

カンボジア王国
母子保健プロジェクト(フェーズ2)
運営指導調査(中間評価)報告書

平成14年10月
(2002年)

国際協力事業団
医療協力部

医協一
JR
02 - 23

序 文

本プロジェクトは、平成7年から5年間実施された「母子保健プロジェクト」のフェーズ2として、医師部門、運営管理部門等の強化も含めた国立母子保健センターの更なる強化と、同センターを拠点として地方病院の母子保健サービスにかかわる人材を育成することをめざし、平成12年4月より協力が開始されました。

今般、協力開始から3年目に入り、プロジェクト活動も中盤を迎えるため、これまでの活動実績及び進捗状況を把握し、今後のプロジェクトの方向性についてカンボジア王国側関係者と協議し、必要に応じて助言を行うため、国立国際医療センター総長である矢崎 義雄 氏を団長として、平成14年9月28日から同年10月19日まで、運営指導調査団(中間評価)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、今後とも本件技術協力の成功のため、引き続きご指導、ご協力を頂けますようお願い申し上げます。

平成14年10月

国際協力事業団

理事 隅田 栄亮

目 次

序 文
目 次
地 図
写 真

第1章	中間評価の概要	1
1 - 1	運営指導調査団(中間評価)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
1 - 5	評価項目・評価方法	4
第2章	プロジェクトの現状と実績	7
2 - 1	現状と実績の総括	7
2 - 2	投入実績	7
2 - 3	成果達成状況	9
2 - 4	プロジェクト実施プロセス	19
第3章	中間評価結果	20
3 - 1	医療一般分野での評価結果	20
3 - 2	看護分野での評価結果	21
3 - 3	評価5項目による評価結果	22
第4章	提 言	29
付属資料		
1.	ミニッツ(写)	33
2.	合同評価報告書	42
3.	PDM改訂詳細	143
4.	評価グリッド	152
5.	関係者へのアンケート調査結果	159

カンボジア王国地図



カンボジア王国行政区分





国立母子保健センター新生児室



国立母子保健センターでの母親学校の様子



保健大臣との面談

第1章 中間評価の概要

1-1 運営指導調査団(中間評価)派遣の経緯と目的

本プロジェクトはカンボジア王国(以下、「カンボジア」と記す)において、1995年から5年間実施された「母子保健プロジェクト」のフェーズ2である。

フェーズ1では、臨床サービスの強化や国立母子保健センター(以下、「NMCHC」と記す)の人材育成を目標として活動を実施し、1997年には無償資金協力により新しいセンターも建設された。その結果、看護部門設立による臨床サービス改善、診療費徴収(ユーザーフィー)制度の導入など、多くの成果が得られた。

しかし、一方で、医師の臨床診断能力、運営管理部門などにおいては更なる強化が必要であり、地方における母子保健サービスの改善にも課題を残した。

そのため、トプレファラルとしてのNMCHCの機能強化及び地方における母子保健分野の人材育成を達成すべく、2000年4月より「母子保健プロジェクト(フェーズ2)」(以下、「プロジェクト」と記す)が開始された。

今般、プロジェクトが開始から3年目を迎えたため、これまでのプロジェクト活動実績・実施プロセスを確認し、プロジェクト・サイクル・マネジメント(PCM)手法に基づく中間評価を行ったうえで、残るプロジェクト期間中に予定される計画について提言することを目的として、本調査を実施した。特に調査においては、プロジェクト開始から現在までの状況の変化のなかで、現在のプロジェクトの進捗状況をとらえ、残る活動期間における活動の方向性を定めることに重点を置いた。

1-2 調査団の構成

担当	氏名	所属	派遣期間
団長/総括	ヤザキ ヨシオ 矢崎 義雄	国立国際医療センター 総長	2002.10.15 ~ 2002.10.19
医療一般	タテノ セイキ 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第一課 課長	2002.10.7 ~ 2002.10.19
看護	コニシ ヨウコ 小西 洋子	国立国際医療センター 看護部 副看護部長	2002.10.15 ~ 2002.10.19
計画評価	スギタニ ナオコ 杉谷奈緒子	国際協力事業団 医療協力部医療協力第一課 職員	2002.10.7 ~ 2002.10.19
評価分析	スズキ ミツシ 鈴木 光壽	東洋エンジニアリング株式会社 コンサルタント部	2002.9.28 ~ 2002.10.19

1 - 3 調査日程

日 順	月 日	曜 日	調査内容
1	9月28日	土	17:45 鈴木団員(コンサルタント) プノンベン着
2	9月29日	日	9:00 JICA事務所、プロジェクト専門家との打合せ
3	9月30日	月	9:00 輸血銀行へのインタビュー 14:00 GTZへのインタビュー 16:00 UNICEFへのインタビュー
4	10月1日	火	8:00 RACHAへのインタビュー 11:00 WHOへのインタビュー 午後 ワークショップ準備
5	10月2日	水	終 日 ワークショップ(1) 活動実績レビュー、現状の問題点の把握
6	10月3日	木	終 日 ワークショップ(2) 5項目評価について
7	10月4日	金	終 日 ワークショップ(3) PDM改訂案、今後の課題について
8	10月5日	土	9:00 専門家との協議
9	10月6日	日	終 日 資料整理
10	10月7日	月	終 日 資料整理
11	10月8日	火	9:50 プノンベン着(建野団員、杉谷団員) 11:00 JICA事務所、プロジェクト専門家との打合せ 15:00 コンサルタントとの打合せ
12	10月9日	水	7:30 NMCHC内視察 9:30 専門家との協議 15:00 NMCHC所長との打合せ
13	10月10日	木	終 日 ワークショップ(4) 評価プロセス説明、専門家・カウンターパートから活動実績発表、評価5項目について
14	10月11日	金	午 前 ワークショップ(5) PDM改訂について 14:00 専門家とPDM改訂版の最終確認 16:00 JICA事務所、専門家との打合せ(今後の協力の方向性について)
15	10月12日	土	10:00 団内ミーティング 午後 合同評価報告書ドラフト作成
16	10月13日	日	午 前 合同評価報告書ドラフト作成 13:00 団内ミーティング(合同評価報告書ドラフトについて)
17	10月14日	月	9:00 Kampong Chhnang州 OD病院視察 10:00 Kampong Chhnang州 ヘルスセンター視察 11:00 Kampong Chhnang州 レファラル病院視察 16:00 団内ミーティング
18	10月15日	火	8:30 保健省との協議(Dr. Eng Hout) 10:30 プロジェクト専門家との協議(合同評価報告書ドラフトについて)
19	10月16日	水	9:50 プノンベン着(矢崎団長、小西団員) 11:00 UNFPAへのインタビュー 14:30 保健省表敬 16:00 プロジェクト専門家との協議
20	10月17日	木	14:00 合同調整委員会 16:30 ミニッツ作成
21	10月18日	金	8:00 ミニッツ署名・交換 9:00 ドナー・ブリーフィング 15:30 日本国大使館表敬 18:50 プノンベン発 19:55 バンコク着
22	10月19日	土	8:40 バンコク発 16:35 成田着

GTZ: ドイツ技術協力公社 UNICEF: 国連児童基金 RACHA: Reproductive and Child Health Alliance (NGO)

WHO: 世界保健機関 PDM: プロジェクト・デザイン・マトリックス OD: 医療圏郡 UNFPA: 国連人口基金

1 - 4 主要面談者

(1) カンボジア側

1) 保健省

Dr. Hong Sun Huot	Minister of Health
Dr. Mam Bun Heng	Secretary of State for Health
Dr. Eng Hout	Director General for Health
Dr. Te Kuy Seang	Director General of Administration and Finance
Ms. Keat Phoung	Deputy Director of Department of Human Resources Development
Ms. Chin Chheav	Vice-Director of Department of Hospital Services
Ms. Sok Chan	Biomedical Engineering Unit

2) 国立母子保健センター(NMCHC)

Dr. Koum Kanal	Director
Dr. Sann Chan Soeung	Vice-Director
Dr. Tan Vouch Chheng	Vice-Director

