

カンボジア王国  
母子保健向上のための調査  
事前調査報告書

平成 18 年 6 月  
(2006 年)

独立行政法人 国際協力機構  
人間開発部

人 間
J R
06-27

**カンボジア王国  
母子保健向上のための調査  
事前調査報告書**

**平成 18 年 6 月  
(2006 年)**

**独立行政法人 国際協力機構  
人間開発部**

## 序 文

カンボジア王国は20年にわたる政治的混乱と紛争を経験したあと、現在は内戦後の復興期から長期的な開発期に移行しつつある。しかしながら、内戦時に保健医療施設が破壊され、医療従事者が激減したため、保健医療の基礎的サービスへのアクセスはいまだ十分とはいえず、結果として妊産婦死亡率、乳幼児死亡率は近隣諸国と比べて低く、ミレニアム開発目標（MDG）に掲げられた達成には程遠い現状にある。

1995年から開始された独立行政法人国際協力機構（JICA）のカンボジア国母子保健プロジェクト（フェーズ1、2）を通じて、母子保健サービスは局地的には改善されつつあるが、カンボジア全土、特に地方部での母子保健サービス向上及び健康状態の改善のためには、包括的な問題解決のアプローチを見出し、具体的な戦略を策定する必要がある。また、その中で日本が果たすべき役割についても再検討する必要がある。

このような背景のもと、カンボジア王国政府は、開発調査「母子保健サービス向上のための調査」の実施を我が国に対して要請してきた。

これを受けてJICAは、2006年2月から3月にかけて事前調査団を派遣し、カンボジア王国政府及び関係機関との間で、協力計画の策定に係る協議を行った。本報告書は、要請背景及び案件形成の経過と概略を取りまとめたものであり、今後の調査の実施にあたって活用されることを願うものである。

ここに、本調査にご協力をいただいた内外関係者の方々に深い謝意を表するとともに、引き続き一層のご支援をお願いする次第である。

平成18年6月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部

部長 末森 満

カンボジア王国地図





コンポンチャム州 RTC



コンポンチャム州スレイセンターOD



保健ボランティア聞き取り（コンポンチャム州）



バタンバン RTC 外観



バタンバン RTC 協議



ミニッツ署名

## 略 語 表

略 語	英 語	日 本 語
ADB	Asian Development Bank	アジア開発銀行
ANC	Ante-Natal Care	産前検診
BTC	Belgian Technical Cooperation	ベルギー技術協力公社
CAC	Comprehensive Abortion Care	包括的流産（中絶）ケア
CDC	Council for the Development of Cambodia	カンボジア開発協議会（援助窓口機関）
CIDA	Canadian International Development Agency	カナダ国際協力庁
CPA	Complementary Package of Activities	包括的サービスパッケージ
DFID	Department for International Development	英国国際開発省
DHS	Demographic and Health Survey	人口統計・保健医療調査
DOTS	Directly Observed Treatment Short course	短期化学療法を用いた直接監視下治療
EmOC	Emergency Obstetric Care	緊急産科ケア
EOC	Essential Obstetric Care	基礎的産科ケア
EPI	Expanded Program on Immunization	拡大予防接種プログラム
GAVI	Global Alliance for Vaccines & Immunization	世界ワクチン接種同盟
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit	ドイツ技術協力公社
HC	Health Center	保健センター
HRD	Human Resource Development Department	（保健省）人材育成部
HSP	Health Sector Strategic Plan	保健セクター戦略計画
HSSP	Health Sector Support Project	保健セクター支援プロジェクト
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness	小児疾病の統合的管理
IUD	Intrauterine contraceptive Device	子宮内挿入避妊具
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteer	青年海外協力隊
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
MDG	Millennium Development Goal	ミレニアム開発目標
MMR	Maternal Mortality Rate	妊産婦死亡率
M/M	Minutes of Meetings	協議議事録
MPA	Minimum Package of Activities	基本サービスパッケージ
MOH	Ministry of Health	保健省
MSF	Medecins sans Frontieres	国境なき医師団
MTR	Midterm Review	（HSP の）中間レビュー
MW	Midwife	助産師
MWR	Midwifery Review	助産師に関するレビュー
NCHADS	National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD	国立エイズ・皮膚病学・性感染症センター
NIPH	National Institute of Public Health	国立公衆衛生研究所

NMCHC	National Maternal and Child Health Center	国立母子保健センター
NRHP	National Reproductive Health Program	国家リプロダクティブヘルスプログラム
OD	Operational District	保健行政区
ORS	Oral Rehydration Salts/Solution	経口補液
PAC	Post Abortion Care	流産後ケア
PAP	Priority Action Program	優先行動計画
PHD	Provincial Health Department	州保健局
PMTCT	Prevention of Mother to Child Transmission of HIV	母から子へのエイズ感染予防対策
RACHA	Reproductive and Child Health Alliance	USAID が支援する現地 NGO
RH	Referral Hospital	リファール病院
RTC	Regional Training Center	地方看護学校
S/W	Scope of Work	実施細則
SWiM	Sector-Wide Management	セクターワイドマネージメント
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
TOR	Terms of Reference	業務内容
TSMC	Technical School for Medical Care	国立医療技術者学校
TWG	Technical Working Group	技術作業グループ
UNFPA	United States Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United States Children's Fund	国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
US-CDC	United States-Centers for Disease Control and Prevention	米国疾病対策予防センター
VCCT	Voluntary and Confidential Counseling and Testing	自発的で秘密の守られたカウンセリング及び検査
WB	World Bank	世界銀行
WHO	World Health Organization	世界保健機関



# 目 次

序 文  
地 図  
写 真  
略語表

第1章 調査概要	1
1-1 調査の背景及び目的	1
1-2 調査団の構成	1
1-3 調査日程	2
1-4 協議概要	3
第2章 調査総括・調査の方向性並びに留意事項	7
2-1 総 括	7
2-2 地方における保健人材育成の現状と問題点	7
2-3 地方母子保健行政	10
2-4 開発パートナーの動向を踏まえての方向性並びに留意事項	11
第3章 カンボジアの母子保健セクターをとりまく状況	18
3-1 一般概況	18
3-2 保健一般概況	22
3-3 保健行政・財政	24
3-4 保健政策	32
3-5 他ドナーの援助の動向	35
3-6 JICAの母子保健関連プロジェクト	41
3-7 母子保健サービスの現状と課題	42
第4章 本格調査の実施方針	45
4-1 調査の目的	45
4-2 調査対象地域	45
4-3 調査の方針	45
4-4 調査実施上の留意点	46
4-5 調査工程及び要員計画	47
付属資料	
1. S/W 及び M/M	51
2. 主要面談者リスト	70
3. 質問票	72
4. 収集資料リスト	75

5. Midwifery Review TOR 暫定訳 ..... 76

6. 主要面談議事録 ..... 77

7. 事前評価表 ..... 99

# 第1章 調査概要

## 1-1 事前調査の背景及び目的

カンボジア王国（以下、「カンボジア」と記す）における妊産婦・乳児死亡率は近隣諸国に比べて依然高く、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goal：MDG）に掲げられた目標の達成には程遠い。また、カンボジア母子保健プロジェクト（フェーズ1、2）を通じた研修事業に対する協力により、その修了生によって局地的にサービスは改善されつつあるが、その効果は十分にモニタリング・記録されていない。また、カンボジア全体を量的にカバーするには、現在の研修実施体制・頻度では時間がかかりすぎるという問題がある。一方、地方での保健サービス向上及び健康状態の改善には、医療従事者の知識・技術以外にも、施設・機材の整備状況、サービスへのアクセス、保健行政の運営能力、住民の受診行動・貧困度等の要因も影響しているため、これらの要因に対して、包括的に問題解決のアプローチを見出し、適切に対応していく必要がある。

カンボジアの保健政策における優先課題や戦略は、「保健セクター戦略計画（Health Sector Strategic Plan：HSP）2003-2007」として策定されているが、近年、保健医療分野に関与するドナーやNGOの動向は急激に変化しており、最新の状況を把握するとともに、カンボジア全土（特に地方部）で保健状況を向上させるための具体的な戦略を策定する必要がある。また、その中で日本が果たすべき役割についても再検討する必要がある。

このような背景のもと、日本政府はカンボジア政府の要請に基づき、本案件の実施を決定した。今般、本開発調査にかかわるカンボジア側の実施体制、受入れ意思を確認し、現地踏査及び資料収集を行い、実施細則（Scope of Work：S/W）及び協議議事録（Minutes of Meetings：M/M）の署名交換を目的として事前調査団を派遣した。

## 1-2 調査団の構成

氏名	担当分野	所属	派遣期間
力石 寿郎	団長	JICAカンボジア事務所長	(現地参团)
明石 秀親	保健行政	国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力課	2/13～2/26
花田 恭	保健統計	JICA人間開発部課題アドバイザー	2/16～3/1
小原 ひろみ	母子保健	国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力課	2/13～3/1
西村 恵美子	調査企画	JICA人間開発部第四グループ母子保健チーム	2/13～3/1
笹田 志穂	保健医療	株式会社レックス・インターナショナル コンサルタント（保健・社会開発）	2/13～3/9

※JICAカンボジア事務所の佐藤祥子企画調査員が事務所担当として参团。

### 1-3 調査日程

月 日	曜日	時 間	行 程	
2/13	月	19:15	【明石・小原・西村団員 移動】成田→プノンペン	
14	火	7:45-8:30	国立母子保健センター (National Maternal and Child Health Center : NMCHC) 視察	
		9:00-10:00	JICAカンボジア事務所打合せ	
		10:30-11:00	在カンボジア日本大使館表敬	
		11:30-12:00	カンボジア開発協議会 (Council for the Development of Cambodia : CDC) 表敬	
		14:00-15:30	国立母子保健センター所長協議	
15	水	8:30-9:30	保健省人材育成局協議	計画・保健情報局協議
		10:00-11:00	国立エイズ・皮膚病学・性感染症センター (National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD : NCHADS) 協議	国家リプロダクティブヘルスプログラム協議
		14:00-15:00	世界保健機関 (World Health Organization : WHO)	国連児童基金 (United States Children's Fund : UNICEF)
		15:30-16:30	国連人口基金 (United States Population Fund : UNFPA)	米国国際開発庁 (United States Agency for International Development : USAID)
16	木	8:30-9:30	保健セクターテクニカルワーキンググループ参加	保健省経済情報部協議
		10:00-11:00		財政部協議
		11:15-12:00		国立母子保健センター協議
		14:00-15:00	英国国際開発省 (Department for International Development : DFID)	在カンボジアフランス大使館
		15:30-16:30	米国疾病対策予防センター (United States-Centers for Disease Control and Prevention : US-CDC)	ドイツ技術協力公社 (Deutsche Gesellschaft fur Technische Zusammenarbeit : GTZ)
		19:15	【花田団員移動】成田→プノンペン	
17	金	8:30-10:00	JICAカンボジア事務所打合せ	
		10:30-11:30	JICA結核プロジェクト訪問	
		14:00-15:00	JICA医療機材維持管理プロジェクト訪問	
		17:00-18:00	JICA医療従事者育成プロジェクト訪問	
18	土		団内打合せ	
19	日		資料整理	
20	月	6:00-18:00	コンボンチャム州現地調査 [地方看護学校 (Regional Training Center : RTC)、リファール病院 (Referral Hospital : RH)、保健センター (Health Center : HC)]	
21	火	6:00-18:00	コンボンチャム州現地調査 (NGOシェア活動サイト)	
22	水	6:00-18:00	バタンバン州現地調査 (RTC, RH, HC)	
23	木	6:00-18:00	バタンバン州現地調査 (NGO, HC) / JICAカンボジア事務所打合せ	
24	金	8:00-15:30	S/W・M/M協議	
		16:00-17:00	JICAカンボジア事務所打合せ	
25	土		団内打合せ、【明石団員 移動】プノンペン→成田	

26	日		資料整理
27	月	11:00-11:30	S/W・M/M署名
28	火	10:00	JICAカンボジア事務所報告
		14:30	在カンボジア日本大使館報告
		20:25	【花田・小原・西村団員 移動】プノンペン→成田
			(笹田団員は3月9日まで継続調査)

#### 1-4 協議概要

カンボジア側と協議を行った結果として、カンボジア側と合意した、開発調査の枠組みを決めるS/W及びそれを補足する協議の要点を記したM/Mの概要は以下のとおり。

##### (1) 調査対象地域

調査対象地域については、カンボジア全国とすることで合意した。ただし、詳細なフィールド調査については、1州のみを対象とすることとし、その1州については、M/M署名後に、コンポンチャム州とすることで保健省（Ministry of Health : MOH）と合意した。（M/Mの2参照）

##### (2) 調査実施体制（カウンターパート、ステアリング・コミッティー）

本格調査に先立ち保健省がカウンターパートとなる人材を任命することで合意した。カウンターパートとなる人材のリストは調査開始前までにJICAカンボジア事務所へ提出することで合意した。（M/Mの3参照）

また、円滑な調査実施のためカンボジア側で保健省次官を長とするステアリング・コミッティーを編成することで合意した。コミッティーのメンバーは、保健省次官、保健総局長補、国立母子保健センター所長、計画・保健情報部長、人材育成部長、予算・財務局長、国立母子保健センター副所長兼国家リプロダクティブヘルスプログラム（National Reproductive Health Program : NRHP）マネージャーの7名となった。（M/Mの4参照）

##### (3) 調査目的

調査目的は以下の2点とすることで、カンボジア側と合意した。1)については、母子保健サービスの中でも、安全な母性に関するサービスに特化することで合意した。（S/WのII参照）

- 1) カンボジア全国、特に地方部での母子保健の状況が明らかとなり、特に安全な母性に係るサービスの改善のための計画が策定される。
- 2) カンボジア保健省[JICA1]の調査（データ）に基づいた計画策定能力が向上する。

##### (4) 調査項目

調査項目については、以下のとおりとすることでカンボジア側と合意した。（S/WのIV参照）

###### 1) 保健セクター全般に関する現状分析（既存資料のレビュー）

###### a) 保健政策・行政

- ・母子保健関連政策・制度〔HSP2003-2007の中間レビュー（Midterm Review : MTR）、助産師に関するレビュー（Midwifery Review : MWR）含む〕
- ・保健省及び地方の保健行政システムの行政・組織

- ・RH〔包括的サービスパッケージ（Complementary Package of Activities : CPA） 1～3〕、HCのサービスの業務内容（Terms of Reference : TOR）、リファーマルシステム
  - ・他開発パートナー、NGOの活動動向
  - b) 人材育成
    - ・保健人材育成・配置計画
    - ・卒前・卒後研修制度
  - c) 母子保健サービス
    - ・疾病構造・保健指標
  - d) 財政
    - ・予算制度、保健財政（Equity Fund、Contracting含む）
  - e) 保健情報システム
  - f) 母子保健サービスの需要状況（受診行動、アクセスの阻害要因）
- 2) 母子保健の現状に関するフィールド調査（1州対象・2次データ活用＋1次データ収集）
- a) 保健政策・行政
    - ・地方部の保健行政システムの実態、州保健局（Provincial Health Department : PHD）・保健行政区（Operational District : OD）のマネジメント能力
    - ・母子保健関連ナショナルプログラムの実施状況
    - ・対象州における予算の現状
    - ・他開発パートナー、NGOの活動動向
  - b) 人材育成
    - ・保健スタッフのキャパシティ
    - ・保健スタッフの実際の配置と労働環境（勤務状況、人事異動状況、地方で働き続ける要因、副業による収入の金額）
  - c) 母子保健サービス
    - ・各レベル（PHD、OD、RH、HC）でのサービスの現状
    - ・緊急時の搬送体制
    - ・出産場所、介助者、帝王切開数
    - ・妊産婦死亡数とその原因
    - ・把握されている妊娠の割合
    - ・産前検診（Ante-Natal Care : ANC）のカバー率とサービスの質
    - ・妊婦の栄養状態
    - ・乳幼児（U5）の栄養、疾患、ワクチン接種状況
    - ・薬剤を含む消耗品の供給体制
    - ・民間セクターによる母子保健サービスの現状
    - ・Equity fund、Contractingが人材・サービスに与える影響
  - d) 施設・機材
    - ・医療施設・機材の整備状況
  - e) 社会調査
    - ・住民からみた職業としての助産師（Midwife : MW）の魅力

### 3) 地方部における母子保健サービス改善のための評価・分析

#### a) 官団員による調査

##### ①母子保健プロジェクト研修事業の地方での効果と阻害要因（アクション・リサーチ）

###### ・人材育成

- 国立母子保健センターで提供された助産師・医師研修のカバレッジ（現在の勤務状況）
- 対象RHでの緊急産科ケア（Emergency Obstetric Care : EmOC）の改善状況
- HC助産師の研修後のサービス、HCでのサービスと地方の女性のニーズ
- 助産師のHIV/AIDS、母から子へのエイズ感染予防対策（Prevention of Mother to Child Transmission of HIV : PMTCT）などの理解度
- 地方保健行政（PHD、OD）による研修後のスーパービジョンの実態（研修の成果をサービス向上につなげるためのマネジメント能力）
- 助産師の卒前・卒後教育を包括的に検討する場の再形成
- 地方での母子保健人材育成の仕組みづくりの可能性の検討
- PMTCTと母子保健人材育成における協調の可能性

###### ・阻害要因としての機材・薬剤・物品の状況

#### b) コンサルタントによる調査

##### ②地方部での研修実施能力

- ・RTC・RH（実習病院）の現状（施設・機材・人員・予算）とドナーからの支援内容
- ・実習病院における研修受入れに係る経費
- ・保健スタッフの労働環境
- ・保健スタッフの公立病院・HCと民間クリニック（副業）でのそれぞれの勤務時間の実態
- ・保健スタッフの政府からの給与と副業収入のそれぞれの金額

##### ③医療特別機材3案件の全国レベルのレビュー

- ・過去に供与された機材の利用状況・効果と今後のニーズ（中央レベル+フィールド調査対象州）

### 4) 問題分析及び解決策の分析

- ・上記の評価に基づく、母子保健の現状及びサービスに関する問題の分析と解決策の検討

### 5) 計画策定

#### a) 母子保健サービス向上にむけた改善計画及び戦略の策定

#### b) 次期HSP2008-2010含む全国レベルの保健政策・戦略への提言

#### c) 母子保健分野におけるドナー・援助機関からの必要な支援に関する計画（JICAの協力プログラム策定）

### ※留意点

- ・カンボジア側関係者との情報共有、参加型計画立案、キャパシティ・デベロップメントのために、適宜ワークショップ及びセミナーを開催する。
- ・母子保健サービス提供の現状及び研修システムを評価するため、小規模なパイロット活動を

含むアクションリサーチを実施する。

(5) アクションリサーチ

母子保健サービス及び研修システムの現状を分析し、小規模なパイロット活動を通して解決策を検証するため、国立母子保健センターを含むサイトにおいて、アクションリサーチを行うことで合意した。国立母子保健センター以外のリサーチ対象地域については、本格調査開始後に決定することとした。(M/Mの5参照)

(6) 調査期間

本格調査の期間は、約12か月間とすることで合意した。ただし、調査期間中に必要があればスケジュールを見直すこととした。(S/WのV参照)

(7) 報告書

調査結果は公開することで合意した。また、報告書は英語で作成し、クメール語の要約をつけることとした。(M/Mの6参照)

(8) 先方便宜供与事項

S/Wの「VII. 先方便宜供与」に記載された事項については、基本的にすべて合意できた。なお、事務所スペースについては、1つは国立母子保健センターに設置すること、また、車両についてはJICA母子保健プロジェクトに供与された2台の車両を使用することで合意した。(M/Mの7参照)

(9) 技術協力プロジェクト

本格調査を踏まえて実施される技術協力プロジェクト「HIV母子感染予防(PMTCT)プロジェクト」(採択名)については、カンボジア側から以下のとおりの意向が示された。(M/Mの8参照)

- 1) 保健省はこれまでに実施された母子保健プロジェクト(フェーズ1・2)の業績に大変感謝している。
- 2) 地方におけるPMTCT含む母子保健サービス改善のため、PHD、RH、HC、RTC等の機関に対する技術支援に関し、国立母子保健センターはよいリソースとなりうる。
- 3) PMTCTプロジェクトは、既に採択されているのであるから、できるだけ早く開始されるべきである。
- 4) 国立母子保健センターは、2006年3月末の母子保健プロジェクトフェーズ2のフォローアップ期間終了後も、PMTCTプロジェクトのための事務所スペースを維持する。



## 第2章 調査総括・調査の方向性並びに留意事項

### 2-1 総括

- (1) 本開発調査では、母子保健全般に関する調査を行うものの、特に、地方部でのサービス改善、なかでもMDGに掲げられている妊産婦死亡・乳幼児死亡の改善に効果が高いものとして、安全な母性に係るサービスについての改善策を提案するものとする。
- (2) その際、保健医療従事者及び行政官のキャパシティ・デベロップメントに着目し、個人レベルだけではなく、個人の働きやすい環境という観点から、組織レベル、制度・社会システムレベルでのキャパシティ・デベロップメントにも資する改善案を策定することとする。
- (3) 改善案の提言にあたっては、2006年に行われる予定のHSP2003-2007の中間レビュー、特に助産師に関するレビューと連携し、その結果を活用するとともに、さらに組織・制度面にも踏み込んだ提言を行う。
- (4) 本格調査においては、カンボジア全国を対象とするが、母子保健（保健指標／サービス）の現状を調査するための詳細フィールド調査の対象は、開発調査の期間と予算を考慮して1州とした。その1州については、RTCとの関係、保健省・PHDの意向、首都からのアクセス、保健指標の平均性、他ドナーの活動状況等を考慮して、コンポンチャム州とすることで保健省側と合意した。ただし、全国レベルでの情報分析や地方での研修事業に関する調査などに関しては、1州に限らず、全国を対象とするものとする。
- (5) コンサルタントによる調査と並行して、改善案の有効性の検証のために、官調査団員によるアクションリサーチを行う。アクションリサーチにおいては、地方部における母子保健サービス改善のために、これまでに母子保健プロジェクトで実施してきた研修事業の地方部における効果と阻害要因について、国立母子保健センターを中核とするカウンターパートとともに調査・分析を行い、地方での研修能力向上の可能性について検証する。
- (6) カンボジアにおいては、復興支援から開発援助に移行しつつあるので、サービス提供のみでなく、地方行政組織のマネジメント強化を通じた母子保健行政を強化すべきと考える。
- (7) 現状においては、HIV/AIDS、結核、拡大予防接種プログラム (Expanded Program on Immunization : EPI) 等の国家プログラムが縦割りプログラムとしてそれぞれ異なる指揮系統のもとに実施されている。しかし、末端の保健医療施設においては、少数の医療従事者がサービスの提供を担っている。したがって、保健医療施設における人材確保に加えて、末端での保健サービスを、いかに効率よく統合された形で提供するかが重要である。

### 2-2 地方における保健人材育成の現状と問題点

本調査では、中央政府では（保健省）人材育成部 (Human Resource Development Department : HRD)、国立医療技術者学校 (Technical School for Medical Care : TSMC) プロジェクト、各ドナー、国立母

子保健センターなどで情報収集を行った。この結果、保健省やドナー、国際機関は地方部における助産人材の不足を主たる問題の1つとして取り上げていること、またJICAには、これまでの国立母子保健センターでの実習拠点づくり、研修活動に感謝しており、その活動を続けるとともに、そこでの実績をもとに地方にもその活動を広げてほしいといった希望があることが判明した。これらをもとに、地方の保健人材育成における現状と問題点を調査した。このなかで、首都プノンペンにあるTSMCのほかに、全国に4か所ある看護助産学校にあたるRTCのうち、コンポンチャムとバタンバン<sup>1</sup>の2か所を中心に、RTC、RH、HCでの実情視察、そこで主として活動するドナーやNGO、PHDやOD担当者、更には地域住民の保健ボランティアなどからも情報収集するなどの調査を行った。

## (1) 全体を通して

それぞれのRTCは通常4つほどの州を管轄しており、RTCの学生はその地域から募集されるとともに、実習場所もその管轄州にある施設の中から選ばれる。PHDと同格となり、予算はPHDからもらっているのではなく、人材育成部からもらっているとのことであった。一方、実習施設となるところは、RHが中心であるが、RHの病院運営や実習受入れ能力は施設により異なり、NGOがContracting<sup>1</sup>で入る施設の中にはかなり良好な施設もあるらしい。

## (2) RTC

### 1) 施設・機材

コンポンチャムRTCは、旧州病院に位置づけられていたRHに隣接した広々としたコンパウンドに、平屋中心ではあるが比較的新しい、教室、事務棟、教員室、看護実習室、歯科実習室、図書室、寮などをもち、かなり施設としては充実した印象である。ただ、日本の草の根無償で建てられた歯科実習室や図書室などの入った建物の機材を除いては、看護実習室の資機材は数えるほどで、貧弱であった。

一方、バタンバンRTCは街中にあり、3階建てほどの建物でかなり老朽化しており、やはり教室や事務室、教員室、看護実習室、歯科実習室、図書室、寮などがあるものの、実習室は屋上に作りつけられた部屋で、日中はかなり暑く、施設としてはあまりよくない。ただ、実習室などの機材はかなり充実している印象である。

### 2) 人員

コンポンチャムRTCの職員数は20数名でコンポンチャム出身の職員が多く、バタンバンRTCの人員数は10数名ほどで、プノンペンTSMC出身者もいるが、基本的にはバタンバンRTC出身者が多いようである。教育内容や教育法に関する知識や能力については未知数であるが、なかには国立母子保健センターでの研修受講者がいるなど、いくつかの研修は受けている。ただし、USAIDが支援するRACHAのLife Saving Skillの講習には全く関係しておらず、したがってこの研修も受けていない。両方のRTCでは、実地経験は個人によって違っており、数年実地経験がある教員もいる一方、全くない教員もいると聞く。また、人により現在でも臨床のサイドビジネスを行っている者もいる。

<sup>1</sup> Contracting というスキームは11保健行政区で実施されている。OD全体のサービス強化やマネジメント強化をNGOに民間委託する形態である。主にNGOが請け負っており、performance based インセンティブをつけることができるのが特徴である。

### 3) 活動

Primary Midwifeの研修が開始しており、60人程度の学生が受講している。教育コースは、従来の3年間のSecondary Nurseのコースと、それに続く1年のSecondary Midwifeのコースがあるが、やはり助産のコースの入学希望者は少なく、現在、1年のPrimary Midwifeコースが開始されて、数十人の学生が入学・勉強していることがわかった。また、プルサットでは既に看護師資格を持つ職員に4か月の助産コースを開始しているという。

#### (3) RH

- ・コンポンチャムやバタンバンの旧州病院であるRHでは、出産数から考えて、実習を行うことは可能である。ただ、病院管理の状況、患者への接し方、実習の内容や教授法などについては不明である。
- ・コンポンチャムに関しては、ベルギーの二国間援助機関技術協力公社（Belgian Technical Cooperation : BTC）が入っており、比較的サポートしている様子（しかし、ベルギーも2008年までの支援で終了する予定。その後は不明）。
- ・バタンバンに関しては、病棟の塗り替えなどの援助は入っており、青年海外協力隊（Japan Overseas Cooperation Volunteer : JOCV）も検査室に入っているが、病院管理については院長が数年前にJICA支援で病院管理に関する集団研修コースに参加した経験がある程度。USAID下のRACHAがLife Saving Skillの研修を行っているが、RHの職員を使って外部研修生の研修を行っているものであり、RH内のサービス改善に役立っているといった印象ではない。

#### (4) HC

- ・HCは助産師がいても必ずしも分娩を扱っているとは限らず、分娩を扱っていたとしても件数は必ずしも多くない。また、HC助産師は自宅分娩に呼ばれることもあり、必ずしもHCで分娩に携わっているとも限らない。
- ・州都のHCでは、分娩などを全く扱っていないHCに助産師が14人いるなど、地方においても人員の偏が見られる。なぜ、これだけの人員をここに付けているかは不明。（バタンバン）
- ・ここで分娩を扱わない理由は、夜は人がいなくなること、またRHの真ん前だからということらしい。（バタンバン）
- ・HC助産師はコンポンチャムRTC出身者ばかりであり、「地元の学生が地元のRTCで学んで、地元就職する」というパターンが一般的な印象。（コンポンチャム）
- ・州都の職員は更なる地方には行きたいと思わない。その理由は家族がいるからなど。しかし、給与を倍にしてくれたら行ってもいい。（コンポンチャム）

#### (5) PHD・OD

- ・PHDのマネジメントへの支援は、コンポンチャムではベルギーBTCが一部行っているようだが、バタンバンではUSAID支援のNGOが行っている。しかしながら、人材育成分野についてのPHD、OD、RTC、RHなどの調整は行われているとはいえないものの、支援は入っていない様子。
- ・PHDは「ODなどと協力して、RTCで始まったPrimary Midwifeコースの学生は、助産師や看護師などの少ないODから学生を推薦してもらい、そこからの学生を選んで優先的に人材育成を行う」といっているが、コンポンチャムではODに聞いてもそのような事実を確認できなかったこ

とから、必ずしもそうではないらしい。すなわち、ODへ情報を流していない、また人員の不足しているODからの学生を優先的に選んでいないらしい。（コンボンチャム）

- ・PHDでは、基本サービスパッケージ（Minimum Package of Activities : MPA）モジュールの研修を行っているが、字面を追うだけの講義のようで、ODで聞いた限り、受講者のなかにはあまり理解できなかった者も多いようである。（コンボンチャム）
- ・NGOとContractingを行った地区では、かなり保健医療サービスが改善してきたところも多く、このような地区をRTCの学生実習の場所として選ぶといった選択肢はあろう。

#### （6）地域住民

- ・村により、助産師の教育を受けさせられる学生（すなわち、12クラス終了の学生）がいるところと少ないところがあった（コンボンチャム）。すなわち、それが富裕層の多い村と貧困層の多い村の違いかと思われる。
- ・助産師などの保健医療人材になりたがる子どもは少なくない（Topは教師）。

上記の観察は、かなり技術協力プロジェクトを意識したものと誤解されるかもしれないが、一方、開発調査としては、これら人材にかかわる部分の周辺を調査するというので、かなり範囲が絞れようし、また、これに人材配置の問題を加えて、4つのRTCでそれなりの調査を行えば、開発調査としてそれなりの効果が期待されると思われる。

