

カンボジアの保健医療の状況 －人材育成の視点からの検討－

秋葉 敏夫

The Health Status in Cambodia －Review from the Human Resource Point of View－

Toshio AKIBA

Abstract

Human resource development in the health sector is one of the most important activities in every country so that people can enjoy their better health and their sound lives. Cambodia's human resources were heavily attacked by Pol Pot, the leader of Khmer Rouge, during his regime from 1975 to 1979. He exterminated 1.5-2 million people (at that time, Cambodia's population was 8 million), targeting politicians and bureaucrats accused of association with previous government, educated people in general, Buddhist monks and any people who were regarded as useless ones for his revolution. Although Pol Pot was driven from power by Vietnamese in 1979, power conflicts were not ceased until Peace Accord in Paris in 1991 and the dispatch of UN Transit Authority in Cambodia (UNTAC) in 1992. Extermination of major health workers and the long term of civil war for more than 20 years have resulted in terrible health status with high infant and maternal mortality rate, rampant infectious diseases, e.g. tuberculosis, malaria, HIV, meningitis, dengue, etc. This situation is not well improved even now, mainly due to poor human resources in the health sector. At the moment, many aid agencies are engaging in assistance to reconstruct human resource in Cambodia. Japan International Cooperation Agency (JICA) and World Health Organization (WHO) are major contributors in this area. The former is currently running "the Project for Human Resource Development of Co-medicals" and the latter is strong influence to Ministry of Health in the area of health planning. This time I was given an opportunity to visit two offices and observe their activities. Basing information and facts obtained during my tour, many problems in human resource development were identified. In this paper, four major issues will be dealt, i.e. 1) fragility of health service administration, 2) poor legislation system for health workers, 3) linguistic difficulties in health education, 4) low morale of health personnel. These would not be solved in short span even though JICA and other aid agencies continue their assistance. In order to maximize the JICA input to the area of human resource development, this paper would propose the establishment of the health advisors post in the Ministry of Health in Cambodia.

Key words : Human resource development, Cambodia, JICA, WHO, Assistance measures

キーワード : 人材育成、国際協力機構(JICA)、カンボジア、世界保健機関 (WHO)、援助手法

はじめに

国民が質の高い保健医療サービスを受け、健康な生活を営む上で、保健医療分野の人材育成は国家にとって欠かせない作業である。しかし途上国は人材育成の分野でさまざまな問題を抱えており、それらの解決が当事国、および援助機関の重要な課題となっている。特にカンボジアでは1975年から1978年にかけてポルポト主導のクメールルージュが行ったカンボジア人の大量虐殺、とりわけ医師や看護師などの知識人がその対象になったことにより、この国の保健医療制度は壊滅的な打撃を受けた。その結果カンボジアは世界の中でも最も健康指標の低い国のひとつとなり、約30年経った現在でもその余波は続いている。これに対して世界保健機関(WHO)などの国際機関や日本の国際協力機構(JICA)をはじめとする2国間援助機関が人材育成の支援をしてきている。本論はカンボジアでのこれらの機関で人材育成にかかわるスタッフへのインタビュー、現場視察、文献調査を通して現在のカンボジアの保健医療状況を把握し、保健医療にかかわる問題を人材育成の観点から解析することを目的とした。また日本の今後のこの分野への支援のあり方についても考察してみたい。

1. カンボジア小史

カンボジアが今日に至る歴史を簡単に振り返ってみる。

カンボジアというとアンコールワット、アンコールトムなどの寺院遺跡を思い起こす。この国が最も隆盛を誇ったのは9-13世紀のクメール王朝時代であり、上記遺跡もこの時代に建造されたものである。しかしこの時期を最後にカンボジアの凋落が始まり、隣国のタイやベトナムの侵略を受けることになる。アンコールワットや首都プノンペンもこれらの国によって何度も占領され、400年以上にわたって国の独立が脅かされてきた。19世紀後半になると欧米列強が東アジアに進出してくるが、タイ、ベトナムの脅威から逃れるためにフランスに保護を求め、進んで植民地となった。第二次大戦後1954年になってようやくフランスからの独立を果たすが、1960年代後半にシアヌーク元首がベトナム共産軍に領土使用を許可したために、ベトナム戦争に巻き込まれ、アメリカ軍からの激しい爆撃により多くの市民の犠牲を出すことになる。1970年にロンノル(反共産で親米派)がクーデターを起こしシアヌーク元首を追放するが、それに対抗して現れたポルポト派が1975年にロンノル

