

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
運営指導調査報告書

平成20年12月
(2008年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

目 次

略語表

地 図

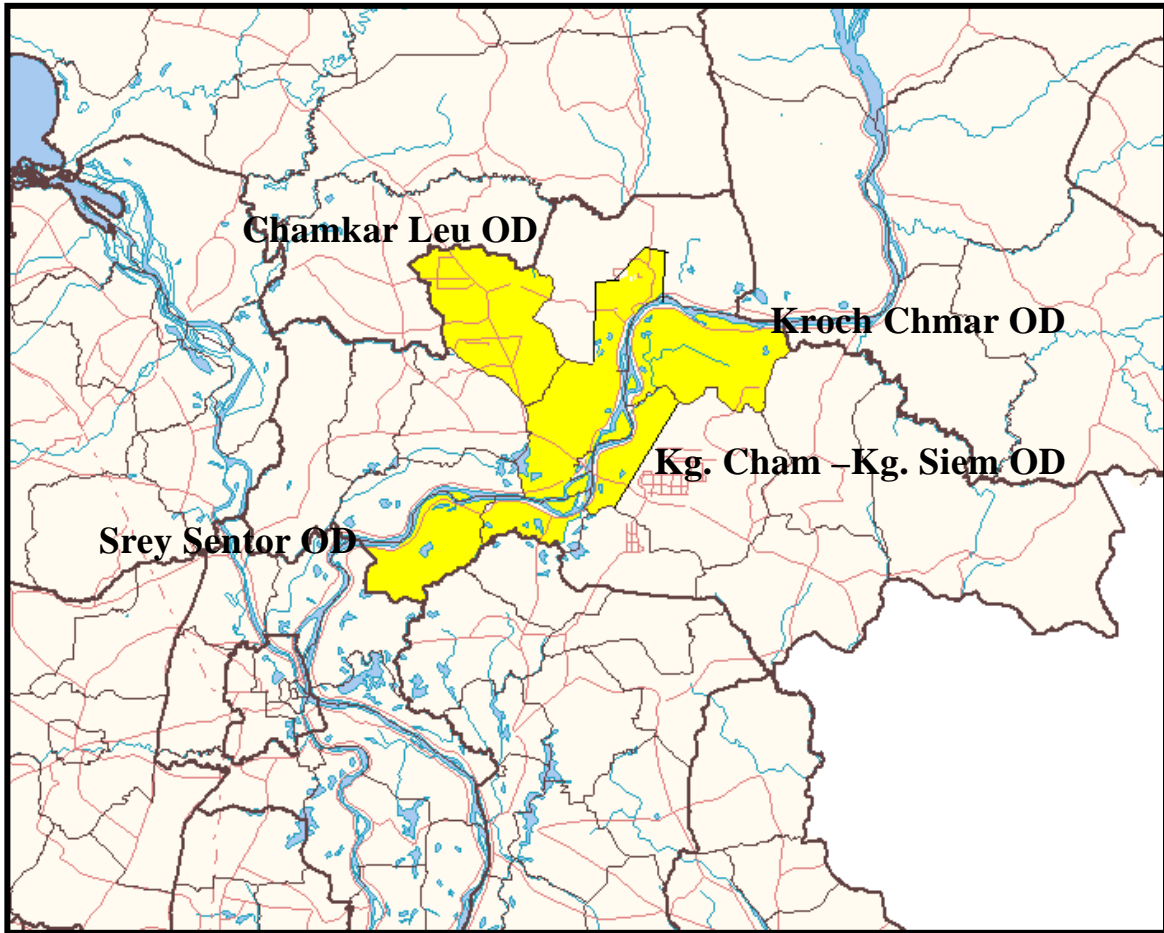
写 真

第1章 運営指導調査の概要	1
1-1 プロジェクトの背景	1
1-2 調査団派遣の目的	2
1-3 調査団の構成	2
1-4 調査日程	2
1-5 主要面談者	4
第2章 プロジェクトの概要	5
2-1 プロジェクトのデザイン	5
2-2 PDM の変遷	6
第3章 プロジェクトの実績と実施プロセス	8
3-1 プロジェクトの投入実績	8
3-1-1 日本側投入実績	8
3-1-2 カンボジア側投入実績	9
3-2 プロジェクトの成果と活動実績	10
3-2-1 成果発現の進捗	10
3-2-2 活動実績	12
第4章 プロジェクト目標の達成見込みと今後の課題	13
4-1 プロジェクト目標の達成見込み	13
4-2 今後の課題	15
第5章 プロジェクトへの提言	17
第6章 団長所感	19
付属資料	
1. ミニッツ及び PDM	23
2. 活動実績表	41
3. PDM 指標についてのまとめ	71
4. 保健省組織図、NMCHC 組織図及び概要	89
5. カウンターパートリスト	93
6. プロジェクト進捗確認、ワークショップ資料	95

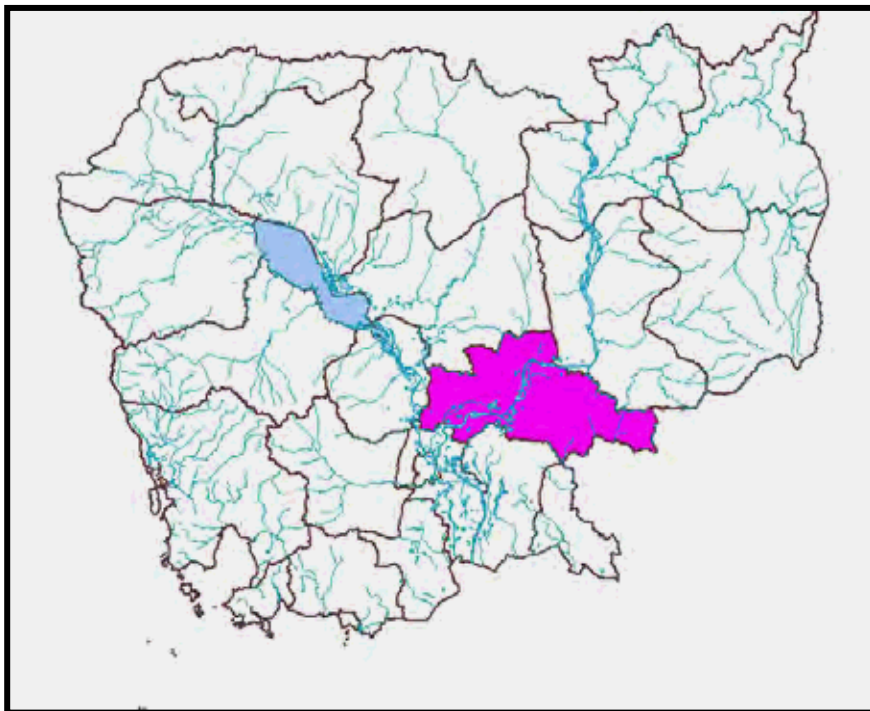
7. 第二回合同調整委員会資料.....	103
8. 今後のプロジェクト活動案.....	113

略 語 表

略 語	英 語	日 本 語
CDHS	Cambodia Demographic and Health Survey	カンボジア保健調査
HC	Health Center	保健センター
HC-MW	Health Center Midwife	保健センター助産師
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HRD	Human Resource Department	保健省人材育成部
HSP 2	Health Sector Plan 2008-2015	カンボジア第二次保健セクター戦略計画
JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
Kg. Cham	Kampong Cham	コンポンチャム州
MAT	Midwife Alliance Team Training	母子保健行政官とリファラル病院 SBA 双方を対象としたチームワーク強化研修コース
MCT	Midwife Coordinator Training	母子保健行政官に対する助産師コーディネーターTOT 研修コース
M/M	Minutes of Meetings	協議議事録（ミニッツ）
MOH	Ministry of Health	保健省
NGO	Non-governmental Organization	非政府組織
NHS	National Health System	国家保健情報システム
NMCHC	National Maternal and Child Health Center	国立母子保健センター
OD	Operational District	保健行政区
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリクス
PHD	Provincial Health Department	州保健局
RH	Referral Hospital	リファラル病院
RTC	Regional Training Center	地方看護・助産学校
SBA	Skilled Birth Attendant	熟練助産者
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
TOT	Training of Trainers	指導者養成研修
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
VHV	Village Health Volunteer	村落保健ボランティア
WHO	World Health Organization	世界保健機関



コンポンチャム州内の4モデルOD（保健行政区）



カンボジア全土及びコンポンチャム州



国立母子保健センター（NMCHC）で
研修中の助産師へのインタビュー



伝統的産婆（TBA）、村落保健ボランティア
（VHV）へのインタビュー



クロチュマー保健行政区（OD）内の
保健センター（HC）



プロジェクト進捗確認ワークショップ



妊産婦死亡調査にかかる検討会



プロジェクト合同調整委員会（JCC）

第1章 運営指導調査の概要

1-1 プロジェクトの背景

カンボジア王国（以下、「カンボジア」と記す）は、周辺諸国と比べても乳児死亡率（88／出生千対、2007年 UNFPA）、妊産婦死亡率（472／出生10万対、2005年 CDHS）や結核感染率（665／人口10万人対、2006年 WHO）が高く、母子保健や感染症対策等が遅れている。しかしながら、カンボジアでは、長い内戦の影響から保健医療従事者の数及び能力が不足しており、また多くの医療施設では薬剤、機材、施設も十分ではない。さらに、国全体に基本的な保健医療サービスを提供するための体制も脆弱であり、保健システムの整備が重要な課題となっている。



写真1-1 国立母子保健センター（NMCHC）

カンボジア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10年間にわたり母子保健プロジェクト（フェーズ1・2）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、人材育成の支援に努めてきた。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）及び保健センター（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。また、NMCHCに新しく導入されたHIV母子感染予防に関する国家プログラムについて、ガイドライン策定等に協力した。

しかしながら、地域レベルでHIV母子感染予防を進めるにあたって、妊産婦健診の受診率等も低い地方部において当該プログラムのみを実施することは効率的ではなく、より包括的な母子保健サービスの向上を推進するための取り組みが必要とされている。そうした背景の下、カンボジア政府は日本政府に対し、HIV母子感染予防を含む地域の母子保健サービスを向上させるための技術協力を要請し、日本政府は要請に基づき本案件の実施を決定し、2006年10月に事前評価調査が行われ要請内容の内容・妥当性を確認し、プロジェクト枠組みの軌道修正を行い、カンボジア政府と本プロジェクトの実施について合意した。

本プロジェクトは、モデル・サイトであるコンポンチャム州内の4つの保健行政区（Operational District：OD）において妊娠・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ことを目標として、2007年1月から3年間の協力期間で開始された。

1-2 調査団派遣の目的

2008年12月で協力開始後2年が経とうとしていることから、以下の目的で運営指導調査を実施することとした。

- ・プロジェクトの活動実績と成果発現状況の確認
- ・プロジェクトの今後の方向性〔終了時における着地点、Project Design Matrix (PDM) 数値目標の設定、残り期間で取り組むべき課題等〕の確認

本運営指導調査でカンボジア側関係者との協議合意事項については、協議議事録（ミニッツ）（Minutes of Meetings：M/M）に取りまとめ、署名・交換を行う。

1-3 調査団の構成

担当分野	氏名	所属
団長／総括	米田 一弘	JICA カンボジア事務所 所長
母子保健	杉浦 康夫	国立国際医療センター国際医療協力局
協力計画	佐藤 祥子	JICA カンボジア事務所 企画調査員
調査管理	久保倉 健	JICA 人間開発部母子保健課 職員

