

付 属 資 料

- 1 . ミニッツ (写)
- 2 . PDM
- 3 . プロジェクト投入の詳細
- 4 . 評価グリッド
- 5 . 主な協議・インタビュー議事録
- 6 . 活動報告プレゼンテーション資料

PROCES-VERBAL
ENTRE LA MISSION JAPONAISE CHARGÉE DE L'ÉVALUATION FINALE
DU PROJET
ET
LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU ROYAUME DU MAROC
SUR
LA COOPÉRATION TECHNIQUE
POUR LE PROJET D'AMÉLIORATION DES SOINS DE SANTÉ MATERNELLE
EN MILIEU RURAL

La Mission Japonaise chargée de l'évaluation finale du Projet (ci-après dénommée la « Mission »), organisée par l'Agence Japonaise de Coopération Internationale, entité gouvernementale dotée de la personnalité administrative autonome (ci-après dénommée la « JICA ») et dirigée par Dr Yōjirō ISHII, s'est rendue au Royaume du Maroc du 4 au 19 juin 2007 suivant le programme prédéfini en vue de conduire une évaluation finale et d'initier l'orientation du futur plan de la coopération technique relative aux soins médicaux, étant donné qu'il s'agit de la dernière année du « Projet d'amélioration des soins de santé maternelle en milieu rural » (ci-après dénommé le « Projet »).

La Mission, les autorités concernées du Gouvernement du Royaume du Maroc et les expertes japonaises ont eu des discussions et ont procédé à une évaluation globale sur l'état d'avancement des activités du Projet.

A l'issue de ces discussions, la Mission et la partie marocaine ont convenues d'accepter les éléments consignés dans le document ci-joint.

FAIT A RABAT, MAROC
LE 18 JUIN 2007



Yōjirō ISHII
Chef de la Mission chargée de
l'évaluation finale
Agence Japonaise de Coopération
Internationale (JICA)



Dr Fouad HAMADI
Secrétaire Général
Ministère de la Santé
Royaume du Maroc

I. Historique et objectifs de l'envoi de la Mission

En rapport avec l'achèvement du présent Projet en novembre 2007, la Mission a effectué une évaluation finale dans le but d'étudier le degré de transfert de technologie réalisé jusqu'à nos jours dans le cadre de la coopération et de faire des recommandations relatives à l'orientation de la coopération future. La Mission a eu pour objectifs :

- d'évaluer la coopération réalisée avant l'évaluation finale : les résultats des activités du Projet, l'état de la gestion et du fonctionnement, le degré de transfert de technologie en faveur des homologues marocains, par référence aux programmes d'actions et au P.D.M. (Project Design Matrix : cadre logique du Projet) consignés dans le procès-verbal relatif au Projet de coopération technique pour l'amélioration des soins de santé maternelle en milieu rural.
- de contribuer à la définition de l'orientation de la future coopération et à l'amélioration des méthodes d'exécution en tirant des résultats de l'évaluation les enseignements et les recommandations à proposer.

2. Circonstances de réalisation et objectifs du Projet

Dans le domaine de la santé maternelle au Royaume du Maroc, de très grands écarts sont constatés entre le milieu urbain et le milieu rural. D'un côté, le taux de mortalité maternelle en milieu urbain est de 186 (pour 100 000 naissances) et, de l'autre, il est de 267 en milieu rural, le taux moyen est donc de 227 (en 2004). Tandis que le taux d'accouchements en milieu surveillé dépasse 83% en milieu urbain, il reste autour de 38% en milieu rural où l'accouchement à domicile avec l'aide des accoucheuses traditionnelles est toujours le principal mode d'accouchement (Taux moyen d'accouchements en milieu surveillé au niveau national est de 61%).

La coopération japonaise avec le Royaume du Maroc en matière de santé maternelle a démarré en 2002 et a réalisé, jusqu'à nos jours, l'aménagement d'installations et d'équipements dans trois régions cibles, à savoir, la Région de Fès Boulemane, la Région de Meknès Tafilalet et la Région de Guelmim Es Smara et ce, dans le cadre de la coopération financière non remboursable, ainsi que des stages au Japon portant sur « l'amélioration des soins de santé maternelle en milieu rural » (depuis 2002, 6 stagiaires par an) et sur « l'Administration de la santé en milieu rural » (depuis 2004, 6 stagiaires par an).

En continuité avec ces activités, le Royaume du Maroc a fait une requête au Japon relative à un projet de coopération technique pour l'amélioration des soins de santé maternelle en milieu rural.

En réponse à ladite requête du Royaume du Maroc, la JICA a effectué une étude préliminaire en juillet 2004 et a commencé le Projet en novembre 2004.

Le présent Projet a choisi les deux Provinces de Sefrou et d'Ifrane comme provinces pilotes et a défini des objectifs visant notamment la construction d'un système de formation continue des sages-femmes et infirmières nouvellement recrutées, l'amélioration de la prestation des soins de santé maternelle par le renforcement de la formation continue (concrètement, il s'agit de l'amélioration des taux de consultations pré et post natales, de l'amélioration des taux de dépistage de grossesses à risque, et de l'augmentation de la proportion des prises en charge d'accouchements par les professionnels de santé). Par ailleurs, le Projet a pour objectif global l'élargissement et la diffusion, dans les trois régions ciblées, des résultats des deux Provinces pilotes, obtenus par le système de formation continue (modèles types), en vue de l'amélioration des soins de santé maternelle dans l'ensemble des trois Régions ciblées.

3. Méthode utilisée lors de l'évaluation finale

3-1. Méthode de l'évaluation

La Mission a effectuée avec les représentants de la partie marocaine les actions d'évaluation, en se basant sur le procès-verbal, le plan d'action et le P.D.M. (cadre logique du Projet). Les actions d'évaluation comprennent la confirmation des résultats relatifs à l'état d'avancement et au processus d'exécution du Projet, l'organisation d'enquêtes orales auprès des personnes concernées, d'exposés et d'un atelier au Ministère de la Santé et aux Délégations provinciales de la Santé, et des discussions avec les homologues marocains, Enfin elle a procédé à l'analyse des résultats de l'évaluation selon 5 critères d'après le cadre logique.

3-2. Confirmation des résultats

3-3. Cinq critères d'évaluation

- 1) Pertinence : Pour savoir si le contenu du plan du Projet correspond au plan national et aux besoins des bénéficiaires ;
- 2) Efficacité : Jusqu'à quel degré les objectifs du Projet ont été atteints ? ou bien, peuvent être atteints ?

- 3) Efficience : Est-ce que les apports sont transformés en résultats ? Est-ce que les ressources humaines, les équipements et les fonds apportés pour obtenir les résultats escomptés ont été convenables ?
- 4) Impact : Quels effets positifs ou négatifs ont découlé, directement ou indirectement, de l'exécution du Projet ?
- 5) Pérennité de l'autonomie du projet : Est-ce que les « effets positifs résultant de l'exécution du Projet » peuvent durer après l'achèvement de la coopération ?

4. Résultats de l'évaluation finale

Le Projet visait à répondre à une des questions de la santé maternelle et infantile au Maroc, à savoir la réalisation planifiée de la formation continue, en faveur des sages-femmes et infirmières, correspondant à l'orientation de coopération du Japon. Les objectifs du Projet n'ont pas été réalisés dans leur totalité à cause du retard occasionné dans le programme d'exécution du Projet. Toutefois, bien qu'un écart entre les deux Provinces pilotes soit constaté, les résultats acquis montrent que les objectifs sont à peu près atteints. Il y avait un retard dans l'affectation des expertes de longues durées mais l'envoi des experts de courte durée a été réalisé efficacement. Quant à la fourniture, à la maintenance et à la gestion des équipements, elles ont été réalisées de manière satisfaisante. (En ce qui concerne les apports et les résultats acquis des activités, voir les documents ci-joints).

Un des impacts relevés est l'élaboration du carnet de santé de la femme ainsi que la création des classes des mères, attestant l'extension des activités. Quant à la pérennité des modèles types de la formation continue, il n'y a pas de problèmes au niveau provincial, dans les Provinces pilotes où le système de fonctionnement a été mis en place. Mais une initiative doit être prise par le Ministère de la Santé, aux niveaux central et régional, pour leur diffusion dans d'autres Régions et Provinces.

Les résultats et l'analyse de l'évaluation par critère sont les suivants :

4-1. Pertinence

Tenant compte d'une des priorités du Ministère marocain de la Santé dans le domaine de la santé maternelle et infantile, à savoir, « l'amélioration des soins de santé maternelle en milieu rural », le Projet visait à apporter un soutien à la réalisation planifiée de la formation continue, correspondant à la politique du Ministère de la Santé. Le Japon a poursuivi depuis 2002 en matière de santé un programme de coopération financière non remboursable et un programme de stages au Japon réservés aux Marocains. La pertinence du Projet a été reconnue, dans la mesure où il a fait suite à ces deux programmes en profitant de leurs acquis.

Le choix des Provinces pilotes a été dicté par la prise en considération de la composition démographique en milieu rural. Une Province dans chacune des deux Régions, c'est-à-dire deux Provinces au total ont été ainsi choisies. La présence des deux provinces était stimulante pour la réalisation des activités et l'effet de multiplication a été obtenu.

4-2. Efficacité

4-2-1. Degré de réalisation des objectifs

(1) Perfectionnement des modèles types de la formation continue

Les modèles types de la formation continue ont été perfectionnés grâce à l'élaboration du « Dossier de formation continue » (Manuel de la formation continue) en mars 2007.

La formation continue comprend des stages aux niveaux national et régional, et des stages au niveau provincial. En ce qui concerne les stages aux niveaux national et régional, étant donné que le Ministère de la Santé n'a pas planifié ces activités, elles ont été réalisées à la fin de l'année fiscale avec des budgets supplémentaires de donateurs. Ainsi la réalisation planifiée de la formation continue n'a pas eu lieu. Quant aux stages au niveau provincial, les personnes cibles ont été listées et l'exécution du programme conformément au plan d'action annuel et la supervision après les stages ont été menées à bien. Pour l'année 2006 où le Projet a réellement démarré, le programme n'a pas été mis en œuvre selon le calendrier, à cause des effets provoqués par le décalage de l'année fiscale des deux pays, les vacances d'été et le mois de ramadan. En 2007, la planification a pris en compte tous ces éléments et on constate en date de juin 2007 que le programme a été réalisé selon le plan.

(2) Développement des capacités de gestion au niveau des Délégations

Les capacités de gestion au niveau des Délégations qui gèrent les activités dans les Provinces pilotes se développent régulièrement. En ce qui concerne la formation continue au niveau provincial, les stages ont été réalisés selon le plan d'action annuel dans les deux Provinces pilotes de Sefrou et d'Ifrane. Dans la Province de Sefrou, la supervision après les stages a été réalisée, conformément au plan. Toutefois, dans la Province d'Ifrane, la supervision n'a pas été réalisée conformément au plan, à cause notamment de la disponibilité du véhicule.

En ce qui concerne la mise à la disposition du budget nécessaire au plan et son utilisation au niveau provincial, un budget propre n'est pas assuré, à cause de la

composition des lignes de crédit des Délégations provinciales de la Santé. En cas de nécessité, un budget est mis à la disposition suivant les circonstances. Les frais occasionnés par la formation continue ont été supportés par la Délégation du Ministère de la Santé depuis 2007 et est en train d'être pratiqué. Les frais de carburant et les indemnités journalières des membres de l'équipe mobile ont été assurés et il n'y a pas de manques au stade actuel.

(3) Réalisation des activités d'IEC

La fréquence des séances d'IEC est en augmentation dans les deux Provinces. Le taux de couverture des femmes mariées en âge de procréer par les séances d'IEC est de 16.3% dans la Province de Sefrou en 2006. Dans la Province d'Ifrane, on compte toutes les personnes qui ont participé aux séances d'IEC, sans distinction de sexe et d'âge, ce qui fait qu'il n'existe pas de données relatives aux FMAR.