政権を打倒することになる。ポルポトは共産主義のイデオロギーの基に、農民のユートピアをカンボジアに実現することを標榜した。しかし彼が支配した3年8ヶ月はまさに人々を絶望のどん底に陥れる時代でもあった。約200万人いたといわれる首都プノンペンからすべての人が地方に強制的に移動させられ、反抗するものはその場ですぐに射殺された。旧勢力に属する軍人たちは次々と殺され、教育や宗教、西洋知識も否定するポルポトは僧侶、学校教員、学生、医師をはじめとする医療関係者など、革命の邪魔になると目される者を容赦なく殺戮していった。また、劣悪な環境のもとで行われた強制労働によっても多くの命が奪われ、病気になったとしても、医療制度の崩壊により彼らを助ける術もなくなっていたのである。さらに派内の粛清も峻烈を極め、ポルポト支配時代の犠牲者は150万人とも200万人とも言われている(当時のカンボジアの人口は約800万人)。1979年にベトナム軍の侵攻によってポルポト派は首都を追われることになる。ベトナムの支援の下にヘンサムリンが政権を樹立するが、国際的な承認は得られず、シアヌーク・ポルポト・サンソンの三派連合との抗争が1991年まで続いた。70年頃から始まった内紛は20年以上も止まず、カンボジアは破壊、暴力、国際支援なしの状態にさらされてきたのである。その間のカンボジアの行政機構、特に保健医療サービスシステムはほとんど機能せず、世界でも最悪の保健指標にならざるを得なかった。本格的な復興支援が始まったのは1991年のパリ講和後、国連カンボジア暫定機構(UNTAC)が入り、国連主導での行政建て直し行われるようになってからである。1997年にクーデター騒ぎもあったが、2000年以降、ようやく落ち着きを取り戻し、復興支援が本格化している^{1, 2)}。

2. カンボジアの保健指標

上述したようにポルポト時代には多くの知識人が殺された。当時カンボジアには487人の医師がいたが、この時代を生き延びることができたのは43人だけである³⁾。他の保健医療従事者の多くも殺された。その余波はいまだに残り、カンボジアの保健の状況改善を阻んでいる。いくつかの保健指標について簡単に触れてみたい。

カンボジア保健省の報告書⁴⁾を眺めたときに、最も目を引くのが国民の栄養状態の悪さである。5歳以下の子どもの45%が発育不全状態にあり、妊婦の74%が貧血で、母子ともに十分な食物摂取ができていない。妊産婦の死亡率が437/10000という数値は世界的に見ても高く、これも栄養不良が大きな要因となっている。子どもの体

力不足で易病性が高く、さまざまな感染症が彼らの多くの命を奪っていく。5歳以下の子どもの死亡率は163/1000出生(ちなみに日本は4/1000)で、主要死因はマラリア、急性呼吸器感染症(ARI)、髄膜炎、デング熱、下痢などである。

大人の死因は結核が多いのがカンボジアの特徴で、WHOが指定する結核最侵淫国22カ国のひとつであり、1999年のデータでは全結核患者数63000人、結核死亡者数15000人で、アジア諸国の中で最悪の数値となっている。

HIV/AIDSは1998年にピークに達し、推計累積HIV感染者は154316人、AIDS患者は18612人を記録した。多くは貧困層由来のコマーシャルセックスワーカーを介しての感染である。危機感を持った政府、国際機関、援助国、NGOが国を挙げての徹底したコンドームキャンペーンと予防教育を展開し、1997年に14-49歳のHIV陽性率3%を2005年には1.6%まで下げることに成功している。しかし都市部でのHIV陽性率を下げることはできたが、都市部で感染して地方に戻っていった女性のHIV陽性率はまだ高く、タイ国境近隣の州では逆に増加している現実がある⁵⁾。

