

コンゴ民主共和国
保健人材開発支援プロジェクト
フェーズ2
終了時評価調査報告書

平成29年8月
(2017年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人間
JR
17-078

コンゴ民主共和国
保健人材開発支援プロジェクト
フェーズ2
終了時評価調査報告書

平成29年8月
(2017年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

目 次

目 次

プロジェクトの位置図

写 真

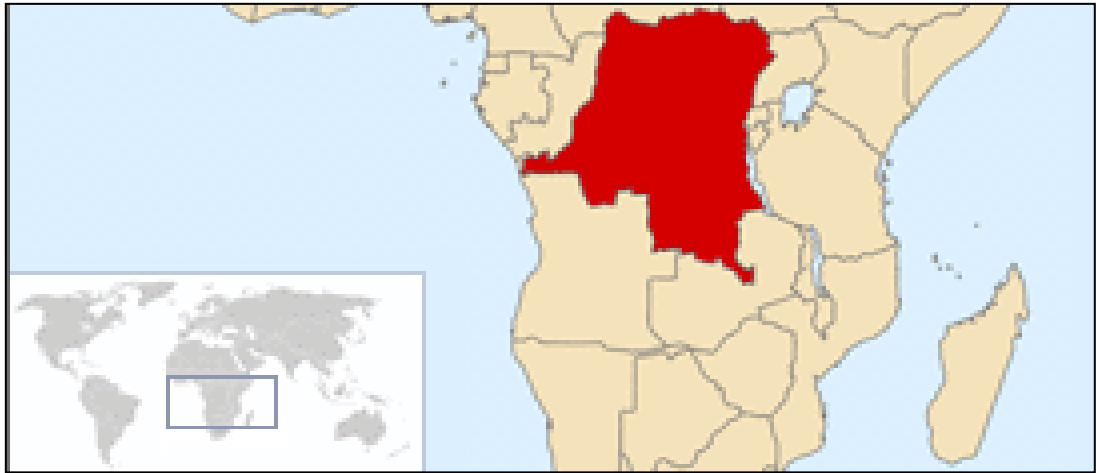
略語表

終了時評価調査結果要約表

第1章 評価調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成	1
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	3
1-5 対象プロジェクトの概要	3
1-6 対象プロジェクトの実施体制	4
1-7 プロジェクトの対象地域	5
第2章 評価の方法	6
2-1 評価実施方法	6
2-2 評価5項目	6
2-3 データ収集方法と情報源	7
2-4 評価調査の制約・限界	7
第3章 プロジェクトの実績	8
3-1 投入実績	8
3-2 活動実績	9
3-3 成果達成状況	12
3-4 プロジェクト目標達成状況	16
3-5 上位目標達成状況（達成見込み）	17
3-6 阻害・貢献要因	18
第4章 評価結果	20
4-1 妥当性	20
4-2 有効性	21
4-3 効率性	22
4-4 インパクト	23
4-5 持続性	24
4-6 結 論	25

第5章 提言・教訓	26
5-1 提言	26
5-2 教訓	27
第6章 総括、技術参与所感	27
6-1 総括所管（相賀専門員）	29
6-2 技術参与所感（江上技術参与）	29
付属資料	
1. M/M、合同終了時評価報告書（仏文M/Mサイン版）	35
2. 評価グリッド	90
3. 質問票	93

プロジェクトの位置図



コンゴ民主共和国



図 プロジェクト対象州

写 真



保健省基礎教育局（第6局）局長との協議



中級保健人材育成校（INPESS）に導入された助産師マテリアル



コンゴセントラル州での国家統一試験採点



コンゴセントラル州保健ゾーン



終了時評価M/M協議



M/M署名

略 語 表

略語	英語・仏語	和名・和訳
A1		上級保健人材
A2		中級保健人材
A3		初級保健人材（伝統産婆を含む）
CCT	Comité de Coordination Technique	国家保健セクター運営会議技術委員会
CNP-SS	Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé	国家保健人材委員会
CRHS	Commission des Ressources Humaines de la Santé et Renforcement des Capacités	保健人材委員会
DAC	Development Assistance Committee	開発援助委員会〔経済協力開発機構（OECD）〕
DfID	Department for International Development	英国国際開発省
DPS	Division Provinciale de la Santé	州保健医務局
GIBS	Groupe Inter Bailleurs Santé	保健セクタードナー調整委員会
HFG	Health Finance and Governance	保健ファイナンス及びガバナンス（NGO）
IEM	Institut d'Enseignement Médicale	中等保健人材養成校
INPESS	Institut National Pilote de l'Enseignement des Sciences de Santé	中級保健人材育成校
IPS	Inspection Provinciale de la Santé	州保健監督局
ISTM	Institut Supérieur des Techniques Médicales	高等保健人材養成校
ITM	Institut Techniques Médicales	中等保健人材養成校（単科）
JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
M/M	Minutes of Meeting	協議議事録
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MIP	Médecin Inspecteur Provincial	保健監督官
NCGM	National Center for Global Health and Medicine	国立国際医療研究センター
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
ONRHS	Observatoire National des Ressources Humaines en Santé	保健人材オブザバトリー
PCM	Project Cycle Management	プロジェクト・サイクル・マネジメント
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PNDRHS	Plan National Développement des Ressources Humaine en Santé	国家保健人材開発計画
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire	国家保健開発計画
PPDRHS	Plan Provincial Développement des Ressources Humaine en Santé	州保健人材開発計画
RVT	Réseau Vision Tokyo	保健人材管理ネットワーク
SDGs	Sustainable Development Goals	持続可能な開発目標
TICAD	Tokyo International Conference on African Development	アフリカ開発会議
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
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
USD	US dollar	米ドル
WHO	World Health Organization	世界保健機関

終了時評価調査結果要約表

1. 案件の概要	
国名：コンゴ民主共和国	案件名：保健人材開発支援プロジェクトフェーズ 2
分野：保健・医療	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：人間開発部 保健第一グループ	協力金額（2014～2016年実績、2017年概算）： 5億4,000万円
協力期間	(R/D)：2014年1月28日～ 2018年1月27日
	(延長)：
	(F/U)：
	先方関係機関：保健省（MSP）保健人材関連局、対象州 州保健監督局（IPS）、州保健医務局（DPS）
	日本側協力機関：なし
	他の関連協力：なし
1-1 協力の背景と概要	
<p>コンゴ民主共和国（以下「コンゴ民」という。）は、1991年以降、10年以上にわたって続いた紛争の結果、保健システムが崩壊し、保健人材の都市・地方における偏在や質の低下が著しい。特に地方における保健サービスへのアクセスは極めて限定的であり、他のアフリカ諸国と比較しても厳しい状況にある。このような現状を改善すべく、独立行政法人国際協力機構（JICA）は保健人材の育成を重点として支援を実施している。2010年11月から3年間、「保健人材開発支援プロジェクト」を通じて、「国家保健人材開発計画」（Plan National Développement des Ressources Humaine en Santé。以下「PNDRHS」という。）の策定・承認、それに基づいた保健人材の養成、配置、定着、キャリア管理を支援した。これにより、コンゴ民で初めての保健人材に関する国家計画となるPNDRHS（2011～2015年）が策定・承認されるに至り、コンゴ民の保健人材開発について大きな一歩が踏み出された。また、広大な国土と民族的・地域的の多様性を抱えるコンゴ民の各州の現状を踏まえると、国家レベルの取り組みだけでなく、各州の保健行政を担っている州保健医務局（Division Provinciale de la Santé。以下「DPS」という。）の機能強化が必須である。そこで、2014年1月より、「保健人材開発支援プロジェクトフェーズ2」として、DPSが各州の現状に即した「州保健人材開発計画」（Plan Provincial Développement des Ressources Humaine en Santé。以下「PPDRHS」という。）をPNDRHSに整合する形で策定・実施するための技術協力プロジェクトが開始された。</p>	
1-2 協力内容	
(1) 上位目標	
対象州における保健人材の養成・定着・キャリア管理・継続教育が適正かつニーズに即して促進されるとともに、その成果が他の州へ普及する。	
(2) プロジェクト目標	
PNDRHSの策定及び実施を効果的・持続的に行うために必要な基盤が保健省（公衆衛生省。以下「保健省」という。）及び対象州において強化される。	

(3) 成 果

1. PNDRHS（2011～2015年）の評価結果に基づき、PNDRHS（2016～2020年）が策定・承認される。
2. PNDRHSを実施するための各種規定が整備される。
3. 対象州において中央の関与の下、PNDRHSに則し、かつ事実に基づいた対象州のPPDRHSが策定され実施が開始される。

(4) 投入（評価時点）

日本側：総投入額 5億4,000万円（2014～2016年は実績額、2017年は概算額の合計）

専門家派遣

長期専門家 3名（チーフアドバイザー、保健人材開発、業務調整）

短期専門家 3名

〔中級保健人材育成校（Institut National Pilote de l'Enseignement des Sciences de Santé。以下「INPESS」という。）運営管理指導、INPESS経理指導、保健人材開発計画〕

機材供与（保健人材データベース用パソコン等）12万2,344米ドル（US dollar。以下「USD」という。）（1,361万8,000円）¹

ローカルコスト負担 201万2,284USD（2億2,398万7,000円）²

研修員受入

本邦研修 28名

第三国研修（カナダ、コートジボワール、セネガル）15名

相手国側：

カウンターパート配置

土地・施設提供 保健省内プロジェクト事務所、DPS内の現地スタッフの執務室、ユーティリティー

ローカルコスト負担（車両代、会議費等）19万1,728 USD（2,134万1,000円）³

2. 評価調査団の概要

調査者	総 括	：相賀 裕嗣	JICA 国際協力専門員
	保健人材開発	：江上 由里子	国立国際医療研究センター（NCGM）国際医療協力局
	協力計画	：大野 明子	JICA 人間開発部 保健第二チーム 職員
	評価分析コンサルタント	：伊藤 治夫	株式会社アイコンズ
	通 訳	：平松 直子	株式会社翻訳センターパイオニア
調査期間	2017年6月11～23日	評価種類：終了時評価	

3. 評価結果の概要

3-1 実績の確認

(1) 投入・活動実績

本プロジェクトは、カウンターパート機関のニーズの変化に柔軟に対応し、活動を修正、

¹ 為替レート（2017年5月JICA統制レート使用）1 USD=111.31円

² 為替レート（2017年5月JICA統制レート使用）1 USD=111.31円

³ 為替レート（2017年5月JICA統制レート使用）1 USD=111.31円

追加している。また、地方分権、保健省再編といった活動の実施に影響を与える多くの外部条件が存在したにもかかわらず、おおむね計画に沿って活動が実施されている。

(2) 成果の達成状況

計画の進捗に合わせてほぼ達成されている。具体的には、成果1のPNDRHS（2011～2015年）の評価結果を基にPNDRHS（2016～2020年）が策定され、終了時評価時点では国家保健セクター運営会議技術委員会（Comité de Coodination Technique。以下「CCT」という。）による承認待ちの状況にある。

成果2は、PNDRHSを実施するための各種規定として、「キャリア管理規定文書」「中級保健人材（A2）助産師養成の能力基準、教育基準、評価基準、シラバス」「継続教育に係る政策、基準・要綱、規則」「保健人材（看護師及び助産師）養成国家統一ビジョン」「国家統一卒業試験（Jury National）⁴の評価報告」が作成された。しかし、一部文書の承認について遅れがみられる。

成果3は、対象3州においてPPDRHSが策定され、その評価結果⁵を基に第二版となるPPDRHS（2017～2020年）が策定されコンゴセントラル及びカサイセントラルでは既に承認された。同時に同計画に沿って「保健人材データベース」の構築・更新、「州保健人材年鑑」作成に係る指標が達成されつつある。

(3) プロジェクト目標の達成状況

一部の指標を除いてほぼ達成されている。プロジェクト目標の指標として、国家レベルにおいては、「国家保健人材委員会（Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé。以下「CNP-SS」という。）」の開催、「国家保健人材年鑑」の策定、州においては、「キャリア管理規定」及び「継続教育規定」「助産教育マテリアル」の使用状況、「州保健人材技術委員会」の開催頻度が指標として設定されている。「キャリア管理規定」の承認、「継続教育規定」の大臣署名の遅れに伴う対象州での文書の活用に係る指標及び「州保健人材技術委員会」の頻度について一部未達成がみられるが、他の指標は達成された。

(4) 上位目標の達成状況

他州におけるPPDRHSの策定及び対象州での予算増額に係る指標については将来の達成が見込まれる。

指標1では、全国6州でのPPDRHS策定が目標とされているが、他州でのPPDRHS策定の実績はない。しかし、東カサイ州及びブルアラバ州では米国国際開発庁（United States Agency for International Development。以下「USAID」という。）により2017年7月からの支援が予定されている。マニエマ州からのPPDRHSの策定要請に対しても世界銀行による支援が検討されており、対象3州と合わせて計6州での指標の達成が見込まれる。一方で指標2の対象州に

⁴ 全国統一卒業試験は、1966年に発出された保健人材に関する大統領令に基づき、保健省が1992年から一部の地域で試験的に開始し、2002年から全国規模で実施している中等保健人材養成校（単科）（Institut Techniques Médicales。以下「ITM」という。）/中等保健人材養成校（Institut d'Enseignement Médicale。以下「IEM」という。）の卒業予定者を対象とした全国統一の卒業試験である。

⁵ カタンガ州及び西カサイ州のPPDRHSの評価は、州保健行政再編成により、対象州が分割され、作成されたPPDRHSの対象、適応範囲が現状と合致しなくなったことから、中央保健省の方針として、同2州での計画評価を実施しないこととした。

におけるPPDRHSの活動予算の増加についてはコンゴセントラル州では、政府予算及び開発パートナーからの支援の増加により、計画に対する実績の割合が増加している。よって、現時点での指標達成見込みの判断は困難であるが、コンゴセントラル州の状況からは、他の2州においても将来の支出が増加する可能性は高いと判断される。

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性：高い

- ・プロジェクトの目標はコンゴ民の保健政策及びわが国の対コンゴ民援助政策と整合している。また、PPDRHSは、保健行政の地方分権化に資するものである。
- ・国家保健開発計画（Plan National de Développement Sanitaire。以下「PNDS」という。）（2011～2015年）評価報告書では、妊産婦、乳児死亡率を含む大部分の保健指標が未達成であり、保健セクター改革、法基盤整備が予定どおりに実施されていないこと、特に保健ゾーンにおける保健サービスの強化に必要となる保健人材能力強化が推進されていないことが要因として指摘されている。

(2) 有効性：やや高い

- ・プロジェクト目標に設定されている四つの指標のうち、指標1、2、4はほぼ達成された。一方で指標3については「キャリア管理規定」の認承及び「継続教育規定」の大臣署名の遅れにより、これらの規定文書の対象州での活用に係る指標が未達成である。
- ・プロジェクト目標のPNDRHSの効果的・持続的策定及び実施のための基盤強化達成のため、中央、州レベルでの定着、養成、キャリア管理、継続教育といった保健人材開発の基盤整備に係る成果が設定されていることから、プロジェクト目標達成のための各成果の貢献は明確である。

(3) 効率性：高い

- ・プロジェクトの支援により保健省が予算計画に基づき事業を遂行する能力が向上するとともに、国家統一卒業試験に必要な予算として、保健省が1万1,492 USDの財源を投入するなど自己予算が投入された。
- ・CNP-SSの活性化により、多くの開発パートナーによる保健人材開発分野への参入が増加し、PNDRHSの評価・策定への資金援助等が実施されることによりプロジェクトの事業費を抑えた効率的な運営が可能となりつつある。
- ・対象州に現地スタッフを配置し、事業遂行補助に加え、カウンターパート機関との調整や遠隔での情報収集体制を確立した。また、治安の悪化を理由に日本人専門家のアクセスが制限された州への現地スタッフの配置は、プロジェクトの持続的実施を可能として、効率性を高めたといえる。

(4) インパクト：やや高い

- ・前述のとおり上位目標の指標であるPPDRHSの他州での策定及び対象州における同計画への予算増加については、将来の達成が見込まれる。

- ・正のインパクトとして、対象州において作成された保健人材データベースで明らかになった状況から、無秩序な各医療施設や保健行政施設レベルでの人材登用を禁止する州知事令が発布された。
- ・コンゴセントラル州政府は中央の公務員省、保健省及び財務省に対して、退職対象者、行方不明者、死亡等、実際には存在しない543名の職員を除外することを求める公式通知が行われた。また、州内4,000名を超える公務員番号未登録かつ正式任命書がない職員のうち、436名の職員が人材任命書（Commission d'affectation）を受取り、97名の職員が公務員番号を受領し、36名の職員に対して新たに給与が支払われるようになった。
- ・開発パートナーであるSave the Children、Intrahealth/IMA〔英国国際開発庁（Department for International Development。以下「Dfid」という。）が支援するNGO〕、保健ファイナンス及びガバナンス（NGO）（Health Finance and Governance。以下「HFG」という。）（USAIDが支援するNGO）はプロジェクトの支援で策定された保険人材オブザベアトリー（Observatoire National des Ressources Humaines en Santé。以下「ONRHS」という。）、保健人材年鑑をプロジェクトの計画策定時の対象サイトの現状把握などに活用している。
- ・保険人材センターにおける助産教育基準が導入された14校中3校の試験合格率が100%を達成した⁶。
- ・2016年11月のバンクーバーでのグローバルフォーラムでの保健システムリサーチ国際シンポジウムにおいて、カウンターパートとプロジェクトが共同で実施したエボラウイルス病対策研修実施における関係者機関の調整についての発表により「Best French Poster Awards」を受賞した。

(5) 持続性：中程度

- ・政策面：現行のPNDS（2016～2020年）においても、本プロジェクトが支援する保健人材開発が引き続き重点分野として規定される。PNDSを基に策定されたPNDRHS（2016～2020年）には本プロジェクトの取り組みである「ガバナンス」「キャリア管理」「基礎教育」「継続教育」「パートナー」といった保健人材開発に係る五つの優先課題が示されており、これらの活動については、少なくとも2020年まで実施の継続が計画されている。
- ・組織面：保健省においては全13局から構成されていた部署が9局に再編成されることで、本プロジェクトのカウンターパートである第1局と第11局が合併する可能性が高く、これら保健人材関連局の再編後の実施体制には留意が必要となる。州においては、保健行政地方分権化に伴う州保健局の州保健監督局（Inspection Provinciale de la Santé。以下「IPS」という。）とDPSの2組織への分離により、IPS、DPSが新たに設置されたカサイセントラル州及びオカタンガ州では、DPSの人員不足、インフラの未整備といった課題が生じており、保健人材データベースの維持管理等、州の活動継続に影響を与える可能性がある。
- ・技術面：国家レベルのカウンターパート機関はプロジェクトの実施をとおして、活動を実施する能力が向上している。また、州においても、中央及びプロジェクトからの支援により、PPDRHSの策定・評価、保健人材データベース、州保健人材年鑑の作成ができる能力を有していることが確認された。

⁶ 保健省第6局では本プロジェクトにより作成された助産教育基準を基に全国統一テストを作成していることから、助産教育基準の導入校での合格率が高くなる傾向にある。

- ・財政面：国家統一卒業試験に必要な予算はプロジェクトから支援されてきたが、2016年の試験以降、保健省職員出張旅費及び試験会場監督官の人件費の一部が保健省より支出された。また、基礎教育局能力開発セミナー開催に係るカウンターパート出張旅費が保健省より負担されるなど財政面でのオーナーシップがみられた。しかし、PNDRHS、PPDRHSの実施のための政府予算は、職員給与や危険手当の支払いに終始し、保健人材開発に係る事業予算は開発パートナーからの財政支援に依存している。

3-3 効果発現に貢献した要因

(1) 開発パートナーとの協働

プロジェクトでは効率性、持続性と正のインパクトを期待し、他の開発パートナーとの協働を進めている。他の開発パートナーとの共同により、人材開発に係る活動について財政的な支援が増えるといった相乗効果が確認された。

(2) 対象州カウンターパートとの直接協議

対象州の主要カウンターパートである資源管理部長との直接協議の場を可能な限り多く設定することがプロジェクトの運営方針とされた。担当専門家に加え、チーフアドバイザーも可能な限り現地に赴くことで、良好なコミュニケーションが促進され、対象州での円滑な活動の実施に貢献した。

3-4 問題点及び問題を惹起した要因

(1) コンゴ民大統領選挙による日本人専門家の一時退避

2016年12月のコンゴ民大統領選挙による混乱により、日本人専門家の退避一時帰国措置が取られた。これが州保健人材技術委員会開催等、一部の州でのプロジェクトの進捗に影響を及ぼしたものの、その遅れは取り戻されつつある。

(2) 対象州での実施体制確立の遅れ

カサイセントラル州では州保健大臣の解任、IPSとDPSの分割、保健行政再編成による11州から26州への分割といった影響により、PPDRHSモニタリング評価を担う州保健人材技術委員会が長期にわたり開催されなかった。

3-5 結論

プロジェクト実施中に外部状況となる治安の悪化による日本人専門家の退避、地方保健再編成といった外部条件が生じたにもかかわらず計画された活動はほぼ計画どおり実施され、成果を発現している。評価5項目に関しても妥当性、効率性は高く、有効性、インパクトはやや高いと判断される。他方、政策面、技術面の持続性は高いが、組織面、財務面に関しては、DPSのインフラ、人員の配置及び計画実施のための予算の確保に関して課題が残る。プロジェクト目標はプロジェクト期間中におおむね達成することが見込まれるが、今後の他州への普及にかんがみ、プロジェクトの延長による「PPDRHS策定ガイドライン」「保健人材データベース作成ガイドライン」及び「州保健人材年鑑作成ガイドライン」作成支援がコンゴ民側から要請された。

3-6 提言

(1) プロジェクト期間内

1) キャリア管理、継続教育規定及び国家統一ビジョンの早期承認

キャリア管理規定、継続教育規定及び国家統一ビジョンの承認手続きを加速し、特にキャリア管理規定、継続教育規定はプロジェクト期間中に対象州において実施する必要がある。プロジェクト完了後は、実施のための支援が受けられなくなる可能性があることから、承認手続きと並行して、対象州での規定の実施に係る実施計画策定・体制整備を事前に進めることが望まれる。

2) プロジェクト内でのPPDRHS普及のためのガイドラインの策定

開発パートナーにより各州で策定が計画されているPPDRHSの整合性を図るためにも、本プロジェクトにおいて「PPDRHS策定ガイドライン」を策定する必要がある。また、「保健人材データベース作成ガイドライン」及び「州保健人材年鑑作成ガイドライン」の策定を支援し、将来の他州への普及を促進する。これら3種類のガイドラインは本プロジェクト期間内で作成されることが望ましく、必要に応じて2~3カ月程度のプロジェクト延長も検討する。

3) 持続性確保のための予算確保

本プロジェクトで策定を支援しているPNDRHS及びPPDRHSの実施のための予算確保のためには、コンゴ民国家予算の確保、国家保健人材委員会（Commission des Ressources Humaines de la Santé et Renforcement des Capacités。以下「CRHS」という。）や保健セクタードナー調整委員会（Groupe Inter Bailleurs Santé。以下「GIBS」という。）による政府内及び開発パートナーへのアドボカシーの継続が必要となる。

(2) プロジェクト終了後

1) 「コンゴ民の家」⁷土台づくりから四つの柱へのアプローチへの移行

本プロジェクトによるガバナンスや保健人材開発行政の基盤づくりという土台部分（政策、戦略、規則、計画、パートナー、研究、規定）への支援から、柱に相当する部分（定着、継続教育、キャリア管理、養成）への支援への移行が望まれる。さらに、PNDRHS、PPDRHSの実現可能性の向上のため、計画（Plan）、実施（Do）、評価（See）サイクルを試行し、その結果を土台部分である計画に反映する。

3-7 教訓

(1) 保健省人材関連局の部署間の連携

本プロジェクトでは、保健省内の保健人材関連局（第1、6、11局）及びDPSの関連部署間の連携が重視された。同時に養成、キャリア管理、定着、継続教育の四つのサブ委員会を有するCRHSにより、保健人材関連局の連携が促進された。このことが、一部の州において実際に適正配置が促進された貢献要因といえる。保健人材開発には単独の部局ではなく、

⁷ 日本及びコンゴ民側が共同で立案した保健人材開発システムを包括的にとらえるための概念。

関連部署の連携による包括的なアプローチの実施が望まれる。

(2) プロジェクト・サイクル・マネジメント（PCM）ワークショップ、活動計画の合意による当事者意識の向上

プロジェクト形成段階で参加型計画策定手法であるプロジェクト・サイクル・マネジメント（Project Cycle Management。以下「PCM」という。）ワークショップにより、活動計画をコンゴ民側関係者とともに作成したことにより、保健省のプロジェクトであるという当事者意識を醸成した。さらに、各活動の実施過程においても、カウンターパート側との議論、同意した詳細計画を策定することでカウンターパートの主体的活動が促進される。

(3) 現地スタッフとのコミュニケーション

プロジェクトでは対象州にプロジェクト雇用の現地スタッフを配置し、日報の作成、連絡体制を強化することにより、日本人専門家が不在の際にも活動を円滑に遂行させている。アクセスが困難なため日本人専門家による直接的指導が限定される地域では、現地スタッフとの連絡体制を構築し、カウンターパート機関への支援を遠隔で実施することが有効となる。

第1章 評価調査の概要

1-1 調査団派遣の経緯と目的

コンゴ民主共和国（以下「コンゴ民」という。）の保健指標は、1990～2015年にかけて5歳未満児死亡率（出生1,000対）は176から98〔世界保健機関（World Health Organization。以下「WHO」という。）〕及び妊産婦死亡率（出生10万対）は1,000から693（WHO）と一定の成果は上げたものの、ともにミレニアム開発目標（Millennium Development Goals。以下「MDGs」という。）は達成されず、持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals。以下「SDGs」という。）ゴール3「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」の下、2030年までに更なる改善がめざされている状況である。

保健指標低迷の要因の一つとして、都市・地方間での保健人材の偏在と人材の質の低下により、保健サービスへの住民のアクセスが極めて限られていることが挙げられる。また、医務職と事務職の偏在、地域による配置の偏在も深刻である。さらに、同国における保健人材開発に関する問題は、単に量的な不足（人材養成数の不足）・保健人材の質的な不足（不十分・不適切な基礎教育及び継続教育）にあるというだけでなく、保健人材の育成・配置・定着・管理のための計画策定にも課題があると考えられる。

このような課題に対処すべく、JICAは2008年から公衆衛生省（以下「保健省」という。）次官官房への政策アドバイザー派遣、2010年からは、保健省人材関連局（人事・総務担当局、保健人材基礎教育担当局、保健人材継続教育担当局）をカウンターパートとした技術協力プロジェクト「保健人材開発支援プロジェクト」（以下「フェーズ1」という。）を開始し、コンゴ民で初の保健人材に関する国家計画となるPNDRHS（2011～2015年）の策定・承認の技術的支援を行った。

続く本プロジェクト「保健人材開発支援プロジェクト フェーズ2」（以下「本プロジェクト」という。）では、3州（コンゴセントラル州、カサイセントラル州、オカタンガ州）を対象州とし、PNDRHSの策定及び実施を効果的・持続的に行うために必要な基盤が保健省及び対象州において強化されることを目的として、2014年1月～2018年1月までの4年間の予定で実施中である。

今般、本プロジェクトが2018年1月で終了するにあたり、コンゴ民側政府と合同でプロジェクトの実績、そして計画に対する達成度を確認するとともに、評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、持続性）の観点から評価を行うべく、JICAは終了時評価調査団を派遣した。同調査団では、評価結果に基づき、残存する活動期間の提言を行うとともに、協力終了後に取りべき対応策、今後の類似事業実施にあたっての教訓を導くために議論した。また、合同評価報告書を作成、協議議事録（Minutes of Meeting。以下「M/M」という。）を締結した。

1-2 調査団の構成

担当業務	氏名	所属・役職	派遣期間
総括	相賀 裕嗣	JICA 国際協力専門員	2017年6月18日～7月7日
保健人材開発	江上 由里子	国立国際医療研究センター（NCGM）国際医療協力局	2017年6月19～25日
協力計画	大野 明子	JICA 人間開発部 保健第二チーム 職員	2017年6月17～26日
評価分析コンサルタント	伊藤 治夫	株式会社アイコンズ	2017年6月10日～7月10日
通訳	平松 直子	株式会社翻訳センターパイオニア	2017年6月10日～7月10日

1-3 調査日程

本終了時評価の現地調査は、2017年6月11日（日）～23日（金）までの期間で実施された。2017年6月24日（土）～7月8日（土）までは、継続して「保健人材開発支援プロジェクトフェーズ3詳細計画策定調査」が実施された。本終了時調査日程の詳細内容は以下のとおり。

日付		活動内容
6/11	日	20H35 到着（コンサルタント、通訳）
6/12	月	08H30：総務・人材局長（第1局）表敬及びインタビュー
		09H30：CPU登録
		13H00：Intrahealth/IMA表敬及びインタビュー 15H00：保健省国際協力室長表敬
6/13	火	10H00：保健監督総局長表敬及びインタビュー
		11H00：継続教育局（第11局）職員インタビュー
		13H00：Save the Childrenインタビュー
6/14	水	09H00：プロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix。以下「PDM」という。）案作成のための政策アドバイザー、専門家、事務所との協議
		13H00：基礎教育局長表敬及びインタビュー
6/15	木	09H30：HFG表敬及びインタビュー
		16H00：PDM案作成のための政策アドバイザー、専門家、事務所との協議
6/16	金	08H00：JICA本部とのPDM協議
		11H00：調査計画局（第7局）表敬及びインタビュー
		13H00：供与機材確認及びINPESS教員へのインタビュー
6/17	土	終日：M/M作成、翻訳
6/18	日	終日：M/M作成、翻訳
		14H00：到着（協力計画）
		16H30：到着（総括）
6/19	月	08H30：次官表敬
		09H00：継続教育局長（第11局）表敬、M/M個別協議
		10H00：調査団員による団内協議
		14H00：総務・人材局（第1局）とのM/M個別協議
		14H30：到着（保健人材開発）
15H00：PDM案作成のための政策アドバイザー、専門家、事務所との協議		
6/20	火	08H30：JICA事務所表敬
		09H00：調査団員による団内協議
		10H00：基礎教育局長（第6局）とのM/M個別協議、PDM案手交
		11H00：総務・人材局長（第1局）とのM/M個別協議、PDM案手交
		14H30：総務・人材局実務者インタビュー
16H00：専門家インタビュー		
6/21	水	08H30：継続教育局（第11局）へのPDM案手交
		09H30：カサイセントラル州関係者との協議
		11H00：オカタンガ州関係者との協議
		14H00：コンゴセントラル州関係者との協議及びPDM案手交
		15H00：M/M作成
6/22	木	10H00：中央保健省及び介入対象州関係者との最終M/M協議
		13H00：M/M最終化
6/23	金	09H00：合同調整委員会（Joint Coordinating Committee。以下「JCC」という。）、M/M署名

1-4 主要面談者

(1) コンゴ民側関係者

1) 保健省

次 官	Dr MUKENGESHAYI KUPA
総務・人材局長（第1局）	M. NGUMBU MABANZA
基礎教育局長（第6局）	M. DESIRE BAPITANI
継続教育局長（第11局）	Dr BODY ILONGA
調査計画局長（第7局）	Dr EPUMBA EPONDO
保健監督総局長（元第6局長）	M. KOMBA DJEKO
国際協力室長	Dr MBALA CREPIN

2) DPS

カサイセントラル州資源管理部長	M. GUSTAVE KABUTAKARUA
オカタンガ州資源管理部長	M. YOMBWE BERTIN
コンゴセントラル州DPS局長	Dr KIMFUTA MAKENGO
コンゴセントラル州資源管理部長	M. JOHN BAKA ZOLA

3) INPESS校長

校 長	M. MPUTU JACOB
助産師担当課長	M. BAROANI MARCEL

(2) 日本側関係者

保健省政策アドバイザー 池田 憲昭

1) プロジェクト専門家

チーフアドバイザー	田村 豊光
保健人材開発 調整員	石嶋 忠行 狩野 貴子

2) JICA コンゴ民主共和国事務所

所 長	青木 利道
所 員	栗元 優
企画調査員	高須 道枝
在外専門調査員調整員	Dr RAYMOND MUFWAYA

(3) 開発パートナー

Intrahealth/IMA	Dr JEAN ROBERT LIKOFATA
Save the Children	Dr KAMUHA AIME
HFG	Mme JOCELYNE NKENGOLO

1-5 対象プロジェクトの概要

本プロジェクトは、保健省人材関連局によるPNDRHS（2016～2020年）の策定・承認に関する活動やPNDRHSの実施に必要な各種規定の整備を支援すると同時に、対象州のDPSによるPPDRHSの策定を支援することで、PNDRHSが効果的・持続的に策定・実施されるための基盤強化を図る。

さらに、対象州における適正かつニーズに即した保健人材の養成・定着・キャリア管理・継続教育の促進、その成果の他州への普及に寄与するものである。

2016年3月に実施された中間レビュー及びJCCにおいて、PDMバージョン0はPDMバージョン1に改訂・承認された。

協力期間	2014年1月～2018年1月（4年間）
ターゲット・グループ	保健省保健人材関連局（国家CRHS含む）、対象州人材担当部
対象地域	変更前：保健省及びバコンゴ州、西カサイ州、カタンガ州 変更後：保健省及びコンゴセントラル州、カサイセントラル州、オカタンガ州
上位目標	対象州における保健人材の養成・定着・キャリア管理・継続教育が適正かつニーズに即して促進されるとともに、その成果が他の州へ普及する。
プロジェクト目標	PNDRHSの策定及び実施を効果的・持続的に行うために必要な基盤が保健省及び対象州において強化される。
成果	1. PNDRHS（2011～2015年）の評価結果に基づき、PNDRHS（2016～2020年）が策定・承認される。 2. PNDRHSを実施するための各種規定が整備される。 3. 対象州において中央の関与の下、PNDRHSに則し、かつ事実に基づいた対象州のPPDRHSが策定され実施が開始される。

1-6 対象プロジェクトの実施体制

本プロジェクトは、JICA政策アドバイザーのカウンターパートである保健省次官をプロジェクトダイレクターとし、保健省内の人材関連局である第1局（総務・人材局）、第6局（基礎教育局）及び第11局（継続教育局）を国家レベルにおける主要なカウンターパートとしている。

州レベルでは2012年10月の公務員省令、2012年11月の保健省令により、保健行政区分が11州から26州へ再編成されることが規定され、2014年10月の保健省令により26州のDPSにおける人事の発表、2015年3月の大統領令により再編成が加速している。当初、DPSには、中央保健省に対応する13部署が存在していた。しかし2014年の保健省令により6部署に統廃合された。これにより、プロジェクトの実質的なカウンターパートはIPSの長である州保健監督官（*Médecin Inspecteur Provincial*。以下「MIP」という。）及びDPSの長であるDPS局長、DPS内の資源管理部が中心となり活動が実施されている。