3) ナショナルプログラム

Dr. Chhun Long	Director of National Reproductive Health Program
Dr. Tung Rathavy	Vice-Director of National Reproductive Health Program

(2) 日本側

1) 在カンボジア日本国大使館

小川 郷太郎	特命全権大使
--------	--------

2) JICA カンボジア事務所

力石 寿郎	所 長
原 智佐	次 長
遊佐 敢	所 員

3) 母子保健プロジェクト専門家

藤田 則子	チーフアドバイザー
垣本 和宏	チーフアドバイザー
鈴森 泉	業務調整
清水 正一	機材維持管理
小原 ひろみ	産婦人科
橋本 麻由美	母性看護
森川 泰夫	臨床検査
岡林 広哲	小児科

1 - 5 評価項目・評価方法

1 - 5 - 1 中間評価の位置づけ

本中間評価はJICA事業評価ガイドライン「実践的評価手法」に準拠して実施し、評価項目を妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性の5項目とした。

同ガイドラインによれば、中間評価とは「協力期間の中間時点で行うもので、実績及び実施プロセスを確認したうえで主に当該プロジェクトの効率性、妥当性などを評価し、当初計画を変更する必要があるか否かを判断することを目的として実施され」、「中間評価の結果は当該計画の見直しやプロジェクトの運営体制強化などに活用される」ものである。

また、中間評価は「必要に応じて軌道修正を行うことを目的に、計画どおりに行われているかどうかを効率性の視点から評価すると同時に、実施後の社会環境の変化をとらえつつ、妥当性や自立発展性の見込みについて検証を行う」ものでもある。

同ガイドラインによる評価調査の種類と評価項目の重点は、次のようにまとめられる。

表1 - 1 評価調査の種類と評価項目の重点

評価項目	事前評価	モニタリング	中間評価	終了時評価	事後評価
実績の確認					
実施プロセスの把握					
評価5項目					
妥当性					
有効性					
効率性					
インパクト					
自立発展性					

：予測、見込みに基づいて検証作業を行う。

：実績に基づいて検証作業を行う。

：必要性・可能性に応じて検証作業を行う。

：本格的な検証作業は時期尚早、もしくはその前の段階で終了している。

中間評価では特に5項目のなかでも妥当性・効率性に重点が置かれるが、今回の中間評価においては、これまでのプロジェクト体制、活動実績及びPDMに設定されている指標を基にして、5項目全般にわたって評価することとした。

1 - 5 - 2 評価項目

今回の評価調査で用いた評価5項目は次のとおりである。

(1) 妥当性(Relevance)

妥当性は、プロジェクトの目標が、受益者のニーズと合致しているか、被援助国側の政

策と日本の援助政策との整合性はあるか、公的資金である ODA で実施する必要があるかといった「援助プロジェクトの正当性」を問う視点である。PDM では、主にプロジェクト目標や上位目標に着目し、それら目標が日本の援助事業としての妥当性があるかなどをみる。

(2) 有効性(Effectiveness)

有効性は、プロジェクトの実施により本当にターゲットグループへ便益がもたらされているか(または、もたらされるか)を検証し、当該プロジェクトが有効であったかどうかを判断する評価項目である。PDM 上ではプロジェクト目標がターゲットグループへの直接効果(直接便益)を表しているので、プロジェクト目標が期待どおりに達成されているか、またそれが成果の結果、もたらされたものであるかをみることになる。その際には、成果がプロジェクト目標達成に至る過程での外部条件の影響も考慮される。

(3) 効率性(Efficiency)

効率性は、プロジェクトの資源の有効活用という観点から、効率的であったか(または、効率性が見込めるか)どうかを検証する評価項目である。PDM においては投入と成果の関係性をみることになる。投入コストが成果やプロジェクト目標達成度合いに見合っているか、他の手段によってもっと効率的に行うことができたのではないかを検証する。

なお、費用対効果といった経済的分析をどこまでできるのかは、プロジェクトの性質によって異なるが、投入コストが適正であるかどうかは、類似プロジェクトや他のドナー、相手国の類似事業との比較などにより検証することも可能である。

(4) インパクト(Impact)

インパクトは、プロジェクト実施によりもたらされる、より長期的、間接的な効果や、当初予期しなかった正・負の波及効果を見る評価項目である。PDM からは、上位目標が期待どおりに達成されているか、またそれはプロジェクト目標が達成された結果、もたらされたものであるかをみることになる。

ただし、PDM は計画表であり、立案時に「意図したインパクト」だけを表したものであるため、予期しない(意図していなかった)正・負のインパクトは PDM からは直接的に調査項目として拾えないことに留意し、広くインパクトを検証する作業が必要になる。プロジェクト目標から上位目標へ至る過程での外部条件の影響も、インパクトを図る一つの視点となる。

(5) 自立発展性(Sustainability)

自立発展性は、援助が終了してもプロジェクトで発現した効果が持続する見込みがあるかどうかを検証する評価項目である。PDMでは、まずプロジェクト目標や上位目標に着目し、プロジェクトがもたらした直接的、間接的効果がプロジェクト終了後、一定期間を経ても持続して発現しつづけるかどうかをみる。

自立発展の実現に影響を与えている要因を特定するためには、プロジェクト成果を持続発展させるための組織力、技術力や、政策支援、社会・文化的側面、環境要因など様々な側面から検証を行う必要がある。

1 - 5 - 3 評価方法

本プロジェクトでは、2000年1月の実施協議調査団派遣時にPDM0が作成され、2001年7月の運営指導調査の際に、現行のPDM1に改訂されている。

今回の中間評価では、プロジェクトがこれまでの活動状況の変化を反映させたPDM2を作成予定であったため、評価はPDM1に基づき実施することとし、調査終了時に完成したPDM2を今後の運営管理ツールとすることで関係者間の合意を得た。PDM2及びPDM1からの改訂点は、付属資料1.「ミニッツ」のANNEX 1、及び付属資料3.「PDM改訂詳細」を参照のこと。

評価は、以下のプロセスにより実施された。

- 1) PDM1に基づき、評価グリッド・質問票を作成
- 2) 文献調査、アンケート、インタビュー調査、ワークショップにより、実施プロセス・活動実績を確認
- 3) PDM1上の指標を整理
- 4) 上記1)～3)で得られた情報を、評価5項目及び医療一般・看護分野の観点から分析・評価
- 5) 調査団からの評価結果を、カンボジア側関係者に提示し、意見聴取したうえで、最終的に合意されたものを合同評価報告書に取りまとめ、ミニッツに添付して、双方で署名・交換

なお、今回の評価調査で用いた評価グリッドを付属資料4.に、アンケート及びインタビュー調査の結果を付属資料5.にまとめてある。

関係者へのインタビューは、プロジェクトのチーフアドバイザー、NMCHC所長及び関連分野で活動を行っている他援助組織関係者を中心に行った。アンケートは、保健省職員、NMCHCカウンターパート(次世代のカウンターパート候補者を含む)及びレファラル病院職員に対して実施した。

第2章 プロジェクトの現状と実績

2-1 現状と実績の総括

本プロジェクトは、フェーズ2の半ばを迎え、順調な成果をあげつつある。フェーズ2開始当初は、NMCHCの運営管理や臨床診断技術の向上等、フェーズ1にて残された課題に大きな力を注いでいたが、この1年間に大きな変化をとげ、プロジェクトの目的とするNMCHCを中心とした人材養成が着実に実施できるようになった。2001年度に実施された運営指導調査時と比べると、それぞれのカウンターパートが自立してきたことが実感できた。例えば、リーダーのカウンターパートであるNMCHC所長が積極的にNMCHC職員をまとめ、彼らの意思の下に動く活動が目につくようになってきている。また、看護管理の面でも自助努力をいたるところでみる事ができた。従来は、日本側の熱意に動かされている感が否めなかったが、現在では、彼らのイニシアティブで動く活動が多くみられるようになった。このように、カウンターパートの間に“オーナーシップ”の概念が生まれてきたことは、大きなプロジェクト成果だと考えられる。