現地の人のお話によれば、カンボジアで深刻な問題になっているのはエイズよりも交通事故とのことである。首都プノンペンを歩いているとバイクの多さに圧倒される。朝の通勤時間帯などは道路がバイクで埋め尽くされる感がある(写真参照)。



しかしバイクには免許や登録制度もなく、子どもも自由にバイクの運転が可能である。また、ヘルメット装着の義務もない。一台に4,5人がびったりくっついて乗っているのもよく目撃する。このような状況で事故は頻発し、十分な救急医療サービスもないことから、カンボジアではいまや交通事故が第4番目の死因となってきた⁶⁾。

家庭での衛生にかかわる指標を見てみると、注目を引

くのがトイレの普及率の低さである。カンボジア全体では21%となっており、都市部でも約50%の家庭しかトイレを設置していない。地方へ行けば用便はほとんど草むらなどで行われるのが一般的である。したがって雨季にはコレラや赤痢などが簡単に蔓延してしまう。上水道に関していえば、乾季に安全な水にアクセスできる人口は国民のわずか30%のみというデータもある⁶⁾。また、電線から電気を引くことができる家庭はわずか17%であり、カンボジアのインフラ整備がまだまだ進んでいないことを示している。

3. カンボジア保健省の取り組み

高い乳幼児死亡率、妊産婦死亡率、結核、マラリアやデング熱、HIVなどの感染症の蔓延、さらに交通事故による死傷者の多さと、カンボジア保健省の取り組むべき問題は山積している。しかし、インフラの不備、さらに人材不足もあり効果的な対策がとれずにいるのが現実である。保健省は2002年に2003-2007年までの五カ年計画⁴⁾を発表し、現在、状況改善に取り組んでいる。簡単にその内容について触れてみたい。この計画案は8つの主要戦略を提示している。

○保健サービスの強化

- ① 保健医療施設を計画的に設置し、ヘルスサービスの普及とアクセスを改善する。特に貧困層と社会的弱者へのサービスに力を入れる。
- ② ヘルスセンターにおいては基本的なパッケージ療法を用いることにより、基本的な保健医療サービスを強化する。
- ③ 病院レベルではパッケージ療法に補完的な療法も加えることにより、質の高い保健医療サービスを強化する。特に妊産婦と子どものケアに重点を置くものとする。

○保健医療従事者としての態度の改革

- ④ 利用者とのコミュニケーションスキルの向上、および意識改革によって保健医療従事者がより良い態度で利用者に接し、彼らのニーズ、特に貧困層ニーズに対応していけるようになることを目指す。これを全保健省レベルで実行する。
- ⑤ 保健省のクオリティ基準に則り、公衆衛生、ヘルスサービス提供、マネジメントの分野にクオリティの精神文化を導入する。

○人材育成

- ⑥ 継続教育により高い技術と能力を持った助産婦の数を増やす。

○ヘルスファイナンス

- ⑦ 歳入の増加と経理マネジメントの強化を推進することにより保健部門、特にサービス提供分野に対する十分な資金の額と支払いを確保する。

○制度改革

- ⑧ 世情の変化に効果的に対応すべく、保健省においては機構、システム、手順の組織的、マネジメント的改革を進める。

これらの目標はアフリカをはじめとする他の途上国の5カ年計画と共通点が多い。ただ、カンボジアには2つの特徴がある。まずは④のヘルススタッフの意識改革が強調されている点である。④を分かりやすくいえば、もっと利用者中心主義、特に貧困層の人たちを中心に考えたサービスができるよう、ヘルスワーカーが意識改革をせよということになる。今、カンボジアで大きな問題になっていることは、利用者が公的な保健医療施設にあまり来ないということである。WHOによれば年間の国民一人当たりの利用回数は0.3回⁷⁾で、他の国と比較すると圧倒的に低い。その主たる原因がヘルススタッフの利用者に対する態度に問題があり、治療の質も低いので、患者が民間の医療施設に流れてしまうからといわれている。保健省が人材育成や医療サービス施設の整備を進めても、国民が利用してくれないのではまったく意味がない。現状改善のために、ヘルススタッフに「もっと患者を大事にせよ」といわざるを得ないカンボジア政府の悩みが見て取れる。

