

保健セクター情報収集・確認調査

カンボジア王国 保健セクター分析報告書

平成 24 年 10 月
(2012 年)

独立行政法人国際協力機構（JICA）

株式会社コーエイ総合研究所
株式会社タック・インターナショナル

人間
JR
12-121

保健セクター情報収集・確認調査

カンボジア王国 保健セクター分析報告書

平成 24 年 10 月
(2012 年)

独立行政法人国際協力機構（JICA）

株式会社コーエイ総合研究所
株式会社タック・インターナショナル

外国為替交換レート

1 米ドル=79.45 円

1 カンボジア・リエル=0.019 円

(2012 年 7 月 JICA 精算レート)

本報告書の内容は、対象各国における保健セクターの現状、課題やその要因、当該国の政策的優先課題等を各国個別および総合的に分析することにより、今後の JICA による同セクターの協力の可能性に対する提言を行い、同セクターにおける JICA の協力の戦略性や質の向上を図ることを目的にまとめられたものです。各国保健セクター全般についての調査を行ったことや、原則現地調査を行わずに文献調査によりまとめられたものであることから、本報告書の実際の活用にあたっては各国特有の事情も勘案することが必要である点ご注意ください。

はじめに

<本調査の背景>

途上国における保健セクターを取り巻く環境は、2000 年に入って大きく変化してきている。各途上国のミレニアム開発目標（MDG）達成に向かって、「マクロ経済と健康¹」等の提言により、援助各国からの保健セクターへの投入が大きく増え、2001 年に 109 億米ドルだった政府開発援助が、2007 年には 218 億米ドルと 2 倍に増えている²。また、ローマ（2003 年）、パリ（2005 年）、アクラ（2008 年）において行われた援助調和化のためのハイレベルフォーラムにより、援助の調和化に関する各国共通の枠組みを作って支援していく体制が整えられた。

こうした途上国の保健セクターにとっては、好ましい環境の変化が起こっているのにもかかわらず、特にサハラ以南のアフリカにおいては、2015 年までのミレニアム開発目標 4（子どもの死亡削減）、5（妊産婦の健康状態の改善）および 6（HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病のまん延防止）の達成見通しが立たないなど、期待された成果が見えていない国や地域が多く存在する。これらのことから、途上国の保健セクターの新たな課題として、資金投入を増やして全ての人が医療サービスを受けることが出来るユニバーサルカバレッジ³を達成させると同時に、経済的に困窮しない資金投入の仕組み（More Money for Health⁴）への継続的な取り組みのみならず、保健セクターへの投入レベルで、いかに保健サービスのカバレッジや質や成果のレベルを向上させるか（More Health for Money⁵）についても重視されてきている。

以上のような途上国の保健セクターの環境の変化の中、JICA において国全体のマクロ分析とセクター分析を行う国別分析ペーパー（Analytical Work）の作成を進めており、JICA の協力のより明確な方向性を示して行こうとしている。本調査は、このセクター分析に貢献するものとの位置づけである。これまでも、JICA は、特定の国の特定の課題を中心に分析し協力内容を進めてきたが、これまでの同セクター情報は既存の協力案件の周辺情報に特化する傾向があるため、改めてより一層の幅広い情報を収集する機会が必要であると認識された。

<本調査の目的>

保健セクター分析は、国ごとの保健状況やその決定因子の理解、および保健セクターの実施能力についても理解するのに役立ち、また、問題の分析に基づいた優先度の高い介入プログラムやプロジェクトの形成、また実施に必要な政策策定や計画策定に貢献することが出来る。逆説的には、ニーズに即し、インパクトや優先度の高いプログラムやプロジェクトを形成し、それらの実施により高い効果を得るためには、質の高いセクター分析が一度のみならず、定期的に行われる必要があるということである。こうした状況や理解を踏まえ、対象 23 か国における保健セクターの現状、課題やその要因、当該国の政策的優先課題等を国別および総合的に分析することにより、今後の JICA による同セクターの協力の方向性に対する提言を行い、JICA の協力の戦略性や質の向上を図ることを目的として、この保健セクター調査が行われた。

<報告書の構成>

この報告書は、第 1 章で、各国の社会経済的な概況を分析し要約した。第 2 章では、国の保健セクター強化の取り組みを示した国家開発政策や計画の中身を精査した。第 3 章では、国民の健康状況を経年的に分析し、“Where are we now?”を明らかにした。第 4 章と第 5 章では、保健セクターのサービスおよびシステムを、セクターの機能ごとに効率性、質、平等性の観点から分析を試みた。第 4 章では、医療サービス供給機能、第 5 章では、保健人材開発、保健情報、保健医療施設・機材・医薬品供給、保健財政、および管理・監督などの機能における現状把握と分析を行った。第 6 章では、ドナーの協力状況を把握し、上記分析の結果を踏まえ、第 7 章で JICA に対し保健セクターへの支援・協力の可能性を示した。

¹ 2000 年 12 月に WHO が発表した“Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development”において提唱された保健・医療問題の改善を貧困削減と社会経済開発の中心的介入ととらえ、マクロ経済的分析を通じて開発における保健セクターの役割の重要性を提唱したもの。（<http://www.who.int/macrohealth/en/>）

² Ravishankar N., Gubbins P. Cooley J. R. et al.; June 2009, Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007, the Lancet 373: 2113-2132.

³ WHO によると「全ての人々が、十分な質の保健サービス（増進、予防、治療、リハビリテーション）に、必要に応じて、かつ経済的に大きな負担となることなくアクセスできるようにすること」と定義されている。（http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/index.html）

⁴ World Health Report 2010 (WHO) において、国家政策における優先順位を上げる、税収や保険制度、その他財源の創出など、保健セクターへの財源を増加させる手段を講じる必要性が提唱されている。

⁵ 同レポートにおいて、保健システムを効率化することによって保健セクターへの投入効果を効率的に発現させ、サービスを拡大させることの必要性が提言されている。

用語集

略語	英語	日本語
ACT	Artemisinin-based Combination Therapy	アルテミシニン誘導体多剤併用療法
ADB	Asian Development Bank	アジア開発銀行
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
ART	Anti-retroviral Therapy	抗レトロウイルス療法
ARV	Anti-retroviral Drug	抗レトロウイルス薬
AusAID	Australian Agency for International Development	オーストラリア国際開発庁
BCG	Bacille Calmette Guerin	カルメット-ゲラン菌
BMI	Body Mass Index	体格指数
BTC	Belgian Technical Cooperation	ベルギー技術協力公社
CBHI	Community Based Health Insurance	地域健康保険制度
CCM	Country Coordinating Mechanism	国別調整メカニズム
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	米国疾病予防管理センター
CDHS	Cambodia Demographic and Health Survey	カンボジア人口保健調査
CMDGs	Cambodia Millennium Development Goals	カンボジアミレニアム開発目標
CPA	Complementary Package of Activities	補完的サービスパッケージ（第2次・第3次医療施設で提供する標準パッケージサービス）
CSES	Cambodia Socio-Economic Surveys	カンボジア社会経済調査
DFID	Department for International Development	英国国際開発省
DOTS	Directly Observed Therapy Short-course	直接監視下における短期化学療法
DPT	Diphtheria, Pertussis, Tetanus	ジフテリア・百日せき・破傷風 （混合ワクチン）
EPI	Expanded Immunization Programme	拡大予防接種計画
EU	European Union	欧州連合
FTI	Fast Track Initiative	ファストトラックイニシアティブ
GAVI	The Global Alliance for Vaccines and Immunization	ワクチンと予防接種のための世界同盟
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
GFATM	The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria	世界エイズ・結核・マラリア対策基金
GMP	Good Manufacturing Practice	医薬品適正製造基準
GNI	Gross National Income	国民総所得
H5N1	-	高病原性鳥インフルエンザ
HC	Health Center	保健センター
HCP	Health Coverage Plan	保健範囲計画

略語	英語	日本語
HEF	Health Equity Fund	貧困者救済基金
HIS-SWG	Health Information System Stakeholder Working Group	保健情報システム関係者作業部会
HISSP	Health Information System Strategic Plan	保健情報システム戦略計画
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HMN	Health Metrics Network	-
HP	Health Post	ヘルスポスト
HRDD	Human Resource Development Department	保健省人材育成部
HSP	Health Sector Strategic Plan	国家保健戦略計画
HSSP	Health Sector Support Program	保健セクター支援計画
IHP+	International Health Partnership Plus	国際保健パートナーシップ・プラス
IHR	International Health Regulations	国際保健規則
ITN	Insecticide-Treated Mosquito Net	殺虫剤処理済蚊帳
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊
LDC	Least Developed Countries	後発開発途上国
MAFF	Ministry of Agriculture, Forestry and Fisheries	農林水産省
MBPI	Merit Based Performance Incentive	成果ベースの報酬制度
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MOSVY	Ministry of Social Affairs, Veteran and Youth Rehabilitation	社会問題・退役軍人・青少年更生省
MOWRAM	Ministry of Water Resources and Meteorology	水資源気象省
MPA	Minimum Package of Activities	基本サービスパッケージ（第一次医療施設で提供する標準サービスパッケージ）
MSM	Men who have sex with men	男性と性交渉をもつ男性
NCHADS	National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs	国立 HIV/エイズ・皮膚病学・性感染症センター
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NSDP	National Strategic Development Plan	国家戦略開発計画
NSSF	National Social Security Fund	社会保障基金
NSSFC	National Social Security Fund for Civil Servants	公務員向け社会保障基金
NTP	National Tuberculosis Control Program	国家結核対策プログラム
OD	Operational District	保健行政区
PHD	Provincial Health Department	州保健局
PHEIC	Public Health Emergency of International Concern	公衆衛生学的な国際的脅威

略語	英語	日本語
PMTCT	Prevention of Mother to Child Transmission	母子感染予防
PRH	Provincial Referral Hospital	州リファラル病院
RH	Referral Hospital	リファラル病院
RMNCH	Reproductive Health, Maternal, Newborn, Child health	リプロダクティブヘルス・母新生児小児保健
RTC	Regional Training Center	地方看護・助産学校
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome	重症急性呼吸器症候群
SBA	Skilled Birth Attendant	助産専門技能者
SFFSN	Strategic Framework for Food Security and Nutrition	食料安全および栄養に関する戦略的枠組み
SOA	Special Operating Agency	特別業務機関
STI	Sexually Transmitted Infection	性感染症
SWAps	Sector-Wide Approaches	セクターワイドアプローチ
TB	Tuberculosis	結核
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
TSMC	Technical School for Medical Care	国立医療技術者養成学校
TWG	Technical Working Group	技術作業部会
TWG-H	Technical Working Group for Health	保健セクター技術作業部会
UHS	University of Health Science	保健科学大学
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
VCCT	Voluntary Confidential Counseling and Testing	自発的匿名カウンセリングおよび検査
WHO	World Health Organization	世界保健機関



出典： http://www.freemap.jp/asia/asia_cambodia_all.html (7月2日アクセス)

カンボジア王国

要約

1. カンボジアでは、1970 年以降の内戦のため、医療従事者の激減等、保健サービスを支える基盤および社会基盤も壊滅的打撃を受けた。1991 年のパリ和平協定締結後、国の再建が本格化し、フン・セン政権により、政治的安定がもたらされて以降、経済的成長率も上昇したが、未だ後発開発途上国（LDC）に位置づけられ、国の発展において、不十分な社会・経済インフラ整備、内戦の影響による人材不足が課題である。
2. 国家開発政策である「四辺形戦略」および「国家戦略開発計画」に沿い、「国家保健戦略計画 2008-2015（HSP2）」が策定され実施されている。同計画では、HSP1 に引き続き、全ての国民、特に貧困層、女性、子どもの健康改善に取り組むこととし、3 つのプログラム（母子保健、感染症、非感染症）と目標、およびプログラムに共通する横断的な 5 つの戦略を掲げている。HSP2 には、HSP1 になかった具体的数値目標を定め、成果と進捗をモニタリングする枠組みを含んでいるのが特徴である。
3. カンボジアの疾病構造は、徐々に感染症主体の疾病構造から、非感染性疾患の占める割合の多い構造へと変化しつつある状況である。子どもの健康に関する指標のうち、栄養状態の改善（ゴール 1）に遅れが見られるものの、5 歳未満児死亡率、乳児死亡率（ゴール 4）は既にミレニアム開発目標（MDGs）を達成している。妊産婦死亡率においては、過去ずっと高い率値で推移してきたが、カンボジア人口保健調査（CDHS）2010 によると 5 年前の CDHS の値より半分以下（206、出生 10 万対）にまで下がってきており、長年の母子保健事業の成果が出始めていると判断される。しかしながら、近隣のベトナムやタイに比して、未だかなり高い値であるため、引き続き優先度を高くおいて改善を目指さなくてはならない。

HIV/エイズについては、カンボジア政府の対策への強いコミットメントおよび世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）等のドナーによる経済的・技術的なサポートが功を奏し、ここ 10 年で大幅に減少し感染率増加に歯止めがかかっている。2009 年時点の成人の推定 HIV 感染率（15-49 歳）は 0.5%で、既に MDG の目標値である 0.6%を達成している。結核については、1994 年の国家結核対策計画の改善に伴い、世界保健機関（WHO）の推奨する直接監視下における短期化学療法（DOTS）戦略の導入の実施、DOTS サービスの質的向上等の結核対策に力を入れてきた結果、治癒治療成功率は大幅に改善したものの、結核有病率は依然高く、660（人口 10 万対、2010 年）で、域内平均⁶（344）のおよそ 2 倍であり、世界の結核高蔓延国として DOTS を核とする包括的支援が必要とされる 22 カ国⁷に位置づけられている。2011 年に実施した第 2 回全国有病率調査の暫定結果では、第 1 回調査（2002 年）結果と比較し、約 35%の塗抹陽性率の減少が認められたものの、顕微鏡では診断できない塗抹陰性結核の対策、高齢者および無症状あるいは軽症状結核患者の早期発見・治療等、新たな課題が認識された。マラリア有病率も、ラオス、タイ、ベトナムと比べ 5 倍強となっている。特に熱帯林地帯の居住者は少数民族や貧困層が多く、保健サービスに関するメッセージが届きにくく、必要なサービスを受けにくいことから予防対策等がいきわたらず、マラリアに罹患する確率が高いと思われる。非感染性疾患は、死因別死亡の約 47%が占め、そのうち循環器系疾患、外傷、悪性腫瘍、糖尿病などが上位の疾患である。

4. 保健医療サービス供給については、長期に渡る内戦により、壊滅的に減少した人材、医療保健提供施設を回復するべく、カンボジア政府と開発パートナーが一丸となって努力を続けている。保健医療施

⁶ 2009 年時点

⁷ 22 カ国のおよそ半数をアジアが占め、この中には隣国、タイ、ベトナム、ミャンマーも含まれる。

設の施設・機材・人材に対する標準を定め、これらを満たすべく整備を続けているところである。人材育成における課題として、卒前教育および卒業研修の質の担保が挙げられる。現状では、教育現場に標準化された教材がないこと、教員の臨床指導能力が不十分であること、そのため学生が臨床能力を十分に身につけられないまま現場に配置され、サービスの質の低下を招いている。例えば、地域の助産サービスを担う助産師については、研修の質が担保されないために、助産技術を十分習得しないまま保健センターに配置されるケースが多く、妊婦高血圧症等の早期発見に必要な検査や分娩にかかる記録等が徹底されないなど、分娩介助に必要な助産ケアができていないことが指摘されている。

5. 保健システムについては、前述のように保健医療人材の育成が重要課題の一つに位置付けられており、助産師や看護師の育成に力を入れている。今後、量の問題に加え、医療人材の国家試験制度の整備、学生の実習機会の確保、現任教育の強化などを通じた質の向上が大きな課題である。保健財政については、総保健支出における患者個人負担割合が 40%と非常に負担が大きい現状であるが、カンボジアでは安定した保健財政を確保するために、医療保険制度の導入など、複数の保健財政スキームが試行されている。医療施設・機材に関しては、1997 年より保健範囲計画（HCP）に基づいて、施設整備計画が進められている。
6. 「保健セクター支援計画 2009-2013（HSSP2）」は、HSSP1 に続く保健省と開発パートナーの協同出資による保健セクター最大のプロジェクトであり、多くのドナーがセクターワイドアプローチ（SWAps）に参加し、オーストラリア国際開発庁（AusAID）やベルギー技術協力公社（BTC）を始め 7 機関がプールファンドをつくり、特別業務機関（SOA）への資金援助を行っている。また、援助協調の枠組みとして、保健セクター技術作業部会（TWG-H）を組織し、月 1 回の会議において様々な重要課題に関する政策協議や情報交換を行っている。また、保健財政などの個別課題に関する小作業部会があり、技術的な協議を行っている。我が国もこれまで、無償資金協力による施設整備、技術協力による人材・制度の強化、確立した技術を地方へ普及する取り組み等、長期間に渡る支援の結果、妊産婦死亡率をはじめ、多くの保健指標改善に貢献してきた。また、感染症分野、特に結核対策における長年の支援の成果は、2010 年に実施された全国結核有病率調査の結果からも、対策の根幹として日本が支援してきた DOTS 戦略が、カンボジアの結核対策に大きく寄与していることがうかがえる。
7. カンボジア国の国民の健康における優先課題は、更なる母子の健康向上に加え、感染症分野における、塗抹陰性結核患者の増加や他国との連携などの新たな課題への対応、増加する非感染性疾患対策、さらには、保健指標やサービスへのアクセスにおいて見られる地域間、民族間格差の解消であろう。こうした問題の背景には、医療保健施設や医療人材の絶対数の不足、不適切な人材配置、地理的・経済的アクセスの困難、食生活にまつわる伝統的価値観や習慣等により 1) 基礎的保健医療サービスのユニバーサルカバレッジが達成されていないこと、2) 提供される保健医療サービスの質が低い状況にあること、3) 産科救急ケアが未整備の地域が未だ多いこと、4) 保健セクターへの予算不足が大きな原因となっている。また、州あるいは郡レベルで、各対策、プログラムの実施促進を担う行政官については、委託契約等のスキームの導入により、能力強化が図られてきてはいるものの、効率かつ効果的な対策の実施・運営を持続するにあたっては、引き続き、能力強化が必要である。これらの問題を解決するための日本の協力の可能性として、1) 母子保健強化への更なる協力、2) 結核対策への継続支援、3) 非感染性疾患対策への支援、4) 医療サービスへの経済的アクセス改善に資する支援などが挙げられる。

保健セクター情報収集・確認調査
保健セクター分析報告書
カンボジア王国

目次

はじめに

用語集

カンボジア地図

要約

第1章	一般概況	1-1
第2章	開発政策	2-1
2.1	国家開発政策	2-1
2.1.1	四辺形戦略（Rectangular Strategy）	2-1
2.1.2	国家戦略開発計画（NSDP: National Strategic Development Plan） 2009-2013.....	2-1
2.2	保健セクター開発計画.....	2-1
2.2.1	国家保健戦略計画（HSP: Health Sector Strategic Plan）	2-1
第3章	国民の健康状態	3-1
3.1	概況	3-1
3.2	母子保健の状況	3-2
3.2.1	母親の健康	3-2
3.2.2	子どもの健康	3-2
3.3	感染症の状況	3-3
3.3.1	HIV/エイズ	3-3
3.3.2	結核	3-5
3.3.3	マラリア	3-5
3.4	栄養と健康	3-6
3.4.1	子どもの栄養	3-6
3.4.2	女性の栄養	3-7
3.5	その他の課題	3-7
3.5.1	非感染性疾患の状況.....	3-7
第4章	サービス提供の状況	4-1
4.1	母子保健対策の現状	4-1
4.1.1	国家政策と方針	4-1
4.1.2	母子保健サービス提供と利用の現状と課題.....	4-1
4.2	感染症対策の現状	4-6
4.2.1	国家政策と方針	4-6
4.2.2	HIV/エイズ対策	4-6
4.2.3	結核対策	4-7
4.2.4	マラリア	4-8
4.2.5	国際保健規則（IHR）への対応.....	4-9
4.3	低栄養対策	4-9

4.3.1	国家政策と方針	4-9
4.3.2	低栄養対策の現状.....	4-9
4.4	非感染性疾患対策	4-10
第5章	保健システムの状況	5-1
5.1	保健人材	5-1
5.1.1	現状	5-1
5.1.2	保健人材育成	5-1
5.1.3	保健人材にかかる優先課題.....	5-2
5.2	保健財政	5-3
5.2.1	概況	5-3
5.2.2	社会保障・医療保険制度.....	5-5
5.3	保健情報システム	5-5
5.4	施設・機材・医薬品供給施設.....	5-7
5.4.1	保健施設	5-7
5.4.2	医療機材	5-8
5.4.3	医薬品	5-8
5.5	管理監督機能	5-9
5.5.1	ASEAN統合に向けた動き	5-10
第6章	援助機関の協力状況	6-1
6.1	援助協調の枠組み	6-1
6.2	開発パートナーの協力実績.....	6-1
6.2.1	保健セクター支援計画 2009-2013（HSSP2: Second Health Sector Support Program）	6-1
6.2.2	主要開発パートナーの支援状況.....	6-2
6.3	日本の協力実績と現状.....	6-4
第7章	保健セクターにおける優先課題と提言.....	7-1
7.1	保健セクターにおける課題とその背景.....	7-1
7.1.1	健康における優先課題.....	7-1
7.1.2	問題の背景	7-2
7.1.3	課題に対するカンボジア政府、開発パートナーの取り組み.....	7-3
7.2	日本の協力の可能性	7-3

添付資料

- 添付1： 保健分野主要指標
- 添付2： 参考文献リスト

図表目次

図 1-1	貧困世帯分布状況（2010 年）	1-2
図 3-1	5 歳未満児死亡率および乳児死亡率の比較（2010 年）	3-3
図 3-2	成人の推定HIV感染率（15-49 歳）（1990-2009）	3-4
図 3-3	成人の推定HIV感染率（15-49 歳）の比較	3-4
図 3-4	マラリア有病率（人口 10 万対）の比較（2008 年）	3-5
図 3-5	5 歳未満児の低栄養状態の比較（2008 年）	3-6
図 3-6	15-49 歳の女性の重度の貧血の割合	3-7
図 3-7	死因別死亡の割合（2008 年）	3-8
図 3-8	交通事故死亡数の推移(1998－2009).....	3-8
図 4-1	分娩介助者と母親の教育レベル（2010 年）	4-4
図 4-2	予防接種率（2000 年、2005 年、2010 年、および東アジア・太平洋地域平均 （2010 年）との比較）	4-4
図 4-3	地域別予防接種（全て接種）率（%）	4-5
図 4-4	結核患者の発見率と治癒率の推移（1990-2009）	4-8
図 5-1	保健支出財源の推移.....	5-3
図 5-2	保健省組織図	5-10
図 7-1	カンボジアの保健セクターにおける課題とその背景.....	7-1
表 1-1	カンボジアの主要指標.....	1-1
表 1-2	各州・市の人口（2008 年）	1-2
表 2-1	NSDP（2009-2013）の中心課題および重点分野	2-1
表 2-2	HSP2 の概要	2-3
表 3-1	主な保健指標の周辺国との比較.....	3-1
表 3-2	保健関連MDGsの進捗状況.....	3-2
表 3-3	新規喀痰塗抹陽性患者数と結核有病率の推移.....	3-5
表 3-4	5 歳未満児の栄養失調状態.....	3-6
表 4-1	HSP2 における母子保健対策の主な指標と目標値	4-1
表 4-2	主な妊産婦サービス指標.....	4-2
表 4-3	産前健診の実施状況（2010 年）	4-2
表 4-4	施設分娩率および分娩介助者内訳（2010 年）	4-3
表 4-5	HSP2 における感染症対策の主な指標と目標値	4-6
表 4-6	HIV/エイズサービスの提供状況（2010 年）	4-7
表 4-7	5 歳未満児の栄養の充足状況（2010 年）	4-10
表 4-8	HSP2 における非感染性疾患対策の主な指標と目標値	4-10
表 5-1	保健人材の推移（1996-2008）	5-1
表 5-2	医学教育機関の管轄地域.....	5-1
表 5-3	看護師・助産師の育成コース.....	5-2
表 5-4	保健財政指標の推移.....	5-4
表 5-5	保健施設数	5-7
表 5-6	保健施設の標準サービス.....	5-7
表 6-1	主要開発パートナーの主な支援分野.....	6-2
表 6-2	世界基金による、HIV/エイズ、結核、マラリア対策支援.....	6-4
表 6-3	保健セクターにおいて実施中の日本の支援内容（2012 年現在）	6-5