次期プロジェクトの想定される規模からいって、これまでの母子保健プロジェクトでの投入のごとく、地方の一か所に多数の専門家が入ってそこだけを強化するというデザインは作りにくいのではなかろうか。それは、裨益という点でも、実施可能性という点でも同様であろう。だとすれば、既に良好な活動を行っているRTC、RH、HC、PHD、ODなどを使って国立母子保健センターとの関係を構築して地方を強化するといったデザインが、最も現実味がありそうなデザインと考えられよう。

したがって、次期プロジェクトの詳細計画策定をこの開発調査の中に盛り込む予定であることから、協力できそうな機関や施設、地域を調査しておくことは有用と考えられる。

### 2-3 地方母子保健行政

（1）2006年からRTCにおいて1年課程のPrimary Midwifeを育成することとなった。これまで地方で育成した人材が地方に定着しないことが課題となっており、このPrimary Midwifeが地方に定着し、地方でインサービス・トレーニングによりサービスの質が改善し、安全な母性に係るサービスが改善される方策を提案するのが中心課題である。

（2）カンボジアへの国際協力は、復興援助から開発援助への移行期にあるといえよう。母子保健分野でいえば、病院や保健所での医療従事者の育成によるサービス改善から、保健省の機能強化、さらに地方の母子保健行政の機能強化に移行していくと考えられる。この点に鑑み、州レベルでの詳細調査では、母子保健サービス提供者のworking environmentとしての地域母子保健行政の制度と実態の調査に焦点をあてるべきである。すなわち、キャパシティ・ディベロップメントに資する開発調査である。

- (3) 1州の選択につき調査団内、国立母子保健センター及び保健省と協議し、コンポンチャム州で合意を得た。1州で全国を代表してよいのかとの議論があったが、地方行政の制度は普遍性があり、母子保健水準が平均的なところ、RTCのあるところ、州内のODで格差があり比較できる等を選定基準にした。
- (4) HSP2003-2007の中間レビューで計画されている助産師に関するレビューは、助産師個人の能力向上に焦点をあてたものであり、これと重複しないようにすべきであるが、助産師をとりまく環境や制度は主たる対象としておらず、上記のような開発調査の方向性との補完関係にある。
- (5) 母子保健サービス提供者は、自営または私的な業務も行って収入を確保しており、私的な業務でのサービスの質のほうが高い。Equity FundやUser Feeの利用により、公的サービスにおいてもインセンティブが高められたところでは、サービスの質が高まった例がある。地方における公的部門と私的部門のパートナーシップの方策を考察すべきである。
- (6) 地方での開発パートナーの援助は、テーマと地域が様々で虫食い状態となっており、周辺への波及効果もなく、他のサービスを阻害している例も見られる。カンボジア側が主体的に整理統合化できる途をひらくべく、行政マネジメントの強化の方策が考察されるべきである。
- (7) 人口センサスは1998年に実施されており、地方レベルでの現在の人口や出生数等については、センサスをもとに簡易に推計されているものを使用しており、出生率の低下等が見込まれておらず過大な推計値になっている。
- (8) 計画省統計局では、2005年8月から2007年8月までJICAの政府統計能力向上プロジェクトが実施中であり、本格調査ではプロジェクトと調整し、PHDが各州統計課の協力を得て、人口推計の改定や人口動態統計の利用ができるようにすることが考えられる。
- (9) 2000年と2005年に人口統計・保健医療調査（Demographic and Health Survey: DHS）が実施され、地方別の集計もある。2005年は集計分析中であるが、本格調査時には速報版は利用可能となろう。
- (10) PHDで集計しているデータの信頼性は高くないが、時系列での比較では動向の分析が可能であり、DHSとの比較により補正できるデータもある。

#### 2-4 開発パートナーの動向を踏まえての方向性並びに留意事項

保健省本省、保健省下中央レベルで母子保健に関連する組織（国立母子保健センター、各種国家プログラム）、及び開発パートナー（カンボジアではドナーのことを開発パートナーと呼ぶ）に対するインタビュー調査結果概要を記述し、それにより調査の方向性及び留意事項を考察する。

##### (1) 調査結果

###### 1) 結果1. 認識されている地方の母子保健サービス向上のための課題

カンボジアの地方部における母子保健サービス向上を考えた場合、①特に地方での助産師人

員の量的・質的不足、②人員配置の地域格差(都市部や州都への人材の集中、僻地での人材過疎)の2点が最重要かつ喫緊の課題である<sup>2</sup>ことが、保健省と開発パートナー双方に認識されている。

## 2) 結果2. HSP2005-2010立案にむけての一連の動向

カンボジアの保健省では、セクターワイドマネジメント (Sector-Wide Management : SWiM) が行われており、保健省と開発パートナーは、以下の一連の流れについて、プロセスを共有し合意をしつつ進捗している。

2006年5～7月までに、助産師に関する包括的レビュー<sup>3</sup>が行われる(助産師に関するレビュー。UNFPAの予算でコンサルタントが行う予定。詳細については、付属資料5を参照)。ほかに、ContractingとSWiMについてのレビューも行われる予定である。

さらにこれらの調査結果は、HSP2003-2007とHealth sector support projectの中間レビュー(2006年6～9月に実施、9月に終了予定)に利用される。中間レビューは、10～12月に最終評価を策定する。そして、これらの中間レビュー結果は、次期HSP2008-2010の策定に用いられる予定である。

## 3) 結果3. 開発調査や今後の日本の支援に対する期待1:人材育成について

母子保健に関して、保健省本省も開発パートナーも、国立母子保健センターという研修施設を建設し、研修機能を確立したJICAの協力実績を評価していた。しかしながら、研修施設は1施設だけでは足りず、かつ、地方の助産師の量・質向上が急務であることより、これまでの実績を生かす形、特に国立母子保健センターの育成された人材を活用する形で地方の母子保健人材育成の研修施設や仕組みの確立・強化をしてほしい。したがって、開発調査においては、それに資することを調査するのがよいのではないかという意見が複数の関係者より聞かれた。

## 4) 結果4. 開発調査や今後の日本の支援に対する期待2:人材が活躍できる環境について

ヘルススタッフが地方で働く環境がなければ、地方での母子保健サービス拡大にはつながらない。つまり、ヘルススタッフが地方で働くことのできる環境、もっている能力を発揮できる環境を整えることが重要で、かつ、この環境を整えるための仕組み・制度が存在する必要がある。したがって、地方の保健スタッフを支え、意欲を高めるために、何が必要なのか、金銭にとどまらず、それ以外の要因(地方で働き続けている人の要因、困難な点、どういった点を改善したら働きやすくなるのか、行政からの支援、研修機会やキャリア開発、機材・物品、職場の上司との関係、パブリックとプライベートでの働き方等)、広く開発調査で調査してほしいという要望が寄せられた。特にこの要望は、保健省本省と国立母子保健センター、母子保健に関連する国家プログラムから寄せられており、「地方の人員を支援したいという気持ちがあるが、仕組みとしてどのように支援できるかがわからない」ということを中央レベルの複数の人が述べていた。つまりは、この点が、潜在的なニーズであり、政策・計画決定に資する判断材料が少ないことが示唆された。

<sup>2</sup> 1990年代の半ばに、6年間助産師育成が停止していた時期があり、さらに、2002年に開始されたsecondary midwife course正規助産師コースは、応募者が減少している。国中の832ヘルスセンターのうち、292施設に助産師がいないとされる。一方、助産師は人口5,000人について1名であり、人口当たりの比較では他の最貧国に比しそれほど少ないわけではないこともわかっている。

(出典 Health workforce development plan 2006-2016 draft, MOH Cambodia)

<sup>3</sup> Draft Terms of reference for midwifery review (27 Jan 2006) Ministry of health Kingdom of Cambodia

<一例>

助産師は、助産サービスの提供の能力はあっても、実態として公的施設内では提供していないこともある。例えば、同一人物の助産師が公的施設内で働く際にはパフォーマンスが悪いが、公的施設外でプライベート業務として働く際にはある程度女性のニーズに合うケアが提供できるなどという事例がいわれている。その結果として、地方においても分娩ケアはプライベート助産師へのアクセスが増えているのではないかとの推察がある（厳密には、DHS結果を待つ必要がある。考察3-1参照）。つまりは、同一助産師であっても、公的施設内において、その能力を発揮できない要因があるとされている。

## (2) 調査の方向性及び留意事項についての考察

### 1) 考察1. HSP2008-2010立案にむけての一連の動向と開発調査のタイミングについて

結果2参照：開発調査の結果は、HSP2008-2010の策定に利用されるべきである。一方、開発調査の実施時期を考えるに、中間レビューや助産師に関するレビューそのものへの直接の貢献は難しいことが想定される。しかしながら、中間レビューの実施時期は、現状では6～9月、評価の確定が10～12月であることから、開発調査実施中に判明した事項があれば早い時期に保健省と開発パートナーにフィードバックし、一連の動向に可能な限り組み込むことが肝要である。

また、助産師に関するレビューの結果を生かす形で開発調査を行う、かつ助産師に関するレビューで十分にカバーできなかった事項に対して調査を実施することは相互補完的で有用と考えられる（詳細は考察3-2-1）。一方、中間レビューは、枠組みと調査事項概要<sup>4</sup>は決まっているが、詳細は現段階では確定していない。中間レビュー側で何を行うのか、そして開発調査のスコープとの関連について、常にモニタリングする必要がある。

カンボジア保健省は、SWiMにより、保健省と開発パートナーはHSP2008-2010策定の一連の流れについて合意をしつつ実施しているので、開発調査がこういった一連の流れのなかでどう位置づけられ、こういった部分に対して貢献するのかにつき、常に保健省と開発パートナー側に対して、明確にしておくことがパートナーの一員として重要である。

### 2) 考察2. 特に地方で働くヘルススタッフがその能力を発揮するために必要な環境・支援は何かを明らかとする調査

結果1、3、4参照：保健人材の不足や配置の地域格差は世界規模の問題であり、WHOの2006年度の世界健康白書は、“Human resources for health”保健人材の特集が予定されている。“Health for All, Primary Health Care and Millennium Development Goals are not achievable without an appropriately prepared, deployed and supported health workforce”<sup>5</sup>と白書内のコアメッセージにあるとおり、保健に携わる人材は、適切に準備され、配置され、支援されている必要がある。

カンボジアにおいてもこれは同様で、いくら卒前・卒後の人材育成を強化し、個人レベルでのスキルを強化したとしても、適切な配置と支援の体制なくしては、その効果は限定的となるのは明らかである。一方、保健省内の人員配置の問題は、多分に政治的な影響もあるため、今

<sup>4</sup> Health sector strategic plan, 2003-2007 and health sector support project 2003-2007, Mid term review framework (Draft), VSR HSSP 21.12.2003, MOH Cambodia

<sup>5</sup> World Health Organization (web site), *Human resources for health*, [http://www.who.int/hrh/whr06\\_consultation/en/index1.html](http://www.who.int/hrh/whr06_consultation/en/index1.html) (accessed 12 March 2006), WHO

回訪問したパートナーのほとんどが、配置に絡む事項に関しては、今後調査・支援の予定がないことが判明した。唯一、UNFPAが、助産師に関するレビューの中において、助産師の配置についての調査を一部予定している。（詳細は付属資料5）

「配置の問題」という大鉈を振るうような表現は、政治的にも好まれず、かつ中央にいる人材にとっては脅威に受けとられるようであり、理解が得られにくい。配置の問題を考えるうえでの判断材料となるよう、開発調査では、特に地方で働くヘルススタッフに必要な支援（個人レベル、組織レベル、制度レベル）は何かを明らかとする調査として行ってはどうか。単純に言えば、「保健人材がいないところに人がいてもらうためには何が必要か」「保健人材がいるところでは、個々人がもっている能力をもっと生かすためには何が必要か」ということであり、これらを調査することは、「配置への対策」と「配置された場所で働き続け、かつその場でのパフォーマンスを上げるための対策」をローカルコンテキストに沿った形で考えるために有用な情報となりうる。

サービスを直接提供するヘルススタッフのみならず、地方の保健行政官やRTC教員などの働く環境も厳しく、金銭的にも金銭面以外にも十分支えられているとは言い難い。医療サービスを直接提供する人材は、公的施設での午前診療のあとに、プライベートでも医療サービスを提供し金銭を得ることができるようであるが、一方、RTC教員や地方保健行政官がどのように、給与以外の賃金を得ているかは実態が知られていない。

以下はこれまで明確に記述されたことはないが、現場において時々語られる事項である。

- ・地方行政官は、プノンペンで行われる各種ワークショップへの参加費用を給与補填的に利用しており、したがって頻繁にプノンペンに移動するため、地方にいないこともある。母子保健担当行政官は、低給与のため、ある程度仕事ができるようになると、NGO等へ頭脳流出する。
- ・RTC教員は、実習病院に学生を送り届ける際に、自腹で交通費を負担せざるをえないこともある、学校内備品は生徒に買わせざるを得ないこともある、また給与以外にも、研修機会や知識をアップデートするチャンスが少ない（というのも、国家プログラムは直接のサービスプロバイダーを対象としていた研修をしているため）。低給与であるため、disponibleという公務員の一時休職制度により休職している職員がRTCにもいる。

これら直接のヘルスサービス提供者ではない保健省スタッフについてもどういった支援（個人レベル、組織レベル、制度レベル）が必要なのかを明らかにする調査は、今後の地方での保健システム、人材育成システムを総合的に考えるうえで有用であろう。

もちろん、限られた開発調査の時間と資源では、すべての保健セクターを対象とした莫大な調査実施は不可能であるから、母子保健に絞ったうえで、「人（特に助産師、県とODにおける母子保健担当者、RTCの教員、実習先臨床指導者）を支える組織・制度が、人をよりよく支えられるよう改善案を策定する」のがよいのではないか。

なお、中央レベルのカンボジア側関係者は、ときに「working environment」といった言葉で、同様の内容を表現していた。一方、日本語で「労働環境」と表現してしまうと、（対象者の外にある）物理的な環境のみと解釈されやすく、やや矮小化した響きとなる。どういった支援が必要か、対象者の地方で働くモチベーションも含めて広い視点から明らかにすべきで、金銭・物品だけの視点にはならぬように留意する必要がある。例えば、ヘルススタッフに対し



では以下のような質問が考えられる。

- ・潜在的な不満、可能性のある改善策（どのような点が改善したら、もっと働きやすくなる  
と考えるか？
- ・ケアを提供するにあたり、困っていることは何か？
- ・自分の能力を発揮できないと感じるときはどんなときか？ どうしたら自分の能力は発揮  
できると考えるか？
- ・だれからサポートされていると思うか？（職場内・外）十分にサポートされていると感  
じるか？ どんなサポートが必要か？
- ・保健行政や他の団体、国家プログラムなどから、視察や指導を受けることがあるか？

### 3) 考察3. 関連分野の調査・計画に関して、重複の予防と効果的連携について：既存調査と今 後予定されている調査について

#### a) 考察3-1. 既存の調査について

- ・Demographic health surveyが2005年に実施されており、結果はPreliminary Resultsが2006年  
6月ころ、報告書出版は2006年終わりのころとなる見込みである。
- ・デマンド側要因に関して：僻地の女性がヘルススタッフ介助の分娩を行う場合の障害につ  
いての調査<sup>6</sup>が実施された。調査手法や結果提示とも明確ではなく調査の質が良いとは言え  
ない部分はあるものの、1,080人の僻地に住む女性、160人のヘルススタッフと伝統的産婆  
(Traditional Birth Attendant: TBA)を対象とした大掛かりな調査である。結果は、女性がヘ  
ルススタッフの分娩ケアにアクセスする際の問題は、経済的要因と距離的要因であり文化  
要因等は少ない。この調査結果に基づき、開発パートナーは、①助産師の量・質の拡充、  
②Equity Fundの導入<sup>7</sup>などの対策を進めている段階である。したがって、現段階で女性のア  
クセスについての再調査を行うことは時期的に得策ではない。
- ・いずれにせよ、開発調査内で既存の調査や報告書のレビューを行う際、以上の2点は含ま  
れるべきである。

#### b) 考察3-2. 今後行われる予定の調査について

##### ①考察3-2-1. 助産師に関するレビューについて

- ・母子保健に関連して、現在予定されている調査の最も重要であるものは、助産師に関す  
るレビューである（結果2）。調査内容のドラフトの翻訳を付属資料5に記す。秀逸な  
調査項目であるが、助産師に関するレビュー内の少ないコンサルタントかつ短い調査期  
間、そして多い業務量を勘案するに、どの程度の深さ、そして質を保って調査し提言が  
できるか不明である。したがって、助産師に関するレビューが計画した調査内容であっ  
ても、十分調査できなかった事項については、開発調査内の中のアクションリサーチに  
おいて、ある程度取り組んで調査することは可能であり、中間レビューに直接貢献でき  
有用と考える。
- ・助産師に関するレビューは助産師の調査であるため、他の職種にかかわる事項は調査し

<sup>6</sup> Indochina research (Funded by UNFPA), obstacles to deliveries by trained health providers to Cambodian rural women, 2005

<sup>7</sup> contracting の地域の一部、BTCなどが既に実施。DFIDも実施を予定している。

ない、また、僻地を対象としており、州都のRHなどは主な対象とならない可能性が高い。助産師の研修施設としてRTC側は調査するが、実習施設は調査しない。したがって、結果3で示されるように、今後の地方での母子保健サービスの向上に対する介入や・母子保健人材育成の仕組み強化の対策を考えるための判断材料となり、かつ助産師に関するレビュー側の調査の予定がない事項は以下のように考えられる。なかでも、母子保健サービス・研修能力といったケア・研修の質にもかかわる部分は、開発調査の中のアクションリサーチにおいて調査するのが望ましいと考える。

- 全国における緊急産科ケア（特に、帝王切開等の手術機能を含むcomprehensive EmOC）の現状
  - 産科医師を含めたRHでの母子保健サービスと実習の提供能力・提供状況、実習施設であるHCでの母子保健サービスと実習の提供能力と提供状況、双方に対する更なる改善のために必要な事項
- （なお、人材育成に関する調査の方向性と留意点に関しては、「2-2 地方における保健人材育成の現状と問題点」参照。）

#### ②考察3-2-2. 助産師に関するレビュー以外で予定されている関連分野の調査

- ・ 中間レビューより前にContractingの評価を行う予定である。ContractingやEquity Fundの実施により、保健サービス全般についてパフォーマンスやマネジメントが向上している施設（RH・HC）やODがあり、変化は急速との話を聞く。開発調査の中では、このContracting調査結果についてもレビューする価値がある。
- ・ DFIDが、保健省の行政改革・機構改革に係る計画策定“MOH Institutional Development Plan”を行う見込みがある。
- ・ DFIDがhealth sector support projectの中で行う、妊産婦死亡削減のためのコンポーネント<sup>8</sup>の中で、リプロダクティブヘルスに女性がアクセスする際の障害について質的調査の予定がある。（デマンド側調査）

#### 4) 考察4. 開発調査のカウンターパート、調査結果を生かすことのできる部門についての留意点

戦後復興期以後の支援は、開発パートナーは、「サービス提供者の個々人の能力強化（特に特定のスキル）」や、また「国家プログラムの縦割りのプログラム実施に対する支援（あるサービスや介入が効率的に提供されることを主眼）」を主に行ってきた経緯がある。2003年以後のhealth sector support project実施と、このSWiM実施に伴う支援スタイルの変化（一部の国家プログラムに対する縦割りの開発パートナーからの支援が弱まった）により、保健省本省の機能は相対的に強化され、また保健システムも強化されつつあるように見受けられる。しかしながら、これまでの経緯より、いまだ保健省本省と地方保健局の組織・制度は弱く、保健システム全般としても脆弱である。

カンボジアの保健省には、他国で見られるような「母子保健課」がない。母子保健に関連する計画立案と実施は、保健省本省や各種国家プログラム等に分類されている。一方、PHD

<sup>8</sup> DFID, Project Memorandum, Health sector support project: component for reduction in maternal mortality Cambodia 2005-2009, DFID. 開始が遅れているが、2006年5月程度からの開始の見込みであるとのこと。

やOD保健局では、母子保健担当者がいたり、いなかったりである。

今回の調査中に、保健省本省の各部門、各種国家プログラムに対して、「政策を策定しているか」と聞いて回ったが、「政策は作っていない、政策を策定しているのは上層部の人で、我々のレベルでは、実施計画策定と実施を行っている」という回答であった。

以上より言えることは、母子保健に関しての計画立案の部門が分かれており、かつ、政策立案の部門が明確ではないなか、開発調査のカウンターパートは一部門にはなりえない。よって、開発調査内の調査項目や目的に見合ったカウンターパートの選定、調査結果を生かすことのできる部門の見極め、かつ結果を生かせる部門に対応する結果のフィードバックが重要である。

### (3) 今後に向けて

既存の研究報告書<sup>9</sup>には、保健セクターにおける開発調査についての共通の課題と提言がまとめられている。課題としては、開発調査の成果が目に見えるものでないため、その内容が相手国政府や開発パートナーに理解されがたい、セクターワイドアプローチの中でどのように位置づけられているのか必ずしも明瞭ではない、開発調査の過程で行われる相手側カウンターパートへの技術移転の達成度が定量的に測定しがたいといったことなどが指摘されている。

現時点で容易に対処できるとは思えない課題もあるものの、同様の課題を持ち越さないために、開発調査の実施段階においては、SWiMのHSP2008-2010策定のプロセスに開発調査の目的、進捗、結果など随時報告し、情報共有を行うのがよいと考えられる。

---

<sup>9</sup> 小早川、中野、明石ら：国際医療協力における保健医療開発調査手法開発に関する研究、国際保健委託研究 14 公 1、2003-2004

## 第3章 カンボジアの母子保健セクターをとりまく状況

### 3-1 一般概況

#### 3-1-1 カンボジアの概況・略史

独立	1953年カンボジア王国としてフランスより独立
面積	18万1,035km <sup>2</sup> （日本の約半分）
気候	熱帯性モンスーン（5～10月は雨期、11～4月は乾期）
民族	クメール人（90%）、ベトナム人（5%）、中国人（1%）、マレー系のチャム人などその他（4%）
人口	1309万人（2002年）。人口密度 75人/km <sup>2</sup> 。首都プノンペンには118万人
年齢別人口構成	14歳以下37%、15～65歳60%、65歳以上3%
公用語	クメール語
宗教	仏教96%、イスラム教2%
国民1人当たり所得	US\$269（2002年）
識字率	男74% 女60%（2004年）

出典：Statistical Yearbook 2005, National Institute of Statisticsなどより作成

カンボジアは1970～1975年までの軍事政権、1975～1979年のクメール・ルージュの共産主義政治、1979年のベトナム軍侵攻から1980年代の計画経済及び内戦時代というように、20年あまりの長期的混乱を経たあと、1991年のパリ和平協定、1992年からの国連PKO、1993年の総選挙・新憲法公布により和平が進展し、国際社会に復帰をとげた。

しかし、この20年あまりにわたる戦乱により多数の人命が失われ、難民化し国内外への移動を余儀なくされ、コミュニティやその価値・社会関係も崩壊した。ポル・ポトによる同胞の大量虐殺により当時の推定人口700万～800万人のうち100万人以上が生命を落とし、知識人として抹殺の対象とされた医師は1975年当時の487人から40数人にまで激減した。国自体の存立が問われるほどに社会・国家構造が破壊されたため、この間に経済成長を遂げた近隣のASEAN諸国との間に大きな開発レベルの格差が生じた。現在、社会は一定の安定を得たものの、社会経済基盤の荒廃、人材不足が大きな課題として残されており、国民の社会サービスへのアクセスもいまだ十分とはいえない。保健関連指標についても1970年頃よりは改善しているものの、ASEAN諸国の中では最低水準のままとなっており、MDGに掲げられた目標達成には程遠いのが現状である。

表3-1 保健関連指標：カンボジアと周辺諸国の比較

	1人当たり 所得 (US\$)	人口 (万人)	平均余命 (年)		乳児 死亡率	妊産婦 死亡率	保健サービス アクセス 可能人口 (%)	HIV成人 有病率 (%)
	2003	2003	1970	2003	2003	2000	2002	2003
カンボジア	310	1309	43	57	97	450	16	2.6
ラオス	320	565	40	55	82	650	24	0.1
ベトナム	480	8137	49	69	19	130	41	0.4
ミャンマー	220	4948	48	57	76	360	73	1.2
タイ	2,190	6283	60	69	23	44	99	1.5

出典：世界子供白書2005、UNICEF

注：乳児死亡率は対出生1000、妊産婦死亡は対出生10万で調整値、HIV有病率は15～49歳の推定値

### 3-1-2 政治

カンボジアにおいては、二大政党のバランス・オブ・パワーが重視されており、両党の対立の激しさが政治的混乱を招き、長い戦争のあと安定的な政権が確立されたのは憲法制定後さらに5年がたった1998年11月だった。また、腐敗や暴力的体質も根強いものがあり、土地横領・リベート要求・違法森林伐採などが従来から問題とされている。国際援助機関からも、援助の条件の1つとして汚職撲滅法の制定が提案されている。

カンボジアは1993年に立憲君主制の王国として新生し、フンシンペック党のラナリットと人民党のフン・センによる二人首相制の連立内閣が発足したが、次の総選挙が近づくにつれ両党の軋轢が高まり、1997年にはプノンペンで武力衝突が発生した。ここで人民党が勝利したことで翌1998年の総選挙でも人民党が単独過半数を占める第一党となり、フン・センが首相に、ラナリットは国会議長に就任した。2003年の総選挙では人民党がさらに議席を伸ばしたが単独で政権担当するにはいたらず、第三次連立内閣が成立した。

このように軍事力を背景にした人民党主導の政治により政治的安定は徐々にもたらされたが、両党のバランスを考えて1つの閣僚ポストに大臣が2人という変則的政府が構成されるだけでなく、保健省や国立病院の人事にいたるまで両党のバランスをとるためポストが増やされ、政党色の濃い人事が慣行化するなど、行政サービスの中への政治が介入が顕著である。

なお、2007年に地方評議会選挙、2008年に総選挙（国民議会選挙）が行われる予定である。

### 3-1-3 経済

カンボジアは、内戦前の1960年代には食糧自給を達成し米やゴムの輸出を行っていたが、20年に及ぶ戦乱で国土は大きく疲弊し、農業施設等の生産手段の破壊、技術者の喪失、労働人口の減少により経済も落ち込んだ。1980年代には東側諸国の支援により経済は回復を始め、1993年以降は市場経済化へ移行、1997年の武力衝突・アジア通貨危機の影響で一時的な低迷があったものの、その後は5～7%台の安定した経済成長率を保っている。その要因としては、縫製産業等の労働集約型産業への外国資本による直接投資の増加、国際援助機関による巨額の援助の直接・間接的寄与、比較優位を有するアンコール遺跡群など観光資源の存在などがあげられる。

表 3-2 主要経済指標の推移

	1993	2000	2005 (推)
GDP成長率	3.9%	8.4%	7.0%
1人当たりGDP (1,000Riel)	897	1,110	1,400
物価上昇率	114.3	-0.8	6.2
為替レート (Riel/US\$)	2,747	3,924	4,123
GDP構成比 農林水産業	45.6%	35.9%	30.1%
鉱工業	12.4%	21.8%	27.7%
サービス業	38.4%	37.1%	34.3%

出典：National Account of Cambodia 2003-2004

1999年にはASEANに加盟したが、カンボジアの1人当たりGDPは依然としてUS\$300前後と最貧国に分類される水準であり、周辺国との格差は大きい。産業基盤は脆弱であり、経済インフラ整備や人材育成、組織・制度等のソフト面の強化などが貧困削減とあわせ大きな課題である。

また、都市部と農村部の所得格差も拡大しており、表3-3に見られるように、全国の人口の9%程度しか占めないプノンペンでの世帯所得が、全国平均の2.5～3倍になっている。人口の35%を占める貧困層は農村に集中しており、その9割は農業に従事している。カンボジアの貧困の特徴としては、戦傷・地雷による障害者、孤児、土地・資本へのアクセスがない者など経済成長のプロセスに参加できない人口が多いこと、及び戦乱によるインフラ破壊・政府支出の軍事費偏重により社会経済インフラが貧弱であることがあげられる。

表 3-3 都市と農村における世帯当たり支出の比較 (US\$)

	1993	1997	1999
カンボジア全国	113.1	103.6	95.0
プノンペン	304.0	262.9	264.6
その他の都市	171.0	145.8	119.0
農村部	92.9	79.6	74.7

出典：Statistical Yearbook 2005

#### 3-1-4 開発計画

新国家成立後、1994年に初めて作成された総合的開発計画「国家復興開発計画」や初の国家5ヵ年計画である「第一次社会経済開発計画1996-2000」(SEDP I)には、10年間でのGDP倍増、保健・教育等社会サービス改善による生活水準の向上、農村の生計向上、持続的開発、援助への依存体質からの脱却が謳われていた。その後「SEDP II 2001-2005」や「貧困削減戦略計画」(2002)を経て、現在は「国家戦略開発計画 (NSDP) 2006-2010」が最新の開発計画となっている。

表 3-4 NSDP (2006-2010) に定められた優先的開発課題

戦略分野	主な目標
最優先：グッドガバナンス	汚職追放、法制度改革、行政改革、動員解除・軍及び警察改革
1. 農業セクター	農業の生産性向上と多様化、土地改革・地雷除去、漁業改革、林業改革
2. インフラ復興と整備	交通インフラ整備、水資源管理・灌漑、電力セクター強化、情報通信技術の発展
3. 民間セクター開発と雇用促進	民間セクター強化と投資誘致、雇用創出・労働条件改善、中小企業支援、ソーシャルセーフティネット強化
4. キャパシティ・ビルディングと人材育成	教育の質の向上、保健サービスの改善、ジェンダー平等の推進、国家人口政策の実施

NSDPは貧困削減と2015年を目標とするカンボジアMDGの実現を上位目標としている。上位目標の実現のために定められた様々な戦略のなかで、公平で機会均等かつ社会正義の伴った持続可能な社会経済の発展を実現するために、グッドガバナンス確立を最優先課題として掲げている。表3-4にあるように、グッドガバナンス以外にも4つの戦略分野が定められており、4番目の戦略の中に「保健サービスの改善」が目標の1つとして示されている。

保健サービスの改善とは、具体的には病院・保健センターの新設・改修によるサービス供給改善、貧困層へのサービスアクセス改善、都市・農村における民間セクターの活用・協調、エイズ対策の強化を目標としている。