1-4 調査日程

本運営指導調査は、2008年11月30日～12月10日にかけて実施され、調査日程詳細は以下のとおりである。

	日	曜日	時間	内容	場所
1	11月30日	日	AM	成田発（ホーチミン経由）	
			PM	プノンペン着	
2	12月1日	月	8:00- 9:00	調査団内打ち合わせ（調査方針、日程等の確認）	JICAカンボジア事務所
			9:30- 10:30	専門家チームとの打ち合わせ（調査方針、日程等の確認）	NMCHC
			10:30- 12:00	NMCHCの視察、専門家チームの発表（カンボジアの保健状況、プロジェクト活動実績・成果発現状況等）	NMCHC
			14:00- 17:00	専門家チームとの打ち合わせ（専門家の発表一技プロ活動実績、成果の発現状況等）	NMCHC
3	12月2日	火	10:00- 11:00	NMCHC 研修部担当者へのグループインタビュー	NMCHC
			11:00- 12:00	NMCHCで研修中の保健センター助産師（HC-MW）へのグループインタビュー	NMCHC
			PM	コンボンチャム州へ移動	コンボンチャム
4	12月3日	水	10:00- 11:00	クロチュマー保健行政区（OD）リファラル病院と保健センター（HC）視察	コンボンチャム
			11:00- 12:00	クロチュマー保健行政区行政官へのインタビュー	
			16:00- 17:00	コンボンチャム州リファラル病院視察	

5	12月4日	木	8:00- 17:00	プロジェクト進捗と実績確認ワークショップ (阿部専門家の成果/提言発表含む) 〔NMCHC、コンボンチャム州保健局 (PHD)、 OD のカウンターパート参加〕	コンボンチャム
6	12月5日	金	8:00- 10:00	新型妊産婦死亡オーディット調査に基づく検討 会の見学	コンボンチャム
			10:30- 11:30	コンボンチャム州地域看護・助産学校 (RTC) 視 察と副校長へのインタビュー	
			PM	プノンペンへ移動	プノンペン
			16:00- 19:00	専門家チームとの打ち合わせ (PDM の改訂)	
7	12月6日	土	9:00- 12:00	専門家チームとの打ち合わせ (PDM の改訂)	プノンペン
8	12月7日	日	AM/PM	資料整理 (ミニッツ案の作成等)	プノンペン
9	12月8日	月	9:00- 10:00	NMCHC 研修部長 (Dr. Sotha) との面談 (今後1 年間で取り組むべき課題)	NMCHC
			11:00- 12:00	UNFPA との面談 (助産教育について)	UNFPA
			14:30- 15:30	NMCHC センター長 (Prof. Kanal)、国家リプロ プログラム・マネージャー (Dr. Rathavy) との面談 (今後1年間で取り組むべき課題)	NMCHC
			16:00- 18:00	調査団内打ち合わせ〔ミニッツ案の改訂、合同調 整委員会 (JCC) の準備等〕	
10	12月9日	火	9:30- 10:00	保健省人材育成部 (HRD) 副部長へのインタビ ュー	保健省
			11:00- 12:00	JCC 開催 (プロジェクトの進捗、調査団の提言、 今後1年間で取り組むべき課題について)	NMCHC
			14:00- 15:00	帰国報告	JICA 事務所
			16:00- 16:45	帰国報告	在カンボジア 日本国大使館
			PM	プノンペン発 (ホーチミン経由)	
11	12月10日	水	7:30	成田着	

1-5 主要面談者

(1) カンボジア側

H.E. Prof. Eng Huot	Secretary of State for Health, Ministry of Health (MOH)
Prof. Koum Kanal	Director, National Maternal and Child Health Center (NMCHC), MOH
Dr. Tung Rathavy	Deputy Director of NMCHC and National Reproductive Health Programme Manager, MOH
Dr. Keth Ly Sotha	Vice Director / Chief of Training Unit, NMCHC, MOH
Dr. Uong Sokhan	Deputy Chief of Training Unit, NMCHC, MOH
Dr. Phom Samsung	Deputy Director, Human Resource Department, MOH
Dr. Lon Chan Rasmey	Deputy Director, Kg.Cham Provincial Health Department (PHD)
Ms. Peang Nara	Deputy Chief of MCH, Kg.Cham PHD
Dr. Chea Sokha	Director, Kg.Cham-Kg.Siem Operational District (OD)
Ms. Khiev Samon	Chief of MCH, Kg.Cham-Kg.Siem OD
Dr. Chea Eak Chhay	Director, Chamkar Leu-Stueng Trang OD
Ms. Chhor Sokheng	Chief of MCH, Chamkar Leu-Stueng Trang OD
Dr. Prak Ruos	Director, Srei Santhor-Kang Meas OD
Dr. Kao Rada	Chief of MCH, Srei Santhor-Kang Meas OD
Dr. Hout Kea	Director, Kroch Chhmar-Stueng Trang OD
Ms. Keo Leakhena	Chief of MCH, Kroch Chhmar-Stueng Trang OD

(2) 日本側

松尾 秀明	在カンボジア日本国大使館 経済・経済協力班長
田村 美沙	在カンボジア日本国大使館 経済協力専門調査員
小原 ひろみ	プロジェクト長期専門家 (チーフアドバイザー)
櫻井 幸枝	プロジェクト長期専門家 (SBA 支援体制強化)
松岡 貞利	プロジェクト長期専門家 (研修マネジメント/業務調整)
阿部 貴美子	プロジェクト短期専門家 (母子保健コミュニティ活動評価)

(3) 他ドナー

Ms. Alice Levisay	Representative, UNFPA Cambodia Office
-------------------	---------------------------------------

第2章 プロジェクトの概要

2-1 プロジェクトのデザイン

カンボジア政府は、内戦終結後、保健医療セクターの改善を重要課題に掲げ、様々な国際機関、二国間ドナー等の支援も受け、国の開発計画、戦略ペーパー、各課題に対するガイドラインや制度なども整えてきた。しかしながら、一方で、実際の保健医療サービスにおいて、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り、どの住民に対しても必要最低限の質が担保された均一なサービスが提供できていない、相乗効果が発揮できないような個別活動に陥っている、などのケースが散見されるようになっている。また、母子保健分野では、助産師の数が慢性的に不足しており、保健センター（Health Center：HC）への助産師の配置が十分に進んでいない。保健省は、緊急措置として1年間の准助産師養成コースを地方看護・助産学校（Regional Training Center：RTC）で実施しているが、臨床実習経験と実施経験の少ない新卒の准助産師は、地域保健行政とコミュニティからのサポート、並びに熟練助産者（Skilled Birth Attendant：SBA）からの技術的サポートなしでは、HCで即座に分娩介助できないという問題を抱えている。

本プロジェクトでは、2006年10月の事前評価調査を通じて、①地域の助産師に対する行政からの支援、②助産師とコミュニティとの連携、③NMCHCの研修プログラムと実際に地方で提供されている母子保健サービスとの乖離、④これら課題を解決するための国家母子保健プログラムと保健行政の4つを改善可能な課題として集約された。それら4つの課題と本プロジェクトがめざす達成目標と各成果の関係を示した図2-1は以下のとおりである。

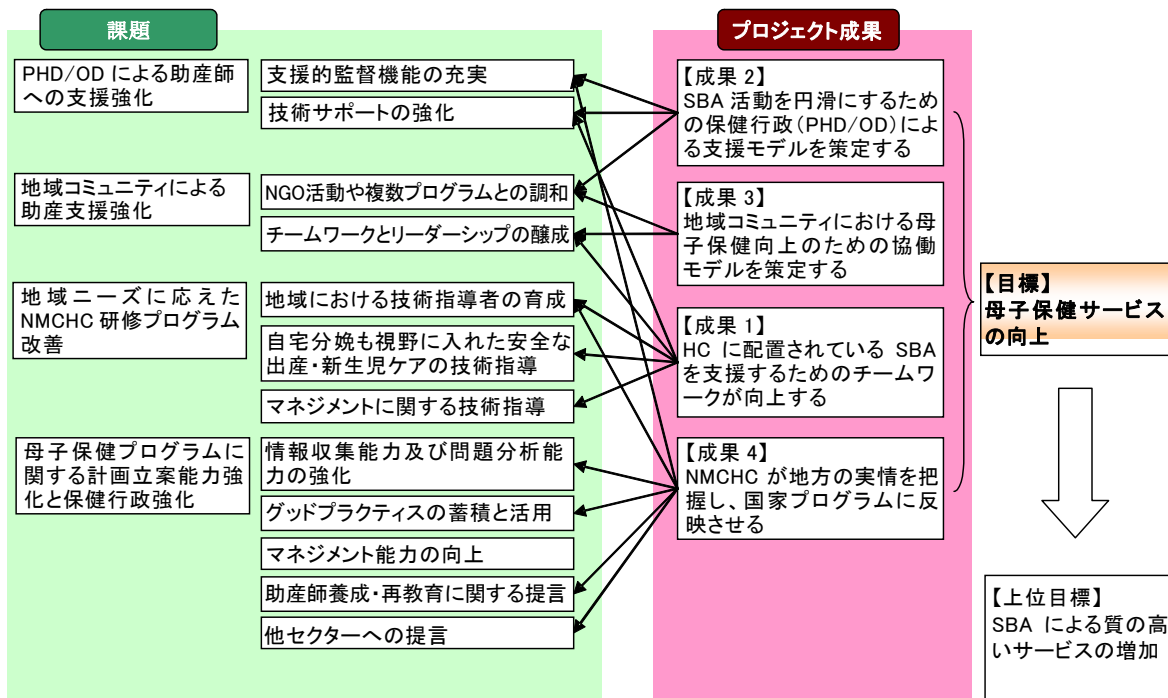


図2-1 課題とプロジェクトの活動成果の関係（事前評価調査報告書から引用）

本プロジェクトの戦略として、地域コミュニティとHC、保健行政を結び、助産師を技術面と運営面双方で支援し、さらにNMCHCへ地域レベルの情報をフィードバックさせて国の政策へ反

映させていくというサイクルが描かれている。

2-2 PDMの変遷

2006年10月の事前評価調査時に、現地で行われた問題分析ワークショップ、保健省・NMCHCとの協議等を経て、以下の目標、成果、活動及び投入を含めた本プロジェクトの枠組みについて、カンボジア側と合意した。詳細については、付属資料1のPDM Ver.1参照のこと。

(1) 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。

(2) 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。

(3) 成果

1. 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。
2. SBA活動を円滑にするための保健行政〔州保健局（Provincial Health Department：PHD）／保健行政区（Operational District：OD）〕による支援モデルを策定する。
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。
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。



写真2-1 Chamkar Leu- Steung Trong OD内のHC

ターゲット地域は、全国を対象としつつも、コンボンチャム州内の3～4ODをモデル・サイトとすることとした。プロジェクト開始後、2007年2月に実施したモデル・サイト候補選定のための現地調査結果、並びにカンボジア側関係者との協議をもとに、2007年6月、最終的に4つのOD（Kampong Cham-Kampong Siem、Kroch Chhmar-Steung Trong、Chamkar Leu- Steung Trong、Srei Santhor-Kong Meas）をモデル・サイトに選定した。

本プロジェクトでは、事前評価調査時に策定されたPDM Ver.1の内容と実際に行われている活動との間に大きな齟齬がないことから、現在までPDMの更新は行われてこなかった。しかしな

