

**モロッコ王国**  
**技術協力プロジェクト**  
**地方村落妊産婦ケア改善プロジェクト**  
**事前評価調査・実施協議報告書**

平成 16 年 12 月  
(2004 年)

**独立行政法人 国際協力機構**  
人間開発部

## 序 文

モロッコ王国は北アフリカに位置する面積 45 万 9,000km<sup>2</sup>(西サハラ除く)、人口約 3,000 万人(2000 年)、1 人当たり GDP が 1,222 ドル(2002 年)の低中位所得国です。しかしながら、モロッコ国の妊産婦死亡率は出生 10 万人当たり 230 と近隣のアラブ諸国の中でも高く、国内の都市部と村落部の地域格差が著しいことが問題となっています。

今まで我が国はモロッコ王国に対する保健医療分野の協力として、2002～2003 年度の無償資金協力「地方村落妊産婦ケア改善計画」、2002 年から国別研修「地方村落妊産婦ケア改善計画」をフェズ・ブルマン州、メクネス・タフィラレット州及びグルミン・エスマラ州の 3 州に実施しました。これらは保健省が課題としている村落地域の妊産婦の死亡率低減に貢献する協力として実施されました。

これらの協力の結果、村落部の母子保健事業は改善の兆しが見られるものの、いまだ高い村落地域の妊産婦死亡を改善すべく、村落地域の保健医療サービスの質を向上させることを目的として、先方政府から技術協力プロジェクトの要請がなされました。

これを受け、国際協力機構は技術協力プロジェクトによるプロジェクト実施の可能性について調査すべく事前評価調査団を派遣しました。

本報告書は同調査団の調査結果を取りまとめたものです。ここに本調査にご協力賜りました関係各位に対し、深甚なる謝意を表すとともに、今後のプロジェクト実施に向け、今後とも更なるご指導、ご鞭撻をお願い申し上げます。

平成 16 年 12 月

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部長 末 森 満

# 目 次

序 文  
地 図  
写 真

## 事業事前評価表

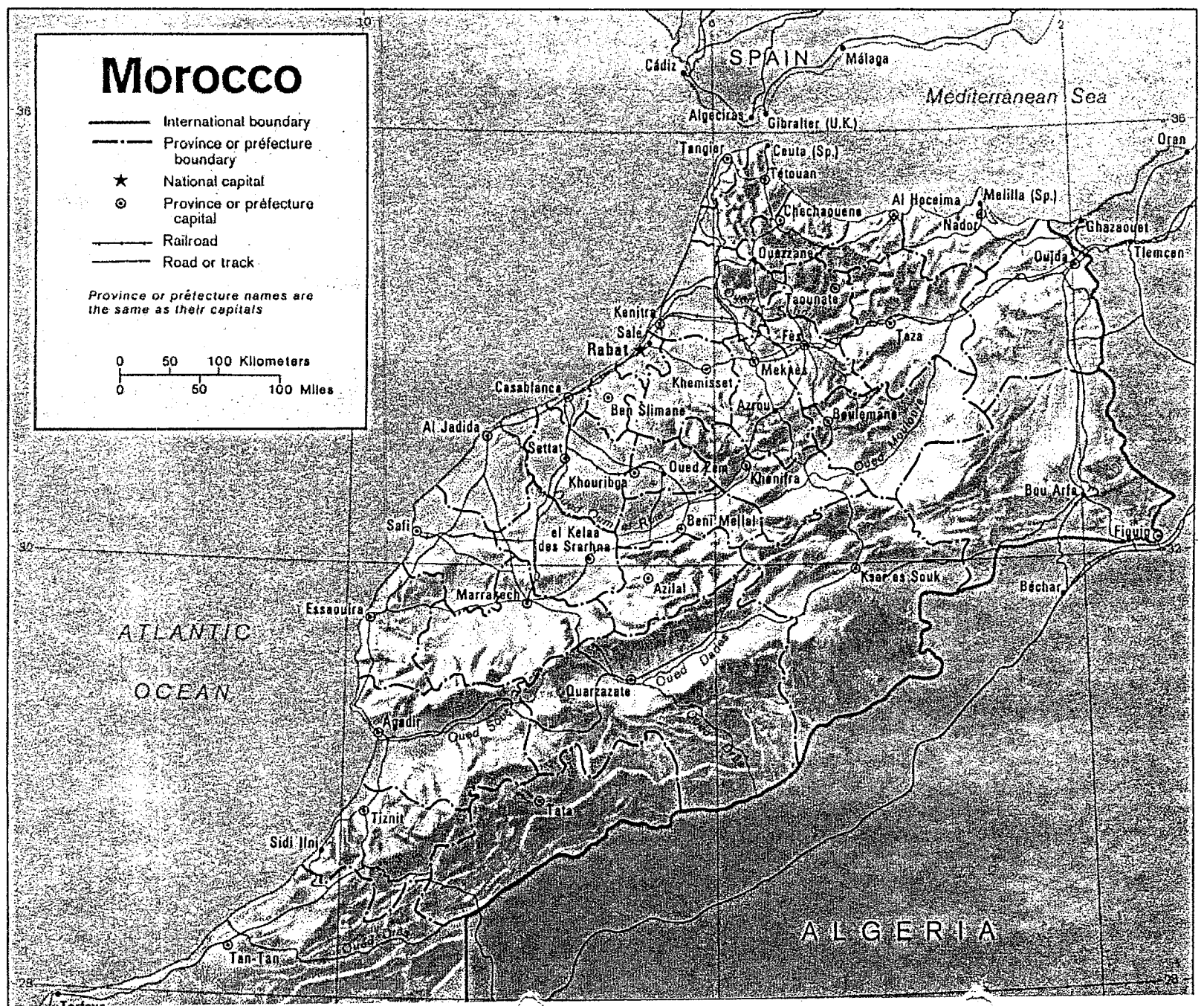
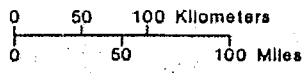
第 1 章 事前評価調査の概要	1
1 - 1 調査団派遣の経緯と目的	1
1 - 2 調査団の構成	1
1 - 3 調査日程	2
1 - 4 主要面談者リスト	2
第 2 章 プロジェクト実施の背景	4
2 - 1 当該国の一般状況	4
2 - 2 当該国の保健医療の現状	4
2 - 3 「モ」国保健医療政策	8
2 - 4 保健医療従事者人材育成の現状と配置	10
第 3 章 母子保健分野の現状と課題	12
3 - 1 プロジェクト対象州及びパイロット県の概要	12
3 - 2 保健省及び地方保健支局の体制	13
3 - 3 妊産婦ケアの現状と課題	20
3 - 4 他ドナーによる保健医療分野における協力の実績と現在の協力の概要	24
3 - 5 母子保健分野の継続教育の現状と課題	25
第 4 章 プロジェクトの枠組み	28
4 - 1 プロジェクトの概要	28
4 - 2 プロジェクトの概念構成とアプローチ	28
4 - 3 上位目標	30
4 - 4 プロジェクト目標	30
4 - 5 成 果	31
4 - 6 プロジェクト対象州とパイロット県の活動及び評価について	31
4 - 7 活 動	32
4 - 8 投 入	33
4 - 9 外部条件とリスクの分析	35
4 - 10 モニタリングと評価	36
4 - 11 PCM ワークショップ	36

第5章 事前評価	40
5 - 1 妥当性	40
5 - 2 有効性	41
5 - 3 効率性	43
5 - 4 インパクト	43
5 - 5 自立発展性	44
5 - 6 結論	45
第6章 総括・母子保健団員所感	46
第7章 実施協議	52
7 - 1 実施協議の概要	52
7 - 2 実施協議出席者	52
7 - 3 R / D	52
付属資料	
1 . M / M	91
2 . モロッコ国に対する保健医療分野の協力	113
3 . 002 年関連統計	117
4 . 保健政策（和訳：一部抜粋、オリジナル：仏文）	124
5 . PCM ワークショップ資料	158
6 . 面談記録	168
7 . 略語リスト	183

# Morocco

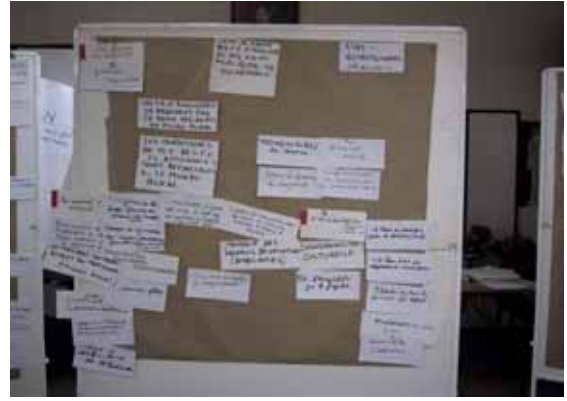
- International boundary
- - - Province or préfecture boundary
- ★ National capital
- ⊙ Province or préfecture capital
- Railroad
- Road or track

Province or préfecture names are the same as their capitals





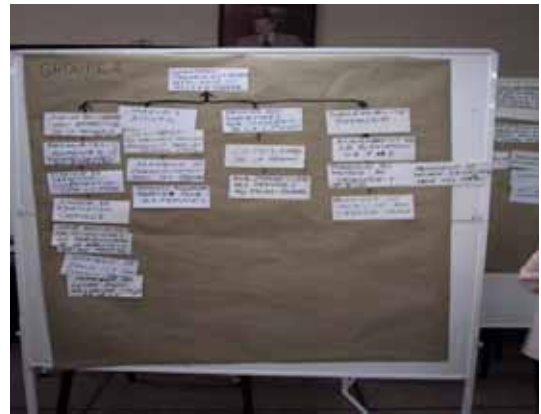
PCMワークショップでの  
ブレインストーミングの様子



ブレインストーミングで  
作成した関係者分析



PCMワークショップの様子  
(グループ作業)



各グループで作成した  
問題分析の一部



IFRANE保健支局



SEFROU保健支局



SEFROU管内保健センター  
( EL MENZEL ) の分娩室



EL MENZELの産褥室



各保健センターの分娩  
に関する統計用記録



EL MENZELでの乳幼児の  
予防接種の様子



FES州保健支局での協議



M / M 署名交換

## 事業事前評価表（技術協力プロジェクト）

### 1. 案件名：モロッコ国地方村落妊産婦ケア改善プロジェクト

The Technical Cooperation Project for Improvement of Maternal Health Care in the Rural Area in Morocco

### 2. 協力概要

#### (1) プロジェクト目標とアウトプットを中心とした概要

本プロジェクトは、モロッコ王国（以下、「モ」国と記す）の高い村落部の妊産婦死亡率に対し、県保健支局や医療機関の医療従事者の能力向上を図ることによりサービス提供能力が強化され、村落部の女性のニーズに沿った適切な保健サービス（妊産婦健診や安全な分娩ケア等）が継続的に提供されることを目的としている。具体的な活動及びアウトプットは、妊産婦ケアにかかわる助産師、看護師の継続教育システムを整備・確立し、助産師、看護師の質的向上を図ること、保健行政のマネジメント能力の向上を図り、適切な保健サービス供給が県レベルの保健支局で運営、管理できること、妊産婦ケアに関するIEC（Information, Education, Communication）の活動強化により適切な啓発活動が行われること、妊産婦ケアに関する巡回診療活動の強化により物理的なアクセスの改善を図ること。これらによって、妊産婦死亡率の低減に貢献し、村落部の女性の健康状態が改善されることを目指している。

#### (2) 協力期間

2004年11月15日から2007年11月14日

#### (3) 協力総額（日本側）

約2億7,000万円

#### (4) 相手先機関

保健省人口局・州及び県保健支局

#### (5) 国内協力機関

日本赤十字九州国際看護大学

#### (6) 裨益対象者

ターゲットグループ：フェズ・ブルマン州セフロ県並びにメクネス・タフィラレット州イフラン県の保健支局スタッフ及び助産師、看護師約400人

直接受益者：フェズ・ブルマン州セフロ県、メクネス・タフィラレット州イフラン県（パイロット県）のリプロダクティブエイジの女性 約11万人

最終受益者：フェズ・ブルマン州、メクネス・タフィラレット州、グルミン・エスマラ州、以上プロジェクト対象州3州のリプロダクティブエイジの女性 約106万人

### 3. 協力の必要性・位置付け

#### (1) 現状と問題点

「モ」国の母子保健分野においては、妊産婦死亡率が出生10万人当たり230（「UNICEF世界子供白書」2000年）と高く、早急に解決すべき課題とされている。とりわけ都市



部の妊産婦死亡率が125であるのに対し、地方村落部は307と地域格差が著しく（1997年保健省調査：Enquete National sur la Santé de la Mère et de l'enfant）、高度な医療サービスを提供できる都市部は施設分娩が7割を超える一方、地方村落部の公的医療機関は設備や技術水準が低く、施設分娩率は3割にとどまり、伝統的産婆（Traditional Birth Attendant：TBA）の介助による自宅分娩が主流となっている（2002年保健省年報）。

このように妊産婦ケアの問題は、地域間格差の問題とも相まって、「モ」国における当該分野の優先課題となっている。保健省は「リスクなき分娩」プログラムを推進し、質の高い妊産婦ケアを提供するため、近年助産師・看護師の養成数を増員し、医療従事者による分娩介助を進めている。

しかし、村落部における保健サービス提供の現状は、施設分娩率の低さから妊産婦のニーズが十分反映されていないと推測され、量的なマンパワーの充足とともに「提供する保健サービスの質の改善」、特に基礎医療レベルにおける保健サービスの質の改善及び充実が当面の課題となっている。これらの課題に対する保健政策は、「医療従事者の質の向上にかかわる体制の整備」があげられているものの、現状ではそれらの体制は確立されておらず、保健サービス提供者である助産師、看護師を対象とする実践的な継続教育システムを整備するニーズは高いと考えられる。

我が国の今までの協力としては、フェズ・ブルマン州、メクネス・タフィラレット州及びグルミン・エスマラ州の3州に対して2002～2003年度の無償資金協力「地方村落妊産婦ケア改善計画」により、村落部の基礎医療機関の整備、機材供与を実施している。また、同地域を対象に、2002年度から国別研修「地方村落妊産婦ケア改善計画」を実施し、妊産婦ケアにかかわる指導者レベルの人材育成も行っている。また2004年度から保健省及び州、県保健支局の保健支局長クラスを対象にした国別研修「地方保健行政」が開始され、妊産婦ケアのサービス向上とともに、保健行政の強化を目指している。

「モ」国の母子保健分野の課題に対し、UNFPA、UNICEF等の国際機関やUSAIDやGTZ等の2国間協力は、医療施設・機材等の整備や医療従事者の緊急産科ケア研修に重点を置き実施されてきた。現在、本案件のプロジェクト対象州では他ドナーの活動はなく、他の地域においては、緊急産科ケア研修のほか、TBAへの教育、遠隔地の妊産婦及び家族のための「分娩を待つ家」の建設等、本案件とは異なるアプローチに重点を置いた活動が実施されている。

## (2) 相手国政府の国家政策上の位置付け

「新5カ年計画(2000～2004)」では、保健医療分野での地域格差是正が取り上げられ、保健サービスのカバー率の不十分さ、地域間格差を解決すべき基本的問題とし、都市部、地方村落部の公共保健医療施設の設置を目指している。

特に、村落部の妊産婦死亡率の問題については、現段階で十分な成果が得られておらず、保健省の「保健政策2003-2007」の中で重点課題の1つにあげられている。

本プロジェクトは地方の基礎医療サービスの充実に貢献するプロジェクトであり、「新5カ年計画」の「保健医療分野での地域格差是正」と一致している。

## (3) 日本の援助政策との関連、JICA国別事業実施計画上の位置付け（プログラムにおける位置付け）

2000年9月に派遣された経協政策協議において我が方より、「モ」国への協力の幅をより多様化するため、IT利用、地方における教育・医療改善につき提案した経緯がある。本プロジェクトは地方村落部の基礎医療の強化に貢献するアプローチであり、JICA国別事業実施計画において取り上げられた4つの最重点課題のうち、「1）地方開発支援」の「地方基礎医療協力プログラム」に位置付けられる。

#### 4. 協力の枠組み

##### (1) 協力の目標（アウトカム）

##### 1) 協力終了時の達成目標（プロジェクト目標）と指標・目標値

###### < プロジェクト目標 >

パイロット県（フェズ・ブルマン州セフロ県、メクネス・タフィラレット州イフラン県）の地方村落部のリプロダクティブエイジの女性に適切な保健サービスが提供される。

###### < 指標・目標値 >

- a) 妊産婦健診の受診者数が増加する。
- b) レファラルされたハイリスク妊娠数が増加する。
- c) 健診で発見されたハイリスク妊婦が増加する。
- d) 施設出産数が増加する。

##### 2) 協力終了後に達成が期待される目標（上位目標）と指標・目標値

###### < 上位目標 1 >

プロジェクト対象州の地方村落部のリプロダクティブエイジの女性の健康状態が改善される。

###### < 指標・目標値 >

- a) 妊娠・出産を原因とする死亡数が低下する。
- b) 未熟児の出産数が低下する（理由別に把握）。

###### < 上位目標 2 >

パイロット県で開発された妊産婦ケアシステムがプロジェクト対象州に普及する。

###### < 指標・目標値 >

- a) プロジェクト対象州のすべての県が妊産婦ケアシステムを採用する。

##### 3) プロジェクト対象州とパイロット県の活動及び評価について

本プロジェクトはプロジェクト対象州及びパイロット県を次のとおりとしている。

###### a) プロジェクト対象州（3州）

フェズ・ブルマン州：対象者（リプロダクティブエイジの女性）386,334人

メクネス・タフィラレット州：対象者569,010人

グルミン・エスマラ州：対象者106,334人

###### b) パイロット県（2県）

フェズ・ブルマン州セフロ県：対象者38,185人

メクネス・タフィラレット州イフラン県：対象者63,899人

また、プロジェクトの活動は、次の2段階によって行われる。

パイロット県で妊産婦ケアのモデルを確立すること

プロジェクト成果（によりパイロット県で確立したモデル）を、保健省

が主体となりプロジェクト対象州のパイロット県以外の県へ普及・拡大する活動について、側面支援により促進すること

のプロジェクト対象州への普及・拡大は、あくまでも「モ」国が中心に行うものであり、プロジェクトは、保健省アドバイザー専門家と連携し、「モ」国の活動を側面支援し促進させることに主眼を置く。すなわち、プロジェクトの活動の中心はパイロット県におくこととし、パイロット県を有さないグルミン・エスマラ州も含めた3州全体へのプロジェクト成果の普及・拡大については、保健省と州及び県保健支局等の「モ」国側の活動をサポートすることにより目指すこととする。特に、プロジェクト活動の一環として、成果の普及を担う県レベルの人材を本邦研修や国内研修等を通して育成することにより、プロジェクト対象州全体の人材育成にも積極的に取り組み、プロジェクト終了後の「モ」国側の自立的な活動も促す予定である。

ただし、プロジェクトの終了時評価を行う時点では、については普及が各県で行われている途中と予測されることから、活動の中心であるパイロット県の指標に基づき評価を行うこととする。

(2) 成果（アウトプットと活動）プロジェクト目標を達成するための成果は、以下の4つで構成されている。その概要と指標・目標値並びに活動を記す。

1) 保健省職員の実務的技術、知識、専門意識の向上のための継続教育システムがパイロット県で確立される。

< 指標・目標値 >

- 1)-1 研修を受けた助産師、看護師の人数が増加する。
- 1)-2 確立された研修プログラムの数が増加する。
- 1)-3 受講者による現場での研修内容の実現度が上がる。

< 活動 >

- 1)-1 研修プログラムの開発と実施のための委員会の設置
- 1)-2 パイロット県の調整責任者の配置
- 1)-3 必要な研修内容の検討
- 1)-4 研修プログラムの作成
- 1)-5 研修マテリアルの作成
- 1)-6 講師の選定
- 1)-7 必要に応じた講師の訓練の実施（日本での研修も含む）
- 1)-8 研修プログラムの試行
- 1)-9 試行結果に基づくプログラムの改善
- 1)-10 継続教育研修システムの形成
- 1)-11 3州の職員を含めた定期的研修システムの実施
- 1)-12 研修及び受講者の業務実施後の変化のモニタリング実施
- 1)-13 研修システムの改良
- 1)-14 研修システムに関するセミナーの開催

2) パイロット県保健支局の母子保健事業のマネジメント能力が確立される。

< 指標・目標値 >

- 2)-1 年次計画が適切に作成され、実施・モニタリングされる。
- 2)-2 母子保健に必要な予算が確保され執行される（予算執行率）。

< 活動 >

- 2)-1 地方村落部での母子保健に関する現在の調査・計画・運営管理内容の確認
- 2)-2 計画・運営管理に関する活動及び組織活動の改善の方向性の明確化
- 2)-3 日本における母子保健関連の保健行政実施に関する研修の実施
- 2)-4 地方村落部での母子保健改善のため、地域保健活動の強化の促進
- 2)-5 組織活動の変化のモニタリング実施
- 2)-6 地方村落部でのよりよい母子保健活動のための組織力強化に関する適切な助言の提供

- 3) パイロット県地方村落部において妊産婦ケアに関する情報・教育・コミュニケーション（IEC）を利用した適切な活動が実施される。

< 指標・目標値 >

- 3)-1 保健センターや巡回時の妊産婦、家族、地域社会への妊娠分娩に関する教育や情報提供を実施した回数が増加する。
- 3)-2 3)-1を受けた人数が増加する。

< 活動 >

- 3)-1 地方村落部での妊産婦ケアに関するニーズアセスメント
- 3)-2 地方村落部の妊産婦、家族、地域社会を対象とした保健センター、診療所及び巡回サービスにおける適切なIEC活動の計画
- 3)-3 IEC活動の実施
- 3)-4 IEC活動のモニタリングと改良
- 3)-5 IEC活動に関するセミナーの開催

- 4) 地方村落部の妊産婦ケアに関する適切な巡回サービスがパイロット県で十分に実施される。

< 指標・目標値 >

- 4)-1 巡回診療時の妊産婦健診の実施回数が増加する。
- 4)-2 巡回診療時の妊産婦健診受診者数が増加する。
- 4)-3 巡回診療時の産後健診受診者数が増加する。

< 活動 >

- 4)-1 巡回診療において提供される適切な妊産婦ケアに関するニーズアセスメント
- 4)-2 巡回診療において提供される妊産婦ケアの確立と標準化
- 4)-3 妊産婦ケアに関する適切なサービス実施にかかわる巡回診療チームの強化と監理システムの確立
- 4)-4 標準化された妊産婦ケアに関する巡回診療サービスの実施
- 4)-5 活動及びその効果のモニタリング実施
- 4)-6 標準化された妊産婦ケアに関する巡回診療サービスの改善

4)-7 標準化された妊産婦ケアに関する巡回診療サービスにかかわるセミナーの開催

(3) 投入

1) 日本側 総額約 2 億 7,000 万円

長期専門家：看護教育（継続教育）、母子保健

短期専門家：保健行政、公衆衛生、ジェンダー、妊産婦ケアシステム、継続教育、その他

機材供与：（医療機関や巡回診療に必要な医療機材、巡回診療車両等）

本邦研修：2 名から 3 名/年

国別研修：保健行政（6 名/年 × 3 年間）、妊産婦ケア改善（6 名/年 × 3 年間）

2) 「モ」国側

カウンターパート

プロジェクトダイレクター：保健省次官

プロジェクトマネージャー：保健省人口局長

カウンターパート：フェズ州保健支局長、メクネス州保健支局長、グルミン州保健支局長、セフロ県保健支局長、イフラン県保健支局長、IFCSフェズ（医療専門学校）所長、モハメド 5 世病院（セフロ県地域病院）院長、8 月 20 日病院院長（アズロー県地域病院）、セフロ県保健支局母子保健サービス部長、イフラン県保健支局妊娠分娩対策プログラム担当課長

施設・設備等

・ JICA 専門家用事務所（含電話・ファクシミリ・電気等の適切な設備）、事務用家具・事務用品、プロジェクト用施設・設備

運営・経常費用並びに維持管理費

(4) 外部要因

1) 前提条件：特になし

2) 成果レベルの外部条件

モロッコ政府の母子保健政策が大きく変化しない

研修を受けたスタッフが同じ職場にとどまる

地域社会と家族が IEC プログラムを拒否しない

3) プロジェクト目標レベルの外部条件：特になし

5. 評価 5 項目による評価：以下の視点から評価した結果、協力の実施は適切と判断される。

(1) 妥当性

本プロジェクトは以下の理由から妥当である。

「モ」国保健政策の活動計画において「リスクなき分娩」プログラム及び保健サービスカバー率の強化（医療機関における医療サービス提供、保健活動の強化）は改善すべき事項として位置付けられている。特に村落部における妊産婦ケアは母子保健の中でも優先課題であり、保健省の高いコミットメントも認められる。

保健サービスの質的向上を目的とした人材育成は「卒後教育のシステム化」が国家戦略化（1999 年）され、保健政策において「継続教育の開発と改善、制度化」が

計画されている。しかし一貫した体制、管理能力、継続性等の問題から、継続教育を計画的に実施するには至っていない。以上のような理由から、プロジェクトの継続教育に関する活動は「モ」国のニーズを反映しており妥当と判断される。

地方村落部の女性の保健サービスへのアクセスは、物理的及び社会・経済的な障害が存在し影響していることがPCMワークショップでも明らかとなった。これらの問題改善に向け、妊産婦本人はもとより家族や地域のコミュニティへも働きかけるアプローチ（IEC活動や巡回診療の強化）は、現地のニーズに対応しており妥当である。

本プロジェクトは活動の展開方法として、活動のモデルを確立することを目指し、2県のパイロット県を設定しプロジェクト活動を重点的に行う。本プロジェクトは村落部地域の妊産婦ケア向上を目的とするため、パイロット県は、全人口に占める村落部人口がある程度の割合（過半数以上）を占めることが必要である。他方、プロジェクト活動は大都市に偏る「モ」国側人材を、村落部において積極的に活用する試みを行うため、首都及び州都からパイロット県へのアクセスも考慮する必要がある。

選定した2県は、村落部人口数が、セフロ県で約5割、イフラン県でも約5割と全人口に対し半数を占め、さらに州都に隣接しアクセスも問題がないことから、パイロット県として適当である。

また、妊産婦ケアを含む母子保健分野の協力は、戦後の日本の経験や、アジア諸国等への国際協力の経験を活用できる分野であり、日本が協力する妥当性も高いといえる。

## (2) 有効性

本プロジェクトは以下の理由から有効性が見込まれる。

プロジェクトは、ターゲットグループを、妊産婦に保健サービスを提供する医療機関とマネジメントを行う県保健支局スタッフとし、プロジェクト目標も「協力の必要性・位置付け」で述べたとおり最優先課題の解決を目指すものであり、明確かつ現実的な目標設定である。

プロジェクトの活動は、成果達成に向け、サービス提供者（看護師、助産師）の資質の向上とともに、IEC活動や巡回診療の強化によって、妊産婦に直接サービスを提供する働きかけを行う。これら直接、間接的なサービス提供能力の向上とともに、県保健支局のマネジメント能力向上によりサービス提供体制の継続が期待され、これらの成果の達成がプロジェクト目標達成に貢献すると見込まれる。