第1章 一般概況

カンボジア王国（以下、「カンボジア」）は、インドシナ半島に位置し、国土面積約 18 万km²、周囲をベトナム、タイ、ラオスに囲まれている。全人口は約 1,414 万人で、約 9 割をクメール人が占める⁸ [1]。

カンボジアは、1970 年以降内戦が続き、その間のポル・ポト政権下の粛清により、多くの人命が失われた。保健セクターにおいても、知識人として抹殺の対象とされた医師をはじめ、医療従事者が激減したほか、医療機材・施設の破壊、放置により、保健サービスを支える基盤は壊滅的打撃を受けた。また、人々の健康に影響を与える水や衛生、道路など社会基盤も崩壊したが、1991 年のパリ和平協定締結後、国の再建が本格化し、外部の支援を得ながら順調に復興を遂げてきた。フン・セン政権により、政治的安定がもたらされて以降、経済的成長率も上昇し、政権発足後 10 年間（1998-2007）の平均国内総生産（GDP）成長率は、9.4%を示した [2]。その後、成長率は低下したが、2011 年は、6.9%にまで回復している。しかし、未だ後発開発途上国（LDC）に位置づけられ、人間開発指標は、187 か国中 139 位で、中位国に分類される（表 1-1） [3]。2011 年の第 4 回国連後発開発途上国会議において、カンボジアの力強い成長を背景に、国連は、同国が 2020 年までに後発途上国から卒業できる見込みを示したが、不十分な社会・経済インフラ整備、内戦の影響による人材不足は課題として残る。

表 1-1 カンボジアの主要指標

指標	数値	最新年
人口	1,431 万人	2011
人口増加率	1.2%	2011
出生時平均余命	62.5	2010
粗出生率（対 1,000 人）	22.5	2010
粗死亡率（対 1,000 人）	8.0	2010
一人あたりの国民総所得（GNI）	830	2011
経済成長率	6.9	2011
初等教育就学率	96.0%	2010
人間開発指標	0.52/139 位*	2011
1 日 1.25 ドル未満で生活する人口の割合	4.9%*	2008

出典：World Development Indicators [4]

*Human Development Report 2011 [3]

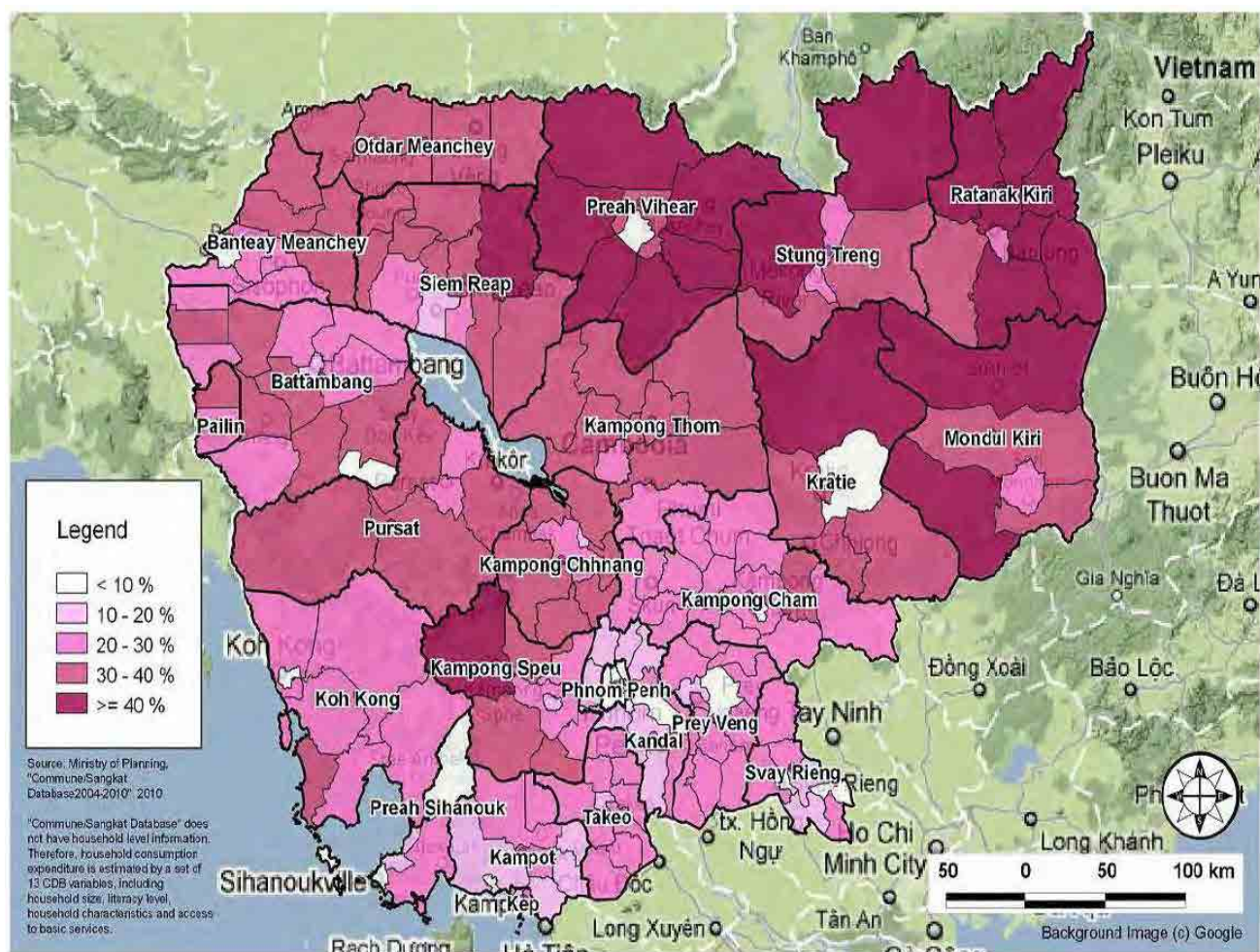
カンボジアの行政区分は2008 年12 月に再編された。23 州と1 首都プノンペン特別市があり、前者は、州（23）から郡（159）、コミューン（1,417）、後者は、特別市（1）から区（8）、サンカット（204）で構成される。さらに、全国には14,073村がある [5]。表1-2に各市・州の人口を、図1-1に郡レベルの貧困世帯比率を、それぞれ示す。概して、タイ、ラオス、ベトナム国境の高原・山岳部では貧困世帯の割合が高くなり、沿岸部に近い地域では比較的その割合が低くなっていることが分かる。

⁸ ベトナム人が 5%、華人が 1%、その他 4%となっている。

表 1-2 各州・市の人口(2008 年)

州	人口	州	人口	州	人口
Banteay Meanchey	677,872	Mondul Kiri	61,107	Koh Kong	117,481
Otdar Meanchey	185,819	Ratanak Kiri	150,466	Preah Sihanouk	221,396
Siem Reap	896,443	Kratie	319,217	Kampot	585,850
Battambang	1,025,174	Kampong Thom	631,409	Kep	35,753
Pailin	70,486	Kampong Chhnang	472,341	Kandal	1,265,280
Pursat	397,161	Kampong Cham	1,679,992	Prey Veng	947,372
Preah Vihear	171,139	Kampong Speu	716,944	Svay Rieng	482,788
Stung Treng	111,671	Phnom Penh (市)	1,327,615	Takeo	844,906
				合計	13,395,682

出典：General Population Census 2008 [6]



出典：カンボジア王国 国別貧困プロファイル（アジア）調査最終報告書 [7]

図 1-1 貧困世帯分布状況(2010 年)

第2章 開発政策

2.1 国家開発政策

2.1.1 四辺形戦略（Rectangular Strategy）

2004年7月の第3次フン・セン政権成立に伴い、カンボジアの包括的国家開発計画の枠組みとして策定された国家戦略である。グッドガバナンスを中心課題とし、①農業分野の強化、②インフラの復興と建設、③民間セクター開発と雇用創出、④能力構築と人材育成の四点を重点分野に定めている。2008年9月の第4次政権成立後、フン・セン首相は、第2次四辺形戦略を発表したが、この中で、特に地方のインフラ整備、農業開発が重点分野として強調されている。

2.1.2 国家戦略開発計画（NSDP: National Strategic Development Plan）2009-2013

NSDP は、2003 年策定のカンボジアミレニアム開発目標（CMDGs）および上記四辺形戦略の目標を実現するための戦略として位置づけられており、年間 1%の貧困人口の削減と 7%の経済成長を目指している。保健セクターは、貧困削減および経済成長の要と位置付けられ、上記四辺形戦略のうち、「能力構築と人材育成」において「保健サービスの向上」が掲げられている（表 2-1）。具体的には、病院・保健センター等の保健施設の建設または整備による保健サービスへのアクセス改善、特に貧困層への持続的な保健サービスシステムへのアクセス支援を行うとしている [5]。

表 2-1 NSDP(2009-2013)の中心課題および重点分野

中心課題：グッドガバナンス（汚職撲滅、法・司法改革、行財政改革、兵員削減）		
No	重点課題	主な目標
1	農業分野の強化	農業の生産性向上と多様化、土地改革と地雷除去、漁業改革、林業改革
2	インフラの復興と建設	交通インフラの復興と整備、水資源・灌漑の管理、エネルギー分野の開発、情報技術開発
3	民間セクター開発と雇用創出	民間セクター強化と投資誘致、雇用創出と労働条件の改善、中小企業の促進、ソーシャルセーフティネットの確立
4	能力構築と人材育成	教育の質の向上、 <u>保健サービスの向上</u> 、ジェンダー平等の推進、人口政策の実施

出典：National Strategic Development Plan Update 2009-2013 [5]

2.2 保健セクター開発計画

2.2.1 国家保健戦略計画（HSP: Health Sector Strategic Plan）

2003年に、1991年の和平協定後初の国家保健政策「国家保健戦略計画 2003-2007（HSP1）」が保健省により策定された。HSP1は、「全てのカンボジア国民、特に女性と子どもの健康改善を目的として保健セクターを発展させ、それにより貧困解消や社会経済の成長に貢献する」ことを最終目標に、CMDGsの指標に沿った数値目標を掲げ、6つの優先分野（①保健サービスの供給、②行動変容、③質の向上、④人材育成、⑤保健財政、⑥組織制度）と、それぞれの戦略を定めた [8]。同戦略の課題・教訓として、依然として高い妊産婦死亡率への対応、政府の監督能力の強化、保健財政にかかる政策決定および制度構築、ドナーによる支援の効率かつ効果的な運用の必要性等が挙げられている。

HSP1 の教訓を踏まえ、次期戦略である国家保健戦略計画 2008-2015（HSP2）が策定された。引き続き、全ての国民、特に貧困層、女性、子どもの健康改善に取り組むこととし、3つのプログラム（母子保健、感染症、非感染性疾患）と目標、およびプログラムに共通する横断的な5つの戦略を掲げている。

HSP2 の概要を次項の表 2-2 にまとめる。なお、HSP2 は、HSP1 に比べて、より具体的な目標値⁹を定め、成果の進捗をモニタリングする枠組みを含むのが特徴である。

⁹ HSP2 で示されている主な指標と目標値は、第4章で詳述する。

表 2-2 HSP2 の概要

最終目標	
全てのカンボジア自国民、特に <u>貧困層</u> 、 <u>女性</u> 、 <u>子ども</u> の健康を向上させるため、保健セクターの持続的な開発を保証し、貧困削減と社会経済開発に寄与する	
5つの横断的戦略	
① 保健サービス提供	➢ 保健範囲計画（HCP）に基づき、かつ患者のニーズに焦点を当てた基本サービスパッケージ（MPA：第一次医療施設で提供する標準サービスパッケージ）および、包括的サービスパッケージ（第2次・第3次医療施設で提供する標準パッケージサービス）の拡充 ➢ 統合的保健サービス提供システムの強化 ➢ ニーズに基づく公的保健サービスの具体的検討 ➢ 保健セクターにおけるサービスの質の標準化（公的、民間、非営利団体） ➢ 包括的な保健サービス提供における業務契約モデルの開発（特別業務機関：SOA等）
② 保健財政	➢ 政府予算の増加および保健セクターへの効率的資源配分 ➢ ドナー資金と保健省戦略、計画、優先課題とのアラインメント、および保健セクターにおける援助協調の促進 ➢ 患者の経済的負担の軽減と社会保障メカニズムの開発 ➢ 戦略的介入を行うため、根拠に基づく優先課題および保健サービス提供レベルへの配分重視 ➢ 保健財政政策にかかる根拠と情報
③ 保健人材	➢ 保健人材の技術、能力の向上 ➢ 専門性、倫理的行動、仕事の質の強化 ➢ 優先度の高さに応じた人員配置 ➢ 職員給与の改善とパフォーマンスに応じたインセンティブの創出
④ 保健情報システム	➢ データの質の向上（提出・収集、信頼性など） ➢ 各レベルにおけるデータの共有、管理、分析、普及、活用の促進 ➢ 疾病サーベイランスシステム、患者記録の改善および症例報告、非感染症疾患のモニタリングと対策 ➢ 民間セクターの保健情報システムへの参加促進、および、計画、リソース配分、人的資源、インフラ等の管理におけるデータの積極的活用
⑤ ガバナンス	➢ 保健省内、保健セクターにおける協調と連携 ➢ 官民連携 ➢ 調査研究、政策、規制、法律の支援・整備 ➢ 組織開発 ➢ 分権化と地方と中央の責任分担の明確化による、保健省全体としての統治能力の強化 ➢ 全ての国民が質の高い保健サービスにアクセスできる保健システム実現のためのセクターを超えた取り組みの強化
プログラム1：母子保健 ゴール1：新生児・子ども・妊産婦の罹患率および死亡率の低減と母子保健の増進	
活動目標	- 女性と子どもの栄養改善 - 母子保健情報システムの質とアクセスの向上 - 妊産婦と新生児に対する基礎的な保健サービスへのアクセスおよび家庭におけるケアの向上 - 基礎的な子どもの健康にかかるサービスへのアクセスおよび家庭におけるケアの向上
プログラム2：感染症 ゴール2：HIV/エイズ・マラリア・結核およびその他の感染症の低減	
活動目標	- HIV 新規感染率の低減 - HIV/エイズ感染者の生存率の向上 - 肺結核早期発見と治療成功率向上の達成 - マラリアの罹患率および死亡率の低減 - 他の感染症の状況の改善
プログラム3：非感染性疾患 ゴール3：非感染性疾患およびその他健康阻害要因の低減	
活動目標	- 非感染性疾患（糖尿病・心臓病・悪性腫瘍・精神病・事故・眼病・口内病等）の罹患を防ぐ日常生活習慣の改善および治療へのアクセス改善 - 公衆衛生機能（環境負荷・食品安全・災害管理等）の整備

出典：Second Health Sector Strategic Plan 2008-2015 [9]

第3章 国民の健康状態

3.1 概況

カンボジアの疾病構造は、従来、保健システムの未整備に加え、貧困による栄養不足や非衛生的な環境を原因とした母子保健や感染症による死亡や疾病が非感染性疾患を上回る典型的な感染症型の疾病構造であったが、非感染性疾患の占める割合が大きくなりつつあり、疾病構造は転換期に向かっていると推察される。

表 3-1 は、カンボジアの主な保健指標を周辺国と比較したものである。全体的に改善傾向にあるものの、域内や隣国ベトナムと比較すると改善が遅れており、乳児死亡率、5 歳未満児死亡率、妊産婦死亡率ともに、未だ高い水準にある。

表 3-1 主な保健指標の周辺国との比較

指標	単位	年	カンボジア	域内平均 *	ベトナム	ラオス	ミャンマー
出生時平均余命 ¹⁾	歳	2010	62.5	72.2	74.8	67.1	64.7
粗出生率 ¹⁾	人口千対	2010	22.5	14.2	16.7	22.8	17.3
粗死亡率 ¹⁾	人口千対	2010	8.0	7.0	5.2	6.3	8.6
合計特殊出生率 ²⁾	-	2010	2.6	1.8	1.8	2.8	2.0
人口増加率 ¹⁾	%	2010	1.1	0.7	1.0	1.4	0.8
乳児死亡率 ³⁾	出生千対	2010	42.9	19.9	18.6	42.1	50.4
5 歳未満児死亡率 ³⁾	出生千対	2010	51.0	24.3	23.3	53.8	66.2
妊産婦死亡率 ⁴⁾	出生 10 万対	2010	206	88.7	56	580	240

*East Asia & Pacific (developing only)

出典： 1) World Development Indicators & Global Development Finance [4]
2) Health Nutrition and Population Statistics [10]
3) Millennium Development Goals [11]
4) Cambodia Demographic and Health Survey 2010 [12]

表 3-2 は、ミレニアム開発目標（MDGs）の進捗報告のうち、保健に関連する主な指標の達成見込みをまとめたものである [13]。栄養状態の改善（ゴール 1）に遅れが見られるものの、5 歳未満児死亡率、乳児死亡率（ゴール 4）、妊産婦死亡率（ゴール 5）ともにMDGsを達成している。また感染症分野（ゴール 6）も、概ね目標達成に向け、順調に推移している。特に、妊産婦死亡率（出生 10 万対）に関しては、2005 年時点で 472 であったため、MDG達成が危ぶまれたが、2010 年時点で、206 にまで削減することに成功した。この背景には、カンボジア政府が、母子保健対策を国家保健戦略計画 2008-2015 (HSP2) の優先プログラム 3 本柱に位置づけるとともに、2008 年に保健省が宣言した母子保健にかかるファストトラックイニシアティブ（FTI）の中において、優先すべき対策¹⁰を打ち出して、国家予算を優先的に割り当てるとし、同様に開発パートナーにも財政および技術支援の協力を求めるなどの努力がある [14]。また 2011 年 8 月の保健セクター技術作業部会（TWG-H）会議では、妊産婦死亡率減少の直接の貢献要因とは言及していないものの、母子保健サービスに最もインパクトを与えた要因として、特別業務機関（SOA）と、貧困者救済基金（HEF）が [15]、これらが妊産婦の母子保健サービスへのアクセスを容易にし、妊産婦死亡率の減少にも寄与したと考えられる。このように、カンボジア政府が、妊産婦死亡率

¹⁰ FTI では、妊産婦死亡率および新生児死亡率減少に必要なものとして、7つのコンポーネント(①緊急産科・新生児ケア、②助産専門技能者、③家族計画、④安全な中絶、⑤行動変容のためのコミュニケーション、⑥経済負担の軽減、⑦妊産婦死亡にかかるサーベイランスおよび対策)を挙げ、優先的に取り組むとしている。

の改善を優先課題とし、より具体的な方向性と施策を示し、開発パートナーと共にサービスへのアクセス改善を推進する支援を進めてきたことが、短期間で妊産婦死亡率を半数以下に削減することに結びついたと言える。これはカンボジアの母子保健対策において非常に大きな成果である。

表 3-2 保健関連 MDGs の進捗状況

MDG 指標 (単位)	ベースライン	最新値 (年)	2015 年目標値
MDG1 貧困と飢餓の撲滅			
5 歳未満児の低体重 ¹¹ (%)	38.4(2000)	28.8(2010)	19.0
5 歳未満児の発育阻害 ¹² (%)	49.7(2000)	39.5(2010)	25.0
MDG4 子どもの死亡削減			
5 歳未満児死亡率(出生千対)	124(1998)	51(2005) ¹	65
乳児死亡率(出生千対)	95(1998)	42.9(2008) ¹	50
MDG5 妊産婦の健康の改善			
妊産婦死亡率(出生 10 万対)	437(1997)	206(2010) ²	250
熟練介助者の立会による出産の割合(%)	32(2000)	71*(2010)	87
出産間隔を実践する既婚女性の割合(%)	18.5(2000)	26(2008)	60
産前健診 2 回以上受診率(%)	30.5(2000)	81(2008)	90
MDG6 HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延防止			
HIV 感染率(15-49 歳)(%)	1.9(1997)	0.5(2009) ³	0.6
抗レトロウィルス治療を受けている HIV 感染者(%)	3(2002)	94(2009) ¹	95
マラリアによる死亡率(公的医療セクター)(%)	0.4(2000)	0.35(2008)	0.4
結核の有病率(人口 10 万対)	928(1997)	693(2009) ¹	464
結核による死亡率(人口 10 万対)	90(1997)	61(2010) ¹	32

出典：Achieving Cambodia's Millennium Development Goals 2010 [13]

ただし、1: MDGs database, 2: Cambodia Demographic and Health Survey 2010 [12],

3: Health Nutrition and Population Statistics [10]

3.2 母子保健の状況

3.2.1 母親の健康

カンボジアにおける妊産婦死亡率(出生 10 万対)は、206(2010 年)で、1990 年(690)、2000 年(470)と比較すると、大きく改善しているものの、域内平均を大きく上回り(表 3-1)、未だ高い水準にある。2006 年に国連人口基金(UNFPA)の支援により実施された包括的助産レビューによれば、その背景には、産前健診の質が担保されていないこと、緊急産科ケアが必要な妊産婦を紹介・搬送する仕組みが未整備であること、助産師の数および技術の不足など、助産サービスの質の低さが指摘されている [16]。

