデル」として捉え、PTMを活用し各事業の最終成果、中間成果、結果、活動、投入を位置づけ、擬似的な政策体系に取りまとめ、プログラムとしての評価対象を明確にすることに成功している。その上で、プロジェクト関係者の政策体系に係る認識をプロセス評価として分析するとともに、協力予算の投入分析とインパクト評価、また、個別事業の実績評価を通じて、日本の同分野への協力・介入の意味づけを行った。最後に第4節では、結論として、これらの評価における「協力プログラム・モデル」の策定方法と具体的なプログラム評価の実施方法に基づく、プログラム評価のあり方について整理する。

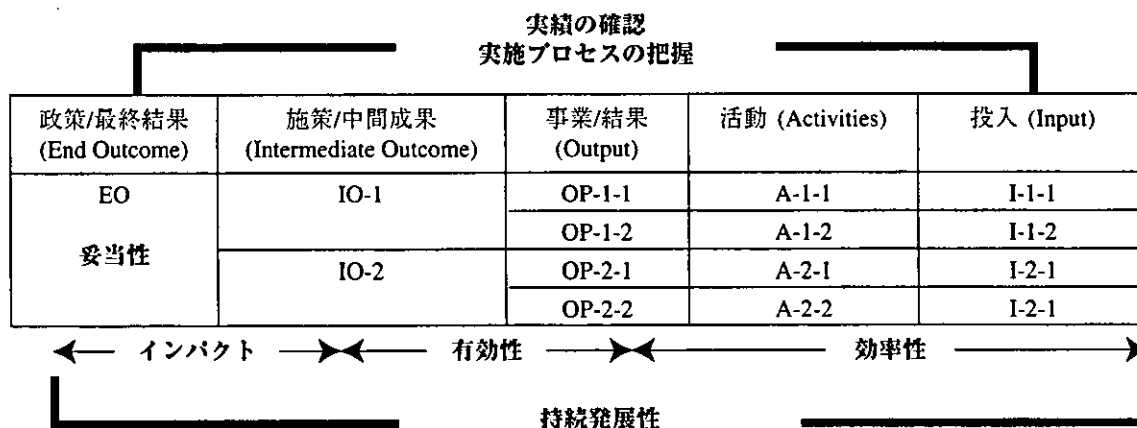
2. プログラムとプロジェクト

プログラム評価を考察するには、まずプロジェクトとプログラムの関係を整理することが必要である。本評価では、プログラム・セオリー・マトリックス（PTM）概念を使って整理する。PTMは、プログラム・ロジック

・マトリックスとも呼ばれており、最終成果、中間成果、結果、活動、投入等を並列に並べ、同一のマトリックス内で分析・検討を行うための分析道具のことを指す⁴。

表1は、PTMによる評価分析をプログラムに適用した場合のプロジェクトとプログラムの関係表（三好2002a、p. 16 表3参照）のうち、操作可能な部分を抜き出したPTMの表（三好2002a、p. 17 表4）を基に作成したものである。このような表を作成することによって、政策、施策、事業の混在したかたまりが、手段と目的を持った「一つの仕事のかたまり＝一連の政策体系」として整理され、評価対象が明確になる。さらに、PTMと評価5項目を評価の枠組みとして、プログラム評価を行うことが可能となっている。表1に示されているとおり、このような評価枠組みを使うことで、実績の確認、プロセスの把握、評価5項目による因果関係を検証することができる。また、一連のPTMの作成過程を通じ、プロジェクト間の比較（プロジェクトのPTMの比較など）により、政策立案の適否、施策の整合性など、個々のプロジェクト評価では分析できなかった多くの分析が可能となる。すなわち、最も特筆すべきことは、個々のプロジェクトの持つ介入のセオリーを、一つのPTMに統合することで、「政策

表1 プログラム・セオリー・マトリックス（PTM）と評価項目



(出所) 三好 2002a、p. 17 表4を基に作成

(最終成果：EO)、施策(中間成果：IO-1/IO-2)、及び事業(結果：OP-1-1/OP-1-2/OP-2-1/OP-2-1)のあり方=政策体系のプログラム・セオリー」についての分析が可能となることである。

