

カンボディア国
母子保健プロジェクト
巡回指導調査団報告書

平成 11 年 4 月

国際協力事業団
医療協力部

序 文

カンボディア国母子保健プロジェクトは、平成7年4月1日から5年間の協力期間で、カンボディア王国保健省国立母子保健センターにおいて、同センターの管理運営能力、研修活動、診断/治療水準の向上を目的として技術協力を行っているものです。

このたび、協力開始後残す1年の時点で、これまでの活動内容を確認し、本プロジェクトにかかわるカウンターパートおよび専門家に必要な助言を提供し、また本プロジェクトの当初目標を達成するために必要な事項をカンボディア王国側と協議するため、国際協力事業団は平成11年3月7日から3月18日までの日程で、国立国際医療センター総長鴨下重彦氏を団長として、巡回指導調査団を派遣しました。

本報告書は、上記調査団の調査結果を取りまとめたものです。ここに本調査団にご協力を賜りました関係各位に深甚なる謝意を表しますとともに、本プロジェクトの実施運営に対しまして、さらなるご指導、ご鞭撻をお願い申し上げます。

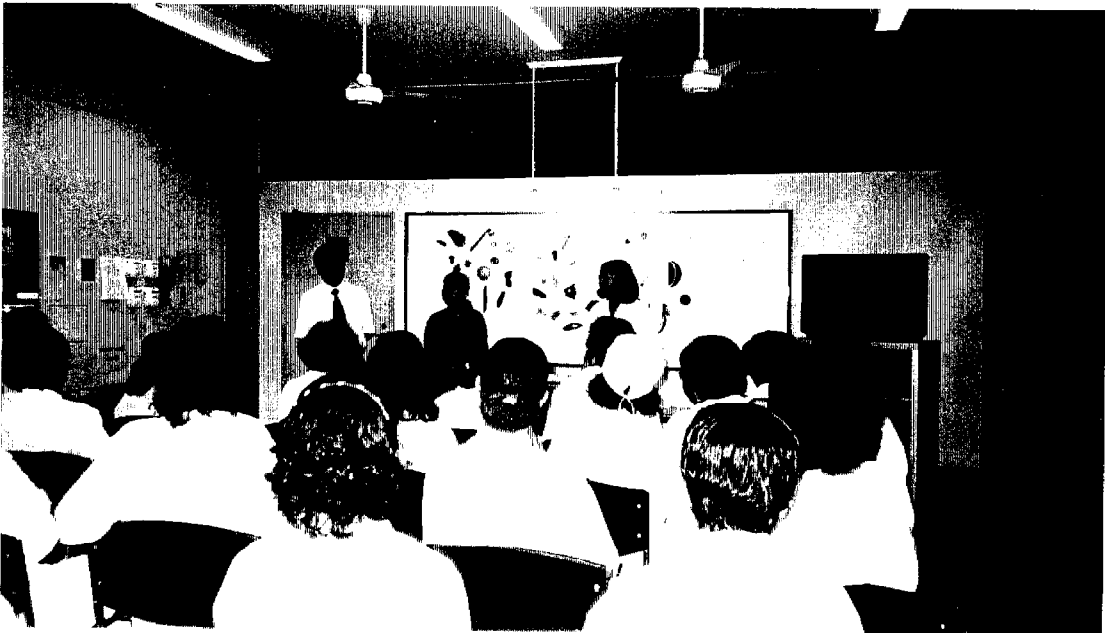
平成11年4月

国際協力事業団

医療協力部長 福原 毅文



保健省マンブンヘン次官と鴨下団長によるミニッツ署名・交換



国立母子保健センター（NMCHC）のトレーニングで指導を行う吉武団員

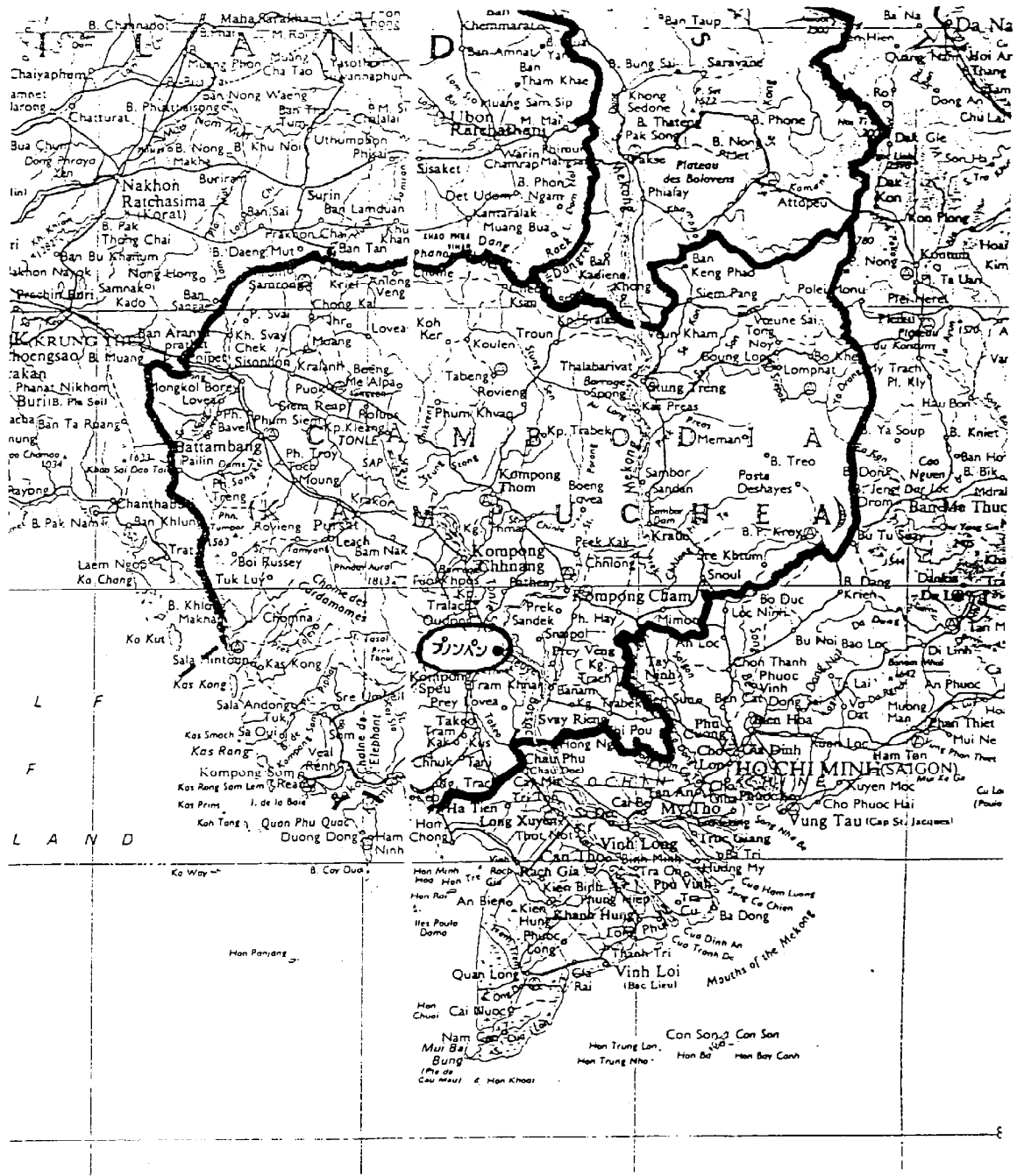


NMCHCで順番を待つ妊産婦たち

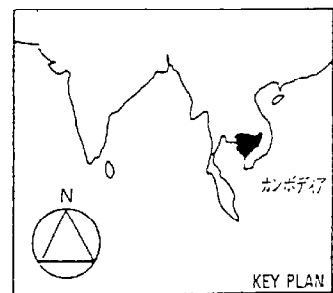


分娩時の介助法について指導を行う瀬井団員

地図：カンボディア王国

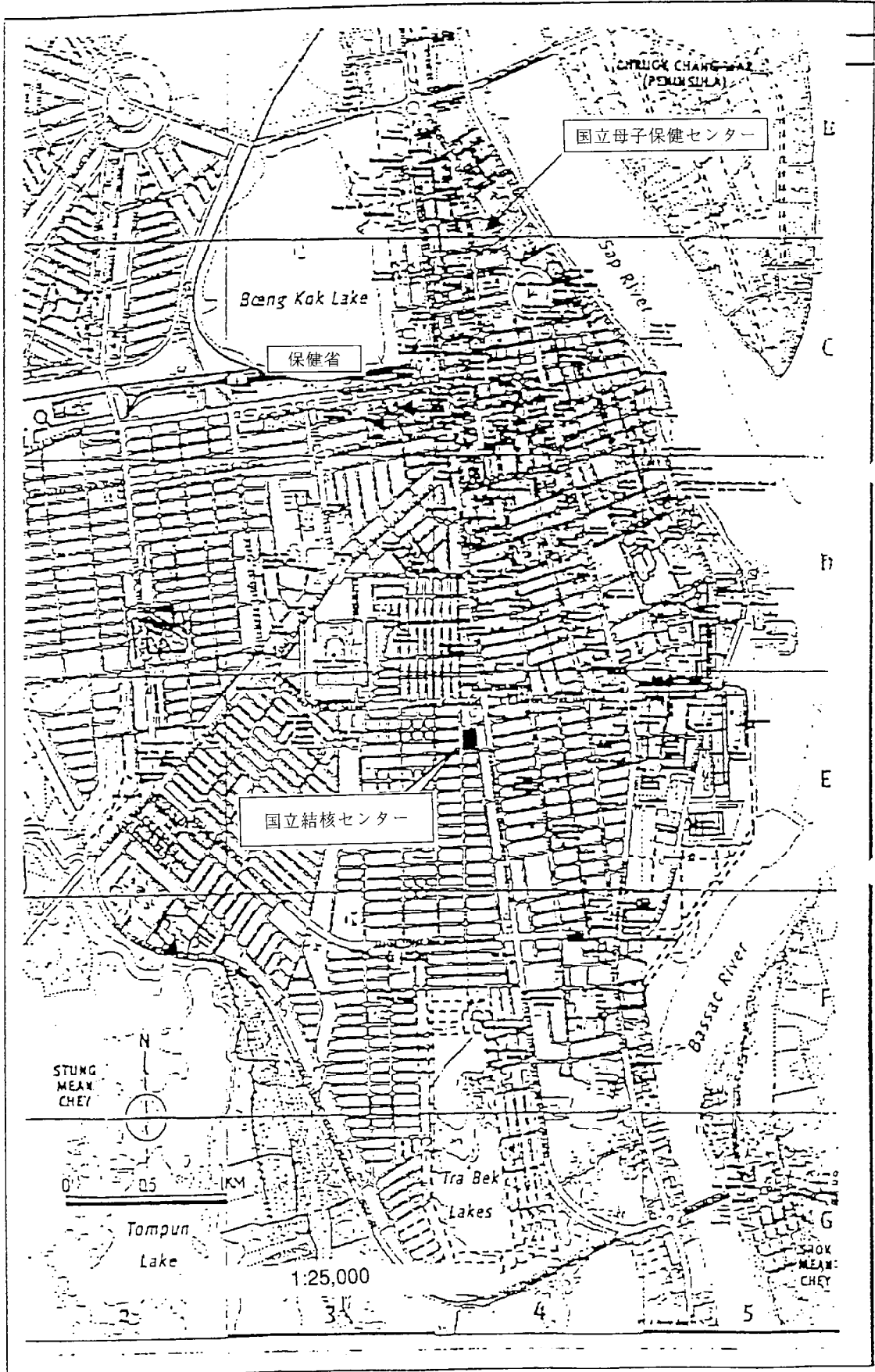


50 25 0 50 100 150 200 250 300 Kilometres





プノンペン市街地図



目 次

序 文

写 真

地 図

1 . 巡回指導調査団派遣	1
1 - 1 調査団派遣の経緯と目的	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 . 総括	4
3 . プロジェクトの進捗状況、諸問題と指導内容	6
3 - 1 運営管理部門	6
3 - 2 母性看護部門	7
3 - 3 看護管理部門	10
4 . 合同委員会の協議結果	13
附属資料	
ミニッツ	21
将来計画案	31
プロジェクト1998年度活動概要報告書	32

1 . 巡回指導調査団派遣

1 - 1 調査団派遣の経緯と目的

わが国は1992年から3年間にわたりカンボディア王国(以下、カンボディア)保健省に医療アドバイザーを派遣し、カンボディアの保健医療全般の状況把握とわが方支援のあり方について調査を行った。その結果、同国の母子保健状況は近隣諸国と比べて特に劣悪であり、その改善が急務であることが判明した。一方、新体制に移行した同国では、1993年11月に母子保健国家計画が策定され、それに基づき、わが国に対して同計画の実施責任機関となる国立母子保健センター(National Maternal and Child Health Center : N M C H C)の新築にかかる無償資金協力とその運営体制等を強化するためのプロジェクト方式技術協力が要請された。

本要請を受けて、同センターの管理運営能力、研修活動、診断/治療水準の向上を目的とするプロジェクト方式技術協力が1995年4月1日から5年間の協力期間で開始された。