また、カンボジアMDGでは貧困、基礎教育、環境など9つの分野の数値目標が定められているが、母子保健に関連する目標として5歳未満児死亡率の低下と妊産婦死亡の低下が掲げられており、関連する指標は以下のとおりである。

表 3-5 カンボジアMDGの主な保健関連数値目標

	基準値	年	2005年		2015年目標
			目標値	推定値	
5歳未満児死亡率	124	1998	105	82	65
乳児死亡率	95	1998	75	66	50
妊産婦死亡率	437	1997	343	NA	140
合計特殊出生率	4	1998	3.8	3.3	3.0
専門技能者による介助分娩比率	32	2000	60	NA	80
避妊普及率	18.5	2000	30	20	60
産前検診参加(2回以上)者比率	30.5	2000	60	47	90

出典：カンボジアMDG

### 3-2 保健一般概況

#### 3-2-1 人口動態

カンボジアには出生届、死亡届といった住民登録制度はなく、疾病構造を確定する疫学統計も整備されていないため、人口についても36年ぶりにUNFPAの支援で1998年に行われた国勢調査やDHSなどの様々な世帯調査から推計するしかない。政府統計は公的医療機関を利用した患者についてしか把握しておらず、カンボジアで大きなシェアを占める民間保健セクターに関する確かな情報はないため、疾病動向に関しても大まかな傾向しかわからない。また、自宅で死亡したケースなども政府統計では把握されていないため、政府の各種指標は現状より良好な数字が出ていると思われる。

1998年センサスによると総人口は1143万7,656人、2004年のCambodian Inter-censal Population Survey (CIPS) では1309万人と推計されている。年齢別人口構成をみると14歳以下が4割近くを占め、非常に若く、途上国の人口転換期初期の人口構成の定型となっている。高い乳児死亡率、低い識字率、低い女性の就学率、低い避妊普及率など人口増加の要因がそろっており、さらに（ポル・ポト政権後の）1980年以降のベビーブームに生まれた世代が結婚する時期に入っているため、合計特殊出生率は低下傾向にあるものの、人口増加率は今後も周辺国と比べ高い水準で推移すると見込まれている。

表3-6 人口指標の推移

	1996	2000	2005 (推計)
総人口 (万人)	1066	1257	1366
人口密度	59.1	64.0	74.0
人口増加率%	2.49	1.81	1.81
平均余命 男/女	51/55	54/60	57/64
合計特殊出生率	5.2	4.0	3.3

出典：Demographic Survey 1996, Census 1998, CDHS 2000, CIPS 2004

人口の84%は農村に住み、9%がプノンペン市に、7%が首都以外の都市部（バタンバン、コンポンチャム、シェムリアップ、シハヌークビル等）に住んでいる。また、人口のほとんどがメコン河とその支流及びトンレサップ湖に広がる低地に居住している。表3-7に示したように、州別人口を見ると、最も人口の多いコンポンチャムが183万人なのに対し、人口の少ないケップはわずか3万人、モンドルキリをはじめ北東部の各州は人口密度が2~9人程度しかなく人口が非常に希薄である。

なお、1世帯当たり平均人数は5.2人（1998）で全世帯の25%は女性が世帯主である。

表3-7 州別人口（2004年）

人口の多い州					人口の少ない州				
	州	人口	面積km <sup>2</sup>	人口密度		州	人口	面積km <sup>2</sup>	人口密度
1	コンポンチャム	183万	9,799	164	1	ケップ	3.6万	336	85
2	プノンペン	127万	290	3,441	2	モンドルキリ	4.1万	14,288	2
3	カンダール	122万	3,568	301	3	パイリン	4.3万	803	28

出典：National Health Statistics 2004, MOH



### 3-2-2 疾病構造

全国レベルでみると、生活習慣病より感染症・母子保健関連の病気が重要であり、その原因は貧困からくる栄養不足や非衛生的な生活環境など典型的な途上国型の疾病構造となっている。HCの外來患者数が多い疾病は急性呼吸器感染症（33.8%）、下痢症（5.9%）、マラリア（1.4%）であり、入院患者で多いのは急性呼吸器感染症（10.3%）、結核（6.8%）、下痢症（4.7%）、交通事故（3.9%）、デング出血熱（3.6%）、マラリア（3.1%）、産婦人科疾患（2.7%）となっている<sup>10</sup>。マラリア、デング出血熱、コレラなどによる死亡率は徐々に低下しているとみられているが、結核に関しては、人口当たり死亡率・有病率がアジアでも最悪のレベルにあり、HIV重複感染患者の増加が懸念されている。

1991年に初めてカンボジアで発見されたHIV/AIDSはその後急速に蔓延し、2000年末のHIV感染者数16万9,000人、エイズ患者数1万6,000人と推定されている。成人（15～49歳）HIV有病率は1997年には3%だったものが、2000年には2.8%と徐々に減ってきてはいるものの、東南アジアで最悪であることには変わりがない。感染経路は異性間性交渉によるものが最多で、新規患者の4割は夫から妻への感染となっている。政府もHIVを優先度の高い問題として認識し、国家エイズプログラムを1993年から設置し、開発パートナーからの援助も3割がエイズ対策に充てられている。

### 3-2-3 患者の受診行動

カンボジアにおいては戦乱による公的保健サービスの施設破壊・人材枯渇、人材不足・低い給与などに起因する現在の不十分な公的保健サービス水準などを背景に、民間保健セクターのプレゼンスが非常に大きい。もともとコミュニティーにある伝統医療、TBAなどに加え、行政官や公立病院職員が副業として行う自宅開業や民間クリニック・私立病院、さらにNGOが運営する大規模病院まで様々な民間保健医療機関が存在する。

2000年に行われたCambodia Demographic and Health Survey (CDHS) では、患者のhealth seeking behavior について調査しており、病気になった際に受診する先としては薬局（35%）が最も多く、次いで民間セクター（32%）、最後に公的セクター（18%）となっている。薬局にまず行く理由は、住民の最も近くにあり交通費がかからないこと、医療機関にかかるより費用が安いことが大きな理由だと分析されている。都市部と農村部で受診先の傾向に大きな違いはないが、病気になっても一切受診しない人の比率は農村部が2倍になっている。

---

<sup>10</sup> National Health Statistics 2004, MOH

表 3-8 カンボジアにおける患者の受診行動 (CDHS 2000)

	都市部 (%)	農村部 (%)	平均値 (%)
病気になっても受診しない	6.0	12.1	11.4
公的セクター	16.8	18.8	18.5
国立病院	4.4	3.6	3.7
州病院	7.5	2.9	3.5
郡病院	0.9	5.1	4.6
保健センター	2.0	3.1	2.9
民間セクター	32.2	33.0	32.9
私立病院	2.9	1.2	1.4
民間クリニック	15.2	8.8	9.6
医療従事者の往診	10.6	16.3	15.6
非医療セクター	43.2	34.0	35.1
処方箋薬局	14.3	4.6	5.8
薬局	26.6	26.3	26.4
伝統医療	2.3	3.0	2.9

出典：Cambodia Demographic and Health Survey 2000, National Institute of Statistics, ORC Macro

注：表の数字は病気になったとき1回目に受診する先

### 3-3 保健行政・財政

#### 3-3-1 保健行政

##### (1) 一般行政

カンボジアには24の州 (province)・市 (municipality) からなる行政区分があり、全国に185区 (district)、1,621コミューン、1万3,890村が存在する。公務員の総数は16万5,000人 (2004年) にのぼり、そのうち55%が教育省職員で、保健省は省別では2番目に多い1万7,179人 (2005年、PHD・OD職員や病院スタッフ含む) が働いている。これと別に軍人が約14万人おり、人口比ではASEANで最も多い。

カンボジアの行政機能の課題としては、絶対的な人材不足、月US\$20~30程度の低い給与水準、汚職の蔓延、制度の不備が指摘される。以前は社会主義だった政府が市場経済へ移行したため政府からの支給品がなくなり、給与だけでは生活できなくなったことから、多くの公務員が副業を持ち、また汚職がインフォーマルな収入源として定着してしまっている。給与が低いために、民間企業、国際機関、NGOなどに優秀な人材が流出し人材不足がいつそう深刻になっており、公務員の給与の低さは保健セクターにおいても大きな問題となっている。

##### (2) 保健行政

###### 1) 保健省

保健省の組織図は図3-1に示すとおりである。保健省には母子保健を担当する部署はなく、母子保健分野の計画や統計については計画・保健情報部、人材育成については人材育成部、保健スタッフの給与・配置については人事部というように複数の部署が関係する。保健省の役割は、保健政策・戦略の策定、州レベル計画策定への支援、政策・計画のモニタリング・評価、管理職の研修、州への保健サービス実施の支援、海外からの援助の調整となっている。

いる。

中央にある教育機関として保健科学大学（医学部、薬学部、歯学部）とTSMC、看護学科、臨床検査学科、理学療法学科）があり、保健省人材育成部と連携してカリキュラムを作成している。

国立病院としては以下のものがある。

- ・総合病院：カルメット病院、シハヌーク病院
- ・小児病院：国立小児病院、クンタ・ボッタ病院
- ・産婦人科：国立母子保健センター
- ・外科病院：コソマック病院
- ・耳鼻科：アンドゥオン病院

保健省（本省）の職員は医師が多いが、ポル・ポト時代に医師は粛清の対象になったため高官レベルの人材の層が非常に薄く、また中央政府の管理職でも月給がUS\$50程度と安いいため、有能な人はNGOに引き抜かれたり民間企業に転職することも多く、非常に限られた人数で保健行政の運営にあたっている。

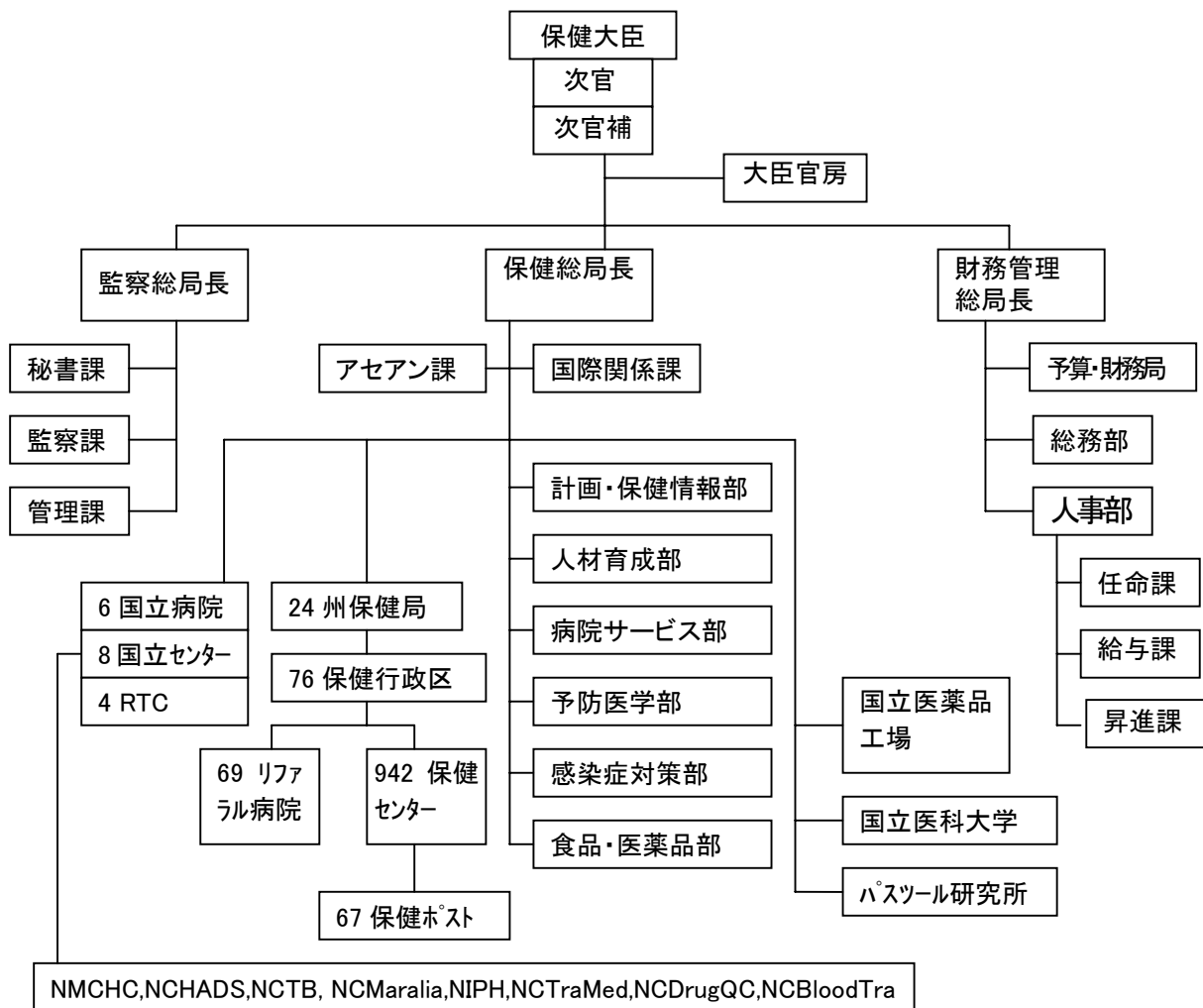


図 3 - 1 カンボジア保健省組織図

## 2) 地方保健行政

以前は各州の州都に州病院、郡に郡病院が設置されていたが、1996年からの保健セクターリフォームで全国組織が大きく変わり、現在はPHDのもとにODが設置された。ODは複数の行政上の区（district）をまとめて診療圏としたもので、保健省の政策・活動を実施している。例えば、コンポンチャム州には16の行政区があるが、ODは10となっている。各ODに1つのRH、人口10万人当たり1つと人口1万人に1つのHCが設置され、1つのODには通常10～15のHCがある。PHDは各ODの活動を監督・指導する立場にある。

PHD・ODの組織図は図3-2に示したとおりである。

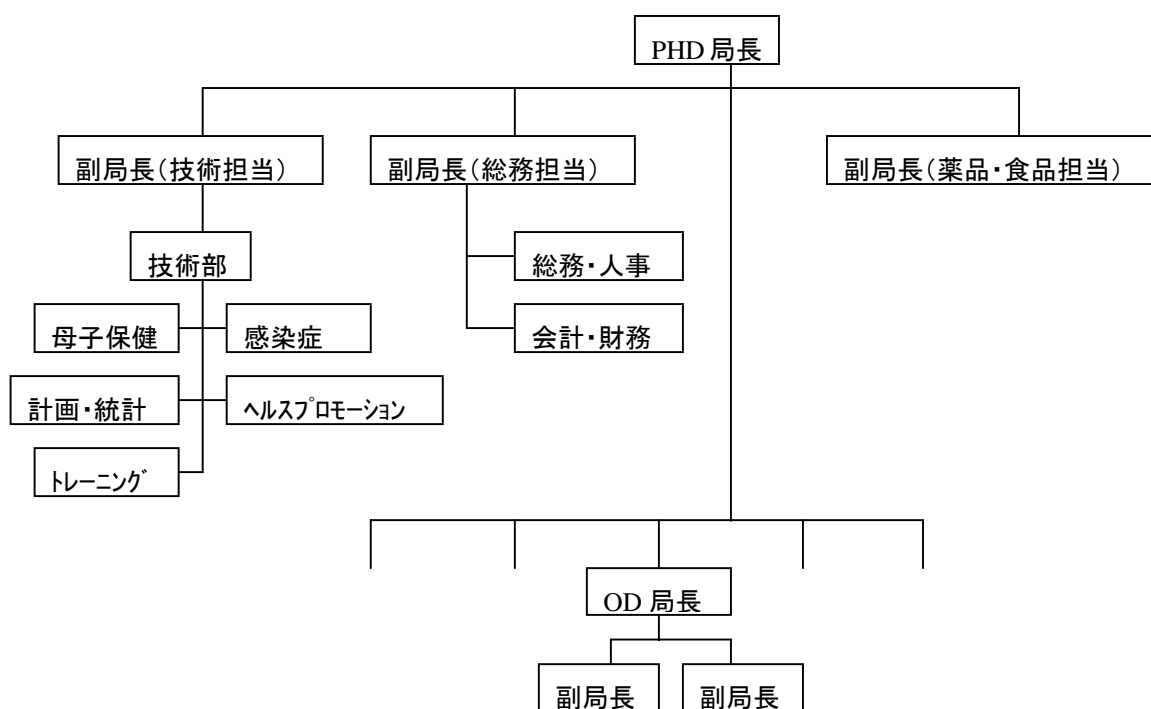


図3-2 カンボジアPHD・OD組織図

RHとHCにはそれぞれ包括的サービスパッケージ（Complementary Package of Activities : CPA）と基本サービスパッケージ（Minimum Package of Activities : MPA）が策定され、それぞれの施設に必要な人員、サービス、機材等が示されている。HCは内戦時に施設が破壊されたままで建物がなく巡回診療のみを行っているところや、計画通りに設置されていないところも多い。HCに関しては、建物があり職員が6人以上いるとMPA基準に達する。

HCの基本的活動は以下のとおりである。

- ・住民へのプライマリヘルスケア・サービスの提供（マラリア、下痢症などの診察、救急、結核など慢性疾患治療、EPI・栄養など乳幼児ケア、産前検診・貧血予防・家族計画など妊産婦ケア、健康教育）
- ・診療圏の情報収集
- ・施設・機材の維持管理

- ・地域の保健ボランティアの活動支援
- ・ODや地域との会議の企画・運営

RHはそのサービス水準によりCPA 1～3の3タイプに分類されており、CPA 1では外科医がおらず手術ができないので、新設されたばかりのHCとあまりサービスが変わらないところもある。

CPAに基づくRHの活動は以下のとおりである。

- ・住民への保健医療サービスの提供（紹介患者の診療、虫垂炎・心肺蘇生などの救急処置、異常分娩、ヘルニア・白内障など簡便な外科手術、24時間体制の入院患者ケア・看護管理、リハビリテーション）
- ・施設・機材の維持管理
- ・院内の保健情報システム運営
- ・病院職員の巡回指導、HC職員の研修に関する支援
- ・州政府の会議への参加

表 3-9 CPA 1～3 のサービス内容

	内科	小児科	外科	産婦人科	外来診療部	手術部	救急部	放射線	眼科	耳鼻科	滅菌部	臨床検査	血液銀行	薬局
CPA3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
CPA2	○	○	○	○	○	○	○	○			○	○		○
CPA1	○	○		○	○		○	○			○	○		○

出典：Complementary Package of Activities, guidelines for the RH, MOH 2003

### 3) リファーマルシステム

カンボジアのリファーマル体制は、HCや下位の病院（CPA 1 及び CPA 2）から州内のトップ・リファーマル病院（CPA 3）へ患者が搬送されるシステムになっている。住民が公的保健サービスを利用する際はまずHCを訪問する。RHの敷地内にはHCが設置されており、一般外来の機能を果たしており、病院は入院機能が中心となっている。地方の病院では提供できるサービスが限られているため、HCで治療できないケースでは、直接CPA 3 病院にかかるか、首都に近い地域ではプノンペンの3次病院や民間病院を受診するケースも多い。HCや下位病院のスタッフがリファーマが必要だと判断しても、搬送費用はすべて患者負担になるため、最終的に上位病院に行くかどうかは患者・家族が決断することが多い。

### 3-3-2 保健医療従事者

#### (1) 医療従事者数の推移

ポル・ポト時代の負の遺産として、カンボジアではいまだに保健医療従事者の絶対数が不足しているが、絶対数の不足だけでなく、1980年以降に速成されたスタッフの質や公的セクターにおけるスタッフ配置の問題がより重要になってきている。

表3-10に示したとおり、医師数は1996年から8年間で1.7倍に増加し、医師1人当たり人口でもても周辺諸国と比べて遜色のない水準に達しており、むしろ歯科医師、薬剤師、助産師の不足のほうが深刻である。また、政府統計（National Health Statistic 2004）ではプノンペンで勤務する医師は全体の51%となっているが、実際は民間セクターで勤務する者も含め、医師の8割がプノンペンにいるともいわれており、地方で勤務する医師の確保が課題になっている。

表3-10 カンボジアにおける医療従事者数の推移

	1996	1998	2000	2004	スタッフ1人当たり 人口（2004）
医師	1,247	1,711	1,878	2,177	6,344
歯科医	64	68	85	135	102,296
薬剤師	327	415	362	406	34,015
看護師	3,979	4,384	4,268	4,521	3,055
准看護師	4,430	3,993	3,892	3,563	3,876
助産師	1,706	1,830	1,771	1,813	7,617
准助産師	1,515	1,482	1,257	1,113	12,408

出典：Health Workforce Development Plan 1996-2005, MOHなどより作成

また、HSP2003-2007でも優先事項とされている助産師の育成に関しては、教育カリキュラムの問題や准助産師の育成を中止していた影響もあり、表3-10に示したとおり実数が減っており、地方での助産師不足は深刻である。

#### (2) 教育制度

カンボジアにおける医療分野の教育は、保健科学大学（医学部、歯学部、薬学部）、TSMC及び地方4か所のRTCで行われている。TSMC・RTCでは看護師、助産師、臨床検査技師、理学療法士、放射線技師が育成されている。以前は准医師（Medical Assistant）を養成していたが現在は中止し、医学部の定員も減らした。

助産師に関しては、以前は3年教育の助産師（Secondary Midwife）と2年教育の准助産師（Primary Midwife）の2種類あったものを、保健セクターリフォームの際に助産師の質向上のため、准助産師の養成を止め、3年の看護師コース終了後さらに1年の教育を追加したため、教育年限が長すぎて助産師希望者が減少してしまった。看護師と助産師の給与は同じであり、1年長く教育を受けるということはそれだけ収入を得る機会が減ることなので、看護職希望者の間で助産師になりたいというインセンティブが働かなくなっていた。

しかし、カンボジア保健セクターの課題の1つである妊産婦死亡を減らすためにも助産師の増加は不可欠であるため、保健省は2006年1月から1年コースの准助産師の育成を開始した。

RTCにおいては准助産師コースの学生は出身地に戻って勤務することになっており、僻地で不足している助産師の充足に寄与することが期待されるが、1年だけの教育でどの程度助産サービスの質が確保されるのかは不透明である。

どの医療職も国家資格制度がないため、学校卒業と同時に免許が与えられるが、学校設置基準、教員資格、教材標準化など教育の質の改善に向けた施策が必要である。また臨床教育も不十分なため講義中心で、医療者としてのモラル・意識が低だけでなく、基礎教育が不十分なため診断・治療能力が低いままの医療従事者が多いことが、サービスの質の低さを招いている一因だといわれている。

### (3) 雇用・配置システム

医学部やTSMCの毎年の卒業生がどこに就職したかについてはデータがなく、学校は教育をすることで仕事を世話するところでないという認識があり、一般に個々の学生が民間セクターを含め自分で就職先を見つけるため、TSMCでも就職先は把握していない。各ODが必要とする採用者数の情報をPHDがまとめ、保健省人事部に提出し人事院・財務省の確認をとったうえで、保健省が採用試験を行うシステムはあるが、特に助産師は応募者が少なく表3-11に示したように、保健省は規定数を採用できていない。

表3-11 保健省の医療従事者雇用状況 (2005)

	採用予定数	応募者数
医師	9	14
看護師	53	225
助産師	100	52
臨床検査技師	6	6

出典：Midwifery forum 資料、MOH 2005

地方出身者もプノンペンでの勤務を希望する者が多く、地方で働く医療スタッフの確保が大きな課題である。他の途上国と同様に、カンボジアでも学校卒業後数年間の地方勤務を義務付けたことがあったが、様々な手段で地方勤務を免れる者が続出したため制度として定着しなかったという経緯がある。特に、助産師の地方配置は保健省にとっても最優先課題であり、保健省人事部では助産師の採用試験を簡易にする、地方勤務者に金銭的インセンティブを付ける(月US\$100程度)といったことを検討しているが、実施時期は未定である。また、どの病院にどの職種が何人必要という情報を把握している保健省病院サービス部と人事部の間で情報共有がなされていない模様である<sup>11</sup>。人材育成と違い、職員の配置の問題は政治が絡んでくるため、ドナーが積極的に関与することは難しく、これまで実効性のある提言などはなされていない。

<sup>11</sup> カンボジア王国医療技術者育成プロジェクト事前調査・実施協議報告書、H15年、JICA

### 3-3-3 保健財政

#### (1) 保健省予算

カンボジアの国家財政は、徴税能力不足から税収が伸び悩む一方で、収入より多額の投資と政府支出が実行されているため、恒常的な財政赤字を抱えている。そのギャップを国際機関、二国間援助機関による資金供給（贈与・融資）に依存しており、保健セクターについては公的保健支出の6割以上が外国からの資金となっている。

表3-12 保健セクターの政府と援助機関による支出額（2001年）

	政府		援助機関		合計	
	US\$1,000	%	US\$1,000	%	US\$1,000	%
保健省部局	4,141	4	3,136	3	7,278	7
国家プログラム	4,977	5	11,131	11	16,109	16
国立病院・研究所	5,781	6	16,934	17	22,716	23
小計	14,901	15	31,203	32	46,104	47
州保健局	18,084	19	34,141	34	52,225	53
合計	32,985	34	65,344	67	98,330	100

出典：カンボジア王国医療技術者育成プロジェクト事前調査・実施協議報告書、H15、JICA

保健省予算は表3-13に示したように、省別にみると教育省、防衛省に次いで3番目に多く、2004年度保健省予算はRiel1920億（約US\$4800万）で国家予算の9.2%を占めている。全国にある病院・HCなどの運営費用の比率が高いため、他省と比べ人件費比率が低い。給与水準が低いだけでなく、予算を執行する経済財務省から保健省、また保健省からPHDへ実際に予算が支出されるのが恒常的に遅れており、地方の保健行政官や病院職員の間では3～4か月の遅配も珍しくない。そのため職員の勤労意欲が低く、副業をしないと生計を維持できない。役所やHCなどは午前中しかスタッフが実際に働いておらず、午後は民間クリニック勤務や自宅開業などで収入を得ており、こうした公務員給与の構造的な問題が、公的保健サービスの質と量の向上のための大きな障害となっており、住民が公的保健医療サービスを信頼せず民間医療機関を好む大きな要因となっている。

こうした予算執行の遅れを是正するため、保健、教育、農業、農村開発などの優先分野に関して優先行動計画（Priority Action Program：PAP）が定められ、保健省予算の中でも特定のプログラムの予算はPAP枠（2005年度保健省予算の中の23%）として一般予算より迅速に執行されるようになった。また、予算執行が遅れる理由が不透明であるだけでなく、保健省から各PHDへ配分された予算が各ODに実際にいくら配分されたかについて保健省で把握できていないなど、国家財政の運営自体に問題が山積しているため、フランスの専門家チームによる財政マネジメント改革プログラムが現在行われており、予算制度を含めた改革が実施される予定である。



表 3-13 省別予算額の推移（予算額上位 4 省）

単位：Riels10億

	2002			2003			2004		
	総額	給与	運営費	総額	給与	運営費	総額	給与	運営費
1. 教育省	290	162	48	300	3,176	43	326	185	49
2. 防衛省	265	195	61	270	197	63	272	205	57
3. 保健省	164	23	88	173	22	94	192	24	108
4. 内務省	174	91	65	170	93	62	168	95	65
全省計	1,922			2,207			2,079		

出典：Statistical Yearbook 2005, National Institute of Statistics

## （2）保健財源の確保

### 1）カンボジアの保健財政の特徴

カンボジアの国民医療費の実に 7～8 割は民間（患者自己負担 *out of pocket*）から支出されている。2002年のデータ<sup>12</sup>では国民 1 人当たり支出は US\$32.9 で、内訳としては患者世帯が 72%、ドナーが 19% 負担し、政府からの支出はわずか 9% にすぎなかった。カンボジアのような低所得国では、政府の財政能力に限られるため患者自己負担が多くなることは一般的であるが、そのために医療費の高さが保健サービスへのアクセスを妨げる大きな障害になっており、特に貧困層ほどその経済的負担が大きい。

ASEAN ではタイ、インドネシアあるいは最近のベトナムのように、国民の所得レベルが上がれば、公務員や大企業社員対象の健康保険制度から徐々に国民皆保険へと社会保障カバー率が増し、国民の医療費負担を下げることができるが、カンボジアでは政府だけでなく民間企業の育成も遅れており、（以下に述べる）*Equity Fund* や *Contracting* などの方策も援助機関の資金に依存しているのが現状である。

### 2）User Fee、Equity Fund、Contracting

保健セクターリフォーム実施前は医療費は無料だったが、実際は医療スタッフが袖の下を要求することが多く、無料制度は形骸化していた。セクターリフォームで費用回収策を実施することになり、1997年からパイロット施設で受益者負担制度（*User Fee System*）が導入され、国庫に上納する 1% 以外は各医療施設で収入を自由に活用できる制度が実施され全国に徐々に浸透した。*User Fee* 収入のうち 49% を職員の給与補填として支給できるようになったことが、職員のモラルを向上させサービス改善につながるようになった。

一方、受益者負担制度が導入されると、特に貧困層にとっては受診をためらう原因となるため、支払い免除制度（*Exemption*）が導入されたが、免除対象者が多く受診するとそれだけ職員の給与補填が減るため、実際には免除対象者がサービスを受けにくくなってしまいう事例が相次いだ。そのため、免除対象者の医療費（交通費と食費も含む）を負担する *Equity Fund* の取り組みが 2000 年から開始され、2005 年 2 月時点で全国 16 か所で導入されており、導入により貧困層のサービスへのアクセスが改善されている。しかし、本来このような貧困層のための支援は政府が行うべきものであるが、*Equity Fund* は世界銀行（*World Bank* : *WB*）、アジア開発銀行（*Asian Development Bank* : *ADB*）、*DFID*、*UNICEF* など国際・二国間援助機関

<sup>12</sup> National Equity Fund Implementation and Monitoring Framework, MOH, Sep.2005

あるいは国境なき医師団(Medecins sans Frontieres:MSF)など国際NGOからの無償・有償の資金に依存しており、政府の財政余力がないままでは持続性あるシステムとして定着するのかは疑問である。

また、Equity Fundが主に個別の病院への資金提供になるのに対し、OD全体の保健行政マネジメントやサービス強化を入札による委託契約でNGOが請け負うContractingが現在11のODで実施されている<sup>13</sup>。Contractingが実施されているODではHCのサービスが24時間提供されるなど、サービスが改善した事例が報告されている。