人材養成、研修部門でも大きな成果をあげつつある。フェーズ1に比べて研修の種類が増え、9種類の研修がNMCHCのスタッフが主なトレーナーとなり実施され、研修生の数は515人に達している。このうちの3割は地方のスタッフを対象として実施された。本プロジェクトでは、活動の成果として研修を実施した回数、研修を受けた人の数にとどまらず、研修の質、内容の改善に取り組んでいる。すなわち、研修のニーズ調査、候補者の選定、カリキュラム作成と準備、モニタリング及び評価、研修後の巡回指導に至る研修システムを確立し、実践していることは注目し、値する。本システム(研修手法)は、他プロジェクトの人材養成事業のモデルとなり得るものであり、より一層の質の向上を期待したい。

地方の医療スタッフを対象とした研修は、助産師研修と産科救急研修の2つのコース(計11コースを実施)で、前述した方法にて作成されたプログラムで実施されているが、保健省のナショナルプログラムとして実施されたものではない。今後は、保健省との連携をより密にし、研修システムをはじめとする多くのプロジェクト成果をカンボジアの母子保健政策に反映させていくように働きかけるべきである。そのためには、活動の比重をNMCHCから保健省へ少しずつ移していき、プロジェクト成果が保健省を通じて国内に波及していくことが望まれる。

2-2 投入実績

プロジェクトが開始された2000年4月から中間評価調査を実施した2002年10月までの投入概要は、以下のとおりである。詳細は付属資料2「合同評価報告書」のANNEX 1を参照のこと。

2 - 2 - 1 日本側投入

(1) 専門家派遣

中間評価実施時点で長期専門家計 14 名、短期専門家計 35 名、合計 49 名が派遣された。また、第三国専門家として、救急医療、エイズカウンセリング分野の専門家投入があった。日本人専門家の主な指導分野は以下のとおりである。

長期 14 名：チーフアドバイザー、業務調整、産婦人科、母性看護、臨床検査、機材維持管理

短期 35 名：小児科、麻酔科、放射線、手術管理、輸血管理、エイズ対策、人間関係トレーニング、病院財務管理、医療情報管理、薬剤物品管理ほか

(2) カウンターパート研修

中間評価実施時点で計 13 名のカウンターパートが本邦でのカウンターパート研修に参加した。研修分野は病院管理、財務管理、医療情報、産婦人科、臨床看護、超音波検査などである。

また、本プロジェクトは第三国研修スキームを活用し、これまでにタイ、マレーシア、フィリピン、スリランカで計 11 名のカウンターパートが、臨床検査、麻酔科、救急医療、医療機材管理などの分野で研修を受けている。

(3) 機材供与

中間評価を実施した 2002 年度末までの供与機材は、2002 年度分の機材がまだ調達途中であるものの、総額 3,770 万 1,000 円になる見込みである。年度ごとの総額と主な調達機材は以下のとおりである。

表 2 - 1 機材供与

年 度	総額(千円)	主な機材
2000	18,114	TBA キット、視聴覚教育機材、手術器具セット、自動 X 線フィルム現像器など
2001	10,534	TBA キット、コピー機、輸血用機材など
2002	9,053 (予定)	TBA キット、生物顕微鏡など

(4) 現地業務費

中間評価を実施した2002年度第2四半期までに、総額32万3,413米ドルが日本側より負担され、プロジェクト活動の円滑な実施のために使用された。年度ごとの内訳は次のとおりである。

表2-2 現地業務費内訳

単位：米ドル

費目	年度		
	2000	2001	2002(第2四半期まで)
一般現地活動費	57,772.08	65,659.17	41,529.16
LLDC特別現地業務費	6,740.00	15,543.22	32,283.05
中堅技術者養成対策費	12,161.81	11,922.16	-
技術交換費	2,862.92	17,239.89	-
現地適用化事業費	59,700.00	0	-
合計	139,236.81	110,364.44	73,812.21

2-2-2 カンボジア側投入

(1) カウンターパート配置

これまでにNMCHC所長をはじめ、医師、看護師、助産師、臨床検査技師など計15名のカウンターパートがプロジェクト活動のために配置されてきている。中間評価実施時のカウンターパートは計12名である。

(2) 土地・施設の供与

カンボジア側より、NMCHC内に日本人専門家のためのオフィススペースが提供され、水・電気も供与されている。

(3) ローカルコスト負担

カウンターパートの給与、研修予算をはじめとしたローカルコストがカンボジア側より負担されている。特に、研修予算についてはカンボジアとのコストシェアリングが順調に進捗している。中間評価実施時点では、カンボジア側が予算優遇措置で研修予算を獲得したこともあり、日本・カンボジアはそれぞれ約50%の負担率となっている。

2-3 成果達成状況

プロジェクトの成果達成状況として、PDM1上に記載されている最上位目標、上位目標、プロジェクト目標、成果に対する各々の指標を調査した。最上位目標、上位目標の達成度については、プロジェクト終了後に測るものであるが、今回の調査では、現在の状況と指標を比較し、達成の

見込みを検証した。

以下、それぞれの指標に対し、現在の達成状況を述べる。

なお、プロジェクト活動の実績・達成状況については、付属資料2.「合同評価報告書」ANNEX 5にカウンターパートがまとめたプレゼンテーション資料があるので参照のこと。

2 - 3 - 1 最上位目標

最上位目標：カンボジアにおける母子保健状態が改善される

指標：妊産婦死亡率

カンボジアの第2次社会経済開発計画(SEDP 2)によれば、2005年までに10万出産当たり妊産婦死亡200人以下をめざしている。UNICEF 2000によれば日本 = 8、タイ = 44、ベトナム = 160、インドネシア = 450、ラオス = 650に対し、カンボジアは1990～1999年平均で470という値が報告されている。

NMCHC内の妊産婦死亡率は、2000年の720から2001年には378に減少したことが報告されており、カンボジア政府の目標数値には達していないものの、短期間で大きな改善がみられる。

2 - 3 - 2 上位目標

上位目標：カンボジアにおける母子保健サービスの質が改善される

指標：(1)カンボジアにおける訓練を受けた医療従事者の出産介助率

(2)カンボジアにおける妊産婦検診受診率

(3)妊産婦検診再診率

(4)分娩後合併症患者の再診率

(5)新生児死亡率

中間評価時点では、「Demographic and Health Survey 2000」のデータが最も新しく、訓練を受けた医療従事者の出産介助率31.8%、妊産婦検診受診率37.7%と報告されている。

UNICEF 2000及び保健省の1999年データでは、医療従事者の出産介助率31%、妊産婦検診率29.6%(全国平均)とされていたため、介助率がほぼ横這い、妊産婦検診受診率はやや増加しているといえる。

なお、カンボジアでは家族、ないし伝統的産婆(TBA)が分娩介助する自宅分娩がほとんどであり、病院やヘルスセンターでの施設分娩は全出産数の約1割である。したがって、今後は自宅分娩に医療従事者が立ち会う比率をますます高めていくことが求められている。

2 - 3 - 3 プロジェクト目標

プロジェクト目標：地域医療を含む母子保健の改善のための人材育成が強化される

指標：(1) 訓練を受けた医師・助産師が介助する出産数

(2) 訓練を受けた医師・助産師による妊産婦検診数

(3) 外部評価者による評価

(1) 訓練を受けた医師・助産師が介助する出産数

NMCHCでの調査によると、研修を受けたレファラル病院助産師の出産介助数が、研修前の月平均1.5件から研修後には月平均6件に増加しており、研修の結果、介助率があがっている。

しかし、農村部では自宅分娩がより多いこともあり、ヘルスセンター助産師の出産介助数は、レファラル病院助産師に比べると研修の前後での変化が小さい。

(2) 訓練を受けた医師・助産師による妊産婦検診数

NMCHCによる助産師研修の前後で、研修を受けた助産師がいる21のヘルスセンターにおける妊産婦検診の受診数の変化を調べた結果、17のヘルスセンターで研修後に受診数の増加がみられている。全体としても、妊産婦検診の受診数は研修前の月平均10件から研修後の月平均32件に増加しており、ヘルスセンタースタッフからの聞き取り調査からも、研修を受けた助産師が中心になってヘルスセンターの活動を活性化させている様子がうかがえた。