以上の経緯およびプロジェクト開始後約3年7カ月が経過したことから、プロジェクトの進捗状況を把握し、これまでの活動の成果を評価するとともに、終了を控えた残りの協力期間で行う活動を明確化する必要がある。プロジェクト活動の実務上の指導を行いつつ、今後の活動計画について先方と協議することを目的として、巡回指導調査団が派遣された。

1 - 2 調査団の構成

	担 当	氏 名	所 属
団長	総 括	鴨下 重彦	国立国際医療センター総長
団員	運営管理	吉武 克宏	国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力課長
団員	母性看護	瀬井 房子	ベビーヘルシー美薔院長
団員	看護管理	小西 洋子	国立国際医療センター看護副部長
団員	協力計画	松永 龍児	国際協力事業団医療協力部医療協力第一課課長代理

1 - 3 調査日程

日順	月日	曜日	移動および業務
1	3月7日	日	15:55 バンコク着(JL717) バンコク泊
2	3月8日	月	12:15 プノンペン着(TG696)
3	3月9日	火	午前 NMCHC施設視察 午後 保健省、日本大使館、JICA事務所表敬
4	3月10日	水	午前 NMCHC内Steering Committee 午後 専門家との打合せ
5	3月11日	木	午前 保健省とのJoint Coordinating Committee 午後 ミニッツ署名・交換 国立結核センター視察
6	3月12日	金	午前 日本大使館・JICA事務所報告 13:15 鴨下団長、松永団員プノンペン発(TG697) 22:50 鴨下団長、松永団員バンコク発(JL718)
7	3月13日	土	資料整理
8	3月14日	日	資料整理
9	3月15日	月	終日 各部門における技術指導
10	3月16日	火	終日 各部門における技術指導
11	3月17日	水	午前 NMCHC内指導総括会 13:15 吉武・瀬井・小西団員プノンペン発(TG697)
12	3月18日	木	11:20 吉武・瀬井・小西団員バンコク発(TG640)

1 - 4 主要面談者

(1) カンボディア側関係者

1) 保健省

Dr. Mam Bun Heng, Secretary of State for Health

Dr. Eng Huot, Director of Health

Mr. Chea Kimlong, Deputy Director of Financial Department

2) 国立母子保健センター(N M C H C)

Dr. Kuom Kanal, Acting Director

(2) 日本側関係者

1) 在カンボディア日本国大使館

斎藤 正樹 大使

明瀬 書記官

2) J I C Aカンボディア事務所

松田 教夫 所長

寺本 所員

2 . 総括

総体的には本プロジェクトは、治安悪化や政変による待避等があったにもかかわらず、カンボディア側、および日本側の努力により、当初の予想を上まわるような成果をあげ、2年前に新設され、活動を開始した国立母子保健センター(NMCHC)は今やカンボディア第一の母子保健センターとして高い評価を受け、順調に運営されており、地方の母子保健事業の拡充にも貢献している。

4年前にスタートした本プロジェクトの第一の目的はhealth personnel、専門家の養成であったが、各分野ともNMCHCを拠点とする研修等を通じ、確実に人材が育ちつつあり、センターがカンボディア側独自で運営されるためには一部の問題は残るものの、2000年の協力期間終了までには引き継げるものと考えられる。これはひとえに関係者の努力によるもので高く評価される。

以下に総論的な調査結果や、気づいた点を列記する。

(1) プロジェクトの現状について

1) マネージメント能力の向上

各種委員会等の会議が主体的に行われるようになり、助産婦トレーニングの評価等がカリキュラムに反映されるようになった。プロジェクト・サイクル・マネジメント(PCM)の施行やTotal Quality Management(TQM)の考え方も導入された。看護部は婦長ミーティング等ミーティングやワーキンググループが機能しだしている。

User Fee制度は順調に機能しており、薬品、材料費等が賄われている。物品管理や施設管理については定期的な点検を行うようになっている。データ管理についてもコンピューター化導入が図られつつある。

2) トレーニング活動の強化

ティーチャー・トレーニングが開催され、助産婦トレーニングも継続して実施されている。また、州病院の医師の研修も行っている。

3) 臨床活動の改善

若手医師に対する研修や症例検討会を通じ、臨床分野の改善を図っている。

4) 地方展開

地方スタッフのNMCHCにおける臨床研修が施行され、地方センターにNGOを通じ、助産婦キットの配布を行ったり、研修を通じ、簡易ドップラーや酸素供給装置等を供与し、地方の充実を図っている。

5) 啓発活動

妊産婦検診や母親学級、産後教育の普及が図られ、栄養パンフレットや入院案内パンフ

レットが配布されるようになった。

(2) 問題点について

全般的に日本に対する依存心がまだかなり強いと思われる。引き続き強力な指導と持続的な支援が必要である。今後カンボディアがNMCHCの自主運営を行うためには、臨床部門の組織化やパラクリニック(臨床検査)の体制が弱いといえる。また、施設、機材管理については制度および人材の不足、パーツの購入ルートの未確立等、課題が残っている。これらの背景には職員の給与の著しく低いことがあるが、その解決はセンターだけでは困難であり、保健省等国の政策的な配慮を必要とし、少しでも改善への努力が示されることが必要であろう。

(3) 終了までの活動

診療部門の強化、臨床検査部門の強化、施設、医療機器管理部門の強化がさらに必要であり、特に個々の職員の意識を向上させる努力も必要と思われる。

3 . プロジェクトの進捗状況、諸問題と指導内容

3 - 1 運営管理部門

国立母子保健センター(NMCHC)はそのめざす役割は大きく分けて2つある。ひとつはこの国の母子医療にかかるトップレファラル病院としての役割であり、他のひとつは母子保健にかかわる研修についての、この国の中心的役割である。技術協力プロジェクトが開始して以来、まずは前者、すなわちNMCHCが母子保健サービス提供するための基盤づくりに力が注がれてきた。そのなかでも運営管理部門の強化は最も重要である。まずはヒト、モノ、カネである。

モノについてはJICAからの無償資金協力で施設が建てられ、医療機材が供与された。

カネについては国立とはいえ、内乱が終結したばかりのカンボディアにあってはNMCHCが運営されるに十分な予算措置は望むべくもない。そこで、診療有料化(User Fee制度)が導入された。そこからNMCHCに入る収入は1%が大蔵省へ、50%が運営費に、残り49%が職員の給料補填に回されている。その結果は病院歳入の63%(1998年)を患者からの徴収で賄うようになった。また、職員の給料が100米ドル/月にも満たない状況で、給料補填の効果は大きく、これまで院内であたりまえとされてきたアンダーテーブルがすっかり影をひそめ、職員のモチベーション向上にも一役買っている。もちろん、国立であるために、貧困者には支払免除の制度が設けられているが、その判定方法をめぐってさまざまな問題があり、財務委員会で種々検討されている。この料金徴収制度が重視され過ぎて、私立病院化しないよう留意しておかなければならない。当面の病院の財政面はそれなりに安定はしてきているが、これから日本が供与した器材用の試薬、スペアパーツ、消耗品などが底をついてくるだろう。また器材が老朽化して故障がでてくるだろう。もっと老朽化が進めば、買い替えが必要となってくるだろう。こうした面の予算的措置の保証がまったくなされていない現状で、当カンボディア政府はそれほど深刻にとらえていない。日本側としてはこの点は管理運営部門の課題として最も懸念されるところである。カンボディア側としては仮に日本側の協力が終わっても、他のドナーの支援を期待するであろうし、またその可能性は高い。なぜならすでにでき上がった施設や機材についてさほど金のかからない支援をすることで、ドナーとしては高い評価を得ることができるからである。

ヒトの面でいえば各種委員会が設置され、主体的な運営のきっかけとなるようにと指導されている。しかし、まだダイレクターの演説の場であったり、流会が多くて定期化されていないなど課題は多い。看護婦の組織化が比較的進んできているが、医師、検査技師、事務部門など多くの部門の組織化が進んでいない。医師のカンファランスを視察し、プレゼンテーションの方法が稚拙であり、問題分析、診療計画の組み立てなどがまだ確立していないことが判明した。回診も系統だっで行われていないし、臨床の現場に実習に来ている医学生への指導もなおざりにされている。外来では患者の来る時間が遅かったという理由で、受け付けが受理されたにもかかわらず、診

療が受けられなかった患者がいたり、紹介患者で支払免除を受けるべき患者がコントローラー(支払免除の担当者)が不在という理由で放置されていた。医療機材の維持管理については、技術者としての給料が安いために、いい人材を得ることができないでいる、など当センター内の人材育成にまだまだ課題が残っている。

NMCHCの役割のもうひとつの柱である研修機能強化は、助産婦を対象にした研修がようやく端緒につき始めたところである。この国の母子保健関係者の研修を手広くやり、この分野の指導的役割を果たすことを期待するのは、まだ診療機能が十分でない段階では時期尚早である。この分野の推進には、保健省がこのNMCHCの役割として認知して政策的、財政的支援などpolitical commitmentが必須である。多くのドナーがひしめいて、それぞれ独自のやり方で研修を含むさまざまな活動が行われているのに対して、まだ保健省にはこれらを統括して政府主導でコントロールするほど体制整備ができていない。むしろ、他のドナーがNMCHCで育ててきた人材、特に医療スタッフ幹部クラスをトレーナーとして雇ったり、引き抜いたりして、NMCHC自体の運営管理が弱体化するなど弊害がでている。

このような状況では、NMCHCがまずは診療サービス機関としての役割を果たせるようになってスタッフが相当の自信と使命感をもたないと、国レベルの指導的役割を果たすことはできない。まずは当センターの診療機能がもう少し向上してから、研修機能の強化に本格的に取り組むのが妥当と考える。国レベルの政策的な取り組みへの参加は相当遅れることを覚悟すべきである。

内乱によって、多数の人材が失われ、つい最近まで政情も不安定であった当カンボディアにおいて、当NMCHCが比較的良好に機能して市民からも信頼されてきている現状は、関係者の努力の賜物と高く評価したい。プロジェクトの当初目標であるNMCHCの運営管理能力の向上以外の研修活動の強化、臨床機能の強化が遅れている傾向はあるが、日本側としてはカンボディアの特殊性を考慮してプレッシャーをかけることなく期間的に余裕をもった支援をしていくことを提言したい。

今回の調査団としては、技術協力に携わっている専門家から進捗状況の説明を受け、問題点を協議して、細部にわたる助言、指導を行った。Steering Committeeでは先方から当プロジェクトの進捗状況の説明を受けたのち、今後の残りの協力期間に行うべきことの確認が行われた。協議では特に遅れている研修機能の充実について質疑が行われた。

この結果はミニッツとして確認され、署名の交換が行われた。

3 - 2 母性看護部門

(1) 要請背景

カンボディアの妊産婦死亡率、および乳児死亡率は依然として高く、「安全な妊娠と出産」

のための援助、協力がすでにわが国より行われており、看護婦、助産婦等国内外での教育研修が施行され、スタッフの成長は目覚ましいものがある。しかし依然としてそのケアに関してはまだ十分な成果が認められないので実状を見る必要があるのではないと思われる。

(2) 調査内容

外来棟、陣痛室、分娩室、産褥病棟、婦人科病棟におけるケア状況

(3) 報告要旨

1) 外来棟

外来における患者の扱いは、時間内に来院患者の検診を済ませているのは立派だと思いが、なかには時間に少し遅れて受け付けてもらえずにいる患者もたまにいるようである。

教育機関としての役割もあると思うが、女性の患者に対して、男性の医学生が多すぎため、コントロールが必要であろう。

また急患室はちょうどセンターの中心部にあり、朝から白衣を着た医療従事者がどっさり座り込んで腕枕状態でおしゃべりしている姿を外来から各病棟に行く通り道で毎朝見ることになる。急患室は病院としての顔的存在であるため改良が必要であろう。

マザークラス、栄養教室等、産前教育は手際よく運営されていた。

2) 陣痛室

陣痛室はベッド8床で陣痛期間を通してほとんど家族がケアしている。内診するにしても、衣服の汚れなど気にせず、ぬれたまま、汚れて帯下や血液がついて臭いがするのをそのまま着せている。

たまたま陣痛室にいた患者があまり痛そうだったので腰をさすったり、お腹に手を当てたりしてあげた折り、その場にいたスタッフが「どうすればよいのか教えてください」と言って団員の周りに寄ってきた。「教えて、教えて」と医師まで「マッサージをしてみてもいい」と言ってマッサージを受けて(気持ちいい)と感想を漏らしていた。

ロールモデルとなるものがなくてケアを要求するのは無理なことかもしれない。

3) 分娩室

ここでも1日十数人のお産をこなしているのは見事といえる。しかしここでも産婦が物的存在で放置されている。

初期の会陰切開や痛んでいても何の手当てもせず、産婦はどうしていいのか、しがみつくような目で医療者を見ている。

4) 産褥棟

ナースステーションには白衣を着た医療者(看護婦、助産婦)がたくさんいるのにひとりとして病室でケアをしている看護婦の姿を見ることができなかった(1度だけ帝王切開後のガーゼ交換をしている姿を見た)。しっかりとゴム手袋をはめて自己防衛だけはきちんとしている。新生児の沐浴も家族が連れてきて順番を待ち、体重計に乗せるところまでは家族の役割のようだ。沐浴が終わったら自分のバスタオルに包んでもらい、母親の元に連れて行く。おむつなどしていないし衣服も着ていないが、グローブと帽子だけはほとんどがつけている。看護職もゴム手袋をはめたまま沐浴させているが滑ったりしないかと心もとない。日本でも沐浴時のゴム手袋着用による事故が報告されているところ、事故が起きない前に改善すべき点である。