がら、これまでの活動により成果発現の進捗がみられるなか、PDM Ver. 1 では、目標や成果の達成度を測る指標に数値目標が設定されていなかったため、本調査で日本人専門家チームとカンボジア側カウンターパートとの協議を通じて、具体的な数値目標の設定と活動の一部見直しを行い、付属資料 1 の PDM Ver. 2（案）を作成した。主な改訂箇所は以下のとおり。

- ・上位目標の指標：国レベルの SBA による出産介助率や妊産婦健診受診率を測るうえで信頼できるデータは、5年に1回実施されるカンボジア人口保健調査（Cambodia Demographic and Health Survey：CDHS）である。したがって、上位目標の指標の基準値は、2005年に行われた CDHS の公表値とし、目標値は、現行のカンボジア第二次保健セクター戦略計画（Health Sector Plan 2008-2015：HSP 2）で掲げられている 2015 年達成目標値とした。
- ・プロジェクト目標の指標：モデル・サイトにおける SBA による出産介助数・率、妊産婦健診数・率及び出産登録数・率は、各 OD が報告する国家保健情報システムのデータを使用し、2006 年のデータを基準値とし、HSP 2 の 2015 年達成目標値に向けて順調に増加すると仮定した場合の 2009 年推定値を目標値とした。

その他に各成果に具体的な数値を入れるとともに、本プロジェクトの残り 1 年間で、モデル・サイトを対象に実施されてきた研修コースを改変し、新たな研修コースを他州へも拡げていく計画も一部の成果の指標に反映させるとともに、必要な活動を加えるなどした。

第3章 プロジェクトの実績と実施プロセス

3-1 プロジェクトの投入実績

3-1-1 日本側投入実績

(1) 専門家派遣

プロジェクト開始以降、長期専門家4名（計62MM）が現地へ派遣され、指導分野はそれぞれチーフアドバイザー、地域保健、SBA活動支援体制強化、業務調整／研修マネジメントである。短期専門家は、延べ5名（計8.73MM）が以下の指導分野で派遣された。

- ・地域保健活動評価
- ・新生児ケア
- ・地域におけるSBA技能支援体制
- ・助産ケア
- ・母子保健コミュニティ活動分析

(2) 研修実施

プロジェクト開始以降、以下のとおり現地で各種研修が実施された。

・卒後助産師技能研修

既存の卒後助産師技能研修を受講したことのない助産師対象（主に僻地保健センター勤務の准助産師）。プロジェクト開始後に2回実施。各20名（2007年3月4週間）、（2007年12月～1月新卒准助産師を対象8週間）

・助産師コーディネーター指導者養成研修（以下、「MCTコース」と記す）

州保健局母子保健担当官、OD母子保健担当官を対象。母子保健における行政官の役割、地域の助産師を調整する役割、モニタリング技能の向上をめざした研修。対象者13名に対し、4月21～25日に1回実施。

・助産師チームワーク強化研修（以下、「MATコース」と記す）

州保健局母子保健担当官、OD母子保健担当官、RH-SBAを対象。地域の母子保健サービス提供者が保健システムにおけるそれぞれの相互補完的役割を認識し、地域において保健センター助産師（Health Center Midwife：HC-MW）を支援することを目的とした研修。母子保健を向上させるためのアクションプランを作成した。対象者21名に対し、第1回6月23～27日、対象者20名に対し、第2回8月4～8日実施。



写真3-1 MCTコースによる
モニタリング技能研修



写真3-2 MATコースでのHC訪問

- ・技術交換研修

2007年11月SBA活動を円滑にするための保健行政による支援について他国の事例を学ぶことを目的として、カウンターパート7名をインドネシア国へ派遣し、同国で技術交換研修を行った。

- ・第三国からの研修員受入れ

- ①マダガスカル JICA 母子保健サービス改善プロジェクト技術交換（2007年11月26日～12月6日）
- ②アフガニスタン JICA リプロダクティブヘルスプロジェクト第三国研修（2008年1月21～24日）

（3）機材供与

プロジェクト開始以降、これまで PHD/OD のオフィス環境整備、HC/コミュニティの母子保健活動の効率化等を目的として、以下の機材がカンボジア側へ供与された。

- ・2006年度1,013,000円（デスクトップコンピューター1台、モニター1台、ラップトップコンピューター1台、レーザープリンター1台、ポータブルプリンター1台、液晶プロジェクター1台、プロジェクトランプ1台、コピー機1台、デジタルカメラ1台、無停電電圧装置2台、自動電圧安定装置4台）
- ・2007年度2,343,000円（コピー機2台、デスクトップコンピューター5台、ラップトップコンピューター2台、プリンター2台、マルチプロジェクター2台）
- ・2007年度25,196.50米ドル（母親健康手帳161,000冊）
- ・2007年度1,102.50米ドル（助産師感染防護着245着）
- ・2007年度1,574.10米ドル（分娩キット・新生児用吸引器99セット）
- ・2007年度4,109米ドル（血圧計・聴診器セット128セット、新生児用据付型体重計47台、大人用小型体重計13台）
- ・2008年度（予定）4,410,000円（コピー機1台、マルチプロジェクター1台、分銅式身長・体重計72台ほか）
- ・2008年度7,120米ドル（日本製中古自転車178台）

3-1-2 カンボジア側の投入実績

（1）カウンターパートの配置（詳細は付属資料5参照）

- ・プロジェクトダイレクター H.E. Prof. Eng Huot（保健省次官）
- ・プロジェクトマネジャー Prof. Koum Kanal（NMCHC長）
- ・カウンターパート定期会合メンバー 12名
モデル・サイトODのOD長、OD母子保健行政官
コンボンチャム州PHD次長、PHD母子保健行政官
NMCHC研修部長、次長
- ・他のカウンターパート
NMCHC研修部スタッフ 6名
NMCHC国家リプロダクティブヘルスプログラム 2名

(2) ローカルコストの負担


- ・プロジェクト事務所の電気水道代金
- ・これまでプロジェクトとカウンターパートとで開催した43回の会合やイベントのうち、5回はカウンターパート側の予算と当プロジェクト、2回は他の援助団体の資金と当プロジェクトを用いて開催した。


3-2 プロジェクトの成果と活動実績


3-2-1 成果発現の進捗

1. 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。	
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。
指標 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。
進捗状況	<ul style="list-style-type: none">・研修カリキュラム2つが新規に策定され、3コースが実施された。・MCT研修により養成された助産師コーディネーターの数が増加した(0→12名)。・MAT研修時に作成されたアクションプランの数が増加した(0→43)。・現在、4つのモデル・サイトODにおいて、ODごとにアクションプランは実施されている。 <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none">・研修受講者である母子保健行政官、RH-SBAを対象とした電話調査において、HCのSBAを支援するためのチームワーク向上が確認されている。・母子保健行政官とRH-SBAが協力して、HC-MWsを支援する活動が自主的に始まり継続されており、モデル・サイトにおいてHC-MWsを支援するためのチームワーク向上が認められる。

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。	
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。
指標 2-2	SBAが認識するモニタリング内容・質が向上する。
指標 2-3	PHD/RTC/ODによるHC/RHのSBA支援ガイドラインが作成される。
進捗状況	<ul style="list-style-type: none">・4つのモデル・サイトにおいて、異なるSBA支援モデルが実施されている(助産師定期会合の開催、既存の会合に助産師の技能研修を追加、患者を上位病院に搬送(レファール)した際に、既存の会合を用いてHC-MWsにフィードバックを実施するなど)。・モデル・サイトのHC-MWsを対象とした電話調査において、SBA支援が改善していることが確認された(RH-SBAから技能面について学べるようになった、RHへの患者搬送に同行した際にRH-SBAが非難せずに、技能指導をするようになったなど)。・4つのモデル・サイトのうち、2箇所では、2007年7月に7人の新卒准助産師が配置された。現時点でこれら新規に配置された助産師は離職しておらず、僻地で働き続けていることが確認されている。

	<ul style="list-style-type: none"> モデル・サイトにおいて、SBA 活動を円滑にするための保健行政による支援モデルが形成された。SBA 支援ガイドライン策定は、今後の実施予定である。
---	---

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。	
指標 3-1	コミュニティ (TBA/VHV) と HC スタッフの関係性が改善する。
指標 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。
指標 3-3	協働モデル事例集が作成される。
進捗状況	<ul style="list-style-type: none"> コミュニティ活動現状の調査・分析の結果、コミュニティ協働の促進・阻害要因が抽出された。 OD のための「コミュニティ協働支援行動リスト」が作成された。 プロジェクトの活動として他 OD へのスタディーツアーを実施した以後に、保健ボランティアに ID カードを発行するなど、地域保健活動向上のための新たな取り組みが開始された。 <p style="text-align: center;">  </p> <ul style="list-style-type: none"> モデル・サイトにおいて、多様な外部支援団体が地域保健活動を支援しており、外部援助団体からの影響が大きい。一方、OD 行政官には、HC の地域保健活動に対して指導・支援するという意識が乏しい。このような実情下、「HC」と「地域」のみの協働のモデル策定は現実的ではなく、むしろ OD 側が「HC」と「地域」との連携を支援するモデルを策定する方針とした。OD が用いることが可能な「コミュニティ協働支援行動リスト」が作成されており、以後この行動リストを OD が実施していき、OD のコミュニティ協働に対する支援モデルを策定予定である。

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。	
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。
指標 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。
指標 4-3	ガイドラインと事例集が認定される。
指標 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。
進捗状況	<ul style="list-style-type: none"> 中央レベルの母子保健関係者 (NMCHC、開発パートナー側技術アドバイザー) に対するプロジェクトからの進捗・成果報告 (地方における調査結果を含む) 数が増加した (定例作業部会・母子保健ドナー調整会合に対して 6 回、ほか 8 つの開発パートナーに対して 17 回の面会・情報提供を実施した)。 プロジェクトの経験を活かし、SBA を対象とした NMCHC の研修内容等が変更された (0 → 2 コース)。 国家リプロダクティブヘルスプログラムと国家妊産婦死亡オーディット会合において、プロジェクトの経験を活かして作成された調査報告数が増加した (0 → 2 回)。 <p style="text-align: center;">  </p>

	<ul style="list-style-type: none">・プロジェクトの活動（地方の実態調査の実施と報告、地方保健スタッフや行政官と合同での活動）は、NMCHC が地域の実情を把握することに貢献しており、既存の研修や既存のプログラム活動に影響を与えている。
--	--

3-2-2 活動実績

活動は PDM の概要に基づき、ほぼ計画どおりに問題なく実施された。活動実績の詳細については付属資料 2 を参照のこと。

第4章 プロジェクト目標の達成見込みと今後の課題

4-1 プロジェクト目標の達成見込み

本プロジェクトの目標は、以下のとおりである。

<p>〈プロジェクト目標〉</p> <p>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。</p>
<p>〈指標〉</p> <p>(1) モデル・サイトにおける SBA による出産介助数</p> <p>(2) モデル・サイトにおける SBA による妊産婦健診数</p> <p>(3) モデル・サイトにおいて登録された出産数</p> <p>(4) プロジェクトの経験が国家プログラムに反映された数</p>

モデル・サイトにおける母子保健サービス量は増加しており、「カンボジア国保健セクター戦略計画 2008～2015 年(Health Sector Plan 2008-2015:HSP 2)」の 2015 年ターゲット目標に向かって、順調に SBA 分娩率、妊産婦健診数、登録分娩数ともに増加傾向にある。上記指標(4)については、成果4 発現に係る進捗状況ですでに述べたとおり、国レベルの SBA を対象とした NMCHC の研修コースが、本プロジェクトの経験を活かした研修内容へと改善され、また本運営指導調査時でもモデル・サイトで実施した研修を改変し、新規カリキュラムを策定したうえで、全国を対象として今後実施することで保健省側と合意するなど、プロジェクト目標の達成見込みは高いといえる。

