

第4章

カンボジア保健医療分野 支援の評価

4-1 「政策の妥当性」に関する評価

本節では、カンボジア保健医療分野における日本の支援の「政策の妥当性」を、(1)カンボジアの開発ニーズとの整合性、(2)日本の上位政策との整合性、(3)国際的な優先課題および上位枠組みとの整合性、(4)他の開発パートナー(ドナー)との関連性をみることによって評価した。

4-1-1 カンボジアの開発ニーズとの整合性

保健医療分野の開発に関連するカンボジア国内の上位政策を、時系列で整理すると、表 4-1 のとおりである。カンボジア保健医療分野の開発計画である保健戦略計画(HSP1: Health Sector Strategic Plan 2003-2007 および HSP2: Health Strategic Plan 2008-2015)は、それぞれ、第 2 次社会経済開発 5 カ年計画(SED2: Second Five Year Socioeconomic Development Plan 2001-2005)、国家貧困削減戦略(NPRS: National Poverty Reduction Strategy 2003-2005)および四辺形戦略(The Rectangular Strategy for Growth, Equity and Efficiency)を踏まえて策定された国家戦略開発計画(NSDP1: National Strategic Development Plan 2006-2010, NSDP2: National Strategic Development Plan Update 2009-2013)の下に位置づけられている。また、HSP1 および HSP2 にしたがって、個別課題に関する国家プログラムや行動計画などが策定されている。本節では、政策評価基準(整合性の検証対象)として、保健戦略計画(HSP1 および HSP2)と日本の支援との整合性について評価した。

また、現地の非政府組織(NGO: non-governmental organization)に対するインタビューから把握されたカンボジア社会の開発ニーズとの整合性についても検証した。

表 4-1 保健医療分野に関連するカンボジアの上位政策

発表年	政策名(英文原題)	対象レベル		
		全体	保健医療分野	個別課題
2002 年	第 2 次社会経済開発 5 カ年計画 (SED2)	○		
	第 1 次保健戦略計画 (HSP1)		○	
2003 年	国家貧困削減戦略 (NPRS)	○		
2004 年	四辺形戦略 (The Rectangular Strategy for Growth, Employment, Equity and Efficiency in Cambodia)	○		

発表年	政策名(英文原題)	対象レベル		
		全体	保健医療分野	個別課題
2006 年	国家戦略開発計画 (NSDP1)	○		
	Public Service Delivery Policy	○		
	National Strategy for Reproductive and Sexual Health in Cambodia; National Reproductive Health Programme			○
2007 年	National Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Disease 2007-2010			○
	National Family Planning Commodity Security (FPCS); Forecasting and Costing (2007-2015), Strategy and Action Plan (2007-2011)			○
2008 年	第 2 次四辺形戦略 ("Rectangular Strategy" for Growth, Equity and Efficiency Phase 2)	○		
	第 2 次保健戦略計画 (HSP2)		○	
	Health Information System Strategic Plan 2008-2015			○
	Strategic framework for Health Financing 2008-2015			○
	Community Participation Policy for Health			○
2009 年	第 2 次国家戦略開発計画 (NSDP2)	○		
	National Infection Control Policy			○
2010 年	National Social Protection Strategy for the Poor and Vulnerable			○
2011 年	National Policy on the Control of Acute Respiratory Infection and Diarrheal Disease among Children under the Age of Five; National Acute Respiratory Infection and Control of Disease Program			○
	National Policy and Guidelines for Micronutrient Supplementation to Prevent and Control Deficiencies in Cambodia; National Nutrition Programme			○

発表年	政策名(英文原題)	対象レベル		
		全体	保健医療分野	個別課題
	The National Strategic Plan for Comprehensive & Multi-sectoral Response to HIV/AIDS 3 (2011-2015) in Cambodia			○

出典: The Office of the Council Ministers, Ministry of Health の各文書より作成。

1. カンボジアの上位政策の概要

(1) 第1次保健戦略計画(HSP1)

2003－2007年を対象とした保健医療分野開発計画であるHSP1は、カンボジア全体の包括的な開発計画であるSEDP2に基づいて策定された。

3－2－3で述べたとおり HSP1 は、保健医療分野開発にかかる6つの優先取組領域(priority areas of work)の下に20の戦略を掲げているが、この中でも保健医療システムの強化に関連する8項目を重点中心戦略(essential core strategies)に指定している(図み4-1)。

図み 4-1 HSP1 が掲げた 6 つの優先取組領域と 8 つの重点中心戦略

<優先取組領域>

- ・ 保健医療サービス提供
- ・ 行動変容
- ・ 質の向上
- ・ 人的資源開発
- ・ 保健医療財政
- ・ 組織開発

<重点中心戦略>

- ・ 保健医療施設の計画的配置を通じた、貧困層および他の社会的弱者に対する保健医療サービスの拡大とアクセスの改善
- ・ 保健センターにおける MPA^{*1}を通じた質の高い基礎保健医療サービスの提供
- ・ 病院における CPA^{*2}を通じた質の高い母子保健ケアの提供
- ・ 貧困層をはじめとする利用者のニーズに応じる、保健医療従事者の行動変容
- ・ 保健省基準に沿った、質の高い公的保健医療サービス提供とマネジメント
- ・ 助産師の養成と継続教育による能力強化
- ・ 資源と財政管理の強化を通じた、適正な基金の運用
- ・ 変化に対応した、保健省の組織およびマネジメントの構造改革

*1 MPA: Minimum Package of Activities (最小活動パッケージ)

*2 CPA: Complementary Package of Activities (補完的活動パッケージ)

出典: Ministry of Health, *Health Sector Strategic Plan 2003-2007*; and *Health Strategic Plan 2003-2007* より作成。

(2) 第 2 次保健戦略計画 (HSP2)

HSP1 の後継にあたる HSP2 は、NSDP に基づいて策定された。NSDP2 の 4 本柱の 1 つ「能力構築と人的資源開発」の一部として、「保健医療サービス改善」に位置づけられている。HSP2 の成果指標は、カンボジア・ミレニアム開発目標 (CMDGs: Cambodia Millennium Development Goals) の保健医療分野に相当する。

HSP2 は、3 つの保健医療プログラム領域 (1. 母子保健, 2. 感染症, 3. 非感染症) と 5 つの保健医療戦略領域 (1. 保健医療サービス提供, 2. 保健医療財政, 3. 人材育成, 4. 保健医療情報システム, 5. ガバナンス) とを縦横に組み合わせ、CMDGs 達成に向けた開発目標を明確化する形で、HSP1 からアップデートされた。なお、HSP2 の 3 プログラム領域 (母子保健, 感染症, 非感染症) 間では、特に優先順位は設けられていない。HSP2 の具体的な内容は、3-2-3 で述べたとおりである。

2. カンボジアの上位政策との整合性

カンボジア保健医療分野における日本の支援は、3-3-3で見たとおり、母子保健、結核対策、人材育成、医療施設・機材整備の4領域を中心に行われている。この支援実績をHSP1の掲げた6優先取組領域、およびHSP2が定める3つの保健医療プログラム領域ないし5つの保健医療戦略領域別にみると、いずれもHSP1およびHSP2の課題領域に呼応しており、カンボジアの上位政策に照らして整合的であると言える(表4-2)。

表4-2 HSP1 および HSP2 の課題領域別にみた日本の支援実績

HSP1	HSP2	一般 無償	技術 協力	草の根・ NGO 無償/ 草の根技協	研修・ JOCV/SV
—	母子保健	(2)	(1)+3	11	○
—	感染症対策	(1)+4	3	4	○
—	非感染症対策	-	-	2	○
保健医療サービス提供 質の向上	保健医療サービス提供	3	2	40	○
保健医療財政	保健医療財政	-	-	-	○
行動変容 人材育成	人材育成	1	2	3	○
—	保健医療情報システム	-	-	1	○
組織開発	ガバナンス	-	-	-	○

注 1:「一般無償」「技術協力」「草の根・NGO 無償/草の根技協」²⁰はプロジェクト件数,「研修・JOCV/SV」²¹は支援実績の有無を記載。()は評価対象期間外のもの。

注 2:「保健医療サービス提供」は、施設整備・機材提供やそれらの管理能力強化を主眼とした案件のみを分類した。また、「人材育成」は学校に対する支援などの直接的な支援のみを分類した。

出典:外務省ウェブサイト, JICA ウェブサイト, および JICA 提供資料より作成。

また、これらの支援は、保健省においても、カンボジアの開発計画に沿ったものと認識されている。日本の支援領域としては、母子保健(リプロダクティブ・ヘルスを含む)、結核対策における貢献が、カンボジア政府や他の開発パートナーに認識されている。

²⁰ 在外公館が中心となって現地の地方公共団体・医療機関や NGO などが実施する事業への資金協力をを行う「草の根・人間の安全保障無償資金協力(草の根無償)」,日本の国際協力 NGO が海外で行う経済・社会開発事業に対し資金協力を「NGO 連携無償資金協力(NGO 無償)」, JICA が日本の NGO などの団体から提案された事業を支援する「草の根技術協力事業(草の根技協)」は、無償資金協力・技術協力プロジェクトなどと比較すると、小規模なプロジェクトである。

²¹ JOCVは青年海外協力隊(Japan Overseas Cooperation Volunteers), SVはシニア海外ボランティア(Senior Volunteers)。

また、人材育成や医療施設・機材整備などの支援を通じて、全ての領域に資する貢献を行っており、保健医療システム強化に焦点を当てた支援として評価されている。

3. カンボジア社会のニーズとの整合性

カンボジア政府が策定した前述の開発計画に対し、現地の保健医療分野で活動している NGO では、計画に掲げられた保健医療システムが実際に機能することが、社会のニーズであるという意見があった。保健医療セクター改革後の整備計画および HSP2 は、社会のニーズを反映して策定されてはいるが、その実施に課題があり、公的なシステムとして、質の高い保健医療サービスへのアクセスを確保するには至っていないという指摘である。人材の供給・配置が、必ずしもコミュニティのニーズを十分に満たしていない（人員不足ないし人材の質の低さ）、施設などの整備が不十分（電力供給不足、医療施設において陣痛室などが不備）という意見もあった。

公立医療機関の医療従事者の給与の低さ、および民間医療機関の乱立などの問題点も指摘された。カンボジアでは、公的医療施設の医師の多くが、民間医療施設において兼業しており、公的な保健医療システムが十分に機能しない要因にもなっている。公務員の給与の低さは、保健医療人材の公的機関から民間機関への流出など、分野全体にかかる構造的な課題となっていた。

このように、前掲の開発計画は、カンボジア社会のニーズに合致していると言えるものの、人材配備や施設などの整備は、コミュニティ・レベルでは、まだ不十分であった。また、公的な保健医療システムのみ注目するだけでは解決されない課題があることも明らかになった。

現地の日本大使館および国際協力機構（JICA: Japan International Cooperation Agency）事務所に対するヒアリングでは、保健医療分野支援の意義として、カンボジア政府の方向性を是正する意味合いがあることも指摘された。具体的には、開発計画において経済成長を重視しがちなカンボジア政府に対し、開発パートナーの立場から、保健医療状況の改善を促すことである。保健医療分野支援は、なかなか効果が見えにくいですが、継続的な支援が重要との意見もあった。

カンボジア社会のニーズを踏まえ、HSP2をはじめとする開発計画の実現に向けて、より効果的な支援を行うことが期待される。

4-1-2 日本の上位政策との整合性

1. ODA 大綱および ODA 中期政策との整合性

(1) ODA 大綱および ODA 中期政策の概要

「政府開発援助(ODA: official development assistance)大綱」は、日本の援助の理念、援助実施の原則、援助政策の立案および実施などについての閣議決定であり、日本の援助政策の根幹をなすものである。そして「政府開発援助(ODA)に関する中期政策」は、ODA大綱の下、一体性と一貫性をもってODAを効率的・効果的に実施するための基本方針である。ODA大綱は、1992年に最初のもので定められており、現行の大綱は2003年に改定されたものである。またODA中期政策は、初版が1999年に、改定版が2005年に策定されている。

囲み 4-2 現行 ODA 大綱の保健医療分野関連部分(抜粋)

2. 基本方針

(2)「人間の安全保障」の視点

紛争・災害や感染症など、人間に対する直接的な脅威に対処するためには、グローバルな視点や地域・国レベルの視点とともに、個々の人間に着目した「人間の安全保障」の視点で考えることが重要である。このため、我が国は、人づくりを通じた地域社会の能力強化に向けた ODA を実施する。また、紛争時より復興・開発に至るあらゆる段階において、尊厳ある人生を可能ならしめるよう、個人の保護と能力強化のための協力を行う。

3. 重点課題

(1) 貧困削減

貧困削減は、国際社会が共有する重要な開発目標であり、また、国際社会におけるテロなどの不安定要因を取り除くためにも必要である。そのため、教育や保健医療・福祉、水と衛生、農業などの分野における協力を重視し、開発途上国の人間開発、社会開発を支援する。

(2) 地球的規模の問題への取組

地球温暖化をはじめとする環境問題、感染症、人口、食料、エネルギー、災害、テロ、麻薬、国際組織犯罪といった地球的規模の問題は、国際社会が直ちに協調して対応を強化しなければならない問題であり、日本も ODA を通じてこれらの問題に取り組むとともに、国際的な規範づくりに積極的な役割を果たす。

出典：外務省「政府開発援助大綱」(2003 年)より抜粋。

さらに、現行 ODA 大綱は、重点地域として「ASEAN などの東アジア地域」を挙げ、こうした地域との「経済連携の強化などを十分に考慮し、ODA を活用して、同地域との関係強化や域内格差の是正に努める」と述べている。

これらの内容を受け、現行 ODA 中期政策（2005 年）は、保健医療分野を「重点課題」の 1 つである「貧困削減」の中に位置づけ、「貧困削減のためのアプローチ及び具体的取組」について詳述している。

この中で、同政策は、「貧困削減のためのアプローチ及び具体的取組」のうち「発展段階に応じた分野横断的な支援」において、HIV/AIDS 対策を例に引き、「保健医療にとどまらない問題として、各種スキームを活用しつつ、セクター横断的な対策を行う。」と述べている。

また、「貧困層を対象とした直接的な支援」では、「基礎社会サービスの拡充」のために、「基礎社会サービス供給の強化の観点から、中央政府及び地方政府の能力強化や保健医療システム等の強化を支援すると同時に病院や学校へのアクセス改善を目的とした運輸・通信・電力インフラの整備を行う。」と述べている。

さらに、第 4 の重点課題である「平和の構築」の実現に向けて、「政府に対する支援と地域社会に対する支援の組み合わせ」に言及し、「政府の機能不全を緊急に補うため、地域社会に対する草の根レベルの支援を通じ保健医療、教育、飲料水、食料などの基礎社会サービス提供を行い、地域コミュニティの再生に努める」としている。

（２）ODA 大綱および ODA 中期政策との整合性

前節で見たように、ODA 大綱および ODA 中期政策は、「貧困削減」のために重視する分野の 1 つとして保健医療分野を掲げており、同分野支援の重要性・必要性が認められる。

また、カンボジアは、同政策が重点地域とする東南アジア諸国連合（ASEAN: Association of Southeast Asian Nations）の一員であり、域内格差の是正に向けて開発が期待されている加盟国の 1 つである。現地大使館に対して行ったヒアリングでも、カンボジアは他 ASEAN 諸国と比較して保健関連指標が著しく低かったため、この改善が優先事項だったとの意見があった。

これらの点より、カンボジア保健医療分野における日本の支援は、ODA 大綱および ODA 中期政策と整合しており、日本の上位政策に対して妥当であったと評価できる。

2. 保健医療に関する分野別開発政策（イニシアティブ）との整合性

（１）保健医療に関する分野別開発政策（イニシアティブ）の概要

日本の ODA 政策の体系は、包括的な上位政策である「ODA 大綱」と「ODA 中期政策」の下、援助対象国毎に分野横断的な援助実施指針を示す「国別援助計画」（2011 年から順次「国別援助方針」に改定）と、国を超えて分野毎に援助実施方針を掲げる「分野別開発政策（イニシアティブ）」が、縦横の関係で組み合わせられ、形成されている。

保健医療に関する現行の分野別開発政策(イニシアティブ)は、「国際保健政策 2011－2015」(2010 年 9 月策定)である。本評価の対象期間にかかる分野別開発政策の推移を整理すると、表 4-3 のとおりである。

(2) 保健医療に関する分野別開発政策(イニシアティブ)との整合性

3-3-3で述べたように、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領域を核として展開されてきた。これらの取組は、表 4-3 で示す3つの分野別開発政策(イニシアティブ)に照らして、次のように評価できる。

第一に、「沖縄感染症対策イニシアティブ」は、日本が議長国を務めた G8 九州・沖縄サミットにおいて発表された、感染症対策支援に関する包括的なイニシアティブである。同政策は、結核対策として、「人材育成」と「DOTS²²の推進」を掲げている。この点は、カンボジアで行われた一連の結核対策支援の目標に合致している。また、G8 九州・沖縄サミットが契機の一つとなって設立された世界エイズ・結核・マラリア対策基金(世界基金: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria)は、カンボジアにおいても主要な開発パートナーとなっている。

第二に、2005 年に発表された「保健と開発に関するイニシアティブ」(HDI: Health and Development Initiative)は、開発途上国の国連ミレニアム開発目標(MDGs: Millennium Development Goals)達成に向けた支援を着実に進めることを目標とした網羅的なイニシアティブである。同政策は、具体的取組の筆頭として、保健医療分野の人材育成や保健医療システムの強化に関する「保健医療体制の基盤整備に係る支援」を掲げている。カンボジア保健医療分野の支援においても、人材育成や医療整備・機材整備は重点領域の1つとされてきた。

