

援助の成果——根拠を求めて

鈴木千穂

●援助の成果と混沌とした現実

「どんなお仕事をされているのか」という質問をされると、答えに困ることが多い。何年前かのエコノミストの記事だったと思う。アフリカのどこかの国の保健省が、各ドナー機関・組織から義務付けられている報告書作成作業にあっふあっふしているという内容だった。縦割りの保健プログラム⁽¹⁾、ドナー機関が求める特有の活動報告書の形態およびドナーごとに異なる提出期限の締切りのサイクル、数々の指標に基づいた成果の報告、スタッフの時間を含むコストがみなみなならないその作業、そして国外および国内に頭脳が流出している国々で（国内の場合は政府機関からドナー機関やNGOに流出）お役所の実務能力が深刻な影響を受けている中でその作業に、資金を受けとっている側の当然の義務とはいえ、ある種の疑問を投げかけている趣旨の記事だった。援助の成果とその根拠を求めると、根拠に基づいた成果を示す義務のある被援助国、その狭間の混沌とした状

況の中で仕事をしている。ここでは国際保健分野で援助の成果を測る事に携わってきた経験をもとに、現場で見てきたこと・感じたことを述べたいと思う。

●国際保健プログラムのモニタリング・評価という仕事

私が関わっている業務は「プログラムのモニタリング・評価」というもので、特に国際保健・公衆衛生の分野では通称「M&E」（エム・アンド・イー）とよばれている。M&E自体が言葉になっており、一種の職業にもなっている。途上国どこへ行ってもこの言葉を聞かないところはないといっても過言ではない。M&Eとは、非常に端的に言えばプログラムが掲げている目的を果たすためのプロセスを順調に経ているか（Monitoring）、そして最終的にはその目的を果たしたか（Evaluation）、ということを含める仕事である。Evaluationはプログラムの立ち上げに行われる事前評価、中間で行われる評価、そしてプログラム終了時に

行われる評価もあり、それなりに大規模な調査・サーベイをプログラムの活動の一環として行うこともある。例えば「Demographic and Health Survey (DHS)」⁽²⁾や「Behavioral Surveillance Survey (BSS)」⁽³⁾などのように定期的に実施されているサーベイのデータを使って検証されることもある。

私が最も長く、そして深く関わってきたアメリカのODAの世界では、「M&E」という業務は新しいものではない。国際保健の分野でプログラムの成果を測るといふ試みは、さかのぼれば家族計画プログラムから始まり、母子保健プログラムにおいてもM&Eはその重要な役割を果たしてきた。が、二〇〇三年にアメリカ政府支援プログラムのUS President's Emergency Relief for AIDS (PEPFAR)⁽⁴⁾が立ちあげられるから、また、近年のキーワードの一つであるEvidence-Based Decision Making（何らかのデータ・根拠に基づいたプログラムや政策決定）が叫ばれるようになってから、M&Eという業務はさらに重点が置かれるようになり、そのポストも主に支援対象国において急増した。今や新聞の求人情報欄や、メールで配信されてくる求人情報で、「M&E」のポストが出ていないことはほとんどありえない。

●成果を測る指標

それではM&Eという業務は実際にはどのような内容なのかといえ、まずはプログラムの趣旨と目的を表すフレームワーク（プログラムの骨組みを表す Conceptual Frameworkからプログラムの実施経過と目的をつなぐ Performance Monitoring Plan/Framework、また Logical Framework、Results Frameworkなど）を構築し、そして目的に至る経過を測る指標（Indicator）の各種（Inputs、Processes、Outputs、Outcomes、Impact）をそのフレームワークの中に組み込むことである。指標とは簡単にいえば成果を測る「ものさし」のようなもので、各保健プログラム（例：エイズプログラム、結核プログラム、マラリアプログラム、母子保健プログラム、乳幼児保健プログラム、など）特有の指標がそれぞれのプログラムのフレームワークの一部として組み込まれる。公衆衛生の分野では質量よりも数量で成果を測ることが主流であり、よって指標も数値で測るものがほとんどである。

