

付 属 資 料

1. M/M
2. 「モ」国に対する保健医療分野の協力
3. 2002年関連統計
4. 保健政策（和訳：一部抜粋、オリジナル：仏文）
5. PCM ワークショップ資料
6. 面談記録
7. 略語リスト

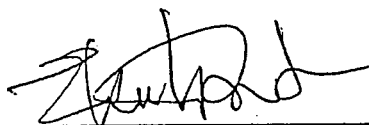
PROCES-VERBAL
ENTRE LA MISSION JAPONAISE CHARGÉE DE L'ETUDE PRELIMINAIRE
ET
LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU ROYAUME DU MAROC
SUR
LA COOPERATION TECHNIQUE
POUR LE PROJET D'AMELIORATION DES SOINS DE SANTE
MATERNELLE
EN MILIEU RURAL

L'Equipe de la Mission Japonaise chargée de l'Etude Préliminaire du Projet (ci-après dénommée l'« Equipe ») organisée par l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (ci-après dénommée la « JICA ») et dirigée par Dr. Etsuko KITA, s'est rendu au Royaume du Maroc du 06 au 24 juillet 2004 en vue de conduire une étude préliminaire sur la coopération technique suite à la requête présentée par le Gouvernement du Maroc pour le Projet d'Amélioration des Soins de Santé Maternelle en Milieu Rural (ci-après dénommé le « Projet »).

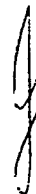
Durant son séjour, l'Equipe japonaise et les autorités concernées du Gouvernement du Maroc (ci-après dénommés « les deux parties ») ont eu une série de discussions et échangé leur points de vue sur le Projet.

A l'issue des discussions, les deux parties ont convenu d'accepter les éléments consignés dans le document ci-joint.

Fait à Rabat , le 23 Juillet 2004



Dr. ETSUKO KITA
Chef de Mission de l'étude
Préliminaire du projet
Japan International Cooperation Agency



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 d'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 MACHINE 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 propriété du Gouvernement du Maroc 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.



I. Introduction

Suite à un travail en collaboration, les deux parties ont confirmé la coopération entre le Gouvernement du Japon et le Royaume du Maroc pour la mise en place du Projet.

A l'issue d'une série de discussions, les deux parties se sont mises d'accord sur les points suivants :

(1) Titre du Projet :

Projet d'Amélioration des Soins de Santé Maternelle en Milieu Rural.

(2) Durée du Projet :

Prévue pour 3 ans à compter de la date figurée dans le Procès-Verbal des Discussions.

(3) Sites du Projet et Provinces Pilotes :

Sites du Projet : Les trois Régions de FES-BOULMANE, MEKNES-TAFILALET et GUELMIM-ES-SMARA

Provinces Pilotes : La province de SEFROU et la province d'IFRANE

(4) Bureau du Projet :

Au début du Projet, un espace aménagé sera fourni au siège de la délégation du Ministère de la santé provinciale.

(5) Membres du Comité Conjoint de Coordination et Homologues

La liste des membres est jointe respectivement en annexe 3 et 4.

(6) La partie marocaine fournira un nombre d'homologues qualifiés et assurera à ce qu'ils continueront à travailler pour le Projet pendant la période de collaboration à plein temps.

II. Le Cadre logique (PDM :Matrice de la Conception du Projet)

Le Cadre logique a été préparé à travers l'atelier sur le cycle du Projet.

(voir Cadre logique en ANNEXE 1).

Les deux parties ont convenu de faire du Cadre logique un instrument de gestion du Projet.

Le contenu de Cadre logique pourra être modifié en cas de besoin, en collaboration avec d'autres participants appropriés appartenant aux deux parties.

III. Procès-Verbal des Discussions

Des discussions plus approfondies concernant l'exécution du Projet seront tenues à la dernière étape entre le Ministère de la Santé, du Royaume du Maroc et la JICA, en vue de confirmer le contenu du Cadre logique et le Calendrier des activités. Après accord mutuel, le Procès-verbal des Discussions sera préparé, par écrit, et signé par les deux parties avant le commencement du Projet.

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 utilisé 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 marocains 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 ;
 - (4) Des moyens de transport et indemnités de déplacement pour les déplacements officiels des experts japonais à l'intérieur du Royaume du Maroc ; et
 - (5) Des logements adéquats meublés pour les experts japonais et leurs familles.



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) 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. Dr. Fouad HAMADI, Secrétaire Général du Ministère de la Santé du Royaume du Maroc, en tant que Directeur du Projet, sera entièrement responsable de l'administration et de la réalisation du Projet.
2. Dr. Mostafa TYANE, Directeur de la Population, Ministère de la Santé, en tant que Chef du Projet, sera responsable des questions techniques et de la gestion 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 conjoint de Coordination sera créé et dont les fonctions et compositions sont précisées dans l'annexe VII.

V. ÉVALUATION CONJOINTE

L'évaluation du Projet sera effectuée conjointement par la JICA et les autorités concernées du Royaume du Maroc, pendant les 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, si elles en surgissent, contre les experts japonais engagés dans la coopération technique pour le Projet, engendré de, se produisant au cours de ou liées à l'exercice de leurs fonctions officielles au Royaume du Maroc, excepté celles surgissant d'une mauvaise conduite obstinée 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 Project au peuple du Royaume du Maroc.

IX. TERME DE COOPERATION

La durée de la coopération technique pour le Projet, d'après le document attaché, est de 3 ans à compter du 2004.

ANNEXE I	PROGRAMME DE REALISATION
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



IV. Supervision et Evaluation

Le Projet sera supervisé et évalué pendant l'exécution, conformément aux directives de la coopération technique. La supervision du Projet sera effectuée en se basant sur le Cadre logique. L'évaluation finale sera effectuée pendant la 3^{ème} année, 6 mois avant l'achèvement du Projet. L'équipe d'évaluation de la JICA et les autorités marocaines conduiront conjointement cette évaluation selon les cinq critères suivants :

1) Pertinence :

C'est la cohérence de l'objectif global et l'objectif du Projet avec les besoins et priorités des bénéficiaires ainsi qu'avec la politique du pays et des donateurs partenaires.

2) Efficacité :

Examiner si le Projet a atteint l'objectif escompté.

3) Efficience :

La productivité dans la mise en place du Projet. Comment transformer les contributions en résultats.

4) Impact :

Les effets produits par une intervention au développement, y compris les effets prévus et imprévus, positifs et négatifs, directs et indirects.

5) Pérennité :

La durabilité des profits et des effets de développement générés par le Projet après son achèvement.

ANNEXE 1	LE CADRE LOGIQUE
ANNEXE 2	LE CALENDRIER DES ACTIVITES
ANNEXE 3	LE COMITE CONJOINT DE COORDINATION
ANNEXE 4	LA LISTE DES HOMOLOGUES
ANNEXE 5	LE PROGRAMME DU COMMENCEMENT DU PROJET
ANNEXE 6	LE PROCES-VERBAL DES DISCUSSIONS (<u>DRAFT</u>)



ANNEXE I

PLAN DE REALISATION

1. Objectif Global

1. Conditions des femmes en âge de procréer en milieu rural améliorées dans les 2 provinces pilotes (Milieu rural).
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. Le Groupe Cible

Délégations Provinciales de la Santé de Sefrou et d'Ifrane

4. Durée

3 ans à compter de la date définie dans le Procès-verbal des Discussions (de octobre 2004 à octobre 2007)

5. Résultats

1. Pérennisation du système pour améliorer les compétences, connaissances, motivation et prise de conscience de l'équipe de la santé maternelle établie dans les provinces pilotes
2. Capacité de gestion des délégations en matière de santé maternelle en milieu rural renforcée
3. Programme d'utilisation adéquate de l'IEC tenant compte du programme de santé maternelle en milieu rural (supports et pratiques développés)
4. Des équipes mobiles suffisamment disponibles dans les provinces pilotes, offrant des soins de santé maternelle de qualité dans les zones rurales



ANNEXE II

LISTE DES EXPERTS JAPONAIS

Experts Pour une longue durée : 2 personnes

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

Experts Pour une court durée

Des experts pour une court 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) Selon les besoins

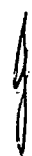


ANNEXE III

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.

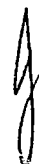
1. Equipement pour les activités de formation
2. Autres équipements et matériels nécessaires pour la mise en œuvre du Projet.



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 amené 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 avec d'identification aux experts et à leurs familles en vue de faciliter la coopération d'autres institutions gouvernementales nécessaire 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 :

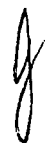
1. Directeur du Projet Secrétaire Général, Ministère de la Santé
Dr. Fouad HAMADI
2. Chef du Projet Directeur de la Population, Ministère de la Santé
Dr. Mostafa TYANE
3. Le personnel de la contrepartie marocaine sera affecté à deux unités.

	Nom	Fonction	Role
Partie Marocaine			
FES-BOULMANE	Dr. M'barek BAGHO	Délégué du Ministère de la Santé à la Préfecture de FES et Coordonnateur de la Région FES-BOULMANE	Homologue
MEKNES-TAFILALET	Dr. Abdelhadi MARZAK	Délégué du Ministère de la Santé à la Préfecture de MEKNES et Coordonnateur de la Région MEKNES-TAFILALET	Homologue
GUELMIM-SMARA	Dr. Ali MAOUNI	Délégué du Ministère de la Santé à la Province de GUELMIM et Coordonnateur de la Région GUELMIM-ES-SMARA	Homologue
SEFROU	Dr. Mustapha El ASRI	Délégué du Ministère de la Santé à la province de SEFROU	Homologue
IFRANE	Dr. El Mostapha BABOR	Délégué du Ministère de la Santé à la province d'IFRANE	Homologue
FES	Dr. Elkaouachi MOULOUD	Directeur de l' IFCS de FES	Homologue
SEFROU	Dr. Meliani ABDELILLAH	Directeur de l'Hopital MOHAMED V de SEFROU	Homologue
IFRANE	Dr. L'houcine TOUHTOUH	Directeur de l'Hopital 20 AOUT d'AZROU	Homologue
SEFROU	Dr. Fatima MIMI	Service de SMI au SIAAP de SEFROU	Homologue
IFRANE	Mme. Fatouma ZAA	Animatrice de PSGA à la Province d'IFRANE	Homologue
Partie Japonaise			
	Désignés ultérieurement	Experts pour une longue durée et Experts pour une court durée	

ANNEXE VI

LISTE DE TERRAIN, BATIMENTS ET INFRASTRUCTURES

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



ANNEXE VII

COMITE CONJOINT DE COORDINATION

1. Fonction

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

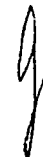
- (1) Approuver le plan annuel des opérations du Projet ;
- (2) Passer en revue les activités annuelles du Projet ;
- (3) Passer en revue et échanger les points de vue concernant les grands problèmes relatifs au bon déroulement du Projet en relation avec la coopération technique ;
- (4) Examiner le projet 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

	Nom	Fonction	Role
Partie Marocaine			
Ministère de la Santé	Dr. FOUAD HAMADI	Secrétaire Général, Ministère de la Santé	Président
Ministère de la Santé	Dr. Mostafa TYANE	Directeur de la Population, Ministère de la Santé	Vice Président
FES-BOULMANE	Dr. M'barek BAGHO	Délégué du Ministère de la Santé à la Préfecture de FES et Coordonnateur de la Région FES-BOULMANE	Membre
MEKNES-TAFILALET	Dr. Abdelhadi MARZAK	Délégué du Ministère de la Santé à la Préfecture de MEKNES et Coordonnateur de la Région MEKNES-TAFILALET	Membre
GUELMIM-ES-SMARA	Dr. Ali MAOUNI	Délégué du Ministère de la Santé à la Province de GUELMIM et Coordonnateur de la Région GUELMIM-ES-SMARA	Membre
SEFROU	Dr. Mustapha El ASRI	Délégué du Ministère de la Santé à la province de SEFROU	Membre
IFRANE	Dr. El Mostapha BABOR	Délégué du Ministère de la Santé à la province d'IFRANE	Membre
Partie Japonaise			
	M. Masao TUJIOKA	Le Représentant de la JICA au Maroc	Membre
	Ms. Reiko WADA	Consultante Technique au Ministère de la Santé	Membre
	Désignés ultérieurement	Experts pour une longue 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 Conjoint de Coordination en tant qu'observateur.

ANNEXE 1

Draft Project Design Matrix (PDM): Cadre Logique (en élaboration)

Page 1/3

Projet pour l'amélioration des soins de santé maternelle en milieu rural

Draft Original (Préparé le 23. 07.2004)

Durée du Projet: xx.xx.2004 to xx.xx.2007

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

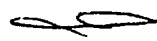
NARRATIVE SUMMARY	INDICATEURS OBJECTIVEMENT OBSERVABLES	MOYENS DE VERIFICATION	ATTENTES
Objectif global			
1. Conditions des femmes en âge de procréer en milieu rural améliorées dans les 2 provinces pilotes (Milieu rural)	1.1 Diminution de la mortalité maternelle 1.2 Diminution du nombre des prématurés	1.1 Statistiques de santé au niveau régional 1.2 Idem	
2. Stratégie et résultats du projet diffusés dans l'ensemble des 3 régions intéressées par le projet	2.1 Toutes les provinces et préfectures des 3 régions adoptent le système élaboré dans le cadre du projet	2.1 Documents du MS	
Objectif du projet			
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)	1. Statistiques provinciales 2. Idem 3. Idem	
OUTPUTS: Résultats			
1. Pérennisation du système pour améliorer les compétences, connaissances, motivation et prise de conscience de l'équipe de la santé maternelle établie dans les provinces pilotes	1.1 Nombre de personnels formés par les programmes 1.2 Nombre de programmes de formation réalisés par le projet 1.3 Contenu de formation développé par les formateurs (détails par les activités du projet)	1.1 Documents du projet 1.2 Idem 1.3 Enquête - Evaluation	Politique de santé n'a pas changé de manière significative
2. Capacité de gestion des délégations en matière de santé maternelle en milieu rural renforcée	2.1 Elaboration et degré de réalisation selon le plan d'action annuel 2.2 Budgétisation nécessaire assurée	2.1 Rapports internes ou investigation 2.2 Idem	Equipe formée et mise à la disposition des structures
3. Programme d'utilisation adéquate de l'IEC tenant compte du programme de santé maternelle en milieu rural (supports et pratiques développés)	3.1 Augmentation de la prise de conscience des femmes en matière de santé (détails à développer) 3.2 Augmentation de la prise de conscience de la famille et de la communauté pour la protection des femmes (détails à développer)	3.1 Enquêtes et recherches 3.2 Idem	Communautés et familles qui acceptent les programmes IEC
4. Des équipes mobiles suffisamment disponibles dans les provinces pilotes, offrant des soins de santé maternelle de qualité dans les zones rurales	4.1 Fréquence de tournées par les équipes mobiles 4.2 Nombre de consultations dans les centres de santé 4.3 Nombre de consultation Post natale réalisée dans les centres de santé	4.1 Statistiques provinciales 4.2 Idem 4.3 Idem	

Activités	Inputs (Apport)	
<p>0.1 Préparer les locaux et organiser les équipes du projet</p> <p>0.2 Elaborer le programme du projet-</p> <p>0.3 Conduire le monitoring et l'évaluation du projet</p> <p>1.1 Etablir un comité pour le programme de formation (formulation et implantation)</p> <p>1.2 Sélectionner les organisateurs</p> <p>1.3 Identification des besoins en formation</p> <p>1.4 Formuler les programmes de formation</p> <p>1.5 Préparer les matériels de formation</p> <p>1.6 Sélectionner les formateurs</p> <p>1.7 Réaliser la formation des formateurs selon les besoins (incluant des stages au Japon)</p> <p>1.8 Initier et valider les formations</p> <p>1.9 Améliorer le programme en se basant sur une formation expérimentale</p> <p>1.10 Formuler un système de formation durable</p> <p>1.11 Exécuter un système de formation selon une base régulière incluant la formation de l'équipe des trois régions</p> <p>1.12 Contrôle de mise en place de la formation et les changements de tâches opérées</p> <p>1.13 Améliorer le système de formation</p> <p>1.14 Conduire des séminaires pour le système de formation</p>	<p>(par le Japon)</p> <p>1. Experts pour une longue durée :</p> <p>1) Expert en formation continue dans le domaine de la santé maternelle</p> <p>2) Expert en santé maternelle</p> <p>2. Experts pour une courte durée:</p> <p>1) Administration sanitaire</p> <p>2) Santé publique</p> <p>3) Genre</p> <p>4) Selon les besoins</p> <p>3. Equipements:</p> <p>1) Définis ultérieurement</p> <p>4. Formations en groupe au Japon:</p> <p>5. Formations au Japon pour l'amélioration des compétences :</p>	
<p>2.1 Clarifier les investigations habituelles, la planification et les activités de gestion</p> <p>2.2 Définir l'orientation pour l'amélioration de la planification et la gestion des activités institutionnelles de services de santé</p> <p>2.3 Développer des formations au Japon pour la mise en oeuvre de l'administration de la santé publique en matière de santé maternelle</p> <p>2.4 Faciliter le renforcement des activités communautaires pour l'amélioration de la santé maternelle dans le monde rural</p> <p>2.5 Contrôler la responsabilisation de l'organisation des activités</p> <p>2.6 Pourvoir en conseils adéquats pour le potentiel des structures institutionnelles pour un meilleur service de santé maternelle en milieu rural</p>	<p>(Par le Maroc)</p> <p>1. C/P</p> <p>1) Directeur du Project</p> <p>2) Chef du Project</p> <p>3) Coordonnateur Régional de la Santé de Fès - Boulemane</p> <p>4) Coordonnateur Régional de la Santé de Meknès - Tafilalet</p> <p>5) Coordonnateur Régional de la Santé de Guelmim - Es-Semara</p> <p>6) Délégué Provincial de la Santé de Sefrou</p> <p>7) Délégué Provincial de la Santé d'Ifrane</p> <p>8) Directeur de l'IFCS de Fès</p> <p>9) Directeur de l'Hôpital Mohamed V à Ifrane</p> <p>10) Directeur de l'Hôpital 20 Août à Azrou</p> <p>11) Responsable de la Santé Maternelle et Infantile (SMI) au SIAAP de Sefrou</p> <p>12) Animatrice de PSGA à la Province de IFRANE</p> <p>2. Facilités</p> <p>1) Les experts de la JICA disposeront de leurs locaux adéquats (incluant le telephone, le fac-similé, l'électricité etc.), le mobilier et le matériel de bureau.</p> <p>2) Facilités pour les activités du projet</p>	



<p>3.1 Recherche et identifier les besoins pour l'éducation en santé maternelle en milieu rural incluant une enquête sur la sensibilisation</p> <p>3.2 Développer des programmes d'utilisation adéquats de l'IEC en milieu rural en incluant les familles et la communauté dans le cadre d'un atelier régional</p> <p>3.3 Produire des supports appropriés pour les programmes</p> <p>3.4 Mise en oeuvre des programmes</p> <p>3.5 Contrôle des effets du programmes</p> <p>3.6 Améliorer les programmes</p> <p>3.7 Organiser des séminaires pour les programmes</p> <p>4.1 Identifier des besoins en services adéquats des équipes mobiles</p> <p>4.2 Etablir des standards et services pour les équipes mobiles</p> <p>4.3 Renforcer les unités mobiles pour octroyer des services de qualité incluant un système de suivi</p> <p>4.4 Développer des services standardisés pour les équipes mobiles</p> <p>4.5 Suivi des activités et leurs effets</p> <p>4.6 Améliorer les standards de services</p> <p>4.7 Conduire des séminaires concernant les standards des équipes mobiles</p>	<p>3. Dépenses locales</p> <p> ⊗) Opérationnelles/ Frais généraux et de maintenance.</p>	<p><u>Pré-Conditions</u></p>
--	---	------------------------------


 -107-



CALENDRIER DES ACTIVITES

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

ANNEXE 3

LE COMITE CONJOINT DE COORDINATION

	Nom	Fonction	Role
Partie Marocaine			
Ministère de la Santé	Dr. FOUAD HAMADI	Secrétaire Général, Ministère de la Santé	Président
Ministère de la Santé	Dr. Mostafa TYANE	Directeur de la Population, Ministère de la Santé	Vice Président
FES-BOULMANE	Dr. M'barek BAGHO	Délégué du Ministère de la Santé à la Préfecture de FES et Coordonnateur de la Région FES-BOULMANE	Membre
MEKNES-TAFILALET	Dr. Abdelhadi MARZAK	Délégué du Ministère de la Santé à la Préfecture de MEKNES et Coordonnateur de la Région MEKNES-TAFILALET	Membre
GUELMIM-ES-SMARA	Dr. Ali MAOUNI	Délégué du Ministère de la Santé à la Province de GUELMIM et Coordonnateur de la Région GUELMIM-ES-SMARA	Membre
SEFROU	Dr. Mustapha El ASRI	Délégué du Ministère de la Santé à la province de SEFROU	Membre
IFRANE	Dr. El Mostapha BABOR	Délégué du Ministère de la Santé à la province d'IFRANE	Membre
Partie Japonaise			
	M. Masao TUJIOKA	Le Représentant de la JICA au Maroc	Membre
	Ms. Reiko WADA	Consultante Technique au Ministère de la Santé	Membre
	Désignés ultérieurement	Experts pour une longue durée	Membre

ANNEXE 4

LA LISTE DES HOMOLOGUES

	Nom	Fonction	Role
Partie Marocaine			
Ministère de la Santé	Dr. FOUAD HAMADI	Secrétaire Général, Ministère de la Santé	Directeur du Projet
Ministère de la Santé	Dr. Mostafa TYANE	Directeur de la Population, Ministère de la Santé	Chef du Projet
FES-BOULMANE	Dr. M'barek BAGHO	Délégué du Ministère de la Santé à la Préfecture de FES et Coordonnateur de la Région FES-BOULMANE	Homologue
MEKNES-TAFILALET	Dr. Abdelhadi MARZAK	Délégué du Ministère de la Santé à la Préfecture de MEKNES et Coordonnateur de la Région MEKNES-TAFILALET	Homologue
GUELMIM-SMARA	Dr. Ali MAOUNI	Délégué du Ministère de la Santé à la Province de GUELMIM et Coordonnateur de la Région GUELMIM-ES-SMARA	Homologue
SEFROU	Dr. Mustapha El ASRI	Délégué du Ministère de la Santé à la province de SEFROU	Homologue
IFRANE	Dr. El Mostapha BABOR	Délégué du Ministère de la Santé à la province d'IFRANE	Homologue
FES	Dr. Elkaouachi MOULOU	Directeur de l' IFCS de FES	Homologue
SEFROU	Dr. Meliani ABDELILLAH	Directeur de l'Hopital MOHAMED V de SEFROU	Homologue
IFRANE	Dr. L'houcine TOUHTOUH	Directeur de l'Hopital 20 AOUT d'AZROU	Homologue
SEFROU	Dr. Fatima MIMI	Service de SMI au SIAAP de SEFROU	Homologue
IFRANE	Mme. Fatouma ZAA	Animatrice de PSGA à la Province d'IFRANE	Homologue
Partie Japonaise			
	Désignés ultérieurement	Experts pour une longue durée et Experts pour une court durée	

ANNEXE 5

LE PROGRAMME DU COMMENCEMENT DU PROJET

Mi Août 2004 :

L'Equipe de la Mission Japonaise chargée de l'Etude Préliminaire du Projet fera un rapport sur les résultats de cette étude au Gouvernement du Japon.