最後に、「新国際保健政策 2011－2015」は、2011 年からの5年間を対象として発表された、現行の分野別開発政策である。同政策は、母子保健(妊産婦・乳幼児死亡率の削減)と三大感染症対策の推進に向けて、二国間支援と国際機関を通じた支援などを組み合わせ、効果的な保健施策を拡大するとしている。カンボジアにおいても、二国間支援に加え、世界基金などの他開発パートナーと連携した支援が行われている。

以上の点を踏まえ、カンボジア保健医療分野の支援は、沖縄感染症対策イニシアティブ(IDI: Okinawa Infectious Diseases Initiative)、HDI、新国際保健政策の各分野別開発政策(イニシアティブ)に整合しており、日本の分野別政策に対して妥当であったと言える。

²² directly observed treatment with short-course chemotherapy (直接監視下短期化学療法)

表 4-3 評価対象期間にかかる保健医療分野の開発政策（イニシアティブ）

発表年	政策名	主な支援内容
2000 年	沖縄感染症対策 イニシアティブ (IDI: Okinawa Infectious Diseases Initiative)	(1) HIV/AIDS (HIV/AIDS (若年層やハイリスク・グループへの予防 啓発活動, 自発的検査とカウンセリングの普及, 検査・診断技術 の強化, エイズ遺児のケア)) (2) 結核 (人材育成, DOTS ^{*1} 治療の推進) (3) マラリア・寄生虫 (薬剤含浸蚊帳の使用促進, ギニア虫根絶支 援, 国際寄生虫対策 (橋本イニシアティブ) センター (タイ・ガーナ・ ケニア) での人材育成) (4) ポリオ (ワクチン接種などによるポリオ根絶支援), (5) 疾病を超えた保健医療体制の整備 (安全な水の供給, プライマ リーヘルスケアの充実など)
2005 年	「保健と開発」に 関するイニシアテ ィブ (HDI: Health and Development Initiative)	(1) 保健医療体制の基盤整備に関する支援 (2) 保健医療分野の支援を補完する関連分野の支援及び分野横断 的取組 (3) ミレニアム開発目標 (MDGs ^{*2}) の達成への貢献に向けた取組 (4) 我が国の援助実施体制の強化
2010 年	国際保健政策 2011－2015	(1) MDGs4 および 5 (妊産婦・乳幼児死亡率の削減) ・保健システム強化を中心としたプログラムアプローチ ・コミュニティ・ベースと施設ベースの予防及び治療ケアの強化 ・コミュニティと施設をつなぐシステム強化 ・乳幼児死亡率削減のための効果の高い保健施策の拡大 (2) MDG6 (三大感染症対策) ・世界基金 ^{*3} を通じた効果的な保健施策の拡大 ・二国間支援を活用した保健システム強化 ・母子保健施策との統合的取組の推進 (3) その他の支援策 ・公衆衛生緊急事態, 自然災害, 紛争等による健康被害に対する支 援 ・コミュニティの安定と平和構築への貢献

^{*1} DOTS: directly observed treatment with short-course chemotherapy (直接監視下短期化学療法)

^{*2} MDGs: Millennium Development Goals

^{*3} 世界基金 (世界エイズ・結核・マラリア対策基金) は, 2002 年に設立された官民合同の基金で, HIV/AIDS, 結核, マラリア対策の資金を提供している。

出典: 外務省『平成 20 年度外務省第三者評価「保健医療分野支援」の評価 報告書』(2008 年), 外務省『国際保健政策 2011－2015』より作成。

3. 対カンボジア国別援助計画との整合性

(1) 対カンボジア国別援助計画の概要

カンボジアに対する日本の援助政策を定めた対カンボジア国別援助計画(2002 年)は、第 3 章でみたように、保健医療分野の支援を 4 つの中間目標の 1 つである「社会的弱者支援」に位置づけている。同計画の目標体系は、表 4-4 に示すように構成されている。

表 4-4 対カンボジア国別援助計画における目標体系

援助政策目標	中間目標(重点分野別)	サブセクター目標
持続可能な経済成長 及び貧困削減	Ⅰ 持続可能な経済成長 と安定した社会の実現	5 つの改革支援とグッド・ガバナンス
		社会・経済インフラ整備推進と経済復興のための環境整備
		農業・農村開発と農業生産性向上
		対人地雷問題への包括的支援
	Ⅱ 社会的弱者支援	教育
		保健 (a) 母子保健・医療技術の向上 (b) 感染症対策(HIV/AIDS, 結核, マラリア, 寄生虫対策) (c) 地方における一次医療サービス
		上水道整備
	Ⅲ グローバルイシュー への対応	環境保全
		薬物対策
	Ⅳ ASEAN 諸国との格 差是正のための支援	メコン地域開発
		IT 支援

出典:外務省『平成 17 年度外務省第三者評価 カンボジア国別評価 報告書』(2005 年)より作成。

(2) 対カンボジア国別援助計画との整合性

上述のように、対カンボジア国別援助計画で掲げられた保健医療分野の援助政策は、「母子保健・医療技術の向上」、「感染症対策(HIV/AIDS, 結核, マラリア, 寄生虫対策)」、「地方における一次医療サービスの充実」の 3 項目である。カンボジア保健医療分野における支援実績を上記の項目別にみると、表 4-5 のとおりである。ただし、同計画では、保健医療分野の支援の支援内容についてあまり詳細な記述が行われていない。

このように、カンボジアで実際に行われた支援の内容は、国別援助計画の目標体系図に照らして、おおむね整合していた(表 4-5)。なお、「感染症対策」のうち HIV/AIDS および

マラリアについて、本評価の対象期間中の二国間援助の支援実績は限られているのは、世界基金の支援との重複を避けるよう調整したためである。

表 4-5 対カンボジア国別援助計画の課題別にみた日本の支援実績

		一般無償	技術協力	草の根・ NGO 無償	研修・ JOCV/SV
母子保健・医療技術の向上		(2)	(1)+3	8	○
感染症対策	総合的な感染症対策	4	-	1	○
	HIV/AIDS	-	-	1	○
	結核	(1)	3	-	○
	マラリア	-	-	-	○
	寄生虫	-	-	3	○
	その他	1	-	2	-
地方における初等医療サービスの充実		3	4	44	○
その他		-	-	2	-

注:「一般無償」「技術協力」「草の根・NGO 無償」はプロジェクト件数,「研修・JOCV/SV」は支援実績の有無を記載。()は評価対象期間外だが、過去に行われた一般無償および技術協力プロジェクト。

出典:外務省ウェブサイト, JICA ウェブサイト, および JICA 提供資料より作成。

4-1-3 国際的な優先課題および上位枠組みとの整合性

1. 国連ミレニアム開発目標 (MDGs) との整合性

MDGs は、国際連合ミレニアム・サミット(2000 年 9 月)で採択された「国連ミレニアム宣言」が掲げた七つのテーマ²³のうち、人間開発を推進するために最も緊急に取り組まなければならない課題である「開発及び貧困撲滅」について、同宣言および 1990 年代に開催された主要な国際会議や G8 サミットなどで採択された国際開発目標を統合して取りまとめられたものである。それは、21 世紀において国際社会全体が共有すべき目標であり、世界のあらゆる開発政策の指針となっている。

MDGs は 8 つのアウトカムないしインパクト目標(ゴール)群であり、一つのゴールにつき 1~6 個のターゲット、さらに一つあるいは複数のターゲットにつき 1~12 個の指標が定められている。

²³ 公正で持続的な世界平和を構築するために国際社会が連携・協調していくと合意したのは、次の七つのテーマである。(1)平和、安全および軍縮、(2)開発および貧困撲滅、(3)共有する環境の保護、(4)人権、民主主義およびグッド・ガバナンス、(5)弱者の保護、(6)アフリカの特別なニーズへの対応、(7)国連の強化。

8つのMDGsのうち、保健・医療に直接関連する項目はゴール4、5、6の3項目である（表4-6）。

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版MDGsであるCMDGsの達成を目指した開発計画（HSP2）に整合していることから、日本の支援はMDGsに整合しており、政策として妥当と評価できる。

表4-6 MDGsの「ゴール」と「ターゲット」（抜粋）

ゴール	ターゲット
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。
	ターゲット 1.B: 女性、若者を含む全ての人々に、完全かつ生産的な雇用、そしてディーセント・ワーク ²⁴ の提供を実現する。
	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。
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。
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。
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。
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。
	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。
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。
	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。
	ターゲット 6.C: マラリアおよ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。
ゴール 7: 環境の持続可能性確保	ターゲット 7.A: 持続可能な開発の原則を国家政策およびプログラムに反映させ、環境資源の損失を減少させる。

²⁴ 「ディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）」は 1999 年の第 87 回国際労働機関（ILO: International Labour Organization）総会の事務局長報告で発表された概念。

ゴール	ターゲット
	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。
	ターゲット 7.C: 2015 年までに、安全な飲料水およ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。
	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。
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	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および金融システムを構築する（良い統治、開発および貧困削減を国内のおよび国際的に公約することを含む。）
	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）に対する債務救済およ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。）
	ターゲット 8.C: 内陸開発途上国およ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および第 22 回国連総会特別会合の規定に基づく。）
	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、国内およ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。
	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。
	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。

出典：外務省ウェブサイト「MDGs 一覧」より作成。

2. 国際保健に関する洞爺湖行動指針との整合性

2008 年 7 月の G8 北海道洞爺湖サミットに、G8 保健専門家会合報告書として提出された「国際保健に関する洞爺湖行動指針」は、MDGs の保健関連目標に焦点をあて、2015 年の目標達成に向けた「行動原則」と「取るべき行動」を明示した。

表 4-7 のように、洞爺湖行動指針は、保健医療従事者の育成を含む保健システム強化、母子保健、感染症対策の推進に向けて取り組むことを示している。母子保健、結核対策、

人材育成を中心に取り組んできた日本の対カンボジア保健医療分野支援は、洞爺湖行動指針が示す行動に含まれ、政策的に妥当であると評価できる。

表 4-7 「国際保健に関する洞爺湖行動指針」に定められた「取るべき行動」

項目	主な内容
保健システム強化	・保健従事者の不足への対処 ・保健システムに関する適切なモニタリング・評価 ・保健データの指標標準化のためのステークホルダー間の連携
母子保健(妊産婦, 新生児, 小児の保健)	・妊産婦および新生児の死亡削減のための取組強化 ・栄養プログラムの実施強化
感染症	・エイズの予防・治療・ケアとサポートへのユニバーサル・アクセス ・結核による死亡者数半減に向けたストップ結核戦略の拡大 ・アフリカのマラリア高負担国における予防対策等の強化 ・ポリオ根絶に向けた取組の強化 ・顧みられない熱帯病(NTDs*)の主要流行国における支援の強化
他分野との連携促進	・保健, 貧困, 教育, ジェンダー, 水・衛生の分野間連携の拡大 ・気候変動が保健に与える潜在的な影響の分析支援
資金	・感染症対策と保健システム強化のためのコミットメント ・母子保健や新たな課題のための追加的資金の必要性

*NTDs: neglected tropical diseases

出典: G8 保健専門家会合報告書『国際保健に関する洞爺湖行動指針(仮訳)』(2007 年)より作成。

3. 国際的なイニシアティブとの整合性

2000 年代以降、保健医療分野では、国際機関や二国間援助機関などの従来からの開発パートナーだけでなく、世界基金やビル＆メリンダ・ゲイツ財団など、巨額の資金提供を行う財団や官民連携組織などが重要な開発パートナーとして影響力を増大させている。保健医療分野には、従来から数多くの国際イニシアティブが実施されてきた。国際イニシアティブは、ある目的のための資金を確保し、多様な援助機関による支援と開発途上国の保健政策が共通の目的・方法論で進められるように調整する役割を果たしている²⁵。

これらのイニシアティブの主な内容と、日本の対カンボジア支援の整合性をみると、表 4-8 のように整理できる。

²⁵ 国際協力機構『JICA の保健分野の協力—現在と未来—』10-11 頁。

表 4-8 国際的なイニシアティブと日本の対カンボジア支援の整合性

領域 (開始年)	名称および概要	日本の対カンボジア支援との整合性
マラリア対策 (1998 年)	ロール・バック・マラリア (Roll Back Malaria: RBM) 保健システム強化により、治療や対策を必要とするあらゆる人がサービスにアクセスできることを目標に掲げる ²⁶ 。	・医療施設・機材整備や保健人材育成の支援を通じて、保健システムの強化に貢献 ・マラリア対策に焦点を当てた具体的な二国間プロジェクトはない
結核対策 (2000 年)	ストップ結核パートナーシップ (Stop TB Partnership) DOTS 戦略の向上を核に、多剤耐性結核やエイズ合併結核対策の推進などを掲げた新戦略を発表 ²⁷ 。	・DOTS 戦略に沿って、病院・保健センターやコミュニティでの治療普及を支援 ・有病率調査により、目標への進捗を図るためのデータ整備を支援
感染症対策 (2000 年)	ワクチンと予防接種のための世界同盟(GAVI アライアンス)* ¹ 予防接種の普及により子どもたちの命と人々の健康を守ることを目標に掲げる ²⁸ 。	・国連児童基金(UNICEF)*² とのマルチバイ協力により、予防接種拡大計画のためのワクチンや資機材などを支援 ・感染症対策計画として、ワクチンやコールドチェーンなどを支援
母子保健 (2005 年)	妊産婦・新生児・子どもの健康パートナーシップ(PMNCH)* ³ MDGs4・5 の達成を目的に発足。主要活動分野はアドボカシー、エビデンスに基づいた支援、国別の支援、モニタリングと評価 ²⁹	・CMDGs 達成を目指し国立母子保健センター(NMCHC)*⁴ のキャパシティ強化、助産人材の育成、コミュニティ・レベルの保健医療活動の推進などを支援 ・二国間援助再開時より、いち早く同領域に取り組み、継続的な支援を行っている ・国連人口基金(UNFPA)*⁵ とのマルチバイ支援による保健センターレベルの資機材提供

²⁶ Roll Back Malaria website.

²⁷ World Health Organization, *The Stop TB Strategy*, p. 6.

²⁸ GAVI Alliance website.

²⁹ UNICEF『世界子ども白書 2008』43 頁。

領域 (開始年)	名称および概要	日本の対カンボジア支援との整合性
HIV/AIDS 対策 (2006 年)	ユニバーサル・アクセス (Universal Access by 2010) 2010 年までの HIV/AIDS 予防, 治療およびケアへの普遍的なアクセスの達成に向けて進捗状況をはかり, 取組を推進 ³⁰	・医療施設・機材整備や保健人材育成の支援を通じて, 保健システムの強化に貢献 ・草の根無償, NGO 連携無償スキームを通じて個別の取組を支援

*¹ Global Alliance for Vaccines and Immunization

*² United Nations Children's Fund

*³ Partnership for Maternal, Newborn and Child Health

*⁴ National Maternal and Child Health Center

*⁵ United Nations Population Fund

出典: 各国際イニシアティブより作成。

以上のように, 日本の対カンボジア支援の内容は, 課題別の国際的なイニシアティブなどの支援戦略にも合致している。よって, これらの支援は, 国際的に認識された途上国の保健医療分野における優先課題に対して妥当であったと評価できる。

4. 援助効果向上に関するパリ宣言との整合性

「援助効果向上に関するパリ宣言」は, 援助の質の改善を目指し, 援助が最大限に効果を上げるために必要な措置について, 開発パートナーと被援助国双方の取組事項をとりまとめたもので, 2005 年 3 月にパリで開催された第2回援助効果向上に関するハイレベル・フォーラムで採択された。同宣言には現在, 日本を含む 137 か国, 28 国際機関, 14 民間団体が参加しており, より良い援助を実施するための規範として広く認知されている³¹。同宣言が示した「援助効果向上の 5 原則」は表 4-9 のとおりである。

日本の対カンボジア保健医療分野支援の特長は, カンボジアのナショナル・センター(国家プログラムの拠点施設)となる施設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, スキーム間連携によるパッケージとなっている点, および個々の援助事業の内容や実施スタイルがカンボジア側の能力強化を重視している点にある。このように, 日本は, 母子保健や結核対策の政策立案・実施を自律的に担う組織の立ち上げを支援してきたことから, 日本の支援は被援助国(カンボジア)のリーダーシップの発揮への支援という「(1)自助努力原則」に沿ったものである。

³⁰ World Health Organization website

(<http://www.who.int/hiv/topics/universalaccess/en/index.html>)

³¹ OECD Development Assistance Committee website

(<http://www.oecd.org/dac/aideffectiveness/parisdeclarationandaccraagendaforaction.htm>)

また、上述のとおり、母子保健、結核対策、人材育成、医療施設・機材整備の4領域を中心とする日本の支援は、カンボジア保健省策定のHSP2の戦略に呼応しており、被援助国(カンボジア)の開発戦略に沿うという「(2)制度、政策への協調」原則に整合的である。

さらに、4-1-4で後述するように、日本は他の開発パートナーと様々な調整会合を通じて、活動の連携や重複回避に取り組んでおり、「(3)援助の調和化」に努めている。

最後に、「(4)開発成果管理」および「(5)相互説明責任」の観点では、支援プロジェクトのレビューにあたり、相手国機関との合同評価などに取り組んでいる点を評価できる。

