

**カンボジア王国**  
**助産能力強化を通じた母子保健改善**  
**プロジェクト**  
**詳細計画策定調査・実施協議報告書**

平成 22 年 5 月  
( 2010 年 )

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部

人 間
J R
10-079

**カンボジア王国**  
**助産能力強化を通じた母子保健改善**  
**プロジェクト**  
**詳細計画策定調査・実施協議報告書**

平成 22 年 5 月  
( 2010 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（以下、「カンボジア」と記す）の保健医療全般の水準は、カンボジア政府の取組みと我が国を含めた各ドナーによる支援で、子どもの健康を測る主な指標である乳児死亡率、5歳未満児死亡率等が減少傾向にあるなど、過去10年間で大きく改善してきています。一方で、妊産婦死亡率に関しては、正確な指標を把握する技術的な難しさや、子どもの健康指標ほど短期間で大きく改善しないという指標本来の制約を差し引いても高い水準のままであり（473/10万出生、2005年カンボジア人口保健調査）、カンボジア・ミレニアム開発目標（2015年に140/10万出生へと減少）の達成も危ぶまれています。妊産婦死亡は、その大半が出産前後の合併症によるものであり、地域で助産技術を持った医療専門職による分娩介助が重要な対策の一つですが、カンボジアでは慢性的に助産師が不足し、特に地方における助産師不足が深刻化しています。

カンボジア保健省は、国内全ての保健医療施設の助産師定員数を満たすため、近年助産師育成にかかる施策を矢継ぎ早にうちだしています。90年代、地方では施設分娩数自体が少なかったため、地方の病院が助産師育成のための臨床実習先になり得なかったという事情がありましたが、近年、地方の病院でも分娩数が増加したことで、助産学生の臨床実習先としても活用できる状況になり、カンボジア保健省としても地方で助産師を養成することを重視し始めてます。しかしながら、地方で臨床実習先となる中核病院の卒前・卒後研修の質が担保されていないため、助産技術を十分習得しないまま保健センターへ配置された助産師（特に准助産師）のサービスの質が近年大きな問題として表面化しています。

以上の背景から、カンボジア国政府は、わが国に対し、助産師の卒前・卒後研修で臨床実習先となる地方中核病院における助産トレーニングシステム強化に資する技術協力プロジェクトを要請し、これを受け、JICAは2009年10月に同プロジェクトの協力計画および事業事前評価を行うことを主な目的として詳細計画策定調査を行いました。本報告書は、同調査の結果、並びにその後12月にカンボジア側と行われた実施協議結果を取りまとめたものです。

ここに、本調査にご協力いただいた内外関係者の方々に深い謝意を表しますとともに、引き続き一層のご支援をお願い申し上げます。

平成22年5月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 萱島 信子

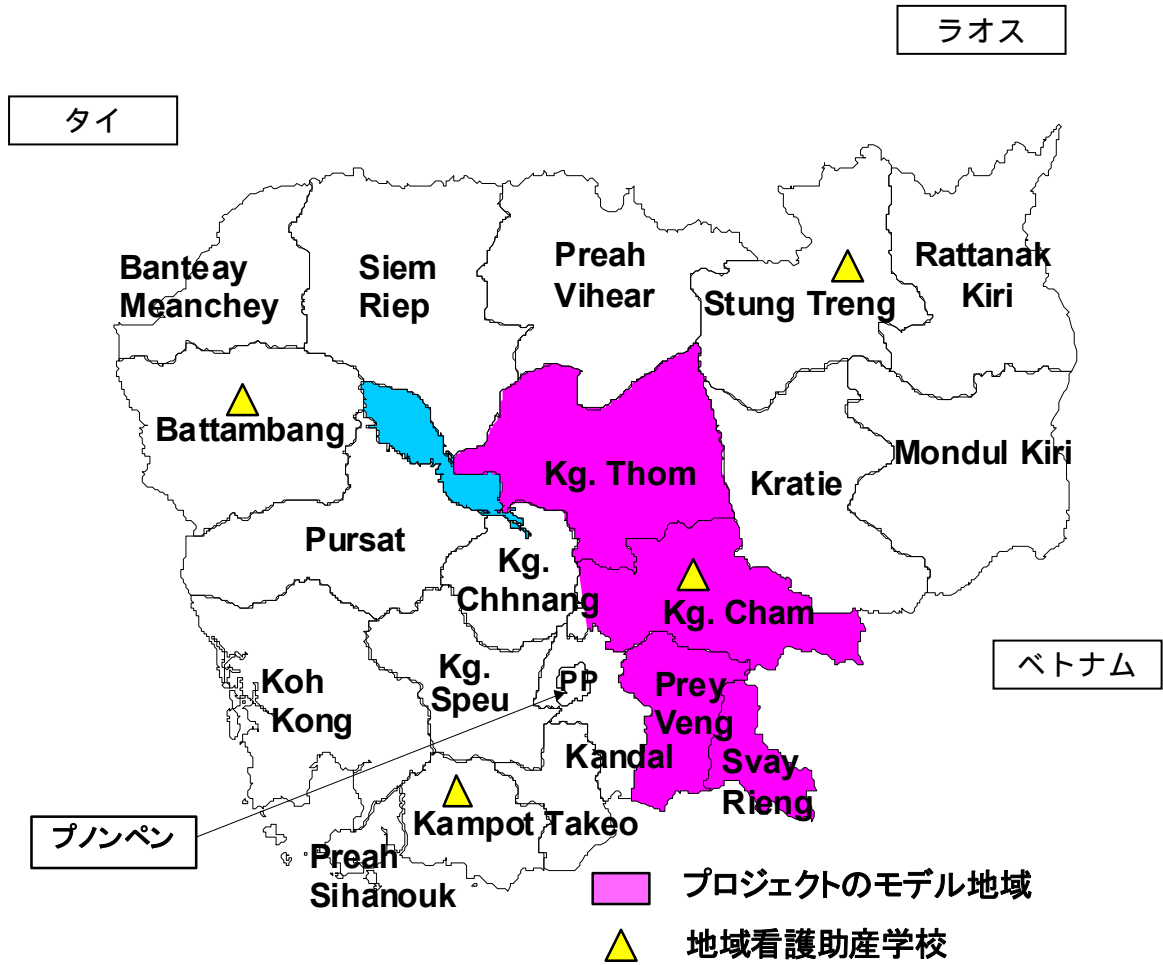
# 目 次

序 文  
地 図  
写 真  
略語表  
事業事前評価表

第 1 章 詳細計画策定調査の概要	1
1 - 1 調査の背景	1
1 - 2 調査の目的と内容	2
1 - 3 調査団の構成	3
1 - 4 調査日程	3
1 - 5 主要面談者	5
第 2 章 カンボジアの保健医療・母子保健分野の概要	7
2 - 1 保健医療分野における概況	7
2 - 1 - 1 疾病構造	7
2 - 1 - 2 保健政策	8
2 - 1 - 3 保健財政	10
2 - 1 - 4 保健行政	12
2 - 1 - 5 保健人材	14
2 - 2 妊産婦の受診行動	16
2 - 3 関連ドナーの動向	17
2 - 3 - 1 保健分野における援助協調の動向	17
2 - 3 - 2 関連ドナーの支援概要	18
第 3 章 プロジェクト関係機関の概要	22
3 - 1 国立母子保健センター	22
3 - 2 保健省人材育成部	23
3 - 3 助産師ハイレベルタスクフォース	23
3 - 4 プロジェクトモデル地域の概況	24
3 - 5 コンポンチャム・リファラル病院の概況	26
3 - 5 - 1 産科の概況	26
3 - 5 - 2 助産トレーニングの現状	27
3 - 6 コンポンチャムRTCの概況	28
3 - 6 - 1 RTCおよび学校運営・教育カリキュラムの概要	28
3 - 6 - 2 コンポンチャムRTCの現状	29

第4章 プロジェクト実施の枠組み	32
4 - 1 助産人材育成の課題	32
4 - 2 プロジェクトの戦略	32
4 - 3 プロジェクトの概要	35
第5章 事業事前評価結果	40
5 - 1 妥当性	40
5 - 2 有効性	41
5 - 3 効率性	41
5 - 4 インパクト	41
5 - 5 自立発展性	41
第6章 団長所感	43
第7章 実施協議結果	44
7 - 1 実施協議の経緯	44
7 - 2 実施協議の結果	44
付属資料	
1 . 討議議事録 ( R/D )	47
2 . ミニッツ ( 実施協議用 )	60
3 . ミニッツ ( 詳細計画策定調査用 )	67
4 . 和文PDM	83
5 . 評価グリッド	85
6 . 面談録	88
7 . 他ドナーとの協議メモ	103
8 . ワークショップ概要	115

# 地図



# 写 真



国立母子保健センター



コンポンチャム州の母親と新生児



コンポントム州病院でのインタビュー



コンポントム州病院で卒後研修中の  
准助産師



コンポンチャム州病院外観



コンポンチャム州病院・分娩室



コンポンチャム州病院内（廊下にはみ出したベッド）



コンポンチャムRTC外観



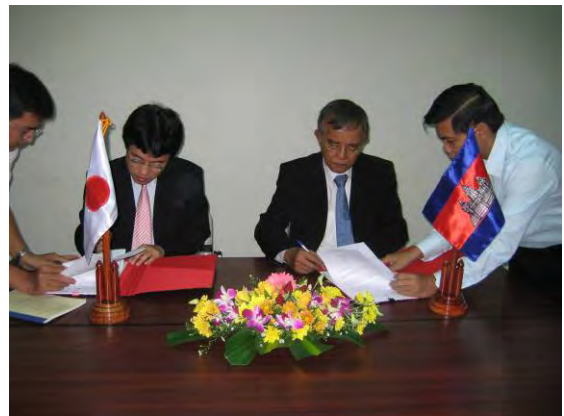
コンポンチャムRTCでの授業（演習）



コンポンチャムRTCで学ぶ看護学生



プロジェクトデザイン・ワークショップ



ミニッツ署名（調査団長、保健省次官）



## 略 語 表

略語	英語	日本語
ADB	Asian Development Bank	アジア開発銀行
AOP	Annual Operation Plan	政府予算年間計画
AusAID	Australian Agency for International Development	オーストラリア国際開発庁
BTC	Belgian Technical Cooperation	ベルギー技術公社
CDHS	Cambodian Demographic and Health Survey	カンボジア人口保健調査
CPA	Complementary Package of Activities	保健省が定める第二次・第三次医療で提供する標準サービスパッケージ
DfID	UK Department for International Development	英国国際開発庁
DOTS	Directly Observed Treatment, Short Course	直接監視下短期治療
EPI	Expanded Program on Immunization	拡大予防接種計画
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit	ドイツ技術協力公社
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウィルス
HRD	Human Resource Development Department	保健省人材育成部
HSP	Health Strategic Plan	保健セクター戦略
HSSP	Health Sector Support Project	保健セクター支援プロジェクト
ICU	Intensive Care Unit	集中治療室
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness	小児疾病統合管理
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
KOICA	Korea International Cooperation Agency	韓国国際協力団
LSS	Life Saving Skill	人工蘇生術
MBPI	Merit-based Payment Initiative	成果ベースの報酬制度
MPA	Minimum Package of Activities	保健省が定める第一次医療施設で提供する標準サービスパッケージ
NGO	Non Governmental Organization	非政府組織
NICU	Newborn Intensive Care Unit	新生児集中治療室
NMCHC	National Maternal and Child Health Center	国立母子保健センター
NSDP	National Strategic Development Plan	国家戦略開発計画
OD	Operational District	保健行政区
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス

PHD	Provincial Health Department	州保健局
PHJ	People's Hope Japan	母子保健分野で活動する本邦NGO
RH	Referral Hospital	リファラル病院
RACHA	Reproductive and Child Health Alliance	母子保健分野で活動するNGO( USAID等から委託された事業を実施 )
RTC	Regional Training Center	地方看護・助産学校
SOA	Special Operating Agency	特別業務機関
ToT	Training of Trainers	指導者養成研修
TSMC	Technical School for Medical Care	国立医療技術者育成学校
TWG-H	Technical Working Group for Health	保健分野テクニカル・ワーキンググループ
UHS	University of Health and Science	保健科学大学
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
URC	University Research Co., LLC	米系コンサルタント企業( USAID等から委託された事業を実施 )
WHO	World Health Organization	世界保健機関

## 事業事前評価表

### 1. 案件名 カンボジア助産師の能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト

#### 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

わが国は、内戦により崩壊したカンボジア（以下、「カンボジア」と記す）の母子保健サービス体制の構築のため、1997年に無償資金協力で首都プノンペンにある国立母子保健センター（National Maternal and Child Health Center：NMCHC）の建設を支援するとともに、1995年から10年間にわたり技術協力プロジェクト「母子保健プロジェクト」（フェーズ1、2）（国内協力機関：国立国際医療センター）を実施し、NMCHCの病院運営、臨床サービスそして研修機能の整備を図ってきた。この結果、NMCHCにおいてカンボジア国内の保健医療施設で勤務する助産者（産婦人科医と助産師）を対象とした助産研修が提供できるようになった。

さらに、母子保健ニーズが高い地方僻地で地域住民に対する母子保健サービスを担う保健センターの助産師を支援すべく、2007年1月から3年間「地域における母子保健サービス向上プロジェクト」（国内協力機関：国立国際医療センター）を実施した。本プロジェクトでは、カンボジア国内でも母子保健サービスに多くの課題を抱えているコンボンチャム州をモデルサイトに選定し、同州内の4つの保健行政区（Operational District：OD）内の保健センターに配置された助産師に対する州・保健行政区行政官、地域リファラル病院で臨床経験豊富な助産者及びコミュニティ関係者間の協働支援体制を強化してきた。その結果、これらの関係者間でコミュニケーションが改善、地域リファラル病院への患者リファラルが円滑化し、地域リファラル病院の助産者による保健センターの助産師への自発的な技術指導も活発化するなどの成果が得られ、そのモデルは研修を通じてコンボンチャム州以外の17州にも広められた。

一方で、保健省は、慢性的に不足している助産師の数を増やすため、2006年以降、高卒後1年の助産教育で速成した准助産師を保健センターへ配置し始めたが、これらの准助産師は臨床経験を十分積んでおらず、自信を持って出産介助することが出来ないため、地域住民からも信頼が得られないという問題が表面化した。また、上記プロジェクトの終了時評価において、保健センターの助産師に対して指導を行う地域リファラル病院の助産者の臨床指導能力が不十分という課題も確認された。

以上の背景から、本プロジェクトでは、地域で指導的立場にある助産トレーナーの能力向上を含めた助産トレーニングシステムの強化をめざす。具体的には、全国に4箇所ある地方看護・助産学校（Regional Training Center：RTC）のうち、コンボンチャムRTCが管轄する計4州（コンボンチャム、コンボントム、プレイベン、スヴァイリエン）をモデル地域として、

助産師の卒前・卒後研修における助産トレーナーの能力、トレーニングマネジメントの向上、トレーニング環境の向上、モデル地域と他地域間での助産能力強化に関するコミュニケーションと連携の強化、そしてモデル地域における助産能力強化に関する経験の国レベルの戦略やプログラムへの反映をめざすものである。

##### (2) 協力期間 2010年3月～2015年2月（5年間）

##### (3) 協力総額（日本側）4.2億円（概算）

(4) 協力相手先機関 保健省国立母子保健センター (NMCHC)

(5) 国内協力機関 国立国際医療センター

(6) 裨益対象者及び規模、等

(直接裨益者)

・ 卒前・卒後助産研修のトレーナー：約90名(地方保健医療施設の実習指導者数とRTC教員数)

・ 卒前・卒後助産研修の受講者：約2,280名(保健省人材育成部資料に基づく)

准助産師をめざす学生(1年コース)：約430名/2年間(2011年で准助産師コース廃止予定)

助産師をめざす学生(3年コース)：約1,300名/5年間

看護助産師をめざす学生(3年+1年コース)：約540名/5年間

(間接裨益者)

・ カンボジア全国の妊娠可能年齢の女性および新生児

全国：推定出産数 342,756/年(National Health Statistics Report 2008)

モデル地域：推定出産数 106,994/年(National Health Statistics Report 2008)

### 3. 協力の必要性・位置付け

(1) 現状及び問題点

カンボジアの保健医療全般の水準は、過去10年間でかなり改善されつつあり、子どもの健康を測る主な指標である乳児死亡率、5歳未満児死亡率等は減少傾向にあることが確認されている。一方で、妊産婦死亡率に関しては、正確な指標を把握する技術的な難しさや、子どもの健康指標ほど短期間で大きく改善しないという指標本来の制約を差し引いても、過去10年以上にわたって高い水準のままであり(473/10万出生、2005年Cambodia Demographic and Health Survey：CDHS2005)、カンボジア・ミレニアム開発目標(Cambodia Millennium Development Goals：CMDGs、2015年に140/10万出生)の達成も危ぶまれている。妊産婦死亡は、その大半が出産前後の大量出血や合併症によるものであり、地域で助産技術を持った医療専門職による分娩介助が重要な対策の一つであるが、カンボジアでは慢性的に助産師が不足しており、特に地方における助産師不足が深刻化している。

保健省は、国内全ての保健医療施設の助産師定員数を満たすべく、近年助産師育成にかかる施策を矢継ぎ早にうちだしている。また、90年代、地方の病院では分娩数自体が少なかったため、助産師の臨床実習先になり得なかったが、近年、地方のリファラル病院でも分娩数が増加し、臨床実習先として活用できる状況になってきていることから、保健省としても地方で助産師を養成することを重視している。しかしながら、RTCのみならず実習先となる地域リファラル病院の卒前・卒後研修の質が担保されていないことから、助産技術を十分習得しないまま保健センターへ配置された助産師(特に准助産師)のサービスの質が近年問題となっている。

(2) 相手国政府国家政策上の位置付け

カンボジア政府による「国家戦略開発計画(National Strategic Development Plan：NSDP) 2006-2010」にて、4つの戦略分野の1つである「キャパシティ・ビルディングと人材育成」の目標の1つに保健サービスの改善が掲げられている。また国家レベルの保健政策文書である

「保健セクター戦略計画(Health Strategic Plan : HSP)」第1次(2003～2007)および第2次(2008～2015)においても、母子保健が最優先課題として位置づけられている。

### (3) わが国援助政策との関連、JICA国別事業実施計画上の位置付け

わが国の「対カンボジア別援助計画」では、援助重点分野「社会的弱者支援」の中で基礎的保健医療サービスの強化を重点開発課題として位置づけており、地方の助産師の能力向上を行う本案件は、上記計画に合致する。また、2009年4月のJICA国別事業実施方針では、援助重点分野「社会開発の促進」の重点開発課題「保健医療の充実」において、「保健システム強化プログラム」により、人材育成や組織・制度強化を通じたカンボジアの保健システムの強化に取り組むこととしており、本プロジェクトも同プログラムの一環として実施される。

## 4. 協力の枠組み

〔主な項目〕

### (1) 協力の目標(アウトカム)

#### 【プロジェクト目標】

根拠に基づいた質の高い助産ケア<sup>1</sup>の提供が可能となる助産トレーニングシステム<sup>2</sup>が強化される。

(指標)

モデル地域における以下の実績

- ・妊産婦健診(2回受診)の数・割合(2008年67,517人・63% 2015年96,295人・90%)
- ・医療従事者の介助による分娩数・割合(2008年49,842件・47% 2015年85,595件・80%)
- ・産後健診(1回受診)の数・割合(2008年47,174人・44% 2015年74,896人・70%)
- ・根拠に基づいた助産サービスに関する知識を持つ助産師や助産学生の数
- ・根拠に基づいたケアを提供する助産師の割合

#### 【上位目標】

助産師が提供する妊産婦と新生児ケアの利用とアクセスが向上する。

(指標)

全国における以下の実績

- ・妊産婦健診(2回受診)の割合(2008年81% 2015年CMDG目標値90%以上)
- ・医療従事者の介助による分娩率(2008年58% 2015年CMDG目標値80%以上)
- ・産後健診(1回受診)の受診率(2008年41% 2015年CMDG目標値70%以上)
- ・保健施設での分娩率(2008年39% 2015年CMDG目標値70%以上)

### (2) 成果(アウトプット)と活動

#### 【成果1】

助産師の卒前・卒後研修に携わる助産トレーナーの能力<sup>3</sup>がモデル地域において強化される。

<sup>1</sup> 「WHO Care in Normal Birth」と「WHO Reproductive Health Library」にて奨励されている現在の最適なケアを意味する。

<sup>2</sup> 助産の卒前・卒後研修を行うための実施体制(研修に係る人材、マネジメント、環境等)を意味する。

<sup>3</sup> 教授法、助産実践能力、役割認識、倫理等を意味する。

(指標)

- ・助産トレーナー数の増加
- ・根拠に基づいたケアに関する知識を持つ助産トレーナー数の増加
- ・トレーニングに対する学生の評価(満足度)の上昇

(活動)

NMCHCが助産トレーナーの技術レベル、教授能力、助産ケアの質に関するニーズアセスメントとベースライン調査を行う。

NMCHCが根拠に基づいた助産ケアの知識と技術に関するワークショップとミーティングを実施する。

NMCHCが助産トレーナーの臨床トレーナー育成コース(臨床(Training of Trainers: ToT)コース)のカリキュラムを策定する。

NMCHCが助産トレーナーのための臨床ToTコースを実施する。

NMCHCが、保健省人材育成部と協力し、臨床ToTコース後に助産トレーナーのモニタリングとフォローアップを実施する。

【成果2】

助産の卒前・卒後研修に関するトレーニングマネジメントが、モデル地域において強化される。

(指標)

- ・助産トレーナーの定期会合数の増加
- ・RTCとの学生実習に関する合意書を理解する臨床実習施設の助産トレーナーの割合増加。
- ・RTC教員とプリセプター間のミスコミュニケーション<sup>4</sup>の減少
- ・臨床実習施設において助産学生や助産研修生が介助する分娩割合(月毎・四半期毎)の増加。

(活動)

モデル地域における助産トレーニングのマネジメントに関するアセスメントを実施する( PHD、RTC、RH、開発パートナーによるトレーニングの計画、実施、モニタリング・評価方法等)

モデル地域における実務者レベルの助産トレーナー定期会議を開催する(関係者間のコミュニケーションの改善、教育・研修内容の相違の減少、モニタリング方法の改善等)コンボンチャムRTCとリファラル病院が実習に関する合意書のレビューと実務者レベルの助産トレーナーに対する情報提供を行う。

コンボンチャムRTCと同州保健局が、NMCHCの支援の下で、助産研修生・助産学生への分娩症例数の適切な割り当て、助産トレーニングコースの計画・モニタリングを行う。

【成果3】

助産の卒前・卒後研修に関するトレーニング環境(トレーニングに必要な機材・教材および

<sup>4</sup> RTC教員から実習先病院プリセプターへの実習学生のレベル、ニーズ等に関する事前の情報提供、実習先病院プリセプターからRTC教員への実習中の進捗情報の提供や実習後のフィードバック等

その使用・維持管理等)が、モデル地域において改善される。

(指標)

- ・コンポンチャムRTCとリファラル病院が、NMCHCの支援の下、卒前助産研修に必要な基本的な機材リスト策定する。
- ・RTCと実習施設への助産トレーニングに必要な基本的機材を整備する。

(活動)

助産トレーニング施設のトレーニング環境に関するアセスメントを実施する。  
トレーニング環境を標準化のための施設の機材リストのレビュー・改訂もしくは策定する。  
機材リストに基づく助産トレーニング施設に必要な機材の提供、活用状況のモニタリングを行う。

#### 【成果4】

助産能力強化に関するコミュニケーションと連携が、モデル地域と他地域間で強化される。

(指標)

- ・助産トレーニングの経験・課題を共有する関係者会議数の増加
- ・非モデル地域の関係者に共有されたプロジェクトの経験数の増加
- ・非モデル地域の関係者に適用されたプロジェクトの経験数の増加

(活動)

NMCHCと保健省人材育成部が、コンポンチャムRTCおよびリファラル病院と協力し、助産トレーナーやRTC・臨床実習施設の役割・責任を明確化・標準化するワークショップを開催する。

NMCHCと保健省人材育成部が、コンポンチャムRTCおよびリファラル病院と協力し、非モデル地域の関係者に対する助産トレーナーの能力向上のための支援を行う。(助産トレーニングの経験・課題の共有と臨床ToT等)

NMCHCと保健省人材育成部が、コンポンチャムRTCおよびリファラル病院と協力し、RTC管轄地域間の機材リスト共有による助産トレーニング環境の改善を促進・サポートする。助産トレーニングの経験を共有するためのスタディツアーを行う。

#### 【成果5】

モデル地域での助産能力強化に関する課題と教訓が明らかになり、国レベルの戦略やプログラムに反映される。

(指標)

- ・ハイレベル助産タスクフォースや関連のワーキンググループに対するプロジェクト現場で得られた課題や教訓に関する報告数の増加
- ・プロジェクトの経験に基づき改訂された計画、カリキュラム、ガイドライン数の増加

(活動)

NMCHCが、日本人専門家と協力し、助産能力向上に関する課題や教訓をハイレベル助産タスクフォースや関連ワーキンググループに報告する。

NMCHCが、保健省人材育成部と協力し、プロジェクトの経験に基づき、国レベルの助産

能力向上に関する計画、カリキュラム、ガイドラインを改訂する。

上記指標の基準値と目標値については、プロジェクト開始後のベースライン調査の結果をもとに、必要に応じて再設定する予定である。

### (3) 投入（インプット）

日本側

日本人専門家

カウンターパート研修（本邦研修、第三国での技術交換研修）

機材供与

カンボジア側

カウンターパート配置

カウンターパート人件費

プロジェクトに必要な施設（専門家執務室）の提供

プロジェクト実施に必要なローカルコストの負担

### (4) 外部要因

#### 1) 前提条件：

日本側とカンボジア側がプロジェクト実施に必要な投入を行う。

#### 2) 成果達成のための外部条件：

助産トレーナーやカウンターパートの多くが離職しない。

助産トレーナーやその管理者がプロジェクト実施に協力する。

#### 3) プロジェクト目標達成のための外部条件：

助産師の卒前・卒後研修に関する現在の政策が大きく変更しない。

#### 4) 上位目標達成のための外部条件：

保健省は助産分野に関する政策を大きく変更しない。

## 5. 評価5項目による評価結果

### (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できる。

#### カンボジアにおける政策面での妥当性：

妊産婦死亡率の削減は、CMDGsの最重要目標の1つであると同時に、国家レベルの保健政策である「HSP2008-2015」で緊急課題として位置づけられている。「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」では、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、熟練助産者の立会による分娩の増加をめざしており、本プロジェクトの上位目標と合致する。また、2007年に保健省次官が委員長となって設置された「ハイレベル助産タスクフォース」のマルチイヤープラン（中・短期で実施すべき具体的な計画）では、助産師養成機関や助産トレーナーの能力向上が目標として掲げられており、本プロジェクトがめざす目標は、保健省の実務レベルの施策とも合致している。



#### 日本の援助方針との整合性：

本プロジェクトが取り組む母子保健の向上は、政府の対カンボジア国別援助計画に合致し JICA 国別事業実施方針の方向にも沿ったものである。また、本プロジェクトは、妊産婦や新生児の健康改善を上位目標とするものであり、日本政府が重点を置いているミレニアム開発目標達成への貢献に資する案件である。

#### 他ドナーによる協力との相互補完性：

カンボジアの保健セクターでは、世界銀行、英国国際開発庁 (UK Department for International Development : DfID) 等による「Health Sector Support Project (HSSP)」を含め、複数の財政支援型の協力が実施されているが、これらの協力においても妊産婦死亡率の削減は重視されている。一定の政策実現を条件に資金的支援が行われるこれらの枠組みと、助産師の人材育成システムの強化を通じて関連サービスの向上を図る本プロジェクトは相互補完関係にあるといえ、カンボジア保健省および他ドナーからも本プロジェクトへの高い期待が寄せられている。

#### 対象地域選定の妥当性：

本プロジェクトのモデル地域となるコンポンチャム州は、国内で最も多くの人口を抱えていることもあり、人口に対する助産師の配置数が国内で最も低い州である。また、同州では、過去に開発調査「母子保健向上のための調査」や「地域における母子保健サービス向上プロジェクト」が実施された経験があるため、同州の関係機関とはすでに友好的関係が構築されており、既存のネットワークを活用することが可能である。また、本プロジェクトの助産師の卒前・卒後研修の中心的な実習先病院となるコンポンチャム・リファラル病院は、無償資金協力で産科病棟を建設中 (2011年竣工予定) であることから、技協・無償による有機的な連携も期待できる。

### (2) 有効性

本プロジェクトは以下の理由から有効性が見込める。

プロジェクト目標である「根拠に基づいた質の高い助産ケアの提供が可能となる助産トレーニングシステムが強化される」を達成するためには、個々の助産トレーナーの能力向上、トレーニングマネジメント体制の強化、トレーニングを実施する環境の改善が必要不可欠である。加えて、本プロジェクトのモデル地域と他地域間の知見の共有と協働、本プロジェクトの経験を政策レベルへ反映させることによって、助産トレーニングシステムの強化が全国規模でも行われることが期待できる。本プロジェクトの全てのアウトプットは、プロジェクト目標達成に必要な要素として繋がっている。

### (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見込める。

本プロジェクトの主要な実施機関となる NMCHC は、これまでの日本からの支援を通して、地域のニーズに合致した研修プログラムを計画・実施できるようになっており、且つ国家レベルの母子保健関連プログラムの計画・実施する行政機能も有している。したがって、NMCHC と協働することにより、これまでの日本の協力実績を有効活用することができるだけでなく、本プロジェクトの成果を国レベルのプログラムへ組み込むことが可能となる。また、本プロ

プロジェクトのモデル地域となるコンポンチャム州では、過去の協力で育成された人材や既存のネットワークを活用することが可能であるとともに、技協・無償による有機的な連携も期待できるなど、本プロジェクトを効率的に実施することができる状況が揃っている。本プロジェクトのデザインにおいても、各アウトプットの達成に必要な活動の量と質が適切に設定されている。

#### (4) インパクト

本プロジェクトのインパクトは以下のように予測できる。

カンボジアでは、保健センターに最低限必要なケアを提供できる助産師が配置されていないこと、配置されていてもその助産師のサービスの質が低いことなどが、産前健診、施設分娩、産後健診等のため保健医療施設を訪れる女性の数・率を増やす上で大きな障害となっている。したがって、助産トレーニングシステムの強化によって、新卒助産師の数を増やすとともに、質の高い妊産婦と新生児ケアが提供できる助産師も増やすことで、上位目標となっている妊産婦と新生児ケアのアクセス・利用の向上に貢献することが期待できる。

#### (5) 自立発展性

以下のとおり、本プロジェクトによる効果は、カウンターパート、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。

##### 組織・制度面：

過去実施された「母子保健プロジェクト（フェーズ1・2）」を通じて開始された助産トレーナー養成研修（ToTコース）は、現在でもNMCHCが継続していることから、NMCHCが主要な実施機関となる本プロジェクトの助産トレーニングシステムもプロジェクト終了後継続して実施されることが期待できる。

なお本プロジェクトのモデル地域で効果が実証された助産トレーニングシステムを他地域へ展開することや本プロジェクトの経験を国の助産人材育成にかかる戦略やプログラムに反映させるためには、人材育成制度に関する役割を担うとともにRTCの運営を統括する保健省人材育成部との連携に留意する必要がある。

##### 技術面：

本プロジェクトの対象とする助産トレーナーは、すでに病院で受け入れた助産師や助産学生に対する実習指導やRTCでの助産学生への卒前研修を実施する役割を担っている。本プロジェクトで助産トレーナーの能力強化、トレーニングマネジメントの強化、トレーニング環境の改善などを通して助産トレーニングのシステムを強化することにより、これらの助産トレーナーがプロジェクト終了後も質の高い助産研修を提供できるようになることが期待できる。

##### 財政面：

カンボジアでは、2005年から政府予算年間計画（Annual Operation Plan：AOP）や3カ年計画に基づいてHSP達成に必要な活動を実施するようになった。HSPでは、母子保健の向上が最優先課題として位置づけられているため、過去の母子保健プロジェクト（フェーズ2）を通じて提供できるようになった研修は、NMCHCがAOPに組み込んで継続して実施している。本プロジェクトにおいても、NMCHCやRTCなどの実施機関等が本プロジェクトで開発した研修モ

デルをAOPに組み込んで継続して実施することが期待される。

#### 6．貧困・ジェンダー・環境等への配慮

##### 【貧困、ジェンダーへの配慮】

本件では、特に貧困層の多い地方での母子保健サービスのアクセスを改善し、公平で良質なサービスを提供することを目的としており、貧困層への配慮を行っている。また、妊産婦ケアは社会的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。

#### 7．過去の類似案件からの教訓の活用

2000年から2005年まで実施された「母子保健プロジェクト（フェーズ2）」の終了時評価では、相手国政府や実施機関がプロジェクト活動に対してオーナーシップを持っていることがプロジェクトの自立発展性に寄与したと指摘されている。本プロジェクトでも、常に相手国関係機関のオーナーシップに配慮しながら個々の活動を進めることに留意する必要がある。

#### 8．今後の評価計画

2010年10月頃 PDM改訂（ベースライン調査後に指標の具体的数値目標の設定等）

2012年8月頃 中間評価

2014年9月頃 終了時評価

# 第1章 詳細計画策定調査の概要

## 1-1 調査の背景

わが国は、内戦により崩壊したカンボジアの母子保健サービス体制の構築のため、1997年に無償資金協力で首都プノンペンにある国立母子保健センター（NMCHC）<sup>1</sup>の建設を支援するとともに、1995年から10年間にわたり技術協力プロジェクト「母子保健（フェーズ1、2）」（国内協力機関：国立国際医療センター）を実施し、NMCHCの病院運営、臨床サービスおよび研修機能の整備を図ってきた。さらに、2007年1月から3年間技術協力プロジェクト「地域における母子保健サービス向上」を実施し、同プロジェクトのモデルサイトであるコンボンチャム州内の4つの保健行政区（OD）内の保健センターに配置された助産師の活動を技術的・精神的にも支援すべく、保健センターの助産師に対する州・保健行政区行政官、地域リファラル病院<sup>2</sup>で臨床経験豊富な助産者（産婦人科医、助産師）およびコミュニティ関係者間の協働支援体制を強化してきた。その結果、これらの関係者間でコミュニケーションが改善され、地域リファラル病院への患者紹介と搬送が円滑化し、地域リファラル病院の助産者による保健センターの助産師への自発的な技術指導も活発化するなどの成果が得られ、その協働支援モデルは研修を通じてコンボンチャム州以外の17州にも広められた。

カンボジアの保健医療全般の水準は、過去10年間でかなり改善されつつあり、子どもの健康を測る主な指標である乳児死亡率、5歳未満児死亡率等は減少傾向にあることが確認されている。一方で、妊産婦死亡率に関しては、正確な指標を把握する技術的な難しさや、子どもの健康指標ほど短期間で大きく改善しないという指標本来の制約を差し引いても高い水準のままであり（473/10万出生、Cambodia Demographic and Health Survey 2005：CDHS2005）、カンボジア・ミレニアム開発目標（2015年までに妊産婦死亡率を140/10万出生へ削減、Cambodia Millennium Development Goals：CMDGs）の達成も危ぶまれている。妊産婦死亡は、その大半が出産前後の合併症によるものであり、地域で助産技術を持った医療専門職による分娩介助が重要な対策の一つである。しかしながら、2006年のJICA「母子保健向上のための開発調査」並びにUNFPA「助産レビュー」によると、カンボジアでは約1,200名の助産師が不足しており、さらに近い将来定年退職が予想される現職助産師数が、カンボジア政府が近年配置を計画している新卒助産師200名/年（2006年から開始された高卒後1年間の研修で速成される准助産師を含む）を上回っており、今後も慢性的な助産師不足が見込まれており、特に地方における助産師不足が深刻化している。

カンボジア保健省は、国内全ての保健医療施設の助産師定員数を満たすべく、近年助産師育成にかかる施策を矢継ぎ早にうちだしている。90年代、地方では施設分娩数自体が少なかったため、地方の病院が助産師育成のための臨床実習先になり得なかったという事情があった。しかしながら、近年、地方でも施設分娩数が増加したことで、地域リファラル病院が助産学生の臨床実習先としても活用できる状況になってきたことから、保健省は地方での助産師育成を重視し実施している。他方、地方看護助産学校（Regional Training Center：RTC）<sup>3</sup>の教育（座学）の質のみなら

<sup>1</sup> NMCHCは、産婦人科・新生児科のトップリファラル病院そして母子保健サービスに従事する保健医療人材の研修センターという機能を有する。さらに、保健省内に母子保健課はなく、母子保健課に相当する行政機能も有しており、リプロダクティブ・ヘルス、HIV母子感染予防、呼吸器感染症、栄養、EPI分野の国家プログラムの事務局がNMCHC内に設置されている。

<sup>2</sup> 紹介または搬送された周辺地域の患者を受け入れる地域の中核を担う病院

<sup>3</sup> RTCは卒前教育の座学と校内実習を担う地方部の看護助産学校であり、全国に4カ所ある。

ず、地域リファラル病院の卒前・卒後研修（実習）<sup>4</sup>の質も担保されていないため、助産技術を十分習得しないまま保健センターへ配置された助産師（特に准助産師）のサービスの質が近年新たな課題として表面化している。上述した地域における母子保健サービス向上プロジェクトの終了時評価においても、地域リファラル病院の助産者の臨床指導能力が不十分という課題も確認された。

以上の背景から、カンボジア政府は、わが国に対し、助産師の卒前・卒後研修で実習先となる地方の地域リファラル病院の助産トレーニングシステム強化に資する技術協力プロジェクトを要請した。わが国は、同要請に応え、2009年度JICAを通じて本詳細計画策定調査を行い、カンボジア側の最新ニーズや課題そして助産師の卒前・卒後研修の現状等について確認したうえで、本プロジェクトの協力計画及び事業事前評価を実施した。

## 1 - 2 調査の目的と内容

調査目的は以下のとおりである。

- (1) カンボジア保健省の助産師の育成・配置計画にかかる現状と課題、並びに当該分野の関係機関（NMCHC、保健省人材育成部等）の権限・役割、実施体制、実施能力および連携状況を明らかにする。
- (2) 助産師育成にかかる卒前・卒後研修の現状と課題、並びに当該分野の関係機関（NMCHC、地域リファラル病院、RTC等）の権限・役割、実施体制、実施能力及び連携状況を明らかにする。
- (3) 参加型ワークショップを通じて、プロジェクト・デザイン（案）を策定する。
- (4) 協力内容、カンボジア側・日本側双方の責任・役割分担、プロジェクト開始までに行うべき作業とそのスケジュール等について確認し、カンボジア側・日本側双方で合意した事項をミニッツとして取りまとめ、署名交換をする。
- (5) 評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）に基づいて、プロジェクト概要を検証し、事業事前評価表（案）を作成する。

調査内容は以下のとおりである。

- (1) 本プロジェクトの背景、目的、要請内容等についての再確認
- (2) 助産師の育成・配置計画にかかる最新情報の収集、並びに当該関係機関それぞれの権限・役割、実施体制、実施能力および連携状況についての把握・分析
- (3) 助産師育成に係る卒前・卒後研修の現状と課題の把握、並びにそれら関係機関それぞれの権限・役割、実施体制、実施能力および連携状況についての把握・分析
- (4) プロジェクトデザイン策定のための参加型ワークショップ開催、カンボジア側関係者とのPDM（案）の作成及び協議
- (5) 母子保健分野における他ドナー・国際機関の援助動向、特に安全な母性やリプロダクティ

---

<sup>4</sup> 助産師を含む保健人材の育成にあたっては、卒前・卒後教育ともにその教育時間の3割を座学、7割を実習が占めており、特に実習先病院が果たす役割が大きい。

ブ・ヘルス分野への支援を行っている他ドナーの中で、本プロジェクトとの協調・調整を要すると思われる他ドナー・NGO（WHO、UNFPA、RACHA<sup>5</sup>等）の活動確認と調整  
 (6) PDM（案）の指標設定および事業費積算のための基本情報の収集

なお、これまでの母子保健分野への協力の成果と残された課題（また新たな課題）を踏まえ、本プロジェクトとして何をどこまで協力すべきか検討し、カンボジア側と十分協議することとした。右検討にあたっては、他ドナーによる過去の協力成果の活用と拡大の可能性についても留意するとともに、新規採択案件「医療技術者教育システム向上プロジェクト」との連携の可能性も視野に入れつつ本詳細計画策定調査を実施した。

### 1 - 3 調査団の構成

調査団の構成メンバーは、以下のとおりである。

担当分野	氏名	所属
団長/総括	竹本 啓一	JICA人間開発部保健人材課 課長
評価企画	久保倉 健	JICA人間開発部母子保健課 職員
協力企画	佐々木 祐美子	JICAカンボジア事務所 企画調査員
母子保健	明石 秀親	国立国際医療センター国際医療協力局 派遣協力専門官
評価分析	川崎 美保	アイシー・ネット（株） コンサルタント

### 1 - 4 調査日程

本詳細計画策定調査は、以下のとおり2009年10月7日～10月22日にかけて実施された。

	月日	曜日	内容
1	10月7日	水	成田発/プノンペン着
2	10月8日	木	団内打合せ（地域における母子保健サービス向上プロジェクト専門家チームからの情報聴取含む）
			国立母子保健センター関係者へのインタビュー
			保健省人材育成部および人事部関係者へのインタビュー
3	10月9日	金	国立カルメット病院関係者へのインタビュー（同病院の助産師卒前・卒後実習の現状に関する情報収集）
			国立母子保健センターおよび開発パートナー（WHO、UNICEF、UNFPA、BTC、URC、RACHA等）とのグループ協議（要請内容に関する意見交換等）
4	10月10日	土	資料整理

<sup>5</sup> RACHA（Reproductive Health and Child Health Alliance）：USAIDの資金で2003年に設立されたローカルNGO

