

第3章

カンボジアにおける 保健医療分野支援の概要

3-1 カンボジア王国の概要

1. 国土・民族⁴

カンボジア王国は、インドシナ半島に位置する立憲君主国で、約 18.1 万平方 km の国土面積と、約 1,431 万人(2011 年)の人口⁵を有する。国土は 23 の州(province)と首都(プノンペン)に区分されている。首都プノンペンの人口は、1,501,725 人(2010 年)であり、全人口の約 10 分の 1 に相当する。

民族的には、人口の約 90%程度がクメール人であり、約 10%は主として中国系、ベトナム系およびチャム系とされている。憲法により仏教が国教として定められており、人口の 95%が上座部仏教(小乗仏教)を信仰している。しかしながら、信仰の自由は憲法で保障されており、イスラム教(3%)やキリスト教(2%)も信仰されている。公用語はクメール語である。

2. 政治・外交・对外政策⁶

カンボジアは、立憲君主制であり、現在の国王は 2004 年から在位している。1970 年から約 20 年にわたり内戦が続いていたが、1993 年に総選挙が行われ新政権が発足し、新憲法が採択された。1997 年には、フンシンペック党と人民党が武力衝突を起こしているが、1998 年の第二回総選挙で人民党が第一党となり、フンシンペック党と連立政権を組み、フン・セン氏が首相に就任した。以降は、人民党が議席を増やし、第一党として磐石な政治体制を築いている。立法機関は二院制で、下院(国民議会)と上院から成る。

カンボジアは、1999 年に東南アジア諸国連合(ASEAN: Association of Southeast Asian Nations)に正式加盟した。2004 年に世界貿易機関(WTO: World Trade Organization)に加盟し、アジア欧州会合(ASEM: Asia-Europe Meeting)への参加が決定した。日本とは 1953 年に国交を開始し、1955 年には「日本・カンボジア友好条約」が締結されている。カンボジア政府の外交政策における最優先課題としては、社会経済発展のための経済支援の獲得、貿易・投資・観光の促進とそのための国際社会への統合、各国との二国間・多国間関係の強化が挙げられている。

⁴ 日本外務省ウェブサイト、在カンボジア日本国大使館ウェブサイトなど。

⁵ World Bank website.

⁶ 日本外務省ウェブサイト、在カンボジア日本国大使館ウェブサイト、カンボジア開発評議会(CDC: Council for the Development of Cambodia)ウェブサイトなど。

3. 経済・産業・労働事情

カンボジアの経済は、1998 年から 2008 年にかけて、毎年約 10%ずつ成長してきた。2008～2009 年の世界的な経済低迷により、経済成長は停滞したが、2010 年、2011 年には、実質国内総生産(GDP: gross domestic product)成長率 6%という力強い回復を遂げている。世界銀行によると、輸出、民間投資、マクロ経済情勢の後押しなどの影響により 2012 年の実質経済成長率は 6.6%、2013 年には 6.7%になると予想されている⁷。ただし、好調な経済成長の一方、経常収支および貿易収支は慢性的に赤字であり、2011 年には、経常収支は対 GDP 比マイナス 9.1%、貿易収支は同マイナス 14.9%であった⁸。1 人当たり GDP は 852 ドル(購買力平価で 2,216 ドル)で、ASEAN 加盟 10 か国平均である 3,563 ドルの 4 分の 1 に満たず、域内ではミャンマー(832 ドル)に次いで 2 番目に低い⁹。1 日 1.25 ドル以下で生活する貧困層の割合は 28.3%(2011 年)に上り、国連開発計画(UNDP: United Nations Development Programme)による人間開発指標(HDI: Human Development Index)は、187 カ国中 139 位という低い水準にある¹⁰。1 人あたり医療費支出は 121 ドルであり、うち、1 人あたり公的医療費支出は 45 ドルである¹¹。

産業では、第 3 次産業であるサービス業の割合が最も高く、次いで農業、製造業という構造になっている。GDP に占める各産業の割合は、サービス業が約 4 割程度で、農業が約 3 割、製造業が約 3 割弱である。労働人口の約 7 割が、農業に従事している。経済活動別で、特に実質 GDP 成長率が高いものとしては、第二次産業では採鉱、第一次産業では農業であり、第三次産業では、金融が挙げられる。

カンボジアの労働市場は、過去 10 年間で劇的に変化した。2007 年の 15 歳以上の労働力人口は約 880 万人で、2004 年から毎年 3.7%ずつ増加しており、81.1%にあたる約 710 万人が就労している¹²。就労人口の年齢構成としては、15 歳から 34 歳までが全体の約 6 割を占めている。地域分布としては、プノンペン(首都)9.4%、その他都市部 9.4%、農村部 81.2%である。業種としては、農業が 58.1%、製造業が 14.7%、サービス業が 27.2%となっている。男女で就労率を比較すると、男性の就労率が 88.4%であるのに対し、女性の就労率は 74.6%と、14%程度低くなっている。また、農村部では、15 歳未満の子どもが働いていることも珍しくはなく、2007 年では、15 歳未満の働く子どもの 83.2%が農業、10.6%がサービス業に従事している。

⁷ World Bank website.

⁸ Royal Government of Cambodia, *National Strategic Development Plan Update 2009-2013*.

⁹ 日本貿易振興機構「東アジア各国・地域の経済力比較(2011 年)」。

¹⁰ UNDP International Human Development Indicators website.

¹¹ World Health Organization, *Global Health Observatory Data Repository*.

¹² Economic Institute of Cambodia, *Cambodia's Labor Market and Employment*.

