

厚生労働省委託事業

MDGs 達成に向けた分野間連携に関する検討報告書 (平成23年度MDGs達成に向けた分野間連携に関する検討委員会報告書)

平成24年3月

社団法人国際厚生事業団

Japan International Corporation of Welfare Services

JICWELS

MDGs 達成に向けた分野間連携に関する検討報告書
(平成 23 年度 MDGs 達成に向けた分野間連携に関する検討委員会報告書)

目次

1	はじめに	3
2	背景	6
2-1	MDGs 及びその進捗状況	6
2-2	分野間連携の必要性	7
3	分野間連携事例の調査方法と結果	8
3-1	調査方法（文献調査）	8
3-2	調査結果	8
3-2-1	水道分野と保健分野と社会福祉等の社会保障分野の連携方法	10
3-2-2	水道分野と保健分野の連携方法	11
3-2-3	保健分野と社会福祉等の社会保障分野の連携方法	11
3-2-4	社会福祉等の社会保障分野と水道分野の連携方法	12
3-2-5	分野間連携を進めるための国家レベルでの取組み	12
3-3	考察	13
4	アンケート調査及び現地調査の方法と結果	17
4-1	アンケート調査	17
4-2	現地調査	17
5	MDGs 達成に向けた分野間連携に関する将来像	21

別添資料

		ページ
別添資料 1	ミレニアム開発目標	26
別添資料 2	MDGs 進捗状況 (2008 年時点)	28
別添資料 3	各分野の MDGs との関連及び達成状況について	29
別添資料 4	分野間連携の必要性について言及した資料	40
別添資料 5	分野間連携の好事例	41
別添資料 6	アンケート調査	45
別添資料 7	現地調査行程	48
別添資料 8	現地調査団の構成	49
別添資料 9	現地調査の視察先情報	50
別添資料 10	現地調査結果	51

1 はじめに

世界では約 9 億人が安全な飲料水の供給を受けられない状況にあり、2000 年に設定された開発途上国における貧困削減に関する国連ミレニアム開発目標（以下「MDGs」という。）のひとつに、安全な飲料水を継続的に利用できない人の割合を半減する目標が掲げられている。これに関して社団法人 国際厚生事業団（以下「JICWELS」という。）は、厚生労働省からの委託を受けて、開発途上国の実情、ニーズを把握し、水道分野の協力方針について検討を行っている。また、保健関連 MDGs や貧困削減の達成に貢献するため、JICWELS は、国際協力機構（以下「JICA」という。）の課題別研修「感染症対策行政」、「母子保健福祉行政」、「社会福祉行政」、「社会保険行政」等の実施機関となっている。

MDGs の達成期限である 2015 年が間近に迫る中で、MDGs 達成に向けた進捗状況は必ずしも十分ではなく、このままでは達成が危惧される目標も多い。MDGs の大目標である開発途上国における貧困削減を達成するためには、水供給や保健医療、教育など MDGs で目標に設定されている各分野の整備・充実を図るとともに、各分野間の連携を行うことによって効果的・効率的な国際協力を実施することの必要性が、各種報告書や成果文書等の中で指摘されている。また、国際機関や援助機関等においては、複数分野の連携を視野に入れた活動が進められている。

2011 年度、JICWELS は厚生労働省からの委託を受けて、MDGs 達成に向けた分野間連携に関する分析及び検討を行うため、「MDGs 達成に向けた分野間連携に関する検討委員会」（以下、「検討委員会」という。）を設置し、以下の調査、分析及び検討を行った。

まず、厚生労働省が所管する水道分野、保健分野、社会福祉等の社会保障分野と MDGs との関連を整理するとともに、分野間の関連性や分野間連携の必要性について既存の成果文書等を参考に分析を行った。

次に、分野間連携による効果や課題を検証するため、各開発途上国において実施された、又は実施中の関連する分野のプロジェクトを文献で概観し、分野間連携の好事例と思われるものを調査し、望ましい連携方法を抽出した。また、分野間連携の好事例を実地に検証するため、東南アジア地域からベトナムとラオスについて、分野間の連携事例に関するアンケート調査及び現地調査を行った。最後に、MDGs 達成に向けた分野間連携に関する将来像について考察を加えた。

これらの検討に当たっては、2015 年の MDGs 達成期限後の国際的な目標設定に関するポスト MDGs の議論にも留意した。

検討メンバーは、以下のとおりである。

(検討委員会委員)

- 岩名 礼介 三菱UFJ リサーチ&コンサルティング
経済・社会政策部保健・医療・福祉グループ主任研究員
- 江口 隆裕 筑波大学大学院 ビジネス科学研究科研究科長
- 国包 章一 静岡県立大学環境科学研究所教授
- 杉浦 康夫 国立国際医療研究センター 国際医療協力部
派遣協力第二課
- 須藤 勝義 JICA 地球環境部次長
- 曾根 智史 国立保健医療科学院 国際協力研究部長
- 東城 康裕 JICA 人間開発部次長兼保健第二グループ長
(～2012年2月)
同部計画・調整担当次長
(2012年3月～)
- 中村 信太郎 JICA 国際協力専門員 (社会保障分野)
- 橋本 祐一 (株)オリエンタルコンサルタンツ プロジェクト開発部次長
- ◎ 林 謙治 国立保健医療科学院院長
- 平林 国彦 UNICEF 東京事務所代表
- 武井 貞治 厚生労働省大臣官房国際課 国際協力室室長
- 藤田 宏志 厚生労働省大臣官房国際課 国際協力室国際協力専門官

(◎ 座長)

(事務局) JICWELS

菅原 繁 (水道主幹)

高木 哲史 (事業部主幹 (分野間連携担当))

(オブザーバー)

工藤 俊明 厚生労働省大臣官房国際課国際協力室室長補佐

五十嵐 久美子 厚生労働省大臣官房国際課国際協力室国際協力専門官

坂元 晴香 厚生労働省大臣官房国際課国際協力室主査

検討委員会の開催日程については、以下のとおり。

第一回 2011年12月19日(月)

第二回 2012年1月30日(月)

第三回 2012年3月12日(月)

本報告書は、厚生労働省から委託を受けた JICWELS が、検討委員会における議論や現地調査等の結果をまとめて作成し、厚生労働省へ提出するものである。

2012年3月30日
JICWELS 事務局長
西山 哲治

2 背景

2-1 MDGs 及びその進捗状況

MDGs は、1990年代のサミットや国際会議での議論を踏まえ、1996年に OECD-DAC 新開発戦略において採択された国際開発目標（IDGs : International Development Goals）を基に考案された。貧困の削減に焦点をあてて、国際開発援助の目標を明確化して国際的に共有し、開発への努力を再活性化する試みとして 2000年9月の国連ミレニアム・サミットで採択された。2015年までの達成を目指して8の目標、21のターゲット、60の指標が設定されている（別添資料1）。

MDGs の達成に向けて、各国政府や国際機関等の取組が進められている。国連では 2005年以降、年に一度、MDGs 達成に向けた進捗状況を報告書にまとめている。2011年時点で、目標によって進捗状況は異なるものの、2015年までにすべての目標を達成することは困難とされており、多くの分野においてさらなる改善が求められている（別添資料2）。

いくつかの分野では 2015年までに目標が達成される見通しが立っている。例えば、MDG1（極度の貧困と飢餓の撲滅）は開発途上国全体で見れば、目標が達成される見通しであり、この背景には開発途上国・地域の経済成長がおおむね堅調であること、特に 1990年時点で世界の貧困人口の6割を抱えていた中国とインドが目覚ましい経済発展を遂げていることが挙げられる。MDG7のうち安全な飲料水へのアクセスに関する目標については、主に農村部で改良された飲料水源の普及が進んだ結果、2010年末に目標を達成した。

一方で、保健関連 MDGs とされる乳幼児死亡率の削減、妊産婦の健康改善、エイズ・マラリアその他の感染症発生の減少については進捗が最も遅れているとされ、支援の継続や拡大が必要な状況である。また、教育分野については、最貧国における就学率は改善しているものの、未だに 7200万人の子どもが就学しておらず、男女間格差解消の進捗も遅いとされている。

地域別に見ると、東アジアなどが比較的順調にMDGs達成に向け前進しているのに対して、サハラ以南アフリカ及び南アジアは地域全体として厳しい状況にある（別添資料2）。また、同一地域内においても国によって進捗は一様でなく、また同一国内においても、都市部と農村部等での国内格差が見られる。さらに、都市部や農村部といった地理的な国内格差のみならず、都市スラム住民、遠隔地の住民、女性、高齢者、障害者、少数民族等に対する不平等な取扱いも根強く見られ、このような脆弱層への配慮なしにはMDGsの達成は困難と指摘されている¹。また、気候変動や食糧安全保障など、2000年のMDGs設定当初には想定されなかった様々な課題も明らかになってきており、

¹ The Millennium Development Goals Report 2010, United Nations, 2010

2015年MDGsの達成期限を向かえた後、このような課題にどう取り組むのかについて、新たな国際指標設定の議論も始まっている。

厚生労働省が所管する水道分野、保健分野、社会福祉等の社会保障分野とMDGsとの関連性及び関連するMDGsの進捗状況の詳細について、別添資料3にまとめた。

2-2 分野間連携²の必要性

従来は国際機関による援助や二国間協力が主体であったが、2000年のMDGs設定以降、開発分野への援助額は飛躍的に増大し、様々なパートナーシップの設立、民間企業やNGOの参画や資金投入の増大など、この10年あまりで様相は一変した。しかし、開発分野での活動主体が増えるにつれて、活動の重複や資金・人材の効果的な配分の在り方等、新たな課題も見られるようになった。加えて、近年の世界的な経済危機の影響から世界全体の援助総額は頭打ちになっており、2015年の達成期限が目前に迫った今、複数の分野間での連携を図ることでより一層、効果的・効率的な援助が求められている(別添資料4)。

安全な飲料水が確保できないという問題は、他の公衆衛生上の問題(不衛生なトイレや大気汚染等)と並んで、世界規模の大きな疾病負荷となっている。従来、水供給の問題に対しては水道分野単独で援助が実施されることが主流であったが、水道整備と併せて保健サービスの提供を行ったり、社会福祉等の社会保障制度との連携を行うことによって、単に実施上の財源や人材面での効率性が高まるだけでなく、地域住民の健康水準の向上につながることも経験的にわかっている。特に地方や都市部のスラム地域における衛生状況の改善等においては、こうした手法を抜きにしてはプロジェクトが成り立ち得ないのが現状である³。

各MDGsの進捗状況について国際機関で現状分析が行われているが、進捗状況の国内格差が新たな課題として浮上している。MDGs達成に向けた進展を加速するために、「支援が届きにくい人々(Hard to Reach)」に分類される脆弱層に対する効果的な援助が求められている。

以上のことから、開発途上国が抱える分野横断的な問題を解決するために、分野間連携を推進する必要がある。

² 当報告書では、情報・経験を共有したり、資源・事業計画の一部を共有することや、共同で事業を運営することも含んだ幅広い概念として「連携」を取り扱っている。

³ 国際協力事業評価検討会(水道分野)報告書(2006・厚生労働省)
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/05/dl/s0501-1a.pdf>

3 分野間連携事例の調査方法と結果

3-1 調査方法（文献調査）

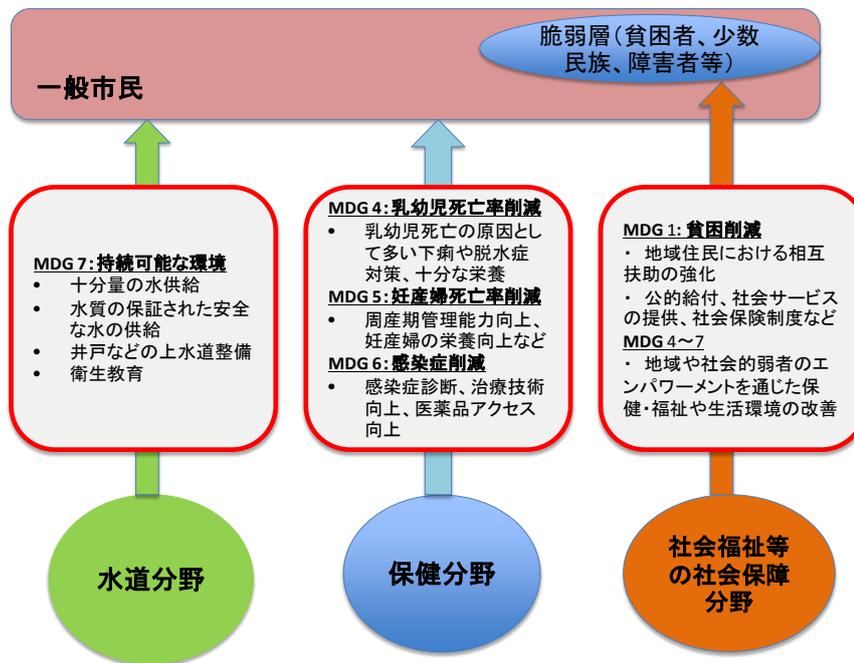
分野間連携の重要性と効果については経験的に認識されているものの、実際の事例を通じた詳細かつ体系的な検討は必ずしも十分になされてこなかった。本検討事業では、水道分野、保健分野、社会福祉等の社会保障分野の3分野を対象として、3分野での連携事例又はいずれか2分野での連携事例を文献から調査し、実際の連携手法や連携による効果・課題を検証した。

実際の作業にあたっては、水道分野、保健分野、社会福祉等の社会保障分野の各分野について、検討委員会の下に作業グループを作り、連携手法、効果及び課題につき、事例ごとに検討した。

事例検討の対象としては、JICAによる援助事例を中心に、国際機関やNGOによる事例等についても幅広く検討対象とした。

3-2 調査結果

何らかの課題が存在し、それを解決しようとするときは、まず自分たちが担当している分野の中でどのような解決ができるか、という発想に基づいて解決手法を考えることが一般的であり、援助の大半は単一分野で行われることが多い。また、援助を実施する際は相手国のカウンターパートを一カ所に定めることが通常であり、実施される援助の内容もカウンターパートである相手国の政府機関が対応できる範囲で行われることが一般的である。そのため、多くの援助の現場では複数のドナーがプロジェクトを実施していても、連携が図られずに並行して行われている場合が大半であり、効果的なプロジェクトが実施されず、援助を必要とする人に満遍なく援助の手が行き渡らないことも少なくない（図1）。



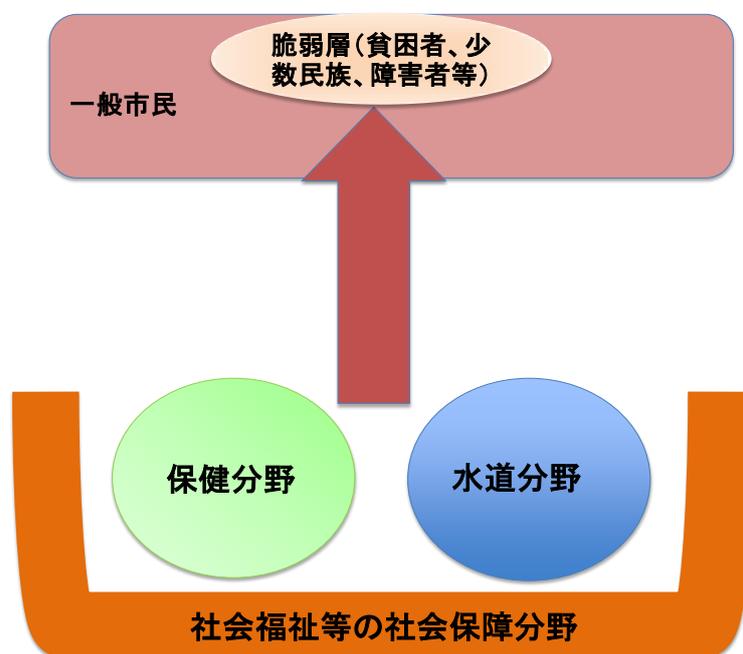
(図 1 : 分野単独での支援例)

今回、検討対象とした水道分野、保健分野、社会福祉等の社会保障分野のうち、水道分野及び保健分野については、MDGs の中でも目標として明確に定められており（水道分野は MDG7、保健分野は MDGs4~6）、日本も長らく援助を行ってきた分野である。世界的にみてもドナー数が多く、MDGs 設定以降、大きな進捗が見られており、単独分野で達成した成果は大きい。しかしながら、MDGs 4~7 のいずれも完全達成には至っておらず、達成が見込まれている国においても国内格差が指摘されているなど、依然として課題は多い。