産後の腔洗浄においても、会陰切開の痛みか両腕を家族に抱えられやっと処置室までそろりそろりと歩いてきている。なかには今にも倒れそうな人もいて真っ青な顔で歩いてきている。もう少し人間的な取り扱いの方法を教える必要がある。

5) 婦人科病棟

婦人科病棟も産褥棟とあまり変わらない状態である。

I C Uにおいても入室基準、退室基準は特にないようである。

(4) まとめ

婦長会で遅刻、欠勤の問題が大きな議題であった。看護婦、助産婦の数としては十分な数であると思われた。婦長会の議題としていささか次元が違うのではないかと思われたが各婦長の口からでる言葉が「給料が安すぎる」といった点に終始している。しかしこのような問題を議題としてだそうとするからには、多少とも前進の兆しとみてよいのだろうか。

陣痛室や、分娩室でも見られたことだが、患者を物として取り扱い、上段から患者を見ているのはこの国の古くからの階級意識のためであろうか。

陣痛室や分娩室で垣間見た看護婦や助産婦が「教えて下さい」と言って教えを受けようとする姿のなかに、この国のポルポト時代に指導層となるべき人々を失ってしまったための教育として最も弱い点が出ているのだと思われる。この点に重点を置いて教育する必要がある。肝心の医療従事者がケアとは何たるかを知らないまま今日までできてしまっているが、この点を見過ごすことなく基礎看護の教育の重要性を認識し看護職に対する院内教育のあり方をもう一度見直す必要がある。

同時にその知識と技術を一般人に対して提供し、毎日病院に来て時間を過ごす家族に対して家族看護の最もよい教育の機会とするなら、一般の人々に対しても衛生思想の向上につながり、ひいてはカンボディア全国の周産期死亡の減少につながる大きな要因といえる。

3 - 3 看護管理部門

<看護管理の現状>

カンボディアで唯一、看護部として独立し、組織的に運営されており活発に活動している。
具体的には、以下のようである。

- ・各部署での目標の策定
- ・各勤務帯の業務内容の成文化
- ・定期的ローテーション
- ・応援態勢の確立 ICUから外来
- ・看護婦長ミーティング 看護婦・助産婦ミーティングの実施
- ・外来での母親学級の実施(毎日)
- ・産科病棟での産後生活指導の実施
- ・外来でのガイドナースの診療案内など

(1) 人事管理について

- ・各部署の活性化を図るため4カ月おきにローテーションしている。
- ・産科病棟、分娩室が常時多忙であり、突然の欠勤が多い。
- ・24時間勤務が4日に1回あり、土・日曜日以外休みが取れない。土・日曜日に24時間勤務が入る場合は2週間休みがない。
- ・働く人、働かない人の差が大きい。
- ・仕事のできる人が限られており、ローテーションが難しい。

(2) 物品管理について

- ・消耗品は毎週1回請求伝票を提出、不足感はない。
- ・医療器材等は1カ月に1回請求するが、しかし、ほとんど来ることはない。「古い」という以外、不満はない。
- ・実際どの程度1カ月に請求しているか、病棟としての見直しなどは考えられていない。

(3) 情報管理について

- ・婦長会議で、看護婦・助産婦会議など定期的に行われている。
- ・会議の内容は朝の申し送りの際に伝達されている。会議録の回覧はない。
- ・患者の入退院、分娩については管理レポートに記録。
- ・患者数、分娩数などの病院の動向は、末端の看護スタッフまで浸透していない。

(4) 患者管理について

- ・ 患者へのケアは処置が中心で、観察、ベッドサイドでの直接看護はほとんどない。患者の直接ケアは患者家族に委ねられている。
- ・ 優しく声をかける、患者の話に耳を傾けることは少ない。
- ・ 外来での妊婦検診に来院していても、助産婦が怖いということで分娩は他の病院でという人もある。
- ・ 妊婦のエイズの感染率が高いにもかかわらず、検査体制ができていない。

(5) 継続教育と臨地実習指導

- ・ 院内での看護職向けの教育プログラムはない。
- ・ 海外での研修終了後の報告会が行われている。
- ・ 学生実習は毎日あるが、学生実習に対しての学校側との話し合いはなく、指導はされていない。

(6) 研修事業

- ・ N M C H C で研修を受けた地域の助産婦が知識、技術を使って仕事をしており、研修の効果を示していた。

<感想および提言>

- (1) 増加していた患者数が、ここ横ばいとなっている。外来のキャパシティーがどの程度かわからないが、外来での診察(1つの診察台に助産婦2人、医師1人または医師2人、助産婦1人、その他学生多数)の方法を工夫すれば、妊婦の質問にゆっくり答え、指導し、学生への指導もできるのではないかと思われる。

1日の妊婦検診数 70

外来時間 7:30 ~ 11:30

- (2) 陣痛室での産婦のケアにもっと時間と手をかけてほしい。

分娩は女性にとって一大イベントであり、女性の健康を大事に考えてほしい。

陣痛室、分娩室での助産婦の優しさは、助産婦への信頼を増し、N M C H C の信頼も高くなるとと思われる。

(3) 院内教育の実施

- ・ 基本的な看護ケア・処置に関する教育を行っていくことは、看護スタッフの知識・技術

の底上げをし、誰もが一定レベルの看護が提供できると考える。

(4) 看護部としての役割

- ・ 組織の形態ができていることは、役割分担が明確となり、情報の流れもスムーズになる。これを活用し、看護スタッフへの病院としての理念、姿勢を伝え続けてほしい。
- ・ 毎週行われているミーティングは問題点を明らかにするとともに、解決へのアイデアをだせるチャンスである。看護は何をするべきか目標設定し臨んでほしい。

4 . 合同委員会の協議結果

合同委員会は、1999年3月11日(木) 午前8時30分～11時、国立母子保健センター(NMCHC)において行われた。

参加者：保健省 Dr. Mam Bun Heng, Secretary of State for Health
Dr. Eng Huot, Director of Health
Mr. Chea Kimlong, Deputy Director of Financial Department
NMCHC Dr. Kuom Kanal, Acting Director
JICA調査団 鴨下団長ほか4名
JICA 松田カンボディア事務所長
寺本所員
JICA母子保健プロジェクトチーム 7名

(1) NMCHC活動状況の報告(Dr. Kanal)

管理運営活動としては、組織づくりが行われたほか、センターの自立的運営のためにUser Fee制度が導入された。貧困者に対する料金免除は、コントローラーが判断している。料金免除率は12%(実際には約5%)である。人事管理には問題がある。これは、職員の基本的なニーズを満たすことができないために生じるところが大きい。データ収集システムが導入されたが、患者カルテの保存スペースの問題がある。

研修活動では、院内研修のほか、6回のヘルスセンターレベル助産婦研修を実施、これまで108人の助産婦が参加した。

臨床活動では、普通分娩は助産婦が、異常分娩は医者・補助医師がサポートする体制をとっている。当直は24時間体制で、76人から80人が当直している。妊産婦検診1回目の受診者に対し、臨床検査を導入した。

ほかに、健康教育活動、モニタリング/評価活動として地方へのスーパービジョン活動、TB A・MWキット、ドップラー、酸素供給装置、バイク等の機材供与活動を実施した。

(明石チーフアドバイザーの補足)

オピニオンボックスを設置した。患者サービスの向上につながることをめざしている。

(保健省・Dr. Mam Bun Hengからのコメント)

NMCHCには 臨床サービス、研修センター(産婦人科医師、助産婦、学生)、学術調査、母子保健の全国プログラム実施のリード、各機関との協力体制づくり、保健省に対するポリシー・アドバイザーの6つの機能が与えられている。

いずれの機能も非常にうまく動いているが、実際の成果、事実が必要である。

(鴨下団長からのコメント)

想像していた以上にプロジェクトがうまくいっている、というのが率直な感想である。しかし、問題も色々残っている。User Fee制度、Technical Data Reportなど、よく組織されている。当NMCHCは、国の母子保健政策に強い影響を与えることができると思われる。

(吉武団員からのコメント)

旧NMCHCを知っている者からみると、新センターの現状は夢の半分は実現したといえるのではないかと。しかし、問題がないわけではなく、プロジェクト期間残り1年でそれらが解決されなければならない。Dr. Mam Bun Hengが言ったように、当センターには6つの使命がある。しかし、国立センターとしてどのように使っていこうとしているのか、位置づけがいまひとつはっきりしない。特に、国の母子保健に関する研修システムをどうしていきたいのか。さまざまな機関がそれぞれの方針を、バラバラに実施しているような現状ではないのか。

(Dr. Mam Bun Heng)

Dr. Kanalが座長となっている母子保健のsub committeeがあり、そこで運営・調整することになっている。また、モニターや評価のためにhuman resource departmentがある。さらに、COCOM会議が月1回実施されている。これには、WHO、UNICEF、UNFPA、JICA、USAID、GTZ等、各国際支援機関や、NGOの団体であるMEDICAMが入っている。各ドナーのプログラムや活動は、1991年に策定された保健省の方針とマスタープランに沿って実施されることになっており、混乱はない。

(鴨下団長)

センター内で医学生を見かけたが、どのように訓練しているのか。

(Dr. Kanal)

医学生に対する研修は、人材不足により、あまり効果的に行われていない。問題は臨床実習である。ガイドラインがなく、責任の所在も不明である。また、研修用機材も不足している。将来の目標として、研修能力の強化があげられる。現在100人強の学生を受け入れているが、あまりに多すぎる。将来は、学生1人にスタッフ1人の研修体制をつくりたいが、学生に対する厳格な規則が必要である。

(鴨下団長)

学生たちはこのセンターをどのように考えているのか？

(Dr. Mam Bun Heng)

ガイドラインはつくる必要がある。センター長が医学部にアドバイスし、受け入れ人数を変えることができるのでは(例えば100人を50人に減らすとか)。学生へのディシプリンが重要である。保健省としては十分サポートしたい。

(2) 現在残されている問題点(明石チーフアドバイザー)

- ・ 学生指導、特に臨床実習の実施
- ・ 病院運営以外の経費負担の問題：研修やスーパービジョンの予算なし。
- ・ 医師部門、パラクリニック、医療機材・施設の維持管理部門
- ・ 低給与、スタッフ間、スタッフと患者のコミュニケーション不足

(Dr. Mam Bun Heng)

医師部門の運営管理については、院内組織が必要である。

(Dr. Kanal)

医師の組織はあるが、まだうまく動いていない。

(Dr. Mam Bun Heng)

エンジニアに関しては、保健省に入るといつも医師の下に属する(偉くなれない)という low motivationの問題と、給与が低い問題で、人材が集まらない。恐らく、外部エンジニアとの契約ということも考慮する必要があるだろう。

(3) 1999年度の活動予定(明石チーフアドバイザー)

省略(年間計画参照)

(4) プロジェクト終了時に残っている問題(明石チーフアドバイザー)

- ・ 医師部門、パラクリニック、医療機材・施設の維持管理
- ・ 研修やスーパービジョンの費用負担
- ・ 学生教育や州病院医師・助産婦の研修

医学教育のカリキュラム、特に臨床実習に J I C A が関与できるのかどうか？

(Dr. Mam Bun Heng)

大学の母子保健教育については、Dr. Eng Huot が座長を務める委員会があるので、そこに意見を提案することはできる。

(Dr. Kanal)

Technical Committee は年に 1 度開かれるが、これではなかなかカリキュラムを変えることはできない。医学部に対し、学生の臨床実習の基準(何年に何をするか)をつくるように指導してほしい。

(Dr. Eng Huot)

Dr. Kanal が医学部長と話し合ってはどうか。現在、母子保健で学生を受け入れているのは、このセンターのほかに、Sihanuok Hospital、Calmette Hospital、Municipality Hospital で

ある。

(Dr. Kanal)

5年で200人以上の学生がいる。学生の規律の低いのが問題である。

(藤田則子専門家)

センターでの研修で考える必要があるのは、トレーナーの motivation である。臨床実習は少人数のグループで行うのがよいが、臨床の仕事のほかに研修生たちを教えるとなると、トレーナーにも負担はかかる。これが本来業務でないとすれば、インセンティブとして何らかの手当があってもよいのではないか。これは、助産婦研修でも同じことである。

(Dr. Kanal)

保健省の規則でトレーナーは1時間当たり5,000リエルもらえることになっている。保健省/大蔵省に申請した結果、今年予算が出て、2万リエル(確認が必要)もらえることになった。

(Dr. Mam Bun Heng)

トレーナーとして働く人たちの名前をリストにして、正式なトレーナーとして指名を受けるようにすれば、手当をもらえるようになる。

(吉武団員)

