

Technical Report

国立研究開発法人国立国際医療研究センター
国際医療協力局

テクニカル・レポート vol. **07**

April, 2015

カンボジアの母子保健

国立研究開発法人国立国際医療研究センター
国際医療協力局

テクニカル・レポート vol. **07**
April, 2015

カンボジアの母子保健



目次

略語集	05
要約	06
第1章 カンボジア国母子保健関連基本情報	07
1. 基礎情報	09
2. 人口統計	10
3. 母子保健指標の現況	11
1. 出生率	11
2. 家族計画	11
3. 母性保健	11
4. 小児保健	13
4. 国家開発計画と保健政策	16
1. 四辺形戦略 (Rectangular Strategy)	16
2. 国家戦略開発計画 (National Strategic Development Plan)	16
3. 保健セクター開発計画	17
4. 母子保健に対する取り組み	17
5. 保健システム	18
1. 保健行政組織	18
2. 保健医療施設	19
3. 母子保健人材	21
4. 保健財政	24
5. 保健情報システム	26
6. 援助協調	28
第2章 カンボジアの母子保健におけるこれまでの取り組み (1992-2013)	31
～内戦後危機的人材不足からの復興支援から開発へ～	
1. 背景	33
2. カンボジア母子保健プロジェクトのまとめ	34
3. 活動年表	36
4. 活動報告	38
1. 黎明期 (1992-1995)	38
2. カンボジア母子保健プロジェクト フェーズⅠ	42
3. カンボジア母子保健プロジェクト フェーズⅡ	53
4. カンボジア地域における母子保健サービス向上プロジェクト	61
5. カンボジア助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト	74
第3章 まとめと今後の展望	83
1. まとめ	85
2. 今後の展望	90
業績	91
参考文献	102

Annex

Annex 1	カンボジア四辺形戦略	106
Annex 2	カンボジア保健戦略計画	108
Annex 3	カンボジア母子保健人材育成の歴史	110
Annex 4	カンボジアにおける医療保険	112
Annex 5	カンボジアにおけるヘルスファイナンススキーム	114
Annex 6	カンボジアにおける医療従事者卒前教育施設	118
Annex 7	"Guide to Individual Midwifery Care for Normal Pregnancy and Birth -English version"	
Annex A-Z	厚労省国際医療研究委託費報告 *	

*Annex 7, A-Z は、NCGM 国際医療協力局ホームページに掲載

略語集

ADB	Asian Development Bank アジア開発銀行
AOP	Annual Operation Plan 年間活動計画
EmONC	Emergency Obstetric and Newborn Care 基本的緊急産科新生児ケア
BTC	Belgian Technical Cooperation ベルギー開発協力
CIPS	Cambodia Inter-Censal Population Survey カンボジア中間人口調査
CPA	Complementary Package of Activities 補完活動パッケージ
DfID	Department for International Development 英国開発庁
DHS	Demographic and Health Sruvey 人口保健調査
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale ドイツ国際協力公社
HEF	Health Equity Fund 貧困者救済基金
HIS	Health Information System 保健情報システム
HRD	Human Resource Development 人材開発
HSP	Health Sector Strategic Plan 保健セクター戦略計画
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness 小児疾患統合管理
IMF	International Monetary Fund 国際通貨基金
IMR	Infant Mortality Rate 乳児死亡率
JICA	Japan International Cooperation Agency 独立行政法人国際協力機構
MCAT	Midwife Coordinator and Midwife Alliance Team 助産師コーディネーター及びアライアンスチーム
MDGs	Millennium Development Goals ミレニアム開発目標
MMR	Maternal Mortality Ratio 妊産婦死亡率
MPA	Minimum Package of Activities 最少活動パッケージ
NCGM	National Center for Global Health and Medicine 国立国際医療研究センター
NMCHC	National Maternal and Child Health Center カンボジア国立母子保健センター
NMR	Neonatal Mortality Rate 新生児死亡率
NSDP	National Strategic Development Plan 国家戦略開発計画
OD	Operation District 保健行政区
PHD	Provincial Health Department 州保健局
RMNCH	Reproductive, Maternal, Newborn, Child Health リプロダクティブ母性新生児小児保健
RTC	Regional Training Center 地域研修センター
SBA	Skilled Birth Attendance 熟練分娩介助者
SWiM	Sector Wide Management セクターワイドマネジメント
UHC	Universal Health Coverage ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ
UNFPA	United Nations Population Fund 国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund ユニセフ/国際連合児童基金
UNTAC	United Nations Transitional Authority in Cambodia 国際連合カンボジア暫定統治機構
USAID	United States Agency for International Development 米国国際開発庁
WB	World Bank 世界銀行
WHO	World Health Organization 世界保健機関

要約

カンボジアは、1975年のポルポトによる民主カンボジア政権樹立を契機に、自国内で都市の富裕層や知識層を中心に大虐殺が行われ、1979年ベトナム軍の侵攻により上記政権が打倒されるまで実に100万人を超える死者を出したといわれている。ポルポト政権終了後も10年以上にわたり政治情勢は安定せず、1991年にカンボジア和平パリ協定にてカンボジア内戦終結が宣言された時には、殆どあらゆる分野での人材が欠如していた。しかし、内戦終結後、劣悪なインフラと極度の人材不足の時代を乗り越えて、カンボジアは目覚ましい復興を遂げ、保健分野においてもミレニアム開発目標(MDGs)の母子関連指標の達成が見込まれる等、現在カンボジアは保健分野の成功国として世界的注目を浴びている。

日本も内戦直後から、保健分野への支援をODA(カンボジアとの2国間協力や国際機関への資金拠出を通じた多国間国際協力)あるいはNGOを通じて行ってきた。われわれ国立国際医療研究センターも、カンボジア国立母子保健センターを拠点として、ODAの一環として母子保健分野における援助を20年以上に渡って継続して行っており、日本の援助は母子関連指標改善へ向けて貢献をしてきたと言われている。当テクニカル・レポートでは、カンボジア母子保健セクターレビューを行うと共に、JICA技術協力プロジェクトを通じたカンボジア母子保健改善活動を歴代のプロジェクトリーダーの報告という形でまとめた。

当テクニカル・レポートの目的・構成は以下である。

目的：

開発途上国の母子保健分野に携わる関係者に、日本のJICA技術協力プロジェクトを通じたカンボジア母子保健への貢献を共有することで、カンボジア及び他国における母子保健関連事業に対して有用な知見を提供する。

構成：

第1章 カンボジア国母子保健セクターレビュー

母子保健指標、母子保健政策、母子保健システム、母子保健関連援助協調についてのまとめ。

第2章 JICAを通じたカンボジア母子保健改善プロジェクト活動報告

4プロジェクト7人のプロジェクトリーダーによる報告。「母子保健プロジェクトフェーズI(1995-2000)」で中核病院(カンボジア国立母子保健センター)運営の整備をし、「母子保健プロジェクトフェーズII(2000-2005)」では中央を拠点とした母子保健人材研修制度を整え地方への母子保健人材を確保した。続く「地域における母子保健プロジェクト(2007-2010)」では、保健センター助産師支援体制の整備を行い、現行の「助産能力強化プロジェクト(2010-2015)」では、助産の質の向上と地方を拠点とした人材育成活動支援を行った。

当レポートにおいて、カンボジア内戦直後の人材危機 Human Resource Crisis と劣悪なインフラ状況の中で、母子保健改善へ向けて日本の援助が果たした役割を分析しその経験を共有することで、今後、同様の社会情勢・人材不足に苦しんでいる国々にとって復興の道筋を照らすため重要な知見を提供すると同時に、今後の母子保健分野における国際保健医療協力の在り方を考える上で、有用な情報提供となることを期待する。

第1章 カンボジア国 母子保健関連基本情報

1. 基礎情報

国名： カンボジア王国
国土： 18.1 万キロメートル（日本の 1/2）
人口： 1470 万人（CIPS 2013¹⁾）
首都： プノンペン
民族： クメール系 90%、ベトナム系 5%、中華系 1%、
 他 4%（国勢調査 2008²⁾）
言語： クメール語
宗教： 仏教 96.9%、イスラム教 1.92%、
 キリスト教 0.37%、他 0.78%（国勢調査 2008²⁾）
政体： 立憲君主制
行政区部： 1 都 23 県

図 1：地図³⁾図 2：国旗³⁾

歴史： 古くはカンボジアのアンコール王朝がインドシナ半島の大部分を支配していた時代はあったが、14 世紀以降タイ・ベトナムの攻撃で衰退し、1884 年にフランス領となった。第 2 次世界大戦後 1954 年に独立したが、1975 年にポルポトによる民主カンボジア政権樹立を契機に、自国内で大虐殺が行われ大量の難民が出現した。1979 年ベトナム軍の侵攻により上記政権が打倒されポルポトの支配が終焉を告げた。1991 年パリ和平会議後 1992 年より国連暫定統治機構の活動が開始され、それ以降継続して日本の援助がおこなわれている。以降、日本はカンボジアにおける最大の開発援助国となっている。

経済： GDP：142 億 USD, GDP/capita：933USD/capita（2012 国際通貨基金 (IMF) 資料）
 主要産業：農業 (33.6%), 縫製業 (9.9%), 建設業 (6.5%), 観光業 (4.6%) * (%) は GDP%
 2009 年の経済成長率は世界経済危機の影響により -2% となったが、翌年には 6% 台に回復し、2007 年から 2011 年までの 5 年間の実質 GDP 平均成長率は 6.0% を記録している。近年海外直接投資が順調に増加しており、今後も安定した経済成長が見込まれている。
 Source: CIPS 2013¹⁾、外務省国別情報カンボジア³⁾

表 1：基本統計（2013 年）

	計	男	女
人口	14,676,591	7,121,508	7,555,083
都市人口 (%/人口)	21.4%	21.5%	21.4%
人口増加率 (%/年)	1.46%		
人口密度 (/sq.km)	82/sq.km		
識字率 (15 歳以上人口 %)	79.7% (都市 90.0%、農村 76.5%)	86.4% (都市 94.2%、農村 84.1%)	73.6% (都市 86.8%、農村 69.7%)
平均余命 (歳)	68.9 歳 (都市 76.8 歳、農村 67.6 歳)	67.1 歳 (都市 75.0 歳、農村 65.6 歳)	71.0 歳 (都市 78.5 歳、農村 69.5 歳)

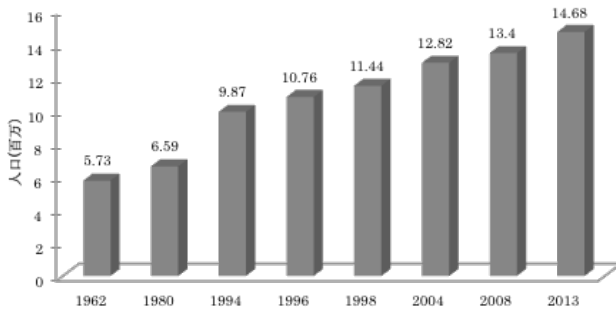
* CIPS: Cambodia Inter-Censal Population Survey 2013、以下 CIPS 2013 で表記

Source: CIPS 2013¹⁾

2. 人口統計

CIPS 2013¹⁾ によるカンボジアの人口総数は 1468 万人である。人口は年々増加しており、内戦直後 1980 年と比べると 2 倍以上に増加し、ここ 10 年間に約 200 万 (14.5%) の人口増加がみられている。しかし、6 億人以上の人口を抱える東南アジア全体ではわずか 2.4% を占めるのみで、2 億 5 千万人近くのインドネシア、1 億人に手が届きそうなベトナム・フィリピンと比べるとまだ少ない。また、カンボジアの都市化は他国及び世界平均から見ても比較的緩やかであると言える。

図 3：人口の推移 (1962 年・2013 年)



Source: CIPS 2013¹⁾

表 2：都市化の推移

	都市人口割合 (% 人口)
2008 年	19.5%
2013 年	21.4%
東南アジア平均	44.7%
世界平均	52.1%

人口ピラミッド

カンボジアの人口ピラミッドに特徴的なのは、1970 年代のクメール・ルージュ時代の虐殺・低出生率の影響から、35-39 歳代の年齢が極端に少なく、それ以降の年齢人口も少ないことである。一番多い年齢人口は 1980 年代のベビーブームを反映し、10-19 歳代である。都市部では農村部と比べて、子どもが少なく若年労働人口が多い。2008 年と 2013 年との比較では、2008 年と比べ、2013 年では、女性・男性共に 5 歳未満人口の減少が特徴的であり。この傾向は他の途上国においても同様である。以下に示す 2020 年及び 2030 年の予測では、出生率がより低くなる予測を反映して、5 歳未満人口の減少が進むことが予測される。

カンボジアにおける性別と都市・農村別人口ピラミッド：2008 年 (■と■) 2013 年 (□)

図 4：性別人口ピラミッド

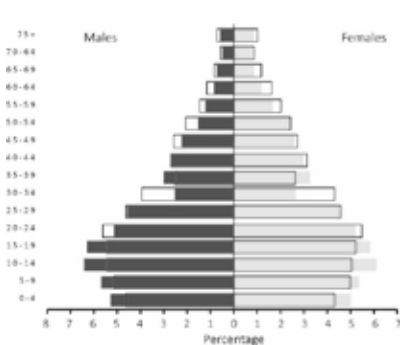
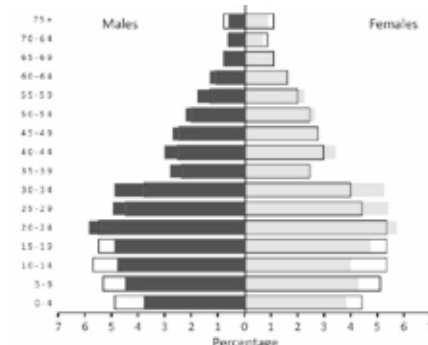


図 5：都市・農村別人口ピラミッド



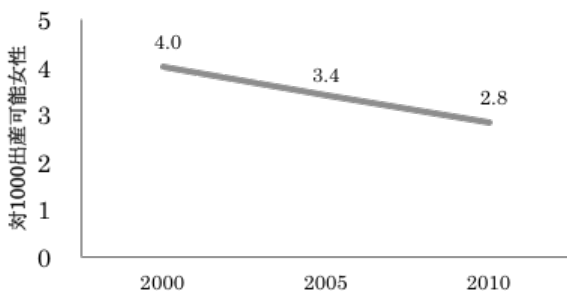
Source: CIPS 2013¹⁾

3. 母子保健指標の現況

1. 出生率

合計特殊出生率は以下の図の如く、他の途上国と同様に、2000年4.0であったのが2010年には2.8と都市部を中心に、次第に低下してきている。

図6：合計特殊出生率の推移（2000 - 2010）



Source: CDHS 2000⁶⁾, CDHS 2005⁵⁾, CDHS 2010⁴⁾

表3:合計特殊出生率の都市部・農村部の比較（2010年）

合計特殊出生率 (対1000出産可能年齢女性)	2.8
都市部	2.1
農村部	3.1

2. 家族計画

Cambodia Demographic Health Survey(以下：CDHS) 2010によると、「99%以上の既婚女性が避妊方法に対する知識があり」という調査結果であり、この傾向は都市・農村の格差は認められなかった。同調査では、実際の避妊の使用率も調査しており、以下表4では避妊法の使用は上昇しているものの未だ十分ではない現状が示されている。

表4：カンボジアにおける妊娠可能年齢の既婚女性の避妊法の使用状況の推移(% / 出産可能年齢既婚女性)

	2000CDHS	2005CDHS	2010CDHS
なんらかの避妊法の実行率	23.8%	40.0%	50.5%

Source: CDHS 2000⁶⁾, CDHS 2005⁵⁾, CDHS 2010⁴⁾

注) なんらかの避妊方法：

近代的避妊法 (Modern Method) と伝統的避妊法 (Traditional Method) を両方含む。

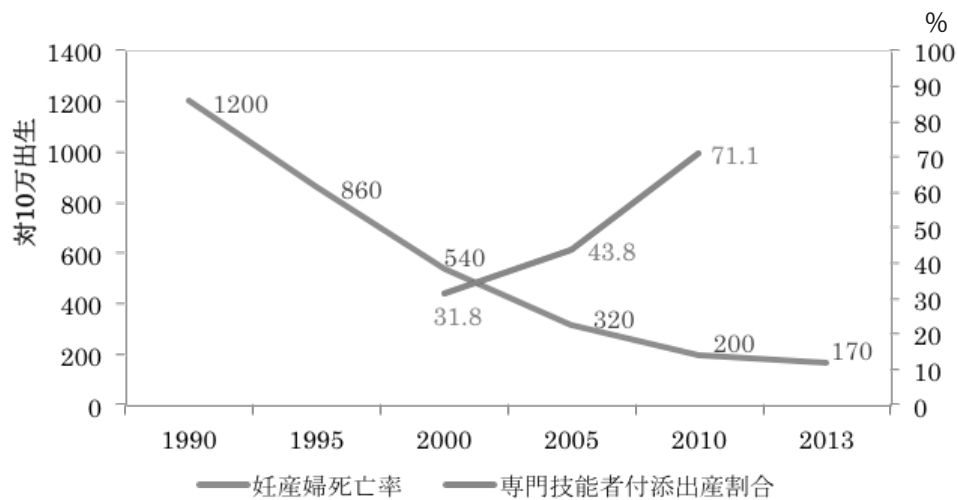
近代的避妊法：経口避妊剤、注射避妊剤、コンドーム、子宮内避妊器具 (IUD)、不妊手術等。

伝統的避妊法：リズム法、膣外射精、その他の民間方法

3. 母性保健

カンボジアの1990年の妊産婦死亡率 (Maternal Mortality Ratio: 以下 MMR) は1200/100,000出生と高値であったが、2013年国連合同推定値によると1990年に比べ2013年の推定値は1/4以下となっており、2015年のミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals: MDGs) のうちの、MDG5Aの達成が見込まれている。同時期に熟練分娩助産者 (Skilled Birth Attendance: 以下 SBA) 助産分産率の増加が認められる。DHS2014の速報によると、SBA助産分産率は89%まで上昇している。

図7：妊産婦死亡率推定値と熟練分娩助産者介助出産率の推移（1990 - 2013）



Source: WHO 2014⁷⁾

カンボジアにおける女性による妊娠・出産に関わるサービスの利用率の推移をみると、以下のように順調に推移している。

図8：熟練分娩助産者による出産割合の推移（都市 / 農村）

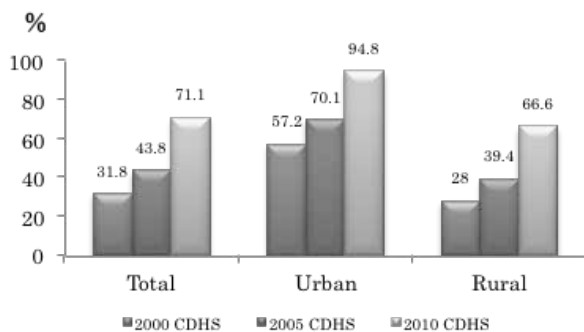


表9：施設分娩率の推移（都市 / 農村）

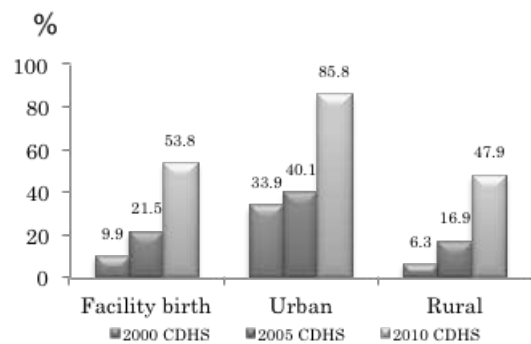
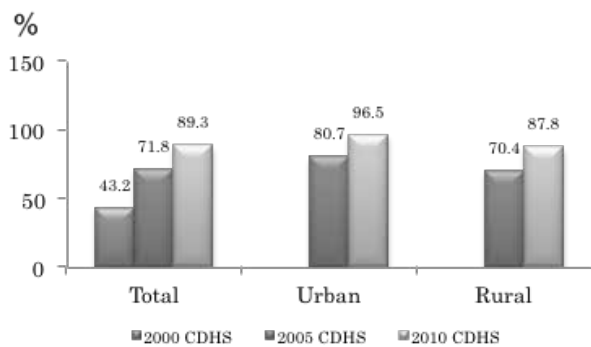


図10：妊産婦が少なくとも1回産前検診を受けた割合の推移（都市/農村）



MMRの改善が成功した要因は、MMR改善に向けた強い政治的リーダーシップの元、出産に関わる医療スタッフの育成と医療施設への適切な配置、女性の妊娠・出産に関わるサービスへのアクセスの増加の実現等があげられる。

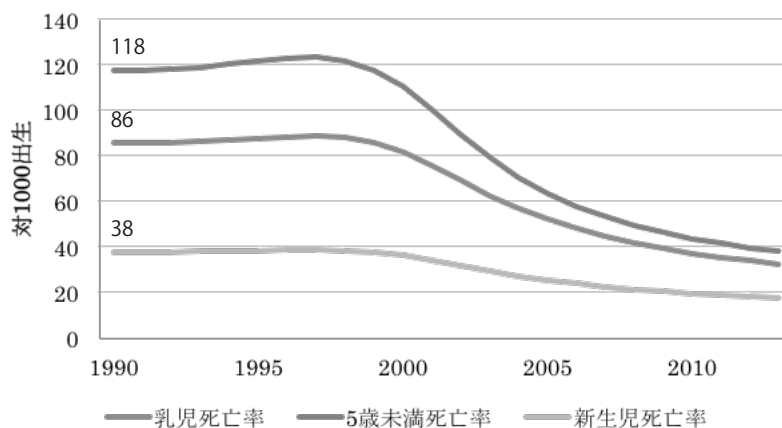
Source: WHO, Success Factors for Women's and Children Health, Cambodia¹⁹⁾

4. 小児保健

各死亡率の推移

1990年から2013年の間に乳児死亡率 (Infant Mortality Rate: 以下IMR), 5歳未満死亡率 (Under5 Mortality Rate: 以下5UMR) は共に減少した (図11)。ミレニアム開発目標 (MDG)4は「IMR/5UMRが1990年水準に比して1/3となる」ということでカンボジアの目標値はそれぞれIMR: 29, 5UMR: 39である。国連共同推計値⁷⁾によると、2013年の推定値で、IMR: 33/1000出生, 5UMR: 38/1000出生ということで、MDG4達成に向け on-track となっている。ただし、世界的傾向であるが、新生児死亡率 (Neonatal Mortality Rate: 以下NMR) の減少は他指標に比して緩やかなため、さらなるIMR、5UMR改善には新生児保健のさらなる改善が必要とされている。

図11：各小児死亡率推定値の推移（1990 - 2013）



Source: WHO 2014⁷⁾

小児（5歳未満児）の死亡原因、疾患有病率と治療状況

カンボジアの5歳以下小児の主要死因は、新生児期の死亡（54%）、呼吸器疾患（30%）、下痢性疾患（27%）、デング出血熱（11%）であり、急性栄養障害、麻疹と続く。新生児期に死亡する児の4分の1が敗血症であり7%が新生児破傷風が疑われる症例である。Source: WHO, Country Health Information Profiles Cambodia 2011⁸⁾

以下に、カンボジアの5歳未満児の代表的疾患症状の過去2週間の有病率ならびに、症状があった際の医療機関受診率の推移を示す。有病率に関して、急性呼吸器症状（Acute Respiratory Illness: 以下ARI）は低下しているが、熱性疾患・下痢性疾患については大きな変化は見られない。しかし、症状発症時の保健医療機関受診率は軒並み上昇している。

図 12：5歳未満児における各疾病罹患率の推移

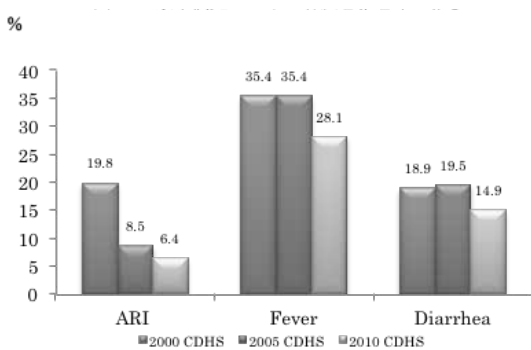
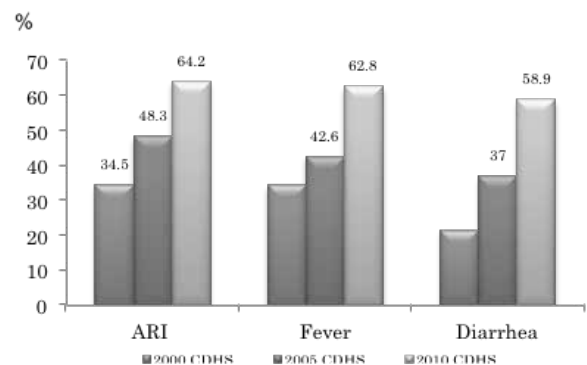


図 13：5歳未満児における各疾病罹患時の医療機関受診率の推移

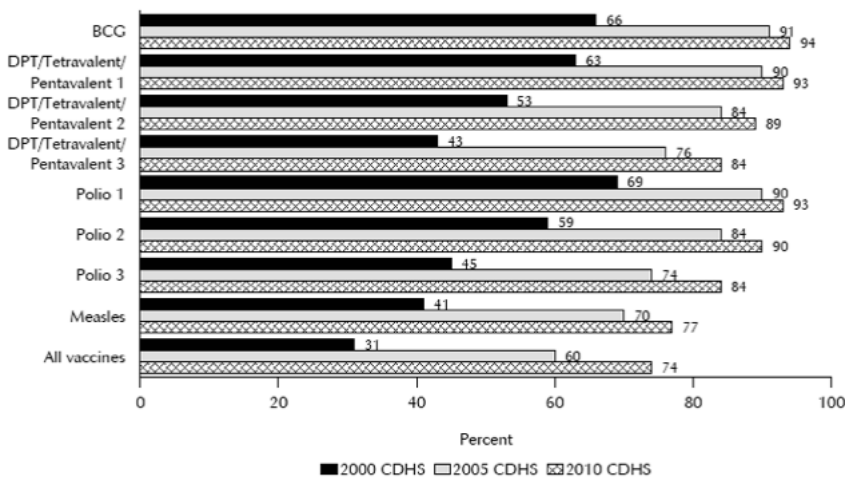


Source: CDHS 2000⁹⁾, CDHS 2005⁵⁾, CDHS 2010⁴⁾

予防接種率

予防接種の利用状況も改善が見られる。以下に CDHS によるデータの推移を示す（CDHS 2000⁹⁾, CDHS 2005⁵⁾, CDHS 2010⁴⁾）。2010年には10年前と比して予防接種率の著明な改善がみられる。しかし、ポリオやBCGワクチン単独では90%以上の1-2歳の児で予防接種を完全に終了しているが、すべての予防接種を接種している児の割合は2010年で74%と1/4の児は何らかの予防接種を受けていない状況である。

図 14：カンボジアにおける 1-2 歳児の 1 歳までの予防接種利用状況の推移



注)
 * 全ての予防接種 (All vaccines) :
 BCG, Polio1/2/3, Measles,
 DPT/Tetravalent/Pentavalent 1/2/3 を
 接種している児の割合。
 (Tetravalent を受けている場合は
 Polio 接種済みとする)
 **Tetravalent: DPT+Polio
 **Pentavalent: DPT+Polio+HBV

小児の栄養状態

カンボジアにおける小児の栄養状態に関しては改善が緩慢である。CDHS によると、WHO 体重・身長標準を使用して計算された急性栄養失調の指標となる Wasting* 及び Underweight* は 2005 年と 2010 年を比して変化なく、慢性栄養失調の指標となる Stunting* に関しては一定の低下傾向にあるが 5 歳未満児の 39.9% が Stunting* とのことで依然高いレベルにある生後 6 カ月を契機に各栄養指標の悪化がみられるため、母乳育児・離乳食から乳児期の食習慣が影響を与えている可能性がある。

また、図 16 に示すように、6 カ月齢までの完全母乳育児率は上昇しており、CDHS 2010 においては、59.6% の児が 6 カ月齢まで完全母乳で育てられている。

図 15：カンボジアにおける 5 歳未満児の低栄養割合の推移

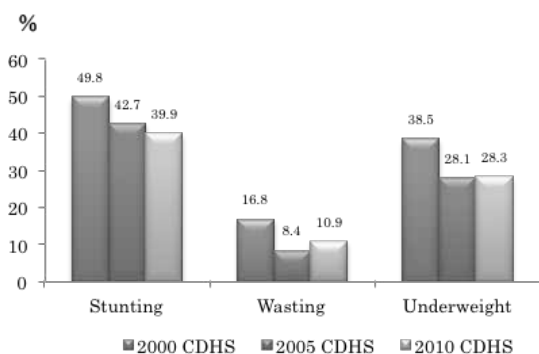
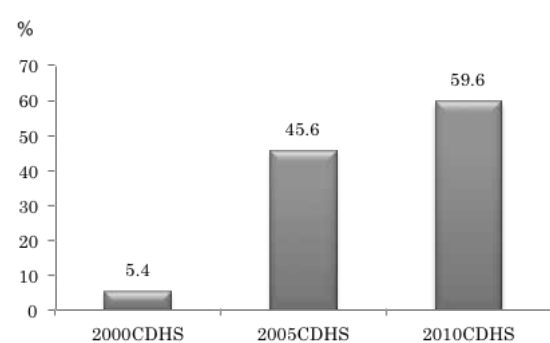


図 16：カンボジアにおける 6 カ月齢までの完全母乳育児率の推移



各栄養指標の定義* : Stunting(Height for Age): 身長 < -2 × (各年齢における身長の標準偏差) / Wasting(Weight for Height): 体重 / 身長 < -2 × (体重 / 身長の標準偏差) / Underweight(Weight for Age): 体重 < -2 × (各年齢における体重の標準偏差)

4. 国家開発計画と保健政策

1. 四辺形戦略 (Rectangular Strategy)

2004年7月の第3次政権成立に伴い第1次四辺形戦略⁹⁾が策定された。これは国家開発計画の基盤となる戦略であり、①農業分野の強化、②インフラの復興と建設、③民間セクター開発と雇用創出、④能力構築と人材開発の四辺で成り立っている。

2008年9月の第4次政権成立時には、第2次四辺形戦略¹⁰⁾が表明された。基本的には、全戦略を引き継いだ形となっているが、「法の支配」に重点を置いた平和、政治的・経済的安定性の実現、アジア太平洋経済協力 (APEC) や東南アジア諸国連合 (ASEAN) などの地域的枠組みへの参加が盛り込まれている。

引き続き2013年9月、第3次四辺形戦略¹¹⁾が表明され、再び全戦略を引き継いでいるが、時代潮流を反映し、「環境保全」「(農業)商業化」「資源の持続可能な開発」「金融セクターの育成」という新たなキーワードが登場しているほか、各項目における優先事項についての記述がより詳細なものとなっている。保健分野は、四辺形戦略の「能力強化と人材開発」のうちの項目の1つ「保健と栄養の推進」として位置づけられている。

「保健と栄養の推進」では、第2次戦略における実績として「保健セクター開発計画」の推進により、母子保健および感染症についての主な指標が改善されていること、貧困者救済基金 (Health Equity Fund: 以下 HEF) 等の貧困者対策のカバー率が向上したことを成果として示す一方、今後の課題として「近隣諸国よりも高い母子の死亡率の改善と子供の栄養状況の改善、保健サービスのカバー率と質の改善」を挙げている (詳細は、Annex 1 参照)。

2. 国家戦略開発計画 (National Strategic Development Plan: 以下 NSDP)

NSDP2014-2018¹³⁾は、第3次四辺形戦略に基づく開発計画として打ち出された。開発目標は、NSDP2006-2013¹²⁾ (第2次四辺形戦略) では2003年に発表されたカンボジア・ミレニアム開発目標の達成であったが、NSDP2014-2018¹³⁾の保健・栄養分野の年毎の達成目標は以下である。

表5：NSDP2014-2018¹³⁾の保健・栄養分野の年毎の達成目標

	単位	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年
公的医療施設での分娩率	%						80
公的医療施設から報告されたマラリアによる死亡率	対100,000人口	1.25	1	0.8	0.65	0.5	0.35
乳児死亡率 (IMR)	対1,000出生	45		35			32
5歳未満死亡率 (5UMR)	対1,000出生	54		45			42
妊産婦死亡率 (MMR)	対100,000出生	206		140			130
HIV有病率	%対15-49歳人口	0.7					<0.1
結核の有病率	対100,000人口	73	694	653	612	571	530
0-59カ月齢の児の *Stuntingの割合	%対0-59カ月齢児	22	26	24.5	23	22	20

* Stunting: 身長 < -2 × (各年齢における身長標準偏差)

3. 保健セクター開発計画

保健セクター開発計画は NSDP に基づき保健省により作成されている。現在の保健セクター開発計画は、保健戦略計画 Health Sector Strategic Plan2008-2015(HSP2)¹⁴⁾ である。これは、前戦略である Health Sector Strategic Plan 1998-2007(HSP1)¹⁵⁾ に関して保健省が各種レビューを行ったのち、策定されたものである。HSP2 では、実施フレームワークとして、3つの保健プログラム分野(①リプロダクティブ・母・新生児・小児保健、②感染症、③非感染性疾患)、5つの戦略分野(保健サービスデリバリー、保健財政、保健医療人材、保健情報システム、保健システムガバナンス)が規定されている。Annex2 に HSP2 の実施フレームワークを示す。また、HSP2 では、プログラムごとに、ゴール、目標、成果、そして指標が明確に設定されている。この設定された指標を保健省と援助団体全体で半年ごとにモニターをするメカニズムがあり、公的保健セクター全体において、保健省と援助団体が合同で、モニタリングメカニズムの統一化が進んでいる。また、HSP2 の実行にあたり、保健省が具体的な Midterm Planning Framework である 3 Year Rolling Plan(3YRP) を策定し、毎年の Joint Annual Performance Review で進捗を確認し必要に応じて修正を行っている。また、各公的医療レベル(郡、区、病院、保健センター)においては、HSP2 並びに 3YRP に基づいて、年間活動計画 Annual Operation Plan(AOP) が毎年策定され、その活動計画に基づいて実際の活動が実施されている。