MDGs 達成に向けて取組をより一層加速するためには、「支援が届きにくい人々」に分類される脆弱層に対する取組をさらに推進する必要がある。本検討では、脆弱層や脆弱地域のエンパワーメントを通じた保健・福祉や生活環境の改善に焦点を当てた支援を「社会福祉等の社会保障分野との連携」と位置づけた。水道・保健サービスへのアクセスを向上させる手段として、相互扶助、公的扶助及び給付制度等の社会保障の手段を用いたアプローチを行う場合についても「社会福祉等の社会保障分野との連携」と位置づけた。

その上で水道分野、保健分野、社会福祉等の社会保障分野の 3 分野について、3 分野での連携事例もしくはいずれか 2 分野での連携事例（別添資料 5）から、連携によってどのような効果・課題が見られたかを検証し、望ましい連携方法を以下の 3-2-1~3-2-5 のとおり抽出した。

3-2-1 水道分野と保健分野と社会福祉等の社会保障分野の連携方法



(図2：3分野連携した支援例)

水道分野と保健分野の連携によって単独分野での援助よりも効果的な援助が行われる。加えて、脆弱層への配慮を行うことや、アプローチの手法として社会福祉的な手法を用いることで、水道及び保健分野の連携による援助がさらに効果的かつ効率的なものとなることが、文献の分析を通じて確認された(図2)。

事例から抽出した連携方法

- 飲料水の水質が良くない地域を対象として、安全な飲料水供給体制の整備(水道分野の協力)とあわせて、社会的セーフティネットの整備(住民自身による生活習慣改善指導、保健・医療従事者による疾病の早期発見・治療(保健分野の協力)、行政による貧困層の生活支援(社会福祉等の社会保障分野の協力))を行う。
- 貧困層が多く住む地域を対象として、生計向上支援や相互扶助及び公的扶助の仕組みの整備(社会保障分野の協力)、保健医療システムの整備(保健分野の協力)、水供給体制の整備(水道分野の協力)を一体的に実施することにより、効率的・効果的に地域全体の生活水準、健康水準及び衛生水準の向上を図る。

3-2-2 水道分野と保健分野の連携方法

水量確保や水質改善に関する水道事業と、衛生教育や保健施設整備等の保健事業とを協働して行うことで、単独事業よりも相乗的効果を得ることができることが判明した。

事例から抽出した連携方法

- 適切な給水施設が整備されていないため、女性や子ども達が遠方まで水くみに行かなければならない地域や、衛生環境の悪い地域を対象として、給水施設の整備（水道分野の協力）に加え、保健衛生教育（保健分野の協力）を併せて行う。
- 乳幼児死亡の主要死因の一つである下痢症をはじめとした水系感染症を防止するためには、安全な飲料水を始めとした衛生環境の整備は必須である。また、下痢症をはじめとした水系感染症の治療にも、適切な水分補給は重要であり、その観点からも水質・水量双方を十分に確保することで人々の健康水準の向上を図る。

3-2-3 保健分野と社会福祉等の社会保障分野の連携方法

保健医療体制構築の支援にあたって、「支援が届きにくい層」を包摂するよう促し、生計向上支援や公的扶助・相互扶助の仕組みなど社会保障制度の整備を併せて行うことにより、効果的に地域全体の生活水準・健康水準の向上を図る。

事例から抽出した連携方法

- 保健医療サービス利用の費用負担をカバーするための仕組み（コミュニティにおける相互扶助制度、公的扶助及び社会保険など）の導入を支援し（社会保障分野の協力）、医療サービスの確保を質的・量的に支援する（保健分野の協力）ことにより、貧困層の健康を改善する。また、公的扶助等の給付にあたって母子健診受診等の条件を付けることで、貧困層の所得確保と健康改善を図ることができる。
- 保健医療サービスの提供支援（保健分野の協力）にあたり、国が主導する貧困世帯を特定する方法の改善や貧困世帯のデータベースの整備を併せて行うことにより（社会保障分野の協力）、貧困層の健康の改善を図る。
- 保健医療サービスの提供支援の計画段階や実施段階で脆弱層とされる人々の参加を促すこと（社会保障分野の協力）により、保健医療サービスが全国民に届くようにする。

3-2-4 社会福祉等の社会保障分野と水道分野の連携方法

事例から抽出した連携方法

- 経済的な理由等により、安全な飲料水へのアクセスが限られている人々が集中している地域（都市スラムや農村地域）を特定し（社会保障分野の協力）、水供給設備と水管理組合を整備する（水道分野の協力）ことで、脆弱層の安全な飲料水へのアクセスを確保する。

3-2-5 分野間連携を進めるための国家レベルでの取組み

厚生労働省では、1996年のリヨンサミットで日本が提唱した世界福祉構想を受けて、東アジアを中心とする地域協力の推進のため、1997年から2002年まで東アジア社会保障行政高級実務者会合を開催し、社会保障分野における東アジア諸国との協力関係の強化を図った。その実績を踏まえて、ASEAN地域の社会福祉及び保健医療の各分野の人材育成を強化し、日本とASEAN諸国の連携を発展させるため、2003年からASEAN・日本社会保障ハイレベル会合⁴を毎年開催している。

これら会合への参加を契機として、ASEAN諸国で保健セクターと福祉セクターの間の協調強化に向けた取組が活発になっている。

例えば障害者支援に関して、多くの国で国家レベルの関連省庁合同委員会が設置され、さらに地域レベルでの連携を促進するためのメカニズムが開発されている国々もある。特に、日本における障害児の早期発見に関する保健と福祉の連携の取組については各国の関心も高く、日本の取組を参考とした保健と福祉の連携による障害児の早期発見ツールの開発が進められている。

また、急速な高齢化が進んでいる国々だけでなく、高齢化率が低い国々においても将来的な人口構造の変化に対応するため、高齢者への社会サービスの向上は重要と認識されている。日本の地域包括ケアシステムには高い関心が示されており、既に保健と福祉分野の連携により取組が行われている国々もある。

⁴ <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/asean/kokusai/>

3-3 考察

今回の事例検討を通じて、MDGs 達成に向けて、各分野連携の連携事業の効果と課題について整理し、以下にその要点を記載する。

1：連携の必要性、想定される効果や障壁の事前評価

連携を進める前にまず、連携の必要性を認識すること、連携によって得られる効果や連携に障壁となるものを同定することが重要である。

そもそも他分野との連携の視点がない場合には、結果的に連携が生じることはあるとしても、実際の活動を行う際に連携の視点が入り入れられることはあり得ない。そのため、計画策定段階から、自分たちの担当分野で実施できる範囲はどこまでか、他の分野との協力が必要な部分はどこか、という視点を持ち合わせる必要がある。

実際に連携を行う際は、連携による明確なメリットがなければ現場の関係者が動くことは難しい。そのため、過去事例などを良く参考にして、分野単独で実現できること、連携しなければできないこと、分野単独でも実現はできるが、連携によってよりよい成果が得られること、などについてよく検討される必要がある。また、連携によって分野単独で行う以上の資金や人材が得られるといったわかりやすいメリットも必要であろう。

連携の障壁は、活動を行う国や地域、また、どのような内容の援助を行うかで大きく異なってくる。例えば、日本のように水道・保健・社会福祉等の社会保障分野が単一省庁の所掌内にある場合と、ベトナムのように3省庁に所掌が分かれている場合とでは、想定される障壁も異なってくる。加えて、政府機関以外にどのようなドナーやNGOが存在しているか等も、連携を行っていく上では重要な要素であり、国や地域の実情についてよく把握し、どのような障壁が存在しているか、事前に評価を行うことが必要である。

2：連携の体制構築

連携による事業実施においては、関係者の共通認識を形成するためのメカニズムとして、合同委員会やタスクフォースなどが中央、地方、コミュニティの各レベルで設置及び活用されることによって、住民の裨益効果は拡大される。

このようなメカニズムを策定することは、分野間の連携のみならず、分野内での連携にも有効である。例えば保健省の中でも、母子保健、感染症対策、栄養及び環境衛生等分野に分かれているとアプローチも別々に行われる場合が多いが、「乳児死亡率削減」という目標を置いてタスクフォースで議論することによってプログラム化を図ることが可能となる。

関係者間で目標・指標について明確な共有が行われない場合、各機関の活動の方向

性を揃えることができず、せっかくのメカニズムが有効に活用できないだけでなく、タスクフォース等の運営にいたずらに手間や時間を使うばかりでかえって非効率になるケースもある。このため、「なぜ連携するのか（連携の必要性の確認）」、「連携することでどのような成果を期待するのか」について、事前に関係者間でよく検討し共有することが必要である。

3：各分野が担う役割と責任の明確化

連携に複数の分野が関わるため、各分野の役割と責任の明確化が必要である。分野単独での活動の場合には、当該分野を担当する機関が責任をもって事業を実施するが、複数分野での活動の場合には、どこか特定分野を担当する機関が責任を負ったり、権限を持ったりすることは避けられるのが通常であり、分野間の平等な連携に見える一方で、実際の活動レベルでは、活動が上手く先導されずかえって非効率な形態に陥ることも少なくない。

4：脆弱層のエンパワーメントを通じた連携の促進

住民一人ひとりのニーズが保健、水道、社会福祉といった特定の分野に限られることは少なく、多くの場合、課題は複合的である。例えば貧困であり、仕事がなく、家族に病弱者や障害者・障害児がいる、栄養摂取が十分でなく、安全な飲料水にもアクセスできないといった状況である。

こうした課題を抱えた人々は往々にして地域社会での発言力が弱く、そもそも自らの課題・ニーズを明確に認識するに至っていないこともある。参加型アプローチを通じて脆弱層へ働きかけ、意識や態度を徐々に変えていくとともに、関係諸機関とやり取りができる能力を高めること（エンパワーメント）により、脆弱層が自らの課題を認識し、地域の関係各機関に働きかけることで連携を促すことが期待される。

このような脆弱層への働きかけ方としては、啓蒙活動、ロールモデルの提示、プロジェクト（前段階での現状分析を含む。）への参加促進、組織化の促進、参加型ワークショップの実施などがある。また、住民一人ひとりの状況を把握し、ニーズを明確化し必要なサービスを組み立てる等、地域開発手法による住民の動機づけやエンパワーメントに加えて、既存の制度を有効に活用できるよう地域の中で調整を行う等の社会福祉的手法も有効である。

5：現場レベルでの行政の役割強化

今回検討した事例の大半で、中央政府レベルよりも地方組織・コミュニティレベルで効果的に連携が行われている傾向があった。

中央政府レベルでは各省庁・各部局であらかじめ明確に定められた責任と権限の範囲内で担当分野の業務を行うことが求められているのに対して、コミュニティレベル

に近づけば近づくほど住民一人ひとりに直接向き合い、その複合的なニーズに対応する必要があることから、包括的なアプローチが不可欠となる実際上の必要性に起因すると考えられる。

コミュニティレベルで実施された効果的な連携アプローチを全国展開させるためには、中央政府レベルで連携の必要性を理解し、他の地域に働きかけることが不可欠である。また、中央集権が強い国においては、地方レベルで新たな取組を行う際には中央省庁の理解が必要な場合も多い。

分野間連携に関する中央政府レベルの認識を高め、省庁間の連携を促進するにあたっては、外国の援助機関や国際機関による働きかけを行うことも有効であり、国際援助機関に期待される役割であると言える。

援助機関によるプロジェクトは、実施地域を限定したコミュニティベースでのモデル事業として実施される場合が多い。プロジェクト終了後の政策策定、他の地域への拡大や全国展開を行う段階はプロジェクトではカバーされず、自立発展性を考慮して相手国政府に移管されることが多いが、特に分野を超えて連携した場合、相手国政府に移管した段階で連携が弱体化する傾向がある。政策レベルへの介入を早期から行い、全国展開を視野に入れたプロジェクトデザインを行うことが必要である。

6：連携によって得られた効果の検証

分野単独で実施した場合と複数分野が連携して実施した場合とを比較して、どちらがより効果的か、具体的な指標等を用いて検証したプロジェクトは少なく、「連携による質的改善効果」を測るためのエビデンスは依然として不十分である。理想的には、分野単独で行った後に分野間連携を実施して比較し、その前後で具体的にどの程度地域住民の健康指標の改善が見られたか、MDGsにある指標がどの程度改善されたのか等の検証が行われるべきである。

また、脆弱層とされる人々でも少数民族など対象集団が大きい場合は、国や地域全体での保健指標改善まで必ずしもつながらない。しかし、こうした脆弱層へ支援が届くこと自体は高く評価されるべきことであり、指標上の変化として現れなくても、適切に脆弱層へ支援が届いているかを検証することは必要である。

さらに、連携か単独介入かという単純比較ではなく、連携介入により成果が見込まれなかった場合は、連携の内容についても検証されるべきである。

援助事業の一環として連携の効果を測定することが検討されるべきである。例えば、ザンビアでは、水道単独で事業を実施した際には保健指標の改善には繋がらなかったが、その後、衛生教育などを実施することにより、保健指標の改善に繋がった事例があり、経時的にはあるが、連携の効果が実証されたといえる。

分野間連携を前提としたプロジェクトにおいては、その設計段階より、目的や手法が複合的に設計され、また、その評価の視点も分野横断的なものになっていくことに

なる。それぞれの分野において効果が発現するタイミングは、何を指標として設定するかによって、また、投入される資源やその目的によって異なる。一般的に所得向上などの改善は、中長期的な効果として表れてくることから、それぞれの指標に合ったタイミングでの評価デザインが重要である。

4 アンケート調査及び現地調査の方法と結果

文献分析において考察された各事項について、実際の現場での状況を検証するため、文献調査で分野間連携の好事例と思われるプロジェクト等の実施が見出されたベトナム及びラオスにおいて、MDGsの達成に向けた分野間連携の現状や取組、課題等に関して、現地の関係者から聞き取りを行った。

4-1 アンケート調査

現地への訪問に先立ち、ベトナム及びラオスそれぞれにおいて、水道、保健及び社会福祉等の社会保障の各分野の現状を把握するとともに、訪問先での具体的な聞き取り内容等の策定に役立てるため、それぞれの政府関係機関、現地事務所を有する国際機関、現地で活動を行っている我が国のNGO等に対して、アンケート調査を行った。

アンケートで問い合わせた内容及び結果については、別添資料6のとおりである。質問票は2011年12月末に送付し、2012年2月中に回収した。

4-2 現地調査

ベトナム及びラオスそれぞれにおいて、水道、保健及び社会福祉等の社会保障の各分野の関係省庁・政府機関、国際機関の現地事務所及び現地で活動しているNGOを訪問した。

省庁・政府機関との面談では、各省庁・政府機関の担当官に集まってもらって合同会議を開催し、MDGs達成に向けた進捗状況、分野間連携の取組や課題について聞き取りを実施した。また、国際機関の現地事務所及びNGOを訪問し、分野間連携の現状や取組、課題等について聴取した。さらに、分野間連携の好事例と思われるプロジェクトの実施サイトを訪問し、現地の関係者からの聞き取り等を行った。

現地調査の行程、調査団の構成員、現地視察先情報及び面談内容議事録は、それぞれ別添資料7～10のとおりである。

文献分析において考察された各事項に加えて、実際の現場での状況を検証した結果、MDGs達成に向けて今後の分野間連携を進めていくために不可欠な視点を、以下のとおり整理した。

1：支援対象国での人材・資金等の確保

今回調査対象としたのはベトナムとラオスの2ヶ国であるが、経済成長やあらゆる

面で急成長を遂げているとベトナムと、未だ後発開発途上国に位置づけられるラオスでは、MDGsの達成状況に大きな差があるのみならず、分野間連携の現状についても大きな違いがあった。

ベトナムでは、政府機関の中に課題は多数あるものの、連携のメカニズムは形成されており、また、実際に連携を推進する事業も行われている⁵。

ラオスでは、水道整備に関する法律が成立しており、関係各省が連携する土台はできていたが、政府の予算配分から各省の事業・活動がその組織内で完結する傾向⁶があり、恒常的な連携メカニズムの形成までは至っていない。国際機関やNGOがイニシアティブを取って財源確保や人材を投入した場合には、連携の具体的事例はごく限られているものの、障害者支援や児童保護の分野においては連携が行われていた。

こうした違いの要因としては、両国における資金量・人材等の有効資源量の差が考えられた。ベトナムでは国の発展にともなって国家予算も増大し、連携のための追加資金や人材拠出も可能になりつつあるが、ラオスでは政府事業にそもそも使える資金や人材もまだ不十分であり、効果的・効率的に各分野が連携するための資金や人材配分までは視野に入っていないのが現状であった。

ベトナム程度の経済力を有する国であれば、予算や人材の一部を連携事業に割り当てることをよく検討することが必要であり、ラオスのような援助事業を外部資源（国際機関や政府二国間援助、国際NGO等）に頼っている場合には、当面は、こうした外部の開発団体等による連携推進が必要である。