3-2 保健医療分野の現状と課題

3-2-1 保健医療状況

1. 主要な保健医療指標

カンボジアの2011年の平均寿命は63歳(男性62歳, 女性64歳)で, ASEAN加盟10か国中で最低であるが, 低所得国(カンボジアを含む)¹³の平均59歳より良い。乳児死亡率は, 近年急速に改善して, 2010年には出生千対45となった。これは, ベトナムの19, タイの11などより高いが, 低所得国平均69より低い。妊産婦死亡率は, 近年急速に改善し, 2010年には出生10万対206まで低下した。これは低所得国平均の半分以下, 世界平均も下回る水準であるが, ベトナムの59, タイの48などに比べると, まだ高い。死因別年齢調整死亡率(2008年)は, 感染症が人口10万対478, 非感染症が同748, 外傷が同65である(表3-1)。

表 3-1 ASEAN 諸国の主要な保健医療指標

指標	平均寿命 (歳)	乳児 死亡率 (出生千対)	妊産婦 死亡率 (出生10万対)	年齢調整死亡率(死因別) (人口10万対)		
				感染症	非感染症	外傷
年	2011	2010	2010	2008	2008	2008
カンボジア	63	45	206	478	748	65
ミャンマー	65	50	200	461	667	347
ラオス	67	42	470	376	771	107
ベトナム	75	19	59	122	607	66
フィリピン	69	23	99	231	599	55
タイ	74	11	48	153	675	106
インドネシア	69	27	220	244	647	70
マレーシア	74	5	29	185	526	51
ブルネイ	78	6	24	55	520	24
シンガポール	82 *	2	3	66	313	21
日本	83 *	2	5	40	273	36
低所得国平均	59 *	69	410	636	757	124
世界平均	70 *	40	210	230	573	78

* 2010 年

出典: World Bank website: <http://data.worldbank.org/country>; WHO, *World Health Statistics 2012*; Ministry of Planning, et. al., *Cambodia Demographic and Health Survey 2010* より作成。

¹³ 世界銀行による低所得国の定義は, アトラスメソッドにより計算された 1 人あたり国民総所得 (GNI: gross national income) が 1,025ドル以下の国。カンボジアは 830ドル(2011 年)。アトラスメソッドについては次を参照。

<http://data.worldbank.org/about/country-classifications/world-bank-atlas-method>

2. 結核, HIV/AIDS, マラリアによる死亡率および有病率

カンボジアは、世界 22 か国の結核高負担国 (high-burden countries) に含まれており¹⁴, 結核対策は重要課題である。結核 (HIV 非感染者) 死亡率は、人口 10 万対 61 (2010 年), HIV 感染者を含む罹患率 (incidence rate) は、人口 10 万対 437 (2010 年), 有病率 (prevalence rate) は人口 10 万対 660 (2010 年) である。結核の死亡率は、低所得国平均 (36) を大幅に上回っている (表 3-2)。

HIV/AIDS による死亡率は、人口 10 万対 21 (2009 年), 有病率は、人口 10 万対 425 (2009 年) である。HIV/AIDS による死亡率は、低所得国平均 (85) はもとより、世界平均 (27) より低い水準にある (表 3-2)。

マラリアによる死亡率は、人口 10 万対 3.7 (2008 年), 罹患率は人口 10 万対 2,589 (2009 年) である。マラリアの死亡率は、低所得国平均 (58) はもとより、世界平均 (12) より低い水準にある (表 3-2)。

表 3-2 ASEAN 諸国の結核, HIV/AIDS, マラリアによる死亡率・罹患率・有病率

指標	結核(注1)			HIV/AIDS		マラリア	
	死亡率 (人口10万対)	罹患率 (人口10万対)	有病率 (人口10万対)	死亡率 (人口10万対)	有病率 (人口10万対)	死亡率 (人口10万対)	罹患率 (人口10万対)
年	2010	2010	2010	2009	2009	2008	2009
カンボジア	61	437	660	21	425	3.7	2,589
ミャンマー	41	384	525	36	477	34	7,475
ラオス	11	90	130	2	135	2.9	807
ベトナム	34	199	334	13	316	0.1	58
フィリピン	33	275	502	0.2	9.5	0.2	68
タイ	16	137	182	42	786	0.4	261
インドネシア	27	189	289	3.6	133	3.2	1,375
マレーシア	8.5	82	107	21	369	0.1	71
ブルネイ	2.7	68	91	0	—	0	—
シンガポール	2.3	35	44	1.8	72	0	—
日本	1.5	21	27	0	6.4	0	—
低所得国平均	36	264	377	85	1,445	58	12,653
世界平均	15	128	178	27	502	12	3,322

注 1: 結核の死亡率は HIV 非感染者のみ, 罹患率と有病率は HIV 感染者を含む

注 2: — は不詳。

出典: WHO, *World Health Statistics 2012* より作成。

3-2-2 保健医療サービス提供体制

1. 公的保健医療サービス提供体制

カンボジアの公的保健医療サービス提供体制は、行政的に 23 の州 (Province) と 1 つの首都, および 76 の保健行政区 (OD: Operational District) から成り立っている。OD は、

¹⁴ World Health Organization, *Global Tuberculosis Report 2012*.

1996年に保健省が世界保健機関(WHO: World Health Organization)の支援を受けて策定した「保健医療サービス提供計画」(Health Coverage Plan)により導入された保健行政単位であり、おおむね10～20万人の人口を擁するように設定されている。

保健医療サービス提供施設は、(1)国レベル、(2)州レベル、(3)ODレベル、(4)コミュニティレベルの4層から成る構造となっており、表3-3に示すように、国レベルに国立病院、州・ODレベルにレファラル病院、コミュニティレベルに保健センターを設置して、保健医療サービスを提供している。「保健医療サービス提供計画」が掲げる2015年までの整備目標は、ODが89区、ODレファラル病院が85か所、保健センターが1,694か所である¹⁵。

保健センターに求められる基本的診療機能は「最小活動パッケージ」(MPA: Minimum Package of Activities)、国立病院、州レファラル病院、ODレファラル病院が担う診療機能は「補完的活動パッケージ」(CPA: Complementary Package of Activities)として、それぞれ定められている。CPAはさらに、基本的な機能から高度な機能へという順にCPA-1、CPA-2、CPA-3に分けられる。MPA、CPAの概要は表3-4のとおりである。

表 3-3 カンボジアの公的保健医療施設の種類の種類

レベル	施設種類	施設数	施設属性
国	国立病院 (National Hospitals)	8	カルメット病院、クンタボツパ小児病院、国立母子保健センター(NMCHC*)、国立小児病院など。診療機能は全てCPA-3レベル。
州	州レファラル病院 (Provincial Referral Hospitals)	24	各州に1ヶ所ずつ設置。24施設のうち21施設は診療機能CPA-3レベル。
OD	ODレファラル病院 (Operational District Referral Hospitals)	78	圏域人口10～20万、病院間距離20～30kmないし車輜・船舶で3時間以内が設置基準で、おおむね各ODに1か所ずつ設置。CPA-1～CPA-2レベル。
コミュニティ	保健センター/ポスト (Health Centers/ Posts)	1,049	圏域人口1万前後、片道距離10kmないし徒歩2時間以内が設置基準。MPAレベルの基本的診療サービスを提供する施設。

* NMCHC: National Maternal and Child Health Center

出典: WHO and Ministry of Health, “Cambodia Health Service Delivery Profile, 2012”; Ministry of Health, *Health Strategic Plan 2008-2015* より作成。

¹⁵ Ministry of Health, *Health Strategic Plan 2008-2015*, Chapter 2, Table 2.