2014 年には、第 12 回 Joint Annual Performance Review 2014 で次期保健セクター開発計画 (HSP3, 2016-2020) の優先分野が発表された。HSP1、HSP2 では優先政策は「母子保健」「感染症」「非感染性疾患」の 3 分野であったが、HSP3 では新たに「保健サービスへの公平なアクセスの確保」という項目が加わり、4 分野となった。HSP2 と比較すると各優先政策の目標の数が合計 12 から 27 に増加し、それぞれの内容が詳細かつ具体的になっている (**Annex2 参照**)。

4. 母子保健に対する取り組み

HSP2 の将来像(ビジョン)は「カンボジア国民、特に、貧困者、女性、子供の健康と福祉に貢献する保健セクターの持続可能な開発を強化し、貧困削減と社会経済発展に資する」である。特に、母子保健が優先課題となっており、2008 年の新大臣就任後、リプロダクティブ、母性新生児小児保健 Reproductive, Maternal, Newborn, Child Health (RMNCH) を推進するために、Fast Track Initiative Road Map for Reducing Maternal & Newborn Mortality 2010-2015 が策定された。これを達成するための手段として、「助産師の量と質の改善」が挙げられていた。

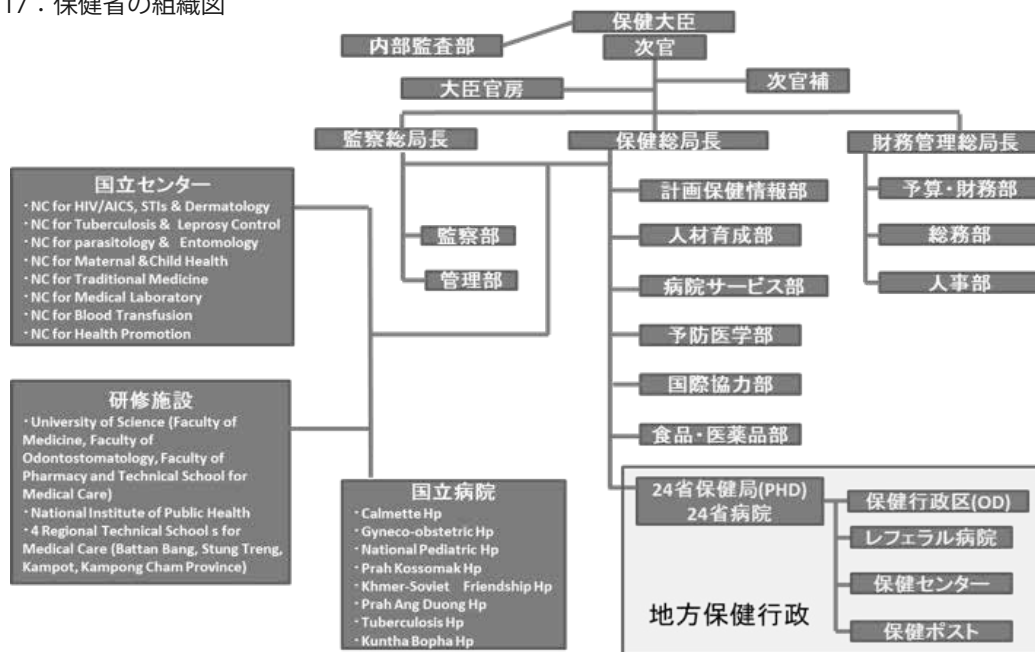
また、RMNCH を推進するために、RMNCH タスクフォースといわれる既存の組織を横断的につなぐ分科会が策定されている。ここには、国立母子保健センター長、国家リプロダクティブヘルスプログラム長、保健省局長補兼国家予防接種プログラム長、国家栄養プログラム長らが含まれており、世界保健機関 World Health Organization(WHO)、国連人口基金 United Nations Population Fund(UNFPA)、JICA などの、母子保健分野の主たる援助関係者もオブザーバー参加している。タスクフォースは、指標を確認することで進捗を把握し、大臣や上位ドナー調整会合に報告する仕組みとして機能し、RMNCH サービスの技術的責任は、母子保健関係の 5 つの国家プログラムが策定されている。

2011 年に行われた HSP2 中間レビューによると、MDG、NSDP に示された保健分野指標について概ね順調に改善が進んでいるが、マラリアと栄養に関する指標は 2015 年の目標年次までに達成することが困難であることが指摘されている。マラリアに関しては目標設定が厳しすぎたことがその原因であり、栄養に関しては、指標の改善に向けて一層の取り組みが必要であると述べている。

5. 保健システム

1. 保健行政組織

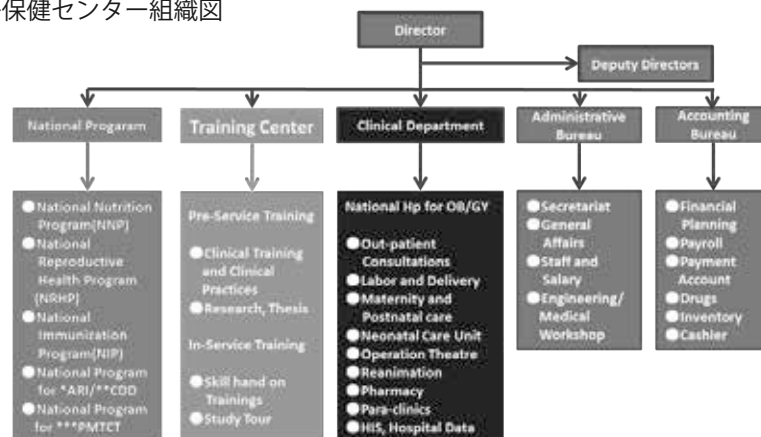
図 17：保健省の組織図



母子保健行政

カンボジアの母子保健行政については、保健省本省内部に母子保健行政を担う部署はなく、保健省直轄である中央医療施設の一つである国立母子保健センター (NMCHC) が、産婦人科病院機能・母子保健研修センター機能に加えて、母子保健行政機能も担っている。以下組織図に示すように 5 国家プログラムが NMCHC で管理運営されている。

図 18：カンボジア国立母子保健センター組織図

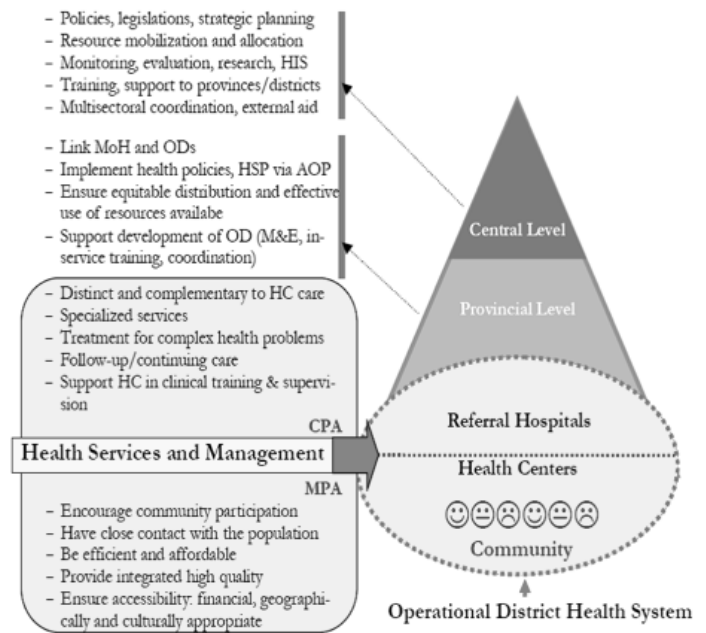


*ARI: Acute Respiratory Infections
 **CDD: Control for Diarrhea Diseases and Cholera
 ***/PMCT: Prevention Mother-to-Child Transmission of HIV

地方保健行政

カンボジア 1994 年よりカンボジア保健省は行政区での保健システムを強化するために組織再編を実施してきた。現在では National Health Coverage Plan(HCP) により全国 24 州を 76 の保健行政区 Operation District(OD) に区分している(必ずしも行政区とは一致しない)。各 OD は各州保健局 (PHD) の傘下にある。これらは、Public Administrative Reform(PAR) と呼ばれ、地域の保健セクターの機能向上を高めることに寄与してきた。保健省は保健システム改善の主な目的を「地域の保健システムを推進することによるプライマリ・ヘルスケアの向上と助長を図ること」と定義している。保健システム組織図と各レベルにおける標準サービスを図 19 に示す。

図 19：保健システム組織図と各レベルでの標準サービス¹⁴⁾



2. 保健医療施設

1995 年より HCP に基づく施設整備計画が進められている。以下の表に HCP の施設基準を示す。2004 年に計画省によって実施された人口推移予測 (1998 年 - 2020 年) を基に、施設整備計画が立てられている。

表 6：HCP に基づく施設設置基準

施設設置基準	人口	アクセス
Health Center (HC)	10,000[8,000-12,000]	HC 間が半径 10km、または徒歩 2 時間以内
Referral Hospital (RH)	100,000[60,000-200,000]	RH 間が半径 20-30km 以内か、車か船で 3 時間以内

レフェラル病院は、診療機能の高度な順に、Complementary Package of Activities(CPA)3、2、1 に分類され、サービス・施設・人材・機材の基準が規定されている (CPA Guideline¹⁷⁾)。また、保健センターも同様に Minimum Package of Activities(MPA) が定められている (MPA Guideline¹⁸⁾)。一方、国立病院 / 国立センターには人材配置基準はないが、現

状のスタッフ数と CPA・MPA 基準を基に、保健省内人材育成部 Human Resource Development(HRD) が各職種の Workforce Plan を作成している。これは、1995 年に HRD が初めて策定した人材開発計画が、その後 Health Sector Strategic Plan 2003-2007(通称 HSP1) に取り入れられ、Workforce Development Plan(2006-2015) に則るものである。これは、その後策定された HSP2 とも整合性を保っている。

CPA Guideline による Referral Hospital の基本的活動：

- CPA1: 全身麻酔を必要とする大手術はできない。血液バンクはない。
基本的産科ケアはできる(帝王切開はできない)。2011 年の時点で 33 施設あり。
- CPA2: CPA1+ 救急診療と全身麻酔を必要とする手術が可能(帝王切開可能)。
ICU や輸血・耳鼻科診療・眼科診療・整形外科診療等の専門的治療が行える。2011 年の時点で 31 施設あり。
- CPA3: CPA2 に加えてさらに様々な専門科。2011 年の時点で 26 施設。

保健医療施設数の推移

HCP が 1996 年に策定されて以来、公立医療機関の数は 2012 年までに飛躍的に増加した。レフェラル病院は 67 → 82 へ増加し、保健センターは 514 から 1029 と 2 倍に増加した。保健センターには分娩室や待機室が作られ、地方における母性保健サービスへのアクセスが向上した。また、下グラフのように緊急産科新生児ケア (Emergency Obstetrics and Newborn Care: 以下 EmONC) サービスの提供が可能な施設数は増加している。

医療施設の認可に関わる医療施設評価ツール Health Facility Assessment Tool の開発も 2007 年に実施され (2012 年に改訂が行われた)、MPA や CPA Guideline に沿って、医療設備・医療器材等について各医療施設は定期的に評価が行われている。

図 20：医療施設数の推移

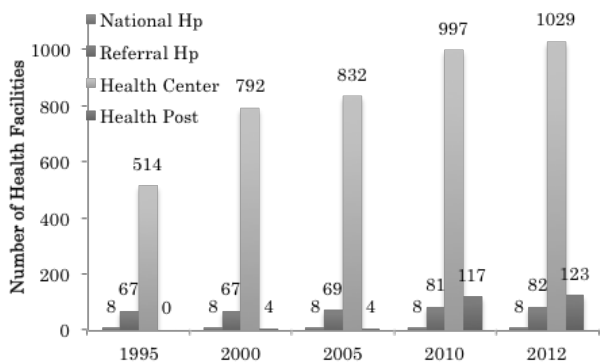
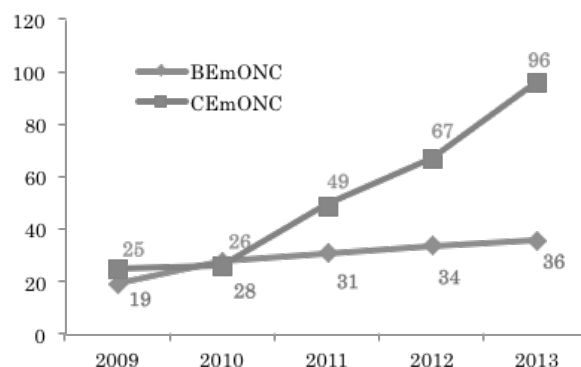


図 21：公立医療施設における BEmONC 及び CEmONC 利用可能医療施設数の推移



*BEmONC: 基本的緊急産科新生児ケア (帝王切開不可)
**CEmONC: 包括的緊急産科新生児ケア (帝王切開可)

Source: WHO 2014¹⁹⁾

私立医療施設

私立医療施設に関しては、保健省への届出制度がある。認可には、施設のタイプにより専門職員の数、施設の大きさ・設備、診療記録管理、薬剤管理・販売などに関して規制を受ける。私立医療施設の認可は進んでおり、2013年の計画省の報告では1795の私立医療施設のうち100%(全施設)が認可を受けているということになっている²⁰⁾。公的医療施設に勤務する多くの医療スタッフは、私立医療施設での兼業を行っている。

表7：カンボジアにおける私立医療施設数の推移

	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
Private Facilities	2361	1608	1521	1699	1795
Licensed	1453	1521	1521	1699	1795
Un-Licensed	908	87	0	0	0

Source: MOH 2013²¹⁾

3. 母子保健人材

1996年に最初の保健人材計画として、HCPにのっとり Health Workforce Development Plan(1996-2005)として策定された。以降、母子保健医療従事者の育成と配置に対し様々な政策が行われ、Health Workforce Development Plan(2006-2015)が現在のプランとして策定され、2011年には中間評価が行われ、農村部の医療スタッフの登用と定着、また医療従事者の質の確保が課題に上がっている。

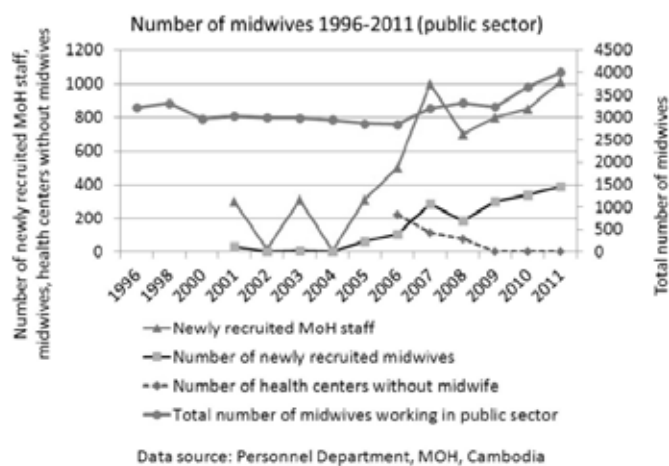
2006年に保健省とUNFPAにより実施された包括的助産師レビュー³⁴⁾によると、当時、約900の保健センターのうち約2割では助産師が1名もいない、約4割では1名のみしかいないことが判明した。また、助産師の年齢コホートの分析より、助産師を新規に育成しなかった場合には、当時の既存助産師の約3割が、5年以内に退職年齢を迎えることもわかった。こういった状況より、助産師の新規育成が注目されるに至った。

母子保健医療人材育成の歴史（詳細は Annex3 参照）

政府は2008年に、Fast Track Initiativeの中で「1HCあたり1助産師」の配置を目標に掲げ、助産師の養成・公的セクターへの採用を推し進めた。目標に達すべく、助産師のカバー率は順調に向上し、2010年にはすでにこの目標は達成されている(図22)。政府は、今後は配置されている助産師の質の向上(2009年の報告では配置されている助産師の60%がPrimary Midwifeと報告されている)と「Secondary Midwife」の配置を新たな目標とされている。

Fujita et al²⁴⁾によると、MDG 達成に向けた開発援助団体の支援や外部環境（経済成長、インフラ整備、教育システム改善等）の影響を十分に認めた上で、助産師カバー率改善の成功要因は、保健省が、保健省内外並びに中央から地方すべての層を巻き込んだ、助産師の人材育成・適正配置のための包括的戦略が実現できた事である。そして、その成功の背景として、保健省の強い政治的リーダーシップのもと、High Level Midwifery Taskforce (HLMWTF) 等のタスクフォースが結成され、助産師育成政策に関する意思決定と戦略実行にあたり強いリーダーシップと効率的なドナー調整能力が発揮できたことが大きく貢献している。さらに行政レベルでは、保健省の計画立案・調整能力の向上のみではなく、中間管理職のマネジメント能力向上と自信の回復が、Fast Track Initiative における「1HC あたり 1 助産師政策」の基、助産師の量的・質的改善に大きく貢献した。

図 22：公立施設における助産師数の推移



Source: Noriko Fujita et al²³⁾

保健人材の推移

他の職種を含めた近年の保健医療従事者の数に関しては、保健省の計画保健情報部は公務員の保健人材の種類と数を保健統計年次報告として公表している。人材数全体は増加しているが、医師、準医師、准看護師等、一部の人材は減少傾向にある。

表 8：カンボジアの公的医療施設における保健人材の推移

	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
Medical Doctor	2139	2139	2180	2178	2021
Medical Assistant	1147	1087	1052	1018	962
Secondary Midwife	1825	1863	1994	2432	2734
Secondary Nurse	5098	5155	5366	5662	5534
Primary Midwife	1616	1815	1997	2164	2332
Primary Nurse	3404	3359	3381	3366	3387

Joint Annual Performance Review 2013

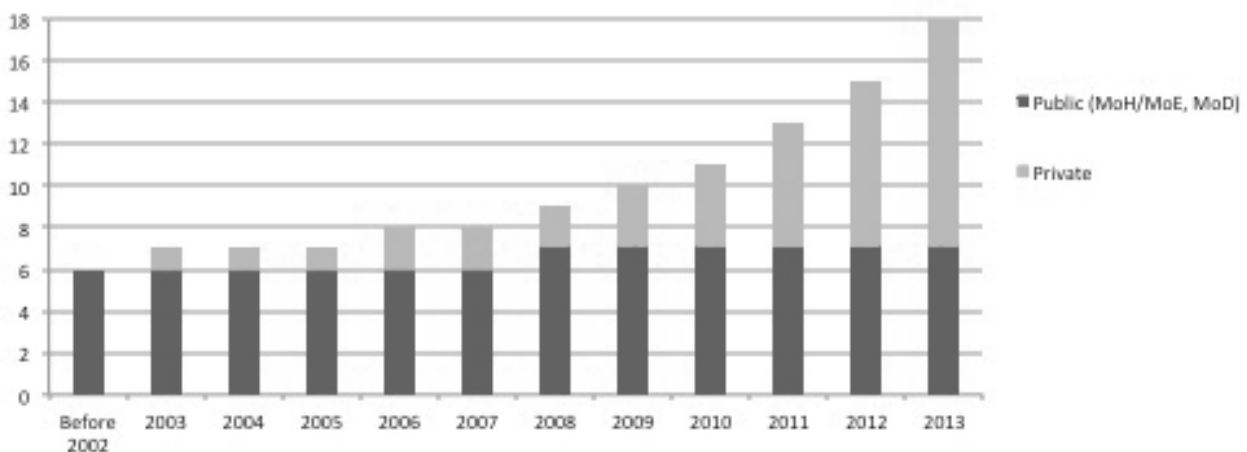
Secondary Midwife と Secondary Nurse は主にレフェラル病院以上で働く専門看護師・助産師を指す。Secondary Nurse/Midwife コースでは現在は看護師 3 年+助産師 1 年のカリキュラムである。それと比して、(2006 年以降の) Primary Nurse/Midwife は地域研修センター等で 1 年のカリキュラムで取得でき、主として地方のヘルスセンターで働く Nurse/Midwife を養成することを目的としている。Medical Doctor は臨床研修含め 8 年の研修期間が必要であり専門医の取得にはさらに 3 年を要する。Medical Assistant は、4 年のプログラムで、内戦後の医師不足解消のため緊急的に設けられた職種であり、現在はこのコースはなく、今後、数を減らし Medical Doctor のみとする方針である。

卒前教育施設

Accreditation Committee of Cambodia(ACC) が施設認可をした保健人材養成施設で卒前教育が行われる 2000 年代前半までは国内に公立 5 施設 (1 大学・4 専門学校) しかなかったが、近年私立の教育施設が急増中である。特に看護師助産師育成コースの増加が著しいが、医師も公立大学 2 校に対し私立大学 3 校と私立校が公立校の数を超えるようになった。しかし、教員の多くは公立校と兼務し、教員数の不足と実習施設不足が深刻であり、教育の質を担保するのが公立校も私立校も難しくなっている教員は給与・労務環境の悪さから人気がなく、教員の育成が、保健人材の高等教育化(専門学校から大学学士コースの開設)に追いついていないため、教員の質の確保が今後の課題である。

(Annex 6: カンボジアにおける医療従事者卒前教育施設数 2015)

図 23：看護・助産師卒前教育施設数の推移



Source: JICA 2014²⁵⁾

免許制度

私立校の増加に伴い教育の質を担保するために、2013 年より共通卒業試験が開始された。2015 年現在医師・歯科医師・薬剤師・看護学士の 4 職種で実施されている。将来、その他全職種に広げる計画である。2015 年の ASEAN 地域の保健人材相互交流にあわせて、この試験を国家免許試験として位置づけ、合格者に専門職としての免許を与える免許制度開始をめざして法整備が進められている。

賃金

表 9：カンボジアにおける医療技術者の平均賃金

Average Monthly Salary, 2011	Medical Doctor	Medical Assistant	Secondary Nurse	Primary Nurse	Secondary Midwife	Primary Midwife
US\$	135	122	79	55	79	55

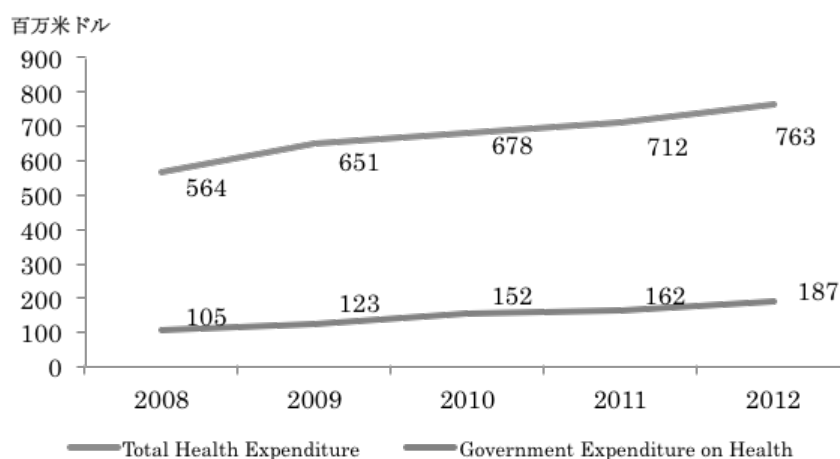
Source: WHO, Human Resources for Health Country Profiles Cambodia 2014²⁴⁾

医療者への給与は上昇傾向にあるが、依然低いレベルにあり。この低賃金が医療者の地方定着を妨げている。この問題を解決するために保健省は、地方出身者の登用・教育に主眼を置いている。また、低賃金のため、診療報酬と兼業は医療者にとって重要な収入源である。しかし、規制なき兼業は医療の質の低下と医療スタッフへの過剰な労働負荷を課すことになる。これを解決するために保健省では、SOAs(Special Operating Agencies) という契約メカニズムを使って、医療スタッフが柔軟に報酬を得られる制度を拡大させてゆく方針である(保健財政の項参照)。また、診療報酬による収入はスタッフの重要な収入源となってきた。

4. 保健財政

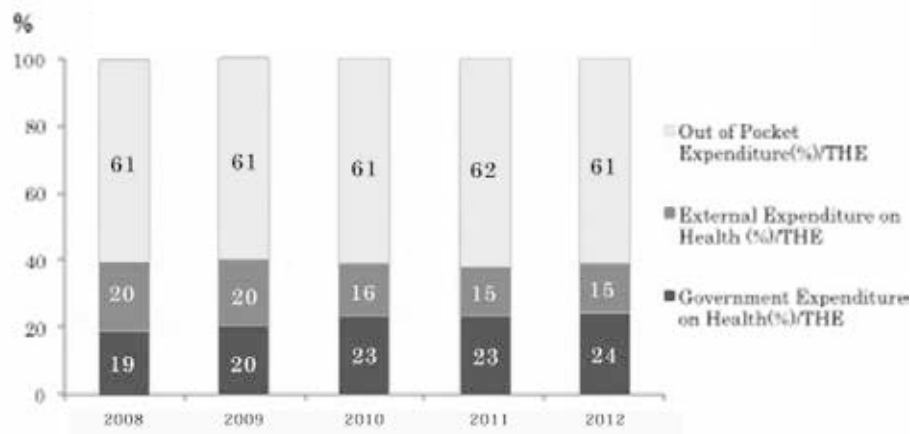
近年カンボジアは高い経済成長率を維持しており、国民一人あたりの GDP も 1994 年から 2010 年にかけて 248 米ドル～805 米ドルへ増加した。これと共に、総保健支出も年々増加しており、2012 年の総保健支出は 763million 米ドルとなり GDP 比で 5.35% で、うち政府支出は 1 億 8 千 7 百万 米ドル、GDP 比で 1.31% となっている。総保健医療支出の内訳割合の推移では、徐々に政府支出割合が増加してきているが、外部資金を占める割合が依然 15% と高い割合になっているのが特徴的である。Out of pocket 支出に関しては 60% と高く、ここ数年変化が見られていない。

図 24：カンボジアにおける保健総支出と政府保健支出の推移



Source: MOH 2012²²⁾

図 25：カンボジアにおける各支出の総保健支出に占める割合の推移

Source: WHO, 2014²⁶⁾

1996年、保健省により診療報酬制度が認められ、医療施設がサービス受益者から受け取った診療費の使用方を60%はスタッフの給料、39%が運営費、1%が税金として設定された。これにより、患者が病院へ支払う Under-the-Table Payment（賄賂）が減ったことで資金の流れの透明化、収入増による病院経営力強化等に貢献したというインパクトはあったが、特に貧困層においては、依然高い診療費が受療行動の障壁となっていた⁸⁾³⁶⁾。そのため、カンボジアでは、HEFをはじめ様々な貧困者対策が考えられてきた。

母子保健に関連した保健財政スキーム

保健省は、Annual Health Financing Report 2012の中で保健財政スキームとして、11種類を挙げている（**Annex5 参照**）。そのうち母子保健分野で重要と思われるスキームを以下に示す。以下のスキームは、施設分娩に対する報奨金制度（Midwifery Incentives）が全国で利用できる以外は、スキーム毎・保健医療施設毎に利用できるサービスが異なっている¹⁹⁾²²⁾。

(1) 施設分娩に対する報奨金制度：Midwifery Incentive

施設分娩を促進する目的で、2007年から保健省と経済財務省の省庁間大臣令で開始された。施設分娩1人当たり分娩助産者と他のスタッフに対するインセンティブ（報酬）が与えられるスキーム。医療施設の種類によってインセンティブが異なり、1出生時あたり保健センターでは15\$、レフェラル病院では10\$を保健省から支払いを受ける事ができる。このインセンティブの一部は、コミュニティから紹介された場合には紹介者に支払われたことから紹介者である村落保健ボランティア（Village Health Volunteer）や伝統的産婆（Traditional Birth Attendance）等にも支払われることとなり、施設への妊婦の搬送を促進した。結果としてカンボジアの熟練分娩助産者（SBA）分娩率の向上に貢献したとされる。

(2) 貧困者救済基金：Health Equity Fund(HEF)

貧困者に対し、医療費のすべてあるいは一部の補償するスキーム。資金は、Health Sector Support Program 2(HSSP2) という外部ドナーによるプールファンドメカニズムや直接ドナー支援を利用している。識別された貧困者に対し、分娩を含む医療費のみならず、交通費や、レフェラルコスト、葬儀費用などを支払うものである³²⁾。HEF は診療報酬制度の下、経済的障壁により医療施設へアクセスできない貧困者の医療アクセス向上に貢献している。将来的には医療保険システムの中に統合されることが望まれている²⁷⁾。

(3) 特別行政機関 (Special Operating Agency: SOA) とサービス提供助成金 (Service Delivery Grant : SDG)

成果 (Performance) ベースの契約スキームであり、各医療機関 (ヘルスセンターやレフェラル病院) が SOA として保健省と契約することで、国家予算から来る経常予算に追加して、各医療機関が独自に直接ドナー間のプールファンドメカニズム (HSSP2) から SDG を受け取ることができる。SDG の受け取りのためには、HSP2 に沿った成果を達成する必要があり、各 SOA にとってのパフォーマンスインセンティブとなる。これにより、各医療機関にある程度の自律性を持たせ、資金の流れを透明化することで、サービスの質向上を目指している。保健省部署レベルや地方行政レベル (PHD・OD レベル) でのマネジメント能力強化に貢献している。

(4) 医療券 Voucher

保健省と契約関係である医療券管理局 (Voucher Management Agency: VMA) が管理。2012 年現在は、カンボジア - ドイツ間協力の中で、社会保障プログラム (Social Health Protection Program: SHP) の 1 コンポーネントとして実施されている。事前に同定された 貧困妊婦対象に医療券 (Voucher) が配布され、妊婦は医療施設で使用できる。医療券では産前健診 (ANC)、分娩、産後健診 (PNC)、家族計画、中絶ケア等を利用できる。また、交通費等 HEF が利用できない医療サービス利用に必要な費用にも適応可能である。2007 年より開始され、徐々に拡大しつつある。HEF との共同実施で高い効果があるとの報告がある²⁸⁾。

今後、ユニバーサルカバレッジが世界的潮流になる中で、健康保険に関して準備が進められている。その詳細は Annex 4 参照。

5. 保健情報システム

保健情報システム (Health information System: 以下 HIS) は、1992 年に保健省により国際連合児童基金 (UNICEFF) の支援で開始され、その後徐々に拡大し 1994 年には、省レベルでも開始され、1995 年には全国に広がった。その後 1996 年、1999 年、2003 年に改訂が加えられ、最新の HIS は 2008 年改訂のものである。情報管理の IT 化は 1997 年から徐々に進められていたが、2006 年はドイツ国際協力公社 (GIZ) の援助のもとで、計画情報局に IT スタッフが配置と、省レベルでのデータ管理支援がなされ、地方レベル (PHD/OD レベル) のデータ管理も開始された。2008 年には Health Information System Strategic Plan (HISSP) 2008 - 2015³¹⁾ が策定され、以下 5 つの保健情報に関する項目への活動計画が出された。1) HIS 政策と保健情報資源開発、2) サーベイランスを含む健康・疾病に関する情報管理、3) 保健サービス管理・支援情報、4) センサス、住民登録等の整備、5) データマネジメントとデータの使用方法について

での強化。収集された保健情報の質に関する評価が2011年より行われ、高い報告率（99%）が報告されている。また、データの質に関しては、多くの保健指標は他の人口ベース調査のデータと一致しているが、中には一致しないものもある（マシ接種率など）³⁰⁾。

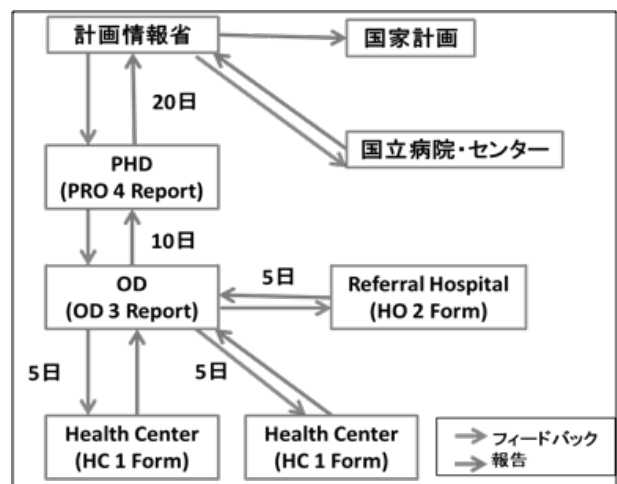
ルーチンのHISに加えて、年一回保健省と援助関係者により Joint Annual Performance Review が行われ、中央・省・郡のスタッフが年間活動計画 (AOP) の達成度を共有している。Fast Track Initiative for Reducing Maternal and Newborn Mortality についてもここで進捗をモニタリングしている。人口ベース調査に関しては、CHD や国勢調査が定期的に行われており有用な情報が提供され、保健分野で使われている。

その他、リプロダクティブヘルス母子保健関連では、多様な調査が実施されている（2006年にはIMCIに関するサーベイ、2009年にはRoutine Delivery Care、2008年にはEmONCに関するサーベイ等）。また、妊産婦死亡に関しては、ルーチンのHISでの報告に加えて、2004年より国立母子保健センター (NMCHC) で行われている妊産婦死亡検討 (Maternal Death Audit: MDA) が行われている。このシステムでは、コミュニティー・医療施設から報告される妊産婦死亡について、あわせて地方 (PHD) のチームが自宅などを来訪して死亡に関する詳細な情報を収集し、死亡の経緯や原因を県レベルの定期会合で検討し、死亡を予防するための提言を策定している¹⁹⁾。

出生登録システム

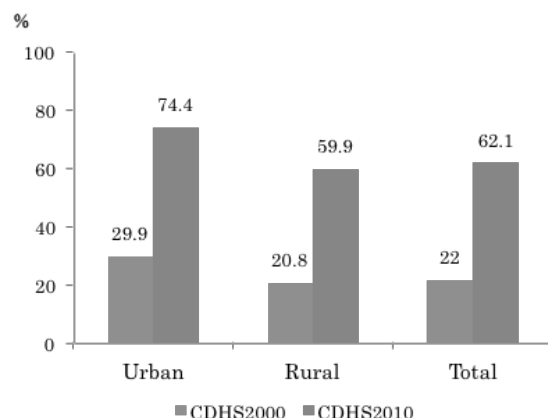
カンボジアの法律では、Sub-decree 103 において親は、子の出生後30日以内に住所のある地方自治体で出生登録をしなければならぬと規定されている。CDHS4)6) のデータによると、5歳未満児の中で、公的機関に出生登録がなされている割合は、都市部74.4%、地方59.9%、全体62.1%であるが、この数値についてはCDHS2000と比べて著しい改善が認められる（図27）。