(4) Réalisation des tournées de l'équipe mobile

Un plan trimestriel est élaboré tous les trois mois et les activités de l'équipe mobile sont réalisées selon ce plan avec le véhicule offert par le Japon. Lors du mauvais temps, la tournée peut être annulée parce que les habitants ne viennent pas consulter l'équipe mobile. Mais dans la Province de Sefrou, un système qui permet de remplacer la séance annulée est mis en place et le taux de réalisation des activités par rapport au plan du second trimestre 2006 a été de 100%. Par contre, dans la Province d'Ifrane, il est resté à 58%.

4-2-2. Degré de réalisation des objectifs du Projet

Grâce à la réalisation de la formation continue, de la supervision et du soutien clinique, le nombre des fiches des femmes enceintes et des accouchées incorrectement remplies est en baisse aux niveaux des centres de santé et des maternités hospitalières, et l'état de santé est mieux saisi. De même, la capacité de diagnostiquer les accouchements à risque a été améliorée et la référence s'est faite de façon plus appropriée. On peut penser que la qualité des soins de santé maternelle dans les Provinces pilotes a été nettement améliorée.

Les objectifs relatifs au taux de consultations pré et post natales qu'on doit atteindre à l'expiration du Projet ont été fixés respectivement à 80% et à 95%. Influencé, entre autres, par le retard de réalisation du Projet, le taux de consultations prénatales a été de 60% dans la Province de Sefrou et de 79% dans la Province d'Ifrane. Le taux de consultations post natales a atteint 100% dans les deux Provinces.

al

4-3. Efficience

Le retard de l'affectation d'expertes japonaises de longue durée et un changement fréquent des expertes ont eu un effet négatif sur la réalisation conséquente du Projet, mais l'envoi de plusieurs experts de courte durée a rectifié la donne. L'offre de stages au Japon faisant partie intégrante de la mise en place du programme de formation continue au Maroc a eu pour effet de renforcer les résultats.

Quant aux équipements, une utilisation efficiente, une maintenance et une gestion appropriées ont été réalisées avec les apports minima nécessaires et planifiés selon les besoins locaux.

On peut souligner le fait que le Projet a démarré d'une manière efficace après que les homologues marocains ont eu une meilleure compréhension de la coopération du Japon suite à la réalisation du programme de la coopération financière non remboursable.

Les recommandations que la Mission japonaise chargée de l'orientation pour le Projet a faites ont été prises en compte dans les activités qui ont suivi, et ont permis le renforcement du contenu du Projet.

4-4. Impact

Les personnes qui ont participé aux stages de formation continue au Japon dans le cadre du Projet sont au nombre de 8. Toutefois, depuis le commencement en 2002 des stages au Japon réservés aux Marocains, les personnes concernées ayant bénéficié des stages dans ce cadre s'élèvent à 52 au total, parmi lesquelles il y avait Monsieur le Directeur de la Population du Ministère de la Santé. Toutes ces personnes ont apporté leur contribution au Projet, selon la position de chacun. Parmi les activités entreprises par les bénéficiaires des stages au Japon, on doit souligner l'activité concernant le « carnet de santé de la femme » conçu à partir du « carnet de santé de la mère et de l'enfant » japonais, et sa diffusion sur le plan national, et l'activité relative à l'organisation des « classes des mères » inspirées par un exemple japonais, leur implantation, et l'essai de leur extension au niveau des centres de santé. Ce sont des activités entreprises à l'initiative des bénéficiaires des stages au Japon. Dans la Province de Meknès, le taux de consultations prénatales s'est amélioré, depuis l'introduction des classes des mères.

En outre, on doit considérer comme un des impacts les plus positifs l'attitude des bénéficiaires consentant à « partager, au retour, avec leurs collègues les connaissances acquises lors des stages aux niveaux national, régional et provincial, organisés dans le cadre du Projet ».

4-5. Pérennité de l'autonomie du projet

4-5-1. Sur le plan organisationnel

En date de juin 2007, l'institutionnalisation des modèles types de la formation continue, des activités d'IEC standardisées et des consultations par l'équipe mobile va renforcer le processus de la formation continue mise en place par le Ministère de la Santé. Les deux Provinces de Sefrou et d'Ifrane, les personnes clefs, notamment Messieurs les Délégués provinciaux de la Santé, ont reconnu la nécessité des activités de « la formation continue, d'IEC et de l'équipe mobile au niveau provincial » pour l'amélioration des soins de santé maternelle, et ils ont promis de les poursuivre après l'achèvement du Projet.

En ce qui concerne l'organisation et la disponibilité des membres du personnel, le système de fonctionnement est déjà mis en place au sein des Délégations provinciales de la Santé. Dans la Province d'Ifrane, des problèmes ont été relevés au niveau de la capacité d'exécution du plan, du fait que la supervision n'a pas été réalisée conformément au programme planifié. Cependant, on juge que cela n'entrave pas la poursuite des activités dans l'ensemble.

4-5-2. Sur le plan financier

En ce qui concerne le budget nécessaire au maintien des activités, bien que les mesures budgétaires ne soient pas prises aux niveaux national et régional, un système est mis en place au niveau provincial pour réduire les frais au minimum. Quant à la réalisation de la formation continue, les stages aux niveaux national et régional seront réalisés avec le soutien des donateurs. Pour les stages au niveau provincial, le paiement des indemnités et des frais de transport a été arrêté depuis 2007, et un budget supplémentaire n'est pas prévu pour la réalisation des stages. Les frais destinés à la poursuite des activités d'IEC ne sont pas prévus non plus. Pour l'équipe mobile, les frais de carburant et les indemnités journalières sont à prévoir mais ces frais sont déjà payés par le budget de fonctionnement des Délégations provinciales de la Santé. Ces frais pourront être assurés dans l'avenir sans difficulté.

4-5-3. Sur le plan technique

Parmi les activités du Projet, « la formation continue » est réalisée en utilisant les ressources humaines du Maroc et elle ne pose pas de problèmes de pérennité de l'autonomie. On peut penser que le système de gestion des activités aux niveaux national, régional et provincial, mis en place dans le cadre du Projet, va être maintenu.

En ce qui concerne les équipements, une maintenance et une gestion appropriées sont effectuées dans toutes les structures qui en bénéficient et ils sont utilisés de façon

En ce qui concerne les équipements, une maintenance et une gestion appropriées sont effectuées dans toutes les structures qui en bénéficient et ils sont utilisés de façon satisfaisante. Le technicien de la Délégation provinciale de la Santé de Sefrou, qui a reçu une formation en matière de maintenance et de gestion du matériel, organise à son tour dans la Province d'Ifrane une formation dans ce domaine en faveur des sages-femmes et infirmières qui utilisent le matériel. On peut penser qu'il n'y aura pas de problèmes dans l'avenir dans le système de maintenance et de gestion des équipements.

<Vérification globale des facteurs extérieurs>

Au Royaume du Maroc, depuis mars 2005, l'accouchement est devenu payant dans l'hôpital provincial (250 DH pour l'accouchement normal), en vue de faire face à l'augmentation des charges de la maternité hospitalière faisant suite à l'augmentation en nombre d'accouchements dans l'hôpital provincial. L'accouchement dans le centre de santé est gratuit comme par le passé. Par suite de l'introduction des mesures de tarification, tandis que l'augmentation en nombre d'accouchements dans l'hôpital provincial est stationnaire, le nombre d'accouchements dans les centres de santé gratuits n'augmente pas. A l'arrière-plan, l'analyse montre qu'il y a des facteurs de résistance socioculturels à l'égard de l'accouchement en milieu surveillé. Il semble nécessaire de pousser à un changement rapide de mentalité des habitants par les activités d'IEC entre autres.

5. Enseignements et recommandations

5-1. Recommandations

5-1-1. Renforcement du système de gestion dans les Provinces pilotes

Le « système de gestion de la Délégation de la Santé » avait été déjà mis en place dans les deux Provinces de Sefrou et d'Ifrane, en vue de promouvoir la formation continue, les activités d'IEC et les activités de l'Equipe Mobile. Dans le cadre de ce système, on a élaboré un plan d'action. Toutefois, la supervision de la formation continue prévue dans le plan d'action du Projet n'a pas pu être exécutée dans sa totalité conformément au programme prédéfini, dans la province d'Ifrane, à cause de la faiblesse des moyens humains et matériels. Il est nécessaire de poursuivre le soutien pour le renforcement du système de gestion.

5-1-2. Réalisation des stages de formation continue sur les SONU et sur la CPN destinés aux sages-femmes et infirmières dans les Provinces pilotes

Les modèles types de la formation continue comprennent des stages encadrés par les personnes ressources des CHU et concernant les SONU et la CPN et d'autres stages réalisés au niveau provincial. Il est indispensable de réaliser tous les stages pour achever un cycle de trois ans.

En ce qui concerne les stages réalisés au niveau provincial dans les Provinces de Sefrou et d'Ifrane, on a mis en place un système permettant d'utiliser les personnes ressources des Provinces avec les frais minimum. Il est hautement appréciable que l'organisation du système par les Délégations au niveau provincial est maintenant bien au point. Il n'y a pas de problèmes pour la poursuite du projet dans l'avenir. Par contre, en ce qui concerne les stages tels que ceux qui concernent les SONU et la CPN, ils sont réalisés, en réalité, grâce au soutien des donateurs. Pour une organisation plus pérenne de la formation continue aux niveaux régional et national, c'est au Ministère de la Santé d'assurer un budget adéquat et d'instaurer un système de mise en oeuvre d'actions planifiées.

5-1-3. Extension des modèles types de la formation continue.

Pour étendre les modèles types de la formation continue au niveau national, il faut tout d'abord leur donner un ancrage solide dans les Provinces de Sefrou et d'Ifrane, valider la stratégie, ensuite l'étendre au niveaux des deux régions conformément au projet, Fès Boulemane et de Meknès Tafilalet, dont dépendent les deux Provinces pilotes doivent faire adopter les modèles types dans leurs autres Provinces. Dans la perspective de la régionalisation, étant donné que le rôle de la région est appelé à devenir sûrement plus important, il est souhaitable de mettre en place un système qui permet d'instaurer les modèles types dans chaque province, en passant principalement par la région, avec un appui du Ministère de la Santé qui effectuera le monitoring.

Il est nécessaire que les structures concernées au sein du Ministère de la Santé, aux niveaux central, régional et provincial clarifient la répartition de leurs rôles et la conception qu'ils ont de la durée et de la zone de l'extension de la formation continue.

5-1-4. Renforcement du network des Bénéficiaires aux stages au Japon

Le nombre des participants marocains aux stages au Japon en matière de santé organisés depuis 2002 atteint le chiffre de 60. Les Personnes ressources, au niveau central

de la Direction de la Population et des CHU, et les personnes clefs des trois Régions de Fès Boulemane, de Meknès Tafilalet et de Guelmim, ont participé aux stages au Japon. Ils ont contribué considérablement au bon fonctionnement du présent Projet. Désormais, il faut viser davantage le renforcement du network des stagiaires pour la promotion des activités concrètes comme la réalisation de la formation continue d'après les modèles types et l'organisation des classes des mères dans les trois Régions mentionnées plus haut.

5-1-5. Renforcement du lien avec les communautés

A travers les activités d'IEC et celles de l'Equipe mobile, menées dans le cadre du Projet, ainsi que la mise en place des classes des mères dérivées du Projet, la communication avec les femmes enceintes et accouchées a été améliorée. Toutefois, la prestation de services prodiguée par les centres de santé n'a pas pu toucher une partie de la population, puisqu'on constate que la couverture des consultations prénatales en 2006 ne dépasse pas 60% dans la Province de Sefrou et 79% dans la Province d'Ifrane.

Pour encourager l'approche de cette catégorie de la population et viser à améliorer davantage les soins de santé maternelle, il importe de renforcer le lien entre les centres de santé et les représentants communautaires et de mener jusqu'au bout la sensibilisation non seulement des femmes en âge de procréer mais aussi de leurs familles sur les consultations prénatales et sur l'accouchement en milieu surveillé.