表 3-4 最小活動パッケージ(MPA)と補完的活動パッケージ(CPA)

種類	適用対象施設	該当施設数	該当施設の診療機能
CPA-3	州レファラル病院 国立病院	26～29 (2011 年, 注 1)	CPA-2 と同等の機能をより多くの患者に提供でき, また CPA-2 より多様な専門的機能を持つ。
CPA-2	OD レファラル病院 州レファラル病院	31 (2011 年)	CPA-1 の機能に加え, 救急医療, 全身麻酔を伴う手術, 集中治療室, 輸血, 耳鼻咽喉科・眼科・歯科など専門的な診療サービスを提供。
CPA-1	OD レファラル病院	33 (2011 年)	全身麻酔を伴う手術や輸血の機能は持たないが, 基本的な産科サービスは可能。
MPA	保健センター	約 450 (注 2)	基本的診断治療, 救急措置, 慢性疾患治療, 正常分娩を含む妊婦・小児ケア, 家族計画指導, 予防接種, 保健教育, 上位医療機関への紹介。

注 1: 下記出典資料において, 「26 施設」という記述と「8 つの国立病院, および 24 のうち 21 の州レファラル病院」という記述が混在している(p. 2)。

注 2: 下記出典資料における「2010 年において完全な MPA 機能を有していた保健センターは 43%」という記述(p. 2)から推計した施設数。

出典: WHO and Ministry of Health, “Cambodia Health Service Delivery Profile, 2012” より作成。

写真 3-1 タケオ州の Ang Rokar OD レファラル病院の外観(左)と臨床検査室(右)



(撮影)みずほ情報総研

写真 3-2 タケオ州の Trapang Pring 保健センターの建物外観(左)と診察室(右)



(撮影)みずほ情報総研

2. 保健医療人材

2011 年にカンボジアで診療に従事している医療専門職の人数は、表 3-5 のとおりである。

表 3-5 カンボジアにおける主な保健医療専門職の人数(2011 年)

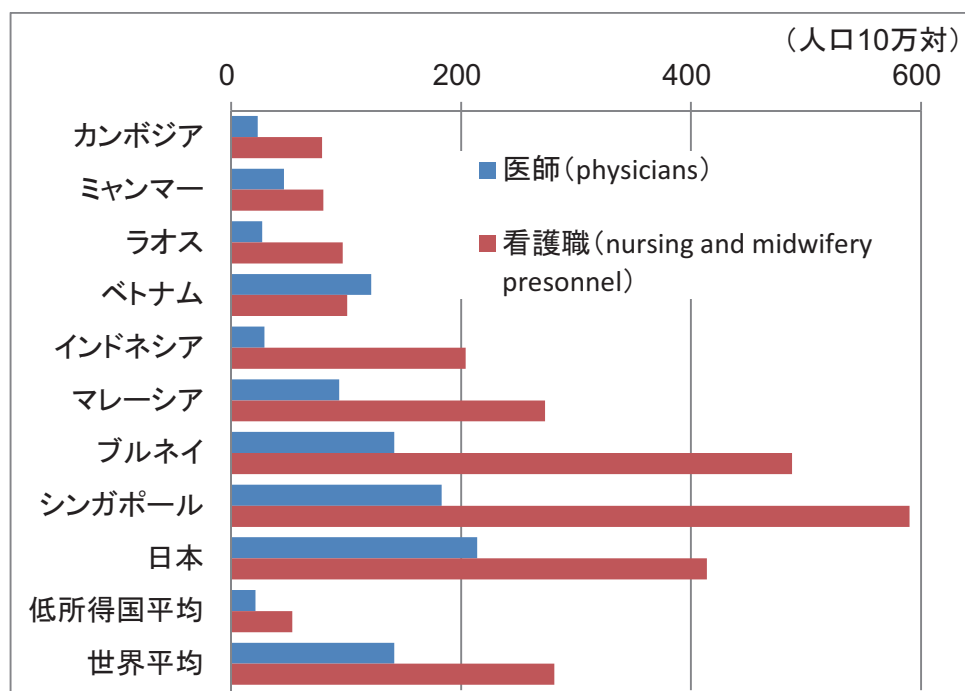
	総数	うち女性	
		うち女性	女性比率
一般医 (doctors)	2,300	375	16.3%
専門医 (specialist doctors)	91	7	7.7%
正看護師 (secondary nurses)	5,175	1,629	31.5%
准看護師 (primary nurses)	3,258	1,165	35.8%
正助産師 (secondary midwives)	1,921	1,908	99.3%
准助産師 (primary midwives)	1,827	1,823	99.8%

出典: WHO and Ministry of Health, “Cambodia Health Service Delivery Profile, 2012” より作成。

また、保健医療従事者数を対人口比でみると、医師 (physicians) は人口 10 万対 23 人、看護職 (nursing and midwifery personnel) は人口 10 万対 79 人である。低所得国平均よりは若干多いが、ASEAN 加盟 10 か国の中では最も少ない(図 3-1)。カンボジアは WHO により、「保健医療従事者が危機的に不足している国」(countries with a critical shortage of health service providers) 57 か国の 1 つに数えられている¹⁶。

¹⁶ World Health Organization, *The World Health Report 2006*, p. xviii, Figure 3.

図 3-1 ASEAN 諸国の医師および看護職の対人口比の人数



注: 表 3-5 とは対象者定義やデータ年次が異なる。「医師」は一般医と専門医を含む。「看護職」は看護師, 助産師, 准看護師 (auxiliary nurses), 准助産師 (auxiliary midwives) など専門教育を受けた者のことで, TBA (traditional birth attendant) は含まない。http://apps.who.int/globalatlas/docs/HRH/HTML/Dftn.htm
出典: World Health Organization, *World Health Statistics 2012* より作成。

3-2-3 保健医療政策

1. 国家開発戦略における保健医療の位置づけ

近年におけるカンボジアの国家開発戦略は, 2004 年に第 3 次フン・セン政権が発表した「カンボジアにおける成長, 雇用, 平等, 効率性のための四辺形戦略」(The Rectangular Strategy for Growth, Employment, Equity and Efficiency in Cambodia)を基礎として, それをバージョンアップした 2008 年の「第 2 次四辺形戦略」や, これらの四辺形戦略に基づき策定された「国家戦略開発計画」(NSDP: National Strategic Development Plan. 第 1 次計画は 2006-2010 年, 第 2 次計画は 2009-2013 年)に沿って構築されている。これらの戦略・計画に共通する「四辺」とは, 次の 4 点である。

