

第 1 章

評価のまとめと提言

1-1 評価のまとめ

本節は、第4章「カンボジア保健医療分野支援の評価」において詳述する(1)政策の妥当性、(2)結果の有効性、(3)プロセスの適切性、(4)外交——の各視点からの評価を要約したものである(より詳細な評価の根拠や分析については、第4章を参照のこと)。

1-1-1 政策の妥当性

カンボジア保健医療分野における日本の支援は、母子保健、結核対策、人材育成、医療施設・機材整備の4領域を中心に行われてきた。これらは、カンボジア保健省の第2次保健戦略計画(HSP2: Health Strategic Plan 2008-2015)が定める3つの保健医療¹プログラム領域および5つの保健医療戦略領域のそれぞれに呼応しており、カンボジアの上位政策に整合している。カンボジア保健医療分野における日本の支援は、また、日本国内の上位政策となる政府開発援助(ODA: official development assistance)大綱、ODA中期政策、「『保健と開発』に関するイニシアティブ」(HDI: Health and Development Initiative)などの保健医療分野における分野別開発政策(イニシアティブ)、対カンボジア国別援助計画と整合している。

また、国際的な上位政策枠組みである(1)国連ミレニアム開発目標(MDGs: Millennium Development Goals)、(2)G8保健専門家会合報告書の「国際保健に関する洞爺湖行動指針」、(3)保健医療分野の各領域に関する国際的イニシアティブである「妊産婦・新生児・子どもの健康パートナーシップ」や「ストップ結核パートナーシップ」など、(4)援助一般の質と効果を向上させるための取組をとりまとめた「援助効果向上に関するパリ宣言」——のいずれに対しても、母子保健、結核対策、人材育成を重視するという点で、日本の支援は整合的である。

他の開発パートナー(ドナー)の支援との役割分担は、いくつかの調整会合によって、おおむね良好に行われていた。ただし、開発パートナーの多い母子保健領域においては、一部重複している内容や、逆にどのパートナーからも支援を受けにくい事業があるという指摘もあった。

日本の支援の特色は、カンボジア側の能力(capacity)強化や自立性(ownership)を尊重することである。そのことは、カンボジア政府のみならず、他の開発パートナーの間でも高く評価されていた。

2012年4月に策定された対カンボジア国別援助方針は、「選択と集中」のために、保健医療分野については母子保健を中心とした支援に焦点を絞るとしている。そのことは、カンボジアの開発政策には整合している。しかし、これまで大きな成果を上げてきており、国際的な認知度も高い結核対策や、保健医療人材の資格制度整備なども、支援の意義は高く、

¹ 本報告書全体を通じて、“health”の訳語には、他に定訳がある場合を除き、「保健医療」を当てる。

継続的な取組が望まれる。「選択と集中」を進めても、これまでの成果を活かすことができるようにするべきである。

1－1－2 結果の有効性

日本のカンボジア保健医療分野支援における ODA 額は、絶対額としては 2000 年代を通じておおむね横ばいである。しかし、日本の対カンボジア ODA 総額(全分野)における保健医療分野支援の割合、開発パートナー全体の対カンボジア保健分野 ODA 総額における日本の支援の割合は、どちらも低減している。

保健医療分野の個別事業は、計画されたアウトプットをおおむね順調に達成してきた。中心となる 4 領域の中でも、母子保健事業と結核対策事業のアウトプットは特に良好であった。一方、医療技術学校(TSMC: Technical School for Medical Care)に関する事業と病院整備事業では、おおむね良好ではあるが、卒後教育の履修人数、学生 1 人あたりの教室・実習室面積、一部機材の稼働などの個別事項において、計画未達などの若干の問題があった。