また、上記「4.協力の枠組み（1）協力の目標（アウトカム）」のとおり、上位目標達成に向けて、パイロット県において得られた成果をプロジェクト対象の3州に拡大するための本邦研修や国内研修等の実施も計画されており、成果をプロジェクト対象州全体に普及・拡大させることが十分に期待できる。

## (3) 効率性

本プロジェクトは以下の理由から効率性が見込まれる。

「3.協力の必要性・位置付け」で述べたように、3州に対する無償資金協力と国別研修の実績を踏まえ、施設・機材・人材を有機的に活用し、相乗的な援助効果を高めることが期待される。また人材育成制度（継続教育）の標準化及び成果の普及・拡大については保健省との連携も必要であるが、派遣中のJICA保健省アドバイザー専門家との連携により効率的な活動が見込まれる。

また中央レベルの「モ」国側の人材の資質は高いものの、現状では都市部の高度医療への関心が高く、村落地域へこれらの人材を活用させるに至っていない。本プロジェクトでは、保健省の地域間格差是正の方針に沿い、村落部における人材育成制度を整備することを通じ、都市部の人材の有効活用を促すことを目指している。

これらの活動によって効率的かつ持続的な活動が可能であると見込まれる。

#### (4) インパクト

本プロジェクトのインパクトは以下のように予測される。

保健省の妊産婦死亡率低減に向けた意欲が高いことが本調査で確認できたこと、国別研修(2002年から開始されプロジェクト開始後も継続実施予定)により育成された保健省及び保健支局スタッフが活用可能であること、プロジェクト対象州で無償資金協力により施設設備や機材が十分に整備されていること、それらの状況から、プロジェクト終了後5年以内に上位目標が達成されることが見込まれる。

また、本プロジェクトで形成された継続教育体制や保健サービス提供体制は、他の保健医療セクターの人材育成や保健サービス提供に好影響を与えることが予測され、保健医療セクター全体の都市・地方村落間の地域間格差是正に貢献することも期待される。

#### (5) 自立発展性

本プロジェクトによる効果は、以下の理由から相手国政府によりプロジェクト終了後も継続されるものと見込まれる。

##### 1) 「モ」国側人材の積極的活用と参加型のアプローチ

本案件では、「モ」国側の人材を積極的に活用するだけでなく、「モ」国側が主体的にプロジェクトの活動を計画・実施していくアプローチをとり、オーナーシップ(主体性)が成功の鍵であり、自立発展性の重要な要素である。また、地方分権制度の推進による州・県レベルへの権限委譲に伴い、プロジェクトによって育成された人材の配置を含め、医療機関への適切な人員の確保と配置が、県保健支局により計画的、戦略的に実施されることが期待される。

##### 2) 既存資源の有効活用

本プロジェクトでは、現在保健省において実施している既存の継続教育研修や施設・設備・機材等の有効活用を図ることに重点を置き、「モ」国側の追加的な財務負担を少なくする計画である。また、プロジェクト終了後も活動が継続されるよう、保健行政の運営能力向上にも積極的に取り組む予定である。

#### 6. 貧困・ジェンダー・環境などへの配慮

女性の健康問題については、ジェンダーにより生じる問題(女性の経済力の低さ、自己決定権の低さ等)も含まれていることが考えられ、活動の際にはそれらへの配慮が必要であると思われる。これらの問題へのアプローチは、女性の健康改善に間接的にかかわる問題であるため、IECの啓発活動や地域保健活動等を通して改善に取り組む予定である。

#### 7. 過去の類似案件からの教訓の活用

ベトナムリプロダクティブヘルス(フェーズ2:協力期間2000年9月~2005年8月)はサービス提供者が果たすべき役割と責任に目を向け、提供する側の意識、態度の向

上という視点で、患者中心の人間的な接し方「クライアントフレンドリーサービス」を活動の1つとして実施している。「モ」国においてもサービス提供者の高圧的な態度が妊産婦ケアの推進を妨げており、本プロジェクトにおいても、村落部の女性に対して人間的なサービスを提供できるようなトレーニングの実施が必要と考えられる。ベトナムのプロジェクト活動を参考にし、助産師、看護師を対象とした継続教育プログラムに、これらの活動を取り入れる予定である。

#### 8 . 今後の評価計画

2007年5月頃 終了時評価調査団派遣予定

中間評価は実施しないが、プロジェクト開始1年後を目処にPDMの見直しを行う。



# 第 1 章 事前評価調査の概要

## 1 - 1 調査団派遣の経緯と目的

モロッコ王国（以下、「モ」国と記す）の母子保健分野においては、妊産婦死亡率が出生10万人当たり230（「UNICEF世界子供白書」2000年）と高く、とりわけ都市部の妊産婦死亡率が125であるのに対し、地方村落部は307と地域格差が著しい（1997年保健省調査：Enquete National sur la Santé de la Mère et de l'enfant）。妊産婦死亡率がまだまだ高いことは、地域間格差の問題とも相まって「モ」国における保健医療分野の優先課題となっている。保健省は「リスクなき分娩」プログラムを推進し、質の高い妊産婦ケアを提供するため、近年助産師・看護師の養成数を増員し、医療従事者による分娩介助を推進している。しかし、現在も村落部は大半が自宅分娩であり、保健サービスの問題は物理的なアクセスの問題のみならず、量的なマンパワーの充足とともに「提供する保健サービスの質の改善」、特に末端における保健サービスの質の改善が課題となっている。これらの課題に対する「モ」国保健政策として、「医療従事者の質の向上にかかわる体制の整備」があげられている。

今までの当該分野の我が国の協力は、フェズ・ブルマン州、メクネス・タフィラレット州及びグルミン・エスマラ州の3州に対して2002～2003年度の無償資金協力「地方村落妊産婦ケア改善計画」によって、村落部の保健センター建設、病院等への機材供与を実施した。また、同州を対象に、2002年から国別研修「地方村落妊産婦ケア改善計画」、2004年から「地方保健行政」を実施し、妊産婦ケアにかかわる指導者レベルの養成及び保健行政人材の育成を通し機能強化を図っている（「モ」国に対する保健医療分野の協力については付属資料2参照）。

このような背景のもと「モ」国は、村落部の妊産婦ケアに係る技術向上を目的とした技術協力プロジェクトを我が国に要請した。

本調査団は上記の要請に基づき、プロジェクト実施にかかわる情報を収集するとともに、その目的、成果等を先方機関と協議し、技術協力プロジェクト実施の妥当性や有効性などを確認し、プロジェクトの目標や協力計画を策定することを目的に派遣した。

## 1 - 2 調査団の構成

担 当	氏 名	所 属
総 括	喜 多 悦 子	日本赤十字九州国際看護大学 教授
母子保健	小 林 益 江	日本赤十字九州国際看護大学 教授
計画協力	小 正 路 有 美 子	JICA人間開発部 母子保健チーム
事前評価	大 竹 孝 泰	(株)レックス・インターナショナル

### 1 - 3 調査日程

日 程	調 査 内 容
2004年 7月6日 火	CASABLANCA着 RABATへ移動(陸路)
7月7日 水	JICAモロッコ事務所訪問(調査内容打合せ)、保健省表敬訪問
7月8日 木	保健省人口局との協議(調査概要説明等)、母子保健課長への聞き取り
7月9日 金	保健省人口局にて情報収集、聞き取り
7月10日 土	資料整理・ワークショップ準備
7月11日 日	FES州へ移動・PCMワークショップ関係者との打合せ
7月12日 月	FES州にてPCMワークショップ(関係者分析、問題分析)
7月13日 火	FES州にてPCMワークショップ(問題分析、目的分析)
7月14日 水	PCMワークショップ(プロジェクト選択、外部条件、指標設定)
7月15日 木	FES州SEFROU県保健支局にて聞き取り、情報収集
7月16日 金	MEKNES州IFRANE県保健支局にて聞き取り、情報収集
7月17日 土	資料整理
7月18日 日	RABATへ移動、資料整理、総括、母子保健団員モロッコ到着
7月19日 月	大使館表敬訪問、保健省と協議 FESへ移動
7月20日 火	MEKNES州及びFES州保健支局訪問、プロジェクト実施について協議、FES助産師看護師養成学校訪問
7月21日 水	FES州SEFROU県及びMEKNES州IFRANE県保健支局訪問プロジェクトについて協議
7月22日 木	保健省との協議、UNCEF、GTZ事務所訪問(情報収集、意見交換)
7月23日 金	在モロッコ日本大使館報告 UNFPA事務所訪問(情報収集、意見交換) M/M署名 JICAモロッコ事務所報告
7月24日 土	RABAT発 PARIS着
7月25日 日	成田、福岡着

### 1 - 4 主要面談者リスト

< 「モ」国側関係者 >

Dr. Mostafa TYANE	Directeur de la Population, Ministère de la Santé
Dr. Abdelwahab ZERRARI	Chef de la Division de la Santé Materno-Infantile(SMI) , Direction de la Population ,Ministère de la Santé
Dr. Ali BENSALAH	Chef de Service Division de la SMI ,Direction de la Population, Ministère de la Santé
Dr. Mimoun AOURAGHE	Division de la SMI Direction de la Population ,Ministère de la Santé
Dr. Fatima TSOULI	Division de la SMI Direction de la Population,Ministère de la Santé

Mme BENBAHA Aicha	Division de la SMI Direction de la Population , Ministère de la Santé
Dr. M'barek BAGHO	Délégué du Ministère de la Santé à la Préfecture de FES et Coordonnateur de la Région FES-BOULMANE
Dr. Abdelhadi MARZAK	Délégué du Ministère de la Santé à la Préfecture de MEKNES et Coordonnateur de la Région MEKNES-TAFILALET
Dr. Mohammed Jamal BELHADJ	Délégation du Ministère de la Santé à la Préfecture de MEKNES ORE
Mme Naima KARAMA	Cellule Régionale MEKNES
Dr. Mustapha El ASRI	Délégué du Ministère de la Santé à la province de SEFROU
Dr. CHRIT	Médecin Chef au SIAAP de SEFROU
Dr. Fatima MIMI	Service de SMI au SIAAP de SEFROU
Dr. El Mostapha BABOR	Délégué du Ministère de la Santé à la province d' IFRANE
Mme.Fatouma ZAA	Animatrice de PSGA à la Province d' IFRANE
Dr. Elkaouachi MOULOUD	Directeur de l'IFCS de FES
M. Mouloud EL KOUACHI	Directeur de l'IFCS de FES
M. Jilali NABIH	Directeur des Etudes de l'IFCS de FES
Mme Fatiha BELAYASHI	Maison d'Accouchement Méknes/Sbata
Mme Samira RHORCHI	Maternité Ibn Al Khatib Fès
Mme Aicha BENASSOU	SIAAP/Méknes
Dr. Nouzha HABBAKI	Centre de Santé Ait Yahia Oualla
Dr. Yasmine AGHROUCHNI	Centre de Santé Hay Salam
Dr. Badr ALAMI	Centre de Santé El Menzel
Dr. Ahmed Laabid	Charge de Protramme Sante, UNICEF
Dr. Bezaad RACHID	GTZ

< 日本側関係者 >

日向 精義	在モロッコ日本大使館特命全権大使
八角 幸雄	在モロッコ日本大使館一等書記官
居島 一仁	在モロッコ日本大使館一等書記官
辻岡 政男	JICAモロッコ事務所長
小畑 永彦	JICAモロッコ事務所次長
徳田 進平	JICAモロッコ事務所所員
中川 直人	JICAモロッコ事務所企画調査員
Samira CHAHIR	JICAモロッコ事務所ナショナルスタッフ
和田 礼子	保健省アドバイザー専門家

## 第2章 プロジェクト実施の背景

### 2-1 当該国の一般状況

「モ」国はアフリカの北西部に位置し、北部はジブラルタル海峡と地中海、西は大西洋に面し、東部はアルジェリア、南部はモーリタニアに隣接している。「モ」国の領土は約45万9,000km<sup>2</sup>（西サハラ除く）、人口は約3,000万人（2002年）である。首都はラバトにあり、カサブランカ、フェズ、マラケシュ、アガディール等の大都市に人口が集中している。気候は地中海性気候が中心で、アトラス山脈地帯には十分な降雨があり、しばしば山間部は雪も降る。他方、南部一帯は砂漠性気候のため、降雨量が少ない。

この地には太古よりベルベル人が住んでいたが、7世紀以降イスラム教布教のために来たアラブ人により、言葉、町の造り、宗教すべてがアラブ化へと大きく変化し、その後も、ベルベル人、アラブ人による各イスラム王朝が興亡を繰り返した。同時に大西洋や地中海沿岸の港町はスペイン、ポルトガルの支配を受けることもあったが、フランスの保護国を経て、1956年に現在の「モ」国が誕生した。現在の政治体制は民主社会立憲君主制をとり、アフリカ圏及びマグレブ・アラブ圏に属する国である。国教はイスラム教であるが、憲法により信仰の自由は保障されている。

主要産業は、農業、繊維業、漁業、鉱業（燐鉱石）などで、主に既製服、生地・織物、燐酸液、甲殻類、燐鉱石、肥料、魚缶詰、柑橘類等をヨーロッパ諸国等に輸出している。

経済指標は以下のとおり。

GDP：362億米ドル（2002年） 1人当たりGDP：1,222米ドル（2002年）

経済成長率：3.2%（2002年） 失業率（都市部）：18.3%（2002年）

民族構成はアラブ人（65%）、ベルベル人（35%）

となっており、公用語はアラビア語である。ベルベル語は地方で使用されているが、地方によってベルベル語にも方言がある。

### 2-2 当該国の保健医療の現状

「モ」国の各州の人口は、一部例外はあるものの、おおよそ200万人を中心に150万人から250万人の間となっている（付属資料3の表2-1参照）。県の場合はばらつきが大きいですが、原則として10万人から100万人程度の間となっている。大きく都市化が進んでいるのは、経済活動の中心である大カサブランカ州と首都の存するラバト・サレ・ゼムール・ゼール州の2州であり、全国的には都市部の人口が6割弱となっている。

5歳単位の男女別年齢階級を見ると（付属資料3の表2-2参照）、15～19歳を頂点に、男女比もほぼ同等の緩やかなちょうちん形を形成している。1998年から2002年までの動向を見ると、0～4歳の人口数は安定しており、5歳～9歳の人口が緩やかに減少、15歳～19歳が緩やかに増加、20歳～24歳以上は65歳～69歳と75歳以上を除きおおむね増加している。これらは、5歳未満幼児死亡率の低下と人口増加率の低下がもたらした現象である。また表2-1のように平均寿命も順調に伸びており、徐々に高齢化が進行し、都市部と地方村落部の格差が現れている。

表 2 - 1 「モ」国における平均寿命の推移

	1987	1994	1997	1999	2001
都市部	69.7	71.5	72.2	72.7	73.1
男性	67.8	69.4	70.1	70.6	71.0
女性	71.8	73.7	74.4	74.9	75.4
地方村落部	62.0	64.9	65.9	66.5	67.1
男性	61.1	64.0	65.0	65.6	66.2
女性	63.0	65.9	66.9	67.5	68.1
国全体	65.0	67.9	68.8	69.5	70.0
男性	63.7	66.3	67.1	67.5	68.0
女性	66.4	69.5	70.7	71.5	72.1

出典：保健省（Santé en Chiffre 2003）

### 2 - 2 - 1 指標から見た現状

UNICEFによる基礎的な保健指標を見ると（表 2 - 2 参照）、2001年の乳児死亡率は、39、5歳未満死亡率が44で、1960年のそれぞれ数値132と211から大幅に改善されている。この2001年の5歳未満死亡率は、世界の約200カ国／領域の中で悪い方からの順位で78位に相当し、インドネシア（45）、トルコ（43）とニカラグア（43）、アルジェリア（49）と同レベルにあり、新生児の平均余命は68歳で、アルジェリア、チェニジア、トルコ70歳、インドネシア67歳とほぼ同等のレベルにある。

表 2 - 2 基礎的な保健指標

国	5歳未満死亡率順位		5歳未満死亡率		乳児死亡率 (1歳未満)		総人口 (千人)	年間 出生数 (千人)	合計特殊出生率			識字率	出生時 平均余 命(歳)	1人当 り国民 総生産 (US\$)	世帯所得 の割合 1990-2000 *	
	2001	1960	2001	1960	2001	2001			1960	1990	2001				2000	2001
モロッコ	78	211	44	132	39	30430	775	7.2	4.3	3.1	49	68	1180	17	47	
アルジェリア	75	280	49	164	39	30841	750	7.4	4.6	2.9	63	70	1230	19	43	
チェニジア	108	254	27	170	21	9562	176	7.2	3.6	2.2	71	70	2070	16	48	
モーリタニア	15	310	183	180	120	2747	120	6.5	6.2	6.0	40	52	350	18	44	
セネガル	30	300	138	173	79	9662	369	7.0	6.3	5.2	37	54	480	17	48	
ニジェール	2	354	265	211	156	11227	625	7.9	8.1	8.0	16	46	170	10	53	
ナイジェリア	15	207	183	123	110	116929	4702	6.9	6.6	5.6	64	52	290	13	56	
ケニア	40	205	122	122	78	31293	1080	8.0	6.1	4.3	82	50	340	15	51	
タンザニア	23	241	165	142	104	35965	1393	6.8	6.2	5.2	75	51	270	18	46	
トルコ	79	219	43	163	36	67632	1424	6.4	3.4	2.4	85	70	2540	16	48	
インドネシア	77	216	45	128	33	214840	4440	5.6	3.3	2.4	87	67	680	21	41	
フィリピン	88	110	38	80	29	77131	2065	7.0	4.4	3.4	95	70	1040x	14	52	
日本	178	40	5	31	3	127335	1192	2.1	1.6	1.4	-	81	35990	25	36	

\*：期間内の最新のデータを使用 x：異なる年次のデータを使用 -：データ入手不能

1997年(PAPCHAILD報告)の合計特殊出生率は3.1人で、1960年の7.2人から大幅に引き下げられており、2002年の人口は2,963万1,000人となっている。合計特殊出生率3.1人はアルジェリアの2.9人と同水準であるが、チェニジアの2.2人、トルコ、インドネシアの2.4人よりは高い水準である。

## 2 - 2 - 2 人 口

保健省のデータでは、2002年のマラリア・住血吸虫病・リーシュマニア症及び予防接種の対象となる麻疹・破傷風・百日咳・小児麻痺・ジフテリア・結核、そのほかチフス・ウィルス性肝炎の罹患者数、検体検査数と罹患率は、表2-3のとおりとなっている。マラリアの場合、107人の罹患者のうち88ケースは国外での感染による。

マラリアと住血吸虫に関してはほぼ撲滅している状態にある。1992年のマラリアと住血吸虫病罹患者数は、それぞれ405と2,358とこの10年間でかなり改善されている。リーシュマニア症に関しては、1997年からその発症例の水準が変わっておらず、検査機器の導入も2001年となっている。

2000年の死亡例中、死因が明確な症例の中では、循環器障害が20.4%で一番多く、次に出産前後に起因する疾患の9.3%、癌の8.5%、糖尿病を主とする内分泌腺・栄養・代謝にかかわる疾患の7.6%、肺炎・喘息などの呼吸器疾患の6.9%と続いている。

また、15～49歳の女性の場合、死因の5%を妊娠・出産・分娩前後に起因するものが占めている。この数字は、1999年の1.9%よりも大幅に増加しており、この分野の問題性を示しているが、施設分娩数の増加による実態把握が進んだ結果とも考えられ、指標の捕捉性の問題も含んでいるように思われる。

表 2 - 3 主な感染症の罹患状況

	罹患者数	検体数	罹患率 (対10万人)
マラリア*	107	354,173	0.4
住血吸虫病	42	97,743	0.1
リーシュマニア症	1,541	2,649	5.2
麻疹	6,001		19.8
破傷風	18		0.6
百日咳	27		0.9
小児麻痺	0		0.0
ジフテリア	0		0.0
結核	28,673		96.3
チフス	1,697		5.7
ウィルス性肝炎	2,097		7.0

\*：罹患者数のうち88名は外国人による国外での感染によるもの  
出典：保健省

## 2 - 2 - 3 保健医療セクター

「モ」国の保健医療システムは、パブリックセクターと非営利・営利のプライベートセクターの3セクターからなる。パブリックセクターの役割が大きく、中でも公立病院網と保健センター網、国立研究所及び試験検査所を所管する保健省の役割は大きい。

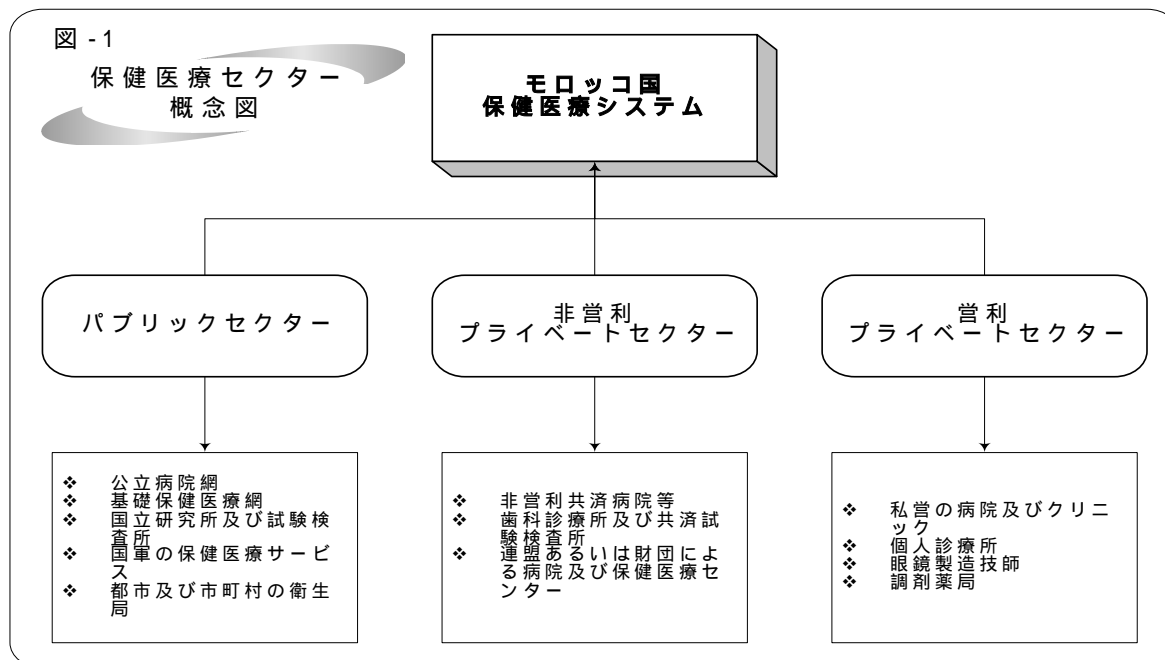


図 2 - 1 保健医療セクター概念図

「モ」国の公立病院網は、3次病院として2つの大学病院（Centre Hospitalier Universitaire : CHU）と2つの国立総合病院（Hôpital Général National : HGN）及び10の国立専門病院（Hôpital Spécialisé National : HSN）を頂点に、2次病院が州レベルの総合病院（Hôpital Général Régional : HGR）6と専門病院（Hôpital Spécialisé Régional : HSR）10からなり、1次病院は県レベルの総合病院（Hôpital Général Provincial ou Préfectoral : HGP）45と複合科病院（Polyclinique de Santé Publique : PSP）35及び専門病院（Hôpital Provincial ou Préfectoral : HSP）14で構成されている（付属資料3の表2 - 3）。

この統計の対象年である2002年の段階では、1次病院はカサブランカ州とラバト・サレ・ゼンムール・ゼール州に集中しているが、現在では、地域医療のレベル向上と地域間の格差是正を狙い、フェズとマラケシュに大学病院が1つずつ新設されている。

これに加え保健医療網として、都市部に36と地方村落部に17ある地区病院（Hôpital Local : HL）と保健医療センター（都市部583 / Centre de Santé Urbain : CSU、地方村落部：分娩施設つき保健センター290 / Centre de Santé Communal avec Lits d'Accouchement : CSCA・保健センター842 / Centre de Santé Communal : CSC）及び地方村落部の診療所（Dispensaire Rural : DR）637が連なっている。

保健センターの役割は1次保健医療サービスの提供で、地方村落部での保健センタ

一の設置基準は市町村の人口4万5,000人で、診療所の基準は1万5,000人の人口を擁する地区で、5,000人の人口地区には看護師が巡回診療を行うことになっている。また都市部の保健センターは、人口の密集する都市部での健康増進と治療の提供、予防・女性と乳幼児の健康維持・診療活動を行うことを目的としている。

## 2 - 3 「モ」国の保健医療政策

保健省の「保健政策2003 2007」(付属資料4参照)は、2003年4月の「就学、健康、栄養(食料)、住居、並びに健全な環境の正しさは、人間の尊厳のきわめて重要な局面を構成する」を含む国王の指針及び総理大臣の政治指針並びに「保健医療ケアへのアクセスに関する平等と公正の保障」を定める法律に基づき作成されている。

### 2 - 3 - 1 「環境にやさしい変化」

同政策は、「環境にやさしい変化」の標語の下に、「民主的で公正な手続きの強化」「市民社会の新しい活力」「情報の自由化の再生と進展」「市町村憲章の改革」「国際化」「州への分権化」「資金調達の手続きの機会」を戦略と目標形成の指針としている。中でも「州への分権化」には力点を置いており、以下の項目を特にあげている。

- ・保健医療ケアの提供とより公正な保健医療施設間の資源配分の中間拠点(としての州への分権化)
- ・州の開発発展過程における保健衛生施設・機関を統合する階層(としての州への分権化)
- ・保健省と地域住民との協調関係を活性化させる手段(としての州への分権化)

### 2 - 3 - 2 現状分析

現状分析は、「これまでの達成事項」「機能不全と弱点」「主たる課題」に整理され、以下の点があげられている。

特記事項としては、「これまでの達成事項」の中に妊産婦死亡率の低下が含まれていない点、15~49歳の女性の場合の妊娠・出産・分娩前後に起因する死亡が1999年の1.9%から2002年の5%に増加している点が指摘され、妊産婦保健に関して、改善が進んでいない状況が推測される。また、「機能不全と弱点」で述べられている項目のうち注目すべきは、地域間格差が大きな課題となっていること及び、人的資源の不足が全般的な不足ではなく、専門医や専門看護師(医療技師)といった特定の職種に限られていることである。

#### <これまでの達成事項>

「出生率の低下」「新生児死亡率の低下と新生児余命の向上」「保健医療サービスの提供範囲の拡大(人口当たりの保健施設、医師、看護師の数)」「特定の伝染性疾患の患者の減少」「医療専門家の自主(国内)育成」「輸血と放射性物質の安全確保」「国内で必要とする薬の70~80%の高品質の医薬品国産化」

#### <機能不全と弱点>

「保健医療に関する不公正の存在(都市部と地方村落部、州の間)」「保健医療ケアへのアクセスの不平等(都市部住民71%に対し地方村落部住民56%)」「財源不足」「建



物並びに設備・器具の老朽化」「人的資源の不足（専門医師、専門看護師：麻酔・放射線・検査等）」「保健システムに関する法的枠組みの弱体（法文の陳腐化、特定分野での法的枠組みの欠如、変化や発展に対応するための法文改訂の遅れ、生命倫理に関する法的枠組みの欠如）」