5	10月11日	日	資料整理	
6	10月12日	月	国立医療技術者育成学校（TSMC）教員へのインタビュー	
			団内打合せ（プロジェクトデザインワークショップの進め方、役割分担等の確認）	
7	10月13日	火	コンボンチャム州へ移動	コンボントム州へ移動
			コンボンチャム州保健局関係者へのインタビュー	コンボントム州保健局関係者へのインタビュー
			コンボンチャム州リファラル病院関係者へのインタビュー	コンボントム州リファラル病院関係者へのインタビュー
			コンボンチャム看護・助産学校関係者へのインタビュー	NGO（People's Hope Japan）現地事務所スタッフへのインタビュー
8	10月14日	水	プノンペンへ移動	プノンペンへ移動
			団内打合せ（コンボンチャム州、コンボントム州でのインタビュー・視察結果の共有、プロジェクトデザインワークショップ開催の事前準備等）	
9	10月15日	木	プロジェクトデザインワークショップ開催（本プロジェクトと医療技術者教育システム向上プロジェクト2案件合同で開催）	
10	10月16日	金	団内打合せ（ワークショップ結果の整理・分析）	
			PDM案の作成	
11	10月17日	土	団内作業（PDM案、PO案の作成）	
12	10月18日	日	団内作業（ミニッツ案の作成）	
13	10月19日	月	国立母子保健センター、保健省人材育成部関係者との第一回協議（ミニッツ案、PDM案、PO案について）	
			団内作業（ミニッツ案、PDM案、PO案の修正）	
14	10月20日	火	国立母子保健センター、保健省人材育成部関係者との第二回協議（ミニッツ案、PDM案、PO案について）	
			団内作業（ミニッツ案、PDM案、PO案の再修正）、保健省へのミニッツ最終案提出	
15	10月21日	水	開発パートナー（WHO、UNICEF、UNFPA、BTC、URC、RACHA等）とのグループ協議（プロジェクト概要案に関する説明、質疑応答等）	
			団内打合せ（PDM案の指標の数値目標設定等）	
16	10月22日	木	保健省とのミニッツ署名・交換	
			JICA事務所への帰国報告	
			大使館への帰国報告	
			プノンペン発	
17	10月23日	金	成田着	

## 1 - 5 主要面談者

本詳細計画策定調査における主要面談者は、以下のとおりである。

### (1) カンボジア側

#### 1) 保健省

H.E. Prof. Eng Huot, Secretary of State

#### 2) 保健省人材育成部

Ms. Keat Phuong, Director, Department of Human Resource Development

Dr. Phom Samsong, Deputy Director, Department of Human Resource Development

#### 3) 国立母子保健センター

Prof. Koum Kanal, Director of NMCHC

Dr. Keth Ly Sotha, Deputy Director of NMCHC

Dr. Uong Sokhan, Deputy Director of Training Unit, NMCHC

Ms. Ou Sarouem, Deputy Director of Nursing Department of NMCHC/Executive Director of Midwifery Association/Deputy Director of Midwifery Council

#### 4) 保健省国家リプロダクティブヘルスプログラム

Dr. Tung Rathavy, Manager of National Reproductive Health Program/Deputy Director of NMCHC/Secretary of High Level Midwifery Task Force

#### 5) 保健科学大学

H.E.Prof. Oum Sophal, Rector, UHS

#### 6) 医療技術者学校

Dr. Huy Sovath, Director, TSMC

#### 7) コンボンチャム州保健局

Dr. Kim Sour Phirun, Director

Dr. Lon Chan Rasmey, Deputy Director

#### 8) コンボンチャム地方看護助産学校

Dr. Kim Bun Ann, Kampong Cham RTC Director

#### 9) 州リファラル病院

Dr. Meas Chea, Director, Kampong Cham Referral Hospital

Dr. Srey Sim, Director, Kampong Thom Referral Hospital

Dr. Tim Kosal, Director, Prey Veng Referral Hospital

Dr. An Sophat, Director, Svay Rieng Referral Hospital

### (2) 日本側

#### 1) 地域における母子保健サービス向上プロジェクト

小原ひろみ 長期専門家（チーフアドバイザー）

櫻井幸枝 長期専門家（熟練助産者支援強化）

松岡貞利 長期専門家（研修マネジメント/地域保健/業務調整）

小山内 泰代 短期専門家（母子保健サービス向上調査）



2) JICAカンボジア事務所

鈴木康次郎 所長

小林雪治 次長

3) 在カンボジア日本国大使館

松尾秀明 経済・経済協力班長

田村美沙 経済協力専門調査員

(3) 他ドナー・NGO

Ms. Ann Robins, Technical Officer Human Resources for Health Advisor, WHO

Ms. Susan Jack, WHO

Dr. Chan Kannitha, Making Pregnancy Safer Officer, WHO

Ms. Krist'l D'haene, Technical Specialist Midwifery, UNFPA

Ms. Polin Ung, Midwifery Associate, UNFPA

Ms. Pros Nguon, Assistant to Technical Specialist Midwifery, UNFPA

Ms. Socheat Chi, Senior Program Manager ( Health ) , AusAID

Ms. Eleanor Loudon, AusAID

Ms. Ms Jill Moloney, AusAID

Mr. Chhom Rada, Deputy Programme Manager, GTZ

Dr. Dirk Horemans, BTC

Dr Frances Dailey, URC

Dr Mary Mohan, URC

Dr Sun Nasy, RACHA

Ms. Yoshimi Tanaka, People's Hope Japan ( PHJ )

## 第2章 カンボジアの保健医療・母子保健分野の概要

### 2 - 1 保健医療分野における概況

#### 2 - 1 - 1 疾病構造

カンボジアの2008年人口センサスによると、総人口は約1,340万人で、平均寿命は男性が60.5歳、女性が64.3歳となっている。カンボジアの疾病構造は、保健システムの未整備に加え、貧困による栄養不足や非衛生的な環境を原因とした母子保健や感染症による死亡や疾病が、慢性疾患（生活習慣病や事故等）を上回る典型的な途上国型の疾病構造であると言える。

2005年のカンボジア人口保健調査（Cambodian Demographic and Health Survey：CDHS）によると、子どもの健康状態を示す指標である乳児死亡率、5歳未満児死亡率は、ともに前回の調査時（2000年）と比較して30%の減少が確認された。表2-1で示すとおり、2000年当時、出生1,000に対してそれぞれ99、124だったものが、2005年には66、83へ減少しており、このペースで改善が続くならば、2015年をターゲットとしたCMDGsに掲げられた乳児死亡率と5歳未満児死亡率の削減目標を達成することが見込まれている。

感染症に関しても、成人のHIV罹患率は1997年の3.2%をピークに、2007年では0.9%へ減少し、対策が成功をおさめていると言われている。結核は、直接監視下短期治療（Directly Observed Treatment, Short Course：DOTS）を中心とした対策事業の地域への拡大にともなって、世界的な達成目標である患者発見率70%、治癒率85%を2005年に達成しており、新規患者の発生は減少傾向とみられている。しかしながら、国民の約70%が結核菌に感染しており、他人に感染させる可能性のある結核患者（排菌者）が人口200人あたり1人いるという状況であり、WHOにより22カ国の結核高蔓延国のひとつに指定されている。

表2 - 1 子どもの健康指標

指標	2000年	2005年
新生児死亡率（出生1,000対）	37	28
乳児死亡率（出生1,000対）	99	66
小児死亡率	33	19
5歳未満児死亡率（出生1,000対）	124.4	83
必要な全予防接種の接種率（12～23カ月の小児）	39.9%	66.6%
貧血を持つ小児の割合（6～59カ月の小児）	64.1%	61.9%

出典：CDHS 2000年、2005年

一方で、妊産婦死亡率に関しては、2005年のCDHSで10万出生件中472という高い水準のままであり、CMDGsに掲げられた妊産婦死亡率の削減目標の達成が危ぶまれている。表2-2で示すとおり、産前健診の受診率、保健医療従事者による分娩介助率、施設分娩率などの保健サービスへのアクセスに関する指標に改善傾向が見られる。しかしながら、2006年にUNFPAによって実施された包括的助産レビューによると、産前健診の質が担保されていないこと、ハイリスクな妊産婦を緊急産科ケアが提供できる病院へ紹介・搬送する仕組みが整っていないこと、分娩介助に必要な助産ケアが十分出来ていない助産師が多いことなど、助産サービスの質の低さの間

題が多く指摘されている。助産サービスの質に関する具体的な問題の一例として、産前健診を受けた妊産婦のうち、妊娠中毒症の早期発見に必要な血圧測定や尿検査を受けた妊産婦は、それぞれ61%と17%に留まっており、また分娩記録の適切な記録や分娩第3期（後産期）の積極的管理など、分娩介助に必要な助産ケアができていない助産師が多いという報告がなされている。

表 2 - 2 母親妊産婦の健康指標

指標	2000年	2005年
妊産婦死亡率（出生10万対）	437	472
合計特殊出生率	4	3.4
産前検診（1回以上）受診者比率（%）	38%	69%
保健医療従事者による分娩介助比率（%）	31.8%	43.4%
施設分娩率（%）	9.9%	21.5%
避妊普及率（現代的避妊法のみ）（%）	19%	27%
ワクチン接種率（%）	40%	67%

出典：CDHS 2000年、2005年

## 2 - 1 - 2 保健政策

カンボジア保健省は、2003年に、90年代初頭の和平協定後初めてとなる国家保健政策「国家保健戦略計画2003-2007（Health Sector Strategic Plan：HSP1）」を策定した。HSP1は、「すべてのカンボジア国民、特に女性と子どもの健康改善を目的として保健分野を発展させ、それにより貧困解消や社会経済の成長に貢献すること」を最終目標として、CMDGsの指標に沿った数値目標を掲げ、6つの優先分野（保健サービスの供給、行動変容、質の向上、人材育成、保健財政、組織制度）とそのための個々の戦略を定めた。2006年に保健省によって実施されたHSP1のレビューでは、今後の課題として、依然として高い妊産婦死亡率への対応、政府監督能力の強化、保健財政に関する各種政策決定と制度構築、政府・ドナーによる活動の効率性・効果向上が必要との教訓が得られた。

次期戦略となる「国家保健戦略計画2008-2015（HSP2）」では、これらの教訓を基に、引き続きHSP1と同様に全ての国民、特に貧困層、女性、子供の健康改善に取り組むこととし、3つのプログラムとして、母子保健、感染症（HIV/エイズ、マラリア、結核など）、非感染症（糖尿病、心臓疾患、がんなど）にそれぞれ目標を設定している。更に、これらを実施する際に配慮すべき横断的事項として、保健サービス提供、保健財政、保健人材、保健情報システム、ガバナンス（保健省の監督機能、保健行政能力、援助協調など）の5分野における各種戦略を掲げている。HSP2は、「すべてのカンボジア自国民、特に貧困層、女性、子どもの健康を向上させるため、保健セクターの持続的な開発を保証し、貧困削減と社会経済開発に寄与すること」を目標としている。

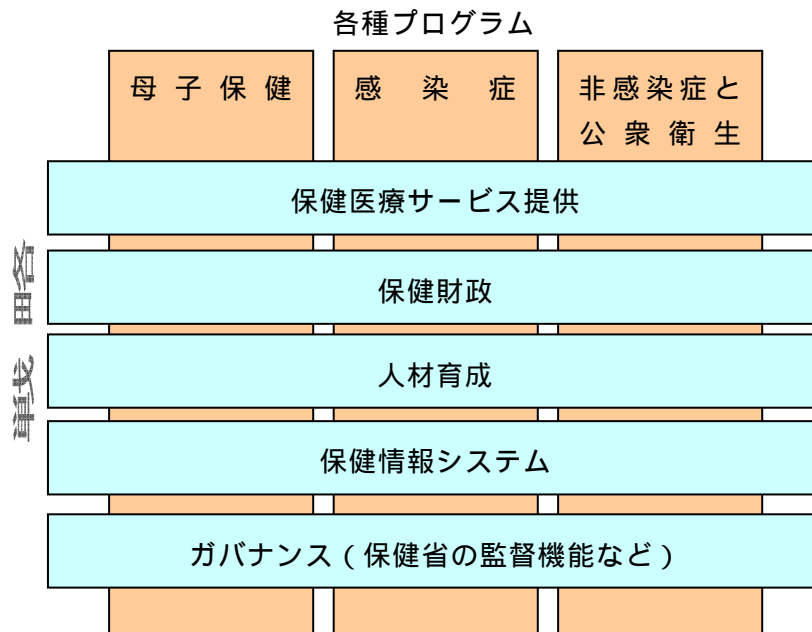


図 2 - 1 HSP2の構造

HSP2は、HSP1に比べてより具体的な目標、戦略およびモニタリングの枠組みを含んでおり、効率・効果的な取組を展開するための基盤を提供していると言える。さらに、表2-3で示すとおり、2015年までに達成すべき戦略目標値も設定されている。

表 2 - 3 HSP2で示されている指標と目標値（抜粋）

指標	2005～2008年 基準値	2015年目標値
合計特殊出生率	3.4	3
妊産婦死亡率（出生10万対）	472	140
新生児死亡率（出生10万対）	28	22
乳児死亡率（出生1,000対）	66	50
5歳未満児死亡率（出生1,000対）	83	65
出産年齢女性の貧血率（％）	46.6	19
妊婦の貧血率（％）	57.1	33
5歳未満児低体重児比率（％）	36	22.6
産前検診産科（2回以上）者比率（％）	68	90
保健医療従事者による分娩介助比率（％）	44	80
施設分娩率（％）	22	70
避妊普及率（現代的避妊法のみ）（％）	27	60
1歳以下の小児に必要な全ての予防接種の接種率（％）	60	80

出典：Health Strategic Plan 2008-2015

### 2 - 1 - 3 保健財政

表2-4で示すとおり、保健予算は国家予算全体の約12%を占めるものの、実際の保健支出の内訳では、患者による自己負担が66.4%、ドナーによる支援が18.3%、政府からの支出は15.3%に過ぎない。

表2 - 4 カンボジア 中期マクロ経済と財政予測

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
GDP(100万米ドル)	6,568	7,041	7,586	7,956	8,460	8,999	9,571	10,181	10,829	11,518
GDP成長率(%)		7.2	6.3	6.3	6.3	6.4	6.4	6.4	6.4	6.4
継続的に必要となる経費に保健分野が占める割合(%)	10.6	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0
保健予算(100万米ドル)	63.2	83.3	87.1	94.3	102.1	110.6	119.8	129.8	140.7	152.4
2007を基準とした保健予算額の増加率(%)			3.9	11.0	18.8	27.3	36.6	46.6	57.4	69.2

出典：HSSPに関するプログラム評価（2008年）

カンボジアの国民医療費は、表2-5で示すとおり、7割弱が国民による負担となっている。2007年の国民1人あたり保健関連支出額は39ドルとなっている。CDHS2005の結果でも、1人あたりの保健関連支出額は37.3ドルで、そのうち67%にあたる25ドルが患者負担となっている。これは、民間の保健医療サービスを利用する割合が高いこと、およびその料金が公的機関と比べて高額であることが一因である。加えて、比較的安価な予防的ケアではなく、病状が悪化してからの治療的ケアに対して支出しているため、結果として高額かつ治療効果が低くなっていると指摘されている。後述のとおり、貧困層医療費免除制度や社会保険制度が導入されているが、国民皆保険制度は実施されておらず、基本的に医療費は個人負担となっている。

表2 - 5 保健財政指標（2002年～2007年）

保健支出総額	2002	2003	2004	2005	2006	2007
カンボジア政府（100万米ドル）	40.4	41.6	47.2	54.7	62.5	85.5
ドナー（100万米ドル）	67.6	83.1	95.9	116.5	129.9	25.5
患者による負担（100万米ドル）	300.5	314.4	328.8	343.8	357.7	371.6
1人あたりの保健支出額（米ドル）	31.3	33.0	34.8	37.3	39.1	39.0
保健支出額の割合（%）						
カンボジア政府	9.8	9.4	10.0	10.6	11.4	15.3
ドナー	16.5	18.9	20.3	22.6	23.6	18.3
患者による負担	73.7	71.7	69.7	66.8	65.0	66.4

出典：HSSPに関するプログラム評価（2008年）

カンボジアでは、予算執行が恒常的に遅れがちであるため、保健職員の給与や医療サービスに必要な経費の支払いも遅れがちであり、その結果として、公的保健サービスの質と量の向上

に対する障害にもなっている。このような予算執行の遅れを是正するため、保健、教育、農業などの優先分野に関して優先行動計画（Priority Action Program）が定められ、保健省予算の中でも特定のプログラムの予算は同計画枠として一般予算よりも迅速に執行されるよう努めている。

さらに、公的保健サービスへのアクセス向上をめざし、サービスの改善や安定した保健財政を確保するため、以下のような保健財政スキームが試行されている。

#### （１）受益者負担制度（User-fee System）

1996年の保健セクターリフォーム以前は、公的機関での医療費は無料が原則であった。しかし、保健医療従事者への袖の下が要求され、無料制度化は形骸化したため、診療費の基準を設け、一定額を受益者が負担することになった。本制度による収益は、1%を国庫に上納し、それ以外は各医療施設の采配で用途を決められるため、給与補填や病院の管理経費に用いるなど一定の効果を挙げている。

#### （２）貧困者救済基金（Health Equity Fund）

貧困層の保健医療サービスへのアクセス改善を目的として開始された制度で、様々な実施形態がある。基本的には、免除対象者である貧困者が保健医療サービスを受けた場合、その貧困者（患者）を診療した医療機関に対してその分の医療費が補填されると共に、患者に対しても食費や交通費が支給される仕組みである。貧困者がどうかの認定や補填料の支払いは、この制度の運営を委託された第三者団体が担っている。

#### （３）外部機関への保健行政サービスの委託契約（Contracting）

保健行政区レベルでの保健行政マネジメントやサービスの向上を目的として、外部機関（主に国際NGO）へ業務を委託契約する制度である。世銀を中心とした保健セクター支援プロジェクト（Health Sector Support Project 2003-2008：HSSP 2003-2008）の支援で実施された。委託を受けた機関は、すでに配属されている保健省職員と協働で事業を実施するため、政府職員の能力強化につながることを期待されている。また、委託契約に関する費用の精緻化を通じて、質の良いサービスを提供するために必要な予算額を算出できるとされている。

#### （４）成果ベースの報酬制度（Merit-based Payment Initiative：MBPI）

各省庁で戦略的な機能を担う職員を対象にした給与改革制度で、成果に応じた報酬を支払う制度。2009年半ばに導入された。保健省では本省の全ての部（11部）、4つの国立センター、7つの州保健局（特別業務機関の導入対象州）で実施された。資金源は、開発パートナー（90%）とカンボジア政府（10%）からの拠出である。7つの州においては、州保健局が特別業務機関の対象となっている保健行政区の業績を査定し、これらの区に対する支払いを行う。

#### （５）給与補填制度（Priority Mission Group）

特定の目的を達成するために組織されたプロジェクトに従事する公務員を対象とした給与補填制度。成果ベースの報酬制度は、戦略的なポストに適用されるが、本制度は実務を担う現場レベルの職員を対象としている。保健省では、すでに政府予算を利用して6州（州保健局

6、保健行政区11、保健センター65)に勤務する379名)を対象に本制度を適用している。

(6) 特別業務機関 (Special Operating Agency : SOA)

行政サービスを提供する機関に対して更なる裁量権を与え、サービスの向上を図る制度。特別業務機関と契約を結び、業績ベースで契約に基づいて報酬を支払う仕組みとなっている。保健省では、保健行政区(前77のうち11区)、地方看護・助産学校(全4校)、いくつかのリファラル病院で2009年から開始された。資金源は、国庫、貧困者救済基金、医療費、コミュニティの健康保険、開発パートナーからの拠出金等である。2011年からRTCにおいてもSOAが導入される予定となっており、導入後にはRTCの裁量で計画を立て、活動することが可能となる。

HSP2では、複数の財政スキームに基づいたパイロット事業が乱立している現状を整理し、全国的に統一された保健財政制度を構築することになっている。さらに、保健省は、上記(3)のような外部機関との契約の実施形態を変更し、内部委託契約 (Internal Contracting) という保健省内部の業務契約として実施することを計画している。内部契約を実施するにあたり、上記(4)成果ベースの報酬制度 (MBPI) や(6)特別業務機関 (SOA) を活用する予定である。

2 - 1 - 4 保健行政

カンボジア保健省は、「カンボジア国民の健康を実現するために、官・民を含む保健セクターを監督するとともに、質の高い医療サービスへのアクセス向上と住民側からの需要の促進」を使命として、保健行政と医療サービスを管轄している。

大臣の下、次官5名、次官を補佐する次官補5名が政治任命されている。次官補の下には総局があり、監査、保健、財務管理の3総局がある。さらに総局の下に、部と課が置かれている(図2-2参照)。その他、国立病院や国立センター等の機関も中央に属している。

カンボジアには24の州(Province)および特別市(Municipality)があり、さらに185の郡(District)、1,621のコミューン(Commune)、13,890の村(Village)に分類される。地方レベルでは、州及び特別市に州保健局(Provincial Health Department : PHD)が、その下には保健行政区(OD)事務所が、それぞれ保健省の出先機関として設置されている。カンボジア政府による行政区分である郡(District)と保健行政区(Health Operational District)は同一の単位ではなく、複数の郡がひとつの保健行政区(約15万人の人口を管轄)に属しているため、全国の保健行政区の数は77となっている。

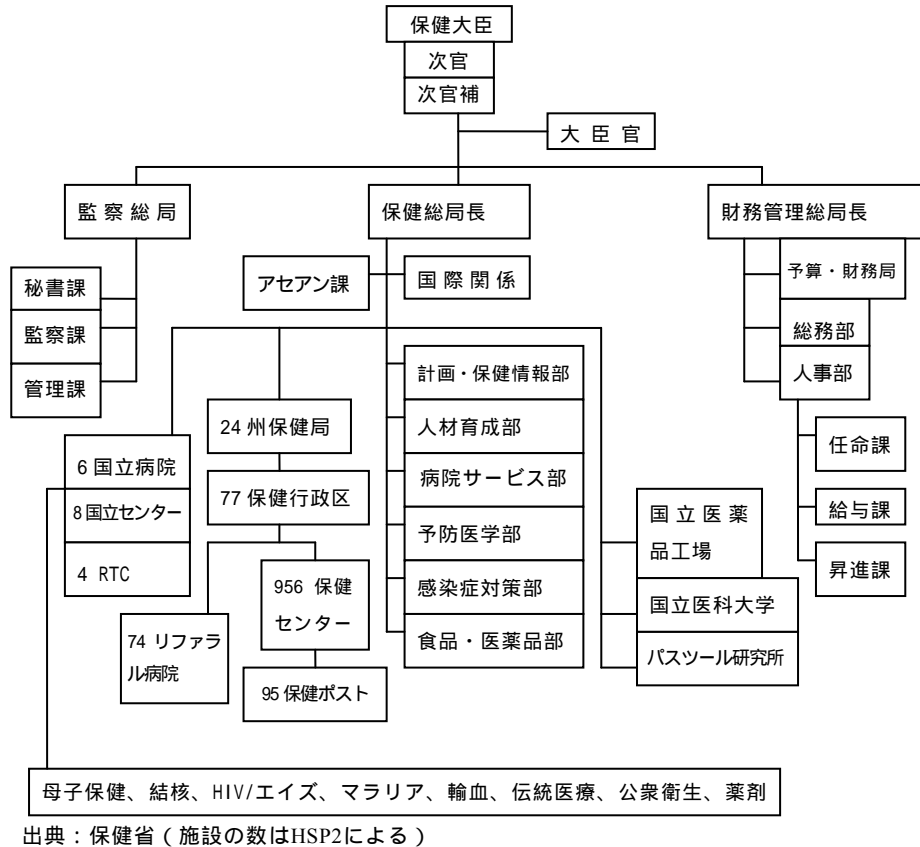


図 2 - 2 保健省組織図

公的医療機関としては、中央に7つの国立病院がある他、地方レベルではPHD、OD事務所の管轄下にリファラル病院、保健センター、保健ポストが設置されている。それぞれの医療機関の診療内容と設置基準は以下のとおりである。住民はまず、近くの保健センターを受診し、保健センターで治療・対応できないケースは、センターから上位のリファラル病院にリファラル（搬送・紹介）を行うことになっている。

表 2 - 6 公的医療機関設置基準

施設	アクセス	対応人口規模
リファラル病院	病院間の距離が20-30km 車・船で最大3時間以内	対象人口（最適値）：100,000～200,000人 現状：60,000～200,000人
保健センター	10km圏内 徒歩で最大2時間以内	対象人口（最適値）：10,000人 許容範囲：8,000～12,000人

出典：保健省HSP2

### (1) リファラル病院

2009年4月時点で全国に74つのリファラル病院があり、これらリファラル病院レベルで提供する保健サービスを「包括的サービスパッケージ(Complementary Package of Activities: CPA)」と称する。診療内容によって1から3のレベルに区分される。リファラル病院は基本的にOD事務所の管轄下にあるが、2008年1月より、州都にある病院に限っては州都のODではなくPHD



の管轄となっている。

表 2 - 7 CPA1から3の診療内容

	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	総数
CPA3															
CPA2															
CPA1															

出典：保健省HSP2

## (2) 保健センター

保健センターは、主に母子保健（予防接種、産婦健診、家族計画など）、結核、マラリア対策や簡単な疾病の処置といったプライマリヘルスケアサービスの提供を担っている。その他、地域住民への健康教育や対象地域における情報収集、上位機関への患者のリファラルも実施している。このレベルのサービスを「基本サービスパッケージ（Minimum Package of Activities : MPA）」と称する。

HSP2によると、全国に956カ所の保健センターがあるとの記述があるが、正確には当該保健センターが対象とする地域を規定したものである。956カ所のうち、30%程度は、建物としての保健センターが設置されておらず、保健センター職員の自宅などを使ってサービスを提供している。（このような保健センターをNon-MPA保健センターと呼ぶ。）

また、一部の保健センターはリファラル病院の敷地内にあり、外来やトリアージ（患者の治療優先度の判別）を行っている。

## (3) 保健ポスト

保健センターへのアクセスが極めて悪い地域に限り、保健センターの下部組織として保健ポストの設置が認められており、全国に95カ所が設置されている。ただし、保健センターの施設整備や人材配置がままならない状態のため、保健ポストに対しても十分な人員を配置することは困難であり、保健ポストにおけるサービスは非常に限定的である。

## 2 - 1 - 5 保健人材

### (1) 人材の数・配置

2008年の保健省資料によると、カンボジアにおける保健医療従事者（医師、看護師、助産師）の数は人口千人あたり1人であり、WHOが必要最低限としている人口千人あたり2.5人をはるかに下回る基準にある。WHOはこの基準に満たない国を、保健医療従事者が危機的に不足している状態としている。（他国と比較すると、タイは3人、日本は10人であり、カンボジアの状況はサブサハラ・アフリカ地域と近い。）これは、ポルポト時代や長きにわたった内戦により、保健医療従事者が殺害や死亡により激減したことや、指導者（教員）の減少、医療職のための教育の中断、教育システムの崩壊などが遠因となっている。

表 2 - 8 カンボジアにおける医療従事者数の推移（公的セクター）

	1996	1998	2000	2004	2008	スタッフ1人あたり 人口（2008）
医師	1247	1711	1878	2177	2139	6,265
歯科医	64	68	85	135	170	78,824
薬剤師	327	415	362	406	421	31,829
看護師	3979	4384	4268	4521	4915	2,726
准看護師	4430	3993	3892	3563	3404	3,937
助産師	1706	1830	1771	1813	1811	7,399
准助産師	1515	1482	1257	1113	1302	10,292

出典：Health Workforce Development Plan 1996-2005など保健省資料より作成（人口13.4百万人として計算）

職種別に人数や配置をみると、政府統計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、実際は民間で勤務するものも含め、医師の8割がプノンペンに偏在しているとも言われている。助産師については、配置すべき定員に対して約1,000人不足しているとされている。これは、助産師育成制度が看護課程3年+助産課程1年と確定するまでの7年間、新規助産師の育成を中断していたことも大きく影響している。さらに、現職助産師の3分の1が近い将来に定年退職となるため、このままのペースで育成・採用したとしても、実数が減っていく計算となっており、喫緊の課題となっている。

保健省としても、保健医療従事者が不足している地方への配属に関しては、処遇の改善を検討する等の取り組みを行っているが、具体的な改善策はまだない。2008年に就任したマン・ブンヘン新保健大臣は、すべての保健センターに少なくとも1人の助産師を配置することを公約として掲げており、州保健局に対して州内の助産師の強制的な配置換えなどの対応を指示しているところである。他方、人材配置の現状が的確に把握されているとは言えず、医療施設ごとの人材配置内容を定めた計画（Health Coverage Plan）と人材採用計画が合致していないことも、人材の配置問題が解決しない一因となっている。

## （2）人材育成制度

中央における唯一の公立医学教育機関として、保健省と教育省が共同で管轄している保健科学大学（University of Health Science：UHS、医学部、薬学部、歯学部を有する）がある、この保健科学大学の下部組織として、その他の医療技術者の育成を担っている国立医療技術者育成学校（Technical School for Medical Care：TSMC）が設置されている。TSMCには看護、助産、臨床検査、理学療法、放射線の各学科がある。地方には、保健省が管轄するRTCが4校あり、それぞれの学校が位置する周辺の複数の州から助産学生や看護学生を受け入れている。

上述したとおり、地方での助産師不足が深刻なため、保健省は2006年1月から高校卒業後、1年の課程で修了できる准助産師育成制度を開始したが、知識・技術レベルの低さが問題となっていることもあり、2011年に卒業する准助産師学生を最後に廃止することとなった。更に、助産師育成に関しては、これまで3年間の看護教育を経た後に1年間の専門教育を受けることを義務付けた、いわゆる3+1制度を実施してきたが、これでは助産師を育成するのに時間がかかるうえ、十分な希望者を確保できないことから、2008年3月から保健省は助産師の3年育成制度（ダイレクト・イン）を開始し、同制度を中心に助産師の育成に乗り出している。

6年	3年	3年	1年	2年	1年			
小学校	中学校	高等学校	看護師養成コース		正助産師養成コース	→	正助産師	
			正助産師養成コース			→		正助産師
			准助産師養成コース	→			准助産師	

図 2 - 9 助産師育成コース

## 2 - 2 妊産婦の受診行動

WHOの基準によると、産前健診は、妊娠3カ月から28週に至るまで毎月受け、計12～13回受診するのが理想とされている。カンボジアでは、以下の表2-10で示すとおり、過去5年間に出産した女性のうち、産前健診を2～3回受診した妊産婦（33.2%）と4回受診した妊産婦（27%）を合わせても、2回以上受けた妊産婦は、60%にとどまっている。ただし、都市部では2回以上受けた妊産婦が7割を超えるなど都市と地方間の受診行動に格差が生じている。

表 2 - 10 1回の妊娠期間あたりの産前健診受診回数

	都市	地方	合計
産前健診受診回数			
0回	19.3	29.6	28.2
1回	8.4	11.7	11.2
2～3回	28.5	34.0	33.2
4回	43.2	24.4	27.0

出典：CDHS 2005

産前健診の健診内容は、以下の表2-11で示すとおり、体重測定や血圧測定が一般的に行われているが、尿検査や血液検査が実施される割合は、都市部では、50%弱（尿検査47.2%、血液検査42%）、地方では20%弱（尿検査19.4%、血液検査13.6%）に留まっている。

表 2 - 11 産前健診の健診内容

	都市	地方	全体
妊娠リスクの確認	64.2%	59.6%	61.9%
体重測定	88.3%	77.5%	82.9%
血圧測定	84.3%	79.9%	82.1%
尿検査	47.2%	19.4%	33.3%
血液検査	42.0%	13.6%	27.8%

出典：CDHS 2005

2005年のCDHSによると、産前健診の受診先に関しては、医師、看護師、助産師などの保健医療従事者の割合は69%と報告されている。その受診先となる保健医療従事者のうちの割合は、助産師61%、医師6%、看護師2%であり、まずは助産師から産前健診を受けるケースが圧倒的に多い。なお、産前健診を受けずに出産した母親が28%いるが、2000年の55%と比較すると半減しており、妊産婦健診の受診率は改善されつつあると言える。

分娩介助に関しては、2005年のCDHSによると、44%の妊産婦が医師、看護師、助産師などの保健医療従事者による介助を受けており、2000年の32%から増加している。なお、55%の妊産婦は、伝統産婆による介助を受けていると報告されており、伝統産婆による分娩介助率が最も高いという現状がある。保健医療施設での妊産婦の分娩率は、2000年わずか9.8%であったが、2005年に24%（都市部54%、地方部19%）へ向上しているものの、75%が自宅分娩であり、特に地方部では妊産婦の8割が自宅分娩を選んでいるという状況である。

産後健診に関しては、2005年のCDHSによると、産婦の約30%が1度も受診していないと報告されている。特に、保健医療施設で出産していない妊婦は産後健診を受けない傾向が強い。産後健診を受けた産婦のうち、出産から2日以内に受診したケースが64%、さらに出産後4時間以内が32%と、出産から2日以内の場合が96%を占めている。保健医療施設の利用度が高い都市部の産婦のほうが、当然のことながら地方部より産後健診を受ける割合が高い。

## 2 - 3 関連ドナーの動向

### 2 - 3 - 1 保健分野における援助協調の動向

カンボジアの保健分野では、国際機関や二国間ドナー、NGO、その他民間団体に加え、世界エイズ・結核・マラリア基金やワクチンと予防接種のための世界同盟（GAVI）による資金提供など、多くの援助団体が様々な方法で支援を行っている。その資金力も大きく、WHOによれば、国民1人あたりの保健関連支出額のうち、統計上把握されているだけでも約22%がドナーによる支出でまかなわれており、2005年の政府支出の約2倍となっている。

保健省は、援助協調の枠組みとして、「保健分野テクニカル・ワーキンググループ（Technical Working Group for Health：TWG-H）」を組織し、月1回の会議やメーリングリストを通じて情報交換に努める他、特別会合として重要課題に関する政策協議も実施している。TWG-Hの下では母子保健、結核、保健サービス提供、保健財政などの個別課題に関するサブTWGが活動し、技術的な議論を行っている。

このような援助協調の枠組みは、一定の効果が認められているが、今後より一層実効性を高めていくことが必要との認識が広がっている。2006年のHSP1のレビューでは、援助協調メカニズムにより関係者間の情報共有は進むものの、依然として援助が断片化された状況が存在しているため、より効果的な協調の枠組みが必要とされた。このため、保健省はHSP2において調和化・アラインメントの強化を5つの戦略の1つであるガバナンスの中に位置づけて取り組みを進めようとしている。政府の優先課題に沿った援助の配分や取引コストの削減をめざし、HSP2の実施に対する支援は、プールファンドを用いた資金協力、技術協力プロジェクトを含むその他の協力など援助モダリティにかかわらず、全ての支援を1つの協調枠組みの中で実施することが求められ、具体的な方法についての議論がなされている。

## 2 - 3 - 2 関連ドナーの支援概要

大半のドナーは、保健サービス提供の拡大に注力しており、分野は、援助量の多い順に HIV/エイズを含む性感染症、その他の感染症、保健政策・マネジメント、リプロダクティブ・ヘルスとなっている。以下に、保健省とドナーの協働出資による保健プログラム/プロジェクト、主なドナーの支援概要そして母子保健分野の主なドナーの支援内容を述べる。

(1) HSSP1、HSSP2 (Health Sector Support Project 2003-2008, Health Sector Support Program 2009-2013)

HSPの実施促進を目的とした、保健省と複数のドナーの協働出資による保健分野最大のプロジェクトである。2003年から2008年までのHSSP1では、保健省、ADB、世銀、DfID、UNFPAが合計7,700万ドルを拠出し、保健サービス提供改善、国家プログラムを通じた疾病対策、中央・州・地区レベルでのマネジメント等能力強化の3つのコンポーネントを支援している。2009年以降は、より多くのドナーの参加を得、HSP2の実施支援を目標とした保健セクター支援プロジェクト (HSSP2) が開始されている。予算規模は、2009年から2013年の5年間で110百万ドルを予定している。同計画では、信託基金型の資金のプール化や共通の計画・モニタリング体制構築を含め、包括的なマネジメント体制のもと、よりセクター・ワイド・アプローチ (SWAp) の特徴を強めた援助を提供していくこととされている。参加ドナーは、世界銀行、DfID、UNFPA、AusAID、ADB、UNICEF、BTCの7機関。

(2) 主要ドナーの支援概要

ドナーの協力規模や対象は流動的であるが、主な支援概要と特徴は、表2-12のとおりである。

表 2 - 12 保健分野で支援を実施している主要ドナーの支援概要

ドナー	支援概要
ADB	HSSP1への出資を通じた基礎保健サービス、保健セクター支援(保健セクターの建設や機材供与を含む)、外部機関への保健行政サービスの委託契約(コントラクティング)
USAID	・リプロダクティブヘルス、HIVエイズ予防、貧困者救済基金、結核対策 ・NGOに委託して、2009年から7,700万米ドル相当の保健システム強化プログラム (Health System Strengthening Program) を実施
UNICEF	・HSSP2に協調融資し、保健セクターに対する支援を実施 ・子どもの生存、HIVエイズ予防・治療を重視
UNDP	HIVエイズ対策(啓発・アドボカシー活動)
UNFPA	・HSP2に協調融資し、保健セクターに対する支援、コントラクティング ・リプロダクティブヘルスを重視
WHO	保健省に対する政策面での技術支援
EC	リプロダクティブヘルス、マラリア対策、基礎保健サービス
世界銀行	HSSP1、2を通じた保健セクター支援、コントラクティング
英国 (DfID)	HSSP1、2を通じた保健セクター支援、コントラクティング

フランス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ HSP2に協調融資し、保健セクターに対する支援、コントラクティング</li> <li>・ 人材育成（大学等教育機関への支援）</li> </ul>
GTZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機関での質の向上、保健行政能力改善、社会医療保険</li> <li>・ 人材育成（国立公衆衛生院や卒後教育への支援、看護教育プリセプター制度等）</li> <li>・ 一部地域（カンボット州、コンポントム州）の保健行政機関や公立病院への支援</li> </ul>
ベルギー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ HSP2に協調融資し、保健セクターに対する支援を実施</li> <li>・ 一部地域（コンポンチャム州、シエムリアップ州、オッドーミエンチエイ州）の保健行政機関や公立病院への支援、貧困者救済基金</li> </ul>
オーストラリア	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ HSP2に協調融資し、保健セクターに対する支援を実施</li> </ul>
JICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ リプロダクティブヘルス、結核対策、人材育成、医療機材維持管理、保健医療インフラ・機材に関する支援を実施</li> </ul>

### (3) 母子保健分野への主要ドナーによる支援内容

母子保健分野で支援を行っている主なドナー・NGOの具体的な支援内容は以下のとおりである。

#### 1) 国連児童基金（United Nations Children's Fund：UNICEF）

HSSP2に拠出し、保健セクターに対する支援を実施している。主に、子どもの健康、感染症対策、健康に関する行動変容、地域住民の参加促進、コミュニティを主体とした保健サービスの推進などに力点を置いている。また、UNICEFカントリープログラム（2006-2010年）に基づいて、子どもの健康を改善するための活動を6州で実施している。支援内容は、清潔な分娩、授乳の奨励、小児疾患の統合的監理（Integrated Management of Childhood Illness：IMCI）、ワクチン、ビタミンA、ヨード添加塩プログラム等の他、貧困者基金を通じた支援も実施している。一部の地域で助産師卒後研修への支援を行った実績も有する。

#### 2) 国連人口基金（United Nations Population Fund：UNFPA）

HSP2に協調融資し、保健セクターに対する支援を実施している。また、UNFPAが策定した国家プログラム行動計画（Country Program Action Plan 2006-2010）に基づき、保健分野での地方分権化をサポートしている。CPAPに基づいて総額US\$2,700万の支援を行い、支援対象地域はコンポンチャム州やコンポントム州を含む14州（うち、18保健行政区）に重点を置いている。

リプロダクティブヘルス分野に関しては、助産師人材育成にかかる制度作りを含めた包括的な支援を行っており、主な活動は以下のとおりである。

- ・ 助産トレーニング施設や臨床実習施設のアセスメントの実施
- ・ 助産学校や臨床実習施設へのトレーニング機材の供給
- ・ ヘルスセンターや州病院の母性の安全のための臨床マネジメントプロトコルの策定
- ・ 緊急産科ケアのアセスメント
- ・ 助産師に関する法律制定サポートのため、助産師協会や助産師会に対する支援

- ・ ハイレベル助産タスクフォース（High Level Midwifery Task Force：HLMTF）やその事務局が機能するように同タスクフォースを支援
- ・ 助産師卒前教育のカリキュラム策定支援
- ・ 助産師の規定や業務規範の策定支援

### 3) 世界保健機関（World Health Organization：WHO）

栄養、IMCI、拡大予防接種プログラム（Expanded Program on Immunization：EPI）、HIV/エイズなどの個別のプログラムごとに担当技術アドバイザーを置いて技術的アドバイスを行っている。教員のインセンティブ向上を目的とした成果ベースの報酬制度などについての技術支援を行っている。

### 4) 世界銀行

HSSP2に協調融資し、保健セクターに対する支援を実施している。

### 5) 英国国際開発省（DfID）

HSSP2に協調融資し、保健セクターに対する支援を実施している。

### 6) ベルギー技術公社（Belgian Technical Cooperation：BTC）

HSSP2に協調融資し、保健セクターに対する支援を実施している。また、基礎的な保健サービス提供を支援するプロジェクトをコンボンチャム州、シムリアップ州、オダミアンチャイ州で実施。コンボンチャム州では、2004年から52カ月のプロジェクトで予算は410万ユーロ。貧困者基金を導入し、また、病院マネジメント強化も支援している。

### 7) ドイツ技術協力公社（Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit：GTZ）

2003年3月から2013年2月まで、保健改革支援プログラム（Support for Health Reform Program）を実施している。具体的には、保健省の能力強化を図るための研修、特に看護師を育成するための地方行政強化などを行っている。同プログラムでは、カンポット州、コンボンチャム州、プノンペンの公立病院で社会健康保険を導入するために試験的なプロジェクトのほか、カンポットRTCの看護師卒前教育、コンボンチャムレファラル病院での看護プレセプター育成、コンボントムレファラル病院での現任助産師への卒後教育への支援が含まれる。

### 8) オーストラリア国際開発庁（Australian Agency for International Development：AusAID）

HSSP2に協調融資し、保健セクターに対する支援を実施している。TSMCを支援し、特に、臨床病院の連携促進を行う予定である。

### 9) URC（University Research CO., LLC）

URCは、米国国際開発庁（US Agency for International Development：USAID）から事業を委託され、母子保健分野で活動を実施している国際NGOである。2009年からは、USAIDからの業務委託で、保健システム強化プログラム（Health System Strengthening Program）