(3) 外部評価者による評価

外部評価として、カンボジア保健省職員、地方病院医師、他ドナー(Blood Bank, GTZ, RACHA, UNFPA, UNICEF, WHO)の職員からのインタビューやアンケートによるものを総合的に判断すると、

- ・プロジェクト開始から現在まで、プロジェクト活動は順調に進捗している
- ・残りの期間に、投入が計画どおり実行されれば、プロジェクト目標が達成される見込みは高いと思われる
- ・地方展開はやや遅れ気味の印象がある

といった評価が得られた。

2 - 3 - 4 成 果

成果 : (1) NMCHC のトップレファラル病院及び研修センターとしての機能が更に強化される

(2) オペレーショナル・ディストリクト(レファラル病院、ヘルスセンター)の母子保健能力が改善される

(3) NMCHC と保健省人材局、他の国立病院やオペレーショナル・ディストリクトとの連携が強化される

指標 : 1 - 1) 研修を受けた医療従事者数

1 - 2) NMCHC のサービスを利用する患者数

1 - 3) 周産期死亡数

1 - 4) 一般病棟における患者一人当たりの薬剤・物品消費量

1 - 5) 医療機材の稼働率 / 施設利用率

1 - 6) 術後感染率

1 - 7) 臨床検査項目

2 - 1) レファラル病院での出産件数

2 - 2) NMCHC で研修を受けたヘルスセンター助産師の介助がある出産数

2 - 3) レファラル病院への搬送数

3 - 1) NMCHC への合併症患者の搬送数

3 - 2) (特にプノンペン地域における)他病院とのミーティング数

1 - 1) 研修を受けた医療従事者数

中間評価実施時点で、NMCHC による研修の受講者数は、NMCHC スタッフ 357 人、地方医療施設のスタッフ 158 人の計 515 人に達した。研修及び受講者の詳細は表 2 - 3 のとおりである。

フェーズ 1 と比べると研修の種類が増加しており、9 つの研修では NMCHC のスタッフがトレーナーとなり、主体的に実施されている。次世代のトレーナーも着実に育ってきており、研修の質・量ともに強化されてきていることがうかがえる。

表 2 - 3 NMCHC による研修

研修の種類	時期・コース	トレーナー	NMCHC スタッフ					地方スタッフ			
			医師	助産師	看護師	ラボスタッフ	その他	医師	助産師	ラボスタッフ	
感染予防	'01.12 ~ '02.03	NMCHC スタッフ	47	138			34				
基礎看護	'01.03	NMCHC スタッフ		20							
Training of Trainers(TOT)	3 コース	NMCHC スタッフ	15	15							
施設維持管理	'00.07 ~ '00.11	日本人専門家					6				
医療機材維持管理	'01.11 ~ '02.01	日本人専門家					2				
産科救急医療	3 コース	NMCHC スタッフ	23					15			
ヘルスセンター助産師	4 コース	NMCHC スタッフ							80		
レファラル病院助産師	4 コース	NMCHC スタッフ							59		
人間関係(ファシリテーター養成)	1 コース	日本人専門家	2	6	1	1	1				
人間関係	3 コース	日本人専門家及び NMCHC スタッフ	12	5	3	1	4				
エイズ母子感染予防カウンセリング	1 コース	第三国及び日本人専門家	5	5							
TOT カウンセリング	1 コース	第三国専門家									
カウンセリング研修	2 コース	NMCHC スタッフ	1	6							
ラボ研修	1 コース	日本人専門家				4					
ラボ研修	1 コース	NMCHC スタッフ								4	
合 計			105	195	4	6	47	15	139	4	
			357					158			
			515								

1 - 2) NMCHC のサービスを利用する患者数

1日平均で外来約 320 人、入院約 110 人前後が維持されている。外来患者の数は 1998 年から約 300 人前後、入院患者の数は 110 人前後で安定しており、病院の規模から考えると適正な患者数だと思われる。

ベッド数の内訳は、産科 104 台、婦人科 34 台、新生児室 16 台、集中治療・回復室 12 台の計 166 台であり、産科と婦人科のベッド使用率は 80% 前後の高い稼働率を維持している。

また、病院での治療、看護、臨床検査などは NMCHC スタッフのみで自立的に実施されており、院内は清潔な印象で、病院内は夜になっても活気がある。

1 - 3) 周産期死亡数

NMCHC における周産期死亡数は 2000 年の 422 件から、2001 年は 403 件に減少している。

ただし、プロジェクト成果の指標の観点からすれば、死亡数の絶対値よりは周産期死亡率(Perinatal Mortality Rate)¹ を考察する方が適切だと考えられる。NMCHC の周産期死亡率

¹ (Still Birth + Early Neonatal Death) / (All Birth) × 1000 で計算される。

は、2000年に53、2001年には57とやや増加しているが、これは2001年には全出産数が減少しているためだと考えられる。NMCHCにおける新生児死亡数と周産期死亡率の内訳は以下のとおりである。

表2 - 4 NMCHCにおける新生児死亡数及び周産期死亡率

	2000年度	2001年度
周産期死亡数	422	403
死産(Still Birth)	255	247
生後1週間以内死亡数(Early Neonatal Death)	134	129
全出産数	7,334	6,590
周産期死亡率(Perinatal Mortality Rate)	53	57

なお、厚生労働省によると我が国の周産期死亡率は、1980年に20.2であったものが、1985年には15.4、1990年には11.1、1995年には7.0、2000年には5.8へと減少している。

また、世界人口統計データベース The World Gazetteer の「Demographic Report 2002」によれば、世界の周産期死亡率を27から18に低減することが提唱されており、その数値と比較しても、カンボジアの周産期死亡率はまだ高い。

1 - 4) 一般病棟における患者一人当たりの薬剤・物品消費量

オリジナルデータは収集されており、現在、集計中である。

1 - 5) 医療機材の稼働率 / 施設利用率

医療機材の利用率は全般的に高い数値が維持されている。これは、フェーズ1からの適正な機材投入を背景に、フェーズ2でのナショナルワークショップなどの機材維持管理分野の活動が順調に進捗し、確実に技術移転がなされてきている成果だと考えられる。

NMCHC スタッフから報告されている2000年と2001年の医療機材の稼働率は以下のとおりである。

表2 - 5 医療機材稼働率

年度	協力方式	価格基準	機材数基準	出所
2000	JICA 無償(1993)	87%	86%	NMCHC Annual Report 2000 P.63
	JICA 無償(1997)	91%	93%	
	JICA 技術協力 (1997 ~ 1999)	73%	83%	
2001	JICA 無償(1993)	87%	89%	NMCHC Annual Report 2001 P.54 ~ 55
	JICA 無償(1997)	91%	94%	
	JICA 技術協力 (1997 ~ 2000)	95%	88%	

1 - 6) 術後感染率

Cambodian Medical Association 2001年の年会において、NMCHCでの出産に対する医師の存在が報告された。これによれば、2000年6月から2001年6月までに6,884件の出産があり、帝王切開が643件、うち426件の詳細が次のように分析されている。

輸血処置：8%(33/426)

術後感染：12%(52/426)

子宮摘出：5%(22/426)

術後感染率は帝王切開や子宮摘出手術の際は必然的に高くなるが、12%という数字は先進国と比べると高い。しかし、プロジェクトではカウンターパートとともに院内感染防止対策にも積極的に取り組んでおり、今後の更なる低減が期待される。

1 - 7) 臨床検査項目

臨床検査部門における検査可能な項目は、1998年に14件であったものが2002年には33件になり、2倍以上に増えている。実施可能な検査項目の内訳は以下のとおりである。