研修を運営管理する新しい部門の設置を提案したい。この部門のスタッフは専従で、研修にかかるすべてを管理する仕事をする。臨床と研修は分ける必要がある。研修も全国展開するようにはどうか。また、この部門は研修のほかに、ヘルス・インフォメーション・システムや調査も担当するようにしたらよい。

(Dr. Kanal)

すでにTOTがある。これに属しているスタッフは専従で、研修の仕事をしている。Dr. Or Shivarinがそのプログラム・マネジャーであるが、各機関の調整が大変である。

(Dr. Mam Bun Heng)

研修担当として Deputy Director を1人指名したらよい。

(吉武団員)

委員会業務だと、エクストラ・ジョブとなってしまう。

(Dr. Kanal)

エクストラ・ジョブとは必ずしも考えていない。スタッフには自信、信用、尊敬が必要である。そのためにも、トレーナーとして活動する機会は重要である。

(5) 協力期間延長についての意見

(Dr. Eng Huot)

カンボディア側としては、継続して協力してほしい。その内容は要請書のとおりである。

(鴨下団長)

日本側としては、単純な期間の延長はできない。新しい目標を定めてフェーズIIにしないと、JICA、日本政府を説得することは難しい。

(吉武団員、JICAの援助スキームを説明し)

現在と同じプロジェクト目標は出せない。工夫が必要となる。現在のプロジェクトの成果に基づいて、次のステップに進む必要がある。

(Dr. Mam Bun Heng)

要請書であげたように、研修を主体としたプロジェクトにしてほしいと、すでに次のステップを打ち出したつもりである。

附 属 資 料

ミニッツ

将来計画案

プロジェクト 1998 年度活動概要報告書

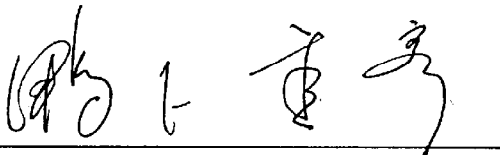
MINUTES OF MEETINGS
BETWEEN
JAPANESE ADVISORY TEAM
AND KINGDOM OF CAMBODIA
ON
THE TECHNICAL COOPERATION
FOR THE MATERNAL AND CHILD HEALTH PROJECT

The Japanese Advisory Team organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Dr. Shigehiko Kamoshita (hereinafter referred to as "the Team") visited the Kingdom of Cambodia for the purpose of reviewing the activities of the Maternal and Child Health Project (hereinafter referred to as "the Project") and discussing the future plan of implementation.

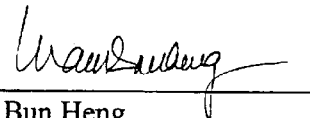
During its stay, the Team exchanged opinions and had a series of discussions with the authorities concerned of the Kingdom of Cambodia on conduction of the Project.

As a result of discussions, both sides agreed upon the matters referred to in the document attached hereto.

Phnom Penh, March 11, 1999



Dr. Shigehiko Kamoshita
Leader, Advisory Team
Japan International Cooperation Agency



Dr. Mam Bun Heng
Secretary of State for Health
Ministry of Health
Kingdom of Cambodia

I. Achievement of the Project in the fiscal year 1997 and 1998

1. Management Capability

1-1) General

1-1-1) Organization, Structure and System

Management organization was established in the National Maternal and Child Health Center (hereinafter referred to as "NMCHC"). It includes Nursing Division, Technical Bureau, and CSSD (Central Sterilization Supply Division) which were newly established. There are meetings in each level, from upper level to lower; the Steering Committee, Division Committees (Clinical division, Nursing division), Ward conferences (in Out-Patient Department, Maternity, Gynecology, Delivery, Anesthesiology), and Staff meetings (Leader staff meeting, Medical Doctor/Medical Assistant meeting, Midwife/Nurse meeting). They hold regular meetings, discuss problems, and try to find out the solutions.

Functional organization was also established; Drug and Material Procurement committee, Financial and Controller committee. They also hold regular meetings, compile the data, discuss problems, try to find out the solutions, and report to Steering Committee monthly. Nursing Division has three working groups (education, nursing care, research), and help Nursing Chief Committee. With regard to Clinical division, Sub-committees were set up to support Clinical Committee, to reduce the over-burden of chief level, and to foster and cultivate the capacity of vice-chiefs.

1-1-2) Customer service

Registration system of patients was introduced, to manage the patient data with patient document and ID card, and to collect the data for patient management. Introducing the concept of management cycle (Plan-Do-Check-Action) is tried, based on the concept of Total Quality Management (Quality Control activity). Having staff name on the label is required for patient service. The Opinion box was introduced to listen to the voice and complaints from the patients and from the staff, and to improve the quality of NMCHC service.

1-2) Personnel

Personnel Report is presented in the Steering committee, to check the feasibility of personnel allocation, and to understand the changes of the staff. Personnel evaluation system was discussed relating to the salary system, but has not been introduced yet.

1-3) Material

1-3-1) Drug/Material

Through the Drug and Material Procurement committee, the usage and request from each

service are checked. Based on the data and needs, drug and materials are purchased regularly by using User fee income in addition to the regular provision from CMS (Central Medical Store).

1-3-2) Medical equipment

All medical equipment is registered for effective management of equipment. Parts for medical equipment are also registered. The training for medical equipment maintenance, facility, and its management was started for counterpart who is not the engineer originally. The information of estimated budget for maintenance was presented to the Cambodian side, and the Cambodian side got the image about the cost for it. For the management system of repair and maintenance was introduced by using Service report form with which the chief nurse of each ward has the responsibility to order the repair.

1-3-3) Facility

During the one year contract with Japanese construction company, the facility maintenance staff received some training sessions. After this maintenance contract, further training has started by Japanese experts. It includes technical skill, and also management capacity.

1-4) Finance

User fee system was introduced, and relatively functions well. Prepaid system was introduced but sometimes the "run-away" cases happen. Also Exemption system was introduced for the protection of the poor, and as a kind of staff welfare. Exemption is decided by the Controller. Around 5 % in user fee income is used for the poor, even though there is some difficulty to identify who is the real poor. Financial (and Controller) committee was formed to discuss the financial matter, such as the tariff, incentive allocation rate. Accounting report and Exemption report are monthly presented and checked in the Steering committee.

Financial management of the NMCHC is relatively appropriate. The total amount of the income is more than the expenditure, even though JICA is reducing the expenditure for continuous operations. The percentage of personnel cost is less than 50% in total income (around 42-47%). Also the percentage of drug/material, and of running are relatively appropriate (around 25-28%). However, there are some difficulties, such as reduced value of Riel to US dollar, and introduction of 10% VAT, therefore the appropriateness of the price of service as well as the incentive salary for staff should be discussed several times.

1-5) Information

Health Information, such as patient data of out-patient and in-patient, activity data, is collected through the routine daily report work. In addition, information from Financial/Controller

committee, Drug/Material committee, Personal data are reported to the Steering Committee monthly to improve the management.

2. Training Activities

2-1) Health Center (HC) level MW training

Health center level midwife training courses were conducted in October, December, 1997, and February, October, December 1998, and February 1999. In the first three courses, the trainees were selected from all provinces, 2 trainees from each province. But from the fourth course, the number of trainees was decided in proportion to the population of the province. And the total number of trainees in one training course was increased from 16 to 20 attendants. Training course includes practical training (including experience of at least three times of normal delivery), lecture, group discussion, night duty, evaluation, and so on.

2-2) Doppler training

Doppler training course was held in August, 1997. The course included handy Doppler provision, Doppler training, and newborn resuscitation training. A total of 150 physicians and midwives attended.

2-3) Oxygen concentrator training workshop

The training course was held in January 26-28, 1999. The course included oxygen concentrator provision, how to use and maintain the machine, care of obstetric shock, newborn resuscitation, and presentation/discussion of reduction of maternal mortality rate and infant mortality rate. In total 37 physicians (obstetrician, anesthesiologist) were trained.

2-4) Internal Trainer's training

The first internal training session was held in September, 1998. A total of 40 midwives were trained as the trainers for midwife training course.

2-5) Pre-training training

Before going to Japan for the training, trainees should attend. This training was designed to give them an opportunity to understand Japanese customs, life and health system, to understand the Cambodian health situation, to get familiar with the presentation, and to clarify the objectives of the training in Japan. After coming back to Cambodia, they should report their achievement and experience in NMCHC.

W

SE

3. Clinical Activities

3-1) General

3-1-1) Team care

The team was formed for medical and nursing care. Team is formed by one senior physician (one team leader in Nursing division) and two or three junior physicians (staff midwives or nurses in Nursing division). Through this structure, senior can supervise and instruct the juniors in clinical and in management. And Service chief (Ward chief in Nursing division) can manage and supervise whole of the service (or ward).

3-1-2) Rotation system

In Clinical division as well as Nursing division, the staff rotation system was introduced. The chief level has longer duration to rotate, therefore, the staff or junior level is rotated several times. This system is for avoiding the stagnant, giving an opportunity to experience many different specialties, and improving their skill and knowledge. The duration of midwife rotation is three to four months, and six months of physicians.

3-1-3) Ordinary and Emergency patient flow

Ordinary patient flow was decided at the beginning of the new center. Also the emergency patient flow was formed to avoid the confusion of the patient transfer.

3-2) Physician

Patient visit (round) by team was introduced, but not ideally yet. After the patient visit, service conference was held in every ward regularly (daily - weekly), to discuss the treatment and examination schedule for severe cases. Anesthetic chart for operation case care was re-introduced in Operation theater.

3-3) Midwife/Nurse

Nursing division is more advanced than the others, not only formation of sub-committees and training session, but also the introduction of the concept of customer service. New patient chart was introduced in ICU.

3-4) Para-clinic

3-4-1) Laboratory

New reception and registration system for patients were introduced. Also re-training for the present labo activities for hematology, urine-test, and some serological test were performed. In addition, routine examination of hematocrit and urine protein for Ante natal care (ANC) first visit

cases was introduced to check anemia and toxemia, and to detect the high risk case for delivery.

3-4-2) Echo (Ultrasonography)

Internal training session was performed under the initiative by the Cambodian side to secure at least one physician in one duty team can perform Echo for emergency case. One Echo was installed in OPD. Review session for abdominal organs by Echo was performed.

4. Other Activities

4-1) Health promotion

4-1-1) Mother's class

Mother's class was upgraded into four sessions, nutrition, ANC and tetanus vaccination, breast massage, and pre-delivery preparation.

4-1-2) Brochures

Brochures for the NMCHC guide, Admission guide, and Nutrition education were made, and ANC information is on the way of preparation.

4-2) Supervision

Supervision activities started again in April, 1998. The supervision trips were done for six provinces (Takeo, Battambang, Prey Veng, Kampong Cham, Kampong Thom, Pursat), focusing on the supervision for trainees in HC level MW training courses, and on the improvement of supervision activities.

4-3) Material provision

Traditional Birth Attendant kits were provided through provincial health department, and Non-Governmental Organizations. MW kits were provided through provincial health department, and trainees in HC level MW training course. Also motorcycles were provided through provincial health department for supervising referral hospital and health center by province, and for the transportation of emergency patients.

II. Future Project Plan of Action

1. Management

1-1) General

In order to prepare the sustainability, whole of the management structure and system should be run

by the Cambodian side only.

In order to improve the quality of care, the concept of Quality Control should be implemented by the Cambodian side only.

In order to manage NMCHC by the Cambodian side themselves, management cycle should be run by the Cambodian side only.

1-2) Personnel

In order to keep the better working quality, personnel evaluation should be used effectively for management, such as rewarding system.

1-3) Material

In order to keep appropriate use, Drug/Material monitoring system should be performed completely.

In order to maintain medical equipment appropriately, medical equipment management system should be established.

In order to maintain the facility in NMCHC appropriately, facility maintenance management system should be established.

In order to purchase the parts which are not gotten in Cambodia, parts and material obtaining route should be established and secured.

1-4) Financial

In order to run NMCHC financially appropriately, essential Financial statements, such as Balance sheet and Statement of income, should be introduced and completed.

In order to secure the financial system, Audit system should be performed precisely.

In order to secure the protection of the poor appropriately, Exemption system should be reviewed regularly.

In order to reduce the impact of economic change in national level, Ministry of Health should consider effective financial schemes.

2. Training

2-1) Training (management) committee

In order to organize the training session in NMCHC, such as trainer arrangement, the Training committee should be established.

2-2) Referral level training

In order to train the staff (physicians and midwives) in provincial hospital, district hospital, and

other supervisory staff, the practical training session for them should be set up.

2-3) Financial scheme

In order to secure the budgetary fundamentals for the training, the financial scheme should be introduced, such as full support by Ministry of Health, income generation, partial collection from the trainer's income.

2-4) Internal training

In order to continue the improvement and internal technical transfer, the internal training session should be performed routinely, and regularly. Also the daily case discussion should be performed in each ward

2-5) Student training

In order to make the clinical training for medical students and midwife/nurse students effectively, the student training curriculum and schedule should be clarified, and implemented appropriately.

3. Clinical

3-1) Physician

In order to improve the clinical skills, the clinical care and the supervision system should be strengthened in Clinical division. The concept of team care should be strengthened more. Also the quality of care should be improved more, such as routine and essential works like examination practice, treatment planning, infection control, and so on.