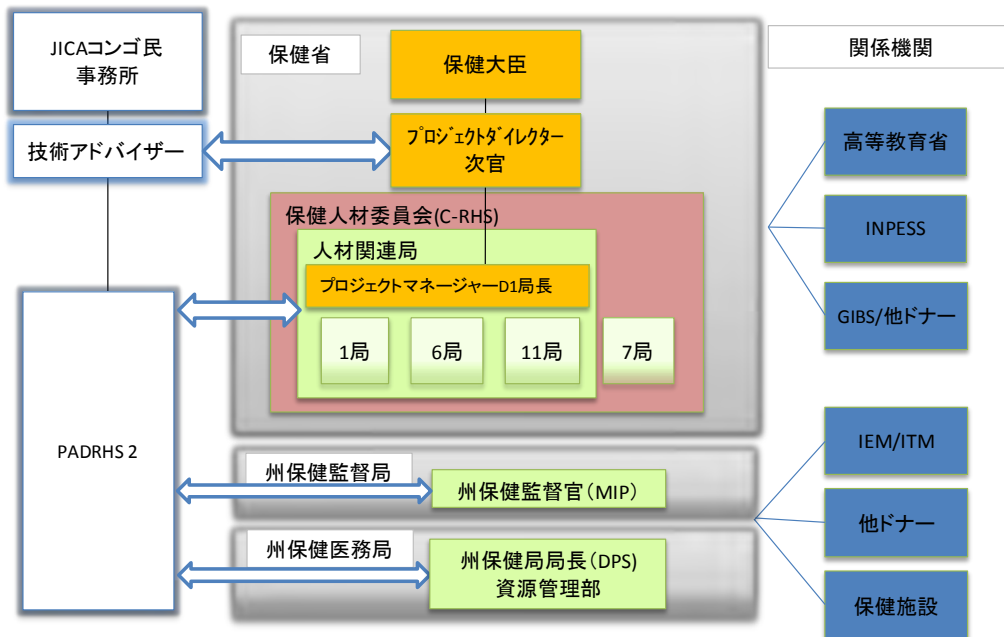


図 1 - 1 プロジェクト実施体制

1-7 プロジェクトの対象地域

本プロジェクトでは、バコンゴ州（現在のコンゴセントラル州）、西カサイ州、カタンガ州の3州を対象州としていたが、今回の保健行政区分の再編成により介入対象地域の見直しが実施された。2013年9月に実施された本プロジェクト詳細策定調査では、「地方分権化の過程において、既存の11州を26州に分割する計画についての議論がなされている。対象州が分割された場合の対象州の定義については、別途協議を経て確定する」としていたことから、プロジェクト、JICA事務所及びJICA本部との協議により、対象州をコンゴセントラル州、カサイセントラル州、オカタンガ州とすべく、MIPとの協議を経て、介入対象州が選定された。新たな対象州は2016年3月に実施された中間レビューの際のJCCにより、関係者により承認された。

第2章 評価の方法

2-1 評価実施方法

本終了時評価は、「新JICA事業評価ガイドライン第1版」(2010年)に準拠して実施した。PDMやその他関係資料に基づいて評価設問(調査すべき項目)を検討し、プロジェクトの実績、実施プロセス、評価5項目(妥当性、有効性、効率性、インパクト、持続性)に関する評価グリッドを作成した。

2-2 評価5項目

本終了時評価に適用された「評価5項目」の各項目の定義は表2-1のとおりである。なお、評価5項目のレーティングには、「高い」「やや高い」「中程度」「やや低い」「低い」の5段階スケールを用いた。

2-1 国際援助委員会〔経済協力開発機構(OECD)〕(DAC) 5項目による評価の視点

妥当性 (Relevance)	開発インターベンションの目標が、受益者の要望、対象国のニーズ、地球規模の優先課題及びパートナーやドナーの政策と合致している程度。
有効性 (Effectiveness)	開発インターベンションの目標が実際に達成された、あるいはこれから達成されると見込まれる度合いのことであり、目標の相対的な重要度も勘案しながら判断する。
効率性 (Efficiency)	資源及び(または)インプット(投入)[資金、専門技術(知識)、時間など]がいかに経済的に結果を生み出したかを示す尺度。
インパクト (Impact)	開発インターベンションによる貢献が期待されている、より高次の目標。
持続性 (Sustainability)	開発インターベンションの終了時における、開発インターベンションによる便益の持続性。中期的便益が継続する見込み。

出所：新JICA事業評価ガイドライン第1版(2010年)

2-3 データ収集方法と情報源

データ収集方法と情報源は以下のとおり。

表2-2 データ収集方法と情報源

情報・データ収集方法	目的	主な情報源
1) 文献調査	プロジェクトに関連する政策やプロジェクトの実績に関連する資料のレビュー	専門家進捗報告書 詳細計画策定報告書 中間レビュー調査報告書 各種成果品等
2) 質問票	プロジェクトの実績、効果の発現状況、インパクト、持続性に関する事項の把握	日本人短期専門家 保健省人材関連局 州保健人材関連局
3) インタビュー (質問票に基づく)	プロジェクトの実績・進捗業況、実施プロセス、評価5項目に関するヒアリング・確認	日本人短期専門家 保健省人材関連局 州保健人材関連局 開発パートナー
4) 現地視察	プロジェクトの実績・進捗状況、インパクトに関する確認	中央保健省、INPESS コンゴセントラル州DPS、保健ゾーン

2-4 評価調査の制約・限界

本プロジェクトの対象サイトはコンゴセントラル州、オカタンガ州、カサイセントラル州の3州となるが、治安状況及び時間的な制約により、コンゴセントラル州のみを対象に踏査を実施した。他の2州に関しては、踏査は行わなかったものの質問票及び関係者への聞き取り調査により情報収集を実施したことから、適正な評価を行ううえでの必要な情報は確保できたと判断される。

第3章 プロジェクトの実績

3-1 投入実績

(1) 日本側投入

日本側投入は専門家派遣、本邦研修、第三国研修、機材調達及びプロジェクト運営費である（表3-1参照）。専門家については長期専門家として、チーフアドバイザー、主に対象州におけるデータベース構築を担当する保健人材開発及び業務調整員の3名体制がとられている。短期専門家はINPESSの運営管理、経理指導及び保健人材開発計画の担当として3名が派遣された⁸。本邦研修は計28名、第三国研修には計15名のカウンターパートが参加し、研修先での日本人専門家による補完指導や参加者による帰国後の研修共有ワークショップ（Restitution）など、効果的な運営がなされている。機材供与として、主に中央及び州における保健人材データベース構築に係るコンピュータ及びコピー機等の調達が行われた。

表3-1 日本側投入実績表

R/Dの計画値（2013年11月）	終了時評価時の実績（2017年5月時点）
<日本人専門家> 1) 長期専門家 チーフアドバイザー 保健人材開発 業務調整 2) 短期専門家 保健人材養成 保健人材情報	<日本人専門家>（付属資料1、Annex 3） 1) 長期専門家：3名 チーフアドバイザー（2014/1/27～2018/1/27） 保健人材開発（2014/3/5～2017/12/20） 業務調整（2014/3/26～2018/1/27） 2) 短期専門家：3名 INPESS運営管理指導（2014/6/16～7/15） INPESS経理指導（2015/1/31～2/21） 保健人材開発計画（2017/1/30～3/18）
<本邦研修> 1) 本邦研修：年間2、3名 2) 第三国研修（セネガル三国間協力含む）	<本邦研修>（付属資料1、Annex 5） 参加人数：計28名 <第三国研修>（付属資料1、Annex 6） 参加人数：計15名（カナダ、セネガル、コートジボワール）
<機材調達> プロジェクト活動に必要な事務機器、事務用品	<機材調達>（付属資料1、Annex 9） データベース構築のためのコンピュータ及びコピー機等、計12万2,344 USD（約1,361万8,000円） ⁹ の機材が調達された。 2014年度：2万8,680 USD 2015年度：4万4,171 USD 2016年度：4万9,493 USD
<プロジェクト運営費> プロジェクト目標達成に必要な現地活動に係る経費	<プロジェクト運営費>（付属資料1、Annex 7） プロジェクト開始以降、プロジェクト運営費及び機材調達費として、計201万2,284USD（約2億2,398万7,000円） ¹⁰ が計上された。 2013年度：3万6,480 USD 2014年度：50万3,683 USD 2015年度：59万1,837 USD 2016年度：74万284 USD 2017年度：14万 USD（5月31日現在）

⁸ 現在INPESSには長期専門家が配属されており、本プロジェクトとは別の個別事業として実施されている。

⁹ 為替レート（2017年5月JICA統制レート使用）1 USD=111.31円

¹⁰ 為替レート（2017年5月JICA統制レート使用）1 USD=111.31円

(2) コンゴ民側投入

コンゴ民側の投入であるカウンターパートの配置として、保健省次官がプロジェクトダイレクター、保健省第1局長がプロジェクトマネジャーを担っている。その他、保健人材関連局である第1、6、11局よりそれぞれカウンターパートが任命されている。州レベルではIPS及びDPSよりカウンターパートが任命されている¹¹。さらに、保健省内のプロジェクト事務所及びIPS、DPSにおけるプロジェクト雇用の現地スタッフの執務室が提供されている。プロジェクト運営経費としては、2015年にバコンゴ州（現コンゴセントラル州）にて実施した保健人材データベース作成の際の車両提供、ワークショップ開催に係る費用等をコンゴ民側が支出した実績がある。コンゴ民側投入実績は表3-2のとおり。

表 3-2 コンゴ民側投入実績

R/Dの計画値（2013年11月）	終了時評価時の実績（2017年5月時点）
<p><カウンターパート></p> <p>1) プロジェクトダイレクター</p> <p>2) プロジェクトマネジャー</p> <p>3) その他カウンターパート</p>	<p><カウンターパート>（付属資料1、Annex 7）</p> <p>1) プロジェクトダイレクター（保健省次官）</p> <p>2) プロジェクトマネジャー（第1局長）</p> <p>3) その他カウンターパート（中央13名、州12名）</p>
<p><施設・設備></p> <p>保健省、DPSプロジェクトオフィスの整備</p>	<p><施設・設備></p> <p>1) 保健省内のプロジェクト事務所</p> <p>2) コンゴセントラル州、オカタンガ州、カサイセントラル州の現地スタッフ¹²の執務室</p> <p>3) 保健省及びDPSにおけるユーティリティー（水、電気等）</p>
<p><プロジェクト運営費></p> <p>プロジェクトオフィスの光熱費、インターネット通信料</p>	<p><プロジェクト運営費>（付属資料1、Annex 8）</p> <p>対象州における車両費、ワークショップ費等として計19万1,728 USD（約2,134万1,000円）¹³相当の経費が計上された。</p>

3-2 活動実績

本プロジェクトは、三つの成果に係る活動が計画されており、大統領選挙に伴う専門家の移動の制限、地方分権に伴う州保健行政再編といった活動の実施に影響を与える外部条件が存在したにもかかわらず、当初計画に沿ってほぼ遅滞なく実施されている。プロジェクト開始（2014年1月）から終了時評価時点（2017年5月）までの実施状況を表3-3に示す。

¹¹ 保健行政区分の再編成により州レベルのカウンターパートは一部変更された。

¹² 現地スタッフはプロジェクトで雇用し支援業務（会計処理を含む）対象州に配置されている。カサイセントラルは保健を含む開発パートナーとの業務経験、オカタンガは南アフリカでの経営学、コンゴセントラルは社会学を学んだスタッフが配置されている。

¹³ 為替レート（2017年5月JICA統制レート使用）1 USD=111.31円

表3-3 主要な活動実施状況（2014年1月～2017年5月）

<p>【PDM以外の成果】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● JCC開催（5回）（2014年4月、2015年4月、2016年3、4月、2017年4月） ● 国家CRHS開催（4回）（2014年11月、2015年2、4月、2016年12月） ● 本邦研修実施（2014年1月、2015年7、8月、2016年8月） ● 三国間協力の枠組みでのセネガル技術交換のための研修（2014年8月） ● 保健人材管理ネットワーク（Réseau Vision Tokyo。以下「RVT」という。） 2010ダカール総会（2014年8月） ● カナダ国際看護学会参加（2015年5～6月） ● RVT 2010アビジョン総会（2015年12月） ● RVT2010コトヌ総会（2016年5月） ● 保健セクターにおける雇用と経済成長に係るハイレベル委員会（2016年5月） ● 仏語圏アフリカ保健人材管理集団研修（2016年8～9月） ● RVT 2010東京総会（2016年9月）
<p>【成果 1】</p> <p>保健人材オブザバトリー（Observatoire National des Ressources Humaines en Santé。以下「ONRHS」という。）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ONRHS小冊子印刷（400部）（2014年3月） ● ONRHS技術委員会の開催（全3回、2014年3月、2015年4月、2016年6月） <p>CNP-SS</p> <ul style="list-style-type: none"> ● CNP-SS（全7回、2014年11月、2015年2、5月、2016年2、4、9月、2017年2月） <p>PNDRHS（2011～2015年）評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ● RNDRHS（2011～2015年）評価のためのツール作成ワークショップ（2015年8月） ● RNDRHS評価に係る全国出張（2015年10～11月） ● 上記出張で収集したデータの分析、及び評価のためのワークショップ（2015年11～12月） ● データ統合分析・報告書作成（2015年12月～2016年2月） ● 報告書承認（2016年3月） <p>PNDRHS（2016～2020年）策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ● PNDRHS（2016～2020年）策定第1回ワークショップ（2016年7月） ● PNDRHS（2016～2020年）策定第2回ワークショップ（2016年10月） ● PNDRHS（2016～2020年）策定第3回ワークショップ（2016年12月） ● PNDRHS（2016～2020年）策定第4回ワークショップ（2017年1月） <p>保健人材年鑑</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 2013年版保健人材年鑑の印刷及び配付（2014年） ● 2015年保健人材年鑑作成のためのワークショップ（2016年1月） ● 2015年保健人材年鑑発刊（2016年8月） <p>保健人材概況書</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 保健人材概況書作成のためのワークショップ（2014年12月） ● 保健人材概況書（ドラフト）の文書最終化に係るワークショップ（2015年1月） ● 保健人材概況書の発刊（2015年1月）
<p>【成果 2】</p> <p>保健人材養成国家統一ビジョン策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 保健人材養成国家統一ビジョン策定のための、看護師及び助産師〔上級保健人材（A1）/A2〕の専門職基準案の提示、コンピテンシーアプローチ手法に関する講義（2014年7月） ● 保健人材養成国家統一ビジョン策定のため現地調査を実施する。それに係る調査補助員養成のための研修（2014年8月） ● 現地調査の結果報告、保健人材養成国家統一ビジョン策定のためのロードマップ作成ワークショップ（2014年8月） ● 保健人材養成国家統一ビジョン策定に向け、ビジョン案の作成、その案に沿ったロードマップ改訂案の作成、専門職基準案の作成のためのワークショップ（2014年12月） ● 保健人材養成国家統一ビジョン策定ワークショップ（2015年9月） ● 国際看護の日における保健人材養成国家統一ビジョン普及イベント（2016年5月） ● 保健人材養成国家統一ビジョン策定に係る看護師評議会と保健省主催会合（2016年10月）

A2助産師教育基準

- A2助産師第3学年用の教育基準の作成ワークショップ（2014年6月）
- A2助産師第3学年用の評価基準の作成（2014年11月）
- A2助産師教育基準、評価基準（第4学年）作成のためのワークショップ（2015年5月）
- A2助産師（第4学年）のシラバス文書最終化のためのワークショップ（2015年6月）
- A2保健人材養成校スーパービジョン（2016年4月）
- A2保健人材養成校スーパービジョン結果報告会（2016年5月）
- A2保健人材養成校スーパービジョン（2016年10月）
- A2保健人材養成校スーパービジョン結果報告会（2016年11月）
- IEM及び基礎教育担当保健行政官対象の教育能力強化セミナー（2017年1月及び2月）

国家継続教育政策文書、規準・要綱、規則

- 国家継続教育政策、規準・要綱¹⁴の策定ドラフト作成に係るワークショップ（2014年9～10月）
- 国家継続教育政策に関する保健省令案作成のためのワークショップ（2015年7月）
- 国家継続教育政策文書、規準・要綱、規則の策定ドラフト作成に係るワークショップ（2016年5月）
- 国家継続教育政策文書、規準、保健省令承認会議（2016年6月）

国家統一卒業試験

- 国家統一卒業試験の実施（2013～2014年）（2014年9月）
- 国家統一卒業試験（2013～2014年）の結果報告会（2014年7月）
- 国家統一卒業試験（2014～2015年）の実施（2015年9月）
- 国家統一卒業試験（2014～2015年）の結果報告会（2015年8月）
- 国家統一卒業試験実施ガイドライン作成のためのワークショップ（2015年3月）
- 全国26 DPSの基礎教育部長を対象にした能力強化セミナー（2015年12月）
- 国家統一卒業試験実施ガイドライン完成（2016年3月）
- 国家統一卒業試験（2015～2016年）第1セッションの実施（2016年5～6月）
- 国家統一卒業試験（2015～2016年）の結果報告会（2016年7月）
- 国家統一卒業試験（2015～2016年）第2セッションの実施（2016年9月）

【成果 3】

保健人材データベース

- バコンゴ州データマネジャー養成に係る研修（2014年12月）
- バコンゴ州保健人材データベース作成のためのデータ収集活動（2015年2～7月）
- オカタンガ州データマネジャー養成に係る研修（2015年11～12月）
- オカタンガ州保健人材データベース作成（2016年2～3月）
- オカタンガ州保健人材データベース作成第2フェーズ（2016年5～7月）

州保健人材技術委員会

- コンゴセントラル州保健人材技術委員会の開催（全16回、2015年6月～2017年2月）
- オカタンガ州保健人材技術委員会の開催（全4回、2015年10月、2016年7、12月、2017年2月）
- カサイセントラル州保健人材技術委員会の開催（全5回、2016年1月、2016年7、8、11月、2017年3月）

PPDRHS

- バコンゴ州PPDRHS策定のためのワークショップ（2014年6月）
- カタンガ州PPDRHS策定のためのワークショップ（2014年9月）
- 西カサイ州PPDRHS策定のためのワークショップ（2014年10月）
- コンゴセントラル州PPDRHS（2011年～2015年）評価ワークショップ（2016年11～12月）
- コンゴセントラル州PPDRHS（2017～2020年）策定のためのワークショップ（2017年2～3月）
- オカタンガ州PPDRHS（2017～2020年）策定のためのワークショップ（2017年5～6月）

州保健人材年鑑

- カサイセントラル州保健人材年鑑作成のためのワークショップ（2016年7～8月）
- コンゴセントラル州保健人材年鑑作成のためのワークショップ（2016年10月）

¹⁴ 国家継続教育政策は、継続教育の現状分析、ビジョン、定義、戦略、実施及びモニタリング評価、パートナーとの協働について、その指針を明記している。規準と要綱は、継続教育実施の際に参考とする実務的なガイドである。継続教育システム、指導者基準、ガバナンス、財源、教育実施形態、評価等について、各指針を明記している。

3-3 成果達成状況

成果は以下に示すとおり、ほぼすべての指標が達成もしくはプロジェクト完了時までには達成が見込まれ、プロジェクトの支援により策定された成果品の品質、活用状況、関係者の満足度からも、プロジェクト目標の達成に寄与していることが確認された。

各指標は、「達成」「達成見込み」「一部達成」「未達」の4段階で達成度を評価した。

(1) 成果1

成果1	指標
PNDRHS（2011～2015年）の評価結果に基づき、PNDRHS（2016～2020年）が策定・承認される	1-1. PNDRHS（2011～2015年）評価のためのツールが作成される。
	1-2. PNDRHS（2011～2015年）の評価報告書が作成される。
	1-3. 国家保健人材概況書が発行される。
	1-4. PNDRHS（2016～2020年）が策定され、承認される。

1) 指標1-1：達成

PNDRHS（2011～2015年）の実践状況の評価し、PNDRHS（2016～2020年）の策定することを目的として、PNDRHS（2011～2015年）評価のためのツールを作成するためのワークショップが2015年8月に実施された。ワークショップではPNDRHSの五つの戦略に基づき、国家、州レベルともに各5種類の評価ツール（ガバナンス、計画、基礎教育、モチベーション、人材管理）合計10種類の評価シートが作成され、CRHSにより承認された。

2) 指標1-2：達成

上記の評価ツールを用いて旧保健行政区分26州の評価ミッションが組織され、評価に必要なデータが収集された。収集されたデータに基づきPNDRHS（2011～2015年）の評価報告書が2015年12月のワークショップにおいて作成され、2016年2月に承認、同年3月に報告書が発刊された。なお、本評価はプロジェクトのみならず、保健人材開発にかかわる開発パートナーであるIntrahealth/IMA（DfIDが支援するNGO）及びICAP/NEPI（USAIDによる支援）による技術、財政的支援が実施され、さらに、世界銀行及び国連人口基金（United Nations Population Fund。以下「UNFPA」という。）による助産師に係るデータ収集時の技術支援が行われた。PNDRHS（2011～2015年）の評価において指摘された要改善点は以下のとおり。

表3-4 PNDRHS（2011～2015年）評価により指摘された改善が必要となる項目

PNDRHSの下位目標	要改善項目
1. ガバナンス・リーダーシップの強化	<ul style="list-style-type: none"> 保健人材情報システムの構築 保健人材管理の地方分権化
2. 計画策定強化	<ul style="list-style-type: none"> 計画策定段階における組織能力の強化 キャリアアップに関する改善
3. 基礎教育の質の改善	<ul style="list-style-type: none"> 人材養成分野の健全化 需要に対応した教育カリキュラムの採用 人材養成機関の強化
4. 人材管理強化	<ul style="list-style-type: none"> バランスのとれた人材配置 継続教育システムの強化 調査、組織能力の強化
5. モチベーション・定着の確保	<ul style="list-style-type: none"> 職務環境と報酬、社会保障制度の改善

3) 指標1-3：達成

2014年国家保健人材概況書（Profil Pays）¹⁵がプロジェクトの支援により作成され発行された。作成された国家保健人材概況書は、ONRHSのWEBサイト¹⁶に公開され、PNDRHS（2016～2020年）の策定に活用された。

4) 指標1-4：達成見込み

2016年にPNDS（2016～2020年）が策定され、同計画を基にPNDRHS（2016～2020年）の策定が開始され2017年2月に開催されたCNP-SSで採用された。終了時評価時点ではCCTでの承認待ちの状況であり、2017年7月には承認される見込みである。

(2) 成果2

成果2	指 標
PNDRHSを実施するための各種規定が整備される	2-1. キャリア管理に係る規定文書が作成され、承認される。
	2-2. A2助産師養成に係る職能基準、能力基準、教育基準、評価基準、シラバスが作成される。
	2-3. 継続教育に係る規定文書が作成され、承認される。
	2-4. 看護師及び助産師養成国家統一ビジョンが、活動1-10で作成されるPNDRHS（2016～2020年）に記載される。
	2-5. 国家統一卒業試験Jury Nationalの評価報告が作成される。

1) 指標2-1：達成見込み

キャリア管理に係る規定文書は、2017年4月に他の開発パートナー（HFG）との協働により作成され、終了時評価時点では国家承認手続きが行われている。

2) 指標2-2：達成見込み

A2助産師養成に係る第1学年から第4年生、すべての学年の「能力基準」「教育基準」「評価基準」「シラバス」が作成され、新教育プログラム¹⁷を導入した17校において活用されている。実際にこれらを活用している養成校（INPESS）の助産師教育担当指導員からは、マテリアルの質について高い評価がなされた。さらに、当初計画されていなかったA2¹⁸助産師に係る専門職規定¹⁹は「保健人材養成国家統一ビジョン」の承認後に作成が開始される。

3) 指標2-3：達成見込み

継続教育に係るコーディネーションが行われる基盤の整備を目的として、2015年3月に継続教育に係る「国家政策（Politique Nationale）」「基準（Norme）・要綱（Directive）」及び「規則（Texte Règlementaire）」の各規定文書案が、第1局及び第6局の共同作業により策定された。2016年6月8日にCCTの場で承認され、終了時評価時点では保健大臣署名を待つ

¹⁵ 保健人材概況書は、WHOアフリカ地域事務所（AFRO）のイニシアティブによりアフリカ各国で作成されている。

¹⁶ <http://www.minisante-rhs.cd/index.php/profil-pays>

¹⁷ 新教育プログラムとはApproché Par Compétence（APC）をさす。

¹⁸ 看護師、助産師は高等教育省が管轄するA1、保健省が管轄するA2、初級保健人材（伝統産婆を含む）（A3）に分割される。A3は旧制度による資格で現在もこの資格の職員は存在しているが、学校での養成は廃止されている。

¹⁹ 保健人材養成のための保健省と高等教育省の共通政策「保健人材（看護師及び助産師）養成国家統一ビジョン」を具体化する規定となる。

ている状況にある。

4) 指標2-4：達成見込み

「保健人材養成国家統一ビジョン」が保健省及び高等教育省の共同作業により策定された。さらに、PNDS（2016～2020年）及びこれに沿って策定されたPNDRHS（2016～2020年）に同ビジョンの運用について記載された。終了時評価時点では保健省及び高等教育省による合同承認を待っている状況にある。

5) 指標2-5：達成

2014、2015、2016年の国家統一卒業試験（Jury National）²⁰の評価報告が作成された。約470のA2保健人材養成校（ITM/IEM）の学生約5,500名が国家統一卒業試験を受験しており、その結果は、全国のDPSに共有されている。さらに、プロジェクトでは国家統一卒業試験実施ガイドライン（Guide du Jury National）第2版²¹の作成を支援し、全国の主要な採点センター、保健省職員及びDPS基礎教育長に対して使用説明会を開催し、全国での同ガイドラインの使用を徹底することにより、試験監督、採点、実施手順に係る改善が確認された。

(3) 成果3

成果3	指標
対象州において中央の関与の下、PNDRHSに則し、かつ事実に基づいた対象州のPPDRHSが策定され実施が開始される	3-1. 対象州のPPDRHS（2011～2015年）が策定され、承認される。
	3-2. コンゴセントラル州及びオカタンガ州において80%以上の保健ゾーンの保健人材データベースが作成され、報告書が作成される。
	3-3. コンゴセントラル州及びオカタンガ州において保健人材データベースが更新される。
	3-4. 対象州の州保健人材年鑑が作成される。
	3-5. 対象州のPPDRHS（2011～2015年）の評価報告書が作成される。
	3-6. 対象州のPPDRHS（2016～2020年）が策定され、承認される。

1) 指標3-1：達成

対象3州（旧行政区分）すべてにおいて、PPDRHSが策定され、承認された。各対象州におけるPPDRHSの対象期間と承認時期は以下のとおり。

表3-5 各対象州におけるPPDRHSの対象期間と承認時期

対象州	PPDRHS対象期間	承認時期
コンゴセントラル州	2014～2016年	2014年10月
西カサイ州	2014～2016年	2015年6月
カタンガ州	2015～2017年	2015年3月

2) 指標3-2：達成

コンゴセントラル州及びオカタンガ州において保健人材データベースが構築され、目

²⁰ 全国統一卒業試験は、1966年に発出された保健人材に関する大統領令に基づき、保健省が1992年から一部の地域で試験的に開始し、2002年から全国規模で実施しているITM/IEMの卒業予定者を対象とした全国統一の卒業試験である。

²¹ 同試験実施ガイドライン第1版がプロジェクトフェーズ1終了後、第6局主導で作成された。

標の80%以上に対して、コンゴセントラル州96.8%、オカタンガ州96.3%²²の保健ゾーンの保健人材データが登録された。カサイセントラル州は他の開発パートナー（Intrahealth/IMA）の支援によりデータベースが完成している。

表3-6 各対象州における保健人材データベース完成時期及びカバー範囲

対象州	完成時期	カバー範囲（目標80%）
コンゴセントラル州	2015年10月	96.8%（30/31保健ゾーン）
オカタンガ州	2017年3月	96.3%（26/27保健ゾーン）

3) 指標3-3：達成

保健人材データベースの更新に関して、コンゴセントラル州では2016年9月にデータが更新された。2017年のデータ更新は8月もしくは9月をめどに予定されている。オカタンガ州は2017年5月にデータベースが構築された2017年8月をめどにデータ更新が予定されている。コンゴセントラル州DPSでは、データベースの更新手順が作成され、州保健人材技術委員会において採用が承認された。

4) 指標3-4：達成

コンゴセントラル州は2016年11月に州保健人材年鑑2016年版を作成、発刊した。2017年版は2017年9月に作成予定である。カサイセントラル州は2016年10月に2016年版州保健人材年鑑を作成、発刊した。なお、カサイセントラル州では年鑑作成のため、他の開発パートナーが作成した保健人材データベースを使用している。2017年版は2017年8月に作成予定である。また、オカタンガ州では、2017年3月に州保健人材年鑑の基礎となる州保健人材データベースが完成し、同年9月に保健人材年鑑の作成が予定されている。

表3-7 各対象州における保健人材年鑑の作成時期

対象州	2016年版年鑑	2017年版年鑑（作成予定）
コンゴセントラル州	2016年11月	2017年9月
オカタンガ州	-	2017年9月
カサイセントラル州	2016年8月	2017年8月

州保健人材年鑑が整備されることで対象州において、以下のような効果が確認された。

- 保健人材に関する全般的な情報が関係機関に共有され、州内の保健人材の実態が具体的に広く認識された
- 具体的な数値を基に、公務員登録の促進や、給与や各種手当の支払いの適正化が促進した
- 第2世代のPPDRHS策定に際して、具体的な根拠に基づく計画策定が可能となった
- 州保健人材年鑑のデータを、国家保健人材年鑑に反映することにより精度が向上した

²² コンゴセントラル州のKitona保健ゾーン及びオカタンガ州のVangu保健ゾーンは軍管轄下であるためデータベース作成が見送られた。

5) 指標3-5：達成

コンゴセントラル州では2016年12月にPPDRHS（2011～2015年）の評価報告書が作成された。カタンガ州及び西カサイ州のPPDRHSの評価は、州保健行政再編成により、対象州が分割され²³、作成されたPPDRHSの対象、適応範囲が現状と合致しなくなってしまうことから、中央保健省の方針として、同2州での計画評価を実施しないこととした。

6) 指標3-6：達成見込み

コンゴセントラル州及びカサイセントラル州では2017年3月にPPDRHS（2016～2020年）が承認された。オカタンガ州でPPDRHSが策定され2017年7月の承認が見込まれる。各対象州におけるPPDRHSの対象期間と承認状況は以下のとおり。

表 3-8 各対象州におけるPPDRHSの対象期間と承認時期

対象州	PPDRHS対象期間	承認時期
コンゴセントラル州	2017～2020年	2017年3月
カサイセントラル州	2017～2020年	2017年3月
オカタンガ州	2017～2020年	2017年7月（予定）

3-4 プロジェクト目標達成状況

プロジェクト目標	指標
PNDRHSの策定及び実施を効果的・持続的に 行うために必要な基盤 が保健省及び対象州に おいて強化される	1. 保健人材管理にかかわる関係者調整会議が、CRHSや保健人材調整メカニズム（ONRHS）の機会を用いて、年4回以上開催される。
	2. 国家保健人材年鑑が年1回発行される。
	3. 対象州において、保健省によって作成された規定や文書が使用される。 ・キャリア管理及び継続教育規定が60%以上の介入対象州で使用される。 ・助産教育マテリアルが75%以上の対象校（新プログラム導入校）で使用される。
	4. 介入対象州において、州保健人材技術委員会が年4回以上開催される。

(1) 指標1：達成

CRHSは2014、2015年度とも3回ずつ開催され、2016年度は4回〔うち2回は他の開発パートナー（HFG、Intrahealth/IMA）による支援〕開催された。保健人材調整メカニズム（ONRHS）は2014～2016年度まで毎年1回ずつ開催されており、これらを合計すると2014、2015年度に年4回、2016年度に5回の調整会議が開催されたこととなり、目標の年4回を達成している。

(2) 指標2：達成

2013年及び2015年の保健人材年鑑が発刊された。2014年は保健人材年鑑に代え、保健人材概況書（Profil Pays）が発刊された。2016年保健人材年鑑は2017年9月の発刊をめざしている。

²³ フェーズ2実施の2014年に発令された大統領令により、カタンガ州は四つの州に分割され、オカタンガ州が対象州とされ、西カサイ州は二つの州に分割され、カサイセントラルが対象州とされた。

(3) 指標3：一部達成

「成果2、指標2-1」に記載したとおり、キャリア管理規定²⁴は2017年4月に作成され、終了時評価時点ではCCTによる承認待ちの状況にある。承認後、対象州DPSへ配布し活用することが計画されている。継続教育規定は2016年6月承認済み。しかしながら、対象州のDPSではいまだ活用²⁵されていないが、既に各州での普及計画に沿ったTORが作成済みであり、署名後直ちに活用可能な体制にある。

A2助産師各種基準はすべて作成済みである。2017年5月時点で新プログラムを用いている17校²⁶中14校（82%）において、プロジェクトにより作成された助産教育基準に沿った内容の教育・評価が実施されており、目標の75%を達成している。残りの3校で助産教育基準が導入されない理由は、必要な教材、実習機材といったインフラの不足、教員が指導方法を理解していないことが主な理由であり、保健省はスーパービジョンの機会を設けて教員に対する助産教育教材の使用法を指導している。

(4) 指標4：一部達成

対象州における州保健人材技術委員会²⁷の開催頻度に関して、コンゴセントラル州は、2015年6月の第1回会議以降、定期的に開催され、2015年は9回、2016年は7回開催されており、5回はプロジェクトからの財政支援を受けずに独自で開催している。プロジェクトの後半から支援が開始されたカサイセントラル州では2015年に1回、2016年に4回会議が開催された。同じく後半から支援を受けているオカタンガ州では2015年に1回、2016年の開催は、年末の大統領選挙による専門家の国外退避の影響により3回にとどまったが、目標値である「年4回以上の州保健人材技術委員会開催」をほぼ達成している。州保健人材技術委員会のなかではPPDRHS策定に係る計画、モニタリング、関係者への実施状況の共有等が実施され、州保健人材関連部局との関係構築、情報共有が促進された。

3-5 上位目標達成状況（達成見込み）

上位目標	指標
対象州における保健人材の養成・定着・キャリア管理・継続教育が適正かつニーズに即して促進されるとともに、その成果が他の州へ普及する。	1. PNDRHSに基づき、PPDRHSが6州で策定される。
	2. 対象州のPPDRHS（2016～2020年）に係る活動予算が10%増加する。

(1) 指標1：達成見込み

対象3州においてはPPDRHSが策定されたが、他州での策定実績はない。しかし、全国でのPPDRHSの策定支援の実施がPNDRHS（2016～2020年）に記載され、また、対象州のPPDRHSは、主に保健省カウンターパートからDPSへの支援により策定されており、保健省はPPDRHS策定支援の能力を有している。さらに、第1局長によると、他州でのPPDRHS策定

²⁴ キャリア管理規程はDPSが保健人材を採用、配置する際のガイドラインとなる。

²⁵ 活用とは、キャリア管理規定を各DPSに配布し、保健省によりDPS職員へその使用方法の指導を実施することまでとしている。

²⁶ 保健省第6局長通達に従って、A2助産師養成にコンピテンシーアプローチを用いているIEMが承認されている。

²⁷ 州保健人材技術委員会では、PPDRHS、技術文書の策定、モニタリング結果の共有を実施している。

に関して、東カサイ州ではSave the Children、ルアラバ州ではUSAIDにより2017年7月からの支援が予定されている。マニエマ州からのPPDRHSの策定要請に対しても世界銀行による支援が検討されている。このことから、対象3州を含む計6州において、PPDRHSが策定される可能性は高いと判断される。

(2) 指標2：達成見込み

指標2のPPDRHSに係る活動予算については、コンゴセントラル州では、政府予算及び開発パートナーからの支援の増加により、表3-9に示すとおり予算（計画）に対する支出が増加している。一方でカサイセントラル州、オカタンガ州においては、保健行政地方分権化の影響により、PPDRHSに係る予算実績の推移を入手することができなかった。よって、現時点での指標達成見込みの判断は困難であるが、コンゴセントラル州の状況からは、他の2州においても将来の支出が増加する可能性は高いと判断される。

表 3-9 コンゴセントラル州におけるPPDRHS予算の推移

(単位：USD)

	2014年	2015年	2016年
予算	8,706,154	9,758,445	8,997,643
支出	3,815,164	6,302,160	6,206,569
%	44%	65%	69%

出所：コンゴセントラル州DPS

3-6 障害・貢献要因

(1) 効果発現に貢献した要因の分析

1) 開発パートナーとの協働

プロジェクトでは効率性、持続性と正のインパクトを期待し、他の開発パートナーとの協働を進めている。他の開発パートナーとの共同により、人材開発に係る活動について財政的な支援が増えるといった相乗効果が確認された。

2) 対象州カウンターパートとの直接協議

州の主要カウンターパートであるDPS資源管理部長との直接協議の場を可能な限り多く設定することがプロジェクトの運営方針とされた。担当専門家に加え、チーフアドバイザーも可能な限り現地に赴くことで、良好なコミュニケーションが促進され、対象州での円滑な活動の実施に貢献した。

