

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  
中間レビュー報告書

平成 24 年 8 月  
(2012 年)

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部

人間
J R
13-034

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  
中間レビュー報告書

平成 24 年 8 月  
(2012 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」国と記す）の保健医療全般の水準は、「カ」国政府の取り組みとわ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、妊産婦死亡率など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。

しかし、「カ」国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。そのため、「カ」国保健省は、国内すべての保健医療施設の助産師定員数を満たすため、近年助産師育成に係る施策を矢継ぎ早に打ち出しています。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。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」国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います。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」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、独立行政法人国際協力機構（JICA）は2009年10月に同プロジェクトの協力計画及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、2010年3月から5年間の計画でプロジェクトが開始されました。本報告書は、プロジェクト開始から約2年半が経過した中で、プロジェクトの進捗状況の確認と今後への課題と対応策を検討し、関係者間で合意することを目的として行われた中間レビュー調査結果をまとめたものです。

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24年8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  
目 次  
地 図  
写 真  
略語一覧

## 評価調査結果要約表

第1章 中間レビューの概要	1
1-1 調査背景及び目的	1
1-2 調査団員構成	1
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	2
1-5 プロジェクトの枠組み	3
1-6 評価手法	4
1-7 PDM の変遷	6
第2章 プロジェクトの実績・実施プロセス	9
2-1 プロジェクトの実績	9
2-1-1 投入実績	9
2-1-2 活動と成果の実績	11
2-1-3 プロジェクト目標の実績	17
2-2 実施プロセス	20
2-2-1 プロジェクト関連機関の活動実施体制と今後の方向性	20
2-2-2 概念の共有とコアトレーナーの養成	20
2-2-3 プロジェクト実施における柔軟性	21
2-2-4 今後の活動の方向性	22
2-3 まとめ	22
第3章 評価5項目による評価	24
3-1 妥当性	24
3-2 有効性	24
3-3 効率性	25
3-4 インパクト	26
3-5 自立発展性	27
3-6 結 論	27

第4章 提言及び教訓	28
4-1 提言	28
4-2 教訓	28
第5章 PDMの修正	29
第6章 所感	40
6-1 技術参与（母子保健）所感	40
6-2 団長所感	41
付属資料	
1. ミニッツ・合同評価報告書（英文）	45
2. PDM version 1（和文・英文）	84
3. PDM version 2（和文・英文）	88
4. 評価グリッド	96
5. 実施プロセスの検証	120
6. 評価5項目による評価（和文）	126
7. 投入実績	135
8. 関係者への質問調査結果	144
9. 参考文献リスト	196

# 地図



写 真



国立母子保健センター（NMCHC）外観



NMCHC 内の研修用スペース



NMCHC 幹部との協議



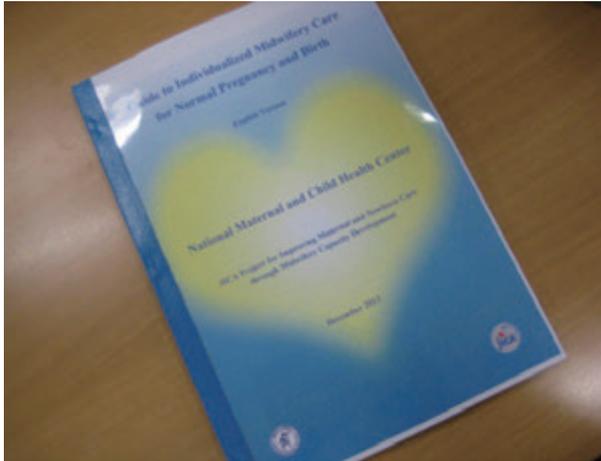
NMCHC に供与した分娩ベッド



プロジェクトで作成したポスター



コアトレーナー



プロジェクトが作成したケアガイド



コンポンチャム看護・助産学校



コンポンチャム州での助産トレーニング



コンポンチャム州病院



コンポンチャム州病院産科棟分娩室



コンポンチャム州病院助産師と助産学生



第2回合同調整委員会



ミニッツ署名

## 略 語 表

略語	英語名称	和名・意味
AOP	Annual Operation Plan	政府予算年間計画
ARI	Acute Respiratory Infections	急性呼吸器感染症
CDHS	Cambodian Demographic and Health Survey	カンボジア実行保健調査
C/P	Counterpart	カウンターパート
EPI	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大計画
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit	ドイツ国際協力公社
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HRDD	Human Resource Development Department	保健省人材育成部
JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
KOICA	Korea International Cooperation Agency	韓国国際協力団
MCAT	Medical Cooperation Alliance Team	医療協力チーム
MCH	Maternal Child Health	母子保健
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
M/M	Minutes of Meeting	ミニッツ（協議議事録）
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
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
PO	Plan of Operations	活動計画
PRH	Provincial Referral Hospital	州レファラル病院
RTC	Regional Training Center	地方看護・助産学校
SBA	Skilled Birth Attendant	医師や助産師など国が定めた資格有する熟練介助者
TOT	Training of Trainers	指導者養成研修
TWG	Technical Working Group	テクニカルワーキンググループ
UNFPA	United Nations Populations Fund	国連人口基金
WHO	World Health Organization	世界保健機関

## 評価調査結果要約表

1. 案件の概要		
国名：カンボジア王国	案件名：助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト	
分野：母子保健	援助形態：技術協力プロジェクト	
所轄部署：人間開発部		
協力期間	2010年3月～2015年2月	先方関係機関：保健省、国立母子保健センター(NMCHC)、コンポンチャム州保健局(PHD)、コンポンチャム州病院、コンポンチャム地方看護・助産学校(RTC)
		日本側協力機関：－ 他の関連協力：－
<p>1-1 協力の背景と概要</p> <p>カンボジア王国（以下、「カ」国と記す）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ため、近年「カ」国保健省（以下、「保健省」と記す）は、助産師育成に係る施策を打ち出している。また、近年、コンポンチャム州病院やバットバン州病院などの地方の中心病院や地域のレ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。他方、RTCだけでなく、実習先となる地域レファラル病院の助産教員の教育の質の問題もあり、助産師育成に関する卒前・卒後研修の質が標準化されていない。そのため、助産技術を十分習得しないまま医療施設などに配置された助産師（特に准助産師）のサービスの質が十分でないことも近年問題視されている。</p> <p>かかる背景から、コンポンチャム RTC 所管の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）をモデル地域として、2010年3月から2015年3月の5年間の協力で「助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト」（以下、「(本)プロジェクト」と記す）を開始している。2011年5月にはプロジェクトの規模の見直しや進捗・課題の確認を目的とした運営指導調査を実施した。</p> <p>本調査団は、プロジェクト開始後から約2年4カ月が経過した現在、保健省と合同で本プロジェクトの活動の進捗状況や目標達成度、成果の発現具合を分析し、プロジェクトの残り期間の課題と今後の方向性について確認し、合同評価報告書に取りまとめ、合意するとともに、ミニッツ（協議議事録；M/M）に署名することを目的とする。</p>		
<p>1-2 協力内容</p> <p>(1) 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。</p> <p>(2) プロジェクト目標 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>(3) 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</p>		

れる。

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。
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。
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。
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。

#### (4) 投入（評価時点）

<日本側>

専門家派遣： 13名  
機材供与： 車両（2台）、OA 機器各種、訓練用機材、その他機材  
本邦研修員受入： 10名

<相手国側>

カウンターパート（C/P）配置（NMCHC、コンポンチャム州 PHD 及び州病院、RTC 関係者）、土地・施設提供、プロジェクト事務所1カ所（NMCHC 施設内）、家具、電気、水道代を含む事務所経費

## 2. 評価調査団の概要

	担当分野	氏名	職位
調査者	団長／総括	小林 尚行	独立行政法人国際協力機構（JICA）人間開発部 次長兼保健第二グループ長
	母子保健	明石 秀親	独立行政法人国立国際医療協力センター 国際医療協力部 派遣協力課 専門官
	協力企画	阿部 将典	JICA 人間開発部 保健第二グループ 保健第三課 職員
	協力企画	酒井 浩子	JICA 人間開発部 保健第二グループ 保健第三課 ジュニア専門員
	評価分析	中西 政文	株式会社 JIN コンサルタント
	2012年7月22日～2012年8月8日	評価種類：中間レビュー	

## 3. 評価結果の概要

### 3-1 実績の確認

(1) 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。

上位目標の達成度合いを測るための参考となる「カンボジア人口保健調査」が2010年から5年ごとに実施されるが、本中間レビューの調査時点ではその指標を使うことができないことなどから、上位目標の達成見込みについては終了時評価の時点で検討することが望ましい。

(2) プロジェクト目標：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。

本プロジェクトが開始されてからの中間期に当たる本中間レビューの調査時点では、通

常、プロジェクト目標の達成を判断するのは難しい。ただし、現時点で測定が可能な指標 1 と 2 に着目すると、今後プロジェクト目標が達成される可能性が高いと判断した。その理由としては、指標 1 と 2 に関して、プロジェクトが 2010 年に実施したベースライン調査との比較から、NMCHC とコンポンチャム州病院において改善傾向が今回確認されたからである。具体的には、ベースライン調査の時点で収集した情報については世界保健機関 (WHO) のガイドである「Care in Normal Birth : a Practical Guide - Report of a Technical Working Group」の中で推奨されている 59 の項目の中から 23 項目が選定され、情報収集が行われた。そして、本中間レビューの時点で、プロジェクトチームが改めて 23 項目の中からプロジェクト目標の指標 1 と 2 に関連する 16 項目を選出し、情報収集を行った。その結果、NMCHC では 13 項目において改善傾向がみられ、コンポンチャム州病院においては 12 項目において改善傾向が確認された。以上、プロジェクト目標のすべての指標についての情報が今回の中間レビュー時に入手できたわけではないが、4 つのうち 2 つの指標で改善傾向がみられている点を考慮すると、これまでの活動の成果が表れ始めていることが確認でき、今後プロジェクト目標が達成される可能性が高いと判断した。

### (3) 成果

#### 1) 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がモデル地域において強化される。

成果 1 は活動の進捗が順調であり、現在は着実に達成されてきている。ただし、プロジェクト開始当初の活動計画 (PO) どおりに活動を実施することができず、特にコンポンチャム州での活動の実施において遅れがみられた。その後、運営指導調査実施後 (2011 年 6 月以降) にその当時のプロジェクトの実施状況に合わせる形で PO を改訂し、現在は改訂版 PO に基づいて活動を実施している。その改訂版 PO と現状を比較すると、活動の遅れはみられない。

モデル地域における助産トレーナーの能力強化を図るためには、国の中心機関である NMCHC の助産トレーナーの能力強化を図ることが優先と判断された。そのため、プロジェクト開始当初、NMCHC において「根拠に基づいた助産ケア」に関するワーキンググループが設置され、「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」の概念に関する理解を促進させるための会合やワークショップが 19 回実施された。現在では、NMCHC で 10 名のコアトレーナーが選定され、コンポンチャム州病院でも 2 名のコアトレーナーが育成されており、コンポンチャム州での研修の実施が州レファラル病院 (PRH) などの州関係者だけで行えるようにすることを目標に活動が進んでいる。

上記の活動を経て、「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」を説明したガイド「Guide to Individualized Midwifery Care for Normal Pregnancy and Birth」が、プロジェクトチームのメンバーと NMCHC の 10 名のコアトレーナーと共同で作成された。その過程の中で、コアトレーナーの「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」に関する理解が更に深まり、その研修のための教材も作成された。

また、プロジェクトではこれまで研修に関連した 4 種類のワークショップやオリエンテーションなどを実施してきた。その内容は、①助産トレーナー以外の関係者を対象としたオリエンテーションワークショップ、②助産トレーナーを対象としたワークショップ、③助産トレーナーを対象としたスタディツアー、④助産トレーナーを対象としたアセスメントワークショップである。これまでの実績として、NMCHC とコンポンチャム州病院を対象に、①オリエンテーションワークショップ 1 回、②ワークショップ 5 回、

③スタディツアー 6回、④アセスメントワークショップ 1回を実施してきた。(オリエンテーションワークショップとワークショップについてはコンポンチャム州 PHD、コンポンチャム州 RTC などの関係者も招いて実施した。) これにより研修内容が整備され、研修の実施も着実な進展をみせている。

さらに、助産トレーナーの知識の変化を測るため、研修前と研修後にテストを実施した。テストは「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」の概念に関する理解の度合いを測るため、ガイドから抽出した内容でテストを作成し、NMCHC で 2回、コンポンチャム州病院で 2回実施し、その平均を比較した。NMCHC ではプレテストの 68.6 点からポストテストでは 85.3 点に上昇し、コンポンチャム州病院においてはプレテスト 73.1 点からポストテスト 88.2 点に上昇している。それぞれ約 15 点ずつ平均点が上昇しており、研修を受講した関係者の「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」の概念に関する知識が改善されていることが確認された。

上記の点から、成果 1 に関する活動は順調に進んでおり、活動の成果が指標に反映され始めている。

2) 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。

成果 2 は部分的に達成されてきている。その理由は以下のとおりである。

助産トレーナーの定期会合については、2012 年 3 月以降、NMCHC においてスタディグループが発足し、「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」に関する勉強会を 3 回実施し、概念に関する理解を深め、知識のアップデートを図ってきた。また、NMCHC とコンポンチャム州 PRH の助産トレーナーをスカイプで結び、意見交換や情報交換のための会議を行った。

継続的な院内研修のために任命されたスタッフの増加については、コアトレーナーを優先して育成するというプロジェクトの方針があったため、その活動に注力し、NMCHC で 2 名、コンポンチャム州 PRH で 2 名のコアトレーナーを育成した。それらのコアトレーナーは今後プロジェクトのコンポンチャム州とそれを含めたモデル地域での研修活動を増やしていく際に不可欠な存在であり、それぞれの病院内で各自が学んだことを広めていくための効果を高める存在となる。

上記の点から、成果 2 の活動は進捗がみられ、部分的に成果が達成されてきていると判断できる。

3) 成果 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。

成果 3 は達成されつつある。理由としては以下が挙げられる。

2010 年の 5 月から 8 月に医療資機材に関する日本人専門家が派遣され、研修環境を改善するために必要な医療資機材の調査を行った。その結果を踏まえて必要な資機材が調達され、NMCHC とモデル地域の 4 州において配布が終了している。配布の際には資機材の使用方法などについての研修も行われた。現時点では配布した資機材のすべてが故障なく使われていることが確認されている。それらの資機材の今後のモニタリングについては保健省のシステムに基づいて実施し、情報を共有してもらう予定になっている。また、研修環境の改善の一環として分娩室にパーティションが設置され、母子のプライバシーが以前より確保されるようになった。その環境と効果についてはスタディツアーの際に参加者に説明を行っており、「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」の概念が NMCHC 内で浸透してきていることが形になって表れてきている。

これらの状況から、成果3は達成に向けて必要な活動が実施されており、当初の計画以上の活動も確認されている。

4) 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。

成果4は、以下の理由により、成果達成につながる活動に進捗がみられる。

過去2年間、看護助産学会発表会、国際保健シンポジウム、国際助産師の日といった会合やカンファレンスなどでプロジェクトに係る経験について発表・報告を行ってきた。それらに参加したモデル地域以外の参加者とプロジェクトが提唱する概念や活動の進捗などについて情報共有を行った。また、リプロダクティブヘルスプログラム年次会議においてはプロジェクトのパンフレットや分娩に関するポスターを全国の州保健局関係者に配布した。モデル地域と他地域間の連携強化につなげることも視野に、上記のようなモデル地域以外の関係者とプロジェクトに関する情報共有を行ってきた。

かかる状況から、成果4については達成のための活動に進捗がみられると判断できる。

5) 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。

成果5は成果達成につながる活動が着実に実施されてきている。

最も大きな成果は「Newborn Care Clinical Practice Guideline」を、WHOと協力して作成したことである。本ドラフトはWHOの母子保健(MCH)のテクニカルワーキンググループに提出され、現在承認を待っている。

さらに、プロジェクトチームのメンバーは、これまでMCHのためのテクニカルワーキンググループの会議に参加してきた。保健省が主催するその会合には多くの開発パートナーが出席するが、本プロジェクトはその会合において過去に3回、プロジェクトの経験を共有するために発表を行ってきた。また、ハイレベルタスクフォースについてはこれまで1回開催されており、プロジェクト関係者はそこでも情報共有を行った。ただし、その当時はプロジェクトの経験を共有するには時期が早いと判断したため、プロジェクトの課題や教訓については報告していない。そのため、今後開催されるハイレベルタスクフォースなどでプロジェクトの課題や教訓を共有していく見込みである。

以上のように、ガイド案作成などの重要な活動が終了していることから、成果5は活動に進捗がみられると判断できる。

### 3-2 レビュー結果の要約

#### (1) 妥当性

本プロジェクトの妥当性は「高い」と判断する。

「カ」国政府と日本政府の政策として母子保健分野の改善と支援に高い優先度を置いている。本プロジェクトは今後もそれらの政策的な支援が見込まれる。「カ」国側のニーズもプロジェクト開始当初から変化はみられない。本プロジェクトのアプローチの適切性も助産ケアの質の改善を目的に助産トレーナーの能力強化を図っており、成果を上げ始めていることから妥当と判断できる。また、JICAは「カ」国においてこれまで他の母子保健プロジェクトを展開してきた経験があり、その経験を生かした支援を行うことができる点においても本プロジェクトの妥当性は高いといえる。

#### (2) 有効性

本プロジェクトの有効性は「やや高い」と判断する。

プロジェクト目標の4つの指標のうち、指標の1と2について中間レビューに合わせてプロジェクトチームがデータを収集し分析した結果、「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」の概念に関する16項目のうち、NMCHCでは13項目、コンポンチャム州病院では12項目において改善傾向が確認された。

また、本プロジェクトを通じた関係者の意識や知識の改善を確認することができた。特に、NMCHCやコンポンチャム州病院などはプロジェクトへの協力姿勢が強く、プロジェクトチームとの信頼関係も構築されていた。NMCHCのセンター長が2012年4月に交代したが、新しいセンター長もプロジェクトへの理解と協力姿勢が強く、その他のプロジェクトの主要メンバーで離職した者もいなかった。プロジェクト・デザイン・マトリックス(PDM)で設定した外部条件と前提条件については、本プロジェクト開始当初からの変化や大きな阻害要因となる要因はみられなかった。

しかし、中間レビュー実施時点において、コンポンチャム州とその他の州の各関連機関の役割と、どのようにプロジェクトを実施していくかという展開案とプロジェクトの地理的な活動範囲が明確に整理されておらず、それはプロジェクト目標が掲げている「助産トレーニングシステムの強化」に大きく影響する可能性があった。ただし、中間レビュー実施期間中にその点についてプロジェクトチームとC/Pによって意見交換がなされ、コンポンチャム州とモデル地域におけるプロジェクトの活動実施方法に関する整理が進み、共通認識をもつことができるようになった。そのため、プロジェクトの有効性は今後更に高まる可能性がある。

上記の事実をすべて勘案し、本プロジェクトの有効性を「やや高い」と判断する。

### (3) 効率性

本プロジェクトの効率性は「高い」と判断する。

プロジェクトの開始当初、日本人専門家の予算縮小の可能性があったことから、「助産の質改善・助産能力強化」を担当する長期専門家の派遣が約1年半延期された経緯がある。そのため、既に派遣されていた2名の長期専門家(チーフアドバイザーと業務調整)が、派遣の遅れたその専門家が担当する予定であった活動の遅れを取り戻すために最大限の努力を行い、活動の遅れが解消された部分もあったが、コンポンチャム州でのコアトレーナーの育成や助産トレーナーのための研修実施などの活動に遅れが生じた。その後、運営指導調査の提言に従い、現状に合わせる形でPOを改定した。現在では、「助産能力強化」担当の長期専門家が派遣され、コンポンチャム州での活動も進んでいる。改定版POと実際の活動の進捗状況を比較しても活動に遅れはみられない。

そのため、本プロジェクトでは、限られたリソースを最大限活用し、効率的に活動を遂行してきたと判断できる。

### (4) インパクト

本プロジェクトのインパクトの見込みは「期待できる」と判断する。

中間レビューの時点では、本プロジェクトがPDMの上位目標を達成できるかの判断はつけ難いが、プロジェクト目標のための4つの指標のうち2つにおいて既に改善傾向が確認されている。それはNMCHCとコンポンチャム州病院という限られた範囲の中での変化ではあるが、「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」の概念に関する理解が進んでいることがこれまでの活動の成果として表れていると判断できる。

また、助産ケアの質が改善することで、その施設の評判が改善し、より多くの妊婦が

それらの施設で分娩を行うようになれば、本プロジェクトの上位目標で掲げている SBA (Skilled Birth Attendant ; 医師や助産師など国が定めた資格を有する熟練介助者) による分娩率の改善、保健施設での分娩率の改善につながる。

それらの可能性から、本プロジェクトのインパクトの見込みは「期待できる」と結論づけられる。

#### (5) 自立発展性

中間レビュー時における自立発展性の見込みは「期待できる」と判断する。

「カ」国及び日本政府の方針は本プロジェクトが終了するまで継続される可能性が高く、母子保健分野は変わらず両国の優先分野である見込みが高い。また、NMCHC で 10 名、コンポンチャム州レファラル病院で 2 名のコアトレーナーが育成されているため、それらの人材が今後のモデル地域での活動において中心的な役割を継続的に担うことが期待できる。また、研修の準備運營業務も多く、その面において NMCHC のスタッフが行う体制に移行しつつあり、その能力が強化されてきている。さらに、州レベルにおいても Annual Operation Plan (AOP ; 政府予算年間計画) と呼ばれる保健省への予算申請システムが存在し、将来的に PHD が本研修の予算措置を講ずる可能性がある。

上記の点を考慮し、本プロジェクトの自立発展性は「期待できる」と判断できる。

#### (6) 結 論

本プロジェクトは全体として順調に実施されており、助産トレーナー研修の実施体制が着実に構築されてきた。現段階で、プロジェクト目標の 4 つの指標のうち 2 つに改善の傾向がみられていることから、プロジェクト目標の達成の可能性も確認できる。研修に関しては NMCHC を中心に十分な数のコアトレーナーも養成され、今後はコンポンチャム州での研修実施を本格的に展開していく予定である。NMCHC やコンポンチャム州レファラル病院の主要関係者の「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」に関する理解度は高く、プロジェクトへの協力姿勢も強い。そのため、今後も円滑なプロジェクトの実施が期待される。

### 3-3 提言 (当該プロジェクトに関する具体的な措置、提案、助言)

今回、中間レビュー調査において、以下の点を提言として整理した。

#### (1) 提 言

- ① プロジェクトはコンポンチャム地域内での研修システムの強化に向けて、根拠に基づく助産ケアに係る研修のコンポンチャム州内での展開、さらにコンポンチャム地域内での他の州への展開について、具体的な実施体制を確立する必要がある。
- ② プロジェクトはコアトレーナーとしての資格要件を明確にし、それを認証することでコアトレーナーのモチベーションとクオリティを高める仕組みを確立する必要がある。
- ③ NMCHC 及び各州 PHD は保健省と協議し、コンポンチャム地域内での根拠に基づく女性にやさしい助産ケアに係るトレーニングの州内での展開、さらに地域内での州への展開に必要な予算措置を継続して行う必要がある。さらに、保健省は他の地域での展開を見据えた予算措置について検討を開始すべきである。
- ④ 保健省はプロジェクトが「Safe Motherhood Protocol」などの国家ガイドラインに沿って作成した「Guide to Individualized Midwifery Care for Normal Pregnancy and Birth」を用

いた助産能力強化について、コンポンチャム地域と地域以外においても拡大して使用される方策について検討すべきである。

- ⑤ NMCHC はトレーニング施設としての質を保つために、現在講じられている新生児に係る院内感染対策を維持強化する必要がある。また、保健省が国としての新生児医療について、レファラルシステムの構築などの検討を行うことを期待する。
- ⑥ NMCHC は院内の主要メンバーの世代交代に伴い、次世代の人材育成について検討する必要がある。

## (2) 教訓

- ① コアトレーナーの重点的な強化が彼女らの意識変革と行動変容につながり、それが機動力となって、他の助産トレーナーの育成が効果・効率的に実施された。それは今後のモデル地域やモデル地域外での活動においても有益である。
- ② WHO の「Care in Normal Birth: a practical guide」の指標を用いて、質の高い助産ケアを定量的に測るアプローチは他のプロジェクトでの汎用性が期待される。
- ③ 行政・臨床・研修の機能を有する NMCHC を C/P としてプロジェクトを実施することは、全国を視野に入れた助産能力強化を図るうえで有効であった。その経験は他の類似案件においても応用可能である。

## (3) 主な PDM の改訂のポイント（詳細については付属資料 3. PDM version 2 を参照のこと）

- ① TOT トレーナーや臨床 TOT トレーニングなど、これまで実際に使われていなかった用語を整理した。
- ② 成果 1 に関して、NMCHC での活動を含むため、成果に NMCHC を明記した。
- ③ これまで十分に理解されていなかったコンポンチャム地域での助産トレーニングの展開方法について、成果 2 に係る活動でより詳細に記述した。
- ④ 成果 2 に係る指標を改訂後の PDM に沿うよう修正した。
- ⑤ 成果 3 について NMCHC での新生児室の改修を行うことから、活動と成果に記述を追加した。
- ⑥ 成果 5 について保健省人材育成部よりも NMCHC が主導的に実施する権限を有していることから、実態に合わせて削除した。

以上

## 第1章 中間レビューの概要

### 1-1 調査背景及び目的

カンボジア王国（以下、「カ」国と記す）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ため、近年「カ」国保健省（以下、「保健省」と記す）は、助産師育成に係る施策を矢継ぎ早に打ち出している。また、かつては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、地方のレ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、地方看護・助産学校（Regional Training Center : RTC）のみならず実習先となる地域レ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医療施設などに配置された助産師（特に准助産師）のサービスの質が近年問題となっている。

以上の背景から、コンポンチャム RTC 所管の計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）をモデル地域として、2010年3月から2015年3月の5年間の協力で「助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト」（以下、「(本)プロジェクト」と記す）を開始している。2011年5月には、プロジェクトの規模の見直しや進捗・成果・課題の確認を目的とした運営指導調査を実施した。

本調査団は、プロジェクト開始から約2年4カ月が経過した現在、保健省と合同で本プロジェクトの目標達成度や成果などを分析し、プロジェクトの残り期間の課題及び今後の方向性について確認し、合同評価報告書に取りまとめ、合意するとともに、ミニッツ（協議議事録；M/M）に署名することを目的とする。

### 1-2 調査団員構成

No	担当分野	氏名	職位	現地調査期間
1	団長／総括	小林 尚行	独立行政法人国際協力機構（JICA） 人間開発部 次長兼保健第二グループ長	2012年7月29日 ～8月8日
2	母子保健	明石 秀親	独立行政法人国立国際医療研究センター 国際医療協力局 派遣協力課 専門官	2012年7月29日 ～8月8日
3	協力企画	阿部 将典	JICA 人間開発部 保健第二グループ 保健第三課 職員	2012年7月29日 ～8月8日
4	協力企画	酒井 浩子	JICA 人間開発部 保健第二グループ 保健第三課 ジュニア専門員	2012年7月29日 ～8月8日
5	評価分析	中西 政文	株式会社 JIN コンサルタント	2012年7月22日 ～8月8日

### 1-3 調査日程

#### (1) 官団員

2012年7月29日～8月8日（11日間）

#### (2) コンサルタント団員

2012年7月22日～8月8日（18日間）

### 1-4 主要面談者

調査期間を通じて以下の主要面談者に質問票を使った聞き取りを行った。

表1-1 主要面談者リスト

	氏名	組織	役職
1	小山内泰代チーフアドバイザー	プロジェクトチーム	チーフアドバイザー／助産ケア
2	川口みどり専門家	プロジェクトチーム	助産の質改善
3	小長井祥子専門家	プロジェクトチーム	根拠に基づいたケア
4	堀越洋一専門家	プロジェクトチーム	研修システム開発
5	Professor Eng Huot	保健省	次官
6	Dr. Phom Samsong	保健省人材育成部	副部長
7	Dr. Pech Sothy	国立母子保健センター (NMCHC)	分娩室副師長、コアトレーナー
8	Ms. Oung Lida	NMCHC	分娩室師長、コアトレーナー
9	Dr. Po Chin Samut	NMCHC	産科病棟長、コアトレーナー
10	Professor Tung Rathavy	NMCHC	センター長
11	Professor Keth Lysotha	NMCHC	副センター長
12	Dr. Keo Muy Sroy	NMCHC	副センター長、院内感染対策 チーム長
13	Dr. Uong Sokhan	NMCHC	研修部副部長
14	Ms. Svengchea Ath	NMCHC	看護師長
15	Professor Koum Kanal		NMCHC 前センター長
16	Dr. Taing Busreng	コンポンチャム州保健局	母子保健課課長
17	Ms. Nara	コンポンチャム州保健局	母子保健課副課長
18	Dr. Kim Sour Phirum	コンポンチャム州保健局	局長
19	Dr. Meas Chea	コンポンチャム州レファラル 病院	院長
20	Mr. Ouk Varang	コンポンチャム州レファラル 病院	Head of Gynecology Unit、コアト レーナー

21	Dr. Lim Heur	コンポンチャム州レファラル病院	副病院長・看護部長
22	Ms. Yon Lengpheap	コンポンチャム州レファラル病院	産科病棟師長
23	Dr. Pen Mardy	RTC	センター長
24	Dr. Cheang Kannitha、 Dr. Phal Sano	世界保健機関（WHO）	ナショナルプロフェッショナル オフィサー
25	Dr. Muong Sopha	国連人口基金（UNFPA）	ナショナルプログラムアソシ エート

本プロジェクトのカウンターパート（C/P）は国立母子保健センター（National Maternal and Child Health Center : NMCHC）であり、その主要メンバーに聞き取りを行い、プロジェクトの活動実績や実施プロセス、成果の発現具合、プロジェクトに関する認識、課題点などを確認することが本調査に不可欠である。そのため、NMCHCの上層部をはじめ、産科、婦人科、研修部、分娩室などの関係者からそれぞれ情報収集した。

また、保健省人材育成部（Human Resource Development Department : HRDD）コンポンチャム州レファラル病院（Provincial Referral Hospital : PRH）、コンポンチャム州保健局（Provincial Health Department : PHD）、コンポンチャム RTC、WHOなどもプロジェクトとの関連性が強いことから、面談の対象とした。特にコンポンチャム州レファラル病院はモデル地域の中心地にある病院として今後プロジェクト活動の中心的な役割を担っていくことが想定されていたため、その機能や能力、プロジェクトについての認識と協力姿勢などを確認するために聞き取りを行い、今後のプロジェクト展開の可能性についても協議した。本調査の終盤には NMCHC のセンター長をはじめとする上層部のメンバーと協議を重ね、今後のプロジェクトの方向性や実施体制の整理と確認を行い、プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）の修正案を作成した。当初予定されていた面談はすべて実施した。面談内容については付属資料 8 を参照のこと。

## 1-5 プロジェクトの枠組み

### （1）協力期間

2010年3月1日～2015年2月28日（5カ年）

### （2）プロジェクトデザイン：

#### 1）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。

#### 2）プロジェクト目標

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。

#### 3）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がモデル地域において強化される。

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。
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。
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。
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。

(3) 対象地域

全国（ただし、モデル地域としてコンポンチャム州、コンポントム州、プレイベン州、スヴァイリエン州の4州）

(4) 実施機関

国立母子保健センター（NMCHC）

(5) 実施協力機関

保健省人材育成部(HRDD)、コンポンチャム地方看護・助産学校(RTC)、州保健局(PHD)、州レファラル病院（PRH）、モデル地域における他の臨床実習施設

(6) 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）

### 1-6 評価手法

本調査では、評価5項目を基に評価グリッドを作成し、それに基づいて評価をデザインした。また、評価グリッド内の調査項目に従って質問票を作成し、可能な範囲で事前に質問票を面談対象者へ配布し、事前の記入を依頼した。事前の記入ができていなかった場合は、聞き取りを行った時点で質問票を基に聞き取りを行い、必要な情報を収集した。事前に配布した質問票の一部はクメール語に翻訳し、事前の記入が行いやすいよう工夫した。また、事前に関連資料のレビューも行い、現状の確認も行った。

具体的に、以下の表1-2の手順に沿って調査活動を行った。

表1-2 調査手順

	項目	具体的な作業内容
現地調査準備		
1	評価グリッドの作成	調査項目を検討し、決定した。
2	評価デザインの作成	調査の実施方法を具体的に検討し、決定した。

3	質問票の作成	調査で収集する具体的な情報を検討し、質問票を作成した。
4	投入実績に関する情報収集	過去の経緯や現状を把握するため、投入実績に関する情報を収集した。
5	必要データ・資料の収集	既存の資料を確認し、過去の経緯や現状の把握を行った。
6	活動実績・成果の確認	活動実績と実施プロセス、成果の発現状況を資料から確認し、その理由を分析した。(渡航前に把握できる範囲)
7	調査団派遣の目的と方針の確認	対処方針の検討と確定
現地調査		
8	調査手法・手順の説明	C/P 機関やその他の主要関係者に調査の目的や手法、手順などについて説明した。
9	必要な情報の収集	事前に収集した情報に加え、関係者への聞き取りなどから情報を収集し、現状の把握とプロジェクトの課題点を整理した。
10	活動現場の視察による現状把握	活動現場の視察を通じて、プロジェクトの実施プロセスや活動の現状を確認した。
11	C/P 機関との協議と提言の取りまとめ	保健省や NMCHC の主要関係者と協議し、プロジェクトのこれまでの成果を踏まえ、残り期間の活動計画や実施体制について整理し、提言を取りまとめた。
12	合同評価報告書案の作成	成果の達成具合、評価 5 項目に基づいた評価結果を整理し、プロジェクトの貢献要因や阻害要因も教訓に取り入れ、合同評価報告書を作成した。
13	合同調整委員会 (JCC) の開催、M/M の署名	JCC にて合同評価報告書の内容を確認し、M/M に署名した。
帰国後の作業		
14	帰国報告会	現地調査の概要と今後の活動の展開案などについて確認した。
15	中間レビュー調査報告書の作成	評価調査の結果を和文報告書に取りまとめた。

評価分析は「新 JICA 事業評価ガイドライン第 1 版」の評価 5 項目を基に行い、収集した情報を調査団内で協議し、プロジェクトチームや C/P と事実確認を行いながら、最終判断をした。調査評価の方法として実績と活動の実施プロセスを検証したが、主に以下の項目について確認した。

- ① 日本側と「カ」国側の投入実績の確認
- ② 目標、成果の達成状況の確認
- ③ 各活動項目の達成状況の確認
- ④ 活動計画 (PO) の進捗の確認

- ⑤ 投入実績の確認
- ⑥ 技術移転の方法や内容の適切性の確認
- ⑦ プロジェクトの実施運営体制の確認
- ⑧ 実施過程で生じている問題や効果発現に影響を与えている要因の確認

## 1-7 PDM の変遷

### (1) PDM 0 から PDM 1 への主な変更内容とその理由

プロジェクト実施前に作成した PDM 0 の時点では本プロジェクトの効果的な展開方法と具体的な実施内容が定まっていなかったが、活動を実施するにつれそれらが定まっていた。そのため、本調査前、プロジェクトが開始されてから 1 年 4 カ月後の 2011 年の 6 月に、プロジェクト目標を達成するために必要な変更を行うことになり、活動内容やそれに沿った指標を修正した。

PDM 0 から PDM 1 に変更した際、欄外の基本設定、上位目標、プロジェクト目標、成果と外部条件、前提条件については変更しなかった。変更を行ったのは、上位目標の指標とプロジェクト目標の指標、活動とそれに関連した成果の指標である。つまり、プロジェクトの基本条件やフレームワーク、大きな目標や成果については全く変更がなく、目標や成果を達成するための活動を現状に合わせ、より効果的な活動にすることを目的に変更が行われた。

PDM 0 から PDM 1 へと変更した際の修正箇所並びにその内容・理由は、以下のとおり。

- ① 上位目標：本プロジェクトの趣旨と関連の薄い指標を削除し、質の高い助産ケアを提供することで起こり得る影響に考慮した。そして SBA (Skilled Birth Attendant；医師や助産師など国が定めた資格を有する熟練介助者) による分娩介助を指標の主語とするなど、本プロジェクトとより関連性のある内容へと変更した。
- ② プロジェクト目標：指標には「根拠に基づいた助産サービス」という表現しか含まれていなかったため、WHO が定義した根拠に基づく 59 の助産ケアの中から代表的な項目を選定し、表現をより具体的にした。
- ③ 成果 1 の活動：PDM 0 の活動には助産トレーナー研修の実施についての言及はあるが、「誰が」それらの研修を行うか、どのような考え方にに基づき、どのような研修教材を活用して研修を実施するかという具体的な内容が含まれていなかった。そのため活動の表現をより現状に合った具体的な表現へと変更した。
- ④ 成果 2 の活動：RTC による卒前研修との関係強化を行うため、コンボンチャム州病院の研修機能の強化、モデル地域内 4 州への研修普及へと活動の焦点をこの時期に絞ったため、それに見合った表現へと修正した。また、1 回だけの実施で終わることなく、継続的なフォローアップをし、知識や技能習得の効果を高める工夫がなされた。
- ⑤ 成果 4 の活動：モデル地域以外の州へ活動を展開する意図が明確になるよう、活動の表現を修正し、助産トレーニングの経験を共有するためにワークショップやスタディツアーを実施する活動を追加した。
- ⑥ 成果の指標：上記活動の修正内容に合わせる形で指標を修正した。

## (2) PDM 1 から PDM 2 への主な変更内容とその理由

今回の中間レビューで残り期間のプロジェクトの具体的な活動の方向性、実施体制を明確にし、PDM 1 では、その内容が十分に反映できないため PDM 2 を作成することとした。PDM 1 から PDM 2 に変更した際、欄外の基本設定、上位目標、プロジェクト目標、成果と外部条件、前提条件については、前回の PDM 修正時と同様、変更は行っていない。変更した点は、成果の表現の一部と、活動及びそれに関連した指標だけである。したがって、前回同様、プロジェクトの基本条件やフレームワーク、大きな目標は変更せず、より現状に見合った内容へと活動を修正し、それに合わせて指標や成果の一部の表現を変更した。

今回の中間レビューを通じて、プロジェクト関係者と協議し、プロジェクトの今後の活動実施範囲はコンポンチャム州、コンポントム州、プレイベン州、スヴァイリエン州の4州をモデル地域とし、その地域内で助産トレーナーを対象とした研修を実施し、マネジメント能力も含めた関係者の能力強化と組織体制の確立を図ることで意見の統一が図られた。モデル地域外へのプロジェクトの経験や研修の実施方法などについての情報共有は、オリエンテーションワークショップを通して行うという内容で合意した。モデル地域内での活動を成果2でより詳細に表現し、他州との情報共有は成果4で主に行うとするなど、上記内容を反映する形で PDM を修正した。

変更の趣旨は以下のとおりである。(詳細説明は第5章の「PDM の修正」を参照のこと。)

- ① 「TOT トレーナー」や「臨床 TOT トレーニング」など、これまで実際に使われていなかった用語を整理し、「TOT トレーナー」は「コアトレーナー」に、「臨床 TOT トレーニング」は「助産トレーナーのための研修」に、それぞれ統一した。
- ② 同時に、「コアトレーナー」という用語の定義を明確にした。「コアトレーナー」とは、助産トレーナー研修を受講した者で、本プロジェクトが提唱している「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」の概念に賛同し、本プロジェクトにより積極的に関与する意思がある者として選定され、コーチングプログラムと呼ばれるプロジェクトが規定する内容を経験したトレーナーを指すこととした。
- ③ 成果1の活動は NMCHC を対象とした活動を実施してきたため、成果に NMCHC を明記し、現状に合う表現に変更した。
- ④ これまで十分に理解されていなかったコンポンチャム地域での助産トレーニングの展開方法について、成果2に係る活動としてより詳細に記述した。例えば、コンポンチャム州 PRH はモデル地域内において研修実施の中心組織となり、モデル地域の他州の PHD や PRH の関係者と協力して研修の計画会立案、実施、モニタリング・評価を行うことが求められる。このように、NMCHC や、コンポンチャム州 PRH、PHD、モデル地域のコンポンチャム州以外の州病院などの役割を明確にし、モデル地域における活動の展開をステップごとに詳細に成果2の活動に記した。
- ⑤ また、助産トレーナー以外の関係者を対象としたオリエンテーションワークショップが過去何回かに分けて実施されてきたが、「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」の概念を理解してもらうのに効果的であるため、成果2に関する活動として改めて追加した。
- ⑥ 成果2に係る指標を改訂後の PDM に沿うよう修正した。上述のコアトレーナー養成のためのコーチングプログラムの策定や、育成されたコアトレーナーや助産トレーナーの数も成果の指標として追加した。

- ⑦ 成果3について、NMCHCで新生児室の改修を行うことから、活動と成果にその活動に関する記述を追加した。
- ⑧ 成果5について、保健省人材育成部よりもNMCHCが主導的に実施する権限を有していることから、実態に合わせて「保健省人材育成部と協力し」という表現を「NMCHCが」に変更した。

PDM 0からプロジェクトの枠組みや基本条件、プロジェクト目標や成果などの大きな部分に変更はないが、上記の点を主な変更点とし、PDM 2では今後のコンボンチャム地域での活動が明確になるよう、より具体的かつ現状に合った内容へと変更された。

## 第2章 プロジェクトの実績・実施プロセス

### 2-1 プロジェクトの実績

#### 2-1-1 投入実績

JICA 側からの投入に応えるように、「カ」国側からも十分な数の C/P や、執務スペース、事務所維持費などが投入されている。本プロジェクトに必要な資機材や経費だけでなく、「カ」国側からは分娩室で使うパーティションが NMCHC の予算で購入され、研修環境の改善にも役立っている。

#### (1) C/P 配置（「カ」国側）

本プロジェクトのための C/P の人数は以下のとおりとなる。（配置状況については付属資料7の「カウンターパート配置」を参照。）

表 2-1 組織別 C/P の人数

NMCHC	コンポンチャム州 レファラル病院	コンポンチャム州 PHD	コンポンチャム RTC
18 名	3 名	4 名	3 名

出典：プロジェクトチームの資料を参考に本調査団が作成

NMCHC においては 10 名のコアトレーナーが含まれているため、18 名と人数が多い。上層部だけでなく、各部署の長なども本プロジェクトのための協議や活動にかかわっており、関係者が多い。上記以外に、保健省のエン・ホット（Eng Huot）次官がプロジェクトディレクターであることから、プロジェクトの重要な決定事項などはすべて NMCHC のラタビー（Rathavy）センター長から Eng Huot 次官に報告がなされ、懸案事項の協議・決定が行われている。また、今後モデル地域での活動が本格化すれば C/P の数は更に増える可能性がある。

#### (2) 専門家（日本側）

長期、短期の専門家がこれまで計 13 名派遣されてきた。長期専門家が 3 名、短期専門家が 10 名派遣され、主要分野は、根拠に基づいた助産ケアや研修実施体制の強化、妊産婦や新生児ケアなどである。プロジェクト開始当初から 2012 年度末までの専門家の現地派遣期間の合計は 61.25 MM（人月）と想定されている。今後も長期専門家 3 名程度で現地の活動を実施し、助産ケアや、妊産婦、新生児のケアの改善、研修実施体制の強化、ガイドの更新などの分野における必要性に応じて短期専門家を派遣する形でプロジェクトを実施していく予定である（詳細は付属資料7の「投入実績表（日本人専門家派遣）」を参照）。プロジェクト開始当初に予算削減の可能性があったことから、助産の質改善に係る長期専門家 1 名の派遣が約 1 年半延期された経緯がある。その遅延による活動への影響は活動の実施プロセスの項目と評価分析の効率性の部分で述べるが、それ以外の現時点までの日本人専門家の派遣はすべて予定どおり行われている。

(3) 研修

1) 本邦研修 (日本側)

表 2-2 のとおり、「カ」国関係者が本邦での研修に参加した(詳細は付属資料 7 の「本邦研修」を参照)。

表 2-2 本邦研修リスト

年度	2010 年	2011 年	2012 年	合計人数
コース名	① 根拠に基づいた産科医療 ② 助産分野の出産・出生ケアの改善	根拠に基づいた妊娠と出産ケア	MANAGEMENT OF MATERNAL CARE (OBSTETRICS AND GYNECOLOGY)	
研修員・人数	計 4 名	計 4 名	計 2 名	10 名
期間	① 2 週間 ② 9 週間	① 2.5 週間 ② 5.5 週間	1 週間	119 日間

出典：プロジェクトチームからの情報を基に本調査団が作成

2) 技術交換 (日本側)

表 2-3 のとおり、2010 年にブラジルとの技術交換を行った(詳細は付属資料 7 の「第三国研修」を参照)。

表 2-3 技術交換プログラムリスト

年度	2010 年度
参加人数	6 名
期間	① 短期コース：12 日間 ② 長期コース：19 日間
目的	・各参加者は、ブラジルの保健従事者が女性の産む力とベビーの生まれる力をどのように尊重し、サポートしているか理解する。 ・各参加者は、カンボジアでの理想的な質の高い出産と出生のケアについて検討する。

出典：プロジェクトチームからの情報を基に本調査団が作成

(4) 供与資機材 (日本側)

コンピューター、コピー機、プリンター、プロジェクター、文具、研修用資機材など

(5) 在外事業強化費 (日本側)

2010 年と 2011 年度に在外事業強化費を通じて本プロジェクトで執行された予算額の合計と内訳は表 2-4 のとおり(詳細は付属資料 7 の「在外事業強化費」を参照)。

表 2-4 在外事業強化費執行額

(単位：アメリカドル)

区分	2010 年度	2011 年度	合計額
在外事業強化費	122,587	115,484	238,071

出典：プロジェクトチームの資料を基に本調査団が作成

## (6) 車両 (日本側)

4WD × 2 台

## (7) 執務スペース、その他 (「カ」国側)

- ・ NMCHC の 3 階の 1 室を提供
- ・ プロジェクト車両の駐車スペース
- ・ 事務所家具 (机、イス、本棚)
- ・ 事務所維持経費 (電気代、水道代など)

## (8) プロジェクト関連コスト (「カ」国側)

- ・ 分娩室のパーティション (1,500 アメリカドル分)

上記のとおり、投入は日本人専門家の派遣の一部を除き、すべて計画どおりに実施され、円滑な活動に生かされている。なお、「カ」国側から投入された分娩室のパーティションについては当初の計画にはなかったが、プロジェクトの効果を高めている。

## 2-1-2 活動と成果の実績

(1) 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がモデル地域において強化される。

成果 1 は活動の進捗が順調であり、現在は成果が着実に達成されてきている。ただし、プロジェクト開始当初の活動計画 (PO) どおりに活動を実施することができず、特にコンポンチャム州での活動の実施において遅れがみられた。その後、運営指導調査実施後 (2011 年 6 月以降) に PO をその当時のプロジェクトの実施状況に合わせる形で改訂し、現在は改訂版の PO に基づき、活動を実施している。その改訂版 PO と現状を比較すると、活動の遅れはみられない。主要活動の実績は以下のとおりである。

モデル地域における助産トレーナーの能力強化を図るためには、まず国の中心機関である NMCHC の助産トレーナーの能力強化を図ることが重要であると判断された。そのため、プロジェクト開始当初、NMCHC の 5 名の主要メンバーが選定され、2010 年の 11 月から 12 月にかけて技術交換プログラムとしてブラジルに派遣された。この理由は、本プロジェクトで提唱した「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」と同様な概念である「人間的な出産」や「質の高いケア」を広めるためのプロジェクトが、過去 JICA の支援によりブラジルで実施されており、現地での交流を通じて、その概念についての理解を深めてもらうためであった。

派遣された 5 名の C/P はブラジルでの技術交流プログラムを通じて、本プロジェクトで

提唱したいと考えている助産ケアの概念に関する理解を深め、本プロジェクトへの活動により積極的にかかわる良い動機づけとなった。その後、NMCHCにおいて根拠に基づいた助産ケアに関するワーキンググループが設置され、「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」の概念に関する理解を促進させるための会合やワークショップが19回実施された。それらの活動を通じて、NMCHC内で10名のコアトレーナーが選定され、助産トレーナーを対象とした研修内容や伝えたい概念、技術に関するガイドや教材の作成が行われた。その後、上記の10名のコアトレーナーの協力を得てコンポンチャム州病院でも2名のコアトレーナーが育成されており、コンポンチャム州で研修を実施しやすい環境が整備されつつある。今後は、コンポンチャム州とその周辺3州によって構成されているモデル地域で活動が展開されていく予定であるため、NMCHCの協力を得ながら、コンポンチャム州PRHが中心になり、各州の関係者だけで研修を行えるようにすることを目標に活動が進められている。そのため、今後の円滑な研修実施のために十分な数のコアトレーナーが育成されていると判断でき、コアトレーナーを対象とした研修の回数も十分に行われている。

上記のコアトレーナーの育成活動を通じて、「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」を説明したガイド「Guide to Individualized Midwifery Care for Normal Pregnancy and Birth」が、プロジェクトチームのメンバーとNMCHCの10名のコアトレーナーの協働により作成された。その過程の中で、コアトレーナーの「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」に関する理解が更に深まり、ビデオやパワーポイントスライドも含めた助産トレーナーの研修のための教材もすべて作成され、研修で活用されていた。したがって、指標1-2については現時点で必要な教材はすべて揃っており、達成されていると判断できる。

指標1-3に関する活動の進捗状況は以下のとおりである。プロジェクトではこれまで研修に関連した4種類のワークショップやオリエンテーションなどを実施してきた。その内容は、①助産トレーナー以外の関係者を対象としたオリエンテーションワークショップ、②助産トレーナーを対象としたワークショップ、③助産トレーナーを対象としたスタディツアー、④助産トレーナーを対象としたアセスメントワークショップである。研修に関連したワークショップやオリエンテーションワークショップの基礎情報は表2-5のとおりである。

表2-5 研修に関連したワークショップやオリエンテーションワークショップなどの基礎情報

	研修の名称	目的	対象グループ	必要な日数
1	オリエンテーションワークショップ	関係者から「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」の概念普及に関する理解と承認を得る。	NMCHC、PHD、PRH、RTCの管理職と事務職、その他の関係者	1日

2	助産トレーナーのためのワークショップ	助産トレーナーの「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」の概念についての理解を深めてもらう。	NMCHC、コンポンチャム州 PRH、コンポンチャム州 PHD、コンポンチャム地域 RTC に勤務する助産トレーナー	4 日
3	スタディツアー	「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」の概念の実践例を実際に確認する機会を提供する。	コンポンチャム州 PRH	2.5 日
4	アセスメントワークショップ	助産トレーナーに助産アセスメントについての理解を深めてもらい、実践してもらう。	コアトレーナー、NMCHC とコンポンチャム州 PRH の助産トレーナー	2 日

出典：プロジェクトチームからの情報を基に本調査団が作成

上記の 4 種類の研修とワークショップの実施実績は以下のとおりである。

表 2-6 NMCHC とコンポンチャム州 PRH でのワークショップやオリエンテーションワークショップの実施実績

	研修の名称	NMCHC のための実施回数	合計参加人数	コンポンチャム州のための実施回数	コンポンチャム州 PRH での実施回数	合計参加人数
1	オリエンテーションワークショップ	1 回	25 名	1 回	N/A	24 名
2	助産トレーナーのためのワークショップ	2 回	30 名	未実施	3 回 (コンポンチャム地域 RTC、コンポンチャム州 PHD 含む)	31 名
3	スタディツアー	未実施	未実施	6 回	未実施	28 名
4	アセスメントワークショップ	1 回			未実施	14 名

注) オリエンテーションワークショップとワークショップについてはコンポンチャム州保健局、コンポンチャム州 RTC などの関係者も招き、実施した。

出典：プロジェクトチームからの情報を基に本調査団が作成

上記ワークショップやオリエンテーションワークショップの実施により、研修内容が整備され、必要な研修の実施も着実な進展をみせていた。現在は、コンポンチャム州での研

修の実施はコンボンチャム州のコアトレーナーが以前より深くかかわって実施できるようになってきており、新たなコアトレーナーの養成も行われている。今後はコンボンチャム州での研修の実施がプロジェクトの中で重要な活動となっていくことは間違いないが、それと同様に NMCHC の助産トレーナー研修を継続的に実施していくことも成果をより着実に達成するために不可欠である。一方、NMCHC ではまだ 30 名の助産トレーナーしか本プロジェクトが推奨する概念についての研修を受けておらず、より多くのスタッフによる理解と実践が必要である。結論として、指標 1-3 については着実に実施されてきているが、今後も継続的に助産トレーナーを対象とした研修を実施していく必要がある。

さらに、指標 1-4 に係る助産トレーナーの知識の変化を測るためのテストが、研修実施前と後に実施された。テストは「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」の概念に関する理解の度合いを測るためのもので、NMCHC で 2 回、コンボンチャム州病院で 2 回実施され、その平均が比較された。表 2-7 のとおり、NMCHC ではプレテストの点数が 68.6 点からポストテストでは 85.3 点に上昇し、コンボンチャム州病院ではプレテストの点数が 73.1 点からポストテストでは 88.2 点に改善していた。上記テストは 100 点が満点であるが、それぞれ約 15 点ずつ平均点が上昇しており、85%以上の理解度を示していた。そのため、研修を受講した関係者の「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」の概念に関する知識が改善されていることが確認され、指標 1-4 については成果が表れてきると判断できる。

表 2-7 助産トレーナーのためのワークショップの受講前と受講後のテストの平均点<sup>1</sup>

テスト区分	NMCHC	合計人数	コンボンチャム州 PRH	合計人数
プレテスト	68.6 点	30 名	73.1 点	18 名
ポストテスト	85.3 点	30 名	88.2 点	18 名

出典：プロジェクトチームの資料を基に本調査団が作成

上記の各状況から判断して、成果 1 に関する活動は順調に進んでおり、活動の成果が指標に反映され始めていると判断できる。

(2) 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。

成果 2 は部分的に達成されてきている。その理由は以下のとおりである。指標 2-1 で示されている助産トレーナーの定期会合の数については助産トレーナーが研修を受講するまでに時間がかかったため、本プロジェクトの開始当初には「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」についての十分な知識がなかったこともあり、定期会合の開催は、2012 年の 3 月以降に実施された。定期会合実施のために、NMCHC においてスタディグループが発足し、「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」に関する勉強会が 3 回実施され、概

<sup>1</sup> テスト内容は同じであるが、NMCHC とコンボンチャム州 PRH で実施したテストのフォームは異なる。NMCHC では記述式、コンボンチャム州 PRH では選択式にてテストを実施した。テストの方式を分けたのは、研修内容に関する参加者の理解度を考慮して行ったためである。そのため、NMCHC の平均点がコンボンチャム州 PRH と比較して低くなっている。

念に関する理解促進や、知識のアップデートが図られてきた。また、NMCHC の助産トレーナー間だけの定期会合では知識や情報の共有範囲が限られてしまうため、2011 年の 5 月に NMCHC とコンポンチャム州 PRH の助産トレーナーをスカイプで結び、意見交換や情報交換のための会議が行われた。そのため、上記の勉強会や意見交換会はまだ定期的実施されているわけではないが、着実に実施されてきており、実施回数も増加している。それゆえ、これまでの活動が今後の活動につながっていくものと思われる。

指標 2-2 で求められている継続的な院内研修のために任命されたスタッフの増加については、コアトレーナーを優先して育成するというプロジェクトの方針があったため、その活動に注力し、NMCHC で 2 名、コンポンチャム州 PRH で 2 名のコアトレーナーが育成された。（上記コアトレーナーが育成された経緯については成果 1 の活動の実践についての記述を参照のこと。）それらのコアトレーナーは本プロジェクト開始時には 1 名もいなかった。今後プロジェクトのコンポンチャム州とそれを含めたモデル地域での研修活動を増やしていく際に不可欠な存在であり、それぞれの病院内で各自が学んだことを広めてゆくための効果を高める存在となる。今後はコンポンチャム州での研修回数が増加していく見込みである。そのため、NMCHC とコンポンチャム州病院において、継続的な院内研修のために任命されるスタッフの数が増加する可能性が十分考えられる。

上記の点から、成果 2 の活動は進捗がみられ、部分的に成果が達成されてきていると判断できる。また、コンポンチャム州 PRH において、研修部の設立が計画されていた。もし、研修部が設立されれば、現在よりも本プロジェクトの研修の実施に対してコンポンチャム州 PRH より、協力が得やすくなるため、研修実施に関するマネジメント能力も今以上に改善される可能性が高くなる。そのため、今後成果 2 の達成のための環境が改善されていく可能性がある。

(3) 成果 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。

成果 3 は達成されつつある。理由としては以下が挙げられる。2010 年の 5 月から 8 月にかけて医療資機材の現状とニーズを把握するため日本人専門家が派遣され、研修環境を改善するために必要な医療資機材の調査を行った。本専門家はプノンペンとモデル地域の主要な医療施設を訪問し、医療資機材の現状と活用状況、またニーズについての情報収集を行った。その結果を踏まえ、資機材の供与先は本プロジェクトのモデル地域となっているコンポンチャム州、コンポントム州、プレイベン州、スヴァイリエン州の 4 州と NMCHC に決定した。調査結果に基づき、必要な資機材のリストが作成され、調達された。2011 年の 11 月までには NMCHC とモデル地域の 4 州において配布が終了している。配布の際には関係者の資機材の維持管理能力を高めるため、資機材の使用方法などについての研修を行った。現時点では配布した資機材のすべてが故障なく使われていることが確認されている。また、配布された資機材は保健省の仕組みに基づき NMCHC の担当部署がモニターしている。

