

表 2 世界基金に提案された新しい評価指標

出典 : Wilkinson et al. 2006

Routine Monitoring			
Category of Effect	Specific effect	Indicators for Routine Monitoring	Source
<b>HEALTH SYSTEM EFFECTS</b>			
Policy process	Sustainability	Ratio total capital investment to recurrent budget (retrospective) Ratio capital investment to expected recurrent costs (prospective)	Government budget & expenditure data
	Additionality	% of government spending devoted to health % of health expenditure in GDP % of total public health spending contributed by donors (excluding vs. including GFATM funding) Total public health expenditures disaggregated by source (specific donors)	NHA/Annual Sector Reviews/MTEF NHA/ASRs/MTEF NHA/ASRs/MTEF
	Pace of disbursement	GFATM expended funds as a % of budgeted funds per accounting period MOH expended funds as a % of budgeted funds per accounting period	GFATM program data
	Verticality	Number of new vertical systems established for service delivery or logistics	GFATM program data
Public/private	Public/private mix	Absolute number of private for-profit providers, private non-profit providers and government health care providers (and ratios)	HIS, registration data
	Distribution/equity	% of private for profit providers in rural areas % of private non-profit providers in rural areas	
	Market entry	number of new (less than one year old) private providers as % of established private providers	
	Quality of care in private sector	% of private providers with key equipment items available and functional	
	Service availability	Mean number of new services offered by private providers	Sentinel sites
	Public/private partnerships	Number of public/private partnerships for focal and non-focal services	GFATM data, MOH data
	Quality/regulatory capacity	Ratio of inspectors to private facilities/outlets	HR and facility data in MOH
Human Resources	Quantity	# nurses or doctors per head of the population	MOH HIS/HR IS
	Quality	Proportion of health workers receiving training during previous one year. % health workers in rural areas receiving supervisory visits in last (x) months	HR MIS/sentinel sites HR MIS HR MIS/sentinel sites
	Equity	Proportion of health workers in rural areas Number of unfilled positions (rural versus urban)	Sentinel sites

表 3 世界基金に提案された新しい評価指標 II

出典 : Wilkinson et al. 2006

Routine Monitoring			
Category of Effect	Specific effect	Indicators for Routine Monitoring	Source
		areas) Proportion of health workers at tertiary, secondary and primary levels Ratio of per diems or salaries paid by GFATM supported activities, to per diems or salaries paid by MOH.	HR/HRIS GFATM and MOH data
Pharmaceuticals	Availability	Proportion of health facilities that did not experience drug stock-outs for tracer drugs (focal and non-focal) during preceding three months (and by rural and urban areas)	Sentinel sites
	Quality	% of facilities with expired items	
	Sustainability	% of average international price paid, for last regular procurement of a set of indicator drugs Average drug cost per encounter	
	Affordability		
Service Delivery	Service availability	Number of new services offered by type of facility Average hours that priority services (eg. immunizations, ANC) are available for per week	Sentinel sites
UTILIZATION AND COVERAGE			
	Utilization/ coverage of non-focal health care services	% of fully immunized children % of expectant mothers receiving full course of ANC % of expectant mothers delivering under care of qualified health worker	HIS
	Equity	Comparison of above indicators between rural and urban areas.	

参考文献

The Global Fund Soft Performance Measure. 2005

The Global Fund Investing in the Future. 2005.

David Wilkinson, Ruairi Brugha, Sean Hewitt, Birna Trap, Janie Eriksen, Lasse Nielsen, Wolfgang Weber. Assessment of the Proposal Development and Review Process of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria Euro Health Group. 2006.

## 結核対策計画における評価手法について

### 1. はじめに

結核対策計画（Stop TB Partnership）は、結核に取り組むための社会的な取り組みの一つである。結核は、DOTS の拡大にも関わらず依然として最も被害の大きい感染症の一つであり、年間 200 万人の死の原因となっている。MDG においても結核対策の重要性に関して指摘されており、世界的な規模での取り組みが望まれている。

1991 年の世界保健総会（WHA）において、結核対策のための目標が設定された。この目標を受けて、世界保健機関（WHO）が主導して結核対策の国際的な取り組みが実施されてきた。2001 年 10 月結核対策計画の最初の委員会が開かれ、結核対策の多国間協力実現のために動きだした。本稿では、この結核対策計画における政策評価手法に関して分析を行う。

### 2. 結核対策計画の目的と評価機構

結核対策計画は、22 の結核感染率の高い国を対象としている。その目的は、

- ・全ての結核患者に結核治療とケアを提供する
- ・結核感染の防止
- ・脆弱層の結核感染からの保護
- ・結核が家族、コミュニティ、国に与える社会的経済的被害の軽減

である。より具体的な目標としては、

- ・2005 年までに、感染性結核の 70%を発見し、その 85%を治療すること
- ・2010 年までに、結核の死者、有病者数を、2000 年の半分にする事。
- ・2050 年までに、世界中の結核発症率を、100 万人に 1 人以下にすること。
- ・これらの組織が掲げる目標に加えて、MDG で設定された目標も Stop TB Partnership に大きく関わっている。

これ以外にもミレニアム開発目標で設定された結核関連の目標・指標も対象としている。具体的には、

- ・Target 8 2015 年までに拡大を食い止めて、発症率の減少に向かわせる。
  - ・指標 23 結核関連の有病率・死亡率
  - ・指標 24 結核発見率と DOTS による治癒率
- 結核対策計画における進捗管理・政策評価は、これらの指標、特に DOTS の普及率によって実施されている。評価の基準として、
- ・Relevance（妥当性）
  - ・Efficacy（有効性）
  - ・Efficiency（効率性）
  - ・Sustainability（持続可能性）
  - ・Institutional development impact（制度発展への影響）
  - ・Process（過程）
  - ・Governance（ガバナンス）
  - ・Implementation（履行状況）

これらの DAC 評価 5 項目を修正したものをしている。しかし、実際の評価は DOTS の普及率の拡大のみに限定されており、こういった枠組みに配慮した政策評価は実施されていない。こういった現状に対して、外部評価機関が結核対策計画が実施すべき進捗管理・評価に関する研究を行っている。

### 3. 外部機関による評価

結核対策計画は、評価をほとんど実施しておらず、外部評価に依存している。そのうち最も主要なものは、WHO の委員会が、外部の研究機関である Institute of Health Sector Development に評価を依頼したものである。Institute of Health Sector Development は、2003 年 12 月に評価を発表した。以下、この外部評価の結果とこの外部

評価が提案した政策評価の指標について概観する。

この外部評価によると結核対策計画を一つのプロジェクトとしてみた場合、高い妥当性、有効性、効率性を持つ可能性があり、非常に有望であるとしている。しかし、今後個々のプロジェクトをより効果的に実施するためには、政策評価指標を充実させる必要があると主張している。その内容が表1の指標群である。

次の表は、結核対策計画のカンボジア事業に対

する外部評価である。この評価では、DOTSの拡大を中心とした結核対策の拡大とパートナーシップ構築の効果、結核の治療薬の質の向上への貢献、結核に対する教育の進展などの観点から評価を実施している。こういった評価を各国に対して行っているが、国ごとのパフォーマンスの比較やパフォーマンスの悪い国における改善点に関する提言などは実施されていない。