2番目の特徴は、⑥に述べられているように人材育成に力を入れている点である。カンボジアでは妊産婦死亡率が高いことから助産婦の数を増やし、彼女らの技術と能力を高めていくことを主要課題としている。助産婦のみならず、いたるところで人材が不足し、保健指標の改善を阻んでいる。どの途上国でも人材育成に力を入れているが、ポルポト時代に医療関係者が虐殺の対象となった結果、現在中堅となるべき年齢層がすっぽりと抜け落ちているため、カンボジアでは助産婦だけでなく、あらゆる分野での人材育成が最重要課題となっている。

4. 人材育成活動に関する調査

上記のようにカンボジアにおける人材育成は焦眉の急を告げている。現在、さまざまな援助機関がこの分野で活動中であるが、今回はJICAとWHOのスタッフへのインタビュー、および現地調査を行うことができたので、これを通して現状の把握、および問題の解析を行ってみた。

4-1 JICAが行っている人材育成活動の調査

カンボジアは日本のアジア外交の重要拠点国のひとつであることから、パリ講和会議が成立した直後の1992年から無償資金協力が始まり、1999年には技術協力も開始された。これまでに保健医療分野ではJICAにより結核プロジェクト、母子保健プロジェクトが展開され、この分野の人材育成が行われてきた。現在、『医療技術者育成プロジェクト』が進行中である。JICAの好意によってこのプロジェクトの調査を行うことができた。その背景や期待される成果、課題などについてまず簡単に述べてみたい。

ポルポト時代とその後の内紛により、カンボジアの保健医療制度は瓦解した。1992年から本格的な人材復興作業が開始されるが、早急な人材確保のために、医師や看護師が促成栽培的に教育を受けて世に送り出されていた。その結果、現在数字的にはあるレベルまで達したが、彼らの質、技術などにはかなりの問題がある。医療技術者に関してはまだまだ数的にも技術的にも大きく遅れをとっている⁸⁾。2000年の段階で医師2122人、看護師、助産婦の総数6203人に対して臨床検査技師、放射線技師、理学療法士などの総数は160人に過ぎない⁹⁾。その結果十分な臨床的な検査データもないままに治療が行われ、さまざまな問題を引き起こしている。この状況に鑑み、カンボジア政府は日本に技術援助を要請し、『医療技術者育成プロジェクト』が開始されることになった(2003年より2008年まで)。このプロジェクトは『保健省の人材育成政策に従い、公立の医療技術学校が看護・検査・理学療法・放射線技術の各課程の学生に適切な教育を行う』ことを目的としている。期待されている主な成果は以下のとおりである。

- ①. 看護学科、検査学科、放射線技術学科、理学療法学科の学校指定規則と指導要領が作成され、実施される。
- ②. カリキュラムやシラバスに沿った各学科の教材が開発・供給あるいは提案される。
- ③. 各学科の教員の能力が向上する。
- ④. 開発・改定あるいは提案されたカリキュラムとシラバスに沿って各学科課程が実施される。
- ⑤. 上記活動のモニタリング、評価を行う。

日本人の長期専門家が2人、必要に応じて短期専門家、ローカルスタッフが5人の人員配置でプロジェクトを実施している。無償援助により2006年2月に『国立医療技術学校』が建てられ、その施設を使って臨床検査、看

護、放射線技術師の教育が本格化している。またこのプロジェクトは4つの県の訓練学校でも活動を展開している。今回は国立医療技術学校およびバタンバン県の訓練学校の視察およびプロジェクト関係者のインタビューを行い、人材育成状況の把握を行った。