5-1-6. Renforcement de la Multisectorialité

Lorsqu'on veut améliorer la santé reproductive, y compris les soins de santé maternelle, il est important de renforcer l'approche non seulement du domaine de la santé mais aussi du point de vue éducatif et du genre. Il est nécessaire de promouvoir la diffusion des connaissances de la santé reproductive, en direction notamment des jeunes générations et ce, par la collaboration avec le Secrétariat d'état à la Jeunesse. Concrètement, on peut informer les gens sur les activités menées par les centres de santé, par exemple les activités d'IEC et les activités de l'équipe mobile, et appeler à utiliser des outils existants comme le carnet de santé de la femme, dans les écoles, les maisons des jeunes et les foyers féminins où, en plus de ces actions, on peut penser à organiser d'autres actions, par exemple, d'ouvrir un cours sur la santé reproductive par les membres du personnel de la Délégation provinciale de la Santé.

5-1-7. Organisation des stages dans le cadre de la coopération tripartite

Depuis 2002, le Japon a mené au Maroc la coopération en matière de santé maternelle et infantile et a contribué au développement des ressources humaines hautement spécialisées au sein du Ministère de la Santé, aux niveaux central et provincial.

Etant donné que le Maroc a des ressources humaines hautement spécialisées et doté des installations et des équipements nécessaires aux stages dans le domaine de la santé maternelle et infantile, il a suffisamment de capacités pour apporter un appui aux pays de l'Afrique de l'Ouest. Le Maroc a déjà l'expérience de l'accueil des stagiaires des pays voisins et, en 2006, il a reçu des stagiaires béninois avec le soutien financier de la JICA. D'une part, les pays de l'Afrique de l'Ouest ont des besoins importants de développement en matière de santé maternelle et infantile, d'autre part, ils veulent utiliser de manière efficiente les personnes ressources limitées. Désormais, en resserrant encore plus leur collaboration, le Maroc et le Japon doivent renforcer conjointement un système permettant d'apporter un soutien aux pays de l'Afrique de l'Ouest.

5-1-8. Coopération japonaise après l'achèvement du projet:

Les trois activités du Projet, c'est-à-dire la formation continue, les activités d'IEC et les activités de l'Equipe Mobile viennent de commencer à fonctionner véritablement dans les Provinces pilotes. On remarque un écart dans l'ancrage des activités entre les deux Provinces pilotes.

En ce qui concerne les activités des classes des mères, au niveau des centres de santé, elles sont au stade d'essai. On peut penser que, si on peut recevoir le monitoring et des conseils d'un expert individuel, l'ancrage des activités en découlera.

5-2. Enseignements

5-2-1. Avantage de la mise en place des deux Provinces pilotes

En général, la mise en place d'un projet dans plusieurs Provinces pilotes à la fois pose des problèmes, parce qu'elle nécessite plus de temps et d'efforts pour le suivi. Dans le présent Projet également, étant donné que deux Provinces pilotes ont été instaurées, beaucoup de temps a été consacré au suivi et à la coordination entre les deux Provinces. Par contre, l'avantage qui en découle dépasse largement les apports. La présence des deux a été stimulante, et a fait naître une relation de concurrence au bon sens du terme. En tenant réunion par mois pour échanger les idées, les deux Provinces ont pu mener leurs activités en contrôlant leurs démarches, les résultats acquis et l'évolution des indicateurs. Ainsi l'effet de multiplication a-t-il été obtenu.

5-2-2. Contribution des participants aux stages au Japon

Depuis 2002, les personnes clefs du Ministère de la Santé, aux niveaux central et des CHU ainsi que des Régions de Fès Boulemane, de Meknès Tafilalet et de Guelmim, y compris les Délégués de la Santé, ont participé aux stages au Japon. Le nombre de ces

participants s'est élevé à 60 en juin 2007. Non seulement ces participants ont déployé des efforts en tant que promoteurs d'exécution du Projet aux niveaux central et provincial, mais aussi ils se sont engagés à entreprendre des démarches sortant du cadre du Projet comme la conception et la diffusion sur le plan national du carnet de santé de la femme et la création des classes des mères. Grâce à ces activités, les résultats du Projet ont été améliorés davantage.

5-2-3. Contribution de l'Université internationale des soins médicaux de la Croix rouge japonaise de Kyushu

L'Université Internationale des soins médicaux de la Croix rouge japonaise de Kyushu, organisme de soutien au Projet au Japon, a envoyé des expertes de courte durée en vue d'une évaluation du contenu du programme de la formation continue et a contribué grandement à l'amélioration du programme. En outre, elle a élaboré des programmes appropriés de stages au Japon, en référence au contenu du Projet en cours de réalisation au Maroc et a offert des stages au Japon en tenant compte de la situation actuelle marocaine. Ainsi de nouvelles actions comme la diffusion du carnet de santé de la femme et la création des classes des mères ont vu le jour à partir des résultats des stages.

5-2-4. Développement du Projet et importance à la construction des relations humaines pour la coopération maroco-japonaises

Tout au long de la mission d'évaluation finale, les noms des expertes japonaises de longue durée envoyées dans le passé dans le cadre du Projet ont été évoqués et des remerciements ont été exprimés pour leurs activités. Les relations humaines sont très importantes lors de la réalisation d'un projet au Maroc. On dit que, si on n'a pas de réseau de connaissances personnelles, il n'est pas facile de collecter des informations et des documents. On doit souligner à cet effet que les bonnes relations entretenues au sein du Ministère de la Santé par Mlle Reiko WADA, experte japonaise de longue durée en matière de santé maternelle et infantile, affectée depuis le début de la coopération financière non remboursable en 2002, ont joué un rôle fondamental dans le Projet et ont eu un effet positif sur les résultats acquis du Projet dans les Provinces pilotes et dans la région de Meknès.

Documents en annexe

(apports et résultats acquis des activités)

Document 1 : Résultats du programme des stages au Japon

Document 2 : Résultats relatifs à l'envoi des experts japonais au Maroc

Document 3 : Liste des équipements

Document 4 : Frais d'activités

Adh

3

18 juin 2007

Le Projet de Coopération Technique pour l'Amélioration des Soins de Santé Maternelle

La Gestion des Soins de Santé en Milieu Rural

Direction de la Population	Maternité des Orangers
Dr. Mustapha Tyane	Prof. Rachid Bezad

La Gestion de la Santé en Milieu Rural

Direction de la Population	Fès-Boulemane			Meknès-Tafilalet				Guelmim						
	Fès	Moulay Yacoub	Sefrou	Boulemane	Meknès	Ifrane	Khénifra	El Hajeb	Errachidia	Guelmim	TanTan	Assa-Zag	Tata	Es Smara
Aug-04 Dr. Abdelwahab ZERRARI	Dr. Mbarek BAGHO	Dr. Mustapha EL ASRI			Dr. Abdelhadi MARZAK					Dr. Abdesslam MAAOUNI	Dr. Abdellah ZAMANI			
Aug-05 Dr. Ali BENSALAH			Dr. Lahcen AMAL		Dr. El BABOR El Mostafa	Dr. Ali MAAROUFI		Dr. Mbarek EL HANI					(Dr. Ahmed KAMEL)	
Jul-06 Dr. Mohammed CHARRADI		Dr. Larbi LAAGUIDI			Dr. Lhoussain TOUHTOUH		Dr. Mohammed SEKKAT					Dr. Mohammed AAZZAZ		Dr. Abdelatif AZZOUL

l'Amélioration des Soins de Santé Maternelle en Milieu Rural

Direction de la Population	Fès-Boulemane			Meknès-Tafilalet				Guelmim						
	Fès	Moulay Yacoub	Sefrou	Boulemane	Meknès	Ifrane	Khénifra	El Hajeb	Errachidia	Guelmim	TanTan	Assa-Zag	Tata	ES Smara
Jan-03 Dr. Fatima TSOUJI CHMITYALE	Mme Hakima SOUSSI				Mme Fatima BELAYACHI Mme Aicha BENNASOU	Mme Fatima ZAA	Mme Fatima HABIB							
Aug-03 Melle Aicha BENBAHA		(Mme Samira RHORCHI)		Mme Malika DAHMANI									Mme Fatima MACHKIRROU	
Aug-04 Dr. Mimoun AOURAGHE														
Aug-05 M. Mohammed MADI	Dr. Boutaina LOUDYI				M. Abdelaziz BENTOUID	Melle Fatima AIT ALLA Dr. Nouzha LABBAKI		Dr. Nouredine NAAS		Mme Fatima LATRACH	Mme Zohra BOUALAOUI	Mme Fatima ZAHID		Mme Fatima HANNI
Jul-06 Dr. Mina ABAACROUCHE	Mme Touriya FARAJ Dr. Khalid MDARHRI ALAOUI													Dr. Abdallah EL FAROUQI Mme Fatima ABOUABID

La Formation Continue

	Sefrou	Ifrane
Jan-05	Mme Karima ALAOUI ISMAILI	Mme Fatima EL KIHLE Mme Samia EL OUACH
Oct-06	Mme Sassi Habiba Mme Menai Touria	Mme Saida FAZZAZI Mlle Fatima ZAHRA HOURRI

Liste des expert(e)s

Nom et Prénom	Domaine d'orientation	Période
Expert de long terme		
KOSYOJI Yumiko	Santé maternelle en milieu rural /Coordination	21/11/2004~20/11/2006
TAMURA Yasuko	Formation continue	10/07/2005~10/07/2006
YAMAMOTO Keiko	Formation continue	19/06/2006~08/02/2007
WADA Reiko	Chef du projet	12/07/2006~16/11/2007
YAMAGISHI Katsuko	Santé maternelle/Coordination	06/11/2006~16/11/2007
Expert de court terme		
MATSUO Kazue	Santé en milieu rural	02/10/2004~15/10/2004
SATO Tamami	Education des soins pour les sages femmes	02/10/2004~15/10/2004
KAWANO Yuko	Education des soins pour les sages femmes	12/01/2005~04/02/2005
MATSUDA Tomohiro	Statistique et épidémiologie	08/03/2005~24/03/2005
AJIKI Kazuhiro	La gestion et maintenance des équipements biomédicaux	01/06/2005~27/07/2005
SATO Tamami	Education des soins pour les sages femmes	18/09/2005~01/10/2005
YAMANE Rieko	Formation continue	18/09/2005~01/10/2005
ZAITSU Hirokazu	La gestion de la santé	03/02/2007~17/02/2007
SATO Tamami	Education des soins pour les sages femmes	03/03/2007~16/03/2007

**Liste (2) des équipements acquis dans le cadre du Projet
(Du Novembre 2004 à Juin 2007)**

Date	Désignation	Marque	Quantité
05/11/04	Micro-ordinateur	FMVNB75J	1
05/11/04	Logiciel	POWER POINT 2003	1
07/02/05	Imprimante	Cannon LBP-1120	1
07/02/05	Imprimante couleur	HP LASER JET3500	1
07/02/05	FAX	HP OFFICE JET3500	1
09/02/05	Micro-ordinateur	ACER ASPIRE 1673WSMI	1
14/02/05	Coffre fort	ESD 103	1
03/03/05	Projecteur	HP L1742MP3222	1
09/03/05	Photocopieur numérique	ESTUDIO 201	1
22/03/05	Micro-ordinateur	HP Pavillion A81AMD3000	1
18/07/05	Réfrigérateur	FG170/L SI P·B	1
18/07/05	Climatiseur	FITCO FSW-12CHS	1
25/12/05	FAX	HP OfficeJet 5610	1
20/01/06	Laminator	PLASTIFIEUSE330T	2
22/02/06	Pélvic modèle	Pelvis Model	1
22/02/06	Livres	Child Birth Illustration Book	6
22/02/06	Cassette vidéo	The Science of Motherhood Nursing 5 Volume/set	1

22/02/06	Cassette vidéo	For the easy child birth	1
03/03/06	Projecteur	HP L1742MP3222	2
30/06/06	Ordinateur	HP Pavillion A1314	1
30/06/06	Ordinateur	HP Pavillion A1314	1
18/09/06	Photocopieur	SHARP AR5320	1
06/10/06	Accessoire de l'imprimantes	SHARP AR5320	1
22/01/07	Tabliers de grossesse	JOICEF	20
08/02/07	Déchiqeteuse	S 1500 destructeur A3 Coup 4	1
08/02/07	Déchiqeteuse	A 3000 destructeur A3 Coup 3	1
08/02/07	Camera Vidéo	SONY DCRDVD 755	1
08/02/07	Trépied de Vidéo camera	VCD - R640	1
08/02/07	DVD Player	DVD LG9821 P	1
19/02/07	Climatiseur	GENERAL	1
27/02/07	Tensiomètre électronique modèle ARACENA	DAVISELEN	1
16/03/07	Pélvic modèle	3S Scientifique	3
19/03/07	Projecteur	EPSON	1
20/03/07	Imprimante	HP Laser Jet P2015	1
31/05/07	Cardiographe foetal	Phillps Avalon FM20	2