### 3-4 保健政策

#### 3-4-1 HSP2003-2007

現在のカンボジア保健セクターにおける中期計画であり、この上位計画のもとで様々なプロジェクトが実施されている。HSPの最終目標は、「すべてのカンボジア国民、特に女性と子どもの健康改善を目的として保健分野を発展させ、それにより貧困解消や社会経済の成長に貢献する」ことであり、具体的な目標として以下を掲げている。

- ・ 乳児死亡率の低下 95 (2000) →84 (2007)
- ・ 5歳未満児死亡率の低下 125 (2000) →111 (2007)
- ・ 妊産婦死亡率の低下 437 (2000) →305 (2007)
- ・ 子ども・女性の栄養状態改善 5歳未満児低体重児比率45% (2000) →31% (2007)
- ・ 合計特殊出生率の低下
- ・ 貧困層の医療費の軽減
- ・ より効果的・効率的な保健医療システムの構築

この目標を達成するために、優先6分野における必須8戦略(太字部分、戦略は全部で20)が以下のように定められている。優先分野の中でも1番目の保健サービス供給が最優先分野とされ、貧困層へのサービスアクセス改善及び母子保健サービスの向上に重点を置いているのが特徴である。

#### (1) 優先分野1: 保健サービス供給

**戦略1: 保健施設の計画と設置による、特に貧困層や社会的弱者の保健サービスへのアクセス改善**

**戦略2: MPAをベースとした、保健センターにおける基礎保健サービスの質の向上**

**戦略3: CPAのような基準を通じた、すべての病院における、特に産科・小児ケアに関する質の高いケアの提供**

- ・ 費用対効果の高い感染症対策実施のためマネジメント強化
- ・ 検査、安全な血液供給、リファーマル、薬剤、機材などのサービス強化

#### (2) 優先分野2: 行動変容

**戦略4: 患者ニーズに敏感に対応できるような、対人関係技術の向上を通じた保健医療従事者の対応の改善**

<sup>13</sup> J.B.Schwartz, Cambodia: Using Contracting to Reduce Inequity in Primary Health Care Delivery, WB

- ・保健サービスの質を高めるための患者、特に女性のエンパワメント
- ・健康なライフスタイルと適切な受療行動の住民への促進

(3) 優先分野3：質の向上

**戦略5：保健省の基準に準拠した、保健サービス供給とそのマネジメントにおける質的向上**

- ・公的・民間セクター双方における、貧困とジェンダーに配慮したサービスの品質基準の導入・実施

(4) 優先分野4：人材育成

**戦略6：卒前研修を通じた助産師数増加と卒後教育による助産師の能力・技術の向上**

- ・必要ポスト数の確認を通じた保健スタッフの再配置
- ・様々な研修を通じた保健省職員のマネジメント・技術スキルの向上

(5) 優先分野5：保健財政

**戦略7：保健財政資源の増加と財政マネジメント強化による、保健サービスへの適正かつ十分な予算確保**

- ・代替的保健財政システム導入による、貧困層のサービスアクセス改善
- ・多様な資金の導入と適切な配分による透明性の高い効率的・効果的な保健支出の実行

(6) 優先分野6：組織制度

**戦略8：変化に即応できるような保健省の構造改革及び保健省における組織管理の強化と手続き体制の系統化**

- ・民間セクターの参加促進と規制強化による効果的な官民パートナーシップの構築
- ・慢性疾患や新たな保健課題に対する保健省の対応能力の増強
- ・地方分権化やSWiMによる保健セクターの強化

3-4-2 保健セクター支援プロジェクト（Health Sector Support Project：HSSP）2003-2007

HSSP2003-2007は、HSP2003-2007の実施にあわせ策定された5年間のプロジェクトで、保健省、ADB、WB、DFID、UNFPAが合計US\$7700万を提供している現行の保健セクター最大のプロジェクトである。目標は、①保健サービスのアクセスと質の向上、②HSP2003-2007の実施を支援し、保健資源を活用する能力を強化するの2点であり、3つのコンポーネントからなり、国内21州を対象としている。なお、HSSP2003-2007の実施は予定より遅れており、2008年からの次期HSSPにはADBは参加しないことを表明している。

(1) コンポーネント1：地方及び貧困層のためのサービス供給改善

- ・RH改修、HCの新築・改修、機材整備、維持管理能力の強化
- ・RH・HCのスタッフのトレーニング
- ・医薬品・消耗品調達
- ・保健医療サービス供給に関するNGOへの業務委託（Contracting、OD 11か所が対象）

- (2) コンポーネント2：国家プログラムを通じた疾病対策支援
- ・HIV/AIDS、結核、マラリア、デング熱、安全な出産、栄養

- (3) コンポーネント3：中央・州・地区レベルでの能力強化
- ・病院長対象のマネジメント研修
  - ・HC運営への住民参加支援
  - ・保健人材育成・配置計画の強化
  - ・モニタリング・評価能力向上

<HSSP2003-2007（サービス供給改善）の対象州>

- ・ADBの支援対象（9州）：コンポンチャム、コンポンチュナン、ココン、モンドルキリ、プレイベン、ラタナキリ、シアヌークビル、タケオ
- ・WBの支援対象（12州）：バタンバン、バンティミエンチャイ、コンポンスプ、コンポントム、カンポット、クラティエ、パイリン、オッダミエンチャイ、プサット、プレアベヒア

3-4-3 HSP2003-2007とHSSP2003-2007の中間レビュー（2006年7～9月に実施予定）

実施から3年が経過した中間レビューを2006年に行い、現時点までの実績を評価しつつ必要な修正を行うとともに、NSDP（2006-2010）や2008年からの次期HSPにその評価結果を反映させる。同時に、HSSP2003-2007の評価を行うとともに、HSPの目標達成に重要である助産師サービスに関するレビュー、カンボジア保健セクターにおけるSWiMの評価、及びContractingに関する評価も行う。

<主な評価内容>

(1) HSP2003-2007

- ・地方におけるサービス供給面での実績
- ・HSSP2003-2007を含んだSWiMの進展度合い
- ・特に助産師の雇用・研修を中心とした妊産婦死亡率減少に向けての活動の進展
- ・患者や地域のニーズの保健計画やモニタリングへの反映度合い

(2) 助産サービスの評価（2006年5～7月に、HSP2003-2007の評価に先駆けて実施）

- ・地方・僻地における助産師の実数把握
- ・地方で働く助産師キャリアパスや労働制約要因についての把握
- ・助産師研修の参加実績と必要数の比較
- ・既存の施設内研修の内容の評価
- ・助産師の雇用と配置プロセスの評価

(3) HSSP2003-2007

- ・ HSSP2003-2007の効果的实施と成果に関してのHSSP2003-2007の貢献度合い
- ・ 子ども、女性、少数民族など貧困層や社会的弱者のニーズの反映度合い
- ・ 地方のキャパシティ強化へのHSSP2003-2007の貢献度合い
- ・ 保健省職員のオーナーシップの向上度合い

(4) SWiM (2006年第二四半期に開始)

- ・ 開発パートナーや民間セクターと保健省との協力の進展度合い
- ・ 教育など他セクターや他国での経験との比較
- ・ 保健省の財政マネジメントや調達システムの能力増強の度合い

(5) Contracting (2006年5～7月に実施)

- ・ HSSP2003-2007の中で実施されたContractingの進展を実施ODごとに評価
- ・ Contracting導入によるサービスへのアクセスの改善度合いの評価
- ・ performance based incentivesの成功事例をもとに保健省のインセンティブ制度を検討
- ・ Contracting 終了後の持続可能性検討

表3-14 HSSP2003-2007の中間レビューの実施プロセス (2006年3月末時点)

	評価実施主体	評価のための資金拠出	現在の作業状況
中間レビュー全体	保健省計画・保健情報部 HSSP事務局	保健省、HSSP、DFID、WHO	評価コンサルタントチームのTOR作成、データ収集
① HSSP2003-2007 の 評価 ② HSSP2003-2007 の 評価	保健省担当者 海外コンサルタント4名	保健省	評価チームのメンバー選出
③助産師に関するレビュー	海外専門家、国内コンサルタント、保健省+国立母子保健センター・NRHP	UNFPA	評価TORの完成 専門家・コンサルタント(3名)選出
④SWiM assessment	保健省、WB コンサルタント	DFID、WB、WHO	
⑤Contractingの評価	保健省、WB コンサルタント	WB、DFID	評価TORドラフト作成

出典：保健省

### 3-5 他ドナーの援助の動向

#### 3-5-1 カンボジアの援助の特徴

カンボジアにおいては戦後復興のための援助が1992年以降、受入れ能力を超えて大量に流入し、政府の主体性は弱いまま、復興と開発が開発パートナー（ドナー）主導で行われており、保健セクターも例外ではない。1992～1998年までの外国援助（多国間、二国間、NGO）の総額US\$27億5000万のうち保健分野への支援は8.3%だった。保健水準の向上は貧困削減につながるものとして、実に

多数のパートナーが保健セクターを支援しており、公的保健支出の6割以上がパートナーによる支出となっている。

カンボジアにおいては援助機関の存在感は周辺のアジア諸国に比べ突出しており（例えば、2001年のベトナムでの政府保健予算に占める海外援助資金比率は5%にすぎない）、地方においても援助の入った病院・地域ではサービス水準が確実に向上し、他国では実施されていない先進的な取り組みも行われるなどプラス面が多い一方、援助から取り残された地域との格差拡大、国家政策に従わず保健システムを乱すような支援による弊害なども見受けられ、巨額の援助による歪みが保健システム全体に現れている。

WHOの報告書（2003年データ）<sup>14</sup>によると、外部ソース予算の約US\$8000万の配分を大まかに分類すると、半分が感染症（特に全体の3分の1がHIV/AIDS）、約4分の1が母子保健・リプロダクティブヘルス、16%がヘルスシステム強化、残りが他分野に用いられていた。同報告書によると、母子保健分野への外部支援US\$1330万の内訳は、USAID（27%）、UNFPA（18%）、Beat Richnerによる小児病院群（14%）、JICA（12%）、GAVI（8%）、WFP（8%）、WHO（8%）、others（5%）であった。

このように母子保健分野への支援は少なくはなく、かつ、各パートナーの動向は急速であるため、カンボジア保健セクターでプロジェクトを実施するに際しては常にその動向を把握することが不可欠である。以下に母子保健と人材育成分野での各パートナーの支援実績・今後の動向についてまとめた。

（保健省の定義によると開発パートナーとは、UN機関と政府開発援助機関を指し、NGOは含まれないとされる。しかしながら、母子保健においては、NGOと上記小児病院群の役割は大きいため今回は含めて記述してある。事前調査での聞き取り調査に加え、DFIDによるProject memorandum: Health sector support project: component for reduction in maternal mortality Cambodia 2005-2009, 56-58 page, Sep 2005やインターネットで公開されている情報を参考にした。）

### 3-5-2 開発パートナーの母子保健・人材育成分野での支援の傾向

#### (1) 母子保健分野

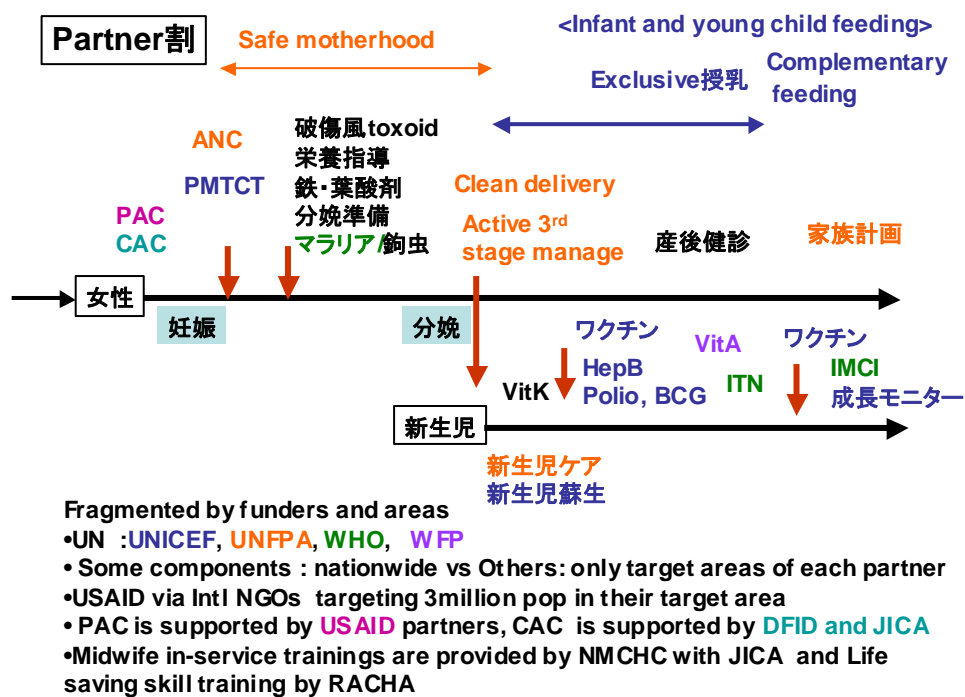
カンボジアにおける母子に対する多様な介入は、介入割そして地域割で多数のパートナーにより分業されているのが実態である（図3-3参照）。しかし、支援の資金サイズと現在活動しているアドバイザーの影響力を勘案すると、母子保健分野で中心的役割を果たしているのはUNFPAとDFIDである。分野別では以下のようになっている。

- ・女性側の保健つまりSafe motherhoodや Reproductive healthに関しては、UNFPA、DFID
- ・PMTCTに関しては、UNICEF、WHO、US-CDC、そして、USAIDのパートナーNGO（特にCARE、FHI）
- ・小児・新生児保健は分野ごとに複数の開発パートナーが介入しており複雑である。全体的にはUNICEF、IMCIはWHO、Child survivalはUSAIDのパートナーNGOとUNICEF、EPIはWHO、UNICEF、GAVI、そして小児病院運営はKanta Bopha hospitalである。

<sup>14</sup> Catherine M. Michaud, WHO, External resource flows to the health sector in Cambodia, WHO, web site, [http://www.who.int/macrohealth/documents/external\\_resources\\_cambodia.pdf](http://www.who.int/macrohealth/documents/external_resources_cambodia.pdf)

(2) 保健人材育成分野

中心的役割を果たしているのは、UNFPA、GTZである。UNFPAは助産師の卒前卒後研修にこれまで、そして今後ともかかわり、GTZは卒前教育の実習トレーナー（実習施設内）の質の向上にかかわろうとしている。RACHAは助産師の卒後研修にかかわっている。今後、人材育成の分野にはカナダ国際協力庁（Canadian International Development Agency : CIDA）が参入してくる可能性もある。



作成：小原ひろみ（国立国際医療センター国際医療協力局医師：調査団員）

図3-3 カンボジア母子保健分野における開発パートナーごとの介入の現状

3-5-3 各開発パートナーの支援動向

(1) ADB/WB

HSP2003-2007に基づいて、HSSP2003-2007が実施されている。これは、SWiMである（HSSP2003-2007の詳細については、参考文献<sup>15,16</sup>参照）。次期HSSP、つまり2008年以後、少なくとも、ADBはHSSPに対して資金拠出しないとされている。HSSPはSWiMというコンセプトは明瞭だが、一方、ドナーにより支援する内容や地域が異なるなど、実施の実際は複雑である。そして、実施の詳細な実態については、書類には記載されていない印象である。

<sup>15</sup> DFID, Project Memorandum; Institutional Development and Performance Based Salary Incentive Component of Health Sector Support Project (HSSP), Cambodia, February 2003, web site , [http://dfidweb.dfid.gov.uk/prismdocs/ASIA\\_AND\\_PACIFIC\\_DIVISION/144555016p2.doc](http://dfidweb.dfid.gov.uk/prismdocs/ASIA_AND_PACIFIC_DIVISION/144555016p2.doc)

<sup>16</sup> DFID, HSSP Project framework, web site, <http://dfidweb.dfid.gov.uk/prismdocs/ARCHIVE/CAMBODIA/55501611.pdf>

## (2) UNFPA

2005年12月までの過去2年間には、家族計画とsafe motherhoodのプログラムを実施、12州の14ODを支援した(US\$290万)。ほかにもリプロダクティブヘルスの領域で多様な活動があり、助産師フォーラムによるアドボカシーや、妊産婦死亡audit、北東領域におけるヘルスプロバイダーのもとでの分娩に女性がアクセスする際の障害についての調査<sup>17</sup>、保健スタッフのbehavior changeのガイドライン作成、北東領域での助産スキル研修への予算提供<sup>18</sup>などを行った。

2006～2010年のcountry programに対しては総額でUS\$2700万拠出するが、うちリプロヘルス分野については3分の2にあたるUS\$1800万を拠出予定<sup>19</sup>であり、今後ともリプロダクティブヘルスと助産師人材育成については包括的にかかわる見込みである。

2006年に行われるHSP2003-2007/HSSP2003-2007の中間レビューでの、助産師に関するレビュー調査に予算を拠出する。保健省人材育成部と協力して、助産師の卒前教育の問題にもかかわる予定である。ただし、援助モダリティーについて、UNFPAが今後も、SWiMの枠組みに従うかどうかの確認はとれていない。

## (3) WHO

栄養、IMCI、EPI、HIV/AIDSなどの個別のプログラムごとの担当技術アドバイザーはいるが、母子保健全般を対象とした支援や、母子保健政策立案への支援といった予定はない。母子保健や人材育成などに関して長期のアドバイザーの予定は当面なく、リプロダクティブヘルス分野への今後の関与は、リサーチなどに関して、短期ベースのアドバイザー派遣にとどまる見込みである。

WHOの支援は、大きく分けてHealth sector reform と感染症に二分される。以前は、助産師人材育成アドバイザーが保健省人材育成部を支援していたが、2003年以後、この分野へのWHOの関与は少ない。現在、母子保健関連分野には、栄養、IMCI、EPI、HIV/AIDSの技術アドバイザーがいるのみである。

## (4) UNICEF

これまでの5年間は、“Seth Koma programme”<sup>20</sup> (「子どもの権利の」意)として知られているように、5州の700村において、子どもの健康のための支援を行ってきた。Svay Rienの村々など、フィールドレベルにおいて濃密に活動展開している。2006-2010年にはcountry programに基づいて、6州での活動が予定されている。新たなプロジェクトは、Maternal healthと新生児ケアを行う。Child survival、産前健診改善、安全な出産、産後ケアなどについての活動を予定している。

今後は、6州を対象として、country programに基づいて支援を実施する。支援コンポーネントは、清潔な分娩breast feeding、IMCI、ワクチン、vitamin A、Equity Fund、ヨード添加塩プログラム等になる予定。人材育成に関しては、助産師研修への予算提供は以前は行っていたが、現在は行っていない。PMTCT分野の研修に対しては今後とも支援する予定である。

<sup>17</sup> Indochina research (Funded by UNFPA), obstacles to deliveries by trained health providers to Cambodian rural women, 2005 UNFPA

<sup>18</sup> 著者注：いわゆる4 month course という看護師に助産スキルを持たせる研修。

<sup>19</sup> UNFPA, web site, [http://www.unfpa.org/exbrd/2006/firstsession/dpfpd\\_cpd\\_khm-3.doc](http://www.unfpa.org/exbrd/2006/firstsession/dpfpd_cpd_khm-3.doc)

<sup>20</sup> UNICEF, web site, [http://www.unicef.org/infobycountry/cambodia\\_2290.html](http://www.unicef.org/infobycountry/cambodia_2290.html)



## (5) DFID

DFIDのHSSP2003-2007支援予算は£1540万、Reduction in Maternal Mortalityコンポーネントへの予算は、£250万<sup>21</sup>である。ただし、2008年以後、HSSPそのものに対する予算拠出・支援の継続を行うかどうかは、HSP2003-2007/HSSP2003-2007の中間レビュー（2006年9月頃実施）の結果をうけて判断する。HSSP2003-2007の枠組みの中で行う妊産婦死亡を減らすためのコンポーネントに関しては、2006年4月頃より開始予定。当初2005～2009年の予定であったが、開始は遅れた。終了を遅らせる予定はなく、2006～2009年の実施予定である。この内容は、包括的流産ケア（Comprehensive Abortion Care：CAC）、長期的避妊法、HSSP2003-2007のもとでの新たなEquity Fund（少なくとも10 OD）、リプロヘルスサービスへのアクセスに関する障害についてのリサーチなどが含まれている。

USAIDが支援するNGOとUNFPAは、政治的に、流産処置（abortion care）そのものに対して支援することができず、流産後ケアに対する支援しかできない。したがって、DFIDはあえて、他ドナーが支援しない包括的流産ケアへの支援を行う予定で準備を進めている。妊産婦死亡を減らすためのコンポーネントの予算サイズはproject memorandum<sup>22</sup>によるとUS\$360万である。プロジェクトの詳細は同書類参照。このコンポーネントはコントラクターを募り実施する予定であり、国立母子保健センター内にオフィスを持つ予定である。

## (6) GTZ

技術支援と研修による保健省のキャパシティ・ビルディングを主眼としている。Safe motherhoodに関しては、カンポットRTCとコンポントム州のPHD支援を行っており、看護師・助産師の人材育成に関与している。サービスの質改善のパイロット医療施設の数的拡大を2007年までにめざしている。カンポットとコンポントムの2州のヘルスセクターリフォーム、そして、National Institute of Public Healthを支援している<sup>23</sup>

今後、保健省人材育成部と協力して、実習施設における実習指導者のTORを作成予定である（卒前教育の実習施設を対象。助産師教育もしくは看護師教育といった対象卒前教育の詳細については未定）。

## (7) USAID

保健省にではなく、NGOに予算提供しており、Key partnerは、RACHA、RHAC、CARE、PSI、PFD、FHI、HKI。特に、7県の16 ODを対象地域としているが、PSIによるsocial marketingなど全国を対象としている活動もある。母子保健については、RACHAによる助産師卒後教育（Life saving skill 研修：LSS）、自宅分娩に対する清潔な自宅分娩キット配布、CAREによるTBAと助産師の連携強化といった活動がある。

USAIDのWeb site<sup>24</sup>によると、保健分野への資金提供は、毎年US\$2000万を超え、なかでもHIV/AIDSへの配分がそのうち4分の3を占めており大きい。パートナー団体は、ADRA、American Red Cross、CARE、Catholic Relief Services、Khmer HIV/AIDS NGO Alliance、PSI、

<sup>21</sup> DFID, <http://www.dfid.gov.uk/countries/asia/cambodia.asp>

<sup>22</sup> DFID, Project memorandum; Health sector support project: component for reduction in maternal mortality Cambodia 2005-2009, September 2005, DFID

<sup>23</sup> GTZ, web site, <http://www.gtz.de/en/weltweit/asien-pazifik/kambodscha/8842.htm>

<sup>24</sup> USAID, web site, <http://www.usaid.gov/kh/health/activities.htm>

RACHA、RHAC、URC、US-CDC、World Relief、World Visionである。Safe motherhood分野では、RACHAが活動。HIV/AIDSに関しては、CARE、FHIが活発である。URCは、ケアの質の向上・病院マネジメント強化等を実施。

2003年より初めて保健省と提携するようになったが、現在でも、支援のほとんどをNGOを通じて行っているのが特徴である。

- ・RACHAは、対象地域<sup>25</sup>に対して重点的に活動。対象地域の助産師を主に対象としてLSS研修を実施している。これまでのLSS研修に対する評価報告書<sup>26</sup>が完成したばかりである。
- ・国立母子保健センターが提供する助産師卒業研修とRACHAの助産師研修は、以前は、対象地域を分けて提供していた。2005年2月の段階で、「リファール病院については『国立母子保健センターの提供する助産師研修は、CPA 3レベルを対象』『LSSはCPA 1レベル等、手術機能がない施設を対象』とすること」が保健省、国立母子保健センター、RACHAとの間では合意されているが、この事項が記載されている書類はない。

#### (8) US-CDC

カンボジアはPEPFER（米大統領エイズ救済緊急プログラム）の対象国に指定されたため、HIV/AIDS・PMTCTに対しこの予算を用いて支援を実施している。3人の技術アドバイザーが技術支援を実施。支援方針の変更に伴い、今後、給与補填を行えなくなる見込みである。

#### (9) French cooperation

医学大学の医学部と薬学部への支援、カルメット病院での臨床等支援を行ってきた。2004年以後は、6つの病院を支援してきたが、その後、タケオ病院とコソマック病院の支援に絞った。Agence française de développement (AFD) に組織改変中であり、今後の支援については不確定。

#### (10) CIDA

2005年にCIDAは、25か国の重点支援国を選択し、カンボジアも対象国の1つである<sup>27</sup>。これまでは、アンコール小児病院の支援などにかかわってきた。今後、保健分野に対する二国間援助を予定している。HIV/AIDS以外の分野、なかでも母子保健や人材育成分野に興味がある。2005年10月にミッションチームがカンボジアを訪問、バットバンRTC、コンポンチャムRTCなどを視察、またJICA現地事務所も訪問している。その際には、2006年に開始予定であるとの話であった。

#### (11) BTC

“Provision of Basic Health services” プロジェクトを、コンポンチャム州、シエムリアップ州、オダミアンチャイ州で実施。コンポンチャム州では2004年からの52か月のプロジェクトで、予算は€110万<sup>28</sup>。

事前調査でコンポンチャム州を訪問した際、アドバイザーと面談した。同州内の3つのOD

<sup>25</sup> カンボット、シエムリアップ、プルサット等。州によっては一部のODのみを対象。Web site, <http://rc.racha.org.kh/rachainfo.asp>

<sup>26</sup> Gaynor D. Maclean, Barbara E. Kwast, RACHA, Final report evaluation of basic lifesaving skills programme LSS Cambodia Oct 14-Nov 1 2005, RACHA

<sup>27</sup> CIDA, web site, [http://www.acdi-cida.gc.ca/cida\\_ind.nsf/vLookupNewsEn/1FA5B23102631F6585256FE8005299D2?OpenDocument](http://www.acdi-cida.gc.ca/cida_ind.nsf/vLookupNewsEn/1FA5B23102631F6585256FE8005299D2?OpenDocument)

<sup>28</sup> BTC, web site, <http://www.btctb.org/showpage.asp?iPageID=1049>

とコンポンチャムRHを対象とし、それぞれでEquity Fundを導入、病院マネジメント強化を行っている。Equity Fund導入後は、患者数増加が見られるという。このプロジェクトはあと2～3年で終了する可能性もあるが、延長となる可能性もある。

#### (12) Beat Richnerによる小児病院群

Beat Richner というスイス人が設立した小児病院で、プノンペンに2病院 (Kantha Bopha I and II)、シェムリアップ市内に1病院 (Jayavarman VII) 設置されている<sup>29</sup>。形態は国立病院扱いであるが、実質はNGO病院であり、無料の診療提供を行っている。Jayavarman VI病院では、産科病棟もある。プノンペンのKantha Bopha小児病院 (国立母子保健センターに隣接している) において産科機能をもたせようという動きがある<sup>30</sup>。保健省やWHOへの疾病報告に問題があり、保健省のガイドラインに従わないなどの指摘もある。また、乳幼児1人当たりの診療費が他の国の保健施設に比べて非常に高価であることがいわれている。これらの問題点については、地元の新聞に時折掲載されている。

### 3-6 JICAの母子保健関連プロジェクト

#### 3-6-1 協力実績

保健医療の充実、JICAの対カンボジア援助重点分野の1つであり、これまで技術協力プロジェクト及び無償資金協力を中心に、様々な形で保健セクターを支援してきた。保健医療分野の主な協力実績は以下のとおりである。なお、特別医療器材供与事業として、感染症対策 (UNICEF、WHO) でワクチン、人口家族計画 (UNFPA連携) で子宮内挿入避妊具 (Intrauterine contraceptive Device : IUD)、MPAキット、母と子どものための健康対策 (UNICEF連携) で抗マラリア薬、経口補液 (Oral Rehydration Salts/Solution : ORS) などを供与している。

表3-15 JICAの保健分野の技術協力プロジェクト

期 間	プロジェクト名 (カンボジア側機関)	内 容
1995.4-2006.3	母子保健プロジェクト (国立母子保健センター)	国立母子保健センターの活動強化を通して妊産婦死亡率を低下させることを目的としてフェーズ1を実施。フェーズ2では地域医療を含む人材育成強化を目的とし、2005年4月から1年はフォローアップ活動を実施した。
1999.7-2009.8	結核対策プロジェクト (国立結核センター:CENAT)	国家結核対策の推進に寄与すべく、CENATの要員研修等の機能強化、結核菌検査網の強化、DOTS普及を目的にフェーズ1を実施。フェーズ2ではDOTSの質向上をめざす。
2003.9~2008.9	医療技術者育成 プロジェクト (TSMC)	医療技術者の基礎教育及び人材政策面の強化を目的にTSMCと4 RTCにおける教育の質向上をめざす。

<sup>29</sup> Dr Beat Richner, web site, <http://www.beat-richner.ch/>

<sup>30</sup> Inauguration of Kantha Bopha 29.Dec 2005, Speech by Beat Richner, web site, [http://www.beat-richner.ch/Publications/richner\\_KBIV\\_29.12.html](http://www.beat-richner.ch/Publications/richner_KBIV_29.12.html)

表 3-16 保健医療分野の主な無償資金協力

実施年度	案件名	供与限度額
1992年	プノンペン市医療機材整備計画	5.17億円
1995年	母子保健センター建設計画	17.61億円
1995年	ワクチン接種体制整備計画	0.84億円
1999年	国立結核センター改善計画	8.03億円
1999年	シェムリアップ病院医療機材整備計画	1.12億円
2003年	感染症対策計画	3.95億円
2005年	モンゴルボレイ病院改修計画	6.95億円

### 3-6-2 母子保健プロジェクト

カンボジアの母子保健医療の中心となる国立母子保健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、フェーズ1が実施された。1997年には無償資金協力で建設された新センターが完成し、以来着実に患者数は増加し国立母子保健センターの活動も拡大している。フェーズ1では受益者負担制度の導入による運営能力の強化、看護部門設立による臨床サービス強化、地方のHC助産師研修による研修の成果などが高く評価された。フェーズ2では地方におけるサービス改善も視野に入れ、母子保健改善のための人材育成強化をプロジェクト目標とし、PMTCTや医療機材保守管理も活動として取り入れた。活動内容については「母子保健プロジェクト（フェーズ2）終了時評価報告書 平成16年 JICA」など参照のこと。