4-2 WHOカンボジア事務所における調査

WHOは1992年にカンボジアでの活動を再開し、保健システム再構築でリーダーシップを執ってきた。特に人材育成の分野では、紛争後にいかに有効な再建案を立てるかについて詳細なノウハウを提供してきた⁹⁾。また、カンボジアで活動するさまざまな援助組織のリーダー的存在であり、コーディネーターパワーも最も強く、保健省の保健政策立案に大きな影響力を行使している。今回、カンボジア事務所のヘッドであるWHO代表(WHO Representative)とヘルスシステム研究担当官にインタビューを行い、WHOの人材育成についての活動指針、および今後のカンボジア保健行政のあり方について意見を交換した。

5. 結果および考察

今回カンボジアに行って調査した結果を一言で表せば、この国はまだ内戦の後遺症から回復しておらず、人材育成の場でも混沌の状態ということである。いくつかの項目についてその状況と問題解析を行ってみたい。

5-1 人材の観点から見た保健行政の脆弱性

援助側(JICAやWHO)の人たちとの聞き取り調査で強く感じたことは、カンボジア側のオーナーシップのなさ、イニシアティブの低さである。自分たちはこうやりたい、だからこの分野の支援をしてくれというのではなく、お任せしますのでよろしくお願ひしますという受身的な態度が目につく。日本などの援助する側がプロポーズしたものがほとんど受け入れられているが、果たしてそれがカンボジアに根付いていくかについては疑問である。たとえばJICAのプロジェクトでは日本の学校指定規則、指導要領、カリキュラムやシラバスを基本にしたものを導入しようとしている。それに対して受け入れ側からこうした方がよい、ここはこうするべきだとさまざまな意見が出てくるはずであるが、その反応もあまりないようだ。

こういった態度の背景には、カンボジア側の教育を受けた人間の数の少なさがある。ポルポト時代は教育が否定され、その後も混乱は続いて子供たちへの教育は進ま

なかった。この時代に少年だった人たちが今30代後半、40-50代の国を支える年齢層となっている。25歳以上の54%が小学校を出ていない現状からも、保健省をはじめとする省庁での人材の層の薄さ、行政能力の脆弱さを推し量ることができる。行政能力の脆弱さが保健省のイニシアティブの取れないことにつながっている。

1992年以降本格的な援助が始まり、JICAを始め国際機関、NGOなどが怒涛のようになだれ込んできた。しかしそれは各援助機関が彼らの基準に基づいて実施するので、カンボジア国内にさまざまな基準が混在することになる。政府側にはそれを調整する能力もなく、人材育成計画を進めていく上で、統一の取れた形で進めていくことを困難なものにしている。

5-2 セクターワイドアプローチ (SWA) とセクターワイドマネジメント (SWM)

WHOスタッフとのインタビューの中でセクターワイドマネジメント (SWM) という言葉をはじめて聞いた。セクターワイドアプローチ (SWA) というものは他の途上国で実施されている手法であるが、カンボジアではセクターワイドマネジメント (SWM) としななければならない実情を理解した。

セクターワイドアプローチ(SWA)とはアフリカへの援助をより有効に行うために考え出された手法であり、特徴としては①セクター全般(この場合は保健セクター)を包括的な支援対象とすること、②実施者ならびに受益者が自らの責任で持って意欲的に実施する(オーナーシップ)、③手続きの共通化、および援助資金の一本化(コモンバスケット)、④技術援助(JICAの技術援助プロジェクトの類)、および長期コンサルタントを控え、受け入れ側の主体的な活動を促すことなどがあげられる^{10) 11)}。アフリカ諸国でポピュラーなものになってきており、タンザニアを始めいくつかの国で成果を挙げている。セクターワイドマネジメント (SWM) という言葉はカンボジア調査を行って初めて出会ったものである。WHOスタッフの説明によれば、SWAと比べて、保健セクターの包括的な支援を受け入れ側、援助側が協力して行うのは共通であるが、各国のプロジェクト方式技術協力も認めており、またコモンバスケットのような資金の共通化も目指していない。定期的に各ドナーが会合を開き、方針を決めていっているとのことである。そこにはカンボジアのオーナーシップやイニシアティブをあまり感じることができない。また、SWAを阻んでいるもうひとつの要因がカンボジア政府のガバナンス(統治能力)の弱さである。タンザニアではコモンバスケット導入時に資金