**Liste (1) des équipements acquis dans le cadre du Projet
(Du Novembre 2004 à Juin 2007)**

Date	Désignation	Quantité	Destination
2004	Table chauffante	2	Hôpital provincial de TanTan Hôpital provincial de Assa Zag
	Cardiographe fœtal	1	Hôpital provincial de Tiznit
	Détecteur du pouls fœtal	2	
	Echographe	1	
	Photothérapie	2	Hôpital Pagnon, MEKNES
	Véhicule mobile	2	Délégation de TaTa et Guelmim
	Accessoires de véhicule d'E. M	1 pour chaque délégation	
2005	Véhicule mobile	2	Délégation de Sefrou et Ifrane
	Accessoires de véhicule d'E. M	1 pour chaque délégation	
2006	Echographe	2	Hôpital provincial de Guelmim
	Echographe	1	
	Cardiographe fœtal	2	
	Détecteur du pouls fœtal	2	
	Boîtes d'accouchement	12	
	Boîtes d'épisiotomie	12	
	Boîte à valves	2	
	Projecteur	1	
	Ordinateur	1	
	Imprimante	1	
	Seringue autopulsée	4	Hôpital Pagnon
	Boîtes d'accouchement	4	Hôpital provincial de Sefrou
	Boîtes d'épisiotomie	4	
	Boîte à valves	2	
	Boîte d'accouchement	4	Hôpital provincial d'Ifrane
	Boîtes d'épisiotomie	4	
	Boîte à valves	2	

Frais des activités

	2004		2005		2006		2007 (En Cours)	
Budget global(DH)	422,669.88	DH	1,986,268.91	DH	1,961,841.00	DH	1,347,000.00	DH
Budget global(JPN-Yen)	5,318,455.10	YN	25,414,312.00	YN	27,991,547.00	YN	18,991,205.00	YN
Frais des équipements acquis	1,126,233.66	DH	531,241.00	DH	847,260.00	DH	0.00	DH
Total des frais de formation	42,170.00	DH	1,080,311.00	DH	906,530.00	DH	473,471.00	DH
Taux de frais de formation %	9.98		54.39		46.21		35.15	

De Novembre 2004 à Mars 2005

	2004		
Total des frais de formation	42,170.00	DH	TAUX
1) Frais des Indemnités	24,250.00	DH	57.51 %
2) Frais des formateurs	9,400.00	DH	22.29 %
3) Frais d'organisation	8,520.00	DH	20.20 %

D' Avril 2005 à Mars 2006

	2005		
Total des frais de formation	1,080,311.00	DH	TAUX
1) Frais des Indemnités	682,200.00	DH	63.15 %
2) Frais des formateurs	303,001.00	DH	28.05 %
3) Frais d'organisation	95,110.00	DH	8.80 %

D'Avril 2006 à Mars 2007

	2006		
Total des frais de formation	906,530.00	DH	TAUX
1) Frais des Indemnités	548,620.00	DH	60.52 %
2) Frais des formateurs	288,800.00	DH	31.86 %
3) Frais d'organisation	69,640.00	DH	7.68 %

プロジェクト期間：2004.11.15 から 2007.11.14
 ターゲットグループ：セフロ県とイフラン県の保健支局

Ver.2 (2005年11月21日作成)

プロジェクトの要約	指標(案)	指標データ入手手段	外部条件
上位目標 1. プロジェクト対象州の地方村落部のリプロダクティブエイジの女性の健康状態が改善されている 2. パイロットの成果がプロジェクト対象州に普及する プロジェクト目標 セフロ県とイフラン県の地方村落部のリプロダクティブエイジの女性に適切な保健サービスが提供されている	1. 妊娠・出産による女性の死亡(妊産婦死亡率)が低下する 2. 3州のすべての県がシステムを導入する 1. 推計出生数における産前産後の健診を受ける妊産婦の割合が上昇する 目標値： セフロ県 産前 80% (平均 3 回) 産後 95%、イフラン県 産前 85% (平均 3 回) 産後 95% 2. 産前健診において、ハイリスク妊娠(一般的な基準として推計出生数のうち 15% をハイリスク妊娠とする)の診断率およびケア率が適正になる 3. 適切な医療従事者によって介助された出産の割合(推計出生数における介助出生数の割合)が上昇する 目標値：セフロ県 70%、イフラン県 70%	1. 州レベルの保健省統計 2. 保健省書類 1. 県レベルの保健省統計(妊娠観察票) 2. -同上- 3. 県レベルの保健省統計(産科登録)	
成果 1. 保健省職員の出産ケアにかかわる実務的技術、知識、専門意識向上のための継続教育システムがパイロット県で確立されている	1.1 JICA 技術協力プログラム中の毎年の予定研修人数において研修が実施される 目標値：セフロ県 100%、イフラン県 100% 1.2 JICA 技術協力プログラム中の毎年の予定研修数を実現される 目標値：セフロ県 100%、イフラン県 100% 1.3 研修参加者のコミュニケーション技術における認識、被益者である妊産婦の満足度が質問紙調査の結果において向上する 目標値：統計的に有意な向上	1.1 各県の保健支局年次計画の継続教育プログラム実施計画と報告書 1.2 -同上- 1.3 プロジェクト開始後、終了時における質問紙調査	モロッコ政府の母子保健に関する政策が大きく変化しない 研修を受けたスタッフと同じ職場にとどまる 地域社会と家族がIECプログラムを拒絶しない

<p>2. パイロット県保健支局の妊産婦ケアに関するマネージメント能力が確立されている</p> <p>3. 地方村落部での妊産婦ケアに関する情報・教育・コミュニケーション(IEC)を利用した適切な活動が実施されている</p>	<p>2.1 年次計画が適切に作成され、実施、モニタリングされる</p> <p>2.2 年次計画に必要な予算が確保される</p> <p>2.3 年次計画に必要な予算が執行される</p> <p>3.1 保健センターや巡回診療時のリプロダクティブエイジの既婚女性への妊娠分娩に関する情報提供活動(IEC)の計画された数が増える</p> <p>目標値：セフロ県 100%、イフラン県 100%</p> <p>3.2 リプロダクティブエイジの既婚女性のうち、計画された妊娠分娩に関する情報提供活動(IEC)を受けたものの割合が増える</p> <p>目標値：セフロ県 10ポイントの増加 イフラン県 20ポイントの増加</p>	<p>2.1 各県の年次計画と報告書</p> <p>2.2 -同上-</p> <p>2.3 -同上-</p> <p>3.1 各県の保健支局年次計画のIECプログラム実施計画と報告書</p> <p>3.2 -同上-</p>	<p>産前・産後健診、ハイリスク妊娠のケア、各県の継続教育、IEC、巡回診療サービスにおいて、その内容の妥当性および質が確保される</p>
<p>4. 地方村落部の妊産婦ケアに関する適切な巡回診療サービスがパイロット県で十分に実施されている</p>	<p>4.1 巡回診療サービスの毎年の予定実施数が増える</p> <p>目標値：セフロ県 100%、イフラン県 100%</p> <p>4.2 計画された巡回診療地域における妊婦への産前健診が実施される</p> <p>目標値：セフロ県 100%、イフラン県 100%</p>	<p>4.1 各県の保健支局年次計画の巡回サービス実施計画と報告書</p> <p>4.2 -同上-</p>	

*初産婦であることはハイリスク妊娠に含まれない(セフロ県の指標は2006年から適応)

<p>活動</p> <p>0.1 事務所設営とプロジェクト組織の確立 0.2 より詳細なプロジェクト計画の立案 0.3 モニタリング及び評価調査の実施</p> <p>1.1 研修プログラムの開発と実施のための委員会の設置 1.2 パイロット県の調整責任者の配置 1.3 必要な研修内容の検討 1.4 研修プログラムの作成 1.5 研修マテリアルの作成 1.6 講師の選定 1.7 必要に応じた講師の訓練の実施（日本での研修も含む） 1.8 研修プログラムの試行 1.9 試行結果に基づくプログラムの改善 1.10 継続教育研修システムの形成 1.11 3州の職員を含めた定期的研修システムの実施 1.12 研修並びに受講者の業務実施後の変化のモニタリング実施 1.13 研修システムの改良 1.14 研修システムに関するセミナーの開催</p> <p>2.1 地方村落部での母子保健に関する現在の調査・計画・運営管理内容の確認 2.2 計画・運営管理に関する活動及び組織活動の改善の方向性の明確化 2.3 日本における母子保健関連の保健行政実施に関する研修の実施 2.4 地方村落部での母子保健改善のため、地域保健活動の強化の促進 2.5 組織活動の変化のモニタリング実施 2.6 地方村落部でのよりよい母子保健活動のため組織力強化に関する適切な助言の提供</p> <p>3.1 地方村落部での妊産婦ケアに関するニーズを把握する 3.2 地方村落部の妊産婦、家族、地域社会を対象とした</p>	<p>投入 （日本側）</p> <p>1. 長期専門家 1) 看護教育（継続教育）専門家 2) 母子保健専門家</p> <p>2. 短期専門家 1) 保健行政 2) 公衆衛生 3) ジェンダー 4) 妊産婦ケアシステム 5) 継続教育 6) その他</p> <p>3. 資機材 1) 未定</p> <p>4. 日本での集団研修</p> <p>5. 日本での専門家研修 （モロッコ側）</p> <p>1. カウンターパート 1) プロジェクトダイレクター 2) プロジェクトマネージャー 3) フェズ州保健支局長 4) メクネス州保健支局長 5) グルミン州保健支局長 6) セフロ県保健支局長 7) イフラン県保健支局長 8) IFCS所長（フェズ） 9) モハメド5世病院（セフロ）院長 10) 8月20日病院（アズロ）院長 11) セフロ県保健支局母子保健サービス部長 12) イフラン県保健支局妊娠出産対策プログラム担当課長</p> <p>2. 施設・設備等</p>	
---	--	--

<p>保健センター、診療所および巡回サービスにおける適切な IEC 活動を計画する</p> <p>3.3 IEC 活動の実施</p> <p>3.4 IEC 活動のモニタリングと改良</p> <p>3.5 IEC 活動に関するセミナーの開催</p> <p>4.1 妊産婦ケアに関する適切な巡回サービスに関するニーズアセスメント</p> <p>4.2 巡回サービスの標準的内容の確立</p> <p>4.3 監理システムの確立を含む適切なサービスを実施するための巡回サービスチームの強化</p> <p>4.4 標準化された内容での巡回サービスの実施</p> <p>4.5 活動及びその効果のモニタリング実施</p> <p>4.6 巡回サービスの標準内容の改善</p> <p>4.7 標準化された内容による巡回サービスに関するセミナーの開催</p>	<p>1) JICA 専門家チーム用事務所（含電話・ファクシミリ・電気等の適切な設備）事務用家具・事務用品</p> <p>2) プロジェクト用施設・設備</p> <p>3. 現地費用</p> <p>1) 運営・経常費用並びに維持管理費</p>	<p>前提条件</p>
--	---	-------------