(2) 効果発現を障害した要因の分析

1) コンゴ民大統領選挙による日本人専門家の一時退避

2016年12月のコンゴ民大統領選挙による混乱により、日本人専門家の退避一時帰国措置が取られた。これが州保健人材技術委員会開催等、一部の州でのプロジェクトの進捗に影響を及ぼしたものの、その遅れは取り戻されつつある。

2) 対象州での実施体制確立の遅れ

カサイセントラル州では州保健大臣の解任、IPSとDPSの分割、保健行政再編成による11州から26州への分割といった影響により、PPDRHSモニタリング評価を担う州保健人材技術委員会が長期にわたり開催されなかった。オカタンガ州、カサイセントラル州では、保健行政分権化の影響により、現時点でもMIPが未配置となるが、目立った影響は生じていない。

第4章 評価結果

4-1 妥当性

妥当性は以下の点から「高い」と判断する。

(1) コンゴ民保健政策・戦略との整合性

PNDS（2016～2020年）は、2016年3月に実施されたPNDS（2011～2015年）の評価結果を踏まえ、国連のSDGs並びにユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage。以下「UHC」という。）の実現を重点に策定された。PNDS（2016～2020年）では①保健サービス受診のための給付・補助金の設立、②保健システムの強化（保健サービス供給、保健医療施設・医療機材、保健人材、医薬品、保健財政、保健情報）、③ガバナンス強化が優先課題として明記されており、本プロジェクトの目標は特に②保健システムの強化における保健人材、保健情報の整備と合致している。

(2) コンゴ民のニーズとの整合性

PNDS（2011～2015年）の評価が実施され、保健指標の達成状況が確認された。その結果、予防接種率、ANC利用率、熟練介助者立ち会いによる分娩やマラリア予防の蚊帳の利用率などは改善されてきたが、妊産婦、乳児死亡率を含む大部分の指標が未達であった。この要因として、保健セクター改革、法基盤整備が予定どおりに実施されていないこと、特に保健ゾーンにおける保健サービスの強化に必要な保健人材能力強化が推進されていないことが評価報告書に指摘されている。

公立の保健医療施設に勤務する医療従事者数は大幅に増加している²⁸ものの、2015年の保健人材配置割合は9.63人（対人口1万）で、UHC達成には、人口1,000人当たりの医師・看護師・助産師の合計が4.45人（45人対人口1万）とするWHOの国際基準を大幅に下回っている。さらに、保健人材基礎教育においては、高等教育省管轄の高等保健人材養成校（Institut Supérieur des Techniques Médicales。以下「ISTM」という。）が過去7年間に急増しており（42%増）、保健省管轄の中等保健人材養成校（ITM/IEM）との保健人材養成に係る国家共通政策の策定及びその実施が急務となる。急増する教育機関が提供する教育内容の医療現場のニーズとの不一致による、保健サービスの質の低下が懸念されており、教育の質の向上が求められている。さらに、現職の医療従事者には、技術を向上させるための継続教育の強化や定着につながる労働条件や公務員身分の保障などの改善が課題とされている。このことから本プロジェクトの目標は終了時評価時点においても同国の保健人材の開発ニーズと合致している。

(3) 日本の政府開発援助（ODA）政策との整合性

外務省、対コンゴ民事業展開計画における基本方針（大目標）「国家再建に向けた平和の定着と基礎的な経済社会発展への支援」での重点分野（中目標）として、①平和の定着、②社会サービスへのアクセス改善、③環境保全、④経済開発の4分野があり、そのなかで本

²⁸ 保健人材は2008年の9万275人から2015年の14万7,129人（5万6,854人増）に増加した。

プロジェクトは②社会サービスへのアクセス改善に位置づけられている。さらに、2016年の第6回アフリカ開発会議（Tokyo International Conference on African Development。以下「TICAD VI」という。）におけるナイロビ宣言の優先分野の一つである「質の高い生活のための強靱な保健システムの促進」に関し、特に人材育成を通じて「公衆衛生危機への対応能力及び予防・備えの強化」及び「アフリカにおけるUHC推進」の実現に寄与するものである。

(4) 日本の支援の比較優位

JICAは、コンゴ民同様に仏語圏であるセネガルにおいても保健人材養成に係る技術協力プロジェクトを実施した実績があり、本プロジェクトが対象とする課題に取り組む知見を十分に有している。また、タンザニアにおける保健人材データベース構築の経験、カンボジア、アフガニスタンにおける紛争後の状況下での保健人材の養成に関する支援の経験を有している。

4-2 有効性

有効性は以下の点から「やや高い」と判断する。

(1) プロジェクト目標の達成度

プロジェクト目標である「PNDRHSの基盤強化」において、定量指標として設定されている四つの指標のうち、指標3の指標の一部を除いてほぼ達成されている。

保健人材管理にかかわる関係者調整会議及びONRHSの開催（指標1）に関しては、同会議の定期的開催により開発パートナーを含む保健省内外の関係者との協働が進んでいる。具体的には他の開発パートナーを巻き込んでPNDRHSの評価・策定が行われていることや、公務員省との協働による対象州での無給公務員²⁹への財源確保といった連携が促進された。保健人材年鑑の作成（指標2）については、定期的に保健省第1局により年鑑が作成され、全国レベルでの保健人材配置の現状を明らかにすることに貢献している。一方、保健省による承認の遅れにより、キャリア管理規定及び継続教育規定の対象州での使用に係る指標（指標3）が未達成となる。規定の承認後、対象3州での規定の適用が計画されているが、プロジェクトの残り期間にかんがみると、対象州においてこれらの規定が適切に使用される可能性は低いと想定される。また、カサイセントラル州、オカタンガ州における州保健人材技術会議の回数（指標4）が目標値を若干下回るが、これは、地方保健行政区の再編成の混乱によるものであり、組織の安定化とともに改善傾向にある。

上記のことからも、一部の指標が未達であるが、プロジェクト目標であるPNDRHSの策定・実施のための基盤強化はほぼ達成されたと判断できる。

(2) 成果とプロジェクト目標との関係の適切性

プロジェクト目標であるPNDRHSの効果的・持続的策定及び実施のための基盤強化のためには、PNDRHSが規定する主要課題である定着、養成、キャリア管理、継続教育の4本柱に

²⁹ 無給であるために職員のモチベーションは極めて低く、職場放棄、職務放棄、遅刻などが日常的となっている。他方、高い失業率、低賃金の労働環境のなか、公務員としての地位は確保しておきたいという意図から公務員としてとどまっている。

資する基盤整備が実施される必要がある。プロジェクトの各成果は中央、州レベルにおけるこれら四つの主要課題の基盤整備に直接的に資するものであることから、プロジェクト目標達成のための各成果の貢献は明確である。

(3) 外部条件

プロジェクト目標達成に至る外部条件には「対象州において治安が悪化しない」が設定されている。同外部条件については、前述の「効果発現を阻害した要因の分析」のとおり、2016年12月のコンゴ民大統領選挙時の治安の悪化による日本人専門家の退避及び、カサイセントラル州における日本人専門家の渡航制限により外部条件が満たされない状況が生じたが、現地スタッフの対象州への配置、日報の提出等による報告の徹底といった措置により、プロジェクト目標達成への影響を最小限にとどめている。

4-3 効率性

効率性は以下の点から「高い」と判断する。

(1) 投入状況

コンゴ民側、日本側双方からの投入は計画どおりに実施され、量、質、タイミングともに適切であり、各成果の発現に貢献していることが確認された。特に、プロジェクトの支援により保健省が予算計画に基づき事業を遂行する能力が向上しているとともに、国家統一卒業試験に必要な予算として、保健省が1万1,492 USDの財源を投入するなど、事業実施に自己予算の投入を開始している。

(2) 開発パートナー、他省庁、対象州との連携

CNP-SSやONRHSの活性化により、開発パートナーによる保健人材開発分野への参入が増加し、開発パートナーの財政支援によりPNDRHSの評価・策定が実施されるなど、プロジェクトの事業費を抑えた効率的な運営が可能となりつつある。さらに、公務員省との連携により、保健人材データベースを基に、無給公務員への給与が確保されつつあるという好事例が発現している。また、オカタンガ州及びカサイセントラル州における保健人材データベース構築の際にコンゴセントラル州のDPS職員による技術支援が実施されるなど、対象州間の連携による効率的なプロジェクト運営が実施されている。

(3) 対象州への現地スタッフの配置

対象州における日本人専門家を介した定期会合を補完する体制として、対象州に現地スタッフを配置し、事業遂行補助に加え、カウンターパート機関や現地の情報収集を行い、これを日報として報告する体制を確立したことで効率性の向上が図られた。治安、地理的に日本人専門家のアクセスが制限されている州に現地スタッフを配置し、連絡体制を構築することにより、プロジェクトの持続的実施を可能とした。

(4) 機材の活用状況

機材供与として、主に州保健人材データベース構築に向けたパソコン及び周辺機器の供

与が行われた。輪転機が供与された第6局では機材管理の責任者を配置し、半年おきにメンテナンスが実施されており、適切な維持管理が実施されている。一方で2014年に供与した機材の約20%に不具合が生じているので、保健省に対してコピー機などの機材使用に慣れている職員配置を要請するといった措置が取られている。

4-4 インパクト

インパクトは以下の点から「やや高い」と判断する。

(1) 上位目標の達成の見込み

プロジェクトの上位目標の達成見込みに関しては、対象州でのPPDRHSに係る活動予算の増加に係る指標については、コンゴセントラル州では、地方政府機関及び開発パートナーからの支援の増加がみられる。一方でカサイセントラル州、オカタンガ州では保健行政区の分割の影響により、予算実績の推移の増減を確認することができない。しかし、コンゴセントラル州の状況にかんがみると、同2州においても将来の達成が見込まれる。

他州でのPPDRHS策定に関しては、PNDRHSにより全州での策定が推奨されていると同時に、技術的にも保健省職員による普及支援が可能であるが、策定のための予算確保が求められる。そのため保健省は、開発パートナーに対するアドボカシーを実施し、東カサイ州ではSave the Children、ルアラバ州ではUSAIDによりPPDRHS策定支援が計画されている。さらに、マニエマ州においても世界銀行による支援の協議が進んでいるなど、他州でのPPDRHSの策定支援が促進されており、上位目標の達成の見込みが高い。

(2) その他の正のインパクト

- 対象州のコンゴセントラル州及びオカタンガ州では州保健人材データベース作成され、保健人材の無秩序な人材の任命や登用の実態が州政府に報告された。その結果、各医療施設や保健行政施設レベルでの人材登用を禁止するとした州知事令が發布された。
- コンゴセントラル州政府は公式に中央の公務員省、保健省及び財務省に対して、退職対象者、行方不明者、死亡等、実際には存在しない543名の職員を除外することを求める公式通知を行った。また、州内の公務員番号未登録かつ正式任命書がない職員の4,000名のうち、436名が人材任命書（Commission d'affectation）を受領した。そのうち、97名が公務員番号を受領し、さらに、36名に対して給与の支払いが開始された。
- 開発パートナーであるSave the Children、Intrahealth/IMA及びHFGはプロジェクトの支援で策定されたONRHS、保健人材年鑑をプロジェクトの計画策定時の対象サイトの現状把握などに活用している。
- 助産教育基準が導入された保健人材センター、14校中、卒業生を輩出した3校の試験合格率が100%に達した³⁰。
- 2016年11月のバンクーバーでの保健システムリサーチ国際シンポジウムにおいて、カウンターパートとプロジェクトが共同で実施したエボラウイルス病対策研修における関係機関の調整についての発表により「Best French Poster Awards」を受賞した。

³⁰ 保健省第6局では、本プロジェクトにより作成された助産教育基準を基に全国統一テストを作成していることから、助産教育基準の導入校での合格率が高くなる傾向にある。

4-5 持続性

持続性は以下の点から「中程度」と判断する。

(1) 政策面での持続性

「4-1妥当性」に記載したとおり、本プロジェクト目標は現行のPNDS（2016～2020年）に沿ったものである。また、同計画を基に、保健人材開発に係る国家計画であるPNDRHS（2016～2020年）が本プロジェクトの支援により策定され、終了時評価時点で承認待ちの状況にある。PNDRHS（2016～2020年）には本プロジェクト取り組みである「ガバナンス」「キャリア管理」「基礎教育」「継続教育」「パートナー」といった保健人材開発に係る五つの優先課題が示されており、これらの活動については、PNDRHSに沿って少なくとも2020年までの実施が計画されている。さらに、対象州のコンゴセントラル州及びカサイセントラル州ではPPDRHS（2016～2020年）が策定・承認され、オカタンガ州では2017年6月の承認が見込まれることから、対象州においても政策面での持続性は高い。

(2) 組織面での持続性

保健省においては、2017年4月に保健省保健監督総局（Inspection Générale de la santé）が新たに設置され、プロジェクトのカウンターパートであった保健省第6局長が、この保健省保健監督総監に就任した。また、全13局から構成されていた部署が9局に再編成されることで、本プロジェクトのカウンターパートである第1局と第11局が合併し人材局となる再編³¹が近日施行される可能性が高く、組織の持続性の観点から、これら保健人材関連局の再編後の実施体制には留意が必要となる。

州レベルにおいては、保健行政地方分権化に伴い州保健局がIPSとDPSの2組織に分離された。保健行政区分の再編成により、新たにIPS、DPSが設置されたカサイセントラル州及びオカタンガ州では、DPSの人員不足、インフラの未整備といった課題が生じており、保健人材データベースの維持管理など、州レベルでの活動の継続に影響を与える可能性がある。

(3) 技術面での持続性

カウンターパートの業務遂行能力という点では、中央保健省の保健人材関連局の職員は十分な業務遂行能力を有している。州レベルのカウンターパートについてもPPDRHSの策定・評価及びデータベースの運用・管理、保健人材年鑑の作成に係る一定の能力を有していることが確認された。さらに、PNDRHS評価ツール、国家統一卒業試験実施ガイドラインが整備されており、これらを活用した業務の継続が想定される。他方、今後の他州への普及に際して、PPDRHS策定ガイドライン、保健情報データベース作成ガイドライン、州保健人材年鑑作成ガイドラインの整備支援が保健省からの要望として確認された。

(4) 財務面での持続性

国家統一卒業試験に必要な予算はプロジェクトから支援されてきたが、2016年の試験における保健省職員出張旅費の一部及び試験会場監督官の人件費など1万1,492USDが保健省

³¹ 第6局は基礎教育局として継続する。

により負担された。また、2016年に実施された基礎教育局能力開発セミナー開催に係るカウンターパート出張旅費など約2万USDが保健省により負担された。一方で保健省による負担のほとんどが基礎教育局に関連する事業であり、国家及び州レベルにおけるPNDRHS、PPDRHSの実施のための政府予算は、職員給与や危険手当の支払いに終始し、保健人材開発に係る事業予算は開発パートナーからの財政支援に依存している。そのためこれら保健人材開発計画の持続的な策定・実施には、国家予算の確保もしくは、開発パートナーからの財政支援を確保するためのアドボカシー強化が求められる。

4-6 結論

プロジェクト実施中には治安の悪化による日本人専門家の退避、地方保健行政再編成といった外部条件が生じたにもかかわらず、計画された活動はほぼ計画どおり実施され、成果を発現している。評価5項目に関しても妥当性、効率性は高く、有効性、インパクトはやや高いと判断される。他方、持続性については政策面、技術面は高いが、特に対象州における組織面、財務面に関しては、改善がみられるもののカウンターパート機関による一層の努力が必要となる。全体としては、プロジェクト終了までにプロジェクト目標がおおむね達成することが見込まれる。また、今後の他州への普及のため、プロジェクトの延長による「PPDRHS策定ガイドライン」「保健人材データベース作成ガイドライン」及び「州保健人材年鑑作成ガイドライン」への作成支援がコンゴ民側から要請された。さらに、既に採択されている次期プロジェクトの計画に際しては、本終了時評価における達成状況、提言、教訓を踏まえる必要がある。

第5章 提言・教訓

5-1 提言

(1) プロジェクト期間内

1) キャリア管理、継続教育規定及び国家統一ビジョンの早期承認

キャリア管理規定、継続教育規定及び国家統一ビジョンの承認手続きを加速し、特にキャリア管理規定、継続教育規定はプロジェクト期間中に対象州において実施する必要がある。プロジェクト完了後は、実施のための支援が受けられなくなる可能性があることから、承認手続きと並行して、対象州での各規定の実施に係る計画策定・体制整備を事前に進めることが望まれる。

2) プロジェクト内でのPPDRHS普及のためのガイドラインの作成

現在、本プロジェクト成果を活用したカウンターパート機関によるアドボカシーの結果、開発パートナーによる東カサイ州、ルアラバ州、マニエマ州等、他州でのPPDRHS策定が検討されている。開発パートナーによる支援を円滑にし、各州で策定されるPPDRHSの整合性を図るためにも、本プロジェクトにおいて「PPDRHS策定ガイドライン」そのための必要な保健人材データベース整備に向けた「保健人材データベース作成ガイドライン」及び「州保健人材年鑑作成ガイドライン」の作成を支援し、将来の他州への普及を促進する。これら3種類のガイドラインは本プロジェクト期間内で作成されることが望ましく、必要に応じて2～3カ月程度のプロジェクト延長も検討すべきである。

3) 持続性確保のための予算確保

本プロジェクトで策定を支援しているPNDRHS及びPPDRHSの実施のための予算確保のためには、コンゴ民国家予算の確保、CRHSやGIBSによる政府内及び開発パートナーへのアドボカシーの継続が必要となる。

(2) プロジェクト終了後

1) 「コンゴ民の家」土台づくりから四つの柱へのアプローチへの移行

コンゴ民の保健人材開発支援は、保健人材開発システムを包括的にとらえるためのツール、枠組みであるHouse Model³²を基にコンゴ民側と共同で概念化された「コンゴ民の家」(図5-1)を念頭に実施されてきている。本プロジェクトによるガバナンスや保健人材開発行政の基盤づくりという土台部分(政策、戦略、規則、計画、パートナー、研究、規定)への支援から、柱に相当する部分(定着、継続教育、キャリア管理、養成)への支援に移行することが望まれる。

さらに、本プロジェクトの支援により策定されたPNDRH及びPPDRHSの実現可能性の向上のため、計画(Plan)、実施(Do)、評価(See)サイクルを試行し、その結果を計画にフィードバックすることが求められる。

³² 「テクニカル・レポートvol. 04 保健人材開発システム分析モデルと開発途上国における活用(国立国際医療研究センター、2011年)」http://kyokuhp.ncgm.go.jp/library/tech_doc/tec04_2013.pdf

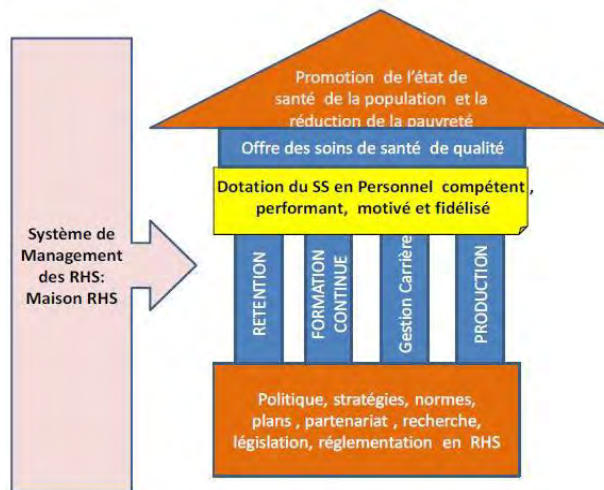


図 5-1 コンゴ民の家

5-2 教訓

(1) 保健省人材関連局の部署間の連携

活動の実施に際して、本プロジェクトでは保健省内の保健人材関連局（第1、6、11局）及びDPSの連携が重視された。また、養成、キャリア管理、定着、継続教育の四つのサブ委員会を有するCRHSにより、保健人材関連局の連携が促進された。このことが、一部の州において実際に適正配置が促進された貢献要因といえる。保健人材開発には単独の部局ではなく、関連部署が連携することによる包括的なアプローチの実施が望まれる。

(2) プロジェクト・サイクル・マネジメント（PCM）ワークショップ、活動計画の合意による当事者意識の向上

プロジェクト形成段階で参加型計画策定手法であるPCMワークショップにより、活動計画をコンゴ民側関係者とともに作成したことにより、保健省のプロジェクトであるという当事者意識を醸成した。さらに、各活動の実施過程においても、コンゴ民側及び日本側の議論を通して双方が合意した詳細計画を策定することにより、主体的な活動の実施が実現した。

(3) 現地スタッフとのコミュニケーション

本プロジェクトでは、対象州にプロジェクト雇用の現地スタッフを配置し、日報の作成、連絡体制を強化することにより、日本人専門家が不在の際にも活動を円滑に遂行させている。治安の悪化から日本人専門家による直接的指導が限定的となったカサイセントラル州及びオカタンガ州では、現地スタッフによる州保健局への支援を提供した。その際、日本人専門家と現地スタッフとの日常的な連絡・指示・報告等のコミュニケーション体制が、支援の質の確保に貢献した。

(4) 実現性のある計画の策定

本プロジェクト開始時、広大な3州の全保健ゾーンを網羅する保健人材データベースの作成が、計画されていた。その後、保健行政地方分権により同3州は7州に分割されたため、中間レビューにおいて、それらの7州から更に3州を対象として再選定した。結果として対象と

する保健ゾーン数は減少したため、同データベースは比較的容易に完成した。また、カサイセントラル州においては、他の開発パートナーが支援提供したため同データベースが完成した。このように、幾つかの当初予定されていなかった状況がなかったら、期間内での完成は困難であったことが推定される。よって、プロジェクトの計画策定時には、投入規模・協力期間と対象地域の規模とのバランスを十分考慮し、実現性のある計画を策定することが望ましい。

第6章 総括、技術参与所感

6-1 総括所管（相賀専門員）

(1) 適正配置のアプローチ

多くの途上国と同様、コンゴ民では、これまで定期的な保健人材の地域間・保健施設間の人事異動を行ってこなかった。そのような国々においては、既に勤務地に配置されている現職人材を人事命令に基づき異動させることによる配置是正は、労使間の摩擦等の多くの困難を伴うのが通例である。ましてや、給与の遅配や未支給が顕在化しているコンゴ民においては、人事異動に基づく配置是正は、相当規模の混乱を引き起こすと予想される。よって、同国における保健人材の配置是正は、①人材が不足している保健施設への新規採用職員の優先配置、②退職者数³³と新規採用職員数との調整による保健人材の漸増—といった段階的なアプローチによるべきだ。同アプローチにより、一定期間を要するものの労使の信頼関係を損なうことなく穏便かつ着実に配置是正がなされることになる。このように、保健人材の適正配置と定着をめざしたプロジェクトの成果やインパクトの発現には時間を要することを、JICAと保健省の双方が再認識すべきである。

(2) プロジェクト成果の発信形態

WHOは、“World Health Report 2006”及びカンパラ宣言“Agenda for Global Action”にて保健人材の課題を6カテゴリーに整理した。本プロジェクトは、JICAのみならず他の開発パートナーのプロジェクトを含めても、これらの6カテゴリーのうち保健人材の配置と定着をめざした数少ない貴重なプロジェクトである。よって、本プロジェクトは、単にコンゴ民のみならず、他国や他の開発パートナーの適正配置と定着を目的とするプロジェクトを検討する際の試金石として、重要な教訓をもたらすであろう。その観点で、プロジェクトの成果を単にコンゴ民保健省やJICA、国立国際医療研究センター（National Center for Global Health and Medicine。以下「NCGM」という。）等の内部文書として残すだけではもったいない。

“4th Global Symposium on Health System Research”（バンクーバー、2016年10月）での発表に続き、来る“4th Global Forum on Human Resources for Health”（ダブリン、2017年11月）にて発表することが計画されており、その意義は大きい。適正配置と定着という貴重な分野への介入だけに、可能であれば学会発表にとどまらず学術誌に論文の形で残すことも検討してほしいものだ。

6-2 技術参与所感（江上技術参与）

紛争後のコンゴ民に対して技術協力協定が2007年に再開した。保健分野では2008年7月に合意された二国間協力指針「コンゴ民主共和国保健システム強化戦略における保健人材開発戦略への支援」に基づき2010年から3年間実施したフェーズ1により、保健人材に関する初の国家計画PNDRHS（2011～2015年）が策定されるとともに、国家計画の目標・戦略に沿った調整能力強化、保健人材情報システムの構築などが支援された。その成果を州レベルに拡大して実効性を高める

³³ 退職者には、中途退職者（死亡者を含む）と定年退職者から構成される。

目的で2014年1月から4年間の予定でフェーズ2を実施した。

プロジェクト終了を半年後に控え、その成果を分析し残りの期間の課題と今後の方向性に関して確認するために終了時評価を行い、その後引き続き行われる、次期プロジェクトの詳細設計調査に対してもその結果と教訓を反映させることとし、小職は終了時評価の技術参与として日程の一部参团した。

(1) プロジェクトの意義

当プロジェクトは、行政機能が脆弱な国で保健人材の基礎となる政策をつくり、人材に関する情報を収集してデータベースを策定し、政策を実施しモニタリングするという機能を支援するとともに、その過程を通じて保健省の行政機能の強化を支援してきた。関係者でPCMワークショップを行って枠組みを策定し、国家保健人材計画の評価においても同様に分析・評価を行い、その過程を通じて関係者の高いコミットメントとオーナーシップを熟成した。特筆すべきは、このようにプロジェクトデザインをコンゴ民側と一緒に策定したこと、さらにそのように策定したプロジェクトの計画と運営との間でぶれなかったことであろう。

中央及び州の多岐にわたるカウンターパートとのコミュニケーションをていねいに行い、治安状況のために専門家がサイトを訪問できないときにも細かな指示・助言を行ってきた専門家チームと現地スタッフの努力により、これらの成果がもたらされた。さらに、JICA事務所の極め細かな支援とモニタリング、政策アドバイザーとの連携もその過程をあと押ししている。

質のよい保健医療サービスを提供する保健人材あってこそそのUHC達成への一歩であり、また、金銭的なインセンティブによる保健人材への短期的な動機づけではなく、長期的視野にたって保健人材の制度を整えていく、重要度の高い支援である。

(2) プロジェクト活動の発信

中間レビューでも指摘させて頂いたが、このプロジェクトの意義・成果が複雑で数字や絵になりにくい性質のものであることから一般には難解でその意義が理解されにくい。われわれ東京サイドもプロジェクトとともにその広報の仕方への工夫をする必要がある。

一方、2016年11月のバンクーバーでの保健システムリサーチ国際シンポジウムでエボラウイルス病対策研修実施における関係機関の調整に関する発表がベスト仏語ポスター賞を受賞した。2017年11月の保健人材フォーラムに向けても発表すべく演題提出準備を行っている。このような形で成果を発信していくことも、保健人材管理に対するJICAの地道な取り組みの成果がパートナーや他国からも理解され他国への示唆になることから、重要であろう。

(3) 次期案件の枠組みの策定

この終了時評価調査ののちに次期案件の詳細設計調査が行われる。これまでもその策定のために、プロジェクトが関係者とともに、今プロジェクト同様、ワークショップを行い後継案件の概要・枠組みを検討してきた。それを踏まえて日本側でもこの終了時評価の前から検討を行ってきた。終了時評価において、保健人材政策の枠組みである『コンゴ民の家』の土台づくりから4本の柱の強化に着手し移行していくことの必要性について理解されたことから、そのビジョンを軸に規模や投入も含めた詳細な次期案件の枠組みが検討されるであろう。

う。保健人材の適正な配置と質の確保をすすめられるような枠組みを、中長期的な視点で作っていく必要がある、それは何よりもコンゴ民保健省のカウンターパートが切望していることが今回のミッションで理解された。

付 属 資 料

1. M/M、合同終了時評価報告書（仏文 M/M サイン版）
2. 評価グリッド
3. 質問票


PROCES-VERBAL DE LA REUNION DU COMITE DE COORDINATION
CONJOINTE
SUR
L'EVALUATION FINALE
DE LA COOPERATION TECHNIQUE JAPONAISE
POUR
LE PROJET D'APPUI AU DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES
POUR LA SANTE PHASE 2 EN RDC

La Mission d'évaluation finale (ci-après dénommée "La Mission") organisée par l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (ci-après dénommée "la JICA") a visité la République Démocratique du Congo (ci-après dénommée "la RDC") du 11 au 23 juin 2017 afin de procéder à une évaluation finale du Projet d'Appui au Développement des Ressources Humaines pour la Santé Phase 2 en RDC (ci-après Dénommé "le Projet").

La Mission a tenu une série de réunions et d'interviews importantes avec les responsables des organisations en charge pour examiner le niveau de réalisation de l'Objectif du Projet.

Au terme des échanges, la Mission et la partie congolaise (ci-après dénommées "les deux parties") ont atteint une compréhension commune et se sont accordés au sujet inclus dans les documents annexés à la présente.

Kinshasa, le 23 Juin 2017



Dr. Hirotsugu AIGA

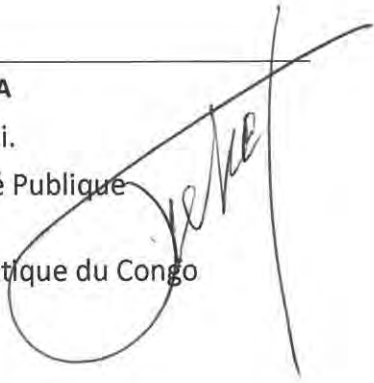
Chef de la Mission d'Evaluation finale
Agence Japonaise de Coopération
Internationale
Japon



Dr. Mukengeshayi KUPA

Secrétaire Général a.i.
Ministère de la Santé Publique

République Démocratique du Congo



**RAPPORT D'ÉVALUATION FINALE
DU
PROJET D'APPUI AU DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES
HUMAINES POUR LA SANTÉ PHASE 2
EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO (RDC)**

Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA)

et

Ministère de la Santé Publique, RDC

Juin 2017



Table des matières

Acronymes et abréviations

1. Aperçu de l'évaluation finale	5
1-1. Contexte et objectif de l'envoi de la mission d'évaluation.....	5
1-2. Membre de l'équipe d'évaluation et Agenda	6
1-3. Principales personnes rencontrées	7
1-4. Résumé du Projet	7
2. Méthodologie de l'évaluation finale	9
2-1. Méthode de mise en œuvre de l'évaluation	9
2-2. Cinq critères d'évaluation	9
2-3. Méthode de collecte de données et source d'informations	10
2-4. Contraintes et limites de l'évaluation	11
3. Performance et Processus de mise en œuvre du Projet	11
3-1. Contribution.....	11
3-2. Évolution des activités	12
3-3. Réalisation des résultats attendus	15
3-4. Réalisation de l'objectif du Projet	21
3-5. Projections sur l'atteinte de l'objectif global	22
3-6. Facteurs entravant ou favorisant la production d'effets.....	23
4. Résultat d'évaluation	24
4-1. Pertinence : élevée	24
4-2. Efficacité : assez élevée.....	26
4-3. Efficience : élevée.....	27
4-4. Impact : assez élevé.....	28
4-5. Durabilité : moyenne	29
4-6. Conclusion.....	30
5. Recommandations et leçons tirées	31
5-1. Recommandations	31
5-2. Leçons apprises	32

Annexe 1 : Cadre Logique du Projet (PDM)

Annexe 2 : Plan opérationnel (PO)

Annexe 3 : Liste des experts japonais

Annexe 4 : Liste des homologues

Annexe 5 : Participants aux formations au Japon

Annexe 6 : Liste des ateliers et missions

Annexe 7 : Coût opérationnel du Projet côté Japon (en USD)

Annexe 8 : Coût opérationnel du Projet côté RDC (idem)

Annexe 9 : Liste des équipements

Acronymes et abréviations

A2	Professionnels de santé du niveau secondaire
AFJ	Année fiscale japonaise
ASSP	Projet d'Accès aux Soins de Santé Primaire
CCC	Comité de Coordination Conjointe
CCT	Comité de Coordination Technique
CNP-SS	Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé
CRHS	Commission des Ressources Humaines de la Santé et Renforcement des Capacités
CSU	Couverture Sanitaire Universelle (Universal Health Coverage)
D1	Direction des Services Généraux et Ressources Humaines
D11	Direction de la Formation Continue
D6	Direction de l'Enseignement des Sciences de Santé
DFID	Department for International Development
DPS	Division Provinciale de la Santé
DRHS	Développement des Ressources Humaines pour la Santé
GIBS	Groupe Inter Bailleurs Santé
HFG	Health Finance and Governance
IEM	Institut d'Enseignement Médical
IMA	IMA World Health
INPESS	Institut National Pilote de l'Enseignement des Sciences de Santé
IPS	Inspection Provinciale de la Santé
ISTM	Institut Supérieur des Techniques Médicales
ITM	Institut de Techniques Médicales
JICA	Agence Japonaise de Coopération Internationale
MESU	Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire
MFP	Ministère de la Fonction Publique
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
NEPI	Nursing Education Partnership Initiative
ODD	Objectifs du Développement Durable (SDGs)
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement (MDGs)
OMS	Organisation mondiale de la Santé (World Health Organization : WHO)
ONRHS	Observatoire National des Ressources Humaines en Santé
PADRHS	Projet d'Appui au Développement des Ressources Humaines pour la Santé
PCM	Project Cycle Management (Gestion du Cycle de Projet)
PDM	Project Design Matrix (Cadre Logique)
PNDRHS	Plan National de Développement des Ressources Humaine pour la Santé
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPDRHS	Plan Provincial de Développement des Ressources Humaine pour la Santé
PTF	Partenaire Technique et Financier

R/D	Record of Discussion
RDC	République Démocratique du Congo
RHS	Ressources Humaines pour la Santé
RVT	Réseau Vision Tokyo 2010
SIDIIEF	Secrétariat International des Infirmiers et Infirmières de l'Espace Francophone
TICAD	Tokyo International Conference on African Development
UNFPA	United Nations Population Fund
USAID	United States Agency for International Development
USD	US dollar
ZS	Zone de Santé

1. Aperçu de l'évaluation finale

1-1. Contexte et objectif de l'envoi de la mission d'évaluation

Les indicateurs de santé de la République Démocratique du Congo (RDC) ont connu une certaine amélioration entre 1990 et 2015 : le taux de mortalité infantile des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes) est passé de 176 à 98 (Organisation Mondiale de la Santé (OMS)) ; le taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances) est passé de 1 000 à 693 (OMS). Cependant, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) n'ont pas été atteints concernant ces éléments. Ainsi, dans le cadre de l'objectif 3 des Objectifs du Développement Durable (ODD "Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge", une meilleure amélioration est attendue avant 2030.

L'un des facteurs entravant l'amélioration des indicateurs est l'accès extrêmement limité aux services de santé par la population à cause de la disparité du personnel de santé entre les zones urbaine et rurale et la dégradation de la qualité du personnel. Le déséquilibre de catégorie et la répartition inéquitable par zone posent aussi des problèmes sérieux. En plus, les préoccupations relatives au développement des ressources humaines pour la santé (DRHS) ne consistent pas seulement en manque quantitatif (manque de personnes formées) mais aussi en qualité du personnel (enseignement de base ou formation continue qui sont insuffisants et inappropriés). Il existerait des défis en matière de planification pour la formation, la répartition, la rétention et la gestion du personnel de santé.

Pour faire face aux défis susmentionnés, l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA) a commencé : l'envoi d'un conseiller technique au sein du secrétariat général du Ministère de la Santé Publique (MSP) en 2008 ; le projet dans le cadre de la coopération technique intitulé "Projet d'Appui au Développement des Ressources Humaines pour la Santé (PADRHS)" en 2010 en collaboration avec les directions chargées des RHS : la Direction des Services Généraux et Ressources Humaines (D1) ; la Direction de l'Enseignement des Sciences de Santé (D6) ; la Direction de la Formation Continue (D11). Ainsi, la JICA a apporté son soutien à l'élaboration et à la validation du Plan National de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2011-2015 (PNDRHS 2011-2015), le premier plan national en la matière en RDC.

