

**カンボジア国
地域における母子保健サービス向上
プロジェクト
事前評価調査・実施協議報告書**

**平成19年1月
(2007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、復興後の保健医療人材の欠如が重大な課題となっている。

独立行政法人国際協力機構（JICA）は、1995年から開始された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、国立母子保健センターを拠点として人材育成支援に努めてきた。特に、2000年から2005年にかけて行われたフェーズ2の協力においては、地方の人材育成に焦点をあてた研修を母子保健センターで実施し、地方の母子保健サービスの向上に寄与してきた。

しかしながら、地域レベルで母子保健サービスの向上をさらに推し進めていくためには、熟練助産師の育成のみならず、それを支援する体制や行政の強化を含めたより包括的な取り組みが必要とされている。

このような背景のもと、カンボジア王国政府は、地域レベルでの母子保健サービスを向上させるための技術協力プロジェクトの実施を我が国に要請してきた。

これを受けてJICAは、2006年10月に事前評価調査団を派遣し、カンボジア王国政府およ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、事前評価調査およびその後の実施協議の結果を取りまとめたものであり、今後のプロジェクトの展開に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19年1月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部

部長 菊地 文夫

目 次

序 文
目 次
略語表
地 図
写 真

事業事前評価表

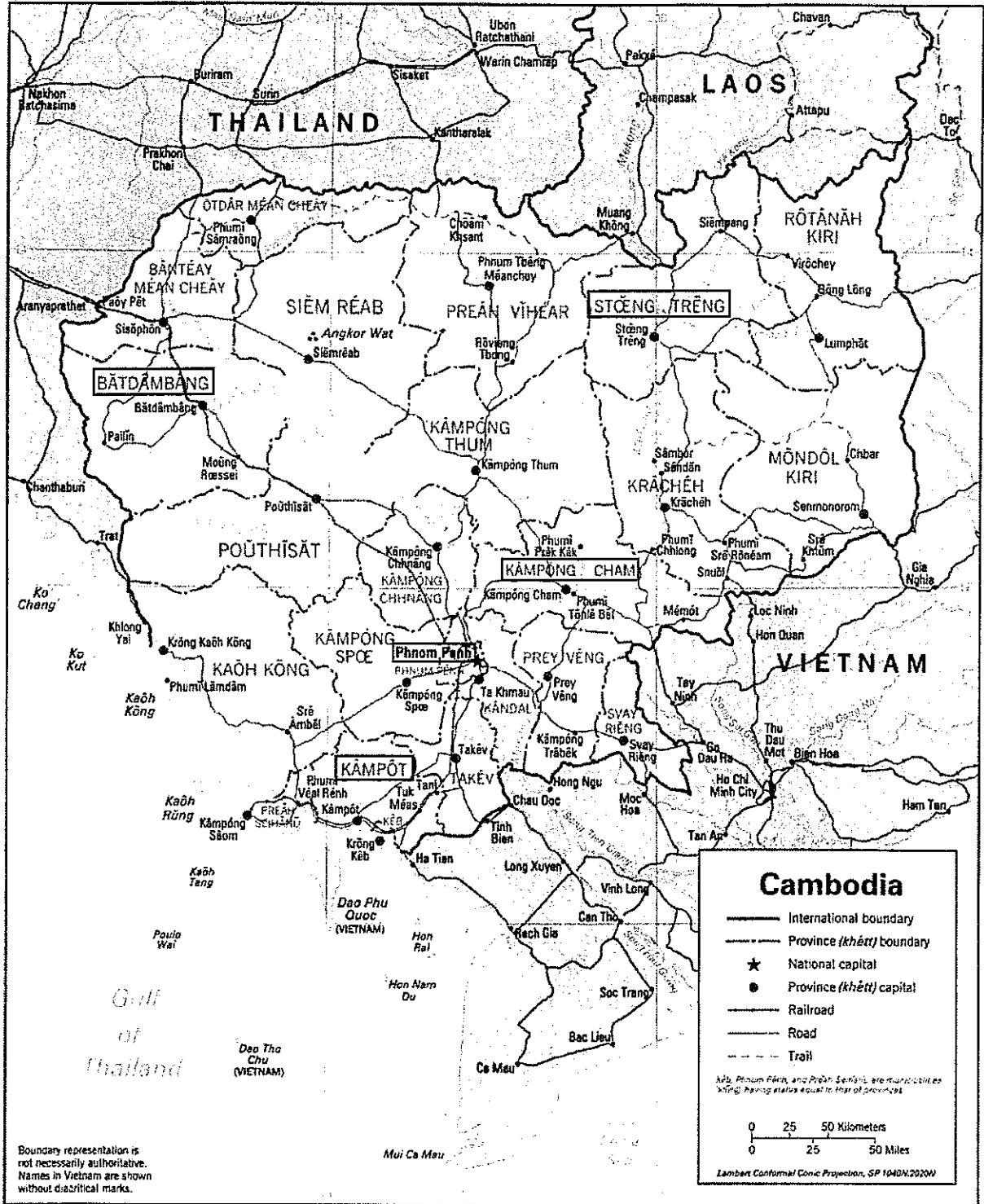
第1章 事前評価調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団構成	1
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	3
第2章 事前評価調査結果	5
2-1 総 括	5
2-2 協議結果概要	6
2-3 母子保健分野の現状と課題	10
2-4 プロジェクト戦略	27
2-5 今後に向けた課題と提言	33
第3章 実施協議の経緯および結果	35
3-1 実施協議の経緯	35
3-2 実施協議結果	35
付属資料	
1. 主要面談記録	39
2. ワークショップ結果	53
3. 事前評価調査議事録 (Minutes of Meetings)	69
4. 討議議事録 (Record of Discussions)	79
5. 実施協議議事録 (Minutes of Meetings)	101

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
CDC	Council for the Development of Cambodia	カンボジア開発評議会
CIDA	Canadian International Development Agency	カナダ国際協力庁
CMDGs	Cambodia Millennium Development Goals	カンボジアミレニアム開発目標
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
EmOC	Emergency Obstetric Care	緊急産科ケア
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit	ドイツ技術協力公社
HC	Health Center	ヘルスセンター
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
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
M/M	Minutes of Meetings	協議議事録
MMR	Maternal Mortality Rate	妊産婦死亡率
MOH	Ministry of Health	保健省
MPA	Minimum Package of Activities	基本サービスパッケージ
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
PCM	Project Cycle Management	プロジェクトサイクルマネジメント
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
R/D	Record of Discussions	討議議事録
RH	Referral Hospital	リファラル病院
RTC	Regional Training Center	地方看護学校
SBA	Skilled Birth Attendant	熟練助産者
SWiM	Sector-Wide Management	セクターワイドマネージメント
SWOT	Strength, Weakness, Opportunity, Threat	
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
TSMC	Technical School for Medical Care	国立医療技術学校
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations 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

VHV	Village Health Volunteer	村落保健ボランティア
WB	World Bank	世界銀行
WHO	World Health Organization	世界保健機関

地図：カンボジア王国

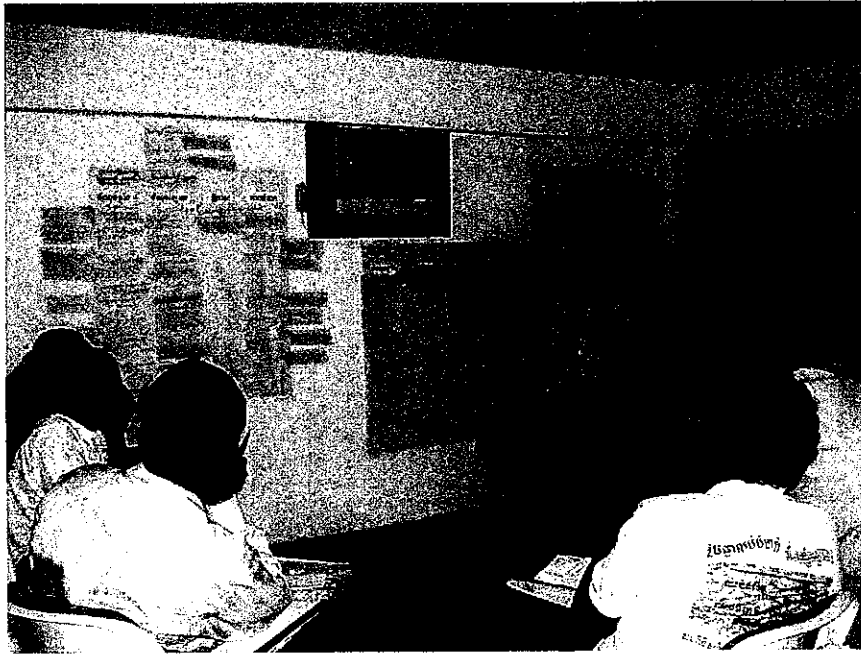




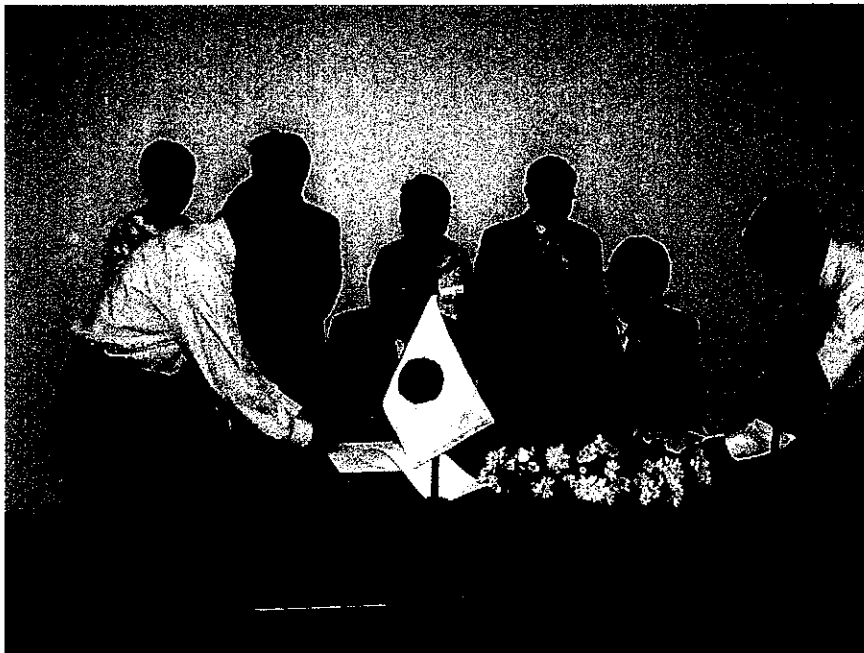
コンポンチャム州のヘルスセンター (Meanchey Health Center)



リファラル病院の助産師の聞き取り調査



問題分析ワークショップ



ミニッツ署名

事業事前評価表

1. 案件名

「カンボジア国地域における母子保健サービス向上プロジェクト」

2. 協力概要

(1) プロジェクト目標とアウトプットを中心とした概要の記述

カンボジア王国（以下、「カンボジア」と記す）の保健セクターにおいては、地方部の熟練助産者（Skilled Birth Attendant : SBA、医師、助産師、助産にかかわる看護師を含む）の数および技術力の不足が緊急的な課題となっている。この課題に対処するため、特にヘルスセンター（Health Center : HC）の助産師を中心とするSBAに対して、保健行政からの支援やコミュニティとの協働を強化することで、SBAを支援するチームワークを強化し、母子保健サービスを向上することが求められている。

本プロジェクトは、SBAによる地域の安全な妊娠・出産・新生児ケアを効果的に支援する保健行政の支援モデル、コミュニティとの協働モデルを形成し、そのモデルを政策レベルに対してフィードバックし、国家プログラムに反映させることを目的とする。

(2) 協力期間

2007年1月～2009年12月（3年間）

(3) 協力総額（日本側）

2.3億円（予定）

(4) 協力相手先機関

カンボジア保健省

(5) 国内協力機関

国立国際医療センター

(6) 裨益対象者および規模、等

1) 直接裨益者

a) 中央レベル：保健省、国立母子保健センター（National Maternal and Child Health Center : NMCHC）のスタッフ（約1,000人）

b) 地方レベル：コンポンチャム州の保健行政官、保健医療従事者（約1,200人）
モデルサイト*住民（特に妊娠可能年齢の女性および新生児・乳児：各約15,000人）

2) 間接裨益者

カンボジア全土の妊娠可能年齢の女性および新生児・乳児（各約45万人）

*本プロジェクトにおいては、カンボジア全国を対象とするが、モデルサイトとして、プロジェクト開始後にコンポンチャム州内より3から4つの保健行政区（Operational District : OD）を選定することとする。

3. 協力の必要性・位置付け

(1) カンボジア母子保健の現状・課題

「第一次社会経済開発計画1996-2000」(SEDP I)では保健医療セクターの強化が重要課題としてあげられ、「保健セクター戦略計画」[Health Sector Strategic Plan (HSP) 2003-2007]、「保健セクター支援プロジェクト」[Health Sector Support Project (HSSP) 2003-2007]などで女性や子どもを対象にした母子保健分野は優先的な活動分野になっている。

保健医療の全般的な水準は過去10年間にかなり改善してきており、母子保健についても1999年に125/1,000出生だった乳児死亡率(IMR)が、2005年には65/1,000出生となった。他方、妊産婦死亡比(MMR)は依然として高く、助産師不足や保健医療へのアクセスに関する地域格差が大きいことなど、改善すべき点は多い。

表 CMDGsの主な保健関連数値目標

	1998年 実績値	2005年		2015年 目標
		目標値	実績値	
5歳未満児死亡率(出生1000対)	124	105	83	65
乳児死亡率(出生1000対)	95	75	65	50
妊産婦死亡率(出生10万対)	437(*1)	343	473	140
合計特殊出生率	4	3.8	3.4	3.0
専門技能者による介助分娩比率(%)	32(*2)	60	43.8	80
避妊普及率(%)	18.5(*2)	30	27	60
産前検診参加(2回以上)者比率(%)	30.5(*2)	60	47	90

*1:1997年実績値、*2:2000年実績値
出典:Demographic Health Survey 2005

特に、地方における助産師の不足は深刻化しており、17.5%のヘルスセンターに助産師が配置されず、今後5年間で定年退職を迎える助産師が全体の3割を超えることから、早急な対策が求められている。准助産師の速成コース(1年)が2006年1月から開始されているが、実際に卒後にどの程度の質の母子保健サービスが提供できるかは未知数であり、行政、コミュニティなど多方面からの支援が必要になってくる。特に、改善すべき課題は、次のとおりである。

- 1) 州保健局(Provincial Health Department: PHD)/ODによるSBAへの支援体制の強化
- 2) 地域コミュニティとヘルスセンターなどのSBAとの連携強化
- 3) 地域のニーズに合致した国立母子保健センター研修プログラムの改善
- 4) 母子保健プログラムに関する計画立案能力強化と保健行政強化

