

カンボディア王国 母子保健プロジェクト 事前調査団報告書

平成6年7月

国際協力事業団
医療協力部


カンボディア王国母子保健プロジェクト事前調査団報告書

平成6年7月

国際協力事業団

109
987
MCI
BRARY

医協一
J R
94 - 39

JICA LIBRARY

1122746 (9)

28519

カンボディア王国
母子保健プロジェクト
事前調査団報告書

平成6年7月

国際協力事業団
医療協力部

国際協力事業団

28510

序 文

日本国政府は、パリ和平協定締結後の1992年3月に医療調査団をカンボディアに派遣し、平和と復興に向けて模索中の同国の保健医療事情と我が国の援助の可能性について調査しました。

この調査の結果を受けて、同年9月から1993年3月まで保健省に対して保健医療アドバイザーを派遣しました。この保健医療アドバイザーは、関連の各分野及び諸施設の詳細な現状調査を行い、保健医療行政の優先課題についてカンボディア及び我が国政府に提言を行いました。中でも、極めて劣悪な母子保健の状況と組織・人材の脆弱さが指摘され、同分野への協力の意義が強調されました。

引き続き1993年3月から5月まで及び9月から1994年3月まで派遣された第二次・第三次保健医療アドバイザーは、他の援助機関と協力しながら同国の母子保健国家計画の策定に助言しました。

この母子保健国家計画を踏まえて、カンボディア政府は保健省管轄下の母子保健センターの強化に関する技術協力と、同センター産婦人科病院部門と研修センター部門の移転・新築に関する無償資金協力を我が国に要請越しました。

この要請を受け国際協力事業団は、要請内容の把握、実施体制等を調査、協議することを目的に、国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力課医師建野正毅氏を団長とする事前調査団を1994年7月14日から27日まで派遣しました。

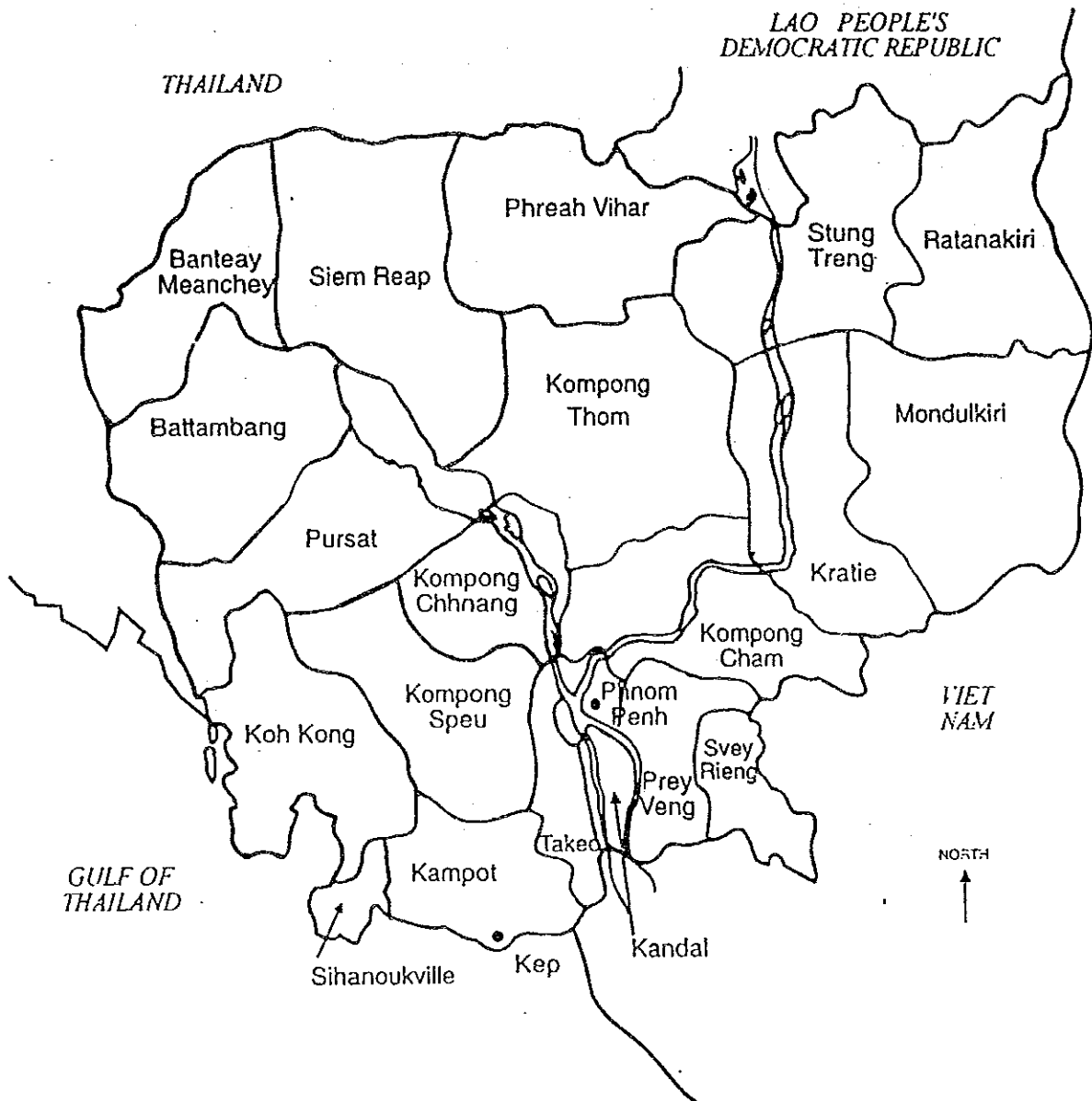
本報告書は、この調査結果を取り纏めたものです。本調査に当たりまして、ご協力を賜りました関係各位に対しまして、深甚なる謝意を表しますと共に、今後共、本件技術協力の成功のために更なる協力をお願い申し上げます。

1994年7月

国際協力事業団

理事 小澤 大二

MAP OF THE KINGDOM OF CAMBODIA





建野団長とMam Bunheng次官による
ミニッツの署名・交換



母子保健センターにおける
PCM手法によるプロジェクト計画の
ためのワークショップ風景

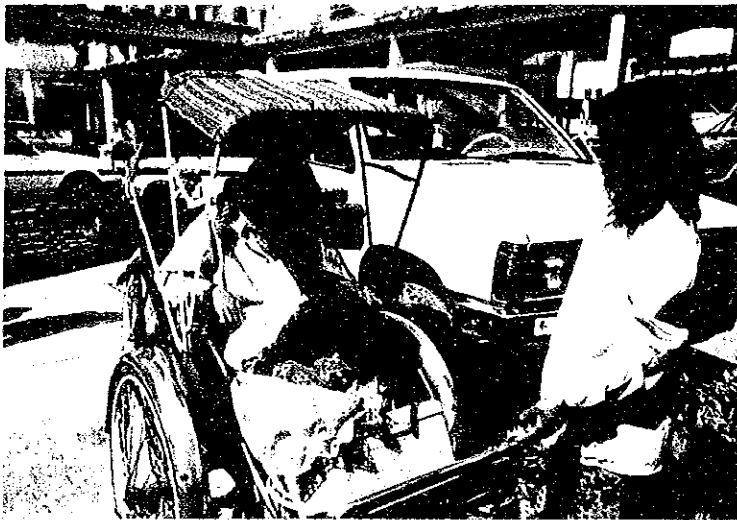


同上



母子保健センター

(January 7th Hospital) 産婦人科病棟



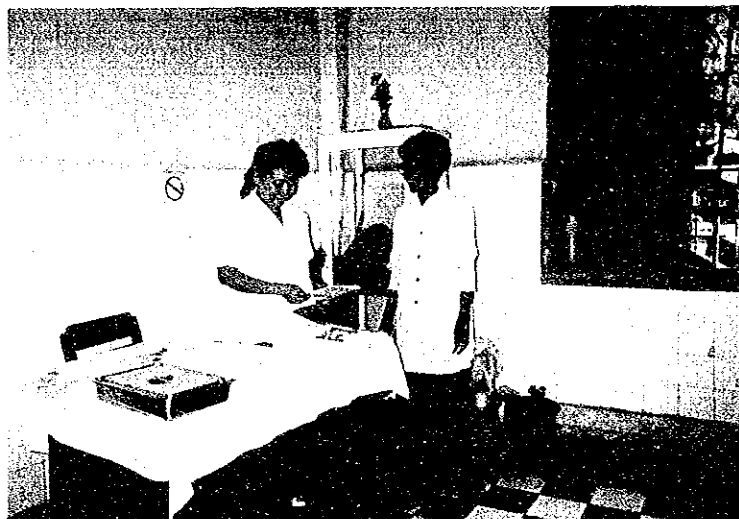
母子保健センター

母子の退院風景



January 7th Hospital

分娩室



January 7th Hospital内

家族計画クリニック

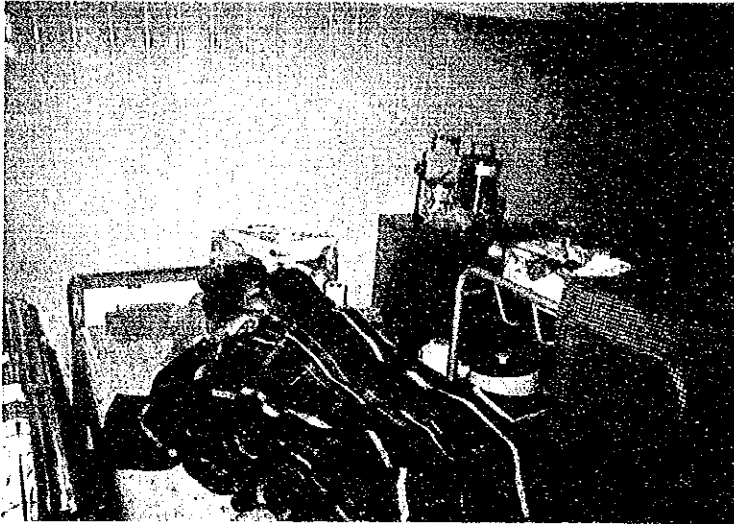
アメリカのNGOが援助している



January 7th Hospital

臨床検査室

電気を使用できないので外からの入口に
机を置いて最低限の検査のみ行っている



日本赤十字社が運営に協力している
ブノンペン市内の病院の産婦人科病棟



ワールド・ヴィジョン・インターナショナル
が援助している国立小児病院の小児病棟

目 次

序 文
地 図
写 真

1. 調査団の派遣	1
1-1 派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成	1
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	3
2. 要約	8
3. 要請の背景	11
4. 保健セクター開発計画の現状と問題点	12
4-1 保健省機構図	12
4-2 保健省予算	12
4-3 薬品・医療機材供給計画	12
4-4 医学教育	13
4-5 再教育プロジェクト	13
5. 保健医療分野・母子保健の現状と問題点	14
5-1 保健省の組織・機構	14
5-2 母子保健センター組織・機構	14
5-3 人材の問題	15
5-4 他の援助団体との関係	15
5-5 予算の問題	16
6. 要請の内容	17
7. 日本の他の協力との関係	20

8. 第三国／国際機関の協力の概要	21
8-1 国際機関	21
8-2 二国間援助	21
8-3 NGO	22
9. 女性の地位・役割と協力の留意点	23
9-1 「カ」国の女性の状況	23
9-2 女性と保健	26
9-3 WIDの視点から見た今後の留意点	30
10. プロジェクト実施計画	34
10-1 目的	34
10-2 実施計画概要	34
11. 相手国のプロジェクト実施体制	35
11-1 実施機関の組織と事業概要	35
11-2 プロジェクトの組織及び関係機関	35
11-3 プロジェクトの予算措置	35
11-4 建物、施設計画	35
11-5 カウンターパートの配置計画	36
11-6 政府関係機関の支援	36
12. プロジェクトの基本計画	37
13. 専門家の生活環境	38
14. 相手国との協議結果	39
14-1 保健省	39
14-2 国立母子保健センター	39
14-3 ミニッツ概要	40
15. 技術協力に当たっての留意点	43

附属資料

① プノンペン市内医療機関地図	49
② プノンペン市近郊医療機関地図	50
③ Health Policy and Strategy guideline 1994-1995	51
④ Maternal and Child Health National Health Plan 1994-1996	82
⑤ National MCH Center : Management Structure 1994	104
⑥ 技術協力要請内容	125
⑦ 保健省機構図	129
⑧ 国立母子保健センター活動実績	130
⑨ 1994年国家予算	134
⑩ 1994年保健省予算	135
⑪ 1994年保健省支出	136
⑫ 1994年母子保健センター予算	138
⑬ 母子保健センターカウンターパートリスト	140
⑭ PCM方式による分析	141
⑮ ミニッツ	142
⑯ 保健省アドバイザー木下専門家報告書抜粋	147

1. 調査団の派遣

1-1 派遣の経緯と目的

1992年3月、我が国はパリ和平協定締結後、平和に向けて模索中のカンボディア王国（以下「カ」国と略す）へ、保健医療協力調査団を派遣した。本調査報告に基づき、我が国政府は、緊急援助として、無償資金協力で、プノンペン市内の10病院に対する医療機材整備計画を実施し、技術協力面では、保健医療事情を的確に把握し、我が国援助の可能性を提言する目的で、「カ」国保健省のアドバイザーとして専門家を派遣した。数次にわたるアドバイザーは、我が国援助の関心が母子保健分野にあり、技術協力として、1)母子保健センターに対するプロジェクト方式技術協力と、2)産婦人科病院と訓練センターを移転新設する無償資金協力計画を助言し、「カ」国政府は、我が国アドバイザーの提言を受入れ、両案件を正式に要請した。

本調査団は、この要請を受けて、「カ」側の実施体制、予算措置等を調査し、プロジェクトの内容及び実施開始までのスケジュール等を協議する目的で派遣された。

1-2 調査団の構成

	担当	氏名	所 属
団長	総 括	建野 正毅	国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力課 医師
団員	母 子 保 健	木下 牧子	国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力課 医師
団員	無償資金協力	村樫 裕康	外務省経済協力局無償資金協力課事務官
団員	協 力 計 画	北林 春美	国際協力事業団医療協力部医療協力第一課 課長代理
団員	W I D	佐藤 典子	国際協力事業団ジュニア専門員

1-3 調査日程

日順	月日	曜日	移動及び業務
第1日	7.14	木	移動 成田→バンコク (TG641)
2日	7.15	金	移動 バンコク→プノンペン (TG696) JICA「カ」国事務所打合せ 保健省表敬 在「カ」国日本国大使館表敬/打合せ
3日	7.16	土	外務省経済協力局表敬 保健省関係者と打合せ及び協議 山田専門家と打合せ
4日	7.17	日	市内見学、生活事情調査 移動 バンコク→プノンペン (TG686) 村樫団員 国内打合せ
5日	7.18	月	母子保健センター視察、プロジェクト方式技術協力及び無償資金協力制度説明 プロジェクトの計画策定のための問題分析ワークショップ
6日	7.19	火	Kunta Bopha病院 (小児病院) 施設視察 新母子保健センター建設予定地調査 Kunta Bopha病院にてSwiss Foundation代表と意見交換
7日	7.20	水	国立小児病院/World Vision International訪問 NGOとの意見交換 保健省とのミニッツ案協議
8日	7.21	木	プノンペン市病院視察 日本赤十字病院視察 Mean Chay District病院視察 UNFPA表敬 UNICEF表敬 私営クリニック (Aurore Clinic) 視察
9日	7.22	金	NMCHCにてプロジェクトの活動内容について協議 WHO表敬、協議 在「カ」国オーストラリア大使館 (AIDAB) 表敬 在「カ」国日本国大使館打合せ
10日	7.23	土	NMCHCにて無償資金協力要請内容聞き取り 保健省にて最終打合せ
11日	7.24	日	資料整理
12日	7.25	月	国立結核センター、シアヌーク病院視察、WHOにて資料収集 ミニッツ署名
13日	7.26	火	在「カ」国日本国大使館報告、JICA「カ」国事務所報告 移動 プノンペン→バンコク (TG697)
14日	7.27	水	バンコク→成田 (TG640)

<W I D 団員調査日程>

- 7月15日(金) JICA事務所、大使館、保健省表敬
16日(土) 外務省表敬、JOCV訪問
17日(日) 資料整理
18日(月) CYK(幼い難民を救う会)の現場視察*、CCC
19日(火) CDRI、JVC、女性庁訪問
20日(水) カンボディア女性協会、地域開発庁訪問
21日(木) WIDセンター、SHAREの現場視察*、SHICHE訪問
22日(金) UNICEF、Khemara(国内NGO)、JOCS訪問
23日(土) WID・地域開発(カンボディア農村の遍歴)講演会の聴講
24日(日) 資料整理
25日(月) 女性庁、WORLD VISION INTERNATIONAL、OXFAM訪問
26日(火) JICA事務所、大使館報告

*SHARE ; 母子保健、水と衛星プログラム (カンダール県)
CYK ; 保育園運営、職業訓練プログラム(カンダール県)
WIDセンター; 職業訓練、保育園運営プログラム(カンダール県)

1-4 主要面談者

(1) 共通面談者

1) 「カ」国政府

Ministry of Foreign Affairs (外務省)

Mrs. Yuai

Ministry of Health (保健省)

Chhea Thang

Minister of Health

Dr. Dy Narong Rith

Under Secretary of State

Dr. Mam Bunheng

Under Secretary

Dr. Te Kuy Seang

Director of Cabinet

Dr. Hun Chun Ly

Director General of Health

Dr. Char Meng Chor

Director of Planning and Statistics

Dr. Mr. Huy Seth

Director of National and International
Relation

Dr. Nhonh Bun Yay

Deputy Director of Health

Mr. Seng Lim Neou

Director of Drugs and Supply

山田多佳子

(母子保健専門家)