- (1) 農業セクターの振興
- (2) インフラの復興・建設
- (3) 民間セクターの成長・開発と雇用(創出)

(4) 能力構築と人材育成

上記(4)の「能力構築と人材育成」(Capacity building and human resource development)が包含する4要素の1つに挙げられているのが、「保健医療サービスの改善」(Improvement of health services)である¹⁷。

2. 「保健戦略計画」

こうした戦略に先立ち、カンボジア和平後初めての国家保健医療政策として策定されたのが、2002年の「第1次保健戦略計画」(HSP1: Health Sector Strategic Plan 2003-2007)である。HSP1は、下記の6つの優先取組領域(priority areas of work)を示し、それらの下に、8つの重点中心戦略(essential core strategies. 4-1-1で後述)を含む20の戦略を挙げている。

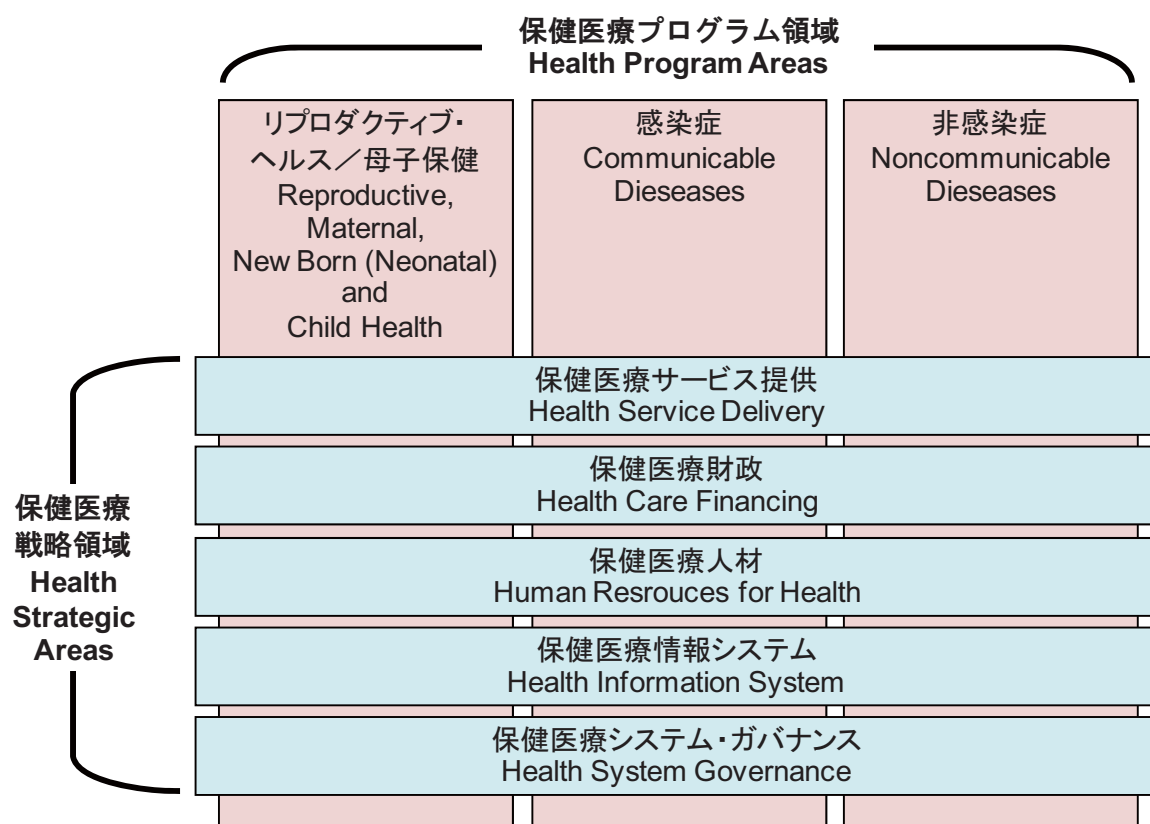
- (1) 保健医療サービス提供(Health service delivery)
- (2) 行動変容(Behavioural change)
- (3) 質の向上(Quality improvement)
- (4) 人材育成(Human resource development)
- (5) 保健医療財政(Health financing)
- (6) 組織開発(Institutional development)

このHSP1を継承するものとして2008年に策定された「第2次保健戦略計画」(HSP2: Health Strategic Plan 2008-2015)は、HSP1の戦略構造を発展させ、3つの「保健医療プログラム領域」(Health program areas)を新設、それらを貫く分野横断的要素として、HSP1の優先取組分野を部分的に受け継ぐ「保健医療戦略領域」(Health strategic areas)を置くという枠組を採っている(図3-2)。後者の保健医療戦略領域は、WHOが「うまく機能する保健医療システムの鍵となる要素」(key components of a well functioning health system)として挙げている項目に呼応するものでもある¹⁸。

¹⁷ Royal Government of Cambodia, “The Rectangular Strategy for Growth, Employment, Equity and Efficiency in Cambodia”, “National Strategic Development Plan 2006-2010”, and “National Strategic Development Plan 2009-2013”.

¹⁸ World Health Organization, “Key components of a well functioning health system”.

図 3-2 「第 2 次保健医療戦略計画」(HSP2)の枠組



出典：Ministry of Health, *Health Strategic Plan 2008-2015*.