3. フィリピンの感染症分野に対する評価

フィリピンの感染症分野に対する評価では、事業形態別に各案件の概要を整理してまとめた「プログラム・アプローチ・ロジック・モデル1 (PLM1)」(別表1)と、このPLM1を基に、プロジェクト・セオリー・マトリックス (PTM) の考え方に基づいて具体的な目的と手段に体系化した「プログラム・アプローチ・ロジック・モデル2 (PLM2)」(別表2)を活用して評価を実施している。本節では、まず「協力プログラム・モデル」としてのPLMの策定方法とこの擬似的な政策体系を基にしたプログラム評価の実施方法を提示して、プログラム評価のあり方について考察する材料を提供する。

なお、本節での語句は、前節の区分と異なり表2のとおり整理されている点に留意されたい。

(1) PLMの策定

PLM1の作成方法は以下の手順で行った。

- ①事業形態別に各案件の概要；「案件名」、「上位目標」、「プロジェクト目標」、「成果」、「投入」、を横に並べる。
- ②1投入毎に一つの「案件単位=レコード」としてまとめる。
- ③「全案件単位=全レコード」を各感染症対策(エイズ・結核・マラリア)ごとに、同一表にまとめる。

PLM2は、このPLM1を基に、具体的な目的と手段の体系として、感染症ごとに一つの協力プログラムになるよう整理した。PLM1からPLM2への書き換え作業は、以下の手順で行った。

- ④PLM2のベースとなる、「感染症対策協力プログラム・モデルの基本的枠組み(表3)」を設定する。
- ⑤PLM1の各案件単位を、この基本的枠組みの最も適切な成果の下に組み替える。
- ⑥この際、案件によっては「プロジェクト目標」が、基本的枠組みで設定された「成果」のレベルに位置づけられていたり、またはその逆のケースもあつたりすることから、随時レベルを適切に置き換えることによって整理する。

PLM2の作成は、既存のプロジェクトを後付けで政策体系に取りまとめる作業ではあるが、結果として、フィリピンの感染症対策に対する「協力全体の仕組み=政策体系のプログラム・セオリー」を理解することができるようになってきている。従来のプロジェクト評価は、個別プロジェクトのPDMにより、個々の協力事業の目的と手段の因果関係は明示できても、協力全体としての目的と手段の因果関係を明示できなかった。しかし、PLMの適用はこのようなプロジェクト評価の限界を克服するものであると言える。

一方でPLM1とPLM2を作成するに当たり、上位目標、プロジェクト目標、成果、活動、投入を振り分けるのに二つの困難が伴った。一つは、本来、上位目標は最終成果(End Outcome)を、プロジェクト目標は中間成果(Intermediate Outcome)を、成果が結果(Output)に対応するはずであるが、本評価の調査対象となったプロジェクトでは、結果と成果(=OutputとOutcome)の区別が明確ではなく、特にプロジェクト目標と上位目標の区別が曖昧であったため、PLM2の作成は

表2 使用語句の対比

本論で提案するPTMの考え方	最終成果	中間成果	結果
日本の国際協力における従来の捉え方	上位目標	プロジェクト目標	成果

表3 PLM2のベースとなる感染症対策協力プログラム・モデルの基本的枠組み

上位目標	プログラム目標	成果	
		中期的成果	短期的成果
フィリピン国民の健康状態が向上する。	フィリピン国の感染症罹患率／死亡率が低下する。	対象地域において、公共セクター（政府機関等）がカバーする人口の、感染症に関する疾病発見率、治癒率・罹患率・死亡率等が改善する。	〈組織の機能整備に関わる成果〉 感染症対策プログラムのための基盤(施設・機材・システム・IEC)が存在する。
			〈人材の能力向上に関わる成果〉 保健医療サービス提供者の感染症病に対する知識・技術が向上する。
			〈住民の保健サービス利用促進に関わる成果〉 住民が感染症に関する保健・医療サービスを利用する。
		対象地域において、民間セクター（NGO・私立病院等）がカバーする人口の、感染症に関する疾病発見率、治癒率・罹患率・死亡率等が改善する。	〈組織の機能整備に関わる成果〉 感染症対策プログラムのための基盤(施設・機材・システム・IEC)が存在する。
〈人材の能力開発に関わる成果〉 保健医療サービス提供者の感染症病に対する知識・技術が向上する。			
			〈住民の保健サービス利用促進に関わる成果〉 住民が感染症に関する保健・医療サービスを利用する。