上記指標(1)～(3)の進捗状況は以下のとおりである。

(1) モデル・サイトにおける SBA による出産介助数

モデル・サイトの 4 OD の SBA 介助分娩は、2006 年 8,373 件(34%)、2007 年 11,025 件(45%)と上昇傾向にある。カンボジア HSP 2 においては、2015 年に SBA 率 80%達成が到達目標として規定されている。これを達成するためには、毎年、以下の分娩数・率となることが期待されるが、プロジェクト開始後 2007 年の値は、2015 年のターゲット達成に向けて、順調に増加している。

表 4-1 分娩数 2015 年ターゲットを達成するためのベンチマーク

	実測値									ターゲット
年	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SBA 介助分娩率	34%	39%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%
SBA 介助分娩数	8,373	9,605	10,836	12,068	13,299	14,531	15,762	16,994	18,225	19,457

分母としては 2006 年時の年間推定分娩数 24,321 を使用(人口増加率は加味せず)

(2) モデル・サイトにおける SBA による妊産婦健診数

カンボジア HSP 2 の 2015 年のターゲットは、妊産婦健診 2 回以上受診する率により規定されている。2 回以上を受診する割合については、国家保健情報システム(National Health System : NHS)のみからは産出できないが、代替として 2 回受診した率を用いる。4 つのモ

デル・サイトにおける妊産婦健診2回受診数は、2007年には11,802件になることが期待されている。

表4-2 妊産婦健診数 2015年ターゲットを達成するためのベンチマーク

年	実測値									ターゲット
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ANC2回受診率	43%	49%	59%	64%	64%	69%	74%	80%	85%	90%
ANC2回受診数	10,541	11,802	14,324	15,585	15,585	16,845	18,106	19,367	20,628	21,889

分母としては2006年時の年間推定分娩数24,321を使用（人口増加率は加味せず）

モデル・サイトにおいては、妊産婦健診2回目受診数のみをみた場合、2007年には、10,068件と受診数は低下傾向であった。しかしながら、表4-3のとおり、妊産婦健診3～5回以上の受診率が上昇しており、妊産婦健診受診の総数は増加している。

表4-3 4つのモデルサイト行政区における妊産婦健診受診回数

年	1回	2回	3回	4回	5回	総数	年間分娩推定数	1回受診する割合	2回受診する割合	受診する女性一人当たりの妊産婦健診回数
2006	12,281	10,541	4,847	3,652	2,295	31,853	24,321	50%	43%	2.6
2007	12,680	10,068	5,324	3,774	3,588	34,726	24,692	51%	41%	2.7
増減	399	(473)	477	122	1,293	2,873	371			

(3) モデル・サイトにおける出産登録数

モデル・サイトの4ODにおける分娩登録数は、2006年12,301件（51%）、2007年14,870件（60%）と上昇傾向にある。2015年に登録率が90%達成するためには、毎年、以下の登録数・率となることが期待されるが、プロジェクト開始後、2007年の値は2015年のターゲット達成に向けて順調に増加している。

表4-4 分娩登録数 2015年に90%を達成するためのベンチマーク

年	実測値									ターゲット
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
分娩登録率	51%	55%	59%	64%	68%	72%	77%	81%	86%	90%
分娩登録数	12,301	13,366	14,432	15,497	16,562	17,628	18,693	19,758	20,824	21,889

1.分母としては2006年時の年間推定分娩数24,321を使用（人口増加率は加味せず）

2.モデル・サイトにおいて登録された出産数*と率〔12,301分娩50%（NHS 2006）→15,497分娩63%（NHS 2009-2015年）に90%が登録されると仮定〕（*登録された出産数とは、①施設分娩、②保健スタッフによる自宅分娩、③保健スタッフ以外による分娩のうちHCに登録された数の和）

4-2 今後の課題

(1) プロジェクト目標の指標について

以上のとおり、本プロジェクトの各指標は改善傾向にあり、かつ各成果の発現も順調に進捗していることから、PDMのロジックでも、プロジェクト目標の達成見込みは高いといえる。しかしながら、一方で、プロジェクト目標の達成度を測る指標となっているモデル・サイトにおけるSBAによる出産介助数、妊産婦健診数、出産登録数の増加は、公的母子保健サービスの利用増加を狙った保健省や他ドナーによる報奨金制度の導入、他ドナー、NGOの母子保健活動などの影響も受けていることが予想される。さらに、モデル・サイト外のODにおいても同様の増加傾向がみられる。したがって、本プロジェクトの活動・成果とプロジェクト目標の指標の改善との因果関係を確認することは困難な状況にある。

本プロジェクトでは、1年間の卒前助産教育だけで、臨床経験も十分受けないまま、職場環境の厳しい地方のHCに配置されていく准助産師の多くが、自信を持たずにせっかくHCに来た妊産婦に対して、産前健診も分娩介助も敬遠してしまう、TBAに助言を請う、HC勤務を止めてしまうなどの問題に端を発して、地域の保健行政とコミュニティが協働してHC-MWsを支援していけるシステムづくりをめざして協力を開始している。したがって、モデル・サイトにおいて、HC-MWsに対する行政と地域の支援体制ができつつあるなか、今後、例えば本プロジェクト開始前後にHCへ配置された新人の助産師の産前健診数や分娩介助数の推移、HCへの定着率、そして地域住民のHCのサービスに対する満足度など、プロジェクト目標の達成度を傍証するようなデータも収集・分析していくことが望まれる。

(2) 研修コースのスケールアップについて

本プロジェクトは、2008年4月以降、州・行政区レベルの母子保健行政官を対象にした研修(MCTコース)、並びに州・行政区レベルの母子保健行政官と地域RH-SBAsを対象にしたチームワーク強化研修(MATコース)を実施してきた。

その結果、研修を修了した母子保健行政官がHC-MWsを支援すべき「助産師コーディネーター」という役割があることを認識するとともに、RH-SBAsは、研修参加を通じてHC-MWsが置かれた厳しい職場環境を理解したことで、HC-MWsに対して、技術面を含め支援していかうとする態度と行動の変容を示し始めている。また、本プロジェクトで聞き取り調査をしたHC-MWsからも、HCレベルから地域RHへ搬送された妊産婦そして病院レベルへリファーしたHC-MWsに対して、RH-SBAsが以前と異なって好意的な対応をしていることが確認されるなど、HC-MWsとRH-SBAs間で良好な関係が構築されるとともに、HC-MWsに対する地域行政からの支援活動(モニタリング、会合、電話相談等)も活発化するなど、モデル・サイトにおいて本プロジェクトの研修効果の発現が確認されている。

したがって、地域モデルを国家プログラムへ反映させるというプロジェクト目標も視野に入れ、今後、本プロジェクトがMCT及びMATの両コースをもとに、他州向けの新たな研修カリキュラムを策定し、本プロジェクトの研修を全国展開していくことが望まれる。

(3) 中央・州政府レベルの役割について

州・ODの母子保健行政官は、モデル・サイトにおけるHC-MWsへの支援で重要な役割(助産師同士のネットワーク強化等)を担っている。母子保健行政官が、今後そのような重要な

役割を十二分に果たしていくためには、PHD 長などが母子保健行政官の役割を理解し、行政面からの支援の強化が望まれている。さらに、NMCHC を中心に中央レベルも、母子保健行政官や RH の SBAs が果たすべき責任・役割を明確に示すことで、HC-MWs への継続的な支援のみならずコミュニティから保健医療施設へのリファラル体制などの強化も担保されることが必要である。

(4) カウンターパート・モニタリングチームの強化について

本プロジェクトでは、HC-MWs を支援するための活動において、NMCHC、PHD、ODs、RH、HC など様々なレベルの関係者がかかわっている。技術面での支援では、特に RH で勤務する SBAs による技術的支援が有効であることが確認されているものの、本プロジェクトの活動をモニターするカウンターパート・モニタリングチームは、NMCHC、PHD、ODs とプロジェクト専門家のみで構成されている。したがって、今後、RH の SBAs もカウンターパート・モニタリングチームに加わることを望まれている。

(5) モデル・サイトにおけるコミュニティ協働

すでに成果 3 の進捗発現で上述したとおり、OD が用いることが可能な「コミュニティ協働支援行動リスト」が作成され、モデルサイトの各 OD と共有されている。今後、各 OD が、同リストを参照しつつ、HC と地域コミュニティ間の協働を促進する活動を展開していくことが期待されているが、実際にどのような活動が各 OD によってなされていくのか、モデルとなり得る活動の抽出も含め、引き続き本プロジェクトとしてフォローしていく必要がある。

第5章 プロジェクトへの提言

本プロジェクト活動は、3年間という短い期間での2年経過時にもかかわらず、プロジェクト目標に向かい着実にその成果を積み上げていることが確認できた。日本人長期専門家の積極的な活動はもとより、それ以外の要因として以下があげられる。

- (1) 日本人専門家とカンボジア側カウンターパートが十分な信頼関係で維持されていること。
- (2) プロジェクトは根拠となるデータを得て、それをもとに活動を組み立てていること。
- (3) カウンターパートは研修で学んだことをできる範囲で着実に実施していること。

(1) に関して、1995年から継続的に日本の協力が NMCHC に対して行われ、一貫した姿勢でカンボジア側の主体性を尊重し、人材育成に長期的にかかわってきたことで信頼性が確立されてきたと考えられる。人材育成にはこのような姿勢と長期的なスパンが必要であり、日本の協力として10年以上の長期的な関わりの重要性を示す良い例である。

(2) に関して、本プロジェクトにかかわってきた日本人専門家の役割に負うところが多い。本プロジェクトでは長期・短期専門家がそれぞれのデータを有益な情報としてカウンターパートと共有し、プロジェクト活動に結び付けていた。



写真5-1 母子保健行政官とRHのSBAによるHC巡回指導

(3) に関して、今回、特にコンポンチャム州のカウンターパートの行動力は高く評価される。通常、研修を受けてもそれを次の行動に移すためには時間がかかることが多いが、MCT、MAT研修、新型巡回指導（new supervision）を経験し、自分の役割が明確になったところで、即座に様々な活動（HC-MWsの上位病院への患者搬送時における上位病院助産師の指導態度や受入態度の改善、妊産婦死亡オーディット会議の内容変更など）が自主的に行われていることは素晴らしい。

本プロジェクトが示した、HCの助産師サポート体制モデルは、州・OD保健局スタッフの実務面のサポートとRHの技術面のサポートによる。これは既存の人材と施設を用いて、その役割を明確化し、州・OD保健局とRHが協力して、HCをサポートする構図は、全国に通じる可能性を持つ。本プロジェクトはそのために巨額な資金の投入を前提とするものではなく、常に現在ある人材とその機能を十分に活かそうとしている点や地域に対するサービス向上にはODがその中心