(2) 母子保健に関するJICAの現在までの協力

日本政府は1992年3月から3年間にわたり、カンボジア保健省に医療アドバイザーを派遣し、他機関からの支援が少ない母子保健分野での技術協力と無償資金協力による新しい国立母子保健センター施設の建設を決定した。これを受けて同センターの管理・運営能力、研修活動、診断・治療水準の向上を目的とする「母子保健プロジェクト(フェーズ1)」が1995年から2000年に実施され、1997年4月には無償資金協力により国立母子保健センターが建設された。

フェーズ1の協力により国立母子保健センターの運営管理能力が向上し、その成果が高

く評価された。しかし、国立母子保健センターを拠点とし、人材育成を中心とした母子保健政策を全国展開していくには、さらに支援が必須であったため、新たに母子保健改善のための地方における人材育成強化をプロジェクト目標としたフェーズ2の協力が、2000年4月より5年間の協力期間で実施された。

フェーズ2の終了時には、地方における母子保健分野の人材育成に関し一定の成果が確認されたが、国立母子保健センターを拠点とした活動の地方展開については自ずと限界があり、地域レベルでの母子保健サービス強化を行うためには人材育成に加え、地方の保健行政やサービスの改善を地域レベルで行っていくことが重要であると認識された。また、HIV母子感染予防〔母から子へのエイズ感染予防対策（Prevention of Mother to Child Transmission of HIV : PMTCT）〕に関する施策の脆弱さが指摘された。

このような背景のもと、今後地域レベルでの母子保健サービス強化に向けてどのように取り組むか、今後の政策内容の見直しも必要な時期にきているとの認識から、2006年5月より開発調査「母子保健向上のための調査」が開始され、今後の母子保健向上のための提言および具体的な活動計画について策定することとした。本プロジェクトの詳細計画についても上記開発調査の内容を踏まえて策定するとともに、同調査の結果をプロジェクトの活動内容に反映させることを予定している。

4. 協力の枠組み

〔主な項目〕

(1) 協力の目標（アウトカム）

1) 協力終了時の達成目標（プロジェクト目標）と指標・目標値

a) プロジェクト目標

モデル・サイトの妊娠・出産・新生児ケアサービスが向上し、それが地域モデル(行政による支援モデルとコミュニティの協働モデル)として国家プログラムに反映される

b) 指標・目標値

- ・モデル・サイトにおいて登録された出産数
- ・モデル・サイトにおけるSBAによる出産介助の数
- ・モデル・サイトにおけるSBAによる妊産婦健診の数
- ・プロジェクトの経験が国家プログラムに反映された数

2) 協力終了後に達成が期待される目標（上位目標）と指標・目標値

a) 上位目標

カンボジアにおけるSBAによる質の高い妊娠・出産・新生児ケアサービスの利用が増加する

b) 指標・目標値

- ・SBAの立会いによる出産の割合
- ・妊産婦健診受診数と率

(2) 成果（アウトプット）および活動、指標

1) 成果1

ヘルスセンター（HC）に配置されるSBAを支援するためのチームワークが向上する

〔活動〕

- 0-1 コンポンチャム州のモデル・サイトとなるODを選定するために現状をレビューする

0-2 モデル・サイトを選定する

1-1 全国のモニタリング方法のレビュー（活動2-1）とモデル・サイトにおける関係者分析（活動3-2）との結果をもとに、NMCHCがチームワーク強化研修カリキュラムを作成する

1-2 研修実施体制を整える

1-3 モデル・サイトにおいて母子保健サービス強化をチームで取り組むための研修をSBA並び関係者（PHD/RTC/OD/RH/HC）を対象に実施する

1-4 PMTCTを含んだ技術面の研修内容を改善し、PHD/RTC/ODレベルにおいて実施する

1-5 成果をモニタリングするため、モデル・サイトにおいてフォローアップワークショップを行う

[指標]

1-1 作成された研修カリキュラムとそれに基づいて実施された研修の数が増加する

1-2 研修後に作成されたアクションプランの数が増加する

2) 成果2

SBA活動を円滑にするための保健行政(PHD/OD)による支援モデルを策定する

[活動]

2-1 PHD/RTC/ODによるHC/RH所属のSBAに対する支援方法（モニタリング方法と現存するチェックリスト）をレビューする

2-2 レビューの結果を活動1-1の研修カリキュラムに反映させる

2-3 研修後にチェックリストなどを活用し、PHD/ODによるHC/RHのSBAsへの支援を強化する

2-4 PHD/ODによるモニタリングに対するNMCHCの支援を強化する

2-5 PHD/RTC/ODによるHC/RHのSBAに対する支援ガイドラインを作成する

[指標]

2-1 PHD/ODによるチェックリストの活用状況が改善される

2-2 SBAが認識するモニタリング内容・質が向上する

2-3 PHD/地方看護学校(RTC)/ODによるHC/RHのSBA支援ガイドラインが作成される

3) 成果3

地域コミュニティにおける母子保健向上のための協働モデルを策定する

[活動]

3-1 全国においてコミュニティ・レベルのグッド・プラクティスをレビューする

3-2 選定されたモデル・サイトにおける関係者分析を行う

3-3 関係者分析の内容を活動1-1の研修カリキュラムに反映させる

3-4 研修後のHCスタッフを中心とし、母子保健のコミュニティ活動を強化する

3-5 HCスタッフとコミュニティによる協働モデルを検証し、モニターする

3-6 協働モデルの事例集を作成する

3-7 モデル・サイトの経験を共有するワークショップを実施する

[指標]

3-1 コミュニティ(伝統的産婆/保健ボランティア)とHCスタッフの関係性が改善する

- 3-2 コミュニティとHCスタッフの協働により新しく生まれた活動の数が増加する
- 3-3 協働モデル事例集が作成される

4) 成果 4

NMCHCが地域の実情を把握し、国家プログラムに反映させる

[活動]

- 4-1 母子保健関連ワーキンググループの活動に参加する
- 4-2 プロジェクトの活動に関して母子保健関係者に報告する
- 4-3 妊産婦死亡・疾病に関する情報を収集する
- 4-4 プロジェクトで作成したガイドライン及び事例集を認定・配布する
- 4-4 SBA支援に関するセミナー会議を開催する

[指標]

- 4-1 母子保健関係者に対する進捗・成果報告数が増加する
- 4-2 プロジェクトの経験を活かしたNMCHCのプロトコル等の変更数が増加する
- 4-3 ガイドラインと事例集が認定される
- 4-4 国家プログラムにより把握された妊産婦の死亡・疾病に関する情報の量と質が向上する

(3) 投入 (インプット)

1) 日本側〔総額2.3億円 (予定)〕

a) 専門家:

- ① 長期専門家: チーフアドバイザー、地域保健、業務調整/研修マネジメント
- ② 短期専門家: 地域保健活動評価、研修計画、助産ケア、新生児ケア、疫学、ほか

b) カウンターパート研修: 本邦研修 (年間3名程度×2年)、技術交換 (年間7名程度)

c) 機材供与 (研修用機材、パソコン等事務機器ほか)

d) 在外事業強化費 (研修実施経費、現地コンサルタント活用費ほか)

2) カンボジア側

a) カウンターパート

b) カウンターパート経費

c) プロジェクト事務所スペース、電気代

(4) 外部要因 (満たされるべき外部条件)

国の保健政策が大幅に変更しない。

5. 評価 5項目による評価結果

以下の視点から評価した結果、本プロジェクトの実施は適当と判断される。

(1) 妥当性

本プロジェクトは以下の理由から妥当性が高いと判断される。

1) カンボジアにおける政策面での妥当性

- ・ 国家開発戦略計画 (National Strategic Development Plan : NSDP) において、保健セクターは重要セクターとなっており、なかでも母子保健分野は、2003年のカンボジアミレニアム開発目標 (Cambodia Millennium Development Goals : CMDGs) 5の指標8においてMMRの削減が重要目標となっているほか、保健セクター戦略計画 [Health Sector

Strategic Plan (HSP) 2003-2007] に助産師強化（人数・質）の必要性が緊急課題としてあげられている。

- ・ 国家リプロダクティブヘルス戦略（National Strategy for Reproductive and Sexual Health in Cambodia）（2006-2010）には、質の高いリプロダクティブヘルスサービスへのアクセス向上のために、SBAの立会いによる分娩の増加を推奨している。

2) 現場ニーズからみた妥当性

- ・ 2005年に行われた人口保健調査（Demographic and Health Survey : DHS）では、都市部と農村地域の保健医療に対するアクセスに大きな格差があることが指摘された。医師の人数は周辺諸国並に増加してきたが、その5割以上がプノンペンなどの都市部に集中している。
- ・ 母子保健に関しては、助産師不足が深刻で、農村地域では今も伝統的産婆が分娩を行っている。妊産婦死亡率が高い原因の一つに、近代的教育を受けていない伝統的産婆による出産介助や産後ケアの誤解があげられており、早急な対策が望まれている。
- ・ 本プロジェクトでは、こうした状況のもとヘルスセンターに配置されている助産師が地域で活動しやすい体勢を整えることを目標にしている。助産師を取り巻く課題解決のためには、保健行政の支援とコミュニティの協力が不可欠であるということが事前評価調査におけるワークショップや開発調査の途中報告において確認されている。

3) 我が国における援助政策面での妥当性

日本の対カンボジア国別援助計画の重点分野の一つに保健医療分野を含む社会的弱者支援があげられている。JICAの対カンボジア国別事業実施計画においても、保健医療の充実を含む社会セクター開発が援助重点分野として掲げられており、なかでも本案件はCMDGs達成に直接貢献する案件としてCMDGs課題対策プログラムに位置づけられる。

- ・ 保健医療分野は、このような日本のカンボジア支援の方針に沿ったものであり、持続性と自立性を担保しながら社会的弱者を支援するという点に配慮した本プロジェクトは、日本の援助政策に合致している。

(2) 有効性

本プロジェクトは以下の理由から高い有効性が見込まれる。

1) プロジェクト目標と成果の関係

- ・ 本プロジェクトの実施により、ヘルスセンターに配置されるSBAを支援するためのチームワークが向上し（成果1）、さらにそれを支援するための保健行政によるガイドラインの策定（成果2）、並びにコミュニティとの協働モデル（成果3）が策定され、そうしたモデルが国家プログラムに反映される（成果4）ことで、プロジェクト目標であるモデルサイトの妊娠・出産・新生児ケアサービスの向上が見込まれるとともに、それが地域モデルとして国家プログラムに反映されるという目標の達成が見込まれる。

2) プロジェクト目標の達成可能性

- ・ 母子保健分野については既に母子保健プロジェクト（フェーズ1・2）における実績があり、保健省との関係も良好であること、また、本プロジェクトにおいては、PHDだけでなく保健省および国立母子保健センターとともに各活動を実施することから、本プロジェクトで実施した活動とその成果を、随時政策レベルにフィードバックすることができる。母子保健関連の国家プログラムの責任者は、国立母子保健センターのセンター長であり、本プロジェクトのProject Managerでもあることから、プロジェクトの成果の国家プログラムへの反映は十分に期待できる。

(3) 効率性

本プロジェクトは以下の理由から効率的な実施が期待できる。

1) 既存ネットワークの活用

・前述のように、本プロジェクトの主要なカウンターパートとなる保健省、国立母子保健センターについてはこれまでの日本の支援を通して構築された信頼関係・ネットワークを活用することができる。また、コンポンチャム州についても開発調査のフィールド詳細調査対象州となっていたことから、既に友好的な関係が構築されつつある。こうした既存のネットワークを活用することで、本プロジェクトの効率的な活動実施が可能である。

2) 開発調査の活用

・本プロジェクトの計画は、2006年5月から2007年4月まで実施中の開発調査「母子保健向上のための調査」の進捗状況や中間報告を参考にして設計されている。同開発調査のフィールド調査対象地域は本プロジェクトの対象地域と同じコンポンチャム州であるので、州に関する保健指標やその他の調査結果は開発調査の結果を活用でき、本プロジェクトの効率的な実施が可能となる。

(4) インパクト

本プロジェクトのインパクトは以下のとおり想定される。

1) 上位目標に貢献するプラス・インパクト

・保健省並びに国立母子保健センターに関する日本のこれまでの協力は、母子保健分野の国家プログラムの運営並びに人材育成に貢献したとして、保健省並びに他ドナーからも高く評価され、信頼関係が醸成されている。本プロジェクトにおいて、進捗および成果は定期的に中央レベルにフィードバックされ、国家プログラムへ反映されることが見込まれている。国家プログラムに実践可能な地域活動のモデルが組み込まれることにより、上位目標である全国でのSBAによる質の高い妊娠・出産・新生児ケアサービスの利用の増加が期待できる。

(5) 自立発展性

本プロジェクトによる効果は、以下のとおりカンボジア政府によりプロジェクト終了後も継続されるものと見込まれる。

1) 組織／制度面

・中央政府（保健省幹部）を巻き込んで情報を共有しているため、活動成果を政策に反映することができる。
・中央から地方への組織的な支援に関するモデルを策定しガイドライン化することにより、制度的に保健行政の仕組みとして課題に対処していくプロセスを組み込むこととなり、協力終了後の自立発展に寄与することが期待される。

2) 技術面

・国立母子保健センターは技術カリキュラムを見直しながら引き続き助産師への卒後研修を継続する予定である。また、プロジェクトを通して卒前教育を担う地方看護学校（Regional Training Center : RTC）やリファラル病院との技術交流も促進されるので、触発し合った技術向上が期待できる。

3) 財政面

・保健医療分野は国際的なドナーからの支援に依存している。地域や分野ごとにドナーの支援活動が展開し、その実施方法が様々であることから、国家としての保健医療サ

サービスの標準化はしばらくは実現が難しい状況である。本プロジェクトは、将来的に保健省の自助努力により一律のサービスを提供していくことを念頭に、ガイドラインやモデル策定において、母子保健サービス強化をいかに低コストで実現するかという点に留意することから、活動コストは最小限に抑えたものになる。こうした最小コスト・モデルから教訓を得て、財政的に自立できる保健行政をめざすこととしている。

6. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮

- ・本プロジェクトは、貧困層の多い農村部における母子保健サービスの向上をめざすものであり、貧困層への配慮を重視する。
- ・妊産婦ケアは弱者としての女性への配慮という観点からジェンダーへの配慮も行うものである。特に農村部では、女性の役割や行動規範等に関する伝統・習慣が残っており、妊産婦は出産に関する前近代的な伝統・習慣に縛られるケースが多い。地域コミュニティにおける活動の際には、こうした点にも留意し、ジェンダーの視点もフォローしながら活動を進める。

7. 過去の類似案件からの教訓の活用

- ・2005年3月に終了した「カンボジア国母子保健プロジェクト（フェーズ2）」の終了時評価においては、相手国のイニシアティブやオーナーシップを尊重し、彼らの本来業務や彼らが問題であると認識している事業を支援する姿勢をプロジェクトの計画段階から示すことの重要性を指摘している。また、保健省やドナー機関との密な情報共有と連携が重要であると指摘している。
- ・本プロジェクトにおいては、上記教訓を生かし、ワークショップや協議を通じて計画段階からカンボジア側の問題意識、オーナーシップを重視して計画している。また、成果4において、母子保健に関連するテクニカルワーキンググループへの定期的な参加とプロジェクト活動に関する報告を予定しており、保健省や関連ドナーとの密な情報共有と連携をプロジェクトの活動に組み込んでいる。