図26：ルーチン医療保健情報の流れ



Source: MOH, 2005³¹⁾

図27：都市・地方での出生登録率の推移

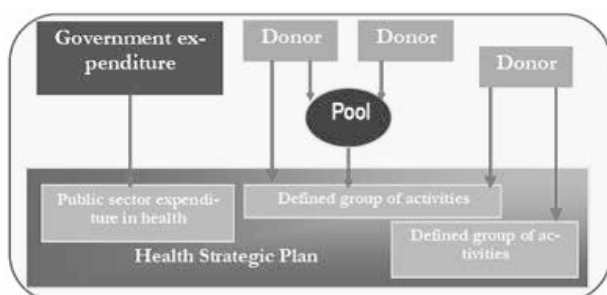


6. 援助協調

カンボジアでは、1990年代から、中央において Coordination Committee(COCOM)、県レベルでは Provincial Coordination Committee (Pro-COCOM) が結成されドナー協調が図られてきた（その後、Technical Working Group TWG、Provincial TWG、MCH-TWG などと呼ばれるようになった）。両者とも、情報共有の場としては機能したが、ドナー毎にアジェンダが作成され、保健省・政府レベルの意思決定の不透明さで政策意思決定の場になりにくかった。1999年から、コントラクトアウト（地方行政の国際援助団体へのアウトソーシング）とコントラクト・イン（既存の行政組織を活用した形での国際援助団体からの援助）の2つの援助方式が実施されてきたが、コントラクト・アウト・メカニズムは高額で、持続発展性が損なわれるという理由から、その後、カンボジア政府はコントラクティングを選択することとなった。その中で、2003年以降、セクターワイドマネジメント Sector Wide Management(SWiM) が実施され、2003年から2007年には、アジア開発銀行 Asian Development Bank(ADB) と世界銀行 World Bank(WB) の資金援助の元、英国開発庁 Department for International Development(DfID)、国連人口基金 United Nations Population Fund (UNFPA) により保健省内最大のプロジェクト Health Sector Support Project(HSSP) が共同で実施された。この SWiM において、特に、11のコントラクト実施保健行政区においては、保健行政事務局（OD）と援助団体とで共に保健行政を運営し、保健省職員が保健サービスを提供するというサブシステム (Contracting) が実施された。これらの支援メカニズムの特に保健サービスの質と量について多様な評価 (SWiM review, contracting review) が実施された。こうして2007年には、複数のスキームで行われていたサブシステムの総合評価が行われた。その結果、ドナーによって実施方法は異なるが、援助資金が末端の OD に行き届いていること（計画と執行の間に資金の不明瞭な流れが無いこと）、OD のマネジメント能力が向上していること、成果報酬金 (Performance Incentive(s)) により保健スタッフの収入が増え、保健サービス提供量が向上していることが明らかになった。そのため、保健省は SWiM の継続を決定し、2009年からは、WB、UNFPA、ベルギー開発協力 Belgian Technical Cooperation(BTC)、ユニセフ UNICEF、ADB が SWiM に参加し、Health Sector Support Project 2(HSSP2) を開始し（図 28 参照）。HSSP2 用のファンドから資金提供を受けるために、政府の各部門は、年間活動計画 Annual Operational Plan を策定する際には、HSP2 に記載されているプログラム別の予算費目を用いることから、プログラムごとの予算計画額が把握しやすくなった。

母子保健分野の援助協調としては、MCH-TWG が国立母子保健センターで継続して実施され、5つの母子保健関連の国家プログラム長と幅広い援助関係者が参加し、情報共有などが行われている。

図 28：Health Sector Financing の概念図

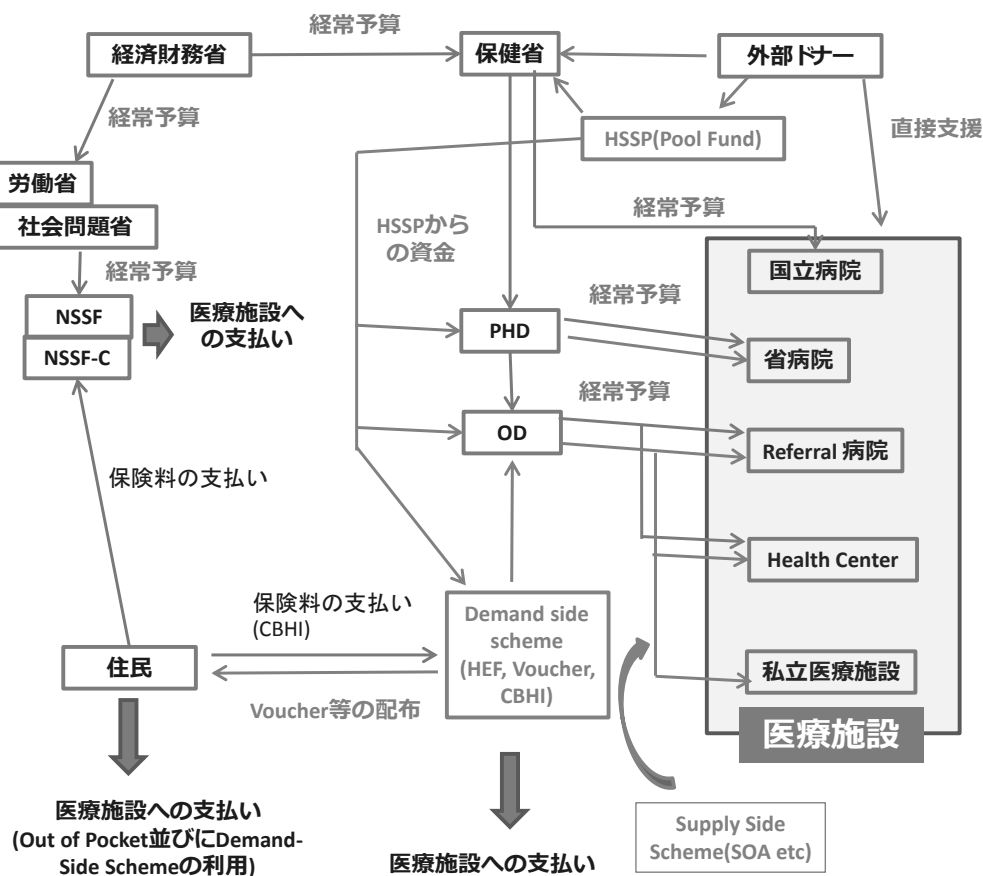


Source: MOH 2009²⁷⁾

HSSP2 について

World Bank 主導で、HSSP を継続・発展する形で 2009 年形成されたドナー間の合同プログラム。HSP2 を円滑に実行できるように、資金を成果指標 (Performance indicator) を用いて HSP2 に沿った成果をモニタリングしながら直接医療提供者並びに受益者へ拠出することで、資金の流れの透明化並びに、医療施設のマネジメント能力強化を図り、効率かつ有効な HSP2 遂行に貢献することを目的とする。地方末端への政府予算の流れの不透明さ、抜き取りや遅延が頻繁におこる政府のお金の流れに業を煮やしたパートナーと保健省との合意により開始された背景がある。HSSP2 では、World Bank 主導で保健省に対して政府予算とは平行に作られた資金の流れの中で、資金申請とモニター報告に関して政府予算の流れとは別に行われており、2015 年以降については関わるドナーが減った場合、どうしてゆくかが今後の課題である。以下 HSSP2 のコンポーネントのまとめを示す。

図 29：カンボジアにおけるヘルスファイナンスシステムのまとめ



NSSF: National Social Security Fund, NSSF-C: National Social Security Fund for Civil Servants
 CBHI: Community-Based Health Insurance, HEF: Health Equity Fund, SOA: Special Operating Agency

Source: MOH 2009²⁷⁾

**第2章 カンボジアの母子保健におけるこれまでの取り組み
～内戦後危機的人材不足からの復興支援から開発へ～**

1. 背景

カンボジアは、1975年のポルポトによる民主カンボジア政権樹立を契機に、極端な原始共産制社会への回帰政策を旗印に、自国内で都市の富裕層や知識層を中心に大虐殺が行われ、1979年ベトナム軍の侵攻により上記政権が打倒されるまで実に100万人を超える死者を出したといわれている。ポルポト政権終了後も10年以上にわたるベトナムによる内政干渉により政治情勢は安定せず、1991年にカンボジア和平パリ協定にてカンボジア内戦終結が宣言された時には、殆どあらゆる分野での人材が欠如していたというのが、カンボジア復興の歴史を語る上で欠かせない事象である。

カンボジア和平パリ協定以降、「国際連合カンボジア暫定統治機構（UNTAC）」のもと各国から援助が入り、以降20年間でカンボジアは目覚ましい復興を果たし、経済成長や社会インフラの整備も急激に進められてきた。保健分野においてもカンボジアは順調な復興を見せ、特に母子保健分野においては、いち早くミレニアム開発目標 Millennium Development Goal (MDG)5 である「2015年までに妊産婦の死亡率を1990年の水準の4分の1に引き下げる」という目標の達成が見込みとなる等、母子保健政策成功国として世界的に注目も集めている。当分野において、日本も主要援助国の一つとして支援してきたが、NCGM(当時はIMCJ: International Medical Cooperation of Japan)はJICAを通じた母子保健分野の日本側援助機関として、カンボジア母子保健分野の発展に重要な役割を果たした。

再度強調するが、援助が開始された内戦直後は、まったくと言ってよいほど人材がいなかった国である。前代未聞の人材危機 Human Resource Crisis の中で、どのようにカンボジアが乗り切ったかという経験は、同様に内戦に苦しめられている国々にとって、先に見える復興の道筋を見るためにも重要な知見である。また同時に、20年以上に渡って、母子保健援助国として日本がカンボジア復興に貢献してきた役割を分析・報告することは、今後、母子保健分野における国際保健医療協力の在り方を考える上で、有用な情報提供となることを期待する。

本章では、内戦直後からカンボジアの母子保健政策において、日本による援助がどのような役割を果たしてきたかをまとめるものである。20年以上の歴史の中で多くの関係者がいるが、7人のJICA母子保健プロジェクトリーダーに各活動期間で行われた活動について活動報告にまとめて頂いた。

2. カンボジア母子保健プロジェクトのまとめ

カンボジア 母子保健プロジェクト	NMCHC	母子保健状況・政策	社会政治情勢 パートナーの動き
1980年代	1982: “Central MCH center” 開院。主に予防活動(予防接種、産前健診、婦人科スクリーニング、衛生/保健教育、成長モニタリング、幼児のフォローアップなど)が実施された。 1990: 病院(母・子)と合併し1月7日病院となった。	1981: 24州中4州のみ医師がいた。 1983: 全国24州に病院があり、130の郡病院が存在。1358のコミュニティに1342名の看護師がいた。	
1992-95: <保健省アドバイザー> ・保健医療情勢の分析。 ・母子保健マスタープラン策定。 ・日本の援助方針策定。 ・活動を通じカンボジア側との強い信頼関係の基盤が構築される。	1992: NMCHC となった。 1995: 隣接した敷地に小児分野がクンタボッパ(小児)病院として独立し、NMCHC は母性のみとなった。	1993: プログラム: 家族計画と予防接種(栄養、安全な母性、小児保健はなかった)。 1995: 国家母子保健政策・計画マニュアル (伝統的助産介助者再登用、家族計画、栄養(VitAと母乳育児)、急性呼吸器疾患/下痢性疾患(ARI/CDD)対策)	1992: 国連カンボジア暫定統治機構(UNTAC)活動開始。 1992: 新憲法制定。ラナリット第一首相、フン・セン第二首相の2人首相制連立政権発足。
1995-2000: <母子保健プロジェクト 第1フェーズ> ・NMCHCの病院運営、臨床サービス、研修機能の強化 1997: <NMCHC建設(無償資金協力)>	1997: 新NMCHC開院。	1996: セーフ・マザーフード政策・活動計画の策定開始(保健省) 1997: 小児保健政策・活動計画の策定開始	1996: 第1次社会経済開発計画 1996: 小児・母性保健の状況分析(UNICEF) 1997: 保健省組織の政令制定 首都プノンペンで両首相陣営武力衝突。ラナリット失脚。 1999: ASEAN加盟
2000-2005: <母子保健プロジェクト 第2フェーズ> ・地域医療を含め母子保健の改善のための人材育成の強化 ⇒ NMCHCで助産師卒業研修、緊急産科ケアの医師卒業研修を提供。	助産師卒業研修の実施 緊急産科ケアの医師卒業研修の実施	2000: 国家セーフ・マザーフード5年計画(2001-2005) 2001: 乳幼児栄養法に関する国家政策	2001: 第2次社会経済開発計画 2003: 保健セクター戦略計画(HSSP I 2003-07) 第一期セクターワイドマネジメント実施 2004: 第1次四辺形戦略 パートナーの支援 UNICEF: ARI/CDD, EPI USAID: Child Survival

Source: カンボジア母子保健関係者に行ったヒアリングおよび資料の要約

カンボジア 母子保健プロジェクト	NMCHC	母子保健状況・政策	社会政治情勢 パートナーの動き
2006 : 「母子保健に係る開発調査」		2006 : リプロダクティブヘルス国家戦略 (2006-10) (のちに 2012 年まで延長された) Comprehensive Midwifery review (UNFPA)	2006 : 国家戦略開発計画 (2006 - 2010)
2007-10 : <カンボジア地域における母子保健サービス向上プロジェクト> ・モデルサイトの妊娠・出産・新生児ケアサービスが向上し、地域モデルとして国家プログラムに反映。 ⇒ 保健センターに配置された助産師、地方行政官、地域リファラル病院の助産師間の協働体制を強化		2007 : 施設分娩報奨金開始 2009 : 緊急産科ケア改善計画 (2010-2015) 迅速に妊産婦・新生児死亡率を減少させるためのロードマップ (Fast Track Initiative Road Map for Reducing Maternal & Newborn Mortality) (2010-2015)	2008 : 保健戦略計画 (HSP2: 2008 - 2015) 第2期セクターワイドマネジメント実施 2009 : 第2次四辺形戦略 (2009 - 2013) 国家戦略開発計画 (2009 - 2013)
2010-2015 : <カンボジア助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト> ・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⇒地方州レベルにおける助産研修実施体制が強化される。		2010 : セーフ・マザーフード臨床管理プロトコル リプロダクティブヘルス国家戦略 (2012-16)	2010 : 公的助産研修施設と臨床実施サイトにおけるニーズ調査 (UNFPA) 2014 : 第3次四辺形戦略

3. 活動年表

JICA を通じたカンボジア母子保健改善への取り組み 1992-2015



保健省アドバイザー

日本初の技術協力プロジェクト案件形成のための調査と母子保健技術協力へのマスタープランの作成を行った。

母子保健プロジェクトフェーズ I

無償援助による新病棟建設とともに、日本初の技術協力プロジェクトとして実施された。多業種の日本人専門家（医師、助産師、薬剤師、検査技師、栄養士、医療器材、病院管理等）により母子保健人材育成と臨床各部門の組織作りを行った。

1997年4月、プノンペンに国立母子保健センター新病棟が開院した

診療費利用者負担制度・貧困者保護制度の導入
⇒センターの歳入の7割をカバー

看護部門の設立⇒看護臨床サービスが改善

母子保健プロジェクトフェーズ II

中央での研修による地方の母子保健人材の拡充を目的に、教育研修病院・母子保健人材育成の拠点として国立母子保健センターを強化した。また、卒後母子保健研修制度は国家ガイドラインへ組み込まれ全国へ広がった。

卒後母子保健研修の確立⇒
国家ガイドライン
(CPA ガイドライン等)への
組み込み



1991
パリ和平会議

1993
第1回総選挙
国立母子保健センター開設

1995
国立母子保健センター新病院へ移設
Health Coverage Plan(HCP)

カンボジア政府の母子保健



乳児死亡率（出生 1,000 対） **95**

5歳未満児死亡率（出生 1,000 対） **124**

妊産婦死亡率（出生 100,000 対） **437**

MDGs 達成率

ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals）
2000年に設定された開発分野における国際社会共通の目標



地域における母子保健サービス向上プロジェクト

カンボジア保健省による1保健センター1助産師政策により、妊産婦死亡率削減のため助産師増員が求められた反面、十分な技術を習得しないまま地域の保健センターへ配属された助産師の質が問題化してきた。そのため、地方の保健センターで働く助産師の支援体制の構築を支援した。

フォローアップ

国立母子保健センターによる研修の自立的な予算確保と運営を促進すべく、必要な支援を行った。

体制整備⇒危険なケースの、病院への速やかな搬送が可能となった

MCAT 活動⇒保健センターで勤務する助産師と搬送先である病院に勤務する助産師の協力

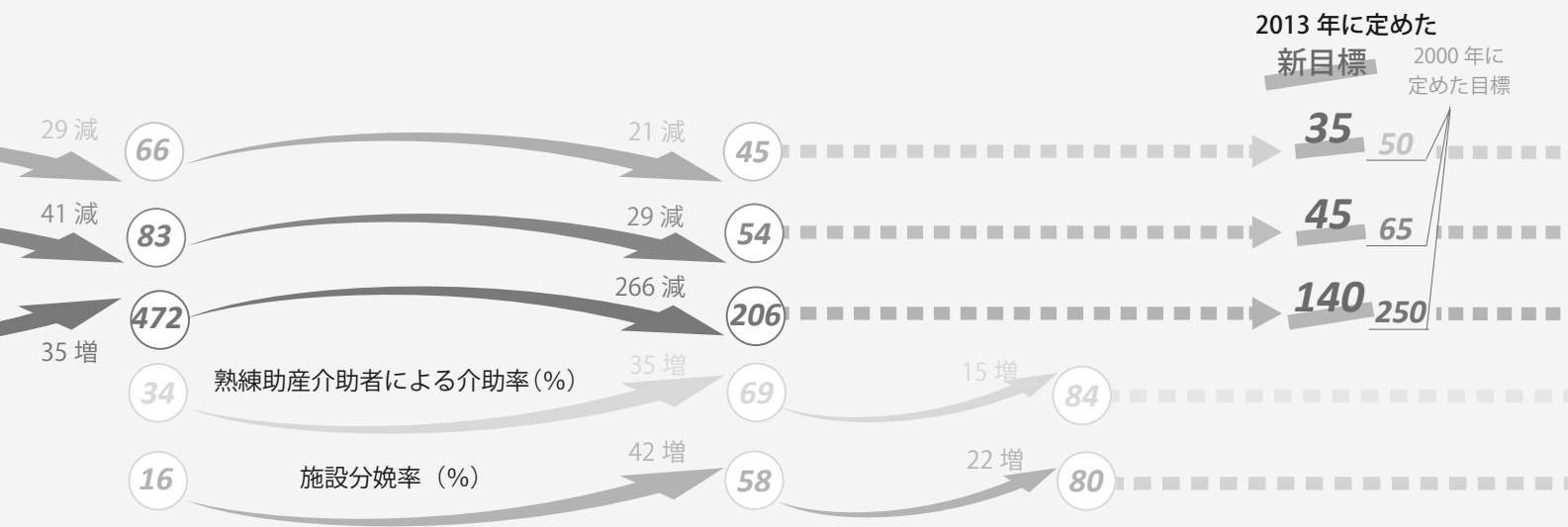
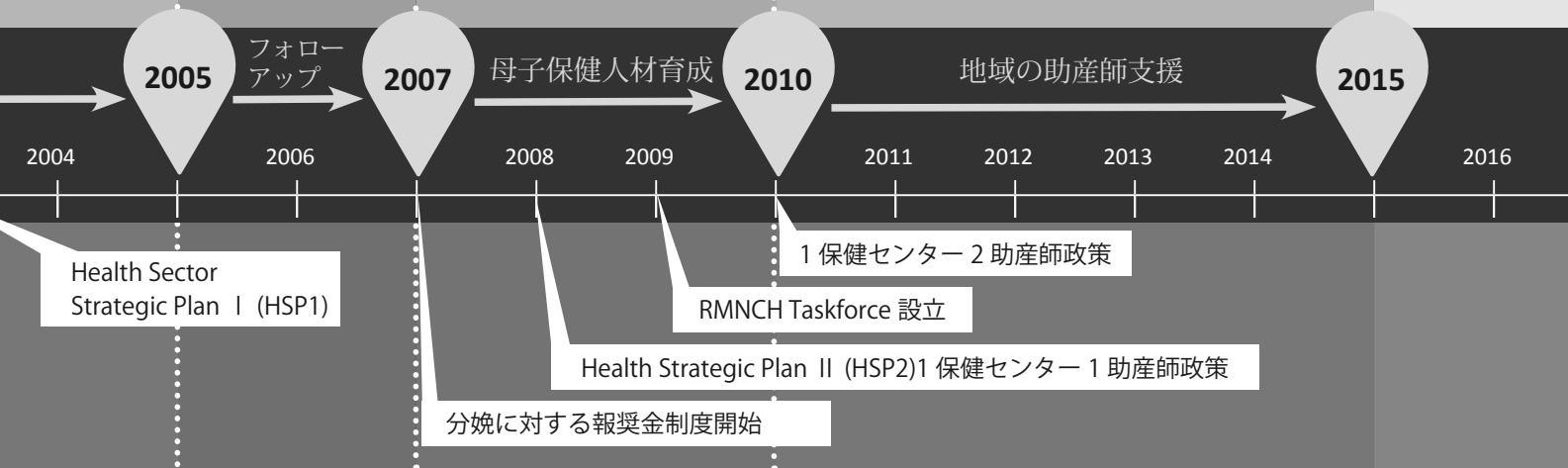


助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト

カンボジア全土で質の高い助産ケアが行われるよう、助産に携わる医療スタッフのロールモデルとなるようなコアトレーナーの育成と、地方公立病院初の試みであるコンポンチャム州における地域研修部の立ち上げを支援し、地方を拠点とした質の高い助産ケアに関する研修制度の確立を支援した。

地域研修部の立ち上げ⇒地域を拠点とした研修システム整備

助産ケアのコアトレーナー育成⇒助産に携わる医療スタッフのロールモデルとなった



4. 活動報告

1. 黎明期 (1992-1995)

1992年のカンボジア和平パリ会議後、NCGM（当時の国立国際医療センター国際医療協力局）は、日本の援助団体の一つとしてカンボジアへ入り、技術支援を開始した。1995年に同国初のJICAプロジェクト方式技術案件が開始されるまで、NCGMから複数の短期専門家が派遣され、現在に至る母子保健分野への援助の道筋を作った。

NCGMから初めて案件形成のためにカンボジアに入ったのは、建野正毅アドバイザーである。当時のカンボジアでは、多くの援助団体が調整なしでそれぞれの活動を展開しており、統制が取れない状況であった。しかし世界保健機関（World Health Organization、以下WHO）の支援で、入り乱れる援助団体の調整を目的にCOCOMという組織が結成され、保健省が主導するようになった。派遣当時、日本がどんなプロジェクトを行うか模索していた建野はWHOとともにCOCOMに参加する中で、他団体との重複を避け、「母子保健」を援助のテーマとして選択することを決めた。具体的には、母性保健プログラムの1つである「安全な妊娠と分娩」、「新生児ケアを中心としたトレーニングと治療強化」を、無償資金協力（NMCHCの前身である「1月7日病院」を別の敷地に新築する）とプロジェクト方式技術協力を通じて行うこととなった。

当時、内戦直後のカンボジアは治安が悪く、インフラも整備されておらず、人材不足が深刻であった。特に保健人材に関しては数そのものにもみではなく、長く続く内戦の中で、援助団体、政府、そしてお互いへの不信感が深刻であり、その中で援助活動を行うことは困難を極めた。

以下のエピソードは、NCGMの小山内が、2013年に行った当時の関係者に対する調査結果の一部抜粋である。

《治安》

「当時は、タイからプロペラ機で、ロケット弾が来るから陸の上は飛べなくて、海岸線を飛んで南からプノンペンに入ったから時間もかかった。」

「地方では各派がテリトリーを作っていて、そこに行くときはコマンダーと交渉して、西部を回った。バタンバンはポルポトの勢力地域だったから入れなかった。一緒にきた英語ができる保健省スタッフは、自分のとは違う派の所に行くときは恐れていた。」

「ロケットが撃ち込まれたことがあった、日本からFAXが入って、正直その時初めて知った。ベッド窓からは離れたところにいるようにと言われていた。」

《インフラ》

「地方に行くときに飛行機にも乗った。座っても、椅子は倒れるし、シートベルトを引っ張ると抜けるし、後から来た人は席がなくて貨物室に入れられていた。着くまで生きた心地がしなかった。」

「地方に行くと、ホテルとかないから、NGOの宿に泊めてもらった。室温が30℃位あって、しかも蚊帳から出ないと35℃くらいになって。暑かった。カメにためた水でシャワーをした。」

「病院はない、助産師も医師もいないという状況。わら小屋みたいなところに、医師と看護師みたいな人がいたが本当に看護師なのかお手伝いなのか、分からなかった。薬見せてというと、ビンが何本か並んでいるのみだった。」

《人材不足》

「当時、カンボジアの人達には表情、喜怒哀楽がなかった。」

「日本への信頼は疑心暗鬼だったように思う。」

「当時、カンボジアの保健省は本当に仕事が困難な状態だった。電気もまともがないし。扇風機が回ってないと暑くて働けなかった。」

「保健省にも、大臣と後の保健大臣、計画局、薬と国立病院のとりまとめ部署くらいしか人もいなかった」

建野の後にカンボジアに入ったのが、木下牧子アドバイザーである。木下は、「中央の人材育成を最初に行い、次に地方へ活動を拡大していく」という母子保健プロジェクトのビジョンを創り出した。その中核にしたいと考えたのが、カンボジア側の Ownership である。当時、カンボジア和平パリ会議後、一気に急増した援助機関によるカウンターパートに対する謝金制度が恒常化して援助への依存を高めていた。その中で、カンボジア側関係者がプロジェクトを自分達の活動として行っていけるよう支援していくというスタイルを、芯に据えた。当時、公務員の月給は極めて低く（医師 20-30 米ドル、助産師 10 米ドル）、カンボジア側から人件費補填の要請があった。しかしながら日本の技術協力の究極の目的は協力期間終了後の自立発展性であり、人件費補填はこの理念を根底から覆すものである旨説明し、最終的には合意を得た。その後現在まで、このコンセプトはその後行われる全てのプロジェクトの根底に脈々と受け継がれていくこととなる。

《当事者意識 (Ownership)》

「いっしょにプロポーザルを書いて、建物ができる、プロジェクトもやる、でも給料は出さないと言ったら、非常にがっかりしていた。でも、それ以上のことは絶対実現するからと言った。私たちはサポーターで主役はあなた、と伝え続けた。」

木下の活動中に、内戦後初めての民主的選挙が行われ連立政権が樹立されることとなった。その選挙前後の、カンボジア側カウンターパートの意識の変化は劇的であった。選挙前、全てのことに疑心暗鬼であった人々は、選挙後変貌していた。自信に満ち溢れ、これからカンボジアを復興してゆこうという希望が芽生えた時代である。

《選挙前後の意識変化》

「選挙中は何が起こるが分からなかったから、いったん日本に引き揚げた。保健省では、「この文章どう思う」って聞いても、何のレスポンスもないことが多く、ノーともイエスとも言わなかった。カンボジアの人達は、まだ外国人を信じてなかった。今ここで外国人に協力したと見られたら、もし選挙後に元の状況に戻った場合外国人に協力しただろうということ、吊るしあげにあって、殺されるかもしれない、と考えていたのだと思う。」

「選挙後に再派遣になった時には、皆が変わっていた。自信に満ちているように見えた。Welcome Back、自分たちはやったんだ、これからやっとスタートラインに立てる。「ぬかにくぎ」だったのが、途端にああしよう、こうしようって、アイデアが生まれるようになった。」

次に短期派遣されたのが山田多佳子アドバイザーである。木下が示した方向性を引き継ぎつつ、新センター経営自立のための具体的な戦略を描いた。山田アドバイザーは、1995年から開始された長期プロジェクトのチーフアドバイザーとなって、NMCHCの病院機能の整備に奔走した。その経験についての報告は、後述される活動報告も参照されたい。

1995年からの長期プロジェクト開始前、最後にカンボジアに派遣されたのが村上仁アドバイザーである。村上は、妊産婦死亡率や出産数の把握、死亡の疾病分類等を把握して、技術協力プロジェクト実施前のベースライン調査を行った。この時期に、組織上はNMCHC小児医療部門にあたる「国立クンタボッパ小児病院」が、敷地問題で日本側と折り合いがつかずスイス人医師運営のNGOの強力なバックアップを受け、新病院建設地の隣接地に移転した。現在まで、国立の施設でありながら実態は、私立病院に近い独立性を有する小児病院として機能している。移転時、NMCHCの小児部門にいた小児科医の大部分は、クンタボッパ小児病院に移動した。

以上のような経緯で、1995年頃には、NCGMとカンボジア側カウンターパートとの信頼関係が構築され、カンボジア保健省もNCGMの支援活動に全面的な理解を示すようになっていた。その中で、カンボジア保健セクターにおける日本初のJICAプロジェクト方式技術協力案件が開始された。

カンボジア母子保健センター (NMCHC) の変遷

(NCGM 小山内泰代による調査並びに江上由里子・藤田則子らによる調査結果による)

その後のカンボジア母子保健プロジェクトは NMCHC を中心に展開されてきたが、案件形成にあたっては、NMCHC が単なる病院ではなく、母子保健に関する研修機能と行政機能も兼ね備えているという点が、常に留意がなされてきた。それぞれの技術協力プロジェクトの活動報告への理解を深めるため、1997 年に新病院が完了するまでの NMCHC の変遷について、以下に記載する。

1930 年代	華人協会により病院設立 (ペット・チェン：中国病院と呼ばれる)
1980 年代	NMCHC は 1982 年当時 "Central MCH center" と呼ばれており、主に予防活動 (EPI、ANC、婦人科スクリーニング、衛生、保健教育、成長モニタリング、幼児のフォローアップなど) が実施されていた。
1990 年	病院 (母・子) と合併し 1 月 7 日病院となった。
1992 年	<ul style="list-style-type: none"> PMI (母子保健センター) と呼ばれていた母子保健の公衆衛生的予防プログラムの計画、実施を扱う保健省の部署と併合し、国立母子保健センターとして発足した。 NMCHC の組織と主な役割； <p>予防プログラム</p> <ol style="list-style-type: none"> 母子保健トレーニングプログラム：州レベルの母子保健を担当する人材のトレーニングの企画、実施を行っている。 保健情報システムプログラム：全国の各州、郡、コミュニオンより報告される母子保健の情報を集計し、分析、報告する。 下痢性疾患プログラム：下痢性疾患による死亡を経口補水療法等の普及により防ぐ。 急性呼吸器感染症プログラム：上気道感染症による死亡を家庭における発見、保健施設での適切な治療により防ぐ。 栄養プログラム：ビタミン A カプセルの配布、鉄、ヨード欠乏症の対策、母乳栄養の普及を行っている。 母性保健プログラム：高い妊産婦死亡率を減少させることを目的とする。現在家族計画に最も力を入れている。地方の施設での産科ケアの向上も目指す。 <p>病院</p> <p>産婦人科：それぞれ 170 床を有する 3 病棟に分かれる。各病棟に分娩室を有し、年間分娩数約 4,000 件。 小児科：500 床を有する 1 病棟。</p>
1995 年	<ul style="list-style-type: none"> 小児科部門が隣接するクンタボッパ病院に移転し、小児科の職員の大部分が異動した。 当時、国際機関の NMCHC への支援体制は Advisory Group として、UNICEF (栄養)、UNFPA (家族計画)、AusAID (母子保健研修)、JICA であった。
1997 年	新病院へ移転

2. カンボジア母子保健プロジェクトフェーズ I

1995年から始まった当プロジェクトは、JICA初のプロジェクト型技術協力案件となった。無償協力によるNMCHCの改築と共に技術協力が行われ、NMCHCを病院として機能させる組織作りから始まった。山田多佳子リーダーがプロジェクトの前半を担当し、臨床・研修・行政機能を担う病院の組織作りを行い、後半部を担当した明石秀親リーダーは、作られた組織がカンボジア人の手で機能するよう手を尽くした。様々な活動が行われたが、当活動報告では、前半部は、①新センター引き渡し後の自立した運営管理のための組織改革 ②無償資金協力による新センターの維持管理システムの構築について、後半部では、診療報酬制度の導入を中心に、病院運営機能の強化活動について報告いただいた。

プロジェクト名	母子保健プロジェクト
実施期間	1995年4月1日-2000年3月31日
リーダー	山田多佳子 1995.4-1997.7 明石秀親 1997.6-2000.3
上位目標	母子保健国家計画を促進することにより、カンボジアの母子保健状況を改善する
プロジェクト目標	母子保健国家計画の実施責任機関である国立母子保健センターの活動が改善される
対象者・地域	カンボジア国立母子保健センター、カンボジア全土
実施機関	カンボジア国立母子保健センター
期待される成果	<ol style="list-style-type: none"> 1. 国立母子保健センターの運営管理能力が向上する 2. 国立母子保健センターの研修活動が強化される 3. 国立母子保健センターの臨床活動が向上する 4. 国立母子保健センターの調査指導活動が強化される 5. 国立母子保健センターの啓蒙活動が強化される
達成された成果	<p>成果1： センター管理運営能力の向上：ユーザーフィー導入によるセンター運営費の部分的確保、各種委員会設置によるセンター・スタッフの勤労意欲および自発性の向上、人事報告、資材購入・使用報告、財務報告、患者統計などの各種報告書の提出によるセンター運営状況の把握と不正防止</p> <p>成果2： センターの研修活動の強化：地方の助産婦研修、産婦人科医へのドップラー検査研修および各種診断治療手技の研修、医学生・看護学生・助産婦学生への研修など</p> <p>成果3： センターの臨床活動の改善：臨床手技に関する各種マニュアルの作成、子癩に対する硫酸マグネシウム療法、CYTOTECによる安全な人工中絶の導入、分娩モニター導入と超音波検査の精度向上などによる分娩の安全性向上および帝王切開適用の適正化、一般産婦人科手術件数の増加、看護婦・助産婦による患者ケアの改善、医療機器維持管理能力の向上、臨床検査手技の能力向上</p> <p>成果4： 研修生出身地ヘルスセンターへの指導監督活動の定着</p> <p>成果5： 母子保健に関する啓蒙活動：各種パンフレット・リーフレットの作成など</p>