的役割を果たすことを明確にした点が評価される。

以上より、提言として7点をあげる。

- 1) 本プロジェクトは計画どおり順調に進んでいる。モデル地域（コンポンチャム州の4地域）では、HCの助産師サポート強化体制が確認された。よって、残り1年でモデル地域以外にもscale upすることが望ましい。
- 2) Scale upの主要コンポーネントは、研修とモニタリングである。研修はNMCHC研修部が計画・実施し、モニタリングは国家リプロダクティブ保健プログラムの6か月ごとに開催される会合で、議題として取り上げられることが望ましい。
- 3) 州・OD保健局では、保健局長と保健局母子保健担当官が鍵となる人物である。よって、これらのメンバーに対して、今後、HC-MWをサポートする体制を、RHとともに実施することを理解してもらえるような研修・ワークショップが必要である。
- 4) RH-SBAsが、HCを実際に訪問し現状を把握することは、その後の彼らの活動に大きな影響を与えた。今後の研修でもRH-SBAsにHCの現状を知ってもらう方法を（訪問以外でも）考案すべきである。
- 5) コミュニティ（保健ボランティアを含む）とHCの関係改善は、OD長がその役割を認識し、HC長がODに集まる月に一度の会議の議題として取り上げられることが望ましい。
- 6) 国家プログラムと本プロジェクトの関係は重要である。プロジェクト事務所がHC長やリプロダクティブヘルスプログラム長と同じフロアに存在していることは、本プロジェクトの強みである。本プロジェクトの成果が全国展開することは、国家プログラムに反映されたと考えられる。よって今後も常時、HC長やプログラム長と協議できる体制を維持すべきである。
- 7) 保健省ハイレベル対策も重要である。NMCHCに部屋を持たない保健省ハイレベル人材に対しては接する時間は限られており、短い時間に本プロジェクトの活動や成果を十分に理解してもらう点が肝要である。よって、できるだけわかりやすい図や説明文を用意しておくことが望まれる。

第6章 団長所感

カンボジアにおいて、妊産婦の健康向上（特に妊産婦死亡率の低下）は、HC を超えて国家の開発重要課題として認識されている。この背景には、カンボジアの妊産婦死亡率が472（出生10万対・2005年CDHS）と周辺諸国と比較しても高い水準にあることに加え、過去10年間で子どもの死亡率が劇的に低下し、結核・エイズ・マラリアといった感染症対策も成功をおさめつつあるなか、妊産婦死亡率に関しては改善が見られないという事実がある。世界的にも、ミレニアム開発目標のうち妊産婦保健に関しては2015年までの達成が難しいとされている。この背景には、妊産婦の死亡は保健医療だけでなく、社会・経済的な要因（日頃の栄養状態、女性の識字率や社会での地位など）の影響が大きく、短期間で死亡率を改善するのは困難とされているという問題がある。

カンボジア政府は、このような困難な課題を国家の重要開発課題と位置づけ、その改善をめざしている。カンボジアの母子保健分野に対し、日本は和平協定締結後まもない時期から協力を実施しており、先方政府並びに他の援助機関からも高い評価を得ている。フェーズ1並びに無償資金協力で中央レベルの母子保健病院の運営や診療レベルの向上に貢献し、フェーズ2からは地方の人材育成にも尽力している。フェーズ2終了後に実施した開発調査「母子保健向上のための調査」では、地方の母子保健サービスの現状を明らかにすることができた。特に、助産師の数が現在不足しているだけでなく将来的にも定年退職などにより減少が予測されることを、データに基づいて提示したことにより、保健省上層部の本件に関する認識が改められた（アドボカシー効果）。

地方における母子保健サービスの向上は、恒常的な医療従事者の不足、能力の低さ、並びにアクセスの問題もあり、一朝一夕に解決する問題ではない。しかしながら、本件プロジェクトでは、地域で利用可能なリソースを用いて、現地側が実施できる改善策を数多く試行してきており、その過程におけるカンボジア側のオーナーシップ意識は非常に高い。特に中央レベルの保健省関係者が地方の現状に対して認識を深め、連携が強化された点は特筆されるべきである。

今回の調査でこれまでの成果が確認され、方向性が共有されたことにより全国レベルで同様の取り組みを始める基盤が築かれたと思料する。本分野では、日本に対する期待も大きく、息の長い協力が必要である。

付 属 資 料

1. ミニッツ及びPDM
2. 活動実績表
3. PDM 指標についてのまとめ
4. 保健省組織図、NMCHC 組織図及び概要
5. カウンターパートリスト
6. プロジェクト進捗確認、ワークショップ資料
7. 第二回合同調整委員会資料
8. 今後のプロジェクト活動案

1. ミニッツ及びPDM

MINUTES OF MEETINGS
BETWEEN
THE PROJECT CONSULTATION TEAM OF
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY

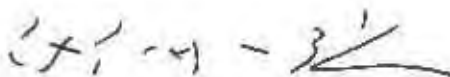
AND
AUTHORITIES CONCERNED OF
THE ROYAL GOVERNMENT OF CAMBODIA
FOR

THE PROJECT FOR IMPROVING MATERNAL AND CHILD HEALTH SERVICE
IN RURAL AREAS IN CAMBODIA

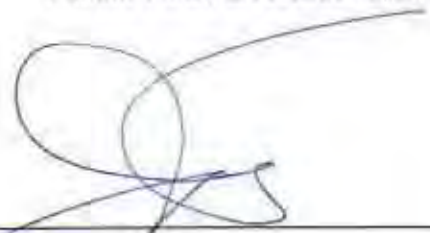
The Project Consultation Team (hereinafter referred to as "the Team") organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") visited the Kingdom of Cambodia from November 30th to December 9th, 2008, to review the progress of and discuss the plan for the remaining period of cooperation on the Project for Improving Maternal and Child Health Service in Rural Areas (hereinafter referred to as "the Project").

During the stay, the Team exchanged views and had a series of discussions with the Cambodian authorities concerned with the Project. As a result, both the Japanese and Cambodian sides agreed upon the issues referred to in the document attached hereto at the second Joint Coordinating Committee (hereinafter referred to as "JCC") held on December 9, 2008.

Phnom Penh, December 9, 2008



Mr. Kazuhiro Yoneda
Leader, Project Consultation Team
Chief Representative
Japan International Cooperation Agency
Cambodia Office



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

ATTACHED DOCUMENT

I. Background of the Project

Overall health status in Cambodia has improved over the last decade. However, many challenges still exist to improve maternal health in childbirth in particular, as shown by the high maternal mortality ratio: 472 per 100 thousand births according to the Cambodia Demographic and Health Survey 2005. The main factors of the maternal deaths are the shortage of Skilled Birth Attendants (hereinafter referred to as "SBA") and their limited capabilities, particularly in rural areas.

JICA, together with the Ministry of Health, implemented Maternal and Child Health (hereinafter referred to as "MCH") projects from 1995 to 2005. During the Phase II period (2000-2005), the MCH project focused on technical training for SBAs, including those in rural areas. While such SBA training itself led to improvements in the technical capabilities of individuals, it was recognized that a more comprehensive approach should be adopted to improve MCH services at health center level. For example, in order for SBAs to fully exercise their skills and capacities gained by the technical training, the health administration system and community collaboration should be further strengthened to support them so that the improvement of MCH services in broader regions can be expected.

To improve such a situation, JICA and the Ministry of Health of Cambodia started to implement the current Project in January 2007 toward the goal of achieving improvements in maternal and newborn care service in the model sites, the results of which are then integrated into models and reflected in national programs. Since two years of the cooperation period of the Project are about to be completed in December, 2008, JICA sent the Team to review the progress of the Project and discuss the plan for the remaining cooperation period with the Cambodian authorities concerned with the Project.

II. Summary of Discussions

I. Overall Progress of the Project

(1) Teamwork and system to support midwife at health center:

After thorough surveys at the model sites, the Project identified that MCH officers of Operational Health Districts (hereinafter referred to as "MCH/ODs"), MCH officer of Provincial Health Department (hereinafter referred to as "MCH/PHD") and SBAs of referral hospitals (hereinafter referred to as "RH-SBAs") can take a key role in supporting midwives posted at health centers (hereinafter referred to as "HC-MWs") technically as well as administratively. Therefore, the Project planned and conducted

two kinds of pilot training courses, namely the Midwife Coordinator ToT course (hereinafter referred to as “MCT course”) for making MCH officers aware of their expected roles and responsibilities and for improving their capacity to conduct these duties and the Midwife Alliance Team Training (hereinafter referred to as “MAT course”, whose purpose is not only to improve the monitoring and communication skills of MCH officers and RH-SBAs but also to strengthen the linkages among them to work as a supportive team for HC-MWs.

As a result, MCH/ODs, MCH/PHD and RH-SBAs came to know each other and clearly recognized their roles in supporting HC-MWs. MCH/ODs, MCH/PHD and RH/SBAs started to have better communications and an improved supervision system as a team to support HC-MWs. In particular, RH-SBAs became familiar to the working environment of HC-MWs through the training course conducted by the Project and they changed their attitudes and behaviors towards HC-MWs to be more supportive after that, which made it easier for HC-MWs to seek for clinical advice from RH-SBAs and also refer patients to referral hospitals in a timely manner.

(2) Community collaboration to support midwife at health center:

Through intensive surveys at the model sites, the Project found out both strong and weak points in the current collaboration practices between Health Centers (hereinafter referred to as “HC”) and Village Health Supporting Groups (herein after referred to as “VHSG”). As diverse players are involved in community collaboration activities in the health sector, such as local authorities, international and local NGOs and VHSG, it is very difficult for the HC level alone to coordinate activities and handle problems. Based on this analysis, the Project identified OD as a key player to coordinate stakeholders in the community and support HCs. The proposed action list for ODs to play a leadership role to promote collaboration between HCs and the local stakeholders was developed by the Project.

(3) Feedback on the issues in the field to the National Programs:

The MCH stakeholders at the central level, both the government counterparts and health partners, deepened their understanding on the issues and constraints in providing quality MCH services in rural areas because the Project regularly shared the updated information gained from the field intervention and various studies by using opportunities such as MCH Sub-Technical Working Group. As one of the results, National Maternal and Child Health Center (hereinafter referred to as “NMCHC”) successfully revised some contents of the existing training courses to cater for the local realities. Furthermore, the method and process of the Maternal Death Audit (hereinafter referred to as “MDA”) in Kampong Cham Province was upgraded to find better actions based on an in-depth analysis of each case reported to the National Reproductive Health Program (hereinafter referred to as “NRHP”).

III. Recommendations

The recommendations mentioned below were presented at the Joint Coordinating Committee meeting held on December 9, 2008 and it was agreed and approved by Professor Eng Huot, Chair of this committee, that all of these recommendations should be implemented in a timely manner during the Project period.

1. RH-SBAs' Participation in the Counterpart Monitoring Team

The Project is involved with all levels of health institutions such as NMCHC, PHD, ODs, referral hospitals and health centers. Since it was demonstrated/proved that the technical support from RH-SBAs was a crucial component to support HC-MWs, it is recommended that Kg Cham RH-SBAs also attend the Counterpart Monitoring Team (which is currently composed of NMCHC, PHD, ODs and JICA project experts) to be more actively involved in the Project activities in the model sites.

2. Scaling-up of Training Course

MCT and MAT pilot courses of the Project have already shown positive effects in the model sites. It means that strengthening SBA network and clarifying the role of each stakeholder, namely MCH officers (OD/MCH and PHD/MCH), HC-MWs and RH-SBA, can improve the support for HC-MWs and, in turn, improve the capacity of HC-MWs to provide better services. Therefore, it is recommended that the Project, particularly NMCHC, integrate these two pilot courses into a new training program on strengthening SBA supporting system at provincial and district level, which can be applied and implemented nationwide. It is worth considering the implementation of this proposed new training course beyond the model sites during the Project period.

3. Role of the central level and the provincial level

MCH officers (MCH/PHD and MCH/ODs) have played crucial roles in supporting HC-MWs in the model sites. Supporting HC-MWs by strengthening SBA network in their responsible area is one of the important functions as a MCH officer. In order for them to fully perform this function to coordinate local SBA resources, understanding and support from the PHD/OD management level, mainly PHD director, OD director and Referral Hospital director, are also crucial. It is recommended that the Project should make more efforts to encourage these decision-making officials at the provincial level to be involved with the Project.