表1 結核対策計画の外部評価

GDF Core Functions	Activity	Reporting period	Previous reporting period
Grant making	Total patients granted to date (and % vs target as per strategic plan) <sup>1</sup>	No, %	No, %
	Total \$ raised to date for grant making (and % vs target as per strategic plan) <sup>2</sup>	\$, %	\$, %
	Total value of grants approved to date (including buffer) <sup>3</sup>	\$	\$
	Total number of patient treatments approved (including buffer) via grants <sup>4</sup>	Pts	Pts
	Total financial shortfall to cover existing commitments	\$	\$
Direct Procurement <sup>5</sup>	Number of applications approved for Direct Procurement	No.	No.
	Total value of Direct Procurement Orders	\$	\$
Applications and review <sup>6</sup>	Total number of patients approved (including buffer) via direct procurement	Pts	Pts
	No. of high burden countries aware of possibility of applying to GDF (measures awareness of application)		
	TRC meetings completed vs target as per workplan		
	No of rounds of applications and review	No.	No.
	No of applications for GDF support <sup>7</sup>	No.	No.
	Number of applications approved for support	No.	No.
	Applications rejected		
	Applications accepted that were previously rejected or placed under consideration		
	Average time from receipt of application to grant agreement	Days	Days
	Monitoring & Evaluation <sup>8</sup>	Number of applications monitored for repeat support	No.
White List and Supplier mobilisation <sup>9</sup>	Customers perceptions on usefulness and quality of M&E		
	Partners and donor perceptions on quality and usefulness of M&E		
	Number of applications accepted for repeat support	No.	No.
Procurement <sup>10</sup>	No. of countries that have received formal feedback from GDF		
	% GDF countries receiving TA for drug management/Technical Assistance as part of GDF monitoring	%	%
	% Monitoring missions on time	%	%
	Number of companies on WHO/GDF white list	No.	No.
	Number of companies applying to join white list	No.	No.
	Number of companies in High burden countries applying to join	No.	No.
	Number of applicants which have received drug deliveries	No.	No.
	Average lead time from placing order to receipt of drugs in country (excluding countries which asked for delayed deliveries)	Days	Days
	No of countries receiving drugs within agreed lead time (5 months after GA) <sup>11</sup>	No.	No.
	Drug orders placed	No.	No.
GDF countries using track and trace	No.	No.	
Total units per product delivered	No./product	No./product	
Orders on-time	%	%	
Orders complete	%	%	
Orders error and damage free	%	%	
Perfect order achievement <sup>12</sup>	%	%	
Average Time taken for GDF drugs to clear customs & registration	Days	Days	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• increased from 48% in 1999 to 69% in 2002; and cure rate up from 85% to 89%</li> <li>• Pilot underway to link DOTS Programme with home based care for HIV/AIDS</li> <li>• No linking with prison services as yet</li> </ul>										
3. Impact of the Stop TB Partnership on political commitment to Stop TB	<p>Increased political commitment at national level in Cambodia from 1999, as shown by:</p> <p>a) policy and legislative developments:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) National Health policies and strategies for TB control (2001-2005) approved by the Government in July 2001</li> <li>ii) National TB Committee headed by Prime Minister and co-chaired by Minister of Health with members from provincial governors</li> <li>iii) Incorporation of TB control activities under Chapter 13 of the financial legislation. (Chapter 13 refers to the provision of free health care for patients for particular priority disease/conditions and also protected for budget allocation)</li> <li>iv) Key partners (WHO, JICA and CIDA) contributed funds for policy document formulation, production and dissemination.</li> </ul> <p>b) development of plans and guidelines for TB control:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) National Health Strategic Plan for TB Control (2001-2005) formulated and approved by the Government along with key partners</li> <li>ii) Framework for TB/HIV guidelines approved by the GoC</li> </ul> <p>c) increased funding for TB control:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Government contribution increased by 90% in 1999 and almost 300% between 1998 and 2003:</li> </ul> <table border="0" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">1999</td> <td>708 mil Riel (\$0.17m)</td> </tr> <tr> <td>2000</td> <td>1339m Riel (\$0.35m)</td> </tr> <tr> <td>2001</td> <td>1560m Riel (\$0.40m)</td> </tr> <tr> <td>2002</td> <td>2153m Riel (\$0.55m)</td> </tr> <tr> <td>2003</td> <td>2530m Riel (\$0.63m)</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>ii) JICA started new project on DOTS and other key funders increased contribution</li> <li>iii) Since 2002 by legislation TB treatment and diagnostic services are exempted.</li> </ul> <p>d) High level participation of key stakeholders in partnership activities:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Minister of Health attended the Conference on TB and Sustainable Development; and First Stop TB Partners' Forum</li> <li>ii) Senior staff of TB including key partners (JICA and WHO) attended most international events</li> <li>iii) ICC for TB established and functional</li> <li>iv) TB/HIV Working Group established</li> <li>v) TB Manager part of the High level COCOM</li> </ul>	1999	708 mil Riel (\$0.17m)	2000	1339m Riel (\$0.35m)	2001	1560m Riel (\$0.40m)	2002	2153m Riel (\$0.55m)	2003	2530m Riel (\$0.63m)
1999	708 mil Riel (\$0.17m)										
2000	1339m Riel (\$0.35m)										
2001	1560m Riel (\$0.40m)										
2002	2153m Riel (\$0.55m)										
2003	2530m Riel (\$0.63m)										
4. Impact on partnership building	<ul style="list-style-type: none"> <li>• High level ICC established in 2001 and meets regularly, mostly monthly</li> <li>• Increased number of NGOs are involved</li> <li>• Weekly informal interagency meeting on TB</li> <li>• Pilot testing of home-based TB care is conducted by NGOs</li> <li>• With support from CIDA, WHO focal point supports the Government in building capacity and partnership</li> </ul>										
5. Impact on TB awareness	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Three day annual TB conference held involving all levels of TB staff with the World TB Day – Rally, Mass and Electronic media and high level political participation</li> <li>• Wider mass communication to grass-root level</li> </ul>										
6. Impact on availability of high-quality anti-TB drugs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Availability of drugs was already ensured before the Partnership. However, when the country started competitive bidding, delays occurred in procurement which prompted use of GDF (application submitted in Aug 2003)</li> <li>• MDR has been very low to date so no use of Green Light Committee</li> <li>• Good distribution system for availability up to HC level</li> </ul>										
8. Other Issues	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stop TB Partnership is not conceived as a separate entity from WHO's regular funded activity by all stakeholders including WHO country and regional office</li> <li>• Fear of some major individual partners going alone</li> <li>• No contingency plan between the cycles of different funding agency projects</li> <li>• Concern shown even at the highest levels about creating separate entity just labelling Stop TB. Suggestion to incorporate these initiative through existing facilities and organisation</li> <li>• Concern shown for creating separate structure and projects through establishment of HIV/TB working groups and action plan.</li> </ul>										

#### 4. まとめ

結核対策計画は、WHO の影響下にある組織で、進捗管理・評価の枠組みに関しては WHO の影響を強く受けている。しかし、即時資金の量が少ないことなどから、進捗管理・評価はほとんど行われていないのが現状である。今後は、世界基金などと連携しながら、進捗管理・評価部門を充実させていく必要がある。

#### 参考文献

McKinsey & Company. Evaluation of the Global TB Drug Facility, Final Report. Stop TB Partnership / WHO. April 2003.