#### <国立母子保健センターの役割>

国立母子保健センターは国立病院の1つで、母子保健に関するトップ・リファーマル病院として、主に4つの機能をもつ。

- ①産科・婦人科・新生児科の最終搬送病院（24時間運営）
- ②学生並びに医療従事者に対する研修施設
- ③母子保健分野の国家保健計画（栄養、安全な母性、予防接種、呼吸器感染・下痢症対策、PMTCT）の実施にあたる事務局
- ④母子保健医療分野の研究機関

### 3-7 母子保健サービスの現状と課題

母子保健には図3-4に示したような母子のライフサイクルに応じた実に様々な介入があり、WHOが提唱しているように、これを継続して提供することが望ましいが、カンボジアにおいては、多様な援助機関がそれぞれに重要だと判断する個別の介入を特定の地域で実施しているため、介入が援助機関ごと、地域ごとに細分化されてしまっている。保健省の国家プログラムも介入ごとに分かれて実施されており、母子保健分野を横断的に扱うプログラムが存在しない。またカンボジアのように、まだ生活習慣病など慢性疾患中心の疾病構造へ転換していない国では、母子保健・感染症が保健課題の中心となり、母子保健を扱うことはカンボジアにおける基礎的保健サービスの非常に幅広い範囲を扱うことと同義となる。

カンボジアで妊産婦死亡率（死亡原因は中絶による合併症、出血、敗血症、閉鎖分娩）が周辺諸国

より高い理由として、供給サイド（サービス供給側）と需要サイド（サービス利用者＝患者）の双方から背景を整理すると以下ようになる。

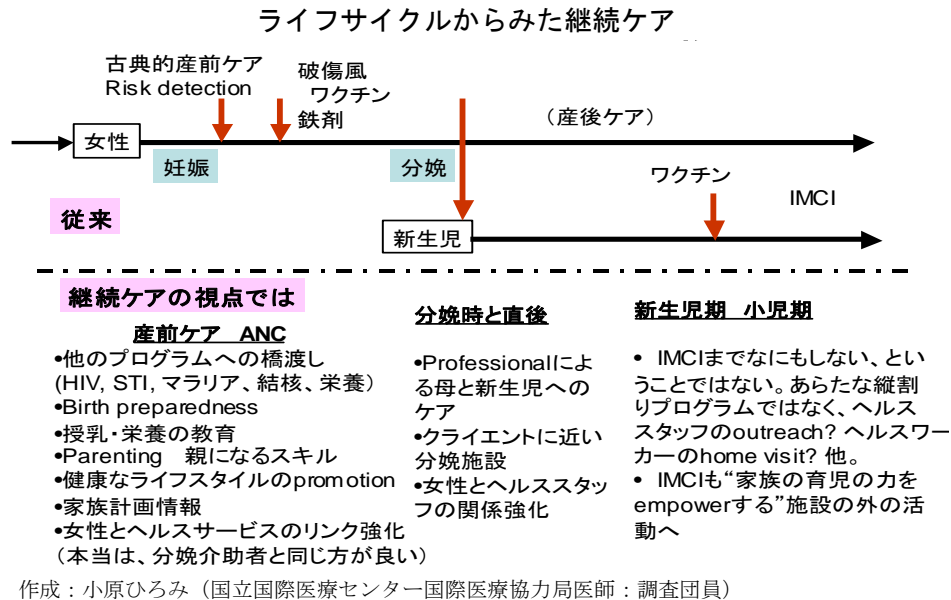


図 3-4 望ましい母子のための継続ケアのあり方

(1) 供給サイドの要因

- ・母子保健サービスへのアクセスの悪さ
- ・保健サービスの質の低さ（不十分な包括的産科ケア・産科救急ケア・流産ケア）
- ・特に地方での保健スタッフ及び行政官の不足・医療従事者の配置の問題
- ・助産師教育制度の問題による助産師の不足
- ・専門技能者（助産師による）介助分娩比率の低さ
- ・医療費の高さ
- ・行政機能の脆弱さ（計画策定能力・プログラム実施能力・財政）

(2) 需要サイドの要因

- ・経済的要因（医療費・交通費・食費の高さ）
- ・基礎教育不足からくる保健に関する知識の少なさ
- ・地理的なアクセス不良

これら個々の要因については既に保健省や開発パートナーが個別に調査・分析しているものが多い。HSP中間レビューの中での助産師に関するレビューで、助産師サービスについては包括的な調査結果が2006年7月までに公表されるのに加え、患者サイドのアクセス障害要因や、給与がいくらだったら公務員として働き続けるかといった供給側の個別課題<sup>31</sup>についても各種調査が既に行われている。これから母子保健分野でプロジェクトを実施する場合は既存調査や援助機関のプログラムの結果を詳細

<sup>31</sup> MOH Cambodia Health Workers Incentive Survey 2004, Oxford Policy Management Fund

に把握し、SWiMの中で、他の開発パートナーが手がけていない介入に絞って検討する必要がある。  
本格調査の方向性及び留意事項に関しては第2章参照のこと。

## 第4章 本格調査の実施方針

### 4-1 調査の目的

- (1) カンボジア全国、特に地方部での母子保健の状況が明らかとなり、安全な母性に係るサービスの改善のための計画が策定される。
- (2) カンボジア保健省の調査（データ）に基づいた計画策定能力が向上する。

### 4-2 調査対象地域

カンボジア全国を対象とする。ただし、フィールド調査はコンポンチャム州にて行う。

### 4-3 調査の方針

#### (1) 調査の構成

本調査は、①全国レベルの保健セクター現況調査、②コンポンチャム州での母子保健サービスに関するフィールド調査、③RTCのある4州とその実習病院で実施するアクション・リサーチ及び地方部での研修実施能力に関する調査の3つから構成される。①と②はコンサルタント団員のみにより実施されるが、③は官団員とコンサルタント双方により実施される。

#### (2) 計画の策定について

本調査のアウトプットとしては、①地方部での母子保健サービス向上のための改善策、②保健省による次期HSPへの提言、③JICAの保健医療分野への協力プログラム、④次期技術協力プロジェクトの詳細計画の4つが求められる。

##### 1) 地方部での母子保健サービス向上のための改善策

上記改善策の策定にあたっては、地方部で保健医療従事者・行政官が不足している要因を明らかにするだけでなく、個人が能力を発揮できる仕組みや個人の働きやすい環境（working environment）を整備するという観点から、個人レベルだけでなく、組織レベル（保健省、PHD、OD、RH、HC、RTC等）、制度・社会システム（人事制度、配置、免許制度等）の3つのレベルでのキャパシティ・デベロップメントに資する改善策を提案する。

その際、カンボジアが復興援助から開発援助への移行期にあることに鑑み、保健医療従事者の数の増加によるサービス改善だけでなく、保健省の機能強化や地方の母子保健行政の機能強化に関して具体的提案ができるよう、母子保健行政の制度・実態・マネジメント強化策にも焦点を当てる。ただし、カンボジアの脆弱な行政組織・予算・人材等の現状を十分考慮したうえで、実現可能な改善策となるよう留意する。

##### 2) 保健省による次期HSP(2008～)への提言

保健省によるセクター開発計画HSP2003-2007の中間レビューが、2006年6～9月にかけて行われる予定になっており、中間レビューの一部として助産師に関するレビューが先行して5～7月にかけて実施される。助産師に関するレビューの詳細を把握したうえで、その結果を本調査に活用するとともに、母子保健を最重要分野としているHSPの次期計画策定に資するように、組織・制度面で助産師サービスを強化するための方策など、特に人材育成や地方保健行政の強化等に関し、実現可能な提言を行う。

HSP2008-2010への提言にあたっては、保健省や他ドナー（開発パートナー）と定期的な情報交換を行い、HSP2008-2010策定スケジュールを把握しつつ調査期間内に提言ができるよう努める。必要であれば最終報告書完成前の時点で、何らかの形で提言を行う。

### 3) JICAの保健医療分野への協力プログラム

母子保健分野において援助機関から今後必要な支援について検討し、その中で日本の果たすべき役割を明確にしたうえで、JICAの協力プログラムを策定する。

### 4) 次期技術協力プロジェクトの詳細計画

「HIV母子感染予防プロジェクト（採択名）」は、「母子保健プロジェクト（フェーズ1、2）」の活動を基本的に継承しつつ、地方での母子保健分野の人材育成の強化をめざした活動内容を予定している。本プロジェクトの詳細計画の策定にあたっては、実施中の開発調査本体の調査結果を踏まえつつ、事前評価調査を行う。

## (3) 官団員による調査と次期技術協力プロジェクトの詳細計画策定、次期技術協力プロジェクトの事前調査

本開発調査の中では、「母子保健プロジェクト」研修事業の地方での効果と阻害要因を評価・分析したうえで「HIV母子感染予防プロジェクト（採択名）」の内容を確定するために、官団員によるアクション・リサーチが同時並行的に行われる。

よって、アウトプット④次期技術協力プロジェクトの詳細計画は官団員が中心になって作成することになる。

## 4-4 調査実施上の留意点

### (1) カウンターパート人員の配置

カンボジア側は、調査団とともに調査業務を行うカウンターパート人員を配置することになっている。このカウンターパート人員は、保健省及びPHDの関係部門から選定される。

### (2) ステアリング・コミッティの設置

カンボジア側は、ステアリング・コミッティを調査開始前に設置する。本調査の過程で出てくる成果はステアリング・コミッティのメンバーと協議し、適宜その承認を得る必要がある。

### (3) 他ドナーとの調整

計画策定及びHSP2003-2007の中間レビューに対する提言にあたっては、他ドナーとの協調が不可欠である。カンボジアにおいては、保健省とドナーの調整の場として保健技術作業グループ（Technical Working Group : TWG）が設置され、月例の会合が開催されている。TWGを活用し情報収集に努めるとともに、適宜月例会合にて報告を行うこととする。

### (4) 他の技術協力プロジェクトとの調整

現在、カンボジア保健分野においては、結核対策プロジェクト（フェーズ2）、医療技術者育成プロジェクト、医療機材維持管理システム普及プロジェクトが実施中である。これらのプロジェクトに派遣されている専門家とも十分な調整をしつつ調査を進めることとする。



(5) ローカルコンサルタント

カンボジアにおいては、再委託調査を行える実力のあるローカルコンサルタントの数は限られている。しかしながら、限られた期間・人月で効率的に調査を実施するため、現地のリソースを有効に活用することが必要である。

(6) 2次データの活用

カンボジアにおいては、出生登録、死亡診断などの登録制度や、疾病構造を確定する保健医療統計は整備されていない。保健省やPHDによる統計は、公的保健医療施設で把握された情報のみに基づいており、正確性に問題はあるが、時系列の比較により全体的な傾向は把握できる。また、2005年に実施されたDHSの速報値が2006年6月頃に発表される予定であり州別データを多数含んでいるので、DHSと政府統計の比較を行うなど、2次データを最大限活用して保健水準・サービスの実態把握に努めることとする。

(7) 調査団事務所

プノンペンにおける調査団事務所は、国立母子保健センター（無償資金協力により建設）内に確保しており、官団員と一緒に利用する（コンピューター、電話など配備済み）。コンポンチャム州ではPHD内に作業スペースは確保できる予定だが、電気容量不足でエアコン、コピー機、PC等を設置することは困難であり、実際の作業は別途ホテルなどで行うことになる可能性がある。

4-5 調査工程及び要員計画

(1) 調査工程

調査工程については、2006年6月下旬に開始し、工程に関しては以下の工程案を参考にする。

年 月	2006										2007		
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
官団員		[Bar spanning from 2006-5 to 2006-12]											
調査団 現地作業			[Bar spanning from 2006-7 to 2006-10]					[Bar spanning from 2006-11 to 2006-12]			[Bar in 2007-1]		[Bar in 2007-3]
調査団 国内作業		[Bar in 2006-5]											
報告書		IC/ R				IT/ R					DF/R		F/R

- IC/R：インセプションレポート
- IT/R：インテリムレポート
- DF/R：ドラフトファイナルレポート
- F/R：ファイナルレポート

(2) 要員計画案

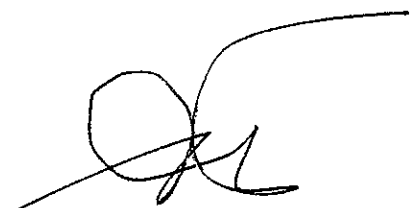
- 1) 総括／保健政策
- 2) 保健行政・財政・マネジメント
- 3) 人材育成
- 4) 母子保健サービス
- 5) 社会調査
- 6) 機材計画
- 7) 施設計画

## 付 属 資 料

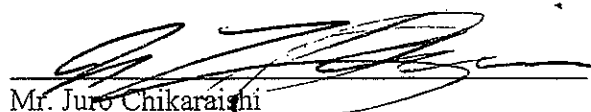
1. S/W 及び M/M
2. 主要面談者リスト
3. 質問票
4. 収集資料リスト
5. Midwifery Review TOR 暫定訳
6. 主要面談議事録
7. 事前評価表

SCOPE OF WORK  
FOR  
THE DEVELOPMENT STUDY  
ON  
STRENGTHENING  
MATERNAL AND CHILD HEALTH SERVICE PERFORMANCE  
IN  
THE KINGDOM OF CAMBODIA  
AGREED UPON BETWEEN  
THE MINISTRY OF HEALTH  
AND  
THE JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY (JICA)

Phnom Penh, February 27, 2006



H.E. Prof. Eng Huot  
Secretary of State for Health  
Ministry of Health  
The Kingdom of Cambodia



Mr. Juro Chikaraishi  
Leader of the Preparatory Study Team  
Resident Representative  
JICA Cambodia Office

## **I. INTRODUCTION**

In response to the official request of the Royal Government of Cambodia (hereinafter referred to as "the Government of Cambodia"), the Government of Japan decided to conduct the Development Study on Strengthening Maternal and Child Health Service Performance in the Kingdom of Cambodia (hereinafter referred to as "the Study") in accordance with the relevant laws and regulations in force in Japan.

Accordingly, the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA"), the official agency responsible for the implementation of the technical cooperation programmes of the Government of Japan, will jointly undertake the Study with the authorities concerned of the Government of Cambodia.

The present document sets forth the Scope of Work with regard to the Study and will be valid after the notification of approval by JICA Cambodia Office to the Cambodian Side.

## **II. OBJECTIVES OF THE STUDY**

The objectives of the Study are:

1. To clarify the present situation of Maternal and Child Health (hereinafter referred to as "MCH"), such as health status and the health service delivery, and to formulate the plans to improve the MCH services, particularly services related to safe motherhood in order to fill the gap between urban and rural areas.
2. To improve the capacity of Ministry of Health (hereinafter referred to as "MOH") in assessment and planning by transferring relevant skills and technologies to personnel concerned with the Study.

## **III. STUDY AREA**

The Study will cover entire area of Cambodia.

## **IV. SCOPE OF THE STUDY**

In order to achieve the objectives mentioned above, the Study contains the following activities:

1. Enhancement of capacity of MOH in assessment and planning
  - (1) To ensure information sharing, participatory planning, and capacity building of the personnel concerned with the Study, workshops and seminars will be conducted when necessary.
  - (2) To assess the functional situation of MCH service delivery and training system, the action research with small-scale interventions will be conducted with MOH.



2. Situation analysis of the health sector
  - (1) Government system
    - 1) Government policies and strategies relevant to MCH services (Health Sector Strategic Plan and other policies)
    - 2) Administrative/Institutional structure of Ministry of Health and other related agencies
    - 3) Situation of health financing including Equity Fund
    - 4) Situation of health human resources (both human resource development and deployment)
    - 5) Pre-service education and in-service training system for health professionals
    - 6) Health Information System
  - (2) Health status/statistics
    - 1) Health indicators by province and trend in recent years
  - (3) Support from development partners
    - 1) Current projects and programs supported by other development partners and NGOs
3. Detailed field survey on MCH status in a particular province
  - (1) Health Status
    - 1) Coverage and quality of Ante-Natal Care
    - 2) Nutritional status of pregnant women including condition of anemia
    - 3) Nutritional status and major diseases of children (Under 5 years old)
    - 4) Situation of vaccination of children (Under 5 years old)
  - (2) Community
    - 1) Health knowledge and care-seeking behavior of the local people, particularly of mothers
  - (3) Service Provision
    - 1) Capacity of health professionals in MCH service
    - 2) Deployment and working status of human resources
    - 3) Situation of health facilities and equipment
    - 4) Supply of commodities including medicine and vaccine
    - 5) Terms of Reference of each level of facilities (Referral Hospital of CPA 1, 2, and 3, Health Center) and referral system
    - 6) Functional referral system in case of emergency, particularly for Emergency Obstetric Care (EmOC)
    - 7) MCH services currently provided at each level of facilities (Provincial Health Department, Operational District, Referral Hospital, and Health Center)
    - 8) MCH services provided by the private sector
    - 9) Implementation status of National Programs related with MCH
  - (4) Support from development partners
    - 1) Current projects and programs supported by other development partners and NGOs
4. Assessment and analysis for the improvement of the MCH service performance in rural areas.
  - (1) Effects and obstacles of the trainings implemented by the Maternal and Child Health Projects (Phase 1 and 2) in order to improve MCH services in rural areas.
  - (2) Utilization and effects of JICA's cooperation related with MCH, particularly of Medical Equipment Provision Projects (MCH, Population and Family Planning, and Infectious Disease Control)
  - (3) Health Administration System in provinces including management capacity
  - (4) Supervision system in provinces



(5) Situation about human resource development related with MCH, including the situation of Regional Training Center, Referral Hospital, and Health Center and the relations among them in terms of training.

5. Identification of Problems and Possible Solutions

(1) Identification of problems and possible solutions related with MCH status and service performance based on the results of the above-mentioned assessments.

6. Planning

(1) Improvement plan and strategies to strengthen MCH service performance.

(2) Recommendation to the national health policies and strategies including Health Sector Strategic Plan (2008-2010)

(3) Identification of necessary support from development partners in MCH field

**V. SCHEDULE OF THE STUDY**

The Study will be carried out in accordance with the tentative schedule as attached in the Appendix. The schedule is tentative and subject to be modified when both sides agree upon any necessity that will arise during the course of the Study.

**VI. REPORTS**

JICA shall prepare and submit following reports in English together with the summary in Khmer to the Government of Cambodia.

1. Inception Report

Thirty (30) copies at the commencement of the Study.

2. Interim Report

Thirty (30) copies in the middle of the Study.

3. Draft Final Report

Thirty (30) copies in the middle of the Study.

The Government of Cambodia shall submit comments within one (1) month after the receipt of the Draft Final Report.

4. Final Report

Fifty (50) copies within one (1) month after the receipt of the comments on the Draft Final Report.

**VII. UNDERTAKINGS OF THE GOVERNMENT OF CAMBODIA**

1. The Government of Cambodia shall accord privileges, exemptions and other benefits to the Japanese Study Team (hereinafter referred to as "the Study Team") in accordance with the Agreement on Technical Cooperation between the Government of Japan and the Government of Cambodia signed on 17 June, 2003.



2. The Ministry of Health, the Government of Cambodia shall act as a counterpart agency to the Study Team and also as a coordinating body with other relevant organizations for the smooth implementation of the Study, on behalf of the Government of Cambodia.
3. The Ministry of Health, the Government of Cambodia shall, at its own expense, provide the Study Team with the following, in cooperation with other organizations concerned:
  - (1) Security-related information on as well as measures to ensure the safety of the Team;
  - (2) Information on as well as support in obtaining medical service;
  - (3) Available data (including maps and photographs) and information related to the Study;
  - (4) Counterpart personnel;
  - (5) Suitable office space with necessary equipment; and
  - (6) Credentials or identification cards.

### VIII . CONSULTATION

JICA and the Ministry of Health shall consult with each other in respect of any matter that may arise from or in connection with the Study.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'G. Ma' or similar, located on the right side of the page.



Appendix 1. The Schedule of the Study

Months	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Work Schedule												
Reports	IC/R					IT/R				DF/R		F/R

Note:

IC/R: Inception Report

IT/R: Interim Report

DF/R: Draft Final Report

F/R: Final Report



AGREEMENT ON TECHNICAL COOPERATION  
BETWEEN THE GOVERNMENT OF JAPAN AND  
THE ROYAL GOVERNMENT OF CAMBODIA

The Government of Japan and the Royal Government of Cambodia,

Desiring to strengthen further the friendly relations existing between the two countries by the promotion of technical cooperation, and

Considering mutual benefits derived from promoting the economic and social development of their respective countries,

Have agreed as follows:

ARTICLE I

The two Governments shall endeavor to promote technical cooperation between the two countries.

ARTICLE II

Separate arrangements which govern specific technical cooperation programs carried out under this Agreement shall be agreed upon between the authorities concerned of the two Governments. The authority concerned of the Government of Japan is the Ministry of Foreign Affairs, and the authority concerned of the Royal Government of Cambodia is the Ministry of Foreign Affairs and International Cooperation.

ARTICLE III

The following forms of technical cooperation will be carried out by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") at its own expense in accordance with the laws and regulations in force in Japan as well as with the arrangements referred to in Article II:

- (a) providing technical training to Cambodian nationals;
- (b) dispatching experts (hereinafter referred to as the "Experts") to the Kingdom of Cambodia;

- c) dispatching Japanese volunteers with a wide range of technical skills and abundant experience (hereinafter referred to as the "Senior Volunteers") to the Kingdom of Cambodia;
- (d) dispatching Japanese missions (hereinafter referred to as the "Missions") to the Kingdom of Cambodia to conduct surveys of economic and social development projects of the Kingdom of Cambodia;
- (e) providing the Royal Government of Cambodia with equipment, machinery and materials; and
- (f) providing the Royal Government of Cambodia with other forms of technical cooperation as may be decided upon by mutual consent between the two Governments.

#### ARTICLE IV

The Royal Government of Cambodia shall ensure that the techniques and knowledge acquired by Cambodian nationals as well as the equipment, machinery and materials provided as a result of the Japanese technical cooperation as set forth in Article III contribute to the economic and social development of the Kingdom of Cambodia, and are not utilized for military purposes.

#### ARTICLE V

In case JICA dispatches the Experts, the Senior Volunteers and the Missions, the Royal Government of Cambodia shall:

1. (1) (a) exempt the Experts, the Senior Volunteers and members of the Missions from taxes including income tax, and fiscal charges imposed on or in connection with salaries and any allowances remitted to them from overseas;
- (b) exempt the Experts, the Senior Volunteers, members of the Missions and their families from consular fees, taxes including customs duties and fiscal charges, as well as from the requirements of obtaining import license and certificate of foreign exchange coverage, in respect of the importation of:

- (i) luggage;
  - (ii) personal effects, household effects and consumer goods; and
  - (iii) one motor vehicle per Expert, per family of the Expert, per Senior Volunteer and per family of the Senior Volunteer assigned to stay in the Kingdom of Cambodia;
- (c) exempt the Experts, the Senior Volunteers and their families who do not import any motor vehicle into the Kingdom of Cambodia from taxes including value added tax and fiscal charges in respect of the local purchase of one motor vehicle per Expert, per family of the Expert, per Senior Volunteer and per family of the Senior Volunteer; and
- (d) exempt the Experts, the Senior Volunteers and their families from the registration fee of the motor vehicles mentioned in (b) (iii) and (c);
- (2) (a) ~~provide~~ at its own expense suitable office and other ~~facilities~~ facilities including telephone and facsimile ~~services~~ services necessary for the performance of the duties of the Experts, the Senior Volunteers and the Missions as well as to bear the expenses for their operation and maintenance;
- (b) provide at its own expense the local staff (including adequate interpreters, if necessary) as well as Cambodian counterparts to the Experts, the Senior Volunteers and the Missions necessary for the performance of their duties;
- (c) bear expenses of the Experts and the Senior Volunteers whenever local conditions and financial possibilities of authorities concerned of the Royal Government of Cambodia permit for:
- (i) daily transportation to and from their place of work;
  - (ii) their official travels within the Kingdom of Cambodia; and
  - (iii) their official correspondence;

- (d) provide the convenience for acquisition of appropriate housing accommodation for the Experts, the Senior Volunteers and their families; and
- (e) provide the convenience for receiving medical care and facilities for the Experts, the Senior Volunteers, members of the Missions and their families;
- (3) (a) permit the Experts, the Senior Volunteers, members of the Missions and their families to enter, leave and sojourn in the Kingdom of Cambodia for the duration of their assignment therein, offer them the convenience for procedures of alien registration requirements, and exempt them from consular fees;
- (b) issue identification cards to the Experts, the Senior Volunteers and members of the Missions to secure the cooperation of all governmental organizations necessary for the performance of their duties;
- (c) offer the Experts, the Senior Volunteers and their families the convenience for acquisition of car driving license; and
- (d) carry out other measures necessary for the performance of the duties of the Experts, the Senior Volunteers and the Missions.

2. The motor vehicles mentioned in paragraph 1 shall be subject to payment of taxes including customs duties if they are subsequently sold or transferred within the Kingdom of Cambodia to individuals or organizations not entitled to exemption from such taxes or similar privileges.

3. The Royal Government of Cambodia shall accord the Experts, the Senior Volunteers, members of the Missions and their families such privileges, exemptions and benefits as are no less favorable than those accorded to experts, senior volunteers, members of missions and their families of any third country or of any international organization performing a similar mission in the Kingdom of Cambodia.

## ARTICLE VI

The Royal Government of Cambodia shall bear claims, if any arises, against the Experts, the Senior Volunteers and members of the Missions resulting from, occurring in the course of, or otherwise connected with, the performance of their duties, except when the two Governments agree that such claims arise from gross negligence or willful misconduct on the part of the Experts, the Senior Volunteers or members of the Missions.

## ARTICLE VII

1. (1) In case JICA provides the Royal Government of Cambodia with equipment, machinery and materials, the Royal Government of Cambodia shall exempt such equipment, machinery and materials from consular fees, taxes including customs duties and fiscal charges, as well as from the requirements of obtaining import license and certificate of foreign exchange coverage, in respect of the importation. The equipment, machinery and materials mentioned above shall become the property of the Royal Government of Cambodia upon being delivered c.i.f. at the port of the disembarkation to authorities concerned of the Royal Government of Cambodia.

(2) In case JICA provides the Royal Government of Cambodia with equipment, machinery and materials, the Royal Government of Cambodia shall exempt such equipment, machinery and materials from taxes including value added tax and fiscal charges in respect of the local purchase.

(3) The equipment, machinery and materials mentioned in sub-paragraph (1) and (2) shall be utilized for the purpose specified in the arrangements referred to in Article II of this Agreement unless otherwise agreed upon between the authorities concerned of the two Governments.

(4) The expenses for the transportation within the Kingdom of Cambodia of the equipment, machinery and materials mentioned in sub-paragraph (1) and (2) and the expenses for their replacement, maintenance and repair shall be borne by the Royal Government of Cambodia.

2. (1) The equipment, machinery and materials, prepared by the Government of Japan, necessary for the performance of the duties of the Experts, the Senior Volunteers and members of the Missions shall remain the property of the Government of Japan unless otherwise

agreed upon between the authorities concerned of the two Governments.

(2) The Royal Government of Cambodia shall exempt the Experts, the Senior Volunteers and members of the Missions from consular fees, taxes including customs duties and fiscal charges, as well as from the requirements of obtaining import license and certificate of foreign exchange coverage, in respect of the importation of the equipment, machinery and materials mentioned in sub-paragraph (1).

(3) The Royal Government of Cambodia shall exempt the Experts, the Senior Volunteers and members of the Missions from taxes including value added tax and fiscal charges in respect of the local purchase of the equipment, machinery and materials mentioned in sub-paragraph (1).

#### ARTICLE VIII

The Royal Government of Cambodia shall maintain close contact, through organizations designated by it, with the Experts, the Senior Volunteers and members of the Missions.

#### ARTICLE IX

1. The Royal Government of Cambodia shall admit JICA to maintain an overseas office of JICA in the Kingdom of Cambodia (hereinafter referred to as the "Office") and shall accept a resident representative and his/her staff to be dispatched from Japan (hereinafter referred to as the "Representative" and the "Staff" respectively) who perform the duties to be assigned to them by JICA relative to the technical cooperation programs under this Agreement in the Kingdom of Cambodia.

2. The Royal Government of Cambodia shall:

- (1) (a) exempt the Representative, the Staff and their families from taxes including income tax and fiscal charges imposed on or in connection with salaries and any allowances remitted to them from overseas;
- (b) exempt the Representative, the Staff and their families from consular fees, taxes including customs duties and fiscal charges, as well as from the requirement of obtaining import license and certificate of foreign exchange

coverage, in respect of the importation of:

- (i) luggage;
  - (ii) personal effects, household effects and consumer goods; and
  - (iii) one motor vehicle per Representative, per Staff, per family of the Representative and per that of the Staff assigned to stay in the Kingdom of Cambodia;
- (c) exempt the Representative, the Staff and their families who do not import any motor vehicle into the Kingdom of Cambodia from taxes including value added tax and fiscal charges in respect of the local purchase of one motor vehicle per Representative, per Staff, per family of the Representative and per that of the Staff;
  - (d) exempt the Representative, the Staff and their families from the registration fee of the motor vehicles mentioned in (b)(iii) and (c);
  - (e) permit ~~the~~ Representative, the Staff and their families to enter, leave and sojourn in the Kingdom of Cambodia for the duration of their assignment therein, offer them the convenience for procedures of alien registration requirements, and exempt them from consular fees;
  - (f) issue identification cards and special passes to the Representative and the Staff to enter airport/seaport beyond passport control point to receive and send off the Experts, the Senior Volunteers and members of the Missions;
  - (g) offer the Representative, the Staff and their families the convenience for acquisition of car driving license; and
  - (h) carry out other measures necessary for the performance of the duties of the Representative and the Staff;
- (2) (a) exempt the Office from consular fees, taxes including customs duties and fiscal charges, as well as from the requirements of obtaining import license and certificate of



foreign exchange coverage, in respect of the importation of the equipment, machinery, motor vehicles and materials necessary for activities of the Office;

- (b) exempt the Office from taxes including value added tax and fiscal charges in respect of the local purchase of the equipment, machinery, motor vehicles and materials necessary for the functions of the Office; and
- (c) exempt the Office from taxes including income tax and fiscal charges imposed on or in connection with office expenses remitted from overseas.

3. The motor vehicles mentioned in paragraph 2 shall be subject to payment of taxes including customs duties if they are subsequently sold or transferred within the Kingdom of Cambodia to individuals or organizations not entitled to exemption from such taxes or similar privileges.