配布された資機材、分娩キット、その他医療器具の州別の合計数は以下のとおりである（詳細な内訳は付属資料 7 の「供与機材リスト」を参照）。

表 2-8 配布済み資機材の合計数

配布先	2010 年	2011 年
NMCHC	21	18
コンポンチャム州 PRH	22	16
コンポントム州 PRH	4	11
プレイベン州 PRH	5	10
スヴァイリエン州 PRH	5	10
合計数	57	65

出典：プロジェクトチームの資料を基に本調査団が作成

表 2-9 配布した分娩キットやその他医療器具の数

配布先	分娩キットの数	血圧計と聴診器の数
NMCHC	20	2
コンポンチャム州	48	23
コンポントム州	23	7
プレイベン州	31	11
スヴァイリエン州	28	9
合計数	150	52

出典：プロジェクトチームの資料を基に本調査団が作成

上記の資機材の活用状況に関する今後のモニタリングについては保健省のシステムに基づいて実施し、四半期ごとに情報を共有してもらう予定になっている。

また、研修環境の改善の一環として、NMCHC の分娩室に「カ」国側の負担でパーティションが設置され、母子のプライバシーが以前より確保されるようになった。パーティションの設置は「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」の考え方に基づくものであり、概念が NMCHC 内で定着してきていることが形になって表れてきているととらえられる。パーティションを設置した分娩室の環境と効果についてはスタディツアーの際に参加者に説明がなされてきた。

これらの状況から、成果 3 は達成に向けて必要な活動が着実に実施されており、当初の計画以上の活動も確認されている。今後は院内感染対策の一環として新生児室のうちのひとつを本プロジェクトの活動として改修する予定になっている。現在 JICA と WHO はそれぞれの活動を、活動の重複を避けるため、正常分娩に関する分野と新生児に関する分野に分けて実施している。そのため、新生児室が改修されれば、院内感染のリスクが大幅に下がり、新生児のための研修環境が改善される。それは、大きな視点でも今後本プロジェクトが目標としている質の高い助産ケアの提供を可能とする助産トレーニングシステムの強化にもつながる。したがって、今後成果 3 については更なる研修の環境改善が期待できる。

(4) 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。

成果4は以下の理由により、成果達成につながる活動に進捗がみられる。過去2年間、①看護助産学会発表会、②国際保健シンポジウム、③国際助産師の日などの会合やカンファレンスなどでプロジェクトに関する報告や経験共有がなされており、モデル地域以外の参加者もプロジェクトが提唱する概念や活動の進捗などについて理解を深めてきた。また、リプロダクティブヘルスプログラム年次会議においてはプロジェクトのパンフレットや分娩に関するポスターが全国のPHD関係者に配布された。モデル地域と他の地域間の連携強化につなげることも視野に、上記のようなモデル地域以外の関係者とプロジェクトに関する情報共有が行われてきた。

かかる状況から、成果4については達成のための活動に進捗が見られると判断できる。

(5) 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。

成果5は、成果達成につながる活動が着実に実施されてきている。最も大きな成果は「Newborn Care Clinical Practice Guideline」が、WHOと協力して作成されたことであった。本ドラフトはWHOのMCH（Maternal Child Health；母子保健）のテクニカルワーキンググループに提出され、現在承認を待っている状況である。

さらに、保健省が主催するMCHのためのテクニカルワーキンググループの会議には多くの開発パートナーが出席するが、プロジェクトチームメンバーはその会合において過去に3回プロジェクトの経験を共有するための発表を行ってきた。特に、その機会を利用して本プロジェクトが作成した分娩の際の自由な姿勢に関するポスターなどを関係者に配布し、本プロジェクトが提唱する概念の理解を求めてきた。

また、ハイレベルタスクフォースがこれまで1回開催されており、プロジェクトチームメンバーはそこでも情報共有を行った。ただし、その当時はプロジェクトの経験を共有するには時期が早いと判断したため、プロジェクトの課題や教訓は報告されていなかった。そのほか、「リプロダクティブ母子保健新生児の健康」という、保健省が発足させたタスクフォースの毎月の会合にプロジェクトチームメンバーが参加している。そのため、今後開催される会合でプロジェクトの課題や教訓を共有していく見込みである。

以上、成果5はガイド案作成等の重要な活動が終了しており、タスクフォースなどへの参加を通じた情報共有にも進展がみられると判断できる。

### 2-1-3 プロジェクト目標の実績

本プロジェクトが開始されてからの中間期に当たる本中間レビューの調査時点では、通常、プロジェクト目標の達成を判断するのは難しい。ただし、現時点で測定が可能な指標1と2に着目すると、今後プロジェクト目標が達成される可能性が高いと判断した。その理由は、指標1と2に関して、プロジェクトが2010年に実施したベースライン調査との比較から、NMCHCとコンポンチャム州病院において改善傾向が今回確認されたからである。

具体的には、ベースライン調査の時点で収集した情報についてはWHOのガイドである「Care in Normal Birth: a practical guide - Report of a Technical Working Group」の中で推奨されている59の

項目のなかから 23 項目が選定され、情報収集が行われた。そして、本中間レビューの時点で、プロジェクトチームが改めて 23 項目の中からプロジェクト目標の指標 1 と 2 に関連する 16 項目を選出し、情報収集を行った。その結果、NMCHC では 13 項目において改善傾向がみられ、コンポンチャム州病院においては 12 項目において改善傾向が確認された。

その指標の改善傾向を示すデータは表 2 - 10 に示されている。左側がベースライン調査時に収集した情報で、右側が中間レビューに合わせてプロジェクトチームが 2012 年の 7 月までに収集した情報である。グレーの部分は今回データの収集が難しかった部分<sup>2</sup>であるが、数値の入っている部分はプロジェクトチームによって入手された情報である。

表 2 - 10 助産トレーナーの「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」に関する知識の変化

	指標	NMCHC		Kg.Cham		
		2010	2012	2010	2012	
有効で推奨されるべきケア	病院のケア提供者への聞き取り結果					
	出産を通し、いつも飲み物を勧めている	37%	45%	52%	79%	
	出産中に産婦に家族の付き添いをいつも勧めている	5%	60%	0%	43%	
	出産を通し、いつもマッサージをしている	12%	19%	26%	43%	
	陣痛中に、姿勢を変えるようにいつも勧めている	43%	63%	78%	71%	
	ケアの直接観察の結果					
	出産を通し、身体的、感情的な状態を十分に観察する。；産婦に付き添った時間*陣痛中に付き添った最小最大時間（平均時間/分）	*7-45 (18分)		*1-20 (10分)		
	間欠的な聴診によって胎児モニタリングをする（分娩室での聴取/分ごと）	29		35		
	病院で出産ケアを受けた女性への聞き取り結果					
	出産を通し、ケア提供者が家族のように温かく支援してくれたと感じた割合	53%		53%		
	出産を通し、理解できるまで十分な説明をしてくれたと感じた割合	75%		80%		
	産後 1 時間以内に授乳を開始した割合	69%		65%		

<sup>2</sup> プロジェクト目標の指標の 3 については定性的な情報が多く、時間がかかるため、中間レビューのタイミングに合わせてプロジェクトチームが情報を収集することができなかった。また、指標の 4 については情報源が助産学校の 3 年生が対象となるが、それらの学生がすべての過程を終了した時点で情報収集を行わなければならないため、中間レビューのタイミングに合わせた調査を行うことができなかった。

病院のケア提供者への聞き取り結果					
害があり効果がなないので止めるべきケアと、不適切に実施されているケア	出産中、静脈点滴を行う	73%	55%	91%	40%
	出産中、碎石位をとらせる（仰向けに寝て、足を広げる姿勢）	96%	60%	100%	11%
	分娩第2期に指示をして、息を止めて長くいきませる（バルザバ法）	59%	21%	43%	22%
	出産後子宮内に手を入れて検査する	68%	31%	78%	7%
	分娩第2期は、1時間以内に終了させなければならないと考えている	52%	25%	67%	10%
	特に複数のケア提供者が、繰り返し、または頻繁に内診を行う	84%	31%	87%	14%
	女性は常にケア提供者に従うべき、とケア提供者が考えている割合	91%	82%	96%	46%
	ケアの直接観察の結果				
	1人の女性に内診を実施した最大ケア提供者数	7人		5人	
	分娩第2期の開始時に、慣例的に産婦を別の部屋に移動させる	100%		100%	
	学生が付き添いをするのを、女性に合意をとった数（それぞれ7人中）	0人		0人	
	病院統計結果				
	出産前までに、薬理効果を制御できないかたちで、子宮収縮剤を投与する	11%	9%	20%	7%
	初産婦の会陰切開率	92%	59%	91%	30%
手術的な出産（帝王切開率 2009-2011）	17%	26%	29%	24%	
病院で出産ケアを受けた女性への聞き取り結果					
出産を通し、女性がケア提供者から無視されていると感じた割合	32%		28%		
女性が受けたサービスが期待どおりではなかったと感じた割合	31%		25%		

出典：プロジェクトチームが作成した表を一部修正

以上、プロジェクト目標のすべての指標に関する情報が今回の中間レビュー時に入手できたわけではないが、4つのうち2つの指標で改善傾向がみられている点を上の表で確認することができた。本データは NMCHC とコンポンチャム州 PRH でのみ収集した情報であるため、それ以外の州や州病院以下のレベルの医療施設の状況まで把握できないが、助産トレーナーへの研修を実施してきた NMCHC とコンポンチャム州 PRH の2カ所で良い変化が出ていることは事実である。それらの点を考慮すると、これまでの活動の成果が表れ始めていることが確認でき、今後プロジェクト目標が達成される可能性が高いと判断できる。また、本プロジェクトの

技術移転の方法は適切であるという結果が数値に表れ始めているとも判断可能である。

## 2-2 実施プロセス

### 2-2-1 プロジェクト関連機関の活動実施体制と今後の方向性

本プロジェクトの主要 C/P は NMCHC であり、そのセンター長が最終的な意思決定を行う。プロジェクトの大きな方向性や決定事項についてはプロジェクトディレクターである保健省の Eng Huot 次官の判断が必要となるが、活動の実施面における判断は Rathavy センター長と協議したうえで行うのが本プロジェクトの意思決定方法である。本プロジェクトの活動状況のモニタリングは現場で活動を行っている州レベルのスタッフまたは NMCHC のコアトレーナーによって行われ、NMCHC のセンター長や副センター長にその内容が報告される。NMCHC 内にはセンター長の下に副センター長が 2 名おり、研修部の部長も研修実施に関する判断は組織内で強い影響力をもっている。

NMCHC は保健省の母子保健課としての機能を果たしていることから、各州の保健局 (PHD) と州レファラル病院 (PRH) は NMCHC の要請や指示に基づいて活動を行う関係性にあるため、モデル州で研修の実施などを行う場合は NMCHC から直接支援を受けることになる。ただし、PHD は保健省直轄の機関でもあるため、州をまたいだ活動などに関しては NMCHC だけでなく保健省の承認が必要になる場合も考えられる。また、今後コンポンチャム州での活動が増えていくが研修の実施体制としては今後も強化が必要であり、現時点の能力では PHD と PRH だけで研修の計画立案や実施、モニタリング・評価などができるまでには至っていない。そのため、今後も NMCHC による継続的な協力が必要であるが、できる限りコンポンチャム州の PRH を中心に、自分たちだけで州内の研修を実施できる体制を構築していくことが求められている。

### 2-2-2 概念の共有とコアトレーナーの養成

本プロジェクトの開始当初、プロジェクトの基礎になる部分を、時間をかけながら、「カ」国側の主体性を育むように形成した。プロジェクトの開始当初は WHO のガイドラインを参考にしながら、「根拠に基づいた助産ケア」や「女性にやさしい助産ケア」とは何かについて NMCHC の関係者と協議を重ねてきた。その際、プロジェクト側から押し付ける形で概念を定着させるのではなく、十分な時間をかけて関係者と協議し、プロジェクトがめざす方向性と提唱したいと考える概念について「カ」国側の関係者が自らの言葉でそれらについて納得し、説明することができるようになることをめざした。そのため、そのプロセスには時間を要したが、上記 2 つの概念を組み合わせた「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」という概念が生まれ、関係者間で共通の言葉で理解され、表現されるようになった。それは本プロジェクトがめざす助産の質の改善をどのような考え方に基いて行うかという部分を固める非常に重要なプロセスであったといえる。

上記のプロセスの中で研修のためのコアトレーナーが NMCHC 内で 10 名選定され、研修のためのガイドや教材が作成され、NMCHC の主要メンバーの中で概念が定着していった。時間をかけて、概念や価値観の共有を行ったため、今後も主要関係者による価値観の喪失は簡単には起こらないとみられ、それはプロジェクトの効果や効率性、持続性を高める要因となっていくと思われる。現在 NMCHC 内での研修やコンポンチャム州での研修は NMCHC のコアトレー

ナーが中心となって講義を行っている。今後も NMCHC の主要メンバーがコンポンチャム州 PRH のコアトレーナーと協力し、研修を通じたコンポンチャム州での概念や技能の普及活動を行っていくことになる。

本プロジェクトでは助産トレーナーを活動の対象者としており、彼女らを育成する人材としてコアトレーナーが存在する。コアトレーナーの存在は本プロジェクトの実施において中心的な役割を担うため、コアトレーナーと助産トレーナーの関係を下記の図 2-1 にまとめた。コアトレーナーが助産トレーナーを対象とした研修で講師を務めるため、コアトレーナーには助産トレーナー以上の知識と経験が求められる。コアトレーナーは現在 NMCHC に多く存在するが、現在コンポンチャム州 PRH でも新たなコアトレーナーを養成中であるため、今後コンポンチャム州でも数が増える見込みである。また、モデル地域での研修を円滑に実施するためにはコンポントム州、プレイベン州、スヴァイリエン州でもコアトレーナーが必要となってくるため、それらの州でも養成されていく予定である。

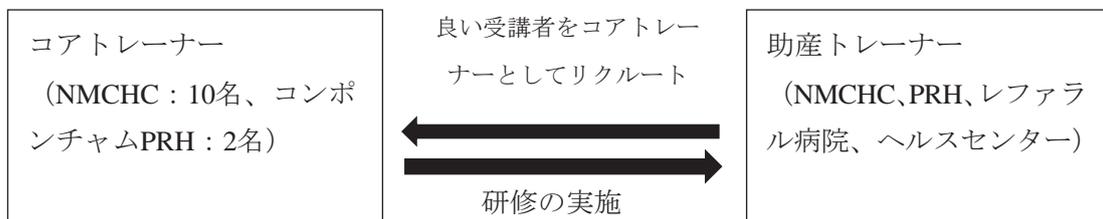


図 2-1 コアトレーナーと助産トレーナーの関係性

研修を受ける助産トレーナーのなかで、コアトレーナーになることに興味をもち、プロジェクトの概念について高い関心と活動への協力姿勢をもてる人材を探し、コアトレーナーになるためのコーチングプログラムを行うことが今後必要となってくる。本プロジェクトでは、コアトレーナーになるためのステップを、①研修内容の観察、②コアトレーナーの補助 1 回目、③コアトレーナーの補助 2 回目、④研修講義の実施、の 4 つに分け、そのステップを踏んだトレーナーをコアトレーナーとして認定する制度を今後構築する予定である。

### 2-2-3 プロジェクト実施における柔軟性

最後に、本プロジェクトでは、助産トレーナーを対象とした研修やスタディツアーだけでなく、助産トレーナー以外の管理職や事務系の関係者も対象にしたオリエンテーションワークショップや、妊婦の状況を継続してモニターし、関係者間で情報共有するための技能改善をすることを目的としたアセスメントワークショップなどが随時活動として追加されてきた。このように、活動を進めながら、その時に重要と思われる活動を可能な範囲で追加するアプローチを取ることで、より包括的かつ効果的なプロジェクト内容に修正がなされてきた。プロジェクトの実施能力以上に活動を追加することは逆効果になるが、可能な範囲で必要な活動を追加または既存の活動を修正する柔軟な姿勢でプロジェクトを実施し、プロジェクトの効果を高めてきた経緯を確認することができた。

#### 2-2-4 今後の活動の方向性

プロジェクトの残り期間で、「カ」国全土においてこれまでと同様の研修活動を展開するには、NMCHCの実施体制はコアトレーナーや研修の実施運営能力面から考えて、十分とはいえない。NMCHCには研修部が存在するが、その人員も限られており、他のプロジェクトのための研修の数も多いため、本プロジェクトの研修のためだけに時間を割く余裕がない。現在、本プロジェクトの研修を実施するにはNMCHCの研修部のスタッフにもかなりの事務作業やロジスティクスを任せており、研修の実施運営を行う能力が高まってきている。ただし、その能力は今後も継続的に支援する必要があるため、完全に任せるまでの段階には至っていない。それらの状況を考慮すると、プロジェクトの関係者間で協議し、コンポンチャム州のモデル地域の助産トレーナーの能力強化を図ることがPDMの成果にも沿っており、C/P機関の組織能力から判断して無理がない、という理解で日本側と「カ」国側で合意している。したがって、モデル地域以外への概念や技能の普及についてはオリエンテーションワークショップなどを通じた経験の共有を行い、モデル地域と同様の研修の実施は行わないという活動の実施範囲が中間レビュー調査期間中に決定した。

モデル地域での研修はNMCHCとコンポンチャム州PRHが中心となって、コンポンチャム州とそれ以外の3州での研修の計画立案、実施、モニタリング・評価を当該州のPHDやPRHと協力して行う。コンポンチャム州以外の3州の助産トレーナーを対象にした研修やコアトレーナーの養成は、当面はコンポンチャム州で行い、その要請はNMCHCを通じて保健省から出される予定となっている。コンポンチャム州以外のモデル地域の3州の研修実施体制が整備されてくるにつれ、研修の実施の主体を当該州に移していく計画となった。

#### 2-3 まとめ

本プロジェクトの目標の4つの指標のうち2つに改善傾向が明確に表れており、これまでの活動の成果が表れ始めている。技術移転のアプローチや内容が妥当であったことの裏付けである。そのため、今後も活動が順調に進めば、プロジェクト目標が達成される可能性がある。投入については日本人専門家の派遣が一部遅れたが、それ以外の必要な投入が実施され、活動の一部が遅れが出たものの、現在では順調に進められている。

活動の成果として1と3に多くの進展がみられ、その他の成果についても活動は着実に進められており、指標を達成している活動も現れ始めている。活動の実施体制が構築されてきていることもあり、今後もより円滑で効果的な活動が期待できる。

プロジェクトの貢献要因として挙げられる点はC/PであるNMCHCやコンポンチャム州PRHのコアスタッフのプロジェクトに対する高い理解と強い協力姿勢である。また、プロジェクトチームとC/Pとの間に信頼関係が築かれている点も重要な貢献要因である。そして、コアトレーナーと呼ばれる助産トレーナーを育成する技能をもつトレーナーを、プロジェクトを通じて育成し、彼女らと協力してガイドを作成したことで、「カ」国でこれまで実践されてこなかった「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」に関する理解がコアトレーナーを中心とした主要C/Pの間で広まり、助産トレーナーを対象とした研修を行う環境が整ってきている。コアトレーナーはNMCHCだけでなく、コンポンチャム州PRHでも2名育成されていることから、今後の円滑な活動の中心的な役割を担うことが期待される。

これまでのC/Pのプロジェクトへのコミットメントは高い。ただし、C/Pはみな通常業務をも

ちながら、本プロジェクトの活動に参加・協力しているため多忙である。今後は NMCHC での研修も継続しながら、コンポンチャム地域での活動が増えていく見込みである。そのため、特に NMCHC のコアトレーナーや主要メンバーにどのように主体的に活動にかかわってもらいか、スケジュール調整なども含めたプロジェクトのマネジメント能力が活動の効果や効率性に影響するであろう。

## 第3章 評価5項目による評価

### 3-1 妥当性

本プロジェクトの妥当性は「高い」と判断する。

- ・「カ」国政府は「保健セクター戦略計画 2008-2015」において MDG4（幼児死亡率の削減）と MDG5（妊産婦の健康の改善）の達成を国の重要な目標として位置づけているが、助産師の技能レベルが十分でないという点と助産師の技能を改善するための研修の質が適切でない点を問題視している。そのため、助産師の技能向上のための研修の質については、研修内容の改訂も含め、「カ」国政府として今後取り組んでいかなければならない課題のひとつとして位置づけられている。また、助産師は MDG4 と MDG5 を達成するための極めて重要な存在ととらえられているため、「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」というプロジェクトの目的としている点は、助産師の技能向上につながることから、プロジェクトの妥当性は高いと判断できる。また、その政策は本プロジェクトの終了年である 2015 年まで継続されると見込まれる。
- ・日本政府も同様に「カ」国の国別援助計画の中で保健分野への支援を優先的に位置づけており、MDG4 と MDG5 の達成を重要事項としてとらえており、当面は本政策が継続されるものと見込まれる。そのため、「カ」国の助産トレーナーの能力強化を図ることは日本政府の方針とも合致している。また、JICA は「カ」国においてこれまで他の母子保健プロジェクトを展開してきた経験があり、その経験を生かした支援を行うことができる。
- ・本プロジェクトについては、「カ」国側のニーズもプロジェクト開始当初から変化がみられず、今後もそれらの政策的支援が見込まれる。また、本プロジェクトのアプローチも、助産ケアの質の改善を目的に助産トレーナーの能力強化を図っており、成果を上げ始めていることから、適切であるといえる。

以上の点を踏まえると、本プロジェクトの妥当性は「高い」と判断する。

### 3-2 有効性

本プロジェクトの有効性は「やや高い」と判断する。

- ・プロジェクト目標の4つの指標のうち、指標の1と2について中間レビューに合わせてプロジェクトチームがデータを収集し分析した結果、「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」の概念に関する16項目のうち、NMCHC では13項目、コンボンチャム州病院では12項目に改善傾向が確認された（詳細は前掲の表2-10を参照）。特に成果1と3については活動が順調に進展しており、指標にも良い影響が出ている活動が多かった。例えば「Guide to Individualized Midwifery Care for Normal Pregnancy and Birth」というタイトルのガイドが作成され、研修で活用されている点はプロジェクトにとっての意義が大きい。成果2、4、及び5においても今後の成果につながる活動が着実に実施されてきている。
- ・また、関係者の本プロジェクトを通じた意識や知識の改善を確認することができた。特に、NMCHC やコンボンチャム州病院の主要スタッフらはプロジェクトへの協力姿勢が強く、プロジェクトチームとの信頼関係も構築されていた。特に NMCHC のコアトレーナーのプロジェクト

トに対するコミットメントのレベルは高く、日常業務で多忙な中、本プロジェクトの会議や研修業務に積極的に協力していた。

- ・ NMCHC のセンター長が 2012 年 4 月に交代したが、新しいセンター長のプロジェクトへの理解と協力姿勢は強く、その他のプロジェクトの主要メンバーで離職した者もいなかった。また、PDM で設定した外部条件と前提条件については、本プロジェクト開始当初からの変化はなく、ほかに大きな阻害要因となる事柄もみられなかった。
- ・ しかし、中間レビュー実施時点において、コンポンチャム州とその他の州の各関連機関の役割と、どのようにプロジェクトを実施していくかという展開案やプロジェクトの活動範囲が明確に整理されておらず、それはプロジェクト目標が掲げている助産トレーニングシステムの強化に大きく影響する可能性があった。ただし、中間レビュー実施期間中にその点についてプロジェクトチームと C/P によって意見交換がなされ、コンポンチャム州とモデル地域におけるプロジェクトの活動実施方法に関する整理が進み、共通認識をもつことができるようになった。そのため、プロジェクトの有効性は今後更に高まる可能性がある。

上記の事実をすべて勘案し、本プロジェクトの有効性を「やや高い」と判断する。

### 3-3 効率性

本プロジェクトの効率性は「高い」と判断する。

- ・ プロジェクトの開始当初、日本人専門家の予算縮小の可能性があったことから、「助産の質改善・助産能力強化」を担当する長期専門家の派遣が約 1 年半延期された経緯がある。そのため、既に派遣されていた 2 名の長期専門家（チーフアドバイザーと業務調整）が、派遣の遅れた専門家が担当する予定であった活動の遅れを取り戻すために最大限の努力を行い、活動の遅れが部分的に解消された。本プロジェクトの日本人専門家 1 名の派遣の遅延による影響を限られた人員で最小限に抑える努力がなされたことから本プロジェクトの活動が効率的に実施されてきたと判断できる。
- ・ ただし、上記の日本人専門家による努力をもってしても、コンポンチャム州でのコアトレーナーの育成や助産トレーナーのための研修実施などの活動に遅れが生じた。その活動の遅れについてはその後、運営指導調査が行われ、その提言も踏まえ、現状に合わせる形で PO を改訂した。現在では、予算が復元されたこともあり、「助産能力強化」担当の長期専門家が派遣され、コンポンチャム州での活動が円滑に進められている。現在の PO と実際の活動の進捗状況を比較しても活動に遅れはみられない。
- ・ さらに、本プロジェクトでは、WHO と連携して活動を行う方針を取っている。NMCHC の指導の下、WHO との役割を明確にしたことで活動の重複がなくなり、母子保健全体の活動の効率性が高まった。例えば、WHO は新生児ケアのための研修を実施し、JICA は正常分娩に関する活動を実施するなど、それぞれの組織が互いに補い合うことができるように活動していることで、助産全体に係る研修システムの改善を効率的に行うことが可能となる。
- ・ 加えて、JICA はこれまで過去 10 年以上にわたり、母子保健分野における協力活動を行ってきた。1995 年から 2005 年の間に実施された「母子保健プロジェクト（フェーズ 1、フェーズ 2）」やコンポンチャム州で 2007 年から 2010 年の間に実施された母子保健プロジェクト

などがあり、「カ」国の母子保健分野に残してきた功績は大きい。そのため、それらのプロジェクトで構築された制度などを活用することで今後更に効率的な活動を実施できる可能性がある。例えば、MCAT（Medical Cooperation Alliance Team）と呼ばれる医療技術支援制度が州レベルで構築され、現在でもその制度は州レファラル病院から郡レベルの保健医療施設やヘルスセンターに医療技術支援を行うために活用されている。また、日本の母子保健プロジェクトを通じてスーパービジョンの仕組みも構築され、PHDが中心となり、PRHだけでなく、それ以外の保健医療施設へのスーパービジョンも実施している。本プロジェクトが提唱する概念や技能を上記の仕組みなどを使って広めていけば、研修を実施する以外の医療従事者や末端レベルの助産師にも情報が伝わる可能性があり、それらの効率的な活用が期待できる。

以上のことから、本プロジェクトでは、限られたリソースを最大限活用し、効率的に活動を遂行してきたと判断でき、今後もプロジェクトの効率性を高めるための環境が存在している。

### 3-4 インパクト

本プロジェクトのインパクトの見込みは「期待できる」と判断する。

- ・ 中間レビューの時点では、本プロジェクトがPDMの上位目標を達成できるか否かの判断はつかない。ただし、プロジェクト目標のための4つの指標のうち2つにおいて既に改善傾向が確認されている。それはNMCHCとコンポンチャム州病院という限られた範囲の中での変化であるが、「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」の概念に関する理解が進んでいることがこれまでの活動の成果として表れていると判断できる。
- ・ また、助産ケアの質が改善することで、その施設の評判が改善し、より多くの妊婦がそれらの施設で分娩を行うようになれば、本プロジェクトの上位目標で掲げているSBA（医師や助産師など国が定めた資格を有する熟練介助者）による分娩率の改善、保健施設での分娩率の改善につながる。そのような良い評判については、NMCHCで出産した女性や家族から以前よりも満足している声が多く届くようになってきているという情報や、コンポンチャム州PRHにおいて本病院の良いケアについてのうわさを聞き他州から出産しに来た家族がいた事実などが確認されており、これまでの活動の成果が少しずつ形になって表れ始めているといえよう。
- ・ さらに、現時点では、プロジェクト目標や上位目標の達成を阻む要因は確認されていない。プロジェクト目標と上位目標の関係も論理的であり、飛躍はみられない。プロジェクトの実施そのものを阻害するほどの要因も見当たらない。

上記の要素をすべて加味した結果、本プロジェクトのインパクトの見込みは「期待できる」と判断できる。

### 3-5 自立発展性

中間レビュー時における自立発展性の見込みは「期待できる」と判断する。

- ・「カ」国及び日本政府の方針は本プロジェクトが終了するまで継続される可能性が高く、母子保健分野は変わらず両国の優先分野である見込みが高い。
- ・その理由として、NMCHCに10名、コンポンチャム州PRHに2名コアトレーナーが育成されているため、それらの人材が今後のモデル州での活動において中心的な役割を継続的に担うことが期待できることが挙げられる。また、研修の準備運營業務も多くの面においてNMCHCのスタッフが行う体制に移行しつつあり、その能力が強化されてきている。さらに、州レベルにおいてもAnnual Operational Plan（AOP；政府予算年間計画）と呼ばれる保健省への予算申請システムが存在し、将来的に州保健局が本研修の予算措置を講ずる可能性がある。

以上の点を考慮し、本プロジェクトの自立発展性は「期待できる」と判断できる。

### 3-6 結論

本プロジェクトは全体として順調に実施されており、助産トレーナー研修の実施体制が着実に構築されてきた。現段階で、プロジェクト目標の4つの指標のうちの2つに改善の傾向がみられていることから、プロジェクト目標の達成の可能性も確認できる。研修に関してはNMCHCを中心に十分な数のコアトレーナーも養成され、今後はコンポンチャム州での研修実施を本格的に展開していく予定である。NMCHCやコンポンチャム州PRHの主要関係者の「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」に関する理解度は高く、プロジェクトへの協力姿勢も強い。今後も円滑なプロジェクトの実施が期待されるが、特に成果2、4、及び5に関する活動をより積極的に推進し、プロジェクト全体の効果を高め、成果へとつなげていくことが求められる。

## 第4章 提言及び教訓

### 4-1 提言

1. プロジェクトはコンポンチャム地域内での研修システムの強化に向けて、根拠に基づく助産ケアに係る研修のコンポンチャム州内での展開、さらにコンポンチャム地域内での他の州への展開について、具体的な実施体制を確立する必要がある。
2. プロジェクトはコアトレーナーとしての資格要件を明確にし、それを認証することでコアトレーナーのモチベーションとクオリティを高める仕組みを確立する必要がある。
3. NMCHC 及び各 PHD は保健省と協議し、コンポンチャム地域内での「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」に係るトレーニングの州内での展開、さらに地域内での州への展開に必要な予算措置を継続して行う必要がある。また、保健省は他の地域での展開を見据えた予算措置について検討を開始する必要がある。
4. 保健省はプロジェクトが「Safe Motherhood Protocol」などの国家ガイドラインに沿って作成した「Guide to Individualized Midwifery Care for Normal Pregnancy and Birth」を用いた助産能力強化について、コンポンチャム地域と地域以外においても拡大して使用される方策について検討すべきである。
5. NMCHC はトレーニング施設としての質を保つために、現在講じられている新生児に係る院内感染対策を維持強化する必要がある。また、保健省が、国としての新生児医療について、レファラルシステムの構築などの検討を行うことを期待する。
6. NMCHC は院内の主要メンバーの世代交代に伴い、次世代の人材育成について検討する必要がある。

### 4-2 教訓

1. コアトレーナーの重点的な強化が彼女らの意識変革と行動変容につながり、それが機動力となって、他の助産トレーナーの育成が効果的かつ効率的に実施された。それは今後のモデル地域やモデル地域外での活動においても有益である。
2. WHO の「Care in Normal Birth: a practical guide」の指標を用いて、質の高い助産ケアを定量的に測るアプローチは他のプロジェクトでの汎用性が期待される。
3. 行政・臨床・研修の機能を有する NMCHC を C/P としてプロジェクトを実施することは、全国を視野に入れた助産能力強化を図るうえで有効であった。その経験は他の類似案件においても応用可能である。

## 第5章 PDM の修正

今回の中間レビュー調査団による調査とプロジェクト関係者との協議の結果、PDM（以下、PDM 1 と記す）の修正を行い、PDM Version 2（以下、PDM 2 と記す）とした。プロジェクト開始後2年以上を経て、現状に則してPDMを変更する必要性が生じていることが確認されたため、成果を達成するための活動、指標、使われている用語などについて見直しを行ったものである。主な改訂部分を以下に記す。

### （1）対象地域、受益者など

対象地域、実施機関、受益者、対象グループ、実施協力機関については、変更なし。

### （2）上位目標

変更なし。

	変更前（PDM 1）	変更後（PDM 2）	変更理由
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。	変更なし	

### （3）プロジェクト目標

変更なし。

	変更前（PDM 1）	変更後（PDM 2）	変更理由
プロ目	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。	変更なし	

### （4）成果と活動

成果の1と3を一部変更した。また、下表のとおり、一部の用語と指標、活動についても変更した。

#### 1）成果1と活動

	変更前（PDM 1）	変更後（PDM 2）	変更理由
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がモデル地域において強化される。	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 <u>NMCHC</u> とモデル地域において強化される。	本成果のための活動はモデル地域だけでなく、 <u>NMCHC</u> でも実施されてきたため、 <u>NMCHC</u> を対象地として追加した。

	変更前 (PDM 1)	変更後 (PDM 2)	変更理由
成果 1 の 活動	1-1 根拠に基づく助産ケアに関するベースライン調査を行う。	1-1 変更なし	
		→新規の活動を追加 1-2 <u>NMCHC 内の助産トレーナーの育成のための研修計画の策定、実施、モニタリング・評価を行う。</u>	1-2 プロジェクトはこれまで NMCHC 内の助産トレーナー育成のための能力強化も行ってきた。その活動が PDM 1 には含まれていなかった。関係者間の理解を明確にするため、既に行われてきた活動を追加した。
	1-2 NMCHC の TOT トレーナー候補者を対象に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い TOT トレーナーとして育成する。	→ 1-2 は 1-3 に変更 1-3 <u>NMCHC のコアトレーナー候補者を対象に根拠に基づいた助産ケアに関するコアトレーナー養成のためのコーチングプログラムを実施する。</u>	1-3 助産トレーナー終了後、コアトレーナーになるためのプロジェクトで規定した研修課程をコーチングプログラムと呼ぶことで、関係者間で合意した。コアトレーナーとはその過程を経たトレーナーのことを指す。そのため、その状況に合わせた表現に変更した。また、活動の内容はそのままに、文章を簡易にし、分かりやすくした。
		→新規活動を追加 1-4 <u>NMCHC がコンポンチャム州病院の助産トレーナーに対して、コアトレーナー養成のためのコーチングプログラムを実施する。</u>	1-4 コンポンチャム州で新たなコアトレーナーを養成することが今後の活動に不可欠であるという認識に至り、その養成を NMCHC が行うという活動を追加した。
	1-3 NMCHC の TOT トレーナーが正常分娩の根拠に基づく助産ケアのガイドラインを策定する。	→ 1-3 は 1-5 に変更 1-5 <u>NMCHC のコアトレーナーが正常分娩の根拠に基づく助産ケアのガイドラインを策定する。</u>	1-5 ~ 1-6 TOT トレーナーという用語を「コアトレーナー」に統一するために変更した。

	変更前 (PDM 1)	変更後 (PDM 2)	変更理由
	1-4 NMCHC の TOT トレーナーが助産トレーナーのための根拠に基づく助産ケアに関する臨床 TOT コースの研修教材を作成する。	→ 1-4 は 1-6 に変更 1-6 NMCHC の <u>コア</u> トレーナーが助産トレーナーのための根拠に基づく助産ケアに関する <u>助産トレーナー研修</u> の研修教材を作成する。	1-6 「臨床 TOT コース」という用語は関係者間で異なる用語で理解されていたこともあり、統一を図るため、「助産トレーナー研修」で統一した。
	1-5 既存の研修に正常分娩の根拠に基づくケアの内容を反映させる。	1-5 削除	PDM 1 の 1-5 活動の 5-2 に含める方が関係者間で活動の関係性を理解しやすいため、1 の活動から削除し、5-2 の活動の一部とした。
	1-6 TOT トレーナーが、NMCHC とコンボンチャム州病院の助産トレーナーに対し、根拠に基づく助産ケアの臨床 TOT コースを実施する。	1-7 <u>NMCHC のコア</u> トレーナーが NMCHC とコンボンチャム州病院の助産トレーナーに対し、根拠に基づく助産ケアの <u>助産トレーナー研修</u> を実施する。	1-7 用語統一のため、「コアトレーナー」へと変更した。また、活動の主体を明確にするため、NMCHC を文頭に加えた。
	1-7 NMCHC とコンボンチャム州病院において、SBA が根拠に基づく助産ケアを実践する。	1-7 削除	PDM1 の 1-7 SBA には医師も含まれるため、本プロジェクトの対象グループと異なる。また、根拠に基づく助産ケアの実践による助産ケアの質の改善はプロジェクト目標の指標として確認するため、活動から削除した。
	1-8 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。	1-8 <u>助産トレーナー研修</u> 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。	1-8 上述の理由により、用語統一のため、「助産トレーナー研修」へと変更した。

2) 成果 2 と活動

	変更前 (PDM 1)	変更後 (PDM 2)	変更理由
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。	変更なし	
成果 2 の活動		→新規活動を追加 <u>2-1 NMCHC がモデル地域内の各州保健局及びRTC に対してオリエンテーションワークショップを実施する。</u>	2-1 プロジェクト開始後、助産トレーナー以外の関係者に対し、本プロジェクトの概念の紹介をする必要があると判断し、オリエンテーションワークショップが実施されてきた。その活動を現状に合わせ追加した。
	2-1 NMCHC とコンポンチャム州病院の中で継続的な研修が実施される。	PDM 1 の 2-1 は PDM 2 の 2-2 と 2-3 に分けて記載した。	成果 2 はモデル地域における助産トレーナーの能力強化が目的であり、そのためには研修の計画、実施、モニタリング・評価などの研修全体に係る業務の能力強化が必要である。また、それらの活動内容は具体的に分けて記されるべきと判断し、関係者が理解しやすくなるよう、既存の活動内容を PDM 1 の内容より細かく分け、必要な活動項目を加えた。(活動 2-2 ~ 2-7)
	2-2 モデル地域内の助産トレーナーの能力強化に関する継続的な会議等が開催される。	PDM 1 の 2-2 と 2-3 は、PDM 2 の 2-4、2-5、2-6 に整理し、分ける形で変更した。 <u>2-2 NMCHC がモデル地域を対象とした助産トレーナー育成のための研修計画を各州保健局及び州病院と策定する。</u>	2-2 モデル地域内の助産トレーナーの能力強化に関する継続的な会議等の開催はコンポンチャム州とモデル地域内でのコアトレーナーの育成や助産トレーナーの育成のための活動を行う中で、必然的に実施されるため、表現を変更し、PDM 2 の活動の 2-4、2-5、2-6 に分けてより具体的に記載することとした。

	変更前 (PDM 1)	変更後 (PDM 2)	変更理由
	2-3 モデル地域内の助産トレーナーに対する継続的な研修が実施される。	PDM 1 の 2-2 と 2-3 は、PDM 2 の 2-4、2-5、2-6 に整理し、分ける形で変更した。 <u>2-3 NMCHC がコンポンチャム州病院の助産トレーナーの育成のための研修計画の策定、実施、モニタリング・評価を行う。</u>	2-3 継続的な研修は研修実施後のモニタリング・評価の活動の中で行うため、活動の記載内容を変更した。
		→新規活動を追加 <u>2-4 コンポンチャム州保健局とコンポンチャム州病院が州内の助産教育に携わる州病院以外のプリセプターのいる保健医療施設において助産トレーナー育成のための研修計画の策定、実施、モニタリング・評価を行う。</u>	2-4 活動 2-3 の変更と同じ理由で追加した。特に、コンポンチャム州保健局とコンポンチャム州病院が州病院以外のプリセプターのいる保健医療施設に対する助産トレーナーの育成を行うことは本プロジェクトの概念を広めるうえで重要と判断し、活動に追加した。
		→新規活動を追加 <u>2-5 NMCHC とコンポンチャム州病院、コンポンチャム州のレファラル病院がモデル地域内の他の州病院とその他の保健医療施設の助産トレーナー育成のための研修計画の策定、実施、モニタリング・評価を行う。</u>	2-5 コンポンチャム州以外のモデル地域内の州においても助産トレーナー育成のための研修に係る一連の活動を主体的に行うことが成果 2 の達成のために重要であると判断し、追加した。

	変更前 (PDM 1)	変更後 (PDM 2)	変更理由
		<p>→新規活動を追加</p> <p><u>2-6 コンポンチャム州病院と NMCHC が各保健局と各州病院と協力してコンポントム州、スヴァイリエン州、プレイベン州内の州病院以外のプリセプターのいる保健医療施設において助産教育に携わる助産トレーナー育成のための研修計画の策定、実施、モニタリング・評価を行う。</u></p>	<p>2-6 コンポンチャム州病院と NMCHC がモデル地域 3 州の各保健局と各州病院と協力し、州病院以外のプリセプターのいる保健医療施設において助産トレーナー育成を行うための研修の計画立案から評価までを行うことが 2-5 の活動の流れとして、モデル地域内でのトレーニング実施体制の確立とトレーニングマネジメント能力につながるため、追加した。</p>
		<p>→新規活動を追加</p> <p><u>2-7 NMCHC と コンポンチャム州病院が州病院やその他のレファラル病院、プリセプターが勤務するヘルスセンターの助産トレーナーをコアトレーナーに養成するためのコーチングプログラムを実施する。</u></p>	<p>2-7 モデル地域におけるコンポンチャム州以外の州でコアトレーナー養成を図ることは成果 2 の達成だけでなく、プロジェクト目標の達成やプロジェクトの持続性を促す効果があると判断し、各州のプリセプターが勤務するヘルスセンターにおいても、コアトレーナー養成のためのコーチングを行うための活動を追加した。</p>
		<p>→新規活動を追加</p> <p><u>2-8 NMCHC が コンポンチャム州関係者と協力して州内での研修実施マニュアル案を作成する。</u></p>	<p>2-8 コンポンチャム州とモデル地域でコアトレーナーが養成され、助産トレーナーに対する研修が実施されていく中で、研修実施体制が確立されることが見込まれる。その経験から研修実施に関する実施マニュアル案を作成し、研修の実施方法についての情報共有を行いやすくするための活動必要であると判断し、追加した。</p>

### 3) 成果3と活動

	変更前 (PDM 1)	変更後 (PDM 2)	変更理由
成果 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。	助産の卒前・卒後研修に関するトレーニング環境が、 <u>NMCHC 及びモデル地域</u> において強化される。	助産の卒前・卒後研修に関する環境の強化はモデル地域だけでなく、 <u>NMCHC</u> でも必要であるため、「 <u>NMCHC 及び</u> 」を追加する。
成果 3の 活動	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。	3-1 変更なし	
	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。	3-2 変更なし	
	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。	3-3 変更なし	
		→新規活動を追加 <u>3-4 NMCHC においてトレーニングに必要な施設の改修を行う。</u>	3-4 NMCHC の新生児室において研修をより円滑に行うための改修の必要性が出てきているため、新たに活動を追加した。

### 4) 成果4と活動

	変更前 (PDM 1)	変更後 (PDM 2)	変更理由
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。	変更なし	
成果 4の 活動	4-1 保健省人材育成部などと共に、モデル地域以外の関係者に対し、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。	4-1 <u>会議などを通じて</u> 助産トレーニングの経験と課題をモデル地域以外の関係者と共有する。	4-1 モデル地域以外の関係者との経験や課題の共有という内容は変更せず、文章をより簡易で関係者に理解しやすくするために内容を修正した。また、活動の主体は NMCHC であるため、保健省人材育成部という記載を削除した。

	変更前 (PDM 1)	変更後 (PDM 2)	変更理由
	4-2 助産トレーニングの経験を共有するためのワークショップやスタディツアーなどを行う。	4-2 <u>モデル地域以外の関係者に対し、</u> 助産トレーニングの経験を共有するためのワークショップやスタディツアーを行う。	4-2 活動の対象者を明確にするために変更した。

#### 4) 成果5と活動

	変更前 (PDM 1)	変更後 (PDM 2)	変更理由
成果5	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。	変更なし	
成果5の活動	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。	5-1 変更なし	
	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。	5-2 <u>NMCHC が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プロトコル、ガイドライン、マニュアル等の案を作成または改訂する。</u>	5-2 活動の主体がNMCHCであることを明確にし、国レベルの計画よりも、プロトコル、ガイドライン、マニュアル案の作成または既存のものを改訂する方が現実的かつ幅広く内容を網羅できると判断し、変更した。

#### (5) 成果の指標

上述した活動の変更に合わせ、各成果の指標についても変更を行った

	変更前 (PDM 1)	変更後 (PDM 2)	変更理由
成果1の指標	1-1 正常分娩の根拠に基づく助産ケアについてNMCHCのTOTトレーナーに実施された研修の回数	1-1 正常分娩の根拠に基づく助産ケアについてNMCHCのコアトレーナーに実施された研修の回数	1-1 助産トレーナーを指導する立場にあるトレーナーを「TOTトレーナー」と明示してきたが、「TOTトレーナー」という用語は他のトレーニングプログラムのトレーナーに対しても使われていることから、混乱を避けるため、「コアトレーナー」という表現に統一した。

	変更前 (PDM 1)	変更後 (PDM 2)	変更理由
	1-2 根拠に基づく助産ケアの研修教材が作成される。	→英語版の標記を変更したが和文は変更なし 1-2 Training materials for evidence-based midwifery care are developed.	1-2 日本語版と英語版の表現が合致していなかったため、英語版の表現を和文に合わせて修正した。「研修教材の数が増加する」ではなく、研修教材が開発されるという内容に修正した。
	1-3 正常分娩の根拠に基づく助産ケアについて助産トレーナーに実施された研修の回数	1-3 変更なし	
	1-4 正常分娩の根拠に基づく助産ケアに関する助産トレーナーの知識の向上	1-4 変更なし	
成果 2の 指標	2-1 助産トレーナーの定期会合の数が増加する。	→2-1の既存の指標は削除し、新規の指標を追加 <u>2-1 コアトレーナー養成のためのコーチングプログラムの内容が策定される。</u>	2-1 変更した活動の内容に合わせて、指標を変更した。助産研修を今後効率的かつ効果的に実施していくためにはモデル地域内でのコアトレーナーの養成が不可欠であるため、養成のためのコーチングプログラムの策定を指標として追加した。
	2-2 NMCHC とコンポンチャム州病院において継続的な院内研修のために任命されたスタッフが増加する。	→2-2の既存の指標は削除し、新規の指標を追加 <u>2-2 助産トレーナー養成コースの内容が策定される。</u>	2-2 変更した活動の内容に合わせて、指標を変更した。助産トレーナーの養成コースの内容も策定される必要があるため、指標として追加した。
		→新規の指標を追加 <u>2-3 コアトレーナーの数が増加する。</u>	2-3 モデル地域において研修が実施を展開するためには、NMCHC のコアトレーナーだけでなく、モデル地域内においてコアトレーナーの数を増加させる必要があるため、指標として追加した。

	変更前 (PDM 1)	変更後 (PDM 2)	変更理由
		→新規の指標を追加 <u>2-4 助産トレーナーの数が</u> <u>増加する。</u>	2-4 モデル地域内で助産トレーナーのための研修が実施されれば助産トレーナーの数は必然的に増加するため、指標として追加した。
		→新規の指標を追加 <u>2-5 研修の実施マニュアル</u> <u>案が作成される。</u>	2-5 新たな活動が増えたため、活動の 2-8 の指標として追加した。
成果 3 の 指標	3-1 根拠に基づく助産ケアの研修及び実践のために供与され配備された機材の数	3-1 変更なし	
		→新規指標を追加 <u>3-2 NMCHC においてトレ</u> <u>ーニングに必要な施設が改</u> <u>修される。</u>	3-2 新たに加えた活動に合わせて、指標を追加した。施設の改修が予定どおり実施されることを指標とする。
成果 4 の 指標	4-1 モデル地域以外の関係者とプロジェクトの経験を共有するために実施された会議数が増加する。	4-1 変更なし	
		→新規の指標を追加 <u>4-2 コンボンチャム州以外</u> <u>の州の助産トレーニングの</u> <u>関係者と助産トレーニング</u> <u>についての経験を共有す</u> <u>るために実施したスタディツ</u> <u>アとワークショップの数</u>	4-2 新たに加えた活動に合わせて、指標を追加した。本活動の達成度合いはそれぞれの実施回数で把握できる。
成果 5 の 指標	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	5-1 変更なし	
	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	5-2 プロジェクトの経験に基づき改訂された <u>正常分娩の根拠に基づく助産ケアに関するプロトコル、ガイドライン、マニュアル案</u> の数	5-2 活動内容を変更したため、修正内容に合わせた表現に変更した。

## 第6章 所 感

### 6-1 技術参与（母子保健）所感

「カ」国における母子保健関連の日本の支援は長く、そのことの意味は大変多いと思われる。すなわち、「カ」国における産婦人科医療の拠点となる国立母子保健センター（NMCHC）を無償資金協力で1997年に建設し、同時にJICAの技術協力プロジェクトを通してNMCHCの機能強化を行った結果、NMCHCでの分娩数は倍増し、さらには併設した研修施設において地方の名ばかりだった助産師の技能強化研修やスーパービジョンを行ってきた。またこの圧倒的な分娩数とカンボジア産婦人科学会や助産師会などのリーダーとなっている多くの職員、さらには日本の支援でつくられた研修課TOT部門も充実してきたことから、当施設は各ドナーにとって格好の研修場所として認知されるようになり、USAID（米国国際開発庁）やUNFPA（国連人口基金）などが産科救急ケア（EmOC）などの研修場所として使うほか、NMCHCで日本が養成してきた人員は各援助団体での研修講師として働くまでになってきた。また、日本の支援の中で臨床や研修の場を通じ国のリーダーとして育った人材は、国家母子保健行政と同義である国家プログラムにも配属されている。

さらに、当NMCHCで導入された診療費制度や、日本の支援で始まった地方助産師の支援制度（MCATなど）は「カ」国の国家制度として「カ」国全土に採用されてきている。このようにNMCHCの「カ」国における重要度は計り知れず、それに対して一貫して支援を行ってきた日本の協力は「カ」国にとって得難いものとなっている。このことは「カ」国保健省次官から、「カ」国のMDG5の達成に日本の支援が大きな役割を果たしたと表明された言葉にも表れていると思われる。また、保健大臣や次官など保健省内の主要官僚との間に強い関係が築かれてきているほか、このようなNMCHCの取り組みについては、同じ紛争後国であるアフガニスタンなどからも視察に来ている。

今回のプロジェクトは、これまでの「カ」国の優先事項が、地方に助産師がいないという“量”の問題であったものが、もうひとつの保健プロジェクトである法制度整備と相まって、助産を中心とする“質”の問題に取り組む段階になってきたことを反映したものである。すなわち、法制度整備という中央からのアプローチと、臨床助産教員のケアの質を問題として取り上げることによって現場のケアの質の向上という末端からのアプローチが合わさって、日本の協力としても「カ」国全体の助産の“質”の向上に取り組むものである。

現場レベルのケアの質の内容は、NMCHCのラタビー（Rathavy）新センター長のプレゼンに表れていたが、「女性中心」の「根拠に基づいた助産ケア」ということであり、新しい、清潔で楽しい環境で、女性や家族、そして生まれてくる子供にとっても喜びの経験として分娩・出産をとらえることによって、より安全なお産への場づくり、ひいては女性としての喜びの場を提供することが新しいプロジェクトの源泉なのだと考えられる。

また、NMCHCには保健省の母子保健課に当たる機能も国家プログラム（ARI、EPI、リプロダクティブヘルス、栄養、下痢症）という形で含まれており、前述の機能と相まって、「カ」国全土に新しい政策を広げるに当たってNMCHCにまず浸透させるということが肝要である。その意味で、本プロジェクトでWoman Friendly Child Birth Care based on Evidenceという新しい考え方を「カ」国に進めるに当たり、まずNMCHCから始めたのは正しい判断と考えられる。さらにNMCHCは、各種研修の基幹施設となっていることから、NMCHCだけを使って新しい考え方の

研修を続けることは物理的に不可能であることは明らかで、「カ」国政府が各リージョンごとに何らかの研修拠点をつくって、新しい政策や考え方を広げるというアプローチを取ることが想定されていた。この意味でプロジェクトとしても、コンボンチャム州を中心とするコンボンチャム・リージョンに新しい考え方を広めることはプロジェクト開始前からの当初の予定どおりであったが、その具体的な実施方法についてはこれまで未確定な部分もあった。しかしながら今回、コンボンチャム州病院に研修実施の拠点をづくり、州保健局（PHD）とともに州内に広げるとともに、コンボンチャム・リージョンを教育研修の枠と設定するコンボンチャム地方看護・助産学校（RTC）と協力してリージョン内に広げる考え方の枠組みについての合意が得られたことは重要で、この過程を PDM 改定案の成果 2 の活動案に落とすことができた。これらは、「カ」国の EmOC の研修拠点施設のひとつ（ほかには、バツタンバン州病院、タケオ州病院の 2 カ所）としてコンボンチャム州病院を指定したという政策にも合致していると考えられる。

ただし、2011 年 5 月の運営指導までの投入の凍結が起きていたことから、地方展開の実施が 1 年半余り遅れていたため、コンボンチャム州やリージョンへの展開の遅れがあり、今後はその遅れを取り戻す意味でも、コンボンチャム州に張り付く長期専門家とともに、中央で NMCHC での更なる新しい考え方によるケアの定着（成果 1 と 2 のフォロー）と、NMCHC とともに全国展開のためのシステムや計画づくり、あるいはマニュアルづくりなど成果 4、5 に関連する国家母子保健行政を支援する人材の中長期の投入が必要となると思われる。

## 6-2 団長所感

今回の中間評価調査においては、これまでのプロジェクトの実施状況を確認したうえで、後半の実施期間における道筋を具体的に示すことに主眼を置いた。

過去に本プロジェクトに割り当てられる予算縮減の可能性があったことから、事業内容を縮小する方向で一度 PDM が修正されていた。その修正 PDM に基づき、プロジェクトの前半においては助産師トレーナーを育成するための仕組みづくりに活動を絞り込み、①妊産婦の立場に視点を置いた助産の考え方の定着化、②活動の中心となる「コアトレーナー」の育成、そして③研修用の教科書作成に精力を傾け、所定の成果を得た。

その後、当初予定どおり予算配分の見込みが立ったことを踏まえ、今回の中間評価では、どのようにしたらプロジェクト目標である地域における助産師研修システムのモデル開発が行えるかについて視点を置いて、NMCHC の Rathavy センター長及びプロジェクト専門家と議論を重ねた。その結果、モデル地域のうち、人材面や施設面で最も整備されているコンボンチャム州病院をベースとし、同州 PHD と協働で研修の計画立案、実施、モニタリング・評価を 1 つのサイクルとして現場で実施できるような仕組みづくりを行い、その経験を文書化することを通してモデル化を図ることを基本とした。他方で、モデル地域内におけるコンボンチャム州周辺の州については、Rathavy センター長によれば各州病院の体制がまだ整っていないとのことであったため、各州の助産師トレーナーの育成もコンボンチャム州病院で行うとともに、他方で同研修実施のプロセスにおいては各州の PHD、州病院関係者も参加してもらうことで協働してモデルを策定していく方向で整理を行った。これに関し PDM の成果 2 に関する活動部分に修正を加えることとした。また、今後の地域での展開に向けての実施体制の確立について提言として加えることとした。

今回の調査中にコンボンチャム州の PHD、州病院、地域訓練センターを訪問し意見交換を

行っているが、いずれの機関も本プロジェクトの実施にあたっては協力的な姿勢を示している。また合同調整委員会（JCC）においてコンポントム州、プレイベン州、スヴァイリエン州関係者も出席していたが、いずれも本プロジェクトに対し協力の意向を表明している。JCCの様子から、各州は Eng Huot 保健省次官からの指示については異を唱えず協力をしていくということかと感ぜられた。

今後のプロジェクト実施にあたっては、まずはコンポンチャム州病院長、及び、今後州病院内に設置予定のトレーニングユニット関係者との意識合わせが重要であるように感じた。その理由は NMCHC の場合は国家プログラムの実施を業務内容としているので幅広い研修の実施は本来業務となっているが、コンポンチャム州病院の役割は本来的には病院としての機能であり、州内助産師の研修のみならず周辺州への支援をも行っていくことについて病院内関係者が十分納得していくことが、今後質の高い研修を行っていくうえでの前提条件となると思われるからである。州病院においてはトレーニングユニットのメンバーを指名済みとのことであるが、兼務発令となり病院業務を行いながら研修計画立案を同時に行っていくことを前提とすれば、この活動の意義づけ（コンポンチャム州が全国を代表するモデルの拠点として選ばれていることなど）を理解しておくことが必要であり、そのためには十分な話し合いをもつことが望ましいと思われる。次にコンポンチャム州 PHD と州病院、地域訓練センターとの間での協力体制の構築となるが、どこがどのような役割を担うのかについて話し合い、定期的に会合を行うなどの工夫をしてチームワークの醸成を図っていくことなどが考えられる。その他の州については、JCC の際にどのような役割を期待されているのか質問が出されていたので、コンポンチャム州内で今後の進め方についてある程度方向性が決まった段階で、できれば早い段階で関係者を集め説明会などを開くのも一案かと思われる。

その他、NMCHC における NICU（新生児集中治療室）については、以前は新生児数が過剰な状況になっていたが、今回現場を視察し、Cot（新生児用ベッド）数が削減され状況が改善されていることを確認した。保健省次官及び NMCHC センター長との面会の際に NICU の質の低下を招かないよう適切な措置の継続的实施について求めるとともに、患者数が激増する昨今のプノンペンの状況から国全体としてレファラル体制を強化する必要があると考えられ、その点につき意見具申を行い、提言に含めることとした。

## 付 属 資 料

1. ミニッツ・合同評価報告書（英文）
2. PDM version 1（和文・英文）
3. PDM version 2（和文・英文）
4. 評価グリッド
5. 実施プロセスの検証
6. 評価5項目による評価（和文）
7. 投入実績
8. 関係者への質問調査結果
9. 参考文献リスト

MINUTES OF MEETING  
BETWEEN  
JAPANESE MID-TERM REVIEW TEAM  
AND  
AUTHORITIES CONCERNED OF  
KINGDOM OF CAMBODIA  
ON  
JAPANESE TECHNICAL COOPERATION FOR THE PROJECT  
FOR IMPROVING MATERNAL AND NEWBORN CARE  
THROUGH MIDWIFERY CAPACITY DEVELOPMENT

The Japanese Mid-term Review Team (hereinafter referred to as “the MTR Team” organized by Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”), headed by Mr. Naoyuki Kobayashi visited Kingdom of Cambodia (hereinafter referred to as “Cambodia”) from July 22nd to August 8th, 2012 for the purpose of the Mid-term Review of “the Project for Improving Maternal and Newborn Care through Midwifery Capacity Development” (hereinafter referred to as “the Project”).