の流れの徹底した透明化を進め、ドナーに資金の使い方の説明責任に努めて成果を挙げた。しかし現在のカンボジアでは汚職や賄賂が横行しており、資金管理もままならぬものと考えられる。セクターワイドマネジメントという手法は人的脆弱性とモラルの低さから来るマネジメント不足により、カンボジア政府と援助側が考え出した苦肉の策といえる。

5-3 人材育成にかかわる法制度

JICAプロジェクトを調査して気づいたことは、カンボジアのヘルスワーカーにはしっかりとした職制がなく、国家試験による免許制度もないことである。これがヘルスサービス提供をしていく上で大きな問題になっている。

この背景にはやはり長期の内戦の影響がある。カンボジアの内戦後の、ヘルスサービスの逸速い建て直しのために、活用できるあらゆる人材を用いねばならなかった。そのために職制は混乱し、現在もその状況は変わっていない。つまり看護師が薬剤師や臨床検査技師、放射線技師の役まで担わされ、彼らが見よう見まねでこれらの業務をこなしている。その結果、臨床検査、薬剤調合などは信頼性を欠き、満足のいくケアサービスを国民に提供できないでいる⁸⁾。また、医師の資格についても大きな問題が起きている。内戦終了後、医師の早急な育成が図られ、その時代に医師としての教育を受けたのが1975年まで生き残った看護師や医療補助員である。彼らは13年間に及ぶ医師教育を受けたが、ほとんど教材もなく、臨床訓練も行われなかった。最初から医師教育をやるよりも時間を稼ぐことはできたが、医師として最低基準も満たせぬような人たちが多数存在しているため、医師免許制度を導入し彼らの質を上げていけるような状況になっていない⁹⁾。また臨床検査技師、放射線技師もまだ資格制度が整っておらず、JICAプロジェクトの大きな課題となっている。

5-4 人材育成にかかわる言語問題

JICAプロジェクトである放射線関係の英語のテキストを、現地の人に依頼してクメール語に翻訳してもらった。その内容チェックのために別な人に依頼して再び英語に翻訳してもらったところ、まったく違った内容になっていたという。

カンボジアでは言語問題が人材育成の上の大きなハンディになっている。クメール語は孤立語に分類されるが、これは接頭辞や接尾辞のような形態素を付着させたり、語頭や語尾を変化させたりすることがない。そしてクメ

ール語はすでに造語力がなくなっている¹²⁾。その結果、医学用語をクメール語に翻訳することは難しく、英語やフランス語を借用することになる。しかし訳す人が十分に英語やフランス語の医学用語に精通していなければ正しくクメール語に置き換えることが難しい。このような人材は非常に限られており、医療技術者を育てていく上で必要な現地語の教材の開発に支障をきたしている。

さらに言語問題を複雑にしているのは、医師たちは元宗主国であるフランスが援助している医学部ではフランス語で学習し、そのほかの医療従事者の多くは英語やクメール語で勉強している点である。多くの援助機関はいまや英語が主流になっている。したがって医師とその他の人たちの医療技術に関するコミュニケーションがとり難い状況がある。

5-5 人材有効活用阻む因子

バタンバン県の看護師訓練学校を視察させていただいたが、そのときお世話になった方に支給されている給与のことについて訊ねてみた。彼は看護師で年齢は30代後半。英語も話し(ちなみに彼は独学で英語を習得したという)、JICAと訓練学校の窓口となるポストにいる人である。彼の給与は月20ドルという。

カンボジアのヘルスワーカーの士気は非常に低い。彼のような看護師クラスで20-30ドル、医師クラスで40-50ドル程度である。この程度の給与では彼らの生活は成り立たないため、あらゆる手段を使って金策を試みる。病院へ行けばさまざまレベルのスタッフが患者から賄賂を要求し、中には急患でもお金を渡さなければ治療が行われないなどの問題も起きている。医療スタッフは午前中に病院や診療所での業務を終えてしまい、午後からプライベートの診療をしてお金を稼ぐ。午前中に公的医療施設を訪れた患者を、午後の自分のプライベートクリニックに回すのも日常化している。したがってお金のある人はそれなりの治療が受けられるが、貧しい者にとっては悲惨な事態となっている。その結果、保健省管轄の公的医療施設の利用率は低くなる一方で、いくら人材育成を行っても国民、特に貧困層に満足のいく医療サービスを提供できないでいる。これがカンボジア保健省の最大の問題といってもよい。