8. 今後の評価計画

- ・終了時評価調査：2009年6月頃

第1章 事前評価調査の概要

1-1 調査団派遣の経緯と目的

カンボジア王国（以下、「カンボジア」と記す）における母子保健分野に関しては、復興後の保健医療人材の欠如という課題に対応して、JICAは、1995年から11年間にわたり母子保健プロジェクト（フェーズ1・2・フォローアップ）を実施し、国立母子保健センター（National Maternal and Child Health Center : NMCHC）を中心として、人材育成支援に努めてきた。特に、2000年から2005年に行われたフェーズ2の協力においては、地方のリファラル病院（Referral Hospital : RH）およびヘルスセンター（Health Center : HC）の医師・助産師の研修を実施し、地方部で保健医療サービスの提供を担う人材の育成に貢献してきた。さらに、フェーズ2のプロジェクト後半においては、国立母子保健センター内に新しく設置されたHIV母子感染予防（Prevention of Mother to Child Transmission of HIV : PMTCT）に関する国家プログラムについてもガイドライン策定等に関する協力を行った。

フェーズ2終了後、カンボジア政府は日本政府に対し、HIV母子感染予防を中心とした技術協力プロジェクトを要請し、日本政府は要請に基づき本案件の実施を決定した。

しかし、カンボジアにおいては、本件要請後、HIV母子感染予防について独自の取り組みを開始しつつあり、またその取り組みも、実際には地域レベルでの末端の保健施設にあたるヘルスセンターに訪れる妊婦全体に対し行うものであることから、HIV/エイズだけに焦点をあてて行う協力枠組みでは非効率かつ効果も限定的にならざるを得ず、むしろ地域レベルでの母子保健サービス強化の中で取り扱うことが妥当と考えられた。

そうした背景のもと、本プロジェクトに関してカンボジア側のニーズ、実施体制等を確認し、プロジェクト目標、成果、ターゲットグループ、対象地域などプロジェクトの枠組みおよび実施体制についてカンボジア側と協議・合意し、合意事項について協議議事録（Minutes of Meetings : M/M）に取りまとめて署名交換することを目的として事前評価調査団が派遣された。

1-2 調査団構成

担当分野	氏名	所属先
総括	小林 尚行	JICA人間開発部第四グループ母子保健チーム長
母子保健	仲佐 保	国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力第二課長
協力企画	西村 恵美子	JICA人間開発部第四グループ母子保健チーム職員

※同時期に実施中である開発調査「母子保健向上のための調査」の業務の中に、本プロジェクトの詳細計画策定業務が含まれていることから、開発調査団員の松村みか団員（事業評価：2006年10月3日～11月1日派遣）、小原ひろみJICA直営調査団員（母子保健：2006年9月10日～11月30日派遣）が本事前評価調査に参団した。

1-3 調査日程

2006年10月16日～10月26日

月日	曜日	時間	行程		
10/16	月	19:15	【移動】成田→バンコク→プノンペン (TG698)		
17	火	8:00- 8:45	関係者打合せ		
		9:00- 9:30	保健省表敬 (計画局長、国際協力局長)		
		10:00-12:00	関係者打合せ		
		14:00-15:00	JICAカンボジア事務所打合せ		
		15:30-16:30	JICAプロジェクト関係者協議 (人材育成プロジェクト、機材プロジェクト)		
18	水	6:30-15:00	コンポンチャム州スレイセントー保健行政区 (OD) 視察・協議 ヘルスセンター視察 [ヘルスセンター長・ヘルスセンター助産師・伝統的産婆 (TBA)・保健ボランティア協議] OD協議 NGOシェアの活動に関するインタビュー		
		8:30- 9:30	国立母子保健センター長協議		
		10:00-10:30	UNICEF協議		
		11:00-12:00	リファラル病院 (RH) 助産師インタビュー		
19	木	14:00-15:00	UNFPA協議		
		15:30	国立公衆衛生研究所 (NIPH) 協議		
		15:30	コンポンチャム州へ移動		
		19:00	開発調査団との打合せ		
		20	金	8:00- 9:00	コンポンチャム州保健局 (PHD) 協議
				9:30-14:30	問題分析ワークショップ
15:00-16:00	国立母子保健センター長協議				
17:00-18:00	団内打合せ				
21	土		開発調査団との打合せ、団内打合せ		
22	日		資料整理		
23	月	8:00- 9:00	団内打合せ		
		10:00-11:00	在カンボジア日本国大使館訪問・協議		
		11:00-12:00	WHO訪問・協議		
		14:00-15:00	国立母子保健センター長協議		
		16:00-16:30	保健省人材育成局協議		
24	火	10:30-12:00	国家リプロダクティブヘルスプログラムマネージャー協議		
		14:30-16:00	保健省次官とのM/M案協議		
25	水	9:00-10:00	JICAカンボジア事務所報告		
		11:00-12:00	M/M署名		
		14:00-14:30	開発調査団への報告		
		15:00-16:00	カンボジア開発評議会 (CDC) 報告		
		20:25	【移動】プノンペン→バンコク→成田 (TG699, NH916)		
26	木	8:05	成田着		

1-4 主要面談者

(1) カンボジア側関係者

1) 保健省 (Ministry of Health : MOH)

Prof. Eng Huot	Secretary of State for Health
Dr. Or Vandine	Director, Department of International Cooperation/ Relation
Dr. Lo Veasnakiry	Director, Department of Planning and Health Information
Ms. Keat Phuong	Director, Department of Human Resource Development

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

Prof. Koum Kanal	Director
Dr. Keth Ly Sotha	Vice Director and Chief of TOT Unit
Dr. Tung Rathavy	Vice Director, Program Manager of National Reproductive Health Program

3) カンボジア開発評議会 (Council for the Development of Cambodia : CDC)

Ms. Heng Sokun	Director of Bilateral Aid Coordination Department
----------------	---

4) 国立公衆衛生研究所 (National Institute of Public Health : NIPH)

Dr. Saphonn Vonthanak	Vice Director
-----------------------	---------------

5) 地方州政府

Ms. Tran Chheng Kruey	Chief of Technical Bureau, Kompong Cham PHD
Ms. Peang Nara	MCH Supervisor, Kompong Cham PHD
Dr. Prak Ros	Director of Srey Senthor OD, Kompong Cham

(2) ドナー関係者

Dr. Michael J. O'Leary	Representative, WHO
Dr. Paul Weelen	Health System Development Advisor, WHO
Ms. Betina Maas	Country Representative, UNFPA
Ms. Alice Levisay	Deputy Representative, UNFPA
Dr. Thazin Oo	Head, Health and Nutrition Program, UNICEF

(3) 日本側関係者

1) 在カンボジア日本国大使館

村田 哲巳	参事官
森川 恵実	経済協力専門調査員

2) JICAカンボジア事務所

米田 一弘	所長
鵜飼 彦行	次長
佐藤 祥子	企画調査員

3) 「母子保健向上のための調査」調査団

野口 修司	総括/保健政策
城戸 千明	副総括/保健行政・財政・マネジメント
興津 暁子	母子保健サービス

清水 勝	人材育成
Imelda G Pagtulon-an	人材育成
松岡 貞利	社会調査

4) 関連プロジェクト

伊達 潤子	「医療技術者育成プロジェクト」リーダー
松尾 剛	「医療機材維持管理システム普及プロジェクト」リーダー
林 亜紀子	NGOシェア プログラムアドバイザー(草の根技術協力「ヘルスボランティア育成によるヘルスセンターサービス向上プロジェクト」)

第2章 事前評価調査結果

2-1 総括

(1) 地域レベルでの協力展開に関する課題

地域レベルでの母子保健サービスの改善を行うにあたっては、カンボジア独自の課題に対しどのように取り組んでいくか検討が必要となる。復興期において、同国には多数の援助機関がそれぞれのアプローチで事業を展開してきており、その結果、特に保健行政区（Operational District：OD）単位における行政システムがODによってまちまちとなっている状況である。

ODにおける保健財源への支援に関して大きく2つの流れがある。一つは成果に基づく委託契約型（Contractingと呼ばれている）であり、もう一方は貧困層による保健サービスへのアクセスを向上させるための基金型（Health Equity Fund、貧困者基金と呼ばれている）である。前者は、外部機関（主に国際NGO）にすべてまかせる方式で、対象となっているODの人口一人当たり約4USドル計算で、請負機関に保健サービスを提供するための予算が支払われ、請負機関が保健医療従事者への給与支給も含め、一括して事業を実施し、その成果に責任を負うこととなっている。後者においては、貧困層救済用の基金（Health Equity Fund）を設置し、診療費免除の対象となる貧困層患者に対し交通費や入院中の食事を、また医療機関に対して免除された診療費を補填する方式が導入されている。このための予算は財政支援による援助機関からの資金等によりまかなわれている。この貧困者基金の導入により、保健医療サービスの利用率が増加したことが報告されているが、実際に健康状態の改善に寄与しているかについては、更なる調査結果を待つ必要がある。どちらの方式も、特定のパイロットODのみで実施されており、サービスの不均衡が生じている。

カンボジアにおいては公務員の給与がきわめて低く、公的機関における保健医療従事者も給与のみでは生活ができないため、民間での仕事と兼業しているケースが多い。そのような背景から援助機関は金銭面でのインセンティブを与えることによって事業を展開しているのが現状である。

他方で、このように援助機関が異なる方法で事業を展開することにより、弊害も生じているのではないかと考えられる。一つには、地域により母子保健サービスの内容や質が異なり、結果的に、地域によって住民に対し不平等なサービスの提供を行うことになるのではないかとということである。もう一つは、援助機関が資金的支援を終了し、保健医療従事者に対する金銭的インセンティブが途絶えた場合に、どのように同質のサービスを維持するかという方策がないという点である。

カンボジアは、経済的にも成長しつつあり、今後は復興期から安定した開発プロセスを経ていくことも念頭に、中・長期的視点に立った協力を展開していくことが今後必要となってくるのではないだろうか。地域レベルでの母子保健サービスに関しても、特に貧困層に配慮し、国全体にわたって平等なサービスを提供していく仕組みを考えていく時期にあるのではないかと考えられるのである。また、母子保健サービス向上に関しても、資金的インセンティブ以外の部分においての可能性も検討していく時期になるのではないかと考えられる。しかし、カンボジアの現在の経済的状況を考えれば、双方ともきわめて難しい課題であることも事実である。

(2) 協力枠組み検討の際に留意した点

以上の課題も考慮し、本件協力の枠組を検討するにあたっては以下の点に留意した。

1) 事業の自立性を高めるためコミュニティ・レベルでの活動を含める。

カンボジア政府からの資金がきわめて限定的である状況において、コミュニティ自らがヘルスセンターとの協働で母子の健康を守っていくという意識の向上と、予防や緊急時の対応に関する活動をしていく仕組みを作っていくことが重要と考えられる。実際、そのような好事例も存在するため、これらを応用し低コストで異なる地域でも普及できる方法を体系化していくことが重要と考えられる。これに関し、保健省次官より遠隔地にある住民に対する対応（アウトリーチ活動）も必要との要望がなされており、これについては事業実施段階において具体的な手段を考えていく必要がある。

2) 末端のヘルスセンターや熟練助産者（Skilled Birth Attendant : SBA）*を支援する行政機能を強化する。

母子保健サービスの質の向上を将来的に均一的に確保していくためには、妊婦や新生児に対する保健医療サービスを提供するヘルスセンターやSBAを指導・支援していく仕組みが必要である。現状では、援助機関によりODごとに異なる取り組みが行われているため、将来を見据え、州保健局（Provincial Health Department : PHD）やODの指導・支援内容について統一的な基準を策定、普及させていくことが重要である。

3) チームワークを醸成する。

母子保健サービスの質の向上に対し包括的に取り組んでいくためには、共通の目的に対し改善策を構築していく仕組みが必要である。そのためには、人材の技術面の向上のみならず、チームとして取り組む意識の向上と具体的な取り組み方法を検討し、実施していくことが重要と考えられる。なお、チームワークは保健施設内のみならず、コミュニティ・レベルでの活動についても応用されることを想定している。また、副次的産物として、チームワークを通し金銭的以外のインセンティブが生成されていくことにも期待したい。

4) 制度作りを行う。

本件協力が単なる地域的な取り組みに終わってしまったのでは、他の援助機関と同様にまた別の新たなアプローチを作ることにとどまり、汎用性の低いものになってしまう。本件は、異なる援助機関による取り組みを可能な範囲で統一化し、将来的に母子保健サービスの向上を平等に普及していくことを念頭においている。そのため、政策レベルへの反映も念頭に、本件の具体的な取り組みは地域（コンボンチャム州のモデルOD）がベースとなるものの、中央（保健省及び国立母子保健センター）から地方に展開する方法をとり、段階的に関係ドナーとも情報・意見交換を行いながらガイドライン等を取りまとめていくこととした。

2-2 協議結果概要

(1) プロジェクト名称について（付属資料3. M/M I-1 参照）

本プロジェクトの採択時の名称は、「HIV母子感染予防プロジェクト（The Project for the

* 熟練助産者（SBA）には、助産師のほか産科医師等も含む。プロジェクトの主なターゲットはヘルスセンター勤務の助産師となるが、ヘルスセンターの医師やリファラル病院の医師・助産師も対象に含まれる。

Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV)」であったが、先方保健省との協議の中で、名称を変更したいという強い要請があった。その理由は、HIV母子感染予防に関するカンボジアの取り組みとしては、縦割りのプログラムとしてそれだけを扱うのではなく、母子保健サービス提供の中に統合し、包括的に取り組んでいること、また母子感染予防のためには基礎的な母子保健サービス提供体制の強化が不可欠であり、より包括的に末端レベルでの保健医療サービスの提供能力強化につながる支援を期待しているということであった。

したがって、プロジェクトの枠組みとしてもより包括的に地方での母子保健サービス支援の中で母子感染予防についても取り上げることとし、プロジェクト内容にあわせてプロジェクト名称についても、「地域における母子保健サービス向上プロジェクト(英語名称:The Project for Improving Maternal and Child Health Service in Rural Areas in Cambodia)」という名称に変更してほしいとの要請があり、M/Mにその旨記載して事前評価調査団は帰国した。

事前評価調査団帰国後、調査団より外務省に対して本件を報告し、外務省より在カンボジア日本大使館宛に変更した案件名称で口上書を交換するよう指示があり、結果2006年11月29日付で変更した名称で口上書の交換が行われた。

(2) プロジェクト対象地域について

プロジェクト対象地域については、保健省および国立母子保健センターとの協議を経て、カンボジア全国を対象とし、モデル地区として、コンボンチャム州の中から3～4つのODを選ぶということで合意した。