(出所) 国際協力事業団企画・評価部評価監理室 (2002b) 【特定テーマ評価フィリピン人口・健康セクター・USAID
連携：Part2感染症対策分野】

必ずしもシステマティックに成されていないことである。本作業では、関係者によって理解している目的と手段の連鎖関係を尊重し、上位目標、プロジェクト目標、成果は、主要なプロジェクトに合わせることに努めた。同時に、成果の部分で整合性をとるために、成果を中期的成果（直接的、または短期的アウトカム）と短期的成果（アウトプット）に区分して整理している。

二点目は、PLM2から、短期的な成果を生み出すための活動が複数のプロジェクトに帰属する場合があるため、事業活動ごとの投入費用を成果ごとに配分することができない点である。効率性を検討するには、実現した成果に対する費用の算定が重要であるが、上記に示した点は、従来の事業実施が成果単位ごと、活動単位ごとの予算配分や費用の算定を十分に行ってこなかったことを示していると考えられる。

(2) プロジェクト関係者の認識の分析（プロセス評価）

本評価では、調査対象案件の一連のプロセス、すなわち案件形成、立案、実施、評価において、主要な関係者がどのように各案件を認識していたかを調査することによって、フィリピン国の感染症対策の文脈、及び日本の同分野への協力の文脈の中での各案件及び関係者の役割を明らかにするという「プロセス評価」を試みている。特に前節で明らかになったように、明示的ではないにせよ、各案件は有機的に結びつきプログラムとして目的と手段の連鎖関係を有している。このような文脈の中で事業の各アクターが、各案件の連鎖関係をどのように意識し行動しているかに焦点を当てて考察することにより、今後の協力の提言と教訓を導き出すことに努めた。これらの分析は基本的には、各関係者へのオープンなインタビュー結果を基に行っており、インタビュー自体は、PLM2で整理された目的と手段の因果関係を踏まえつつ、各関係者の事

業に対する関心事項に焦点を当てて話してもらうことに努めた。

具体的な評価の視点は以下の5点である。

- ① 案件形成にあたって、日本による感染症対策分野全体の中での案件の位置づけや案件選定理由をどのように認識していたか。
- ② 案件の計画策定時に、立案決定者、ターゲット・グループ、ドナーとの連携、予算、専門家リクルート等をどのように考えていたか。
- ③ 案件の実施には、フィリピン政治状況の変化に対してどのように対応したか。
- ④ 受け入れ機関の体制、モニタリング、問題発生時の対応はどうであったのか。
- ⑤ 案件の効果、案件効果裨益グループ、自立発展性などをどのように認識していたか。

このプロセス評価の結果として特に興味深い点は、各案件が、異なる協力形態、異なる担当部局により形成・実施されている結果、日本側関係者は、感染症対策の分野全体として何を目標に協力を実施しているのか、明確なイメージを有していないことである。また、このことが一因となり、フィリピン感染症対策分野の案件を形成する際に、案件の優先度を判断する基準・根拠が明確でないという点を強く認識していたことが判明した。さらに言えば、それぞれの目標のレベル、つまり政策である上位目標、施策としてのプロジェクト目標、事業としての成果は、本来別々の行政レベル、または役割に基づき意思決定と責任が負われるものである。しかし、プロジェクトの評価枠組みでは、実態的には、成果に責任を負う事業部門、特にプロジェクト専門家等プロジェクトの実施者が全体の責任を負うような印象を与える。しかし、実際はプロジェクトの重要事項の意思決定者が曖昧になっているために、実施者は、どう決定し、どう動いたらよいか解からないことも課題として挙げられた。