National Maternal and Child Health Center (NMCHC) (母子保健センター)

Dr. Eng Huot	Director
Dr. Koum Kanal	Vice Director (Maternal Health)
Dr. Yit Sunnara	Vice Director (Child Health), Chief of Kuntha Bopha Hospital
Dr. Sann Chan Soeung	Chief of B-Block
Dr. Seang Tharith	Chief of C-Block
Dr. Tann Vuoch Chheng	Chief of O P D
Dr. Chunn Long	Staff (Ob-Gyn)
Dr. Sour Kim An	Nutrition Program manager,
Dr. You Sopath	Chief of Operation Theater (anesthesiology)
Dr. Tan Borin	Chief of pediatric service
Dr. Som Rithy	Pediatrician
Dr. Bun Chan Than	CDD program manager
Dr. Med Dek In	Administrator
Ms. Kuch Sarahnn	Chief of midwife (A block)
Ms. Chor Chan Tach	Chief of midwife (B block)
Ms. Sok Sein	Chief of midwife (C block)
Ms. Pion Sohiay	Chief of midwife (O P D)
Mr. Chun Nay Im	Chief of Pharmacist
Ms. Chun May Ly	Chief of Pharmacy

National Pediatric Hospital (国立小児病院)

Dr. Chhor Y Meng Director

Phnom Penh Municipality Hospital (プノンペン市病院)

Dr. Veng Thai Director

Mean Chay District Hospital (ミンチャイ・ディストリクト病院)

Dr. Kan Vanny Director

Dr. Tieng Ven Tha Vice Director

2) 民間病院

Aurore Clinic

Dr. My Samedy Director

3) 国連機関

U N I C E F (国連児童基金)

Mr. Andrew Maorris Essential Drugs Project Officer

UNFPA (国連人口基金)

Dr. Vincent Fauveau Country Director

WHO (世界保健機関)

Ms. Laura Hawken Strengthening of Health System Program
Management Officer

Ms. Joyce H. Smith Nurse Training Officer

Dr. Richard Renes Technical Officer, Global Programme on
AIDS

4) 二国間援助機関

AIDAB (Australian International Development Assistance Bureau)

Dr. David Engels Second Secretary, Development Cooperation

5) NGO

World Vision International

Dr. Kyi-Minn Project Manager, Cambodian Child Health
Project

Save the Children, UK

Ms. Helen Kerr

Foundation for Khmer-Swiss Partnership in Pediatrics (Khunta Bopha Hospital)

Dr. Beat Richner

CONCERN

Ms. Viv Lusted

American Red Cross/WHO

Ms. Sarah Barben

SHARE (国際保健協力市民の会)

大岩 豊 administrator

カンボディア市民の会

熊岡 路矢 事務局長

JVC (日本国際ボランティアセンター)

清水 俊弘

日本赤十字社

渡辺たかひこ

はたしたますみ

さいとうわかこ

6) 日本政府関係者

在カンボディア日本国大使館

篠原 勝弘	参事官
星山 隆	一等書記官
今村 徹	一等書記官
塚元 重光	二等書記官
重村 健二	三等書記官
佐川 宏明	医務官

JICAカンボディア事務所

渡辺 正剛	所長
山際 洋一	所員
坂根 宏治	所員
清水健次郎	青年海外協力隊調整員
森田 健雄	企画調査員

(2) W I D 関係面談者

1) 「カ」国政府

女性庁

Mr. Keat Sukun	Secretary of State
Ms. Keth Sam Ath	General Director
Ms. Ros Sivanna	Director of W I D Department
Ms. Khieu Serey Vuthea	Director of Women Health Department

地方開発庁

Mr. Suos Kong, Cih, Mrdm	Director General
Mr. Siphar Le Bonheur Pech	Deputy Director General

2) 国際NGO

O X F A M

Ms. Vishalakshi Padmanabhan	Country Representative
Ms. Mona Mehta	Project officer

WORLD VISION INTERNATIONAL

Ms. Kea Laly	Project coordinator of W I D
--------------	------------------------------

C I D S E

日下部京子	GAD Programme Officer
-------	-----------------------

3) 国連機関

UNICEF

Ms. Brigitte Sonnois

浜野とし子

Programme Officer, WID

Family Food Production, UNV

4) 青年海外協力隊

川口みどり

福田 牧子

上野 恭子

助産婦、カンダール県立病院

看護婦、三角協カプロジェクト

公衆衛生、三角協カプロジェクト

5) 日本のNGO

SHARE (国際保健協カ市民の会)

石松 義弘

柴山

大岩

本橋 栄

医師

保健婦

調整員

事務局長

JVC (日本ボランティアセンター)

清水 俊弘

谷山 博史

谷山 由子

カンボディア代表

事務局長

カンボディア事業担当

インドシナ市民協カセンター

東村 康文

事務局次長

CYK (幼い難民を考える会)

野村美和子

プノンペン事務所

JOCs

高橋 一

柳沢 聡子

日本キリスト教海外医療協カ会

プノンペン事務所代表

医療担当

6) コンサルタント会社

日本公営

矢野 信一

特別顧問技術長

2. 要約

本調査団は、前述の構成及び日程により「カ」国を訪問し、調査を実施した。プロジェクト方式技術協力の事前調査に加えて、既に無償資金協力として要請されている母子保健センター拡充計画の調査ならびに母子保健プロジェクトと密接に関係しているところの女性の地位と役割の現況調査も実施した。その内容を概略すると、次のようにまとめる事ができる。

(1) 母子保健センタープロジェクト（プロジェクト方式技術協力）

- 1) 保健省ならびに母子保健センター関係者との協議を通じて、プロジェクト方式技術協力の制度ならびに手続きに関する理解を得た上で、外務省経済協力局の了解の後、ほぼ原案通りの内容でミニッツを締結した。
- 2) プロジェクトの目的、内容については、山田専門家の協力を得て、母子保健センター所長以下関係者10数名と共に、PCM（Project Cycle Management）手法によるワークショップを数回にわたり実施した。現状分析、目的分析、活動計画等、基本的な協力事項について相互に確認し、PDM（Project Design Matrix）の原案を作成した。
- 3) PDMのOverall Goalとして、「母子保健ナショナルプランを促進する事により、「カ」国の母子保健の状況が改善される事」とした。目的は、ナショナルプランを中心になって実施する母子保健センターにおける、①管理運営能力の強化、②研修活動の強化、③診断、治療レベルの向上とし、「カ」国側の要請内容とほぼ同じである。具体的なActivityに関しては、作業の中で討議されたが、実施協議調査団派遣までに作成する事とした。
- 4) 「カ」国側からは、最重点事項の一つである母子保健分野への日本の協力に感謝すると共に、実施協議調査団派遣に向けて更に技術計画面での助言指導について専門家の継続支援の要請があった。本調査団としては、産婦人科分野での詳細計画策定のために、長期調査員または短期専門家派遣の必要がある事を表明した。

(2) 母子保健センター拡充計画（無償資金協力）

- 1) 母子保健センター予定地調査の結果、基本設計調査団派遣の条件として、以下の三点について「カ」国政府から書面での確認が必要と判断し、先方外務省を通じての提出を要請した。
 - ① 建設予定地の隣接施設との境界線の確定
 - ② 基本設計調査団員の敷地内調査に係る安全の確保
 - ③ 工事開始までに既存建造物内の居住者の平和的立ち退き確保
- 2) 保健省からは、十分な敷地の確保の観点からも、早期の基本設計調査実施の強い要望があった。
- 3) 母子保健センターからは、要請内容に関して、病床数（200床）、手術室（3－4室）、

講堂定員（200人収容）の変更希望が表明された。更なる調査検討が必要である。また、要請にはないが、医療機材維持管理システムを確保するために、機材保守管理用のワークショップをセンター内に確保する必要がある事を提案し、同意を得た。

- 4) 無償資金協力に関する事項もプロジェクト方式技術協力で締結するミニッツに加え、日本が無償資金協力を実施するに際し、「カ」国側が準備しなければならない事項を Annexとして添付した。

(3) 女性の地位と役割に関する現況調査

女性の地位は比較的高く保たれており、意識レベルも他の途上国に比べると高い。しかしながら、度重なる内戦の結果、地域コミュニティが崩壊したために、共同体としてのまとまりに欠ける。また、成人男性の数が少ないために、女性にかかる負担が大きくなっている。

(4) その他

国際機関やNGOsを積極的に表敬した。我が国のプロジェクトを説明すると共に、今後共互いに協調、調整していく事を要望、積極的な理解を得た。

(5) 所感

一年以上にわたる保健省アドバイザーの活動により、医療事情やプロジェクトの必要性に関する詳細なる情報がすでに入手されていたことと、保健省並びに母子保健センター関係者との人脈が出来上がっていたので、順調に実施することができた。

プロジェクト運営上の主な留意点として、

- 1) 「カ」国政府の財務状況が極めて厳しく、ローカルコスト負担について特別の配慮が必要であること、
- 2) 母子保健センターの小児治療部門を援助するNGOsとの関係で、特に援助の考え方が根本的に異なっており、その調整が困難かつ重要であること、
- 3) 大半の援助機関がカウンターパートに対して、salary supplementsを出しており、我が国のローカルコスト負担の概念での対応が非常に難しいこと、
- 4) 母子保健分野にも多くの援助機関が関係しており、これらの機関との調整、協調が必要であること、

等を挙げることができる。これらの諸問題の解決に向けて、今から取り組む必要がある。

本プロジェクトは「カ」国におけるプロジェクト方式技術協力の最初の例であり、できる限り通常通りの対応をすべきであるが、「カ」国の置かれている現状を鑑み、特例として対応することも考慮すべきである。例えば、カウンターパート機関が、当初から我が国が従来求めてきた形でのローカルコストを負担することは、大変困難である。当分の間は、長期的な展望に立ち、カウンターパート機関がローカルコストを負担できるようにするために、我が国による全面的なサポートが必要である。

最後になるが、数次にわたるアドバイザー専門家が繰り返し報告してきたように、「カ」国の人材不足は深刻であり、インフラは未だに極端に未整備である。その上に、各種援助団体が入り乱れ、有望案件の発掘を心掛けている現状であり、我が国が計画している母子保健関連援助も可及的速やかに、実施される事が期待される。

3. 要請の背景

1992年3月、1960年代以来初めての我が国医療調査団がパリ和平協定締結後、平和に向けて模索中の「カ」国を訪問した。同調査団の報告を受け同年9月には保健省へのアドバイザーが派遣され、「カ」国の保健医療情勢の調査分析を行なうと共に、我が国の協力の可能性が検討され、母子保健プロジェクト、医学教育プロジェクト、州病院を拠点としたプライマリー・ヘルス・ケア（PHC）プロジェクト、プノンペン市病院プロジェクトが検討された。これに続く1993年2月より5月までの第2期保健省アドバイザー派遣において、フランスが医学教育への支援を決定したこと、地方病院を拠点とする事には、治安上、あるいは交通通信上の問題があること、プノンペン市内の病院には援助が集中していること等が指摘され、他方、母子保健に関しては保健行政上の優先課題とされているにもかかわらず、本格的な援助がなされていないこと、インフラの整備がされていないこと、「カ」国側の母子保健行政組織が弱体で技術援助が必要なこと、人材の育成が緊急に必要とされていること等の点から我が国の母子保健への積極的援助の意義が確認された。また同時に「カ」国側及び他の援助機関との意見交換において我が国の母子保健への関心が表明された。このような背景のもと、我が国の積極的支援を受け母子保健マスタープランが策定された。1993年5月の総選挙、これに続く新政権の発足を受け、同年9月に派遣された第3期保健省アドバイザーは、我が国政府への母子保健センターに対するプロジェクト方式技術協力と、産婦人科病院と訓練センターを既存の小児病院に隣接して移転・新設する無償資金協力の要請を助言、12月には「カ」国政府から両案件が正式に我が国政府に要請された。

「カ」国の新憲法（1993年9月21日発布）の第6章73項には、母子に対する特別の配慮の必要性が唱われており、また保健省の1992～3年及び1994～5年の政策要項や、現在作成中の3ヶ年計画の中でも、母子保健は最重要課題とされている。また後述のように、母子保健医療レベルは近隣諸国に比しても著しく低く、積極的な援助の必要性が指摘されている。

4. 保健セクター開発計画の現状と問題点

現在「カ」国では、3ヵ年開発計画を策定中であり、その骨子は第3回ICORC会議で報告されている。保健省でもこの方向に沿って開発計画を策定中である。その概要は添付の1994～5年の政策要項（附属資料③）で述べられているが、まず第一の領域は、PHCの充実のための地方病院システムの強化であり、このための、建築（新築／改築）計画、機材整備計画、人材配置計画、人材養成／訓練計画が現在準備されている。更に、母子保健サービスの強化、伝染性疾患のコントロール、人材養成計画、医療サポートシステムの充実（薬剤配布システム、血液銀行システム、救急システム、医療情報システム等）が検討されている。

保健セクターの現状と問題点に関しては「カ」国保健省アドバイザー報告書（1994. 3）第3章を参照頂きたい。本報告書では、今回の調査で明らかにされた新たな問題点につき検討する。

4-1 保健省機構図

要請書に添付の機構図は結局は新政府には承認されず、全ての省に同一の組織図をという政府の方針で、（附属資料⑦）の組織図が再提案され、現在政府承認を待っている段階である。基本的な相違は大臣のもと総局長は二人までという新政府の方針に基づき、各部署を同列に配置したことで、部署の構成等については根本的な相違はない。人材の配置については、各部の長は任命されているが、課については半分程度しか配置されていない。

4-2 保健省予算

予算については、7月現在執行率は15～30%（給与は除く）である。地方末端に行くほど執行率は下がっている。執行率が低い理由は1)ポルボト派の非合法化にともない、軍事予算が優先的に執行されたこと、2)予算の執行に当たっては、現金支給ではなく物品支給の形をとるが、そのための中央調達部の機能が未確立なこと、3)予算請求方法が熟知されていないこと等が挙げられる。今年度の予算の完全執行については、見通しは暗いと言わざるをえない。今後とも各レベルでの継続的な努力が必要である。

来年度の予算については、9月に各省での取りまとめを行ない、10月末政府への予算案提示、11月大蔵折衝、12月決定という予定である。規模については、確定はしていないが20%～30%の増額が予想されている。人件費については、1994年度同様20%のベースアップが予想されている。

4-3 薬品・医療機材供給計画

これも予定されていたスケジュールより施行が遅れている。薬剤の供給はドイツ、イギリス、

世銀の援助で1995年末までは確保されているが、各援助組織からの実際の供与は大幅に遅れている。また、配布ルートについては、現在ワークショップを開催中であり、一部の遠隔の州を除き、1994年度中には確立される予定。

4-4 医学教育

カリキュラムを作成中である。当初は高等教育は、教育省に移管される予定であったが、現在のところ未だ保健省の管轄である。学生の選抜に係る情実入学によるレベル低下が指摘され、汚職防止の方策も考慮されている。ただし大学受験資格試験の合格率が今年度は20%であったとのことで、試験の公正さのための努力が窺われる。

4-5 再教育プロジェクト

フランスが協力中である。アジア開発銀行（ADB）がプロジェクトを提示しているが、ソフトローンでしかも専門家人件費の割合が半分近くにのぼるということで、「カ」国側が二の足を踏んでいる。

5. 保健医療分野・母子保健の現状と問題点

「カ」国の母子保健の現状と問題点については、別添の保健省アドバイザー報告書（附属資料⑩）第4章を参照頂きたい。本稿では問題点に関して再度整理しておきたい。

5-1 保健省の組織・機構

保健省の機構図に関しては前項で述べた。形式上はまだ正式認可されていないが、実質的には、母子保健部の下に母子保健センターが位置する以外には組織構成上ありえない。この点に関しては次官にも確認した。PHCに関しては、保健省が議長省となって省間会議が開催されたが、具体的な方向はまだ決定されていない。

5-2 母子保健センター組織・機構

母子保健センター機構図は別添案図（附属資料⑤）が提言され、現在保健省での最終承認を待っている段階である。ほぼ原案通り承認されるであろう事を総局長に確認した。新組織図は活動内容に応じた構成となっており、全体の管理運営部門が上位に位置し管理運営に重点が置かれていること、研修部門が各プロジェクトの上位に位置し、全体のコーディネーションが重視されていること、各部門の責任者が決定されていること等、現組織図に比し、著しい改善がなされている。

母子保健センターの臨床小児部門に関しては、組織上はスイスのNGOの援助で移転改築されたKhunta Boppa病院がこれに当たるが、ここではスイスの医療がそのまま持ち込まれており、研修病院としての機能には問題がある。このNGOは1993年から当国の子供にもスイスの子供と同様の医療をという強い信念のもとに活動しており、他の援助機関や保健省自体と意志疎通が充分ではない点が、今後の母子保健活動の展開にとってのひとつの問題点となろう。このNGOの援助は1997年に終了予定であり、技術援助に関しては延長の予定はなく、ある程度の資金援助の継続が検討されているようである。（5-4、5参照）

プノンペンにはもう一つ国立小児病院があり、1970年代よりワールド・ヴィジョン・インターナショナル（WVI）の援助を受けている。ここでは「カ」国の現状に即した医療が施行されており、USAIDの資金供与を受けたWVIが研修施設を建築、CDD/ARIの研修を行なっている。母子保健センターでは、この国立小児病院をコラボレーションセンターと位置付け、今後ともCDD/ARIの研修はここと協力しながら行なう予定にしている。援助団体であるWVIとも、国立小児病院の研修コースとしてではなく、母子保健センターの研修コースの一環としての位置付けを確認しており、やや変則的ではあるが、小児に関する研修（CDD/ARI）は、母子保健付属の小児部門ではなく、国立小児病院で行なう事が合意されている。