Fin Septembre 2004

Le Procès-verbal des Discussions sera signé entre le Gouvernement du Maroc et le bureau de la JICA au Maroc

Octobre 2004

Démarrage du Projet



DRAFT

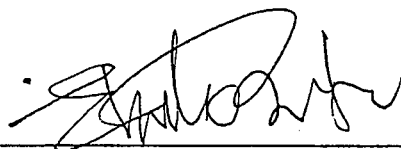
PROCES-VERBAL DES DISCUSSIONS
ENTRE LA MISSION JAPONAISE CHARGEE DE L'ETUDE PRELIMINAIRE
ET
LE MINISTERE DE LA SANTE DU ROYAUME DU MAROC
SUR
LA COOPERATION TECHNIQUE
POUR LE PROJET D'AMELIORATION DES SOINS DE SANTE MATERNELLE
EN MILIEU RURAL

L'Equipe de la Mission Japonaise chargée de l'exécution de l'Etude (ci-après dénommée « l'Equipe») organisée par l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (ci-après dénommée la « JICA ») et conduite par Dr. Etsuko KITA, s'est rendu au Royaume du Maroc du 06 au 24 juillet 2004 en vue d'étudier les détails du programme de la coopération technique concernant le Projet d'Amélioration des Soins de Santé Maternelle en Milieu Rural au Royaume du Maroc.


Durant son séjour au Royaume du Maroc, l'Equipe japonaise et les autorités concernées du Gouvernement du Maroc ont eu une série de discussions et échangé leur points de vue sur les mesures devant être prises par la JICA et le Gouvernement du Royaume du Maroc pour une mise en place réussie du Projet susmentionné.

A l'issue des discussions, l'Equipe japonaise et les autorités concernées du Gouvernement du Maroc ont convenu d'accepter les éléments consignés dans le document ci-joint.

Fait à RABAT Le 2004



Dr. ETSUKO KITA
Chef de Mission de l'étude
Preliminaire du projet
Japan International Cooperation Agency



Dr. FOUAD HAMADI
Secrétaire Général du Ministère de
la Santé
Royaume du Maroc

2. 「モ」国に対する保健医療分野の協力

無償資金協力と国別研修及び専門家派遣実績

1. 無償資金協力

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、村落部の保健センター建設、医療機材や救急車を供与した。総額約12億5,000万円

ソフトコンポーネントとして以下の内容が実施された。

巡回診療計画策定：Boulemane 県、Tata 県を対象に巡回診療における妊産婦健診の計画策定に関する技術指導を2003年5月及び10月に実施した。

医療器材管理 医療機材供与された保健センター、病院を中心に現場の医療従事者（医師、助産師、看護師）と、機材管理の技師へ指導を行うとともに、これらを対象者にセミナー等を実施した。

2. 国別研修

2002年から「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を年間6名、受入れ機関である日本赤十字九州国際看護大学の指導の下、実施している（継続中）。

フェズ州	無償資金協力					国別研修		
	医療施設整備 機材供与	+	機材供与	その他				
Boulemane	保健センター 病院	1 1	保健センター 病院	1 1	巡回診療車両1 救急車両2	3	母子保健担当 (医師)	1
Sefrou	保健センター 病院	4 1		0	救急車両	3	母子保健担当 (医師)	1
Fes	保健センター 病院	0 0	病院	2	救急車両	1	県病院(産科婦長 病棟・助産師) 大学病院 教育担 当(助産師)	2
州合計		8		4		7		4

メクネス州	無償資金協力						国別研修	
	医療施設整備 + 機 材供与		機材供与		その他			
Al Ismaila Mekenas -El		0	病院	2		0	母子保健担当 (助産師) 保健センター (産科婦長)	2
El Hajib		0	病院	1		0	2004 年予定	
Errachidia		0	病院	1	救急車輛	1	2004 年予定	
Iflane	保健センター	1	病院	1	救急車輛	1	巡回診療担当 (助産師)	1
Khenifla	保健センター 病院	5 1	病院	1		0	県病院(助産師)	1
<i>州合計</i>	<i>7</i>		<i>6</i>		<i>2</i>		<i>4</i>	

グルミン州	無償資金協力						国別研修	
	医療施設整備 + 機 材供与		機材供与		その他			
Assa-Zag		0	保健センター 病院	1 1	救急車輛	1	2004 年予定	0
Es-Smala		0		0		0	対象外	0
Guelmim	保健センター 手術室建設 アトリエ建設	2 1 1	保健センター	1	救急車輛	1	州立病院 (産科婦長)	1
Tan-Tan	手術室建設	1	保健センター	1		0	2004 年予定	0
Tata	保健センター 産科等建設	1 2	保健センター	2	巡回診療車 輛(1) 救急車輛(3)	4	保健センター (助産師・婦長)	1
<i>州合計</i>	<i>7</i>		<i>6</i>		<i>6</i>		<i>2</i>	

2002年度、2003年度国別研修「地方村落妊産婦ケア改善計画」研修員リスト

	勤務地	氏名		主な業務
1	保健省人口局	Fatima TSOULY	医師	保健省母子保健担当 JICA プロジェクト担当
2	保健省人口局	Aicha BENBAHA	助産師	保健省母子保健担当
3	フェズ州 フェズ県	Hakima SOSSI	助産師	フェズ大学病院 地域保健担当
4	フェズ州 フェズ県	Samaira RHORCHI	助産師	フェズ県イブンカチブ産科病棟勤務
5	フェズ州 セフロ県	Fatima MIMI	医師	保健支局セフロ県母子保健担当 巡回診療担当 継続教育責任者
6	フェズ州 ブルメン県	Makika DAHMANI	医師	ブルメン県ミッサー母子保健センター 母子保健 担当医
7	メクネス州 メクネス県	Fatiha BELAYCHI	助産師	メクネス県スバタ保健センター 産科婦長
8	メクネス州 メクネス県	Aicha BENASSOU	助産師	保健支局メクネス県母子保健担当 巡回診療担 当
9	メクネス州 イフラン県	Fatima ZAA	助産師	保健支局イフラン県母子保健担当 巡回診療担 当 継続教育責任者
10	メクネス州 ケニフラ県	Fatima HABIB	助産師	保健支局ケニフラ地域病院産科病院婦長
11	グルミン州 グルミン県	Fatima LATRACH	助産師	グルミン州立病院産科病棟婦長
12	グルミン州 タタ県	Fatima MACHKIRROU	助産師	アッカ保健センター

3. 専門家派遣

- ◆ 企画調査専門家：2002年11月～2003年11月（1年間）、和田礼子氏が派遣され無償資金協力及び国別研修の運営に関する業務及び新規案件発掘の業務にあたった。
- ◆ 保健省アドバイザー：2003年12月～ 和田礼子氏が派遣され、妊産婦ケア改善の分野に関する助言及び、無償資金協力と国別研修の帰国研修員のフォロー及び国別研修に関する助言、技術協力プロジェクト立ち上げに関する支援や助言及び、新規案件発掘の業務にあっている。
- ◆ 短期専門家派遣：2003年6月～7月（3週間）日本赤十字九州国際看護大学の教授、助教授計3名が派遣され、モロッコ国内で保健省、及び地方保健支局スタッフを対象に、妊産婦ケアに関するセミナー等を実施した。

無償、国別研修の課題

- * 巡回診療指導により定期的診療は展開されるようになっているが、住民への保健指導の質の向上、診療チームの質を上げる等の取り組みが必要である。
- * 帰国研修員がそれぞれのアクションプランに添って活動を展開し、保健省人口局の帰国研修員が積極的にそのフォローを担っているが、活動が個人・または支局レベルに留まっている。

今後県及び州全体へ研修成果に基づく活動の拡大のため、サポートを強化する必要がある。

- * 国別研修員の選択が各県レベルで1名と限られているので研修員同士で活動をシェアし、高める機会がない。今後は州単位等での組織化による活動の展開ができれば研修員のモチベーションの維持・向上及び州へ研修成果の拡大につながる。
- * 保健指導の強化を目的に保健センターへ視聴覚機材を供与しているが、その利用は個々の来院者への指導にとどまっている。視聴覚機材の有効活用により保健センターでの IEC 活動等住民への啓発活動を積極的に展開する必要がある。

無償資金協力の成果

- * 医療機関整備、機材供与：

現段階で分娩数が飛躍的に増加するには至っていないが、昨年度新規に開設した分娩施設(アノソナン保健センター)では分娩介助の実績が報告されている。

- * 巡回診療車両供与：

1. 2003年5月及び10月に実施した無償ソフトコンポーネント「巡回診療計画策定」の報告ではフェズ州ブルメン県での巡回診療は計画的に実施されていない点が指摘された(今年度は定期的実施されている。:2004年年3回計画・現在2回目の巡回実施中)。
2. 診療においては必要な患者への指導が不十分なまま薬の配給のみに終始する傾向があり、これらのマネージメントや技術はもとよりスタッフのモチベーションも低いため、住民の信頼が低い。医師、助産師、看護師等のチームメンバーの経験不足(保健センターに派遣される医師等は新卒者が多いため指導者が不足)や住民の啓発活動に必要なIEC担当者の参加が少ないため、IEC活動もほとんど実施されていない。
3. 巡回チームをモニタリング・指導するシステムがなく標準化されていない体制で巡回診療が実施されている。保健支局のサポート体制が十分でない等の問題もあり、運営の改善が必要である。
4. 他方グルミン州のTataにも同様の巡回車両を供与しているが定期的に巡回し、保健指導等も実施し、スタッフのモチベーションも高く、Tataの巡回診療は体制が整っておりほぼ十分機能している。

国別研修の成果

- * 国別研修には2002年度、2003年度保健省人口局より医師及び助産師が各1名参加。研修終了後はそれぞれのアクションプランに基づき保健省支局と調整のうえ活動が展開されている。予算の関係から大掛かりな研修等は実施されていないが、研修成果を支局・病院等の関係者への報告からはじまり、助産師の職能会議の開催、母子保健に関するキャンペーンを企画する等、研修員の勤務地の業務の範囲で活動が展開されている。支局レベルの研修員に対する評価では、研修員のモチベーションが上がった点や視野が広がりよい影響が周りへも及ぼされている点が共通している。
また本省から研修員へのフォローが不定期ではあるが実施されているのでその活動が継続されている。

3 . 2002 年関連統計

表2-1 州別の都市部・地方村落部人口(2002年)

州/県	都市部	地方村落部	全体
1 Oued Ed-Dahab - Lagouria	39	13	52
(1) Aousserd	-	-	-
(2) Oued Ed-Dahab	39	13	52
2 Laâyoune - Boujdour - S. El Hamra	210	7	217
(3) Boujdour	31	6	37
(4) Laâyoune	179	1	180
3 Guelmim - Es-Semara	266	170	436
(5) Assa-Zag	17	10	27
(6) Es-Semara	36	19	55
(7) Guelmim	110	52	162
(8) Tan-Tan	63	1	64
(9) Tata	40	88	128
4 Souss - Massam - Daraâ	1,278	1,803	3,081
(10) Agadir-Ida ou Tanane	369	109	478
(11) Chtouka-Aït Baha	33	223	256
(12) Inezgane-Aït Melloul	418	14	432
(13) Ouarzazate	153	354	507
(14) Taroudannt	179	587	766
(15) Tizinit	81	276	357
(16) Zagora	45	240	285
5 Gharb - Chararda - Béni Hssen	791	1,077	1,868
(17) Kénitra	581	569	1,150
(18) Sidi Kacem	210	508	718
6 Chaouia - Ouardigha	704	959	1,663
(19) Ben Slimane	80	155	235
(20) Khouribga	332	161	493
(21) Settat	292	643	935
7 Marrakech - Tensift - Al Haouz	1,221	1,806	3,027
(22) Al Haouz	49	419	468
(23) Chichaoua	39	289	328
(24) El Kelaâ des Sraghna	162	584	746
(25) Essaouira	83	359	442
(26) Marrakech-Médina	183	0	183
(27) Marrakech-Ménara	470	81	551
(28) Sidi Youssef Ben Ali	235	74	309
8 Oriental	1,183	731	1,914
(29) Berkane	167	105	272
(30) Figuig	58	66	124
(31) Jerada	94	34	128
(32) Nador	312	407	719
(33) Oujda-Angad	442	38	480
(34) Taourirt	110	81	191
9 Grand Casablanca	3,454	92	3,546
(35) Aïn Chock-Hay Hassani	639	39	678
(36) Aïn Sebaâ-Hay Mohammadi	605	0	605
(37) Al Fida-Derb Sultan	377	0	377
(38) Ben M'Sick-Médiouna	803	16	819
(39) Casablanca-Anfa	530	0	530
(40) Mechouar de Casablanca	5	0	5
(41) Mohammadia	217	0	217
(42) Moulay Rachid-Sidi Othmane	1	1	1
(43) Sidi Bernoussst-Zenata	278	37	315
10 Rabat - Salé - Zemmour - Zaer	2,011	378	2,389
(44) Khémisset	212	320	532
(45) Rabat	668	0	668
(46) Salé-Al Jadida	849	0	849
(47) Salé-Médina	-	-	-
(48) Skhirate-Témara	282	58	340
11 Doukala - Abda	760	1,224	1,984
(49) El Jadida	304	784	1,088
(50) Safi	456	440	896
12 Tadla - Azilal	556	918	1,474
(51) Azilal	77	414	491
(52) Béni Mellal	479	504	983
13 Meknès - Tafilalet	1,172	947	2,119
(53) Al Ismaïlia	334	14	348
(54) El Hajaeb	80	126	206
(55) Errachidia	185	390	575
(56) Ifrane	71	72	143
(57) Khénifra	273	250	523
(58) Meknès-El Menzeh	229	95	324
14 Fès - Boulemane	1,184	402	1,586
(59) Boulemane	44	133	177
(60) Fès Jadid-Dar Dbibagh	347	13	360
(61) Fès-Médina	296	10	306
(62) Sefrou	125	130	255
(63) Zouagha-My Yacoub	372	116	488
15 Taza - Al Hoceïma - Taounate	454	1,391	1,845
(64) Al Hoceïma	137	283	420
(65) Taounate	67	601	668
(66) Taza	250	507	757
16 Tanger - Tétouan	1,489	941	2,430
(67) Chefchaouen	51	478	529
(68) Fahs-Bni Makada	192	22	214
(69) Larache	255	244	499
(70) Tanger-Assilah	509	41	550
(71) Tétouan	482	156	638
合計	16,772	12,859	29,631

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

表2-2 5歳単位の男女別年齢階級の人口

	1998	1999	2000	2001	2002
0 - 4	2,976	2,979	2,987	2,990	2,988
男性	1,517	1,521	1,525	1,526	1,525
女性	1,459	1,458	1,462	1,464	1,463
5 - 9	3,180	3,122	3,061	3,009	2,968
男性	1,620	1,588	1,557	1,531	1,511
女性	1,560	1,534	1,504	1,478	1,457
10 - 14	3,241	3,235	3,228	3,218	3,201
男性	1,647	1,646	1,644	1,640	1,631
女性	1,594	1,589	1,584	1,578	1,570
15 - 19	3,132	3,184	3,218	3,233	3,236
男性	1,574	1,605	1,626	1,637	1,641
女性	1,558	1,579	1,592	1,596	1,595
20 - 24	2,758	2,819	2,892	2,971	3,050
男性	1,364	1,397	1,437	1,481	1,526
女性	1,394	1,422	1,455	1,490	1,524
25 - 29	2,420	2,511	2,585	2,643	2,692
男性	1,186	1,235	1,274	1,304	1,329
女性	1,234	1,276	1,311	1,339	1,363
30 - 34	1,987	2,029	2,098	2,194	2,301
男性	945	970	1,009	1,062	1,121
女性	1,042	1,059	1,089	1,132	1,180
35 - 39	1,863	1,913	1,941	1,951	1,956
男性	896	911	919	922	926
女性	967	1,002	1,022	1,029	1,030
40 - 44	1,496	1,552	1,622	1,699	1,777
男性	768	791	816	841	865
女性	728	761	806	858	912
45 - 49	1,177	1,263	1,330	1,382	1,427
男性	596	642	679	708	732
女性	581	621	651	674	695
50 - 54	783	808	867	952	1,053
男性	374	393	428	474	528
女性	409	415	439	478	525
55 - 59	777	794	792	776	759
男性	353	357	356	353	351
女性	424	437	436	423	408
60 - 64	622	620	636	668	706
男性	308	305	307	314	322
女性	314	315	329	354	384
65 - 69	590	617	616	603	583
男性	283	293	293	289	282
女性	307	324	323	314	301
70 - 74	311	329	371	420	469
男性	162	170	187	205	223
女性	149	159	184	215	246
75 -	462	463	461	461	465
男性	226	225	224	225	229
女性	236	238	237	236	236
合計	27,775	28,238	28,705	29,170	29,631
男性	13,819	14,049	14,281	14,512	14,742
女性	13,956	14,189	14,424	14,658	14,889

出典：人口学調査研究センター (CERED: Centre D'Etudes et de Recherches Démographiques)

表2-3 公立保健医療施設数(2002年)

州/県	3次病院		2次病院		1次病院			基礎保健医療施設					
	国		州		県			地区		地区			
	総合病院	専門病院	総合病院	専門病院	総合病院	複合科病院	専門病院	地区病院	保健センター	地区病院	産科センター	保健センター	診療所
1 Oued Ed-Dahab - Lagouria	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	1	0	3
(1) Aousserd					1				3		1		3
(2) Oued Ed-Dahab													
2 Laäyoune - Boujdour - S. El Hamra	0	0	0	0	2	0	1	0	12	0	1	1	8
(3) Boujdour					1				4		1		2
(4) Laäyoune					1		1		8			1	6
3 Guelmim - Es-Semara	0	0	0	0	3	3	0	1	21	0	11	18	36
(5) Assa-Zag						1			3			1	3
(6) Es-Semara					1				4			1	
(7) Guelmim					1	1			5		2	6	20
(8) Tan-Tan					1				5		1	2	1
(9) Tata						1		1	4		8	8	12
4 Souss - Massam - Daraâ	0	0	1	0	5	3	2	8	37	2	44	154	110
(10) Agadir-Ida ou Tanane			1		1				9		3	4	13
(11) Chtouka-Aït Baha								1	1		3	15	11
(12) Inezgane-Aït Melloul					1				9		2	1	1
(13) Ouarzazate					1	1	1	1	7		9	21	24
(14) Taroudannt					1			4	5	1	9	70	19
(15) Tizint					1	1	1	2	4	1	12	27	37
(16) Zagora						1			2		6	16	5
5 Gharb - Chararda - Béni Hssen	0	0	0	0	2	3	0	2	33	0	16	34	31
(17) Kénitra					1	2			24		6	13	22
(18) Sidi Kacem					1	1		2	9		10	21	9
6 Chaouïa - Ouardigha	0	0	0	0	3	4	2	1	28	0	12	75	55
(19) Ben Slimane					1			0	4		2	10	4
(20) Khouribga					1	2		0	11		2	20	12
(21) Serrat					1	2	2	1	13		8	45	39
7 Marrakech - Tensift - Al Haouz	0	0	1	4	2	2	0	4	48	5	36	155	65
(22) Al Haouz								1	1		1	12	23
(23) Chichaoua						1		1	1	2	5	26	6
(24) El Kelaâ des Sraghna					1	1		1	10	1	10	51	12
(25) Essaouira					1			1	5		6	46	7
(26) Marrakech-Médina			1	1					13				
(27) Marrakech-Ménara				3					13	1		6	1
(28) Sidi Youssef Ben Ali									6		3	3	7
8 Oriental	0	0	1	1	3	2	0	1	45	1	22	43	28
(29) Berkane					1				7		3	4	2
(30) Figuig					1			1	3	1	4	4	6
(31) Jerada									7		1	6	2
(32) Nador					1				8		12	19	12
(33) Oujda-Angad			1	1	0	1			16		1	5	2
(34) Taurirt					0	1			4		1	5	4
9 Grand Casablanca	1	2	0	0	5	2	2	0	87	0	1	7	3
(35) Ain Chock-Hay Hassani						1	1		14			3	1
(36) Ain Sebaâ-Hay Mohammadi					1				14				
(37) Al Fida-Derb Sultan					1				15				
(38) Ben M'Sick-Médjouna									7				1
(39) Casablanca-Anfa	1	2			1				15				
(40) Mechouar de Casablanca									2				
(41) Mohammadia					1				6		1	3	
(42) Moulay Rachid-Sidi Othmane					1				9			1	
(43) Sidi Bernoussi-Zenata						1	1		5				1
10 Rabat - Salé - Zemmour - Zaer	1	8	0	0	4	2	0	0	59	0	14	25	10
(44) Khémisset					1	2			7		10	22	7
(45) Raba	1	6			1				27				
(46) Salé-Al Jadida									6		1		3
(47) Salé-Médina			2		1				12		0		
(48) Skhirate-Témara					1				7		3	3	
11 Doukala - Abda	0	0	0	0	2	1	1	2	29	0	15	58	13
(49) El Jadida					1	1	1		12		8	37	6
(50) Safi					1			2	17		7	21	7
12 Tadla - Azilal	0	0	0	0	2	2	0	2	18	2	18	43	68
(51) Azilal					1			1	2		13	26	27
(52) Béni Mellal					1	2		1	16	2	5	17	41
13 Meknès - Tafilalet	0	0	1	3	2	5	1	6	60	2	29	61	89
(53) Al Ismailia				1					21		2	4	
(54) El Hajaeb								1	4		2	6	5
(55) Errachidia					1	2	1	3	10	2	11	22	30
(56) Ifrane						2		1	4		3	3	14
(57) Khénifra					1	1			9		9	20	25
(58) Meknès-El Menzeh			1	2				1	12		2	6	15
14 Fès - Boulemane	0	0	2	2	2	1	0	2	39	0	13	32	29
(59) Boulemane					1	1		1	3		4	13	17
(60) Fès Jadid-Dar Dbibagh			1						9				1
(61) Fès-Médina				1					9			3	1
(62) Sefrou					1			1	7		4	12	5
(63) Zouagha-My Yacoub			1	1	0				11		5	4	5
15 Taza - Al Hoceïma - Taouinate	0	0	0	0	3	3	0	7	17	2	36	80	59
(64) Al Hoceïma					1			2	6	2	8	22	15
(65) Taouinate					2	2		3	3	0	10	34	18
(66) Taza					2	1		3	8	0	18	24	26
16 Tanger - Tétouan	0	0	0	0	4	2	5	0	47	3	21	56	30
(67) Chefchaouen					1				3	3	9	21	26
(68) Fahs-Bni Makada (病院は70名合同)									5			4	1
(69) Larache					1	1			10		3	12	2
(70) Tanger-Assilah					1	1	3		13		4	2	
(71) Tétouan					1		2		16		5	17	1
合計	2	10	6	10	45	35	14	36	583	17	290	842	637
大学病院計	2												
(1) CH IBN ROCHD Casa	1												
(2) CH IBN ROCHD Rabat	1												
総合計	4	10											