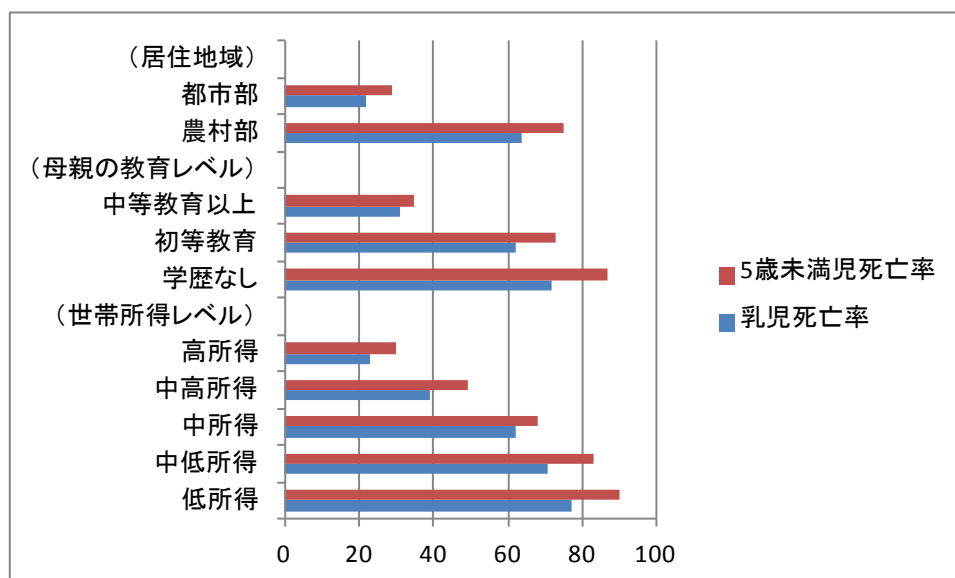
3.2.2 子どもの健康

5 歳未満児死亡率、乳児死亡率とも、MDG 目標を既に達成している(表 3-2)。成果の背景には、国家予防接種プログラム、母乳育児の推進、基礎保健サービスへのアクセス向上、貧困削減等が挙げられる。しかし、こうした指標の改善にもかかわらず、図 3-1 に示すように農村部における子どもの死亡率が都市部に比べ圧倒的に高いなど、地域間格差の問題が残る例えば、5 歳未満児死亡率は、農村部である Preah Vihear、Steung Treng、Prey Veng、Mondol Kiri および Ratanak Kiri といった州では全国平均の 2 倍以上となっており、首都プノンペンのおよそ 6 倍もある。CDHS によると、これらの地域では低所得層の占

¹¹WHO の“WHO Child Growth Standards”の基準による年齢(生後 0~59 ヶ月)相応の体重の中央値から標準偏差がマイナス 2 未満(中度) / マイナス 3 未満(重度)の状態

¹²上記基準による年齢(生後 0~59 ヶ月)相応の身長を持つ基準集団の身長の中央値からの標準偏差がマイナス 2 未満(中度) / マイナス 3 未満(重度)の状態。慢性栄養不良の状態

める割合が高く、女兒の初等教育就学率は概して全国平均を下回っており [12]、地域間格差の背景には所得や教育レベルの格差などがあると考えられる。



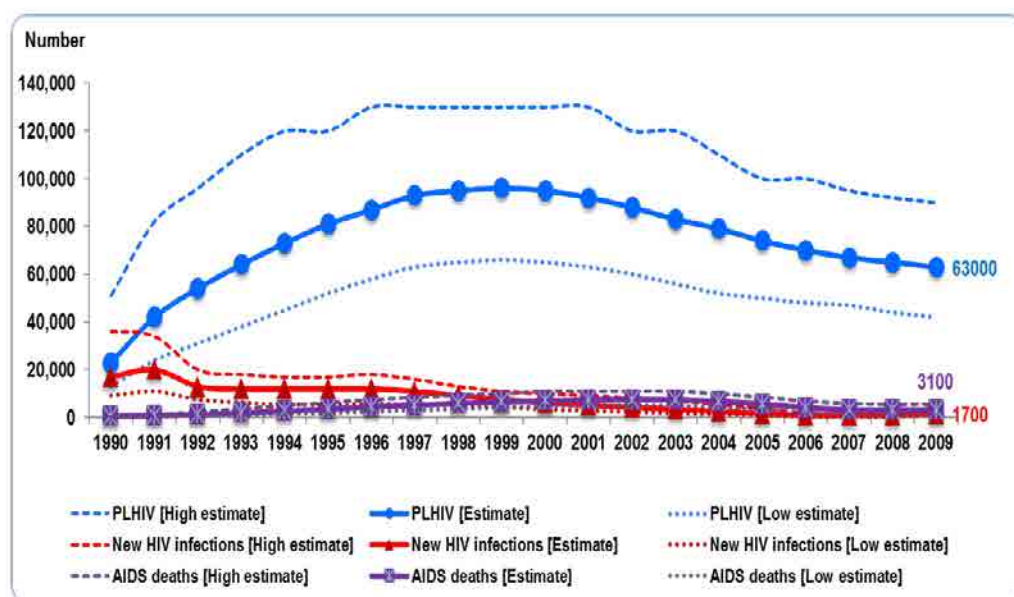
出典：Cambodia Demographic and Health Survey 2010 [12]

図 3-1 5 歳未満児死亡率および乳児死亡率の比較(2010 年)

3.3 感染症の状況

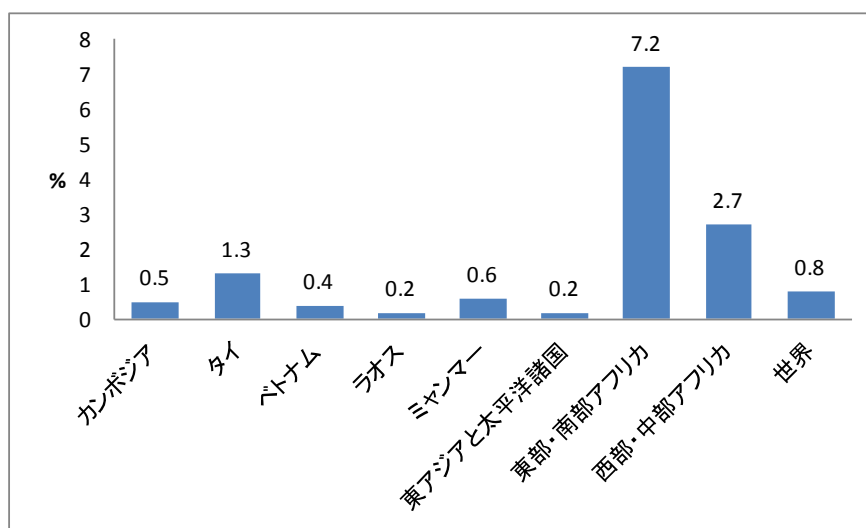
3.3.1 HIV/エイズ

カンボジアにおいて、HIV 感染が報告されたのは、1991 年の献血用血液への感染が最初である。その後 1990 年代に急激に増加したが、ここ 10 年間で大幅に減少し、感染率増加に歯止めがかかっている (図 3-2)。域内平均をいまだ上回るものの (図 3-3)、2009 年時点の成人の推定 HIV 感染率 (15-49 歳) は 0.5% で、既に MDG の目標値である 0.6% を達成している [9]。新規感染率も着実に低下し (1990: 0.36%、2000: 0.06%、2009: 0.01%)、HIV と共に生きる人 (全年齢) の推定数は、63,000 人 (2009 年) である [17]。この背景には、カンボジア政府の対策にかかる強いコミットメントのもと、世界エイズ・結核・マalaria 対策基金 (世界基金) 等のドナーによる重点的かつ組織的な対応策、特に、性産業従事者におけるコンドームの使用の増加が功を奏したと言える。またテレビやラジオを通じて、HIV/エイズに関する国民への啓発活動に力を入れたことも、大きな要因と言える。



出典：保健省資料

図 3-2 成人の推定 HIV 感染率(15-49 歳)(1990-2009)



出典：Health Nutrition and Population Statistics [10]

図 3-3 成人の推定 HIV 感染率(15-49 歳)の比較

感染経路は、主に異性間性交渉である。感染が流行した 1990 年代はじめは、感染は首都プノンペンや一部の州における女性のセックスワーカーにおいて特に顕著であったが、現在、新規感染のおよそ 3 分の 1 を母子感染が占めており、セックスワーカーから感染した男性からパートナーに、さらには子どもへの垂直感染に至ったことを伺わせる。

2006 年の HIV 定点サーベイランスによれば、リスクグループである売春宿をベースとする女性のセックスワーカーの HIV 感染率が 20%を超えているのは、タイと国境を接する Banteay Mean Chey、Battambang や両州と隣接する Siem Reap、首都に隣接する Kampong Speu、港湾の Koh Kong や Sihanoukville で、中でも Banteay Mean Chey は 30%を超えたとされている [18]。

3.3.2 結核

長年に及ぶ内戦のため、保健システムの崩壊、国民の栄養状態の悪化により、結核感染が拡大したカンボジアでは、1994 年に国家結核対策計画が大幅に改訂され、WHOの推奨する直接監視下における短期化学療法（DOTS）戦略の導入および急速に拡大したDOTSサービスの質的向上等の結核対策に力を入れてきた。その結果、カンボジア国民の結核対策サービスへのアクセスは向上し、治療成功率は大幅に改善されたものの [19]、カンボジアにおける結核有病率（人口 10 万対）は、2010 年時点で 660 で（表 3-3）、域内平均¹³（344）のおよそ 2 倍であり、結核高蔓延国 22 カ国¹⁴に位置づけられている。2011 年に実施した第 2 回全国有病率調査の暫定結果では、第 1 回調査（2002 年）結果と比較して塗抹陽性率は 35%の減少が認められたものの、顕微鏡では診断できない塗抹陰性結核の対策、高齢者および無症状あるいは軽症状結核患者の早期発見・治療等、新たな課題が認識された [20]。

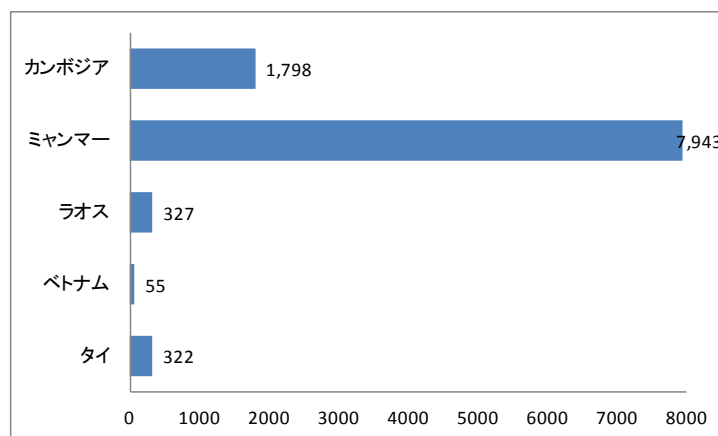
表 3-3 新規喀痰塗抹陽性患者数と結核有病率の推移

	1990	1995	2000	2005	2009
新規喀痰塗抹陽性結核患者数 ¹	-	11,101	14,822	21,001	17,863
結核有病率（対 10 万人） ²	1,258	1,032	923	746	660 (2010)

出典： 1 WHO Report 2011. Global Tuberculosis Control [21]
2 Millennium Development Goals Database [11]

3.3.3 マラリア

図 3-4 は、カンボジアのマラリア有病率（対 10 万人）を近隣国と比較したものである。カンボジアは、ミャンマーほどではないものの、周辺国と比べ、高い水準にあることがわかる。カンボジアにおけるマラリアは、致死率の高い熱帯熱マラリアが約 9 割を占める [22]。マラリアによる死亡率（人口 10 万対）は、全年齢では 4 であり、5 歳未満児では 2 である [23]。



出典：Millennium Development Goals Indicators [23]

図 3-4 マラリア有病率（人口 10 万対）の比較（2008 年）

カンボジア国民の総人口の 44%にあたる、およそ 620 万人が今もハイリスク地域に住むが、これらの地域は、タイ、ラオス、ベトナム国境に集中している。少数民族、熱帯林地帯の居住者、季節労働者等が主要なハイリスクグループとして挙げられる。特に熱帯林地帯の居住者は少数民族や貧困層が多く、保健サービスに関するメッセージが届きにくく、必要なサービスを受けにくいことから、マラリアに罹患する確率が高いと思われる。薬剤耐性マラリアについては、1970 年代からタイとの国境地域において確

¹³ 2009 年時点

¹⁴ 22 カ国のおよそ半数をアジアが占め、この中には隣国、タイ、ベトナム、ミャンマーも含まれる。

認されており¹⁵、2007 年に行われた報告 [24]によればアルテミシニン誘導体多剤併用療法（ACT）による治療の不成功率の上昇がみられ、大メコン地域における国境を越えた取り組みの必要性が指摘されている。

3.4 栄養と健康

3.4.1 子どもの栄養

子どもの死亡に関する指標が改善傾向にある中で、栄養状態の改善は遅れている。低栄養の背景には、貧困から食糧を必要量確保できないことに加え、母親の栄養に関する知識の乏しさや、食生活にまつわる伝統的価値観や習慣も指摘されている [12]。

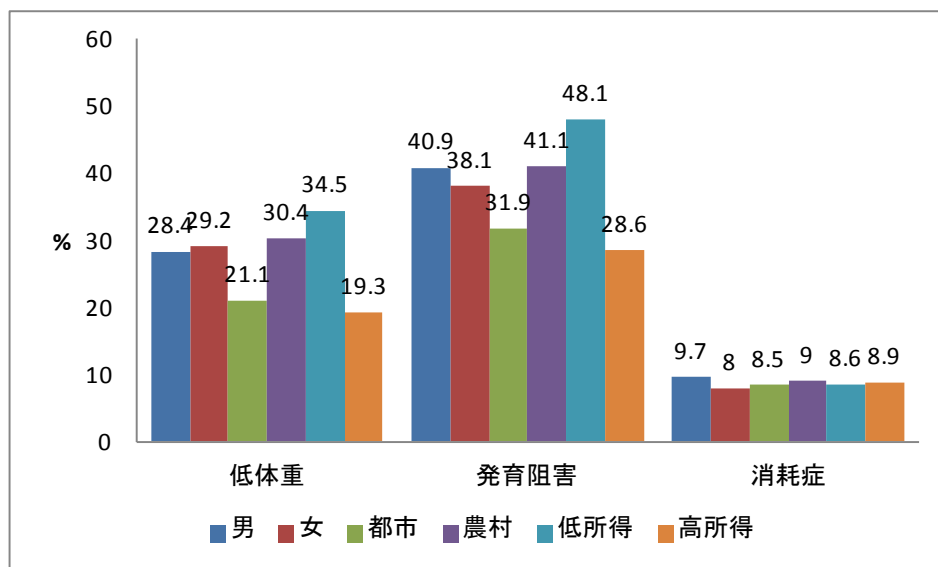
表 3-4 は、5 歳未満児の栄養状態を示したもののだが、近年大きく改善していないことが分かる。中でも発育阻害（年齢に比べて身長が低い）の改善が遅れており、5 歳未満児のおよそ 4 割が発育阻害である [10]。数値が再び上昇している背景に、近年の経済不況と食糧費の高騰が一因として指摘されている [13]。

表 3-4 5 歳未満児の栄養失調状態

指標	2000 (%)	2008 (%)	2011 (%)
低体重	39.5	28.8	29.0
発育阻害	49.2	39.5	40.9
消耗症 ¹⁶	16.9	8.9	10.8

出典：Health Nutrition and Population Statistics [10]

図 3-5 は、男女別、地域別、所得別に、5 歳未満児の栄養失調状態を比較したものである。いずれの指標においても、男女間では殆ど差がない。また、消耗症では、都市部と農村部、所得別の差は殆どないのに対し、低体重、発育阻害では、差が顕著である。また栄養失調状態は、州によっても差がある¹⁷ [13]。



出典：Achieving Cambodia's Millennium Development Goals 2010 [13]

図 3-5 5 歳未満児の低栄養状態の比較(2008 年)

¹⁵ これまで、クロロキン、スルファドキシム ピリメタミン（ファンシダール）、メフロキンへの耐性が確認されてきた。

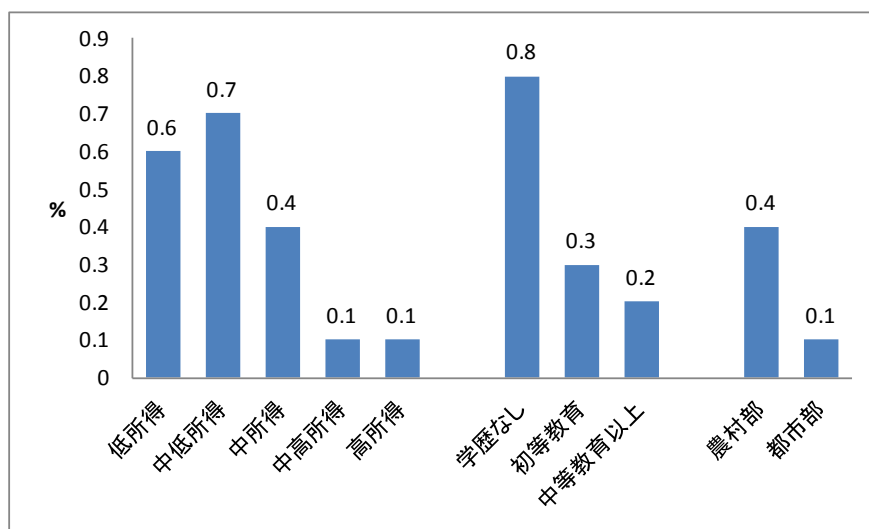
¹⁶ WHO の “HO 性 Child Growth Standards”の基準による身長相応の体重を持つ基準集団（生後 0～59 ヶ月）の体重の中央値からの標準偏差がマイナス 2 未満（中度）／マイナス 3 未満（重度）の状態。急性栄養不良の状態。

¹⁷ Cambodia Demographic and Health Survey 2010 によれば、発育阻害率の最も高い Preah Vihear/Steung Treng（56%）と Phnom Penh（25%）では、2 倍以上の開きがある。

3.4.2 女性の栄養

出産可能年齢¹⁸の女性の 19.1%が、BMI18.5¹⁹を下回る。この割合は、州により差があり、最も高いSvay Rieng (27%) やTakeo (25%) と、最も低いBanteay Mean Chey (12 %) とでは、2 倍以上の開きがある [12]。

また出産可能年齢の女性のおよそ 7.3%が中程度、また 0.4%が重度の貧血である。図 3-6 は、出産可能年齢の女性における重度の貧血の割合を示したもののだが、所得や教育レベルと逆相関性があり、また都市部より、農村部の女性の方が重度の貧血の割合が高い [12]。



出典：Cambodia Demographic and Health Survey 2010 [12]

図 3-6 15-49 歳の女性の重度の貧血の割合

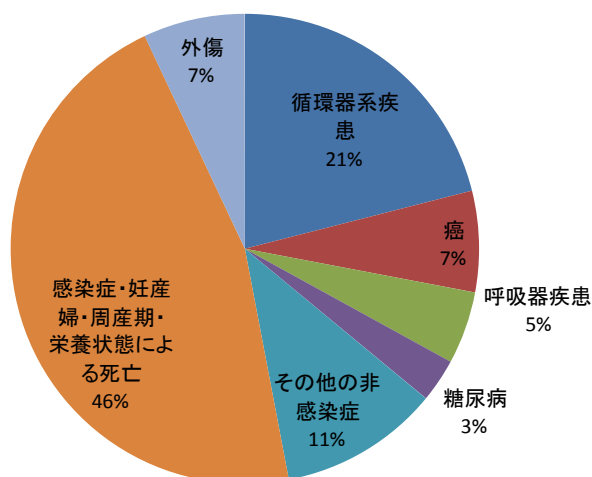
3.5 その他の課題

3.5.1 非感染性疾患の状況

図 3-7 に示すように死因における非感染性疾患の占める割合は、およそ 47%である。行動に関する危険因子としては、喫煙、運動不足が挙げられる。また、代謝に関わる危険因子は、高血圧、過体重、肥満、高コレステロール等があるが、高血圧および高コレステロールの割合が他の危険因子よりも高く、2008 年ですべて 3 割弱となっていた（それぞれ 27.6%、29.0%） [25]。

¹⁸ 15 歳から 49 歳

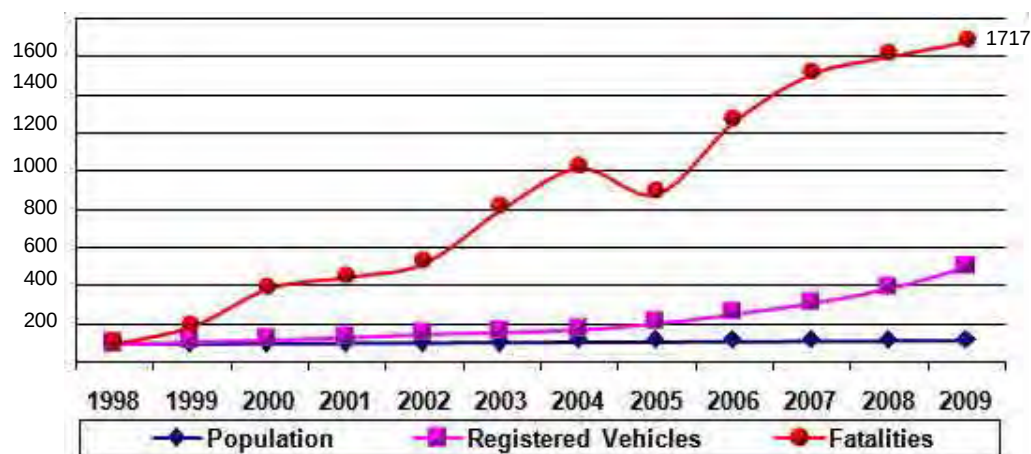
¹⁹ BMI とは、身長からみた体重の割合を示す体格指数のこと。非妊時の BMI が 18.5 未満を「低体重」とし、低出生体重児の出産リスクとの相関性が指摘される。



出典：Noncommunicable Diseases Country Profile, 2011 [25]

図 3-7 死因別死亡の割合(2008 年)

また、外傷の大半は、交通事故によるものだが、特に 20-39 歳の若い世代に多く、また交通量の多い都市部に多い [12]。図 3-8 に示すように、自動車の登録台数はそれほど伸びていないが交通事故による死亡者数は増加傾向にあり、2009 年には 1,717 件であった。そのうち 1,218 件がオートバイの事故であった。また、2007 年から 2009 年に発生した死亡の 79%が働き盛りの 25 歳から 49 歳であった [26]。



出典：Road safety in Cambodia [26]

図 3-8 交通事故死亡数の推移(1998—2009)

なお、外傷および外傷にによる死亡のうち、交通事故の占める割合は、都市部で平均 74%、農村部で平均 66%となっている。2010 年の CDHS によれば、調査対象となった不慮の外傷および死亡 1,331 件（うち交通事故は 898 件）のうち、最も交通事故件数が多かったのは、Phnom Penh (125 件)、Kampong Speu (108 件)、Kandal (99 件) と、首都および隣接する州が上位を占め、不慮の外傷および死亡に占める交通事故の割合はそれぞれ 75.4%、79.4%、66%となっている[12]。

