

カンボジア JICA 医療技術者育成システム強化 プロジェクト

The Project for Strengthening Human Resources Development System of Co-medical

A News Letter from JICA HRD Project No.9

Mar 2011

KIZUNA (きずな；絆)

カンボジアのコンポンチャム県にはKIZUNA橋という名前の橋があります。普通にカンボジア人から「スピアン“キズナ”」（スピアンは「橋」の意味）と呼ばれています。KIZUNAの名前の由来は日本語の「絆（きずな）」にあります。カンボジア内戦の終了から現在に至るまで、日本は様々な分野でカンボジアの支援を行ってきました。日本とカンボジアの友好のシンボルとして、この橋が完成したときに、「きずな」の名前がこの橋につけられました。

今回の日本の震災は連日のようにカンボジア国内でも朝晩のニュースで報道されています。カンボジアからは10万ドルの義捐金が日本政府に渡されました。多くのカンボジア人が在カンボジア日本国大使館への記帳におとずれ、寄付を行いました。寄付を行った人の中には、1日1ドル以下で生活をしているような、シクロ（自転車タクシー）やモトドップ（オートバイタクシー）の運転手もいたと聞いています。保健省のエンホット次官も大使館の記帳を訪れたと聞いています。また、プノンペンのカンボジア日本人材開発センターでは、50人以上の僧侶が集まり、震災犠牲者追悼のための儀式が行われ、多くのカンボジア人が参加をしました。

当プロジェクトに派遣されていた専門家もカンボジアでの派遣中あるいは赴任直前にご家族やご親戚が津

波の被害に会われた方がいらっやいます。日本とカンボジアの友好の歴史は、こうした身を挺するような人々による官民の支援のもとで育まれてきたのだと強く感じています。

震災地での「きずな」に関しては、日々報道されていますが、カンボジアを含めて、これまで日本から援助を受けてきた多くの国々から、今度は日本が支援を受けていることを聞くと世界と日本との「きずな」を強く感じます。こうした世界との「きずな」が、日本と日本人に「元氣」と「勇氣」を与えているのではないかと感じました。日本人は「恩」を忘れない国民です。今回受けた「恩」に報いるためにも、日本に戻ることのできない在カンボジアの我々日本人専門家は現地での一層の精勤に励み、カンボジアの人々との絆を強め、カンボジア人のために働くことが、日本の人々を支援することにもつながるのだと考えていま

す。今回被災に会われた被災地の復興を祈念しています。また、お亡くなりになられた皆様のご冥福をお祈りいたします。



上：追悼式典
下：500リエル札に印刷されている、「きずな橋」



カンボジアの医療の現場から

カンボジア国レファラル病院における医療機材管理強化プロジェクト 野崎保 専門家(医療機材管理システム)

自己紹介 (担当分野)

こんにちは。株式会社フジタプランニングに所属しております野崎保と申します。縁がございまして、この度はメデム-2プロジェクトに参加させて頂く機会をいただきました。

カンボジア国における国公立病院の医療機材 (Medical Equipment: ME) 管理強化を目的とするメデム-2プロジェクトは2009年11月から開始されています (5年間の期間が2分されており、現在フェーズ1を実施中)。詳細はプロジェクトの紹介として次段に記しますが、前身のメデム-1プロジェクトの対象病院に加え、メデム-2プロジェクトでは対象病院数を増やすという計画が活動の一要素として策定されました。数を増やすだけといえば簡単に聞こえますが、人材や財源のみならず、当地における特殊な習慣や考え方をわきまえて、実現性の高い、定着する可能性の高いME管理のメカニズムを導入することによって波及させていこうという計画です。メデム-1プロジェクトで培った実績をどうやって他の国公立病院へどうやって波及させていくのか、そのメカニズムを策定し (ネットワーク構想と呼んでいます)、導入を図ることが私に与えられている任務です。

これまで、2年次にわたり延べ5ヶ月弱現場で活動に従事してきましたが (来年度・2011年度がフェーズ1の最終年度となります)、知りたい事が知り得ない、核心がつかめない、これが本音です。来年度はネットワーク・メカニズムを現場に導入するという、3カ年の集大成を迎えます。C/Pの気概を損ねる事なく、やる気を引き出しいかに持続させるか、不安もありますが、希望をもつ