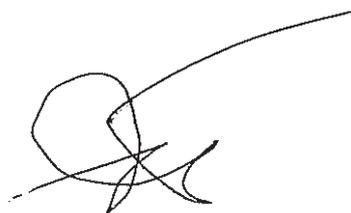
During its stay in Cambodia, the MTR Team reviewed the achievement of the Project and had a series of discussions with authorities concerned of the Ministry of Health of Kingdom of Cambodia (hereinafter referred to as “the MoH”) for further improvement of the Project.

As the result of the study and discussions, both sides agreed upon the matters referred to in the document attached hereto.

Phnom Penh, August 7<sup>th</sup>, 2012



Mr. Naoyuki Kobayashi  
Leader  
Mid-term Review Team  
Japan International Cooperation Agency  
Japan



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

THE ATTACHED DOCUMENT

Through the discussions regarding the progress of the Project with the MoH and related organizations in Cambodia and JICA experts, the Team compiled the result of the Mid-Term Review as a Joint Mid-Term Review Report and both Cambodia and Japanese sides agreed the contents of the Report and PDM ver. 2 attached hereto.

APPENDIX I : Mid-Term Review Report

APPENDIX II : PDM ver.2

END



**Joint Mid-Term Review Report on  
the Project for Improving Maternal and Newborn Care  
through Midwifery Capacity Development**

**National Maternal and Child Health Center  
Japan International Cooperation Agency**

**August, 2012**



## Contents of the Mid-Term Review Study

### Chapter 1. Outline of the Review Study

- 1.1 Background of the Review Study
- 1.2 Objection of the review Study
- 1.3 Members of the Review Team
- 1.4 Process and Schedules of the Review Study
- 1.5 Methodology of Review

### Chapter 2. Outline of the Project

- 2.1 Overall Goal
- 2.2 Project Purpose
- 2.3 Outputs
- 2.4 Activities

### Chapter 3. Achievements and Implementation Process

- 3.1 Input
- 3.2 Achievement of the Project

### Chapter 4. Review by Five Criteria

- 4.1 Relevance
- 4.2 Effectiveness
- 4.3 Efficiency
- 4.4. Impact
- 4.5. Sustainability

### Chapter 5. Results of review

- 5.1 Conclusion
- 5.2 Recommendation
- 5.2 Lessons Learned

### Attachment

Attachment 1 \_Data of indicators 1 and 2 for the Project Purpose

Attachment 2 \_Results of pre-test and post-test

Attachment 3 \_Dispatch of JICA Experts

Attachment 4(1)\_List of Equipment Provided for NMCHC

Attachment 4(2)\_List of Equipment Provided for Kg.Cham Province

Attachment 4(3)\_List of Equipment Provided for other provinces

Attachment 4(4)\_List of Delivery Kit Provided

Attachment 5(1)\_Training in Japan

Attachment 5(2)\_Training and workshop in Cambodia

Attachment 5(3)\_Training in Brazil

Attachment 6 \_List of Counterparts for the Project



## 1. Outline of the Review

### 1.1 Background of the Review

In Cambodia, the number of midwives is less than what is required. This is especially so in rural areas. Furthermore, quality service in delivery care may be questionable as some midwives are not sufficient in knowledge and skills. To tackle these issues, the Ministry of Health (MOH) in Cambodia has set up policy to increase the number of midwives. MOH gives priority to increase in the numbers of midwives in rural areas, and enhancement of the quality of in-service and pre-service training conducted by regional referral hospitals.

In an effort to accelerate the implementation of the policy of the MOH, the Japan International Cooperation Agency (JICA) started the “Project for Improving Maternal and Newborn Care through Midwifery Capacity Development.” The project is aimed at strengthening a midwifery training system so that the quality of midwifery services focused on evidence-based quality care can be ensured. The midwifery training system is to be developed, building on the experience in the four provinces in Kg. Cham Region as the model region of the project.

The project was initiated in March 2010. This mid-term review was conducted at the mid-term point of the entire project term. The present report focuses on the measurement of the progress of activities, the level of achievement in outputs and the extent of the achievement in the project purpose. Based on these analyses, it provides recommendations for the remaining term of the project and includes some lessons learned gained through the experience in the first half of the project term.

### 1.2 Objectives of the Review

The main objective of the mid-term review is to assess the level of activities and outputs up to the point of the mid-term review. There is another important objective, which is to reconsider the appropriateness of the project plan and its scope. As a result of the review, the mid-term review team has identified that amendments especially in activities related to the midwifery training management would be needed so that the direction for developing the model in Kg. Cham Region would be clarified for the remaining project term. The representatives of the Government of Cambodia and the JICA mid-term review team had extensive discussions on this issue during the mid-term review period from July 22nd, 2012 through August 8th, 2012.

### 1.3 Members of the Review

The mid-term review team is composed of the following members:

- 1) Team Leader: Mr. Naoyuki Kobayashi

- 2) Maternal and Child Health: Dr. Hidechika Akashi
- 3) Cooperation Planning; Mr. Masanori Abe
- 4) Cooperation Planning: Ms. Hiroko Sakai
- 5) Evaluation Analysis: Mr. Masafumi Nakanishi

#### 1.4 Process of the Review

The process of the mid-term review is as shown below:

1. Preparation for the mid-term review in Japan
  - 1) Confirmation of the purpose and policy of the review
  - 2) Designing of an evaluation framework
  - 3) Collection of information and documents
  - 4) Analysis of the project implementation process and outputs
  - 5) Confirmation of the purpose and policy of the review
  
2. Implementation of mid-term review
  - 1) Explanation about the evaluation method and process to relevant officials
  - 2) Collection of data
  - 3) Learning sessions to understand the current status of the project
  - 4) Discussion between Cambodian counterparts, JICA project experts and the JICA mid-term review team on the mid-term review, including recommendations
  - 5) Drafting of the Joint Report on Mid-term Review
  - 6) Discussion on the report at a Joint Coordination Committee Meeting
  - 7) Signing of the Minutes of the Meeting
  
3. Review of Study Results
  - 1) Review Meeting after the Mid-term Review Study
  - 2) Write reports

#### 1.5 Methodology of Review

The mid-term review was conducted, using the following methodologies:

- 1) Review of documents related to the project
- 2) Identification of items needed for the review
- 3) Preparation of questionnaires, which were distributed to interviewees in advance.
- 4) Conduct of structured interviews with stakeholders of the project by using questionnaires
- 5) Analysis of the results according to five evaluation criterion
- 6) Discussion with core stakeholders of the project on the analysis, and alteration of the project's

plans as agreed among the core members of the project

## 2. Outline of the Project

- 1) Duration: 5 Years (March 2010 - February 2015)
- 2) Target Area: Nationwide (Kg. Cham, Kg. Thom, Prey Veng, Svay Rieng provinces as the model region of the project)
- 3) Implementing Agency: National Maternal and Child Health Center (NMCHC)
- 4) Target Group: Midwifery trainers\* (Clinical trainers, Preceptors, RTC teachers)
- 5) Beneficiary Groups:
  - Direct beneficiary group: Midwives who receive in-service training and midwife students who receive pre-service training
  - Indirect beneficiary group: Pregnant women and newborns
- 6) Implementing Partners: HRDD, Kg. Cham RTC, Kg. Cham PHD, Kg. Cham, RH and other clinical sites in the model region

### 2.1 Overall Goal:

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

### 2.2 Project Purpose:

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

### 2.3 Outputs:

1. The capacity of midwifery trainers who are in charge of pre-service and in-service training is strengthened in the model region.
2. Training management for Midwifery pre-service and in-service training is strengthened in the model region.
3. Training environment for midwifery pre-service and in-service training 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.

### 2.4 Activity

- 1-1 Conduct a baseline survey of evidence-based midwifery care.

- 1-2 TOT trainers of NMCHC are trained by conducting workshops/meetings to update candidates of TOT trainers' knowledge and skill on evidence-based midwifery care.
- 1-3 TOT trainers of NMCHC develop the guideline of evidence-based midwifery care for normal birth practice.
- 1-4 TOT trainers of NMCHC develop training materials of Clinical ToT courses for midwifery trainers.
- 1-5 Revise existing training materials by adding the concept of evidence-based midwifery care for normal birth practice.
- 1-6 TOT trainers of NMCHC conduct clinical TOT courses of evidence-based midwifery care for midwifery trainers of NMCHC and Kg. Cham Provincial Hospital.
- 1-7 SBAs in NMCHC and Kg. Cham Provincial Hospital practice evidence-based midwifery care.
- 1-8 Monitoring and follow-ups of midwifery trainers are conducted after clinical TOT course.
  
- 2-1 Conduct internal training for midwifery trainers of NMCHC and Kg. Cham Provincial Hospital repeatedly.
- 2-2 Organize meetings and conferences and so on for midwifery trainers' capacity development in the model region continuously.
- 2-3 Conduct trainings for midwifery trainers in the model region continuously.
  
- 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 Share experiences and issues of the midwifery trainings for other regions at the stakeholder meetings with HRD and others, and support to improve the capacity of midwifery trainers through Clinical TOT courses and others.
- 4-2 Conduct study tours and workshops etc. 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.

### 3. Achievement and Implementation Process

### 3.1. Inputs

#### 1) Local cost allocated by Japanese side (US dollars):

- ① The local cost allocated by JICA for the implementation of the project activities is 238,071 US dollars in total from the Japanese fiscal year (April to March) 2010 to Japanese fiscal year 2011.

Cost item	Year 2010 (JFY)	Year 2011(JFY)	Total
Local cost (USD)	122,587	115,484	238,071

JFY: Japanese fiscal year

- ② Number of Japanese experts: 13
- ③ Number of Cambodian counterparts dispatched to training in Japan: 10
- ④ Types of equipment provided to the project: personal computers, electric devices, stationaries, equipment for trainings
- ⑤ Number of project vehicle: 2

#### 2) Cambodian side:

- ① Inputs for facility and equipment
- Partitions for the delivery room: 1,500 US dollars in February 2011
- ② Inputs for office expense
- Office space (Office room in the third floor of NMCHC)
  - Parking space for Project cars
  - Office furniture (desks, chairs, bookshelves)
  - Utility costs (water, electricity, etc.)
  - Maintenance cost for the office space

### 3.2. Achievements attained by the Project

#### 1) Overall Goal

The overall goal is a target that is to be achieved later than the end of the project. Therefore, it is too early to judge the level of the achievement in the overall goal at this point. In addition, "Cambodia Demographic and Health Survey", which is used to measure the achievement, is conducted every five years and its latest survey was undertaken in 2010. Which means that the data to measure the health status of Year 2012 regarding the indicators set for the overall goal is not available.

#### 2) Project Purpose

The project purpose is a target that needs to be achieved at the end of the project term.

Four indicators have been set to measure the achievement in the project purpose. Of the four, two of the indicators refer to the WHO guide entitled: "Care in Normal Birth: a Practical Guide: Report of a Technical Working Group." This guide introduces 59 items that are recommended to measure the quality of midwifery care. The project has selected 23 items out of the 59 items in consideration of the accessibility to data and from the point of view of the activities conducted by the project. The project conducted a baseline survey during 2010-2011 to check the status regarding the 23 items. (The details of these 23 items are shown in the attachment 1.)

For this mid-term review, the project team conducted a survey on 15 items out of the 23 items at NMCHC and Kg. Cham Provincial Referral Hospital. (The details of these 15 items are shown in the attachment 1 as well.) These 15 items are related to the indicators #1 and #2 set to measure the project purpose. The data related to the indicators #3 and #4 was not available at the time of this mid-term review. The data concerning the indicator #3, which is related to the satisfaction of clients (patients), will be collected and analyzed at the later stage of the project as it takes time for the effect of the midwifery training to reach clients. The data related to the indicator #4, which is to measure midwifery students' knowledge, will have to wait until the students as beneficiaries of the project complete the current school program.

A baseline survey was conducted in 2010 and 2011 respectively. A mid-term survey was conducted in 2012. When the data of baseline survey and mid-term survey related to indicators #1 and #2 are compared, 13 items out of 16 have improved at NMCHC and 12 items out of 16 have improved at Kg. Cham Regional Referral Hospital. The data regarding the indicators #1 and #2 have improved for the past two years. Although the available data is only those collected at NMCHC and Kg. Cham Provincial Hospital, it would be apparent that positive changes are taking place. Improvement in the quality of "Woman Friendly Child Birth Care Based on Evidence" is recognized from the beginning of the project. More comprehensive analysis would be necessary at the later stage of the project. To do so, data should be collected from health institutions at lower levels.

### 3) Outputs

#### i) Outputs 1:

As to the indicator #1-1, five core members of NMCHC were dispatched to Brazil in 2010 as a counterpart training to be sensitized with the concept of "Humanize Child Birth" which was introduced by a JICA project and is promoted nationally in Brazil. At the beginning, an evidence-based midwifery working group was established and the project team supported midwifery trainers at NMCHC in understanding the concept of "Woman Friendly Child Birth Care Based on Evidence" which is a concept that contains woman centered care and

evidence-based midwifery care. After that, among the midwifery trainers, ten candidates for “core trainers” were selected, and 19 meetings were held regarding normal delivery for the ten candidates at NMCHC. In collaboration with these trainers, a “Guide to Individualized Midwifery Care for Normal Pregnancy and Birth” was developed. Furthermore, training materials were also developed with the ten candidates and through the process they have become core trainers. Throughout the process, 19 meetings and workshops were held for these midwifery trainers before they were recognized as core trainers at NMCHC. To increase the number of core trainers in Kg. Cham region, a coaching program, which contains four steps (one time observation, two time assistant work, and one time practice as a trainer) will need to be formulated.

As for the indicator #1-2, a “Guide to Individualized Midwifery Care for Normal Pregnancy and Birth” was developed by the core trainers of NMCHC in December 2011. It is aimed at supporting the existing national “Safe Motherhood Protocol” and is intended to be used along with it. The contents of the guide are used by core trainers and midwifery trainers and explained to midwifery trainers during training. Other training materials such as a video and power point slides were also developed. The development of training materials planned by the project has been completed.

Regarding the indicator #1-3, training of midwifery trainers including three types of training (workshop, study tour, assessment workshop) have been designed and conducted so that they can deepen their understanding in evidence-based midwifery care. Orientation workshop which is targeted management and administrative staff to understand and support the concept of “Woman Friendly Child Birth Care Based on Evidence” has also been conducted. The purposes and target groups of the training are described in Table 1.

Table 1: Purposes and Target Groups of Trainings conducted by the Project

	Type of Training	Purpose	Target Groups	Necessary days
1	Orientation workshop	To consent a concept of Woman friendly child birth care based on evidence	Management staff and administrative staff at NMCHC, Provincial Health Department, Provincial Referral Hospital, Regional Training Center, and other concerned parties	1 day
2	Workshop for	To help midwifery	Midwifery trainers who work at	4 days

	midwifery trainers	trainers understand Woman Friendly Child Birth Care Based on Evidence	NMCHC, Kg. Cham Provincial Referral Hospital, Kg. Cham RTC, Kg. Cham PHD	
3	Study tour	To provide opportunity for midwifery trainers to see practices of Woman Friendly Child Birth Care Based on Evidence	Kg. Cham Provincial Referral Hospital	2.5 days
4	Assessment workshop	To help midwifery trainers understand midwifery assessment and implement it in their practice	Core trainers, midwifery trainers at NMCHC and Kg. Cham Provincial Referral Hospital	2 days

Five (5) workshops, six (6) study tours, two (2) orientation workshops, and one (1) assessment workshop were conducted regarding normal delivery for midwifery trainers by the mid-term period of the project. The breakdown of the training is shown in Table 2 below.

Table 2: Numbers of training conducted for NMCHC and Kg. Cham Provincial Referral Hospital

	Type of Training	Number of training for NMCHC	Number of total participants	Number of training for Kg. Cham region	Number of training for Kg. Cham hospital	Number of total participants
1	Orientation workshop	1	25	1	N/A	24
2	Workshop for midwifery trainers	2	30		3 (including Kg. Cham RTC and Kg. Cham PHD)	31
3	Study tour	0	0	6		28
4	Assessment workshop		1			14

NMCHC core trainers have sufficient knowledge of “Woman Friendly Child Birth Care Based on Evidence”. They have taught at training for midwifery trainers, using the training materials developed by the project.

Regarding indicator #1-4, tests have been conducted for midwifery trainers before and after training to measure the improvement in knowledge and understanding the level of evidence-based care. The tests are designed to measure how much participants understand what they learned in the training. The items in the test are selected from the “Guide to Individualized Midwifery Care for Normal Pregnancy and Birth” developed for "Woman Friendly Child Birth Care Based on Evidence". Average points of the tests are shown in Table 3. The scores of pre-tests and post-tests are those collected from two workshops at NMCHC and two workshops at Kg. Cham Provincial Hospital. (Refer to the attachment 2 (1-4) for detailed scores.)

Table 3: Results of pre-test and post-test at workshops for midwifery trainers

Test type	NMCHC	Total number	Kg. Cham Provincial Referral Hospital	Total number
Pre-test	68.6 points	30 people	73.1 points	18 people
Post-test	85.3 points	30 people	88.2 points	18 people

(Please note that the test formats used at NMCHC and Kg. Cham Provincial Referral Hospital differ: one used at NMCHC needs to be answered in a narrative form, while the other used at Kg. Cham Provincial Referral Hospital is in a form of selecting answers from multiple choices. This method was applied in consideration of the level of understanding at each site.)

The numerical value is the average point of participants who attended the training for midwifery trainers. The maximum score is 100. At both NMCHC and Kg. Cham Province Referral Hospital, the scores improved by more than 15 points on average between pre-test and post-test results. This data shows that training has positive effects on participants’ knowledge of "Woman Friendly Child Birth Care Based on Evidence". It means that training has contributed to strengthening the capacity of midwifery trainers.

In regards to the progress of the project, according to the 1<sup>st</sup> Plan of Operation developed at the beginning of the project, the implementation of workshops in Kg. Cham Province has been delayed, but other activities are being implemented as scheduled.

ii ) Output 2:

As for the indicator #2-1, study group meetings have been held three (3) times since March, 2012. In a study group meeting, various topics such as delivery cases are chosen for discussion aimed at increasing the knowledge level and deepening understanding in “Woman Friendly Child Birth Care Based on Evidence”. Also, a meeting between midwifery trainers of NMCHC and Kg. Cham Provincial Referral Hospital was held once in May 2012. Meetings among midwifery trainers have not been regularized, but several meeting have been held.

As for the indicator #2-2, the priority of the project has been placed on increasing the number of core trainers until the time of the mid-term review. Therefore, the focus of the activities was also placed on fostering core trainers at NMCHC and Kg. Cham Province. Currently, there are ten (10) core trainers at NMCHC and two (2) core trainers at Kg. Cham Provincial Hospital. These trained core trainers have been actively involved in the training and are key members of the project in conducting training for midwifery trainers continuously. In addition, more core trainers are planned to be trained in Kg. Cham Province for the remaining period of the project. A training unit is also planned to be established at Kg. Cham Provincial Referral Hospital in the near future and unit members have already been designated. These positive factors in Kg. Cham Province would strengthen the training implementation capacity in Kg. Cham Region, which would contribute to achieving the project purpose.

iii) Output 3:

From May through August in 2010, one JICA expert was assigned to assess necessary equipment for midwifery training. Based on this assessment result, a list of equipment and materials was prepared. After that, equipment was procured according to the list. Before the distribution of the equipment and materials, the project provided instructions on how to use these. By the end of 2011, the distribution of all the equipment and materials was completed. The numbers of equipment and materials distributed are shown in Table 4.

Table 4: Numbers of distributed equipment and materials

Institution	Year 2010	Year 2011
NMCHC	21	18
Kg. Cham Provincial Referral Hospital	22	16
Kg. Thom Provincial Referral Hospital	4	11
Prey Veng Provincial Referral Hospital	5	10
Svay Rieng Provincial Referral Hospital	5	10
Total Number	57	65

Details are shown in the attachment 3(1-3).

Table 5: Number of distributed sets of delivery kits

Institution	Number of sets	Number of Sphygmomanometer and Stethoscope
NMCHC	20	2
Kg. Cham Province	48	23
Kg. Thom Province	23	7
Prey Veng Province	31	11
Svay Rieng Province	28	9
Total Number	150	52

(Refer to the attachment 3(4) for more details.)

Monitoring of the usage of equipment will be conducted through national monitoring systems for medical equipment. The information about the status of equipment and materials will be reported quarterly.

Partitions have been set up in the delivery room at NMCHC to secure more privacy for pregnant women. It is a part of practices for “Woman Friendly Child Birth Care Based on Evidence” and “Woman Friendly Child Birth Care Based on Evidence”. The significance of partitions is explained in study tours. In addition, one of the rooms for neonatal care is planned to be rehabilitated. For that purpose, a study has already been completed.

iv) Output 4:

For the past two years, the project has disseminated information about the project’s activities through the following meetings: “National Maternal and Child Health Symposium,” conference for Nursing and Midwifery Society, and a conference for International Midwifery Day. NMCHC staff reported the project’s experience to other midwifery trainers and midwives from other regions. In Reproductive Health Program Annual Meetings, the project’s leaflets and posters were distributed to all the Provincial Health Departments across the country. These are the activities implemented in order to share the experience of the project with stakeholders of other regions.

v) Output 5:

As for the indicator #5-1, project team members have participated in Technical Working Group-MCH meetings. The main purpose of the meetings is to coordinate activities and share

information among development partners. In the past meetings, the project has given presentations of the project activities three (3) times. In the presentations, the project shared the results of the baseline survey and the contents of the guide developed by the project. Posters of “free style position for labor”, which was created based on the guide were distributed to the participants at a Technical Working Group-MCH meeting.

The “High Level Midwifery Task Force” was established originally to increase the number of midwives in the country. It was held in November 2010. At that time, the project shared some information about the project with the task force members, given the situation that the project had run for half a year only. In addition, the project members have participated in a task force called “Reproductive Maternal Newborn Child Health,” which is organized by the Ministry of Health. The task force was formed to coordinate functions of each unit in the Ministry of Health. Development partners can also participate in the task force meeting, which has been held every month. These activities are expected to contribute to achieving the Output 5.

In relation to the indicator #5-2, existing curriculum on midwifery training and emergency obstetric care is being reviewed by the core trainers of NMCHC.

As one of the expected outputs, a draft of “Newborn Care Clinical Practice Guideline” was developed in collaboration with WHO. It was submitted to the Technical Working Group-MCH of the Ministry of Health and is currently in the process of approval at the Ministry of Health. Taking that into account, the project has made a progress in developing a guideline.

#### 4. Review According to Five Criterion

##### 4-1. Relevance

“Relevance” is used as one of five criterions to check whether the direction of the project is appropriate in the context of the policy of the Government of Cambodian as well as that of the Government of Japan, and whether approaches, selected target groups, selected target areas of the project are appropriate.

The level of relevance of the project is considered to be high from the following points of view:

In the Health Strategic Plan 2008-2015 of the Ministry of Health of Cambodia, MDG 4 (reduction of child mortality) and MDG 5 (improvement of maternal health) are placed as highly prioritized areas. The plan points out that the level of competency of primary midwives is inadequate and lists strengthening measures to safeguard the quality of training and trainers, including revising

of the content of their training. In particular, midwives are selected as a target group because they play key roles in achieving MDGs 4 and 5. Therefore, strengthening the midwifery training system for enabling provision of midwifery services with "Woman Friendly Child Birth Care Based on Evidence", which is what this project is aimed at, matches the policy of the Government of Cambodian.

The policy of the Government of Cambodia in maternal and neonatal care has not been changed since the beginning of the project. Its policy is expected to remain until the end of the project. (See Health Strategic Plan 2008-2015) Moreover, the ranking officials of the Ministry of Health have acknowledged that the project purpose and activities are in line with their policy.

The Government of Japan places in its policy the health sector as one of the prioritized areas in development assistance for Cambodia. To strengthen midwifery trainers' capacity in Cambodia, which is the purpose of the project is in line with the government's policy.

#### 4.2 Effectiveness

Under "Effectiveness," possibilities of achieving the project purpose are examined. Under this criteria, appropriateness of outputs, logical relationship between outputs and project purpose are clarified.

The effectiveness of the project is considered to be relatively high. As explained in the section on the project purpose, the project selected 23 items out of the 59 items, which WHO recommends. The project conducted a mid-term review survey this year to check the status regarding 15 items out of the 23 selected items used at the time of a baseline survey. As shown above in the present report, improvement is recognized in 13 items out of 15 at NMCHC, and 12 items out of 15 at Kg. Cham Provincial Referral Hospital. Although data with regard to indicator #3 and #4 is not available at this point, from the results demonstrated in indicators #1 and #2, it can be said that there is a possibility of achieving the project purpose at the end of the Project.

All the indicators related to Output 1 show increase. Indicator # 2-1 set for output 2 as well as indicator #3-1 set for Output 3 show increase. Remaining indicators set for Output 2, 4 and 5 are making some progress such as sharing experience of the project at symposiums and Technical Working Groups up until now. Especially, output 1 and 3 have made major achievements as in the training of core trainers and midwifery trainers, the development of a "Guide to Individualized Midwifery Care for Normal Pregnancy and Birth" and other training materials.

The level of understanding of the management staff at NMCHC and core trainers in the project concept is considered to be high. Many of core staff members of NMCHC expressed that they are interested in gaining new knowledge and skills. Core project members have demonstrated their cooperation in the project, which is a positive factor contributing to successful implementation of the project. Even though there was a change in the position of the director of NMCHC this year, the new director is as supportive as the former director. The staff of NMCHC and Kg. Cham Province has remained in their positions since the beginning of the Project.

The mid-term review team has identified that the framework of the project for the remaining project period was not well sorted out in developing a good model in Kg. Cham Region and that there is need to make clear approaches for further conducting training in the context of developing a model. The team discussed this with core project members and set out a course to enhance the effectiveness of the remaining project implementation.

No major hindering factor for the project purpose was found. All the Important Assumptions in the Project Design Matrix seem to be met to the end of the Project. The relationship between outputs and the project purpose is logical and contents of the outputs are basically appropriate in achieving the project purpose.

#### 4.3 Efficiency

Under “Efficiency,” how project activities are implemented is examined through confirming the volume of inputs, timing, and the progress of activities.

The efficiency of the project is considered to be high. In the early part of the project implementation, there was a possibility of partial budget reduction. Because of that, dispatch of a long term JICA expert in charge of training implementation was suspended for more than one and a half year. Even though the progress of the project activities was recovered by other available experts, the delay in dispatching the expert caused delays in training implementation in Kg. Cham Province. It was the major reason to alter the original Plan of Operation as the plan needed adjustments in response to the actual situation. Consequently, detailed activities in the Plan of Operation were modified in 2011.

Additionally, the project concentrated on the strengthening of the capacity of NMCHC staff, including deepening their understanding in the project concept in the early part of the project implementation. The project put more time and efforts in the activities at NMCHC in comparison with those originally planned. For that reason, the activities in Kg. Cham Province have had to be

delayed. To respond to this challenge, the Plan of Operation was altered in 2011. There is no delay in activities according to the altered plan. Considering the factors of inputs such as the numbers of experts, durations of each expert and their TORs, the activities can be said to have been efficiently implemented with limited resources.

The project and WHO have clarified each role under the leadership of NMCHC. Through exchanges of information between the two parties WHO has decided to support for the training in immediate new born care, while the project remains in charge of training in normal deliveries. The collaboration took place, each playing a complimentary role to the other, which is one factor considered to be contributing to the enhancement of efficiency of the project.

Additionally, JICA also implemented projects in maternal and child health at NMCHC for during 1995 and 2005 and another maternal health project in rural areas in Kg Cham Province during 2007 - 2010. The capacity developed at the central and provincial levels and human network established through these past projects work as a bedrock for enabling the efficient implementation of the project. For instance, mechanisms created through these past projects would be efficiently utilized in the present project. One example is a system called "MCAT", Medical Coordination alliance Team. It is a system established in hospitals to provide technical support to other health facilities. In this system, a Provincial Referral Hospital provides technical support to district level health facilities and health centers. Another is a supervision system, in which NMCHC provides technical guidance to lower level health facilities. In this system, the Provincial Health Department provides supervision in the province. These mechanisms may be used as a vehicle to disseminate the concept of "Woman Friendly Child Birth Care Based on Evidence" and could improve the efficiency of the project.

#### 4.4 Impact

"Impact" is measured against the effects to overall goal and/or outside of the project framework during or after the end of the project. Usually, impact is shown related to overall goal after the end of the project. An analysis is made on the projection of the project impact.

Impact can be expected. There is a possibility of realizing the overall goal and the project may have some impact on the outside of the project framework for the following reasons: Some indicators related to the project purpose have already shown improvement in the activities for the past two years. The quality of "Woman Friendly Child Birth Care Based on Evidence" has improved at NMCHC and Kg. Cham Provincial Referral Hospital. There are already good reputations in the quality of care at these facilities, which are shown in the increase in number of

patients who visit the two facilities. It is one factor that would contribute to the overall goal, which is measured by the indicator of the percentage of deliveries performed at health facilities. This trend will need to be proliferated to other health facilities by improving their care quality.

Other factors to be considered for measuring impacts would include the fact that there is no strong possibility at this point that the important assumptions will be changed until the end of the project. Also, the logical relationship between the project purpose and overall goal seems to be solid. Currently, no other major disrupting factors against the project have been found. Therefore, the achievement of the project purpose would be likely to contribute to the realization of the overall goal.

#### 4.5 Sustainability

Under “sustainability” a possibility of continuation of the activities after the end of the project is examined. The continuity of the policy of the Government of Cambodia, availability of human resources, appropriateness in approaches of the project, skill levels that the project introduces, sufficiency of budgetary preparation, degree of involvement by counterpart staff, are analyzed to measure the project sustainability.

The sustainability of the project can be expected. The policy of the Government of Cambodia, which gives priority on the improvement of midwives’ competency and improvement in training contents for midwives, is expected to remain until the end of the project. From the point of view of technical aspects, a positive factor is that ten (10) core trainers at NMCHC and two (2) core trainers at Kg. Cham Provincial Referral Hospital can work as trainers for training program developed by the project.

Currently, planning and preparatory works for the training are handled by NMCHC staff and the project team members. This capacity will need to be built on the provincial level as well. A system called “Annual Operation Plan” in which the Provincial Health Department requests the Ministry of Health for annual budgets, would be one positive factor in planning the training. The Provincial Health Department may be able to secure funds for the training, using the system in the future.

These positive elements support that there is a possibility for the project to attain sustainability after the end of the project.

## 5. Results of the Review

### 5.1 Conclusion

In conclusion, the project is considered to have been implemented well as it has shown some progress. To make up for the delay in activities as in the training activities in Kg. Cham Province in the past, the project made an effort to make use of available resources and altered the Plan of Operation accordingly. In accordance with the new plan, a progress has been observed in many of the activities.

As for the project purpose, two (2) out of four (4) indicators show improvement. All the indicators related to Output 1 have already shown major progress as in the number of training for core trainers, number of training materials, number of training sessions for midwifery trainers, improvement in midwifery trainers' knowledge of "Woman Friendly Child Birth Care Based on Evidence". As for the Output 2, the number of core trainers at NMCHC and Kg. Cham Provincial Hospital has also increased.

Other positive factors that contribute to effective and efficient implementation of the project include the project core staff's level of understanding in the project concept and their high motivation and active involvement in the project activities. Taking these factors into consideration, the mid-term review team has a view that effective and efficient project implementation is expected during the remaining project period.

The success of the project will depend on the progress in activities related to Output 2, 4, and 5, which would determine the level of achievement for the project purpose. Especially, activities in Kg. Cham Province and Kg. Cham Region will need to be accelerated to develop a good model at the provincial level.

### 5.2 Recommendation

- 1) It is necessary for the project to clarify the implementation process to expand the "Woman Friendly Child Birth Care Based on Evidence" training to not only Kg. Cham Province but the other provinces in Kg. Cham Region for strengthening the training system in collaboration with the related parties in Kg. Cham Region.
- 2) It is necessary for the project to identify the qualifications to be assigned as "Core Trainers" and certify them officially in order to raise their motivation and quality of care.
- 3) It is necessary for NMCHC and each Provincial Health Department to take necessary action with the MoH in order to ensure the budget for implementing the "Woman Friendly Child Birth Care Based on Evidence" training not only in Kg. Cham Province but in the other provinces in

Kg. Cham Region for strengthening the training system. At the same time, MoH may want to begin to consider how to expand the training system to other regions and secure the budget.

- 4) It is necessary for the MoH to consider ways to make utmost use of the “Guide to Individualized Midwifery Care for Normal Pregnancy and Birth” developed by the project along with the national guidelines such as “Safe Motherhood Protocol” for midwifery capacity development not only in Kg. Cham region but in other regions.
- 5) It is necessary for NMCHC to maintain and enforce the measures undertaken by NMCHC to control nosocomial infection in its neonatal care. At the same time, the MoH is also expected to consider further measures such as strengthening referral systems for neonatal care at the national level.
- 6) It is necessary for NMCHC to consider sustaining the level of the capacity in human resources as NMCHC will cope with generational changes in the future.

### 5.3 Lessons learned

- 1) The approach to enhance the level of trainers to a higher level of “Core Trainers” contributed to changing trainers' mindset and behavior. It has enabled the project to expand the midwifery training effectively and efficiently through the assignment of core trainers.
- 2) The project adopted indicators in WHO’s “Care in normal birth: a practical guide” as quantitative indicators to measure midwifery care. This approach can be applied to other projects.
- 3) The mandate of NMCHC, which performs administrative, clinical and training functions at the national level, has been found to be effective in expanding activities to increase midwifery capacity to the whole nation.

Attachment 1: Data of indicators 1 and 2 for the Project Purpose

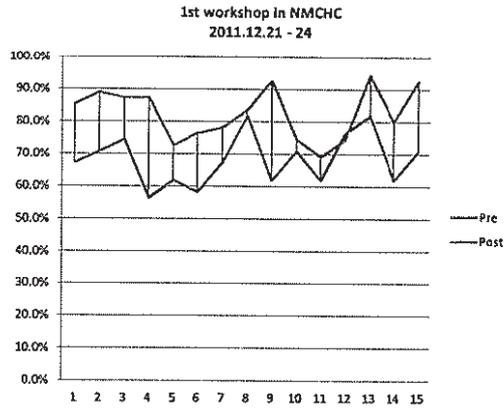
Indicators for Baseline Survey	Indicators for Mid-term evaluation	Indicators	NMCHC		Kg Cham		Data collection
			Baseline	Midterm	Baseline	Midterm	
1	1	Monitoring the woman's physical and emotional well-being throughout labour and delivery, and at the conclusion of the birth process *Length of maximum minutes for Health Providers stay with women during labour through direct observation (Average minutes)	85%	86%	100%	100%	①
2	2	Offering oral fluids during labour and delivery	*7-45 (18)		*1-20 (10)		③
3	3	Empathic support by caregivers during labour and birth	37%	43%	52%	79%	①
4	4	Respecting woman choice of companions during birth	53%		53%		②
5	5	Giving woman as much information and explanation as they desire	5%	60%	0%	43%	①
6	6	Non-invasive, non-pharmacological methods of pain relief during labour, such as massage and relaxation techniques	75%		80%		②
7	7	Fetal monitoring with intermittent auscultation (in delivery room) by minutes)	12%	19%	26%	43%	①
8	8	Freedom in position and movement throughout labour	29		35		③
9	9	Early skin-to-skin contact between mother and child and support of the initiation of breast-feeding within 1 hour postpartum in accordance with the WHO guidelines on breast-feeding	43%	63%	78%	71%	①
10	10	Routine intravenous infusion in labour	69%		65%		②
11	11	Administration of oxytocics at any time before delivery in such a way that their effect cannot be controlled	73%	55%	91%	39.5%	①
12	12	Routine use of lithotomy position with or without stirrups during labour	11%	14%	20%	7%	④
13	13	Sustained, directed bearing down efforts (Valsalva manoeuvre) during the second stage of labour	96%	60%	100%	10.5%	①
14	14	Routine revision (manual exploration) of the uterus after delivery	59%	21%	43%	22%	①
15	15	Repeated or frequent vaginal examinations especially by more than one caregiver	68%	31%	78%	7%	①
16	16	Routinely moving the labouring woman to a different room at the onset of the second stage	84%	31%	87%	14%	①
17	17	Rigid adherence to a stipulated duration of the second stage of labour, such as 1 hour, if maternal and fetal conditions are good and if there is progress of labour	7		5		③
18	18	Liberal or routine use of episiotomy for multipara	100%		100%		③
19	19	Operative delivery (CS rate in 2009 baseline)	52%	25%	67%	10%	①
20	20	Percentage of women felt being ignored by health providers during labour and delivery	91%	66%	100%	97%	①
21	21	Percentage of women felt the service does not meet women's expectation	92%	67%	91%	90%	④
22	22	Percentage of Health Providers think woman should always comply with what provider instruct during labour	17	26%	29	24%	④
23	23	Number of women's consent for students attendance	32%		28%		②
			31%		25%		②
			91%	82%	96%	46%	①
			07		07		③

① Questionnaire to Health Providers ② Questionnaire to Women ③ Direct observation ④ Hospital record ; Sep 2011

Attachment 2 (1) : Results of pre-test and post-test

1 <sup>st</sup> workshop		
No.	Pre	Post
1	67.3%	85.5%
2	70.9%	89.1%
3	74.5%	87.3%
4	56.4%	87.3%
5	61.8%	72.7%
6	58.2%	76.4%
7	67.3%	78.2%
8	81.8%	83.6%
9	61.8%	92.7%
10	70.9%	74.5%
11	61.8%	69.1%
12	76.4%	74.5%
13	81.8%	94.5%
14	61.8%	80.0%
15	70.9%	92.7%
average	68.2%	82.5%

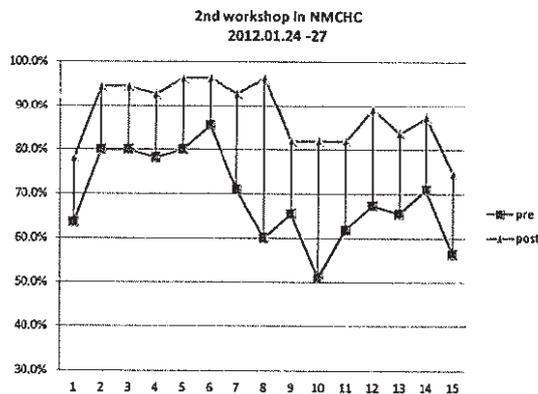
### 1<sup>st</sup> Workshop in NMCHC



Attachment 2 (2) : Results of pre-test and post-test

2 <sup>nd</sup> workshop		
No.	Pre	Post
1	63.6%	78.2%
2	80.0%	94.5%
3	80.0%	94.5%
4	78.2%	92.7%
5	80.0%	96.4%
6	85.5%	96.4%
7	70.9%	92.7%
8	60.0%	96.4%
9	65.5%	81.8%
10	50.9%	81.8%
11	61.8%	81.8%
12	67.3%	89.1%
13	65.5%	83.6%
14	70.9%	87.3%
15	56.4%	74.5%
average	69.1%	88.1%

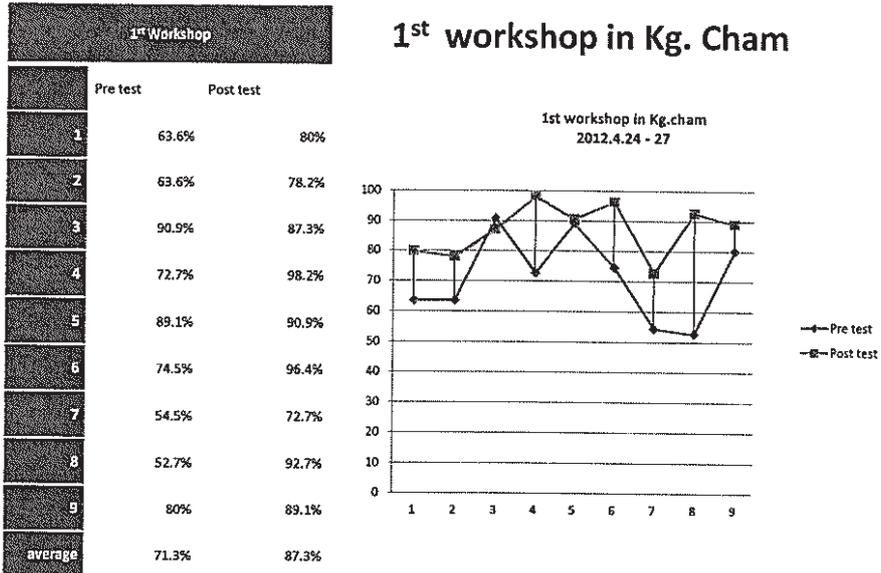
### 2<sup>nd</sup> Workshop in NMCHC



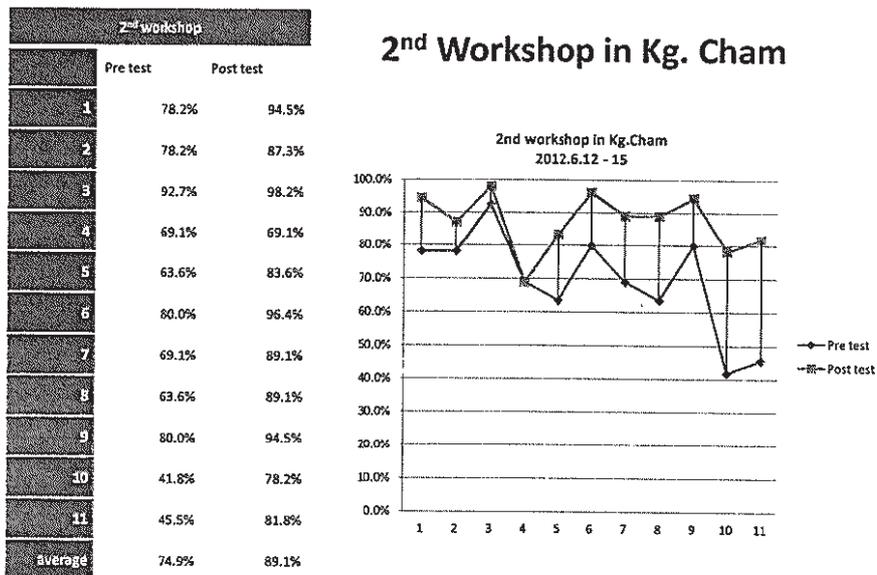
*me*

*19*

Attachment 2 (3) : Results of pre-test and post-test



Attachment 2 (4) : Results of pre-test and post-test



## Dispatch of JICA Experts

JFY	Name of expert	Field	Duration of dispatch		M/M
			From	To	
JFY2009	Ms.Yasuyo OSANAI	Chief Acvisor/Midwifery Care	2010/03/07	2012/08/11	12.00
	Dr. Makiko NOGUCHI	Maternal Capacity Survey	2010/03/14	2010/03/28	0.50
	Mr. Tadayuki ISHIJIMA	Project coordination/Training Management	2010/03/24	2013/03/23	12.00
JFY2010	Prof. Chizuru MISAGO	Evidence based midwifery care	2010/04/20	2010/04/28	0.25
	Mr.Tadatoshi MATSUOKA	Training system strengthening	2010/05/24	2010/08/31	3.25
	Dr. Mitsuaki MATSUI	Evidence based obstetrics and delivery care	2010/08/09	2010/08/22	0.50
	Ms. Konagai SACHIKO	Maternal and Newborn care	2010/09/27	2010/11/21	2.00
	Dr. Yoichi HORIKOSHI	Organizational development	2011/02/01	2011/02/12	0.25
	Dr. Mitsuaki MATSUI	Project design	2011/02/01	2011/02/12	0.25
	Ms. Midori KAWAGUCHI	Improvement of quality of midwifery care	2011/02/21	2011/03/19	1.00
JFY2011	Ms. Sachiko KONAGAI	Midwifery care	2011/06/22	2011/07/14	0.75
	Ms. Midori KAWAGUCHI	Midwifery capacity development	2011/09/02	2012/09/02	12.00
	Ms. Yumiko TANAKA	Midwifery training	2011/12/26	2012/04/07	3.50
	Dr. Ruriko NISHINO	Evidence based medicine	2012/01/09	2012/02/25	1.50
	Dr. Masato TAKEUCHI	Evidence based care	2012/02/19	2012/02/25	0.25
	Prof. Chizuru MISAGO	Matrenal and child health epiemiology	2012/02/18	2012/02/25	0.25
JFY2012	Dr. Tomoo ITO	Newborn care	2012/04/23	2012/06/01	1.25
	Ms. Sachiko KONAGAI	Evidence based care	2012/06/03	2012/07/28	2.75
	Dr. Yoichi HORIKOSHI	Training system developmet	2012/06/25	2012/07/27	1.00

## List of Equipment Provided for NMCHC

	donated to	Item	Q'ty	Remarks	date of handover	Condition	
2010	NMCHC	FORD EVEREST Limited	1	PROJECT	2010/09/07	ok	
		FORD EVEREST Limited	1	PROJECT	2010/09/07	ok	
		KONICA MINOLTA bizhub 423 Finisher FS-527, Paper feed cabinet PC-208, Punch Kit: PK-517 Toner Cartridge	1	PROJECT		2011/02/10	ok
		Desktop PC, DELL Optiplex 780n Mini Tower	1	PROJECT		2011/02/10	ok
		Desktop PC, DELL Optiplex 780n Mini Tower	1	PROJECT		2011/02/10	ok
		Desktop PC, DELL Optiplex 780n Mini Tower	1	PROJECT		2011/02/10	ok
		Desktop PC, DELL Optiplex 780n Mini Tower	1	PROJECT		2011/02/10	ok
		Desktop PC, DELL Optiplex 780n Mini Tower	1	Nursing Division		2011/02/17	ok
		Microsoft Office Pro 2010	1	PROJECT		2011/02/10	ok
		Microsoft Office Pro 2010	1	PROJECT		2011/02/10	ok
		Microsoft Office Pro 2010	1	PROJECT		2011/02/10	ok
		Microsoft Office Pro 2010	1	PROJECT		2011/02/10	ok
		Microsoft Office Pro 2010	1	Nursing Division		2011/02/17	ok
		Kaspersky Internet Security 2010	1	PROJECT		2011/02/10	ok
		Kaspersky Internet Security 2010	1	PROJECT		2011/02/10	ok
		Kaspersky Internet Security 2010	1	PROJECT		2011/02/10	ok
		Kaspersky Internet Security 2010	1	PROJECT		2011/02/10	ok
		Kaspersky Internet Security 2010	1	Nursing Division		2011/02/17	ok
		Printer Color Laserjet CP2025	1	Training Unit		2011/02/17	ok
		Printer HP Laserjet P2055d	1	Nursing Division		2011/02/17	ok
LCD Samsung Projector L300	1	Training Unit		2011/02/17	ok		
2011	NMCHC	FANEM Humanized Delivery Bed	1	Delivery Unit	2012/05/08	ok	
		FANEM Humanized Delivery Bed	1	Delivery Unit	2012/05/08	ok	
		Active Chair	1	Delivery Unit		2012/06/22	ok
		TOITU Doppler Transducer (TR-202)	1	Delivery Unit		2012/06/23	ok
		TOITU Doppler Transducer (TR-202)	1	Delivery Unit		2012/06/24	ok
		Desktop PC, DELL inspiron 620TM	1	Training Unit		2012/01/25	ok
		Desktop PC, DELL inspiron 620TM	1	Training Unit		2012/01/25	ok
		UPS Prolink 1200VA	1	Training Unit		2012/01/25	ok
		UPS Prolink 1200VA	1	Training Unit		2012/01/25	ok
		KOKEN, ANC Practive MODEL LM-043	1	Training Unit		2012/06/22	ok
		Ambu Bag	1	Delivery Unit		2012/05/21	ok
		Ambu Bag	1	Delivery Unit		2012/05/21	ok
		Ambu Bag	1	Delivery Unit		2012/05/21	ok
		Ambu Bag	1	Delivery Unit		2012/05/21	ok
		Stethoscope for neonate	1	Delivery Unit		2012/05/21	ok
		Stethoscope for neonate	1	Delivery Unit		2012/05/21	ok
		Stethoscope for neonate	1	Delivery Unit		2012/05/21	ok
		Stethoscope for neonate	1	Delivery Unit		2012/05/21	ok

## List of Equipment Provided for Kg.Cham Province

	donated to	Item	Q'ty	Remarks	date of handover	Condition
2010	Kg. Cham PRH	KONICA MINOLTA bizhub 423 Finisher FS-527, Paper feed cabinet PC-208, Punch Kit: PK-517 Toner Cartridge	1	Project office	2011/02/15	ok
		Laptop PC, DELL Vostro 3300	1	Vice Director (chief nurse)	2011/02/15	ok
		Desktop PC, DELL Optiplex 780n Mini Tower	1	Ob/Gy chief	2011/02/15	ok
		Desktop PC, DELL Optiplex 780n Mini Tower	1	Director	2011/03/24	ok
		Microsoft Office Pro 2010	1	Vice Director (chief nurse)	2011/02/15	ok
		Microsoft Office Pro 2010	1	Ob/Gy chief	2011/02/15	ok
		Microsoft Office Pro 2010	1	Director	2011/03/24	ok
		Kaspersky Internet Security 2010	1	Vice Director (chief nurse)	2011/02/15	ok
		Kaspersky Internet Security 2010	1	Ob/Gy chief	2011/02/15	ok
		Kaspersky Internet Security 2010	1	Director	2011/03/24	ok
		LCD Samsung Projector L301	1	Project office	2011/02/15	ok
		Delivery Manikin KOKEN LM063A & LM066	1	Maternity Ward	2011/10/18	ok
		ANC Manikin KOKEN LM043	1	Maternity Ward	2011/10/18	ok
		Chamkar Leu RH	Laptop PC, DELL Vostro 3305	1	Nursing Division	2011/03/31
Microsoft Office Pro 2021	1		Nursing Division	2011/03/31	ok	
Kaspersky Internet Security 2021	1		Nursing Division	2011/03/31	ok	
Mehmot RH	Laptop PC, DELL Vostro 3304	1	Nursing Division	2011/03/31	ok	
	Microsoft Office Pro 2020	1	Nursing Division	2011/03/31	ok	
	Kaspersky Internet Security 2020	1	Nursing Division	2011/03/31	ok	
Ponheakret RH	Laptop PC, DELL Vostro 3306	1	Nursing Division	2011/03/31	ok	
	Microsoft Office Pro 2022	1	Nursing Division	2011/03/31	ok	
	Kaspersky Internet Security 2022	1	Nursing Division	2011/03/31	ok	
2011	Kg. Cham PRH	Humanized Delivery Bed	1	Delivery Unit	2012/05/23	ok
		Active Chair	1	Delivery Unit	2012/06/28	ok
		Active Chair	1	Delivery Unit	2012/06/28	ok
		TOITU Doppler Fetus Detector FD-390	1	Delivery Unit	2012/06/28	ok
		TOITU Doppler Fetus Detector FD-390	1	Delivery Unit	2012/06/28	ok
		TOITU Doppler Transducer TR-202	1	Delivery Unit	2012/06/28	ok
		TOITU Doppler Transducer TR-202	1	Delivery Unit	2012/06/28	ok
		Laser Printer (monochrome)	1	Delivery Unit	2012/06/28	ok
		Laser Printer (monochrome)	1	Nursing Division	2012/06/28	ok
		Ambu Bag	1	Delivery Unit	2012/05/23	ok
		Ambu Bag	1	Delivery Unit	2012/05/23	ok
		Stethoscope for neonate	1	Delivery Unit	2012/05/23	ok
		Stethoscope for neonate	1	Delivery Unit	2012/05/23	ok
		Chamkar Leu RH	Laser Printer (monochrome)	1	Nursing Division	2012/06/28
Mehmot RH	Laser Printer (monochrome)	1	Nursing Division	2012/06/28	ok	
Ponheakret RH	Laser Printer (monochrome)	1	Nursing Division	2012/06/28	ok	

## List of Equipment Provided for other provinces

	donated to	Item	Qty	Remarks	date of handover	Condition
2010	Kg. Thom PRH	Laptop PC, DELL Vostro 3301	1	Nursing Division	2011/03/31	ok
		Microsoft Office Pro 2017	1	Nursing Division	2011/03/31	ok
		Kaspersky Internet Security 2017	1	Nursing Division	2011/03/31	ok
		ANC Manikin LM043	1	Maternity Ward	2011/10/17	ok
2011	Kg. Thom PRH	Active Chair	1	Maternity Ward	2012/7/10	ok
		TOITU Doppler Fetus Detector FD-390	1	Maternity Ward	2012/7/10	ok
		TOITU Doppler Fetus Detector FD-390	1	Maternity Ward	2012/7/10	ok
		TOITU Doppler Transducer TR-202	1	Maternity Ward	2012/7/10	ok
		TOITU Doppler Transducer TR-202	1	Maternity Ward	2012/7/10	ok
		Laser Printer (monochrome)	1	Nursing Division	2012/7/10	ok
		Ambu Bag	1	Maternity Ward	2012/7/10	ok
		Ambu Bag	1	Maternity Ward	2012/7/10	ok
		Stethoscope for neonate	1	Maternity Ward	2012/7/10	ok
Stethoscope for neonate	1	Maternity Ward	2012/7/10	ok		
2010	Prey Veng PRH	Laptop PC, DELL Vostro 3302	1	Nursing Division	2011/03/31	ok
		Microsoft Office Pro 2018	1	Nursing Division	2011/03/31	ok
		Kaspersky Internet Security 2018	1	Nursing Division	2011/03/31	ok
		Delivery Manikin KOKEN LM063A & LM066	1	Maternity Ward	2011/10/24	ok
		ANC Manikin KOKEN LM043	1	Maternity Ward	2011/10/24	ok
2011	Prey Veng PRH	Active Chair	1	Maternity Ward	2012/7/12	ok
		TOITU Doppler Fetus Detector FD-390	1	Maternity Ward	2012/7/12	ok
		TOITU Doppler Fetus Detector FD-390	1	Maternity Ward	2012/7/12	ok
		TOITU Doppler Transducer TR-202	1	Maternity Ward	2012/7/12	ok
		TOITU Doppler Transducer TR-202	1	Maternity Ward	2012/7/12	ok
		Laser Printer (monochrome)	1	Nursing Division	2012/7/12	ok
		Ambu Bag	1	Maternity Ward	2012/7/12	ok
		Ambu Bag	1	Maternity Ward	2012/7/12	ok
		Stethoscope for neonate	1	Maternity Ward	2012/7/12	ok
Stethoscope for neonate	1	Maternity Ward	2012/7/12	ok		
2010	Svay Rieng PRH	Laptop PC, DELL Vostro 3303	1	Nursing Division	2011/03/31	ok
		Microsoft Office Pro 2019	1	Nursing Division	2011/03/31	ok
		Kaspersky Internet Security 2019	1	Nursing Division	2011/03/31	ok
		Delivery Manikin KOKEN LM063A & LM066	1	Maternity Ward	2011/10/25	ok
		ANC Manikin KOKEN LM043	1	Maternity Ward	2011/10/25	ok
2011	Svay Rieng PRH	Active Chair	1	Maternity Ward	2012/7/12	ok
		TOITU Doppler Fetus Detector FD-390	1	Maternity Ward	2012/7/12	ok
		TOITU Doppler Fetus Detector FD-390	1	Maternity Ward	2012/7/12	ok
		TOITU Doppler Transducer TR-202	1	Maternity Ward	2012/7/12	ok
		TOITU Doppler Transducer TR-202	1	Maternity Ward	2012/7/12	ok
		Laser Printer (monochrome)	1	Nursing Division	2012/7/12	ok
		Ambu Bag	1	Maternity Ward	2012/7/12	ok
		Ambu Bag	1	Maternity Ward	2012/7/12	ok
		Stethoscope for neonate	1	Maternity Ward	2012/7/12	ok
Stethoscope for neonate	1	Maternity Ward	2012/7/12	ok		

me

19

List of Delivery Kit Provided

JFY2010 (delivered in OCT & NOV, 2011)