2：政府ハイレベルの強いリーダーシップ、オーナーシップ

ベトナム、ラオスどちらの国の政府機関においても、また、訪問した国際機関、NGOのいずれにおいても、連携を促進するために重要な要素として政府ハイレベルの強いリーダーシップ・オーナーシップが挙げられた。どちらの政府関係者からも、複数省庁を巻き込んだ連携の事例が挙げられたが、いずれも首相府直轄プログラムや、事業トップに副首相が就任するなど、ハイレベルでの高いコミットメントが得られていた。

また、両国とも社会主義体制の国であり、現在でも外国の支援機関、NGO等が活動等を行う際には政府の許認可がなければ行えない（政府から活動地域を指定される）ため、その点を踏まえても、中央政府が分野間連携の意義を認識することが必須であ

⁵ ベトナムでの連携の実情については、政府機関では連携のメカニズムが存在し効果的な取組を推進していて、具体例として「国家浄水衛生プログラム」や「国家貧困削減計画」が挙げられた（詳細は別添参照）。一方で、国際機関からは十分かつ効果的な連携とはまだ言えない状況との指摘もある。

⁶ 事業の実施に際して他の関係政府機関も出席して会合が開かれるが、活動内容の分担を図るものではなく、多くの場合、コメントを聞き置くにとどまっている。

る。

3：連携を行うための事務局機能の強化

実際に連携を促進するためには、連携を行うための専門の事務局を設置し、そこに関連するすべての機関が参加することが望ましい。

文献検討の段階でも関係者の役割分担と責任の所在を明確化する必要性を挙げたが、実際の現地調査で連携がうまくいっている事例では、こうした役割や責任の分担を果たす組織として、連携専属の事務局が存在していた。

現地の国際機関では、既に「Coordination」を合い言葉に多くの時間と予算が費やされており、具体的に何を実施するための Coordination なのか、しばしば不明確になっているとの指摘もあった。連携を効果的に実施するには、その達成すべき具体的な目標、予算、実施期間等が明確になっていることが重要である。連携のための事務局機能としては、専用の事務局を設置する場合や、定期的な合同委員会を設置し役割分担の明確化を行う場合など、様々な方法が考えられる。どのような在り方が望ましいかは場合により異なるが、事務局設置自体に資金や時間的・人的負担が生じないよう留意することが必要である。

4：支援対象層の中で鍵となる人物・組織の同定

ベトナム、ラオスどちらの国においても、地域社会で活動を行う際に必ず参加し、事業の中心的役割を担っている住民代表・組織が存在した。

ベトナムで視察したプロジェクトSWAN⁷やセーブ・ザ・チルドレン・ジャパン (SCJ) の栄養プロジェクト⁸では、コミュニケーションの人民委員会や女性同盟が参加しており、活動計画策定から実際の事業実施に至るまで、主要な役割を果たしていた。

ラオスにおいても、国際機関との面談の際、脆弱層への事業実施に際して鍵となる集団について尋ねたところ、大半の国際機関から、村長や女性同盟、青年同盟、ラオ建国戦線といった組織の協力が必要との意見が聞かれた。こうした鍵になる人々は日常的に地域住民からの信頼を得ており、地域住民のニーズをくみ取り、住民の事業への参画を促しボトムアップアプローチを推進するためにも、こうした地域においてリーダー的役割を果たしている人や組織の協力が必須である。

5：既存の枠組みの活用

特に現場レベルで資金や人材が十分とは言えない状況では、既存の枠組みを如何に

⁷ 国際 NGO である ILSI 日本支部にあたる NPO 法人国際生命科学研究機構 (ILSI Japan) が実施する水道及び保健分野の連携事業。詳細については、別添資料 9 参照。

⁸ 国際 NGO であるセーブ・ザ・チルドレンの日本支部 (SCJ) が主導する事業で、ベトナム少数民族を対象とした貧困地域の栄養改善・母子保健プログラム (保健と社会福祉等の社会保障分野連携事例) である。詳細については、別添資料 9 参照。

利用するかが重要である。

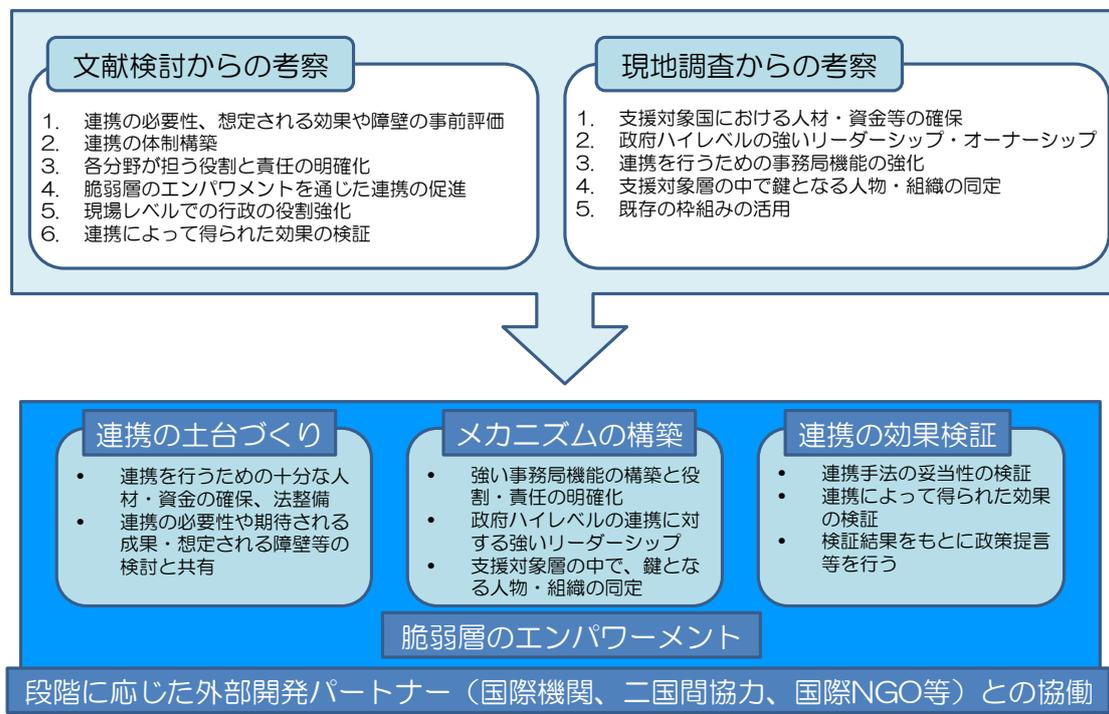
SCJの栄養プロジェクトでは、コミュニティで事業管理委員会が設置されていた。この委員会は、SCJがプロジェクトを行うために設置されたものではなく、既存のコミュニティ内で存在した地域委員会（地域における問題を広く議論する（健康管理から、農作物栽培等対象は多岐に及ぶ））を活用し、そこでSCJのプロジェクトに関する議論も行ってもらったようにしたものである。

プロジェクトSWANは、ILSI Japanのリソース投入は限定的であるが、適切な技術的アドバイスを与えることで、既存の行政機構・制度を活用して複数の行政機関と横断的なチームづくりを行い、中央機関からコミュニティまで垂直的な行政能力を拡大、強化することによって、関係各者の能力を効果的に引き出し、地域住民が要求していた安全な飲料水供給、公衆衛生改善を図っている事例といえる。

プロジェクトのために構築したメカニズムは、プロジェクトの終了とともに消失してしまうことが少なくないが、もともと地域住民が必要性を認識し構築した地域の体制については、プロジェクト終了後も継続されるものであり、持続可能性の観点からも既存の枠組みを活用し、コミュニティベースアプローチを推進していくことが必要である。

5 MDGs 達成に向けた分野間連携に関する将来像

本検討会事業では、日本の支援のみならず、国際機関や他国の援助機関及び当該政府等、様々な機関による取組を幅広く対象として、分野間連携を効果的に進めるための鍵となる構成要素について考察を行ってきた。文献分析からは6つの要素、現地調査を通じて5つの要素が挙げられた。それらをまとめると、「分野間連携の土台づくり」「分野間連携事業を実施するためのメカニズム構築」「よりよい分野間連携事業を行うための効果検証」の3段階に整理できると考える。(図3参照)



(図3：MDGs 達成に向けた分野間連携を効果的に進めるための構成要素)

① 分野間連携のための土台づくり

分野間連携を始める前の土台づくりとして、連携に充てられるだけの十分な資金や人材の確保、及び法整備が挙げられる。また、水道・保健・社会福祉等の社会保障分野の全般的なインフラ整備を進めることも、これに含まれる。

文献からの事例分析で取り上げたマレーシアや現地調査で訪問したベトナムのように、ある程度の経済発展を遂げた国においては、自国の開発に充てる人材や資金の確保は可能であり、分野間連携に適切な人材育成・資金配分が行われるように促すことが望ましい。一方、ラオスのような後発開発途上国においては、自国の人材・財源だけでは

連携を推進することが困難な場合が多い。しかしながら、後発開発途上国においても国際機関のイニシアティブや NGO との協働によって、限定的ながらも分野間連携が行われており、国際機関や NGO が分野間連携のための資源動員を積極的に行うことが必要である。

また、現地調査において、連携が目的化する非効率な援助が問題として指摘されたように、単独分野で事業展開を行う方がより効果的・効率的に行える場合もあり、必ずしも連携することが効果的な援助につながるわけではない。なぜ連携が必要なのか、連携によって期待される効果は何か、また連携を行う際にはどのような障壁が想定されるかについて、連携事業の実施前に関係者間で調整、認識共有を図っておくことが必要である。

② 分野間連携事業を実施するためのメカニズム構築

分野間連携のための土台づくりの次に必要となるのは、「事業実施のためのメカニズム構築」である。それには政府ハイレベルの強いリーダーシップが重要な役割を持つ。その上で、関係者間での期待される成果の共有や役割及び責任の明確化を行うこと、また、地域社会において鍵となる人物や組織⁹を同定し、それらの参画を得ること、また、既存のメカニズムを最大限に有効活用する方法を考えるべきである。なお、連携を推進するための専任の事務局が存在すればなお望ましい。

本検討事業では、社会福祉等の社会保障分野との連携の観点から、脆弱層とされる人々への援助や彼ら自身のエンパワーメントについても検討を行った。MDGs 達成に向けてはもちろん、広く世界中のあらゆる人々が健康的な生活を送るためには、社会的弱者と呼ばれる人々へいかにして援助を届けるかが重要な課題である。脆弱層を開発の当事者として参加を促すことを含む脆弱層のエンパワーメントは、連携事業を実施するためのメカニズムを効果的に MDGs 達成に結び付けるためにも重要である。そうした観点から、今回の検討事例及び社会福祉等の社会保障分野がどのように他分野と連携しうるかに関してまとめることの意義は大きく、今後、多方面での活用を期待したい。

土台づくりの段階から連携事業実施のメカニズム構築にかけて、また、脆弱層のエンパワーメントについても、国際機関や NGO が協働して果たす役割は非常に大きい。

厚生労働省が拠出を行っている国際機関としては WHO や UNAIDS が上げられるが、こうした国際機関への拠出を通じた国際協力においても、相手国における分野間連携を効果的・効率的に促進するものとなるよう、本検討事業の結果報告をよく参照することが必要である。拠出事業の一例として、産業保健に関する WHO/ILO 連携事業があげられる。本事業はベトナムにおける保健省（保健分野）及び労働傷病社会福祉省（労働

⁹ 現地調査では、具体例として村長や女性同盟が挙げられている。

分野)の連携を通じて、ベトナムの産業保健推進を図るものである。中央省庁レベルでの連携促進のみならず、「One UN」の概念のもと WHO 及び ILO の連携促進や、プロジェクトの実施モデル地域である県や郡レベルでの保健担当部局と労働担当部局の連携を促進することで、地域の労働環境整備とその結果生じる保健指標の向上を目的としている。本事業において、今後さらに各段階(国際機関、中央省庁、地方(県・郡レベル))における効果的な連携の在り方が検討されることを期待される。

MDGs達成に向けた、国、地方、コミュニティそれぞれのレベルでの分野間連携を推進するためには、中長期的な支援が必要である。厚生労働省では、2003年以來、「ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合」の開催を通じて、保健、福祉及び雇用分野の連携等についての政策対話を行っている。本検討事業の成果を参考として、今後、当会合で効果的な分野間連携について議論することが期待される。例えば、分野間連携を効果的に進めるための構成要素のひとつに「脆弱層のエンパワーメント」があるが、これを会合のコンセプトに取り入れて、保健、福祉及び雇用分野の連携、脆弱層に対する社会的保護、コミュニティのエンパワーメント等の取組が、ASEAN諸国において具体化されるよう会合テーマ設定¹⁰を行うことが考えられる。

この他、厚生労働省の事業として、毎年「水道プロジェクト計画作成指導事業」が実施されている。本年度、事業を受託した JICWELS は「ベトナム国ダナン市水道公社における水安全計画の視点から水道事業の健全経営を推進するための人材育成調査」を実施し、安全な飲料水供給に向けた水道分野、保健分野等の連携に関して、関係機関への調査や指導を行った。このような分野間連携を意識した取組が今後、同事業において積極的に検討され、必要に応じて展開されることが期待される。

③ 連携の効果検証

分野間連携事業の実施が軌道に乗った場合には、一層効果的な連携を推進するため「連携の効果検証」が効率よく行われる必要がある。連携による効果の測定を行い、仮に連携による効果が見られない場合には、連携手法の妥当性について常に評価の視点を持つことを忘れてはならない。また、検証された結果が、政策提言や事業運営の改善に活用されることが重要である。

厚生労働省においては、厚生労働科学研究費の中で、国際協力に関係するものとして「地球規模保健課題推進研究事業」があり、これまでも、「水供給分野の国際協力における総合援助手法に関する研究」や「国連ミレニアム開発目標達成のための保健人材強化に関する研究」等、分野間連携を対象とした研究が実施されてきたが、今後もこうした研究費を活用して、分野間連携を対象とした効果的な援助の在り方に関する研究の推

¹⁰ 障害者や高齢者を支える地域づくりや貧困層に対する社会的保護等

進が図られることが期待される。

最後に、検討結果がより幅広く活用されるよう、検討委員会の委員から以下の提言があった。

- 様々な国際会議の場において、水道・保健・社会福祉等の社会保障分野が議題として挙がる機会は年々増えてきている。また、日本がこれらの分野における国際協力を行う手法としては、JICA を通じた技術協力等が大きな比重を占めている。このような国際会議の場や国際協力活動において、厚生労働省が技術的専門組織として助言を求められる際には、本報告書をよく踏まえるべき。
- また、今回の事例検討では、水・保健・社会福祉等の社会保障分野の3分野のみを取り上げたが、健康や福祉の向上に関わる分野は他にも労働、教育、農業、環境等多くの分野が存在しており、包括的な地域開発の視点から、より効果的な成果が期待できる分野を明確にし、連携を展開していくことも必要である。
- 2015年の達成期限を見据え、現在、既にポスト MDGs の議論が始まっている。具体的なポスト MDGs の課題は現時点において決まっていないものの、効果的・効率的な援助の在り方、広く全体を包含する概念として社会的弱者へのアプローチ、分野間連携の必要性については、より一層重要性を増すものと思われる。こうしたポスト MDGs 課題設定に関する議論に厚生労働省が参加する際にも、本報告書を踏まえた対応がなされることを期待する。

別添資料		ページ番号
別添資料 1	ミレニアム開発目標	26
別添資料 2	MDGs 進捗状況 (2008 年時点)	28
別添資料 3	各分野の MDGs との関連及び達成状況について	29
別添資料 4	分野間連携の必要性について言及した資料	40
別添資料 5	分野間連携の好事例	41
別添資料 6	アンケート調査	45
別添資料 7	現地調査行程	48
別添資料 8	現地調査団の構成	49
別添資料 9	現地調査の視察先情報	50
別添資料 1 0	現地調査結果	51

別添資料 1 : ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals: MDGs)