母子保健のアウトカム指標・インパクト指標は大きく改善した。MDG 指標である妊産婦死亡率、5 歳未満児死亡率、乳児死亡率は、いずれも、2010 年時点で 2015 年目標を達成した(4-2-4 参照)。この領域には他の開発パートナーも多いが、国家母子保健プログラムの拠点として日本が早い時期に国立母子保健センター(NMCHC: National Maternal and Child Health Center)を再建したことや、いち早く助産師などの臨床技術研修を開始したことなどから、日本の貢献は大きいと推察される。

結核対策領域でもアウトカム指標・インパクト指標は大きく改善しており、MDG 指標である結核死亡率は 2010 年時点で 2015 年目標を達成、同じく結核有病率も目標値近くまで低下しており 2015 年の目標達成は確実である(4-2-4 参照)。この領域では(特に二国間開発パートナーとしては)日本が主要な支援国であることや、日本の援助投入後から指標の改善が急であることからみて、日本の寄与は大きいと評価できる。

日本が支援してきた NMCHC や国立結核・ハンセン病対策センター(CENAT: National Center for Tuberculosis and Leprosy Control)は、国家プログラムの拠点であり、人材育成やナショナル・ガイドライン策定の拠点機能を果たし、加えて直接医療サービスも提供している。これらの機関が、カンボジア全国での状況改善を主導する役割を担っていることは、カンボジア政府が自立的に施策を実施する能力強化に繋がるものであり、カンボジア保健省ばかりでなく、開発パートナー間でも高く評価されている。

以上のように、カンボジア保健医療分野に対する日本の支援は、有効であったと評価できる。

1-1-3 プロセスの適切性

日本側関係機関の間、カンボジア側機関との間、他の開発パートナーとの間での協議・調整は、おおむね適切に行われてきた。特にカンボジア側との連携については、日本が相手国の自立性を尊重していることもあり、良好な関係を築いている。

他の開発パートナーとの調整については、開発パートナーの多い母子保健領域でさらに調整を進める必要があるという指摘や、非公式な調整の場にも日本はもっと参加すべきという指摘があった。

国家プログラムの拠点施設(ナショナル・センター)を無償資金協力で整備し、そこをカウンターパートとして技術協力を行い技術移転と人材育成を図るというスキーム間連携が、カンボジア保健医療分野における日本の支援の基本的かつ特徴的なモダリティであった。長期間に及ぶ紛争を経験し、社会基盤も人的資源も著しく不足していたカンボジアに対して、復興早期から支援を進めるために、このようなスキーム間連携は有効であった。相手国の自立性を尊重し、能力強化を推進する日本の援助の進め方もあり、同国の自立発展性(sustainability)を促しつつ、日本の援助の有効性を確保することができた。

日本の援助プロセスの特徴については、「自立性の尊重」「能力強化へのコミットメント」「支援の連続性」「カンボジア政府との協働」といった要素が、カンボジア政府や現地の開発パートナーから高い評価を受けた。「柔軟性」や「予測可能性」については、平均的であるとの評価が多かった。

1-1-4 外交の視点

日本は、NMCHC 支援をはじめ、二国間援助が再開された当初から、カンボジアの自立性を尊重した援助を行ってきた。その結果、保健省および NMCHC、CENAT では、上述のような日本の支援の特長が高く評価されており、両者の間に信頼関係が築かれていることが認められた。また、かつて現場のカウンターパートであった人材が保健省幹部となるなど、日本の支援が、カンボジア政府との関係を強化することにも寄与していた。

また、カンボジア国民の間では、日本が支援してきた NMCHC やバンティミエンチャイ州モンゴルボレイ病院が「日本病院」と呼ばれているとのことであり、日本の貢献は、国民にも認知され、親日感情を喚起していると推測される。

こうした日本の支援の中でも、結核対策支援は「直接監視下短期化学療法」(DOTS: directly observed treatment with short-course chemotherapy)の拡大や有病率調査の実施などの大きな成果をあげ、カンボジア側のみならず WHO はじめ他の開発パートナー間でも高く評価されている。また、結核対策の成功事例としてカンボジアで研修が開催されるなど、後発開発途上国である同国が技術提供を行う立場となるほど、日本の支援の貢献は大きかったといえよう。