第4章 サービス提供の状況

4.1 母子保健対策の現状

4.1.1 国家政策と方針

カンボジア政府の母子保健対策へのコミットメントは非常に高い。2.2.1 で述べたとおり、国家保健戦略計画 2008-2015（HSP2）において、母子保健対策は、感染症対策、非感染性疾患対策と並んで、優先課題の 3 本柱の一つに位置づけられ、「新生児・子ども・妊産婦の罹患率および死亡率の低減と母子保健の増進」という目標を達成するため、達成すべき指標と目標値が定められている。表 4-1 は、その主な指標と目標値をまとめたものである。

表 4-1 HSP2 における母子保健対策の主な指標と目標値

指標（単位）	2005 年-2010 年 基準値	2015 年 目標値
合計特殊出生率	3.4	3
妊産婦死亡率（出生 10 万対）	206*	140
新生児死亡率（出生 10 万対）	28	22
乳児死亡率（出生千対）	66	50
5 歳未満児死亡率（出生千対）	83	65
妊婦の貧血率（%）	57.1	33
5 歳未満児低体重児比率（%）	36	22.6
産前健診参加（2 回以上）比率（%）	68	90
熟練介助者立会による出産の割合（%）	44	80
施設分娩率（%）	22	70
現代的避妊法普及率（%）	27	60
1 歳未満児の予防接種率（%）	60	80

出典： Health Sector Strategic Plan 2008-2015 [9]
* CDHS 2010 [12]

また、2008 年に新大臣就任後、リプロダクティブヘルス・母新生児小児保健（RMNCH）を推進することをファストトラックイニシアティブ（FTI）とし、これを達成するための手段として、助産師の量と質を改善目指している。これを推進するため、既存の組織を横断的につないだ分科会である、RMNCH タスクフォースが任命された。同タスクフォースには、保健省局長兼予防接種プログラム長、国立母子保健センター長、国家リプロダクティブヘルスプログラム長、国家栄養プログラム長らが含まれており、WHO、UNFPA、JICA などの母子保健分野の主たる援助関係者もオブザーバー参加しており、指標のモニタリングを実施して大臣やドナー調整会合に報告する仕組みが策定されている。

4.1.2 母子保健サービス提供と利用の現状と課題

表 4-2 は、主な妊産婦サービス指標の推移を示したものである。WHO では 4 回以上の産前健診の受診を推奨しているが、カンボジアはこの水準には届かないものの、受診率は 2005 年以降大きく改善しており、産前健診が多く妊産婦に浸透してきていることをうかがわせる。妊産婦死亡率の減少に影響する助産専門技能者による出産の割合についても、HSP2 の掲げる目標値 80%とは未だ乖離があるが、この指標も改善傾向にある。

表 4-2 主な妊産婦サービス指標

指標（単位）	2000	2005	2010
産前健診（1 回以上）を受けた妊産婦の割合（%）	37.7	69.3	89.1
産前健診（4 回以上）を受けた妊産婦の割合（%）	8.9	27.0	59.4
助産専門技能者による出産（%）	31.8	43.8	71.0

出典： Millennium Development Goals Indicators [23]

上記サービスにかかる国全体の指標は概して改善傾向にあるものの、サービスの利用率には地域間で差がある。表 4-3 に産前健診の状況をまとめる。医療従事者による産前健診を受けた妊産婦の割合は、首都プノンペンでは 99%にのぼるのに対し、最下位の Mondol Kiri/Rattanak Kiri では 62%と大きな開きがある。また、産前健診の内容についても、地域間で差がある。例えば、産前健診を受けた妊産婦のうち、妊婦高血圧症の早期発見に必要な血圧測定や尿検査の受診率は、都市では比較的高いのに対し、尿検査は全国平均でも 36.4%と低い、一番低い Kratie では、わずか 5.1%と、首都のおよそ 15 分の 1 である。また、産前健診の受診は母親の教育レベルと相関があり、学歴が上がるにつれて産前健診の受診率が上がり、医師からの受診率も高い [12]。また農村に比べて都市部、また所得が高いほど、産前健診の受診率も高い。

表 4-3 産前健診の実施状況（2010 年）

州	医療従事者*による 産前健診受診率（%）	産前健診における血 圧測定実施率（%）	産前健診における尿 検査実施率（%）
Banteay Mean Chey	88.3	84.9	25.8
Kampong Cham	88.1	89.7	20.4
Kampong Chhnang	89.6	95.1	16.3
Kampong Speu	90.3	94.3	33.6
Kampong Thom	85.4	82.6	43.3
Kandal	89.0	91.8	42.5
Kratie	65.2	92.2	5.1
Phnom Penh	99.1	97.8	77.7
Prey Veng	92.1	87.6	32.6
Pursat	90.2	91.3	45.1
Siem Reap	92.9	98.8	61.2
Svay Rieng	93.3	83.4	35.2
Takeo	96.7	88.9	26.8
Otdar Mean Chey	91.1	85.6	27.5
Battambang/Pailin	91.1	91.2	29.5
Kampot/Kep	86.0	89.6	21.2
Preah Sihanouk/Koh Kong	88.1	87.1	44.1
Preah Vihear/Steung Treng	66.9	81.5	14.0
Mondol Kiri/Rattanak Kiri	61.8	75.0	21.1
Total	89.1	90.6	36.4

* ここでいう医療従事者とは、医師、看護師、助産師を指す。

太い枠線が上位 3 州/市、網掛けが下位 3 州。

出典： Cambodia Demographic and Health Survey 2010 [12]

助産専門技能者（医師、看護師、助産師）立会いによる出産の割合については、2010 年時点で 71%と、2005 年時の 44%から大きく改善している。助産専門技能者による出産介助数の増加は、2008 年に導入された施設分娩報奨金制度が大きく寄与したと指摘されているが [14; 27]、他にも国による新卒助産師

の配置や、日本やワクチンと予防接種のための世界同盟（GAVI）をはじめとする開発パートナーの母子保健サービスにかかる技術支援や資金協力の投入の増加、貧困者救済基金等が相互補完的に影響し、母子保健サービスの供給・利用の増加に貢献している [28]。

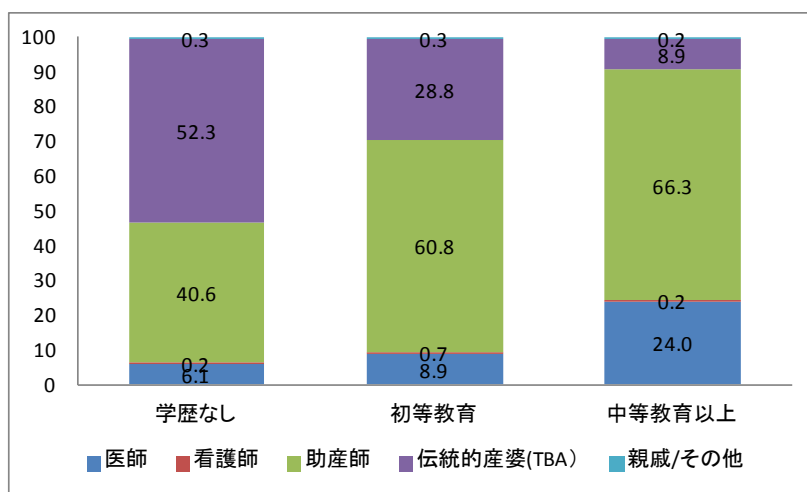
また出産に関するサービス利用については、表 4-4 に示すとおり、地域間で差がある。施設分娩率が低い地域では、分娩介助を伝統的産婆（TBA）に頼るケースが多い。さらに、教育レベルと分娩介助者に相関があり、教育レベルが上がるほど、医師や助産師など熟練介助者の立会い率が高くなる（図 4-1）。なお帝王切開実施率は、WHO の推奨値である 5% [27]を上回るのはプノンペンのみで（9.9%）、全国平均 3%である [12]。緊急産科サービスを提供できる体制は、全国的にはいまだ未整備であることが推察される。

表 4-4 施設分娩率および分娩介助者内訳(2010 年)

州	施設 分娩 (%)	分娩介助者				
		熟練介助者			熟練介助者以外	
		医師	看護師	助産師	伝統的産婆 (TBA)	親戚/ その他
Banteay Mean Chey	55.7	4.4	0.0	64.5	30.6	0.0
Kampong Cham	45.8	13.2	0.2	54.5	30.9	0.3
Kampong Chhnang	54.0	4.3	0.2	55.3	38.8	0.9
Kampong Speu	47.3	2.2	0.0	66.1	31.8	0.0
Kampong Thom	36.1	10.3	0.1	37.3	52.3	0.0
Kandal	65.2	7.0	0.7	79.3	11.1	0.8
Kratie	25.8	2.6	0.2	41.5	55.2	0.2
Phnom Penh	93.3	73.2	0.0	25.5	0.9	0.0
Prey Veng	41.1	1.4	0.0	57.8	40.8	0.0
Pursat	48.8	5.0	0.9	67.9	25.9	0.0
Siem Reap	68.8	21.5	0.6	50.6	27.3	0.0
Svay Rieng	44.6	5.5	0.6	83.4	10.2	0.0
Takeo	71.6	4.0	2.7	78.7	13.4	0.0
Otdar Mean Chey	57.3	3.9	3.5	57.0	35.3	0.0
Battambang/Pailin	51.5	2.1	0.0	76.0	20.9	0.3
Kampot/Kep	42.2	7.1	0.3	59.1	31.7	1.7
Preah Sihanouk/Koh Kong	56.6	2.2	0.2	76.8	20.5	0.0
Preah Vihear/Steung Treng	21.2	3.5	0.0	24.8	71.8	0.0
Mondol Kiri/Rattanak Kiri	30.1	3.5	0.3	34.6	59.6	0.7
Total	53.8	12.2	0.5	58.4	28.2	0.3

太い枠線が上位3州/市、網掛けが下位3州。全体的に数値が低い項目では示していない。

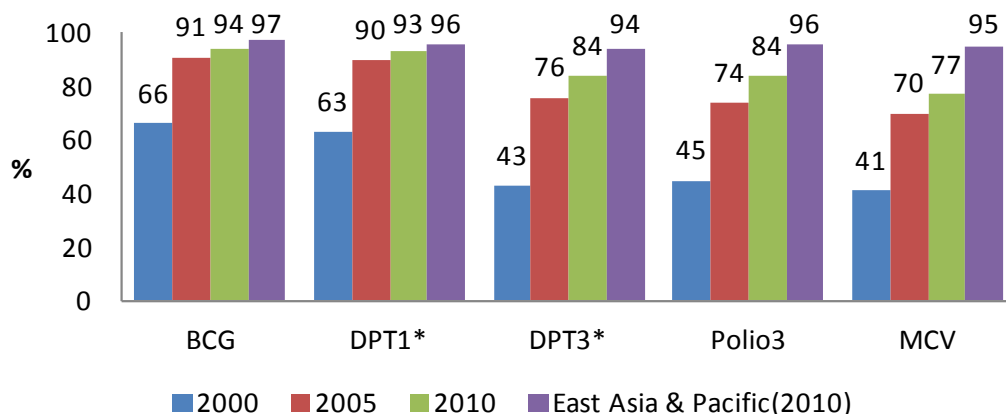
出典：CDHS 2010 [12]



出典：Cambodia Demographic and Health Survey 2010 [12]

図 4-1 分娩助産者と母親の教育レベル(2010 年)

子どもの予防接種については、カンボジアでは、BCG、DPT（ジフテリア、百日咳、破傷風）、ポリオ、麻疹に加え、2006 年からは、4 価ワクチン（Tetravalent: DPT+Hib）、5 価ワクチン（Pentavalent: DPT+Hib+B 型肝炎）を導入している。接種率は過去 10 年で大きな改善を見せているものの、麻疹ワクチンの接種率は、70%台にとどまるなど、域内平均と比べると、まだ差がある（図 4-2）。また、地域間格差も大きい。



*カンボジアの DPT 接種率について、図中の 2010 年の数字は、4 価ワクチン（Tetravalent: DPT+Hib）、5 価ワクチン（Pentavalent: DPT+Hib+B 型肝炎）の接種率を表す。

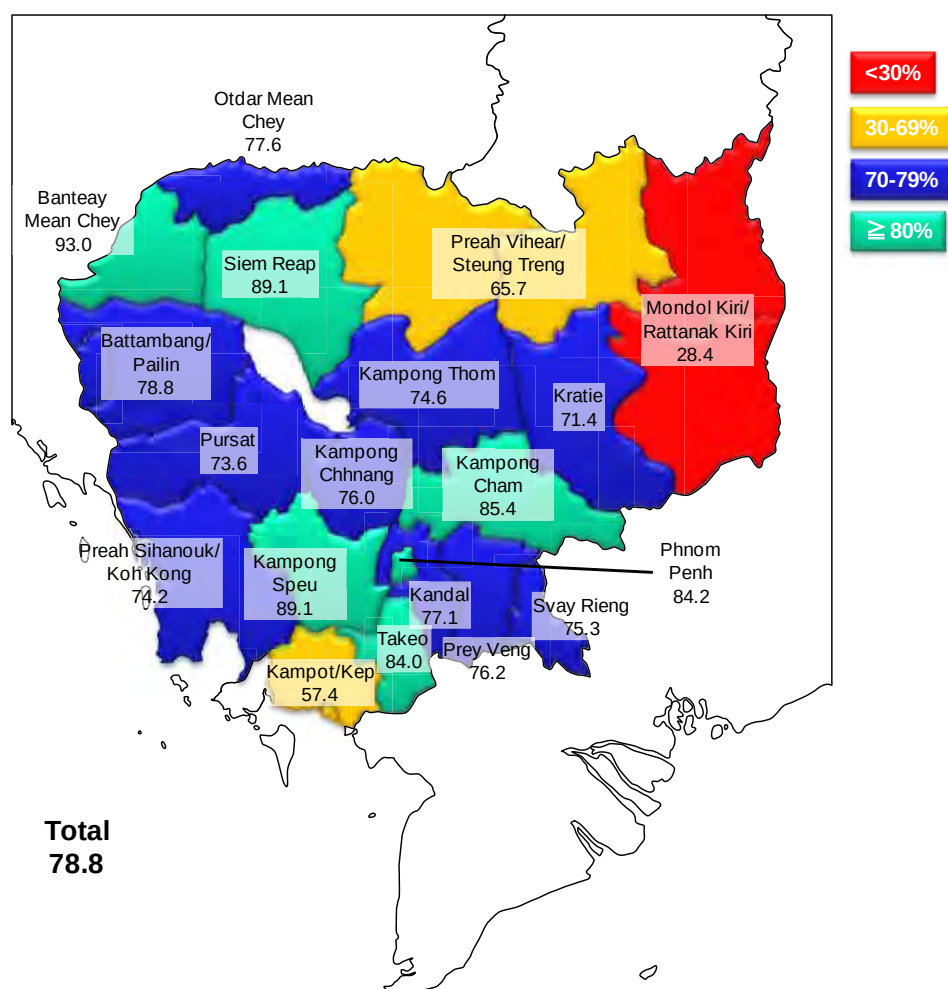
出典：Cambodia Demographic and Health Survey 2010 [12]
ただし、域内接種率は、Childinfo [29]

図 4-2 予防接種率(2000 年、2005 年、2010 年、および東アジア・太平洋地域平均(2010 年)との比較)

図 4-3 は予防接種率を地域別に示したものだが、一番接種率の高い Banteay Mean Chey と、一番低い Mondol Kiri/Rattanak Kiri とでは、60%以上も開きがある。予防接種活動を含むアウトリーチサービスも行われているが、いまだ、十分なサービスが行き届いておらず、不十分な啓発活動等も背景にあると推察される。

また、母親の教育レベルと予防接種率は強く相関性があり、中等教育以上の学歴の母親を持つ子どもの予防接種率は 88%なのに対し、学歴のない母親を持つ子どもの接種率は、58%にとどまる。母親の教育

レベルにより、母親の保健サービスへのアクセス、予防接種等の啓発の機会に差が生じ、ひいては3.2.2に述べたように、子どもの健康状態に影響を与えていることを裏付けるものである。



出典：Cambodia Demographic and Health Survey 2010 [12]より調査団作成

図 4-3 地域別予防接種(全て接種²⁰)率(%)

避妊法の普及は着実に進んでおり、2010年では、現代的避妊法、伝統的避妊法あわせて50.5%で、ともに増加傾向にある。しかし現代的避妊法の割合は34.9%で、2015年目標の60%にはまだ開きがある[12]。現代的避妊法では、ピル(15.7%)、注射避妊薬(10.4%)、IUD(3.1%)の順に多い。カンボジアにおける合計特殊出生率(TFR)は2.6(2010年)で、域内²¹平均(1.8：途上国のみ)を上回り、周辺国²²と比較しても、ラオスの次に高いレベルである[10]。

²⁰ BCG、麻疹、4価もしくは5価ワクチンとポリオワクチンの3回接種

²¹ 世界銀行の区分による、東アジア・太平洋地域

²² ベトナム1.8、ラオス2.8、ミャンマー2.0

4.2 感染症対策の現状

4.2.1 国家政策と方針

国家保健戦略計画 2008-2015（HSP2）において、感染症対策は、優先課題の3本柱の一つとして、「HIV/エイズ・マラリア・結核およびその他の感染症の低減」の目標のもと、達成すべき指標と目標値が定められている（表 4-5）。

表 4-5 HSP2 における感染症対策の主な指標と目標値

指標（単位）	2005-2010 基準値	2015 年 目標値
15-49 歳の HIV 感染率（%）	0.6 0.9*	<0.6 <0.9
	*Expert consensus meeting による推計値	
自発的匿名カウンセリングおよび検査（VCCT）サイト数	194	>250
抗レトロウイルス療法（ART）を受ける感染者の割合（%）	50	>85
ART 開始 12 ヶ月後の感染者の生存率（%）	N.A	>85
結核有病率（喀痰塗抹陽性）（人口 10 万対）	234	135
結核による死亡率（人口 10 万対）	75	32
喀痰塗抹陽性患者の患者発見率（%）	66	>70
結核患者治療成功率（%）	>85	>85
公的医療機関で治療されたマラリア患者数（人口千対）	4	3
マラリアによる死亡率（人口千対）	0.36	0.1
20 州のマラリア流行地域（森林から 1km 以内）に住む家族のうち、蚊帳を所有する（2 人に 1 つ）割合（%）	64	95
公的医療機関に報告されたデング熱による致死率（%）	0.74	0.3

出典：Health Sector Strategic Plan 2008-2015 [9]

4.2.2 HIV/エイズ対策

(1) 実施体制

カンボジアにおける HIV/エイズ対策は、1991 年に、感染の流行に対応するため、設立された国家エイズプログラム（National AIDS Program）や、国立 HIV/エイズ・皮膚病学・性感染症センター（NCHADS、1998 年設立）、国家エイズ局（National AIDS Authority、1999 年設立）が政府機関、国際機関および NGO 等と連携しながら、推進する体制が構築されている。

(2) HIV/エイズ対策の現状

カンボジアにおける HIV/エイズ対策サービスの近年の提供状況は、大きく改善している。2011 年時点で、HIV に感染している妊婦のうち、母子感染予防のための抗レトロウイルス薬（ARV）の投与を受けた妊婦の割合は、前年の 49.5%から 63.5%に、また子どもの割合も、前年の 40%から 61%に大きく改善している（表 4-6 参照）。

NCHADSによれば、カンボジアの対策が成果を挙げている要因として、HIV/エイズの予防・治療・ケアサービス（自発的匿名カウンセリングおよび検査（VCCT）、抗レトロウイルス療法（ART）、母子感染予防（PMTCT）サービス等）をエイズと共に生きる人に特定したものではなく、既存のヘルスケアシステムに組み込んでいることを挙げている。その際、市民社会（Civil Society）やピアサポート²³を含むコ

²³ HIV 陽性者が必要とする情報提供や、交流の場を提供し、仲間同士助けあうこと

コミュニティの参加が、カンボジアのHIV/エイズ対策では不可欠な要素であるとしている。対策の推進にあたっては、課題も多い。2008年に制定された人身売買取締法²⁴により、取り締まりを恐れるセックスワーカーたちが水面下に隠れてしまい、コンドーム配布や検査へのリファラルなど、予防プログラムを、これらリスクの高いグループに提供することが困難となった。また、配偶者による暴力の被害女性がカウンセリングや産前健診においてHIV検査に参加しないケースなど [30]、エイズに対する偏見、差別は未だに根強い。サービスへのアクセス改善、持続的な対策のため、今後、よりジェンダーに配慮した対策、HIV/エイズ患者の人権に配慮した政策、コミュニティの参画、官民連携をより一層強化することが求められる。

表 4-6 HIV/エイズサービスの提供状況(2010年)

対象	項目	
全 HIV 陽性者	HIV 感染者のうち ARV を受けた割合：	89.5%*
	自発的カウンセリングおよび検査を実施している施設数：	246
	ART を提供する保健施設数：	51
母子感染者	HIV 検査を受け、結果を受け取った妊婦：	74% (236,314 人)
	妊婦のうち、産前健診の一環で、HIV カウンセリングを受けた割合：	46.6%
	HIV に感染している妊婦のうち、ARV を受けた妊婦：	63.5%* (2011)
	HIV 感染者の母親を持つ子どものうち、ARV を受けた子ども：	61.1%* (2011)
リスクグループ	直近の性交渉におけるセックスワーカー	94.8%
	コンドームの使用率：男性と性交渉をもつ男性 (MSM)	86% (2007)
	注射による薬物使用者 (IDU)	68% (2007)

出典： HIV and Aids Data Hub for Asia-Pacific [31]

*Cambodia Country Progress Report. Monitoring the Progress towards the Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDs [18]

4.2.3 結核対策

(1) 実施体制

カンボジアの結核対策は、1980年に設立された国家結核対策プログラム (NTP) のもと、1994年より、WHOの推奨する直接監視下における短期化学療法 (DOTS) 戦略の下で実施されてきた。具体的な対策は、国立結核センター (CENET)²⁵を中心に行なわれてきた。 [32]

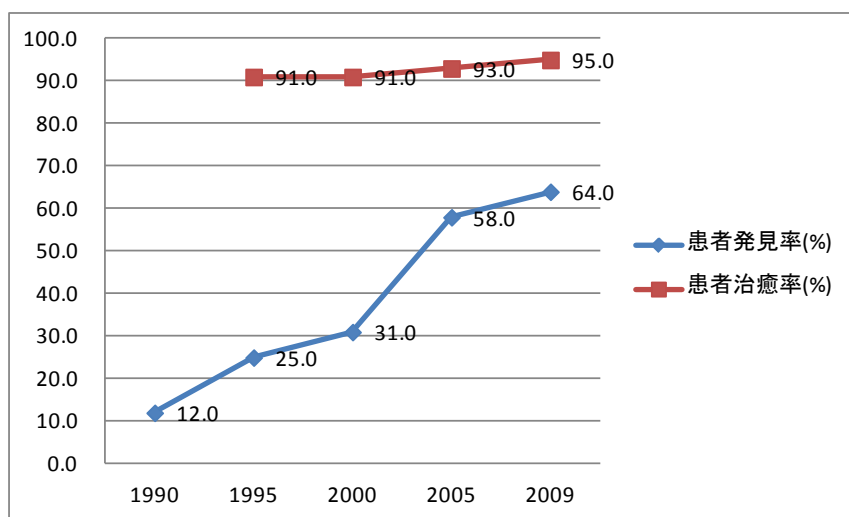
(2) 結核対策の現状

DOTS戦略のもと、患者発見率はWHOの目標値 70%には未だ到達していないものの、大きく改善している (図 4-4)。一方、治療成功率は 95%に到達し、WHOの目標値 85%を達成している。対策の成果は、2010年から2011年にかけて全国 62 地域で実施された第 2 回全国有病率調査²⁶にも表れている。同調査では、前回調査 (2002 年) 結果と比較して結核有病率が約 35%減少し、DOTS戦略の効果も示されている [33]。