目標とターゲット	指標
ゴール 1 : 極度の貧困と飢餓の撲滅	
ターゲット1.A: 2015年までに1日1ドル未満で生活する人口の割合を1990年の水準の半数に減少させる。	1.1 1日1ドル(購買力平価)未満で生活する人口の割合 1.2 貧困ギャップ比率 1.3 国内消費全体のうち、最も貧しい5分の1の人口が占める割合
ターゲット1.B: 女性、若者を含むすべての人々に、完全かつ生産的な雇用、そしてディーセント・ワークの提供を実現する。	1.4 就業者1人あたりのGDP成長率 1.5 労働年齢人口に占める就業者の割合 1.6 1日1ドル(購買力平価)未満で生活する就業者の割合 1.7 総就業者に占める自営業者と家族労働者の割合
ターゲット1.C: 2015年までに飢餓に苦しむ人口の割合を1990年の水準の半数に減少させる。	1.8 低体重の5歳未満児の割合 1.9 カロリー消費が必要最低限のレベル未満の人口の割合
ゴール2 : 初等教育の完全普及の達成	
ターゲット2.A: 2015年までに、全ての子どもが男女の区別なく初等教育の全課程を修了できるようにする。	2.1 初等教育における純就学率 2.2 第1学年に就学した生徒のうち初等教育の最終学年まで到達する生徒の割合 2.3 15~24歳の男女の識字率
ゴール3 : ジェンダー平等推進と女性の地位向上	
ターゲット3.A: 可能な限り2005年までに、初等・中等教育における男女格差を解消し、2015年までに全ての教育レベルにおける男女格差を解消する。	3.1 初等・中等・高等教育における男子生徒に対する女子生徒の比率 3.2 非農業部門における女性賃金労働者の割合 3.3 国会における女性議員の割合
ゴール4 : 乳幼児死亡率の削減	
ターゲット4.A: 2015年までに5歳未満児の死亡率を1990年の水準の3分の1に削減する。	4.1 5歳未満児の死亡率 4.2 乳幼児死亡率 4.3 はしかの予防接種を受けた1歳児の割合
ゴール5 : 妊産婦の健康の改善	
ターゲット5.A: 2015年までに妊産婦の死亡率を1990年の水準の4分の1に削減する。	5.1 妊産婦死亡率 5.2 医師・助産婦の立ち会いによる出産の割合
ターゲット5.B: 2015年までにリプロダクティブ・ヘルスへの普遍的アクセスを実現する。	5.3 避妊具普及率 5.4 青年期女子による出産率 5.5 産前ケアの機会 5.6 家族計画の必要性が満たされていない割合
ゴール6 : HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止	
ターゲット6.A: HIV/エイズの蔓延を2015年までに食い止め、その後減少させる。	6.1 15~24歳のHIV感染率 6.2 最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率 6.3 HIV/エイズに関する包括的かつ正確な情報を有する15~24歳の割合 6.4 10~14歳の、エイズ孤児ではない子どもの就学率に対するエイズ孤児の就学率
ターゲット6.B: 2010年までにHIV/エイズの治療への普遍的アクセスを実現する。	6.5 治療を必要とするHIV感染者のうち、抗レトロウィルス薬へのアクセスを有する者の割合

<p>ターゲット6.C: マラリア及びその他の主要な疾病の発生を2015年までに食い止め、その後発生率を減少させる。</p>	<p>6.6 マラリア有病率及びマラリアによる死亡率 6.7 殺虫剤処理済みの蚊帳を使用する5歳未満児の割合 6.8 適切な抗マラリア薬により治療を受ける5歳未満児の割合 6.9 結核の有病率及び結核による死亡率 6.10 DOTS（短期科学療法を用いた直接監視下治療）の下で発見され、治療された結核患者の割合</p>
<p>ゴール7：環境の持続可能性確保</p>	
<p>ターゲット7.A: 持続可能な開発の原則を国家政策及びプログラムに反映させ、環境資源の損失を減少させる。</p> <p>ターゲット7.B: 生物多様性の損失を2010年までに確実に減少させ、その後も継続的に減少させ続ける。</p>	<p>7.1 森林面積の割合 7.2 二酸化炭素の総排出量、一人当たり排出量、GDP 1 ドル（購買力平価）当たり排出量 7.3 オゾン層破壊物質の消費量 7.4 安全な生態系限界内での漁獲資源の割合 7.5 再生可能水資源総量の割合 7.6 保護対象となっている陸域と海域の割合 7.7 絶滅危機に瀕する生物の割合</p>
<p>ターゲット7.C: 2015年までに、安全な飲料水及び衛生施設を継続的に利用できない人々の割合を半減する。</p>	<p>7.8 改良飲料水源を継続して利用できる人口の割合 7.9 改良衛生施設を利用できる人口の割合</p>
<p>ターゲット7.D: 2020年までに、少なくとも1億人のスラム居住者の生活を改善する。</p>	<p>7.10 スラムに居住する都市人口の割合</p>
<p>ゴール8：開発のためのグローバルなパートナーシップの推進</p>	
<p>ターゲット8.A: さらに開放的で、ルールに基づく、予測可能でかつ差別的でない貿易及び金融システムを構築する（良い統治、開発及び貧困削減を国内的及び国際的に公約することを含む。）</p> <p>ターゲット8.B: 後発開発途上国の特別なニーズに取り組む（後発開発途上国からの輸入品に対する無税・無枠、重債務貧困国（HIPC）に対する債務救済及び二国間債務の帳消しのための拡大プログラム、貧困削減にコミットしている国に対するより寛大なODAの供与を含む。）</p> <p>ターゲット8.C: 内陸開発途上国及び小島嶼開発途上国の特別なニーズに取り組む（小島嶼開発途上国のための持続可能な開発プログラム及び第22回国連総会特別会合の規定に基づく。）</p> <p>ターゲット8.D: 債務を長期的に持続可能なものとするために、国内及び国際的措置を通じて開発途上国の債務問題に包括的に取り組む。</p>	<p>以下に挙げられた指標のいくつかについては、後発開発途上国、アフリカ、内陸開発途上国、小島嶼開発途上国に関してそれぞれ個別にモニターされる。</p> <p>政府開発援助（ODA）</p> <p>8.1 ODA支出純額（全体および後発開発途上国向け）がOECD開発援助委員会（DAC）ドナー諸国の国民総所得（GNI）に占める割合 8.2 基礎的社会サービスに対するDACドナーの分野ごとに配分可能な二国間ODAの割合（基礎教育、基礎医療、栄養、安全な水及び衛生） 8.3 DACドナー諸国のアンタイド化された二国間ODAの割合 8.4 内陸開発途上国のGNIに対するODA受取額 8.5 小島嶼開発途上国のGNIに対するODA受取額</p> <p>市場アクセス</p> <p>8.6 先進国における、開発途上国及び後発開発途上国からの輸入品の無税での輸入割合（価格ベース。武器を除く。） 8.7 先進国における、開発途上国からの農産品及び繊維・衣料輸入品に対する平均関税率 8.8 OECD諸国における国内農業補助金の国内総生産（GDP）比 8.9 貿易キャパシティ育成支援のためのODAの割合</p> <p>債務持続可能性</p> <p>8.10 HIPCイニシアティブの決定時点及び完了時点に到達した国の数 8.11 HIPCイニシアティブ及びMDRIイニシアティブの下でコミットされた債務救済額 8.12 商品及びサービスの輸出額に対する債務返済額の割合</p>
<p>ターゲット8.E: 製薬会社と協力して、開発途上国において人々が安価で必要不可欠な医薬品を入手できるようにする。</p>	<p>8.13 安価で必要不可欠な医薬品を継続的に入手できる人口の割合</p>
<p>ターゲット8.F: 民間部門と協力して、特に情報・通信における新技術による利益が得られるようにする。</p>	<p>8.14 人口100人当たりの電話回線加入者数 8.15 人口100人当たりの携帯電話加入者数 8.16 人口100人当たりのインターネット利用者数</p>

(出典：外務省 HP http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/doukou/mdgs/about.html#mdgs_list)

別添資料 2 : MDGs 進捗状況 (2008 年時点)

ミレニアム開発目標(MDGs):2008年プログレス・チャート

	目 標	アフリカ		アジア				オセア ニア	ラテン アメリカ カリブ	独立国家共同体 (旧ソ連共和国)	
		北	サブ・ サハラ	東	東南	南	西			欧州	アジア
MDG1 極度の貧困と飢餓の撲滅	極度の貧困半減							-			
	生産的かつ適切な雇用										
	極度の飢餓半減										
MDG2 初等教育の完全普及の達成	初等教育の完全普及							-			
	初等教育における 女性の就学率										
MDG3 ジェンダーの平等の 推進と女性の地位向上	女性資金労働者 の割合										
	国会における 女性議員の割合										
	5才以下死亡率 2/3削減										
MDG4 乳幼児死亡率の削減	はしか予防接種										
	妊産婦死亡率 3/4削減										
MDG5 妊産婦の健康の改善	リプロダクティブ・ヘルス へのアクセス							-			
	HIV/エイズ、マラリア、 その他の疾病の蔓延 防止										
MDG6 HIV/エイズ、マラリア、 その他の疾病の蔓延 防止	結核蔓延防止										
	森林破壊防止										
	安全飲料水のない 人口半減										
	衛生設備のない 人口半減										
MDG7 環境の持続可能性の確保	スラム居住者の 生活改善										
	インターネット 利用者										
MDG8 開発のためのグロー バル・パートナーシップ推進											

◆情報源:FAO, IPU, ILO, ITU, UNESCO, UNICEF, WHO, UNAIDS, UN-Habitat, 世銀により提供された2008年8月現在のデータ及び推計
◆編 集:国連経済社会局統計部

(注) 枠内の色は、2015年の目標達成に向けた進展の度合いを表したもので、従って、各地域の状況の良し悪しと関連がある場合が多いが、必ずしも各地域の状況自体を示したものではない。

- 目標達成済み、または、達成接近。
- 現状が持続せば2015年までに目標達成が見込まれる。
- 現状のままでは2015年には目標達成不可能。
- 進展なし、または、悪化。
- データが不十分。

(出典：外務省 HP <http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/pr/wakaru/topics/vol13/index.html>)

別添資料 3 : 各分野の MDGs との関連及び達成状況について

1. 水道分野

飲料水は、人の生命と生活に関わる重要な問題である。WHOとUNICEFが作成した「Progress on Sanitation and Drinking-water: 2012 Update」(2012年)の推計によると、世界全体で上水道や井戸などの改良された水源を利用できない人口の割合は、1990年の24%から2010年には11%に減少し、「2015年までに安全な飲料水を継続的に利用できない人々の割合を半減する」とのMDGの目標を達成したものの、約8億人が改良された水源にアクセスできていない¹¹。

飲料水の確保は、貧困削減や教育普及、健康改善などに資することから、開発途上国の平和の確保と社会経済の発展の基盤でもある。下表に、水道分野における国際協力とMDGsとの関連についてまとめた。水道分野の国際協力は、上述したMDGの目標達成に直接貢献してきた。また、程度の差こそあれ、全てのMDGsの達成に向けて間接的に寄与してきたといえる。

表 水道分野の国際協力とMDGsとの関連

MDG	関連
1	○ 乾期には水源が枯渇して飲料水の購入のために家計がさらに苦しくなったりするなど、安全な飲料水の確保は貧困から脱却する上でも、重要な問題 ¹²
2	○ 非衛生的な水が原因で常に病気がちであるために、学校に通うことのできない子どもは、いかなる意味においても、教育の権利を享受していない ¹³ ○ 水汲みのために子どもたちは学校へ行く機会を失う ¹⁴ ○ 安全な水の確保などの支援は子どもの学習成果との相関が高い。教育は、水・衛生など他の分野と密接な関係のある分野である ¹⁵
3	○ 女性と女の子は、水を汲むために時間と教育を犠牲にするため、

¹¹ Progress on Drinking Water and Sanitation 2012

http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/JMP-report-2012-en.pdf

¹² 水・人・未来 すべての人に安全な水を (2010・JICA)

http://www.jica.go.jp/publication/pamph/pdf/0908_water_j.pdf

¹³ 人間開発報告書 2006年版 (2006・UNDP)

http://www.undp.or.jp/publications/pdf/undp_hdr2006.pdf

¹⁴ 水・人・未来 すべての人に安全な水を (2010・JICA)

http://www.jica.go.jp/publication/pamph/pdf/0908_water_j.pdf

¹⁵ 日本の教育協力政策 2011-2015 (2010・日本政府)

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/doukou/mdgs/pdfs/edu_pol_ful_jp.pdf

	二重の不利益を被っている。何百万もの女性が水汲みに毎日数時間を費やしている ¹⁶
4	<ul style="list-style-type: none"> ○ 安全な飲料水の供給は、下痢症等による乳幼児死亡率の低下等を通じて、住民の生活水準の向上に直接影響する¹⁷ ○ 下痢関連の疾病により死亡する子供の数は、エイズ、マラリア及び麻疹で死亡する子供の合計数を上回り、子供の死亡の主な原因の第2番目となっている。世界の下痢疾患の85%以上は、安全でない飲料水や不十分な衛生設備、不適切な衛生環境が原因となっている。¹⁸
5	○ 安全な水へのアクセス改善は、妊産婦を水汲みの重労働から解放し、これまで水汲みの際に怪我をしたり、安全でない水を飲むことにより体調を崩していた妊産婦の健康状態の向上や死亡率・罹患率の削減に寄与する
6	○ 重大な健康問題（水を介する感染症や水中の病原媒介生物による疾患等）は、安全でない水に関連している。開発途上国の病院の病床数の50%が、水を介する感染症の患者によって占められている。 ¹⁹
7	○ 安全な水へのアクセス改善は、「2015年までに、安全な飲料水を継続的に利用できない人々の割合を半減する」という目標達成に直接貢献する
8	<ul style="list-style-type: none"> ○ 水道分野に対するODAの増加は、「開発途上国の特別なニーズに取り組む」というMDGsの目標達成につながる ○ 情報通信技術の向上は、給水量の予測や顧客名簿の管理等、水道サービスの向上のために重要

¹⁶ 人間開発報告書 2006年版（2006・UNDP）

http://www.undp.or.jp/publications/pdf/undp_hdr2006.pdf

¹⁷ 水と衛生に関する拡大パートナーシップ・イニシアティブ（2006・日本政府）

<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/pamphlet/wasabi/index2.html>

¹⁸ G8+科学アカデミー共同声明：水と健康（2011）

<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-s5j.pdf>

¹⁹ G8+科学アカデミー共同声明：水と健康（2011）

<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-s5j.pdf>

2. 保健分野

MDGs の 8 つの目標のうち 4, 5, 6 が「保健関連 MDGs」とも言われるように、MDGs と保健分野には密接な関わりがある。MDGs 設定当初は、世界の主要死因が感染症であり、中でも三大感染症と言われる HIV/AIDS、結核及びマラリアによる死亡や周産期関連の死亡が最も多かったことから、感染症対策が、国際的な保健課題として認識されていた。

MDGs 設定以降、保健分野に多額の援助が投入され、一部の国や地域では MDGs 達成に大きな進捗が見られる。例えば、5 歳未満死亡率は 1990-2010 年で 35% 減少するなど大きく前進しており、この減少ペースが維持されれば、目標達成年である 2015 年には、143 の低・中所得国のうち 37 ヶ国が目標を達成する見込みである。また、新生児死亡数は 1990 年に 440 万人だったが、2010 年には 310 万人に減少し、新生児死亡率（人口千対）も同時期に 32 から 23 に減少している。マラリアによる疾病負荷はすべての地域で減少し、2010 年の結核による死亡率も 1990 年に比べて 1/3 に減少した。

しかしながら、MDG5 については、アフリカの大半の国では未だ達成が困難と言われており、MDG6 についても、薬剤耐性結核やマラリアが問題となるなど、MDGs に関連した新たな課題も指摘されている。感染症対策の進歩や世界的な高齢化の進行に伴い、現在、アフリカ以外のすべての地域で非感染性疾患（一般的には、がん、糖尿病、心血管疾患、慢性肺疾患を指す。）が死因の第一位になっており、世界的な問題となっている。2000 年代に発生した鳥・新型インフルエンザなどの新興感染症や、精神疾患（高齢化に伴う認知症も含む。）、健康の社会規定因子、気候変動など環境と関連した保健問題など、新たな保健課題も出現している。

表 保健分野の国際協力と MDGs との関連

MDG	関連
1	<ul style="list-style-type: none"> ○ 貧困地域における保健問題は、住民一人ひとりへの生命の脅威であるだけでなく、経済社会活動にも影響を与えることから、国の発展の重大な阻害因子となっている。 ○ 国の脆弱な医療システム、保健医療サービスや健康教育へのアクセスの欠如、栄養不良、安全な飲料水と適切な衛生へのアクセスの欠如は、人々の健康水準を悪化させ、結果として国レベルでの労働力の損失や医療費負担の増大、教育水準の低下を招き、貧困を助長する、という負の循環に陥る。 ○ 日本も貧困削減のための重要分野として保健分野を掲げている