このように、日本の対カンボジア保健医療分野支援は、「援助効果向上に関するパリ宣言」の主要原則と整合的であり、政策的に妥当であると評価できる。

表 4-9 パリ宣言における「援助効果向上の5原則」

(1) 自助努力(自立性) Ownership	被援助国は、開発戦略の策定と実施についてリーダーシップを発揮し、開発パートナー国・機関などはそれを支援する。
(2) 制度、政策への協調 Alignment	開発パートナー国・機関などによる支援は、被援助国の開発戦略に沿って、可能な限り被援助国の財政・調達などの制度と手続きを利用して行う。
(3) 援助の調和化 Harmonization	開発パートナー国・機関などは、可能な限り援助の計画、実施、評価、報告などに関する制度・手続きを共通化する。
(4) 開発成果管理 Managing for Results	被援助国の開発計画、予算措置、評価などの援助実施・管理に関連する制度を強化し、相互の連関性を強めることにより、開発の成果を高める。
(5) 相互説明責任 Mutual Accountability	開発パートナー国・機関などと被援助国は、援助資金や手続き、開発成果などに関して透明性を高め、相互に説明責任を果たす。

出典: OECD, “The Paris Declaration on Aid Effectiveness” より作成。

4-1-4 他の開発パートナーとの相互補完性、および日本の支援の特長

1. 他の開発パートナーとの相互補完性

カンボジアでは、開発パートナー間での支援の重複を避けるために、保健医療分野テクニカル・ワーキング・グループ(TWGH: Technical Working Group for Health)や保健医療パートナー会合など、いくつもの調整会合が設けられている。このような場での支援の調整(aid coordination)を通じて、日本と他の開発パートナーとの間でも、類似した活動について地域ごとに分担したり、重複のないように支援内容を調整したりする取組が行われてい

る。したがって、支援領域や地域に関する他の開発パートナーとの役割分担は、おおむね良好に行われていると考えられる。

一方で、多数の開発パートナーによる支援が行われている母子保健領域では、JICA と RACHA (Reproductive and Child Health Alliance. リプロダクティブ・ヘルスと子どもの健康に関わるカンボジアの NGO) の助産師研修など、一部重複している内容や、逆に、卒後研修運営費などのように、どの開発パートナーからも支援を受けにくい事業があるとの意見もあった。

写真 4-1 評価チームによる他の開発パートナーへのヒアリングの様子



(左) WHO カンボジア事務所
(上) UNICEF カンボジア事務所
(撮影) みずほ情報総研

2. 日本の支援の特長

日本の支援の特色は、医療施設などのインフラの整備とあわせて技術協力を行うことにより、カンボジア側の能力を強化して支援が有効に機能することを重視した支援を行っている点である。この点は、カウンターパート機関でもよく認識されており、高く評価されている。国立母子保健センター (NMCHC: National Maternal and Child Health Center) 所長からは、「日本の支援はカンボジアのオーナーシップを尊重し自ら運営するのを支援する姿勢であり、持続性を重視した支援である」との意見があった。また、保健省幹部からも、日本の支援がカンボジアの人材の技術的能力向上を支援している点が評価された。

このような日本の支援の進め方は、他の開発パートナーの間でも広く認知されており、日本の特色として、「現場 (on-site) での技術支援による相手国の能力強化」や「自立性の

尊重」を評価する意見があった。その具体例として、結核対策や母子保健の支援などが挙げられた。特に、母子保健の支援については、日本は、NMCHC を中心に据えながら、研修を通じて地方を射程に入れるという良い立ち位置(position)で支援を行ってきたとし、カンボジア全国への裨益に貢献したとの評価もあった。

第二の特色として、日本は、中央政府への支援と地方レベルの支援を同時に行うことによって、現場を理解した上で中央政府へのフィードバックができるという点があげられた。ただし、現地 NGO からは、JICA の支援は主に政府レベルで行われていると認識されており、「草の根レベルの活動を担いコミュニティに裨益する NGO 活動への直接的な支援も拡大すべき」との意見もあった。この点について、カンボジアの保健医療分野 NGO の会員組織(アンブレラ NGO)である MEDiCAM の代表は、中央政府レベルでの取組を NGO 支援で補完することが保健医療セクター全体の改善に貢献すると述べた。

写真 4-2 日本の NGO による活動風景



日本 NGO 連携無償資金協力を得ている NGO によるコンポントム州の農村での母子保健改善事業(妊婦指導)を視察する評価チーム (撮影)みずほ情報総研

以上の点を踏まえ、カンボジア保健医療分野における日本の支援は他の開発パートナーとの相互補完性からみて妥当であると評価される。また、日本の支援の特長として、相手国の能力強化や自立性(オーナーシップ)の尊重といった点が、相手国機関のみならず他の開発パートナーの間でも広く評価されていた。

4-1-5 「政策の妥当性」に関する評価のまとめ

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次保健戦略計画が定める3つの保健医療プログラム分野および5つの戦略分野の各戦略に

照応しており、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ODA大綱、中期政策、「『保健と開発』に関するイニシアティブ」(HDI)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国連ミレニアム開発目標(MDGs)、国際保健に関する洞爺湖行動指針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。また、保健医療分野各領域の支援戦略を示す各種の国際イニシアティブとも、日本の支援は合致していると評価できる。

他の開発パート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。開発パートナー全体として効率的な支援を行うためには、単に重複を避けるだけではなく、開発パートナーがそれぞれの強みを活かすことができる、相互補完的な関係を築くことが重要である。日本として、より効率的な支援を行うために、他の開発パートナーの支援政策や特色を把握し、日本の特長を活かした支援のあり方を検討することが求められよう。特に母子保健領域については、より効率的な支援を行うために、他の開発パートナーの動向を踏まえた戦略的な支援を行うことが期待される。

日本の支援の特色は、カンボジア側の能力強化や自立性(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。医療施設などの整備とあわせて技術協力を行うことにより、カンボジア側の能力を強化して支援が有効に機能することを重視した支援を行ってきた。また、研修を通じて地方を射程に入れ、中央政府への支援と地方レベルの支援を同時に行うことによって、現場を理解した上で中央政府へのフィードバックを行うことができる点も評価された。

4-2 「結果の有効性」に関する評価

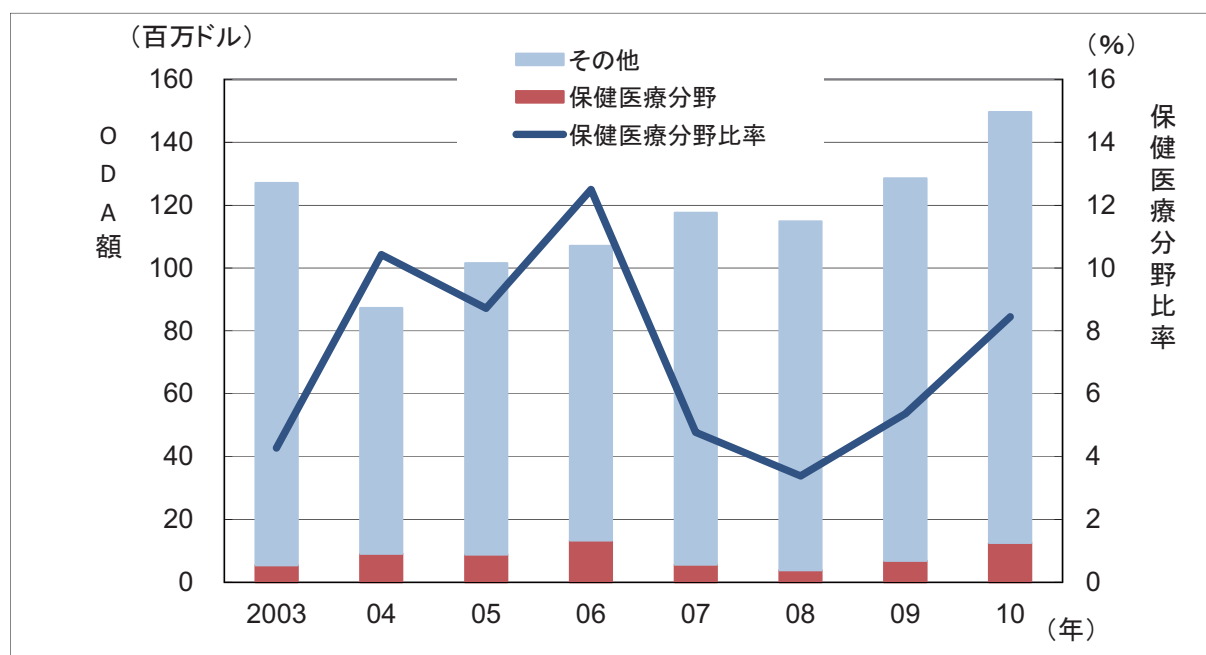
本節では、カンボジア保健医療分野における日本の支援の「結果の有効性」を、(1)インプットに関する定量的評価、(2)アウトプットに関する評価、(3)アウトカムに関する定量的評価、(4)インパクトに関する定量的評価を通じて評価した。アウトプットについては主要 4 領域、アウトカムとインパクトについては定量的評価の可能なデータを入手できた母子保健および結核対策を対象として評価した。また、定量的データで示せない部分については、定性的評価を追加した。

4-2-1 インプットに関する定量的評価

1. 日本の対カンボジア ODA 全体における保健医療分野の位置づけ

日本の対カンボジア ODA 実績(支出総額ベース)は 2005 年以降おおむね増加傾向にあるが、保健医療分野については増減を繰り返しており中期的には横ばいといえる。総額に占める保健医療分野の比率も、年によって変動が激しいが、2003～2006 年の 4 年間の累計額における保健医療分野の比率は 8.5%、2007～2010 年の 4 年間では 5.6%であるから、中期的にはやや低下傾向にある(図 4-1)。

図 4-1 日本の対カンボジア ODA 実績(支出総額ベース)

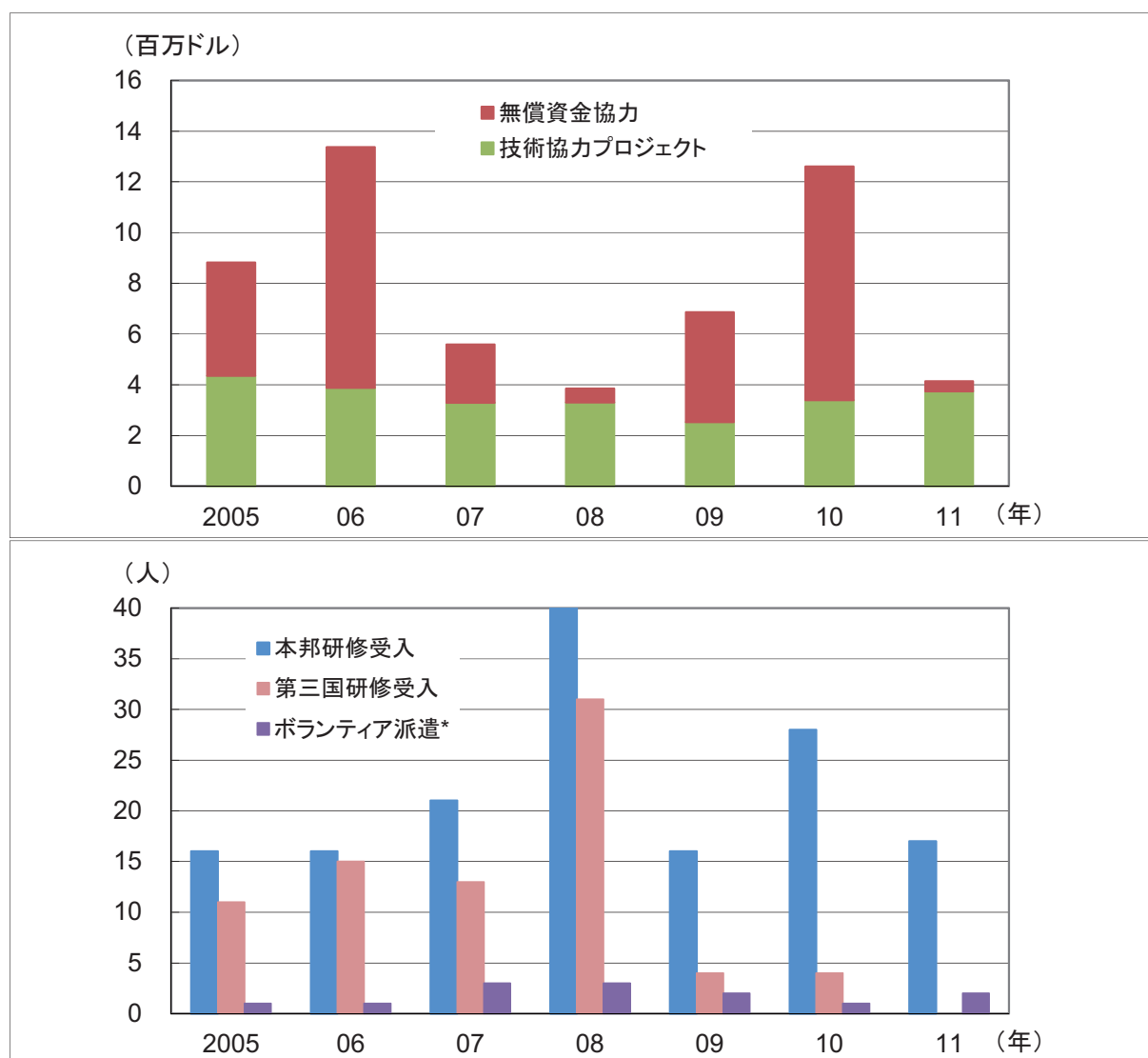


出典:OECD-DAC, *Development Database on Aid Activities: Creditor Reporting System Online* (2012 年 12 月 4 日アクセス)より作成。

この保健医療分野 ODA 額の推移をスキーム別にみると、年による金額の大小の主因となっているのは無償資金協力であり、技術協力プロジェクトの額はおおむね年間 300～400 万ドルで推移している(図 4-2 上)。

また、本邦研修の受入人数は年により増減はあるが中期的には横ばい、第三国研修の受入人数は増減を繰り返しながら近年やや減少傾向、青年海外協力隊(JOCV: Japan Overseas Cooperation Volunteers)およびシニア海外ボランティア(SV: Senior Volunteers)の派遣人数は年間 1～3 名(派遣開始年ベース)で横ばいとなっている(図 4-2 下)。

図 4-2 日本の対カンボジア保健医療分野 ODA 実績
(スキーム別支出総額および研修受入・ボランティア派遣人数)



* JOCV と SV の合計数を派遣開始年に計上。

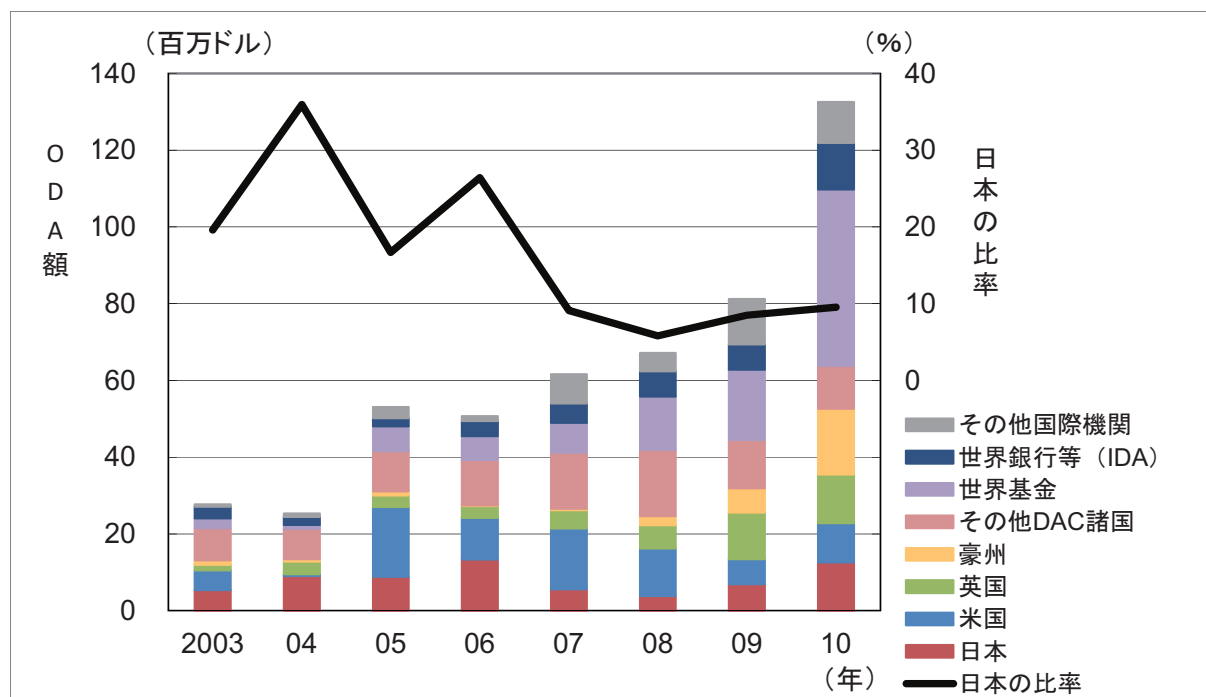
出典: 外務省より提供されたデータより作成。

2. 開発パートナー全体の対カンボジア保健医療分野 ODA における日本の位置づけ

開発パートナー全体の対カンボジア保健医療分野 ODA は近年急増しており、2008 年から 2010 年までに倍増している。日本の対カンボジア保健医療分野 ODA は中期的に横ばいであるから、開発パートナーの中で日本の占める割合は低下している。全開発パートナーの ODA 額(支出総額ベース)に占める日本の比率は、2006 年までは 20~30%前後だったが、その後 10%を下回り続けている。

開発パートナー全体額の急増と日本の比率低下の主因は、世界基金による援助額の急増である³²。二国間開発パートナーでは、英国や豪州は増額している(図 4-3)。

図 4-3 諸開発パートナーの対カンボジア保健 ODA 実績(支出総額ベース)