を実施予定である。同プログラムは国家レベルでは、保健システムの管理や財政支援を通して保健省の能力強化を図る。州レベルでは、シェムリアップ、バンティミエンチャイ、コンポンチャム、プノンペン、プサット、コンボンスプ、プレイベン、ココン、シアヌークビル、バタンバンを対象としている。

同プログラムのコンポーネントは、以下のとおり。

- ・ 公共と民間の保健サービス提供システムを強化する。
- ・ 妊産婦、新生児、乳幼児、幼児に対する保健サービスの質を改善する。
- ・ 感染症の監理やコントロールを強化する。
- ・ 保健セクターでのローカルNGOの能力強化を図る。

#### 10) RACHA ( Reproductive and Child Health Alliance )

RACHAは、USAIDから財政支援を得て母子保健分野で活動を実施しているNGO共同体である。主な活動として、助産師に対する分娩介助技術向上 ( Life Saving Skill : LSS ) のための卒後研修を支援しており、NMCHCにおいてもLSSコースを実施している。今後、USAIDからの豊富な資金・業務委託を通じて、LSSコースをさらに拡大していくことが予想される。もともとバタンバン州立病院を研修病院として活用し、助産師卒後研修を実施していたことから、バタンバンRTCも部分的に支援している。



### 第3章 プロジェクト関係機関の概要

#### 3 - 1 国立母子保健センター

NMCHCは、日本の無償資金協力で建設され、1997年4月に開院した産婦人科・新生児科のトップリファラル病院であるとともに、母子保健人材を養成する国家研修センターである。また、保健省は、保健政策・戦略の策定、州レベルの計画策定への支援、海外援助の調整等を行っているものの、母子保健課に相当する部署がないため、NMCHC内に設置されている母子保健関連分野の国家プログラム事務局が、いわゆる保健省母子保健課に相当する行政機能を担っている。

職員は、約342名で、うち医師と準医師（Medical Assistant）が計100名超、助産師96名（準助産師は配置なし）と看護師85名（準看護師20名含む）が配置されている。病床数は、154床で年間約7,518件の分娩（2009年時）を扱っている。

NMCHCの主な役割は、以下のとおりである。

- ・ 24時間救急診療体制を取る産科/婦人科/新生児科の最終搬送先病院
- ・ 全国の医療従事者と医学・助産学生に対する研修施設
- ・ 母子保健関連分野（リプロダクティブ・ヘルス、HIV母子感染予防、呼吸器感染症、栄養、予防接種）での国家プログラムの事務局
- ・ 母子保健関連分野の研究機関

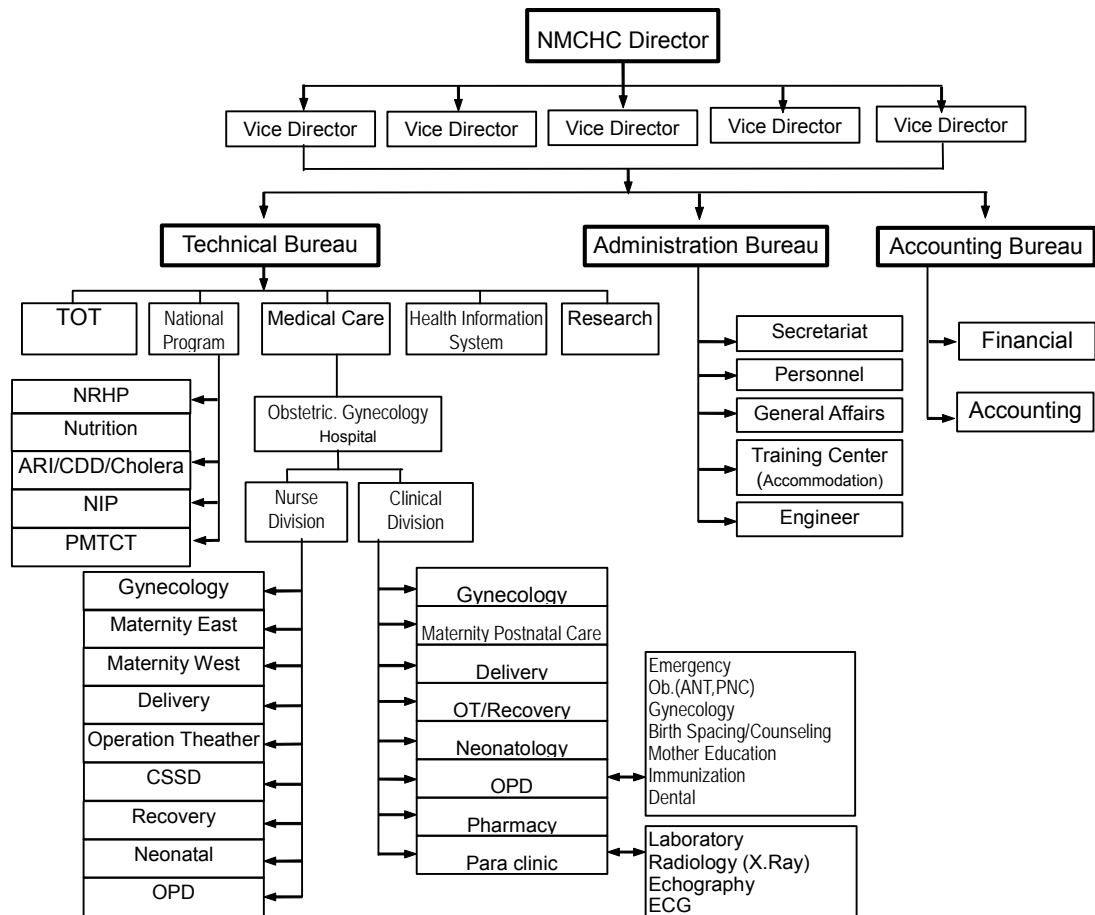


図3 - 1 母子保健センター（NMCHC）組織図

上記の図3-1に技術部局（Technical Bureau）内の研修部（TOT）は、過去JICAの協力で実施された「母子保健プロジェクト（フェーズ1、フェーズ2）」の成果を活用して、助産師の卒後研修を実施しており、技術面・運営管理面で研修のノウハウを有している。

### 3 - 2 保健省人材育成部

保健省人材育成部は、以下の図3-2のとおり、看護師、助産師、臨床検査技師等医療技術者の育成にかかる基礎教育（卒前教育に相当）、継続教育（卒後教育に相当）、資格登録の3部門で構成されている。保健省人材育成部の役割は、人材育成に関する計画・マネジメント（政策策定、Health Workforce Planning 策定等）、研修（研修マスタープラン作成、教員育成・研修実施の計画・監督、カリキュラム作成のモニタリング、RTCにおける教育の監督等）、質の向上（保健人材に関する登録・資格、保健従事者の規程策定等）を担うこととされている。

しかしながら、保健省人材育成部の実際の活動は、RTCにおける教育の監督や国家入学試験、国家卒業試験実施の監督業務や現職教員の研修計画・監督に多くの時間と人材が割かれている状況である。

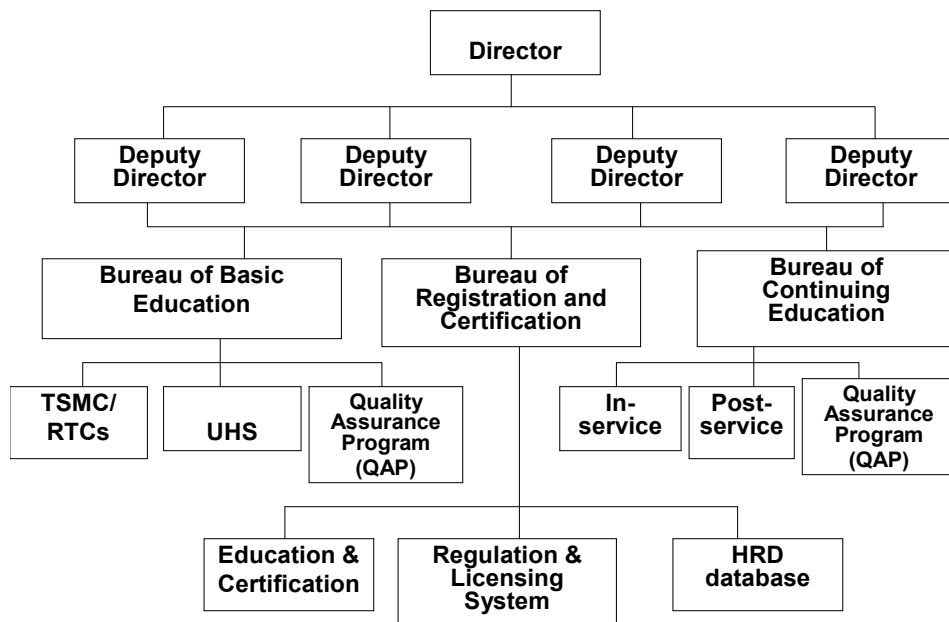


図 3 - 2 保健省人材育成部組織図

### 3 - 3 助産師ハイレベルタスクフォース

助産師ハイレベルタスクフォースは、2000年～2005年の間で妊産婦死亡率が高止まりしていることに懸念が高まる中で、2007年7月、産前健診、分娩、産後健診、適切な助産サービスへのアクセス向上強化に資する実現可能な介入をデザインすることを目的に保健省次官のイニシアティブで設置された諮問機関である。同タスクフォースの事務局はNMCHCに置かれており、メンバーは保健省次官、国家リプロダクティブヘルスプログラム、保健省人材育成部、保健省人事部、RTCのほか、助産師協会、ドナー・非政府組織（Non Governmental Organization：NGO）の代表者となっている。

助産師ハイレベルタスクフォースの役割は、以下のとおりである。

- ・助産サービス提供に係る保健省の戦略の作成
- ・目標、方針、活動、指標、対象、役割、財源を含む助産サービス提供に係る複数年度計画作成
- ・複数年度計画に基づいた活動が年次計画に含まれるように関係プログラムや保健省の各部署との連携
- ・助産師ハイレベルタスクフォースで提言された助産サービス強化を目的とした技術文書や政策のレビュー・承認
- ・複数年度計画実施のための技術的資源・財源の動員や保健省の各部署やプログラム、開発パートナー、NGOや主要ステークホルダーからの投入の調整
- ・複数年度計画実施のモニタリング・評価、TWG-Hへの進捗状況の定期報告、保健省への年次報告（Joint Performance Reviewの機会も含む）

上記にある助産サービス提供に関する複数年度計画（短期・中期計画）では、卒前・卒後教育を通じた助産師の能力強化、助産師に関する資格・登録の促進、的確な情報・判断に基づく人材育成計画、需要を満たすために必要な助産師と助産トレーナーの育成、助産分野の職能団体等とのパートナーシップとリーダーシップの強化の5つを重点的に取り組むべき課題として挙げられている。

### 3 - 4 プロジェクトモデル地域の概況

プロジェクトモデル地域である4州（コンポンチャム、コンポントム、プレイベン、スヴァイリエン）の人口は、約412万人、年間推定妊産婦数は約10万人とされており、中でもコンポンチャムは、カンボジア国内で最も多くの人口を抱えている州である。

母子保健関連サービスに関しては、表3-1が示すとおり、保健医療従事者の介助によるお産の割合は、4州ともに全国平均44%を下回っており、特にコンポントム州では16.45%と極端に低い。産前健診に関しても、最低2回は受診している妊産婦の割合がどの州でも70%に満たず、コンポントム州では39%に留まっている。

助産師不足も深刻であり、例えばコンポンチャム州内の保健センターのうち、23%で助産師が配置されていない。いずれの州でも助産師1人がカバーする人口が4,500人以上と多く、助産師の負担がかなり大きくなっている。コンポンチャム州は、カンボジア国内で最も多くの人口を抱えていることもあり、助産師1人あたりの人口など助産師配置状況が国内で最も悪い。

表3 - 1 プロジェクトモデル地域の助産師配置状況

州	人口	保健センタ ー数	助産師が不 在の保健セ ンター	助産師1人が カバーする 人口	産前健診受 診率（2回以 上）	保健医療従 事者による 分娩介助率
コンポンチャム	1,857,500	135	32	6,472	58%	41.13%
コンポントム	681,692	50	3	4,515	39%	16.45%
プレイベン	1,044,376	90	9	5,045	60%	33.85%
スヴァイリエン	538,180	37	11	7,475	67%	30.50%
全国平均		40.25	9.3	4,821	68%	44%

出典：National Health Statistics, 2005; Health Coverage Plan 2004-2005

本詳細計画策定調査では、コンポンチャム、コンポントム両州のリファラル病院を訪問するとともに、首都プノンペンで開催したワークショップに参加したプレイベン、スヴァイリエン両州の産科医にインタビューを行い、モデル地域の各リファラル病院の概要や研修に関する聞き取り調査を行った。表3-2が示すとおり、コンポンチャム州を除いた病院では、臨床実習を指導する助産トレーナー（プリセプター）の数が限られており、実習生受入れも年10名程度に限られている。

表3 - 2 リファラル病院の産科病棟に関する概要

コンポンチャム病院産科病棟	
産科スタッフ	・ 医師 数名 ・ 正助産師29名/准助産師1名
助産研修	・ プリセプター30名 ( 助産師5名、ヘルスセンター助産師2名、看護師23名 ) ・ 卒前研修： 実習生や研修生の数が多く、コンポンチャム州RTCの管轄下にある4州のみならず、軍病院やプノンペンのInternational University（私立）からの学生も受け入れている。今後は、UHSから学生を受け入れる予定がある。
ベッド数	35床
分娩数	月平均200件程度

プレイベンリファラル病院産科病棟	
産科スタッフ	・ 医師2名 ・ 正助産師8名/准助産師7名
助産研修	・ プリセプター2名 ・ 卒前研修：年2回 2～6名の実習学生をRTCから受入れ
ベッド数	20床
分娩数	月平均60件程度

コンポントムリファラル病院産科病棟	
産科スタッフ	・ 医師2名 ・ 正助産師4名/准助産師2名
助産研修	・ プリセプター2名 ・ 卒前研修： 正看護学生に対しては、年2回、6名ずつRTCから受入れ 准看護学生に対しては、年1回6名を受入れ
ベッド数	15床
分娩数	月平均60～70件程度

スヴァイリエンリファラル病院産科病棟	
産科スタッフ	・ 医師1名、医師アシスタント2名 ・ 正助産師5名/准助産師6名
助産研修	・ プリセプター2名 ・ 卒後研修：年2回 1週間ずつ保健センターの助産師に対して実施 ・ 卒前研修：年10名程度の実習学生をRTCから受入れ (正助産師へは1.5カ月×2回の研修を実施)
ベッド数	40床
分娩数	月平均150件程度(うち、帝王切開手術12件程度)

### 3 - 5 コンボンチャム・リファラル病院の概況

#### 3 - 5 - 1 産科の概況

コンボンチャム・リファラル病院の一般情報は、以下の表3-3のとおりである(院長への聞き取りより)。病院管理者は、院長の他6名の副院長がおり、看護の最高管理者も副院長の一人と位置付けられ、管理職給与が支給されている。

表3 - 3 コンボンチャム・リファラル病院の一般情報

病床数	260床うち産科35床
病院長	1名
副院長	6名(看護の最高管理者も1名含む)
診療科	22診療科
スタッフ数	210名
医師	33名
専門医	9名(眼科・精神科・内科・産婦人科)
アシスタント医師	3名
歯科医師	2名
アシスタント歯科医師	1名
薬剤師	3名

専門看護師	看護管理4名、麻酔看護3名、精神看護7名
正看護師	58名
准看護師	30名
正助産師	29名
准助産師	1名
運転手	1名
ワーカー	2名
契約職員	25名

産科診療に関しては、2008年の出産件数1,378件、うち帝王切開423件、吸引分娩157件であった。帝王切開率は、30.6%とWHOが推奨する5～15%を大きく上回っている。総分娩数に対する帝王切開と吸引分娩の割合は42%と約半数に及ぶ。

新生児集中治療室（NICU）にはKOICAの支援により、保育器や輸液ポンプが入っているが、滴下ポンプは使用されていない。フランスで教育を受けた医師が勤務しており、同医師によると、最小では、1,000gの新生児が助かっているとのことであった。

出産数は、毎年増加傾向にある。日本の無償資金協力で現在建築中の産科病棟が完成すると、さらに患者数の増加が見込まれるが、最近退職した3名の助産師の後任が未補充のままであるなど、病院スタッフの不足が深刻な課題となっている。分娩費は公立病院\$15、私立\$70～100と差があり、費用の安い公立病院の出産数が増加していると考えられるが、一方で、都市部においては支払い可能な層が増え、私立病院での出産数も増えているとのことであった。

CTスキャンが中国の支援で1台稼働している。1回\$80、使用頻度は1日に2～3回とのことだが、未確認である。本来はICUとして機能させたいというリカバリールームには酸素ポンプが1台のみで、高度な機械は設置されていない。

既存の産科病棟は特に老朽化が激しく、不衛生な印象であったものの、基本的な清掃は行き届いていることが確認されている。病院長によると、産科病棟の新築後は、研修病院としても機能することが計画されている。

### 3 - 5 - 2 助産トレーニングの現状

コンボンチャム・リファラル病院は、コンボンチャム州の州都に位置し、CPAとして二次病院の機能を果たすとともに、看護・助産学生の実習病院としての役割を有している。同病院では、実習生・研修生が多く、コンボンチャムRTCの管轄下にある近隣4州のみならず、軍病院やブノンペンにある私立大学からの学生も受け入れている。今後は、UHSからの実習生も受け入れ予定となっている。

学生実習の実施体制としては、地方技術委員会（Regional Technical Board）が組織されており、コンボンチャムRTCが主体となって定期会議が開催され、臨地実習や試験について協議されている。病院スタッフの一部は、RTCで講師も兼務しており、医師は1時間5,000リエール、看護師・助産師は1時間2,000リエールの時給（講師謝金）が支払われている。

臨床実習では、現在約30名の看護師・助産師がプリセプターに指名されている（助産師5名、看護師23名、併設保健センターの助産師2名）。プリセプターの役割としては、臨床実習に係る

指導・講義・試験実施などであり、RTCから月に30時間(1時間につき1,000リエール、月に30,000リエール=合計\$7)分の謝礼が支払われる。臨床実習においてプリセプターは、ログブックなどから学生の評価をし、担当の看護師・助産師や院長がサインをしたものがRTCに返される。学生は、ログブックと病院から与えられたタスクが達成されなければ、試験を受けることができない。

プリセプター養成に係るトレーニングは、アンコール病院やバットンバンへのスタディ・ツアー等がNGOの支援で実施されており、同トレーニングの期間は1週間で、参加者には1日\$20が支給されている。

学生指導に使用される消耗品などは、病院が年間予算の15%を支払うことになっているが、予算の遅配があり、十分に購入できていないのが現状である。

### 3 - 6 コンボンチャムRTCの概況

#### 3 - 6 - 1 RTCおよび学校運営・教育カリキュラムの概要

RTCは、基本的に以下のような看護師・助産師関連の養成課程を有している。

- ・看護師3年課程 (secondary nurse)

- ・看護師1年課程 (primary nurse)

2005年から開始されたが、2011年に廃止予定。本コース修了者は、主に保健センターへ就業している。

- ・助産師1年課程 (Nurse Midwife)

看護師3年課程を修了した者が入学し、本コース修了者は、看護助産師となる。

- ・助産師3年課程 (Associate Degree in Midwifery)

2008年から開始されている。現在は1学年のみが修学している。

- ・助産師1年課程 (primary midwife)

2005年から開始されたが、2011年に廃止予定。本コース修了者は、主に保健センターへ就業している

- ・歯科看護師3年課程

学校運営に関しては、国レベル、RTC管轄の地域レベル、RTCと臨床施設(病院)の実施レベルと、各レベルで管理組織が設置されており、それぞれ定期会議を行っている。保健省が組織する国家研修委員会(National Training Board)は、保健省人材育成部、全RTC(4つのRTC)、TSMC、ドナー(UNFPA、WHO、等)が出席し、各RTC間の連携などについて協議する場となっている。その下部組織となる地方研修調整委員会(Regional Training Coordination Board)は、保健省人材育成部とRTCのほか、当該RTCが管轄する地域内の州保健局とともに、州の研修に関すること、MPA研修、学生の実習などを協議することになっている。地方技術委員会(Regional Technical Board)は、RTCが主体となり実習施設の長、看護部長などが参加し、学生実習の数、配置などの実習調整、実習経費等について協議されている。

教員の採用は、政府職員であるため州保健局が取りまとめ、保健省中央に申請する。教員の資格制度は特になく、看護・助産学校卒業後すぐに教員になる者もいるため、そのような教員が臨床経験に基づいた適切な指導を学生に出来ないという課題がある。正式にRTCの教員として

指導にあたるためには、まず3年間アシスタント教員として、授業準備、教材の準備、臨地実習の調整など教員をアシストすることになっている。アシスタント教員は、この間にRTC主催の3週間の指導者養成研修（ToT）に参加し、教授法などを学ぶことができるが、これ以外のTOTの機会はない

教育に関するカリキュラムは、保健省人材育成部より承認されたものを各コースで使用している。保健省人材育成部は、2008年にカリキュラムガイドラインを作成し、同ガイドラインの中で各科目または看護実践ごとに教育内容、方法、教育媒体、時間、引用文献が示されている。しかしながら、2008年に開始された助産師3年課程は、現在のところ1年間しかカリキュラムが示されていない。看護師および助産師課程カリキュラムは、国レベルで、助産協会（Midwifery council）、看護協会（Nursing council）、NMCHCによって技術的な担保がなされ、必要に応じて更新されることになっている。しかしながら、実際はMidwifery council、Nursing councilが本来あるべき機能を十分に果たせていないと既存の関連報告書の中で指摘されている。NMCHCとRTCとは、カリキュラムを作成（CPA等）する際に連携しており、来年度カリキュラムの改定をしたいという要望が確認されている。

また、保健省人材育成部は、教育の質を担保するために、質の確保プログラム（Quality Assurance Program）を示しており、同プログラムは教員と学生、授業計画、学生が試験に合格する割合、評価、指導の方向性の5つの項目から構成されている。同プログラムでは、アシスタント教員については、3カ月の臨床研修を受けることとされている。

RTCで学ぶ学生の評価に関して、座学の評価は、各学期の終了時に各科目ごとの試験が行われ、臨床実習は、各病院のプリセプターが臨床実習チェックブック（log book）に沿って実技評価を行うこととなっている。卒業試験の前には、実技、科目試験がある。

### 3 - 6 - 2 コンポンチャムRTCの現状

コンポンチャムRTCでは、国内に4つあるRTCの中で、最大の学生数を有する地方看護・助産学校であり、表3-4のとおり580名もの学生が在籍している。教員は、学内教員18名、アシスタント教員6名、教育助手29名、外部講師26名の総計50名である（うち看護師16名、助産師8名）。

RTCの学内演習は、保健省人材育成部が作成した教科書（Theory standard）を各学生が持ち、それに沿って行われる。今回の視察で学内演習を見学することができたが、プリセプターおよび複数の生徒が見守る中、演習する生徒は実施内容を暗唱しながら演習を行っており、比較的きちんと実施されている印象であった。

病院での臨床実習は、臨床実習チェックブック（log book）に沿って行われる。実習内容のチェック、臨床実習の総合評価は病院のプリセプターが行いRTCへ報告することになっている。実習病院のプリセプターはコンポンチャムRTCの管轄する4州で計60名、コンポンチャム・リファラル病院は32名のプリセプターがいる。

RTCと実習病院間の連携は、Regional Technical Boardを四半期毎に開催し、実習する学生数、施設内での割り振り、実習方法など実習にかかわる全てのことに関して協議している。実習のステップとしてまず学校と病院で同意書を結ぶ。この際には学内の3つのBoardを通り病院へ提出される。同意書は3年ごとに更新される。学生に関する情報は毎年提供している。

コンポンチャムRTCの校長からは以下の課題と提言が挙げられている。



### (1) 課題

- ・新設コースが開始され毎年学生が増えているが、教員の増員がない。
- ・学生が多く、コ - スによっては教室が狭くなっている。
- ・学生一人の年間コストは、40ドル。臨地実習を受け入れてくれた病院への実習費も支払わなければならないが、教育予算が不足している。
- ・プリセプター制度は昨年始まったばかりであり、プリセプターの質はまだ低い。
- ・卒業後の就業状況は把握していないが、保健センターで働く希望者が少ない。
- ・保健省人材育成部にはMidwifery UnitもNursing unitもあるが、キャパシティが弱い。
- ・RTCの教員の給料が低いため、教員希望者が少ない(保健センターで働きたくないからやむを得ずRTCの教員になるという人はいる)。

### (2) 提言

- ・コンポンチャム・リファラル病院がモデル病院として教育病院のような機能を有することが望まれる。
- ・教育病院になるためには、質の高い臨床サービスとトレーニングの提供、並びに調査研究機能を有するべきである。
- ・また、教育病院内にトレーニング・ユニットが設置される必要がある。

表3 - 4 コンポンチャムRTC在籍の学生数内訳（保健省統計2008年～2009年）

Section	N1		N2		N3		DN1		DN2		DN3		M1	M2	M3	N.M	PM	PM*	PN		Total		Total
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	F	F	F	F	F	F	M	F	M	Pro
Kg.Cham	26	27	25	26	18	22	7	8	6	4			35			21	19	30	1	10	188	97	285
Kg.Thom	12	8	11	2	6	3	0	3	3	2			14			4	7		0	4	57	22	79
Prey Veng	8	20	7	18	4	4	4	8	5	4			14			2	14		1	5	59	59	118
Svay Rieng	5	10	6	2		2	3	2	1	2			9			1	7		0	3	32	21	53
Kratie							1			1						8					9	1	10
Prah Vihear																					0	0	0
Kandal							1		2	3							16		4	3	23	6	29
Sieam Reap										1											0	1	1
Kampot										1											1	0	1
Takeo											1										0	1	1
Pursat											1										0	1	1
Kg.Chhaing								1	1												1	1	2
Phnom Penh																					0	0	0
	51	65	49	48	28	31	16	22	19	19			72			36	63	30	6	25	370	210	580
TOTAL	116		97		59		38		38				72	0	0	36	63	30	31		580		580

( N = 看護師、DN = 歯科看護師、M = 助産師、N.M = 看護助産師、PM = 准助産師、PM\* = NGOにより依頼されたコース、PN = 准看護師 )

## 第4章 プロジェクト実施の枠組み

### 4 - 1 助産人材育成の課題

カンボジアの妊産婦死亡率に関しては、過去10年以上にわたって高い水準のままであり（473/10万出生、CDHS2005）、カンボジア・ミレニアム開発目標（2015年に140/10万出生）の達成も危ぶまれている。また、乳幼児死亡率の改善と比較して、新生児の死亡率の削減も思うように進んでいない。出産前後の大量出血や合併症が主な要因である妊産婦死亡並びに新生児死亡に対応するためには、地域で助産技術を持った医療専門職による分娩介助が重要な対策の1つである。しかしながら、カンボジアでは助産師自体の数が慢性的に不足しており、特に地方における助産師不足が深刻化しているのみならず、助産技術を十分習得しないまま保健センターへ配置された助産師（特に准助産師）のサービスの質も近年問題となっている。

上述したとおり、カンボジアの妊産婦死亡率と新生児死亡率の改善に重要な役割を担う助産人材の課題として、1つには量の不足、2つ目には質の不足である。この1つ目の量の課題に対して、近年、カンボジア保健省及び開発パートナー（ドナー・NGO）は、全保健センターへの助産師の配置を優先課題として位置づけ、そのための1年制の助産師育成コースの開設、助産師の不足している地域からの助産師学生入学奨励制度、施設分娩奨励のための介助者奨励金制度などの導入のほか、以前からあった貧困者の医療サービスへのアクセス改善のための貧困者基金（Equity Fund）など様々な政策を行ってきた。この結果、保健センターへの助産師の配置は進み、また施設分娩率が増加してきたのも事実である。

しかしながら、1年制の助産師育成コースの導入や、増加する助産学生の実習に必要な医療施設での分娩数の確保と配分の問題などにより、卒業生の質の確保が難しくなり、特に個々の分娩介助者の助産技術に対する信頼が低下してきているのも事実である。また、この問題のもう一つの側面は、助産師教員（助産トレーナー）の質が未だ十分でないということに起因しているとも考えられ、このことは多くの開発パートナーも指摘している。すなわち、プノンペンにある医療技術者訓練校（TSMC）や地方で助産師・看護師を養成するRTCの教員になるには臨床経験が要らないため、看護・助産学校の教員に臨床経験に基づいた学生への指導が期待できない。また、実習医療施設で臨床ケアに従事している助産の実習指導者にはエビデンスに基づくケアが徹底されないうえに、学生への指導のための教育スキルも十分ではない。それらの結果、看護・助産学生に対して臨床能力をつけるための十分な教育研修が実施されないまま卒業して、新任助産師として現場へ配置されるケースが多いと考えられる。

カンボジア保健省は、全保健センターに2名の助産師を配置しようという新たな目標を掲げようとしている中、今後助産師の数や量の問題からその質の問題に力点が移ろうとしている時期にあたり、2010年3月に終了した「地域における母子保健サービス向上プロジェクト」の終了時評価でも言及されていたように、質の高い助産人材育成に必要な助産トレーナーの技術力・指導力、並びにRTCと臨床実習先病院間で効果的な助産研修（卒前・卒後）が提供されるための研修マネジメントの問題は今後の重要な課題であると言える。

### 4 - 2 プロジェクトの戦略

#### (1) プログラムにおける位置づけ

HSP2は、第2章の「2-1-2 保健政策」で上述したとおり、母子保健、感染症、非感染症の3つ

のプログラムでそれぞれ目標を設定するとともに、保健システムそのものが脆弱であるという認識に基づき、これら疾病別プログラムを実施する際に配慮すべき横断的事項として保健システム強化（保健サービス提供、保健財政、保健人材、保健情報システム、ガバナンス）についても戦略を掲げている。

カンボジア保健省が保健システムの強化を通じて質の高いサービスを提供し、広く国民の健康状態を改善できるよう支援すべく、JICAとしても、上記HSP2の保健システム強化に係る戦略目標達成に貢献するため、「保健サービス提供体制の改善」、「人材育成（制度）の強化」そして「保健施設・機材の充実」の3つの柱で構成されるプログラムによる協力を実施していく計画である。本プロジェクトは、以下の図4-1のとおり、JICA保健システム強化プログラムの「保健サービス提供体制の改善」と「人材育成（制度）の強化」の双方に位置づけられている。

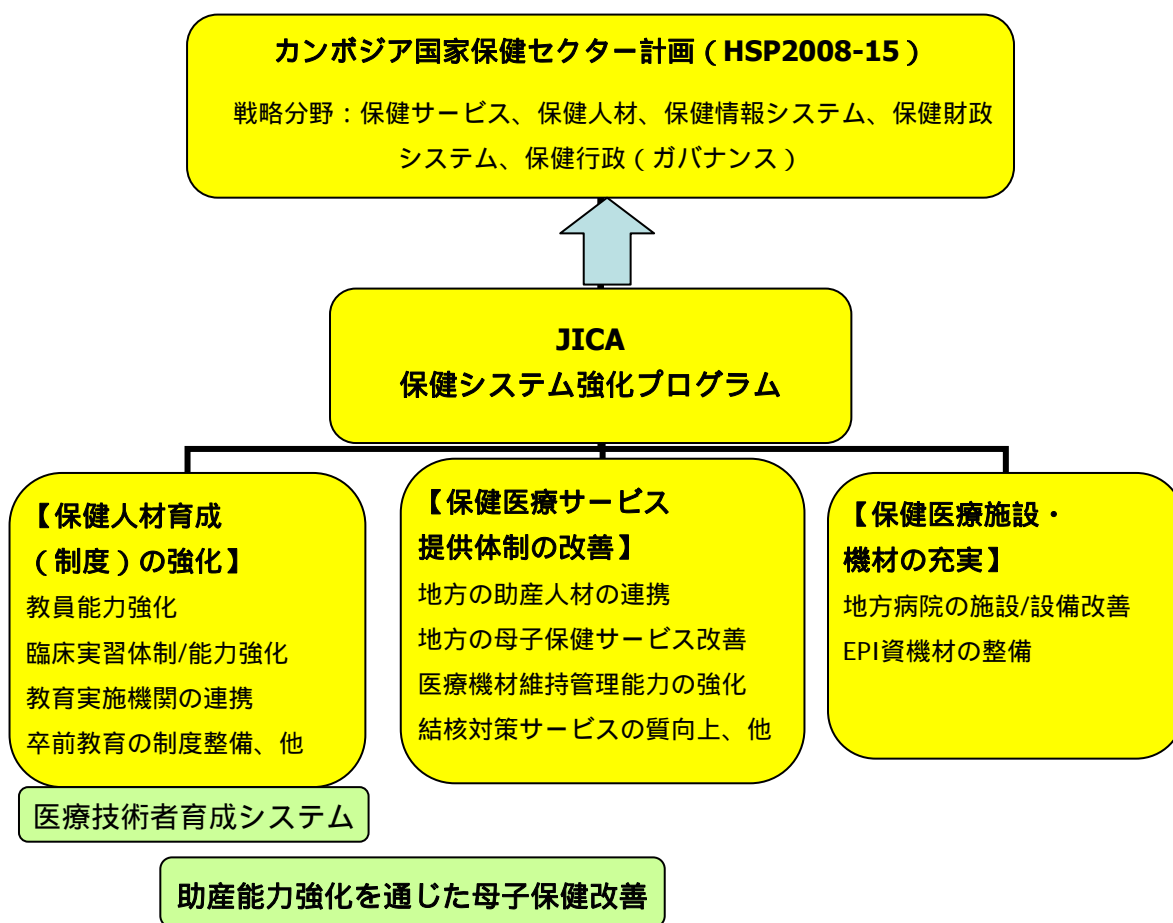


図 4 - 1 JICA協力プログラム（案）

また、「人材育成（制度）の強化」に関しては、以下の図4-2のとおり、中央レベルで保健省「助産師ハイレベルタスクフォース」そして地方レベルではRTCでの活動を通じて、看護・助産人材の教育基盤（制度）の強化をめざす「医療技術者育成システムプロジェクト」と有機的且つ相互補完的な連携を図る予定である。

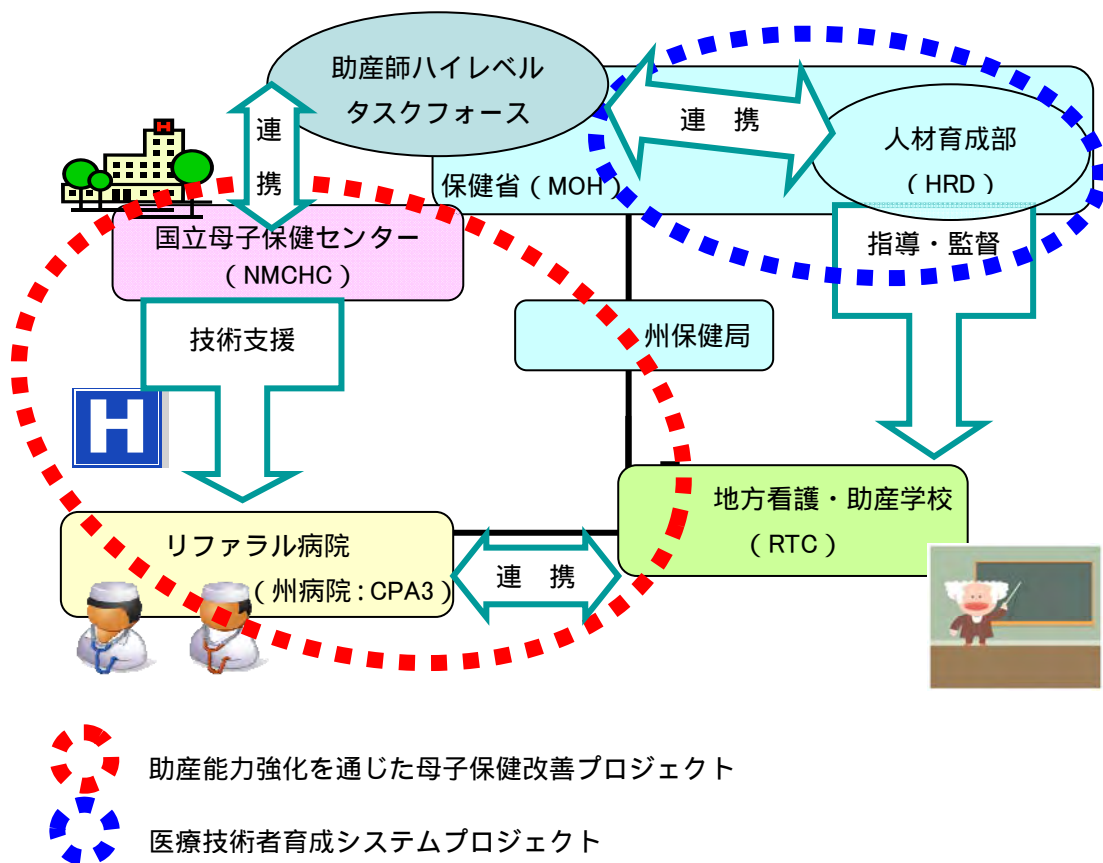


図4-2 「医療技術者育成プロジェクト」との連携関連図

## (2) カウンターパート機関

これまでの母子保健分野における日本の協力では、カンボジアにおける母子保健分野のリーダー的存在であるNMCHCの病院運営、臨床能力を強化するとともに、研修能力の強化も行い、実際に、地方の助産人材（産科医、助産師）の臨床能力強化を行ってきた。この結果、NMCHCは、地方の母子保健分野の行政官や保健医療従事者に対する影響力を有しており、研修に対する経験も蓄積してきた。さらに、国家リプロダクティブヘルスプログラムおよび保健省次官直属の「助産師ハイレベルタスクフォース」の事務局もNMCHC内に置かれている。したがって、助産人材養成のための研修のノウハウが蓄積され、且つ母子保健分野でハイレベルな行政機能も有しているNMCHCを、本プロジェクトのカンボジア側実施機関とすることについての意義は高く、NMCHCの臨床能力、研修能力そして影響力を駆使して、さらに地方の臨床指導者の能力強化、並びにリファラル病院、RTCおよび州保健局間の連携強化が図られることを計画している。

## (3) プロジェクトのスケールアップ

本プロジェクトでは、カンボジア内に4カ所あるRTCのうち、コンポンチャムにあるRTCが管轄する近隣4州（コンポンチャム、コンポントム、プレイベン、スヴァイリエン）をモデル地域に選定している。第3章の「3-4 プロジェクトモデル地域の概況」で上述したとおり、コンポンチャム州をはじめとして上記4州は、人口比に対して助産師の数が少ないなど、助産師育成のニーズが最も高い地域であると言える。さらに、コンポンチャム州については、2010年3月で終了

した「地域における母子保健サービス向上プロジェクト」のモデルサイトでもあったことから、同州保健局内をはじめJICAの技術協力についてよく理解している人材を活用できる可能性があるだけでなく、コンポンチャム・リファラル病院は、無償資金協力で産科病棟を建設中であり（2011年竣工予定）、技協・無償による一体的な協力も想定されている。

カンボジアでは、国際機関、世界エイズ・結核・マラリア基金などの国際基金、二国間ドナー、NGO、民間財団など、数多くの援助機関が各地で様々な方法で事業を展開しており、それら援助機関の支援を得たパイロット事業が乱立しているという現状がある。都市と地方間の保健医療サービスに関する格差のみならず、地方の中でも援助の恩恵を受けている地域とそうでない地域との間で格差が確認されている。

したがって、本プロジェクトでは、協力開始後1・2年目にモデル地域で助産トレーニングシステムの強化を実証することに集中するが、3年目以降、他の3箇所のRTCとその地域で格となる実習病院に対して、モデル地域での経験の普及とそのために必要な活動・投入も行う計画である。さらに、本プロジェクトは、「助産師ハイレベルタスクフォース」など保健省中央の巻き込みや「医療技術者育成システムプロジェクト」とも連携しながら、モデル地域を中心に強化された助産トレーニングシステムの制度化に向けて、助産人材育成にかかる国レベルの戦略または国家プログラムへの反映をめざすこととしている。

#### 4 - 3 プロジェクトの概要

本詳細計画策定調査において、NMCHC、コンポンチャム州保健局、コンポンチャムRTC、モデル地域のリファラル病院、保健省人材育成部、TSMC、保健医療科学大学（UHS）、助産協会（Midwifery Council）、看護協会（Nursing Council）等代表者が一堂に介し、本プロジェクトと「医療技術者育成システムプロジェクト」に関する協力の枠組みをデザインするためのワークショップが開催された。同ワークショップでは、調査団側からJICAの協力プログラム、カンボジア側から当初提出された要請書の概要等を説明したうえで、ワークショップ参加者から自らが直面する具体的な問題点と自らが中心となって実行可能なアクションが提示された（ワークショップ結果の詳細については付属資料7参照）。その後、調査団側で提示された問題点とアクションを整理・分析したうえで、PDMへ反映させていく作業を行った。

本プロジェクトの協力の枠組みは、以下のとおり。

（1）協力期間：5年間

（2）カンボジア側実施機関：保健省国立母子保健センター（NMCHC）

（3）カンボジア側関係機関：

コンポンチャム地方看護助産学校（RTC）・州保健局（PHD）・リファラル病院（Referral Hospital：RH）、モデル地域の他の臨床実習病院

（4）裨益対象者：

（直接裨益者）

・ 卒前・卒後助産研修のトレーナー：約90名（地方保健医療施設の実習指導者数とRTC教員数）

- ・ 卒前・卒後助産研修の受講者：約2,280名（保健省人材育成部資料に基づく）
  - 准助産師をめざす学生（1年コース）：約430名/2年間（2011年で准助産師コース廃止予定）
  - 助産師をめざす学生（3年コース）：約1,300名/5年間
  - 看護助産師をめざす学生（3年+1年コース）：約540名/5年間

（間接裨益者）

- ・ カンボジア全国の妊娠可能年齢の女性および新生児
  - 全国：推定出産数 342,756/年（National Health Statistics Report 2008）
  - モデル地域：推定出産数 106,994/年（National Health Statistics Report 2008）