て業務に臨んでいきたいと考えています。

プロジェクト全般の紹介

カンボジアの公立病院に行くと、ほこりをかぶって使われなくなっている医療機材 (ME) を良く見かけます。故障しているが修理できない、使い方が分からない、稼働に必要な部品や消耗品が調達できない等、理由はいろいろあるようですが、こうした状況を改善し、MEをいつでも必要時に使えるような状況に維持管理する技術を伝えるのが「レファラル病院におけるME管理強化プロジェクト」です。

2006年に前身であるメデム-1プロジェクトが始まった時には、病院

関係者においてさえME管理という概念が曖昧であったと言われていました。メデム-1プロジェクトでは3年をかけて、大規模な国公立病院22施設 (18ヶ所のCPA3病院 (注1) とプノンペン市内に所在する4つの国立病院 (National Hospital: NH) で、ME管理システムをつくりました。2009年11月からスタートした「レファラル病院における医療機材管理強化プロジェクト (メデム-2プロジェクト)」では、5年をかけて、メデム-1プロジェクトからC/Pとして当該活動を継承している、1) ナショナル・ワークショップ・チーム (National Workshop Team: NWT) のME管理指導能力の強化、2)



注1 Complementary Package of Activitiesの略で州立病院を規模によって3つに分類したものです (CPA1、CPA2、CPA3の3つ)。村や町で簡易な医療サービスを担っているのがCPA1、郡の医療サービスを担う規模の施設としてCPA2、州のトップレファラル病院に位置付けられるのがCPA3といえます。メデム-1プロジェクトでは、CPA分類のなかでもっとも医療機材を多く有するCPA3の病院と4つの国立病院がプロジェクトの対象でした。



写真上: NWTメンバーとの協議

写真下: NET定例会議

国公立22病院（CPA3/NH）においてME管理を担っているMEM-WG（Medical Equipment Management Working Group：MEマネージャー、副MEマネージャー、MEテクニシャンの3名により構成されている）の能力強化、更に、3）ME管理システムを20の中規模病院（CPA2レベルの医療施設）に拡げようとする計画を活動の柱に据えたプロジェクトの支援活動を進めています。日本人専門家チームは、松尾剛氏（エストレージャ社）をチームリーダーとして4名体制で臨んでいます。

プロジェクトのカウンターパート（C/P）は、国立母子保健センター（National Mother and Child Health Center：NMCHC）より6名、保健省の病院サービス部（Hospital Services Department：HSD）より6名、計12名で構成されるNWT（注2）です。約半数はメデム-1プロジェクトのC/Pとして活動を共にしてきたメンバーです。

カンボジア国には、内戦終結後の復興支援で多くのMEが送り込まれました。ドナー国・ドナー機関もあれば民間もあり、その支援は減少しているとはいえ今も続いています。しかしながら、その管理に関する技術や知識まで包含した支援は殆ど認められていないのが現実です。病院関係者によると、送り込まれるMEの中には、操作マニュアルもなく交換部品も調達できない中古MEも多く、更に、据え付けが必要なMEであっても据付けまで面倒をみず、使い方の指導も提供されない、コンテナで送りつけるだけ、とった事例もあるよう

注2 公的医療施設における医療器材管理指導チーム。保健省病院サービス部（MOH・HSD）及び国立母子保健センター（NMCHC）の施設・器材保守管理部の職員により構成されています。保健大臣名で両機関よりそれぞれ6名、計12名がNWTのメンバーとして任命されました。組織上、保健省病院サービス部におかれ、国公立病院におけるME管理を向上させる役目を担っています。

です。メデム-2プロジェクトでは、こうした中古MEの受入れに関して選別するスクリーニング機能を設ける（中古MEの受け入れに係るガイドラインの策定）、老朽化MEの廃棄を決定する技術的な評価方法を設ける（ME廃棄ガイドラインの策定）等、MEの受け入れ・廃棄という制度設計をC/Pと共につくりあげる活動も行っています。

また、MEの管理をCPA2（郡レベルの病院）の施設にまで拡げる活動については、その対象施設が膨大になるため（全国に26施設あります）、これまでNWTが担っている役割をCPA3/NHに移行し、CPA3/NHがCPA2に対して技術的な支援を行うというシステムの構築を実現させようと取り組んでいます（関係者の間ではME管理ネットワークと呼んでいます。NWT⇔CPA3/NH⇔CPA2という3者間の有機的な連携を構築し運営に移す計画です）。診療サービスのリファラル体系と同様に捉え、ME管理について