²⁴ Law on the Suppression of Human Trafficking and Sexual Exploitation

²⁵ CENET は日本の無償資金協力により、施設改修および機材整備が行われ (1999 年)、1999 年から 2009 年まで、CENET を拠点としたフェーズ 2 にわたる技術協力「結核対策プロジェクト」の実施を通じて、DOTS を核とする包括的支援が行われている [21]

²⁶ 日本は、第 1 回調査から支援を行っており、第 2 回調査では、「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 (技術協力)」を通じ、調査にかかるプロトコルの設定、実施、モニタリング、分析、報告に必要な体制整備支援を行なった。



出典：Millennium Development Goals Database [11]

図 4-4 結核患者の発見率と治癒率の推移(1990-2009)

カンボジア政府は結核・HIV重複感染者の増加についても対策を強化し、結核・HIV重複感染者が、双方の治療を受けている割合は、2009年の4.8%から、2011年には32.7%へと大きく改善している。また、刑務所²⁷においても、結核およびHIVサービスの提供を拡大している [18]。近年、アウトリーチ活動により、子どもの患者発見率も増加している [34]。

4.2.4 マラリア

(1) 実施体制

カンボジアにおけるマラリア対策は、保健省の国立寄生虫・昆虫・マラリア対策センター²⁸が、責任機関として計画策定、調整、訓練、検査サービス等を行っている。

(2) マラリア対策の現状

蚊帳の使用状況（2006-2009）を見ると、殺虫剤処理済蚊帳（ITN）で眠る5歳未満児の割合は4.2%、ITNを少なくとも1つ持っている家庭は5%であり [17]、国民の40%以上が今もハイリスク地域に住む現状では、対策は十分とは言えない。

多剤耐性マラリアの増加に対応するため、カンボジアにもアルテミシニン誘導体多剤併用療法（ACT）が導入されているが、カンボジア-タイ国境で、アルテミシニン耐性の熱帯熱マラリアが確認され、2009年、ビル&メリンダ・ゲイツ財団等の財政支援を得て、封じ込めプロジェクト（Containment Project）²⁹が開始された。結果、同地域のマラリア罹患率は減少している [35]。

ハイリスク地域は、タイ、ラオス、ベトナムとの国境地域に集中している。特に熱帯林地帯の居住者の多くは少数民族で、貧困層も多い。今後、国境地域において、これらリスク人口に配慮した、保健サービスへのアクセス向上や予防活動の強化が、マラリア対策においても鍵となると思われる。

²⁷ 結核感染や発病に影響する因子の1つに、人口の密集があり、刑務所もリスクの高い場所とされる。

²⁸ The National Centre for Parasitology, Entomology and Malaria Control

²⁹ 具体的には、蚊帳の配布、村落マラリアワーカーの研修、早期診断・治療の無料提供、啓発活動の強化等である。

4.2.5 国際保健規則（IHR）への対応

WHOでは、重症急性呼吸器症候群（SARS）、高病原性鳥インフルエンザ（H5N1）等、重篤な新興感染症の流行を受けて、2005年に国際保健規則（IHR）を改正し、全ての公衆衛生的な国際的脅威（PHEIC）への対応³⁰、国のフォーカルポイントを中心とする報告体制の構築、基本能力（core capacity）³¹の確立、他の国際機関との連携強化等、国際的な感染拡大を阻止するための対策が強化されることとなった。

カンボジアでは、首相を議長とする国家災害対策委員会（National Committee for Disaster Management）が対策の中心となっており、国家計画（Cambodia National Comprehensive Avian and Human Influenza Plan）の策定により、インフルエンザの世界的流行およびその他の新興感染症への対策の詳細が明確化されている。さらに、ドナーの支援等による研修を通して、保健人材の公衆衛生危機管理の強化を図っている。2012年4月からカンボジアで発生した原因不明の疾患について、カンボジア保健省が、WHO、パスツール研究所、米国疾病予防管理センター（CDC）と協力し、7月に手足口病の重症型との特定に至ったことは、IHRに沿ったカンボジアの迅速且つ適切な取り組みの成果を示すものである [36]。

4.3 低栄養対策

4.3.1 国家政策と方針

カンボジアの栄養対策にかかる指針として、「食糧安全および栄養に関する戦略的枠組み 2008-2012（SFFSN）」がある。SFFSNでは、「2012年までに、貧しく、食糧不安の状態にあるカンボジア国民が、活動的かつ健康的な生活が送れるよう、食糧ニーズや志向を満たすために十分、安全、かつ栄養価の高い食糧への物理的、経済的アクセスを改善する」という目標を掲げている。具体的目標が5つ設定されているが、そのうち母子保健にかかるものとしては「目標3：食糧不安にある世帯が、特に女性と子どもの栄養失調、罹患、死亡を低減できるよう、食糧利用を高める」があり、以下の3つの分野を優先課題として挙げている。

- ・ 子どもと母親の栄養失調と死亡を減らす。
- ・ 国内の水供給と、衛生習慣を改善する。
- ・ 食糧安全を確保および強化する。

栄養対策は、農業問題や、水資源の確保など、セクターを超えて取り組む課題のため、SFFSNには、保健省はじめ、農林水産省（MAFF）や水資源気象省（MOWRAM）など、関連省庁・機関の役割についても明記されている。

4.3.2 低栄養対策の現状

微量栄養素の充足状況についてみると、5歳未満児のビタミンAの補給率（6-59ヶ月/年2回）は98%³²、ヨード添加塩を使う世帯に住む割合は73%（2003-2009）である [17]。母乳育児に関しては、6ヶ月未満の乳児のうち、完全母乳で育てられている割合は73.5%である [23]。しかし、栄養の充足状況は、州によって差がある。表4-7は5歳未満児の栄養充足状況を示したもののだが [12]、指標によっては、最も高い州と低い州では、2倍以上の開きが生じている（表4-7）。

³⁰ 従来の対象は、黄熱、コレラ、ペストの3疾患のみ

³¹ 国、地方、地域の3段階につき、サーベイランス・緊急時の対応に関して、最低限備えておくべき能力

³² 2009年時

表 4-7 5 歳未満児の栄養の充足状況(2010 年)

指標	全国平均	最も高い州	最も低い州
過去 6 ヶ月以内にビタミン A を補給された割合 (%)	70.9%	Banteay Mean Chey (84.6%) Kandal (83.9%) Pursat (81.0%)	Mondol Kiri/Rattanak Kiri (37.4%) Prey Veng (57.5%) Kampot/Kep (57.9%)
過去 7 日以内に、鉄分補給を受けた割合 (%)	1.7%	Phnom Penh (8.5%) Svay Rieng (5.3%) Kampot/Kep (3.1%)	Banteay Mean Chey (0.0%) Takeo (0.0%) Kampong Speu (0.1%)
ヨード添加塩を使う世帯に住む割合 (%)	84.2%	Phnom Penh (99.6%) Pusat (98.3%) Kampong Chhnang (98.1%) Kampong Speu (98.1%)	Kampot/Kep (58.2%) Prey Veng (62.6%) Takeo (65.8%)

出典：Cambodia Demographic and Health Survey 2010 [12]に基づき調査団作成

出産可能年齢（15-49 歳）の女性の 7.7%が中等度および重度の貧血とされるが、その一因である鉄分の補給状況を見ると、妊娠中に 90 日以上、鉄分の補給を受けているのは、56.9%である [31]。この数字も、州によりばらつきがある、最も高い Phnom Penh (83.3%) は、最も低い Preah Vihear/Steung Treng (28.1%) や、Mondol Kiri/Rattanak Kiri (30.1%) の 3 倍近くとなっている [12]。

4.4 非感染性疾患対策

カンボジアにおいては、生活習慣の変容に伴う生活習慣病や、交通事故による外傷の増加に伴い、非感染症疾患の占める割合が増えている。カンボジア政府も、対策の重要性を認識し、国家保健戦略計画 2008-2015（HSP2）において、非感染性疾患対策を優先すべき 3 つのプログラムの一つに位置づけ、表 4-8 に示す指標と目標値を定めている。

表 4-8 HSP2 における非感染性疾患対策の主な指標と目標値

指標	2005-2010 基準値	2015年 目標値
交通事故による死亡率 (%)	3.5	2.8
交通事故により頭部外傷を負った者で治療を受けた割合 (%)	41	35
子宮頸がんの有病率（人口 1 万対）（公的医療機関報告）	25	12.5
成人の糖尿病有病率（公的医療機関報告）	2	<2
高血圧症率（人口千対）	20	15
成人喫煙率 (%) 男性/女性	54/9	44/2
失明率 (%)	1.2	<0.3
公的セクターで報告されたメンタルヘルスの件数	10,000	28,000

出典：Health Sector Strategic Plan 2008-2015 [9]

カンボジア人口保健調査（CDHS）（2010 年）によれば、病気や怪我に見舞われても、一度も治療を受けようとしらない人が 8%近くおり、都市部（4.6%）よりも農村部（8.3%）においてその割合が高い。また、医療機関を受診する際、民間セクターの医療機関を希望する割合が公的セクターの医療機関を希望する割合の 2 倍近くに上る [12]。慢性疾患などでは特に、発見や治療開始の遅れによって高度医療や長期に渡るリハビリテーションなどの必要性が高まり、こうした受療行動の傾向は、今後も増加が予想される非感染性疾患の治療やリハビリテーションなどにかかる保健支出の高騰を招きかねない。患者にとってより身近な第一次医療施設などで供給される一次予防サービスを拡充させて生活習慣病の予防と早期発見を推進するとともに、啓発活動の強化と、これらの対策を担う人材の確保・育成も急がれる。

第5章 保健システムの状況

5.1 保健人材

5.1.1 現状

ポル・ポト政権下の粛清や長引く内戦が、保健人材や教員の激減、保健人材のための教育システムの崩壊をもたらし、カンボジアでは、今も絶対数の不足に加えて、質の伴う人材の確保は、喫緊の課題である。第2章で述べたとおり、国家戦略開発計画（NSDP2009-2013）において、能力構築と人材育成は、重点課題の一つに位置づけられているほか、国家保健戦略計画（HSP2）においても、人材育成は、母子保健、感染症、非感染症の3つの優先プログラムに横断的に関わる優先課題の一つに位置づけられている。開発戦略としては、①保健人材の技能の向上、②専門職の確立、③配置定着の促進（助産師が優先）、④人事院による公務員制度改革および、サービス利用料金や種々のインセンティブを通じた公務員給与の改善が柱になっている。

表 5-1 は、保健人材の推移を示したものである。医師については、着実に増加傾向にあるものの、看護師・助産師については、2000 年以降、ほぼ横這い傾向にある。また歯科医、薬剤師の不足も顕著である。

表 5-1 保健人材の推移(1996-2008)

	1996	1998	2000	2004	2008	保健人材一人あたりの人口 (2008)
医師	1,247	1,711	1,878	2,177	2,139	6,265
歯科医	64	68	85	135	170	78,824
薬剤師	327	415	362	406	421	31,829
看護師	3,979	4,384	4,268	4,521	4,915	2,726
准看護師	4,430	3,993	3,892	3,563	3,404	3,937
助産師	1,706	1,830	1,771	1,813	1,811	7,399
准助産師	1,515	1,482	1,257	1,113	1,302	10,292

出典：助産師能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト詳細計画策定調査・実施協議報告書 [37]

5.1.2 保健人材育成

公的な医学教育機関としては、保健科学大学（UHS）があり、医学部、歯学部、薬学部が設置されている。UHS の下部組織として、国立医療技術者養成学校（TSMC）があり、看護、助産、臨床検査、理学療法、放射線学科が設けられている。さらに地方には、保健省が管轄する、地方看護・助産学校（RTC）が4箇所あり、それぞれの学校が位置する周辺の州から学生を受け入れている。TSMC および RTC の管轄地域は表 5-2 のとおりである。

表 5-2 医学教育機関の管轄地域

医療教育機関	管轄州
TSMC	Phnom Penn, Kandal, Kg.Chhnang, Kg.Speu
RTC Kg.Cham	Kg.Cham, Kg.Tom, Svay Rieng, Pry Veng
RTC Battambang	Battambang, Siem Reap, Pursat, Paillin, Batemeanchey Odymeanchey
RTC Kampot	Kampot, Takev, Koh Kong, Sianouk Ville, Kep
RTC Stung Treng	Stung Treng, Kuratie, Preah Viher, Mondolkiri, Ratanakiri

出典：カンボジア王国医療技術者育成システム強化プロジェクト詳細計画策定調査・実施協議報告書 [38]

看護師・助産師については、母子保健を優先課題に位置づけるカンボジアの保健政策に沿い、育成の重要性が認識されており、複数のコースが設けられている（表 5-3）。地方での助産師不足に対応するため、保健省は、2006 年 1 月から、高校卒業後、1 年の過程で卒業できる准看護師、准助産師育成制度を開始したが、教育期間が十分でなく、知識・技術レベルの低さが問題となり、2011 年に廃止された。また助産師については、従来、3 年間の看護教育修了後、1 年間の専門教育を受ける、いわゆる 3+1 制度を実施してきたが、育成に時間がかかる上、十分な希望者を確保できないことから、2008 年 3 月から保健省は助産師の 3 年育成制度（ダイレクト・イン）を開始している。

表 5-3 看護師・助産師の育成コース

育成コース	期間	教育機関			備考
		UHS	TSMC	RTCs	
看護師					
学士	4年	○			2008年9月開始
学士	看護師（3年）＋18ヶ月	○			2009年10月開始
看護師（准学士）	3年		○	○	
准看護師	1年			○	2011年終了
助産師					
助産師	3年		○	○	2008年3月開始
准助産師	1年			○	2011年終了

出典：カンボジア王国医療技術者育成システム強化プロジェクト詳細計画策定調査・実施協議報告書 [38]

5.1.3 保健人材にかかる優先課題

以上述べた保健人材のいずれの職種に関しても、国家資格制度はなく、各医療教育機関の卒業試験に通れば、卒業と同時に有資格者となっていたが、看護師については、2012 年 12 月に国家試験が導入される予定である。また、近年、卒業生の質が確保は困難になっている背景として、助産師 3 年課程（2008 年）等、新設のコースの開始により、学生数は増加するものの、受け入れ体制が追いついていない現状がある。具体的には、標準化された教材がないこと、学生に実習機会を十分に提供できないこと、教員になるための育成コースはなく、学生を指導するに足る専門知識、臨床経験および指導スキルを持たない教員から指導を受けた学生が、臨床能力を十分に身につけられないまま、卒業後、現場へ配置されるなど、卒前教育における質の改善が課題となっている。

特に、質の高い妊産婦と新生児ケアを提供する助産師の養成は、カンボジアの妊産婦および新生児の死亡削減のための鍵とされているが [39]、実際には、卒前・卒後研修の質が担保されていないために、助産技術を十分習得しないまま現場へ配置されるケースが多く、結果、助産サービスの質の低下を招いている [37]。具体例として、国連人口基金（UNFPA）が実施した包括的助産レビューでは、産前健診において妊婦高血圧症の早期発見に不可欠な血圧測定や尿検査が徹底されておらず、分娩にかかる適切な記録や分娩第 3 期（後産期）の管理についても十分に実施されていないなど、分娩介助に必要な助産ケアができていないことを指摘している [39]。

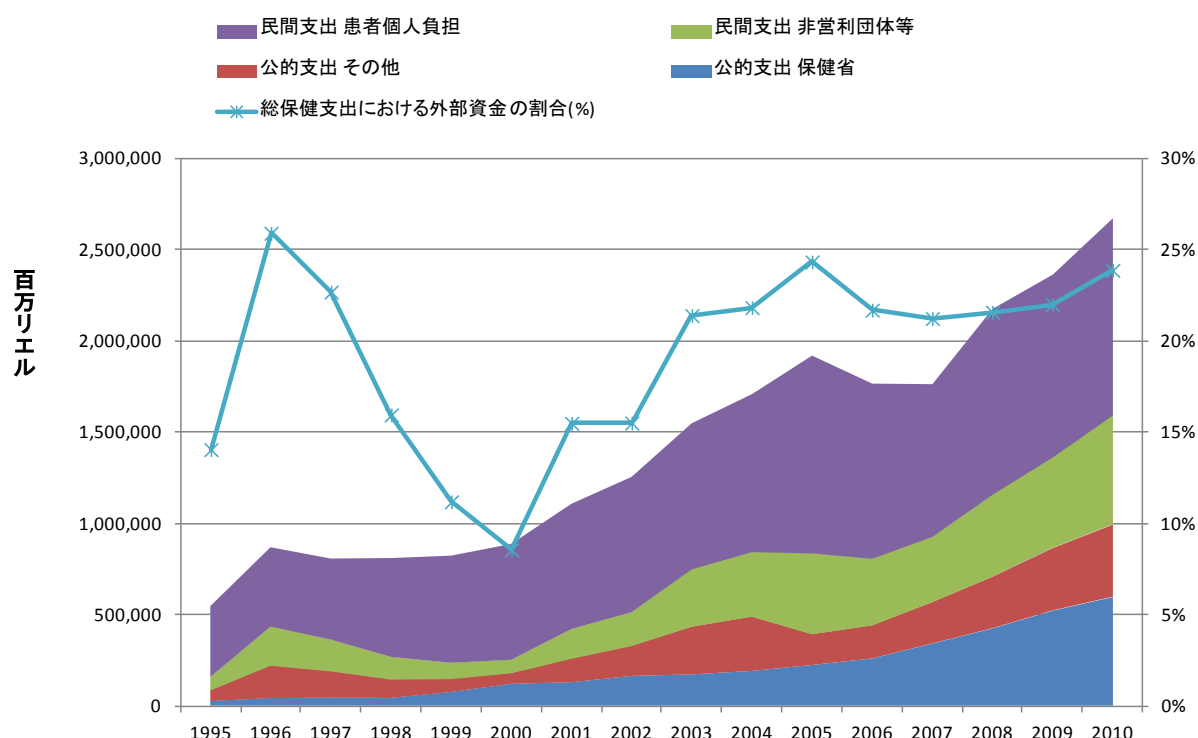
またカンボジアにおける保健人材の配置状況を見ると、政府統計では、医師の約 5 割が Phnom Penn に勤務しているが、民間で勤務する医師を含めると、およそ 8 割が首都に集中していると言われる。一方で、保健人材が不足している地方への配属に関しては、処遇の改善等の検討を行なっていないものの、具体的な改善策を講じるに至っていない。現状では、人材配置にかかる状況が政府当局に的確に把握さ

れておらず、医療施設ごとの人材配置計画を定めた保健範囲計画（HCP：Health Coverage Plan）と、人材採用計画が合致していないことも適切な人材配置をはかる上で、課題となっている [37]。

5.2 保健財政

5.2.1 概況

図 5-1 に示すように、総保健支出における患者個人負担の割合は、低下傾向にはあるものの 2010 年でも 4 割程度高く、政府支出は、年々その割合が増加してはいるものの、37%にとどまっており、ドナーによる支援の割合は 2005 年以降 24%程度となっている。



年	1995		2000		2005		2010	
公的支出	87,999	(16.0%)	182,033	(20.4%)	394,576	(20.5%)	995,278	(37.2%)
保健省	26,125		121,000		224,560		600,056	
その他	61,874		61,033		170,016		395,222	
民間支出	462,436	(84.0%)	708,447	(79.6%)	1,526,970	(79.5%)	1,678,261	(62.8%)
非営利団体等	74,379		74,504		444,365		598,347	
患者個人負担	388,057	(70.5%)	633,943	(71.2%)	1,082,605	(56.3%)	1,079,914	(40.4%)
総保健支出	550,435		890,480		1,921,546		2,673,539	
外部資金*	77,343	(14.1%)	76,291	(8.6%)	467,364	(24.3%)	638,013	(23.9%)

注： 付表の括弧内は総保健支出に対する割合（主要なもののみ算出）

*外部資金は OECD/DAC のデータに基づいており、総保健支出に含まれる。

出典： Global Health Expenditure Database, WHO [40] より調査団作成

図 5-1 保健支出財源の推移

一人あたりの保健支出は、2000 年から 10 年間で 2.5 倍強に増加しているが、保健省が定める標準サービスパッケージである基本サービスパッケージ（MPA）³³や補完的サービスパッケージ（CPA）³⁴、および第 4 章で述べた各保健サービスの利用状況を鑑みると、一人あたり \$45 の支出で（表 5-4）、ユニバーサルカバレッジを保障できる額とは言い難い。

表 5-4 保健財政指標の推移

	2000年	2005年	2010年
国内総生産における保健支出の割合（%）	6	6	6
公的保健支出の国家支出全体に占める割合（%）	9	12	10
一人当たりの保健支出（米ドル）	17	29	45

出典：Health Nutrition and Population Statistics [10]

カンボジアでは、公的保健サービスへのアクセスを向上し、サービスの改善や安定した保健財政を確保するため、これまでに複数の保健財政スキームが試行されている。以下、代表的なものを挙げる。

(1) 受益者負担制度（User-fee System）

1996 年の保健セクターリフォーム以前は、公的医療施設では、原則、医療費は無料であったが、保健人材への心付けが常習化し、無料制度が形骸化したため、基準を設けて一定額の医療費を受益者が負担することになった。本制度による収益の 1%を国庫に上納する以外は、各医療施設の采配で使途を決められるため、給与補填や病院の管理経費に用いるなど一定の効果を挙げている。

(2) 貧困者救済基金（Health Equity Fund）

貧困層の保健医療サービスへのアクセス改善を目的とした制度である。基本的には、貧困者が保健医療サービスを受けた場合、その貧困者（患者）を診療した医療機関に対して、かかった医療費が補填されると共に、患者本人にも、医療機関を受診する際の交通費や食費が支給される仕組みである。貧困者かどうかの認定や補填料の支払いは、この制度の運営を委託された第 3 者団体が担っている。貧困者救済基金は、77 の郡保健行政区（OD）のうち 47 の OD、6 つの国立病院でカバーされている [41]。

(3) 外部機関への保健行政サービスの委託契約（Contracting）

外部機関（主に NGO）に業務を委託し、保健行政区レベルでの保健行政マネジメントやサービスの向上をはかる制度で、世界銀行を中心とした保健セクター支援計画（HSSP 2003-2008）の支援で実施された。委託を受けた機関が、保健省職員と協働で事業を実施することにより、政府職員の能力強化につながる事が期待されている。また、委託契約に関する費用の精緻化を通じて、質の良いサービスを提供するために必要な予算額を算出できるとされている。なお、2004 年から 2009 年初頭までに、11 の保健行政区が、入札によって 7 つの国際 NGO と委託契約を結んでいる [42]。