< 主たる課題 >

「ケアへの物理的・経済的アクセスの公正」「国民の高年齢化への対応」「3大罹患率（伝染性及び分娩前後の疾患、非伝染性疾患、事故及び後遺症）」「健康要因の制御（特に生活習慣と栄養摂取の変化）」「国民の保健ケアとサービスに関する要請と期待」「医学上の知識と技術の進展」「ケア提供の調節と費用の制御」「国際化・地球化」「保健の状態を決定する要素（地方村落部での飲料水と電気へのアクセスの悪さ、地方村落部での下水処理施設の欠如、よい保健状態と共存できる生活の実践と態度の採用、地方村落部及び都市周縁部での識字率の低さ、特定地方の地方村落部へのアクセスの悪さと季節的に生じる陸の孤島）」「不健康な住環境」

### 2 - 3 - 3 戦略・目標の方向性

以上の指針・分析に基づき、戦略・目標の方向性として以下の点があげられており、プロジェクト実施の際にも参考になるとと思われる。特に「州への分権化」「人的資源の価値の向上」は直接的にかかわりがあるので、留意が必要である。

「州への分権化」「病院の改善・改革」「人的資源の価値の向上」「健康の増進」「部門間協調」「成人病対策」「財源の強化」「医薬政策の効率化」「維持保全活動の強化」「予防的保健の採用」「保健に関する研究の進展」

### 2 - 3 - 4 活動計画

2 - 3 - 3 の「戦略・目標の方向性」に沿った活動計画は、「これまでの達成事項の強固化」「資源の合理的利用」「新しいニーズへの対応」の3つに整理され、さらに以下の下位項目の下に具体的活動内容を列挙している。

なお、「リスクなき出産プログラムの強化」は、「これまでの達成事項の強固化」の中での「保健医療諸プログラムの強固化」の一項目として位置付けられている。また、本案件は「資源の合理的利用」や「新しいニーズへの対応」の中の「「モ」国のニーズに鑑みた養成能力の開発」等にもかかわり、プロジェクト実施にあたってはこれらの内容にも留意する必要がある。

< これまでの達成事項の強固化 >

「保健医療諸プログラムの強固化」「保健衛生カバー率の向上」「薬剤政策での達成事項の強固化」「衛生安全の強化」

< 資源の合理的利用 >

「人的資源管理の改善」「薬剤管理の合理化」「保健医療分野における国際協力の進展」

< 新しいニーズへの対応 >

「慢性病の予防・対応計画の強化」「新しく表面化するリスクと病気に対応するため保健省の介入能力の醸成」「病院網の強化」「「モ」国のニーズに鑑みた養成能力の開

発」「保健省の指導・調整能力の向上」「保健システムのマネジメント能力の開発と外部諸部門の管理自立の強化」「法的指導監督強化と法律改定のスピードアップ」「保健部門の資金調達力の改善」「パートナーシップとセクター間活動の強化」「大災害対策と緊急時の管理能力の改善」「保健医療分野における研究の進展」

## 2 - 4 保健医療従事者人材育成の現状と配置

### 2 - 4 - 1 医師の養成と配置

医師の養成については、ラバトとカサブランカにある2つの医科大学で、国全体の需要を賄えるようになっている。しかしながら専門医の養成は課題となっており、このほか地方の保健医療の質の向上を図るため、フェズとマラケシュに医科大学が新設されている。

医師の配置状況（付属資料3の表2 - 4参照）は、民間・政府に所属する医師数はほぼ同等で、それぞれ6,861名と7,094名となっており、医師1人当たりの人口はそれぞれ4,319人と4,177人で、医師総数は13,955名でこれに対する1人当たりの人口は2,123人となる。この表で注意すべき点は、大カサブランカ州とラバト・サレ・ゼンムール・ゼール州の2州とその他の州との大きな格差である（医師1人当たりの人口がこの両州では900人台であるのに対し、他の州は1人当たり3,000人前後を中心にほぼ2,400人～4,500人程度の範囲に分布している）。

さらに基礎医療網に勤務する医師は、都市部1,920名（1人当たり人口8,735人）、地方村落部1,224名（1人当たり人口2万4,208人）で、都市部と地方村落部に格差が見られる点が特筆すべき点である。つまりカサブランカ、ラバトといった大都市と村落部の医師1人当たりの人口は2.5倍の格差が見られる。また、地方村落部では、医師が配属されていないところも数県見られる。特に専門医の配属は1県2名のみと極端に少ない。

### 2 - 4 - 2 看護師、助産師、保健医療スタッフの養成と配置

看護師に関しては、1960年に看護師国家資格（Infirmiers Diplômés d'Etat : IDE）制度が発効し1963年より登録が始まったが、1993年に保健医療従事者養成のための新制度が発足した。これにより保健医療補助者国家資格（Adjoint de Santé Diplômé d'Etat : ASDE）者の養成に関し、第1次過程の11分野（看護師・助産師・麻酔技師・衛生看護師・検査技師・精神科看護師・運動療法士・放射線技師・社会保険福祉士・栄養士・義肢装具士）が定められ、9つの保健医療従事者養成学校（Instituts de Formation aux Carrières e Santé : IFCS、所在地：Agadir、Casablanca、Fès、Laâyoune、Marrakech、Meknès、Oujda、Rabat、Tétouan）が人材育成を行っている。また第2次過程は2分野（保健医療従事者教育と保健衛生向上監督者）で、アガディール、カサブランカ、フェズ、ラバトの4校で人材育成が行われている。

1997年から2004年までの看護師と助産師の育成状況は、表2 - 4のとおり、2002年より育成者数を増加させている。これは、保健省の保健医療サービスを充実させる政策の一環であり、都市部・地方村落部と州の間の格差を縮小するためでもある。

現在の保健医療従事者の資格は保健医療補助者国家資格（ASDE）に統一され、旧資

格である看護師国家資格（IDE）と保健医療補助師資格者（Adjoint de Santé Breveté:ASB）が存在する。

以前の助産師養成は看護師の有資格者が取得するシステムであったため、基礎的看護技術を持っていたが、1993年の助産師養成過程の改革により3年間の養成過程となった。これにより、改革以前より多くの助産師数を確保することが可能となったが、基礎的看護技術の習得が欠けるなど、臨床の現場では助産師の質の低下が懸念されている。

現在の保健センター網及び病院への保健医療補助者の配属状況は（付属資料3の表2 - 5参照）、都市部の総数5,979名（1人当たり人口2,805人）、地方村落部の総数3,877名（1人当たり人口3,317人）、全体で9,856名が業務に従事している。都市部と地方村落部の格差は医師の場合ほどではないが明確に存在し、地方村落部に保健医療従事者が配置されていない県もわずかながら見受けられる。

表 2 - 4 看護師と助産師の育成状況

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
助産師	206	198	147	117	112	132	223	290
看護師	360	345	219	175	166	347	352	400
男性	155	191	120	111	92			
女性	205	154	99	64	74			
合計	566	543	366	292	278	479	575	690

注：2001年までは実数で、2002年以降は予定数値  
出典：保健省

## 第3章 母子保健分野の現状と課題

### 3-1 プロジェクト対象州及びパイロット県の概要

プロジェクトの対象となるフェズ・ブルマン、メクネス・タフィラレット、グルミン・エスマラの3州のうち、グルミン・エスマラ州は南部に位置し、フェズ・ブルマン、メクネス・タフィラレットの両州は北部の中央部、首都ラバトの東北に位置する。パイロット県となるセフロ県とイフラン県はそれぞれフェズ・ブルマン州とメクネス・タフィラレットに位置する。地方自治体の数は表3-1のとおり。

最終受益者であるリプロダクティブエイジの女性数はフェズ・ブルマン州約39万人、メクネス・タフィラレット州は57万人、グルミン・エスマラ州11万人、合計106万人(2001年)となる。

パイロット県のリプロダクティブエイジの女性数はセフロ県6万8,428人(都市部:3万6,787人、地方村落部3万1,641人)とイフラン県4万132人(都市部:2万2,875人、地方村落部1万8,245人)となっている(2003年)。

表3-1 地方自治体の数

州/県	都市部	地方村落部	合計	郡
<b>グルミン・エスマラ</b>	11	49	60	10
Assa-Zag	2	5	7	2
Es-Semara	1	5	6	1
Guelmim	2	18	20	2
Tan-Tan	2	5	7	2
Tata	4	16	20	3
<b>メクネス・タフィラレット</b>	25	111	136	17
Al Ismaïlia	4	6	10	1
El Hajaeb	4	12	16	3
Errachidia	8	39	47	7
<b>イフラン</b>	2	8	10	1
Khénifra	3	35	38	3
Meknès-El Menzeh	4	11	15	2
<b>フェズ・ブルマン</b>	15	48	63	8
Boulemane	4	17	21	3
Fès Jadid-Dar Dbibagh	3	1	4	0
Fès-Médina	1	3	4	0
<b>セフロ</b>	5	18	23	3
Zouagha-My Yacoub	2	9	11	2
	51	208	259	35

出典：内務省(Annuaire Statistique du Maroc 2003, Direction de la Statistique)

表 3 - 2 妊娠可能年齢の女性数

州 / 県	2002年人口 (単位: 千人)			2001年 (人口単位: 千人)			2001年妊娠可能年齢の女性		
	都市	地方村落	合計	都市	地方村落	合計	都市	地方村落	合計
<b>グルミン・エスマラ</b>	266	170	436	261	168	429	62,578	43,756	106,334
Assa-Zag	17	10	27	16	10	26	3,068	2,579	5,647
Es-Semara	36	19	55	35	18	53	6,588	4,643	11,231
Guelmim	110	52	162	108	52	160	28,396	12,691	41,087
Tan-Tan	63	1	64	62	1	63	15,253	224	15,477
Tata	40	88	128	40	87	127	9,273	23,619	32,892
<b>メクネス・タフィラレット</b>	1,172	947	2,119	1,144	949	2,093	333,167	235,843	569,010
Al Ismaïlia	334	14	348	326	18	344	103,894	32,574	136,468
El Hajaeb	80	126	206	78	125	203	21,632	4,795	26,427
Errachidia	185	390	575	181	388	569	47,339	95,401	142,740
<b>イフラン</b>	71	72	143	69	72	141	20,083	18,102	38,185
Khénifra	273	250	523	266	250	516	75,302	60,229	135,531
Meknès-El Menzeh	229	95	324	224	96	320	64,917	24,742	89,659
<b>フェズ・ブルマン</b>	1,184	402	1,586	1,131	421	1,552	314,521	71,813	386,334
Boulemane	44	133	177	43	132	175	13,416	3,591	17,007
Fès Jadid-Dar Dbibagh	347	13	360	331	15	346	97,055	3,709	100,764
Fès-Médina	296	10	306	292	12	304	86,114	3,143	89,257
<b>セフロ</b>	125	130	255	123	130	253	32,889	31,010	63,899
Zouagha-My Yacoub	372	116	488	342	132	474	85,047	30,360	115,407
<b>合計</b>	2,622	1,519	4,141	2,536	1,538	4,074	710,266	351,412	1,061,678

出典：保健省 (Santé de Chiffre 2003)

内務省 (Annuaire Statistique du Maroc 2003, Direction de la Statistique)

### 3 - 2 保健省及び地方保健支局の体制

#### 3 - 2 - 1 保健省

保健省は、第2章に記したように保健医療サービスを提供する実施官庁の役割と政策立案・規制等をつかさどる政策官庁の役割の双方を果たしており、中央保健省の具体的な役割は以下のとおりである。

- ・ 国家としての保健衛生に関する優先順位の決定と保健衛生部門の戦略の策定を行う
- ・ 同部門の規制を行い、その進展に関する調整を行う
- ・ 保健医療ケアの提供に関する計画の策定
- ・ 保健衛生に関する法令の制定
- ・ 関連機関の実績と信頼性にかかわる活動の監理
- ・ 研究開発政策の策定
- ・ 各州への予算及び各種医療資機材等の配分の調節

人員配置は付属資料3参照(行政職については表3-1、医師については表2-4、看護師・助産師等の保健医療補助者については表2-5、表3-1を参照)。

保健省の予算は表3-3のとおり、順調に増加しているが、「保健政策2003 2007」の現状分析では、財源不足が機能不全と弱点の1つとして述べられている。2002年度の保健省総予算は、政府総予算の5.31%を占めている。

表3-3 保健省の予算

単位1,000DH(デュルハム)

年度	1994	1996/1997	1997/1998	1998/1999	1999/2000	2001	2002
經常予算	2,357,579	2,431,820	2,902,404	2,967,542	4,048,443	4,010,781	4,324,757
人件費	1,590,165	1,899,553	2,102,404	2,167,542	3,270,000	3,127,781	3,404,256
資機材・消耗品費	767,414	532,267	800,000	800,000	778,443	883,000	920,501
開発投資予算	691,030	548,000	720,000	800,000	925,000	943,185	858,000
総予算	3,048,609	2,979,820	3,622,404	3,767,542	4,973,443	4,953,966	5,182,757

2002年度の円換算予算規模 1.00DH=12.214円 63,302.19百万円  
出典：保健省(Chiffre en Saté)

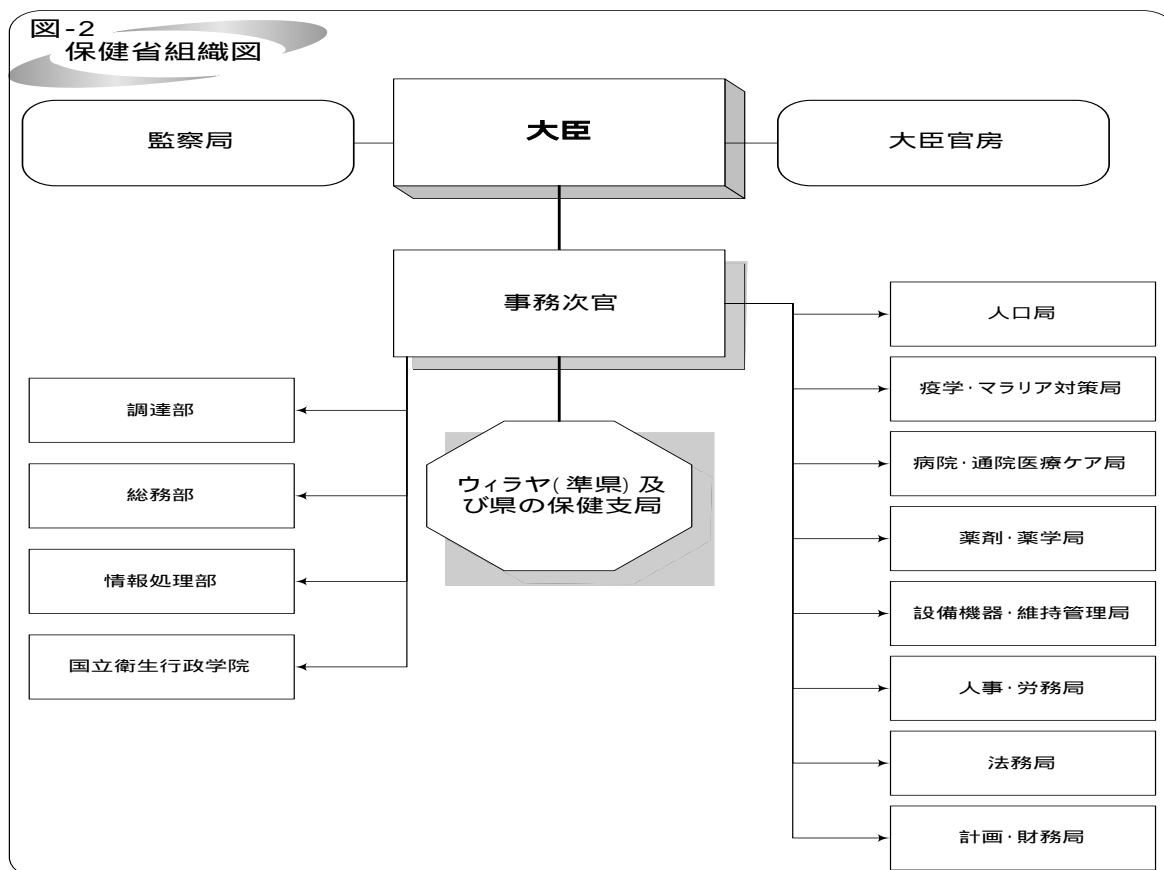


図3-1 保健省組織図

保健省の組織は図3-1のようになり、事務次官の下に、現場での保健医療サービス提供組織となる地方保健支局、人口局、疫学・マラリア対策局、病院・通院医療ケア局、計画・財務局など8つの部局と調達部など4つのスタッフ部門がある。

カウンターパートとなる人口局は、家族計画担当部、学校保健・大学担当部、母子保健担当部、IEC担当部の4つのライン部局と管理部及びリハビリテーション・老人医学担当部で構成されている。その役割は以下のとおり。

- ・ 家族計画プログラム及び母子保健に関するプログラムの促進と実施
- ・ 身体障害者と老人のリハビリテーションに関する活動計画の策定とその実現
- ・ 小中高及び大学の健康に関する計画の立案、促進、実施
- ・ 各種プログラムのIEC ( Information Education Communication : 情報・教育・コミュニケーション ) 活動の調整
- ・ IEC計画に沿った各部局の支援並びに各種IEC計画の財務面での業務実施

### 3 - 2 - 2 州の保健支局

州の保健支局は、図3 - 2のように保健医療セクターの分権化の受皿として、中央と県保健支局との調整機能、州を代表する役割を果たしていくことが期待されている。その具体的役割は以下のとおりである。

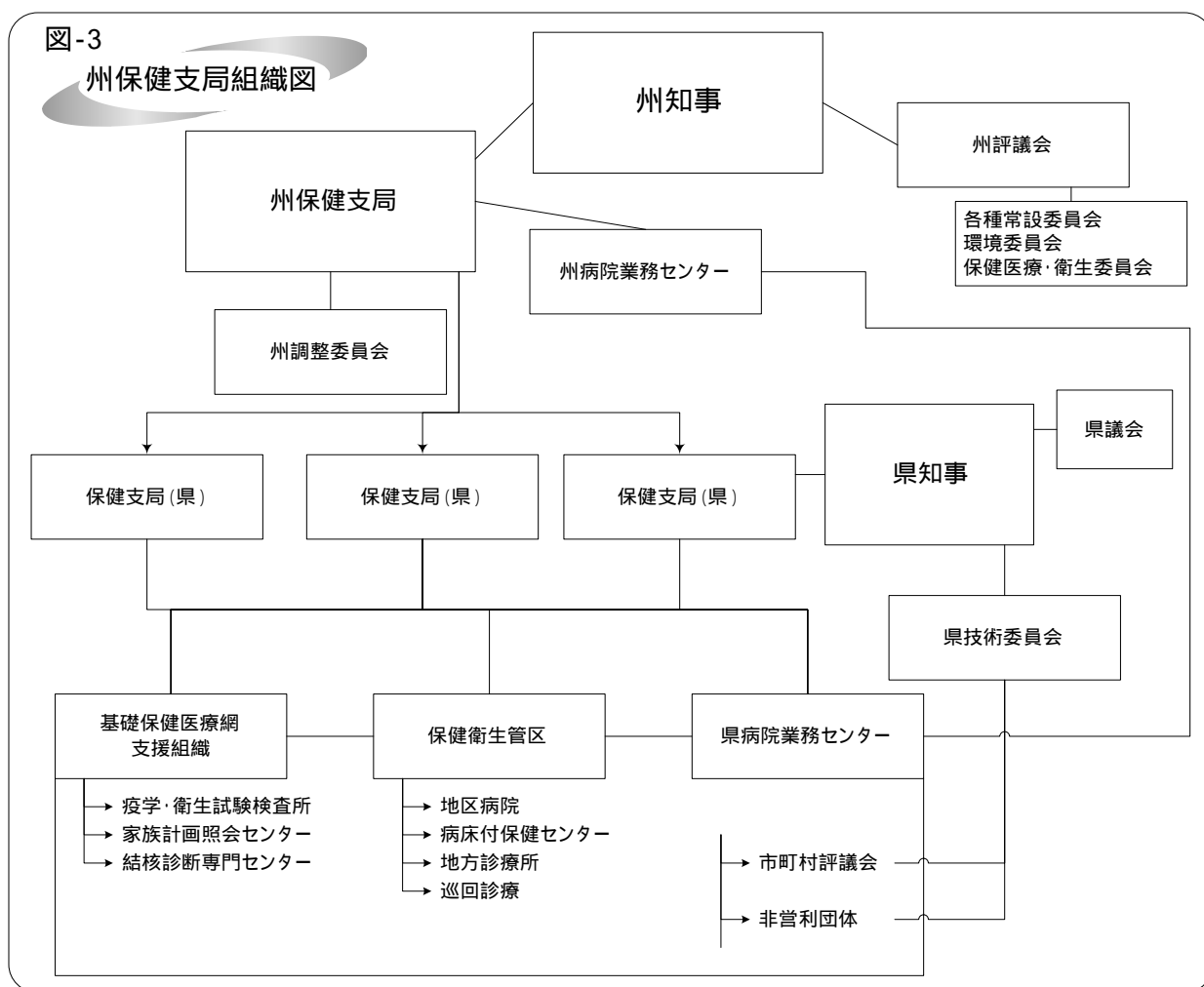


図 3 - 2 州保健支局組織図

国の保健医療政策に基づく州内の保健医療ニーズの規定

- ・ 州内の全保健衛生活動の計画
- ・ 州内の全保健衛生活動の調整
- ・ 一部あるいは全部の保健医療職員の配属
- ・ 配属された保健医療従事者の育成
- ・ 必需品の一括購入による調達への支援

グルミン・エスマラ州、メクネス・タフィラレット州、フェズ・ブルマン州3州の2002年の保健医療施設及び人的資源は以下の表(表3-4～表3-6)のとおり。これら3州は、医師の活動状況で突出している大カサブランカ州とラバト・サレ・ゼンムール・ゼール州とその他の州という構図の中で平均的なその他の州となっている(付属資料3の表2-4参照)。しかし、州レベルの病院が配置され、フェズ・ブルマン州には大学病院が新設されるなど、大きな地域的枠組みの中での中核的存在となっている(付属資料3の表2-3)。

表3-4 プロジェクト対象州における医療施設の種類と数

	2次病院		1次病院			基礎保健医療施設					
	州		県			地区					
	都市部					地方村落部					
	総合	専門	総合	複合科	専門	病院	センター	病院	産室付	センター	診療所
グルミン・エスマラ州	0	0	3	3	0	1	21	0	11	18	36
メクネス・タフィラレット州	1	3	2	5	1	6	60	2	29	61	89
フェズ・ブルマン州	2	2	2	1	0	2	39	0	13	32	29
合計	3	5	7	9	1	9	120	2	53	111	154

出典：保健省(Annuaire Statistique du Maroc 2003, Direction de la Statistique + Santé de Chiffre 2003)

表3-5 プロジェクト対象州における医師の種類と数

	医師総数						基礎医療網に勤務する医師							
	民間			政府			都市部				地方村落部			
	人口/人	人口/人	合計	人口/人	人口/人	合計	人口/人	一般医	専門医	合計	人口/人	一般医	専門医	合計
グルミン・エスマラ州	19	22,947	149	2,926	168	2,595	51	0	51	5,216	44	0	44	9,909
メクネス・タフィラレット州	294	7,207	505	4,196	799	2,652	168	10	178	6,584	102	0	102	20,775
フェズ・ブルマン	366	4,333	355	4,468	721	2,200	116	12	128	9,250	58	0	58	27,345
合計	679	6,099	1,009	4,104	1,688	2,453	335	228	357	7,345	204	2	204	12,853

出典：保健省(Annuaire Statistique du Maroc 2003, Direction de la Statistique + Santé de Chiffre 2003)を加工



表 3 - 6 プロジェクト対象州における医療従事者の種類と数

	基礎保健医療網の保健医療補助者													
	都市部					地方村落部					全体			
	IDE	ASDE	ASB	合計	人口/人	IDE	ASDE	ASB	合計	人口/人	IDE	ASDE	ASB	Total
グルミン・エスマラ州	62	3	71	136	1,956	37	3	51	91	1,868	99	6	122	227
メクネス・タフィラレット州	398	23	425	846	1,385	203	30	214	447	2,119	601	53	639	1,293
フェズ・ブルマン州	204	19	240	463	2,557	74	5	78	157	2,561	278	24	318	620
合計	664	45	736	1,445	1,815	314	38	343	695	2,186	978	83	1,079	2,140

	病院の保健医療補助者			
	IDE	ASDE	ASB	合計
グルミン・エスマラ州	87	5	50	142
メクネス・タフィラレット州	674	52	423	1,149
フェズ・ブルマン州	440	8	298	746
合計	1,201	65	771	2,037

IDE (Infirmiers Diplômés d'Etat) 初級・2級：看護師国家資格（旧資格）  
 ASDE (Adjoint de Santé Diplômé d'Etat)：保健医療補助師国家資格  
 ASB (Adjoint de Santé Breveté)：保健医療補助師資格者（旧資格）  
 出典：保健省（Santé de Chiffre 2003）から合成

### 3 - 2 - 3 県の保健支局

県保健支局の基本的組織構造は、本省の文書（Module d'Intégration des Nouvelles Recrues）とセフロ県とイフラン県での聞き取り調査から、図 3 - 3 の構造であると思われる。

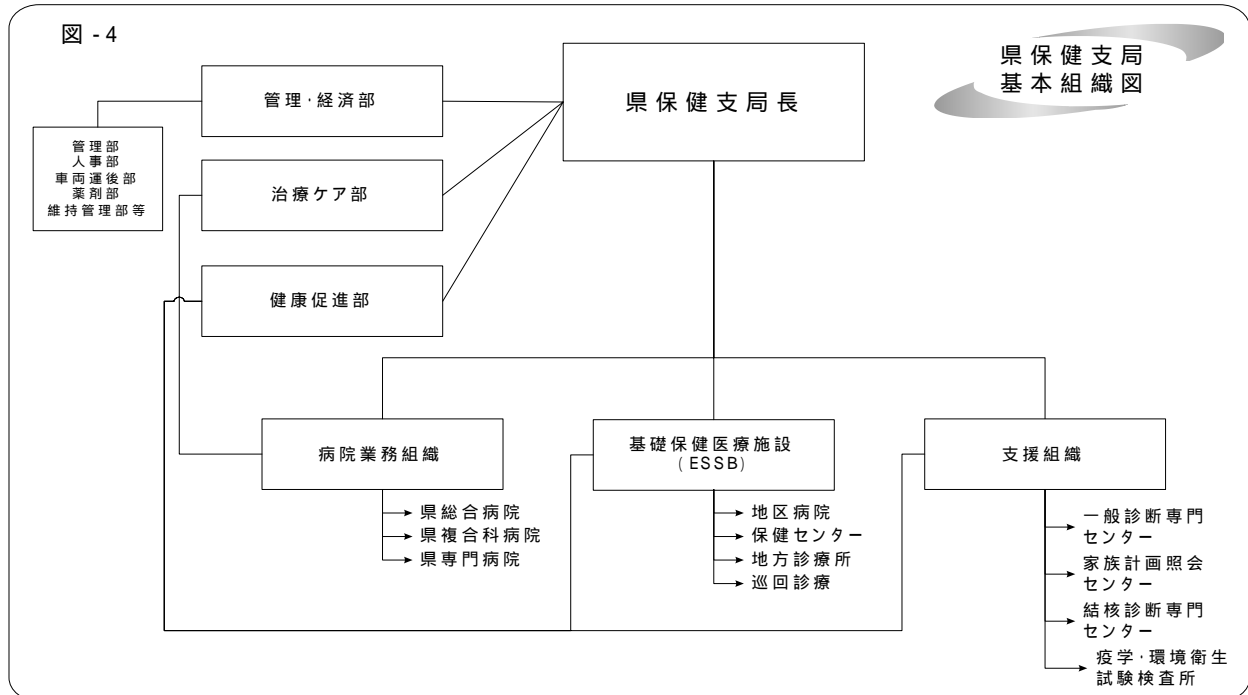


図 3 - 3 県保健支局基本組織図

この中で、左側の下にある健康促進部あるいはこれと右端にある支援組織をあわせたものを県レベル通院巡回医療業務部 (Service d'infrastructure d'actions ambulatoires provinciaux ou préfectoral : SIAAP) と呼び、県保健支局の本局内に存する組織・人員のうち、管理部を除くほとんどがここに属している。