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。

³² 日本は世界基金の第 5 位の出資国であり、2012 年 9 月末現在、世界基金に対する累積拠出額約 227 億ドルのうち日本の拠出額は約 16 億ドル(7.1%)で、米国(31.2%)、フランス(13.5%)、英国(7.3%)、ドイツ(7.3%)に次ぐ。世界基金日本支援委員会ウェブサイト(http://www.jcie.or.jp/fgfj/03-2.html#03_05) (2013 年 1 月 9 日アクセス)。

4-2-2 アウトプットに関する評価

1. 母子保健

日本の母子保健支援で、本評価の対象となる主要プロジェクトは、「母子保健プロジェクト(フェーズ 2)」(2000～2005 年)と「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)の 2 つの技術協力プロジェクトである。いずれのプロジェクトも、母子保健改善のための人材育成、特に助産師の臨床技術能力強化を目標に行われた。

「母子保健プロジェクト(フェーズ 2)」では、NMCHC における外来患者や妊婦健診受診者、NMCHC による各種研修の回数と修了者などの定量的な成果が把握された(表 4-10, 表 4-11, 表 4-12)³³。表 4-10 は、各レベルの医師・助産師を対象とした研修の回数と参加者の総数を示している。表 4-11 は、母子保健プロジェクトで実施された指導者研修(TOT: training of trainers)によって、助産師・看護師および医師の研修指導者が増えていったことを示している(一部「フェーズ 1」の時期を含む)。表 4-12 は、1990 年代終わりから 2011 年までに至る NMCHC の外来患者数や妊婦健診件数の推移を示したものである。

表 4-10 母子保健プロジェクトで実施された研修回数と育成人数

研修種類	開始年	実施回数	育成人数	研修期間
ヘルスセンター助産師研修	1997年	16	303	4週間
リファラル病院助産師研修	2000年	8	100	5週間
リファラル病院医師研修	2000年	5	25	3か月

出典：国際協力機構『カンボジア王国母子保健プロジェクト(フェーズ 2)終了時評価調査報告書』より作成。

表 4-11 母子保健プロジェクトで育成された助産師・看護師および医師の研修指導者数

	指導者研修実施時期	第1世代	第2世代	第3世代	第4世代	合計
研修指導者 (助産師・ 看護師)	(2000年2月以前)	9	—	—	—	9
	2000年2月	7	10	—	—	17
	2002年6月	7	8	5	—	20
	2003年12月	7	8	5	7	27
研修指導者 (医師)	(1999年8月以前)	5	—	—	—	5
	1999年8月	5	7	—	—	12
	2002年5月	3	6	8	—	17

注：各世代の人数は、各研修時期において育成された研修指導者の人数である。

出典：国際協力機構『カンボジア王国母子保健プロジェクト(フェーズ 2)終了時評価調査報告書』より作成。

³³ 国際協力機構『カンボジア王国母子保健プロジェクト(フェーズ 2)終了時評価調査報告書』2004 年。

表 4-12 NMCHC の活動(1997～2011 年)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
外来総数	38,830	64,337	82,808	84,861	71,729	77,052	90,827	94,823	92,866	84,176	93,779	85,157	73,550	54,771	61,834
妊婦健診件数	18,377	19,108	24,135	24,274	21,164	24,461	27,904	28,106	28,530	25,584	28,705	26,195	23,913	16,356	19,430
母親教室回数	1,019	7,925	928	1,041	764	729	537	563	550	478	629	579	578	550	499
予防接種件数	11,433	34,471	47,477	49,056	39,672	40,608	42,491	45,730	43,370	38,365	42,820	38,982	31,912	24,135	27,224
婦人科外来数	4,395	4,717	4,946	4,670	4,801	4,379	5,126	5,442	5,489	5,555	5,994	5,815	5,001	4,118	4,067
乳幼児健診件数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	254	242	158	168	85	43	62	81
超音波検査件数	4,522	6,667	8,167	9,564	8,596	9,539	10,201	10,131	10,079	9,746	10,673	9,994	11,922	8,064	8,705
病理検査件数(Labo)	4,315	9,425	13,306	11,854	11,488	11,982	13,084	12,308	12,787	11,727	13,124	11,867	14,452	11,534	12,710
入院件数	5,998	8,712	10,194	10,531	9,504	9,916	9,729	10,205	10,686	10,755	12,089	11,475	10,013	7,743	8,717
分娩件数	3,783	6,089	7,025	7,235	6,467	6,656	6,718	7,154	7,470	7,241	8,183	7,661	7,518	5,304	6,380
帝王切開件数	432	572	692	653	1,237	619	671	807	857	901	1,060	1,083	1,206	1,207	1,797
手術総件数	811	1,052	1,329	1,391	1,237	1,328	1,327	1,504	1,572	1,661	1,870	1,843	2,201	2,009	2,395
婦人科手術件数	379	476	554	646	564	604	585	610	597	596	606	1,843	474	495	513
婦人科入院件数	480	1,224	1,562	1,629	1,595	1,673	1,642	1,655	1,630	1,665	1,808	1,659	1,428	1,235	1,394
新生児室入院件数	451	805	944	979	850	887	810	799	882	1,135	1,354	1,446	1,220	783	919
病床稼働率	N/A	66.1%	76.4%	74.9%	69.9%	72.1%	70.8%	72.0%	76.8%	78.0%	89.9%	83.3%	83.1%	67.6%	72.5%

注:「N/A」は未詳。
出典:NMCHC より提供されたデータより作成。

「地域における母子保健サービス向上プロジェクト」では、保健センターに配置される助産師など専門技能を持つ分娩助助者（SBA:skilled birth attendant）を支援するための研修カリキュラムの作成、研修の実施、助産師コーディネーター養成、保健行政区（OD: Operational District）母子保健行政官による SBA 支援アクションプランの実施、OD によるコミュニティ協働支援行動の実施、NMCHC による SBA 対象研修の内容改訂、NMCHC の新たな研修カリキュラムの受講者数などの、具体的・定量的な成果が把握された³⁴。

写真 4-3 NMCHC の外観（左）と評価チームによるヒアリングの様子（右）



（撮影）みずほ情報総研

2. 結核対策

日本の支援は、カンボジア政府が世界保健機関（WHO: World Health Organization）の指導の下に 1994 年から取り組んでいた DOTS 戦略³⁵を、全国に普及させることを目標に、1999 年より「結核対策プロジェクト」（フェーズ 1）として始まった。その目標は、計画より早い 2004 年に達成され、全国すべての保健センターにおける DOTS 実施が実現された。

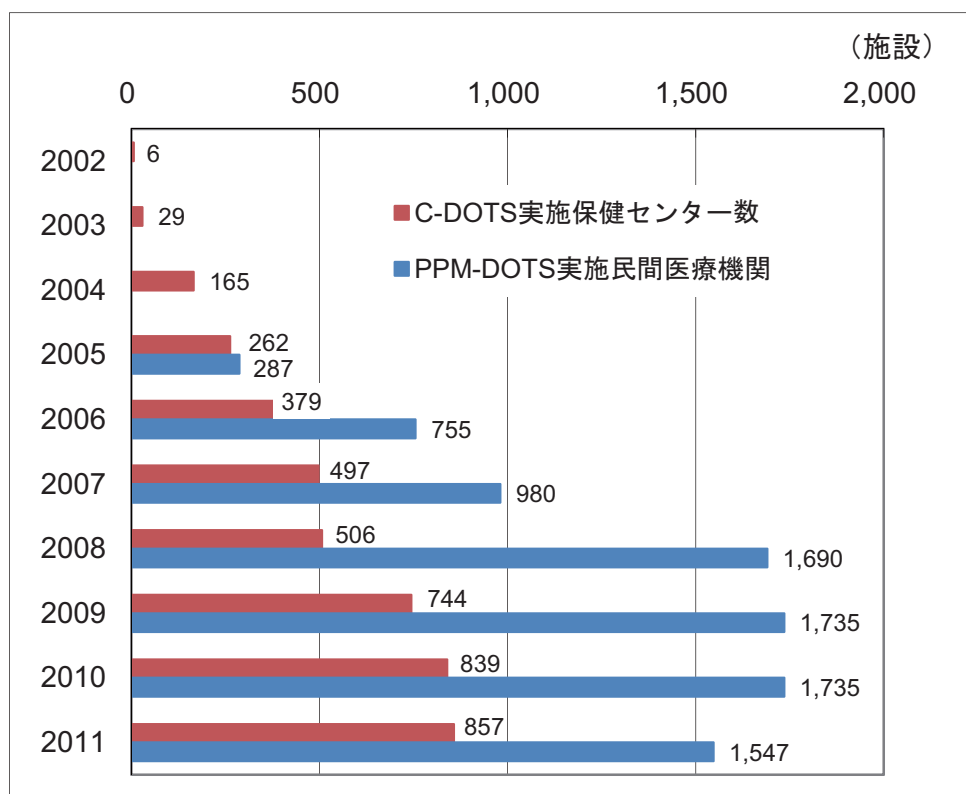
2004 年からの「結核対策プロジェクト フェーズ 2」では、毎日保健センターに来られない結核患者が、村落の中で、保健センターの医療従事者の代わりに保健ボランティアの前で服薬するという「コミュニティ DOTS」（C-DOTS: community DOTS. 「村落 DOTS」ともいう）が推進された。管轄地域内で C-DOTS を実施している保健センターの数は 2004 年から急増し、2007 年には全ての保健センター（当時 957 か所）の半数を超える 497 か所に、

³⁴ 国際協力機構『カンボジア王国地域における母子保健サービス向上プロジェクト終了時評価調査報告書』2009 年。

³⁵ DOTS（直接監視下短期化学療法）戦略とは、政府の結核対策へのコミットメント、細菌学検査に基づく患者発見、直接監視下での標準化した化学療法、薬剤安定供給システム、患者記録・報告体制に基づくモニタリングと評価の、5 つの要素からなる総合的結核対策のことである。

2011 年には同 8 割超の 857 か所にまで広がった³⁶。また、結核の疑いがある患者を民間医療機関から公的医療機関に紹介する、官民連携 DOTS (PPM-DOTS: public-private mix DOTS) も推進され、「結核対策プロジェクト フェーズ 2」実施期間中(2004～2009 年)に急速に拡大した(図 4-4)。

図 4-4 C-DOTS 実施保健センター数と PPM-DOTS 実施民間医療機関数の推移



出典: Ministry of Health, *Tuberculosis Report 2011* より作成。

さらに、こうした結核対策の効果を評価する疫学的情報を得るために、フェーズ 1 プロジェクトにおいて、2002 年にカンボジアで初の全国有病率調査を WHO などと連携して支援した。2010～11 年には、「全国結核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」において、2 回目の全国有病率調査の実施も支援した。こうして約 10 年の間隔で、世界標準に従って成功裏に行われた全国有病率調査により、結核の有病率が明らかに減少していることが示され、過去 10 余年にわたる DOTS 戦略の効果が実証された。世界基金 5 年評価においてインパクト評価の対象となった 18 か国の中で、全国的有病率評価を複数

³⁶ 国際協力機構『カンボジア王国結核対策プロジェクトフェーズ 2 終了時評価調査報告書』2009 年、i-iii 頁。Ministry of Health, *Tuberculosis Report 2011*, p. 16.

回実施したのはカンボジアのみであり³⁷、カンボジアにおいて 2 回の全国調査が行われたのは、結核対策支援の大きな成果といえる。

またプロジェクトでは、診療所の医師や放射線技師を対象とした X 線診断に関する研修テキスト作成と研修実施が行われ、結果の発見率の増加につながった³⁸。さらに、結核対策に関するカンボジアからの本邦研修も、表 4-13 に示すとおり、1999 年以降ほぼ毎年、複数人数に対して行われている。

表 4-13 結核対策に係るカンボジアからの本邦研修者数の推移

年	参加人数	年	参加人数
1992	1	2002	3
1993	1	2003	3
1994	2	2004	3
1995	2	2005	4
1996	2	2006	2
1997	1	2007	1
1998	1	2008	2
1999	4	2009	2
2000	3	2010	2
2001	5	2011	2

出典：国際協力機構より提供されたデータより作成。

3. 人材育成

本評価の対象となる主要プロジェクトは、技術協力プロジェクト「医療技術者育成プロジェクト」(2003～2008 年)と、連携して行われた一般無償資金協力「国立医療技術学校 (TSMC: Technical School for Medical Care) 改修計画」(2004～2006 年)である。

(1) 医療技術者育成プロジェクト

「医療技術者育成プロジェクト」の主なアウトプットは以下のとおりである³⁹。

- 看護学科、臨床検査学科、放射線技術学科、理学療法学科にかかわる学校を承認

³⁷ Macro International Inc., *Final Report: Global Fund Five-Year Evaluation: Study Area 3: The Impact of Collective Efforts on the Reduction of the Disease Burden of AIDS, Tuberculosis, and Malaria*, May 2009, p. 6-29, Table 6-18. フィリピンと中国も全国的な有病率調査を過去 2 回実施しているが、いずれも 1 回目(フィリピンは 1997 年、中国は 2000 年)は DOTS が全国的に普及する前の実施であった。

³⁸ 国際協力機構『カンボジア王国結核対策プロジェクトフェーズ 2 終了時評価調査報告書』2009 年、22-23 頁。

³⁹ 国際協力機構『カンボジア国医療技術者育成プロジェクト終了時評価調査報告書』i-iv 頁。

するための「学校指定規則」(SAC: School Approval Criteria)と「教育指導要領」(GASS: Guideline for Accrediting School)が作成され、前者は政令として、後者は保健省省令として承認・施行された。

- 臨床検査学科，放射線技術学科，理学療法学科のカリキュラムが策定され，保健省と教育・青年・スポーツ省との共同省令として発令された。同 3 学科のシラバスも開発された。看護学科のカリキュラム・シラバスの開発は，一部の開発パートナーが協働するセクター・ワイド支援プロジェクト「保健医療分野支援プロジェクト」(HSSP: Health Sector Support Project 日本は参加していない)の予算により実施され，日本は技術的支援や参考図書の供与を行った。
- 臨床検査学科，放射線技術学科，理学療法学科のカリキュラム・ガイドラインが作成された。
- 看護学科，臨床検査学科，放射線技術学科，理学療法学科の教員に対する研修が行われ，教員の能力や自信の向上がテスト結果により確認された。
- TSMC の計画委員会の活動が，学校管理運営のためのチェックリストを用いて適切にモニタリングされた。

写真 4-4 TSMC の校舎外観(左)と臨床検査実習室(右)



(撮影)みずほ情報総研

(2) 国立医療技術学校改修計画

「国立医療技術学校改修計画」の下，TSMC の教育施設の新築・改修，教育活動で使用する各種機材の調達が行われた。その主なアウトプットは以下のとおりである⁴⁰。

- 施設の新築改修により，それ以前は 500～600 人だった在席生徒数が 2,000 人近く

⁴⁰ 案件別事後評価・評価結果票 (http://www2.jica.go.jp/ja/evaluation/pdf/2009_0409200_4_f.pdf) などによる。

まで増加した(2011 年度は 1,933 人)。

- 教育の質の向上に関しては、看護師の一次試験合格率が、事業実施前の 2006 年の約 42%から、2008 年以降は 95%以上と大幅に向上した。これは、上述の「医療技術者育成プロジェクト」との相乗効果と考えられる。
- 学生 1 人あたりの実習時間、卒後教育の履修人数、学生 1 人あたりの教室・実習室面積については、目標の未達あるいは状況の悪化がみられた(囲み 4-3 参照)。

囲み 4-3 学生 1 人あたり実習時間、卒後教育履修人数、
学生 1 人あたり教室・実習室面積

- ・ 「学生一人当たりの実習時間の増加率」においては、いずれのコースにおいても、目標値の 90%程度であった。
- ・ 「毎年の卒後教育の履修人数」については、2004 年の基準値の延べ 9,240 人、2010 年目標値は延べ 35,000 人であったのに対し、実績は延べ 8,207 人であった。したがって、目標達成度は低かった。卒後教育の履修人数が低い理由として、TSMC からは教育スペースと機材の不足、多様な臨床ニーズに対する教材等の不足の理由が挙げられている。
- ・ 「学生一人当たりの教室、実習室面積」については、2010 年の実績は、概ねどのコースにおいても、目標を下回った。2004 年の基準値と比較しても値が小さくなり、一人当たりの教室は 2004 年よりも狭くなっていることで、学習環境はむしろ若干悪化している。これについては新入生の受入数に関する計画時の想定に誤りがあったか、若しくは、新入生の受入数が 2004 年時点と比較し多数に上った等の理由が考えられる。

出典:「国立医療技術学校改修計画」案件別事後評価・評価結果票(2011 年)における「定量的効果」に関する記述

TSMC の各学科の卒業者数は表 4-14 のとおりである。臨床検査技師、理学療法士、X 線技師の育成課程はカンボジア唯一のものであり、その存在意義は大きいと TSMC は自認している。

カンボジアの看護師と助産師の数については、日本の「医療施設調査」のような基礎的な統計資料がなく、二次資料によるデータは出典によって若干の幅があるが、近年の看護師数は 8,400 人台、助産師数は 3,700 人台であるとみられる(表 4-15)。したがって、2010 年に TSMC を卒業した看護師 141 人と助産師 40 人は、いずれも全国人数の 1~2%に相当する。

表 4-14 TSMC 卒業者数の推移

(年度)	看護師		助産師	看護師 助産師 小計	臨床検査 技師	理学 療法士	X線技師	その他(卒 後研修等)	合計
	旧課程	新課程							
2000	38	48	7	93	14	12	—	73	192
2001	41	56	16	113	20	8	—	22	163
2002	33	61	19	113	20	12	—	32	177
2003	13	84	19	116	44	9	—	9	178
2004	42	91	27	160	51	14	—	22	247
2005	—	170	9	179	31	16	—	47	273
2006	—	122	—	122	40	18	—	58	238
2007	—	118	33	151	46	19	—	29	245
2008	—	146	15	161	—	36	—	38	235
2009	—	110	29	139	30	22	14	—	205
2010	—	141	40	181	40	29	20	—	270
2011	—	128	229	357	54	27	19	—	457

出典：現地調査時に TSMC より提供された情報より作成。

表 4-15 看護師・助産師の人数および人口比

(出典) (年次)		WHO西太平洋地域事務局		カンボジア保健省
		2008	2010	2011
看護師	人数	8,491	8,493	8,433
	人口比(千対)	0.63	0.63	—
助産師	人数	3,245	3,758	3,748
	人口比(千対)	0.24	0.28	—

出典：以下の資料より作成。

2008 年：WHO Western Pacific Region, *WPR Health Databank*,
<http://hiip.wpro.who.int/hiip/rhodata>

2010 年：WHO Western Pacific Region, “Country Health Information Profile:
Cambodia”.