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

表3-2 2002年の出産の状況

州/県	妊産婦死亡	死産	合計	帝王切開	普通分娩	合計
1 Oued Ed-Dahab - Lagouria	2	36	38	44	1,480	1,524
(1) Aousserd						
(2) Oued Ed-Dahab	2	36	38	44	1,480	1,524
2 Laâyoune - Boujdour - S. El Hamra	3	125	128	302	4,110	4,412
(3) Boujdour	0	28	28	20	1,316	1,336
(4) Laâyoune	3	97	100	282	2,794	3,076
3 Guelmim - Es-Semara	3	140	143	172	4,575	4,747
(5) Assa-Zag	0	6	6	0	262	262
(6) Es-Semara	0	24	24	32	638	670
(7) Guelmim	3	56	59	33	1,963	1,996
(8) Tan-Tan	0	19	19	107	1,124	1,231
(9) Tata	0	35	35	0	588	588
4 Souss - Massam - Daraâ	38	923	961	2,589	32,845	35,434
(10) Agadir-Ida ou Tanane	17	255	272	988	7,325	8,313
(11) Chtouka-Ait Baha	1	4	5	0	1,803	1,803
(12) Inezgane-Ait Melloul	2	142	144	645	6,947	7,592
(13) Ouarzazate	11	134	145	137	3,456	3,593
(14) Taroudannt	3	238	241	396	9,166	9,562
(15) Tizinit	2	111	113	375	2,781	3,156
(16) Zagora	2	39	41	48	1,367	1,415
5 Gharb - Chararda - Béni Hssen	15	590	605	773	18,649	19,422
(17) Kénitra	9	385	394	495	12,390	12,885
(18) Sidi Kacem	6	205	211	278	6,259	6,537
6 Chaouia - Ouardigha	11	425	436	1,028	18,057	19,085
(19) Ben Slimane	1	15	16	61	1,523	1,584
(20) Khouribga	5	153	158	400	6,260	6,660
(21) Settat	5	257	262	567	10,274	10,841
7 Marrakech - Tensift - Al Haouz	24	852	876	2,073	30,994	33,067
(22) Al Haouz	0	40	40	0	2,419	2,419
(23) Chichaoua	2	45	47	94	1,802	1,896
(24) El Kelaâ des Sraghna	4	170	174	541	6,577	7,118
(25) Essaouira	3	130	133	372	4,182	4,554
(26) Marrakech-Médina	0	26	26	111	1,836	1,947
(27) Marrakech-Ménara	15	439	454	955	13,775	14,730
(28) Sidi Youssef Ben Ali	0	2	2	0	403	403
8 Oriental	6	408	414	1,326	19,064	20,390
(29) Berkane	0	71	71	309	2,842	3,151
(30) Figuig	2	54	56	84	1,434	1,518
(31) Jerada	0	12	12	0	820	820
(32) Nador	1	113	114	460	6,489	6,949
(33) Oujda-Angad	2	125	127	467	5,851	6,318
(34) Taourirt	1	33	34	6	1,628	1,634
9 Grand Casablanca	26	850	876	4,458	35,333	39,791
(35) Ain Chock-Hay Hassani	6	14	20	12	3,553	3,565
(36) Ain Sebaâ-Hay Mohammadi	2	150	152	831	6,000	6,831
(37) Al Fida-Derb Sultan	0	53	53	354	5,663	6,017
(38) Ben M'Sick-Médiouna + (42)	5	107	112	561	6,014	6,575
(39) Casablanca-Anfa + (40)	11	454	465	2,492	8,267	10,759
(40) Mechouar de Casablanca						
(41) Mohammadia	1	50	51	190	2,508	2,698
(42) Moulay Rachid-Sidi Othmane						
(43) Sidi Bernoussi-Zenata	1	22	23	18	3,328	3,346
10 Rabat - Salé - Zemmour - Zaer	11	753	764	2,913	31,596	34,509
(44) Khémisset	0	118	118	404	5,761	6,165
(45) Rabat	10	488	498	2,185	16,601	18,786
(46) Salé-Al Jadida	0	1	1	0	294	294
(47) Salé-Médina	1	125	126	299	7,138	7,437
(48) Skhirate-Témara	0	21	21	25	1,802	1,827
11 Doukala - Abda	17	649	666	1,345	21,312	22,657
(49) El Jadida	4	355	359	877	11,967	12,844
(50) Safi	13	294	307	468	9,345	9,813
12 Tadla - Azilal	14	356	370	414	14,875	15,289
(51) Azilal	4	65	69	116	2,254	2,370
(52) Béni Mellal	10	291	301	298	12,621	12,919
13 Meknès - Tafilalet	23	564	587	1,124	17,995	19,119
(53) Al Ismaïlia						
(54) El Hajaeb	0	17	17	0	1,599	1,599
(55) Errachidia	8	153	161	215	4,482	4,697
(56) Ifrane	1	33	34	89	1,405	1,494
(57) Khénifra	8	134	142	260	4,740	5,000
(58) Meknès-El Menzeh	6	227	233	560	5,769	6,329
14 Fès - Boulemane	22	592	614	1,269	17,976	19,245
(59) Boulemane	1	58	59	74	1,134	1,208
(60) Fès Jadid-Dar Dbibagh	15	265	280	789	4,433	5,222
(61) Fès-Médina	0	10	10	0	1,085	1,085
(62) Sefrou	1	58	59	24	3,169	3,193
(63) Zouagha-My Yacoub	5	201	206	382	8,155	8,537
15 Taza - Al Hoceïma - Taounate	11	455	466	957	17,043	18,000
(64) Al Hoceïma	4	107	111	438	3,747	4,185
(65) Taounate	2	111	113	37	4,625	4,662
(66) Taza	5	237	242	482	8,671	9,153
16 Tanger - Tétouan	17	688	705	1,843	19,750	21,593
(67) Chefchaouen	1	198	199	205	3,218	3,423
(68) Fahs-Bni Makada	0	1	1	0	43	43
(69) Larache	5	144	149	295	4,734	5,029
(70) Tanger-Assilah	8	204	212	670	7,194	7,864
(71) Tétouan	3	141	144	673	4,561	5,234
合計	243	8,406	8,649	22,630	305,654	328,284

はデータ無し

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

表3-3 妊娠出産に関する活動の実績2002年

州/県	健診 産後*	ハイリスク妊娠		その他 産前健診	第一 妊娠3ヶ月目	初回 産前健診
		レファレル	全体			
1 Oued Ed-Dahab - Lagouria	1,558	18	18	1,158	942	1,268
(1) Aousserd						
(2) Oued Ed-Dahab	1,558	18	18	1,158	942	1,268
2 Laâyoune - Boujdour - S. El Hamra	3,522	338	533	3,066	1,809	2,960
(3) Boujdour	702	113	127	945	442	805
(4) Laâyoune	2,820	225	406	2,121	1,367	2,155
3 Guelmim - Es-Semara	6,928	302	631	6,096	3,175	6,490
(5) Assa-Zag	365	13	43	596	242	455
(6) Es-Semara	965	5	11	573	467	735
(7) Guelmim	2,884	77	137	2,476	1,105	2,522
(8) Tan-Tan	1,326	64	72	943	527	1,128
(9) Tata	1,388	143	368	1,508	834	1,650
4 Souss - Massam - Daraâ	47,707	1,592	3,716	39,896	18,070	42,453
(10) Agadir-Ida ou Tanane	6,804	180	451	6,312	2,596	6,120
(11) Chtouka-Aït Baha	4,641	217	428	3,460	2,073	4,164
(12) Inezgane-Aït Melloul	5,530	143	322	5,313	2,588	5,133
(13) Ouarzazate	9,199	220	947	9,384	3,705	8,787
(14) Taroudannt	12,077	371	756	10,113	4,246	10,936
(15) Tizinit	5,187	314	450	2,531	1,249	3,394
(16) Zagora	4,269	147	362	2,783	1,613	3,919
5 Gharb - Chararda - Béni Hssen	28,586	1,584	3,958	16,313	8,509	18,025
(17) Kénitra	17,804	1,041	3,141	9,099	4,427	10,366
(18) Sidi Kacem	10,782	543	817	7,214	4,082	7,659
6 Chaouia - Ouardigha	23,574	560	1,664	18,586	7,370	18,707
(19) Ben Slimane	3,775	101	454	3,560	1,814	3,485
(20) Khouriba	8,641	283	562	4,104	1,387	5,919
(21) Settat	11,158	176	648	10,922	4,169	9,303
7 Marrakech - Tensift - Al Haouz	53,935	2,325	7,293	40,722	20,385	39,459
(22) Al Haouz	8,407	396	1,140	5,817	2,580	5,925
(23) Chichaoua	5,256	213	327	3,267	1,909	3,801
(24) El Kelaâ des Sraghna	13,899	720	2,468	11,780	6,742	11,133
(25) Essaouira	7,799	470	1,055	4,892	2,385	6,249
(26) Marrakech-Médina	2,768	84	641	3,197	1,582	2,514
(27) Marrakech-Ménara	10,727	258	861	5,989	2,771	5,563
(28) Sidi Youssef Ben Ali	5,079	184	801	5,780	2,416	4,274
8 Oriental	27,934	1,083	3,706	20,920	9,315	22,685
(29) Berkane	3,844	68	160	1,755	821	1,856
(30) Figuig	2,616	304	306	2,276	1,393	2,890
(31) Jerada	1,694	129	213	2,108	801	1,649
(32) Nador	9,067	263	486	4,957	1,998	8,703
(33) Oujda-Angad	7,452	290	2,427	7,657	3,553	5,541
(34) Taourirt	3,261	29	114	2,167	749	2,046
9 Grand Casablanca	49,618	968	2,168	26,161	14,566	29,216
(35) Ain Chock-Hay Hassani	10,967	216	741	4,274	2,430	5,696
(36) Ain Sebaâ-Hay Mohammadi	7,882	36	92	3,761	2,569	4,903
(37) Al Fida-Derb Sultan	4,724	111	127	2,687	1,433	2,541
(38) Ben MSick-Médiouna + (42)	12,986	185	592	7,261	4,168	8,091
(39) Casablanca-Anfa + (40)	4,541	50	115	2,120	1,159	2,098
(40) Mechouar de Casablanca						
(41) Mohammadia	2,392	125	229	2,998	1,351	2,214
(42) Moulay Rachid-Sidi Othmane						
(43) Sidi Bernoussi-Zenata	6,126	245	272	3,060	1,456	3,673
10 Rabat - Salé - Zemmour - Zaer	35,357	1,585	2,538	27,983	12,421	23,999
(44) Khémisset	8,443	239	429	5,140	2,775	5,017
(45) Rabat	8,575	546	750	5,751	3,053	5,764
(46) Salé-Al Jadida	5,110	235	274	3,757	1,768	4,211
(47) Salé-Médina	6,877	251	405	6,237	2,531	4,891
(48) Skhirate-Témara	6,352	314	680	7,098	2,294	4,116
11 Doukala - Abda	32,762	360	751	16,709	9,167	20,208
(49) El Jadida	19,227	203	420	8,396	4,499	10,975
(50) Safi	13,535	157	331	8,313	4,668	9,233
12 Tadla - Azilal	22,801	603	1,548	19,716	9,670	17,399
(51) Azilal	6,934	292	429	5,267	2,950	5,328
(52) Béni Mellal	15,867	311	1,119	14,449	6,720	12,071
13 Meknès - Tafilalet	27,220	1,003	1,602	23,366	10,445	21,227
(53) Al Ismailia						
(54) El Hajaeb	3,988	54	140	3,059	1,524	2,742
(55) Errachidia	8,234	217	344	8,468	3,547	7,093
(56) Ifrane	2,188	160	219	2,031	981	1,957
(57) Khénifra	7,369	134	226	4,058	1,860	5,090
(58) Meknès-El Menzeh	5,441	438	673	5,750	2,533	4,345
14 Fès - Boulemane	28,182	1,351	2,799	27,679	10,221	19,148
(59) Boulemane	2,488	28	102	1,557	714	1,693
(60) Fès Jadid-Dar Dbibagh	5,044	151	170	3,553	1,292	3,066
(61) Fès-Médina	6,766	344	393	7,181	2,028	3,829
(62) Sefrou	4,886	121	1,242	5,614	1,935	3,423
(63) Zouagha-My Yacoub	8,998	707	892	9,774	4,252	7,137
15 Taza - Al Hoceïma - Taounate	26,925	1,633	4,027	19,118	9,075	19,389
(64) Al Hoceïma	4,725	113	194	2,954	1,302	2,594
(65) Taounate	11,773	1,171	2,615	9,445	4,498	9,763
(66) Taza	10,427	349	1,218	6,719	3,275	7,032
16 Tanger - Tétouan	36,835	1,766	3,497	16,799	8,670	18,132
(67) Chefchaouen	8,988	300	771	3,841	1,838	4,124
(68) Fahs-Bni Makada	4,658	446	766	2,456	1,101	2,216
(69) Larache	6,213	138	202	2,143	1,047	2,446
(70) Tanger-Assilah	6,909	534	643	3,159	1,669	3,582
(71) Tétouan	10,067	348	1,115	5,200	3,015	5,764
合計	453,444	17,071	40,449	324,288	153,810	320,765

はデータ無し

* 産後健診は、出産後1週間後の健診である

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

4 . 保健政策（和訳：一部抜粋、オリジナル：仏語）

モロッコ王国
保健省

保健政策 達成したこと、チャレンジ、目標（一部抜粋）

2003 - 2007

2004年6月

活動計画

- ・ 達成したことを強固にすること
- ・ 資源を合理的に利用すること
- ・ 新しいニーズに答えること

達成したことを強固にすること

1. 保健諸計画を強固にすること

- 以下の新ワクチン導入による予防注射計画の強化：
風疹、Hémophilus 脳膜炎
- マラリア、ビルハルツ住血吸虫、トラコーマが原因で起こる失明を今から 2007 年までに、ライ病を 2010 年に除去すること。
- 諸分野間の協議の枠内で風土病（水を原因とする病気、結核、脳膜炎、寄生性動物病他）撲滅計画強化
- リスクなき出産計画強化
- 家族計画を強固にすること
- 小児病の一貫集中診療負担引受（PCIME）計画の一般化
- 栄養失調撲滅強化（ビタミン A、TDCI、鉄分、ビタミン D 他）
- 口腔内歯科衛生保健計画の開発
- 予防計画において民間と提携すること
- 特に地方水準での保健に関する啓発教育計画を開発すること
- バルネラブルな住民（思春期・若年層、学校、女性、老人、都市周辺の恵まれない地域、飛び地地域）の対応をめざす特殊計画の開発

2. 保健衛生カバー率を強化すること

- 公立病院の水準引き上げをスピードアップすること
- 地方村落におけるカバー率戦略を住民のニーズと環境の拘束に適応させること
- 地方病院の任務、技術面、管理方法を開発すること
- 第 1 次ケア施設により提供される全サービスを開発すること
- 地方総合開発プロジェクトに「基本的なケアの提供」の次元を取り入れること
- 地方分権政策の枠内で、第一次ケア施設の管理に地方公共団体（市町村）が関わるようにすること

3. 薬剤政策において達成したことを強固にすること

- ・ 製薬分野への投資を助成し奨励すること
- ・ 薬品、ワクチン、血清、医療装置、その他の全保健関係製品の質の管理手段を強化すること
- ・ 管理資源と能力を強化すること
- ・ 薬品管理国立研究所のレベルアップをはかり、同研究所が国際水準での信用獲得へのアクセスを可能にすること
- ・ 処方者に処方された薬剤の使用をいっそう奨励すること
- ・ 合理的な基盤に則って薬草の利用を奨励すること

4. 衛生安全を強化すること

- 州伝染病監視所及び国境衛生管理課を強化すること
- 保健省に国立専門組織を創設して監視と衛生警戒を開発すること
- 関連部局との協力で食品の衛生安全に係る国の決定機関を創設すること
- モロッコ・パスツール研究所の再編制

資源を合理的に利用すること

1. 人的資源管理を改善すること

- 人的資源管理の地方分権化を採用の地方移動により強化すること
- 予算割当てポスト（正職員のポスト）を分権化された水準に住所指定すること
- 人的資源の予測管理を開発すること

2. 薬剤管理を合理化すること

- 薬剤と薬製品購入手続きを分散すること
- 薬剤処方者に保健経済について啓発すること
- 薬剤への物理的・財政的アクセスを改善すること

3. 保健分野における国際協力を開発すること

- 国際協力分野における戦略を作成し配置すること
- 国の保健システムの伝統的なパートナーとの協力機構を強化すること
- 特に病院分野における地方分権化された協力を助成すること、これは第3諸国の研究所間、国立実験所間、及びカウンターパート間のパートナーシップを含む
- モロッコが保健分野で有している能力を考慮して、三角協力を開発し南南協力を強化すること
- 国際機関におけるモロッコの代表部を強化すること

新しいニーズに答えること

1. 慢性病の予防・対応計画を強化すること：

心臓血管系病気、精神衛生、呼吸器病、糖尿病、癌、慢性腎臓不全

2. 浮上するリスクと病気に対応するため保健省の介入能力を開発する：

性病／エイズ、瘍（炭そ）、リフト・ヴァレー熱、クリミア - コンゴ熱、SARS等

3. 病院網の強化

- 病院改革実施をスピードアップすること
- 4大学病院（CHU）、特にフェズ・ハッサン2世CHU、マラケシュ・モハメッド6世CHUの役割を強化し、ウジュダにCHUを建設すること（2003年3月18日ウジュダでの国王演説）

- 資源を合理的に活用し、部課の質を開発するために、いくつかの病院施設内に優良拠点を創設すること
 - ・ ケアを人間的にする点で、苦痛緩和対応国立センターの創設
 - ・ 臓器移植センターを創設すること
 - ・ 小児耳鼻咽喉科国立センター2ヶ所の創設
- 新癌センター4ヶ所（アガディール、ウジユダ、カザ、タンジール）及び小児癌国立センター1ヶ所を創設すること
- 法医学国立研究所の創設

4．モロッコ国のニーズに鑑み養成能力を開発すること

- 保健分野での養成システムを大学教育改革措置に調和させること
- 公衆医学、保健経済、家族保健他を開発しながら一般医養成の授業内容を見直すこと
- 専門医養成の授業内容を見直すこと
- パラメディカル要員のプロフィールを再見すること
- 卒後研修を開発し改善し制度化すること
- 新しい養成分野を開発すること

5．保健省（MS）の指導・調整能力を上昇させること

- 臨時職員化を開発し、管理の最大有効活用手段を配置すること
- ケア提供の管理活動手段特に保健衛生地図とケア提供州図（SROS）を配置すること

6．保健システムのマネジメント能力を開発し外部諸部門の管理自立を強化すること

- 保健省州支部を制度化すること
- 本省（計画化、調整、監督）と地方分権化された州及び県の諸部門間の分掌を再定義すること
- 市民とのコミュニケーションを改善し強固にすること
- 州病院を公立病院施設に昇格させること

7．法的指導監督強化と法的手段のアップデートのスピードアップ

- 保健システム組織の見直し
- 病院網の法的指導監督の強化
- 民間部門とのコミュニケーション強化のための手段の配置
- 生命倫理ナショナル委員会の創設
- 臓器移植ナショナル委員会の配置
- 保健衛生の安全、監視、警戒における国家の役割強化
- 地方公共団体、民間、NGOとのパートナーシップを組織する上でのフレームの定義づけと配置
- 公共・民間保健施設の認可に係る国家システムの配置
- 病院廃棄物の処理の法制化と組織

8．保健部門の融資を改善すること

- 地方分権化された組織及び病院への公平な資源支給を可能にする基準の採用

- 医療保険ナショナル事業団の配置
- 基本医療カバー法（AMO 及び RAMED)の漸進的配置
- 国際協力及び地方公共団体・NGO といった経済社会分野で活動する潜在的な人材資源とのパートナーシップを通して付加的資源を動員すること
- 動員された資源を保健の優先課題に向けること

9 . パートナーシップと部門間活動を強化すること

- 地方公共団体と保健部門における協力戦略を定義し実施すること
- 民間とのパートナーシップを開発すること
- 民間医療サービス提供者とともに彼らが予防計画に参加するためにナショナル協約を作成すること
- 市民社会とのパートナーシップを賦活すること

10 . 災害撲滅・緊急時の管理能力を改善すること

- 緊急医療援護システムを創設すること（SAMU)
- 緊急時救助と対応組織化にかかる部門間協力を制度化すること
- 病院緊急プランを作成すること
- 主要な緊急時に対応するために新たなビジョンを作成すること
- 緊急事態に関する全国シンポジウムの組織