3つの保健医療プログラム領域に対しては、それぞれ1つずつの目標(goals)が設定され、それらの下に合計12の目的(objectives)が挙げられている。具体的な目標と目的は表3-6のとおりである。

表 3-6 「第 2 次保健医療戦略計画」(HSP2)の目標・目的体系

目標 (Goals)	目的 (Objectives)
1: リプロダクティブ・ヘルスを改善し、妊産婦、新生児、小児の疾病・死亡を減少させる。	1: 女性と子どもの栄養状態を改善する。
	2: 質の高いリプロダクティブ・ヘルスの情報・サービスへのアクセスを改善する。
	3: 必要な母子保健サービスへのアクセスと家庭でのケアを改善する。
	4: 必要な小児保健サービスへのアクセスと、家族のよりよいケアの実践を確保する。

目標 (Goals)	目的 (Objectives)
2: HIV/AIDS, マラリア, 結核その他の感染症の罹患・死亡を減少させる。	5: HIV 感染率を下げる。
	6: HIV 感染者の生存を増やす。
	7: 肺結核患者の高い発見率を実現し高い治癒率を維持する。
	8: マラリアに関係する死亡率・罹患率を下げる。
	9: その他の感染症の死亡率・罹患率を下げる。
3: 非感染性疾患の罹患・死亡やその他の健康上の問題を減少させる。	10: 次のような非感染性疾患をもたらすリスク行動を減らす: 糖尿病, 循環器疾患, 癌, 精神性疾患, 薬物乱用, 事故・外傷, 眼科疾患, 口腔衛生など。
	11: 非感染性疾患に対する治療とリハビリテーションへのアクセスを改善する。
	12: 次のような基本的な公衆衛生機能を確保する: 環境保健, 食品の安全, 災害対策。

出典: Ministry of Health, *Health Strategic Plan 2008-2015* より作成。

3-2-4 保健医療分野の課題

文献調査および現地調査によって得られた知見から、カンボジアの保健医療分野には、以下のような課題があると考えられた。

1. 保健医療システム、特にガバナンス

母子保健や結核対策での大幅な指標改善の一方で、カンボジアにおいては、政策の実施能力不足、医療施設の維持管理能力不足、公務員の著しい低賃金、民間医療施設の規制不備、不透明な人材配備、上位人材への権限集中と下位人材の能力不足、官から民への人材流出、専門職資格制度の不備、全国民の医療アクセスを保障する医療財政制度の不備など、保健医療システム上の問題点が、これまでにかなりの改善はみられるものの、未だ山積している。とくに近年では、民間医療機関の乱立と公務員の兼業により、公的医療サービス体制を支援して整備するだけでは改善できない問題が生じている。民間医療機関も包含して、医療の質や費用に関する適切な規制を加え、総合的な医療財政の仕組みを構築することが重要である。

2. 保健医療分野内（領域間）の不均衡

開発パートナー（ドナー）の関心の高い領域、たとえば HIV/AIDS 対策、看護師・助産師

の卒後研修などには支援が多い一方で、非感染症対策、看護師・助産師の卒前教育の内容改善などには、あまり支援が行われていない。HIV/AIDS 対策資金により他の疾患の診療にも活用できる機器を調達するなど、現場で調整している場合も認められるが、HIV/AIDS 対策のみに使用する施設が建設される場合もある。優秀な人材が、支援の多い領域に集中する傾向も見受けられる。

3. 国内格差

保健医療セクター改革以来の一連の政策により、全国に一定水準以上の公的医療サービスを提供しようとする努力が続けられているものの、地方農村部住民、都市貧困者、障害者・少数民族をはじめとするいわゆる社会的弱者は、なお保健医療サービスに十分アクセスできていない。貧困者の医療へのアクセスを保障するため、エクイティ・ファンド¹⁹が導入されているが、逆に、かろうじて貧困ラインを下回らない層に対しては医療費負担軽減策が整備されておらず、支援が不十分になっている可能性がある。地域によっては非政府組織(NGO: non-governmental organization)の実施する医療保険もあるが、参加は任意で加入率は低い。

4. 疾病構造変化への対応

HSP2 に見られるように、保健医療政策において、非感染症対策は 3 つの柱(保健医療プログラム領域)の 1 つとなっているが、開発パートナーの関心も薄く、母子保健、感染症対策と比して、活動は低調である。しかし、他の低中所得国の状況を考えても、疾病構造が徐々に変化し、心血管疾患や糖尿病などの非感染症が今後ますます大きな負担となっていくことが予測される。疾病構造変化への対応、非感染症への対策を、早くから講じることが望まれる。

¹⁹ 貧困層が公的保健医療サービスを利用する際の医療費を免除する制度(基金)。政府、開発パートナー、コミュニティが出資している。Ministry of Health, *Implementing Health Equity Funds Guideline*, p. 2; and *Annual Health Financing Report 2010*, p. 22.

3-3 日本の保健・医療分野支援の動向と実績

3-3-1 カンボジアに対する開発援助方針

カンボジアに対する日本の援助政策は、2002 年 2 月に策定された国別援助計画、および 2012 年 4 月に改訂された国別援助方針に示されている。本評価の対象期間における援助政策は対カンボジア国別援助計画だが、評価にあたっては、対カンボジア国別援助方針の策定過程および内容も踏まえて評価を行ったため、本節ではこの双方に言及する。

1. 対カンボジア国別援助計画

対カンボジア国別援助計画(2002 年 2 月策定)は、その基本方針として、「持続的な経済成長および貧困削減」を図ることを中心課題に掲げ、ハードとソフトの両面で、均衡のとれた支援を行うとしている。同計画は、(1)最近の政治・経済・社会情勢、(2)開発上の課題、(3)我が国の対カンボジア援助政策の 3 項目で構成されている。

「開発上の課題」の中で、カンボジアは、内戦の後遺症により「人材不足、社会経済基盤の荒廃等が大きな問題として残っており、国民は「保健医療等の基本的な生活分野における社会サービスへのアクセスが制限される生活を余儀なくされている」と述べられている。また、「行政機能が不完全」であること、汚職や貧困などの課題も指摘されている。

同計画が示した保健医療分野における開発上の課題を囲み 3-1 に示す。

囲み 3-1 対カンボジア国別援助計画の開発上の課題(保健医療分野)

(ロ)セクター毎の課題

(c)BHN (教育、保健医療分野等)

長年の内戦の結果、国民の基礎的な生活環境が悪化し、教育、保健医療等の最低限の社会サービスが十分提供されておらず、その状況は特に地方部の低所得者層において深刻な状況である。特に医療サービスについては、地方で医療機関が不足し、そのためアクセスが制限されており、国全体での医師、看護婦の絶対数の増加、病院数の確保、地方での保健・医療水準の向上が重要な課題である。また、近年、同国の HIV/AIDS 感染者・患者数が急増しており(感染者総数 22 万人)、結核も世界でも高い罹患率を示しており、両者の重複感染の増加も深刻となっている。こうした感染症対策は、同国の開発や貧困削減を進める上でも緊急の課題である。

更に、学校、教師の不足と、低所得層の子供は学校よりもやむを得ず日々の生活を優先することから、就学率は低くなり、非識字率も 61.5%と高い(男性が

43%, 女性が 80%)。教育水準の低さは貧困問題の解決を難しくしている。

安全な水へのアクセスを有する人口割合は 13%であり, 農村部の多くでは川やため池の水を飲料水として利用する状況にある。貧困削減のためには, これら公共社会的サービスへのアクセス改善を含めた BHN への大きなニーズに対応していく必要がある。