2011 年：WHO and Ministry of Health. “Cambodia Health Service Delivery Profile,
2012”.(原典：Ministry of Health, *Semi-Annual Performance Monitoring Report*,
2010.)

4. 医療施設・機材整備

本評価の対象となる主要プロジェクトは、「モンゴルボレイ病院整備計画」(2005～2007 年)、「コンポンチャム州病院改善計画」(2007 年)、「国立、市及び州病院医療機材整備計画」(2011 年)の一般無償資金協力 3 件と、技術協力プロジェクト「医療機材維持管理システム普及プロジェクト」(2006 年)である。また、日本は 2000 年以降、「マルチバイ協力」として、国連児童基金(UNICEF: United Nations Children's Fund)と連携した「予防接種拡大計画」(EPI: Expanded Programme on Immunization)事業、「ポリオ根絶」事業、「特定

感染症」事業,「母と子どもの健康対策」事業,また UNFPA と連携した「人口・家族計画特別機材供与」事業も行っている。

これらのうち,本評価において現地調査の対象とした「モンゴルボレイ病院整備計画」と「医療機材維持管理システム普及プロジェクト」(および同プロジェクトの派生元となった「母子保健プロジェクト フェーズ 2」)における医療機材・施設の維持管理能力の向上)のアウトプットは以下のとおりである。

(1) モンゴルボレイ病院整備計画

モンゴルボレイ病院は,カンボジア北西部のタイ国境に接するバンティミエンチャイ州において「CPA-3」⁴¹の診療機能を持つ州レファラル病院であり,内戦前の 1964 年に日本の支援で建設された。「モンゴルボレイ病院整備計画」(2005～2007 年)は,施設や機材が老朽化した同病院に対し,救急棟・X 線検査棟・手術棟・外科病棟・産婦人科棟の建設と,機材供与を行ったものである。その結果,モンゴルボレイ病院で提供される医療サービス量は大きく増加した⁴²。事業直前の 2004 年,直後の 2008 年,および 2011 年における主要関連指標の推移は表 4-16 のとおりである。

表 4-16 モンゴルボレイ病院に関する主要指標の推移

	2004 年	2008 年	2011 年
手術件数(非緊急)	866	791	1,543
分娩数	421	616	992
臨床検査件数	8,225	18,018	45,423
X 線検査件数	2,286	2,283	3,298
超音波検査件数	509	848	1,295
平均在院日数	11.48	9.71	9.68
病床稼働率	61%	82%	109%

出典:現地調査時にモンゴルボレイ病院より提供された資料より作成。

⁴¹ CPA は「補完的活動パッケージ」(Complementary Package of Activities)。表 3-4 参照。

⁴² 案件別事後評価・評価結果票(http://www2.jica.go.jp/ja/evaluation/pdf/2010_0509000_4_f.pdf), 2011 年。

写真 4-5 モンゴルボレイ病院の入口(左)と眼科病棟(右)



眼科病棟はオーストラリアの NGO の支援で建てられていた。

(撮影)みずほ情報総研

(2) 医療機材維持管理システム普及プロジェクト

「医療機材維持管理システム普及プロジェクト」は、「母子保健プロジェクト フェーズ 2」の一環として NMCHC に対して行った機材保守管理技術向上に係る協力から派生したもので、NMCHC での成果をカンボジア全国に拡大し、医療機材の基礎的な管理活動の導入・普及を図ることを目的とした。その主なアウトプットは、以下のとおりである⁴³。

- 医療機材管理に関する保健省病院サービス部 (HSD: Hospital Service Department) の行政指導能力に大きな改善がみられた。具体的には以下のような活動が実際に行われるようになった。
 - ・ 医療機材登録管理システムが完成し、定期的に情報が更新される。
 - ・ HSD によるモニタリングとナショナル・ワークショップによる維持管理サービスが定期的に実施され、その知見が活動計画にフィードバックされる。
 - ・ HSD が人材や予算の利用可能性を考慮しつつ年間活動計画を策定する。
 - ・ HSD が四半期報告書を作成し、進捗を分析する。
 - ・ HSD とナショナル・ワークショップが医療機材管理者・技術者へのトレーニングを実施できるようになる。
- 事業の対象となった国立病院 4 か所および CPA-3 病院 18 か所において、任命された医療機材技術者の知識・スキルが向上した。具体的には以下のようなことが確認された。

⁴³ 国際協力機構『カンボジア国医療機材維持管理システム普及プロジェクト終了時評価調査報告書』

- ・ 医療機材技術者研修前ワークショップと医療機材技術者研修には、22 の対象病院の全てから参加があった。
- ・ 研修受講者へのアンケートでは、「医療機材維持管理の基礎知識、機材の予防保守、医療機材技術者の役割といった科目が、今後の通常業務に役立つ」などの意見が寄せられた。
- ・ 医療機材維持管理マニュアル「医療機材維持管理ガイドブック」が作成され、十分に活用されていた。
- ・ 研修受講者に対して受講前後に 2 回行った試験の結果は、受講前が平均点 37.3 点(100 点満点)・標準偏差 10.30, 受講後が平均点 66.6 点・標準偏差 7.21 で、受講者の知識・スキルの全体的な向上と受講者間の格差縮小がみられた。
- ・ 「医療機材技術者モニタリング基準」を用い、予防保守活動の計画策定および実施、医療機材登録管理の更新、報告書の作成、機材の問題が発生したときの行動、ガイドブックの活動、ワークショップの利用可能性・清潔度・整理整頓、その他(院長から正式な任命を受けているか、医療機材マネージャーや診療科との協力関係)といった項目で評価したところ、22 の対象病院の全てが目標の 70 点(100 点満点)を達成し、13 病院は 90 点以上であった。

なお、「医療機材維持管理システム普及プロジェクト」の派生元となった「母子保健プロジェクト フェーズ 2」における NMCHC での機材保守管理技術向上に係る協力の成果としては、保守・修理サービス総件数に占める修理件数の割合である修理サービス率(repair and replacement service rate)が、プロジェクト前の 50%前後からプロジェクト開始後には 20%台に低下したことなどが挙げられる⁴⁴。

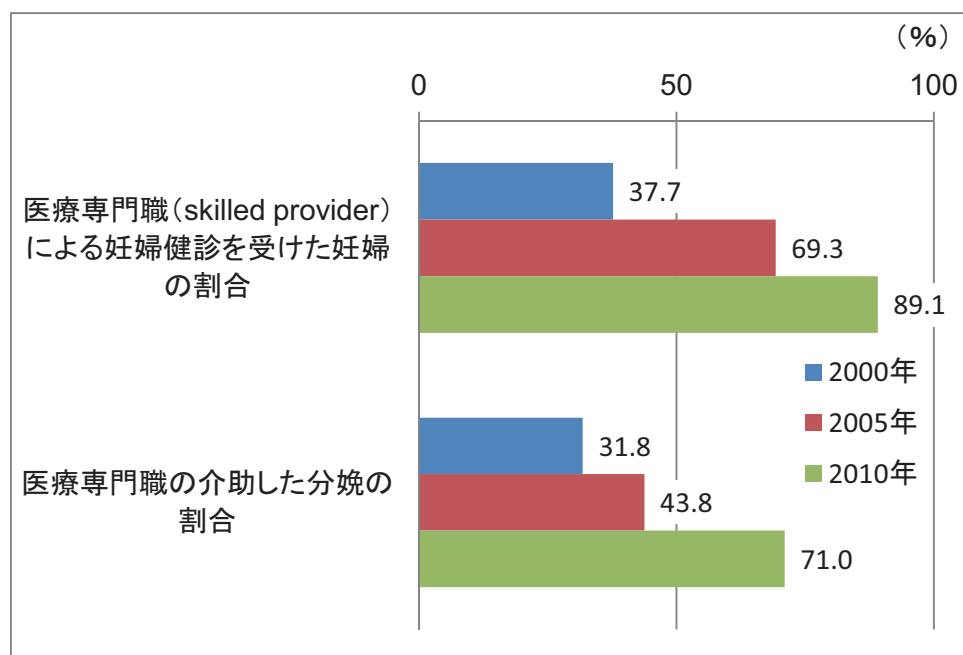
4-2-3 アウトカムに関する定量的評価

1. 母子保健

日本の母子保健支援はすでに働いている助産師の臨床技術研修が主であり、そのアウトカムを測るには、母子保健サービスの「質」に係る指標(研修修了者の勤務先における産科合併症発症率など)が必要だが、そうしたデータは入手困難である。ここでは参考に、母子保健サービスの「量」に係るアウトカム指標として、母子保健に関しては「医療専門職(skilled provider)による妊婦健診を受けた妊婦の割合」および「医療専門職の介助した分娩の割合」の推移を検討した。どちらも過去 10 年で割合が倍以上に増えており、状況は大幅に改善している(図 4-5)。

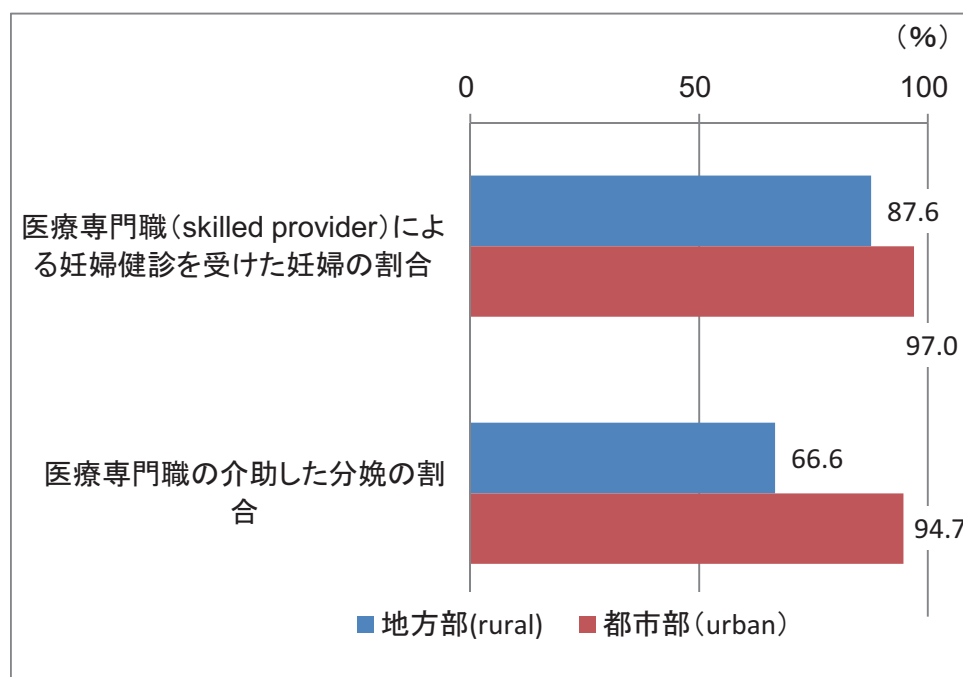
⁴⁴ 国際協力機構『カンボジア王国母子保健プロジェクト(フェーズ 2)終了時評価調査報告書』21 頁。

図 4-5 医療専門職による妊婦健診および医療専門職の介助した分娩の比率の推移



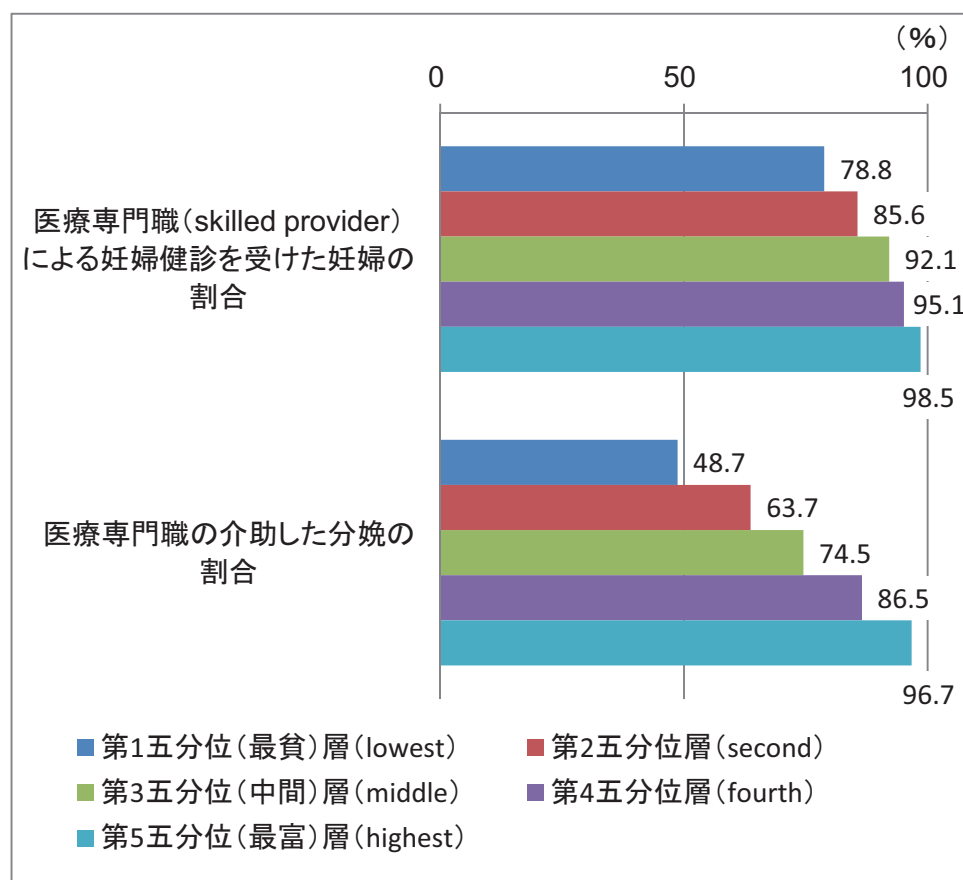
出典: WHO, *World Health Statistics 2012*; Ministry of Planning, et al., *Cambodia Demographic and Health Survey 2005*, and 2010 より作成。

図 4-6 都市・地方別にみた母子保健アウトカム指標 (2010 年)



出典: Ministry of Planning, et al., *Cambodia Demographic and Health Survey 2010* より作成。

図 4-7 貧困度合からみた母子保健アウトカム指標(2010 年)



出典: Ministry of Planning, et al., *Cambodia Demographic and Health Survey 2010* より作成。

これらの指標の 2010 年値を、都市・地方別および貧富別(五分位階層)にみえてみると、貧富による格差が大きい(図 4-6, 図 4-7)。最も貧しい第 1 五分位層の妊婦が医療専門職による妊婦健診を受けた割合は 87.6%(全国値 89.1%), 医療専門職の介助により分娩した割合は 48.7%(同 71.0%)にとどまる。

分娩のできる施設, 小児疾患包括的管理(IMCI: integrated management of childhood illness)を行っている医療施設数など, 母子保健サービスの改善に関する諸指標は, 過去 10 年で改善している(表 4-17)。

母子保健サービスに関する指標の改善と日本の支援とを、直接的・実証的に結びつけることは、母子保健が開発パートナーの特に多い領域であることもあって、容易ではない。しかし、和平後の極めて早い段階で日本が再建(新築)を支援し、その後も母子保健支援の主たるカウンターパートとしてきた NMCHC は、国家母子保健プログラムの拠点であり、また医師・助産師などの臨床技術教育拠点としても高く評価されていることなどに鑑みれば、指標が示す母子保健状況の改善に対して、日本は少なからず貢献してきたと推察される。また、母子保健領域支援のみならず、医療施設・機材整備, 人材育成領域に対する支

援も行ってきたことは、相乗的に母子保健に関するアウトカム指標の改善に貢献していると考えられる。ただし、都市・地方別および貧富による格差は、日本も支援の中で意識して取り組んできた点であるが、十分に解消ないし縮小しておらず、依然として課題である。

表 4-17 母子保健サービスに関する各種指標の推移

関連指標	2002 年	2007 年	2012 年
IMCI を採用している医療施設数	1,027	1,144	1,242
IMCI を採用している保健センター数	45	533	全施設
分娩を行っている医療施設数(合計)	1,027	1,144	1,242
国立病院	8	8	8
レファラル病院	67	74	82
保健センター	942	967	1,029
保健ポスト	10	95	123
産科臨床技術研修を受けた看護師・助産師数			
保健センターの助産師に対する助産技術訓練(1 か月)	284	383	662
レファラル病院の助産師に対する助産技術訓練(1 か月)	71	204	204
医師に対する緊急産科新生児ケア訓練(4 か月)	15	65	93
女性および男性を対象とした、家族計画、性感染症、HIVに関する保健教育・相談			
カウンセリング訓練を受けた保健医療専門職	-	-	2,292
カウンセリング訓練を受けたコミュニティ・ワーカー	-	-	2,511
HIV 検査を行う妊産婦診療施設	9,239	73,012	186,683
HIV 検査後カウンセリング	926	50,604	135,990
パートナーに対する検査後カウンセリング	351	10,660	29,576
青少年に対する保健教育			
保健センターにおける少年のセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルスサービス	N/A	91	438