2-1. プロジェクト創生期：意識改革、体質改善、プロジェクトの共有化からオーナーシップへ

山田 多佳子

【背景】

プロジェクト開始までの仕込み期間

本プロジェクトの開始は1995年4月となっているが、そこに至るまでの仕込みは1992年3月、当時の派遣課長だった喜多悦子先生の保健医療セクター調査に始まる。1991年10月のパリ和平会議から半年後、ポルポト時代の傷跡深いカンボジアに対する保健医療分野での支援は医療施設や設備の荒廃だけでなく、壊滅状態にある医療従事者の育成が急務であるとされた。その後、建野、木下、山田、村上の4名が1992年9月からプロジェクトが開始されるまでの2年半にわたって継続的に（選挙中は一時、中断）保健省アドバイザーとして派遣され、保健省やNMCHCのカウンターパートと協議を行いながらカンボジア母子保健5ヶ年計画作成と併せて母子保健プロジェクトの案件形成、日本政府に対する要請を共同作業で行ったことは、それまでのJICAプロジェクトにはない画期的な試みであった。このプロセスによって復興を目指すカンボジアと日本との間の相互理解、C/Pと日本人専門家との信頼関係を構築することができた。しかも4名のアドバイザーがNCGMという一つの機関から派遣され、「私達、日本人はあくまでもサポーターであり、主役はあなた方なのだ。私達が消え去った後にあなた方の力で活動を継続できるようになることが目標だ」と言い続けたこと、人は変わっても支援のポリシーを貫いたこと（当時、私達はそれを「金太郎飴」方式、どこを切っても出てくる顔、すなわち理念は同じと呼んでいた）が、プロジェクト開始後のオーナーシップに繋がったと考えられる。

本プロジェクトのもう一つの大きな特徴は、人材育成に関わる技術協力と無償資金協力による研修センター機能を有する新しいNMCHC建設を同時に要請（1993年12月）した上で、技術協力を新センターが竣工する1997年3月に先駆けて1995年4月に開始したことである。それまでJICAが行っていた病院プロジェクトでは無償資金協力が単独で実施された後に動かない箱物として、税金の無駄使いを指摘されていたが、本プロジェクトでは新センター開設までの2年間に自立した財政のための診療費の有料化システムの導入、医薬品管理、看護体制等、「ヒト、モノ、カネ、情報」の効率的、科学的な運営管理のための組織改革を行うことで、新センター移転後の体制基盤を構築した。この過程が更に彼らの自分達の新センターという意識を高めたことの意義は大きい。



【活動内容と成果】

新センター引き渡し後の自立した運営管理のための組織改革

プロジェクトが開始された当時の旧 NMCHC は 30 年にわたる戦争、紛争時代を「ペッチェン（中国病院）」や「1月7日病院」等、支援国が変わる度に名称は変わっても建物は旧態依然の廃屋に近い状態で、雨季には1階病室に膝下まで汚水が浸水、1日の間で水道の蛇口から水が出るのは数時間、あとは水を井戸から汲み上げるためのポンプを稼働させるための燃料を買うためのお金がない状況だった。帝王切開用の手術室の水は日中数時間ポンプを回す間にドラム缶に貯められ、ボーフラが浮いており、夜間の分娩は懐中電灯を頼りに行っていた。政府から3カ月毎に支給される医薬品はすぐに底を尽き、スタッフの給料は生きてゆけない程安く（月\$15-20）、病棟の1室はカジノと化し、朝から医者達は賭けトランプをしながら時間を潰していた。ポルポト時代を生き延びたスタッフ達の多くは人間としての尊厳を奪われ、上からの命令に従うだけで、自分の意見を述べたり、自分の意志で考える自由を許されないまま、諦めと無力感の中で漂っていた。彼らは JICA が新しい病院を建設し、医薬品を豊富にくれて、自分達に給料を払ってくればすべての問題は解決し、他には何も問題がない（クメール語で「アット・ミエン・パニハー・テー」と言う。）と信じていた。プロジェクト終了後に新センターを彼らだけで運営してゆくための「ヒト、モノ、カネ、情報」の運営管理体制を構築することを目的としている日本人専門家と NMCHC スタッフの問題認識は大きくかけ離れていた。そうした中での活動は NMCHC の現状把握から始まり、約 350 名いるとされるスタッフの職務の実態、患者が外来や分娩時に徴収されている金額とスタッフ間の分配割合、現場では不足していると言われながら倉庫でネズミのエサや黴の培地と化している大量の支援物質の管理の状況等を明らかにするとともに、診療費の有料化 (user fee system) 導入のための準備が進められた。毎週行われる日本人専門家と NMCHC 幹部達との運営会議では、新センターの組織図に基づく人員配置が決定され、運営の要となる医事課、会計課の業務内容、患者登録制度やカルテの保管体制、医療統計に関する技術移転、貧困患者の減免制度と監視システム、薬剤部と各部署が情報交換しながら医薬品を請求、集計する体制作り、臨床部門ではそれまで個々に医師の命令に従うのみで看護部門は存在しなかったが、新たに選出された看護部長を頂点とする統一された体制を構築、看護管理という概念が導入され、各部署の婦長業務が確立された。その結果、2年間のプロジェクト終了時、新センター移転後には実務レベルでは多くの問題を抱えながらも、運営管理という概念、それまでほとんど仕事のなかった医事課や会計課など事務部門に携わる職員の意識改革、臨床現場での汚職体質からの離脱を図ることができた。user fee system によって収入の 1% を保健省に提出する他は 99% を NMCHC の人件費と運営費に回すことができるようになったことは、必要な医薬品や物品の優先度をつけて自分達で購入計画を作成、管理してゆく体制、職員の勤務態度を評価する人事管理への大きなステップとなった。

無償資金協力による新センターの維持管理システムの構築

本プロジェクトでは無償資金協力による新センター工事中の段階で技術協力が実施されたことで、日本人専門家と監理施工を請け負ったコンサルタントが協力して設計変更を加えることが可能となった。従来の無償資金協力による病院建設では、コンサルタントと相手国が数回の打ち合わせをするだけで設計が確定し、引き渡し後に不具合に気づかれても手当されないことが多かった。相手国の文化を踏まえた上での設計は数回の協議では到底不可能であり、技術協力が両国の橋渡しをすることによって、よりカンボジアの人々に合った病院建築ができたと思う。本案件では陣痛室と新生



児室の位置を入れ替えた。その理由は、カンボジアではほとんどの出産に夫や姑、時には生まれてくる赤ちゃんの兄弟姉妹の子供達までがギリギリまで妊婦につき添っている。だとすれば陣痛室は家族の待合室となっているデイルームと隣接して、家族が自由に入出りできるようにした方が彼らの習慣に合ったものであり、日本から持ち込んだ清潔・不潔区域の観点で妊婦と家族を分断しない方が良いと判断された。また分娩後の産婦が寝るベッドも幅を広く、高さを低くすることで、夫や若い兄弟姉妹達が産婦と並んでベッドに座ったり、小さな子供達がよじ登れるようにした。妊娠・出産は各々の国の文化や風習に深く根付いており、カンボジアでは日本以上に分娩に関わる家族の役割が大きい。技術協力からのそうした情報を病院設計に反映させることができた。

無償資金協力による病院案件では、引き渡し後の施設・設備の維持管理の体制ができていないために、不具合が起きた後に使われなくなるケースが多い。旧 NMCHC には 1 名の電気技師が勤務しており、1 台のジェネレーターの維持管理の責任を負っていた。新センターは当然のことながら、日本の施設・設備レベルとなっており、水・電気の供給システムを彼一人に任せることはできず、カンボジア側も今後の維持管理の重要性について最終的には理解したが、電気や水道に関する基礎的な知識を持つ人材がいいため、無償資金協力の監理施工を担当した日本設計が施設・設備の管理部門の組織図を作成、NMCHC のスタッフ数名に引き渡し前のトレーニングを実施、引き渡し後 1 カ月間、日本の技術者が残って技術移転に協力した。機材に関しては、日本人専門家によるスタッフのトレーニングを行った結果、引き渡し 2 カ月後の 1997 年 6 月の時点で供与機材の 90% 以上が順調に使用される状況に至った。

廃屋のような旧センターから新センター移転後には、それまでだらしない服装をしていた医療スタッフも全員がきれいな白衣、ナースキャップ、内用サンダルに履き替え、新しい近代的な建物にふさわしい服装をするようになった。一人一人が NMCHC のスタッフであることを誇らしく感じていることが彼らの笑顔から理解することができた。旧センターでは所構わず、飲食してはゴミをまき散らしていたスタッフ達がキャンティーン以外の場所では飲食せず、新しいセンターをいつまでも綺麗なままでも使い続けたいと思っていることが感じられた。無償資金協力で供与された建物を彼らが自分達のものとして守ってゆく態度が生まれていたと思う。

【学び】

水も電気も事欠く病院で始められた技術協力は一つ一つの医療技術を伝達するのではなく、医療スタッフに対する研修や患者さんに対する医療の質を向上させるための運営体制を築くこと、そのための組織作りであり、意識改革であったと思う。長い年月をかけてのカンボジアの人々と日本人の交流を基盤に診療費の有料化という新しい制度の導入、無償資金協力による夢の新センター実現を触媒として、諦めと自信喪失が支配的だったスタッフ達に主体性と積極性が生まれた。この人間の“やる気”こそが、援助を引き上げた後にも自立した運営を継続させてゆく極めて重要な要素であると考えられる。長い間の戦争や紛争、恐怖政治による虐殺から生き残った人々と私達がプロジェクトを通してやろうとしていたことは「クメール・ルージュが壊すことができなかった“もの”、希望、確信、自信を再生する作業」（メアス・ニー著 “壊れた籠”）であったと思う。

先日、国際保健医療学会で来日したカンボジアの医師（当時の NMCHC で毎朝、賭けトランプをしていたが、今は重鎮としての責務を果たしている）が「あの頃、自分達はどこに向かって進めば良いかわからなかった。それを JICA プロジェクトは示してくれた。あなた方は私の人生の一部だ」と言ってくれたことに NCGM が 20 年にわたって取り組んできた本案件の意義深さを感じている。



2-2. カンボジア国立母子保健センターにおける活動 ～ 診療費制度を中心に ～

明石 秀親

*本プロジェクトではいくつもの活動を同時に行っているが、本項では、特に診療費 User fee 制度について焦点を当てる。

【背景】

診療費 User fee 制度導入までの課題

- **政府から支給の給与や薬剤などの遅配**

政府からの給与の遅配が頻回で、職員はその間、無給で働かなければならない。また、薬剤も政府からの支給で、遅配や欠品、あるいは期限切れ間近の不要な薬剤などが来る状況で、診療に差しさわりがあり、例えば放射線科などは、自分たちで患者からお金を徴収し、自分たちでフィルムや現像液などを購入する状況であった。

- **低給与**

政府職員給与は、医師でも月額 20 ドルほどで、プノンペンで 1 家族が生活するのに最低 200 ～ 300 ドルほどかかる中、職員は当直時間（午後からは当直体制）はおろか、勤務時間中でも自宅に帰って副業をしなければならない状態であった。

- **患者への非公式料金の支払い要求と金額が不透明**

上記の理由から、公式には医療費は無料ということになっていたが、実際には非公式に患者やその家族からお金をもらっている状況であった。さらに貧困者からもお金をもらう職員（すべてではないが）もあり、貧困者にとって経済的なバリアとなっていた。

【活動内容と成果】

(1) 診療費 User fee 制度の設計（実際にはフェーズ 1 の前半で行っている）

- **保健省のパイロット事業としての診療費制度の導入（3 病院の 1 つ）**

保健省は、国立母子保健センター（NMCHC）を診療費制度導入のための 3 つのパイロット病院の一つと位置づけ、その設計から実施などを NMCHC とプロジェクトに委任した。

- **コストの計算とそれを基にした値段設定**

各処置に関するコスト計算を行った後、その 2 ～ 3 倍を診療値段と設定した。しかも、プノンペンの私立病院よりはずっと格安な値段となった。（例えば、分娩は私立病院では数百ドル）

- **前払い制度の導入**

診療費は、前払い制を採用することとなった。その理由は、後払い制にすると利用者がサービスだけ受けて、支払わずに帰宅してしまう恐れが出たからである。また、追加検査なども、最初の支払い後、追加された検査についてはまた支払ってもらい、診療に戻るといった経過をたどる。

- **分娩や帝王切開などはパック料金の採用**

料金は、例えば正常分娩(2泊3日)では、会陰切開無し(20ドル)、会陰切開あり(40ドル)など、パック料金とした。

- **部署別歩合制と職員への診療収入の配分率**

部署によって、働くところと働かない部署が出ることを警戒して、部署毎の歩合制で、職員に給与補てんが入る仕組みにした。この比率は部署によって微妙に変えてあり、なるべく部署間の同じ格(例えば師長とか)での給与補てん格差が少ないように配慮している。

- **貧困者保護のための、支払い免除 Exemption 制度の同時導入**

よくある診療費制度の批判は、経済的に支払えない人からも料金を取るというものである。しかしながら支払い免除制度を同時に導入することによって、これらの批判にこたえ得る。

- **診療収入のうち病院に残る率 Retention rate の設定**

基本は保健省からの通達であり、病院に残る率は99%で、上納は、財務省への1%と決められた。これは重要な比率で、Retention rate が0%、つまり全く病院に残らない制度を導入した国では、職員に診療費徴収のインセンティブが無くなり、診療収入が伸びない傾向にある。

- **診療費のうち、人件費へ補填率の設定**

基本は保健省からの通達で、人件費比率は50%以内となっており、薬剤30%、他20%などの範囲であれば、診療費収入をどう使うかは病院に一任されている。



外来と会計の受付



新病院に掲示された料金表

(2) 診療費 User fee 制度の準備 (実際にはフェーズ1の前半で行っている)

- **会計系の研修**

新病院では、利用者から直接、料金を徴収し、会計処理を行うということで、職員にとっては新しい不慣れた仕事ということになる。

- **料金表の作成**

料金表は、「本病院では診療費をいただきます」という看板とともに、病院内に大きく掲げることにした。

- **支払い免除者の認定 (クライテリアとフォーム作成)**

支払い免除者の認定に当たっては、利用者から不正なお金の授受が発生しうるため、信用できる職員を任命し、免除者の認定基準の確認や、認定フォームの記載などについての研修を行った。

- **個別金銭の受け取り禁止とポスター作製、事前職員教育**

(3) 診療費 User fee 制度の実施

- **新病院の開院と診療費制度の導入（料金表の掲示）**

日本の無償資金協力で建設された新病院では、表に「本病院では診療費を徴収します」という看板を掲げるとともに、当初、設計になかった診療費の支払いカウンターが設けられた。患者は受付カウンターで患者登録を行ってから、支払いカウンターで前払いのお金を支払って、領収書をもって、外来に向かう。また、各部署には「個別に医療従事者に支払わないでください」といったポスターが張られ、不正な支払いを止めるように患者にも職員にも周知した。

- **患者登録とカルテ作成、カルテ管理**

受付での患者登録は重要な作業であり、カルテの作成と患者 ID を発行し、患者番号と患者カルテの照合を行えるようにしている。これまでは患者カルテはほとんど参照されず、放置されてきたに近いが、この制度導入とカルテ庫の整備により、番号順に並べられたカルテから簡単に昔のカルテが取り出せるようになった。ただ、患者の中には文字が書けない者もあり、家族が代わりに記載したり、名前や生年月日、住所などがわからないなどのイレギュラーな事例がいくつも見られた。

- **支払い免除者の認定**

職業、家畜の数、家の材料、家族の数、などでの認定を試みるが、ときに身なりなどの見ただけで判断せざるを得ない場合もある。

- **診療費制度を基にした病院運営の実施**

実際には、保健省からの人件費や送られてくる薬剤などの金額も含めて、全体としての収入に対する各比率を求め、人件費比率も、日本の病院基準としても妥当な比率であることを確認しつつ経営を行った。

(4) 診療費 User fee 制度の改善

- **インフレによる、診療費の改定**

開院後、タイを中心とする東南アジアの通貨危機があり、カンボジアの通貨であるリエールの換金レートが大きく変化し、1 ドル 2500 リエールくらいから 4500 リエールくらいまで大きく値下がりした。このため、当初の価格表では赤字が出ることになったため、料金を改定せざるを得なくなった。

- **部署の違いによる収入差から、部署別比率の改定**

部署別の収入は大きく違い、例えば外来ではサービス単価が少ない反面、常に患者がくる状態であったが、分娩室や手術室ではサービス単価が高く、その分、部署としての収入が高くなった。このため、職員に配分される給与補てんの金額が異なってきた。これについては各部署別の給与補てん額が把握されるように毎月、病院運営会議で報告されるようにしていたため、幹部も把握する中で、職員からの不満も大きくなったため、部署別の配分割合を微調整して、各部署間の補填金額の格差を縮小するよう調整した。

- **診療費からの余剰金があるため、当直者への支払い額の変更**

診療収入の配分割合は政府が決めているため、収入のうちのいくらかは余剰金として銀行に残るようになった。当初はそのお金を、政府からの給与の遅配や、薬剤などの遅配のためにプールしておいて、その緊急資金的に運

用していたが、収入が増えたことと、政府からの給与等の遅配が解消されてきたため、その預金額が増加してきた。このため、余剰金を政府が吸い上げてしまうことも恐れて、余剰金の一部を、ただでさえ低い職員給与の補填、また忙しくなったのに給与があまり増えていないという職員の不満解消のために、当直料の増加に充てたほか、一部、職場環境の整備などに充てた。

(5) 診療費 User fee 制度導入の効果と波及効果

• 出産数の増加と帝王切開率の変動（増えない）

出産数は、1997年3月の新病院の開設および診療費制度の導入以前は、年間3500出産ほどであったものが、徐々に増加し、1999年には年間6000から7000出産にまで増加した。帝王切開率は、各年の変動が激しく傾向は何とも言えないが、総分娩数の15%までにはならない状態で推移した。

• 診療費収入の増加

診療費からの収入は、出産数やベッド占有率の増加もあり、6月末にあったクーデターの後を除いて、増加傾向にあり、政府予算からの人件費や薬剤費なども総計すると、人件費比率は総収入の50%以下にあり、適切に運営されていると言える。

• 職員の給与補てん額の増加

職員給与はもともと月額15ドルから20ドルほどであったが、病院収入の増加に伴い、幹部クラスでは100ドル以上の給与補てんを受けられるようになった。しかしながら相変わらず低給与であることには変わらない。このため、当直者以外の午後からのアルバイトや副業は認めざるを得ない状況であることには変わらない。

• 支払免除者の比率（患者数に対する、収入に対する。減らない）

支払い免除者制度の継続は、診療費徴収制度において公平性を保つ重要な要素である。支払い免除者の割合は、患者数に対する割合でも、また、診療収入に対する割合でも、ほぼ5%から7%くらいを推移しており、病院全体の収入が少ない（ひいては、自分たちへの給与補てん額が伸びない）といっても、特に審査を厳しくしたりしているわけではないことがわかる。

• 患者満足度

患者満足度を100名ほど調査した限りでは、利用者の満足度は高く、その大きな理由の一つは、施設がきれいに建て替えられたことが大きいと思われる。その他、サービス改善が少しは見られたこともあろうが、いずれにしろ診療費制度の導入は、患者満足度にネガティブな影響は与えていないことが伺われた。

• 遅配給与の立て替えや薬剤の独自購入

前述の如く、診療費収入からの余剰金は、遅配給与の建て替えや遅配薬剤の穴埋めのために薬剤を買う資金に充てられたが、その他にも、病院独自で薬剤などを買い付ける資金として使われた。この結果、職員の中で、より安い仕入れ価格やより質の良い薬剤の購入など、運営面での能力強化につながった可能性がある。

• 新卒者の就職希望者の増加

政府給与が低く、また給与の遅配がある、あるいはより快適な職場環境を求めて、新卒者の国立母子保健センターへの就職希望者が増えたと聞く。

• 他施設への導入

診療費収入の方法は、もともと保健省のパイロット事業として国立母子保健センターで導入され、その後、この成功経験を基に、他の医療施設でも導入された。この要因の一つとして、国立母子保健センターの院長や副院長、会計責任者などが次々に保健省に昇進し、保健省内においても診療費制度の成功が評価された結果ではないかと思われる。



旧病院の外來



旧病院の病棟



新病院

【学び】

診療費 User fee 制度の課題と学び

• 職員は忙しくなったが、給与補てんは思ったほど増えなかった

最初、「低い給与から、診療費収入が増えれば、職員の給与補てんも増えて、生活も楽になる」という説明で始まり、当初は給与補てんも増えたものの頭打ちとなり、忙しくなったが、まだ副業をやらないと家族が養えない状況が続いたため、職員のモチベーションが落ちてくる。

• 非正規の金銭要求がまだある

診療費の導入とともに個別の金銭の授受は行わない旨を職員に周知するとともに、利用者にもポスターなどで周知しているものの、難しさをはらんでいる。例えば、分娩室のような密室の場合には何が行われているか不明である。また、利用者も自分の順番を早めたいために職員にお金を自分から渡す場合もある。さらに、日本の以前と同様に、お礼のつもりで職員に渡す場合もあり区別がつきにくい。これらについては上司などが不正を見つけたら院長に上げて処罰を行う規定もあるが、1回目と2回目は口頭注意、3回目には保健省に報告するということが、実際には銃器が容易に手に入る環境の中で、報復を恐れてそこまで院長が踏み切れない場合が多々あるようだ。

• 貧困者の認定は難しい

誰が貧困者なのかの認定は難しい。通常の認定手順のほか、村長などが貧困者の証明書を持たせる場合もあり、参考にはなるが、それも選挙のため、あるいは何らかのお金をもらって書いているのではないかと疑わせる場合もある。

• ミクロレベルのリスクシェアリングとプーリング

現在、世界的にはUHCがトレンドで、診療費はOut-of-pocketを迫るあまり良くない制度、と見られているように思う。しかしながら、本来、国が貧困者に医療費を支給しても良いと考えられるが、それでも国が医療扶助

できないような財政状況において、国に支出を迫ることなく、病院の受診者内で考えると、支払い免除制度と抱合せることによって、それらの経済的な困窮者に対する医療サービスを無償で提供できるシステムともとれる。

- **研修制度への応用の可能性**

診療費収入の病院への入金と、その収入の職員への配分と病院運営費への繰り込みは、研修制度にも応用できる可能性がある。例えば、現状、様々な援助機関からの依頼で研修講師となる職員は、直接、その依頼機関から金銭を受け取っているが、診療費と同様に研修講師謝金を一度、病院に入金してもらい、その後、研修講師にそのうちの何割かを払い、残りを病院に入れてもらう、という形での管理の仕方もありえよう。これであれば、職員が講師ばかりを引き受けることに専心せず、病院の本来の業務にもっと関わる可能性が増え、合わせて病院の収入も増えることが想定される。

【最後に】

カンボジアにおける診療費制度と支払い免除制度については、何とかこの経験を世界の人にわかっていただきたいと、すでに英語論文として発表している。しかしながら、現状のUHC議論の中では、その意義がすでに色あせてきているようにも見える。ただ、「学び」の中にも書いたように、UHCは一夜にしてできない中で、このようなマイクロの集合体としてUHCを捉える考え方もあるのではないかと個人的には考えている。

なお、カンボジア国立母子保健センターにおける診療費と支払い免除の制度化については、私の前任のプロジェクト・リーダーであった山田多佳子先生のリーダーシップと構想・実行力、カンボジア側のエン・ホット現保健省次官（当初の院長）やクム・カナル現保健省アドバイザー（エン・ホット元院長の次の院長）のお力なくしてはできていなかったことを明記しておきたい。

3. カンボジア母子保健プロジェクトフェーズⅡ

病院の組織作りと機能強化を行ったカンボジア母子保健プロジェクトフェーズⅠに引き続き、当プロジェクトでは、NMCHCの母子保健研修機能強化に焦点をあて、カンボジア全体の母子保健人材の育成に取り組んだ。当プロジェクトでは前半部を藤田則子リーダーが研修システムの構築を行い、後半部を垣本和宏リーダーが構築された研修システムをカンボジアの保健システムへ組み込む活動を行った。

プロジェクト名	母子保健プロジェクト フェーズⅡ
実施期間	2000年4月-2005年3月
リーダー	藤田則子 垣本和宏
上位目標	カンボジア国における母子保健サービスの質が改善される。
プロジェクト目標	地域医療を含む母子保健の改善のための人材育成が強化される。
対象者・地域	全国の保健センター勤務の助産師、レファラル病院勤務の助産師・産科救急に関わる医師
実施機関	国立母子保健センター
期待される成果	<ol style="list-style-type: none"> 1. NMCHCのトップレファラル病院としての機能がさらに強化される 2. NMCHCの研修センターとしての機能がさらに強化される 3. ナショナルプログラムを実施し、関連機関との調整を通して国の政策策定を支援する機能が強化される 4. NMCHC、国立病院およびトップレファラル病院の施設・機材管理能力が向上する
達成された成果	<p>成果 1. 病院機能強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 財務管理（含む診療費徴収制度）、医療情報管理、薬剤管理、臨床、看護、臨床検査の強化（自立運営・活動が可能となり、それぞれが一定レベル達成） ・ PMTCT カウンセラーの育成・配置 ・ 患者満足度調査・NMCHCに意見箱の設置によりターゲットグループのニーズ調査 <p>成果 2. 研修機能強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 研修部が研修サイクル（計画・実施・評価）に基づき研修コース（RH 医師・助産師研修、HC 助産師研修）の運営が可能 ・ NMCHC 内にトレーナーを養成 ・ 現場状況にあった研修内容に修正（HC 助産師研修にコミュニティーに関する項目追加） ・ ユーザーフィーの運営費が研修に使用できることが承認 ・ 研修により RH 医師・助産師研修並びに HC 助産師研修員は知識向上 <p>成果 3. 母子保健政策・プログラム強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ NMCHC が「Baby Friendly Hospital」に認定 ・ NMCHC の研修（助産師研修、医師研修）が国家研修プログラムとして認定 ・ CPA 助産師研修の公式カリキュラム作成 ・ RH 助産師研修が正式に CPA 研修として開始 ・ 臨床検査技師 TOT は保健省病院サービス部を中心に CPA 研修としての位置付け ・ PMTCT プログラムの全国展開開始、RH や HC 勤務のカウンセラー育成 <p>成果 4. 医療機材管理強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ NMCHC エンジニア部から国立医療機材保守管理ワークショップへ格上げ。 ・ NMCHC 内活動は、自立運営することが可能

3-1. 母子保健研修システム立ち上げ

藤田 則子

【概要】

第2フェーズ前半では、母子保健センターのトップレファラル病院（全国の産科救急患者の最終搬送先）としての病院機能強化（特に重症患者への対応、麻酔技術の改善、迅速な輸血体制整備）を継続するとともに、母子保健分野における研修センター（病院を活用した研修施設）としての機能強化に重点を置いた。2000年にはミレニアム開発目標（MDG）が設定され妊産婦死亡削減のための世界戦略（熟練分娩介助者による出産と緊急産科ケアへのアクセス拡大）のために、国立母子保健センターでの研修を通じた人材育成に対する期待も大きかった。併設する産婦人科新生児病院の特色を生かし、妊娠出産ケアを提供する全国の保健医療従事者（助産師や医師）の卒後研修による人材育成に焦点をあて活動をおこなった。

【背景】

プロジェクト第1フェーズ（1995年—2000年）の成果により、NMCHCは首都の産婦人科新生児科病院として機能するようになり、出産数が増加し、診療施設での実習可能な研修センターとして注目を集めていた。カンボジアの保健人材は、ポルポト時代に枯渇した保健人材を80年初頭よりゼロから立ち上げ、数の増加が中心で、教育は講義が中心、実習指導という考え方は導入されたばかり、現場ではどのように教えるのか、2000年ごろから保健省人材養成部による標準カリキュラムや実習要綱作成（学校教室でのモデルを用いた実習、病院など診療施設での実習）に向けた準備などの模索が始まっていた。教員の臨床経験のなさから実習は病院に送るだけ、病院での実習指導者の位置づけや役割も明らかではなかった。

母子保健分野に限らず当時病院や診療所勤務の保健医療従事者への研修（卒後研修）は以下の特徴をもっていた。まず、保健省の国家保健プログラム関係者と協議し研修テーマを合意した開発パートナーが、外国人アドバイザーを雇い途上国で使われ標準化されつつあった研修プログラムを持ち込み、カンボジア人に主に講義の教え方を指導（Training of Trainers: TOT）し研修を準備する。講師（トレーナー）として育成されたカンボジア人（医師や助産師・看護師）は一般の医師や助産師対象に研修を行う、研修運営は講師の中で限られた人たち（マスタートレーナー）が行い、開発パートナーにより支払われる研修費用は講師の懐に直接入る。したがって、病院のどこで、いつ、どのような研修が、誰により実施され、いくらかかっているのか、を保健省関係者のみならず病院管理者の誰にきいても確認することはできなかった。また研修を受ければ月給（当時看護師で月額約20ドル）と同じぐらいの日当や宿泊費を一日でもらえるため、研修受講者の研修参加の目的は知識や技能を高めるだけではなく、きわめて低い公務員給与の補填の意味も大きかった。そして開発パートナーからの資金が途絶えれば研修も終了、講師として育成された人材もNGOや国際機関に転職し霧散してしまう状態であった。

このため、センター内の組織として、病院内の研修を調整するとともに、自立して研修を企画運営評価できるようになることを目指して、当時あった研修部（TOTと呼ばれていた）の組織改革と強化を行った。シニアと呼ばれる限られたスタッフ（医師・助産師）のみが行っていた研修を、教えられる人材の層を厚くし、多くの卒後研修や学生実習の依頼に応えられるようになることを目標とした。

【活動内容】

- 1) カンボジア側の体制作り：センター長とともに研修部の組織図作成、専任スタッフ（医師・看護助産師）確保、アドミスタッフの確保、センター長からのサポートを担保した。
- 2) 日本人側の体制作り：日本人（助産師、産婦人科医師）を長期間、継続して臨床・研修部に貼り付け、数週間から1カ月程度の短期間で研修管理関係の専門家を派遣した。
- 3) 日本やタイ・フィリピン・マレーシアでの研修：「病院でどのように学生や新人・若手を指導しているかを見てカンボジアで使えるような案を持ち帰る」ことを課題として研修に送り出し、ともに活動する日本人も研修に一部同行し、帰国後は日本人が実現にむけてフォローアップする。
- 4) 研修部マネジメント強化の活動
 - ・ 研修部内の定例会議（週1回）を開始・継続、研修部メンバー間での情報共有や研修計画作り、研修運営などを実施（研修部スタッフの on the job training）
 - ・ 研修部が第1フェーズで開始・軌道に乗ったセンター管理会議で活動報告する。
 - ・ 研修部が主体となりヘルスセンター助産師研修、レファラル病院助産師研修、レファラル病院医師研修の運営（準備・実施・評価）を繰り返した。特に研修予算作成はアドミ担当のプロジェクト調整員がカンボジアのアドミスタッフを直接指導した。
- 5) 具体的に実施した研修としては、
 - ・ ヘルスセンター助産師対象の研修（4週間）、1998年から継続
 - ・ レファラル病院助産師対象の研修（5週間）、1999年から継続
 - ・ レファラル病院医師対象の緊急産科ケア研修（3カ月間）、2000年から継続
- 6) 研修直後の評価も含めたこれらの研修プログラムは日本人がNMCHCの医師助産師を指導しながら共に作成した。妊娠出産に関するケアは正常から異常への幅を持つことが大きな特徴であるため、研修プログラムの方針として、妊婦健診での予防や健康教育活動から診断治療まで、妊娠出産を包括的に捕らえた研修であった。この点でUSAIDが支援したNGOが同時期に実施した同様の研修（正常出産と緊急ケアに焦点をあてたLife Saving Skill）とは対照的であった。
- 7) 研修後のスーパービジョンの開始（2001年から）。研修部の計画でチームを組み研修終了後の研修生の勤務する病院や保健センターを訪問し、活動状況・課題の確認を行った。この結果は次回の研修に生かされた。

【成果】

- 1) 第2フェーズ前半までに NMCHC が実施した助産師研修 (保健センター 4 回、レファラル病院 4 回。当時全国 941 の保健センターのうち 207、全国 70 のレファラル病院のうち 27 をカバー)、医師研修 (3 回 15 人、レファラル病院 15 をカバー)
- 2) 第2フェーズ前半までに NMCHC で実施した TOT3 回、教えられる人材の増加 (医師 5 人から 17 人、看護助産師 9 人から 20 人へ)
- 3) 外部からの依頼に応じて研修部が研修計画・算計画を立て、国立母子保健センターとして、ドナーや保健省に提出できるようになった。
- 4) 研修サイクルマネジメント実施を通じた研修の質の担保も研修部の活動に取り入れられた。
- 5) 研修プログラムが保健省の当該分野の卒後研修の標準プログラムとなった。

【学び】

- ・ 「役割を与えられると人は育つ (変わる)」。TOT の結果研修講師となった医師や助産師たちの臨床経験は日本人にははるかに及ばないものであり、TOT でお墨付きをもらい、普段やってきたことを知識として説明できるようになる、ことで、自信をもって病棟で指導することができるようになった。
- ・ 「小さな成功体験は、らせん状のマネジメントサイクルを動かし改善に向かう」：研修部が一年に 3-4 回の研修コースの企画運営を続ける中で自信もつき、さらにスーパービジョンを通じて次回の研修を現状に合わせて変え、改善していく。外から与えられたことを変えることに対して消極的なカンボジア人たちが変えていくようになったのはやはり日本人が伴走していたことが大きかったようである。この 2 つの点は第 1 フェーズからの教訓でもある。
- ・ 「研修はネットワークのはじまり」：研修を通じて作られた講師と研修生の関係は、その後も臨床でのちょっとした相談事などにつながったようである。

【課題】

1) 現場の経験から国家保健プログラムとしての卒後研修の標準化へ

カンボジアの場合、まず標準化されたものを中央でつくりそれを全国展開する形ではなく、現場での経験から国家標準化へのプロセスがとられた。当時のカンボジアの行政能力を考えると中央で標準化されたものを作るには非常に時間もかかりまず現場ではじめることが求められていた、しかしあちこちでいろいろとはじめるドナーの調整に苦労していたというのが現状だったようである。この分野は JICA と上記 NGO の大手ドナーが 2 種類の研修を支援・実施していた。それぞれのスコープはやや異なるが、相前後して開始、研修を受ける側、サービスを受ける側にとって、実習を主体とした実務的な研修で、評判もそれぞれによかった。(Comprehensive Midwifery Review 2006) カンボジアのドナー調整メカニズムの中で研修標準化の動きが始まり、NMCHC (国家リプロダクティブヘルスプログラム)を中心に CPA 研修として標準化されていくことになった。この先もプロジェクトの現場の経験を母子保健政策に反映させる活動が続くが、これらの過程を通じて、母子保健センターの行政能力 (政策策定能力やドナー調整能力) が強化されていったと考えられる。