4. The Royal Government of Cambodia shall accord the Representative, the Staff and their families as well as the Office such privileges, exemptions and benefits as are no less favorable than those accorded to representatives, staff and their families as well as offices of any third country or of any international organization performing a similar mission in the Kingdom of Cambodia.

#### ARTICLE X

The Royal Government of Cambodia shall take necessary measures to ensure security of the Experts, the Senior Volunteers, members of the Missions, the Representative, the Staff and their families staying in the Kingdom of Cambodia.

#### ARTICLE XI

The Government of Japan and the Royal Government of Cambodia shall consult with each other in respect of any matter that may arise from or in connection with this Agreement.

#### ARTICLE XII

1. The provisions of this Agreement shall also apply, after the entering into force of this Agreement, to the

specific technical cooperation programs which have commenced prior to the entering into force of this Agreement, and to the Experts, the Senior Volunteers, members of the Missions, the Representative, the Staff and their families staying in the Kingdom of Cambodia as well as to the equipment, machinery and materials related to the said programs.

2. The termination of this Agreement shall neither affect the specific technical cooperation programs being carried out until the date of the completion of the said programs, unless otherwise decided upon by mutual consent between the two Governments, nor affect the privileges, exemptions and benefits accorded to the Experts, the Senior Volunteers, members of the Missions, the Representative, the Staff and their families staying in the Kingdom of Cambodia for the performance of their duties in connection with the said programs.

#### ARTICLE XIII

1. This Agreement shall enter into force on the date of the signature thereof.

2. This Agreement shall remain in force for a period of one year, and shall be automatically renewed every year for another period of one year each, unless either Government has given to the other Government at least six months' written advance notice of its intention to terminate the Agreement.

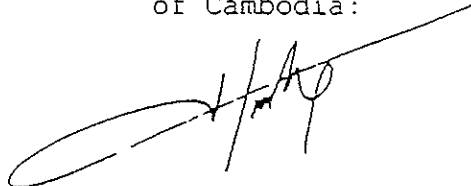
IN WITNESS WHEREOF the undersigned, duly authorized thereto, have signed this Agreement.

DONE in duplicate in English at Phnom Penh on June 17, 2003.

For the Government  
of Japan:

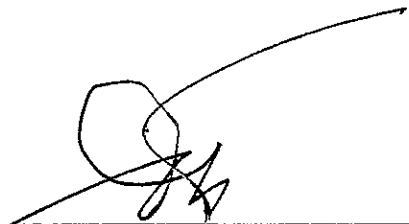
川口順子

For the Royal Government  
of Cambodia:



MINUTES OF MEETINGS  
FOR  
THE DEVELOPMENT STUDY  
ON  
STRENGTHENING  
MATERNAL AND CHILD HEALTH SERVICE PERFORMANCE  
IN  
THE KINGDOM OF CAMBODIA  
AGREED UPON BETWEEN  
THE MINISTRY OF HEALTH  
AND  
THE JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY (JICA)

Phnom Penh, 27 February, 2006



H.E. Prof. Eng Huot  
Secretary of State for Health  
Ministry of Health  
The Kingdom of Cambodia



Mr. Juro Chikafushi  
Leader of the Preparatory Study Team  
Resident Representative  
JICA Cambodia Office

The Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") dispatched the Preparatory Study Team (hereinafter referred to as "the Team") to the Kingdom of Cambodia from February 13 to March 9, 2006, to discuss and agree on the Scope of Work (hereinafter referred to as "S/W") for the Development Study on Strengthening Maternal and Child Health Service Performance in the Kingdom of Cambodia (hereinafter referred to as "the Study.")

The Team carried out field surveys and held a series of discussions with the Ministry of Health (hereinafter referred to as "MOH") and other authorities and development partners concerned.

The Minutes of Meetings (hereinafter referred to as "M/M") summarize the result of discussions held between the Team and the concerned agencies of the Royal Government of Cambodia. The list of attendants is attached in the Appendix.

### **1. The Title of the Study**

Both sides agreed that the Study title will be "the Development Study on Strengthening Maternal and Child Health Service Performance in Cambodia."

### **2. Study Area**

Both sides agreed that the Study will cover entire area of Cambodia and the detailed field survey will be conducted in a particular province.

### **3. The Counterpart Personnel**

Both sides agreed that MOH will assign suitable persons as counterpart personnel in advance of the commencement of the Study. The counterpart personnel will jointly work at all times with the Study Team as core facilitators and focal points. The member list of the counterpart team should be submitted to JICA Cambodia Office not later than the commencement of the Study.

### **4. The Steering Committee**

Cambodian side will set up a Steering Committee for smooth implementation of the Study. The committee will be chaired by the Secretary of State for Health, and comprised of members in MOH shown below. The chairman may invite representatives from other relevant ministries, departments and agencies, whenever necessary.

Chair: H.E. Prof. Eng Huot, Secretary of State for Health  
Members: Prof. Sann Chan Soeung, Deputy Director General for Health  
Prof. Koum Kanal, Director, National Maternal and Child Health Center (NMCHC)  
Dr. Lo Veasna Kiry, Director, Department of Planning and Health Information  
Ms. Keat Phuong, Director, Department of Human Resource Development  
Mr. Chea Kimlong, Director, Department of Budget and Finance  
Dr. Tung Rathavy, Deputy Director of NMCHC and Program Manager of National Reproductive Health Program



## 5. Action Research

Both sides agreed to implement action research at selected sites including National Maternal and Child Health Center (hereinafter referred to as "NMCHC"). Research sites other than NMCHC will be discussed after the commencement of the Study. The purpose of this action research is to analyze the functioning MCH service delivery and training system and to identify problems and possible solutions by implementing small-scale interventions. The results of the action research will be incorporated in formulating improvement plan and strategies.

## 6. Reports

- (1) Both sides agreed that the Study reports would be open to the public in order to achieve maximum use of the Study.
- (2) Both sides agreed that all the Study reports would be principally prepared in English and summary reports in Khmer are also prepared as indicated in S/W.

## 7. Undertakings of the Government of Cambodia

Regarding the office space of the Study, one of the offices shall be provided at NMCHC.

Regarding the transportation method, the Study Team will use two vehicles, which were provided for JICA Maternal and Child Health Project (hereinafter referred to as "the MCH Project").

## 8. Technical Cooperation Project (The Project for the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV)

Both sides agreed that the one of the outputs of the Study is to make a detailed plan for the new technical cooperation project which is already approved as the Project for the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV (hereinafter referred to as "the PMTCT Project") in Japanese Fiscal Year 2005. Regarding the PMTCT Project, Cambodian side expressed the following concerns and the Team accepted them;

- (1) MOH highly appreciates the achievement of the MCH Projects (Phase 1 and 2).
- (2) In order to improve MCH services including PMTCT in rural areas, NMCHC would be a good resource to provide technical assistance to related institutes such as Provincial Health Department, Referral Hospital, Health Center and Regional Training Center.
- (3) The PMTCT Project should be started as soon as possible since it is already approved by the Government of Japan.
- (4) NMCHC will maintain the office space for the PMTCT Project after the termination of the follow-up period of the MCH Project (Phase 2) on March 31, 2006.



APPENDIX

LIST OF ATTENDANTS

(Cambodian side)

Ministry of Health

H.E. Prof. Eng Huot	Secretary of State
Prof. Sann Chan Soeung	Deputy Director General for Health
Prof. Koum Kanal	Director, NMCHC
Dr. Lo Veasna Kiry	Director, Department of Planning and Health Information
Ms. Keat Phuong	Director, Department of Human Resource Development
Mr. Chea Kimlong	Director, Department of Budget and Finance
Dr. Tung Rathavy	Deputy Director of NMCHC, and Program Manager of National Reproductive Health Program

(Japanese side)

Preparatory Study Team

Mr. Juro Chikaraishi	Team Leader, Resident Representative, JICA Cambodia Office
Dr. Hidechika Akashi	Health Administration
Dr. Kyo Hanada	Health Statistics
Dr. Hiromi Obara	MCH
Ms. Emiko Nishimura	Study Planning
Ms. Shiho Sasada	Health

JICA Cambodia Office

Mr. Hiroto Mitsugi	Deputy Resident Representative
Ms. Shoko Sato	Project Formulation Advisor (Health Sector)

JICA MCH Project (Follow-up of Phase 2)

Ms. Izumi Suzumori	Project Coordinator
--------------------	---------------------



## 2 . 主要面談者リスト

### 保健省

H.E. Prof.Eng Huot	Secretary of State for Health
Prof.Sann Chan Soeung	Deputy Director General for Health
Dr. Lo Veasna Kiry	Director of Department of Planning & Health Information
Mrs.Keat Phuong	Director of Department of Human Resource Development
Mr.Chea Kimlong	Director of Department of Budget and Finance

### 国立母子保健センター

Prof. Koum Kanal	Director
Dr.Ket Ly Sotha	Vice Director
Dr.Tung Rathavy	Deputy Director and Program Manager of National Reproductive Health

### ナショナルプログラム

Dr.Lan Van Seng	Deputy Director of National Center for HIV/AIDS, Dermatology & STD
-----------------	--

### 経済財務省

Mr. Srey Vuth	Chief of Economic & Finance to MOH
---------------	------------------------------------

### コンボンチャム州保健局

Dr. Lon Chan Rasmey	Deputy Director
Ms.Tran Chheng Kruy	Chief of Technical Bureau

### コンボンチャムRH

Dr. Meas Chea	Director
---------------	----------

### コンボンチャム州コンボンチャムOD

Dr. Chea Sokha	Director
----------------	----------

### コンボンチャムRTC

Mr. Mao Men	Vice Director
-------------	---------------

### コンボンチャム州Srey Santor OD

Dr. Pra Ruos	Director
Dr. Kuay Chiev	Vice Director
Ly Seila	Vice Director

### コンボンチャム州Srey Santor RH

Dr.Hiengkin Ean	Director
-----------------	----------

### バットンバン州保健局

Dr.Nhek Bunchup	Deputy Director
Dr.Chou Seuth	Deputy of Technical Office
Dr. Cheng Cysunkhoang	Chief of MCH

### バットンバンRH

Dr.Ngo Sitthy	Director
---------------	----------

### バットンバンRTC

Ms. Sam Phallin	Vice Director
-----------------	---------------

開発パートナー、NGO

Dr. Rodney Hatfield	UNICEF, Representative
Dr. Michael J. O'leary	WHO, Representative
Ms. Bettina Maas	UNFPA, Representative
Ms. Elizabeth Smith	DFID, Head of Office
Dr. Horemans	BTC, Project co-director
Ms. Anne Erpelding	GTZ, Program Coordinator
Mr. Xavier Montserrat	French Cooperation
Dr. Jonathon Ross	USAID, Health Development Officer
Dr. Bradley S. Hersh	USCDC, Director
Ms. Nisachon Bubpa	FHI, Program Coordinator
Mr. Sou Samith	KHANA, Representative
Ms. Bou Leak	URC
Ms. Eam Hony	RACHA
上田 美紀	SHARE Country Representative

在カンボジア日本国大使館

地神 一美	参事官
森川 恵実	経済協力専門員

JICAカンボジア事務所

三次 啓都	次長
室井 真紀	所員

母子保健プロジェクト

鈴森 泉	業務調整
------	------

医療技術者育成プロジェクト

伊達 潤子	チーフアドバイザー
-------	-----------

結核プロジェクト

岡田 耕輔	チーフアドバイザー
-------	-----------

医療機材維持管理普及プロジェクト

松尾 剛	チーフアドバイザー
------	-----------



### 3. 質問票

**Questionnaire**  
**to**  
**Kompong Cham Provincial Health Department**

**The Preparatory Study on**  
**The Study on Strengthening Maternal and Child Health Performance**  
**in the Kingdom of Cambodia**

To whom it may concern:

The Japan International Cooperation Agency (JICA) started Maternal and Child Project in 1995 and donated the National MCH Center (NMCHC) in 1997 mainly to develop human resources for improvement of MCH. While NMCHC has become a top referral hospital and a national training center, continuous cooperation for strengthening of MCH services would be essential.

In response to the official request of the Royal Government of Cambodia, JICA decided to conduct “The Study on Strengthening Maternal and Child Health Performance in Cambodia ” (hereinafter referred to as “the Study”). JICA will dispatch the Preparatory Study Team from February 13 to 28, 2006 to discuss and agree on the Scope of Work (S/W) for the Study.

Your response to the following questions and comments would help us for evaluation of the necessity and background of your request on the above-mentioned Study. We kindly request you to answer the questions below or provide us the documents relevant to the specific questions. We would really appreciate for your kind cooperation.

February 2006

Preparatory Study Team  
Japan International Cooperation Agency (JICA)

Respondent:

Name of organization: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Name and Title of person completing the form: \_\_\_\_\_

Telephone & Fax No.: \_\_\_\_\_

E-mail address: \_\_\_\_\_

### **Q1. Basic Health Information**

Please provide us the latest health related information of your province as follows:

- Population (including crude birth rate, crude death rate, annual increasing rate)
- Health indicators (IMR, U5MR, MMR, TFR, Life expectancy, literacy rate)
- Main diseases and main cause of death
- No of hospitals and health facilities
- No of medical and health personnel
- Health budget (including breakdown of revenue and expenditure)

### **Q2. Information on MCH**

Please provide us the latest MCH related information of your province as follows:

- Main cause of maternal mortality and infant mortality
- Coverage of EPI
- Contraceptive prevalence rate
- Per cent of deliveries attended by skilled attendants
- Coverage of antenatal care, No of TBAs(Traditional Birth Attendants)
- Per cent of children underweight
- HIV/AIDS prevalence rate

### **Q3. Health Issues**

Please describe main health issues in your province.

**Q4. International cooperation**

Please provide us the information of ongoing projects which you have received assistance from foreign countries, international organizations or NGOs. Please fill out the following table.

Name of donor	Project title	Name of Focal Point	Project period	Budget (US \$/Riel)

**Q4. Others**

Please provide us the following documents:

- (1) Annual Health Plan
- (2) Latest organization chart

Thank you for taking time to complete this questionnaire.

#### 4. 収集資料リスト

番号	資料の名称	形態(図書、ビデオ、地図、写真等)	発行機関
1	National Health Statistics 2004	図書	Ministry of Health
2	Health Coverage Plan 2002	コピー	Ministry of Health
3	National Strategic Development Plan 2006-2010	コピー	Royal Government of Cambodia
4	Health Sector Strategic Plan 2003-2007	コピー	Ministry of Health
5	Mid Term Review Framework, Health Sector Strategic Plan	コピー	Ministry of Health
6	TOR, Midwifery Review	コピー	Ministry of Health
7	National Strategy for Reproductive Health in Cambodia 2006-2010	コピー	Ministry of Health
8	Cambodia Demographic and Health Survey 2000	コピー	National Institute of Statistics, ORC Macro
9	Questionnaire of Cambodia Demographic and Health Survey 2005	コピー	National Institute of Statistics
10	Midwifery Forum Workshop 資料 (クメール語)	コピー	Ministry of Health
11	Complementary Package of Activities, Guidelines for the Referral Hospital	コピー	Ministry of Health
12	National Equity Fund Implementation and Monitoring Framework	コピー	Ministry of Health
13	Strategic Framework for Equity Fund	コピー	Ministry of Health
14	General Statement Budget Management(保健省予算、クメール語)	コピー	Ministry of Economy and Finance
15	Public Financial Management Reform Program	コピー	Ministry of Economy and Finance
16	Kampong Cham 州保健局プレゼンテーション資料	コピー	PHD, Kampong Cham
17	Kampong Cham Referral Hosoidal プレゼンテーション資料	コピー	RH, Kampong Cham
18	Kampong Cham 州 Srey Santhor 地区保健局プレゼンテーション資料	コピー	OD, Srey Santhor
19	Battambang 州保健局 Activity report 2005 (クメール語)	コピー	PHD, Battambang
20	Health Action Plan 2005 & 3years Rolling Plan (クメール語)	図書	PHD, Battambang
21	Battambang 州保健局プレゼンテーション資料	コピー	PHD, Battambang
22	Battambang リファーマル病院 Activity report 2005(クメール語)	コピー	RH, Battambang
23	Health Sector Support Project: Component for Reduction in Maternal Mortality in Cambodia 2005-2009	コピー	DFID
24	Recommendations for Accelerating Maternal and Newborn Health Services in Cambodia	コピー	USAID
25	USAID/Cambodia Strategy Statement (draft)	コピー	USAID
26	Contact list of USAID Partners	コピー	USAID

## 5. Midwifery Review TOR 暫定訳

概要：midwifery reviewについて 2006年3月～6月に実施予定。

位置づけHSP midterm reviewに対し「現状分析と、考慮すべき事項への提言を」を提示する。投入； international team leader 1名（カンボジア滞在45日）、international MW technical specialist 1名（40日）、local consultant 1名（40日）

MoH terms of reference Midwifery review (draft) 内のII terms of referenceについて 暫定訳

### ■ 現在のカバレッジとcompetencies

- ▶ 現存の助産師のカバレッジ、とくに僻地におけるレビューを行い、coverage planに基づき現在と未来のGapを明確にする。所見に基づいて、プライベートとパブリックセクター双方のオプションについてどのように考慮すべきかについて提言を策定する。
- ▶ 現存の助産師と、あらたな卒業生（post basic course, one year course）の技術的な能力についてアセスメントを行い、Gapを明確とし、改善のための提言を策定する。とくに能力competenciesについては、MPAとCPAのリプロヘルスのエレメントを提供するために必要である能力について、現状との比較が行われるものとする。）

### ■ 卒前、卒後教育について

- ▶ 卒前教育プログラムについて、レビューをし、提言を策定する。これは、カリキュラムのレビュー、実際の能力のレベル、入学の条件、そして卒業する人数と推定されているニーズとの比較を含む。
- ▶ 現存の卒後教育プログラム、そして助産スキルのupgradingの可能性についてレビューと提言の策定を行う。これは、カリキュラムのレビュー、実際の能力のレベル、等を含む。
- ▶ 卒前、卒後の助産研修を行うためにRTCのキャパシティーについてレビューする（施設、トレーナー、方法論、マテリアルなど）、そして、どのように改善するか活動キャパシティーを拡大すべきかの可能性について提言策定する。

### ■ リクルート、配置、僻地で働き続けることに関して

- ▶ 現在の助産師のリクルート、配置プロセスについて vs期待される年間のリクルートメント数に関してレビューと提言を策定。
- ▶ civil serviceとnon-civil service（public, private）について配置のオプションと働き続けるオプションについてのレビューと提言策定。

### ■ プロフェッショナル職業としての助産師の魅力について

- ▶ プロフェッショナル職業としての助産師の魅力、キャリアパス、認識されている問題点、僻地で働くためのモチベーションファクターについてレビューと提言を策定する。

## 6. 主要面談議事録

面談機関	面談日時	面談場所
NMCHC	2/14 14:00～15:40	会議室
面談者	ポジション	収集資料
Dr. Koum Kanal	所長	なし

JICA は NMCHC を 10 年にわたって支援してくれたが、全国レベルで妊産婦死亡・乳児死亡を減らすという大きな目標を達成するためには、特に地方において引き続き母子保健分野での協力が必要である。そのためには、まず保健セクター全体をレビューし現在のシステムの問題点を適切な指標を用いて分析することが望ましく、例えばマネジメントやサービスの内容に関しては MPA と CPA を使うと評価しやすい。

母子保健分野の強化のためには、機材修理部門の地方病院へのサービス提供、地方での MCH サービス拡充、PMTCT への技術支援などが考えられるが、もし開発調査の内容を 1 つに絞るとしたら、助産師サービスの改善策の提案がいいのではないかと。最近では地方でも民間クリニックが増えており、せっかく助産師を養成しても給与の低い政府の保健医療施設で働きたがる者が少ないといった問題もでてきており、助産師の技能向上、助産師が提供するサービスの質の向上やサービスへのアクセス改善など様々な課題がある。

また、研修で人材を育成するだけでは不十分で、患者に質の高いサービスを提供するには施設整備が不可欠であり、もし開発調査でパイロット州を 1 つ選ぶなら無償資金協力も同じ州で実施したほうが効果が上がると思われる。

面談機関	面談日時	面談場所
NMCHC	2/14 15:30～18:00	会議室
面談者	ポジション	収集資料
Dr. Ket Ly Sotha	Deputy director, chief of TOT & maternity ward	なし
調査団（明石、小原、西村、笹田、鈴森）		

### 開発調査に対する要望

これまで NMCHC では、助産師・医師らに研修をしてきたし、JICA もそれを支援してきた。研修した人材が、地方での母子保健サービスを提供し、さらにサービス拡大につなげるためには、以下の点について知りたい。

- ・MCH サービス提供上の問題点（助産師・医師を教育し現場に返しても、それがサービスに結びつかない事例は観察される。たとえば、医師の研修後に、スキルはあるのに手術をさせてもらえない、など。施設長のマネジメントなどにも問題があることもある。）
- ・TOT としては、技術的に公的セクターの人材をサポートしたいし、できると考えている。むしろ、技術面以外の分野に関して（ロジや Facility を含め）保健省のどの部署がこういった責任を果たすのかを明確にしてほしい。
- ・助産師が公的セクター以外で働いている現状（研修後にプライベートセクターに流出する人は、多くはないが、同じ助産師が公的にも私的にも働いており、公的施設の外での活動が増えている可能性があるが、この点について不明であるため知りたい）。

今後の研修に関連し、地方のレファラル病院の機能強化について

- ・地方で助産師研修ができるようになるためには、RTCの強化のみならず、レファラル病院（以下RH）の母子保健分野の臨床機能が臨床実習病院として強化される必要がある。それなくしては、助産師関連の研修を地方で実施することは難しい。その観点から、どのようにRHの病院機能・活動、とくに母子保健サービスの提供を向上するのかを知りたい。
- ・CPA病院のTWGに参加しており、CPA病院の病院機能を強化するためのアドバイスなどを考えている。この会には、プノンペン市内の病院長などが参加している。ガイドラインや必要なサービスの定義のアドバイスなどはしているが、それだけではサービス提供拡大にはつながらないのではないかと危惧している（病院機能を強化するのは、保健省Hospital Service部門等の所轄）。
- ・HCが地方での助産師研修の実習場所となっていることは承知しているし、また今後、HCレベルのMPA研修の展開が行われる可能性を考えると、HCでの研修は必要ではあるが、実習先がHCになることは、実習提供者のモニタリングをするのが容易ではなくなるという課題があると考えている。

面談機関	面談日時	面談場所
保健省	2/15 8:30~9:30	保健省
面談者	ポジション	収集資料
Ms Keat Phuong	Director of Human resource department (HRD)	TOR- Midwifery review
調査団（小原、西村）		

研修とNMCHCへの期待

- ・助産師卒前教育が優先課題であると考えており、とくにその研修の質を上げることに関心がある。助産師研修の課題は、実習先施設の研修機能が弱いこと。実習先RHの実習トレーナー（プレセプター）は、研修生を放置していることもあり臨床研修の質は良くはないことも多い。RTCの側の講義提供に関してはHRDが支援し介入もできるが、実習病院でのプレセプターの強化は、NMCHCなど臨床実習トレーナーが既に存在する施設が教えるべきであると考えている。また、NMCHCは、PHDのMCH担当の能力強化に対する支援もできるのではないかと。
- ・今後の助産師関連の地方での研修では、十分な臨床実習数（たとえば分娩数）の研修がこなせなかった場合には、NMCHCにおいてこなせなかったタスクを行う、といった方法もあるのではないかと。以前カナルセンター長とも同様の話はしたことがある。
- ・Health workforce development plan 2006-2015は現在、次官のサイン待ちである。HRDとしては年間計画を策定している。

パートナーや保健省の他部門との連携

- ・人材育成に関連して、支援をしているパートナーは以下である。GTZは、プレセプターのTORを作る予定。UNFPAは助産師について支援をしており、HSPのmidterm reviewを行う。もちろん、JICAもこれまでHRDと密接に働いている。JICAの支援やNMCHCとの協力のおかげで、助産師の卒後研修は3つのコースに集約されており、明瞭である。他の分野の研修は、NGOやパートナーが主導し、多数の研修が乱立し混乱していることもあり、残念に思っている。また、NMCHCの助産師コースには、すでにRTCの教員が参加し、教員の能力強化に役立っている。他の国家プログラム等はいったん連携がしにくい状況であるが、なるべくRTCの教員の強化に役立つよう、PHDや国家プログラムに働きかけをしている。多くのパートナーは、直接の保健サービス提供に対しての支援

はするが、こういった人材育成の仕組みづくりへの支援は多くはない。NCHADにも HIV 関連の研修等に RTC 教員を混ぜてもらおうように依頼するなどしているが、連携は非常に難しい。

- 保健省で人材配置を管轄するのは、**personnel department** である。卒前研修に HRD として力を入れて行っているが配置に問題があると、われわれの努力も水の泡である。配置の問題は政治的な問題もあり、難しい面が多数ある。どういった人材が RTC を卒業したかなどのリストを **personnel** に提出しコミュニケーションはとっている。今後、WHO が支援し、配置に関してのタスクフォースができるという話があると聞いた。
- 政策というのは、保健省では、「上部から下りて来るもの」であり、HRD で人材政策をつくっているというわけではない。助産師の事柄に関して、現在、保健省の TWG で話し合いが行われており、TWG は重要な決定の場所となっているが、ドナーも交えたそのレベルの会議では実際的な話にはならない。実情と技術的な話ができる人で話をしてから、保健省の TWG に話を上げるべきである。

面談機関	面談日時	面談場所
National Reproductive Health Program	2/15 9:30~10:30	NMCHC
面談者	ポジション	収集資料
Dr. Tung Rathavy	Deputy Manager	なし
調査団（明石、鈴木、笹田）		

現在の問題点として、NMCHC が唯一の研修機関（座学と実習のできる）であるが、ここ一つでは足りないし、地方の HC では職員が足りず居ても職員の質が低く、住民が RH にリファーしない、しても RH の質が低く十分なサービスを提供できていないことが挙げられる。多くのドナーはコミュニティへの支援に傾いており、RH は忘れられている。UNFPA は MW 研修にお金を出さないことになったようだ。

研修システムへの提言としては、日本には今後も NMCHC での CPA training に対する支援を続けて欲しいが、一方で NMCHC も手一杯なので NMCHC とは別の研修センターを作るべきだと思う。そのためには、「RTC+RH」が担えるのではないか。中央で TSMC とシアヌーク病院を使う方法もあるが、地方で MW が足りないから、地方の RTC を使うのが良いだろう。ただし、どこの RTC を使うののいいかは、調査しなければわからない。（コンポットータケオ、コンポット、コンポンチャムーコンポンチャム、コンポントム、バツタンバンーバツタンバン（難しい？）、シエムリアップ、ストウントゥレンーストウントゥレン（ADB ローン）などの組み合わせはあるが）。

開発調査のテーマとしては、まず、「どこの RTC+RHs がよいか」を調べ、次いで「RTC と RHs の関係や、どうやっていっしょに働くか」などについて調べたらどうか。これらについてはあまり調べられていない。NMCHC や Training Center (RTC+RHs)、その間の研修やサポートなどは今後も日本が支援できるのではないか。



面談機関	面談日時	面談場所
保健省	2/15 11:00~12:00	保健省
面談者	ポジション	収集資料
Dr. Lo Veasna Kiry	Director of Planning & Health Information	National Health Statistics 2004 Mid Term Review Framework(draft) TOR for Midwifery Review
調査団 (明石、佐藤、鈴木、笹田)		

HSP の中間評価は公開入札で選ばれる国際コンサルタントチームにより実施され、保健省では計画・保健情報部を中心に4～5名の職員が管轄する。今年6月にスタートし9月までに終了する予定で、開発調査より時期的に先行するが、10月～12月に評価をファイナライズするタイミングで開調からのコメントを盛り込むことは可能である。中間評価では、各ドナーの実施した評価やコメントをなるべく盛り込もうとしており、MCHはHSPの8つの優先分野に含まれている重要な分野であるので、JICAにもぜひ中間評価に貢献してほしいと考えている。HSPだけでなくHSSP、SWiM、Midwifery reviewの4つの評価が行われ、この中で最初に行われるMidwifery reviewは3月開始予定だったが、準備が遅れているため5月にスタートし7月末までに完了することになる。

JICA の調査団が地方でデータを収集する際には、PHD の technical bureau の中にある information section から情報を入手できる。RH や HC に関するデータも PHD あるいは OD にあるはずである。ローカルコンサルタントとして調査に使える NPO も CDRI などいくつかある。

2005年のDHSは集計が遅れているため、preliminary resultは今年の6月頃には出るが出版は年末になる。

面談機関	面談日時	面談場所
NCHADS	2/15 11:00-12:00	NCHADS
面談者	ポジション	収集資料
Dr. Lan Van Seng	Deputy Director (IEC・BCC担当)	なし
調査団 (小原、西村)		

PMTCTに関しては、現在はNMCHCが中心となっているが、NCHADSも協力している。計画等を決定するのはPMTCTのTWGである。

地方部におけるPMTCTサービスに関しては、人材育成、RTCとRHの連携不足、機材や教材の不足、資金不足等の問題がある。人材育成に関しては、助産師研修にPMTCTの項目を取り入れるべきであると考えている。また、地方でのPMTCTプログラムの実施については、OD/RHレベルを中心に行われるべきと思う。また、CPA・MPAパッケージにもHIV/AIDSのコンポーネントをいれる方向で検討しているところである。

NCHADSはHIV/AIDSに関する技術的なleading institutionであり、operational planを策定するが、政策を決定する機関ではない。National Aids Authorityがセクターを越えて調整する機関である。

面談機関	面談日時	面談場所
WHO	2/15 14:00～15:00	会議室
面談者	ポジション	収集資料
Dr. Micael J. O'Leary Dr. Severin von Xylander Ms. La-ong Tokmoh Mr. Angus Pringle	所長 IMCI 担当 栄養担当 プログラムマネジメント担当	なし
調査団（小原、笹田）		

WHO では栄養、IMCI など個別プログラムごとの担当者はいるが、MCH 全般を対象にした政策立案やプロジェクトは現在行っていない。MCH 分野の個別の指標でも、妊婦検診受診率や skilled birth attendant による介助分娩比率は上がっておらず、地方で働く助産師を増やすことが不可欠だ。そのためには僻地でも働きたいと思わせるインセンティブが必要だし、現行の助産師育成制度も改善しないとならない。ただし、保健医療従事者の配置には人事や給与の問題が絡んでくるので、ドナーが強力に後押ししないと状況を変えることは難しいだろう。