対処方針時には、コンボンチャム州を対象地域とするとしていたが、モデル地域での経験を中央レベルの国家プログラムに反映させるというデザインであるので、対象は全国とし、モデル形成のためのモデル地区をコンボンチャム州に10あるODのうち、プロジェクトのキャパシティを考慮して3～4つのODを選択することとした。モデル地区については、プロジェクト開始後にPHDと協議のうえで決定することとした。

(3) プロジェクト運営体制について

プロジェクト実施にあたり、カンボジア側のカウンターパートについて確認した(M/MのAnnex 3参照)。

具体的には、Project Directorが保健省次官、Project Managerが国立母子保健センター長、そして、国立母子保健センターと地方レベルのPHD、郡保健局(OD)をカウンターパートとすることで合意した。

また、プロジェクトの円滑な実施およびプロジェクトの経験の中央レベルでの共有と政策への反映を図るため、中央レベルにおけるプロジェクト合同調整委員会の設置について先方と協議し、メンバーについて合意した。(M/MのAnnex 4参照)

(4) プロジェクト枠組みについて

現地にて問題分析ワークショップを行った結果およびその後の保健省・国立母子保健センターとの協議を踏まえて、付属資料M/Mのとおり合意した。プロジェクトの成果と活動の詳細については次項で述べるが、プロジェクト概念図を図2-1に示す。

上位目標：カンボジアにおける熟練助産者（SBA）による質の高い妊娠・出産・新生児ケアサービスの利用が増加する
 プロジェクト目標：モデル・サイトでの妊娠・出産・新生児ケアサービスの向上し、それが地域モデル（行政による支援モデルとコミュニティの協働モデル）として国家プログラムに反映される
 ターゲット地域：全国を対象とし、コンポンチャム州内の3から4ODをモデル・サイトとする
 プロジェクト期間：3年間

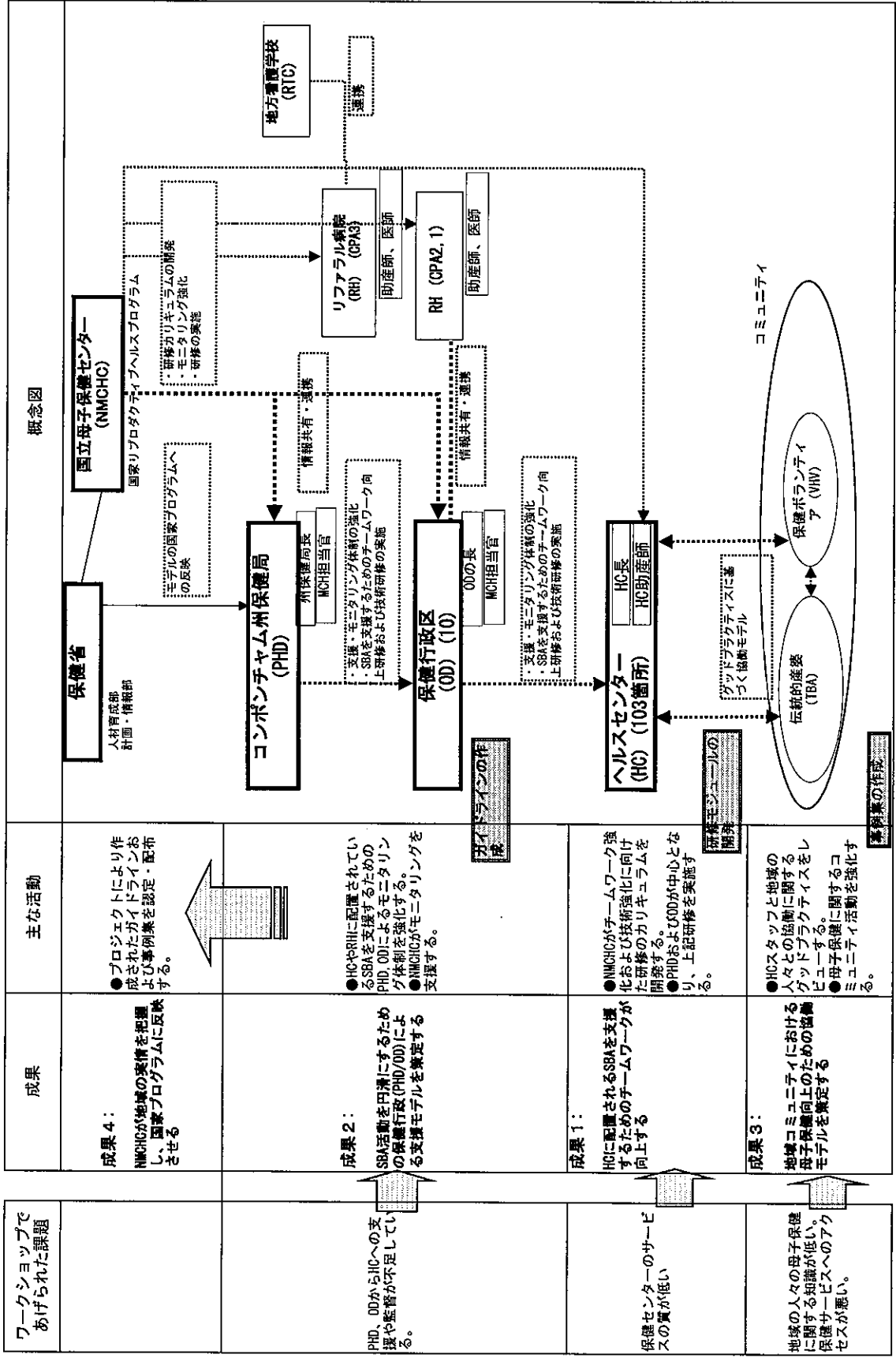


図 2-1 地域における母子保健サービス向上プロジェクト プロジェクト概念図

(5) プロジェクトの成果と活動について

- 1) 成果1、ヘルスセンター（HC）助産師支援に関しては、国立母子保健センターで研修を受けた助産師に関して、ワークショップ等で研修後にその効果を発揮できているかを確認したところ、HC長や周りの保健スタッフの理解がない、ODやPHDからの支援（技術的・精神的）がないという問題点があげられた。そこで、成果1としては、HCの助産師（SBA）を支援するチームワークを向上することとし、技術的な研修に加えて、HCのSBAだけでなくHC長・OD・PHDも含めてチームワーク強化のための研修を実施することとした。
- 2) 成果2、保健行政によるSBA支援体制の強化に関しては、OD/PHDからの支援の欠如が問題点として明らかとなったが、同時にチェックリスト等は複数存在することも明らかとなったため、まずは現存するモニタリング体制、チェックリストのレビューをしたうえで、成果1の研修の中で実施可能な改善策を検討し、研修後に支援を強化することとした。また、その成果を支援ガイドラインという形で取りまとめることとした。
- 3) 成果3、コミュニティとの協働に関する活動については、今回活動を視察した草の根技術協力事業によるNGOシェアの活動をはじめ、様々なNGOが地域における助産師、伝統的産婆（Traditional Birth Attendant : TBA）、保健ボランティアの協働に関する活動をしており、全国レベルでは数々のグッドプラクティスがあることが明らかとなった。そこで、本プロジェクトにおいては、現存のグッドプラクティスをまずはレビューし、モデル地区の現状（関係者）分析をしたうえで成果1の研修に反映させ、研修後にHCスタッフを中心として地域の実情にあわせてコミュニティ活動を強化することとした。そして、コミュニティにおける協働モデルの事例集を作成することとした。
- 4) 中央へのフィードバックに関しては、助産師テクニカルワーキンググループも含めた母子保健関連のテクニカルワーキンググループへの定期的な参加、プロジェクト活動に係る報告を行い、プロジェクト活動の経験や成果を政策レベルへフィードバックすることとした。
- 5) 現在、主に助産師・看護師等の卒前教育を担っている地方看護学校（Regional Training Center : RTC）との関係に関しては、RTCの人的・技術的なキャパシティの問題から、プロジェクトの行う研修の直接の実施者にはならないものの、卒前教育と卒後研修の連携を強化する方向性は保健省ももっていることから、可能な範囲でプロジェクトの活動への参加を促し、連携を進めていくこととした。

(6) 実施体制について

プロジェクト事務所については、国立母子保健センター内およびコンポンチャムPHD内に置くということでカンボジア側と合意した。

(7) 開発パートナー、助産師テクニカルワーキンググループとの連携

事前評価調査において、国連人口基金（United Nations Population Fund : UNFPA）、国連児童基金（United Nations Children's Fund : UNICEF）、世界保健機関（World Health Organization : WHO）等の開発パートナーと個別協議を行い、今後とも情報共有を進めていくということで合意した。

また、助産関連分野での結成が予定されている助産師テクニカルワーキンググループにつ

いて確認したところ、国立母子保健センター長を議長として既に存在しているということであったので、本プロジェクトの成果についても現存の各テクニカルワーキンググループにおいて共有していくこととした。

2-3 母子保健分野の現状と課題

2-3-1 関連する国家開発計画および当該セクターにかかわる類似調査

(1) 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2006-2010」(NSDP)が最新の開発計画となっており、その優先的開発課題のキャパシティビルディングと人材育成の戦略分野において保健サービスの改善があげられている。

保健サービスの改善とは、具体的には病院・ヘルスセンターの新設・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、カンボジアミレニアム開発目標 (Cambodia Millennium Development Goals : CMDGs) 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 2-1 CMDGsの主な保健関連数値目標

	基準値	年	2005年		2015年 目標
			目標値	実績値	
5歳未満児死亡率(対1000出生)	124	1998	105	83	65
乳児死亡率(対1000出生)	95	1998	75	65	50
妊産婦死亡率(対10万出生)	437	1997	343	473	140
合計特殊出生率	4.0	1998	3.8	3.4	3.0
専門技能者による介助分娩比率(%)	32.0	2000	60.0	43.8	80.0
避妊普及率(%)	18.5	2000	30.0	27.0	60.0
産前健診受診者(2回以上)比率(%)	30.5	2000	60.0	47.0	90.0

出典：Cambodia Demographic and Health Survey 2005

(2) 保健セクター戦略計画 [Health Sector Strategic Plan (HSP) 2003-2007]

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、特に女性や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あげている。

	実績値	目標値
・乳児死亡率の低下（対1000出生）	95(2000)	84(2007)
・5歳未満児死亡率の低下（対1000出生）	125(2000)	111(2007)
・妊産婦死亡率の低下（対10万出生）	437(2000)	305(2007)
・子ども・女性の栄養改善（5歳未満児低体重比率）	45%(2000)	31%(2007)
・合計特殊出生率の低下		
・貧困層の医療費負担の軽減		
・より効果的・効率的な保健医療システムの構築		

これらの目標を達成するために優先6分野における必須8戦略が定められ、保健サービス供給が最優先分野とされている。とりわけ、貧困層へのサービスアクセス改善および母子保健サービスの向上に重点を置いている。

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

HSSPはHSP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、アジア開発銀行 (Asian Development Bank: ADB)、世界銀行 (World Bank: WB)、英国国際開発省 (Department for International Development: DfID)、UNFPAが合計7700万USドル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、②HSP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。本プロジェクト(HSSP)によるサービス供給改善の対象州はADBとWBで分担しているが、HSSP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。

<p>コンポーネント1：地方および貧困層のためのサービス供給改善</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リファラル病院 (Referral Hospital: RH) 改修、ヘルスセンターの新築・改修、機材整備、維持管理能力の強化 ・RH・ヘルスセンター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、OD11か所が対象) 	<p>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</p> <p>WBの支援対象 (12州) : バタンバン、バンティエンチャイ、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</p>
<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・HIV/エイズ、結核、マラリア+デング熱、リプロダクティブヘルス、栄養 	
<p>コンポーネント3：中央・州・地区レベルでの能力強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院長対象のマネジメント研修 ・ヘルスセンター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 	

(4) HSPとHSSPの中間レビュー（2006年11月～2007年2月に実施予定）

実施から3年が経過したHSPの中間評価（Mid Term Review：MTR）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、国家戦略開発計画（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HSSP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評価（Midwifery review）、カンボジア保健セクターにおけるセクターワイドマネージメント（Sector-Wide Management：SWiM）の評価、およびContractingに関する評価も行う。これら評価結果の教訓が実践でどのように活かされるかが、今後の重要な課題になってくる。

1) 主な評価内容

a) HSP

- ・ 地方におけるサービス供給面での実績
- ・ HSSP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

b) 助産サービスのレビュー（2006年7～9月にHSP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と必要数の比較
- ・ 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
- ・ 助産師研修の効果と参加実績
- ・ 既存の卒前教育・卒後研修内容の評価
- ・ 助産師の雇用と配置プロセスの評価

c) HSSP

- ・ HSPの効果的実施と成果に関してのHSSP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HSSP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

d) SWiM（2006年9月に開始）

- ・ 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

e) Contracting（2006年9月に開始）

- ・ HSSP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

2-3-2 母子保健セクターにかかわる組織・制度

(1) 保健省

保健省の組織図は図2-2に示すとおりである。

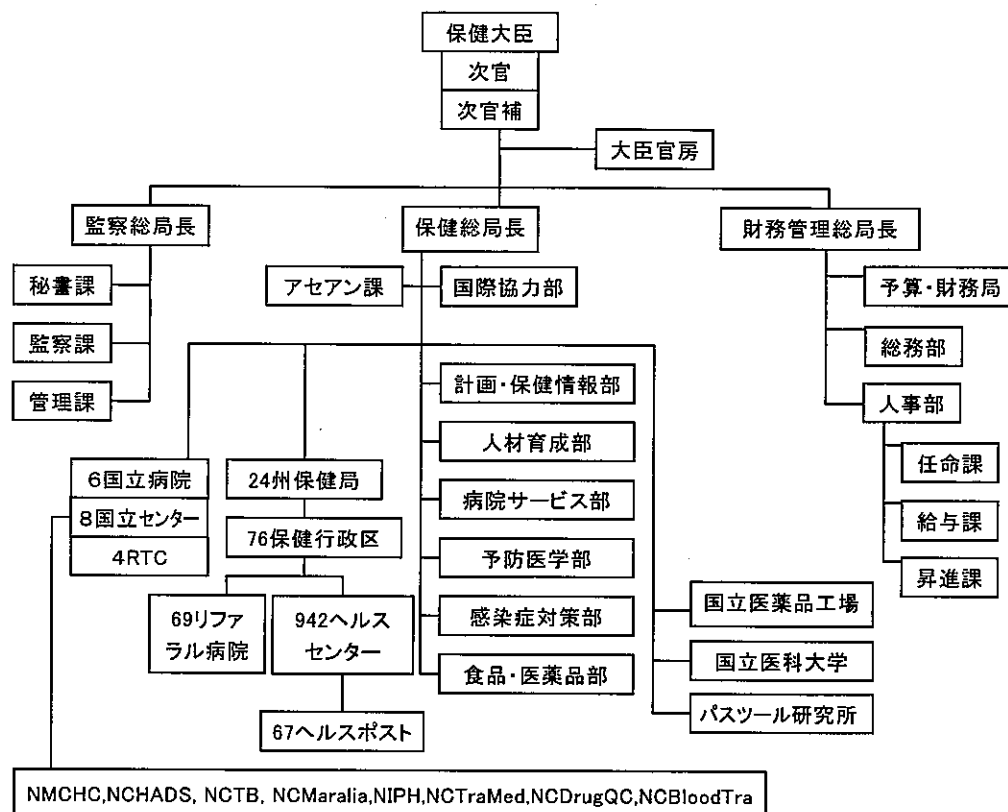


図2-2 保健省組織図

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が担当している。

保健省は保健政策・戦略の策定、州レベル計画策定への支援、海外援助の調整を行っているが、母子保健分野の国家政策への情報提供や人材育成に関しては国立母子保健センターの国家プログラム部、および研修部が重要な役割を担っている(図2-3)。しかし、現状では、組織としてまだ十分な政策立案機能は果たせていない。UNFPAは、2006年7月にリプロダクティブヘルスに対する政府機能/役割の改善のために国家リプロダクティブヘルスプログラム(National Reproductive Health Program: NRHP)のレビューを実施し、国家プログラムの計画立案・監督機関として望ましい組織再編、人材育成などに関する提言をまとめている。