Ensuite, le présent projet intitulé "Projet d'Appui au Développement des Ressources Humaines pour la Santé Phase 2 (PADRHS 2)" (ci-après dénommé "le Projet") qui cible les trois provinces (le Kongo Central, le Kasai Central et le Haut Katanga) est exécuté entre janvier 2014 et janvier 2018 dans le but de renforcer les bases nécessaires pour élaborer et mettre en œuvre le PNDRHS de manière efficace et durable au niveau central du MSP et aux divisions provinciales.

Avant la fin du Projet qui est prévue en janvier 2018, la JICA a envoyé la mission d'évaluation finale pour vérifier les résultats du Projet ainsi que le niveau de réalisation par rapport à la planification et pour évaluer le Projet suivant les 5 critères (la pertinence, l'efficacité, l'efficience, l'impact et la durabilité) en collaboration avec la partie congolaise. Sur la base du résultat d'évaluation, la mission

fait des recommandations pour la période restante du Projet. Elle a ouvert une discussion aussi sur des mesures à prendre après l'achèvement du Projet et sur des leçons à tirer pour la mise en œuvre d'autres projets similaires. À cette fin, le rapport d'évaluation finale conjointe est rédigé et le compte-rendu des discussions est signé par les deux parties.

1-2. Membre de l'équipe d'évaluation et Agenda

(1) Membres de l'équipe d'évaluation

Rôle	NOM et Prénom	Organisation	Période
Chef de mission	D ^r AIGA Hirotsugu	Conseiller senior, JICA	18/6/2017-23/6/2017
Conseillère technique en DRHS	D ^r EGAMI Yuriko	National Center for Global Health and Medicine	19/6/2017-23/6/2017
Chargée de planification de la coopération	M ^{me} ONO Akiko	Équipe de santé 2, Département du Développement Humain, JICA	17/6/2017-23/6/2017
Consultant en charge de l'évaluation et de l'analyse	M. ITO Haruo	ICONS Inc.	10/6/2017-23/6/2017
Interprète	M ^{me} HIRAMATSU Naoko	Translation Center Pioneer	10/6/2017-23/6/2017

(2) Agenda de l'évaluation finale

Date		Activités
11-juin	Dim	20H35 Arrivée
12-juin	lun	08H30 : Visite de courtoisie et interview à la D1 09H30 : Visite au CPU 13H00 : Visite de courtoisie et interview à l'Intrahealth/IMA 15H00 : Visite de courtoisie à la Cellule de Coopération
13-juin	mar	10H00 : Visite de courtoisie et interview à l'Inspection Générale 11H00 : Interview à la D11 13H00 : Visite de courtoisie et interview au Save the Children
14-juin	mer	09H00 : Préparation du Cadre Logique (PDM) 13H00 : Visite de courtoisie et interview à la D6
15-juin	jeu	09H30 : Visite de courtoisie et interview au HFG 16H00 : Préparation du PDM
16-juin	ven	08H00 : Préparation du PDM 11H00 : Visite de courtoisie et interview à la 7 ^e Direction 13H00 : Visite de courtoisie et interview à l'INPESS
17-juin	sam	Préparation du Procès-verbal de l'évaluation finale du projet phase 2
18-juin	dim	Préparation du Procès-verbal de l'évaluation finale du projet phase 2
19-juin	lun	08H30 : Visite de courtoisie au Secrétaire Général 09H00 : Réunion interne de la délégation japonaise 10H00 : Réunion interne de la JICA 14H00 : Discussion sur le Procès-verbal de l'évaluation finale du projet phase 2 avec le Directeur de la D1 15H00 : Préparation du PDM
20-juin	mar	08H30 : Visite de courtoisie à la JICA 09H00 : Réunion interne de la JICA

		14H00 : Remise du draft du PDM au Directeur de la D1 15H00 : Remise du draft du PDM au Directeur de la D11
21-juin	mer	08H30 : Remise du draft du PDM à Mr le D11 09H30 : Interview des personnes concernées du Kasai Central 11H00 : Interview des personnes concernées du Haut Katanga 14H00 : Interview des personnes concernées du Kongo Central et Remise draft du PDM
22-juin	jeu	10H00 : Finalisation du Procès-verbal de l'évaluation finale du projet phase 2 Après-midi : Remise draft du Procès-verbal de l'évaluation finale du projet phase 2 au Secrétariat Général
23-juin	ven	09H00 : Comité de Coordination Conjointe du Projet, Signature Procès-verbal de l'évaluation finale

1-3. Principales personnes rencontrées

[parties prenantes congolaises]

SG: D^r MUKENGESHAYI KUPA

D1: M. NGUMBU MABANZA

D6: M. DESIRE BAPITANI

D11: D^r BODY ILONGA

D7: D^r EPUMBA EPONDO

Inspection Générale: M. KOMBA DJEKO

Cellule de Coopération : D^r MBALA CREPIN

INPESS: M. MPUTU JACOB, M. BAROANI MARCEL

Kasai Central: M. GUSTAVE KABUTAKAPUA

Haut Katanga: M. YOMBWE BERTIN

Kongo Central: D^r KIMFUTA MAKENGO, M. JOHN BAKA ZOLA

[parties prenantes japonaises]

Conseiller en Chef : M. TOYOMITSU TAMURA

Développement des Ressources Humaines pour la Santé : M. TADAYUKI ISHIJIMA

Coordonnatrice : Mme TAKAKO KANO

[PTF, etc.]

Intrahealth/IMA: D^r JEAN ROBERT LIKOFATA

Save the Children: D^r KAMUHA AIME

HFG : Mme JOCELYNE NKENGOLO

1-4. Résumé du Projet

(1) Résumé du Projet

Le présent Projet a pour but d'appuyer : les activités afin d'élaborer et de valider le PNDRHS (2016-) ; la mise au point des textes légaux et normatifs nécessaires à sa mise en œuvre. En même temps, soutenant aussi l'élaboration du PPDRHS par les Divisions Provinciales de la Santé (DPS) des provinces ciblées, le Projet essaie de renforcer les bases nécessaires pour l'élaboration du PNDRHS et sa mise en œuvre effective et durable, ce qui contribuerait à : promouvoir la production, la rétention, la gestion de carrières et la formation continue des RHS qui sont appropriées et conformes aux besoins ; disséminer ces acquis à d'autres provinces.

Le Cadre Logique du Projet (PDM 0) a été révisé en PDM 1 et validé en mars 2016 lors du Comité de Coordination Conjointe (CCC) extraordinaire qui s'est tenu à la suite de la revue à mi-parcours.

Durée du Projet	janvier 2014 - janvier 2018 (4 ans)
Groupes ciblés	Directions centrales du MSP (y compris le Commission des Ressources Humaines de la Santé et Renforcement des Capacités (CRHS)) et Bureaux chargés de DRHS des DPS des provinces ciblées
Zone d'intervention	Avant réforme : MSP et les Provinces du Bas Congo, du Kasai Occidental et du Katanga Après réforme : MSP et les Provinces du Kongo Central, du Kasai Central et du Haut Katanga
Objectif global	La production, la rétention, la gestion de carrières et la formation continue des RHS sont améliorées d'une manière adéquate et conformément au besoin dans les provinces ciblées, et ces acquis sont disséminés à d'autres provinces.
Objectif du Projet	Les bases nécessaires pour l'élaboration du PNDRHS et sa mise en œuvre effective et durable sont renforcées tant au niveau des Directions centrales qu'au niveau des provinces ciblées.
Résultats attendus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le PNDRHS (2016-) est élaboré et validé suivant le résultat de l'évaluation du PNDRHS (2011-2015). 2. Les textes légaux et normatifs nécessaires à la mise en œuvre du PNDRHS sont mis au point. 3. Avec l'appui des Directions centrales concernées, les PPDRHS sont élaborés sur la base des faits réels conformément au PNDRHS dans les Provinces ciblées respectives, et la mise en œuvre est commencée.

(2) Organisation pour la mise en œuvre du Projet

Dans le présent Projet, le Secrétaire Général du MSP, homologue du Conseiller technique de la JICA est nommé Directeur du Projet. Les principaux homologues au niveau central sont les directions suivantes : la Direction des Services Généraux et des Ressources Humaines (D1) ; la Direction de l'Enseignement des Sciences de Santé (D6) ; la Direction de la Formation Continue (D11).

Par ailleurs, la réforme territoriale dans le secteur de la santé a été réglementée par l'arrêté ministériel du Ministère de la Fonction Publique (MFP) en octobre 2012 et celui du MSP en novembre 2012. Ainsi, le nombre de provinces était passé de 11 à 26. Ensuite, l'affectation des cadres des 26 DPS a été faite en octobre 2014 par l'arrêté ministériel du MSP. La réforme a été accélérée à la suite de la

promulgation de l'ordonnance-loi de mars 2015. Initialement, dans l'administration provinciale de la santé, il existait treize services à la DPS par rapport aux directions centrales. Cependant, par l'arrêté ministériel du MSP de 2014, ils ont été réorganisés en six. Les homologues du Projet sont donc : les Médecins Inspecteurs Provinciaux (MIP), soit chefs de l'Inspection Provinciale de la Santé ; les chefs de Divisions Provinciales ; les services chargés de gestion des ressources au sein de la DPS. Le Projet mène ses activités principalement avec ces homologues.

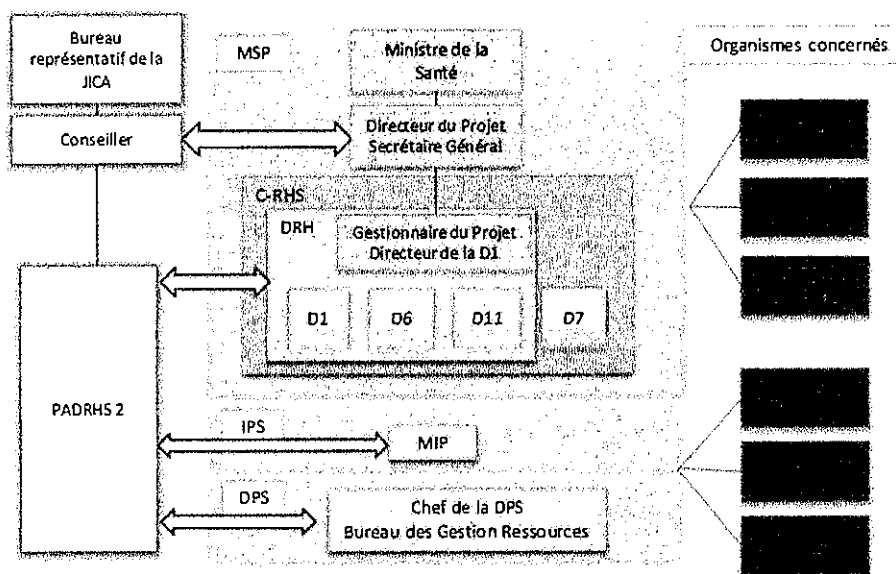


Figure 1 : Organisation de la mise en œuvre du Projet

2. Méthodologie de l'évaluation finale

2-1. Méthode de mise en œuvre de l'évaluation

La présente évaluation finale a été mise en œuvre conformément aux "Nouvelles directives d'évaluation des projets de la JICA (Version 1)" (2010). Sur la base du PDM ou d'autres documents, les éléments à évaluer ont été définis. Par la suite, la grille d'évaluation a été formulée concernant les résultats, le processus de mise en œuvre, les 5 critères d'évaluation (la pertinence, l'efficacité, l'efficience, l'impact et la durabilité).

2-2. Cinq critères d'évaluation

Les définitions des cinq critères appliqués dans cette évaluation sont décrites dans le Tableau 1. L'évaluation se fait par les cinq niveaux : "élevé" ; "assez élevé" ; "moyen" ; "assez faible" ; "faible".

Tableau 1 : Cinq critères d'évaluation définis par le Comité d'Aide au Développement

Pertinence	Un critère dont le rôle est d'examiner si l'objectif des interventions de
------------	---

	développement correspond à : les demandes de bénéficiaires ; les besoins du pays cible ; les défis prioritaires à l'échelle planétaire ; politiques des partenaires techniques et financiers (PTF).
Efficacité	Un critère dont le rôle est d'examiner si l'objectif des interventions de développement est/sera atteint. L'importance relative de l'objectif devrait être prise en compte.
Efficiences	Un critère dont le rôle est d'examiner comment les ressources et/ou les intrants (fonds, techniques spécifiques (connaissances), temps, etc.) ont fait obtenir des résultats de manière économique.
Impact	Un critère dont le rôle est d'examiner si les interventions de développement peuvent contribuer à atteindre un objectif au niveau supérieur.
Durabilité	Un critère dont le rôle est d'examiner : la durabilité des bienfaits des interventions de développement à sa fin ; la probabilité de maintenir des bienfaits à moyen terme.

Source : Nouvelles directives d'évaluation des projets de la JICA (Version 1) (2010)

2-3. Méthode de collecte de données et source d'informations

La méthode de collecte de données et la source d'informations sont montrées ci-dessous.

Tableau 2 : Méthode de collecte de données et source d'informations

Méthode de collecte de données et d'informations	Objectif	Principale source d'informations
1) Examen de la documentation	Revoir les politiques liées au Projet et les documents concernant les résultats du Projet	Rapports d'avancement par les experts Rapport d'étude d'élaboration du plan détaillé Rapport de revue à mi-parcours Autres documents
2) Questionnaires	Appréhender les résultats et les effets du Projet, les impacts, les éléments liés à la durabilité	Experts japonais à court terme Directions centrales chargées de DRHS Divisions provinciales chargées de DRHS
3) Entretiens (se basant sur les questionnaires)	Enquête et confirmation concernant les résultats, l'état d'avancement, le processus de mise en œuvre du Projet et les cinq critères d'évaluation	Experts japonais à court terme Directions centrales chargées de DRHS Divisions provinciales chargées de DRHS Autres PTF
4) Observation directe	Confirmation relative aux résultats, l'état d'avancement et les impacts du Projet,	MSP, INPESS DPS du Kongo Central, Zones de santé

2-4. Contraintes et limites de l'évaluation

Les trois provinces, à savoir le Kongo Central, le Haut Katanga et le Kasai Central font l'objet de la zone d'intervention du projet. Cependant, à cause des contraintes liées à la sécurité et au temps imparti, la visite sur le terrain a été effectuée uniquement dans la province du Kongo Central. En ce qui concerne les deux autres provinces, l'étude a été menée à l'aide des questionnaires et des interviews vis-à-vis des personnes ressources, ce qui a permis de collecter des informations nécessaires pour évaluer de manière appropriée.

3. Performance et Processus de mise en œuvre du Projet

3-1. Contribution

(1) Contribution de la partie japonaise

Tableau 3 : Contribution de la partie japonaise

Prévu (conformément au PV de novembre 2013)	Réalisé au moment de l'évaluation finale (en mai 2017)
<p>< Experts japonais ></p> <p>1) Experts à long terme Conseiller en chef Chargé de DRHS Coordonnateur</p> <p>2) Experts à court terme Chargé de formation des RHS Chargé d'informations des RHS</p>	<p>< Experts japonais > (Annexe 3)</p> <p>1) Experts à long terme : 3 personnes Conseiller en chef (27/1/2014 - 27/01/2018) Chargé de DRHS (26/3/2014 ~ 20/12/2017) Coordonnateur (5/3/2014 ~ 27/1/2018)</p> <p>2) Experts à court terme : 3 personnes Chargé de gestion institutionnelle de l'INPESS (16/6/2014 - 15/7/2014) Chargé de gestion financière de l'INPESS (31/1/2015/1/31 - 21/2/2015) Chargé de planification de DRHS (30/1/2017 - 18/3/2017)</p>
<p>< Formation au Japon ></p> <p>1) Formation au Japon : 2 ou 3 personnes par an</p> <p>2) Formation dans les pays tiers (y compris la coopération tripartite avec le Sénégal)</p>	<p>< Formation au Japon > (Annexe 5) Nombre de participants : 28</p> <p>< Formation dans les pays tiers (au Canada, au Sénégal et en Côte d'Ivoire) > (Annexe 6) Nombre de participants : 15</p>
<p>< Fourniture d'équipements ></p> <p>Équipements et articles de bureau nécessaires à la mise en œuvre des activités du Projet</p>	<p>< Fourniture d'équipements > (Annexe 9) Les ordinateurs pour la création de la base de données et les photocopieuses, etc. ont été fournis (une somme totale de 122 344 USD, soit environ 13 618M yens¹). AFJ 2014: 28 680 USD AFJ 2015: 44 171 USD AFJ 2016: 49 493 USD</p>
<p>< Coûts opérationnels du Projet ></p> <p>Dépense pour la mise en œuvre des activités nécessaires en vue d'atteindre l'objectif du Projet</p>	<p>< Coûts opérationnels du Projet > (Annexe 7) Depuis le lancement du Projet, une somme totale de 2 012 284 USD (soit 223 987M yens)² a été allouée pour les coûts opérationnels et l'achat des équipements: AFJ 2013: 36 480 USD AFJ 2014: 503 683 USD</p>

¹ Taux de change: 1 USD = 111,31 yens (Taux réglementé par la JICA au mois de mai 2017)

² Taux de change: 1 USD = 111,31 yens (Taux réglementé par la JICA au mois de mai 2017)

	AFJ 2015: 591 837USD AFJ 2016: 740 284 USD
--	---

(2) Contribution de la partie congolaise

Tableau 4 : Contribution de la partie congolaise

Prévu (conformément au PV de novembre 2013)	Réalisé au moment de l'évaluation finale (en mai 2017)
< Affectation des homologues > 1) Directeur du Projet 2) Gestionnaire du Projet 3) Autres homologues	< Affectation des homologues > (Annexe 7) 1) Directeur du Projet (Secrétaire Général du MSP) 2) Gestionnaire du Projet (Directeur de la D1) 3) Autres homologues (13 au niveau central et 12 au niveau provincial)
< Bureaux et installations > Bureaux mis à la disposition du Projet au sein du MSP et de la DPS dans les provinces ciblées	< Bureaux et installations > 1) Bureau du Projet au MSP 2) Espace pour les agents locaux ³ aux DPS du Kongo Central, du Haut Katanga et du Kasai Central 3) Électricité, approvisionnement en eau, etc. pour le bureau du Projet au MSP et aux DPS/IPS
< Coûts opérationnels du Projet > Eau, électricité, connexion à l'internet pour les bureaux du Projet	< Coûts opérationnels du Projet > (Annexe 8) Au total, les coûts opérationnels de 191 728 USD (soit environ 21 241M yens) ⁴ ont été alloués principalement pour le frais de transport (véhicule) dans les provinces ciblées, l'organisation d'ateliers, etc.

3-2. Évolution des activités

Tableau 5 : Activités majeures mises en œuvre (janvier 2014 - mai 2017)

<p>[Résultat attendu autre que ceux mentionnés dans le PDM]</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 5 réunions du Comité Conjoint de Coordination (avril 2014, avril 2015, mars 2016, avril 2016 et avril 2017) ● 4 réunions de la Commission des Ressources Humaines pour la Santé (CRHS) (novembre 2014, février 2015, avril 2015, décembre 2016) ● Formations des homologues au Japon (janvier 2014, juillet-août 2015 et août 2016) ● Échange dans le cadre de coopération tripartite (Dakar, Sénégal) (août 2014) ● Participation à l'Assemblée Générale du Réseau Vision Tokyo (RVT) 2010 à Dakar (Sénégal) (août 2014) ● Participation au 6^e Congrès Mondial du Secrétariat international des Infirmiers et Infirmières de l'Espace Francophone (SIDIEF) (Montréal, Canada) (mai-juin 2015) ● Participation à la réunion du bureau du RVT 2010 à Abidjan (Côte d'Ivoire) (décembre 2015) ● Participation à la réunion du bureau du RVT 2010 à Cotonou (Bénin) (mai 2016) ● Participation à la réunion de la commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance

³ Les agents locaux sont engagés par le Projet et mis en place dans les provinces ciblées pour mener des activités d'appui du Projet (y compris la comptabilité). L'agent du Kasai Central a des expériences (dans le secteur de la santé inclus) de travailler avec les PTF. Celui du Haut Katanga a fait ses études en gestion des entreprises en Afrique du Sud. Quant au Kongo Central, l'agent a fait ses études en sociologie.

⁴ Taux de change: 1 USD = 111,31 yens (Taux réglementé par la JICA au mois de mai 2017)

<p>économique (Abidjan, Côte d'Ivoire) (mai 2016)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Formation collective en matière de gestion des ressources humaines pour la Santé (août-septembre 2016) ● Participation à la réunion du bureau du RVT 2010 à Tokyo (Japon) (septembre 2016) ● Participation au congrès sur les recherches en système de santé à Vancouver (Canada) (novembre 2016)
<p>[Résultat attendu 1]</p> <p><u>Observatoire National des Ressources Humaines en Santé (ONRHS)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Polycopie et distribution des brochures de l'ONRHS (400 exemplaires) (mars 2014) ● 3 réunions du Comité Technique sur l'ONRHS (mars 2014, avril 2015 et juin 2016) <p><u>Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé (CNP-SS)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 7 réunions du CNP-SS (novembre 2014, février et mai 2015, février, avril et septembre 2016, février 2017) <p><u>Évaluation du PNRHS (2011-2015)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Atelier d'élaboration des outils d'évaluation du PNRHS (août 2015) ● Mission de collecte de données pour l'évaluation du PNRHS (octobre-novembre 2015) ● Atelier pour l'analyse de données collectées et rédaction du rapport d'évaluation du PNRHS (novembre-décembre 2015) ● Rédaction du rapport sur l'analyse de données (décembre 2015-février 2016) ● Validation du rapport susmentionné (mars 2016) <p><u>Élaboration du PNRHS (2016-2020)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1^{re} phase des ateliers de l'élaboration du PNRHS 2016-2020 (juillet 2016) ● 2^e phase des ateliers de l'élaboration du PNRHS 2016-2020 (octobre 2016) ● 3^e phase des ateliers de l'élaboration du PNRHS 2016-2020 (décembre 2016) ● 4^e phase des ateliers de l'élaboration du PNRHS 2016-2020 (janvier 2017) <p><u>Annuaire des RHS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Impression et distribution de l'Annuaire 2013 des RHS (2014) ● Atelier d'élaboration de l'Annuaire 2015 des RHS (janvier 2016) ● Publication de l'Annuaire 2015 des RHS (août 2016) <p><u>Profil Pays en RHS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Atelier d'élaboration du Profil Pays en RHS (décembre 2014) ● Atelier de finalisation du Profil Pays en RHS (janvier 2015) ● Publication du Profil Pays en RHS (janvier 2015)
<p>[Résultat attendu 2]</p> <p><u>Vision Commune Nationale de Formation de base des Infirmiers, des Sages-Femmes et des Accoucheuses en RDC</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ateliers pour introduire l'approche par compétences en vue de développer la Vision Commune Nationale de Formation de base des Infirmiers, des Sages-Femmes et des Accoucheuses (A1/A2) en RDC (juillet 2014) ● Formation des enquêteurs sur la vision commune nationale de la formation de base des Infirmières et des Accoucheuses en RDC (août 2014) ● Atelier de restitution des résultats d'enquête et d'élaboration de la feuille de route de la vision commune nationale de la formation de base des Infirmières et des Accoucheuses en RDC (août 2014) ● Atelier d'élaboration de la Vision Commune Nationale de Formation de base des Infirmiers, des Sages-Femmes et des Accoucheuses en RDC (décembre 2014) ● Ateliers pour élaborer la Vision Commune Nationale de Formation de base des Infirmiers, des Sages-Femmes et des Accoucheuses en RDC et les Profils des Infirmiers et sage-femme congolais (septembre 2015)

- Activité de la journée internationale de l'infirmier (Présentation sur la Vision Commune Nationale) (mai 2016)
- 1er Congrès et assemblée générale de l'ordre des infirmiers de la RDC (octobre 2016)

Référentiel des accoucheuses du niveau A2

- Atelier d'élaboration du référentiel de formation pour la troisième année accoucheuse A2 (juin 2014)
- Atelier d'élaboration du référentiel d'évaluation pour la troisième année accoucheuse A2 (novembre 2014)
- Atelier d'élaboration du référentiel d'évaluation et de formation pour la quatrième année accoucheuse A2 (mai 2015)
- Atelier de finalisation des fiches descriptives pour la quatrième année accoucheuse A2 (juin 2014)
- Mission de supervision des écoles en réforme organisant la filière accoucheuse A2 (avril 2016)
- Restitution de mission de supervision des écoles susmentionnées (mai 2016)
- Mission de supervision des écoles susmentionnées (octobre 2016)
- Restitution de mission de supervision des écoles susmentionnées (novembre 2016)
- Atelier de renforcement des capacités des chefs des bureaux et inspecteurs chefs des bureaux provinciaux en charge de l'enseignement des sciences de santé (janvier et février 2017)

Formation continue

- Atelier d'élaboration du document de politique nationale, des normes, des directives et des textes réglementaires en matière de la formation continue des ressources humaines de santé⁵ (septembre-octobre 2014)
- Atelier de finalisation de l'arrêté ministériel portant réglementation en matière de formation continue des ressources humaines de santé (juillet 2015)
- Atelier préparatoire de la réunion du Comité de coordination Technique (CCT) pour la validation des documents de politique, normes et directives ainsi que l'arrête ministériel en matière de formation continue (mai 2016)
- Réunion pour la validation des documents de politique, normes et arrêté ministériel en matière de formation continue (juin 2016)

Jury National

- Organisation du Jury National 2013-2014 (septembre 2014)
- Restitutions des missions de supervision de la première session du Jury National en 2013-2014 (juillet 2014)
- Organisation du Jury National 2014-2015 (septembre 2015)
- Restitutions des missions de supervision de la première session du Jury National en 2014-2015 (août 2015)
- Ateliers d'élaboration du Guide de Jury National (mars 2015)
- Atelier d'évaluation des compétences managériales et pédagogiques des chefs de bureaux de l'enseignement des sciences de santé (décembre 2015)
- Finalisation du Guide du Jury National (mars 2016)
- Organisation du Jury National 2015-2016 1^{re} session (mai-juin 2016)
- Restitutions des missions de supervision de la première session du Jury National en 2015-2016 (juillet 2016)
- Organisation du Jury National 2015-2016 2^e session (septembre 2016)

[Résultat attendu 3]

Base de données des RHS

⁵ La politique nationale de la formation précise les lignes directrices de : l'analyse de l'état actuel ; la vision ; la définition ; la stratégie ; la mise en œuvre et le suivi ; la collaboration avec les PTF. Les normes et les directives sont les guides pratiques qui sont les références pour la mise en œuvre de la formation continue. Ils mettent en lumière de : le système de formation continue ; les normes de formateurs ; la gouvernance ; les ressources financières ; la forme éducative ; l'évaluation, etc.

- Formation de data manager Bas-Congo (décembre 2014)
- Collecte d'informations pour la création de la base de données des RHS Bas-Congo (février-juillet 2015)
- Formation de data manager Haut Katanga (novembre-décembre 2015)
- Création de la base de données des RHS Haut Katanga (février-mars 2016)
- Création de la base de données des RHS Haut Katanga 2^e phase (mai-juillet 2016)

Réunion des Groupes Thématiques des RHS

- 16 réunions du Groupe Thématique RHS à la DPS Kongo Central (juin 2015-février 2017)
- 4 réunions du Groupe Thématique RHS à la DPS Haut - Katanga (Oct. 2015, juillet et décembre 2016, février 2017)
- 5 réunions du Groupe Thématique RHS à la DPS Kasai Central (janvier, juillet et août 2016, mars 2017)

PPDRHS

- Atelier d'élaboration du PPDRHS du Bas-Congo (juin 2014)
- Atelier d'élaboration du PPDRHS du Katanga (septembre 2014)
- Atelier de Finalisation du PPDRHS du Kasai Occidental (octobre 2014)
- Atelier d'évaluation du PPDRHS du Kongo Central (2011-2015) (novembre-décembre 2016)
- Atelier d'élaboration du PPDRHS (2017-2020) du Kongo Central (février-mars 2017)
- Atelier d'élaboration du PPDRHS (2017-2020) du Haut Katanga (mai-juin 2017)

Annuaire provincial des RHS

- Atelier d'élaboration de l'annuaire des RHS du Kasai Central 2016 (juillet-août 2016)
- Atelier d'élaboration de l'annuaire des RHS du Kongo Central 2016 (octobre 2016)

3-3. Réalisation des résultats attendus

Comme il est indiqué ci-après, presque tous les indicateurs sont ou seront réalisés avant l'achèvement du Projet. Il a été confirmé que la qualité de la documentation créée par l'appui du Projet, son état de valorisation, la satisfaction des parties prenantes prouvent leur contribution à l'atteinte de l'objectif du Projet.

La réalisation est évaluée par quatre niveaux : "réalisé", "pourrait être réalisé", "partiellement réalisé" et "non réalisé".

(1) Résultat attendu 1

Résultat 1	Indicateurs
Le PNDRHS (2016-) est élaboré et validé suivant le résultat de l'évaluation du PNDRHS (2011-2015).	1-1. Les outils sont élaborés pour évaluer le PNDRHS (2011-2015)
	1-2. Le rapport d'évaluation du PNDRHS 2011-2015 est rédigé.
	1-3. Le profil pays est rédigé
	1-4. Le nouveau PNDRHS (2016-) est élaboré et validé.

Indicateur 1-1 : réalisé

En août 2015, un atelier pour l'élaboration d'outils d'évaluation du PNDRHS (2011-2015) a été organisé pour évaluer sa mise en œuvre et pour élaborer le PNDRHS (2016-2020). Dans cet atelier, sur la base des cinq stratégies du PNDRHS, les cinq fiches d'évaluation (gouvernance, planification, formation de base, motivation et gestion des RHS) pour les niveaux central et provincial, soit le

nombre total de dix fiches ont été élaborées. Elles ont été validées par la Commission des Ressources Humaines de la Santé et Renforcement des Capacités (CRHS).

Indicateur 1-2 : réalisé

Des missions d'évaluation ont été organisées pour la collecte de données à l'aide des outils susmentionnés. En se basant sur les données collectées, le rapport d'évaluation du PNDRHS (2011-2015) a été rédigé lors de l'atelier de décembre 2015. Ensuite, il a été validé en février 2016 et publié en mars 2016. Cette évaluation a été mise en œuvre grâce aux appuis non seulement par le présent Projet mais aussi par d'autres PTF, à savoir Intrahealth/IMA (DFID), ICAP/NEPI (USAID) sous les aspects technique et/ou financier. La Banque Mondiale et l'UNFPA ont également apporté un soutien technique lors de la collecte de données sur les sages-femmes et accoucheuses.

Ladite évaluation a relevé les points à améliorer comme suit :

Tableau 6 : Résumé de l'évaluation du PNDRHS (2011-2015)

sous-objectif du PNDRHS	Points à améliorer relevés dans l'évaluation
1. Renforcement de la gouvernance et du leadership	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un système d'information des RHS • Décentralisation de gestion des RHS
2. Renforcement de l'élaboration du plan	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la capacité d'organisation en phase d'élaboration du plan • Amélioration relative à la progression de carrière
3. Amélioration de la qualité de la formation de base	<ul style="list-style-type: none"> • Assainissement dans le domaine de formation des RHS • Adoption des curricula conformes aux besoins • Renforcement des structures de formation des RHS
4. Renforcement de la gestion des RHS	<ul style="list-style-type: none"> • Répartition équilibrée des RHS • Renforcement du système de formation continue • Renforcement des capacités de mener une étude et d'organisation
5. Garantie de la motivation et de rétention	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du cadre de travail et du système de rémunération et de sécurité sociale

Indicateur 1-3 : réalisé

Le Projet a appuyé l'élaboration et la publication du Profil Pays⁶ 2014. Ce dernier a été publié sur le site web de l'ONRHS⁷ et mis en valeur pour l'élaborer le PNDRHS (2016-2020).

Indicateur 1-4 : pourrait être réalisé avant la fin du Projet

Le PNDS (2016-2020) a été élaboré en 2016. Conformément à ce dernier, l'élaboration du PNDRHS (2016-2020) a commencé et a été adoptée en février 2017 par la CRHS. Au moment de l'évaluation

⁶ Le Profil Pays est élaboré dans chacun des pays africains selon l'initiative du Bureau régional de l'Afrique de l'OMS.

⁷ <http://www.minisante-rhs.cd/index.php/profil-pays>

finale, le PNDRHS (2016-2020) attend la validation par le CCT du CNP-SS et pourrait être validé en juillet 2017.

(2) Résultat attendu 2

Résultat attendu 2	Indicateurs
Les textes légaux et normatifs nécessaires à la mise en œuvre du PNDRHS sont mis au point.	2-1. Les textes légaux de la gestion de carrières sont élaborés et validés.
	2-2. Les référentiels de métier, de compétences, de formation et d'évaluation, ainsi que les fiches descriptives de la formation pour les accoucheuses du niveau secondaire sont élaborés.
	2-3. Les textes légaux et normatifs régissant la formation continue sont élaborés et validés.
	2-4. La vision commune nationale de la formation de base des infirmières, des Sages-Femmes et des Accoucheuses du niveau supérieur et secondaire est élaborée et sa matérialisation figure dans le PNDRHS (2016-).
	2-5. Les rapports d'évaluation du Jury National sont rédigés.

Indicateur 2-1 : pourrait être réalisé avant la fin du Projet

Les textes légaux portant sur la gestion de carrières (manuel de procédures) ont été élaborés en avril 2017 en collaboration avec l'un des autres PTF en l'occurrence le Health Finance and Governance (HFG). Les processus de leur validation par le CCT du CNP-SS sont en cours.

Indicateur 2-2 : pourrait être réalisé avant la fin du Projet

Les référentiels de compétences, de formation et d'évaluation, ainsi que les fiches descriptives de la formation pour les accoucheuses du niveau secondaire ont été élaborés pour chaque année scolaire (1^{re} année - 4^e année) et exploités dans les 17 écoles qui ont introduit le nouveau programme d'étude⁸. L'enseignant chargé de formation d'accoucheuses à l'INPESS, l'un des utilisateurs, apprécie beaucoup la qualité de ces référentiels. Par ailleurs, l'élaboration du référentiel de métier d'accoucheuse⁹ du niveau secondaire (A2)¹⁰ qui n'a pas été prévue lors de la planification commencera à la suite de la validation de la "Vision Commune Nationale de Formation de base des Infirmiers, des Sages-Femmes et des Accoucheuses".

Indicateur 2-3 : pourrait être réalisé avant la fin du Projet

Dans le but d'établir une base de coordination en matière de formation continue, en mars 2015, la D11 a élaboré les projets des documents suivants en matière de formation continue par le travail conjoint

⁸ Le nouveau programme est axé sur "l'Approche par compétence (APC)".

⁹ Ce référentiel concrétisera la "Vision Commune Nationale de Formation de base des Infirmiers, des Sages-Femmes et des Accoucheuses", politique conjointe pour la formation des RHS entre le MSP et le MESU.

¹⁰ Les catégories d'infirmier et d'accoucheuse sont réparties comme suit : A1 (supérieur) sous la tutelle du MESU ; A2 (secondaire) sous la tutelle du MSP ; A3 (primaire, y compris la matrone) sous la tutelle du MSP. L'A3 est l'ancienne qualification. Il y a toujours des accoucheuses A3, mais la formation de A3 a été abolie.

avec la D1 et la D6 : la politique nationale ; les normes et les directives ; le texte réglementaire. Ces documents ont été validés par le CCT le 8 juin 2016.

Indicateur 2-4 : pourrait être réalisé avant la fin du Projet

La "Vision Commune Nationale de formation de base des Infirmiers, des Sages-Femmes et des Accoucheuse en RDC" a été élaborée par le travail de collaboration entre le MSP et le MESU. Et cette vision a été mentionnée dans le PNDS (2016-2020) ainsi que dans le PNDRHS (2016-2020) qui a été élaboré conformément au PNDS (2016-2020). Elle attend la validation de la part du MSP et du MESU au moment de l'évaluation finale.

Indicateur 2-5 : réalisé

Les rapports d'évaluation du "Jury National"¹¹ ont été rédigés pour les années 2014, 2015 et 2016. Quelque 5 000 étudiants au niveau d'environ 470 ITM/IEM ont passé le Jury National et les résultats sont partagés avec les DPS sur tout le pays. Le Projet a appuyé aussi l'élaboration du "Guide du Jury National Version 2"¹² et organisé une réunion afin d'expliquer son utilisation auprès des principaux centres de correction, des agents du MSP et des chefs chargés de formation de base aux DPS. En faisant suivre strictement l'utilisation du guide, quelques améliorations ont été confirmées dans la supervision, la correction et les processus de mise en œuvre.