5-3 人材の問題

本プロジェクトでは主に母子保健領域の医療従事者の研修の強化を図ることになるが、基礎教育の問題、特に助産婦の教育について「カ」国側及びWHOから協力の要請があった。現在、看護婦、助産婦の教育はプノンペンの看護学校（ECCS）と4つの地域看護学校で行なわれており、看護婦のカリキュラムについては、NGO（REDD BARNER）の協力のもとにほぼ完成されつつあるが、助産婦教育については全く援助がなされていない。卒後教育の充実のためには、基礎教育が確立されている事が第1条件であり、何らかの形で基礎教育の充実に貢献することも必要と考えられる。

5-4 他の援助団体との関係

各機関の援助内容については、第8章に詳述するが、再三指摘されているように、「カ」国では新国家の発足前より多くの援助機関が活躍を始めており、これらの援助機関の調整が何よりも重要である。本来援助調整は政府の仕事であり、保健省も徐々にではあるがその機能を果たし始めた。しかし、援助なしにはまだ国の発展が困難である状況下ではその調整能力は十分に機能せず、援助機関同士の調整が必要となる。

母子保健センターでは1994年1月からアドバイザー会議が設立され、月2回、ユニセフ、AEDAB、日本の3人のアドバイザーと母子保健センター長が意見交換している。日本の援助計画の概要説明、各団体の援助計画の検討、役割分担のおおまかな確認等が行なわれ、現在のところ母子保健センターアドバイザー間の調整はうまく行なっている。

問題の一つは受胎調整プロジェクトの調整である。現在、UNFPAとUSAIDの援助を受けた3つのNGO（予算規模はUNFPAより遥かに大きい）が活動を承認されており、更にUSAID自身も援助を計画中である。UNFPAに援助調整役を打診したが、積極的な回答は得られなかった。

もうひとつの問題はKhunta Boppa病院を援助しているNGO（Foundation for Khmer-Swiss Partnership in Pediatrics）である。このNGOは一人のスイス人医師により運営されているもので、前述のように当国の子供にもスイスの子供と同様の医療をという強い信念のもとに、スイスの医療レベルをそのまま当国に持ち込んでいる。また病院の質を高めるために、職員全員に給料を補填、全ての消耗品も援助しているため、維持運営費は人件費350万円/月、薬剤・消耗品費1,250万円/月を含み、年総額2億円、設備費を加えると3億円の支出となっている。同病院の医療はすべて無料であり、最先端の医療を行なうため、患者は殺到しており、外来患者数600~1,000人/日、200床の入院ベッドの占有率は常に100%を越えている。1994年には近代的な手術室を完備した外科病棟も開棟した。現在は感染症病棟、新生児病棟の増設工事を行っている。現在のところ、表面上は良好な関係を保っているが、援助に関する基本的な考え方が異なっていることから、実質的な協調は非常に困難であろう。無償資金協力による新

母子保健センター完成がちょうど同NGOの援助終了時に当たり、どういう形でこの病院が「カ」国側に手渡されるかが注目に値する。NGO側では、何らかの形で資金援助を継続させる方策を考慮中である。

5-5 予算の問題

予算は前述のように約20%の執行率である。しかし100%施行されたとしても、例えば研修の場合の日当は現行がプノンペンで約7.5ドルから15ドル、地方で5ドルであるのに対し、予算では1,000リエール(30円程度)しか認められていないとか、発電機のガソリン代は一ヶ月分にしかならない等、予算の絶対的不足は否めない。国家の経済的自立のためには数年はかかると思われ、予算規模の急激な増大は期待されず、向こう数年間は予算の絶対的不足は覚悟しなければならない。日本のプロジェクトも当然、この経済的状況の把握なしにただ闇雲に自立と持続性を唱えるだけでは、運営不可能であることを明記しておきたい。

限られた予算の中でプロジェクトを運営していくためには、まず効率的な管理運営のための技術移転が必要であろう。また収入努力も図られるべきである。現在、プノンペン市内にはいくつもの民間病院が開院しており、診療報酬は自由裁量となっている。一般に、X線検査100~200ドル、虫垂炎手術入院500ドル、正常分娩300ドルといった料金が課せられているが、病棟の占有率は低く、患者からの現金収入の規模は限られている。また、多くの国立病院でも、差額ベッド料金制が実験的に導入されているが、全ての収入は国庫へという大蔵省との折衝がまだ終わっておらず、今後の方針は不明瞭である。

国家公務員の給料の低さももう一つの問題である。現在医師で20~30ドル/月、看護婦で10ドル程度である。日常生活にはプノンペンで最低200ドル、地方でも100ドルは必要と言われており、ほとんどの医療従事者はプライベートな診療活動を行なっている。NGO、IOのほとんど全てはそのカウンターパートに給与(50~100ドル程度)を支給している。前述のスイスNGOでは病院内での汚職(患者に金銭を要求する)追放のためと、勤労意欲高進のために、医師には月200ドル、清掃人には120ドルの給与を支払っている。この費用は月35,000ドルに及ぶ。母子保健センターでも最近UNICEFがプロジェクトマネジャーのカウンターパートに80ドルの活動報酬を支払うことに正式決定した。今回の調査でも、全ての援助機関がこの問題に頭を悩ませており、少なくともプロジェクトのために終日カウンターパートの協力が必要な場合は、給料の補填が必要と考えられている。「カ」国側との討議では、日本はプロジェクトにおいて給与の補填は行なう意志はなく、また制度上も不可能である事を繰返し説明し、一応の理解は得た。しかし、「カ」国の現状を鑑みるに、何らかの形の経済的支援は実際上不可欠であり、状況に応じ、活動内容に応じた、しかも一貫性のある長期的展望に立った対応が必要不可欠である。

6. 要請の内容

技術協力プロジェクト要請の内容は以下の通り。

(1) プロジェクト名：母子保健プロジェクト

Maternal and Child Health Project

(2) 実施機関：国立母子保健センター（元母子保護センター）

MCH Centre (ex-PMI Centre)

(3) 責任省庁：保健省

Ministry of Health

(4) プロジェクト・コスト：未確定

(5) プロジェクトの目的

1) 長期的目的：妊産婦死亡率を減少させる

2) 短期的目的：①国家保健計画に沿って国立母子保健センターを強化することにより、母子保健従事者を訓練する。

②医師、助産婦、看護婦の再訓練により、子供と女性の健康に関する臨床サービスを向上させる。

3) 活動概要

① 研修活動

第一段階：・カリキュラム策定、教材準備、研修スケジュール設定。そのために現行の研修コースや教材の評価を行い、ニーズを明らかにする。

・受胎調節（Birth Spacing）に関する政策を確定する。

・中央レベルで教育担当者を訓練する

・各州の行政担当者のためのセミナーを開催する。

第二段階：・新母子保健センターの建設と上記第一段階の訓練コースの開発を受けて実施する。

・中央レベルで、各州の訓練担当者を訓練する。最低限各州に医師、看護婦、助産婦各1名（中核となる人材）と、助産婦及び看護婦各3名（訓練・指導監督担当）を養成する。

・全ての州の指導監督者を養成する。

・各州からの研修員を訓練する（小児部門：下痢症、急性呼吸器感染症、栄養等、母性部門：受胎調節を含む等々）

・全ての州病院と主要ディストリクト病院の医師、看護婦、助産婦の医療技術の再研修を行う。

・評価システムを確立する。

第三段階：・研修を継続する。

- ・各州の訓練担当が自州で訓練コースを実施するのを支援する。
- ・州レベル、ディストリクトレベルの研修の評価を行う。
- ・全てのレベルの訓練担当者の技術の評価する。
- ・監督指導活動の評価を行う。

研修活動の暫定的な実施計画（案、未確定）

Tentatively planned training courses, as an example

		Number of participants												
months	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	T	
1-A	10	→											10	
1-B	10		10		10		10		10		10		60	
Sur	10		10		10		10		10		10		60	
T-ped	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	240	
T-mat	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	240	
Ret-A	8	→		8	→		8	→		8	→		32	
Ret-B	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120	
total	78	58	70	58	78	50	68	48	60	48	68	40	762	
No/C	7	5	6	5	7	4	6	5	6	5	7	4		

1-A: training for trainer of central level, 6 months

1-B: training for trainer of province level, 4 weeks

Sur: training for supervision, 2 weeks

T-ped: training for nurses in pediatrics, ARI, CDD and nutrition, 4weeks

T-mat: training for midwives, antenatal care, safe delivery, at risk pregnancy, and BS, 4weeks

Ret-A: in-service training of medical doctor, 2 months

Ret-B: in-service training of nurses/midwives, 4 weeks

total: numbers of trainees in a month

No/C: numbers of courses in a month

T: total numbers of trainees in a year

② 臨床活動

- ・ MCHセンターの医師、医療助手の小児科、産婦人科等における臨床技術を向上させ、イン・サービス訓練の指導者に養成する。
- ・ MCHセンターの看護婦、助産婦の臨床技術を向上させ、イン・サービス訓練の指導者に養成する。

4) 専門家派遣要請分野

- ① 研修コース計画策定
- ② IEC
- ③ 教育
- ④ 医師：産婦人科、小児科、麻酔科、小児外科、内科（女性の健康一般）

- ⑤ 看護婦
 - ⑥ 助産婦
 - ⑦ 薬剤師
 - ⑧ 病院管理
 - ⑨ 医療機材保守管理
- 5) 研修員受入れ要請分野
- ① 研修・訓練教員養成（日本またはタイ国マヒドン大学）
 - ② 医師
 - ③ 看護婦（小児科、婦人科、外科）
 - ④ 助産婦
 - ⑤ 医療機材保守管理
 - ⑥ プロジェクト運営管理
- 6) 機材供与要請
- ① 助産婦・コミュニケーション看護婦セット（聴診器、血圧計、ストップウォッチ、体重計等）
 - ② 研修センター及び産婦人科病院用機材（ただし、無償資金協力により供与される機材と調整を図る）
- (6) 関連プロジェクト
- 1) スイス・クメール小児科パートナーシップ財団：クンタ・ボッパ病院（母子保健センターの小児科病院部内）支援。技術協力、建物の改修、機材の供与及び運営資金提供。
 - 2) UNICEF：EPI（予防接種拡大計画）、母子保健分野支援
 - 3) Save the Children Fund, Australia(SCFA)：MCHセンターへのアドバイザー派遣。（後にオーストラリア政府国際開発援助庁(AIDAB)との契約による政府ベースの派遣に切替。
 - 4) レッド・バアナ(ノルウェーSCF)及びSave the Children Fund, UK(SCF-UK)：看護学校における看護婦・助産婦教育
 - 5) その他複数のNGOが州及び郡レベルの母子保健活動及び保健従事者の研修を実施
保健省と母子保健センターは上記の活動との調整に関して責任を負っている。
内容に関しては附属資料⑥参照。

7. 日本の他の協力との関係

在カンボディア日本国大使館によれば、我が国の「カ」国に対する保健医療協力は賠償による3ヘルスセンターの建設に始まるとのことで、これらのセンターは現在も活動を続けているとのことである。

近年の医療関連の技術協力・無償資金協力実績としては以下の案件が実施された。

また、国立母子保健センターを現在の場所から市内北部に移転、建設する計画に対する無償資金協力が、本件プロジェクト方針技術協力と関係して要請中である。

技術協力

年度	案件名
平成4年度	保健省アドバイザー専門家派遣（建野正毅 1992年9月－1992年12月） （木下牧子 1993年2月－1993年5月） 感染症特別機材供与（マルチ・パイEPI用ワクチン等） 感染症特別機材供与（抗結核薬緊急援助）
平成5年度	保健省アドバイザー専門家派遣（木下牧子 1993年9月－1994年3月） 感染症特別機材供与（マルチ・パイEPI用ワクチン等）
平成6年度	母子保健専門家派遣（保健省アドバイザー） （山田多佳子 1994年5月－1994年9月） 医療単独機材供与（予定） 感染症特別機材供与（マルチ・パイEPI用ワクチン等）

8. 第三国／国際機関の協力の概要

8-1 国際機関

- (1) WHO：保健省行政機構強化プロジェクト（計画、財政、援助調整、人材養成）に加え、マラリア、結核、AIDS、教育、薬剤、SNIDS（EPI）等の重要分野にコンサルタントを派遣し、主に政策レベルでの協力を行っている。
- (2) UNICEF：保健医療分野では、EPI、MCH、Essential Drugs、医療情報（AEDES）のプロジェクトに加え、4つの州（Banteay Meanchey、Battambang、Kandal、Svay Rieng）にアドバイザーを派遣している。その他、飲料水／井戸プロジェクト、家族栄養プロジェクト（FFP）、WIDプロジェクト等があるが、協力省庁は保健省ではない。
- (3) UNDP／CAREER：地方病院強化プロジェクトを実施。1994年度は25万ドル。主に建築、機材供与であるが、州レベルのアドバイザーの派遣も検討されている。
- (4) UNFPA：Birth Spacingプロジェクトを1994年開始の予定。母子保健センターを中心にプノンペン及びその他5州25県でクリニックの開設と広報研修活動を援助する計画。母子保健センターにアドバイザーを一人派遣、研修指導者の養成の後、各州でワークショップを開催の予定。総額150万ドル／3年間。
- (5) 世界銀行：緊急援助ということで、薬剤（総額450万ドル）を無償供与。また社会基金（Social Fund）で1994年度も緊急援助が行われる予定。予算未定。中長期の借款も検討中。
- (6) アジア開発銀行：公衆衛生教育／研修プロジェクトを企画中。1994-5年開始予定で現在保健省と折衝中。母子保健分野も含まれており、研修主導者の要請が主眼。中長期の借款も検討中。

8-2 二国間援助

- (1) フランス：1993年から援助を開始しており、医学部、カルメット病院、パスツール研究所に対する援助が現在進行中。総額600万ドル。
- (2) アメリカ：人口計画プロジェクトの事前調査のためコンサルタントを派遣し、同分野での援助を積極的に考慮中。デング出血熱対策にWHOを通じ百万ドル供与、またNGOを通じ、人口計画プロジェクト（総額約500万ドル）、研修プロジェクト（国立小児病院）、小児栄養改善プロジェクト（ビタミンA）への援助を実施中。USAIDのスタッフが昨年末よりCOCOMに参加開始。尚、北西部の県病院（フンシンベック、KPLNF）に対する援助は新政府樹立と共に中止されている。
- (3) タイ：全国規模の公衆衛生教育研修プロジェクト（母子保健を含む）をカンボジア政府に提示、現在カンボジア保健省と折衝中。またバタンバン州の看護学校（助産婦養成を

- 含む)への援助、北西2州の県病院への援助も提示されている。
- (4) 中国：昨年総額百万ドルの医療援助を決定。薬剤工場の再建、公衆衛生研修等が提案された。
 - (5) ドイツ：医薬品の供与(総額430万ドル)を決定。
 - (6) イギリス：現在のところ同様に医薬品の供与(総額150万ドル)が中心であるが、WHOを通じ保健行政強化プロジェクトに協力中。
 - (7) オーストラリア：現在までNGOを通じての援助のみであったが、1994年6月より、AIDABが直接プロジェクトを展開する方向に転換。現在母子保健センターにアドバイザーを一人派遣中(もとSCF-オーストラリアのスタッフ)。援助の具体案は9月の調査団派遣により決定される予定。現在はこの他、UNICEFを通じたワクチンの供与やSCF-オーストラリア等のNGOへの資金援助が主な活動である。
 - (8) スウェーデン：1993年10月調査団派遣。大使館が開設されていないため、援助はUNICEF経由であり、公衆衛生が主なる援助対象分野である。

8-3 NGO

母子保健には多くのNGOが活躍しており、月一回、保健省及びNGO間の情報交換を目的に会合が開かれている。

人口問題に関しては、USAIDの援助を得た3つの組織が活動を現在保健省に申請中。FPFAはUNFPAと非常に似た活動内容で、4つの州でクリニックを開設、人材養成、避妊具の配布、IEC活動等を計画。予算、約500万ドル/3年間。PSIはソーシャルマーケティングの団体で、コンドームとピルの普及が目的。ここもIECを強調したプロジェクトで、総額250万ドル/3年間。JHON SNOWは、これらのNGOを初めとする家族計画プロジェクトのコーディネートを目的とした活動を申請中。

9. 女性の地位・役割と協力の留意点

9-1 「カ」国の女性の状況

(1) ナショナルマシーナリー

「カ」国のナショナルマシーナリー（女性の地位向上のための国内本部機構）である「女性庁」は1993年の選挙後の新政府樹立の際設立された。目的及び組織は以下の通りである。

(目的)

- ① 教育、訓練を通して女性の技術の向上を図る。
- ② 国家の計画、再建、開発の全ての段階において女性の参加を促進する。
- ③ 女性の全国レベルのネットワークを作る。このネットワークは全ての政府機関及び社会分野において女性の権利を守るために設立される。

これらの目的を達成するため以下の4つの部が設置された。

- ① 「女性の権利」
- ② 「女性と開発」
- ③ 「女性の健康と福祉」
- ④ 「女性に関する調査」

更に県レベル（21県中18県）に「WIDセンター」を設置し、全国的な事業の展開を目指している。職員は400人（中央100人、地方300人）で、この内6～7割は「カンボディア女性協会」からの職員で残りは他の政党（フンシンベック、BLDP）からである。同協会は総選挙以前は政党の中の女性組織として全国にメンバーが配置されていたが、今後はWIDセンターを中核として村レベルまで活動を展開していく際の「媒介者」としての役割が期待されている。