しかし、県保健支局での聞き取り調査では、各県でも組織が微妙に異なる部分もあり、確認の必要がある。県保健支局勤務者は幹部を含め、聞き取り調査では、機能と組織の区別が曖昧である。図3 - 3は、本省の文書に掲載されたものを州の組織関連図及び県支局での聞き取りで補ったものである。

県の保健支局は、以下の役割を果たしている。

- ・ 県内の病院サービスの組織化と指導
- ・ その他の公共部門の医療ケア提供機関の運営管理
- ・ 保健医療プログラムの実行
- ・ 予算の運営管理
- ・ 県内のすべての健康確保のためのサービスの調整と監理
- ・ 地区の保健衛生に関する計画への地区集団としての参加の奨励
- ・ 年間保健医療計画の作成
- ・ 投資プロジェクトへの地元追加資金の動員
- ・ 保健医療従事者の配属後の育成

現在、両県共に車両による巡回診療は実施されていない。これは、利用していた車両が老朽化したことが主な理由である。

県の予算は、2つに分類される。投資開発予算とは病院、保健センター等の施設整備のための予算である。他方、經常予算は診療等、ソフト面の予算であり、研修予算はこれに属する。2003年のイフラン県とセフロ県の予算は、表3 - 7のとおりである。セフロ県の方が人口も多く、保健支局の規模も大きいため、經常予算の占める率が高い。しかし、投資開発予算が抑えられているため、予算総額はほぼ同額である。なお、これら支局の予算には人件費は含まれていない。

それぞれの県の保健医療サービス提供のための施設及び人的資源は表3 - 8 ~ 10のとおりであるが、州全体に比較すると都市部と地方村落部の格差が大きくなっている。また、このレベルでの中核病院となる1次病院が設置されており、施設整備状況は、県として一般的レベルにある (付属資料3の表2 - 3参照)。

表3 - 7 パイロット県保健支局の予算

	イフラン県	セフロ県
經常予算	1,800,000 DH	3,650,046 DH
投資開発予算	2,200,000 DH	498,000 DH
合計	4,000,000 DH	4,148,046 DH

表 3 - 8 パイロット県における保健施設の種類と数

	県病院					保健医療施設			
	県					地区			
	都市部					地方村落部			
	総合	複合科	専門	病院	センター	病院	産室付	センター	診療所
イフラン県		2		1	4		3	3	14
セフロ県	1			1	7		4	12	5
合計	1	2	0	2	11	0	7	15	19

出典：保健省 (Annuaire Statistique du Maroc 2003, Direction de la Statistique+ Santé de Chiffre 2003)

表 3 - 9 パイロット県における医師の種類と数

	医師総数						基礎医療網に勤務する医師							
							都市部				地方村落部			
	民間	人口/人	政府	人口/人	合計	人口/人	一般医	専門医	合計	人口/人	一般医	専門医	合計	人口/人
イフラン県	12	11,917	53	2,698	65	2,200	19	2	21	3,381	8		8	17,875
セフロ県		N/A	52	4,904	52	N/A	18	1	19	6,579	17		17	15,000
合計	12	N/A	105	3,790	117	N/A	37	228	40	4,900	25	2	25	8,080

出典：保健省 (Annuaire Statistique du Maroc 2003, Direction de la Statistique + Santé de Chiffre 2003) を加工

表 3 - 10 パイロット県における保健医療従事者の種類と数

	基礎保健医療網の保健医療補助者													
	都市部					地方村落部					全体			
	IDE	ASDE	ASB	合計	人口/人	IDE	ASDE	ASB	合計	人口/人	IDE	ASDE	ASB	Total
イフラン県	28		38	66	1,076	28	4	29	61	1,180	56	4	67	127
セフロ県	37	2	43	82	1,524	23	1	16	40	3,250	60	3	59	122
合計	65	2	81	148	1,324	51	5	45	101	2,000	116	7	126	249

	病院の保健医療補助者			
	IDE	ASDE	ASB	合計
イフラン県	71	5	38	114
セフロ県	49		27	76
合計	120	5	65	190

IDE (Infirmiers Diplômés d'Etat) 初級・2級：看護師国家資格 (旧資格)

ASDE (Adjoint de Santé Diplômé d'Etat)：保健医療補助師国家資格

ASB (Adjoint de Santé Breveté)：保健医療補助師資格者 (旧資格)

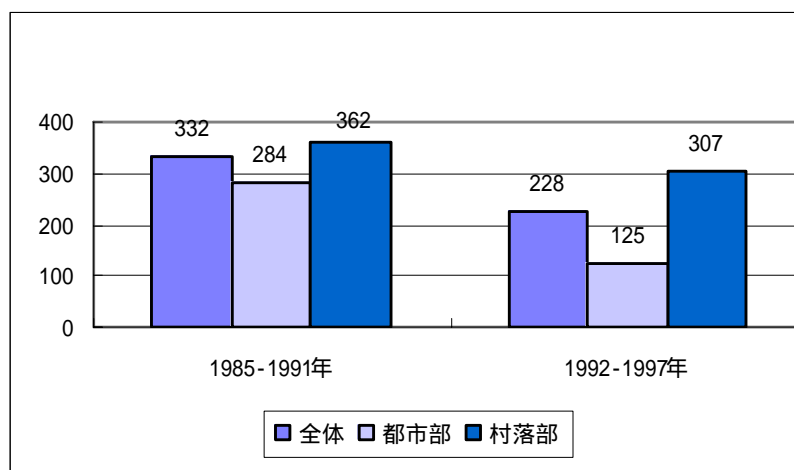
出典：保健省 (Santé de Chiffre 2003) から作成

### 3 - 3 妊産婦ケアの現状と課題

#### 3 - 3 - 1 国レベルの現状

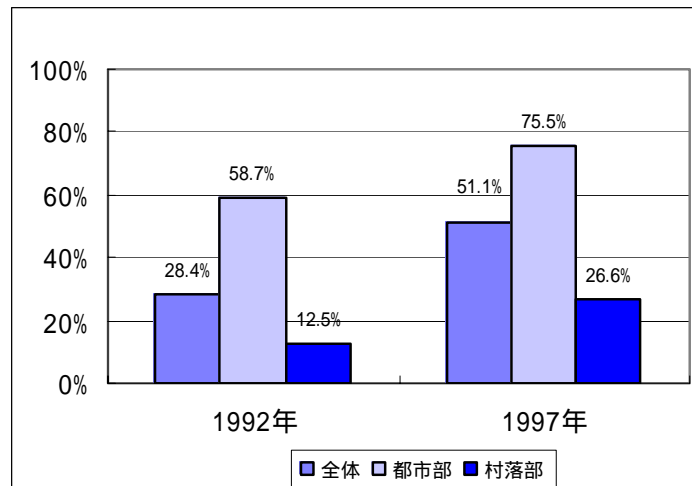
「モ」国の妊産婦死亡率（図3 - 4）は出生10万人当たり230（「UNICEF世界子供白書」2000年）と高く、その内訳も都市部125に対し地方村落部307と地域格差が著しく、全般的な保健医療システムの都市と地方村落部間格差・地域間格差の解消とともに取り組むべき課題となっている。施設分娩率（図3 - 5）についても都市部では8割を超えるのに比べ、村落部においては3割にとどまっている（2002年保健省報告）。その主な理由は、「モ」国の保健医療システムは、特に地方村落部においては医療機関や保健医療サービスへの物理的・社会的なアクセスの困難さとともに、経済的な問題（保健センターでの出産は無料だが、緊急時の搬送にかかる車両の燃料代などは負担しなければならないなど）妊婦自身が出産する場所について決定権がないことなど、様々な理由から伝統的産婆（TBA）の介助による自宅分娩が主である。このように、社会的な弱者である村落部の妊産婦への保健医療サービスの提供は、「モ」国全体の課題である。この問題の改善には、保健行政の地域保健への理解と地方村落部での妊産婦ケアの質の向上も必要であると考えられるが、地域社会や家族内における女性の意思決定権のなさ、低い経済力等のジェンダー格差による問題、女性の識字率の低さ等の教育の問題と保健医療分野のアプローチのみでは解決が困難な問題が根底にある。

保健省による母子保健分野の対策及び活動では、妊産婦ケアについては、産科的ケアの強化、レファラルの強化によって、妊産婦死亡を低減させる対策を行ってきたが、妊産婦死亡率の低下は、15～49歳の女性の場合の妊娠・出産・分娩前後に起因する死亡が1999年の1.9%から2002年の5%に増加している。また、「保健政策2003-2007」（第2章参照）にあるように、「モ」国は母子保健に関し、出生率の低下や乳幼児死亡率の低下で成果を上げているが、妊産婦死亡率の低下は、成果に含まれていない（出産の状況及び妊産婦ケアの実績は付属資料3の表3 - 2と3 - 3を参照）。



出典：保健省Enquête National sur la Santé de la Mère et de l'enfant

図3 - 4 妊産婦死亡率の推移



出典：保健省 Enquête National sur la Santé de la Mère et de l'enfant

図 3 - 5 施設分娩率

表 3 - 11 避妊実施率

	全体	都市部	村落部
1987年	35.90%	51.90%	24.60%
1992年	41.50%	54.50%	31.60%
1997年	58.4%	65.80%	50.70%

出典：保健省 Enquête National sur la Santé de la Mère et de l'enfant

2001～2004年までの国全体の達成目標（“Stratégies Nationales de Réduction de la Mortalité et de la Morbidité Maternelle et Néonatales” から一部抜粋）として、保健省は以下の目標を掲げている。

- ・妊産婦死亡率の30%低下。
- ・新生児死亡率の25%低下。
- ・妊婦健診カバー率50%達成。
- ・施設分娩率50%達成。
- ・妊娠によって引き起こされる2次的な疾病の罹患及び、出産、産後にかかる感染や罹患の減少。

その具体的活動として、以下をあげている。

- ・保健センターの妊婦と出産への対応の改善。
- ・分娩施設の増加による産科ケアのカバー率の向上。
- ・能力のある人材のリクルートと配属、適切な研修受講によりスタッフの能力の改善し主な産科ケアの不足を低下させる。
- ・新生児の蘇生と合併症のある産婦の対応などの母子保健に関するケアの質の改善。
- ・妊娠中のリスクの発見、出産によって起こり得る合併症の発見ができるような住民の知識の改善。

このように、保健省は保健センターや病院等の医療機関で従事しているスタッフの能力向上とともに、住民の意識を高めるためのアプローチを戦略として設定している。本プロジェクトのアプローチは「モ」国の妊産婦ケア改善政策に貢献する活動内容となっている。

### 3 - 3 - 2 保健省の母子保健分野の取り組みの経緯

保健省の母子保健分野における主な取り組みの経緯を以下に示す。母子保健分野の主な活動は1950年から開始されているが、1990年代に入り活動が本格化するとともに、図3 - 4のとおり、保健医療サービスへのアクセスが容易な都市部の妊産婦死亡率は、減少している。

表3 - 12 モロッコ保健省の母子保健の取り組みの経緯

1950年頃	母性保健（PMI）活動の開始
1974年	母性保健（PMI）から小児保健（PSE）へ変更
1975年	小児保健分野初のガイド作成（妊産婦健診記録票、家族計画記録票含む）
1977年	小児保健から母子保健（PSME）へ変更
1985年	母子保健活動を実施している施設：801
1987年	母子保健（PSME）から妊娠・出産ケア対策プログラム（PSGA）へ変更
	国民健康調査（ENPS）実施
1988年	妊産婦健診実施施設へ妊婦健診標準キット配布
1991年	妊産婦健診、出産実施施設：1510
	分娩施設の出産記録票、パルトグラム導入
	TBAへの自宅出産についての教育
	マグレブ圏「リスクなき出産会議（マラケシュ）」の開催
1992年	日報、月報による統計の導入
	国民健康調査（ENPS）実施
1993年	妊産婦死亡、罹患率、新生児死亡低減のための活動強化
	妊婦健診記録票の評価
1995年	USAIDの協力開始
1995年～	国際機関、2国間協力機関の協力開始

出典：保健省 “Stratégies Nationales de Réduction de la Mortalité et de la Morbidité Maternelle et Néonatales” から一部抜粋

### 3 - 3 - 3 パイロット県の状況

妊婦健診は各保健センター、診療所において助産師及び看護師が担当している。国全体では産前健診3回受診を目標とし、健診内容は身体計測（身長、体重、腹囲）、

血圧測定、眼瞼、爪の観察による貧血チェック、浮腫有無観察、内診等が行われている。リスクのある妊婦へは受診時に必ず、施設分娩の必要性を説明している。また、保健センター診療所から3～10kmの地域には、バイクによる看護師の巡回活動時（予防接種、家族計画が主な業務となる）に妊婦健診も実施する（男性看護師が担当する）。10km以上の地域には車両による巡回診療（医師、看護師、助産師）を実施し、妊婦健診を行う。また、産後健診は出生後のBCG予防接種時に行うことが多いため、受診者数が高くなっている。しかし、SEFROU県、IFRANE県ともに、10年ほど前にUSAIDから供与された巡回診療用の車両は、現在故障しており、2001年以降本格的に実施されていない。SEFROU県、IFRANE県の妊産婦ケアにかかる2003年の実績は表3 - 13のとおり。

出産のケアについては、村落地域は分娩施設付きの保健センターがアクセスポイントであるが、助産師の夜勤体制の問題から、24時間対応できない保健センターもあり、本来の機能を果たすことができていない保健センターもある。そのため、住民は直接県病院を受診するケースも多く、医療体制として末端の保健センターが十分機能していない点が問題点としてあげられる。

村落部の分娩施設付き保健センターには、助産師のほか医師も勤務しているが、医師は一般医であり、産科の専門的知識は有していないなかで、レファラル等の判断を担っている。村落地域は一般的に医師、助産師は新卒者が配属されるが、その経験不足を補う研修や、レファラル病院の産科医や助産師との連携がなく、これらの点は問題であると思われる。

また、「モ」国の一般的な問題として、保健医療サービス提供者の高圧的な態度が、村落地域の妊産婦との信頼関係構築と、妊産婦の受診行動（健診、分娩）に影響していると考えられ、社会文化的な背景はあるものの、妊産婦との信頼関係構築に基づくサービスの提供は、専門職として必須の知識・技術であり、改善の優先順位は高いと思われる。

表3 - 13 パイロット県における妊産婦ケアの実績（2002～2003年）

	SEFROU県		IFRANE県	
	2003年実績	2002年実績	2003年実績	2002年実績
妊婦健診受診者数	3,141 (60.64%)	3,423 (60.32%)	2,194 (72.1%)	1,957 (65.12%)
施設分娩数	3,390 (63.84%)	3,193 (56.26%)	1,697 (55.77%)	1,494 (49.72%)
合併症のある分娩 (うちレファラル数)	1,011 (510)	1351 (552)	321 (190)	267 (155)
帝王切開数	17	24	117	89
妊産婦死亡数	0	1	0	1
産後健診	5,139 (96.77%)	4,886 (86.1%)	2318 (100%)	2,188 (72.81%)
死産	86	58	37	33

### 3 - 4 他ドナーによる保健医療分野における協力の実績と現在の協力の概要

国際機関や援助組織との協力活動はUNFPA、UNICEF、GTZ、EU、USAIDなどの実績があり、これらの援助機関は主に州単位で住み分けし活動を行っている。90年代には、母子保健分野の協力は施設・医療設備機器等の充実や医療従事者の研修「緊急産科ケア」に重点を置き実施し、多くの医療従事者が受講したが、援助協力終了後の持続的な研修の実施・運営は課題となっている。他の州や県で実施している援助内容は医療従事者への「緊急産科ケア」研修の実施、TBAへの教育や遠隔地の妊産婦及び家族のための「分娩を待つ家」の建設等に重点を置いている。本案件が対象とする地域では、他の援助機関による活動は現在行われていない。近年の主な援助機関による協力内容を、表3 - 14に示す。

表3 - 14 主な援助機関による協力内容

援助機関名	活動期間	対象地域	主な協力内容
UNFPA	1993～2001年	Azilal, Errachidia, Tata, Ouarzazate	医療機材、情報管理機材供与 視聴覚機材供与、IEC教材作成 スタッフ研修 車両供与 妊産婦健診、家族計画情報システム管理支援 調査研究
	2002～2006年	Marrakech-Tensift, Tadmouct, Azilal	プログラム実施中 同上
UNICEF	1993～1995年	Ifrane, Chefchaouen, ElHaouz, Taza, Tata	TBAへの教育 機材供与 スタッフ研修 車両供与
	1996年 2001～2002年	Chefchaouen, Ouarzazate, AlHouz, Essaouira, Zagore	教材開発 研修、調査
EU	1996～2002年 病院産科への支援	Azilal, Errachidia, Tata, Ouarzazate, Marrakeche, Cacs, Fes, Khénifra, Mekenés, Kénitra, Khmisset, Salé, Tétouan, Nador, Oujda, Ifrane, Errachidia, Larache	医療機材供与 避妊具、避妊薬供与 スタッフ研修 ICE活動 救急車両供与
USAID	1996～2001年	Fés, Sefrou, Taounate, AlHoceima, Boulemane, Taza	医療機材供与 スタッフ研修 コミュニティへのIEC活動
	2000～2004年	Souss Massa Draa, Tanger, Tétouan	同上

出典：保健省“Stratégies Nationales de Réduction de la Mortalité et de la Morbidité Maternelle et Néonatales”から一部抜粋



### 3 - 5 母子保健分野の継続教育の現状と課題

#### 3 - 5 - 1 保健省の取り組みの現状と課題

第2章で述べたように、全国で9つの保健医療従事者養成学校が、11分野の第1次過程の国家資格取得者を養成している。現在の保健省の人事配置のシステムによって、地方村落部の保健医療センターでは、養成学校を卒業したばかりの経験の少ない医療従事者が配属されるのがほとんどである。本来、医療従事者は卒後数年の間、研鑽の場が不可欠であるが、村落地域の規模の小さな保健センターの多くは、1人の新人の助産師もしくは看護師が従事し、業務上の指導を受ける機会も少ない。「モ」国の村落地域に配属された新人の人材育成は優先順位が高いものの、その機会は限られ、卒後2～3年経過しても研修を受講するチャンスがないまま業務に従事せざるを得ない状況にある。国や県レベルの研修は必要な医療従事者数をカバーできる研修には至っておらず、国・地方ともに各個人の技術・知識等の能力向上のための研修プログラムはまだできてはいない。

また、医療機関配属後の研修に関しては援助機関の予算に依存するケースが多く、その継続性は課題であり、保健省も保健支局もその問題を認識しているが、対策がとられることなく現在に至っている。

医療従事者の継続教育は保健省人事・労務局が主管となり、研修課が継続研修の担当となっている。継続教育は1997年から実施され、2004年の継続教育は4つの局において以下のとおり計画されている。

- ・疫学、疾病対策局：研修数23〔感染症（マラリア、ハンセン氏病、性感染症等）がん、循環器疾患（高血圧等）、代謝内分泌系疾患（糖尿病等）産業保健に関する研修等〕
- ・人事・労務局：研修数6（人事管理、機材の調達等）
- ・人口局：研修数4〔IEC（コミュニケーション改善）分野等〕
- ・病院・通院医療ケア局：研修数5〔ファシリテーション、医療保険等〕

母子保健分野を管轄している人口局は、人材育成に関して妊産婦ケアの技術的な研修である「緊急産科ケア」、「家族計画」及び、サービス提供者と受診者の人間関係改善を目的とした「コミュニケーション手法」を実施している。毎年独自の予算でこれらの研修を実施しているが、そのカバー率は低く、国全体の医療従事者数に対し必要な研修数を人口局の独自予算で確保することは困難であり、援助機関に依存している状況にある。

#### 3 - 5 - 2 保健支局の取り組みの現状と課題

各県保健支局では、SIAAPの継続研修担当者が中心となり年間研修計画を立案し、実施している。プロジェクト対象州であるフェズ州セフロ県、メクネス州イフラン県においても実施され、その内容は薬品運営・母子保健・公衆衛生・疫学・保健プログラム評価・感染症など分野は多岐にわたっている。以下にセフロ県とイフラン県の2003年の実績と、2004年の研修計画を示す（医師、助産師、看護師にかかる研修を抜粋。また、会議も研修として扱う習慣があるため、研修プログラムではない項目も含まれている）。

表 3 - 15 2003年継続教育実績 SEFROU県保健支局SIAAP

研修内容	研修数	参加者数		備考
		看護師・助産師	医師	
1 薬品管理	2日間	16	11	地方分権に伴う説明
2 小児疾患の総合ケア	3日間	5	7	
3 家族計画	3日間	27	6	
4 家族計画	2日間	8	2	
5 緊急産科ケア	3日間	7	46	
6 公衆衛生	1日間	9	1	水の衛生
7 疫学	2日間	41	4	
8 予防接種	1日間	29	2	
9 保健事業評価	3日間	30	2	統計記入方法説明会
10 感染症 (SRAS)	4日間	20	38	
11 栄養改善事業	2日間	38	10	Vita、D、Fe摂取推進

表 3 - 16 2004年計画 SEFROU県保健支局SIAAP

研修内容	対象者	指導者	備考
1 疫学 (マラリア対策)	医師	医師	寄生虫疾患
2 家族計画 (IDU)	医師・看護師	普及員(看護師)	IUDに関する技術指導
3 妊娠と分娩の観察	医師、助産師	医師、助産師	
4 医療保険制度	医師、看護師		導入のための検討会、説明会
5 喘息発作時のケア	看護師		
6 小児髄膜炎	看護師		
7 外科看護	看護師		腹部外科、周産期
8 小児糖尿病	看護師		
9 患者受入れと入院	看護師		
10 病院の衛生	看護師		

表 3 - 17 2003年継続教育実績 IFRANE県保健支局SIAAP

研修内容	研修数	参加者数		備考
		看護師・助産師	医師	
1 予防接種	1	11	11	
2 栄養改善事業	1	15	11	
3 学校保健	1	8	6	
4 リプロダクティブヘルス	1	5	1	
5 小児糖尿病について	1	0	8	
6 病院内TBケア	1	22	0	
7 未熟児対策	1	26	0	

表 3 - 18 2004年継続教育計画（保健医療分野抜粋）IFRANE県保健支局SIAAP

	研修内容	研修数	対象者	備考
1	緊急産科ケアモニタリング	1	医師、看護師	
2	微量栄養素	2	医師、看護師	
3	食品の衛生	2	看護師、衛生技師	
4	水の管理	1	看護師、衛生技師	
5	水系感染症	1	医師、看護師	
6	学校保健	1	医師、看護師	
7	予防接種と統計	1	医師、看護師	
8	保健センターの運営	1	保健センター医師長	
9	性感染症/AIDS	1	医師、看護師	
10	評価・スーパーバイズ	1	医師、看護師	

県の保健支局で実施されている研修の多くは、医師、看護師、助産師を対象に1日から4日間のプログラムで実施されている。各県の保健支局が継続研修を行うことにより、各県の地域特性に応じた現場の問題に即した研修をプログラムすることができる。しかし担当者によると、予算上の問題から、必要な研修数を確保し、対象となる医療従事者を十分カバーできない問題があるとのことであった。2003年の実績を見る限り、両県とも母子保健に関する研修を行っているが、妊産婦ケアに限ってみると、優先課題となっているにもかかわらず、看護師・助産師の受講実績はそれほど高くない。

また現在まで、日本側が投入した各専門家（2003年派遣：短期専門家、2002年～2003年派遣：企画調査専門家、2003年～派遣中：保健省アドバイザー専門家）の報告書にも指摘のあるとおり、医療従事者の母性に関する知識、技術的な問題のみならず、受診者（妊産婦、患者）とのコミュニケーションの問題もあり、この点については、PCMワークショップ時の参加者からも多くの指摘があった。妊産婦等への対応に関しても、妊産婦がサービスを受けることに否定的態度をとる原因となることも少なくないようであり、この点に関しては、コミュニケーションや接遇に関する研修とともに、医療従事者（医師、助産師、看護師）の意識変革も必要であると指摘されている。

医療従事者が果たすべき役割と責任に目を向け、提供する側の意識、態度の向上という視点で、コミュニケーションの改善を図り、対象者のニーズを的確に把握し、サービスを提供できる能力や、受診者中心の人間的な接し方の習得は、専門職の基本的技術として必須であると思われる。この点については、「モ」国内に研修として、コミュニケーション手法というリソースがあることから、継続研修の中に取り入れ、本プロジェクトにおいても、トレーニングの実施が可能と考えられる。

これらの状況を鑑み、医療従事者、特に妊産婦が最初に接する助産師、看護師の能力向上がプロジェクト活動の優先順位として高いと思われる。同時にそれらを継続し得る制度を医療従事者の指導、管理を行う保健支局において整備することが、プロジェクト活動として必要であると思われる。また、研修実施においては中央の人材や資源を積極的に地方にも還元することが必要であり、効率的かつ持続的な研修につながるとと思われる。

## 第4章 プロジェクトの枠組み

### 4 - 1 プロジェクトの概要

(1) 協力期間

2004年11月15日から2007年11月14日

(2) 協力総額（日本側）

約2億7,000万円

(3) 相手先機関

保健省人口局・州及び県保健支局

(4) プロジェクト対象州とパイロット県

プロジェクト対象州：フェズ・ブルマン州、メクネス・タフィラレット州、グルミン・エスマラ州

パイロット県：フェズ・ブルマン州セフロ県、メクネス・タフィラレット州イフラン県

(5) 国内協力機関

日本赤十字九州国際看護大学

(6) 裨益対象者

ターゲットグループ：フェズ・ブルマン州セフロ県並びにメクネス・タフィラレット州イフラン県の保健支局スタッフ及び助産師、看護師  
約400人

直接受益者：フェズ・ブルマン州セフロ県、メクネス・タフィラレット州イフラン県（パイロット県）のリプロダクティブエイジの女性 約11万人

最終受益者：フェズ・ブルマン州、メクネス・タフィラレット州、グルミン・エスマラ州、以上プロジェクト対象州3州のリプロダクティブエイジの女性 約106万人

### 4 - 2 プロジェクトの概念構成とアプローチ

PCM計画ワークショップ及び日本・「モ」国双方との協議を踏まえた結果、図4 - 1のように本案件はパイロット事業とし、イフラン県とセフロ県でのプロジェクト活動によりその有効性を実証し、そこで作り上げたシステムを対象州であるグルミン・エスマラ州、メクネス・タフィラレット州、フェズ・ブルマン州の3州に普及させていくアプローチをとっている。また、プロジェクト活動は単にパイロット事業の有効性を実証するだけでなく、その後の普及活動も含むものとなっている。