2) 中央の研修センターの限界

研修前後の技術的な、あるいはアドミの面でのサポートは中央からでは距離的にも時間的にも難しい。保健センターや病院へのアクセスがあまりなかった当時に比べアクセスが増え、患者数が増えている病院や保健センターに勤務する職員を遠く離れた首都の研修に何週間も連れ出すのは現実的ではない。卒後教育の研修は地方の研修センターで行うのが理想で、中央の研修センターの役割は研修を標準化し地方の研修センターの指導者たちを育成する役割ではないか。この課題は研修の地方分権化として後のプロジェクト(2010-2015)へ引き継がれた。

研修後の研修生のフォローアップや支援体制も中央から出かけていくよりは地域の関係者を巻き込んだ形が効果的効率的ではないか。この課題は地域における母子保健サービス強化プロジェクト(2007-2010)へ引き継がれた。

3) 卒前教育との整合性、教員の能力強化

保健省人材養成部の要望を受けて、学校教員も助産師研修に参加した。しかしもともとの臨床経験が少ないため、保健センターや病院助産師に比べると成果が上がらず、教員能力強化につながったかどうか疑問である。研修プログラムは当時作られつつあった国家リプロダクティブヘルスプログラムの技術的な基準を参照しながら作られたものであったが、当時は卒前教育に反映させるところまではいかなかった。これも後の日本のODAの一環として、保健人材育成システム強化プロジェクト(2010-2015)での教員の基礎教育強化のための留学プログラムへと引き継がれた。

3-2. プロジェクト終了に向けた国立母子保健センターの研修の位置付け

～プロジェクト終了後、国立母子保健センターでの母子保健に関する研修コースが持続的実施のために～

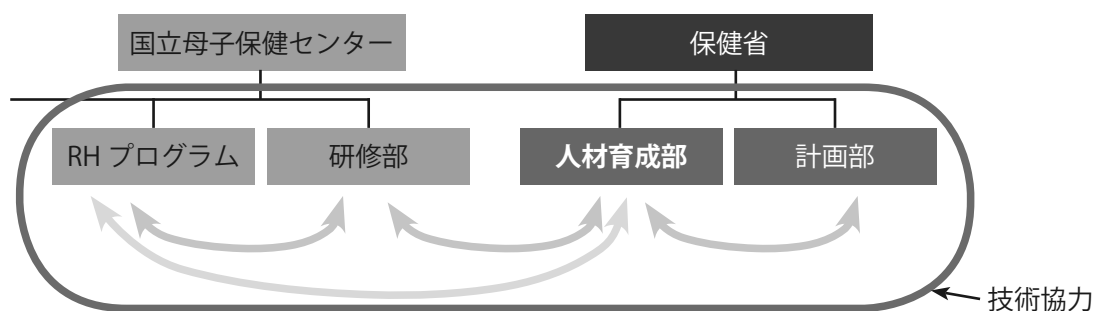
垣本 和宏

【活動内容】

1) 関連組織への訪問

単に PDM に書かれた活動を遂行していくのではなく、プロジェクト前半で強化されたカウンターパートの能力の sustainability を確実なものにしていくための活動に、チーフアドバイザーとしての活動の重点を置いた。そのためには、着任後より保健省の関連部署や WHO、UNICEF、UNFPA などの関連国連機関、さらには USAID、DFID、French cooperation などのバイの開発パートナー、NGO などに積極的に足を運ぶことで今後のプロジェクトの方向性を確認した。

図：研修の位置付け確保のための協力



2) 保健省人材育成部と母子保健センター研修部の連携強化への協力

保健省人材育成部とは密に面談を行い、プロジェクトで実施されてきた各種研修と保健省の意向をどのような形で融合できるかについて、母子保健センター研修部との連携を強化させながら討議を重ねた。

3) 他ドナー支援の研修コースとの連携

プロジェクトが支援する助産師研修に類似した研修として、USAID が NGO を介して支援する助産師研修と GIZ が支援する助産師研修があったことから、これらの研修の内容の統一と、これらの研修を受ける助産師の重複を避けるための調整を試みた。

3) 保健省人材育成部を中心とした活動

上記の調整は保健省人材育成部が主導できるように会議前には綿密に当局と協議を行った。このように保健省人材育成部をカウンターパートとした活動が増えたため、保健省人材育成部にチーフアドバイザー用の部屋を用意してもらい、保健省人材育成部とのコミュニケーションが容易に取れる環境にした。

4) プロジェクト後の研修資金確保

プロジェクトが支援した研修の保健省内での位置付けが明確となっても、実際に研修を実施するための資金を確保するため、UNICEF や保健省が ADB などの支援で確保している予算 (HPSS) からの支弁を促した。



【成果】

プロジェクトが支援してきたヘルスセンター助産師研修は、保健省 MPA (Minimum Package of Activity) 研修に、リフェラル病院助産師研修は保健省 CPA (Complementary Package of Activity) 助産師研修に、リフェラル病院医師研修は保健省 CPA 医師研修として位置付けとなった。また、保健省 CPA 助産師研修は正式な統一したカリキュラムが完成した。MPA 研修については統一カリキュラムの完成には至らなかったが、研修後の監督視察のチェックリストは他の研修コースと統一された。

【学び】

- 1) 1991 年パリ協定締結後、翌年よりすぐに調査団、保健省アドバイザーが派遣され日本とカンボジア保健省の信頼関係が深い中で活動ができた。
- 2) 国立母子保健センターの機能を相手国のニーズに合わせて協力したことにより問題意識の共有ができた。
- 3) 対外的な会議には参加するのみでなく議長を支援しながらドナー調整にも関与したことによりプロジェクトの位置付けも明確となってきた。
- 4) 助産師研修などの位置付けを保健省研修とすることでこれまでの協力の妥当性が確保され、さらに研修の持続性が確保できた。

【事業終了時に残された課題】

- 1) 「人材育成」以外の母子保健向上要因の検索
- 2) 助産師研修を地方で実施するための体制作り
- 3) 国立母子保健センターの臨床の質のさらなる改善
- 4) 助産師学科での卒前教育の改善



4. カンボジア地域における母子保健サービス向上

カンボジア母子保健プロジェクトフェーズIIで助産師を中心とした人材育成がおこなわれ、また、2006年からは新たに Primary Midwife 卒前研修により新卒助産師が新規育成・配置され、配置される新卒助産師数が増えて行く状況にあった。今度は、育成された助産師達の支援体制が不十分であるという問題が発生した。この問題に対して取り組んだのが当プロジェクトである。小原ひろみリーダーにプロジェクト終了後もカンボジアの助産師研修として実施されている MCAT 活動 (Midwife Coordinator and Midwife Alliance Team Training) について中心にまとめた。

プロジェクト名	地域における母子保健サービス向上プロジェクト
実施期間	2007年1月-2009年12月
リーダー	小原ひろみ
上位目標	カンボジアにおける熟練分娩助産者 (SBA) による質の高い妊娠・出産・新生児ケアサービスの利用が増加する
プロジェクト目標	モデルサイト (コンポチャム州の4つの保健行政区) の妊娠・出産・新生児ケアサービスが向上し、それが地域モデル (行政による支援モデルとコミュニティとの協働モデル) として国家プログラムに反映される
対象者・地域	対象地域 ⁴²⁾ プノンペン、コンボンチャム州 <ul style="list-style-type: none"> ・ 直接受益者 a. 中央レベル: 保健省、国立母子保健センター (NMCHC) のスタッフ b. 地方レベル: コンボンチャム州の保健行政官、保健医療従事者、モデルサイト住民 (とくに妊娠可能年齢の女性および新生児・乳児: 各約 15,000 人) ・ 間接裨益者: カンボジア全土の妊娠可能年齢の女性及び新生児・乳児 (各約 45 万人)
実施機関	カンボジア国保健省 特に国立母子保健センター、コンボンチャム州保健局、同州病院の産婦人科、4つの保健行政区保健局
期待される成果	<ol style="list-style-type: none"> 1. HC に配置される SBA を支援するためのチームワークが向上する 2. SBA 活動を円滑にするための保健行政 (PHD/OD) による支援モデルを策定する 3. 地域コミュニティにおける母子保健向上のための協働モデルを策定する 4. NMCHC が地域の実情を把握し、国家プログラムに反映させる
達成された成果	HC に配置される SBA を支援するための MCAT (Midwife Coordinator and Midwife Alliance Team Training) が策定され、国家プログラムに反映された。

4-1. 地方の保健センターに勤務する助産師を対象とした支援メカニズムの作成 － MCAT(Midwife Coordinator Alliance Team) 活動の全国での実施

小原ひろみ

【概要】

本プロジェクトは、分娩に関わる医療従事者による地域の安全な妊娠・出産・新生児ケアを効果的に支援するモデルを形成し、そのモデルを政策レベルに対してフィードバックし、国家プログラムに反映させることが目的であった。

【背景】

カンボジアには助産師には主に2種類のカテゴリーがある。本文書では、Secondary midwife を正助産師、Primary midwife を准助産師と記載し、両方を総称して助産師と表記する。准助産師は助産師卒前教育必要年数が1年と短い。2006年に保健省とUNFPAにより実施された包括的助産師レビュー³⁴⁾によると、保健センターには1名の助産師しかいないことも多い中(当時、約900の保健センターのうち約2割では助産師が1名もいない、約4割では1名のみ)、助産師1人当たり年間平均35日間、研修に参加するためにサービス提供から離れていることが明らかとなった。既存の助産師を対象とした卒後研修コース(国立母子保健センターやNGOによるもの)は、レファラル病院の正助産師が主たる対象であった。保健センターの助産師は対象にはされていたものの、卒後研修終了割合はレファラル病院助産師に比べて低く、中でも特に准助産師における卒後研修終了割合は低かった。他方、正助産師の育成に加えて、2006年から助産師数増加を目指して1年教育の准助産師卒前教育が開始され、多数の新卒の准助産師(1年に200人程度)が僻地の保健センターに配置されだした。地方の保健行政官によると、これら新卒准助産師と(卒後研修の修了率の低い)僻地に勤務する助産師が、母子保健サービス提供の自信がないこと、また母子保健行政官だけでは臨床指導が十分にはできないことが課題となっていた。新卒で配置される准助産師数が毎年コンスタントに200名は育成される方針であったことから、新卒の准助産師と新卒ではない全ての助産師を卒後教育で再教育することは現実的ではなくなった。また、プロジェクト第2フェーズの際に実施していた、中央の国立母子保健センターのトレーナーが、全国の元研修生である病院と保健センターの助産師を来訪してフォローアップする巡回視察では、回数を増やせないことは明白であった。したがって、地域の関係者を巻き込んだ形の支援体制が必要ではないか、と主たるカウンターパート(CP)から指摘されていた。2006年ー2007年頃には、国立母子保健センターのCPからは、効果的な助産師支援体制を各々の地域でどのように策定できるのかについて、JICAと一緒に考えたい、との希望が述べられた。以上の背景から、本プロジェクトで目指したことは、地方、特に僻地の保健センター勤務の助産師を支援する体制を探ること、首都での数週間かかる卒後研修ではない方法で地方助産師のサービス提供能力の強化に資する方法を探ることであった。

【活動内容】* *活動部分は、プロジェクト終了時に、JCCメンバーや多様な関係者に幅広く配布した英語レポート (Summary of the Project Activities and Outcomes - Strengthening Support for Midwives by the Health System Strengthening Approach, JICA Project, 8 Jan 2010) を和訳したものである。

1) ベースライン調査結果：

2007年に、対象の4保健行政区において、ベースライン調査を実施した。また、既存の首都での会合を利用して、全国の母子保健行政官を対象とした質問紙調査を行った。これら調査結果としてわかったことは、1) 母子保健行政官(州レベルと保健行政区レベル双方)と、病院(州レベル、保健行政区レベルのレファラル病院双方)の助産師・産婦人科医(以後、助産師と産婦人科をあわせてSBAと記載する)のコミュニケーションが悪い、2) 母子保健行政官は、保健センター助産師が提供すべき公衆衛生的サービス(ワクチン接種、産前健診、保健センターにおける記録等)の指導を行う自信があるが、分娩や新生児ケアといった臨床サービスを指導する自信がない、3) 保健センター助産師を支援するには、公衆衛生に強みのある母子保健行政官と、臨床に強みのある病院SBAの双方の支援が必要であるにもかかわらず、同地域の病院SBAと保健センター助産師との接点のある活動がない、4) 保健センター助産師は、病院SBAを「怖い存在」であると考えていた。(これは、保健センター助産師が、病院に患者を搬送した際に、「どうして適切な時期にレファルしなかったのか」、とか、「どうして適切なケアをしていないのか」、など、病院SBAが保健センター助産師を叱りつけるため)、5) ほとんどの病院SBAは、保健センターを来訪したことがなく、カンボジアにおける保健システムや保健システムにおける病院や保健センターの位置づけ、レファラルシステムについて知らなかった。したがって、多くの病院SBAは、搬送時の問題というのは、保健センター助産師の個々人の能力が低いせいであると考えていた。さらに、病院SBAは、母子保健行政官の役割を知らなかった。

2) モデルサイトでの介入(2008年4月から9月)：

母子保健行政官と、病院SBA、保健センター助産師は、地域の母子保健を向上することに貢献できる、地域のキーパーソンであることは明白であった。地域の母子保健を向上させ、かつ、保健センター助産師への支援を増加させるために、母子保健行政官と病院SBAが相互補完的役割を理解することを本プロジェクトでは目指し、パイロットの研修事業を策定・実施した。モデルサイトの母子保健行政官(州と保健行政区レベル)を対象とした「助産師コーディネイター研修 Midwife Coordinators Training(MCT)」その後、これら研修後の母子保健行政官と病院SBAを対象とした「助産師アライアンスチーム研修 Midwife Alliance Team (MAT) Training」を国立母子保健センターが実施した。(内容としては、保健システムの構造、病院と保健センターの異なる役割、レファラルシステムを学び、実際に病院SBAと母子保健行政官で保健センターを見学視察した。さらに、保健センター助産師の指導の仕方のシミュレーションを行った。妊産婦死亡症例事例を用いて、問題解決と計画立案の簡便なワークショップを含めた。最後に母子保健行政官と病院SBAで協力しての保健センター助産師支援活動の計画立案を行った。)その後、4モデルサイトにおいて、研修時に策定した計画に基づき、その地域の実情や希望に応じて、実際に、保健センター助産師を支援するための活動を母子保健行政官と病院SBAとで実施した。地域によっては、保健行政区長や州保健局次長などもこういった活動に実際に関わった。これら4モデルサイトで具体的活動が実施される際に、プロジェクトとしては、「実際に行われた助産師支援活動事例」を収集した。なお、これらの期間中、プロジェクトCPは、月に1度の定期会合を実施し、これらの助産師支援活動の進捗をモニターした。(国立母子保健センターの研修部職員、コンポンチャム州保健局と4モデルサイト保健行政区保健局の「州保健局次長と州の母子保健行政官、州病院SBA(産

婦人科医長と助産師長)、保健行政区保健局長と保健行政区母子保健行政官、日本人専門家」。) モデルサイトの管理職(州保健局長、保健行政区保健局長)の意見を聞きコメントをプロジェクト活動に生かすようにし、かつ助産師支援活動について、州保健局、保健行政区保健局全体として支援をするように依頼をした。

3) 中間評価(2008年12月):

中間評価において、以下のモデル地域対象の介入の効果が確認された。1) 州、保健行政区レベルで、保健センター助産師を支援する多様な活動(囲み1)が確認され、それらのうちの多くは、多額の外部資金を要しないのでできる活動であった、2) 保健センター助産師が病院に、妊産婦を搬送した際に、病院SBAの態度が変化し、病院SBAが叱りつけなくなった、3) このため保健センター助産師が病院に患者をレファールするのを躊躇わなくなった、4) 母子保健行政官と病院SBAで協力して、その地域において保健センター助産師をより支援するための、技術サポートや学びの機会が増加した、5) データの裏付けはないものの、地域の保健行政管理(州保健局長、保健行政区長ら)は、僻地の助産師が辞めなくなった感触をもつに至った。(ただしこれは、同時期に開始された施設分娩報奨金によるものかもしれない)。これらの中間評価結果より、プロジェクト関係者らは、本介入の効果を確認し、全国展開を行うことに合意した。

4) 全国展開の介入とモニタリング(2009年1月から2010年1月):

モデルサイトを対象とした研修事業と、モデルサイトで行われた助産師支援活動事例を生かして、プロジェクトでは、全国展開のために「簡易化した類似の研修」を策定した。CPA3レファラル病院をもつ17州を対象とし、2つの介入を策定・実施した。(CPA3レファラル病院では、通常ある程度の技能をもつ病院SBAが複数名いることから、地域において指導的役割を果たせると考えたため。) 介入の一つは、MCAT研修(Midwife Coordinator and Midwife Alliance Team Training)で、母子保健行政官とCPA3レファラル病院SBAを対象とした研修コース。もう一つは、Orientation Workshop for Health Managers on MCHで、州保健局長、行政区保健局長、州病院長といった管理職(ほとんどが男性)を対象としたワークショップであった。これら2つの介入で目指したことは、1) 母子保健行政官と病院SBAが、その地域における母子保健を向上させるために、コミュニケーションとリンケージを改善すること、2) 病院SBAが以下を理解すること:保健システム、保健センターレベルのサービスと役割、保健センター助産師の働いている困難な環境、レファラルシステム、3) 母子保健行政官と病院SBAの互いの強み、保健センター助産師支援には双方が相互補完的に支援する必要性があること、4) 病院と保健行政の管理職が、その地域での助産師支援活動(Midwife Alliance Team活動)の実施を支援すること。これらの管理職が、母子保健行政官と病院SBAが計画した助産師支援活動を許可し、年間実施計画にこれらの活動を含めること、要すれば、外部資金を探すこと。(さらに、SBAと伝統産婆TBAの区別を明確に管理職が理解すること。当時、政府からの施設分娩報奨金が開始されており、非医療従事者であるTBAに施設分娩介助をさせて、報奨金増額を目論む、保健センターや保健行政区が横行しだしていた。これを阻止するために、国立母子保健センターのリプロダクティブヘルスプログラム長より、SBAとTBAの違いを病院と保健行政の管理職に教えてほしいとの強い依頼があった。)

囲み1. モデルサイトの助産師支援活動後に実施した電話調査の結果

保健センター助産師の声

- ・ 病院助産師のおかげで、私たちは、知識もスキルも向上できる。
- ・ 病院助産師と母子保健行政官とで保健センターにきてくれる新しい巡回指導は、これまでの母子保健行政官だけの視察とは違って、もっと技術支援が得られる。
- ・ レファアーのときに病院に同行した際、病院助産師は、親切に分娩室に私を招き入れてくれて、どういう風にしたら良いかについて、実際に見せてくれた。
- ・ 実は、以前は、病院助産師に怒られるのが怖くて、昼間には患者を搬送しないようにしていた。今は病院助産師が怒らなくなったので、安心して昼間に患者を搬送できる。
- ・ 僻地の保健センターの新人准助産師：大出血をした妊婦がいたときに、搬送もできずに困り、助産師支援活動で知り合いになった病院助産師に電話をかけた。その病院の産婦人科医と助産師が駆けつけてくれて、すぐに処置をして、搬送してくれて、その人は最終的には助かった。自分だけで対応していたら助けられなかったと思う。

病院 SBA の声

- ・ 保健センターを来訪してから、保健センター助産師がいかに困難な環境で働いているのかが分かった。
- ・ 保健センター助産師を教えることに私は喜びを感じる。
- ・ 保健センターレベルに適したケアというものを私は助産師学生に教えたい、なぜなら、病院に実習にきている助産師学生は、保健センターで働くことになるから。

母子保健行政官の声

病院 SBA は、母子保健行政官が計画実施する、保健センター助産師を支援する活動に参加するようになってくれたので、とても嬉しい。病院 SBA は、保健センター助産師が患者をレファアーしたときに、保健センター助産師に対して優しくなった。

介入1. Health Manger 対象のオリエンテーションワークショップ

- ・ 参加の対象者：17 州対象。各州の州保健局長もしくは次長、保健行政区保健局長もしくは次長、CPA3 レファアル病院の病院長もしくは副院長
- ・ トレーナー：国立母子保健センター研修部。モデルサイトの Health Managers をファシリテーターとして活用した。またリプロダクティブヘルスプログラム長は、ワークショップ内容を監督し、会合時に助産師支援の必要性を強調する挨拶を行った。
- ・ 目的：母子保健サービス向上における、Health Managers の役割を知り、母子保健サービス向上のために病院 SBA と、母子保健行政官が地域で協力をして働く重要性を理解する。(研修アウトカムとしては、母子保健の継

続ケアを理解する。継続ケア提供における、州保健局、保健行政区、レファラル病院、保健センターの相互補完的役割を理解する。勤務地域における母子保健分野キーパーソンの関係性を理解する。MCAT 研修後に、病院 SBA と母子保健行政官が、助産師アライアンスチームとなって、保健センター助産師を支援する活動を地域でおこなうことを Health Manager として支援する)

- ワークショップ後に以下のような声が寄せられた。
 - > 母子保健というのは、「助産師と母子保健行政官らが担当するものだ」、とばかり思っていたので、母子保健の継続ケア、母子保健のマネジメントについて習ったことがなかった、ということに気が付いた。
 - > 母子保健は助産師だけの仕事ではない、Health Manager は、助産師と母子保健行政官を支援しなくてはならない。
 - > 母子保健行政官と病院 SBA が地域の助産師支援活動を策定したら支援する。保健行政区の年間行動計画にいれ予算をつけたいし、外部予算も探してきたい。

介入 2 MCAT 研修

- 参加者：17 州 各州から各 5 名 (州レベル母子保健行政官 1 名、保健行政区の母子保健行政官 1 名、レファラル病院 SBA 3 名)。
- トレーナー：国立母子保健センター 研修部。モデルサイトの母子保健行政官ファシリテーターとして活用した。(母子保健行政官はすでに助産師支援活動を開始しており、研修の必要性も意図も良くわかっていたため。)
- 目的：1) 参加者は、女性と新生児、こどもに対するサービス向上における、保健センター、レファラル病院、母子保健行政官の相互補完的役割を理解する、2) 地域の助産師アライアンスチームのメンバーとなり、同地域の保健センター助産師を支援する、3) 母子保健行政官は、助産師コーディネイターとなり、地域の必要性や特徴に応じて、助産師を支援する活動についてリソースを管理し、活動の計画立案を行う。
- 4 モデルサイトでの保健センター助産師支援活動の実績として、以下の 10 アイテム (囲み 2) が同定されたことから、MCAT 研修中に、これらの事例を紹介した。これら事例を参考にしつつ、自らの地域に適した活動を計画立案してもらった。また、全国版の MCAT 研修では、首都国立母子保健センターで実施され、日数の制限のために、保健センターに病院 SBA を連れ出すことが困難であった。したがって、その代わりに保健センター助産師の 1 日という写真の多いプレゼンテーションをつくり、来訪はしなくとも、保健センター助産師の困難な労働環境を理解してもらうように工夫した。(分娩器具を圧力釜で煮沸消毒する様子、バッテリー電気を施設内で運んで歩く様子、ほぼ暗闇で働いている様子、産後の健診で母子の自宅をバイクで来訪する様子、合間にワクチンのアウトリーチ活動をする様子、バイクでスクールに降られながらもこういった活動を行う様子、など)。

囲み 2. 助産師アライアンスチームの活動例**予算がない、もしくは乏しくてもできるも活動：**

1. 保健センター助産師が搬送に同行し病院来場時に、病院 SBA が技術的なアドバイスを行う。
2. 既存の行政区や州レベルの会合の際に、病院 SBA がレファラルに関するフィードバックを行う（母子保健行政官を通じて）。
3. 保健センター助産師がレファラーする前に、（知っている）病院 SBA に電話連絡する。病院 SBA は、搬送症例を受け入れる準備を早めに開始する。

通常、保健行政区保健局もしくは州保健局において予算がついていることの多い活動：

4. 保健行政区において母子保健行政官が開催している保健センター助産師との月例会合に、病院 SBA を招き対話の機会とする。
5. 4. のような既存の定例会合を利用し、保健センター助産師に対する継続教育セッションを含める。この際、母子保健行政官のみならず、病院 SBA もトレーナーとなる。
6. 州や保健行政区レベルで行っている妊産婦死亡オーディット (Maternal Death Audit) プログラムの死亡症例検討の際に、アドバイザー的に、病院 SBA にも参加してもらう。

通常地域の保健予算からの追加予算か、外部支援団体の予算が必要：

7. 年に 1 – 2 回の州レベルで州の全ての助産師・SBA をあつめての集会（助産師コンgres）
8. 地域のレファラル病院を活用しての On-the job トレーニング。（保健センター助産師を病院で働かせ、実務を行いながら症例を積み重ね技能を磨く） 母子保健行政官が助産師コーディネイターとして連絡調整を行う
9. 州の母子保健行政官が、行政区レベルの母子保健行政官を集めて、月例会合を行う際に、州母子保健行政官が行政区レベル母子保健行政官に対して、TOT コースを提供する。行政区レベル母子保健行政官が、保健センター助産師を指導しやすくなることを目指す。（この機会に病院 SBA を招くことも考慮）
10. 母子保健行政官が保健センター助産師を来訪し指導する巡回指導に、病院 SBA を参加させる。

事後調査とモニタリング

上記 2 つの介入後のモニタリング：これら 17 州対象の 2 つの介入後、3 種類のサーベイを行った。（研修参加の母子保健行政官全員に対する電話調査、9 州における視察時における直接観察とインタビュー、研修対象と対象ではない州と保健行政区の母子保健行政官を対象とした自記式質問紙調査。これら調査により、以下が明らかとなった。1) 母子保健行政官と病院 SBA、保健センター助産師と病院 SBA のコミュニケーションが改善した、2) 多くの州で、何かしらの保健センター助産師支援活動が開始された、3) 保健センター助産師と母子保健行政官双方は、病院 SBA による技術支援は有用であると認識していた。

プロジェクトの終了時の提言

- 州と保健行政区レベルでは、年間実施計画に助産師支援活動を入れ、予算配分を行い、助産師支援活動を継続すべき。
- 国立母子保健センター研修部は、介入の対象地域については、既存の巡回指導等の来訪時の際、また母子保健シンポジウムといった既存の首都での会合時に、助産師支援活動状況についてモニターすべき。MCAT 研修とオリエンテーションワークショップの対象の 17 州+ももとのモデル地域のコンパンチャム州において、MCAT 研修の対象となった CPA3 病院や母子保健行政官は、既存の会合を利用するなどして、上記の介入時に対象とならなかった保健行政区や、CPA1,2 といわれるレファラル病院に対して、MCAT 活動を拡大していくことが期待され、したがってそれに向けて同研修部は必要な支援を行う。リソースが担保された場合は、MCAT 研修をプロジェクト期間中に対象とされなかった 5 州を対象に提供する。
- 今回のプロジェクトの成果とさらに、人的ネットワークを JICA 後継プロジェクトにおいて活用すべき。

【成果】

- **成果 1:** モデルサイトからの事例を生かして作成した研修により、地方における助産師支援体制の事例やモデルが策定され、母子保健行政機能をもつ国家プログラムに反映された。国立母子保健センター国家リプロダクティブヘルスプログラムが作成し、保健省が認定発行した病院助産師向けプロトコール(名称 Safe Motherhood Clinical Management Protocols referral Hospital 2013)では、「Communication」という章の、「他の保健ユニットとのリンケージの改善」という項目において、MCAT(Midwife Coordinator Alliance Team)として、保健行政官と病院助産師による助産師支援活動が具体的に記載されており、全国での実施が奨励されている。プロジェクト終了後より、また 2014 年でも、外部援助団体の支援のない地域(州、保健行政区レベル)においても、また、NGO などの外部支援団体のある地域においても、MCAT 活動は広く実施されている。外部支援のない地域では、保健省の年間実施計画に MCAT 活動を入れ、保健省予算が使われている場合もある。
- **成果 2:** モデルサイトにおける母子保健指標は改善した。(指標の詳細は、JICA プロジェクト終了評価報告書⁴³⁾に記載されている)
- **成果 3:** 多様な母子保健向上のための介入が開始、実施された時期であり、変化が大きい時期であった。他方、地方の声や実情は国レベルには伝わりにくい。したがって、モデルサイトにおける各種の状況、調査結果、事例を国立母子保健センター(特に、国家リプロダクティブヘルスプログラム)と母子保健ドナー調整会合、さらに、保健分野ドナー調整会合(Technical Working Group for Health)といった幅広い関係者(とくに、政策に関わる保健省関係者と援助関係者)に、タイムリーに提示することで、各種の母子保健のプログラムの政策の変更や調整、プログラムの実施を、直接そして間接的に支援した。(施設分娩報奨金が導入されたことに付随しておこったモデルサイトの混乱をすぐにプログラムに伝え、保健省としての全国向けの対応を促進することに繋がった。報奨金を最大化したいことから施設分娩を推進するために、TBA を県独自基準で助産師としようとしていた州の具体的情報をすぐに保健省に伝え、次官からの指導(州独自の SBA 基準策定禁止)を全州に行うことに貢献。また、新卒助産師の困難な環境(卒後当面給与がでない、サービス提供に必須の機材がないといっ

たこと)を保健省のプログラムやドナー調整会合に報告し、対応を促した。政府からの施設分娩報奨金のみならず多様なパフォーマンスに基づく報奨金制度 (Performance based financing schemes) が実施されていたことから、それによるサービスの変化を提示し、多様な報奨金スキームの調整を促した。)

・ **プロジェクト成果品リスト (クメール語、英語)**

1. Midwife Coordinator/Midwife Alliance Team(MCAT) Training Course-Training book for trainers-
2. Midwife Coordinator/Midwife Alliance Team(MCAT) Training Course- Training document for Trainees-
3. Orientation Workshop for Health Mangers on MCH- A document pack for Participants and Facilitators –
4. Community Collaboration Handbook for Operational Districts
5. Guideline to Support SBAs

【学び】

最初からスケールアップを想定して、事業実施の計画・運営を行うことが肝要

- ・ 1年目にベースラインサーベイ、関係者と関係者同士の関係性を把握、2年目にモデル地域への研修提供、その後の具体的助産師支援事例の収集、中間評価時にモデルサイトでの効果を確認。3年目には、全国17州対象の類似の研修の提供と、3年間の短いプロジェクトではあったが、全国展開が可能であった。
- ・ リソースが乏しい地域でできる具体的事例、外部援助団体などによりリソースがある地域でできる具体的事例、これらリソースの状況の異なる地域での具体的事例をモデルサイトでの実施時に集めておいた。全国対象研修の際に、これら具体的な事例を提示して、その州でやりたいもの、できそうなものを選んで、助産師支援活動を計画したことが広範囲での実施に繋がった。
- ・ 母子保健援助調整会合で、具体的助産師支援活動について、またモデルサイトにおける調査結果やサービス量的変化などを積極的に提示したことで、全国展開時には、いくつかのNGOが、MCAT活動を積極的に支持し、スケールアップに対して貢献した。

母子保健の活動推進や助産師支援活動の推進のためには、保健行政と病院の管理者の理解が必須

- ・ 地方母子保健行政に携わっているのは多くは助産師、部分的に医師かつカンボジアのコンテキストでは女性が多い。彼らは予算配分の決定者ではない。ついては、母子保健行政官が病院などをまきこんで、会議や研修の事業を計画したとしても、長につく管理者の理解が得られなければ実施ができない。特に、州保健局や保健行政区の長や次長の理解がカギであると考えた。国立母子保健センターにおいて、これら長を呼んでオリエンテーションワークショップを実施することにより、母子保健行政官と病院SBA双方の役割を認知してもらい、かつ、保健センター助産師を支援する活動をその地域で実施する重要性を周知した。このコンポーネントがなくては、かなりのスケールでの実施にはつながらなかったと考えられる。
- ・ 母子保健は重要、という認識はHealth Managersにはあっても、じゃあ地域で何をしたらいいの、か、というところまでは管理者にはアイディアはなく、“助産師や母子保健行政官まかせ”であった。したがって具体

的に、助産師支援活動として「地域において何をどのようにしたらよいのか」ということを提示できたことが助産師支援活動実施に功を奏した。

- 役割があるということを誰にとっても明確にすることが大事。カンボジアは、能力があってもそれがあなたの役割だと、だれか上の人が明言し、かつそれを何かしら Authorize されなければ、その役割を誰も果たそうとしない。これは能力の問題ではなく役割とその Authorize の話である。病院 SBA も指導能力がなかったわけではなく、指導するという役割が誰にとっても明確ではなかった。他方、誰もがそれが役割だ、と認識できれば、役割を果たすようになることが分かった。ついては、地域の助産師支援活動を実現させるためには、やはり地域での管理者が母子保健に関わる地域のキーパーソンの役割を理解し承認することが必須であった。
- なお、この点については、UNFPA のコンサルタントが作成し保健省が認定した、Cambodia EmONC Improvement Plan For implementation January 2010-Dec 2015 の 別 添 Annex 14, Midwife Coordinator and Midwife Alliance Team という紹介記事においても、以下の通り、教訓として挙げられている。『*Health Managers(地域の保健行政の長、病院長ら)*は、キーパーソンである。彼らの理解なくしては、母子保健行政官は、病院助産師とともに保健センター助産師を支援する活動というものは実施できない』