	<p>(ODA 大綱及び ODA 中期政策)。</p> <p>○ 2008 年には、WHO が保健と貧困問題の密接な関係について言及した報告書を提出 (SDH (健康を規定する社会因子) に関する報告書)。</p>
2	<p>○ HIV/HIDS の予防のための啓発活動や、疾患のため学校に通えなくなった子供やエイズ孤児に対し、学校への復学支援や学校での差別からの保護など教育分野の取組は保健分野の目標達成にも密接な関わりがある。</p> <p>○ 日本が長らく重点的に取り組んできた保健人材育成の分野でも、医療従事者の十分な質的・量的支援が、十分な養成施設の設置や質の高い卒前卒後教育の整備、教育分野の取組との連携の下で進められている。</p> <p>○ 食育や学校給食をはじめとした支援は、児童の栄養向上に貢献している。</p> <p>○ 日本の ODA 政策において、相互に密接に関わる分野として、保健と教育の連携の重要性が言及されている (2009 年、日本政府の国際保健政策及び教育協力政策)。</p> <p>○ 学歴など教育格差が健康格差に結びつくことが指摘されている。 (WHO SDH に関する報告書)</p>
3	<p>○ 日本は ODA 政策において、ジェンダーと開発の分野では女性の教育、健康、経済社会活動への参加をその活動の 3 本柱としており、保健医療分野はその一つである健康に直接関わっている (1995 年 WID (途上国の女性支援) イニシアティブ)。</p> <p>○ 保健分野では、保健医療サービスへのアクセス格差や HIV/AIDS を含む性感染症に対する女性の脆弱性等、ジェンダーに起因する健康面の格差の解消、生涯を通じた女性特有の健康問題への対応や、リプロダクティブ・ヘルス、ライツの推進が必要である。</p>
4	<p>○ 乳幼児死亡の大半は開発途上国で発生し、その大半が現在の医療技術をもってすれば治療可能な疾患 (肺炎、下痢、マラリア、麻疹等) で死亡している。また、こうした子どもたちの大半に栄養不良が見られる。乳幼児死亡率の削減に向けて、栄養や衛生の改善、予防接種、医療サービスへのアクセス向上の対策等、保健医療分野の果たす役割は非常に大きい。</p> <p>○ 国全体での保健システム強化や保健サービスへのアクセス改善に加えて、抗菌薬投与、予防接種の普及、適切な栄養投与など医療技術による対策や、乳幼児検診や小児の体重管理等、子供への包括的対策を行う中で保健分野が担う役割は多い。</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国際的には保健専門機関である WHO や子供に関する専門機関である UNICEF を中心に取組が進められており、過去、白書の中で MDGs 達成に向けての課題がまとめられている (2008 年 UNICEF 白書)。 ○ 今後、日本でも MDG4 及び 5 に重点的に取り組むことが発表されている (新国際保健政策)。
5	<ul style="list-style-type: none"> ○ 妊産婦の死亡原因のうち、大量出血や高血圧、感染症など適切な医療的措置で予防できるものも多く、保健医療分野の関与は大きい。その解決には、誰もがアクセスできる保健サービスの提供、助産師や医師立会いによる出産割合の向上、妊産婦健診受診率の向上等が必要である。また、現場の医療従事者の育成を支援するとともに、産院・診療所・救急車等の利用可能設備の整備や機材供与を行うこと、緊急時の産科ケアの質の向上等が必要であり、こうした対策は保健分野が主体となって行われる。 ○ 国際的には保健専門機関である WHO が先導的役割を果たし、また日本でも重点分野と位置付けている (新国際保健政策)。 ○ 2010 年、国連の潘基文事務局長が、特に進捗の遅れている MDG4 及び 5 を重点的に取り組むことを発表。その具体的達成に向けての委員会を設立し、日本からも委員が参加し、取り組むべき 10 の提言が発表された。
6	<ul style="list-style-type: none"> ○ 個別の疾病対策は、保健専門機関である WHO が先導する分野であり、保健医療分野の担う役割は非常に大きい。適切な治療薬の研究開発、薬剤耐性獲得への対応等の医療技術の進歩に加えて、医薬品への適切なアクセス、ワクチン等による予防、また、実際に罹患した場合の中長期的なケアも含めて、保健分野の取組は広範囲に関わる。 ○ 対策には、検査技術の提供、医療従事者の育成支援や施設整備の支援を行うとともに、感染者に対する治療薬の供与や中長期的なケアの提供等についても、保健医療分野が先導して行うべき部分である。 ○ 近年、重要課題として挙げられている新興感染症について、適切なサーベイランス・モニタリング体制の整備や感染症発生・流行時の対応能力の強化なども、保健分野が中心となり取り組むべき課題である。 ○ 国際的には、感染症対策は長らく WHO がリードしてきた分野であり、日本も橋本イニシアティブに見られる寄生虫対策等、重点的に取り組んできた分野。

7	<ul style="list-style-type: none"> ○ 安全な飲料水の確保や適切な衛生へのアクセスは、公衆衛生環境の改善に大きく貢献し、乳幼児死亡の主要因の一つである下痢症の罹患を防ぐ。トイレの設置といった衛生施設の整備は、寄生虫症などの感染症対策として有効であり、安全な飲料水の供給やトイレの設置といった衛生施設の整備と保健課題は密接に関与している。 ○ 2011年5月に開催されたWHO総会では、水と衛生に関する議題が議論され、WHO事務局からの報告では保健関連MDGs（4、5、6）と安全な飲料水や基本的な衛生施設へのアクセスが密接に関与すること、世界の疾病負荷の約10%は安全な飲料水や衛生環境整備で防ぎうることが述べられている。 ○ 各種国際機関からの報告書でも、保健と水や衛生環境の密接な関わりが言及されている。(WHO/UNICEF「Progress on Sanitation and Drinking-Water 2010 update」, UNDP「人間開発報告書2006」)
8	<ul style="list-style-type: none"> ○ ターゲット8Eに関して、治療のための医薬品確保は、まさに保健課題に直結する分野であり、WHO事務局内部に、特にNTD（顧みられない熱帯病）に関する研究開発の促進や医薬品へのアクセス改善を扱う部局が設置され、対策が講じられている。 ○ 日本でも、熱帯病対策は重点的に取り組んできた分野であるが、日本の製薬企業もWHOを通じ熱帯病の一つであるフィラリア症の治療薬の無償支援を行うなど、PPP（Public-Private-Partnership）による支援を進めているところ。そのほか、ポリオワクチンの円借款事業に関し、支援を受けた開発途上国に代わって（ドイツ財団などの）民間財団が一定の条件の下で債務を代位返済する仕組みを導入する等、MDGs達成に向けた保健課題解決のため、政府間に限らず、あらゆる連携やパートナーシップの可能性を追求しながら取り組んでいる。

3. 社会福祉等の社会保障分野

MDGs 達成の観点から見た「社会福祉等の社会保障」

社会福祉等の社会保障の範囲は、地域の支え合いから、政府による公的給付、社会保険等まで幅広い。特に、MDGs 達成が課題となっている途上国では、地域住民における相互扶助の強化など、自助と互助を側面的に支援する方策がとられるのが一般的であり、脆弱層に対する公的給付や社会サービスの提供から社会保険制度の構築に到達するのが一般的である。本検討事業における「社会福祉等の社会保障」としては、地域住民の相互扶助や地域のための資金プールの仕組みや、国民の最低限度の生活を保障する公的給付、国民の相互扶助である社会保険等の諸制度のほか、障害者、高齢者、児童、母子など支援を必要とする層に対するサービスの提供や彼ら自身の問題対処能力の向上（エンパワーメント）を促進する援助技術も含めて扱うこととした。また、政府自身によるサービスや金銭等の給付に限定せず、インフォーマルな形での相互扶助や給付に対する政府の支援・関与・調整も含むものとした。

途上国における全体的な貧困率は 2015 年までに 15% へと低下すると予測されており、世界全体として MDG1（極度の貧困と飢餓の撲滅）は達成される見込みである。しかし、依然として極度の貧困の中で暮らす人々は約 14 億人に上り、その 47% は目標達成が見込まれている国々にいると言われるように、国内における目標達成度の格差が指摘されている。さらに、貧困層と富裕層の格差のみならず、農村と都市の格差、遠隔地の住民、女性、高齢者、障害者、少数民族等特定のグループにおける目標達成度の格差の解消も課題となっている。

MDG1 を達成するためには、一定の経済成長と資源の投入が前提となるが、国民全体が極度の貧困や飢餓から脱出するにはそれだけで十分ではなく、経済成長で得られた果実を社会全体に再配分するメカニズムとして公的扶助等の仕組みを開発していくことが重要である。このようなメカニズムがない場合、解決すべきニーズがある少数者が社会の中に埋もれていく危険性もある。経済成長の果実の再分配のための具体的な手法としては、社会の少数者にも資源を届ける社会保障制度の整備が挙げられるが、多くの開発途上国では社会保障制度の整備が遅れているのが現状である。また、他の多くの開発ニーズがある中で社会保障制度を構築・維持していくため、限られた財源をバランスよく、かつ効率的に配分する仕組みが必要である。

障害者については、MDGs においては言及されていなかったが、2010 年の MDGs レポートにおいて、障害児の就学率が全体の就学率に影響を及ぼすとして、始めて MDGs と障害者に関する言及がなされた。しかし、何らかの障害がある者は現在、世界総人口の約 15% に上り、障害と貧困との深い関係が指摘されてい

る²⁰。障害は身体・精神の機能障害と社会のバリアとの相互作用によって生まれることに鑑みれば、MDGs達成に向けて社会全体として障害の問題に対応することが不可欠である。また障害が増加している背景として、高齢化や疾病構造の変化も指摘されており¹⁰、急速な高齢化が予測されているアジア地域を中心とする開発途上国においては、高齢者対策も重要な政策課題である。

【コラム】ASEAN 諸国における社会保障整備の近年の動向

ASEAN 諸国は、1990年代から急速な経済成長を遂げた一方、国内の経済格差も拡大した。とりわけ1997年の通貨危機では、より脆弱な層が失業などの大きな影響を受けたことから、「社会の最も脆弱な層が個人や世帯、地域レベルで様々なリスクによりよく対処できるようにするための公的な施策」として、恒常的な **Social Protection** の必要性が認識された。

その後も社会保障の充実が優先的な政治課題となり、公的扶助、社会保険制度の整備と共に、地域レベルの社会基金や相互扶助制度の整備なども推進されてきた。このようにリスクへの対処という概念を基礎に、①ダメージからの救済だけでなくリスク予防や軽減、②地域の相互助等のインフォーマルな仕組み、③個人、世帯、地域社会、NGOs等、制度に関連する主体の拡大など、社会保障制度の多様化が図られてきた。

また、社会保障の充実を、保健や教育の向上に繋げることで、限られた資源を効果的に活用する観点から、CCT (Conditional Cash Transfer、条件付現金給付) や包括的統合社会サービス²¹など、再配分のための新たな仕組みも登場している。

²⁰ WHO・世界銀行「World Report on Disability」(2011)

http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/index.html

²¹ フィリピンの Comprehensive and Integrated Delivery of Social Services

表 社会福祉等の社会保障分野の国際協力とMDGsとの関連 10 22 23 24

MDG	関連
1	<ul style="list-style-type: none"> ○ 貧困削減目標達成のためには所得向上が不可欠であるが、所得を支える社会的保護の構築が重要であることが指摘されている。 ○ 社会的保護は、地域におけるインフォーマルな相互扶助、公的扶助又は社会福祉サービスの提供など社会全体の所得や資源の再配分を促進するという視点に立っており、貧困や飢餓の撲滅のために有効な手段である。 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 例えば、条件付給付制度は、緊急的な貧困削減対策の有効な手法とされている。 ○ 世界の貧困の 20%に障害者問題が関係しており、障害者の所得保障を講ずる社会保障及び労働政策は、MDGs 達成に向けて不可欠である。
2	<ul style="list-style-type: none"> ○ 低所得世の相互扶助や公的扶助等を含む社会保障制度の構築は女子の就学率向上にも貢献する。 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 例えば、給付制度に教育の条件を付与するプログラムや、社会基金を活用した学校施設整備等により就学率が向上に貢献している。
3	<ul style="list-style-type: none"> ○ 女性は家庭における社会的保護の第一人者とされており、世帯レベルでの社会的保護の実現に向けて女性の役割強化は重要である。女性や女子に対する福祉の向上と、経済的自立を支えるための社会的保護が必要である。 ○ 女性の大半は、インフォーマルセクターに従事しており、安定した収入や社会保障の恩恵がないことが課題である。これらの改善は、ジェンダー平等の推進と女性の地位向上に繋がる。
4	<ul style="list-style-type: none"> ○ 孤児、障害のある子ども、少数民族や先住民族の子ども、強制労働や人身売買などの搾取にさらされている子どもは、最も脆弱で健康状態を常に脅かされており、優先的な保護が必要である。

²² Millennium Development Goals in an Era of Global Uncertainty : Asia-Pacific Regional Report 2009/10, UNSCAP, ADB, UNDP, 2010

http://content.undp.org/go/cms-service/stream/asset/?asset_id=2269033

²³ Social Protection: Accelerating the MDGs with Equity, UNICEF, 2010

http://www.unicef.org/socialpolicy/index_55915.html

²⁴ The Contribution of Social Protection to the Millennium Development Goals, World Bank, 2003

<http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Publications/20847137/SPMDGs.pdf>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 乳児死亡率は、貧困層で高いとされており、貧困層への保健サービスへのアクセス向上のため、地域の相互扶助や社会基金の構築が必要である。
5	<ul style="list-style-type: none"> ○ 女性の貧困と教育の欠如のため、妊産婦死亡率が増加している²⁵と言われており、妊産婦の貧困削減に向けた効果的な取組が重要である。 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 貧困層の妊産婦に対する現金給付の際に、妊産婦検診の受診や訓練を受けた介助者立会いの出産を条件とし、同時に、食料給付により妊産婦の栄養改善を促す。これらは妊産婦の健康を改善し安全なお産を確保する手法として有効である。 ▶ 貧困地区の妊産婦死亡率が高い要因として、医療施設へのアクセスの悪さが挙げられているが、社会基金等を利用して緊急時の妊婦の搬送手段を確保するという取組も行われている。
6	<ul style="list-style-type: none"> ○ 開発途上国の疾病の主要疾患である感染症は、貧困と密接な関係がある。貧困世帯では予防への投資の優先度が低くなり、感染症罹患のリスクが高い。また、疾病により、家計の支出が増大するのみならず、継続的な労働が不可能となり収入が減少することなどから、疾病がさらなる貧困に繋がる。したがって、貧困層に対する疾病予防や罹患した際の社会的保護の提供が重要である。 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 例えば、貧困層に蚊帳を優先的に配布したり、緊急時に医療機関への搬送手段を確保する際に社会基金を活用している。 ▶ 貧困者の医療費減免等の扶助、感染症の検査・治療の無料化や食料扶助を同時に行うことにより、医療へのアクセス改善を行っている。
7	<ul style="list-style-type: none"> ○ 貧困者の多くは、土地や森林、海洋と深いつながりをもって生活をしており、貧困が理由で環境への負荷が増大する行動をとる。貧困を削減することは環境の保護へもつながると言える。 ○ 地方から都市部への人口流入の拡大に伴って増加している都市貧困層に対する社会的保護や社会サービスの向上が必要である。 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 例えば、社会基金を使用した安全な飲料水供給のための施設整備と継続的な補修は、水と衛生状態を改善する有効な手段である。 ▶ 貧困世帯への水道料金の軽減などの社会的保護によって、安全な飲料水へのアクセスが向上することが期待される。

²⁵ 若年妊娠率の高さ、避妊手段の利用率の低さなどが要因。

8	<ul style="list-style-type: none">○ 社会的保護は分野間連携や包括的手法が重要であることから、関係機関の連携が欠かせない。➤ 例えば、国際援助機関及び援助国は、多国間協力として Highly Indebted Poor Country (HIPC) Trust Fund への資金拠出を通じ、貧困削減プログラムを実施している。同プログラムは貧困層の医療サービスへのアクセス改善等の社会的保護に貢献している。
---	--

別添資料 4 : 分野間連携の必要性について言及した資料

ODA大綱 ²⁶	政府全体として一体性と一貫性のある政策を立案し、実施するため関係府省間の知見を活用しつつ幅広い連携を強化する。
G 8 北海道洞爺湖サミット首脳宣言 ²⁷	開発課題に取り組むに当たって、我々は、多面的なアプローチをとり、持続可能な開発の枠組において MDGs に関連する開発分野間、とりわけ保健、水及び教育分野の間の相乗効果を促進する。
新国際保健政策 2011-2015 ²⁸	<ul style="list-style-type: none"> ● 子どもの命を救うためには、安全な水・衛生へのアクセスの改善が必須である。 ● 本政策内で推奨している「EMBRACE モデル」では、インフラ、安全な水・衛生やその他社会開発を含む幅広いアプローチを用いた支援パッケージを提案している。

²⁶ ODA 大綱 (外務省)

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/taikou/taiko_030829.html

²⁷ G 8 北海道洞爺湖サミット首脳宣言

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/summit/toyako08/doc/doc080714_ka.html

²⁸ 新国際保健政策 2011-2015

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/doukou/mdgs/pdfs/hea_pol_ful_jp.pdf