リプロの専門家はジュネーブから出張ベースで来ることになっており、リプロ分野のキャパシティ向上のための調査など行う予定である。

面談機関	面談日時	面談場所
UNICEF	2/15 14:30-15:30	UNICEF
面談者	ポジション	収集資料
Dr. Rodney Hatfield Mr. Tomoo Hozumi Ms. Thazin Oo Mr. Rasoka Thor	Representative Senior Program Coordinator Head, Health and Nutrition Program MCH Project Officer	National Reproductive Health Strategic Plan (4th Draft)
調査団（明石、西村）		

UNICEF は6州（プレイベン、スパイリエン、コンポンスピュー、コンポントム、オドミンチュ、ストゥントゥレン）を対象に2006-2010のCountry Programにもとづいて支援を行っている。活動分野は、Clean Delivery、Breast Feeding、IMCI、Immunization、Vitamin A等である。さらに、ヨード添加塩プログラムとEquity Fundも行っている。Equity Fundは貧困層に裨益しており、とくに最近行われた調査結果によれば、女性と子どもに裨益しているということが明らかとなった。

Clean Deliveryの分野では、TBAにClean Delivery Kitを配布している。TBAへの研修は直接は行っていないが、ヘルスセンターの助産師とTBAが定期的にミーティングを持つようにして、ヘルスセンター助産師を通したモニタリングを行っている。地方での助産師の数が少ないというのは大きな問題だと考えており、JICAが助産に関する協力を続けるのはよいことだと考える。

UNICEFは助産師に関する研修は過去には行っていたが、現在は行っていない。PMTCT分野では研修を続けていく予定である。

面談機関	面談日時	面談場所
UNFPA	2/15 15:30-16:30	UNFPA
面談者	ポジション	収集資料
Ms Bettina Mass Ms Alice Levisay Dr Sok Sokun	Representative Deputy representative Reproductive health Manager	
調査団（小原、笹田）		

- UNFPA は、HSP、HSSP の midwife review に対して予算提供する予定である。また、HRD と協力して、MW の卒前の問題にもかかわる予定である。
- 母子保健の分野で支援があまり行われていないテーマでかつ、開発調査でおこなう価値があると考えるのは①EmOC 緊急産科ケアについての調査、②Equity fund についての調査、③Adrescent reproductive health である。
- 特に、①の EmOC に関しては、これまで NMCHC は、RH 病院を対象とした CPA 助産師研修や医師研修を行ってきた経緯もあり、これまでの経験を生かした調査ができるのではないかと。現時点でこういった調査を計画している話は聴いたことがない。特に、RH レベルの事項、comprehensive EmOC については、あまり調査されていないし、基礎的なデータも少ない。EmOC について調査をするならば、サービス提供側の要因と、サービス利用側の要因の双方を調査したほうが良い。
- ②については、UNFPA が予算をつけて Indochina research institute が行った調査によると、施設や SBA の分娩ケアにアクセスができない要因として大きいものは地理的な問題と、経済的な問題であることがわかっている。これらが解決されるのであれば、アクセスは向上するだろう。アクセス向上のためには、経済的な要因が大きく、Equity fund の調査のニーズが大きいと考える。
- どんな調査を行うにせよ、HSP、HSSP の mid term review や、次の HSP 策定に生かすことは非常に大切であると考えている。また、JICA の技術プロジェクトにしる、開発調査にしる、比較的長い期間行えるというメリットがあるので、長期間コミットできるということの特徴として生かすべきである。
- 助産師の配置に関しては、上述の midwife review の中で配置の問題についても調査し提言を考える予定であるが、配置については政治的に難しい課題であると考えている。
- 保健省の中での母子保健政策をつくる主体は明確ではないが、HSP、HSSP のフレームワークがあり、これをしっかり行っていくことが重要であり、また NRHP でのプログラム実施にも密接に協力しており、母子保健全体としての政策という意味では、大きな問題は感じていない。ただし、HC などの末端レベルで、多様な母子保健介入が断片的に行われているのは事実であり、各々の介入の横のつながり・バランスを調整する場が明瞭ではないことは大きな問題であると認識している。

面談機関	面談日時	面談場所
USAID	2/15 15:30~16:50	アメリカ大使館（旧館）
面談者	ポジション	収集資料
Jonathan Ross Dr.Chanta Chak Dr.Hen Sokun Charya	Health Development Officer Family Health Team Specialist for MCH/RH	なし
調査団（明石、西村、佐藤）		

USAID は NGO をパートナーとして事業を実施しているが、NGO を通じた政府機関の能力強化を図っており、政府と切り離れた形で NGO を支援しているわけではない。研修後のスーパービジョンに関しては、NGO が政府機関を肩代わりして実施するのではなく、政府機関が指導的スーパービジョンを実施する能力を高められるよう NGO が技術的な支援をしている (RACHA や URC の活動が代表的)。

助産師の技術を向上させるために、カンボット、バットンバン、プーサットで LSS (Life Saving Skill) 研修を実施している。RTC で座学の講義を、州立病院やリファラル病院で実習をしているが、実習に十分な臨床数が確保できるのは、バットンバン州立病院とプノンペンの赤十字病院のみである。この研修の主眼は、助産師の技術向上であり、RTC 等の研修機関の強化ではない。助産師に関しては、質と同時に人数や配置 (特に遠隔地への) も問題である。妊産婦と新生児の健康ワークショップ (2005 年 10 月) や、助産師フォーラム (12 月) でも、助産師の採用、配置、退職といった一連のプロセス、給与体系、職務規定、意欲の向上が問題点として指摘された。地方で働く助産師を増やすためには、地方出身者を積極的に助産師教育に受け入れる等の長期的な解決策が必要であるが、都市出身者が出身を偽って優先的に入学を許可されたケースがすでに報告されていて、その実現は容易ではない。DFID、UNFPA、USAID では、National Guideline of Staff Recruitment に対する働きかけを進めている。

今回の開発調査では、この人材採用・配置の問題について提言をしてほしい。また私立医療機関のサービスの質の規制が重要であるので、民間セクターのサービスについても調査をした上で、結核分野のような効果的な Public-Private パートナースhipモデルが提唱できるとよいのではないかと。結核分野での日米連携が成功しているのでも、母子保健分野でも連携を深めたい。今回の開発調査には National Reproductive Health Strategy 2006-2011 及び Child Survival Strategy が深く関連するだろう。また、Rapid Assessment of MCH Service も参考にするとよい。

NCHADS では、現在第 4 回医師対象 ARV、OI 研修を実施している。今後もプノンペンを拠点とした研修を継続するのか、研修後のスーパービジョンをどうするのかなど母子保健分野と共通する課題がある。カンボジアは、去年の 9 月に PEPFAR の対象国となり、米国政府から HIV/AIDS 分野に毎年 1 千万米ドルの資金が提供される。

USAID が支援する 12 のパートナー団体のうち、CARE<sup>1</sup>と PFD<sup>2</sup> (Partner for Development) の事業が今年の 9 月末で 10 年の節目を迎える。6 月頃にはこれまでの成果、障害、教訓を評価し、今後の方向性を検討する作業を予定している。これらの活動は、JICA の動きと軌を一にしているので、情報共有に努めたい。

バットンバンにおいては、FHI (リファラル病院、家庭を拠点とした HIV/AIDS ケア)、KHANA (家庭を拠点とした HIV/AIDS ケア、エイズ孤児、脆弱なグループ支援、患者のサポートシステム)、RACHA (コミュニティー、ヘルスセンターを拠点とした活動)、URC (リファラル病院、Equity Fund、ケアの質) との意見交換の場を設定する。NGO と政府機関の協働の実態を視察してほしい。

---

<sup>1</sup> CARE の活動内容 : HIV/AIDS を含む統合された RH サービスの提供。コミュニティーからヘルスセンター、リファラル病院までを対象。

<sup>2</sup> PFD の活動内容 : 栄養、母子保健、マラリア。コミュニティー中心。

面談機関	面談日時	面談場所
経済財務省	2/16 8:30~9:30	保健省
面談者	ポジション	収集資料
Mr. Srey Vuth	Assistant to Secretary General MOEF, Financial Affairs Department	2006 年度 PAP 支出計画 Public Financial Management Reform Program
調査団（鈴木、笹田）		

この部署では保健省の中央レベルの予算のみを扱っており、州レベル以下に配分される予算は保健省財務部が担当している。国家予算の中では保健と教育分野に最も多くの予算が拠出されている。公務員給与がとても低いことが、保健分野で必要な人材を確保する大きな障害になっているため、特に僻地で働く保健医療スタッフ（医師、看護師、助産師など）にインセンティブを給付する計画を、経済財務省と保健省の間で具体的に議論しており、毎月1人当たり100USドルを支払う予定である。

2007年度から新しい会計制度を導入する予定で、そのためにフランスの専門家チームと1年近く共同作業を進めており、新制度ではchapter 10といった現在の予算分類もなくなる。今年の4月には、具体的にどのように変わるかが明らかになるだろう。地方分権の流れの一環として、予算の一定額は経済財務省を通さず保健省だけの書類手続きで支出されるようにするといった内容を含む、公共財政マネジメント改革が1年前から進行中であり、2015年を目標年度に予算策定・執行、税務政策など各分野での改革を議論している。

開発調査で提案されたプログラムを実行するための予算については、ドナーのプロジェクトを担当する部署の管轄なので、ここではわからない。

面談機関	面談日時	面談場所
GTZ	2/16 15:15-16:15	GTZ
面談者	ポジション	収集資料
Ms. Anne Erpelding	Program Coordinator	なし
調査団（西村）		

GTZはカンボットRTCおよびコンポントムPHDを支援している。カンボットRTCへの支援内容としては、RTCの能力強化、技術支援（アドバイザーの派遣、助産師研修カリキュラムの作成）、研修生用宿舎の建設（KfW）等である。また、研修生の実習についてはカンボットRH、タケオ州立病院で行っているが、RHの実習指導者（Preceptor）の質が低い、インセンティブがない、十分な事例がないなどの理由で、実習には問題が多いと考えている。実習指導者の質の改善のために、来月から、MOHの人材育成局と一緒に、実習指導者のTORを作成する予定である（JICA医療技術者育成プロジェクトの伊達専門家も参加予定）。RTCとRHのつながりが弱いという点も課題であり、JICAが今後RTC強化に取り組むのであれば、一緒に問題提起をしていければと思う。

また、十分な質の高い研修を実施できる施設が、現在はNMCHCしかないというのが大きな問題であり、研修施設を増やすことが緊急の課題だと考えている。長期的には、RTCに研修をdecentralizeすることが必要不可欠と思うが、短期的にはプノンペンで研修施設を増やすことも一案かと考える。

面談機関	面談日時	面談場所
DFID	2/16 15:30-16:10	DFID
面談者	ポジション	収集資料
Ms. Elizabeth Smith Ms. Joanna Nicholles	Head of office Health associate professional officer	National Equity Fund Implementation & Monitoring Framework, MOH
調査団（小原、笹田）		

- ・ DFID は HSSP への支援をしている。08 年以後の次期 HSSP に対しての支援を行うかどうかについては、本年 9～10 月に予定されている HSSP, HSP midterm review の結果を受けて判断する予定である。すでに、ADB が、次期 HSSP 支援は行わないことを決定しており、現在、World Bank など次期 HSSP を支援するパートナーを探し折衝中である。JICA も HSSP に入る心積もりはないだろうか？
- ・ HSSP の枠組みの中で行う、特に妊産婦死亡を減らすコンポーネントは、2006 年 4 月頃から開始予定である。コントラクターに任せる方式であるが、コントラクター 1 社ということではなく、再委託もふくめて多様なオプションを考えている。なお、このコンポーネントは、主に、包括的流産ケア、長期的な避妊法、equity fund, サービスにアクセスするための障害についてのリサーチなどが含まれている。このリサーチのサイズは現在のところ、未定である。
- ・ 保健人材の配置に関しては、HSSP により保健省全体を支援しているという立場からは、もちろん関わることにはなるが、政治的な問題もあり、配置だけの問題に関して何かアクションをとる予定はない。
- ・ JICA が今後も母子保健分野にコミットすることは、喜ばしいことである。まだまだこの分野への支援はバランスとしては大きくはない。特に JICA は母子保健分野で 10 年に及ぶ経験と実績があるのだから、その経験と教訓を生かす形で地方の母子保健サービス向上をめざすのが良い。
- ・ DFID は、アクセスに関して、demand side の問題は大きいと考えており、equity fund の支援を行う。NMCHC にくることができない人は、プノンペン市内にも多数存在する。サービス供給側だけでは、解決できない課題も多く、demand side の問題も解決していくべき。いずれにせよ、そういった教訓を生かしつつ、母子保健への支援を続けるのが良い。
- ・ 助産師や母子保健の課題は、急速に動いており、HSP の review のプロセスには必ず JICA からも参加すべきである。

面談機関	面談日時	面談場所
MOH	2/16 15:00-16:00	財務部長室
面談者	ポジション	収集資料
Mr. Chea Kimlong	財務部長	なし

2006 年度の PAP 予算は昨年と大きく変わらない予定だが、2007 年度は MOEF の予算局が主導権を握って変え、2006 年 4 月頃にドラフト案が出る予定である。

各 PHD に州全体の予算をつけるので、各 RTC/RH/OD/HC 等の予算について、MOH 財務部で把握できていない。地方の予算の詳細について財務部にフィードバックできるようにしたいが、この件は MOEF に決定権があり、難しい。

2006 年度 MOH では、僻地で働くスタッフへの金銭的インセンティブと Equity Fund の予算執行に重点をおく。具体的には Remote Area で活動する医療従事者に金銭的インセンティブを払うシステムを構築するとともに、貧困者に 3 年間有効の貧困者カードを配布し医療サービスを免除する制度を導入

する予定である。

昨年 Userfee 制度が改訂されたのを受け、Userfee ガイドラインの改訂に着手している。

面談機関	面談日時	面談場所
USCDC	2/16 14:00~15:00	JICA 事務所
面談者	ポジション	収集資料
Dr. Bradley Hersh Mr. Michael Qualls Ms. Nicole Davis	Director Associate Director for Operation PMTCT Technical Advisor	なし
調査団（小原、笹田）		

USCDC はカンボジアにおいてラボ、疫学、STI、HIV/AIDS、保健政策の分野を重点に活動している技術支援機関であり、施設を建設したりプロジェクトへ資金提供するような活動はしていない。カンボジアは、米国政府による PEPFAR の対象 14 カ国の 1 つに選ばれており、HIV/AIDS 分野にまとまった予算がついているが、カンボジアの公務員にインセンティブを与えることはできないまじりになっている。お金をあげるだけでは根本的な問題の解決にはならないので、研修を強化するなど長期的視点でみた能力向上を目指している。

JICA とは競争するのではなく、協調して援助のシナジー効果を出したいと考えており、MCH の分野では特に PMTCT の活動を今後も強化していきたい。PMTCT の全国でのカバー率向上、研修、ガイドライン作成、よりよい政策立案のためのデータマネジメント改善などに来年以降も取り組んでいく。ただ地方で幅広く活動を展開する予算やマンパワーはないので、首都での活動が中心になる。また、PMTCT を ANC に取り込むため、母親学級でプレテストカウンセリングを行う調査を、ユニセフ、NMCHC などと一緒にやる予定であるが、実施が少し遅れている。

面談機関	面談日時	面談場所
French Cooperation	2/16 14:30~15:30	MOH
面談者	ポジション	収集資料
Mr. Xavier Montserrat		なし
調査団（明石）		

これまでの FC の活動分野は Faculty of Medicine & Pharmacy、カルメット病院での研究、カルメット病院での臨床支援（2003 年に Autonomy になって、財政的支援なし。Dr. 2 名で継続中で、1~2 年して評価する予定）だったが、2004 年から戦略を変えた。カルメット病院以外の病院を支援することにし、6 病院を対象として選んだ（プノンペンのコソマック、アン・ドゥアン、他、コンポンチャム、タケオ、シェムリアップ、シアヌークビルの州病院）が、一度に 6 病院を支援するのは困難と判断したため、そのうちの、タケオ（すでにスイス赤十字は抜けた）とコソマックに絞った（コンポンチャムとシェムリアップはベルギーが入った）。

コンポンチャム RH に関しては、外科、救急、看護などに対して研修や機材供与を行なった。コンポンチャム RH のスタッフ（外科に限定？）はかなりよく、マネージメントも悪くない。一方バッタンバン、カンポット、コンポントム、シアヌークビルの州病院はひどい。コンポントムは GTZ が入ったが、マネージメントから始めて臨床に向かったせいか、患者数は減り続けている（FC は臨床から入ってマネージメントへ。患者数は増加している。職員にインセンティブは払ってないらしい）。コンポ

ンチャムはベルギーが残っており、研修、改修、機材供与などを行なっているが2～3年後に撤収するはず（アフリカに集中？）。

今後の PMTCT や MCH に対する支援は未定（HIV/AIDS には、かなり予算が投入されているため、続けられない可能性がある）。また、現在、FC は JICA などのように、French Development Agency (FAD?) という組織に改組中である。

面談機関	面談日時	面談場所
CENAT（結核対策プロジェクト）	2/17 9:30～10:30	国立結核センター
面談者	ポジション	収集資料
岡田耕輔 杉山達朗 谷中 改	チーフアドバイザー 長期専門家 業務調整	なし

DOTS は全国で 800 を超えるヘルスセンターに既に導入され、地方展開は順調に進んでいる。DOTS はシンプルで効果が高い介入であり、PHD や OD に結核のスーパーバイザーが既に配置されており、システムが出来上がっていたため全国展開も比較的やりやすかった。研修については、まずこのセンターの職員をトレーニングしてから地方のスーパーバイザーへ対象を広げているが、研修を受けたスタッフが地方できちんと活動できているかは、定期的モニタリングが必要である。カンボジアでの DOTS はまず病院に導入され、1999 年にこのプロジェクトが始まった時には病院への導入が完了していたのでヘルスセンターを対象にした。初めは民間クリニックや薬局へ行っても、治らないので結核患者の 9 割は公的保健医療機関に来るようになってきている。DOTS の治療費は無料で、薬をもらいに来ればおコメがもらえるというインセンティブもある。

MCH は結核と違って全国展開できるようなシステムが出来上がっていないので、やみくもに助産師を研修しても高い効果は出ないだろうし、DOTS で必要な機材は顕微鏡とバイクくらいだが MCH ではもっと幅広い機材が必要なので、人材とハードの両方がかなり必要になるのではないかと考えている。VCT を受けて結核感染がわかりこちらに患者が送られてくる以外は、DOTS の活動と MCH の接点はないが、X 線診断技術を向上させることは一般の保健サービス向上にもつながると考えている。

面談機関	面談日時	面談場所
JICA 医療技術者育成プロジェクト	2/17 11:00～12:00	TSMC
面談者	ポジション	収集資料
伊達潤子 河村恵子 佐々木由三 小西香子 中野	チーフアドバイザー 業務調整 短期専門家（X 線） 短期専門家（看護） 短期専門家（臨床検査）	プロジェクト概要 TSMC 学校案内

- ・プロジェクト目標は、公立の医療技術学校が学生に適切な教育を行うこと。成果としては、主に、規則や制度面の整備と、TSMC・RTC の教員の能力強化、TSMC の学校運営改善である。看護学科、検査学科、放射線学科、理学療法学科を対象としており、助産師学科は含まれない。無償資金協力による新校舎がまもなく完成予定である。
- ・TSMC、RTC とともに、助産師人材育成には直接的には関わっていない。もちろん、TSMC の学校運営



改善、校舎・機材など、間接的には関わっている。例えば、無償資金協力の一環として助産師関連機材は、入る予定である。また、RTC 教員は看護学科、助産学科双方にかかわっていることから、看護学科の能力強化目的で第三国研修をうけた教員は、助産学科にも関わっていることもある。

- RTC の教員の強化についてはプロジェクトのスコープに入っている。ただし、TSMC だけに呼んで教育をする、ということは考えていない。RTC で教員の研修を行うという選択肢もあると考えている。あくまで、看護教育課程を強化するという視点から行う。
- TSMC は、講義と学内実習の場所であり、臨床実習に関してはプノンペン内の病院で行っている。たしかに、臨床実習の質が低いことは課題である。ただし、プロジェクトでは、学外の臨床実習先病院の臨床トレーナーへの投入や直接の研修はスコープの外となるため考えていない。PDM の受益者として記載されている、clinical instructor というのは、TSMC,RTC の学内教員の意味であり、外部の病院の実習トレーナーではない。
- HRD と当プロジェクトの関わりであるが、人材育成の方針・政策策定には関わっておらず、HSSP 予算で行われる看護教育のカリキュラム策定に関わっている。卒後の学生の雇用と配置は、たしかに課題ではあるが、プロジェクトとしては関わっていない。
- TSMC の教員はがどのように生活費を確保しているかだが、学外で講師をしたり、プライベートの診療業務などに関わっていることもあるようだ。カンボジア国一般的に、診療に携わればある程度の稼ぎにはなるが、学校や行政などに携わる人は、金銭的なインセンティブを確保しづらい。これまで地方で行われているいくつかの研修でうまくいっているものは、ある程度、きちんとした金銭的インセンティブをトレーナーに支払っているものばかりである。NMCHC は病院であり、患者の診療費徴収制があり、そのおかげでスタッフへの給与補填ができていた。もし、研修の地方展開を行うのであれば、RTC 学校スタッフ、さらに、プライベート業務を行わざるを得ない病院側実習担当者の金銭的インセンティブをどう確保するかは課題である。
- 助産師コースは募集しても、申込者がいない状況である。これは、3年の看護科修了後、さらに1年の助産師科を卒業しても、給料が同じであることが影響している。つまり、給与などの仕組みの改善なしに、研修機能強化だけ行っても、助産師不足の問題は解決しない。配置の問題も課題であり、かつ政治的にも難しいことは分かっているが、たとえば、転勤制度を取り入れるなどしなければ、解決は難しいのではないかと？
- 保健省側の要求は時に過大であることもあり、時間的制約があるプロジェクトでは、ある程度、間口を狭めて取り組む必要性があると考えます。

面談機関	面談日時	面談場所
医療機材維持管理普及プロジェクト	2/17 14:00-15:00	保健省 HSSP オフィス
面談者	ポジション	収集資料
松尾剛専門家	チーフアドバイザー	プロジェクト概要資料

本プロジェクトの目標は、保健省（病院サービス部）が中心となり、NMCHC の協力を得ながら、医療機材の基本的な維持管理活動を4つの国立病院と CPA 3 レベルの州立病院（18 のターゲット病院）に導入すること。パイロット病院として、モンゴルボレイ、コンボンチャム、バツタンバン、シエムリアップの4つの病院を指定し、草の根無償資金協力や供与機材を活用して重点的にメンテナンスワークショップの設立を支援していく予定である。保健省は、これらの病院を将来的にはナショナルワークショップのサテライトにしていくことを想定している。

パイロット病院の選定に関しては、日本の無償資金協力が入っている、または入る予定がある、日本との関わりが深い、地理的要因等を考慮して決定した。

HSSP との関わりとしては、母子保健プロジェクトの後半から医療機材アドバイザーとして機材策定、調達、投入プログラムの要所で協力してきており、今後も保健省病院サービス局をできるだけ巻き込んだ形で協力していく予定である。機材調達については個人的に協力しているが、機材台帳整備については保健省・HSSP と連携して行っている。なお、HSSP の中で、CPA3 病院全てに機材を整備する計画がある。

面談機関	面談日時	面談場所
MOH	2/17 15:00~16:00	MOH
面談者	ポジション	収集資料
Prof. Eng Huot	Secretary of State	なし

MOH の短期的課題としては、看護や(特に)助産のギャップを埋めること(非常に希望者が少ないので、学生を増やす)、パラメディカルの研修の強化、MMR などの高いストゥントウレンの RTC の強化が挙げられる。長期的には、医療従事者の Accreditation が必要と思っている。

日本/JICA への要望としては、NMCHC でやっているリフレッシュャーコースへの支援を続けて欲しいし、NMCHC を遣って、産婦人科分野の強化をしてほしいと思う。また HC や RH の個々の医療従事者の能力を向上すべきである。

Contracting は、機能しており財務省も尊重している。Contracting にかかる経費は、1人当たり\$4.5 なのに対し、通常の保健サービスは1人当たり\$3.2+\$11-12 の開発予算がかかっている

開発調査の Steering committee メンバーとして、エンホット、カナル、ケットポン、チークムロン、キリー、ラタビーの6人を推薦する。

面談機関	面談日時	面談場所
コンポンチャム PHD	2/20 8:30~10:00	PHD
面談者	ポジション	収集資料
Dr. Lon Chan Rasmey Ms. Tran Chheng Kruey	Vice Director MCH 担当	プレゼン資料

- ・局長は MD、MPH である。コンポンチャムは 16 行政区からなるが、保健は 10 の OD に編成されている。173 コミューン、1,758 村落、人口 175 万人である。各 OD に RH があり、CPA-3 が 1、CPA2 が 6、CPA1 が 3。135 の HC の中、実動は 107 か所。助産師は 118 人。医療技術者 197 人、事務職 72 人。ドナーは課題と地域がばらばらに、虫食い状態で活動している。
- ・PHD は建物と機材は完備しているが、小規模でスタッフが少なく、スタッフは給与の高いところに転職してしまう。TWG は四半期ごとにやっている。OD を集めた母性委員会を UNFPA 支援で開催している。ユーザーフィーと Equity fund を実施しているところがある。将来的にはコミュニティでの健康保険も導入すべきだと考えている。PHD は RH と HC のスーパーバイズをしている。
- ・州の保健統計は、2005 年のデータが 2 月には集計されているので、質はともかくタイミングは良い。分母は推計値を使用しているものが多く、出生数などは過去を反映して過大な値となっている。2000 年と 2005 年の母子保健サービスの比較では、低い値からとはいえかなりの改善がみられる。人口動態統計は所管が異なるので使用していない。HC からのデータを集計している。マラリヤ等は CDC

の統計システムで集計している。

- ・開発調査でコンポンチャムが対象になれば、調査に協力する。

面談機関	面談日時	面談場所
コンポンチャム RH	2/20 10:00～11:00	RH 院長室
面談者	ポジション	収集資料
Dr. Meas Chea Dr.Mey Monyboqil	院長 小児科医 Chief of Technical	プレゼン資料

- ・1979年に開設されたCPA3病院で、260床で病床稼働率は80%以上、診療科は外科、内科、産婦人科、小児科、ICU、ENT、放射線など13科。職員198人のうち専門医7、医師21、准医師7、看護師43、助産師35。
- ・過去にベトナム政府、ポーランド、スイス赤十字、MSFなどからの支援を受けており、最近までFrench Cooperationが入っていたが撤退し、現在はベルギー(BTC)が入っている。
- ・昨年11月からEquity fundが導入された。導入当初はファンドを自分の利益のために使おうとするスタッフがいたりして大変だったが、現在では患者に対する職員の態度が良くなり結果として病院のサービスが改善され患者数も増えるなど効果が出てきている。
- ・User Feeによる病院収入から、職員に毎月1万Rielのインセンティブが払えるようになり給与システムも変更した。今後は金銭的インセンティブだけでなく、機材や薬品を購入し病院サービスをさらに改善するために、患者負担額を値上げしたいと考えている。施設が良くなれば富裕層もこの病院を利用するようになり、病院収入のさらなる増加が見込める。
- ・RTCの学生を実習で受け入れる際は、RTC所長と事前に内容について話し合うようにしており、コミュニケーションはよく取れている。看護ケアや病院管理だけでなく、患者への接し方なども教えている。現在は、プノンペンの私立大学の学生も実習で受け入れている。

面談機関	面談日時	面談場所
コンポンチャム州 Sambour Meas HC	2/20 11:00～12:00	HC
面談者	ポジション	収集資料
Mr. Nhim Horn	HC Chief	なし

- ・このHCの診療圏人口は約13,000人。スタッフは計8名、うち、Secondary Nurseが1名、Secondary Midwifeが2名。分娩数は、2004年59件、2005年54件。主な活動は、EPI、家族計画、Birth Spacing、IUD、DOTS、ANCなど。User feeは導入しているが、Equity Fundは導入していない。
- ・スタッフは皆コンポンチャムRTCを卒業しており、また、本HCでは、RTCの学生の実地研修も受け入れている。HC内での仕事の分担は、Secondary NurseがEPI、2人の助産師がそれぞれ分娩とANCを担当している。助産師は、TBAと毎月ミーティングを開いている。
- ・民間クリニックとの関係は、民間の病院で生まれた子どもの予防接種のためにHCを紹介されることがある。
- ・PMTCTについては名前だけ知っている。(もし母子感染の疑いのある患者さんが来たらどうするかと聞いたところ) Family Clinicに紹介するとのこと。(ただし、Family ClinicはVCCTは行っているが、本当はPMTCTは行っていない。)
- ・給料はオンタイムで支払われている。もし、もっと僻地のHCに行けといわれたら家のことなどあ

るので嫌だが、給料が2倍もらえるなら行ってもよい。

面談機関	面談日時	面談場所
コンポンチャム RTC	2/20 14:00～15:30	RTC
面談者	ポジション	収集資料
Mr. Mao Men Ms.Hort Synak	Vice director, Head of technical bureau Chief of midwife unit	なし