11 . 保健分野における研究を開発すること

- 保健システムに関するオペレーションズ・リサーチを開発すること
- 保健に係る指標を定期的にアップデートすることを目的として保健に関する全国的なアンケートを組織すること
- 大学及び専門機関との協力で州水準における研究を助成すること
- 伝統的な薬剤分野の研究を開発すること
- 熱帯病に充てた国立研究所を創設すること



Politique de Santé Acquis, défis et objectifs

2003 - 2007



Sommaire

1. Cadre général
 - Orientations politiques
 - Environnement favorable au changement
 2. Diagnostic de la situation sanitaire
 - Les acquis
 - Les dysfonctionnements et les faiblesses
 - Les défis
 3. Orientation stratégiques et objectifs
 4. Programme d'action
 - Consolider les acquis
 - Rationalisation de l'utilisation des ressources
 - Réponse aux nouvelles demandes
 5. Contraintes et engagements
- Conclusion



Le Ministère de la Santé en chiffres

Médecins	7.128
Généralistes	3.391
Spécialistes	2.912
Enseignants chercheurs	825
Pharmaciens	114
Chirurgiens dentistes	238
Infirmiers	26.790
Autres	9.824

06/10/2003

3



Le Ministère de la Santé en chiffres

Nombre de Directions	8
Nombre de Délégations	68
Nombre d'Hôpitaux	122
Nombre de lits	25.901 (80 %)
Etablissements de soins de santé de base	2.405
Etablissements de soins de santé de base en rural	1.786

06/10/2003

4



Le Ministère de la Santé en chiffres

Budget annuel (2003) : 5.189.160.000 Dhs

Salaires	3.289.276.000	63 %
Fonctionnement	934.596.000	18 %
Investissements	965.288.000	19 %

06/10/2003

5

Cadre général

- Orientations politiques
- Environnement favorable au changement

06/10/2003

—131—

6



Orientations Politiques

- Les discours de Sa Majesté le Roi Mohammed VI que Dieu l'Assiste :
 - **Volonté politique au plus haut niveau :**
« le droit à la scolarité, à la santé, à l'alimentation, à l'habitat et à un environnement sain entre autres, constitue en effet, un aspect essentiel de la dignité de l'Homme » 13 avril 2003
 - **Nouveau concept de l'autorité** (discours Royal du 12 octobre 1999 à Casablanca)
 - **Politique de proximité et l'intérêt accordé au « Maroc profond »** (discours Royal inaugural de la septième législature, Rabat le 11 octobre 2002).
 - **Lutte contre l'exclusion sous toutes ses formes.**

06/10/2003

7



Orientations Politiques

- **Politique gouvernementale :**
 - Déclaration du gouvernement faite par Monsieur Driss JETTOU, premier ministre devant le parlement ayant fait de la santé une de ses priorités et un axe important de la **politique de proximité** (21 novembre 2002)
 - Adoption de la politique de proximité comme approche de travail
- **Concrétisation de la place de la santé par le législateur:**
Loi 65-00 : La couverture médicale « l'une des priorités de l'Etat en matière de santé est d'assurer à toute la population l'égalité et l'équité dans l'accès aux soins »

06/10/2003



Environnement favorable au changement

- Consolidation du processus démocratique et des droits de l'homme
- Nouvelle dynamique de la société civile
- Renaissance et développement de la liberté de l'information
- Réforme de la charte communale
- Engagements internationaux
 - Ratification des pactes relatifs aux droits civils et politiques et aux droits économiques sociaux et culturels
 - Objectifs de la Déclaration du Millénaire

06/10/2003

9



Environnement favorable au changement

- **La régionalisation**
 - Comme palier de régulation, de rationalisation de l'offre de soins et de redistribution des ressources sur des bases plus équitables
 - Comme niveau d'intégration des établissements de santé dans le processus de développement régional
 - Comme instrument pour dynamiser le partenariat entre le Ministère de la Santé et les collectivités locales ...
- **Les opportunités de financement :**
La mise en place du Code de la Couverture Médicale de Base

06/10/2003

10

Diagnostic de la situation sanitaire

- Les acquis
- Les dysfonctionnements et les faiblesses
- Les défis

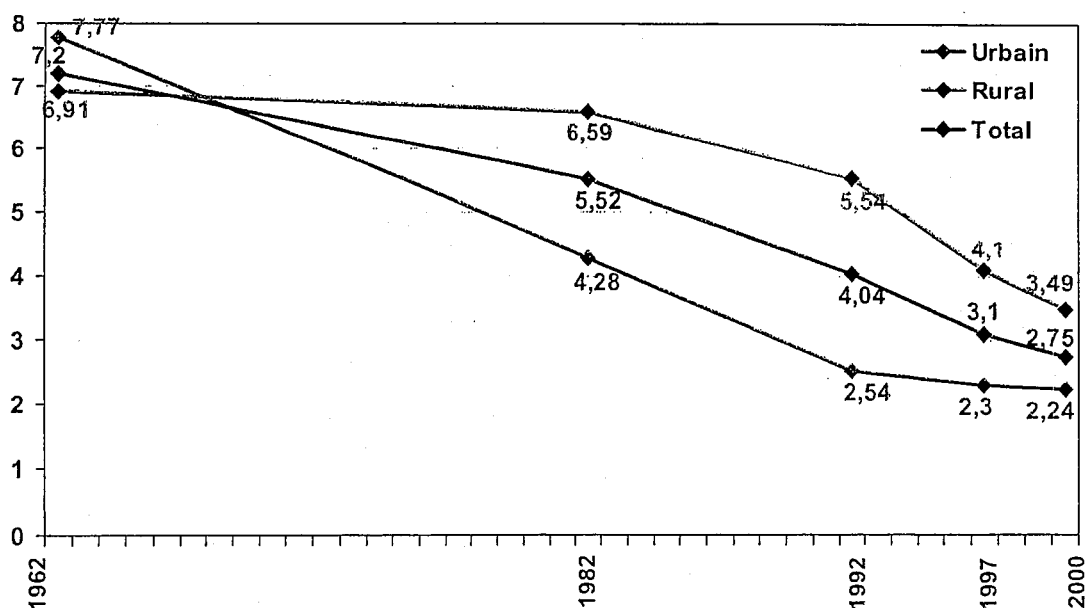
06/10/2003

11



Les acquis : 1- Maîtrise de la croissance démographique

Tendance de la fécondité par milieu



Source : Ministère de la Santé

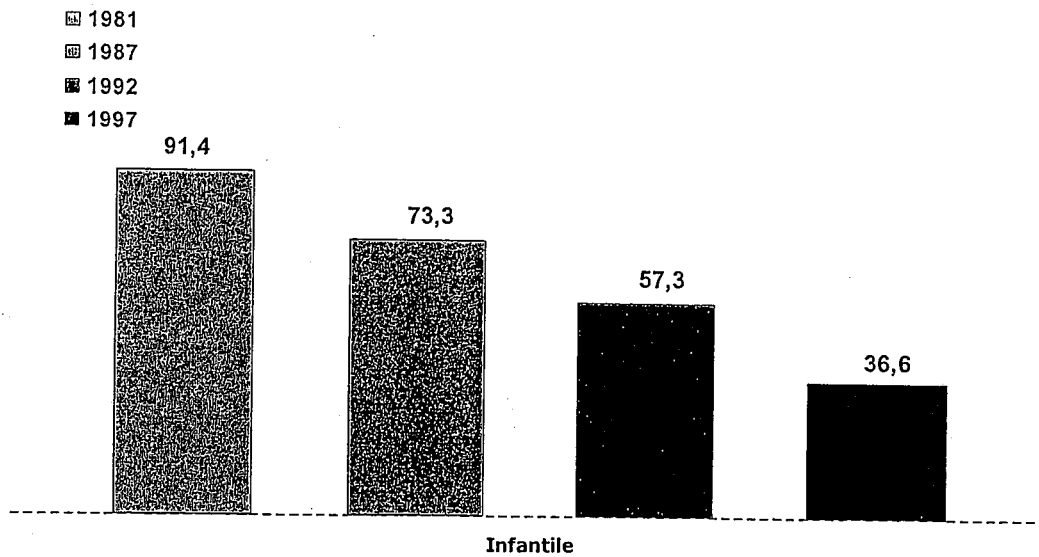
06/10/2003

12



Les acquis : 2- Réduction des niveaux de mortalité

Quotient de mortalité infantile
(pour 1.000 naissances vivantes)



Source : Ministère de la Santé, Direction de la Statistique

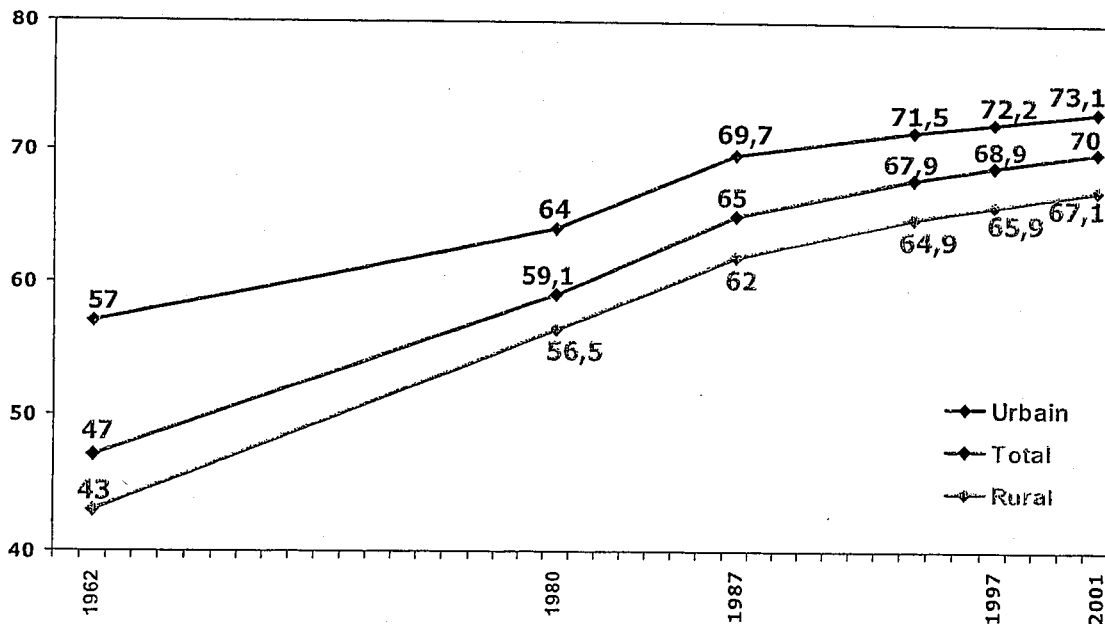
06/10/2003

13



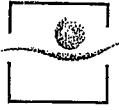
Les acquis : 2- Réduction des niveaux de mortalité

Evolution de l'espérance de vie à la naissance selon le milieu



Source : Ministère de la Santé, Direction de la Statistique

06/10/2003



Les acquis

3. Extension de la couverture sanitaire

- 1 établissement de Soins de Santé de Base pour 12.400 habitants en 2001 contre 1 pour 29.000 en 1960
- 1 médecin pour 2.300 habitants en 2000 contre 1 pour 12.000 en 1960
- 1 infirmier pour 1.100 habitants en 2000 contre 1 pour 2.700 en 1960.

06/10/2003

15



Les acquis

4. Réduction de l'incidence, voire élimination de certaines maladies transmissibles : Poliomyélite, Diphtérie, Tétanos néonatal, Rougeole, Trachome, Paludisme, Bilharziose, ...
5. Autonomie dans la formation des professionnels de santé
6. Sécurité transfusionnelle et en Radioprotection
7. Production Pharmaceutique Nationale de grande qualité avec production de 70 - 80 % des besoins nationaux en médicaments