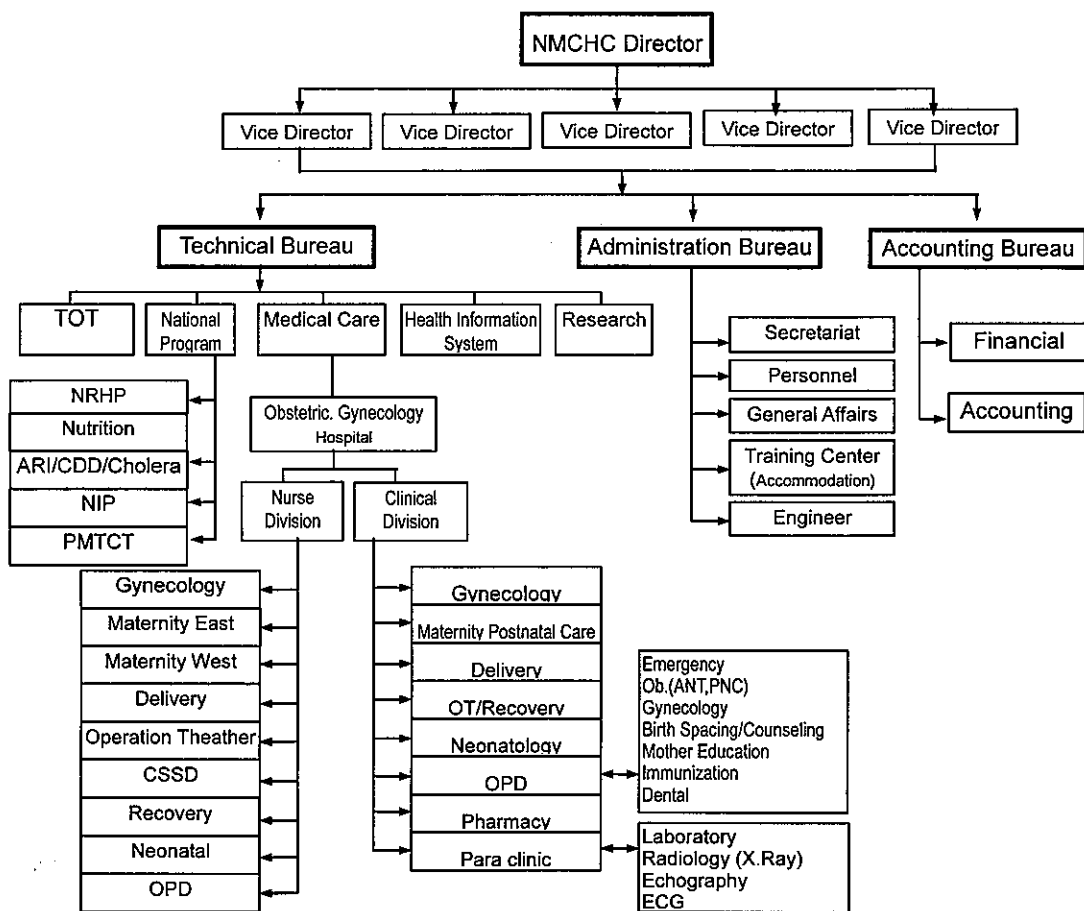


図 2-3 国立母子保健センター (NMCHC) 組織図

(2) 地方保健行政

1) 地方保健行政の組織構造

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の下にODが設置されている。ODは保健行政のカバーすべき人口規模で行政区をまとめたもので、地方行政区とは若干異なる線引きをしている。

表 2-2 ヘルスセンター及びリファラル病院の配置条件

施設	アクセス	対応人口規模
ヘルスセンター (HC)	10kmあるいは徒歩 2 時間以内	最適カバー人口 : 10,000人 許容範囲 : 8,000~10,000人
リファラル病院 (RH)	車・船で 3 時間以内	最適カバー人口 : 100,000 許容範囲 : 60,000~200,000

表 2-2 は、PHD行政区の各ODが監督するヘルスセンターとRHの配置条件を示したものである。各ODに一つのRHが人口10万人当たり一つという割合で設置されており、また、ODの傘下に、人口1万人に一つの割合でヘルスセンターが配置されている。

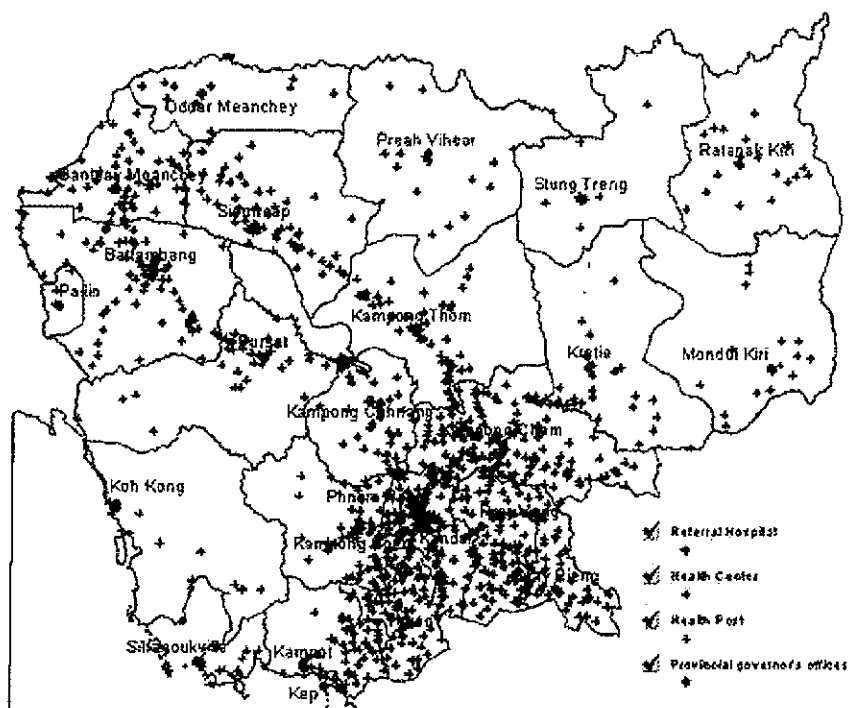
表 2-3 は、上記の条件によって配置された各州の保健施設数を示し、図 2-4 は全

国分布を表している。各州のPHDの傘下に平均3～4のODが配置されているが、州によっては8～10のODを管轄しているPHDもあり、地域によって状況が異なっている。また、HCとして登録されながら施設がなく、HC長等の自宅を保健施設代わりに使っている地域があることから、施設建設などの改善が急がれている。

表2-3 各州のOD・RH・HC・HPの数

州	OD	RH	HC	HP	州	OD	RH	HC	HP
Banteay Meanchey	4	4	52	-	Preah Vihear	1	1	12	4
Battambang	5	4	74	1	Prey Veng	7	7	90	1
Kg Cham	10	10	128	1	Pursat	2	2	31	4
Kg Chhnang	2	2	34	1	Ratanak Kiri	1	1	10	9
Kg Speu	3	3	50	2	Siemreap	3	3	53	3
Kg Thom	3	3	50	-	Sihanoukville	1	1	9	-
Kampot	4	4	47	-	Stung Treng	1	1	8	-
Kandal	8	5	88	-	Svay Rieng	3	3	37	-
Koh Kong	2	2	12	3	Takeo	5	5	70	-
Kratie	2	2	22	4	Oddar Meanchey	1	1	11	1
Mondul Kiri	1	1	6	10	Kep	1	1	4	-
Phnom Penh	4	1	21	4	Pailin	1	1	3	1
					Total	75	68	922	49

出典：National Institute of Statistics, 2005



出典：National Institute of Statistics, 2005

図2-4 全国保健施設の配置図

2) PHD・ODの組織例（コンボンチャム州）

PHD・ODの組織例（コンボンチャム州）を図2-5に示す。コンボンチャム州には16のODがあるが、人口によって10のODに区切られ、各ODに一つ、合計10のRHがある。10ODには129のヘルスセンター・ヘルスポスト(HC/HP)が配置されている。そのうち24HCは施設がないためHC長等の自宅が代用されている。

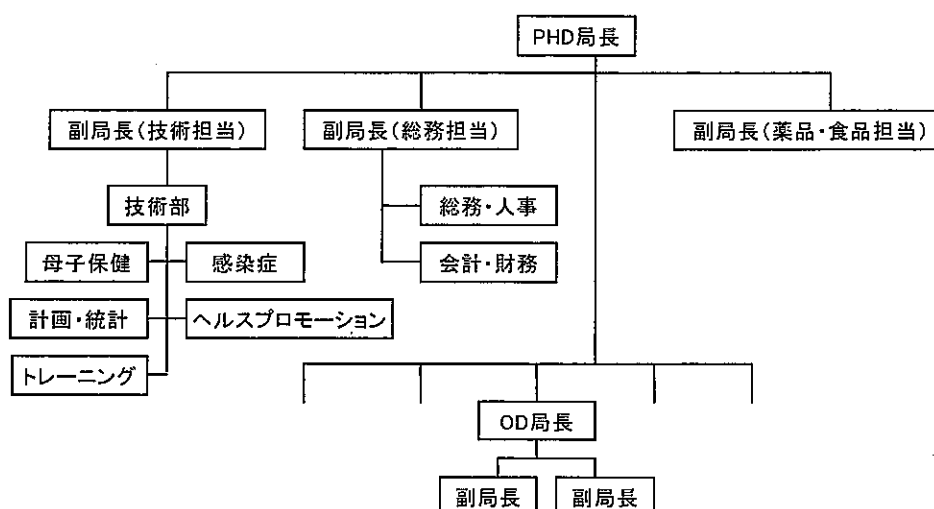


図2-5 PHD・ODの組織図（例＝コンボンチャム州）

一般に、PHDは各ODの活動を監督・指導する立場にあるが、活動の状況を量的に把握するのみで技術的な指導を行うまでの力量／余裕はなく、ほとんどがOD内の情報収集業務にとどまっている。

3) HCの機能

HCの基本的な活動は以下のとおりである。

- a) 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、結核などの慢性疾患治療
 - ・EPI・栄養など乳幼児ケア
 - ・産前健診・貧血予防・家族計画など妊産婦と女性へのケア
 - ・健康教育
- b) 対象地域の情報収集
- c) 施設・機材の維持管理
- d) 地域の保健ボランティアの活動支援
- e) ODや地域との会議の企画・運営

PHD及びODの技術力が弱いため、必要に応じてRHが地域の技術支援にあたるケースもある。しかし、RHは臨床を中心に活動をしており、指導に関する責任・権限はない。技術指導システムにおける役割は希薄である。

RHはサービス水準により包括的サービスパッケージ（Complementary Package of Activities : CPA）1～3の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、ヘルスセンターのサービスとあまり変わらないこともある。CPAに基づくRHの活動は以下のとおりである。

- ① 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
 - ・ 合併症妊娠と分娩に対する治療
 - ・ 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
- ② 施設・機材の維持管理
- ③ 院内の保健情報システム運営
- ④ 病院職員の巡回指導、HC職員の研修に関する支援
- ⑤ 州政府の会議への参加

4) ヘルスセンターの助産師

ODの傘下には約10のヘルスセンターがある。ヘルスセンターには最低1名、望ましくは2名の助産師が配置されることになっているが、助産師不在のヘルスセンターが全国で164か所（17.5%）に達しており、助産師が1名しかいないヘルスセンターが362か所（38.7%）である。（図2-6参照）

助産師1人当たりがカバーする人数が多すぎることで、助産師がヘルスセンターの通常業務や予防接種（EPI）のアウトリーチ活動に時間をとられ、助産活動ができないことなどが問題になっている。また、ヘルスセンターに配置されている1,597人の助産師のうち、817人（51.2%）が准助産師（Primary Midwife）であり、助産活動の質の確保が困難な状態にある。

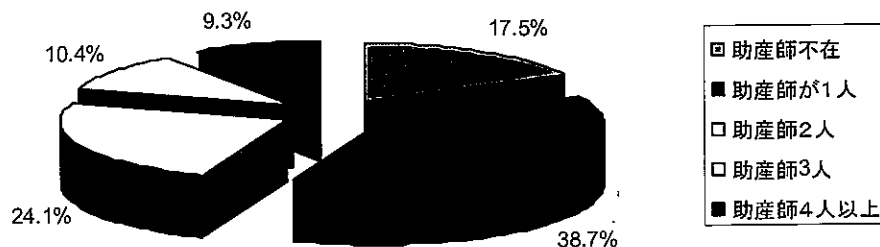


図2-6 ヘルスセンターに配置された助産師の数とその割合（n=936ヘルスセンター）

現在、助産師の人数を増やすための緊急的な施策（教育システムの変更）が実施されている。しかし、応急的措置にとどまっている。助産師の活動とTBA、村落保健ボランティア（Village Health Volunteer：VHV）との連携は不十分であることも多く、一層の改善が求められている。

(3) リファラルシステム

カンボジアのリファラル体制は、ヘルスセンターからRH（CPA 1及びCPA 2、CPA 3）や国立病院へ患者が搬送されるが、時間／距離や症状によってリファーされる病院は異なる。

住民が公的保健サービスを利用する際はまずヘルスセンターを訪問する。地域に設置されているヘルスセンターのほかRHの敷地内にもヘルスセンターが設置されており、一般外来の機能を果たしている。

表 2-4 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
CPA 3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
CPA 2	○	○	○	○	○	○	○	○			○	○		○
CPA 1	○	○		○	○		○	○			○	○		○