## （5）プロジェクトの目標・成果・活動

（上位目標）

助産師が提供する妊産婦と新生児ケアの利用とアクセスが向上する。

（指標）

全国における以下の実績

- ・ 妊産婦健診（2回受診）の割合（2008年81% 2015年CMDG目標値90%以上）
- ・ 医療従事者の介助による分娩率（2008年58% 2015年CMDG目標値80%以上）
- ・ 産後健診（1回受診）の受診率（2008年41% 2015年CMDG目標値70%以上）
- ・ 保健施設での分娩率（2008年39% 2015年CMDG目標値70%以上）

（プロジェクト目標）

根拠に基づいた質の高い助産ケア<sup>6</sup>の提供が可能となる助産トレーニングシステム<sup>7</sup>が強化される。

（指標）

モデル地域における以下の実績

- ・ 妊産婦健診（2回受診）の数・割合（2008年67,517名・63% 2015年96,295名・90%）
- ・ 医療従事者の介助による分娩数・割合（2008年49,842件・47% 2015年85,595件・80%）
- ・ 産後健診（1回受診）の数・割合（2008年47,174名・44% 2015年74,896名・70%）
- ・ 根拠に基づいた助産サービスに関する知識を持つ助産師や助産学生の数
- ・ 根拠に基づいたケアを提供する助産師の割合

（成果と活動）

【成果1】

助産師の卒前・卒後研修に携わる助産トレーナーの能力<sup>8</sup>がモデル地域において強化される。

（指標）

- ・ 助産トレーナー数の増加
- ・ 根拠に基づいたケアに関する知識を持つ助産トレーナー数の増加
- ・ トレーニングに対する学生の評価（満足度）の上昇

<sup>6</sup> 「WHO Care in Normal Birth」と「WHO Reproductive Health Library」にて奨励されている現在の最適なケアを意味する。

<sup>7</sup> 助産の卒前・卒後研修を行うための実施体制（研修にかかる人材、マネジメント、環境等）を意味する。

<sup>8</sup> 教授法、助産実践能力、役割認識、倫理等を意味する。

(活動)

- ・ NMCHCが助産トレーナーの技術レベル、教授能力、助産ケアの質に関するニーズアセスメントとベースライン調査を行う。
- ・ NMCHCが根拠に基づいた助産ケアの知識と技術に関するワークショップとミーティングを実施する。
- ・ NMCHCが助産トレーナーの臨床トレーナー育成コース（臨床ToTコース）のカリキュラムを策定する。
- ・ NMCHCが助産トレーナーのための臨床ToTコースを実施する。
- ・ NMCHCが、保健省人材育成部と協力し、臨床ToTコース後に助産トレーナーのモニタリングとフォローアップを実施する。

### 【成果2】

助産の卒前・卒後研修に関するトレーニングマネジメントが、モデル地域において強化される。

(指標)

- ・ 助産トレーナーの定期会合数の増加
- ・ RTCとの学生実習に関する合意書を理解する臨床実習施設の助産トレーナーの割合増加。
- ・ RTC教員とプリセプター間のミスコミュニケーション<sup>9</sup>の減少
- ・ 臨床実習施設において助産学生や助産研修生が介助する分娩割合（月毎・四半期毎）の増加。

(活動)

- ・ モデル地域における助産トレーニングのマネジメントに関するアセスメントを実施する（PHD、RTC、RH、開発パートナーによるトレーニングの計画、実施、モニタリング・評価方法等）
- ・ モデル地域における実務者レベルの助産トレーナー定期会議を開催する（関係者間のコミュニケーションの改善、教育・研修内容の相違の減少、モニタリング方法の改善等）
- ・ コンポンチャムRTCとリファラル病院が実習に関する合意書のレビューと実務者レベルの助産トレーナーに対する情報提供を行う。
- ・ コンポンチャムRTCと同州保健局が、NMCHCの支援の下で、助産研修生・助産学生への分娩症例数の適切な割りあて、助産トレーニングコースの計画・モニタリングを行う。

### 【成果3】

助産の卒前・卒後研修に関するトレーニング環境（トレーニングに必要な機材・教材およびその使用・維持管理等）が、モデル地域において改善される。

(指標)

- ・ コンポンチャムRTCとリファラル病院が、NMCHCの支援の下、卒前助産研修に必要な基本的な機材リスト策定する。
- ・ RTCと実習施設への助産トレーニングに必要な基本的機材を整備する。

(活動)

---

<sup>9</sup> RTC教員から実習先病院プリセプターへの実習学生のレベル、ニーズ等に関する事前の情報提供、実習先病院プリセプターからRTC教員への実習中の進捗情報の提供や実習後のフィードバック等



- ・助産トレーニング施設のトレーニング環境に関するアセスメントを実施する。
- ・トレーニング環境を標準化のための施設の機材リストのレビュー・改訂もしくは策定する。
- ・機材リストに基づく助産トレーニング施設に必要な機材の提供、活用状況のモニタリングを行う。

#### 【成果4】

助産能力強化に関するコミュニケーションと連携が、モデル地域と他地域間で強化される。

(指標)

- ・助産トレーニングの経験・課題を共有する関係者会議数の増加
- ・非モデル地域の関係者に共有されたプロジェクトの経験数の増加
- ・非モデル地域の関係者に適用されたプロジェクトの経験数の増加

(活動)

- ・NMCHCと保健省人材育成部が、コンボンチャムRTCおよびリファラル病院と協力し、助産トレーナーやRTC・臨床実習施設の役割・責任を明確化・標準化するワークショップを開催する。
- ・NMCHCと保健省人材育成部が、コンボンチャムRTCおよびリファラル病院と協力し、非モデル地域の関係者に対する助産トレーナーの能力向上のための支援を行う。(助産トレーニングの経験・課題の共有と臨床ToT等)
- ・NMCHCと保健省人材育成部が、コンボンチャムRTCおよびリファラル病院と協力し、RTC管轄地域間の機材リスト共有による助産トレーニング環境の改善を促進・サポートする。
- ・助産トレーニングの経験を共有するためのスタディツアーを行う。

#### 【成果5】

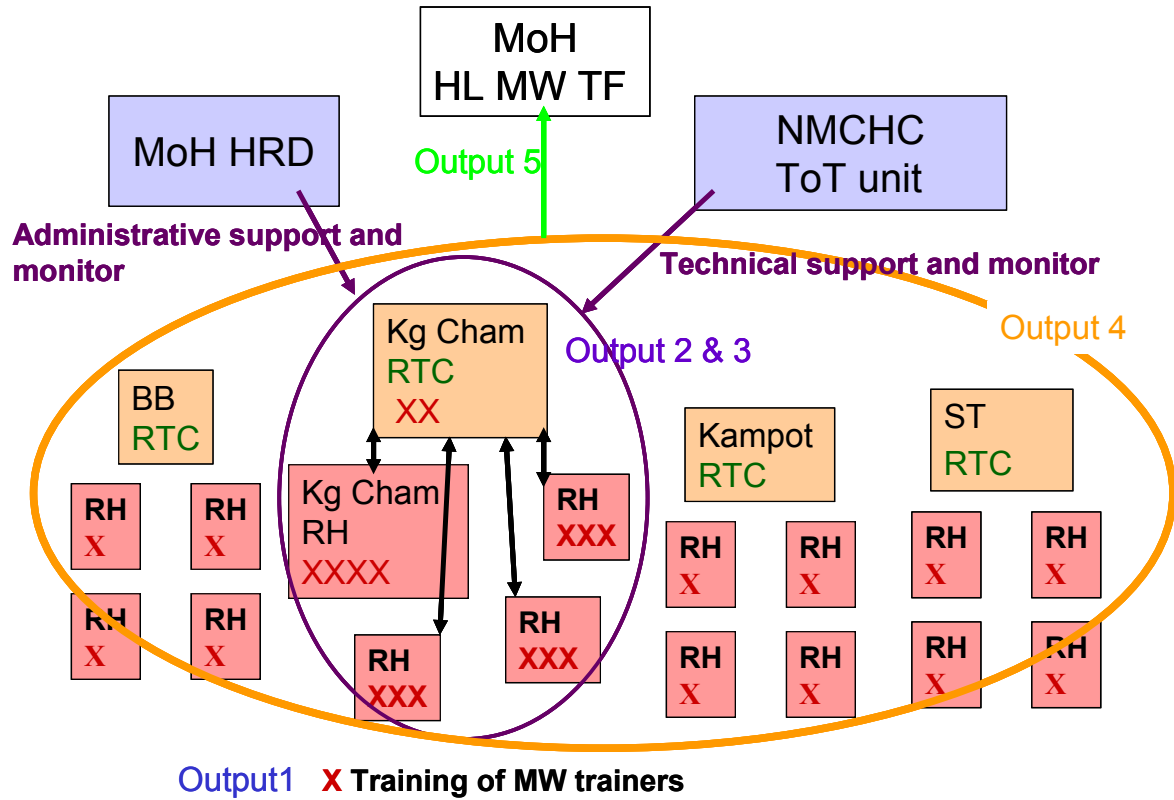
モデル地域での助産能力強化に関する課題と教訓が明らかになり、国レベルの戦略やプログラムに反映される。

(指標)

- ・ハイレベル助産タスクフォースや関連のワーキンググループに対するプロジェクト現場で得られた課題や教訓に関する報告数の増加
- ・プロジェクトの経験に基づき改訂された計画、カリキュラム、ガイドライン数の増加

(活動)

- ・NMCHCが、日本人専門家と協力し、助産能力向上に関する課題や教訓をハイレベル助産タスクフォースや関連ワーキンググループに報告する。
- ・NMCHCが、保健省人材育成部と協力し、プロジェクトの経験に基づき、国レベルの助産能力向上に関する計画、カリキュラム、ガイドラインを改訂する。



Output1 X Training of MW trainers

図 4 - 3 プロジェクト概念図

## 第5章 事業事前評価結果

### 5 - 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できる。

#### (1) カンボジアにおける政策面での妥当性：

妊産婦死亡率の削減は、CMDGsの最重要目標の1つであると同時に、国家レベルの保健政策である「HSP2008-2015」で緊急課題として位置づけられている。「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」では、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、熟練助産者の立会による分娩の増加をめざしており、本プロジェクトの上位目標と合致する。また、2007年に保健省次官が委員長となって設置された「ハイレベル助産タスクフォース」のマルチイヤープラン（中・短期で実施すべき具体的な計画）では、助産師養成機関や助産トレーナーの能力向上が目標として掲げられており、本プロジェクトがめざす目標は、保健省の実務レベルの施策とも合致している。

#### (2) 日本の援助方針との整合性：

本プロジェクトが取り組む母子保健の向上は、政府の対カンボジア国別援助計画に合致しJICA国別事業実施方針の方向にも沿ったものである。また、本プロジェクトは、妊産婦や新生児の健康改善を上位目標とするものであり、日本政府が重点を置いているミレニアム開発目標達成への貢献に資する案件である。

#### (3) 他ドナーによる協力との相互補完性：

カンボジアの保健セクターでは、世界銀行、DfID等による「Health Sector Support Project（HSSP）」を含め、複数の財政支援型の協力が実施されているが、これらの協力においても妊産婦死亡率の削減は重視されている。一定の政策実現を条件に資金的支援が行なわれるこれらの枠組みと、助産師の人材育成システムの強化を通じて関連サービスの向上を図る本プロジェクトは相互補完関係にあるといえ、カンボジア保健省及び他ドナーからも本プロジェクトへの高い期待が寄せられている。

#### (4) 対象地域選定の妥当性：

本プロジェクトのモデル地域となるコンボンチャム州は、国内で最も多くの人口を抱えていることもあり、人口に対する助産師の配置数が国内で最も低い州である。また、同州では、過去に開発調査「母子保健向上のための調査」や「地域における母子保健サービス向上プロジェクト」が実施された経験があるため、同州の関係機関とはすでに友好的関係が構築されており、既存のネットワークを活用することが可能である。また、本プロジェクトの助産師の卒前・卒後研修の中心的な実習先病院となるコンボンチャム・リファラル病院は、無償資金協力で産科病棟を建設中（2011年竣工予定）であることから、技協・無償による有機的な連携も期待できる。

## 5 - 2 有効性

本プロジェクトは以下の理由から有効性が見込める。

プロジェクト目標である「根拠に基づいた質の高い助産ケアの提供が可能となる助産トレーニングシステムが強化される」を達成するためには、個々の助産トレーナーの能力向上、トレーニングマネジメント体制の強化、トレーニングを実施する環境の改善が必要不可欠である。加えて、本プロジェクトのモデル地域と他地域間の知見の共有と協働、本プロジェクトの経験を政策レベルへ反映させることによって、助産トレーニングシステムの強化が全国規模でも行われることが期待できる。本プロジェクトの全てのアウトプットは、プロジェクト目標達成に必要な要素として繋がっている。

## 5 - 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見込める。

本プロジェクトの主要な実施機関となるNMCHCは、これまでの日本からの支援を通して、地域のニーズに合致した研修プログラムを計画・実施できるようになっており、且つ国家レベルの母子保健関連プログラムの計画・実施する行政機能も有している。したがって、NMCHCと協働することにより、これまでの日本の協力実績を有効活用することができるだけでなく、本プロジェクトの成果を国レベルのプログラムへ組み込むことが可能となる。また、本プロジェクトのモデル地域となるコンボンチャム州では、過去の協力で育成された人材や既存のネットワークを活用することが可能であるとともに、技協・無償による有機的な連携も期待できるなど、本プロジェクトを効率的に実施することができる状況が揃っている。本プロジェクトのデザインにおいても、各アウトプットの達成に必要な活動の量と質が適切に設定されている。

## 5 - 4 インパクト

本プロジェクトのインパクトは以下のように予測できる。

カンボジアでは、保健センターに最低限必要なケアを提供できる助産師が配置されていないこと、配置されていてもその助産師のサービスの質が低いことなどが、産前健診、施設分娩、産後健診等のため保健医療施設を訪れる女性の数・率を増やすうえで大きな障害となっている。したがって、助産トレーニングシステムの強化によって、新卒助産師の数を増やすとともに、質の高い妊産婦と新生児ケアが提供できる助産師も増やすことで、上位目標となっている妊産婦と新生児ケアのアクセス・利用の向上に貢献することが期待できる。

## 5 - 5 自立発展性

以下のとおり、本プロジェクトによる効果は、カウンターパート、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：

過去実施された「母子保健プロジェクト(フェーズ1・2)」を通じて開始された助産トレーナー養成研修(ToTコース)は、現在でもNMCHCが継続していることから、NMCHCが主要な実施機関となる本プロジェクトの助産トレーニングシステムもプロジェクト終了後継続して実施されることが期待できる。

なお本プロジェクトのモデル地域で効果が実証された助産トレーニングシステムを他地域へ展開することや本プロジェクトの経験を国の助産人材育成にかかる戦略やプログラムに反映させるためには、人材育成制度に関する役割を担うとともにRTCの運営を統括する保健省人材育成部との連携に留意する必要がある。

(2) 技術面：

本プロジェクトの対象とする助産トレーナーは、すでに病院で受け入れた助産師や助産学生に対する実習指導やRTCでの助産学生への卒前研修を実施する役割を担っている。本プロジェクトで助産トレーナーの能力強化、トレーニングマネジメントの強化、トレーニング環境の改善などを通して助産トレーニングのシステムを強化することにより、これらの助産トレーナーがプロジェクト終了後も質の高い助産研修を提供できるようになることが期待できる。

(3) 財政面：

カンボジアでは、2005年から政府予算年間計画（AOP）や3カ年計画に基づいてHSP達成に必要な活動を実施するようになった。HSPでは、母子保健の向上が最優先課題として位置づけられているため、過去の母子保健プロジェクト（フェーズ2）を通じて提供できるようになった研修は、NMCHCがAOPに組み込んで継続して実施している。本プロジェクトにおいても、NMCHCやRTCなどの実施機関等が本プロジェクトで開発した研修モデルをAOPに組み込んで継続して実施することが期待される。

## 第6章 団長所感

JICAのカンボジア保健分野への協力にて、「保健システム強化プログラム」に位置づけられる「助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト」と「医療技術者育成システムプロジェクト」の新規2案件に関し、今回、詳細計画策定調査団を合同で派遣した。これは、地方の助産師育成において両案件の緊密な連携が求められているとともに、連携のもと形成される助産師育成システムを中央レベル（保健省人材育成部、国立母子保健センター（NMCHC）、助産師ハイレベルタスクフォース）にフィードバックすることが念頭にあるためであった。

今回の調査では、地方の状況を確認するため、10月13日にコンポンチャム州、コンポントム州の州保健局、リファラル病院を訪問するとともに、コンポンチャム州では看護・助産師養成を行っているRTC、コンポントム州では保健センターの訪問も行った。こうした訪問・視察を通じ、地方のリファラル病院の現状が明らかになり、またRTCでの教育現況やリファラル病院と連携した助産師等の育成について理解を深め、案件検討の貴重な情報を得た。

また10月15日には、両案件の想定しているカンボジア側カウンターパートに加え、地方州保健局長、医療従事者訓練校（TSMC）やRTC等関係者、リファラル病院の院長等が集まり、1日かけてプロジェクトデザインのためのワークショップを行った。それぞれの組織で抱える課題抽出に始まり、最終的に今後の活動案の提出がなされた。議論の過程や活動案を参考に、調査団ではプロジェクトデザインを検討し、カンボジア側から提案の声が多かった活動案についてはプロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix：PDM）の活動へ反映を行った。調査団がPDM案をまとめた段階で、カンボジア側と結果共有するため、20日にワークショップ参加者を中心にPDM案に係る報告、協議を行った。こうした過程を通じ、カンボジア側がプロジェクトについて主体的に考えるようになり、開発課題を自分たちの問題として捉えていることが感じられた。今回、ワークショップやカンボジア側とのPDM案共有により、カンボジア側が自分たちのプロジェクトとして考えるようになったことは、今後の協力開始に向けて重要である。

「助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト」は、先行して実施されてきた「地域における母子保健サービス向上プロジェクト（2010年3月で終了）」の終了時評価で提言として出された、保健センターの助産師を指導する立場にあるリファラル病院の助産師の能力強化の必要性を踏まえ、NMCHCが、モデル地域（コンポンチャムRTC管轄の4州）のリファラル病院を中心に助産トレーナーの能力向上を行うことになる。モデル地域において、RTCおよびリファラル病院の両面から、質の高い助産師が育成されるような研修システムの強化を行うとともに、モデル地域の経験が全国へと普及されることをめざすものである。

一方で、「医療技術者育成システムプロジェクト」では、医療技術者への教育基盤改善を目標として、教員の現任教育・養成システム作りや基本規定策定を通じて保健省（人材育成部）の能力強化を行うことをめざしている。まさに医療従事者という人材を支える基盤作りである。

カンボジアの保健分野には多くのドナーがひしめき合っているが、その中でJICAはオーナーシップを重んじ、先方ニーズを重視するという意味で他ドナーと一線を画している。NMCHCを中心としたこれまでの協力蓄積がさらに地方人材育成へ展開されるとともに、人材育成の中核となる制度作り、教員強化も含めた部分への技術協力の開始は、これまでのユニークなJICAの保健医療分野での協力をさらに発展させるものと考えられる。

## 第7章 実施協議結果

### 7 - 1 実施協議の経緯

詳細計画策定調査団の帰国後、これまでの調査結果をもとに、日本側でPDM案の指標の一部の改訂および討議議事録（Record of Discussions：R/D）案の作成を行った。その後、カンボジア側へR/D案およびミニッツ案（PDM改訂案とPO添付）を送付し、JICAカンボジア事務所とカンボジア保健省との間で、同案の内容について協議が行われ、両者合意のもとで最終案を完成させた。

### 7 - 2 実施協議の結果

2009年12月24日、日本側・カンボジア側双方で合意されたR/Dとミニッツが保健省において署名・交換された（付属資料1参照）。

プロジェクト期間は、2010年3月1日から5年間とし、プロジェクト名は、「助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト（英語名：Project for Improving Maternal and Newborn Care through Midwifery Capacity Development）」とすることとした。

## 付 属 資 料

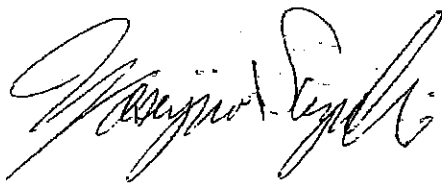
- 1．討議議事録（R/D）
- 2．ミニッツ（実施協議用）
- 3．ミニッツ（詳細計画策定調査用）
- 4．和文PDM
- 5．評価グリッド
- 6．面談録
- 7．他ドナーとの協議メモ
- 8．ワークショップ概要



**RECORD OF DISCUSSIONS  
BETWEEN  
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY  
AND  
AUTHORITIES CONCERNED OF  
THE ROYAL GOVERNMENT OF CAMBODIA  
ON  
JAPANESE TECHNICAL COOPERATION FOR THE PROJECT  
FOR IMPROVING MATERNAL AND NEWBORN CARE  
THROUGH MIDWIFERY CAPACITY DEVELOPMENT**

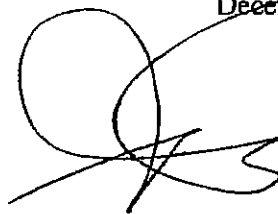
Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") exchanged views and had a series of discussions with the Cambodian authorities concerned with respect to desirable measures to be taken by JICA and the Royal Government of Cambodia for the successful implementation of the Project for Improving Maternal and Newborn Care through Midwifery Capacity Development (hereinafter referred to as "the Project").

As a result of the discussions, and in accordance with the provisions of the Agreement on Technical Cooperation between the Government of Japan and the Royal Government of Cambodia, signed in Phnom Penh on June 17, 2003 (hereinafter referred to as "the Agreement"), JICA and the Cambodian authorities concerned agreed on the matters referred to in the document attached hereto.



Mr. Yasujiro Suzuki  
Chief Representative  
JICA Cambodia Office

December 24, 2009



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

## THE ATTACHED DOCUMENT

### I. COOPERATION BETWEEN JICA AND THE ROYAL GOVERNMENT OF CAMBODIA

1. The Royal Government of Cambodia will implement the Project in cooperation with JICA.
2. The Project will be implemented in accordance with the Master Plan which is given in Annex I.

### II. MEASURES TO BE TAKEN BY JICA

In accordance with the laws and regulations in force in Japan and the provisions of Article III of the Agreement, JICA, as the executing agency for technical cooperation by the Government of Japan, will take, at its own expense, the following measures according to the normal procedures of its technical cooperation scheme.

#### 1. DISPATCH OF JAPANESE EXPERTS

JICA will provide the services of the Japanese experts as listed in Annex II. The provision of Article V of the Agreement will be applied to the above-mentioned experts.

#### 2. PROVISION OF MACHINERY AND EQUIPMENT

JICA will provide such machinery, equipment and other materials (hereinafter referred to as "the Equipment") necessary for the implementation of the Project as listed in Annex III. The provision of Article VII of the Agreement will be applied to the Equipment.

#### 3. TRAINING OF CAMBODIAN PERSONNEL IN JAPAN AND/OR THIRD COUNTRIES

JICA will receive the Cambodia personnel concerned with the Project for technical training in Japan and/or will provide them with necessary technical training (s) in third countries.

### III. MEASURES TO BE TAKEN BY THE ROYAL GOVERNMENT OF CAMBODIA

1. The Royal Government of Cambodia will take necessary measures to ensure that the self-reliant operation of the Project will be sustained during and after the period of Japanese technical cooperation, through full and active involvement in the Project by all related authorities, beneficiary groups and institutions.
2. The Royal Government of Cambodia will ensure that the technologies and knowledge acquired by the Cambodian nationals as a result of the Japanese technical cooperation will contribute to the economic and social development of Cambodia.
3. The Royal Government of Cambodia will take necessary measures to ensure that the knowledge and experience acquired by the Cambodian personnel from technical training in Japan and/or third country will be utilized effectively in the implementation of the Project.
4. In accordance with the provisions of Article V of the Agreement, the Royal Government of Cambodia will grant in Cambodian privileges, exemptions and benefits to the Japanese experts referred to in II-1 above and their families.
5. In accordance with the provisions of Article VII of the Agreement, the Royal Government of Cambodia will take the measures necessary to receive and use the Equipment provided by JICA under II-2 above and equipment, machinery and materials carried in by the Japanese experts referred to in II-1 above.
6. In accordance with the provision of Article V of the Agreement, the Royal Government of Cambodia will provide the services of Cambodian counterpart personnel and administrative personnel as listed in Annex IV.
7. In accordance with the provision of Article V of the Agreement, the Royal Government of Cambodia will provide the buildings and facilities as listed in Annex V.
8. In accordance with the laws and regulations in force in Cambodia, the Royal *✓*

Government of Cambodia will take necessary measures to supply or replace at its own expense machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the Equipment provided by JICA under II-2 above.

9. In accordance with the laws and regulations in force in Cambodia, the Royal Government of Cambodia will take necessary measures to meet the running expenses necessary for the implementation of the Project.

#### IV. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

1. Secretary of State who is responsible for NMCHC, Ministry of Health, as Project Director, will bear overall responsibility for the administration and implementation of the Project.
2. Director, National Maternal and Child Health Centre of the Ministry of Health (hereinafter referred to as "NMCHC"), as Project Manager, will be responsible for the managerial and technical matters of the Project.
3. The Japanese Chief Advisor will provide necessary recommendations and advice to Project Director and Project Manager on any matters pertaining to the implementation of the Project.
4. The Japanese experts will give necessary technical guidance and advice to Cambodian counterpart personnel on technical matters pertaining to the implementation of the Project.
5. For the effective and successful implementation of technical cooperation for the Project, a Joint Coordinating Committee will be established whose functions and composition are described in Annex VI.

#### V. JOINT EVALUATION

Evaluation of the Project will be conducted jointly by JICA and the Cambodian authorities concerned, at the middle and during the last six months of the cooperation term in order to examine the level of achievement. ✓

## VI. CLAIMS AGAINST JAPANESE EXPERTS

In accordance with the provision of Article VI of the Agreement, the Royal Government of Cambodia undertakes to bear claims, if any arises, against the Japanese experts engaged in technical cooperation for the Project resulting from, occurring in the course of, or otherwise connected with the discharge of their official functions in Cambodia except for those arising from the willful misconduct or gross negligence of the Japanese experts.

## VII. MUTUAL CONSULTATION

There will be mutual consultation between JICA and the Royal Government of Cambodia on any major issues arising from, or in connection with this Attached Document.

## VIII. MEASURES TO PROMOTE UNDERSTANDING OF AND SUPPORT FOR THE PROJECT

For the purpose of promoting support for the Project among the people of Cambodia, the Royal Government of Cambodia will take appropriate measures to make the Project widely known to the people of Cambodia.

## IX. TERM OF COOPERATION

The duration of the technical cooperation for the Project will be five (5) years from March 1<sup>st</sup>, 2010.

ANNEX I	MASTER PLAN
ANNEX II	LIST OF JAPANESE EXPERTS
ANNEX III	LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT
ANNEX IV	LIST OF CAMBODIAN COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL
ANNEX V	LIST OF BUILDING AND FACILITIES
ANNEX VI	JOINT COORDINATING COMMITTEE

## MASTER PLAN

## 1. Project Title

The Project for Improving Maternal and Newborn Care through Midwifery Capacity Development

## 2. Overall Goal

The utilization of and access to maternal and newborn care provided by midwives is increased.

## 3. Project Purpose

The midwifery training system<sup>1</sup> is strengthened for enabling provision of midwifery services with evidence-based quality care<sup>2</sup>.

## 4. Output and activities

## (1) [Output One]

The capacity of midwifery trainers<sup>3</sup> who are in charge of pre-service and in-service trainings is strengthened in the model region<sup>4</sup>.

## &lt;Activities&gt;

- 1-1 Conduct needs assessment and baseline survey of midwifery trainers' skills level, trainer's teaching ability, quality of midwifery care
- 1-2 NMCHC Training of Trainers (ToT) unit conducts workshops/meetings to update midwifery trainers' knowledge and skill on evidence-based midwifery care
- 1-3 NMCHC ToT unit develops Clinical ToT course curriculum for midwifery trainers
- 1-4 NMCHC conducts Clinical ToT courses for midwifery trainers
- 1-5 NMCHC conducts monitoring and following up of midwifery trainers after

<sup>1</sup> Midwifery training system includes human resources (as trainers), management, environment, etc. for pre-service and in-service trainings.

<sup>2</sup> Evidence-based quality care implies current best practices that are recommended by "WHO Care in Normal Birth" and "WHO Reproductive Health Library."

<sup>3</sup> Midwifery trainers include clinical trainers, preceptors and RTC teachers. 1) Clinical trainers mean trainers in charge of midwifery in-service trainings at clinical sites. 2) Preceptors mean trainers in charge of midwifery pre-service trainings at clinical sites. 3) RTC teachers mean teachers in charge of midwifery pre-service trainings at RTCs.

<sup>4</sup> Model region consists of Kg Cham, Kg Thom, Prey Veng, Svay Rieng provinces *A*

Clinical ToT course in cooperation with the MoH Department of Human Resource Development (HRDD)

**(2) 【Output Two】**

Training management for midwifery pre-service and in-service trainings is strengthened in the model region.

<Activities>

- 2-1 Conduct assessment on the midwifery training management (how to plan, implement and monitor/evaluate the trainings by Provincial Health Department: PHD, Regional Training Center: RTC, Referral Hospital: RH, and development partners) in the model region
- 2-2 Conduct regular midwifery trainers' meetings at implementers' level in the model region to improve communication, to reduce inconsistency between theory and practice, to improve monitoring mechanism and etc.
- 2-3 RH and Kg Cham RTC review the Memorandum of Understanding (MOU) on pre-service clinical trainings and disseminate it to the midwifery trainers at the implementer's level
- 2-4 PHD, RTC and RH with support of NMCHC ToT unit plan and monitor the midwifery training courses with appropriate allocation of clinical cases in coordinated manner in the model region

**(3) 【Output Three】**

Training environment for midwifery pre-service and in-service trainings is improved in the model region.

<Activities>

- 3-1 Conduct assessment of the training environment at midwifery training facilities
- 3-2 Review/revise or develop the midwifery training equipment list for the training facilities in order to standardize the midwifery training environment
- 3-3 Supply necessary materials and equipment to the midwifery training facilities based on the midwifery training equipment list, and monitor its usage

**(4) 【Output Four】**

Communication and collaboration for the midwifery capacity development between the model region and other regions are strengthened.

<Activities>

- 4-1 Conduct workshops to clarify and standardize the roles and responsibilities of

midwifery trainers and their organizations (RTCs and clinical sites)

- 4-2 Share experiences and issues of the midwifery trainings for other regions at the stakeholder meetings with HRDD and RTCs, and support to improve the capacity of midwifery trainers through Clinical ToT courses and others
- 4-3 Share the midwifery training equipment list among the RTC regions and promote/support to improve the midwifery training environment
- 4-4 Conduct study tours to share experiences of midwifery trainings

(5) 【Output Five】

The issues and lessons learned in midwifery capacity development in the model region are identified and reflected in the national strategies/programs.

<Activities>

- 5-1 Report the key issues and lessons learned in midwifery capacity development to the High Level Midwifery Taskforce and relevant working groups
- 5-2 Modify the relevant plans, curricula, and guidelines at national level related to midwifery capacity development in cooperation with HRD based on the experiences of the Project



LIST OF JAPANESE EXPERTS

Experts for the following subjects will be dispatched upon necessity. Assignment schedule and terms of services will be determined through mutual consultation.

- Chief advisor
- Project Coordinator/Training Management
- Maternal and Newborn Care
- Others dispatched upon necessity *A*

LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT

- 1 Necessary equipment for the transfer of technology by the Japanese experts will be provided.
- 2 Other materials and equipment mutually agreed upon as necessity will be provided.

Note:

Contents, specifications and quantity of the above-mentioned equipment will be decided through mutual consultations within the allocated budget of each Japanese fiscal year.

LIST OF CAMBODIAN COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL

1. Project Director:

H.E. Prof. Eng Huot, Secretary of State, Ministry of Health

2. Project Manager:

Director, National Maternal and Child Health Center (NMCHC)

3. Counterparts of the Project

(1) Staff of NMCHC

(2) Staff of Kampong Cham Regional Training Center (Kg. Cham RTC)

(3) Staff of Provincial Health Department (PHD), Kampong Cham Province

(4) Staff of Kampong Cham Referral Hospital ✦

LIST OF BUILDING AND FACILITIES

The following will be prepared by the Royal Government of Cambodia for implementation of the Project.

1. Office space in the NMCHC and necessary facilities including electricity, water supply and communication facilities for the Japanese experts
2. Necessary space and facilities for training, workshops and other activities in the NMCHC and Kampong Cham Referral Hospital
3. Other facilities mutually agreed upon as required *✓*

JOINT COORDINATING COMMITTEE

1. Functions

The Joint Coordinating Committee of the Project (JCC) will meet at least once a year and whenever necessity arises, and work;

- (1) To formulate and approve annual work plan for the Project in the framework of the R/D
- (2) To monitor and evaluate the overall progress of the Project as well as achievements of the above-mentioned annual work plan
- (3) To review PDM of the Project
- (4) To review and exchange opinions on major issues that arise during the implementation of the Project

2. Member

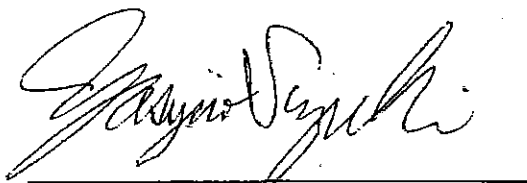
- (1) Chairman: Secretary of State, Ministry of Health (Project Director)
  - (2) Cambodian Member
    - a. Director General for Health
    - b. Director of NMCHC (Project Manager)
    - c. Deputy Director of NMCHC
    - d. Representative from Department of Human Resource Development, Ministry of Health (HRDD)
    - e. Representative from Kg. Cham RTC
    - f. Representative from Kg. Cham PHD
    - g. Representative from Kg. Cham Referral Hospital
    - h. Representatives from PHDs and referral hospitals of Kg Thom, Prey Veng and Svay Rieng provinces
    - i. Other stakeholders as necessity mutually agreed upon between Cambodian and Japanese sides
  - (3) Japanese Member
    - a. Chief Advisor
    - b. Other Japanese experts
    - c. Representative from JICA
- (Officials of the Embassy of Japan in the Kingdom of Cambodia may attend the Committee as observers) *on*

MINUTES OF MEETING BETWEEN  
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY  
AND  
THE AUTHORITIES CONCERNED OF  
THE ROYAL GOVERNMENT OF CAMBODIA  
ON  
JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJECT  
FOR IMPROVING MATERNAL AND NEWBORN CARE  
THROUGH MIDWIFERY CAPACITY DEVELOPMENT

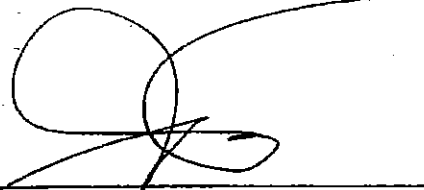
Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") had a series of discussions, through the Chief Representative of JICA Cambodia Office, with the Cambodian authorities concerned on the desirable measures to be taken by both Japanese and Cambodian sides for the successful implementation of the Japanese Technical Cooperation Project for Improving Maternal and Newborn Care through Midwifery Capacity Development (hereinafter referred to as "the Project").

As a result of the discussions, both JICA and the Cambodian authorities concerned agreed upon the matters referred to in the documents attached hereto. These documents are related to the Record of Discussions (hereinafter referred to as "R/D") on the Project.

Phnom Penh, December 24, 2009



Mr. Yasujiro Suzuki  
Chief Representative  
JICA Cambodia Office



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

## ATTACHED DOCUMENT

JICA and the Cambodian authorities concerned agreed the following items and finalized the Project Design Matrix (hereinafter referred to as "PDM") and the Plan of Operation (hereinafter referred to as "PO") whose drafts were elaborated during the visit of Japanese Preliminary Study Team in October 2009.

### I. PDM

To further specify the "Objectively Verifiable Indicators" of the Project Purpose and Outputs of the PDM, both JICA and Cambodian authorities concerned agreed to update the "Objectively Verifiable Indicators" as shown in Annex 1.

Both sides also agreed to utilize the PDM throughout the implementation of the Project, recognizing the PDM as one of the important tools for the project management and the basis of monitoring and evaluation of the Project. However, it should be noted that the PDM will be subject to be changed within the framework of the R/D when necessity arises in the course of implementation of the Project by mutual consent between JICA and the Cambodian authorities concerned.

### II. PO

PO, as shown in Annex 2, has not been changed from the draft version of PO elaborated at the time of the Preliminary Study.

The schedule of the PO will be subject to be changed within the framework of the R/D when necessity arises in the course of implementation of the Project by mutual consent between JICA and the Cambodian authorities concerned.

ANNEX 1. PDM

ANNEX 2. PO

Project Design Matrix (PDM)

Project Title: Project for Improving Maternal and Newborn Care through Midwifery Capacity Development

Duration: 5 Years (March 2016 - February 2018)

Target area: Nationwide (Kg Cham, Kg Thon, Prey Veng, Svay Rieng provinces in the model region of the Project)

Implementing agency: National Maternal and Child Health Center (NMCCHC)

Beneficiary group:

Direct beneficiary group: Midwives who receive in-service trainings and midwife student who receive pre-service trainings  
 Indirect beneficiary group: Pregnant women and newborns

Version: PDM0 drafted in December 2009

Target group: Midwifery trainees\* (Clinical trainers, Preceptors, RTC teachers)  
 Implementing partners: IHDD, Kg Cham RTC, Kg Cham PHD, Kg Cham RH and other clinical sites in the model region

Overall Goal	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
The utilization of and access to Maternal and Newborn care provided by midwives is increased.	The percentage of ANC (Antenatal Care) (ANC 2times) is increased from 81% (NHS2008) to 90% (NHS2015 Target), and over 90% is maintained in 2018. The percentage of deliveries attended by health professionals in the model region are increased from 80% (NHS2015 target), and over 80% is maintained in 2018. The percentage of PNC (Postnatal Care for mothers and newborn) is increased from 41% (NHS 2008) to 70% (NHS2015 target), and over 70% is maintained in 2018. The percentage of deliveries performed at health facilities is increased from 39% (NHS2008) to 70% (NHS2015 target), and over 70% is maintained in 2018.	CDHS (Cambodian Demographic and Health Survey) NHS (National Health Statistics)	Most does not change major policies on MNCCH (Maternal, Newborn and Child Health).
<b>Project Purpose</b>	1 The number and percentage of ANC in the model region (ANC 2times) are increased from 67,171 women / 83% (NHS2008) to 96,295 women / 90% (NHS2015) 2 The number and percentage of deliveries attended by health professionals in the model region are increased from 49,842 deliveries / 47% (NHS2008) to 65,593 deliveries / 80% (NHS2015) 3 47,174 women / 44% (NHS2008) to 74,696 women / 70% (NHS2015) 4 The number of midwives and midwifery students who have clinical knowledge of the evidence-based midwifery services in the model region 5 The proportion of midwives who are providing evidence-based care in the model region 6 The proportion of midwives who are providing evidence-based care in the whole country	1 CDHS, NHS 2 CDHS, NHS 3 CDHS, NHS 4 Project Report 5 Project Report 6 Project Report	Most does not change the current policies and priorities on midwifery issues.
<b>Output</b>			
1 The capacity of midwifery trainers**** who are in charge of pre-service and in-service trainings is strengthened in the model region.	1-1 The number of midwifery trainers is increased from 148 to XX****. 1-2 The number of midwifery trainers who have knowledge on evidence-based care is increased from XX to XX. 1-3 The satisfaction rate on midwifery training by students/trainees is increased. 2-1 The number of the regular midwifery trainers' meetings is increased from XX to XX. 2-2 The proportion of midwifery trainers who understand the contents of the MOU***** is increased by XX%. 2-3 The miscommunication between RTC teachers and preceptors is decreased. 2-4 The proportion of deliveries which are allocated to midwifery students/trainees at clinical sites per month or quarter is increased by XX%.	1-1 Project Report 1-2 Project Report 1-3 Project Report 2-1 Project Report 2-2 Project Report 2-3 Project Report 2-4 Project Report	
2 Training management for Midwifery pre-service and in-service trainings is strengthened in the model region.	3-1 The minimum equipment list for pre-service midwifery training at clinical site is developed. 3-2 The key equipment for clinical training is secured for the RTC and its clinical sites. 4-1 The number of stakeholder meetings for sharing experiences and issues of the midwifery trainings is increased from XX to XX. 4-2 The number of experiences of the Project which are shared with stakeholders in other regions is increased from XX to XX. 4-3 The number of experiences of the Project which are adopted by stakeholders in other regions is increased from XX to XX.	3-1 Project Report 3-2 Project Report 4-1 Project Report 4-2 Project Report 4-3 Project Report	Not many midwifery trainers and counterparts leave their current post. Current policies on midwifery training do not change drastically.
3 Training environment for midwifery pre-service and in-service trainings is improved in the model region.			
4 Communication and collaboration for the midwifery capacity development between the model region and other regions are strengthened.	5-1 The number of reports on the key issues and lessons learned in midwifery capacity development to the High Level Midwifery Taskforce and relevant working groups is increased from XX to XX. 5-2 The number of the modified plans, curricula, and guidelines related to midwifery capacity development based on the Project experiences is increased from XX to XX.	5-1 Project Report 5-2 Project Report	



Project Design Matrix (PDM)

Activities	Inputs	Pre-Conditions
1-1 Conduct needs assessment and baseline survey of midwifery trainers' skills level, trainers' teaching ability, quality of midwifery care.	<Japanese Skill > Japanese experts	Japanesa and Cambodian sides allocate necessary inputs for the implementation of the Project.
1-2 NMCHC TOT visit conducts workshops/meetings to update midwifery trainers' knowledge and skill on evidence-based midwifery care.	Trainings in Japan and/or third countries	Project Director Project Manager Office spaces Local costs
1-3 NMCHC TOT unit develops Clinical TOT course curriculum for midwifery trainers.	Machinery/equipment	
1-4 NMCHC conducts Clinical TOT courses for midwifery trainers.		
1-5 NMCHC conduct monitoring and following up of midwifery trainers after Clinical TOT course in cooperation with the MoH/HRD.		
2-1 Conduct assessment on the midwifery training management (how to plan, implement and monitor/evaluate the training) by the PHD, RTC/RF, and development partners in the model region.		
2-2 Conduct regular midwifery trainers' meetings at implementer level in the model region to improve communication, to reduce inconsistency between theory and practice, to improve monitoring mechanism and etc.		
2-3 RH and KB Chem RTC review the Memorandum of Understanding (MOU) on pre-service clinical trainings and disseminate it to the midwifery trainers at the implementer's level.		
2-4 PHD, RTC and RH with support of NMCHC TOT unit plan and monitor the midwifery training course with appropriate allocation of clinical cases in coordinated manner in the model region.		
3-1 Conduct assessment of the training environment at midwifery training facilities.		
3-2 Review/revise or develop the midwifery training equipment list for the training facilities in order to standardize the midwifery training environment.		
3-3 Supply necessary materials and equipment to the midwifery training facilities based on the midwifery training equipment list, and monitor its usage.		
4-1 Conduct workshops to clarify and standardize the roles and responsibilities of midwifery trainers and their organizations (RTCs and clinical sites).		
4-2 Share experiences and issues of the midwifery trainings for other regions at the stakeholder meetings with HRD and RTCs, and support to improve the capacity of midwifery trainers through Clinical TOT courses and others.		
4-3 Share the midwifery training equipment list among the RTC regions and promote/support to improve the midwifery training environment.		
4-4 Conduct study tours to share experiences of midwifery trainings.		
5-1 Report the key issues and lessons learned in midwifery capacity development to the High Level Midwifery Taskforce and relevant working groups.		
5-2 Modify the relevant plans, curricula, and guidelines at national level related to midwifery capacity development in cooperation with HRD based on the experiences of the Project.		