別添資料 5 : 分野間連携の好事例

1. 三分野の連携事例

プロジェクト名	成果
地下水ヒ素汚染対策 (バングラデシュ) ²⁹	患者のヒ素中毒症状が緩和した。また、利害関係者（住民、医療関係者、政府関係者等）同士の日常的な連携が生まれた。ヒ素中毒患者を抱える世帯に対して生活支援（家畜導入等）することにより貧困改善に寄与した。
東北ブラジル健康なまちづくりプロジェクト (ブラジル) ³⁰	貧困地域を対象とした健康都市計画を実施。農業、環境、教育など、保健以外の複数セクターの参加が促進され、住民の健康状態が改善した。
サヘル地域女性による衛生環境改善事業 (マリ) ³¹	貧困地域を対象に女性を中心とした健康都市計画を実施。教育など健康達成のための必要な保健以外の複数セクターの参加の促進、脆弱層に含まれる貧困女性のエンパワーメントが行われた。
フードバスケットプログラム (マレーシア) ³²	栄養失調児割合の減少（1990年:25%, 2000年:14%, 2009年:5.7%）
人間の安全保障を重視した地域住民参加の総合リハビリテーション (コスタリカ) ³³	障害者の所得を増やすための活動を行う障害者団体が、地域の課題として水供給改善を取り上げ、水道事業者に働きかけることによって水道整備につながった。
包括的統合型社会サービス提供 : KALAHI-CIDSS (フィリピン) ³⁴	地方における意思決定能力の向上とともに、予算の合目的な活用と自律的な地域開発を達成し、現在では全国に展開している。

²⁹ <http://www.jica.go.jp/publication/monthly/0609/02.html>

http://www.jica.go.jp/partner/kusanone/partner/ban_03.html

<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/pamphlet/wasabi/j-11.html>

³⁰ <http://www.jica.go.jp/project/brazil/3091093E0/index.html>

³¹ http://www.jica.go.jp/partner/kusanone/partner/mali_01.html

³² http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2011/dl/Malaysia_Presentation.pdf

³³ <http://www.jica.go.jp/project/costarica/0602942/01/index.html>

³⁴ <http://web.worldbank.org/external/projects/main?pagePK=104231&piPK=73230&theSitePK=40941&menuPK=228424&Projectid=P077012>

2. 水道分野及び保健分野の連携事例

プロジェクト名	成果
安全な水とコミュニティ活動支援計画プロジェクト（セネガル） ³⁵	水道事業と保健分野（安全な水の保健衛生上の効果に関する普及啓発）の介入を連携して行うことによって、保健指標が改善された。加えて、保健指標の改善がモチベーションとなって、水道の使用料負担への意識変革に繋がっている。

³⁵<http://gwweb.jica.go.jp/km/ProjectView.nsf/VIEWParentSearch/B09F44662AA85601492575D10035FEA0?OpenDocument&pv=VW02040104>
<http://www.jica.go.jp/activities/security/case04.html>
http://www.mofa.go.jp/mofaj/Gaiko/oda/shiryo/hakusyo/10_hakusho_pdf/pdfs/10_all.pdf

3. 保健分野及び社会福祉等の社会保障分野の連携事例

プロジェクト名	成果
ろう者組織の強化を通じた非識字層へのHIV/AIDS教育（ブラジル） ³⁶	非識字層のみならず、ろう者の HIV/AIDS に関する知識が向上した。
総合的子どもの発達事業（ベトナム） ³⁷	少数民族に対して母子保健活動、栄養改善のための支援、農作物作成技術支援など、複数のセクターによる取組が行われ、少数民族が居住する地域における栄養指標の改善が見られた。
コミュニティにおける高齢者向け保健医療・福祉サービスの統合型モデルの形成プロジェクト（タイ） ³⁸	保健省と社会開発人間安全保障省の連携が強化され、地域レベルでの包括的アプローチが構築された。
ルサカ市プライマリーヘルスケアプロジェクト（ザンビア） ³⁹	プロジェクト対象地域の下痢症・マラリア・麻疹の罹患率が減少した。母親の小児保健に関する行動に変化が表れた。
条件付き給付事業・CCT（フィリピン） ⁴⁰	貧困世帯を特定するためのデータベースを作成し、必要な世帯に対して保健に関係した条件をクリアした者に対して現金給付を行うことで、母子保健指標が改善した。

³⁶<http://gwweb.jica.go.jp/km/ProjectView.nsf/612198770679068749256fa1001c9ece/d1cb69f85ef26f554925791a0079e8a8?OpenDocument>

³⁷<http://gwweb.jica.go.jp/km/ProjectView.nsf/VIEWParentSearch/7EA9DC494B7BA4C0492576E70079DF80?OpenDocument&pv=VW02040104>

³⁸<http://gwweb.jica.go.jp/km/ProjectView.nsf/VIEWParentSearch/53CE393ABF754171492575D100353EB5?OpenDocument&pv=VW02040104>

³⁹<http://gwweb.jica.go.jp/km/ProjectView.nsf/VIEWParentSearch/4AB3D507E8FE549B492575D10035ED8B?OpenDocument&pv=VW02040104>

⁴⁰ <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2010/dl/cr07-philipin.pdf>

4. 水道分野及び社会福祉等の社会保障分野の連携事例

プロジェクト名	成果
カンボジアでは、特に貧困層に考慮した料金設定（Cross-subsidy tariff）を採用している地域がある。また、生活用水の基本料金部分は基本的な生活を維持する水量の部分として低廉に設定し、基本水量を超える部分からは単価を上げていく方式を採用するなどしている地域もある ⁴¹ 。	貧困層の水アクセス向上
南アフリカでは、生活に必要な水を、無料又は安価な料金で供給するライフライン料金（lifeline tariffs）を設定 ⁴² 。	貧困層の水アクセス向上

⁴¹ 平成 20 年度水道国際貢献推進調査業務 報告（2008・厚生労働省）
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/kenkou/suido/hourei/jimuren/h21/dl/210601-1i.pdf>

⁴² 人間開発報告書 2006 年版（2006・UNDP）
http://www.undp.or.jp/publications/pdf/undp_hdr2006.pdf

別添資料 6 : アンケート調査

1. アンケートの内容

Q1 各国の現状	
Q1-1	(回答者の) 関係分野 (水 or 保健 or 福祉)
Q1-2	Q1-1 にて選択した分野に関連する MDGs とその達成状況について
Q1-3	Q1-2 にて記載した MDGs の達成に向けた課題
Q2 分野間連携に係る終了した、または進行中のプロジェクト事例	
Q2-1	(プロジェクト事例の) 関連 MDGs
Q2-2	連携分野 (水と保健 or 保健と福祉 or 福祉と水 or 水と保健と福祉)
Q2-3	実施主体
Q2-4	プロジェクト名称
Q2-5	プロジェクト期間
Q2-6	プロジェクト概要
Q2-7	プロジェクトの効果
Q2-8	プロジェクトの課題
Q2-9	参考文献 (ホームページ等)
Q3 分野間連携に係る優先順位の高いニーズ	
Q3-1	ニーズと関連する MDGs
Q3-2	連携分野 (水と保健 or 保健と福祉 or 福祉と水 or 水と保健と福祉)
Q3-3	具体的なニーズの概要について

2. アンケート調査結果 (ベトナム)

保健省 (MOH : Ministry of Health)、農業農村開発省 (MARD : Ministry of Agriculture and Rural Development)、国立栄養研究所 (NIN : National Institute of Nutrition)、WHO、CARE (NGO) から回答があった。

表 Q1 (各国の現状) に対する回答概要 (ベトナム)

関連 MDGs と達成状況	<p>MDG1 : 低体重の 5 歳未満児の割合は達成可能 (保健省)</p> <p>MDG4 : 5 歳未満児の死亡率は達成可能 (保健省)</p> <p>MDG5 : 妊産婦死亡率は達成困難 (保健省)</p> <p>MDG6 : HIV やマラリア等の罹患率削減における顕著な改善 (CARE)</p> <p>MDG7 : 都市部は達成可能だが農村部は達成困難</p>
---------------	---

	(特に衛生分野) (WHO)
課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 水供給と保健サービスの普及率が低い地域 (遠隔僻地等) における対策 ・ 人材と財源の確保 ・ 地方機関や民間企業の積極的関与

表 Q2 (プロジェクト事例) に対する回答概要 (ベトナム)

連携分野	プロジェクト名	事業概要
水と保健	水安全計画の策定及び実施支援	水安全計画の策定及び実施を支援
水と保健	農村地域における水と衛生	農村地域における給水施設、衛生施設、保健所の普及
保健と福祉	HIV 陽性者とエイズ孤児のエンパワーメント事業	HIV 陽性者によって組織された自助グループと保健医療従事者による啓蒙活動を通じて、HIV 感染に対する理解を深め、HIV 陽性者と彼らの子供たちが安心して生活できる環境作りを支援
保健と福祉	母子健康手帳全国展開プロジェクト	全国標準となる母子健康手帳の普及・導入を通じ、妊産婦死亡率や栄養不良児率を改善するとともに、母子保健へのアクセスが難しい地域との関わりを強化した。
保健と福祉	低体重率削減プログラム	低体重の5歳未満児の割合を減少させる。

表 Q3 (ニーズ) に対する回答概要 (ベトナム)

<ul style="list-style-type: none"> ・ NGO や地方政府等が自主的に活動を行うことができる環境整備 ・ 国レベルと地方レベルにおける関係機関のより緊密な連携 ・ 連携強化のための法制度的なバックアップ ・ 予算や人材の確保 ・ 貧困世帯への対応

3. アンケート調査結果 (ラオス)

保健省 (MOH : Ministry of Health)、WHO、JICA、障害者協会 (LDPA : The Lao Disabled People's Association) から回答があった。

表 Q1 (各国の現状) に対する回答概要 (ラオス)

関連 MDGs と達成状況	MDG1：達成の可否は今後「栄養」戦略によるところ大 (JICA) MDG4：達成可能 (JICA, WHO) MDG5：達成困難 (JICA, WHO) MDG6：達成可能 (JICA) MDG7：衛生は達成可能、水供給は達成困難 (特に遠隔僻地) (JICA, WHO) MDG8：障害者の視点を考慮に入れた開発が進捗 (LDPA)
課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 予算の確保 ・ 関係職員の能力向上 ・ 脆弱なサービス維持管理体制

表 Q2 (プロジェクト事例) に対する回答概要 (ラオス)

連携分野	プロジェクト名	プロジェクト概要
水と保健	コミュニティ及び小学校における水と衛生に関するプログラム	人材育成、生活水の処理、水質分析、公衆衛生活動 (大気汚染やゴミ処理等)、専門家センター設立
水と保健	水安全計画／国家環境衛生行動計画／気候変動の環境影響緩和適応／健康都市構築等	計画の策定やプログラムの実施
保健と福祉	人権と障害者の権利に関する制度的枠組みの構築	NGO が障害者を巻き込んだ政策について中央政府関係者に普及啓発を行う。
保健と福祉	障害者の包摂と保護	障害者の積極的な社会参加を支援
保健と福祉	難聴者のための手話トレーニング	難聴者への手話トレーニングを通じて、教育を受ける機会を提供
保健と福祉	KIDSMILE プロジェクト	子どものための保健サービスの強化。活動の一つである学校保健の取組の中には、学校のトイレ、井戸などの整備に加えて、手洗い指導、衛生教育などが含まれる。

表 Q3 (ニーズ) の回答概要 (ラオス)

<ul style="list-style-type: none"> ・ 予算確保
--

別添資料 7 : 現地調査行程

	日付	訪問時間	訪問先		
1	2/22(水)	10:00-14:40 16:30	VN311成田発-ハノイ着 在ハノイ日本大使館		
2	2/23(木)	10:00-12:00	政府関係者合同面談 建設省 労働傷病兵社会省 ハノイ水道公社		
		13:30-14:30	グループA: プロジェクトスワン関係者会議	13:00-14:00	グループB: UNICEF
		15:00-16:00	グループA: WHO	移動(6時間)	グループB: セイブ・ザ・チルドレン 視察先へ移動
		17:00-18:00	グループA: 在ハノイJICA事務所	イエンバイ省 バンチャン泊	
3	2/24(金)	7:30-17:30	グループA: プロジェクトスワン	8:00-14:00	グループB: セイブ・ザ・チルドレン 現場視察
				移動(6時間)	バンチャンーハノイへ移動(ハノイ泊)
4	2/25(土)	9:40-10:45	VN921ハノイ発-ピエンチャン着		
5	2/26(日)		書類整理		
6	2/27(月)	10:00-12:00	政府関係者合同面談 保健省、労働社会福祉省、公共事業省、ラオス水道公社		
		14:00-15:00	グループA: WHO	13:30-14:30	グループB: World Bank
		16:00~17:00	グループA: 在ピエンチャン 日本大使館	15:00-16:00	グループB: UNICEF
		17:30~18:30	在ピエンチャンJICA事務所		
7	2/28(火)	7:30-16:00	グループA: 保健省WASHプロジェクト	9:00-12:00	グループB: Friends International Lao
				13:00-14:30	グループB: Lao Disabled People's Association (LDPA) Handicap International (HI)
				15:00~	グループB: 国際機関: UNDP
		19:35-20:35	VN920 ピエンチャン発-ハノイ着		
8	2/29(水)	00:10-7:00	VN310 ハノイ発(機中泊)-成田着		

別添資料 8 : 現地調査団の構成

工藤 俊明 (団長)	厚生労働省大臣官房国際課国際協力室 室長補佐
杉浦 康夫	国立国際医療研究センター国際医療協力部 派遣協力専門職
中村 信太郎	(独) 国際協力機構 国際協力専門員
坂元 晴香	厚生労働省大臣官房国際課国際協力室 主査
高木 哲史	社団法人国際厚生事業団事業部 主幹
橋本 祐一	(株) オリエンタルコンサルタンツ GC 事業本部プロジェクト開発部次長

グループ A : 工藤、杉浦、橋本

グループ B : 中村、坂元、高木

別添資料 9 : 現地調査の視察先情報

プロジェクト SWAN (ILSI Japan)

- <http://www.ilsijapan.org/>
- http://www.ilsijapan.org/ILSIJapan/COM/CHP/Project%20SWAN_Final%20Report_Email%20Distribution.pdf#search='ILSI SWAN'

栄養改善プロジェクト (SCJ)

- <http://www.savechildren.or.jp/top/index.html>
- http://www.savechildren.or.jp/sc_activity/vietnam/

別添資料 10 : 現地調査結果

1. 調査結果 (ベトナム)

(1) 関係省庁・政府機関

合同会議には、建設省 (MOC : Ministry of Construction)、保健省 (MOH : Ministry of Health)、労働傷病兵社会省 (MOLISA : Ministry of Labor, Invalids, and Social Affairs) からの参加を得た。

MDGs 達成に向けた進捗状況

参加各省から、MDGs の達成状況を中心に、所掌業務の現状と課題に関する説明がなされた。

都市部の水道整備を所管する MOC によれば、関連する MDG7 に向けた進捗は順調であり、現在の都市部での水道普及率は 77% で、2020 年までこれを 90% とする国家目標計画について説明があった。しかしながら、都市化率を考慮すると、この目標達成は容易ではないことも言及された。

MOH によれば、関連する MDGs 4、5、6 の進捗は概ね良好であるものの、MDG6 に関連して、地方では感染に伴う下痢症等がしばしば発生しており、住民に対する衛生教育、衛生意識の啓発が重要であることが紹介された。目標の達成に向け、県や郡の保健センター (PMC : Prevention Medicine Center) で実施されている啓発活動に、MOH から技術指導を行っているが、住民に行き届かせるには、コミューンの人民委員会 (PC : People's committee)、婦人委員会の参画が必要との説明があった。