(3) Résultat attendu 3

Résultat attendu 3	Indicateurs
Avec l'appui des Directions centrales concernées, les PPDRHS sont élaborés sur la base des faits réels conformément au PNDRHS dans les Provinces ciblées respectives, et la mise en œuvre est commencée.	3-1. Les PPDRHS (2011-2015) sont élaborés et validés dans les Provinces ciblées.
	3-2. Créations de bases de données contenant au moins 80 pour cent des zones de santé dans les Provinces du Kongo Central et du Haut Katanga, les rapports sur les bases de données dans les Provinces du Kongo Central et du Haut Katanga sont rédigés.
	3-3. Les bases de données des Provinces du Kongo Central et du Haut Katanga sont actualisées.
	3-4. Les annuaires du personnel en santé au niveau des Provinces ciblées sont rédigés.
	3-5. Les rapports d'évaluation du PPDRHS 2011-2015 sont rédigés dans les Provinces ciblées.
	3-6. Les PPDRHS (2016-) sont élaborés et validés dans les Provinces ciblées.

Indicateur 3-1 : réalisé

Dans toutes les trois provinces ciblées (selon l'ancien découpage administratif), les PPDRHS (2011-

¹¹ Le Jury National pilote a commencé en 1992 dans une partie du pays conformément l'ordonnance-loi décrétée en 1966. Il s'agit d'un examen commun à la fin d'études destiné aux apprenants aux ITM/IEM.

¹² Le Guide du Jury National (Version 1) a été élaboré par l'initiative de la D6 après la phase 1 du Projet.

2015) ont été élaborés et validés. Le tableau suivant montre la durée de validité et le moment de validation des PPDRHS.

Tableau 7 : Durée de validité et période de validation du PPDRHS dans chaque province

Provinces ciblées	Durée de validité du PPDRHS	Période de validation
Kongo Central	2014-2016	octobre 2014
Kasaï Occidental	2014-2016	juin 2015
Katanga	2015-2017	mars 2015

Indicateur 3-2 : réalisé

Dans les provinces du Kongo Central et du Haut Katanga, les bases de données sur les RHS ont été créées. Par rapport à l'objectif fixé (80%), les pourcentages d'enregistrement des RHS au niveau de la zone de santé (ZS) dans ces provinces sont à : 96,8% dans le Kongo Centrale ; 96,3% dans le Haut Katanga¹³. Quant à la base de données du Kasaï Central, elle a été créée avec l'appui d'un autre PTF (ASSP/IMA).

Tableau 8 : Période de finalisation et couverture de la base de données dans chaque province

Provinces ciblées	Finalisation	Zones de santé (ZS) ciblées (objectif : 80%)
Kongo Central	octobre 2015	96.8% (30/31 ZS)
Haut Katanga	mars 2017	96.3% (26/27 ZS)

Indicateur 3-3 : réalisé

Concernant la mise à jour de la base de données, elle a été effectuée dans le Kongo Central en septembre 2016. La prochaine mise à jour des données 2017 est prévue en août ou en septembre. Dans le Haut Katanga, la base de données a été créée en mai 2016. La mise à jour est prévue en août 2017. Par ailleurs, dans la DPS du Kongo Central, les processus de mise à jour ont été rédigés et ils ont été validés par les Groupes Thématiques des RHS.

Indicateur 3-4 : réalisé

La Province du Kongo Central a rédigé et publié l'annuaire des RHS 2016 en novembre 2016. La version 2017 sera rédigée en septembre 2017. Le Kasaï Central a rédigé et publié l'annuaire 2016 en octobre 2016. Pour ce faire, le Kasaï Central a utilisé les informations de la base de données créée par un autre PTF. La version 2017 est à rédiger en août 2017. Quant au Haut Katanga, la base de données a été finalisée en mars 2017, ce qui permettrait la rédaction de l'annuaire des RHS dont la rédaction

¹³ Comme la zone de santé de Kitona dans le Kongo Central et celle de Vangu dans le Haut Katanga sont sous le contrôle de l'armée, la création de la base de données a été reportée.

est prévue en septembre 2017.

Tableau 9 : Période de rédaction des annuaires des RHS dans chaque province

Provinces ciblées	Annuaire 2016	Annuaire 2017 (rédaction prévue)
Kongo Central	novembre 2017	septembre 2017
Haut Katanga	-	septembre 2017
Kasaï Central	août 2016	août 2017

Les effets suivants ont été perçus grâce à la rédaction des annuaires des RHS au niveau central :

- les informations générales des RHS ont été partagées parmi les institutions concernées, ce qui fait appréhender concrètement la situation réelle des RHS dans les provinces;
- en ce basant les valeurs concrètes, l'immatriculation des fonctionnaires, la justification de paiement de salaire ou de prime ont été promues;
- dans l'élaboration de la deuxième génération du PPDRHS, la planification basée sur le fondement concret est devenue possible;
- en intégrant les données de l'annuaire au niveau provincial dans celui au niveau national, ce dernier a pu obtenir la précision plus élevée.

Indicateur 3-5 : réalisé

Dans le Kongo Central, le rapport d'évaluation du PPDRHS (2011-2015) a été rédigé en décembre 2016. Par contre, dans le Haut Katanga et le Kasaï Central, à cause de la réforme de découpage administratif sanitaire, la zone cible a été divisée¹⁴, si bien que l'objet et l'étendue du PPDRHS élaboré ne correspondent plus à la réalité. Par conséquent, le MSP a décidé, selon son principe, de ne pas effectuer l'évaluation dans ces deux provinces.

Indicateur 3-6 : pourrait être réalisé avant la fin du Projet

Dans le Kongo Central et le Kasaï Central, les PPDRHS (2016-2020) ont été validés en mars 2017. Celui du Haut Katanga qui a été déjà élaboré est censé être validé en juin 2017. La durée de validité et le moment de validation sont comme suit :

Tableau 10 : Durée de validité et période de validation du PPDRHS dans chaque province

¹⁴ Selon l'ordonnance-loi promulguée en 2014, la province du Katanga a été divisée en 4, dont le Haut Katanga qui a été retenu. Quant au Kasaï Occidental, il a été divisé en 2, dont le Kasaï Central qui a été retenu.

Provinces ciblées	Durée de validité du PPDRHS	Période de validation
Kongo Central	2017-2020	mars 2017
Kasai Central	2017-2020	mars 2017
Haut Katanga	2017-2020	juillet 2017 (projection)

3-4. Réalisation de l'objectif du Projet

Objectif du Projet	Indicateurs
Les bases nécessaires pour l'élaboration du PNRHS et sa mise en œuvre effective et durable sont renforcées tant au niveau des Directions centrales qu'au niveau des Provinces ciblées.	1. Tenue quatre fois par an des réunions des parties prenantes pour coordonner la gestion des RHS en profitant du fonctionnement de l'ONRHS et de la commission des RHS.
	2. Les annuaires du personnel en santé au niveau national sont rédigés une fois par an.
	3. Les textes légaux et normatifs qui sont rédigés au niveau national sont mis en œuvre au niveau des Provinces ciblées. - 60 pour cent des Provinces ciblées comme zones d'Interventions mettent en œuvre des textes légaux et normatifs portant sur la gestion de carrières et la formation continue - 75 pour cent des écoles qui ont déjà intégré le programme des accoucheuses reformé mettent en œuvre les référentiels qui sont élaborés au niveau national
	4. Tenue quatre fois par an des réunions de groupe thématique des RHS au niveau des Provinces ciblées.

Indicateur 1 : réalisé

Le CRHS a tenu trois réunions en 2014 et 2015 et quatre réunions en 2016 (dont 2 réunions ont été organisées avec l'appui des autres PTF (HFG et ASSP/IMA)). Quant à l'Observatoire National des Ressources Humaines en Santé (ONRHS), un mécanisme de coordination des RHS, une réunion par an a été tenue entre 2014 et 2016. Ainsi, le nombre de réunions est de : quatre en 2014 et 2015 ; cinq en 2016, ce qui a atteint l'objectif (quatre fois par an).

Indicateur 2 : réalisé

Les annuaires des RHS 2013 et 2015 ont été publiés. En 2014, à la place de l'annuaire, le Profil Pays a été publié. La publication dudit annuaire 2016 est visée en septembre 2017.

Indicateur 3 : partiellement réalisé

Comme il est mentionné dans le "Résultat attendu 2, Indicateur 2-1", les textes légaux et normatifs portant sur la gestion de carrières¹⁵ ont été élaborés en avril 2017. Ils attendent la validation par le CCT au moment de l'évaluation finale. Après être validés, ils seront distribués et utilisés dans les DPS des provinces ciblées. Les normes sur la formation continue ont été aussi élaborées en mars 2015,

¹⁵ Les textes légaux et normatifs portant sur la gestion de carrières sont les directives pour les DPS dans le recrutement et l'affectation des RHS.

6 76

mais elles attendent la signature, si bien qu'elles ne sont pas encore mises en œuvre¹⁶. Cependant, les termes de référence conformes au plan de vulgarisation dans chaque province sont déjà rédigés. C'est ainsi qu'après validation, il sera possible de les utiliser immédiatement.

Les différents référentiels des accoucheuses du niveau A2 ont été tous élaborés. Dans les 14 écoles sur 17 (82%) qui utilisent le nouveau programme d'étude¹⁷, la formation et l'évaluation conformément aux référentiels de formation rédigés par le Projet sont mises en œuvres, ce qui atteint l'objectif (75%). Les principales raisons pour lesquelles ces référentiels ne sont pas introduits dans trois autres écoles sont dues à : le manque d'infrastructures telles que matériels pédagogiques et équipements nécessaires ; la mauvaise compréhension de la pédagogie par les enseignants. Le MSP essaie donc de leur apprendre à utiliser les matériels pédagogiques à l'occasion de la supervision.

Indicateur 4 : partiellement réalisé

Concernant la fréquence de réunions des Groupes Thématiques des RHS¹⁸ dans les provinces ciblées, dans le Kongo Central, la réunion s'est tenue pour la première fois en juin 2015 et se poursuivait périodiquement : 9 réunions en 2015 et 7 réunions en 2016, dont 5 ont été tenues sans appui financier du Projet. Dans le Kasai Central, l'appui à la tenue de réunion a commencé dans la seconde partie du Projet : 1 réunion en 2015 et 4 réunions en 2016. Quant au Haut Katanga, comme dans le Kasai Central, l'appui a commencé à partir de la seconde partie du Projet et une réunion a été tenue en 2015. En 2016, le nombre de réunions est limité à trois fois sous l'influence de l'évacuation des experts japonais lors de l'élection présidentielle à la fin d'année. Cependant, l'objectif "tenue quatre fois par an des réunions du Groupe Thématique des RHS au niveau des provinces ciblées" est quasiment atteint. Au cours des réunions dudit Groupe Thématique, la planification du PPDRHS, son suivi, le partage d'informations sur l'état de mise en œuvre, entre autres ont été effectués parmi les parties prenantes, ce qui a permis de promouvoir l'établissement de la relation avec les divisions chargées de DRHS et le partage d'informations avec eux.

3-5. Projections sur l'atteinte de l'objectif global

Objectif global	Indicateurs
-----------------	-------------

¹⁶ La mise en valeur signifie la distribution des textes légaux et normatifs portant la gestion de carrières aux DPS et la mise en œuvre de l'encadrement des agents des DPS par le MSP pour l'utilisation desdits textes.

¹⁷ Selon la note passée par le Directeur de la D6, la formation d'accoucheuses A2 par le programme en réforme (approche par compétences) est approuvée au niveau de chaque IEM.

¹⁸ Aux Groupes Thématiques des RHS, le partage d'informations sur le PPDRHS, l'élaboration de documents techniques et le résultat du suivi sont mis en œuvre.

La formation de base, la rétention, la gestion de carrière et la formation continue des RHS sont améliorées d'une manière adéquate et conforme au besoin dans les Provinces ciblées, et ces acquis sont disséminés à d'autres Provinces.	1. Six Provinces ont élaboré leurs PPDRHS conformément au PNDRHS.
	2. Le budget pour la mise en œuvre du PPDRHS est augmenté de 10 % dans les Provinces ciblées.

Indicateur 1 : pourrait être réalisé

L'élaboration du PPDRHS a été réalisée dans les trois provinces ciblées, mais il n'y a aucun exemple dans d'autres provinces. Néanmoins, l'élaboration du PPDRHS est précisée dans le PNDRHS (2016-2020) et les PPDRHS des provinces ciblées ont été déjà élaborés grâce à l'appui des homologues du MSP envers DPS, ce qui prouve que le MSP est capable d'aider les DPS à élaborer les PPDRHS. En outre, selon le Directeur de la D1, les appuis à l'élaboration du PPDRHS par les autres PTF sont prévus : Save the Children dans le Kasai Oriental ; USAID dans le Lualaba à partir de juillet 2017. Par rapport à la demande du Maniema, l'examen sur la mise en œuvre d'une aide est en cours par la Banque Mondiale. C'est pourquoi la probabilité d'élaborer le PPDRHS dans le nombre total de six provinces (dont trois ciblées par le Projet) est élevée.

Indicateur 2 : pourrait être atteint avant la fin du Projet

En ce concerne le budget alloué au PPDRHS aux DPS des provinces ciblées, il est en augmentation dans le Kongo Central grâce aux appuis du gouvernement provincial et des PTF. Le taux d'exécution s'améliore aussi par rapport à la planification. Par contre, dans le Kasai Central et le Haut Katanga, sous l'influence de la décentralisation de l'administration sanitaire, les données n'ont pas pu être obtenues. Il est donc difficile de juger si l'indicateur est réalisé. Néanmoins, vu la situation du Kongo Central, il est possible que la dépense soit en hausse dans le futur dans les deux autres provinces.

Tableau 11 : Mise en œuvre du budget relatif au PPDRHS dans Kongo Central

(en USD)

	2014	2015	2016
Budget	8,706,154	9,758,445	8,997,643
Dépense	3,815,164	6,302,160	6,206,569
%	44%	65%	69%

3-6. Facteurs entravant ou favorisant la production d'effets

3-6-1. Analyse des facteurs qui ont contribué à la production d'effets

Collaboration avec d'autres PTF

En espérant la durabilité et les impacts positifs, le Projet promeut la collaboration avec d'autres PTF, ce qui a permis d'augmenter un appui financier aux activités pour le développement des ressources humaines, etc.

Concertation directe avec les homologues des provinces ciblées

Un des principes du Projet était d'organiser autant que possible des réunions pour la concertation directe avec les chefs du bureau gestion de ressources. À part les experts en charge, le conseiller en chef est parti sur le terrain, ce qui a promu une bonne communication et contribué à la bonne mise en œuvre des activités.

3-6-2. Analyse des facteurs qui ont entravé la production d'effets.

Évacuation temporaire des experts japonais à cause de la situation politique au mois de décembre 2016

À cause de la situation politique en décembre 2016, les experts japonais ont été obligés de quitter la RDC. Cela a donné un effet négatif à l'avancement du Projet dans certaines provinces, par exemple à la tenue de réunion du Groupe Thématique des RHS. Mais cependant, ce retard est en train d'être rattrapé.

Retard dans l'établissement de l'organisation de mise en œuvre dans les provinces ciblées

Dans le Kasai Central, le Groupe Thématique des RHS chargé de suivi et d'évaluation du PPDRHS n'a pas tenu de réunions pendant longtemps à cause de : la révocation du Ministre Provincial de la Santé Publique ; la restructuration en l'IPS et DPS ; la modification de découpage administratif de la santé (de 11 à 26 DPS). Cependant, cela ne cause pas une influence importante.

4. Résultat d'évaluation

4-1. Pertinence : élevée

(1) Cohérence avec la politique et les stratégies de la santé de la RDC

Le PNDS 2016-2020 a été élaboré sur la base du résultat d'évaluation du PNDS 2011-2015 mise en œuvre au mois de mars 2016 en mettant un accent sur l'atteinte des ODD et sur la réalisation de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Dans le PNDS 2016-2020, la priorité est clairement mise sur : 1) Établissement de subvention pour recevoir des services sanitaires ; 2) Renforcement du système de santé (offre de prestations, infrastructures et équipements, RHS, médicaments, finances, informations sanitaires) ; 3) Renforcement de la gouvernance. L'objectif du Projet est conforme en particulier au sujet de RHS et d'informations sanitaires dans 2).

(2) Cohérence avec les besoins en RDC

À la suite de l'évaluation du PNDS 2011-2015, le niveau de réalisation des indicateurs a été confirmé. Le résultat montre que les taux concernant les éléments suivants ont connu une amélioration : vaccination ; accès aux soins prénatals ; accouchements assistés par le personnel qualifié ; utilisation de moustiquaire pour la prévention du paludisme, entre autres. Par rapport à ces améliorations, la

plupart des indicateurs y compris les taux de mortalité maternelle et infantile n'ont pas été réalisés. Dans le rapport, il s'avère que les facteurs sont dus au retard dans la réforme du secteur de santé, l'établissement de la base du cadre législatif et en particulier le renforcement des capacités des RHS qui est nécessaire au renforcement des services de santé.

Malgré une forte augmentation¹⁹ du nombre de prestataires qui travaillent dans les structures sanitaires publiques, la densité des RHS est de 9,63 personnes pour 10 000 habitants, ce qui est très loin de la norme de l'OMS pour la réalisation de la CSU, le nombre total de 4,45 personnes (médecin, infirmier, sage-femme et accoucheuse) pour 1 000 habitants, soit 45 personnes pour 10 000 habitants. En outre, dans la formation de base des RHS, le nombre d'instituts supérieurs des techniques médicales (ISTM) sous tutelle du MESU augmente considérablement pendant ces sept dernières années (augmentation de 42%). À cet effet, concernant la formation des RHS, il faut qu'une politique nationale commune aux ISTM et ITM/IME (sous tutelle du MSP) soit élaborée et mise en œuvre d'urgence. Une des préoccupations est la baisse de qualité des services de santé due à la discordance entre le contenu de l'enseignement offert par des écoles et les besoins réels sur le terrain. C'est pourquoi l'amélioration de la qualité de l'enseignement est requise. En outre, les défis suivants sont relevés vis-à-vis des professionnels actifs : le renforcement de la formation continue pour améliorer les techniques ; l'amélioration des conditions du travail et la garantie de statut en tant que fonctionnaire qui favorisent la fidélisation. C'est ainsi que, même au moment de l'évaluation finale, l'objectif du Projet correspond bien aux besoins en matière de développement des RHS de la RDC.

(3) Cohérence avec la politique japonaise d'Aide Publique au Développement

Dans les principes de base du plan de développement des activités d'aide envers la RDC élaboré par le Ministère des Affaires Étrangères "Appui à la consolidation de la paix pour la reconstruction du pays et au développement socio-économique de base", quatre éléments sont priorisés, à savoir 1) consolidation de la paix, 2) amélioration d'accès aux services sociaux, 3) préservation environnementale et 4) développement économique. Ce Projet est en harmonie avec 2). En outre, concernant l'une des priorités de la Déclaration de Nairobi lors de la Conférence Internationale de Tokyo sur le Développement de l'Afrique (TICAD) VI en 2016 "Promotion de systèmes de santé résilients pour la qualité de vie", il contribue, à travers la formation de RHS, au "renforcement de capacité à gérer les risques de crises sanitaires et au renforcement de mesures de prévention et de provisions" et à la "promotion de la CSU".

(4) Avantage comparatif de l'aide du Japon

La JICA a déjà mis en œuvre du projet de développement des RHS dans un autre pays d'Afrique

¹⁹ Le nombre des RHS est en augmentation et passé de 90 275 en 2008 à 147 129 en 2015 (augmentation de 56 854 personnes).

francophone, Sénégal. Elle a donc le savoir-faire suffisant pour s'engager aux défis que le Projet relève. En outre, elle a d'autres expériences telles que la mise en place d'une base de données des RHS en Tanzanie, la formation des RHS au Cambodge et en Afghanistan dans une situation d'après-conflit.

4-2. Efficacité : assez élevée

(1) Niveau de réalisation de l'objectif du Projet

Parmi les quatre indicateurs quantitatifs de l'Objectif du Projet "renforcement des bases pour le PNDRHS", les indicateurs 1, 2 et 4 ont été quasiment réalisés. Par contre, une partie de l'indicateur 3 n'est pas encore réalisée.

Concernant la tenue de réunion de coordination en matière de gestion des RHS et celle de l'ONRHS (indicateur 1), les parties prenantes dans le secteur y compris les PTF se réunissent périodiquement et travaillent en collaboration. Plus concrètement, l'évaluation et l'élaboration du PNDRHS sont mises en œuvre avec d'autres PTF impliqués. En outre, la coordination avec le MFP a été promue dans les provinces ciblées afin d'assurer une source financière pour rémunérer les fonctionnaires non payés²⁰. Ensuite, la rédaction des annuaires du personnel de santé (indicateur 2) a été assurée par la D1 de manière régulière, ce qui contribue à déceler l'état réel de répartition du personnel de santé au niveau national. Par contre, l'indicateur 3 "Les textes légaux et normatifs relatifs à la gestion de carrières et à la formation continue sont mis en œuvre au niveau des provinces ciblées" n'est pas encore réalisé. La mise en application de ces textes est prévue dans les trois provinces ciblées à la suite de la validation, mais vu la durée restante avant la fin du Projet, il est peu possible que ces textes soient mis en œuvre de manière appropriée dans lesdites provinces. Quant à l'indicateur 4, le nombre de réunions du Groupe Thématique tenues dans le Kasai Central et le Haut Katanga n'a légèrement pas atteint l'objectif. C'est à cause de la situation politique due à la réorganisation de découpage administratif sanitaire, mais la situation a tendance à s'améliorer avec la stabilisation organisationnelle.

Pour les raisons susmentionnées, bien qu'une partie des indicateurs ne sont pas encore réalisés, l'objectif du Projet peut être jugé quasiment atteint.

(2) Relation de convenance entre les résultats attendus et l'objectif du Projet

Pour atteindre l'objectif du Projet "renforcement des bases pour l'élaboration et la mise en œuvre du PNDRHS", l'établissement des bases nécessaires aux cinq principaux thèmes du PNDRHS (la gouvernance, le partenariat, la production, la gestion de carrières et la formation continue) doit être assuré au niveau de la réalisation des résultats attendus. Puisque chaque résultat attendu du Projet est favorable à la mise en place des bases desdits thèmes dans les provinces ciblées, il est clair que la

²⁰ Étant donné qu'ils ne sont pas payés, leur motivation est très faible. L'absence au lieu de travail ou l'abandon de la fonction, le retard au travail sont ordinaires. Par ailleurs, malgré les conditions peu favorables (rémunération faible), certains restent fonctionnaires dans l'intention de garder le statut en faisant face au taux de chômage élevé.

réalisation de ces résultats attendus contribue à l'atteinte de l'objectif du Projet.

(3) Conditions extérieures

La condition extérieure conduisant à l'atteinte de l'objectif du Projet est comme suit : la situation politico-sociale ne se détériore pas dans les provinces ciblées. Comme il est susmentionné dans "Analyse des facteurs qui ont entravé la production d'effets", cette condition n'a pas été remplie à cause de : l'évacuation des experts japonais due à la détérioration de la sécurité au cours de la campagne de l'élection présidentielle en décembre 2016 ; l'interdiction de déplacement des experts japonais dans le Kasai Central. Néanmoins, l'affectation des agents locaux dans les provinces ciblées et l'obligation de rédaction du rapport journalier ont permis de minimiser l'influence desdites situations par rapport à l'atteinte de l'objectif du Projet.

4-3. Efficience : élevée

(1) État de réalisation des intrants

Les intrants des parties congolaise et japonaise ont été réalisés conformément à la planification. Les intrants ont été convenables du point de vue quantitatif, qualitatif, et de timing. Il s'est avéré qu'ils avaient bien contribué à la production d'effets de chaque résultat attendu.

En particulier, il a été confirmé que le MSP avait renforcé sa capacité de mener des activités conformément à la planification budgétaire. Aussi, le MSP a commencé l'allocation de son propre budget, par exemple, 11 492 USD pour le Jury National. En outre, l'intervention de nombreux PTF dans le domaine de DRHS s'est accrue grâce à la dynamisation de la CRHS et de l'ONRHS. Le fait que l'appui financier en vue de l'évaluation et de l'élaboration du PNDRHS est mis en œuvre permettrait au Projet une gestion plus efficiente en économisant le coût opérationnel.

(2) Coordination avec d'autres PTF, ministères et les provinces ciblées

À travers les réunions dans le cadre de la CRHS ou de l'ONRHS, la coordination avec les partis prenantes au sein/en dehors du MSP y compris d'autres PTF a été promue. Aussi, dans la coordination avec le MFP, une ressource financière pour rémunérer les fonctionnaires non payés est en train d'être assurée, ce qui fait un bon résultat du Projet. En outre, la coordination entre le MSP et les DPS ciblées a été promue, par exemple, les agents du MSP et de la DPS du Kongo Central ont accordé leur appui pour la mise en place d'une base de données du Haut Katanga.

(3) Affectation des agents locaux dans les provinces ciblées

Les agents locaux ont été affectés dans les provinces ciblées. D'une part ils assistent la mise en œuvre des activités, d'autre part ils font la collecte d'informations auprès des services homologues ou sur

place. Ils font aussi un rapport journalier. Cette organisation a permis d'améliorer l'efficacité. Aussi, le fait que les agents locaux sont affectés dans la zone où les experts japonais ne peuvent pas accéder a permis de dérouler le Projet de manière durable. La rémunération de ces agents est moins chère que celle des Japonais, ce qui rend l'efficacité plus élevée.

(4) État d'exploitation des équipements fournis

Les ordinateurs et périphériques ont été principalement fournis en vue de la mise en place de bases de données des RHS. À la D6 qui a bénéficié d'un duplicateur, un responsable de gestion d'équipements a été désigné. L'entretien semestriel est effectué, ce qui assure l'exploitation et l'entretien de manière convenable. Par ailleurs, 20% des équipements fournis en 2014 ont des défauts, si bien que la demande d'affectation d'un agent qui maîtrise bien l'utilisation d'équipements (photocopieuse, etc.) a été formulée au MSP.

4-4. Impact : assez élevé

(1) Projections de l'atteinte de l'objectif global

Pour ce qui est des projections de l'atteinte de l'objectif global et concernant l'indicateur relatif à l'augmentation du budget pour la mise en oeuvre des activités liées au PPDRHS dans les provinces ciblées, dans le Kongo Central, l'appui de la part du gouvernement central et de PTF est en augmentation. Par contre, dans le Kasai Central et le Haut Katanga, à cause de l'influence de réorganisation du découpage administratif sanitaire, l'évolution du budget exécuté ne peut pas être confirmée. Cependant, vu la situation dans le Kongo Central, ledit indicateur pourrait être atteint dans les deux autres provinces.

L'élaboration du PPDRHS dans d'autres provinces est recommandée par le PNDRHS. Techniquement, l'appui à la vulgarisation sera possible par les agents du MSP, mais la garantie d'un budget pour l'élaboration sera requise. C'est pourquoi le MSP fait le plaidoyer auprès des PTF. Ainsi, l'appui à l'élaboration du PPDRHS par les PTF est en cours dans les provinces suivantes : dans le Kasai Oriental par Save the Children ; dans le Lualaba par l'USAID. En outre, la concertation est en cours pour l'appui par la Banque Mondiale dans le Maniema. Ainsi, l'élaboration du PPDRHS dans d'autres provinces est promue, ce qui prouverait que l'atteinte de l'objectif global serait fort possible.

(2) Autres impacts positifs

- Dans les provinces ciblées du Kongo Central et du Haut Katanga, les bases de données des RHS ont été créées et la nomination désordonnée a été rapportée au gouvernement provincial. Par conséquent, un arrêté portant sur l'interdiction de nomination au niveau de chaque établissement médical ou bureau administratif du secteur de la santé.
- Dans le Kongo Central, l'annonce officielle a été faite aux Ministères provinciaux (en charge

de la santé, de la fonction publique et des finances) pour éliminer 543 agents qui n'existent plus réellement à cause de la retraite, du décès, de la disparition, etc. En outre, parmi plus de 4 000 agents qui n'étaient ni immatriculés ni nommés officiellement, 3 267 ont reçu la commission d'affectation. En outre, 1 187 agents sur 1 697 immatriculés sont parvenus à être payés.

- Les PTF tels que Save the Children, ASSP/IMA (DFID), HFG (USAID) utilisent l'ONRHS ou les annuaires réalisés par le Projet pour appréhender l'état actuel de la zone d'intervention de leurs propres projets. En outre, l'intervention du Projet a occasionné un effet d'entraînement auprès des autres PTF dans le DRHS.
- Dans 3 sur 14 écoles de formation d'accoucheuses du niveau secondaire qui ont introduit les référentiels de formation, le taux de réussite au Jury National a atteint 100%²¹.
- Lors du 4e Symposium mondial sur la recherche en système de santé 2016 à Vancouver en novembre 2016, la communication faite conjointement par les homologues et le Projet portant sur la coordination entre les parties prenantes lors de la mise en œuvre de la formation pour les mesures de prévention contre l'épidémie à virus Ebola a reçu le prix "Best French Poster Award".

4-5. Durabilité : moyenne

(1) Durabilité sous l'aspect politique

Comme il a été mentionné dans "4-1. Pertinence", l'objectif du présent Projet est conforme au "PNDS 2016-2020" en vigueur. Et en se basant sur ce dernier, un plan national en matière de DRHS, "PNDRHS 2016-2020" a été élaboré avec l'appui du Projet et il attend la validation au moment de l'évaluation finale. Dans ce "PNDRHS 2016-2020", cinq priorités suivantes qui sont aussi des engagements du Projet sont inscrites : la gouvernance ; la gestion de carrières ; l'enseignement des sciences de santé ; la formation continue ; le partenariat. La mise en œuvre des activités y relatives est planifiée au moins jusqu'en 2020. En plus, dans les trois provinces ciblées, les PPDRHS (2016-2020) ont été élaborés et validés dans le Kongo Central et le Kasai Central et celui du Haut Katanga est censé être validé en juin 2017, ce qui permet de dire que la durabilité sous l'aspect politique dans ces trois provinces est élevée.

(2) Durabilité sous l'aspect organisationnel

Au niveau du MSP, l'Inspection Générale de la Santé a été nouvellement mise en place en avril 2017. L'un des homologues du Projet, Directeur de D6 a été nommé Inspecteur Général. Aussi, il est fort possible que la restructuration suivante soit bientôt effectuée : les onze directions seront recomposées

²¹ Étant donné que la D6 organise le Jury National conformément au référentiel de formation élaboré par le Projet, le taux de réussite a tendance à augmenter dans les écoles ayant introduit ledit référentiel.

en six ; par conséquent, la D1 et D11 seront intégrées pour créer la direction des ressources humaines ; la D6 subsistera sans changer le nom. Il faudrait donc faire attention à la nouvelle organisation des directions chargées de développement des ressources humaines.

À la suite de la décentralisation, la DPS a été divisée en l'IPS et la DPS après la promulgation de l'arrêté ministériel d'octobre 2014. Les défis tels que le manque du personnel à la DPS, le retard d'aménagement d'infrastructures, etc. sont relevés, ce qui influencerait la poursuite des activités au niveau provincial.

(3) Durabilité sous l'aspect technique

Les agents des directions chargées de DRHS au niveau central ont une compétence suffisante pour mettre en œuvre des activités dans leur travail. Quant aux homologues au niveau provincial, il a été confirmé que, grâce à l'appui du MSP et du Projet, ils étaient aussi compétents en : élaboration et évaluation du PPDRHS ; exploitation et gestion de la base de données ; rédaction de l'annuaire du personnel de santé. En outre, les outils d'évaluation du PNDRHS et le guide du Jury National qui sont déjà prêts pourraient être valorisés en vue de la poursuite des activités. Par ailleurs, en ce qui concerne la vulgarisation dans d'autres provinces, une demande d'appui a été faite par le MSP pour créer les directives pour : l'élaboration du PPDRHS ; la création d'une base de données ; la rédaction d'un annuaire provincial du personnel de santé.

(4) Durabilité sous l'aspect financier

Le budget nécessaire à l'organisation du Jury National a été couvert par le Projet, mais en 2016, le MSP a payé 11 492 USD en prenant en charge une partie de per diem des agents et la rémunération des agents locaux (superviseurs du Jury). Le MSP a payé aussi 20 000 USD comme frais de mission des homologues lors du séminaire en matière de renforcement de capacités de la D6. Cependant, une grande partie de la prise en charge par le MSP est destinée aux activités de la D6. Le budget de l'État pour la mise en œuvre du PNDRHS et du PPDRHS est consacré au paiement de salaire ou de prime de risque des agents. Par conséquent, le budget pour le DRHS dépend de l'appui financier de la part des PTF. C'est pourquoi, pour l'élaboration et la mise en œuvre du PNDRHS et du PPDRHS, la garantie d'un budget de l'État ou le renforcement du plaidoyer afin d'assurer un appui financier de PTF est requis(e).

4-6. Conclusion

Malgré la condition extérieure qui s'est produite pendant la période du Projet (l'évacuation des experts japonais due à la détérioration de la sécurité, la réorganisation des services administratifs de la santé au niveau provincial), les activités prévues ont été effectuées presque conformément à la planification, ce qui a permis de produire des effets du Projet. Concernant les cinq critères d'évaluation, la pertinence

et l'efficacité et l'impact, ils sont assez élevés. Par ailleurs, la durabilité sous les aspects politique et technique est élevée. Cependant, malgré qu'une amélioration soit perçue, il faudra encore plus d'efforts par les homologues sous les aspects organisationnel et financier en particulier dans les provinces ciblées. Dans l'ensemble, il serait possible que l'objectif du Projet soit atteint pendant sa durée. Par ailleurs, en vue de la vulgarisation dans d'autres provinces, une demande de prorogation a été formulée par la partie congolaise pour l'appui à l'élaboration des directives de : l'élaboration des PPDRHS ; la création des base de données des RHS ; rédaction des annuaires provinciaux RHS. Par ailleurs, pour la planification du prochain projet déjà adopté, le niveau de réalisation, la recommandation, la leçon apprise de ce Projet doivent être pris en considération.

5. Recommandations et leçons tirées

5-1. Recommandations

(1) Pendant la durée du Projet

Validation à accélérer de : les référentiels relatifs à la gestion de carrières et à la formation continue ; la Vision Commune Nationale de Formation de base des Infirmiers, des Sages-Femmes et des Accoucheuses

Il faut accélérer les processus de validation les référentiels susmentionnés et la Vision Commune Nationale de Formation de base des Infirmiers, des Sages-Femmes et des Accoucheuses. Concernant les référentiels, ils devront être mis en œuvre dans les provinces ciblées pendant la durée restante du Projet. Comme il est possible que l'appui à la mise en œuvre ne soit plus disponible après l'achèvement du Projet, il serait souhaitable de préparer préalablement l'élaboration d'un plan opérationnel pour la mise en œuvre et l'établissement d'une organisation parallèlement aux processus de validation.

Élaboration des projets des directives pour la vulgarisation du PPDRHS pendant la durée du Projet

Actuellement, à la suite des plaidoyers effectués par les homologues qui ont valorisé les résultats du Projet, l'élaboration des PPDRHS par certains PTF dans d'autres provinces, par exemple dans le Kasaï Oriental, le Lualaba, le Maniema, etc. est soumis à l'examen. Pour un bon déroulement de l'appui d'autres PTF et afin d'assurer la cohérence des PPDRHS dans les différentes provinces, la JICA devrait apporter son soutien à l'élaboration des directives pour : élaborer le PPDRHS ; créer la base de données des RHS qui est nécessaire au PPDRHS ; rédiger l'annuaire des RHS au niveau provincial, ce qui promouvrait la vulgarisation de ces directives dans d'autres provinces. Il serait souhaitable que ces trois directives soient réalisées pendant la durée restante du Projet, si bien que la prorogation du projet de deux ou trois mois pourrait être examinée au besoin.