国立母子保健センターで長らく日本人とともに働いてきた職員の地方展開時の活動での活用が効果的

- 2006 年本プロジェクトのプロジェクト形成の際に、SWOT 分析を用いて PDM を作成するワークショップをコンポンチャム州で実施した。同州の保健行政官は、ある人は、「強みはドナーがいることです」、他の人は、「弱みはドナーがないことです」と回答。それ以上の強み弱みの分析ができなかった。国立母子保健センターの職員は、以前から日本人が国立母子保健センターで繰り返し発言していた、「自分の足で立たなくてはだめだ」という内容を この会合の際以降、コンポンチャム州の保健行政官に力説した。
- オーナーシップは、それが育ち定着し自分のものとなるには時間がかかる。幸い、コンポンチャム州やモデルサイトでゼロから日本人と地方の保健人材がプロジェクトを始めるということではなくて、オーナーシップをもつことが何であるのかということを知っている国立母子保健センターの職員がコンポンチャム州での会議や活動に参加したのはプロジェクト運営にとって効果的であった。なるべく日本人は一步下がって、国立母子保健センターの職員とコンポンチャム州の職員とが一緒に、プロジェクトの次を考えていくのを側方から支援するように心掛けた。

CP のオーナーシップ醸成についての工夫。1) Plan-do-see の繰り返しと成功体験が鍵、2) 自発的計画を策定するまで辛抱強く外部者は待つ必要性あり

- 第 2 フェーズのときに、国立母子保健センターで実施したように、地方での活動実施の際に、小さい Plan-do-see をまずは行って自信をつけ、次第に大きな Plan-do-see を実施するようにしていった。最初は、小さな計画から開始。分娩キットを供与するので、必要数を提出するように、と依頼したところ、どの保健行政区も、保健センターごとに各々 1 とだけ書いた用紙を提出してきた。(なぜなら、0 と回答すると 2 度ともらえないという恐怖感があるから。) 事情を説明し、助産師が多ければ 2 だっていいし、他方、既に機材があれば

0 だっていい、と説明し、ようやく意図がわかり、多様な必要数を提出してきた。次に、保健行政区内で分娩数の増加したパフォーマンスの良い保健センターを他の職員が来訪するという保健センター来訪の活動を各保健行政区で行った。この際、予算計画を提示してもらい、実施も各保健行政区に任せ、実施の際には、プロジェクトの州や中央レベルのCPと日本人が参加した。これにより、保健行政区のPlan-doに対する自信がついていった。その後は、保健行政区の実情に応じて、機材供与の計画や、各種活動についてのPlan-do-seeを実施してもらい、比較的複雑な計画や事業ができるように、自信をつけつつ、数年かけて変化していった。

- モデルサイトでのMCT, MAT研修直後、母子保健行政官らは、「援助団体が研修というものをしたら、その次には、xxをやれ、と言ってくるものだ」と、懸念が述べられた。しかしながら、プロジェクトの日本人や国立母子保健センター研修部は、モデルサイトの自主性にまかせ、特定の活動実施を強制せず、むしろ、各行政区や州が自発的に助産師支援活動を実施するのを辛抱強く待った。母子保健行政官からは、「研修後に、何かを強制してやらせようとしないう援助団体は初めてだ」と驚かれた。活動のヒントは提供しつつも、自発的活動が始まるまで、待つようにした。このことが、現地で行いたい、できる活動を開始することに繋がり、後の全国展開時の活動の型を見つけるのに役立った。

周辺国における技術交換の活用が有効

- プロジェクト1年目はインドネシア(ジョグジャカルタ)の保健センター助産師支援活動をプロジェクトの首都と地方のCPのみならず、当時のカンボジア政府の助産師タスクフォースメンバー(保健省の人事部、人材育成部、次官補ら)と合同で見学した。2年目は、ベトナム地方での助産師支援活動を見学した。3年目には、インドネシア、ベトナム、ラオスの母子保健行政に関わる担当者と呼んでの国際シンポジウムをカンボジア国内で実施し、SBA支援に関する各種介入についての技術交換を行った。日本でのCP研修は実施しなかった。比較的規模の小さい3年のプロジェクトであったで、代わりに周辺国の技術交換研修を活用することで、Critical massとなるキーパーソンらに、助産師支援活動や助産師コーディネーターのイメージを共有してもらうことができ、このことにより、プロジェクト内外の多様な関係者の共通の理解が得られやすかった。

【課題】

事業運営と評価についての課題

- モデルサイトでは、母子保健サービスは向上した。しかしながら、この時期、多様な母子保健向上のための政策が実施された。(1保健センター最低1助産師政策、助産師の速成と新卒助産師の配置の拡大、サービス提供者への多様なインセンティブスキーム-施設分娩に対する保健医療従事者への政府からの報奨金、パフォーマンスに基づく母子保健サービスへの報奨金、サービス受領者側へのFinancing scheme-多様な援助関係者による貧困者基金やバウチャー制度など)。したがって、モデルサイト以外でも母子保健指標は数年間で急速に改善した。そういった母子保健分野の特に保健システムに関する大きな変化が起こる時期であり、なるべく、プロジェクトのスコープを超えて、政策と介入の把握をし、さらにそういった介入の記述を行い、政府関係者と援助関係者に幅広く情報提供した^{37) 38)}。が、あまりに多様かつ地域割りの介入は、全体を把握するのは極め

て困難であったし、また、モデルサイトにおける母子保健指標向上について、プロジェクトによる寄与は分かりにくかった。こういった多様な介入が層状に実施される際には、サービス量のモニターは少なくともできたとしても、多様な（地域割りなどの）介入を事前に予知してリサーチのデザインを組むということは不可能に近かった。

2. 複数の保健行政の管理者が直観としては、僻地助産師の定着 (Retention) 向上に効果があると述べていた。が、それをリサーチ等で確かめることができなかった。上記のように、医療従事者対象の報奨金などによる影響もあるものと思われた。ある程度の長い年月のフォローアップを要することから、3年の本事業のタイムフレームでは、リサーチやフォローアップの実施は困難だった。
3. 3年の比較的小型技術協力プロジェクトで、長期専門家3人と国立母子保健センターの限られた人数のCPとで、モデルサイトCPの協力をえつつ、全国展開はできた。が、業務実施で手一杯であった。今考えれば、1)や2)に対して、JICA以外のリソースを使うなどして、調査実施や報告書作成、さらに、事後フォローアップを行うことができればより良かったと考える。

事業終了時の課題

プロジェクトを実施している中で、地方における助産師の卒前卒後の特に実習部分の質の向上が必要であることが明確となってきた。したがって、地方における卒前卒後教育の質の向上、とくにプレセプターといわれている卒前助産師教育の実習担当の病院の臨床助産師の能力強化を目指して、次期プロジェクト「助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト」が形成された。

以下、後継プロジェクトの概要 (JICA サイト)⁴⁴⁾ より引用する。

“地域における母子保健サービス向上プロジェクト”の主な成果としては、保健センターに配置された助産師、地方行政官、地域リファラル病院の助産師間の協働体制強化を目的とした研修を通じて、保健センターからリファラル病院への患者リファラルの円滑化、リファラル病院の助産師による保健センターの助産師への技術指導、当該関係者間の携帯電話でのコミュニケーションの活発化など、保健センターに配置された助産師に対して自発的な支援活動が確認されたことである。

その一方で、保健省は、慢性的に不足している助産師の数を増やすため、2006年から高卒後1年の助産教育で速成した准助産師を保健センターへ配置し始めたものの、臨床経験を十分積んでいないため、出産介助に自信がなく地域住民からも信頼が得られない新卒助産師が増えているという問題も表面化している。また、2009年10月の「地域における母子保健サービス向上プロジェクト」終了時評価で、保健センターの助産師に対する技術的支援を行い始めたリファラル病院の助産師の臨床技術を含めた指導能力自体が不十分であるという課題も残されていることが確認された。したがって(後継案件の)「助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト」では、「地域における母子保健サービス向上プロジェクト」実施中及び終了時評価で残された課題として確認された、地域で指導的立場にある「助産ト

「レーナーの能力向上を含めた助産トレーニングシステムの強化」を目指して、全国に4箇所ある地方看護・助産学校 (Regional Training Center: RTC) のうち、コンポンチャム・リファラル病院に隣接する RTC が管轄する計4州 (コンポンチャム、コンポントム、プレイヴェン、スヴァイリエン) をモデル地域として、助産師の卒前・卒後研修における助産トレーナーの能力、トレーニングマネジメント及びトレーニング環境の向上、モデル地域と他地域間での助産能力強化に関するコミュニケーションと連携の強化、そしてモデル地域における助産能力強化に関する経験について国レベルの戦略やプログラムへの反映等に取り組む。”

5. カンボジア助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト

先行プロジェクトの終了時の課題として、地方における助産師の卒前卒後の特に実習部分の質の向上が必要であることが明確となってきた。したがって、地方における卒前卒後教育の質の向上、助産トレーナーといわれている卒前卒後助産師教育の実習担当の病院の臨床助産師の能力強化を目指して、次期プロジェクト「助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト」が形成された。前半部を、小山内泰代リーダーが担当し、「質の高い助産ケア研修」の構築を行い、後半部担当された江上由里子リーダーが、地域研修部の立ち上げや BEmONC 研修へ上記研修コンセプトの組み込み等を通じて、地方への上記研修の拡大に取り組んだ。

プロジェクト名	助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト
実施期間	2010年3月-2015年2月
リーダー	小山内泰代 2010.3-2012.8 江上由里子 2012.7-2015.2 (予定)
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。
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。
対象者・地域	<ul style="list-style-type: none"> 対象者：助産トレーナー（臨床トレーナー、プリセプター、地域看護助産学校 (Regional training center, RTC) 教員） 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）
実施機関	国立母子保健センター (NMCHC) 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卒前臨床研修施設
期待される成果	<ol style="list-style-type: none"> 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。
達成された成果	「根拠に基づいた女性にやさしい助産ケア」という新しい概念が導入され、それをを説明したガイド「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。NMCHC およびコンポンチャム州保健局・病院でのガイドを用いたトレーナー研修が開始され、一部指標の改善が確認された。

5-1. 助産ケアの概念形成

小山内 泰代

【背景】

過去 15 年に及ぶプロジェクトの成果およびカンボジア側の自助努力により、NMCHC の病院運営管理、研修部の研修実施管理、国家プログラムの自立は達成されていた。また、前プロジェクトの活動によりコンポンチャム州保健局と州病院は、プロジェクトに対し強いコミットメントを持ちパートナーとして相互の信頼関係を築いていた。2011 年に妊産婦死亡率の MDG 指標達成が報告され、大きな転換期を迎えた。保健省はさらなる妊産婦死亡率削減にむけ、これまで通りの活動を継続するとした。人事では Khum Kanal センター長が 2011 年 12 月に退官し、第 3 代センター長 Tung Rathavy 氏が就任した。初代看護部長の Chin Chan Tach は 2010 年 10 月に退官し、Chhay Svey Chea Ath がその後を引き継いだ。プロジェクト開始当初に共に働いた人材が退職期を向かえ世代交代が進んでいる。NMCHC の出産件数は、2007 年に 8183 件でピークに達し、その後低下を続け 2010 年は 5304 件とセンター開所時の 6089 件を下回った。都市部では私立病院が増加しており、社会経済的にも一つの節目を迎えていた。

【具体的な活動内容】

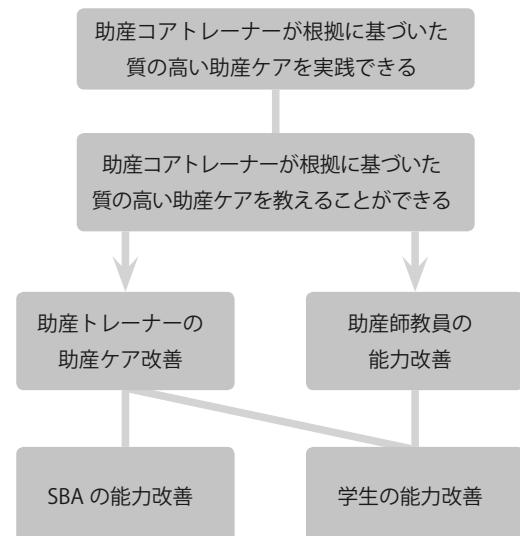
本プロジェクトのミッションは 2 点、一つ目は助産ケアの質改善と、二つ目は NMCHC に集中していた研修を地方に移譲することである。プロジェクト前半では、研修の地方分権化を念頭に、助産ケアの質改善に重点的に取り組んだ。以下、助産ケアの質改善の取り組みに焦点を当てて述べる。

活動の流れ

活動の流れとしては、最初に助産トレーナーの育成をするためのコアトレーナー (NMCHC) の人材育成を行った。理想とする助産ケアを定着させるためにはまずはコアトレーナー自らが臨床の実践で根拠に基づいた質の高い実践を行えるようにした上で、それを研修できるようにするという流れを踏んだ。

助産トレーナーとは、助産師学生が実習する医療施設のすべての産科病棟医師、助産師とした。プロジェクトの実施範囲は臨床実習に携わる助産トレーナーと助産師教員の助産ケアの能力改善とした。

医療施設



ベースライン調査

調査対象施設の医師と助産師に対する質問紙では、根拠に基づいたケアが十分に実践されているとは言えなかった。直接観察では陣痛期に助産師が1回に訪問する時間が3から5分と短かった。分娩第2期の児心音聴取は約90分に1回と少なく、母児の観察が十分でないことが示唆された。施設で出産した女性への質問紙およびインタビュー調査からは約7割は満足したケアを受けていたが、約3割は「(医師・助産師が) 見に来てくれない」「怖くて話ができない」「金銭を要求された」「一人にされて怖かった」など十分にケアされていない状況が浮き彫りされた。

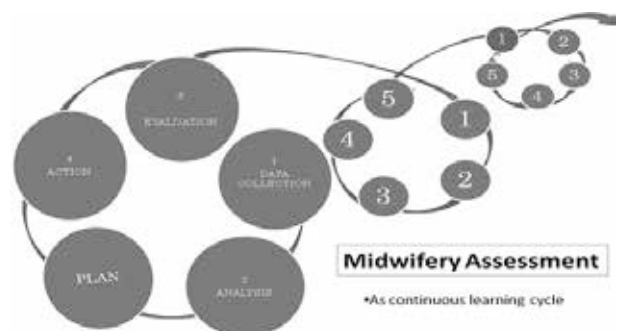
活動の実施体制づくり

助産ケアの質を改善する上では、コアトレーナーとなる NMCHC が質の高い助産ケアを実践しそれを研修する必要があると考えた。NMCHC のケアの改善は、将来的な全国展開を考える上でも、コンボンチャム州だけでは人材が少ないといった点からも必須であった。プロジェクト前半では、NMCHC において10名のコアトレーナーを育成し、その後コアトレーナーが NMCHC スタッフ28名、コンボンチャム州病院産婦人科全スタッフを研修し、その中から新たに6名のトレーナーを選出した。

助産ケアの概念形成

ベースライン調査の結果をもとにコアトレーナーと共に「Guide to Individualized Midwifery Care for Normal Pregnancy and Birth」の作成を通じて「助産ケア」とは何かを明らかにし、助産ケアの内容を集約した。次に、コアトレーナーが中心となり、カンボジアの文脈に沿って目指すべき「助産ケア」を言語化した。それが「Woman Friendly Childbirth Care using Evidence」であり、つまり科学的根拠で明らかなることを用いて、女性に優しいケアを提供しようという内容が研修で伝えられることとなった。研修のポイントは、以下の5点。1) 女性の声を聞き相互信頼を築く、2) 出産の生理的過程を知る、3) 妊産婦と新生児の適切なアセスメントができる、4) ケア提供決定の際に、科学的根拠が利用できる、5) 臨床の学習サイクルを獲得する、とした。

本プロジェクトは、助産能力強化、すなわち助産の質の改善を軸としているため、マニュアルに沿った画一的なケアの実践ではなく、目の前の個々の妊婦とベビーに対する個別のケアができるようになることを中心に据えた。ケアの質改善は、自分自身を問うことであり、自分が提供したケアを振り返ること、それをプロの職業人として継続することにあると考えるが、現時点では、助産アセスメントの実施という形で振り返りの方法を導入した。助産アセスメントができるようになることを通じて、個別の妊産婦とベビーを大切に考えていくことを目指した。



【活動の成果】

助産ケアの概念を言語化し、「Guide to Individualized Midwifery Care for Normal Pregnancy and Birth」(右図: Annex 7 参照) にまとめた。

最も大きな成果は、CP が自らの言葉で「助産ケア」とは何かを語り伝え、実践することができるようになったことである。ガイドには「助産ケアの基本概念」と「助産師の役割」をクメール語でわかり易く記載されている。

これまでは妊産婦死亡率削減に向け異常を早期発見し治療することに重点が置かれ、一定の成果を示した。しかし、マニュアルに従うことができても、観察に基づき個別のケアを展開することが弱点であった。ガイドの作成を通じ、助産ケアの概念を形成することができたと考える。実感として、コアトレーナーは、日々進化する科学的根拠の学び方を知る一方で、ゆるぎないケアの姿勢を見につけることができたと思う。中間評価では、根拠に基づいたケアの実践が、いくつかの項目で改善されていた。

助産ケアの概念が明確にされた結果、何がよいケアなのか浮き彫りにされることで、これまで注目されなかったシニアの助産師が、良いケアを実践するトレーナーに抜擢された。カンボジア人の助産師がやってきたケアを、次の世代に引き継ぐことが可能になった。

【学び】

MDG5 の 2015 年達成に向け、助産師の能力強化が重要と言われ、国際社会では「Every Pregnancy Faces Risks」を主軸に“異常”を前提とした「リスクアプローチ」が実施されてきた。しかし、本プロジェクトでは、助産本来の目的を捉えなおし、出産は“人類の生理的な営みの一部”であり、「女性は本来産む力を持っている、ベビーは生まれる力をもっている」という概念を主軸とした。

この概念に基づく目指すべき「助産ケア」は、過去、ブラジル、マダガスカル、アルメニア等での JICA 母子保健プロジェクト等において、「人間的な出産」「女性を中心としたケア」といったキーワードに置き換えられ実践されてきたが、当プロジェクトにおいてもそういった先行プロジェクトの経験を参考にした。

しかし、長期にわたる内戦で相互の人間不信を経験したカンボジアでは、上記「人間的な出産」「女性を中心とし



たケア」といった人間性に訴えかけるような既成のキーワードはなじまなかった。そのため、当プロジェクトでは、より客観的な根拠の観点も盛り込んだ「Woman Friendly Childbirth Care using Evidence」をプロジェクトにおける目指すべき「助産ケア」とし、カンボジア人にも受け入れ易いキーワードに置き換えることで、上記概念の浸透に取り組むこととした。

実際の活動では、カンボジア国内における研修のみならず、ブラジルでの「人間的出産」を実践する病院での研修、日本の助産所での研修等の海外研修を通じCPが助産ケアを言語化することが可能となった。またブラジル、アルメニア、マダガスカルを経験した共通の基盤を持つブラジル人および日本人専門家の投入により効率的にプロジェクトを実施できた。

上記活動を通じ、助産に関わる者の中心的役割を“産む力”と“生まれる力”を引き出すこととしたことにより、「決められたことを実践する」という姿勢から、“産む力”と“生まれる力”を引き出すことを「個別の妊産婦及びベビーの状況に合わせて考える」という姿勢への転換により、プロフェッショナルとしての自覚とケアすることへの喜びが生まれ、助産に関わる医師や助産師の持つ力を最大限に引き出すことが可能となった。

プロジェクト管理では、予算が削減される中でローカルスタッフの活用は効果的であった。ただし、地方の医師不足が問題となっている状況で、優秀な医師をプロジェクトで確保することにはジレンマもあった。

【事業終了時に残された課題】

コンポンチャム州を中心とした研修体制の確立、コアトレーナーの位置づけを明確にすること、およびプロジェクトで策定した助産の概念を国レベルの戦略やプログラムに反映させること。

【謝辞】

プロジェクト中に東日本大震災が起こり、カナルセンター長が「今度は自分たちが日本を助ける」と、翌日には多くのスタッフが協力して義捐金を大使館に届けてくれたことには、胸を打たれた。すでに援助する側、される側という関係性ではなく、志を共にし、互い助け合う仲間と感じた。改めてこの場をお借りして御礼を述べる。

5-2. 地方での研修システム立ち上げ

江上 由里子

【活動内容】

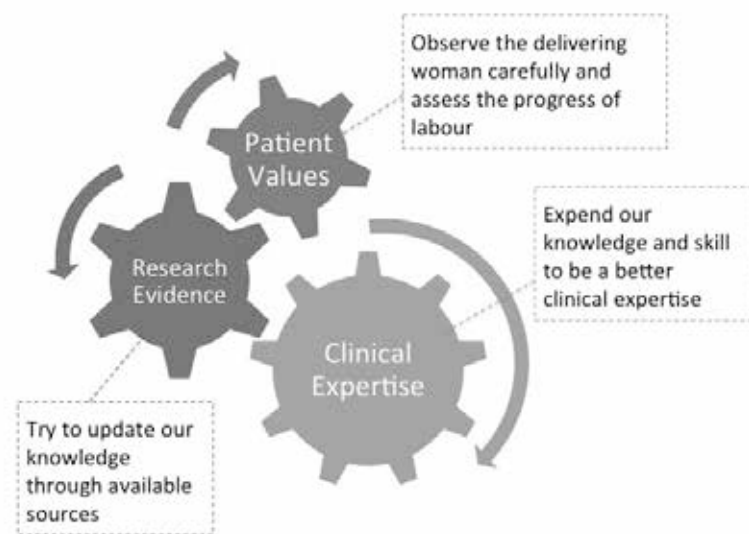
本プロジェクトでは、コンポンチャム地域において、①助産師の卒前・卒後研修における助産トレーナーの能力強化、②研修マネジメントの向上、③研修環境の向上、④モデル地域と他地域間での助産能力強化に関する意見交換と連携の強化を行い、⑤モデル地域における助産能力強化に関する経験を国レベルの戦略やプログラムに反映してきた。

1. 地方での研修立ち上げ

- NMCHC の主要なコアトレーナー数名と日本人専門家により「根拠に基づく助産ケア」の研修カリキュラムおよびその教材である「正常な妊娠・分娩のための個別的助産ケアに関する手引き」を開発した。それらを使って NMCHC・コンポンチャムで各々 21 名、14 名のコアトレーナーを養成した。(2012～2013)
- これまで NMCHC で行ってきた助産研修を地方でも実施できるようにしていきたいという保健省の意向に沿って、全国に先駆け、コンポンチャム州病院に研修部を設立し、実際の研修の実施を支援する過程を通じてその機能強化を図った。
 - i. 2011 年 9 月のプロジェクト調整会議で研修部設立に関する合意がなされた。
 - ii. 研修部設立に伴い、日本大使館の草の根無償資金協力の支援を要請した。2013 年 12 月開棟式。
 - iii. 研修部設立に関するブレインストーミング(2013 年 4 月)を通じて関係者で研修部のミッション、ビジョン、ゴール、それぞれのスタッフの役割や研修部の機能等について、議論を重ねた。
 - iv. NMCHC 研修部へのスタディーツアー、研修マネジメントに関する研修、アンコール小児病院(AHC)への視察を通じた研修部スタッフへの支援を行った。
 - v. 「根拠に基づく助産ケア」のワークショップを養成されたコアトレーナーが NMCHC・コンポンチャム地域におけるすべての助産トレーナーに実施(2013 年 1 月～2014 年 8 月)した。研修部はその研修を通じて研修マネジメントを学ぶ。
 - vi. ニーズアセスメントに基づいた院内研修(看護データ収集)を実施(2014 年 1 月)。
 - vii. 研修棟を使用した際の利用者負担額の徴収が承認された(2014 年 3 月)。
 - viii. コンポンチャム州病院研修部は地域における研修機関として正式に保健省に認証された(2014 年 5 月)。
 - ix. NMCHC 研修部および UNFPA からの支援も受けながら 1 カ月の基礎的緊急産科ケア(B-EmONC)研修の実施支援(2014 年 8 月)。
- 一方政策面へのアプローチとして、国のガイドライン策定に働きかけた。それに伴い、パートナーと共有・協議した。
- コンポンチャム地域内の助産学生の臨床実習施設の研修環境を整えるため必要な器材供与を行い、助産スタッフに対する「根拠に基づく助産ケア」ワークショップを実施した。

2. 「根拠に基づく助産ケア」の概念を保健省の助産師対象の卒後研修に反映

前半部の活動で取り組まれた「根拠に基づいた助産ケア」の概念は「自分の観察に基づいて、それぞれの妊産婦の状況に合わせて個別対応できる」ことを通じて助産ケアの質の向上を目的とするものであるが、研修を進めていくうちに、この概念そのものの理解と実践に困難さを感じるコアトレーナーも存在することが判明した。そのため「根拠に基づいた助産ケア」の理解をさらに促進するために、再度説明の仕方を検討し、医療従事者としての経験 (Clinical expertise) ・得られうる研究知見 (Best available research evidence) ・患者の意向 (Patient preference) を総合した EBM (Evidence Based Medicine) に基づくものとして定義し、概念を図式化することで、個々の妊産婦へのケア提供の方法を共有した。



助産ケアの概念を普及させる取組みとして、カンボジア保健省が助産師を対象に実施している2つの研修「基礎的産科新生児ケア研修」と「保健センター助産師研修」に助産ケアの概念を反映させた。³⁹⁾

- (1) 保健センター助産師研修：全国の保健センターに配属されている助産師の卒後研修としてプロジェクト第2フェーズで作成された。今回のカリキュラム改訂に際し、プロジェクトが助産ケアモデルの基として伝えようとしてきた「助産ケアの概念」も助産師の倫理規範や助産師のコンピテンシーと共に講義として伝えることになった。新たに取り入れられたのは、①助産ケアとして重要なことは個々の女性の身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな状態を把握すること、②妊産婦と信頼関係を構築して「自分は産むことができる」という自信を妊産婦に与え、産む力を引き出すこと、③臨床的な知識や技術と同時に、人間性と良心をもって妊産婦に接すること、④母子保健サービス提供者として医師や他のスタッフと協調してお互い信頼できるチームを作ること、である。

- (2) 基礎的緊急産科新生児ケア (B-EmONC) 研修：1カ月の B-EmONC 研修は 2009 年より NMCHC で行われてきた。州レベルで初めて、JICA プロジェクトのサイトであるコンポンチャム州病院で 2014 年 8 月に実施されたことを機に、研修資料の見直しとトレーナーの再教育を行い、研修中の「正常分娩」と「パルトグラム」の講義に助産ケアの概念を入れた。「正常分娩」の講義では分娩の 3 要素 (3Ps) の説明に加えて、産婦の状態 (身体の状態のみならず、社会面・精神面を総合した状態) を観察し、産婦のサポートをすることが必要という内容を加え、ケア提供者としてあるべき姿勢を EBM の要素をもとに説明した。また、今までの B-EmONC 研修の「パルトグラム」講義は書き方が主たる研修項目であったが、妊産婦の観察とアセスメントの為にパルトグラムが必要であることを追加し、助産アセスメントの説明を加えた。

【成果】

州レベルでの研修システム構築

- ・ コンポンチャムに助産ケアのコアトレーナーチーム (16 名) が育成された。
- ・ コンポンチャム州病院に全国初の研修部が立ち上がった。
- ・ 病院機能を規定する全国病院ガイドライン (Complimentary Package of Activities, CPA ガイドライン) に、コンポンチャム研修部の組織図が、全国の州病院研修部組織図の雛形として採用された。現場の経験が国のガイドラインに反映されたことにより、研修部の全国展開がより現実的なものになった。
- ・ 今後全国の州病院で研修部設立が開始されることから、コンポンチャム州病院研修部は今後モデル研修部としての役割が期待される。
- ・ 1カ月の BEmONC 研修がカンボジアで初めて州レベルで実施された。
- ・ 中央に権限があったカンボジアが初めて州レベルに研修実施の権限を委譲したことは、今後の地方分権化の一歩となる。

助産ケアの概念の保健省の研修への反映

- ・ 保健省が実施する助産師の卒後研修に概念が反映されることで、助産の質の向上が徐々にではあるが全国的に望まれる。

【学び】

州での研修システム

- ・ コンポンチャムのコアトレーナーチームは、その多くが講師となって人前で講義やファシリテーションをした経験がなかったが、役割を与え、回数を重ねることによって自信と実力をつけていった。(第 2 フェーズ：「役割を与えると人は育つ」)
- ・ 参加型手法：何もないところから病院内に新しい組織を立ち上げるに当たり、関係者で研修部のミッション、ビジョン、ゴール、それぞれのスタッフの役割や研修部の機能等について、KJ 法やフォーカスグループインタビュー等の参加型手法を用いて、議論を重ねていった。上から一方的に与えられた研修部ではなく、臨床現場

で働く一病院職員として、自分たちにとっての研修部の意味やメリット等を考えて行ったことは、当事者意識を強化していく上で重要であった。

- ・ 研修部を立ち上げるにあたり、プロジェクトは助産研修を切り口に研修部を支援していたが、総合病院の研修部として他領域にも自主的に研修を企画し広げていくようになった。

根拠に基づく助産ケア

- ・ 新しい概念を導入するにあたり、より綿密な現状分析や既存の制度に関するレビュー、カウンターパート期間や開発パートナーとの十分な協議に基づき、適用可能性について慎重に検討する必要がある。

【課題】

- ・ 政策面での進展がみられる一方、現場の研修部スタッフの実務能力の強化は今後の課題であり、NMCHC の経験からももう1年はかかるであろう。
- ・ 地方で地域研修を実施していくために研修予算獲得のメカニズムを検討し予算措置を行えるようになることは、州研修部の自立発展性において重要な課題である。
- ・ プロジェクト開始前の分析の時点から、卒前教育の臨床実習施設の強化という視点で、人材開発・RTC との連携は課題となっていた。多くの既得権益その他の要因により、RTC との連携は想定していたよりも進まなかった。

【考察】

これまでカンボジアで取られてきた妊産婦死亡削減のための政策は、インフラや医療施設の整備、助産師を養成・配置して施設分娩を推進することで、助産師が決められた処置を決められたタイミングで行うことで最大限安全なお産に近づくことを追求してきた。

妊産婦死亡率 200 を達成したカンボジアでは今後ケアの質の改善が必須である。妊産婦・新生児を十分観察し、状態を評価し、次に起きうることを予測しつつ必要なケアを提供し、提供したケアを振り返りより良いケアを心がけることのできる、身体面のみならず、社会面・感情面を総合した産婦へのサポート、個別的ケアを提供することができ助産師が求められる。今回プロジェクトで共有してきた理想の助産ケアの概念は、ケア提供者がより良いケアを目指すことを意識づける一歩となった。

第3章 まとめと今後の展望

1. まとめ

1. カンボジア母子保健の成功要因と日本の支援が果たした役割

1991年のパリ和平会議による内戦終結後、劣悪なインフラと極度の人材不足の時代を乗り越えて、カンボジアは目覚ましい復興を遂げた。保健分野においてもミレニアム開発目標 (MDGs) の母子関連指標の達成が見込まれる等、現在カンボジアは、比較的短い期間で母子保健を改善した成功国として世界的な注目を浴びている。活動報告で示したように、日本は内戦終結直後から、臨床・行政・研修施設が存在する国立母子保健センター (NMCHC) を中核施設として、人材育成を中心としたカンボジア母子保健分野への継続した技術支援を行ってきており、カンボジアにおける新生児・妊産婦死亡率の改善に貢献してきた。しかし、WHO や UNFPA などの国際機関を含め、他ドナーも様々な形で、新生児・妊産婦死亡率改善に対する取り組みが行われており、カンボジアの母子保健指標の改善に関して、多様な成功要因が指摘されている。

WHO の報告 (Success Factors for Women's and Children Health, Cambodia¹⁹) によれば、女性と子どもの健康改善に関わるカンボジア母子保健の成功には以下のような指標が関連しているとされている。

保健関連指標	家族計画の普及 (避妊法の使用率の改善、出産間隔の延長)
	産前健診の改善 (受診率の上昇と初回受診週数の減少)
	熟練分娩介助者による分娩介助の増加
	分娩医療施設の能力向上 基本的及び包括的緊急産科新生児ケア (BEmONC/CEmONC) の提供施設の増加
非保健関連指標	貧困者の減少と国民一人あたりの収入増加
	女性識字率の上昇と女児の初等教育就学率の上昇
	安全な水へのアクセスの増加と衛生環境の改善

また、これらの指標がどのように改善されていったのか、その過程で重要であった保健関連あるいは保健以外の成功要因として以下が挙げられている。

- 母性・新生児保健対策に関する政府の強いコミットメント
- ドナー協調メカニズム
- 国家保健政策実施、具体的には CPA/MPA ガイドラインを代表とする施設基準や母子保健サービスの技術的標準、ガイドライン作成と全国への普及
- 保健システム強化の様々な側面からの包括的な活動の継続
- 保健財政支援：助産師報奨金制度等
- 母子保健人材育成：特に助産師に焦点をあて、僻地への配置を考慮した助産師育成、助産師の配置定着への技術的支援
- 母子保健関連施設の整備：施設基準に基づいた施設や機材の整備、特に、緊急産科新生児ケア提供施設増加等
- 保健情報システム強化：報告の標準化、活動計画のモニタリング評価等
- 住民へのヘルスプロモーション活動：特に、家族計画、妊婦健診、出産に関して
- 保健セクター以外のファクター
- 教育：女子識字率の向上
- 食料の安定供給と栄養状態の改善
- 水・衛生環境の整備
- 経済成長

日本の母子保健分野における支援は、本活動報告で示されたもの以外にも無償資金協力（予防接種関連・医療技術者養成校建設、州病院産科病棟建設等）や国連機関（UNICEF,WHO 等）を通じ、直接・間接的な支援が継続して実施されてきた。上述した成功要因のうち、これら一連の日本の母子保健分野における支援は主に母子保健人材育成の分野において貢献してきたと言える。具体的には、母子保健行政も担う国立母子保健センターを拠点に支援を行いつつ、①産婦人科・新生児病院臨床能力向上への支援、②国家母子保健プログラムへのインプット、③研修や保健システム強化を通じて母子保健人材の量・質の充実に貢献してきた。また、当分野の日本の支援の独自性としては、a) NMCHC という政府母子保健政策中枢を拠点として、中央の政策に関わりながら地方での人材育成に貢献できた点と b) 人材の教育・配置・定着まで横断的な視点で活動が行われた点が挙げられる。ドナー調整の中でこの支援が継続されたことが、最終的に熟練分娩助産者助産率の改善につながり（1990年時点で32%であったのが、直近の DHS2014 結果速報で 89% まで伸びた）、ひいては妊産婦死亡率の改善に寄与した。