It is equally important that the national level represented by NMCHC shows their agreement and commitment to clarify the both roles and responsibilities of MCH officers and SBA working at health facilities in such a manner that the division of labor is appropriately practiced among them. By doing so, while HC-MWs come to perform their duties at HC level with more administrative and technical support from MCH

officers as well as RH-SBAs, the referral system from the community to the upper health facilities will be further strengthened, too.

4. Community Collaboration in the Model Sites

The action list for ODs to support community collaborations in the model sites was developed and shared with the targeted ODs. It is recommended that the Project continue to monitor the ODs' contribution to coordinate and promote community collaborations in the model sites and provide them with any follow-up facilitation, if necessary.

5. Revision of the Project Design Matrix

The Project Design Matrix (hereinafter referred to as "PDM") was revised as shown in Annex 2 through the discussion between the Japanese and the Cambodian sides. The following major changes were confirmed and agreed by both sides:

- (1) Objectively verifiable indicators for the Overall Goal, Project Purpose and Outputs are modified and specified to measure the performance of the Project as accurately as possible.

- (2) Activities are modified and rearranged in accordance with the progress-to-date and indicators revised for the Outputs.

6. Others

With regard to the JCC membership, it was announced officially that Dr. Lon Chan Rasmey, Vice-Director of Provincial Health Department, Kampong Cham Province will be included as a member. It was also confirmed that Dr. Tan Vuoch Chheng, who was recently promoted to the Under Secretary of State, will be maintained as JCC member. Her position in the list will be updated accordingly.

ANNEX

- 1. List of JCC members**
- 2. List of attendants to the 2nd JCC on December 9, 2008**
- 2. Revised PDM (Version 2)**
- 3. Original PDM (Version 1)**



ANNEX 1

List of the Joint Coordinating Committee (JCC)

I. Cambodian Side:

1. Chairperson

- H.E. Prof. Eng Huot, Secretary of State for Health, Ministry of Health (MoH)

1. Members

- Prof. Tan Vuoch Chheng, Under Secretary of State for Health, MoH
- Prof. Koum Kanal, Director, National Maternal and Child Health Center (NMCHC)
- Dr. Tung Rathavy, Vice Director, Program Manager of National Reproductive Health Program, NMCHC
- Dr. Keth Ly Sotha, Vice Director and Chief of TOT unit, NMCHC
- Dr. Svay Sarath, Assistant Program Manager of National Immunization Program, MoH
- Dr. Lo Veasnakiry, Director, department of Planning and Health Information, MoH
- Dr. Or Vandine, Director, Department of International Cooperation, MoH
- Ms. Keat Phuong, Director, Department of Human Resource Department, MoH
- Mr. Ly Sam Ol, Chief of first Financial Management Office to MoH, Ministry of Economy and finance
- Ms. Heang Sokun, Director of Bilateral Aid coordination Department, Council for the Development of Cambodia

- Dr. Nguon Sim Ann, Director, Provincial Health Department, Kampong Cham Province
- Dr. Lon Chan Rasmey, Vice-Director, Provincial Health Department, Kampong Cham Province

Directors from selected Operational District Kampong Cham Province

Dr. Chea Sokha	Kampong Cham-Kampong Siem OD
Dr. Hout Kea	Krouch Chhmar-Stung Trang OD
Dr. Chea Eak Chhay	Chamkar Leu- Stung Trang OD
Dr. Prak Rous	Srei Santhor-Kang Meas OD

II. Japanese Side:

- Official(s) in charge, JICA Cambodia Office
- Experts of the Project
- Embassy of Japan (as observer)



ANNEX 2

Participant List of the Joint Coordinating Committee (JCC) on December 9, 2008

I. Cambodian Side:

1. Chairperson

- H.E. Prof. Eng Huot (Secretary of State for Health, Ministry of Health)

2. Members

- Prof. Koum Kanal, Director, National Maternal and Child Health Center (NMCHC)
- Dr. Keith Ly Sotha, Vice Director and Chief of TOT unit, NMCHC
- Dr. Svay Sarath, Assistant Program Manager of National Immunization Program, Ministry of Health (MoH)
- Dr. Or Vandine, Director, Department of International Cooperation, MoH
- Ms. Theme Viravann, Vice Office Chief of Department of International Cooperation, MoH
- Dr. Lon Chan Rasmey, Vice-Director, Provincial Health Department, Kampong Cham Province

Directors from selected Operational District Kampong Cham Province

- Dr. Chea Sokha, Kampong Cham-Kampong Siem OD
- Dr. Hout Kea, Krouch Chhmar-Stung Trang OD
- Dr. Chea Eak Chhay, Chamkar Leu- Stung Trang OD
- Dr. Prak Rous, Srei Santhor-Kang Meas OD

II. Japanese Side:

1. Mr. Kazuhiro Yoneda, Chief Representative, JICA Cambodia Office (leader of the Project Consultation Team)
2. Dr. Yasuo Sugiura, International Medical Center of Japan (member of the Project Consultation Team)
3. Ms. Shoko Sato, JICA Cambodia Office (member of the Project Consultation Team)
4. Mr. Ken Kubokura, JICA Headquarters (member of the Project Consultation Team)
5. Ms. Terakado Masayo, Representative, JICA Cambodia Office
6. Dr. Hiromi Obara, Chief Advisor of the Project
7. Ms. Yukie Sakurai, Expert of the Project
8. Mr. Sadatoshi Matsuoka, Expert of the Project
9. Ms. Kimiko Abe, Short-term Expert of the Project
10. Ms. Misa Tamura, Advisor, Embassy of Japan



Project Design Matrix (PDM)

JICA- The Project for Improving Maternal and Child Health (MCH) Service in Rural Areas in Cambodia

Target Area : Whole Cambodia. Four ODs (Operational Districts) (Kampong Cham- Kampong Siem OD, Chamkar Leu- Steung Trong OD, Srei Santhor- Kong Meas OD, Krouh Chhmar- Steung Trong OD) will be selected from Kampong Cham Province as the model sites.

Duration : January, 2007 – January, 2010 (3 years)

Target Groups: (1) Health staff at NMCHC (National Maternal and Child Health Center) , PHD (Provincial Health Department) , OD, RH (Referral Hospital) and HC (Health Center) .

(2) People living in the model sites (717,871) [especially women of reproductive age (186,646) and neonates (21,671/year)]

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicator	Means of Verification	Important Assumptions
<p>[Overall Goal] The utilization of maternal and newborn care service with quality provided by Skilled Birth Attendants (SBAs) is increased.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Percentage of deliveries attended by SBAs [44% DHS (Demographic Health Survey) 2005 → 80% Target in 2015 set by HSP2] - Percentage of pregnant women receiving ANC [Two or more ANC sessions 68% HSP2 as a baseline value in 2005-2008, 60.2% DHS 2005 → 90% Target in 2015 set by HSP2] 	National Health Statistics (NHS) , DHS NHS, DHS	MoH does not change major policies on SBAs and maternal and newborn health.
<p>[Project Purpose] Maternal and newborn care service in the model sites is improved, whose results are integrated into models and reflected in the national programs*. (* National programs under NMCHC, particularly National Reproductive Health Program.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Number and percentage of deliveries attended by SBAs at the model sites (8373 deliveries 34 % NHS2006 → 12068 deliveries 50 % NHS 2009^b) - Number and percentage of ANC (Antenatal Cares) by SBAs at the model sites (ANC 2 times- 10541 women 43% NHS 2006 → 15585 women 64% NHS 2009^c) - Number^d and percentage of delivery registered at the model sites (12301 deliveries 50% NHS 2006 → 15497 deliveries 63% NHS 2009 – assuming 90% deliveries will be registered in 2015) - Number of program elements adopted by National Program(s) that target the whole country which have been developed from the project experiences. (0 → 2) 	<p>HIS report from OD, NHS</p> <p>HIS report from OD, NHS</p> <p>HIS report from OD, NHS</p> <p>Project Report</p>	The function of NMCHC including the national programs does not change drastically.
<p>[Outputs] 1. The teamwork for supporting SBAs in Health Centers (HC-SBAs) is improved.</p>	<p>1-1 Number of training curricula formulated and number of training courses conducted has increased. (training curricula 0 → 2, training courses 0 → 3)</p> <p>1-2 Number of PHD/OD-MCH received the MCT course^d to strengthen midwife coordinators' role has increased. (0 → 12)</p> <p>1-3 Number of action plans formulated during the MAT courses^e has increased. (0 → 43)</p>	<p>Project Report</p> <p>Project Report</p> <p>Project Report</p>	<p>Political situation remains stable.</p> <p>The staff of the national programs at managerial level does not resign.</p>

<p>2. The model of health administration system (PHD/OD) and clinical facilities (RHs) to support the activities of HC-SBAs is formulated.</p>	<p>2-1 Number of action plans implemented to support HC-SBAs has increased in the model sites. (0→4) 2-2 HC-SBAs' perceptions of the contents and quality of support from PHD/OD/RH have improved. 2-3 Use of checklist by PHD/OD is improved. 2-4 The national guidelines are developed in order for PHD/OD/RH to support SBAs based on the SBA support models and experiences in the model sites.</p>	<p>Project Survey Project Survey Interview with SBAs by the Project Project Survey Project Report</p>	
<p>3. The model of collaboration for the improvement of MCH in the communities is formulated.</p>	<p>3-1 The enhancing and inhibiting factors to Community Collaboration⁷ are extrapolated, based on the situation analysis of community activities in the model sites. 3-2 The action list for ODs to support the Community Collaboration is developed. 3-3 Number of ODs' new actions to support the Community Collaboration has increased. (0→4, 4 model sites only) 3-4 The guideline for ODs to support the Community Collaboration is developed.</p>	<p>Project Report Project Report Project Survey Project Report</p>	
<p>4. NIMCHC identifies the issues in the rural areas and reflects this in the national programs.</p>	<p>4-1 Number of reporting on progress and outputs of the Project, including results of studies in rural areas to MCH-related stakeholders at the central level (National Programs under the NIMCHC, technical advisors of development partners) is increased. 4-2 The contents of existing NIMCHC's training courses targeting SBAs are modified based on the Project experiences. 4-3 Number of reports developed by the project to the NRHP (National Reproductive Health Programme) and the National Maternal Death Audit Committee has increased. (0→3) 4-4 A new curriculum⁸ based on the MAT and MCT training curricula is adopted by the NIMCHC. 4-5 The number of participants to the new training courses is increased. (0→68) 4-6 The guidelines developed by the project are authorized by NIMCHC.</p>	<p>Project Report Project Report Project Report Project Report Project Report Project Report</p>	