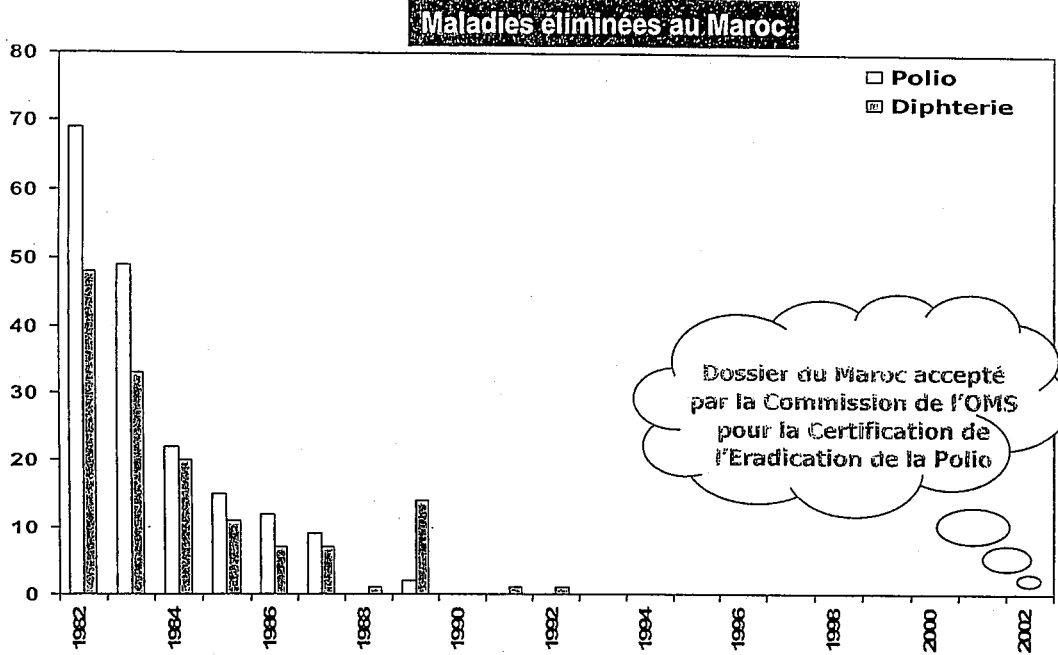
06/10/2003

16



Les acquis

Évolution de la poliomyélite et de la diphtérie, Maroc, 1982-2002



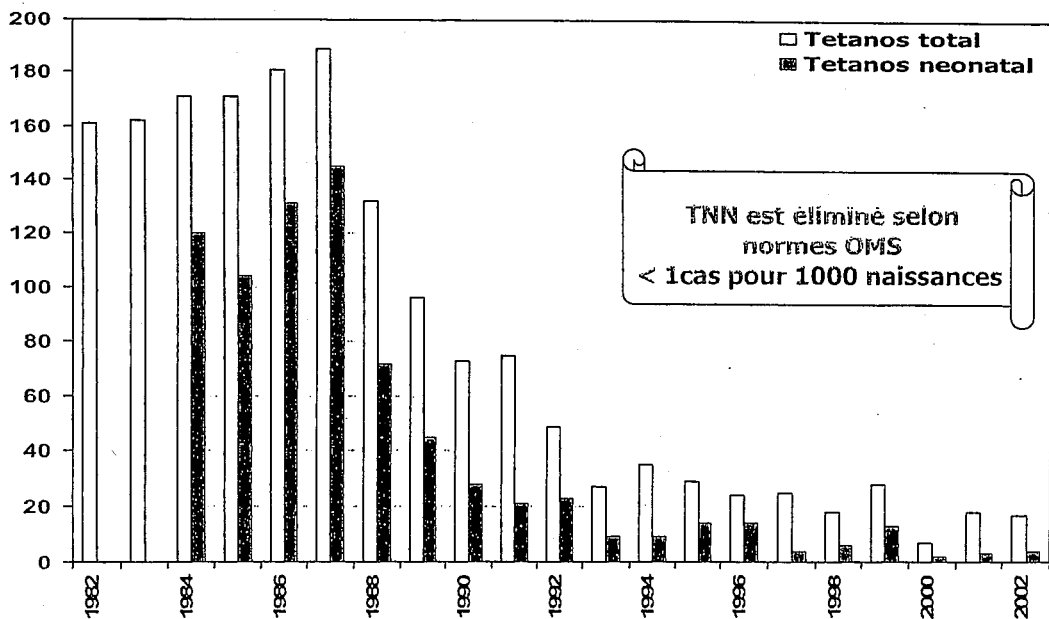
06/10/2003

17



Les acquis

Évolution du tétanos, Maroc, 1982-2002



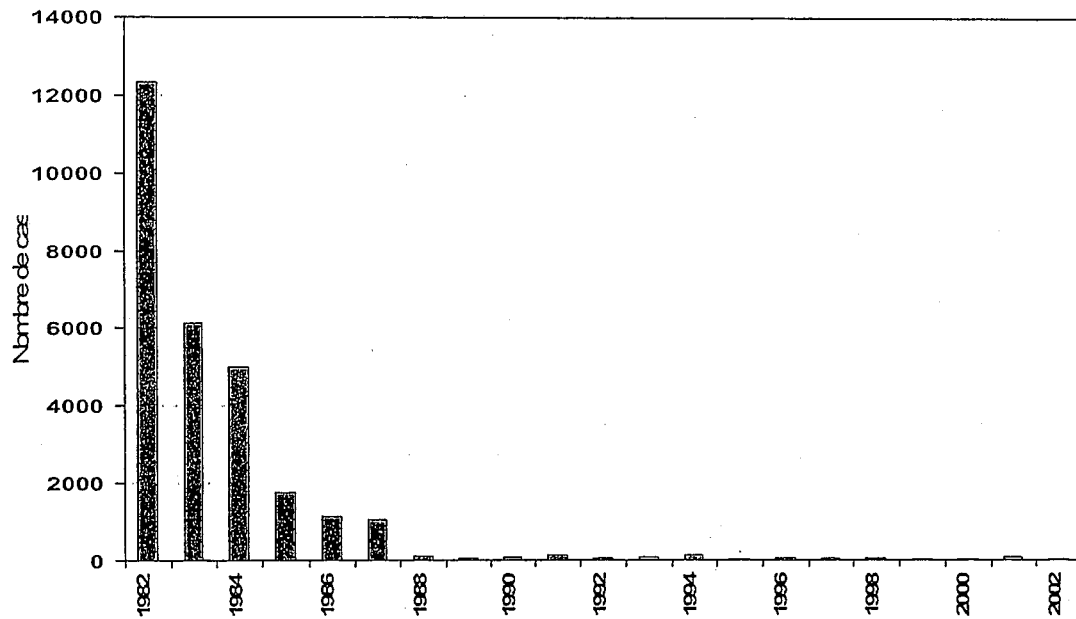
06/10/2003

18



Les acquis

Évolution de la coqueluche, Maroc, 1982-2002



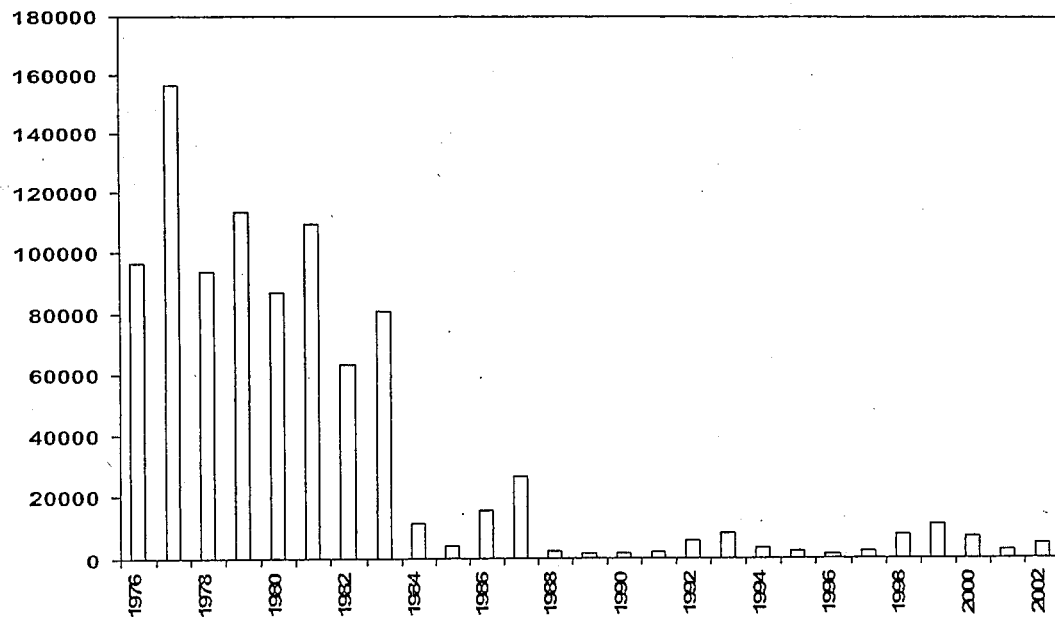
06/10/2003

19



Les acquis

Évolution de la rougeole, Maroc, 1976-2002



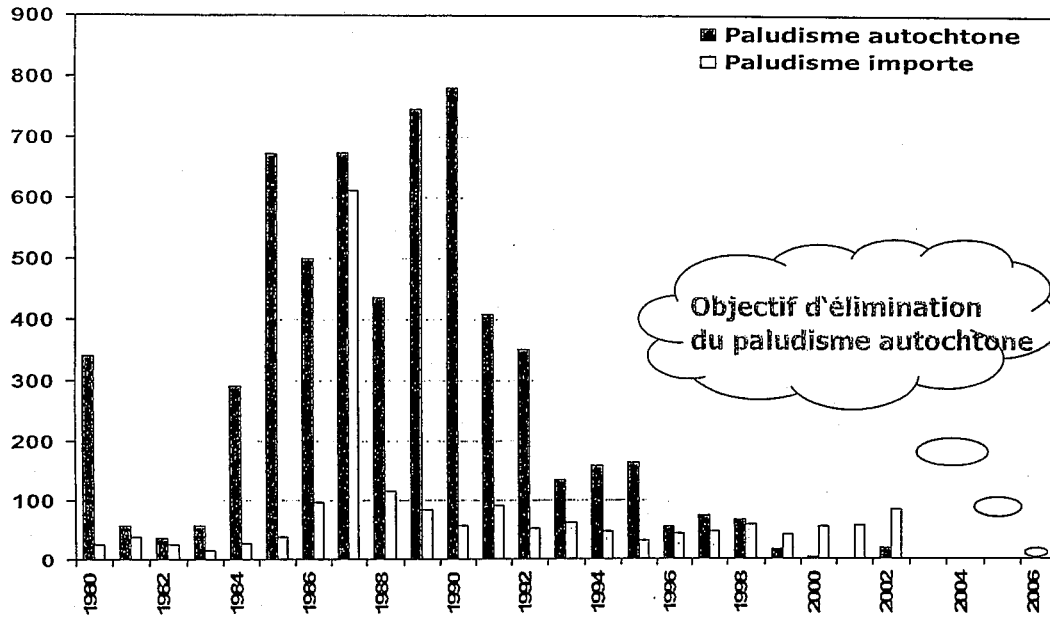
06/10/2003

20



Les acquis

Évolution du paludisme, Maroc, 1980-2002



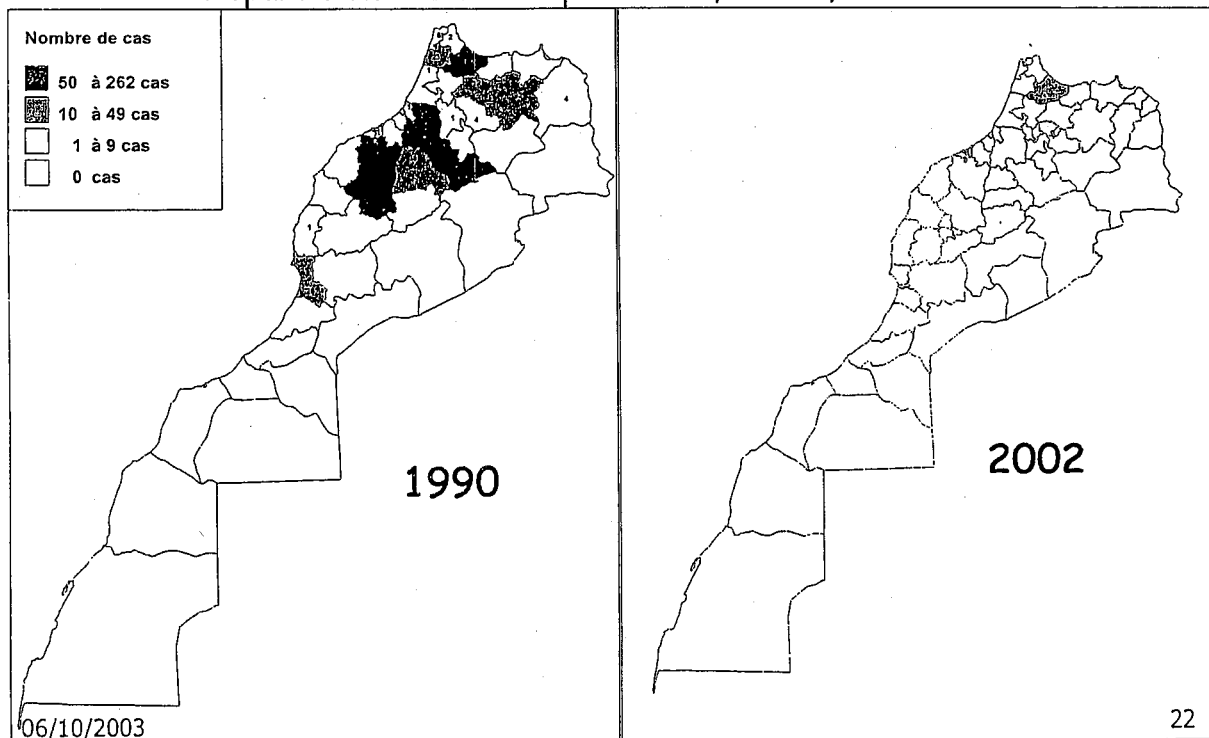
06/10/2003

21



Les acquis

Répartition des cas de paludisme, Maroc, 1990/2002



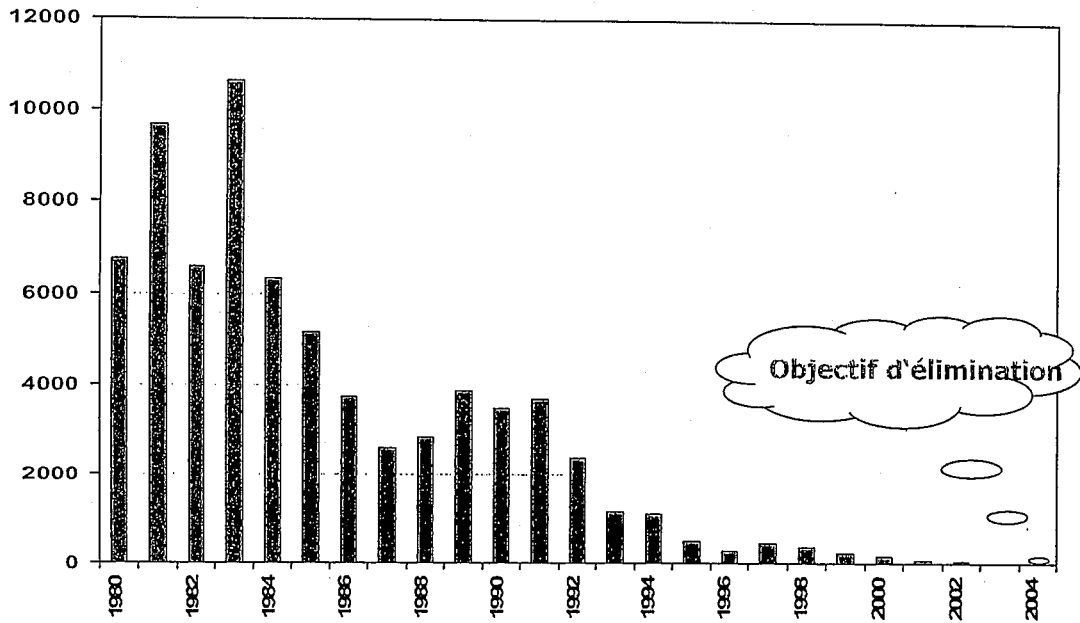
06/10/2003

22



Les acquis

Évolution de la bilharziose, Maroc, 1980-2002



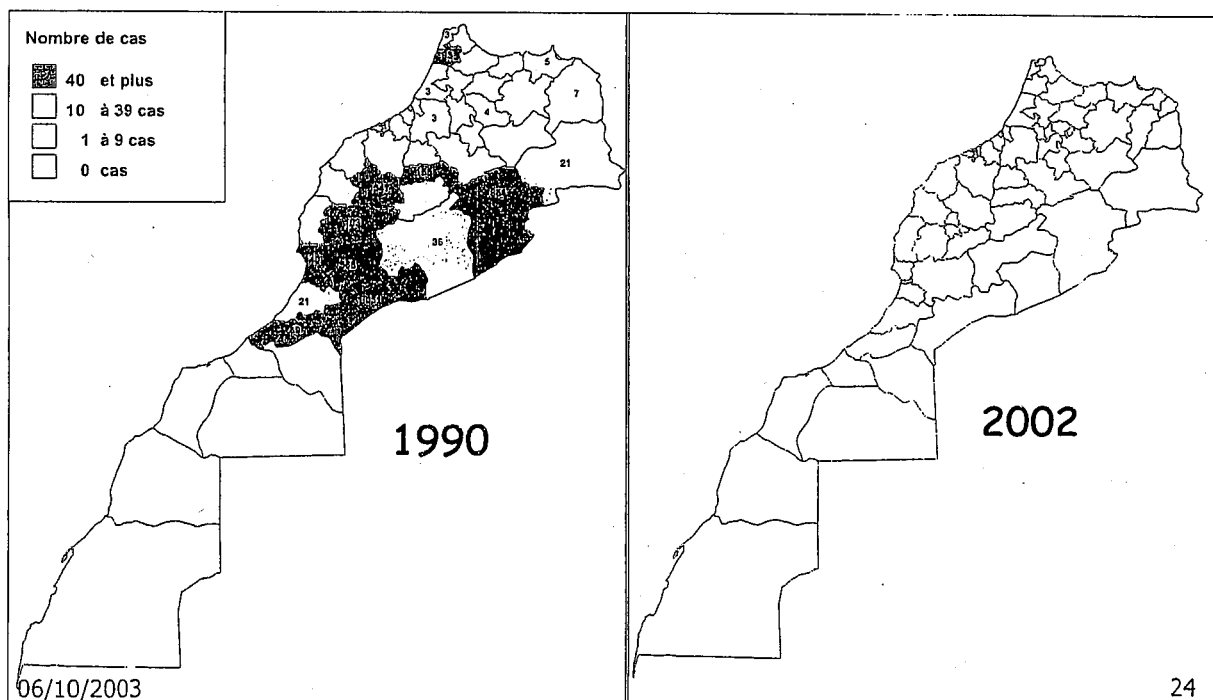
06/10/2003

23



Les acquis

Répartition des cas de bilharziose, Maroc, 1990/2002



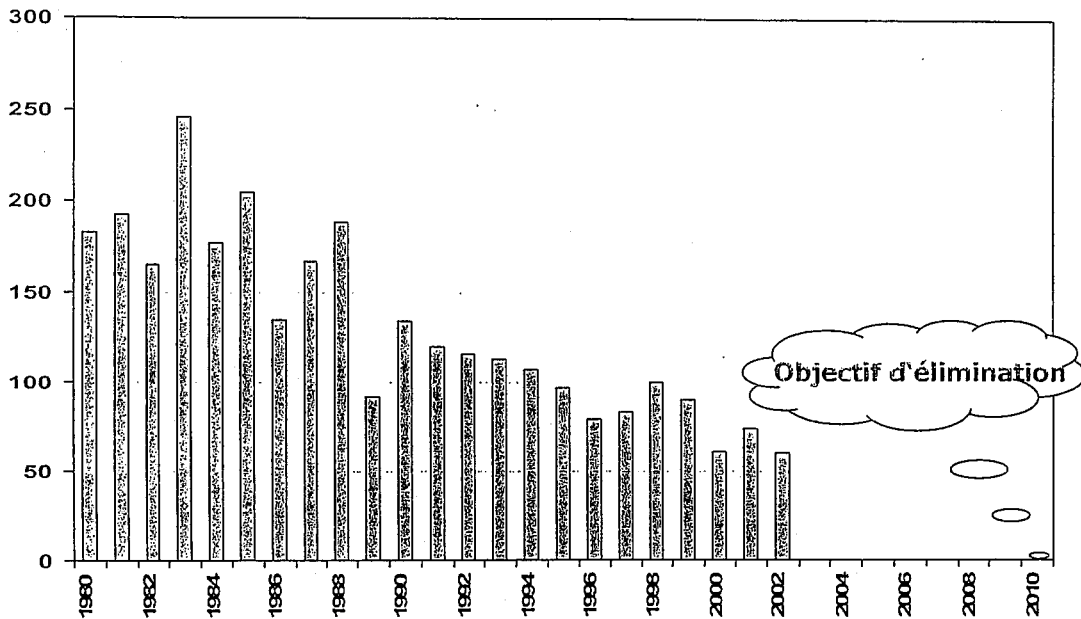
06/10/2003

24



Les acquis

Évolution de la lèpre, Maroc, 1980-2002



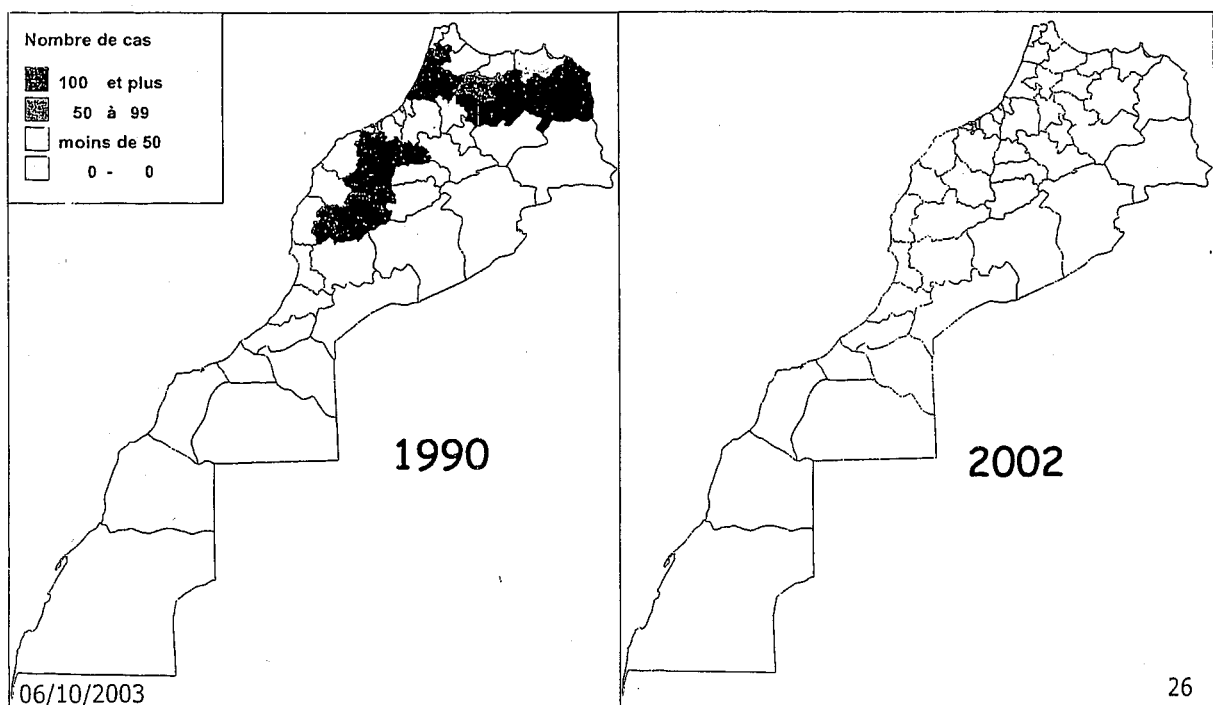
06/10/2003

25



Les acquis

Distribution des cas de choléra, Maroc, 1990/2002



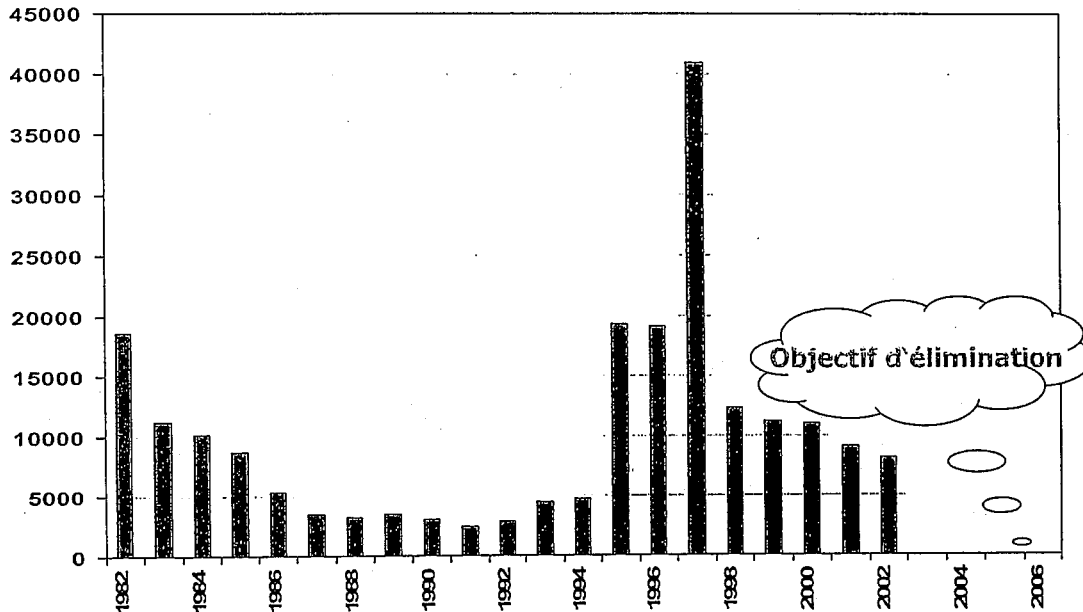
06/10/2003

26



Les acquis

Évolution du trachome, Maroc, 1982-2002



06/10/2003

27



Dysfonctionnements et faiblesses

1. Iniquité de l'état de santé

- Entre les milieux rural et urbain
- Entre régions

2. Inégalités d'accès aux soins

71 % des habitants des villes contre 56 % des habitants en milieu rural

06/10/2003

28



Dysfonctionnements et faiblesses

3. Insuffisance du financement :

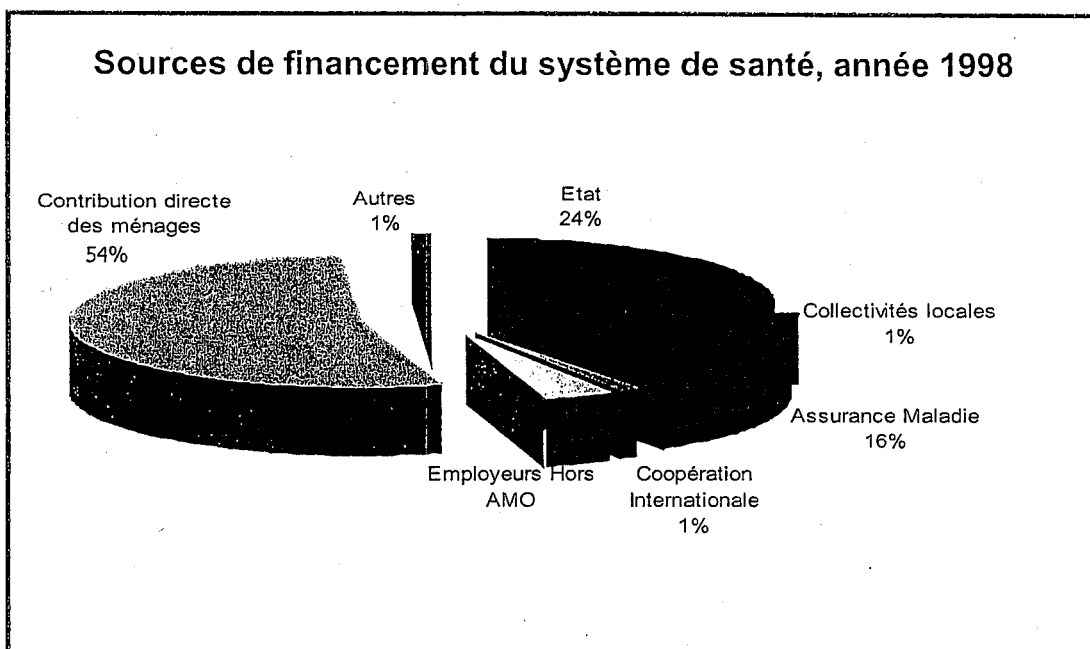
- Insuffisance du financement du secteur :
 - La dépense globale de santé ne dépasse pas **4.5 % du PIB** ;
 - La moyenne annuelle des dépenses de santé par habitant ne dépasse pas 550 dirhams
- Insuffisance de financement du Ministère de la Santé :
 - Le budget du Ministère de la santé ne dépasse pas **1,2 % du PIB**
 - Le budget du Ministère de la santé ne représente que 5,31% du budget de l'État contre 7 % au cours des années 1960
 - La moyenne du budget du Ministère de la santé par habitant : 172 dirhams (2003)
- Insuffisance du financement collectif : **41 % de la dépense globale de santé.**

06/10/2003

29



Dysfonctionnements et faiblesses



06/10/2003

30



Dysfonctionnements et faiblesses

4. Vétusté des bâtiments et des équipements

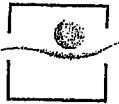
- Près de 30 % des hôpitaux ont plus de 50 ans
- 1/3 des équipements ont plus de 10 ans et 24 % sont en panne 11 jours par an en moyenne
- Insuffisance de la maintenance des biens immeubles et des équipements bio médicaux.

5. Manque en ressources humaines

- Médecins spécialistes
- Infirmiers spécialisés (anesthésié, radiologie, laboratoires...)

06/10/2003

31



Dysfonctionnements et faiblesses

6. Faible encadrement juridique du système de santé

- La majorité des textes juridiques sont devenus obsolètes
- Absence d'encadrement juridique dans certains domaines
- Lenteur d'adaptation des textes juridiques aux changements et aux développements du système de santé en particulier le secteur privé
- Absence d'encadrement du domaine de la bio éthique.

06/10/2003

32



Les principaux défis

1. Équité dans l'accès physique et financier aux soins ;
2. Transition démographique et amorces du vieillissement de la population
3. Triple fardeau de la morbidité (transition épidémiologique)
 - Affections transmissibles et périnatales persistantes : **33 %** de la charge globale de morbidité
 - Affections non transmissibles : **56 %** de la charge de morbidité globale
 - Accidents et traumatismes : **11 %** de la charge de morbidité globale

06/10/2003

33



Les principaux défis

4. **Maîtrise des déterminants de la santé** notamment les changements dans les habitudes de vie et de l'alimentation (Tabagisme, sédentarité, urbanisation rapide, habitudes alimentaires...)
5. **Exigences et attentes de la population en matière de qualité de soins et services de santé** : demande pressente et revendication du droit à la santé comme un droit fondamental des droits de l'homme
6. **Développement du savoir et de la technologie médicale** ;
7. **Régulation de l'offre de soins et maîtrise des coûts.**

06/10/2003

34



Les principaux défis

8. Mondialisation : Impact sur la situation épidémiologique

Libre circulation des biens et des personnes et démantèlement des barrières douanières avec le risque d'apparition ou d'introduction de nouvelles maladies

9. Facteurs déterminants de l'état de santé

- Faible accès à l'eau potable et à l'électricité de la population rurale
- Absence d'assainissement en milieu rural
- Adoption de pratiques et de comportements non compatible avec un bon état de santé
- Prévalence de l'analphabétisme en milieu rural et périurbain
- Difficulté d'accès et enclavement saisonnier de certaines localités en milieu rural
- Habitat insalubre.