2. 活動を通じた教訓

20年以上に渡り継続して行われてきた日本の技術支援をふりかえり、教訓について以下まとめる。

1) 活動の継続性

1992年の技術支援開始時に描いた「中央の人材育成を最初に行い、次に地方へ活動を拡大してゆく」というビジョンに基づき、これまでの一連のプロジェクトが実施されてきた。最初に「母子保健プロジェクトフェーズⅠ」で中核病院運営を整備し、「フェーズⅡ」では母子保健人材研修制度を整え地方の能力強化を行い、「地域における母子保健プロジェクト」においては地方母子保健サービス提供人材に対する支援体制を策定し、「助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト」では、その人材の質を担保できるシステム作りを行った。JICA技術協力プロジェクトにNCGMが継続して専門家を派遣してきたことで、プロジェクトリーダー同士の密なコミュニケーションが可能となり、事業の円滑に引き継がれて共通ビジョンが受け継がれていった点が、当該分野支援の成功につながったといえる。

2) カウンターパートの当事者意識の醸成

プロジェクト開始当初（黎明期）に方向付けられた、カンボジア側カウンターパートの当事者意識重視の姿勢も、歴代のプロジェクトへ引き継がれていった。「カンボジア側が最も必要としていることを最優先する」という日本側の支援姿勢が一貫していたことで、カウンターパートとの信頼関係が強化され、カウンターパートが様々な活動を主体的に実施することを促進した。

具体的な当事者意識の醸成手法に関しては、各プロジェクトで共通して「参加型手法」が用いられたことが挙げられる。つまり、強制して何かやらせるのではなく、母子保健改善活動におけるカンボジア側関係者それぞれの「役割」を明確にし、彼らがその「役割」の中で必要な活動を自発的に計画・実行できるまで、日本人専門家が寄り添いながら辛抱強く支援し、自立発展性を促した。また、Plan-Do-Seeのサイクルに代表される「らせん状のマネジメントサイクル」による人材育成手法も各プロジェクトにおいて行われてきた活動のひとつである。例えば、「地域における母子保健プロジェクト」では、カウンターパートが自律的にPlan-Do-Seeのサイクルを回せるために、最初は、データ管理など比較的小さな業務において回し方を支援することで、その成功体験から自信をつけさせ、次第に政策に関わるような大きな仕事においてもPlan-Do-Seeが行えるように支援を行った。これらの活動により、カウンターパート達は当事者意識を醸成し、自信や自立発展性を育むきっかけとなった。また他方、その当事者意識の中央から地方への伝播手法に関しては、長期的に日本人専門家とともに働き、当事者意識について理解がある中央の職員を地方展開時において活用したことが効果的であったことも、学びとして述べておく。

過去のプロジェクトで行った活動の成果は、現在も残っているものが数多くなる（病院組織、助産師研修制度、MCAT活動等）。この事実は母子保健プロジェクトが一貫して上記の如く当事者意識を重視してきた事により、カウンターパート達の自立発展性を促してきた結果と言える。

3) 人材育成に関する長期的な、保健システムから見た包括的な視点

当活動報告が示すように、紛争後などの理由で保健人材が欠如している国情下では、人材育成には長期的なビジョンが必須である。単に保健人材の数を増やすだけなら比較的短期的な活動でも実施可能であるが、個々の医療ケアの質を改善させるためには、教育制度・労働環境・保健政策等様々な分野における活動が総合的に必要であるため、十年単位の長期的支援計画が必須である（参考文献 Lancet 2009 IMCJ）。保健ニーズに合わせたサービスを提供できる人材育成を、限られた教育資源（学校、実習施設、教員）を有効に配分・活用し短期的・長期的に行うことで、最終的な健康改善の指標につながる事ができた。当一連のプロジェクトにおいて、常に変わりゆく相手国の現状とニーズに合わせてその都度支援のスキームを変化させつつも、結果として長期的視点を持った支援が行われた要因としては、最初に描いた長期的ビジョンをその後も継承して活動の継続性を担保したことが挙げられる。

また、当一連のプロジェクトでは、保健システムの視点から人材育成に関する包括的な支援が行われた。「母子保健プロジェクトフェーズⅠ」では、NMCHC の病院管理運営システム構築に取り組み、「フェーズⅡ」では院外に視点を移し、助産師人材育成を中心に国家プログラムに関わる保健システム構築支援に関わった。「地域における母子保健プロジェクト」では、分娩に関わる医療従事者による地域の安全な妊娠・出産・新生児ケアを効果的に支援するモデルを形成し、国家プログラムに反映させ、「助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト」では地域研修部の立ち上げを通じて、人材育成システムの地方分権化に取り組んでいる。このように包括的視点をもつことが可能であった背景には、活動拠点をカンボジアの国家母子保健政策の中核施設に置き続き、中央の母子保健政策に関わりつつ、地方展開活動も行うことで、中央・地方を含むカンボジアの母子保健対策全体に対する視点を持つことが可能であったことが挙げられる。この点において、一連のプロジェクトが NMCHC を拠点に行われてきた意義があったと思われる。

4) 保健行政や病院管理者の巻き込みの重要性

母子保健の活動推進や助産師支援活動の推進のため重要であったことは保健行政や病院管理者等予算配分決定者の理解である。例えば、「地域における母子保健プロジェクト」において、州保健局保健行政区の長や次長を対象に、オリエンテーションワークショップ等を行い、地方の母子保健の現状や、母子保健行政官・病院と助産師・医師等の保健医療従事者双方の役割の認知を促進し、それを踏まえた上でプロジェクト活動の重要性への理解を求めたことが、活動のスケールアップにつながったと分析されている。活動を展開する上で、予算配分に関わるキーパーソンの同定と、彼らの活動への理解と巻き込みの促進の重要性が認識された。

5) 「医療の質改善」への取り組み

米国医学研究所 (Institute of Medicine: IOM) によると、「医療の質」とは、「医療サービス提供者が有する知見に合致し、個人と集団へ提供される医療サービスが個人と集団が望む健康アウトカムをもたらす可能性を高める程度」と定義している⁴⁵⁾。つまり、「医療の質」改善とは、医療サービス受益者のあるべき「理想」を同定し、医療サービス提供者の置かれている「現実」とのギャップを埋める上で、必要な活動を「計画 (Plan)」、「実施 (Do)」し、その結果によってもたらされた「現実」と「理想」のギャップを再び「評価 (Check)」しながら、置かれている現実をあるべき理想に近づけるため「改善 (Act)」する作業である。「理想」と「現実」は様々な要因で常に変化するため、「医療の質」の改善のためには上記のような Plan-Do-Check-Act (PDCA) サイクルを絶え間なく回してゆくことが重要である (上原 2003)⁴⁶⁾。このように「医療の質」を大局的に捉えれば、一連のプロジェクトは「医療の質」に研修後の助産師の労働環境改善取り組んできたといえる。「母子保健プロジェクトフェーズⅠ」では、病院運営・臨床能力の質に取り組み、「フェーズⅡ」では助産師・産婦人科医師研修システム構築を通じて、「らせん状のマネジメントサイクル」により病院外の母子保健人材の質向上に目を向けた。さらに「地域における母子保健プロジェクト」では、地方の助産師をその地域で支援する体制を整備し、「助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト」では、助産ケアの質そのもの向上に取り組んでいる。現在、国際的に、助産分野を含めた「医療の質」に注目が集まりつつある。その意味で、現行の助産能力強化プロジェクトは時代を先取りしていたといえる。今後、ますます高まるとされる医療の質改善への期待に、当該プロジェクトの医療の経験は、重要な先行知見となると考えられる。

2. 今後の展望

1. 格差の解消を目指した取り組み

カンボジアでは、多くの基礎的母子保健サービスのカバー率が増加し、母子保健サービスへのアクセスに関する富裕層と貧困層の格差は減少しつつある。他方、必要なサービスにアクセスできない人々も、未だ一定数存在する。例えば、2014年には約1割の分娩が、熟練分娩助産者により介助されずに行われたと推定される。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジが国際的に注目されている現在、貧困層や遠隔地住民などの社会的弱者に対して、母子保健を含む多様なサービスを着実に届けるシステムを今後構築し維持していく必要がある。

2. 「質」の向上へのさらなる取り組み

これまでのたゆまない取り組みにより、基礎的な母子保健サービスは「量」的に充足に向かいつつある。改善しつつある母子の死亡率をより減少させるためには、現在提供されているケア・サービスの「質」に関して、さらなる改善が必要である。特に、妊娠・出産期は、正常から異常への変化が連続的で、グレーゾーンが広く境界が明確でないことから、医療介入が不要な場合と緊急的に必要な場合を的確に判断する能力が求められる分野である。したがって、妊娠・出産期には、プロトコルに沿った必須ケア・治療とともに、個々の状況に即したアプローチも重要となる。

NMCHCにおける「サービスの質の向上」は、女性および生まれてくる赤ちゃんを大切にするという基本的なニーズへの対応であり、母子への「尊厳」につながるテーマである。同時に、カンボジアを代表する母子病院かつ全国を対象とした研修機関としての社会的評価を高める要因にもなり得る。

3. 母子の死亡削減から、ライフコース全般における健康改善への長期的・継続的対策

ミレニアム開発目標の達成に向けて、これまでは、妊婦と子どもの死亡削減に注目が集まり、優先課題とされてきた。今後は、母子の死亡削減に向けた基礎的母子保健サービス提供のみならず、女性と子どもの生涯の健康改善にむけて、様々なライフステージ（青少年期、妊娠・出産時・出産後・新生児期、小児期）の多様な年齢層に対し、よりきめ細やかに対策を整えていく必要がある。これまで対策が不十分だった例としては、青少年期の健康、産科分野における間接産科死亡対策、新生児期のケア・治療、急性期を脱した低出生体重児の発育・発達フォローアップ、慢性の低栄養対策、婦人科がん対策、等が挙げられる。つまり、その時々死亡・疾病を削減するだけでなく、生涯の健康を考慮した長期的・継続的な取り組みが必要となりつつある。

保健指標の改善は見られているものの、カンボジア母子保健分野には、ASEAN諸国の中ではまだ改善の余地がある。これまで日本はカンボジア側の自発性を大切に考え、ともにカンボジアの女性と子どもの健康改善に働いてきた。今後とも、これまでの経験を生かしつつ現地の声に真摯に耳を傾けながら、その時々状況を正確に把握し、女性と子どものさらなる健康改善に取り組んでいく必要がある。

業績
参考文献
Annex 1-6

業績

1. 論文業績（日本語）

1995	村上仁 カンボディアの安全な出産のために 公衆衛生情報 12
1996	喜多悦子 ＜国際協力の現場から－カンボディア＞ 平和に向かう道のり 世界と人口 5
2000	カンボジアの“赤ちゃん和妈妈” 赤ちゃん和妈妈増刊号 1・2・3 歳、赤ちゃん和妈妈社 Vol.84: 34.
2000	カンボディア母子保健プロジェクト 国際保健医療学会、国際保健ニュースレター No.37:3
2001	明石秀親他 カンボジア国立母子保健センターにおけるクリティカル・パス手法の 試験的使用経験 日本国際保健医療学会雑誌 16
2001	カンボディア国 別援助研究：保健医療分野 国際協力事業団
2001	国際保健医療協力ハンドブック：カンボジア母子保健プロジェクト (p145-156). 国立国際医療センター編 国際開発ジャーナル
2002	明石秀親、山田多佳子、村岡亮、建野正毅 国際医療協力と公益 公益学研究 1(2)
2002	根本明宜、古川政樹、藤田則子、Prak Somaly カンボディア王国の診療録、医療情報管理の実状と技術指導の報告 医療情報学 22(Suppl)
2003	垣本和宏、藤田則子 HIV 母子感染予防国家政策への技術協力の経験 — JICA カンボジア母子保健 プロジェクトでの事例— 国際協力研究 19(1)
2003	稲葉淳一、露木佳子、藤田則子、箕浦茂樹 諸外国における帝王切開の現状 周産期医学第 3 3 巻第 8 号
2003	垣本和宏、金川修造、小原ひろみ、内藤里美、堀江美香、藤田則子 カンボディアにおける HIV 母子感染予防プログラムへの技術協力と課題 保健医療科学 52(1)
2004	橋本麻由美、垣本和宏 カンボジアの歴史的背景よりみた助産婦教育の現状と課題 ペリネイタルケア 291 号

2004	明石秀親、三好知明、平林国彦、金川修三、實吉佐知子、千葉靖男 開発途上国における医療施設のアセスメントに関する一考察 日本評価研究 4(1)
2004	橋本麻由美他 自立を支える医療協力を目指して海外母子保健活動記第6回 ペリネイタルケア 233号
2005	橋本麻由美 笑顔を取り戻したカンボジアの助産師たち 助産雑誌 59
2007	垣本和宏 東南アジアの医療事情 18 カンボジア (1) カンボジアの全体事情と医療事情 Japic News,282
2007	垣本和宏 東南アジアの医療事情 19 カンボジア (2) カンボジアの HIV/ エイズ事情と日本 Japic News,283
2007	垣本和宏 東南アジアの医療事情 20 カンボジア (3) カンボジアのこどもたちは・・・ Japic News,284
2008	藤田則子、SREY S、PO CHIN S、UONG S、松井三明、小原ひろみ、KOUM K カンボディア王国プノンペン市における妊婦健診の現状と課題 公衆衛生情報 12
2008	小西香子 カンボジアの医療を担う質の高い看護職を育成したい！ －教員の願いと事務知名努力－ 医療の広場 48
2012	垣本和宏 カンボジアにあった医療の原点とは 新医療 39(9)
2013	垣本和宏 HIV/ エイズとジェンダー 目で見る WHO 第 53 号
2015	橋本麻由美、五十嵐久美子、田代順子、橋本千代子 第 29 回日本国際保健医療学会学術大会合同大会ミニシンポジウム「看護と UHC- すべての人に保健サービスを届けるための看護人材開発 -」報告 日本国際保健医療学会雑誌 Vol.30 No.3 2015
2015	松本安代、福嶋佳奈子、高橋優子、大石博子、江上由里子 カンボジアにおける『根拠に基づいた助産ケア』の導入を通じた助産ケア改善の取り組み 日本国際保健医療学会雑誌 Vol.30 No.4 2015
2016	岩本あづさ、本田真梨 カンボジア 新生児ケアとフォローアップ. 小児内科 48 巻 1 号 2016

2. 論文業績 (英語)

1995	Murakami H et al Assesing Empowerment in Health Education Programs Challenges for Evaluators Based on Express in Cambodia World Education Reports 31,1995
2001	Yamada T et al Introduction of the user fee system at the national maternal and chilad health center in Cambodia Technology and Development 14:33-39,2001
2002	Koum K et al Maternal death cases in the top referral hospital in Cambodia J Obstet Gynaecol Res 28:13-18,2002
2002	Section 4: Improvement of Health Care. The Kingdom of Cambodia -From Reconstruction to Sustainable Development. JICA Country Study for Japan's ODA
2004	Kazuhiro Kakimoto, Noriko Fujita Techninical assistance to the National Program for the prevention of Mother-to-child transmission of HIV in Cambodia Technology and Development 17:32-39,2004
2004	Kanal k et al Characteristics of antepartum and intrapartum eclampsia in the National Maternal and Child Health Center in Cambodia J Obstet Gynaecol Res 30:74-79,2004
2004	Akashi H et al User fees at a public hospital in Cambodia: effects on hospital performance and provider attitude Social science & Medicine 58: 553-564,2004
2005	Fujita N et al Antenatal care in the capital city of Cambodia: current situation and impact on obstetric outcome J Obstet Gynaecol Res 31:133,2005
2005	Kanal K, Chou TL, Sovann L, Morikawa Y, Mukoyama Y, Kakimoto K. Evaluation of the proficiency of trained non-laboratory health staffs and laboratory technicians using a rapid and simple HIV antibody test AIDS Res Ther 20:2,2005
2006	Hidechika Akashi, Noriko Fujita, Rumiko Kakishima Akashi. Aid Coordination Mechanisms for Reconstructing the Health Sector of Post-Conflict Countries. JMAJ 49: 251-259, 2006
2006	Sophat Uy et al Current problems in national hospital of Phnom Penh: Finance and health care Nagoya J Med Sci 69: 71-79,2006

2007	K. KAKIMOTO, K. KANAL, Y. MUKOYAMA, T. VUOCH CHHENG, T. LENG CHOU, & C. SEDTHA Influence of the involvement of parents in the mother class with voluntary confidential counselling and testing acceptance for prevention of mother to child transmission of HIV program(PMCTC program) AIDS Care 19:381-384,2007
2007	Kazuhiro Kakimoto, Yuri Sasaki, Chushi Kuroiwa, Sathiarany Vong, Koum Kanal. Predicting factors for the experience of HIV testig among women who have given birth in Cambodia BioScience Trends; 1: 97-101, 2007
2008	Kazuhiro Kakimoto, Koum Kanal, Sathiarany Vong, Yuri Sasaki, Chushi Kuroiwa Introduction of Provider Initiated Testing & Counselling(PITC) to HIV testing for Pregnant Women in Cambodia Journal of International Health 23, 199-206, 2008
2009	Yi S, Poudel KC et al Influencing factiors for seeking HIV voluntary counselling and testing among tuberculosis patients in Cambodia AIDS Care 21: 529-534, 2009
2010	Sasaki Y, Ali M, Sathiarany V, Kanal K, Kakimoto K. Prevalence and barriers to HIV testing among mothers at a tertiary care hospital in Phnom Penh, Cambodia BMC Public Health. 18:494, 2010
2010	Yuri Sasaki, Moazzam Ali, Kazuhiro Kakimoto, Ou Saroeun, Koum Kanal, Chushi Kuroiwa Predictors of Exclusive Breast-Feeding in Early Infancy: A Survey Report from Phnom Penh, Cambodia AIDS Care. 23: 831-838, 2010
2011	Noriko Fujita, Anthony Zwi, Mari Nagai, Hidechika Akashi. A Comprehensive Framework for Human Resources for Health System Development in Fragile and Post-Conflict States. PLoS Medicine 8(12): e1001146, doi: 10.1371/journal.pmed.1001146, 2011
2011	Sandin-Bojo AK et al Intrapartum care at a tertiary hospital in Cambodia: A survey using the Bologna Score Midwifery 28(6):e880-, doi: 10.1016/j.midw, 2011
2012	Egami Y et al Can health systems be enhanced for optimal health services through disase-specificprograms? -Results of field studies in Veit Nam and Cambodia Biosci Trends 6:1-6,2012
2012	Sandin-Bojö AK, Hashimoto M, Kanal K, Sugiura Y. Intrapartum care at a tertiary hospital in Cambodia: a survey using the Bologna Score. Midwifery. 2012 Dec;28(6):e880-5
2013	Fujita N et al Addressing the human resource crisis : a case study of Cambodia's efforts to reduce maternal mortality1980-2012 BMJ Open 3: e002685, 2013

2013	Matsumoto Y et al Management of Women in Labor in a Referral Hospital in Phnom Penh, Cambodia: a Case Discussion Study Journal of Women's Health Care 130: 2, 2013
2013	Matsuoka S et al Performance-based financing with GAVI health system strengthening funding in rural Cambodia: a brief assessment of the impact Health Policy Plan29: 1-10, 2013
2014	Nakaie N, Tuon S, Nozaki I, Yamaguchi F, Sasaki Y, Kakimoto K. Family planning practice and predictors of risk of inconsisnt condom use among HIV-positive women on anti-retroviral therapy in Cambodia BMC Public Health 170: 14, 2014
2014	Sakurai-Doi Y et al Who provides nursing services in Cambodian hospitals? International Journal of Nursing Practice 20: 39-46, 2014
2014	Obara H, Sobel H. Quality maternal and newborn care to ensure a healthy start for every newborn in the World Health Organization Western Pacific Region. BJOG. Sep;121 Suppl 4:154-9. 2014
2015	Tamura T, Sonoda M, Hashimoto C, Hashimoto M, Mochizuki N, Nguyen B, Tran Q, Phengdy I, Touch S, Keat P Current status of the legal framework regarding nursing in Lao PDR, Cambodia, Vietnam and Myanmar. Kokusai Hoken Iryo (Journal of International Health) 30(2):87-92. 2015

3. 厚労省国際医療研究委託研究

1994	5 指 2	開発途上国における公衆衛生活動と PHC の推進に関わる研究 木下牧子 カンボジア保健医療復興における日本の役割	ANNEX_A
1995	5 指 2	開発途上国における公衆衛生活動と PHC の推進に関わる研究 木下牧子 ボトムアップ型 PHC 活動とトップダウン型保健医療行政の有機的統合 —カンボジアを事例として—	ANNEX_B
1995	5 公 5	開発途上国における母子保健に関する研究 山田多佳子 途上国の保健医療におけるハイリスク妊娠と新生児対策に関する研究	ANNEX_C
1997	8 指 3	開発途上国における育児と女性の健康教育に関する研究 箕浦茂樹 開発途上国における女性の健康教育に関する調査研究	ANNEX_D
1999	10 公 3	開発途上国の PHC における地域看護の強化と人材開発の在り方に関する研究 小西洋子 カンボジア国の正規助産婦の訓練と評価に関する研究	ANNEX_E
1999	11 公 7	開発途上国の地域保健医療の向上のための関係機関との連携・マネジメント機能改善に関する研究 椎名丈城 地域保健医療システムにおける病院の役割（開発途上国における病院管理）	ANNEX_F
2000	10 公 3	開発途上国の PHC における地域看護の強化と人材開発の在り方に関する研究 小西洋子 カンボジア国の正規助産婦の訓練と評価に関する研究	ANNEX_G
2000	11 公 7	開発途上国の地域保健医療の向上のための関係機関との連携・マネジメント機能改善に関する研究 椎名丈城 開発途上国における病院管理に関する研究	ANNEX_H
2001	11 公 7	開発途上国の地域保健医療の向上のための関係機関との連携・マネジメント機能改善に関する研究 建野正毅 地域保健医療システムのアセスメントと改善 —HIV 蔓延地域における検討—	ANNEX_I

2001	11 公 5	開発途上国における母子保健と女性の地位向上に関する研究 箕浦茂樹 開発途上国における母子保健と女性の地位向上に関する研究 ANNEX_J
2004	16 指 2	ミレニアム開発目標達成に資するリプロダクティブヘルスの推進に関する研究 藤田則子 中央の拠点施設における妊産婦ケアに関わる保健人材育成の有効性と限界 ANNEX_K
2004	16 指 2	ミレニアム開発目標達成に資するリプロダクティブヘルスの推進に関する研究 青山温子 ジェンダーの視点から見た開発と健康に関する研究 ANNEX_L
2005	17 公 2	開発途上国におけるリプロダクティブヘルスと HIV/AIDS 対策の統合的推進に関する研究 池上清子 HIV/AIDS 予防とリプロダクティブヘルスの統合に関する研究 ANNEX_M
2005	17 公 2	開発途上国におけるリプロダクティブヘルスと HIV/AIDS 対策の統合的推進に関する研究 垣本和宏 途上国における母子保健サービスの中での HIV 母子感染予防対策強化に関する研究 ANNEX_N
2006	17 公 2	開発途上国におけるリプロダクティブヘルスと HIV/AIDS 対策の統合的推進に関する研究 池上清子 HIV/AIDS 予防とリプロダクティブヘルスの統合に関する研究 ANNEX_O
2006	17 公 2	開発途上国におけるリプロダクティブヘルスと HIV/AIDS 対策の統合的推進に関する研究 垣本和宏 途上国における母子保健サービスの中での HIV 母子感染予防対策強化に関する研究 ANNEX_P
2006	18 公 6	開発途上国で実施可能な母子保健の「継続ケアシステム」の構築に関する研究 松井三明 開発途上国での継続ケア実施に必要な保健医療指標とシステム ANNEX_Q
2006	17 公 2	開発途上国におけるリプロダクティブヘルスと HIV/AIDS 対策の統合的推進に関する研究 垣本和宏 途上国における母子保健サービスの中での HIV 母子感染予防対策強化に関する研究 ANNEX_P

2006	18 公 6	開発途上国で実施可能な母子保健の「継続ケアシステム」の構築に関する研究 松井三明 開発途上国での継続ケア実施に必要な保健医療指標とシステム ANNEX_Q
2007	17 公 2	開発途上国におけるリプロダクティブヘルスと HIV/AIDS 対策の統合的推進に関する研究 池上清子 HIV/AIDS 予防とリプロダクティブヘルスの統合に関する研究 ANNEX_R
2007	17 公 2	開発途上国におけるリプロダクティブヘルスと HIV/AIDS 対策の統合的推進に関する研究 池上清子 HIV/AIDS 予防とリプロダクティブヘルスの統合に関する研究 ANNEX_R
2007	17 公 2	開発途上国におけるリプロダクティブヘルスと HIV/AIDS 対策の統合的推進に関する研究 垣本和宏 途上国における母子保健サービスの中での HIV 母子感染予防対策強化に関する研究 ANNEX_S
2008	18 公 6	開発途上国で実施可能な母子保健の「継続ケアシステム」の構築に関する研究 松井三明 開発途上国での継続ケア実施に必要な保健医療指標とシステム ANNEX_T
2008	20 指 3	国際保健医療技術協力の長期的効果に関する研究 杉浦康夫 ラオス・カンボジアでの母子保健プロジェクトの長期的効果とその要因に関する研究 ANNEX_U
2009	20 指 3	国際保健医療技術協力の長期的効果に関する研究 杉浦康夫 ラオス・カンボジアでの母子保健プロジェクトの長期的効果とその要因に関する研究 ANNEX_V
2009	21 指 1	母子保健分野における援助アプローチの多様性に関する研究 小山内泰代 母子保健分野における助産に関する援助アプローチの研究 ANNEX_W
2011	22 指 4	開発途上国の新生児・小児ケアにおける質向上のアプローチ 細川真一 新生児ケアの質向上を目指したパッケージデザインについての研究 ANNEX_X

2012	22 指 4	開発途上国の新生児・小児ケアにおける質向上のアプローチ 細川真一 新生児ケアの質向上を目指したパッケージデザインについての研究 ANNEX_Y
2012	22 指 4	カンボジアにおける医療従事者と妊産婦の関係性変化および正常分娩の理解の促進が産後ケア / 出生ケアに与える影響 堀越洋一 医療従事者と妊産婦の関係性が産後ケア / 出生ケアの質に与える影響 松井三明 分娩の生理学的過程の理解の促進が産後ケア / 出生ケアに与える影響 ANNEX_Z
2015	25 指 3	カンボジア母子保健センターにおける病的新生児の予後規定因子に関する研究 岩本あづさ カンボジア母子保健センターにおける出生直後の酸素飽和度についての研究 岩本あづさ カンボジア母子保健センター新生児室を退院した病的新生児の予後および発育・発達についての研究

参考文献

1. Ministry of Planning , Cambodia, Cambodia Inter-Censal Population Survey 2013
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
http://countryoffice.unfpa.org/cambodia/drive/CIPS_Report_English_Final.pdf
2. Ministry of Planning, Cambodia, General Population Census of Cambodia 2008
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
http://www.stat.go.jp/english/info/meetings/cambodia/pdf/pre_rep1.pdf
3. 外務省 , 外務省国別情報カンボジア
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/region/e_asia/cambodia/index.html
4. MEASURE DHS ICF Marco. Cambodia Demographic and Health Survey 2010,
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
<http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR249/FR249.pdf>
5. MEASURE DHS ICF Marco. Cambodia Demographic and Health Survey 2005
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
<http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR185/FR185%5BApril-27-2011%5D.pdf>
6. MEASURE DHS ICF Marco. Cambodia Demographic and Health Survey 2000
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
<http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR124/FR124.pdf>
7. WHO. Global Health Observatory 2014
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
<http://apps.who.int/gho/data/node.main>
8. WHO, Country Health Information Profiles Cambodia 2011
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
http://www.wpro.who.int/countries/khm/4cam_pro2011_finaldraft.pdf?ua=1
9. Kingdom of Cambodia, Rectangular Strategy for Growth, Employment, Equity and Efficiency 2004
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
http://www.cdc-crdp.gov.kh/cdc/documents/RGC_Rectangular_Strategy_2004.pdf
10. Kingdom of Cambodia, Rectangular Strategy for Growth, Employment, Equity and Efficiency Phase II 2009
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
http://www.cdc-crdp.gov.kh/cdc/documents/Rectangular_Strategy_Phase_II.pdf
11. Kingdom of Cambodia, Rectangular Strategy for Growth, Employment, Equity and Efficiency Phase III 2013
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
http://cnv.org.kh/wp-content/uploads/2013/10/26sep13_rectangular-strategy_phaselll.pdf

12. Ministry of Planning Cambodia, National Strategic Development Plan2009-2013
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
<http://www.mop.gov.kh/Home/NSDP/NSDPUPDATE20092013/tabid/206/Default.aspx>
13. Ministry of Planning, Cambodia, National Strategic Development Plan2014-2018
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
<http://www.mop.gov.kh/LinkClick.aspx?fileticket=XOvSGmpl4tE%3d&tabid=216&id=705>
14. Ministry of Health, Cambodia, Health Strategic Plan2008-2015
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
http://www.wpro.who.int/health_services/cambodia_nationalhealthplan.pdf
15. Ministry of Health, Cambodia, Health Strategic Plan2003-2007
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
http://www.racha.org.kh/rc2008/277/Eng_Summary.pdf
16. 野中千春、カンボジア国における保健医療の現状 2011, 国立国際医療研究センター国際協力局
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
http://www.ncgm.go.jp/kyokuhp/library/health/pdf/201101_cambodia.pdf
17. Ministry of Health, Cambodia, National Guidelines on Complementary Package of Activities for Referral Hospital Development from 2006 to 2010
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19531en/s19531en.pdf>
18. Ministry of Health, Cambodia, National Guidelines on Minimum Package of Activities for Health Center Development 2007
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
http://www.medicam-cambodia.org/publication/details.asp?publication_id=8&pub_language=English
19. WHO, Success Factors for Women's and Children's Health Cambodia 2014
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/cambodia_country_report.pdf
20. WHO, Health Service Delivery Profile Cambodia 2012
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
http://www.wpro.who.int/health_services/service_delivery_profile_cambodia.pdf
21. Ministry of Health, Cambodia, Health Sector Progress in 2013
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
http://www.hiscambodia.org/public/fileupload/MOH_Leaflet_eng_2013_final.pdf

22. Ministry of Health, Cambodia, Health Financing Report 2012
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
http://www.moh.gov.kh/files/dphi/Health%20Financing%20Report%202012_Final.pdf
23. Fujita N et al, Addressing the human resource crisis: a case study of Cambodia's efforts to reduce maternal mortality (1980-2012). *BMJ open*.2013
24. WOH, Human Resources for Health Country Profiles Cambodia,
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
http://www.wpro.who.int/hrh/documents/publications/wpr_hrh_country_profile_cambodia_upload_ver1.pdf
25. JICA project for strengthening HRD system for co-medicals, Human Resource Development Department, MOH, Cambodia, 2014
26. WHO, Health financing Profile of Cambodia 2014
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
<http://hiip.wpro.who.int/portal/CountryProfiles/Cambodia/HealthProfiles/TabId/207/ArtMID/1078/ArticleID/126/Default>
27. Ministry of Health, Cambodia, HSSP2 operational manual 2009
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
<http://www.moh.gov.kh/files/hssp2/om/HSSP2%20OPERATIONAL%20MANUAL-Eng.pdf>
28. Ir P et al, Using targeted vouchers and health equity funds to improve access to skilled birth attendants for poor women: a case study in three rural health districts in Cambodia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010 Jan 7; 10:1.
29. Ministry of Economics and Finance, Cambodia, Strategic Framework for Health Financing 2008-2015
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
http://www.who.int/health_financing/documents/cam_frmwrk.pdf
30. WHO, Assessment of Health Facility Data Quality: Data Quality Report Card, 2012. Cambodia
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
http://who.int/healthinfo/KH_DataQualityReportCard_2012.pdf
31. Ministry of Health, Cambodia, Health Information System Strategic Plan (HISSP) 2008-2015
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/HMN_KHM_StrPlan_Final_2008_08_en.pdf
32. Ministry of Health, Cambodia, Health Information System Guideline 2005
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
<http://www.moh.gov.kh/files/dphi/his/hisguideline05.pdf>

33. Ministry of Health, Cambodia, Implementation of the Health Equity Funds Guideline 2009
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
<http://www.moh.gov.kh/files/hssp2/hefim/HEF%20Implementation%20Gudelines-Eng.pdf>
34. Ministry of Health, Cambodia, Report of Comprehensive Midwifery Review 2006
35. Ministry of Health, Cambodia, Health Workforce Development Plan 2006-2015 Mid Term Review
36. Barber S et al, Formalizing under the table payments to control out of pocket hospital expenditures in Cambodia, Health Policy Plan. 2004: 199-208.
37. Matsuoka S, Obara H, Nagai M, Murakami H, Chan LR, et al. Performance-based financing with GAVI health system strengthening funding in rural Cambodia: a brief assessment of the impact. Health Policy Plan. 2014 Jul;29(4):456-65.
38. Murakami H, Nagai M, Matsuoka S, Obara H. Performance based Financing of Maternal and Child Health Services: Financial and Behavioral Impacts at the Field Level in Kampong Cham Province. A Brief Review Paper. Feb 2009. JICA Project for Improving MCH Services in Rural Areas in Cambodia.
39. 松本安代、福嶋佳奈子、高橋優子、大石博子、小山内泰代、江上由里子。「カンボジアにおける助産ケア改善への取り組み」(投稿中)
40. JICA, カンボジア王国医療サービス情報収集・確認調査、第2回現地調査帰国報告会資料 2014
41. Endo H, Global health with long-term perspectives.Lancet.2008 Feb 9; 371: 472.
42. JICA 終了時評価調査報告書 要約版 2009,
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
http://www2.jica.go.jp/ja/evaluation/pdf/2009_0609377_3_s.pdf
43. JICA 終了時評価調査報告書 完全版 2009
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
<http://gwwweb.jica.go.jp/km/ProjectView.nsf/0/8f1ed176365870b4492575d10035463b?OpenDocument>
44. JICA プロジェクト概要「助産師能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト 2010
[internet][cited 2014 Dec 10]. Available from
<http://www.jica.go.jp/project/cambodia/001/outline/index.html>

カンボジア四辺形戦略

カンボジア第3次四辺形戦略(2013年)における保健分野の優先事項

保健と栄養の推進(能力強化と人材開発の1項目)