他方、フィリピン側関係者や他援助機関関係者では、JICA在外事務所の意思決定権限

が小さいため、他の援助機関に比べて案件形成プロセスが外部にわかりづらく、時間がかかるという認識が強かった。また、実質的な案件決定者がその時々で異なり、日本の意思決定プロセスが、外部からは非常に理解しにくく、何が起きているのか解かりにくいとの印象を持たれていた。

実施面では、結核プロジェクトのように、日本の結核研究所がプロジェクトに対して組織的な支援体制を有しており、問題の解決、経験の共有、派遣専門家間でのシニア・ジュニア関係の構築などが見られるなど、明確な責任意識が見られた。このような事例は、事業の外部委託、アウト・ソーシング化の実施に向けた示唆を提示している。但し、この場合にも目標の明確化が重要になる。

以上の評価結果からは、①協力効果を高めるためには、長期的視野にたったプログラム・フレームを構築すること、②プログラム目標・成果レベルごとの最終責任所在を明らかにすることの重要性が解かる。特に後者の「目的と責任所在の明確化」は、各関係者（各関係部署、専門家、協力機関）が、事業計画の中での自己の位置づけとその重要性を認識し得るために必須である。

本評価では、PLM2で整理された目的と手段の因果関係を踏まえつつ各関係者の認識を調べることにより、各関係者の認識を適切に解釈することが可能となることが判明した。

(3) 協力予算の投入分析とインパクト評価

本評価では、PLM2を活用して、日本による感染症プログラムの投入体系と、USAIDによる感染症対策プログラムの投入体系の比較を行い、試験的なインパクト評価を試みている⁷。また、フィリピン政府の感染症対策政策体系に対する日本の介入状況調査を試みている。

まず、日本とUSAIDの投入体系の比較では、JICAと他援助機関（USAID）の双方による補完的投入に関するインパクトの測定も、PLM2に基づくプログラム評価によって可能

となることが判明した。具体例としては、フィリピンにおけるエイズ対策の中心となっているハイリスク・グループは、①地方政府（市、町、バラングイ）が運営する公衆衛生診療所を利用する登録性産業従事者の合法グループと②フリーランス性産業従事者と麻薬注射常習者の非合法グループであるが、日本の協力は、前者に対する投入が中心であった。エイズ分野への協力は、もともと日米の連携案件として計画立案されたものであり、実際のプロジェクト費用の投入傾向もこれを反映した結果となっていた。具体的には、日本が組織の機能強化のためにHIV検査用機材・設備を公共センターに供与し（組織機能の整備）、それを使う人材を訓練する（人材の能力向上）のに対し、USAIDがそれらを活用して大々的にHIVサーベイランスを実施している。民間セクターでは、USAIDの支援を受けている現地NGOが、日本から供与されたHIV予防教育教材や機材で人材訓練を実施し、ハイリスク・グループに対してHIV予防教育を行っている。

結核分野の協力では、日本の投入は公共セクターによるプログラムのための基盤整備（ラボラトリー、クリニック、IEC機材・教材）や、公共セクターの保健医療サービス提供者の知識・技術向上に当てられている。また民間セクターでは、NGOであるフィリピン結核協会に対して、新国家結核対策普及のための技術指導とIEC教材制作に投入している。フィリピンでは結核患者は、公共機関（地方政府保健所や病院等）がカバーする人口、民間機関（私立病院やNGO）がカバーする人口と、公共・民間のどちらもカバーしない人口の3つに区分されるが、日本の協力は、公共セクターを主体としながらも、NGOを始めとする民間機関への投入も含まれるが、公共・民間いずれにもカバーされない層への支援は行われていない⁸。これに対し、USAIDは公共セクターの感染症サーベイランス・システムの確立に投入しているが、結核分野の協力における日米連携は成立していないため、日米は異なる地域・組織を対象に活動してい