06/10/2003

35

Orientations stratégiques et objectifs

11 axes de travail



Orientations stratégiques et objectifs

1. L'instauration de **la régionalisation** comme base de restructuration du système de santé dans le contexte de déconcentration programmes prioritaires et de décentralisation et la promotion de l'imputabilité et de la reddition des comptes
2. L'accélération de la mise en œuvre, de l'extension et de la généralisation de **la réforme hospitalière** afin de mettre à niveau les hôpitaux publics et d'améliorer leur gestion et la qualité de leurs prestations
3. **La valorisation des ressources humaines** en tant que pilier de toute réforme et changement stratégique
4. La poursuite du développement des de **promotion de la santé**, de prévention et de lutte contre les maladies
5. Le renforcement de **l'intersectorialité** et du partenariat en mettant en place les mécanismes appropriés pour mobiliser toutes les composantes de la société et de réorienter le système vers une vision plus large de la santé.

06/10/2003

37



Orientations stratégiques et objectifs

6. La mise en œuvre d'actions pérennes pour la prise en charge de certaines **maladies chroniques** (diabète chronique, insuffisance rénale, santé mentale, hypertension artérielle...)
7. Le renforcement des **ressources financières** en faveur du secteur public de santé par la rationalisation de l'utilisation des ressources disponibles et la poursuite de la réforme du financement
8. La mise en place d'une **politique du médicament** efficiente afin de garantir des produits de qualité, disponibles en quantité suffisante et économiquement accessibles
9. Le renforcement des actions de **maintenance** du patrimoine sanitaire dans le but d'optimiser l'utilisation des équipements et des immobilisations dont dispose le secteur de la santé
10. L'adoption de **la prévention sanitaire** comme un des piliers essentiels de la promotion du niveau de santé du citoyen
11. Le développement de **la recherche** en santé.

06/10/2003

38

Programme d'action

- **Consolider les acquis**
- **Rationaliser l'utilisation des ressources**
- **Répondre aux nouvelles demandes**

06/10/2003

39



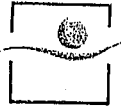
Consolider les acquis

1. Consolider les programmes de santé

- Renforcement du programme de vaccination en introduisant de nouveaux vaccins : Rubéole et méningite à Hémophilus
- Éliminer le paludisme, la bilharziose et la cécité occasionnée par le trachome d'ici 2007 et la lèpre en 2010
- Renforcer les programmes de lutte contre les maladies endémiques (maladies hydriques, tuberculose, méningite, zoonoses...) dans un cadre de concertation intersectorielle.

06/10/2003

40



Consolider les acquis

1. Consolider les programmes de santé

- Renforcer le programme de Maternité Sans Risque
- Consolider le programme de Planification familiale
- Généraliser le programme de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME)
- Intensifier la lutte contre les carences nutritionnelles (Vitamines A, TDCI, Fer, Vitamine D...)

06/10/2003

41



Consolider les acquis

1. Consolider les programmes de santé

- Développer le programme de santé buccodentaires
- Associer le secteur privé dans les programmes de prévention
- Développer des programmes de promotion et d'éducation pour la santé notamment au niveau régional
- Développer des programmes spécifiques pour la prise en charge des populations vulnérables (Adolescents et jeunes, milieu scolaire, femmes, personnes âgées, zones défavorisées du périurbain, zones enclavées).

06/10/2003

42



Consolider les acquis

2. Renforcer la couverture sanitaire

- **Accélérer la mise à niveau des hôpitaux publics**
- Adapter les stratégies de couverture en milieu rural aux besoins de la population et aux contraintes du milieu
- Développer la mission, le plateau technique et les modes de gestion des hôpitaux locaux
- Développer le paquet de prestations fournies par les établissements de soins de base
- Intégrer la dimension « offre de soins de santé de base » dans les projets locaux de développement intégré
- Implication des Collectivités Locales dans la gestion des Établissements de Soins de Santé de Base dans le cadre de la politique de décentralisation.

06/10/2003

43



Consolider les acquis

3. Consolider les acquis en matière de politique du médicament

- Encourager et inciter l'investissement dans le domaine pharmaceutique
- Renforcer les outils de contrôle de la qualité des médicaments, vaccins, sérums, dispositifs médicaux ainsi que tous les autres produits de santé
- Renforcer les ressources et les capacités de contrôle
- Mettre à niveau le laboratoire national de contrôle des médicaments pour lui permettre l'accès à l'accréditer au niveau international
- Promouvoir davantage l'utilisation des médicaments génériques par les prescripteurs
- Promouvoir l'utilisation des plantes médicinales sur des bases rationnelles.

06/10/2003

44



Consolider les acquis

4. Renforcer la sécurité sanitaire

- Renforcer les observatoires régionaux d'épidémiologie et les services de contrôle sanitaire aux frontières
- Développer la veille et la vigilance sanitaire par la création d'une structure nationale spécialisée au Ministère de la Santé
- Création d'une instance nationale de sécurité sanitaire des aliments en collaboration avec les départements concernés
- Restructuration de l'Institut Pasteur du Maroc.

06/10/2003

45



Rationaliser l'utilisation des ressources

1. Améliorer la gestion des ressources humaines

- Renforcer la déconcentration de la Gestion des Ressources Humaines par la délocalisation du recrutement
- Domicilier les postes budgétaires au niveau déconcentré
- Développer la gestion prévisionnelle des ressources humaines.

2. Rationaliser la gestion des médicaments

- Déconcentrer la procédure d'approvisionnement en médicaments et produits pharmaceutiques
- Sensibiliser les prescripteurs sur l'économie de la santé
- Améliorer l'accessibilité physique et financière au médicament.

06/10/2003

46



Rationaliser l'utilisation des ressources

3. Développer la coopération internationale en santé

- Élaborer et mettre en place une stratégie en matière de coopération internationale
- Renforcer les mécanismes de coopération avec les partenaires traditionnels du système national de santé
- Encourager la coopération décentralisée notamment dans le domaine hospitalier y compris le partenariat entre les instituts, les laboratoires nationaux et leurs homologues au niveau des pays tiers
- Développer la coopération triangulaire et renforcer la coopération sud-sud eu égard aux compétences dont dispose le Maroc dans le domaine de la santé
- Renforcer la représentation du Maroc dans les organisations internationales.

06/10/2003

47



Répondre aux nouvelles demandes

1. Renforcer les programmes de prévention et de prise en charge des maladies chroniques :

Maladies cardiovasculaires, Santé Mentale, Maladies respiratoires, Diabète, cancers et Insuffisance rénale chronique ;

2. Développer les capacités d'intervention du Ministère de la Santé face aux risques et maladies émergentes :

IST/SIDA, Anthrax, la fièvre de la vallée du rift, fièvre de Crimée-Congo, SRAS ...

06/10/2003

48



Répondre aux nouvelles demandes

3. Renforcer le réseau hospitalier

- Accélérer la mise en œuvre de la réforme hospitalière
- Renforcer le rôle des quatre Centres Hospitaliers Universitaires et notamment les CHU Hassan II de Fès et Mohammed VI de Marrakech et construire un CHU à Oujda (Discours de Sa Majesté le Roi à Oujda en date du 18 mars 2003)
- Créer des pôles d'excellence dans certaines unités hospitalières en vue de rationaliser les ressources et de développer la qualité des services :
 - Création d'un centre national de prise en charge de la douleur dans le cadre de l'humanisation des soins
 - Créer des centres de greffe d'organes
 - Création de 2 centres nationaux d'ophtalmologie pédiatrique
- Créer 4 nouveaux centres d'oncologie (Agadir, Oujda, Casa, Tanger) et un centre national d'oncologie pédiatrique
- Création d'un institut national de médecine légale.

06/10/2003

49



Répondre aux nouvelles demandes

4. Développer les capacités de formation eu égard aux besoins du pays

- Harmoniser le système de formation dans le domaine de la santé avec les dispositions de la réforme de l'enseignement supérieur
- Réviser le cursus de formation du médecin généraliste en développant entre autres la médecine communautaire, l'économie de santé et la santé familiale
- Réviser le cursus de formation des médecins spécialistes
- Revoir le profil du personnel paramédical
- Développer, améliorer et institutionnaliser la formation continue
- Développer de nouveaux domaines de formation.

06/10/2003

50



Répondre aux nouvelles demandes

5. **Augmenter la capacité d'encadrement et de régulation du MS**
- Développer la contractualisation et mettre en place des outils d'optimisation de la gestion
 - Mettre en place les outils de gestion de l'offre de soins notamment la carte sanitaire et les Schémas Régionaux de l'Offre de Soins (SROS)
6. **Développer les compétences en management du système de santé et renforcer l'autonomie de gestion des services extérieurs**
- Instituer des directions régionales de la santé
 - Redéfinir le partage des compétences entre l'administration centrale (planification, régulation, contrôle) et les services déconcentrés régionaux et provinciaux
 - Améliorer et consolider la communication avec le citoyen
 - Ériger les hôpitaux régionaux en établissements publics.

06/10/2003

51

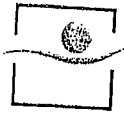


Répondre aux nouvelles demandes

7. **Renforcement de l'encadrement juridique et accélération de l'actualisation de l'arsenal juridique**
- Révision de l'organisation du système de santé
 - Renforcement de l'encadrement juridique du réseau hospitalier
 - Mise en place d'outils pour le renforcement de la communication avec le secteur privé
 - Création d'une commission nationale de bioéthique
 - Mise en place du Comité National de Transplantation
 - Renforcement du rôle de l'Etat dans la sécurité, la veille et la vigilance sanitaire
 - Définition et mise en place d'un cadre organisationnel de partenariat avec les collectivités locales, le secteur privé et les ONG
 - Mise en place d'un système national d'accréditation des établissements de santé publics et privés
 - Réglementation et organisation du traitement des déchets hospitaliers.

06/10/2003

52



Répondre aux nouvelles demandes

8. Améliorer le financement du secteur de la santé

- Adoption de critères permettant l'allocation équitable des ressources aux structures déconcentrées et aux hôpitaux ;
- Mise en place de l'Agence Nationale de l'Assurance Médicale ;
- Mise en place graduelle du code de couverture médicale de base (AMO et RAMED) ;
- Mobilisation de ressources additionnelles à travers la coopération internationale et le partenariat avec les potentialités oeuvrant dans le domaine économique et social telles que les collectivités locales et les ONG
- Orientation des ressources mobilisées vers les problèmes de santé prioritaires.

06/10/2003

53



Répondre aux nouvelles demandes

9. Renforcer le partenariat et l'action intersectorielle

- Définir et mettre en œuvre une stratégie de coopération en matière de santé avec les Collectivités Locales
- Développer le partenariat avec le secteur privé
- Elaborer une convention nationale avec les prestataires privés pour leur participation dans les programmes de prévention
- Dynamiser le partenariat avec la société civile.

06/10/2003

54



Répondre aux nouvelles demandes

10. Améliorer la capacité de gestion des situations d'urgence et lutte contre les catastrophes :

- Créer des Systèmes d'Assistance Médicale Urgente (SAMU) ;
- Institutionnaliser la collaboration intersectorielle en matière d'organisation des secours et de prise en charge des urgences ;
- Élaborer des plans d'urgence hospitaliers ;
- Élaborer une nouvelle vision pour la réponse aux situations d'urgences majeures ;
- Organisation d'un colloque national sur les urgences.

06/10/2003

55



Répondre aux nouvelles demandes

11. Développer la recherche en santé

- Développer sur le système de santé et la recherche opérationnelle
- Organiser des enquêtes nationales sur la santé en vue d'actualiser régulièrement les indicateurs de santé
- Encourager la recherche au niveau régional en collaboration avec l'université et les institutions spécialisées
- Développer la recherche en matière de pharmacopée traditionnelle
- Créer un institut national de recherche dédié aux maladies tropicales.

06/10/2003

56

Conclusion

06/10/2003

57



Conclusion

La réforme du secteur de la santé n'est pas l'affaire du seul Ministère de la Santé. Elle doit être considérée comme un chantier national dans lequel doivent contribuer de manière efficace l'ensemble des départements ministériels, le secteur privé, les collectivités locales et la société civile.

L'objectif étant de rehausser le niveau de vie de nos concitoyens aussi bien dans les villes que dans les campagnes et de faire face dans un cadre solidaire à la problématique du financement qui reste l'une des principales faiblesses du secteur de la santé.

La valorisation, la mobilisation et la motivation des professionnels de santé et le renforcement de leurs compétences, reste le seul garant de la réussite de toute réforme de la politique de santé dans notre pays.

06/10/2003

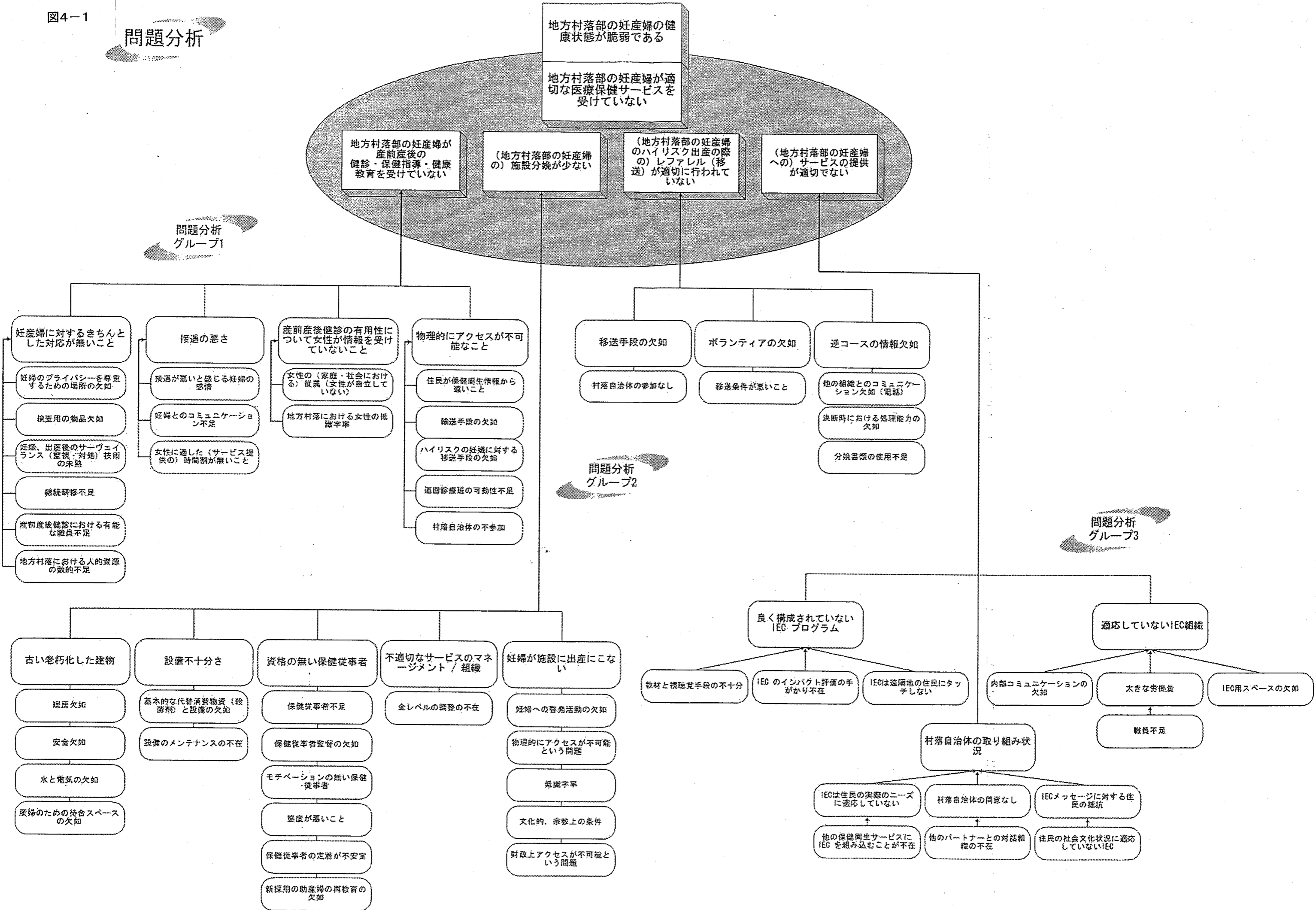
58

5 . PCM ワークショップ資料

表 4-1 参加者分析での問題点

- ・ 地方村落の妊産婦・新生児の健康状態は脆弱な状況にある
- ・ 栄養状態が悪い
- ・ 地方村落の妊産婦は適切なケアを受けていない
- ・ 医療サービスが自由に使用できない
- ・ 地方村落の妊産婦に対する対応条件が不十分
- ・ 巡回診療班がない
- ・ 遠隔地（飛び地）には保健衛生サービスがカバーされていない
- ・ 女性はまだ健康にかかる決定権がない
- ・ 住民が受け入れないという問題
- ・ モチベーションのある職員
- ・ 職員の態度が悪いこと（接遇が悪い）
- ・ 移送手段の不足（救急車）
- ・ 物質面、文化面、社会経済面でのアクセスの可能性の問題
- ・ 分娩施設つき保健センターレベルの助産婦の不足
- ・ 保健従事専門職が医療技術機材利用に関する知識が無いこと
- ・ 一次ケア施設とレファラルの病院間のコミュニケーションシステムが弱い
- ・ 女性が経済的に独立していない
- ・ 女性の識字率の低さ
- ・ 学校教育を受けていない女性
- ・ 現地に密着した衛生情報が欠如している
- ・ TBA（伝統的産婆）への啓発運動の不足
- ・ 地方村落の非常に多くの住民にとり、自宅分娩は今なお慣例である
- ・ 保健衛生サービス提供の不充分
- ・ 実際に常に開いている窓口
- ・ 村落自治体の参加が無いこと
- ・ 無経験で資格が無い職員
- ・ TBA、村落自治体、他の分野のインテグレーションがないこと
- ・ いくつかの組織レベル（啓発活動、情報他）での看護師不足
- ・ 設備のメンテナンス問題