以下「カンボディア女性協会」に関して記す。

1978年から1992年まで、人民党に全国女性協会が組織され、女性の地位向上を推進してきた。同協会は中央から村レベルまでネットワーク化され、設立当初は20人の中央スタッフであったが、1992年までには75人に増加した。全国的には、県レベルに8～15人、郡レベルに5～7人、コミューンレベルで2～4人、村レベルで2人、そして村の中の連帯グループに1人がそれぞれ代表者として任命された。この内、中央から県、郡、集合村レベルまでのスタッフは1991年まで政府から給与が支払われていたが、村や連帯グループの代表は無給で活動していた。

1980年より、村レベルで女性の生計グループができ、月に一度のミーティングでそれぞれが抱えている問題（水不足、流行性の疾病等）について話し合い、女性協会のネットワークを通じて、問題の解決に当たってきた。

しかし1980年代の終りに、経済改革が実施され、政府の支出額や公務員の人数の削減が行なわれたため、女性協会もこの影響をうけ活動が縮小していった。このような状況の中、国際機関の支援でいくつかの女性協会の支所が、政府から独立してNGOとなり活動を続けてきている。

(2) 女性の経済参加

1993年のILOの調査では、15才以上の女性の90%（男性では84.4%）が経済活動を行っている。また分野別に女性が占める割合は（1988年の調査）、織物生産業65%、工場70%、ゴム生産業50%と男性の割合をかなり上回っている。しかし、保健分野の女性の割合は、医師17%、薬剤師42%、メディカルアシスタント19%、看護婦50%であり、助産婦は女性が1,937人である。

一方、「カ」国で農業従事者は全体の90~95%を占めるが、この内60~65%は女性である。ほとんどの農家は米作を中心であるが、水利や灌漑設備の状況、土壌等の条件に恵まれた地域を除き大部分の農家では、農業のみでは一年の自家用食料の確保も難しい農村が多い。このような状況で、生計に必要な現金を得るために、男性は乾期に首都へ出稼ぎに行く傾向にある。一方、女性の活動としては、養豚、養鶏、水瓶作り、やし砂糖加工、小売り、野菜作り、ござ織り、裁縫、織物、家具のレンタル（冠婚葬祭用）等が一般的であるが、裁縫、織物、家具レンタルなどは収入が少ない。

(3) 「カ」国社会と女性

「カ」国においては法律上男女は平等であり、女性は政治、経済、文化、社会、家庭生活に、より積極的に参加すべきであるとされている。従って、国家政策としても女性を一市民として、また労働者、妻、母親として社会経済の開発過程に巻き込む事を促進している。特に新憲法では第3章(国民の権利と義務) 36項に「Housework is equal to outdoor work」という内容の文章を明記しているように、再生産活動を評価している。

女性は成人人口の64%を占めており、女性の世帯主が占める割合は35%である。女性の世帯主が50%を占める村もまれではない。どの国においても、女性が世帯主の家庭は経済的に苦勞している傾向にあるが、特に当国においては社会経済状態の悪さが更に状況を悪化させている。しかし、ここで一つの留意点として次のようなことが挙げられる。

「カ」国社会の特徴として、「母性社会」が挙げられる。この社会では末娘または長女が親の後を継ぐ事になっているが強制的ではない。また、結婚後、夫は妻の実家に同居するが、自分達の家を建てて独立する傾向が強いため、一般的に大家族は少なく核家族が多い。また農村における家事労働の分担は、一般的には女性と子供が、水汲み、燃料運び、料理、子育て等、全てに責任を持っているとされているが、NGOsが活動しているいくつかの地域では、水汲みや燃料の運搬等は男性も行っており、地域差があるものと思われる。

一方、土地の所有については、1989年に行われた土地の再分配では家族の人数により平等に割り当てられ、その所有権も同様にあり。通常、結婚した夫婦は共有の名義で土地を所有しており、財産相続は男子も女子も平等に行われる。

識字率に関しては、女性の非識字率が77.6%、男性は51.8%とかなり高い。これまで政府は1980年からの3年間に識字教育のキャンペーンを全国の学校や寺院、村役場等で行なっていたが、現在は援助機関が女性に対する技術訓練の一環として実施しているため、限られた地域の女性だけが参加できる状況である。

(参考)「世帯主となっている女性」の年齢層による状況の違い

世帯主となって

15～20年………多くはポル・ポト時代(1975～1979年)に夫をなくした女性で、
子供は独立しており、何らかの生活の手段を持っている。

0～5年………幼い子供を抱えて生活が不安定で、離婚をしたケースもある。多
くの場合、経済活動と家事労働に追われており保育施設に子供を
預けてより経済活動に参加したいと考えている。

このように個人により状況が異なるため「未亡人=貧困」と決めつけることはできな
い。従って、社会経済状況調査の際にはより詳細な調査が必要である。

(プノンペン市周辺地域農村総合開発計画F/S報告書、JICA、1994より)

(4) 援助機関の動向

援助機関による女性に焦点を当てたプログラムは1985年より開始された。最初に取り組み始めたのはUNICEFであるが、この時期は援助の活動範囲が制限されていたため識字教育の教材作成を女性協会と共に行った。この教材は、識字を始め農業や育児に関する科目や一般常識等30課題について説明した内容となっており、6,000～35,000部を全国に無料で配布した。

その後1988年から、UNICEFの援助は本格的に全国的な規模で開始された。この内容は、農村女性を対象としたFamily food production、融資、識字教育、保育園の運営である。この時期からカンボディア女性協会の特に農村女性の生計向上に対する活動がより活発になってきた。1993年まで同プロジェクトにより、17県(60群)の地域において約1万人の女性が融資を受け、Family food productionは6万世帯で実施された。その後、女性協会の活動は、特に経済、法律、教育分野における女性の地位向上に焦点を当てるようになってきた。

また、UNIFEMは「ナショナルマシーナリーの強化」のために短期的にアドバイザーを送っており、今後5年間の国家計画の作成がほぼ終了している。

一方、現在WID関連活動を行っているNGOsは国際NGOsが約20、国内NGOsが4団体であり、主に「地域開発」のプログラムの中で女性を対象とした活動を実施している。主な活動は、1)融資、2)技術訓練（農業技術、家畜飼育）、3)教育（識字、保健、衛生等）、4)保育園の運営、等を女性協会のメンバーをカウンターパートとして実施している。

9-2 女性と保健

(1) 地域の女性のニーズ

女性と保健に関して、「地域の女性の保健に対する意識」を国際NGO及び日本のNGOからのヒヤリング及びプロジェクト現場への視察、現地の女性へのインタビュー、及び報告書から、次のような状況である事がわかった。

上記NGOが活動するいくつかの地域における調査の結果、村人が病気にかかった場合、病院や診療所に行く割合は、少ない所で10%、最高でも55%であった。しかもまず最初は薬を買い、それでも治らない場合は伝統的治療師、そして最後に病院に来るという状況にある。そのうえ、家庭の収入と支出額に関する調査からは、本来公的医療制度では無料であるはずの「医療費」に最も多くを支出しているという結果が出ている。

(2) 妊産婦死亡率が多い原因

妊産婦死亡率は、855/出生10万（他のLLDC諸国では740）とかなり高い（注1）。実際、地域の女性が出産をする際、ほとんどはTBAに頼った自宅出産である。また、病院や診療所では妊婦検診を実施しているが、受診者はアクセスのよい地域の女性に限られている（注2）。実際、郡病院の産科で見られるケースとしては、出血、切迫流産、妊娠中毒症等が多く、多産による子宮破裂というケースも見られる。このような原因には、中絶（非合法）や感染症、子宮筋腫等による子宮の癒着が挙げられる。またこのような背景には、農村女性の重労働や妊娠中の低栄養、衛生概念の低さ等女性を取り巻く社会状況が大きく影響している。

家族計画に関する意識としては、子沢山は貧困につながるという意識が夫にも妻にもある。従って、どの地域においても関心が高いが、避妊に関する知識がない事や、避妊を行なってはいても不完全な場合もあり、多産を繰り返してしまう。しかし、村人の身近にいる伝統的治療師やTBAは、避妊に関する知識を十分に持っていない。一方、診療所の保健婦や助産婦も適切な知識を持っていないため、地域レベルにおいては情報がほとんど得られないという現状である。

その理由は、これまで政府が家族計画に対する政策を取ってこなかったためと思われる。これまで、多産が当たり前とされていたが、最近、都市近郊の村等では、子沢山は貧困につながる事や、教育のための費用がかかるので4人位が適当であるという意識に変化し

てきている。また、家族にとって子供の存在は老後の面倒を見てもらうためであり、労働力としての期待は少ない。

このような意識が「妻」だけでなく「夫」も同様である事が、今後の家族計画を進めていくうえで障害が少ないであろうと思われる。

(注1) January 7 Hospitalにおける統計、1992年

(注2) クサイカンドール郡病院で妊婦検診を受けたケースは年間約300人で、出産は145例であった。(1992年)

(3) 医療機関へのアクセス

村人は病気になった場合、なぜ病院へ行かないのか、その要因を挙げてみた。(木村真人、第1回大阪アジアスカラシップ活動報告、カンボディアにおける医療保健システム、第5章クサイカンドール郡保健医療事情より)

＜住民サイドの要因＞	＜サービスサイドの要因＞
ア. 薬信仰	ア. 有給、無給スタッフ
イ. アクセスの悪さと往診	イ. 少ないトレーニングの機会
ウ. 隠れた出費	ウ. 活動時間の不足
エ. 保健情報が流れてこない	エ. 私的診療
オ. 社会的制約	オ. 人材不足

＜住民サイドの要因＞

ア. 薬信仰

病気になった場合まず頼るのが薬であり、自宅周辺の薬草や市販の漢方薬、西洋薬を買い求めるが、特に西洋薬に対する信頼が大きい。しかし、薬局の主人は無資格であることが多いことや、保健スタッフの私的診療の際に原因が分からなくても適当に薬を使っていること等不適切な状況にあっても、たまたま原因と薬が旨く合った時の経験で信頼度が強くなったり、注射をしてもらえば中身は何であれ安心するという状況である。

イ. アクセスの悪さと往診

病院や診療所の周辺地域を除き、離れた地域の人にとっては道路事情が悪く交通機関が発達していないため、病人を運ぶ手段として自転車やオートバイを利用して運ばなければならない等の不便さも、敬遠される要因となっている。一方、国の医療機関における診療や薬は無料であるが、病院や診療所へのアクセスの悪さから、近所の薬屋で薬を買ったり、伝統的治療師や保健スタッフに来てもらって薬代を払うほうがよいと考えてしまう。つまり医療に関してお金を払えないわけではないが、薬に対する信頼や信仰が

強いこともこのような状況の背景にある。

ウ. 隠れた出費

病院にかかる場合、病院に行くための交通費、入院中の生活費、田畑の世話ができなくなる等、見えない出費がかさみ大きな負担になってしまう。

エ. 保健情報が流れてこない

保健省からの保健と医療に関する情報が村人まで流れるルートがない。名目上は保健健康教育は予防接種や成長モニタリングの時に行なわれることになっているが、実際は接種や記録に追われ、実施する時間がない。

オ. 社会的制約

1975～1979年の4年間のボル・ポト時代に村の共同体が破壊されたため、現在でも、まとまりにかけており、病人がでた場合子供を近所に頼んだり、家を留守にして、病院や診療所に患者をつれて行きにくい環境にある。そのため、薬を買って済ますか、自宅に診療にきてくれる人でなければならなくなる。それが病院、診療所スタッフの私的診療ということになる。

<サービスサイドの要因>

ア. 有給、無給スタッフ

病院のスタッフはほぼ有給スタッフであるが、診療所の場合有給スタッフは2人に1人（50%）である。通常無給スタッフは、予防接種や成長モニタリングの手伝いを行っている他は農業を営んでいるので、保健医療従事者であるという自覚が薄く、積極的に保健医療の仕事をしよう、あるいはしたいとは思っていないスタッフが多い。一方、有給スタッフは自覚はあるが、給料では生活が賄えないため副業（農業、私的診療）に時間を費やさなければならない状態になっている。

イ. 少ないトレーニングの機会

診療所スタッフのトレーニングはプログラム毎に県で行なわれるが、県の予算不足で実施できない状況にある。また、これまでのトレーニングは予防についてのみであり、臨床分野のトレーニングは看護学校、助産婦学校を卒業後ほとんどなされていない。

ウ. 活動時間の不足

健康教育の必要性についてはスタッフは十分理解しているが、予防活動は時間をかけた地道な努力が要求され、現在のスタッフの経済状態では、それだけの時間を作り出せない。

エ. 私的診療

村人に呼ばれて家庭で診療する場合、投薬は自分の判断でできるため、診療費と薬代が自分の報酬に繋がる。

ホ. 人材不足

1990年に始まった成長モニタリングは年々記録数が少なくなってきた。この背景には、栄養失調が減ってきたことにもよるが、ここ数年保健スタッフの生活が厳しくなっており、副業に費やされる時間が増加しているためと思われる。また、新しいプログラムとして、妊娠可能年齢の全ての女性に破傷風の予防接種が導入されたことも影響している。

(4) 保健予防活動

1) 保健予防プログラム

現在行われている保健予防活動としては、予防接種、栄養・成長モニタリング、母子保健・家族計画、水の供給と衛生、保健教育等であるが、地域によりその実施状況に違いがある。

今回訪問したクサイカングル郡では、予防接種に力を入れており（UNICEFがワクチンと器材を供与している）、乳幼児に6種類と妊婦及び妊娠可能年齢（15～45才）の女性に破傷風が接種されている。ワクチンの輸送経路は、保健局の保管庫から県病院、郡病院を經由して診療所に届く。更に実施の際は仮設接種場に母子を集めて、一回20人程度の規模（3人のスタッフ）で行われる。

次に栄養・成長モニタリングは、幼児の体重と身長を測定し栄養状態を把握するプログラムであり、予防接種と同時に行われる場合と予防接種とは別の日に行われる場合がある。

保健教育は、個別の保健指導は行われているが、予防接種や成長モニタリングの機会に保健教育という形で行われてはいない。また、小・中・高等学校では保健教育の時間はないので集団で行われる保健衛生教育の機会がほとんどない状況である。

2) 保健教育の実施を阻む要因

① 活動時間、人材の不足

新しい保健予防事業が入ってもスタッフが増えない。また、予防接種や成長モニタリングを行う際には、注射や記録に追われて保健教育を実施する時間がないのが現状である。

② 住民に協力する姿勢がない

この状況は、ポル・ポト時代から現政権下で自発的な活動が抑圧されてきたこと、これまで食べることに精一杯であったこと、また地域レベルまで情報が入ってこない等の理由により予防活動を自分達の問題として捉えていないためであると思われる。また多くの場合、村の共同体となる組織がないため情報が伝わりにくい。

③ 衛生環境が悪い

衛生教育に当たっては、安全な水が確保できるかどうか、ということが問題になっ

てくる。地域レベルにおける生活用水の供給源としては、河川・深井戸・浅井戸・溜め池・雨水等があるが、安全な飲料水を手に入れられるのは全国平均で17%である。しかし、浅井戸の水は鉄分が多く飲料水には適さない等地域により格差がある。

次に問題になるのがトイレの普及率であるが、現在のところ21%（首都25%、その他17%）であり、NGOが活動するある地域では113世帯中4件（カンダール県カンダールスタング郡）と地域による格差は、地方へ行けばいくほど普及率は低くなる。

このように、サービスサイドと住民側の双方に問題があるため、保健教育を実施するに当たっては、スタッフの研修や予防保健システムの確立、と同時に住民が自発的に予防活動に取り組むような環境の整備が必要である。

9-3 WIDの視点から見た今後の留意点

これまで述べてきたように、母子保健の水準を上げるためには、住民サイド、医療をサービスするサイドの両方の問題を解決していかなければならない。そこで今回のプロジェクトでは、後者の問題解決のために母子保健センターの管理運営能力の強化、そして研修指導者への研修に焦点をあてた協力が行なわれるが、更にこのプロジェクトが効果的に持続性を持った活動となるために、もう一方の住民サイドの問題にも注目し次の点に留意した計画が必要であると思われる。

- 1) 地域レベルでは、これまでに保健に関する情報が入ってこなかったために、住民が予防保健活動に対して協力する姿勢がないことから、研修プログラムにおいても地域住民にまで保健情報や知識を伝えるための普及方法を見つけ出せるような内容を含む必要がある。その際、核家族が多い事や地域に共同体がない等相互扶助システムがないために、情報が伝わりにくいという状況の解決を図るための手段が必要である。
- 2) 地域で効果的に保健教育を実施するために、医療従事者は十分な保健医療の知識を持っていることに加え、地域社会や住民の生活状況と健康状態との関連を把握しておく必要がある。従って、保健分野だけに拘らず、農業や給水施設等に関連した行政担当者や援助機関と積極的に協力し合って、住民の生計向上の活動にも注目しながら、予防保健への住民の主体的な参加を促すべきである。

(1) <医療従事者が農村開発普及員と合同で活動している例>

JVCの農村開発プロジェクト

同プロジェクトは、カンダール県プノンベン郡の2つの集合村（25ヵ村5,000人、23ヵ村 4,800人）を対象とした農村開発であるが、具体的には農民の大事な収入源であるやし砂糖の共同管理を中心に、米銀行、牛銀行、池掘り、持続的農業と同時に地域保健等多角的なグループ活動を組織しながら村の生活安定に効果的な相互扶助体制を確立していく事業である。この活動で普及員となるのは、「対象地域の有志」と「郡病院のヘルスワーカー」で、地域開発に必要な「問題の把握、住民参加、普及員の役割」等の合同トレーニングを行っている。特にプライマリーヘルスケアに関しては、「診療所のヘルスワーカー」を対象に助産婦の再訓練を行なう他、合同トレーニングに参加してコミュニティーヘルスの概念に対する理解促進を図っている。

(参考資料)

- 1-AZAD Nandini, Sisters of Hope: A Monograph on Women, Work and Entrepreneurship in Cambodia, Small Enterprise and Informal Sector Promotion Project, UNDP/ILO, Phnom-penh, February 1994.
- 2-LEDGERWOOD Judy, Analysis of the Situation of Women in Cambodia, UNICEF February-June 1992.
- 3-Secretariat of State for Women's Affairs, Kingdom of Cambodia, Cambodia Country Report, first draft submitted for the Second Asia and Pacific Ministerial Conference in Jakarta, June 7-14, 1994 and the Forth World Conference on Women in Beijing, September 1995.
- 4-SONNOIS Brigitte, Women in Cambodia, Overview of the situation and suggestions for development programmes, REDD BARNA CAMBODIA, July 1990.
- 5-UNIFEM, Report on the National Women's Summit, 5-8 March 1993, Phnom-Penh.
- 6-Directory of Human Assistance in Cambodia, 1994, CCC.
- 7-Directory of Water Supply & Sanitation Project in Cambodia, 1994, Water & Sanitation Sector Group.
- 8-プノンペン市周辺地域農村総合開発計画F/S報告書、1,994、JICA
- 9-カンボディアにおける地域保健医療システム、第一回大阪スカラシップ、木村真人、1993、SHARE.