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

様態や状況によってHCからRH・国立病院にリファーされるなどのケースがあるが、道路アクセス等の条件で必ずしも域内の病院に行くとは限らない。定まった搬送費用は患者負担になるため、最終的には上位病院に行く判断は患者自身に任される場合が多い。

リファラルシステムについては、今後一層の円滑化が望まれるとともに、地方拠点としてのRHの技術的・機能的役割を強化していく必要がある。

2-3-3 保健医療従事者

(1) 保健従事者数の推移

医師数は1996年から8年間で1.7倍に増加し、医師1人当たり人口で見ても周辺諸国と比べて遜色のない水準に達している。むしろ、歯科医師、薬剤師、助産師の不足のほうに深刻である。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てもいわれており、地方で勤務する医師の確保が課題となっている。

また、保健セクター戦略計画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助産師・准助産師の育成を6年間中止していた影響もあり、表2-5に示したとおり実数が減っている。さらに、保健省により実施された助産師レビューによると、今後5年間で、現在の助産師の3分の1が退職する年齢に達することから、速成教育を続けたとしても当面は助産師の人口当たりの人数は増加しないことが予測されている。

表 2-5 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

(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）、国立医療技術学校（Technical School for Medical Care：TSMC）および地方 4 か所の地方看護学校（Regional Training Center：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。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、基礎教育が不十分で診断・治療能力が低い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。

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（2002年）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。だが、教育年限が長すぎるため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であり、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る。

しかし、カンボジア保健セクターの課題の一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 4 つの RTC において開始した。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 年だけの教育では十分な質の確保は困難であることが推測されている。緊急措置としては避けがたい手段としながらも、妊産婦ケアの改善を長期的にみると将来が危惧されている。

国立母子保健センターの研修部（TOT）は卒後教育をしており、HC 助産師 340 名（HC 助産師コース合計 18 回 1997～2005 年）、RH 助産師 154 名と TSMC/RTC からの助産師トレーナー 17 名（RH 助産師コース 9 回 2000～2005 年、CPA 助産師コース 2 回 2005～2006 年）、RH 医師 30 名（RH 医師緊急産科研修 6 回 2000～2005 年）の研修を行った実績があり、今後も引き続

き研修を行う予定である。

(3) 助産師の配置状況

2005年は、助産師の採用予定数は多かったが、募集人員に対して、応募者数は定員割れであり、これは卒前助産師教育を卒業する助産師人数が少なかったとされている。表2-6のように、2005年も100人の定員に対して応募が52人とどまった。

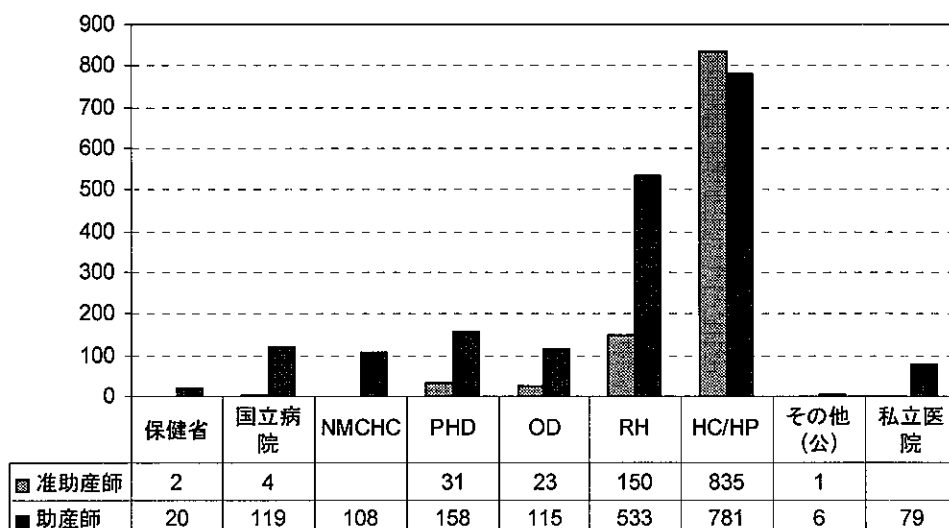
表2-6 保健省の医療従事者雇用状況 (2005)

	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

このような不足状況が続いているため、ヘルスセンターへの助産師の配置も進んでいない。TSMCを卒業した新卒助産師はプノンペン周辺や都市部の行政機関や私立病院に就職するケースも多いといわれており、地方で出産を介助する助産師のポストはなかなか埋まらない。今後数年の間に定年退職する助産師がいることを考慮すると、助産師の配置問題は深刻さを増すと見られている。

前述のように、緊急措置として1年間の准助産師養成コースがRTCで実施されているが、臨床実習経験と実地経験の少ない新卒の准助産師が現場で即座に分娩介助できない可能性も指摘されている。農村地域では今も高齢のTBAが分娩を行っており、今後も必要に駆られた状態で新しいTBAが徒弟制のような形で生まれてくるのではないかと予想されている。



出典：助産師レビュー、2006年9月時点

図2-7 助産師の配置状況

2-3-4 援助機関の動向

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）で埋めており、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2-7 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	
	1,000USドル	%	1,000USドル	%	1,000USドル	%
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 (PHD/OD/RH/HC)	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評価調査・実施協議報告書、2003、JICA

WHOの報告書（2003年データ）によると、外部ソース予算の約8000万USドル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/エイズ）、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。出資別に見ると、母子保健分野への外部支援1330万USドルの内訳は、USAID(27%)、UNFPA(18%)、Beat Richnerによる小児病院群(14%)、JICA(12%)、GAVI(8%)、WFP(8%)、WHO(8%)、その他(5%)であった。

以下は、主要ドナーの母子保健セクターに対する取り組みを整理したものである。

表2-8 他ドナーの動向

支援団体名	支援内容
ADB/WB	保健セクターのSWiMであるHSSPについて、ADBが9州、WBが12州を対象にしている。（「2-3-1」(3)参照） 2008年以後、ADBはHSSPに対して資金拠出しなさいといわれている。
UNFPA	「家族計画」「安全な母性(safe motherhood)」のプログラムを実施(2003～2005)、12州の14ODを支援した(290万USドル)。 助産師フォーラムによるアドボカシーや、妊産婦死亡オーディット、アクセスの阻害要因調査、ヘルスセンタースタッフの態度改善のガイドライン作成、助産スキル研修への予算提供などを行った。 2006～2010年のUNFPAのプログラム(Country Program)に対しては総額で2700万USドル拠出するが、うちリプロダクティブヘルス分野については3

支援団体名	支援内容
	<p>分の2にあたる1800万USドルを拠出予定であり、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。</p> <p>2006年に行われるHSP/HSSPの助産師レビュー調査を支援。保健省人材育成部と協力して、今後も助産師関連の課題に取り組む予定である。</p>
WHO	<p>栄養、IMCI、EPI、HIV/エイズ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、母子保健支援は薄い。リプロダクティブヘルス分野では、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。</p> <p>WHOの支援は、大きく分けて保健システム関連と感染症関連に二分される。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年以後の関与は少ない。</p> <p>母子保健関連分野としては栄養、IMCI、EPI、PMTCT、HIV/エイズの技術アドバイザーがいる。</p>
UNICEF	<p>2001年以降「子どもの権利プログラム」として、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。スバイリエン州ではフィールドに入って濃密に活動を展開している。</p> <p>2006～2010年には6州での活動が予定されている。支援コンポーネントは、清潔な分娩・授乳、IMCI、ワクチン、ビタミンA、貧困者基金、ヨード添加塩プログラム等になる予定。</p> <p>PMTCT分野の研修に対しては今後とも支援する予定である。</p>
DfID	<p>DfIDのHSSP支援予算は1540万ポンドで、妊産婦死亡削減コンポーネントへの予算は、250万ポンドの予定である。包括的流産ケア、長期的避妊法、HSSPのもとでの新たな貧困者基金、リプロダクティブヘルスサービスへのアクセス阻害要因調査が含まれる。なお、妊産婦死亡削減の予算は360万USドルで国立母子保健センター内にプロジェクトオフィスをもつ予定である。</p>
GTZ	<p>技術支援と研修による保健省下の人材をターゲットにしたキャパシティビルディングを主眼としている。人材育成に関しては、カンポット州のRTC、保健システム強化についてはコンポントム州のPHDを支援している。</p> <p>今後、プレセプターと呼ばれる卒前研修の実習病院における実習指導者を対象とした強化策への支援が予定されている。</p>
USAID	<p>保健省にではなく、NGOに予算提供しており、パートナー団体は、RACHA、RHAC、CARE、PSI、PFD、FHI、ADRA、赤十字、Catholic Relief Services、URC、US CDC、PSI、World Relief、World Vision、Khmer HIV/AIDS NGO Alliance、HKIである。</p> <p>特に、7県の16OD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活動がある。</p> <p>USAIDの保健分野への資金提供は2000万USドル/年を超え、HIV/エイズへの配分が4分の3を占めている。HIV/エイズに関しては、CARE、FHIが活</p>

支援団体名	支援内容
	<p>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している。</p> <p>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。</p>
US-CDC	<p>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/エイズ・PMTCTに対しこの予算を用いて支援を実施している。</p> <p>3人の技術アドバイザーが技術支援を実施してきた。</p> <p>支援方針の変更に伴い、今後、給与補填は行えなくなる見込みである。</p>
French Cooperation	<p>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。</p>
CIDA Canadian International Development Agency	<p>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一つである。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カ国間援助を予定している。HIV/エイズ以外の分野、なかでも母子保健や人材育成分野に興味がある。</p> <p>2005年10月にミッションチームがカンボジアを訪問、バタンバン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。</p>
BTC Belgian Technical Cooperation	<p>“Provision of Basic Health services” プロジェクトを、コンポンチャム州、シェムリアップ州、オダミエンチャイ州で実施。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410万ユーロである。貧困者基金を導入し、また病院マネジメント強化を行っている。</p>
ビート・リシュナー による小児病院群	<p>ビート・リシュナー (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3病院 (Kantha Bopha I, II, IV)、シェムリアップ市内に1病院 (Jayavarman VII) 設置されている。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ともいわれているが明かではない。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等の指摘もある。また、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。</p>

2-3-5 当該セクターの課題

(1) 問題分析ワークショップの結果

事前評価調査団は地方の課題とニーズを理解するため、コンポンチャム州において参加型の問題分析ワークショップを開催して関係者間の課題認識を整理した。参加者は全部で32名、地域やポストによって3グループに分かれて議論した結果が表2-9である (ワークショップ結果詳細については、付属資料2参照)。

表 2-9 SWOT分析 (要約)

	強み Strengths	弱み Weaknesses	機会(希望) Opportunities	脅威 Threatens
仕事の質 (経験・仕事 量・分担・ 支援など)	<ul style="list-style-type: none"> a HC/RH助産師の態度が良い a 医師・助産師は熟練者である a HC/RH助産師は薬品配布や予防注射も行っている a PHDレベルではAoP年間計画がある b OD/HC/RHのコミュニケーションはうまく行っている b 助産師は国立母子保健センターで研修を受けた c 妊婦が産前健診をHCに受けにくる c 助産師が妊婦教育をしている c HCのスタッフは時間を厳守している 	<ul style="list-style-type: none"> a サービスの質はいまだ低い a 経験はあるが十分に業務に気を使っていない a 保健教育の情報普及がコミュニティまで届かない b 村落の人々への情報供給が不十分である b 給与が低い b 助産師が足りない b 一部のHCには助産師がいない b 予算が遅れるので計画が実現できない (PHD/OD) b PHD/ODが現場を監督のための手段が不足している b HCには薬が足りない b 給与が少ないので、スタッフがプライベート診療を実施 b プライベート診療の仕事があつて、HCに時間通り出勤しない b HCの保健サービスは限定的 c HCのスタッフは技術レベルがいまだ高くない 	<ul style="list-style-type: none"> a ニーズアセスメントの研修が必要 a モチベーションがあればいい a 貧困者ファンドが効果的 	
母子との関係	<ul style="list-style-type: none"> a 貧困者基金があるので貧困層への対応ができる (RH) a 治療費は支払可能範囲 b RH/HCのスタッフは患者とのコミュニケーションがうまくいっている b BS、ANC、予防接種を提供している c IEC提供の母子保健教育情報を得ている c NGOが入っているところはVHV等を通じた保健サービスの普及ができている c HCは貧しいクライアントに交通費を出している c 母親は子どもの予防接種について知識がある 	<ul style="list-style-type: none"> a (低賃金なので)患者への対応が悪い a 人々の知識が限られている a 文化的阻害要因がある a 貧乏なのでサービスにアクセスできない a 遠方の母子にはサービスが行き届かない b 一部のスタッフは業務手順を守らない b 一部の助産師は技術訓練を受けていない b 保健教育が限定的 b 保健スタッフはクライアントと十分なコミュニケーションをとれていない c HCは高いと思って分娩に来ない妊婦がいる 	<ul style="list-style-type: none"> b BCC戦略を強化したい 	<ul style="list-style-type: none"> a 作法/態度を変えるのは困難

	強み Strengths	弱み Weaknesses	機会(希望) Opportunities	脅威 Threatens
他の保健サービスとの関係 (TBA, VHV, Public health, immunizations, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> a HCは保健教育や予防接種のためにフィールドを巡回している a RHとHCは良い関係にある a VHVが保健サービス活動に参加するのにインセンティブがある b TBAはODの助産師から訓練を受けた b VHVはHCのチーフから訓練を受けた b HCスタッフはTBAやVHVとよい関係にある b HCはVHVやTBAと毎月会議をしている c HCスタッフは保健情報をTBAやVHVに提供している c コミュニティはODやHCが提供した情報を理解している 	<ul style="list-style-type: none"> a HCの助産師は24時間対応できない a 人々の知識が限られている a コミュニティへの情報は100%ではない a VHVとの情報交換について支援がない b RHはTBAやVHVと良いコミュニケーションをとれていない b TBAやVHVはインセンティブがない(現金・物) b 新しいTBAは知識がない c 遠隔地に住む人々には保健教育が足りない c 人々は今も伝統的治療を信じている 	<ul style="list-style-type: none"> a 具体的な行動計画がほしい a スタッフの評価が必要 b TBAとVHVに毎年研修をできるようにしたい c 保健情報の参加型WSや研修をすれば村の人たちとも情報共有が進むはず c HCは保健計画を準備している 	<ul style="list-style-type: none"> a 助産にかかる人材が足りない b 研修を受けたTBAが他の地域へ移転 c アウトリーチ活動のとき安全性に保証がない c 交通手段が不十分 c 予算が予定通りにおりない
支援 (NMCHC, RH, PHD, OD, Seniors, RTC, TSMC, NGOs)	<ul style="list-style-type: none"> a 国立母子保健センターはRH/HCの助産師や医師の研修をした a RTCは助産師・准助産師の研修にかかわっている a RTCは4か月コースを実施している a RHDはHCの助産師の研修をしている a PHDはRHとHCを監督している b NMCHCはHCスタッフの研修を行った b 助産師はJICA支援の研修に参加した b スタッフはBTCから支援を受けている b PHD, OD, NGOによる4 ODに対する研修が実現している c O reang Ov HCはNMCHC, PHD, ODからの支援を受けている 	<ul style="list-style-type: none"> a 州内のHC同士やOD間の関係が希薄 a CPA 1、2、3からの情報サービスが不足している a NMCHCからの定期的なフォローアップがない a NGOからのモニタリングがない a RTCの教育の質が低い a NGOとの協力が十分うまく行っていない b スタッフの人数が足りない b テンポラリースタッフで疲れている b テンポラリー助産師は研修を受けていない b RH(CPA 1)は新生児蘇生のための資機材を持っていない b RH(CPA 1)は輸血や手術施設がないため緊急ケースに対応できない c O reang Ov HCにはNGOからの支援がない 	<ul style="list-style-type: none"> a 一部のODではNGOが活動している 	<ul style="list-style-type: none"> a 支援のための交通手段が不足している c 一部地域は洪水でスタッフが行けない