問題分析



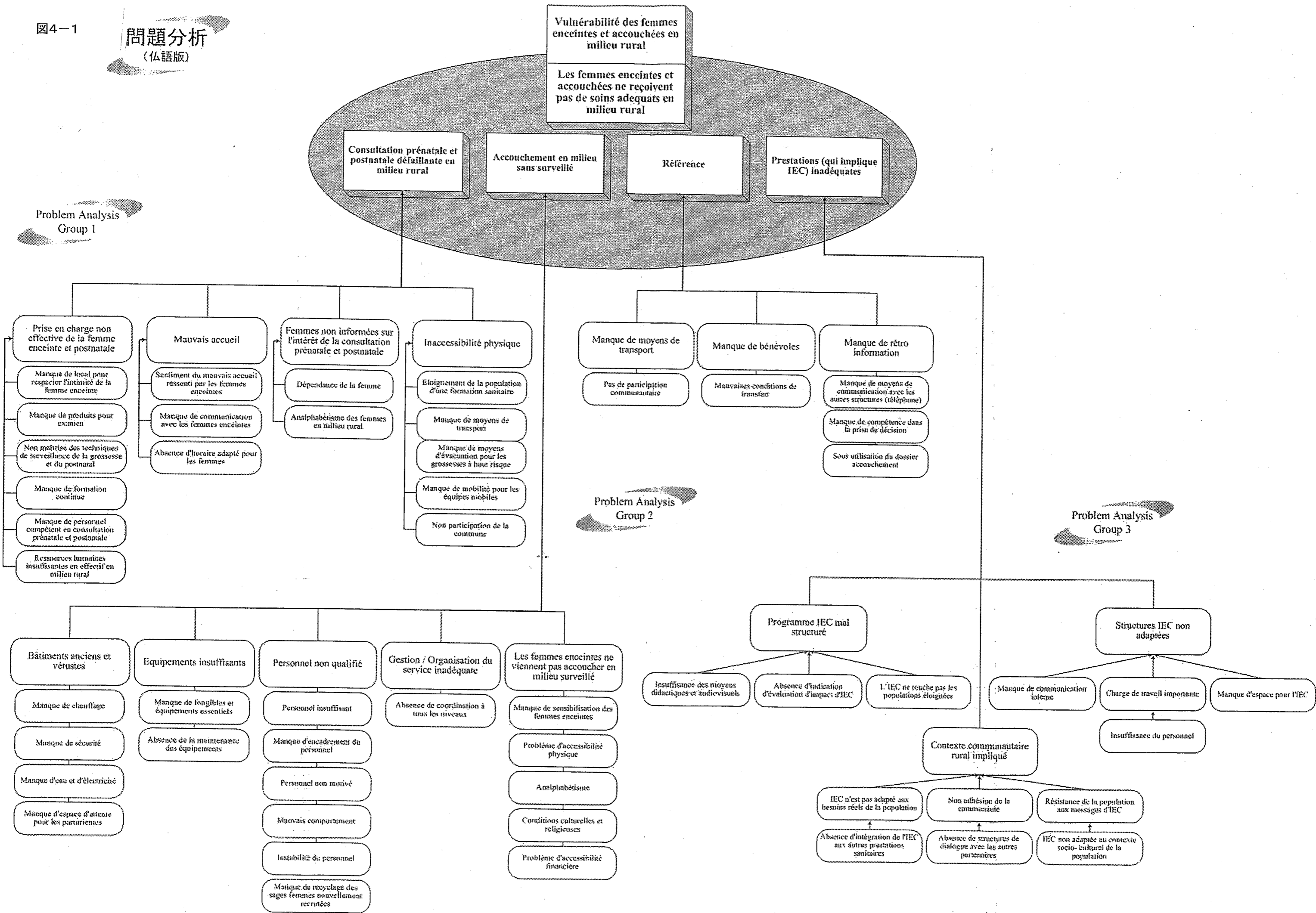


図4-2 目的分析

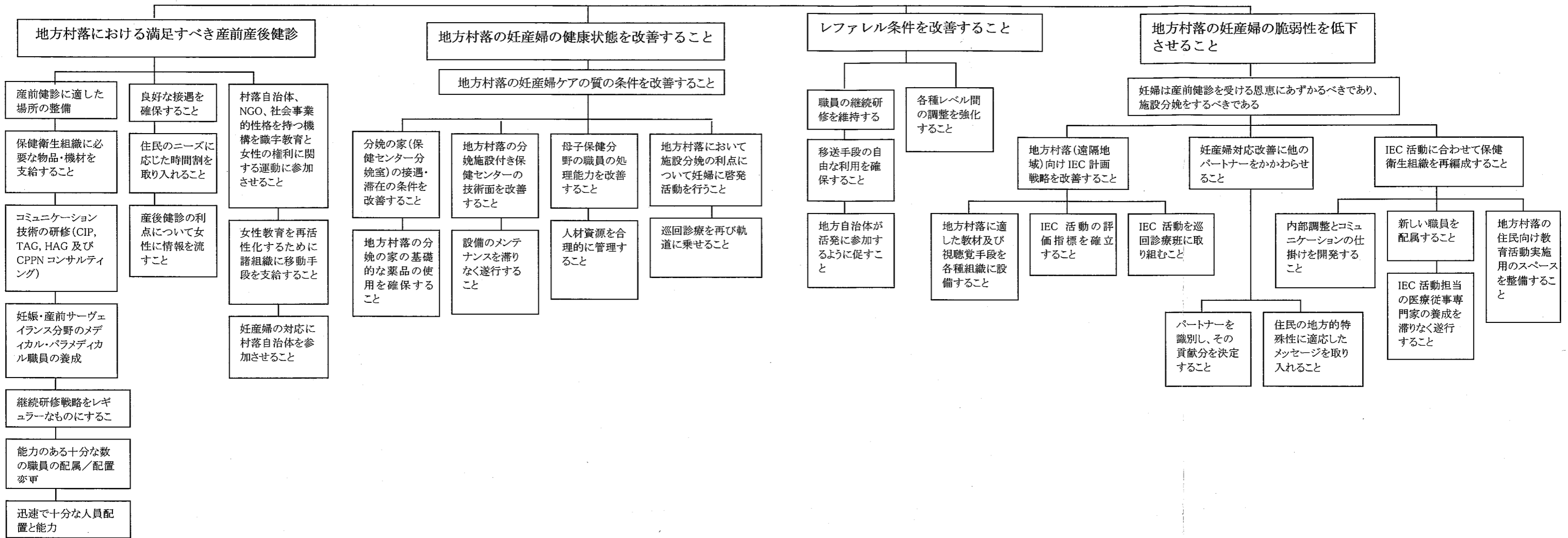
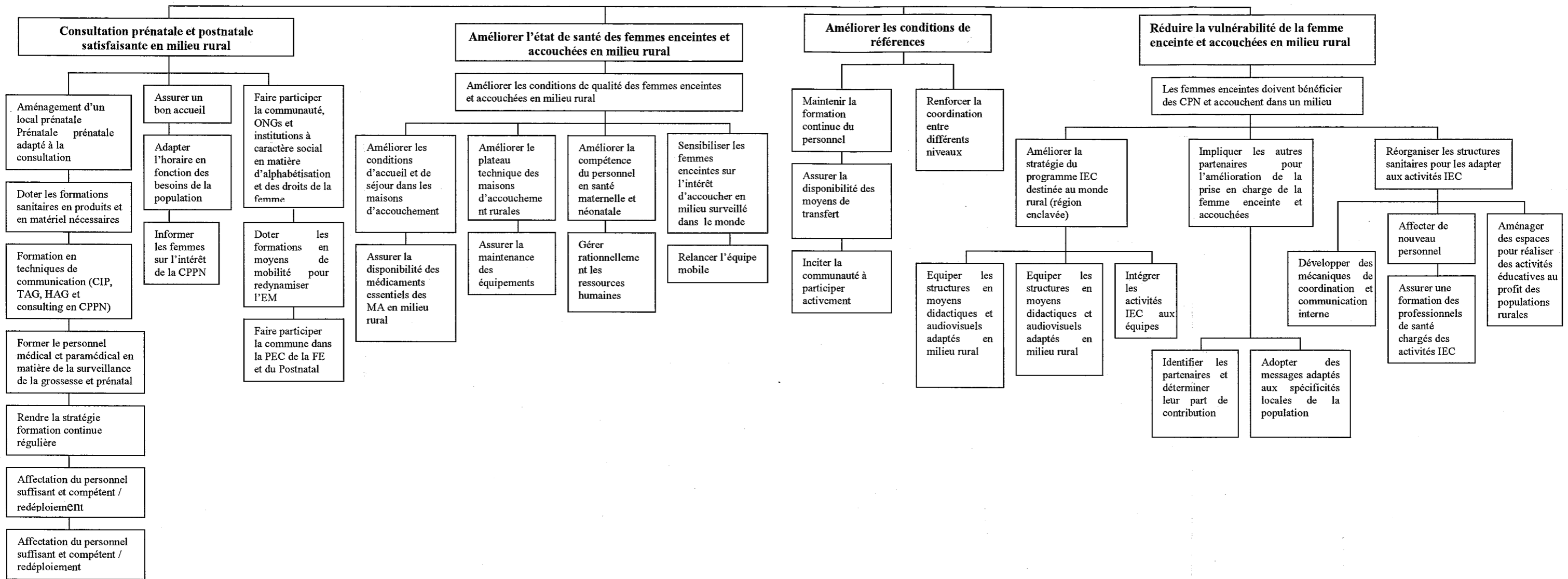


图 4-2 目的分析 (仏語版)



- Liste des abréviations**
- MA : Maison d'accouchement
 - CPPN : Consultation postnatale
 - CPN : Consultation Prénatale
 - GHR : Grossesse à haut risque
 - MR : milieu rural
 - FS : formation sanitaire
 - FE : Femme Enceinte

PCM ワークショップ参加者リスト 2004 年 7 月 12 日 ~ 14 日 FES 州

Mme Hakima SOUSSI	A.I.E.C	Délégation de Fès
M. Jilali KRISSOU	A.I.E.C	Délégation de Moulay Yacoub
Dr. Mimoun AOURAGHE	Médecin	Direction de la Population
M. Mohammed MADI	Assistant Médical	Direction de la Population
Dr. Fatima TSOULI	Médecin	Direction de la Population
Dr. Ali BENSALAH	Médecin Chef de Service	Direction de la Population
Mme Aicha BENASSOU	Animatrice de PSGA	SIAAP / Méknes
Mme Fatima HABIB	Sage Femme	CHP / Khénifra
Mme Fatima BELAYASHI	Major	Maison d'Accouchement Méknes / Sbata
Mme Samira RHORCHI	Major	Maternité Ibn Al Khatib Fès
M. Mohammed ROCHDI	Animateur F.C	Hôpital / Azrou
M. Bennacer AL HAMMADI	Major C/S	C/S Ribat El Kher
Mme Hafida HADDACH	Sage Femme	C/S Aïn Leuh
M. Mohammed DERRAZ	Major	SIAAP / Sefrou
Mme Fetouma ZAA	Animatrice PSGA	SIAAP / Ifrane
M. Aziz DAHMANI	Itinérant	Ouizrheth (Boulemane)
Dr. Amine DORHMI	Médecin Chef	C/S Boulemane
M. Abdellah CHETOUI	Major	C.S.R Ain Allah
Dr. Mohammed CHRIT	Médecin Chef	SIAAP / Sefrou
Dr. Malika DAHMANI	Médecin	Missour
Mme Fatima BOUJIBAR	Sage Femme / Animatrice M.S.R	SIAAP / Fès
Mme Zhor CHAACHOUA	Animatrice PSGA	SIAAP / Moulay Yacoub
M. M'Barek MABROUKI	Animateur IEC	Khénifra
M. Mohammed JALAL	Major SIAAP	Préfecture de Fès
Dr. Ali FELLAH	Médecin Chef	Khénifra
Dr. Aziz LOULIDI	C/S MRIRT	Délégation d'Ifrane (Hôpital)
M. Driss STELI	Chef de S.S.I	CHP Ibn Al Khatib
M. Moulay Ali LEMRANI	Service S.S.I	Hôpital Mohammed V / Méknes

AIEC : Animateur d'information, Education et Communication

PSGA : Programme de Surveillance de la Grossesse et l'Accouchement

SIAAP : Service de l'Infrastructure et des Actions Ambulatoires Provinciales

CHP : Centre Hospitalier Provincial

FC : Formation Continue

CS : Centre de Santé

CSR : Centre de Santé Rural

MSR : Maternité Sans Risque

SSI : Service des Soins Infirmiers

6 . 面談記録

日 時	2004 年 7 月 8 日 (木) 午前 10 時
訪問先	保健省人口局
面会者名	Dr. Ali BENSALAH 保健省人口局母子保健課長
面談者	大竹 新井 (通訳) 小正路
<p>面談内容</p> <p>母子保健課長 課の事業内容を説明 (Dr. BENSALAH)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 乳幼児の事業は子供サービス (Service de Infant) がある。5 歳までをカバーし授乳や疾病対策などの事業はそこで実施している。母子保健課は新生児を対象にしている。 <p>1) 当該分野の優先課題</p> <p>モロッコでは周産期ケアが重要な課題である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 妊産婦死亡数が多い日には 3 ~ 4 件、新生児は日に 30 件ある。 ・ 87 年から指標改善事業が開始され、それまでは予算が非常に少なかったため、活動はほとんどなかった。FNUPA とウウルサザット、エルラシディア、アジラル州を対象に活動し診察票の整備から始めた。(当時記録の帳簿はあったかもしれないが)妊婦健診票(ピンク色の票)はこのときに導入された。 ・ 妊娠健診ガイドブックを 87 から 89 年にかけて作成しスタッフへ指導した。スタッフに診察票の記入・使い方・管理方法、妊婦健診受診の PR(手紙を書いてこさせるようにする等)を全国的に展開し、TBA による分娩介助が多いことを確認した。 <p>2) TBA について</p> <p>(1) TBA への研修</p> <p>研修目的: 施設分娩の推進と適切な医療機関へのレファラル</p> <p>UNICEF と UNFPA 共同で 14 の州で TBA の人数把握を実施し、TBA に対する教育活動を行った(1 日の研修)。その際 TBA キットを配布した。イフランその他地域で 91 年 ~ 95 年まで実施した。研修は現地で実施し研修方法を開発、教育用教材等を作成した。研修内容はレファラルについて、分娩の指導(TBA に質問し現状を把握した後、指導を行った)、リスクの把握、1 次医療機関の診察内容、産科病院でのケア、食事についての指導を看護師が TBA に行った。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 分娩介助方法 ・ 医療機関へのレファラル ・ 臍の処置(キットを配布) ・ 子供に対する授乳・食べ物・産後のケア <p>結果: 都市部の RABAT、CASA 以外のアクセシビリティの問題がある 14 の州で実施した。現在は国全体の施設分娩は 63% になっている。また啓発活動の結果、TBA 数が減少し、施設分娩が増加している傾向にある。</p> <p>3) 村落部における分娩の方針と TBA の対策の方針</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 施設分娩を推奨する(TBA の分娩介助はリスクが高いため)。 ・ TBA への研修の目的は住民に病院があるということを教えるため。 	

施設分娩推進の具体的プログラム現在の戦略として以下のとおり。医療施設での出産を奨励:95年に戦略が生まれた。

第一期限:

出産場所の決定夫、姑が妊婦をどの時点で保健センター及び病院へ送り出すか決める時期。農村では夫に決定権があるため、決定問題対策の教材(映画2、劇1)を製作した。

第二の期限:

* 分娩施設つき保健センター(助産師・看護婦がケア)の建設。

人口密度が疎なところは救急車を購入し、救急車で運ぶ。共にコミュニティの運営による。シェフシャウエン(県)のシェフアズミ(村)で、UNICEF が救急車と薬を購入、保健省と現地の人でNGOを作った。各家族が年に150ディラム出す。そのお金を出す人は、移送と薬のサービスを受けられる。3年前から実施し機能している(協同組合・共済のような制度)。成功しているので、他の県へ広まっている。

* 分娩を待つ家のプロジェクト(UNICEFとのプロジェクト)。

遠隔地の妊婦が出産を待つための家。出産の家の隣に建設する。住居と食事が保障され必要な期間滞在できる(建設コストは60万DH)。コミュニティが滞在費用を負担しNGOが管理する。保健省は、テレビにて教育を実施する。分娩が始まったら直ちに保健センターに送る。長所は家族も一緒に泊れること。アズミにも待機の家を建てる。ワルザザートとマラケシシュに建設中。

第三の期限:妊婦が分娩施設に着いてから。

施設の受け入れと緊急時の搬送。2次以上の医療機関には、機材と訓練された人と連携(情報伝達)が大切。胎盤娩出技術等を助産師に研修の際に情報提供している。

4) 卒後研修について

現在は残念ながら、定期的ではない。レファラル病院産科を対象に、大学病院に委託し、5日間産院の活動を観察、チェックし、管轄する保健センターのスタッフも含め、指導する。ケニトラ及びサフィで実施する予定であり、すべての県にこのような活動をしていく予定。クリニックへの支援を19日の週には2回実施、クリニック支援班をいくつか作る予定。ラバトやカサブランカ・マラケシュ・フェズとかの産科の教授を参加する。12日間にわたって、人を呼んで研修をする。病院と保健センタースタッフを指導するが、それぞれ内容が異なる。保健センターでは受け入れ、レファレルのための基準を、病院産科は、出血・子癇等への対応等の高度な内容を指導する。

日 時	2004年7月8日(金)午後12時
訪問先	保健省 人口局
面会者名	Mme BENBAHA Aicha (助産師)
面談者	小正路・新井(通訳)

面談内容

1) 助産師の配置と業務内容:

配 置	業務内容
病院(医師、看護師、助産師)	・ 分娩介助
分娩施設つき保健センター(助産師、産科看護師)	・ 分娩介助 ・ 産前健診にて妊娠経過の観察 ・ 必要時のレファラル
母子保健と家族計画の部屋(保健センターの中) <u>主に看護師が担当することが多い</u>	・ 産前産後健診 ・ 家族計画 ・ 乳幼児の下痢疾患のケア ・ 乳幼児への微量栄養素の投与
州・県の母子保健プログラムの運営管理	・ 助産師への運営管理 ・ データの収集 ・ 各助産師の研修ニーズの把握

助産師の養成 3年課程となったのは1995年

現在養成学校は8校(ラバト、カサブランカ、マラケシュ、フェズ、メクネス、ティトワン、ウジダ、アガディール) 養成人数は年間約200人。

それまでは看護学校卒業(3年間) 4年間臨床勤務 助産師学校(2年間) 助産師学校も1校しかなく養成人数が非常に少なかったため、問題解決の為、現在の養成体制に変更された。

2) 看護師の配置と業務内容:

配 置	業務内容
病院産科	・ 助産師の介助 ・ 産褥期のケア ・ 緊急時のケア ・ 手術時の介助
分娩施設つき保健センター	・ 分娩介助(助産師がいない場合) ・ 産前健診にて妊娠経過の観察 ・ 必要時のレファラル

母子保健と家族計画（保健センター）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 産前産後健診 ・ 家族計画 ・ 乳幼児の下痢疾患のケア ・ 乳幼児への微量栄養素の投与
-------------------	--

看護師養成学校は（ラバト、カサブランカ、マラケシュ、フェズ、メクネス、ティトワン、ウジダ、アガディール、ケニトラ、ベンメラ）3年間の養成課程 年間約 1000 人養成される。

助産師法の制定についてすでに提出され政府のサインを待つのみ。

3) 助産師会の活動について

設置時期：1999 年に設置 CIN の組織

目的：

助産師の職業を守ること

地位の確保

助産師会への組織化（医師会はあり、目的は医師会のような組織化にすること）

活動内容：

研修

助産師の日のプロモーション活動

保健省の活動協力

その他の組織への活動の協力

啓発活動

CIN の会議への参加

事務局：ラバト

地方支局の設置 2004 年（ラバト、カサブランカ、マラケシュ、フェズ、メクネス、ティトワン）6 月に 1 回目の支局会議を行ったばかり。

カサブランカ支局の活動活発

年会費：5 0 DH / 年

会員数：助産師すべてを対象としているが会費を納める人が少ない。

4) 助産師雑誌の刊行について

3 ヶ月に 1 回発行（季刊誌）内容は助産師の技術の向上のための情報が中心。

すべての助産師に配布される。

雑誌の発行は、スポンサーは製薬会社などの広告料でまかなわれる。

発行主は医師（ジャーナリストでもある）。

日 時	2004 年 7 月 20 日 (火) 午前 9 時 30 分
訪問先	MEKNES 州保健支局
面会者名	Dr.MARZAK MEKNES 州保健支局長、Dr.TYAN 保健省人口局長、Dr.TSOULY 保健省母子保健担当
面談者	喜多団長、小林団員、大竹、小正路 新井 (通訳) 和田専門家
面談内容	<p>1.メクネス県の分娩にかかわる概要 (支局長)</p> <p>総人口 600,000 人、妊娠可能な既婚女性 108,000、妊娠可能な女性 216,000 (15 ~ 49 歳) 年間妊娠数 13,500/年、出産 13,500/年 施設出産率 60% (モハメッド 5 世病院の総出産数から推測) 自宅 37%、民間医療機関 3% 死亡分娩中の死亡数 8 件 (2003 年)。自宅出産の状況についてはまったく把握していない (問題が生じた場合には、施設に移る可能性が強い)。(喜多)</p> <p>(具体的数字が準備されていなかったことを受け、調査団の来訪を知っているの対応としてはレベルが低い。問題意識が低いので、このままでは、プロジェクトの進捗にも影響がある。日本の研修が役に立つであろう)</p> <p>2 . 人口動態の把握について</p> <p>戸籍 (男性が出生を報告する) から情報を把握し、死亡率、出生率を把握するようにしていく予定。(7 月 26 日・27 日からこの調査が始まる。内務省の戸籍課がグループを作り、PDM 作成し調査開始する。今年末に活動プラン立案、来年度初め実施の予定)</p> <p>目的は 2 つ : 戸籍を一般化すること、人口統計の情報データの取得源とする。</p> <p>町の戸籍課のレベルアップ、人員養成、情報データの収集とデジタル化。21 世紀のフォローの設置に役立つ。これまでは国レベルのアンケート調査であったため概数しか把握できず、調査費用が大きく、死亡の把握が難しい。97 年に直接統計を取る調査を実施 (標本数 45,000、世帯 1,000,000 ドル)。国レベルと都市と地方で調査するが、アップデートできず、信頼性のあるデータとならない。日本がこの調査を支援し、われわれが活動する州の村でデータを取れるようになると良いと思う。(人口局長)</p> <p>支局長に国別研修「地方保健行政」で国勢調査の状況を見てもらう。5 年ごとの 10 月 1 日に実施 (実数を把握する。江戸時代の寺の檀家登録制度に端を発している。1899 年からいくつかの病気について医師が診た患者の病気を登録する制度が基礎である。この中には妊産婦死亡は含まれておらず日本もこの部分は遅れていた)</p> <p>ここ数年間の日本の妊産婦死亡率は 5 ~ 6 (年間 1,200,000 の出産がある。これに対して亡くなった女性は 70 人ぐらいである)。モロッコ (人口 30,000,000) は日本の比率でいうと年間 20 人程度の妊産婦死亡数 (とても大変な数字だ)。他方、日本は成人の自殺した人が約 30,000 人おり、妊産婦死亡の問題はほぼクリアしたが他の問題が大きくなっている (モロッコは自殺が少ないので、日本に指導して欲しい)。(喜多)</p> <p>3 . プロジェクト内容の説明 (小正路)</p> <p>モロッコのプロジェクトであり、これまでの無償、研修等の協力の結果を活用して、モロッコが主体となって欲しい。日本から専門家を派遣するが、専門家がプロジェクトを実施するのでなく、モロッコ側が実施するということを理解して欲しい。日本としては、そのために必要な短期専門家の派遣、研修の実施等を新たに付加することができる。(喜多)</p>

日 時	2004年7月20日(火)午前11時30分
訪問先	FES州保健支局
面接者	Dr.BAGHO FES州保健支局長、Dr.TYAN 保健省人口局長、MEKNES 保健支局長 Dr.TSOULY 保健省母子保健担当
面談者	喜多団長、小林団員、大竹、小正路 荒井(通訳)和田専門家
面談内容	
<p>1) プロジェクトについて</p> <p>今回のプロジェクトは、ラバトやカサブランカという大都市で実施するより人材育成という大切なことを地方で実施することは意義があり、革新的なことである。州、プロジェクト双方にとって重要である(またアフリカの多くの国にとってフェズは巡礼地でもある)。医学部と大学病院の組織が将来の活動手段の基礎として意義があり、母子保健の面でもフェズは核となる新しい医学部がある。母子保健分野の今までの研修は、マネージメントが多く、技術的組織が少なく、実際に住民と一緒に仕事をするということはあまりなかった。フェズにプロジェクトの拠点を置く利点はすでに組織があるということである。投資が必要であるが、講師への支援、適切な教育機材、キーワードになる各方面からの研修に関する協力が得やすい点があげられる。</p> <p>研修員が最大限に研修を受けることができ、研修計画を最大限に優れたものにするための支援を行う。研修プログラムは評価も含まれる。このプロジェクトにはコミュニケーション分野の強化によりわれわれがしようとしている努力を人々に伝え、視覚的に訴え、継続的にしていく。またプロジェクトの活動や他国のJICAの活動を知らせることも含みオープンなプロジェクトとしたい。今までたくさんのプロジェクトが80年代から90年代に実施されたが、現地の人々と活動の距離がありすぎるといった問題があった。しかし今回は、村落部の母子を対象とする質的向上を目指す、有効で実質的なプロジェクトである。保健省もプロジェクトを優先的に考えサポートしていく。(人口局長)</p> <p>2) プロジェクトと調査団目的の説明</p> <p>局長の壮大な考えは理解した。それがうまく進行して欲しいと思う。このプロジェクトは、これまでに供与した資機材・研修等を統合活用させるためのものである。このプロジェクトで新たに大きな投入は、あまり期待しないで欲しい。日本がモロッコで実施する初めての保健医療プロジェクトであり、協力コンセプトは地方村落部の女性の健康改善に目標を集約したい。そのためのシステム作りや研修の体制整備に協力したい。モロッコは技術的にレベルの低い国ではなく、大都市の病院には日本に劣らないトップレベルの人材がいる。モロッコ国内の人材の活用により言葉の問題もクリアでき、かつ経済的な活動が可能である。日本の専門家は支局と協力して改善のための活動を行い保健省へフィードバックする。保健省アドバイザー専門家とプロジェクトの専門家が協力して活動を行う。これによりモロッコのシステムが整備されプロジェクト成果を、無償資金協力を実施した3州に拡大・普及することが3年間の目標となる。将来、大きなプロジェクトが形成される可能性もあるが、今回のプロジェクトではない。次のプロジェクトは、今後のモロッコ側の取組み次第である。プロジェクトオフィス設置をフェズかセフロのどちらにするかはセフロ視察の後ラバトで協議したい。個人的にはフェズが適当との意見だが、JICAと協議し意見をまとめる。この地域がプロジェクト対象地域となることは確実なので協力をお願いしたい。(喜多)</p>	