(その他WID関連資料リスト)

- 1- , Gender Strategy Paper, Small Enterprise and Informal Sector Promotion Project, UNDP/ILO, Phnom-Penh, April 1993.
- 2-BROWN Denise, Early Childhood Care and Development, Baseline survey, Enfants du Cambodge, 26 April-5 May 1993.
- 3-Cambodia Women's Development Association (CWDA), A Report on Prostitution and Trafficking of Women, March 1994.
- 4-GOONATILAKE Hema, Gender Strategy, CARERE, An Area Development Programme in Cambodia, UNDP-OPS, May 1994.
- 5-HAMADEH-BANERJEE Lina and CARIDA-LOPEZ Jocelyne, Cotton and Diamonds, Report of the UNDP Gender in Development Mission, Phnom-Penh Cambodia, 25 February-9 March 1993.
- 6-KANT Elise, Comparing Poverty to Poverty, Internally Dispalced Persons and local villagers in Kompong Svay, Results ofa baseline survey in Kompong Svay district, Kompong Thom province, Cambodia, Church World Service (CWS), December 1993 (includes Gender aspects).

- 7-MEHTA Mona, Gender Dimensions of poverty in Cambodia: a Survey Report, OXFAM July-August 1993.
- 8-PARENTEAU Lucie, Les femmes et le commerce local dans la province de Pursat, CCDP November 1993.
- 9-PARIS Thelma R., MANDAC Abraham M., CHIN, Chharom, SAY Puthea, An Assessment of the Economic Contributions of Women in Rice Farming in Cambodia, Paper presented at the International Workshop on Gender Concerns in Rice Farming, 19-25 October 1992, Chiang Mai, Thailand.
- 10-PHAN Hanna and PATTERSON Lorraine, Men are Gold, Women are Cloth, A Report on the potential for HIV/AIDS spreadin Cambodia and implications for HIV/AIDS Education, CARE International in Cambodia, 1993.
- 11-VLAAR Sonja and AHLERS Rhodante, Gender Issues in Irrigation in Cambodia, A Study Proposal for the provinces of Takeo and Prey Veng, SAWA December 1993.
- 12-ZIMMERMAN Catherine, MEN Savorn and SAR Semen, Survey on Domestic Violence, Asia Foundation 1994. (Preliminary findings: "Study Reveals 'Extraordinary' Level of Domestic Violence" Robin McDowell, The Cambodia Daily, , 21 July 1994, Volume 3 Issue 29 p.12).
- 13-HARRIS Lyndsay, Survey on Handlind of Divorce Cases, Asia Foundation 1994.
- 14-SADANA Ritu, Survey on Perceptions on Birth Spacing Methods in Cambodia, Harvard school of Public Health/UNFPA Phnom-Penh, 1994.

10. プロジェクト実施計画

10-1 目的

最終目的：国家レベルの母子保健活動の活性化により、「カ」国における母親と子供の健康の増進を図る。

プロジェクトの達成目的：

- (1) 国立母子保健センター（NMCHC）の管理運営能力の強化
- (2) NMCHCにおける研修活動の強化
- (3) 母子に対する診断、治療レベルの向上

10-2 実施計画概要

プロジェクトの実施計画は、母子保健センターのスタッフ（1-4 主要面談者リスト参照）と共にPCM方式で討議が行われた。期間が充分ではなかったため最終計画表までは作り得なかったが、参加者分析・問題分析・目的分析については附属資料④のごとくの結論が得られた。代替案分析では、目的分析で手段とされた4つの項目のうち、薬品/消耗品の十分な供給及び給与の保障は日本の技術協力の範疇には含み得ない事を説明、管理運営能力の向上とスタッフトレーニングの充実を本プロジェクトの活動目標（成果）とする事に双方合意した。次の過程のPDM作成では、調査団滞在中には、活動の大枠しか協議できなかった。今後、保健省アドバイザーとして派遣中の山田専門家が中心となり詳細検討を続ける予定であるが、その任期終了後には、長期調査員に派遣も必要と考えられる。

上記の実施計画概要はナショナルプランの6つの目的、1)小児死亡率の低下、2)妊産婦死亡率の低下、3)母親教育（衛生、栄養教育）、4)管理運営能力の強化、5)母子保健従事者の研修、6)情報システムの強化のうち、4) 5)を柱にして、1) 2)の実現を目指すものであり、国家計画との整合性を高く保持したものであるため、他の援助機関との調整も比較的円滑に行えるという利点を持つ。

また、この作成過程には、母子保健センターの多くのスタッフが積極的に参加、冷房のない部屋で熱心な討論が続いた事を特記しておきたい。この会には、母子保健センターの中核的なスタッフが全て任意に参加しており、討議過程を通じて、日本側のプロジェクトの性格を繰返し説明できた事、特に何故日本が現在の「カ」国にとって重要な問題である職員の給与水準の低さ、薬品/消耗品の不足に対し、基本的には援助できないかという理念を説明できた事は、今後のプロジェクトの展開に非常に有用であったと考えられる。「カ」国側より、職員のモチベーションの向上は単に給与水準だけによるものではないという発言があった事を、特に記しておきたい。

11. 相手国のプロジェクト実施体制

11-1 実施機関の組織と事業内容

実施機関は国立母子保健センター（NMCHC）であり、その組織図は前述のように現在保健省の承認待ちの状態であるが、ほぼ原案通り承認される予定である。この母子保健センターは保健省の母子保健局に属し、また州保健局母子保健部を総括する立場にある。その業務内容は、母子保健に関する政策立案、州における母子保健活動の監督、母子保健従事者の研修、母子保健に関する住民教育、母子保健に関する情報網の整備、母子保健医療における最高位レファレル病院機能の6項目である。

活動実績は、要請書に添付。最新情報に関しては、附属資料③参照。

11-2 プロジェクトの組織及び関係機関

プロジェクトの組織に関しては上記実施機関と同様。関連機関としては、UNICEF、UNFPA、AEDAB、スイスNGO（小児病院）、WVI等が挙げられる。詳細については第8章参照。

11-3 プロジェクトの予算措置

本プロジェクトは母子保健センターの本来活動を支援するものであるため、本プロジェクト固有の予算措置はない。母子保健センターの予算は附属資料⑫の通り。

11-4 建物、施設計画

同時に要請が出された無償資金協力による新母子保健センター完成までは、現存の母子保健センターが活動場所となる。プロジェクトの活動のためには以下の施設／設備が必要と考えられるが、現在の「カ」国の経済情勢では、同国側に資金負担能力はないと考えられる。敷地、建物の供与、人的貢献は「カ」国側も確認した。

- (1) プロジェクト事務所：現在の母子保健センターの小児科病棟跡が使用可能。事務所自体は簡単な改築で使用可能であるが、電気、水、トイレ設備を新たに敷設する必要がある。機材についても同様。
- (2) 研修施設：現在研修室が2室使用可能。また小児科病棟跡にスペースはあり、簡単な改築で増設可能。
- (3) 臨床施設：現在の施設でなんとか活動可能。検査室だけは、改善の必要がある。
- (4) 電気室：発電機は全て老朽化しており、更に配電盤は危険な状態にある。応急処置が必要と考えられる。

11-5 カウンターパートの配置計画

附属資料⑬のようなスタッフが配置されている。チームリーダーのカウンターパートは母子保健センター長Dr. Eng Huot、研修に関してはDr. Or Sivarrin、産婦人科に関してはDr. Koum Kanalがそれぞれカウンターパートとなる。

11-6 政府関係機関の支援

本プロジェクトの最高責任者は保健大臣である。また外務省経済協力局からも全面的な支援の確約を得た。

12. プロジェクトの基本計画

「カ」国政府から提出された要請内容、派遣中を含めた専門家の調査結果を踏まえて、本事前調査団は母子保健センターの主要カウンターパート（センター長、産科及び小児科部門責任者、主な医師、助産婦、薬剤師、管理担当）と共にプロジェクト・サイクル・マネジメント（PCM）手法による参加者分析、問題分析及び目的分析を行い、本プロジェクトの大枠について相互の理解と合意を形成した。（附属資料⑩）

その結果、本プロジェクトにおいては母子保健活動の向上による「カ」国の乳児死亡率、妊産婦死亡率の減少を上位目標とし、同国の母子保健行政及び人材研修の中核である国立母子保健センターの①管理運営機能の強化、②人材研修機能の強化、及び③臨床活動の向上を目的とした活動を行うことで合意した。臨床活動は、すでにスイスのNGOの支援を得ている小児科部門（クンタボッパ病院）は我が国の直接の協力対象から除く予定である。また、NMCHCが実施する人材研修のうち、すでにUNICEFやUNFPA等他の国際機関の協力を得ているARI（急性呼吸器感染症）、CDD（下痢症コントロール）、家族計画等については重複を避けて相互に調整を行い効率的な計画を策定する必要がある。また、人材研修全体を統括する責任を有するNMCHCの運営管理各目的毎の具体的な活動内容については更に検討のうえ、実施協議調査団の派遣時に暫定実施計画を作成することとした。

本プロジェクトのサイトはプノンペン市内の国立母子保健センター（NMCHC）とする。NMCHCは現在市の中心地区にある「1月7日病院」において活動しているが、「カ」国政府から日本政府に対して同病院の市内北部地域への移転・建設への無償資金協力の要請が提出されている。この移転・建設が実施された後には、プロジェクト・サイトも新NMCHCへと移転することになる。それまでは、「1月7日病院」において協力を実施することとする。

我が国の主な協力内容は、①チームリーダーと調整員に加え、産婦人科、新生児科、助産、教育手法関連、病院管理等の分野の専門家の派遣、②NMCHCのカウンターパートの日本での研修、③技術移転に必要な医療機材、教育用機材、車両、発電機等の供与を行う。専門家は、長期4～6名、短期6～10名（年間）程度、研修員は年2～3名を受入れる。年度毎の実施計画については実施協議調査団派遣時に暫定計画を作成する。また、NMCHCにおける県、郡の母子保健要員を対象とする研修・訓練活動や教材の作成・配布に関しては現地業務費でローカル・コストの負担を実施する必要がある。

13. 専門家の生活環境

13-1 住宅事情

従前は専門家用宿舎としてはホテル・カンボディアーナのみが利用可能であり、同ホテルのアパートメントには調査団派遣時にもJICA関係者が滞在していた。しかし、在留邦人の中には一戸建てを借り上げている場合もある。外国人用住宅の供給はあるが、治安等には注意が必要である。短期滞在の場合には他にもホテル利用が可能である。

13-2 治安事情

プノンペン市内では、スリ、盗難や交通事故等の一般犯罪は引き続き発生しているが、政情は比較的安定してきている。しかし、一部の地域では今なおクメール・ルージュ等の動きに注意を要する。

13-3 食料、生活物資事情

プノンペン市内の市場では豊富な生鮮食料品やタイ等からの輸入品のカンズメ等加工食品が入手できる。外国人向けのスーパーマーケットも開店しており、肉、魚、加工食品、日曜雑貨等を販売している。物価は輸入費を含めても低い。

14. 相手国との協議結果

主な訪問先と協議の概要を以下に記す。

14-1 保健省

プロジェクト方式技術協力の制度について保健次官以下保健省関係者に説明し、理解を得た。「カ」国側からは、プロジェクトの総責任者は保健大臣とする事、実施責任者を医務局長、プロジェクト・マネージャーはNMCHC所長とする事、及び合同委員会の「カ」国側メンバーの構成案の提示があり、ミニッツにこれを記録した。

「カ」国側はプロジェクトの早期開始及び無償資金協力の早期決定・実施について要望を表明した。

調査団からは、プロジェクトにかかる「カ」国政府の予算・人員措置他の負担について適切な措置を要請すると共に、新NMCHC予定地にある建造物に居住している人々の平和裡の退去について依頼した。これについて保健省側からは、居住者の所属先である国防省と協議の上、工事開始までに立ち退きを確保するとの回答を得た。

14-2 国立母子保健センター（NMCHC）

プロジェクト方式技術協力制度については、改めてNMCHCの主要スタッフにも説明した。また、あわせて無償資金協力の制度の概略についても説明した。

NMCHC所長Dr. En Huotからの要望は以下の通り。

内戦により保健システムはほとんど破壊されてしまったため、1979年から復興に取り組んでいるが、国内のリソースが限られているために遅々として進まない。

乳児死亡率、妊産婦死亡率は世界でも最悪のレベルであり、再重点事項のひとつである。1990年に政府は新保健システムを制定し、中央から末端までの保健施設を組織したが、保健省から資材、人員、薬品等のサポートがなかったり、極端に不足しているため、利用されていない施設もある。

母子保健センターは新保健システムのもとで、①予防と治療の統合、②予防部門での人員訓練、③職員の知識向上等の責任を負っている。現在、母性保健活動、下痢症コントロール、急性呼吸器感染症コントロール、栄養のプログラムが実施されている。これらの多くの活動を実施するためには、保健省のみならず国際的な支援が不可欠である。

現在のセンター施設は、スイスのNGOの援助ですでに移転した小児医療部門を除くと1936年に建設された現在の施設・建物は老朽化が著しいので、日本の協力で移転を希望している。

所長、産婦人科部門及び小児科部門担当の両副所長、産婦人科A、B、C各病棟と外来担当

の医師、助産婦ら主要メンバーとのプロジェクトの目的と範囲に関する協議の結果は前述10-2の通り。各参加者共非常に熱心に協議に参加し、母子保健分野における問題点、NMCHCの現状と問題、改善に向けた方策について意見を出し合い、プロジェクト・デザイン・マトリクス（PDM）の原案を作成した。

「カ」国側参加者からは、NMCHCの活動のレベル・アップや規模拡大についてさまざまな希望が表明されたが、調査団側からは病院部門の運営管理や機材の保守管理等「カ」国政府負担となる点を説明し、電気、水道等のインフラストラクチャのレベルや保守管理上無理のないレベル・規模で設定するように申し入れ、基本的な合意を得た。

14-3 ミニッツ概要

協議の結果合意した点について以下の内容でミニッツを締結した。

(1) プロジェクト・タイトル

母子保健プロジェクト

(2) 全体目標

「カ」国の国家母子保健計画活動の促進を通じて母子保健水準を改善する。

(3) 目的

- 1) 国立母子保健センターの運営管理能力を強化する
- 2) 国家保健計画に則した国立母子保健センターの研修活動を強化する
- 3) 国立母子保健センターの子供と女性のための臨床活動を改善する

(4) 活動内容

詳細な活動については、派遣中の専門家と保健省他「カ」国側で協議を継続し協議議事録（R/D）において最終的に合意する。

(5) プロジェクト・サイト

現在「1月7日病院」に所在する国立母子保健センターにおいて実施する。ただし、「カ」国政府は日本国政府に国立母子保健センターの移転・新築への無償資金協力を正式に要請済みであり、その早期実施を強く要望した。

(6) 協力期間

R/Dに定めた開始日から5年間

(7) プロジェクトの実施

調査団は日本の技術協力の以下の3つの基本的なコンポーネントについて「カ」国側に説明した。

- 1) 専門家派遣
- 2) カウンターパートの日本での研修
- 3) プロジェクト実施に必要な機材供与

(8) 「カ」国側の取るべき措置

- 1) 必要な人員の配置
- 2) プロジェクト実施のための施設提供及び日本人専門家の宿泊支援
- 3) プロジェクト実施予算確保
- 4) 供与機材の免税
- 5) 家族計画を含む母子保健分野での国際機関、二国間援助機関、NGO等の調整
- 6) 保健省の新機構図の発効を迅速に行う

(9) 「カ」国政府責任機関

- 1) 保健大臣が全体的責任を負う
- 2) 保健省医務局長が実施の責任を負う
- 3) 国立母子保健センター所長がプロジェクトの運営管理に責任を負う

(10) 合同調整委員会

プロジェクト開始時に以下のメンバーで設置する。

1) 機能

R/Dの枠内でプロジェクトの年次計画を策定する
プロジェクトの進捗のモニター
プロジェクト活動の評価
その他プロジェクトに関する事項の協議

2) 構成

「カ」国側
大臣から指名された次官補
医務局長
官房の代表
財務部長
人材開発部代表
計画部代表
国立母子保健センター所長
国立母子保健センター副所長（全員）

日本側

チーフ・アドバイザー
調整員
専門家
JICAから派遣された他の人員
JICAカンボディア事務所長

注：在カンボディア国日本国大使館員はオブザーバーとして出席し得る。

(11) 実施協議調査団

- 1) 日本側はプロジェクト開始のためのR/Dを締結するために実施協議調査団を派遣する。
- 2) プロジェクトの詳細とスタッフの決定は今後の協議を通じて行うものとする。