この背景にはカンボジア政府の乏しい予算状況がある。国民総生産の約10%を保健省予算に投入しているが、これはアジア諸国の中でも最も高い分配率だ。しかしそれでも保健省予算の約三分の二はドナーからの支援によって占められている。ドナーの支援は不安定であり、か

つこれ以上の予算支援はたとえニーズがあったとしても増える状況にない。

WHOの職員の話によると、あるNGOがヘルスワーカーに対してプライベート業務をしなくてもよいほどの給与を補填したところ、ヘルススタッフの士気は上がり、サービスの質も大幅に向上したという。十分な給与を支給すれば人々は賄賂もとらずに積極的に自分の仕事に打ち込むことの証左ではあるが、NGOが支援している一部の医療施設だけで行われているとのことである。保健省がNGOに代わって、カンボジア全土の医療施設のスタッフにサイドビジネスをしないで生活できるほどの給与を与えることは現時点では不可能であり、国の経済発展を気長に待つしかない。

6. 人材育成分野における日本の支援のあり方

カンボジアの保健状況には非常に厳しいものがある。高い乳幼児死亡率、妊産婦死亡率、蔓延する感染症、増加する交通事故による死傷者。保健省はこれらに早急に対応しなければならないのだが、人材が決定的に不足している。さらにカンボジアには人材育成を阻む因子が多数あり、本論では行政力の弱さ、資格制度や言語問題、ヘルスワーカーのモラルに関する問題を取り上げた。JICAは医療技術者養成のプロジェクトに取り組んでいるが、その運営やカンボジア側との協力関係にもさまざまな問題が指摘されている¹³⁾。どの問題を見ても簡単に短期間に解決策が見つかりそうもない。今後のカンボジアの展望と日本が人材育成を進めていく上での指針を考察してみたい。

カンボジアでの人材育成の推進上、いくつかの明らかな点がある。経済と教育である。

保健分野での人材の育成と確保にはその国の経済発展が欠かせない。一般に途上国の保健省の予算の8割は人件費といわれている。カンボジアのヘルスワーカーの士気の低さがサービスの質に悪影響を与えているが、本をただせば保健省予算の不足によるものである。経済が発展し、保健省予算も増加すればヘルスワーカーの士気も上がることになる。現在のカンボジアの経済発展を見ると7%台の成長を続けており、今後もこの程度で推移すると予想されている。すでに貧困層の比率も5年間で43%から35%へと減少しているとのことである¹⁴⁾。カンボジアはGDPの約10%を保健部門に投資しているが、これはアジア諸国の中でも高い比率であり、政府が保健に高い優先順位をつけていることが見て取れる。まだ時間を要するが、将来的には人材育成分野にもポジティ

ブに作用していくことだろう。

カンボジアでは基礎教育レベルも上昇してきている。ポルポト時代の反動で、教育の必要性を感じた国民の教育熱が盛り上がり、1997年の初等教育の粗就学率が97%であったものが2004年には136.6%になっている¹⁵⁾。途上国では就学率が100%を超えるのは、就学年齢を過ぎた人が再入学したり、留年したりするからである。粗就学率の向上は必ずしも適正な就学が進んでいるとは言いがたい。しかし初等教育が広まっていることは確かである。また初等教育修了者も2002年と2004年を比べてみると、46.6%から81.7%と大幅に上昇した¹⁵⁾。まだまだ教員の質、教育内容、中等教育への進学率の低さなど問題はあがるが、カンボジア全体に教育熱が上がっているのは間違いない。バタンバン県の準看護師のトレーニングスクールを視察させていただいたが、学生たちの真摯で熱心に勉学に取り組む姿が印象的であった。JICAの支援は確実に彼らに生かされていくはずである。