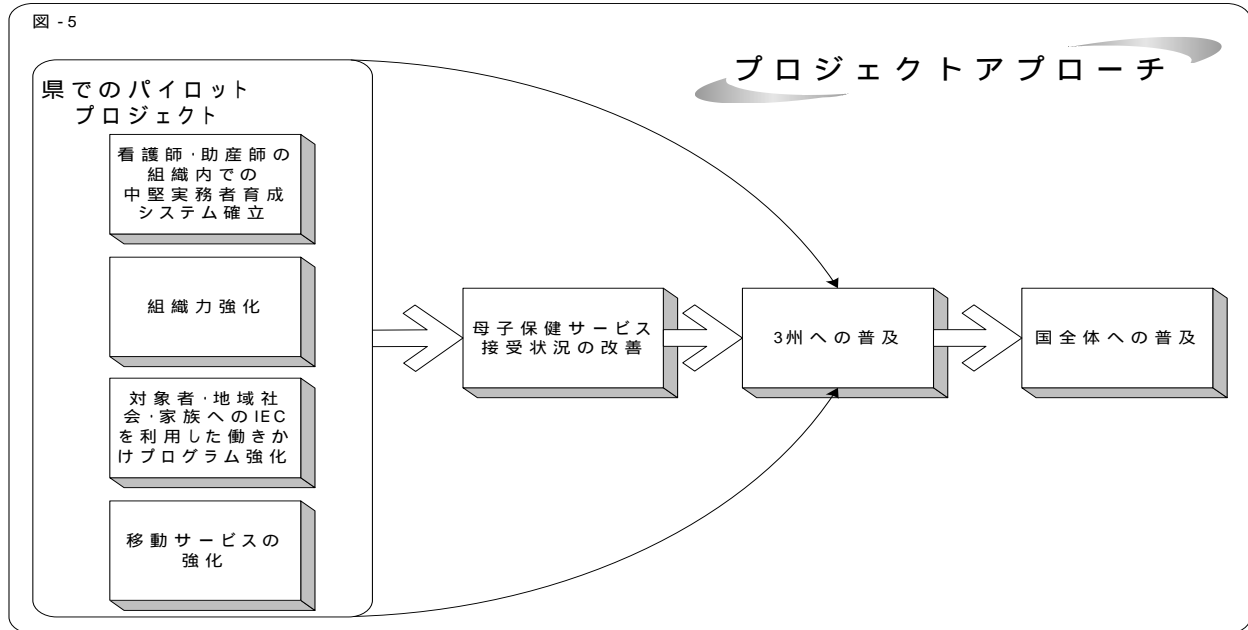


図 4 - 1 プロジェクトアプローチ

また、プロジェクトは図 4 - 2 のような構造になっている。本プロジェクトの特徴としては、プロジェクトの成果（アウトプット）間で相互に影響を強く及ぼしあう関係が見られるだけでなく、プロジェクト目標の具体的内容の間でもかなりの直接的相互影響関係があることである。これは社会開発プロジェクト全般に見られる特徴であるが、本件では特にこの傾向が強く、プロジェクトの実施にあたっては、それぞれの成果を追及する活動を計画し実行していく場合にも、この点での配慮が重要になることに留意する必要がある。

このほか、地方村落部の妊産婦が保健ケアを受けるには、間接的ではあるが、家族及び地域社会の支援も 1 つの要素と認識されていることにも留意が必要である。

図-6

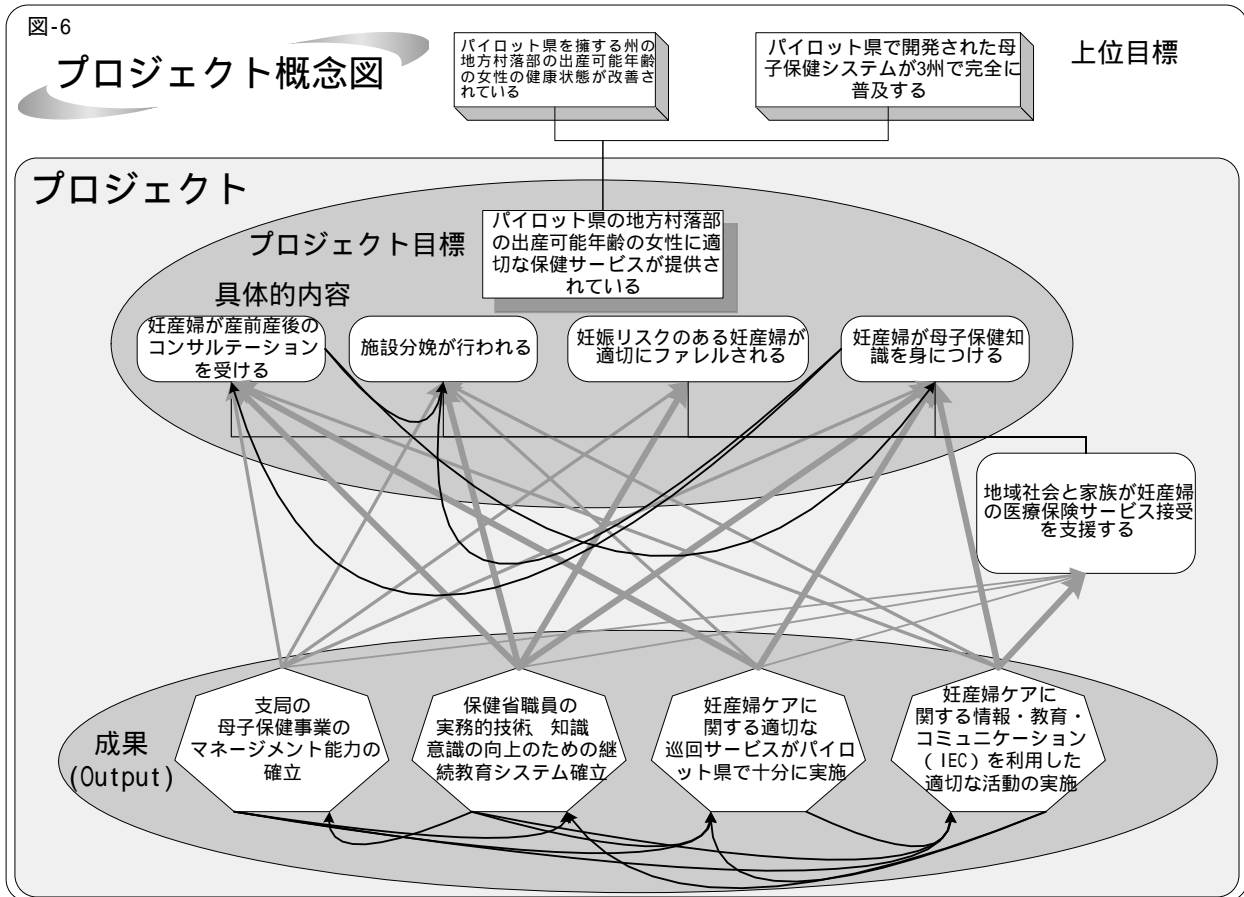


図 4 - 2 プロジェクト概念図

### 4 - 3 上位目標

上位目標は、プロジェクト終了約5～10年後に実現されることを念頭においたものであり、プロジェクト目標の達成によって、その達成が将来的に期待されるものである。

プロジェクト州の地方村落部の出産可能年齢の女性の健康状態が改善されている

パイロット県で開発された母子保健システムがプロジェクト対象州で完全に普及する

その達成度は、 に関しては「妊娠・出産による女性の死亡数が低下する」とことと「未熟児の出産数が低下する」ことを指標として測定する。具体的達成目標数値については、プロジェクト開始後の実情把握ができた時点で設定するものとする。

また に関しては、「3州のすべての県がシステムを採用する」をその達成度の指標としている。

### 4 - 4 プロジェクト目標

プロジェクトの活動を行い、成果（アウトプット）を成し遂げることにより達成されるプロジェクト目標は、「セフロ県とイフラン県の地方村落部の出産可能年齢の女性に適切な保健サービスが提供されている」ということである。

この達成度を測る指標としては、「産前産後の健診を受ける妊産婦がそれぞれ上昇する」「レファラルされたハイリスク妊娠女性の数が増加する（理由別に把握）」「施設出産数が増加する」「健診で発見されたハイリスク妊婦が増加する」を使用するが、具体的目標数値はプロジェクト開始後に設定する。

「産前産後の健診を受ける妊産婦の増加」については、サービスを受ける側の自発性も含まれており、「サービスの質の向上により、受診者使用とする者も増加する」という論理により、サービスの質の向上も図ろうとするものである。

#### 4 - 5 成果（アウトプット）

本プロジェクトの活動を適切に実施することによって成し遂げられる成果（アウトプット）は、以下のものである。

保健省職員の実務的技術、知識、意識の向上のための継続教育システムがパイロット県で確立されている

パイロット県の支局の母子保健事業のマネジメント能力が確立されている

地方村落部での妊産婦ケアに関する情報・教育・コミュニケーション（IEC）を利用した適切な活動が実施されている

地方村落部の妊産婦ケアに関する適切な巡回サービスがパイロット県で十分に実施されている

は、個々の看護師・助産師を中心にその能力等を確実にレベルアップさせることができるような体系的研修プログラムをその主な手段としている。その指標としては、「研修を受けたスタッフの人数」「確立された研修プログラムの数」「受講者の現場での研修内容の実現度（内容についてはプロジェクト活動の中で規定）」を使用し、具体的数値はプロジェクト活動内で定める。

の指標としては、「年次計画が適切に作成され、実施・モニタリングされる」と「2.2 母子保健に必要な予算が確保され執行される（予算執行率）」とを使用するが、測定方法に関してはその数値とともにプロジェクトとして工夫する必要がある。

は、対象となる妊産婦が積極的にサービスを受けることを促進するための働きかけが中心であり、いわゆるIECそのもののプログラムやマテリアルの開発とは異なることに留意する必要がある。指標は、「保健センターや巡回時の妊産婦、家族、地域社会への妊娠分娩に関する教育や情報提供を実施した回数が増加する」と「その情報提供を受けた人数が増加する」となっている。

は、いわゆる巡回診療そのものだけでなく、の活動との複合的サービス提供を主眼においている。指標は「巡回診療時の妊産婦健診実施回数が増加する（数値未定）」並びに「巡回健診時の妊産婦健診受診者数が増える（数値未定）」及び「4）- 3 巡回診療時の産後健診受診者数が増加する（数値未定）」の3つを使用するが、具体的目標数値の設定はプロジェクト活動開始後に行う必要がある。

#### 4 - 6 プロジェクト対象州とパイロット県の活動及び評価について

本プロジェクトはプロジェクト対象州及びパイロット県を次のとおりとしている。

(1) プロジェクト対象州（3州）

フェズ・ブルマン州：対象者（リプロダクティブエイジの女性）386,334人

メクネス・タフィラレット州：対象者56万9,010人

グルミン・エスマラ州：対象者10万6,334人

(2) パイロット県（2県）

フェズ・ブルマン州セフロ県：対象者3万8,185人

メクネス・タフィラレット州イフラン県：対象者6万3,899人

また、プロジェクトの活動は、次の2段階によって行われる。

パイロット県で妊産婦ケアのモデルを確立すること

プロジェクト成果（によりパイロット県で確立したモデル）を、保健省が主体となりプロジェクト対象州のパイロット県以外の県へ普及・拡大する活動について、側面支援により促進すること

のプロジェクト対象州への普及・拡大は、あくまでも「モ」国が中心に行うものであり、プロジェクトは、保健省アドバイザー専門家と連携し、「モ」国の活動を側面支援し促進させることに主眼をおく。すなわち、プロジェクトの活動の中心はパイロット県におくこととし、パイロット県を有さないグルミン・エスマラ州も含めた3州全体へのプロジェクト成果の普及・拡大については、保健省と州及び県保健支局等のモロッコ側の活動をサポートすることにより目指すこととする。特に、プロジェクト活動の一環として、成果の普及を担う県レベルの人材を本邦研修や国内研修等を通して育成することにより、プロジェクト対象州全体の人材育成にも積極的に取り組み、プロジェクト終了後の「モ」国側の自立的な活動も促す予定である。

ただし、プロジェクトの終了時評価を行う時点では、については普及が各県で行われている途中と予測されることから、活動の中心であるパイロット県の指標に基づき評価を行うこととする。

## 4 - 7 活 動

4 - 5の成果（アウトプット）を成し遂げるための活動として、それぞれ以下の活動を行う。さらに、プロジェクト全体の運営にかかわる活動の主なものとして以下の事項があげられる。

事務所設営とプロジェクト組織の確立

より詳細なプロジェクト計画の立案

モニタリング及び評価調査の実施

(1) 継続教育（研修）システム

研修プログラムの開発と実施のための委員会の設置

パイロット県の調整責任者の配置

必要な研修内容の検討

研修プログラムの作成



研修マテリアルの作成  
講師の選定  
必要に応じた講師の訓練の実施（日本での研修も含む）  
研修プログラムの試行  
試行結果に基づくプログラムの改善  
継続教育研修システムの形成  
3州の職員を含めた定期的研修システムの実施  
研修及び受講者の業務実施後の変化のモニタリング実施  
研修システムの改良  
研修システムに関するセミナーの開催

(2) 県保健支局のマネージメント

地方村落部での母子保健に関する現在の調査・計画・運営管理内容の確認  
計画・運営管理に関する活動及び組織活動の改善の方向性の明確化  
日本における母子保健関連の保健行政実施に関する研修の実施  
地方村落部での母子保健改善のため、地域保健活動の強化の促進  
組織活動の変化のモニタリング実施  
地方村落部でのよりよい母子保健活動のための組織力強化に関する適切な助言の提供

(3) IECを利用した活動

地方村落部での妊産婦ケアに関するニーズアセスメント  
地方村落部の妊産婦、家族、地域社会を対象とした保健センター、診療所および巡回サービスにおける適切なIEC活動の計画  
IEC活動の実施  
IEC活動のモニタリングと改良  
IEC活動に関するセミナーの開催

(4) 巡回サービス

巡回診療において提供される適切な妊産婦ケアに関するニーズアセスメント  
巡回診療において提供される妊産婦ケアの確立と標準化  
妊産婦ケアに関する適切なサービス実施にかかわる巡回診療チームの強化と監理システムの確立  
標準化された妊産婦ケアに関する巡回診療サービスの実施  
活動及びその効果のモニタリング実施  
標準化された妊産婦ケアに関する巡回診療サービスの改善  
標準化された妊産婦ケアに関する巡回診療サービスにかかわるセミナーの開催

## 4 - 8 投入

プロジェクト活動実施にあたって必要な投入は以下を予定している。しかし、現段階

では未定な部分があるため、プロジェクトの進行に伴い逐次修正する。

#### 4 - 8 - 1 日本側

##### (1) 長期専門家

看護教育（継続教育）専門家

母子保健専門家

##### (2) 短期専門家

保健行政

公衆衛生

ジェンダー

妊産婦ケアシステム

継続教育

その他

##### (3) 資機材

未定

##### (4) 日本での集団研修

国別研修「地方村落妊産婦ケア改善計画」「地方保健行政」

カウンターパート研修：未定

#### 4 - 8 - 2 モロッコ側

##### (1) カウンターパート

プロジェクトディレクター

プロジェクトマネージャー

フェズ州保健支局長

メクネス州保健支局長

グルミン州保健支局長

セフロ県保健支局長

イフラン県保健支局長

IFCS所長（フェズ）

モハメド5世病院（セフロ）院長

8月20日病院（アズロー）院長

セフロ県保健支局母子保健サービス部長

イフラン県保健支局妊娠出産対策プログラム担当課長

##### (2) 施設・設備等

JICA専門家チーム用事務所（含電話・ファクシミリ・電気等の適切な設備）

事務用家具・事務用品

プロジェクト用施設・設備

### (3) 現地費用

運営・経常費用並びに維持管理費

## 4 - 9 外部条件とリスクの分析

PDM上には、以下の3つの外部条件があげられている。

「モ」国政府の母子保健に関する政策が大きく変化しない  
研修を受けたスタッフが同じ職場にとどまる  
地域社会と家族がIECプログラムを拒絶しない

これらのいずれについても、それぞれ「相手政府の本案件に対する熱意及び政策形成・運営のあり方」「日本での集団研修を受けた県保健支局職員の勤務状況」「保健省と地域住民との関係」からみて、現時点では満たされる可能性が強いが、プロジェクトの実施にあたってはそれぞれ十分に配慮・観察を行う必要がある。

### 4 - 9 - 1 「モ」国の母子保健政策の変化

「モ」国では、第2章でも述べたように国王の指針を基本に政策が形成され、官僚組織により実施に移されている。国王の権威はその宗教的背景もあいまって非常に高く、社会開発面にも十分な配慮を行っている。このため近い将来、保健政策が急激に大きく変化することは見込まれない。

また、保健省内部での母子保健と地域間格差への問題意識は高く、特に地方村落部での妊産婦ケアの必要性は、強く認識されている。その結果、「出生率の低下」「新生児死亡率の低下と新生児余命の向上」などがこの分野で成果をあげている中で、妊産婦死亡率の改善が十分でないことへの問題意識は高く、この問題に対して取り組む本案件実施への熱意も高い。

### 4 - 9 - 2 研修を受けたスタッフの職場残留

これに関しては、これまでに二度の日本での国別研修に参加した、対象州と本省の保健医療スタッフがほぼそのままの職場で業務を続けていることから、今後も同様であると見込まれる。

### 4 - 9 - 3 地域社会・家族のIECプログラムの受容れ

現在のところ、保健省は市町村等の地域社会への保健医療サービス提供のための努力を払っており、地域社会側もそれらを積極的に評価している模様である。また、UNICEFの行っている「分娩を待つ家」(出産施設から遠い地区の住人のため、出産間近の妊産婦とその家族がそこで滞在できるもの)は、保健省の働きかけにより、これに同意する市町村がその運営を行う制度となっているように、市町村レベルでも母子保健に関する問題意識や協力の姿勢は全般的にあるように見受けられる。ただし家族に関しては、伝統的価値感にかかわる場合もあるため、プロジェクト活動にあたり注意と観察が必要である。

#### 4 - 10 モニタリングと評価

本案件の評価については、プロジェクト終了約半年前に終了時評価調査団派遣が予定されている。モニタリングに関しては、「4 - 7 活動」の中に、各成果(アウトプット)・プロジェクト目標に関する達成度を測るための活動が含まれている。ただし、各指標についてはプロジェクトの開始後に先方と検討、協議し、詳細な設定を行う必要がある。

また、現地での状況をより詳細に反映させ、プロジェクト開始後1年間を目処にプロジェクト計画全般にわたる修正を必要に応じて行うことを予定している。

#### 4 - 11 PCMワークショップ

##### 4 - 11 - 1 全体の流れ

2004年7月12日から3日間、PCMによるプロジェクト計画のためのワークショップを実施した。参加者は27名(付属資料5参照)で、グループワークは3組に分けて実施した。

ワークショップの実施にあたっては、保健省側にファシリテーション能力のある人材がおり、フランス語中心にアラブ語も使用されるという状況に鑑み、ファシリテーションを任せることとした。このため、事前に日本側の意図するワークショップの内容を説明し、質疑応答を行って、ワークショップに望んだ。

ワークショップの進行の大枠は、日本側の意図どおり、参加者分析、問題分析、目的分析、プロジェクトの選択とPDMの作成へと進められ、大筋では意図に沿ったワークショップを行うことができた。しかし、ファシリテーターは問題抽出・分析ワークショップの経験はあるが、計画ワークショップには不慣れなためか、PCM計画手法の鍵となる中心問題の設定については日本側による軌道修正を要した。しかし全体としては初期の成果を上げ、参加者のプロジェクトへの関心・当事者意識を高め、プロジェクトの目的や内容についての理解を得るだけでなく、彼らの問題意識やプロジェクト活動のアイデアを引き出すことができた。

##### 4 - 11 - 2 参加者分析

参加者分析については、県保健支局を対象に、その母子保健サービス提供の現場での弱点を中心に、ブレインストーミング的にワークショップ参加者の問題点の抽出を行った。その際、ファシリテーターからは特に論理性にこだわらず、感情的表現をするようにとの助言があった。その内容は以下のとおり。

- ・ 妊婦への接し方を人間的にする必要がある。
- ・ 産前の健診は割とよく受けるけれど出産には余り来てくれない。
- ・ 産婦の死亡率が高いのはモロッコの恥なので、すべての課題に取り組むべき。
- ・ 施設はあるが、十分に活用されていない。
- ・ フォローと評価に保健従事者がかわからない。
- ・ 出産料金の値上げで来なくなった。
- ・ 助産師協会をフェズで作った。助産婦が自分たちの仕事の能力の限界がわからないという不安を持っている(どの時点でレファラルをするか)。
- ・ 産室付き保健医療センターのレベルでは、みんな研修を受けたいと思っている。

- ・地方の遠隔地では担架で運ばなくてははいけなくなるまで産院に来ない。妊婦は健診の必要は知っているが、遠くて来られない。
- ・村落共同体への情報提供・教育が必要。
- ・出産後24時間までは新生児死亡だけれど、それを越えると情報収集するシステムがない。
- ・疑問・問題を解消するのに情報ソース・相談先がわからない。

#### 4 - 11 - 3 問題分析・目的分析

##### (1) 中心問題の設定

問題分析については、各問題が複雑に絡み合っていたため、中心問題の設定になかなか至らなかった（この段階でカードとしてランダムに張り出されたもののある程度まとめた問題を付属資料5の表4 - 1に記載）。

ファシリテーターが中心問題を「妊産婦保健サービスの提供ができていない」と設定したが、日本側が介入し、「地方村落部の妊産婦が適切な保健医療サービスを受けていない」と「地方村落部の妊産婦の健康状態が脆弱である」の2つを候補に加えた。ここでワークショップ参加者と中心問題の設定を再検討し、「地方村落部の妊産婦が適切な保健医療サービスを受けていない」を中心問題とした。「地方村落部の妊産婦が適切な保健医療サービスを受けていない」と「地方村落部の妊産婦の健康状態は脆弱である」は、サービスを提供する側、される側の双方の問題も含み、「妊産婦保健サービスの提供ができていない」は、サービスを受ける側の問題が含まれないという点について参加者の理解を得た。

また、その時点のワークショップの進捗とカードの内容から、設定した中心問題がどのような状態か具体的なイメージができなかったため、便宜的に説明カードとして次の4つを設けることとし（図4 - 3参照）問題分析を深めるための起点とした。

「（地方村落部の）妊産婦が産前産後のコンサルテーションを受けていない」

「（地方村落部の妊産婦の）施設分娩が少ない」

「（地方村落部の妊産婦のハイリスク出産の際の）レファラル（移送）が適切に行われていない」

「（地方村落部の妊産婦への）サービスの提供が適切でない」（コミュニケーション不足からIECに関するものに絞り込まれてしまったが、移動サービスにかかわる問題もある程度出されており、県の保健支局での聞き取り調査等で問題把握を補うことができた）

---

\* : PCMの問題分析で使用している樹状の階層構造分析は、問題の要素それぞれが相互に影響しあうようなネスティング（鳥の巣状）構造が顕著な場合には、直接的適用が難しいため。

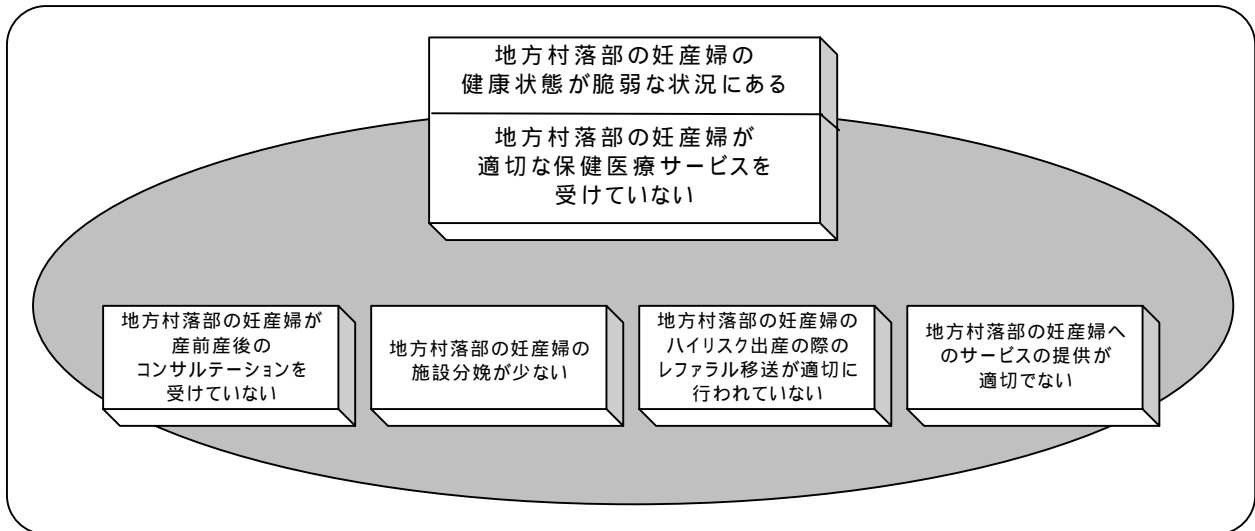


図 4 - 3 問題分析 中心問題とその具体的内容

## (2) グループワークによる問題分析と目的分析

中心問題を設定する際に定めた 4 つの具体的内容を示すカードを 3 つのグループに割り振り、問題分析を行った後、グループ発表と質疑応答により、問題分析の内容を確定した。

それぞれのグループの問題分析では、4 - 2 の「図 4 - 1 プロジェクト概念図」にあるように、他の問題に影響を及ぼす（IEC活動の成果にあたる妊産婦の保健知識の欠如が、施設分娩や産前産後健診の少なさにつながる等）部分や重複する部分（現場に従事する職員の問題や内部調整に係るものが各所に見られる等）が現れており、この分野の問題の相互依存関係と複雑さが反映されている。

問題分析に関しては、おおむね問題分析を踏まえたものとなっており、特筆すべき点はない。

### 4 - 11 - 4 プロジェクトの選択と略式PDMの作成

プロジェクトの選択に関しては、問題分析を変則的に実施せざるを得なかったこともあり、4 - 2 の「図 4 - 1 プロジェクト概念図」に類似した図を示し、ワークショップ参加者の理解を得た。