	Facility	Type	D. Kit	Sphy & Steth	date of handover	No. Of delivery
PP	NMCHC	NH	20	2	2011/10/27	
	Chamkar Leu RH	CPA1	2	1	2011/10/27	601
	Choeung Prey	CPA1	3	1	2011/10/27	575
	Kg. Cham PRH	CPA3	14	1	2011/10/27	3,281
	Kroch Chhmar	CPA1	2	1	2011/10/27	281
	Memut RH	CPA2	3	1	2011/10/27	1,033
	Ou Reang Ov	CPA1	2	1	2011/10/27	171
	Ponhea Krek RH	CPA1	2	1	2011/10/27	376
	Prey Chhor	CPA1	2	1	2011/10/27	231
	Srey Santhor	CPA1	2	1	2011/10/27	241
	Tbong Khnum	CPA2	4	1	2011/10/27	610
	Prek Kak	MPA	1	1	2011/10/27	74
	Chong Cheach	MPA	1	1	2011/10/27	541
	Dar	MPA	1	1	2011/10/27	178
Prek Rumdeng	MPA	1	1	2011/10/27	216	
Kg. Cham	Phaav	MPA	1	1	2011/10/27	409
	Me Sar Chrey	MPA	1	1	2011/10/27	325
	Krouch	MPA	1	1	2011/10/27	184
	Batheay	MPA	2	1	2011/10/27	0
	Rok Pou Pram II	MPA	1	1	2011/10/27	322
	Veal Vong HC	MPA	1	1	2011/10/27	9
	Boeng Kak HC	MPA	1	1	2011/10/27	0
	sub-total		48	23		
	Baray-Santuk	CPA2	3	1	2011/09/18	363
	Kg. Thom PRH	CPA3	7	1	2011/09/18	1,116
	Kg. Thom HC	MPA	0	0	2011/09/18	0
	Stong	CPA2	5	1	2011/09/18	740
	Treal	MPA	2	1	2011/09/18	204
	Pralay	MPA	2	1	2011/09/18	81
Mean Chey	MPA	2	1	2011/09/18	156	
Tang Krassing	MPA	2	1	2011/09/18	418	
sub-total		23	7		3,078	
Prey Veng	Kanchay Mear	CPA2	3	1	2011/10/25	126
	Kampong Trabek	CPA2	3	1	2011/10/25	498
	Mesang	CPA1	3	1	2011/10/25	316
	Neak Loeng	CPA2	3	1	2011/10/25	218
	Peareang	CPA2	3	1	2011/10/25	575
	Preah Sdach	CPA1	3	1	2011/10/25	138
	Prey Veng PRH	CPA3	5	1	2011/10/25	552
	Svay Antor	MPA	2	1	2011/10/25	316
	Kranchreach	MPA	2	1	2011/10/25	118
	Cheung Phnom	MPA	2	1	2011/10/25	311
	Prey Pon	MPA	2	1	2011/10/25	566
	sub-total		31	11		3,734
	Chi Phu	CPA1	3	1	2011/10/21	372
	Romeas Hek	CPA2	3	1	2011/10/21	198
Svay Rieng PRH	CPA3	10	1	2011/10/21	2,053	
Svay Rieng HC	MPA	0	0	2011/10/21		
Krasaing	MPA	2	1	2011/10/21	370	
Kruos	MPA	2	1	2011/10/21	360	
Mesartingork	MPA	2	1	2011/10/21	255	
Chrey Thom	MPA	2	1	2011/10/21	337	
Chantrey	MPA	2	1	2011/10/21	136	
Nhor	MPA	2	1	2011/10/21	218	
sub-total		28	9		1,676	
Svay Rieng	Chi Phu	CPA1	3	1	2011/10/21	372
	Romeas Hek	CPA2	3	1	2011/10/21	198
	Svay Rieng PRH	CPA3	10	1	2011/10/21	2,053
	Svay Rieng HC	MPA	0	0	2011/10/21	
	Krasaing	MPA	2	1	2011/10/21	370
	Kruos	MPA	2	1	2011/10/21	360
	Mesartingork	MPA	2	1	2011/10/21	255
	Chrey Thom	MPA	2	1	2011/10/21	337
	Chantrey	MPA	2	1	2011/10/21	136
	Nhor	MPA	2	1	2011/10/21	218
	sub-total		28	9		1,676

**Grand Total** 150 SET

## Training in Japan

Course Subject	Training Institution	Period	Name	Position
Evidence Based Obstetrics	National Center for Global Health and Medicine (NCGM)	2010.08.22~2010.09.04 (2 weeks)	① Assist Prof. Keth Ly Sotha ② Assist Prof. Hy Soryaphea	① Vice-director of the NMCHC, Chief of the Training Unit, NMCHC ② Chief of Maternity ward, NMCHC
Improving Maternity Care (birth and bom) in Mid	NCGM	2010.08.22~2010.10.23 (9 weeks)	① Keo Vantha ② Heng Thavy	① Chief Midwife of Gynecology Ward, NMCHC ② Chief Midwife of OPD, NMCHC
Evidence Based Pregnancy and Childbirth Care	NCGM	2011.07.20~2011.08.06 (2.5 weeks)	① Assist Prof. Pech Sothy ② Nuon Veasna	① Vice chief of Delivery Ward, NMCHC ② Vice chief of Gynecology Ward, NMCHC
Evidence Based Pregnancy and Childbirth Care	NCGM	2011.07.20~2011.08.27 (5.5 weeks)	① OUNG Lida ② CHEA Preymony	① Chief Midwife of Delivery Ward, NMCHC ② Team leader of Delivery Ward, NMCHC
Management of Maternal Care (Obstetrics and Gynecology)	NCGM	2012.04.11~2012.04.18 (1 week)	① Professor Krut Leang Sim ② Professor Koum Kanal	① Under Secretary of State/ Secretary General of SCGO, Ministry of Health of Cambodia ② Advisor of Ministry of Health of Cambodia/Chief of Obstetrics and Gynecology society in Cambodia

## Training and workshop in Cambodia

Year	No.	Training Title	Number of participants	duration		Days	Cost (\$)	Participants
				from	to			
JFY2010	1	Evidence Based Midwifery Care Workshop	26	2012/04/26	-	1	26	Core members of NMCHC
	2	Seminar on Quality of Maternity Care	36	2010/07/14	-	1	111	Core members of NMCHC
	3	Workshop on improvement of midwifery environment	28	2010/07/30	-	1	1,935	Staff members of training unit in health facilities in Kg. Cham region
	4	Workshop on evidence based obstetrics and midwifery	18	2010/08/12	2012/08/13	2	323	Core members of NMCHC
	5	Evaluation workshop on supervision	40	2010/10/20	-	1	104	16 Medical Doctors, 21 Midwives of NMCHC
	6	Researchers training for base line survey	11	2010/10/27	2010/10/28	4	199	Target group for base line survey
JFY2011	7	Formulation of "Guide to Individualized Midwifery Care for Normal Pregnancy and Birth"	10	2011/MAY	2011/DEC		1,415	Core members of NMCHC
	8	Workshop on women friendly childbirth care using evidence in NMCHC	15	2011/12/20	2011/12/23	4	688	Candidates of core trainers in NMCHC
	9	(1st) Study tour for Kg.Cham provincial hospital	5	2012/01/04	2012/01/06	3	476	Medical doctors and midwives in the Province Referral Hospital
	9	(2nd) Study tour for Kg.Cham provincial hospital	6	2012/01/17	2012/01/19	3	567	Medical doctors and midwives in the Province
	10	Workshop on women friendly childbirth care using evidence in NMCHC	15	2012/01/24	2012/01/27	4	1,001	Candidates of core trainers in NMCHC
	11	International Workshop 1	29	2012/02/23	-	0.5	2,488	Core members in NMCHC and Kg. Cham Provincial Referral Hospital
	12	International Workshop 2	29	2012/02/23	-	0.5		
	13	International Workshop 3 (first)	21	2012/02/24	-	0.5		
	14	International Workshop 3 (Second)	20	2012/02/24	-	0.5		
	15	(3rd) Study tour for Kg.Cham provincial hospital	4	2012/03/05	2012/03/07	3	387	Medical doctors and midwives in the Province Referral Hospital
JFY2012	16	Workshop on women friendly childbirth care using evidence in Kg.Cham provincial hospital	9	2012/04/24	2012/04/27	4	3,571	Medical doctors and midwives in the Province Referral Hospital
	17	(4th) Study tour for Kg.Cham provincial hospital	4	2012/05/24	2012/05/26	3	377	Medical doctors and midwives in the Province Referral Hospital
	18	(5th) Study tour for Kg.Cham provincial hospital	4	2012/05/28	2012/05/30	3	378	Medical doctors and midwives in the Province Referral Hospital
	19	Orientation Workshop for women friendly childbirth care using evidence	24	2012/06/05	-	1	1,740	Administrative staff members in PHD and PRH in the model region
	20	Workshop on women friendly childbirth care using evidence in Kg.Cham provincial hospital	9	2012/06/12	2012/06/15	4	1,598	Medical doctors and midwives in the Province Referral Hospital
	21	(6th) Study tour for Kg.Cham provincial hospital	5	2012/06/25	2012/06/27	3	470	Medical doctors and midwives in the Province Referral Hospital

## Training in Brazil

Course Subject	Training Place	Period	Name	Position	Cost
Training exchange program between Brazil and Cambodia on "Quality care of Child birth"	Brazil	Short term course 2010.11.24~2010.12.5  Long term course 2010.11.24~2010.12.12	①Prof.Kanal KOUM ②Dr. Lysotha KETH ③Dr. Rathavy TUNG ④Dr. Sokhan UONG ⑤Ms. Svengcheaath CHHAY ⑥Ms. Yasuyo OSANAI	①Director of the National Maternal and Child Health Center (NMCHC), Ministry of Health ②Vice-director of NMCHC, Chief of Training Unit ③Vice-director of the NMCHC, Manager of the National Reproductive Health Program ④Vice-Chief of the Training Unit of NMCHC ⑤Chief of the Nursing Department of NMCHC ⑥Chief Advisor of the JICA Project	40,695USD

## List of Counterparts for the Project

**National Maternal and Child Health Center (NMCHC)**

	Name	Position	
NMCHC	1	Tung Rathavy	Director of NMCHC Doctor (Professor)
	2	Keth Ly Sotha	Deputy Director of NMCHC Chef of Training Unit Doctor (Professor)
	3	Uong Sokhan	Vice chief of Training Unit Doctor (Assistant Professor)
	4	Suth Samean	Staff of Training Unit Secondary Midwife
	5	Khiev Rida	Staff of Training Unit Secondary Midwife
	6	Heng Ngim	Staff of Training Unit Secondary Midwife
	7	Po Chin Samuth	Chief of Maternity ward Training coordinator Doctor (Associate Professor)
	8	Pech Sothy	Vice chief of Delivery ward Doctor (Assistant Professor)
	9	Nuon Vesna	Staff of Gynecology Doctor
	10	Chhay Sveng Cheaath	Director of Nursing division Training coordinator Secondary Midwife
	11	Oung Lida	Vice chief of nursing division Chief of Delivery ward Training coordinator Secondary Midwife
	12	Heng Thavy	Chief of OPD Secondary Midwife
	13	Keo Vantha	Chief of Gynecology Secondary Midwife
	14	Chea Preymony	Vice chief of delivery ward Secondary Midwife
	15	Net Samrang	Staff of delivery ward Doctor (Specialist)
	16	Sar Lina	Team leader of delivery ward Secondary Midwife
	17	Chhin Soknay	Team leader of maternity ward Secondary Midwife
	18	Bun Borom	Delivery ward staff Secondary Midwife

**Kg. Cham Regional Training Center (RTC)**

	Name	Position	
Kg. Cham RTC	19	Pen Mardy	Director of RTC Dentist
	20	Houng Sarin	Chief of technical Secondary Nurse
	21	Heng Huy Leang	Chief of midwifery unit Secondary Midwife

**Kg. Cham Provincial Health Department (PHD)**

	Name	Position	
PHD, Kampong Cham	22	Kim Sour Phirun	Director of PHD Doctor
	23	Vu Savuth	Deputy Director of PHD Doctor
	23	Taing Bunsreng	Chief of PHD-MCH Doctor
	23	Nara	Vice Chief of PHD-MCH Midwife

**Kg. Cham Provincial Referral Hospital (PRH)**

	Name	Position	
Kg. Cham provincial Hospital	24	Meas Chea	Director of hospital Deputy director of PHD Doctor (Assistant professor)
	25	Ouk Varang	Chief of Maternity ward Doctor
	26	Yong Lengpheap	Chief midwife of maternity ward Secondary Midwife

Project Title: Project for Improving Maternal and Newborn Care through Midwifery Capacity Development  
 Duration: 5 Years (March 2010 - February 2015)

Target area: Nationwide (Kg. Cham, Kg. Thom, Prey Veng, Sray Rieng provinces as the model region of the Project)  
 Implementing agency: National Maternal and Child Health Center (NMCHC)

Beneficiary group:

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

Version: PDME revised on August 7, 2012

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

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

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.	1 The percentage of deliveries attended by SBA is increased from 58% (NHS2008) to 80% (NHS2015 target), and over 80% 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. 2	CDHS (Cambodian Survey) 1, 2 NHS (National Health Statistics)	MoH does not change major policies on MNCH (Maternal, Newborn and Child Health).
<b>Project Purpose</b>			
The midwifery training system is strengthened for enabling provision of midwifery services with evidence-based quality care**	1 Practice of evidence-based midwifery care which is "useful" and should be encouraged is increased**. 2 Practice of evidence-based midwifery care which is "harmful and ineffective" is decreased** 3 Proportion of women who felt themselves treated client-centered care is increased. 4 Students' knowledge on evidence-based midwifery care for normal birth practice is increased.	1 Questionnaire survey 2 Questionnaire survey 3 Questionnaire survey 4 Questionnaire survey	MoH does not change the current policies and priorities on midwifery issues.
<b>Outputs</b>			
1 The capacity of midwifery trainers who are in charge of pre-service and in-service trainings is strengthened in NMCHC and in the model region.	1-1 Number of trainings for core trainers*** on evidence-based midwifery care for normal birth practice is increased. 1-2 Training materials for evidence-based midwifery care are developed. 1-3 Number of trainings for midwifery trainers on evidence-based midwifery care for normal birth practice is increased. 1-4 Midwifery trainers' knowledge on evidence-based midwifery care for normal birth practice is increased.	1-1 Project Report 1-2 Project Report 1-3 Project Report 1-4 Pre-test and post-test, questionnaire survey	
2 Training management for Midwifery pre-service and in-service trainings is strengthened in the model region.	2-1 Contents of coaching program for core trainers are established. 2-2 Contents of training course for midwifery trainers are established. 2-3 Number of core trainers are increased. 2-4 Number of midwifery trainers are increased. 2-5 Training implementation manuals are formulated.	2-1 Project Report 2-2 Project Report 2-3 Project Report 2-4 Project Report 2-5 Project Report	Not many midwifery trainers and counterparts leave their current post. Current policies on midwifery training do not change drastically.
Training environment for midwifery pre-service and in-service	3-1 Number of equipment, procured and distributed for training for midwifery trainers and practice of evidence-based midwifery care is increased.	3-1 Project Report	

<p>3 trainings is improved in NMCHC and in the model region.</p>	<p>3-2 The facility of NMCHC necessary for training is rehabilitated</p>	<p>3-2 Project Report</p>	
<p>4 Communication and collaboration for the midwifery capacity development between the model region and other regions are strengthened.</p>	<p>4-1 Number of meetings for sharing the experiences of the Project with stakeholders in other regions is increased. 4-2 Number of study tours and workshops to share experiences of midwifery training with related parties in other regions are increased.</p>	<p>4-1 Project Report 4-2 Project Report</p>	
<p>5 The issues and lessons learned in midwifery capacity development in the model region are identified and reflected in the national strategies/programs.</p>	<p>5-1 Number of issues and lessons learned reported to the High Level Midwifery Taskforce and relevant working groups is increased. 5-2 Number of drafts of the modified protocol(s), guidelines, and manuals related to evidence-based midwifery care for normal birth practice based on the Project experiences is increased.</p>	<p>5-1 Project Report 5-2 Project Report</p>	

Activities	Inputs	Pre-Conditions
1-1 To conduct a baseline survey of evidence-based midwifery care.	< Japanese Side >	< Cambodian Side >
1-2 NMCHC develops a training plan, conducts training, and monitoring and evaluation for fostering midwifery trainers of NMCHC.	Japanese experts	Project Director
1-3 To conduct "coaching program" for midwifery trainers of NMCHC to upgrade them as core trainers.	Trainings in Japan and/or third countries	Project Manager
1-4 NMCHC conducts "coaching program" for midwifery trainers of Kg. Cham Provincial Referral Hospital to upgrade them as core trainers.	Machinery/equipment	Office spaces
1-5 To develop a guide of evidence-based midwifery care for normal birth practice by core trainers of NMCHC.		Local costs
1-6 To develop teaching materials for training of midwifery trainers.		
1-7 Core trainers of NMCHC conduct training for midwifery trainers on evidence-based midwifery care for midwifery trainers of NMCHC.		
1-8 To conduct monitoring and follow-ups of midwifery trainers after training for midwifery trainers.		
2-1 NMCHC conducts orientation workshops for the Provincial Health Department of each province and Regional Training Centers in the model region.		
2-2 NMCHC develops a training plan for fostering midwifery trainers in the model region with each Provincial Health Department and each Provincial Hospital.		
2-3 NMCHC develops a training plan, conducts training, conducts monitoring and evaluation for fostering midwifery trainers of Kg. Cham Provincial Hospital.		
2-4 Kg. Cham Provincial Health Department and Provincial Referral Hospital develop a plan for training, conduct training, conduct monitoring and evaluation for fostering midwifery trainers of other health facilities with preceptors in Kg. Cham Province.		
2-5 NMCHC, Kg. Cham Provincial Health Department and Provincial Referral Hospital develop a training plan, conduct training, conduct monitoring and evaluation to foster midwifery trainers of other provincial hospitals in the model region.		
2-6 Kg. Cham Provincial Referral Hospital and NMCHC develop a training plan, conduct training, conduct monitoring and evaluation jointly with PHDs and Provincial Referral Hospitals in the model region for fostering midwifery trainers of other health facilities with preceptors in Kg. Thom, Svay Rieng, and Prey Veng Provinces.		
2-7 NMCHC and Kg. Cham Referral Hospital conduct "coaching program" for midwifery trainers in Provincial Referral Hospitals, referral hospitals and health centers where preceptors work in the model region to upgrade them as core trainers.		
2-8 NMCHC develops a draft of a training implementation manual in collaboration with Kg. Cham Province.		

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

- 3-1 To conduct assessment of the training environment at midwifery training facilities.
- 3-2 To review/revise or develop the midwifery training equipment list for the training facilities in order to standardize the midwifery training environment.
- 3-3 To supply necessary materials and equipment to the midwifery training facilities based on the midwifery training equipment list, and monitor its usage.
- 3-4 To rehabilitate the facility necessary for training at NMCIIC.
- 4-1 To share experiences and issues of the midwifery trainings for other regions at the stakeholder meetings.
- 4-2 To conduct study tours and workshops etc. in order to share experiences of midwifery training with related parties in other regions.
- 5-1 To report the key issues and lessons learned in midwifery capacity development to the High Level Midwifery Taskforce and relevant working groups.
- 5-2 NMCHC develops/modifies protocol(s), guidelines and manuals can be used nation-wide related to midwifery capacity development based on the experiences of the Project.

\* Midwifery Trainer: Clinical trainers (Trainers in charge of midwifery in-service trainings at clinical sites)  
 Preceptors (Trainers in charge of midwifery pre-service trainings at clinical sites)  
 RTC teachers (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." The words of "useful" and "harmful and ineffective" are referred to the documents as above.

\*\*\* Core trainer: A midwifery trainer who successfully completed "coaching program."

2. PDM version 1 (和文・英文)

PDM (ver.1) 和文  
 案件名:カンボジア国 助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト  
 協力期間:2010年~2015(6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、ブレイベン州、スヴァリエン州の4州)  
 実施機関:国立母子保健センター (NMCHC)  
 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

バージョン:PDM 1  
 2011年09月9日修正  
 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)  
 実施協力機関:保健省人材育成部、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

上位目標	プロジェクトの要約	指標	指標データ入手手段	外部条件
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。		SBAの介助による分娩率が58% (NHS2008値)から80%(2015年 CMDG目標値)以上に増加し、2018年に維持されている。 保健施設での分娩率が39% (NHS2008値)から70%(2015年CMDG目標値)以上に増加し、2018年に維持されている。	カンボジア人口保健調査(CDHS) 1,2 国家保健統計(NHS)	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。
<b>プロジェクト目標</b>		1 根拠に基づいたケアのうち「有効で推奨されるべきケア」が増加する** 2 根拠に基づいたケアのうち「危険で効果が無いケア」が減少する** 3 出産した女性が、女性にやさしいケアを受けたと感じた割合が増加する 4 正常分娩の根拠に基づく助産ケアに関する助産学生の知識の向上	1 質問票調査 2 質問票調査 3 質問票調査 4 質問票調査	保健省は助産分野に関する政策を大きく変更しない。
<b>成果</b>				
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。		1-1 正常分娩の根拠に基づく助産ケアについてNMCHCのTOTトレーナーに実施された研修の回数 1-2 根拠に基づく助産ケアの研修教材が作成される 1-3 正常分娩の根拠に基づく助産ケアについて助産トレーナーに実施された研修の回数 1-4 正常分娩の根拠に基づく助産ケアに関する助産トレーナーの知識の向上 2-1 助産トレーナーの定期会合の数が増加する。 2-2 NMCHCとコンボンチャム州病院において継続的な院内研修のために任命されたスタッフが増加する 3-1 根拠に基づく助産ケアの研修および実践のために供与され配属された教材の数 4-1 モデル地域以外の関係者とプロジェクトの経験を共有するために実施された会議の数が増加する。	1-1 プロジェクト報告書 1-2 プロジェクト報告書 1-3 プロジェクト報告書 1-4 プレテスト、ポストテスト、質問票調査 2-1 プロジェクト報告書 2-2 プロジェクト報告書 3-1 プロジェクト報告書 4-1 プロジェクト報告書	助産トレーナーやカウンタートナーの多くが離職しない。 助産師の卒前・卒後研修に関する現在の政策・制度が大きく変更しない。
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。				
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。				
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。				
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。		5-1 ヘ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 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	5-1 プロジェクト報告書 5-2 プロジェクト報告書	

活動	投入		前提条件
	<日本側>	<カンボジア側>	
<p>1-1 根拠に基づく助産ケアに関するベネズライン調査を行う。</p> <p>1-2 NMCCHCのTOTトレナー候補者を対象に根拠に基づいた助産ケアに関する知識と技術をアップグレードさせるためのワークショップとミーティングを行いTOTトレナーとして育成する。</p> <p>1-3 NMCCHCのTOTトレナーが正常分娩の根拠に基づいた助産ケアのガイドラインを策定する。</p> <p>1-4 NMCCHCのTOTトレナーが助産トレナーのための根拠に基づく助産ケアに関する臨床TOTコースの研修教材を作成する。</p> <p>1-5 既存の研修に正常分娩の根拠に基づくケアの内容を反映させる。</p> <p>1-6 TOTトレナーが、NMCCHCとコンボンチャム州病院の助産トレナーに対し、根拠に基づく助産ケアの臨床TOTコースを実施する。</p> <p>1-7 NMCCHCとコンボンチャム州病院において、SBAが根拠に基づく助産ケアを実践する。</p> <p>1-8 臨床TOTコース後に助産トレナーのモニタリングとフォローアップを行う。</p> <p>2-1 NMCCHCとコンボンチャム州病院の中で継続的な研修が実施される。</p> <p>2-2 モデル地域内の助産トレナーの能力強化に関する継続的な会議等が開催される。</p> <p>2-3 モデル地域内の助産トレナーに対する継続的な研修が実施される。</p> <p>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。</p> <p>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・改訂もしくは算定する。</p> <p>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。</p> <p>4-1 保健省人材育成部など共に、モデル地域以外の関係者に対し、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ナーの能力向上のための支援を行う。</p> <p>4-2 助産トレーニングの経験を共有するためのワークショップやスタディツアーなどを行う。</p> <p>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クラスフォーアークや関連ワーキンググループに報告する。</p> <p>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。</p>	<p>日本人専門家</p> <p>日本と第三国でのトレーニング 機材</p>	<p>プロジェクトダイレクター</p> <p>プロジェクトマネージャー</p> <p>事務所スペース</p> <p>現地必要経費</p>	<p>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。</p>

\* 助産トレナー:

臨床トレナー: 臨床実習施設において卒業研修を担当する臨床実習指導者

PTCセブター: 臨床実習施設において卒業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業研修を担当する教員

\*\* 根拠に基づいた質の高い助産ケア: 「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

プロジェクト目標の指標と2にある「有効で推奨されるべき」「危険で効果がない」というケアの定義は、上記のWHO文書による。

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

**Duration: 5 Years (March 2010 - February 2015)**

**Target area: Nattonwide (Kg, Cham, Kg, Thom, Prey Veng, Svay Rteong provinces as the model region of the Project)**

**Implementing agency: National Maternal and Child Health Center (NMCHC)**

**Beneficiary group:**

**Direct beneficiary group: Midwives who receive in-service trainings and midwife students who receive pre-service trainings**

**Indirect beneficiary group: Pregnant women and newborns**

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

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

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>	<p>1 The percentage of deliveries attended by SBA is increased from 58% (NHS2008) to 80% (NHS2015 target), and over 80% is maintained in 2018. 2 The percentage of deliveries performed at health facilities is increased from 39% (NHS2008) to 70% (NHS2015 target), and over 70% is maintained in 2018.</p>	<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><b>Project Purpose</b> The midwifery training system is strengthened for enabling provision of midwifery services with evidence-based quality care**.</p>	<p>1 Practice of evidence-based midwifery care which is "useful" and should be encouraged is increased**. 2 Practice of evidence-based midwifery care which is "harmful and ineffective" is decreased**. 3 Proportion of women who felt themselves treated client-centered care is increased. 4 Students' knowledge on evidence-based midwifery care for normal birth practice is increased.</p>	<p>1 Questionnaire survey 2 Questionnaire survey 3 Questionnaire survey 4 Questionnaire survey</p>	<p>MoH does not change the current policies and priorities on midwifery issues.</p>
<p><b>Outputs</b> The capacity of midwifery trainers who are in charge of pre-service and in-service trainings is strengthened in the model region.</p>	<p>1-1 Number of trainings for TOT trainers on evidence-based midwifery care for normal birth practice is increased. 1-2 Number of training materials developed for evidence-based midwifery care is increased. 1-3 Number of trainings for midwifery trainers on evidence-based midwifery care for normal birth practice is increased. 1-4 Midwifery trainers' knowledge on evidence-based midwifery care for normal birth practice is increased.</p>	<p>1-1 Project Report 1-2 Project Report 1-3 Project Report 1-4 Pre-test and post-test, questionnaire survey</p>	
<p>2 Training management for Midwifery pre-service and in-service trainings is strengthened in the model region.</p>	<p>2-1 Number of the regular midwifery trainers' meetings is increased. 2-2 Number of staff for continuous training appointed in NMCHC and KgCham Provincial Hospital is increased.</p>	<p>2-1 Project Report 2-2 Project Report</p>	<p>Not many midwifery trainers and counterparts leave their current post.</p>
<p>3 Training environment for midwifery pre-service and in-service trainings is improved in the model region.</p>	<p>3-1 Number of equipment procured and distributed for clinical training and practice of evidence-based midwifery care is increased.</p>	<p>3-1 Project Report</p>	<p>Current policies on midwifery training do not change drastically.</p>
<p>4 Communication and collaboration for the midwifery capacity development between the model region and other regions are strengthened.</p>	<p>4-1 Number of meetings for sharing the experiences of the Project with stakeholders in other regions is increased.</p>	<p>4-1 Project Report</p>	
<p>5 The issues and lessons learned in midwifery capacity development in the model region are identified and reflected in the national strategies/programs.</p>	<p>5-1 Number of issues and lessons learned reported to the High Level Midwifery Taskforce and relevant working groups is increased. 5-2 Number of the modified plans, curricula, and guidelines related to evidence-based midwifery care for normal birth practice based on the Project experiences is increased.</p>	<p>5-1 Project Report 5-2 Project Report</p>	

Activities	< Japanese Side >	Inputs	< Cambodian Side >	Pre-Conditions
1-1	Conduct a baseline survey of evidence-based midwifery care.	Japanese experts	Project Director	Japanese and Cambodian sides allocate necessary inputs for the implementation of the Project.
1-2	TOT trainers of NMCHC are trained by conducting workshops/meetings to update candidates of TOT trainers' knowledge and skill on evidence-based midwifery care.	Trainings in Japan and/or third countries	Project Manager	
1-3	TOT trainers of NMCHC develop the guideline of evidence-based midwifery care for normal birth practice.	Machinery/equipment	Office spaces	
1-4	TOT trainers of NMCHC develop training materials of Clinical TOT courses for midwifery trainers.		Local costs	
1-5	Revise existing training materials by adding the concept of evidence-based midwifery care for normal birth practice.			
1-6	TOT trainers of NMCHC conduct clinical TOT courses of evidence-based midwifery care for midwifery trainers of NMCHC and KgCham Provincial Hospital.			
1-7	SBAs in NMCHC and Kg.Cham Provincial Hospital practice evidence-based midwifery care.			
1-8	Monitoring and follow-ups of midwifery trainers are conducted after clinical TOT course.			
2-1	Conduct internal training for midwifery trainers of NMCHC and Kg.Cham Provincial Hospital repeatedly.			
2-2	Organize meetings and conferences and so on for midwifery trainers' capacity development in the model region continuously.			
2-3	Conduct trainings for midwifery trainers in the model region continuously.			
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	Share experiences and issues of the midwifery trainings for other regions at the stakeholder meetings with HRD and others, and support to improve the capacity of midwifery trainers through Clinical TOT courses and others.			
4-2	Conduct study tours and workshops etc.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)

Preceptors (Trainers in charge of midwifery pre-service trainings)

RTC teachers (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."

The words of "useful" and "harmful and ineffective" are referred to the documents as above.

3. PDM version 2 (和文・英文)

PDM (ver.2) 和文

案件名:カンボジア国 助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト

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ポンチャム州、コンポントム州、ブレイベン州、スヴァイリエン州の4州)

実施機関:国立母子保健センター(NMCHC)

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

バージョン:PDM 2

2012年8月7日修正

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)

実施協力機関:保健省人材育成部、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(RH)、モデル地域における他の臨床実習施設

上位目標	プロジェクトの要約	指標	指標データ入手手段	外部条件
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。	プロジェクトの要約	<p>SBAの介助による分娩率が58% (NHS2008 値)から80%(2015年 CMDG 目標値)以上に増加し、2018年に維持されている。</p> <p>保健施設での分娩率が39% (NHS2008 値)から70%(2015年 CMDG 目標値)以上に増加し、2018年に維持されている。</p>	<p>カンボジア人口保健調査(CDHS)</p> <p>1.2 国家保健統計(NHS)</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>
プロジェクト目標		<p>1 根拠に基づいたケアのうち「有効で推奨されるべきケア」が増加する**</p> <p>2 根拠に基づいたケアのうち「危険で効果がないケア」が減少する**</p> <p>3 出産した女性が、女性にやさしいケアを受けたと感じた割合が増加する</p> <p>4 正常分娩の根拠に基づく助産ケアに関する助産学生の知識の向上</p>	<p>1 質問票調査</p> <p>2 質問票調査</p> <p>3 質問票調査</p> <p>4 質問票調査</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>
成果		<p>1-1 正常分娩の根拠に基づく助産ケアについてNMCHCのコアトレーナーに実施された研修の回数</p> <p>1-2 根拠に基づく助産ケアの研修教材が作成される</p> <p>1-3 正常分娩の根拠に基づく助産ケアについて助産トレーナーに実施された研修の回数</p> <p>1-4 正常分娩の根拠に基づく助産ケアに関する助産トレーナーの知識の向上</p> <p>2-1 コアトレーナー養成のためのコーチングプログラムの内容が策定される。</p> <p>2-2 助産トレーナー養成コースの内容が策定される。</p> <p>2-3 コアトレーナーの数が増加する。</p> <p>2-4 助産トレーナーの数が増加する。</p> <p>2-5 研修の実施マニユアル案が作成される。</p> <p>3-1 根拠に基づく助産ケアの研修および実践のために供与され配属された教材の数</p> <p>3-2 NMCHCにおいてトレーニングに必要な施設が改修される。</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>1-4 プレテスト、ポストテスト、質問票調査</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>2-5 プロジェクト報告書</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>助産トレーナーやカウンタートナー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・制度が大きく変更しない。</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NMCHC及びモデル地域において強化される。				
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。				
3 助産の卒前・卒後研修に関するトレーニング環境が、NMCHC及びモデル地域において改善される。				

<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 モデル地域以外の関係者とプロジェクトの経験を共有するために実施された会議数が増加する。 コンボンチャム州以外の州の助産トレーニングの関係者と助産トレーニングについての経験を共有するために実施したスタディーツアーとワークショップの数</p>	<p>4-1 プロジェクト報告書 4-2 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 5-2 プロジェクトの経験に基づき改訂された正常分娩の根拠に基づく助産ケアに関するプロトコル、ガイドライン、マニュアル案の数</p>	<p>5-1 プロジェクト報告書 5-2 プロジェクト報告書</p>

投入		前掲条件
活動	<カンボジア側>	
1-1 根拠に基づく助産ケアに関するベースライン調査を行う。		
1-2 NMCHC内の助産トレーナーの育成のための研修計画の策定、実施、モニタリング・評価を行う。		
1-3 NMCHCのコアトレーナー候補者を対象に根拠に基づいた助産ケアに関するコアトレーナー養成のためのコーチングプログラムを実施する。	日本人専門家	
1-4 NMCHCがコンボンチャム州病院の助産トレーナーに対して、コアトレーナー養成のためのコーチングプログラムを実施する。	プロジェクトダイレクター プロジェクトマネージャー	
1-5 NMCHCのコアトレーナーが正常分娩の根拠に基づく助産ケアのガイドラインを策定する。	事務所スペース	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。
1-6 NMCHCのコアトレーナーが助産トレーナーのための根拠に基づく助産ケアに関する助産トレーナー研修の研修教材を作成する。	現地必要経費	
1-7 NMCHCのコアトレーナーが、NMCHCの助産トレーナーに対し、根拠に基づく助産ケアの助産トレーナー研修を実施する。		
1-8 助産トレーナー研修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。		
2-1 NMCHCがモデル地域内の各州保健局及びRRTCに対してオリエンテーションワークショップを実施する。		
2-2 NMCHCがモデル地域を対象とした助産トレーナー育成のための研修計画を各州保健局及び州病院と策定する。		
2-3 NMCHCがコンボンチャム州病院の助産トレーナー育成のための研修計画の策定、実施、モニタリング・評価を行う。		
2-4 コンボンチャム州保健局とコンボンチャム州病院が州内の助産教育に携わる州病院以外のプリセプターのいる保健医療施設において助産トレーナー育成のための研修計画の策定、実施、モニタリング・評価を行う。		
2-5 NMCHCとコンボンチャム州病院、コンボンチャム州のレプアラル病院がモデル地域内の他の州病院の助産トレーナー育成のための研修計画の策定、実施、モニタリング・評価を行う。		
2-6 コンボンチャム州病院とNMCHCが各保健局と各州病院と協力してコンボンチャム州、スベクリエン州、フレイベン州内の州病院以外のプリセプターのいる保健医療施設において助産教育に携わる助産トレーナー育成のための研修計画の策定、実施、モニタリング・評価を行う。		
2-7 NMCHCとコンボンチャム州病院が、州病院やその他のレプアラル病院、プリセプターが勤務するヘルスセンターの助産トレーナーをコアトレーナーに養成するためのコーチングプログラムを実施する。		
2-8 NMCHCがコンボンチャム州関係者と協力して州内の研修実施マニュアル案を作成する。		
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。		
3-4 NMCHCにおいてトレーニングに必要な施設の改修を行う。		
4-1 会議などを通じて助産トレーニングの経験と課題をモデル地域以外の関係者と共有する。		
4-2 NMCHCがモデル地域以外の関係者に対し助産トレーニングの経験を共有するためのワークショップや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 NMCHCが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プロトコル、ガイドライン、マニュアル等の案を作成または改訂する。

\* 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業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業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業助産研修を担当する教員

\*\* 根拠に基づいた質の高い助産ケア: [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

プロジェクト目標の指標として2にある「有効で推奨されるべき」「危険で効果がない」というケアの定義は、上記のWHO文書による。

\*\*\* コアトレーナー: コアトレーナーになる為のコーディングプログラムを終了した助産トレーナー

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

Duration: 5 Years (March 2010 - February 2015)

Target area: Nationwide (Kg. Cham, Kg. Thom, Prey Veng, Svay Rieng provinces as the model region of the Project)

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

Beneficiary group:

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

Indirect beneficiary group: Pregnant women and newborns

Version: PDM2 revised on August 7, 2012

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

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

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>	<p>The percentage of deliveries attended by SBA is increased from 58% (NHS2008) to 80% (NHS2015 target), and over 80% 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.</p>	<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>The midwifery training system is strengthened for enabling provision of midwifery services with evidence-based quality care**.</p>	<p>Practice of evidence-based midwifery care which is "useful" and should be encouraged is increased**.                      Practice of evidence-based midwifery care which is "harmful and ineffective" is decreased**.                      Proportion of women who felt themselves treated client-centered care is increased.                      Students' knowledge on evidence-based midwifery care for normal birth practice is increased.</p>	<p>1 Questionnaire survey                      2 Questionnaire survey                      3 Questionnaire survey                      4 Questionnaire survey</p>	<p>MoH does not change the current policies and priorities on midwifery issues.</p>
<p>The capacity of midwifery trainers who are in charge of pre-service and in-service trainings is strengthened in NMCHC and in the model region.</p>	<p>Number of trainings for core trainers*** on evidence-based midwifery care for normal birth practice is increased.                      Training materials for evidence-based midwifery care are developed.                      Number of trainings for midwifery trainers on evidence-based midwifery care for normal birth practice is increased.                      Midwifery trainers' knowledge on evidence-based midwifery care for normal birth practice is increased.</p>	<p>1-1 Project Report                      1-2 Project Report                      1-3 Project Report                      1-4 Pre-test and post-test questionnaire survey</p>	
<p>Training management for Midwifery pre-service and in-service trainings is strengthened in the model region.</p>	<p>Contents of coaching program for core trainers are established.                      Contents of training course for midwifery trainers are established.                      Number of core trainers are increased.                      Number of midwifery trainers are increased.                      Training implementation manuals are formulated.</p>	<p>2-1 Project Report                      2-2 Project Report                      2-3 Project Report                      2-4 Project Report                      2-5 Project Report</p>	<p>Not many midwifery trainers and counterparts leave their current post                      Current policies on midwifery training do not change drastically.</p>
<p>Training environment for midwifery pre-service and in-service</p>	<p>Number of equipment procured and distributed for training for midwifery trainers and practice of evidence-based midwifery care is increased.</p>	<p>3-1 Project Report</p>	

<p>3 trainings is improved in NMCHC and in the model region.</p>	<p>3-2 The facility of NMCHC necessary for training is rehabilitated</p>	<p>3-2 Project Report</p>	
<p>4 Communication and collaboration for the midwifery capacity development between the model region and other regions are strengthened.</p>	<p>4-1 Number of meetings for sharing the experiences of the Project with stakeholders in other regions is increased. 4-2 Number of study tours and workshops to share experiences of midwifery training with related parties in other regions are increased.</p>	<p>4-1 Project Report 4-2 Project Report</p>	
<p>5 The issues and lessons learned in midwifery capacity development in the model region are identified and reflected in the national strategies/programs.</p>	<p>5-1 Number of issues and lessons learned reported to the High Level Midwifery Taskforce and relevant working groups is increased. 5-2 Number of drafts of the modified protocol(s), guidelines, and manuals related to evidence-based midwifery care for normal birth practice based on the Project experiences is increased.</p>	<p>5-1 Project Report 5-2 Project Report</p>	

Activities	Inputs	Pre-Conditions
1-1 To conduct a baseline survey of evidence-based midwifery care.	< Japanese Side >	< Cambodian Side >
1-2 NMCHC develops a training plan, conducts training, and monitoring and evaluation for fostering midwifery trainers of NMCHC.	Japanese experts	Project Director
1-3 To conduct "coaching program" for midwifery trainers of NMCHC to upgrade them as core trainers.	Trainings in Japan and/or third countries	Project Manager
1-4 NMCHC conducts "coaching program" for midwifery trainers of Kg. Cham Provincial Referral Hospital to upgrade them as core trainers.	Machinery/equipment	Office spaces
1-5 To develop a guide of evidence-based midwifery care for normal birth practice by core trainers of NMCHC.		Local costs
1-6 To develop teaching materials for training of midwifery trainers.		
1-7 Core trainers of NMCHC conduct training for midwifery trainers on evidence-based midwifery care for midwifery trainers of NMCHC.		
1-8 To conduct monitoring and follow-ups of midwifery trainers after training for midwifery trainers.		
2-1 NMCHC conducts orientation workshops for the Provincial Health Department of each province and Regional Training Centers in the model region.		
2-2 NMCHC develops a training plan for fostering midwifery trainers in the model region with each Provincial Health Department and each Provincial Hospital.		
2-3 NMCHC develops a training plan, conducts training, conducts monitoring and evaluation for fostering midwifery trainers of Kg. Cham Provincial Hospital.		
2-4 Kg. Cham Provincial Health Department and Provincial Referral Hospital develop a plan for training, conduct training, conduct monitoring and evaluation for fostering midwifery trainers of other health facilities with preceptors in Kg. Cham Province.		
2-5 NMCHC, Kg. Cham Provincial Health Department and Provincial Referral Hospital develop a training plan, conduct training, conduct monitoring and evaluation to foster midwifery trainers of other provincial hospitals in the model region.		
2-6 Kg. Cham Provincial Referral Hospital and NMCHC develop a training plan, conduct training, conduct monitoring and evaluation jointly with PHDs and Provincial Referral Hospitals in the model region for fostering midwifery trainers of other health facilities with preceptors in Kg. Thom, Svay Rieng, and Prey Veng Provinces.		
2-7 NMCHC and Kg. Cham Referral Hospital conduct "coaching program" for midwifery trainers in Provincial Referral Hospitals, referral hospitals and health centers where preceptors work in the model region to upgrade them as core trainers.		
2-8 NMCHC develops a draft of a training implementation manual in collaboration with Kg. Cham Province.		

<p>3-1 To conduct assessment of the training environment at midwifery training facilities.</p> <p>3-2 To 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 To supply necessary materials and equipment to the midwifery training facilities based on the midwifery training equipment list, and monitor its usage.</p> <p>3-4 To rehabilitate the facility necessary for training at NMCHC.</p>						
<p>4-1 To share experiences and issues of the midwifery trainings for other regions at the stakeholder meetings.</p> <p>4-2 To conduct study tours and workshops etc. in order to share experiences of midwifery training with related parties in other regions.</p> <p>5-1 To 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 NMCHC develops/modifies protocol(s), guidelines and manuals can be used nation-wide related to midwifery capacity development based on the experiences of the Project.</p>						

\* Midwifery Trainer: Clinical trainers (Trainers in charge of midwifery in-service trainings at clinical sites)  
 Preceptors (Trainers in charge of midwifery pre-service trainings at clinical sites)  
 RTC teachers (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."  
 The words of "useful" and "harmful and ineffective" are referred to the documents as above.

\*\*\* Core trainer: A midwifery trainer who successfully completed "coaching program."

4. 評価グリッド (和文・英文)

カンボジア国 助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト中間レビュー調査  
評価グリッド案

評価項目		評価設問	必要なデータ	情報源	データ収集方法
大項目	・プロジェクト実績の検証・プロジェクト概況	(1) 活動の検証 1) 活動実績、確認されている成果の有無、十分に実施されていない活動を阻害している要因は何か(助産師を対象とした卒前・助産学生を対象とした卒業研修の実施状況) 2) プロジェクトの投入は活動を継続し、プロジェクト目標を達成するのに十分か	(1) 1) ベースライン調査の結果、モデル地域(4州)における助産トレーナーを対象とした研修の実施回数、「正常分娩の根拠に基づく助産ケアについて」NMCHCのTOTトレーナーによって実施された研修の実施回数、研修終了者総数、TOTトレーナーと助産トレーナーの知識レベルの変化、助産師と助産学生の知識の根拠に基づいたケアや正常分娩に関する知識の変化、「根拠に基づく助産ケアの研修教材の数」、研修マニュアルと教材の活用状況、各研修の改善点、各教材の改善点、プログラム・ガイドラインの数とその標準化の進捗状況、助産トレーナーの定期会合数の変遷、コンポンチャム州病院において継続的な院内研修のために任命されたスタッフの数の変遷、助産ケアの研修と実践のために配備された機材の数、モデル地域以外の関係者とプロジェクトの経験を共有するために実施された会議数の変遷、ハイレベル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の変遷、SBAが実施した助産ケアの実践状況、保健施設での分娩率、臨床TOTのコース後の助産トレーナーへのモニタリングの実施状況、根拠に基づいたケアのうち「有効で推奨されるべきケア」の増加数、根拠に基づいたケアのうち「危険で効果がないケア」の減少数、出産した女性が女性にやさしいケアを受けたと感じた割合が増加率、正常分娩の根拠に基づく助産ケアに関する助産学生の知識向上の程度、NMCHC院内感染の現状、院内感染対策の実施状況、スーパービジョンの実施状況と制度の効果、プロジェクト全体の活動の進行状況(スケジュールとの整合性)、他州の保健局のキャパシティと組織体制、ブラジルとの交流事業の活動実績とプロジェクトへの影響・今後の計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・収集資料</li> <li>・日本人専門家</li> <li>・プロジェクト関係者 (NMCHC、コンポンチャム州保健局/州病院、看護助産学校等)</li> <li>・プリポスト</li> <li>・テストの結果</li> <li>・他ドナー</li> <li>・PDM</li> <li>・PO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・資料レビュー</li> <li>・質問票を使った関係者への調査</li> <li>・プロジェクトメンバーやC/Pとの協議</li> <li>・調査団内での協議</li> </ul>
小項目	・プロジェクト中間地点の活動実績と概況				

		<p>(2) プロジェクトに関する基礎情報</p> <p>1) NMCHC の母子保健、助産能力研修に関わるビジョン、人材育成計画</p> <p>2) プロジェクト対象地における助産師卒前研修と助産学生を対象とした卒業研修の実施状況と今後の計画</p> <p>3) プロジェクト対象地における助産トレーニングシステムへの資金的、物的支援体制</p> <p>4) 研修教材の適切性と使用状況</p> <p>5) プロジェクト実施に関するモニタリング・評価の実施状況と制度の適切性</p> <p>6) 助産トレーニングシステムを強化支援することが出来る可能性のある組織の確認</p> <p>7) プロジェクトの全国展開をすにあたっての基礎情報と、留意点、阻害要因</p> <p>8) 各州関係機関のプロジェクトの全国展開のための運営体制と実施計画</p> <p>9) 主要開発パートナーのプロジェクトの実施状況と連携の可能性</p> <p>10) カ国の統計情報の収集方法</p> <p>11) 国立母子保健センターの施設整備に関する将来計画、州レベルの保健医療関連の研修施設の状態</p>	<p>2) プロジェクト予算の昨年度と今年度の予算執行状況、今後の活動計画（年次毎）、過去の要員貼付け実績、今後の要員計画</p> <p>(2)</p> <p>1) NMCHC の母子保健に関わる人材育成計画の内容や実現性、プロジェクトの全国展開に関する方針や実施計画、SBA の定義</p> <p>2) コンポンチャム州での研修の実施回数、1 回の研修の平均受講者数、期待できる成果と講師の通常業務への影響、今後の研修実施計画（コンポンチャム州以外での同様の情報を含む）</p> <p>3) 助産トレーナーへの給与の支払い、研修で教えるための交通費、必要資材の提供等の状況も含む</p> <p>4) 研修教材の有無と使用者、使用方法、改善点等</p> <p>5) プロジェクト実施に関するモニタリング・評価実施上の課題点、制度の適切性、かかる費用とその費用負担者</p> <p>6) 州政府、郡政府、地域組織などによる助産トレーニングの支援体制強化の可能性</p> <p>7) 各州における助産師と助産学生の総数、各州における研修を必要とする助産師と助産学生の数、各州における研修実施能力のある助産トレーナーの数、各州におけるプロジェクト実施に必要な見込金額と財源の可成性、各州における研修にかかる実施期間、各州における研修機材確保の状況、コンポンチャム州での活動実績から得た教訓や課題点、考えられる今後の阻害要因、コンポンチャム州での活動から作成された研修カリキュラムやガイドライン等の標準化の見直し</p> <p>8) 州レベルの研修実施機関のロジスティクス能力、研修効果の測定方法とその実施状況、各州の保健局及び州病院の助産能力研修実施のための年間活動計画・投入計画等、既存の開発パートナーの協力状況</p> <p>9) WHO、UNICEF、UNFPA の活動内容、活動計画、対象地、予算額、連携の意志の有無、連携の可能性とカ国政府によるドナーのファアンドの活用状況と連携の可能性</p> <p>10) SBA の介助による分娩率や保健施設での分娩等のカ国の統計情報の収集方法</p> <p>12) 国立母子保健センターの施設改善計画の有無／（有の場合）内容と概算事業費、予算措置の状況、州レベル</p>
--	--	---	---

		<p>(3) 全体的視点 1) プロジェクトの効果을あげる上で重要な要因 2) キーとなっている事項の確認</p>	<p>の保健医療関連の研修施設の状況</p> <p>(3) 全体的視点 1) プロジェクトの実績の中から計画通りに進んでいる活動、特に傾調に進んでいる活動の要因、プロジェクト関係者の認識 2) カウンターパート機関の中の中心人物、プロジェクトの実施関連機関の中で、コミットメントの状況</p>		
<p>プロジェクト実施体制の検証</p>	<p>・プロジェクトのマネジメン体制 (実施運営能力、モニタリング、意思決定の仕組み等)</p>	<p>(1) NMCHC のプロジェクト運営管理能力と活動の実施体制 (2) コンボンチヤム州保健局のプロジェクト運営管理能力 (3) コンボンチヤム州病院 (4) コンボンチヤム州看護助産学校</p>	<p>(1) NMCHC の組織体制と財務状況、スタッフのプロジェクトの活動実績とプロジェクト活動内容に関する認識レベル、プロジェクトモニタリングの体制、意思決定方法等や問題点 (2) コンボンチヤム州保健局の組織体制、財務状況、活動の実施運営体制とその能力、スタッフのプロジェクトの活動実績とプロジェクトの活動内容に関する認識レベル、プロジェクトモニタリングの体制、意思決定方法等や問題点 (3) コンボンチヤム州病院スタッフの組織体制、財務状況、活動の実施運営体制とその能力、プロジェクトの活動実績とプロジェクトの活動内容に関する認識レベル、プロジェクトモニタリングの体制、意思決定方法等や問題点 (4) コンボンチヤム州看護助産学校の組織体制、財務状況、活動の実施運営体制とその能力、スタッフのプロジェクトの活動実績とプロジェクトの活動内容に関する認識レベル、プロジェクトモニタリングの体制、意思決定方法等や問題点</p>	<p>NMCHC、コンボンチヤム州保健局スタッフ、州病院スタッフ、看護助産学校スタッフ、日本人専門家</p>	<p>・資料レビュー ・質問票を使用した関係者への調査 ・インタビュー</p>
<p>・C/P の配置・体制</p>	<p>(1) NMCHC (2) コンボンチヤム州保健局 (3) コンボンチヤム州病院 (4) コンボンチヤム州看護助産学校 (5) 他のモデル州の保健局 (6) モデル州以外の州</p>	<p>(1) プロジェクトを担当している NMCHC のスタッフの数とそれぞれの役割、他の人材の協力の可能性、予算措置の適切性とその継続性の有無、全国展開のための人事配置 (2) プロジェクトを担当しているコンボンチヤム州保健局のスタッフの数とそれぞれの役割、他の人材の協力の可能性、予算措置の適切性とその継続性の有無 (3) プロジェクトを担当しているコンボンチヤム州病院スタッフの数とそれぞれの役割、他の人材の協力の可能性、予算等の措置の適切性とその継続性の有無</p>	<p>同上</p>	<p>・資料レビュー ・質問票を使用した関係者への調査 ・インタビュー</p>	

			<p>(4) プロジェクトを担当しているコンポンチャム州看護助産学校のスタッフの数とそれぞれの役割、他の人材の協力の可能性、予算措置の適切性とその継続性の有無</p> <p>(5) コンポンチャム州、ブレイベン州、スパイリエン州の州保健局と州病院スタッフの数、それぞれの役割、他の人材の協力の可能性、予算措置、今後の人事・予算計画の適切性とその継続性の有無</p> <p>(6) モデル4州以外の州保健局と州病院、RTCスタッフの数、それぞれの役割、他の人材の協力の可能性、予算措置、今後の人事・予算計画の適切性とその継続性の有無</p>		
<p>・C/P、関係組織、タゲットグループのプロジェクトに対する参加度、認識度、理解度</p>	<p>(1) 助産トレーナーのプロジェクトに対する認識と姿勢、活動への従事程度</p> <p>(2) NMCHC スタッフのプロジェクトに対する認識と姿勢、活動への従事程度</p> <p>(3) コンポンチャム州病院のプロジェクトに対する認識と姿勢、活動への従事程度</p> <p>(4) コンポンチャム州看護助産学校のプロジェクトに対する認識と姿勢、活動への従事程度</p> <p>(5) コンポンチャム州以外のモデル州のプロジェクト関係者のプロジェクトに対する認識と協力姿勢、活動への従事程度</p> <p>(6) その他関係機関のプロジェクトに対する認識と姿勢、活動への従事程度</p>	<p>(4) プロジェクト関係者</p> <p>・日本人専門家</p> <p>・「WHO Care in Normal Birth」、</p> <p>「WHO Reproductive Health Library」</p>	<p>・資料レビュー</p> <p>・質問票を使った関係者への調査・インタビュー</p>		

			<p>(6) その他の関係者のプロジェクトに関する認識、自分たちの役割に関する認識、プロジェクトへの協力姿勢、プロジェクトに対する協力姿勢と当事者意識が高まる可能性、「有効で推奨されるべきケア」に関する認識、「危険で効果がないケア」に関する認識、正常分娩の根拠に関する認識</p>	<p>・プロジェクト関係者 ・日本人専門家 ・収集資料</p>	<p>・資料レビュー ・質問票を使った関係者への調査 ・インタビュー</p>
	<p>・プロジェクトの実施過程で想定される阻害要因等</p>	<p>(1) C/P 機関のプロジェクト実施運営能力 (2) プロジェクト遂行における C/P 機関スタッフのモチベーション (3) 院内感染の再発防止への対応 (4) 病院施設改善工事の進捗状況とそれによるプロジェクトへの影響 (5) 医療機器の運用能力 (6) プロジェクトのアップローチに対する社会・文化的な観点による適切性</p>	<p>(1) C/P 機関の各レベルの人員配置や予算措置、それらが適切でない場合の対処方針 (2) 助産トレーナーと助産師のモチベーションを上げるための政府の方針と現状 (3) 院内感染対策のための活動状況と院内感染がプロジェクト実施に与える影響に関する関係者の認識と過去の経験 (4) 国立母子保健センターの新生児室の改修工事の計画内容と進捗状況、改修工事によるプロジェクトへの影響についてのプロジェクト関係者による認識 (5) 医療機器を運用するための人材数、その運用能力、運用にかかるとの経費の確保 (6) これまでのプロジェクトでのプロジェクト経験と関係者の認識</p>	<p>・プロジェクト関係者 ・日本人専門家 ・調査団員 ・収集資料 ・PDM</p>	<p>・資料レビュー ・質問票を使った関係者への調査</p>
妥当性	<p>(1) 必要性 ・カンボジア国（カ）/社会のニーズとの整合性 ・ターゲットグループのニーズとの整合性</p> <p>(2) 優先度 ・カ国の開発政策との整合性</p> <p>・日本の援助政策との整合性</p>	<p>1) 保健医療と母子保健に関するカ国の社会ニーズとプロジェクトの活動内容が合致しているか 2) 助産トレーナーの活動内容やニーズとプロジェクトの目的が合致しているか 3) 計画する医療機器が、ターゲットとなる医療施設の需要に一致しているか</p> <p>カ国の開発政策とプロジェクトの目標に整合性はあるか</p> <p>日本の援助政策とプロジェクトの活動内容に整合性はあるか</p>	<p>1) カ国農村部の妊産婦死亡率、乳幼児死亡率、都会との貧困格差、農村における保健サービスへのアクセス、助産師の一人当たりの担当人数（想定でも良い） 2) 助産トレーナーの認識と活動内容、ニーズ、技能レベルと本プロジェクトの目標や活動内容 3) 対象医療施設の活動における機材の必要性、医療施設の人材とその能力、予算との適合性</p> <p>カ国の開発政策の中での母子保健政策の優先度 保健医療計画における助産師研修の優先度 本プロジェクトの目標 CMDG</p> <p>日本のカ国に対する援助政策 日本の保健セクターにおける援助方針 プロジェクトの活動内容</p>	<p>・プロジェクト関係者 ・日本人専門家 ・調査団員 ・収集資料 ・PDM</p> <p>・収集資料 ・PDM</p> <p>・JICA の対カ ンボジア国 別援助計画 ・JICA の保健</p>	<p>・資料レビュー</p> <p>・資料レビュー</p>