\* Midwifery Trainer: Clinical trainers (Trainers in charge of midwifery in-service trainings at clinical sites) + Preceptor (Trainers in charge of midwifery pre-service trainings at clinical sites) +

\*\* Midwifery Training System means implementation structure for pre-service and in-service training at RTCs

\*\*\* Evidence-based quality care implies current best practices that are recommended by WHO Care in Normal Birth and WHO Reproductive Health Library.

\*\*\*\* The capacity of midwifery trainers means teaching methodology, midwifery clinical skill, understanding of midwife's role, and code of ethics, etc.

a. A target proportion for 2015 is defined by Health Strategic Plan 2008-2015 (Population growth is not taken into consideration. The estimated number of deliveries at the model sites in 2008 (106,990) is used as a standardized denominator.)

b. The target of deliveries performed at health facilities is used as the target of PNC consultations for 2015, because the target of PNC has not been set in the Health Strategic Plan.

c. RTC/TSMC teachers in charge of midwifery pre-service trainings (32 including 5 TSMC teachers) + Preceptors (117 including preceptors at TSMC) = 149 (including 58 TSMC teachers)

\*\*\*\*\* MOU is the minutes of understandings on roles and responsibilities between RTC and clinical sites

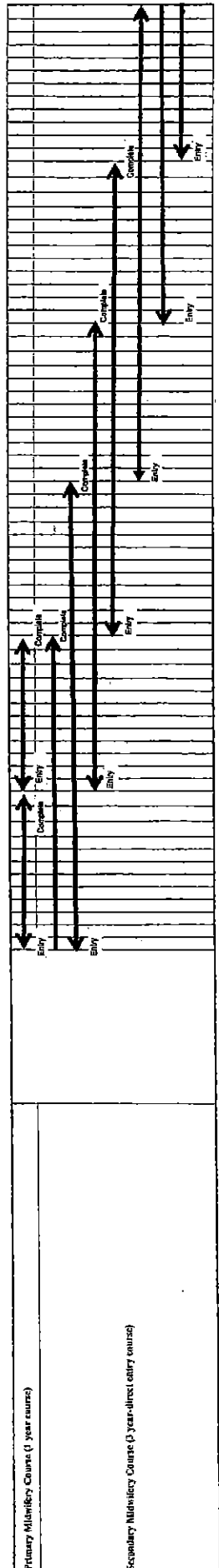
\*\*\*\*\* Objectively verifiable indicators XXX will be quantified by December 2010 after the completion of baseline survey of the Project.





Expected Output 4. Communication and collaboration for the midwifery capacity development between the model region and other regions are strengthened.		2010	2011	2012	2013	2014	2015																			
Activity	Implementer	Sub-Implementer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
4.1 Conduct workshops to clarify and standardize the role and responsibilities of midwifery trainers and their organizations (RTC, and clinical sites).	NMCHC and Kg Cham RTC	HRD, clinical sites at model region, Kg Cham PHD																								
4.1.1 NMCHC prepare for workshops in cooperation with the HRD, RTCs and clinical sites.																										
4.1.2 NMCHC conduct the workshops in cooperation with the HRD, RTCs and clinical sites.																										
4.2 Share experiences and issues of the midwifery trainers for other regions at the stakeholder meetings with HRD and RTCs, and support to improve the capacity of midwifery trainers through Clinical TOT courses and others.	NMCHC and Kg Cham RTC	HRD, clinical sites at model region, Kg Cham PHD																								
4.2.1 Prepare the documents on experiences and issues of the midwifery trainers.																										
4.2.2 Share experiences and issues of the midwifery trainers at the meeting.																										
4.2.3 Support to improve the capacity of midwifery trainers through Clinical TOT courses and others.																										
4.3 Share the midwifery training equipment list among the RTC regions and prepare equipment to improve the midwifery training environment.	NMCHC, Kg Cham RTC	HRD, clinical sites at model region, Kg Cham PHD																								
4.3.1 Share the midwifery training equipment list among the subregions of the RTC regions and HRD.																										
4.3.2 Promote support to improve the midwifery training environment in the other RTC regions.																										
4.4 Conduct study tours to share experiences of midwifery trainings.	NMCHC	HRD, Kg Cham RTC, clinical sites at model region, Kg Cham PHD																								
4.4.1 Prepare the plan of study tours.																										
4.4.2 Conduct study tours (quarterly/clinical positions of midwives trained by the project).																										

Expected Output 5. The issues and lessons learned in midwifery capacity development in the model region are identified and reflected in the national strategies/programs.		2010	2011	2012	2013	2014	2015																			
Activity	Implementer	Sub-Implementer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
5.1 Report the key issues and lessons learned in midwifery capacity development to the High Level Midwifery Trainers and relevant working groups.	NMCHC	Kg Cham RTC, clinical sites at model region, Kg Cham PHD																								
5.1.1 Prepare the contents on the key issues and lessons learned in midwifery capacity development.																										
5.1.2 Report and present the contents on key issues and lessons learned in midwifery capacity development.																										
5.2 Identify the relevant plans, curricula, and guidelines at national level related to midwifery capacity development in cooperation with HRD based on the experiences of the project.	NMCHC	HRD, Kg Cham RTC, clinical sites at model region, Kg Cham PHD																								
5.2.1 Monitor the modification of the relevant plans, curricula, and guidelines.																										
5.2.2 Document the result of the monitoring on the modification of the relevant plans, curricula, and guidelines.																										



*[Handwritten signature]*

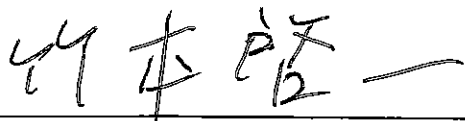
MINUTES OF MEETING BETWEEN  
THE JAPANESE PRELIMINARY STUDY TEAM AND  
THE AUTHORITIES CONCERNED OF  
THE ROYAL GOVERNMENT OF CAMBODIA  
ON  
JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJECT  
FOR IMPROVING MATERNAL AND NEWBORN CARE  
THROUGH MIDWIFERY CAPACITY DEVELOPMENT

The Japanese Preliminary Study Team (hereinafter referred to as "the Team"), organized by Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Mr. Keiichi Takemoto, visited the Kingdom of Cambodia (hereinafter referred to as "Cambodia") from October 7, 2009 until October 22, 2009. The purposes of the visit were clarifying the background, concept and scope of the project proposal made by the Cambodian authorities and studying the feasibility of the Japanese Technical Cooperation Project for Improving Maternal and Newborn Care through Midwifery Capacity Development (hereinafter referred to as "the Project").

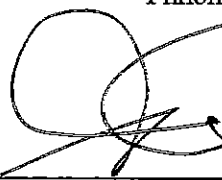
During its stay in Cambodia, the Team studied the progresses and issues related to the midwifery capacity development by reviewing documents and interviewing relevant groups/individuals at both central and provincial levels. The Team also held a one-day workshop with the purpose of identifying necessary actions which should be reflected in the project design. Based on the results of the workshop, the Team exchanged views and had a series of discussions with Ministry of Health (hereinafter referred to as "MoH") and the authorities concerned of the Project.

As a result of the discussions, both Cambodian and Japanese sides have agreed the matters in the documents attached hereto. Both sides will convey the contents of the Minutes of Meeting to their respective Governments.

Phnom Penh, October 22, 2009



Mr. Keiichi Takemoto  
Leader, Preliminary Study Team  
Japan International Cooperation Agency  
Japan



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

## ATTACHED DOCUMENT

The Team and the Cambodian sides agreed on the following terms. The Record of Discussions (hereinafter referred to as “the R/D”) attached as ANNEX III will be finalized at the time of signing.

### 1. BACKGROUND

Overall health status in Cambodia has improved over the last decade as seen in the rapid increase of the Maternal and Child Health (hereinafter referred to as “MCH”) service coverage and decrease of the Infant Mortality Rate (hereinafter referred to as “IMR”). However, the progress on maternal and newborn mortalities has been minimal. One of the bottlenecks is the quantity and quality of midwifery services, principally caused by the shortage of skilled midwives especially in rural areas.

JICA, together with MoH implemented MCH projects from 1995 to 2005, which successfully strengthened the training capabilities of the National Maternal and Child Health Center (hereinafter referred to as “NMCHC”). Furthermore, JICA and MoH have implemented the Project for Improving MCH Service in Rural Areas with the duration of three year cooperation period since January 2007, which led to strengthen moral and technical supports to midwives through collaboration among health administrators and clinical practitioners at referral hospitals. Though, capacity of clinical practitioners as midwifery trainers is still limited.

As the number of delivery cases has recently increased in many provincial referral hospitals which are clinical sites for midwifery trainings, MoH started to make efforts to train and produce more midwives at provincial level in order to fill the shortage of midwives. However, midwife production capacity is limited at provincial level, due to the shortage of midwife trainers who have enough clinical and teaching skills, the weak coordination and collaboration between those in charge of lectures and those in charge of clinical practices and the shortage of training equipment and materials at training sites.

To improve such a situation, MoH requested JICA to newly implement the Project for Improving Maternal and Newborn Care through Midwifery Capacity Development (hereinafter referred to as “the Project”), with the purpose of strengthening midwifery capacity development system throughout pre-service and in-service midwifery training at provincial level.

### 2. SCOPE OF TECHNICAL COOPERATION

#### 2-1 Project Title

The Project for Improving Maternal and Newborn Care through Midwifery Capacity Development

## **2-2 Implementing Organization**

National Maternal and Child Health Center (NMCHC), MoH

## **2-3 Duration of the Project**

Five (5) years from the date agreed by both sides in R/D

## **2-4 Project Sites**

Nationwide (Kg.Cham, Kg.Thom, Prey Veng and Svay Rieng provinces are selected as the model region of the Project.)

## **2-5 Target Groups and Beneficiaries of the Project**

### **(1) Target Group:**

Midwifery trainers who are in charge of pre-service and in-service trainings  
(Clinical trainers at hospital, preceptors and teachers at Regional Training Center)

### **(2) Beneficiaries:**

#### **a. Direct Beneficiaries:**

Midwives who receive in-service trainings and midwife students who receive pre-service trainings

#### **b. Indirect Beneficiaries:**

Pregnant women and newborns

## **2-6 Provisional Master Plan of the Project**

### **(1) Overall Goal:**

The utilization of and access to maternal and newborn care provided by midwives is increased.

### **(2) Project Purpose:**

The midwifery training system is strengthened for enabling provision of midwifery services with evidence-based quality care.

### **(3) Outputs:**

1) The capacity of midwifery trainers who are in charge of pre-service and in-service trainings is strengthened in the model region.

2) Training management for midwifery pre-service and in-service trainings is strengthened in the model region.

3) Training environment for midwifery pre-service and in-service trainings is improved in the model region.

4) Communication and collaboration for the midwifery capacity development between the model region and other regions are strengthened.

5) The issues and lessons learned in midwifery capacity development in the model region are identified and reflected in the national strategies/programs.

## **2-7 Inputs to the Project by the Japanese Side**

### **(1) Dispatch of Experts:**

JICA will dispatch experts according to the necessity for the implementation of the Project. Tentative fields of experts are as follows;

- Chief Advisor/Midwifery Policy
- Coordinator/Training Management
- Midwifery Capacity Development

### **(2) Provision of Equipment:**

JICA will provide training equipment and materials according to the necessity for the implementation of the Project. Tentative kinds of equipment are as follows;

- Office equipment (PC, printer, projector)
- Delivery kit
- Doppler (Fetal heart beat counter)
- Training materials for teaching maternal and newborn care
- Other necessary equipments

### **(3) Training of Counterpart Personnel in Japan or a third country:**

JICA will accept trainees from counterpart personnel in Japan or a third country according to the necessity for the implementation of the Project.

## **2-8 Inputs to the Project by the Cambodian Side**

- (1) Assignment of counterpart personnel
- (2) Building and facilities, including project offices at NMCHC and Kg. Cham referral hospital
- (3) Equipment and machinery (existing)
- (4) Allocation of budget (basic expenditures including salary, electricity, and water)

## **3. ADMINISTRATION OF THE PROJECT**

MoH is the responsible organization of the Project with the following officials in charge.

### **(1) Project Director:**

H.E. Prof. Eng Huot, Secretary of State, MoH

### **(2) Project Manager:**

Prof. Koum Kanal, Director of National Maternal and Child Health Center (NMCHC)

### **(3) Joint Coordinating Committee:**

Both sides agreed to hold the Joint Coordinating Committee (hereinafter referred to as "JCC") at least once a year in order to discuss the overall management and coordination of the Project.



#### **4. PROJECT DESIGN MATRIX**

Both sides jointly elaborated the draft version of Project Design Matrix (hereinafter referred to as “PDM”) as shown in ANNEX I which will be finalized by the time of signing the R/D.

#### **5. PLAN OF OPERATION**

Both sides jointly elaborated the draft version of Plan of Operation (hereinafter referred to as “PO”) as shown in ANNEX II which will be finalized by the time of signing the R/D.

#### **6. OTHER IMPORTANT ISSUES**

- (1) A close collaboration with “Project for Capacity Development System of Co-medical Education” is crucial.
- (2) For holistic improvement of midwifery capacity development, officials of NMCHC and administrators of the Department of Human Resource Development of MoH (hereinafter referred to as “HRD”), RTCs and Referral Hospitals should work closely.
- (3) Project offices at NMCHC and Kg. Cham referral hospital are secured.

ANNEX I	Project Design Matrix (Draft )
ANNEX II	Plan of Operation (Draft)
ANNEX III	Record of Discussion (Draft)

ANNEX 1 Project Design Matrix (PDM)

Project Title: Project for Improving Maternal and Newborn Care through Midwifery Capacity Development

Duration: 5 Years (2010-2015)

Target area: Nationwide (Kg Cham, Kg Thon, Pray Veng, Svay Rieng provinces as the model region of the Project)

Target group: Midwifery trainers (Clinical trainers, Preceptors\*\*, RTC teachers\*\*\*)

Implementing agency: National Maternal and Child Health Center (NMCCHC)

Implementing partners: Kg Cham RTC, Kg Cham PED, Kg Cham RH, and other clinical sites in the model region

Beneficiaries:

Direct Beneficiaries: Midwives who receive in-service trainings and midwife students who receive pre-service trainings

Indirect Beneficiaries: Pregnant women and newborns

Version: 0

Date: 20/10/2009

Overall Goal	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p>The utilization of and access to Maternal and Newborn care provided by midwives is increased.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>The number and percentage of ANC (Antenatal Care) are increased by XX%.</li> <li>The number and percentage of deliveries attended by health professionals are increased by XX%.</li> <li>The number and percentage of deliveries performed at health facilities are increased by XX%.</li> <li>The number and percentage of PNC (Postnatal Care for mothers and newborns) are increased by XX%.</li> </ol>	<p>CDHS (Cambodian Demographic and Health Survey) NHS (National Health Statistics)</p>	<p>MoH does not change major policies on MNCH (Maternal, Newborn and Child Health).</p>
<p>Project Purpose</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>The number and percentage of ANC are increased by XX% in the model region.</li> <li>The number and percentage of deliveries attended by health professionals are increased by XX% in the model region.</li> <li>The number and percentage of PNC (Postnatal Care for mothers and newborns) are increased by XX% in the model region.</li> <li>The number of midwives and midwifery students who have clinical knowledge of the evidence-based midwifery services in the model region is increased by XX%.</li> <li>The proportion of midwives who are providing evidence-based care is increased by XX% in the model region.</li> <li>The proportion of midwives who are providing evidence-based care is increased by XX% in the whole country.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>CDHS, NHS</li> <li>CDHS, NHS</li> <li>NHS</li> <li>Project Report</li> <li>Project Report</li> <li>Project Report</li> </ol>	<p>MoH does not change the major policies on midwifery issues.</p>
<p>Outcomes</p>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>The capacity of midwifery trainers**** who are in charge of pre-service and in-service trainings is strengthened in the model region.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1-1 The number of midwifery trainers is increased from XX to XX.</li> <li>1-2 The number of midwifery trainers who have knowledge on evidence-based care is increased from XX to XX.</li> <li>1-3 The satisfaction rate on midwifery training by students/trainees is increased.</li> <li>2-1 The number of the regular midwifery trainers' meetings is increased from XX to XX.</li> <li>2-2 The proportion of midwifery trainers who understand the contents of the MOU is increased by XX%.</li> <li>2-3 The miscommunication between RTC teachers and preceptors is decreased.</li> <li>2-4 The proportion of deliveries which are allocated to midwifery students/trainees at clinical sites per month or quarter is increased by XX%.</li> <li>3-1 The minimum equipment list for pre-service midwifery training at clinical site is developed.</li> <li>3-2 The key equipment for clinical training is secured for the RTC and its clinical sites.</li> <li>4-1 The number of stakeholder meetings for sharing experiences and issues of the midwifery trainings is increased from XX to XX.</li> <li>4-2 The number of experiences of the Project which are shared with stakeholders in other regions is increased from XX to XX.</li> <li>4-3 The number of experiences of the Project which are adopted by stakeholders in other regions is increased from XX to XX.</li> <li>5-1 capacity development on the key issues and lessons learned in midwifery working groups is increased from XX to XX.</li> <li>5-2 The number of the modified plans, curricula, and guidelines related to midwifery capacity development based on the Project experiences is increased from XX to XX.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1-1 Project Report</li> <li>1-2 Project Report</li> <li>1-3 Project Report</li> <li>2-1 Project Report</li> <li>2-2 Project Report</li> <li>2-3 Project Report</li> <li>2-4 Project Report</li> <li>3-1 Project Report</li> <li>3-2 Project Report</li> <li>4-1 Project Report</li> <li>4-2 Project Report</li> <li>4-3 Project Report</li> <li>5-1 Project Report</li> <li>5-2 Project Report</li> </ol>	<p>Not many midwifery trainers and counterparts leave their current post.</p> <p>Current policies on midwifery training do not change drastically.</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>Training management for Midwifery pre-service and in-service trainings is strengthened in the model region.</li> </ol>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>Training environment for midwifery pre-service and in-service trainings is improved in the model region.</li> </ol>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>Communication and collaboration for the midwifery capacity development between the model region and other regions are strengthened.</li> </ol>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>The issues and lessons learned in midwifery capacity development in the model region are identified and reflected in the national strategies/programs.</li> </ol>			

ANNEX I Project Design Matrix (PDM)

Activities	Inputs	
<p>1-1 Conduct needs assessment and baseline survey of midwifery trainers' skills level, trainer's teaching ability, quality of midwifery care.</p>	<p>&lt; Japanese Side &gt;</p> <p>Japanese experts</p> <p>Trainings in Japan and/or third countries</p> <p>Machinery/equipment</p>	<p>&lt; Cambodian Side &gt;</p> <p>Project Director</p> <p>Project Manager</p> <p>Office spaces</p> <p>Local trusts</p>
<p>1-2 NMCHC TOT unit conducts workshops/meetings to update midwifery trainers' knowledge and skill on evidence-based midwifery care.</p>		
<p>1-3 NMCHC TOT unit develops Clinical TOT course curriculum for midwifery trainers.</p>		
<p>1-4 NMCHC conducts Clinical TOT courses for midwifery trainers.</p>		
<p>1-5 NMCHC conducts monitoring and following up of midwifery trainers after Clinical TOT course in cooperation with the MoH/HRD.</p>		
<p>2-1 Conduct assessment on the midwifery training management (how to plan, implement and monitor/evaluate the trainings) by the PHD, RTC, RH, and development partners) in the model region.</p>	<p>Not many counterparts leave their current post.</p> <p>Midwifery trainers and their managers are cooperative in implementation of the project.</p> <p>Pre-Conditions</p> <p>Japanese and Cambodian sides allocate necessary inputs for the project implementation.</p>	
<p>2-2 Conduct regular midwifery trainers' meetings at implementers' level in the model region to improve communication, to reduce inconsistency between theory and practice, to improve monitoring mechanism and etc.</p>		
<p>2-3 RH and Kg Cham RTC review the Memorandum of Understanding (MOU) on pre-service clinical trainings and disseminate it to the midwifery trainers at the implementer's level.</p>		
<p>2-4 PHD, RTC and RH with support of NMCHC TOT unit plan and monitor the midwifery training courses with appropriate allocation of clinical cases in coordinated manner in the model region.</p>		
<p>3-1 Conduct assessment of the training environment at midwifery training facilities</p>		
<p>3-2 Review/revise or develop the midwifery training equipment list for the training facilities in order to standardize the midwifery training environment.</p>		
<p>3-3 Supply necessary materials and equipment to the midwifery training facilities based on the midwifery training equipment list, and monitor its usage.</p>		
<p>4-1 Conduct workshops to clarify and standardize the roles and responsibilities of midwifery trainers and their organizations (RTCs and clinical sites)</p>		
<p>4-2 Share experiences and issues of the midwifery trainings for other regions at the stakeholder meetings with HRD and RTCs, and support to improve the capacity of midwifery trainers through Clinical TOT courses and others.</p>		
<p>4-3 Share the midwifery training equipment list among the RTC regions and promote/support to improve the midwifery training environment.</p>		
<p>4-4 Conduct study tours to share experiences of midwifery trainings.</p>	<p>Preceptors meet trainers in charge of midwifery pre-service trainings at clinical sites.</p> <p>***RTC teachers mean teachers in charge of midwifery pre-service trainings at RTCs.</p> <p>**** Evidence-based quality care implies current best practices that are recommended by "WHO Care in Normal Birth" and "WHO Reproductive Health Library."</p>	
<p>5-1 Report the key issues and lessons learned in midwifery capacity development to the High Level Midwifery Taskforce and relevant working groups.</p>		
<p>5-2 Modify the relevant plans, curricula, and guidelines at national level related to midwifery capacity development in cooperation with HRD based on the experiences of the project.</p>		

\*Clinical trainers means trainers in charge of midwifery in-service trainings at clinical sites.

\*\*Preceptors mean trainers in charge of midwifery pre-service trainings at clinical sites.

\*\*\*RTC teachers mean teachers in charge of midwifery pre-service trainings at RTCs.

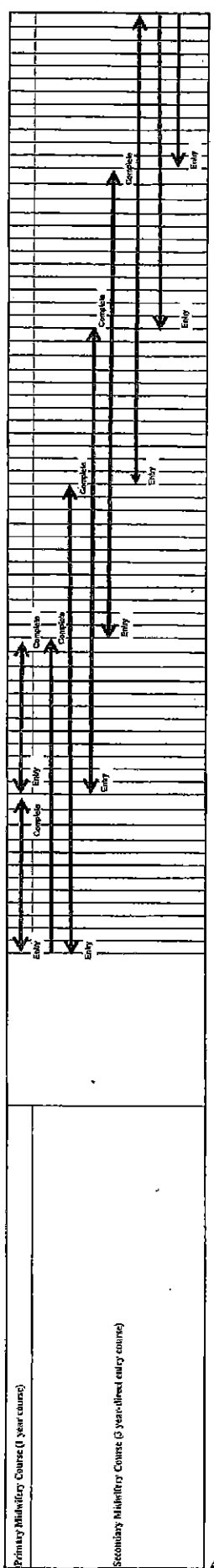
\*\*\*\* Evidence-based quality care implies current best practices that are recommended by "WHO Care in Normal Birth" and "WHO Reproductive Health Library."



Expected Output 2. Training management for Midwifery pre-service and in-service trainings is strengthened in the model region.		2010												2011												2012												2013												2014												2015											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Activity</b> 2.1 Conduct assessment on the midwifery training management (how to plan, implement and monitor/evaluate the training by the PHD, RTC, RB, and development partners) in the model region. 2.1.1 Prepare the needs assessment and baseline survey. 2.1.2 Conduct the needs assessment and baseline survey and analyze their results. 2.1.3 Prepare the report of the needs assessment and baseline survey. 2.2 Conduct regular midwifery trainings' needs at implementers' level in the model region to improve communication, to reduce inconsistency between theory and practice, to improve monitoring mechanisms and etc. 2.2.1 Prepare the regular midwifery trainers' meetings. 2.2.2 Conduct regular midwifery trainers' meetings. 2.3 RB and Kq Chan RTC review the Memorandum of Understanding (MOU) on pre-service clinical trainings and disseminate it to the midwifery trainers at the implementer's level. 2.3.1 RB and Kq Chan RTC review the Memorandum of Understanding (MOU). 2.3.2 RB and Kq Chan RTC disseminate the MOU to the midwifery trainers. 2.4 PHD, RTC and RB with support of NMCHC ToT will plan and monitor the midwifery training courses with appropriate allocation of clinical cases in conventional manner in the model region. 2.4.1 Hold meetings among PHD, RTC, RB with support of NMCHC ToT unit for planning the midwifery training courses. 2.4.2 PHD, RTC and RB monitor Clinical training courses with support of NMCHC ToT unit as per the plan.	Implementer	Sub-Implementer																																																																							
	NMCHC	Kq Chan RTC, clinical sites at model region, Kq Chan PHD																																																																							
	Kq Chan RTC, clinical sites at model region, Kq Chan PHD	NMCHC																																																																							
	Kq Chan RTC, clinical sites at model region, Kq Chan PHD	NMCHC																																																																							
<b>Expected Output 3. Training environment for midwifery pre-service and in-service trainings is improved in the model region.</b>																																																																									
<b>Activity</b> 3.1 Conduct assessment of the training environment at midwifery training facilities. 3.1.1 Prepare the needs assessment and baseline survey. 3.1.2 Conduct the needs assessment and baseline survey and analyze their results. 3.1.3 Prepare the report of the needs assessment and baseline survey. 3.2 Backdraftive or develop the midwifery training equipment list for the training facilities in order to standardize the midwifery training environment. 3.2.1 Review the assessment study result of the needs assessment. 3.2.2 Review or produce the training equipment list of the Kq Chan RTC and the clinical sites. 3.2.3 Share the training equipment list among NMCHC, JIRD, Kq Chan RTC and clinical sites. 3.3 Supply necessary materials and equipment in the midwifery training facilities based on the midwifery training equipment list, and monitor its usage. 3.3.1 Prepare the procurement of the necessary materials and equipments. 3.3.2 Supply necessary materials and equipments. 3.3.3 Monitor the usage of provided materials and equipments.	Implementer	Sub-Implementer																																																																							
	NMCHC, Kq Chan RTC and Kq Chan RB	Clinical sites at model region, Kq Chan PHD																																																																							
	NMCHC, Kq Chan RTC and Kq Chan RB	Clinical sites at model region, Kq Chan PHD																																																																							
	NMCHC, Kq Chan RTC and Kq Chan RB	Clinical sites at model region, Kq Chan PHD																																																																							

Expected Output 4. Communication and collaboration for the military capacity development between the model region and other regions are strengthened.		2010		2011		2012		2013		2014		2015																																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Activity 4.1 Conducts workshop to clarify and standardize the roles and responsibilities of military trainers and their organizations (RTC, and clinical sites). 4.1.1 NMCHC prepares for workshops in cooperation with the HRD, RTCs and clinical sites. 4.1.2 NMCHC conducts the workshops in cooperation with the HRD, RTCs and clinical sites. 4.2 Shares the best practices and issues of the military training for other regions in the stakeholder meetings (HRD, RTC, and support) to improve the capacity of military trainers through Clinical TOT courses and others. 4.2.1 Prepare the documents on experiences and issues of the military training. 4.2.2 Share experiences and issues of the military training in the meetings. 4.2.3 Support to improve the capacity of military trainers through Clinical TOT course and others. 4.3 Share the military training equipment list among the RTC regions and provide support to improve the military training environment. 4.3.1 Share the military training equipment list among stakeholders at the RTC regions and HRD. 4.3.2 Provide support to improve the military training environment in the other RTC regions. 4.4 Conduct study tours to share experiences of military training. 4.4.1 Prepare the plan of study tour. 4.4.2 Conduct study tours (monitor clinical practices of military trainers in the project).	Implementer	Sub-Implementer	[Gantt chart grid with shaded activity bars]																																												
	NMCHC and Kg Cham RTC	HRD, clinical sites at model region, Kg Cham PHD																																													
	NMCHC and Kg Cham RTC	HRD, clinical sites at model region, Kg Cham PHD																																													
	NMCHC	HRD, Kg Cham RTC, clinical sites at model region, Kg Cham PHD																																													

Expected Output 5. The issues and lessons learned in military capacity development in the model region are identified and reflected in the national strategies/programs.		2010		2011		2012		2013		2014		2015																																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Activity 5.1 Report the key issues and lessons learned in military capacity development to the High Level Military Guidance and relevant working groups. 5.1.1 Prepare the contents on the key issues and lessons learned in military capacity development. 5.1.2 Report and present the contents on key issues and lessons learned in military capacity development. 5.2 Modify the relevant plans, curricula, and guidelines at national level related to military capacity development in cooperation with HRD based on the experiences of the project. 5.2.1 Monitor the modification of the relevant plans, curricula, and guidelines. 5.2.2 Document the result of the monitoring on the modification of the relevant plans, curricula, and guidelines.	Implementer	Sub-Implementer	[Gantt chart grid with shaded activity bars]																																												
	NMCHC	Kg Cham RTC, clinical sites at model region, Kg Cham PHD																																													
	NMCHC	HRD, Kg Cham RTC, clinical sites at model region, Kg Cham PHD																																													



*[Handwritten signature]*

## ANNEX III

### RECORD OF DISCUSSIONS BETWEEN JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY AND AUTHORITIES CONCERNED OF THE ROYAL GOVERNMENT OF CAMBODIA ON JAPANESE TECHNICAL COOPERATION FOR THE PROJECT FOR IMPROVING MATERNAL AND NEWBORN CARE THROUGH MIDWIFERY CAPACITY DEVELOPMENT

Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") exchanged views and had a series of discussions with the Cambodian authorities concerned with respect to desirable measures to be taken by JICA and the Royal Government of Cambodia for the successful implementation of the Project for Improving Maternal and Newborn Care through Midwifery Capacity Development (hereinafter referred to as "the Project").

As a result of the discussions, and in accordance with the provisions of the Agreement on Technical Cooperation between the Government of Japan and the Royal Government of Cambodia, signed in Phnom Penh on June 17, 2003 (hereinafter referred to as "the Agreement"), JICA and the Cambodian authorities concerned agreed on the matters referred to in the document attached hereto.

December XX, 2009

---

Mr. Yasujiro Suzuki  
Chief Representative  
JICA Cambodia Office

---

H.E. Prof. Eng Huot  
Secretary of State  
Ministry of Health, Cambodia

THE ATTACHED DOCUMENT

I. COOPERATION BETWEEN JICA AND THE ROYAL GOVERNMENT OF CAMBODIA

1. The Royal Government of Cambodia will implement the Project in cooperation with JICA.
2. The Project will be implemented in accordance with the Master Plan which is given in Annex I.

II. MEASURES TO BE TAKEN BY JICA

In accordance with the laws and regulations in force in Japan and the provisions of Article III of the Agreement, JICA, as the executing agency for technical cooperation by the Government of Japan, will take, at its own expense, the following measures according to the normal procedures of its technical cooperation scheme.

1. DISPATCH OF JAPANESE EXPERTS

JICA will provide the services of the Japanese experts as listed in Annex II. The provision of Article V of the Agreement will be applied to the above-mentioned experts.

2. PROVISION OF MACHINERY AND EQUIPMENT

JICA will provide such machinery, equipment and other materials (hereinafter referred to as "the Equipment") necessary for the implementation of the Project as listed in Annex III. The provision of Article VII of the Agreement will be applied to the Equipment.

3. TRAINING OF CAMBODIAN PERSONNEL IN JAPAN AND/OR THIRD COUNTRIES

JICA will receive the Cambodia personnel concerned with the Project for technical training in Japan and/or will provide them with necessary technical training (s) in third countries.



### III. MEASURES TO BE TAKEN BY THE ROYAL GOVERNMENT OF CAMBODIA

1. The Royal Government of Cambodia will take necessary measures to ensure that the self-reliant operation of the Project will be sustained during and after the period of Japanese technical cooperation, through full and active involvement in the Project by all related authorities, beneficiary groups and institutions.
2. The Royal Government of Cambodia will ensure that the technologies and knowledge acquired by the Cambodian nationals as a result of the Japanese technical cooperation will contribute to the economic and social development of Cambodia.
3. In accordance with the provisions of Article V of the Agreement, the Royal Government of Cambodia will grant in Cambodian privileges, exemptions and benefits to the Japanese experts referred to in II-1 above and their families.
4. In accordance with the provisions of Article VII of the Agreement, the Royal Government of Cambodia will take the measures necessary to receive and use the Equipment provided by JICA under II-2 above and equipment, machinery and materials carried in by the Japanese experts referred to in II-1 above.
5. The Royal Government of Cambodia will take necessary measures to ensure that the knowledge and experience acquired by the Cambodian personnel from technical training in Japan and/or third country will be utilized effectively in the implementation of the Project.
6. In accordance with the provision of Article V of the Agreement, the Royal Government of Cambodia will provide the services of Cambodian counterpart personnel and administrative personnel as listed in Annex IV.
7. In accordance with the provision of Article V of the Agreement, the Royal Government of Cambodia will provide the buildings and facilities as listed in Annex V.

8. In accordance with the laws and regulations in force in Cambodia, the Royal Government of Cambodia will take necessary measures to supply or replace at its own expense machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the Equipment provided by JICA under II-2 above.
9. In accordance with the laws and regulations in force in Cambodia, the Royal Government of Cambodia will take necessary measures to meet the running expenses necessary for the implementation of the Project.

#### IV. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

1. Secretary of State, Ministry of Health, as the Project Director, will bear overall responsibility for the administration and implementation of the Project.
2. Director of National Maternal and Child Health Centre, Ministry of Health, as the Project Manager, will be responsible for the managerial and technical matters of the Project.
3. The Japanese Chief Advisor will provide necessary recommendations and advice to the Project Director and the Project Coordinator on any matters pertaining to the implementation of the Project.
4. The Japanese experts will give necessary technical guidance and advice to Cambodian counterpart personnel on technical matters pertaining to the implementation of the Project.
5. For the effective and successful implementation of technical cooperation for the Project, a Joint Coordination Committee will be established whose functions and composition are described in Annex VI.

#### V. JOINT EVALUATION

Evaluation of the Project will be conducted jointly by JICA and the Cambodian authorities concerned, at the middle and during the last six months of the cooperation term in order to examine the level of achievement.

#### VI. CLAIMS AGAINST JAPANESE EXPERTS

In accordance with the provision of Article VI of the Agreement, the Royal Government of Cambodia undertakes to bear claims, if any arises, against the Japanese experts engaged in technical cooperation for the Project resulting from, occurring in the course of, or otherwise connected with the discharge of their official functions in Cambodia except for those arising from the willful misconduct or gross negligence of the Japanese experts.

#### VII. MUTUAL CONSULTATION

There will be mutual consultation between JICA and the Royal Government of Cambodia on any major issues arising from, or in connection with this Attached Document.

#### VIII. MEASURES TO PROMOTE UNDERSTANDING OF AND SUPPORT FOR THE PROJECT

For the purpose of promoting support for the Project among the people of Cambodia, the Royal Government of Cambodia will take appropriate measures to make the Project widely known to the people of Cambodia.

#### IX. TERM OF COOPERATION

The duration of the technical cooperation for the Project will be five (5) years from the day of the first Japanese expert's arrival. The exact date will be communicated by Japanese side and confirmed by both side in writing in advance.