3-2) MW/Ns

In order to have the self-improvement capacity, the concept of management cycle and quality control should be disseminated not only to the manager level but also to the staff level.

3-3) Para-clinic

3-3-1) General

In order to manage the Para-clinic section, the regular weekly meeting should be established as soon as possible.

3-3-2) Laboratory

In order to improve the quality of results of the hematology test, the introduction of basic automatic hematology analyzer should be considered for this tertiary level of the health facility.

In order to expand the content of the lab test, the limited biochemical and hormonal test should be introduced in NMCHC.

3-3-3) X-ray

In order to deal with the fundamental Obstetrics/Gynecology needs, X-ray should perform the fundamental X-ray examination, such as the detection of corpus-pelvic disproportion.

4. Others

4-1) Health Promotion

In order to improve health promotion activities, the opportunity of patients' visit to health facilities should be used more effectively.

In order to increase the accessibility to IEC (Information, Education, Communication), more videos should be translated into Khmer. The capacity of IEC program development should be fostered.

4-2) Supervision

In order to run the supervision activities in the maternal and child health field, appropriate financial scheme should be introduced.

III. Matters Discussed and Recommendations

1. In order to secure the quality of services, the followings were discussed and recommended.

1-1) Functioning the regular work in each service/division/level

1-2) Data collection

1-3) Problem findings

1-4) Objective establishment

1-5) Planning

1-6) Evaluation and revision

2. In order to develop human resources, the followings were discussed and recommended.

2-1) Personnel allocation (National plan)

2-2) Personnel evaluation

2-3) Personnel training for staff

3. In order to maintain and utilize medical equipment and facility, the followings were discussed and recommended.

3-1) Engineer allocation for medical equipment, by national

Appropriate personnel should be allocated, or external maintenance arrangement with NGOs or private sectors should be considered, if not.

3-2) Engineer allocation for facility maintenance, by national

Appropriate personnel should be allocated, or external maintenance arrangement with NGOs or private sectors should be considered, if not.

3-3) Revision cost of medical equipment and facility

3-4) CMS policy

4. In order to secure financial conditions, the followings were discussed and recommended.

4-1) Increasing the salary for staff

4-2) Budgetary secure for continuous operations, after the withdrawal of JICA.

4-3) Budgetary support for Exemption

4-4) Staff salary plan, national

5. In order to expand training activities, the followings were discussed and recommended.

5-1) Budget for training

5-2) Student training plan, by national

6. In order to improve the quality of care, the followings were discussed and recommended.

6-1) Routine and daily case discussion

IV. New Projects for the Further Improvement of Maternal and Child Health

The Cambodian side requested a new project for the further improvement of maternal and child health, and the Team just held the request. The Japanese side will examine the contents after the Government of Cambodia officially submits the project proposal to the Government of Japan.

Tw

将来計画案

カンボディア母子保健プロジェクト延長(第2フェーズ)に関する考え方

< Overall Goal >

カンボディアの女性と赤ちゃん(子供)の健康の向上

< フェーズ2の目的 >

1. 産婦人科最終レファラル病院としてのNMCHC強化(マネジメント能力、研修機能、臨床能力)
2. NMCHCでの研修活動を通じた、末端および州・郡病院レベルの機能強化とレファラル体制の強化

< 活動 >

- 1 - 1. NMCHCのマネジメントへの助言
- 1 - 2. NMCHCの臨床レベル向上のための指導
- 1 - 3. NMCHCの研修体制の整備

- 2 - 1. HCレベル助産婦の研修
- 2 - 2. 州・郡病院レベルの医師・助産婦の研修
- 2 - 3. スーパービジョン
- 2 - 4. HC、州・郡病院レベル強化のための機材供与
- 2 - 5. 病院管理の知識・ノウハウの蓄積と研修・普及
- 2 - 6. 教材開発と普及
- 2 - 7. センター内での医学生・看護学生教育システムの確立

③ プロジェクト1998年度活動概要報告書

JICA カンボジア母子保健プロジェクト
1998年度 活動概要報告書

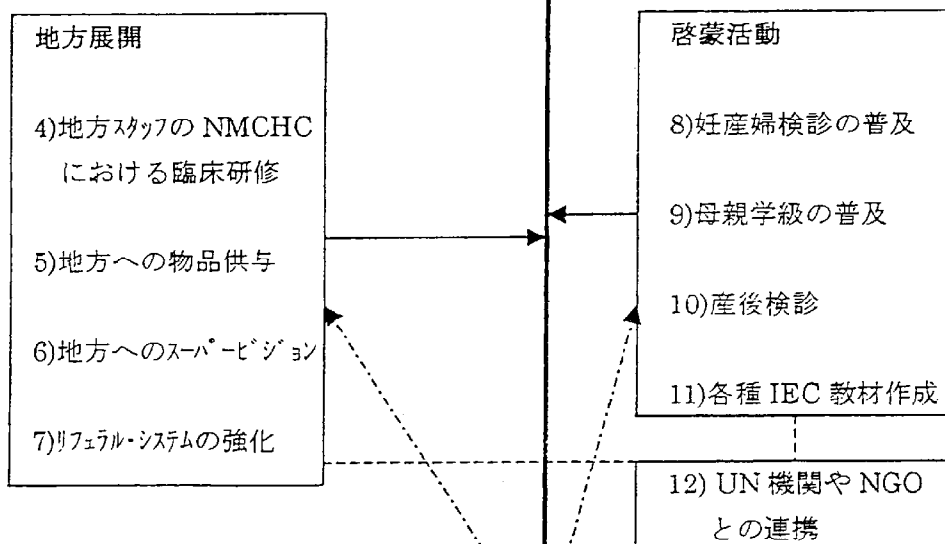
1. はじめに

本プロジェクトはカンボジア国立母子保健センターの機能強化によって、カンボジアの妊産婦死亡率を減少させることを目的として1995年4月に開始された。これと平行して無償資金協力による新センターが建設され、1997年4月に開院し、ここで活動は継続されている。

2. プロジェクトの活動項目

Overall Goal :

カンボジアの
妊産婦死亡率の低下



Project Purpose :

NMCHC の機能強化

- 1) マネジメント能力の向上
(人, 物, 金, 情報)
- 2) トレーニング活動の強化
- 3) 付属産婦人科病院の
臨床レベルの向上

3. プロジェクトの主なコンポーネント実績<参照：資料1>

- 1) 専門家派遣
- 2) 日本への研修員派遣
- 3) 物品・機材供与

4. プロジェクト環境

1) プロジェクト内部環境の変化

<JICA 側投入の主な変更点>

- ・調整員の交代（4月、宮崎→鈴木）
- ・助産婦（母性看護・看護管理）の専門家の交代（10月、内藤→森兼）
- ・藤田直子専門家（薬剤・物品管理）の任期延長（10月から6ヶ月）
- ・藤田則子専門家（産婦人科）の着任（10月、プロジェクト終了まで）
- ・清水正一専門家（医療機材）の任期延長（1999年1月、プロジェクト終了まで）

<カンボジア側の主な変更点>

- ・センター長（Dr. Eng Huot）が1998年2月はじめに保健省の Director General of Health に転出（栄転）して以来、後任は未定であるが、現在、副センター長の Dr. Koum Kanal が Acting として、また副センター長新任2名が活動している。

2) 一般的プロジェクト環境

・選挙とその影響

7月に国政選挙が行われ、前後の混乱が予想されるため6月から9月の新規派遣が凍結された。このため手術室・ICU看護の専門家の派遣期間が短縮され、また6月の調査団派遣も延期された。幸い、選挙運動期間、選挙、その後の開票、と比較的平穏に過ぎたが、9月に入り開票結果への不平が広がり、デモの多発、組閣ができないまま12月まで経過した。これにより、場合によってはカウンターパートである NMCHC 指導層の入れ替えも考えられ、その場合困難が予想される。

3) 国・保健省の動き

・保健予算

保健省予算は未だ切迫しており、正規職員の給与の遅配は約2ヶ月、一時雇い職員の給与は6ヶ月の遅れである（1998年秋）。また患者食費については患者1人当たり1000リエルを保健省は支出しているはずであるが、実際 NMCHC には900リエル分しか来ず、大蔵省でのピンはねが起こっているものと推測される。

・組織改革

・12月の組閣により、保健大臣が従来の人民党からフシソック党に替わり、関連してプロジェクトの立ち上げから関わっている保健次官 (Dr. Mam Bun Heang) が長官に昇格した。

・国家レベルとして最近、Pailin が政府軍の手に落ちてから、それまでの Battambang 州が Bat Dambang 州と Krong Pailin 州の2つに行政区分が分かれた。

4)MCHに関する他のドナーの主な動き

WHO は、数人の短期専門家を送ってきているほか、カンボジア MCH に関するビデオやグラフ・チャートを作製した。UNICEF は 4 州で州保健局アドバイザーとして活動を継続するほか、小児に関し日本の外務省とプロジェクトを開始することになった。UNFPA は当プロジェクトが始めた Emergency Protocol の他、Provincial Hospital、Referral Hospital、Health Center 用の Protocol を他のドナーの協力を得て完成した。また複数のドナーが参加する IEC に関する委員会が始まった。USAID (アメリカ、RHACHA プログラム) は援助額は多くはないと思われるが新生児下痢症、Birth Spacing、Reproductive Health など多くに顔を出してきている。最近、日本の母子保健プロジェクトで始めた助産婦トレーニングを真似て、バクサン州の州病院を拠点に Referral Hospital 助産婦トレーニング (2 週間コース、5 人ずつ、将来的にはシミュレーションでも予定しているとのこと) を開始する予定である。GTZ (ドイツ) は数州にアドバイザーとして入っているほか、Institute of Public Health で保健センター・マネジメントの研修も行なっている。フランスは Calmet 病院で専門家 7 人のプロジェクトを行なっている他、医学部に 2 人の専門家を送っている。

4. 平成 10 年 (1998 年) 度の活動概要とプロジェクトの現状

A. National MCH Center (国立母子保健センター) の機能強化

新母子保健センターの開院に伴いいくつかの新制度が導入され、これまでプロジェクトが進めてきた組織改革とともに徐々に機能し始めている。以下に本年度活動の概略を、プロジェクト活動項目順に述べる。〈参照；2 の図〉

1) マネージメント能力の向上 (人、物、金、情報)

<総合>

a) Steering committee を始め各種委員会の主体的運営の誘導継続

各種委員会の位置づけ・役割の明確化を行なった〈資料 2〉ほか、医療機材・施設管理の定期的会議が開始された。また、未だ運営能力の低い部署を特定した。

b) Management cycle の考え方の導入の継続

・データ収集、評価と問題点発掘、対応・対策の立案、恒常活動での実施、が徐々に行なわれており、例えば助産婦トレーニングの評価会や、スーパービジョンによる評価をフィードバックして、助産婦トレーニングのカリキュラムに反映させている。

・外来・入院統計、看護部・臨床部活動、財務・会計、薬剤・物品、人事についての月例報告が定期的に始められている。

c)PCM の施行<資料3>

病院や臨床部の運営管理、について問題解決型運営管理の方法の一つとして指導し、カンボジア側も独自に使用し始めている。

d)TQM (Total Quality Management) の考え方導入

患者第一、品質第一、次工程はお客様、という意識を生み出す事を目的とし、導入を始めた。すなわち、医療の質、患者サービスの質の改善を促し、金もうけ主義に走らないように自覚させるとともに、センター内のコミュニケーションの改善を図る。

e)全体集会の開催

目的の共有化、コミュニケーションの改善、一体感の創生のためにカンボジア側の提案に基づき開始。

<人事><人事報告：資料4>

a)Nursing division (看護部) は十分機能している

(看護部婦長ミーティング、チームリーダーミーティング、病棟会、研修・看護・教育の各種ワーキング・グループ)

b)Clinical division (臨床部) にSub-committeeの設置<資料5>

医長ミーティング(Clinical Committee)が問題処理を十分できていないため、その下にSub-committee(運営、研修、診療)を設け、問題解決の迅速化、副医長格の人員教育を行なうことに決定し、協議を始めている。

c)ポーション(医師、助産婦)も順調に実施されている。

助産婦は4ヶ月おき、医師は6ヶ月おき

d)人事考査に関する検討開始

9月、10月と病院内での患者へのお金の要求という不祥事が連発し、臨時の全体集会が開催され、スタッフからの提案により懲罰と賞与が成されることに決まった。これは人事考査につながるもので、このような集会を自らのイニシアティブで開催し、しかもこれまで管理職員が時機尚早と言っていた賞罰制度導入の考えを一般スタッフから引き出した事は評価される。

e)職員意識調査

JICA主催の職員意識調査を行ない、センターに必要な要件、仕事に対する意識、給与、仕事時間、JICAへの要望などを調べた。感覚的にサービスや臨床能力などの必要性を理解はしている様子だが、かなりNMCHCの給与収入だけの職員もおり、User feeからの補填があっても給与の低いことが不満の第一になっている。これについては一部、全体集会で回答している。〈資料6〉