International Group of Health Experts Issues: Global "Declaration to Stop TB", Banta D, Journal of the American Medical Association, May 10, 2000 – Vol 283, No.18, p.2375-2377

Stop TB Evaluation Team: Independent External Evaluation of the Global Stop TB Partnership. Institute for Health Sector Development. 2003.

## ロールバックマラリアにおける評価手法について

### 1. はじめに

ロールバックマラリア（以下 RBM）は、1998 年 11 月に当時の WHO 事務局長であったブルントランドのキャンペーンの一環として創設された組織である。マラリアという地球規模の問題に対応するために創設された多国間協力事業である。

RBM では、効果的な進捗管理・評価システムをマラリア対策の成功にとって重要な要素とみなしている。本稿では、RBM における政策評価手法について分析する。

### 2. RBM の組織と評価の位置づけ

RBM は、世界銀行、WHO、UNICEF、UNDP と二国間援助機関などで構成されており、機能としては WHO の一組織としてマラリア対策活動を統括する活動を行っている。

進捗管理と評価は、随時実施される予定で、それをウェブサイトで公開することで、マラリア対策の方向性を修正する機能を果たすことを期待している。

### 3. 政策評価手法

#### 3-1. 政策評価の枠組み

RBM の評価手法は基本的には WHO が開発したロジカルフレームワークに従っており、「Input・Progress・Outputs・Outcome・Impact」という枠組みで分析が行われている。政策評価の理念は以下の通りである。

- RBM の目的への妥当性
- データが時系列で利用可能であること
- 妥当な指標を使い続けること
- 標準化されているが修正されたアプローチ（マラリアは地域・環境に影響を受けるので、それに対する修正が必要だが、基本的には汎用性が高い指標を用いるということ。）

- 既存のデータベースを出来るだけ活用すること
- 地域へのフィードバック
- RBM に参加している組織の幅広い支持を得ること。

#### 3-2. 政策評価の指標

評価する基準として以下の 5 項目があげられている。

1. マラリアへの介入効果
2. マラリア予防の進展
3. 関係医療セクターの発展
4. セクター間の連携の強化
5. 技術支援と国家協力

が、マラリアという疾病の特徴から指標

これらの項目に基づいて評価を実施するのは地域によって異なってもかまわない。しかし、5 つの重要な指標は、地球規模での指標と認定されている。以下が、その指標である。

1. ターゲットグループ（5 歳以下児童など）におけるマラリア死亡率
2. ターゲットグループにおけるマラリアの件数
3. 少なくとも一つ以上の蚊帳を持つ世帯の数
4. 国家のガイドラインに従った適切なマラリアの処置を医療機関もしくはコミュニティーレベルで受けることができた患者の数
5. 前の 3 ヶ月間において、一週間以上の抗マラリア薬の保持が中断されたことがない医療機関の割合

これらの指標に基づいて、マラリア対策の介入の効果を測定することが定められた。進捗管理・政策評価は年に一度実施するよう定められている。これらの指標は、さらに世界基金との議論によって、進展しており、現在は、世界基金によるツールキットに指標開発は引き継がれている。

# Basic Malaria M&E Framework

Input	Progress	Outputs	Outcomes	Impact
Strategies Policies Guidelines Financing	Human resources Training Commodities	Service delivery Knowledge, skills, practice	Coverage Behavior change	Disease burden Socio-economic wellbeing

## Information available (globally)

Financial resources Drug policy Strategies	ACT procurement (ATM-LUM,WHO) Net/ITN/insecticide procurement (UNICEF/WHO)	Insecticides used for malaria vector control (WHOPEs) Drug and insecticide resistance/efficacy Nets/ITNs sold or distributed Nets (re-) treated Antimalarial drugs distributed/used	U5 fever treatment with antimalarials HH ITN possession ITN use PW use of IPT/chemoprophylaxis	Report malaria morbidity & mortality (WHO HQ & RO standard case definitions) All-cause U5 mortality Anemia Incidence
--	---	---	---	---

図 1 RBM における進捗管理・評価の枠組み

出典：RBM ホームページ

## 4. 問題点

USAID などが外部評価を実施し、RBM の進捗管理・評価システムの評価を実施している。それによると RBM は独自のデータ収集経路を持たないため、国家レベルでは十分な政策評価が出来ていないことが指摘されている。

具体的な指摘内容は以下のようなものである。

- －焦点の欠如
- －マラリアの状況を監督するような地球規模でのデータベース構築に貢献していない。
- －多くのアフリカの国においては、基準となる年のデータがなく、介入効果を測定できない。また、社会・経済的影響を測定するための指標の考慮がない。
- －提示しているデータベースが多すぎる。
- －被支援国に提供されている進捗管理のためのガイドラインが不十分なものである。
- －データのサンプリング手法が異なっており、国と国でデータの比較が出来ない。

## 5. まとめ

RBM はマラリア対策が十分に行われておらず、疾病状況も正確に量的に測定できていない状況に

対応するために創設されたが、外部評価によると、いまだその任を果たせていない。RBM 単体では十分な資金を持っておらず、今後は世界基金などの他の多国間協力事業と連携しながら、進捗管理・評価を行う必要がある。

## 参考文献

Roll Back Malaria. Framework for Monitoring Progress & Evaluation Outcomes and Impact. 2000.

Roll Back Malaria. Assessment of the RBM Monitoring & Evaluation System. 2003.

## 3 by 5 における評価手法について

### 1. はじめに

3 by 5 は 2003 年 12 月に、World Health Organization（以下 WHO）と Joint United Nations Programme on HIV/AIDS（以下 UNAIDS）によって提唱され、組織された。その目的と目標は、2005 年末までに世界中に住む中低所得国に住む 300 万人の HIV/AIDS 患者に Anti Retroviral Therapy（以下 ARV）を供給することである。本稿では、3 by 5 の進捗管理・政策評価に関して明らかにすることを目的とする。まず、3 by 5 の運営における評価部門の位置づけを明らかにし、次に具体的な評価手法に関して論じる。最後に実際の評価例を検討していく。

### 2. 3 by 5 における評価部門の位置づけとその他の組織との関係

3 by 5 は、UNAIDS の共同スポンサーである 10 の機関と 2004 年時の WHO 加盟国によって実行され、WHO は「ARV を HIV/AIDS 対策の包括的対応として各国に支援する」2 年間のプログラムの中心を担った。

国・地域レベルにコーディネーションチームが置かれ、このチームが WHO 本部と連携をとりながら、国・地域事務所における 3 by 5 を動かしていた。WHO 本部には Strategic Information & Research（以下 SIR）、Treatment & Prevention Scale-Up（以下 TPS）、Partnerships, External Relations, and Communication（以下 PEC）、AIDS Medicines and Diagnostic Service（以下 AMD）の 4 つのグループが設置され、それぞれが HIV/AIDS 部門長の管轄下に置かれた。