3. プロジェクト投入の詳細

供与機材一覧表

年度	機材名	数量	購入価格(Dh)	供与先	使用状況
平成 16年度	インファントウォーマー	2	166,000	Tantan, Assa Zag県病院	○
	分娩監視装置	1	26,900	Tisnit県病院産科病棟	○
	ドプラー	2	9,635		○
	超音波診断装置	1	159,158.33		○
	光線療法器	2	94,727.50	メクネスパニオン病院	○
	巡回診療車両	2	593,200	Tata, Guelmim支局	○
	車両付属IEC関連機材(各車両)		76,613.33		○
平成 17年度	巡回診療車両	2	466,625	Sefrou, Ifrane支局	○
	車両付属IEC関連機材(各車両)		64,616		○
平成 18年度	超音波診断装置	2	360,000	Hopital des Oranger	○
	超音波診断装置	1	180,000	Guelmim県病院	○
	分娩監視装置	2	120,300		○
	ドプラー	2	12,200		○
	分娩用セット	12	9,480		○
	会陰切開セット	12	7,680		○
	診断セット	2	9,640		○
	プロジェクター	1	7,490		○
	デスクトップ型PC	1	12,200		○
	レーザープリンター	1	3,190		○
	小児用自動輸液ポンプ	4	104,000		メクネスパニオン病院
	分娩用セット	4	3,160	Sefrou県病院	○
	会陰切開セット	4	2,560		○
	診断セット	2	4,820		○
	分娩用セット	4	3,160	Ifrane県病院	○
	会陰切開セット	4	2,560		○
	診断セット	2	4,820		○

地方妊産婦ケア改善プロジェクト携行機材リスト(2004年11月～2007年5月)

取得/寄託 年月日	資機材名	仕様・規格	数量	金額(単価)	購入先	備考 (使用場所)
2004/11/5	ノートパソコン	FMVNB75J	1	232,000.00 円	購送機材	セフロ事務所
2004/11/5	ソフト	POWER POINT 2003	1	26,500.00 円	購送機材	セフロ事務所
2005/2/7	プリンター	Cannon LBP-1120	1	2,500.00 DH	Equipement Salim&Aziz	セフロ事務所
2005/2/7	カラープリン ター	HP LASER JET3500	1	1,150.88 DH	Equipement Salim&Aziz	セフロ事務所
2005/2/7	FAX	HP OFFICE JET3500	1	4,200.00 DH	Equipement Salim&Aziz	セフロ事務所
2005/2/9	ノートパソコン	ACER ASPIRE 1673WSMI	1	17,775.60 DH	BESTMARK	セフロ事務所
2005/2/14	金庫	ESD 103	1	4,323.00 DH	IMPRIMERIE PAPETRIE KARAOUYINE	セフロ事務所
2005/3/3	ビデオプロジェ クター	HP L1742MP3222	1	35,200.00 DH	ILEF	セフロ事務所
2005/3/9	コピー	ESTUDIO 201	1	35,200.00 DH	Equipement Salim&Aziz	セフロ事務所
2005/3/22	パソコン	HP Pavillion A81AMD3000	1	13,320.00 DH	MICROLAND	セフロ事務所
2005/7/18	冷蔵庫	FG170/L SI P-B	1	2,500.00 DH	EL Kharraz Hassan	セフロ事務所
2005/7/18	エアコン	FITCO FSW-12CHS	1	5,000.00 DH	EL Kharraz Hassan	セフロ事務所
2005/12/25	FAX	HPOfficeJet5609	1	2,400.00 DH	3S INFORMATIQUE	保健省事務所
2006/1/20	ラミネーター	PLASTIFEUSE330T	2	3,300.00 DH	3S INFORMATIQUE	セフロ事務所
2006/2/22	モデル	Pelvis Model	1	18,700 円	本邦購送	セフロ事務所
2006/2/22	教本	Child Birth Illustration Book	6	37,500 x 6 円	本邦購送	病院関連施設
2006/2/22	ビデオテープ	The Science of Motherhood Nursing 5	1	38,000 円	本邦購送	セフロ事務所

事業費内訳

	2004		2005		2006		2007 (計画額)	
事業費合計(ディールハム:DH)	422,669.88	DH	1,986,268.91	DH	1,961,841.00	DH	1,347,000.00	DH
事業費合計(円)	5,318,455.10	円	25,414,312.00	円	27,991,547.00	円	18,991,205.00	円
携行機材経費	1,126,233.66	DH	531,241.00	DH	847,260.00	DH	0.00	DH
研修費合計	42,170.00	DH	1,080,311.00	DH	906,530.00	DH	473,471.00	DH
研修費の事業費に占める割合 %	9.98		54.39		46.21		35.15	

2004年11月～2005年3月

	2004			
研修費合計	42,170.00	DH	(%)	
1) 交通費	24,250.00	DH	57.51	%
2) 研修講師謝金	9,400.00	DH	22.29	%
3) 研修運営費	8,520.00	DH	20.20	%

2005年4月～2006年3月

	2005			
研修費合計	1,080,311.00	DH	(%)	
1) 交通費	682,200.00	DH	63.15	%
2) 研修講師謝金	303,001.00	DH	28.05	%
3) 研修運営費	95,110.00	DH	8.80	%

2006年4月～2007年3月

	2006			
研修費合計	906,530.00	DH	(%)	
1) 交通費	548,620.00	DH	60.52	%
2) 研修講師謝金	288,800.00	DH	31.86	%
3) 研修運営費	69,640.00	DH	7.68	%

プロジェクト投入実績

日本人専門家投入実績

専門家氏名	指導分野	派遣期間	派遣前の所属先
長期			
小正路 有美子	母子保健/業務調整	2004/11/21~2006/11/20	JICA国際協力総合研究所
田村 康子	看護教育（継続教育）	2005/07/10~2006/07/10	兵庫県立大学看護学科
和田 礼子	プロジェクト総括	2006/07/12~2007/11/16	ライワーク国際協力
山本 圭子	看護教育（継続教育）	2006/06/19~2007/02/08	有)テクノスタッフ
山岸 勝子	地域保健/業務調整	2006/11/06~2007/11/16	ライワーク国際協力
短期			
松尾 和枝	地域保健	2004/10/02~2006/10/15	日本赤十字九州国際看護大学
佐藤 珠美	看護教育	2004/10/02~2006/10/15	日本赤十字九州国際看護大学
川野 裕子	助産師教育	2005/01/12~2005/02/04	瀧澤助産院
松田 智大	周産期疫学	2005/03/08~2005/03/24	国立保健医療科学院
安食 和博	医療器材管理計画	2005/06/01~2005/07/27	ティーエーネットワークキング
佐藤 珠美	看護教育（母性）	2005/09/18~2005/10/01	日本赤十字九州国際看護大学
山根 理恵子	継続教育	2005/09/18~2005/10/01	福岡赤十字病院
財津 裕一	保健行政	2007/02/03~2007/02/17	福岡県糸島保健福祉環境事務所
佐藤 珠美	看護教育	2007/03/03~2007/03/16	日本赤十字九州国際看護大学

保健行政

保健省人口局	オランジュエ大 学病院
Apr-06 Dr. Mustapha Iyane	Prof. Rachid Bezad

地方保健行政

		フェズ・ブルマン州				メクネス・タファイレット州				グルミン・エスマラ州				
保健省人口局	Fès	Moulay Yacoub	Sefrou	Boulemane	Méknès	Ifrane	Khénifra	El Hajeb	Errachidia	Guelmim	TanTan	Assa-Zag	Tata	Es Smara
Dr. Abdelwahab ZERRARI	Dr. M'harek BAGHO		Dr. Mustapha EL ASRI		Dr. Abdelhadi MARZAK					Dr. Abdesslam MAAOUNI	Dr. Abdellah ZAMANI			
Aug-04 Dr. Ali BENSALEH				Dr. Lahcen AMAL		Dr. El BABOR El Mostafa	Dr. Ali MAAROUFI		Dr. M'harek EL HANI				(Dr. Ahmed KAMEL)	
Jul-06 Dr. Mohammed CHARRADI		Dr. Larbi LAAGUIDI	Dr. Mohammed CHRIT			Dr. L'houssain TOUHTOUH		Dr. Mohammed SEKKAT				Dr. Mohammed AAZAZ		Dr. Abdelatif AZZOUZ

地方村落母子保健ケア改善計画

		フェズ・ブルマン州				メクネス・タファイレット州				グルミン・エスマラ州				
保健省人口局	Fès	Moulay Yacoub	Sefrou	Boulemane	Méknès	Ifrane	Khénifra	El Hajeb	Errachidia	Guelmim	TanTan	Assa-Zag	Tata	ES Smara
Dr. Fatima TSOULI CHMIYALE	Mme Hakima SOUSSI				Mme Fatima BELAYACHI Mme Aicha BENNASOU	Mme Fatima ZAA	Mme Fatima HABIB							
Aug-03 Mlle Aicha BENBAHA		(Mme Samira RHORCHI)	Dr. Fatima MIMI	Mme Malika DAHMANI				Dr. Nouredine NAAS	Mme Sanaa MAHLA Mme Lalla Fatima LAKAAZ	Mme Fatima LATRACH			Mme Fatima MACHKIRROU	
Aug-04 Dr. Mimoun AOURAGHE											Mme Zohra BOUALAOUI	Mme Fatima ZAHID		
Aug-05 M. Mohammed MADI	Dr. Boutaina LOUDYI				M. Abdelaziz BENJOUID	Melle Fatima AIT ALLA Dr. Nouzha LABBAKI				Melle Souad LIHYAOUI			Mme Fatima HANNI	
Jul-06 Dr. Mina ABAACROUCHE	Mme Touriya FARAJ Dr. Khalid MDARHRI ALAOUI		Dr. Khalid SNITER							Dr. Abdallah EL FAROUQI Mme Fatima ABOUABID				

継続教育

	Sefrou	Ifrane
Jan-05	Mme Karima ALAOUI ISMAILI Mlle Nadia EL ABASSI	Mme Fatima EL KIHLE Mme Samia EL OUACH
Oct-06	Mme Sassi Habiba Mme Menai Touria	Mme Saida FAZAZI Mlle Fatima ZAHRA HOURRI

4. 評価グリッド

課題	確認事項	情報 / 指標	情報源/ 調査対象	調査結果
1. 妥当性				
1-1. 計画内容(R/D)は妥当であったか。	1) 案件目標は対象県における母子保健サービスの状況に合致していたか。 1) 案件目標はモロッコ国の開発政策と一致しているか。	- 国家開発計画	カウンターパート その他関連機関	モロッコでは都市部と村落部の妊産婦死亡率に著しい格差が生じており、本プロジェクトの目的であった村落部における妊産婦ケアの充実は、村落人口の多い対象県においても優先課題であった。
1-2. モロッコ側のニーズは十分把握されていたか。	2) カウンターパートはバイロット州でのモデル確立と他州への普及を担う機関として適していたか。	-	カウンターパート JICA 専門家	本プロジェクトは保健省の活動計画「リスカなき分娩」プログラムおよび保健カバー率の強化を支援するものであり、保健政策に掲げられた「卒後教育のシステム化」を具体化するものであった。
1-3. 協力計画の策定過程は妥当であったか。	1) アウトプット目標の設定は妥当であったか。 2) 案件目標の設定は妥当であったか。 3) アウトプットの内容は案件目標を達成するための必要事項を全て含んでいたか。 4) モロッコ側の協力実施体制を把握していたか。 5) 計画策定過程は妥当であったか。		カウンターパート JICA 専門家	カウンターパートである保健省人口局は母子保健担当の部署であり、本プロジェクトで扱う継続教育の担当部署は看護学校と役割が異なる。人口局母子保健担当はスタッフ数も少ないため、モロッコ側は他州への普及を担う機関として看護学校を想定している。 100%の計画達成を目標とする指標が多く、一部は達成が困難であった。
1-4. 実施スケジュールの設定は妥当であったか。			カウンターパート JICA 専門家	チャレンジングな目標として設定されたため、プロジェクト終了時点での達成が困難な指標もある。
1-5. 「継続教育システムのモデル確立」の提案は妥当であったか。			カウンターパート JICA 専門家	必要事項はカバーされていた。
2. 有効性				
2-1. アウトプット目標の達成状況はどれだけか。	1) 協力期間中、カウンターパートが確保されたか。 2) プロジェクトに必要な施設・機材は整備されたか。 3) カウンターパートは供与された機材の維持管理能力を身につけたか。	参加型の計画策定方式であったか。 供与機材 機材維持管理に関するトレーニングの実施記録 機材管理台帳	カウンターパート JICA 専門家 供与予定機材リスト、機材搬入記録 カウンターパート JICA 専門家	本省レベルでは合同調整員会、県レベルではワーキンググループメンバーとして体制が把握されていた。 本プロジェクトの形成は3日間に亘るプロジェクト形成のためのワークショップにおいて行われた。 当初スケジュールは長期専門家3人体制を計画していたが、人員の確保が困難であった。 モロッコ側の政策とも一致しており、確立されたモデルはモロッコ側に高く評価されている。 セフロ、イフラン県の母子保健担当者および保健省人口局のスタッフがメインのカウンターパートとしてプロジェクト運営の技能を修得した。プロジェクト期間中のカウンターパートの異動は、保健省人口局局長のWHOへの出向を除き、他はなかった。 現地ニーズに応じて必要最小限の計画的な投入がなされ、予算状況を考慮してエコーや巡回診療車などの追加的投入が行われた。 機材の維持管理についての問題はなかった。担当者は適切な機材の使用方を習得し、メンテナンスも定期的に行われ、大切に使用されている。