も、これまでのプロジェクト活動等でME管理の技術を修得したCPA3/NHが傘下に位置するCPA2に対して技術的な支援を行うという発想です。

MEの修理と保守管理は、医療の現場で言えば、治療と予防の関係と同じで、医療器材の修理（Collective Maintenance）に追われていたカンボジア国でも予防（Preventive Maintenance）が必要と認識するようになってきました。予防する習慣やシステムが定着するには時間が必要ですし、診療行為を行う上の一つの道具にすぎないME管理を向上・強化するという活動は、その仕事の価値や結果を伝えることが大変難しい領域です。ME管理の向上が診療サービスの質の改善にどのように関与したのか立証することは至難の業ですが、プロジェクトでは、適切な管理下におかれた一つでも多くのMEを各公立病院に安定供給できるよう努力を続けています。



ブラッシュアップセミナー



CPA2病院、OD（Operational District）との担当者との協議

大阪府立大学国際保健サークルの訪問

3月10日に大阪府立大学からのスタディツアーがプロジェクトを訪問しました。以下にスタディツアーに参加をした、福吉美里様からのご寄稿をご紹介します。

3月6日～11日にかけて私たち大阪府立大学国際保健サークルwell-Be☆のメンバーは国際保健の現状や日本の支援について学ぶためにカンボジアでのスタディツアーを行いました。

カンボジアでは1970年代から約20年間続いた内戦やポルポト政権時代の虐殺、と悲惨な歴史背景があり、私もカンボジアというと、発展途上国、貧しい、という印象を抱いていて内戦時代の影響が今も残っているのではないかと思っていました。実際に、カンボジアで病院や各プロジェクトを訪れた際には、管理の行き届いていない医療器具や、病室の床に座り込んでいる家族を目にして驚き、看護師の業務、患者の家族の役割、衛生管理などについて日本の医療体勢との違いを感じました。そしてそのような状況から現在のカンボジアの保健水準や教育システムなどは内戦やポルポト政権時代の影響を受けているということも分かりました。

しかし、その一方でカンボジアは日本など様々な国や機関からの支援を受けていて、新しい設備やシステムを導入している部分もあり、保健水準が徐々に高くなってきているということを改めて知ることができました。

これらを通してカンボジア＝発展途上国、貧しいとみるのではなく、カンボジアの今後の発展の可能性という点に注目していきたいと思うようになりました。カンボジアの弱いところや不完全なところばかりと

られるのではなく、カンボジアが今まで発展してきたことや現地の人の一生懸命さなどの強い面にも注目し、それを支持するような形で国際協力・支援を考えていきたいと思えます。

国際協力は本当に多くの機関や人々の力が必要であり、また、お互いの価値観の共有も必要であると思います。決して一方的な支援にならないように自分たちの支援を振り返り、また支援の調整や検討も行っていかなければなりません。

例えば今回の研修では、JICA、米国、政府など多くの機関や国がカンボジアの支援に関わっていることが分かりましたが、それらの支援や協力が必ずしも現地の人々にとって必

要なものであったとはいえませんことも分かりました。より良い支援や協力を行うためにはやはり実際に現地に出向き、現地の様子を自分の目で見て、現地の人の思いを聴き、一緒にどのような支援が必要なのかを考えていくことが大切になるということ学びました。

またそのような中で、価値観について深く考えるようになりました。病院の設備や教育システム、交通事情など、日本では当たり前であることはカンボジアでは当たり前ではないということを経験することができました。日本での生活に慣れている私は、カンボジアでの生活は不便だ、大変だと感じ、可哀そうだと感じましたが、実際にカンボジアの



大阪府立大学国際保健サークルの訪問

人と交流していく中で、カンボジアの人にとってはそれが当たり前のことであるということが分かりました。可哀そうだという思いは私の価値観であり、押しつけであるのではないかと思うようにもなりました。実際に現地に出向き、コミュニケーションを通して価値観の共有などを行ってはじめて、有効的な支援や協力につなげていけるのではないかと感じました。

ツアーの中では現地の看護学生と交流する機会がありましたが、自らの知識を増やし、技術を高めようとする向上心や意欲が高いことに感心しました。教育システムは現在の時点ではまだ十分に整っているとはいえませんが、学生の勉学に対する意欲が高く、今後はさらに制度などが改善され、医療者育成、医療の質の向上が期待できると感じました。