ANNEX I	MASTER PLAN
ANNEX II	LIST OF JAPANESE EXPERTS
ANNEX III	LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT
ANNEX IV	LIST OF CAMBODIAN COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL
ANNEX V	LIST OF LAND, BUILDING AND FACILITIES
ANNEX VI	JOINT COORDINATION COMMITTEE

協力期間:2010年~2015(5年間)

対象地域:全国(ただし、モデル地域としてコンボンチャム州、コンボントム州、プレイベン州、スヴァイリエン州の4州を選定予定)

対象グループ:助産トレーナー(臨床トレーナー、プリセプター、RTC 教員)

実施機関:国立母子保健センター (NMCHC)

実施協力機関:コンボンチャム地方看護助産学校(RTC)・州保健局(PHD)・リファラル病院(RH)、モデル地域における他の臨床実習施設

Date: 22/10/2009

受益者:

直接受益者: 卒後研修を受ける助産師と卒前教育を受ける助産学生

間接受益者: 妊産婦と新生児

プロジェクトの要約	指標	指標データ入手手段	外部条件
<p>上位目標</p> <p>助産師が提供する妊産婦と新生児ケアの利用とアクセスが向上する。</p>	<p>1 妊産婦健診の2回受診率が81%(NHS2008値)から90%(CMDG目標値)以上に増加する。</p> <p>2 医療従事者の介助による分娩率が58%(NHS2008値)から80%(CMDG目標値)以上に増加する。</p> <p>3 産後健診の受診率(1回受診)が41%(NHS2008値)から70%(CMDG目標値)以上に増加するa。</p> <p>4 保健施設での分娩率が39%(NHS2008値)から70%(CMDG目標値)以上に増加する。</p>	<p>1</p> <p>2 カンボジア人口保健調査(CDHS)</p> <p>3 国家保健統計(NHS)</p> <p>4</p>	<p>保健省は母子保健(妊産婦、新生児、小児の保健)に関する政策を大きく変更しない。</p>
<p>プロジェクト目標</p> <p>根拠に基づいた**質の高い助産ケアの提供が可能となる助産トレーニングシステム***が強化される。</p>	<p>1 モデル地域における妊産婦健診(2回受診)の数・割合が167,517人・63%(NHS2008値)から96,295人・90%に増加するb。</p> <p>2 医療従事者の介助による分娩数・割合が49,842件・47%(NHS2008値)から85,595件・80%に増加するb。</p> <p>3 産後女性と新生児を対象とした産後健診数・割合(1回受診)が47,174人・44%(NHS2008値)から74,896人・70%に増加するa,b。</p> <p>4 根拠に基づいた助産サービスに関する知識を持つ助産師や助産学生数がモデル地域でXX%増加する。</p> <p>5 根拠に基づいたケアを提供する助産師の割合がモデル地域でXX%増加する。</p> <p>6 根拠に基づいたケアを提供する助産師の割合が全国でXX%増加する。</p>	<p>1 CDHS, NHS</p> <p>2 CDHS, NHS</p> <p>3 CDHS, NHS</p> <p>4 プロジェクト報告書</p> <p>5 プロジェクト報告書</p> <p>6 プロジェクト報告書</p>	<p>保健省は助産分野に関する政策を大きく変更しない。</p>
<p>成果</p> <p>1 助産師の卒前・卒後研修に携わる助産トレーナーの能力****がモデル地域において強化される。</p>	<p>1-1 助産トレーナーの数がXX人からXX人に増加する。</p> <p>1-2 根拠に基づいたケアに関する知識を持つ助産トレーナーの数がXX人からXX人に増加する。</p> <p>1-3 学生が評価するトレーニングの満足度が上がる。</p>	<p>1-1 プロジェクト報告書</p> <p>1-2 プロジェクト報告書</p> <p>1-3 プロジェクト報告書</p>	
<p>2 助産の卒前・卒後研修に関するトレーニングマネジメントが、モデル地域において強化される。</p>	<p>2-1 助産トレーナーの定期会合の数がXX回からXX回に増加する。</p> <p>2-2 学生実習に関する合意書(RTCと臨床実習施設間で締結済みの合意書)の内容を理解する助産トレーナーの割合がXX%増加する。</p> <p>2-3 RTC教員とプリセプター間のミスコミュニケーションが減少する。</p> <p>2-4 臨床実習施設において助産学生や助産研修生が介助する分娩割合(月毎・四半期毎)がXX%増加する。</p>	<p>2-1 プロジェクト報告書</p> <p>2-2 プロジェクト報告書</p> <p>2-3 プロジェクト報告書</p> <p>2-4 プロジェクト報告書</p>	<p>助産トレーナーやカウンターパートの多くが離職しない。</p> <p>助産師の卒前・卒後研修に関する現在の政策が大きく変更しない。</p>
<p>3 助産の卒前・卒後研修に関するトレーニング環境が、モデル地域において改善される。</p>	<p>3-1 卒前助産研修に基本的な機材リストが策定される。</p> <p>3-2 助産トレーニングに必要な基本的機材がRTCと実習施設に整備される。</p>	<p>3-1 プロジェクト報告書</p> <p>3-2 プロジェクト報告書</p>	
<p>4 助産能力強化に関するコミュニケーションと連携が、モデル地域と他地域間で強化される。</p>	<p>4-1 助産トレーニングの経験や課題を共有するための関係者会議の数がXX回からXX回に増加する。</p> <p>4-2 非モデル地域の関係者に共有されたプロジェクトの経験数がXXからXXに増える。</p> <p>4-3 非モデル地域の関係者に適用されたプロジェクトの経験数がXXからXXに増える。</p>	<p>4-1 プロジェクト報告書</p> <p>4-2 プロジェクト報告書</p> <p>4-3 プロジェクト報告書</p>	
<p>5 モデル地域での助産能力強化に関する課題と教訓が明らかになり、国レベルの戦略やプログラムに反映される。</p>	<p>5-1 ハイレベル助産タスクフォースや関連のワーキンググループに報告された課題や教訓の数がXXからXXに増える。</p> <p>5-2 プロジェクトの経験に基づき改訂された計画、カリキュラム、ガイドラインの数がXXからXXに増加する。</p>	<p>5-1 プロジェクト報告書</p> <p>5-2 プロジェクト報告書</p>	

活動	投入		前掲条件
	<日本側>	<カンボジア側>	
1-1 助産トレーナーの技術レベル、教授能力、助産ケアの質に関するニーズアセスメントとベースライン調査を行う。			カウンターパートの多くが離職しない。 助産トレーナーやその管理者がプロジェクト実施に協力する。
1-2 国立母子保健センターの研修部が根拠に基づいた助産ケアに関する知識と技術をアップデートさせるためのワークショップとミーティングを行う。	日本人専門家	プロジェクトダイレクター	
1-3 国立母子保健センターの研修部が助産トレーナーのための臨床トレーナー育成コース(臨床ToTコース)のカリキュラムを策定する。	日本と第三国でのトレーニング	プロジェクトマネジャー	前掲条件  日本側とカンボジア側がプロジェクト実施に必要な投入を行う。
1-4 国立母子保健センターの研修部が助産トレーナーのための臨床ToTコースを実施する。	機材	事務所スペース	
1-5 国立母子保健センターが保健省人材育成部と協力し、臨床ToTコース後に助産トレーナーのモニタリングとフォローアップを行う。		現地必要経費	
2-1 モデル地域において、助産トレーニングのマネジメント(PHD, RTC, RH, 開発パートナーによるトレーニングの計画、実施、モニタリング・評価の方法)に関するアセスメントを実施する。			
2-2 関係者間のコミュニケーションの改善、理論と実習で教える教育・研修内容の相違の減少、モニタリング方法の改善などを図るため、実務者レベルでの助産トレーナー定期会議をモデル地域で開催する。			
2-3 RHとコンベンションRTCが実習に関する合意書をレビューし、実務者レベルの助産トレーナーに対して情報提供する。			
2-4 PHDや RTC、RHが国立母子保健センター研修部の支援の下、適切に分娩症例数を助産研修生・助産学生に割り当てられるよう調整し、助産トレーニングコースを計画・モニタリングする。			
3-1 助産トレーニング施設のトレーニング環境についてアセスメントを行う。			
3-2 トレーニング環境を標準化するため、施設の機材リストをレビュー・改訂もしくは策定する。			
3-3 機材リストに基づき、助産トレーニング施設に必要な機材を提供し、活用状況をモニタリングする。			
4-1 助産トレーナーや組織(RTCと臨床実習施設)の役割・責任を明確化・標準化するためのワークショップを行う。			
4-2 保健省人材育成部やRTCと共に、非モデル地域の関係者に対し、助産トレーニングの経験と課題を共有し、臨床ToTなどを通して助産トレーナーの能力向上のための支援を行う。			
4-3 RTC管轄地域間で機材リストを共有し、助産トレーニング環境の改善を促進・サポートする。			
4-4 助産トレーニングの経験を共有するためのスタディツアーを行う。			
5-1 助産能力向上に関する課題や教訓をハイレベル助産タスクフォースや関連ワーキンググループに報告する。			
5-2 保健省人材育成部と協力し、プロジェクトの経験に基づき、国レベルの助産能力向上に関する計画、カリキュラム、ガイドラインを改訂する。			

\*助産トレーナー:

臨床トレーナー:臨床実習施設において卒後研修を担当する臨床実習指導者

プリセプター:臨床実習施設において卒前助産研修を担当する臨床実習指導者

RTC 教員:地方看護助産学校において卒前助産研修を担当する教員

\*\*根拠に基づいた質の高いケア:「WHO Care in Normal Birth」と「WHO Reproductive Health Library」により奨励されている現在の最適なケア

\*\*\*助産トレーニングシステム:助産の卒前・卒後研修を行うための実施体制(研修に係る人材、マネジメント、環境等)

\*\*\*\*助産トレーナーの能力:教授法、助産実践能力、役割認識、倫理等を意味する。

a.産後健診の受診率については、保健戦略計画に目標値が設定されていないため、保健施設での分娩率の目標値と同値を用いた。

b.保健戦略計画2008-2015で設定されている2015年までの達成目標値。2015年の指標は、NHS2015から入手予定。(なお人口増加率は加味せず、2008年時点の推定年間分娩数106,994を基準分母として使用)

5. 評価グリッド

調査項目	評価の視点	項目	調査細目	資料調査結果	情報源	備考
必要性	必要性	対象地域・社会のニーズ	カンボジア国のニーズに合致しているか？	国家戦略開発計画(NSDP:2006-2010)では、保健セクターは貧困削減と経済成長の鍵として貢献することが期待されている。	国家戦略開発計画	
		相手国開発計画、セクター政策との整合性	開発計画やセクター政策に助産師育成の必要性は記述されているか？	カンボジアのミレニアム開発目標(Cambodia Millennium Development Goals: CMDGs)において妊産婦死亡率の削減は重要目標となっている。本プロジェクトがめざす助産トレーニングの強化は、この開発目標達成のための戦略の一環であり、カンボジア保健戦略計画(Health Strategic Plan: HSP) 2008-2015で緊急課題として位置づけられている。  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では、質の高いリプロダクティブヘルスサービスのアクセス向上のために、熟練助産師の立会による分娩の増加を目指しており、本プロジェクトの上位目標と合致する。  2007年に保健省により立ち上げられた「ハイレベル助産タスクフォース」のマルチイヤープランには、助産師育成機関や助産師トレーナー・プリセプターの能力向上が含まれており、本プロジェクトがめざす目標が実務レベルの施策として既に組み込まれている。カンボジア・ミレニアム開発目標(CMDGs)において、乳幼児の死亡率低下と妊産婦の健康改善は重点目標とされている。	カンボジアミレニアム開発目標  国家リプロダクティブヘルス戦略  ハイレベル助産タスクフォース・マルチイヤープラン	
		日本の援助政策・JICA国別事業実施計画との整合性	日本の対カンボジア国援助政策やJICA国別事業実施計画との関連性はあるか？	保健医療の充実、日本政府の対カンボジア援助方針の重点課題の一つであり、JICA国別事業実施計画でも、保健医療の充実が重点分野と位置づけられている。母子保健分野においては、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、2007年から2010年まで「地域における母子保健サービス向上プロジェクト」を実施している。本プロジェクトは妊産婦や乳幼児の健康の改善を上位目標とするものであり、日本政府及びJICAが重点を置いているミレニアム開発目標(MDGs)達成への貢献に直接的に資する案件である。そのため、人材育成の強化を通じた母子保健サービスの向上を支援する本件は、わが国の援助政策に合致する。	JICA国別事業実施計画との整合性	2006年に実施した開発調査の結果を含めること。
		開発課題への対応としての適切さ	プロジェクトは開発課題を解決する手段として適切か？	母子保健の指標が低い要因として、質の高い助産師の不足が主要な課題として挙げられる。そのため、助産師を育成するシステム強化を図る本プロジェクトは、開発課題を解決する手段として適切であると考えられる。	Comprehensive Midwifery Review (UNFPA)	
妥当性	妥当性	ターゲットグループのニーズ規模、対象	パイロット地域は事業対象地として適切か？	事業対象地のコンポンチャム州は、国内で最も多くの人口を抱えていることもあり、人口に占める助産師の配分が国内で最も低い州の1つである。  事業対象地では、過去に開発調査「母子保健向上のための調査」や「地域における母子保健サービス向上プロジェクト」が実施された経験があるため、関係機関とはすでに友好的関係が構築され、既存のネットワークを活用することが可能となり、効率的な活動の実施が期待できる。	「地方における母子保健サービス向上プロジェクト」チームへの聞き取りを通して確認	貧困州・人口数が多い、助産師数/人口が少ない。
		協力期間	各活動の実施と成果達成に要する期間として5年間は適切か？	カンボジア保健省が、3年の卒前助産教育の制度を2009年より開始し、本コースを継続した助産育成制度として考えている。ただし、准助産師育成コース(1年)も2011年まで実施されており、それまでは助産教育システムが混在状態となっている。混在していないコースを最低限1度モニタリングするためには最低限5年間は必要である。5年間のプロジェクト期間では、本コースを3回に渡りモニタリングすることが可能となり、卒前助産教育システムの整備や強化を行うには適切だと考えられる。さらに、助産教育システムのベースライン調査からシステムの強化まで達成するためには、5年間のプロジェクト期間は最低限必要だと考えられる。	プロジェクトチームへの聞き取りを通して確認	
		日本の技術の優位性	日本はプロジェクトを支援するに必要な十分な経験を持ちあわせているのか？	日本は、母子保健人材の不足という課題に対応して、1997年に無償資金協力で国立母子保健センターの建設を支援しつつ、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、特に1997年からNMCHCにおいて助産師卒業教育が実施できるようになった。このような経験から、日本は母子保健の向上を支援するに十分な経験を持ち合わせている。	母子保健プロジェクト・地域における母子保健サービス向上プロジェクトの報告書	

		事業実施機 関の適切さ	事業実施機関は適切 か？	NMCHCは、母子保健プロジェクトによる支援の結果、助産師 卒後教育を実施する能力を持っている。1997年から助産のト レーニングを実施しており、本プロジェクトで助産のトレーニ ングを実施するために必要な人材や経験を十分有する。	プロジェクトチ ームへの聞き取り を通して確認	
		その他	他ドナーの類似事業と の連携・デマケは明確 に実施されているか？	助産師の人材育成への技術支援は多くない。UNFPAは、カン ボジア助産師協会の機能強化や助産教育にかかるポリ シーレベルの活動を行っている。また、RACHAは、全国で各 地で母子保健に関する支援を行っているが、本プロジェクト のモデル地域内で助産師の人材育成にかかわる支援は実 施していない。GTZが長年Kampot RTCで看護教育の支援を 実施しているが、助産師の人材育成分野で、特に地方の フィールドレベルで臨床実習を支援している(また計画してい る)他ドナーは今のところない。	プロジェクトチ ームへの聞き取り を通して確認	他のドナーの 活動内容が重 複していないか 調べる。
有効性	プロジェクト 目標 内容	プロジェクト 目標の明確 さ	プロジェクト目標は明確 か？ プロジェクト目標の指標 は、目標の内容を的確に とらえているのか？ プロジェクト目標の指標 と目標値は、ベースライ ン調査のデータに照らし 合わせて妥当か？	問題なし。	PDM案を作成し ながら確認	
		プロジェクト 目標達成に 至るアウト プット計画	プロジェクト目標を達成 するために十分なアウト プットが計画されている か？	問題なし。	PDM案を作成し ながら確認	
	因果関係	外部条件	アウトプットからプロジェ クト目標に至るまでの外 部条件は正しいか？外 部条件が満たされる可 能性は高いか？	RTCの教員については、離職の可能性はあるが、リファラル 病院のプリセプター(臨床実習指導者)やNMCHCなどのカウ ンターパートの離職の可能性は低い。	PDM案を作成し ながら確認	
		貢献・阻害 要因	プロジェクト目標の達成 を阻害する要因はある か？	現時点では阻害要因は見あたらない。	PDM案を作成し ながら確認	
効率性	アウトプ ット内容	アウトプ ット指 標・目 標値の 適切さ	アウトプットの指標は、 内容を的確に捉えてい るか？ アウトプットの目標値は 妥当か？	問題なし。	PDM案を作成し ながら確認	
	因果関係	アウトプ ットに 至る十 分な 活動計 画	アウトプットを産出する ために十分な活動が計 画されているか？ 活動を行うために過不 足ない量・質の投入が 計画されているか？ 外部条件が満たされる 可能性は高いか？	問題なし。	PDM案を作成し ながら確認	
	投入のタ イミング	投入タイ ミング の適切 さ	投入のタイミングは適切 に計画されているか？	現時点では問題は見受けられない。	PO案を作成しな がら確認	
	コスト	投入規模 の適切 さより 低い コスト での代 替手段 の有無	プロジェクト目標および アウトプットは投入予定 のコストに見合ったもの か？ より低いコストでの代替 手段は無いか？	機材は、研修用の機材に留めており、最低限に抑えられて いる。また、過去にJICAの支援が行われている国立母子保 健センターを実施機関としているため、最低限に抑えられ る。また、実施パートナーであるコンボンチャムRH産科病棟 の施設も、無償資金協力で整備され、本プロジェクトで活用 されるため、新たな投入は低く抑えられる。	PDM案を作成し ながら確認	
	上位目標 の内容	上位目標 指標の 適切さ	上位目標は、目標の内容 を的確に捉えている か？ 上位目標の指標、目標 値は、ベースラインデ ータに照らし合わせて妥 当か？ 上位目標の指標の入手 手段は適切か？	問題なし。	PDM案を作成し ながら確認	



インパクト	因果関係	上位目標から上位目標への外部条件が満たされる可能性	上位目標は、プロジェクトの効果として発現が見込まれるか？ プロジェクト目標から上位目標に至るまでの外部条件は適切に認識されているか？ 上位目標の達成を阻害する要因はあるか？	カンボジアでは、内戦による保健医療施設の壊滅に加え、人材不足や保健サービスの質の低さなどの理由から、公的保健サービスへのアクセスが低い。母子保健に関しても同様で、保健センターには、最低限必要なケアを提供できる助産師が配置されていないことがアクセスを下げ大きな要因となっている。そのため、助産育成システムの強化によって、助産師の数を増やし、助産ケアの質を高めることにより、妊産婦と新生児ケアのアクセス・利用が向上することが期待できる。	PDM案を作成しながら確認	
	波及効果	上位目標以外の効果・影響	上位目標以外の正のインパクトは生じるか(政策、社会・文化、技術、経済面など)？ 上位目標以外の負のインパクトは生じるか？	特になし。	PDM案を作成しながら確認	
自立発展性	政策制度面	政策支援の継続可能性	開発された制度やプログラムは協力終了後も引き続き実施される見込みか？	本プロジェクトで開発された助産能力強化コース(ToTコース)は、保健省が国として継続することを約束している。そこで、保健省が本プロジェクト終業後に引き続き助産能力強化コースを実施・監視する部局を明確にし、職員を配置すれば、継続して実施されることが期待できる。 本プロジェクトによって開発される卒前・卒後研修プログラムは、国レベルの戦略やプログラムに反映され、保健省人材育成部によって引き継がれる見込みである。保健省がオーナーシップを持って継続的にプログラムを運営していくためには、プロジェクト期間中に教材やガイドライン、トレーニングカリキュラムを国の正式の文書として認可させるといった工夫が必要といえる。	プロジェクトチームへの聞き取りを通して確認	
		パイロット後の展開の可能性	パイロット地域での活動は、協力終了後も継続して実施される見込みか？	卒前・卒後研修プログラムの経験は、国レベルの戦略やプログラムに反映させる予定である。そのため、協力終了後も、プロジェクトの結果策定された計画やプログラムは保健省人材育成部によって引き続き実施される見込みが高い。	プロジェクトチームへの聞き取りを通して確認	
	組織財政面	組織や意思決定機構の継続性	協力終了後も効果をあげていくために活動を実施する組織能力はあるのか(人材配置、意志決定プロセスなど)	実施機関である国立母子保健センターは、臨床と研修、母子保健行政機能(母子保健関連の国家プログラムを実施する行政機能)である。また、過去に実施されたプロジェクトのカウンターパートの多くが現在でも勤務しており、人的組織基盤が安定しており、プロジェクト終了後も継続して活動を実施されることが期待できる。	プロジェクトチームへの聞き取りを通して確認	
		先方実施機関のオーナーシップ意識・予算措置		これまでのカウンターパートも多く残っており、JICAの協力についてよく理解しており、地域における母子保健サービス強化プロジェクトの終了時評価の教訓の中でも、カウンターパートの実施主体者としてのオーナーシップ意識の高さが確認されている。	プロジェクトチームへの聞き取りを通して確認	
	技術面	技術の受容度	実施機関は技術を受容する能力があるか？	NMCHCは、助産の臨床実習を1997年から実施しており、本プロジェクトで助産のトレーニングを実施するために必要な技術を受容する能力を十分有する。	プロジェクトチームへの聞き取りを通して確認	
		普及メカニズム	普及のメカニズムは、プロジェクトに組み込まれているか？ 実施機関が普及のメカニズムを維持できる可能性はどの程度あるのか？	カンボジアでは、2005年から政府年間予算計画(Annual Operation Plan: AOP)や3カ年計画に基づいてHSP達成に必要な活動を実施するようになった。HSPでは、母子保健の向上が最優先課題として位置づけられているため、これまでのJICAプロジェクトで実施した研修は、国立母子保健センターがAOPに組み込んで継続している。本プロジェクトにおいても、国立母子保健センターやRTCなどの実施機関等がAOPに組み込んで本プロジェクトで開発した研修モデルを継続して実施することが期待される。	プロジェクトチームへの聞き取りを通して確認	
		パイロット地域外への波及可能性	パイロット地域での活動は、協力終了後には他地域に拡大される見込みか？	パイロット地域と他地域でのコミュニケーションや連携を強化する活動がプロジェクトに含まれている。そのため、パイロット地域での活動は、他地域に拡大される見込みが高い。 他地域に普及させるため、保健省人材育成部(HRD)や国立母子保健センター(NMCHC)などの中央レベルの機関を巻き込んで実施するため、普及させやすい。	プロジェクトチームへの聞き取りを通して確認	
		その他	自立発展性を阻害する要因はあるか？	現時点では、阻害要因は見あたらない。	プロジェクトチームへの聞き取りを通して確認	

## 議事メモ

**1. 保健省人材育成部 ( Health Resource Department )**


---

【 日 時 】 2009年10月8日(木) 14:00 ~ 15:00

---

【主要面談者】 Keat Phuong (Ms.)      Director  
 (tel) 023-428 930  
 (mobile) 092-686-686  
 (e-mail) keatphuong@gmail.com

---

1. 保健人材育成部について
  - 職員数は全部で約 20 名。うち、15 名が正職員、5 名はパートタイム。
  - RTC など看護・助産学校の運営監督、教員養成、教育内容・方法を定める基礎となる規定整備を行っている。
2. RTC など看護・助産学校のモニタリングについて
  - モニタリング用のチェックリストがあり、職員の数や質、教育方法、施設や機材等についてモニタリングを行っている。モニタリングの結果、学校の改善が必要な際には、RTC は州知事に支援を依頼し、サポートを受けている。
  - PHD が数人のチームを作り、Quality Assurance Program を実施し、RTC のモニタリングを行っている。
  - 助産師トレーナー養成研修後のモニタリングやフォローアップも行っている。
3. RTC の課題
  - 施設が未整備、教材不足、質の高い教員不足等が挙げられる。これらの問題を解決するため、ドナーからの支援を配分し、改善を図っている。
  - 教員の給与が低く、モチベーションが低い。そのため、1 時間あたり 2.5 米ドルのインセンティブが教員に支給されている。
4. 州病院に対するモニタリングや支援について
  - 州病院での臨床実習に関するモニタリングは行っていない。ただ、3 カ月に 1 度の割合で関係者が集まり、トレーニングに関する協議を行っている。

**2. 保健省人事部 ( Personnel Department )**


---

【 日 時 】 2009年10月8日(木) 15:30 ~ 16:30

---

【主要面談者】 Mey Sambo (Dr.)      Director  
 (tel) 012-824-544  
 (e-mail) meysambo@yahoo.com

---

1. 保健人材育成部の機能
  - 保健人材の雇用、配属、remuneration 等を行う。
2. 保健人材の雇用方法
  - 職員の基準があり、基準を最低限満たす人材を雇用している。
  - 職員雇用のプロセスは、各保健局が必要とする採用者数の情報を州保健局に提出し、保健省人事部に提出。人事部は、人事院・財務省の確認を取ったうえで、採用試験を行う。
  - 人材雇用が難しい地域では、インセンティブの支給や、地元で働きたい人を優先してヘルスセンターに配属するなどの工夫を行っている。
3. 助産師育成に関する予算配分
  - 予算を含む地方の予算は、中央で承認を得る必要があり、財務省の承認が必要となるため、保健省では決められない。2010 年には、職員数を増やしたいと考えているが、財務省の承認

を得るのが難しい。

- 保健人材の助産師の給与体系が課題の一つとして挙げられるが、2年毎に昇給する仕組みになっている。昇給額は、医師、薬剤師、看護師など、職種により違いがある。また、RTCの教師は、基本給に加え手当を受けている。

### 3. NMCHC (National Maternal and Child Health Center)

【日時】 2009年10月9日(金) 8:30 ~ 9:30

【主要面談者】 Ou saroeun (Ms.) Chief of Delivery  
(tel) 012-914 235

1. 本センターで助産師の育成に携わることのできるトレーナーの数は？
  - トレーニングユニットにいる3名の助産師がトレーナーとして携わっている。また、婦人科、産科、delivery、OPDにはそれぞれ5名のリーダーがおり、うち10名程はトレーナーとして働くキャパを持っている。しかし、これまでにTOT (Training of Trainer)を受けたトレーナーの多くが定年退職し、トレーナーの数が減っているため、新たなトレーナーの教育が必要だと感じている。
2. 本センターでトレーナーに対するTOTは行っているのか？
  - トレーニングユニットが、各部局からチーフを呼び、必要なトレーニングを計画し、行っている。
3. 助産師に対するトレーニングのカリキュラムや教材について知りたい。
  - トレーニングは、トレーニングユニットが計画を立てているため、トレーニングユニットに聞いた方が良い。また、教材は作成されているが、手元に無いため、トレーニングユニットに聞いた方が良い。ただ、教材は英語であるため、助産師にはクメール語版の教材が開発されればさらに理解しやすいと思われる。
4. 本センターでは誰を対象としたトレーニングを行っているのか？
  - 3種類のコースがあり、医師、ヘルスセンターの助産師、リファラル病院の助産師に対してトレーニングを行っている。また、UNFPAやNGOからの要請で、リファラル病院やTSMCのプリセプターに対するTOTも行っている。
5. ヘルスセンターに対する支援やモニタリングを行っているのか？今年度には具体的にどのような支援やモニタリングを行ったのか？
  - 州レベルからPHDとOD(保健区)のMCHスタッフやリファラル病院の看護師が参加したMidwife Coordinate Alliance Team (MCAT)ワークショップを行い、ヘルスセンターが位置する地域でヘルスセンターの助産師をサポートする仕組みが作れるよう働きかけた。

### 4. Technical School of Medical Science

【日時】 2009年10月12日(月) 9:00 ~ 11:00

【主要面談者】 Huy Sovath (Dr.) Director of TSMC

1. TSMCに関して
  - 1997年までは保健省の下部組織として位置していたが、1997年終わりからUniversity of Health Science (UHS)の下に位置付けられた。
  - UHSには、医学科、歯科、薬剤科、TSMCの4科があり、TSMCには、Laboratory、看護、助産、Physical Therapy (理学療法)、放射線の5科に分かれている。
  - 助産は3年間のコースと、看護科3年+助産1年の2つのコースがある。
  - 看護は3年のコースと、4年のコース(2008年から開始)の2つある。これら2つのコースのカリキュラムは異なる。
  - 学生はプノンペン周囲の州からくる学生が多い。その理由は、周囲の州出身者には奨学金が

与えられるためである。

- 就職先については把握していない。

## 2. 助産教育に関して

- 助産教育に携わる教師は、理論を教える先生が 26 名（内、助産師は 6 名）、臨床実習を教える教師が 60 名（内、助産師は 53 名）いる。尚、臨床実習を教える教師は、NMCHC、カルメット病院、クメール・ソビエト友好病院、赤十字センター、コサマック病院、Municipality 病院、プノンペン周辺のヘルスセンターなどで働いており、TSMC の常勤教師では無い。
- 看護も助産も、臨床実習の際に使うガイドラインと Clinical Logbook（学生のモニタリングのための本）がある。これらは保健省のガイドラインに沿って、2009 年に UNFPA や RACHA の支援を受けて作成された。また、これらは RTC でも使われている。
- 看護と助産のシラバスは、JICA の支援を受け、学校の教師とプリセプターによるワーキンググループが作成した。
- 助産コースのカリキュラムは、学校での講義、実習、病院での臨床、コミュニティでの臨床、レポート作成というコースになっている。RTC でのカリキュラムも同じ。
- 助産コースには、2008 年からオーストラリアによる教員育成支援が行われている。本支援は、開始して 2 週間であり、現在は助産環境に関する調査を行っている状態である。
- 助産のトレーナーに対する TOT は、HRD 主催で助産・看護の Preceptor 研修会が実施される際に、各学校から 2 名ずつ参加している。研修会は年に 4 回程、1 度に 1 週間ほどの期間行われる。
- 学生の臨床実習先に関しては、病院に要望書を出し、実習場所を振り分けている。
- 学生の管理は、preceptor の責任になっており、TSMC の教師は学生が実習病院に来ているかチェックはするが、指導方法に関するモニタリングはしていない。

## 3. Preceptor の再教育に関して

- HRD が教員育成の役割を持つため、Preceptor の TOT は HRD に任せている。
- Preceptor は、HRD 主催で TOT が実施されていればトレーニングを受けている。実習先病院は、バタンバン病院やシエムリアップ病院である。これらの病院は患者が多いため、実習先となっている。
- TSMC 主催では TOT は行っていない。JICA による支援が行われる前までは、TSMC 主催で TOT を行っていたが、TOT の実施が難しくなったため、やめた。
- 教師の資格は、保健省から出された学校基準法（設置基準法）に教師になるための資格が記載されている。教師の資格は、教える教科と同等以上の資格を持っており、かつ、臨床経験 3 年～5 年は持つ人材である。教師の指導方法に関するトレーニングは行っていない。

## 4. UHS との関係について

- TSMC は入学試験を行っているが、UHS は入学試験を行っておらず、医学部で 1 年生から 2 年生になるための進級テストで 150 名しか進級できなかったため、教師の質に問題があるというデモが起こった。そのため、TSMC には進級できなかった医学生の受け皿として 4 年生の看護クラスを作った。

## 5. RTC との連携に関して

- 年に 1 度あるセミナーで会うくらいで、連携はしていない。

## Kog Cham 州保健局へのインタビュー（詳細計画策定調査）

～カンボジア医療技術者教育システム向上プロジェクト～

助産師の能力強化を通じた母子保健プロジェクト～

日時：2009年10月13日 9:30～10:20

対象者：Kimsour Phirun 局長; MD.MPH

実施者：調査団（竹本課長、望月氏、阿川氏） 小山内短期専門家、IMCJ 穴見

通訳：ナリ氏（JICA ナショナルスタッフ）

< 州保健局（PHD）と州病院との関係 >

- ・ 州病院は、以前は保健行政区（OD）の管轄だったが、現在は州保健局の下にある。
- ・ 州保健局は、州病院の技術研修について責任を持っている。

< RTC の位置づけ >

- ・ RTC（Regional Training Center）は、保健省人材開発部（HRD）の管轄であり、州保健局の管轄ではない。

< RTC との定例会議について >

- ・ RTC が、四半期定例会議（Regional Training Coordination Board）を開催している。
- ・ 同会議出席者は、保健省の人材開発部（HRD）、RTC が管轄している4州の州保健局の副局長および担当官（母子保健・継続教育・技術部門）である。リファラル病院関係者は、メンバーではない。
- ・ 会議の議題は、看護・助産学生の臨床実習に関する問題、新卒看護師・助産師の配置、地域のヘルスセンター助産師等に対する継続教育についてである。

最近では9月に同会議が開催され、各州が実施したインサービストレーニング（HC 助産師とEPI 担当者）に対する5日間の研修等）について報告があった。保健省、国家プログラムおよび州保健局の継続教育担当部門と RTC とが協力してインサービストレーニングを実施しているとのこと。

< RTC の学生の臨床実習 >

- ・ RTC の臨床実習を実施するにあたり、州保健局が、実習先であるリファラル病院に対し、通知を发出し、コーディネートしている。
- ・ RTC は、リファラル病院で学生の臨床実習を実施。実習先は CPA3 だけでなく、CPA2,1 のリファラル病院でも実施する。
- ・ コンポンチャム州 RTC が管轄している他の4州のリファラル病院における実習は行わない。ただし、RTC でのインタビューによると他の州のリファラル病院においても臨床実習を実施しているとのこと。

#### < RTC 学生の進路 >

- ・ RTC を卒業した学生は、都市での就職を希望する者が多いことや結婚等の事情により、僻地のリクルートが困難な状況である。
- ・ 学生は、虚偽の住所を申請する等どうにかして僻地に配置されないような方法を使い、都市に配置されようとしている現状である。

#### < RTC 学生の質 >

- ・ RTC 卒業生は、一般的に質が高いといわれているクンタポッパ病院に就職できていることを考慮すると、学生への教育の質は、良いのではないか。

#### < HC 助産師の配置について >

- ・ 現在 137 のヘルスセンターがあり、全てのヘルスセンターに助産師を配置すべく努力しているが、あと数箇所達成されていない。
- ・ ヘルスセンターに 2 名の助産師が配置されているところは、助産師が配置されていないヘルスセンターにローテーションで配置している。

#### < 病院における看護ケアの問題点について >

- 1) 医療資材、機材の不足している。
- 2) 看護職員の賃金が低い。  
プライマリ看護師は 10 万リエール/月で、セカンダリ看護師は 20 万/リエールにユーザーフィーとインセンティブ（ワークショップや研修参加）し、おおむね 30 万リエール程度になる。
- 3) 看護の臨床経験が不足しており看護ケアの質の改善が必要であるため、研修が必要。
- 4) 看護師の偏在（特に僻地の看護師不足）

#### < 備考 >

- ・ 州保健局では、母子保健課や継続教育等の部署に看護師、助産師が配置されている。
- ・ 局長は、2007 年に副局長に就任し、本年 6 月に局長に就任した。1992 年から 2007 年まで、リファラル病院（CPA 3）の救急部門で医師として勤務していた。
- ・ JICA の現在のプロジェクト（地域における母子保健サービス向上プロジェクト）については聞いているが、JICA のプロジェクトに局長自身がかかわるのは初めてである。局長は、JICA も他の NGO についてもかかわってくれることに対して、歓迎している。

## Kampong Cham Referral Hospital (RH)へのインタビュー

対象者：Dr.Meas Chea, Director of Referral Hospital

実施者：調査団（竹本課長、望月氏、阿川）、小山内短期専門家、IMCJ 穴見氏

通訳：ナリ氏（JICA ナショナルスタッフ）

日時：2009年10月13日 10:30-12:00

### < 病院の概要 >

260床、（産科35床）

210スタッフ（うち、6名が無給休職、1名がトレーニング中）

医院長と6名のDeputy Director があり、そのうちの1名が看護部長で、管理職給与を支給している。

22診療科

-医師33名、眼科・精神科・内科・産婦人科の専門医9名

-アシスタント医師3名

-薬剤師3名

-歯科医師2名（アシスタント歯科医師1名）

-専門のトレーニングを終えた看護師（管理4名、麻酔3名、精神7名）

-ケナジーセラピー

-SNs 58名

-PNs 30名

-SMw 29名

-PMw 1名

-Driver 1名、Worker 2名

-Contract staff 25名

平均在院日数6-7日

死亡率は3%（2%以下が望ましいとNational Standardは言っているが、地方からの搬送ですでに手遅れのものが増えたのと、HIVの患者が増えたために増加傾向にある。）

### < NMCHC との関係 >

- ・よく連携がとれている。NMCHCの巡回指導を受けたり、NMCHCでのBEmOC研修に助産師や医師が参加している。NMCHCに対して、巡回指導に頻回にきてもらうよう依頼している。
- ・プロジェクト活動の中で、NMCHCといくつかの活動を共同で行っている。ベトナムでの研修に参加したスタッフもあり、院内の伝達講習等により経験を共有している。

引き続きよい関係を築きながら、カンボジアのMMRを下げるように提言をしていきたい。

### < 臨地実習 >

- ・臨地実習で消耗する物品は病院が負担することとなっている。病院の年間予算の15%を臨床実習用の用具を買うために申請してあるが、まだお金がおりていない。開発パートナーの支援が

必要。GTZ から機材の支援を得ることができた。

- ・ 約 30 名のプリセプターがいる。( Mw 5 名、HC の Mw 2 名、Ns23 名 )
- ・ 実習生・研修生が多く、Kg.Cham 州 RTC の管轄下にある 4 州のみならず、軍病院やプノンペンの International University ( 私立 ) からの学生も実習に来る。今後は UHS から来るといわれている
- ・ プリセプターのトレーニングはアンコール病院やバタンバンへの Study visit 等が行われている。NGO がスポンサーをしている、1 週間のトレーニング。( 参加者には 1 日 \$ 20 が支給される )
- ・ プリセプターは RTC から月に 30 時間 ( 1 時間につき 1,000R、月に 30,000R 合計 \$ 7 ) 分の謝礼が支払われる。
- ・ プリセプターの役割として、臨地実習指導・講義・試験にかかわる。
- ・ 臨地実習は RTC のログブックと病院のタスクにより実施され、それらを達成しなければ試験を受けることができない。

#### < RTC との連携 >

- ・ Regional Technical Board があり、会議が RTC で開かれ、RH と RTC が参加している。この会議で実習について話したり、試験の中身を決める。
- ・ プリセプターが学生の評価をし、Ns や院長がサインをしたものが RTC に返される。評価のいい学生には院長が就職の際に推薦状を書く。
- ・ RTC が病院の職員に対し、TOT を行っている。
- ・ 病院の医師が RTC に講義に行くと 1 時間 5,000R、看護 / 助産師は 1 時間 2,000R もらうことができる。

#### < 病院の抱える課題 >

- ・ 資金不足で病院が不衛生

#### - 産科に関して

- ・ 分娩にかかる費用は公立病院 \$ 15、私立 \$ 70 ~ 100
- ・ 今後新しい建物が建って患者が増えれば、スタッフが不足するため、PHD の Director とも新規雇用に関して協議が必要。また、衛生面が心配。
- ・ 3 名の助産師が退職したが未補充である。

#### - 雇用に関して

1 年先の退職者を見越して、PHD に申請をしておく。直接リクルートはできない。( お金があれば別途、契約職員を雇うことができるが、月に \$ 200 くらい支払わなければならないのでむずかしい。 ) 公務員は安いけど質は低い可能性もあるし、全体的に数が不足しているので、配属されるまでに時間がかかる。

#### < 建物と機材 >

- ・ 敷地内に日本の無償資金協力で現在建築中の建物あり。( 産科病棟・手術室棟が作られる。 )



- ・ 結核病棟は国境なき医師団（MSF）によって建築中。現在結核患者がいる病棟は、医療器材の修理・管理をするワークショップとして使用される予定。
- ・ 敷地内にはヘルスセンターも隣接している。
- ・ CTが中国の支援で1台ある。（1回\$80かかる。1日に2~3度くらい使われている）
- ・ NICUにはKOICAの支援にて保育器や滴下ポンプが入っていた。滴下ポンプは使用されていない。モニター類は1つ。（おそらく心拍と酸素飽和度の測定）
- ・ 本来はICUとして機能させたいというリカバリールームには酸素ボンベが1台ある。

## Kg. Cham RTC インタビュー

日時：2009年10月13日 14:00～16:00

対象者：Dr. Kim Bun Ann, Director of RTC

Mr. Huong Sarin, Chief of Technical Bureau (同席) 看護師

Ms. Duch Sophath, Head of Midwifery Unit (同席)

実施者：調査団(竹本課長、望月氏、阿川)、小山内短期専門家、IMCJ 穴見氏

通訳：ナリ氏(JICA ナショナルスタッフ)

### < RTC で教授しているコース >

看護師 3 年課程 (secondary nurse)

看護師 1 年課程(primary nurse) →Health center へ就業。2005 年に開始された。

助産師 1 年課程 →看護師 3 年課程を修了した者が入学。修業後は看護助産師となる。

助産師 3 年課程 →2008 年より開始。現在は 1 学年のみが修学している。

助産師 1 年課程 (primary midwife) →Health center へ就業。2005 年に開始した。

歯科看護師 3 年課程

### < 学内運営組織に関すること >

-National Training Board: HRD/MOH, 4 RTC, TSMC, ドナー (UNFPA, WHO, 等): 他の RTC との連携

-Regional Training Coordination Board: カバーする 4 州の PHD, RTC, HRD/MOH: 州の研修に関すること、MPA 研修、学生の実習

-Regional Technical Board: 実習施設の長、看護部長、RTC: 学生実習の数、配置などの実習調整、実習費等

-学校の SOA 化は 2010 年と言われていたが、現状では教員も資金も不足しているため、2011 年を予定

-AOP は MOH と州知事の 2 カ所に提出している

### < 学生数に関すること > (別紙)

→計 580 名

### < 教員に関すること >

1. 職員数 (別紙) →計 50 名

2. 教員の資格はない。臨床経験がなくてもよく卒業すぐに教員になる者もいる。

3. 学内教員 18 名、アシスタント教員 6 名、教育助手 29 名、外来講師 26 名

4. アシスタント教員は教員になる前の者で 3 年は研修期間として教育には直接あたらない。この間は、授業準備、教材の準備、臨地実習の調整など教員をアシストする。

5. アシスタント教員は、この間に RTC 主催の 3 週間の TOT に参加し教授法などを学ぶ。これ以外の TOT の機会はない。

6. 教員のリクルートは MOH と PHD が担当。

<教育に関すること>

- 1 . カリキュラムは保健省（HRD）より承認されたものを各コースで使用している。が、助産師3年課程は1年しかカリキュラムが示されていない。
- 2 . 助産師課程カリキュラムは、国レベルで、Midwifery council, NMCHC がメンテナンスを行い、必要時にアップグレードする。看護師課程カリキュラムも同様。
- 3 . 教育の教授は、2008年に保健省（HRD）より示された、カリキュラムガイドラインが各コースにあり、それに沿い実施している。カリキュラムガイドラインの内容は、各科目または看護実践ごとに教育内容、方法、教育媒体、時間、引用文献が書かれている。
- 4 . HRD が示す Quality Assurance Program ( QAP ) に沿い、教育を展開している。QAP の中で、アシスタント教員は3カ月の臨床研修を受けることになっている。QAP は教員と学生、授業計画、学生が試験に合格する割合、評価、指導の方向性の5つのアイテムから成る。各教員は授業の前に授業計画を作成し教授している。
- 5 . 学内デモンストレーションは、Theory standard を各学生が持ちそれに沿い行われる。

<臨地実習に関すること>

- 1 . Clinical practice は、log book ( 臨地実習チェックブック ) に沿い行われる。実習内容のチェック、臨地実習の総合評価は病院の preceptor が行い RTC へ報告する。
- 2 . 実習病院の preceptor は Kg.Cham RTC のカバーする4州で計60名いる(メモット、チャムカール、クライ)。Kg.CHam リファラル病院は32名の preceptor がいる。
- 3 . 実習病院との連携は、Regional Technical Board で3カ月ごと(四半期)に行っている。協議内容は、実習する学生数、施設内での割り振り、実習方法など実習にかかわる全てのことである。
- 4 . 実習のステップとしてまず学校と病院で同意書を結ぶ。この際には学内の3つの Boardを通し病院へ提出される。同意書は3年ごと。学生に関する情報は毎年提供している。
- 5 . Preceptor のガイドラインがある( MOH が作成したもの )。
- 6 . プリセプターの能力強化のために、すべての RTC のプリセプターを対称にしているワークショップが年に2回開催されている。プールファンドから予算が執行される。

<NMCHC との連携>

カリキュラム作成（CPA等）する際に連携がある。

来年度カリキュラムの改定をしたい。

<評価に関すること>

- 1 . 座学の評価は、各学期の終了時に各科目ごとに試験がある。
- 2 . Clinical practice は、各病院の preceptor が log book に沿い評価を行う。
- 3 . 卒業試験の前には、実技、科目試験がある。

< 課題 >

- 1 . 教員の数不足している。毎年学生が増え、教授できる教員が少ない。教員を配置するのは保健省であるが、増やしてくれない。現在の学生数では 70 ~ 80 名の教員が必要である。
- 2 . 教育費が不足している。1 人の学生に年間 40 ドルかかる。臨地実習を受け入れてくれた病院へも実習費を支払わなければならない。
- 3 . 学生が多く、コ - スにより教室も狭くなっている。
- 4 . preceptor の制度が昨年はじまったばかり。まだ研修を受けていない者が 3 名いる。Preceptor の質は低い。
- 5 . 卒業後の就業状況は把握していないが、health center で働く希望者が少ない。
- 6 . Medical Board には Midwifery Unit も Nursing unit もあるが、力が弱い。
- 7 . RTC の教員の給料が低いため、希望者がいない。( HC で働きたくないから RTC の教員になるという人はいる )

< 要望 >

- 1 . 開始するプロジェクトは、看護と助産の両方を対象にしてほしい。  
→ 前回のプロジェクトは看護を対象とし、UNFPA は助産教員を対象としているが、両方が同時に改善していくことが必要である。
- 2 . ライセンス制度がほしい。看護職員の身分や質を均一化させるためにもライセンスが欲しい。
- 3 . Kg.Cham 病院をモデル病院にしてほしい。RH は教育病院になるべき。病院の中には teaching unit がない。病院が持つてほしい機能には、service delivery, training, research の 3 つがほしい。
- 4 . Equipment は ドナーが揃えてくれた。が蘇生デモ用のマネキンが足りない。

実際に見せてもらったもの  
カリキュラムガイドライン  
Log book  
カリキュラム  
プリセプターガイドライン

## コンポントム視察報告案

### <コンポントム Provincial RH>

#### 1. 一般情報：

- ・ ベッド数：15 床
- ・ 出産数：60～70 例 / 月（9 月から、洪水の影響で、HC で出産していて妊婦が RH に来ている）
- ・ 帝王切開数：6～7 例 / 月
- ・ カンシ・吸引分娩：約 10 例 / 月
- ・ 産科医師数：MD 1 名、MA 1 名
- ・ 助産師：Secondary MW 4 名（うち、Preceptor 2 名。出身学校：K Cham 1 名、TSMC 3 名） Primary MW 2 名（出身学校：K Cham 1 名、K Thom 1 名（以前は K Thom にも看護・助産学校が存在した））
- ・ RH の機材：
  - X-ray（1 台、据付型、10 年以上の機材）：150 例 / 月
  - 超音波（2 台、腹部用。中古品。1997 年と 2004 年に搬入）：60 例 / 月
  - 患者モニター（3 台。手術室ほか。2004 年に保健省が購入）