表2 - 6 臨床検査項目

臨床検査項目	1998年	2002年
血液検査	7	13
血清検査	2	6
生化学検査	0	6
便中寄生虫検査	1	1
尿検査	4	4
細菌検査	0	3
合計	14	33

2 - 1) レファラル病院での出産件数

全国70のレファラル病院における1年間の出産件数は、1997年が1万1,708件(うち帝王切開は801件)、2001年は1万5,304件(うち帝王切開は1,256件)と報告されている。1997年と2001年を比較すると、出産件数が3割、帝王切開件数は6割近く増加している。

このことより、レファラル病院の能力が向上し、帝王切開が必要なよりリスクの高い分娩が行われる搬送病院としての機能も強化されてきているといえる。

2 - 2) NMCHCで研修を受けたヘルスセンター助産師の介助がある出産数

研修を受けたヘルスセンター助産師21人を対象に調査を行った結果、8人が研修後の出産介助数が増加したと答えている。地方によっては、ヘルスセンターまでの距離が遠いな

どの理由により自宅分娩がほとんどの所もあり、今後はヘルスセンター助産師が介助する自宅分娩数も増やしていく必要がある。

2 - 3) レファラル病院への搬送数

現時点では、信頼できるデータがまだないものの、上記2 - 1)の出産件数、帝王切開数の増加は、ヘルスセンターからのレファラル機能が働いている結果とみることができる。

3 - 1) NMCHC への合併症患者の搬送数

1999年までのデータはないが、プロジェクト開始後の2000年は96件、2001年は104件であり、増加がみられる。

患者の居住区はプノンペン以外が大半であり、広範囲から患者が搬送されてきていることから、NMCHCがトップレファラル病院として機能していることがうかがえる。

また、患者の搬送元がレファラル病院とヘルスセンターを中心に多くの病院に分かれていることは、NMCHCと他の医療施設との連携の結果とみられる。なお、搬送元にはNMCHCで研修を受けた助産師がいる施設も多く含まれており、研修の成果とみることできる。

詳しい内訳は以下のとおりである。

表2 - 7 NMCHC への合併症患者搬送数

		2000年	2001年
搬送件数		96件	104件
	うち妊娠関連	87件	94件
患者の居住区	Phnom Penh	18件 (19%)	21件 (20%)
	Kandal	37件 (39%)	40件 (38%)
	その他	35件 (36%)	43件 (41%)
	不明	6件 (6%)	
搬送元の数		38	43
搬送元の種類	レファラル病院	21	25
	ヘルスセンター	12	13
	国立病院	1	2
	NGO、診療所	4	3
	不明	2	0

3 - 2) (特にプノンペン地域における)他病院とのミーティング数

主な会議、ミーティングの内容と回数は次のとおりである。

病院管理セミナー	1回
母子保健シンポジウム	2回
内科医の会合	44回
母子感染予防ネットワーク会合	1回
医療機材ナショナルワークショップ	1回
輸血会合	1回

病院管理セミナーは、省レベル、国レベルの病院間で、人事・医療財務・調達に関する病院管理の経験を共有することを目的に、2000年9月に実施された。内容は、保健省からの病院管理に関する政策と指針の説明に続き、4つの国立病院と8つの省病院の経験が発表された。JICA 専門家からも、薬剤・物品管理、施設維持管理、医療機材管理に関する発表が行われた。

母子保健シンポジウムは2001年3月と2002年5月に開催された。テーマは産前・産後の健康教育、妊産婦の死亡検査、Safe Motherhood National Program、妊娠中期における胎児向け子宮刺激剤の使用などである。このシンポジウムの成果として、臨床・看護ケアに関する標準手順書が配られ、NMCHCとレファラル病院の医師、助産師間のコミュニケーションが活発化したことが指摘されている。

内科医の会合は2001年7月に再開され、毎週金曜日にほぼ定期的で開催されている。会合ではこれまでに、53のプレゼンテーションが行われ、NMCHC 内科医から41件(77%)、JICA 専門家から10件(19%)、その他の内科医から2件(4%)となっている。

その他にも、助産師リフレッシュートレーニング、登録助産師のための1年間コース、医療技術学校への助産師キット供与などが、今後計画されている。

上記の結果を表にまとめたものを、表2 - 8に示す。

表 2 - 8 PDM 指標でみる成果達成状況

プロジェクト要約	指 標	成果達成状況
最上位目標 カンボジアにおける母子保健 状態が改善される	妊産婦死亡率	NMCHC 内に限れば、妊産婦死亡率は 720(2000 年)から 378(2001 年)に減少している
上位目標 カンボジアにおける母子保健 サービスの質が改善される	(1) カンボジアにおける訓練を受けた医療従事者の出産介助率	「Demographic and Health Survey 2000」によると、訓練を受けた医療従事者の出産介助率は 31.8%
	(2) カンボジアにおける妊産婦検診受診率	「Demographic and Health Survey 2000」によると、妊産婦検診受診率は 37.7%
	(3) 妊産婦検診再診率	現時点で信頼できるデータなし
	(4) 分娩後合併症患者の再診率	現時点で信頼できるデータなし
	(5) 新生児死亡率	現時点で信頼できるデータなし
プロジェクト目標 地域医療を含む母子保健の改善のための人材育成が強化される	(1) 訓練を受けた医師・助産師が介助する出産数	研修を受けたレファラル病院助産師が介助する出産数が、研修前後で月平均 1.5 件から月平均 6 件に増加
	(2) 訓練を受けた医師・助産師による妊産婦検診数	研修を受けた助産師がいるヘルスセンターで、妊産婦検診数が研修の前後で月平均 10 件から月平均 32 件に増加
	(3) 外部評価者による評価	活動は順調に進捗しており、プロジェクト終了後に目標が達成される見込みは高い
成 果 1 NMCHC のトップレファラル病院及び研修センターとしての機能が更に強化される	1 - 1) 研修を受けた医療従事者数 (医師、助産師、ヘルスセンターマネージャー)	NMCHC スタッフ 357 人 地方医療施設スタッフ 158 人
	1 - 2) NMCHC のサービスを利用する患者数	1 日平均で外来約 320 人、入院約 110 人で、病院の規模からみて適正な人数が維持されている
	1 - 3) 周産期死亡数	2000 年の 422 件が 2001 年には 403 件に減少
	1 - 4) 一般病棟における患者一人当たりの薬剤・物品消費量	データ集計中
	1 - 5) 医療機材の稼働率 / 施設利用率	2001 年の稼働率は、 1993 年無償供与機材の 89% 1997 年無償供与機材の 94% 1997 ~ 2000 年プロジェクト供与機材の 88% といずれも高い
	1 - 6) 術後感染率	2000 年 6 月から 2001 年 6 月までで 12%。今後更に低減させる必要あり
	1 - 7) 臨床検査項目	検査可能な項目数が 1998 年の 14 件から 2002 年の 33 件に増加。十分な検査項目といえる
2 オペレーショナル・ディストリクト(レファラル病院やヘルスセンター)の母子保健能力が改善される	2 - 1) レファラル病院での出産件数	全国 70 のレファラル病院で、 1997 年は 1 万 1,708 件 2001 年は 1 万 5,304 件 で 3 割の増加がみられる
	2 - 2) NMCHC で研修を受けたヘルスセンター助産師の介助がある出産数	研修を受けたヘルスセンター助産師 21 人中、8 人の出産介助数が研修後に増加
	2 - 3) レファラル病院への搬送数	現時点で信頼できるデータなし
3 NMCHC と保健省人材局、他の国立病院やオペレーショナル・ディストリクトとの連携が強化される	3 - 1) NMCHC への合併症患者の搬送数	2000 年の 96 件から 2001 年の 104 件に増加。広範囲からの搬送もみられる
	3 - 2) (特にプノンベン地域における) 他病院とのミーティング数	病院管理セミナー 1 回 母子保健シンポジウム 2 回 内科医の会合 44 回 母子感染予防ネットワーク会合 1 回 医療機材ナショナルワークショップ 1 回 輸血会合 1 回