出典: 外務省「対カンボジア国別援助計画」(2002 年)より抜粋。

このような課題を踏まえ, 同計画は, 「(i) 持続的な経済成長と安定した社会の実現, (ii) 社会的弱者支援, (iii) グローバルイシューへの対応, (iv) ASEAN 諸国との格差是正のための支援」の 4 重点分野の中で, 保健医療分野支援を「社会的弱者支援」に位置づけ, 次のような援助政策を提示している(囲み 3-2)。

囲み 3-2 対カンボジア国別援助計画の重点分野・課題別援助方針(保健医療分野)

(ロ) 社会的弱者支援

上記の持続的な経済成長を支える重要な基礎は, BHN(教育, 医療分野等)の充実である。本分野は, 国民生活に直接裨益する分野であると同時に, 経済成長が貧困層にもたらす負の側面に対処する社会のセーフティーネットとしても, 極めて重要な協力分野である。我が国は, これまで教育, 保健・医療や上水道整備等の BHN 分野を重点分野として協力を行ってきたが, 本分野は人道的観点, 貧困削減の観点から極めて重要であり援助需要もまだまだ高い。また, カンボジアの成長に伴い, いわゆる社会的弱者の増加も見込まれることから, 社会のセーフティーネットを形成すべく, 引き続き積極的に協力していく。教育分野については, 絶対数が不足している学校建設支援を引き続き草の根無償等により継続するほか, 教員の質の向上や教育行政能力の向上, 経済振興を図る上で重要な理数科分野を対象に技術協力を行っていく。保健・医療分野では, 日米間で連携を図りながら引き続き母子保健・医療技術の向上, 感染症対策, 特に HIV/AIDS 政策, 結核対策並びに両者の合併症を含む対策及びマラリア・寄生虫対策への協力に積極的に取り組んでいく。また, 都市部を含め医療従事者の絶対数が不足しているため, 技術協力を重点的に実施すると共に, 地方における初等医療サービスの充実の観点から, NGO 等と連携しつつ取り組んでいく。

出典: 外務省「対カンボジア国別援助計画」(2002 年)より抜粋。

2. 対カンボジア国別援助方針

対カンボジア国別援助方針(2012 年 4 月策定)は、内戦終結後の荒廃から安定的な発展を遂げてきた同国の近況を踏まえ、カンボジアは「順調な経済成長と貧困削減を達成してきている」と述べている。しかし、依然として、同国は「ASEAN 地域で最も貧しい国の一つである」こと、また、内戦の影響により「国家建設に必要なほとんど全ての分野において人材不足が深刻である」といった課題を指摘している。

また、対カンボジア国別援助方針は、カンボジア・日本の両国関係からみた援助の意義について、次のように言及している(囲み 3-3)。

囲み 3-3 対カンボジア国別援助方針の日本・カンボジア両国関係に関する記述

1. 援助の意義

○我が国は、1991 年パリ和平合意以降、我が国初の PKO*を派遣するなどカンボジアの復興・開発に積極的に関与し、同国は平和構築支援の成功例となっている。

○我が国は ASEAN の統合と域内格差の是正を図っていく観点から、日メコン地域パートナーシップを重視しており、カンボジア及び地域全体に対する ODA を拡充する方針を表明。右方針に基づき実施しているハード・ソフトのインフラ開発や官民協力の促進、2008 年に発効した日カンボジア投資協定などにより、同国では日系企業が多数進出する製造業などの重要拠点としての基盤整備が進んでいる。

○カンボジアにとって、我が国は 1992 年以降最大の援助パートナーである。同国は、我が国が重視する国際場裏の各種課題について、我が国を支持する立場を取っている。

* PKO: Peacekeeping operations (国連平和維持活動)

出典: 外務省「対カンボジア国別援助方針」(2012 年)より抜粋。

これらの課題や援助の意義を踏まえ、同方針は「援助の基本目標(大目標)」として、「着実かつ持続可能な経済成長と均衡の取れた発展」を掲げている。これに向けた3つの重点分野(「経済基盤の強化」、「社会開発の促進」、「ガバナンスの強化」)の中で、保健医療分野は「社会開発の促進」の柱の1つに位置づけられた。

図み 3-4 対カンボジア国別援助方針の「重点分野(中目標)」(保健医療分野)

(2) 社会開発の促進

イ 保健医療の充実

我が国が継続して支援を行ってきた母子保健分野では、近年、乳幼児死亡率・妊産婦死亡率の改善が報告されているが、依然、周辺諸国の中で比較的高い状況であり、今後も母子保健分野を中心とした支援を保健システム強化の視点も含め行う。

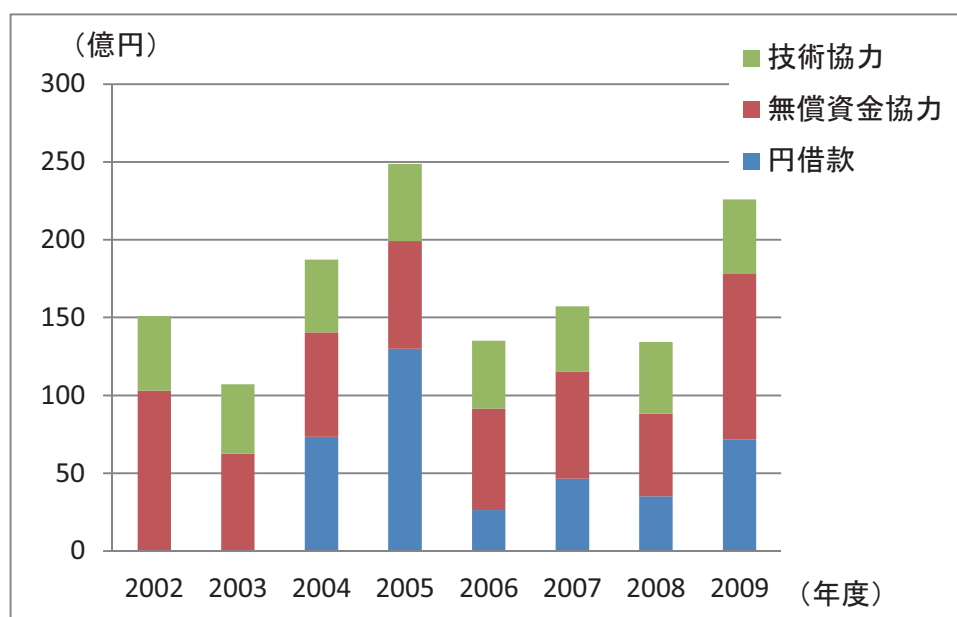
出典：外務省「対カンボジア国別援助方針」(2012 年)より抜粋。

3-3-2 カンボジアに対する援助実績

日本の対カンボジア支援は、1959 年 3 月の日本・カンボジア経済技術協力協定に始まり、ポル・ポト政権および紛争時代の一時停止(1974～1990 年)を経て、1991 年のパリ和平協定締結後に二国間援助が再開された。