<財務>

- a) User fee 制度 <月例財務報告；資料7>
<年間経常収支決算報告；資料8>
<給与水準報告；資料9>

User fee制度は比較的順調に機能しており、スタッフのインセンティブ、薬品材料費などが賄われている。センター収入は前年度よりも増えているものの、頭打ちで、利益も減少してきている。ただ、User feeからの収入は増加し（前年度中間期47%→本年度上半期で62.2%）、JICA補填分は昨年の15%から8%に減少してきており、人件費率も収入全体の47%と、一応適正割合内に入っている。

b) Exemption（支払免除）制度

主に貧困者保護を目的とした制度で、Exemptionの比率はUser feeの5.25%、全収入の3.27%と未だ多くはないが、昨年度よりは若干増えた<月例Exemption報告；資料10>。しかしながらいくつかの問題も発生してきている。例えば本年度に入りRun-away（逃亡）ケースというカテゴリーが生まれ、これらはExemptionの認定がされないまま全額支払う前に逃げてしまうか、あるいは全額は支払っているが退院手続きをしないまま帰宅してしまうケースである。また重症にも関わらずお金がないので患者が家に帰ってしまったケース、Exemption認定は最終的に退院時なされるが、制度に関する認識不足・説明不足のため、貧困にも関わらずExemptionと認定されないと訴えるケースがある。一方、一人の患者にExemptionを認定すると、同室者からも貧困申し立てがあつて支払可能者からの料金取り漏れが起こるなどがあり、現在Exemption認定の適正化と迅速化、また退院手続き開始時間の繰り上げなどが話し合われているが、かなり解決は難しい。

c) 財務委員会

User fee支出の適否や給与の配分、料金徴収漏れなどについての協議
User fee制度の不正に関する協議（コントローラーとの合同会議で）
今後懲罰規定とともに、コントローラーの機能強化が望まれよう。

<物品>

a)CSSD（中央材料室）制度

時に職員が自分のクリニックの機材消毒を行なっている事が判明したため、この禁止が言い渡された。

b)薬剤、物品委員会<月例報告：資料11>

月間物品使用に関する各科のレポート集計、必要性のチェック、買付け手配し、Steering Committeeで月々報告する事が義務づけられ、物品の使用状況のチェックがより高次のレベルで行われるようになった。

c)在庫管理

在庫管理表作成（予定）、棚卸し

d)機材維持管理<必要経費概算：資料12>

センター内全機材の登録を行ない、データベース化した。また故障機材レポートの作成、故障機材のレポートの制度化し、補修維持管理制度を開始した。さらにパーツ購入のための試算を行ない、カンボジア側にコスト意識を持たせた。

e)施設管理

施設管理のトレーニングを行なうとともに、毎日の点検を制度化し、それぞれの主要施設の審査記録や定期的な施設・機材管理会議を開始した。また、Generator、Water Treatment、Sewage、Incinerator、Electricity、Air Conditioner、Telephone、Medical Gas、Solar Systemについて、年間計画の策定、審査記録用紙、マニュアルをクメール語に翻訳し活用、パーツリスト作成、を開始した。

<情報>

a)患者管理

・全患者登録制、IDカード発行、患者カルテ番号統一化、カルテ保管制度確立などにより、現在カルテの検索可能率は97%ぐらいである。現在、外来患者についてもコンピューターによる登録を開始した。

オープンシステム（患者による手術術者の指名制度）の導入は未だ行なっていない。

b)患者向け、入院案内パンフレットの作成

c)医療統計収集制度

患者カルテの整備、各科活動データの収集システムは不正確ながらも軌道に乗り、その内容の改定を行なっている。

・外来、入院集計 <月例報告；資料13>

・月例財務、Exemption報告の発表

・人事、薬剤・物品集計

d)データ管理のコンピューター化導入

・ Technical Bureau (医事課) や薬剤部へのコンピューター導入のほか、今後、看護部、臨床検査でもコンピューター導入が図られる予定である事から、同セクション職員のコンピューター研修が開始された。

e)連絡体制の整備に関する検討

医療事故等緊急連絡体制、職員連絡先の把握に関する検討を昨年開始したが、一部ができていないに過ぎない。

2) トレーニング活動の強化

a) Trainer's Training開催 (9月) <資料14>

センター内助産婦の婦長、副婦長、チームリーダーを対象にセンター内でのヘルプセンターレベル助産婦研修を内容を中心に、センターのTOT部門のトレーナーがトレーニングを行なった。これにより個々の職員の技能を高めるとともに、この中の優秀者から同助産婦研修のトレーナーを選抜した。

b) 助産婦トレーニングの継続 (10月, 12月, 1999年2月)

今年から研修生の選択人数を州ごとの人口割とし、また1回当たりの参加数も20人に増やした。4週間コース、4-5州から20人/コース参加、ヘルプセンターレベルのセンター(正)助産婦対象、講義と臨床実習・当直実習から成る。ただ内容も、今年度前半に行なったスーパーセッションでの評価経験から、新生児の研修をはずし、代わりに母親学級など健康教育分野の実習を増やした。

ただ、未だにTOT(Trainer's trainingのための部署)を含めた体制整備は手付かずのままである。

<研修資料; 資料15> <資料写真; 別途>

d) 医師トレーニングの計画協議の開始

本年度後半から予定していた産婦人科医師インテンシブ・コース(6週間、地方医師5人/コース)の実施は遅れており、現在カリキュラムを作っている状態である。現段階では、来年度の実施開始を目指している。

e) 派遣前研修の継続

日本での研修を効果的にするために、今年も6月にカウンターパート(C/P)研修生対象に、また10月にJICA一般特設コース対象者、12月にやはり一般特設コース(国際看護交流協会とC/P)の研修生に対して、4回/コースの研修派遣前研修を行なった。

f) 医学臨床教育

多くの学生(医学部3学年、軍事学校準医師、看護学生)の当センターで

の臨床実習については、地方医師へのカリキュラム作りと平行して行われている。

g) 医療工学技師養成

保健省には全く適正な技量を持った医療工学技師がいない事が判明し、現在当センター職員を教育している。しかしながら、その基礎知識は皆無であり、技量も低い。

h) 酸素供給装置トレーニング・ワークショップ（1999,1月）〈式次第：資料16〉〈写真〉

保健省と共催で、州病院から合計38人の産婦人科・麻酔科の医師を呼んで、当センターでトレーニングを行なった。ここではカンボジア各州での妊産婦や新生児の死亡の実状とそれに対する取り組みが話し合われ、また地方医師の臨床研修についての要望も調査した。

3) 臨床活動の改善

・ 週間病棟カンファレンス（助産婦、医師）

週1回以上、各病棟で業務連絡、入院患者に関する（主に重症者の）討論と若手医師に対する教育が続けられている。

・ 症例検討会（医師、助産婦）

週1回、各病棟持ち回りで、典型的事例や難しい事例についての検討会がカンボジア側のイニシアティブで続いている。

・ 医師、助産婦のチーム診療制度導入

受持ち患者制度は守られているものの、チーム（シニアとジュニアのチーム）診療についてはバラバラに患者を診ているのが実状である。ただ時にはジュニア医師に対する教育指導が見られるようになりつつある。

・ 産婦人科救急用プロトコルの作成

UNFPA（の専門家）とも協力し完成した。

・ 臨床技能向上のための指導

産婦人科医師も赴任し、JICA専門家による指導が定期的に開始された。内容は、超音波検査、感染症予防、など基本的で、カンボジア側の要請に答える分野から入った。

B. 地方展開

4) 地方スタッフのNMCHCにおける臨床研修の施行 〈資料15〉

・ 地方のクム（いくつかの村落集合体）レベルや郡のヘルスセンター・レベルの助産婦の研修（セクター・助産婦トレーニング）

・ 州レベルの医師の「酸素供給装置」研修ワークショップ（1月）〈資料16〉

・ 郡レベルの医師・助産婦の「トッブラー」研修（2月、3月予定）

5) 地方への物品供与 (JICAから)

- ・助産婦キット, TBAキットの配付

9月と12月に、トレーニング事業を行なっているNGOを通して地方のTBAに配布している。多くのNGO、TBAに好評を博している。

- ・簡易トッグラ (地方でのトレーニングを通して)
- ・酸素供給装置 (保健省と共同で、トレーニングを通して)

州病院レベルでは酸素ボンベが高価なため、電気などの施設が整っているところを対象に供与を行なう。その際に使用法や医学的知識も含めた研修を同時に行なう予定である。

- ・栄養パンフレットほかの配布 (助産婦トレーニングを通して)
- ・UNICEFフリップチャートの配付 (助産婦トレーニングを通して)

助産婦研修の最後に、研修で使用した栄養や健康教育用のUNICEFフリップチャートを研修修了者に配布した。

6) 地方へのスーパービジョン<写真>

5月より再開した。この際、当センターで助産婦研修を受けた研修生のいる施設を中心にスーパービジョンを行なった。これにより、助産婦研修の評価にも繋がり、同研修のカリキュラムも変更した。

7) リフェラル・システムの強化

- ・センターでの地方助産婦や医師の研修活動

当センターの研修生が何人かの患者を紹介してきており、さらには研修生が地方でTBAのスーパーバイズをする場合がでてきつつある。

C. 啓蒙活動

8) 妊婦検診 (ANC) の普及

- ・妊産婦検診

ANCの料金を、回数を重ねるほど安く設定することにより、妊婦が頻りにANCに来ることを促している。初回妊産婦には貧血・尿検査など基本的検査を導入した。

- ・栄養パンフレット<資料17>

栄養に関するパンフレットを完成し、院内の母親学級での配布、当センター研修生、予防部門の栄養のNational Programにも一部配布した。

- ・入院案内パンフレット<資料18>

当センター妊産婦検診受診者に、入院案内を作成し、患者の利便を図るとともに、センターでの出産を促すよう試みた。

9) 母親学級 (Mothers' class) の普及

・センター内

母親学級の教育内容を4つに分け、内容の充実を図った。また日本での研修修了生が活発に指導している。

・センター外

地方助産婦研修の内容を一部改定し、母親学級を含む啓蒙活動に関する教育訓練の時間数を増やし、助産婦トレーニング修了者が各ヘルスセンターで母親学級を継続し易くした。その際、UNICEF フリップチャートの他、新しく作った栄養パンフレットを添付した。

10) 産後教育の強化

・産後センター内、母親教育

センター内で出産後、病棟で教育用ビデオ放映を継続している。

・産後1ヶ月後検診

今後、産後1ヶ月後研修を普及させるべく、サービス内容・料金について検討を開始したが、未だ実現していない。

11) UN 機関や NGO との連携

<4> 臨床研修について

- ・助産婦トレーニング研修生選択の適正化について研修予定の通報 (UNICEF、WHO、GTZ 他)
- ・UNICEF からの特定地域助産婦のトレーニング依頼
- ・助産婦トレーニング研修者への UNICEF フリップチャート (母親学級用) の配付 (UNICEF からの無料供与)
- ・助産婦トレーニング研修者への UNFPA フリップチャート (Birth Spacing 教育用) の配付 (UNFPA からの無料供与)

<5> 物品供与について

- ・助産婦キットや TBA キットの NGO を通じた配付
- ・各州病院への酸素供給装置供与 (保健省、UNICEF とのトレーニング・ワークショップの共同開催)

<7> リファラルについて

- ・産科救急プロトコルの内容協議と完成 (UNFPA と)

5. 問題点

想定される成果（目標：資料3；PDM、参照）に対し、未だ軌道に乗っていない部分も残念ながらある。

1) 当センターのカホラ側側の自立運営に関しては、特に

- ① 医師部門（臨床部）：組織化が不十分で、週間会議が十分になされていない、問題が山積し、解決の体制にない。自立するまでに至っていない。
- ② 臨床検査を含む Para-clinic 部門：何回もの働きかけにも関わらず、まったく組織化、体制が整っておらず、情報の伝達、問題に関する会議も行なわれていない。またここの質も低いといわざるを得ない。
- ③ 施設・機材管理：医療機材の管理制度の未熟と人材不足、施設管理制度の未熟と人材不足、資機材パーツ購入ルートの未確立

そのほか、

- ④ 総括：スタッフレベルでは、問題発見、その解決に向けた力が弱い。
- ⑤ ヒト：人事考査が未導入
- ⑥ モノ：薬剤物品のモニター制度が未確立
- ⑦ カネ：基本財務諸表がない、支払免除の定期的改定

2) 当センターのトレーニング施設としての機能に関しては、

- ① 研修の調整、および組織化する制度（機能）がない。
- ② ヘルセンターレベル以外（例えば州・郡病院レベル）の助産婦、医師、学生、などの教育機能が未だ弱体である。
- ③ 研修のための財源がない。

3) 臨床

- ① 一般スタッフレベルの、“臨床、医療の質の改善”、“患者サービスの質の改善”に対する意識は低い。
- ② 患者に対し、あるいはスタッフ同士のコミュニケーションはうまくなされていない。ほか、下位の人員への責任の分配がなされない。

4) その他

健康教育の充実、スーパービジョンの財政的裏付け、リフェラル制度の脆弱が挙げられる。

6. 次年度計画概容<参照 19>

7. 延長に向けた問題点

上記問題点のうち、プロジェクト終了時特に強化が遅れることが予想される分野

は、

1) 運営

①医師部門（臨床部）：組織化が不十分で、週間会議が十分になされていない、問題が山積し、解決の体制にない。自立するまでに至っていない。

②臨床検査を含む Para-clinic 部門：何回もの働きかけにも関わらず、まったく組織化、体制が整っておらず、情報の伝達、問題に関する会議も行なわれていない。またこの質も低いといわざるを得ない。