(12) 日本の無償資金協力制度

「カ」国側は日本の無償資金協力制度について調査団から説明を受け、これを理解した。
「カ」国側は日本の無償資金協力が実施することを条件に無償プロジェクトの円滑な実施のためにアネックス I に記載された措置を取る。

15. 技術協力に当たっての留意点

本プロジェクトは、「カ」国の保健医療分野の再重要課題のひとつである母子保健の改善を目的とするものであり、「カ」国の国家母子保健計画を実現するための主要なコンポーネントであり、ニーズに一致したものである。

母子保健分野では多くの国際機関、二国間援助機関、NGOが協力を行っているが、我が国はその内、妊産婦、新生児医療に従事する人材の臨床的な訓練と、それらの人材を生かした臨床医療体制整備、及び国家母子保健計画の実施責任機関であるNMCHCの組織・機能の強化を中心に協力することによって、他の援助機関と相互補完的な成果を上げることができ、その意義は大きいと判断される。

プロジェクト方式技術協力の実施に当たっては、以下の諸点に留意する事が必要である。

(1) プロジェクトのランニングコストの支援

「カ」国では、新体制の下で初めての国家予算が1994年1月から執行されている。しかしクーデター未遂事件やポル・ポト派の動向等の政治要因による軍事支出の突出によって支出額は大幅に削減されている。NMCHCの運営に必要な光熱費、医薬品購入費（政府中央医薬品庫からの支給）、研修活動実施に必要な経費等の予算は常に不足している。

一方、現行の法律のもとでは、病院が利用者から医療費を徴収する事はできないと定められており、国庫補助以外に収入を求める事ができない状況にある。（この点については、WHO等他の援助機関でもサービスや管理の改善と関連させて試験的に医療費の導入を行なうよう保健省に働きかけており、今後の経過を注目するべきであろう。）

こうした状況を勘案して、日本側のローカル・コスト支援制度の中で研修セミナーの実施に係る経費や地方レベル医療機関への指導・監督活動等について支援する事が必要である。光熱費、人件費等については、類似施設の支援をしている欧米のNGOが資金援助しているため、「カ」国側カウンターパートは日本側にも援助を希望していた。長期的な視点からは依存度を増す結果になる支援は慎むべきであるが、短期的には先方の自助努力のみでは調達不可能なものについてはルールを定めて支援する事が望ましい。

(2) Khunta Boppa小児病院との調整

組織上NMCHCの小児医療部門に当たるKhunta Boppa小児病院は、1992年にスイス人の医師が運営するNGO（Foundation for Khmer-Swiss Partnership in Pediatrics）の援助で「1月7日病院」小児病棟から移転し、同NGOが人件費を含めたほぼ全面的な資金援助と専門家による技術援助を行なっている。国立の施設でありながら、経営の実態は市立病院に近い独立性を有している。

新NMCHCが無償資金協力によって移転・建設された場合、同一の敷地内に隣接することとなる。特に新生児部門では、双方の協力をいかに行なうか慎重に協議・調整を行な

うが必要になる。この際にスイス側とJICAの援助スキームの違いが問題になる可能性はある。

カンボディア病院協力実施機関のローカルコスト負担状況

病院名	Khunta-Boppa	国立小児病院
援助機関名	Khmer-Swiss Foundation	World Vision International
給与	政府職員 200 名 医師 200 名(32 名) 看護婦 (80 名) 直接雇用 95 名 (清掃・保守要員等) 月額 35,000ドル	政府職員 223 名 医師 90名 初等看護婦 40 名 平均 50 名 月額 11,000ドル
薬品	全部援助 年間 1,500,000 名	全部援助
電気 (ガソリン)	24時間発電に必要なガソリン 月 3,500 名	発電機用ガソリン代援助 月 2,000 名
外人専門家	約8人 医師、看護婦、建築家	検査技師 他

出所：調査団訪問聞き取り

(3) 他の援助機関との協調・協力

母子保健センターに直接関与している主な援助機関には日本（JICA）の他に、UNICEF、UNFPA、オーストラリア（AIDAB）がある。現在これらの機関は母子保健アドバイザー・グループとして互いに協調しつつ以下の分担で協力している。

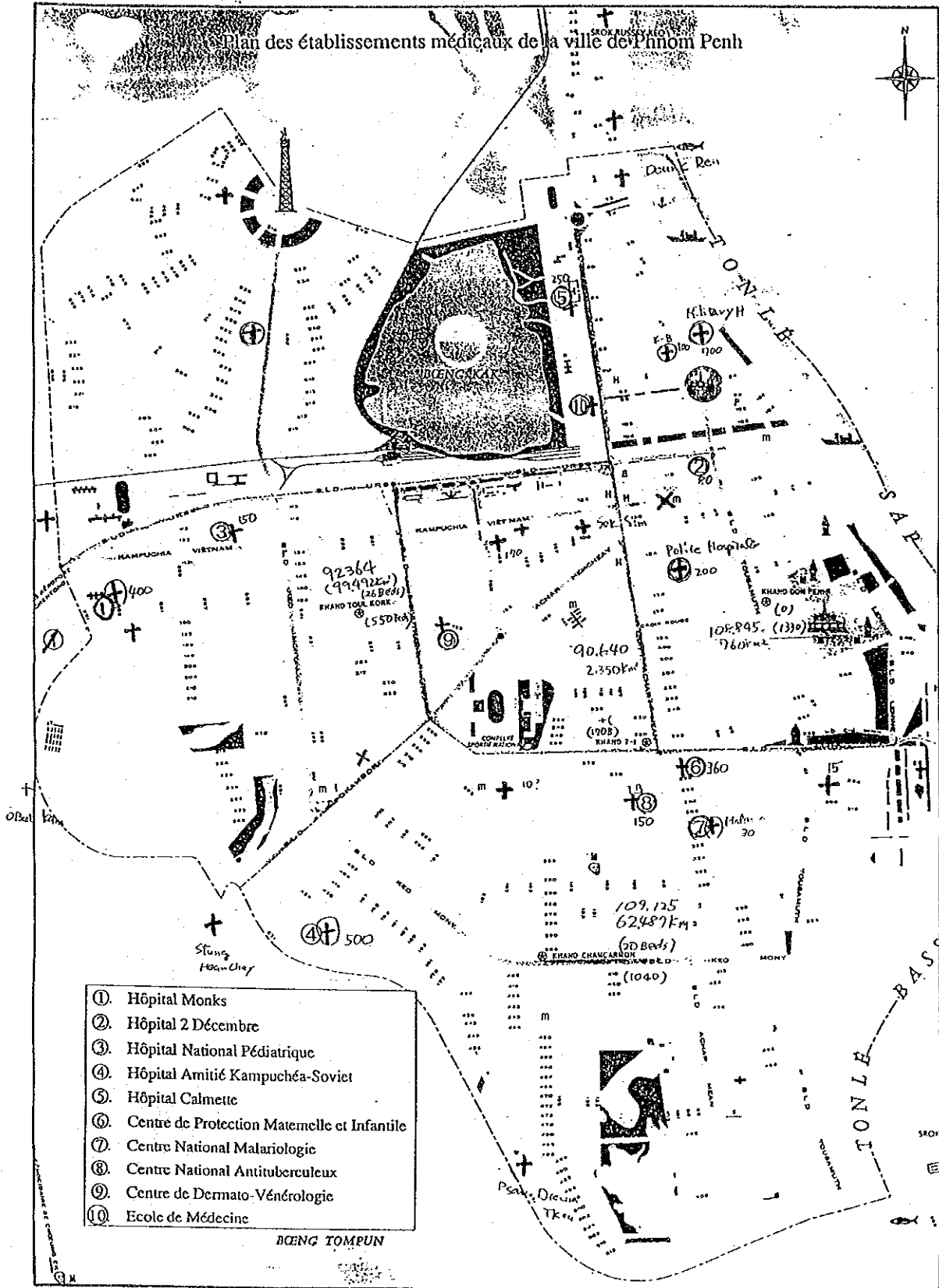
UNICEF	国立小児病院でUSAID/WVIと共同で小児下痢症、急性呼吸器感染症研修実施。ヘレンケラー・インターナショナルと協力してビタミンA補給プログラム実施。主に小児保健分野。
UNFPA	1994年8月からアドバイザーを派遣して家族計画を中心に協力。
AIDAB	母子保健スタッフの研修とその評価。
JICA (予定)	医療従事者の臨床訓練、卒後研修。研修カリキュラム、教材開発。 母子保健センター運営管理強化。

この他に、県、郡、レベルの地方医療施設を援助しているNGOは多数あり、こうした組織とも協調・調整して全体としての母子保健の底上げに資する中央での活動支援を行うことが望ましい。

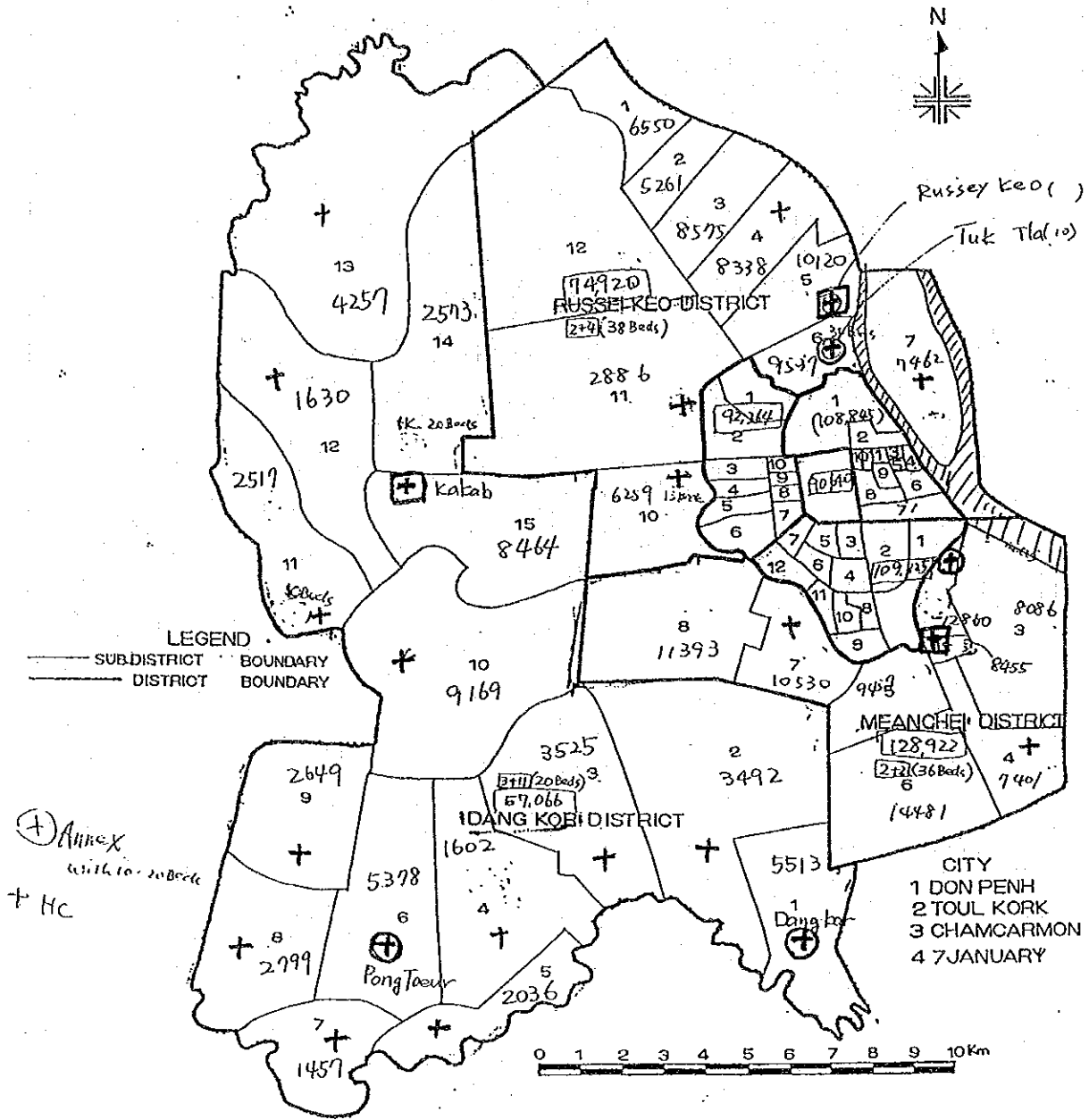
附 属 資 料

- ① プノンペン市内医療機関地図
- ② プノンペン市近郊医療機関地図
- ③ Health Policy and Strategy guideline 1994-1995
- ④ Maternal and Child Health National Health Plan 1994-1996
- ⑤ National MCH Center: Management Structure 1994
- ⑥ 技術協力要請内容
- ⑦ 保健省機構図
- ⑧ 国立母子保健センター活動実績
- ⑨ 1994年国家予算
- ⑩ 1994年保健省予算
- ⑪ 1994年保健省支出
- ⑫ 1994年母子保健センター予算
- ⑬ 母子保健センターカウンターパートリスト
- ⑭ PCM方式による分析
- ⑮ ミニッツ
- ⑯ 保健省アドバイザー木下専門家報告書抜粋

① プノンペン市内医療機関地図



② プノンペン市近郊医療機関地図



DANG KOB 57,066

- ⊕ District Hospital Direction de la Sante de district
- ⊕ Dispensaire
- + Infirmeria

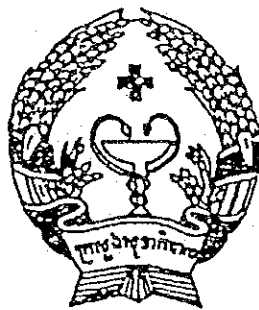
Tuk Tla

③ Health Policy and Strategy guideline 1994-1995

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
KINGDOM OF CAMBODIA

គោលនយោបាយសុខាភិបាល
និង
សេចក្តីណែនាំលើយុទ្ធសាស្ត្រអនុវត្ត
១៩៩៤ - ១៩៩៥

HEALTH POLICY
AND
STRATEGY GUIDELINES
1994 - 1995



JANUARY 1994

MINISTRY OF HEALTH, KINGDOM OF CAMBODIA

NATIONAL HEALTH POLICY

The Royal Cambodian Government affirms its mission to improve the health and well-being of all Cambodian people by:

Making full use of both public and private health care systems, and improving their quality;

Giving special attention to health education, preventive and curative health care for people living in the rural areas, organizing infirmaries (clinics) and maternity services;

Reducing the infant and maternal mortality rates through mother and Child health care;

Controlling communicable diseases, especially malaria, tuberculosis, dengue haemorrhagic fever and acute respiratory infections;

Interrupting the spread of sexually transmitted diseases, especially HIV/AIDS;

Improving the supply and distribution of drugs for the people, where possible by organizing local drug production using local raw materials; otherwise by better management of international tendering, procurement and importation.

Overall aims :

- (1) Meet the critical health care needs of people living in the remote districts and villages of Cambodia, previously without access to any health services.
- (2) Provide a high standard of health care for mothers and children, especially through immunization and birth spacing to improve their health.
- (3) Pay particular attention to the special health needs of those who have suffered as a result of conflict, especially widows and orphans, the disabled, displaced and homeless persons and returning refugees.
- (4) Monitor, co-ordinate and distribute equitably the significant external resource inputs being made in the health sector by the International Community.

MINISTRY OF HEALTH, KINGDOM OF CAMBODIA
Priority Health Service Goals:

- (1) Improve and extend primary health care services in the communes and villages, through a district health systems approach; with special emphasis on participation by the community and religious leaders;
- (2) Promote good nutrition, hygiene and birth spacing practices within families; to improve the health and well-being of women and children;
- (3) Reduce the incidence of communicable disease, especially malaria, tuberculosis, dengue haemorrhagic fever, diarrhoeal and acute respiratory diseases, sexually transmitted diseases and AIDS;
- (4) Improve hospital services in Phnom Penh and Provincial capitals; ensure provision of accident and emergency services;
- (5) Ensure acceptable standards of medical, paramedical and nursing care throughout the health care services; update health staff skills through in-service training;
- (6) Improve the supply and distribution of essential drugs and medical equipment to all public hospitals, dispensaries and infirmaries in Cambodia.
- (7) Establish a regulatory framework for management and quality control of the private health sector; for medical, paramedical, dental and pharmaceutical services;

Objectives

Detailed objectives and activities for the national health system and each priority programme area will be developed and described in the new National Health Development Plan, which will be developed by the Ministry of Health and implemented in collaboration with other Ministries and the Community.

Targets:

The measurement of achievements towards National Health Goals should ideally be undertaken using quantitative measures of health status. As there is no recent census data available, and as the national health information system is still unreliable, selected process indicators will be used. These will be obtained either from National Programme Data (malaria, P.E.V, M.C.H, tuberculosis) or from surveillance data from specific locations, mostly collected by international organizations.

KEY HEALTH DEPARTMENT TARGETS FOR 1994 - 1995

- i. Increase total vaccination coverage for infants under one year by 10% each year in the accessible provinces, and to 40% in the remote areas.
- ii. Increase access to full child health services with trained staff and adequate essential equipment and drugs, to 100% in urban areas and 80% in rural areas.
- iii. 20% of women aged 15-45 yrs receive at least 2 doses of tetanus toxoid vaccine.
- iv. 80% of pregnant women in urban areas and 50% in rural areas have access to personnel trained to provide correct antenatal care.
- v. 80% of births in urban areas and 40% in rural areas attended by trained health personnel.
- vi. Modern contraceptive methods available for birth spacing at all central, provincial and selected district health facilities.
- vii. 100% of district hospitals (or health centres) have a qualified medical assistant and 60% have a qualified doctor.
- viii. 100% of province and district level health facilities equipped with basic essential drugs.
- ix. 70% of TB patients presenting at district level and above diagnosed and treated according to national protocols.
- x. All central, province and district hospitals provided with sufficient antimalarial drugs, effective for their area.
- xi. Hospital mortality from malaria less than 2%.
- xii. 50% of hospital technical staff receive at least one refresher training course to upgrade their diagnostic and therapeutic skills.
- xiii. 60% of national programme staff receive refresher training.