	強み Strengths	弱み Weaknesses	機会(希望) Opportunities	脅威 Threatens
リファラル・システム (Demarcation, Roads, Protocols, Services, Information sharing, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> a 救急車が使える a 電話連絡が可能 a MPAとCPAのシステムが明確である b OD/RHはオンタイムで患者を受け入れない b HCは正確にRHに患者を送っている b 重傷/重体患者は近所の助けでハンモックに寝ながらRHに運ばれる b 細い道も(以前より)状況がよくなった c HCでの分娩を勧めている 	<ul style="list-style-type: none"> a 公共サービス(交通手段)が限定されている a 近代的資機材が不足 a 人材が限られている a 患者はHCに自分たちで来る a 患者はリファラルシステムについて理解していない a 救急車がないRHがある a MPA、CPAの研修は全SBAをカバーしていない a 一部のスタッフはMPA、CPAのガイドラインを尊重しない b HCは交通手段がなくて患者をRHに運ぶのが難しい b 遠方の患者は車がなくて病院に行けない b TBAは車がなくて患者を搬送できない b 貧しい患者はお金がなくてRHに行けない c 交通手段が足りない 	<ul style="list-style-type: none"> a 助産師もリファラルシステムについて知るべきである b 救急車がほしい b 自治体は電話で搬送車を探す努力をしている b HCとRH(CPA1)はRH(CPA3)への搬送連携が可 c 地方の救急車が最低一台ほしい c NGOからの資金援助がほしい 	<ul style="list-style-type: none"> a 雨季は特に道路事情が悪くて時間がかかる b RH/ODの救急車は古い c 雨季の道路は通れない
資機材	<ul style="list-style-type: none"> a 基本的な資機材はあるが、ガソリンが足りない a JICAからTBAのキットを供与された b HCビルは良好な状態にある b 資機材(分娩具、モニター必需品、予防接種器具)も整理して管理してある 	<ul style="list-style-type: none"> a 一部のHCは体重計や血圧計がない a HCは夜の電力が足りない a HCの分娩室は適当でない a TBAキットは足りない b OD/RHの救急車は古い c スタッフのバイク駐車場がない c HCが足りない c 十分な施設がない 	<ul style="list-style-type: none"> a 資機材他の要請計画を作る a JICA無償でコンポンチャムRH(CPA3)に産科病棟が建つ 	<ul style="list-style-type: none"> a 新ビルのメンテナンス・修理の費用が足りない
その他				

- a Kg Cham PHD, RH(CPA3)、OD長など地方保健行政代表者と国立母子保健センター代表者グループ
b Prey Chor OD, RH(CPA1)、ヘルスセンター(HC)スタッフ(外部援助団体支援あり)のグループ
c Oreang Ov OD、ヘルスセンター(HC)スタッフ(外部援助団体支援なし)のグループ

(2) 分析結果

Project Cycle Management (PCM) ワークショップは因果関係分析が困難で、地方レベルではハンドリングしにくいこと、時間がかかること、強みや改善された点について把握できないことから、SWOT*分析を行った。また、議論が拡散しないよう、ある程度テーマを

* SWOT (Strength, Weakness, Opportunity, Threat) 分析とは、周囲を取り巻く環境を「強み・弱み」といった内部環境と「機会・脅威」といった外部環境(社会情勢など)の2軸に分解して分析する手法である。

絞って職場環境を分析した。

自己評価と客観的評価は若干異なると思われるが、ワークショップ後に国立母子保健センターからのファシリテータと日本人参加者によって、議論の背景や信憑性などが検討され、以下のような事項について話し合いがなされた。

- ・ 3つのグループはその職場環境によって認識が若干異なっており、抱えている問題にも違いがある。
- ・ どのグループも問題点を把握しているが、特に外部支援のない地域のグループは、活動の阻害要因を資機材不足と住民の知識不足として、スタッフの努力不足については意識が薄い。
- ・ 住民とのトラブルについてはほとんど発言がなかった。自分たちのせいではなく、住民の教育が低いせいだと思っている。
- ・ コンポンチャム州中央部では問題認識も阻害要因も分析できているが、解決の糸口が掴めていない。サービスの質と給与が相関しているため、限界があると諦めている。
- ・ ODとヘルスセンターの関係は密接だが、PHDからOD、ヘルスセンターへのサポートはないと考えられている。
- ・ 地域では必要に駆られて新しいTBAがまた生まれている。ベテランは年寄りになっており、30歳代、40歳代のTBAは経験も知識も少ないまま伝統を引き継ぐのではないかと危惧される。
- ・ 知識は得たが経験のないSBAと、知識がないが経験豊富なTBAとの連携も考えられるのではないか。
- ・ 農村地域のヘルスセンターには、支援は外部者（NGOなど）から与えられるものという意識がある。
- ・ 農村地域のヘルスセンターはTBA、VHVと関係を保っており、それらコミュニティからの協力の有無が活動円滑化を図る重要なポイントになる
- ・ RTCの卒前教育の質が低いことが問題視されている。RHでの実習では、十分な実習量を得ることができない。
- ・ HCからRHまでの輸送・アクセスの状況についてはすべてがよくないといっている。
- ・ 国立母子保健センターの教育プログラムは現場で役に立っている。
- ・ 薬が不足している。
- ・ 公務員の給与が少なく、スタッフはプライベート診療で仕事をせざるをえない。

2-4 プロジェクト戦略

事前評価調査団は、上記課題についてプロジェクト戦略を立てた。戦略策定において留意すべき基本方針は以下のとおりである。

(1) 基本方針

技術協力プロジェクトとして、以下の3点を基本方針とする。

1) 基本方針1：既存システム・機能の有効利用によって効率的かつ適切な活動を行う。

10年間にわたって蓄積された技術協力プロジェクトの成果をベースに、その人材や施

設・機能を有効利用することが必要である。

2) 基本方針2：他ドナーやNGOが実施してきた地方展開の経験から学ぶ。

1993年以降、既に現場への母子保健支援が単発的に行われてきた。その中で、成功事例も多くあり、他地域への適応可能な教訓も見られるため、情報を共有することが望ましい。

3) 基本方針3：効果的・効率的な母子保健サービスの向上を考える。

行政組織として、その効果的・効率的なサービス向上や、地域保健の標準化や自立発展性（Sustainability）を図るために構築すべきシステム（地方拠点・責任権限・役割分担・モニタリング制度など）を検討する。

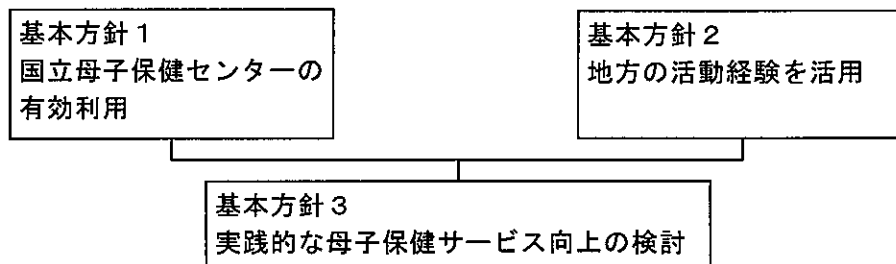


図2-8 3つの基本方針

(2) プロジェクト戦略

プロジェクト戦略は、「2-3-5」で示された地方レベル・中央行政レベルの問題点を解決する、あるいは長所を有効利用することを前提に検討された。また、実践レベルと政策立案レベルの相互連携を重視してプロジェクトデザインを設計している。

- ・地方レベル ↔ 中央レベル
- ・実践レベル ↔ 政策立案レベル

これらを有機的に結びつけ、より最適な母子保健サービス化計画を国立母子保健センターが自ら策定できるようになることが肝要であり、その結果、地方における助産者の質の向上や、乳児死亡減少、妊産婦死亡減少、さらには母子感染減少へとつながっていくようにしたい。

以下、現時点で考えられている戦略をモデルで示すことにする。

戦略モデルは、地域コミュニティとヘルスセンター、保健行政を結び、助産師を技術面と運営面で支援し、さらに国立母子保健センターへ情報をフィードバックさせて政策へ反映するというサイクルを描いている。このサイクルを円滑にワークさせることによって、徐々に母子保健サービスが底上げされ、全体が改善されていくというサイクル・モデルである。

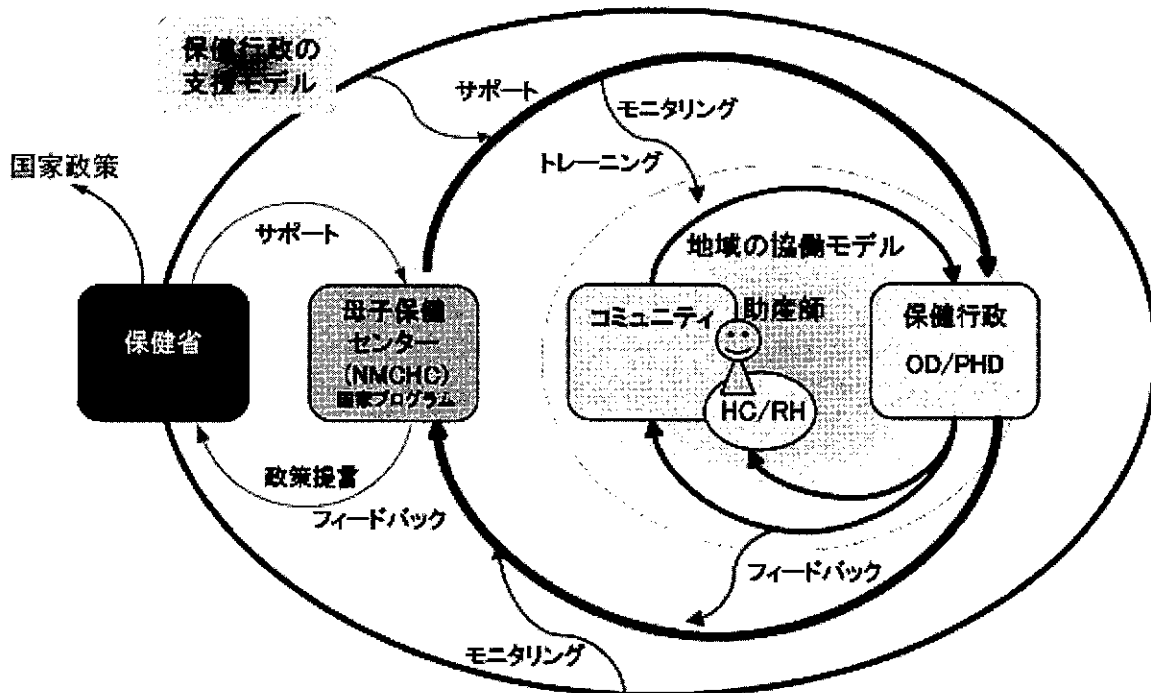


図2-9 プロジェクト戦略

(3) 課題

内戦終結後、保健医療セクターの改善は重要課題にあげられ、様々な国際機関の支援を受けてきた。大枠となる開発計画、優先順位を示した戦略ペーパー、実践を直接支援する保健セクター支援プロジェクトなどの国家的取り組みや、各分野におけるガイドラインや制度・規則なども整ってきている。

しかし、一方で、実践的場面においてはドナーから支援される分野・地域とそうでないところの格差が広がったり、相乗効果が発揮できない個別活動に陥っているケースがある。また、地方の母子保健活動には、経済的問題、時間／距離的問題、ジェンダー格差や習慣など個別具体的な環境がからみ、保健セクターだけでは解決が難しい。ここでは、改善可能な問題を①地域におけるSBAに対する行政からの支援、SBAとコミュニティとの連携の不足と、②国立母子保健センターの母子保健分野の国家プログラムと研修部の地域における母子保健サービスとの乖離に集約し、保健行政が解決可能な問題を課題別に取り上げた。

1) PHD/ODによる助産者への支援体制の強化

a) 支援的監督機能の充実

ODは毎月必ず一度はHCを訪問し、活動内容をチェックすることになっている。しかし、治療件数の確認や出産数の確認などの定量的な情報収集にとどまっており、チェックリストを使ったモニタリングが活動の改善に十分に活かされていない。

地方の助産師は孤独な状況におかれやすく、行政としての支援が不可欠である。出産数の把握だけでなく、相談を受けたり助言を行うなどの支援的なモニタリング（サポートタイプ・スーパービジョン）が必要とされている。

b) 技術サポートの強化

保健省により実施された助産師レビューによると、配置済みの助産師の知識・技術は、

国際的にみるといまだに低いレベルにとどまっているとされている。また、HIV母子感染に関する知識も乏しく、適切な教育がなされていない。

ODは、ヘルスセンターのSBAを定期的に訪問しているものの、専門的な技術指導ができる人材が乏しい。地域における技術サポートのあり方についてレビューし、技術内容を改善し体制を強化する必要がある。

2) 地域コミュニティによる助産支援強化

a) NGO活動や複数プログラムとの調和

地方では、NGOがコントラクティングにより直接保健省から業務委託されるケースの他、NGOが独自に支援を行うケースも多く、母子保健に対する支援の実態が体系的に整理されていない。そのため、投入のバランスを欠いたり、効率の悪い巡回を行ったりと、縮小できるはずのコストを損失している。

また、VHVがコントラクティングによるEPI活動に専従し、助産関連情報に頓着しなくなるケースや、インセンティブを得られる活動のみに人材がとられて、助産師も通常の業務を放棄するケースも報告されている。

母子保健（Maternal and Child Health : MCH）やその他地域保健に関する全体業務量を地域の保健人材などコミュニティの資源を活用して調整する必要がある。

b) チームワークとリーダーシップの醸成

妊婦の出産時には、助産のみならず様々な支援が必要である。妊婦は家族への食事の準備や子どもの世話等、通常行っている家事ができなくなり、家族やコミュニティの協力が不可欠となる。地域で活動するSBAは、分娩を介助するだけでなく、母子保健サービスの質の向上にむけて、関係者の協力を仰ぐ必要がある。