1－2 提言

1. 援助の「選択と集中」における有効性とプレゼンスの確保

限られた援助予算の中で「選択と集中」が求められることは、やむを得ない。しかし、多数の開発パートナーが競合する中で日本のプレゼンスを維持していくことは容易でなく、これまでに大きな貢献をしてきた領域でも、撤退してしまえば貢献もすぐに忘れられてしまう懸念もある。とくに、平成成立後の復興開発の初期から、日本が支援を継続し、成功を収め、優れたカウンターパートが存在する母子保健と結核対策の両領域については、これまでの支援を発展させた形での支援を継続する必要があるのではないかと考えられる。

(4－4－5参照)

2. 母子保健——政策立案への支援強化

母子保健については、コンポンチャム州病院を中核とした地方展開を含めて、支援を継続する予定である。この領域においては、多数の開発パートナーが支援を行っており、日本の支援のプレゼンスを示すことが難しくなっている。他の援助機関に先駆けて実施した助産師の臨床技術研修についても、すでに他機関も実施しており、日本の支援としての特色が薄れてきている。日本の支援の強みは、国家プログラムの拠点としてのNMCHCに対する支援を継続してきたことである。今後は、母子保健に関する政策立案への支援を強化することにより、日本の支援の有効性とプレゼンスを高めることができるのではないかと考えられる。サービス提供・研修だけでは、地方展開を図っても、これまでのような際立った成果を挙げ続けることは困難ではないかと思われる。

(4－1－1, 4－1－4, 4－2－5, 4－3－3参照)

3. 結核対策——国際研修拠点や先進国型罹患対策を目指した技術協力

終了予定である結核対策プロジェクトは、これまで希なほどの成功を収め、国際社会の評価も高い。しかし、状況が改善されたとはいえ、カンボジアは依然として結核高負担国の一つである。また、今後は罹患状況が先進国型に変化していくことも予想される。世界エイズ・結核・マラリア対策基金(世界基金:Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria)などによる共同レビュー²においても、結核対策への資金援助が縮小傾向にあること、長期間にわたって協力を続けてきた日本が結核対策の優先度を後退させる可能性があることに懸念が示されている。そこで、これまでと同一の支援を継続するのではなく、

² Tuberculosis Impact Evaluation, Cambodia, 2012 (unpublished draft report).

(1)CENAT を国際研修の拠点として育成する, (2)そのための人材育成を継続する, (3)結核高負担国から先進国型への移行期における結核対策の国際標準モデルを形成するなど, 一段階進んだ形での技術協力を継続するべきではないかと考えられる。

(4-2-2, 4-2-4, 4-2-5, 4-2-6参照)

4. 人材育成——保健省人材開発部に対する政策枠組み形成支援

TSMC や保健省人材開発部(Department of Human Resource Development)を対象に行ってきた技術協力プロジェクトも, 現行のプロジェクトをもってひとまず終了する予定である。看護師資格制度の法的枠組みを導入しようとしたことは, まだ実施に至っていないとはいえ, このプロジェクトの成果といえよう。TSMC への支援は, 同施設がナショナル・センター機能を持たず援助成果の全国的展開が期待できないことなどを考慮すると, 現行プロジェクトで一区切りとするのは適切な判断と考えられる。その一方で, 保健省人材開発部などに対する技術支援は継続し, 資格制度をはじめとする政策の枠組み形成に対して引き続き貢献することが望まれる。

(4-1-4, 4-2-5参照)