#### 2. 教育体制：

- ・ Preceptor は、2 名だが、Dr 1 名と Secondary MW 4 名は、UNICEF に Preceptor 候補として Fund をもらい、3 名は K Cham RTC で、2 名は NMCHC で研修を受けている。そのうち 2 名を K Cham RTC が Preceptor に指名して、シェムリアップのアンコール小児病院で研修を受けた。
- ・ Preceptor は特に Incentive はもらっていないが、NGO などによる研修講師などになると日当を 3 ドルずつもらえる。
- ・ 実習学生用のセミナールームを有している。

#### 3. Pre-service training の受け入れ：

- ・ K Cham RTC から学生を受け入れている。3+1 コースから 12 名 / 年（6 名ずつ、1 カ月半のコースを 2 回）、Primary MW コースから 6 名 / 年（3 カ月間）。
- ・ 医師と Secondary MW が教官となり、講義と実習。
- ・ 学生 1 名あたり 15 例の分娩を経験しなければならない。（数字上は、15 例 × 6 名 = 90 例。一方、[70 例 - 6 例（C/S） - 10 例（異常分娩）] × 1 カ月半 = 81 例と、数字が足りない）
- ・ 実習学生は、RTC の所定の報告様式に分娩経験数等の情報を記入し、RTC へ提出している。
- ・ コンポントムでは、Provincial RH だけが、RTC からの学生実習を受け入れている。
- ・ RTC と年 1 回、RTC 管轄の RH の関係者が集まり、実習における問題点などについて相談している。
- ・ 1～2 カ月前に RTC から病院へ連絡がなされた後、実習学生は RTC の教官と共に来て、病院に引き継いでいく。
- ・ RTC の学生は Theory を習ってくるので、実習をやりやすい。

#### 4 . In-service training の受け入れ :

- ・ 研修カリキュラムは、PHJ ( People's Hope, Japan ) と EPOS ( GTZ のファンド ) の協力で PHD 共に、National Curriculum と LSS コースのカリキュラムを基に策定した。
- ・ HC-MW の研修を行っている。PHJ の管轄する 4 つの HC から受け入れている。
- ・ HC-MW の中には、TBA のような人員も含まれている。PHD や OD はそのような人員がいることを了承している ( cf.PHD のインタビュー結果 ) 。
- ・ 問題点としては、Elder の HC-MW の中には、すでに自己流の経験がある者もあり、彼らは基礎教育を受けていないので、こちらの研修内容に従おうとしないものもいるし、Theory を知らないでやりにくい。特に Partograph は問題がある。
- ・ RH は、PHD や NGO などと協力して HC-MW をサポートしている ( 研修の半年後 Supervision を実施している ) 。

#### **< HC in Provincial RH >**

- ・ Secondary MW 2 名と Primary MW 名が勤務。
- ・ 説明してくれた MW は K Cham RTC 出身。
- ・ ANC、PNC を経験させるため、実習学生を受け入れている。

#### **< Provincial RH にいた研修生 2 名 ( HC からの研修生 ) へのインタビュー >**

- ・ Siem Tunk District ( K Cham から 40km ) からの Primary MW : 22 歳。自分の村の HC に就職。K Cham RTC 卒業後 3 カ月。RTC 卒業時 12 例の出産を介助。卒業時で出産介助に自信はあった。実習は K Cham RH と K Thom RH で実施。別のシニア MW といっしょに勤務。現在の HC で 1 人で出産介助を 1 例に行った。
- ・ K Sver District ( K Cham から 20km。新しい HC ) からの Primary MW : 22 歳。自分の村の HC に就職。K Cham RTC 卒業後 3 カ月。RTC 卒業時 12 例の出産を介助。卒業時で出産介助に自信はあった。実習は K Cham RH と K Thom RH で実施。別のシニア MW といっしょに勤務。現在の HC で 1 人で出産介助を 2 例に行った。
- ・ 異常な出産があった場合、自分の手に負えるかどうか判断して、必要なら携帯電話で Provincial RH に電話する。そして RH の救急車を派遣してもらう。( 救急車は 2 台あり、費用は州内であれば無料。ただしプノンペンに送るなど、別の州に行く場合は支払わなければならない )

#### **< コンボントム州保健局 PHD >**

Training+Infectious disease 担当 Deputy Director、MCH 担当 Deputy Director

#### 1 . MW 育成・配置に関する運営支援 :

- ・ Pro-TWGH を、ドナーなどを交えて実施している(現在、3OD + 10 NGO が参加)。
- ・ PHD では、Basic training ( 大学や学校、RTC の看護・助産・Primary dentist などが対象となる ) と Continuous training ( 現場の Gap を埋めるもので、RTC の In-service training や Outbreak に対する Training などが対象となる。これについては間接的関与である ) の管轄がある。
- ・ Continuous training に関する PHD の役割は、Training の必要性を見つけて National level に伝えることである。
- ・ 新卒の MW はうまく働けないので、Supervision などの支援が必要である。LSS も有用だった。

- ・ RTC 学生のリクルート：RTC は今年 40 名の Secondary MW を取ったが、4 州から取るので K Thom からは 9 名くらいが入学した。高校の卒業予定の学生に広報を行い、地域によって MW がいない地域に対しては特にプロモーションをし、National Entrance Exam に参加してもらうようにしている。
- ・ K Cham RTC の学生に関し、2 つの Committee があり、いずれも年 4 回開催することになっている。 病院長と RTC によって主催される Technical Committee では、HC に新たに配置された MW の定着状況の確認、新卒の MW の分娩介助のモニター、必要なフォロー等について話し合っている。 PHD 副局長と RTC によって主催される Clinical Support Committee では、RTC から受け入れる実習学生の卒前臨床実習を中心に話し合われている。また、病院内では Preceptor Training Team があり、RTC と協力しながら、実習学生の分娩介助経験数の確保などを支援している。
- ・ Pro-TWGH を州内の OD と NGO を集めて毎月 1 回開催し、助産分野についても話し合っている。

## 2 . Kg.Thom での助産サービス・研修に関する問題：

- ・ 州内には 50 カ所の HC があるが、そのうち 2 カ所は建物が無い。遠隔地には電気がない HC もあり、分娩台、産科キットなどの機材も不足している。また、MW1 名しか配置されていない HC もある。
- ・ MW の質については、RTC を卒業した新卒の MW よりも、資格を持たないまま HC に長年働くスタッフ( TBA の場合もある )の中で見よう見真似で分娩介助までするようになった者( PHD によると 10 名程度 )があり、そのような資格を持たない HC のスタッフのサービスの質が問題となっている。
- ・ 技術に問題があった Primary MW については、過去 LSS コースを受けさせたことがある。また、Secondary Nurse に RTC で 4 カ月の助産教育を受けさせ( 臨床実習は Kg.Cham リファラル病院で ) Secondary MW にしたケースもある。
- ・ In-service Training については、GTZ・EPOS からの支援と PHJ が州内の 4 つの HC を支援してくれており、NMCHC の ToT コースもあるので、特段問題はない。標準カリキュラムがないため、LSS コースのカリキュラムを参照したり、Preceptor の経験、実習学生のニーズ等を考慮して、研修計画を作っている。
- ・ Preceptor の技術力向上のニーズはあるが、Preceptor に対する研修カリキュラムがない。また、他の州の状況と見比べるためのスタディ・ツアー、Preceptor へのインセンティブが確保されることが望まれる。
- ・ CPA 2 でも研修を行うことは可能だと思われるが、プリセプターの養成が必要である。

### **< PHJ ( People's Hope, Japan ) の Kg.Thom 事務所 >**

PHJ 事務所の中田好美氏からの聞き取りを行った。

#### 1 . Kg.Thom での助産研修について：

- ・ 以前は In-service Training はアドホックに行われ、研修カリキュラムも無かったが、GTZ のアドバイザーによる支援もあって、かなり改善されてきた。PHJ は、GTZ の資金で活動する EPOS と一緒に、In-service Training の研修カリキュラムを策定した後( LSS コースと National カリキ

キュラムがベースとなっている) 今年5月~8月にかけてHCのMWを対象にリファラル病院で実習を行った。実習では、最低限経験すべき臨床項目を導入しており、実習項目のチェックリストも活用されている。現在、新卒のSecondary MWは3カ月間、Primary MWは1カ月間、本配属前にリファラル病院にてOn-the-job Trainingを行っている。

- ・ リファラル病院でのIn-service Trainingに携わるPreceptorは、GTZ/EPOSの支援でLSSコースに参加するなどして、それなりの準備をしていた。PHDは、Preceptorの指導方法についてモニタリングの実施を通じて、教え方の問題(実習なのにPreceptorが手を出してしまうなど)の把握と改善を行った。
- ・ Kg.ThomのPHD局長と病院長は、兄弟で仲が良いと聞いているので、特別にPHDと病院間の連携が良いのかもしれない。
- ・ HCの現状を見ると、In-service Trainingのニーズは高い。一部のMWには、TBAとたいして変わらない分娩に関する知識・技能である。Secondary MWは、総じて提供するサービスの質に問題がないと思われるが、Primary MWには人によって知識・技能のばらつきがある。
- ・ In-service Trainingやその他関連する研修・ワークショップへ参加するMWは同じ人が続くケースが多く、研修機会の不均衡が見受けられる。
- ・ Kg.Cham RTCで4カ月の助産教育を受けたSecondary Nurse Midwifeによると、同4カ月の研修にはカリキュラムもなく、RTC教員のアテンドがほとんど無く、研修の報告も無かったと言っていた。

## 2. 施設分娩について:

- ・ PHDでは年3回Maternal Death Audit(MDA)を開催しているようで、UNICEFのProject Assistantもいて支援がなされている。分娩症例の半数は自宅でかつ保健医療従事者による介助がないと聞いている。
- ・ 地方のHCでは、MWが上位の病院へリファーすべきか判断ができない、また妊産婦の家族が経済上の理由で搬送をためらうことも考えられる。

## 3. Prey Vengの状況について:

- ・ PHJは、Kg.Thomより前からPrey Veng州で活動してきたが、(2010年までの協力に関するMOUを締結している)同州のほうが状況は良くなかった。Prey Veng ODでは、In-service Trainingを1回実施しただけでは、HCのMWのサービス改善が難しかったため、再研修の提供、病院のMWとのスーパービジョンの実施、HCで助産サービスを受けた妊産婦へのヒアリングそしてHCへのフィードバック、病院とHC間のリファラル体制強化など手厚い支援を行ってきた。現在、Prey Veng ODでの支援活動は終了しており、他のODで支援活動を実施している。
- ・ RACHAも、今年からPrey Vengで活動を開始しており、今のところ家族計画分野での支援と聞いている。



## 7. 他ドナーとの協議メモ

**Meeting with Development Partners**

- Introduction on Preliminary Study for New Projects -

October 21st, 2009

国際協力機構

**Outline**

- JICA's Support to Cambodia Health Sector
- Preliminary Study to Design New Projects
- Introduction on New Projects to Strengthen Capacity Development System of Human Resources for Health

国際協力機構

**JICA's Support for Health Sector**

**HSP 2008-15**  
(Strategic Focus: Service delivery, Financing, Human Resource, Information System, Governance)

↑

Strengthening Capacity Development System of Human Resources for Health

Improving System for Health Service Delivery

Improving Health Infrastructure

国際協力機構

**JICA's Support for Health Sector**

**Strengthening Capacity Development System of Human Resources for Health**

On going:

- Project for Human Resource Development of Co-Medicals (Sep 2003 - Mar2010)

New

- Project for Improving MNC Service through Midwifery Capacity Development
- Project for Capacity Development System of Co-medical Education

国際協力機構

**JICA's Support for Health Sector**

**Improving System for Health Service Delivery**

On going:

- Project for Improving Maternal and Child Health Service in Rural Areas (Jan 2007- Jan 2010)

New:

- Project for Improving the Capacity of the National TB Control Program through the 2nd NPS
- Project for Promoting Medical Equipment Maintenance System Phase II

国際協力機構

**JICA Planning and Implementation Schedule (JFY2009-2015)**

Project Title	Status	Period	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>MEDEM 2</b>	Approved	Nov. 2009 – Oct. 2014								
<b>Project for Human Resource Development of Co-Medical</b>	On-going	Sep. 2003 - Sep. 2008 【Oct. 2008 - Mar. 2010】								
<b>New project (HRD)</b>	Approved	5 year								
<b>Project for Improving MCH Service in Rural Area</b>	On-going	Jan 2007 - Jan 2010								
<b>New Project (MCH)</b>	Approved	5 year								
<b>TB Project (Phase 2)</b>	Finished	Aug 2004 - Jul 2009								
<b>Improving the Capacity of the National TB Control Program through the 2nd NPS</b>	Approved	Nov 2009 - Oct 2012 [Tentative]								

国際協力機構



## Preliminary Study to Design New Projects

1. Objectives of the Study:
  - Confirm the background and scope of the new projects
  - Design the project framework
2. Study Period: Oct 7 ~ Oct 22, 2009
3. Process of the Study:
  - Review existing documents and data
  - Conduct interviews with key stakeholders
  - Conduct one-day workshop to identify necessary actions

国際協力機構



## Preliminary Study to Design New Projects



Kg. RTC



Classroom practice at Kg. RTC

国際協力機構



## Preliminary Study to Design New Projects



Classroom practice at Kg. RTC



Workshop to design the Project

国際協力機構



## Strengthening Capacity Development System of Human Resources for Health

### Project for Improving MNC through Midwifery Capacity Development (2010 – 2015)

- **Objective:** The midwifery training system is strengthened for enabling provision of midwifery services with evidence-based quality care.
- **Target region:** Nationwide (Kg. Cham RTC covered area such as Kg. Cham, Kg. Thom, Prey Veng and Svay Rieng selected as model region)
- **Implementing agency:** NMCHC with support from JICA (Collaborating with Kg. Cham RTC, PHD, RH and other clinical sites)

国際協力機構

### Project for Improving MNC through Midwifery Capacity Development (2010 – 2015)

The midwifery training system is strengthened for enabling provision of midwifery services with evidence-based quality care.

#### Expected outputs of project activities:

1. The capacity of midwifery trainers who are in charge of pre-service and in-service trainings is strengthened in the model region.
2. Training management for midwifery pre-service and in-service trainings is strengthened in the model region.
3. Training environment for midwifery pre-service and in-service trainings is improved in the model region.
4. Communication and collaboration for the midwifery capacity development between the model region and other regions are strengthened.
5. The issues and lessons learned in midwifery capacity development in the model region are identified and reflected in the national strategies/programs.

国際協力機構



## Activities

Output 1: The capacity of midwifery trainers who are in charge of pre-service and in-service trainings is strengthened in the model region.

1. Conduct needs assessment and baseline survey
2. NMCHC ToT unit conducts workshops/meetings to update midwifery trainers' knowledge and skill
3. NMCHC ToT unit develops Clinical ToT course curriculum for midwifery trainers
4. NMCHC conducts Clinical ToT courses for midwifery trainers
5. NMCHC conducts monitoring and following up of midwifery trainers in cooperation with the MoH HRD

国際協力機構

**Activities**

Output 2: Training management for midwifery pre-service and in-service trainings is strengthened in the model region

1. Conduct assessment on the midwifery training management
2. Conduct regular midwifery trainers' meetings to improve communication, reduce inconsistency between theory and practice
3. RH and Kg Cham RTC review the MOU and disseminate it
4. PHD, RTC and RH with support of NMCHC ToT unit plan and monitor the midwifery training courses

**Activities**

Output 3: Training environment for midwifery pre-service and in-service trainings is improved in the model region

1. Conduct assessment of the training environment
2. Review/revise or develop the midwifery training equipment
3. Supply necessary materials and equipment to the midwifery training facilities and monitor its usage

**Activities**

Output 4: Communication and collaboration for the midwifery capacity development between the model region and other regions are strengthened

1. Conduct workshops to clarify and standardize the roles and responsibilities of midwifery trainers (RTCs and clinical sites).
2. Share experiences and issues of the midwifery trainings for other regions, and support to improve the capacity of midwifery.
3. Share the midwifery training equipment list among the RTC regions and promote/support to improve the midwifery training environment.
4. Conduct study tours to share experiences of midwifery trainings

**Activities**

Output 5: The issues and lessons learned in midwifery capacity development in the model region are identified and reflected in the national strategies/programs.

1. Report the key issues and lessons learned to the High Level Midwifery Taskforce and relevant working groups
2. Modify the relevant plans, curricula, and guidelines at national level related to midwifery capacity development based on the experiences of the project.

**Strengthening Capacity Development System of Human Resources for Health**

**Project for Capacity Development System of Co-medical Education (2010 – 2015)**

➤ **Objective:** To improve educational basis for quality co-medicals by enhancement of HRDD management capacity.

➤ **Target region:** Nationwide

➤ **Implementing agency:** HRD with support from JICA (collaborating with TSMC and RTCs)

**Strengthening Capacity Development System of Human Resources for Health**

**Project for Capacity Development System of Co-medical Education (2010 – 2015)**

The educational basis for quality co-medicals is improved by enhancement of HRDD management capacity.

↑

Outputs of the projects:

1. The HRDD capacity is strengthened through improvement of the training system of existing teachers.
2. The HRDD capacity is strengthened through development of the production system of new teachers.
3. The HRDD capacity on monitoring existing regulations and developing basic regulations is strengthened.

### Activities

1. The HRDD capacity is strengthened through improvement of the training system of existing teachers.

- 1-1. Identify the role of HRDD on developing teacher's capacity
- 1-2. Assess the current situation on teachers and related matters
- 1-3. Activate coordination between HRDD and other institutions and programs for developing existing teacher's capacity
- 1-4. Make directions/strategies and design systems including teacher's criteria for capacity development of existing teachers
- 1-5. Develop training programs for existing teachers
- 1-6. Manage and monitor implementation of the capacity development interventions for existing teachers

### Activities

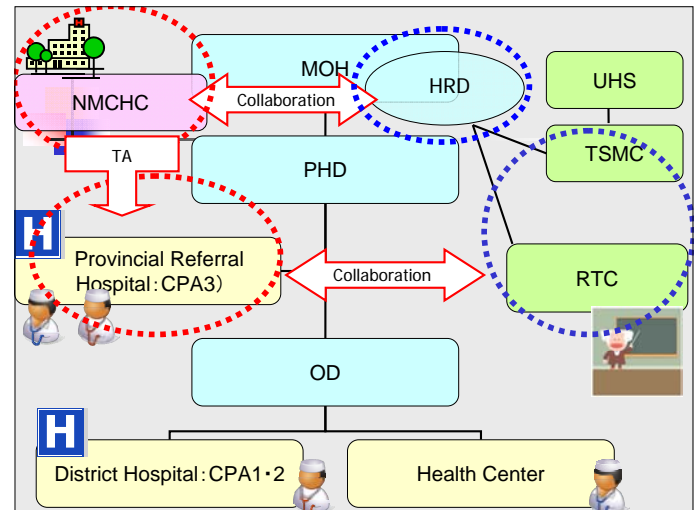
2. The HRDD capacity is strengthened through development of the production system of new teachers.

- 2-1. Activate coordination between HRDD and other institutions and programs for producing new teachers
- 2-2. Make directions/strategies and design systems including teacher's criteria for production of new teachers
- 2-3. Develop production programs for new teachers, especially on nursing and midwifery.

### Activities

3. The HRDD capacity on monitoring existing regulations and developing basic regulations is strengthened.

- 3-1. Identify the role of HRDD on human resource development.
- 3-2. Strengthen the coordination mechanism between HRDD and other departments for human resource development.
- 3-3. Assess the current situation on regulations for co-medicals.
- 3-4. Monitor implementation of existing regulations.
- 3-5. Form taskforce to design the basic regulations, especially on nursing and midwifery.
- 3-6. Prepare formulation of draft design(s) of the basic regulations, especially on nursing and midwifery.



### Schedule of Preparatory Study for New Projects

- > Oct 8-14: Document review, interview and field observation
- > Oct 9: Meeting with development partners
- > Oct 15: Workshop for project design
- > Oct 16-21: Discussion on project design and preparation of project documents
- > **Oct 21: Meeting with development partners**
- > Oct 22: Signing of project documents (M/M)
- > Nov ~ : Reporting study results to MoFA and JICA/HQ
- > Dec ~ : Signing of official agreement (R/D)
- > Feb ~ Mar: Start of projects

2009年10月13日作成  
JICA 専門家(チーフアドバイザー)  
小原 ひろみ

JICA 地域における母子保健サービス向上プロジェクト 終了時評価に関わる部分について

Dr Frances Dailey (URC)

JICA プロジェクトが行ったことは、当地で必要性が高いことである。保健センター助産師は、レファラル病院助産師との関係が悪く、顔すら知らないことがあるのが実態である。こういった状況では、スムーズなレファラルが行われない。レファラーのためにも、関係者間に関係性が存在する必要がある。

Dr Mary Mohan (URC)

当地では、“自らができることを行う”という発想が乏しい。このプロジェクトのように、自らできることを自分で決めて自分で行う、ということが重要と考える。

Dr Sun Nasy (RACHA)

RACHA は、州レベルにおいて、CE セッション (Continuous Education を目的とした会議)を行っている。この会議にレファラル病院助産師を巻き込めずにきた。JICA のプロジェクトで行った活動は、たいへん Complement であり、私たちの NGO にとっても病院助産師を巻き込みやすくなった。

Dr Chan Kannitha (WHO Making Pregnancy Safer officer)

JICA のプロジェクトは、助産師に対して、Supportive environment を作ることの重要性を示した。本質的には、母子に対して Supportive environment が作られる必要があるが、まずは、助産師に対して supportive environment を作るということは、このためにも大切である。

Ms Socheat Chi (AusAID, Senior Program Manager)

JICA のプロジェクトが Ad Hoc ベースの活動とならないように、NMCHC が AoP にこれらの活動のための予算計画を入れて、予算を取ることが肝要である。

## 次期 2 案件に関わる部分について

詳細については、コンサルさんのメモ等をご参照下さい。  
重要な点についてのみ以下、記します。

### 1 . UNFPA Ms Krist'l

UNFPA として、これまで助産師卒前教育のカリキュラム策定などを支援してきている。JICA がこの分野への支援を行うことを歓迎する。

現在、助産師の Regulation, Practice Act については、UNFPA の Short-term consultant が策定しており、Midwifery council により、承認されるであろう。UNFPA としては、Midwife council や、CMA が、助産師に関するフレームワーク作りを行うべきであると考えている。

現在、Kampot RTC には、GTZ が入っており、さらに、American College of nurse-midwives (Ms Lindsay Greinier) が、Midwifery Advisor として入りだしたところで、KampotRTC における助産師関連部門へのこ入れが行われる予定である。一方、Battambang RTC、RH については、RACHA の支援がある。Stung Treng には、VSO が支援している。

UNFPA としては、ICM のスタンダードカリキュラムを国レベルに入れることを目的にしつつ働いている。この通り人材育成、助産師イシューには関係者が多い状況ではあるが、長年の経験のある JICA の支援を歓迎する。

### 2.AusAID Eleanor Loudon

AusAID では、TSMC を支援し、特に、臨床病院の連携促進を行う予定である。

### 3. URC Dr Frances

RTC と TSMC の位置づけは異なる。同じポジションではない。したがって RTC のみを対象とするプロジェクトを行うのではなく、TSMC の巻き込みを考慮すべきである。

### 4 . WHO Ms Ann

現在、教員のインセンティブに関連する MBPI, PMG などについての支援を行っており、教員へのインセンティブは今よりは手厚く出来る可能性がある。

### 5 . GTZ Mr Chhom Rath

2000 年より、Kampot RTC 支援を行っている。現任教員の強化を行っている。GTZ としては、病院側のプレセプター強化、病院側の面に対しての支援が行えていないと認識している。JICA のプロジェクトというのは、看護、助産双方を対象としているのか？

Nrs の Clinical practice についても支援するのか？

6 . UNFPA Krist'l

UNFPA としては、Mandate はリプロダクティブヘルスであることから、助産師関連イシューについては支援ができるが、看護についてはできない。多くの援助団体が助産師イシューの側を支援しており、混雑している。 JICA が看護の側も行うのであれば、相互補完的になりうるだろう。

7 . URC Dr Frances

カンボジアで現在、人材育成を支援している援助団体のほとんどでは、Teaching Material、機材などの供与を行うことが出来ない。（ドナーポリシーのため。） したがって、現在、RTC や臨床病院で、教育のための機材がギャップとなっていることが分かっているのだが、だれもこの部分について支援を行うことが出来ずにいる状況である。JICA のプロジェクトが教育のための（RTC、臨床研修病院向けの） 機材供与を行うことが出来るのであれば、どの援助団体にとっても相互補完的になると思われる。 また、これらの必要機材というものは、Standardize された上で、ばらばらにならずに、供与されることが望ましい。

JICA 側 供与機材については供与が可能である。 一方、カンボジアでは援助動向の変動も大きく、今から、数ヶ月後に、教育機材の供与状況がどうなっているかは予測が付かない部分がある。したがって、プロジェクト開始後にアセスメントするなどして、フレキシブルに対応することになるだろう。

8 . GTZ Mr Chhom Rath

現在、臨床病院側で教育のための必要である機材については、予算請求の際に、上乘せして請求できることとなっている。（が、あまり機能していないが。。）

9. UNFPA Ms Krist'l

将来の教員を作るための仕組み策定の支援を行うということであるが、既に、1年半の教員コースを作るなどといった、決まっている部分はあるのか？ MoHHRD のケットポーンから1年半コースなどを想定している、と聞いている。

JICA -> どういった新規教員養成の仕組みがありうるのか、協議するところからのスタートであり、現在、特定の教員養成コースを想定しているわけではない。

9 AusAID Ms Jill Moloney

助産の(プレセプター強化の?)カリキュラムというのは長期のものなのか、短期のものなのか？ 短期的支援なのか、長期的支援なのか？

JICA 専門家は、長期で滞在予定である。 カリキュラムについては、どういった長さや内

容にするかということはプロジェクト開始後に、調査をするなど関係者と話し合っ  
て決めることになるだろう。現在、決める必要があるのは、プロジェクトの大枠の  
デザインであって、詳細事項ではない。

#### 10. URC Dr Frances

現任教育に対する、今できる実習強化などの支援も必要だが、むしろ、中長  
期的な視点からの支援が必要であるのが現在のカンボジアである。RTC 教員とい  
っても、Master trainer が存在しない。Short-term measures ばかりでなく、  
Long-term measures を考える必要がある。

#### 11. GTZ Mr Chhom Rath

X-ray についての部分は、JICA は支援するのか？

JICA 側からの回答 現在、X-ray については、TSMC で放射線技師の卒前教育  
を支援するアドバイザー1名のみ。これら2案件では、放射線関連の部分につ  
いては、主としては対象としない。

#### 12. RACHA Dr Nasy

RACHA は、もともと卒後助産師研修をバットンバンレファラル病院を研修  
病院として実施している。これまでの経緯を生かし、バットンバン RTC を一部  
支援している。助産師卒前研修への支援としては、プレセプタートレーニ  
ングを実施するなどしている。助産師卒後のキャパシティ強化という面につ  
いては、RACHA 対象州において、Continuous Education session を実施したり、  
Supervision のためのアセスメントツールを作るなどしている。また、過去  
に幅広く行った、Active 3<sup>rd</sup> stage management 研修のモニターも実施している。

#### 13. WHO Ms Kannitha

WHO headquarters は、“Education material for teachers of midwifery” (6冊のモ  
ジュール英語版)を1998年に策定した。しかし、カンボジアでは、これまでこれ  
らのモジュールが使われたことがない。3年の助産師カリキュラムにも入れる  
ことが出来なかった。WHO は11月に Short-term consultant が当地で働く  
ことを想定しており、NMCHC ToT ユニットと共に1ヶ月働く予定である。  
この6冊のモジュールが使えるようになるためのツールの作成を行う予定である。

以上



2009年10月29日作成  
JICA 専門家(チーフアドバイザー)  
小原ひろみ

2 . GTZ Lim Huy

HRD プロジェクトの側に対してコメントがある。 Coordination mechanism が大切である点について留意してほしい。 現在、人材育成分野では、UNFPA, RACHA、GTZ は、互いにオーバーラップすることを避けようと努力しており、協調するよう留意している。 JICA の次期 HRD プロジェクトにおいても、パートナー同士の協調・連携には留意のうえ、保健省人材育成部を支援してほしい。

3 . WHO Susan Jack

助産プロジェクトで行うとされているアセスメントは、モデル地域のみを対象としたものか？アセスメントはモデル地域のみならず、全ての地域 (RTC Regions) を対象とすべきである。

JICA 評価団からの回答

アセスメントについては、そのサイズや対象地域はまだ決めていない。他のパートナーの意見も踏まえて、決めていくことになるだろう。

4 . UNFPA Krist'l d'Haene

懸念があるのは、ただでさえ少ない人数の教員に対して、現在、多くの教員強化プロジェクトやトレーニング支援の話がある。 少ない数の教員に対して、こういった支援プログラムが多すぎである。 JICA は教員ではなく、学生にフォーカスしてはいかがか？

アセスメントは、我々も実施した。が、現在、教員の数も既に (アセスメント実施時点から) 変わるなどしており、再度 JICA のプロジェクトで実施するのは、問題ではない。

5 . GTZ/DED Rose Feiler

Kg Cham レファラル病院側で、看護プレセプター強化をおこなっていることから、自分の経験をシェアしたい。 学生にとってよい教育環境となるためには、臨床実習サイトでのサービス量があるていどある必要がある。が、一方、このところ、急速な変更が続いており、学生数が多すぎ、非常に卒前教育、卒前教育に対する臨床実習は困難な状況である。

RTC 教員というのは、RTC にいるだけではなく、臨床施設にもでていって、各種調整や学生指導などを行うべきと考えている。保健省 HRD に対しては、学生の数だけではなく、質の担保を考えるよう提言をしたいと考えている。

良いプロフェッショナルバックグラウンド、キャリアをもっている人たちというのは、RTC の教員にもなりたがらないし、RTC に関連する仕事（パートタイムの教員、臨床実習のプレセプター）などをやりたがらないのが現実である。

#### 5. BTC Dirk Horemans

1) JICA のプロジェクトでは、RTC の School management には、関わらないのか？

2) プロジェクト活動について、また、関連の組織についての AoP については、どう考えているか？

3) SoA の仕組みが Kg Cham RTC や、Kg Cham レファラル病院などに導入される見込みである。SoA をうまく使えば、教員の収入、また、病院側のプレセプターへの報酬を増加させ、RTC 教員、プレセプターという職種や役割について、魅力的なものにできるかもしれない。これについては、JICA はどのように考えているか？

#### 小原回答

1) 現行のデザインでは、助産プロジェクトの側では、卒前、卒後研修のコースのマネジメント改善を目指している形となっており、RTC そのものの学校としてのマネジメント改善や、実習病院の病院マネジメント改善を目指しているわけではない。

2) AoP については、プロジェクトで策定したプログラムや活動がルーチンとなった場合には、その後に、当該組織がその活動を AoP に入れて、予算を取るよう推奨している。（たとえば、国立母子保健センターにおいても、過去に JICA が支援して策定した助産師卒後研修コースについて、技プロ内では、プロジェクトが実施予算を負担したが、定型となってからは、国立母子保健センターが AoP にいれて政府予算をとり実施している。）

3) SoA については、まだ不確定要素もあり、本当に教員の収入増加に繋がるようなことができるのかについては、予測は困難である。RTC 教員という職種が魅力的なものとなるよう、また RTC 教員やプレセプターの報酬が充分となるように政府側に他援助団体と協力して、引き続きアドボカシーしていく必要があると考えている。

#### 6. BTC Dirk Horemans

AoP については、政府側組織のことだけではなく、JICA として、援助の額を AoP にいれるのか、ということをお問うている。

JICA 調査団 明石団員

プロジェクト内で用いているマネジメントは、 卒前・卒後の研修についてのマネジメントであって、RTC の学校そのものや、臨床実習サイト病院そのもののマネジメントを指しているわけではない。

#### 7 WHO Susan Jack

TSMC では、Autonomous body となったために、学生から授業料をとりだした。 現在、TSMC には、“プライベートの学生”(授業料を取る学生)と“パブリックの学生”(奨学金を政府が支払っており、授業料をとっていない学生)がいる。現在、プライベート学生が増え、このため、授業料収入が増加し、 教員の報酬が増加している。

一方、RTC においては、こういったマネジメントは行われていない。しかしながら、現実的には、看護、助産学生から、Unofficial Fee を教員個人が得ているのが実態である。 この Unofficial Fee を表に出し、プライベート学生として、授業料をとる学生を正式につくってはいかがか？ たとえば、コンボンチャム RTC において、まずはパイロット的に JICA プロジェクトが実施してはどうか？ SoA の仕組みになった場合、こういうことが可能になるのではないか？

#### 小原より質問

BTC, WHO, UNFPA とともに、 RTC の学校としてのマネジメントが大事だという点を指摘しており、このことはどうやら重要であると思われる。 では、どうして、これまでは、多くの開発パートナーがこの分野を支援しながら、一方、RTC の学校そのもののマネジメントについては、支援してこなかったのか？

#### 8 BTC Dirk Horemans

RTC の学校のマネジメントはたいへん需要である。 SoA になった場合、財政的にはもっと独立できるため、RTC を学校として全体のマネジメント強化をおこなうよいタイミングになるかもしれない。(だが、実は、Too late かもしれない)。 たとえば、BTC では、RTC 側と契約をし、助産師卒前コースを1コース BTC のために実施してもらうことに成功した。 このように、RTC 側の収益を多くしつつ、助産師産出を増やすといった、工夫ができる可能性があり、SOA 化するといわれている現在、こういったマネジメント強化を行うよいチャンスである可能性がある。

#### 明石団員より

GTZ では、RTC のマネジメントはどうしているのか？ 支援していたのではないか？

#### 9 GTZ Lim Huy

Kampot の学校マネジメント強化？ 支援の一部？ については、3年前に止めている。

#### 10 UNFPA Krist’l d’Haene

RTC の学校マネジメントといっても、人材も限られている。ある RTC 領域では、ローカル NGO やカウンスルが RTC にお金を払うなどしている。

11 BTC Dirk Horemans

たとえば、レファラル病院長、州・保健行政区の長や次長などは、NIPH (National Institute of Public Health) におけるヘルスマネジメントコースを学んでおり、マネジメントについて学ぶ機会がある。しかしながら、RTC の校長らは、こういった機会がない。RTC の学校としてのマネジメントが課題になっていると考えられ、ここを強化すべきではないか？

12 UNFPA Polin Ung

JICA は、TSMC で co-medical 強化についての経験があるため、その経験を生かしてほしい。TSMC, RTC ともに、学校にとってのインフラストラクチャーは重要であり、JICA に期待したい。授業料を取るといったことも重要だが、学校の教員、生徒全体にとり、インフラ事態もたいへん重要である。

明石団員

TSMC における JICA の経験というものは、学校のマネジメント強化ではなかった。HRD プロジェクトは、保健省人材育成部のマネジメントを強化することを目指している。保健省人材育成部のキャパシティ強化なくしては、RTC の強化もない。

13 WHO Susan Jack

2010 年には、RTC が、SOA になり、また MBPI, SGA など、多様な報酬スキームが動きだしている、こういうタイミングで、JICA は、プロジェクトを開始することになる。つまり、RTC は、今後は、保健省人材育成部のコントロールから離れていくかもしれない、ということは、イシューとして重要であるし、これを織り込んでおいたほうが良い。私は、批判したくてこれらをお話しているのではなく、TSMC/RTCs が強化されてほしいと思っているので、そういう観点から助言をしている。

以上

## **WORKSHOP AGENDA FOR PROJECT DESIGN FORMATION OCTOBER 15, 2009**

### **I. Objectives of the workshop:**

- To collect necessary information to design JICA's new projects.

### **II. Process of the workshop:**

- To identify and highlight the problems which you are facing in your work.
- To find out the situation to be realized after the problems are solved.
- To clarify what activities should be taken to achieve the ideal situation.

### **III. Program and Workshop mechanics:**

- |               |   |
|---------------|---|
| 07:30 – 08:00 | Registration  |
| 08:00 – 08:15 | Opening Remarks by the JICA Preliminary Study Team Leader, Mr. Keiichi Takemoto           |
| 08:15 – 08:45 | Overview of planned JICA projects by JICA Preliminary Study Team member, Mr. Ken Kubokura |
| 08:45 – 09:00 | Presentation of Workshop Objectives, Groupings and Mechanics                              |
| 09:00 – 10:00 | Group Work on identification of problems  |
| 10:00 – 11:00 | Presentation of outputs from each Group (including Q & A)                                 |
| 11:00 – 11:15 | Coffee Break  |
| 11:15 – 12:15 | Group Work on identification of ideal situation   |
| 12:15 – 13:45 | Lunch Break   |
| 13:45 – 14:45 | Presentation of outputs from each Group   |
| 14:45 – 15:00 | Coffee Break  |
| 15:00 – 15:45 | Group Work for finding out activities to achieve the ideal situation                      |
| 15:45 – 16:45 | Presentation of outputs from each Group (including Q & A)                                 |
| 16:45 – 17:00 | Closing remarks by the JICA Preliminary Study Team Leader, Mr. Keiichi Takemoto           |

## Members of each Working Group

### Group 1

UHS, Rector	H.E.Prof. Oum Sophal
MoH/HRD Director	Ms. Keat Phuong
MoH/HRD, Deputy Director	Dr. Phom Samsong
TSMC Director	Dr. Huy Sovath
NMCHC, Director	Prof. Koum Kanal
NMCHC, Deputy Director	Dr. Tung Rathavy
NMCHC, NRHP	Dr. Lam Phirun
Kampong Cham PHD	Dr. Kim Sour Phirun
MW Council	Ms. Ing Rada
Nursing Council	Mr. Koy Virya

### Group 2

NMCHC, Deputy Director	Dr. Keth Ly Sotha
Kampong Cham PHD, Dupty Director	Dr. Lon Chan Rasmey
Kampong Cham RH, Director	Dr. Meas Chea
Kampong Thom RH, Director	Dr. Srey Sim
Prey Veng RH, Director	Dr. Tim Kosal
Svay Rieng RH, Director	Dr. An Sophat
Kampong Cham RTC Director	Dr. Kim Bun Ann
Battambang RTC, Director	Mr. Yos Ban
Kampot RTC, Director	Mr. Chun Samnang
Stung Treng RTC, Director	Mr. Tek Leng Soeu
Kampong Cham RH	Dr. Ouk Varang

### Group 3

Kampong Thom RH	Dr. Heng Phuong Bopha (Ms)
Prey Veng RH	Dr. Kim Rom (Ms)
Svay Rieng RH	Dr. Pick Sothy
Kampong Cham PHD	Ms. Sam Sophay
Kampong Cham PHD	Ms. Hor Chanlavy
Kampong Cham RH	Ms. Yon Lengpheap
Kampong Cham RTC	Midwifery teacher 2
NMCHC	Dr. Uong Sokhan

Hospital Service Dept  
NMCHC  
NMCHC

Ms. Koh Sileap  
Ms. Heng Ngim  
Dr. Sophon Neary

#### **Group 4**

NMCHC  
NMCHC  
NMCHC  
Battambang RTC  
Kampot RTC  
Stung Treng RTC  
Kampong Cham RTC  
TSMC  
TSMC  
Kampong Thom RH  
Prey Veng RH  
Svay Rieng RH

Ms. Svay Chey Ath  
Ms. Ou Saroeun  
Ms. Chin Chan Tach  
Midwife teacher  
Midwife teacher  
Midwife teacher  
Midwife teacher  
Ms. Danch Hombopha  
Ms. Seang Sokun  
Mternity ward, MW chief  
Mternity ward, MW chief  
Mternity ward, MW chief

#### **Group 5**

MoH/HRD  
Kampong Cham RTC  
Kampong Cham RTC  
Battambang RTC  
Battambang RTC  
Kampot RTC  
Kampot RTC  
Stung Treng RTC  
Stung Treng RTC  
TSMC  
TSMC

Dr. Touch Sokneang  
Deputy Director  
Nurse teacher  
Deputy Director  
Nurse teacher  
Deputy Director  
Nurse teacher  
Deputy Director  
Nurse teacher  
Mr. Keang Chanrithee  
Mr. Prom Sophear

## Group 1

### **Managers of MoH HRD, NMCHC, TSMC, UHS, Kg Cham PHD**

---

You will discuss about the human resource development for improving pre-service and in-service training in midwifery/ nursing in Cambodia.

Key Questions for the discussion are as follows:

- 1) What are the problems to develop human resource capacity, especially nurses and midwives in Cambodia?
- 2) What kinds of basic regulations are lacked in Cambodia to assure appropriate human resource development, for example licensing, defining qualifications, and registration of qualification?
- 3) What kinds of problems exist for communication and cooperation among departments and facilities related with human resource development?
- 4) What are the problems for the following teachers?
  - RTCs teachers
  - TSMC teachers
  - Clinical trainers at Clinical sites
- 5) What are the difficulties to develop new RTC/TSMC teachers?
- 6) Any other problems and issues?



## Group 2

### RTC directors, RH directors, PHD managers

---

You will discuss about the Nursing/Midwifery pre-service training courses.

Key Questions for the discussion are as follows:

- 1) What kinds of problems exist in teaching capacity of the following trainers?
  - RTC teachers
  - Part-time teachers at RTCs from clinical sites
  - Clinical trainers at clinical sites
- 2) What are the problems about communication & collaboration among/between RTCs and clinical sites?
- 3) What are the difficulties to develop new RTC/TSMC teachers?
- 4) What kind of basic regulations are lacked in Cambodia to assure appropriate human resource development? (ie. Licensing, defining each qualification, registration of qualification, etc)
- 5) What are the problems in terms of teaching environment at the following facilities? (ie. Khmer references, Materials, equipments, facilities for theory teaching/clinical practice)
  - RTCs
  - Clinical sites
- 6) Any other problems and issues?

## Group 3

### **Kg Cham RTC, Kg Cham PHD, Clinical sites hospitals, NMCHC, Hospital service department**

---

You will discuss about the Midwifery pre-service and in-service training courses.