この時点までの参加者は、各自の作業の意味が理解できず戸惑う部分もあったが、作業の展開を理解し、作業への集中度が高まったように見受けられた。

ファシリテーターの判断もあり、PDM作成作業はグループワークを継続したこと、また投入に関しては白紙の状態で見込み利用可能なリソースの枠組みが明確でなかったこともあり、ワークショップで作成したPDMは仮作業の域を出なかったが、参加者の取り組み姿勢・考え方がおおむね反映されたものが作成され、グループ発表と保健省側の総括が行われた。

最後に調査団側から、ワークショップの結果を協力の枠組みの範囲でできるだけ取り込むよう説明し、ワークショップを終えた。

#### 4 - 11 - 5 留意事項

##### (1) プロジェクト計画のためのファシリテーション

今回は、相手側にファシリテーションを任せ、軌道修正を適宜行ったが、ワークショップの流れの見極めが難しく、時間的に多少のロスが生じたように思われる。これも相手側の経験になるので、単に無駄になったわけではないが、限られた時間を有効利用するため、日本側がファシリテーターとなって、ある程度ワークショップの流れを作った後、相手側に任せる形が適切と思われる。特に、プロジェクト計画のためのワークショップの場合、中心問題の設定には一番注意を払う部分のため、経験のあるファシリテーターがワークショップを運営することが重要である。

##### (2) 母子保健分野でのプロジェクト計画のための配慮

4 - 2 で述べたように、母子保健を含むベーシック・ヒューマン・ニーズ (BHN) にかかわる問題は、問題の要素間の因果関係が複雑で、それをPCMの問題分析で使用している樹状階層構造の関係に落とし込むには工夫が必要である。今回の場合は、中心問題の具体的説明をそれぞれカードに立て、より深い問題分析に進めるようにしたが、状況によって様々な工夫が可能と思われる。

また、問題の要素間の入り組んだ (ネスティング構造が顕著な) 関係をPCMの樹状階層構造に落とすことの意義 (問題の解決手順をわかりやすくする) と意味 (樹状階層構造の中に同じ問題要素が複数違う場所に出現する) について、参加者の理解を得る必要がある (今回の場合には、図を用いた説明により一応の理解を得ている)。

##### (3) 利用可能資源の提示

このほか、プロジェクトの計画にあたっては、投入 (利用可能な資源) の枠組みがはっきりしていた方が、より現実的に計画を策定できるので、少なくともどの程度までの資源が利用可能かを提示することが望ましい。

## 第5章 事前評価

### 5-1 妥当性

本プロジェクトは以下の理由から妥当である。

本プロジェクトは、「モ」国の優先課題である妊産婦死亡の低減に貢献するプロジェクトであり、「モ」国政府の地方村落部と都市部の格差是正及び、母子保健の改善という政策に合致し、地方村落部の妊産婦ケア充実というニーズに応える協力である。JICAの国別援助計画の「地方村落の開発」に合致し、日本の母子保健分野の経験を活用できる協力であることから、本案件は妥当であると判断される。

#### 5-1-1 「モ」国政府の政策から見た妥当性

第3章で述べたように、地方村落部と都市部の格差是正という「モ」国の政策の中で、以下の2点が本プロジェクトにかかわる重点課題として位置付けられている。

- ・地方村落部の母子保健サービスの充実
- ・人材育成・組織力強化

特に村落部における妊産婦ケアは母子保健の中でも優先課題であるとともに、「モ」国保健政策の活動計画において「リスクなき出産」プログラム及び保健サービスカバー率の強化（医療機関における医療サービス提供、保健活動の強化）は改善すべき事項として位置付けられている。

保健サービスの質的向上を目的とした人材育成において「卒後教育のシステム化」が国家戦略化（1999年）され、保健政策において「継続教育の開発と改善、制度化」が計画されている。しかし一貫した体制、管理能力、継続性等の問題から、計画的な継続教育を実施するには至っていない。以上のような理由から、優先課題である妊産婦ケアに特化した継続教育制度の強化に関する活動は「モ」国のニーズを反映しており妥当と判断される。

後者の問題解決を通し前者の強化を図る本プロジェクトのアプローチは、保健省の目指す方向性と合致しており、保健省の高いコミットメントも認められる。

#### 5-1-2 プロジェクトアプローチの妥当性

地方村落部の女性の保健サービスへのアクセスは、物理的及び社会・経済的な障害が存在し影響していることがPCMワークショップでも明らかとなった。これらの問題の改善に向け、妊産婦本人はもとより家族や地域のコミュニティへも働きかけるアプローチ（IEC活動や巡回診療の強化）は、現地のニーズに対応しており妥当である。

第2章で述べたように保健医療サービスの地域間格差については、都市部と地方村落部だけでなく州の間での格差も問題とされている。

さらに人材育成（特に養成学校卒業後）に関しても現場レベルでのニーズ把握と改善が必要かつ重要である。したがって、本案件のアプローチの方法としてパイロット県を選定し、県レベルの保健支局を対象に現場での有効性を確認しながら制度を確立し、その成果をプロジェクト対象州に普及・拡大させるアプローチは妥当である。



### 5 - 1 - 3 パイロット県選定の妥当性

本プロジェクトは活動の展開方法として、活動のモデルを確立することを目指し、2県のパイロット県を設定し、プロジェクト活動を重点的に行う。本プロジェクトは村落部地域の妊産婦ケア向上を目的とするため、パイロット県は、全人口に占める村落部人口がある程度の割合（過半数以上）を占めることが必要である。他方、プロジェクト活動は大都市に偏る「モ」国側人材を、積極的に活用する試みを行うため、首都及び州都からパイロット県へのアクセスも、多少考慮する必要がある。

選定した2県は、村落部人口数が、セフロ県で約5割、イフラン県でも約5割と全人口に対し半数を占め、アクセスも問題がないことから、パイロット県として適当である。

第2章で触れたように1次病院の存在や医師の配置で突出している大カサブランカ州とラバト・サレ・ゼンムール・ゼール州と、それ以外の州という構図が存在する。プロジェクトの対象州であるフェズ・ブルマン州、メクネス・タフィラレット州、グルミン・エスマラ州は「モ」国の平均的な州であり、本件の対象とすることは適当である。

また、パイロット県を擁するフェズ・ブルマン州とメクネス・タフィラレット州は、州レベルの病院が配置され、フェズ・ブルマン州には大学病院が新設されるなど、地域的枠組みの中での中核的存在となっており、パイロット県でのモデルシステム形成に適切な条件がそろっている。

「モ」国の国別援助計画では、「基礎医療サービスの普及」が、重点課題の開発が遅れている地域に対する支援、の一部として位置付けられている。

この計画に沿いJICAは、フェズ・ブルマン州、メクネス・タフィラレット州、グルミン・エスマラ州の3州へ、2002～2003年度の無償資金協力「地方妊産婦ケア改善計画」、また2002年から3年間、無償資金協力の対象州の保健支局、病院に勤務する母子保健担当者（医師及び助産師）を対象に国別研修「地方村落妊産婦ケア改善」を実施した。本プロジェクトは、これらの施設・設備機材・人材を有機的に有効活用しようとするもので、これまでの援助計画とも整合性がある。

### 5 - 1 - 4 日本の援助政策との妥当性

本プロジェクトは地方村落部の保健センターレベルを中心とした強化に貢献するアプローチであり、JICA国別事業実施計画において取り上げられた4つの最重点課題のうち、「1）地方開発支援 地方基礎医療協力プログラム」に位置付けられる。

また、妊産婦ケアを含む母子保健分野の協力は、戦後の日本の経験や、アジア諸国等への国際協力の経験を活用できる分野であり、日本が協力する妥当性は高いといえる。

## 5 - 2 有効性

本プロジェクトは以下の理由から有効性が見込まれる。

プロジェクトは、ターゲットグループを、妊産婦に保健サービスを提供する医療機関とマネージメントを行う県保健支局スタッフとし、プロジェクト目標も事業事前評価表

の3「協力の必要性・位置付け」で述べたとおり最優先課題の解決を目指すものであり、明確かつ現実的な目標設定である。

プロジェクトの活動は、成果達成に向け、サービス提供者（看護師、助産師）の資質の向上とともに、IEC活動や巡回診療の強化によって、妊産婦に直接サービスを提供する働きかけを行う。これら直接、間接的なサービス提供能力の向上とともに、県保健支局のマネジメント能力向上によりサービス提供体制の継続が期待され、これらの成果の達成がプロジェクト目標達成に貢献すると見込まれる。

また、上位目標達成に向けて、パイロット県において得られた成果をプロジェクト対象の3州に拡大するための本邦研修や国内研修等の実施も計画されており、本省との連携によって、成果をプロジェクト対象州全体に普及・拡大させることが十分に期待される。

#### 5 - 2 - 1 有効性のあるプロジェクト設計

第4章で述べているように、プロジェクトのターゲットグループは、地方村落部に母子保健サービスを提供する県の保健支局であり、プロジェクトの達成目標もプロジェクト目標の指標に示されているように明確である。

各アウトプットも現実的で実現が可能と見込まれ、以下の理由からプロジェクト目標の達成に確実に貢献することが見込まれる。

PCMワークショップでも明らかになったように、現場に勤務するスタッフの技術や能力を向上させる場として「継続的な研修」のニーズは高く、特に村落部の保健センターに配属される看護師、助産師は新卒者が多いため、体系的な研修プログラムの確立は、スタッフの能力向上に直接貢献し、地方村落部の妊産婦への保健サービス提供の改善につながると見込まれる。

これに加え、今までの援助機関の協力で課題となっている、協力終了後の研修等の継続性に配慮したプロジェクト活動を行い、継続教育を制度化し、継続的なサービス提供の改善を保健支局レベルで支援することは、「モ」国側の自助努力を促すことに有効である。

#### 5 - 2 - 2 パイロットプロジェクトとしてシステムの普及への配慮

上位目標達成への道程をにらみ、パイロット事業の成果の達成だけでなく、プロジェクト州の他の県にも普及させていくための活動も、プロジェクト活動の要素の1つとなっている。具体的には継続教育活動は、パイロット県だけでなく対象州の他の県の医療従事者も対象とする、パイロット県のプロジェクト活動で得られた各成果を普及する国内セミナー等計画する等、プロジェクト対象州全体に裨益する活動を含んでいる。

#### 5 - 2 - 3 本省との連携への配慮

プロジェクトの展開を有効に進めるには保健省との連携が必要となる。この点は派遣中の保健省アドバイザー専門家との連携によって、保健医療分野のプログラムアプローチを踏まえた保健省との調整、助言が可能である。

#### 5 - 2 - 4 外部条件への配慮

外部条件としては、「モ」国政府の母子保健に関する政策の変化、研修を受けたスタッフの定着、地域社会と家族のIECプログラム受入れがあげられているが、いずれについてもそれぞれ「相手政府の本案件に対する熱意」「日本での集団研修を受けた県保健支局職員の勤務状況」「保健省と地域住民との関係」からみて、現時点では満たされる可能性が強いが、プロジェクトの実施にあたってはそれぞれ十分に配慮・観察を行う必要がある。

### 5 - 3 効率性

本プロジェクトは以下の理由から効率性が見込まれる。

これまでに実施した日本の無償資金援助と国別集団研修の成果と「モ」国側の人材を活用すること、人材育成制度（継続教育）の標準化及び成果の普及・拡大については保健省との連携が必要であるが、派遣中の保健省アドバイザー・専門家との連携により保健省との連携が可能となり、効率性の高い活動が見込まれる。

#### 5 - 3 - 1 すでに実施した日本の援助の成果品の活用

5 - 1 - 4で述べたように、フェズ・ブルマン州、メクネス・タフィラレット州、グルミン・エスマラ州の3州に対する無償資金協力と国別研修の実績を踏まえ、施設・機材・人材を有機的に活用し、相乗的な援助効果を高めることが期待される。

#### 5 - 3 - 2 「モ」国側が提供する資源の有効活用

中央レベルの「モ」国側の人材の資質は高いものの、現状では都市部の高度医療への関心が高く、村落地域へこれらの人材を活用させるに至っていない。本プロジェクトでは、保健省の地域間格差是正の方針に沿い、村落部における人材育成制度を整備することを通じ、都市部の人材の有効活用を促すことを目指している。地方村落部の現場にもこれらの人材を活用し、妊産婦に対する標準化された質の高い保健医療サービスの提供と、「モ」国側のマネージメント能力向上が期待される。このように「モ」国側の人材を活用することにより、日本側の投入を最小限にすることが可能であり、効率的な協力が見込まれる。

### 5 - 4 インパクト

本プロジェクトのインパクトは以下のように予測される。

本プロジェクトは日本側プロジェクトチームとカウンターパート機関及び保健省が連携し活動することにより、上位目標の発現が十分に見込まれるほか、成果として確立したシステムが保健省の類似のサービス提供システムにプラスの影響を与えることが見込まれる。

#### 5 - 4 - 1 上位目標

保健省の妊産婦死亡率低減に向けての意欲が高いことが本調査で確認できたこと、国別研修（「地方保健行政」及び「地方村落妊産婦ケア」）により育成された保健省及

び保健支局スタッフが活用可能であること、プロジェクト対象州で無償資金協力により施設設備や機材が十分に整備されていること、それらの状況から、プロジェクト終了後5年以内に上位目標が達成されることが見込まれる。

上位目標である「パイロット県を擁する州の地方村落部の出産可能年齢の女性の健康状態が改善されている」は、保健省のこの問題に対する取り組み姿勢、各州の職員・幹部の資質、施設・設備機材の整備状況やこれまでの業務実施の実績から見て、本案件がパイロット事業としてその効果を発揮することにより、州内各県にそのシステムが普及することが十分に見込まれ、その結果もう一つの上位目標「パイロット県を擁する州の地方村落部の出産可能年齢の女性の健康状態が改善されている」も5年以内に実現することが見込まれる。

リスクに関しては、プロジェクト目標達成のための外部条件が同様に該当するが、現状では特に問題はなく、将来的に評価する際には、配慮が必要となるにとどまると見込まれる。

#### 5 - 4 - 2 その他のインパクト

本プロジェクトで形成された継続教育体制や保健サービス提供体制は、他の保健医療セクターの人材育成や保健サービス提供にプラスのインパクトを与えることが予測され、保健医療セクター全体の都市地方村落間の地域間格差是正に貢献することも期待される。

負のインパクトとして大きなものは想定されないが、特にパイロット県を擁する州の中でのパイロット県とそうでない県との不公平感が生じ、職員等の志気に悪影響を与える可能性が存する。

### 5 - 5 自立発展性

本プロジェクトによる効果は、以下の理由から相手国政府によりプロジェクト終了後も継続されるものと見込まれる。

#### 5 - 5 - 1 「モ」国側人材の積極的活用と参加型のアプローチ

本案件では、「モ」国側の人材を積極的に活用するだけでなく、「モ」国側が主体的にプロジェクトの活動を計画・実施していくアプローチをとり、オーナーシップ（主体性）を促していくことが成功の鍵であり、自立発展性の重要な要素である。また、地方分権制度の推進による州・県レベルへの権限委譲に伴い、プロジェクトによって育成された人材の配置を含め、医療機関への適切な人員の確保と配置が、県保健支局により計画的、戦略的に実施されることが期待される。

#### 5 - 5 - 2 既存資源の有効活用化

本プロジェクトでは、保健省の既存の継続教育研修や施設・設備・機材等の有効活用を図ることに重点を置いている。また、プロジェクト終了後も活動が継続されるよう、保健行政の運営能力向上にも積極的に取り組む予定である。

また、「モ」国側人材を積極的に活用し、主体的な活動を促し、プロジェクトの中

心にするもので、「モ」国側の高いオーナーシップ（主体性）が期待される。施設・資機材や研修・IECなども既存のものを活用していくことがその目的であり、プロジェクトによる特別な投入が主となるものではないため、その効果は相手国政府によりプロジェクト終了後も継続されるものと見込まれる。

## 5 - 6 結 論

本案件は「モ」国政府の政策、及び日本の援助政策に合致しており、日本の経験及び過去の母子保健分野の協力の経験を活用できる案件である。

地方村落部の妊産婦ケア改善というニーズに応えるため、エントリーポイントである助産師、看護師によるケアの質に関して、中央に集中している「モ」国側のリソースを地方へ還元し、効率的なケアの改善を図ることと、最小限の日本側の投入で成果を上げるべく、モデル的にパイロット県を設定している。

プロジェクトの成果（アウトプット）を成し遂げることにより、その目標が達成されることが見込まれ、プロジェクト目標の達成が上位目標の達成につながることも十分見込まれる。これまでに実施した日本の無償資金援助と国別集団研修の成果と、「モ」国側の資質の高い人材等を活用するため、高い効率性を見込むことができ、大きなネガティブインパクトは推測されない。

自立発展性についても、「モ」国側人材の主体的活動をプロジェクトの中心とし、「モ」国側の高いオーナーシップ（主体性）の下にプロジェクトが実施され、既存の施設・資機材や研修・IECなどを活用し、特別な投入に依存するものではないため、その効果は普遍的で、相手国政府によりプロジェクト終了後も継続されるものと見込まれる。また、プロジェクトは、現場の医療従事者の継続教育の管理運営を担っている県保健支局をベースに活動を展開し、現場のニーズに即した継続性かつ実用的な継続教育制度のモデルを確立することを目指しており、「モ」国の自立発展性を意識したプロジェクト・デザインであることから、本案件の実施は妥当と判断される。

## 第6章 総括・母子保健団員所感

日本赤十字九州国際看護大学 喜多悦子(総括)、小林益江(母性・助産学)

平成16年7月18日から25日の間、事前評価調査に参加しましたので、所感を以下に記します。

### (1) 背景

モロッコ王国(以下、「モロッコ」と記す)は、1980年代の経済危機を乗り切った後、比較的順調に発展を遂げてきた。世紀が変わっても、第6次「経済・社会開発計画(2000~2004)」による政治的、経済的、社会的改善を推進し、都市部は順調に発展しているといえる。モロッコは、アラブ圏ながら、これまで政治的には比較的中立、親西欧穏健派イスラム国であり、上記開発の過程では、国連やEUその他の西欧系の援助も行われてきたが、地域的には偏りがあった。そのため、人口過疎な地方部の開発はなおざりにされ、都市部の発展に伴い、地方は取り残され、格差はむしろ拡大した。

同国は、中東地区のみならず、世界的にも大きな地域格差(Gini係数0.39)を持つが、2000年開始の第6次国家開発計画では、保健医療分野での地方格差解消が取り上げられ、リプロダクティブ・ヘルス及び母子保健事業の強化、感染症予防とともに、都市部、農村部の公共保健医療施設の設置を目指した。モロッコ保健省は、2次にわたる保健開発計画で、地方保健医療施設の新設・増改築、巡回診療車配置による「リスクなき分娩」計画の実践を通じて、地方保健サービスの向上を目指している。しかしながら、広大な砂漠地域や狭隘峻険な山間部の、比較的人口密度の粗な地域は人的財政的資源の不足と国際機関や外国ドナーの関心のないまま、対応が遅れていた。

我が国は、このような状況下の同国に対し、平成13(2001)年、「モロッコ王国地方村落部妊産婦ケア改善」のための無償資金協力を行い、これまで国際機関や外部ドナーがほとんど関心を示していない比較的人口密度の低い村落部における女性の健康、特に妊産婦ケアの質的量的改善を支援してきた。同無償資金協力の2期にわかれた工事も完了し、一部を除き、新改築施設は稼働、適正に活用され得ない供与機材の再配置や部屋の利用変更なども検討されている(人口局長・メクネス、セフロ支局長談、和田専門家報告参照)。

この無償資金協力の過程において提案された、モロッコ地方村落部の母性保健の一線で働く専門家の我が国での研修は、平成14(2002)年度から日本赤十字九州国際看護大学において開始され、3年計画で、毎年、6名が参加している。対象は、無償資金協力の行われた地域の、原則として40歳以上程度の、指導的立場にある第一線母性保健従事者で、地方と中央の連携を鑑み、毎年、保健省から1名が参加している。平成16年7月現在、帰国後の研修生は、教育担当にまわった1名を除き、全員、帰国後も従来の業務についており、その活動内容と範囲は相当強化拡大されているだけでな

く、保健省を含むネットワークを形成し、地域での人材育成の中心として活躍している（面接）。

その間、平成15（2003）年度には、技術的指導のため、日本の保健制度、母性、地域保健の伝達を含むワークショップ（メクネス、フェズ、保健省）も企画され、無償資金協力によるハードに加えて、ソフト面での協力も行われてきたが、このたび、これらすべての投入の統合ともいえる現地でのプロジェクトが要請された。

## （2）計画の骨子と総括

本計画は、モロッコの、今まで関与のあった地方を対象とするプロジェクトで、これまでの無償資金協力や我が国での研修を集大成し、モロッコの地域母性保健体制を機能的制度的に整備するものといえる。

平成13（2001）年の無償資金協力開始以後、モロッコの地域保健整備は進行しているが、なお、保健省が目指す（近代的）施設分娩の普及率は限られており（セフロ局長談）、更なる改善の必要性が認識されている。すなわち、モロッコの国家統計は途上国を脱しているものの、本計画が対象とする地域村落部が含まれていないだけでなく、その実態すら把握されていない推計である（各種統計、人口局長談）。今回訪問したUNICEFやGTZIは、国の統計や独自の調査から、都市部と地域村落部の差はおおよそ4倍とみなしている（入手資料）。

保健省では、今月27、28日のワークショップ開催を皮切りに、本年中に計画作成し、2008年末までに終了予定の全国的な人口登録・調査制度企画を予定しているが、本プロジェクトが一定地域の母性に関する登録体制のモデル作成の一環をなすことができれば、国家の母性保健改善に益するところは大きい。

モロッコでは、日本的に言えば「詰めの甘さ」があり、緻密さや、また、標準化、制度継続性には不備があるが、機会があれば能力を発揮できる人材も多く、また、かなりの物資調達能力や企画力もある。また、今までの無償資金協力や国別研修計画時には、保健医療面における管理運営面の協力を求めており、本プロジェクトでも、新たな大規模ハード支援ではなく、地方村落部の母性保健改善における管理的能力を備えた人材育成的関与を求めている。

プロジェクトの拠点候補地については、以下のとおりである。

	利点	不利点
フェズ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人口が多く、直接の裨益性は大きい。</li> <li>・最近、大学病院に指定された中核医療施設があり、利用できる。宿泊施設や交通の便がよい。</li> <li>・協力体制はあるが、示唆されている施設利用可能時期が不明。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・都市型で、地方村落部を対象とするプロジェクトの主旨に反する。</li> <li>・地域保健より、医療技術移転型に偏る危険性がある。</li> <li>・他の保健関連活動も多く、プロジェクトの存在が見えにくい。プロジェクト拠点を保健省支局内に置けない。</li> </ul>
セフロ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・比率では50%強であるが、農村部人口実数は大きく、プロジェクトの主旨にかなう。</li> <li>・地域密着型の活動が可能になる。</li> <li>・プロジェクト拠点を支局におけるため、地域の情報を常時共有できる。</li> <li>・保健省支局母子保健担当責任者が帰国研修員で、プロジェクトの主旨を理解している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・すべての研修を当地で開催するならば、拠点として限界をもつが、対象各地で研修を開催するならば、障害とならない。</li> <li>・専門家の生活環境に、多少、不便があるが、フェズ、ラバトへの交流で補える。</li> </ul>

上記理由により、本技術協力の拠点はセフロが好ましいと考える。

以上より、本プロジェクトは、セフロを拠点に、対象地区を網羅する研修活動を主体に、できる限り、既存の体制、無償資金で供与されたものを含む既存の設備、資機材、我が国で研修した人材を活用し、継続的機能的管理体制の整備を目指すことが好ましい。

長期専門家の資質は、(3)に記載しているが、保健省支局内に拠点を置き、各地の研修修了生を稼動し、また、同様の活動をもつ国連機関（UNICEF、UNFPA）、政府援助機関（GTZ、USAID）、また、国際的及び現地NGOとの連携を考えれば、管理的調整が主体となるであろう。

### (3) 計画の母性保健面での留意点

モロッコの基本方針は、施設分娩の増加によって妊産婦死亡を減少させることに主眼が置かれている。しかし、地形や自然環境、文化的背景、経済状況などから、なお、地方村落部での施設分娩は限られており、本技術協力プロジェクトが要請された。

本事前調査では、技術的範囲についての詳細な議論はなされなかったが、少なくとも、リスクのある妊婦をスクリーニングし、リスクを軽減し、かつ危険のある分娩は、必ず、施設で行う体制を確立するための技術協力とする必要がある。すなわち、これまで無償資金協力や国別研修生の勤務する地方村落部を対象とし、パイロット的ではあるが、モロッコが進める「リスクなき分娩」をさらに強化するもので、かつ、継続性



のある人材教育機能を求められている。

あくまでパイロット的ではあるが、住民に最も近い施設での分娩に従事する人材（助産師及び助産業務に関与する保健医療者）の再教育として、専門知識や基礎技術を評価し、適切な継続教育プログラムを形成するほか、リスク分娩予防のために、あらゆる地域保健医療者の母性に関する再教育プログラムの検討、さらには分娩前後の女性の生活環境評価と地域や家族への働きかけ（母親教育、父親教育、爺婆教育）など、保健医療サービス提供側のみならず、全国的な地域社会と住民の母性保健に関する意識改革、母性保健体制の標準化に寄与するためのものとする必要がある。特に、母性保健教育の適切な手法の開発、向上のための参加型教育の強化を図ることは、きわめて有効と考える。

日本側から投入する2名の長期専門家に関して、母性行政を経験した助産師がリクルートできれば理想的だが、フランス語の必要性や途上国性を残している多岐に渡るプロジェクトサイトの調整業務も重要であり、最低限、途上国勤務を経験した助産師と、母性保健に関する継続教育経験者の組み合わせが好ましい。

なお、本技術協力で必要とされる医療技術に関しては、モロッコ側の適正な人を活用すればよく、日本側の短期専門家も、あくまで、地域の母性保健体制整備のための人材を投入すべきと考える。

無償資金協力時にもあったTBA\*もしくはそれに代わる地域母性保健を担う人材養成に関して、その存在と必要性を否定はしないが、直接の関与は、本技術協力の範疇にあるとは考えない。モロッコ側の自主的な対応を、必要に応じて支援すればよい。

#### (4) 将来への展望と問題

本技術協力は、あくまで、モロッコに不足している広域、長期的地域母性保健体制整備の支援である。

対象とする村落部では、保健医療サービスの不備だけでなく、自然環境(冬季の孤立、洪水などによる交通遮断)、物理的(通信、交通手段の有無)、経済的(タクシーや救急車の支払い、医療資材購入は患者実費)、また、文化的(夫、義父母の許可がないなどで受診できない)、地域住民の保健衛生知識の欠如など、安全な妊娠・分娩を妨げている要因はきわめて多様である。