³³ 第 1 次医療施設で提供する標準パッケージとして、保健省が定めたもので、提供すべきサービスとして、妊婦検診、出産、新生児、乳児、予防接種、結核、マラリア、健康教育等が含まれる。

³⁴ 第 2 次・第 3 次等、リファラル病院レベルで提供する標準パッケージで、病院診断機能が高い方から CPA3・2・1 と分類される。CPA1 は、内科、小児科、産婦人科、外来診療部、救急部、放射線科、滅菌部、臨床検査、薬局、CPA2 は、外来、手術、CPA3 は、眼科、耳鼻咽喉科、血液銀行が含まれる。

(4) 特別業務機関（SOA）

サービス向上を目的に、行政サービスを提供する機関の裁量権を強化する制度で、業績ベースの契約に基づき報酬を払う。一部の保健行政区、地方看護・助産学校（全4校）、リファラル病院の一部で2009年から開始されている。

国家保健戦略2008-2015の実施において、保健省は、上記（3）のような外部機関との契約の実施形態を変更し、内部委託契約（Internal Contracting）³⁵という保健省内部の業務契約として実施している。内部契約を実施するにあたり、成果ベースの報酬制度（MBPI）や特別業務機関（SOA）を活用している。

5.2.2 社会保障・医療保険制度

(1) 公務員・退役軍人社会保障制度

公務員を対象に、年金、障害保険、妊娠保険、労働災害および扶養家族保険が給付される制度。年金および傷害保険は社会問題・退役軍人・青少年更生省（MOSVY）から、その他の給付は所属官庁・政府機関から、それぞれ支払われる。しかし、給付額が低く、支払いも遅延する傾向にあることから、カンボジア政府は、2008年に、公務員向け社会保障基金（NSSFC）の設立を許可した。NSSFCは、経済財政省から予算配分を受け、給付を行う。公務員の月額基本給の6%が保険料として天引きされ、18%が雇用者により別途支払われる。現在、従来の社会保障制度から移行期にある [7]。

(2) 民間被雇用者社会保障制度

民間被雇用者を対象にした社会保障基金（NSSF）の設立に関する法案が2007年に成立した。8人以上の従業員を雇用している企業は、NSSFへの登録と労働災害制度に対し、被雇用者の月額基本給の0.8%の拠出を義務付ける。給付対象には、医療費手当、交通費、一時的障害手当、保育手当、終身障害手当、葬儀費用、遺族手当、リハビリ手当等が含まれる。加入者は、2010年5月現在、1,390社43.5万人である [7]。

(3) インフォーマルセクター向け社会医療保護プログラム

保健省が、国民の大多数を占める農民や自営業者等、インフォーマルセクターに従事する労働者向けに設けた制度。しかし、国民皆保険のような包括的な医療保険制度がないため、国の枠組みに地域社会が参画した持続可能かつ低コストの包括的モデルの導入に向け準備中である³⁶ [7]。

(4) 地域健康保険制度（CBHI）

国内・国際NGOおよびマイクロファイナンス機関により運営されている。CBHIの主な対象は、最低限の保険料を支払うことはできるものの、より貧困層に近い層で、カバー人口は、対象人口の1%未満である³⁷ [7]。

5.3 保健情報システム

カンボジアでは、1995年に保健情報システムが導入され、保健センターやリファラル病院等、公的機関から、郡保健局、州保健局を通じて保健省へと提出される月例報告書式によって情報収集が行われ、保健省レベルで集計、分析され、使用されてきた。しかし、郡および州保健局においては、人材および能

³⁵ 例えば、州リファラル病院がSOAを組織して州保健局とInternal Contractingを結び保健サービス強化活動のための資金を得る仕組み。

³⁶ 2010年時点

力不足から、データの分析および結果に基づく計画策定や下位機関へのフィードバックが殆ど行われていないなど、収集したデータが十分に活用されていないのが実情であった。カンボジアの保健情報システムのアセスメントを目的として実施されたHealth Metrics Network (HMN)³⁷による調査では、1) HMNにより開発されたアセスメントツールを活用して保健情報を評価し、実用的に改良すること、2) 保健情報戦略計画 2008-2015 を策定すること、3) 人口動態の登録 (Vital Registration) システムを強化すること、4) 保健情報の改善のための地元の人材の能力を強化すること、の4点に焦点があてられた。

現在、保健情報については、保健省の計画・保健情報部が中心となり策定された保健情報システム戦略計画 (HISSP) 2008-2015 に基づき、活動が行われている。HISSP は、国家保健戦略計画 2008-2015 (HSP2) に呼応しており、HSP2 で優先課題とされている母子保健、感染症、非感染性疾患対策にかかる指標を設定し、これらを通して HSP2 の活動の進捗をモニタリング・評価できるようになっている。

HISSP のビジョンおよび目標は以下のとおり。

◆ ビジョン

根拠に基づく政策策定や決定、プログラムの実施、モニタリングや評価のために、適切かつタイムリーで、質の高い保健情報を活用し、カンボジア国民の健康改善に寄与する。

◆ 目標

1. 国家保健情報システムが国際基準に準拠し、認知されるよう、高いパフォーマンスを発揮し、政策立案者や市民に役立つものとする
2. 保健セクターのパフォーマンスを適切にモニタリング・評価し、よりよいデータを生成し、適切なコミュニケーションと技術を通して、情報伝達をはかり、根拠に基づく政策を立案する
3. 質の高い、社会人口統計学的、経済的、罹患、死亡および危険因子にかかる情報を提供し、調査計画および実施にかかる調整を改善する
4. 質の高い患者情報をケースマネジメントの改善に活用し、必要とされるときに適切かつ完全なサーベイランスデータを提供し、効率的に疾病の大流行などへの対応や疾病対策を行う
5. 保健情報を包括的にカバーし、施設、人材、ロジスティックスにかかるデータ管理を改善することで、効率的かつ効果的なヘルスケアと国民の健康改善に貢献する

HISSP の進捗については、保健省が設立した保健情報システム関係者作業部会 (HIS-SWG) 等で、保健省はじめ、カンボジア政府関係者、開発パートナー、NGO 関係者と定期的に共有されている。なお、保健に関連する調査としては、主に以下の調査が、定期的に実施されている。

- ・ 国勢調査 (the General Population Census of Cambodia) : 10 年に一度。直近では 2008 年に実施。
- ・ カンボジア社会経済調査 (CSES) : 過去 7 回実施。世帯の社会経済状況をサンプル調査で示す。
- ・ カンボジア人口保健調査 (CDHS) : 5 年に一度。直近では 2010 に実施された。サンプル調査により、人口、保健、栄養関連プログラムの進捗が把握できる。

³⁷ 2005 年 5 月の世界保健総会で正式に発足した、国・地域・世界レベルでの保健情報の改善のための国際パートナーシップ。

また、ミレニアム開発目標（MDGs）のモニタリングツールとして、世界的なデータベースであるDevInfoソフトウェアのカンボジア版、CamInfo³⁸がある。

5.4 施設・機材・医薬品供給施設

5.4.1 保健施設

カンボジアでは、1997 年より保健範囲計画（HCP）に基づいて、施設整備計画が進められている。表 5-5 は、全国における保健省直轄の保健施設数を表したものである。カンボジアの公的保健施設は、リファラル病院（RH）、保健センター（HC）があり、保健センターへのアクセスが極めて悪い地域には、保健センターの下部組織としてヘルスポスト（HP）が設置されている [37]。リファラル病院の基準は、補完的サービスパッケージ（CPA）、保健センターの基準は、基本サービスパッケージ（MPA）と呼ばれ、それぞれに、サービス・施設・人材・機材の基準が規定されている。CPA は、リファラル病院の病院診療機能の高い方から、CPA3・2・1 に分類される。概要は、表 5-6 のとおりである。なお、首都 Phnom Penh の 7 つの国立病院と 9 つの国立センターには、施設基準はないが、保健省人材育成部（HRDD）が、CPA、MPA を基に設定している [38]。しかし、基準と実情との間には乖離がある。例えば、CPA1 の病院機能は、保健センターと殆ど変わらないケースが多い。また保健センターの施設整備や人材配置が十分でなく、ヘルスポストも同様に適切な人材配置は困難で、提供できるサービスは非常に限定的である [37] [38]。

表 5-5 保健施設数

州	RH	HC	HP	州	RH	HC	HP
Banteay Mean Chey	5	55	11	Preah Vihear	1	12	13
Battambang	4	75	3	Prey Veng	7	90	2
Kg Cham	11	136	0	Pursat	2	32	3
Kg Chhnang	2	34	3	Rattanak Kiri	1	11	18
Kg Speu	3	50	0	Siemreap	3	60	6
Kg Thom	3	50	0	Sihanoukville	1	10	2
Kampot	4	50	0	Stung Treng	1	11	3
Kandal	5	93	3	Svay Rieng	3	37	0
Koh Kong	2	13	2	Takeo	5	72	3
Kratie	2	26	9	Oddar Mean Chey	2	4	0
Mondul Kiri	1	7	17	Kep	1	17	3
Phnom Penh	5	17	6	Pailin	1	5	1
				Total	75	967	108

出典：Health Sector Strategic Plan 2008-2015 [9]

表 5-6 保健施設の標準サービス

施設	基準	サービス	アクセス	人口規模
RH	CPA1	内科、小児科、産婦人科、外来診療部、救急部、放射線科、滅菌部、臨床検査、薬局	車/船で3時間以内	最適カバー人口:10万人 許容範囲:6万～20万人
	CPA2	CPA1の機能＋ 外来、手術部		
	CPA3	CPA2の機能＋ 眼科、耳鼻咽喉科、血液銀行		
HC	MPA	妊娠検診、出産、新生児、乳児、予防接種、結核、マラリア、健康教育	10kmあるいは徒歩2時間以内	最適カバー人口:1万人 許容範囲：8,000～1万人

出典：Health Sector Strategic Plan 2008-2015 [9]

³⁸ 2009 年に発表されたバージョン 3.2 に続き、現在は、バージョン 4.1 が利用可能である

カンボジアでは、保健センターや下位レベルのリファラル病院（CPA1 および CPA2）から、州内の CPA3 レベルの州病院に患者が搬送されるリファラルシステムが取られている。公的保健サービスを利用する際、患者はまず最寄りの保健センターを訪問する [43]。患者が、上位機関を受診するには、原則として保健センターが、紹介状やその他必要書類を発行することになっているが、実際には、保健センターの財源不足や、患者搬送手段の欠如、道路状況等により、リファラルシステムは有効に機能していないのが現状である。

患者の受療行動は、患者の症状や居住地域によっても異なるが、WHOによれば、患者の 70%が最初の治療先として、民間サービスを利用しており、そのうち、民間クリニックの占める割合が、都市部で 27%、農村部で 16%、薬局に行く割合は、都市部で 20%、農村部で 8%となっている。一方、公的保健サービスを利用する場合、農村部では保健センター（18%）が、都市部ではリファラル病院（12%）が最初の治療先として受診されている³⁹。民間サービスを選択する決定要因として、サービスの質、アクセス、費用が挙げられており [44]、サービスにアクセスしやすく、より質の高いニーズを求める傾向にある都市部では、民間の医療機関を受診するケースが多いと言える。また、患者が直接 CPA3 レベルのリファラル病院や、首都の国立病院あるいは民間病院を受診するケースも多い。

5.4.2 医療機材

国家保健戦略 2008-2015 において、保健サービスの質の向上は、6 つの優先分野の 1 つに位置づけられ、医療機材に関しても、上述の CPA の中で、標準リストを定め、これに基づいて整備を進めている。しかし、実際の整備状況は、全般的に数量的に不足しているほか、既存機材の老朽化が顕著である。国立病院や CPA3 レベルのリファラル病院ですら、基礎的な医療サービスに必要な医療機材が整備されていないのが現状である。また各病院には多種多様な支援が個別に行われていることから、施設や部門によっても大きな差がみられる [43]。

日本は、カンボジア政府の要請を受け、医療サービスの質向上に必要な医療機材整備を目的に、4 つの国立病院、17 の CPA3 レベルの州病院を対象とする、「国立、市および州病院医療機材整備計画」（無償資金協力）に関する交換公文の署名を 2012 年 3 月に行なった。上記対象病院において、一般 X 線撮影装置、超音波断層装置等の機材を中心に順次整備が行われていく予定である。

また医療機材に関しては、適切な維持管理が必要となる。保健省もその重要性を認識し、全国の保健施設で継続的な研修を行なっているが、地方の保健施設では、地理的な条件もあり、十分な研修が実施されておらず、機材の維持管理能力が課題となっている [43]。日本は、「医療機材維持管理システム普及プロジェクト（2006-2008）」や現在実施中の「リファラル病院における医療機材管理能力強化プロジェクト（2009-2014）」を通じて、中央および地方のリファラル病院への医療機材管理にかかる技術指導を行うなど、医療機材の管理能力向上にも資する支援も行なっている。なお、上記無償資金協力のソフトコンポーネントの中にも、機材の保守管理技術指導が含まれている。

5.4.3 医薬品

カンボジアで使用される医薬品については、保健省の食品・医薬部が承認を行なっている。食品・医薬部は、薬品に関する国内方針の調整と実施、販売および使用にかかる規制をしており、2003 年には、必

³⁹ 2010 年時点

須医薬品リストおよび関連ブックレットが策定されている [45]。保健省では、基本 MPA や CPA の基準に沿って必須医薬品リストを管理しており、調達された医薬品は保健省中央倉庫から各保健行政区に配布され、リファラル病院、保健センターへと配布される [44]。また公的医療機関における医薬品の供給、使用状況のモニタリングは、保健省傘下の必須医薬品局 (Essential Drugs Bureau) が行なっている [46]。

国内の医薬品市場では、国内産業はあまり発達しておらず、現地の小規模製造メーカー 7 社が市場の約 20% を供給しているのみで、需要の多くは、先進国（フランス等）や新興国（インド、タイ、ベトナム等）からの輸入品に頼っている状況である。また国内生産は、実質ジェネリック医薬品に限られている。カンボジアでは、偽造医薬品が大きな問題となっている。世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）等の支援を受け、偽造医薬品のモニタリング活動を強化したり、カンボジア・タイ国境における多剤耐性マラリア対策の一環として、地元当局が国家標準を満たさない医薬品を違法に販売する民間薬局に対して厳しい罰則を課したりするなど、取締を強化している [47]。また、偽造医薬品対策にかかる全国キャンペーンを実施して国民の意識を向上させるなど、啓発活動にも力を入れている。偽造医薬品の横行の背景には、政府の医薬品の管理等にかかる予算が限られていること、医療保険が未発達で、患者が診察費用を浮かせるために薬局へ直接行って、処方薬ではなく市販薬を利用する傾向にあること等がある。カンボジア関係者も、医薬品適正製造基準（GMP）の遵守は認識してはいるものの、脆弱なインフラや指導者不足⁴⁰により、GMPを満たす医薬品の生産は容易ではない。また医薬品の調達と流通におけるガバナンスと透明性の欠如から、輸入医薬品の偽造品対策も課題となっている。

5.5 管理監督機能

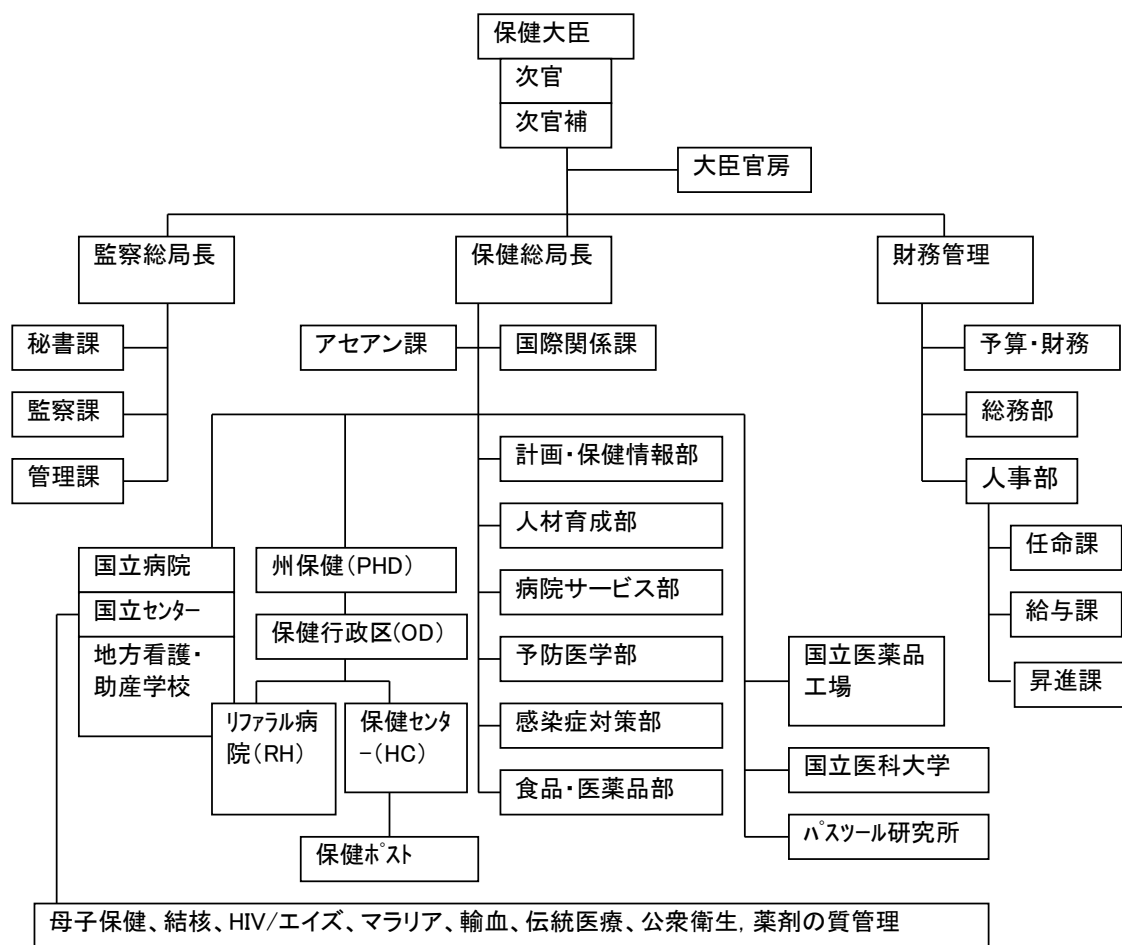
図 5-1 にカンボジアの保健医療行政の組織図を示す。大臣、次官、次官補、官房長、3 名の局長（監察総局、保健総局、財務管理総局）のもと、各部署に分かれる。その他、国立病院や国立センター等の機関も中央に属している。保健省には母子保健課がなく、国立センターの 1 つである母子保健センターが、リプロダクティブヘルスなど、母子保健関連プログラムを行なってきたが、予防接種などのプログラムが別立てで、母子保健対策において包括的な取り組みが行えないとの課題があった。しかし、2008 年の新大臣の就任後に、リプロダクティブヘルス・母新生児小児保健（RMNCH）がファストトラックイニシアティブとなり、RMNCH推進のため、既存の組織を横断的につなぐ分科会が設立され⁴¹、母子保健課題に包括的に取り組む体制が整った。この分科会には、母子保健分野の主要開発パートナーもオブザーバー参加しており、指標の進捗、大臣やドナー調整会合に報告する仕組みができている [48]。

1996 年に採択された保健範囲計画（HCP）に沿って、保健省の管轄下に 24 州保健局（PHD）と、77 の郡保健行政区（OD）が設置されている。OD は保健行政のカバーすべき人口規模（人口約 15 万人を管轄）で行政区をまとめたもので、カンボジア政府による地方行政区と一致していない。

公的医療機関としては、中央に 7 つの国立病院がある他、地方レベルでは PHD、OD 事務所の管轄下にリファラル病院、保健センター、保健ポストが設置されている。それぞれの医療機関の診療内容と設置基準は、5.4.1 で述べたとおりである。

⁴⁰ 日本製薬工業協会なども、専門家を派遣し、医薬品製造にかかる技術指導などを行なっているが [54]、この分野にかかる支援は、全体的に限定的である。

⁴¹ 「RMNCH タスクフォース」のメンバーには、保健省局長補兼国家予防接種プログラム長、国立母子保健センター長、国家リプロダクティブヘルスプログラム長、国家栄養プログラム長等が含まれる。



出典：カンボジア王国助産能力を通じた母子保健改善プロジェクト詳細計画策定調査・実施協議報告書 [37]

図 5-2 保健省組織図

5.5.1 ASEAN 統合に向けた動き

ASEAN統合に向けて、保健セクターでは、ASEAN+3⁴²保健大臣会合を通して、関係国と共通課題や連携・協力について議論を行なっている。2012年7月にタイ・プーケットで開催された第5回ASEAN+3保健大臣会合では、「ASEAN統合、保健の好機と課題」をテーマに、主に、感染症と非感染症疾患の二重の負荷への対応およびユニバーサルカバレッジ達成に向けた域内連携強化、協力の枠組みのあり方について議論された。また保健セクターの統合に向けてロードマップが作成されており、主に、医薬品や医薬機材の基準・認証の標準化、人材開発（例：地域研修の実施、人事交流）等につき、明記されている [49; 50]。ASEAN統合にあたっては、先発加盟 6ヶ国⁴³と、カンボジアを含む後発開発途上国 4ヶ国との格差是正が課題とされてきたが、保健セクターにおいても、統合により、カンボジアが高度医療人材の流出や国内医療産業の衰退を招かぬよう、人材育成強化やネットワーク構築により、競争力を高めていくことが必要である。

⁴² 地域交流の緊密な東南アジア諸国連合(ASEAN)と日本・中国・韓国で協力する枠組みのこと。

⁴³ ブルネイ、インドネシア、マレーシア、フィリピン、シンガポール、タイ

第6章 援助機関の協力状況

6.1 援助協調の枠組み

カンボジアの保健セクターにおいては、国際機関や二国間ドナー、NGO、その他民間団体に加えて、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）やワクチンと予防接種のための世界同盟（GAVI）による資金提供など、多くの援助団体が様々な方法で支援を行っている。

保健省は、援助協調の枠組みとして、保健セクター技術作業部会（TWG-H）を組織し、月1回の会議やメーリングリストを通じた情報交換に加えて、特別会合として重要課題に関する政策協議も実施している。TWG-Hの下では母子保健、結核、保健サービス提供、保健財政などの個別課題に関する課題別TWGがあり、技術的な議論を行っている。このような援助協調について、2006年に行われた国家保健戦略2003-2007（HSP1）のレビューでは、関係者間での情報共有の促進など、援助協調の一定の効果を認めつつも、依然として援助が断片化していると指摘された。これを踏まえ、HSP2では、調和化や整合性の強化を、5つの横断的戦略の1つであるガバナンスの中に位置づけ、取り組みを強化している[13]。HSP2においては、プールファンドを用いた資金協力、技術協力プロジェクトを含むその他の協力など、援助モダリティにかかわらず、全ての支援を1つの協調枠組みの中で実施することが重視されている。