注:「N/A」は未詳。

出典:現地調査時に NMCHC より提供された資料より作成。

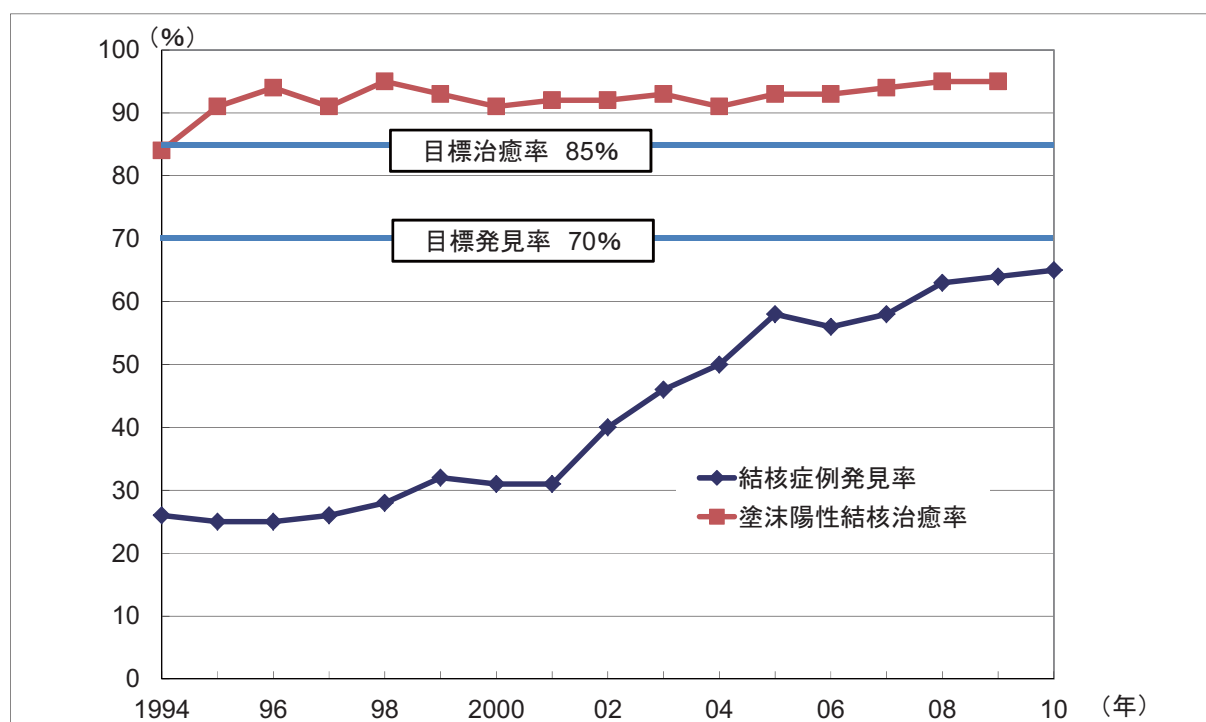
2. 結核対策

結核対策においては、「患者発見率 70%、治癒率 85%」が、DOTS 戦略の目標として、WHO などにより国際的に掲げられている。

カンボジアの「あらゆる病態の結核症例発見率」(case-detection rate for all forms of tuberculosis)は、2010 年において 65%と上記目標水準には達していないが、「結核対策プロジェクト」実施期間(1999～2004 年)半ばの 2002 年から急伸し、2000 年と比べると倍以上となっている。症例発見の実数でいえば、2001 年には年間 20,000 人弱だったものが 2005 年には同 35,000 人強と、4 年間で 75%以上増加した。2006 年以降、発見率の伸びは鈍化し(図 4-8)、発見数も 2008 年から 2011 年までは年間 40,000 人前後で推移している⁴⁵。2011 年の全国有病率調査の結果、DOTS の拡大により有病率が下がっていることが確認されており⁴⁶、患者発見の停滞は、患者が増えていないためであると実証された。

「塗沫陽性結核治癒率」(treatment-success rate for smear-positive tuberculosis)は、1995 年から一貫して 90%超という高水準にあり、上記目標水準を達成しており、近年はさらに 95%付近で安定している(図 4-8)。

図 4-8 結核の発見率と治癒率の推移



注: 塗沫陽性結核治癒率の 2010 年値は未詳。

出典: WHO, *Global Health Observatory Data Repository* (2012 年 12 月 17 日アクセス) より作成。

⁴⁵ Ministry of Health, *Tuberculosis Report 2011*, p. 12.

⁴⁶ Ministry of Health, and National Center for Tuberculosis and Leprosy Control, *Report: Second National Tuberculosis Prevalence Survey Cambodia, 2011*.

アウトカム指標の推移、特に患者発見が日本の支援開始の数年後から急伸していることと、日本の支援してきた国立結核・ハンセン病対策センター（CENAT: National Center for Tuberculosis and Leprosy Control）が国家結核対策プログラムの拠点として全国の結核対策に関与してきたことや、カンボジアの結核対策支援において日本は中心的な役割を果たしてきたことを併せ考えれば、カンボジアにおける結核の発見・治療の進展に、日本は少なからず貢献してきたと推察される。

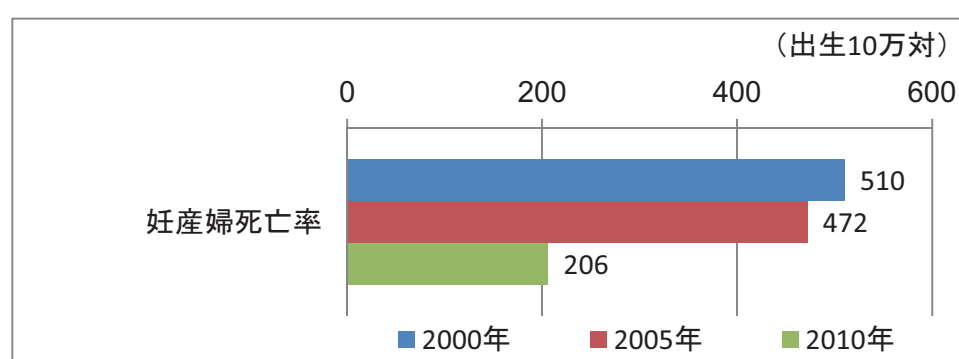
4-2-4 インパクトに関する定量的評価

1. 母子保健

MDG 指標である妊産婦死亡率、5 歳未満児死亡率、乳児死亡率の推移をみると、顕著に改善しており、新生児死亡率にも改善が認められる（図 4-9）。カンボジア MDGs（CMDGs: Cambodia Millennium Development Goals）の 2015 年目標値は、妊産婦死亡率が出生 10 万対 250、乳児死亡率出生千対 50、5 歳未満児死亡率出生千対 65 であり⁴⁷、いずれも 2010 年実績値ですでに達成された⁴⁸。

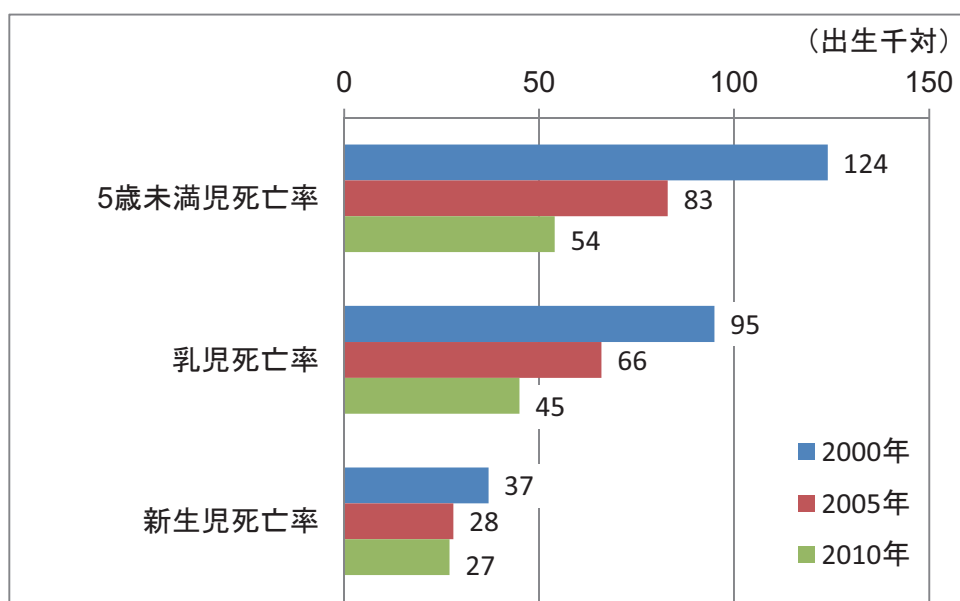
5 歳未満児死亡率、乳児死亡率、新生児死亡率の 2010 年値を、都市・地方別および貧富別（五分位階層）にしてみると、新生児死亡率、乳児死亡率、5 歳未満児死亡率の順に格差が大きくなる（図 4-10、図 4-11）。格差の最も大きい 5 歳未満児死亡率の全国値が出生千対 54 であるのに対して、地方部は 75（全国値の 1.4 倍）、貧富の第 1 五分位（最貧）層は 90（同じく 1.7 倍）である。

図 4-9 妊産婦、5 歳未満児、乳児、新生児の死亡率の推移



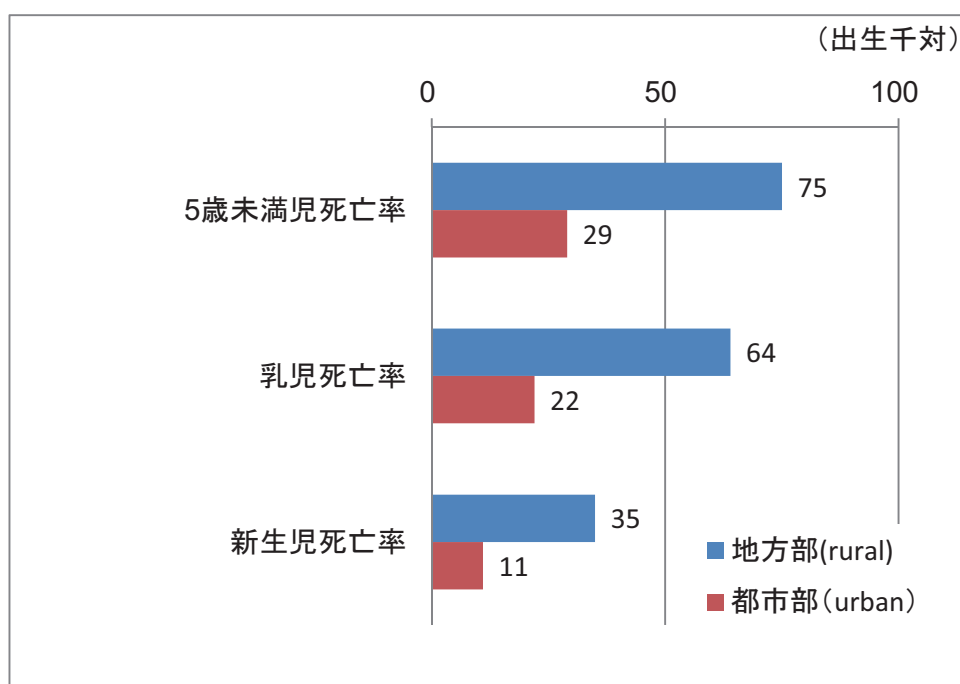
⁴⁷ Royal Government of Cambodia, *Achieving Cambodia's Millennium Development Goals: Update 2010*, pp. 22-24.

⁴⁸ 同上書は 2008 年の国勢調査までの結果に基づいており、MDGs 達成について乳幼児死亡率は「順調」(On track)だが妊産婦死亡率は「困難」(Off track)と判断していた(p. 40)。



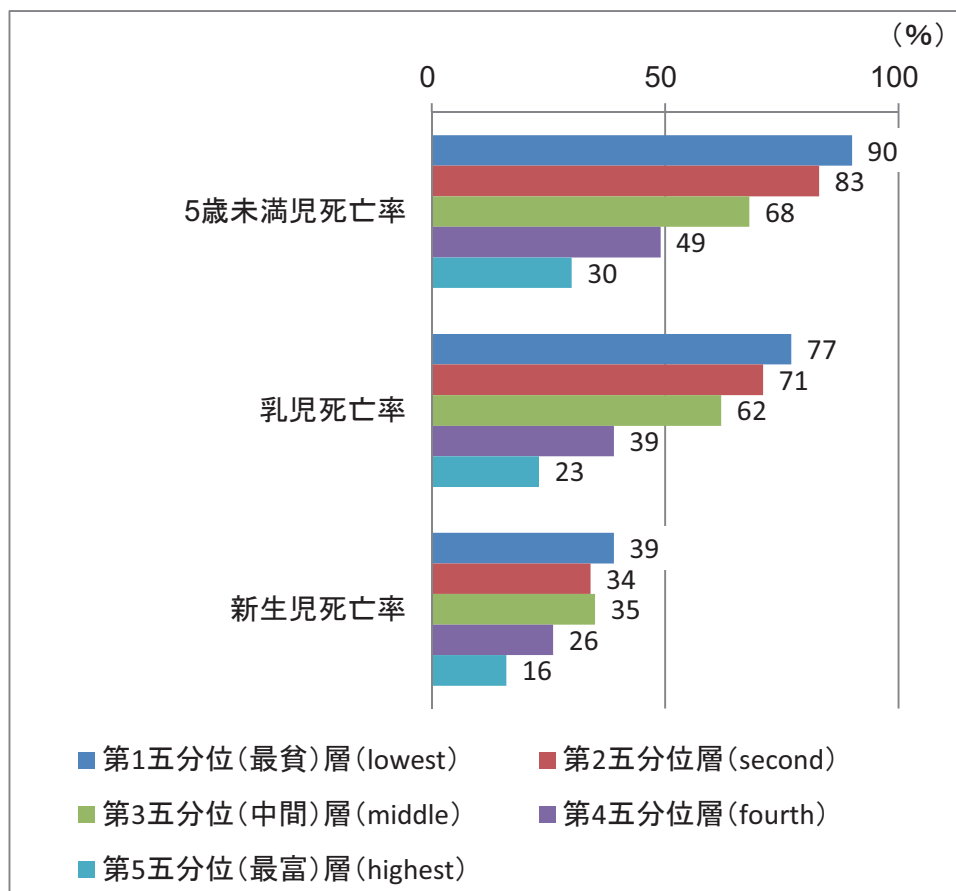
出典: WHO, *World Health Statistics 2012*; Ministry of Planning, et al., *Cambodia Demographic and Health Survey 2010* より作成。

図 4-10 都市・地方別にみた母子保健インパクト指標(2010 年)



出典: Ministry of Planning, et al., *Cambodia Demographic and Health Survey 2010* より作成。

図 4-11 貧困度合からみた母子保健インパクト指標(2010 年)



出典: Ministry of Planning, et al., *Cambodia Demographic and Health Survey 2010* より作成。

これらのインパクト指標の改善に対する日本の寄与を、直接的・実証的に示すことは難しい。しかし、アウトカム指標の改善と同様に、日本の支援は、母子保健状況の改善に大きく貢献したと推測される。

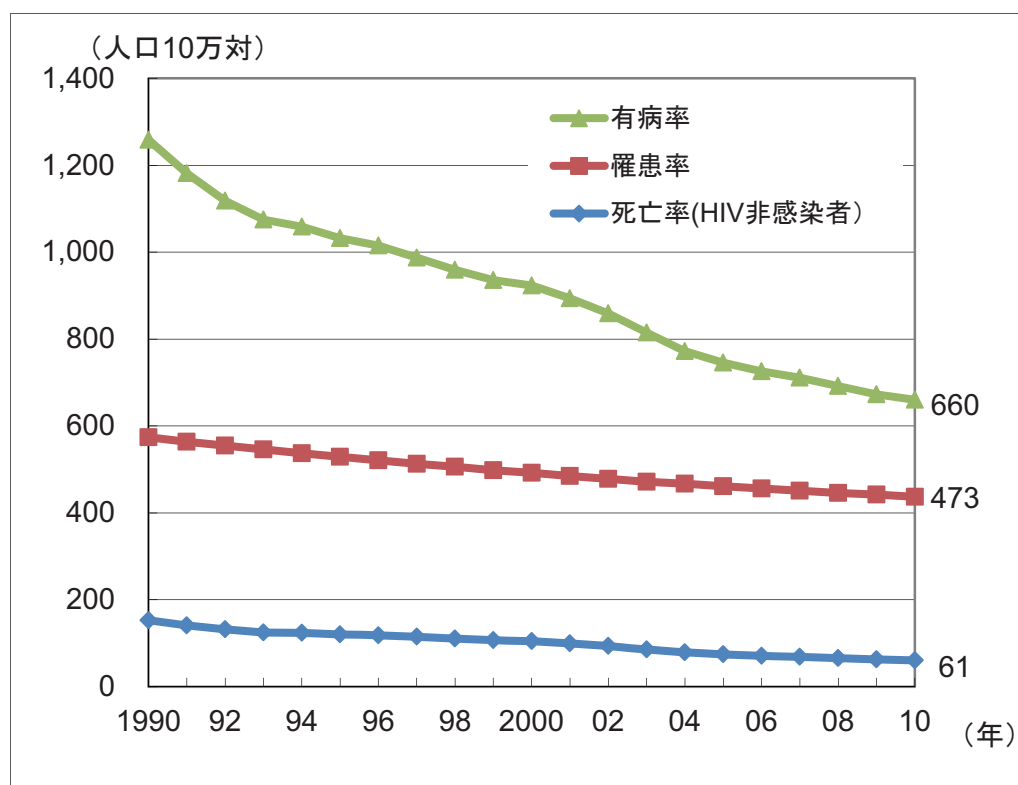
2. 結核対策

結核対策に関する MDG 指標である罹患率、有病率、死亡率の、カンボジアにおける推移をみると、いずれも大きく改善している。1990 年と比較すると、2010 年には、罹患率は4分の1、有病率は2分の1、死亡率は4割にまで下がっている(図4-12)。CMDGsの2015年目標値は、有病率が人口10万対626、死亡率が同87であり⁴⁹、死亡率は2010年実