実際にプログラムの実施レベルではどのような指標が組み込まれるのかといえ、（一）グローバルヘル（つまりマルチやバイラテラル援助機関・組織主導）で議論およびコンセンサスが得られた指標⁽⁵⁾、（二）

資金を拠出したドナーが特に関心を寄せている指標⁽⁶⁾、(三) 被援助国の政府・保健省がその国のプログラムに関わるものとして掲げている指標、(四) プログラム実施レベルで進捗状況を事細かにモニターするための指標、などがあげられる。また、エイズのプログラムだけでも、その支援プログラムの具体的な内容によって指標のセットが仕分けられている。つまり、母子感染プログラム(PMCT)、抗レトロウイルス薬プログラム(ART)、エイズ予防(Prevention)、HIVテストとカウンセリング(HCT)、ケアサービス(Care and Support)、エイズ遺児支援サービス(OVC)など、それぞれに指標のセットがある。というわけで、国際保健のプログラムはその立ち上げから終了まで、いわば指標のオンパレード状態である。

指標およびそのガイダンスはどのような過程を経て作成されるのかといえ、多くの場合はトップダウンなプロセス(つまり、ワシントン、ジュネーブ、ニューヨーク主導のプロセス)から始まり、多くの場合は数年にかけてのやりとり、および対象地域や国の保健省、対象地域・国で実施を支援するNGO(Non-governmental Organization)やODAのコントラクター・コンサルタント会社、サーベイやプログラム評価を実施する会社やプロジェクトの仕組などが関わり、コンセンサスがやがて構築されていく。グローバルレベルでコンセンサスが得られた指標は、時間を追って国内および他国と成果を比較することが必要であるため、基本的にはどの国にも統一的に適用される。

また、歳月を経てプログラムが成熟すればするほど(例えば家族計画やエイズのプログラムなど)、新しいプログラムの指標の母体となることも多々ある⁽⁸⁾。そして、アプローチの変化や医療の発展に伴ってプログラムがそれなりに変革を遂げるたびに、あるいはドナーの関心項目が変化・増えるたびに、既存の指標ガイダンスも見直されることになる。

●指標とフォーム

プログラムの指標のセットが定まると、いわゆるサービス・データ⁽⁹⁾といわれるデータをとらえる・記録するためのフォーム(form)もよばれている)が必要になる。保健省やその他の国の関係省庁が承認したフォームだけが使用されればそれ越したことはないのだが、ドナーの意思・思惑・要望やプログラムの変化に伴って次から次へと指標の数が増加すると、それに伴ってフォームの改正が必要となる。フォームの改正作業はドナー機関・組織、実施機

関・組織、そしてプログラム担当省庁・担当者間で交渉に交渉を積み重ねるといって、コンセンサスがまるとまるとに時間と労力が非常にかかる作業である。ワシントン・ジュネーブ・ニューヨークや被援助国の首都で展開される指標とフォームの議論の場には、実際にそのフォームを用いてデータを記録・報告する現場の担当者が参加することは、私がこれまで関わったプロセスの中では残念ながら減多に見ることがない。また、既存のフォームの改正プロセスのペースと、ドナーへの報告義務が発生する時期が合致することも減多にない。よって、ドナー機関・組織から資金を得ている国際NGOの中には、国の関係省庁が承認したフォームのほかに平行して独自のフォームを作成し、報告義務となっている指標に関するデータを集めている場合もよくみられる。というわけで、国際保健のプログラムはその立ち上げから終了まで、いわば指標とフォームとの格闘が続く。

●情報システムの実情

国の省庁あるいは実施機関・組織によって承認されたフォームは、サービスの提供の場(医療施設であれば地域サービスの場であれ)に配布され、サービス提供者(施設の場合には医療関係者、地域サービスの場合