また、今回のような学生同士の交流や意見交換を通して、お互いの環境を知り、考えを共有することができれば、お互いの勉学に対するモチベーションを上げていけるのではないかと思います。

今回のスタディツアーではカンボジアの現状を知り、またカンボジア

の優れた部分なども感じることで、カンボジアから日本が学ぶべきこともあるのではないかと感じました。先進国が発展途上国を一方向的に支援するのではなく、先進国と発展途上国がお互いに協力し合って、お互いに高め合うことができるという視点が大切なのではないかと思うようになりました。今回学んだことを基

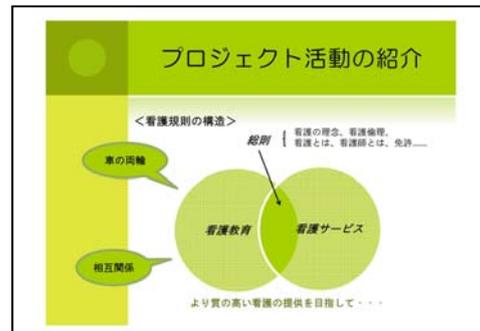
に国際保健や国際協力をについて改めて勉強していきたいと思います。

お忙しい中、快く私たちを受け入れて下さり、また丁寧な説明をして下さったJICA、専門家の皆さま、そして現場のスタッフや住民の方々には感謝の気持ちでいっぱいです。本当にありがとうございました。



プロジェクト資料のご紹介

上記の大阪府立大学国際保健サークルが当プロジェクトを訪問した際に使用をしたプロジェクト紹介資料を下記のプロジェクトHPの「資料集」のページにて公開をしています。また、これまでの、看護師、助産師の教育制度の変遷と、現在育成されている看護師、助産師の種類をまとめた資料を下記のプロジェクトHPにて公開をしています。皆様どうぞご利用ください。



<http://www.jica.go.jp/project/cambodia/004/materials/index.html>

看護規則制定ワークショップの開催

保健医療サービスを提供する医師・看護助産師・薬剤師・検査技師たちは専門学校や大学で教育を受けた後に病院や診療所で働きます。彼らが十分な知識と技術をもち、国民に質の高いサービスを提供できるような制度を作ることがどの国でも求められています。カンボジアでは、保健人材の質を担保するために、教育の質を担保し、専門職としての資格を認定し、質の高いサービスを提供するための制度の確立を目指しています。しかしそのためには、まず専門

職たちが何をするのか、そのために必要な教育・資格・サービスの実践といった流れを規定する法的基盤となる文書が必要です。本プロジェクトは看護人材に焦点を絞り保健人材の質を担保するための法制度整備の支援を行っています。これまでに様々なドナーが全体像を見ることなく、自分たちの国のものを翻訳して置いて行き、パッチワークのようになってしまった文書を整理しつつ、教育・資格と登録・サービスの実践をつなぐ包括的な法規程文書を策定

チーフアドバイザー
藤田則子



保健大臣への報告（左2人目 田村専門家。右2人目保健大臣）

看護教育/実習病院の基礎調査紀行（1）

～看護過程と基礎調査～

2月11日から3月16日にかけて、看護師助産師の養成機関である Regional Training Center（以下「RTC」）4か所と Technical School Medical Care（以下「TSMC」）、そしてそれらの実習施設である National Hospital、Regional Hospital、Health Center の16施設で調査を行いました。

今回からニュースレターにシリーズで調査の結果や所感を掲載していきます。

当プロジェクトは、看護と助産教員の質の向上と看護規則の制定の2つを大きな柱の活動を行っています。今回の調査は活動の本格的実施の前に看護教育や現場で提供されている看護の実際を把握しこれら活動の資料とする事が目的でした。

メンバー構成は、私の他に保健省人材育成部のC/PであるMr. Chao Sung, Mr. Pheng Vistot, Mr. Bun Srivそして日本からは櫻井幸枝専門家にもお手伝いいただき、プロジェクトアシスタント2名と合わせ総勢7

名のチームで行いました。

今回はデータを集めるという大きな目的他に、自分の目で現場を見るという狙いがありました。数字を見ているだけでは実際の活動の全体を把握することはできません。写真やビデオはこの情報把握の助けになりますが、その時に起きた疑問に対し適切な答えを把握することはかなり難しいでしょうし、収められていない映像は見ることもできません。