有効性(予測)	(1) プロジェクト目標の内容	<p>1) PDMの目標設定が現実的かつ効果的で、明確に記述されているか</p> <p>2) 指標および目標値はベースラインデータに照らし合わせて妥当か</p> <p>3) 指標はプロジェクト目標を的確に捉えているか。その入手手段は適切か</p> <p>4) プロジェクト目標の指標の入手手段は適切か</p>	<p>1) 関係者の意見、プロジェクトの内容、ベースラインデータの内容、データの値から判断する妥当性、他の類似案件での例等との比較検討</p> <p>2) PDMの成果、プロジェクト目標、上位目標の達成度を測る指標としての適切性と客観性</p> <p>3) 指標の入手にかかると時間、モニタリングの手段としての適切性</p>	<p>・ベースラインデータ</p> <p>・PDM</p> <p>・プロジェクト関係者</p> <p>・日本人専門家</p> <p>・調査団員</p>	<p>・資料レビュー</p> <p>・質問票を使った関係者への調査</p> <p>・関係者との協議</p>
(2) 因果関係		<p>1) プロジェクト目標の実現性と適切性(予測)</p> <p>2) プロジェクト目標を達成するために十分な成果が計画されているか</p> <p>3) 成果からプロジェクト目標にいたるまでの外部条件は適切に認識されているか、また外部条件が満たされる可能性は高いか</p> <p>4) プロジェクト目標の達成を阻害する要因はあるか</p>	<p>1) 関係者の意見、プロジェクトの活動経験、カ国内での他の保健医療案件における経験</p> <p>2) 関係者の意見、プロジェクトの活動経験、カ国内での他の保健医療案件における経験</p> <p>3) 関係者の意見、プロジェクトの活動経験、カ国内での他の保健医療案件における経験</p> <p>4) 関係者の意見、プロジェクトの活動経験、カ国内での政治、文化、地理的要素、カ国内での他の保健医療案件における経験、他国の類似案件における経験</p>	<p>・PDM</p> <p>・プロジェクト関係者</p> <p>・日本人専門家</p> <p>・調査団員</p> <p>・収集資料</p>	<p>・資料レビュー</p> <p>・質問票を使った関係者への調査</p> <p>・関係者との協議</p>
効率性	(1) 成果の内容	<p>1) 成果の設定は適切か</p> <p>2) 成果の指標、および入手手段は適切か</p>	<p>1) 関係者の意見、成果とプロジェクト目標との因果関係、カ国内での他の保健医療案件における経験、他国の類似案件との比較検討</p> <p>2) コスト、時間、モニタリングの手段としての使用可能性、関係者の意見、これまでのプロジェクトの活動経験、カ国内での他の保健医療案件における経験、他国の類似案件における経験</p>	<p>・PDM</p> <p>・プロジェクト関係者</p> <p>・日本人専門家</p> <p>・調査団員</p> <p>・収集資料</p>	<p>・資料レビュー</p> <p>・質問票を使った関係者への調査</p> <p>・関係者との協議</p>
(2) 因果関係		<p>1) 成果を産出するための活動は適切か</p> <p>2) 活動の実施に必要な先方・日本側の投入は、量・質・タイミングは適切か</p> <p>3) 他の類似案件と比較して総コストもしくはユニットコストとアウトプットは投入予定の範囲内に見合ったものか</p> <p>4) 他の類似案件と比較して総コストもしくはユニットコストとプロジェクト目標は投入予定のコストに見合ったものか</p> <p>5) 活動から成果に至るまでの外部条件は適切に捉えられているか</p>	<p>1) PDMとPOの活動計画、関係者の意見、プロジェクトの活動実績</p> <p>2) PDMの投入計画、関係者の意見、プロジェクトの活動実績</p> <p>3) PDMの投入計画、関係者の意見、プロジェクトの活動実績、他の類似案件の内容</p> <p>4) PDMの投入計画、関係者の意見、プロジェクトの活動実績、他の類似案件の内容</p> <p>5) 助産トレーナーやカウんターパートのプロジェクト開始後の離職状況、助産師の卒前、卒後研修に関する現在の政策、制度の変更状況、関係者の意見、プロジェクト</p>	<p>同上、PO</p>	<p>同上</p>

			エクトの活動実績、他の類似プロジェクトの経験					
	(3) タイミング	1) 活動の実施時期 2) 専門家の派遣時期 3) 機材供与の時期	1) PDM と PO の内容と実施プロセス、成果の発現状況、プロジェクトの実施体制等 2) PDM と PO の内容と実施プロセス、成果の発現状況、プロジェクトの実施体制等 3) PDM と PO の内容と実施プロセス、成果の発現状況、プロジェクトの実施体制等	同上、PO	同上			
	(4) コスト	1) 各予算費目の支出実績 (1 年次と 2 年次)	1) 各年次の予算費目毎の支出額と単価、その効果等	同上、PO、プロジェクトの予算執行実績表	同上			
	(5) 他の協力形態との連携	1) 他の JICA プロジェクトとの連携・補完は可能かつ適切か 2) 他の援助機関との連携・補完は可能かつ適切か。そのための想定される調整作業、コスト等はどうか	1) JICA の国別援助計画と、他のプロジェクト実施内容と過去の経緯、今後の計画、本プロジェクトと他のプロジェクトの関係者の意見 2) 他のドナー案件の活動内容と活動実績、本プロジェクトと他の保健医療プロジェクト関係者の意見	・PDM ・プロジェクト関係者 ・日本人専門家 ・調査団員 ・他のプロジェクト報告書 など収集資料または関係者	同上			
	(6) 運営管理方法	プロジェクトの運営管理の方法は適切かつ効率的か	1) プロジェクトの運営管理に関する日本人専門家とカウンタートパートの役割、運営管理方法とそれに必要な技能、プロジェクトの活動実績と成果、他の類似案件での経験、プロジェクト関係者の認識	・プロジェクト関係者 ・日本人専門家 ・調査団員 ・収集資料				・資料レビュー ・関係者へのインタビュー ・関係者との協議
インパクト (予測)	(1) 上位目標の内容 ・上位目標の設定は適切か ・上位目標の指標、および入手手段は適切か	1) 上位目標は適切か 2) 上位目標の指標は、ベースラインデータに照らし合わせて妥当か 3) 上位目標の指標の入手手段の適切性	1) PDM の上位目標の指標、これまでのプロジェクトの経験を通じた関係者の認識 2) PDM の上位目標の指標、これまでのプロジェクトの経験を通じた関係者の認識、ベースラインデータ 3) PDM の上位目標の指標、これまでのプロジェクトの経験を通じた関係者の認識 (指標の入手にコストや時間がかかりすぎないか、モニタリングの手段として使えるか)	・PDM ・収集資料 ・プロジェクト関係者 ・日本人専門家 ・調査団員 ・ベースラインデータ				・資料レビュー ・質問票を使った C/P への調査 ・関係者との協議

	<p>(2) 因果関係</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・上位目標はプロジェクト終了後にその効果として発現が見込まれるか</li> <li>・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捉えられているか</li> <li>・上位目標の達成を阻害する要因はあるか</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 上位目標とプロジェクト目標の論理関係が由来しているか、現実的か</li> <li>2) 上位目標と開発課題の関連性・論理は明確か</li> <li>3) プロジェクト目標から上位目標にいたるまでの外部条件は適切に認識されているか。外部条件が満たされる可能性は高いか</li> <li>4) 上位目標はC/Pの方針やカ国の政策と合致しているか。C/Pの予算措置や人員配置はプロジェクト終了後も継続されるか強化される見込みがあるか。</li> <li>5) 上位目標は文化的に、カ国の社会に受け入れられる内容か、インフラの未整備などが阻害要因になる可能性はあるか</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) PDMの上位目標とプロジェクト目標、これまでのプロジェクトの経験を通じて関係者の意見</li> <li>2) PDMの上位目標、カ国の開発課題、関係者の意見</li> <li>3) PDMの外部条件、これまでのプロジェクトの経験を通じて関係者の意見</li> <li>4) カ国の政策、C/Pの予算措置や人員配置計画、C/Pのプロジェクトへの主体性</li> <li>5) これまでのプロジェクトの経験を通じて関係者の意見</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同上</li> </ul>	<p>同上</p>
	<p>(3) 波及効果</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・上位目標以外の影響は想定されるか</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 政策、法律、制度、基準の整備への影響</li> <li>2) 社会・文化的側面（ジェンダー等）への影響</li> <li>3) 環境への影響</li> <li>4) 技術面変革に対する影響</li> <li>5) 対象社会、プロジェクト関係者、受益者などへの経済的影響等</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) C/Pを中心とした関係者の知識と意見、これまでのプロジェクトでの経験、カンボジア国内での他の保健医療案件における経験</li> <li>2) C/Pを中心とした関係者の知識と意見、これまでのプロジェクトでの経験、カンボジア国内での他の保健医療案件における経験</li> <li>3) 関係者の知識と意見、これまでのプロジェクトでの経験、カンボジア国内での他の保健医療案件における経験</li> <li>4) 関係者の知識と意見、これまでのプロジェクトでの経験、カンボジア国内での他の保健医療案件における経験</li> <li>5) 関係者の知識と意見、これまでのプロジェクトでの経験、カンボジア国内での他の保健医療案件における経験</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プロジェクト関係者</li> <li>・日本人専門家</li> <li>・調査団員</li> <li>・収集資料</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・資料レビュー</li> <li>・質問票を使用した関係者への調査</li> <li>・関係者による協議</li> </ul>
<p>自立発展性（見込み）</p>	<p>(1) 政策・制度面</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 母子保健に関連するカ国の政策支援は、協力終了後も継続するか</li> <li>2) 関連規制、法制度は整備されているか、整備される予定か</li> <li>3) プロジェクトの実施重点地域以外への広がり支援する政策や制度があるか</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) カ国の母子保健政策と母子保健に関する政策、国全体の政策の中の母子保健政策の優先度とTOTレーナーや助産トレーナーを活用することに関する母子保健政策の中の優先度</li> <li>2) TOTレーナー、助産トレーナー、助産師、SBAの資格要件、業務分掌、州病院の資機材・機材・人材の標準に関するガイドライン、WHOなどの有力ドナーによる規則やガイドラインの整備状況</li> <li>3) カ国の母子保健政策と母子保健に関する政策、国全体</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・収集資料</li> <li>・プロジェクト関係者</li> <li>・日本人専門家</li> <li>・他ドナー関係者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同上</li> <li>・プロジェクト関係者や他ドナー関係者への質問票を使用した調査</li> </ul>	



		<p>2) 投入、活動、アウトプットの内容を軌道修正する必要があるか</p> <p>3) プロジェクトに影響を与える新たな外部条件はあるか</p> <p>4) 事前評価時に指摘された問題・課題・リスクなどは、どのように変化しているか</p> <p>5) 今後、留意していかなければならないことは何か</p>	<p>ンボンチャム州の研修対象者と活動にかかった期間、NMCHC 関係者の意見</p> <p>2) プロジェクト全体の活動実績、投入実績、カウンターパートのプロジェクト実施体制と実施能力、成果発現の程度、今後の活動計画、カ国政府の母子保健政策、NMCHC 関係者の意見、院内感染対策の状況と必要な活動および今後の計画、コンボンチャム州以外の助産トレーナーや助産学生の数</p> <p>3) カ国の最新の母子保健政策、研修を受けた助産トレーナーの数と離職した助産トレーナーの人数、プロジェクトに就事しているカウンターパートの人数とプロジェクト開始後に離職したスタッフの数、プロジェクト開始後から現在までの物価の変化、プロジェクト開始後から現在までの NMCHC スタッフの日当宿泊費の変化</p> <p>4) NMCHC と保健省人材育成部との連携状況、NMCHC と州レベルの関係者のプロジェクトに対するオーナーシップの程度</p> <p>5) これまでの活動実績と投入量、残り期間と予算額、活動地域と今後の具体的な活動計画を考慮したプロジェクトのスコープ、NMCHC の意識と全国展開に向けた活動の実施体制、院内感染対策の状況と今後の活動計画、PDM の適切性と修正の可能性</p>		
--	--	---	--	--	--

Mid-term review for “the Project for Improving and Newborn Care through Midwifery Capacity Development” in Cambodia  
 Evaluation Grid

Subject		Evaluation Items	Necessary Information	Source of Information	Collection Method of Information
Main Subjects	Detailed Subjects				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verification of the project implementation, status of the project</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Project implantation status in the mid-term</li> </ul>	<p>(1) Verification of project status</p> <p>1) Implementation status of project activities, status of outputs, existence of any difficult activities to be implemented, status of in-service and pre-service trainings conducted</p> <p>2) Appropriateness of inputs to continue activities and to achieve project purpose</p>	<p>(1)</p> <p>Results of baseline survey, number of trainings conducted by Midwifery trainers in the four model regions, number of training for TOT trainers and midwifery trainers on evidence-based midwifery care for normal birth practice, total numbers of trainees completed the training conducted by the Project, change in knowledge level of TOT trainers and Midwifery trainers, change in knowledge level of midwives and midwife students about evidence-based midwifery care for normal birth practice, number of training materials developed for evidence-based midwifery care for normal birth practice, how training manual and training materials are used, points of training curriculum, points of training materials needs to be improved, points needs to be improved, number of the modified plans, curriculum, and guidelines related to evidence-based midwifery care for normal birth practice based on the Project experience and status of its standardization, number of the regular midwifery trainers’ meetings, number of staff for continuous training appointed in NMCHC and Kg. Chan Provincial Hospital, number of equipment procured and distributed for clinical training and practice of evidence-based midwifery care, number of meetings for sharing the experiences of the project with stakeholders in other regions, number of issues and lessons learned reported to the High level Midwifery Taskforce and relevant working groups, number of deliveries attended by SBA, status of deliveries performed at health facilities, number of practice in evidence-based midwifery care which is “useful” and “should be encouraged,” status of practice in evidence-based midwifery care which is “harmful and ineffective”, number of women who felt themselves treated the way of women-centered care, status of practice in monitoring on midwifery trainers after</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collected documents</li> <li>• Japanese experts</li> <li>• Stakeholders (NMCHC, Kg. Cham provincial hospital, RTC, etc.)</li> <li>• Results of pre/post tests for trainings</li> <li>• Development partners</li> <li>• PDM</li> <li>• PO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Document review</li> <li>• Interview stakeholders’ with questionnaires</li> <li>• Discussions with project members and counterparts</li> <li>• Meeting among project members and C/P</li> </ul>

		<p>(2) Basic information regarding the project</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) NMCHC' vision and a plan for human resource development in regards to maternal newborn health and capacity for conducting midwifery training</li> <li>2) Implementing status and future plan of in-service training and pre-service training at the project target area</li> <li>3) Financial and physical support system for midwifery trainings at the project target areas</li> <li>4) Appropriateness and how the training materials are used</li> <li>5) Status and its appropriateness of monitoring and evaluation on project implementation</li> <li>6) Confirmation of organizations which may be able to support strengthening midwifery training system</li> <li>7) Basic information, agenda and disruptive factors for project implementation at remaining areas in Cambodia</li> <li>8) Project implementing capacity and plans of all the involved organizations at each province</li> <li>9) Project implementation status of other development partners and possibility of collaborations with JICA project</li> <li>10) Methods of acquiring statistical data by Cambodian government</li> <li>11) Future plan for facility improvement of NMCHC and conditions of training facilities at each region</li> </ol>	<p>trainings, situations of hospital-acquired infections at NMCHC, situations of activities for hospital-acquired infection at NMCHC, status of practice in supervisions and its effectiveness and efficiency of the system, general status of the project activities, project implementing capacity and organizational structures of Provincial Health Department, activities implemented for exchange program with Brazilian medical program, impacts through exchange program with Brazilian program and its future plan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Amount of the project budget for the 1<sup>st</sup> year and the 2<sup>nd</sup> year of the project, amounts spent in each budget items for the 1<sup>st</sup> and the 2<sup>nd</sup> year of the project, activities plan for each year, duration and timing of dispatch of Japanese experts and a plan for the remaining project period</li> <li>2) Details of human resource development plan of NMCHC and practicability of the plan, policy and plan for project implementation in the remaining country, definition of SBA</li> <li>2) Number of trainings conducted at Kg. Cham, average trainees for each training, expected outputs and impacts on trainers' normal duties, plan for conducting trainings (The same information will be helpful at different regions)</li> <li>3) Status of salary payment for midwifery trainers, status of payment for transportation cost for midwifery trainers, provision status of necessary equipment</li> <li>4) Availability of the training materials, users of the training materials, method of use of training materials, points of training material to be improved</li> <li>5) Challenges in monitoring and evaluation (M&amp;E) on the project implementation, appropriateness of the M&amp;E system, cost required and responsible organizations for M&amp;E</li> <li>6) Possibilities of acquiring supports from Provincial government, District government, local organizations to strengthening midwifery trainings</li> <li>7) Total number of midwives and midwife students who completed trainings at each province, number of midwives and midwife students who need to receive trainings, number of midwife trainers who hold midwifery training ability, prospective amount of cost for project implementation, potential source of training funds at each province, prospective duration required to conduct trainings at each province, status of acquiring training</li> </ol>		
--	--	---	--	--	--

		<p>(3) Key factors for the project</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Important factors to increase impacts of the project</li> <li>2) Confirmation of the key elements for the project implementation</li> </ol>	<p>materials for each province, lessons learned and challenges found through experiences at Kg. Cham province, disruptive factors for future project implementation, prospects for standardization of training curriculum and guidelines through the activities at Kg. Cham</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8) Logistical ability of RTC at each region, method of measuring training impacts and how the method is practiced, annual operation plans (include plan for inputs) Provincial Health Department and Provincial Hospital at each region and status of cooperating with other development partners,</li> <li>9) Activities implemented, plans, target areas, budgets for projects of WHO, UNICEF, UNFPA, and possibilities of collaborations with JICA project, how Cambodian governments have used funds from development partners</li> <li>10) Method of acquiring statistical data in regards to the percentage of deliveries attended by SBA and the percentage of deliveries performed at health facilities in Cambodia</li> <li>11) Plan of facility improvement of NMCHC, if there is any plan, contents of a plan and rough amount of cost, budgetary provision, conditions of the health and training facilities of each province</li> </ol> <p>(3) Key factors for the project</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Activities implemented on schedule, factors make the activities for smooth implementation, opinions of Japanese experts, and project stakeholders</li> <li>2) Key players in NMCHC, commitment level of staff at NMCHC and at each involved organization</li> </ol>		
<p>Verification of Project implementation process</p>	<p>• Project management system and capacity (Monitoring and decision making system.)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Project implementing capacity and system of NMCHC</li> <li>(2) Project implementing capacity and system of Kg.Cham Provincial Health department</li> <li>(3) Project implementing capacity and system of Kg.Cham Provincial Hospital</li> <li>(4) Project implementing capacity and system of Kg.Cham Provincial RTC</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Organizational structure and financial condition of NMCHC, degree of understanding about activities implemented and contents of activities by staff, project monitoring system, decision making system and its agenda, project implementing system and capacity of project implementation, abilities to conduct trainings, project plan to implement at remaining regions, expected outputs, method of quality assurance of trainings</li> <li>(2) Organizational structure and financial condition of Kg. Cham Provincial Health Department, degree of understanding about activities implemented and contents of activities by staff, project monitoring system, decision making system and its agenda</li> <li>(3) Organizational structure and financial condition of Kg. Cham Provincial Hospital, degree of understanding about</li> </ol>	<p>NMCHC, Kg. Cham Health Department staff, staff of Kg. Cham Provincial Hospital, staff of Kg. Cham RTC, Japanese experts</p>	<p>• Document review • Interview stakeholders' with questionnaires</p>

			<p>activities implemented and contents of activities by staff, project monitoring system, decision making system and its agenda</p> <p>(4) Organizational structure and financial condition of Kg. Cham RTC, degree of understanding about activities implemented and contents of activities by staff, project monitoring system, decision making system and its agenda</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Human Resource allocation and their project implementation capacity</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>NMCHC</li> <li>Kg. Cham Provincial Health Department</li> <li>Kg. Cham Provincial Hospital</li> <li>Kg. Cham RTC</li> <li>Provincial Health Department in other model regions</li> <li>Provincial Health Department, Provincial Hospitals, and RTC at other regions other than model regions</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Number of staff and their roles in charge of the project at NMCHC, possibilities of other staff to support the project, appropriateness and sustainability of budgetary provisions, human resource allocation for implementing the project for the remaining regions</li> <li>Number of staff and their roles in charge of the project at Kg. Cham Provincial Health Department, possibilities of other staff to support the project, appropriateness and sustainability of budgetary provision</li> <li>Number of staff and their roles in charge of the project at Kg. Cham Provincial Hospital, possibilities of other staff to support the project., appropriateness and sustainability of budgetary provision</li> <li>Number of staff and their roles in charge of the project at Kg. Cham RTC, possibilities of other staff to support the project, appropriateness and sustainability of budgetary provision</li> <li>At Kg. Thom, Prey Veng, Svay Rieng provinces, number of staff and their roles in charge of the project at RTC, Provincial Health Department and Provincial hospitals, possibilities of other staff to support the project, appropriateness and sustainability of budgetary provision</li> <li>At remaining regions, number of staff and their roles in charge of the project at RTC, Provincial Health Department and Provincial hospitals, possibilities of other staff to support the project., appropriateness and sustainability of budgetary provision</li> </ol>	<p>Same as above</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Document review</li> <li>Interview stakeholders' with questionnaires</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Involvement and understanding level of C/P and other related institutions of the project</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Understanding level and attitudes, degree of involvement of Midwifery Trainers on the project</li> <li>Understanding level and attitudes, degree of involvement on the project by NMCHC staff</li> <li>Understanding level and attitudes, degree of involvement on the project by staff at Kg. Cham Provincial Hospital</li> <li>Understanding level and attitudes, degree of</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Understanding level of midwifery trainers on the project, understanding level of their own roles in the project, ownership of midwifery trainers on the project and a possibility of ownership to be strengthened</li> <li>Understanding level of NMCHC staff on the project, understanding level of their own roles in the project, ownership of on the project and a possibility of ownership to be strengthened, understanding level about evidence-based midwifery care which is "useful" and</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stakeholders of the project</li> <li>Japanese experts</li> <li>[WHO Care in Normal Birth], [WHO Reproductive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Document review</li> <li>Interview stakeholders with questionnaires</li> </ul>	

	<p>involvement on the project by staff at Kg. Cham RTC</p> <p>(5) Understanding level and attitudes, degree of involvement on the project by staff at Provincial Health Department and Provincial Hospitals at other model provinces</p> <p>(6) Understanding level and attitudes, degree of involvement on the project by staff of other organizations</p>	<p>should be encouraged, understanding level about evidence-based midwifery care which is “harmful and ineffective” understanding level about evidence-based care for normal birth practice</p> <p>(3) Understanding level of staff of Kg. Cham Provincial Hospital on the project, understanding level of their own roles in the project, attitudes to cooperate with the project and a possibility of cooperative attitudes to be strengthened, understanding level about evidence-based midwifery care which is “useful” and should be encouraged, understanding level about evidence-based midwifery care which is “harmful and ineffective” understanding level about evidence-based care for normal birth practice</p> <p>(4) Understanding level of staff of Kg. Cham RTC on the project, understanding level of their own roles in the project, attitudes to cooperate with the project and a possibility of cooperative attitudes to be strengthened, understanding level about evidence-based midwifery care which is “useful” and should be encouraged, understanding level about evidence-based midwifery care which is “harmful and ineffective” understanding level about evidence-based care for normal birth practice</p> <p>(5) Understanding level of staff of involved organizations in the three other provinces other than Kg. Cham on the project, understanding level of their own roles in the project, attitudes to cooperate with the project and a possibility of cooperative attitudes to be strengthened, understanding level about evidence-based midwifery care which is “useful” and should be encouraged, understanding level about evidence-based midwifery care which is “harmful and ineffective” understanding level about evidence-based care for normal birth practice</p> <p>(6) Understanding level of staff of other involved organizations on the project, understanding level of their own roles in the project, attitudes to cooperate with the project and a possibility of cooperative attitudes to be strengthened, understanding level about evidence-based midwifery care which is “useful” and should be encouraged, understanding level about evidence-based midwifery care which is “harmful and ineffective” understanding level about evidence-based care for normal birth practice</p>	<p>Health Library]</p>	<p>• Stakeholders</p> <p>• Document</p>
<p>• Provisional</p>	<p>(1) Project implementation capacity of NMCHC and other involved organization with the project</p>	<p>(1) Allocation of human resources and budget provision of NMCHC and other involved organizations, plan of</p>		

	disruptive factors during the project implementation	<p>(2) Motivation of staff of NMCHC and other involved organization on the project implementation</p> <p>(3) Countermeasures against hospital-acquired infection</p> <p>(4) Progress of renovations of NMCHC and effects on the project</p> <p>(5) Capacity of operation and maintenance for medical equipment</p> <p>(6) Appropriateness of approach from the social and cultural points of views</p>	<p>countermeasures in case human resource allocations and budget provisions needs to be changed</p> <p>(2) Policy and status of efforts undertaken by the Cambodian government to strengthen motivations of midwifery trainers and midwives</p> <p>(3) Status of activities to measure against hospital-acquired infection and opinions of stakeholders regarding effects on the project and past experience relative to the case of hospital-acquired infections</p> <p>(4) Plan and progress of renovations of the newborn care room at NMCHC and expected effects of the renovation expected by the project team members and counterpart</p> <p>(5) Number of staff who operate the medical equipment, capacity of staff who operates the medical equipment, securing cost for operation and maintenance of medical equipment</p> <p>(6) Lessons learned from the project experience and perspectives of the project team members and counterpart</p>	<p>of the project</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Japanese experts</li> <li>Collected documents</li> </ul>	<p>review</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Interview stakeholders with questionnaires</li> </ul>
Relevance	<p>(1) Necessity with needs of Cambodian society</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consistency with needs of Cambodian society</li> <li>Consistency with needs of target group</li> </ul> <p>(2) Priority development policies of Cambodian government</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consistency with Japanese aid policy</li> </ul>	<p>(1) Consistency of the project approach with needs of Cambodian society in regards to health and maternal and newborn health</p> <p>(2) Consistency of the project purpose with TORs and needs of TOT trainers and Midwifery trainers</p> <p>(3) Consistency of demands of medical equipment by medical facility and provision of medical equipment plan</p> <p>Consistency of the project purpose with the development policy of Cambodian government</p> <p>Consistency of the project contents with Japanese aid policy</p>	<p>(1) MMR, IMR, poverty accessibility to health service in rural areas, poverty gap between city and rural areas, expected numbers of people covered by midwives</p> <p>(2) Perspectives of TOT trainers and Midwifery trainers and activities implemented by them, needs, skill levels, and project purposes, activities, etc.</p> <p>(3) Needs of medical equipment at target medical facilities, capacity of staff, and consistency with the budget</p> <p>(1) Priority of health policy in the national development policy of Cambodian government,</p> <p>(2) Priority of midwifery trainings in the policy of health sector</p> <p>(3) Project purpose of this project</p> <p>(4) CMDG</p> <p>(1) Japanese aid policy for Cambodia</p> <p>(2) Japanese aid policy in health sector</p> <p>(3) Project activities</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stakeholders of the project</li> <li>Japanese experts</li> <li>Collected documents</li> <li>Study Team members</li> <li>PDM</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Collected documents</li> <li>PDM</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Policy documents of Japanese aid for Cambodia</li> <li>JICA's position paper in health sector</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Document review</li> <li>Interview stakeholders with questionnaires</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Document review</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Document review</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appropriateness of project approach</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Appropriateness of approach leads to expected outputs because of project approach on Cambodia</li> <li>2) Expected outputs in synergy effects to ameliorate health issues through development partnership with other donors</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Policy in health sector of Cambodia government, policy in maternal newborn health of Cambodian government, experience from this project, approaches and outcomes from other health projects implemented by other stakeholders</li> <li>2) Records and outcomes of development partnership and cooperation among development partners in Cambodia regarding health sector, examples of cooperation among development partners in health sector, opinions from project members and stakeholders</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PDM</li> <li>• Collected documents</li> <li>• Japanese experts</li> <li>• Stakeholders of the project</li> <li>• Development partners</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Document review</li> <li>• Interview stakeholders with questionnaires</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appropriateness of selected target group</li> <li>• Appropriateness of selected target area</li> <li>• Appropriateness of project period</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Appropriateness of selected target group to development issues in health sector of Cambodia</li> <li>2) Appropriateness of target areas and their sizes to development issues in health sector of Cambodia</li> <li>3) Expected impacts out of target group and areas</li> <li>4) Appropriateness of project period to achieve the project purpose</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Opinions of project stakeholders, experience and outputs of the project, experiences of other health project implemented by other development partners</li> <li>2) Opinions of project stakeholders, experience and outputs of the project, experiences of other health project implemented by other development partners</li> <li>3) Opinions of project stakeholders, experience and outputs of the project, experiences of other health project implemented by other development partners</li> <li>4) Appropriateness of inputs considering project purpose, capacity of C/P for project implementation, opinions of project stakeholders, experience and outputs of the project, experiences of other health project implemented by other development partners</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collected documents</li> <li>• Japanese experts</li> <li>• Stakeholders of the project</li> <li>• Development partners</li> <li>• Study Team members</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Document review</li> <li>• Interview stakeholders with questionnaires</li> <li>• Discussion with stakeholders</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Advantage of Japanese technology</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Japanese technological level in health sector compare to Cambodia to implement the project</li> <li>2) History and record of Japanese experience in maternal and newborn health sector</li> <li>3) Expectation of taking advantage of Japanese technology based on accumulated experiences</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Japanese technological level in health sector and experience in foreign countries</li> <li>2) Similar projects implemented by JICA</li> <li>3) Opinions of Japanese experts</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collected documents</li> <li>• Stakeholders of the project</li> <li>• Japanese experts</li> <li>• Study Team members</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Document review</li> <li>• Interview stakeholders with questionnaires</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Other aspects</li> </ul>	<p>Changes of the circumstances around the project such as policy, economy, society, etc. since the ex-ante evaluation Study</p>	<p>Perspectives of project stakeholders, collected documents</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stakeholders of the project</li> <li>• Japanese experts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Document review</li> <li>• Interview stakeholders with</li> </ul>

					questionnaires
Effectiveness (Provisional)	(1) Contents of project purpose	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Feasibility and effectiveness, clarity of project purpose in PDM</li> <li>2) Appropriateness of indicators and target figures considering baseline data</li> <li>3) Appropriateness of indicators to measure degree of achievement of project purpose, and its method of data collection</li> <li>4) Appropriateness of means of verification</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Opinions of project stakeholders, experience of the project, collected information</li> <li>2) Opinions of project stakeholders, experience of the project, collected information, contents of baseline data, comparison with other related and/or similar project</li> <li>3) Appropriateness of indicators to measure degree of achievement of outputs, and project purpose, overall goal of PDM and their objectivity</li> <li>4) Cost and time consumed for gathering data, appropriateness of method for monitoring data collection</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collected documents</li> <li>• Project reports</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Document review</li> <li>• Interview stakeholders with questionnaires</li> <li>• Discussion with stakeholders</li> </ul>
	(2) Appropriateness of logical relations	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Feasibility and appropriateness of project purpose (provisional)</li> <li>2) Appropriateness of outputs to achieve the project purpose</li> <li>3) Appropriateness of important assumptions between output and project purpose, possibility of occurrence of important assumptions</li> <li>4) Disrupting factors to achieve the project purpose</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Opinions of stakeholders, experience from the project, experience from other health project in Cambodia, experience from other similar projects in foreign countries</li> <li>2) Opinions of stakeholders, experience from the project, experience from other health project in Cambodia, experience from other similar projects in foreign countries</li> <li>3) Opinions of stakeholders, experience from the project, social, political and cultural factors and information gathered through the study</li> <li>4) Social, political and cultural, and geographical factors of Cambodia, experience from other health project in Cambodia, experience from other similar projects in foreign countries</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PDM</li> <li>• Stakeholders of the project</li> <li>• Japanese experts</li> <li>• Study team members</li> <li>• Collected documents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Document review</li> <li>• Interview stakeholders with questionnaires</li> <li>• Discussion with stakeholders</li> </ul>
Efficiency	(1) Content of outputs	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Appropriateness of outputs</li> <li>(2) Appropriateness of target figures as indicators, appropriateness of means of verification</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) In relations with the project, logical relations between the project purpose and outputs, opinions of stakeholders, experience from the project, experience from other health project in Cambodia, experience from other similar projects in foreign countries</li> <li>2) Cost, time, possibility to use for monitoring, opinions, experience from the project, experience from other health project in Cambodia, experience from other similar projects in foreign countries</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PDM</li> <li>• Stakeholders of the project</li> <li>• Japanese experts</li> <li>• Study team members</li> <li>• Collected documents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Document review</li> <li>• Interview stakeholders with questionnaires</li> <li>• Discussion with stakeholders</li> </ul>
	3) Logical relations	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Appropriateness of activities to achieve outputs</li> <li>(2) Sufficiency and quality, timing, of inputs from Japanese side and Cambodian side for the project implementation</li> <li>(3) Efficiency of total cost and/or unit cost of inputs</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Activities described in PDM and PO, opinions of stakeholders, experience from the project</li> <li>2) Inputs described in PDM opinions of stakeholders, experience from the Project,</li> <li>3) Inputs described in PDM opinions of stakeholders,.</li> </ol>	<p>Same as above, PO</p>	<p>Same as above</p>

		<p>considering expected outputs by comparing other similar projects</p> <p>(4) Efficiency of total cost and/or unit cost of inputs considering expected project purpose by comparing other similar projects</p> <p>(5) Appropriateness of important assumptions from activities to output level</p>	<p>experience from the Project, experience from other health project in Cambodia, experience from other similar projects in foreign countries</p> <p>4) Inputs described in PDM opinions of stakeholders, experience from the Project, experience from other health project in Cambodia, experience from other similar projects in foreign countries</p> <p>5) Status of staff who has left the organization since the beginning of the project, policy for in-service and pre-service trainings, opinions of stakeholders, experience from the project, experience from other health project in Cambodia</p>		
4) Timing	<p>1) Timeliness of the implementation of the activities</p> <p>2) Timeliness of dispatch of experts</p> <p>3) Timeliness of provision of medical equipment</p>	<p>1) Contents and implementation process of PDM and PO, degree of outputs realization, project implementing system</p> <p>2) Contents and implementation process of PDM and PO, degree of outputs realization, project implementing system</p> <p>3) Contents and implementation process of PDM and PO, degree of outputs realization, project implementing system</p>	Same as above, PO	Same as above	
5) Cost	<p>1) Budget items and budget implementation status (1<sup>st</sup> year and 2<sup>nd</sup> year )</p>	<p>1) Expended amount and unit cost regarding each budget item for each year, effects of budget implementations</p>	Same as above, PO, budget implementation sheet of the project	Same as above	
6) Associations with other cooperation schemes	<p>(1) Possibility of association and complementation with other JICA projects</p> <p>(2) Possibility and appropriateness of association and complementation with other project implemented by development partners</p>	<p>1) Japan's Country Assistance Programme for Cambodia, Japanese aid policy in health sector, opinions of Japanese experts, other stakeholders, study team members</p> <p>2) Contents of other projects and experience from the past project and opinions of stakeholders, future plan of other development partners, opinions of other development partners, and stakeholders</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PDM</li> <li>• Stakeholders of the project</li> <li>• Japanese experts</li> <li>• Study team members</li> <li>• Collected documents such as project reports</li> </ul>	Same as above	
3) Operation system	<p>Appropriateness and efficiency of project operation system</p>	<p>1) Roles of Japanese experts and NMCHC on project operation, a method of project management and required skills and knowledge for project management, outputs and lessons learned from the project, experiences from other similar projects, perspectives of project team members and stakeholders, study team members</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stakeholders of the project</li> <li>• Japanese experts</li> <li>• Study team members</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Document review</li> <li>• Interview stakeholders with questionnaires</li> </ul>	



	other impacts other than overall goal to be expected after completing the project? )	gender 3) Possibility of impacts on environment 4) Possibility of impacts on technological change 5) Possibility of impacts on economy of target groups and project beneficiaries	2) Opinions of counterparts, stakeholders, Japanese experts, other study team members, experience from the project, experience from other health project in Cambodia 3) Opinions of stakeholders, Japanese experts, other study team members, experience from the project, experience from other health project in Cambodia 4) Opinions of stakeholders, Japanese experts, other study team members, experience from the project, experience from other health project in Cambodia 5) Opinions of stakeholders, Japanese experts, other study team members, experience from the project, experience from other health project in Cambodia	experts • Study team members • Collected documents	stakeholders with questionnaires • Discussion with stakeholders
Sustainability (Provisional)	(1) Political and institutional aspects	1) Continuity of policy of Cambodia on MCR after completion of the project 2) Appropriateness of regulations, and laws related to maternal newborn health and future prospect 3) Existence of policy and system to help spread impacts of the project outside of the target areas	1) Cambodian policy in the health sector and maternal and child health, priority of policy on health sector in the entire national policy, priority of focusing on developing trainers for midwives, capacity in the national health policy 2) TOT trainer, midwifery trainers, midwives, guideline for qualification, definition of their responsibilities on trainers for midwives, guideline on procuring medical equipment and consumables, qualification of staff for rural hospital, status of developing guideline by major donors such as WHO 3) Cambodian policy in the health sector and maternal and child health, priority of policy on health sector in the entire national policy	• Collected documents • Stakeholders of the project experts • Japanese development partners	• Same as above • Interview stakeholders with questionnaires
	(2) Organizational and financial aspects	(1) Ownership of counterpart agencies to continue implementing the project after completion of the project (2) Sufficiency of budgetary preparation including working budget of Cambodian government (3) Measures to secure budget, possibility of increase amount of budget	1) Capacity of C/P institutions, budget and human resource allocation plan, training policy (including salary for trainers for midwives, operation and maintenance of hospital building/medical equipment) 2) Annual budget of NMCHC, annual budget of provincial hospitals and midwifery training schools in target provinces, status of securing budget (including salary for trainers for midwives, operation and maintenance of hospital building/medical equipment) 3) Policy and plan of C/P institutions, sense of ownership toward the project, Cambodian policy in the health sector and maternal newborn health, priority of focusing on developing capacity of trainers for midwives in the national health policy, preparedness to secure budget for the project by C/P institutions (including salary for trainers for midwives, operation and maintenance of hospital building/medical equipment)	• Collected documents • Stakeholders of the project	• Document review • Interview stakeholders with questionnaires • Discussions with stakeholders

	(3) Technical aspect	<p>1) Appropriateness of approach and method of technology transfer to Cambodian society and government</p> <p>2) Possibility of dissemination of technology to other areas, system for transferring the technology in the project activities</p>	<p>1) Technological level of both Japanese and Cambodian sides, capacity of C/P institutions, knowledge and opinions of project stakeholders, experience from the project, experience of other health projects implemented in Cambodia</p> <p>2) Capacity of target groups of the project, perspectives of beneficiaries from social and cultural points of views, perspectives of project stakeholders, experience from the project, experience of other health projects implemented in Cambodia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stakeholders of the project</li> <li>• Japanese experts</li> <li>• Collected documents</li> <li>• Study team members</li> <li>• Project documents of JICA and other development partners</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interview stakeholders with questionnaires</li> <li>• Discussions with stakeholders</li> <li>• Document review</li> </ul>
Possibility of the adjustment of the project	<p>(4) Others</p> <p>1) Factors may disturb sustainability of the project</p> <p>1) Practicability of the project purpose to be achieved with the current project status and given conditions (including changes in situations of target groups and society of Cambodia)</p> <p>2) Needs of changes regarding inputs, activities, and outputs</p> <p>3) Potential important assumptions need to be considered which may affect the project</p> <p>4) Status of problems, challenges, and risks pointed out at the Ex-ante evaluation</p> <p>5) Factors need to be considered for the future project implementation</p>	<p>1) Policy of Cambodian government in maternal and newborn health sector, number of staff who has left NMCHC and other involved organizations since the beginning of the project, policy and operation system regarding in-service and pre-service trainings (Any changes, or possibility of changes in the future?) , changes in knowledge and capacity of TOT trainers and midwifery trainers, budget, human resources of NMCHC and Provincial Hospitals, RTCs, and provincial Health Departments, current global standard or goals set by international organizations in maternal and newborn health</p> <p>1) Status of activities implemented, project implementation system, capacity, and financial situations of NMCHC and other involved organizations, status of inputs used for the project, records of activities in Kg. Cham province, number of trainees completed trainings and duration required to conduct trainings in Kg. Cham province, opinions of NMCHC staff</p> <p>2) Status of activities implemented, project implementation system, status of inputs used for the project, capacity, degree of outputs have been achieved, future activity plan, policy of Cambodian government in maternal and newborn health, opinions of NMCHC, status of measures implemented against hospital-acquired infections and plan for future activities, number of midwifery trainers and midwife students at provinces other than Kg. Cham</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stakeholders of the project</li> <li>• Japanese experts</li> <li>• Collected documents</li> <li>• Study team members</li> <li>• Project documents of JICA and other development partners</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Same as above</li> </ul>	

			<p>3) Current policy of Cambodian government in maternal and newborn health, number of trainers who received trainings and midwifery trainers who left the organizations, number of staff engaged in the project and number of staff who left each involved organizations with the project, changes in prices of major goods since the start of the project, change of amount of daily allowances and accommodation cost for NMCHC staff since the beginning of the project</p> <p>4) Status of cooperation between NMCHC and Human resource Unit of the Department of Health, sense of ownership of NMCHC and other involved organization in the provinces</p> <p>5) Status of activities implemented and resources inputted, remaining period and remaining budget for the project, project scope considered of an area and a detailed plan of project operation, perspectives of NMCHC and project implementation system regarding the project implementation at the entire nation, status of measures against hospital-acquired infection and activity plan, appropriateness of PDM and possibilities of amendment of PDM</p>		
--	--	--	---	--	--

5. 実施プロセスの検証

カンボジア国 助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト中間レビュー調査  
別添資料 3-1 実施プロセスの検証

評価項目	評価設問	結果
<p>・プロジェクトのマネジメント体制（実施運営能力、モニタリング、意思決定の仕組み等）</p>	<p>(1) NMCHCのプロジェクト運営管理能力と活動の実施体制 (2) コンボンチャム州保健局のプロジェクト運営管理能力 (3) コンボンチャム州病院プロジェクト運営管理能力 (4) コンボンチャム州看護助産学校プロジェクト運営管理能力</p>	<p>(1) NMCHCのトップはセンター長で、その下に、副センター長が5名いる。その下に技術部、運営部、経理部が置かれている。医療ケアを行う部署や研修部などは技術部の下に位置している。NMCHCには現在342名のスタッフが勤務しており、医師が90名、助産師が69名在籍している。</p> <p>NMCHCの最終的な意思決定はセンター長が行う。プロジェクトの大きな方向性や決定事項についてはプロジェクトディレクターである保健省のEng. Huot 次官の判断が必要となるが、活動の実施面における判断はRathavy センター長と協議した上で行うのが本プロジェクトの意思決定方法である。本プロジェクトの活動状況のモニタリングは現場で活動を行っている州レベルのスタッフまたはNMCHCのコアトレーナーによって行われ、NMCHCのセンター長や副センター長にその内容が報告される。研修部の部長も研修実施に関する判断は組織内で強い影響力を持っている。NMCHC 上層部内の意思決定は協議によって行われており、その上で最終的にセンター長が判断する体制になっている。その意思決定や活動のモニタリング実施方法については今後も同様に行われてゆくと思われる。</p> <p>全国展開に関する具体的な実施計画案は聞取り調査から把握することは出来なかった。調査団との協議の中で整理され、明確になっていった部分が多いが、全国で、これまでと同様の活動内容を展開するのはNMCHCのキャパシティを超えているという見解を上層部は持っている。</p> <p>基本的に研修の質の管理方法についてはNMCHCの研修部の部長または副部長が行っているが、本プロジェクトの研修の場合はコアトレーナーが一日の研修の終わりに反省会を開き、質の担保や改善を行っている。</p> <p>(2) コンボンチャム州保健局は保健省直轄の組織であり、州レベルの保健医療に関する業務の遂行を担っている。コンボンチャム州保健局には母子保健を担当する部署があり、その部長と副部長が本プロジェクトの担当をしている。ただし、他の業務やプロジェクトで忙しく、本プロジェクトだけに多くの時間を割くことが難しい状況である。意思決定方法としては、大きな事項については州保健局長の判断を仰ぐ必要がある。プロジェクトに対する関心は強いが、内容について十分に把握していないと思われる点があった。今後コンボンチャム州でプロジェクト活動をより積極的に展開する場合は彼らの巻き込みが不可欠であり、彼らにも必要に応じた協力をしたいという意思を表明していた。地方看護・助産学校（RTC）とは上下の関係ではなく、連携は可能であるが、指示命令を出すことの出来関係には無い。</p> <p>(3) コンボンチャム州レファラル病院は過去に日本の無償資金協力で施設を新設した経緯があり、260床の州最大のレファラル病院である。しかし、その重要は年々増加しており、現在では300床以上の需要があり、さらなる拡充を模索している。過去13年院長職を務めたきた院長の下に副院長が6名いる。医師約30名、助産師約30名が勤務している。医師決定は院長が行うが、そこに至るま</p>

		<p>でにプロセスは事案によって異なる。(トブツダウンや下からの提案が承認される形などに分かれる。)</p> <p>当病院では本プロジェクトを通じて2名のコアトレナーが育成されており、非常に積極的に研修実施に協力している。また、看護部の部長も本プロジェクトに関する理解が深く、非常に協力的である。本プロジェクトのために資金的な貢献は出来ないが、人材を送り、貢献することは可能である。</p> <p>近い将来に、院内で研修部を設立する計画があり、各部署の部門長レベルのスタッフをそれぞれの分野の研修担当者として任命する計画を持っている。現在、研修部のための施設建設費用を日本の無償資金協力で申請中であり、その結果と合わせる形で研修部の設立を行う予定にしている。</p> <p>今後、モデル地域での活動を展開する際にコンボンチャム州以外の州での研修実施などを行うことに対して協力する意思はあるが、保健省とNMCHCの指示の下でしか、そのような活動を行うことが出来ない。今後は当院でコアトレナーの数を増やす必要があると思われる。現在は本プロジェクトの研修の準備や実施運営をNMCHCに任せられているため、自分たちでコンボンチャム州の研修を実施出来るようにコアトレナー以外の関係者の関与やそれらスタッフのマネジメント能力の強化も必要になる。</p> <p>(4) コンボンチャム州保健局と同様に、保健省の管轄下にある組織で、カンボジア全国に4か所のRTCが存在する。(コンボンチャム州、パッタバン州、コンポット州、ストウレン州) その中で最も学生数が多い学校である。(2009年の時点で約580名) 現在4つの学位を認定している。(准看護師資格、准助産師資格、准看護助産師資格、歯科看護師資格)</p> <p>コンボンチャム州のRTCは、センター長以下、マネジメント系のスタッフが5名、技術系のスタッフが30名勤務している。最終的な意思決定はセンター長によって行われる。</p> <p>本プロジェクトへの関与の度合いはPRHやPHDと比較して高くない。現時点では、RTCの教員を研修に招き、研修内容や本プロジェクトが伝えようとしている概念についての理解を深めてもらうことが活動に協力してもらおうと主目的となっている。そのため、今後も現在以上にRTCに対して活動に関与してもらおう計画は無い。ただし、今後のコンボンチャム州での活動に対し、可能な限りの協力をやりたいという意思表示がされているため、必要に応じた協力の要請は可能である。</p>
<p>・C/Pの配置・体制</p>	<p>(1) NMCHC (2) コンボンチャム州保健局 (3) コンボンチャム州病院 (4) コンボンチャム州看護・助産学校 (5) 他のモデル州の保健局 (6) モデル州以外の州</p>	<p>(1) NMCHCでプロジェクトを担当しているスタッフは18名おり、その内コアトレナーの数は10名である。そのため多くのスタッフはコアトレナーとしてプロジェクトをサポートしているが、研修の計画や実施運営に係っているスタッフも3名ほど存在する。さらにその18名の中に次期コアトレナーの候補が4名ほどいるので、今後それらの人材がコアトレナーとして育成されることが期待できる。(人材の詳細については別添資料4-1 カウンターパーティ配置を参照) 現在、研修部のスタッフ2名が本プロジェクトの研修の実施運営に係っており、業務の担当の度合いが高まっているため、今後はさらに多くの部分の研修準備や実施運営を任せることが期待できる。配置されている人員は全員他の業務との兼任であるため、非常に多忙である。NMCHCやコンボンチャム州だけの研修実施運営でも負担が大いと思われるため、これまでと同じ内容の活動を現在の人員と体制で他州での研修を実施するのは非常に困難と思われる。</p> <p>(2) プロジェクトを担当しているコンボンチャム州保健局(PHD)のスタッフの数は4名である。そのうち2名はMCHCに関連した業務を担当しており、本プロジェクトの担当者でもある。他の2名はPHDの局長と副局長である。今後、コンボンチャム州での活動が本格化し、研修の数も増える見込みであるため、コンボンチャム州PHDの協力がより重要になってくるため、プロジェクトそのものに関する理解を深めてもらうことも含め、活動に主体的に参加してもらえなければならない必要があるだろう。財務状況としては、詳細情報を提供してもらえなかったが、Annual Operation Planという州レベルの政府機関が中央の政府機関に予算申請を行う</p>

<p>・C/P、関係組織、ターゲットグループのプロジェクトに対する参加度、認識度、理解度</p>	<p>(1) 助産トレーナーのプロジェクトに対する認識と姿勢、活動への従事 の程度 (2) NMCHCスタッフのプロジェクトに対する認識と姿勢、活動への従事 の程度 (3) コンポンチャム州病院のプロジェクトに対する認識と姿勢、活動への従事 の程度 (4) コンポンチャム州看護助産学校のプ</p>	<p>ことが出来る制度があり、その制度を活用すれば、本プロジェクトのための研修予算を将来的に措置することが出来る可能性が ある。しかし、申請する予算額の全てが認められるわけではなく、全く認められない項目も出てくるため、予算措置の確証は持て ない。</p> <p>(3) プロジェクトを担当しているコンポンチャム州レファラル病院のスタッフの数は4名で、そのうち2名は研修以外のプロジェクト の活動にも関与しているマネジメントレベルのスタッフである。その他に2名コアトレーナーがいる。現在はさらに数名のコアト レーナーが養成されている。本プロジェクトへの財務的な貢献は出来ないが、人材を提供し、貢献することは可能であると複数 のスタッフが述べていることから、財務状況は厳しいと思われる。</p> <p>(4) 勤務しているスタッフの中で、マネジメント系のスタッフが4名、技術系のスタッフが5名、本プロジェクトに対して任命されて いる。</p> <p>(5) 現時点では、研修等の活動がNMCHCとコンポンチャム州に限られているため、本プロジェクトのために任命されている特定の人 員は各機関とも無いと認識している。把握できた情報としてモデル地域の4州の中で、コンポンチャム州を除くと、スヴァイリエ ン州の州レファラル病院の規模が大きく(40床)、分娩数などをコンポンチャム州レファラル病院と比較するとコンポンチャム州は 月200程度でスヴァイリエン州レファラル病院は月約150件程度で分娩数は非常に多い。勤務している助産師の数は正助産師5名、 准助産師6名、プリセプター2名とコンポンチャム州レファラル病院と比較して非常に限定された人員で多くの分娩に対応している が、そのキャパシティは脆弱である可能性がある。そのため、それらの州レファラル病院の助産トレーナーの能力強化を図ること とは重要であると判断できるが、これまでの経緯も踏まえ、当面はコンポンチャム州レファラル病院が中心となってモデル地域の 研修実施や研修実施体制の構築を図るべきである。</p> <p>(6) 現時点では、研修等の活動がNMCHCとコンポンチャム州に限られているため、本プロジェクトのために任命されている人員は各 機関とも無いと認識している。ただし、これまでプロジェクトチームが実施してきた全国を対象としたセミナーやコンファレンス 等での本プロジェクトに関する情報共有に対し、高い関心を示していたという情報があるため、本プロジェクトの概念を積極的に 理解し、実践に結び付けようとする州関係者が表れる可能性は十分にあり、</p>
<p>(1) 助産トレーナーのプロジェクトに対する認識と姿勢、活動への従事 の程度 (2) NMCHCスタッフのプロジェクトに対する認識と姿勢、活動への従事 の程度 (3) コンポンチャム州病院のプロジェクトに対する認識と姿勢、活動への従事 の程度 (4) コンポンチャム州看護助産学校のプ</p>	<p>(1) 本プロジェクトの研修を受講した助産トレーナーのプロジェクトに関する認識レベルは高いと言える。それは研修受講前後に実施 したプレテストとポストテストの結果が改善している点に表れている。開取りを通じて、「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」 の概念の実践が進んでいることも確認された。自分の役割に関する認識レベル、プロジェクトに対する当事者意識とその意識が今 後どれだけ高まるかはNMCHCの方針とコアトレーナーがどのレベルまで本プロジェクトが提唱している概念の実践を助産トレ ナーの意思で行ってもらうかとも関係している。</p> <p>(2) NMCHCのスタッフによる本プロジェクトに関する理解度や関与の度合いが高かった。協力的な姿勢でプロジェクトの実施に貢献 しており、特に10名のコアトレーナーの存在が大きい。上層部のプロジェクトに対する理解も強く、協力的である。センター長が 2012年の4月に交代したが、全センター長と同様に協力的であるため、今後もプロジェクトへの協力体制は継続される見込みであ る。</p> <p>NMCHCスタッフの自分の役割に関する認識レベルは高いと言えるが、自分の役割以上にプロジェクトに関与する様子は見受けら れない。それは自分の関与の度合いを自分だけで判断できないことも関係しているため、上司の判断が必要となってくる。 NMCHCのスタッフの本プロジェクトに対する当事者意識は高く、特にコアトレーナーの当事者意識はガイドを作成した経緯もあ り、強い。</p>	

<p>・プロジェクトの実施過程で想定される阻害要因等</p>	<p>プロジェクトに対する認識と姿勢、活動への従事者の程度  (5) コンポンチャム州以外のモデル州のプロジェクト関係者プロジェクトに対する認識と協力姿勢、活動への従事者の程度  (6) その他関係機関のプロジェクトに対する認識と姿勢、活動への従事者の程度</p>	<p>「有効で推奨されるべきケア」に関する認識、「危険で効果がないケア」に関する認識、正常分娩の根拠に関する認識も、特にコアトレーナーに関しては高く、NMCHC で研修を受けた助産トレーナーについても認識は高い。上記の知識が実践されている事実だけでなく、研修受講後のプレテストやポストテストの結果の変化にもそれは表れている。ただし、助産トレーナーに関しては研修を受講した人数がまだ30名と限定的であるため、今後も継続した支援が必要である。</p> <p>(3) コンポンチャム州病院の主要スタッフによる本プロジェクトに関する認識や自分の役割に関する認識レベルは高い。またプロジェクトに対する協力姿勢は2名のコアトレーナーが養成され、3名のスタッフが配置されている点を考慮し、高いと言える。それが今後高まる可能性も高いと判断する。その理由は今後、本プロジェクトの活動はコンポンチャム州で行う割合が増える見込みであり、コンポンチャム地域での活動も増える。それにより、コンポンチャム州レファラル病院のスタッフの位置づけや存在が重要になり、活動へのより積極的な関与が求められる。その点を考慮すると今後、本プロジェクトへの当事者意識が高まる可能性は高いと考えられる。「有効で推奨されるべきケア」に関する認識、「危険で効果がないケア」の結果の変化によって表れている。ただし、今後も継続的にそれらの概念に対する理解が深まるよう、プロジェクトとしてフォローしてゆく必要がある。</p> <p>(4) コンポンチャム州看護助産学校のプロジェクトに関する認識は低くない。本プロジェクトが推奨している概念（「有効で推奨されるべきケア」）に関する認識、「危険で効果がないケア」に関する認識、正常分娩の根拠に関する認識）についての理解はある程度出来ていると判断できる。ただし、これまでプロジェクトの活動に深く関与してきていたわけではなく、研修に参加したスタッフの数も限定的であるため、詳細について認識していない部分があると見受けられる。本プロジェクトに対する自分の役割については今後コンポンチャム州での活動がさらに本格化する中でより正確に把握してゆくことと推察する。プロジェクトに対する協力姿勢は強いが、当事者意識が高いわけではない。その理由は上述の通りである。</p> <p>(5) コンポンチャム州以外のモデル州で、これまで活動が実施されてきていないことから、プロジェクト関係者のプロジェクトに対する自分の役割の認識と協力姿勢がどれほどあるのか判断が難しい。ただし、JCC においてはそれらの州関係者は本プロジェクトへの協力姿勢を表明していたため、今後プロジェクトがモデル地域の助産トレーナー研修等を実施する際に協力してくれると推察できる。</p> <p>(6) 本プロジェクトは NMCHC とコンポンチャム州での活動を中心に行ってきた経緯があり、モデル地域外での活動は情報共有等限定的に行ってきた。そのため、それらの関係者以外の州の関係者によるプロジェクトに関する認識、自分たちの役割に関する認識、プロジェクトへの協力姿勢、プロジェクトに対する協力姿勢と当事者意識が高まる可能性、プロジェクトが推奨している概念についての理解などについて NMCHC はコンポンチャム州の関係者と比較すると高くはないと推察している。</p>
<p>(1) プロジェクト実施運営能力  (2) プロジェクト遂行におけるC/P機関スタッフのモチベーション  (3) 院内感染の再発防止への対応  (4) 病院施設改善工事の進捗状況とそれ</p>	<p>(1) C/P 機関のプロジェクト実施運営能力  (2) プロジェクト遂行におけるC/P機関スタッフのモチベーション  (3) 院内感染の再発防止への対応  (4) 病院施設改善工事の進捗状況とそれ</p>	<p>(1) C/P 機関のプロジェクト実施運営能力は特に NMCHC において高まってきており、研修の準備や実施運営などについて多くの部分を任せることが出来るようになってきている。また、10名のコアトレーナーがすでに育成されてきていることから、中央レベルでの研修実施体制は整備されつつある。ただし、モデル地域などの限定されたエリアでの研修実施への協力は可能と思えるが、それ以外の州での活動を同時期に実施するための人員の余裕はないと思われる。コンポンチャム州レファラル病院についてはコアトレーナーが2名育成され、主要スタッフも3名配置されているため、今後のモデル州での活動において中心的な役割を担うことが出来ると思われるが、コアトレーナーにおいても研修の準備・実施においても人員の増員が必要と思われる。コアトレーナーについては現在候補者を養成中である。</p> <p>(2) 助産トレーナーやコアトレーナーは新しい知識や技術を学び、自分の能力を高めることに強い関心を持っている。それが彼女らのモチベーションを高める最も有力な要因である。現時点では、自らの意思と自主性を重んじて本プロジェクトへの活動に関しても</p>