Garantie d'un budget pour maintenir la durabilité

Afin d'assurer un budget pour la mise en œuvre du PNDRHS et du PPDRHS dont le Projet appuie

l'élaboration, la garantie d'un budget étatique et la poursuite du plaidoyer auprès du gouvernement ou des PTF par la CRHS et le Groupe Inter Bailleurs Santé (GIBS) seront nécessaires.

(2) Après l'achèvement du Projet

Évolution de l'approche : transition des fondations aux quatre piliers de la Maison Santé en RDC

L'appui au DRHS en RDC est apporté en se basant sur la Maison Santé en RDC (Figure 2) qui a été conceptualisée sur la base du modèle de maison²² en collaboration avec la partie congolaise. Ledit modèle de maison est un outil pour appréhender le système de DRHS en RDC de façon globale. L'appui du présent Projet est destiné à la mise en place des bases de la gouvernance et du DRHS qui font partie des fondations (politique, stratégies, normes, plan, partenariat, recherche, législation, réglementation). Cependant, d'ores et déjà, l'appui devrait s'orienter vers les piliers (rétention, formation continue, gestion de carrières, production).

En plus, pour renforcer la faisabilité du PNDRHS et du PPDRHS, il faut essayer le cycle de : planifier ; développer ; contrôler. Et le résultat de cette gestion devrait être pris en compte dans lesdits plans.

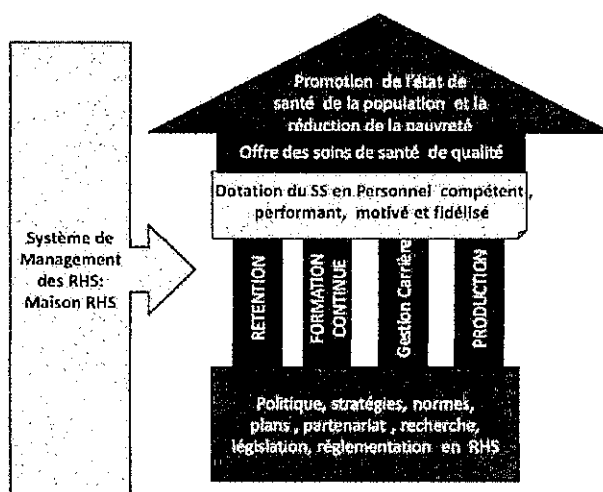


Figure 2 : Maison Santé en RDC

5-2. Leçons apprises

Coordination entre les directions chargées de DRHS au MSP

Dans la mise en œuvre des activités, l'importance a été mise à la coordination avec les directions centrales (D1, D6 et D11) et les divisions provinciales. En outre, au niveau de la CRHS qui coiffe quatre sous-commissions (la production, la gestion de carrières, la rétention et la formation continue),

²² "Rapport technique vol. 4 Modèle pour l'analyse du système de DRHS et sa mise en valeur dans les pays en développement (NCGM, 2011) " http://kyokuhp.ncgm.go.jp/library/tech_doc/tec04_2013.pdf

la coordination desdites directions a été pronuée. C'est l'un des facteurs qui a favorisé réellement la répartition équitable dans certaines provinces. C'est pourquoi il est souhaitable que l'approche globale de coordination entre les directions concernées soit adoptée dans le DRHS.

Renforcement de l'appropriation par l'organisation d'atelier PCM et par l'accord sur le plan opérationnel

Pendant la phase de planification, grâce à l'élaboration conjointe d'un plan opérationnel avec la partie congolaise lors de l'atelier PCM par la méthode participative, l'appropriation vis-à-vis du projet s'est constitué parmi les agents du MSP. En outre, dans la mise en œuvre de chaque activité, les parties prenantes ont discuté du plan détaillé sur lequel les parties congolaise et japonaise sont parvenues à l'accord, ce qui a favorisé l'appropriation des homologues et contribué à l'exécution des activités par leur propre initiative.

Communication avec les agents locaux

Dans le Projet, les agents locaux ont été affectés. Par la rédaction d'un rapport journalier ou le renforcement du système de communication, ils arrivent à dérouler bien les activités même pendant l'absence des experts japonais. Dans le Kasai Central et le Haut Katanga où l'encadrement par les experts japonais est limité à cause de l'accès difficile, ce sont les agents locaux qui ont appuyé les DPS. Dans ces circonstances, le système de communication entre les experts japonais et les agents locaux (prise de contact, indication, compte-rendu, etc.) a contribué à assurer la qualité de l'appui.

Annexe 1: Cadre Logique du Projet(PDM) Version 1.0

Intitulé : Projet d'Appui au Développement des Ressources Humaines pour la Santé Phase 2, en sigle PADRHS 2

Durée : Du 28 janvier 2014 au 27 janvier 2018 (quatre ans)

Zone d'intervention : le MSP au niveau central ainsi que les Provinces ciblées (à savoir : Province du Kongo Central, Province du Kasai Central et Province du Haut Katanga)

Bénéficiaires Directs : Directions centrales du MSP (la Commission technique y comprise) et les bureaux provinciaux des DPS ciblées qui se chargent du développement des RHS

Établi : le 15/03/2016

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Conditions Extérieures
<p>Objectif global La formation de base, la rétention, la gestion de carrière et la formation continue des RHS sont améliorées d'une manière adéquate et conformément au besoin dans les Provinces ciblées, et ces acquis sont disséminés à d'autres Provinces.</p>	<p>1. Six Provinces ont élaboré leurs PPDRHS conformément au PNDRHS. 2. Le budget pour la mise en œuvre du PPDRHS est augmenté de 10 % dans les Provinces ciblées.</p>	<p>1. Les rapports d'élaboration des PPDRHS. Le rapport d'évaluation du PNDRHS (2016-) 2. Le rapport d'évaluation du PNDRHS (2016-). Le rapport d'évaluation du PPDRHS dans les Provinces ciblées</p>	
<p>Objectif du Projet Les bases nécessaires pour l'élaboration du PNDRHS et sa mise en œuvre effective et durable sont renforcées tant au niveau des Directions centrales qu'au niveau des Provinces ciblées.</p> <p style="text-align: center;"> 69 </p>	<p>1. Tenue quatre fois par an des réunions des parties prenantes pour coordonner la gestion des RHS en profitant du fonctionnement de l'ONRHS et de la commission des RHS. 2. Les annuaires du personnel de la santé au niveau national sont rédigés une fois par an. 3. Les textes légaux et normatifs qui sont rédigés au niveau national sont mis en œuvre au niveau des Provinces ciblées. - 60 pourcent des Provinces ciblées comme zones d'interventions mettent en œuvre des textes légaux et normatifs portant sur la gestion de carrières et la formation continue - 75 pourcent des écoles qui ont déjà intégré le programme des accoucheuses reformé mettent en œuvre les référentiels qui sont élaborés au niveau national 4. Tenue quatre fois par an des réunions du groupe thématique des RHS au niveau Provinces ciblées.</p>	<p>1. Le rapport d'évaluation du PNDRHS (2011-2015), Les rapports de réunions et d'ateliers 2. Le rapport d'évaluation du PNDRHS (2011-2015), Les annuaires des RHS 3. Le rapport d'évaluation du PNDRHS (2011-2015), Les textes légaux et normatifs portant sur la gestion de carrières et la formation continue, Le référentiel de métier et de compétence, Les référentiel de formation, d'évaluation, Les fiches descriptives, Les rapports d'évaluation du PPDRHS (2011-2015) au niveau des Provinces ciblées. 4. Les rapports d'évaluation du PPDRHS (2011-2015) au niveau des Provinces ciblées. Les rapports de réunions et d'ateliers</p>	<p>La coordination entre le niveau central et le niveau intermédiaire du MSP est maintenue.</p>
<p>Résultats Attendus 1. Le PNDRHS (2016-) est élaboré et validé suivant le résultat de l'évaluation du PNDRHS (2011-2015).</p>	<p>1-1. Les outils sont élaborés pour évaluer le PNDRHS (2011-2015) 1-2. Le rapport d'évaluation du PNDRHS (2011-2015) est rédigé 1-3. Le profil pays est rédigé 1-4. Le nouveau PNDRHS (2016-) est élaboré et validé.</p>	<p>1-1. Le rapport d'évaluation du PNDRHS (2011-2015), Les rapports de réunions et d'ateliers 1-2. Le rapport d'évaluation du PNDRHS (2011-2015), Les rapports de réunions et d'ateliers 1-3. Le rapport d'évaluation du PNDRHS (2011-2015), Le profil pays 1-4. Le PNDRHS (2016-), Les rapports de réunions</p>	

<p>2. Les textes légaux et normatifs nécessaires à la mise en œuvre du PNDRHS sont mis au point.</p> <p>3. Avec l'appui des Directions centrales concernées, les PPDRHS sont élaborés sur la base des faits réels conformément au PNDRHS dans les Provinces ciblées respectives, et la mise en œuvre est commencée.</p>	<p>2-1. Les textes légaux de la gestion de carrières sont élaborés et validés.</p> <p>2-2. Les référentiels de métier, de compétences, de formation et d'évaluation, ainsi que les fiches descriptives de la formation pour les accoucheuses du niveau secondaire sont élaborés.</p> <p>2-3. Les textes légaux et normatifs régissant la formation continue sont élaborés et validés.</p> <p>2-4. La vision commune nationale de la formation de base des infirmières, des Sages-Femmes et des Accoucheuses du niveau supérieur et secondaire est élaborée et sa matérialisation figure dans le PNDRHS (2016-).</p> <p>2-5. Les rapports d'évaluation du Jury National sont rédigés.</p> <p>3-1. Les PPDRHS (2011-2015) sont élaborés et validés dans les Provinces ciblées.</p> <p>3-2. Créations de bases de données contenant au moins 80 pourcent des zones de santé dans les Province du Kongo Central et du Haut Katanga, les rapports de bases de données dans les Province du Kongo Central et du Haut Katanga sont rédigés</p> <p>3-3. Les bases de données des Provinces du Kongo Central et du Haut Katanga sont actualisés.</p> <p>3-4. Les annuaires du personnel de la santé au niveau des Provinces ciblées sont rédigés.</p> <p>3-5. Les rapports d'évaluation du PPDRHS 2011-2015 sont rédigés dans les Provinces ciblées</p> <p>3-6. Les PPDRHS (2016-) sont élaborés et validés dans les Provinces ciblées.</p>	<p>et d'ateliers</p> <p>2-1. Le rapport d'évaluation du PNDRHS (2011-2015), Les textes légaux et normatifs portant sur la gestion de carrières, Les rapports de réunions et d'ateliers</p> <p>2-2. Le rapport d'évaluation du PNDRHS (2011-2015), Le référentiel de métier et de compétence, Les référentiel de formation, d'évaluation, Les fiche descriptives, Les rapports de réunions et d'ateliers</p> <p>2-3. Le rapport d'évaluation du PNDRHS (2011-2015), Les textes légaux et normatifs portant sur la formation continue, Les rapports de réunions et d'ateliers</p> <p>2-4. Le rapport d'évaluation du PNDRHS(2011-2015), Le rapport d'élaboration de la vision commune nationale de la formation de base des infirmières, des Sage-Femme et des Accoucheuses du niveau supérieur et du niveau secondaire, Le PNDRHS (2016-)</p> <p>2-5. Le rapport d'évaluation du PNDRHS (2011-2015), Les rapports d'évaluation du Jury National</p> <p>3-1. Les PPDRHS (2011-2015) dans les Provinces ciblées, Les rapports de réunions et d'ateliers</p> <p>3-2. Les rapports de création de bases des données</p> <p>3-3. Les annuaires du personnel en santé au niveau des Provinces ciblées</p> <p>3-4. Les annuaires du personnel en santé au niveau des Provinces ciblées</p> <p>3-5. Les rapports d'évaluation du PPDRHS 2011-2015 dans les Provinces ciblées, Les rapports de réunions et d'ateliers</p> <p>3-6. Les PPDRHS (2016-) dans les Provinces ciblées, Les rapports de réunions et d'ateliers</p>	
<p>Activités : le projet appuie les activités ci-dessous;</p> <p>1-1 Rédiger le profil pays</p> <p>1-2 Rédiger périodiquement les annuaires des RHS au niveau national</p> <p>1-3 Organiser les réunions de la Commission des RHS périodiquement</p>	<p>Intrants</p> <p>Partie Japonaise</p> <p>1. Les experts japonais</p> <p>1-1 Experts à long-terme :</p>	<p>Partie RDC</p> <p>1. Affectation des homologues</p>	<p>La situation politico-sociale ne se détériore pas dans</p>

<p>1-4 Organiser les rencontres de l'Observatoire National des RHS périodiquement</p> <p>1-5 Alimenter le site web de l'Observatoire</p> <p>1-6 Échanger et partager les expériences avec les autres pays en profitant du Réseau Vision Tokyo 2010 et de la coopération tripartite.</p> <p>1-7 Accompagner l'élaboration des PPDRHS (2011-2015) dans les Provinces ciblées conformément au PNDRHS (2011-2015) avec l'appui des directions centrales du MSP</p> <p>1-8 Superviser et orienter l'évaluation des PPDRHS (2011-2015) dans les Provinces ciblées conformément au PNDRHS (2011-2015) avec l'appui des directions centrales du MSP</p> <p>1-9 Évaluer le PNDRHS (2011-2015)</p> <p>1-10 Élaborer le PNDRHS (2016-) en s'appuyant sur les résultats de l'évaluation du PNDRHS (2011-2015) et des PPDRHS (2011-2015)</p> <p>1-11 Accompagner l'élaboration des PPDRHS (2016-) dans les Provinces ciblées conformément au PNDRHS (2016-) avec l'appui des directions centrales du MSP</p> <p>2-1 Élaborer les textes légaux et normatifs portant sur la gestion de carrières</p> <p>2-2 Élaborer les référentiels de métier, de formation et d'évaluation, ainsi que les fiches descriptives pour les accoucheuses du niveau secondaire</p> <p>2-3 Élaborer les textes légaux et normatifs portant sur la formation continue</p> <p>2-4 Vulgariser les documents élaborés (2-1, 2-2, 2-3) aux parties prenantes</p> <p>2-5 Élaborer la vision commune de la formation de base des infirmières, des Sages-Femmes et des Accoucheuses du niveau supérieur et du niveau secondaire</p> <p>2-6 Élaborer le guide du Jury National</p> <p>2-7 Mettre en œuvre le Jury National</p> <p>2-8 Actualiser le Guide du Jury National suivant le résultat de l'évaluation</p> <p>3-1 Élaborer les PPDRHS (2011-2015) dans les Provinces ciblées conformément au PNDRHS (2011-2015) avec l'appui des directions centrales du MSP</p> <p>3-2 Organiser les réunions du Groupe Thématique des RHS dans les Provinces ciblées pour exécuter des activités conformément à leurs PPDRHS (2011-2015) et PPDRHS (2016-)</p> <p>3-3 Former les informaticiens dans la Provinces Kongo Central et la Provinces Haut Katanga pour créer des bases de données du personnel de la santé avec l'appui des directions centrales du MSP</p> <p>3-4 Créer des bases de données du personnel de la santé avec l'appui des directions centrales du MSP dans la Province du Kongo-Central et la Province du Haut Katanga</p> <p>3-5 Rapporter les résultats de création de bases de données dans la Province du Kongo-Central et la Province du Haut Katanga au niveau central</p> <p>3-6 Actualiser les bases de données dans la Province du Kongo-Central et la Province du Haut Katanga avec l'appui des directions centrales du MSP pour la prise de décisions.</p> <p>3-7 Rédiger les annuaires du personnel de la santé dans les Provinces ciblées avec l'appui des directions centrales du MSP</p> <p>3-8 Évaluer les PPDRHS (2011-2015) dans les Provinces ciblées avec l'appui des directions centrales du MSP et rédiger les rapports d'évaluation</p> <p>3-9 Élaborer les PPDRHS (2016-) dans les Provinces ciblées basé sur les bases de données (3-4) et les résultats d'évaluations (3-8), avec l'appui des directions centrales du MSP</p>	<p>Conseiller en chef, Développement des RHS, Coordinateur</p> <p>1-2 Experts à court-terme : Formation des RHS, Information des RHS</p> <p>2. Formation des homologues</p> <p>2-1 Formation au Japon : deux ou trois personnes par an</p> <p>2-2 Formation dans les pays tiers (y compris la coopération tripartite avec le Sénégal)</p> <p>3. Frais pour la mise en œuvre des activités nécessaires à l'accomplissement de l'objectif du Projet</p> <p>4. Fourniture des équipements nécessaires à la mise en œuvre des activités du Projet</p>	<p>1-1 Directeur du Projet</p> <p>1-2 Gestionnaire du Projet</p> <p>1-3 Homologues des experts japonais</p> <p>2. Bureaux et installations mis à la disposition du Projet au sein du MSP et dans les Provinces ciblées</p> <p>3. Frais courant : eau et électricité du bureau du Projet</p>	<p>les provinces ciblées</p> <p>Conditions préalables</p>
---	---	---	---

Annexe 3: Liste des experts Japonais

No.	Nom	Poste	De	A
Experts à long terme				
1	Toyomitsu Tamura	Conseiller en Chef	27 Janvier 2014	27 Janvier 2018
2	Takako Kano	Coordonnateur	26 Mars 2014	20 Décembre 2017
3	Tadayuki Ishijima	Développement des Ressources Humaines pour la Santé	5 Mars 2014	27 Janvier 2018
Experts à court terme				
1	Atsuyuki Kado	Gestion des institutions de formation de base	16 Juin 2014	15 Juillet 2014
2	Chie Yoshimi	Gestion Financière	31 Janvier 2015	21 Février 2015
3	Yoko Someya	Planning de développement des ressources humaines en santé	30 Janvier 2017	18 Mars 2017

Annexe 4: Liste des homologues

No.	Nom		Descriptions
1	MUKENGESHAYI KUPA	SG	Secrétaire Général
2	NGUMBU MABANZA	D1	Directeur de la Direction des Services Généraux et Ressources Humaines
3	KOMBA DJEKO	D6	Directeur de la Direction de l'Enseignement des Sciences de Santé
4	DESIRE BAPITANI	D6	Chef de division de Gestion des programmes de formation de base
5	BODY ILONGA	D11	Directeur de la Direction de Formations Continue
6	EPUMBA EPONDO	D7	Intérim de Directeur de la Direction des Etudes et Planification
7	MATOKO YALA	D1	Chef de division des Ressources Humaines
8	AKAWAKOW TULENGI	D1	Chef de division des Finances et Budgets
9	MBAYO ILUNGA KATO	D1	Chef de division de Patrimoine
10	MATAMBA LUKASU	D1	Chef de division des actions sociales
11	MULEY MUFUNANDI	D6	Chef de division de Gestion des RHS, Financières et matérielles des établissements des Sciences de santé
12	DESIRE BAPITANI	D6	Chef de division de Gestion des programmes de formation de base
13	KIYOKO BELO	D6	Chef de division d'Inspections pédagogiques
14	MOUCKA MULUMBA	D11	Chef de division de Gestion des matériels de formation continue
15	KABEYA DUDA	D11	Chef de division de Gestion du programme de formation continue
16	OSCAR MAVILA VILAKANA	IPS Kongo Central	Médecin Inspecteur Provincial
17	KAMPANGA GISCARD DARABU	IPS Kongo Central	Médecin Inspecteur Provincial
18	VANGU MISAMU	IPS Kongo Central	Inspecteur chargé des questions administratives et financières
19	KIMFUTA MAKENGO	DPS Kongo-central	Chef de Division Provinciale de la Santé
20	BAKA ZOLA	DPS Kongo-central	Chef de Bureau Gestion des Ressources
21	Edmond MULAMBA	IPS Kasai Occidental	Médecin Inspecteur Provincial
22	MISENGA KANGOJI Eugénie	DPS Kasai Central	Chef de Division Provinciale de la Santé
23	Gustave KABUTAKAPUA	DPS Kasai Central	Chef de Bureau Gestion des Ressources
24	Eric MUKOMENE SOMPWE	IPS Katanga	Médecin Inspecteur Provincial
25	Umba Roboam Norbert Kasongo	IPS Katanga	Chef du Bureau 1
26	KAFWEMBE KISASEMBE	DPS Haut Katanga	Chef de Division Provinciale de la Santé
27	YOMBWE BIN KAYUMBA Bertin	DPS Haut Katanga	Chef de Bureau Gestion des Ressources

Annexe 5: Participants aux formations au Japon

No.	Nom	Description	Période	Formation et Organisation
1	KIMFUTA MAKENGO Jacques	Chef de Division Provinciale de la Santé du Kongo Central	12-24 Janvier	Gestion des Ressources Humaines pour la Santé (NCGM)
2	BAKA ZOLA NSUMBU John	Chef de Bureau Gestion des Ressources, Division Provinciale de la Santé du Kongo Central		
3	KAFWEMBE KISASEMBE Jean-Marie	Chef de Division Provinciale de la Santé du Haut Katanga		
4	SAMBU NZITA Pierre	Assistant technique au Secrétariat Général à la Santé	13-27 Mai 2014	Management stratégique pour les CP du conseiller technique auprès du SG (NCGM)
5	MBALE IKONDE Donat	Expert au Secrétariat Général à la Santé		
6	VANGU MISAMU Victor	Inspecteur chargé des questions administratives et financières, Inspection provinciale de la Santé du Kongo Central	26 Juillet-8 Aout 2015	Gestion des Ressources Humaines pour la Santé (NCGM)
7	KALINDULA YALOGA Dieudonné	Chef de bureau finances et matériels de formation, Direction de Formation Continue (D11)		
8	HIOMBO YA SHONGO YOLANGI Philippe	Chef de bureau gestion carrière, Direction des services généraux et ressources humaines (D1)		
9	YOMBWE BIN KAYUMBA Bertin	Chef de bureau gestion des ressources, Division Provinciale de la Santé du Haut Katanga		
10	KIBUNDILA HEMEDI Steve	Chef de bureau finances et matériels de formation, Direction des services généraux et ressources humaines (D11)	25 Janvier-2 Février 2016	Management stratégique pour les CP du conseiller technique auprès du SG (NCGM)
11	MBOKO IYETI Alain	Directeur à la Direction d'Étude et Planification (D7)		
12	Dieudonné MWAMBA KAZAD	Chef de Division Surveillance Épidémiologique		
13	Justus NSIO MBETA.	Chef de Bureau a la Direction de Lutte Contre la Maladie		

Annexe 6: Liste des ateliers et Missions

(1) Ateliers

No	Titre de Séminaire, Atelier ou Séance de travail	Responsable	Période	Nombre de Jour	Nombre de Participants
1	Réunions du comité conjoint de coordination	D1	le 29 avril 2014	1	70
2	Atelier d'élaboration du Référentiel de Formation 3ème année accoucheuse	D6	du 26 mai au 3 juin 2014	7	23
3	Atelier de Finalisation du Plan Provincial de Développement des Ressources Humaines de la Santé du Bas-Congo	D1	du 02 au 07 juin 2014	6	30
4	Restitution de mission de supervision de la première session du Jury National édition 2013-2014	D6	le 25 juillet 2014	1	32

5	Atelier de réflexion sur la vision commune nationale de la formation de base des Infirmières et des Accoucheuses aux niveaux secondaire et supérieur	D6	du 29 au 31 juillet 2014	3	20
6	Formation des enquêteurs sur la vision commune nationale de la formation de base des Infirmières et des Accoucheuses aux niveaux secondaire et supérieur	D6	du 01 au 02 aout 2014	2	20
7	Atelier de restitution des résultats d'enquête sur la vision commune nationale de la formation de base des Infirmières et des Accoucheuses aux niveaux secondaire et supérieur	D6	du 21 au 22 aout 2014	2	90
8	Atelier de Finalisation du Plan Provincial de Développement des Ressources Humaines de la Santé du Katanga	D1	du 15 au 20 septembre 2014	6	25
9	Atelier de Finalisation du Plan Provincial de Développement des Ressources Humaines de la Santé du Kasai Occidental	D1	du 20 au 28 octobre 2014	8	25
10	Atelier d'élaboration du document de politique nationale, des normes, des directives et des textes réglementaires de la formation continue des ressources humaines de sante (La phase préparatoire)	D11	du 23 au 27 septembre 2014	5	22
11	Atelier d'élaboration du document de politique nationale, des normes, des directives et des textes réglementaires de la formation continue des ressources humaines de santé (La phase proprement)	D11	du 13 au 18 octobre 2014	6	37
12	Atelier d'élaboration du document de politique nationale, des normes, des directives et des textes réglementaires de la formation continue des ressources humaines de santé (La phase intégrer les amendements)	D11	du 23 au 25 octobre 2014	3	5
13	Atelier d'élaboration du Referenciel de Evaluation 3ème année accoucheuse	D6	du 03 au 11 novembre 2014	7	25
14	Commission des Ressources Humaines	CRHS	le 13 novembre 2014	1	42
15	Commission des Ressources Humaines extraordinaire	CRHS	du 26 au 27 novembre 2014	2	34
16	Formation de data manager Bas-Congo	D1	du 8 au 23 décembre 2014	9	35
17	Atelier sur la vision commune de la formation de l'infirmier(e) et de la sage-femme du niveau secondaire, supérieur et universitaire en RDC.	D6	du 18 au 20 décembre 2014	3	36
18	Atelier de l'écriture du profile pays des ressource humaines de la sante en RDC	D1	du 22 au 24 décembre 2014	3	43
19	Comité Provincial de Pilotage du secteur de la santé (CPP-SS) dans la province de Kasai Occidental	DPS Kasai Occidental	du 17 au 24 décembre 2014	2	46
20	Atelier d'élaboration des Fiches Descriptives du second semestre et amélioration de la qualité des autres fiches pour 3ème année accoucheuse	D6	du 9 au 10 janvier 2015	2	12
21	Atelier de finalisation du profile pays des ressource humaines de la sante en RDC	D1	du 12 au 19 janvier 2015	5	6
22	Commission des Ressources Humaines Pour la sante de comité national de pilotage du	MSP	le 20 février 2015	1	24

	secteur de sante année 2015				
23	Comité Provincial de Pilotage du secteur de la santé (CPP-SS) dans la province de Katanga	Province du Haut Katanga	du 21 février au 1 mars 2015	2	30
24	Atelier portant amendements au guide du jury national	D6	le 4 mars 2015	1	17
25	Comité Provincial de Pilotage du secteur de la santé (CPP-SS) dans la province du Bas-Congo	Province du Kongo Central	du 9 au 12 mars 2015	2	60
26	Réunions du comité conjoint de coordination du PADRHS phase II	D1	le 24 avril 2015	1	50
27	Réunions du comité technique de l'observatoire national des ressources humaines en santé	D1	le 25 avril 2015	1	65
28	Atelier d'élaboration du Référenciel de Formation et d'Evaluation 4ème année accoucheuse A2	D6	du 18 au 26 mai 2015	8	27
29	Réunion du Groupe thématique Ressources Humaines de la Province du Kongo Central	DPS KC	le 11 juin 2015	1	28
30	Atelier de finalisation des fiches descriptives de la 4ème accoucheuse	D6	du 17 au 18 juin 2015	2	15
31	Atelier de restitution de la mission de Montréal sur la vision commune	MESU	le 17 juin 2015	1	16
32	Atelier de finalisation de l'arrêté ministériel portant réglementation en matière de de formation continue des ressources humaines de santé	D11	du 14 au 16 juillet 2015	3	20
33	Réunion du Groupe thématique Ressources Humaines de la Province du Kongo Central	Province du KC	le 16 juillet 2015	1	28
34	Restitution de mission de supervision de la première session du Jury National édition 2014-2015	D6	le 7 août 2015	1	26
35	Réunion préparatoire d'élaboration des outils de collecte des données sur l'évaluation du PNRHS 2011-2015	D1	du 26 au 29 août 2015	4	27
36	Élaboration d'une vision commune nationale de la formation de base des Infirmières et des Accoucheuses aux niveaux secondaire et supérieur en RDC	D6	du 15 au 19 sep 2015 du 24 au 25 sep 2015	7	35
37	Réunion du Groupe thématique Ressources Humaines de la Province du Kongo Central	Province du KC	le 18 septembre 2015	1	25
38	Réunion du Groupe thématique Ressources Humaines de la Province du Kongo Central	Province du KC	du 8 au 9 octobre 2015	1	40
39	Réunion du Groupe thématique Ressources Humaines de la Province du Haut Katanga	Province du HK	le 23 octobre 2015	1	28
40	Formation de data manager de la Province du Haut Katanga	Province du HK	du 23 novembre au 2 décembre 2015	9	38
41	Atelier de consolidation, analyse des données et élaboration du rapport final de l'évaluation du PNRHS (2011-2015)	D1	du 30 novembre au 4 décembre du 7 au 9 décembre	8	10
42	Atelier d'évaluation des compétences managériales et pédagogique des chefs de bureaux de l'enseignement des sciences de sante	D6	du 7 au 12 décembre	3	35
43	Réunion du Groupe thématique Ressources Humaines de la Province du Kongo Centra	Province du KC	le 17 décembre 2015	1	28
44	Travaux d'élaboration de l'annuaire 2015 des	D1	du 6 au 10	5	5

✓
JF

	ressources humaines en sante		janvier 2016		
45	Réunion du Groupe thématique Ressources Humaines de la Province du Kasai Central	Province du Kasai Central	du 21 au 22 janvier 2016	2	31
46	Réunion du Groupe thématique Ressources Humaines de la Province du Kongo Central	Province du KC	le 11 février 2016	1	35
47	Commission des Ressources Humaines de la sante de comité national de pilotage du secteur de sante	D1	du 11 au 12 février 2016	2	50
48	Réunions du comité conjoint de coordination, L'évaluation mi-parcours du PADRHS phase II	DRH PADRHS	le 15 mars 2016	1	50
49	Commission des Resource Humaines en santé et renforcement des capacités	DRH	le 14 avril 2016	1	45
50	Réunions du comité conjoint de coordination du PADRHS phase II	DRH PADRHS	le 15 avril 2016	1	25
51	Réunion de restitution de mission de supervision de la filière accoucheuse de trois écoles en reforme	D6	le 7 mai 2016	1	29
52	Activité de la journée internationale de l'infirmier (Présentation sur la Vision Commune Nationale)	D6	le 12 mai	1	300
53	Atelier préparatoire de la réunion du CCT pour la validation des documents de politique, normes et directives ainsi que l'arrête ministériel en maitre de formation continue	D11	du 27 au 29 mai 2016	3	23
54	Réunions de l'observatoire des ressources humaines en santé	D1	le 28 juin 2016	1	60
55	Restitution de mission de supervision de la première session du Jury National édition 2015-2016	D6	le 18 juillet 2016	1	22
56	Atelier de l'analyse situationnelle des ressources humaines de la santé : PNRHS 2016-2020	D1	du 19 au 23 juillet 2016	5	80
57	1ère Congrès et assemblée générale de l'ordre des infirmiers de la RDC	D6	du 10 au 15 octobre	5	100
58	2eme phase des ateliers de l'élaboration du PNRHS 2016-2020	D1	du 27 oct. au 2 nov. 2016	7	55
59	3eme phase des ateliers de l'élaboration du PNRHS 2016-2020	D1	du 9 au 13 déc. 2016	5	45
60	4eme phase des ateliers de l'élaboration du PNRHS 2016-2020	D1	du 10 au 14 jan 2017	5	13
61	Commission des Resource Humaines en santé et renforcement des capacités	D1	le 7 fév. 2017	1	45
62	Restitution de la mission de renforcement des capacités des chefs des bureaux et inspecteurs chefs des bureaux provinciaux en charge de l'enseignement des sciences de santé	D6	le 13 mars 2017	1	25

(2) Missions en RDC

No	Titre de Mission	Responsable	Période	Destinations ou Cibles
1	Kick off meeting du Bas-Congo	D1	du 02 au 05 mars 2014	Bas-Congo (Matadi)
2	Revue annuelle 2013 de la province de Bas-Congo	D1	du 25 au 30 mars 2014	Bas-Congo (Matadi, Boma)
3	Comité Provincial de Pilotage du secteur de la santé (CPP-SS) dans la province de Bas-Congo	D1	du 06 au 09 avril 2014	Bas-Congo (Matadi)

4	Finalisation du Plan Provincial de Développement des Ressources Humaines de la Santé du Bas-Congo et Installation du Bureau de Bas-Congo	D1	du 1 au 14 juin 2014	Bas-Congo (Matadi, Boma)
5	Comité Provincial de Pilotage du secteur de la santé (CPP-SS) extraordinaire dans la province de Bas-Congo	D1	du 14 au 20 juillet 2014	Bas-Congo (Matadi)
6	Kick off meeting du Kasai Occidental	D1	du 22 au 24 juillet 2014	Kasai Occidental (Kananga)
7	Élaboration d'une vision commune nationale de la formation de base des Infirmières et des Accoucheuses aux niveaux secondaire et supérieur en République Démocratique du Congo	D6	du 03 au 10 aout 2014	Bas-Congo (Matadi, Thsala, Kinzau A, Kinkonzi, Kimpese)
8	Conseil technique sur la mise en œuvre de PPDRHS Bas-Congo		du 4 au 6 septembre 2014	Bas-Congo(Matadi)
9	Finalisation du Plan Provincial de Développement des Ressources Humaines de la Santé du Katanga	D1	du 10 au 22 septembre 2014	Katanga(Lubumbashi)
10	Finalisation du Plan Provincial de Développement des Ressources Humaines de la Santé du Kasai Occidental	D1	du 15 au 30 octobre 2014	Kasai Occidental (Kananga)
11	Enquête sur terrain pour les équipements au Bas-Congo		du 10 au 13 novembre 2014	Bas-Congo (Matadi, Kimpese)
12	Formation de data manager Bas-Congo	D1	du 8 au 23 décembre 2014	Bas-Congo (Matadi, Boma, Kimpese)
13	Cérémonie de dotation de matériel Bas-Congo		du 14 au 15 décembre 2014	Bas-Congo(Matadi)
14	Comité Provincial de Pilotage du secteur de la santé (CPP-SS) dans la province du Kasai Occidental	D1	du 17 au 24 décembre 2014	Kasai Occidental (Kananga)
15	Mise à jour des données des professionnels de santé et administratifs de la ville de Matadi et de la création des bases de données des structures de santé de la province du Bas-Congo sur Access	D1	du 3 au 5 février du 9 au 14 février du 16 au 21 février du 23 au 28 février du 3 au 5 mars	Bas-Congo
16	Comité Provincial de Pilotage du secteur de la santé (CPP-SS) dans la province de Katanga	D1	du 21 février au 1 mars2015	Katanga (Lubumbashi)
17	Atelier d'analyse des données de l'évaluation du PND2011-2015	MSP	du 3 au 8 mars2015	Bas-Congo (Zongo)
18	Comité Provincial de Pilotage du secteur de la santé (CPP-SS) dans la province de Bas-Congo	Province du Bas-Congo	du 9 au 12 mars 2015	Bas-Congo (Matadi)
19	Préparation de l'élaboration de la Base des données des ressources humaines au Kongo Central	Province du Kongo Central	du 29 avril au 1 mai 2015	Kongo Central (Matadi)
20	Réunion sur la Préparation de l'élaboration de la Base des données des ressources humaines au Kongo Central	Province du Kongo Central	du 7 au 11 mai 2015	Kongo Central
21	Mise à jour des données de professionnelles de santé et administratifs de la ville de Matadi et de la création des bases des données des structures de santé de la province Bas-Congo sur Access	Provinces Kongo Central	du 8 mai au 17 juillet 2015	Kongo Central
22	D'Accompagnement la Provinces Haut Katanga dans la consolidation du PAO2015	Province du Haut Katanga	du 17 au 21 mai 2015	Katanga (Lubumbashi)
23	Réunion du Groupe thématique Ressources Humaines au Provinces Kongo Central	Province du Kongo	du 16 au 19 juin 2015	Kongo Central (Matadi)