課題	確認事項	情報 / 指標	情報源 / 調査対象	調査結果
<p>成果 1</p> <p>4) 妊産婦ケアにかかわる保健省職員 の継続教育システムは確立されたか</p> <p>- 研修は予定通り実施されたか</p> <p>- 対象人数に対する研修実施率 (実施人数 / 予定人数)</p> <p>- 予定回数に対する研修実施率 (実施回数 / 予定回数)</p> <p>- 研修参加者の認識は向上したか</p> <p>- 研修参加者のサービスによる妊婦の満足度は向上したか</p> <p>成果 2</p> <p>5) 県保健支局の妊産婦ケアに関する マネジメント能力が確立されたか</p> <p>- 年次計画が適切に作成され、実施・モニタリングされたか</p> <p>- 2年次計画に必要な予算が確保され、執行されたか</p> <p>- 3年次計画に必要な予算が執行されたか</p> <p>成果 3</p> <p>6) 地方村落部において、妊産婦ケアに関する IEC を利用した活動が実施される</p> <p>- 保健センターや巡回診療時の IEC の計画された数を実現する</p> <p>- リプロダクティブエイジの既婚女性のうち、IEC を受けたものの割合が増加する</p>	<p>継続教育システムのモデルは、2007年3月の「継続教育マニュアル」により完成した。県のリソースで実施可能な研修については実施されているものの、国・州レベルの研修については予算確保の問題があり、計画的な実施には至っていない。</p> <p>目標 100% 国・州レベルの研修は 10-20% 2006 年県レベルの研修は 100%</p> <p>目標 100% 国・州レベルの研修に関してはデータなし。 2006 年県レベルの研修は 100%</p> <p>参加者 11 名中 9 名が「大いに変わった」、2 名が「少しは変わった」と回答。</p> <p>プロジェクト開始時のベースラインデータとして妊産婦満足度調査が行われたが、満足度はほぼ 100% という結果となった。インタビュー方法に問題があったと推察され、ベースラインとしての活用は取りやめとなった。セプロ県では 2007 年 7 月に妊産婦満足度調査を実施予定である。</p> <p>セプロ県では活動継続に必要なマネジメント能力が確立された。</p> <p>IEC の年間計画を除き、その他の計画は適切に作成・モニタリングされた。</p> <p>県レベルの継続教育では費用のかからない仕組みが整い、IEC 実施及び巡回診療に関してもガソリン代以外の経費は発生しておらず、そのガソリン代は保健省からクーポン券で支給されていることから、「必要な予算が確保され、執行される」という表現は適当ではないが、活動に必要な予算は手当てされている。</p> <p>2006 年に妊産婦ケアに関する指導項目の標準化が完了。ただし、IEC の実施計画は作成されておらず、保健センターでは「人が集まった際に実施している」のが現状。</p> <p>目標 100% IEC の年間実施計画は立てられておらず、実績値のみ。 2005 年 471 回 2006 年 691 回</p> <p>目標 100% IEC の年間実施計画は立てられておらず、実績値のみ。 2005 年 1,445 回 2006 年 1,553 回 (注)患者指導も含めているため、セプロ県と IEC の定義が異なった。2007 年より IEC 内容を両県で調整した。</p> <p>2004 年 8.8% 2005 年 10.6% 2006 年 16.3%</p>	<p>- 各県の年次計画の、継続教育プログラム実施計画と報告書</p> <p>- 各県の年次計画の、継続教育プログラム実施計画と報告書</p> <p>- フォーカスグループディスカッション</p> <p>- 各県の年次計画と報告書</p> <p>- 各県の年次計画と報告書</p> <p>- 各県の年次計画と報告書</p> <p>- 各県の保健支局年次計画の、IEC 実施計画と報告書</p> <p>- 各県の保健支局年次計画の、IEC 実施計画と報告書</p>	<p>セプロ県</p> <p>目標 100% 国・州レベルの研修は 10-20% 2006 年県レベルの研修は 100%</p> <p>目標 100% 国・州レベルの研修に関してはデータなし。 2006 年県レベルの研修は 100%</p> <p>参加者 11 名中 9 名が「大いに変わった」、2 名が「少しは変わった」と回答。</p> <p>プロジェクト開始時のベースラインデータとして妊産婦満足度調査が行われたが、満足度はほぼ 100% という結果となった。インタビュー方法に問題があったと推察され、ベースラインとしての活用は取りやめとなった。セプロ県では 2007 年 7 月に妊産婦満足度調査を実施予定である。</p> <p>セプロ県では活動継続に必要なマネジメント能力が確立された。</p> <p>IEC の年間計画を除き、その他の計画は適切に作成・モニタリングされた。</p> <p>県レベルの継続教育では費用のかからない仕組みが整い、IEC 実施及び巡回診療に関してもガソリン代以外の経費は発生しておらず、そのガソリン代は保健省からクーポン券で支給されていることから、「必要な予算が確保され、執行される」という表現は適当ではないが、活動に必要な予算は手当てされている。</p> <p>2006 年に妊産婦ケアに関する指導項目の標準化が完了。ただし、IEC の実施計画は作成されておらず、保健センターでは「人が集まった際に実施している」のが現状。</p> <p>目標 100% IEC の年間実施計画は立てられておらず、実績値のみ。 2005 年 471 回 2006 年 691 回</p> <p>目標 100% IEC の年間実施計画は立てられておらず、実績値のみ。 2005 年 1,445 回 2006 年 1,553 回 (注)患者指導も含めているため、セプロ県と IEC の定義が異なった。2007 年より IEC 内容を両県で調整した。</p> <p>2004 年 8.8% 2005 年 10.6% 2006 年 16.3%</p>	

課題	確認事項	情報 / 指標	情報源 / 調査対象	調査結果
	<p>成果 4</p> <p>7) 地方村落部において、妊産婦ケアに関する巡回サービスが実施される</p> <p>- 巡回診療サービスの毎年の予定実施数が実現される</p> <p>- 計画された巡回診療地域における妊婦への産前健診が実施される</p> <p>8) アウトプット目標の達成を促進/阻害した要因は何か。</p> <p>1) 協力の結果、実施機関の活動範囲は拡大したか。</p> <p>2) 協力の結果、実施機関の活動の質は向上したか。</p> <p>3) アウトプットが案件目標達成につながるのを促進/阻害した要因は何か。</p>			<p>巡回診療車は 2006 年 5 月に 1 台ずつ供与された。両県ともに、3 カ月ごとに前四半期の実績に基づき計画を作成し、巡回診療を実施している。</p> <p>セブロン県では計画通り実施。目標 100%。実績は 2006 年下半年期 100%。実績は 2006 年下半年期 58%。目標 100%。実績は 2006 年下半年期 29%。</p> <p>・長期専門家が確保できず、投入の遅れがスケジュールの遅延を招いたこと。また、交代も多く、活動に影響をきたした。</p> <p>・帰国研修員により母親学級、女性の健康手帳など新しい活動が導入され、プロジェクトに相乗効果をもたらしている。</p> <p>カルテの記入漏れが減り、的確なフォローが行われるようになり、妊産婦ケアの質の改善につながっている。母親学級、女性の健康手帳の導入は、出産に対する妊婦の意識の向上に貢献している。</p> <p>阻害要因：病院での出産の有料化が施設分娩率の改善に影響を与えたという意見もある。</p> <p>促進要因：帰国研修員によるプロジェクトへの貢献が大きかった。</p>
<p>3. 効率性</p> <p>3-1. 開発目標、案件目標と比較した協力規模は適正であったか。</p>	<p>1) 派遣された専門家の人数及びその期間は適正であったか。</p>	<p>R/D と比較する。異なる場合は、その理由。</p> <p>(長期専門家)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 看護教育(継続教育) - 母子保健 <p>(短期専門家)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 保健行政 - 公衆衛生 - ジェンダー - 妊産婦ケアシステム - 継続教育 - その他 	<p>JICA</p> <p>カウンターパート JICA 専門家</p>	<p>(JICA)</p> <p>長期専門家: 3 人体制を計画していたが、人選の遅れ、専門家の体調不良による途中帰国などがあり、交代が相次いだ。3 年間に計 5 名が派遣された。</p> <ul style="list-style-type: none"> - 母子保健/業務調整: 2004.11~2006.11 - 看護教育(継続教育): 2005.7~2006.7 - プロジェクト総括: 2006.7~2007.11 - 看護教育(継続教育): 2006.6~2007.2 - 地域保健/業務調整: 2006.11~2007.11 <p>短期専門家: 不在、交代の続いた長期専門家をサポートする役割として効果的に機能した。同一人物による継続的な指導が効果的であった。7 人(延べ 9 人)が派遣された。</p> <p>2004 : - 地域保健 - 看護教育</p> <p>2005 : - 助産師教育 - 周産期教育 - 医療器材管理計画 - 看護教育(母性)</p> <p>2007 : - 保健行政 - 看護教育</p>

課題	確認事項	情報 / 指標	情報源/ 調査対象	調査結果
	2) 供与機材の品目、数量、金額及びその管理状況は適正であるか。	<p>供与機材</p> <p>2004年</p> <ul style="list-style-type: none"> - カート付き超音波診断装置(1) - 巡回診療車輻(2) - 車輻付属 IEC 関連機材(2)、ほか <p>2005年</p> <ul style="list-style-type: none"> - 巡回診療車輻(2) - 車輻付属 IEC 関連機材(2)、ほか <p>2006年</p> <ul style="list-style-type: none"> - 超音波診断装置(3) - 分統監視装置(2)、ほか 	<p>JICA</p> <p>JICA 専門家</p>	<p>(JICA)</p> <p>計約3,754万円の機材が供与された。セプロ県のテクニシャンが両県の新人機材担当者に対してトレーニングを実施しており、機材は概ね適切に使用・管理されている。このほか、携行機材として、セプロ県事務所の事務機器等を中心に約570万円が投入されている。</p>
3) 日本への研修員受入れ人数及びその期間は適正であったか	1) 継続教育」8名 地方行政研修 21名 地方村落部妊産婦ケア改善研修 31名 計 60名	<p>JICA</p> <p>カウンターパート JICA 専門家</p>	<p>JICA</p> <p>カウンターパート JICA 専門家</p>	<p>国、州、県のキーパーソンの研修が順次適正に実施された。研修期間については、前年の実績を踏まえて見直しが行われ、効率性が高められた。</p>
4) プロジェクトはスケジュール通り実施されたか	2004年11月～2007年11月	<p>カウンターパート JICA 専門家</p>	<p>カウンターパート JICA 専門家</p>	<p>準備期間に時間を要し、活動のスタートに遅延が生じたが、3年目の現在、予定されていた活動はほぼカバーされている。</p>
5) プロジェクトの総額予算は適正であったか	日本側: 約2億7,000万円(予定額) モロッコ側: 運営・経常費用並びに維持管理費	<p>JICA</p>	<p>JICA</p>	<p>2007年6月までの日本側の投入予定は3億2,981億円。国別研修の予算もプロジェクト予算に加えられたため、当初計画を上回る結果となったが、これを除けばほぼ予定通りである。 モロッコ側はセプロの事務所経費および供与車輻の維持管理費、カウンターパートがプロジェクトにかかると業務で出張する際の旅費を負担した。 カウンターパートは全員保健省の職員であり、人数、能力は非常に高く、問題はない。</p>
6) カウンターパートの人数は適正であったか。カウンターパートは常勤であったか。	<p>カウンターパート:</p> <ul style="list-style-type: none"> - プロジェクトダイレクター(保健省次官) - プロジェクトマネージャー(保健省人口局長) - フェズ州保健支局長 - メクネス州保健支局長 - グレミン州保健支局長 - セプロ県保健支局長 - イフラン県保健支局長 - IFCS 所長(フェズ) - モハメド5世病院(セプロ)院長 - 8月20日病院(アズロ)院長 - セプロ県保健支局母子保健サービス部長 - イフラン県保健支局妊娠出産プログラム担当課長 	<p>カウンターパート JICA 専門家</p>	<p>カウンターパート JICA 専門家</p>	<p>県の支局の母子保健担当者および保健省の人口局母子保健部母性課 JICA 担当者がメインのカウンターパート。保健省人口局からは毎年1名を本邦研修に送っており、部長クラスは全員帰国研修員である。対象州3州の支局長クラス・県保健支局長クラスも全員帰国研修員であり、プロジェクトに対して全面的な協力が得られた。</p>
3-2. 協力実施のタイミングは適正であったか	1) 専門家はタイムラグよく派遣されたか。	<p>専門家派遣スケジュール 長期: 2004年11月より 短期: 必要に応じて</p>	<p>カウンターパート JICA 専門家</p>	<p>長期専門家3名体制が計画されていたが、人員が確保できず、長期専門家1名でプロジェクトがスタートし、もう1名の投入は7ヶ月遅れとなり、スケジュールの遅延につながった。その後もプロジェクトは2名体制で進めざるを得なかった。</p>