5. 医療施設・機材整備——支援先の状況や能力を踏まえた慎重な対応

医療施設・機材整備に対する保健省の期待は高く, これまでに支援した施設も, おおむね良好に機能している。医療機材管理の技術協力があつたことが, 病院機能改善に大きく貢献した。今後も, 医療施設・機材整備に対するカンボジア側からの要請は続くと考えられるが, 民間医療施設も含めた地域全体の医療サービス提供体制, 管理運営能力, 診療にあたる各専門職種の人材の能力や職員数の確保などを, 十分に確認したうえで, 慎重に対応していくべきと考えられる。また, 医療施設に対する協力はフランスなども行っており, タケオ州レファラル病院, モンゴルボレイ病院などでは, 一つの施設が多くの開発パートナーから施設建設・機材供与を受けていることが認められた。このことより, 施設整備は, 保健省が指摘したように日本の支援において際だった特長であるとは必ずしも言えず, 日本の支援の可視性(visibility)を担保するために実施する性質のものとは言えないことにも, 留意する必要がある。

(4-1-4, 4-2-5参照)

6. 公的セクター支援と草の根レベル支援の連携を通じた, 社会的弱者への戦略的なアウトリーチ活動

日本は, 保健省, NMCHC や CENAT などのナショナル・センターを中心に据えた支援を通じて, カウンターパートの能力強化, ひいてはカンボジア保健医療分野における公的サービスの体系的な強化に貢献してきた。このような公的セクターに対する支援は, カンボジ

アの保健医療システムを強化して自立的発展を促すものであり、今後も継続的な支援が求められよう。

一方で、こうした公的保健医療サービスが発展途上にある現段階では、地方農村部住民、都市貧困者、障害者をはじめとするいわゆる社会的弱者に対して、本来届くべきサービスが、必ずしも十分に届いていない状況も見受けられる。このような悪い状況に陥っているいわゆる「ポケット」集団に対する支援を行うためには、非政府組織（NGO: non-governmental organization）によるアウトリーチ活動によって、公的サービスを補完するのが効果的であろうと推測される。すでに、日本の援助においても、日本 NGO 連携無償資金協力や草の根技術協力などのスキームを通して、NGO を援助プログラムの中に組み入れた取組が行われている。しかし、その目標体系は必ずしも、保健医療分野支援の全体像の中で戦略的に位置付けられていない。中期的な目標として、これらのスキームを一層有効に活用し、公的サービスを補完していくことが期待される。

* * *

以上の6つの提言を、(1)その「対象」とするレベルが政策・戦略の方向性なのか援助手法・援助手続きなのか、(2)その「宛先」が本邦本部レベル（外務本省、国際協力機構〔JICA: Japan International Cooperation Agency〕本部など）か現場レベル（現地の日本大使館やJICA事務所など）か、(3)その検討・対応を求めたい期間・タイミングはいつか——という観点から整理した（表 1-1）。提言は全て、基本的に政策・戦略の方向性に関わるものである。なお、提言 6 は、特定スキームのさらなる活用を提言しており、援助手法にも言及している。

宛先については、全ての提言について、外務省とJICA、それぞれの本省・本部と現地大使館・事務所、さらにカンボジア側機関に入っている専門家やボランティアが一体となって、あるべき援助の方向性やあり方を検討・議論すべきと考え、本邦本部と現場の両レベルとした。

対応を求める期間・タイミングについては、全ての提言について、2012 年度時点で実施中の事業があらかた終了し、2012 年 4 月に策定された「対カンボジア国別援助方針」に基づく「選択と集中」が実行に移される今後 1～2 年以内とした。

表 1-1 提言の対象レベル、宛先、対応期間の一覧

提言の対象、宛先、対応期間		提言1	提言2	提言3	提言4	提言5	提言6
対 象	政策・戦略の方向性レベル	○	○	○	○	○	○
	援助手法・援助手続きレベル		○				○
宛 先	本邦本部レベル（外務本省、JICA 本部）	○	○	○	○	○	○
	現場レベル（日本大使館、現地 JICA 事務所）	○	○	○	○	○	○
対応を求める期間・タイミング		1～2 年以内					

出典：評価チーム作成。