2-4 プロジェクト実施プロセス

日本人専門家へのインタビューからは、フェーズ2立ち上げ当初は多少の混乱がみられたものの、その後は活動は順調に進捗しているとのコメントが得られた。また、カウンターパートも、NMCHCの機能はトップレファレル病院としても研修センターとしても強化されてきており、母子保健分野における医療技術の改善もみられたと認識している。

地方における母子保健能力には更なる継続的な協力が必要だとの指摘もあったものの、専門家、カウンターパートともにプロジェクト活動が計画どおりに進んできており、今後もプロジェクト目標達成の見込みは高いとの認識があった。双方のコミュニケーションも良好で、信頼関係も十分築かれている。

プロジェクトが研修等を実施している地方の医療施設のスタッフにも、プロジェクト活動はよく理解されており、NMCHCが実施した研修への評価も高い。研修に関しては、更なる研修の継続と巡回指導の強化を望む声があがっている。

しかし、関連分野で活動している他のドナーのなかには、プロジェクト活動について漠然とした情報しか届いていないところもあり、今後は関連援助組織とのより一層緊密な連携及び情報交換が求められている。

第3章 中間評価結果

3-1 医療一般分野での評価結果

3-1-1 病院管理

フェーズ2に入り、病院管理面での改善は顕著である。まず、NMCHC 所長である Dr. Kanai が正式な所長として任命されたこともあり、彼の指導力が著しく高まった。このことにより、管理運営面における責任体制が明白となり、大きな改善がみられている。

フェーズ1に導入されたユーザーフィー制度は定着し、周辺の多くの医療施設で導入されるようになった。ユーザーフィーの利用法に関しても、NMCHC 内に設置された委員会で管理運営され、より透明性の高いものになっている。ユーザーフィーの半分は職員の時間外手当等に使用され、職員の職場労働へのインセンティブになりつつある。また、この収入で試薬や消耗品を購入し、保健省からの予算不足を補っている。一方、貧困者を対象としたユーザーフィー免除者の割合が同じようなナショナル病院であるカルメット病院より低いことが、一部では問題として取り上げられていた。カルメット病院には、政府より貧困者を対象とした補助があり、同次元にて比較することはできないが、NMCHC においても同様の補助を受けられるよう何らかの方策をとり、貧困者に対する配慮をする必要がある。

機材等のメンテナンス分野での技術移転は順調に進んでおり、NMCHC のメンテナンス部門を保健省のメンテナンスセンターとすべく、その体制づくりが実施されている。本分野の専門家は、保健省の関係部署にも入り込み、国のメンテナンス体制づくりに参加することが決まっている。

一方、無償資金協力で供与した機材類の利用率及び稼働率は高く維持されており、本部門での技術移転の成果は高い。

3-1-2 臨床

1日当たりの外来患者数及び入院患者数は、それぞれ約320人、約110人と、この数年安定しており、病院規模から考えると適正だと考えられる。ベッド使用率は80%前後であり、これも妥当な稼働率である。

レファラル病院における出産件数や帝王切開件数は大幅に増加しており、臨床技術やサービスの能力向上が認められる。NMCHC に搬送されてくる件数が増加していること、プノンペン以外の広範囲から患者が搬送されていることなどから判断し、トップレファラル病院として機能しているものと判断できる。

術後感染率は12%と、先進国の病院と比較すると高率であるが、プロジェクトでは院内感染対策に積極的に取り組んでおり、今後の改善が期待される。

HIV / AIDSは、カンボジアでも問題になってきており、特に母子感染の面から本プロジェクトも本疾患対策に取り組みはじめている。夫婦を対象としたカウンセリング教室等を導入しており、時宜にかなったものとして評価できる。今後は、保健省と連携し、ナショナルプログラムと連携して実施することになっている。

臨床検査部門における技術移転も順調に進み、血液検査、生化学検査、血清検査、細菌検査等で33項目が検査できるようになり、質の高い診療サービスが可能になった。

3 - 1 - 3 研 修

現在まで、9種類の研修コースが計28回実施されている。このうち地方の医療従事者向けには、助産師研修、医師研修、ラボ技術者研修の3コースが実施された。いずれの研修もニーズ調査に始まり、カリキュラム作成、モニタリング、研修後の巡回指導、フィードバックを組み合わせたもので、研修の質や内容の向上をめざした意欲的な研修を実施していた。本手法によるインパクト、効果に関する調査はまだ十分ではないが、従来の数や人数のみによる評価に比べ、現実に合致した評価ができるものと期待される。

研修に対するカンボジア側の自助努力も大いに評価できる。中堅技術者養成事業は、カウンターパート側が当初の計画どおり負担できていないプロジェクトが多いが、本プロジェクトでは3年目に入った現在、予定どおりの予算を計上し、負担を行っていた。また、研修事業にユーザーフィーをあてることも検討されている。フェーズ1から日本側が言いつづけてきた「自助努力」の概念が根づきはじめており、順調な技術移転がなされているとの印象をもっている。

3 - 2 看護分野での評価結果

今回の中間評価調査では、看護分野の大きな変化を観察することができた。以下に看護管理体制と研修に分けて、それぞれ詳細を述べる。

3 - 2 - 1 看護管理体制の充実

これはフェーズ1において最も力を入れていた分野である。フェーズ1では、看護や看護管理の概念のないカンボジアで看護部を設立し、看護部門を組織化した。その結果、妊産婦検診率の増加、サービス向上のためのガイドナースの導入、母科学級の充実、分娩件数の飛躍的な伸び、産後指導など、臨床サービスが強化され、カンボジアにおけるトップレファラル病院としての助産師・看護師の意識が向上した。しかし、看護部長に続く人材が不足し、看護管理継続が懸念されていた。

今回、看護分野の橋本 麻由美 専門家は看護部長をカウンターパートとはせず、側面からサポートする体制で看護管理をみていくようにしていた。このことは、看護分野の自立を促し、本

来もっていた指導力を開花させた。業務基準・手順作成に自ら乗り出し、スタッフの意見を聞き、ワークショップを行いながら、NMCHC独自の基準作成を行っている。また、院内教育においては時間の工夫を行い、スキルアップに努めている。

さらに、大きな活動として保健省においてナースング・コミッティを立ち上げたことがあげられる。NMCHCの看護部長は今までの看護部の活動を自らの言葉でまとめ、その会のなかで報告を行い、大きな評価を得ている。戦火の中で「生きる」ことしかなかった人々の「自らの意思を伝える、考える」ことへの変化でもあると思われた。

なお、2001年までカンボジアの公務員の定年は55歳であった。そのため、看護部の中心的な役割をしていた者が、フェーズ2終了とともにすべて交代することとなっていた。このことを危惧し、これまでの運営指導調査などでは早急なる人材育成を提言してきたが、2002年から60歳定年となり、次期看護部長候補者も目途が立ち、有能な人材をゆっくり育成する時間ができた。これは、今後の看護管理体制の充実に向けても、望ましい状況の変化であるといえる。

3 - 2 - 2 研修部門

橋本専門家がカウンターパートを研修部長とし、この分野の強化を活動の大きな柱として6か月間が経過した。ヘルスセンターの助産師のリフレッシュ研修、レファラル病院助産師のリフレッシュ研修を継続的に行い、受講者割合はカンボジア全土の約50%となっている。自宅分娩が95%を占めるカンボジアで安全なお産が行われるためにも、地域のより多くの人にリフレッシュ研修を行っていかねばならない。ドナー中心の研修から、自らの企画による研修が望まれる。

助産師学生の教育については、2002年11月から実施予定である。実習指導の概念がないところで、いまだ指導要項など作成されていないことは問題ではあるが、今までのリフレッシュ研修のノウハウを基に行われるということである。専門家とともに実習施設としてのモデルとなるように進めてほしい。

また、国の事情から、研修部門のカウンターパートが突然交代となったが、人材育成のために継続性のある活動ができるよう、組織強化を望みたい。

3 - 3 評価5項目による評価結果

付属資料4の「評価グリッド」に基づき、妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性の観点からプロジェクト活動を評価した結果は以下のとおりである。