#### 【評価の概要】

評価についての取り決めは、全て Term of Reference（以下 TOR）に記載されており、これ

をもとに評価部門が 2005 年 7 月に WHO によって任命された。この評価に関わるグループは大きく分けて以下の 3 つである。

1. Steering Committee
2. 評価部門（評価チーム）
3. WHO 担当者と事務局

#### 【Steering Committee】

Steering Committee は、評価の重要な段階において、評価チームや WHO への諮問機関としての役割を果たす。具体的には、Steering Committee に期待されることは：

- TOR 草案のレビューと支持
- HIV/AIDS 部門長の推薦による評価チームの選抜に対する支持（WHO からのスタッフメンバーを含む）
- 評価方法とプロセスをレビュー、支持
- 提出される様々な報告書のレビューと支持

Steering Committee のメンバーは、主な国際開発や公衆衛生イニシアティブに関する評価の経験を有する程の候補者であるべきである。Steering Committee は最高 14 人のメンバーから構成され、そのうちの一人は委員長となり、以下のメンバーから成っている：

- 3 by 5 における 2 国間協力のドナーからそれぞれ代表者が 1 名（CIDA, SIDA and DfID から全部で 3 人の代表者）
- UNAIDS 事務局から 1 名
- HIV/AIDS 部門長から推薦を受けた WHO からの代表者 2 名（地域・国レベルも含む）
- STAC 代表から推薦を受けた WHO STAC メンバー 2 名
- CIDA から推薦を受けた HIV/AIDS NGO 部門の代表者 1 名
- Steering Committee 委員長の顧問によって

WHO から推薦を受けた HIV 感染者 1 名;

- Steering Committee 委員長の顧問によって WHO から推薦を受けた WHO 加盟国の代表者 3 名
- CIDA によって推薦を受けた国際レベルの公衆衛生、HIV/AIDS そして (もしくは) 開発評価分野の専門家 1 名

#### 【評価チーム】

評価自体は 5 人のコンサルタント (チームリーダーを含む) によって構成された外部のチームによって行われた。WHO スタッフ (本部から 1 名と地域オフィスからの 1 名) は評価プロセスを手伝う。

WHO スタッフの参加は、評価プロセスへのサポート・貢献と WHO の内部組織との迅速な理解を可能にし、評価チームのためにステイクホルダーや国への出入りを容易にし、WHO の自己評価能力の学習・強化を目的とする。WHO スタッフの選考と参加は Steering Committee によって確認され、推薦は HIV/AIDS 部門長の承認の前になされる。又、評価チームのメンバーは、独立して WHO スタッフの最終評価を行う。評価チームは、国際的に認められた公衆衛生と開発イニシアティブの評価専門家を含まなくてはならない。NGO 部門、適切な男女差、適切な文化的で地理的多様性のバランスから代表者を含まなければならない。チームリーダーは、リーダーシップとコミュニケーション能力と複雑な組織評価に対応した経験がなくてはならない。他のチームメンバーは技術力と専門知識を適切に持ち合わせていなくてはならない。

評価チームの代表は WHO と CIDA へ提出するための最終報告書の草案作成の責任があり、必要な事務的支援を受けることができる。

選考方法は評価チームに関わりたい候補者の予備プールをもとに、広い協議が開始される。Steering Committee の委員長との協議では、WHO HIV/AIDS 部門長は、WHO の規約・規定をもとに、候補者の中から評価チームの選考プロセスを管理する。評価チームは、2005 年 4 月 30

日までに選ばれなくてはならない。

#### 【WHO 内担当者と事務局】

HIV/AIDS 部門長は Steering Committee と評価チームのための担当者であって、TOR に従って彼らの業務が容易に遂行できるよう手伝う。評価チームが TOR の必要条件からそれることがあれば、部長は Steering Committee に相談し、善後策がとられるよう要請する可能性がある。

フルタイムの専門家は、評価プロセスにおける事務処理を遂行するため、HIV/AIDS 部門の Strategic Information、Research and Policy (以下 SIR) ユニットで働く。

事務局は、評価チームが渡航、宿泊、長距離コミュニケーションと国内の訪問のために予算から準備して、支援する。事務局をジュネーブに置く間、WHO は十分なオフィススペース、コピー機、コンピュータと電話を評価チームに提供する。

WHO は、評価チームが 3 by 5 プロジェクト、関連した当局と他のステイクホルダーと接触する際に適切な国内の援助者を特定する手助けをする。

### 3. 評価手法

#### 3-1 評価に用いられる指標

##### 【評価チーム全般における評価指標】

評価に関する規定は、TOR に記載されている。WHO を中心とした評価領域を行う。WHO の経過報告で、既に定期的にモニターされてきた 3 by 5 の標石とその他の分野に加えて、以下を評価対象に取り入れた：

- 3 by 5 における WHO のリーダーシップ、他の組織との連携とアドボカシー;
- WHO 本部、地域、国レベルの技術分野におけるプログラムの実施、管理、調整;
- WHO のガイダンス・ツールの利用方法とその効果;
- 戦略的な情報について;
- 技術的なサポートとキャパシティービルディング;
- 連携努力による WHO の相補性;
- アクセスの平等性

それ以外にも、評価チームによって直接評価することができなかつたが、WHO の貢献に特別な重要性のあると認識されたもの：

- ARVs の仮許可；
- 世界的な HIV 対抗サーベイランスとモニタリングのためのネットワークを開発するための WHO のイニシアティブ；
- ARV の価格設定の傾向や薬剤・診断法獲得における AIDS Medicines and Diagnostics Service (以下 AMDS) の役割についてのレビューと、供給管理のレビュー；

特にアフリカ地域では、評価の主眼は、国内における WHO の役割であった。ここについては、評価チームの活動と時間配分を優先させた。

#### 【国家レベルにおける、進捗状況報告の際の指標】

##### Input : 国家政策・ガイドライン

1. ATR サービスに対する国の政策・ガイドラインの有無)

##### Process : 人的資源と薬の提供

2. 処置が必要な 1,000 人につき国家/国際的な標準に従って ART サービスを提供するために訓練された医療関係者の数

正当性：ニーズについて利用可能な情報は、3 by 5 のプランとゴールへの前進を評価するために重要です。

実施以前、もしくはサービスの拡大以前に、利用可能な施設と器材について知っているだけでなく、トレーニングや人的資源についても知ることが必須です。このような方法にかぎり、ニーズに有った、人口に対応可能なサービスを提供可能な見込みがある。

3. 薬の提供について、月単位の在庫の消費状況、品質、損失と調整についての報告を元に出した ARV 提供のパーセンテージ

正当性：この指標は、上手く機能している ART 供給プログラムを先導し、継続のための情報収集をし、戦略的な決定方法を計測

する。

##### Out Put : プログラムとアクセスのカバー率

4. 国家標準の ATR サービスを提供するセンターが最低限 1 つ存在する地域のパーセンテージ

正当性：この指標は ART 適用範囲の源情報である。一般疫学による適用範囲と公正さの別の測りである。

5. 国家標準の ATR サービスを提供する指定施設のパーセンテージ

正当性：近年、第三機関が国家標準と同調した ART を提供し始めた。プログラムの構成要素は地方のニーズを反映しなければならないが、通常は訓練されたスタッフ、連続的な薬の供給、国家標準と同調した通常の報道、患者をモニターする能力、標準的な体制（公共部門がこれに当てはまるだろう）の使用と定期的な監督。