THE DISTRICT HEALTH SYSTEM.

The health of the people living in the villages of Cambodia is the main aim of the public health service.

The Districts will become the main focus for implementing health care to the people; District-level services will be developed and personnel trained to manage government health facilities and services, run the district hospital, implement community based programs, control the district health budget and collect health information. The Provincial Health Department will focus the major resource component and programme activity at this level, with a clear mandate to promote, implement and support Primary Health Care in the villages as a district-based operation.

First level health facilities (clinics or infirmaries) will be located as close to the villages and centres of population as possible.

At District-level, programme activities currently resourced and managed vertically, will gradually be integrated and managed as one comprehensive health service system supported and technically supervised from the Province-level.

A standard district health system organization and structure for Cambodia has been developed by the Ministry of Health Planning Unit. This is a guideline only, and should be applied in a flexible manner to meet the individual situation of each district location and the communes and villages within that district. A list of the Role and Function of the District Health Office is shown in Table 1. below.

All health workers, whether based in towns or villages, are expected to provide health education to the people, to increase their knowledge and awareness about how to prevent disease and keep themselves and their families in good health.

Activities to prevent disease will be given priority in the district health services. Special emphasis will be given to immunization of young children and pregnant women.

A minimum package of at least 5 priority health care activities will be made available at every commune or village infirmary depending on the local need. Staff will receive training and essential medicine, vaccines and equipment will be made available to carry out these activities. Examples include immunizations, antenatal and maternity care, malaria treatment, care of childhood diarrhoea etc.

Basic medical care will be available at district hospitals, dispensaries, commune infirmaries and from mobile medical teams in the villages; A referral service to the provincial hospital will be developed for patient care not available at district level. Operational research will be undertaken to determine the most appropriate transport and communications.

Mobile teams of medical and public health personnel will visit rural communities to carry out immunizations, medical and antenatal check-ups and health education;

Staff categories and levels will be adapted to meet the needs of each district.

Options for financing the District Health Services to supplement the national budget will be considered and tried out, in full consultation with the local communities and health staff. Community participation to provide manpower and other local resources for health sector development or activities is strongly encouraged.

TABLE 1. ROLE AND FUNCTIONS OF DISTRICT HEALTH OFFICE

(1)	Preparation of an annual health activities plan, with active community participation
(2)	Management of district health budget
(3)	Raising additional local funds
(4)	Organization and management of district hospital service
(5)	Management of all other health facilities, including referral service; maintenance of transport, buildings and equipment
(6)	Manage supply and distribution of essential drugs, vaccines and medical consumables
(7)	Monitoring and supervision of all national and community health programmes eg. EPI, malaria, tuberculosis
(8)	Coordination of all government, non-government and private health services within the district
(9)	Management and supervision of all health staff in the district
(10)	In-service training of health workers in collaboration with provincial health trainers
(11)	Collection and compilation of district health information; reporting to Province; feedback to users at each level
(12)	Support district surveys and evaluate district health achievements

District Planning.

Annual activity plans will be developed for all districts in conjunction with the Provincial Health Department.

All district planning will start first with the people and emphasise the health and social needs of Cambodian families, living in their villages and towns. The people themselves, as well as their community and religious leaders, will be consulted and involved in planning.

PROVINCIAL HEALTH DEPARTMENTS

Province Management

The Minister of Health has responsibility for the entire health service, but delegates defined health service functions to the Provincial Director of Health Care Services, who will head the Province Health Service.

Province Health Structures should be developed to support and strengthen the District System of Health Care, which becomes the main recipient of public health sector resources. A list of the Roles and Functions of the Provincial Health Department is shown in Table 2 below.

TABLE 2. ROLE AND FUNCTIONS OF THE PROVINCIAL HEALTH DEPARTMENT

(1)	Provincial health service planning, human resource development and programme monitoring;
(2)	Coordination of all provincial health activities, including inter-sectoral, non-government, traditional and private sector; coordinate external resource inputs, including all international and non-governmental organizations
(3)	Management, employment and control of the provincial health workforce;
(4)	Budgeting and auditing of health expenditure: all or part of the resource allocation in consultation with MOH;
(5)	Submission of Development Projects to Ministry of Health for approval.
(6)	Managerial and technical supervision and monitoring of district health teams and district heads of vertical health programs;
(7)	Manage procurement, supply and distribution of essential drugs, vaccines and supplies to all districts.
(8)	Organization and management of patient referrals and Province Referral Hospital;
(9)	Maintain health facilities, transport and equipment
(10)	Establishment and management of in-service training programme for all health workers, in accordance with national guidelines.
(11)	Epidemiological surveillance and maintenance of health information system;
(12)	Evaluate province health achievements; monitor implementation of national programmes

Province Health Departments should develop their organization and structure to reflect the change in focus of their health services towards greater accessibility and wider coverage of health care services throughout their geographical areas.

In close cooperation with the Ministry of Health, Province Health Directors should take a lead role in coordination and planning of external resources, maintaining regular close contact with international and non-government organisations working in his/her area of responsibility.

Appropriately qualified health staff in the provinces will be distributed equitably according to needs at province, district, sub-district and commune level.

Human Resource Management and Training will be strengthened according to the Human Resource Policy described below. All province level senior managers will receive management training to prepare them better for their responsibilities.

Management of EPI, MCH, nutrition, health education and communicable disease control programmes will be strongly emphasized, within the District Health System.

Programmes of repair, construction and modernisation of infirmaries, MCH centres, dispensaries and hospitals should be started, giving priority to locally defined needs. Hospital infrastructure, including water supplies and sanitation, will be renovated and upgraded as funds become available, in order to provide a standard level of curative care to support primary health services.

Municipalities will adopt the same district health systems approach to health care as Provincial services. Urban areas will introduce urban primary health care services, following guidelines already developed in some parts of the cities. Vertical programme activities will be integrated in urban areas as in districts.

The role of the Municipal and National Referral Hospitals in Phnom Penh has been reviewed by MOH and future plans will be finalised in consultation with Municipal authorities.

Options for financing municipal health services will be studied and new schemes introduced in full consultation with the people.

The need for urban health programs in province towns not declared as municipalities will be explored.

Provincial Health Plans

Provincial Health Departments are responsible for implementing National Health Policies and Strategies which are outlined in this document. These guidelines must be translated by Province Health Administrations into Action Plans which can be implemented in the field.

Provincial Health Plans should contain an analysis of the present health situation and the priorities to be set. They should contain a plan outline, with a statement of goals, objectives and major strategies. These strategies should then be made specific with details on implementation and resource requirements. Finally a plan for monitoring and evaluation should form part of the Provincial Health Plan.

Provincial Plans should consist of both District Plans and Health Programme Plans, such as EPI, malaria and TB control. Senior staff from the provincial health office and district health offices should all be involved in the planning process.

Ministry of Health will provide administrative and technical guidance to Provincial Health Directors to develop:

- (i) Annual Plans and Budgets
- (ii) medium and longer term Health Development Plans

It is recommended that in order to develop provincial plans, at least two planning workshops be held to facilitate team work and group decision making in the planning process. The Ministry of Health Planning Unit can provide technical assistance for these workshops, which

should ideally be held with a two month interval, over a planning period of about five months.

An outline Provincial Health Plan Framework is reproduced at Annex II.

Patient Care at Province Level

The Provincial health care team, whether involved in preventive, curative or rehabilitative activities, should adopt a province-wide approach to patient care. Their work is part of the overall Province health service, affecting the care of people living in all the villages and towns of the province.

National protocols for diagnosis and treatment of commonly occurring diseases, such as tuberculosis, malaria, dengue haemorrhagic fever and STD, have been developed and should be utilized routinely for patient care throughout the national health service.

Campaigns will be undertaken to immunise against communicable disease; to give health and nutrition education ; and to give emergency medical care;

The provincial hospital will provide the secondary-level health care service for the surrounding town and tertiary level service for all district patient care activities. A referral system should be developed which can respond to the needs of patients in outlying districts.

The focus will be on improved quality of care and will cover medical, dental and nursing services; infection control; rehabilitation; provision of essential drugs and equipment; laboratory and blood transfusion services and diagnostic X-ray.

The province hospital should provide total, integrated health care, rather than just a curative service. Attention will be paid to health and nutrition education for patients and their guardians, especially women and older children.

All hospitals should establish programmes of infection control according to guidelines developed recently in 5 pilot hospitals.

Specialty services, such as orthopaedics, ophthalmology, E.N.T, or dermato-venereology, may be developed at province level as staff and financial resources become available. Super-specialties, such as neurosurgery and cardiology, will only be developed on a regional basis in the longer term.

Existing vertical programme laboratories will be integrated into a single improved laboratory service in all provinces. Blood Banks will be developed at the larger province hospitals and these will become the basis for the new National Blood Transfusion Programme. all province

Provincial Directors, in close collaboration with MOH Human Resources/Training Department, will establish regular in-service training programmes for all levels of health staff throughout the Province. In-service training will be given to all hospital based staff to upgrade clinical skills.

Private Curative Services

The demand for a more sophisticated system of hospital care is likely to increase at this level of the service (provincial), particularly in the larger province centres. This demand should be met by development of private sector services.

CENTRAL SUPPORT TO PROVINCIAL AND DISTRICT SYSTEMS

MINISTRY OF HEALTH

The Ministry of Health (MOH) is lead agency for implementing government health policies. MOH will work closely with other Ministries, agencies and organizations which have health functions, especially Planning, Social Action, Agriculture, Education, the Cambodian Red Cross, and all International and Non-government Organisations.

The Ministry of Health is responsible for health care delivery throughout the country, at the Centre and in the Provinces, Districts and Communes. An effective organisational structure will be introduced from Central Ministry to Provinces and Districts, clarifying divisions of technical and managerial responsibility at all levels of the health service.

The Ministry of Health has responsibility for preparing an annual Health Plan and Budget for the whole country, and for allocating resources throughout the health system.

The Ministry of Health will appoint Provincial and Municipal Directors of Health, who will be responsible to the Minister, through the Director General of Health Care, for implementation of health policy and plans in the provinces and municipalities.

Ministry of Health Structure

The new organisational structure of the Ministry of Health is represented in the organogram attached at Annex I.

The Ministry of Health re-affirms its policy focus on district health care development, supported by provincial management and planning. The Central MOH has a clear role in support of Province and District Health Services.

The functions to be undertaken by the Ministry of Health in order to attain this policy objective are set out in Table 3 below.

TABLE 3. ROLE AND FUNCTIONS OF CENTRAL MINISTRY OF HEALTH

(1)	Health Policy Formulation including policy on inter-sectoral activities.
(2)	Production of National Health Plan and guidelines for provinces and districts to implement the Plan.
(3)	Coordination and management of all external resources for Health Services to ensure activities are in line with the National Health Policy and Plan.
(4)	Technical advice and support to all components of the Public Health Service on programmes, services and management.
(5)	Monitoring central, provincial and district health systems performance and policy implementation.
(6)	Efficient two way communication with provinces and other health service components; receiving reports and information; giving feedback for good management; involving provinces in policy formulation.
(7)	Budgeting and auditing of all health expenditure for Ministry of Health, central institutes, national programs, provinces and districts: resource allocation;
(8)	Advise on allocation of financial and material resources, especially capital funds, within provinces and other Public Health Service components. Monitoring of Provincial financial expenditure.
(9)	Establish, manage and maintain the essential drugs supply system for the country; ensure regular, adequate supplies and equitable distribution of drugs and equipment throughout the health care system.
(10)	Control over purchasing and local production of pharmaceuticals.
(11)	Human resource management and development, including training and re-training, registration, appointments, promotion and personnel matters.
(12)	Regulation of private and traditional medicine sector, profit and non-profit, including non-government organisations.
(13)	Monitoring and supervision of national health organizations, institutes and programs, including research and development.
(14)	Regular review, update and preparation of new legislation for effective regulation of the public health service.
(15)	Liaison with international health organizations and aid agencies.

Immediate Goals

The Ministry of Health has set itself a series of immediate goals for early implementation :

1. Ensure Provision and distribution of adequate salaries and benefits to health workers; determination of the total health worker establishment and appropriate numbers for each category.
2. Establishment of a system of registration, equivalencies and certification of all health worker categories.
3. Reorganisation of Ministry and Central Institutes; clarification of all job descriptions; re-training of personnel;
4. Improved monitoring of Ministry funds and programmes;
5. Strengthening Central Medical Stores; regular distribution of adequate drugs and supplies to hospitals, dispensaries, infirmaries and health stations throughout the country;
6. Recommence local production of essential drugs, traditional and herbal medicines, including through private initiatives from both Cambodian and foreign sources;
7. Improvements in management and efficiency of Phnom Penh Hospitals: creation of a working ambulance system for patient referral;
8. Up-grading of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Dentistry; curriculum revision; elimination of corruption; increased contact and communication with students and teachers;
9. Training of health care personnel at all levels, with opportunities for further studies abroad;
10. Upgrading the public health component of Cambodia's health system, with emphasis on public health training at all levels; creation of an Institute of Public Health.
11. Promotion of scientific and health systems research, including research in Khmer traditional and herbal medicine;

International assistance programmes;

Ministry of Health will actively seek additional resources for health programmes and projects from the international community. Ministry of Health appreciates the tremendous technical and financial resource inputs made by non-government organizations (NGOs) in the health sector, and intends to continue to work with these organizations in a spirit of cooperation and partnership.

The Ministry of Health's Coordinating Committee (COCOM) will continue to provide a forum for exchange of views and advice to the Minister.

All health-related project proposals will be submitted to Ministry of Health for consideration and approval prior to implementation anywhere in the country;

Ministry of Health will set criteria for approval, and guidelines for implementation, of these proposals, taking into consideration the national health policies above and in a climate of mutual understanding.

Ministry of Health will shortly develop a system to regularise the employment and/or training attachment of government health workers with International and Non-government organisations.

Private Health Care

A choice of private and public health services is encouraged, but it is important that one must not be at the expense of the other and quality must be maintained in both sectors. Private health services are considered complementary to the public sector service, not a replacement.

A programme of supervision and inspection of public and private health services will be started by the MOH Inspectorate General.

NATIONAL PROGRAMMES

National programmes may be defined as centrally (often external donor)-funded programme areas, with a management and reporting structure separate from the general health service delivery system.

The long term aim is for the national programmes to become part of the decentralised district care system; no longer individual vertical programmes with separate management structures.

Ministry of Health currently has overall responsibility for monitoring management of the national programmes. It is intended that Ministry of Health will develop capacity to more actively participate in programme management and evaluation. Programme managers, located within MOH or a National Institute, will be accountable to appropriate Directors within the Directorate General of Health Care.

National programme activities at district level should be integrated with the general health care delivery system, and with other national programmes. In the longer term, the aim is to integrate at all levels, including central management function.

The role and functions of the specialist Centres and National Institutes, and their relationship with each other and the Ministry, will be defined within a short time.

National Programme Plans of Action

National programme managers have responsibility to ensure that Plans of Action, emphasising integration of health activities, are formulated and presented for Ministry of Health approval annually.

Programme managers will also monitor progress in programme implementation and prepare 6 monthly and annual reports for Ministry of Health and donors.

The Ministry of Health proposes to introduce a new national policy in five priority areas in 1994 :

- Essential Drugs & Supplies
- Continuing Education of health staff
- Nutrition
- Blood Transfusion
- Birth Spacing to improve mother and child health.

In formulating these, the overall policy of integrated health service delivery at district level will be given full consideration.

Birth Spacing Policy

A priority aim of the Ministry of Health is to reduce maternal and young child mortality in Cambodia, and to improve the quality of family life.

Spacing of births is encouraged as a means of improving the health and well being of women, and consequently the better nutrition and health of their children.

The termination of pregnancy by induced abortion as a means of contraception is not acceptable.

To implement the birth-spacing strategy, parents and health staff will be educated about contraceptive methods, and the availability of reversible and affordable contraceptives will be increased so that all couples may have access to them. Young adults will be educated in sexual and reproductive health matters.

A national birth spacing policy and programme will be developed for commencement as soon as possible.

CENTRAL INSTITUTES OF PUBLIC HEALTH

National Centre for Hygiene and Epidemiology (CNHE)

The CNHE was developed to provide the Ministry of Health with expertise in communicable disease surveillance and control, but because of funding constraints has taken on more and more programme management function in recent years. Currently CNHE in reality only has a programme management role. Two major programmes, EPI and Rural water and sanitation (both funded by UNICEF) are managed by the Centre.

In 1993, Ministry of Health assisted CNHE to evaluate their role and functions and to prepare a Plan of Action for the next year.

The Plan envisages development of Research and Training Capacity among staff and less involvement in future in programme management and implementation. Very recently CNHE has taken on responsibility for undergraduate Public Health Training in the Faculty of Medicine, and a group of 30 Trainers have begun training with WHO technical assistance. Ministry of Health expects CNHE to take a lead role also in developing public health continuing education for health workers.

CNHE staff are already involved in various surveys and investigations, and are developing skills in epidemiological surveillance. A major effort will be made to increase their expertise by training both incountry and abroad.

MOH recognize the need to locate the various departments of CNHE (and possibly other central institutes such as CENAT, CNM) together in one major facility and will seek international support to develop the Center as the country's apex National Institute of Public Health. Meanwhile effort should be made to improve coordination between all the Centres.

Ministry of Health will strengthen links between CNHE and all relevant Ministry of Health Departments, especially the Health Information Unit.

National Malaria Center (CNM)

The main function of the CNM is management and implementation of the National Malaria Control Programme. This has been technically and financially supported by WHO, ODA (UK) and NGOs. A programme review has recently been completed.