対象地域では、適切な産前ケア体制の有無に関わらず、予防可能な妊娠合併症が放置されたり、厳しい地勢状況下の生活による子宮脱が少なからず発生したり、周産期

---

\* : TBA (Traditional Birth Attendant : 伝統的産婆) は、PHC (Primary Health Care) の範囲内においては役割 (基本設計調査時のワークショップ、青年海外協力隊員報告) があるが、世界銀行の報告などでは、母性衛生の改善、特に妊産婦死亡低下への関与に限界があると指摘されている。また、保健省は、我が国への無償資金協力要請時、TBA によるお産の推進は考えていないとし、また、今回訪問した UNICE でも、TBA 訓練はあくまでリスク予兆を認めた際の迅速な妊産婦移送で、TBA によるお産を促進するものではないと明言している。また、地方の習慣や言葉の問題もあり、TBA への関与は、モロッコ側カウンターパートや現地 NGO などにゆだねるべきと考える。

の母児の異常が気づかれても、上記のいずれかの理由から対応がなされず、結果として防ぎ得る母児の死亡や後遺症につながっている場合もあり（青年海外協力隊報告など）、本技術協力の目的は、これら防止し得る妊産婦やその新生児の死や後遺症を減少させることである。今までの無償資金協力、我が国での国別研修を通じて、既に、日本の関与が深まっているが、本技術協力計画は、地域母性保健体制の管理面の整備、個々人の活動の再統合であるが、本質的には、住民を含む保健医療者の「防ぎ得る妊産婦死亡を防ぐ」という意識改革であるといえる。

そのためには、短期専門家の派遣を前提に、いくつかのテーマに絞ったワークショップなどの学術的集会を半年程度の期間ごとに開催し、我が国で研修を受けた人々を含む、モロッコの地方村落第一線にある母性保健関係者の声を汲み上げ、中央の政策に反映させる姿勢が必要であろう。その際、プロジェクト開始後数カ月以内に、3年間で網羅すべき主題を一覧し、対象地域のいくつかの地方都市での開催を企画し、また、無償資金で改築された施設見学を含め、各支局が自主的に参画する機運を促したい。

住民への働きかけは、予防接種広報に関与している国王の妹のような、国民を引きつける人物による広報やスポットも考慮するとよい（人口局長によれば可能性はある由）。

本技術協力は、母性保健の管理的人材育成に焦点を当てたものであり、個々の技術面への関与は手薄になる危険性があるが、モロッコの地方村落部の治安は安定しており、シニア・ボランティアや青年海外協力隊の関与があれば好ましい。

最後に、平成13(2001)年の無償資金協力から、モロッコへの関与を許されている喜多の感想を述べる。

数年来の我が国のモロッコ支援は、国内格差の解消、特に地方の母性保健の向上、正確な全国的統計作成など、同国の積極的な地方の保健開発政策実践と平行しつつ、大きな支援となっている。同国の能力からは、あるいは我が国の関与がなくとも、その方向に進むことは否定しないが、無償資金以来、まさに絶妙のタイミングで新たな関与が始まり、同国の政策の実践を強固にしていると確信する。

その原因は、適切な時期の我が国の関与もあるが、終始交渉の窓口となっている人口局長を始め、保健省、同支局スタッフが、我が国の全国的に平等で、いつも同じ機能を保持している保健医療体制の優れた点を学びたいとの明確な姿勢を持ち、実際、わが国で研修を受けた関係者が、以後、一段と機能を高め、さらに連携を保っていることなど、それまでのフランス一辺倒から視点を転じた新たな日本 - モロッコ関係が確立したことであろう。

モロッコの地方村落部は、古来の住人であるベルベル文化圏であり、中央は後の移住者アラブ圏であり、富裕層はフランス文化であり、さらに王室を抱くイスラム国家である。これらの多様な文化を考えれば、「人間」を対象とする保健医療分野の協力では、特にモロッコ側のオーナーシップと責任において、目的を達成する姿勢が重要である。

一方、今後は、無償資金協力、国別研修、また、本技術協力プロジェクトの統合連携が必要となるが、本計画の前に、保健省アドバイザー（和田礼子氏）が派遣されていることはきわめて有用である。

なお、モロッコは、南南協力として、アフリカフランス語圏11カ国の妊産婦ケアのリーダーシップ計画を主宰しており、そのための広域研修の場や能力への関与、また、地方村落部の母性保健の改善後には、国内の新生児保健や産科救急、また、血液供給体制整備への支援を期待している様子であり、本技術協力は期間内に目的を達し、その成果の拡散はモロッコ側にゆだねるべきである。

国別研修は日本赤十字九州国際看護大学にゆだねられているが、同研修が成果を上げていることは、モロッコを訪問するたびに実感する。

同研修の実施には、モロッコでの適切な人選、JICA九州センターの支援とともに、大学の教職員と学生、大学の存在する宗像市と福岡県、及び同大学の属する日本赤十字学園及び在九州の日本赤十字関連機関である日本赤十字福岡県支部、日本赤十字福岡病院、同熊本病院、日本赤十字福岡血液センターなどの絶大な協力があることを記させて頂き、今後の保健医療者対象及び保健行政者対象の研修についても、一層の成果を期待して頂けるものとする。

## 第7章 実施協議

### 7-1 実施協議の概要

事前評価調査終了後に、事前評価調査時における協議結果に基づきR/D案(仏語版、英語版、7-3のとおり)が作成された。R/Dにおいては、プロジェクト実施にあたってのJICA側・「モ」国側それぞれの役割及び取られるべき措置、及びプロジェクトの運営に関する体制について明記された。JICA側・モロッコ側双方の合意の後、2004年11月3日に、「モ」国保健省においてJICA「モ」国事務所辻岡政男所長とモロッコ保健省次官Dr.HAMADI Fouadとの間で署名・交換が行われた。出席者は、以下のとおり。

### 7-2 実施協議出席者

#### (1) 「モ」国側

保健省人口局

Dr. Mostafa TYANE局長

保健省協力部

M. Ahmed AIT MALEK部長

保健省人口局母子保健課

Dr. Fatima TSOULI

#### (2) 日本側

在モロッコ日本大使館

八角 幸雄一等書記官

JICAモロッコ事務所

中川 直人企画調査員

JICA長期専門家(保健省アドバイザー) 和田 礼子専門家

### 7-3 R/D(仏語及び英語版)

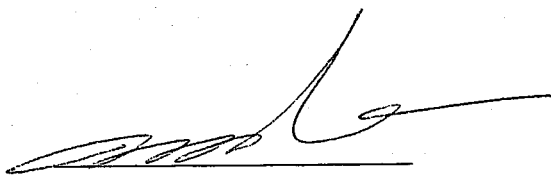
添付のとおり。

PROCES-VERBAL DES DISCUSSIONS  
ENTRE L'AGENCE JAPONAISE DE COOPERATION INTERNATIONALE (JICA)  
AU ROYAUME DU MAROC  
ET  
LE MINISTERE DE LA SANTE DU ROYAUME DU MAROC  
SUR  
LE PROJET DE COOPERATION TECHNIQUE  
POUR L'AMELIORATION DES SOINS DE SANTE MATERNELLE  
EN MILIEU RURAL

L'Agence Japonaise de Coopération Internationale (ci-après dénommée « JICA »), représentée par son Représentant Résident au Royaume du Maroc a eu une série de discussions avec le Ministère de la Santé du Royaume du Maroc, représenté par le Secrétaire Général, sur les mesures devant être prises par la JICA et le Gouvernement du Royaume du Maroc pour la mise en place du Projet de Coopération Technique pour l'Amélioration des Soins de Santé Maternelle en Milieu Rural au Royaume du Maroc (désigné ci-après par le « Projet »).

A l'issue de ces discussions, la JICA et les autorités marocaines concernées ont accepté de recommander à leurs gouvernements respectifs les éléments consignés dans le document, ci-joint, en vue d'une mise en place réussie du Projet.

Fait à Rabat, le 3 Novembre 2004



M. Masao TSUJIOKA

Représentant Résident  
de l'Agence Japonaise de Coopération  
Internationale (JICA) au Royaume du Maroc

Dr. FOUAD HAMADI

Secrétaire Général  
du Ministère de la Santé  
Royaume du Maroc



## DOCUMENT JOINT

### I. COOPERATION ENTRE LA JICA ET LE GOUVERNEMENT DU ROYAUME DU MAROC

1. Le Gouvernement du Royaume du Maroc réalisera le Projet de Coopération Technique pour l'Amélioration des Soins de Santé Maternelle en Milieu Rural (ci-après dénommé le « Projet ») en coopération avec la JICA.
2. Le Projet sera exécuté conformément au programme de réalisation reproduit en ANNEXE I.

### II. MESURES DEVANT ETRE PRISES PAR LA JICA

Conformément aux lois et règlements en vigueur au Japon, la JICA prendra, à ses propres frais, les mesures suivantes selon les procédures normales prévues par le programme de coopération technique du Japon.

#### 1. ENVOI D'EXPERTS JAPONAIS

JICA fournira les services des experts japonais énumérés dans l'ANNEXE II.

#### 2. FOURNITURE DE MACHINES ET D'EQUIPEMENTS

JICA fournira les machines, les équipements et divers matériels (désignés ci-après par les « Equipements ») nécessaires à l'exécution du Projet et dont la liste figure en annexe III. Les Equipements deviendront la propriété des autorités marocaines responsables de l'exécution du Projet, dès leur livraison C.A.F. (Coût, Assurance, Frêt) aux autorités concernées du Gouvernement du Maroc aux ports et/ou aéroports de débarquement.

#### 3. FORMATION DU PERSONNEL MAROCAIN AU JAPON

La JICA recevra le personnel marocain associé au Projet pour une formation technique au Japon.

### III. MESURES DEVANT ETRE PRISES PAR LE GOUVERNEMENT DU ROYAUME DU MAROC

1. Le Gouvernement du Royaume du Maroc prendra les mesures nécessaires pour assurer au Projet un fonctionnement indépendant et continu, pendant et après la période de

coopération technique japonaise, et ce par la participation active et soutenue au Projet, de toutes les autorités concernées, groupes et institutions bénéficiaires.

2. Le Gouvernement du Royaume du Maroc veillera à ce que les connaissances techniques et le savoir-faire acquis par le personnel marocain à l'aide de la coopération technique contribuera au développement économique et social du Royaume du Maroc.
3. Le Gouvernement du Royaume du Maroc accordera des facilités, exemptions et avantages (mentionnés dans l'annexe IV), et accordera aux experts japonais, mentionnés dans le II-1 ci-dessus, ainsi qu'à leurs familles, les facilités, exemptions et avantages, non moins favorables que ceux accordés aux experts des pays tiers ou des organisations internationales effectuant des missions similaires.
4. Le Gouvernement du Royaume du Maroc s'assurera que les équipements définis dans le II-2 ci-dessus, seront utilisés de manière efficace pour la réalisation du Projet en concertation avec les experts japonais mentionnés dans l'ANNEXE II.
5. Le Gouvernement du Royaume du Maroc prendra les mesures nécessaires pour que l'expérience et le savoir-faire acquis par le personnel marocain lors de sa formation technique au Japon soient utilisés de manière efficace pour la réalisation du Projet.
6. Conformément aux lois et règlements en vigueur dans le Royaume du Maroc, le Gouvernement du Royaume du Maroc prendra les mesures nécessaires pour fournir à ses frais :
  - 1) Les services d'homologues nationaux et du personnel administratif marocains précisés dans l'ANNEXE V ;
  - 2) Les terrains, bâtiments et installations précisés dans l'ANNEXE VI ;
  - 3) La fourniture ou le remplacement de machines, équipements, instruments, véhicules, pièces de rechange et de tout autre matériel nécessaire à l'exécution du Projet, autre que les équipements fournis par la JICA dans le II-2 ci-dessus ;
7. Conformément aux lois et règlements en vigueur au Royaume du Maroc, le Gouvernement du Royaume du Maroc prendra les mesures nécessaires pour faire face à :
  - 1) La couverture des frais requis pour le transport à l'intérieur du Royaume du Maroc des équipements dont il est fait mention dans le II-2 ci-dessus, ainsi que pour leur installation, utilisation et maintenance ;

- 2.1 Clarifier la situation actuelle, la planification et les activités de gestion en matière de santé maternelle rurale
  - 2.2 Définir l'orientation pour l'amélioration de la planification et de la gestion des activités institutionnelles des services de santé
  - 2.3 Conduire des formations au Japon sur la politique d'administration de santé publique relative à la santé maternelle.
  - 2.4 Faciliter le renforcement des activités communautaires visant l'amélioration de la santé maternelle dans les zones rurales
  - 2.5 Contrôler les changements organisationnels des activités
  - 2.6 Pourvoir des conseils adéquats pour le renforcement des capacités institutionnelles des services de santé maternelle dans les zones rurales.
- 
- 3.1 Identification des besoins pour les soins maternels en milieu rural
  - 3.2 Planification et exécution par les centres de santé et les Services Mobiles d'un programme adéquat pour les femmes enceintes, la communauté locale et la famille en milieu rural
  - 3.3 Adoption des programmes d'IEC
  - 3.4 Evaluation des effets des programmes d'IEC et développement de ces programmes
  - 3.5 Organisation de séminaires sur les programmes d'IEC
- 
- 4.1 Identification des besoins des services de la clinique mobile pour des soins maternels adéquats
  - 4.2 Etablissement de soins de santé maternelle standardisés pour la clinique mobile
  - 4.3 Renforcement des équipes de la clinique mobile en vue de prodiguer les soins maternels adéquats et en incluant un système de suivi
  - 4.4 Réalisation d'activités en soins maternels standardisés par la clinique mobile
  - 4.5 Suivi des activités et leurs effets
  - 4.6 Développement du standard de la clinique mobile pour des soins maternels
  - 4.7 Réalisation de séminaires pour les services de la clinique mobile standardisée pour les soins maternels



- 2) L'exonération des droits de douane, de taxes intérieures et d'autres droits auxquels seraient soumis, au Royaume du Maroc, les équipements mentionnés au point II-2 ci-dessus ; et
- 3) La couverture des dépenses courantes nécessaires à l'exécution du Projet.

#### IV. GESTION DU PROJET

1. Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé du Royaume du Maroc, préside les réunions du Comité Mixte de Coordination.
2. Le Directeur de la Population, au Ministère de la Santé, en tant que Directeur du Projet, sera responsable de l'administration et de la réalisation du Projet.
3. Les experts japonais donneront les orientations et conseils techniques nécessaires à leurs homologues marocains quant aux questions techniques relatives à l'exécution du Projet.
4. Afin de mettre en place une coopération technique efficace et réussie pour le Projet, un Comité Mixte de Coordination sera créé et dont les fonctions et compositions sont précisées dans l'annexe VII.

#### V. EVALUATION CONJOINTE

L'évaluation du Projet sera effectuée conjointement par la JICA et les autorités concernées du Royaume du Maroc, au cours des six derniers mois du terme de la coopération, afin d'examiner le niveau d'exécution.

#### VI. RECLAMATION CONTRE LES EXPERTS JAPONAIS

Le Gouvernement du Royaume du Maroc s'engage à assumer les réclamations, qui le cas échéant, pourront être déposées contre les experts japonais, chargés de la mise en oeuvre du Projet, dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions au Royaume du Maroc, sauf dans le cas surgissant d'une mauvaise conduite ou d'une négligence grave de la part des experts japonais.

#### VII. CONSULTATION MUTUELLE

Une consultation mutuelle sera établie entre la JICA et le Royaume du Maroc concernant toute question relative au document annexé.

## VIII. MESURES POUR PROMOUVOIR LA COMPREHENSION ET LE SOUTIEN DU PROJET

Afin de promouvoir le support au Projet par le peuple du Royaume du Maroc, le Gouvernement du Royaume du Maroc prendra les mesures nécessaires pour faire connaître le Projet au peuple du Royaume du Maroc.

## IX. TERME DE COOPERATION

La durée du Projet, d'après le document attaché, est de 3 ans à compter du 15 novembre 2004.

ANNEXE I	PLAN DE REALISATION DU PROJET
ANNEXE II	LISTE DES EXPERTS JAPONAIS
ANNEXE III	LISTE DES MATERIELS ET DES EQUIPEMENTS
ANNEXE IV	FACILITES, EXEMPTIONS ET AVANTAGES POUR LES EXPERTS JAPONAIS
ANNEXE V	LISTE DES HOMOLOGUES MAROCAINS ET PERSONNEL ADMINISTRATIF
ANNEXE VI	LISTE DE TERRAIN, BATIMENTS ET INFRASTRUCTURES
ANNEXE VII	COMITE MIXTE DE COORDINATION
ANNEXE VIII	PROJECT DESIGN MATRIX (PDM) : CADRE LOGIQUE
ANNEXE IX	CALENDRIER PROVISOIRE DES ACTIVITES

## PLAN DE REALISATION DU PROJET

### 1. Objectif Global

- 1) Conditions des femmes en âge de procréer en milieu rural améliorées dans les 3 régions.
- 2) Stratégie et résultats du projet diffusés dans l'ensemble des 3 régions intéressées par le projet.

### 2. Objectif du projet

Services et soins de santé fournis aux femmes en âge de procréer du milieu rural dans les provinces pilotes.

### 3. Résultats du projet

- 1) Mise en place d'un système de Formation/Education Continue pour le personnel  
Amélioration des compétences, des connaissances et de la prise de conscience en matière de santé maternelle dans les provinces pilotes
- 2) Capacité de gestion des délégations en matière de santé maternelle en milieu rural renforcé.
- 3) Programmes adéquats utilisant l'Information, l'Education et la Communication concernant les soins maternels en milieu rural
- 4) Service Mobile Adéquat pour les soins Maternels en milieu rural suffisamment pratiqué dans les zones pilotes

### 4. Activités du projet

- 0.1 Préparer les locaux et organiser les équipes du projet
- 0.2 Elaborer le Plan du projet
- 0.3 Conduire l'étude de monitoring et d'évaluation
  
- 1.1 Etablir un comité pour le programme de formation (formulation et implantation)
- 1.2 Sélectionner les organisateurs dans les provinces pilotes
- 1.3 Identification des besoins en formation
- 1.4 Formuler les programmes de formation
- 1.5 Préparer les matériels de formation
- 1.6 Sélectionner les formateurs
- 1.7 Réaliser la formation des formateurs selon les besoins (incluant des stages au Japon)
- 1.8 Initier et valider les formations
- 1.9 Améliorer le programme en se basant sur une formation expérimentale
- 1.10 Formuler un système de formation durable
- 1.11 Exécuter un système de formation selon une base régulière incluant la formation de l'équipe des trois régions
- 1.12 Contrôler la mise en place de la formation et les changements de tâches opérés
- 1.13 Améliorer le système de formation
- 1.14 Conduire des séminaires pour le système de formation

## ANNEXE II

### LISTE DES EXPERTS JAPONAIS

1. Experts pour une longue durée : 2 personnes

- (1) Expert en Formation continue (pour Infirmier(ère)s et Sages-femmes)
- (2) Expert en Santé Maternelle

2. Experts pour une courte durée

Des experts pour une courte durée seront affectés chaque fois que le besoin s'impose dans les domaines suivants :

- (1) La gestion des soins de santé
- (2) La Santé publique
- (3) Le genre
- (4) Système de santé maternelle et infantile
- (5) Formation continue
- (6) Selon les besoins

g

(A)

ANNEXE III

**LISTE DES MATERIELS ET DES EQUIPEMENTS**

Les équipements, ci-après, nécessaires pour la réalisation du Projet, seront fournis par le Gouvernement du Japon dans les limites budgétaires.

1. Equipement pour les activités de formation
2. Autres équipements et matériels nécessaires pour la mise en œuvre du Projet.

## ANNEXE IV

### FACILITES, EXEMPTIONS ET AVANTAGES POUR LES EXPERTS JAPONAIS

1. Exemption de l'impôt sur le revenu ou de toute autre taxe portant sur les indemnités de logement versées à partir de l'étranger.
2. Exemption des droits d'import-export ainsi que des droits de douane et de toute autre taxe susceptibles d'être perçus pour les effets personnels, le mobilier (y compris véhicules) qui peuvent être amenés au Royaume du Maroc de l'étranger.
3. En cas d'accident ou d'urgence, le Gouvernement du Royaume du Maroc déploiera tous les moyens possibles pour solliciter toute assistance médicale ou autre nécessaire pour les experts japonais et leurs familles.
4. Le Gouvernement du Royaume du Maroc fournira des cartes professionnelles d'identification aux experts et à leurs familles en vue de faciliter la coopération avec d'autres institutions gouvernementales et nécessaires au bon déroulement de la mission des experts.

ANNEXE V

**LISTE DES HOMOLOGUES MAROCAINS ET PERSONNEL ADMINISTRATIF**

Pour une mise en œuvre réussie du Projet, les membres de la contrepartie marocaine seront affectés comme suit :

1. Directeur du Projet : Directeur de la Population, Ministère de la Santé
2. Le personnel de la contrepartie marocaine sera affecté selon le tableau ci-dessous.

	<b>Fonction</b>
<b>Partie Marocaine</b>	
Ministère de la Santé	Directeur de la Planification et des Ressources Financières
Ministère de la Santé	Membres du Secrétariat Général
FES-BOULMANE	Délégué du Ministère de la Santé à la Préfecture de FES et Coordonnateur de la Région FES-BOULMANE
MEKNES-TAFILALET	Délégué du Ministère de la Santé à la Préfecture de MEKNES et Coordonnateur de la Région MEKNES-TAFILALET
GUELMIM-ES-SMARA	Délégué du Ministère de la Santé à la Province de GUELMIM et Coordonnateur de la Région GUELMIM-ES-SMARA
SEFROU	Délégué du Ministère de la Santé à la Province de SEFROU
IFRANE	Délégué du Ministère de la Santé à la Province d' IFRANE
FES	Directeur de l' IFCS de FES
SEFROU	Directeur de l'Hopital MOHAMED V de SEFROU
IFRANE	Directeur de l'Hopital 20 AOÛT d'AZROU
SEFROU	Service de SMI au SIAAP de SEFROU
IFRANE	Animatrice de PSGA à la Province d' IFRANE

ANNEXE VI

**LISTE DE TERRAIN, BATIMENTS ET INFRASTRUCTURES**

1. Terrain, bâtiments et infrastructures nécessaires pour la mise en place du Projet.
2. Locaux pour bureaux et autres facilités pour les experts japonais.
3. Electricité et moyens de communication.

g

④



## ANNEXE VII

## COMITE MIXTE DE COORDINATION

## 1. Fonction

Le Comité Mixte de Coordination se réunira régulièrement au moins une fois par an et selon les besoins et se chargera de :

- (1) Approuver le plan annuel des opérations du Projet ;
- (2) Passer en revue les activités annuelles du Projet ;
- (3) Passer en revue et échanger les points de vue concernant les grands problèmes relatifs au bon déroulement du Projet en relation avec la coopération technique ;
- (4) Examiner le projet du budget et le personnel\* nécessaire pour la mise en œuvre du Projet ;
- (5) Autres points en relation avec la mise en œuvre du Projet.

## 2. Composition

	Fonction	Rôle
<b>Partie Marocaine</b>		
Ministère de la Santé	Secrétaire Général	Président
Ministère de la Santé	Directeur de la Population	Vice Président
Ministère de la Santé	Directeur de la Planification et des Ressources Financières	Membre
Ministère de la Santé	Membres du Secrétariat Général	Membre
FES-BOULMANE	Délégué du Ministère de la Santé à la Préfecture de FES et Coordonnateur de la Région FES-BOULMANE	Membre
MEKNES-TAFILALET	Délégué du Ministère de la Santé à la Préfecture de MEKNES et Coordonnateur de la Région MEKNES-TAFILALET	Membre
GUELMIM-ES-SMARA	Délégué du Ministère de la Santé à la Province de GUELMIM et Coordonnateur de la Région GUELMIM-ES-SMARA	Membre
SEFROU	Délégué du Ministère de la Santé à la Province de SEFROU	Membre
IFRANE	Délégué du Ministère de la Santé à la Province d'IFRANE	Membre
<b>Partie Japonaise</b>		
La JICA au Maroc	Représentant Résident de la JICA au Maroc	Membre
Ministère de la Santé	Consultante Technique au Ministère de la Santé	Membre
Experts	Experts pour une longue durée et Experts pour une courte durée	Membre

\* Personnel devant être envoyé par la JICA, en cas de besoin.

Observation : Des représentants de l'Ambassade du Japon pourront participer au Comité Mixte de Coordination en tant qu'observateurs.