また、上記メカニズムの他、セクターの枠を超えたHIV/エイズTWG、世界基金の国別調整メカニズム（CCM）も重要な調整メカニズムとなっている。

またカンボジアは、2007年、英国主導の下、世界各国・国際機関が参加する世界的な援助協調促進のためのメカニズムである国際保健パートナーシップ・プラス（IHP+）の署名・パイロット国となっている。

6.2 開発パートナーの協力実績

6.2.1 保健セクター支援計画 2009-2013（HSSP2: Second Health Sector Support Program）

HSSP2は、国家保健戦略計画2008-2015（HSP2）の優先課題に沿って実施される、保健省と複数の開発パートナーの共同出資による保健セクター最大のプロジェクトである。HSSP1（2003-2008）では、保健省、アジア開発銀行（ADB）、世界銀行、英国国際開発省（DFID）、国連人口基金（UNFPA）がセクターワイドアプローチ（SWAps）に参加し、ADBと世界銀行が、11の保健行政区（OD）とともに、保健行政を運営して保健省の職員がサービス提供を担うContracting（5.2.1参照）が実施された。続くHSSP2では、より多くのドナーがSWApsに参加し、HSP2の効果的かつ効率的な実施支援を目指している。フランス開発庁、オーストラリア国際開発庁（AusAID）、ベルギー技術協力公社（BTC）、DFID、UNFPA、国連児童基金（UNICEF）、世界銀行の7機関がプールファンドをつくり、特別業務機関（SOA）への資金援助を行うほか、個別の資金支援も行なっている。

HSSPの活動は、主に以下の4つである。

1) 保健サービス提供強化

OD や州リファラル病院 (PRHs) が SOAs を組織し、州保健局 (PHDs) と内部契約 (Internal Contracting) を結び、サービス提供資金 (Service Delivery Grants) を得て、保健サービス強化活動の資金を得る仕組み。その他、マネジメント機能強化、保健サービス網の整備等も含む。

2) 保健財政支援

貧困層を対象に、貧困者救済基金 (HEF) を提供する。他に、財政政策支援、運営管理支援等も含まれている。

3) 保健人材開発

特に人材不足が顕著な地域・保健施設における人材育成および保健サービス従事者への再研修に焦点をあてる。他に、保健省のマネジメントレベルの人材管理能力、中央および地方において優先課題への取り組みを管理および実施促進する職員に対する成果ベースの報酬制度 (MBPI) の導入等。

4) 保健システムガバナンス強化

HSP2 で取り上げられている、a) 保健サービス機能強化のための保健省/PHDs による Internal Contracting の実施、b) 国立病院への予算権限委譲にかかるガバナンス能力強化、c) 保健サービス人材への報酬制度改革、d) 各種ガイドライン整備等。

6.2.2 主要開発パートナーの支援状況

表 6-1 に主要開発パートナーの支援状況をまとめる。

表 6-1 主要開発パートナーの主な支援分野

開発 パートナー	主な支援分野					
	母子健康	栄養	HIV/エイズ	マラリア	結核	保健システム強化
ADB						○
米国国際開発国 府 (USAID)	○		○		○	○
UNICEF	○	○	○			○
WHO	○	○	○	○	○	○
欧州連合 (EU)	○			○		○
世界銀行						○
DFID	○		○			○
フランス						○
ドイツ国際開発 公社 (GIZ)						○
BTC						○
AusAID						○

出典：各種資料を基に調査団作成

(1) アジア開発銀行 (ADB)

HSSP1への出資を通じて、基礎保健サービス、保健セクター支援(保健セクターの建設や機材供与を含む)、外部機関への保健行政サービスの委託契約を実施。HSSP2には不参加。

(2) 米国国際開発庁（USAID）

リプロダクティブヘルス、HIV エイズ予防、貧困者救済基金、結核対策の実施のほか、NGO に委託し、2009 年から 7,700 万米ドル相当の保健システム強化プログラムを実施している。

(3) 国連児童基金（UNICEF）

HSSP2 に拠出し、保健セクターに対する支援を実施している。主に、子どもの健康、感染症対策、健康に関する行動変容、地域住民の参加促進、コミュニティを主体とした保健サービスの推進などに力点を置いている。

(4) 世界保健機関（WHO）

アドバイザー型支援を通じ、栄養、総合的小児疾患管理（IMC）、拡大予防接種計画（EPI）、HIV/エイズなどの分野で、技術的アドバイスを提供している。また、人材育成計画、人材育成部と人事部のデータベースの活用支援、人事部の MBPI、SOA 準備支援なども行う。

(5) 欧州連合（EU）

主な支援は、NGO 能力強化、障害者支援、マラリア対策、リプロダクティブヘルス、基礎保健サービス強化などを実施している。

(6) 世界銀行、英国国際開発省（DFID）

HSSP2 に共同融資し、保健セクターに対する支援を実施している。

(7) ドイツ国際開発公社（GIZ）

医療機関における、保健サービスの質の向上、サービス利用増加を目的とした、保健改革支援プログラム（Support to Health Sector Reform Program）（2003-2013 年）を実施している。Kampong Cham、Phnom Penh の公立病院で社会健康保険を導入するための試験的プロジェクトの実施のほか、Kampong Cham の地方看護・助産学校（RTC）の看護師卒前教育、Kampong Cham リファラル病院での看護プリセプター育成、Kampong Thom リファラル病院での、現任助産師への卒後教育への支援を含む。

(8) ベルギー技術協力公社（BTC）

HSP2 に共同融資し、保健セクターに対する支援を実施している。また、Kampong Cham、Siem Reap、Otdar Mean Chey の保健行政機関や公立病院への支援、貧困者救済基金の支援等も含む。

(9) オーストラリア国際開発庁（AusAID）

HSP2 に共同融資し、保健セクターに対する支援を実施している。国立医療技術者育成学校（TSMC）助産教員と実習教員強化・実施体制整備を支援。

(10) 世界基金

現在の世界基金支援状況は、表 6-2 のとおりである。

表 6-2 世界基金による、HIV/エイズ、結核、マラリア対策支援

支援 タイプ	ラウ ンド	タイトル	合意支援額 (米ドル)	資金受入責任機関
HIV/エイズ	5	HIV/AIDS-Increasing Coverage in Key Service Areas (Phase II)	33,159,693	Ministry of Health of Cambodia
	SSF	Continued achievement of Universal Access of HIV/Sexually Transmitted Infections Prevention, Treatment and Care services in Cambodia	53,402,333	National Center for HIV/AIDs, Dermatology and STI
結核	5	Scaling-up the Quality of Services for TB and TB/HIV Patients including those in Remote and Underserved Populations, in collaboration with NGOs (Phase II)	9,022,696	Ministry of Health of Cambodia
	7	Increased Access to and Improved Quality of TB Services at OD and Community levels, with linkages to TB/HIV (Phase II)	15,204,894	National Center for HIV/AIDs, Dermatology and STI
マラリア	6	Renewed efforts to achieve high coverage of proven malaria control interventions and scaling up the response to high anti-malaria drug resistance in Cambodia (Phase II)	22,908,144	Ministry of Health of Cambodia
	SSF	Containing Artemisinin-Resistant Plasmodium Falciparum Parasite and moving toward Malaria Pre-elimination status in Cambodia (Phase I)	56,137,912	National Center for Parasitology, Entomology and Malaria Control
保健システム強化	SSF	Strengthening Cambodia's Health System in the fight against HIV/AIDS, TB and Malaria (Phase I)	11,737,602	Ministry of Health of Cambodia

出典： Country Grant Portfolio, GFATM, 2012 [51]

6.3 日本の協力実績と現状

我が国の対カンボジア国別援助方針（2012 年 4 月）によれば、①経済基盤の強化、②社会開発の促進、③ガバナンスの強化の 3 分野が支援の重点分野となっており、「保健医療の充実」は、②に位置づけられる。この中で、近年、子どもの死亡率および妊産婦死亡率は改善傾向を示しているものの、依然として、周辺諸国との比較では高い状況であり、今後も母子保健分野を中心とした支援を保健システムの強化の視点も含め、行うこととしている。

保健セクターにおける我が国の支援実施状況は、表 6-3 のとおりである。我が国は、比較的優位性の高い母子保健と結核対策を中心に、無償資金協力による施設整備、技術協力による人材・制度の強化、確立した技術を地方へ普及する取り組み等、長期間に渡る支援の結果、妊産婦死亡率をはじめ、多くの保健指標は改善しつつあるが、保健人材の数的、質的不足、地方部における保健サービスへのアクセスの低さなど、未だ取り組むべき課題も多い。

表 6-3 保健セクターにおいて実施中の日本の支援内容(2012 年現在)

無償資金協力		
案件名	実施年度	概要
国立、市および州病院医療機材整備計画	2011-2015	国立4病院，市および州最高レベル17病院に対する基礎的医療サービスに必要な機材および設備支援
技術協力プロジェクト		
案件名	実施年度	概要
助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト	2009-2014	助産トレーナーの能力向上を含めた助産トレーニングシステムの強化
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	中央・地方のレファラル病院への医療機材管理技術指導、管理能力強化
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	2009-2012	全国結核有病率調査を通じた、国立結核センターの能力強化（プロトコール策定、実施、モニタリング、分析、報告体制、診断ネットワークの強化）
医療技術者育成システム強化プロジェクト	2010-2015	公的な医療技術者育成学校正看護師、臨床検査技師、放射線技師、理学療法士、放射線技師育成のための基礎教育強化支援
その他のスキーム	案件名	
地方病院の臨床検査技師支援（JOCV）		
男性と性的関係を持つ男性に対する統合した性に関する健康およびHIVサービスの実施（マルチ） （関係機関等：国家家族計画連盟、HIV/リプロダクティブヘルス日本信託基金）		
草の根・人間の安全保障無償4件 （州立病院整備計画、州看護師・助産師養成学校学生寮整備計画他）		
日本NGO連携無償1件		
草の根技術協力事業2件		

出典：外務省.政府開発援助（ODA）国別データブック [2]および国別援助方針 [52]を基に作成

第 章 保健セクターにおける優先課題と提言

保健セクターにおける課題とその背景

6 章まで行ったカンボジアの保健セクターの現状分析から、課題とその背景を図 7-1 のように模式化するとともに、以下にまとめる。

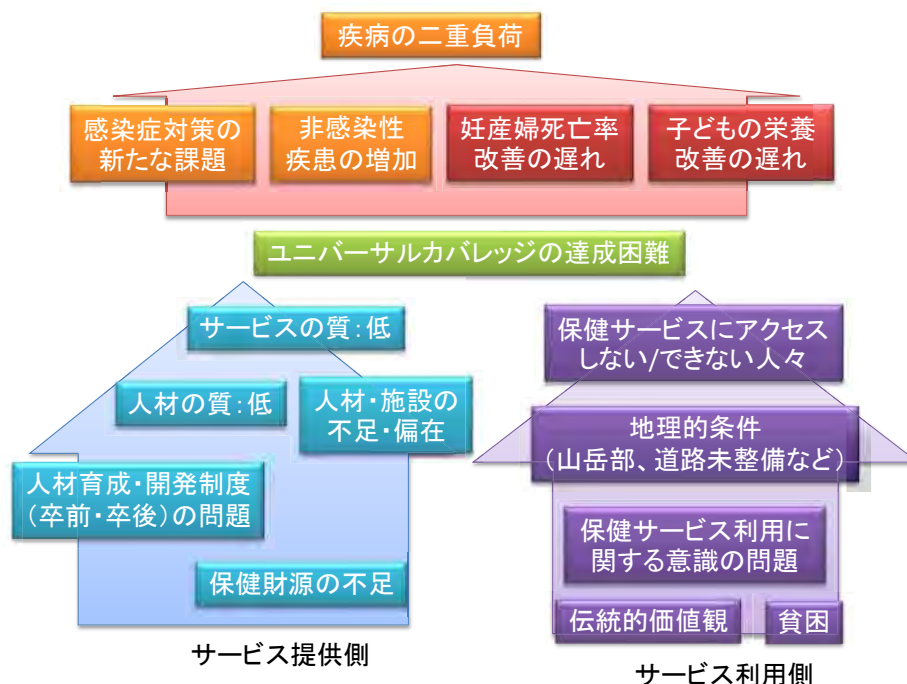


図 7-1 カンボジアの保健セクターにおける課題とその背景

健康における優先課題

カンボジアの保健指標は、全体的には改善傾向にあるが、サービスへのアクセスにおいては、地域や民族の間に格差が見られ、基礎的保健サービスが届かない地域も未だ多数あることから、そうした地域へのサービス拡充が優先課題となっている。加えて、増加しつつある非感染性疾患の予防対策といった新たな課題にも対応していく必要がある。こうした国内での課題に加え、ASEAN 統合や国際保健規則の改訂に伴う感染症対策の能力向上や周辺諸国との連携などの国際的な動きにも対応する必要がある。

子どもの健康については、栄養改善が遅れが見られるものの、5 歳未満児死亡率、乳児死亡率ともに、ミレニアム開発目標（MDGs）を既に達成している。母親の健康についても、カンボジア政府の強いコミットメントのもと、様々な施策が功を奏し、ついに妊産婦死亡率が低下し始めている。しかしながら、近隣の国に比べると未だ高いレベルであることから、更なる母親の健康および妊産婦死亡の改善は、依然として重要な課題の一つである。

感染症対策においては、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）等からのサポートにより、ある程度の成果を見せている一方で、塗抹陰性結核の増加といった新たな課題への対策や、多剤耐性マラリアや新興感染症への対策における能力強化と周辺諸国との連携が求められている。またカンボジアにおいては、非感染性疾患が増加しており、疾病の二重負荷がさらに進むことが懸念される中、患者によってより身近な第一次医療施設におけるサービス拡充により、生活習慣病の予防・早期発見の推進が不可欠である。

7.1.2 問題の背景

(1) ユニバーサルカバレッジの達成が困難

保健医療施設や保健人材の絶対数の不足、都市部偏在などの配置により、基礎的保健サービスのユニバーサルカバレッジが達成されていない。例えば母子保健サービスの利用についてみると、貧困世帯の割合が高い北東部においては産前健診や予防接種のカバー率が低く、出産介助を伝統的産婆（TBA）に頼っている傾向がみられる。最寄りの保健センターにアクセスするのに 30 キロの悪路を徒歩でという地域も未だ多く、特に北東の山岳部においては道路の整備も進んでいない [7]。こうした、貧困や地理的アクセスの問題に加え、保険カバー率の低さや、医療機関を受診する際の交通費負担など、経済的な障壁も保健医療サービスへのアクセスを困難にしている。さらに、母親の栄養に関する知識の乏しさや、食生活にまつわる伝統的価値観や習慣も、母子の健康に悪影響を及ぼしている。

(2) 依然として低い保健医療サービスの質

全体の保健医療サービスの質は、カンボジア保健省および開発パートナーの努力により、少しずつ改善の方向に向かっているものの、地域によっては、医療人材の技術力の不足、機材や医薬品の不備などにより低い状態が続いている。医療人材の技術力不足の背景には、看護・助産学校の教員による臨床経験に基づく指導が十分でないこと、卒前教育の中で、国家試験、病院施設での実習、卒後の現任教育などの制度が整備されていない、または、徹底していないことが挙げられる。

(3) 緊急産科ケア（EmOC）の未整備

妊産婦死亡の根本的な問題として、徐々に施設分娩の率は上がっては来ているものの、未だ 45%のお産は、家庭で伝統的産婆（TBA）によって行われていること自体が、妊産婦死亡の危険を高くしている。こうした状況の中、妊産婦死亡を下げるためには、EmOC の整備が不可欠である。CPA2 以上のリファラル病院にしか手術設備がないため、CPA2 または CPA3 の病院にタイムリーに患者輸送する必要があるが、雨季の道路などアクセスの問題、助産専門技能者（SBA）以外によるお産介助のため判断の遅れなどの問題によりタイムリーな輸送が出来ていないケースが後をたたない。また、CPA2 レベルの病院で、手術室の整備がされていない場所も少なくない。

(4) 保健セクターへの財源不足

上述の課題の多くの根底には、保健セクターに対する財源の不足がある。カンボジアでは、サービスの改善や安定した財源の確保のため、貧困者救済基金や外部機関への保健行政サービスの委託契約など、複数のスキームが導入されているが、それらは一部の地域での限定的な運用にとどまっている。またそれらの財源の多くを開発パートナーに頼っているのが現状であり、保健セクターへの安定的財源の確保と有効活用が課題である。

(5) 州保健局、郡保健局の行政官の能力向上における課題

2007 年に実施された委託契約の総合評価によれば、ドナーによって実施方法は異なるものの、援助資金が末端の保健行政区（OD）に届いており、計画と執行の間に不透明な資金の流れがない、OD のマネジメント能力が向上している、成果報酬金（Performance Incentive）の導入によって保健省職員の収入が増え、保健サービスも向上するなど、概ねプラスの評価が得られた。ただしこの効果が、NGO など外部機関が委託契約を結んでいる期間に限定されないよう、地元行政官の継続的な能力強化を図ることが必要であろう。2009 年から開始された特別業務機関（SOA）は、サービス向上を目的に、業績ベースの契約

に基づき報酬を払うことで行政サービスを提供する機関の裁量権を強化する制度で、OD を含め、各機関の管理能力の向上が期待できる。

7.1.3 課題に対するカンボジア政府、開発パートナーの取り組み

カンボジア政府は、保健セクター支援計画 2003-208 (HSSP1) に続く HSSP2 を開発パートナーと共に実施中である。優先課題である母子保健事業の取り組みとして、リプロダクティブヘルス・母新生児小児保健 (RMNCH) の Fast Track Initiative を推進するためのタスクフォースが任命され、これまで母子保健部局が無いためにバラバラに実施されていた各プログラムを横断的に連携させ、実施およびモニタリングしており、さらに母子保健分野の向上が期待できる。また世界基金等の支援により、エイズ、結核、マラリア等、感染症対策におけるサービス提供状況も改善している。

保健サービスへのアクセスにおける地域間格差については、貧困層への経済的負担を軽減するために貧困者救済基金が実施されており、その貧困者（患者）を診療した医療機関に対して、かかった医療費が補填されると共に、患者本人にも、医療機関を受診する際の交通費や食費が支給される仕組みである。貧困者かどうかの認定や補填料の支払いは、この制度の運営を委託された第3者団体が担っている。2010年6月時点で、医療費を負担できない貧困ライン以下の貧困層 31%に裨益している。また外部機関への Contracting や特別業務機関 (SOA) への資金援助等により、保健行政マネジメントやサービスの向上にも貢献している。

7.2 日本の協力の可能性

以上を踏まえ、今後の日本の協力の可能性として、以下の分野における支援が考えられる。

(1) 母子保健強化への更なる協力

ファストトラックイニシアティブの目的である助産師の量と質の改善について、これまで行われた協力をさらに継続していくことが母子保健事業の強化、引いては妊産婦死亡の低減に結びつくと思料される。これまで日本が行なってきた母子保健センターへの能力強化、また、「地方における母子保健サービス向上プロジェクト」(2006-2009)のように、助産師をサポートして行くことによってその能力を向上させ、ひいては、母子保健事業を強化していくことは、国レベルで継続して行われるべきであろう。

助産師の能力向上

「助産師の能力向上を通じた母子保健改善プロジェクト」(実施中)が目指している助産トレーナーの能力向上を含めた助産トレーニングシステムの強化は、他の3つの地方看護・助産学校(RTC)においても是非導入されていくべきであろう。また助産師の能力向上を図る上で、RTCの施設や設備の老朽化が問題となる。RTCの建てかえについても検討を行うことが望まれる。また、RTCの運営等に係る特別業務機関(SOA)への支援も有効であると思料される。

地域格差是正への取り組み

更なる協力の可能性として、Modol KiriやRattanak Kiriまたは、国境近くの州など遠隔地であり、貧困率の高い地域における基礎的保健サービスの強化を通じた母子保健事業の強化なども、これからの妊産婦死亡の低下には必要不可欠であり有効であると思料される。また、子どもの健康に関する指標のうち、栄養状態の改善(ゴール1)が遅れており、女性の栄養状態も地域格差があり、妊産婦死亡率に影響を及ぼしている状況を鑑み、遠隔地・辺境地における基礎的保健サービスの強化に栄養改善を取り入れることは、First Track Initiativeで目指す「プログラムの統合」の面からも進めやすい協力になると思われる。また、日本は、母子保健課題に資する支援として、新国際保健政策で提唱した母子保健支援モデル

EMBRACE44を具現化しMDGsの達成に貢献することを、援助方針に掲げているが、上記対策は、その観点からも妥当性が高いと思料する。

EmOCの強化

CPA2 または CPA3 の手術室の強化は、EmOC の強化には不可欠である。特に、EmOC が強化されるべき遠隔地・辺境地から手術室の強化、医療人材の技術の向上などが行われると、より妊産婦死亡低下に大きなインパクトを与えることが出来ることより、重要である。

(2) 結核対策への継続支援

日本は結核対策において長年の支援実績を有するが、その有効性は、2010年に実施された全国結核有病率調査の結果において、対策の根幹として支援してきた DOTS 戦略が、カンボジアの結核対策に大きく寄与していることが実証されたことが示唆される。しかし同時に、上記調査においては、顕微鏡では診断できない塗抹陰性結核の対策、高齢者および無症状あるいは軽症状結核患者の早期発見・治療等、新たな課題が認識された。こうした課題への対策も含め、カンボジアは、引き続き結核対策を推進していく必要があり、日本が長年の支援実績に基づき、新たな結核戦略の立案・実施の促進において、継続支援を検討することは有効であると思料する。

(3) 非感染性疾患対策への支援

非感染性疾患が死因別死亡の約 47%が占め、疾病構造が変化しつつある中で、非感染性疾患対策を強化する必要がある。患者にとってより身近な第一次医療施設などで供給される基本サービスパッケージ（MPA）の中に、健康診断の実施や啓発活動を盛り込み、生活習慣病の予防、早期発見を推進することは重要であり、対策を担う人材の確保・育成も急務である。

(4) 医療サービスへの経済的アクセス改善に資する支援

上述のとおり、ユニバーサルカバレッジの達成に、経済的アクセスの困難さが阻害要因となっている。貧困者救済基金や医療保険の導入は一部の地域にとどまり、多くの地域では、患者の経済的負担軽減には至っていないのが現状である。日本が、貧困者救済基金や医療保険の導入率の低い地域において、貧困層や女性など社会的弱者層を対象にした優遇措置の実施や、医療保険制度の整備に資する協力を検討することは、カンボジア国民の医療サービスへの経済的アクセス改善、ひいてはユニバーサルカバレッジにつながる動きになると思料する。

⁴⁴ EMBRACE（Ensure Mothers and Babies Regular Access to Care）モデル：他の官民パートナーとともに目指す、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母子の命を含む効果的なパッケージ。