やはり現場に出向き自分の目で確かめ、確認し、判断すること。これが大切になります。をこれは、看護活動も同じです。現在カンボジア保健省で推奨している看護過程の展開は、まさに「観察」からスタートします。患者さん、そして患者さんを取り巻く周囲の情報を看護師が直接聞き、自分の目で見てプロフェッショナルの視点で把握する。看護過程の手法で言えば、今回の調査は“プロジェクト活動過程”の第一ステップとも言えます。前述したとおり今回の調査はプロジェクト活動の資料とするという明確な目的があり

看護教育/看護行政専門家
望月経子

ました。看護過程も目的を明確にする事が重要ですが、とにかく展開する事が目的になりがちです。何のために看護過程の手法を使うのか、各自再度確認してみてください。今回の調査は、私にとって現場の看護師達に会える、教員、学生に会える・・・そして、初めて行くカンボジア地方出張と言うことで、期待と緊張と興奮が入り混じる気持ちで開始しました。



カウンターパートとの協議

看護規則制定ワークショップの開催（つづき）

しようとしています。

今回は、昨年12月に引き続き、日本の厚生労働省元看護課長、国立看護大学校長田村やよひ先生にお越しいただき、3月28-29日、看護人材法規程策定のためのワークショップが保健省で開催されました。教育とサービスの実践の双方を監督するティアクルイ次官や副次官、プロジェクトマネージャであるケットポン人材養成部長をはじめとする保健省関係者、看護教育学校関係者、病院で看護サービスを実践している看護部長など、約50名が参加しました。開会の辞では今回の東北関東大震災の犠牲者に対するお悔やみと日本の協力への感謝が、そして日本側からは今回の地震に対してカンボジアの人たちからいただいた多くの支援への感謝のご挨拶から始まりました。教育関係者とサービス実践者が保健省も含めて意見交換する機会はこれまでになく、学校での教育内容と現場の実践との乖離、現場のサービスを踏まえた教育の改善方法、専門職としての資格を与えることとサービスの実践に対する責任、などについて活発な議論が交わされました。田村先生のアドバイスも踏まえて、これから策定する看護人材に関

する規程の骨格案を作り、策定準備委員会の構成とメンバーについても話し合わせ、今後のプロジェクトの具体的な活動が明らかになりました。

ティアクルイ次官やケットポン部長たちはASEAN諸国や日本の保健人材教育資格制度を視察し、現在のカンボジアの状況でどのような制度を作るべきかを検討中です。私たちのプロジェクトはその活動の一部をお手伝いする形になっています。ワークショップの前に参加者の一人である保健省関係者から、今回のワークショップでは規程文書案はないのかと聞かれました。私たちは日本や他の国の法規程文書を部分的に切り貼りして持ち込むのではなく、皆さんと一緒に今のカンボジアの看護の現状やありたい姿を考え、文書案を作りたいと考えていることを説明しました。一国の法律を一緒に作る大きな仕事になります。日本では法制度の専門家からなる支援グループを結成し、策定準備委員会メンバーと長期で活動している望月専門家とともに今後のカンボジアの看護のよりどころとなるような法規程文書を作っていければと思います。



会議に出席した母子保健改善プロジェクト小山内チーフアドバイザー（左2人目）

プロジェクトを取り巻く動き

2月8日-3月12日 桜井専門家派遣

2月11日-3月14日 基礎調査で16保健施設訪問（NMCH, カルメット病院、コサマック病院、国立小児病院、クマエソソビエト友好病院、コンポンチャム州病院、コンポンチャムRTC, カンポート州病院、カンポートRTC, バッタバン州病院、バッタバンRTC, ストゥントレーン州病院、ストゥントレーンRTC, TSMC, ヘルスセンター2か所）

3月10日 大阪府立大学看護学部国差看護サークルがプロジェクト訪問

3月13日-4月9日 藤田CA派遣

3月14日, 15日: 保健省年次総会出席

3月18日 基礎調査報告会

3月21日 CEDHPアドバイザーリー委員会参加

3月23日 保健省次官（基礎教育、法令、病院サービス）との協議

3月24日 ヘルスパートナー会議（WHO）に参加

3月26日-30日 田村専門家派遣

3月28日, 29日 規則整備WS開催

3月29日 保健大臣、保健省次官（国際協力担当）への活動報告

3月31日 コンポンチャム出張

4月5日 保健省次官（基礎教育、法令、病院サービス）との協議