る。

インパクト評価では、JICAの協力案件検討群と、それ以外の比較群（コントロール群）を設定し、両群の結果を比較することで、JICAの協力・介入のインパクトの測定を試みている。結核を例に取れば、日本による結核支援対策により、セブ市の公共セクター・民間セクターの保健医療組織における結核対策のための基盤が整備され、保健医療サービス提供者の能力も向上された結果、対象地域における結核治療率の改善効果を生み出している。ただ、日本の結核対策は、フィリピンの一部をカバーしているに過ぎないため、国レベルの結核指標の改善への影響は判断できなかった。また、エイズ分野では、マニラ首都圏やセブ市の公共セクター保健医療施設におけるエイズ対策基盤が整備され、保健医療従事者の技術向上が見られ、住民がHIV/STIsサービスを利用して知識・態度が向上する等、投入・活動の効果が出ている。民間セクターでも同様の効果が確認されたが、しかしここでも中期的な成果、プログラム目標への効果については判断することはできなかった。

最後に、介入状況調査からは、①日本による投入が全体的にフィリピン国自身による投入において欠けている項目を補う形で行われており評価できること、しかし、②異なる政策レベルで介入状況を分析した結果、地方分権化による地方権限移譲が進んでいるフィリピンで、地方政府への投入が効率的に実施されてきていないことが、課題として抽出されている。

(4) 個別案件の実績評価

実績評価では、まず、日本による感染症の個別案件ごとに目標/成果の達成度と投入量を評価した。次に、日本による過去10年間の感染症案件の実績を、フィリピン国感染症対策の文脈の中で位置づけるとともに、他援助機関による動向と比較検証した⁹。

実績評価の結果からは、同じ疾病を対象とした案件同士でも上位目標が異なり、プロジェ

クト目標の整合性が取れていないという現状が明らかになった。また、それぞれの上位目標やプロジェクト目標の実績を確認することができなかったプロジェクトが多かった。また、投入が各成果に対して計画されていないために、成果と投入の因果関係を把握するのに困難をきたした。

日本の協力実績をフィリピン国感染症対策の文脈の中に位置づけた場合には、次のことが明らかになった。フィリピンにおいて地方分権化と権限委譲がかなり進んでいる現状では、保健省本省との話し合いを基本とする案件の形成・立案・実施という、従来の日本の援助実施方法は限界にきていた。保健省本省と保健省地域保健局との関係において、地域保健局の方はより大きな権限を持つようになっており、また感染症対策の最前線である保健所や公衆衛生診療所も、予算面、組織面、人材面の全てにおいて地方政府の管轄になっている。つまり、保健省本省が保健省地域保健局や地方政府に対して感染症対策の指針を提示することはできても、これを遵守させる権限は無いという構図になっている。今後は、援助計画・実施の実質的な焦点を国レベルから地域保健局や地方政府との協力・介入に移していくことが必要になるが、この場合に上位目標やプロジェクト目標の設定はますます難しくなる。他方、適当な上位目標とプロジェクト目標の設置なくしては、協力の効果自体が明確化しないことも、これまで議論してきたとおりである。

最後に、エイズ・結核分野における日本とUSAIDとの連携を検証すると、実際の連携が、①支援対象の役割分担（日本：公共セクター中心、USAID：民間セクター中心）、②支援内容の補完（日本による機材供与を使用してUSAIDが検査や教育を行う）、③支援地域の住み分け、といった形で実現していることが判明した。このことは、日本の協力が、公共セクターの組織基盤整備と人材の能力向上という、他援助機関と競合しない側面において実施されていることを示しており、このことは日本の協力プレゼンスを高めていると

考えられる。しかしながら一方で、日本は民間セクターへの協力にも努めたが、マラリア対策を除き、協力が系統だっていない点も明らかになった。

援助協調は、援助実施のシステムや手続きが異なる場合、共同で案件を実施するのは煩雑で実施が困難という意見も強いが、役割分担、補完・住み分けによって対応することはそれなりの効果を生み出すことができる。しかし、このような役割分担、補完・住み分けへの関係者の意識は、当初は共有されていても、人が変わるに従い薄れ、時間とともにそのような認識を待たなくなるのが実態であった。このような状況を考慮すると、各案件に対する投入が、どの成果のために、どのレベルで、誰に対してなされたかを明記し得るよう、政策体系を明確にし、関係者間でそれぞれの事業の位置づけについて認識するとともに、経験等を共有化していくことは、効率的な協力の実施には重要かつ不可欠であることが解かる。