##### Out Com : 治療中の人々

6. ATR を受けている進行した HIV 感染者数

正当性：治療による利益のある進行した HIV 感染者への ART 提供の進行をアセスメントする。

7. 一ヶ月に患者に提供される多剤併用療法数
8. 12ヶ月のプログラム維持率

##### Impact : 健康状況・生存状況

9. 治療開始後、6 ヶ月中に少なくとも 10% 太った大人のパーセンテージ

正当性：大人の間で、体重減少は HIV 感染の最終段階で最も一般的な症状のうちの 1 つである。体重減少と増加はどんな状況でも計測が簡単で、この種の情報は訪問診療の際に集められる。HIV 感染の最終段階における患者の体重減少の頻度の高さとデータ収集の容易さは、それゆえに体重増加を治療成功の指標として代用することが可能

である。したがって、この指標は ART プログラムの影響を測ることが可能である。

#### 10. 治療開始 6、12、24 ヶ月後の生存者のパーセンテージ

正当性：ART プログラムのゴールの 1 つは、感染者個人の生存を増やすことではない。

### 3-2 評価基準

【国家レベルにおける、進捗状況報告の際の評価基準】

#### Input: 国家政策・ガイドライン

##### 1. ATR サービスに対する国の政策・ガイドラインの有無)

国家レベルまたは、健康管理施設の重要な情報提供者への調査は、ガイドラインが実際に存在し、それが使われるかどうか確定するために行われる。(国家レベルの重要な情報提供者とは、HIV/エイズに関する責任者です;医療施設レベルで、開業医やクリニックディレクターを含める。)

もし存在すると答えた場合は、追加質問を行う。

- どのように政策やガイドラインが作られたか?
- その政策やガイドラインは国で受け入れられているのか?
- どれほどの範囲で実行されているか?
- どのくらいの頻度でアップデートされているか?

この指標は、政策やガイドラインが存在し、実際に使用されていることがわかるまで毎年調べることとする。

#### Process: 人的資源と薬の提供

##### 2. 処置が必要な 1,000 人につき国家/国際的な標準に従って ART サービスを提供するために訓練された医療関係者の数

手法：トレーニング記録のチェックは ART を含むエイズ治療を実行した各々の施設で利用可能な場所で、分子を計算するのに用いられる。いくつかの国では、国、省、

群のトレーニングコーディネーターがどのスタッフがどの分野のトレーニングを受けたか記録している。この記録が存在するときは、施設調査の代わりに使うことができる。この記録がない所でも、施設の調査は施行可能である。無作為標本から抽出された施設の健康管理者は、管理と ART のモニタリングにおいてどんなトレーニングを受けたかについて尋ねられる。

計測対象：この指標は、調剤・管理・ART のモニタリングについて訓練され、必須のサービスを提供できる人的資源を定量化した。

分子：12 ヶ月間で ART 提供・管理・モニタリングのための新規・再トレーニングされたヘルスケアスタッフ数。

分母：ATR を提供する施設で働く全ヘルスケアスタッフ数。(医師、看護師、保健師)

##### 3. 薬の提供について、月単位の在庫の消費状況、品質、損失と調整についての報告を元に出した ARV 供給ポイントのパーセンテージ。

手法：ポイントは薬物送達システムのチェックを通して特定する。この指標の分母は、毎月報告するポイント数である。

分子：月間報告によるポイント数。

分母：全ポイント数。

#### Out Put: プログラムとアクセスのカバー率

##### 4. 国家標準の ATR サービスを提供するセンターが最低限 1 つ存在する地域のパーセンテージ

##### 5. 国家標準の ATR サービスを提供する指定施設のパーセンテージ。

計測対象：多くの国では、国家標準の ART の適切な供給において、提供者を助けるために、国家ガイドラインを作成している。この指標では、国家ガイドラインに従って、ヘルスサービスにはヘルスケアシス

テムの適切なレベルで HIV 感染した患者への ART 供給で処置対応能力がある範囲を測る。

#### Out Come:治療中の人々

#### 6. ART を受けている進行した HIV 感染者率

計測対象：この指標は、ART を必要とする患者がそれを受けることができる範囲を測る。

この指標は、プログラムのモニタリングデータから収集することができる。ART を現在受けている進行した HIV 感染者数（すなわち大人と子供たち）の数は、以下の通りに計算することができる：

- A: 年始の時点で治療を受けている患者数
- B: 過去 12 ヶ月の間に治療を開始した患者数 → + として換算
- C: 過去 12 ヶ月の間に治療を止めた患者数（死亡者数も含む） → - として換算

全国で承認されてる治療プロトコール（または WHO/UNAIDS 標準）に従って ART を受ける進行した HIV 感染者数。

分母：把握されている進行した HIV 感染者数。

#### 7. 一ヶ月に患者に提供される多剤併用療法数

分子：薬剤提供所を介して提供された多剤併用療法数

分母：なし

計測方法：この指標は調剤薬局を介して計測される

#### 8. 12 ヶ月のプログラム維持率

分子：治療開始後 12 ヶ月間 ART を選択した患者数

分母：所定の年に治療を開始した患者総数

#### Impact: 健康状況・生存状況

#### 9. 治療開始後、6 ヶ月中に少なくとも 10% 太った大人のパーセンテージ

計測対象：この指標は、どれくらいの HIV 感染の最終段階の大人が、ART の結果体重が増加したかを計測する。

分子：開始から 6 ヶ月のうちに最低でも 10% 体重増加がみられた、ART を受けた大人の数。

分母：同時期に ART を開始した大人の数。

#### 10. 治療開始 6、12、24 ヶ月後の生存者のパーセンテージ

分子：治療開始 6、12、24 ヶ月後の生存者数

分母：同時期に治療を開始した患者総数

計測対象：この指標は、治療開始後 6、12、24 ヶ月後にどれほどの生存者がいるか判断することによって寿命をどれ程延長できるかを計測する。

### 3-3 評価システム

#### 【評価の過程】

#### フェーズ 1 (開始) :

評価のフレームワークを確定し、評価作業のプランを開発するための、評価チーム、WHO と Steering Committee 委員会間の相互作業。

ここでは、最終的な評価報告の目次のドラフトもしくはアウトライン、ステイクホルダーの分析、評価のキーとなるステージでステイクホルダーや主要パートナーと広く相談し提案された方法の説明を含む。徹底的な分析のために選ばれる 8 つの国と同様に、評価と使用される方法の分野の特定もしなければいけない。Steering Committee は、このレポートの発展についてアドバイスをする。（提供可能なもの 1：最初の報告と作業プラン。暫定期限：2005 年 6 月 30 日）