CNM also has a training and research function, both of which are active though requiring more technical and funding support. MOH has given high priority to institution-strengthening and programme activities at this Center.

A recent decision by MOH will close the very small patient care facility which has operated at the Centre over the past few years.

CNM currently occupies its own building in the city centre. MOH will consider future siting

of the Centre in the light of development of the National Institute of Public Health, into which CNM will need to be integrated.

MOH will strengthen its capacity in overall communicable disease control policy development and programme monitoring and will strengthen links with CNM.

National Tuberculosis Centre (CENAT)

A major review of CENAT and the National Tuberculosis Control Programme took place during 1992/93, with technical assistance from WHO. The National Tuberculosis Control Plan has recently been completed and will be implemented immediately. New strategies will be put in place to control the currently very high prevalence of this disease throughout the country.

CENAT has two main functions at present: programme management and patient care. Some training is also carried out. Ministry of Health has overall responsibility for monitoring implementation of the National Programme and links between CENAT and Ministry of Health, as well as Ministry of Health capability, will be strengthened.

The future location of CENAT, and its associated hospital, is still under consideration. The present site in the City Centre is congested and there is pressure to relocate the hospital to a peri-urban area of Phnom Penh, in order to provide a better environment for patient care.

CENAT's training and future research function may be incorporated into the new National Institute of Public Health.

Maternal and Child Health Centre (PMI)

The Maternal and Child Health Centre (PMI) includes both the MCH Programme Management Offices, Training Facility, 7 January Women's and Children's Hospital and Kantha Bopha Children's Hospital. The Centre currently acts as the apex Institute for programme planning, management, training and evaluation for the national maternal and child health and birth spacing programmes. Technical assistance and programme funds have been committed by UNICEF and other international organizations.

The Ministry of Health and the PMI will seek mechanisms to coordinate activities at all levels for maximum impact. The Ministry of Health Directorate of Women and Children's Health, within the Directorate General of Health Care, will be strengthened to take greater responsibility for programme planning and monitoring.

The PMI will take a lead role in developing the birth spacing programme, supported by a programme of assistance from UNFPA.

The future of the present PMI building and location is under discussion. The existing premises of the 7 January Hospital will close down when a viable alternative is identified.

Plans are being developed in conjunction with the Japanese Government for a major new Women's Hospital and Maternal and Child Health Training Facility on the site of the old Pha Nga Ngam Maternity Hospital. There are several options for Maternal and Child Health programme management and these will be carefully reviewed by Ministry of Health, in full consultation with advisers and donors.

Centre for Venereology (Sexually Transmitted Diseases: STD)

This Centre has been established in one of the former Phnom Penh municipal dispensaries, but so far it has not attracted sufficient resources to become fully functional. Ministry of Health is reviewing activities and considering alternatives for its future development. Consideration is being given to co-locating some components of the AIDS Control programme.

Pasteur Institute

This will be further developed as the Central Reference Laboratory for the country. Technical assistance and major capital funding is being provided from the Paris Institute Pasteur, for new laboratory construction and staff development.

The relocation of the Pasteur Institute to the Calmette Hospital campus, once the new laboratory construction is complete, will free up its present site for development as the National Institute of Public Health.

HOSPITALS

Hospitals constitute a vital part of Cambodia's national health system. They will be integrated into the system at each level throughout the country, in support of primary health care services.

Hospital categories within the National Health System will be :

- District Hospital
- Provincial and Municipal Hospitals (with specialties)
- National Referral Hospitals, including Specialist Hospitals.

Hospital Activities

The level of activities possible in each hospital category will depend on the buildings, staff and equipment available. MOH has developed recommended essential activity guidelines:

Province Hospital Activities

Management:

Hospital financial expenditure and accounts; Hospital statistics
Drug and material management
Referral systems from districts; Transport management
Radio communications
In-service training

Curative:

Out-patient consultations and treatment
In-patient care
Hygiene and sterilization
Delivery and newborn care
Surgery and orthopaedics; Gynaecology
Internal Medicine, including infectious diseases
Ophthalmology; Dermato-venereology; E.N.T
Paediatric care; Ophthalmic Care
Dental care; X-ray; Ultrasonography
Laboratory diagnostic service; Blood Banks

Promotive and Preventive:

Infection control; Health and hygiene education
Pre and post-natal care and birth spacing
Child Health ; Elderly outreach

Rehabilitation:

Prosthetics service for amputees
Physiotherapy

District Hospital Activities

Management

In-service training
Hospital financial expenditure and accounts; Hospital statistics
Drug & material management ; Transport management

Curative

Outpatient consultations and treatment
In-patient care; Hygiene and sterilization
Delivery & newborn care
Laboratory service, X-ray
Patient referral
Delivery complications
Basic surgery & traumatology
Dermatology; Dental care

Preventive and Promotive Activities

- In service training for all district staff
- Health & nutrition education
- Prenatal consultation; Birth spacing
- Under-5 consultations, EPI, growth monitoring etc
- TB & Leprosy and Malaria control program
- Hospital and clinic hygiene - infection control
- Environmental Health programme

Specialist Services

Specialist services in selected subjects, such as cardiology and neurosurgery, will be developed in Phnom Penh and on a regional basis only, as funding and trained staff become available.

Phnom Penh Hospitals

A detailed review of Phnom Penh Hospitals, both national and municipal, has recently been completed by MOH, as a result of which some major changes will be made in their organisation, management and bed distribution. Details will be available after full consultation and agreement have been reached.

Hospital Management

A plan will be developed for the systematic training of hospital managers in order to upgrade their skills and competence levels. In view of the many changes that are likely to take place in the hospital sector, this training is considered to be critical.

Staff numbers in each hospital will be rationalised to meet the needs; MOH will develop standards to be applied for each staff category and service level.

Technology in Hospitals

In view of the enormous potential cost of up-grading and maintaining the country's hospital system, a national policy on the level of technology and type of equipment to be employed will be developed. This will address issues such as maintenance, spare parts, repair and particularly running costs; also staff training in utilization and cost-effectiveness.

In the future Cambodia hopes to have a level of technology comparable to its neighbouring countries.

HUMAN RESOURCES

Human Resource Planning

The Ministry of Health will retain the main responsibility for human resource planning for health. A new Directorate General for Human Resources is being established under the authority of the Minister of Health. It will work closely with other government departments and provincial health services to ensure that all decisions affecting human resources support the national goals.

The level and mix of health staff in all health institutions should be appropriate, efficient sustainable and consistent with meeting legitimate health requirements within the country's economic resources.

Health Workers should be equitably distributed between Provinces and Central Health Institutions. Within the Provinces there should be equitable distribution between the Districts.

Health worker categories for Cambodia, together with their mix at each level, will be determined based upon the priority health needs. Health Worker Equivalencies have been agreed by all parties and the final list is attached as Annex III.

The established number of public health workers for each category will be determined by MOH within a short time. The health worker establishment will be reviewed at regular intervals (e.g. every two years).

Base on the identified national public health worker establishment, the Ministry of Health will develop strategies to revise the number of health workers to achieve the identified establishment.

A system of Registration, Certification and Equivalency will be set up within the Ministry of Health for all categories of workers.

The Ministry of Health recognises that health workers also operate in the private sector and will establish mechanisms for their registration, regulation and quality control.

Human Resource Training and Development

Health workers will be required to have a general education and health related training consistent with the jobs they have to do, (not more). The training will be based on clearly defined roles, job descriptions and task statements as determined by the Ministry of Health. This will ensure that each category of Health worker attains the nationally accepted levels of competency for their profession.

All curricula will be competency based to support Primary Health Care and augmented where necessary with skills required for referral.

Selection of health workers for specialist training will be made by the Ministry of Health based on identified criteria and needs of the service.

Intakes of students to training programmes will be determined by the country's quantitative and qualitative staffing needs and available financial resources; prepared by Ministry of Health in cooperation with Provinces and annually updated.

The number and quality of teachers required to meet the national health worker training needs will be identified by the Ministry of Health. This will be reviewed on a regular basis.

Training Institutes will put emphasis on improving the quality of both theoretical and practical teaching. Special emphasis will be put on improving relevance and quality of basic science teaching and public health.

The Ministry of Health will attempt to identify resources to upgrade the infrastructure and improved teaching and learning facilities for staff and students.

A National Continuing Education Centre will be established which will coordinate all continuing education activities throughout the country and produce teaching modules for continuing education.

Ministry of Health approval must be sought for all private or NGO training institutes. Such institutes must provide evidence of being able to train health workers of recognized categories to an academic standard and professional competence acceptable to the Ministry of Health. In the event of Ministry of Health granting certification to such an institute there will be no guarantee that graduates will be employed in the public sector.

Ministry of Health will follow the regulations of the Ministry of Education relating to Examination and Higher Education standards and regulations.

Human Resource Management

The vital role of Health Professionals in the community will be promoted to give them enhanced prestige and stature, making health work a more attractive career prospect.

Criteria for recruitment of staff to study or work within the health professions will be based on competence, motivation, aptitude and academic attainment.

All health workers will be provided with a copy of their clearly defined Roles and Job Descriptions, which will have been designed to reflect the National Health Policy and Plans. Management structures will be developed for each category of health worker to enhance

career prospects within each profession in order to retain the most capable workers within their chosen professional category.

The separate status of different health workers will be clearly defined (e.g Service Staff, administrative staff, educators etc).

Appropriate incentives will be created to motivate and retain competent health staff and increase their productivity.

All health workers should be fully informed of disciplinary procedures which can be applied. The Discipline Committee in the Ministry of Health will be maintained. Supervisors must exercise their disciplinary powers fairly.

All staff holding supervisory positions will be given training in methods of ensuring staff competency, effectiveness and efficiency through observation, discussion, support and guidance.

All health workers will be provided with adequate opportunities for appropriate continuing education, in order to develop and maintain competence to fulfil their defined role.

Central Training Institutes.

Faculty of Medicine, Pharmacy and Dentistry.

All future training will be revised to become competency based and community oriented.

All health professionals currently working in a teaching capacity will be given training in modern teaching and educational methodology and evaluation.

All curricula will be reviewed based on the Ministry of Health job descriptions and revised to a Primary Health Care approach augmented by skills required for referral.

The numbers of students accepted for training will be determined according to the needs of the country and according to plans worked out by the Ministry of Health Human Resources Department.

Emphasis will be on improving the quality of both theoretical and practical teaching, with special emphasis on improving the relevance and quality of basic science teaching and expansion of public health. Links will be strengthened with Primary Health Care projects, the national hospitals and institutes to provide adequate practical application and experience.

Ministry of Health will attempt to identify resources to upgrade the infrastructure and provide improved teaching and learning facilities for staff and students.

Technical assistance is already being provided in a number of departments and will be extended to others as funding becomes available.

Nursing and Paramedical Training School (ECCS)

Technical support will continue to be provided to all departments to upgrade the quality of teaching and improve student standards.

The numbers of students accepted for training will be determined according to the needs of the country and according to plans worked out by the MOH Human Resource Department.

All curricula will be reviewed based on Ministry of Health provided job descriptions.

Competency Based Training will be given to improve quality of both theoretical and practical teaching with special emphasis on improving the relevancy and quality of basic science teaching. Links will be strengthened with PHC programmes, the national hospitals and national institutes to provide adequate practical application and experience.

All health professionals involved in teaching will be given training in teaching and educational methodology and evaluation.

Post-basic nurse training will be introduced in areas such as:

- Midwifery
- community nursing
- nursing management
- infection control
- newborn care
- operating theater techniques
- anesthetics

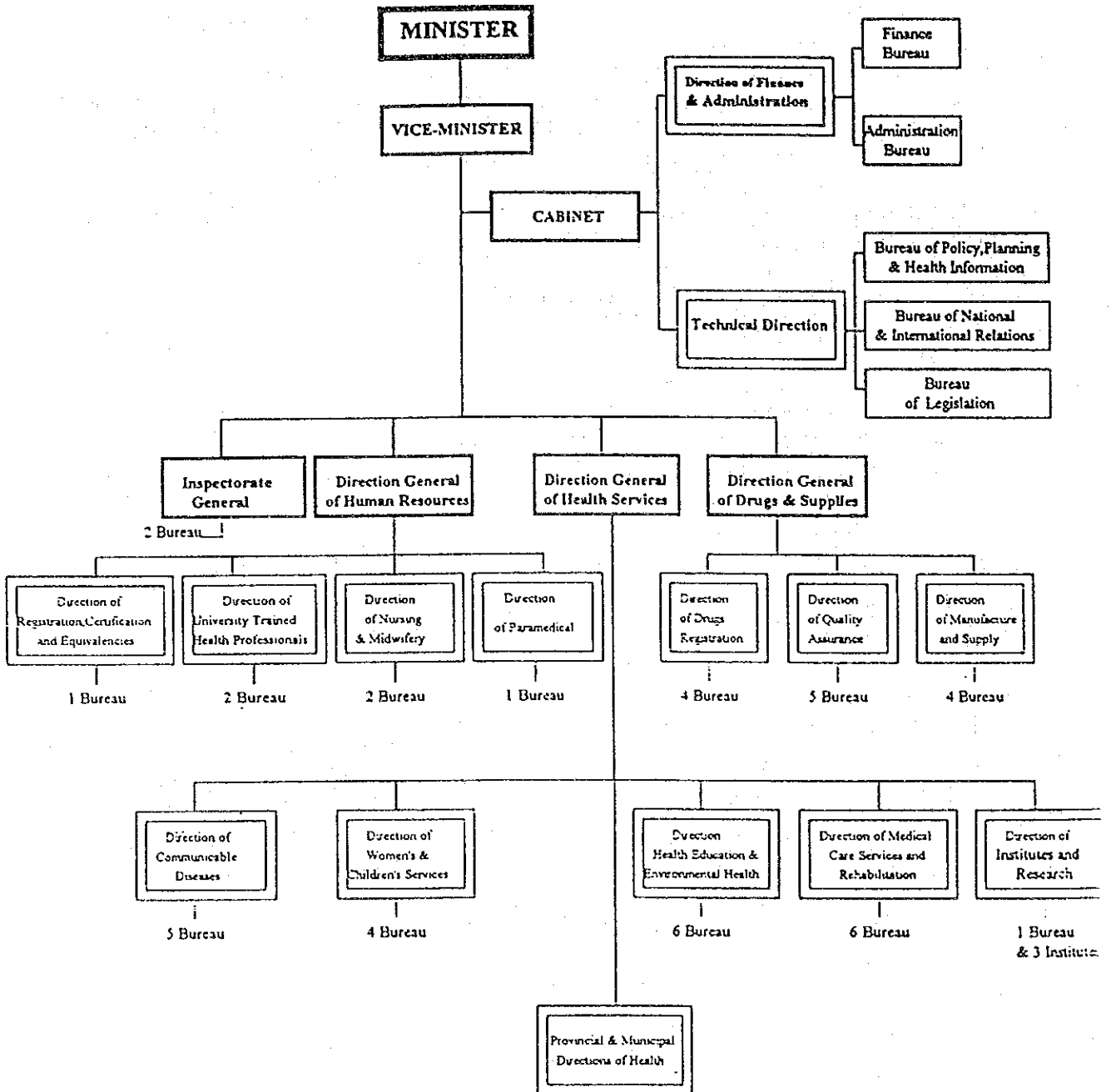
Regional Nurse Training Schools

Reviews will be undertaken to determine the needs of each of these institutions related to basic and continuing education requirements for the regions.

Infrastructure will be improved as funds become available to improve the working and living environment for staff and students.

In the interim, emphasis will be on upgrading the quality of teaching to improve the standards of nursing care in the country. This will be done through training of teaching staff in modern teaching and educational methodology and evaluation.

MINISTRY OF HEALTH STRUCTURE



PROVINCE HEALTH PLAN

TABLE OF CONTENTS

Foreward
Summary (including reference to National Health Policies)

Part One

Situational Analysis

1. General Features of the Province

1.1 Population Size and Characteristics

Age/Sex distribution; geographical distribution;
Rate of Population growth; IMR; CMR; MMR; Life expectancy;

1.2 Health Status and Problems

Disease specific and age specific admissions and death rates
Incidence of EPI diseases; nutritional indices;
child feeding practices; vector control practices;
water supplies; KAP about health;
social and health-related problems (eg. displaced persons,
landmine injuries, armed conflict)

1.3 Human resources

Numbers and categories of staff; location of staff;
Attrition rates; age/sex distribution;
type and duration of training;

1.4 Physical Resources and organisation

Map of hospitals, dispensaries, infirmaries;
transportation and communication patterns
literacy; socio-economic status/ per capita income

1.5 Financial Resources

Recurrent Budget
Development Budget
International organisation & NGO funded projects
District summary budgets

1.6 Service statistics

- In-patient and out-patient utilisation rates
- Coverage (antenatal, childhealth, EPI etc.)
- Other hospital statistics
- Costs and charges for services

Part Two

Strategies for Organisation of Health Care

- 2.1 Community/Village level services
- 2.2 The District Health System
- 2.3 Hospital Care Services
- 2.4 Provincial Health Administration

Part Three

Priority Health Strategies

- 3.1 Maternal and Child Health, including EPI, CDD, ARI, birth spacing;
- 3.2 Nutrition
- 3.3 Communicable Disease Control; TB, malaria, DHF, leprosy, STD/AIDS etc.
- 3.4 Health Education
- 3.5 Water and sanitation
- 3.6 Rehabilitation
- 3.7 Other

Part Four

Human Resources

- 4.1 Education and Training
- 4.2 Management and Distribution of staff

Part Five

Support Services

- 5.1 Essential drugs, vaccines & supplies distribution
- 5.2 Health information system
- 5.3 Laboratories and blood transfusion
- 5.4 Transport management
- 5.5 Maintenance plan