4. PTMの有用性とプログラム評価のあり方

従来のプログラム評価は、個々のプロジェクトの評価を積み上げて実施する例が多く、特定テーマ評価や国別評価などの実態は、政策体系上にプログラムの目的—手段の因果関係を位置づけた上で評価するには至っていなかった¹⁰。しかしPTMを活用したプログラム評価は、従来のプログラム評価の限界を克服することが、本論において明らかになっている。

プロセス評価では、関係者が案件形成や案件選択のプロセスにおける責任の不明確さについて述べているが、この事は、従来のプロジェクトの文脈で協力事業を行っていく事の限界を示しているともいえる。限られた予算の中で、いかに協力を政策や施策に影響を与えるようにするかを検討する視点は、政策協議と政策体系を明確に結び付けて議論する事

の重要性を示唆するものである。

投入体系の比較検討では、日本の協力・介入の特質を考察することができた。本評価においては、日本の協力自体は特定地域に集中しており、その地域における貢献は明らかである一方で、日本の関与が主にプロジェクト・レベルの関与に留まり、フィリピンの政策（ポリシー）と施策（プログラム）、及び施策と事業（プロジェクト）との因果関係に対して協力・介入を行っているという認識が薄いことが判明している。

また、インパクト評価では、結果（Output）である成果の検証はできても、中間成果（Intermediate Outcome）であるプロジェクト目標、最終（End Outcome）である上位目標の検証については明確な結果を引き出せなかった。このことは協力によるインパクトや有効性を証明できなかったということであるが、他方、成果とプロジェクト目標、上位目標との間の因果関係に無理があるといえる状況を示しているとも考えられる。一般に、インパクトの発現は時間がかかるということが、インパクトが発現していないことの理由として挙げられる傾向がある。しかし、インパクトが確認できない場合には、上位目標、プロジェクト目標、成果のそれぞれの因果関係を疑ってみることが必要である。従来日本が実施してきた事業（プロジェクト）への協力とは、基本的には成果と活動・投入に対する協力である。そしてこの場合、大々的な協力を行わない限り、日本の協力がインパクトを発現することは困難であると考えられてきた。しかし、限られた予算規模の中で、いかに政策や施策に影響を与えるような協力・介入を行うかを検討することは、協力・介入方法を検討する際の国際常識となっており、本評価が明示している点は、日本の多くのプロジェクト関係者が、主に案件形成や計画について明確な考え方を提示し得ていないことであった。

三好・阪本・阿部（2002）がプログラム援助とプロジェクト援助について議論しているように、フィリピンの政策体系と援助国の援

助の政策体系は同じであるわけではない。援助自体は、援助国と援助を受け取る国の政策体系それぞれの合意に基づいて決定される。また、援助国の援助は、被援助国の政策（ポリシー）や施策（プログラム）に対して行われる場合と、事業（プロジェクト）に対して行われる場合とでは、その影響力も異なる。このような観点に立てば、特定地域に焦点を当てた協力のあり方は、日本の協力のインパクトや有効性を高めるために再考察する必要があると考える。そして、フィリピンの政策と施策の関係性や施策と事業との関係性に、直接・間接的に影響を与えてゆくよう、協力の方向性を転換することが求められているのである。

このようにPTMによるプログラム評価は、日本の援助全体の協力像を明らかにすることによって、フィリピンの政策体系のどこに協力すべきか、どこに関わるべきかの議論の材料を提供し、事業（プロジェクト）の選択・立案、つまり予算の配分や事業の責任範囲等と実績を結び付けて評価することを可能とした。また、個々の事業の歴史的な経緯を、分野や課題に対する大きな開発枠組みにおいて、他援助機関による動向も考慮しつつ議論することも可能としている。すなわち、今後は一層政策や施策に視点を置き、協力の計画、実施、評価を行うことが不可欠である中、PTMによる政策体系の明確化は、現在JICAが目指している国別・課題別アプローチを具体化する、有益な方法論を提供するものであると考える。

なお、筆者は、上位目標、プロジェクト目標、成果という用語は、アウトカムとアウトプットの区分を明確にするに適しておらず、これらの用語に替え、最終成果、中間成果、結果を用語として使うことの方が望ましいと考える。