③施設・機材管理：医療機材の管理制度の未熟と人材不足、施設管理制度の未熟と人材不足、資機材パーツ購入ルートの未確立

2) 研修

①リファラルレベルの研修

②研修費用の手当て

3) 臨床

①医師部門

②臨床検査

このうち、

運営①（臨床①）の医師部門については、看護部の強化経験から、少なくとも3年間の延長が必要と思われる。

運営②（臨床②）臨床検査、および Para-clinic 部門については、次年度、臨床検査の長期専門家が入るため、その進捗状況を見なければいけないが、やはり1年以上の延長が望まれよう。

運営③施設管理・医療機材管理については、現在長期専門家が入っているが、カンサートの技量は著しく低く、このままの状態期待される自立できるレベルまで向上することは難しい。従って、保健省が自前で維持管理をしていくことを望むなら、技量の優れたカンサートを早急に配置してもらう必要があり、仮に外注の方針で行くなら、そのための準備を行なう必要がある。これに関しては、調査団来カンボジア時、保健省との間で確認する必要がある。いずれにしろ、その様子を見て、延長を決めるべき。

研修①については、助産婦部門では、短期専門家で対処できると考えられ、医師部門では、長期専門家が合わせて対処することが期待される。

研修②は、保健省に財政上の手当てを確認するか、そのための方針を調査団来カンボジア時、明確にしておく必要がある。

6. 日本側／相手国側投入実績一覧表 (調整日氏名 鈴木 ケイ)

6-1. 専門家派遣及び機材供与

平成10年度 第3四半期

細目	予算年月	95年(117年)					96年(118年)					97年(119年)					98年(1110年)					99年(1111年)													
		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1
専門家派遣	長期	山田多佳子(チ-77ド'ハ'イ'-) 4/16-----7/13 明石秀親(チ-77ド'ハ'イ'-) 6/26-----6/25 宮崎正(業務調整) 4/16-----4/15 鈴木ケイ(業務調整) 3/9-----3/31 河合嘉子(助産婦) 8/29-----11/28 川田泰代(周産期看護) 11/19-----4/18 内藤里美(母性看護) 3/23-----10/27 森兼真理(母性看護) 10/13-----3/31 藤田直子(薬剤師) 10/6-----3/31 清水正一(医療機材維持管理) 11/17-----3/31 藤田則子(産婦人科) 10/13-----3/31																																	
		短期	喜多悦子(検査室管理) 6/27-7/6	森川泰夫(臨床検査) 4/22-6/20	工藤芳子(臨床検査) 1/26-3/31	滝 和美(麻酔科) 5/3-5/17																													
			清水利恭(産婦人科) 6/27-7/10	杉本孝生(病院管理) 4/23-6/20	稲橋恭雄(産婦人科) 3/18-3/27	山田多佳子(新生児) 5/3-5/31																													
			河合嘉子(助産婦) 6/27-7/10	館野勝雄 1/26-2/21	(医療機材維持管理) 伊能 (病院管理) 3/18-3/27	浜野敏子(栄養) 5/3-5/31																													
			清水利恭(産婦人科) 9/26-3/25	久慈直志 3/2-4/5	(病院管理) 明石秀親 3/2-4/5	平賀恵子(看護/ICU) 5/3-5/31																													
				明石秀親 3/2-4/5	(健康教育) 4/5	穴戸日露子(病院医事) 5/17-5/31																													
					杉本孝生(病院管理) 11/8-11/18																														
					笠井正(施設管理) 10/13-1/12																														
		機材	供与機材	当年度	△18,076千円 発電機,分娩監視装置等	○13,305千円 △ 9,426千円 小手術セット,人体模型等	○17,557千円 △14,178千円 助産婦キット,図書,パイ等	○15,850千円 △11,500千円 助産婦キット,酸素供給装置																											
				繰越																															
	携行機材		○ 5,686千円 △ 867千円	○ 1,148千円 △ 406千円	○ 456千円	○ 1,865千円																													

(注1) 長期専門家、短期専門家とも氏名、指導科目、派遣期間(円付入りバーチャート)を記入。
 (注2) 機材の欄には、本邦購送分(○)と現地調達分(△)に分けて年度毎の合計金額及び主要品目名を記入。

6-2 研修員受入、現地活動経費、相手国側投入実績、その他

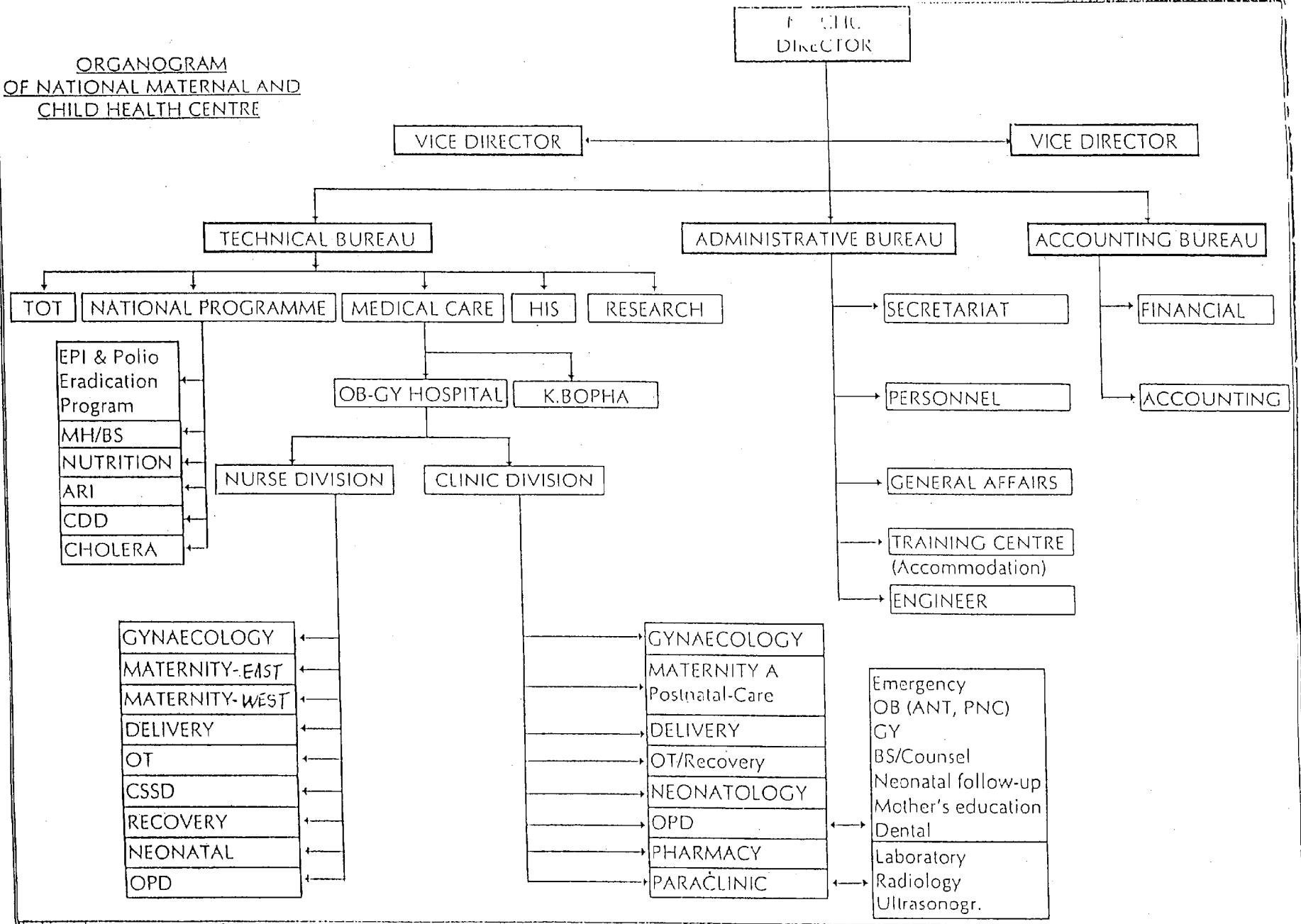
平成10年度 第3四半期現在

細目	予算年																							
	1995年(117年)			1996年(118年)			1997年(119年)			1998年(1110年)			1999年(1111年)											
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
C/P 日本研修	Dr.Koum Kamal(産婦人科) 7/27-8/12 Dr.Tan Borin(新生児科) 10/17-----12/9 Ms.Ou Saroeun(助産婦) 10/17-----12/9 Dr.Sann Chan Soeung 7/16----8/30 (産婦人科) Dr.You Sophat(産科麻酔) 7/16-----11/3 Ms.Deng Kheang(助産婦) 7/16-----9/10 Mr.Kroch Sary(新生児看護) 7/16-----9/10 Dr.Tivsay (産婦人科) 7/24----8/30 Dr.Tan Vucch Chheng 7/24----8/30(産婦人科) Ms.Oung Kab (助産婦) 7/24----8/30 Dr.Heng Chanhi Lida 7/24----8/30 (新生児科) Dr.Sarl Polin (産婦人科) 7/6----9/30 Dr.Lao Sunthareth 7/6----9/30(産婦人科) Ms.San Vanna (助産婦) 7/13----9/6 Dr.Sieng Sody 7/13----9/6 (新生児科)																							
現地活動経費	現地業務費：12,546千円 現地業務費：11,407千円 現地業務費：15,355千円 現地業務費：12,025千円																							
相手国側 投入実績	母子保健センター職員配置数 医師 57人 准医師 34人 助産婦、看護婦 180人 薬剤師 5人 臨床検査技師 9人 事務員等 51人 計：326人 年間支出予算：20,224千円 母子保健センター職員配置数 医師 57人 准医師 31人 助産婦、看護婦 213人 薬剤師 4人 臨床検査技師 9人 事務員等 43人 計：357人 年間支出予算：27,883千円 母子保健センター職員配置数 医師 61人 准医師 28人 助産婦、看護婦 195人 薬剤師 6人 臨床検査技師 8人 事務員等 33人 計：331人 年間支出予算：24,792千円 母子保健センター職員配置数 医師 58人 准医師 24人 助産婦、看護婦 186人 薬剤師 7人 臨床検査技師 9人 事務員等 28人 計：312人 年間支出予算：25,685千円																							
調査団	計画打合せ 3人 3/17--3/31 巡回指導 7人 6/11--6/17																							
リーダー会議	山田多佳子 東京 2/1--2/8 山田多佳子 東京 1/30--2/7 明石秀親 東京 2/2--2/16																							
調整員会議	宮崎正 パリ 10/26--10/31 宮崎正 シンガポール 10/21--10/23 鈴木ケイ シンガポール 10/22--10/24																							
国内委員会																								

無償資金協力概要 (1) 内容： 母子保健センター建設
 (2) E/N時期： 平成7年6月12日 (3) 金額： 1,764百万円 (4) 完了時期： 平成9年3月完了

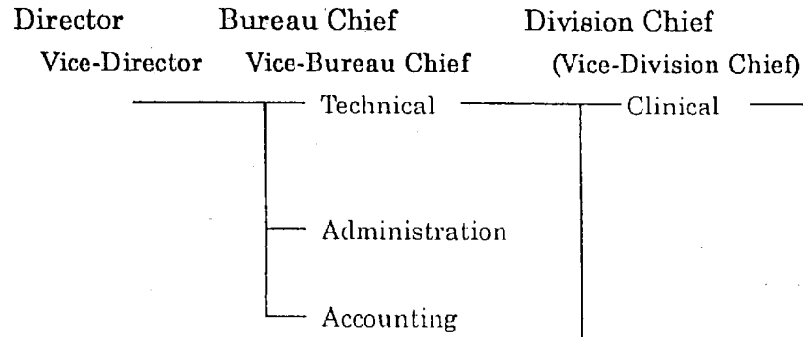
- (注1) C/P日本研修の欄には、氏名、研修科目、受入期間(日付入りバーチャート)を記入。
 (注2) 現地活動経費欄には、現地業務費及び実施計画諸費の年度毎の合計金額を各々上段、下段に記入。
 (注3) 相手国側投入実績欄には、C/Pを含む部門毎の職員配置人数、支出予算額、主要な調達資機材等を記入。
 (注4) 調査団の欄には、調査団名、人数、派遣期間(日付入りバーチャート)を記入。
 (注5) リーダー会議、調整員会議の欄には、出席者名、開催場所、開催期間(日付入りバーチャート)を記入。
 (注6) 国内委員会等の欄は、本部で記入。

ORGANOGRAM
OF NATIONAL MATERNAL AND
CHILD HEALTH CENTRE



Management Structure in NMCHC (Line)