[Activities]	[Inputs]	[Preconditions]
<p>0-1 Review the current situation of ODs in Kampong Cham Provinces for selecting the model sites</p> <p>0-2 Select the model sites</p> <p>1-1 NMCHC formulates the training curricula (MCT, MAT course) for strengthening SBAs' teamwork in the model sites, based on the review of the existing monitoring mechanism nationwide (Activity 2-1) and the stakeholder analysis in the model sites.</p> <p>1-2 Organize implementation team to conduct the training.</p> <p>1-3 Strengthen PHD/OD MCH to have midwife coordinators' role by conducting ToT (Training of Trainers) (MCT course) for PHD/OD MCH.</p> <p>1-4 Conduct the MAT course in the model sites for SBAs (PHD/OD/RH) to improve their teamwork in order to strengthen MCH services together in their area.</p> <p>1-5 PHD/OD-MCH and RH-SBAs formulate action plans during the MAT courses to support HC-SBAs.</p> <p>1-6 Monitor the outcomes of the training by follow-up workshops in the model sites.</p> <p>2-1 Review the existing way of support (monitoring and checklists) by PHD/OD for HC-SBAs.</p> <p>2-2 Reflect the results of the review into the training curriculums mentioned in 1-1.</p> <p>2-3 PHD/OD-MCH as midwife coordinators implement the action plans in the model sites.</p> <p>2-4 After the training, PHD/OD/RH strengthen support to HC-SBAs, for example by using the checklist</p> <p>2-5 Strengthen the NMCHC's support for PHD/OD-MCH as midwife coordinators and RH-SBAs.</p> <p>2-6 Collect information at the model sites in order to develop the national guidelines on SBA support.</p> <p>2-7 Develop the national guidelines on SBA support for PHD/OD/RH, based on the SBA support models and experiences in the model sites.</p> <p>3-1 Review the good practices of community activities nationwide.</p> <p>3-2 Conduct stakeholder analysis in the model sites.</p> <p>3-3 Extrapolate the enhancing and inhibiting factors affecting Community Collaboration based on the situation analysis of community activities in the model sites.</p> <p>3-4 Develop an action list for ODs to support the Community Collaboration.</p> <p>3-5 Monitor ODs' actions to support the Community Collaboration.</p> <p>3-6 Develop the guidelines for ODs to support the Community Collaboration.</p> <p>3-7 Conduct workshops to share the experiences of the model sites.</p> <p>4-1 Participate in the technical working groups related to MCH.</p> <p>4-2 Report to the relevant stakeholders at the central level (National Programs under NMCHC, technical advisors of development partners) about the project activities, outputs, and results of the studies in rural areas.</p> <p>4-3 NMCHC modifies the contents of existing NMCHC's training courses targeting SBAs based on the Project experiences.</p> <p>4-4 Report the study and analysis of the results of maternal mortality and morbidities to the NRHP and the National Maternal Death Audit Committee.</p> <p>4-5 NMCHC develops a new training curriculum based on MCT/MAT curricula and implements it nationwide.</p> <p>4-6 NRHP monitor the activities of PHD/OD MCH as midwife coordinators in the regular meetings such as NRHP's bi-annual meeting.</p> <p>4-7 The guidelines developed by the project is adopted by the NMCHC.</p> <p>4-8 Conduct seminars, including a high-level seminar, on how to support SBAs.</p>	<p><u>Japanese Side</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Long term experts -Chief Advisor -Project Coordinator/ Training Management -Community Health Shot term experts 2. Counterpart training 3. Equipment provision 4. <p><u>Cambodian Side</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Counterpart members 2. Project offices 3. Local cost 	<p>Large numbers of health staff in the model sites, OD and PHD do not leave the public sector.</p> <p>[Preconditions] MoH does not change major policies.</p>

- a. An estimated value for 2009, assuming a steady linear increase in the rate of deliveries attended by SBAs up to the target in 2015. (Population growth is not taken into consideration. The estimated number of deliveries at the model sites in 2006 (24,321) is used as a standardized denominator.)
- b. An estimated value for 2009, assuming a linear increase in ANC 2nd attendance rate up to the target in 2015. (Population growth is not taken into consideration. The estimated number of deliveries at the model sites in 2006 (24,321) is used as a standardized denominator.)
- c. Number of registered deliveries comprises: 1) Facility deliveries 2) Home deliveries attended by SBAs 3) Deliveries registered to HCs among those attended by non-SBAs
- d. MCT (Midwife Coordinator ToT) Course: A ToT course for existing PHD/OD-MCH aiming to improve their capacity to support SBAs in their area. After successful completion of the course, they will be called Midwife Coordinators.
- e. MAT (Midwife Alliance Team training) Course : Teamwork training for both PHD/OD-MCH midwife coordinators and RH-SBAs to strengthen support to HC-SBAs in their area.
- f. Community Collaboration: HC and stakeholders in the HC's catchment area work together in order to improve the health of people in the community
- g. New curriculum: A curriculum for RH SBAs and PHD/OD-MCH to support HC-SBAs



គម្រោងលើកកម្ពស់សេវាគាំពារមាតានិងទារកនៅជនបទក្នុងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

តំបន់គោលដៅ: ទូទាំងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ។ ស្រុកប្រតិបត្តិបួនក្នុងខេត្តកំពង់ចាមមាន ស្រុកប្រតិបត្តិកំពង់ចាម-កំពង់សៀម ស្រុកប្រតិបត្តិទំការលើ-ស្ទឹងត្រង់ ស្រុកប្រតិបត្តិស្រីសន្ធរ-កងមាសនិង ស្រុកប្រតិបត្តិក្រូចស្វារ-ស្ទឹងត្រង់ ត្រូវបានជ្រើសរើសធ្វើជាកន្លែងគំរូ ។

រយៈពេលរបស់គម្រោង: ចាប់ផ្តើមពីខែ មករា ឆ្នាំ ២០០៧ ដល់ ខែ មករា ឆ្នាំ ២០១០ (រយៈពេល៣ឆ្នាំ) ។

ក្រុមគោលដៅ:

១-បុគ្គលិកសុខាភិបាលរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត ស្រុកប្រតិបត្តិ មន្ទីរពេទ្យបង្អែក និងមណ្ឌលសុខភាព ។

២-ប្រជាជនដែលរស់នៅកន្លែងគំរូ (៧១៧៨៧១នាក់) (ជាពិសេសស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជ (១៨៦៦៤៦នាក់) និងទារកទើបនឹងកើត (២១៦៧១នាក់ក្នុង ១ឆ្នាំ)) ។

ផែនការសហការ:

ប្រធានគម្រោង: រដ្ឋលេខាធិការក្រសួងសុខាភិបាល

អ្នកចាត់ចែងគម្រោង: ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក

ផែនការអនុវត្តគម្រោង: បុគ្គលិកមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក បុគ្គលិកមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត និងបុគ្គលិកក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិដែលត្រូវបានជ្រើសរើស ក្នុងខេត្តកំពង់ចាម ។

គម្រោងសង្ខេប

គោលដៅទីបី:

បង្កើនការប្រើប្រាស់សេវាថែទាំសុខភាពមាតានិងទារកប្រកបដោយគុណភាពដែលផ្តល់ដោយឆ្លុះរដ្ឋបាល

គោលបំណងរបស់គម្រោង:

ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវសេវាថែទាំសុខភាពមាតានិងទារក គំរូលទ្ធផលដែលបានពិភាក្សានៅក្នុងគម្រោង
បញ្ចូលទុកជាគំរូ និងដាក់បង្ហាញដល់គ្រប់កម្មវិធីជាតិ ។

(កម្មវិធីជាតិទាំងអស់នៅក្រោមមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក ជាពិសេសកម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ)

ទិន្នផល:

- ១- ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការងារជាគ្រូមង្គីតាំងទ្រង់រូបជំនាញក្នុងមណ្ឌលសុខភាព
- ២- បង្កើតប្រព័ន្ធរដ្ឋបាលផ្នែកសុខាភិបាលគំរូ (មន្ទីរសុខាភិបាល និងស្រុកប្រតិបត្តិ) និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកដើម្បីតាំងទ្រង់រូបជំនាញមណ្ឌលសុខភាព
- ៣- បង្កើតកិច្ចសហការគំរូ សំរាប់លើកកម្ពស់សេវាគាំពារមាតានិងទារកនៅក្នុងសហគមន៍
- ៤- មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារកបានរកឃើញចេញទៅតំបន់ជនបទ និងដាក់បង្ហាញដល់គ្រូបកម្មវិធីជាតិ

សកម្មភាព:

- ០-១- ពិនិត្យមើលស្ថានភាពបច្ចុប្បន្នរបស់ស្រុកប្រតិបត្តិក្នុងខេត្តកំពង់ចាមដើម្បីជ្រើសរើសយកជាកន្លែងគំរូ
- ០-២- ជ្រើសរើសកន្លែងគំរូ
- ១-១- មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារកបង្កើតកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាល(វគ្គបណ្តុះបណ្តាលគ្រូបង្គោលសំរាប់អ្នកសម្របសម្រួលឆ្មប (MCT) និង វគ្គបណ្តុះបណ្តាលសម្ព័ន្ធក្រុមឆ្មប (MAT)) ដើម្បីពង្រឹងក្រុមការងាររបស់រដ្ឋបាលនៅទីកន្លែងគំរូ ដោយផ្អែកទៅលើការពិនិត្យសារឡើងវិញពីវិធីត្រួតពិនិត្យដែលមានស្រាប់ នៅទូទាំងប្រទេស (សកម្មភាព ២-១) និងការវិភាគរបស់ថែគូអភិវឌ្ឍន៍ក្នុងកន្លែងគំរូ (សកម្មភាព ៣-២)
- ១-២- រៀបចំក្រុមការងារដើម្បីធ្វើការបណ្តុះបណ្តាល
- ១-៣- ពង្រឹងមន្ត្រីគាំពារមាតានិងទារកថ្នាក់មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត ស្រុកប្រតិបត្តិ ឱ្យមានគុណតម្លៃជាអ្នកសម្របសម្រួលឆ្មបដោយធ្វើការបណ្តុះបណ្តាលគ្រូបង្គោល (វគ្គបណ្តុះបណ្តាល MCT) សំរាប់មន្ត្រីគាំពារមាតានិងទារកថ្នាក់មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត ថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ
- ១-៤- ធ្វើការបណ្តុះបណ្តាលវគ្គ MAT នៅកន្លែងគំរូ សំរាប់រដ្ឋបាលនៅ (មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តស្រុកប្រតិបត្តិ មន្ទីរពេទ្យបង្អែក) ក្នុងការធ្វើ ឱ្យប្រសើរឡើងនូវក្រុមការងារដើម្បីពង្រឹងសេវាគាំពារមាតានិងទារករួមគ្នានៅកន្លែងរៀបចំខ្លួន
- ១-៥- មន្ត្រីគាំពារមាតានិងទារកថ្នាក់ខេត្តនិង ស្រុកប្រតិបត្តិបង្កើតផែនការសកម្មភាពកំឡុងពេលចូលរួមវគ្គបណ្តុះបណ្តាល MAT ដើម្បីតាំងទ្រង់រូបជំនាញមណ្ឌលសុខភាព
- ១-៦- ពិនិត្យលទ្ធផលនៃការបណ្តុះបណ្តាលដោយធ្វើការតាមដានតាមរយៈសិក្ខាសាលានៅក្នុងកន្លែងគំរូ