付記

本論は、第3回国際開発学会特別集会及び国際協力事業団ODAセミナーでの報告を基

に大幅な加筆・修正を行ったものである。また、その際数々のご指摘をいただいた討論者、また、本論の査読者の方々に対して感謝申し上げます。なお、本稿の見解は筆者個人のものであり、JICAの統一的な見解を示すものではない。

注記

- 1 いわゆる政策評価は、このプログラム評価に相当し、施策（プログラム）を対象とした評価を主体に、政策（ポリシー）を対象とした評価を含む。プログラムの位置づけについては三好（2002b）を参照されたい。
- 2 PDMによる評価については、国際協力事業団企画・評価部評価監理室（2001）『実践的評価手法：JICA事業評価ガイドライン』及び三好・源（2001）を参照されたい。
- 3 評価調査報告書は現在印刷中。現地調査は平成14年2月から3月にかけて実施している。
- 4 PTMについては三好（2002a）を、また政策体系におけるプログラムの位置づけについては三好（2002b）を参照されたい。
- 5 ポリシー、プログラム、プロジェクトと政策、施策、事業は、それぞれ相対する概念として考えられている。また、政策、施策、事業の操作し実現する対象として、それぞれ最終成果、中間成果、結果を捉えることによって、また、それぞれ相対するものとして位置づけることによって、政策体系でのそれぞれの関連が明確になる。しかし、実態面では、プロジェクトは、政策、施策、事業を含むもの、例えば表1ではEO/IO-1-1/OP-1-1/A-1-1/I-1-1として提示されるのが一般的であり、実践上のプログラムとプロジェクトの用語使用を複雑にしている。詳細については三好（2002b）を参照されたい。
- 6 主な調査手法としては、キー・インフォーマント・インタビュー（サンプル数：87名）や、グループ・インタビュー、e-mailを活用したスノーボール・サンプリング方式（サンプル数：23名）の質問紙調査を実施した。
- 7 絶対的な情報不足のため試験的な評価の域を出ていないが、これは以下の3つの理由に因っている。
 - ①評価対象物となるPLM2は、本来プログラムとして計画されたものではないが、共通の目標の下に位置づけられる案件群を試験的にまとめて、プログラムとして取り扱っていること。
 - ②JICA、他援助機関、フィリピン国の感染症関連事業の予算額・支出額等は、収集資料及び聞き取り調査から得られたデータを参考にしたものであること。
 - ③インパクト調査は、ベースライン・データなど既存の資料が存在しない中で、サンプル数も限定されたターゲット・グループと比較グループの事後比較であること。
- 8 この層は貧困層が主体。
- 9 ここで使う実績評価とは、「成果（結果：Output）」を確認する作業を指しており、総務省の政策評価ガイドラインにおける実績評価とは区別される。
- 10 プロジェクト評価の積み上げによるプログラム評価は、主に次ぎの四点の欠点があると思われる（Funnell2000、三好2001a）。
 - ①投入・活動、結果に焦点が当てられ情報収集が行われ、中間成果や最終成果がおろそかになること。
 - ②評価時点での現状とあるべき姿との比較が、主に投入・活動、結果を中心に行われること。
 - ③投入・活動、結果、中間成果、最終成果と評価5項目との関連を適切に分析し得ないこと。
 - ④結果として因果関係を明確化し得ないことが多いこと。

参考文献

- 国際協力事業団企画・評価部評価監理室（2001）『実践的評価手法：JICA事業評価ガイドライン』、国際協力出版会
- 国際協力事業団企画・評価部評価監理室（2002a）『特定テーマ評価 フィリピン人口・健康