3) フェズにプロジェクトの拠点を置く優位性について

先に述べた方向性の中に具体的アクションを入れていく必要がある。すべての投資は1つの方向に向けて最大限に効果を発揮させる必要がある。つまり研修生がたくさん症例を見るということが必要である。例えばレファレルについてプルメン、タウネットというところからもセフロを越えてフェズに搬送されるケースが多く、遠隔地に勤務するものにとって、短い期間で最大限(数と多様性に富んだ)の症例を見るのが可能である。フェズは設備が整っている為、成功する確率が高い(3箇所、4,000人の出産があるので、症例の面でもフェズが有利)。共通の懸念であるプロジェクト活動の持続性について、フェズには2種類の研修員のタイプがある。現在勉強中の医学部学生と助産師養成学校の学生。グルマン、シジア、セフロというところの人に教育を与えることも大切であるが、将来赴任する人に教育をすることも大切。(州支局長)

4) 日本のリソースの活用

地域保健については、大切なものであるにもかかわらず日本でも大学の関心が低かった。国際保健への協力を行うにつれ認識が高まっている。このプロジェクトが始まったことによって、フェズの大学で局長が地域保健の講義をするというのは意義があるとは思いますが、どういう協力関係になるかはこれから検討したい。地方で勤務している助産師が研修で講義をすることを JICA が後援する可能性もある。日本から短期専門家が講師として参加することもある。(喜多)

5) フェズ県への協力の要請

PCMワークショップで明確になったことは、JICAの投入を強化することがこのプロジェクトの大きな目標である。研修、IEC強化をしなければ、今までの投入が無駄になる。地方での研修は行っているが、能力を高める研修をする必要がある。持続性に関しては、地方分権政策が進められており、その政策にこのプロジェクトの持続性も入る。現在のレファレルの拠点はカサブランカとラバトであるが、ほかにも拠点を作る必要がある。フェズ州でもレファラル活動はあり、フェズの活動を日本の協力の枠組みに入れて欲しい。助産師の研修は高い質が要求され、フェズには研修員の質問に答えられる高度の講師がいる。プルメンから1時間、大きな産院が3つあり、実際に研修ができる研修施設も、大学もあり助産師学校もある、医学生等もあり、技術的な支援が可能である。レファラル患者がフェズで対応できず、ラバトへ搬送する症例もある。地方分権化された保健行政の実現に協力して欲しい。(州支局長)

6) プロジェクト活動のコンセプトについて

輸血、新生児ケアは本プロジェクト活動の対象外である。理由は、今回実施しようとしている PHC ではない高次のケアであること。私は、小児科医で新生児ケアも行っていた。この国の必要性は理解でき早く実施する必要があることも理解できるが、まず地方村落部の女性の健康改善に取り組むことが必要であり、それ以外の要素を含めることはしない。しかし、これらの点は覚えておく。(喜多)

7) 機材メンテナンスについて

メンテナンスについても研修の重要な主題である。治療器具のメンテナンス契約の話もある。あるいは、現場の人々にどのようにメンテナンスをして使うかを教えることも必要。これは優先順位も高い。(人口局長)

そのプログラムを立てる必要がある、プロジェクトとは別に実施する予定。(喜多)

われわれがしたいというビジョンはあり重要であるが、モロッコ側は習慣がなく、経験もない。組織立った卒後継続教育の組織作りの経験がなく、卒後継続教育の組織作りに関する鑑定能力がなかった。やろうとしたができなかった。どのようにプログラムを作るかの構想力がなくプログラムの管理もできな

い。(人口局長)

その点に関しては、日本側としてもどういう投入が可能かよく考える。モロッコはタジンを作るが、日本側は同じ材料ですしを作る。材料はモロッコにあるが、われわれは違うものを作りたい。そうするとモロッコでおいしいタジンと寿司が食べられるようになる。(喜多)

それは良い。(人口局長)

日 時	2004 年 7 月 20 日 (火) 午前 9 時 30 分
訪問先	MEKNES 州保健支局
面会者名	Dr.MARZAK MEKNES 州保健支局長、Dr.TYAN 保健省人口局長、Dr.TSOULY 保健省母子保健担当
面談者	喜多団長、小林団員、大竹、小正路 新井 (通訳) 和田専門家
面談内容	<p>1.メクネス県の分娩にかかわる概要 (支局長)</p> <p>総人口 600,000 人、妊娠可能な既婚女性 108,000、妊娠可能な女性 216,000(15 歳 ~ 49 歳)、年間妊娠数 13,500/年、出産 13,500/年 施設出産率 60% (ハメット 5 世病院の総出産数から推測)、自宅 37%、民間医療機関 3% 死亡分娩中の死亡数 8 件 (2003 年)。自宅出産の状況についてはまったく把握していない (問題が生じた場合には、施設に移る可能性が強い)</p> <p>(喜多)</p> <p>(具体的数字が準備されていなかったことを受け、調査団の来訪を知っているの対応としてはレベルが低い。問題意識が低いので、このままでは、プロジェクトの進捗にも影響がある。日本の研修が役に立つであろう)</p> <p>2 . 人口動態の把握について</p> <p>戸籍 (男性が出生を報告する) から情報を把握し、死亡率、出生率を把握するようにしていく予定 (7 月 26 日・27 日からこの調査が始まる。内務省の戸籍課がグループを作り、PDM 作成し調査開始する。今年末に活動プラン立案、来年度初め実施の予定)。</p> <p>目的は 2 つ : 戸籍を一般化すること、人口統計の情報データの取得源とする。</p> <p>町の戸籍課のレベルアップ、人員養成、情報データの収集とデジタル化。21 世紀のフォローの設置に役立つ。これまでは国レベルのアンケート調査であったため概数しか把握できず、調査費用が大きく、死亡の把握が難しい。97 年に直接統計を取る調査を実施 (標本数 45,000、世帯 1,000,000 ドル)。国レベルと都市と地方で調査するが、アップデートできず、信頼性のあるデータとならない。日本がこの調査を支援してくれて、われわれが活動する州の村でデータを取れるようになると良いと思う。(人口局長)</p> <p>支局長に国別研修「地方保健行政」で国勢調査の状況を見てもらう。5 年ごとの 10 月 1 日に実施 (実数を把握する。江戸時代の寺の檀家登録制度に端を発している。1899 年からいくつかの病気について医師が診た患者の病気を登録する制度が基礎である。この中には妊産婦死亡は含まれておらず日本もこの部分は遅れていた)。</p> <p>ここ数年間の日本の妊産婦死亡率は 5 ~ 6 (年間 1,200,000 の出産がある。これに対して亡くなった女性は 70 人ぐらいである)。モロッコ (人口 30,000,000) は日本の比率でいうと年間 20 人程度の妊産婦死亡数 (とても大変な数字だ)。他方、日本は成人の自殺した人が約 30,000 人おり、妊産婦死亡の問題はほぼクリアしたが他の問題が大きくなっている。(モロッコは自殺が少ないので、日本に指導して欲しい)(喜多)</p> <p>3 . プロジェクト内容の説明 (小正路)</p> <p>モロッコのプロジェクトであり、これまでの無償、研修等の協力の結果を活用して、モロッコが主体となって欲しい。日本から専門家を派遣するが、専門家がプロジェクトを実施するの</p>

でなく、モロッコ側が実施するということを理解して欲しい。日本としては、そのために必要な短期専門家の派遣、研修の実施等を新たに付加することができる。(喜多)

日 時	2004年7月20日(火)午前11時30分
訪問先	SEFROU 県保健支局
面会者名	Dr. Mustapha El ASRI SEFROU 県保健支局長、Dr. Fatima MIMI SEFROU 県保健支局母子保健担当 Dr. TSOULY 保健省母子保健担当
面談者	喜多団長、小林団員、大竹、小正路 新井(通訳)和田専門家
面談内容	<p>1.プロジェクト実施及びパイロット県での活動についての協議</p> <p>来訪の目的とプロジェクトの説明、協力依頼と事務所設置の協力依頼(喜多)</p> <p>事務所提供は可能、光栄に思う。セフロ県での日本協力の存在はモロッコの妊産婦ケア改善に大変有効で、恩恵を受ける鞭の一振りの役割を果たす。無償で保健センター4カ所に建設していただいたこと、救急車3台を供与していただいたき大切にしている。この地方の健康、特に妊産婦の健康にいい影響を与えている。セフロを選択するという事は、農村の住民の人口が50%以上を占めており高い率でありプロジェクトにとって有効だと思う。このプロジェクトは、われわれが達成したものを続行するものである。保健支局以下スタッフ全員及びプロジェクトのための準備を整えている。(支局長)</p> <p>プロジェクト内用の説明。期間、目的、具体的活動内容(助産婦と保険師の卒後研修)、日本人専門家の投入、その他の投入、パイロット県選定を伝え活動への協力依頼、開始時期は10月から11月であることを伝える(小正路)</p> <p>国のレベルにおける指標を見ると、セフロは関心に応えられると思う。国連の数字によると、モロッコは現在も妊産婦の健康に関して低い水準にあり、妊産婦死亡率が高い。セフロは努力をしてきており、妊産婦の健康関連指標の向上に努め、施設での分娩の数を上げる努力をしてきた。プロジェクト実施によりさらに地方村落の住民に有用なケアを与えられると思う。繰り返しになるが、私自身、スタッフ、県会議員、県の各省庁がプロジェクトの成功にむけ全力を挙げる。国王の誕生日(7月30日)を記念して、7月28日に出産の家の公式開所を行う。実際にはすでに業務を実施しているが、公式行事として県会議員、国会議員を集めて儀式を行う。(支局長)</p> <p>事務所の設置場所がセフロかフェズになるかはわからないが、パイロット県にはなるので、その開所式でも、プロジェクトの実施とプロジェクトへの協力をお話して欲しい。(支局長)</p> <p>事務所設置を歓迎する。もちろん開所式でも話をする。(喜多)</p> <p>母子保健担当の Dr. Fatima MIMI 積極的関与を依頼。帰国研修員を集め、他地区職員の協力を依頼することもあるが、この点にも配慮をお願いします。支局長の日本研修参加を歓迎。(喜多)</p> <p>支局長合意し、事務所設置を歓迎する。(支局長)</p>

日 時	2004 年 7 月 22 日 (金) 午前 8 時 30 分
訪問先	UNICEF モロッコ事務所
面会者名	Dr. Ahmed Laabid, Charge de Protramme Sante, Fonds des Nations Unies Pur
面談者	喜多団長、小林団員、大竹
面談内容	
<p>1 . UNICEF の対象地域での活動 (Dr. Ahmed Laabid)</p> <ul style="list-style-type: none"> * 主な活動は予防分野 * 母親の健康 * TBA に関する活動 * 産後の母親と子供のための検診 * 出産を待つ家の建設プロジェクト：非常に重要で保健省と協力して実施している。4 県で実施：シェフシャウエン県、エルハウズ、ワルザ、ザウア 	
<p>1) 出産の家の必要性</p> <p>農村村落での産前産後の妊産婦と新生児の死亡率が非常に高い。住民はばらばらに住んでいて、保健センターへのアクセスが悪い。緊急の場合には、病院に来る前に産婦が死ぬことが多いので、出産の前に産婦が保健センターの近くにくる必要がある。地方村落部の 20%のみが施設分娩をする。病院・施設等を建設し、広報宣伝をしているのに、施設分娩をしようとならない。コミュニティに対するアンケートの結果、このプロジェクトへのニーズは高く住民は歓迎している。滞在期間は出産前 1 週間で、出産後は 2 日間。</p> <p>保健大臣と話し合い、優先事項を決めた。プロジェクトは 2002 年から 2006 年まで、残りの 2 年間のために中間評価を行い、母親の健康を第一にすることにした。出産の家の活動を 2006 年以降も続ける予定はない。しないというのは、モロッコ政府に対してどのようなアプローチで妊産婦死亡率を下げるかを見せたい、というのが目的であるため。出産を待つ家の運営は、村 (コミュニティ) 電気、水、人員等すべての運営費は村が支払う。UNICEF は建物を建設し、どういうシステムで運営できるかを見せることが目的で、対応、受入れを良くし家族全員が泊れる施設にしている。</p>	
<p>2) IEC 活動</p> <p>現在持っているのは 1980 年代に作成、下痢や TBA 等紙の素材。</p> <p>出産待機家で働く人たちのため、住民・家族等、文盲の人たちのために、出産待機家を広報するためのビデオ作成のためのワークショップを来週実施する予定。広報活動のビデオは現在作成中で。仏語・アラビア語を作成、日本語版もある。もうすぐ英語版ができるので、それを JICA に提供する。</p>	
<p>3 .TBA について</p> <p>本プロジェクトとの協力を要請。本プロジェクトでは TBA そのものを扱うことを考えていない。TBA の効果に関しては限界があり、パキスタンでの経験、モロッコ政府の姿勢からも、プロジェクトでは TBA は大きなコンポーネントとはしていない。(喜多)</p>	

われわれは、彼女たちに技術を伝達することではなく、レファレルや保健センターへのアクセスを促進する活動。様々な意見があり、一方的だとは思わない、大学の先生も同様の意見をもっている。(Dr. Ahmed Laabid)

4. UNICEF の今後の予定プロジェクト

- * 小児病の対応プロジェクトが、次のプロジェクトである。
- * エssenシャルドラッグ供与
- * 健康保険設置プロジェクト(村単位の保健協同組合システムの設置)2002年に1つの村で実施し、2003年に評価、今年は18の村で実施する予定。
- * AIDS 監視システムプロジェクト

5. その他の援助機関について

すべてのパートナーとのアライアンスを作りたいと思っている。妊産婦の保健に関して働いている外国組織全部を集め、ベルギー、GTZ、EU、スペインのNGO等がばらばらに活動するのではなく、国の戦略に従って連携活動をするようにしたい。

「世銀」はワシントンが直接実施している。保健サービスに対するファイナンスと、州への地方分権化の保健分野でのモデル作りを東部で取組んでいる。

「WHO」はあちこちにいろいろと関与している。要人の外国訪問のお金面での支援をしている。マイクロクレジットを、開発の基礎ニーズという名前で実施している(WHOの仕事は、質に関する会に人を送る等、小さいことしかしていない。マイクロクレジットに関しても、開発事業団の仕事だというコメントをしている)。(Dr. Ahmed Laabid)

6. UNICEF への要請事項

「分娩を待つ家」プロジェクトが開始した後の見学を申し入れ(了解を受けた)。当方のプロジェクトへの視察も申し入れ、受容られた。

TBAが必要な地域もあるので、必要な場合には協力をお願いすることもある。(喜多)

日 時	2004年7月22日(金)午後1時30分
訪問先	GTZ
面会者	GTZ(4名)
面談者	喜多団長、小林団員、大竹
面談内容	
<p>1) 双方の協力活動について</p> <p>GTZのプロジェクト説明:</p> <p>モロッコの大きな課題は、助産婦や機材を沢山配置したが、それが十分に使われていないこと。保健省との協力で、われわれも近年、特に緊急産科研修に力を注いできている。</p> <p>GTZの活動として考えているのは、現地の住民に密接したところで研修を実施すること。対象州は農村部の住民が多く、離れ離れに住んでいる。アルホセイマの地震時、住民へのアクセスが困難で、ケアを与えることが難しいことが明らかになった。住民に対するアンケートを実施し、なぜ分娩施設つき保健センターに来ないのか調査を行った。(レポート入手)この調査から発生した活動も記してある。あくまでも、数字の結果であるが、住民よりも保健サービスを提供する側に課題があることがわかった。</p> <ul style="list-style-type: none"> * 提供されるサービスの質が低い * サービスの組織が悪い * グループ(協働)精神が不足している * レファレルするための機材も少ない <p>質の改善の為に2つが大きな目的</p> <ul style="list-style-type: none"> * まず質を高めること * 分娩施設つき保健センターに対する住民の信頼を取り戻すこと <p>現地のNGOを使って、NGOがGTZと住民との間に立って、情報教育の仲介をするような計画を考えている。産院とか出産の家でのすべてのリソースを動員するために、GTZが指導することもある。</p> <p>医療現場の調査について</p> <p>保健センターの質を改善するためのノルマに関する調査。</p> <p>妊婦がどのような経路で保健センターを受診する調査。</p> <p>保健センターのスタッフがノルマを作成した。スタッフの能力で、どのような対応をするかということも含まれている。</p> <p>調査方法: 125,000の人口を対象に調査を実施</p> <p>調査期間: 3ヶ月</p> <p>調査費用: 20,000ドル程度</p> <p>調査方法: 保健センターのカルテによる内部の活動分析。</p> <p>調査方法直接の観察、医療従事者・サービスを受ける女性への聞き取り。</p> <p>調査実施者: 大学の教授1人と現地スタッフ(支局が2人と婦人科医が1人)</p> <p>3年間前に同じような調査を行っており、セフロも調査対象となっている(そのデータはまだ使える)。保健省は公式に発表していないが、データを提供することは問題ない。プロジェクトを形成する為に有効な産科の実地、分娩施設つき保健センターの実態が非常に良くわかるが、残</p>	

念なことに公式に発表されていない。(GTZ)

絶えず日本側から、見に来て活用を促しているが、大切なのは、モロッコ側が安全な妊娠出産が大切という認識を持つことである。モロッコの人々は個人的には能力があるが、地方の全体的システムを作る必要がある。このための刺激を日本が与えたいと考えている。活動は地方で行っているが、それが中央に集約される可能性はあると考えている。本邦研修を行い(国別研修「地域保健行政」)中央の保健省1人、地方保健支局が5人中央と地方の両方のアプローチが必要であるとする。今回のプロジェクトはこのような研修活動と医療施設建設、機材投入を基礎にプロジェクト活動を行う。重要なのは、日本のシステムを押し付けるのではなく、それを見て、モロッコ側が自分達に適切と考えるシステムを作ることが大切。

3年間と期間が短いので、余り調査にお金をかけたくない。同じような状況であれば参考にしたい。プロジェクトへの協力とワークショップへの参加を依頼。こちら側からの連絡も約束。GTZへの協力を依頼。(喜多)

7. 略語リスト

AT :Accoucheuse traditionnelle	伝統的産婆(TBA)
AIEC : Animateur d'information, education et communication	IEC 普及員
CPPN : Consultation postnatale	産後健診
CPN : Consultation prénatale	産前健診
CSCA :Centre de santé communal avec module d'accouchement	分娩施設付保健センター
CHP : Centre hospitalier provincial	地域病院
CSC :Centre de santé communal	保健センター
CSR : Centre de santé rural	村落保健センター
DR :Dispensaire rural	診療所
DIU :Dispositif intra utérin	IUD
ENPS :Enquête national population santé	国民健康調査
FS : Formation sanitaire	保健衛生組織
FE : Femme enceinte	妊婦
FNUAP	UNFPA
FC : Formation continue	継続研修
GHR : Grossesse à haut risque	ハイ・リスク妊娠
IFCS :Instituts de formation aux carrières de santé	医療専門学校
IEC : Information,éducation,communication	情報・教育・コミュニケーション
MS :Ministère de la santé	保健省
MSR :Maternité sans risque	リスクなき分娩
PF :Planification familiale	家族計画
PMI:Protection de la santé de la mère	母性保健
PSE :Protection de la santé de l'enfant	小児保健
PSGA :Programme de surveillance de la grossesse et de l'accouchement	妊娠、出産ケア対策プログラム
MA : Maison d'accouchement	分娩施設付保健センター
MR : Milieu rural	地方村落
RSSB :Réseau de soins de santé de base	基礎保健医療網
SMI :Santé maternelle et infantile	母子保健
SIAAP :Service d'infrastructure d'actions ambulatoires provinciales	通院巡回医療業務部
SOUB :Soins obstétricaux d'urgence de base	基礎的緊急産科ケア
SOUC : Soins obstétricaux d'urgence complets	総合緊急産科ケア
SR :Santé reproductive	リプロダクティブヘルス
VAT :Vaccination antitétanique	破傷風予防接種

7 . 略語リスト

AT :Accoucheuse traditionnelle	伝統的産婆 (TBA)
AIEC : Animateur d'information, education et communication	IEC 普及員
CPPN : Consultation postnatale	産後健診
CPN : Consultation prénatale	産前健診
CSCA :Centre de santé communal avec module d'accouchement	分娩施設付保健センター
CHP : Centre hospitalier provincial	地域病院
CSC :Centre de santé communal	保健センター
CSR : Centre de santé rural	村落保健センター
DR :Dispensaire rural	診療所
DIU :Dispositif intra utérin	IUD
ENPS :Enquête national population santé	国民健康調査
FS : Formation sanitaire	保健衛生組織
FE : Femme enceinte	妊婦
FNUAP	UNFPA
FC : Formation continue	継続研修
GHR : Grossesse à haut risque	ハイ・リスク妊娠
IFCS :Instituts de formation aux carrières de santé	医療専門学校
IEC : Information,éducation,communication	情報・教育・コミュニケーション
MS :Ministère de la santé	保健省
MSR :Maternité sans risque	リスクなき分娩
PF :Planification familiale	家族計画
PMI:Protection de la santé de la mère	母性保健
PSE :Protection de la santé de l'enfant	小児保健
PSGA :Programme de surveillance de la grossesse et de l'accouchement	妊娠、出産ケア対策プログラム
MA : Maison d'accouchement	分娩施設付保健センター
MR : Milieu rural	地方村落
RSSB :Réseau de soins de santé de base	基礎保健医療網
SMI :Santé maternelle et infantile	母子保健
SIAAP :Service d'infrastructure d'actions ambulatoires provinciales	通院巡回医療業務部
SOUB :Soins obstétricaux d'urgence de base	基礎的緊急産科ケア
SOUC : Soins obstétricaux d'urgence complets	総合緊急産科ケア
SR :Santé reproductive	リプロダクティブヘルス
VAT :Vaccination antitétanique	破傷風予防接種