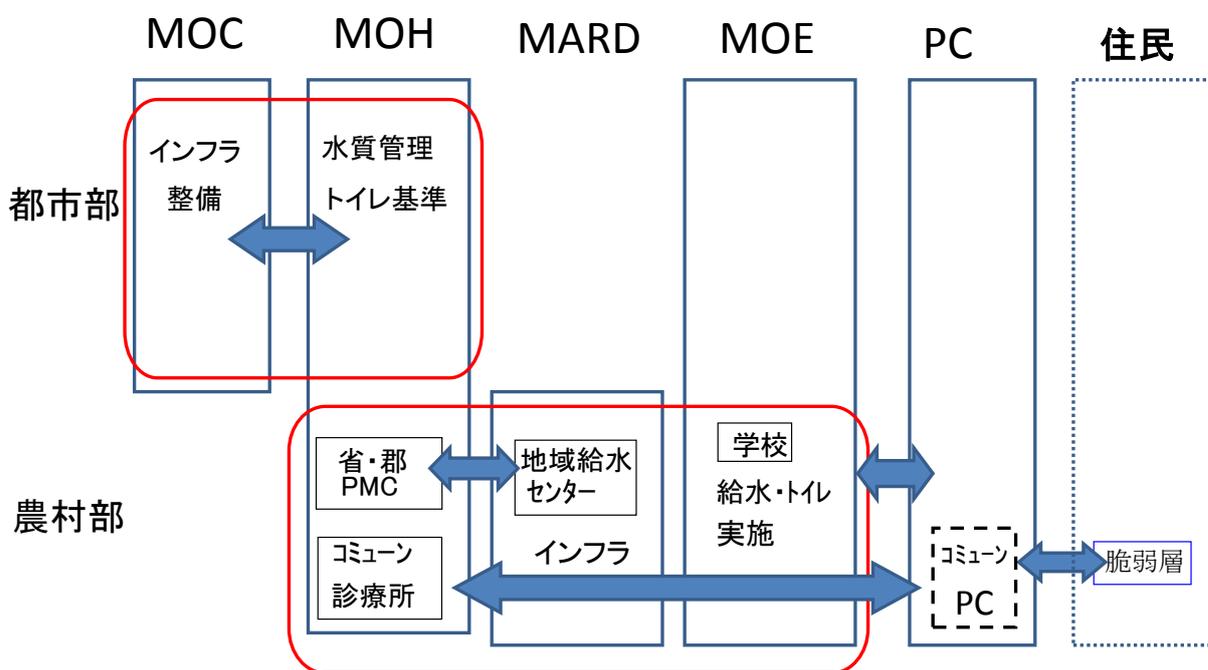
MOLISA によれば、MDG1 や MDGs 全体への取組を促進するための国家貧困削減計画のフェーズ 4 (2011-2015) を推進中であり、地方の農業従事者・貧困者への職業訓練の実施、低利子の貸付けを実施していることが紹介された。また、経済発展プログラムとして実施している貧困者の教育援助、無料住居の提供、無料で保健サービスを受けられる保健カードの配布等の施策説明とともに、メコンデルタでの洪水発生等、自然災害の被災者への保障活動の実施状況の説明がなされた。

① MDGs 達成に係る分野間連携の現状・課題及び脆弱層に対する取組
多分野間連携の事例として「国家浄水衛生プログラム」、「国家貧困削減計画」の 2 つを中心に議論を行った。

【国家浄水衛生計画 (NTP : National Target Plan)】 MDG7 に関連する水道

と環境衛生については、複数の所管省庁が関与しており、都市部は MOH、地方は農業農村開発省（MARD：Ministry of Agriculture and Rural Development）が水道インフラの整備を行っている。MOH は、水道水の水質基準を策定し、基準が守られているか検査するほか、衛生（トイレ等）の基準策定も行っている。学校の水道・衛生的トイレの整備や、学校での保健・衛生教育については、教育省（MOE：Ministry of Education）が所管している。また、貧困世帯に対して水道料金を軽減（実質的に無償化）する制度についても説明がなされた。

水道と環境衛生に関する主要計画である NTP（現在、フェーズ 3（2012-2015）を実施中）における地方の水道整備については、MOH と MARD が連携して実施している。第 1、2 フェーズでは MARD に事務局を置いていたが、衛生の改善が向上しなかったため、給水インフラ整備は MARD が引き続き担当し、衛生に関する事務局は MOH に置かれることになった。MOH 関連では、従来から省・郡の PMC 及びコミュン診療所のネットワークが充実しているのに対して、MARD は地方ネットワークが不十分な状況にあるとのことであった。



(図：NTP3 実施体制)

【国家貧困削減計画】 次いで、国家貧困削減計画に関して議論が行われた。MOLISA から、MDG1 に関わる貧困問題について関係省庁間での協議するメカニズムとして、副首相を議長とする国家貧困削減推進委員会が紹介された。

事務局は MOLISA が担当し、他の関係各省にも参加を促し取組を進めているとのことであった。また、地方では PC の下に貧困削減計画実施に係わる運営委員会が置かれ、その地域の貧困者に対する共助活動を行っていることが説明された。なお、中央レベルでは MOLISA が中心となって、関連省庁に国家貧困削減計画への参加を促しているものの、各省庁内には現時点では連絡窓口が設置されていないため、今後この省庁内の窓口設置を進める必要性について言及があった。

脆弱層への取組については、例えば貧困者に対する医療費・水道費用の無償化や、費用の一部補助を行う制度が既に存在することが紹介された。また、貧困者に対する支援全般として国家貧困削減計画がその対策の中心にあり、今後、関係省庁の連携をより強固にし、計画の着実な実施を進めていくことについて言及があった。

ベトナムで紹介された 2 事例については、各省庁が果たす役割や担う責任が明確に定められていることが、分野間連携が進んでいる要因の一つと考えられる。しかしながら、分野間連携の必要性を各省庁が認識しているものの、例えば、国家貧困削減計画では各省庁内に連携を担当する連絡窓口の設置が進んでいないなど、現状としてはまだ連携を十分に機能させるためのメカニズムは発展途上であることが伺われた。

(2) 国際機関 (WHO, UNICEF)

① 国際機関における取組

ベトナムにおける MDGs 達成は順調に進んでいるものの、目標達成をさらに進めるため都市・農村の地域的格差の問題や少数民族、障害者、国内移民等にも重点を置いた対応をとる必要がある⁴³と認識し、これらの課題に対するより効果的な支援を進めるためにも分野間連携を支援する必要があるとの考えが示された。こうした認識に基づき、政策課題や政策対象者ごとに、中央レベルや地方レベルで分野間連携が進むよう様々な支援が行われている⁴⁴。

⁴³ UNICEF では、重点的な支援対象として少数民族、障害児、国内移民及び貧困層を掲げている。

⁴⁴ 分野間連携を進めるための UNICEF の取組としては以下のものがある。

- 「地域主導の水質管理」プロジェクトにおいて、農業省、農村開発省、保健省、教育省、労働社会省、建設省の連携を促進。
- 各県の開発計画作成をエントリーポイントとして、県の計画投資部、保健部、教育部、社会労働部、少数民族委員会、女性同盟等の連携を促進。

② 分野間連携についての見方

国際機関の現地事務所では、ベトナムにおける中央レベルでの連携は、現実にはあまり行われていない⁴⁵との見方であった。例えば、水道普及率に関して、MOHとMARDはそれぞれ異なる管理指標を用いているとのことであった。

一方、地方レベル（省、郡）に行けば行くほど、分野横断的な取組が進む傾向があるとの見解が示された。そうした取組が進む条件としては、

- 政府上層部に連携に対する強い政治的コミットメントがあること
 - 連携を促進するための能力ある職員が実務レベルにいること
- が重要であるとともに、地域社会で強力なネットワークを持つコミュニケーションPC、女性同盟（WU：Women's Union）が参画することも重要との見方が示された。さらに、サービス受給者の側からニーズに関する意見を聴くことの重要性にも言及された⁴⁶。

また、地方水道の整備は都市水道に比べて遅れているため、NTPとして事業の推進が図られており、WHO、UNICEFの他にも、World Bank、JICA、AusAid等、多数の開発パートナーが支援している⁴⁷。

③ 脆弱層へのアプローチ

MDGs達成に向け、脆弱層へのアプローチの重要性は国際機関の中でも広く認識されているところであり、双方の訪問先機関にて関連する取組が紹介された⁴⁸。ベトナムはGNIなど数値指標だけで見れば国の発展状況は目覚ましいが、政府によって支援対象として認識されていない層（スラム居住者などの貧困者、障害者、少数民族や国境地帯の住民など）の潜在的な人数は膨大であり、そうした人々に係るMDGsの達成状況が悪いことに言及がなされた。国際機関やNGOが主導して、こうした脆弱層への支援は行われているものの、国の政治体

- 労働社会省や保健省、教育省の取組である「Social Assistance Program For Poor Population」（現金給付とともに保健サービスや教育サービスを充実させるプログラム）に対し、世界銀行とともに支援。

- 労働社会省によるソーシャルワーカー養成（2015年までに3万人。各郡社会福祉部職員が対象）を支援。

⁴⁵ 水道整備は、都市部ではMOCが、地方部ではMARDが担当している。このため各省がまとめているデータに統一性がなく、現状の水道事業を同じ指標で評価を行うことができない状況であり、WHOが推進しているWater Safety Planの実施が難しい状況である。

⁴⁶ ソーシャルワーカー養成に対するUNICEFの支援は、この観点からの取組である。

⁴⁷ NTPに係る事業は、その目標達成に向けた成果を明確にできるため、開発パートナーの参画が得られやすく、また、開発パートナーからの支援を得るためにベトナム政府関係機関間の連携が促されているものと考えられる。

⁴⁸ UNICEFによるソーシャルワーカー育成事業等

制の問題や、政府の許認可がなければ対策を行うことが難しいことなどから、現実的には取組は十分でないとの説明がなされた。

(3) NGOによる事業

① プロジェクト SWAN

水道分野と保健分野の連携の好事例として、本プロジェクトの現地調査を行った。水道分野における水質・水量の十分かつ適切な確保に向けた取組、保健分野における衛生教育や食品・栄養に関する普及啓発活動を併せて行うことで、MDGs 4, 6, 7に関連した相乗的効果が得られたものである。

(a) 事業概要

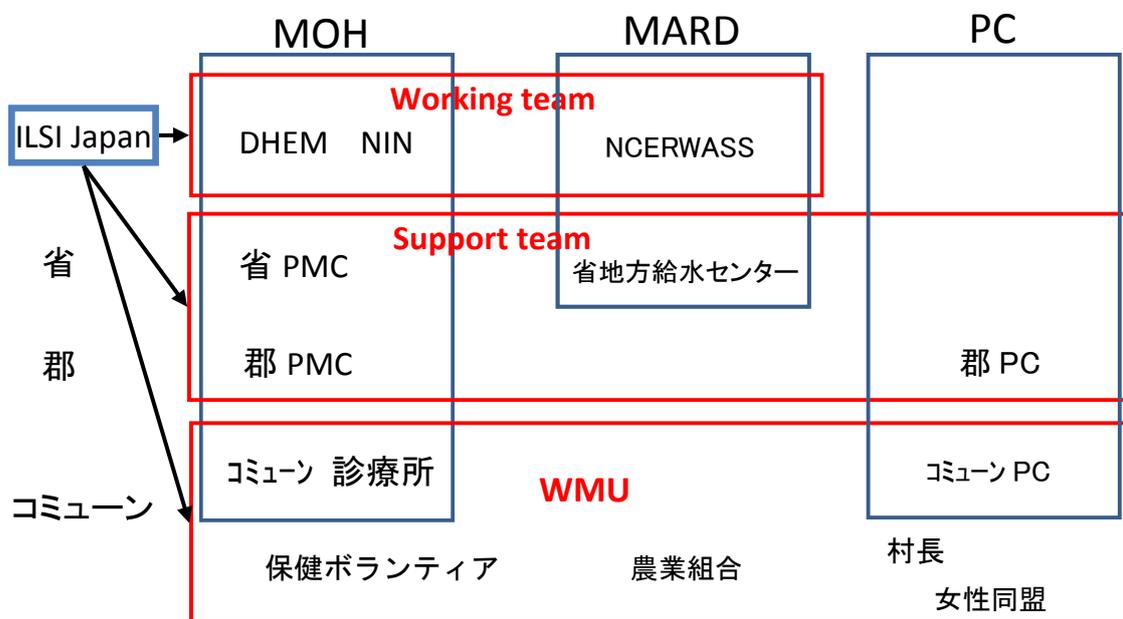
現在、進められているフェーズ2 (SWAN2, 2010-2013) では、地方行政機関 (省及び郡) が中心となって、コミュニティにおける簡易水道の整備と栄養・保健衛生知識の普及啓発 (Information-Education-Communication: IEC) を連携させた活動を展開している。なお、ベトナムでは貧困世帯に対して水道料金を軽減 (実質的に無償化) する制度が既に実施されていることもあり、本プロジェクトは、コミュニティ内の貧困世帯に特にフォーカスを当てたものではない。

以前のフェーズ1 (SWAN1, 2005-2008) では、MOH国立栄養研究所 (National Institute of Nutrition: NIN) とNGO (ILSI Japan) が直接、コミュニティで活動を展開していたが、これはわずか3コミュニティを対象とした実証実験であったためである。ILSI Japanでは、フェーズ2で対象コミュニティの数を拡大するに当たって、当初、中央レベルでの調整も検討されたが、MOHのほか、MARDやMOEといった関係省庁間の調整は困難と判断し、地方行政機関が主導となる活動形態が選択された。なお、安全な水供給とIEC活動によって、当該コミュニティの保健指標⁴⁹が有意に改善することが、SWAN1で科学的に立証された。これは、SWAN2において事業を実施するPCや住民組織から積極的な参画・支持を取りつけるに際し、説得力のあるエビデンスとなっている。

SWAN2の実施体制は、下図に示すように中央機関 (MOHのDHEM: Department of Health Environment Management及びNIN、MARDの国立給水センター (NCERWASS: National Center for Rural Water and Environment Sanitation)) で構成されるWorking Team (Steering Group)、地方の関係機関・関係者で構成されるSupport Team、そしてコミュニティの関係者で構成される水管理組合 (WMU: Water Management Union) から成る。

⁴⁹ 子どもの下痢発生率の減少、家庭での衛生的な生活習慣の定着、水処理施設の水質・水量の改善

その中で ILSI Japan が投入している資金的・人的リソースは、プロジェクト全体のごく一部であり、大部分はベトナム政府（中央・地方）及びコミュニン自らが負担している。



(図：プロジェクト SWAN 実施体制)

現地調査では、現在、SWAN2 を実施中のナムディン省ブダン郡ミントゥアンコミュニンを訪れたところ、コミュニン PC をはじめとして、自主的・積極的に SWAN2 に参加する高い意識が伺えた。基本的には、中央で策定された NTP を推進する上意下達のスキームであるが、事業実施の中心的役割を果たす Support Team においては、対象コミュニンのコンセンサスが重要と強く認識されていた。

(b) 本事業における分野間連携の有効性についての考察

プロジェクト SWAN が実施されている省・郡は、僻地であったり少数民族が多い地域ではないが、まだ水道整備が行き届いておらず、衛生水準も決して十分なレベルに達していない。一方、地域の経済レベルや教育水準は決して低くなく、ILSI Japan のリソース投入は限定的であっても、適切な技術的アドバイスを与えることで、費用対効果の高い成果を生み出すことが証明された。

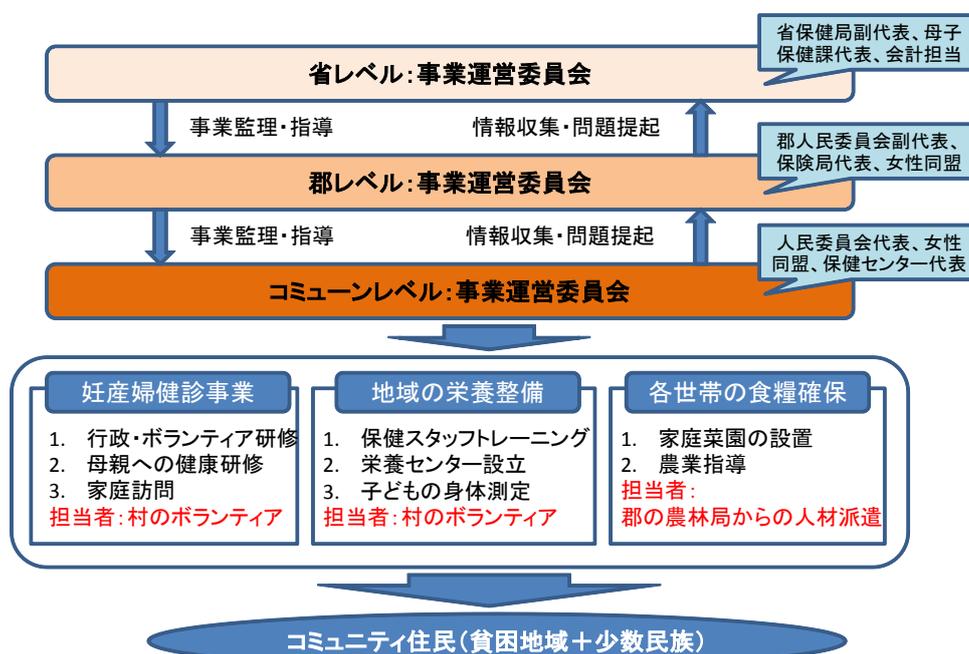
ベトナムの行政組織の縦割りの弊害を、外部からの刺激を受けることによって中央と地方の関係機関、関係者が協力関係を構築し克服し得ることが示された。本プロジェクトは、人材開発や新たな仕組み作りというよりもむしろ、既

存の行政機構・制度を活用して複数の行政機関と横断的なチーム作りを行い、中央機関からコミュニティまでの垂直的な行政能力を拡大、強化することによって関係各者の能力を効果的に引き出し、住民が要求していた安全な水供給、公衆衛生改善を図っている事例といえる。

Save the Children (SC) による事業

保健分野と社会福祉等の社会保障分野の連携の好事例として本事例の現地調査を行った。

(a) 事業概要



(図 プロジェクト概要図)