このようなカンボジアのポジティブな要素を踏まえて、今後JICAはどのように人材育成をしていくべきかを考えてみたい。現在の医療技術者養成プロジェクトは2008年までの5年間である。その後継続されていくかは不明であるが、JICAのプロジェクト縮小方針を見ると延長されることはないと考えられる。ならばどのような形でカンボジアでの人材育成を支援していけるのか。経済的で、日本の支援をインパクトのあるものにするのは保健省へのヘルスアドバイザーの派遣であろう。このポストは、保健省の内部に入り、政策や日本の支援のあり方についてスタッフと協議していくものである。実は日本の外務省がヘルスアドバイザーの派遣をカンボジア側に打診したところ、断られたという情報がある。しかしこのポストは日本側がなんとしてでも実現しなければならないポストと考える。幸いなことに日本はカンボジアにおいてトップドナーであり、それなりに発言力も強い。このメリットを最大限に生かしていくべきであろう。

ヘルスアドバイザーがどのようなことをカンボジア側に助言していくべきなのか。まずは人材育成にかかわる種々のシステムの確立である。医師をはじめとする医療技術者の身分法、さらに国家試験制度の導入は現プロジェクトの延長線上にあるので継続的にカンボジア側をプッシュしていくべきであろう。もうひとつの確立すべき重要なシステムは、ヘルススタッフの人材育成関連のデータを盛り込んだ情報システムの確立である。このデータベースには個人の学歴、キャリア、卒後に受けた今日や研修が含まれ、保健省人材局はこのシステムに基づき人材の適所配置、スタッフが受けるべき研修の種類など

を決定していく。まさに人材育成計画の基本となる重要なものである。このシステムはアフリカで導入され、人材育成に大いに活用されている¹⁰⁾。ぜひカンボジアでも確立すべき、人材育成に欠かせない基本的なシステムである。他にも必要なシステムは多数存在するが、当面はこの二つに絞るべきであろう。ただ、カンボジア側と粘り強く交渉し、これらのシステムを開発させていけるような、経験豊かな日本人はまだ少ない。カンボジアを始め、途上国で有効な人材育成政策を進めていくには、日本側の人材育成も迫られているのだ。

引用文献

- 1) 富山泰: カンボジア戦記. 中公新書1064.中央公論社, 東京, 1992.
- 2) 熊岡路矢: カンボジア最前線. 岩波新書280. 岩波書店, 東京, 1993.
- 3) Ministry of Health Report, Cambodia, 1993.
- 4) Kingdom of Cambodia, Ministry of Health, Health Sector Strategic Plan 2003-2007, Ministry of Health, Cambodia, 2002.
- 5) UNAIDS/WHO: AIDS Epidemic Update: Asia, December 2005.
- 6) Cambodia Health Situation, http://www.wpro.int/countries/05cam/health_situation.htm
- 7) WHO/WPRO-National Health Plan and Priorities, http://www.wpro.int/countries/05cam/health_priorities.htm
- 8) カンボジア国別援助研究報告書: 国際協力事業団, 国際協力総合研究所, 東京, pp227, 2001年10月.
- 9) WHO: Guide to health workforce development in post-conflict environments, WHO, Geneva, 2005.
- 10) 吉田和浩: セクターワイドアプローチ, 国際協力研究: 17(1): 23-29, 2001,4.
- 11) 笹岡雄一: アフリカにおける援助変容に関する考察—セクタープログラムの課題—, 国際協力研究: 16(2), 49-55, 2000.10.
- 12) クメール語: Wikipedia: <http://ja.wikipedia.org/wiki>
- 13) カンボジア王国医療技術者プロジェクト運営指導調査報告書(平成16年11—12月及び平成17年5月派遣分): 国際協力機構人間開発部, 東京, 2005年7月.
- 14) WHO Stuff/Personal communication.
- 15) World Development Indicator, Data Base, April, 2006.
- 16) 秋葉敏夫, 相賀裕嗣, 他: 保健医療分野におけるユニークな人材養成の試み —ガーナにおける現職研修システムの開発と導入—, 国際協力研究12(1): 27—39, 2004,4.