2002 年度以降の日本のカンボジアに対する援助実績額の推移は、図 3-3 のとおりである。2009 年度は円借款 71.76 億円、無償資金協力 106.68 億円(交換公文ベース)、技術協力 47.42 億円である。

図 3-3 カンボジアに対する援助実績額の推移(援助形態別)



出典：外務省『政府開発援助(ODA)国別データブック』(2005～2011 年度版)より作成。

また、2009年度までの累計援助実績額は、円借款 312.91 億円(債務繰延・債務免除を除く、交換公文ベース)、無償資金協力 1,384.44 億円(交換公文ベース)、技術協力 554.98 億円(国際協力機構[JICA: Japan International Cooperation Agency]実績ベース)となっている。

表 3-7 日本の対カンボジア分野別援助額の推移

(支出総額ベース、単位: 百万ドル)

分野	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
総計	56.7	127.0	87.2	101.5	107.1	117.6	114.8	128.5	149.6
分野別計	32.4	93.9	67.3	88.6	94.3	96.9	106.4	100.3	149.3
I. 社会インフラサービス	14.5	61.6	45.8	60.4	47.6	38.0	40.5	35.0	63.9
I.1. 教育	1.9	13.7	13.0	13.6	12.2	6.5	6.4	10.2	13.2
I.2. 保健	..	5.4	9.1	8.8	13.4	5.6	3.9	6.9	12.6
I.2.a. 保健総合	..	4.7	5.2	6.7	7.1	1.6	2.3	1.0	2.1
保健政策・行政管理	..	4.7	4.8	4.1	3.3	1.6	1.7	1.0	2.1
医学教育	..	..	0.4	2.6	3.9	..	..	..	..
医学研究	..	..	..	..	..	..	..	..	..
医療サービス	..	..	..	..	..	0.0	0.5	..	0.0
I.2.b. 基礎保健	..	0.7	3.9	2.2	6.3	4.0	1.6	5.9	10.5
基本医療	..	0.4	0.3	0.3	0.6	0.6	0.3	0.4	2.5
基本医療インフラ	..	0.1	0.0	..	3.5	2.3	..	4.1	6.5
基本栄養	..	..	..	..	..	0.0	..	..	..
感染症対策	..	0.1	3.3	1.9	2.1	0.0	0.0	0.1	0.0
保健教育	..	..	0.0	..	0.0	..	0.0	0.0	..
マラリア対策	..	..	..	..	..	..	0.0	..	..
結核対策	..	..	..	..	..	1.1	1.3	1.3	1.2
保健人材育成	..	0.2	0.1	..	..	0.0	..	..	0.3
I.3. 人口・リプロダクティブヘルス	..	0.3	0.4	0.3	0.9	1.7	0.7	0.9	0.7
人口政策・行政管理	..	0.2	0.4	0.3	0.8	0.7	0.2	0.0	..
リプロダクティブヘルス	..	0.0	..	..	..	1.0	0.5	0.8	0.7
家族計画	..	..	..	..	..	..	..	..	..
性感染症対策	..	0.1	0.0	0.0	0.0	..	0.0	..	..
人材育成: 人口・リプロダクティブヘルス	..	..	..	..	..	..	..	..	0.1
I.4. 水と衛生	12.5	25.9	17.0	14.2	5.8	4.3	2.2	3.5	10.7
I.5. 民主化・ガバナンス	0.1	14.5	3.8	20.1	10.9	13.4	22.1	8.4	21.3
I.6. その他社会インフラサービス	..	1.9	2.5	3.4	4.5	6.5	5.2	5.2	5.3
II. 経済インフラサービス	14.8	22.7	12.4	14.7	30.1	39.3	35.9	35.3	31.8
III. 生産セクター	..	7.0	7.2	10.1	13.2	15.8	17.7	11.2	23.8
IV. マルチセクター	3.1	2.6	1.9	3.4	3.3	3.7	12.3	18.9	29.7
VI. 商品援助・一般プログラム支援	16.0	17.3	4.6	..	..	8.5	..	..	..
VII. 債務救済	..	..	..	..	..	..	..	..	..
VIII. 人道的支援	..	..	..	..	0.2	0.1	..	..	0.3
XII. 不特定	8.3	15.8	15.3	12.9	12.6	9.8	8.4	8.9	..

出典: OECD-DAC, Development Database on Aid Activities: Creditor Reporting System Online(2012年12月4日アクセス)より作成。

援助分野別に近年の日本の対カンボジア援助額の推移をみると表 3-7 のとおりであり、「I. 社会インフラサービス」と「II. 経済インフラサービス」に対する援助額が大きいことが分かる。また、「I. 社会インフラサービス」の内訳は年によって変動がみられるが、「I.2. 保健」が重要な位置付けの一つであることがわかる。なお、「I.2. 保健」の中では、「保健政策・行政管理」や「基本医療インフラ」の占める比率が高い傾向にある。

3-3-3 カンボジア保健医療分野における援助案件

二国間援助再開後のカンボジア保健医療分野に対する日本の支援は、1992～1994 年のカンボジア保健省に対する個別専門家の派遣に始まり、母子保健、結核対策、人材育成、医療施設・機材整備の 4 領域を中心に展開されてきた。

現在までに実施された具体的な援助案件のうち、一般無償資金協力および技術協力プロジェクトは表 3-8 のとおりである。これらのほか、評価対象期間(2002～2011 年)において、草の根・人間の安全保障無償資金協力 44 件、日本 NGO 連携無償資金協力 14 件、草の根技術協力事業 4 件が行われている。