⁴⁹ Ministry of Health, *Tuberculosis Report 2011*, pp. 3-4. これらの目標値は、1990年の有病率1,252、死亡率175をベースラインデータとして、それらを半分にしたものであるが、WHO, *Global Tuberculosis Report 2012*では1990年値が有病率1,670、死亡率155に更新されているため、目標値も今後更新される可能性がある。

績値 61 ですすでに目標値達成, 有病率も 2010 年実績値 660 が 2000 年代と同じ率で改善するとすれば 2015 年に 566 まで下がると推計され, 目標値達成の可能性が高い。

図 4-12 結核の罹患率, 有病率, 死亡率の推移



出典: WHO, Global Health Observatory Data Repository(2012 年 12 月 17 日アクセス)より作成。

表 4-18 結核の罹患率, 有病率, 死亡率の期間別改善率

期間別改善率	罹患率	有病率	死亡率 (HIV非感染者)
1990→2010年	23.9%	47.5%	60.1%
1990→2000年	14.3%	26.6%	31.4%
2000→2010年	11.2%	28.5%	41.9%

注: 改善率は, 当該期間における減少幅を, 当該期間の起点となる年の値で除したもの。

出典: WHO, Global Health Observatory Data Repository(2012 年 12 月 17 日アクセス)より作成。

日本の支援が始まったのは 1990 年代末であるが, 1990 年代と 2000 年代の改善率を比較すると, 改善が進めば改善幅・改善率は小さくなるという一般則に反して, 有病率と死亡率については 2000 年からの 10 年間の方が改善率は高い(表 4-18)。このことと, 日本の支援してきた CENAT が国家結核対策プログラムの拠点として全国の結核対策に関与し

てきたことや、日本がカンボジアの結核対策支援において中心的な役割を果たしてきたことと併せ考えれば、結核関連インパクト指標の改善に日本が少なからず寄与していると推察される。

また、こうしたインパクト指標そのものが、日本の「結核対策プロジェクト」(フェーズ1)および「全国結核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」における2回の全国有病率調査によって科学的に調査され、有病率の低下が確認されてDOTS戦略の効果が実証されたことは、証拠に基づく(evidence-based)医療保健分野支援を実現した好例として特筆に値する。

4-2-5 定性的評価

1. 母子保健

現地 UNICEF の意見によると、日本が再建し支援してきた NMCHC は、カンボジアの母子保健における“national champion”というべき存在であり、カンボジア人自身が中央での経験を全国へ拡げていく上で心理的な力となっているとのことであった。また、母子保健領域で活動する開発パートナーが多い中で、日本は、看護師養成校(RTC: Public Nursing Regional Training Centers)の教育カリキュラム支援や助産師のメンター・プログラムなど、制度的側面でも重要な役割を果たしていると、現地 NGO が評価していた。

このように日本の母子保健支援は、カンボジア人自身による発展を助けるという意味でのオーナーシップを尊重している点、人材育成においても直接支援だけでなくその基盤づくりも支援している点(人材育成の基盤を作れば、援助効果はより持続的になることが期待される)などに鑑み、有効な結果を残していると評価される。

2. 結核対策

カンボジアの結核対策における日本の支援は、DOTS および C-DOTS の普及成功などについて WHO をはじめ国際的に高く評価され、有病率調査の実施にも成功している。結核高負担国のうち全国的な有病率調査を実施した国は少数で、さらに複数回実施している例は他にないため、カンボジアは他の途上国のモデルとなっている。2011 年には、結核有病率調査の研修がプノンペンで行われ、アフリカを含む 10~15 か国が参加した。カンボジアのような後発開発途上国が国際研修拠点となることはあまり多くなく、カンボジア自身の結核対策をさらに進展させる効果もあると考えられる。

日本がX線技師養成に注力したことは、カンボジア側に持続可能性(sustainability)をもたらしたと WHO は評価していた。しかし、X線画像読影技術は強化された一方、検査技師の技術は未だ不十分であるとの意見もあった。

CENAT は、国家結核プログラムの拠点となっており、DOTS ナショナル・ガイドラインも

CENAT と日本が協働して作成した。このようにカンボジア側のナショナル・センターと協働して事業を行うことは、事業成果の全国展開を促し、カンボジア側に持続可能性をもたらすと評価される。ナショナル・ガイドラインは、レファラル病院レベルで実際に活用されていることが確認された。しかし、それが日本の協力で作成されたことは知られていなかった。

3. 人材育成

日本は、TSMC 施設整備に加え、カリキュラムやシラバスの開発や、看護師資格制度の整備も支援しており、その能力強化への貢献はカンボジア側からも開発パートナーからも高く評価されていた。しかし、現地 WHO より、TSMC への日本の支援は未だ期間が短く、能力強化は十分でないとの意見があった。カウンターパートのマネジメント能力が、NMCHC や CENAT に比してもともと弱かったことも、能力強化が十分ではないことの一因と考えられる。また、TSMC では、日本の支援した建物に加えて、政府により大規模な建物が建設されており、看護領域は、指導者側のキャパシティが不十分なまま、一部を専門学校から大学に昇格させていた。技術能力の伴わないまま拡張していく TSMC 側の方針には、注意を要する。加えて、TSMC は、全国 4 か所に設置された RTC とは同等の位置づけであり、RTC のカリキュラム開発や指導者育成を行うナショナル・センター的機能をもっておらず、RTC と連携した教員研修なども行われていない。母子保健、結核対策と同様に、ナショナル・センターを支援することによって援助成果を全国的に展開させることは、TSMC の支援では期待できない。

写真 4-6 TSMC で日本が建設した校舎(左)とカンボジア政府が建設した高層棟(右)



(撮影)みずほ情報総研

4. 医療施設・機材整備

これまでに医療施設・機材整備の支援を行った施設は、おおむね良好に機能していた。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と評価できる。

一方で、現地視察を行ったモンゴルボレイ病院においては、供与された機材に関して、次のような個別の問題もみられた。

- 手術室関連機材の一部(滅菌機器)は、電動で開閉する機器(北欧製)を導入しており、評価チーム訪問時には、故障して稼働しなくなっていた。手動で開閉する機器を導入していれば、避けられた問題であった。
- 分娩室スタッフによると、日本の支援した分娩台が低すぎて使用しにくく、おもに自前の分娩台を使用しているとのことであった。
- 病院長より、供与した救急車が老朽化しているとの指摘があり、評価チームが視察を求めると、供与したものではない古い車両が間違えて示された(間違いであったことが後日発覚)。評価チーム帰国後、現地 JICA が供与車両を確認したところ、老朽化していないとのことであった。車両は評価時に取り上げられることが多いにもかかわらず、病院長は供与車両を正しく認識していなかったことは問題である。

4-2-6 「結果の有効性」に関する評価のまとめ

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においては、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、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、TSMC に関する事業と病院整備事業では、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つた。

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ており、MDG 指標である妊産婦死亡率、乳児死亡率、5 歳未満児死亡率は、いずれも、2010 年時点で 2015 年目標を達成した。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 NMCHC 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。

結核対策のアウトカム指標・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。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CENAT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。これらの機関は、カンボジア全国での状況改善を主導する役割を担っており、カンボジアが自立的に施策を実施するキャパシティ強化に繋がっている。このことは、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。

4-3 「プロセスの適切性」に関する評価

本節では、日本国内の外務省、JICA、現地の日本大使館、JICA 事務所が政策の妥当性、結果の有効性を確保するために、適切なプロセスをとっていたかを評価することを目的とした。日本の関係機関間の協議・調整および援助モダリティの適切性、カンボジア政府機関との協議・調整の適切性、他開発パートナーとの援助協調・連携の適切性の3つの側面から、プロセスの適切性の評価を実施した。

4-3-1 日本の関係機関間の協議・調整および援助モダリティの適切性

1. 現地タスクフォースの協議・調整

カンボジアの日本大使館や JICA 事務所の間では、月1回の頻度で定期的に ODA タスクフォース会合が開催されている。この会合には、大使館からは大使・公使および経済協力班全員、JICA からは所長以下全所員が参加しており、援助案件などについて協議・調整が行われている。また、同会合では、必要に応じて JICA 専門家も招いた情報共有（ブリーフィングなど）も実施されている。

また、ODA タスクフォースと実際のプロジェクトを運営する現場の関係性についても、「現地 JICA 事務所・日本大使館との関係は基本的に良好であり、意思疎通も非常によい。」（技術協力プロジェクトリーダー）とのコメントがあり、十分な意思疎通が図られていることがうかがえた。ただし、主要領域の技術協力プロジェクトで派遣されている JICA 専門家の中には、国別援助方針の策定に際して、特に意見を求められなかったという専門家もいた。

2. 民間団体との連携

カンボジアの保健医療分野では、カンボジア政府・開発パートナー合同の保健医療分野テクニカル・ワーキング・グループ（TWGH: Technical Working Group for Health）と呼ばれる枠組みがあり、中央および州レベルの TWGH で支援の調整が行われている。このうち州別 TWGH では、プレイベン州、コンポントム州、シェムリアップ州、モンドルキリ州の4地域において日本の NGO が参加しており、大使館・JICA との情報交換を行うなど NGO との連携が行われている。

ただし、現地 NGO によれば、日本大使館・JICA と連携している NGO はシェア（国際保健協力市民の会）のみであり、地方ないしコミュニティ・レベルに直接裨益する支援を充実させるためには、NGO との連携をさらに強化すべきという意見もあった。

また、カンボジアの日本コミュニティに特徴的な官民連携枠組みとして、大使館、NGO、

JICA, 日本人商工会 (JBAC: Japanese Business Association of Cambodia) が参加する ENJJ (Embassy, NGO, JICA, JBAC) 協議会と呼ばれる会議がある。この枠組みは、カンボジア支援に関わる日本側関係者の全てが、同国の発展に貢献するために、ODA や草の根の経験や課題について協議し、情報交換を行うことを目的として 2004 年から開催されている。

これとは別に、日本コミュニティの保健医療分野における官民連携の枠組みとしては、「医療者勉強会」と呼ばれる非公式な活動が、1990 年代から不定期に行われている。

3. 援助モダリティの適切性

カンボジア保健医療分野における日本の支援は、中央政府レベルの拠点施設 (NMCHC, CENAT, TSMC など) 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 (母子保健サービス向上, 結核対策, 医療技術者育成などに係る一連のプロジェクト) 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を、基本的かつ特徴的なモダリティとして実施されてきた。

こうしたスキーム間連携による援助モダリティは、長期の戦乱によって大きく損なわれたカンボジアの社会基盤と人的資源を並行して再建するために、効果的なアプローチであった。また、これらの支援は同国の自立発展性 (sustainability) の基礎を築き、かつ施設や人材によって援助の可視性も確保するという特長を持つものであり、カンボジア政府や他の開発パートナーからも高く評価する声が聞かれた。

また、上記の中核事業を中心として、カウンターパートの人材を各種の国内研修に招いたり、当該機関に JOCV 隊員などを派遣して情報共有を図ったりするなど、国内研修事業や JOCV 派遣などとも、一定の連携がなされてきた。ただし、有償資金協力事業との直接の連携は、1999 年のシアヌークビル港緊急リハビリ事業における HIV/AIDS 対策などを除き、行われていない。この理由として、カンボジアは第 3 章ですでに述べたように ASEAN 地域内でも後発の開発途上国であるため、ODA 大綱で貧困削減の重点分野とされている保健医療分野は無償資金の枠組みでの支援が相応しいと考えられることが挙げられる。

4-3-2 カンボジア政府機関との協議・調整の適切性

1. 協議・調整の実施状況

カンボジア保健医療分野におけるカンボジア政府と開発パートナーの間の連携スキームには、(1)課題別のタスクフォース, (2)TWGH, (3)HIV/AIDS のための政府・開発パートナー共同作業部会, (4)世界基金国別調整委員会 (CCM: Country Coordinating

Mechanisms)⁵⁰——の4つがあり、(1)(2)にJICA、(4)に大使館から、担当者が参加している。

(1)のタスクフォースには、「母子保健」、「感染症」、「非感染症」、「保健医療システム強化」の4分科会があり、JICAは「非感染症」を除く3つに参加している。(2)のTWGHの下には、保健医療パートナー会議、TWGH事務局会議、州別TWGH、領域別TWGHがある。JICAは、保健パートナー会議、TWGH事務局会議、州別TWGH、および、8つの領域別TWGH⁵¹のうち「母子保健」「結核対策」「予防接種」の3つに参加している。また、日本はTWGHや領域別TWGHでの座長を務めてはいないが(TWGで日本が座長を務めるのはインフラとジェンダーの2分野である)、積極的な参加者と評されている。TWGHの座長はWHOが務めており、領域別TWGHは技術的協議が中心である。

また、個別テーマに対応した協議・調整も適宜行われている。TSMCのカリキュラムやシラバスの作成に関しては保健省人材育成部、NMCHCの助産師研修に関しては同様の研修コースを持つ米国系NGOのRACHAと調整している。ただし、助産師研修については、NMCHCおよびRACHAへのヒアリングによれば、両者間の調整は、戦略的な役割分担に必ずしも繋がっておらず、担当地域の分担に留まっているとのことである。

この他に、相手国の開発計画や日本の援助政策の策定にあたって、カンボジア政府機関との協議・調整が行われた。カンボジア政府のHSP2策定過程では、領域別調整会合にJICAが参加し、日本の考える優先課題をHSPに反映させ、他の開発パートナーとの重複を避けるなどの働きかけが行われた。また、日本の新たな「国別援助方針」については、カンボジア開発評議会(CDC: Council for the Development of Cambodia)、7つの主要省(経済財務省、農業省、教育・青年・スポーツ省、水資源気象省、保健省、公共事業運輸省、労働・職業訓練省)、カンボジア中央銀行、およびプノンペン都に対して説明も実施された。

2. 日本の援助の進め方

カンボジア政府との協議・調整にあたり、日本は相手国の自立性(ownership)や持続可能性(sustainability)を重視して援助を進めている。このような日本の姿勢は、相手国政府から、「ただ我々に魚を与えるのではなく、魚の釣り方を教えてくれる」(保健省次官)、「コミュニケーションを大事にし、カンボジア側の意見やコメントに耳を傾ける」(保健省保健総局)、「密接な連携(hand-in-hand)」(CENAT)、「ドナー側から指示するのではなく、カンボジア側自身による運営をサポートする」(NMCHC)などと評価されている。これらの評価には、カウンターパートと密に意見交換を行いながら事業を具体化し、実施する姿勢や、長期

⁵⁰ 受益国ごとに組織され、世界基金への申請にあたり、申請案件の形成や調整、事業実施状況の監督などを行う。委員会メンバーは、受益国の政府関係者、NGO、多国間・二国間の開発パートナーなどで構成される。

⁵¹ 母子保健、結核対策、予防接種、血液安全性と臨床検査、寄生虫・昆虫・マラリア対策、眼科医療、精神保健、口腔保健の8領域。

派遣専門家として長く仕事を共にすることで築かれた信頼関係が寄与していると考えられる。

また、これらの点は、他の開発パートナーからも、「カンボジア側に寄り添い、持続性を重視している」(WHO)、「カンボジア政府と共にいる(sitting together)」、「現場で(on-site)技術的な支援を行い、共有し(sharing)、導く(guiding)という姿勢を持つ」(UNICEF)などと評されており、開発パートナーにも日本の援助の進め方が認知されていることがうかがえた。

3. 日本の援助プロセスの特徴

日本の援助プロセスの特徴について、保健省(NMCHC, CENAT を含む)、他の開発パートナー、現地 NGO、日本の NGO からの評価を整理すると、表 4-19 のとおりであった。

表 4-19 が示すように、日本の援助プロセスの特徴として、「自立性の尊重」、「能力強化へのコミットメント」および「支援の連続性」といったアプローチや、支援にあたっての「カンボジア政府との協働」は比較的評価が高かった。一方、実施プロセスの「柔軟性」や「予測可能性」は、「平均的である」との評価が多かった。

なお、日本の援助プロセスの弱点として、「スピードの遅さ」を指摘した回答者はなく、スピードが遅いと認識している場合も、情報を丁寧に分析している点の評価すべきとの意見がカンボジア側からは聞かれた。「予測可能性」については、カンボジア側からは長所として高い評価を受けたが、他の開発パートナーからは平均的との評価を受けた。

表 4-19 日本の援助プロセスの特徴に対する評価
(各項目に対する回答数)

	全回答 数	とても よい	よい	平均的	劣る	言及 あり
支援のアプローチ						
自立性の尊重	8	1	3	1	0	3
能力強化へのコミットメント	8	1	4	0	0	3
相手国の持続可能性	7	1	2	1	0	3
支援の連続性	7	1	3	1	0	2
実施プロセス						
計画の綿密性	6	1	2	1	0	2
計画の迅速性	4	1	1	2	0	0
手続きの迅速性	4	1	1	1	1	0
実施時の柔軟性	8	0	2	4	0	2
実施時の予測可能性	8	0	2	4	0	2
モニタリングの綿密性	7	1	4	1	0	1
フォローアップの綿密性	5	1	2	1	0	1
支援時の協働						
カンボジア政府との協働	9	3	3	0	0	3
二国間援助機関との協働	8	1	2	3	0	2
国際機関との協働	8	0	4	2	0	2