(1) 保健のプログラムは従来、おおむね内容ごとに縦割りでドナーの資金が投入され、実施・運営されている。例えば、いわゆる三大感染症に関わるプログラムは、エイズ、マラリア、結核、それぞれが縦割り形態で実施されており、実施の経過もそれぞれのプログラムごとにモニターされ、それぞれのドナーに報告書が提出される。最近ナイジェリアではATM(AIDS, TB and Malaria)を感染症プログラムとしてひとつにまとめる動きが保健省主導で始まっている。

(2) <http://measuredhs.com/>

(3) <http://www.fhi.org/en/topics/bss.htm>

(4) PEPFAR : <http://www.pepfar.gov/about/index.htm>

(5) 例 : (1) Guidelines on Construction of Core UNGASS (2002); (<http://www.who.int/hiv/strategic/me/ungass/en/>)

(2) PEPFAR Next Generation Indicators Reference Guidance Version 1.1 (2009); (<http://www.pepfar.gov/guidance/c21628.htm>)

(3) A Guide for Monitoring and Evaluating Child Health Programs (2005); (<http://www.cpc.unc.edu/measure/tools/child-health/me-child-health-programs>)

エイズやマラリアなどの分野では、M&E Reference Group (MERG) というグループを中心に、グローバルレベルで指標のハーモナイゼーションが進められている。指標のハーモナイゼーションとは、ドナー機関がプログラムの進捗状況を測る指標を各ドナー機関同士で、および被援助国政府のプログラムが掲げる指標と統一する動きである。

(6) 例えばUSAIDの場合、米議会の要請から発生した指標も数多い。

(7) 例えば、DHSを実施しているMacro International/MEASURE DHSや、MEASURE Evaluationなど。

(8) 例えば鳥インフルエンザ対策プログラムの指標はエイズ・マラリア・結核など他の感染症のプログラムの指標ガイダンスを参考に考案されたものの中にはある。かたや、Gender-Based Violenceに関わるプログラムの指標ガイダンスは、これまでの他のプログラムのガイダンスがあまり参考にならず、ジェンダーおよびジェンダーと暴力の専門家を動員して考案された。

(9) サービス・データとは、定期的に(例: 毎月) サービス提供の場(例: 保健所) から上がってくるデータで、これに対してサーベイ・データとはその名のごとくサーベイ・調査活動を通して集められるデータである。

はボランティア)の手によってデータが記録・保管される。保健セクターのサービスの場合、プログラムごとに毎月各指標のデータが各保健行政レベルでまとめられ、サービスの末端から首都の保健省の関連組織に向けて発信されている。多くの途上国では、コンピュータのシステムがいまだに構築



写真1

関係省庁を巻き込んだものが構築されることになる。

●保健所のスタッフや村の住民
組織のボランティアの格闘

根拠に基づいた成果をドナーが求める限り(そしてそれは当然といえば当然なのだが)、データは根拠の重

要な一部である。データは保健サービス・システムの末端である村の保健所の医療スタッフ、あるいは住民組織のサービスセンターやボランティアによって記録される。

保健所のデータ関連業務はどうなっているかといえば、多くの場合は医療サービス従事者が書面で記録を管理している。一人一人の患者さんのカードに診察の内容が医師によつ

て記録され、それが各施設の医療スタッフによって Register とよばれる台帳にうつされ、一カ月ごとにこの Register から Monthly Summary

Forms とよばれているフォームにその月の合計が指標ごとに計算されて記録され、保健行政の次のレベルへ報告書として提出され、最終的には保健省へとその情報がゆきつく、と



写真2

写真1&2・Primary Health Center (PHC), Nasarrawa LGA, Kano State, Nigeria : (1) Registerのデータを確認しているところ ; (2) 結核プログラム担当ボランティア、データの記録も担当している