助産師がTSMC/RTC/国立母子保健センターで学ぶのは技術的な知識のみであり、地域活動におけるSBAの指導的能力育成や協力体制の構築に関する教育は受けていない。地域に密着した母子保健サービスの質を向上させるため、助産師もチームワークやリーダーシップについて学ぶ必要がある。また、ヘルスセンターで働く助産師を支援するヘルスセンター長やODの母子保健担当官などを含めたチームワークを醸成する必要がある。

3) 地域のニーズに応えた国立母子保健センター研修プログラム改善

a) 地域における技術指導者の育成

地方の研修関連施設には配置済みの助産師のスキルアップを指導する機能が乏しく、技術研修は専ら国立母子保健センターの研修部門が請け負っている。国立母子保健センターには重症例を含めた症例数が多いことから臨床実習のために十分な症例を割りふることができ、かつ施設・機材が揃っていることから、地方からの助産者を教育・訓練するための十分な能力がある。国立母子保健センターは研修後には視察活動を介して現場活動を支援しているが、距離や予算上の制約等から頻度を多くすることができない。また、国立母子保健センターだけでは研修のカバレッジを上げていくには限界があるとされている。したがって、助産師の技能の向上や研修後のフォローアップの実施について、地方の研修関連施設・地方の保健行政に、徐々に移行していく必要がある。

b) 自宅分娩も視野に入れた安全な出産・新生児ケアのための技術指導

国立母子保健センターでは施設分娩を前提として助産者の研修を行ってきた。しかし、現実には農村地域の出産のうち83.1%が自宅分娩で行われており、助産師も自宅に呼ば

れるケースが多い（表2-10参照）。施設がない場合の対応に関しても、指導・訓練が必要である。

表2-10 保健スタッフによる分娩率と施設分娩率

分娩の割合 (%)	2000年			2005年		
	都市	農村	全国	都市	農村	全国
保健施設における分娩	34	6	10	50	17	22
施設以外で保健スタッフが介助する分娩	23	22	22	20	23	22
その他	43	72	68	30	61	56

出典：人口保健調査（DHS）2000、2005

また、現行の助産者研修にはHIV母子垂直感染予防に関する科目が少なく、十分な情報提供ができていない。国立母子保健センターは、テキストの開発や研修プログラムの追加・変更を求められている。

c) マネジメントに関する技術指導

農村地域ではPHD/OD/ヘルスセンターが保健関連の指導的立場を自覚して活動する必要がある。また助産師も、人手不足を補って母子保健サービスの質を確保するためにも、地域におけるリーダーシップを発揮しなくてはならない場が増えている。

こうしたニーズに応えるため、国立母子保健センターは、技術部門のほかに、マネジメント教育（チームビルディング・リーダーシップなど）を行うことが望まれている。

4) 母子保健プログラムに関する計画立案能力強化と保健行政強化

a) 情報収集能力および問題分析能力の強化

国立母子保健センターには国家プログラムの計画を立案する部門があるが、情報収集や分析は、ドナーや外部コンサルタントが中心行ってきたため、自らの計画能力が弱い。国立母子保健センターは、保健行政の決定機関の一つとして、保健医療サービスを向上するための調査・分析を実施することによって、計画立案能力をより向上させる必要がある。

b) グッドプラクティスの蓄積と活用

現時点では、国立母子保健センターは、NGOや研修生による成功事例を集積できていない。成功事例を整理・分析して研修生や助産者テクニカル・ワーキング・グループにフィードバックすることが求められている。

c) マネジメント能力の向上

国立母子保健センターは病院経営や研修の「マネジメント」に関して多くのグッドプラクティスを蓄積しており、その経験を他の母子保健分野に適用できる可能性がある。国立母子保健センターの経験を活かした母子保健マネジメント改善ガイドラインを作成することが望まれている。

d) 助産者養成・再教育に関する提言

国立母子保健センター研修部は実際に研修プログラムを運営しているが、研修内容の

改善のみならず、助産者養成・再教育に関して政策的に改善すべき点についても助言していくことが期待されている。特に、RTCにおける卒前教育の質の問題や、RTCが利用する臨床実習施設についての再検討や、卒後研修後のきめ細かな助言・指導を行える地方拠点の構築などが課題となっており、その具体的改善案を提言できる位置づけにある。

e) 他セクターに対する提言

地方では、母子保健にかかわる他セクターと連携をとることも肝要である。母子保健を教育・道路交通・農業・経済なども視野に入れた包括的な問題として捉え、保健行政のあり方を検討していく必要がある。より包括的な母子保健サービス向上のために必要な要素を整理し、今後の展開への提言とすることが望まれている。

f) 国家計画（母子保健部門）の策定

現在最新の「国家戦略開発計画2006-2010」（NSDP）を更新するために、国立母子保健センターは当該セクターの抱える問題点を整理し、具体的なアクションプランを含む改善策を提言していく必要がある。母子保健分野の複数の国家プログラムを担当し、かつ臨床機能をもつ国立センターとして、母子保健サービス強化における啓発活動を積極的に行わなくてはならない。

(4) 戦略概念図

図2-10は、地域における母子保健サービス向上のための課題と、本プロジェクトの成果に関する関係を示したものである。プロジェクトは活動時の裨益対象を考慮して設計し、その後それぞれの活動が総合的にリンクして目標を達成するような仕組みとなっている。

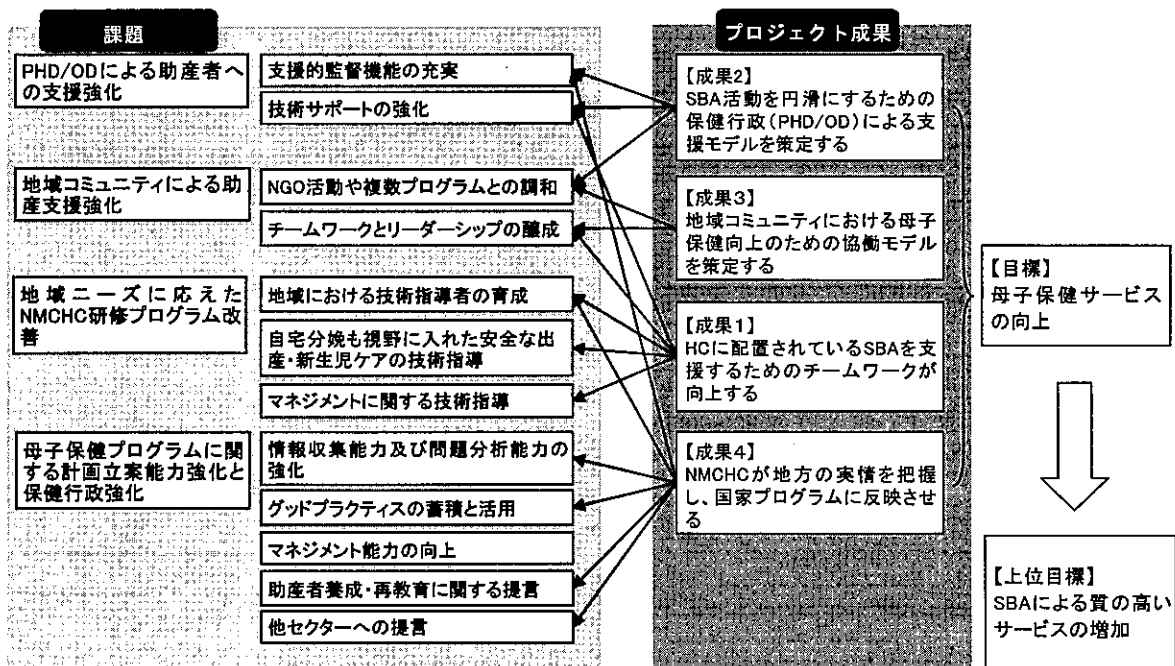


図2-10 課題とプロジェクトの活動成果の関係

2-5 今後に向けた課題と提言

カンボジアにとって母子保健分野は、1990年のカンボジアの復興後以降最優先課題として、多くの開発パートナーとともに多くの投入がなされてきた。JICAとしても、1995年から10年間実施された2つのフェーズの母子保健プロジェクトにおいて、地方、地域のフロントラインの施設であるヘルスセンターやRHにおける母子保健分野の中心的な医療サービス供給者である助産師に焦点をあて、国立母子保健センターにおいて技術的なトレーニングを実施してきた。約40%の助産師が国立母子保健センターもしくはNGOの助産卒後研修を受けている。

しかしながら、その間に乳児死亡率は減少傾向にあるものの、妊産婦死亡率に関してはその低下は明らかでない。自宅分娩率が80%を超えており、その多くをTBAが妊産婦の自宅で行っている事実、何か異常があっても道路事情が悪いことや情報が不足していることから、適切なときに適切な場所に到達できずに死亡しているといわれている。地方では信頼できる公的上位医療施設が少ないことから、問題があったときには、近くのRHではなく、県都のRHや首都の病院へ送られている。また、本来地域での助産・母子保健サービスを担うSBA（助産師、医師ら）の量的不足、また住民側の経済的要因、道路などの社会的要因などから、SBAへの短期的アクセス改善は困難と考えられる。

カンボジアにおいてもMDGの達成、特に妊産婦の死亡の減少は最重要の課題である。今回、カンボジアの地域の一つであるコンポンチャム州において、地域の保健医療従事者らに集まってもらい、ワークショップが行われた。その中でもあげられた第一の課題は、ヘルスセンターレベルのトレーニングを受けた助産師らの環境である。国立母子保健センターにおいて、助産にかかわる技術研修を受け、知識や技術の点では改善しているものの、ヘルスセンターでは、機材などの不足という物理的な環境だけではなく、助産師らの業務にヘルスセンターの責任者や他のスタッフの協力が十分でないため、助産を中心とした質のよい母子保健医療サービスを供給できないでいる。

第二の課題は、上位レベルのODやPHDからのサポートの不足である。上位のODやPHDからは、これまで一方的に分娩数などの報告を要求する視察的・管理的なかかわりがあるのみで、助産師らの状況を理解したうえでの適切な支援は行われていない。

第三の課題は、コミュニティレベルの問題である。妊産婦を含む住民においては、妊娠・分娩に関する知識が十分ではない。また、多くのTBAは、コミュニティの中では、信頼を得ており、お産に関しては、TBAによるお産が第一選択であるとともにSBAのコミュニティへのアウトリーチの活動も少なく、SBAによるコミュニティにおける分娩も増えているとはいえない。SBAとしては、国際的には3年の教育と1年程度の実地研修が望ましいとされているが、現時点の絶対的な数の不足を考え、教育期間としては不十分であるが、地方部に助産師を定着させることを目的とした場合、准助産師を量産することはやむを得ない状況にあると考えられる。

提言としては、第一に、カンボジアでは、いまだ、妊産婦の死亡原因に関する詳細な報告はされていない。国立母子保健センターは、死亡症例に関しては、いくつかの症例に関して、どうしてそれが死に至ったかを分析し、これをわかりやすい形で、地域の妊産婦、TBA、VHV、助産師に伝えていく必要がある。

第二に、SBA介助の出産増加を考えた場合、80%の自宅出産に対して、どのようなサービス提

供の方法があるのか可能性を模索することは急務である。地方の現状から、自宅出産を排除する方向性は、適切ではない。出産が、女性の安心する場所で確保されるためには、助産師が施設のみでサービスを提供するのではなく、自宅や他のプライベート施設におけるSBAによる分娩を推進していくべきであろう。また、地域では、助産師によるマタニティーセンターが開業され、そこにTBAが修行に来ているなどの事例もあり、助産師の働き方の参考になる可能性もある。TBAを排除するようなことなく、短期的には協働で、長期的には自然に減少するという考え方が妥当であろう。コミュニティにおいて、SBAを中心として、それぞれの妊産婦を同定し、SBA、VHV、TBA、家族との間に妊産婦のための緩やかなかつ妊産婦をあたたく見守るネットワークができれば、妊産婦の異常時の対応の助けになる可能性がある。

第三に、ヘルスセンターやOD、PHDレベルでの対策である。助産師らがせっかく得た知識や技術を使うためにも、そのための時間や適切な場所、環境の提供が必要である。上位のODやPHDからは、これまでは一方的に分娩数などの報告を要求する視察的なスーパービジョンが行われていたが、これからは助産師らが面している問題を解決するための支援や必要物品の支援も必要であり、年間計画活動や予算の中にこれらを組み込んでいく必要がある。

これらを地域で実施するためには、新しいタイプの「チームワーク向上研修」の実施が必要である。従来の助産のための技術的なトレーニングの前に、ヘルスセンターやコミュニティにおける妊産婦に対してのサービスを向上、達成するために必要となる、ヘルスセンターの管理者の協力、OD、PHDレベルの支援に関しての研修を行い、最後には、その後のフォローアップ、スーパーバイズのメカニズム、仕組みの実践に関しても織り込み、トレーニング終了後すぐに活動に入れるようにする。そのために研修対象者は、助産師だけではなく、最初からヘルスセンター長らの監督者研修も同時に実施する必要がある。

最後に、コンポンチャム県は、カンボジア最大の県であり、人口も170万を超える。国の財政的なインプットもあるがゆえに、保健行政管理では問題も指摘されており、ドナーの援助も少ない。多彩な多くの課題を抱えているコンポンチャム州を対象の一つに選択するリスクはあるが、コンポンチャム州における成功は全国レベルでの適応を考える意味でも重要である。SBAが地域、ヘルスセンターにおいて、上位機関の国立母子保健センター、PHD、ODの支援のもと、ヘルスセンターにおけるチームワークのもとに業務を行っていくことが望まれる。地域では、助産師を中心とした、VHV、TBAらが妊産婦をあたたく見守っていくゆるやかなネットワークを形成する必要がある。このネットワークの中、妊産婦は正常な妊娠期間を過ごし、産前検診（Ante-Natal Care：ANC）を定期的に受け、分娩が把握され、異常があったときには、適切なときに適切な施設に搬送されるようなモデルを構築する。

これらの地域の実情に基づいた支援モデルや地域のコラボレーションのモデルは、単なるモデルとして終わるのではなく、国家プログラムとして認められ、他の地方地域でも実践される必要がある。

第3章 実施協議の経緯および結果

3-1 実施協議の経緯

事前評価調査団の帰国後、これまでの調査結果をもとに、討議議事録（Record of Discussions : R/D）案および実施協議議事録（Minutes of Meetings : M/M）案について日本側でドラフトを作成した。その後、カンボジア側へ送付し、カンボジア側関係者と内容について協議を行い、両者合意のもとで最終案を完成させた。

3-2 実施協議結果

2006年12月21日、双方で合意されたR/Dおよび実施協議M/Mが保健省において署名・交換された。実施協議議事録には、Project Design Matrix（PDM）、実施計画（Plan of Operation : PO）が添付されている。（付属資料4・5参照）

プロジェクト期間は、2007年1月16日から2010年1月15日までとし、プロジェクト名は、「地域における母子保健サービス向上プロジェクト（Project for Improving Maternal and Child Health Service in Rural Areas）」とする。