注 1: 網掛けは回答数が 3 以上のセル。

注 2: 「言及あり」は、4 段階評価の回答は得られなかったものの、ヒアリングの中で日本の支援プロセスの特色として言及があったものを参考として記載した。

出典: 現地調査ヒアリング質問票への回答(保健省次官、保健省保健総局、NMCHC、CENAT、WHO、UNICEF、UNFPA、USAID、AFD、MEDiCAM、RACHA)、および国内での質問票回答(シェア=国際保健協力市民の会)をもとに作成。

4-3-3 他開発パートナーとの援助協調・連携の適切性

1. 協議・調整の実施状況

他の開発パートナーとの公式な協議・調整の場は、前節でみた TWGH などのカンボジア政府との協議・調整の場と基本的に同一である。それらの積極的な参加者である日本は、他の開発パートナーとも頻繁に協議し、援助の重複回避などの協調を適切に行っている。一方、開発パートナー間の調整において、あまりリーダーシップを発揮することはないという印象があるとの意見もあった。TWGH や領域別 TWGH では WHO などの国際機関が座

長を務めていることに加えて、JICA としても人材が限られているため、座長に伴うロジスティックス業務を負担するよりも、発言者として参加するメリットの方が大きいとの意見があった。また、上述のように開発パートナーの調整枠組みが数多くあるため、全ての会合をカバーして意見を表明することは難しく、「選択と集中」が必要であるという指摘もあった。

特に、母子保健領域では、UNICEF、RACHA を含め、多数の開発パートナーからの支援が行われており、重複をさけるために、さらなる調整が必要とされる。また、臨床技術研修運営経費のように、何れの開発パートナーも支援していない事項があることも指摘された。

また、TWGH などの公式な機会以外にも、非公式な意見交換などが頻繁に行われている。しかし、文化的背景が異なるためか、日本はあまり参加していない印象があり、非公式な場へもっと積極的に参加した方が良いという指摘も、欧米の開発パートナーからあった。

2. セクター・ワイド・マネジメント (SWiM)

日本は、カンボジア保健医療セクターで行われているセクター・ワイド・マネジメント (SWiM: Sector-Wide Management) と呼ばれる援助協調には参加しているが、SWiM の一部であるプールファンド⁵²を伴うセクター・ワイド・アプローチ (SWAp: Sector-Wide Approach) の枠組み「保健医療分野支援プロジェクト」(HSSP: Health Sector Support Project) には不参加である。他の開発パートナーの中には日本の HSSP 参加を期待する声もあるが、国民への説明責任を果たすことが難しい点などは理解されており、不参加もやむを得ないと認識されている。現地 JICA 事務所は、カンボジア側のプールファンド管理能力は未成熟で時期尚早という判断もあるが、カンボジア側に任せるタイミングを探り、将来的には SWAp に参加することも検討する必要があるとの見解であった。

なお、日本は HSSP には参加していないが、技術支援の側面では連携が行われている。例えば、HSSP の資金により医療機材を購入する際に、JICA 専門家が機材選定のアドバイスなどを行っている。

3. 援助協調の具体例

カンボジアにおける DOTS の普及拡大は、WHO と日本が連携することで大きく進んだ。このような連携を通じて、WHO が日本の支援について詳しく知ることとなり、カンボジアにおける日本の結核対策が国際的に高く評価されることに繋がったといえる。

結核対策において、結核治療薬の資金供与源が日本から世界基金へ順調に移行したことは、援助協調の顕著な好事例である。CENAT のマネジメント能力は極めて高く、結核治

⁵² 資金供与を通じた援助形態の一つで、政府や開発パートナーが同意した開発計画に資金を預託し、共同で事業を行うもの。援助資金の効果を高め、相手国の取引費用を減らすことができる一方、プロジェクト型支援に比べて、特定の成果と援助資金との因果関係を示しにくい。

療薬については、中央レベルでは3年、ODレベルでは3ヵ月、保健センターレベルでは1ヵ月分の薬剤が確保されるよう、計画的な在庫管理が行われている。資金供与源の移行にあたっては、3年前から計画を開始した。実際には2007年に世界基金からの資金供与を受け始め、2008年に日本からの供与が終了した。この過程で薬剤が不足することなどはなく、移行は順調に行われた。

これらを含め、日本と他の開発パートナーとの援助協調事例を表4-20にまとめた。

写真 4-7 CENAT 外観(左)と薬剤管理庫(右)



(撮影)みずほ情報総研



表 4-20 日本と他の開発パートナーとの援助協調の好事例

領域	協調先	内容
結核対策	WHO	DOTS の普及拡大が、WHO と JICA の連携により大きく進展。これを通じて、WHO が JICA の取組を認知していることにより、日本の結核対策の国際的高評価につながった。
結核対策	世界基金	結核治療薬の資金供与源を、日本から世界基金へ移行。3 年前から計画を立て、2007 年に世界基金からの供与を開始、一方で日本からの供与終了は 2008 年とし、移行過程で薬剤が不足することなく順調に実施された。
結核対策	USAID	JICA が支援した結核有病率調査において、USAID が研修費用を提供した。
人材育成	USAID	RTC 支援において、USAID と調整し、活動対象地域を分担した。

領域	協調先	内容
人材育成	WHO	看護教育において、JICA が TSMC 支援や看護教員養成に貢献し、WHO が看護師養成カリキュラム作成などの貢献を行った。
保健医療サービス提供	WHO UNICEF	コンポンチャム州で JICA, WHO, UNICEF がそれぞれコミュニティ・レベルで活動し、相互に補完的役割を果たした(ただし、さらなる調整の余地はある)。

出典:評価チーム作成。

また、日本は 2000 年以降、「マルチバイ協力」として、UNICEF と連携した「予防接種拡大計画」(EPI)事業、「ポリオ根絶」事業、「特定感染症」事業、「母と子どもの健康対策」事業、また UNFPA と連携した「人口・家族計画特別機材供与」事業を行った。しかし、大使館、JICA、UNICEF、UNFPA の担当者全てが変わっており、マルチバイ事業について記憶している担当者はなく、言及されることもなかった。日米連携の「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ」(GII)事業(1994～2001 年)については記憶されていなかったが、合同評価(2001 年)が行われたことには、言及された。連携事業の経験が、「組織としての記憶」(institutional memory)として残っていないことは注意を要する。

以上を踏まえ、カンボジア保健医療分野に対する日本の支援プロセスは、無償資金協力と技術協力を組み合わせたスキーム間連携や、カンボジア側との連携を中心に適切であったと評価される。特に、カンボジア側との連携については、オーナーシップを尊重する日本の姿勢が評価されており、協議・調整が順調に行われていた。

他の開発パートナーとの調整についても、おおむね良好であった。ただし、開発パートナーの多い母子保健領域では更に調整が必要という指摘もあり、さらなる改善が期待される。

4-3-4 「プロセスの適切性」に関する評価のまとめ

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。日本は TWGH をはじめとする各種の援助協調の仕組みに参加しており、特にカンボジア側との連携については、相手国の援助政策の立案や日本の国別援助方針の策定にあたって協議・調整を行うなど、良好な関係を築いている。ただし、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もあった。また、民間連携については、草の根技術協力事業や州別 TWGH の情報交換など一定の取組が認められるものの、地方ないしコミュニティ・レベルに直接裨益する支援を充実させるためには、NGO との連携をさらに強化すべきという意見もあった。

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は、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と評価できる。

また、カウンターパート機関や他の開発パートナーから「カンボジア側に寄り添い、持続性を重視する」と評されたように、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、同国の自立発展性を促し、日本の援助の有効性を確保するうえで、大きく寄与したと考えられる。案件形成の段階から実施まで、カウンターパートと密にコミュニケーションをはかり、カンボジア側のコメントや意見に耳を傾ける日本の姿勢が評価されたものと言える。

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。一方「柔軟性」や「予測可能性」は平均的であるとの評価が多かった。

4-4 外交の視点からの評価

本節では、2011 年の「ODA 評価ガイドライン」改訂を受けて、新たに評価項目として加わった外交の視点から、日本の対カンボジア保健・医療セクター支援について評価を行った。

「ODA 大綱」が定めるように、日本の ODA は「国際社会の平和と発展に貢献し、これを通じてわが国の安全と繁栄の確保に資すること」を目的としている。この点を踏まえ、本節では、カンボジア保健医療分野の支援が、日本の安全と繁栄にどのように貢献しているかという視点から評価を行った。具体的には、(1)対カンボジア保健医療分野支援を通じて、二国間の関係強化が促進されているか、(2)他の開発パートナーに、保健医療分野における日本の取組が評価されているか、(3)対カンボジア保健医療分野支援を通じ、国際社会において日本の貢献への認識が促進されているか、という 3 点を確認することを目的とした。ここでの評価は、(1)国内関係機関へのヒアリング、(2)カンボジア政府機関へのヒアリング、(3)他の開発パートナーへのヒアリング、および(4)現地 NGO へのヒアリングなどをもとに行った。

4-4-1 二国間関係の重要性

本項では、カンボジア保健医療分野へ日本の支援を外交の視点から評価する前に、日本とカンボジアの二国間関係の重要性を確認し、ODA を通じた両国の関係強化が政策的に妥当であるかについて考察した。

第 3 章でみたとおり、カンボジアに対する基本的な援助政策は、2002 年に策定された「対カンボジア国別援助計画」に示されている。同計画によれば、カンボジアは内政面、外交面、日本との歴史的関係において、以下のような特徴を持つとされている(囲み 4-4)。

囲み 4-4 「対カンボジア国別援助計画」の日本・カンボジア両国関係に関する記述

(イ)70 年代以降約 30 年に亘る内戦と政治的混乱を経て、現在、懸命に国家再建に取り組むアジアの同胞たる同国を支援することは、同国が再び政治的に不安定な状況へ逆戻りすることを阻止するものであり、我が国外交上最も重要な地域の一つであるアジアの平和と安定に大きく寄与するものである。

これまで、我が国は、かかる観点から、同国の和平及び復興支援に対し、国際社会をリードする能動的な外交を展開してきている。92 年に我が国初の PKO を派遣したと、同国支援会合に於いて積極的な貢献を行って来ていること等は、その一例である。

また、同国支援への我が国国民の関心も極めて高く、我が国 NGO が最も活発に活躍している国となっていることもあり、政府としても適切な対応が必要とされている。

かかる我が国の姿勢は、同国国民はもとより、シハヌーク国王、フンセン首相自身にも理解されており、同国より我が国の支援に大きな期待と感謝が寄せられているのみならず、同国は、国際場裡での我が国の政策を強く支持する等、様々なレベル、機会に於いて、両国間に、緊密な友好関係が根付きつつある。

(ロ)更に、同国への支援の意義は、世界経済のグローバル化の文脈に於ける ASEAN 全体の経済的底上げの観点からも強調されるべきである。

AFTA に見られる関税障壁の撤廃等経済統合を推進する ASEAN にとり最大のネックは、ASEAN 域内に存在する経済格差である。中でも、長期にわたる紛争等により疲弊したカンボジアは、多大な開発ニーズと著しい経済的ハンディキャップを有しており、同国の開発と復興を支援することは、同国一国への支援に止まるものではなく、長期的な ASEAN 全体の経済の活性化、或いは ASEAN の優先課題であるメコン地域開発にも大きく貢献するものであり、ひいては、我が国経済にとっても有益な結果をもたらすものである。

注：下線は評価チームによる。

出典：外務省「対カンボジア国別援助計画」より抜粋。

このように、日本は、カンボジア和平協定締結後に国連カンボジア暫定統治機構 (UNTAC: United Nations Transitional Authority in Cambodia) が発足して以来、最大の開発パートナーとして、同国の開発ニーズのほとんどを網羅する支援を行ってきた。カンボジアにとって日本は、特定分野のみならず、分野を越えて総合的な支援を行う開発パートナーとして、重要な位置を占めてきたと言える。

また、ASEAN 地域についてみると、カンボジア (1999 年加盟) は他の加盟国と比較して経済発展の遅れた後発国であり、ASEAN 域内の格差是正が求められている。この点は、ASEAN 諸国全体にとって、2015 年の共同体創設に向けた重要課題となっている。したが

って、日本がカンボジアに対する継続的な支援を行うことは、一国の発展のみならず、ASEAN 地域全体の安定と更なる発展のために寄与すると考えられる。

以上のように、日本とカンボジアの二国間関係は、歴史的経緯から深い友好関係にあり、また、カンボジアは ASEAN の安定と発展にとって重要な位置づけにある。広く同国国民に資する保健医療分野の支援は、外交の視点からみて、重要な意義があると言える。

4-4-2 カンボジア政府と日本の関係

カンボジア保健医療分野における日本の支援は、二国間援助が再開された当初から、相手国の自立性を尊重して行われてきた。保健省幹部や NMCHC, CENAT などのカンボジア政府関係者の間で、計画策定の段階から相手国機関と密なコミュニケーションをとり、意識の共有やニーズの発掘を丁寧に行うものと評価されている。

また、NMCHC や CENAT をはじめ、施設整備と並行して現地の人材育成を支援してきたことにより、カンボジアの長期的発展のために欠かせない、保健省の中核を担う人材の育成にも貢献してきた。1992 年に日本がいち早く二国間援助を再開した際、最初の支援対象であった NMCHC からは、当時院長だった現保健省次官をはじめ、保健省高官を輩出している。

このような支援を行ってきた結果、日本の援助関係者とカンボジア保健省および現場のカウンターパートとの間で、強い信頼関係が築かれた。また、保健省幹部レベルで日本の支援の特長が理解されていることによって、他の開発パートナーとの調整にも良好な効果を及ぼしていることもうかがえた。

4-4-3 カンボジア国民の日本に対する意識

保健省関係者によると、NMCHC やモンゴルボレイ病院は、「日本病院」として地域住民に親しまれているとのことであった（ただし、今回の評価調査では、直接地域住民から意見を聴取していないため、病院関係者からの情報である）。また、農村部で支援を行っている日本の NGO 関係者からは、2011 年に発生した東日本大震災の際に、地域住民から日本のために寄付が贈られたというエピソードも伝えられており、草の根の援助もコミュニティレベルで日本への好感喚起に寄与していることがうかがえた。

また、保健医療分野を包括する現地 NGO (MEDiCAM) から、「日本の保健医療分野支援は、公正で透明性が高く、カンボジア国民の利益に資するもの」と高く評価された。

写真 4-8 モンゴルボレイ病院の看板



「カンボジアー日本友好」という言葉と日本の国旗が見える。

撮影:みずほ情報総研

4-4-4 国際社会における日本の貢献への認識

DOTS 普及や有病率調査をはじめとする結核対策支援は、日本のカンボジア保健医療分野における支援の中でも、特に認知度が高く、カンボジア側のみならず、他の開発パートナーの間でも非常に評価が高かった。他途上国のモデルとして国際的にも評価されている⁵³。CENAT 所長が WHO の学術雑誌に発表した論文においても、日本の支援について言及されている⁵⁴。第二回全国結核有病率調査にあたっては、調査データ管理について、WHO から専門家を招聘し、より専門的な内容のワークショップを開催するなどの連携を行い⁵⁵、WHO が X 線検査の重視性を再認識する流れの契機にもなっている。また、2011 年には、結核有病率調査に関する研修がプノンペンで行われ、アフリカを含む世界各国から 10～15 か国が参集するなど、日本の援助によって、CENAT が国際研修の拠点となるまで能力が強化されたことがうかがわれる。

⁵³ World Health Organization, “Cambodia turns a TB health crisis into an opportunity”.

⁵⁴ Mao Tan Eang, Phalkun Chheng, Chawalit Natpratan, and Michael E Kimerling, “Lessons from TB/HIV integration in Cambodia”.

⁵⁵ JICA プロジェクトニュース第1号「カンボジア国全国結核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」

http://www.jica.go.jp/project/cambodia/010/newsletter/ku57pq00000dqdgc-att/newsletter_01.pdf

4-4-5 外交の視点からの評価のまとめ

日本は、二国間援助が再開された当初から、保健医療分野において、カンボジアのオーナーシップ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、日本の支援の特長が高く評価され、両者の間に信頼関係が築かれていることが認められた。さらに、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、NMCHC や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、特に結核対策支援は DOTS 拡大や有病率調査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。さらに、結核対策の成功事例としてカンボジアで国際的な研修が開催されるなど、後発開発途上国である同国が、技術提供する立場となるほど、日本の支援の貢献は大きかったといえよう。

母子保健領域については、日本が他の開発パートナーに先駆けて、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。しかし、現在では多数の開発パートナーが母子保健領域の支援を行っており、人材育成や地方展開のみでは外交の視点からみて十分な効果を挙げるのは難しくなっている。今後は、長期にわたる NMCHC との協力関係を生かして、母子保健に関する政策立案への支援を強化することが期待される。

医療施設・機材整備は、保健省が日本の支援の一番の特長であると指摘したように、カンボジア側の期待の大きい領域である。しかし、ひとつの施設でも、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、施設整備が必ずしも、日本の支援の特長であるわけではない。今後も、この領域の支援は必要とされるが、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と考えられる。

限られた援助予算の中で、「選択と集中」が求められている状況であるが、これらのことから、長年支援を継続して成果を上げており、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については、これまでの支援から一段階進んだ形で支援を継続する必要があるのではないかと考えられる。