- セクター・USAID連携：Part1 母子保健・家族計画（リプロダクティブ・ヘルス分野）
国際協力事業団企画・評価部評価監理室（2002b）
【特定テーマ評価 フィリピン人口・健康セクター・USAID連携：Part2 感染症対策分野】（印刷中）
- 高島宏明・三好皓一（2000）「援助を巡る環境変化と援助実施機関の対応—国際協力事業団の組織改革を事例として」、『国際開発研究』、8（2）：127-143
- ノルウェー外務省（1996）国際協力事業団企画部評価監理課訳『開発援助の評価—評価のためのハンドブッカー』、国際協力事業団企画部評価監理課
- 古川俊一（2001）「地方自治体の行政評価」、『日本評価研究』、1（1）：25-37
- 三好皓一（2001）「援助協調枠組みの変化」、三好皓一・高千穂安長共編『国際協力の最前線 グローバル・ホットイシュー』、玉川大学出版部、42-58
- 三好皓一（2002a）「プログラム・セオリー・マトリックスの活用について：評価における分析の有用性を高めるために」、『日本評価研究』、2（1）2：11-27
- 三好皓一（2002b）「政策体系におけるプログラム評価の位置づけ：プログラム評価とプロジェクト評価」、第3回全国大会実行委員会編『日本評価学会第3回全国大会報告集』
- 三好皓一・阪本公美子・阿部亮子（2002）「プログラム援助とプロジェクト援助の二元論を超えて：タンザニアの事例から」、『アフリカ研究』、60：123-137
- 三好皓一・源由理子（2001）「国際協力事業団「評価ガイドライン」の理論的枠組み—ガイドライン作成のプロセスにおける一考察」、『日本評価研究』、1（2）：89-100
- Funnell, S. C. (2000). Developing and Using a Program Theory Matrix for Program Evaluation and Performance Monitoring, In Rogers, Patricia J., Hacsí, Timothy A., Petrosino, Anthony & Huebner, Tracy A. (Eds.). *Program Theory in Evaluation: Challenges and Opportunities, New Direction for Evaluation*, American Evaluation Association, San Francisco: Jossy-Bass Publishers, 91-101.
- OECD-DAC (1998). *Review of The DAC Principles for Evaluation of Development Assistance*.
- Rogers, Patricia J., Hacsí, Timothy A., Petrosino, Anthony & Huebner, Tracy A. (Eds.) (2000). *Program Theory in Evaluation: Challenges and Opportunities, New Direction for Evaluation*. American Evaluation Association, San Francisco: Jossy-Bass Publishers.
- Stuffle, Daniel L. (2001). *Evaluation Models, New Direction for Evaluation*. American Evaluation Association, San Francisco: Jossy-Bass Publishers.
- Weiss, Carol H. (1998). *Evaluation Second Edition: Methods for Studying Programs and Policies*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, Inc.

(2003.1.17受理)

Program Evaluation: The Case of Japan's Infectious Disease Control Assistance in the Philippines

Koichi Miyoshi

Japan International Cooperation Agency
Miyoshi.Koichi@jica.go.jp

Yoshika Hirata

Japan International Cooperation Agency

Tomoyo Wada

HANDS

Hajime Nakazawa

Japan International
Cooperation Agency

Etsuko Kita

Japanese Red Cross Kyusyu
International College of Nursing

Abstract

This article is to demonstrate the application of the concept of Program Theory Matrix (PTM) to the case of program evaluation on JICA's infectious disease control activities in the Philippines. This program evaluation takes the following steps to make its constructive base; 1) Categorize infectious disease control assistance not by assistance schemes but by diseases, namely HIV/AIDS, Tuberculosis, Malaria, 2) Each category as "Assistance Program Model (APM)" is rearranged in order of end outcomes, intermediate outcomes, outputs, activities, and inputs based on the concept of PTM, 3) Each APM functions as Para-Policy Structure so that the subjects of the program evaluation is fairly identified.

Based on the above-mentioned framework, the program evaluation examines the cognition among interested party of respective projects, analyses the financial inputs, and measures the impacts. As a result, it was proved that PTM has the possibility to be a constructive base for program evaluation. In addition, the program evaluation enables to highlight policy implications on Japanese assistance, which is unable to be argued within the framework of project evaluation. The significant implication from this program evaluation is that it shows where and how to intervene for Japan into the Philippines infectious disease control policy in order to make its larger impacts and better outcomes by sliding its assistance approach from the project-oriented to the program-oriented.

Keywords

program evaluation, project evaluation, Philippines, infectious disease control, policy structure