		Central		
24	Réunion du Groupe thématique Ressources Humaines au Provinces Kongo Central	Province du Kongo Central	du 15 au 17 juillet 2015	Kongo Central
25	Réunion de Revue du 1er semestre de la province de Kongo Central 2015	Province du Kongo Central	du 4 au 5 août 2015	Kongo Central (Mbanza-Ngungu)
26	Finalisation de la base des données sur les ressources humaines au Kongo Central	Province du Kongo Central	du 19 au 21 août 2015 du 26 au 28 août 2015	Kongo Central (Matadi)
27	Préparation du Bureau de Projet au Provinces Haut Katanga. Enquête sur terrain et réunion sur l'achat des équipements	PJ	du 7 au 13 septembre 2015	Haut Katanga (Lubumbashi)
28	Réunion du Groupe thématique Ressources Humaines de la Province du Kongo Central	Province du Kongo Central	du 15 au 18 septembre 2015	Kongo Central (Matadi)
29	Réunion du Groupe thématique Ressources Humaines de la Province du Kongo Central	Province du Kongo Central	du 7 au 10 octobre 2015	Kongo Central (Matadi)
30	Mission d'évaluation de PNDRHS2011-2015 pour collecter des données	D1	du 11 au 20 octobre 2015 du 11 au 19 novembre 2015	Sud Kivu (Bukavu) Nord Kivu (Goma) Kasaï Oriental (Mbuji Mayi) Kongo Central (Matadi)
31	Réunion du Groupe thématique Ressources Humaines de la Province du Haut Katanga	Province du Haut Katanga	du 19 au 25 octobre 2015	Haut Katanga (Lubumbashi)
32	Visite de terrain au Kongo Central	Province du Kongo Central	du 25 au 27 octobre 2015	Kongo Central (Matadi)
33	Visite de terrain au Kasaï Central	Province du Kasaï Central	du 28 octobre au 4 novembre	Kasaï Occidental (Kananga)
34	Visite de terrain au Haut Katanga	Province du Haut Katanga	du 11 au 27 novembre 2015	Haut Katanga (Lubumbashi, Likasi)
35	Réunion du Groupe thématique Ressources Humaines de la Province du Kongo Central	Province du Kongo Central	du 16 au 18 décembre 2015	Kongo Central(Matadi)
36	Réunion sur la Préparation de l'élaboration de la Base des données des ressources humaines au Haut Katanga	Province du Haut Katanga	du 21 au 22 décembre 2015	Kinshasa(INPESS)
37	Réunion du Groupe thématique Ressources Humaines de la Province du Kasaï Central	Province du Kasaï Central	du 20 au 25 janvier 2016	Kasaï Occidental (Kananga)
38	Mission de supervision administrative de la mise en place de la Base des données des RHS de la Provinces du Haut Katanga	Province du Haut Katanga	du 2 au 9 février 2016	Haut Katanga (Lubumbashi)
39	Réunion du Groupe thématique Ressources Humaines de la Province du Kongo Central	Province du Kongo Central	du 7 au 13 février 2016	Kongo Central(Matadi)
40	Mission de création de la bases des données des RHS avec prise faciale en GESPERSO dans les zones de santé des pools Lubumbashi et Likasi dans la province Haut Katanga	Province du Haut Katanga	du 14 au 26 février 2016	Haut Katanga (Lubumbashi)
41	Mission à Matadi dans le cadre de la revue à	PADRHS	du 6 au 8 mars 2016	Kongo-Central

	mi-parcours			(Matadi)
42	Mission la supervision des écoles en réforme organisant la filière accoucheuse	D6	du 17 au 30 avril 2016 du 16 au 30 octobre 2016	Kinshasa (ITM) Kintambo) Kwilu(ITM Mosango) Bukavu(IEM Katana) Kin (INPESS) ITM Kisantu ITM Mikalayi, IEM Kananga ITM Kamalondo
43	Mission à création de base des données à la province Haut Katanga	DPS Haut Katanga	du 4 au 21 mai 2016 du 6 au 14 juin 2016 du 4 au 15 juillet 2016	Haut Katanga
44	Mission à la province Haut Katanga pour visite courtoise à gouverneur	Haut Katanga	du 16 au 21 mai	Haut Katanga
45	Réunion du Groupe thématique Ressources Humaines au DPS Kongo Central	Kongo Central	16 juin 2016 26 oct. 2016 3 déc. 2016 19 jan 2017 28 fév. 2017	Kongo Central
46	Réunion du Groupe thématique Ressources Humaines au DPS Kasai Central	Kasai Central	du 1 au 2 juillet 2016 le 9 aout 2016 du 9 au 10 novembre 2016 le 2 et 3 mars 2017	Kasai Central
47	Réunion du Groupe thématique Ressources Humaines au DPS Haut Katanga	Haut Katanga	le 7 juillet 2016 le 5 déc. 2016 le 22 fév. 2017	Haut Katanga
48	Elaboration de l'annuaire des ressources humaines de la santé du Kasai Central 2016	Kasai Central	du 27 au 30 juillet du 2 au 5 aout 2016	Kasai Central
49	Elaboration de l'annuaire des ressources humaines de la santé du Kongo Central 2017	Kongo Central	du 19 au 25 oct. 2016	Kongo Central
50	Evaluation du PPDRHS 2014-2016 du Kongo Central	Kongo Central	du 21 au 22 novembre 2016 du 23 au 28 nov. du 30 nov. au 2 déc.	Kongo Central
51	L'atelier de renforcement des capacités des chefs des bureaux et inspecteurs chefs des bureaux provinciaux en charge de l'enseignement des sciences de santé	D6	du 18 au 22 jan. 2017 du 26 au 30 jan. 2017 du 13 au 17 fév. 2017	Lubumbashi Goma Matadi
52	Atelier avec les MCZ sur la gestion administrative des RHS	Kongo Central	du 21 au 22 au jan. 2017	Kongo Central
53	Atelier de l'élaboration du PPDRHS Kongo Central	Kongo Central	du 10 au 13 fév. 2017 du 14 au 16 fév. 2017 du 20 au 23 fév. 2017 du 28 fév. au 3 mars 2017	Kongo Central
54	Atelier de l'élaboration du PPDRHS Kasai Central	Kasai Central	du 9 au 14 fév. 2017 du 20 au 24 fév. 2017	Kasai Central
55	CPP-SS Kasai central	Kasai Central	le 9 mars 2017	Kasai Central
56	CPP-SS Kongo central	Kongo Central	le 9 mars 2017	Kongo Central

(3) Missions en dehors de la RDC

No	Titre de Mission	Période	Participants	Destinations
1	1. Réunion du bureau du Réseau Vision Tokyo 2010 2. Assemblée Général du Réseau Vision Tokyo 2010 3. Coopération tripartie entre trois pays	du 23 au 31 aout 2014	Dir Body ILONGA (D11) Mr Adelin MULEY (D6) Mr BAROANI BUNZUKI Marcel (INPESS) Mr IPAKALA NTOLI Pascal (INPESS) Mme AKATSHI Elisabeth (INPESS) Mr TAMURA Toyomitsu (PADRHS2) Mr ISHIJIMA Tadayuki (PADRHS2) Mr MUKUNU Guy Blaise (PADRHS2) Mme MABUCHI Yukiko (JICA)	Dakar, Sénégal
2	6ème Congrès Mondial du Secrétariat International des Infirmiers et Infirmières de l'Espace Francophone (SIDIIEF)	du 28 mai au 8 juin 2015	Mr TAMURA Toyomitsu Dir KOMBA Djeko (D6) Dir Body ILONGA (D11) Dir KABUYA KABUYA (MESU) Mr BAROANI BUNZUKI Marcel (INPESS) Mr Guy-Blaise MUKUNU (NS)	Montréal, Canada
3	Réunion du bureau du Réseau Vision Tokyo 2010 à Abidjan	du 13 au 18 décembre 2015	Mr TAMURA Toyomitsu Dir KOMBA Djeko (D6) Dir Body ILONGA (D11) Mr Guy-Blaise MUKUNU(NS)	Cote d'Ivoire Abidjan
4	Réunion du bureau du Réseau Vision Tokyo 2010 à Cotonou	du 22 au 28 mai 2016	Mr TAMURA Toyomitsu Dir KOMBA Djeko(D6) Mr Guy-Blaise MUKUNU(NS)	Benin, Coton ou
5	Participation à la réunion de la commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique	du 12 au 17 juin 2016	Mr TAMURA Toyomitsu	Côte l'ivoire, Abidjan
6	Réunion du bureau du Réseau Vision Tokyo 2010 à Tokyo	du 3 au 10 sep. 2016	Dir NGUMBU Epiphan (D1) Dir KOMBA Djeko (D6) Dir Body ILONGA (D11) AG MULEY MFUNANDI (PF) Mr Guy-Blaise MUKUNU (NS)	Tokyo, JPAN
7	4ème Symposium mondial sur la recherche en système de santé 2016 à Vancouver	du 12 au 21 nov. 2016	Mr TAMURA Toyomitsu Dir NGUMBU Epiphan (D1) Dir KOMBA Djeko (D6) Dir Body ILONGA (D11) Mr Guy-Blaise MUKUNU (NS)	Vancouver, CANADA

Annexe 7: Cout opérationnel du Projet côté Japonais (USD)

	2013			2014			2015		
	Budget	Dépenses	%	Budget	Dépenses	%	Budget	Dépenses	%
Coût Local	36,500	36,480	99.95	475,431	475,003	99.91	556,950	547,666	98.33
Equipement				50,000	28,680	57.36	50,000	44,171	88.34
Total	36,500	36,480		525,431	503,683		606,950	591,837	

	2016			2017 (au 30 Jun)		
	Budget	Dépenses	%	Budget	Dépenses	%
Coût Local	694,000	690,791	99.54	450,634	140,000	
Equipement	40,000	49,493	123.73			
Total	734,000	740,284		450,634	140,000	

Annexe 8: Cout opérationnel du Projet côté RDC (USD)

Articles	2014	2015	2016
Salle de réunion INPESS	7,750	7,200	11,400
Jury National (Feuilles d'Examen)	2,800	2,800	11,492
Transport pour l'élaboration de la base des données au Kongo Central et Haut Katanga	-	56,000	30,000
Ateliers	-	31,736	20,000
Total	10,550	108,286	72,892

Annexe 9: Liste des équipements

(1) Equipement en 2014 (Année Fiscale Japonaise)

N°	Marque	Désignation	Modèle	Prix (USD)	Lieu d'affectation	Province	Livraison	Observation
A-1	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	D1	KIN	Déc. 2014	Bon Etat
A-2	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	D1	KIN	Déc. 2014	En panne
A-3	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	B1	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-4	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	B6	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-5	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	B11	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-6	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	DS Matadi	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-7	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Matadi	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-8	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Nzanza	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-9	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	DS Boma	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-10	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Muanda	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-11	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS BomaBung	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-12	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Boma	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-13	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	DS Flenve	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-14	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Lukula	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-15	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Kango	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-16	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Inga	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-17	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Seke Banza	BC	Déc. 2014	Assez bon
A-18	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Vaku	BC	Déc. 2014	Assez bon
A-19	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Tshela	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-20	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Kwimba	BC	Déc. 2014	Assez bon
A-21	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Kinkonzi	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-22	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Kizo	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-23	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	DS Cataraces	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-24	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Gombe Matadi	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-25	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Mangembo	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-26	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Kwilu Ngongo	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-27	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Kimpangu	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-28	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Mbanza	BC	Déc. 2014	En panne

					Ngungu			
A-29	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Kimpese	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-30	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Nsonampangu	BC	Déc. 2014	Assez bon
A-31	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Kibunzi	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-32	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Luozi	BC	Déc. 2014	En panne
A-33	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Boko Kivulu	BC	Déc. 2014	Assez bon
A-34	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	DS Lukaya	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-35	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Kisantu	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-36	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Nselo	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-37	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Ngidinga	BC	Déc. 2014	Assez bon
A-38	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Kimvula	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-39	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Massa	BC	Déc. 2014	Bon Etat
A-40	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	570	ZS Sonabata	BC	Déc. 2014	Bon Etat
B-1	HP	Ordinateur Fixe	HP-3500	840	Ministere Provincial	BC	Déc. 2014	Bon Etat
C-1	APC	Onduleur	BX650CI	125	DI	KIN	Déc. 2014	Bon Etat
C-2	APC	Onduleur	BX650CI	125	Ministere Provincial	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-1	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	DI	KIN	Déc. 2014	Bon Etat
D-2	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	Ministere Provincial	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-3	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	B1	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-4	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	B6	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-5	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	B11	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-6	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	DS Matadi	BC	Déc. 2014	En panne
D-7	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Matadi	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-8	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Nzanza	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-9	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	DS Boma	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-10	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Muanda	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-11	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS BomaBung	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-12	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Boma	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-13	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	DS Flenve	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-14	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Lukula	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-15	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Kango	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-16	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Inga	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-17	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Seke Banza	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-18	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Vaku	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-19	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Tshela	BC	Déc. 2014	En panne
D-20	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Kwimba	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-21	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Kinkonzi	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-22	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Kizo	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-23	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	DS Cataraces	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-24	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Gombe Matadi	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-25	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Mangembo	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-26	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Kwilu Ngongo	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-27	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Kimpangu	BC	Déc. 2014	Non reçu
D-28	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Mbanza Ngungu	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-29	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Kimpese	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-30	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Nsonampangu	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-31	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Kibunzi	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-32	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Luozi	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-33	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Boko Kivulu	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-34	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	DS Lukaya	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-35	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Kisantu	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-36	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Nselo	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-37	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Ngidinga	BC	Déc. 2014	Bon Etat

D-38	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Kimvula	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-39	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Massa	BC	Déc. 2014	Bon Etat
D-40	TANAKA	Stabilisateur	AMS-1000W	35	ZS Sonabata	BC	Déc. 2014	Bon Etat
E-1	HP	Imprimant Laser	LaserJet P1002	140	D1	KIN	Déc. 2014	Bon Etat
E-2	HP	Onduleur	LaserJet P1002	140	Ministère Provincial	BC	Déc. 2014	Bon Etat
F-1	HP	Cartouche	85A	80	D1	KIN	Déc. 2014	Bon Etat
F-2	HP	Cartouche	85A	80	D1	KIN	Déc. 2014	Bon Etat
F-3	HP	Cartouche	85A	80	Ministère Provincial	BC	Déc. 2014	Bon Etat
G-1	Viewsonic	Projecteur	PDJ5132	410	D1	KIN	Déc. 2014	Bon Etat
G-2	Viewsonic	Projecteur	PDJ5132	410	D6	KIN	Déc. 2014	Bon Etat
G-3	Viewsonic	Projecteur	PDJ5132	410	D11	KIN	Déc. 2014	Bon Etat
G-4	Viewsonic	Projecteur	PDJ5132	410	Ministère Provincial	BC	Déc. 2014	Bon Etat
G-5	Viewsonic	Projecteur	PDJ5132	410	B1	BC	Déc. 2014	Bon Etat
G-6	Viewsonic	Projecteur	PDJ5132	410	B6	BC	Déc. 2014	Bon Etat
G-7	Viewsonic	Projecteur	PDJ5132	410	B11	BC	Déc. 2014	Bon Etat
			Total	28,680				

(2) Equipements en 2015 (Année Fiscale Japonaise)

N°	Marque	Désignation	Modèle	Prix(USD)	Lieu d'affectation	Province	Livraison	Observation
A-1	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	D1	KIN	05/01/2016	Bon Etat
A-2	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	D1	KIN	05/01/2016	Bon Etat
A-3	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	D1	KIN	05/01/2016	Bon Etat
A-4	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	D6	KIN	28/12/2015	Bon Etat
A-5	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	D6	KIN	28/12/2015	Bon Etat
A-6	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	D6	KIN	28/12/2015	Bon Etat
A-7	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	D11	KIN	05/01/2016	Bon Etat
A-8	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	D11	KIN	05/01/2016	Bon Etat
A-9	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	D11	KIN	05/01/2016	Bon Etat
A-10	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	Ministère Provincial de la santé	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-11	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	IPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-12	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	IPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-13	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-14	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-15	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-16	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-17	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-18	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-19	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS LUBUMBASHI	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-20	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS KENYA	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-21	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS KAMALONDO	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-22	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS KATUBA	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-23	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS KISANGA	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-24	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS MUMBUNDA	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-25	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS KAMPENBA	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-26	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS RWASHI	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-27	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS TSIAMILEMBA	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-28	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS KOWE	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-29	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS KIPUSHI	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-30	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS SAKANIA	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-31	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS PWETO	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-32	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS KILWA	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-33	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS KASHOBWE	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-34	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS KASENGA	HK	23/11/2015	Bon Etat

A-35	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS LUKAFU	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-36	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS KAFUBU	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-37	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS LIKASI	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-38	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS PANDA	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-39	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS KIKULA	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-40	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS KAMBOVE	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-41	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS KILELA BALANDA	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-42	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS KAPOLOWE	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-43	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS MUFUNGA	HK	23/11/2015	Bon Etat
A-44	DELL	Ordinateur Lap Top	N3521	615	ZS MITWABA	HK	23/11/2015	Bon Etat
B-1	DELL	Ordinateur Fixe	3020MT	800	Ministère Provincial de la santé	HK	23/11/2015	Bon Etat
C-1	APC	UPS	750VA	190	Ministère Provincial de la santé	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-1	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	Ministère Provincial de la santé	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-2	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	IPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-3	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	IPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-4	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-5	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-6	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-7	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-8	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-9	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-10	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS LUBUMBASHI	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-11	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS KENYA	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-12	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS KAMALONDO	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-13	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS KATUBA	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-14	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS KISANGA	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-15	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS MUMBUNDA	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-16	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS KAMPENBA	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-17	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS RWASHI	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-18	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS TSIAMILEMBA	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-19	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS KOWE	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-20	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS KIPUSHI	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-21	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS SAKANIA	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-22	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS PWETO	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-23	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS KILWA	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-24	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS KASHOBWE	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-25	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS KASENGA	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-26	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS LUKAFU	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-27	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS KAFUBU	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-28	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS LIKASI	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-29	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS PANDA	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-30	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS KIKULA	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-31	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS KAMBOVE	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-32	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS KILELA BALANDA	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-33	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS KAPOLOWE	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-34	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS MUFUNGA	HK	23/11/2015	Bon Etat
D-35	NAKAI	Stabilisateur	NJ-1500	32	ZS MITWABA	HK	23/11/2015	Bon Etat
E-1	HP	Multi fonction Laser Printer	M125a	235	Ministère Provincial de la santé	HK	23/11/2015	Bon Etat
E-2	HP	Multi fonction Laser	M125a	235	IPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat

Handwritten signature and number 46.

E-3	HP	Printer Multi fonction Laser Printer	M125a	235	IPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
E-4	HP	Multi fonction Laser Printer	M125a	235	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
E-5	HP	Multi fonction Laser Printer	M125a	235	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
E-6	HP	Multi fonction Laser Printer	M125a	235	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
E-7	HP	Multi fonction Laser Printer	M125a	235	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
F-1	HP	Cartouche	83A	68	Ministère Provincial de la santé	HK	23/11/2015	Bon Etat
F-2	HP	Cartouche	83A	68	Ministère Provincial de la santé	HK	23/11/2015	Bon Etat
F-3	HP	Cartouche	83A	68	IPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
F-4	HP	Cartouche	83A	68	IPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
F-5	HP	Cartouche	83A	68	IPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
F-6	HP	Cartouche	83A	68	IPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
F-7	HP	Cartouche	83A	68	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
F-8	HP	Cartouche	83A	68	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
F-9	HP	Cartouche	83A	68	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
F-10	HP	Cartouche	83A	68	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
F-11	HP	Cartouche	83A	68	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
F-12	HP	Cartouche	83A	68	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
F-13	HP	Cartouche	83A	68	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
F-14	HP	Cartouche	83A	68	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
G-1	EPSON	Projecteur	EB-S18	520	Ministère Provincial de la santé	HK	23/11/2015	Bon Etat
G-2	EPSON	Projecteur	EB-S18	520	IPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
G-3	EPSON	Projecteur	EB-S18	520	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
G-4	EPSON	Projecteur	EB-S18	520	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
G-5	EPSON	Projecteur	EB-S18	520	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
H-1	LG	Mini-Projecteur	PH300	499	D11	KIN	05/01/2016	Bon Etat
H-2	LG	Mini-Projecteur	PH300	499	DPS Haut Katanga	HK	23/11/2015	Bon Etat
I-7	CANON	Imprimante Portable	Officejet 100	325	D11	KIN	05/01/2016	Bon Etat
J-1	RISO	Accessoire de Duplicateur		641	D6	KIN	28/12/2015	Bon Etat
J-2	RISO	Duplicateur	EZ571E	6414	D6	KIN	28/12/2015	Bon Etat
		Transportation to Lubumbashi		1426.2				
		Total		44,171.20				

(3) Equipements en 2016 (Année Fiscale Japonaise)

N°	Marque	Désignation	Modèle	Prix(USD)	Lieu d'affectation	Province	Livraison	Observation
A-1	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	D1	KIN	2017/2/16	Bon Etat
A-2	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	D1	KIN	2017/2/16	Bon Etat
A-3	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	D1	KIN	2017/2/16	Bon Etat
A-4	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	D6	KIN	2017/2/6	Bon Etat
A-5	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	D6	KIN	2017/2/6	Bon Etat
A-6	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	D6	KIN	2017/2/6	Bon Etat
A-7	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	D6	KIN	2017/2/6	Bon Etat
A-8	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	D11	KIN	2017/2/9	Bon Etat
A-9	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	D11	KIN	2017/2/9	Bon Etat
A-10	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	D11	KIN	2017/2/9	Bon Etat
A-11	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	Ministere Provincial de la santé	KaC	2017/3/9	Bon Etat
A-12	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	IPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat

A-13	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	IPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
A-14	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
A-15	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
A-16	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
A-17	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
A-18	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
A-19	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
A-20	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
A-21	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
A-22	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
A-23	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	DPS Kongo Central	KC	2017/2/1	Bon Etat
A-24	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	DPS Kongo Central	KC	2017/2/1	Bon Etat
A-25	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	DPS Kongo Central	KC	2017/2/1	Bon Etat
A-26	HP	Ordinateur Lap Top	HP15	510	DPS Kongo Central	KC	2017/2/1	Bon Etat
B-1	APC	UPS	650VA	101	D1	KIN	2017/2/16	Bon Etat
B-2	APC	UPS	650VA	101	D1	KIN	2017/2/16	Bon Etat
B-3	APC	UPS	650VA	101	D1	KIN	2017/2/16	Bon Etat
B-4	APC	UPS	650VA	101	DPS Kongo Central	KC	2017/2/1	Bon Etat
B-5	APC	UPS	650VA	101	DPS Kongo Central	KC	2017/2/1	Bon Etat
C-1	Mercury	Stabilisateur	A1000VA	34	D1	KIN	2017/2/16	Bon Etat
C-2	Mercury	Stabilisateur	A1000VA	34	D1	KIN	2017/2/16	Bon Etat
C-3	Mercury	Stabilisateur	A1000VA	34	D1	KIN	2017/2/16	Bon Etat
C-4	Mercury	Stabilisateur	A1000VA	34	Ministere Provincial de la santé	KaC	2017/3/9	Bon Etat
C-5	Mercury	Stabilisateur	A1000VA	34	IPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
C-6	Mercury	Stabilisateur	A1000VA	34	IPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
C-7	Mercury	Stabilisateur	A1000VA	34	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
C-8	Mercury	Stabilisateur	A1000VA	34	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
C-9	Mercury	Stabilisateur	A1000VA	34	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
C-10	Mercury	Stabilisateur	A1000VA	34	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
C-11	Mercury	Stabilisateur	A1000VA	34	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
C-12	Mercury	Stabilisateur	A1000VA	34	DPS Kongo Central	KC	2017/2/1	Bon Etat
C-13	Mercury	Stabilisateur	A1000VA	34	DPS Kongo Central	KC	2017/2/1	Bon Etat
C-14	Mercury	Stabilisateur	A1000VA	34	DPS Kongo Central	KC	2017/2/1	Bon Etat
C-15	Mercury	Stabilisateur	A1000VA	34	DPS Kongo Central	KC	2017/2/1	Bon Etat
D-1	HP	Multi fonction Laser Printer	M125a	225	D1	KIN	2017/2/16	Bon Etat
D-2	HP	Multi fonction Laser Printer	M125a	225	D6	KIN	2017/2/6	Bon Etat
D-3	HP	Multi fonction Laser Printer	M125a	225	Ministere Provincial de la santé	KaC	2017/3/9	Bon Etat
D-4	HP	Multi fonction Laser Printer	M125a	225	IPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
D-5	HP	Multi fonction Laser Printer	M125a	225	IPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
D-6	HP	Multi fonction Laser Printer	M125a	225	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
D-7	HP	Multi fonction Laser Printer	M125a	225	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
D-8	HP	Multi fonction Laser Printer	M125a	225	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
E-1	HP	Cartouche	83A	82	D1	KIN	2017/2/16	Bon Etat
E-2	HP	Cartouche	83A	82	D1	KIN	2017/2/16	Bon Etat
E-3	HP	Cartouche	83A	82	D6	KIN	2017/2/6	Bon Etat
E-4	HP	Cartouche	83A	82	D6	KIN	2017/2/6	Bon Etat
E-5	HP	Cartouche	83A	82	Ministere Provincial de la santé	KaC	2017/3/9	Bon Etat
E-6	HP	Cartouche	83A	82	Ministere Provincial de la santé	KaC	2017/3/9	Bon Etat
E-7	HP	Cartouche	83A	82	IPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
E-8	HP	Cartouche	83A	82	IPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
E-9	HP	Cartouche	83A	82	IPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
E-10	HP	Cartouche	83A	82	IPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat

6
76

E-11	HP	Cartouche	83A	82	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
E-12	HP	Cartouche	83A	82	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
E-13	HP	Cartouche	83A	82	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
E-14	HP	Cartouche	83A	82	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
E-15	HP	Cartouche	83A	82	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
E-16	HP	Cartouche	83A	82	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
F-1	SONY	Projecteur	VPL DX220	580	Ministere Provincial de la santé	KaC	2017/3/9	Bon Etat
F-2	SONY	Projecteur	VPL DX220	580	IPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
F-3	SONY	Projecteur	VPL DX220	580	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
F-4	SONY	Projecteur	VPL DX220	580	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
F-5	SONY	Projecteur	VPL DX220	580	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
G-1	LG	Mini-Projecteur	PH300	510	D6	KIN	2017/2/6	Bon Etat
G-2	LG	Mini-Projecteur	PH300	510	D6	KIN	2017/2/6	Bon Etat
G-3	LG	Mini-Projecteur	PH300	510	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
G-4	LG	Mini-Projecteur	PH300	510	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
G-5	LG	Mini-Projecteur	PH300	510	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/9	Bon Etat
G-6	LG	Mini-Projecteur	PH300	510	DPS Kongo Central	KC	2017/2/1	Bon Etat
G-7	LG	Mini-Projecteur	PH300	510	DPS Kongo Central	KC	2017/2/1	Bon Etat
G-8	LG	Mini-Projecteur	PH300	510	DPS Haut Katanga	HC	2017/2/21	Bon Etat
H-1	SONY	Appareil photo	DSC-W80	156	D1	KIN	2017/2/16	Bon Etat
H-2	SONY	Appareil photo	DSC-W80	156	DPS Haut Katanga	HC	2017/2/21	Bon Etat
I-1	HP	Imprimante Portable	Officejet 100	456	DPS Kongo Central	KC	2017/2/1	Bon Etat -
I-2	HP	Imprimante Portable	Officejet 100	456	DPS Kongo Central	KC	2017/2/1	Bon Etat
J-1	HP	Cartouche		42	DPS Kongo Central	KC	2017/2/1	Bon Etat
J-2	HP	Cartouche		42	DPS Kongo Central	KC	2017/2/1	Bon Etat
J-3	HP	Cartouche		42	DPS Kongo Central	KC	2017/2/1	Bon Etat
J-4	HP	Cartouche		42	DPS Kongo Central	KC	2017/2/1	Bon Etat
J-5	HP	Cartouche		42	DPS Kongo Central	KC	2017/2/1	Bon Etat
J-6	HP	Cartouche		42	DPS Kongo Central	KC	2017/2/1	Bon Etat
Frais d'expédition à Kananga				279				
K-1		Armoire	185×90×40	175	D1	KIN	2017/3/22	Bon Etat
K-2		Armoire	185×90×40	175	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
K-3		Armoire	185×90×40	175	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
K-4		Armoire	185×90×40	175	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
K-5		Armoire	185×90×40	175	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
K-6		Armoire	185×90×40	175	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
K-7		Armoire	185×90×40	175	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
L-1		Etagère	185×90×40	160	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
L-2		Etagère	185×90×40	160	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
L-3		Etagère	185×90×40	160	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
L-4		Etagère	185×90×40	160	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
L-5		Etagère	185×90×40	160	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
L-6		Etagère	185×90×40	160	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/11	Bon Etat
L-7		Etagère	185×90×40	160	DPS Kongo Central	KC	2017/3/11	Bon Etat
L-8		Etagère	185×90×40	160	DPS Kongo Central	KC	2017/3/11	Bon Etat
L-9		Etagère	185×90×40	160	DPS Kongo Central	KC	2017/3/11	Bon Etat
L-10		Etagère	185×90×40	160	DPS Kongo Central	KC	2017/3/11	Bon Etat
L-11		Etagère	185×90×40	160	DPS Kongo Central	KC	2017/3/11	Bon Etat
L-12		Etagère	185×90×40	160	DPS Kongo Central	KC	2017/3/22	Bon Etat
M-1		Bureau	75×140×70	210	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
M-2		Bureau	75×140×70	210	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
M-3		Bureau	75×140×70	210	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
M-4		Bureau	75×140×70	210	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
M-5		Bureau	75×140×70	210	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
M-6		Bureau	75×140×70	210	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/11	Bon Etat
M-7		Bureau	75×140×70	210	DPS Kongo Central	KC	2017/3/11	Bon Etat
M-8		Bureau	75×140×70	210	DPS Kongo Central	KC	2017/3/11	Bon Etat

M-9		Bureau	75×140×70	210	DPS Kongo Central	KC	2017/3/11	Bon Etat
N-10		Chaise Bureau		210	DPS Kongo Central	KC	2017/3/11	Bon Etat
N-11		Chaise Bureau		210	DPS Kongo Central	KC	2017/3/11	Bon Etat
N-12		Chaise Bureau		210	DPS Kongo Central	KC	2017/3/22	Bon Etat
O-1		Chaise Visiteur		185	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
O-2		Chaise Visiteur		185	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
O-3		Chaise Visiteur		185	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
O-4		Chaise Visiteur		185	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
O-5		Chaise Visiteur		185	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
O-6		Chaise Visiteur		185	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/11	Bon Etat
O-7		Chaise Visiteur		185	DPS Kongo Central	KC	2017/3/11	Bon Etat
O-8		Chaise Visiteur		185	DPS Kongo Central	KC	2017/3/11	Bon Etat
O-9		Chaise Visiteur		185	DPS Kongo Central	KC	2017/3/11	Bon Etat
O-10		Chaise Visiteur		185	DPS Kongo Central	KC	2017/3/11	Bon Etat
O-11		Chaise Visiteur		185	DPS Kongo Central	KC	2017/3/11	Bon Etat
O-12		Chaise Visiteur		185	DPS Kongo Central	KC	2017/3/22	Bon Etat
O-13		Chaise Visiteur		45	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
O-14		Chaise Visiteur		45	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
O-15		Chaise Visiteur		45	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
O-16		Chaise Visiteur		45	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
O-17		Chaise Visiteur		45	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
O-18		Chaise Visiteur		45	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
O-19		Chaise Visiteur		45	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
O-20		Chaise Visiteur		45	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/22	Bon Etat
Frais d'expédition à Kananga				2,375				
Frais d'expédition à Matadi				500				
P-1		Kit Panneau Solaire	8heures d'autonomie	11,711	DPS Kasai Central	KaC	2017/3/24	Bon Etat
Total				49,493				

Handwritten signature/initials

2. 評価グリッド

評価グリッド
 コンゴ民主共和国「保健人材開発支援プロジェクトフェーズ2」終了時評価

	評価設問		現状（報告書等）	情報源・収集方法
	大項目	小項目		
実績の検証 (PDM)	上位目標の達成度（見込み）	【対象州における保健人材の養成・定着・キャリア管理・継続教育が適正かつニーズに即して促進されるとともに、その成果が他の州へ普及する】	1. PDRHSに基づき、対象3州（目標6州）においてPPDRHS（2011～2015年）が策定されたが介入対象州以外では策定されていない。（未達） 2. 対象州の州保健人材開発計画（PPDRHS）に沿って毎年の予算措置が行われている。予算（目標：10%増）（増加率要確認）	①関連資料 ②保健省関連局、州保健局 ③JICA専門家
		プロジェクト目標達成度 【国家保健人材開発計画（PDRHS）の策定及び実施を効果的・持続的に進めるために必要な基盤が保健省及び対象州において強化される】	1. 保健人材管理にかかわる関係者調整会議及び保健人材オプザベーター双方の機会を合計すると、2014年度4回、2015年度4回、2016年度5回、2017年度は、5月20日現在未開催。（目標：4回/年）（達成） 2. 開催保健人材年鑑は予定どおり発行されている。（2014年は保健人材概要を作成）2016年年鑑は2017年9月作成予定。（達成） 3. 作成文書の使用状況 -キャリア管理規定は2017年4月に作成済み、現在は国家承認手続き中（未達） -継続教育規定は2016年6月承認済み、現在は保健大臣署名待ち（目標：60%以上の対象州での使用）（未達） -助産マテリアル作成済み、新プログラム導入校17校中14校（82%）で使用（目標：70%以上の対象校での使用）（達成） 4. 州保健人材技術会議は、コンゴセントラルでは2015年度9回、2016年度7回（計16回）、カサイセントラルでは2015年度1回、2016年度4回（計5回）、オカタンガでは2015年度1回、2016年度3回（計4回）実施された。（目標：4回/年）（一部達成）	①関連資料 ②保健省関連局、州保健局 ③JICA専門家
	成果の達成度	成果1. 国家保健人材開発計画（PDRHS）（2011～2015年）の評価結果に基づき、国家保健人材開発計画 PDRHS（2016～2020年）が策定・承認される。	1-1. 評価ツールが作成され、PDRHS（2011-2015）評価に使用された。（達成） 1-2. PDRHS（2011～2015年）評価報告書作成、発刊された。（達成） 1-3. 2014年保健人材概況書（Profil Pays）を発行した。（達成） 1-4. PDRHS（2016～2020年）2016年2月策定開始、現在、国家保健セクター運営会議技術委員会承認待ち。（未達）	①関連資料 ②保健省関連局 ③JICA専門家
		成果2. 国家保健人材開発計画（PDRHS）を実施するための各種規定が整備される。	2-1. -キャリア管理規定は2017年4月に作成済み、現在は国家承認手続き中（未達） 2-2. 職能基準意外のすべて（助産師職能基準、能力基準、教育基準、評価基準、シラバス）が作成された。職能基準はキャリア管理規程承認後作成（達成） 2-3. 継続教育規定は2016年6月作成済み、現在は保健大臣署名待ち（未達） 2-4. 保健人材統一ビジョン（保健省と高等教育省による承認待ち）（未達） 2-5. 国家統一卒業試験評価報告書は2014、2015、2016年において作成済み。国家統一卒業試験実施ガイドライン作成済み（達成）	①関連資料 ②保健省関連局 ③JICA専門家
		成果3. 対象州において中央の関与の下、国家保健人材開発計画（PDRHS）に則し、かつ事実に基づいた対象州の州保健人材開発計画（PPDRHS）が策定され実施が開始される。	3-1. 対象3州すべてでPPDRHS完成済み（達成） 3-2. 州保健人材データベース、報告書：コンゴセントラル完成（2015年10月、カバー率：96%）、オカタンガ完成（2017年3月カバー率：96.3%）、カサイセントラルは他開発パートナー（ASSP/IMA）の支援により完成（達成） 3-3. データベースの更新：コンゴセントラルでは2016年9月に更新、オカタンガでは2017年3月完成のため更新時期を迎えていない（達成） 3-4. 州人材年鑑：コンゴセントラルの2016年版人材年鑑は完成、2017年版は2017年9月作成予定、カサイセントラルで2016年版完成、2017年版は2017年8月に作成予定、オカタンガは2017年9月に作成予定（オカタンガ未達） 3-5. PPDRHS（2011～2015年）評価：コンゴセントラルでは2016年12月に報告書作成、発刊、他の2州は保健行政再編成によりPPDRHSの適応州が変更になったため保健省が評価は実施しないこととした。（達成） 3-6. PPDRHS（2016～2020年）：コンゴセントラルは2017年5月に策定、発刊。カサイセントラルは策定後、承認待ち。オカタンガでは現在策定中（カサイセントラル、オカタンガ未達）	①関連資料 ②保健省関連局、州保健局 ③JICA専門家
	実施体制	プロジェクトのマネジメント体制	カウンターパートの変更は、プロジェクトの実施にどのような影響を与えているか？（中央保健省、州保健局の実施体制）	保健省第6局長が、新たに設置された保健省保健監督総監に就任した。これに伴い、第6局長及び第6局課長の後任が就任し、中央保健省の合同調整委員会のメンバーを変更した。 介入対象州の州保健監督官の再配置計画（州保健監督官の出身地以外に配置するという前保健大臣の政策）の推進により、コンゴセントラル州では新たな州保健監督官が配置されたが、カサイセントラル、オカタンガでは長きにわたり新たな州保健監督官が配置されていない。
行政区分の再編成及びIPS、DPSの分離はプロジェクトにどのような景況を与えているか？			カサイセントラルでは、2014年12月にPPDRHSが承認されたものの、PPDRHSモニタリング評価を担う州保健人材委員会が長期にわたり開催されなかった。これは、西カサイ州保健大臣の解任、IPSとDPSの分割、保健行政再編成の影響が極めて大きい。	
意思決定過程、情報共有の仕組みに問題はないか？			2016年3月に実施された中間レビューにおいて、人材関連3局長との合同モニタリングを定期開催するよう提言された。人材関連3局長との国外ミッション実施の際に合同モニタリングを行ったものの、定期開催には至っていない。 JCCIは過去5回計画どおり実施されている。	
活動進捗、成果達成、目標達成に阻害要因はあるか			2016年12月のコンゴ民主大統領選挙による混乱により、退避一時帰国措置が取られた。これが事業進捗に影響を及ぼしたものの、その遅れを取り戻しつつある。	