	<p>によるプロジェクトへの影響</p> <p>(5) 医療機器の運用能力</p> <p>(6) プロジェクトのアーキテクチャに対する社会・文化的な観点による適切性</p>	<p>らっているが、研修を受講することで待遇が改善されることはなく、その計画も無い。そのため、今後はコアトレーナーや研修を受講した助産トレーナーに対して、プロジェクトから何らかのインセンティブを提供するとスタッフのモチベーションの改善に繋がると思われる。</p> <p>(3) 昨年、NMCHC において院内感染が発生し、WHO と JICA と協力して、原因究明のため、新生児室の評価を行った。感染源は新生児室であることを確認し、菌に対する対応が不十分であることも確認された。婦人科病棟には院内感染は認められなかったため、4 か月前に発生した院内感染は小児科病棟だけとなる。最近院内感染に関する検査を研究所に送り、依頼したが、感染無しという結果が出たため、現在は病院内の感染は無い。</p> <p>新生児室の院内感染の原因として以下の理由が考えられる。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) プノンペンやカンボジア全体の人口が増加したため、NMCHC の建物が改築される前と比較して患者全体の数が増えている。</li> <li>2) NMCHC の設立当初と比較して新生児治療病棟の機能はほとんど変わっていない。</li> </ol> <p>他の原因として新生児室のレイアウトやスペースも関係していることが分かったため、新生児室の A 室と B 室の改修を行うこととした。その一部は JICA に改修を依頼した。</p> <p>また、新生児室の感染の評価結果を受け、NMCHC の院内感染対策に関するプロトコルの基準を改訂することとした。さらに、院内感染対策チームも設置し、現状の改善と予防策を講じ、状況は改善された。NMCHC での院内感染は手洗いの励行などを励行したため、その効果が表れ、収束した。現在、院内感染対策チームには 19 名のメンバーがおり、下記の業務を行っている。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 院内感染対策のための日々の確認業務（手洗いの励行等）</li> <li>2) 院内感染に関する月例会議の実施</li> <li>3) 院内感染に関する研修の実施</li> </ol> <p>院内感染対策チームの活動状況は月例会議にて月報を回収し、状況を確認し、情報共有や必要な協議を行っている。NMCHC 内に細面対策室の設置を検討しているが、もしそれに時間がかかる場合は、病院のユーザーを使って細菌の検査等にかかる費用の負担をしたいと考えている。もし、患者がその費用を払えない場合は、特別なケースとして病院が負担する仕組みについて検討したい。病院内のスタッフの行動変容のためにトレーニングを通じて変化やポスターの活用、直接指導などを行っている。医療スタッフの感染に対する知識レベルが低いため、研修を受けても以前と同じ行動に戻ってしまうことがある。そのため完全に変化させるには時間がかかる。</p> <p>院内感染対策として NMCHC では現在でも 1) 殺菌清掃、2) 適切な清掃、3) マスクの着用、4) ある患者が感染している場合、患者同士が接触しないような配慮を実践している。</p> <p>院内感染が続けば、新生児ケアのための研修の実施が困難になる。また、NMCHC 全体が院内感染に対する対応に追われ、上層部やスタッフにより多忙となり、本プロジェクトの活動の実施に悪影響が出る可能性が高い。また、本プロジェクトの上位目標は助産師が提供する助産婦と新生児ケアの利用とアクセスの向上であるため、当目標の達成に対する阻害要因となる可能性がある。そのため、新生児室での感染については改善が見られているが、今後もモニターしてゆく必要がある。</p>
--	--	--

		<p>(4) NMCHC の新生児室における院内感染の状況を正確に把握するため、2012 年の 4 月から 2012 年の 6 月にかけて JICA より専門家が派遣された。調査は終了し、提言は NMCHC になされ、新生児室の改修が必要という結論に至った。そのうちの 1 室については JICA が改修を行うことになり、2012 年 6 月に改修と施工のための調査が実施され、特に新生児室 B の改修を中心に必要な工事が 2012 年の 10 月下旬までを目途に実施される予定となっている。新生児室が改修されれば院内感染の可能性が減少し、上述したプロジェクトへの影響が起りにくくなる見込みである。</p> <p>(5) NMCHC において、医療機器は Administration Unit が担当しており、ユニット長の下に 3 名の技術者が機材の維持管理を行っている。医療機材の維持管理は国のガイドラインに沿って実施されている。モニタリング評価を 3 つのグループに分け、(グループ A、B、C) 定期的 (四半期毎) に医療機材の状況を確認している。医療機材の状況はユーザーによる使用状況と機材そのものの状況の 2 つに視点を分けて、維持管理を行っている。これまでに必要に応じて、企業と契約を結び、企業と機材の維持管理についてのサポートをしてもらってきた経緯があるが、現在では、ほとんどを NMCHC のスタッフだけで、維持管理を行っている。そのため、NMCHC のスタッフに機材維持管理の十分な技能が備わってきていると推察できる。機材が故障した際の新しいパーツの入手がカンボジア国内では困難であるため、時にそれが改修を難しくさせているケースがあるようである。今後は CPA3 と呼ばれる州レベルの維持管理強化から、CPA2 と呼ばれる郡レベルの維持管理能力の向上までを目指している。そのために、MEDEM2 と呼ばれる JICA の支援によって実施されているカンボジア王国レフアララル病院における医療機材管理強化プロジェクト、実施機関は 2009 年 7 月から 2014 年 6 月の 5 年間の計画で実施中である。</p> <p>(6) コンポンチャム州レフアララル病院では 3 名の医療機材管理担当者がいる。マネキンの修復など、難しいものについては JICA に修繕の協力を依頼することもあるが、基本的には自分たちの力で維持管理を行っている。スペアパーツが国内で見つからないことが問題点として挙げられた。</p> <p>(6) 中間レビュー調査による聞き取りの結果、質問をしたコアトレナー全員が、本プロジェクトが提唱している「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」の概念やプロジェクトのアプローチを高く評価しており、モダル州など、コンポンチャム州以外でも、受け入れられると返答した。それはこれまでの NMCHC 内での実践経験とコンポンチャム州での研修実施の経験、全国を対象としたセミナーやカンファレンスでのプロジェクトに関する発表などを通じての経験が根拠になっている。セミナーやカンファレンスでの経験共有の際に多くの際に本プロジェクトが推奨する概念やアプローチに強い関心を持った参加者が多かったことや NMCHC 上層部や保健省のプロジェクトへの強い協力姿勢もその理由として挙げられる。</p>
--	--	--

6. 評価5項目による評価結果

カンボジア国 助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト中間レビュー調査  
評価5項目

評価項目		評価設問	結果
大項目	小項目		
妥当性	(1) 必要性 ・カンボジア国(カ国)/社会のニーズとの整合性 ・ターゲットグループのニーズとの整合性	1) 保健医療と母子保健に関するカ国の社会ニーズとプロジェクトの活動内容が合致しているか 2) 助産トレーナーの活動内容やニーズとプロジェクトの目的が合致しているか 3) 計画する医療機器が、ターゲットとなる医療施設の需要に一致しているか	1) カンボジア国の妊産婦死亡率は2005年から2008年の基準値で472(出生10万対)であったが、2010年のデータによれば、206(出生10万対)に減少してきている。しかし、2015年までの目標値は140(出生10万対)である。数値は改善してきているが、今後も継続的に妊産婦死亡率を下げる試みを行う必要がある。また、2010年時点のカンボジア国のSBAの介助による分娩率は71%であり、施設分娩率は53.8%であるが、まだ改善の余地は十分にあり、特に施設分娩率の改善は課題が多い。それは助産師の技能の改善やケアの質の改善に大きく影響している。そのため、本プロジェクトが目指している「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ている。」という目標はSBAによる分娩介助の割合や施設分娩の割合の改善に繋がり、長期的には妊産婦の死亡率の改善にも繋がるため、本プロジェクトの試みはカンボジア国の社会的なニーズと合致していると考えられる。 2) 助産トレーナーは助産師を直接指導する立場にいる人材である。そのような立場の人材の技能が十分でない場合、助産師の技能改善も見込めない。カンボジア政府は助産師をMDG4と5達成のための重要な存在として位置付けている。 また、カンボジア国の保健戦略計画では、助産師の技能レベルが問題視されている。十分な技能を習得しないまま保健医療施設に配置される助産師も少なくない。助産師の技能向上のために研修の質を改善することを政府として取り組まなければならないとしている。従って、本プロジェクトがターゲットとしている助産トレーナーの能力強化は助産師の技能改善に直接的に結びつき、プロジェクト目標との整合性が見られる。 3) 対象医療施設の活動における機材の必要性については本プロジェクトより2010年の5月から8月にかけて医療資機材に関する日本人専門家が1名派遣され、研修環境を改善するために必要な医療資機材の調査を行った。ターゲットとなる、医療施設の需要に合った医療機材が選定され、必要な資機材が調達され、2011年の11月までにはNMCHCとモデル地域の4州において配布が終了している。配布の際には資機材の使用方法などについての研修も行った。現時点では配布した資機材の全てが故障なく使われていることが確認されている。
	(2) 優先度 ・カ国の開発政策との整合性	カ国の開発政策とプロジェクトの目標に整合性はあるか	カンボジア政府は「2008年-2015年 保健戦略計画」においてMDG4とMDG5の達成を国の重要な目標として位置付けている。 カンボジア政府の保健戦略計画では助産師の技能レベルが十分でないという点と助産師の技能を改善

			<p>するための研修の質が適切でない点と点が問題になっている。助産師の技能向上のための研修の質については、研修の内容の改訂もカンボジア政府としては今後取り組んでゆかなければならない課題の一つとして位置付けている。また、助産師はMDG4と5を達成するための極めて重要な存在と捉えられている。</p> <p>「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」というプロジェクトの目的としている点は、助産師の技能向上に繋がることから本プロジェクトとカンボジア国の政策との整合性は高い。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>日本の援助政策との整合性</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>日本の援助政策とプロジェクトの活動内容に整合性はあるか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 本プロジェクトのアプローチはカ国の保健医療分野の開発課題を改善する効果と戦略として効果があるか</li> <li>2) 他ドナーの援助協調を通じてカ国の保健医療分野の開発課題を改善する効果と戦略として適切か</li> </ul>	<p>日本政府も同様にカンボジア国の国別援助計画の中で保健分野への支援を優先的に位置付けており、MDG4とMDG5の達成を重要事項として捉えている。そのため、カンボジアの助産トレーナーの能力強化を図ることは日本政府の援助方針とも合致している。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 手段としての適切性</li> <li>プロジェクトはカ国の対象分野・セクターの開発課題に対する効果を上げる戦略として適切か</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 本プロジェクトのアプローチはカ国の保健医療分野の開発課題を改善する効果と戦略として効果があるか</li> <li>2) 他ドナーの援助協調を通じてカ国の保健医療分野の開発課題を改善する効果と戦略として適切か</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 本プロジェクトの上位目標はSBAによる分娩助産率の改善と施設分娩率の改善である。2010年時点のカンボジア国のSBAの介入による分娩率は71%であり、施設分娩率は53.8%であるが、まだ改善の余地は十分にあり、特に施設分娩率の改善は課題が多い。その点を考慮すると、本プロジェクトが目指している助産トレーナーの強化が図られれば、国全体の助産ケアの質の改善に繋がりが、それは施設分娩率の改善にも繋がってゆくと考えられる。そのため、本プロジェクトのアプローチにより、プロジェクト目標が達成されれば、上位目標が達成される可能性が高まり、それはカンボジア国の保健政策、すなわち開発課題を改善する効果があると考えられる。</li> <li>2) NMCHCの指導の下、WHOと連携して活動を行う方針を取っている。WHOとの役割を明確にすることで活動の重複がなくなり、母子保健分野全体の活動の効率性が高まる。WHOは新生児ケアのための研修を実施しており、JICAは正常分娩に関する活動を実施している。それぞれの組織がお互いを補い合うことが出来るように活動することで、助産全体に係る研修システムの改善を効率的に行うことが可能となる。</li> </ul>	<p>(1) 本プロジェクトの上位目標はSBAによる分娩助産率の改善と施設分娩率の改善である。2010年時点のカンボジア国のSBAの介入による分娩率は71%であり、施設分娩率は53.8%であるが、まだ改善の余地は十分にあり、特に施設分娩率の改善は課題が多い。その点を考慮すると、本プロジェクトが目指している助産トレーナーの強化が図られれば、国全体の助産ケアの質の改善に繋がりが、それは施設分娩率の改善にも繋がってゆくと考えられる。そのため、本プロジェクトのアプローチにより、プロジェクト目標が達成されれば、上位目標が達成される可能性が高まり、それはカンボジア国の保健政策、すなわち開発課題を改善する効果があると考えられる。</p> <p>(2) NMCHCの指導の下、WHOと連携して活動を行う方針を取っている。WHOとの役割を明確にすることで活動の重複がなくなり、母子保健分野全体の活動の効率性が高まる。WHOは新生児ケアのための研修を実施しており、JICAは正常分娩に関する活動を実施している。それぞれの組織がお互いを補い合うことが出来るように活動することで、助産全体に係る研修システムの改善を効率的に行うことが可能となる。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ターゲットの選定は適切か</li> <li>ターゲットエリアの設定は適切であったか</li> <li>プロジェクト実施期間の設定は適切か</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 選定されたターゲットはカ国保健医療分野における開発課題の改善に対して適切か</li> <li>2) プロジェクト対象地の選定はカ国の保健医療分野における開発課題の改善に対して適切か、その規模は適切か</li> <li>3) ターゲットグループとターゲット対象地以外への波及効果は期待できるか</li> <li>4) プロジェクト実施期間はプロジェクトの目標を達成するうえで十分か</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 選定されたターゲットはカ国保健医療分野における開発課題の改善に対して適切か</li> <li>2) プロジェクト対象地の選定はカ国の保健医療分野における開発課題の改善に対して適切か、その規模は適切か</li> <li>3) ターゲットグループとターゲット対象地以外への波及効果は期待できるか</li> <li>4) プロジェクト実施期間はプロジェクトの目標を達成するうえで十分か</li> </ul>	<p>1) 選定されたターゲットグループは助産トレーナーであるが、助産師全員の能力強化を行うのではなく、プロジェクトとしてその指導役にあたる助産トレーナーの能力強化を図ることにより効率的に対象地域の助産師全体の能力強化を実現することが期待できる。</p> <p>2) 本プロジェクトの対象地域は全国となっているが、コンポンチャム地域周辺のモデル州（4州が後半の活動の中心となる。）モデル地域での活動を通じて助産トレーナーの能力強化が強化され、その実施メカニズムをモデル地域外に普及するという範囲の活動を行うことでカウんターパート機関と確認をした。その範囲で活動を実施するのであれば現在のカウんターパートのキャパシティの中で実施が可能と思われる。</p> <p>3) 助産ケアの質が改善することで、その施設の評判が改善し、より多くの妊婦がそれらの施設で分娩を行うようになれば、本プロジェクトの上位目標で掲げているSBA（医師や助産師）による分娩率の改善、保健施設での分娩率の改善に繋がる。それは施設での分娩以外の医療サービスに関する良い評判に繋がる可能性があり、結果的に保健医療施設を利用する人を増加させる可能性を秘めている。そのため、本プロジェクトのターゲットグループの枠を超えた波及効果として期待することが出来る。</p>

			<p>4) カウンターパートのプロジェクト実施能力と、モデル地域を中心としたプロジェクトの活動実施地域を考慮し、プロジェクト目標に対する実施期間は妥当であると判断する。</p>
	<p>・日本の技術の優位性</p>	<p>日本が本プロジェクトを実施するにあたり、カ国の保健医療レベルと比較して十分な技術レベルを持っているか（日本の対象技術のノウハウが蓄積されているか、日本の経験を活かすことができるか）</p>	<p>母子保健分野における日本の医療技術と経験は十分に高く、これまでJICAは他国でも多くの母子保健プロジェクトを実施してきた。それによる経験の蓄積があることと、カンボジア国においても10年以上にわたりJICAによる母子保健プロジェクトが実施されてきた。カンボジア側の関係者への聞き取りでは、本プロジェクトでの日本人専門家による技術的なサポートのレベルは高く、適切であるという意見が聞かされた。そのため、日本が本プロジェクトを実施するにあたり、カンボジア国と比較して十分な技術的優位性がある。</p>
	<p>・その他</p>	<p>事前評価後、プロジェクトを取り巻く環境（政策、経済、社会など）の変化はないか</p>	<p>事前評価実施後に政策的、社会的、経済的に本プロジェクトを取り巻く環境に大きな変化は見られない。</p>
<p>有効性（予測）</p>	<p>(1) プロジェクト目標の内容</p>	<p>1) PDMの目標設定が現実的かつ効果的で、明確に記述されているか  2) 指標および目標値はベースラインデータに照らし合わせて妥当か  3) 指標はプロジェクト目標を的確に捉えているか。その入手手段は適切か  4) プロジェクト目標の指標の入手手段は適切か</p>	<p>1) PDMの目標設定は現実的かつ効果的であり、明確に記述されていると判断する。基本的に5つの成果とプロジェクト目標に論理的飛躍は見られない。ただし、これまでプロジェクトではNMCHC内の助産トレーナーの能力強化も図ってきた。その内容を反映させるため、成果の1と3にNMCHCという言葉を追加した。プロジェクト目標の解釈としては、対象地域は全国であるが、NMCHCとモデル地域で構築された助産トレーニングシステム強化の実施メカニズムをモデル地域以外の州と共有する。ただし、モデル地域と同程度の研修は実施せず、情報の共有の範囲での活動を行うという理解でカウンターパートと合意している。その理解であれば、PDMの目標設定は現実的であり、形成されたモデルを全国に普及することが出来るため、効果的と判断できる。</p> <p>2) 中間レビュー調査に合わせて、ベースラインデータで収集したプロジェクト目標に関連した23のデータの内の16項目を選定し、プロジェクトチームが情報収集を行った。プロジェクト目標の4つの指標の内、2つに改善傾向が見られたことから、指標の設定とその目標値は適切であると言える。すでに達成しつつある成果の指標もいくつか見られるため、指標の設定と目標値は妥当と判断できる。ただし、今回の中間レビュー調査でPDMの活動の修正を行ったため、それに合わせて成果の指標も修正した。</p> <p>3) 現在のプロジェクト目標の指標は成果が達成されることで発現してくる状態である。また、プロジェクト目標の指標が達成されれば、助産トレーニングシステムが強化されるという状態が発現されていると判断できる。また、指標データはこれまで質問票を使った調査や直接観察などでランダムにサンプルを抽出し、データを取ることが出来ているため、入手手段は適切と言える。</p> <p>4) プロジェクト目標の指標の入手にかかるコストと時間は、成果の指標の入手のための時間やコストと比較すると高く、長い。結果を分析するための十分な情報を収集するためにはプロジェクトで調査員を雇用し、トレーニングした上で、調査を実施する必要があるため、そのためのコストと時間がかかる。ただし、エンドラインデータを収集する際には最初からその経費を予算に組み込んでおき、十</p>

			<p>分な時間をあらかじめ取りながら準備を行えば、プロジェクトの実施等に影響は無い。</p>
(2) 因果関係	<p>1) プロジェクト目標の実現性と適切性(予測)</p> <p>2) プロジェクト目標を達成するため十分に成果が計画されているか</p> <p>3) 成果からプロジェクト目標にいたるまでの外部条件は適切に認識されているか、また外部条件が満たされる可能性は高いか</p> <p>4) プロジェクト目標の達成を阻害する要因はあるか</p>	<p>1) 中間レビューのタイムラインに合わせて、プロジェクトチームがプロジェクト目標の4つの指標の内、2つの指標についてデータを収集し、分析を行った結果、16個の項目の内、NMCHCでは13個、コンポンチャムレプアフル病院では12個に改善が見られた。(その他の2つの指標についてはタイムラインが合わず収集できず、もう一つは収集に時間がかかったため、実施できなかった。それらのデータは終了評価の際に収集される見込みである。)中間レビューの時点ですでにそれだけの変化が出ていることが出来ているため、プロジェクト終了時にプロジェクト目標が達成されている可能性が十分にある。そのため、プロジェクト目標の設定も適切であると判断できる。</p> <p>2) PDM 1の成果にはプロジェクト目標を達成するために必要な成果が計画されている。ただし、活動として十分な情報が含まれていなかったため、中間レビュー調査期間中に活動をより具体的かつ現状の計画に沿う形で修正し、PDM 2を作成した。</p> <p>3) 成果から、プロジェクト目標にいたるまでの外部条件は適切に認識されており、関係者の意見、プロジェクトの活動実績から判断して、本プロジェクトの終了時点でカンボジア国の保健医療に関する政策は変更がない見込みであり、カウンターパートの主要メンバーが離職する可能性も低い。そのため、外部条件が満たされる可能性は高い。</p> <p>4) 関係者からの意見、プロジェクトの活動実績、カ国の社会、政治、文化、地理的要素などから判断し、プロジェクト目標を阻害する要因は見当たらない。</p>	
効率性	<p>(1) 成果の設定は適切か</p> <p>2) 成果の指標、および入手手段は適切か</p>	<p>1) プロジェクト目標に対し、成果の設定内容は適切である。ただし、これまで助産トレーナーへの能力強化はコンポンチャム州だけでなく、NMCHCでも多くの時間を割いて実施されてきた経緯があるため、成果の1と3にNMCHCという言葉挿入し、PDM 2として修正した。</p> <p>2) それぞれの成果の指標は適切に設定されていた。その入手手段も妥当である。ただし、中間レビュー調査実施期間中にカウンターパートやプロジェクトチームのメンバーと今後のプロジェクトの方向性について講義を重ね、合意した内容に沿ってPDMを修正した。各成果の活動を修正したため、その内容に合った指標へと変更した。そのため、最新版であるPDM 2の成果の指標はいずれも適切な設定がなされている。</p>	
(2) 因果関係	<p>1) 成果を産出するための活動は適切か</p> <p>2) 活動の実施に必要な先方・日本側の投入は、量・質・タイムラインは適切か</p> <p>3) 他の類似案件と比較して総コストもしくはユニットコストとアウトプットは投入予定のコストに見合ったものか</p>	<p>1) PDM 1の成果を算出するための活動は基本的に適切であった。しかし、コンポンチャム州での活動が関係者間で明確に共有されていないことから、中間レビューを通じてモデル地域での活動内容が明確にされた部分があったため、成果2を中心に活動内容がより具体的に表されるよう変更し、PDM 2を作成した。</p> <p>2) プロジェクト開始当初に予算削減の可能性があり、長期専門家1名の派遣が約1年半において延期された。そのため、コンポンチャム州での活動の実施が遅れていた。現在では予算が復元され、長期専門家が派遣され、コンポンチャム州での活動も実施されている。それ以外についての先方および日本側の投入は基本的に量と質、タイムラインともに適切であった。ただし、今後はプロジェクトの自立発</p>	

		<p>4) 活動から成果に至るまでの外部条件は適切に捉えられているか</p>	<p>展性を考慮し、カンボジア側の予算措置をどのようにするか検討を始める必要があるが、現時点では活動の実施において適切なりソースが両、質ともに投入されている。</p> <p>3) 本プロジェクトは日本側より年間約1億円程度の在外事業強化費が投じられてきた。それに加え、日本人の専門家が短期と長期合わせて13名合計で派遣されてきた。日本人専門家の大部分は短期専門家であり、これまでの総派遣月数は約55MMである。プロジェクトの目標である「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。」という内容とこれまでの活動実績、成果の達成状況を踏まえ、それらの条件を他の案件と比較すると、本プロジェクトのこれまでの投入は、プロジェクト目標に合ったと判断できる。</p> <p>今後のプロジェクトの活動範囲として、指標に基づき形でカンボジア全土に本プロジェクトが推奨する概念を広げ、助産トレーニングシステムを強化することは可能であるが、NMCHC やコンポンチャム州と同様の研修等を実施することは極めて困難である。中間レビュー調査期間中にもカウンセラーパートとモデル地域で助産トレーナーのための活動実施体制を固め、助産トレーニングシステムを強化し、それをカンボジア全土に情報共有という形で普及するという内容で合意した。その点を考慮すると本プロジェクトの総コストはプロジェクト目標に見合った金額と判断できる。</p> <p>4) 活動から成果に至るまでの外部条件は適切である、特に新たな外部条件も見当たらない。</p>
(3) タイミング	<p>1) 活動の実施時期 2) 専門家の派遣時期 3) 機材供与の時期</p>	<p>1) PDM 1 と PO の現在のバージョンを照らし合わせ、それぞれの活動の時期は適切に計画されていたと判断する。</p> <p>2) 合計13名の専門家が派遣されてきたが、基本的にいずれも適切なタイミングと期間で派遣がされたと判断する。ただし、2012年の6月下旬から派遣されていた「研修システム開発」の専門家については今後のプロジェクトの方向性と研修の実施体制を具体的に固める重要な役割を担っていたため、中間レビューよりも早い時期に派遣を終了し、中間レビューの調査開始時まではプロジェクトの残り期間の研修実施体制案を固めておくのが理想的であった。</p> <p>3) 機材供与については当初計画より速く実施され、配布までの作業が終了していた。モデル地域での研修活動が本格化する前に配布が終わっていた点から、供与の次期は適切であったと判断する。</p>	
(4) コスト	1) 各予算費目の支出実績 (1 年次と 2 年次)	<p>平成 22 年度 (1 年次) の在外強化費の支出実績：122,587 米ドル、平成 23 年度 (2 年次) の在外強化費の支出実績：115,484 米ドル</p>	
(5) 他の協力形態との連携	<p>1) 他の JICA プロジェクトとの連携・補完は可能かつ適切か 2) 他の援助機関との連携・補完は可能かつ適切か。そのための想定される調整作業、コスト等はどうか</p>	<p>1) MEDEM2 と呼ばれる JICA の支援によって実施されているカンボジア王国レフアララ病院における医療器材管理強化プロジェクト、実施機関は 2009 年 7 月から 2014 年 6 月の 5 年間の計画で実施中である。標記プロジェクトはカンボジアの保健省の医療器材の維持管理のシステムを構築・改善することを目指すとしており、本プロジェクトが供与した医療器材のモニタリングを行い、四半期毎に情報共有をしてもらう予定になっている。</p> <p>また、JICA はこれまで過去 10 年以上にわたり、母子保健分野における協力活動を行ってきた。1995</p>	

			<p>年から2005年の間に実施された「母子保健プロジェクト（フェーズ1、フェーズ2）」やコンポンチャム州で2007年から2010年の間に実施された母子保健プロジェクト等があり、それらのプロジェクトで構築された制度などを活用することで今後さらに効率的な活動を実施できる可能性がある。例えば、MCAT（Medical Cooperation Alliance Team）と呼ばれる医療技術支援制度が州レベルで構築され、現在でもその制度は州レファラル病院から郡レベルの保健医療施設やヘルスセンターに医療技術支援を行うために活用されている。また、日本の母子保健プロジェクトを通じてスーパービジョンの仕組みも構築され、州保健局が中心となり、州レファラル病院だけでなく、それ以外の保健医療施設へのスーパービジョンも実施している。本プロジェクトが提唱する概念や技能を上記の仕組み等を使って広げてゆけば、研修を実施する以外の医療従事者や末端レベルの助産師にも情報も伝わる可能性があり、それらの効率的な活用が期待できる。</p> <p>2) 本プロジェクトでは、WHOと連携して活動を行う方針を取っている。NMCHCの指導の下、WHOの役割を明確にすることで活動の重複がなくなり、母子保健全体の活動の効率性が高まる。WHOは新生児ケアのための研修を実施しており、JICAは正常分娩に関する活動を実施している。それぞれの組織がお互いを補い合うことが出来るように活動することで、助産全体に係る研修システムの改善を効率的に行うことが可能となる。</p>
	<p>(6) 運営管理方法</p>	<p>プロジェクトの運営管理の方法は適切かつ効率的か</p>	<p>現在プロジェクトの実施運営管理は日本人のプロジェクトチームが中心となり、NMCHCの主要メンバーと協議しながら、計画や実施、モニタリングを行っている。方向性についての協議などについてはNMCHCのセンター長やその他の幹部にも必要に応じて行っている。経過報告や大きな判断が求められる時は保健省のEng. Huot次官に相談または協議を行っている。コアトレーナーがNMCHCで10名育成されているため、研修の実施期間と場所が決まれば、内容については彼らが準備できるようにしており、研修の事前準備と実施中のロジ的なアレンジもNMCHCの研修部の2名の担当者が実施できるように用意している。日本人専門家は大きな計画を立てたり、方向性をNMCHCと協議したり、技術的な支援を行う役割を担っており、プロジェクトチームのローカススタッフは必要に応じたロジ面でのサポートを主に担当している。上記のプロジェクト実施体制は適切かつ効率的であり、円滑な活動実施が期待出来る。ただし、今後はプロジェクトの後半に入ってからゆとりを確保するため、NMCHCやコンポンチャム州病院等の役割を増やし、より多くの活動を自分たちで出来るように努力してゆることが求められる。</p>
<p>インパクト（予測）</p>	<p>(1) 上位目標の内容          ・ 上位目標の設定は適切か          ・ 上位目標の指標、および入手手段は適切か</p>	<p>1) 上位目標は適切か          2) 上位目標の指標は、ベースライントータに照らし合わせて妥当か          3) 上位目標の指標の入手手段の適切性</p>	<p>1) カンボジア国の保健省は施設分娩の割合を高めることを方針の一つとして打ち出しているため、政策的に考慮して本プロジェクトの上位目標は妥当であると判断できる。</p> <p>2) 上位目標の指標は適切に設定されており、現実的である。カンボジア国の2010年の「人口健康調査」によれば、2010年時点でのカンボジアの施設分娩率は53.8%で、2005年時の21.5%から向上してきている。また、2010年時のSBAの介入による分婯率は71.1%であり、2005年時の43.4%から大幅に改善している。そのため、現在の指標の目標であるSBA介入による分婯率80%以上と、保健施設での分婯率70%以上という数値は妥当であり、その改善率を考慮するとプロジェクト終了後に達成される可能性がある。</p> <p>3) 上位目標の指標の入手手段はカンボジア政府が5年毎に実施している「人口健康調査」で容易に確認</p>

			<p>することが出来る。ただし、5年に1度の統計調査であるため、2015年のプロジェクト終了時に一度確認し、その5年後に継続して確認する必要がある。</p>
<p>(2) 因果関係 ・上位目標はプロジェクト終了後にそ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捉えられているか ・上位目標の達成を阻害する要因はあるか</p>	<p>1) 上位目標とプロジェクト目標の論理関係が由来しているか、現実的か 2) 上位目標と開発課題の関連性・論理は明確か 3) プロジェクト目標から上位目標にいたるまでの外部条件は適切に認識されているか。外部条件が満たされる可能性は高いか 4) 上位目標はC/Pの方針やカ国の政策と合致しているか。C/Pの予算措置や人員配置はプロジェクト終了後も継続されるか強化される見込みがあるか 5) 上位目標は文化的に、カ国の社会に受け入れられる内容か、インフラの未整備などが阻害要因になる可能性はあるか</p>	<p>1) プロジェクト目標と上位目標に論理の飛躍は見られない。「根拠に基づいた質の高い助産ケアの手法が可能となる助産トレーニングシステムが強化されれば、その結果として「助産師が手教する妊産婦と新生児ケアの利用とアクセスが向上する」という状態は起こり得る。</p> <p>2) 上位目標はSBAによる分娩介助率の改善と施設分娩率の改善である。それらはカンボジア国の保健政策と合致しており、すなわち開発課題とも合致していると判断できる。2010年時点のカンボジア国のSBAの介助による分娩率は71%であり、施設分娩率は53.8%であるが、また改善の余地は十分にあり、特に施設分娩率の改善は課題が多い。その点を考慮すると、本プロジェクトが目指している助産トレーニングシステムの強化が図られれば、国全体の助産ケアの質の改善に繋がりが、それは施設分娩率の改善にも繋がってゆくと考えられる。</p> <p>3) プロジェクト目標から上位目標にいたるまでの外部条件は適切に認識されており、それらが満たされる可能性は高い。保健省が助産分野に関係する政策を2015年までに変更する見込みは無く、主要カウンターパートの中で、NMCHCのセンター長が交代したが、それ以外の職職は確認されていない。また、新しいセンター長も前センター長同様に協力的であり、プロジェクトの実施を阻害する要因は見当たらない。</p> <p>4) 上位目標はカンボジア国全体で受け入れられる可能性が十分にある。地方には未だに近代的医療に対する偏見や恐れなどがあり、医療施設を利用することと避ける人たちがいるようであるが、上述通り、カンボジアの施設分娩の割合は2005年から2010年にかけて大幅に改善してきている。(21.5%から53.8%) SBAの介助による分娩率にいたっては43.4%から71%まで改善している。そのため、本プロジェクトの上位目標は文化的、社会的に受け入れられ、判断可能である。また、道路が無い地域においては医療施設へのアクセスが困難になるため、施設分娩を行うためのアクセスが限られてしまう場合が考えられる。</p>	
<p>(3) 波及効果 ・上位目標以外の影響は想定されるか</p>	<p>1) 政策、法律、制度、基準の整備への影響 2) 社会・文化的側面（ジェンダー等）への影響 3) 環境への影響 4) 技術面変革に対する影響 5) 対象社会、プロジェクト関係者、受益者などへの経済的影響等</p>	<p>1) 本プロジェクトのPDM2の成果5に「NMCHCが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プロトコル、ガイドライン、マニュアル等の案を作成または改訂する。」という活動を追加した。それらは本プロジェクトの活動を通じた成果がカンボジア国の基準や制度などに直接的に影響することである。また、中間レビューまでの段階で、「Guide to Individualized Midwifery Care for Normal Pregnancy and Birth」が作成され、助産トレーナーのための研修で活用されており、WHOと協力し、「Newborn Care Clinical Practice Guideline」のドラフトが作成され、保健省のMCHタスクフォースに提出され、現在承認待ちである。それらのガイドラインはカンボジア国の「Safe Motherhood Protocol」等の国家ガイドラインや、基準、制度を改善する影響があると思われる。</p> <p>2) 施設分娩やSBAの介助による分娩率が上がれば、母子の死亡率が下がり、MDGの4と5の改善にも繋がる。本プロジェクトが提唱している概念である「根拠に基づく女性にやさしい助産ケア」には、妊婦の意思とプライバシーを尊重することが基本的な考え方の中に含まれている。そして、家族との関係や夫も妊婦の出産に立ち会い、協力することで、新たな夫婦や家族の関係性が生まれる可能性が</p>	

			<p>あり、それが社会的に広がれば、男女の社会的地位や役割にも多少の影響を及ぼす可能性は考えられる。</p> <p>3) 本プロジェクトによる環境への影響は特に考えられない。</p> <p>4) 本プロジェクトが提唱している概念である「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」は近代的な医療ではこれまで焦点を当ててこなかった母子の自然な力を利用した分娩であり、女性の人権などを尊重した分娩介助のアプローチである。それが普及し、施設分娩率が上昇し、母子の死亡率が下がれば、本アプローチは新しい技術革新として捉えられる可能性がある。</p> <p>5) 施設分娩やSBAの介助による分娩率が上がり、母子の死亡率が下がり、MDGの4と5の改善にも繋がれば、健康な母子が増加し、社会的に健康な労働人口が増える可能性がある。健康な労働人口が増えれば、カンボジア全体の経済に与える影響も大きいと考えられる。</p>
自立発展性（見込み）	(1) 政策・制度面	<p>1) 母子保健に関連するカ国の政策支援は、協力終了後も継続するか</p> <p>2) 関連規制、法制度は整備されているか、整備される予定か</p> <p>3) プロジェクトの実施重点地域以外への広がりを支援する政策や制度があるか</p>	<p>(1) カンボジア政府の保健戦略計画では助産師の技能レベルが十分でないという点と助産師の技能を改善するための研修の質が適切でない点と問題になっている。助産師の技能向上のための研修の質については、研修の内容の改訂もカンボジア政府としては今後取り組んでゆかなければならない課題の一つとして位置付けている。また、助産師はMDG4と5を達成するための極めて重要な存在と捉えられているが、それらの政策は本プロジェクトの終了後も継続される可能性が高い。</p> <p>(2) 中間レビューまでの段階で、「Guide to Individualized Midwifery Care for Normal Pregnancy and Birth」が作成され、助産トレーナーのための研修で活用されており、WHOと協力し、「Newborn Care Clinical Practice Guideline」のドラフトが作成され、保健省のMCHタスクフォースに提出され、現在承認待ちである。それらのガイドはカンボジア国の「Safe Motherhood Protocol」等の国家ガイドラインや、基準、制度を改善する影響があると思われる。ただし、コアトレーナーという概念は本プロジェクトが定義づけた新しいものであるため、今後コアトレーナーになるための要件とステップをより明確に定め、コアトレーナーになったトレーナーに何らかのインセンティブを提供することでコアトレーナー養成の効果が上がると考える。</p> <p>(3) 保健省にはMCHタスクフォースが存在し、定期的に母子保健の関係者で特定分野についての協議や意見を行っている。また、国のハイレベルタスクフォースも存在するため、それらの会合を活用し、本プロジェクトのモデル地域以外への経験の共有を行うことが考えられる。</p>
(2) 組織・財政面	<p>1) 実施機関は、協力終了後も活動を実施する組織能力、オーナーシップを有しているか</p> <p>2) 経常経費を含むカ国の予算措置は十分か</p> <p>3) 予算確保のための対策は十分か、将来予算が増える可能性はあるか</p>	<p>1) NMCHCに10名、コンボンチャム州アララ病院に2名コアトレーナーが育成されているため、それらの人材が今後のモデル州での活動において中心的役割を継続的に担うことが期待できる。また、研修の準備運営業務も多くの面においてNMCHCのスタッフが移行しつつあり、その能力が強化されてきている。そのため、それらの人材がプロジェクト終了後も何らかの形で活動を継続する可能性がある。</p> <p>2) NMCHC、コンボンチャム州アララ病院、コンボンチャム州保健局、コンボンチャムRTCともに年間の予算額の提示を求めたが、情報提供はしてもらえなかった。ただし、州レベルでは、Annual</p>	

			<p>Operation Plan と呼ばれる保健省への予算申請システムが存在し、将来的に州保健局が本研修の予算措置を講ずる可能性がある。</p> <p>3) NMCHC、コンボンチャム州レファラル病院、コンボンチャム州保健局、コンボンチャム RTC とともに予算確保のための対策について尋ねたが、将来増えてゆく可能性は高いようである。詳細情報は提供してもらえなかったため、判断が難しいが、いずれの組織も予算を拡充することに苦勞しているようである。そのため、将来の財務的な自立発展性の可能性はあるが、不透明でもある。</p> <p>(1) NMCHC ではすでに「根拠に基づき女性にやさしい助産ケア」が受け入れられており、コンボンチャム州レファラル病院でも受容されている。その考え方や技術レベルは適切であるというコメントを聞き取りを通じて多くの関係者から聞くことが出来た。また、モデル地域以外の地域でも本プロジェクトの概念が受容されるかについても質問した関係者全員が問題ないと回答している。そのため、本プロジェクトの技術移転の手法はカンボジア国に受容されると判断している。</p> <p>(2) 現在の主なプロジェクト対象地域はコンボンチャム地域であるが、それらは特別な地域ではなく、他のカンボジアの州で大差ない状況の州である。そのコンボンチャム州での研修実施が円滑に進められ、研修を受講した助産トレーナーからは自分の業務に反映させたい、学んだことを実践したいというコメントを受けている。そのため、本プロジェクトが提唱する概念をモデル地域以外に問題なく普及できると考える。ただし、その普及の実施方法については十分に検討する必要がある。</p> <p>自立発展性を阻害する大きな要因は見られない。ただし、以下の 2 点に今後留意してプロジェクトを進めるべきである。</p> <p>1) NMCHC 及び各州保健局は保健省と協議し、コンボンチャム地域内での根拠に基づき女性にやさしい助産ケアに係るトレーニングの州内での展開、さらに地域内での州への展開に必要な予算措置を継続して行う必要がある。</p> <p>2) NMCHC およびコンボンチャム州レファラル病院の主要関係者は多忙であるため、今後の活動においてスケジューリングを組む際に柔軟に調整する必要性が考えられる。</p>
(3) 技術面	<p>1) プロジェクトの技術移転の手法はカ国に受容されるか（技術レベル、組織の能力等）</p> <p>2) プロジェクト対象地域での取り組みは、他地域へ普及できる技術か、またそのメカニズムはプロジェクトに組み込まれているか</p>		
(4) その他	<p>1) 自立発展性を阻害するその他の要因はあるか</p>		

as of: 2012/7/1

カウンターパート配置

National Maternal and Child Health Center (NMCHC)

氏名	職位	プロジェクトにおける役割	当該機関における役割	研修
1 Tung Rathavy	Director of NMCHC	Project manager	病院部門・医師の管理、毎朝、医師カンファレンスを実施。カンボジアにおける母子保健、研修の全般を管理	2010年12月ブラジル研修
2 Keth Ly Sotha	Deputy Director of NMCHC Chef of Training Unit	プロジェクト活動全般の方針決定。カンボジアの母子保健政策への反映。		2010年CP研修 2010年12月ブラジル研修
3 Uong Sokhan	Vice chief of Training Unit	コアトレーナー、研修全体の実施運営の実務者リーダー、他州とのコーディネーション	NMCHC主催のカンボジア全国を対象とした研修計画、実施、スーパージョンの実施	2010年12月ブラジル研修
4 Suth Samean	Staff of Training Unit	コアトレーナー、研修全体の運営実施、ロジスティックの中心		
5 Khiev Rida	Staff of Training Unit	トレーナーとして研修をサポート		
6 Heng Ngim	Staff of Training Unit	トレーナーとして研修をサポート		
7 Po Chin Samuth	Chief of Maternity ward Training coordinator	コアトレーナー、主に研修における全体へのアドバイス	NMCHC内における院内教育、医学学生への教育を管理、医師トレーニングのトレーナー	
8 Pech Sothy	Vice chief of Delivery ward	コアトレーナーのリーダー、プロジェクトのコンセプトをよく理解し伝えることができる。臨床での実践ともにプロジェクトの活動全体を推進する中心的存在	医師トレーニングのトレーナー	2011年CP研修
9 Nuon Vesna	Staff of Gynecology	コアトレーナー、主に、NMCHCでの研修策定と実施に協力	臨床医として多忙	2011年CP研修
10 Chhay Sveng Cheaath	Director of Nursing division Training coordinator (CMA会長)	コアトレーナー、NMCHCの看護職に対する活動、助産師学生に対する教育を管理。助産ケアのコアを様々な機会を通して伝達している。	NMCHC内の看護職の管理、助産師学生への教育管理、保健センター助産師研修、CAC研修、新生児ケア研修トレーナー、CMA会長	2010年12月ブラジル
11 Oung Lida	Vice chief of nursing division Chief of Delivery ward Training coordinator (CMA副会長)	コアトレーナー、プロジェクトのコンセプトをよく理解しており自分で資料を作成し学会等あらゆる機会を通して外部へ伝えている。NMCHCの助産師への指導と実践、カンボジア全土の助産師への指導、プロジェクト活動全体を推進する中心的役割	分娩室を中心に看護職全体への教育、管理、保健センター助産師研修、CAC研修、新生児ケア研修トレーナー、CMA副会長	1999研修(大阪大学) 2010年研修(旭川医科大学) 2011年CP研修
12 Heng Thavy	Chief of OPD	コアトレーナー、助産ケアの実践では外来を中心に展開。母親学級を管理	外来における臨床指導や妊産婦教育の実施に関わる、保健センター助産師研修、CAC研修トレーナー、プロジェクト	2010年CP研修

NMCHC

13	Keo Vantha	Chief of Gynecology	Secondary Midwife	コアトレナー、外来での母親学級の実施、積極的に研修実施に関わっている。	保健センター助産師研修トレーナー、プリセプター、PMTCTカウンセラー	2010年CP研修
14	Chea Preymony	Vice chief of delivery ward	Secondary Midwife	コアトレナー、助産ケアの実践におけるモデル助産師。分娩棟・外来、又はスタディーリアーを通してNMCHC内、他州の助産師に理想の”助産ケア”を実践に見せることができる。	保健センター助産師研修トレーナー、PMTCTプログラムカウンセラー	2011年CP研修
15	Net Samrang	Staff of delivery ward	Doctor (Specialist)	ワークショップ参加後、Kg.Chamli向け研修トレーナー。次期戦力として期待できる。	臨床医として多忙	(2011年8月母乳研修、黒川医院)
16	Sar Lina	Team leader of delivery ward	Secondary Midwife	ワークショップ参加後、Kg.Chamli向け研修のトレーナー、スタディーリアーの実施。プロジェクトが目指す助産ケアの実践モデルとなり得る。	保健センター助産師研修トレーナー	2011年2月集団研修
17	Chhin Soknay	Team leader of maternity ward	Secondary Midwife	ワークショップ参加後、Kg.Chamli向け研修のトレーナー、NMCHCでの実践リーダー。研修実施に対して非常に積極的なトレーナーの一人。	保健センター助産師研修トレーナー	2011年2月集団研修
18	Bun Borom	Delivery ward staff	Secondary Midwife	ワークショップ参加後、Kg.Chamli向け研修のトレーナー、スタディーリアーの実施。助産ケアの実践は他スタッフへのモデルとなり得る。	保健センター助産師研修トレーナー	

### Kg. Cham Regional Training Center (RTC)

氏名	職位	プロジェクトにおける役割	当該機関における役割	研修
19 Pen Mardy	Director of RTC	プロジェクト管理会議、オリエンテーションワークショップなどを通してコンセプトを共有しプロジェクト全体の理解を深めた上でRTCの巻き込みに対し積極的。	Kg. Cham地域を管轄する医療従事者養成校の長。歯科医師。	研修
20 Houg Sarin	Chief of technical	プロジェクトと協力し、コフホンチヤムregionにおけるregional board meetingとtechnical board meetingを四半期毎に定期的に行い、卒前・卒後研修に関する情報共有を図っている。		
21 Heng Huy Leang	Chief of midwifery unit	プロジェクト管理会議等の参加を通しコンセプトを伝え、今後プロジェクト活動にかかわっていく予定		

### Kg. Cham Provincial Health Department (PHD)

氏名	職位	プロジェクトにおける役割	当該機関における役割	研修
22 Kim Sour Phirun	Director of PHD		コンポンチヤム州における保健医療の企画立案実施など、一手に引き受ける	研修

23	Vu Savuth	Deputy Director of PHD	Doctor	プロジェクトコンセンサスを共有し、コンポンチャム州内での活動推進の主体	MCH担当の副保健局長
23	Taing Bunsreng	Chief of PHD-MCH	Doctor		MCH担当官
23	Nara	Vice Chief of PHD-MCH	Midwife		MCH副担当官。実質的なCP。

### Kg. Cham Provincial Referral Hospital (PRH)

	氏名	職位		プロジェクトにおける役割	当該機関における役割	研修
24	Meas Chea	Director of hospital Deputy director of PHD	Doctor (Assistant professor)	コンセンサスを理解し、コンポンチャム州立病院での実践、州内へ推進		2011年集団研修
25	Ouk Varang	Chief of Maternity ward	Doctor	トレーナー、ワークショップ参加後、コンセプトをよく理解し州立病院での実践をリード、州立病院スタッフ、Kg.Cham州内または他州へ向けた研修のリーダーとなる。	新生児ケア研修トレーナー	
26	Yong Lengpheap	Chief midwife of maternity ward	Secondary Midwife	トレーナー、ワークショップ参加後、医長と共に州立病院での実践をリード、助産ケアをよく理解し実践が期待できる。州立病院スタッフ、Kg.Cham州内または他州へ向けた研修の中心となる。	新生児ケア研修トレーナー、RTC講師	

**Trainer's training development team=コアトレーナー:**プロジェクトに関わる研修のコアトレーナーとして、”Guide to Individualized Midwifery Care for Normal Pregnancy and Birth”の開発、助産トレーナーへの研修策定、計画から実施、モニタリングを行う。

**CAC研修** =Comprehensive Abortion Care 研修

**PMTCT** =preventing mother to child transmission

**CMA** = Cambodia Midwife Association カンボジア助産師協会

**投入実績表(日本人専門家派遣)**

JFY	専門家氏名	指導分野	派遣期間			M/M	派遣前の所属	種別
				～				
JFY2009	小山内泰代	チーフアドバイザー／助産士	2010/3/7	～	2012/8/11	12.00	NCGM	長期
	野口真貴子	助産能力調査	2010/3/14	～	2010/3/28	0.50	東京女子医科大学	短期
	石嶋忠行	業務調整/研修管理	2010/3/24	～	2013/3/23	12.00	VSOC	長期
JFY2010	三砂ちづる	根拠に基づいた助産ケア	2010/4/20	～	2010/4/28	0.25	津田塾大学	短期
	松岡貞利	研修体制強化	2010/5/24	～	2010/8/31	3.25	無し	短期
	松井三明	根拠に基づいた産科医療と 出産ケア	2010/8/9	～	2010/8/22	0.50	NCGM	短期
	小長井祥子	妊産婦新生児ケア	2010/9/27	～	2010/11/21	2.00	無し	短期
	堀越洋一	組織開発	2011/2/1	～	2011/2/12	0.25	NCGM	短期
	松井三明	プロジェクトデザイン	2011/2/1	～	2011/2/12	0.25	NCGM	短期
	川口みどり	助産の質改善	2011/2/21	～	2011/3/19	1.00	HANDS	短期
JFY2011	小長井祥子	妊産婦ケア	2011/6/22	～	2011/7/14	0.75	無し	短期
	川口みどり	助産能力強化	2011/9/2	～	2012/9/2	12.00	HANDS	長期
	田中由美子	助産研修	2011/12/26	～	2012/4/7	3.50	NCGM	短期
	西野るり子	根拠に基づいた医療	2012/1/9	～	2012/2/25	1.50	財団法人全日本 労働福祉協会	短期
	竹内正人	根拠に基づいたケア	2012/2/19	～	2012/2/25	0.25	東峰ヒューマンイズ ドケアセンター	短期
	三砂ちづる	母子保健疫学	2012/2/18	～	2012/2/25	0.25	津田塾大学	短期
JFY2012	伊藤智朗	新生児医療	2012/4/23	～	2012/6/1	1.25	NCGM	短期
	小長井祥子	根拠に基づいたケア	2012/6/3	～	2012/7/28	2.75	無し	短期 派遣中
	堀越洋一	研修システム開発	2012/6/25	～	2012/7/27	1.00	NCGM	短期 派遣中

本邦研修

年度	2010	2011	2012	2012(予定)
コース名称	①根拠に基づいた産科医療 ②助産分野の産・出生ケアの改善	根拠に基づいた妊娠と出産ケア	MANAGEMENT OF MATERNAL CARE (OBSTETRICS AND GYNECOLOGY)	根拠に基づいた妊娠と出産ケア
研修員	計4名 ①医師2名 Assist Prof.Keth LySotha カンボジア国立母子 保健センター 副センター長(現教授) Assist Prof.Hy Soryaphea 同 産科病棟部長(現副センター長、教授) ②助産師2名 KeoVantha 同 婦人科病棟棟師長 Heng Thavy 同 外来師長	計4名 ① 医師2名 Assist Prof.Pech Sothy カンボジア国立母子保健センター 分娩室 副医長 Nuon Veasna 同 婦人科医師 ② 助産師2名 OUNG Lida 同 分娩室師長 CHEA Preymony 同 分娩室チームリ ダー	計2名 ・Professor Kruly Leang Sim Under Secretary of State/ Secretary General of SCGO, Ministry of Health of Cambodia ・Professor Koum Kanal Advisor of Ministry of Health of Cambodia/Chief of Obstetrics and Gynecology society in Cambodia	計6名 ① 医師3名 Assist Prof. Uong Sokhan カンボジア国立母子保健センター 研修 部副部長 Ouk Varang コンポンチャム州病院 産科医長 ? 未定 ② 助産師3名 Suth Sam En カンボジア国立母子保健センター 研修 部助産師 Yon Lengpheap コンポンチャム州病院分娩室師長 ? 未定
日程	①2010年8月22日～9月4日(2週間) ②2010年8月22日～10月23日(9週間)	① 2011年7月20日～8月6日(2.5週間) ② 2011年7月20日～8月27日(5.5週間)	2012年4月11日～18日(1週間)	①2012年10月21日～11月10日(3週間) ②2012年10月21日～12月1日(6週間)
研修目標	①根拠に基づいた産科医療 ・出産の生理学的プロセスを尊重するために求 められる産科医の役割を考える ②出産・出生ケアの改善 ・妊娠・出産の生理学的プロセスと、それを尊 重するために必要とされる助産ケアの実際を 知る。 ・助産ケアをカンボジアに適用する方策を考え る。	① 根拠に基づいた妊娠/出産ケアの核と なる概念である女性中心のケアの考え方を 理解する ② 国立母子保健センターにおける根拠に 基づいた妊娠/出産ケア提供のための自分 自身の役割を考える ③ 同上 1. 2. 同上 3. 根拠に基づいた妊娠/出産ケアのコン セプトが、実践の場で、どのように実現され ているのかを知る	1.Participation in the Annual Congress of Japan Society of Obstetrics and Gynecology from 13 to 15 April 2012 at Kobe 2.Observation and discussion of daily clinical activities in University Hospital	① 1.根拠に基づいた妊娠/出産ケアの核と なる概念である女性中心のケアの考え 方を理解する 2.根拠に基づいた妊娠/出産ケア提供の 為の自分自身の役割を考える 3.ケア提供者の基本である“学び方を学 ぶ”生涯学習方法を習得する ②同上 1.根拠に基づいた妊娠/出産ケアのコン セプトが、実践の場で、どのように実現さ れているのかを知る 2.助産アセスメントを用い、ケアの対象を 通じた学び方を実践する

第三国研修

年度	2010
参加者	Prof.Kanal KOUM カンボジア国立母子保健センター センター長(現保健省アドバイザー) Lysotha KETH 同 副センター長(現教授) Rathavy TUNG 同 副センター長(現センター長、教授) Sokhan UONG 同 研修部副部長 Svengcheaath CHHAY 同 看護部長 Yasuyo OSANAI プロジェクトチーフアドバイザー
日程	①短期コース 2012年11月24日～12月5日 ②長期コース 2012年11月24日～12月12日
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各参加者は、ブラジルの保健従事者が女性の産む力とベビーマの生まれる力をどのように尊重し、サポートしているかを理解する。</li> <li>・各参加者は、カンボジアでの理想的な質の高い出産と出生のケアについて検討する。</li> </ul>
期待される成果	各参加者は、 <ul style="list-style-type: none"> <li>・根拠に基づいたケアの実践への適応を知る</li> <li>・人間的な出産と出生を実施するための過程を知る</li> <li>・人間的なケア実践による、ケア提供者と利用者双方の効果を知る</li> <li>・ブラジルとマダガスカルの人間の出産と出生の経験と歴史を知る</li> <li>・カンボジアでの人間的ケアの将来的な適応について討議する(短期コース)</li> <li>・人間的ケアの政策への適応を知る(長期コース)</li> <li>・人間的な出産と出生の技術を経験する</li> <li>・将来のトレーナーとして必要なスキルと態度を身につける</li> <li>・第3回 人間的出産カンファレンス参加(ブラジル)</li> <li>・ソフィアフェルドマン病院Sofia Feldman Hospital(ペロオリゾンチ)</li> </ul>
訪問先	
投入経費	<b>\$40,695-</b>

供与機材リスト: 分娩キット

2010年度 (delivered in OCT & NOV, 2011)

施設	タイプ	D. Kit	Sphy & Steth	供与日	配布数	
PP	NH	20	2	2011/10/27		
Kg. Cham	Chamkar Leu RH	CPA1	2	2011/10/27	601	
	Choeung Prey	CPA1	3	2011/10/27	575	
	Kg. Cham PRH	CPA3	14	2011/10/27	3,281	
	Kroch Chhmar	CPA1	2	2011/10/27	281	
	Memut RH	CPA2	3	2011/10/27	1,033	
	Ou Reang Ov	CPA1	2	2011/10/27	171	
	Ponhea Krek RH	CPA1	2	2011/10/27	376	
	Prey Chhor	CPA1	2	2011/10/27	231	
	Srey Santhor	CPA1	2	2011/10/27	241	
	Tbong Khmum	CPA2	4	2011/10/27	610	
	Prek Kak	MPA	1	2011/10/27	74	
	Chong Cheach	MPA	1	2011/10/27	541	
	Dar	MPA	1	2011/10/27	178	
	Prek Rumdeng	MPA	1	2011/10/27	216	
	Phaav	MPA	1	2011/10/27	409	
	Me Sar Chrey	MPA	1	2011/10/27	325	
	Krouch	MPA	1	2011/10/27	184	
	Batheay	MPA	2	2011/10/27	0	
	Rok Pou Pram II	MPA	1	2011/10/27	322	
	Veal Vong HC	MPA	1	2011/10/27	9	
	Boeng Kak HC	MPA	1	2011/10/27	0	
	sub-total		48	23		
	Kg. Thom	Baray-Santuk	CPA2	3	2011/9/18	363
Kg. Thom PRH		CPA3	7	2011/9/18	1,116	
Kg. Thom HC		MPA	0	2011/9/18	0	
Stong		CPA2	5	2011/9/18	740	
Treal		MPA	2	2011/9/18	204	
Pralay		MPA	2	2011/9/18	81	
Mean Chey		MPA	2	2011/9/18	156	
Tang Krasaing		MPA	2	2011/9/18	418	
sub-total			23	7		3,078

施設	タイプ	D. Kit	Sphy & Steth
Prey Veng	Kamchay Mear	CPA2	3
	Kampong Trabek	CPA2	3
	Mesang	CPA1	3
	Neak Loeung	CPA2	3
	Peareang	CPA2	3
	Preah Sdach	CPA1	3
	Prey Veng PRH	CPA3	5
	Svay Antor	MPA	2
	Kranchreach	MPA	2
	Cheung Phnom	MPA	2
	Prey Pon	MPA	2
sub-total		31	11
Svay Rieng	Chi Phu	CPA1	3
	Romeas Hek	CPA2	3
	Svay Rieng PRH	CPA3	10
	Svay Rieng HC	MPA	0
	Krasaing	MPA	2
	Kruos	MPA	2
	Mesarthngork	MPA	2
	Chrey Thom	MPA	2
	Chantrey	MPA	2
	Nhor	MPA	2
	sub-total		28

Grand Total 150 SET

**平成22年度 在外事業強化費**

区分	4月分	5月分	6月分	7月分	8月分	9月分	10月分	11月分	12月分	1月分	2月分	3月分
(投入要素)在外事業強化費	2,428	2,341	7,685	10,365	10,013	14,622	5,532	17,786	10,538	7,409	8,234	25,634
(費用項目)												
<I07> 一般業務費	390	1,286	1,400	4,955	3,137	9,683	1,542	5,915	6,246	2,038	1,254	13,671
<A01> 航空費	0	0	1,708	0	1,405	0	170	0	180	0	0	0
<B01> 旅費(航空費以外)	537	0	2,118	3,219	1,922	1,503	358	7,210	324	1,364	810	8,565
<H03> 謝金・報酬(スタッフ以外)	1,501	1,055	2,459	2,134	3,429	3,436	3,398	4,646	3,788	4,007	6,170	3,398
<G05> 業務契約(ローカルコンサル)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<G04> 業務契約(ローカルNGO)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<G08> 業務契約	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<I02> 会議費	0	0	0	57	120	0	64	15	0	0	0	0
<> 通貨振替	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
各月計	2,428	2,341	7,685	10,365	10,013	14,622	5,532	17,786	10,538	7,409	8,234	25,634
各四半期計	12,454			35,000			33,856			41,277		
総計	<b>122,587</b>											



## 8. 関係者への質問調査結果

カンボジア国「助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト」中間レビュー調査

関係者への質問調査結果

面談番号 1.