課題	確認事項	情報 / 指標	情報源 / 調査対象	調査結果
	2) 機材はタイミンングよく供与されたか 3) カウンターパートはタイミンングよく日本での研修を受けたか 4) 計画打合せ、運営指導等はタイミンング良く実行されたか。 5) プロジェクト外はタイミンング良く実施されたか(総括的に)。 1) 合同調整委員会は機能したか。 2) 関連機関からの支援は得られたか。	供与機材リスト及び供与スケジュール 本邦研修2名から3名/年(カウンターパートのみの人数) 調査団派遣スケジュール - 開催回数 (a) モロッコ側 (b) 日本側	カウンターパート JICA 専門家 カウンターパート JICA 専門家 カウンターパート JICA 専門家 カウンターパート JICA 専門家 カウンターパート JICA 専門家 カウンターパート JICA 専門家	比較的高額の機材(エコーや巡回診療車など)は、予算状況を考慮して投入が行われた。 プロジェクトダイレクター(保健省人口局局長)はじめ、本省・州・県レベルの関係者の本邦研修が優先順位に応じて順次実施された。 2005年11月の運営指導調査団訪問の際に、プロジェクトの進捗状況が確認され、その後のプロジェクトの運営に対して効果的な提言がなされた。 無償が終わり、日本の協力に対する理解が深まった後にタイミンングよく本プロジェクトがスタートした。 年に1回開催され、パイロット県による活動報告を踏まえて関係者による協議が行われている。 (a) モロッコ側: 研修実施の上でフェズ大学の協力が得られた。スーチアアングリニック実施に対してはオランジェ大学、INAS(医療専門学校)の協力を得た。 (b) 日本側: 本邦研修の受け入れとその後フォローアップに関して、日本赤十字九州国際看護大学の全面的な協力が得られた。
3-3. プロジェクトの支援体制は適正であったか。				
3-4. 他の協力形態とのリンクージュは適正であったか。	1) 無償、第三国、国際援助機関による協力とのリンクージュは良かったか。 2) 中間評価の結果は延長・フォローアップに生かされたか。	(a) その他のJICA プロジェクト (b) 他国による援助プロジェクト	カウンターパート JICA 専門家 シニアボランティア	(a) 本調査と同様の3州を対象とする無償資金協力「地方村落妊産婦ケア改善計画(2002-2003)」により、保健センターの建設および病院への機材供与が行われ、村幹部における妊産婦ケアの基礎が整えられた。 (b) 国別研修(「地方村落妊産婦ケア改善計画」および「地方行政」)の枠組みを活用してプロジェクト関係者の本邦研修を実施した。また、メクネス県における母親学級の支援のため、2005年11月からシニアボランティアが派遣されており、本プロジェクトと緊密な関係を保っている。 (c) 対象州では妊産婦ケアにかかわる他ドナーの活動は本プロジェクト実施期間内では行われていない。
3-5. 中間評価結果は活用されているか。	1) 中間評価の結果は延長・フォローアップに生かされたか。		カウンターパート JICA 専門家	中間評価は実施せず、運営指導調査団が2005年11月に訪れた際、「プロジェクト成果の持続可能性の確保」「婦国研修員のネットワークの確保」「保健省人口局・州保健支局との連携強化」の提言が行われ、その後の活動に反映された。
4. インパクト				
4-1. プロジェクトの当該セクターの開発への貢献度はどれほどであったか。	1) プロジェクトの実施により当該セクターの社会経済的なレベルアップはどの程度みられるか。 2) プロジェクトが当該セクターの開発に貢献するのを促進阻害した要因は何か。		カウンターパート その他関連機関 カウンターパート その他関連機関	地方の保健センターに勤務する助産師・看護師と搬送先である県病院の連携が強化され、助産師・看護師の仕事に対するモチベーションが向上した。その結果、カルテの記入漏れが減り、的確なリファーマーが行われるようになった。ともに、母親学級など新しい取り組みもスタートし、地域における妊産婦ケアの質の向上に貢献した。 促進要因は、婦国研修員によるサポートが得られたことである。阻害要因は、特に深刻なものではないが、本邦研修の対象となつた人とそうでない人の間に意識の差が生じたことである。
4-2. プロジェクトの当該地域の開発への貢献度はどれだけであったか。	1) 当該地域(地方・国レベル)において、プロジェクト実施による社会経済的なレベルアップはどの程度みられたか。		カウンターパート その他関連機関	メクネス県においては、母親学級の導入以降、産前健診の受診率が向上している。

課題	確認事項	情報 / 指標	情報源/ 調査対象	調査結果
4-3 プロジェクトのその他の貢献度/マイナスの作用はどれほどあったか。	2) プロジェクトが当該地域の開発につながるのを促進/阻害した要因は何か。 1) プロジェクトの実施により、その他のインパクトは生じたか。 ・技術的インパクト ・組織的インパクト ・環境的インパクト ・経済的インパクト ・文化的インパクト		カウンタースーパー その他関連機関 JICA 専門家 シニアボランティア	グルミン州は遠隔地であり、移動に1日がかかりとなるため、専門家によるサポートが困難であった。 ・技術的・組織的インパクト: 研修を受けた人が、職場に戻って研修の内容をシェアするという習慣が育った。 ・環境的・経済的インパクト: 特になし。 ・文化的・社会的インパクト: 王国の農村部には、女性(特に妊婦)を一人で外出させない風潮が残っているが、母親学級は外出のきっかけを作った。付き添いで参加する姑にも産前健診、施設分娩についての理解を促した。
5. 自立発展性	1) 継続教育、IEC 活動、母親学級、巡回診療の実施に関して、保健省による制度化の動きはあるか。 2) カウンタースーパーはプロジェクト活動を継続する意志があるか。 3) カウンタースーパーはプロジェクト活動を継続するために十分なスタッフを有するか。 4) カウンタースーパーに対する外部関係機関の支援はあるか。	- カウンタースーパー研究計画 - カウンタースーパー人員配置計画	カウンタースーパー その他関連機関 カウンタースーパー カウンタースーパー その他関連機関	看護学校を拠点とした継続教育の実施体制整備に向けて、協議が進められているが、具体的な制度化の動きには至っていない。 継続を確約している。 県保健支局のスタッフ数は10名前後で、そのうち母子保健の担当者は2~3名程度である。人数は十分ではないが、関係者の努力により活動が進められている。 必要に応じて、看護学校や大学病院などからの協力が得られている。
5-2. 財務面での自立発展性はあるか。	1) 運営経費は確保されているか。(国、州、県レベル)	- カウンタースーパー予算計画	カウンタースーパー	国、州レベルの研修について、保健省予算は確保されていないが、ドナーの支援は得られている。県レベルの研修はコストを抑えて実施する体制が整っており、必要な経費は参加者の昼食代程度であるため、県保健支局の会議費予算から支出可能である。
5-3. 技術的自立発展性はあるか。	1) 移転された技術は適切に使用されているか。	- マニュアル類	カウンタースーパー JICA 専門家	継続教育の実施に関しては、プロジェクトにより「継続教育マニュアル」を用いた研修履歴管理が導入され、ハイロット県の両県に定着しつつある。さらに、会議録の作成、管理など、日常業務における事務能力も向上し、業務推進の上で役立てられている。 また、無償時のソフトコンポーネントでトレーニングされた機材テクニシャンが、助産師・看護師に機材のメンテナンス技術を指導している。
6. 教訓と提言	1) どの分野において延長が必要か。	- 要員配置計画 - 維持管理台帳 - 訓練計画	カウンタースーパー JICA 専門家 カウンタースーパー JICA 専門家 カウンタースーパー	これまでのところ訓練された要員の定着率は高く、今後3~4年は現在の配置が保たれると考えられ 一部機材(中国製品)は、故障した後修理パーツが入手できず、放置されているものもあるが、その他は適切な管理が行われている。 帰国研修員が日本で学んだ内容を職場に戻って他のスタッフとシェアし、妊産婦ケアの改善に向けた取り組み(母親学級の導入など)が行われている。
6-1. 協力期間の延長の必要性はあるか。	1) どの分野において延長が必要か。		JICA モロッコ事務所 JICA 専門家	プロジェクトの延長自体は行わないが、フォローアップ体制として日本人専門家のサポートが得られれば望ましい。

課題	確認事項	情報 / 指標	情報源/ 調査対象	調査結果
	2) 延長期間にどのような協力が必要か。 3) 延長の期間はどのくらいか。		JICA モロッコ事務所 JICA 専門家 JICA モロッコ事務所 JICA 専門家	延長は行わない。 延長は行わない。
6-2. 技術協力の実施上、改善すべき事項は何か。	1) 本件に関する協力実施上の問題点及び改善点は何か。		JICA モロッコ事務所 JICA 専門家	日本側の問題として、長期専門家の投入体制が確立されなかったことがスケジュールの問題では、セフロ県に関しては大きな問題はないものの、イフラン県においてはスーパージョンおよび巡回診療の徹底など、マネジメント能力の強化が必要である。
6-3. 制度的な改革が必要と考えられる事項は何か。	1) 日本側が協力実施改善のために必要な制度的改革は何か(組織・権限面・予算面等)。 2) モロッコ側が協力実施改善のために必要な制度的改革は何か(組織・権限面・予算面等)。		JICA モロッコ事務所 JICA 専門家 JICA モロッコ事務所 JICA 専門家	予算措置の改善。モロッコの予算年度は1月～12月であるが、日本は4月～3月であり、4月以降にならないならばその年度の予算が確定しない。モロッコが来年度の研修計画を作成しても、4月まで回答できず、計画の遅延を招いた。 国・州レベルの研修予算の確保を行う必要がある。
6-4. 教訓は何か。	1) プロジェクト目標達成を促進/阻害した要因は何か。		カウンターパート JICA 専門家	本プロジェクトにおいては、帰国研修員による協力が活動の促進要因となった。これは、国内協力機関である日本赤十字九州国際看護大学による短期専門家派遣、本邦研修プログラムの構築とその後のフォローアップまでの一連の支援による成果であった。
6-5. 提言は何か。	1) 本プロジェクトに係る提言は何か。 2) 当該セクターにおける将来の協力計画への提言は何か。		カウンターパート JICA 専門家 カウンターパート JICA 専門家	国・州レベルの研修の計画的な実施および継続教育モデルの他県への普及が必要である。 母子保健分野で、仏語対応可能な日本人の人材はきわめて不足している。今後の育成が必要であると共に、プロジェクトの計画を立てる際、人員確保についてまず検討する必要がある。 2002年以降、継続して支援を行ったことにより、妊産婦ケアに関してはある程度の形が整った。今後は活動の継続・普及に向けて、個別専門家を置くなどの日本によるフォロー体制が必要である。