《評価5項目》				
妥当性	相手国開発政策との整合性	下記現行のコンゴ保健開発政策とプロジェクトの目標は整合しているか？ 第3次貧困削減・開発戦略書（DSCRPIII）（2016～2020年） 第3次保健システム強化戦略（SRSS）（2016～2020年） 国家保健開発計画（PNDS）（2016～2020年）	DSCRPIII、SRSS、PNDSとプロジェクト目標の整合が確認された。 本プロジェクトでは、保健人材開発計画PNDRHSの州レベルでの計画となるPPDRHSの策定支援を行うことにより、保健省及び州における効果的、継続的な計画策定能力強化を目標としており、その支援内容は、同国における保健人材開発計画と一致する。	①DSCRPIII、SRSS、PNDS、PNDRHS、PPDRHS、関連資料 ②保健省関連局 ③JICA専門家・コンゴ事務所
	相手国の保健人材開発の現状からみた妥当性	プロジェクトは、保健省・対象州保健局が保健人材開発分野で抱える課題に応える内容となっているか？ 保健政策における地方分権化の動向と整合性はあるか？	州レベルにおいては全州で州保健開発計画（PPDS）の策定が必要であり、その保健人材分野の実施計画となるPPDRHSの策定が必要となる。本プロジェクトは対象州でのPPDRHSの策定と、その策定のためのエビデンスとなる保健人材の現状把握を可能とする保健人材情報システムの構築が目的であり、コンゴの保健人材開発の現状と整合する。	①関連資料 ②保健省関連局 ③JICA専門家・コンゴ事務所
	対象国・地域・社会のニーズ	ターゲットグループ（保健省、対象州保健局など）のニーズに合致した協力内容となっているか？	現状の初期教育の内容は保健医療現場のニーズに対応しておらず、「初期教育の質の向上」、医療従事者への「継続教育」による医療従事者の技術向上のモチベーションの維持が求められる。	①PNDRHS、PPDRHS、関連資料 ②保健省関連局 ③JICA専門家
		最終受益者（住民）のニーズに合致した協力内容となっているか？	特に母子保健指標の改善にはヘルスプロモーション、予防に精通する保健人材（助産師）の養成・配置が重要となることから、これらの支援を中心とする本プロジェクトはターゲットグループのニーズと合致している。	
	日本の援助政策との整合性	援助重点課題、国別事業実施計画との関連性はあるか？	本プロジェクトは外務省、対コンゴ事業展開計画における基本方針の重点分野（中目標）として「社会サービスへのアクセス改善」に位置づけられる。 TICADVナイドビ宣言の優先分野の一つである「質の高い生活のための強靱な保健システムの促進」に関し、特に人材育成を通じて「公衆衛生危機への対応能力及び予防・備えの強化」及び「アフリカにおけるユニバーサル・ヘルズ・カバレッジ（UHC）推進」の実現に寄与するものである。	①国別援助方針、国別事業実施計画、TICAD報告書 ②JICA担当課・コンゴ事務所
日本の比較優位性	本プロジェクトの実施に日本の比較優位性はあるか？	JICAはコンゴ同様、仏語圏であるセネガルにおいても保健人材養成に係る技術協力プロジェクトを実施した実績があり、本プロジェクトが対処する課題にアプローチするノウハウは十分に有している。また、タンザニアにおける保健人材データベース構築の経験、カンボジア、アフガニスタンにおけるポストコンフリクトの状況下での保健人材の養成に関する支援において保健省の能力強化を目的とした支援の経験を有している。	①JICA専門家 ②JICA担当課	
有効性	プロジェクト目標の設定	プロジェクト目標の達成の見込みは高いか？（特に現時点での未達指標について、作成された文書の対象州での使用の見込みを確認する）	プロジェクト目標達成度に記載したとおり、プロジェクト目標の指標はおおむね達成されている。	①関連資料 ②保健省関連局、州保健局 ③JICA専門家
	プロジェクトの因果関係	各アウトプット（成果）はプロジェクト目標「PNDRHSの策定・実施の基盤強化」に寄与しているか？（各成果の質の確認）	上述のとおり各成果はおおむね達成しており、プロジェクト目標の達成に寄与している。	
	外部条件	プロジェクト目標の外部条件・阻害要因はなにか？（治安の影響、規程類の承認の遅れの要因を確認）	プロジェクト目標達成に至る外部条件には「対象州において治安が悪化しない」が設定されている。対象州の治安悪化による日本人専門家の活動の規制により影響を受けている。	
	プロジェクトの因果関係	各アウトプット（成果）はプロジェクト目標「PNDRHSの策定・実施の基盤強化」に寄与しているか？（各成果の質の確認）	上述のとおり各成果はおおむね達成しており、プロジェクト目標の達成に寄与している。	
効率性	アウトプットの達成見込み	各成果の達成状況、達成の見込みは高いか？（現時点での未達指標の達成見込み、成果品の質、成果品の活用状況を確認）	上述のとおり、各成果の活動はほぼ計画どおり実施されており、成果を発現しつつある。	①関連資料 ②保健省関連局、州保健局 ③JICA専門家
	投入の妥当性	投入の内容・規模・タイミングは適切か？（投入実績、機材活用状況、本邦研修の有効性の確認）	投入は計画どおり実施されており、活動の目立った遅れも報告されていない。	①投入実績、PO ②保健省関連局 ③JICA専門家
		中央保健省と州保健局の連携による相乗効果はあるか？また、対象州間の連携はあるか？	オカタンガにおける保健人材データベース構築の際、中央保健省及びコンゴセントラルの保健行政官が同州に出向き、この作成過程を支援した。	①関連資料 ②保健省関連局、州保健局 ③JICA専門家
		予算削減に向けた取り組みが計画されているか？（国家統一卒業試験への財政支援を10%減とする日本側の支援戦略の達成状況）	プロジェクトの支援により保健省が予算計画に基づき事業を遂行する能力が向上しているとともに、保健省が事業実施に自己予算の投入を開始している。 国家保健人材委員会や保健人材オブザベーターの活性化により、多くの開発パートナーによる保健人材開発分野への参入が増加し、PNDRHSの評価・策定への資金援助等が実施されている。	
	外部条件	対対象州における現地ナショナルスタッフの配置はプロジェクトの効率性の観点から適切であったか？	対象州における定期的な会合を強力に補完する体制として、現地にナショナルスタッフを配置し、事業遂行補助に加え、カウンターパート機関や現地の一般的な情報収集を行い、これを日報として報告する体制を確立している。	
外部条件	アウトプットの外部条件・阻害要因は適切に認識されているか？	2016年12月のコンゴ民大統領選挙による混乱により、退避一時帰国措置が取られた。これが事業進捗に影響を及ぼしたものの、その遅れを取り戻しつつある。 カサイセントラルは2017年4月に日本外務省により退避勧告地域に指定され、日本人専門家の渡航が不可能となり活動に影響している。	①関連資料 ②保健省関連局 ③JICA専門家・コンゴ事務所	

インパクト	上位目標の達成見込み	プロジェクト終了までに他州への普及に関する取り組みは計画されているか？	対象3州では、PPDRHSが策定されたが、対象州以外では作成されていない	①関連資料 ②保健省関連局、州保健局 ③JICA専門家
	外部条件	上位目標達成のための外部条件「中央保健省と州保健医務局の連携が維持される」に関して、右記の影響はどのようなものか	WHO、GAVI、UNFPA、世界銀行、カナダ、DfID(ASSP/IMA)、USAID(ICAP/NEPI)、(Health Finance and Governance)、Save the ChildrenによるPPDRHSの評価・策定、保健人材データベース、年鑑の作成支援が実施されている。	
	その他のインパクト	保健人材データベースの整備は保健人材の適正な人員配置、給与配賦へどのように寄与しているか？（インパクトの規模を確認）	州保健人材データベース作成を通じ、各医療施設や保健行政施設レベルでの人材登用を禁止するとして州知事令が発表、また適切な人員配置、正規公務員としての給与配賦が促進された（コンゴセントラル）	①関連資料 ②保健省関連局 ③JICA専門家
		他の正負のインパクトはあるか？（インパクトの外部要因も確認）	RVT 2010 を通じて、プロジェクト成果がメンバー国に共有されるとともに、本プロジェクトの経験をRVTにインプットすることにより、「他の開発パートナーとの協働に関するガイド」や「保健人材の異動に関するガイドライン」等が作成された。一方、RVT側からは保健人材情報システムに関する各国の経験が共有され、対象州でのデータベース構築のための活動に反映された。 中級保健人材養成校における助産教育のためのテキスト導入対象16校中3校の試験合格率が100%を達成した。 2016年11月の保健システムリサーチ国際シンポジウムにおいて、Best French Poster Awardを受賞するという実績を上げた。	
持続性	組織・制度面	適切なカウンターパートの配置が継続される可能性が高いか？（保健省：1局と11局の合併、6局長の変更、州保健局の再編成による影響）	2017年4月1日に保健省保健監督総局(仮訳)が新規に設置され、カウンターパートであった保健省第6局長が、この保健省保健監督総局に就任した。これに伴い、第6局長及び第6局課長の後任が就任したことにより、中央保健省の合同調整委員会のメンバーを変更した。 中間レビュー以降、介入対象地域をコンゴセントラル州、西カサイ州、カタンガ州の3州を介入対象州としているが、行政区分が11州から26州に再編成されたことによりカウンターパートが一部変更された。	①関連資料 ②保健省関連局、州保健局 ③JICA専門家
		地方分権化に伴うIPSとDPSの分離、州保健行政の再編成に伴う資源管理部の負荷増大は組織面での継続性にどのような影響を与えているか？	IPSとDPSの分離により、一部の対象州ではそれぞれの機関の職掌が移行期間にある。また、新たに設置されたDPSでは、インフラの未整備、人員の不足などの課題が生じている。州保健行政再編成に伴う保健人材関連部署の再編成により、州レベルでの主要なカウンターパートである資源管理部の担当に業務負荷が集中している。	
	技術面	中央保健省は活動を継続するために十分なオーナーシップ、業務実施能力を有するか？	中央保健省局長を中心に、職員は十分な業務遂行能力を有している。しかしながら、一定の職員に業務が集中しており、次世代を担う職員が少ないことが改善点として指摘された。	①関連資料 ②保健省関連局、州保健局 ③JICA専門家
		対象州保健局は活動を継続するために十分なオーナーシップ、業務実施能力を有するか？	州レベルのカウンターパートについても、中央保健省及びプロジェクトからの支援により、PPDRHSの策定、評価及びデータベースの運用・管理に係る一定の能力を有していることが確認された。	
		活動を継続するためのガイドライン、マニュアル等は整備され、活用されているか？	PPDRHS評価ツール、PPDRHS策定ガイドライン、国家統一卒業試験実施ガイドライン、保健人材データベース更新マニュアルが整備された。	
	財務面	供与機材は適切に維持管理されているか？	輸転機が供与された第6局では、機材管理の責任者を配置し、半年おきにメンテナンスを行うと口頭で約束した。コピー機などは、機材の使用に慣れていない職員配置を要請。 2017年5月20日現在、供与機材の管理状況を調査中。	①関連資料 ②保健省関連局 ③JICA専門家
保健省及び州保健局における保健人材開発計画への予算配分、開発パートナーの財政支援の継続の可能性は高いか？		国家保健人材委員会や保健人材オプザベーターの活性化により、多くの開発パートナーによる保健人材開発分野への参入が増加し、PPDRHSの評価・策定への資金援助等が実施されている。 保健省側の事業費支出は増加している。しかし、そのほとんどが基礎教育局に関連する事業であり、第1、11局及び介入対象州での事業については、先方支出がない。		
国家統一卒業試験に必要な予算は確保される可能性は高いか？	保健省が予算計画に基づき事業を遂行する能力が向上しているとともに、保健省が事業実施に1万1,492 USDの財源を投入するという画期的な実績を上げている。	①関連資料 ②保健省関連局 ③JICA専門家		
《その他》				
提言・教訓	提言・教訓として想定される内容は？	1.保健省と高等教育省の保健人材養成に関する共通政策「保健人材（看護師及び助産師）養成国家統一ビジョン」の策定推進 2.カサイセントラル州の治安悪化に伴う対処 3.介入対象3州での活動終了に向けた準備	①関連資料 ②保健省関連局、州保健局 ③JICA専門家・担当課・コンゴ事務所	

3. 質問票

保健人材開発支援プロジェクトフェーズ2終了時評価および フェーズ3 詳細計画策定調査 質問票 (保健省 D1)

目的

- (1) プロジェクトの投入、活動、プロセス、達成度の評価
- (2) プロジェクトの残りの期間の課題、懸案事項の確認、それに対する提言の抽出
- (3) プロジェクトの教訓の抽出及び次期プロジェクト及び他の類似プロジェクト計画への反映

評価方法

JICA プロジェクトにおける終了時評価は評価 5 項目 (1)妥当性 (2)有効性 (3)効率性 (4)インパクト(5)持続性を用いて実施されます、よって、本質問票は上記 5 項目に沿って構成されています。

以下の全ての質問に回答をお願い致します。

担当者

Haruo Ito (Mr.) 評価団メンバー h-itou@icons.co.jp

【妥当性】

1. D1 における保健人材開発の課題に対して、プロジェクトはどのように役立っていますか？

【有効性/インパクト】

保健人材データベース

プロジェクトの支援による対象州での保健人材データベースの作成は、保健人材開発促進にどのように役立っていますか？

2. 保健人材データベースを他州に普及するための計画はありますか？また普及の課題はどのようなのでしょうか？（もしあれば）

PNDRHS

3. プロジェクトの支援によるPNDRHS、PPNDRHSの策定は、保健人材開発促進にどのように役立っていますか？

4. PNDRHS、PPNDRHSの策定はMPS及びDPSの保健人材開発にかかる予算の増加に貢献しましたか？

5. PNDRHS、PPNDRHSを他州に普及するための計画はありますか？また普及の課題はどのようなもの
でしょうか？（もしあれば）

保健人材年鑑

プロジェクトの支援による保健人材年鑑の策定は、保健人材開発促進にどのように役立っています
か？

6. 保健人材年鑑を継続的に策定する上での課題はどのようなものでしょうか？（もしあれば）

国家保健人材（技術）委員会（CRHS）、保健人材調整メカニズム(Observatoire)

7. CRHS及びObservatoireは、保健人材開発促進にどのように役立っていますか？

8. CRHS及びObservatoireを継続的に開催する上での課題はどのようなものでしょうか？（もしあれば）

仏語圏アフリカ保健人材管理ネットワーク（RVT2010）

9. RVT2010への参加は、保健人材開発促進にどのように役立っていますか？

【効率性】

10. プロジェクトにおける投入（専門家、機材、日当・宿泊費、先方負担事項）は適切でしたか？

11. プロジェクトの供与機材は適切に維持管理されていますか？

【持続性】

12. DPSの職員はPPNDRHSの策定、評価に関して、十分な知識・技術を有していますか？

13. DPSは保健人材データベースの更新、運用に関して、十分な知識・技術を有していますか？

14. 保健人材データベースの更新、運用計画（予算計画を含む）はどのようなものでしょうか？（もしあれば）

15. 保健省の予算執行状況、保健人材開発にかかわる予算措置の動向はどのようなものでしょうか。

【次期フェーズプロジェクトについて】

16. D1にとって現在の保健人材開発における優先課題はどのようなものでしょうか？

17. 次期JICAプロジェクトにおいて優先的に取り組むべき活動はどのようなものでしょうか？

18. 次期JICAプロジェクトの対象州の選定において、留意点はどのようなものでしょうか？

19. 保健省再編によるD1とD6 の統合の次期JICAプロジェクトへの影響はどのようなものが想定されますか？

20. 保健省に新たに設置された保健監督総局による次期JICAプロジェクトでの役割はどのようなものが想定されますか？

21. 現在、D1に対して保健人材開発分野を支援している開発パートナー（国際機関、NGOなど）はありますか？

開発パートナー	内容	期間	予算

【その他】

22. プロジェクトの実施について、コメント・提言がございましたら記載ください。

--

ご協力有難うございました。

保健人材開発支援プロジェクトフェーズ2終了時評価および
フェーズ3 詳細計画策定調査 質問票 (保健省 D6)

目的

- (1) プロジェクトの投入、活動、プロセス、達成度の評価
- (2) プロジェクトの残りの期間の課題、懸案事項の確認、それに対する提言の抽出
- (3) プロジェクトの教訓の抽出及び次期プロジェクト及び他の類似プロジェクト計画への反映

評価方法

JICA プロジェクトにおける終了時評価は評価 5 項目 (1)妥当性 (2)有効性 (3)効率性 (4)インパクト(5)持続性を用いて実施されます、よって、本質問票は上記 5 項目に沿って構成されています。
以下の全ての質問に回答をお願い致します。

担当者

Haruo Ito (Mr.) 評価団メンバー h-itou@icons.co.jp

【妥当性】

1. D6 における保健人材開発の課題に対して、プロジェクトはどのように役立っていますか？

【有効性/インパクト】

A2助産師各種基準

2. プロジェクトの支援によるA2助産師各種基準の作成、スーパービジョンへの支援は養成校での助産師育成にどのように役立っていますか？

3. 作成された助産師マテリアルを全国の養成校に普及するための計画はありますか？また普及の課題はどのようなものでしょうか？（もしあれば）

保健人材養成国家統一ビジョン

4. 保健人材養成国家統一ビジョンの保健省、高等教育省による承認の可能性はありますか？現在の課題はどのようなものでしょうか？

5. 看護師評議会が設立されたことによる保健人材養成国家統一ビジョンの全国普及の可能性はどのようなものでしょうか。

全国统一卒業試験Jury National

6. プロジェクトによる試験実施ガイド (Guide du Jury National) 作成への技術支援はJury Nationalの実施にどのように役立っていますか？

7. プロジェクト終了後、Jury National を実施するための予算の確保の見込みはありますか？

【効率性】

8. プロジェクトにおける投入（専門家、機材、日当・宿泊費、先方負担事項）は適切でしたか？

9. プロジェクトの供与機材は適切に維持管理されていますか？

【次期フェーズプロジェクトについて】

10. D6にとって現在の保健人材開発における優先課題はどのようなものでしょうか？

11. 次期JICAプロジェクトにおいて優先的に取り組むべき活動はどのようなものでしょうか？

12. 保健省再編によるD1とD6 の統合の次期JICAプロジェクトへの影響はどのようなものが想定されますか？

13. 現在、D6に対して保健人材開発分野を支援している開発パートナー（国際機関、NGOなど）はありますか？

開発パートナー	内容	期間	予算

【その他】

14. プロジェクトの実施について、コメント・提言がございましたら記載ください。

--

ご協力有難うございました。

**保健人材開発支援プロジェクトフェーズ2終了時評価および
フェーズ3 詳細計画策定調査 質問票（保健省 D11）**

目的

- (1) プロジェクトの投入、活動、プロセス、達成度の評価
- (2) プロジェクトの残りの期間の課題、懸案事項の確認、それに対する提言の抽出
- (3) プロジェクトの教訓の抽出及び次期プロジェクト及び他の類似プロジェクト計画への反映

評価方法

JICA プロジェクトにおける終了時評価は評価 5 項目 (1)妥当性 (2)有効性 (3)効率性 (4)インパクト(5)持続性を用いて実施されます、よって、本質問票は上記 5 項目に沿って構成されています。
以下の全ての質問に回答をお願い致します。

担当者

Haruo Ito (Mr.) 評価団メンバー h-itou@icons.co.jp

【妥当性】

1. D11 における保健人材開発の課題に対して、プロジェクトはどのように役立っていますか？

【有効性/インパクト】

継続教育政策文書

2. プロジェクトの支援による継続教育政策の作成支援は各州での継続教育の実施にどのように役立っていますか？

3. 継続教育政策の承認後の各州への普及計画はどのようなものでしょうか？また普及の課題はどのようなものでしょうか？（もしあれば）

4. 継続教育政策の保健大臣による承認の可能性はありますか？現在の課題はどのようなものでしょうか？

【次期フェーズプロジェクトについて】

5. D11にとって現在の保健人材開発における優先課題はどのようなものでしょうか？

6. 次期JICAプロジェクトにおいて優先的に取り組むべき活動はどのようなものでしょうか？

7. 現在、D11に対して保健人材開発分野を支援している開発パートナー（国際機関、NGOなど）はありますか？

開発パートナー	内容	期間	予算

【その他】

8. プロジェクトの実施について、コメント・提言がございましたら記載ください。

ご協力有難うございました。

**保健人材開発支援プロジェクトフェーズ2終了時評価および
フェーズ3 詳細計画策定調査 質問票 (コンゴセントラル州 DPS)**

目的

- (1) プロジェクトの投入、活動、プロセス、達成度の評価
- (2) プロジェクトの残りの期間の課題、懸案事項の確認、それに対する提言の抽出
- (3) プロジェクトの教訓の抽出及び次期プロジェクト及び他の類似プロジェクト計画への反映

評価方法

JICA プロジェクトにおける終了時評価は評価 5 項目 (1)妥当性 (2)有効性 (3)効率性 (4)インパクト(5)持続性を用いて実施されます、よって、本質問票は上記 5 項目に沿って構成されています。
以下の全ての質問に回答をお願い致します。

担当者

Haruo Ito (Mr.) 評価団メンバー h-itou@icons.co.jp

【妥当性】

1. あなたの DPS における保健人材開発の課題に対して、プロジェクトはどのように役立っていますか？

2. プロジェクトの活動 (PPDRHS、保健人材データベース、人材年鑑の作成) は課題解決のため適切な方法でしたか？

【有効性/インパクト】

保健人材データベース

3. プロジェクトの支援による保健人材データベースの作成は、保健人材の把握、適正配置のために役立っていますか？ (下記から選んでください)

- 大変役立っている
- 役立っている
- 役立っていない
- 全く役立っていない

また、その理由はどのようなものでしょうか。

4. 保健人材データベースを継続的に更新、維持管理する上での課題はどのようなものでしょうか？（もしあれば）

5. 保健人材データベースでカバーされていないZS（Zones de Santé）は今後どのようにデータベースに含めていく予定でしょうか？

PPDRHS

6. プロジェクトの支援によるPPDRHSの策定は、あなたのDPSにおける保健人材開発促進のために役立っていますか？（下記から選んでください）

- 大変役立っている
 役立っている
 役立っていない
 全く役立っていない

また、その理由はどのようなものでしょうか。

7. PPDHSの策定はDPSの保健人材開発にかかる予算の増加に貢献しましたか？（下記から選んでください）

- はい
 いいえ

また、その理由はどのようなものでしょうか？

8. PPDRHSを継続的に策定する上での課題はどのようなものでしょうか？（もしあれば）

州保健人材年鑑

9. プロジェクトの支援による州保健人材年鑑の策定は、あなたのDPSにおける保健人材開発促進のために役立っていますか？（下記から選んでください）

- 大変役立っている
 役立っている
 役立っていない
 全く役立っていない

また、その理由はどのようなものでしょうか。

10. 州保健人材年鑑を継続的に策定する上での課題はどのようなものでしょうか？（もしあれば）

州保健人材(技術)委員会 (CPP-SS)

11. プロジェクトの支援によるCPP-SSの開催は、あなたのDPSにおける保健人材開発促進のために役立っていますか？（下記から選んでください）

- 大変役立っている
- 役立っている
- 役立っていない
- 全く役立っていない

また、その理由はどのようなものでしょうか。

12. CPP-SSを継続的に開催する上での課題はどのようなものでしょうか？（もしあれば）

A2助産師各種基準

プロジェクトで作成されたA2助産師各種基準は州内の養成校において適切に活用されているでしょうか？

- はい
- いいえ

また、その理由はどのようなものでしょうか？

【効率性】

13. プロジェクトの活動は遅滞なく進捗していますか？活動の阻害要因はどのようなものですか？（もしあれば）

14. プロジェクトでDPSに配置されたプロジェクトスタッフによる支援は十分であったでしょうか？

15. プロジェクトの供与機材の維持管理状況は適切でしょうか？

【持続性】

16. 保健人材データベースの更新、運用に関して、あなたのDPSの担当者は十分な知識・技術を有して

いますか？

はい

いいえ

また、その理由はどのようなものでしょうか？

17. 保健人材データベースの更新、運用計画（予算計画を含む）はどのようなものでしょうか？（もしあれば）

【次期フェーズプロジェクトについて】

18. あなたのDPSにおいて現在の保健人材開発における優先課題はどのようなものでしょうか？

19. 次期JICAプロジェクトでの保健人材開発の支援に期待する活動はどのようなものでしょうか？

20. あなたのDPSの職員が他州においてPPNDRHS及び人材データベース作成を支援する上での課題はどのようなものでしょうか？

21. 現在あなたのDPSにおいて保健人材開発分野を支援している開発パートナー（国際機関、NGOなど）はありますか？

開発パートナー	内容	期間	予算

【その他】

22. プロジェクトの実施について、コメント・提言がございましたら記載ください。

ご協力有難うございました。

保健人材開発支援プロジェクトフェーズ2終了時評価 質問票
(オカタンガ州、カサイセントラル州 DPS)

目的

- (1) プロジェクトの投入、活動、プロセス、達成度の評価
- (2) プロジェクトの残りの期間の課題、懸案事項の確認、それに対する提言の抽出
- (3) プロジェクトの教訓の抽出及び次期プロジェクト及び他の類似プロジェクト計画への反映

評価方法

JICA プロジェクトにおける終了時評価は評価 5 項目 (1)妥当性 (2)有効性 (3)効率性 (4)インパクト(5)持続性を用いて実施されます、よって、本質問票は上記 5 項目に沿って構成されています。以下の全ての質問に回答をお願い致します。

担当者

Haruo Ito (Mr.) 評価団メンバー h-itou@icons.co.jp

【妥当性】

1. あなたの DPS における保健人材開発の課題に対して、プロジェクトはどのように役立っていますか？

2. プロジェクトの活動 (PPDRHS、保健人材データベース、人材年鑑の作成) は課題解決のため適切な方法でしたか？

【有効性/インパクト】

保健人材データベース

3. プロジェクトもしくはASSP/IMAの支援による保健人材データベースの作成は、保健人材の把握、適正配置のために役立っていますか？ (下記から選んでください)

- 大変役立っている
- 役立っている
- 役立っていない
- 全く役立っていない

また、その理由はどのようなものでしょうか。

4. 保健人材データベースを継続的に更新、維持管理する上での課題はどのようなものでしょうか？（もしあれば）

5. 保健人材データベースでカバーされていないZS（Zones de Santé）は今後どのようにデータベースに含めていく予定でしょうか？

PPDRHS

6. プロジェクトの支援によるPPDRHSの策定は、あなたのDPSにおける保健人材開発促進のために役立っていますか？（下記から選んでください）

- 大変役立っている
役立っている
役立っていない
全く役立っていない

また、その理由はどのようなものでしょうか。

7. PPDHSの策定はDPSの保健人材開発にかかる予算の増加に貢献しましたか？（下記から選んでください）

- はい
いいえ

また、その理由はどのようなものでしょうか？

8. PPDRHSを継続的に策定する上での課題はどのようなものでしょうか？（もしあれば）

州人材年鑑

9. プロジェクトの支援による州人材年鑑の策定は、あなたのDPSにおける保健人材開発促進のため役立っていますか？（下記から選んでください）

- 大変役立っている
役立っている
役立っていない
全く役立っていない

また、その理由はどのようなものでしょうか。

10. 州人材年鑑を継続的に策定する上での課題はどのようなものでしょうか？（もしあれば）

州保健人材(技術)委員会 (CPP-SS)

11. プロジェクトの支援によるCPP-SSの開催は、あなたのDPSにおける保健人材開発促進のために役立っていますか？（下記から選んでください）

- 大変役立っている
- 役立っている
- 役立っていない
- 全く役立っていない

また、その理由はどのようなものでしょうか。

12. CPP-SSを継続的に開催する上での課題はどのようなものでしょうか？（もしあれば）

A2助産師各種基準

プロジェクトで作成されたA2助産師各種基準は州内の養成校において適切に活用されているでしょうか？

- はい
- いいえ

また、その理由はどのようなものでしょうか？

【効率性】

13. プロジェクトの活動は遅滞なく進捗していますか？活動の阻害要因はどのようなものですか？（もしあれば）

14. プロジェクトでDPSに配置されたプロジェクトスタッフによる支援は十分であったでしょうか？

15. プロジェクトの供与機材の維持管理状況は適切でしょうか？

【持続性】

16. 保健人材データベースの更新、運用に関して、あなたのDPSの担当者は十分な知識・技術を有して

いますか？

はい

いいえ

また、その理由はどのようなものでしょうか？

17. 保健人材データベースの更新、運用計画（予算計画を含む）はどのようなものでしょうか？（もしあれば）

【その他】

18. プロジェクトの実施について、コメント・提言がございましたら記載ください。

ご協力有難うございました。

コンゴ民主共和国「保健人材開発支援プロジェクトフェーズ2」終了時評価、「保健人材開発支援プロジェクトフェーズ3」詳細計画策定調査
日本人専門家向け質問票

【有効性】

1. 助産師マテリアルを用いた学校の試験合格率が100%になった理由（外部条件も含め）はどのようなことが想定されますか。また助産師試験の全国平均の合格率は（インパクト提示のため）入手可能でしょうか。
2. 助産師マテリアルの普及計画はございますか。また、普及上の課題はどのようなものでしょうか。
3. 保健人材データベースでカバーされていないZSがあるのはどのような理由からでしょうか。また今後これらのZSがカバーされる予定はあるのでしょうか。
4. キャリア管理規程の承認状況、承認後の各州での活用の見込みはどのようなものでしょうか。（プロ指標3）
5. 継続教育にかかる規定文書の保健大臣による承認状況、承認後の各州での活用の見込みはどのようなものでしょうか。（プロ指標3）
6. キャリア管理規程、継続教育規定文書の各州での「活用」とはなにを持って達成とするべきでしょうか。
7. PENDRHS（2016-）の承認状況、見込みはどのようなものでしょうか。（指標1-4）
8. オカタンガ州での人材年鑑の策定状況、完成の見込みはどのようなものでしょうか。（指標3-4）
9. PPDRHS（2016-）のカサイセントラル州での承認状況、オカタンガ州での策定・承認は予定通り実施される見込みでしょうか（指標3-6）

【効率性】

10. 中間レビュー以降CPの変更はございましたか。またその場合の活動における影響はございましたか。
11. 中間レビューの提言にあった3局でのコミュニケーションの改善状況はいかがででしょうか。また、改善による効果はどのようなものでしょうか。
12. 中間レビュー以降、日本側、コンゴ側の予算投入は予算額、支出時期も含め、問題はありますか。
13. 保健人材データベースに関して、他の開発パートナーとのソフト（仕様）の違いによる課題は生じておりますか。またその際の対処方法はどのようなものでしょうか。
14. 本邦研修の人选、内容は適切でしたでしょうか。また、研修参加者が研修内容を活用している事例はございますか。
15. プロジェクトの供与機材の維持管理状況は適切ですか。

【インパクト】

16. 上位目標達成の「PPDRHSの6州での策定」に対して、プロジェクト終了までに取り組む活動（普及計画の策定等）はございますか。
17. 上位目標の保健省による他州でのPPDRHSの策定に関して、どのような阻害要因が想定されますか。
18. コンゴセントラルの保健行政官が他州に出向いて保健人材データベースを整備するといった、他州への普及に向けて対象州が他州へ支援することの可能性、留意点はどのようなものでしょうか。
19. 中間レビュー時点では「国家保健人材養成統一ビジョン」の実現に関するカナダ政府によるODA案件が形成される可能性が指摘されましたが、進捗はどのようなものでしょうか。カナダ人コンサルタントがINPESSとの協働事業の提案があったと伺いましたがどのようなものでしょうか。

20. 州保健人材年鑑が策定されたことによる中央の保健人材年鑑へのインパクト（質の向上等）はございますか？また、州保健人材年鑑が作成されたことのインパクト（活用例）はどのようなものでしょうか。
21. RVT2010@東京への参加におけるインパクトはどのようなものでしょうか。
22. 各医療施設や保健行政施設レベルでの人材登用を禁止するとして州知事令が発布され、適切な人員配置、正規公務員としての給与配賦が促進されたインパクトがございましたが、多くの保健人材がそれまで未登録であった理由、無給で業務を継続したのはなぜでしょうか。

【持続性】

23. 保健省再編による1局と6局の統合による活動への影響はなにが想定されるのでしょうか。どのような対処が必要となりますか。
24. 看護師評議会が設立されたことによる保健人材養成国家統一ビジョンの全国普及の可能性はどのようなものでしょうか。
25. 保健人材養成国家統一ビジョンがPENDRHS（2016—）に記載されましたが、これにより、高等教育省との連携が担保されるということでしょうか。
26. 保健監督官の配置換えに関する保健省令での対象州の保健監督官の変更によるプロジェクト活動への影響はございますか。
27. 国家統一卒業試験の予算につき、フェーズ2終了後プロジェクトからの財政的支援がなくなった場合の保健省による継続の可能性はどのようなものでしょうか。
28. プロジェクト終了後、(特にカサイセントラル、オカタンガ州において)各対象DPSでの活動(PPDRHS、保健人材データベース、人材年鑑、州保健人材委員会)が定着する可能性は高いですか。また、その際の課題はどのようなものでしょうか。

① PPDRHS策定：

② 保健人材データベース更新・維持管理：

③ 州人材年鑑作成：

④ 州保健人材（技術）委員会：

29. PDRHS、PPDRHSの実施に対する政府予算の状況、今後の他開発パートナーの資金を含めた予算確保の状況が中間レビュー時点に比較して改善していますが、どのような理由からでしょうか。また、改善を継続するための留意点はどのようなものでしょうか。

【その他】

30. フェーズ3及び他国の類似プロジェクトの教訓となる項目はどのようなものでしょうか。
31. 第3次貧困削減・開発戦略書（DSCR III）2016-2020、第3次保健システム強化戦略（SRSS）2016-2020の入手は可能でしょうか。

ご回答有難うございました。