ANNEX VIII

## Project Design Matrix (PDM): Cadre Logique

## Le Projet de Cooperation Technique pour l'Amélioration des Soins de Santé Maternelle en Milieu Rural

Durée du Projet: du 15.11.2004 au 14.11.2007

Groupe cible: Délégations Provinciales de la Santé de Sefrou et d'Ifrane

Ver : 1 (Préparé le 30. 9.2004)

NARRATIVE SUMMARY	INDICATEURS OBJECTIVEMENT OBSERVABLES	MOYENS DE VERIFICATION	ATTENTES
<u>Objectif global</u> 1. Conditions des femmes en âge de procréer en milieu rural améliorées dans les 3 régions (Milieu rural) 2. Stratégie et résultats du projet diffusés dans l'ensemble des 3 régions intéressées par le projet	1.1 Diminution de la mortalité maternelle lors de la grossesse et de l'accouchement 1.2 Diminution du nombre des prématurés 2.1 Toutes les provinces des 3 régions adoptent le système élaboré dans le cadre du projet	1.1 Statistiques de santé au niveau régional 1.2 Idem 2.1 Documents du Ministère de la Santé	
<u>Objectif du projet</u> Services et soins de santé fournis aux femmes en âge de procréer du milieu rural dans les provinces pilotes	1. Augmentation du nombre de femmes enceintes qui suivent la CPN et les consultations en .....% 2. Augmentation du nombre de référence des femmes enceintes à risque, transférées pour cause de ..... 3. Augmentation du nombre d'accouchement dans les maternités (en milieu surveillé) 4. Augmentation du nombre de grossesses à risque détectées lors des consultations	1. Statistiques au niveau provincial 2. Idem 3. Idem 4. Idem	
<u>OUTPUTS: Résultats</u> 1. Mise en place d'un système de Formation/Education Continue pour le personnel Amélioration des compétences, des connaissances et de la prise de conscience en matière de santé maternelle dans les provinces pilotes	1.1 Nombre de personnels formés par les programmes (défini par les activités du projet) 1.2 Nombre de programmes de la formation réalisés par le projet (idem) 1.3 Contenu de la formation développée par les formateurs (idem)	1.1 Documents du projet 1.2 Idem 1.3 Enquête - Evaluation	Politique de la santé n'a pas changé de manière significative  Equipe formée et mise à la disposition des structures
2. Capacité de gestion des délégations en matière de santé maternelle en milieu rural renforcée	2.1 Préparation, exécution et évaluation du plan d'action 2.2 Budgétisation nécessaire assurée	2.1 Documents internes ou du projet 2.2 Idem	Communautés et familles qui acceptent les programmes d'IEC
3. Programmes adéquats utilisant l'Information, l'Education et la Communication concernant les soins maternels en milieu rural	3.1 Augmentation des provisions des séances d'éducation et d'information concernant la grossesse et l'accouchement pour les femmes enceintes, la communauté locale et les familles dans les centres de santé et par les Services Mobiles 3.2 Augmentation du nombre des personnes concernées dans 3.1	3.1 Enquête et recherche  3.2 Idem	

4. Service Mobile Adéquat pour les soins Maternels en milieu rural suffisamment pratiqué dans les zones pilotes	4.1 Augmentation de la fréquence des consultations maternelles 4.2 Augmentation du nombre de personnes concernées ayant suivi la consultation prénatale assurée par le Service Mobile 4.3 augmentation du nombre de personnes concernées par la consultation postnatale réalisée par le Service Mobile	4.1 Statistiques provinciales 4.2 Idem 4.3 Idem
---	--	---

Activités	Inputs (Apport)	
0.1 Préparer les locaux et organiser les équipes du projet 0.2 Elaborer le Plan du projet 0.3 Conduire l'étude de monitoring et d'évaluation  1.1 Etablir un comité pour le programme de formation (formulation et implantation) 1.2 Sélectionner les organisateurs dans les provinces pilotes 1.3 Identification des besoins en formation 1.4 Formuler les programmes de formation 1.5 Préparer les matériels de formation 1.6 Sélectionner les formateurs 1.7 Réaliser la formation des formateurs selon les besoins (incluant des stages au Japon) 1.8 Initier et valider les formations 1.9 Améliorer le programme en se basant sur une formation expérimentale 1.10 Formuler un système de formation durable 1.11 Exécuter un système de formation selon une base régulière incluant la formation de l'équipe des trois régions 1.12 Contrôler la mise en place de la formation et les changements de tâches opérés 1.13 Améliorer le système de formation 1.14 Conduire des séminaires pour le système de formation	(Par le Japon) 1. Experts pour une longue durée 1) Expert en formation continue dans le domaine de la santé maternelle 2) Expert en santé maternelle  2. Experts pour une courte durée: 1) Gestion des services de Santé 2) Santé publique 3) Genre 4) Système de santé maternelle et infantile 5) Formation continue 6) Selon les besoins  3. Equipement Défini ultérieurement  4. Formations en groupe au Japon  5. Formations au Japon pour l'amélioration des compétences	
2.1 Clarifier la situation actuelle, la planification et les activités de gestion en matière de santé maternelle rurale 2.2 Définir l'orientation pour l'amélioration de la planification et de la gestion des activités institutionnelles des services de santé 2.3 Conduire des formations au Japon sur la politique d'administration de santé publique relative à la santé maternelle. 2.4 Faciliter le renforcement des activités communautaires visant l'amélioration de la santé maternelle dans les zones rurales 2.5 Contrôler les changements organisationnels des activités 2.6 Pourvoir des conseils adéquats pour le renforcement des capacités institutionnelles des services de santé maternelle dans les zones rurales.	(Par le Maroc) 1. C/P personnel 1) Directeur du Projet 2) Coordonnateur Régional de la Santé de Fès - Boulemane 3) Coordonnateur Régional de la Santé de Meknès - Tafilalet 4) Coordonnateur Régional de la Santé de Guelmim - Es- Smara 5) Délégué Provincial de la Santé de Sefrou 6) Délégué Provincial de la Santé d'Ifrane 7) Directeur de l'IFCS à Fès 8) Directeur de l'Hôpital Mohamed V à Sefrou 9) Directeur de l'Hôpital 20 Août à Azrou 10) Chef de service de la santé maternelle et infantile, Délégation Provinciale de la santé de Sefrou 11) Fonctionnaire chargé du programme de surveillance des grossesses et de l'accouchement (PSGA), Ifrane, Délégation Provinciale de la Santé d'Ifrane  2. Facilités	

<p>3.1 Identification des besoins pour les soins maternels en milieu rural</p> <p>3.2 Planification et exécution par les centres de santé et les Services Mobiles d'un programme adéquat pour les femmes enceintes, la communauté locale et la famille en milieu rural</p> <p>3.3 Adoption des programmes d'IEC</p> <p>3.4 Evaluation des effets des programmes d'IEC et développement de ces programmes</p> <p>3.5 Organisation de séminaires sur les programmes d'IEC</p> <p>4.1 Identification des besoins des services de la clinique mobile pour des soins maternels adéquats</p> <p>4.2 Etablissement de soins de santé maternelle standardisés pour la clinique mobile</p> <p>4.3 Renforcement des équipes de la clinique mobile en vue de prodiguer les soins maternels adéquats et en incluant un système de suivi</p> <p>4.4 Réalisation d'activités en soins maternels standardisés par la clinique mobile</p> <p>4.5 Suivi des activités et leurs effets</p> <p>4.6 Développement du standard de la clinique mobile pour des soins maternels</p> <p>4.7 Réalisation de séminaires pour les services de clinique mobile standardisée pour les soins maternels</p>	<p>1) Les experts de la JICA disposeront de leurs locaux adéquats (incluant le téléphone, le fac-similé, l'électricité etc.), le mobilier et le matériel de bureau.</p> <p>2) Facilités pour les activités du projet</p> <p>3. Dépenses locales</p> <p>1) Opérationnelles/ Frais généraux et de maintenance.</p>	<p><u>Pre-Conditions</u></p>
---	--	------------------------------

CALENDRIER PROVISOIRE DES ACTIVITES

Activités	Première Année				Deuxième Année				Troisième Année			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>Première Année</b>												
Mise en place de l'administration du Projet incluant l'organisation du Projet	■	■										
Elaboration du plan du Projet	■	■										
Identification des besoins incluant les conditions de base	■	■	■	■								
Elaboration des Programmes		■	■	■	■	■	■	■				
Expérimentation du Programme		■	■	■	■	■	■	■				
Modification du Cadre Logique				■								
<b>Deuxième Année</b>												
Mise en place du programme primaire					■	■	■	■	■			
Amélioration et/ou Développement des Programmes					■	■	■	■	■			
Partage des informations sur les activités					■	■	■	■	■			
<b>Troisième Année</b>												
Mise en place du programme primaire									■	■	■	■
Amélioration et/ou Développement des Programmes									■	■	■	■
Le Programme de Régularisation des Activités									■	■	■	■
Partage des Informations sur les Programme de Diffusion des Activités									■	■	■	■
Monitoring	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Comité Mixte de Coordination			▲		▲				▲			▲
Mission d'Evaluation										▲		

f

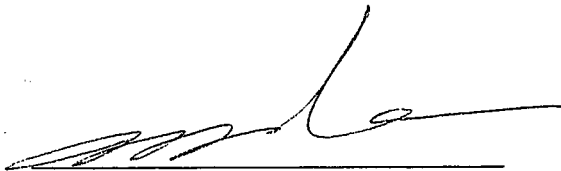
3

RECORD OF DISCUSSIONS BETWEEN  
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY  
IN THE KINGDOM OF MOROCCO  
AND  
THE MINISTRY OF HEALTH OF THE KINGDOM OF MOROCCO  
ON  
THE TECHNICAL COOPERATION PROJECT  
FOR IMPROVEMENT OF MATERNAL HEALTH CARE  
IN THE RURAL AREA

The Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") ,through its Resident Representative in the Kingdom of Morocco, had a series of discussions with the Ministry of Health with respect to desirable measures to be taken by JICA and the Government of the Kingdom of Morocco for the successful implementation of the above-mentioned Project.

As a result of the discussions, the Resident Representative of JICA Morocco Office and the Moroccan authorities concerned agreed to recommend to their respective Governments the matters referred to in the document attached hereto.

Rabat, MOROCCO  
November 3<sup>rd</sup>, 2004



Mr. Masao TSUJIOKA  
Resident Representative  
Japan International Cooperation Agency,  
Morocco Office

Dr. FOUAD HAMADI  
Secretary General  
Ministry of Health  
Kingdom of Morocco



## THE ATTACHED DOCUMENT

### I. COOPERATION BETWEEN JICA AND THE GOVERNMENT OF THE KINGDOM OF MOROCCO

1. The Government of the Kingdom of Morocco will implement the Technical Cooperation Project for Improvement of Maternal Health Care in the Rural Area (hereinafter referred to as "the Project") in cooperation with JICA.
2. The Project will be implemented in accordance with the Master Plan which is given in Annex I.

### II. MEASURES TO BE TAKEN BY JICA

In accordance with the laws and regulations in force in Japan, JICA will take, at its own expense, the following measures according to the normal procedures under the Technical Cooperation Scheme of Japan.

#### 1. DISPATCH OF JAPANESE EXPERTS

JICA will provide the services of the Japanese experts as listed in Annex II.

#### 2. PROVISION OF MACHINERY AND EQUIPMENT

JICA will provide such machinery, equipment and other materials (hereinafter referred to as "the Equipment") necessary for the implementation of the Project as listed in Annex III. The Equipment will become the property of the Government of the Kingdom of Morocco upon being delivered C.I.F. (cost, insurance and freight) to the Moroccan authorities concerned at the ports and/or airports of disembarkation.

#### 3. TRAINING OF MOROCCAN PERSONNEL IN JAPAN

JICA will receive the Moroccan personnel connected with the Project for technical training in Japan.



### III. MEASURES TO BE TAKEN BY THE GOVERNMENT OF THE KINGDOM OF MOROCCO

1. The Government of the Kingdom of Morocco will take necessary measures to ensure that the self-reliant operation of the Project will be sustained during and after the period of Japanese technical cooperation, through full and active involvement in the Project by all related authorities, beneficiary groups and institutions.
2. The Government of the Kingdom of Morocco will ensure that the technologies and knowledge acquired by the Moroccan nationals as a result of Japanese technical cooperation will contribute to the economic and social development of the Kingdom of Morocco.
3. The Government of the Kingdom of Morocco will grant in the Kingdom of Morocco privileges, exemptions and benefits as listed in Annex IV and will grant privileges, exemptions and benefits no less favorable than those granted to experts of third countries or international organizations performing similar missions to the Japanese experts referred to in II-1 above and their families.
4. The Government of the Kingdom of Morocco will ensure that the Equipment referred to in II-2 above will be utilized effectively for the implementation of the Project in consultation with the Japanese experts referred to in Annex II.
5. The Government of the Kingdom of Morocco will take necessary measures to ensure that the knowledge and experience acquired by the Moroccan personnel from technical training in Japan will be utilized effectively in the implementation of the Project.
6. In accordance with the laws and regulations in force in the Kingdom of Morocco, the Government of the Kingdom of Morocco will take necessary measures to provide at its own expense:

f

(A)

- (1) Services of the Moroccan counterpart personnel and administrative personnel as listed in Annex V;
  - (2) Land, buildings and facilities as listed in Annex VI;
  - (3) Supply or replacement of machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the Equipment provided by JICA under II-2 above ;
7. In accordance with the laws and regulations in force in the Kingdom of Morocco, the Government of the Kingdom of Morocco will take necessary measures to meet:
- (1) Expenses necessary for the transportation, within the Kingdom of Morocco, of the Equipment referred to in II-2 above as well as for the installation, operation and maintenance thereof;
  - (2) Customs duties, internal taxes and any other charges, imposed in the Kingdom of Morocco on the Equipment referred to in II-2 above ; and
  - (3) Running expenses necessary for the implementation of the Project.

#### IV. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

1. The Secretary General of the Ministry of Health of the Kingdom of Morocco, will preside the Joint Coordination Committee meetings.
2. The Director of Population Department in the Ministry of Health, as the Project Director, will be responsible for the administration and implementation of the Project.
3. The Japanese experts will give necessary technical guidance and advice to the Moroccan counterpart personnel on technical matters pertaining to the implementation of the Project.

4. For the effective and successful implementation of technical cooperation for the Project, a Joint Coordinating Committee will be established whose functions and composition are described in Annex VII.

#### V. JOINT EVALUATION

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

#### VI. CLAIMS AGAINST JAPANESE EXPERTS

The Government of the Kingdom of Morocco undertakes to bear claims, if any arises, against the Japanese experts engaged in technical cooperation for the Project resulting from, occurring in the course of, or otherwise connected with the discharge of their official functions in the Kingdom of Morocco except for those arising from the willful misconduct or gross negligence of the Japanese experts.

#### VII. MUTUAL CONSULTATION

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

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

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



- 2.2 Identify direction for improvement in planning and management activities, and institutional activities
  - 2.3 Conduct training in Japan on public health policy administration relating to maternal health
  - 2.4 Facilitate enhancement of community health activities for improvement of maternal health in rural areas
  - 2.5 Monitor organizational activity changes
  - 2.6 Provide adequate advices for institutional capacity building of maternal health service in rural areas
- 
- 3.1 Needs identification for maternal care in rural area
  - 3.2 Plan adequate program for maternity women, local societies, and family in rural area being executed by Health Centers and Mobile Services.
  - 3.3 Implement IEC programs
  - 3.4 Monitor effects of the programs and improve the programs
  - 3.5 Conduct seminars for IEC program
- 
- 4.1 Needs identification for adequate maternal care by mobile clinic services
  - 4.2 Establish standardized maternal care for mobile clinic
  - 4.3 Reinforce mobile clinic teams to provide adequate maternal care including establishment of supervising system
  - 4.4 Conduct mobile clinic with standardized maternal care
  - 4.5 Monitor the activities and their effects
  - 4.6 Improve standard of mobile clinic for maternal care
  - 4.7 Conduct seminars for the standardized mobile clinic services for maternal care

## IX. TERM OF COOPERATION

The duration of the technical cooperation for the Project under this Attached Document will be 3 years from November 15<sup>th</sup>, 2004.

- ANNEX I MASTER PLAN
- ANNEX II LIST OF JAPANESE EXPERTS
- ANNEX III LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT
- ANNEX IV PRIVILEGES, EXEMPTIONS AND BENEFITS FOR JAPANESE EXPERTS
- ANNEX V LIST OF MOROCCAN COUNTERPARTS AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL
- ANNEX VI LIST OF LAND, BUILDINGS AND FACILITIES
- ANNEX VII JOINT COORDINATING COMMITTEE
- ANNEX VIII PROJECT DESIGN MATRIX (PDM)
- ANNEX IX TENTATIVE PLAN OF OPERATIONS

①

## ANNEX I

### Master Plan

#### 1. Overall Goal:

- 1) Health conditions of women in reproductive age in rural area are improved in 3 Regions
- 2) Maternal health service system developed in Pilot Provinces is fully diffused in 3 Regions

#### 2. Project Purpose:

Appropriate health and medical services are provided to women in reproductive age in rural areas of Pilot Provinces

#### 3. Project Outputs:

- 1) Continuous Education/Training system for staff's practical skills, knowledge, and awareness regarding maternal health are established in Pilot Provinces
- 2) Management capability of Provincial Delegations on maternal health service is established
- 3) Adequate programs utilizing Information Education and Communication (IEC) regarding maternal care in rural areas are practiced.
- 4) Adequate mobile service for maternal care in rural areas is sufficiently practiced in Pilot areas.

#### 4. Project Activities

- 0.1 Establish project offices and organizations
- 0.2 Elaborate Project Plan
- 0.3 Conduct monitoring and evaluation survey
  
- 1.1 Establish committee for training program formulation and implementation
- 1.2 Select organizers in Pilot Provinces
- 1.3 Needs identification for training contents
- 1.4 Formulate training programs
- 1.5 Prepare training materials
- 1.6 Select trainers
- 1.7 Conduct required trainings for trainers (including training in Japan)
- 1.8 Conduct training program in preliminary basis
- 1.9 Improve program based on experimental training
- 1.10 Formulate continuous training system
- 1.11 Execute training system in regular basis which includes training of staff belonging to the 3 regions
- 1.12 Monitor training implementation and changes of job conducts
- 1.13 Improve training system
- 1.14 Conduct seminars for the training system
  
- 2.1 Clarify current survey, planning, and management activities regarding rural maternal health

ANNEX II

LIST OF JAPANESE EXPERTS

1. Long-term experts: 2 persons

- (1) Nursing Education (Continuous Education)
- (2) Maternal Health

2. Short-term experts

Short-term experts will be dispatched when the necessity arises for the smooth implementation of the Project.

- (1) Health Care Administration
- (2) Public Health
- (3) Gender
- (4) Maternal Health Care System
- (5) Continuous Education
- (6) As required

4

ⓧ

## ANNEX III

### LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT

The following equipment necessary for the implementation of the Project will be provided by the Government of Japan within budgetary limitations.

1. Equipment for training activities.
2. Other equipment and materials necessary for the implementation of the Project.

4

②



## ANNEX IV

### PRIVILEGES, EXEMPTIONS AND BENEFITS FOR JAPANESE EXPERTS

1. Exemptions from income tax and charges of any kind imposed on or in connection with living allowances remitted from abroad.
2. Exemptions from import duties and any other charges in respect of personal and household effects(including vehicles) which may be brought into the Kingdom of Morocco from abroad.
3. In case of accident or emergency, the Government of the Kingdom of Morocco will use all available means to obtain medical and other necessary assistance for Japanese experts and their families.
4. The Government of the Kingdom of Morocco will issue identification cards to the experts and their families to secure the cooperation of all governmental organizations necessary for the performance of the duties of the experts.

g

④

ANNEX V

LIST OF MOROCCAN COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL

For the effective and successful implementation of the Project, the following counterparts will be assigned as described.

1. Project Director : Director of Population Department , Ministry of Health
2. Counterpart personnel will be assigned as follows:

	Position
<b>Morocco Side</b>	
Ministry of Health	Director of Planning and Financial Resources
Ministry of Health	Members of the Secretariat-General
Region of FES-BOULMANE	Director of FES Provincial Health Service Delegation and Coordinator Region FES-BOULMANE
Region of MEKNES-TAFILALET	Director of MEKNES Provincial Health Service Delegation and Coordinator Region MEKNES-TAFILALET
Region of GUELMIM-ES-SMARA	Director of GUELMIM Regional Health Service Delegation and Coordinator Region GUELMIM- ES-SMARA
Province of SEFROU	Director of SEFROU Provincial Health Service Delegation
Province of IFRANE	Director of IFRANE Provincial Health Service Delegation
Province of FES	Director of IFCS in FES
Province of SEFROU	Director of MOHAMED V hospital in SEFROU
Province of IFRANE	Director of 20 AOUT hospital in AZROU
Province of SEFROU	Chief of Maternal and Infant Health (SMI) Service, Sefrou Provincial Health Service Delegation
Province of IFRANE	Officer in Charge of Pregnancy and Delivery Surveillance Program (PSGA), Ifrane Provincial Health Service Delegation

g

Ⓟ

ANNEX VI

LIST OF LAND, BUILDINGS AND FACILITIES

1. Land, Buildings, and facilities necessary for the implementation of the Project
2. Office space and necessary facilities for the Japanese experts
3. Electricity and communication facilities

g

8

## ANNEX VII

## JOINT COORDINATING COMMITTEE

## 1. Function

The Joint Coordinating Committee will meet at least once a year and whenever necessity arises, and work:

- (1) To appraise the annual work plan for the Project;
- (2) To review the annual activities of the Project;
- (3) To review and exchange views on major issues arising from, or in connection with, technical cooperation;
- (4) To examine the local budget draft and staffing necessary for the Project; and
- (5) Other relevant issues relating to the implementation of the project;

## 2. Composition

	Position	
<b>Morocco Side</b>		
Ministry of Health	Secretary General	President
Ministry of Health	Director of Population Department	Vice President
Ministry of Health	Director of Planning and Financial Resources	Member
Ministry of Health	Members of the Secretariat-General	Member
Region of FES-BOULMANE	Director of FES Provincial Health Service Delegation and Coordinator Region FES-BOULMANE	Member
Region of MEKNES-TAFILALET	Director of MEKNES Provincial Health Service Delegation and Coordinator Region MEKNES-TAFILALET	Member
Region of GUELMIM-ES-SMARA	Director of GUELMIM Regional Health Service Delegation and Coordinator Region GUELMIM- ES-SMARA	Member
Province of SEFROU	Director of SEFROU Provincial Health Service Delegation	Member
Province of IFRANE	Director of IFRANE Provincial Health Service Delegation	Member
<b>Japanese Side</b>		
JICA Morocco Office	Resident Representative, JICA Morocco Office	Member
Ministry of Health	Japanese Expert of Ministry of Health	Member
Experts	Long and short Term Experts	Member

Note: Official(s) of the Embassy of Japan may attend the Joint Coordination Committee as observers.

**Project Design Matrix (PDM)**  
**The Technical Cooperation Project for Improvement of Maternal Health Care in the Rural Area**

Project Duration: 2004.11.15 to 2007.11.14

Target Group: Provincial Delegation of Ifrane and Sefrou

Ver:1 (Prepared on 2004.9.30)

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
<p><b>OVERALL GOAL</b></p> <p>1. Health conditions of women in reproductive age in rural area are improved in 3 Regions</p> <p>2. Maternal health service system developed in Pilot Provinces is fully diffused in 3 Regions</p>	<p>1.1 Decrease in mortality of women due to pregnancy and delivery</p> <p>1.2 Decrease in low birth weight babies</p> <p>2.1 All the Provinces of the 3 Regions adopt the system</p>	<p>1.1 Regional level Ministry Statistics</p> <p>1.2 - ditto -</p> <p>2.1 Ministry Documents</p>	
<p><b>PROJECT PURPOSE</b></p> <p>Appropriate health and medical services are provided to women in reproductive age in rural areas of Pilot Provinces</p>	<p>1. Increase of women who take ante and Post- natal consultation respectively</p> <p>2. Increase in referral number of risk pregnancy by reasons for transfer</p> <p>3. Increase in number of delivery in facilities</p> <p>4. Increase in number of risk pregnancy found by consultation</p>	<p>1. Statistics by Provincial Offices</p> <p>2. -ditto-</p> <p>3. -ditto-</p> <p>4. -ditto-</p>	
<p><b>OUTPUTS</b></p> <p>1. Continuous education/Training system for staff's practical skills, knowledge, and awareness regarding maternal health are established in Pilot Provinces</p> <p>2. Management capability of Provincial Delegations on maternal health service is established</p> <p>3. Adequate programs utilizing Information Education and Communication (IEC) regarding maternal care in rural area are practiced.</p> <p>4. Adequate mobile service for maternal care in rural areas is sufficiently practiced in Pilot areas.</p>	<p>1.1 Number of trained staff in the program</p> <p>1.2 Number of training program in Project</p> <p>1.3 Training contents are practiced by trainee (items be defined by the Project activities)</p> <p>2.1 Annual Plan of action is properly prepared, executed, and monitored</p> <p>2.2 Allocation of maternal health budget is secured and executed</p> <p>3.1 Increase of occasions of education and information provisions regarding pregnancy and delivery to maternal women, Local communities and families in health centres and by mobile services</p> <p>3.2 Increase of subjected persons of 3-1</p> <p>4.1 Increase in frequency of maternal consultation</p> <p>4.2 Increase No. subjected persons of antenatal consultation by mobile service</p> <p>4.3 Increase No. of subjected persons of postnatal consultation by mobile service</p>	<p>1.1 Project document</p> <p>1.2 - ditto -</p> <p>1.3 Survey and inquiry survey</p> <p>2.1 Internal or project documents</p> <p>2.2 - ditto -</p> <p>3.1 Internal report or project document</p> <p>3.2 - ditto -</p> <p>4.1 Statistics by Provincial Offices</p> <p>4.2 - ditto -</p> <p>4.3 - ditto -</p>	<p>Policy of the Government for maternal health do not change significantly</p> <p>Trained staff remain to the current offices</p> <p>Communities and families do not refuse IEC program</p>

Activities	Inputs	
0.1 Establish project offices and organizations 0.2 Elaborate Project Plan 0.3 Conduct monitoring and evaluation survey  1.1 Establish committee for training program formulation and implementation 1.2 Select organizers in Pilot Provinces 1.3 Needs identification for training contents 1.4 Formulate training programs 1.5 Prepare training materials 1.6 Select trainers 1.7 Conduct required trainer trainings (including training in Japan) 1.8 Conduct training program in preliminary basis 1.9 Improve program based on experimental training 1.10 Formulate continuous training system 1.11 Execute training system in regular basis which include training of staff belonging to the 3 regions 1.12 Monitor training implementation and changes of job conducts 1.13 Improve training system 1.14 Conduct seminars for the training system	(By Japan) 1. Long-Term experts 1) Nursing Education (Continuous Education) Expert 2) Maternal Health Expert  2. Short-Term Experts 1) Health Administration 2) Public Health 3) Gender 4) Maternal Health Care System 5) Continuous Education 6) As required  3. Equipment To be decided  4. Collective trainings in Japan  5. Expertise trainings in Japan	
2.1 Clarify current survey, planning, and management activities regarding rural maternal health 2.2 Identify direction for improvement in planning and management activities, and institutional activities 2.3 Conduct training in Japan on public health policy administration relating to maternal health 2.4 Facilitate enhancement of community health activities for improvement of maternal health in rural areas 2.5 Monitor organizational activity changes 2.6 Provide adequate advices for institutional capacity building of maternal health service in rural areas	(By Morocco) 1. C/P personnel 1) Project Director 2) Director of Fez - Boulemane Regional Health Service Delegation 3) Director of Meknes - Tafilalet Regional Health Service Delegation 4) Director of Guelmim - Es-Smara Regional Health Service Delegation 5) Director of Sefrou Provincial Health Service Delegation 6) Director of Ifrane Provincial Health Service Delegation 7) Director of IFCS in Fez 8) Director of MOHAMED V Hospital in Sefrou 9) Director of 20 AOUT Hospital in Azrou 10) Chief of Maternal and Infant Health (SMI) Service, Sefrou Provincial Health Service	

<p>3.1 Needs identification for maternal care in rural area</p> <p>3.2 Plan adequate program for maternity women, local societies, and family in rural area being executed by Health Centers and Mobile Services.</p> <p>3.3 Implement IEC programs</p> <p>3.4 Monitor effects of the programs and improve the programs</p> <p>3.5 Conduct seminars for IEC program</p> <p>4.1 Needs identification for adequate maternal care by mobile clinic services</p> <p>4.2 Establish standardized maternal care for mobile clinic</p> <p>4.3 Reinforce mobile clinic teams to provide adequate maternal care including establishment of supervising system</p> <p>4.4 Conduct mobile clinic with standardized maternal care</p> <p>4.5 Monitor the activities and their effects</p> <p>4.6 Improve standard of mobile clinic for maternal care</p> <p>4.7 Conduct seminars for the standardized mobile clinic services for maternal care</p>	<p>Delegation</p> <p>11) Officer in Charge of Pregnancy and Delivery Surveillance Program (PSGA), Ifrane Provincial Health Service Delegation</p> <p>2. Facilities</p> <p>1) Office of JICA expert team with proper facilities (including telephone, facsimile, electricity and etc.), furniture and supply together.</p> <p>2) Facilities for project activities</p> <p>3. Local cost</p> <p>1) Operational/ recurrent and maintenance cost.</p>	<p><u>Pre-Conditions</u></p>
---	---	------------------------------

## Tentative Plan of Operations

Activity	1st Year				2nd Year				3rd Year			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>1st Year</b>												
Administrative setup of the Project including Project Organization and Project Plan Elaboration												
Needs Identification including Baseline Survey												
Programs Development												
Experimental Program												
Modification of PDM												
<b>2nd Year</b>												
Primary Program Implementations												
Improvement and/or Further Development of Programs												
Information Sharing Activities												
<b>3rd Year</b>												
Program Implementations												
Improvement and/or Further Development of Programs												
Program Regularization Activities												
Information Sharing Activities												
Program Diffusion Activities												
Monitoring												
Joint Coordination Committee			▲		▲				▲			
Evaluation Mission										▲		▲