#### フェーズ 2 (評価) :

Phase 1 の結果選ばれた国とプロジェクトのサンプルのオリジナル研究をもとに、研究結果の確認を行う。この時期は、政府代表者、市民社会グルー

Table 3 Status of ART coverage by region, December 2003–December 2005

Geographical region	Estimated number of people receiving ART, Dec 2005 <sup>a</sup>	Estimated number of people 0–49 years old needing ART, 2005	ART coverage, Dec 2005 (%)	Estimated number of people receiving ART, Dec 2004 <sup>a</sup>	Estimated number of people receiving ART, Dec 2003 <sup>a</sup>
Sub-Saharan Africa	810 000 [730 000–890 000]	4 700 000	17%	500 000 [425 000–575 000]	100 000 [75 000–125 000]
Latin America and the Caribbean	315 000 [295 000–335 000]	465 000	68%	290 000 [270 000–310 000]	210 000 [160 000–260 000]
East, South and South-East Asia	180 000 [150 000–210 000]	1 100 000	16%	155 000 [125 000–185 000]	70 000 [52 000–88 000]
Europe and central Asia	21 000 [20 000–22 000]	160 000	13%	20 000 [18 000–22 000]	15 000 [11 000–19 000]
North Africa and the Middle East	4000 [3000–5000]	75 000	5%	4000 [2000–6000]	1000 [750–1250]
<b>Total</b>	<b>1 330 000</b> [1 200 000–1 460 000]	<b>6 500 000</b>	<b>20%</b>	<b>970 000</b> [840 000–1 100 000]	<b>400 000</b> [300 000–500 000]

<sup>a</sup> low estimate–high estimate

図 1 3 by 5 に関する評価の事例

出所：WHO 2006

プ、民間部門、開発担当者、既存の国内の調整グループと受益者を含む関連のある団体との協議やインタビューを行う。評価チームは、さらに国レベルのファシリテーターの援助を受ける。

(提供可能なもの 2：評価プロセスについての完全な報告書。暫定期限：2005 年 11 月 21 日)

#### フェーズ 3 (作成)：

評価報告の最初の草案の準備を行う。

(提供可能なもの 3：評価報告。暫定期限：2005 年 12 月 21 日)

#### フェーズ 4 (最終協議と検討)：

評価報告のドラフトについてステイクホルダーとの協議を含む。そして、最終評価報告書を準備し、草案に対するコメントを反映させる。ステイクホ

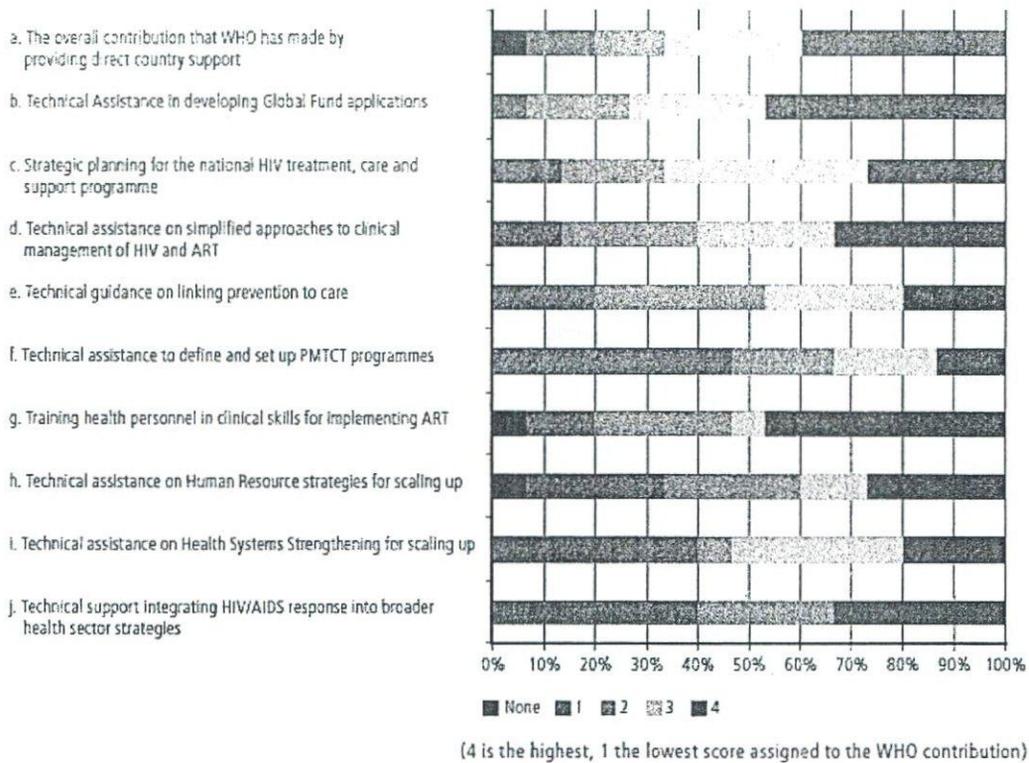
ルダー会議 (例えば STAC) への報告書草案の提出は、この時期における協議プロセスの一部として扱われる。

(提供可能なもの 4：最終評価報告書。暫定期限：2006 年 3 月 31 日)

簡易月間報告書は、例えばコンサルタントの配備、上記の段階と提供可能な報告書の完成度、管理上の問題や財務報告に関して評価中に提出されなければならない。

全ての提供可能な提出物は WHO 本部の HIV/AIDS 部門長に提出され、Steering Committee と他の関連ステイクホルダーの間で共有される。

Figure 7 National AIDS programme managers' perceptions of WHO's contribution to scaling up through direct country support activities