ベトナムでは、低出生体重児の出生率や子どもの慢性栄養不良率 (39.9%) は未だに高く (2007 年統計)、この背景として母乳育児率の低さや慢性的に栄養バランスの欠いた食生活が指摘されている。注目すべきは、国内の地域や民族間によって栄養状況に大きな差がある点で、特に貧困地域や少数民族の居住地域では栄養不良の子どもの割合が高いことが特徴である。

こうした背景を踏まえて、本事業では少数民族の割合及び貧困率の高いエンバイ省バンチャン郡を対象として、子どもの栄養不良の改善を目的とした活動を行っている。具体的には、妊産婦や母親のグループを作って栄養指導を行うとともに、妊婦や小児の健診を実施したり、家庭菜園や養鶏の技術指導、貧困率の高い同地域において採集可能な食材を使用した栄養指導・調理指導を行った。

コミュニティへのアプローチは、ビレッジヘルスワーカー（保健局）ビレッジボランティア（女性同盟）、の役割が大きい。栄養指導等の内容は保健局の政策に沿って実施されるが、郡レベル、コミューンレベルにおいて定例的に情報交換を行うための会合が開催され、関係者（コミューン PC、保健局、農業局、PMC、女性同盟、青年同盟等）の連携を確保している。特に女性同盟の関与が重要視されている。

分野間連携としては、農業局の職員による農業指導も同じ枠組みで行われており、コミューンの住人の情報（MOLISA の定義している貧困者として定義しているか等）が共有されている。国の貧困者対策は MOLISA が中心的な役割を担うが、省・郡レベルでの労働社会福祉局の関与は認められなかった。

(b) SC 事業における分野間連携の有効性及び脆弱層への支援についての考察

コミューンで開催される事業委員会は、コミューン内の問題を議論する既存の委員会の枠組みの範囲内で行われている。実際の活動についても新たなポストを設置するのではなく、保健ボランティアや女性同盟のスタッフを登用するなど、既存の枠組みで実施できる範囲内で活動を行っている。実現可能性や持続可能性の観点から、また、住民の活動参画への負担の観点からも、このような既存の枠組みの活用を考えることは重要である。

コミューンレベルで連携を行うためには、所轄する上位組織が活動を認める必要がある。コミュニティの事業委員会は構成人員の大半が少数民族で占められており、強い関わりが認められたものの、省・郡レベルでは労働社会福祉局の参加はなく、中央レベルで少数民族への積極的なエンパワーメントを支援する姿勢は感じられなかった。

(4) ベトナムでの現地調査結果の考察

中央関係省庁合同会議で示されたように、各政府機関の役割分担が明確になっており、縦割り組織であると同時に、それぞれが責任をきちんと果たして機能する潜在的な能力はあると考えられる。しかしながら、現状では、対象課題や事業内容によっては各政府担当者が連携することの必要性を認識しているものの、具体的な連携メカニズムの構築体制は不十分であった。ベトナム政府のカウンターパートである国際機関からの現状評価も同様であった。

ベトナムでは2つのプロジェクトサイトを視察したが、中央レベルで行われている連携がコミュニティでの活動に必ずしも十分に反映されているとは言えず、むしろ既存の連携メカニズムの中で可能な範囲で連携を行っている状況で

あった。

連携を行う場合、関係機関間の調整に時間と手間がかかるだけでなく、自らの権限や予算の縮小につながりかねないことから、何らかの動機づけがなければ容易には連携が進まない。その際、特に重要なのが、上層部⁵⁰が連携の必要性を認識し、関係部門に明確にそれを伝え、組織や人員の面で必要な手当てをすることであり、各関係機関が連携の必要性や効果について強く認識することも重要である。そのどちらもない場合には、連携は掛け声倒れに終わり、実際には進まないことが多い。

脆弱層への支援については、中央レベルでは、貧困者等に対しては医療費や水道費用の無償化などの取組が見られたものの限定的であり、国際機関や NGO 等の外部援助機関に支援を頼る部分が多い。一方でベトナムでは外部援助機関の活動に際して政府の許認可が必要で、活動範囲も政府が指定した場所・対象でしか事業を行えないため、最も支援を必要としている脆弱層へ優先的に、外部援助機関の活動が行われるとは限らない。政府が国内における脆弱層支援の必要性を認識すると同時に、実際の支援提供にあたっては外部援助パートナーとの協働が効率的に行われる必要がある。

⁵⁰ 中央政府レベルでは首相や大臣、地方政府レベルでは県知事や市長、場合によっては政党の指導者

2. 調査結果（ラオス）

（1）関係省庁・政府機関

合同会議には、保健省（MOH：Ministry of Health）の環境保健・給水センター（Nam Saat）、公共事業運輸省（MPWT：Ministry of Public Works and Transport）、労働福祉省（MLSA：Ministry of Labour and Social Welfare）からの参加を得た。

① MDG 達成に向けた進捗状況

事前のアンケート調査において、MOH から分野間連携の好事例として WHO/UNICEF による WASH プログラム（水道分野と保健分野の連携事業）が挙げられたため、今回の省庁合同面談においてはこの事業概要を中心に説明がなされた。飲料水に関連した MDGs の達成状況について、ラオスでは水道整備に関する法律が成立しており、2015 年における水道の普及率は、80%を見込んでいるとのことであった。

河川水や地下水は汚染されていることが多く、学校教育でも直接飲料しないように教育している等の活動が紹介された⁵¹。地域、学校における水道の普及や保健衛生教育によって水系疾患の発生割合は減少傾向にあるとのことであったが、MOHから具体的な統計データは公表されておらず、今後の課題であるとの説明であった。

② MDGs 達成に係る分野間連携の現状・課題及び脆弱層に対する取組

MDG7 関連の水道と環境衛生については、複数の省庁が関与しており、都市部の水道整備は MPWT の Department of Housing and Urban Planning 管轄下の水供給当局（WASRO：Water Supply Regulatory Office）が担当し、地方の水道整備は MOH の Nam Saat が担当している。また、保健省では、水道水の水質基準を策定している。都市部（MPWT）と地方部（MOH）を包括した水道に係るデータ集計はなされていない。

脆弱層への取組としては、ラオス政府では 64 地域を重点地域として定めて支援をしている。貧困世帯に対して水道料金を軽減する一般的な制度はない⁵²。MPWT内にも貧困対策を担当するセクションが存在するが、地方の水道整備を行う Nam Saatとの情報共有化等は図られていなかった。

⁵¹ 通常、水道水は手洗い、食器洗い等に利用されており、水道が普及している地区においても、住民のほとんどは地元の民間業者によって生産・配達されている 20L タンク入りの水を購入して飲用している。

⁵² もともと水道導入料金及び水道料金が低額であるため、住民は負担可能である。

③ その他

Nam Saatによるビエンチャン県ヒンホップ郡ビアントン村における水道事業の現地視察を行ったところ、131世帯のうち貧困世帯⁵³は3世帯あり、当該世帯でも水道が利用されているとのことであった（外国ドナー支援により導入）。水道料金の軽減措置はとられてないが、村長から社会福祉カードが交付され、診療所の利用等が無償化されている。

(2) 国際機関（WHO, World Bank, UNICEF, UNDP）

① 国際機関における取組

ラオスにおけるMDGs進捗状況については、MDG1（貧困削減と栄養問題）、MDG5（妊産婦死亡率）、MDG7（農村での安全な水供給）の進捗が特に遅れているというのが各機関の共通認識であった。こうした進捗の遅れに対処するため、UNDPが主導して関連する政府省庁と国連等の援助機関との連携メカニズムとして円卓会議プロセスを実施しており⁵⁴、分野ごとに10ワーキンググループを作って取組を進めている。

② 分野間連携についての見方

連携の程度には差があり、教育⁵⁵、保健⁵⁶など一つの省が強力に主導している場合には連携が進みやすいが、栄養⁵⁷や水など関係省庁が多数にわたり責任が分散している場合には、連携が進みづらいとのことであった。

また、WHO 現地事務所では担当官の率直な感想として、「Coordination」を合い言葉に多くの時間と予算が費やされているが、具体的に何を実施するためのCoordination かしばしば不明確になっているとの指摘があった。また、ラオス政府は一般的に、上部機関を意識して仕事をする傾向が強く、横の連携は低調であるとの見方が示された。H1N1 インフルエンザパンデミックやサイクロンによる大洪水に際しては、関係省庁・政府機関が一致団結して対処したが、

⁵³ 1人当たり月収入20万キープ＝約2000円以下

⁵⁴ <http://www.rtm.org.la/content/index.php>

⁵⁵ 協働が最もうまくいっている事例として、教育省が強力なリーダーシップをとっている教育ワーキンググループが挙げられた（UNDP）。

⁵⁶ 具体例としては、鳥インフルエンザに関する農業省、情報省、教育省、女性同盟、建国戦線等の連携、水と環境衛生に関するWASHプログラム（UNICEF、WHO、UN-HABITAT、保健省、NGOから成るテクニカルワーキンググループを設置。）が挙げられた。

⁵⁷ 2年前に栄養戦略ができ、調整の仕組みも作られたものの、どの省庁が議長であるかも判明していない。

事態が終息すると政府部内の連携は薄れてしまうとのことであった。

国際機関全般を通じ、連携を促進するための主要な要素として、上層部のリーダーシップ、省庁のオーナーシップ、適切な機能を持った専任の事務局の存在などを挙げた。

③ 脆弱層へのアプローチ

脆弱層となる要因としては、地理的要因によるアクセスの悪さ・過疎、民族の違い、言語の違い、伝統文化の違い⁵⁸のほか、人々が伝統的に持っている習慣や信念も重要とのことだった。これらの人々に対して生活行動の変容を促すことが必要であり、そのための方法としては、保健センターの職員による訪問保健活動などのアウトリーチ活動、コミュニティラジオなどのマスメディアによる啓発、村長や大衆組織（女性同盟、青年同盟、ラオ建国戦線）を通じたアプローチなどが有効とのことだった。

支援対象の中でどのような人物・組織が鍵となるかを見極めたアプローチを行うことが重要であることや、脆弱層へ選択的かつ集中的な支援を行うための資金的・財政的な負担が大きな課題であることにも言及された。

（3）NGO による活動

ストリートチルドレンの保護活動を中心に行っている Friends International、障害者支援活動を中心に行っているラオス障害者協会（LDPA : Lao Disabled People's Association）及びハンディキャップインターナショナルフランス（HI : Handicap International France）の3団体と面談を行った。

関係省庁及び国際機関との面談では、脆弱層とされる人々へどのように支援を届ければよいか、という供給側の視点で議論を行ってきたが、面談した NGO はいずれも脆弱層とされる人々への直接的な支援活動を行っている組織であり、支援の受け手側の視点からどのような支援が必要とされているのか、その需要についての調査を行った。

① 事業概要

Friends Internationalは2004年にラオスでの活動を開始し、ストリートチルドレンの保護事業を中心に展開している⁵⁹。

⁵⁸ UNDP から挙げられた例として、出産直後の母親に対する食べ物に対するタブーとして干し肉と米しか摂取できない地域があるとのこと。

⁵⁹ ストリートチルドレンへの声かけを行い、児童のシェルター保護、シェルター内での教育や医療的処置のサービス提供、遊具やスポーツ器具の提供、職業訓練等を行っている。ビエンチャン市内にはこうした職業支援訓練を行う場として学校と併設したレストラン

LDPA は直接的なサービス提供は行わず、アドボカシーを通じた障害者支援を行っている。とりわけ政府関係省庁職員及びコミュニティに向けた啓発活動、障害者の人権擁護活動を中心に実施している。

② 連携に関する現状

Friends International における連携に関する取組としては、a) 公的セクターとの連携、b) 関連する国際機関や NGO との連携の2つが紹介された。a) 公的セクターとの連携については、センターの建物はビエンチャン市からの貸与であり、また、MLSW から期限付きでの人材交流を行っていることが紹介された。人材交流によって、公的セクターからの常駐職員を事務所内におくことで日常的な業務連携を行うほか、同分野における行政官の知識・経験の習得にもつながっており、将来的に NGO に頼らない行政の自立発展性向上にも寄与し得るものである。b) 国際機関や他の NGO との連携については、**Child Protection** に関する合同ワーキンググループを定期的に開催して、各組織の活動の優位性を活かして問題事例の紹介等を行う等、相互の情報共有を図っている。このワーキンググループでは、特定の組織が事務局機能を果たすのではなく、各組織の持ち回りで事務局の役割を担うことで、対等な立場での連携推進を図っている。

LDPAからは、政府関係省庁の連携の下、障害者権利に関する啓発及び能力強化に関する活動（2007-2010）を実施した事例が紹介された。この活動では、副首相がトップを務める国家障害者委員会（NCDP：National Committee on Disabled People）の仕組みを通じて活動を行ったことで、強い政治的コミットメント及びリーダーシップが発揮され、結果として7省という複数の省庁連携が実現した⁶⁰。

③ 脆弱層への支援（Friends International）

脆弱層とされる人々でも、例えば重度の精神障害や虐待を受けていることで自宅内に隔離されて支援者や組織の目に触れない場合には、政府のみならず NGO の支援活動が届かない危険性がある。また、虐待や貧困等の環境に置かれた脆弱層が追った身体的・精神的な負担は非常に大きい、それに対処できるだけの十分な数の専門家がないため、如何に初期のうちに介入ができるかが重要だとの話があった。

「Makphet」を開設している。

⁶⁰ 参加した省は、教育省/保健省/財務省/農業省/労働社会福祉省/公共事業省/外務省。国家障害者委員会（委員長：副首相、副委員長：労働社会福祉大臣）の指示により、各省に担当職員が配置された。

(4) ラオスでの現地調査結果の考察

国際機関の現地事務所から示された見方のおり、分野間連携が機能するための条件は、上層部のリーダーシップと政府機関のオーナーシップ、しっかりした事務局の存在である。一つの政府機関が中心となって連携を主導する場合にはこうした条件が成立しやすいが、複数の政府機関が同程度に関係し、主導する組織がない場合にはこのような条件は成立しにくい。

政府機関が連携するための人的・組織的体制、職員のキャパシティが不十分な場合は、例えば、障害者団体が政府の分野間調整を促した事例のように、連携による支援を必要としている脆弱層が既存の仕組みを通じて連携を喚起する方法もある。この方法が機能するには、その団体・組織の存在が政府に認知され、一定の信頼を得ていることが必要である。

道路や電気、水道等のインフラ整備の水準が非常に低いラオスにおいては、インフラ未整備の地域⁶¹にある世帯は、基本的に貧困世帯ととらえることもできる。このような場合、脆弱層の支援に当たり、世帯単位よりも地域単位でとらえて支援する方が適切である。

脆弱層の存在やニーズが行政に十分認識されていない場合（例えば、障害者や要支援児童の存在や彼らの支援ニーズは、社会の中では見えづらいことがある。）、それらの存在に関するデータを収集して示し、関係省庁の認識を高めることや、脆弱層が問題解決のプロセスに参加できるよう促すことが重要である。

ラオスの脆弱層へのアプローチでは、例えば村長、女性同盟や青年同盟といった住民組織の構成員、学校教員、**Youth Center**（学童保育）でボランティア活動を行っている住民、コミュニティラジオなどのマスメディアなど、既存の地域社会の仕組みを活用することが有効である。また、日常的に地域住民と接している者⁶²の協力も有効で、これらの者に脆弱層に関する知識や発見・対処の方法等をインプットすることによって、目の届きにくい脆弱層へのアプローチが可能となる。

⁶¹ ラオスでは、都市部を除けば人口密度が低く、道路や橋の整備と同様、行政サービスの実施体制についても未整備な地区が非常に多い。

⁶² 例えば、トゥクトゥク運転手や屋台店主

Japan International Corporation of Welfare Services (JICWELS) was established with the sanction of the Minister for Health, Labour and Welfare in July 1983 and implements international technical cooperation programmes with purpose of contributing to the promotion of health and social welfare activities in the friendly nations.

Japan International Corporation of Welfare Services (JICWELS)
Toranomom YHK Bldg. 4F, 2-3-20, Toranomom
Minato-ku, Tokyo 105-0001 JAPAN
Phone: +81-(0)3-6206-1137
Fax: +81-(0)3-6206-1164
<http://www.jicwels.or.jp>

社団法人国際厚生事業団（JICWELS）は、国際的な保健・福祉分野の国際協力に貢献することを目的として、1983年（昭和58年）7月7日に厚生省（現厚生労働省）から社団法人の認可を受け設立されました。開発途上国の行政官研修やWHOフェローの受入れ、調査企画や研究開発並びに情報の交換及び広報活動など、海外諸国との国際交流活動を推進しています。



〒105-0001

東京都港区虎ノ門 2-3-20 虎ノ門YHKビル 4階

電話 03-6206-1137（事業部） Fax03-6206-1164

<http://www.jicwels.or.jp>