1. 保健セクターの政策及び戦略の策定及び改善。特に民間保健サービスに関わる規制の枠組みの整備。グッドガバナンスの推進とすべてのレベルにおける保健機関の強化。患者の権利に関する医師・保健スタッフ・サービス利用者の意識の強化。保健サービスの供給における民間セクターとの連携。保健セクター開発におけるコミュニティ参加の促進。
2. ITを活用した保健分野データベースシステムの強化のための支援インフラの強化。
3. リファラル病院、ヘルスセンター、ヘルスポストを含む保健インフラの整備と施設への機材、薬品及び保健スタッフの配置による公的保健サービスのカバレッジ及びアウトリーチの拡大を通じた保険サービスへのアクセスの一層の改善。
4. 貧困者救済基金や貧困者のための支払い制度を通じた保健サービスへのアクセスにおける公平性の一層の改善と、貧困者が過大な医療費を負担するリスクを防止することを目的とする、カンボジアの社会経済的状況を踏まえた健康保険制度の整備。
5. (1) 基礎・応用・専門教育の質の改善、(2) 職業倫理の強化、(3) すべての公立ヘルスセンター(特に農村部)における医師、薬剤師、歯科医師、助産師、看護師、メディカルアシスタントの増員。国立もしくは地域の医療系教育機関における農村部の出身者の優先入学と、農村部に配置された人員に対する適切なインセンティブと住居提供。
6. 衛生に関する意識の向上と衛生環境の改善。
7. リプロダクティブヘルスおよび母子保健ケアのサービスの質と効果の改善を通じた。栄養状態も含む母子の健康状態の向上。重点事項は(1) サービスのカバー率の改善(助産師もしくは医師による分娩介助、分娩における緊急時および新生児ケア、出産間隔の調整に関するコンサルテーション)、(2) 小児の予防接種率の向上(特に、はしか、破傷風)、(3) 生後1000日までの乳幼児に対するミネラルサプリおよびプロテインの支給と、重度の栄養失調を抱える乳幼児に対するケアの提供、(4) 成年へのリプロダクティブヘルスに関する教育とヘルスケアサービスの提供。
8. 主な感染症(HIV/AIDS、結核、マラリア、デング熱、その他顧みられない熱帯病)の罹患率、死亡率の一層の改善、特に2025年までのマラリアの撲滅に向けた活動強化・慢性疾患やその他の保健問題(食の安全、薬物、アルコール・タバコの接種、交通事故、災害、環境・気候変動)に起因する罹病率、死亡率の一層の改善。
9. 公的保健サービスの改善、特にリプロダクティブヘルスケアや女性や子供の栄養プログラム等の重要な保健プログラムに関する開発パートナーとの協力強化。
10. 公的保健サービスの改善、特にリプロダクティブヘルスケアや女性や子供の栄養プログラム等の重要な保健プログラムに関する開発パートナーとの協力強化。

Source: The rectangular strategy Phase III 2012¹¹⁾

第1次・第2次四辺形戦略と第3次四辺形戦略の概要

	第1次、第2次	第3次
戦略推進のための包括的条件		
4つ条件	<ol style="list-style-type: none"> 1. 平和と政治的・社会的安定 2. 民間・ドナー・市民社会とのパートナーシップ 3. マクロ経済・財政の安定 4. 国際社会の結合 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 平和と政治的・社会的安定と公安 2. マクロ経済・財政の安定と環境保全 3. 開発におけるパートナーシップ 4. カンボジアと地域および世界との一層の統合
中心課題		
グッドガバナンス	<ol style="list-style-type: none"> 1. 汚職対策 2. 司法改革 3. 行政改革 4. 国軍改革と兵力削減 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 汚職対策 2. 司法改革 3. 行政改革 4. 国軍改革
四辺形戦略		
農業セクター強化	<ol style="list-style-type: none"> 1. 生産性の改善と多様化 2. 土地改革と地雷除去 3. 漁業改革 4. 林業改革 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 生産性の改善と多様化、商業化推進 2. 畜産・養殖推進 3. 土地改革と地雷・不発弾の除去 4. 資源の持続可能な開発
インフラ整備	<ol style="list-style-type: none"> 1. 交通ネットワーク整備 2. 水・灌漑設備管理 3. エネルギーセクターと電気供給網の整備 4. 情報・通信技術開発 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 交通・年インフラ整備 2. 水・灌漑設備管理 3. 電源開発 4. 情報・通信技術開発
民間セクター強化	<ol style="list-style-type: none"> 1. 民間セクター強化と投資推進 2. 中小企業育成 3. 雇用創出と就労環境改善 4. 公務員および民間企業の被雇用者向けの社会保障の整備 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 民間セクター強化と投資・ビジネスの推進 2. 産業と中小企業育成 3. 労働市場の育成 4. 銀行と金融セクターの育成
能力強化と人材開発	<ol style="list-style-type: none"> 1. 教育の質改善 2. 保健サービス強化 3. ジェンダー政策の実施 4. 人口政策の実施 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 教育、科学技術、技術訓練強化 2. 保健と栄養の推進 3. 社会保障システムの整備 4. 人口政策とジェンダー平等の推進

Source: The rectangular strategy Phase II 2009¹⁰⁾, The Rectangular Strategy 2004⁹⁾

保健戦略計画

保健戦略計画 Health Sector Strategic Plan 2008-2015 (HSP2)

<p>(1) リプロダクティブヘルスの改善により妊産婦、新生児および子供の疾患と死亡率を低減する。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 女性と子供の栄養状態の改善 2. 質の高いリプロダクティブヘルス情報とサービスアクセスの改善 3. 基本的な母子および新生児保健サービスの改善と家庭でのケアの改善 4. 基本的な小児保健サービスとよりよい家庭でのケアに対するユニバーサルアクセスの保障
<p>(2) HIV/AIDS、マラリア、結核、その他の感染症による死亡率、罹患率を低減する。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. HIV 有病率の提言 6. HIV 感染者、AIDS 患者の生存率の向上 7. 患者発見率の高さ、肺結核戸松陽性症例の治癒率の高さの維持 8. マラリアに関する死亡率、罹患率の低減 9. その他の感染症による負担の軽減
<p>(3) 非感染症とその他の健康問題による負担を軽減する。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 10. 非感染症(糖尿病、循環器疾患、ガン、精神病、薬物乱用、事故と外傷、眼病、口腔疾患など)につながるリスク行動の縮小 11. 非感染症の治療とリハビリに関するアクセス改善 12. 基本的な公衆衛生機能(環境衛生、食の安全、災害対策)の確保

保健戦略計画 Health Sector Strategic Plan 2016-2020 (HSP3)

<p>(1) リプロダクティブ、妊産婦、新生児、乳幼児に関する健康状態と栄養の改善</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 若い女性、男性、思春期の青少年を含む全ての人を対象とする性と生殖に関する保健サービスへのアクセスとカバー率の向上 2. ANC、分娩、PNC、ベビーケア、救急産科・新生児ケア、HIV 母子感染の防止に関するサービスの質、アクセス、カバー率の改善 3. 予防接種および肺炎・下痢を含む幼児期の疾病に関する総合的な管理に関するサービスの質、アクセス、カバー率の改善 4. 女性および乳児のたんぱく質と微量元素の不足を低減するための栄養サービスに関する質、アクセス、カバー率の改善
<p>(2) 主な感染症 (HIV/AIDS、結核、マラリア、デング熱、その他の NTD、新興・再興感染症) による死亡率および罹患率の低減</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. HIV 罹患率の低減 6. HIV/AIDS 患者の生存率の改善 7. 結核有病率と死亡率の提言 8. 全結核に関する登録の実施 9. 高い結核治癒率の維持 10. マラリア死亡率の提言 11. デング熱死亡率の提言 12. 寄生虫による感染症罹患率の低減 13. 感染症の世界的流行、再興の抑制
<p>(3) 非感染症・慢性疾患と、中毒性のある物質やアルコール、タバコ、交通事故、食の安全、災害、環境衛生、気候変動による公衆衛生問題に起因する死亡率および罹患率の低減</p>	<ol style="list-style-type: none"> 14. ガン、糖尿病、心循環器疾患などの一般的な非感染症および慢性疾患のリスク要因の拡散の抑制 15. 早期発見、予防、緩和ケアとリハビリを含む急性期の管理の推進 16. 暴力、事故、その他の理由による負傷、身体障害の提言 17. 人口全般におけるアルコールとタバコの乱用の削減 18. 薬物中毒治療を含む初期的・補完的な心のケアサービスの拡大と共に、精神病もしくは関連する病気に関する保健教育と予防的措置の推進 19. 特定地域における失明の削減 20. 口腔ケア、英紙絵、食の安全の推進 21. 環境汚染や気候変動による保健リスクの削減 22. 災害管理と対応強化
<p>(4) 保健システム強化を通じたすべてのカンボジア人による質の高い保健サービスへの公平なアクセスの確保</p>	<ol style="list-style-type: none"> 23. 保健インフラの整備と医療器材の供給を含む保健サービスのカバー率と質の改善 24. 有効で適切なリソースの利用および社会的医療保障の拡大によるユニバーサルカバレッジの保障 25. サービス提供のための需要に応じた人材育成および管理への注力と医療スタッフへの支援環境の構築 26. 根拠に基づく政策策定、意思決定、プログラム実施、業績モニタリングと評価のためのタイムリーかつ質の高い保健および保健関連情報の確保 27. 地方分権化と分散化の関連におけるグッドガバナンス、リーダーシップ、マネジメントおよび説明責任の仕組みの強化。公共・民間双方のセクターに対する保健分野における法律と規制の整備と施行

Source: HSP2 2008¹⁴⁾ 野中 2011¹⁶⁾

カンボジア母子保健人材育成の歴史

年	社会・政治情勢	母子保健政策等
1946	カンボジア最初の保健人材学校開設	
1953	フランスから独立しシアヌーク政権 王立医学校開設	
1961	王立看護・助産学校開設	2種類の看護師・助産師の育成
1970	ロンソル政権。政情不安	
1975- 1979	クメール・ルージュ(KR)によるポルポト政権。 自国民大量虐殺と教育システムの破壊。	
1979	ベトナム軍侵攻による KR 敗走。 親ベトナムの保健システムづくり。	省レベルの研修センターが開設され、6カ月の Primary Nurse/Midwife(一次医療施設レベル)の育成コ ースの開始(標準カリキュラム無)
1980		Technical School for Medical Care(TSMC)が開設され、 Secondary Nurse/Midwife(2次医療施設レベル)の育成 が開始される
1987		省レベルの研修センターが、4つの地域研修センター (RTC)に集約され、RTC が Primary/Secondary 両方の Nurse/Midwife を育成。
1989		Primary Nurse/Midwife の育成コース終了。
1991	パリ和平会議。国連カンボジア暫定統治機構 (UNTAC)統治下に。	Primary から Secondary へのブリッジコースが開始さ れる(2001年まで)。
1992		国立母子保健センター(NMCHC)開設
1993	最初の総選挙。新憲法制定。ラナリット第一首相、 フン・セン第二首相の連立政権発足。 WHO と共同で Health Workforce Survey が実施 された。開発援助団体と調整メカニズムを担う Coordination Committee(COCOM)が設立され る。郡レベルでも Subcommittees(Sub COCOM) が設立。	
1995	Health Coverage Plan(HCP)策定。 Ministry of Health(MOH)内に Department of Human Resources Development(HRD)が設立さ れる	国立母子保健センター(NMCHC)が新病院へ移設
1996	Human Resources Development Policy and Health Workforce Plan(1996-2005). 医療職を 29 種類に分類。 医療職の育成を量より質優先とした。	Safe motherhood policy and action plan の策定開始 Secondary Midwife course 終了。 2003 年まで新たな育成なし。 →この間に助産師が 10%減少した。
1998	第 2 回総選挙	
2000	Health Workforce Plan Mid-term Review	左の Review で助産師不足が指摘される
2002		TSMC と RTC で Nurse/Midwife Diploma course が開始

Source: N. Fujita 2013²³⁾

年	社会・政治情勢	母子保健政策等
2003	第3回総選挙 Health Sector Strategic Plan I (2003-2008): HSP1	MOH/HRD の Stakeholder meeting で上記 Diploma course に加え、1年間の Primary Midwife course を助産師不足に対応する中心戦略と位置づけた(Nurse course 3年+1年の助産師コースを受ける学生が少なかったため)。省(PHD)レベルでも、地方出身者の教員による Primary Nurse/Midwife course が設置。
2004		助産師の質不足・劣悪な労働環境が指摘される。
2005	Health Sector Support Project(HSSP)開始 柔軟性のあるマイクロレベルの予算配分が可能に。	Demographic Health Survey(DHS) survey で妊産婦死亡割合(MMR)改善の進捗が遅いことが指摘され、助産師教育の質確保のため Primary Nurse/Midwife course を省(PHD)から地域(RTC)へ移管。 First Midwifery Forum が開催され、以下について合意がなされた。保健センターでの助産師数増加と賃上げ、助産師の労働環境改善/教育支援。
2006	Health Workforce Development plan (2006-2015)	Comprehensive Midwifery Review により、MMR 減少のための必要助産師数を同定。 3+1年 course の学生に奨学金制度。(2008年に Midwife Associate course 開始(3年制)されるまで)
2007		High Level Midwifery Taskforce(HLMWTF)設立され多年度計画が立案される(長官レベルの高い政治的リーダーシップ)。 分娩に対する報奨金制度(10-15\$)が保健センターとレフェラル病院で開始。 助産師の採用数と賃金レベルの改善。
2008	第4回総選挙 Health Strategic Plan II (2008-2015) : HSP2	HSP2 で助産師の数、研修内容、助産学生数の増加、研修と指導者の質、賃金の改善を優先事項に。 新保健大臣が、MDGs 達成へ向けて母・新生児死亡を減らすための Fast Track Initiative を宣言。 全ての保健センターに1助産師(Primary MW)政策。 Midwifery Deployment Task Force 設立され、助産師の再配置を担う。
2009	Reproductive Maternal Newborn and Child Health(RMNCH) Taskforce が HSP II の中で設立。	1保健センター1助産師目標達成も、60%の保健センターでは Primary Midwife level であることが判明。第2回 Midwifery Forum 開催。
2010	RMNCH Taskforce が妊産婦新生児死亡率改善へ向けた Roadmap を作成(Fast Track Initiative Road Map for Reducing Maternal & Newborn Mortality 2010-2015)	分娩に対する報奨金制度継続 保健センターに2助産師かつ2人のうち一人は Secondary Midwife 配置政策。
2011	Health Workforce Development Plan(2006-2015) Mid-term Review	DHS Survey で MMR 減少が指摘される。

カンボジアにおける医療保険の種類 (2013 年現在)

カンボジアでは、労働・職業訓練省（以下労働省）、社会問題・退役軍人・青年回復省（以下社会問題省）、保健書の3省によって医療保障のスキーム整備が進められている。このうち、労働省および社会問題省がフォーマルセクターをカバーし、保健省がインフォーマルセクターをカバーするという役割となっている。

現在、カンボジアでは以下のように、大きく5つの社会保障スキームがある。労働省のNSSF(National Social Security Fund: 国家社会保障基金)、NSSF-C(National Social Security Fund for Civil Servants: 公務員対象国家社会保障基金)、NFV(National Fund for Veterans: 退役軍人向け国家基金)は、加入者に対して労働災害の補償を提供しているが、労働災害以外の医療保障の提供は準備中という段階である。一方、保健省管轄のCBHI(Community Based Health Insurance: 地域保健医療制度)、HEF(Health Equity Fund: 貧困者救済基金)は医療保障制度としてすでに10年以上の実績を有している。

ターゲット	フォーマルセクター			インフォーマルセクター	
所管省庁	労働省	社会問題省		保健省	
スキーム	NSSF	NSSF-C	NFV	CBHI	HEF
対象者	民間企業の被雇用者	公務員	退役軍人、警察、軍人	貧困層に近い人	貧困層

国家戦略における「社会保障システムの整備」に関しては第3次4辺形戦略において、“National Social Protection Strategy for the Poor and Vulnerable 2011-2015”の下に、複数の機関により個別に提供されている社会保障スキームを1本化する方針を示している。この項目には13の優先事項が示されているが、そのうち1つは、保健分野に関するものであり、具体的な取り組みとして、「衛生状態の改善、疫病予防やその他の保健リスクの回避、栄養不良の改善による母親と乳幼児の健康増進、HEFのカバー率の向上、地域コミュニティへの健康保険の提供、インフォーマルセクター向けの任意加入の健康保険スキームの拡大」があげられている。

保健省は、社会保障制度の整備のため、2012年11月「保健財政戦略(案):Health Financing Policy, Draft」を策定した。これはユニバーサルヘルスカバレッジ達成に向けて策定された保健省の初めての戦略文書である。同戦略が掲げる政策目標は以下6点である。

1. 全人口のカバー：社会医療保障機関への全カンボジア人の加入
2. 給付内容：適切な内容の給付パッケージの設定
3. サービスの購入：効率的で質の高いサービスを保障する支払い方式の採用
4. 組織：フォーマル・インフォーマル双方の人口のための均一で統一された社会健康保険組織の設立
5. 財源：基礎的は公的保健サービス
6. 規制：保健施設の認証システムの導入など、規制の枠組みの提供

この戦略の枠組みの中で、保健省は現在2つのスキームに分かれて実施されているインフォーマルセクター向けの医療保障(HEF/CBHI)を一本化し、「National Social Protection Fund」を設立する方向で2つのスキームのガイドラインの統合に着手しているが、労働省所管のNSSF、社会問題省管轄のNSSF-CおよびNFVは、それぞれ個別のスキームを維持したうえでUHCの達成を実現することは可能であるという見解を示しており、各スキームの将来的な統合には同意していない。社会問題省の管轄下でありどちらも政府職員を対象とする組織であるNSSF-CおよびNFVに関しては、統合による合理性の必要性も指摘されているが、2014年現在、双方とも統合には否定的である。

Source: Ministry of Economic and Finance 2008²⁹⁾

対象	フォーマルセクター			インフォーマルセクター	
所管省庁	労働省	社会問題省		保健省	
制度名	NNSF(National Social Security Fund: 国家社会保障基金)	NSSF-C(National Social Security Fund for Civil Servants: 公務員対象国家社会保障基金)	NFV(National Fund for Veterans: 退役軍人向け国家基金)	CBHI (Community Based Health Insurance: 地域保健医療制度)	HEF (Health Equity Fund: 公平な医療基金)
設立年	2007	2009	2010	1998	2000
対象	民間セクターの労働者(8人以上の労働者を雇用する事業所のみ)	公務員およびその扶養家族(退職者とその扶養家族を含む) 現役者:	軍・警察職員とその家族(退職者とその扶養家族を含む)	貧困者識別システムによる特定を受けない貧困世帯	貧困者識別システムで特定された貧困者
加入者	80万人	対象者全員	対象者全員	46万人	220万人
カバレッジ (2014年)	70%	100%	100%	11% ドロップアウト率が高く、加入者は伸び悩んでいる。	76% サービス対象施設拡大により2014年に100%を目標。
保障内容	労働災害の補償(医療費、給与補填、死亡保障)	労働災害の補償(医療費、給与補填、障害手当)、病気療養中給与保障(最長1年)、産休手当、退職手当、年金、障害手当、死亡手当	労働災害の補償(医療費、給与補填、障害手当)、病気療養中給与保障(最長1年)、産休手当、退職手当、年金、障害手当、死亡手当	公立病院/HCのパッケージ(治療費、薬品)および交通費	公立病院/HCのパッケージ(治療費、薬品)および交通費、入院の場合の食費、死亡の場合の葬儀費用
医療保障内容	2014年7月より段階的に医療保障の適用を開始する予定。慢性疾患は適用外。公立病院のみで利用可。救急の場合搬送費も支給	医療保障の給付に向けて準備中だが、開始時期については未定	2014-2018年の5か年計画の中で医療保障の給付開始を予定	同上 (医療保障のみ)	同上 (医療保障のみ)
保険料	2014年現在は給与の0.8%、雇用者と被用者がそれぞれ負担。月額\$2がシーリング(月給250\$に相当)。医療保障の給付に当たり、保険料の引き上げを行う予定。	将来医療保障の原資として公務員から給与の6%の徴収を検討	将来現役世代から給与の3-4%の保健省を徴収し医療保障の原資とする予定	1人当たりの年間負担額は\$2.5-\$3.5。受益者負担の意識を持たせるための名目的金額	なし

Source: JICA 2014⁴⁰⁾

カンボジアにおけるヘルスケアファイナンススキーム (2013 年現在)

MoH, Annual Health Financing Report 2012 http://www.moh.gov.kh/files/dphi/Health%20Financing%20Report%202012_Final.pdfSource: MOH 2012²²⁾

スキーム	実施者	対象	Benefit	支払方法
課税ベース資金調達	MoEF/MoH/PHD/OD/ RH/HC	全員	経常予算。 薬 / 資材供給	項目別予算
国家プログラム	国家プログラム	結核、マラリア、HIV 患者と予防接種	右	無料
貧困者救済基金 (HEF)	NOGs	基準以下の貧困者	MPA/CPA サービス。 食費 / 交通費 / 葬式代	患者別支払
政府補助金制度 (SUBO)	MoH/PHD/OD	基準以下の貧困者	MPA/CPA サービス	定額
コミュニティー 医療保険 (CBHI)	NGOs	主にインフォーマル セクターの貧困層	MPA/CPA サービス。 食費 / 交通費 / 葬式代	人頭制、診療報酬制
医療券 (Voucher)	NGOs	貧困女性	リプロダクティブ ヘルスサービス	診療報酬制
労災保険	MoLVT,NSSF	フォーマルセクター	診療費 / 障害補償 / 葬式代	診療報酬制
出産休暇	MoLVT,NSSF, MoSVY, NSSF-C	フォーマルセクターと 公務員の妊娠女性	3カ月の育休	給与による
分娩に対する 報奨金制度	MoH/PHD/RH	出産に携わった助産師	保健センター 15\$/ 分娩 レフェラル病院 10\$/ 分娩	補償
社会医療保険	NSSF, NSSF-C	フォーマルセクターと 公務員	規定なし	規定なし
特別業績機関 (SOA)	MoH, HSSP	すべて	サービス提供者への 成果による補助金	項目別予算とサービス 提供助成金 (SDG)

HEF: Health Equity Fund, SUBO: Government Subsidy Scheme, CBHI: Community-based Health Insurance, SHI: Social Health Insurance, SOA: Special Operating Agency, SDG Special Delivery Grant, RH: Referral Hospital, HC: Health Center, PHD:Provincial Health Department, OD Operational District, MoEF: Ministry of Economy and Finance, MoH: Ministry of Health, MoLVT: Ministry of Labor and Vocational Training, MoSVY: Ministry of Social Affairs Veteran and Youth Rehabilitation

NSSF: National Social Security Fund, NSSF-C: National Social Security Fund for Civil Servants NFFV: National Fund for Veterans

サービス提供者側の財政スキーム (Supply Side Financing Scheme)

●診療報酬制度 (User Charges)

1996年～ under-the table payment を減らし、医療サービスに質並びにスタッフのモチベーション向上の目的で導入。価格は、住民の支払い能力を加味してコミュニティーの代表と地方自治体との協議の中で設定され、保健省の承認のもとで実行される。診療報酬の60%はスタッフの給与として、39%は運営費、1%が税金として使用される。診療報酬は、全体の病院収入のうち占める割合は低いが、上記目的のため重要である。しかし、依然高い診療費が受療行動の障壁となっている。

●国家プログラム (National Program)

結核診療・小児予防接種・駆虫・微量栄養素供与・HIV 患者への ART/ARV が国家プログラムとして国家予算の中で無料となっている。

●特別行政機関 (Special Operating Agency: SOA) and サービス提供助成金 Service Delivery Grant(SDG)

成果ベースの契約スキーム (Performance-based contracting scheme) であり、各医療機関 (ヘルスセンターやレフェラル病院) が SOA として保健省と契約することで、国家予算から来る経常予算に追加して、直接ドナー間のプールファンドメカニズム (HSSP2) から SDG を受け取ることができる。SDG の受け取りのためには、H Health Strategic Plan II (HSP2) に沿った成果を達成する必要がある、各 SOA にとっての成果報酬となる。これにより、各医療機関にある程度の自律性を持たせ、資金の流れを透明化することで、サービスの質向上を目指している。

SOA の目的

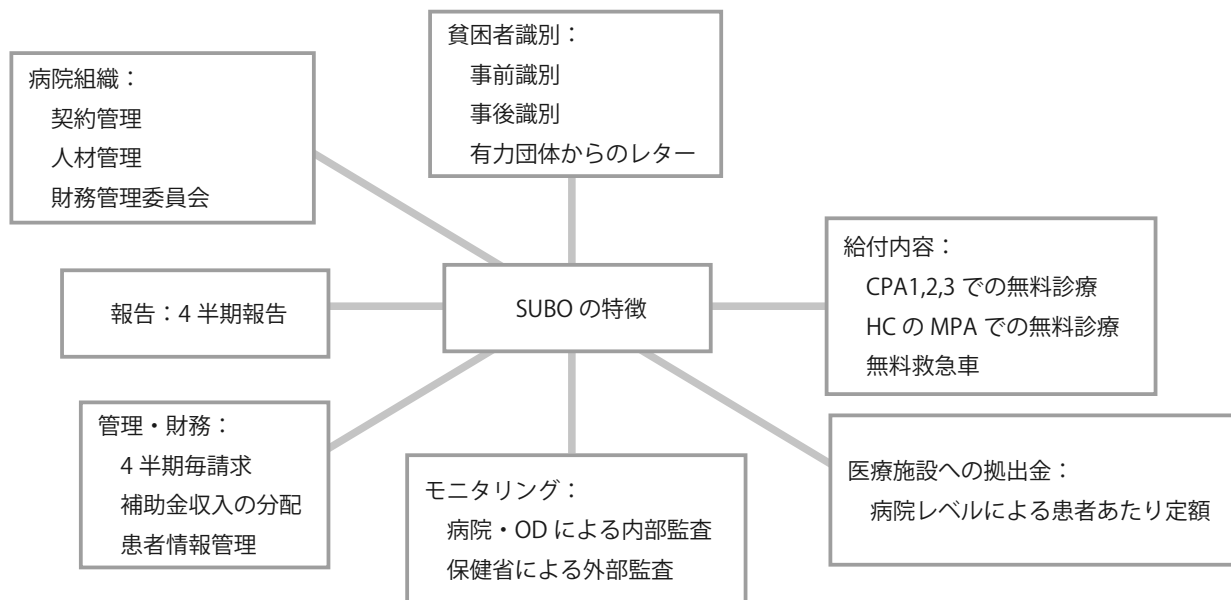
1. ニーズに基づいた公的ヘルスサービスの質と供給の改善
2. ヘルススタッフがモチベーション、誠実さ、プロ意識をもつように行動変容
3. 効率的・透明性のある業績ベースの病院管理運営の促進
4. 利用可能な資源の中での継続性のあるサービスデリバリーの開発

2012 年現在、9 省 (PHD)、22 保健行政区 (OD) で、16 レフェラル病院、291 保健センター、63 保健ポストをカバーしている。

●政府補助金制度 (Government Subsidy for the Poor: SUB)

2006 年保健大臣と経済財務大臣の 2 省庁間の大令で設立された。このスキームの目的は貧困者の医療費を補償することで、貧困者の医療サービスへのアクセスを促進することであった。保健省は貧困者識別メカニズムを担っている。医療費補償はヘルスセンターレベルでは外来・入院共に、レフェラル病院以上では、入院のみ適応される。利用可能で医療施設のレベルにより医療施設は、保健省から患者 1 人につき定額の補償を受ける事ができる。例えば、保健センターレベルでは、患者一人当たり外来では 1000Riel、入院では 10000Riel の補助金を受ける事ができるが、国立病院レベルでは、病気の種類や入院日数に因らず患者一人当たり 80000Riel が拠出される。(1 米ドル = 訳 400 Riel(2014 年現在))

補助金は、政府から拠出金を受け取ることができる公立医療機関 :SUBO(Subsidy Operators) に管理されている。2012 年現在、SUB は 8 省、12 保健行政区 (OD) にある 6 国立病院、11 レフェラル病院、57 保健センターをカバー。資金は年間国家予算から拠出されており、その 50% が国立病院、49% がレフェラル病院、1% が保健センターで使用されている。



●分娩に対する報奨金制度 (Midwifery Incentive)

施設分娩を促進する目的で、2007年から保健省と経済財務省の省庁間大臣令で開始された正常分娩1人当たり分娩助産者へ報奨金 (incentive) が与えられる。医療施設の種類によって報奨金が異なり、1出生児あたり保健センターでは15\$、レフェラル病院では10\$を保健省から給付を受ける事ができる。この報奨金、他の母性保健従事者 (Village Health Supporter や Traditional Birth attendance) にも恩恵を与え、施設への妊婦のリファーを促進し、結果としてカンボジアの熟練分娩助産者 (SBA) 分娩率の向上に貢献した。

サービス受益者側財政スキーム (Demand side Financing Scheme)

●貧困者救済基金 (Health Equity Fund: HEF)

貧困者に対し、医療費のすべてあるいは一部の補償するスキーム。Health Sector Support Program2 (HSSP2) という外部ドナーによるプールファンドスキームであり、識別された貧困者に対し、分娩を含む医療費のみならず、交通費や葬儀費用、レフェラルコストなどを補償するものである。HEFは診療報酬制度の下、経済的障壁により医療施設へアクセスできない貧困者の医療アクセス向上に貢献している。

HSSP2では、貧困者の識別は通常、コミュニティで事前識別 (pre-identification) により識別されるが、実質医療サービス利用時の事後識別 (post-identification) も行われている。

出資元は、約30%が政府による出資であるが、70%はHSSP2の外部ドナーによる出資である。

2000年のパイロットプロジェクトから始まり、徐々にスケールアップ。2012年現在、23省、45保健行政区 (OD) で実施されており、44/89レフェラル病院、313/104保健センターがカバーされており、概算で貧困ライン以下の人口の76%がHEFでカバーされている。保健省では2015年までにカバー率100%を目指している。利用施設の内訳は保健センターで72%、レフェラル病院で28%と保健センターで多く利用されているのが特徴である。HEFの運営方法は、HSSP2において規定されており、保健省MOHで選出されたHEF implementerとHEF operator(現在はNGOs)により管理運営されている。

●医療券 (Voucher)

保健省と契約関係である Voucher Management Agency(VMA) が管理。2012 年現在は、カンボジア - ドイツ間協力の中で、社会保障プログラム (SHP) の 1 コンポーネントとして実施されている。ドイツ復興金融公庫 (KFW) が出資している。

事前識別 (Pre-identified) された 貧困妊婦対象に医療券 (Voucher) が配布され、妊婦は医療施設で使用できる。医療券では産前健診, 分娩, 産後健診, 家族計画、中絶医療を利用できる。また、交通費や HEF が利用できない病院サービスにも適応可能である。2007 年～開始され、徐々に拡大しつつあり、2012 年現在、中絶が可能な 5 レフェラル病院, 118 保健センターと 4 私立クリニックで利用可能。HEF との共同実施で高い効果があるとの報告あり。サービス利用施設の内訳は、85% が保健センターで 10% が私立クリニック、4% でレフェラル病院。

Ir P, Horemans D, Souk N, Van Damme W. Using targeted vouchers and health equity funds to improve access to skilled birth attendants for poor women: a case study in three rural health districts in Cambodia. BMC Pregnancy Childbirth. 2010 Jan 7; 10:1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20059767>

●医療保険 Annex4 参照

カンボジアにおける医療従事者卒前教育施設 (2014年12月現在)

Source: JICA project for strengthening HRD system for co-medicals, Human Resource Development Department, MOH, Cambodia, 2014

州名	学校名	公立(省庁)	私立	医師	歯科 医師	非 薬劑師	薬劑師	看護師			助産師				Labo	Radio	PT	DN
								BSNS	ADN	PN	BSM	ADM	PMW	ADN+1				
Phnom Penh	UHS/TSMC	★(MOE/MOH)		✓	✓		✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		
	International Univ(IU)		★	✓	✓			✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		
	Chenla Univ		★					✓			✓	✓	✓	✓	✓			
	Military School	★(MOE)		✓				✓			✓	✓	✓	✓	✓			
	Norton Uni.		★	✓	✓			✓			✓	✓	✓	✓	✓			
	Puthisa Univ		★	✓	✓			✓			✓	✓	✓	✓	✓			
	Asia Institute		★					✓			✓	✓	✓	✓	✓			
	Institute of Comedical & Paramedicals		★					✓			✓	✓	✓	✓	✓			
	Institute of International Science		★					✓			✓	✓	✓	✓	✓			
Kandal																		
Kg. Speu																		
Kg Chhnang	Bolino(branch of IU)		★					✓			✓	✓	✓	✓	✓			
Svay Rieng																		
Battambang	RTC	★(MOH)						✓			✓	✓	✓	✓	✓			
	Chenla Univ		★					✓			✓	✓	✓	✓	✓			
Pursat																		
Pailin																		
Banteay	Meanchev Univ	★(MoE)						✓			✓	✓	✓	✓	✓			

テクニカル・レポート vol.07

カンボジアの母子保健

明石 秀親	国立国際医療研究センター 国際医療協力局
山田 多佳子	介護老人保健施設デンマークイン新宿 施設長
藤田 則子	国立国際医療研究センター 国際医療協力局
垣本 和弘	大阪府立大学 第1学群人文科学系 地域保健学域 人間社会学研究科 教授
小原 ひろみ	国立国際医療研究センター 国際医療協力局
小山内 泰代	国立国際医療研究センター 国際医療協力局
江上 由里子	国立国際医療研究センター 国際医療協力局
松本 安代	国立国際医療研究センター 国際医療協力局 客員研究員
岩本 あづさ	国立国際医療研究センター 国際医療協力局
福嶋 佳奈子	国立国際医療研究センター 国際医療協力局
宮川 雅美	国立国際医療研究センター 国際医療協力局
田中 由美子	国立国際医療研究センター 国際医療協力局

編集

横堀 雄太	国立国際医療研究センター 国際医療協力局
-------	----------------------

発行

2015年4月 初版

2016年1月 第2版

国立国際医療研究センター

国際医療協力局

〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1

Tel : 03-3202-7181

Fax : 03-3205-7860

email: info@it.ncgm.go.jp

www.ncgm.go.jp/kyokuhp/

©National Center for Global Health and Medicine, Japan All rights reserved.

Technical Report



National Center for
Global Health and Medicine
Bureau of International Health Cooperation, Japan



9784909675279