Source: Survey of national AIDS programme managers, Annex 6.2

図2 インタビューに基づく評価の事例  
出所：WHO 2006

#### 4. 実際に行われた進捗管理・評価の事例（評価チームによるもの）

報告すべき事項と TOR に基づいて、評価チームは主に質的なアプローチを行った。また、データを集めるためにいくつかの評価ツールの統合を行った：

##### 【手法】

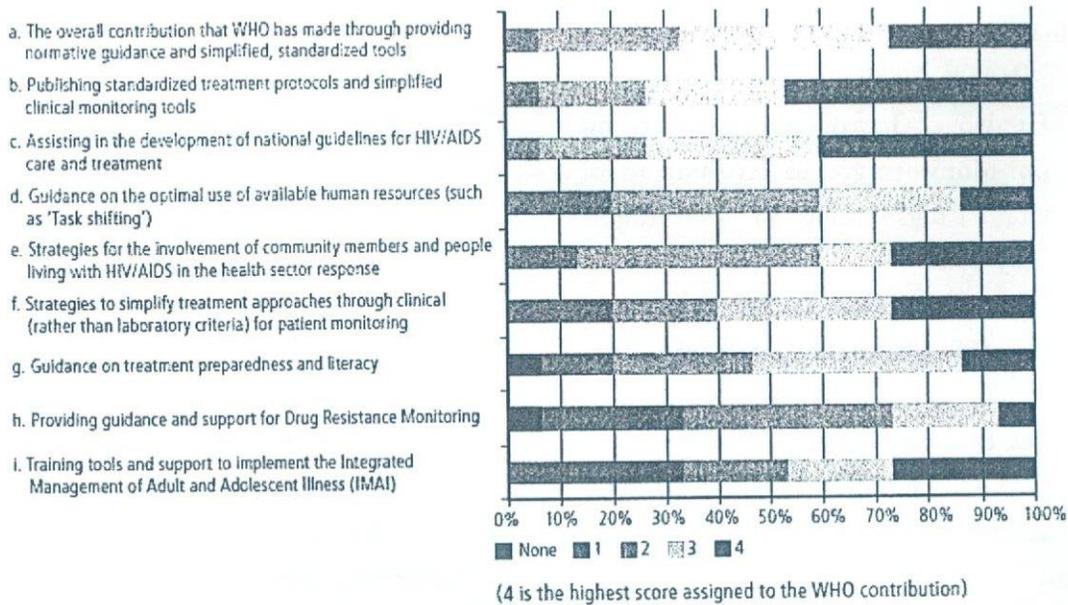
- ドキュメンテーションの広範囲なレビュー；  
— 主な（内外の）パートナーとステイクホルダーとの個別のグループインタビュー；
- WHO 本部テクニカルチームリーダーの調査（インタビューによって補われた）；
- 49 の重点国（ブルキナファソ、ガイアナ、インド、ケニヤ、マラウイ、モザンビークとウクライナ）のうちの7つを訪問した（そのうち4つはアフリカ地域）；
- 4 つの地域事務局への訪問（アフリカ地域事務

局（ハラレ）、アメリカ大陸地域事務局（ワシントン）、東地中海事務局（カイロ）、東南アジア地域事務局（ニューデリー）；

- WHO 国内担当（COs）への電子調査；国内のエイズプログラム担当、3 by 5 重点国の UNAIDS テーマグループ
- 重点委任研究

調査結果の証拠の多くが質的性質、個々の信条や直観力に基づいたため、triangulation（データ源を分け、多角的に処理していく方法）はこの情報の有効性を評価するのに用いられた。プロシージャーは他の既存のデータソースに対して調査結果の内部一貫性と外部一致性を調べるために行われ、経験証拠収集された（主に現地訪問調査を通して）。報告書に書かれている大部分の調査結果と勧告は、コンセンサスを得られたものであるが、

Figure 8 National AIDS programme managers' perceptions of contribution of WHO normative guidance & tools to scaling up



Source: Survey of national AIDS programme managers, Annex 6.2

図3 インタビューに基づく評価事例 その2

出所: WHO 2006

2~3のケースについては、評価チームの多数決に基づいて決定された。

訪問した国は TOR で提案される基準に基づいて選ばれた。(その基準とは、3 by 5 重点国となる 49 カ国であること、国に主要なグローバルパートナーを持つこと、WHO の 3 by 5 担当役員がいるかなど)

評価自体は、グローバルレベル、地域レベル、国レベルをカバーしており、2005年9月から12月上旬の4ヵ月にわたって、評価チームは以下に訪問した:

- WHO 本部 (ジュネーブ) (WHO 代表、HIV/AIDS 部門長、HIV/AIDS 関連部門);
- 7つの国と4つの地域事務局
- 広域カバーのグローバルパートナーとステイクホルダーの代表者。

7カ国の比較的小さなサンプルだけに調査結果の基礎をおかないために、全49の重点国には3つの調査依頼を申し入れていた: 厚生省の HIV/AIDS プログラムマネージャー、WHO 3 by 5 国内担当 (COs)、UNAIDS テーマグループ

具体的な評価事例は、図1-3である。図1は、ARTの推計値である。政策評価・進捗管理によって収集されたデータによって推定された値である。図2、3は、被援助国のエイズ対策官に対して行ったインタビュー、アンケートの結果である。それぞれの項目に対して、3 by 5 イニシアティブがどの程度貢献しているかに関する評価で、1から4の値で評価が行われている。この評価は、プロジェクト単位での評価ではなく、地球規模で3 by 5 がどの程度貢献しているかどうかに関する評価で、3 by 5 においてはこういった評価が実施される。これは、3 by 5 がプロジェクト援助機関ではなく、地球規模での対策拡大に寄与することを目指しているからであると考えられる。

## 5. まとめ

今回の3 by 5におけるWHOの評価は、評価チームという独立した部門が中心を担ったが、評価の過程において様々なバックグラウンドの代表者から構成される Steering Committee という第三機関が評価の企画・チェックを行うという構造が存

在すると言う点が特徴であった。

参考文献：

World Health Organization. Contribution to “3by5” Main Report, 2006.

World Health Organization. Working Document on Monitoring and Evaluating of National ART, Programmes in the Rapid Scale-up to 3 by 5. 2003.

World Health Organization. The Monitoring and Evaluation (M & E) of the 3 by 5 Initiative, 2003.

World Health Organization. Terms of Reference for the ‘3 by 5’ Evaluation 2004-2006 between International Development Agency (CIDA) and the World Health Organization (WHO)

<http://www.who.int/3by5/en/>

略語一覧：

AIDS Acquired Immune Deficiency Syndrome  
AMDS AIDS Medicines and Diagnostics Service (WHO)

ART Antiretroviral therapy

ARV Antiretroviral (drugs)

ASD AIDS and Sexually Transmitted Diseases (WHO)

CDC Centers for Disease Control (United States of America)

CDN Canadian dollar

CIDA Canadian International Development Agency

CO Country officer (WHO)

DfID Department for International Development (United Kingdom)

DOTS (TB) Directly observed treatment short course (Tuberculosis)

GAMET Global AIDS Monitoring and Evaluation Team

GCWA The Global Coalition on Women and AIDS

GFATM Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria

GPA Global Programme on AIDS (WHO)

GWH Gender, Women and Health (WHO)

HSI HIV/AIDS/STI Initiative (WHO)

HIV Human Immunodeficiency Virus

HIV-DR (S) HIV drug resistance (surveillance)

HIVResNet HIV Resistance Network

MOH Ministry of health

NGO Nongovernmental organization

PAHO Pan American Health Organization

PLHA People living with HIV/AIDS

PMTCT Prevention of mother-to-child transmission of HIV

STAC WHO HIV/AIDS Strategic and Technical Advisory Committee

STARTOMS Standardized ARV Treatment Outcome Monitoring System

STIs Sexually transmitted infections

TOR Terms of reference

TB Tuberculosis

UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

UNDAF United Nations Development Assistance Framework

UNDP United Nations Development Programme

UNESCO United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UNFPA United Nations Population Fund

UNGASS United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS

UNICEF United Nations Children’s Fund

WCO World Health Organization Country Office

WHA World Health Assembly

WHO World Health Organization

## 地球規模ワクチン対策における評価手法について

### 1. はじめに

地球規模ワクチン対策（Global Alliance for Vaccines and Immunization: 以下 GAVI）は、民間と公共セクターが共同して途上国でのワクチン接種に取り組む協力事業である。他の主要多国間協力事業が WHO の影響下にあるのとは異なり、GAVI は UNICEF の影響下にある。本稿では GAVI における政策評価手法について分析する。