- ・現在この RTC で提供しているコースは、①registered nurse コース②dental nurse コース③primary nurse course (2006年1月より開始)④Primary midwife course (2006年1月より開始) ⑤one year postbasic midwifery course (3年の registered nurse course の後の1年の助産師コースで、secondary MW を育成。ただし、現在、pending 中) ⑥通称4ヶ月コース (primary nurse, secondary nurse を対象としており、4ヶ月で助産スキルをつけるコース) の6つ。④～⑥が助産関連のコースで、⑥のみが卒後教育である。
- ・⑥のみが HSSP 内の UNFPA 予算で実施されているが、ほかのコースは保健省の予算で実施している。⑥のコースのみ、プレセプターへの実習時のインセンティブが違う。4ヶ月コースの場合、コンポンチャム RH の5人の助産師プレセプター全体に対して、1月で100ドル払ってり、助産師プレセプターは満足しているとのこと。一方、通常保健省予算で行っている助産師コースは、一人のプレセプターあたり、月間8ドルであるが、これでは、プレセプターからは、「インセンティブが少ない」といわれる。
- ・当 RTC には、29人のスタッフが働いている。医師3名、助産師5名、看護師16人、他に歯科医など。本来は、9人の助産師が RTC にはいるが、4人が disponible という公務員の休職制度を利用し、休職中で、5名のみが働いている。29人というのは、休職者を除き、現在、働いている実数である。
- ・現在、当 RTC を直接支援している開発パートナーはいない。1993年から2002年までは、AusAid が技術面や建物などを支援。2002-2003年は、UNFPA の予算で VSO が技術面を支援。NMCHC と JICA 母子保健プロジェクトからは、助産師分娩キットやマギーエプロンなどの支援があった。
- ・JICA 人材育成プロジェクトとのかかわりであるが、マレーシアの第三国研修に何人かの教員が研修生として参加した。主に、教授法などについて学んだが、看護コースが主体であり、助産コースについて学んだわけではない。同プロジェクトから物品などの支援があったかどうかは、今日は director もおらず、よくわからない。
- ・2006年1月から、対象地域が変更となった。以前、クラティエ州が対象であったが、この州は、ストゥントゥレン RTC の対象地域となり、代わりに、Svay Rein 州が管轄となった。(以前は、Svay Rien 州は TSMC の対象地域であった)。
- ・看護コースも助産コースも、実習は以下の施設を利用している。リファール病院では Prey Veng RH, Svay Rien RH, Memut RH, Kg Thom RH, Kg Cham RH。他に、7つの HC を利用している。看護コースに関しては、シェムリアップのアンコール病院も実習先として利用している。助産師コースについて、RH に実習を依頼する際は、各病院5人のプレセプターを選び、実習を依頼している。HC の実習では、家族計画、ワクチン、産前健診などの外来機能を学ぶ。
- ・primary 助産師コースに関しては、まだ始まったばかりで、明確な計画がなく、不確定要素もあるが、基本的には、one year post basic course と同様の実習先になるのではないかと考えている。
- ・RTC に在学する学生・研修生全体では、7割がコンポンチャム州の出身で、他の州からの参加者は、

3割程度と多くない。特に、2006年から対象地域となった Svay Rien からの学生数は、とても少ない。

- Primary MW・Nurse のコースとも、県別にリクルートし、その県に帰ることが義務となっているコースである。Primary MW コースを受講しているのは、コンポンチャム 18 人、コンポントム 7 人、Preyveng 16 人、Svay Rien 13 人である。Primary MW コースの対象者の選出の基準は、地域の HC に助産師がいない、もしくは、退職間近であること、grade10-12 は修了していること、PHD director と、RTC director がコミュニケーションし、HC に助産師がいない地域からの対象者を優先して PHD が選別しているとのことである。最大コンポンチャム RTC で受け入れられる primary MW コースの学生数は、60 人と設定している。これまでの post basic one year コースが、secondary nurse コースの後の 1 年で secondary MW を作成することを目的としており、primary MW の対象者とは、修了している年限がかなり違う。したがって、primary MW コースについて、まだ始まって間もなく、座学が現在、主であるため、まだ既存のコースとの違いについて判断するには至っていない。

急に、primary MW, nurse のコースを実施することとなったが、RTC 内のスペースを利用して、寮施設としたり、実習先のコンポンチャム RH の宿泊施設を寮施設としたり、学生複数人で市内に間借りしたり（3人で年間 20 ドルと安価）などで、宿泊場所については問題はない。以前も現在も、コンポンチャム出身の学生は、RTC の寮にすむことができない。

- 学生は、月に、3500Riel の補助が RTC からある。

面談機関	面談日時	面談場所
BTC (Belgian Technical Cooperation)	2006/02/20, 17:00-18:00	Kampong Cham PHD
面談者	役職	収集資料
Dr. Dirk Horemans	Project Co-director	プロジェクト紹介冊子

- BTC はシェムリアップ（バンティミンチェ含む）とコンポンチャムの 2ヶ所でプロジェクトを実施中。コンポンチャムのプロジェクトは、2004 年から 2008 年の 4 年間で、ベルギーからの協力額は 4.2 百万ユーロ。カンボジア側は C/P の給与と薬剤（現物）として 3 百万ユーロ相当を負担。
- プロジェクトの目的は保健サービス強化であり、コントラクティングと HEF (Health Equity Fund) が中心。外科技術、救急、CPA/MPA、マネジメント、語学（英語）などの研修もアドホックに実施しているが、きちんとしたニーズアセスメントにもとづいた研修ではないのが現状である。
- BTC では技術協力のみ実施しているので、医療機材や施設等のハードウェアに関しては JICA の支援を期待している。
- 組織レベルの能力強化として PHD と OD のマネジメント強化に協力している。OD は、10 ある OD のうち、3 OD を対象地域としている。対象外 OD への波及効果を期待しているが、コントラクティングや HEF を支援なしで拡大させることは困難と思料。
- 病院に対する支援は、設定された CPA のレベルに関わらず、まず現行のサービスを向上させ、その後、設定された CPA レベルに見合ったサービスが提供できるように支援している。
- コンポンチャム州を対象地域に選定したのは、コントラクティングや HEF といった新しいアプローチを試すには最貧困地域では困難との判断から。コンポンチャム州は、最貧困ではないが、約 40% が貧困ライン以下。
- 2005 年半ばに世帯レベルのベースライン調査を実施。主な内容は、母子保健、予防接種、栄養、妊産婦の保健サービス利用について。

- ・コントラクティングに関し、Provincial Monitoring Team を結成してサービスの質を査定している。今のところ、個人的なえこひいき等はなくうまく機能している。BTC という第三者の存在が大きいかもしれない。
- ・コントラクティングや HEF を導入したことにより、患者の数が増加し、それに伴い収入も増加している。ベッド稼働率も 90%以上となっている。モニタリングで明らかになった病院の主な問題点は、診断ミスと過剰な投薬指示である。
- ・技術的な研修のリソースとしては、NMCHC (RH 医師・助産師、HC 助産師)、RACHA (MPA レベルでの LSS 研修)、NIPH (病院運営、保健サービス強化) がある。国立センターは末端までのモニタリング・スーパービジョンを行っておらず、保健省からスーパービジョン費用に対する支援も少ない。  
州内の研修病院としては、Chamkar Leu 病院、Memot 病院がある。前者は患者数が増加中であり、後者は非常にパフォーマンスの良い病院である。

面談機関	面談日時	面談場所
コンポンチャム州 Srey Santhor OD	2/21 10:00～12:00	OD Srey Santhor
面談者	ポジション	収集資料
Dr. Pra Ruos Dr.Kury Chiev	Director Vice Director	プレゼン資料

- ・OD の中に RH 1 つ、HC13 あるが HC のうち建物があるのは 5 つだけで、建物のない HC は巡回診療を行っている。RH での分娩はハイリスクなケースだけなので月 10 件以下、手術が必要な場合はプノンペン病院まで行く。
- ・Health Center Management Committee は村の委員会と HC スタッフが住民の保健サービスへの不満を聞き取り HC へ伝えたり、改善策を議論したり、女性に妊娠・出産に関する基礎知識を伝えたりしている。
- ・OD の MCH ユニットがリードして、OD 内の保健スタッフの職種別会合が行われており、助産師も毎月会議を行っている。
- ・住民が自宅分娩を好むのは、古くからの慣習であるという以外に、自宅分娩のほうが助産師も副業として現金収入が得られるという要因もある。

面談機関	面談日時	面談場所
SHARE	2/21 14:00～15:00	OD Srey Santhor
面談者	ポジション	収集資料
SHARE が支援する保健ボランティア		SHARE 活動紹介資料
保健ボランティア 12 人を、調査団が 2 つに分かれてグループインタビュー		

- ・SHARE が支援する保健ボランティア (Village Health Supporting Group) は 2003 年から、各コミュニティで男女 1 人ずつ選出されるようになった。自薦・他薦さまざまだが、村の名誉職的立場の人が選ばれることが多いため年配者で保健の知識はない人が多い。選出された後に受ける研修では予防接種の効果など HC の保健サービスの内容だけでなく、住民とのコミュニケーションスキルなども学んでいる。地域住民の保健状況を把握し、予防接種や産前検診等について知識の普及を行うことが主な仕事。

- ・病気になっても HC を利用しない人が以前は多かった理由は、HC が午前中しか開いていない、行っても病気が治らない、仕事を休めない、病気の家族を遠くの HC まで連れて行くのが困難、といったことだった。HC へ行こうとしない患者に対しては、何度も説得して、なるべく多くの住民が、予防接種や産前検診などの HC のサービスを利用できるよう努力している。
- ・保健ボランティアになろうと思った理由は、村の人たちに健康について注意を持ってもらいたいし、この活動が貧困削減に役立つと思うから。また、自分が村人に保健の知識を伝えることによって、村人が知識を得てサービスを利用する人が増えるのが何より嬉しい。
- ・HC のサービスが最近改善されつつあることと、保健ボランティアの活動が住民に浸透してきたことがあいまって、住民の HC 利用は確実に増えている。2002 年には HC で予防接種を行っても参加者がとても少なかったが、最近では出産後 5 日以内に新生児の予防接種に連れてくるようになったり、産前検診の利用者が増えたり、母乳の必要性を理解する母親が増えたり、といった効果が出ている。それでも HC によっては待ち時間がとても長いことなどへの住民の不満はまだ解消されておらず、特に年配者は村にいる Traditional healer を好んで利用する人が多い。民間クリニックへ行っても病気が治らない患者がいれば、HC へ行くよう根気強く説得するなど、努力している。
- ・活動していく上で困難な点は、HC へ行く際の交通費が出ない HC が多いこと (User fee 収入から補填できる場合もある)、村の中で予防接種のお知らせなどをしてまわるときも、交通手段がないので歩いて回らざるを得ないので、自転車があればうれしい。デング熱、HIV/AIDS などに関する村の人たちの保健知識が限られていることも活動の障害になる。
- ・村では、TBA の方が費用が安いからという理由で TBA 介助で自宅で出産する人が多いが、HC の助産師のほうが衛生的なので助産師を選ぶ人も増え始めている。

面談機関	面談日時	面談場所
バットンバン RTC	2/22 14:00~15:30	RTC
面談者	ポジション	収集資料
Ms. San Phallim	Vice Director	なし
Mr. Chay Ruos	Vice Director	

- ・当 RTC での研修コースは、看護師コース 3 年 + 助産師 (Secondary Midwife) 1 年、Primary Midwife の 1 年のコース、その他 4 ヶ月コース。スタッフ数は 40 名 (うち医師 2、薬剤師 2、準薬剤師 1、看護師 17、助産師 11、歯科看護師 3、ラボ 1、その他 3) 学生数は合計 254 名 (1 年生 : 80、2 年生 : 49、3 年生 : 31、1Yr MW 1 年コース : 9、Primary Ns : 29、Primary MW : 54、4 ヶ月コース : 12)。
- ・実習は、RTC 内の教室、4 つの RH (バットンバン、ポーサック、モーリセイ、バンテミンチェイ)、5 つの HC、コミュニティーで行っている。HC やコミュニティーでは、ANC、Birth Spacing、PNC、STD、EPI 等について学ぶ。分娩の実習は RH のみ。実習計画は、PHD を通して OD に届け、そこから RH や HC に紹介してもらう。
- ・RH での実習においては、RH 内にインストラクターを決めてもらい、学生が行く前に RTC と RH でミーティングを行っている。RTC からも講師が 1 名スーパーバイズに行っている。実習後は、RH のインストラクターが学生を評価し、評価シートに記入する。
- ・3 年間の看護師コースの後 1 年間の Secondary Midwife のコースは、割り当ては 20 名分あるのに学生は 9 名しかいない。その理由は、生活のために 3 年のコースを終えた時点ですぐ働きたいから。

今いる9名のうち、6名はそのまま進学、3名はいったん看護師として働いてから学生に戻った。出身地は、バットンバンが6名、バンテミンチェイが2名、シェムリアップ1名。

- なお、1年間の Primary Midwife コースの現在の学生数は60名。助産師の卒業後の進路は、RTC、PHD (HC 含む)、NGO 等であり、卒業後は大体就職はできている。
- RTC の予算については、PHD 経由で来る。大体2・3ヶ月遅れてくる。
- RTC の講師たちは、今も Private Clinic で働いている人も多い。

面談機関	面談日時	面談場所
バットンバン RH	2/22 15:00~16:00	RH
面談者	ポジション	収集資料
Dr. Ngo Sitthy	Director	病院活動記録

- 病床数は270 (うち結核50床)、診療科は内科、産科、婦人科、小児科、外科、耳鼻科、眼科、歯科、皮膚科、精神科、薬剤、ラボ、HIV。職員数286人のうち医師32人、准医師16人。分娩150例/月、帝王切開30例/月。MW69人(うち20人が産科で勤務、バットンバン RTC の卒業生多い)。
- ドナーの活動：①Life saving skill の研修は RACHA によるものを継続中 (6人研修生に6人のトレーナー)、②URC が今年活動予定、③JICA から機材、④フランスやアメリカなどの住民による病棟塗り替え。RACHA、NMCHC (JICA) などドナーが研修を受け入れてくれている。
- RTC から学生を受け入れており (50人をグループに分けて病棟に、1週間の研修)、RTC から講師に費用が支払われる (病棟主任が多く取れる)。
- トレーナーとして、コンポットに人員を送っている (PMTCT に関し FHI を通して)。PMTCT は2005年に UNICEF のパイロットとして開始 (USCDC は入っていない)。300人 HIV+/月。
- Labo には JOCV が入っており、CD4 も測れる。
- User fee+Exemption を実施中 (ADB による支援、Equity Fund なし)
- 予算は、PHD→OD→RH へと来る。申請した100%は来ず、30-40%くらい。
- 院長は JICA 研修で、聖マリア病院の病院マネジメント研修に参加している。

面談機関	面談日時	面談場所
バットンバン州 USAID 支援の NGO	2/23 8:30~10:20	
面談者	ポジション	収集資料
Ms.Nisachon Bubpa Ms.Louk Chan Tha Mr. Sou Sanith	FHI, Program Coordinator FHI, Care & Support Officer KHANA, HBC Coordinator	なし
調査団 (鈴木、笹田)		

- KHANA は全国24州のうち17州でエイズ患者の home-based care のネットワークを形成し活動を展開している。バットンバンでは KHANA が入る以前に5つのローカル NGO が home-based care を行っていたが、KHANA が研修を行うことで現在は NGO の数が17に増えた。
- バットンバン州内の HIV/AIDS 患者は約3000人おり、VCCT で HIV 陽性と出た患者についてはまず RH の担当部署に報告し病院で ARV の処方などをする一方、HC にいる home-based care のチームと連携しながら治療している。以前とくらべ、患者の stigma や患者への差別はずいぶん減ってきて、患者自身が HIV であることを隠さなくなり、継続して治療を受けに来るようになった。



- NCHAD がバットンバン州での活動を他州へモデルとして伝えるため、NGO スタッフをコンポンチャムなどへ送って経験を話したり、ベトナムやウガンダなど外国からも視察団がよく来る。
- USAID は財政支援だけで技術面での支援は特にないが、資金面では十分に支援してもらっている。
- 僻地で働く保健スタッフを増やすには、給与を増やす、あるいは准助産師に継続的に研修を行って助産師レベルまで技能を高める、といった努力が必要ではないか。

面談機関	面談日時	面談場所
バットンバン州 Svay Por HC	2/23 10:20~11:20	Svay Por HC
面談者	ポジション	収集資料
Dr. Youa. Pov	院長	HC 活動記録

- この HC は以前、州の MCH クリニックだったところで、現在は職員 23 名（うち医師 1 名、助産師 14 名、看護師 1 名）、母子保健関連の活動としては予防接種、ANC、PNC、家族計画、STI、結核、PMTCT を行っている。診療圏人口は 3 万 3281 人。助産師数は多いが、夜間のセキュリティが良くないこともあり、HC では分娩は行わず、民間クリニックや自宅で助産師が分娩介助している。User Fee は導入済みだが、Equity fund はきていない。
- 母親学級では衛生、栄養、安全な出産、予防接種、鉄剤処方、PMTCT など 8 つの内容を教えており、NMCHC で研修を受けたカウンセラーにより実施されている。PMTCT のカウンセリング室は 3 つある。
- 2 階で Birth Spacing と STI を行っており、注射による避妊（1 回 1000Riel）が最も人気がある。STI では HIV の基本情報のみ提供しているが、担当者は感染予防についてここの RH で研修を受け、州の HIV/AIDS オフィスでエイズ研修も受けている。
- Institute of Public Health が作成した患者報告記録用のシートで患者記録をつけており、まとめて PHD に提出する。

面談機関	面談日時	面談場所
NMCHC PMTCT プログラム	2/22 15:00~16:00	NMCHC
面談者	ポジション	収集資料
Dr Rany	Program Manager	

#### 現在の PMTCT のカバー状況

- 現在、PMTCT を提供しているサイトは 43 サイトとなっている。Global fund 19OD, UNICEF 19 site, Care 5 site、他 FHI などが支援している。PMTCT plus や PMTCT OD と表現する際は、PMTCT のみならず、OD に、ART、home base care、日和見感染治療などの他の HIVAIDS サービスが伴っている OD を指す。PMTCT サービスのみが存在するところは、PMTCT site と呼んでいる。

#### パートナーとの関係

- PMTCT TWG にて、調整はしているものの、パートナーによっては、独自にことをすすめてしまう事もあり、コントロールしにくいことが課題である。たとえば、French cooperation は、コンポンチャム RH 内にある、Boeng Kok HC の PMTCT への支援（スタッフへの per diem 含む）を終了してしまっただけ、PMTCT サービスの質が保てずにおり、他のパートナーに支援をするよう探しているが、見つからない。こういった突然の支援の終了は、PMTCT サービスの質への影響が大きいので、はじ

めから、何年間支援するのかなど、明確にして支援を開始してほしいと思っているが、現実には、パートナーが自らの利益を考えて動くこともあり、調整は難しい。カンボジアのことを考えていないと感ずることがある。

- どういった JICA の支援が行われるかについて早く知りたいし、明確にしてほしい。PMTCT のプログラムマネージャーとして、多忙であり、地方の PMTCT サイト、現場を見に行ったことがない。今後の JICA の支援の下、PMTCT と母子保健のリンクを目指すといった活動が存在する場合、それに PMTCT プログラムとして協力し地方視察等に参加することは行えると考えている。ただし、Global Fund がプログラムを支援しており、お金に困っているわけではない。PMTCT カウンセラーは地方視察にいつている。自分が地方にいけないのは、プログラムの中央の活動が多忙すぎて時間がないためである。Global Fund の予算で、アシスタントを雇うなどして自分が地方視察にいけるようになるなどしていきたい。
- 自分は、PMTCT は、母子保健の一部であると考えている。すでに CPA カリキュラムに PMTCT コンポーネントが入ることは合意されている。

PMTCT が一般のヘルススタッフ、特に MW に周知されていない問題

- HC の MW が近くに PMTCT サイトが存在するにもかかわらず、PMTCT について知らないという実情に関しては、PMTCT プログラムとしては、今後、HC のすべてのスタッフを対象とした、カウンセリングカリキュラムを作成し、全職員を対象に PMTCT カウンセリングができるようにする仕組みを作っていくたい。ただし、これらすべてのスタッフを NMCHC に呼ぶのではなく、あくまでキーとなるスタッフに TOT を行い、そのスタッフが地方で PMTCT カウンセリングを教える形としたい。(面談者注：ただしこのアイデアがどれだけプログラム内、もしくは PMTCT TWG で合意を得ているのかは不明であり、Dr. Rany 個人の考えである可能性もある。)

面談機関	面談日時	面談場所
保健省	2/24 8:00~9:00	MOH
面談者	ポジション	収集資料
Prof. Sann Chan Soeung	Deputy Director General for Health	なし
調査団 (明石、花田、小原、笹田)		

- JICA は医療技術者育成プロジェクトで TSMC を中心に人材育成の支援を行っているが、地方の研修キャパシティはとて小く質もまだ低い。コンポンチャムやコンボートの RTC は、地理的にも他州から学生が集まりやすいのでまだいいが、全般に RTC はトレーニング技術をもっと向上させる必要があり、そのためには RH の強化も必要だろう。講師の意欲をどう向上させるかも大きな課題である。
- 保健セクター改革のスピードは遅く、HC は全国で見るとまだ機能していない所も多い。一時 24 時間サービスを提供していた HC がその体制を維持できず、午前中だけ開業するようになってしまったり、HC 全体のサービスを強化しそれを維持するのは難しい。
- 最近、政府は HC を新規に建設しているが、建物の面積が小さすぎて夜間分娩に対応するための宿泊場所や、産後ケアをする場所がない。助産師は給与が安く TBA との競争が激しい、夜間 HC には電気がないため、女性が勤務するにはセキュリティの問題がある、といった様々な問題があり、どうしたら保健スタッフをやる気にさせられるかを考える必要がある。

- 保健スタッフの意欲を高めるには、お金をあげるだけではダメで、HC のチーフが職員全員に気を配りお互いのサービスの情報・技能を共有したり、行政がきちんとサポートするなど、金銭面以外の要因が大切なので、開発調査でその点を調査してもいいのではないかと。NGO は支援のしやすい HC のみを勝手に1～2ヶ所選んで活動するが、それでは全体の HC の能力強化にはなかなかつながらない。
- 開発調査で地域を選ぶ場合、1つの州の中のすべての RH を対象にするほうがいい。RTC は保健省管轄であり、MCH 全体を考えるうえではあまり重要でない。RTC のある4地域では、ストウントゥレンは国全体を代表する地域ではないので、コンポンチャムかバットアンバンがいいのではないかと。

## 7. 事前評価表

### 事業事前評価表（開発調査）

作成日：平成 18年 4月 19日

担当部署：カンボジア事務所

人間開発部第四グループ

1. 案件名
カンボジア 母子保健向上のための調査
2. 協力概要
<p>(1) 事業の目的</p> <p>カンボジア全国、特に地方部における安全な母性にかかるサービスの改善について、保健医療従事者・行政官の能力向上に重点を置いた計画を策定する。</p> <p>(2) 調査期間</p> <p>2006年5月～2007年4月（12ヶ月）</p> <p>(3) 総調査費用</p> <p>1.0億円（概算）</p> <p>(4) 協力相手先機関</p> <p>保健省</p> <p>(5) 計画の対象（対象分野、対象規模等）</p> <p>(a)調査対象：カンボジア全国（ただしフィールド調査はコンポンチャム州にて実施）</p> <p>(b)技術移転の対象：保健省、州および保健行政区レベルの保健局職員、保健医療従事者</p>
3. 協力の必要性・位置付け
<p>(1) 現状及び問題点</p> <p>カンボジア国（面積 181,035km<sup>2</sup> 人口 1,309万人、1人当たり GDP\$269、経済財務省統計 2002）は、20年にわたる政治的混乱と紛争を経験した後、1991年のパリ和平協定を受け民主国家として歩み始め、現在は政治的安定と経済の回復により社会は安定化の方向にあるものの、内戦時に医療設備・人的資源とも壊滅状態にあったため、保健医療の基礎的サービスへのアクセスはいまだ十分とはいえない状況にある。結果として妊産婦死亡率、乳児死亡率、平均余命、識字率といった社会指標は近隣諸国の中で最低の水準のままとなっている。</p> <p>母子保健分野はカ国保健セクターにおいても最重要分野として位置付けられており、JICAは母子保健分野での人材育成が急務であるとし1995年から母子保健プロジェクトを開始した。以降10年にわたり国立母子保健センターを通じて人材育成の政策支援、研修機能強化、病院機能強化、HIV母子感染予防プログラム等の母子保健関連のナショナルプログラムの実施推進などに努め、特に国全体で不足が著しい助産師については、UNFPA、GTZなど他機関とも連携しつつカリキュラム強化、病院実習の強化に取り組んだ。</p> <p>これらの協力は一定の成果を上げ、特に国立母子保健センターのトップリファラル病院および研修センターとしての機能は十分に強化されたが、その効果はいまだ局地的で、全土を量的にカバーするには現在の研修制度では制約がある。また、人材育成以外にも、サービスへのア</p>

クセス、保健行政の運営能力、施設・機材の整備など改善すべき課題が多く、首都と地方の保健サービスの格差が質量ともに大きいことから包括的に問題解決のアプローチを見いだす必要がある。

このような背景のもと、特に地方部での母子保健水準を向上させるための具体的戦略を策定し、なおかつ内戦後の復興期から長期的な開発期に移行している中で、日本が果たすべき役割について再検討することが必要となっている。

#### (2) 相手国政府国家政策上の位置づけ

カンボジア政府による「国家戦略開発計画(NSDP)2006-2010」において、保健医療は貧困削減に資するという面からも主要セクターと位置付けられており、カンボジア・ミレニアム開発目標 (CMDGs) においても、乳幼児の死亡率低下と妊産婦の健康改善は重点目標とされている。また、保健省による「保健セクター戦略計画(HSP)2003-2007」においても、母子保健は最優先課題として取り上げられている。

#### (3) 他国機関の関連事業との整合性

カ国保健セクターにおいては、セクターワイドマネジメントにより、保健省や各開発パートナーとの情報交換・協調が進んでおり、それぞれの活動が競合するというより相互補完的に実施されている。また、効果が発現するまでに時間のかかる人材育成分野に注力する援助機関は多くない。2006年に実施される「保健セクター戦略計画」の中間レビューへも各援助機関の参加が想定されており、本件調査のアウトプットから、JICA が地方での人材育成に関して提言することは、保健省や他の開発パートナーから強く期待されている。

#### (4) 我が国援助政策との関連、JICA 国別事業実施計画上の位置づけ

保健医療は、日本政府の対カンボジア援助方針の重点課題の1つであり、JICA 国別事業実施計画においても、保健医療の充実は重点分野と位置付けられている。人・組織・制度の強化を通じて母子保健サービスの向上を支援する本件は、人的基盤および行政機能強化といった面からも、広く我が国の援助政策に合致する。

### 4. 協力の枠組み

#### (1) 調査項目

- ア. 保健セクター全般に関する現状分析 (既存資料レビュー)
- イ. コンポンチャム州でのフィールド調査 (2次データ活用+1次データ収集)
  - (ア) 地方保健行政の現状、マネジメント能力
  - (イ) 保健医療従事者の資質、配置、勤務環境
  - (ウ) 病院、保健センターでの母子保健サービスの現状
  - (エ) 母親の保健サービスへのニーズ
- ウ. 地方部における母子保健サービス改善のための評価・分析 (複数州での1次データ収集)
  - (ア) 母子保健プロジェクト研修事業の地方部での効果と阻害要因
  - (イ) 地方部での看護学校(RTC)及びリファラル病院等での研修実施能力
  - (ウ) 医療特別機材案件のレビュー
- エ. 課題・制約要因の抽出・分析に基づく基本戦略の策定

母子保健サービスの改善に必要な(ア)個人(保健医療従事者、行政官)、(イ)組織、(ウ)制度・社会システム、の各レベルにおける能力向上(キャパシティ・デベロップメント)・勤務環境改善のための戦略を策定する

オ. 改善計画策定

母子保健に係わる保健医療従事者・行政官が、地方において能力を発揮でき、政府系保健医療機関で働き続けるための仕組みに関して、中長期的視点から、最適な改善策を策定する。またカ国の次期「保健セクター戦略計画 2008～」への提言も行う。

カ. JICA/日本の保健分野の協力プログラム策定

キ. 技術協力プロジェクト「HIV 母子感染予防プロジェクト(採択名)」に関する詳細計画策定

(2) アウトプット(成果)

(a) 計画策定: 地方部における母子保健サービス向上のための改善策、次期保健セクター戦略計画への提言、JICA の保健分野の協力プログラム、技術協力プロジェクト詳細計画

(b) 技術移転: 現状分析、課題抽出、計画策定能力の向上

(3) インプット(投入): 以下の投入による調査の実施

(a) コンサルタント主要分野

総括/保健政策、保健行政・財政・マネジメント、人材育成、母子保健サービス

(b) その他 研修員受入れ

セミナー・ワークショップの開催

5. 協力終了後に達成が期待される目標

(1) 提案計画の活用目標

策定された改善策が保健省および州・地区レベル保健局、政府系保健医療機関において基本計画として取り入れられ、実施される。

(2) 活用による達成目標

(a) 母子保健サービスに係る地方保健行政官・保健医療従事者の能力が向上する。

(b) 母子保健サービスに係る制度が改善される。

(c) 地方部において母子保健関連のサービスが向上する

6. 外部要因

(1) 協力相手国内の事情

(a) 政策的要因: 政権交代等に起因する政策変更による提案事業の優先度の低下

(b) 行政的要因: 保健省内の人事制度・給与規定の変化による計画前提条件の変化

(c) 経済的要因: 急激な経済状況の悪化に伴う計画前提条件の変化

(d) 社会的要因: 社会情勢の変化やそれによる治安の急激な悪化

<p>(2) 関連プロジェクトの遅れ 特になし</p>
<p>7. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮 (注)</p> <p>カンボジアでは人口の約35%が貧困層といわれており、本件では特に貧困層の多い地方・僻地での母子保健サービスのアクセスを改善し、公平で良質なサービスを提供することに重点を置いている。</p>
<p>8. 過去の類似案件からの教訓の活用 (注)</p> <p>改善計画の策定に当たっては、カンボジア側が実施可能な内容となるよう留意し、本開発調査終了後は計画策定で終わらずに具体的な実施に結びつけられるよう配慮を行う。</p>
<p>9. 今後の評価計画</p> <p>(1) 事後評価に用いる指標</p> <p>(a) 活用の進捗度</p> <p>地方部で保健行政官・保健医療従事者の能力が向上したか 個人・組織・制度の各レベルで、能力が発揮できる仕組みが機能しているか 地方部で母子保健サービスが向上したか</p> <p>(b) 活用による達成目標の指標 (いずれも主に母子保健サービスに関して)</p> <p>計画策定状況及びその質 (実施可能性、予算配分との関係等) 予算配分及び執行状況 保健医療従事者に対する指導・監督・研修制度及びその実施状況 公的サービス利用者数 (妊産婦健診受診率、専門職の介助による分娩数等) 及び満足度 地方における保健医療従事者数、定着率、及び仕事に対する満足度等</p> <p>(2) 上記(a)および(b)を評価する方法および時期 調査終了3年後以降に評価を実施する</p>

(注) 調査にあたっての配慮事項