というのが一応のシナリオである。が、これがなかなか現実には難しい。それは、医療スタッフの能力や人材不足(医者・医療スタッフの数が患者数に対して著しく不足している)が問題である場合もあるが、最大の問

題は医療サービスを提供することが本職であるスタッフが、患者さんを診るかわらで施設のM&E担当者として緻密なデータ記載・記録・計算作業という時間と労力のかかる作業を日々強いられることであると思う。データの質も問題である場合が多い(不正確であったり、不完全であったり、期限までにデータが上がってこなかったり)。また、毎日めくられるRegisterは、どんなに頑丈にできていてもやがてはいたみ、ページが抜けてくる。

また、さらに保健サービスの末端である地域組織・住民組織(Community-Based OrganizationやFaith-Based Organization (Churches, Mosques, etc.))のレベルで情報システムはどう機能しているのかといえば、国や地域や状況によって異なるとはいえ、おおむね同様の問題を抱えている。まずはサービスの記録をサービス提供者でもあるボランティアが担当している。有給スタッフではない。そしてコンピューターなど情報インフラが整っていない組織がほとんどであるので、記録は紙、つまりノートブックに線を何本も引いて、サービスを受益者(大人あるいは子供)の詳細が記入される。ノートブックは多くの場合「Log Book」とよばれ管理されているが、文房具店がある町から遠く離れた村などで

は、このノートブックやペンなどの筆記用具を購入するために住民組織の誰かが町へ行ったついでに買ってくることになる。ペンは記録を残すための必需品であるが、貴重品でもあるために、状況によってはペンを持続的に保持することは非常に大変なことであったりする。ペンに名前がついているわけでもないのに、使いまわしをしている間に必要な時にペンがその場にならない、などということもあるからである。また、パソコンがないために手書きの記録であるこのノートブックは、ドナーや政府のご意向でサービス項目が増えたり、指標が増えたりした場合には、新しい項目を加えるために台帳を

から書き直し、一人一人のサービス受益者の記録を一から記入しなおすことになる。組織の規模によっては数百人のエイズ遺児にサービスを提供している場合もあり、正確に一人一人の子供の記録を記入・管理することも大変だが、台帳を書きなおすことは気が遠くなる作業である。さらに、村の住民組織の場合には、単一のドナーから支援を受けている場合も多いが、運営資金を増やすために複数のドナーから支援を受けることも多い。複数のドナーがそれぞれ事情で異なるセットの指標に基づく報告を求めた場合、住民組織の記録管理・報告作業がいかに大変な

ものであるかは想像できると思う。

●最近思っていること

現場にいてよく思う、これほどまでに緻密な情報収集・記録・報告作業は、基本的なインフラが整っていない日本やアメリカでも可能だろうか。私が保健所のスタッフあるいは住民組織のボランティアだったら、そしてこの煩雑な作業を非常に厳しい環境の中で行うことを求められたら、何が私を動機づけるだろうか。また、ドナーの視点から見た場合、成果として知りたい、あるいはその根拠を見たい最低限のことは何なのだろうか。

今私がいるナイジェリアでは、保健省を中心に二つの動きが進んでいる。ひとつは保健セクターの縦割りプログラムの一本化である。具体的にはエイズ、結核、マラリア(ASTMと通称言われている)の各プログラムが、主要な感染症のプログラムとして一体化するという試みである。もう一つは、最近Global Fundの支援で保健システム強化プロジェクトが立ち上げられたが、その一環として保健セクターの情報システムの効率化の促進(これには地区レベルでのコンピューター化も含

む)、および集めるデータを必要最低限の指標のセットに限定する試みである。長い道りであることは確かだが、医療・住民組織スタッフの作業軽減、データの質の向上、そして被援助国の関係省庁のあつぷあつぷ状態が改善されることを願う。

(すずき ちは／Family Health International)



写真3
District Hospital on Mozambique/Malawi Border, Chikwawa District, Malawi: 母子感染プログラムのデータを取り上げている女性スタッフ

写真3