### 2. GAVI の目的と評価部門

GAVI の目的は、ワクチンで予防可能な疾病による死亡を減らすために、ワクチンの接種率の低下傾向に歯止めをかけ、また新しいワクチンの接種を積極的に導入することを目標とする公共と民間のパートナーシップである。プロジェクト実施の対象となる国は、一人当たり GNI が 1000 ドル以下で、予防接種の普及率が 80% 以下である国である。

効率的な予防接種実施のために結果重視マネジメントを導入しており、進捗管理・評価は意思決定に重要な役割を持っている。GAVI 評価部は、予防接種数に基づいて評価を行うために、データの質管理を非常に重視している。

### 3. 評価手法

#### 3-1. 評価に用いる指標

評価に用いる指標は、パフォーマンスに関する指標が中心である。

具体的には、

- ・年間 DPT1 摂取数
- ・年間 DPT3 摂取数
- ・年間 TT2 摂取数
- ・年間 BCG 摂取数
- ・年間麻疹摂取数

これらの指標を基本とし、

#### 3-2. 評価に用いる基準

さらに以下の基準に基づき政策評価を実施する。

- ・システムの質指標
- ・DPT ワクチンの消耗量
- ・DPT1 から DPT3 へのドロップアウト率
- ・報告の時系列
- ・報告の精度
- ・DPT1 の変化率
- ・DPT3 の変化率

重要なこととしては、GAVI においては公平性も配慮している点である。例えば、ターゲットが 80% である時、平均値として 80% を越えていれば良いのではなく、全ての県において 80% を超えている必要がある。これは GAVI の進捗管理・評価の考え方が公平性を配慮していることによる。

### 4. 実際に行われた評価の事例

GAVI ではこれまでの活動に対する評価を実施している。基本的にはパフォーマンスに関する指標に基づいて評価をする。例えば、図 1 は GAVI の評価の報告書に記載されている例であるが、変化が大きければ大きいほどよいとされているのが原状である。基準の年を定め、評価を実施した時までどの程度変化しているかが評価に直結する。

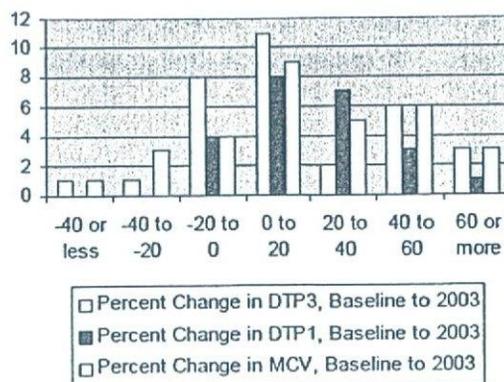


図 1 GAVI プロジェクトの変化

GAVI の全体に対しては以下の評価が行われている。

1. 資金の 62%は配分されている
2. GAVI の方では、パフォーマンスに基づいた配分がなされているが、国においては配分方法が非常にまちまちで、効率性を重視するところと公平性を重視するところがあり統一されていない。
3. 県レベルでの進捗管理はなかなか実行できていない
4. GAVI は今後も資金供与を続ける必要があるがその場合にはより詳細な進捗管理・評価のシステムを構築する必要がある。
5. データの質管理は行われているが、予防接種のデータは依然として不確実で、意思決定の基準として用いるには不十分な指標である。

## 5. まとめ

DPT3 の普及率を評価の指標として非常に重視しているため、その質の管理は非常に重要である。そのために監査を定期的に行うなどの取り組みは行っており、パフォーマンス管理には十分に注意が払われている。しかし、GAVI は地球規模では有効性、公平性に配慮した資金提供を行っているが、各国の地方のレベルでは、それらの基準は守られていない。この原因として、GAVI は重視する指標が明確化されていないことをあげることが出来るであろう。パフォーマンスを重視することを強調しているが費用便益分析などは実施されておらず、中途半端な状況になっている。今後は、公平性と効率性のバランスに対してもう少し気を配りながら、評価の軸を打ち出す必要がある。

## 参考文献

Grace Chee, Rebecca Fields, Natasha His, Whitney Schott. Evaluation of GAVI Immunization Services Support Funding. Abt Association Inc. 2004

Kimberly Smith, Evaluation of GAVI Immunization Services Support Funding

## 米国会計監査院による国際保健政策評価について

### 1. はじめに

米国会計監査院（Government Accountability Office：以下 GAO）は、米国における会計監査機関として、1921 年に創設された。1993 年の「Government Performance and Results Act of 1993（以下 GPRA）」の制定以後、積極的に各機関の政策評価を実施している。国際保健関連の政策も例外ではなく、USAID や世界基金の政策評価を実施している。本稿では、まず GAO 並びに米国行政の政策評価の軸となっている GPRA について概観し、次に実際に実施した政策評価を取り上げ、その特徴について論じていく。

### 2. 米国会計監査院

GAO は、米国議会とアメリカ国民のために政府の会計を監査することが主要業務であり、米国議会や委員会の依頼のもと政府が実施しているプログラムや支出に関して調査を行う中立機関である。GAO は、調査活動を通じて、政府の政策をより効果的で責任あるものにするための助言を議会、官庁の責任者に対して行う。GAO は単純に会計監査を行うだけでなく、政策の効果を上げるための具体的な方策に関する提案を行う。

GAO が対象とするプログラムは、基本的には国内のプログラムが中心である。しかし、米国は多額の 2 国間援助を実施し、国際機関や開発銀行に多額の出資をするなど、世界一の ODA 大国になっている。これらの資金拠出に対する説明責任を果たすために GAO は積極的に海外援助の評価も行っており、世界基金や WHO の多国間協力事業の評価も実施している。GAO 自身は、国際保健行政に直接関わっていないが、積極的に政策評価を実施しており、意思決定に影響を与えている。

### 3. GAO の評価枠組み

GAO は会計監査を専門とする組織であり、国際保健を専門とする組織ではない。そのため、その政策評価手法は、一般的な政策評価手法を、国際保健政策に適応させるものとなる。GAO の評価の基礎となっているのが「Government Performance and Results Act of 1993」である。この法律の詳細は、表 1 に記載されているが、年次報告書や計画書の提示を義務付け、効率的、透明な行政運営を目指す法律である。GAO の政策評価において確定しているのは、各行政機関が GPRA を遵守しているかという点だけであり、その他の点に関してはトピックに応じて、机上調査やインタビューなどを行って対応している。

### 4. GAO の評価実施事例

#### 4-1. USAID の HIV/AIDS 対策評価（2001 年）

外交委員会からの依頼により評価を実施した。USAID の評価・進捗管理の問題点を指摘している。

USAID は、HIV/AIDS に関するデータを集めているが、そのデータを再検討すると、以下の 3 つの点で弱点があることと分析している。

- (1) 地域事務局は、プログラムパフォーマンスを測定するのに、同じ指標を使い続けていない。
- (2) データ収集が散発的である。
- (3) 地域事務局は収集したデータを定期的に報告する義務がない。

また、援助を行う際に、アメリカ製の製品を使う Buy American の原則が適応されていることを批判している。HIV/AIDS 対策においても行われており、より費用が低く現地で使用しやすい製品を使用することを薦めている。

上述した評価に基づき以下のような提言を実施している。