訪問先/ 面談対象	カンボジア国「助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト」 専門家
日時	7月23日：9:30-11:00
面談者	小山内泰代チーフアドバイザー/助産ケア
同席者	金澤祥子 JICA カンボジア事務所所員、江上由里子次期チーフアドバイザー/母子保健
調査団	中西政文
入手資料	プロジェクトパンフレット（和文、英文、クメール語）、Guide to Individualized Midwifery Care for Normal Pregnancy and Birth（英語版）、Skills Lab Equipment-A Practical Guide (DVD)

### (1) 本プロジェクトの進捗状況と成果

- ・本プロジェクトの貢献要因と阻害要因について以下の意見が挙げられた。

プロジェクトの 貢献要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カウンターパートのコアメンバーによるプロジェクトの重要コンセプトに関する理解の促進が進んでいる。</li> <li>・カウンターパートに知識意欲のある人が多い。（特にNMCHCは国のトップレベルの機関であるという意識がある。）</li> <li>・もともとNMCHCの研修部は様々な研修を実施してきているため、それを支援する形でワークショップの計画・実施が可能である。</li> <li>・川口専門家の赴任により州レベルでの活動が今後促進される見込み。</li> <li>・ローカルスタッフを新たに数名雇用し、今後その中で医師資格をもっているスタッフをコンポンチャム州に常駐させる予定。</li> </ul>
プロジェクトの 阻害要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コンポンチャム州でのワークショップ実施の仕組みづくりが整備されてきているが、まだ完全に出来上がったとは言えない。</li> <li>・情報や知識の元となる場所が設置されていないため、今後知識の循環がされにくくなり、プロジェクトの実施や持続性に何らかの影響が出る可能性がある。</li> </ul>

- ・現状を踏まえ、基本的に本プロジェクトの目標は達成できると見込んでいるが、何をどこまで行うかは今回協議する必要があると考えている。
- ・成果4の活動は遅れ気味である。

- ・全国展開の詳細計画はまだ策定されていないため、今後早い時期で計画を立てる必要がある。
- ・州レベルの **Technical Working Group** に出席できている。
- ・今後ガイドラインを定期的にアップデートしていく作業が必要になっていくだろう。
- ・国の **Safe Motherhood** のガイドラインはあるが、実施者レベルで使えるようにガイドを作成したので、国が作成したガイドラインと併せて使用することが可能な内容になっている。
- ・プロジェクト初期の頃の日本人長期専門家の不在は、現在のプロジェクトの進捗状況と影響している可能性がある。
- ・現在のプロジェクトのローカルスタッフの内訳は以下の通りとなる。
  - 1) 技術系スタッフ：3名
  - 2) 事務系スタッフ：2名
  - 3) ドライバー：2名（ドライバーにも事務作業の補佐をさせている。）

#### (2) 中間レビューに合わせたデータ収集の結果と分析

- ・予想以上に成果が指標となって表れてきている。
- ・データ取得のターゲットは病院の産婦人科病棟にした。
- ・プロジェクトの成果は特にワークショップの実施回数とカバーできた受講生の人数に表れている。
- ・しかし、今後も **NMCHC** のスタッフの強化が必要と判断している。

#### (3) 本プロジェクトの成果や変更

- ・プロジェクトによる変化として、良い実践をしている助産師が周りから認められるようになり、ワークショップで伝えているコンセプトや技術が定着し始めている。
- ・州レベルは良いケアについての認識が高まってきており、以前より妊婦の状況をよく見るようになってきている。
- ・**NMCHC** では10名のコアトレーナーが育成された。
- ・コンポンチャム州では2名のコアトレーナーが育成された。

#### (4) ワークショップ

- ・毎回事前にカウンターパートと企画会議を行っている。
- ・モニタリングは特にシステムチェックには行っていないが、プレ/ポストテストを必ず行っている。また毎回のワークショップ終了後にレビューミーティングを行っているので、そこで振り返りを行い、改善すべき点を改善している。

(5) これまでの活動から得た教訓

- ・投入と予算によって残り期間の活動内容が決まるため、そこも今回精査する必要がある。
- ・ワークショップやスタディツアーを州で行うか、NMCHC に招いて行うかでそれにかかる作業の量が変わってくるため、そこも念頭に今後の活動計画を検討したい。

(6) 本プロジェクトによる波及効果

- ・プロジェクトの活動内容や成果は女性の社会的な役割のプロモーション等につながる可能性はある。

(7) 院内感染について

- ・NMCHC 院内で起きた院内感染はプロジェクトにも大きな影響を与えている。
- ・本プロジェクトとしては現在、検査内容をパスツール研究所に送ってモニタリングを行っている。(NMCHC には検査を行う技術的なキャパシティがない。) プロジェクトとしてもそれ以上の介入は難しいが、新生児室ガイドづくり等の活動を加えることが可能と考えている。
- ・NMCHC 内に院内感染の対策チームが存在しているが、うまく機能していない。
- ・NMCHC の院長レベルで対策にあたっており、その対処が効果を上げている。

(8) その他の留意点

- ・現在、本プロジェクトから必要最低限の日当宿泊をコアトレーナー等に支払っているが、今後全国展開をしたときにその条件がどのように影響するかについては不明である。

面談番号 2

訪問先/ 面談対象	NMCHC、Administration Unit
日時	7月23日：11:00-11:40
面談者	Mr. MA. Huot Khom : Chief of Administration Unit、Vice Chief of National Workshop Team)
同席者	石嶋忠行 専門家
調査団	中西政文
入手資料	なし

(1) 基本的な役割と機能

- ・Khom 氏の部署は Administration、General Affair、エンジニアリングの3つを主な業務としている。
- ・機材の維持管理をする担当者が3名いる。

- ・医療機材の維持管理は国のガイドラインに沿って行っている。
- ・モニタリング・評価を3つのグループ（グループ A、グループ B、グループ C）に分類し、定期的に医療機材の状況を確認している。（おおよそ3-4か月に1回確認を行っている。）
- ・医療機材の状態は、①ユーザーによる使用状況（使用頻度）と、②機材そのものの状況の2種類に分けられる。
- ・それぞれの項目の状態をABCの3つのレベルで確認を行っている。
- ・企業と機材の維持管理について契約を結んで内容についてサポートをしてもらっていた。

### (2) 医療機材メンテナンスの課題点

- ・技術レベルの高い機材は維持管理が困難である。
- ・スペアパーツがカンボジア国内にない場合が多い。
- ・維持管理をするための職員の知識が不足している。

### (3) 今後の展開

- ・MEDEM2と呼ばれる機材の維持管理能力改善のためのプロジェクトがあり、仕組みが確立されている。（MEDEM2については日本人専門家を通じてJICAによる支援が行われている。）
- ・National Workshop Teamが存在し、機材の維持管理を中心的に実施し、職員への指導なども行っている。（州レベルの担当者に直接指導を行うこともある。）
- ・MEDEM2（JICAの支援によって実施されているカンボジア王国レファラル病院における医療機材管理強化プロジェクト、実施機関は2009年7月から2014年6月の5年間で、CPA3と呼ばれる州レベルの維持管理強化から、CPA2と呼ばれる郡レベルの維持管理能力の向上までを目指している。）
- ・対処方針会議で配布した今後の展開案の中に8州という表現があったが、そのうちの4週はモデル州を指し、残りの4州はストウンレン州、モンドルキリ州、ラタナキリ州、クラチエ州を指し、それらを含めて8州と表現している。

### 面談番号 3

訪問先/ 面談対象	保健省人材育成部
日時	7月23日：15:00-16:30
面談者	Dr. Phom Samsong：人材育成部 副部長
同席者	Mr. Sam Vuthy：通訳
調査団	中西政文
入手資料	なし

(1) 保健省人材育成部の基本方針と基本情報

- ・保健省の保健戦略計画の中に助産師の数の増加と地方の助産師の能力強化が記されており、重要な位置づけとされている。
- ・ヘルスセンターレベルでは、政府が保健医療関係の学生に対し、就学を終えた後は自分たちの出身地に戻り、仕事に就くよう方針として打ち出し、勧めているが、実際にはそのような人材の流れにはなっていない。
- ・保健省人材育成部は州の地方看護・助産学校（RTC）に対し、技術的かつ資金的な支援を行っている。

(2) 母子保健分野の人材確保に関する課題

- ・国家試験に学生が簡単に合格できている状況でないため、助産師の数を毎年増やしていくことは容易ではない。
- ・プリセプターを余計な業務と捉えてしまう関係者が多いため、十分な数のプリセプターを確保するのが難しい。

(3) 本プロジェクトに関する認識

- ・本プロジェクトのアプローチは効果的であると考えている。助産師の能力強化を行うことで妊婦や乳幼児の死亡率が下がることにつながるため、両面において保健省の政策と合致している。
- ・本プロジェクトによってもたらされた変化は医療従事者にとって非常に良いと考えている。例えば、助産師が妊婦に対して使う言葉づかいなどが変わったと認識している。プロジェクトが掲げている概念は根拠に基づくものとなっているため、関係者も納得しやすいし、全国の助産師に推奨されるべき概念と考えている。

(4) 本プロジェクトの貢献要因と阻害要因

- ・本プロジェクトの貢献要因と阻害要因について以下の意見が挙げられた。

プロジェクトの 貢献要因	<ul style="list-style-type: none"><li>・プロジェクトの関係者全員が協力し合っていることが、プロジェクトがこれまでうまく進んできた要因でないか。</li><li>・理論と練習を組み合わせた研修内容が効果を上げているのではないか。</li><li>・母子と胎児の自然な力を使った自然な分娩は考え方として新しいので、今後この概念を学ぶ助産トレーナーや助産師にとって良い刺激となるだろう。</li></ul>
プロジェクトの 阻害要因	<ul style="list-style-type: none"><li>・保健省 HRDD と州保健局がもっと協力関係を強化すべき。</li><li>・全国の RTC の中でコンポンチャムが一番能力が高いと思うが、職員の能力強化は今後も継続的に必要と考えている。特にマネジメント</li></ul>

	<p>能力に欠けている部分が多い。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の数の不足は大きな問題である。</li> <li>・教える職に対する給与が低いため、応募者が少ないことも問題である。</li> <li>・ワークショップのトレーナーに対する金銭的なインセンティブが弱い。例えばプライベートクリニックで勤務すれば、1時間に14ドル程度の収入になるのに対し、ワークショップ講師へのインセンティブは少ないと言わざるを得ない。</li> </ul>
--	--

(5) 本プロジェクトへの人材投入

- ・これまでのところ、本プロジェクトの担当者には決めていない。そのため、時と場合によって、活動に参加しモニターする職員を決めている。今後もこのような体制は継続される予定である。(本プロジェクトに対して追加で人材を投入し、支援体制を強化する計画はない。)

(6) ワークショップのモニタリング体制

- ・Dr. Samsung 自らが RTC によって実施されているワークショップの品質管理を行っている。

(7) RTC の予算

- ・MOH と RTC の予算は Health Sector Support Program (HSSP)2 にプールされた資金から拠出されている。そのため、RTC の予算額を上げることは容易なことではない。

(8) 今後の活動への提言

- ・州レベルの RTC と州保健局の連携が強化されれば、本プロジェクトももっと円滑に推進されると考えている。現在では上記の 2 機関の連携はほとんどない。彼らの間で委員会を設置するなどして、会合を定期的に開くべきだ。それによって必要な情報共有や意見交換が行われるようになるであろう。
- ・これまでの活動内容を踏まえ、残り期間と対象者、期待される成果を考えると活動地域が広すぎると思える。十分な検討が必要ではないか。

面談番号 4

訪問先/ 面談対象	NMCHC、分娩室
日時	7月24日：9:00-11:00
面談者	Dr. Pech Sothy：分娩室 副師長、コアトレーナー

同席者	Mr. Sam Vuthy : 通訳
調査団	中西政文
入手資料	なし

### (1) 通常業務の責務

- ・現在の役職には5年前に就任した。
- ・院内に5つのチームが存在し、それぞれのタスクを行っているが、その中の一つのチームのタスクメンバーにも任命されている。
- ・本プロジェクトの中では、コアトレーナーとしてだけでなく、ワークショップの計画立案への参画や、ワークショップの内容の品質管理も行うなど、積極的にプロジェクトに関与している。

### (2) 本プロジェクトへの認識と成果

- ・本プロジェクトは現在まで円滑に実施されてきており、カンボジア側にとって重要なプロジェクトとなっている。(スタディツアーやワークショップ、オリエンテーションワークショップなどが複数回行われてきている。)
- ・これまで大きな変化を NMCHC 内で確認できている。技術的にも妊婦への態度についても変化が見られている。1回のワークショップに15名までしか参加できないのが残念である。
- ・危険で効果がないケアは NMCHC 内では減少してきていると認識している。
- ・かつては正常な分娩とは何かについての知識がなかったが、日本での研修に参加したことで、それについての認識が深まった。
- ・ワークショップの事前と事後テストの結果を比較すると知識面で大きな変化が出ていることが確認できた。

### (3) 本プロジェクトの貢献要因と阻害要因

- ・本プロジェクトの貢献要因と阻害要因について以下の意見が挙げられた。

プロジェクトの 貢献要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プロジェクトの活動は参加型のアプローチによって立案され、明確な計画に沿って実施されている。</li> <li>・コアトレーナーや JICA 専門家、が協力し合ってプロジェクトを実施している。</li> <li>・NMCHC だけでなく、助産トレーナーや助産師に新しい考え方をもたらしたため、関係者にとって良い刺激となっている。</li> <li>・日本人専門家やプロジェクトの主要メンバーはワークショップで提唱していることを実践するように積極的に勧めている。</li> </ul>
-----------------	--

プロジェクトの 阻害要因	・コアトレーナーは通常業務で忙しく、プロジェクトに深くかかわる 時間が十分でない。
-----------------	--

#### (4) 本プロジェクト内での役割

- ・コアトレーナーとしてワークショップの講師を務めている。
- ・他のコアトレーナーにアドバイスをすることもある。
- ・ガイドブックの改訂を行っている。
- ・ワークショップの計画づくりに参画している。(参加するコアトレーナーの役割分担を JICA 専門家と一緒に検討する。また、RTC のディレクターに、ワークショップへの参加者の確認等を行う。
- ・ロジスティクスは JICA プロジェクトチームが主導で行ってきているが、共同で準備等を行っている。

#### (5) ワークショップについて

- ・現在 NMCHC には 10 名のコアトレーナーがいる。研修部の部長もかかわっている。
- ・スタディツアーはコンポンチャム州の助産トレーナーを NMCHC に招いて行い、正常分娩がいかに行われているかを見せて理解してもらうことが主な内容になっている。
- ・ワークショップの品質管理の方法として、毎日のワークショップ実施後に振り返りを行い、反省点を翌日の内容または次回実施時に生かせるように心がけている。
- ・コアトレーナーになるためには、以下の要素が必要と考えている。
  - 1) 通常業務に熱心に取り組んでいる。
  - 2) 分娩に関して、知識と経験が豊富である。
  - 3) プロジェクトのために働きたいという強い意志がある。
  - 4) 新しいことを学びたいという意欲がある。
- ・ワークショップの内容については特に変更をする必要はないが、(これまで毎回、振り返りを行い、内容の修正してきているので、問題ない。) もう少し短くすることも可能と考えている。
- ・ワークショップマニュアルは使いやすく、内容も適切であるため、変更の必要なし。
- ・ガイドラインについても現時点では変更の必要はないと考えている。

#### (6) 今後の展開に対する意見

- ・コンポンチャム以外の地域の RTC や州病院は場所によって、高いレベルの活動実施能力がある場合とそうでない場合がある (バツンバン、シエムリアップ、カンダー、タケオ州などは能力が高く、ストゥントレン、ラタナキリ、モンドルキリ、ボサ、ココン、カチェなどは州の関連組織の能力が低いとみなされている。)

- ・1回のワークショップに15名以上参加させても質に大きな変化はないと思っている。そのため、今後の活動計画の内容によっては許容人数を変更して考えるのも方法である。
- ・NMCHCはロジスティクスや作業などの非財務的な支援な今後もより積極的に行う意思はあるが、財務的には支援は難しい。予算額も毎年ほぼ決まってしまうので、変更するのは難しい。

面談番号 5

訪問先/ 面談対象	NMCHC、産科病棟
日時	7月24日：11:00-12:30
面談者	Dr. Po Chin Samut, Head of Maternity Ward, Consultant of training, コアトレーナー, Head of a task team, Instructor at medical public university
同席者	Mr. Sam Vuthy：通訳
調査団	中西政文
入手資料	なし

(1) 面談者についての基礎情報と本プロジェクトへの理解

- ・現在の役職には2年前に就任した。
- ・NMCHCのゴールは妊婦と乳幼児の死亡率を下げることを目標としている。
- ・一人の出産を成功させると政府から約15ドルのインセンティブが保健施設に補助される制度がある。(カンボジアのどの保健施設でも同様)
- ・以前と比べて妊婦が自分のスケジュールや都合、信条なども基づいて出産に関する自己主張をすることが増えてきている。その内容は必ずしも本プロジェクトが推奨する内容と合致しないことがあるため、それらの妊婦に対して考え方を理解してもらうことが難しいこともある。(時には早く出産を終わらせたい場合や、特定の日に出産したいなどの希望がある。)

(2) 本プロジェクトの貢献要因と阻害要因

- ・本プロジェクトの貢献要因と阻害要因について以下の意見が挙げられた。

プロジェクトの 貢献要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プロジェクトの活動内容や成果、目標が、保健省の政策と合致している。</li> <li>・NMCHCは保健省の政策に沿って事業を運営しているため、本プロジェクトの活動は良いことである。</li> <li>・NMCHCの職員は本プロジェクトへの協力をする意思がある。</li> <li>・NMCHCの上部の職員は本プロジェクトが推奨している概念をよく理解している。</li> </ul>
-----------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・政府が主催する研修事業などに加わるよりも、JICA が実施している事業の方が財務的に確実性があり、良いと考えている。</li> </ul>
プロジェクトの 阻害要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本プロジェクトにかかわっている職員はすでに通常業務は他のプロジェクトなどをたくさん抱えており、十分な時間が取りにくい。</li> <li>・JICA による職員レベルに対する財務的な支援は十分ではない。(インセンティブが低い)</li> <li>・NMCHC の職員の中には本プロジェクトが推奨している概念について理解していない者がまだ多い。(特に下部レベルの職員)</li> <li>・コアトレーナーの中には上司から任命された者もあり、必ずしも 100 パーセント本プロジェクトにかかわることに積極的ではない者もいる。</li> </ul>

### (3) 本プロジェクトでの役割

- ・コアトレーナーとしてのワークショップへの参加
- ・TOT メンバーへの技術的な支援の提供
- ・毎週火曜日の朝の JICA プロジェクトチームとの会合への出席

### (4) ワークショップについて

- ・当初は本プロジェクトが提唱する概念に対する理解が難しかったが、現在ではよく理解できている。
- ・WHO と JICA が推奨している概念や方法を尊重して通常の診察等を行っているが、2 つの機関が推奨する内容に多少の違いがある。例えば、4 時間以上かかるような出産に関する考え方が異なっている。(Partograph を使用するかどうかなど) そのため、現在ではそのような違いを含めてできるだけ両機関が推奨する内容を踏襲できるよう融合した形での対応をしている。
- ・NMCHC と州レベルの関係者では本プロジェクトが提唱している概念等に関する理解の度合いが異なっている。(NMCHC の方が理解の程度が高い。)
- ・現在使用しているワークショップのマニュアルについては特に修正の必要はないが、以下の強みと弱みが挙げられる。

強み	弱み
<ul style="list-style-type: none"> <li>・内容は良い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ワークショップで伝えられる内容について州レベルの助産トレーナーや助産師が後日参照をするための十分な数のマニュアルが配布されていない。</li> </ul>

(5) コアトレーナーの資質

- ・コアトレーナーをリクルートする際には以下の資質が必要と考えている。
  - (ア) 日々の業務についてのパフォーマンスが良い。
  - (イ) 患者や妊婦に奉仕するという気持ちを持っている。
  - (ウ) 給与レベルがある程度高い。(低いと午後のプライベート施設での診察ができない場合、給与が下がってしまい、生活に影響が出る。)

(6) 院内感染について

- ・院内感染対策のチームのメンバーとなって対処してきており、現在ではようやく院内感染が収まってきている。
- ・手洗いやマスクの使用、こまめな服の交換、新鮮の食事の摂取などを励行し、効果を上げてきている。(部屋の前に手洗い用の容器を置くなどの工夫をしている。)
- ・一方で、地方から来る患者や妊婦、その家族は都会の人たちと衛生観念が異なり、指導が難しいことも多く、現状の人員と設備と院内感染を完全にコントロールするのは難しいと考えている。
- ・貧血の場合、輸血が必要とされるが、輸血も感染源のひとつとなっている。
- ・院内感染対策についての委員会があるので、そこで協議を続けていくが、院内感染対策を徹底して行うにはそのための予算が必要と判断している。(マスク、アルコール、消毒用の部屋の確保等)

(7) 今後の展開に対する意見

- ・これまでのコンポンチャム州での活動については JICA の関与と支援が非常に強かった。しかし、今後もし全国展開を行うのであれば、同じ程度で JICA が支援してくるのかわどうか不明である。その点で今後の活動が円滑に進むかどうかは十分に検討する必要がある。
- ・今後はコンポンチャム州以外の地域や州での活動が増えるが、NMCHC として関与できる人材は基本的に現在のままかあまり変わらない見込みである。その点から現在の人員で今後の全国規模での活動が行うのは難しいと考える。
- ・NMCHC 内の研修用の部屋が不足しており、プロジェクターなどの機器も古くなってきている。
- ・ワークショップで学んだことが実践されているかどうかをフォローアップすることが重要である。自分の場合は、ワークショップを受けた助産師の中で自分の部下として勤務している者については日々、学んだことが実践できているか確認している。

面談番号 6

訪問先/ 面談対象	NMCHC、分娩室
日時	7月24日：14:30-16:30
面談者	Ms. Oung Lida：分娩室師長、コアトレーナー
同席者	Mr. Sam Vuthy：通訳
調査団	中西政文
入手資料	なし

(1) 通常業務の責務と面談者の基礎情報

- ・現在の職務には 2010 年に就任した。
- ・コアトレーナーのほかに、感染対策の担当や、母乳促進の担当も行っている。
- ・産科には現在、16 名の助産師が勤務しており、4 名の新しい助産師が近く配属される予定になっている。
- ・現在 Delivery Ward には 2 名のコアトレーナーがいる。(助産師 1 名、医師 1 名)

(2) プロジェクトに関する認識

- ・プロジェクトのタイトルを最初に聞いたときは嬉しかった。内容についても満足している。
- ・自分自身は日本で研修を受けたことで本プロジェクトが提唱する概念やその実践方法についての理解が深まった。
- ・他の助産トレーナーや助産師にも良い影響が出ており、成果が見え始めている。かつては、助産師は妊婦の気持ちなどに十分な配慮をしていなかった。
- ・最初は難しかったが、今では自分もプロジェクトが基本としている概念を十分に理解できている。その過程の中で、日本人専門家にはかなりサポートを受けた。NMCHC 内でも当初は主要関係者にすら受け入れてもらいにくかったが、現在では NMCHC の上層部が概念についての深い理解ができ、一部の職員も実践できるようになってきている。
- ・プロジェクトやワークショップのアプローチや実施体制は効率的で効果的だと捉えている。
- ・日本人専門家やプロジェクトが提供する技術レベルや内容は適切であり、高いレベルであった。

(3) 本プロジェクトの貢献要因と阻害要因

- ・本プロジェクトの貢献要因と阻害要因について以下の意見が挙げられた。

プロジェクトの 貢献要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ワークショップの効果がプロジェクトの円滑な実施に影響している。</li> <li>・プロジェクトが提唱する概念が新しいため、NMCHC 職員や助産トレーナー、助産師らに新しいことを学ぶことについての刺激を与え</li> </ul>
-----------------	---

	ている。
プロジェクトの 阻害要因	・当初は NMCHC 内でも概念に関する理解や受入れ度合いが分かれ、なかなか実践につながらなかった。(新しい概念の導入当初は他州でも時間がかかることが予想される。)

(4) 自分自身のプロジェクトでの役割

- ・ コアトレーナーとしてワークショップでのファシリテーション
- ・ 他のトレーナーへのサポート
- ・ 助産師に対し、ワークショップで学んだ知識の実践支援

(5) アセスメント方法

- ・ 妊婦の状況をより正確に把握し、フォローしていけるようなアセスメントの方法を試している。SOAP と呼ばれる方法で主観的かつ客観的に妊婦の状況を把握し、他の医療従事者も理解しやすくなるような試みをワークショップの実施などを通じて行っている。それは JICA のプロジェクトの一部として行っている。

(6) コアトレーナーの資質

- ・ コアトレーナーをリクルートする際には以下の資質が必要と考えている。
  - (ア) コアトレーナーの必要性を理解し、自分からやりたいという意思があること
  - (イ) 通常業務やコアトレーナーとしての業務が好きであること (好きになれること)
  - (ウ) 新しいスキルや知識を身に付けたいという意思があること
- ・ 上記の条件は州レベルでも同様と考えてよいだろう。ただし、州レベルでコアトレーナーを発掘していくのは難しいと考えている。
- ・ コアトレーナーになりたい人については若くて経験が浅くても候補として考えることができる。

(7) ワークショップや既存のマニュアル、ガイドラインについて

強み	弱み
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 教材は根拠に基づいた内容になっているので説得力がある。</li> <li>・ ワークショップを行うために十分な種類の教材がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 助産トレーナーを対象としてコースの期間が少し短い。(5日間のワークショップにすべき)</li> <li>・ SOAP というアセスメントツールが十分に組み込まれていないため、それを別のワークショップとして実施するか、既存のワークショップに時間を加える形で日数を延ばすかしたほうがよい。</li> </ul>

#### (8) 他州での展開

- ・他の地域で、同様の活動を行ったとしても、本プロジェクトが提唱する概念は受け入れられるであろう。他州の助産師や助産トレーナーを対象に行われたセミナーなどで本プロジェクトの概念などを発表したときは、参加者は皆関心をもっている様子で、多くの質問が出された。
- ・他州の意思決定者を対象に本プロジェクトに関するオリエンテーションワークショップを実施したが、参加者全員が強い関心を示していた。
- ・カンボジア全土の助産師の技術レベルを向上させた方がよいと考えている。
- ・他の地域で、まだ本プロジェクトが提唱している概念を知らない助産トレーナーに対して、情報共有を行うべきである。すなわち、全国で助産トレーナーを対象としたワークショップを行うべきである。
- ・明確な計画と十分な予算があれば他州での同様な活動の展開も問題ないであろう。

#### (9) 情報共有の方法

- ・院内のすべてのユニットの代表が集まり、さまざまなプロジェクトに関する情報共有を行うための会合を開いている。

#### (10) ブラジルとの技術交換プログラム

- ・それぞれの経験と技術について意見交換を行うことができ非常に有意義であった。
- ・他の国の状況を知ることができて、刺激となった。

#### 面談番号 7

訪問先/ 面談対象	カンボジア国「助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト」 専門家
日時	7月24日：16:45-17:30
面談者	小山内泰代チーフアドバイザー/助産ケア（追加の聞き取り）
同席者	なし
調査団	中西政文
入手資料	成果ごとの達成状況（改訂版）

小山内専門家に追加の聞き取りを行った。聞き取り結果は以下の通り。

- ・現在、NMCHCのコアトレーナーは10名で、それに変わりはない。
- ・スタディツアーはこれまでに6回実施されてきた。本プロジェクトが提唱している概念に基づいた出産のケアを見せることが目的である。参加者は本プロジェクトが提唱している概念や技術内容がどのように実践されているか自分の目で見ることにより、理解の

促進を図ることができる」と認識している。

- ・過去に配布された助産プロジェクトと書かれた資料の活動実績の裏のページは2010年当初に計画していた2011年度の活動内容を指している。
- ・分娩キットの配布や医療機材の配布による効果のフォローは本プロジェクトのスコープ外であるため、MEDEM2によって構築された国の医療機材モニタリングシステムを通じて、キットや機材のモニターや維持管理を実施してもらいたいと考えている。(機材管理のガイドラインは存在するため、それを活用してほしい。)
- ・現在NMCHCにはJICAの規定に基づいた日当宿泊の支払いを行っているが、現時点でカウンターパート側はその支出を負担していない。
- ・対処方針会議の中に記載されていたMCATとはMedical Coordination Alliance Teamのことを指し、病院のライン上で実施されている技術的なサポートシステムである。州や郡レベルの病院の職員が、その下のヘルスセンターへの技術支援などを行うことが目的である。それは州保健局が行っているスーパービジョンとは異なる仕組みである。
- ・コンポンチャム州でGIZが検討してきた研修施設の回収を日本政府が引き継ぎ、現在大使館を通じて草の根無償資金協力のスキームでの支援を検討中である。ちなみにストゥントレンの学生寮を日本の草の根無償資金のスキームで改修した実績がある。
- ・これまでスタディグループを日本人専門家主導で編成・実施してきた。今後の新しい知識の源泉となるような仕組みをつくる意図もあり過去の3回実施したが、現在は休止している。
- ・Operational Districts (保健行政区) については一般の行政区と異なっており、基本的に郡の保健局が管轄している。
- ・助産師自身が妊婦に関するアセスメントを行うことについては当初、内容が難しいという意見があったため、その内容を除いた形で現在のワークショップは形成されているが、今回の小長井専門家の業務内容はそのアセスメントに関するワークショップの実施である。今後はその内容を何らかの形でコースの一部として組み入れていきたい。
- ・コ克蘭とは成果中のデータベースのことを指す。その一部を選び、毎回の勉強会で根拠などについて議論する機会を設けてきた。
- ・以前調査団に提示した今後の研修計画案(スケジュール)について、上半分はコンポンチャムでのワークショップとNMCHCでのワークショップを意味し、下半分(Orientation WS for PHより下)は全国規模での活動を意図している。また、コンポンチャムでのワークショップは20回程度まで実施することも検討している。
- ・現在プロジェクトの管理会議は四半期に1回実施されている。

面談番号 8

訪問先/ 面談対象	カンボジア国「助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト」 専門家
日時	7月25日：9:00-9:30、7月24日：16:30-17:00、7月27日：15:00-16:00
面談者	川口みどり 専門家：助産の質改善
同席者	なし
調査団	中西政文
入手資料	なし

(1) 面談者の基礎情報

- ・過去に1回派遣があり、今回が2回目の派遣となるが、半年間の任期延長を行っている。詳細は以下の通り。

- 1) 1回目：助産の質改善（2011年2月～1.0ヵ月）
- 2) 2回目：助産能力強化（2011年9月～12ヵ月）
- 3) 延長期間：助産能力強化（2011年9月～6ヵ月）

(2) 今回の派遣における主な業務内容

- ・コンポンチャム州における研修実施体制の強化
- ・助産能力強化全体に係る業務
- ・本プロジェクトの残り期間の研修計画案の研修実施体制案の作成と実施支援

(3) 本プロジェクトの状況と成果

- ・これまで分娩室では、妊婦は出産の直前まで放っておかれている状態で、医療従事者がかける言葉も威圧的であった。しかし、今では出産の現場の空気が変わってきている。
- ・今ではお産の時に家族が周りいることへの許可が下りるようになっており、家族も妊婦のサポートをするという意識が浸透してきている。
- ・ワークショップを受けた参加者が学んだことを実践することで周りへの波及効果が出てきている。
- ・上記のような変化は NMCHC だけでなく、コンポンチャム州病院でも同様に見られる。
- ・ただし、本プロジェクトで提唱している概念が完全に浸透しているとは言えないため、今後も継続的な支援が必要と感じている。ケアの質の改善には特に時間がかかる。

(4) ワークショップについて

- ・ワークショップを実施する際に NMCHC の研修部と企画会議を開き、内容に応じた適切な講師を選定する。スケジュール面も含めた調整をそこで行っている。
- ・ワークショップの準備についてはマネジメント会議を関係者間で行っていて、今回の 8

月に実施するワークショップではかなりの部分を NMCHC の職員に任せている。今後もその体制を加速させていく予定。(NMCHC は研修実施の段取りは理解している。)

- ・現在 NMCHC ではコアメンバーの中に研修部の人材が 2 名含まれており、その 2 名のうち、研修運営の全体を管理できる人材が 1 名、細かい作業を行うことができる人材が 1 名育ってきている。
- ・現在システマチックにワークショップの品質管理は行っていないが、日本人専門家や他のコアトレーナーによるレビューミーティングで改善を協議し、次の内容に生かすようにしている。
- ・コアトレーナーを毎回発掘したいと考えている。NMCHC ではこれまでの蓄積で 10 名のトレーナーがいることで、人員の調整が行いやすくなっている。
- ・今後はコンポンチャム州でもできるだけ多くのトレーナーを確保したいと考えているため、今回のワークショップで新たに 2 名のトレーナーを参加させ、訓練する予定。
- ・今後、コンポンチャムでも、ワークショップ実施のためのロジ的な業務を任せたいと考えている。すべてを取り仕切るようになるまでにまだもう少し時間がかかる。

#### (5) 会議の実施状況

- ・2012 の 5 月頃に 1 回だけ助産トレーナー同士の意見交換や情報共有を行うための会合を NMCHC とコンポンチャム州の間でスカイプを使って実施した。それ以降は 2 回目を実施していないが、今後コンポンチャム州のコアトレーナーがもう少し育成されてきたらそのような会議をより頻繁に開いていきたいと考えている。中央レベルと州レベルでそれぞれ助産トレーナー同士の会合をもたせ、それをつなげていきたい。

#### (6) 今後の業務についてとこれまでの振り返り

- ・今後はコンポンチャムに滞在し、業務の軸を移していく予定。
- ・過去に川口専門家の業務を担当する長期専門家の派遣が遅れ、2 年次からの派遣となったが、それがプロジェクトの活動の進捗状況や成果に具体的にどのような影響しているかを説明するのは難しいが、もし、1 年次から着任できていれば、今の時点でもう少し異なる展開を見ることができたと思う。(しかし、最初の 1 年間だけで本プロジェクトの概念を言語化できる人材がすでに数名表れていたことは評価されるべき成果と捉えている。)
- ・今後は 2013 年の 2 月 3 日までの派遣となっており、それ以降の派遣は予定されていない。

#### (7) 今後の展開について

- ・ドナーが多いため、カウンターパートを混乱させないワークショップ実施のシステムづくりが必要と考える。
- ・コンポンチャムの州病院に今後研修部が設立される。その機能が充実し、本プロジェクトのワークショップを自分たちだけで実施できるような能力が備わったら、他州への

支援が行えるようになるだろう。ただし、それはまだどこまでの機能や能力が保持されるか不明な点が多いため、トレーナーの他州への派遣程度にとどまる可能性も十分にあり得る。研修実施体制のモデルとしては十分に考えられる。

- ・ RTC はあくまで協力関係機関の一つとしてしか捉えていないため、概念や情報の共有は必要だが、RTC からコアトレーナーを育成することは考えていない。
- ・ 州保健局は今後の活動計画を立てる上で主要な役割を果たしていただく。現在では州保健局に四半期ごとの会議に出席してもらっている。
- ・ コンポンチャム州は病院の規模や郡の病院やヘルスセンターの数も他州に比べて多い。その点も踏まえ、今後の活動計画を検討すべきと考える。
- ・ 今後の展開として助産の質をどこまで上げるかについても検討すべき。活動の広げ方と質の部分でどこまでの支援を行うかを交えて協議してもらいたい。

#### 面談番号 9

訪問先/ 面談対象	NMCHC、産科病棟
日時	7月25日：9:30-10:15
面談者	Ms. Chea Preymony：分娩室副師長、コアトレーナー
同席者	Mr. Sam Vuthy：通訳
調査団	中西政文
入手資料	なし

#### (1) 通常業務の責務と面談者の基礎情報

- ・ 現在の職務には2年ほど前に就任
- ・ 院内のタスクチームの一つのリーダー
- ・ 本プロジェクトのコアトレーナー（NMCHCでのワークショップで2回、コンポンチャムのワークショップでは3回講師を務めた。）
- ・ 母親から子供へのHIV/AIDSの感染予防のためのトレーナー

#### (2) 本プロジェクトに関する認識

- ・ 本プロジェクトが取っているアプローチ（助産トレーナーの能力強化）は助産師の技能向上に効果的であり、妊婦にとっても重要である。
- ・ 日本での本邦研修に参加した時に本プロジェクトが提唱している概念の重要性を理解した。
- ・ 現在はNMCHC内の助産師は妊婦の気持ちを理解して、業務を行えるようになった。
- ・ かつては妊婦と長い時間を過ごさず、何が求められているか理解していなかったが、現在ではさまざまなケアを試みている。

- ・妊婦の家族に紙を渡し、NMCHC での出産についてのフィードバックをもらうようにしているが、これまでの内容はすべて満足してもらえたことが確認できており、非常にポジティブなコメントが書かれている。助産師に対しても感謝の気持ちが表明されていることが多い。以前のやり方ではそのような結果を得ることはできなかった。かつての評判は良くなかっただけにサービスの質が改善されたと捉えている。

### (3) 本プロジェクトの貢献要因と阻害要因

- ・本プロジェクトの貢献要因と阻害要因について以下の意見が挙げられた。

プロジェクトの 貢献要因	・新しい概念はスタッフや助産師の技術レベルの改善や妊婦との接し方、処置方法の改善につながっている。
プロジェクトの 阻害要因	・まだ NMCHC の全員がワークショップに参加できているわけではないため、それらの助産師は本プロジェクトの概念をよく理解していない。そのため、完全に概念が NMCHC 内で定着したわけではない。

### (4) 本プロジェクトの概念の普及

- ・月例の助産会議で本プロジェクトの概念をまだワークショップに参加してことのない助産師に対して説明をしている。
- ・ガイドラインからトピックを選んで、内容についての議論を行い、理解を広める努力をしている。
- ・JICA にはこれまでサポートしてもらい、感謝しているので、概念の伝達などを積極的に行わなければならないと感じている。

### (5) その他

- ・これまでコアトレーナーとしてワークショップに参加する場合は全行程である 4 日間出席してきた。今後もそのような日程で問題ない。
- ・Skilled Birth Attendant (SBA) については正式な定義を理解していないが、分娩に関する知識と技術があるだけでなく、妊婦へのケアもできる人のことを指すと理解している。

### 面談番号 10

訪問先/ 面談対象	NMCHC、産科病棟
日時	7月25日：10:15-11:00
面談者	Ms. Keo Vantha：産科病棟師長、コアトレーナー
同席者	Mr. Sam Vuthy：通訳
調査団	中西政文

入手資料	なし
------	----

(1) 通常業務の責務と面談者の基礎情報

- ・現在の職務には 2010 年に就任
- ・2011 年より本プロジェクトのコアトレーナーとなった。

(2) 本プロジェクトに関する認識

- ・新しい方法に変えていくことで効果が出ている。
- ・以前、助産師は分娩のための技術的なサービスしか提供していなかったが、現在では視点が変わり、精神的なケアも提供できるようになってきている。
- ・当初は古い方法に逆戻りするののかという反応が NMCHC 内であったが、Advantage と Disadvantage について説明し、概念に関する理解を強めてもらった。
- ・ワークショップを受けた者は、妊婦の気持ちをより考えて分娩介助を行うようになってきている。また、以前は妊婦を放っておく時間が長かったが、今はケアをする回数やケアの提供方法が変化した。
- ・ワークショップの事前と事後テストを行うと、受講生の理解度がすぐに把握できる。感覚的にも大きな変化があると捉えている。

(3) 本プロジェクトの貢献要因と阻害要因

- ・本プロジェクトの貢献要因と阻害要因について以下の意見が挙げられた。

プロジェクトの 貢献要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・NMCHC の上層部が本プロジェクトをサポートしている。</li> <li>・本プロジェクトに関係しているすべての人たちが協力し合っている。</li> <li>・根拠に基づいたケアがワークショップの参加者の理解を促進している。</li> <li>・これまでの経験から、ワークショップの参加者は参加型の内容に満足しており、内容についても良いと表明する人が多い。</li> </ul>
プロジェクトの 阻害要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分自身の時間が限られており、本プロジェクトに関係するすべての会合に出席できているわけではない。(それについては良くないと感じている。)</li> <li>・コアトレーナーの数が十分ではないと感じている。</li> </ul>

(4) 今後の展開について

- ・特に強い意見はない。プロジェクトチームや他の関係者が決める決断を尊重したい。
- ・今後も講師を務める場合は、ワークショップの準備や実施に集中したい。ただし、必要

に応じ業務も柔軟に行いたいと考えている。

- ・他州においても本プロジェクトの概念やワークショップの実施方法は受け入れられるであろう。(2011年に全国の助産関係者を対象にした会議で、本プロジェクトの概念や試みは好評と関心を得た実績がある。)
- ・プロジェクトの活動以外でも、これまでと同じように他の助産師や関係者に新しい概念に基づいた方法を実践することを推奨していく。新しい方法でケアを提供することで出産に関するリスクが下がるということも伝えている。

#### 面談番号 11

訪問先/ 面談対象	UNFPA (NMCHC 研修部内の事務所)
日時	7月25日 : 1:05-12:30
面談者	Dr. Muong Sopha : National Program Associate, Maternal Health
同席者	Mr. Sam Vuthy : 通訳
調査団	中西政文
入手資料	なし

#### (1) UNFPA の方針と目標

- ・ UNFPA は 1997 年に家族計画への取り組みをカンボジアで開始した。
- ・ 現在は MDG4 と 5 に集中し、その達成のために保健省をサポートしている。
- ・ 保健省の目標は妊婦や乳幼児の死亡率を下げることであるため、それも重要な方針として捉えている。
- ・ UNFPA が現在焦点を置いている主要分野は、①家族計画、②SBA の能力強化である。
- ・ 目標としては NMCHC の EMOC チームの能力強化を行うことと、2015 年までに 180 の全ての EMOC の関連施設の状態を改善させることである。施設は 24 時間体制にできることも目指している。
- ・ 2013 年に、575 名の助産師が EMOC の研修を受ける計画になっている。

#### (2) 本プロジェクトに関する認識

- ・ 効果的なアプローチと捉えている。助産トレーナーの能力強化を図ることは持続的とも言えるのではないか。
- ・ コンポンチャムでまず活動を展開している点についても良いアプローチと考える。
- ・ 関係者間でのシナジーを感じている。
- ・ 目標を達成するためお互いが協力し合っている。
- ・ ワークショップの内容も確立されていて良い。
- ・ 本プロジェクトで供与されたマネキンなどの資機材は NMCHC が他の研修等にも使うこ

とができる。

### (3) UNFPA の活動内容と資金

- ・ UNFPA はプロジェクトを直接実施の形では行っていない。
- ・ UNFPA の国レベルの事務所はカントリープログラムという名称の資金申請のために本部へ資金申請を行う。その中で承認された内容に関する資金が国レベルの事務所に送られてくる。その大部分は ASSP2（カンボジア国の資金管理制度）を通じて保健省の Annual Operation Plan に充てられる。どの程度の金額がどのような活動に充てられるかは UNFPA と MOH の担当者との協議で決められる。そのため UNFPA が直接プロジェクトを計画立案・実施することは基本的にない。（すべては保健省が管理、実施するプログラムやプロジェクトに UNFPA の資金が使われている。）ただし、婁孔（フィステル）対策については NGO を通じて小規模なプロジェクトを UNFPA の管理で実施している。
- ・ したがって、UNFPA は資金が目的に沿ってきちんと使われているかどうかをモニタリングする役割も担っている。
- ・ 現在はカンボジア国の優先政策にのっとり、Maternal Thematic Fund というスキームの中で EMOC へのサポートに焦点を絞っている。

### (4) カンボジアで活動を行うにあたっての留意点

- ・ カウンターパートの人員確保が最も重要であり、最も難しいと感じている。特に医療従事者の数は限られているため、それらの確保は難しい。
- ・ 州レベルでの関係者へのインセンティブの提供も困難である。現在、UNFPA ではワークショップなどの講師で参加してくれた関係者には 1 日 10 ドルの謝金を支払っているが、彼らは同じ時間で、プライベートクリニックでその何倍もの金額を得ることができるという環境があるため、上記 2 つが保健医療プロジェクト実施面での難しさであろう。
- ・ もし、JICA が今後全国でこれまでと同様の活動を展開していくのであれば、既存のシステムといかにうまく連携していくかが非常に重要になってくる。プロジェクトチームは柔軟性も求められることになる。

### (5) 州レベルの組織の資金確保の可能性

- ・ 州レベルで Special Operational Agency (SOA) と呼ばれる政府機関が存在し、州ごとに SOA を設立してよいか、MOH と州政府で協議のうえ決める。SOA は ASSP2（2008 年から 2013 年の期間に開発パートナーが協力して資金をプールし、カンボジア国政府が用途内容や配分を決めることができる仕組み）へ資金申請を行うことができ、必要な人員を自分たちの裁量で確保し、活動を行うことができる。現在カンボジア国内に 30 程度の SOA が存在し、それぞれのニーズに合わせた活動を行っていることから、今後必要に応じて JICA プロジェクトの後の展開を考える時にその制度を活用するかどうか検討してみるのも一

案。

(6) 今後の協力・連携の可能性

- ・現在は2か月に1回保健省、NMCHC、UNFPA、JICA、WHOなどの開発パートナーらでテクニカルワーキンググループを形成し、会合を開いている。
- ・NMCHCはIn-Service Trainingの中にできるだけすべての要素を含めたいと考えている。そのため、将来的には現在JICAが取り組んでいる助産トレーナーの能力強化もいずれ、研修コースの中の一部として位置づけられていくかもしれない。
- ・いずれにしてもUNFPAとJICAとの連携については、NMCHCの研修部を通じて必要に応じた連携の可能性を協議すればよい。

面談番号 12

訪問先/ 面談対象	カンボジア国「助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト」 専門家
日時	7月25日：14:30-16:00
発表者	小長井祥子専門家：根拠に基づいたケア、堀越洋一専門家：研修システム開発
同席者	小山内泰代：チーフアドバイザー/助産ケア、江上由里子：次期チーフアドバイザー/母子保健、金澤祥子：事務所所員
調査団	中西政文
入手資料	専門家業務活動報告書要旨（小長井専門家）、 専門家業務完了報告書・地方展開のアイデア・全国展開を視野に入れたNMCHCのキャパシティーデベロップメント（堀越専門家）

1. 小長井祥子専門家の活動報告および聞き取り内容

(1) これまでの派遣状況

- ・2年前より1年に1回のペースで赴任し、今回で3回目の派遣となった。過去にガイドラインの基礎づくりなどを行った。
  - 1) 1回目の派遣：妊婦新生児ケア（2010年9月～2.0ヵ月）
  - 2) 2回目の派遣：妊婦ケア（2011年6月～0.75ヵ月）
  - 3) 3回目の派遣：根拠に基づいたケア（2012年6月～2.75ヵ月）

(2) 今回の業務内容

- ・今回はSOAPという名称の助産師による妊婦のアセスメントシステムの構築を目的としたワークショップの内容作成と実施を行った。具体的なTORは以下の通り。

- 1) NMCHC の助産トレーナーと観察、アセスメント、記録、振り返りの実施
- 2) ワークショップで実施可能なツールの作成
- 3) NMCHC およびコンポンチャム州病院の助産トレーナーへの指導
- 4) 継続可能なモニタリングのあり方の検討

(3) 活動内容と活動を通じた成果、課題

- ・以前から、助産トレーナーや助産師が妊婦に対し、今どのような状態で今後何をどのようにしていくべきかという情報とその共有が不足していた。その方法論とシステムの検討と確立を目的に SOAP が発案されてきた経緯がある。
- ・ SOAP は 5 つのステップから構成されている。
  - 1) 情報収集
  - 2) 看護診断（分析）
  - 3) 計画作成
  - 4) 計画実施（実践）
  - 5) 評価
- ・ 7 月に SOAP に関するアセスメントのワークショップを 7 月に 2 日間で実施した。ケーススタディを使ってお産を総合的に考える訓練を行う内容になっている。それを通じて、今後、自分が担当している妊婦に何が起こり得るかということをアセスする練習を行うことができた。また、特定のシートを作成したので、それへの記入の練習も行った。
- ・ アセスメントワークショップにより、妊娠→出産→産後の継続ケアは欠かせないという認識を参加者にもってもらえることができた。
- ・ これまで助産師は分娩介助に関してやるべきことが決められていて、管理されてきたが、それから解放され、自分自身で考えて行動できるようになる効果もある。
- ・ 今後どのように SOAP をプロジェクト活動の中に組み込んでいくかは川口専門家やカウンターパートらと協議し、検討していきたい。
- ・ 本活動は PDM の成果 1 に当てはまる。

(5) 堀越洋一専門家の活動報告および聞き取り内容

1) これまでの派遣状況

- ・ 過去に 1 回派遣されており、今回で 2 回目の派遣。これまでの派遣内容は以下の通り。
  - ① 1 回目の派遣：組織開発（2011 年 2 月～0.25 ヶ月）
  - ② 2 回目の派遣：ワークショップシステム開発（2012 年 6 月～1.0 ヶ月）

2) 今回の業務内容

- ・ 今回の派遣の目的
  - ① 実践の変化につながるワークショップのプログラムの策定

- ② 策定されたワークショップと既存の研修が統合され、統一した研修が策定される。
- ③ プロジェクト後半に向けた、ワークショップの展開戦略の作成

#### (6) 活動内容と活動を通じた成果、課題

- ・小長井専門家や川口専門家と協力して活動を行った。
- ・参加者が経験として持っている知識や技術に働きかけるアプローチを取った。それにより、参加者がやりたいことを決めて内容を進めていくことが特徴となっていく。
- ・SOAPの内容づくりについては体験学習のアプローチを内包させた。
- ・今回の派遣でワークショップに参加した関係者は学んだことを主体的に実践し始めているということを感じた。
- ・主要かつ能力の高いカウンターパートは本プロジェクトの活動以外の活動に多くの時間が取られており、自分自身のアイデアなどを持っているが、それについて共有したり、協議する時間が限られている点が課題と判断した。

#### (7) 今後のワークショップ活動の展開案

- ・NMCHCの組織開発（能力強化）の支援はプロジェクトの効果的な活動実施や目標の達成のために最優先の課題である。
- ・今後の展開を考える上で、NMCHCの存在は、職員の数や国の中での位置づけとして重要である。
- ・コンポンチャムを中心に他地域でのワークショップを展開するめどがだいぶ立ってきている。
- ・1回のワークショップを4-5日で実施する方向で現在検討している。（ワークショップとスタディツアーを組み合わせる形での実施を検討中）
- ・ストゥントレンは10名程度しか人員がいいため、トレーナーチームを編成することはできないだろう。
- ・コンポンチャム地域の4州とストゥントレン州を含めた同地域の4州の合計8州でのワークショップは全部で15回必要と想定している。
- ・正常分娩と以上分娩の区分をより明確にするため、ガイドラインの改訂が今後必要になると想定している。
- ・それ以外の州でのワークショップの実施は2013年度の後半からを想定しており、かなり過密なスケジュールになる。そのため、もし、本案でワークショップを進める場合、コンポンチャム地域の4州とストゥントレン州を含めた同地域の4州の担当で1名、それ以外の州でのワークショップの実施担当にもう1名、別の人員が必要になると想定している。
- ・プリセプターは臨床で学生の指導を行っている人のことを指すが、その人たちだけにワークショップをすべきかどうかはもう少し検討が必要と考えている。（プリセプターを含

めることは本来の計画に含まれているので問題ないが、プリセプターだけを対象にワークショップを行うべきかどうかは現時点では判断しかねる。) →その判断によってワークショップ全体の実施回数が変わってくる。

- UNFPA と連携し、彼らの研修に本プロジェクトのワークショップを組み入れて実施することも検討したが、UNFPA としては細切れで短く、回数を多くして研修を行いたい意向があるため、本プロジェクトの活動の内容とそぐわない。そのため、別々にワークショップを実施せざるを得ないと判断している。
- ワorkshop計画案の中の実施回数で予算的な問題はないと想定しているが、NMCHC や他州の実施体制次第で実施回数などを検討する必要がある。

### 面談番号 13

訪問先/ 面談対象	コンボンチャム州病院（場所は NMCHC にて実施）
日時	7月25日：16:00-16:40
面談者	Mr.Ouk Varang、Head of Gynecology Unit、コアトレーナー
同席者	Mr. Sam Vuthy：通訳
調査団	中西政文
入手資料	無し

#### (1) 通常業務の責務と面談者の基礎情報

- 1990年から現在の職務に就いている。
- 本プロジェクトのコアトレーナーでもある。

#### (2) 本プロジェクトに関する認識

- 効果的で良いアプローチである。
- 助産師の知識と技術の改善の貢献している。
- ワorkshopの内容は全て根拠に基づいているため、具体的で明確である。

#### (3) コンボンチャム州でのトレーナーの育成状況

- 現在2名のコアトレーナーが育成されており、8月に実施予定のワークショップでは、もう1名トレーナーとして加わる予定になっている。
- 今後、もう2-3名のトレーナーを発掘したいと考えている。

#### (4) ワorkshopの実施体制

- ワorkshopのロジ的なアレンジやマネジメントは誰が担当しているか理解していない。

(5) 今後の展開について

- ・コンポンチャムではこれまで数回のワークショップが実施されてきたが、関係者に対する継続的な支援と、まだワークショップを受けていない者への指導が必要である。
- ・コンポンチャムだけでワークショップ実施に 2 年かかっているため、他の地域ではもっと時間がかかるのではないか。
- ・内容については他の地域でも問題なく受け入れられるだろう。ただし、根拠の基づいている内容であることは常に明確にしていくべきだ。

(6) その他

- ・助産トレーナーや助産師の給与は政府の予算と病院のユーザーフィーから拠出されていて、本プロジェクトのワークショップに参加しても給与や待遇に変化はない。ヘルスセンターのレベルの同じ状況だが、地域によって異なる場合がある。
- ・会議などで助産トレーナーや助産師に新しい知識を実践するように動機づけをしている。
- ・臨床の場でも本プロジェクトが提唱する概念や技術について指導を行っている。
- ・コンポンチャム州病院のトレーニングセンターのスペースが十分でないため、その点も今後のどのようにしていくべきか検討が必要。

面談番号 14

訪問先/ 面談対象	NMCHC
日時	7月25日：17:00-17:30
面談者	Ms. Hen Thavy：外来部長、コアトレーナー
同席者	Mr. Sam Vuthy：通訳
調査団	中西政文
入手資料	なし

(1) 面談者の基礎情報

- ・現在の職務には 2 年前から就任している。
- ・コアトレーナーとしてこれまでワークショップに参加してきたが、コンポンチャムのワークショップにはまだ参加していない。

(2) 本プロジェクトの貢献要因と阻害要因

- ・本プロジェクトの貢献要因と阻害要因について以下の意見が挙げられた。

プロジェクトの 貢献要因	・JICA と面談者の上司やその他の NMCHC の職員によって本プロジェクトに関する協議がされていてよい。
-----------------	--

プロジェクトの 阻害要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・TOT トレーナーは本プロジェクトが提唱する概念や方法を実践することにより変わったが、職員のレベルではまだ変化が十分ではない。</li> <li>・新しい考え方を紹介し、実践していくため、最初はどの地域のどの病院でも医師などから抵抗があるかもしれない。</li> </ul>
-----------------	---

(3) 本プロジェクトによる効果

- ・かつては NMCHC 内でも、分娩をできるだけ早く終わらせたいと考える関係者が多かったが、現在では、数名の医師も含め、自然の力を尊重した分娩についての理解が深まっている。

(4) その他

- ・既存のマニュアルやガイドラインは便利で使いやすい。
- ・日本人専門家がもたらした技術レベルは十分に高く、適切な内容である。
- ・今後 NMCHC で更に多くのコアトレーナーを発掘していく必要性を感じていないが、プロジェクトチームがそのようにしたいのであれば、可能だろう。

面談番号 15

訪問先/ 面談対象	コンポンチャム州病院
日時	7月26日：10:00-12:30
面談者	Dr. Lim Heur：副病院長・看護部長、Ms. Yon Lengpheap：産科病棟師長
同席者	Ms. Chan Sothea：JICA カンボジア事務所 プログラムオフィサー、 Mr. Sam Vuthy：通訳
調査団	中西政文
入手資料	なし