添付資料

- 添付 1 保健分野主要指標
- 添付 2 参考文献リスト

添付1：保健分野主要指標（カンボジア王国）

国名：カンボジア王国（Kingdom of Cambodia）					MDGs	Sources	1990	2000	Latest	Latest year	Latest in Region	(Latest year)	Region
0 基礎情報	0.1 人口動態	0.1.01	人口	Population, total		WDI	9,531,928	12,446,949	14,139,000	2010	1,961,558,757	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
		0.1.02	人口増加率（直近10年間の平均）	Population growth (annual %)		WDI	3.5	1.8	1.1	2010	0.7	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
		0.1.03	出生時平均余命	Life expectancy at birth, total (years)		WDI	55.4	57.5	62.5	2010	72.2	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
		0.1.04	粗出生率	Birth rate, crude (per 1,000 people)		WDI	43.6	27.1	22.5	2010	14.2	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
		0.1.05	粗死亡率	Death rate, crude (per 1,000 people)		WDI	12.1	9.6	8.0	2010	7.0	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
		0.1.06	都市人口率	Urban population (% of total)		WDI	21.6	16.9	22.8	2010	46.0	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
	0.2 経済・開発状況	0.2.01	一人あたり国民総所得	GNI per capita, Atlas method (current US\$)		WDI		290	750	2010	3,695.8	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
		0.2.02	経済成長率	GNI growth (annual %)		WDI		8.1	5.4	2010	10.0	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
		0.2.03	初等教育就学率	Total enrollment, primary (% net)	2.1	WDI		90.5	96.0	2010	94.4	(2007)	East Asia & Pacific (developing only)
		0.2.04	初等教育就学率における男女比	Ratio of female to male primary enrollment (%)	3.1	WDI		87.2	95.2	2010	101.1	(2009)	East Asia & Pacific (developing only)
		0.2.05	成人識字率	Literacy rate, adult total (% of people ages 15 and above)		WDI			77.6	2008	93.5	(2009)	East Asia & Pacific (developing only)
		0.2.06	人間開発指標	Human Development Index		HDR	0.18	0.54	0.52	2011	0.67	(2011)	East Asia and the Pacific
		0.2.07	人間開発指標の順位	Human Development Index (rank)		HDR	136/160	130/173	139 /187	2011			
		0.2.08	1日1.25ドル未満で生活する人口の割合	Poverty gap at \$1.25 a day (PPP) (%)		WDI			4.9	2008	3.4	(2008)	East Asia & Pacific (developing only)
	0.3 水と衛生	0.3.01	安全な水を使用する人口の割合	Improved water source (% of population with access)	7.8	HNP Stats	31	44	64	2010	89.9	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
		0.3.02	改善された衛生設備を使用する人口の割合	Improved sanitation facilities (% of population with access)	7.9	HNP Stats	9	17	31	2010	65.6	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
1 受益者の健康の状況	1.1 疾病構造	1.1.01	感染症、周産期および栄養の状態などにより死亡する年齢調整死亡率	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Communicable		GHO			478	2008	74	(2008)	Western Pacific
		1.1.02	非感染性疾病で死亡する年齢調整死亡率	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Noncommunicable		GHO			748	2008	534	(2008)	Western Pacific
		1.1.03	負傷で死亡する年齢調整死亡率	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Injuries		GHO			65	2008	64	(2008)	Western Pacific
		1.1.04	感染症、周産期および栄養の状態などにより死亡する率	Cause of death, by communicable diseases and maternal, prenatal and nutrition conditions (% of total)		HNP Stats			46.6	2008	13.4	(2008)	East Asia & Pacific (developing only)
		1.1.05	非感染性疾病で死亡する率	Cause of death, by non-communicable diseases (% of total)		HNP Stats			46.3	2008	76.3	(2008)	East Asia & Pacific (developing only)
		1.1.06	負傷で死亡する率	Cause of death, by injury (% of total)		HNP Stats			7.1	2008	10.3	(2008)	East Asia & Pacific (developing only)
		1.1.07	感染症による余命損失	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Communicable		GHO			60	2008	19	(2008)	Western Pacific
		1.1.08	非感染性疾病による余命損失	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Noncommunicable		GHO			31	2008	63	(2008)	Western Pacific
		1.1.09	負傷による余命損失	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Injuries		GHO			10	2008	18	(2008)	Western Pacific
	1.2 母子保健	1.2.01	妊産婦死亡率	Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births)	5.1	MDGs	690	470	290	2008	88.7	(2008)	East Asia & Pacific (developing only)
		1.2.02	青年期（15～19歳）女子による出産率	Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19)	5.4	MDGs		48.6	36.4	2010	18.8	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
		1.2.03	5歳未満児死亡率	Mortality rate, under-5 (per 1,000)	4.1	MDGs	121.0	103.1	51.0	2010	24.3	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
		1.2.04	乳児死亡率	Mortality rate, infant (per 1,000 live births)	4.2	MDGs	87.4	77.3	42.9	2010	19.9	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
		1.2.05	低体重児出生率	Low-birthweight babies (% of births)		HNP Stats		11.3	8	2010	6.4	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
		1.2.06	合計特殊出生率	Fertility rate, total (birth per woman)		HNP Stats	5.7	3.8	2.6	2010	1.8	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
	1.3 感染症	1.3.01	15～24歳のHIV感染率（男性）	a) Prevalence of HIV, male (% ages 15-24)	6.1	MDGs			0.1	2009			
			15～24歳のHIV感染率（女性）	b) Prevalence of HIV, female (% ages 15-24)	6.1	MDGs			0.1	2009			
		1.3.02	マラリア有病率	Notified cases of malaria per 100,000 population	6.6	MDGs Database			1,798	2008			
		1.3.03	マラリアによる死亡率	a) Malaria death rate per 100,000 population, all ages	6.6	MDGs Database			4	2008	6	(2009)	South-Eastern Asia
				b) Malaria death rate per 100,000 population, ages 0-4	6.6	MDGs Database			2	2008	18	(2009)	South-Eastern Asia
		1.3.04	結核有病率	Tuberculosis prevalence rate per 100,000 population (mid-point)	6.9	MDGs Database	1258	923	660	2010	344	(2009)	South-Eastern Asia
				Incidence of tuberculosis (per 100,000 people)	6.9	MDGs	574	492	437	2010	123	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
		1.3.06	結核による死亡率	Tuberculosis death rate (per 100,000 people)	6.9	MDGs	153	105	61	2010	12	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
		1.3.07	15～49歳の推定HIV感染率	Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49)		HNP Stats	0.5	1.3	0.5	2009	0.2	(2009)	East Asia & Pacific (developing only)
		1.3.08	AIDSによる推定死亡数	AIDS estimated deaths (UNAIDS estimates)		HNP Stats	500	7,000	31,000	2009			
		1.3.09	HIV新規感染率	HIV incidence rate, 15-49 years old, percentage (mid-point)		MDGs Database	0.36	0.06	0.01	2009			
		1.3.10	GFによる優先度スコア（HIV）	Parital Prioritization Score by the Global Fund (HIV)		GF			8	2012			
			GFによる優先度スコア（マラリア）	Parital Prioritization Score by the Global Fund (Malaria)		GF			10	2012			
			GFによる優先度スコア（結核）	Parital Prioritization Score by the Global Fund (TB)		GF			10	2012			
	1.4 栄養不良	1.4.01	5歳未満児における中・重度の低体重の比率	Prevalence of wasting (% of children under 5)		HNP Stats		16.9	9.6	2010			
2 サービス提供の状況	2.1 母子保健対策	2.1.01	助産専門技能者の立会による出産の割合	Births attended by skilled health personnel, percentage	5.2	MDGs Database		31.8	43.8	2005	72.0	(2009)	South-Eastern Asia
		2.1.02	帝王切開率	Birth by caesarian section(%)		GHO			1.8	2005	24.4	(2011)	Western Pacific
		2.1.03	避妊具普及率	Contraceptive prevalence (% of women ages 15-49)	5.3	MDGs		23.8	50.5	2010	77.0	(2009)	East Asia & Pacific (developing only)
		2.1.04	産前健診（1回以上）	Pregnant women receiving prenatal care (%)	5.5	HNP Stats		37.7	89.1	2010	92.2	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
		2.1.05	産前健診（4回以上）	Pregnant women receiving prenatal care of at least four visits (% of pregnant women)	5.5	HNP Stats		8.9	27.0	2005			
		2.1.06	家族計画の必要性が満たされていない割合	Unmet need for family planning, total, percentage	5.6	MDGs Database		29.7	25.1	2005	10.9	(2008)	South-Eastern Asia
		2.1.07	麻疹の予防接種を受けた1歳児の割合	1-year-old children immunized against: Measles	4.3	Childinfo	34	65	93	2010	95	(2010)	East Asia & Pacific
		2.1.08	結核の予防接種を受けた1歳児の割合	1-year-old children immunized against: Tuberculosis		Childinfo	52	81	94	2010	97	(2010)	East Asia & Pacific
		2.1.09	ジフテリア・百日咳・破傷風3種混合ワクチンの初回接種を受けた乳児の割合	a) 1-year-old children immunized against: DPT (percentage of infants who received their first dose of diphtheria, pertussis and tetanus vaccine)		Childinfo	63	78	93	2010	96	(2010)	East Asia & Pacific
			ジフテリア・百日咳・破傷風3種混合ワクチンの予防接種を3回受けた乳児の割合	b) 1-year-old children immunized against: DPT (percentage of infants who received three doses of diphtheria, pertussis and tetanus vaccine)		Childinfo	38	59	92	2010	94	(2010)	East Asia & Pacific
		2.1.10	ポリオの予防接種を受けた1歳児の割合	1-year-old children immunized against: Polio		Childinfo	38	62	92	2010	96	(2010)	East Asia & Pacific
		2.1.11	B型肝炎の予防接種を3回受けた乳児の割合	Percentage of infants who received three doses of hepatitis B vaccine		Childinfo			92	2010	94	(2010)	East Asia & Pacific

添付1：保健分野主要指標（カンボジア王国）

国名：カンボジア王国（Kingdom of Cambodia）				MDGs	Sources	1990	2000	Latest	Latest year	Latest in Region	(Latest year)	Region
	2.2 感染症対策	2.2.01	最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率（男性）	6.2	MDGs			82.6	2005			
		2.2.02	最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率（女性）	6.2	MDGs		42.7					
		2.2.03	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（男性）	6.3	MDGs Database			45.2	2005			
		2.2.04	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（女性）	6.3	MDGs Database		37.1	50.1	2005	24	2005-2010	South-Eastern Asia
		2.2.05	10~14歳のエイズ孤児でない子どもの就学率に対するエイズ孤児の就学率	6.4	MDGs Database		0.71	0.83	2005			
		2.2.06	殺虫剤処理済みの蚊帳を使用する5歳未満児の割合	6.7	HNP Stats			4.2	2005			
		2.2.07	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	6.8	MDGs Database			0.2	2005			
		2.2.08	DOTSのもとで発見され治療された結核患者の割合	6.10	MDGs Database		91	95	2008	89	(2008)	South-Eastern Asia
		2.2.09	抗レトロウイルス薬による治療を受ける感染者の割合	6.5	MDGs			94.0	2009			
		2.2.10	HIV検査・カウンセリングを受けた15歳以上の割合		GHO			98.5	2010			
		2.2.11	人口10万人あたりのHIV検査・カウンセリング施設数		GHO			3.2	2010			
		2.2.12	HIV検査を受けた妊婦の割合		GHO			49	2010			
		2.2.13	HIV陽性妊婦のうちARTを受ける割合	6.5	MDGs Database							
		2.2.14	結核患者発見率		HNP Stats	12.0	31.0	65.0	2010	76	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
		2.2.15	結核治療成功率	6.10	MDGs		91.0	95.0	2010	92	(2009)	East Asia & Pacific (developing only)
	2.3 栄養不良対策	2.3.01	5歳未満児に対するビタミンA補給率		HNP Stats			95.0	2010			
		2.3.02	ヨード添加塩使用世帯の割合		HNP Stats		13.8	82.7	2010	85.7	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
	2.4 質とカバレッジ	2.4.01	公的セクターによるサービスカバレッジ		ILO					11.6		Countries of very high vulnerability
		2.4.02	財源不足のためにカバーされない割合		ILO			82.1		85.8		Countries of very high vulnerability
		2.4.03	人材不足のためにカバーされない割合		ILO			76.8		74.6		Countries of very high vulnerability
3 保健システムの状況	3.1 保健人材	3.1.01	人口10万人あたりの医師数		HNP Stats		0.2	0.2	2010	1.2	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
		3.1.02	人口10万人あたりの母子保健看護師数		HNP Stats			0.2	2001	0.04	(2002)	East Asia & Pacific (developing only)
		3.1.03	人口10万人あたりの看護師数		HNP Stats		0.6			1	(2001)	East Asia & Pacific (developing only)
		3.1.04	人口10,000人あたりの歯科医師数		GHO			0.17	2008	1	(2007)	Western Pacific
		3.1.05	人口10,000人あたりの薬剤師数		GHO			0.38	2008	4.0	(2007)	Western Pacific
	3.2 保健財政	3.2.01	国内総生産における保健支出の割合		HNP Stats		5.8	5.6	2010	4.8	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
		3.2.02	保健支出全体における公的支出の割合		HNP Stats		22.5	37.2	2010	53.4	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
		3.2.03	保健支出全体における民間支出の割合		HNP Stats		77.6	62.8	2010	46.6	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
		3.2.04	民間支出のうち家計による直接負担の割合		HNP Stats		97.1	64.4	2010	67.0	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
		3.2.05	公的保健支出の国家支出全体に占める割合		HNP Stats		8.7	10.5	2010	9.3	(2004)	East Asia & Pacific (developing only)
		3.2.06	保健支出における外部資金の割合		HNP Stats		9.4	23.9	2010	0.4	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
		3.2.07	公的保健支出における社会保障支出の割合		GHO			0.0	2009	68.6	(2009)	Western Pacific
		3.2.08	一人あたりの保健支出		HNP Stats		16.5	45.2	2010	182.8	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
					GHO			122	2009	614	(2009)	Western Pacific
		3.2.09	一人あたりの公的保健支出		GHO			9	2009	361	(2009)	Western Pacific
	3.3 施設・機材・医薬品等	3.3.01	必須医薬品：ジェネリック医薬品の入手可能状況		GHO							
					GHO							
		3.3.02	必須医薬品：ジェネリック医薬品の平均価格		GHO							
					GHO							
		3.3.03	人口1,000人あたりの病床数		HNP Stats	2.1		0.8	2010	3.9	(2009)	East Asia & Pacific (developing only)

WDI: World Development Indicators & Global Development Finance (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 06/2012)
HDR: Human Development Reports (<http://hdr.undp.org/>) (Accessed 06/2012)
HNP Stats: Health Nutrition and Population Statistics (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 06/2012)
GF: Global Fund eligibility list for 2012 funding channels, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (<http://www.theglobalfund.org/en/application/applying/ecfp/>) (Accessed 06/2012)
GHO: Global Health Observatory Country Statistics (<http://www.who.int/gho/countries/en/>) (Accessed 06/2013)
GHO: Global Health Observatory Repository (<http://apps.who.int/ghodata/>) (Accessed 06/2012)
MDGs: Millennium Development Goals (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 06/2012)
MDG database: Millennium Development Goals Indicators (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/>) (Accessed 06/2012). Regional data is available on The Millennium Development Goals Report Statistical Annex 2011 (United Nations).
Childinfo: Childinfo UNICEF (<http://www.childinfo.org/>) (Accessed 06/2012)
ILO: World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in times of crisis and beyond. International Labour Office Geneva: ILO 2010.

1.3.10 Partial Prioritization Score is composed of the income level score for the country and the disease burden score for the particular disease in the country. The minimum score is 3 and the maximum score is 12.

2.4.01 Estimate of health formal coverage is indicated as percentage of population covered by state, social, private, company-based, trade union, mutual and other health insurance scheme.

2.4.02 Population not covered (%) due to financial resources deficit (based on median value in low-vulnerability group of countries) uses the relative difference between the national health expenditure in international \$ PPP (excluding out-of-pocket) and the median density observed in the country group with low levels of vulnerability as a benchmark for developing countries. The rate can be calculated using the following formula:
Per capita health expenditure not financed by private households' out-of-pocket payments (PPP in int. \$) [A]
Population (in thousands) total [B]
Total health expenditure not financed by out of pocket in int. \$ PPP (thousands) [C = A x B]
Population covered by total health expenditure not financed by out-of pocket if applying Benchmark* (thousands) [D = C ÷ Benchmark]**
Percentage of the population not covered due to financial resources deficit (%) [F = (B - D) ÷ B x 100]
*Benchmark: Total health expenditure not financed by out-of-pocket per capita = 350 international \$ PPP.
**This formula was partially modified from the original in the source to suit an actual calculation.

2.4.03 Population not covered (%) due to professional health staff difcicit uses as a proxy the relative difference between the density of health professionals in a given countries and its median value in countries with a low level of vulnerability. The rate can be calculated using the following formula:
Total of health professional staff [A = B + C]
Number of nursing and midwifery personnel [B]
Number of physicians [C]
Total population (in thousands) [D]
Number of health professional per 10,000 persons [F = A ÷ D x 10]
Total population covered if applying Benchmark* (thousands) [E = A + Benchmark x 10]
Percentage of total population not covered due to health professional staff deficit [G = (D - E) ÷ D x100]
Benchmark: 40 professional health staff per 10,000 persons.

添付 2 : 参考文献リスト (カンボジア王国)

引用 番号	資料名	発行元	URL など	発行年
1	外務省ホームページ カンボジア 王国	外務省	http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/cambodia/data.html	
2	国別データブック カンボジア王 国	外務省	http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/kuni/11_databook/pdfs/01-02.pdf	
3	Human Development Report 2011	UNDP		2011
4	World Development Indicators & Global Development Finance	World Bank	http://databank.worldbank.org/ddp/home.do	
5	National Strategic Development Plan Update 2009-2013	Royal Government of Cambodia		
6	General Population Census 2008	National INstitute of Statistics, Cambodia	http://www.nis.gov.kh/index.php/online-statistics/resultonline	
7	カンボジア王国貧困プロファイル 調査(アジア)最終報告書	JICA		2010
8	Health Sector Strategic Plan 2003-2007	Ministry of Health		
9	Health Sector Strategic Plan 2008-2015	Ministry of Health		
10	Health Nutrition and Population Statistics	World Bank	http://databank.worldbank.org/ddp/home.do	
11	Millennium Development Goals	World Bank	http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Default.aspx	
12	Cambodia Demographic and Health Survey	National Institute of Statistics		2010
13	Achieving Cambodia's Millennium Development Goals	Ministry of Planning		2010
14	Fast Track Initiative Road Map for Reducing Materna and Newborn Mortality, 2010-2015	Ministry of Health		2010
15	Minutes of Technical Working Group for Health Meeting, August 11, 2011	Ministry of Health		2011
16	Report of Comprehensive Midwifery Review	Ministry of Health		2006
17	世界子ども白書 2011	UNICEF		2011
18	Cambodia Country Progress Report Monitoring the Progress towards the Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS	The National AIDS Authority		
19	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	JICA		2009
20	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	JICA		2011
21	Global tuberculosis control: WHO report 2011	WHO		2011
22	世界の医療事情 カンボジア	外務省	http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/m edi/asia/cambodia.html	2012
23	Millennium Development Goals Indicators	United Nations	http://mdgs.un.org/unsd/mdg/	
24	Containment of Malaria Multi-Drug Resistance on the Cambodia-Thailand Border, Report of an Informal Consultation	WHO		2007

添付 2 : 参考文献リスト (カンボジア王国)

引用 番号	資料名	発行元	URL など	発行年
25	Noncommunicable Diseases Country Profile	WHO		2011
26	Road Safety Situation in Cambodia		http://www.roadsafetycambodia.info/en/road-safety-situation-in-cambodia.html	2012
27	Cambodia Country Profile	WPRO	http://www.wpro.who.int/countries/khm/4cam_pro2011_finaldraft.pdf	2011
28	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	JICA		2009
29	Childinfo	UNICEF	http://www.childinfo.org/	
30	An Interview with Dr. Mean Chhivun—Gaining Ground Against AIDS: The Cambodian Solution	Therapeutics Research, Education, and AIDS Training in Asia	http://www.amfar.org/Articles/Around_The_World/TreatAsia/Older/An_Interview_with_Dr_Mean_Chhivun%E2%80%94Gaining_Ground_Against_AIDS_The_Cambodian_Solution/	2008
31	HIV and Aids Data Hub for Asia-Pacific	UNAIDS/UNICEF/WHO/ADB	http://www.aidsdatahub.org/en/country-profiles/cambodia	
32	カンボジア王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詳細計画策定調査・実施協議報告書	JICA		2010
33	Preliminary result of the 2nd National Tuberculosis Prevalence Survey	JICA	http://www.jica.go.jp/cambodia/english/office/topics/120207.html	
34	Regional Strategy to Stop Tuberculosis in the Western Pacific 2011-2015	WHO		
35	World Malaria Report	WHO		2011
36	Cambodian outbreak test International Health Regulations	www.thelancet.com/infection Vol 12	http://download.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473309912701780.pdf	2012
37	カンボジア王国助産師能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト詳細計画策定調査・実施協議報告書	JICA		2010
38	カンボジア王国医療技術者育成システム強化プロジェクト詳細計画策定調査・実施協議報告書	JICA		2010
39	Report of the Comprehensive Midwifery Review 2006	Ministry of Health		2006
40	Global Health Expenditure Database. Cambodia	WHO	http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84687	
41	Cambodia Health Profile 2012	Globserver Global Economics	http://www.globserver.cn/en/cambodia/health	
42	In Schematics: Cambodia Performance-Based Contracting of Non-Government Organizations. Result Based Financing for Health	The World Bank	http://www.rbhealth.org/rbhealth/system/files/Cambodia%20verification%20schematic.pdf	
43	カンボジア王国国立及び州病院医療機材整備計画準備調査報告書	JICA		2011

添付 2 : 参考文献リスト (カンボジア王国)

引用 番号	資料名	発行元	URL など	発行年
44	Cambodia health service delivery profile, 2012	WPRO	http://www.wpro.who.int/health_services/service_delivery_profile_cambodia.pdf	2012
45	Pharmaciens Sans Frontières Comité International (PSF-CI)	Booklet of Essential Drugs Use		2003
46	Essential Drugs in Brief	WHO	http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2228e/7.html	
47	Tackle counterfeits to fight drug-resistant malaria	Science and Development Network	http://www.scidev.net/en/opinions/tackle-counterfeits-to-fight-drug-resistant-malaria-1.html	2012
48	カンボジア国における保健医療の現状	野中千春	http://www.ncgm.go.jp/kyokuhp/worldhealth/2011pdf/cambodia201101.pdf	2011
49	平成 24 年版 厚生労働白書	厚生労働省		2012
50	報道発表資料 第 5 回 ASEAN+3 保健大臣会合で感染症等に関する域内協力の強化に合意	厚生労働省	http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002f4mv.html	2012
51	Country Grant Portfolio	GAFTM		2012
52	対カンボジア王国国別援助方針	外務省	http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/hoshin/pdfs/cambodia.pdf	
53	International Cooperation Activities	日本製薬工業協会 (JPMA)	http://www.jpma.or.jp/english/about_us/international.html	