Key Questions for the discussion are as follows:

- 1) What kinds of problems exist in teaching capacity of the following trainers?
  - RTC/TSMC teachers
  - Part-time teachers from clinical sites
  - Clinical trainers at clinical sites
- 2) What kinds of problems exist in communication and collaboration between/among Kg Cham RTC and its clinical sites?
- 3) What are the problems in quality of midwifery services?
- 4) What kinds of problems exist in the teaching environment for the following facilities? (ie. Khmer references, materials, equipments, facilities for theory teaching/clinical practice)
  - Kg Cham RTC
  - Clinical sites (Kg Cham RH, Prey Veng RH, Kg Thom RH, Svay Reign RH)
- 5) Any other problems and issues?

## Group 4

Midwifery teachers/trainers at RTCs, NMCHC, Clinical sites, and TSMC,  
Midwifery council

---

You will discuss about the Midwifery pre-service and in-service training courses.

Key Questions for the discussion are as follows:

- 1) What kinds of problem exist in teaching capacity of the following trainers?
  - RTC/TSMC teachers
  - Part-time teachers from clinical sites
  - Clinical trainers at clinical sites
- 2) What kinds of problems exist in communication and collaboration between/among RTCs/TSMC and their clinical sites?
- 3) What are the problems in quality of midwifery services?
- 4) What are the difficulties to develop new RTC/TSMC teachers?
- 5) What kinds of problems exist in teaching environment for the following facilities? (ie. Khmer references, Materials, equipments, facilities for theory teaching/clinical practice)
  - RTCs
  - TSMC
  - Clinical sites
- 6) Any other problems and issues?

## Group 5

RTC deputy directors, Nursing teachers at RTC, TSMC, Nursing Council

You will discuss about the Nursing pre-service training courses.

Key Questions for the discussion are as follows:

- 1) What kinds of problems exist in teaching capacity of the following trainers?
  - RTC/TSMC teachers
  - Part-time teachers from clinical sites
  - Clinical trainers at clinical sites
- 2) What kinds of problems exist in communication and collaboration between/among RTCs/TSMC and their clinical sites?
- 3) What are the difficulties to develop new RTC/TSMC teachers?
- 4) What kinds of problems exist in teaching environment for the following facilities? (ie. Khmer references, Materials, equipments, facilities for theory teaching/clinical practice)
  - RTCs
  - TSMC
  - Clinical sites
- 5) Any other problems and issues?

Results of the workshop on 15<sup>th</sup> Oct 2009 (Translation from Khmer to English)

## Group 1

You will discuss about the human resource development for improving pre-service and in-service training in midwifery/ nursing in Cambodia.

Step1.

Key Questions for the discussion are as follows:

- 1) What are the problems to develop human resource capacity, especially nurses and midwives in Cambodia?
  - Lack of mechanism to train teachers for both methodology and technical capacity
  - Quality of basic training is immature
  - Continuum training is still limited
    - + Don't have master plan to provide continuum training
    - + Overlapping or lack of continuum training
  - Place for internship student is not standard
  
- 2) What kinds of basic regulations are lacked in Cambodia to assure appropriate human resource development, for example licensing, defining qualifications, and registration of qualification?
  - Don't have law for professional practice: licensing system, and registration before starting the professional practice
  - Not yet define the role and skill of health staffs
  
- 3) What kinds of problems exist for communication and cooperation among departments and facilities related with human resource development?
  - Communication between departments and institutions are poor
  - Cooperation between schools and clinical sites are limited in both capacity and quality

4) What are the problems for the following teachers?

- RTCs teachers
- TSMC teachers
- Clinical trainers at Clinical sites

- Lack of teachers in both quantity and capacity at schools and clinical sites
- Training of clinical trainers is still limited in both quantity and quality
- Teacher qualification concerning training is immature
- Criteria for defining qualification of teacher and professor in order for nomination and recruitment is immature
- Teaching aid and handout is limited for both at school and clinical site

5) What are the difficulties to develop new RTC/TSMC teachers?

- Methodology capacity and technical skill is immature and can't be able to become the teachers
- No encouragement to new staffs to work for school

6) Any other problems and issues?

- Don't have standard teaching hospital

## Step2

### **1-What's ideal QA System of Health Professionals in terms of Regulations?**

- Introduce Licensing and Registration System (MoH/HRD,HSD,PD, Professional Board/ Association,)
- Institutional accreditation
- Law for professional practices,
- Requirement for Continuing Professional Education

### **2-What's ideal Teacher's Training?**

- Establish the mechanism to ensure the implementation of Teaching facilities  
( Policy/Regulation) -MoH/HRD

- Create the National Centre for Health Personnel Education- MoH /UHS

### **3-What's ideal policy dissemination to School and the People?**

- Commitment and Endorsement from Top MoH for Policy implementation
- Create Channel for communication:
- Among public institutions & inter-ministerial
- and Networking /Alliances with private sectors
- Cooperate with others Health Development Partners (TWGH, PTWGH, Sub-TWGH)

### **4-What's ideal Clinical Training sites?**

- Establish Teaching Hospital starting from RH where RTC is located-MoH/HRD, HSD,PD, National Hospitals and Centers, UHS/TSMC, RTCs
- Upgrade National Hospitals/Centers to be Teaching Hospital( Facilities, HR, Equipments, budgets)
- Strengthen capacities and role of Preceptors

### **Step3.**

#### Activities

- Establish the National Centre for Health Personnel Education
- Strengthen the application of the Institutional accreditation procedure
- Develop and endorse the Law for Health professional practices especially co-medical professional,
- Develop regulation for compulsory Continuing Professional Education
- Develop Policy/Regulation related to the implementation of Teaching facilities
- Improve communication and coordination:
- Among public institutions & inter-ministerial and Networking /Alliances with private sectors
- Cooperate with others Health Development Partners through TWGH, PTWGH, Sub-TWGH
- Develop guideline for Teaching Hospital
- Upgrade the capacity of Preceptors
- Improve the working environment of preceptors

## Group 2

You will discuss about the Nursing/Midwifery pre-service training courses.

### Step1.

Key Questions for the discussion are as follows:

- 1) What kinds of problems exist in teaching capacity of the following trainers?
  - RTC teachers
  - Part-time teachers at RTCs from clinical sites
  - Clinical trainers at clinical sites
  - 1) Capacity of some RTC teachers and part-time teachers at RTCs from clinical sites are limited related to (1) preparation lectures and searching from foreign languages and (2) Development of lesson plan
  - 2) Clinical trainers at clinical sites Clinical teacher
    - Lack of standardized protocol of nursing procedure
    - Involvement in teaching program is limited
- 2) What are the problems about communication & collaboration among/between RTCs and clinical sites?
  - 1) Clinical skill of RTC preceptor and preceptor from hospital are limited compares to nursing procedure exist in training outline
  - 2) RTC do not have enough human resource to monitor student's clinical practice
  - 3) Hospital teacher do not have enough time to teach, monitor and evaluate students' clinical practice
  - 4) Hospital lack space to accommodate students during their practice  
Hospital do not have clinical teaching room
- 3) What are the difficulties to develop new RTC/TSMC teachers?
  - There is no institution for teacher training
  - Movement of teacher
  - - Lack of motivation scheme



- 4) What kind of basic regulations are lacked in Cambodia to assure appropriate human resource development? (ie. Licensing, defining each qualification, registration of qualification, etc)
- Lack of professional regulations (midwifery and nurse)
  - Lack of licensing provision
- 5) What are the problems in terms of teaching environment at the following facilities? (ie. Khmer references, Materials, equipments, facilities for theory teaching/clinical practice)
- RTCs
  - Clinical sites
- Lack of Khmer lecture books and references
  - Lack of teaching materials and equipments
  - Lack of teaching room for theory and practice
- 6) Any other problems and issues?
- Transportation

## Step 2

### **1. What is an ideal situation/ communication between RTC teachers and Clinical Sites?**

- Clinical instructors and preceptors should have the appropriate clinical skills.
- RTCs need nearly enough clinical instructors for monitoring the clinical practice of students
- Preceptors should have enough time to teach, monitor, and evaluate the students' clinical practice.
- Clinical Practice sites have rooms for student clinical practice and have room for relaxation.

### **2. What is an ideal teachers and preceptors?**

- Relating professional skills
- Teaching Skills for theory and practices

- Self-Commitment as teachers or preceptors

### **3. What is an ideal clinical sites?**

- Improve the clinical instructors and preceptors' clinical skills and teaching methodologies.
- Establish the training structure
- Establish clinical teaching room and equip the clinical materials / equipments
- Have the room for students during their clinical practice at clinical sites
- Motivate the other health staff 'participation in clinical practice.

### **4. Other problems**

- Transportation
- Preceptors should have adequate time to teach, monitor, and evaluate the students' clinical practice.
- Clinical Practice sites have dormitory for student (hospital)
- Clinical practice have demonstration room for students (hospital)

### **Step3**

What activities you should /can do

### **1 . Clinical instructors and preceptors should have the appropriate clinical skills.**

Activities:

- 1- Conduct training courses by HRD
- 2- Conduct follow-up by HRD and Other Relevant Agencies
- 3- Support their performances by HRD and JICA.

### **2- Establish the Training Structure at Clinical Practice Sites:**

Activities:

- 1- Finalize the Guideline for Teaching Hospitals by HRD, HD, PD of MoH and Development Partners.

**3- Establish clinical teaching room and equip the clinical materials /equipments.**

Activities:

- Support to build a clinical teaching room and equip clinical training materials in clinical practice sites by Government Budget and JICA and other health partners

### Group 3

You will discuss about the Midwifery pre-service and in-service training courses.

#### Step1.

Key Questions for the discussion are as follows:

- 1) What kinds of problems exist in teaching capacity of the following trainers?
  - RTC/TSMC teachers
    - Knowledge is still limited
    - Lack of clinical knowledge
  - Part-time teachers from clinical sites
    - Skill instruction is not standardize (e.g. Parthograph)
  - Clinical trainers at clinical sites
    - Lack of clinic trainers who have just finished training
- 2) What kinds of problems exist in communication and collaboration between/among Kg Cham RTC and its clinical sites?
  - Lack of meeting between clinical trainers and RTC
  - Lack of communication in receiving and sending information
- 3) What are the problems in quality of midwifery services?
  - Attitude and behavior is poor
  - Knowledge is still limited
  - Lack of materials for utilization
  - Small amount of staffs but big amount of clients
- 4) What kinds of problems exist in the teaching environment for the following facilities? (ie. Khmer references, materials, equipments, facilities for theory teaching/clinical practice)
  - Kg Cham RTC
  - Clinical sites (Kg Cham RH, Prey Veng RH, Kg Thom RH, Svay Reign RH)
    - Lack of Khmer references

- Lack of teaching aid and material for practice
- Class is narrow and inappropriate
- Room for practice is narrow

5) Any other problems and issues?

- Not enough time for preparing handout, and research
- Lack of foreign language

Step2

**1. Good relationship between RTC and Clinical site:**

- Provide information on time and follow up RTC
- Should provide feedback to RCT
- Should have close collaboration

**2. Ideal RTC teachers and Clinical trainers**

- Improve knowledge of RTC teacher and clinical trainer. Teachers have enough knowledge.
- Theoretical and practical knowledge of RTC teacher and clinical trainer has standardization
- Exchange experience and technical skill
- Have proper and enough materials, equipments for teaching and practice

**3. Ideal Clinical sites**

- Have proper place
- Have adequate materials, equipments

Step 3

1.

- Strengthen the MoU respect between RTC and Clinical sites through RH director and RTC conducts meeting to inform to person in-charge.
- Set up communication equipments between RTC and clinical sites where are able for functioning.

2.

- Train related to theoretical knowledge and skill: MOH/HRD, NMCHC, UHS
- Disseminate new guidance through meeting, workshop for official in-charge (director)

+ Meeting: PHD, OD, RH, HC

+ Inform result of discussion on what we gained to director

3.

- Staffs of RTC and RH develop materials and equipments' request plan to submit to top leader (chief of ward) in accordance with order.

## Group 4

You will discuss about the Midwifery pre-service and in-service training courses.

### Step1.

Key Questions for the discussion are as follows:

1) What kinds of problem exist in teaching capacity of the following trainers?

- RTC/TSMC teachers
- Part-time teachers from clinical sites
- Clinical trainers at clinical sites

1-The foreign language of RTC/TSMC teachers is limited

2-Continue education to RTC/TSMC teachers is limited.

3-The foreign language of part-time teachers from clinical site is limited.

4-Continue education to part-time teacher from clinical site is limited.

5-Clinical staffs are busy.

6-There are few preceptors.

2) What kinds of problems exist in communication and collaboration between/among RTCs/TSMC and their clinical sites?

1-RTC has been difficult to communicate with hospital beside the Kg.Cham province.

2-Student acceptance of RH and HC is limited (TSMC student)

3- RTC and TSMC lack the clinical teacher to follow up the student in clinical practice at RH.

3) What are the problems in quality of midwifery services?

1-The knowledge and skill of midwife is limited.

2-Some hospital there is few clients so student is difficult to complete the task.

4) What are the difficulties to develop new RTC/TSMC teachers?

-New teacher in TSMC and RTC has not enough experience of theory and

practice teaching.

5) What kinds of problems exist in teaching environment for the following facilities? (ie. Khmer references, Materials, equipments, facilities for theory teaching/clinical practice)

- RTCs
- TSMC
- Clinical sites

1-RTC/TSMC is not enough material for theory and practice teaching.

2-Most of documents are English and French (reference document).

3- Shortage of transportation for student practice in community and hospital.

4-Shortage of teaching room

5-Hospital lack the accommodation room and teaching material (no model for demonstration)

6) Any other problems and issues?

1-Motivation of clinical teacher at RTC/TSMC and preceptor at hospital is limited.

2-RTC and TSMC is shortage of human resource.

### Step 2

- RH should provide feedback to RTC on time after received the message from RTC.
- Should motivate the RTC teacher and clinical teacher.
- Staff of RH should give an opportunity for students to complete their task.
- Director and staff of RH should pay close attention to student during clinical practice.
- Should select more clinical practice site and preceptor.
- Should invite the RTC teacher to joint the new technical training (it is easy for RTC teacher and clinical teacher to provide the theory and instruct the student)

### Step3

- Increase communication among RTC/TSMC/ RH during dispatch the student for clinical practice as well as theory teaching.



- Increase continues education through cooperation with NMCHC and development partner follow the MoH plan.
- Preceptors improve on paying attention to evaluate the student in clinical practice.

## Group 5

You will discuss about the Nursing pre-service training courses.

### Step1.

Key Questions for the discussion are as follows:

- 1) What kinds of problems exist in teaching capacity of the following trainers?
  - RTC/TSMC teachers
  - Part-time teachers from clinical sites
  - Clinical trainers at clinical sites
  - Understanding of Foreign language is limited (both research and translation of lesson)
  - Teaching methodology is limited, particularly Part-time teachers from clinical sites
  - Clinical practice teaching is not yet corresponds to theory teaching at school
  - Don't have a standardized protocol for nurse and midwifery
  
- 2) What kinds of problems exist in communication and collaboration between/among RTCs/TSMC and their clinical sites?
  - Limitation number of clinical teacher to monitor students at hospital
  - Delay of making feedback report of clinical teacher to RTC
  - Lack of transportation (vehicle, motor, etc...)
  
- 3) What are the difficulties to develop new RTC/TSMC teachers?
  - New teacher do not have enough clinical experiences
  - Experienced teacher working at hospital do not want to work as full time teacher at school
  
- 4) What kinds of problems exist in teaching environment for the following facilities? (ie. Khmer references, Materials, equipments, facilities for theory teaching/clinical practice)
  - RTCs
  - TSMC
  - Clinical sites

- Lack of Khmer references
- Shortage of following materials for
  - theory teaching
  - demonstration at school
  - practice at clinical sites
- practice at the community

5) Any other problems and issues?

- Theory teaching room and demonstration room are not followed the training standard yet
- Library is not adequate for students and teachers needs

Step 2

**1.What is ideal for training and teaching environment for student?**

- Should have appropriate classroom for both clinical practice and theory
- Should equip proper teaching aid and other necessary equipments
- Should have appropriate lesson plan, handout, and reference books

**2. What is ideal for communication between teacher and preceptor?**

- RTCs, TSMC and clinical sites should respect Minutes of understanding (MoU) which approved among these sides
- Hospital as the clinical site should be equipped the fax machine.

**3. What is ideal for working environment for teacher?**

Implementation of motivation scheme through

- Invitation or sending for refresher training in order for teacher have chance to upgrade their technical qualification and skill
- Organize study tour within the country and visiting to neighbor country in order for them learn new experiences
- Appreciations from upper level, example appreciation letter or rewards

**Step 3**

What activities you should/ can do?

1 .

- RTCs and TSMC request HRD and development agency to support.
- RTCs and TSMC are able to establish a team to translate teaching book from Foreign language in to Khmer language
- HRD is requested to check the translations and publish in nationwide.

2 .

- RTCs and TSMC conduct review meeting on MoU between school and clinical site hospital by using occasion of existing Technical Board and Coordination Board meeting and preceptor workshop.
- Request provincial health department (PHD) to equip clinical sites hospital with the Fax machine.

3 .

- HRD makes refresher training course for RTCs and TSMC' teachers
- RTCs and TSMC responsible to select teacher to attend the training

Group 1.....	2
Step1.....	2
Step2.....	4
Step3.....	5
Group 2.....	6
Step1.....	6
Step2.....	8
Step3.....	9
Group 3.....	10
Step1.....	10
Step2.....	11
Step3.....	12
Group 4.....	14
Step1.....	14
Step2.....	15
Step3.....	16
Group 5.....	17
Step1.....	17
Step2.....	18
Step3.....	19

## Group 1

You will discuss about the human resource development for improving pre-service and in-service training in midwifery/ nursing in Cambodia.

Step1.

Key Questions for the discussion are as follows:

- 1) What are the problems to develop human resource capacity, especially nurses and midwives in Cambodia?
  - 教員を養成するシステムがない
  - 教員の Technical competencies がない、臨床経験がない
  - 卒前教育の質が乏しい
  - 卒後研修が標準化されていない。 オーバラップもあり、参加者は類似コースに何度も参加することがある
  - 卒後研修を標準化したいという Vision はあるが、実態はそうになっていない
  
- 2) What kinds of basic regulations are lacked in Cambodia to assure appropriate human resource development, for example licensing, defining qualifications, and registration of qualification?
  - プロフェッショナルのプラクティスを規定する Law/Regulation がない
  - Registration のメカニズムがない
  - ライセンシング (免許制)
  - Professional を Regulate する制度がない
  - レファラル病院の看護師、助産師が保健センターレベルのことを知らない
  
- 3) What kinds of problems exist for communication and cooperation among departments and facilities related with human resource development?
  - HRD と他の組織との定期会合がある。 組織間の Quarterly meeting がある
  - 会合などのシステムはあるものの、情報共有は限定的である
  - ハイレベルからのコミュニケーション? がよくない?

- RTC と 臨床施設との協力が限定的である

4) What are the problems for the following teachers?

- RTCs teachers
- TSMC teachers
- Clinical trainers at Clinical sites

- 教員は、質も数も限られる
- 教員の臨床経験がない
- 臨床経験のある人は、教員やプレセプターになりたがらない
- RTC には重要な役割がある
- プレセプターも 量、質ともに限られる
- 教員の Qualification が限られている、というのも、教員には、Secondary MW, Secondary Nurse などがおり、マスタートレーナーではない。Graduate course や Bachelor などを持っていないことから、学生が教員を尊敬しない。
- Tutor/Professor などになるクライテリアがない (Qualification, experience )

5) What are the difficulties to develop new RTC/TSMC teachers?

- コンピテンシー
- No motivation
- No willingness
- RTC は、もっと教員をほしいとリクエストをしているが、充足しない。というのも、教員になるメリット、インセンティブがない

6) Any other problems and issues?

Standardized teaching hospital がない

- National protocol では、Theory 40 %、Practice 60%ということになっており、臨床実習施設の側の役割は大きい。臨床実習での学びが、学生のコンピテンシーに影響が大きい。
- 学生が学習しやすくなるように、teaching hospital teaching school を整える必要がある
- 現在は、学生数も多く、実習数が足りないこともあり(たとえば分娩介助数がクライテリアに達しないなど)、ハンドリングがむずかしい 臨床実習施設が増えれば、学生の質も向上させることができる

## Step2.

### 1-What's ideal QA System of Health Professionals in terms of Regulations?

- ライセンシングとレジストレーションシステムを導入する (MoH/HRD,HSD,PD, Professional Board/ Association,)
- (卒前教育機関について) Institutional accreditation システムを導入する
- Law for professional practices,
- Requirement for Continuing Professional Education

### 2 What's ideal Teacher's Training?

- Establish mechanism to ensure the implementation of teacher training facilities (policy, regulation, by MoH/HRD)
- Create the National Centre for Health Personnel Education- MoH /UHS

### 3 What's ideal policy dissemination to School and the People?

- 保健省上層部からの政策実施に対してのコミットメントと承認
- コミュニケーションのためのチャンネルを策定する
- 公的機関間、省庁間、そして、プライベートセクター これらの間でのネットワークとアライアンス
- 援助パートナーなどとの連携協力 (TWGH, Provincial TWGH, sub TWGH)

### 4 What's ideal Clinical Training sites?

- RTC に隣接するレファラル病院から、Teaching Hospital として策定する (MoH/HRD, HSD,PD, National Hospitals and National Centers, UHS/TSMC, RTCs)
- 国立病院と国立センターを Teaching Hospital として Upgrade する
  - ◇ これには、Facilities, human resources, equipment, budget が含まれる
- プレセプターの役割と責任を明確化し、プレセプターのキャパシティーと役割を強化する



### Step3.

- Establish the National Centre for Health Personnel Education
- Strengthen the application of the Institutional accreditation procedure
- Develop and endorse the Law for Health professional practices especially co- medical professional,
- Develop regulation for compulsory Continuing Professional Education
- Develop Policy/Regulation related to the implementation of Teaching facilities
- Improve communication and coordination:
  - Among public institutions & inter-ministerial and Networking /Alliances with private sectors
  - Cooperate with others Health Development Partners through TWGH, PTWGH, Sub-TWGH
- Develop guideline for Teaching Hospital
- Upgrade the capacity of Preceptors
- Improve the working environment of preceptors

## Group 2

You will discuss about the Nursing/Midwifery pre-service training courses.

### Step1.

Key Questions for the discussion are as follows:

1) What kinds of problems exist in teaching capacity of the following trainers?

- RTC teachers
  - Part-time teachers at RTCs from clinical sites
  - Clinical trainers at clinical sites
- Teacher's capacity は限られているが、教えるという Willingness はある。
- スタンダードに沿ってレッスンプランを準備することができる
- HRD, RTC には、システムがあるが、 一部の人には、教えるという Willingness が無い。
- RTC と病院で教えていることが違う。 スタンダードを用いて、双方で教えること、またスタンダードを元に、現状を Adjust することが必要。
- クリニカルな実習は、プレセプターに依存しているが、レファラル病院には、学生を教えるほかにもほかに多くの仕事がある。クリニカルトレーニングの側こそ、限界がある。

2) What are the problems about communication & collaboration among/between RTCs and clinical sites?

- 以前は、学生を病院に送る際に多くのミスコミュニケーションがあった。
- 現在は、MoU が存在し、Technical board も存在することから、どの月日に学生を送るかということについて合意がある。 全ては、MoU に書いてあるし、毎年、MoU は Update されている。 これは、RTC と臨床実習施設の間の合意事項である。 現在は、多くの学生の名前についても記載している。
- 他のグループが話していることには同意するが、一方、学生とプレセプターの比率というものが存在する。 したがって、Prey Veng, Svay Rieng, Memut など、Preceptor/Student 比にもとづいてプレセプター数は規定されている。

3) What are the difficulties to develop new RTC/TSMC teachers?

- 教員やプレセプターを養成する学校が存在しない。
- 教員対象のトレーニング、たとえば、1年から一年半の Teacher training コースなどが存在しない。
- New teacher というのは教えることができない。 アシスタントをするのみ。
- Teacher training school があることが望ましい。
  
- 課題としては、RTC 教員のターンオーバーが激しい。多くの RTC 教員がやめる。経験のある教員もやめる。 トレーナーへのインセンティブ、モチベーションが乏しい。

4) What kind of basic regulations are lacked in Cambodia to assure appropriate human resource development? (ie. Licensing, defining each qualification, registration of qualification, etc)

- MW, Nurse について、Regulation & Licencing, ライセンス制を導入するための Law on profession

5) What are the problems in terms of teaching environment at the following facilities? (ie. Khmer references, Materials, equipments, facilities for theory teaching/clinical practice)

- RTCs
- Clinical sites
  
- クメール語の Teaching material,
- デモンストレーションのための部屋、現在、助産師コースも助産師学生も多いことから、部屋が足りない。
- リノベーション予定の Facility があることから来年には、問題が解決される施設もある。しかし、スペースの問題が解決されても、Student friendly ではない
- クラスルームの数が学生に比して少ない

6) Any other problems and issues?

- 移動手段がない 実は車はあるが、ドライバーがいない。 Policy では、ドライバーは、Civil servant であるべき、とされているが、今のところ、ドライバーは Contract

staff である。 HSP2 の予算があるため、燃料費はある。

- プレセプターは、学生実習時に学生を教え、モニターし、評価するための時間があるべき
- 臨床実習施設である病院では、学生に対しての寮（当直室）と、学生のためのデモンストレーションルームが存在すべき

## Step2.

### Q1 Ideal communication between RTC teachers and clinical sites

- クリニカルトレーナーとプレセプターは、適切な臨床技能をもつべき
- RTC は、学生の臨床実習をモニターするために、十分なクリニカルインストラクターをもつべき
- プレセプターは、学生を教え、モニターし、臨床実習を評価するために、十分な時間をもつべき
- クリニカルサイトでは、学生の臨床実習のため、また休息・当直などのための十分な部屋・場所をもつべき

### Q2 Ideal teachers and preceptors

- 関連する professional skills
- 講義とプラクティスを教えるための教授スキル
- 教員やプレセプターとしてのセルフコミットメント

### Q3 Ideal clinical sites

- クリニカルインストラクターとプレセプターのクリニカルスキルや教授法を改善する
- training structure を確立する
- 臨床実習のための部屋をつくり、臨床実習のための物品・機材を整える
- クリニカルサイトにおいて学生が実習をするための部屋が存在すべき
- プレセプターに指定されているスタッフだけではなく、他の割り当てられていないス

タッフも病院において臨床実習指導を行うようモチベートする

Step3.

Q1 Ideal communication between RTC teachers and clinical sites

Q2 Ideal teachers and preceptors

- Clinical trainers が適切なクリニカルスキルをもっている HRD がクリニカルトレーナーに対してトレーニングを実施する
- HRD と他の関連する団体部局が、フォローアップを実施する  
HRD と JICA とで、支援をし、教員のパフォーマンスをモニターする

Q3 Ideal clinical sites

- クリニカルサイトにおいて、Training structure が存在する
- HRD, HD, PD が Teaching hospital 向けのガイドラインを Finalize する
- 実習のための部屋を作る
- 政府予算 AoP、JICA、他のパートナーの予算をつかって Clinical teaching の部屋や物品を確保する、臨床実習病院での物品を確保する
- プレセプター、教員を Motivate する
- HRD が、Reward system を Establish する
- HRD と RTC とが、Financial resource をみつけて、これを支援する

### Group 3

You will discuss about the Midwifery pre-service and in-service training courses.

#### Step1.

Key Questions for the discussion are as follows:

- 1) What kinds of problems exist in teaching capacity of the following trainers?
  - RTC/TSMC teachers
  - Part-time teachers from clinical sites
  - Clinical trainers at clinical sites
  
- 2) What kinds of problems exist in communication and collaboration between/among Kg Cham RTC and its clinical sites?
  - RTC と Tutor とで、ミーティングがない。
  - 情報のシェアがない。 RTC から、RH に学生を送ってきても、PHD が把握していない。
  
- 3) What are the problems in quality of midwifery services?
  - 助産師のスキルは、ときに良いが、時に悪い、
  - レファラル病院のサプライが充分ではない、たとえば、病院では、体出生体重時を見ることが出来ない。レファラル病院（産科病棟）スタッフはとても少ない、非常に多い患者をハンドリングできない。
  
- 4) What kinds of problems exist in the teaching environment for the following facilities? (ie. Khmer references, materials, equipments, facilities for theory teaching/clinical practice)
  - Kg Cham RTC
  - Clinical sites (Kg Cham RH, Prey Veng RH, Kg Thom RH, Svay Reign RH)
    - クメール語の書類、Teaching material, Training material, Bathroom
  
- 5) Any other problems and issues?

## Step2.

### Q1 Ideal Communication RTC- clinical sites

- RTC は、「学生についての情報」をクリニカルサイトに、適したタイミングで事前に教えるべき
- RTC は、学生を臨床サイトでの学生の臨床実習やインターンシップをフォローアップすべき
- クリニカルサイトは、RTC に対して、適切に学生の臨床実習関連の情報をフィードバックすべき
- 例えば 電話連絡などを持ちいて
- RTC と臨床サイトに間で、近い連携と協力が必要

### Q2 Ideal teachers and preceptors

RTC 教員とクリニカルトレーナーの知識が向上し、双方が十分な知識をもっていること

Theoretical な内容と臨床実習時の内容について、RTC 教員とクリニカルトレーナーで標準化されていること。 RTC で教えている内容と クリニカルサイトで教えている内容が一致していること

- たとえばパルトグラムの教え方が 時代により変わったのだが、RTC では以前のやりかたを教えていて臨床側の教え方と合っていないことがあった
- 学生が 実習や何かしらの記載をさせてもらえないことがある
- 新生児の臍のケアについても、時代によりケアの仕方が変わっている。現在のやりかたは、臍には何もつけず、ガーゼもつけないやりかたである。このように、Modern method にあわせて教える内容は変わるべきである。(が、現在は、RTC の内容とクリニカルサイトで教えている内容が一致しない)

技能スキルや経験について共有すること

RTC で教える際、また臨床実習での実習の際に、十分な物品、機材があること

### Q3 Ideal clinical sites

- 学生のための部屋、物品、機材が適切にあること
- 学生が当直をする際の部屋があること

- 胎児心拍ドップラーが適切な数あること（JICA は、2 セット供与してくれたが、これではまだ足りない）

### Step3.

#### 1. コミュニケーションについて

- 私ができるのは、RTC とクリニカルサイトの MoU をレビューをし、強化することです。MoU の Statement を考え、実際に実務を担当する人が MoU の内容を知る必要があります。
- クリニカルサイトの物品機材が充足している必要がある
- RTC とクリニカルサイトとで、定期会合などでコミュニケーションを改善する
- コミュニケーションのための手段をもつ たとえば、携帯電話や機能している固定電話回線、ファックスなどを用いる

#### 2. Ideal teachers and preceptors

#### 3. Ideal clinical sites

- RTC 教員、プレセプターが 適切なトレーニングを受講し、助産師学生を教えるための教員に必要なコンピテンシーを持つ
- プレセプターをアセスメントして、なにが強みでなにが弱みであるのかについて明確にする（たとえばレッスンプランをつくられているのか、など）
- National center for health professional education を Establish する
- Teaching skill のない教員、トレーナーというのはナンセンスであるので、Skill のある教員を作ることに出来る施設をつくるべき
- RTC の教員と臨床病院のプレセプターが教えていることが 学生にとって同じになるように、RTC 教員と臨床病院プレセプターが 同じスタンダードを教える
  - たとえば硫酸マグネゾールの使い方について、RTC と臨床病院で同じ方法で、正しいやりかたを学生に教えるべき
- 異なるレベルを集めての会合を開く（NMCHC, レファラル病院、RTC など）多くのレベルを交えての会合を開く必要がある。
- 現行の JICA プロジェクトに関連し、助産師への支援体制を継続する。保健センター助産師にとり十分な情報があるように、新たなプロトコールや技能について、標準化された同じ内容（Consistency な内容）が伝わるようにする。



#### 機材のサプライについて

- 学生が学ぶことが出来るように、レファラル病院の院長が、病院サービスを提供するために、機材についても適切に計画し、それより上のレベルにリクエストをする
  
- たとえば、点滴注射について学生が実習できるよう、点滴注射や手袋について適切なサプライが必要

## Group 4

You will discuss about the Midwifery pre-service and in-service training courses.

### Step1.

Key Questions for the discussion are as follows:

- 1) What kinds of problem exist in teaching capacity of the following trainers?
  - RTC/TSMC teachers
  - Part-time teachers from clinical sites
  - Clinical trainers at clinical sites
  - ハンドアウトがない、臨床実習施設で教える時間が（スタッフにとって）ない
  - Teaching skill が充分ではない
  
- 2) What kinds of problems exist in communication and collaboration between/among RTCs/TSMC and their clinical sites?
  - Collaboration communication が難しい、
    - 特に、Kg Cham RTC にとっては、Kg Cham RH は近いから良いが、Prey Veng, Svay Rieng, Kg Thom などは、遠いことから、尋ねることが難しいし、事前連絡なども難しい。
  - RH や、HC で例えば産前健診の実習に学生を送った場合、たいへん多くの学生がいる割には、症例数がすくないことが問題。また、公的機関よりも、International University (IU といわれる私学の Co-medical 養成学校) の学生が症例の割り振りが優先されている。
  - RTC の先生や、プレセプターには、なりたがらない。
  - 移動手段がないため、臨床実習病院で実習する学生を Supervision することが出来ない。
  
- 3) What are the problems in quality of midwifery services?
  - RTC 教官が臨床経験がない。
  - Clinical preceptor の数が充分ではない。
    - たとえば、Svay Rieng の（助産）プレセプターは 2 名のみ。
  - 他の？ 多くの？ Clinical preceptor は、TOT 研修を受けていない。

4) What are the difficulties to develop new RTC/TSMC teachers?

(以下、イヤホンの調子が悪く聞き取れず、英語翻訳待ち)

5) What kinds of problems exist in teaching environment for the following facilities? (ie. Khmer references, Materials, equipments, facilities for theory teaching/clinical practice)

- RTCs
- TSMC
- Clinical sites

6) Any other problems and issues?

## Step2.

### Q1 Ideal Communication RTC- clinical sites

- 学生がいつクリニカルサイトにくるのかという情報が適切に届くこと 2週間前には情報があるべき
- RTCからのメッセージが届いた後、レファラル病院は、RTCにフィードバックを適切に行うべき
- コミュニケーション自体は困難ではないのだが、問題は情報の遅れ、である。
- RTC教員と臨床トレーナーをモチベートすべき
  
- レファラル病院のスタッフは、学生に対して、学生の臨床タスクを完了するように機会を与えるべき
- もっと多くの臨床実習施設とプレセプターが選ばれ存在すべき
- RTC教員を あらたな技術的研修に参加させるべき (このことにより、RTC教員とクリニカルトレーナーは、学生に対して授業などを容易に提供することができる)

### Q2 Ideal teachers and preceptors

病院の側で、もっとインセンティブがあること

モチベーションが乏しい

クリニカルプラクティスの最中には、患者が緊急できたりするので、学生の面倒を見るのが

難しいことがある。

プレセプターへの新しいトレーニングが必要（Clinical preceptor にも、RTC 教員にも）  
RTC 側の教える内容が Update されていること

例えば、ワクチンのプログラムでは、Hepatitis B のワクチンが導入されていたが、RTC 側はこのことをしらず、ずっと Hepatitis B のことを抜いた予防接種を教えており、Hepatitis B のことを教えていなかった

### Q3 Ideal clinical sites

学生のことに優先順位を上げるべき

学生は数ヶ月、クリニカルサイトに滞在するが、学生実習については、Secondary MW コースの学生が優先されており、Primary MW は優先されていない。Primary MW は、よい実習を受けられていない。それに、プライベートの学校である International University の学生が優先されている。（RTC の公的学校の学生を優先してほしい）

全体として、助産学生の数が増加しているので、もっとクリニカルサイトの数が必要

### Step3.

Collaboration Communication

以前よりは、RTC とクリニカルサイトのコミュニケーションはよくなっている  
会合や電話を RTC とクリニカルサイトの間で行う

Theory として教える内容と 臨床実習サイトで教える内容が一致している必要がある

- RTC で用いているチェックリストが 臨床実習サイトのやりかたと同一である必要がある

Continuous Education について

National level のセンターにおいて、特に、プレセプターの知識を Update する必要がある。

学生のパフォーマンスについて、巡回指導やモニターを実施する

## Group 5

You will discuss about the Nursing pre-service training courses.

### Step1.

Key Questions for the discussion are as follows:

1) What kinds of problems exist in teaching capacity of the following trainers?

- RTC/TSMC teachers
- Part-time teachers from clinical sites
- Clinical trainers at clinical sites

teaching methodology が課題、Preceptor training course が必要、training institution が必要、 RTC で教えている Theory と、Clinical practice の実際が異なっている

2) What kinds of problems exist in communication and collaboration between/among RTCs/TSMC and their clinical sites?

プレセプターから RTC 教官に対して提出する、Student report が On time でない。

3) What are the difficulties to develop new RTC/TSMC teachers?

新しい先生は、経験がないことが問題。 臨床経験のある人は、先生になりたがらない  
したがって、臨床経験のない人ばかりが先生になっている。 臨床経験のあるものがト  
レーナーになるべき。

4) What kinds of problems exist in teaching environment for the following facilities? (ie. Khmer references, Materials, equipments, facilities for theory teaching/clinical practice)

- RTCs
- TSMC
- Clinical sites

- クメール語のレファランズがない、レファランズが外国語となっている、学生は英語を習うべき、 Teaching Aid がない、Clinical practice や、テクニカルな面を鍛える機会があると良い、

- レファラル病院の側では、注射やカテーテルといった機材そのものが不足しており、

学生実習に向かない、病院の側の予算が限られている

5) Any other problems and issues?

学生向けの機材、物品が足りない、図書館が適切ではない、Theory を教えるクラスルームや学内実習を行うデモンストレーションルームが大きいほうが良い

明石先生からの質問 「なぜ教員になりたがらないのか？」に対する回答

プレゼプターや教員になりたがらないのは、モチベーションがないから。先生になると、自分の利益を失う。臨床プレゼプターのメリットも少ない。臨床トレーナーになると、RTC の試験監督にこななければならないなど、労力は増え、お金を稼ぐ時間は減る。

Step2.

Q1 Ideal Teaching environment

RTC の側も、臨床実習際との側も、十分なクラスルームがあること

- 特に学生数にマッチした、部屋があること 1 クラスルーム 25-30 人 ということを適用し実際にこれに沿うように部屋が存在すること

適切な Teaching Aid と、他の必要な機材があること

- OHP など、十分なサプライがあること

適切な Document, lesson plan, reference、ハンドアウトがあること

- クメール語に翻訳されていること
- 我々は、Working hard であるが、まだ上記は解決していない

Q2 Ideal tutors preceptors in RTCs and hospitals

RTC・TSMC とクリニカルサイトの間で、MoU による Agreement があり、各施設間においては承認されている。しかしながら、実際にはまだこれらは反映され、実現されてはいない

RTC とクリニカルサイト間での会議があること

コミュニケーションが容易にできるよう、臨床実習サイトである病院に、ファックスがあるべ

き

### Q3 Ideal preceptors to motivate tutors

教員を以下の方法によりモチベートし、Upgrade すること

- 教員が自らの技能や Qualification( タイトル )を Upgrade できるように、卒後研修などに、招聘されること。
  - ◇ 教員のキャパシティーBuilding が必要
  - ◇ 教員にバachelorのタイトルが必要
  - ◇ 看護と助産のバachelorコースはある、が現在の教員は、Associate degree のみである
  - ◇ RTC 教員として、10 年の経験があるが、こういった経験を持っている教員をどう Upgrade するのか
- 教員が新たな経験ができるように、国内でのスタディーツアーと近隣諸国への来訪をすべき。特に、第三国での教員の研修（過去の JICA の支援で、マレーシアなどに一部の教員は、来訪したが、まだ一部の教員に留まる。もっと多くの教員を第三国などの外国に送ってほしい）
- 教員の Hard Work に対して、Higher level からの Appreciation がほしい

### Step3.

#### 1 . Class room、トレーニング機材について

- 開発パートナーが トレーニング機材に供与する
- TSMC, RTC が、HRD にバジェットサポートをリクエストする

#### 2 . RTC とクリニカルサイトのコミュニケーションについて

- RTC とクリニカルサイトで定期会合をもつ
- プレセプターと RTC 教員の会合をもつ 四半期ごと
- TB&CB 会合をもつ
- ファックスマシーンを PHD にリクエストする

#### 3 . Ideal preceptors to motivate tutors

私たち教員をシニアトレーナーにするために、Basic skill と Knowledge を改善する  
バachelor-Degree を RTC 教員に与える

付記： 最後の QandA の内容

Stung Treng RTC Director からの質問

RTC と Clinical sites でのコミュニケーションについて、UHS で医学生をつくるときにはどのようにしているのか、問題はあるのか？ どのように対応しているのか？

H.E. Prof Oum Sophal からの回答

医学生のコースにとっても、UHS と、臨床施設の連携はチャレンジであり、同様の課題を抱えている。しかしながら、教授から、臨床施設の Director に対して、金銭を支払うことができるので、医学生に対して 注意を払うよう、UHS 側から臨床施設 Director に対して理解を促すことができる。(特に、カルメット病院)

多くの病院では、公立、私立の大学から医学生を受け入れている。クメールソビエト病院では、学生をアシスタントすることについて、指紋をもちいての仕組み？ がある。

コーチングシステムが必要だえり、モニターが大事。病院の Technical bureau 部門に対して依頼して、医学生に対して、特定のプレゼプターをアサインするように依頼している。これは英国のシステムにならっている。

Supervision と、Tutor/preceptor についてのポリシーをもつことが重要である。

現在、医学生については、父母からの学費をとっている。

政府側も医学部コースについての一定の認識がある。

病院側には、お金にはこだわらないが、ポジションや Honor がほしいという人もおり。フランス式では、Professor というものは、各部門 1 名であるが、当地では、もっと Professor のポジションをクリニカルサイトの側につくり、医学生受け入れのパフォーマンスがあがるように、政府に提案したいと考えている。

医学生のコースであっても、医学生が臨床実習先に言った場合の直接の、フォローアップやモニタリングを UHS は行っていない。これは、非常に重要なことであり、UHS にとっても、臨床実習の際の Quality は課題であると認識している。このところ、医学生のコースについては、多くの批判があることを理解している。しかし卒前教育については、システムを強化することで卒前教育の質をあげる必要があると考える。

たとえば、卒業試験の監督を適切に行うなど。

学生のための臨床実習の質向上のために、臨床実習先になっている病院においては、可能なすべての歳入を確保するようお願いしたい。