- ២-១- ពិនិត្យសារឡើងវិញពីវិធីគាំទ្រដែលមានស្រាប់ (ការត្រួតពិនិត្យនិងបញ្ជីផ្សេងផ្ទះ) របស់មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត ស្រុកប្រតិបត្តិសំរាប់ឆ្នាំនាពេលនាពេលមណ្ឌលសុខភាព
- ២-២- បញ្ជូនលទ្ធផលនៃការពិនិត្យសារឡើងវិញក្នុងកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលដែលមានក្នុងលេខ ១-១
- ២-៣- មន្ត្រីគាំពារមាតានិងទារកដែលជាអ្នកសម្របសម្រួលឆ្នាំខេត្ត ស្រុកប្រតិបត្តិអនុវត្តន៍ផែនការសកម្មភាពនៅកន្លែងគំរូ
- ២-៤- ក្រោយបណ្តុះបណ្តាល មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត ស្រុកប្រតិបត្តិមន្ទីរពេទ្យបង្អែកពង្រឹងការគាំទ្រដល់ឆ្នាំនាពេលមណ្ឌលសុខភាព ឧទាហរណ៍ដោយការប្រើប្រាស់បញ្ជីផ្សេងផ្ទះ
- ២-៥- ពង្រឹងការគាំទ្ររបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារកដល់មន្ត្រីគាំពារមាតានិងទារកដែលជាអ្នកសម្របសម្រួលឆ្នាំនិង ឆ្នាំនាពេលនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ។
- ២-៦- ប្រមូលព័ត៌មាននៅកន្លែងគំរូដើម្បីបង្កើតគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិស្តីពីការគាំទ្រឆ្នាំនាពេល
- ២-៧- បង្កើតគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិស្តីពីការគាំទ្រឆ្នាំនាពេលសម្រាប់មន្ទីរសុខាភិបាលស្រុកប្រតិបត្តិ មន្ទីរពេទ្យបង្អែកដោយផ្អែកលើគំរូនៃការគាំទ្រឆ្នាំនាពេលនិង បទពិសោធន៍ នៅកន្លែងគំរូ

- ៣-១- ពិនិត្យសារឡើងវិញពីសកម្មភាពរបស់សហគមន៍ដែលបានអនុវត្តន៍ល្អ នៅទូទាំងប្រទេស
- ៣-២- ធ្វើការវិភាគដៃគូអភិវឌ្ឍន៍នៅកន្លែងគំរូ
- ៣-៣- ធ្វើការសរុបបញ្ជូននូវកត្តាដែលកើនឡើងនិង រាំងស្ងួតដែលជះឥទ្ធិពលដល់ការសហការណ៍របស់សហគមន៍ដោយផ្អែកលើស្ថានភាពនៃការវិភាគសកម្មភាពសហគមន៍នៅកន្លែងគំរូ
- ៣-៤- បង្កើតតារាងសកម្មភាពដើម្បីគាំទ្រការសហការណ៍របស់សហគមន៍
- ៣-៥- ពិនិត្យមើលសកម្មភាពគាំទ្រការសហការណ៍របស់សហគមន៍របស់ស្រុកប្រតិបត្តិ
- ៣-៦- បង្កើតគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការគាំទ្រការងារសហការណ៍របស់សហគមន៍សំរាប់ស្រុកប្រតិបត្តិ
- ៣-៧- ធ្វើសិក្ខាសាលាដើម្បីចែករំលែកបទពិសោធន៍នៃកន្លែងគំរូ

- ៤-១- ចូលរួមក្នុងក្រុមការងារបច្ចេកទេសទាក់ទងនឹងផ្នែកគាំពារមាតានិងទារក
- ៤-២- ធ្វើរបាយការណ៍ពីសកម្មភាពគម្រោង មិនថា លទ្ធផលនៃការសិក្សានៅតំបន់ជនបទ ទៅឱ្យដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ដែលពាក់ព័ន្ធនៅថ្នាក់កណ្តាល (កម្មវិធីជាតិនៅក្រោមមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក ទីប្រឹក្សាបច្ចេកទេសនៃដៃគូអភិវឌ្ឍន៍)





- ៤-៣- ផ្នែកលើបទពិសោធន៍របស់គម្រោងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារអាគារនិងទារកធ្វើការកែតម្រូវនូវ មាតិកាទៅវត្តបណ្តុះបណ្តាលដែលមានស្រាប់របស់មជ្ឈមណ្ឌលដែលក្រុមគោលដៅជាអ្នកជំនាញ
- ៤-៤- ធ្វើរបាយការណ៍ពីការសិក្សានិង ការវិភាគលទ្ធផលស្តីពីមរណភាពអាគារ និងជម្ងឺទៅឱ្យកម្មវិធី ជាតិសុខភាពបន្តពូជនិងគណកម្មការជាតិស្រាវជ្រាវមរណភាពអាគារ
- ៤-៥- មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារអាគារនិងទារកបង្កើតកម្មវិធីសិក្សាថ្មីដោយផ្អែកលើកម្មវិធីសិក្សារបស់វត្ត បណ្តុះបណ្តាលគ្រូបង្គោលសម្រាប់អ្នកសម្របសម្រួលឆ្មបនិងវត្តបណ្តុះបណ្តាលសម្ព័ន្ធក្រុមឆ្មប ហើយអនុវត្តទូទាំងប្រទេស
- ៤-៦- កម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជពិនិត្យតាមដានសកម្មភាពរបស់មន្ត្រីគាំពារអាគារនិងទារកដែលជាអ្នក សម្របសម្រួលឆ្មបថ្នាក់មន្ទីរសុខាភិបាលនិងស្រុកប្រតិបត្តិនៅក្នុងឱកាសប្រជុំទៀងទាត់ដូចជាការ ប្រជុំមួយដែលធ្វើឡើងក្នុងមួយឆ្នាំពីរដងរបស់កម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ
- ៤-៧- គោលការណ៍ណែនាំដែលបានបង្កើតដោយគម្រោងត្រូវបានទទួលយកជាផ្លូវការដោយមជ្ឈមណ្ឌ លជាតិគាំពារអាគារនិងទារក
- ៤-៨- ធ្វើសិក្ខាសាលា រាប់បញ្ចូលទាំងសិក្ខាសាលាដាច់ខ្លួន ស្តីពីការជួយឧបត្ថម្ភឆ្មបជំនាញ (How to support SBA)

ធនធានដាក់បញ្ចូល:

ភាគីជំរុញ

- ១- ជំនាញការរយៈពេលយូរ
 - ប្រធានទីប្រឹក្សា
 - អ្នកសម្របសម្រួលគម្រោង/ចាត់ចែងគ្រប់គ្រងការបណ្តុះបណ្តាល
 - សុខភាពសហគមន៍
- ២- ជំនាញការរយៈពេលខ្លី
- ៣- វេជ្ជបណ្ឌុះបណ្ឌាល
- ៤- ការផ្តល់សម្ភារៈ

ភាគីកម្ពុជា

- ១- សមាជិកដៃគូ
- ២- ការិយាល័យគម្រោង
- ៣- ថ្លៃចំណាយក្នុងមូលដ្ឋាន

Project Design Matrix (PDM)
JICA- The Project for Improving Maternal and Child Health (MCH) Service in Rural Areas in Cambodia

Target Area : Whole Cambodia. Three or four ODs will be selected from Kampong Cham Province as the model sites.

Duration : January, 2007 – January, 2010 (3 years)

Target Groups: (1) Health staff at NMCHC, PHD, RTC, OD, RH and HC.

(2) People living in the model sites (especially women of reproductive age and neonates)

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicator	Means of Verification	Important Assumptions
<p>[Overall Goal] The utilization of maternal and newborn care service with quality provided by Skilled Birth Attendants (SBAs) is increased.</p> <p>[Project Purpose] Maternal and newborn care service in the model sites is improved, whose results are integrated into models and reflected in the national programs*. (* National programs under NMCHC, particularly National Reproductive Health Program.)</p> <p>[Outputs] 1. The teamwork for supporting SBAs in Health Centers (HC) is improved.</p> <p>2. The model of health administration system (PHD/OD) to support the activities of SBAs is formulated.</p> <p>3. The model of collaboration for the improvement of MCH in the communities is formulated.</p>	<p>Percentage of deliveries attended by SBAs Number and percentage of pregnant women receiving ANC</p> <p>Number of delivery registered at the model sites Number of deliveries attended by SBAs at the model sites Number of ANC's by SBAs at the model sites Number of project experiences reflected in the national programs</p> <p>1-1 Number of trainings conducted by using the formulated training curriculum is increased 1-2 Number of action plans made after the training is increased</p> <p>2-1 Use of checklist by PHD/OD is improved 2-2 Perceived quality and contents of monitoring PHD/OD to HC is improved 2-3 The guideline for reinforcing support for SBAs in HC/RH by PHD/RTC/OD is developed</p> <p>3-1 Relations among HC staff and community (TBA, VH) are improved. 3-2 Number of activities started with collaboration of HC staff and community is increased 3-3 The case handbook of collaboration models is developed.</p>	<p>National Health Statistics, DHS National Health Statistics, DHS</p> <p>Report from OD, HIS Report from OD Report from OD Project Report</p> <p>Project Report Project Report</p> <p>Project Survey Interview with SBAs by Project Project Report</p> <p>Project Survey Project Survey Project Survey</p>	<p>MCH does not change major policies on SBAs and maternal and newborn health.</p> <p>The function of NMCHC including the national programs does not change drastically.</p> <p>Political situation remains stable.</p> <p>The staff of the national programs at managerial level does not resign.</p>

<p>4. NMCHC identifies the issues in the rural areas and reflects this in the national programs.</p>	<p>4-1 Number of reporting on progress and output of the Project to MCH related stakeholders is increased. 4-2 Number of changes in protocols of NMCHC based on the Project experiences is increased. 4-3 The support guideline and the case handbooks are authorized. 4-4 Quality and quantity of information on maternal mortality and morbidities grasped by the national programs is improved.</p>	<p>Project Report Project Report Project Report Project Survey</p>
<p>[Activities] 0-1 Review the current situation of ODs in Kampong Cham Province for selecting the model sites 0-2 Select the model sites 1-1 Formulate the training curriculums at NMCHC for strengthening teamwork, based on the review of the existing way of monitoring nationwide (Activity 2-1) and the stakeholder analysis in the model sites(Activity 3-2). 1-2 Organize implementation team to conduct the training. 1-3 Conduct the training on strengthening services by SBAs and other stakeholders (PHD/RTC/OD/RH/HC) on teamwork in the model sites. 1-4 Improve and conduct the technical training on MCH, including PMTCT, at PHD/RTC/OD level. 1-5 Monitor the outcomes of the training by follow up workshops 2-1 Review the existing way of support (monitoring and checklists) by PHD/RTC/OD for SBAs in HC/RH. 2-2 Reflect the results of the review into the training curriculums mentioned in 1-1. 2-3 Strengthen regular monitoring by PHD/OD for SBAs in HC/RH by using the checklist after the training. 2-4 Strengthen NMCHC's support for monitoring of PHD/OD 2-5 Develop the guidelines for reinforcing support for SBAs in HC/RH by PHD/RTC/OD. 3-1 Review the good practices of community activities nationwide. 3-2 Conduct stakeholder analysis in the model sites. 3-3 Reflect the results of the analysis into the training curriculums mentioned in 1-1. 3-4 Strengthen community activities by HC staff after the training. 3-5 Verify and monitor the collaboration models among HC staff and community people. 3-6 Develop the case handbook of collaboration models. 3-7 Conduct workshops to share the experiences of the model sites. 4-1 Participate in the technical working groups related to MCH. 4-2 Report the project activities to the relevant stakeholders. 4-3 Collect information on maternal mortality and morbidities. 4-4 Authorize and disseminate the guidelines and handbooks developed by the project. 4-5 Conduct seminars on how to support SBAs.</p>	<p>[Inputs] Japanese Side 1. Long term experts -Chief Advisor -Project Coordinator/ Training Management -Community Health 2. Short term experts 3. Counterpart training 4. Equipment provision</p>	<p>Cambodian Side 1. Counterpart members 2. Project offices 3. Local cost</p>
<p>Large numbers of health staff in the model sites. OD and PHD do not leave the public sector.</p>		<p>[Preconditions]</p>