(1) 病院に関する基礎知識

- ・本病院はコンポンチャム地域のみに対して医療サービスを提供しているが、周辺の州から多くの患者が来ている。
- ・本病院には現在 255 から 260 名の職員が勤務している。
- ・本病院は研修も実施しているため、RTC からの学生も受け入れている。現在年間で 16 の研修コースを実施している。

## (2) 本プロジェクトに関する認識と効果

- ・新しい概念を試す良いアプローチ
- ・妊婦は扱われ方の変更を良く受け止めており、評判を聞いて病院で出産しに来るようになってきている。
- ・根拠に基づくケアについては「有効で推奨されるべきケア」も「危険で効果がないケア」も浸透してきているが、ゆっくりとしか進んでいない。
- ・しかし、大部分の古い慣習は新しいものへと変更されつつある。
- ・助産師は以前より妊婦の言うことに耳を傾けるようになり、より安全な分娩ができるように心拍数の確認を行うなどの変化は確実に確認できている。
- ・本プロジェクトによる他の効果として、へその緒を切って胎盤の除去を行うなどの変化も起こっている。また、妊婦に対する言葉づかいも良くなった。
- ・上記のような変化は郡レベルまではまでは伝わっていないが、州レベルで広めることができるようチームを編成し、保健管轄郡などで本プロジェクトの概念や技術が普及できるように努力を行っている。
- ・本プロジェクトによってもたらされた知識や技術レベルは十分に高いものであり、適切であった。本病院の職員だけでなく、妊婦を満足させる効果が出ていることからそのように判断できる。
- ・本プロジェクトを通じて関係者のコミュニケーション能力が高まったと感じている。(異なるレベルの関係者が協力できるようになり、ミスコミュニケーションが減った。)

## (3) 本プロジェクトでのコンポンチャム州病院の役割

- ・この質問については誰が答えるべきか分からないため、難しいという返答が最初にあった。→病院内での役割分担やその情報の周知が不十分なのではないか
- ・ワークショップ実施のために必要な人員の確保や実施後のフォローを行うことが役割と認識している。特にワークショップで教えることについては重要な役割と捉えている。
- ・ワークショップ実施のために本病院の施設を提供することなども役割と考える。(参加人数が多い場合は外部の施設を使えばよいだろう。)

## (4) 病院内の人材育成および人事配置方針

- ・本プロジェクトのために特別に職員のマネジメント能力を強化する計画はないが、もし、外部から資金的な支援があるのであれば、マネジメント能力強化を行うことはできる。
- ・現在病院には2名のTOTトレーナーがいると言われているが、その2名が院内で周知されていると言えるかどうかは不明。
- ・Dr. Heur と Ms. Lengpheap の2名は今後も本プロジェクトに従事し、協力していく予定であり、その人事配置が変わる予定はない。ただし、それ以外に人員を追加する予定もないため、必要に応じて必要な人員を確保し、ワークショップの運営支援などを行っていく

たい。

(5) 今後の展開について

- ・本プロジェクトで提唱されている概念や技術、またワークショップのアプローチなどは他の地域でも受け入れられるだろう。
- ・ただし、概念はカンボジア人にとって新しいものであるため、最初は混乱する関係者も出てくる。
- ・これまでユーザーフィーなどを使ってワークショップの参加者に飲み物を出すなどしてコストシェアをしてきたが、ワークショップそのものにかかる費用の負担は病院としては難しい。
- ・困難があっても同じ目標を共有できていれば問題ないであろう。→そのようなコメントがあったため、本プロジェクトのPDMの成果や目標を知っているか尋ねたところ、知らなかったため、その場で読み上げ、メモを取っていただいた。

(6) 主要な開発パートナーについて

- ・MSF、Mary Stope (NGO)、GIZなどはコンポンチャム州病院にとって重要な開発パートナーであり、それぞれ下記の分野で活動を支援している。

	開発パートナー	活動分野
1	MSF	結核対策
2	Mary Stope (NGO)	家族計画
3	GIZ	プリセプターの能力強化、コンポンチャム州だけでなく、周辺3州でも研修を実施している。

(7) 病院内の意思決定方法・情報共有の方法等

- ・現在病院内の上層部に7名の幹部がいるが、最終的な意思決定は院長が行う。ただし、副院長や部門長が議案について提案をし、それを承認するという場合も多いので扱う情報によって意思決定までのアプローチが異なる。
- ・病院内で毎朝、患者の状況についての打合せはあるが、助産トレーナーや助産師同士の会合は開いていない。
- ・3か月ごとに周辺の州の病院関係者と会議を開き、情報交換を行っている。
- ・病院内に3名の医療資機材管理担当者がある。それらの担当者ができる範囲で医療資機材の維持管理や補修を行っているが、難しい場合はJICAプロジェクトチームの支援を依頼することもある。(特にマネキンなど) 基本的な医療機材を維持管理する技術はあるが、スペアパーツがないことが主要な問題である。
- ・助産師の収入は政府から拠出されていて、若い助産師であれば月に50ドル程度、ベテラ

ンの助産師であれば月に 80 ドル程度の収入となる。

- ・ワークショップを受けても収入や待遇に変更はない。
- ・将来的にもし可能であれば、本病院からも日本での研修に参加させてもらいたい。それによって本プロジェクトで提唱している概念や技術に対する理解が深まると考えている。

#### 面談番号 16

訪問先/ 面談対象	コンポンチャム州保健局
日時	7月26日：14:30-17:00
面談者	Dr. Taing Busreng：Chief of MCH、Ms. Nara: Vice Chief of MCH
同席者	Ms. Chan Sothea：JICA カンボジア事務所 プログラムオフィサー、 Mr. Sam Vuthy：通訳
調査団	中西政文
入手資料	・ Cambodia Demographic and Health Survey 2010

#### (1) 州保健局の方針と目標、主な役割

- ・コンポンチャム州保健局は保健省の方針に沿って活動を行っている。そのため、政策は国と同じである。
- ・MCH の分野では妊婦と乳幼児の死亡率を下げることを当面の大きな課題としている。
- ・EMOC と CMOC の開発、WHO と JICA のプロジェクトが実施しているプロジェクトへの協力支援
- ・保健行政区に対する ANC の実施促進指導
- ・女性や乳幼児に対する保健施設での診療の提唱
- ・州内の保健医療施設へのスーパービジョンの実施
- ・その他に以下の分野での業務も行っている。
  - 1) 家族計画
  - 2) 栄養改善
  - 3) EPI
  - 4) 母親から子供への HIV/AIDS の感染対策
  - 5) IMCI
  - 6) 安全な中絶の推進

#### (2) 州保健局と州病院、RTC との関係

- ・州保健局は MOH の指導の下、州病院への管理指導を行っている。一方で RTC も MOH の管轄下にある組織であるが、州保健局との直接的なかわりはない。同じレベルであるため、どちらかが直接指導を行うこともなく、公式な協力や連携関係にはない。

### (3) 本プロジェクトに関する認識

- ・州保健局は取り扱っている事案が多いため、すべてのプロジェクトについて詳細を把握する時間がない。
- ・JICA は直接的に州病院と本プロジェクトを実施しているため、州保健局としては現状を正確に把握していない。
- ・しかし、本プロジェクトの試みで病院内のサービスの質が改善され、評判が上がり、以前より多くの妊婦が病院で出産するために来ていると聞いているので、その点では保健局の方針とも合致していて好ましい。また、それは妊婦の家族や知り合いにも良い情報が広がっていく可能性があり、妊婦以外の患者が病院を利用するようになると想定できるため、良い相乗効果が期待できる。(2006年までは約30%の女性が伝統的産婆による介助を受けていたが、現在ではその割合は1-2%にまで下がっているという追加の説明があった。)
- ・今後はプロジェクトにもっと関与したいと考えているので、事前に連絡をしてもらえれば可能な限り活動への参加やモニタリングできるようになると思う。

### (4) 州保健局の人員と意思決定

- ・現在、MCHの主任と副主任である2名が本プロジェクトを担当しており、スケジュールの調整をしてどちらかが協議や活動に参加するようにしている。
- ・現在の人員が強化されたり、変わったりする予定は今のところないが、必要に応じて必要な対応を取っていききたい。
- ・主要な決断は全て州保健局長が下すが、それ以外の事案については内容に応じてMCHの担当者レベルで決めることもある。

### (5) 本プロジェクトによる効果

- ・特に州病院の人材の能力強化が図られた。ワークショップは行動変容につながっている。
- ・以前は妊婦に対して適切な対応が取られていなかったが、現在は家族も分娩室に入れてもらえるようになったり、より自然な力を利用しての分娩を行うようになっている。それによって病院の利用者が増えるという効果が生まれてきている。(以前はわずか5-6%の女性しか保健医療施設で分娩をしなかったが、現在では40%以上の女性が保健医療施設で出産するようになっているという説明があったが、その根拠と本プロジェクトとの関係性は不明)

### (6) 本プロジェクトに対する州保健局の役割

- ・以前JICAのプロジェクトスタッフがワークショップに何名参加させるべきかなどについて相談に来ていたことがあったが、そのような内容については十分に対応することが可能であるため、できるだけ連絡を取ってほしい。

- ・もし、州病院などで人員が不足している場合は、州保健局でその増強のための支援を行うことができる。(リクエストベースの対応)
- ・今年中に州病院に 5 名の助産師が新たに送られることになっている。仮にすぐに十分な人員を探すことができなくても、優先順位をつけて、継続的に探して、配属することは可能である。
- ・現時点では資金的な協力をするのは難しい。

#### (7) 州保健局の予算申請システム

- ・毎年 Annual Operation Plan と呼ばれる計画を立て、保健省へ予算申請を行う。
- ・その内容が承認されれば予算が州保健局に送られてくるが、内容が部分的にはしか承認されなかったり、全く承認されない事項が出てくることも多いため、次年度の計画は予算承認のプロセスが終わるまでは分からない仕組みになっている。
- ・そのため、開発パートナーからの支援が重要となっている。
- ・将来的には JICA のプロジェクトが終わった後に必要性があれば、ワークショップ実施のための予算申請をすることも考えられるが、保健省の優先順位ですべてが決まってしまうため、予算が承認される保証は全くない。

#### (8) スーパービジョン (SV)

- ・州保健局を起点に、保健行政区 (ODs) の郡病院、ヘルスセンターに対して SV を行っている。
- ・SV は基本的に 3 か月に 1 回の割合で実施しており、4-7 名程度の他分野のメンバーでチームを編成し、実施している。州レベルから郡レベルに対しては 4 チームに分かれて実施している。
- ・郡からヘルスセンターへの SV は毎月行われている。州病院と ODs のスタッフが共同でヘルスセンターへの SV を行う。
- ・ヘルスセンターから下には公式な保健医療施設やサービスは存在しないが、コミュニティレベルに Village Health Group が存在するため、そこへは 2 か月に 1 回の割合で訪問し、ミーティングを行っている。
- ・他州でも SV が存在していることは分かっているが、具体的な実施状況は不明

#### (9) 州内の開発パートナー

- ・コンポンチャム州では多くの開発パートナーが保健分野で活動を行っているが、以下の分野で活動している。

	開発パートナー	活動分野
1	WHO	・助産師を対象とした新生児ケアの技能向上 (コンポンチャム州以外でも同様の活動を展開している。)
2	UNICEF	・栄養改善プログラム
3	Reproductive Health Association of Cambodia (RHAC, NGO)	・リプロダクティブヘルス (研修を実施しており、その参加人数は多いが、成果に乏しいと認識されている。)
4	UNFPA	・リプロダクティブヘルス
5	GAVI	・スーパービジョンの実施支援

(10)今後の展開について

- ・本プロジェクトのワークショップのアプローチや内容は他の地域でも受け入れられるだろう。
- ・州保健局としても本プロジェクトの今後の活動に継続的に協力していきたい。

面談番号 17

訪問先/ 面談対象	JICA カンボジア事務所 (表敬)
日時	7月30日 : 8:30-9:30
面談者	鈴木康次郎 : カンボジア事務所長、平田仁 : カンボジア事務所次長、 金澤祥子 : カンボジア事務所所員
同席者	小山内泰代 : チーフアドバイザー/助産ケア、江上由里子 : 次期チーフ アドバイザー/母子保健、石嶋忠行 専門家 : 業務調整/研修管理
調査団	小林尚行 : 調査団長、明石秀親 : 母子保健、阿部将典 : 協力企画 1、 酒井浩子 : 協力企画 2、中西政文 : 評価分析
入手資料	なし

(1) 調査団からの説明

- ・調査団から以下の調査方針について説明した。
- ・本プロジェクトの今後の活動方針を整理したい。PDM であれば特に成果の 4 と 5 についての整理は重要と考えている。
- ・その過程の中で、PDM と PO の修正が必要かどうかを確認する。
- ・院内感染対策については現在検査をパスツール研究所に出しているが、それをどのようにするかについて検討したい。
- ・カナール・前 NMCHC センター長を日本の産婦人科学会を通じて日本に招き、発表を行っていただいた。日本の医師による反応と関心が高かったため、今後どのように日本と

カンボジアの産婦人科学会とで協力していくか確認したい。

## (2) JICA カンボジア事務所として見解

- ・プロジェクト開始から状況が変わってきている部分があると思われるため、スコープについて先方機関と詰めてほしい。
- ・地方への機能の分散が当初の目的だったと認識しているが、NMCHC の機能強化も重要であるため、そのあたりのバランスが重要ではないか。
- ・NMCHC が研修機能と行政執行機能の両方を併せもつ形でよいのかどうかについても確認してほしい。
- ・ブラジルとの技術交流プログラムについては、今後は見送る方向でよいのではないか。コストベネフィットの観点から判断して、今後も継続してブラジルとの技術交流プログラムを実施することは難しい。
- ・院内感染のプロトコルの改訂は必要なのではないか。
- ・NMCHC のマネジメント能力についても課題点を整理するべきではないか。

## (3) 協議/確認内容

- ・保健省は現在新しい施設を建設中であるが、NMCHC の機能はそこへは移らない予定である。
- ・本プロジェクトの今後の方向性としては地方レベルの機関がどこまで研修を実施できるようにするかという点が重要になるだろう。
- ・コンポンチャム州においては助産トレーナーのための研修は今回で一通り終わる予定であるため、今後はできるだけモデル地域の他州や州病院以下のレベルに活動を広げていく方向で検討したい。

## 面談番号 18

訪問先/ 面談対象	カンボジア国「助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト」 専門家
日時	7月30日：10:00-11:00、7月31日：16:30-18:00
面談者	小山内泰代：チーフアドバイザー/助産ケア、江上由里子：次期チーフアドバイザー/母子保健、石嶋忠行専門家：業務調整/研修管理
同席者	
調査団	小林尚行：調査団長、明石秀親：母子保健、阿部将典：協力企画1、 酒井浩子：協力企画2、中西政文：評価分析
入手資料	なし

(1) これまでの活動方針と成果について：

- ・助産ケアとは何かという点に焦点を絞り、活動を行ってきた。NMCHC の助産トレーナーとも協議や勉強会を重ね、協力しながらガイドを作成した。作成したガイドは既存のプロトコルを補完する目的で作成しているため、より具体的な情報を記載するようにした。そのため、情報は定期的にアップデートしていかなければならない部分もあるので、その活動は今後必要になっていくと思われる。また、今後は緊急産科ケアに関する部分もガイドとして NMCHC が作成していく必要があるだろう。
- ・本プロジェクトの立ち位置は正常分娩への対応に関する助産トレーナーの能力強化である。そのため異常な分娩とされる視点に基づいている緊急産科トレーニングとは根本概念が異なる。緊急産科トレーニングは UNFPA の支援によって実施されており、JICA とは役割を分けている。
- ・これまでの活動の経緯や成果の発現具合から、女性とケアプロバイダーとの関係性が重要と考えており、そこを改善するためにケアの質を改善する必要がある。これまでは助産師が妊婦に対してひどい言葉づかいをしたり、呼んでも来ない、妊婦の家族の収入レベルで扱いを変える、などの改善すべき点がたくさんある。過去に、NMCHC の助産師の患者への接し方が悪く、それが新聞で取り上げられたこともあった。しかし、現在では改善の兆しが見えている。
- ・プロジェクト開始直後からしばらくの間は自分たちで何かを行うという意識が NMCHC のスタッフの中に欠けていた。そのため本プロジェクトでは助産師に、自分で考え、判断することができるようになることも重要な変化の一部として捉え、活動に臨んできた。
- ・今回コンポンチャム州で実施しているワークショップでコンポンチャム州病院のマタニティーのスタッフを対象とした研修は終了する。
- ・中間レビューに合わせて収集したデータに大きな変化が出ている。プロジェクト目標用の指標 4 つのうち 2 つのデータを収集したが、どちらも同程度の変化が出ている。

(2) 今後の活動の展開について

- ・今後の活動の展開については慎重に検討したいと考えている。プリセプターがいる臨床実習施設における助産師をどのように扱うかについても検討したい。カンボジア側としては一部の地域でのモデルづくりではなく、全国で展開したいという考えは根底にあるが、実際は難しいとも考えている。
- ・今後のコンポンチャム州での活動は川口専門家が基本的に常駐する形で実施する予定。
- ・これまで別々に実施してきたワークショップとスタディツアーを今後は組み合わせて行う予定であり、より効率的な活動を実施したいと考えている。いずれにしても全国の全ての助産師を対象に研修を行うことは難しいと判断している。
- ・活動の全国展開についてはどの程度までプロジェクトが関与するのか、また州病院が独自に予算を取れるかどうかなどについても検討すべき。

- ・現在実施されている州レベルとそれ以下のレベルのスーパービジョンについては国の予算に組み込まれている。末端レベルまでの予算はカンボジア政府だけでは確保できていないため、他ドナーからの支援を受けながら実施している。
- ・また、MCAT については四半期に一度しか活動が行われていないが、今後は本プロジェクトで提唱しているコンセプトや具体的な知識を MCAT も利用する形で広めていきたい。ただし、目的によって MCAT のシステムの使い方を検討する必要がある。
- ・州政府による予算確保は Annual Operation Plan (AOP) と呼ばれる制度を使って行われてきた。そのため、州政府が本研修を継続的に行っていくため、独自に予算を確保するのであれば、AOP を活用するのがよいだろう。

面談番号 19

訪問先/ 面談対象	NMCHC Deputy Director
日時	7月30日：11:00-12:00
面談者	Dr. Keo Muy Sroy: NMCHC 副センター長、院内感染対策チームのチーム長
同席者	小山内泰代：チーフアドバイザー/助産ケア、江上由里子：次期チーフアドバイザー/母子保健、石嶋忠行専門家：業務調整/研修管理、Mr. Sam Vuthy：通訳
調査団	小林尚行：調査団長、明石秀親：母子保健、阿部将典：協力企画1、酒井浩子：協力企画2、中西政文：評価分析
入手資料	なし

(1) 面談者の基本情報

- ・NMCHC 副センター長を務めており、病院の運營業務に携わっている。
- ・内感染対策チームのチーム長でもある。
- ・院内では①手術、②院内対策、③医療機材などの調達計画の立案が自分の役割と認識している。

(2) 本プロジェクトに関する認識

- ・本プロジェクトは非常に効果の高いアプローチと捉えている。

(3) 本プロジェクトの貢献要因と阻害要因

- ・本プロジェクトの貢献要因と阻害要因について以下の意見が挙げられた。

プロジェクトの 貢献要因	・妊婦からの評判が良い。
-----------------	--------------

プロジェクトの 阻害要因	・妊婦と一緒に病院に来る家族が10名もいるため、時にはスペースの問題なども出てくる。
-----------------	--

#### (4) 院内感染について

- ・ NMCHC での院内感染は手洗いの励行などを実施したため、その効果が表れ、収束した。ただし、一つ一つの感染源を根絶するための対応も行った。
- ・ 婦人科病棟には院内感染は認められなかったため、4か月前に発生した院内感染は小児科病棟だけとなる。
- ・ 最近院内感染に関する検査を研究所に依頼したが、感染なしという結果が出たため、現在は病院内の感染はない。
- ・ プノンペンやカンボジアン全体の人口が増加したため、NMCHCの建物が改築される前と比較して患者全体の数が増えている。
- ・ NMCHCの設立当初と比較して新生児治療病棟の機能はほとんど変わっていない。
- ・ 現在、院内感染対策チームには19名のメンバーがおり、下記の業務を行っている。
  - 1) 院内感染対策のための日々の確認業務（手洗いの励行など）
  - 2) 院内感染に関する月例会議の実施
  - 3) 院内感染に関する研修の実施
- ・ 院内感染対策チームの活動状況は月例会議にて月報を回収し、状況を確認し、情報共有や必要な協議を行っている。
- ・ 院内感染対策の一部として JICA に新生児室の一つの改修を依頼した。
- ・ NMCHC 内に細菌対策室の設置を検討しているが、もしそれに時間がかかる場合は、病院のユーザーフィーを使って細菌の検査等にかかる費用の負担をしたいと考えている。もし、患者がその費用を払えない場合は、特別なケースとして病院が負担する仕組みについて検討したい。
- ・ 病院内のスタッフの行動変容のためにトレーニングを通じた変化やポスターの活用、直接指導などを行っている。
- ・ 医療スタッフの感染に対する知識レベルが低いため、研修を受けても以前と同じ行動に戻ってしまうことがある。そのため完全に変化させるには時間がかかる。
- ・ 院内感染に効果的と思われる治療は以下の通りである
  - 1) 殺菌作業
  - 2) 適切な清掃
  - 3) マスクの着用
  - 4) ある患者が感染している場合、患者同士が接触しないような配慮
- ・ NMCHC は全国の院内感染対策の機能と役割は担っていない。

(5) 今後の活動の展開

- ・コンポンチャム州とバットアンバン州の州病院の機能が高いが、他の地域の州病院の機能は決して高くない。全国で展開するのであれば、その点を含めて計画立案を行うべきである。

面談番号 20

訪問先/ 面談対象	NMCHC 看護師長
日時	7月30日：14:00-15:00
面談者	Ms. Svengchea Ath
同席者	小山内泰代：チーフアドバイザー/助産ケア、江上由里子：次期チーフアドバイザー/母子保健、Mr. Sam Vuthy：通訳
調査団	小林尚行：調査団長、明石秀親：母子保健、阿部将典：協力企画1、酒井浩子：協力企画2、中西政文：評価分析
入手資料	なし

(1) 面談者についての基本情報・役割

- ・2010年の10月に現在のポジションに就いた。
- ・多くの異なる部署と連携して業務を行っている。
- ・自分自身の看護の仕事をする時間よりも他の部署との調整や指導などを行う時間の方が長い。
- ・本プロジェクトに対してはコアトレーナーの一人である。研修で学んだ知識を生かすように部下に伝えている。

(2) 本プロジェクトに関する認識

- ・非常に良いアプローチと考えている。カンボジアの妊婦は本プロジェクトが推奨している概念に基づく分娩介助を求めているし、これまでの実績の中で喜ばれている。
- ・今では、妊婦の家族が分娩室に入るできるようになり、喜ばれている。そのような考え方を広めるために助産トレーナーの能力強化を図ることは効果的である。
- ・既存の研修教材については、トレーナーがそれを使ってうまく教えることができる能力さえあれば、改訂したり種類を増やす必要はないと考えている。

(3) 本プロジェクト実施の貢献要因と阻害要因

- ・本プロジェクトの貢献要因と阻害要因について以下の意見が挙げられた。

プロジェクトの 貢献要因	・NMCHCの上層部がプロジェクトに対して、非常に協力的である。
-----------------	----------------------------------

プロジェクトの 阻害要因	・ NMCHC 内の関係スタッフは多忙であることが多いため、時間のやりくりが難しい。
-----------------	--

(4) 本プロジェクトによる効果

- ・プロジェクトが提唱している概念にならい、NMCHC 内の多くのスタッフに変化が見られている。特に分娩室や参加病棟において見られる変化は大きい。例えば、母子の自然の力を利用した分娩を尊重するようになったため、帝王切開の数が減少した。
- ・危険で効果がないケアは NMCHC 内では見られないようになった。

(5) 今後の展開や留意点

- ・今後は医師もできるだけ巻き込み、本プロジェクトの概念を理解してもらった方が効果が上がるだろう。医師は基本的に早く分娩を終わらせたいと考えている。一部の NMCHC の医師は本プロジェクトの概念や詳しいことを理解していない。
- ・コアトレーナーについては現在の人数で対応できているため、新たに増やす必要はない。
- ・今後は各地域でワークショップを実施し、広く概念の普及を行うべきと考えている。
- ・能力強化の対象を助産トレーナーだけでなく、他の職務の関係者まで広げることにはできないか。それは本プロジェクトの概念を理解していない助産トレーナー以外の人たちを巻き込むことで活動の促進を図りたいと考えるためである。
- ・今後モデル地域で研修を実施する際には、NMCHC を対象とした研修実施班とコンポンチャム州を対象とした研修実施班などの複数のチームに分けて研修を実施する方法が考えられる。

面談番号 21

訪問先/ 面談対象	Ministry of Health
日時	7月30日：16:00-17:00
面談者	Professor Eng Huot: 次官
同席者	小山内泰代：チーフアドバイザー/助産ケア、江上由里子：次期チーフアドバイザー/母子保健、石嶋忠行：業務調整/研修管理、Mr. Sam Vuthy：通訳
調査団	小林尚行：調査団長、明石秀親：母子保健、阿部将典：協力企画1、酒井浩子：協力企画2、中西政文：評価分析
入手資料	なし

1. 面談者についての基本情報：

- ・ Eng Huot 次官は 1990 年から 1998 年まで NMCHC でセンター長を務めていた、前々セン

ター長である。また、カンボジアの母子保健分野担当で、援助窓口担当の次官でもあるため、カンボジア国内の母子保健や分娩に関連した状況や、本プロジェクトの内容、関係者のことも十分に理解している。

## 2.現在のカンボジア国の MCH の状況と本プロジェクトへの意見

- MDGs の達成に向けて、カンボジア国全体の MMR と IMR は低下した。これは開発パートナーからの協力、特に JICA の協力なしでは達成は難しかったと考えており、感謝している。
- JICA は 1994 年から継続的にカンボジアの保健分野の改善のために貢献してきた。本プロジェクトはカンボジア国の助産能力の改善に貢献していると考ええる。
- 現在ではカンボジア国内の多くの病院がキャパシティ以上の患者を抱える状況になってきている。

## 2. 院内感染と NMCHC について

- Infection control program が進行中で、HSP2 で支援している。保健省の病院課 Hospital Department とカナル先生が関与している。WHO がガイドラインづくりをサポートしており、カリキュラムづくりも行っている。
- Apgar score が低いときに NCU に入れればよい。1972 年当時の新生児の正常出生体重は、カンボジアでは 2.2kg（他国では 2.5kg）であった。
- 国立公衆衛生院 NIPH の検査の質も良くない。
- NMCHC 院内の感染への対応策として、検査費用にユーザーフィーを使うことを方法の一つとして考えているが、パスツールでのテストは 1 回 20 ドルかかることを考えると決してコストが安いとは言えない。そのため、菌の検査方法については、月 20 例として、サンプリング検査にするなど、費用の捻出をどのように行うかも含め、今後も継続して検討していかなければならない。

## 3. 母子保健課を保健省内につくるかどうか

- NMCHC は単なる病院ではない。1992 年から産婦人科があり、その後、国家プログラムが 5 つ（リプロダクティブヘルス、栄養、下痢、ARI、EPI）入っている。そのためにはスペースがいる。
- NMCHC 長は、保健省の各 Department の長と同格であり、現状、結核やマラリアなど離れた場所にあるといっても、実質上同じプノンペン市内で問題はない。

## 4. 病院の質

- 現在、中国などから民間の病院が入ってきているが、民間は診察費が高く、しかも質はあまり良くない。いくつかの病院は破産している。

- ・（日本の）北原（脳神経病院）をサポートする。
- ・民間の保険会社を使う。（Health Equity Fund は貧困者だけなので、これは使えない）
- ・リシュナーのクンタボッパ病院など、総額で 36 億円（1800 名の職員に、医師 1000 ドル / 月、看護師 600 ドルを支払っている）かかっている。

#### 5. 本プロジェクトの今後の方向性

- ・本プロジェクトを今後より広い地域で展開していくことについて保健省はすでに了承しており、理想的であるが、それと同時にケアの質の改善にも注力するべきと考えているため、それらを全て考慮して今後の計画案を NMCHC と協議して策定してほしい。NMCHC はモデル地域等での活動の展開においても州関係機関をサポートするなど重要な役割を担っていると考えている。
- ・上記に加え、NMCHC の事務処理能力も含めた運営機能も今後継続して改善していくべきである。

#### 面談番号 22

訪問先/ 面談対象	NMCHC 前センター長
日時	7 月 31 日 : 9:00-10:00
面談者	Professor Koum Kanal
同席者	小山内泰代 : チーフアドバイザー/助産ケア、江上由里子 : 次期チーフアドバイザー/母子保健、石嶋忠行専門家 : 業務調整/研修管理
調査団	小林尚行 : 調査団長、明石秀親 : 母子保健、阿部将典 : 協力企画 1、酒井浩子 : 協力企画 2、中西政文 : 評価分析
入手資料	なし

#### (1) プロジェクトに対する認識と成果

- ・本プロジェクトでは母子の自然な力を利用した自然分娩を推奨している。それは MMR を下げるのに効果があると考えている。
- ・過去には助産師による妊婦に対する不適切な対応があった。帝王切開を強要されているようなケースも見受けられた。
- ・現在では「危険で効果がないケア」が減少した。
- ・母子の命は **Obsteritian** と助産師に委ねられているため、助産師の技能を向上することは MMR の改善につながると考えている。
- ・本プロジェクトのチームは NMCHC とコンボンチャム州病院の間でうまくコーディネートをしている。

## (2) プロジェクトと関連した課題

- ・難しいと感じている点は本プロジェクトが提唱している分娩介助の方法と近代的な医学との間でバランスを取ることである。それはスタッフだけでは判断がつかないことがある。研修終了後もコーチングを継続していくことが重要である。
- ・スタッフの知識は専門家の知識と必ずしも同じではない。そのためレファラルが遅れたり、早すぎてしまうことがある。それは地方のヘルスセンターでの深刻な問題である。
- ・緊急産科ケアについては全国に 180 の施設緊急産科ケアのユニットを設置したいという政府の方針がある。2008 年までには 39 か所しかなかったことを考えると非常に高い目標である。
- ・本プロジェクトについても緊急産科ケアについても適切な人材を確保することは非常に難しい。

## (3) 今後の活動に対する提案と要望

- ・今後はプロジェクトが提唱しているコンセプトや知識を、MCAT を利用して広めていくべきである。
- ・本プロジェクトでは全国のクリニカルトレーニングサイトを強化してほしい。(コンポンチャム地域、バタンバン地域、コンポット地域)
- ・研修の質は今後も継続的に上げていくべきである。
- ・カンボジアの新生児死亡率はまだ下がっていない。そのため、今後はその点も視野に入れるべきと考える。
- ・NMCHC における院内感染では、適切な手洗いの励行を推進してきた。状況は改善している。しかし、院内感染を完全にコントロールすることは難しい。
- ・産科学会との関係については、これまで 1997 年以来、定期的カンファレンスを開いてきた。今後の希望として、①日本の産科学会をカンボジアに招いてワークショップを開くことや、②日本の専門家（医師か助産師）を短期でカンボジアに招き、情報交換または技術交流の機会を設けることなどが考えられる。

## 面談番号 23

訪問先/ 面談対象	NMCHC センター長、副センター長、研修部副部長
日時	7 月 31 日 : 10:00-12:00
面談者	Professor Tung Rathavy: NMCHC センター長、Professor, Keth Lysotha: Vice Chief、Dr. Uong Sokhan: Vice Chief of Training Unit
同席者	小山内泰代 : チーフアドバイザー/助産ケア、江上由里子 : 次期チーフアドバイザー/母子保健、石嶋忠行専門家 : 業務調整/研修管理
調査団	小林尚行 : 調査団長、明石秀親 : 母子保健、阿部将典 : 協力企画 1、

	酒井浩子：協力企画2、中西政文：評価分析
入手資料	なし

本会議では主に以下の点について協議した。

(1) 今後のプロジェクト計画についての意見と協議の要点

- ・本プロジェクトのこれまでの成果を他州に広めたい。
- ・これまでの成果として、技術的な改善だけでなく、マネジメントに関する能力も改善されてきている。
- ・保健省からはコンポンチャム州などの州レベルで研修部（研修を専門に行うユニット）を設立した方がよいという提案を受けている。ただし、現状を考えるとコンポンチャム州病院だけで本プロジェクトが実施している研修を実施できるようにするためにはまだ時間を要すると判断している。
- ・Regional Training Center については Kg. Thom 州や Pray Veng 州にも存在するが、機能は脆弱である。したがって、まずはコンポンチャム州の関係機関の機能を強化することが先決である。そしてそれによってモデル地域のコンポンチャム州以外の州の関係機関の機能強化にいずれつながっていくと考える。
- ・ストゥントレン州やその周辺 3 州は、面積は大きいが人口密度が低い。既存の機関の機能も弱い。その地域での展開をどのようにするか検討が必要である。
- ・カンボジア全土で NMCHC やコンポンチャムと対象とした活動を同様に展開するのは、今の NMCHC のキャパシティとプロジェクトの残り期間を考えると負担が大きい。
- ・NMCHC の指示に従ってコンポンチャム州病院がコンポンチャム州における研修を管轄・実施することは可能であるが、その他の州の州病院とは同列の関係にあるため、コンポンチャム州病院が他州のために研修を企画・実施することは行政機構上できない。そのためには、NMCHC からの正式な依頼または指示が必要となる。
- ・コンポンチャム州には 10 のレファラル病院が存在し、ヘルセンターについては 100 存在する。
- ・RTC には研修を計画・実施するキャパシティはない。そのため、当初から RTC による本プロジェクトへの深い関与を考えていなかった。
- ・NMCHC が研修の計画立案や実施その後のフォローアップをファシリテートし、州病院がその実施機関となればよい。NMCHC が各州と直接やりとりを行った方が円滑に活動を進められるのではないか。
- ・州レベルでの研修の実施には今より州保健局が深くかかわる必要がある。
- ・このプロジェクトの影響を受けて、コンポンチャム州の州病院に研修部が設立されることになった。その部署を最大限生かす形で研修を実施するべき。
- ・緊急産科ケアではコンポンチャム地域、バツタンバン地域、タケオ地域がトレーニングサイトとして指定されている。そのサイトに合わせる形で全国での研修実施を検討する

ことも可能性の一つである。

- ・現在の NMCHC のスタッフは 2 チームで既存の研修実施に従事している。そのメンバーは全員本来業務を抱えているため、全国で研修を展開するには時間の制約が大きすぎる。また、コアトレーナーの数も不十分だと思われるが、コアトレーナーを養成するためには時間がかかる。

(2) 院内感染について：

- ・昨年、NMCHC において院内感染が発生した。WHO 及び JICA と協力し、原因究明のため新生児室の評価を行った。感染源は新生児室であることを確認し、菌に対する対応が不十分であることも確認された。その原因の一つとして新生児室のレイアウトやスペースも関係していることが分かったため、新生児室の A 室と B 室の改修を行うこととした。
- ・また、新生児室の感染の評価結果を受け、NMCHC の院内感染対策に関するプロトコルの基準を改訂することとした。
- ・また、院内感染対策チームも設置し、現状の改善と予防策を講じ、状況は改善された。NMCHC としてもできることはすべて行った。カンボジアという国レベルから考えると現時点までの対策で十分と感じている。

面談番号 24

訪問先/ 面談対象	WHO
日時	7 月 31 日：14:30-16:00
面談者	Dr. Cheang Kannitha: National Professional Officer、Dr. Phal Sano、National Professional Officer
同席者	小山内泰代：チーフアドバイザー/助産ケア、江上由里子：次期チーフアドバイザー/母子保健、石嶋忠行専門家：業務調整/研修管理
調査団	小林尚行：調査団長、明石秀親：母子保健、阿部将典：協力企画 1、酒井浩子：協力企画 2、中西政文：評価分析
入手資料	なし

(1) WHO の母子保健分野における活動方針と活動範囲

- ・中央レベルにおいて国の政策に関連したガイドラインなどを改訂する。
- ・コンポンチャム州では、新生児ケアに関連したプロジェクトを実施している。
- ・JICA は正常分娩に関する活動を行っており、WHO は新生児ケアに関する活動を行っている。役割を明確に分けることでお互いが無駄なく活動をすることができ、相乗効果が高まるように工夫している。

## (2) WHO の支援による活動内容

- ・現在カンボジア国内には緊急産科ケアに関する3つのクリニカルサイトが存在する。
  - ① バッタバン州
  - ② タケオ州
  - ③ コンポンチャム州
- ・WHO が支援する新生児ケアのための研修については3つのクリニカルトレーニングサイトの中心州にある州レファラル病院で、2日間の研修を実施している。
- ・“Safe Motherhood Protocol”を JICA と協力して作成し、現在保健省の承認待ちである。
- ・Maternal Death Audit を、2004 年以来 NMCHC を通じて開始し、現在でも継続して実施している。Maternal Death Audit Committee を各州で設置し、それぞれのケースについて協議している。
- ・昨年 NMCHC で発生した院内感染について、JICA と協力して評価調査を実施した。
- ・NMCHC は NCU の A 室と B 室の感染対策を講じた。部屋の清掃やレイアウトの変更などを行った。
- ・Clinical Neonatal Guideline については WHO が JICA やその他の NGO と委員会を設置し、Safe Motherhood Protocol との整合性について協議した。
- ・研修についてはこれまで NMCHC において6つの研修コースを実施してきた。
- ・助産師を対象とした研修コースについては今後標準化していく必要がある。
- ・現在 WHO では、NMCHC の分娩室のための研修計画を立てている。同様の研修を2013年までにコンポンチャム州でも実施する予定である。

## (3) 本プロジェクトの今後の活動に対する提案

- ・もし本プロジェクトで研修を全国で展開するのであれば、前述した地域レベルのクリニカルトレーニングサイトを活用して研修を実施するのも一案である。その場合、トレーナーはレファラル病院から招く形で実施すればよいだろう。
- ・活動を全国で展開するためには十分かつ適切な人材を確保する必要があるが、おそらくその点が課題の一つになるであろう。
- ・WHO が資金支援している産科救急ケアの研修プログラムでは、外部の講師を雇って実施しているが、本プロジェクトの場合はどのように行うか検討すべきである。

## (4) 院内感染について

- ・新生児ケアにおいて、感染は非常に大きな影響を与える要素である。そのため、NMCHC 内で手洗いの励行を推進している。
- ・WHO が支援している研修プログラムには手指衛生がカリキュラムの中にすでに含まれている。

- ・ NMCHC の新生児室での評価調査結果を踏まえ、衛生に関する基準を見直した。
- ・ NMCHC が WHO の支援の下に実施している新生児ケアのための既存の研修の中で、医療従事者は手洗い用のキットを使って練習を行っているが、現在のキットは古くなってきている。

面談番号 25

訪問先/ 面談対象	NMCHC センター長
日時	8月1日：15:00-16:00、3日：15:00-17:00、6日 8:30-10:30
面談者	Professor Tung Rathavy: NMCHC センター長
同席者	小山内泰代：チーフアドバイザー/助産ケア、江上由里子：次期チーフアドバイザー/母子保健、石嶋忠行専門家：業務調整/研修管理、川口みどり専門家：助産の質改善
調査団	小林尚行：調査団長、明石秀親：母子保健、阿部将典：協力企画 1、酒井浩子：協力企画 2、中西政文：評価分析
入手資料	なし

本会議ではコンポンチャム州での活動の展開内容を含めた、PDM の改定案について協議を行った。

- ・ 前回の協議を基に、今後のプロジェクトの実施範囲について検討し、現在の NMCHC のキャパシティと活動の進捗状況、プロジェクトの残り期間にかんがみると全国においてコンポンチャム州と同様の活動を展開するのは非常に困難であり、達成の可能性は低い。そのため、本プロジェクトの残り期間ではコンポンチャム地域（モデル地域）において研修実施のモデルを形成し、その実施方法や教訓などについてプロジェクトの終盤で、全国のモデル地域以外の州と情報を共有するという範囲に活動を絞り、計画を立てるのが現実的である。
- ・ コンポンチャム地域においてはコンポンチャム州が基点となって、研修の計画立案、実施、モニタリング・評価を行う方向で調整し、それを NMCHC がサポートする形でモデルを形成したい。
- ・ 上記の形でモデル形成を進める場合、コンポンチャム州病院にも研修運営のマネジメント能力が求められる。
- ・ これまでコンポンチャム州では、州病院が主に活動にかかわってきたが、今後州全体の研修実施機能を強化するのであれば、州保健局と RTC もできるだけ主体的にかかわるよう配慮をするべきである。研修実施の手続きなどは州保健局が行うことができるが、専門性があるとは必ずしも言えないため、州保健局には州保健行政機能としての役割を果

たしてもらえばよい。

面談番号 26

訪問先/ 面談対象	コンボンチャム Regional Training Center
日時	8月2日：14:00-15:00
面談者	Dr. Pen Mardy: センター長
同席者	小山内泰代：チーフアドバイザー/助産ケア、江上由里子：次期チーフアドバイザー/母子保健、石嶋忠行専門家：業務調整/研修管理、Ms. Heng Vouch Leang: Chief of Midwifery Unit、Mr. Po Cima: RTC 技術スタッフ、Ms. Chheang Sokunthea: RTC の看護師
調査団	小林尚行：調査団長、明石秀親：母子保健、阿部将典：協力企画 1、酒井浩子：協力企画 2、中西政文：評価分析
入手資料	なし

(1) 調査団長からの説明

- ・ RTC のディレクターへ本調査の目的とこれまで得た情報による現状についての分析と今後の方向性について説明した。
- ・ これまで RTC は 2 回程度、本プロジェクトが実施した助産トレーナーのための研修にディレクターかスタッフが参加し、プロジェクトの提唱する概念や知識についての理解を深めてきた。(2012 年 8 月にコンボンチャム州で実施した研修では RTC から 2 名の出席があった。)
- ・ 本プロジェクトの実施機関やフレームワークは理解している。また、コンボンチャム州では主に州病院と協力してこれまで活動を行ってきたことも把握している。

(2) RTC の機能と活動内容について：

- ・ コンボンチャム地域の RTC は当該州での保健医療に関する研修を学生を対象に実施している機関である。
- ・ 現在コンボンチャム地域 RTC では 4 つの学位の認定をしている。
  - 1) 准看護師資格
  - 2) 准助産師資格
  - 3) 准看護助産師資格
  - 4) 歯科看護師資格
- ・ 今後はヘルスセンターのスタッフ用の研修カリキュラムも作成していく予定である。
- ・ 本 RTC を卒業すれば、どの州でどのような求職活動を行ってもよく、それについての規

制はない。

- ・かつては生徒数が 350 名であったが、現在は 800 名に増加している。
- ・生徒の数が増えているため、施設の許容量を拡大しなければならない状況になっている。  
現在、新規の施設の建設を日本大使館の無償資金協力のスキームで申請中である。
- ・本プロジェクトが実施している助産トレーナー用の研修内容を今後 RTC のカリキュラムに組み込むかどうかは全国の RTC の関係者と協議して決めなければならないため、現時点では明確には答えられない。(現時点ではそのような計画はない。)
- ・いずれにしてもコンポンチャム州をカンボジアで最初の地域として選定してもらったことを喜ばしく思っており、できる限り協力したい。
- ・本プロジェクトによりコンポンチャム州での活動はまだ始まったばかりであるため、州病院や RTC などと具体的にどのような変化が現れているか確認できていないが、研修に参加した者には必ず他のスタッフや学生に知識の共有をさせたい。
- ・調査団からは将来的に州レベルの関係機関が自分たちで研修の計画立案、実施、モニタリング・評価を行えるようになってもらいたいと考えている方針を伝え、会議を終了した。

#### 面談番号 27

訪問先/ 面談対象	コンポンチャム州保健局
日時	8月2日：15:30-16:30
面談者	Dr. Kim Sour Phirum, Director
同席者	小山内泰代：チーフアドバイザー/助産ケア、江上由里子：次期チーフアドバイザー/母子保健、石嶋忠行専門家：業務調整/研修管理
調査団	小林尚行：調査団長、明石秀親：母子保健、阿部将典：協力企画 1、酒井浩子：協力企画 2、中西政文：評価分析
入手資料	なし

- ・調査団から本プロジェクトのこれまでの成果と今後の方向性、持続性の意義などについて説明した。
- ・コンポンチャム州の保健局としてはどのようなことがあっても本プロジェクトに協力する方針である。
- ・本プロジェクトにおけるコンポンチャム州保健局の役割は研修が円滑に実施できるようあらゆるサポートをすることである。また、必要な人材の確保も大きな役割と認識している。
- ・保健省からの要請があれば、コンポンチャム州病院と他州の保健局とをつないでいく役割を果たすことができる。

- ・RTC は他の州や地域の RTC と 3 ヶ月に 1 回会議を開いているが、RTC は州保健局とは別の管轄の中で活動を行っているため、州保健局としては RTC の活動に参加や出席をすることはできても、指示や命令を出すことはできない関係性にある。しかし、RTC と協力していくことは十分可能である。
- ・RTC は地域全体で研修を実施するために、州をまたがっても関係者を招く権限を持っているが、州保健局は各州内での活動においてのみ決定や実施運営等についての権限を持っている。
- ・したがって、RTC の機能を活用しないのであれば NMCHC を通じて保健省から地域全体の関係者への通知を出す必要がある。それには保健省からの正式な書類が必要となる。ただし、NMCHC を通さずに直接保健省とやりとりすることも可能である。
- ・コンポンチャム州では 3 ヶ月に 1 回 Regional Board Meeting が開催されている。そこで本プロジェクトに関する情報共有を行うことが可能である。
- ・各州に Annual Operation Plan という制度があり、各州の政府機関が中央の省庁に予算申請を行うことができる。その制度を活用すれば、本プロジェクトが終了した後も必要に応じて研修プログラムのための予算申請を行うことは可能である。ただし、どの程度の予算が認められるかは不明である。また、州内の予算申請はできても、州をまたいだ地域内での研修のための予算申請ができるかどうかは過去の経験がないため、判断がつかない。
- ・2009 年に合計数が 1,200 名だったが、2012 年には 1,600 名程度に増えている。しかし、それでも州全体の人口（約 1,800 万人）と比較すると医療従事者の数は十分とは言えないため、今後もコンポンチャム州の医療従事者の数を増加させていく予定である。

#### 面談番号 28

訪問先/ 面談対象	コンポンチャム州レファラル病院
日時	8 月 3 日 : 9:30-11:00
面談者	Dr. Meas Chea, Director
同席者	小山内泰代 : チーフアドバイザー/助産ケア、江上由里子 : 次期チーフアドバイザー/母子保健、石嶋忠行専門家 : 業務調整/研修管理
調査団	小林尚行 : 調査団長、明石秀親 : 母子保健、阿部将典 : 協力企画 1、酒井浩子 : 協力企画 2、中西政文 : 評価分析
入手資料	なし

病院内の見学をした後、病院長への聞き取りと協議を行った。

## (1) 病院の現状と面談者の基礎情報

- ・現在コンポンチャム州には12のレファラル病院があるが、州病院はその中で最も大きなレファラル病院である。エイズ患者へのケアや糖尿病、精神病疾患に対してもサービスを提供している総合病院である。
- ・コンポンチャム州病院は他のレファラル病院に対して研修を実施している。
- ・貧困層の診療費を出すためのEquity Fundが存在するため、以前より病院へのアクセスがしやすい環境になってきている。
- ・現在は260床あるが、300床以上の需要があるため、今後も拡充が必要となっている。
- ・本病院ではユニットごとに毎朝、患者の状況などについて会議を行っている。
- ・母子が亡くなった場合は、Maternal Death Auditも行っている。
- ・院長として13年間この病院で勤務しているため、病院のスタッフのことは熟知している。
- ・2名の青年海外協力隊員が病院内で活動している。
- ・MSFやGIZなどの開発パートナーからも支援を受けており、過去に韓国政府の開発援助機関(KOICA)からも支援を受けていた。

## (2) 本プロジェクトによる変化とプロジェクトへの協力姿勢

- ・これまで研修を受けたスタッフに変化が表れてきている。特に妊婦への接し方が変わってきている。かつては妊婦に文句を言ったり、責任を押し付けるなどの不適切な対応が見られた。今は以前より妊婦に寄り添う形で助産師が近い存在になっている。ただし、すべてが急激に変わるわけではないため、今後も継続した支援とフォローアップが必要である。
- ・最近、コンポンチナン州から来ていた患者がいたため、なぜ他州であるコンポンチャム州で分娩をしようと思ったのか聞いたところ、ほかの人から良い評判を聞いてコンポンチャム州の州病院でお産をしたいと思った、ということを経験者の家族から直接聞いた。病院についての良い評判が広まっている証拠だと感じた。
- ・本プロジェクトのための研修については、保健省からの要請があれば積極的に実施をする用意がある。また、他州への支援を行うことも問題ない。あらかじめ計画を立てておけばよい。ただし、何をどの程度州病院が責任を持って行うかについては保健省とNMCHCが州病院のキャパシティを検討した上で判断してほしい。
- ・研修ユニットについては現在無償資金協力による研修部用の建物の建築のための予算を申請中である。その申請が通れば、研修部の設置を正式に行いたいと考えている。研修部のメンバーは通常業務との兼務体制となる予定。
- ・他州での展開については州保健局も研修部があるので、そちらとも協議してもらいたい。

面談番号 29

訪問先/ 面談対象	保健省
日時	8月3日：15:00-17:00、8月6日 8:30-10:30
面談者	Professor Eng Huot: 次官
同席者	小山内泰代：チーフアドバイザー/助産ケア、江上由里子：次期チーフアドバイザー/母子保健、石嶋忠行専門家：業務調整/研修管理、Professor Tung Rathavy: NMCHC センター長
調査団	小林尚行：調査団長、明石秀親：母子保健、阿部将典：協力企画1、酒井浩子：協力企画2、中西政文：評価分析
入手資料	なし

- ・調査団から活動の進捗状況と評価結果、結果を受けた提言を説明した。
- ・調査団の明石医師からプロジェクトによるコンボンチャム州とモデル地域内のその他の州の研修実施体制案について図を使って説明した。
- ・Eng Huot 次官からはプロジェクトの今後の展開案と PDM の修正案について合意の返答を受けた。

## 9. 参考文献リスト

カンボジア国 助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト中間レビュー調査  
参考文献リスト

	資料の名称	言語	発行年	形態	発行者/入手先
1	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	日本語	2010年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
2	技術協力プロジェクト事業進捗報告書 2010年9月	日本語	2010年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
3	技術協力プロジェクト事業進捗報告書 2011年4月	日本語	2011年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
4	技術協力プロジェクト事業進捗報告書 2011年9月	日本語	2011年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
5	技術協力プロジェクト事業進捗報告書 2012年3月	日本語	2011年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
6	専門家業務完了報告書 小長井祥子専門家 (2010年9月27日-2010年11月21日)	日本語	2010年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
7	専門家業務完了報告書 松岡貞利専門家 (2010年5月24日-2010年8月31日)	日本語	2010年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
8	専門家業務完了報告書 野口真貴子専門家 (2010年3月14日-2010年3月28日)	日本語	2010年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
9	専門家業務完了報告書 三砂ちづる専門家 (2010年4月20日-2010年4月28日)	日本語	2010年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
10	専門家業務完了報告書 松井三明専門家 (2011年2月1日-2010年2月12日)	日本語	2011年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
11	専門家業務完了報告書 堀越洋一専門家 (2011年2月1日-2011年2月12日)	日本語	2011年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
12	専門家業務完了報告書 川口みどり専門家 (2011年2月21日-2011年3月19日)	日本語	2011年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
13	専門家業務完了報告書 小長井祥子専門家 (2010年6月22日-2010年7月14日)	日本語	2010年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
14	専門家業務完了報告書 西野るり子専門家 (2012年1月9日-2012年2月25日)	日本語	2012年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
15	専門家業務完了報告書 竹内正人専門家 (2012年2月19日-2012年2月25日)	日本語	2012年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
16	専門家業務完了報告書 田中由美子専門家 (2011年12月26日-2012年4月7日)	日本語	2012年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
17	専門家業務完了報告書 三砂ちづる専門家 (2012年2月18日-2012年2月25日)	日本語	2012年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
18	専門家業務完了報告書 伊藤智朗専門家 (2012年4月23日-2012年6月1日)	日本語	2012年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
19	専門家業務完了報告書 小長井祥子専門家 (2012年6月3日-2012年7月28日)	日本語	2012年	ハードコピー	独立行政法人国際協力機構
20	専門家業務完了報告書 堀越洋一専門家 (2012年6月25日-2011年7月27日)	日本語	2012年	ハードコピー	独立行政法人国際協力機構
21	西野るり子専門家 発表資料一式	英語	2012年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
22	伊藤智朗専門家 参考資料一式	日本語・英語	2012年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
23	Baseline Survey on Evidence-Based Midwifery Care in Cambodia	英語	2011年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
24	Report for Technical exchange program between Brazil and Cambodia on “Quality care of Child birth”	英語	2011年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
25	ブラジル-カンボジア 質の高い出産ケア 技術交換報告書	英語	2010年	電子データ	独立行政法人国際協力機構

26	International Workshop on Evidence-Based Quality Midwifery Care (報告書一式)	英語	2012年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
27	各種会議リスト	英語	2012年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
28	ACTIVITIES IN CAMBODIA - TECHNICAL REPORT : 第三国講師報告	英語	2012年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
29	Woman Friendly Child Birth Care (Leaflet 2点)	英語・クメール語	2012年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
30	Guide to Individualized Midwifery Care for Normal Pregnancy and Birth	英語	2011年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
31	ポスター一式 (3点)	クメール語	2011年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
32	プロジェクトパンフレット一式 (3点)	日本語・英語・クメール語	2011年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
33	研修教材一式 (12点)	英語	2011年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
34	MINUTES OF MEETING ON THE PROJECT CONSULTATION OF THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION FOR THE PROJECT FOR IMPROVING MITTERNALAND NEWBORN CARE THROUGH MIDWIFERY CAPACITY DEVELOPMENT (運営指導調査ミニッツ)	英語	2011年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
35	Record of 1st Joint Coordination Committee meeting: The Project for Improving Maternal and Newborn Care through Midwifery Capacity Development On June 9, 2011	英語	2011年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
36	NMCHC Name List	英語	2012年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
37	平成22年度活動概要	日本語	2010年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
38	平成23年度活動経費 一覧	日本語	2011年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
39	Kingdom of Cambodia Health Strategic Plan 2008-2015	英語	2008年	電子データ	保健省
40	KINGDOM of CAMBODIA, NMCHC: STATISTIC OF STAFF AND GOVERNMENT LABORER	英語	2012年	電子データ	保健省
41	カンボジア助産活動実績	日本語		電子データ	独立行政法人国際協力機構
42	対処方針会議までの課題 (小山内専門家回答)	日本語	2012年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
43	成果ごとの活動実績	日本語	2012年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
44	Indicators for Mid-Term Review	英語	2012年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
45	中間レビュー調査用データ (指標データ)	日本語	2012年	電子データ	プロジェクトチーム
46	PDM バージョン0 和文	日本語	2009年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
47	PDM バージョン0 英文	英語	2009年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
48	PDM改訂内容解説	日本語	2012年	電子データ	独立行政法人国際協力機構

49	Plan of Operation	英語	2012年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
50	プロジェクト進捗報告①：対処方針会議資料2012年7月17日（小山内専門家）	日本語	2012年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
51	プロジェクト進捗報告②（小山内専門家作成）	日本語	2012年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
52	プロジェクト進捗報告③（パワーポイントスライド）	日本語	2012年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
53	PDM改訂案（対処方針会議用資料）	日本語	2012年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
54	カンボジア国 助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト 国立母子保健センター新生児室設計・施工管理業務に係る調査団派遣（第1次派遣）帰国報告会 議事録	日本語	2011年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
55	NMCHCの現状課題	日本語	2012年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
56	Meeting on working group for making clinical EBM guideline from April to July 2011	英語	2012年	電子データ	プロジェクトチーム
57	Health Facility List Delivery（コンボンチャム地域）	英語	2012年	電子データ	プロジェクトチーム
58	MIDWIFERY ASSESSMENT WORKSHOP On 16-17 of JULY, 2012	英語	2012年	電子データ	プロジェクトチーム
59	Result of pre-post test on workshop	英語	2012年	電子データ	プロジェクトチーム
60	コアメンバー会議	日本語	2012年	電子データ	プロジェクトチーム
61	Skills Lab Equipment - A Practical Guide	英語・クメール語	2012年	CD-Rom	プロジェクトチーム
62	Cambodia: Demographic and Health Survey 2010	英語	2010年	ハードコピー	保健省
63	1st Orientation Workshop Members	英語	2012年	ハードコピー	プロジェクトチーム
64	Care in Normal Birth; A Practical Guide, Report of a Technical Working Group	英語	1999年	電子データ	WHO
65	専門家及びカウンターパートの旅費基準の改訂について	日本語	2012年	ハードコピー	独立行政法人国際協力機構
66	運営指導調査 対処方針会議資料	日本語	2011年	ハードコピー	独立行政法人国際協力機構
67	運営指導調査 帰国報告会資料	日本語	2011年	ハードコピー	独立行政法人国際協力機構
68	運営指導調査 帰国報告会議事録	日本語	2011年	ハードコピー	独立行政法人国際協力機構
69	カンボジア国 助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト 運営指導調査報告書（案）	日本語	2011年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
70	カンボジアMCH-PDM指標対照図	英語	2012年	電子データ	調査団
71	Model Mechanism：カンボジアモデル図	英語	2012年	電子データ	調査団
72	PDM 1 和文	日本語	2011年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
73	PDM 1 英文	英語	2011年	電子データ	独立行政法人国際協力機構
74	Pre-Test Questionnaire	英語	2012年	ハードコピー	プロジェクトチーム