3 - 3 - 1 妥当性

プロジェクトがカンボジア側のニーズに合致しているか、また日本の援助事業として妥当かどうかを、カンボジアの政策、ターゲットグループのニーズ、日本の技術の優位性などから検証した。

結果として、プロジェクトの最上位目標、上位目標、プロジェクト目標はカンボジアの政策、受益者のニーズと合致しており、プロジェクトの実施計画やターゲットグループの選定においても適切で、日本のノウハウを生かした協力が行われていることが確認できた。

したがって、全般的にプロジェクトの妥当性は高いと評価できる。

以下にその詳細を述べる。

(1) カンボジアの国家政策との整合性

カンボジアの第2次社会経済開発計画(SEDP 2)によれば、1998年の妊産婦死亡率は10万出生あたり473であったが、これを2005年には200以下に減少させる目標がある。母子保健状態の改善は上記数字の低下にもつながり、また、そのためには、人材を質・量ともに強化し、保健サービスの質を改善することが求められる。したがって、プロジェクトの最上位目標、上位目標、プロジェクト目標は、いずれもカンボジアの開発政策と合致し、高い妥当性を有している。

また、2002年8月に保健省から発表された「Health Sector Strategic Plan 2003-2007」においても、カンボジア国民の健康改善は政策の中核部分であり、かつ母子保健分野は優先的な保健プログラムに位置づけられているため、政策面からみてカンボジア側のニーズは継続しているといえる。

(2) ターゲットグループの選定及びニーズ

評価時のターゲットグループは、妊婦と授乳中の母親とその子どもである。したがってプロジェクト成果の受益者は広い範囲が対象となり、ターゲットグループの選定条件は公平で明確である。また、母子保健状況の改善とそのための人材育成はターゲットグループのニーズにも合致する。

現在のところ、NMCHCの地理的条件から、直接受益者はプノンペン及びプノンペン周辺の住民が中心となっているが、NMCHCの研修活動によって地方での人材育成が着実に進んでおり、今後はますます地方における受益者の増加も見込まれる。

また現在、NMCHCでは産科のみならず婦人科の臨床サービスも提供しており、妊娠・授乳中の女性以外のニーズにも対応しているため、PDM2ではターゲットグループを「女性と子ども」に変更することとした。

(3) 日本の技術的優位性

日本は戦後、戦前からの予防活動や1960年代の高度経済成長にも支えられて、短期間に妊産婦死亡率を200前後から8まで低下させることに成功している。この日本の経験は、開発途上国への援助における技術的優位性とみることができる。

また、母子保健分野のみならず、日本人専門家のこれまでの経験から蓄積された幅広いノウハウが、日本・カンボジア双方の試行錯誤を通して、プロジェクト活動の随所で活用されており、国際協力経験を有する人材育成そのものも技術的優位性となり得る。

3 - 3 - 2 有効性

プロジェクト目標と成果の関係を中心に、プロジェクトの実施によって母子保健改善のための人材育成が強化されているか、プロジェクト活動はターゲットグループへ便益を与えているか、活動がプロジェクト目標や成果の達成に貢献しているかを検証した。

結果として、NMCHCの実施している研修活動により、母子保健にかかわる人材が質・量ともに強化されていることが確認でき、プロジェクト目標や成果の達成に有効性のある活動が実施されていると評価された。

以下にその詳細を述べる。

(1) 母子保健改善のための人材育成強化

NMCHCでは、ニーズ調査 - 準備 - 実施 - モニタリング - 評価 - 巡回指導という一連のサイクルをもった研修システムを確立し、質の高い研修が効率的に実施されている。全体的に、研修の受講生には研修後の分娩介助数・妊産婦検診実施数の増加がみられ、受講生のいるレファラル病院やヘルスセンターの他スタッフへのインタビューからも、受講生が研修の成果を所属先で広めている様子が見えたと報告された。

また、研修を実施している分野も、助産師研修、基礎看護、産科救急医療、ラボ研修、院内感染予防対策、機材維持管理など多岐にわたり、広い範囲で母子保健人材の育成が進んでいる。

これらの研修のなかには、NMCHCスタッフが講師となり、自分たちだけで十分運営されているものも多数ある。これは、プロジェクト活動の結果、TOTが成功していることを示すものであり、「NMCHCの研修機能強化」という成果が「カンボジアにおける母子保健人材の育成」というプロジェクト目標達成につながっているといえる。

(2) ターゲットグループへの便益

2001年にNMCHCが実施した患者満足度調査では、87%から満足との回答が得られてい

る。医療技術レベルも向上し、重症患者の搬送数が増えていることから、最終搬送病院としての信頼も増してきていることがうかがえる。

一方、上記調査では、スタッフの態度や院内の衛生状況に関してより一層の改善を望む声も聞かれた。そのため、プロジェクトでは人間関係トレーニングを実施して、スタッフ間及びスタッフ・患者間のコミュニケーション改善を図ったり、ゴミの分別収集や院内清掃の徹底指導を行うなど、受益者のニーズに応えるように努めてきている。なお、院内清掃の徹底の結果、現在では院内はかなり清潔な状態を保っている。

3 - 3 - 3 効率性

プロジェクトへの投入に着目し、専門家・機材が成果達成のために十分活用されているか、投入の規模や質が適切かを検証した。

その結果、全体として投入は計画どおりに行われ、予定された成果を達成しており、特に専門家の投入が効果的に行われていることと、供与機材の選定が適切に行われていることが確認できた。

また、ユーザーフィーの活用など、病院独自で運営できるシステムがプロジェクトを通して整備されたことにより、全体収入における JICA からの援助金は 5% という低い率に抑えられており、少ない現地業務費でも専門家の技術的指導があれば、十分効果のある活動が行えるようになってきている。

したがって、プロジェクトの効率性は高いと評価できる。

以下にその詳細を述べる。

(1) 専門家の投入

専門家派遣は多少の派遣時期のずれや変更はあったものの、全体としてはほぼ順調に計画どおり実施されてきている。カウンターパートへのアンケートや調査中の 2 度のワークショップでも、専門家の投入は投入分野・期間・質とも適正であったとの回答・意見が多数であった。

また、短期専門家の派遣前には、長期専門家が短期専門家と連絡をとりながら現地での活動準備を行い、帰国後は短期専門家の指導したことを長期専門家がフォローしていくというプロジェクト体制がしっかりと確立されているため、短い派遣期間でも短期専門家の活動が効率的に実施されている印象を受けた。

カウンターパートと専門家のコミュニケーションも密にとられており、双方の間にいい信頼関係が築かれている。

(2) 資機材の供与

1993年以降に供与された医療機材の稼働率は、2000年度、2001年度とも90%前後の高い稼働率を維持している。これは、供与された機材の維持管理が適切になされているとともに、機材の選定基準が適格であったためである。

プロジェクトでは、供与機材の選定の際には、カウンターパートの技術レベルに応じた機材を必要最小限の量で購入するように心がけており、供与された機材もきちんとカウンターパートが使用・維持管理できることを確認したうえで、引き渡すようにしている。

例えば、無償資金協力によって供与された機材のなかに、病院スタッフの取り扱い方が適正でないために故障してしまった機材があったが、この機材をすぐに修理してカウンターパートに戻すのではなく、なぜ故障したのか原因を探り、原因となった取り扱い方を病院スタッフが改められるように指導・研修などを行い、改善がみられてから修理した機材を渡すという方法がとられていた。

3 - 3 - 4 インパクト

プロジェクトの活動によってもたらされた、プロジェクト計画時には予期されていなかった影響を、正・負両方の視点から検証した。

結果として、負のインパクトは特にみられず、ユーザーフィーによる財務状況の健全化、ヘルスセンタースタッフの意識向上、研修受講者間での人的ネットワーク形成、医療機材維持管理概念の広がりなどの正のインパクトが確認された。