また、この他に、JICA による他の技術協力(研修員受入、専門家派遣、調査団派遣、青年海外協力隊・シニアボランティア派遣など)も実施されている。

表 3-8 カンボジア保健医療分野における主な援助案件

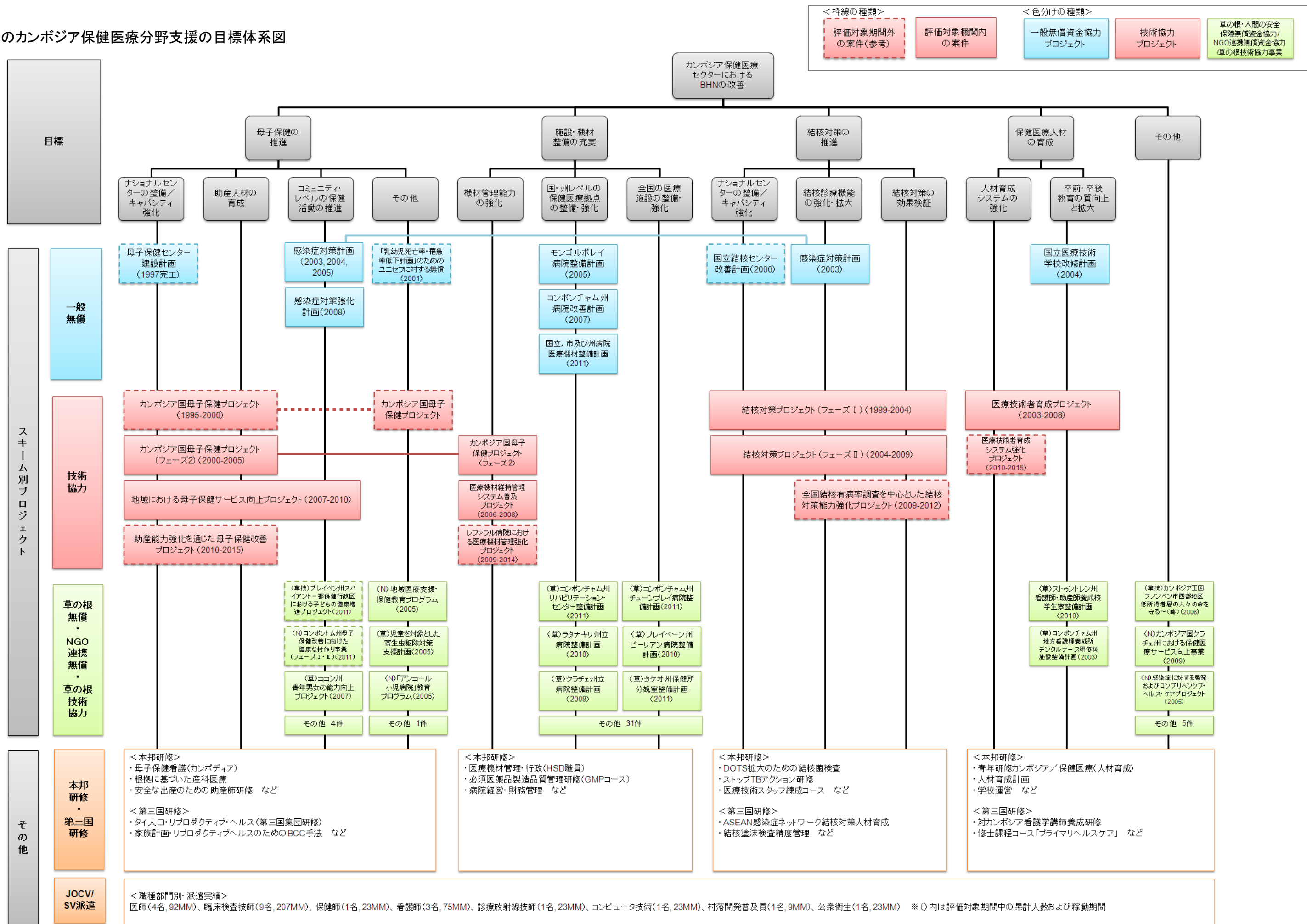
案件名	実施年度	援助形態	金額(億円)
1 母子保健センター建築計画	1995 年	無償資金協力	17.61
2 国立結核センター改善計画	2000 年	無償資金協力	8.03
3 母子保健プロジェクト	1995～2000 年	技術協力	NA
4 結核対策プロジェクト	1999～2004 年	技術協力	NA
5 シェムリアップ州立病院医療機材整備計画	2000 年	無償資金協力	1.12
6 母子保健プロジェクト フェーズ II	2000～2005 年	技術協力	6.3
7 乳幼児死亡率・罹患率低下計画	2001 年	無償資金協力	3.08
8 結核対策プロジェクト(フェーズ II)	2004～2009 年	技術協力	5.0
9 感染症対策計画	2003 年	無償資金協力	3.95
10 感染症対策計画	2004 年	無償資金協力	2.32
11 感染症対策計画	2005 年	無償資金協力	2.78
12 医療技術者育成プロジェクト	2003～2008 年	技術協力	4.9
13 国立医療技術学校改修計画	2004 年	無償資金協力	7.74
14 バンティミエンチャイ州モンゴルボレイ病院整備計画	2005 年	無償資金協力	6.83
15 医療機材維持管理システム普及プロジェクト	2006～2008 年	技術協力	3.7
16 地域における母子保健サービス向上プロジェクト	2007～2010 年	技術協力	2.3

案件名	実施年度	援助形態	金額(億円)
17 コンポンチャム州病院改善計画	2008 年	無償資金協力	10.39
18 感染症対策強化計画	2008 年	無償資金協力	2.30
19 レファラル病院における医療機材管理強化プロジェクト	2009～2014 年	技術協力	4.3
20 全国有病率調査を中心とした結核対策能力強化プロジェクト	2010～2013 年	技術協力	3.5
21 助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト	2010～2015 年	技術協力	4.2
22 医療技術者育成システム強化プロジェクト	2010～2015 年	技術協力	3.8
23 国立、市及び州病院医療機材整備計画	2011 年	無償資金協力	3.74

注：1～5 および 7 は評価対象期間外であるが、参考として記載。金額は約束データに基づく。
出典：外務省ウェブサイト、JICA ウェブサイト、および JICA 提供資料をもとに評価チーム作成。

カンボジア保健医療分野におけるこれらの支援を、各プロジェクトなどの目標にしたがって整理すると、日本の対カンボジア支援の目標体系は図 3-4 のように表すことができる。

図 3-4 日本のカンボジア保健医療分野支援の目標体系図



出典: 評価チーム作成。