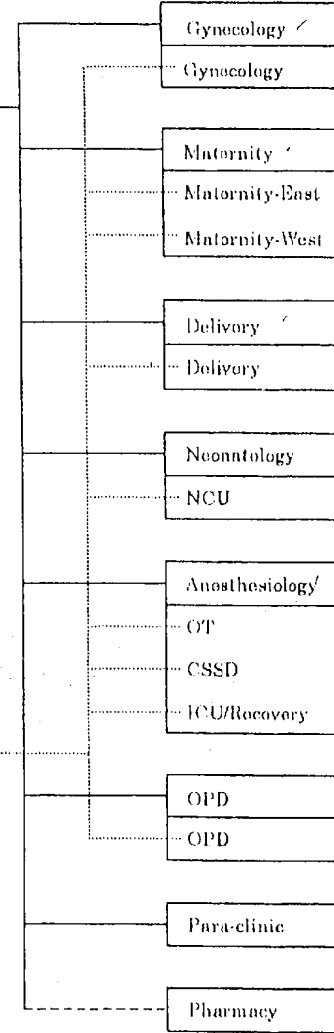
Steering Committee



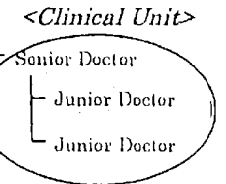
Clinical Committee

Service Chief
Vice-Service Chief

Service Meeting (Service Conference)



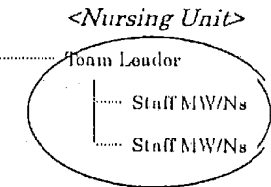
MD/MA Meeting Case Present



Nursing Committee

Ward Chief
Vice-Ward Chief

Ward Meeting



MW/Ns Meeting

Team Leader Meeting

Project Design Matrix for MCH Project in Cambodia

プロジェクトの要約	指標	指標データ入手手段	外部条件
上位目標 母子保健国家計画を促進することにより、カンボジア国の母子保健の状況が改善（妊産婦死亡が減少）されること。	1.妊産婦死亡率 2.妊産婦検診受診率 3.出産時医療従事者の介助率	保健省年次報告 各種サンプル調査	国の保健医療を支える，教育，衛生，インフラなどが整備されること。
プロジェクト目標 NMCHC の活動強化 1.NMCHC の管理運営能力向上 2.NMCHC の研修活動の強化 3.NMCHC の臨床能力の向上	外来患者数 出産数 ベット占有率 手術件数 帝王切開率 死亡率 User Fee 収入 利益金額（率） 研修受講者数 患者満足度 職員意識改善度 研修生満足度 照会医療機関満足度 NMCHC への照会患者の割合	NMCHC 入院統計 NMCHC 外来統計報告 NMCHC 医療活動報告 NMCHC 財務報告 研修記録 患者アンケート 職員意識調査 研修生アンケート 地方医療機関アンケート 患者統計	・NMCHC の政策が保健省に支持されること。 ・カンボジア経済、及び経済政策が安定している。
成果 1.運営管理 1-1.スタッフが母子保健センターのカンボジア国内での役割を自覚している 1-2.自分たちで問題発見ができる 1-3.自分たちで問題解決に取り組める	1-1-1.Steering committee へのカンボジア側議題提出率 1-1-2. Steering Committee で PDCA のどこまでできているか 1-1-2. 患者からの苦情件数 1-2-1.職員就業率 1-3-1.財務報告年間提出数（率） 1-3-4.経常収入への自己負担比	Steering committee 議題記録 外来の Opinion box 職員勤務記録 NMCHC 財務報告	・NMCHC に政府予算が少なくとも従来通りは確保されること。 ・カウンターパートのプロジェクトへの理解・認識が一貫していること。

<p>1-4.自分たちで計画立案ができる 1-5.自分たちで実施できる 1-6.財政的に自立できる</p> <p>2.研修 2-1.スタッフが研修センターとしての役割を自覚している 2-2.自分たちで研修計画を立てられる 2-3.自分たちで研修を実施できる 2-4.自分たちで研修を改善できる 2-5.自分たちで講師・後継者を適切に育成できる 2-6.自分たちで学生・専門医・地方の医療者、助産婦ほかを適切に育成ができる 2-7.研修のための財源が確保される</p> <p>3.臨床 3-1.スタッフが医療者としての役割を自覚している 3-2.医療の質、サービスの質について全職員が意識し、改善しようとしている 3-3.自分たちで医療の質、サービスの質を改善できる 3-4.スタッフ同士、患者との適切なコミュニケーションができる</p>	<p>率 (JICA 支出額の逆)</p> <p>1-4-1.期限切れ薬剤・物品数 1-4-2.薬剤・物品委員会報告提出数 (率) 1-4-3.機材維持管理技術者数 1-4-4.機材修理報告の有無,件数 1-4-5.施設維持管理技術者数 1-4-6.施設管理の記録の有無、センター内巡回維持率</p> <p>1-5-1.患者からの追跡できない率 1-5-2.医療統計報告年間報告数</p> <p>2-1.研修受講者数 2-2.研修生・研修前後テスト正解率 2-2.Junior 医師定期テスト正解率 2-2.卒後研修生定期テスト正解率 2-3.研修業務への自己負担比率</p> <p>3-1.医療事故件数 3-2.院内妊産婦死亡に占める不可避死亡の割合 (来院後 1 時間以内, など) 3-3.母親学級出席者数 3-3.ANC 受診者数</p>	<p>NMCHC 機材修理記録 NMCHC 施設修理記録 NMCHC 入院統計 NMCHC 外来統計報告 NMCHC 医療活動報告 研修実施記録 (Junior 医師定期テスト) (卒後研修生理解度調査) 日々の情報 NMCHC 外来統計報告 NMCHC 医療活動報告</p>	
--	---	--	--

活動	投入	前提条件
<p>1-1.総合 1-1-1.自立的組織を作る 1-1-2.マネジメントサイクルの定着 1-1-3.各種システムの定着 1-2.人事 1-2-1.人事報告の確立 1-2-2.職務規定の確立 1-2-3.人事考査の確立 1-2-4.労働意欲の促進 1-3.財務 1-3-1.財務報告の確立 1-3-2.財務計画の立案 1-3-3.予算管理システム構築 1-3-4.財政的自立 1-4.薬品・機材・施設 1-4-1.在庫管理システムの構築 1-4-2.消耗品管理システムの構築 1-4-3.機材維持技術の養成 1-4-4.機材維持システムの構築 1-4-5.施設維持技術の要請 1-4-6.施設維持システムの構築 1-5.情報 1-5-1.患者登録制度の構築 1-5-2.医療統計の収集システム構築 1-5-3.センター活動統計収集システム構築 1-5-4.情報管理のコンピューター化 2-1.研修体制 2-1-1.研修教官の養成 2-1-2.研修カリキュラムの整備 2-1-3.研修計画の自立的立案 2-1-4.研修実施体制の確立</p>	<p>投入</p> <p>日本側</p> <ul style="list-style-type: none">・ 専門家派遣 <p>長期</p> <p>チーフアドバイザー、業務調整、看護管理、助産婦、薬剤 医療機材、産婦人科、臨床検査（予定）</p> <p>短期</p> <p>産婦人科、新生児科、麻酔科、臨床検査、健康教育、 ICU/手術室看護、栄養、財務管理、医事管理、 ケア管理、施設管理、放射線（予定）</p> <ul style="list-style-type: none">・ 供与機材 <p>NMCHC 建物（無償） NMCHC 機材（無償） プロジェクト機材供与</p> <ul style="list-style-type: none">・ 研修 <p>日本での研修 カンクート研修、インド研修、東南アジア諸国研修 第3国研修</p> <p>カンボジア側</p> <ul style="list-style-type: none">・ カンクート配備・ 必要予算の手当 <p>その他</p> <ul style="list-style-type: none">・ アドバイザリグループ（UNICEF/UNFPA/WHO/WB/ADB）	<p>前提条件</p> <ul style="list-style-type: none">・ 政情安定・ 戦闘などが起こらないことなど、日本人専門家が国外に待避せざるを得ない事態が起こらないこと。・ 経済が安定していること。

<ul style="list-style-type: none"> 2-2.研修対象 2-2-1.研修生の拡充 2-2-2.研修生選定の適正化 2-2-3.院内研修の充実 2-3.研修の財政 2-3-1.研修費用の適正化 2-3-2.研修の財政基盤の整備 2-4.研修のフォローアップ 2-4-1.研修フォローアップ体制確立 2-4-2.研修生のスーパービジョン確立 2-4-3.研修生への機材供与 2-4-4.研修生を基に照会機能強化 3-1.体制 3-1-1.チーム診療制度の確立 3-1-2.ローテーション制度確立 3-1-3.サービス向上に向けた制度構築 3-2.活動 3-2-1.申送りの定着 3-2-2.病棟カンファレンスの充実 3-2-3.診断・治療システムの向上 3-3.教育 3-3-1.診療チームやカンファレンスでのOJT 3-3-2.症例検討会の実施 3-3-3.プロトコルの作成 3-3.啓蒙 3-3-1.母親学級の充実 3-3-2.母親学級の普及 3-3-3.妊婦検診の充実 3-3-4.妊婦検診の普及 		
--	--	--

LIST PERSONNEL IN ACTION 31 January 1990

N°	SERVICES	GOVERNMENT STAFF															Temporary		Grand Total
		Doctor	Pharmac.	Finan	Dentis	Med.Ast	Mid II	Nur. II	Labo II-I	Nour. I-II	Nur. I	Staff off I-II	Mecan. Elec	Driver	Worker	TOTAL	National Budget	Use fee	
1	Committee Director	3														3			E
2	Administration Bur.					3		3			1		2	5	7	21	15	16	E
3	Technic Bureau	2				2	2	6			1					13			F
4	Accounting Bureau		2	2				5			1	3				13		1	
5	Pharmacie		2					4			1					7			E
6	OPD	9			2	7	21	4		2	3				1	49			S
7	Maternity	8				2	27								3	40			U
8	Delivery	4					25								2	31			
9	Gynecologie	5				2	13				1				1	22	1		E
10	Neonatal	7				4		14								25			V
11	Paraclinique	3	3			1		7	9		1					24			I
12	OT	7				2		22			18				1	50	2		E
13	Program. IRA, CDD, Cholera	5						2								7			C
14	Program. Nutrition	1					1	2								4			E
15	Program. MCH	2				1	1									4			R
16	Holi. Post Partum															0			
	Sub.Total(Recei. Use Fee)	56	7	2	2	24	90	69	9	2	27	3	2	5	15	313	18	17	48
17	Program. RH/BS/S.H	2					6									8			
18	Polio Eradication	2	4			1		5			1			4		17			Fee
19	EPI	2	3			2	1	6				1		6		21			
20	Study (CES+Japan)	4				2	1	2								9			
21	Sick							1								1			
22	Disponible	5	1			8	20	12	1	1	1	1			2	52			Not
	Sub.Total(Not Re. Use Fee)	15	8			13	28	26	1	1	2	2		10	2	108			108
	Grand Total	71	15	2	2	37	118	95	10	3	29	5	2	15	17	421	18	17	456

Temporary Staff = Office 3, Cleaner 7, CSSD 1, Security 1, Laundry 1, Engineer 2 = 35

Staff Situation

31 JANUARY 1999

I) Gouvernment Staff

Situation(Action MCH)

-31 December 98 : 321
 -31 Jannary 99 : 321 -8(Nat.Prog.BS)=313

+1-1

*សុខ ចន្ទ (ចូលពីDisponible)

*កៅ សាមុត (Disponible 01-01-99)

II) Holiday

*ម៉ៅ សុផិវីនី

III)Temporary Staff

*ពលករអណ្តែត ៣៥នាក់

Situation Disponible

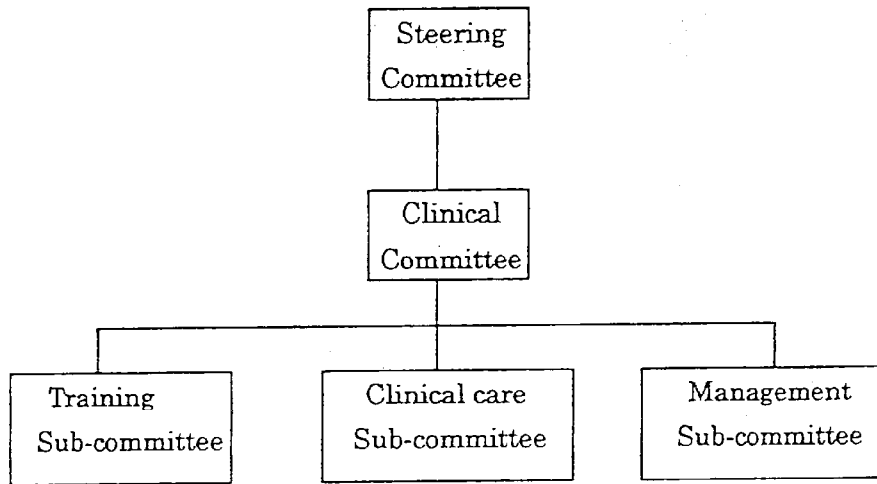
-December 98 : 51
 -January 99 : 51

+1-1

-សុខ ចន្ទ ឆ្លបច្បាប់ (ចេញពីDisponible ចូលAction)

-កៅ សាមុត ជាងជួសជុលទឹក (ចេញពី Action ចូល Disponible)

Clinical Division Functional Structure



(7-9 members in each Sub-committee)