以下にその詳細を述べる。

(1) 正のインパクト

NMCHC にフェーズ1の段階で導入されたユーザーフィーシステムが、他のレファラル病院やヘルスセンターにも広がっており、正確な数字は把握できていないものの、導入した医療施設に健全な財務状況をもたらしているとの指摘があった。病院は有料であるとの概念も定着してきており、地方のレファラル病院やヘルスセンターの正面玄関にも、NMCHCと同様に診療料金表が掲示されている所があった。

また、NMCHC が実施した研修の受講者からは、研修受講後に仕事に対する意欲が向上し、病院やヘルスセンターの活動が活性化したとの声も多く聞かれた。さらに、ある元受講者からは、研修を通じて他のレファラル病院やヘルスセンタースタッフとの面識ができ、人的ネットワークが広がったとのコメントもあった。NMCHCによる各種研修が、単に受講者個人の技術・知識の向上のみならず、保健医療関係者の情報交換の場を提供し、カンボジアの保健サービス全体を活性化させているとみることができる。

さらに、NMCHCのメンテナンス部門の強化により、「医療機材はきちんと維持管理を行えば長く使用することができる、設備・機材はメンテナンスが重要である」という概念が徐々にカンボジア国内に広がりつつある。機材維持管理分野は、活動対象がNMCHC内から外に広がったことにより、PDM2には活動成果の一つとして加えられた。

(2) 負のインパクト

中間評価時点では、とりわけ負のインパクトといえるものは見いだされなかった。プロジェクト開始時には、NMCHCでの活動によって育成された助産師がTBAの活動領域を侵すのではないかとの懸念もあったが、TBAキットの配布を通じてコミュニケーションを保ち、良好な協力関係を築けている。また、TBAキットを配布することで、TBAに対しても安全な出産についての知識を広めることができている。

3 - 3 - 5 自立発展性

政策面、財政面、技術面から、プロジェクト効果がプロジェクト終了後も継続する見込みについて検証した。

現段階では、政策・予算上でのカンボジア政府からの支援が継続され、組織的にも人材流出などの問題がなければ、高い自立発展性が期待できると評価できる。

なお、プロジェクトで育成した人材の公的セクターからの離職については、プロジェクトでは対応しきれないが、プロジェクトの成果に大きな影響を及ぼすため、今般のPDM2策定にあたり、プロジェクト目標の外部条件に加筆した。

以下に詳細を述べる。

(1) 政策面

Health Sector Strategic Plan 2003-2007 や社会経済開発計画でも、母子保健改善の必要性は引き続き認識されており、今後も高い優先度を維持すると思われる。

また、ナショナルプログラムとの連携や機材維持管理のナショナルワークショップ実施など、保健省の政策決定と深くかかわる分野での協力も増えてきており、今後も保健省からの支援は継続すると期待できる。

(2) 財政面

ユーザーフィーの徴収を含む病院会計システムは健全に運営されており、NMCHCとしての財務状態は安定している。ドナー予算への依存度も5%と低く、研修システムへの予算が今後も継続して確保されれば、活動の成果が今後も自立発展していく見込みは高い。

研修予算については、2002年度はカンボジア政府による予算優遇措置枠が利用できるなど、カンボジア側による努力もみられ、今後も引き続き同様のサポートがあることが望まれる。

(3) 技術面

病院管理のノウハウは一通り吸収され、活用されていると思われる。特に、技術部門 (Technical Bureau) では、病院情報を総合的に管理できるようになっており、様々なデータが集計されている。

診療部門については、引き続き技術支援が必要な分野もあるが、専門家から移転された技術の定着度は高く、必要な資機材が継続して確保されていけば、プロジェクト終了後も技術レベルは維持できると見込まれる。

なお、医療機材に関しては、フェーズ1で供与された機材のなかにそろそろ寿命を迎えるものがいくつかあるため、維持管理活動をこれから更に強化していく必要性が指摘されている。また、NMCHCにおける事後保全(Corrective Maintenance)は標準化されてきているため、今後は予防保全(Preventive Maintenance)に重点を移していく必要もある。

第4章 提 言

(1) 中央レベルでの保健政策への貢献

今回の中間評価調査のなかで、プロジェクトを通じてNMCHCのトップレファラル病院及び研修センターとしての機能が確実に強化されてきていることが確認された。

そこで、今後は更に国のトップ組織として保健省との連携をより一層強め、NMCHCで出された成果を国の母子保健政策に反映させていけるように働きかけていくべきである。プロジェクトの成果を、保健省を通じて国内に広げていくことで、「地域医療を含む母子保健の改善のための人材育成が強化される」というプロジェクト目標を達成するとともに、カンボジア国内の母子保健状況を改善していくことが期待される。

また、様々なドナーによって実施への協力がされているナショナルプログラムとの連携も強化すべきである。NMCHCの下には現在4つのナショナルプログラムがあるが、各プログラムと緊密に協調していくことで、プロジェクト活動の成果をより効果的・効率的に発現できると考えられる。

(2) 研修活動の継続

これまでのプロジェクト活動の結果、研修のニーズ調査から始まり、候補者の選定、カリキュラムの準備、実施、モニタリング及び評価、研修後の巡回指導に至る一連のサイクルをもった研修システムが確立された。

母子保健分野において、単に研修を実施するのみではなく、このような実施前から実施後までのサイクルをもった研修システムを有するのはNMCHCのみであり、成果達成状況の確認プロセスにおいても、この研修システムによって効果的に人材育成が行われていることが確認できた。地方レベルでは医療従事者への研修機会が限られており、NMCHCが実施する研修へのニーズも依然として高い。

したがって、今後も研修活動を継続させ、活動成果を更にのばしていくことが望ましい。また、現在は医師・助産師のみを対象としている研修内容を、将来的には臨床検査、医療機材管理などに広げることも、地方における母子保健サービス向上に一層の効果があると思われる。

(3) 研修予算の確保

プロジェクトではカンボジア側のオーナーシップを重視し、フェーズ2開始当初から活動費用のシェアを求め続けている。現在、研修予算についてはほぼ50%がカンボジア側から拠出され、この比率は2003年度以降、更に高まる見込みである。また、2002年度は国家予算の優先的配分措置が研修予算について適用され、研修活動の効果的な実施に非常に役立っている。

調査団としてはカンボジア側の協力及び努力を最大限に評価するとともに、引き続きカンボジア政府が研修予算を確保していくことが、将来的な自立発展性の確保につながると考えるところ、今後も継続した協力を要請する。

(4) 機材維持管理分野での保健省との連携

これまでの活動の結果、NMCHCの機材維持管理部門のキャパシティがめざましく向上し、現在はNMCHC内の医療資機材に対してのみ維持管理サービスを実施するのではなく、カンボジア国内の他の国立病院、レファラル病院へもサービスを提供するようになっている。NMCHCの機材維持管理部門が、国のナショナルワークショップとして機能するようになり、医療機材管理分野での指導的役割を担うようになってきているのである。

これまで「医療機材を維持管理する」という概念がなかったカンボジアにおいて、機材維持管理のアイデア・知識を広めたプロジェクトの成果は大きい。また、母子保健サービスを改善するためには、医療施設に必要な設備・資機材がいつでも使用可能な状態で保たれていることが重要である。

したがって、今後はプロジェクトの成果をより積極的に国内に広げていくために、保健省との連携をこれまで以上に強化する必要があると考える。可能であれば、プロジェクトの日本人専門家が保健省内にカウンターパート及び執務スペースをもつことが望ましい。

(5) PDM1の改訂

今回の中間評価調査のなかで、プロジェクト活動が進捗し、活動がより専門化・具体化した結果、2001年の運営指導調査時に改訂した現行のPDM1ではプロジェクトの現状をとらえきれていないことが判明した。

そこで、プロジェクト側から現在の活動状況に合わせたPDM改訂案が提示され、内容をカンボジア関係者とも確認したところ、改訂案はプロジェクトの現状を的確に把握し、活動を運営管理するツールとして適切であるとの結論を得た。

したがって、改訂案をPDM2とし、今後はPDM2に基づいて活動を実施していくこととする。