5. 主な協議・インタビュー議事録

1. JICA モロッコ事務所次長、和田専門家インタビュー	75
2. セフロ県保健支局長表敬訪問	77
3. セフロ県保健支局カウンターパートインタビュー	77
4. セフロ県保健支局山岸専門家インタビュー	71
5. セフロ県分娩施設付保健センターBahil HC(視察および助産師インタビュー)	79
6. イフラン県保健支局長表敬訪問	80
7. イフラン県保健支局カウンターパートインタビュー	82
8. 継続教育についてのフォーカスグループインタビュー結果要旨(セフロ県)	82
9. 保健省次官表敬訪問	85
10. パイロット県によるプロジェクト活動報告	86
11. 継続教育についてのフォーカスグループインタビュー結果要旨(イフラン県)	88
12. グルミン州による活動報告/ミニッツ案協議	91
13. 保健省次官(ミニッツ説明・署名)	93

1. JICA モロッコ事務所次長、和田専門家インタビュー

日時:2007年6月4日(月) 14:00~19:30

場所:JICA モロッコ事務所

出席者:JICA モロッコ事務所江種次長、和田専門家

調査団側:中窪、城戸

継続教育の研修について

- ・ 本プロジェクトで提供している研修の中身は、すでにモロッコ側で構築していた指導者研修と現場研修に、日本で行っている継続教育の内容を加えたもの。
- ・ 年間の分娩数が少ない村落部にいる新人助産師を対象として、半年に1回県病院の産科病棟で1週間勤務させるという制度がある。
- ・ 2カ月に1度、県病院で「症例研究」を実施し、保健センターから県病院へリファーした患者のケースについてフィードバックが行われている。
- ・ 研修の活動期間は5月、6月に限られがちである。モロッコの会計年度は1月~12月だが、日本の会計年度は4月~3月であるため、研修開始は予算の下りる4月後半以降となる。その後、7月、8月はバカンスシーズン、9月、10月はラマダン期となり、実質的に研修実施は難しい。
- ・ 産科救急の研修実施(大学病院にて実施)には1本100万円ほど必要。この半分は参加者の日当・交通費(1日350DH。ただし、これでも不十分)であり、残りは講師謝礼。1回の対象者は12名。

継続教育の他県への普及に向けて

- ・ 継続教育の実施機関として、保健省は全国に8カ所ある看護学校を想定している。看護学校には継続教育の部署もあるが、そこで行っている活動は、改訂された分娩台帳の記入方法の

説明などの事務的なものであり、実質的なトレーニングは行っておらず、体制も弱いため、時期尚早という懸念がある。フェズの看護学校には帰国研修員が1名勤務しており（助産コースの教員）、体制は最も良く、フェズ州保健局も看護学校を主体とした普及活動を視野に入れている。

- ・ プロジェクトで実施している継続教育の概念（人が人を育てる、という意識など）はモロッコにはないものであるため、他の県にとってイメージを掴むことは難しい。セフロ県の担当者が出向き、説明を行う必要がある。

巡回診療について

- ・ 前回の実績と村からのリクエストを踏まえ、3カ月ごとに計画を立て、実施している。
- ・ 車輜は2006年4月に1台ずつ供与したが、実際には1台では不十分であったため、セフロ県ではもう1台調達し、2台体制で実施している。
- ・ 巡回車輜の管理はきちんと行われており、個人的に使用されるなどの問題はまったくない。
- ・ 費用対効果という視点では、人口の少ない村で巡回診療を実施することに本当に意味があるのかという疑問もある。

県によるパフォーマンスの違い

- ・ グルミンでは施設分娩率が100%を超える（周辺地域からも人が来ているため）など、各種指標が非常に良い。産科医のモチベーションも高く、自発的に勉強会を開催したり、母親学級の開設に力を入れるなど活動も活発である（県病院での出産は有料化されたが、9割の人は貧困のため支払免除の措置を受けている）。
- ・ セフロではプロジェクトに対する産科医の協力が得られず、施設分娩数も増えなかった。
- ・ イフランでは産科医が協力的であり、助産師のトレーニングに積極的に関与した。

その他

- ・ CSA（分娩施設付き保健センター）は24時間オープンが基本であり、施設分娩率を上げるためにはこれを徹底することが重要である。ただし、24時間オープンの場合の勤務スタイルは、1人の助産師が24時間勤務した後、3日間休むというサイクルであるため、4人以上の助産師を確保する必要がある。このため、助産師の少ない地方部での実現は難しい。
- ・ 長期専門家は3人体制を想定していたが、人材確保ができず、常に2人体制で活動していた。

2. セフロ県保健支局長表敬訪問

日時:2007年6月5日(火) 10:10~10:30

場所:セフロ県保健支局長オフィス

出席者:Dr. El Asri(セフロ県保健支局長)、Dr. Mimi(継続教育担当)、Mme. Boularbaha (IEC 担当)、M. Derraz(看護師長)、山岸専門家

調査団側:中窪、城戸

- ・ (調査団) :: 終了時評価の目的の説明後、プロジェクトによる活動の継続に向けて、予算および体制上の見込み、他県への普及への取り組みについて質問。
- ・ (支局長) : プロジェクトが終了してしまうことは大変残念であるが、継続教育の素晴らしいモデルを作っていただいたことに心より感謝している。継続教育、IEC 活動、巡回診療の取り組みについては、それぞれ県の保健サービスの充実の上で今後も継続していくべきものであり、支局長以下、すべてのスタッフがその意義を理解して活動に取り組んでいる。活動の継続のうえで必要な人材およびシステムは整っており、予算の上でも全く問題はない。他県への展開に関しては、保健省による支援が必要であるが、プロジェクトによってセフロ県がこれまでに蓄積したノウハウを他県にシェアすることについて協力は惜しまない。

3. セフロ県保健支局カウンターパートインタビュー

日時:2007年6月5日(火) 14:00~16:00

場所:セフロ県保健支局内プロジェクト事務所

出席者:Dr. Mimi(継続教育担当)、Mme. Boularbaha(IEC 担当)、M. Derraz(看護師長)

調査団側:中窪、城戸

スーパービジョンについて

- ・ セフロ県のスーパービジョンの対象者は卒後3年目までの15名+卒後4年目の3名。
- ・ 新人は継続教育マニュアルを1冊所持し、トレーナーがコピーを所有。
- ・ 各項目について、本人が赤色、スーパーバイザーが青色のペンを使用してチェック。
- ・ スーパービジョンの所要時間は1人当たり30分程度。勤務状態の観察・カルテなど各種記録や機材の状況等のチェック(15分程度)の後、結果について15分程度話し合いを行う。
- ・ スーパービジョンは3カ月毎の実施が基本であるが、当初よりよくできる人は回数を減らしたり、よい評価を取った人は次をとばしたり、柔軟に対応している。
- ・ プロジェクトで最初に取り組んだのは「医療の質の標準化」。このためにも、大学病院による評価(スーチアクリニック)をこれまでに4回実施した。

プロジェクトによる変化

- ・ 助産師がトレーニングを受けた後、職場に戻り発表会を開くなど、行動の変化が見られる。
- ・ 症例研究会の実施により、たとえば子癇のケースの処置について、県病院の産婦人科医が具体的な事例に基づいて良い対応、悪い対応を解説しており、保健センターで勤務する助産師の参考となっている。

- ・ プロジェクトにより、活動の後、どのようにフォローするかという方法を学ぶことができた。また、レポートを書くこと、記録を残すことを学んだ。
- ・ IEC の実施により、コミュニケーションの不足を実感した。また、妊産婦保健の標準化の必要性を感じた。その教訓が母親学級の実施につながっている。

活動報告の仕組み

- ・ 毎年年俵を作成しており、年に一度、Rabat で支局長より人口局へ報告を行っている。
- ・ 進捗状況は SIAPP 長から県保健支局長へ提出。

今後の課題について

- ・ プロジェクトで使用している車輛をセフロ県に残してもらえれば、今後の活動に活用できる。

他県への展開について

- ・ これまで2回、州保健局と会議を持っているが、まだ具体的な合意には至っていない。
- ・ 看護学校では広報活動の一環として、3年生を対象として継続教育についての Information Day を設け、卒業後のトレーニングについてイメージを持ってもらうよう努めている。しかし、継続教育の実施主体がどこになるかなどの話し合いには至っていない。

今後の要望

- ・ 継続教育のうち、HAC や Sonu は国のレベルで実施すべきものであるため、州以上のレベルで計画・実施してほしい。
- ・ 県レベルでは、業務を継続する上での技術と方法などを既に習得しており、今後の不安はない。しかし、定期的なモニタリングやアドバイスを必要としているため、今後も JICA プロジェクトを継続してほしい。
- ・ 医療機材の整備に関しては、セフロ県のテクニシャンが研修を受け、セフロのみではなくイフラン県にもトレーニングに行っている。その結果、セフロ、イフランの了見では機材の故障が減少している。

巡回診療について

- ・ プロジェクトで創設した制度ではなく、もともとあったシステムを活用したもの。助産師、結核担当、FP 担当、衛生担当が一緒に出かけ、効率性のアップを狙っている。

4. セフロ県保健支局山岸専門家インタビュー

日時:2007年6月5日(火) 10:30~12:00

場所:セフロ県保健支局内プロジェクト事務所

出席者:山岸専門家

調査団側:中窪、城戸

継続教育について

- ・ 継続教育には以下の2種類がある。
 - ① 支局が実施している県レベルの研修。プロジェクト終了後も県保健支局の予算で（実質的にほとんど県側の費用負担のない仕組みができています）実施可能。現在も県レベルでの予算は特についていない。
 - ② 国レベルの研修。予算不足により計画的な実施には至らないが、今後も継続的な実施を保健省に要請する。
- ・ プロジェクト以前にも、単発的なトレーニングの形で継続教育は行われていたが、一人一人を継続的にフォローするようなシステムはなかった。
- ・ 県レベルのトレーニングについては、今年から日当・交通費の支給を停止したため、参加者は交通費等を自己負担して来ている。研修後のスーパービジョンを定期的に行っていることもあり、支局と保健センターの関係は非常に良くなっており、保健センターに呼びかけを行うと自腹でも参加する、という雰囲気が出ています。
- ・ 県病院の関与は課題である。県の保健支局長と県病院の院長は立場として同格であり、県保健支局長から県病院へ命令することはできないため、州を通じて依頼することになる。
- ・ 月に一度、セフロとイフランの間で合同調整会議を設けている。本来、交替で開催する予定だったが、イフランは車輻不足により移動がままならないため、毎月セフロ側がイフランを訪問している。

巡回診療について

- ・ 車輻は2006年4月に供与されたが、同年にイフランでは降雪とストの影響により2か月以上活動がストップした（イフランは高地のため冬期の寒さが厳しく、寒い時期に巡回診療に出ても住民が集まらないことがある）。
- ・ セフロ県はINDHの予算により1台を調達し、2台体制で巡回診療を実施しているほか、スーパービジョンの際に用いる車輻をやりくりするなど工夫があるが、イフランにはこうした才覚がない。
- ・ 住民側の費用負担はなく、診療も薬もすべて無料。もっと合理的な実施の方法はないものかとも思っている。
- ・ 巡回診療は妊婦のみではなく、住民一般が対象。
- ・ 女性の健康手帳を持参する妊婦の参加者も徐々に増えている。

5. セフロ県分娩施設付保健センターBahil HC（視察および助産師インタビュー）

日時:2007年6月6日(水) 9:30~10:30

場所:分娩施設付保健センターBahil HC

出席者:Dr. Merrouni(医師長)、山岸 専門家

調査団側:中窪、城戸

施設概況

- ・ セフロ市内の交通至便な場所に立地するHC。訪問時は近隣に市が立つ日で、HCも混雑す

るとのこと。待合室の椅子は子供連れの母親で満席であった。

- ・ カバーエリアの妊産婦数（推定）の83%は当該 HC の産前検診を利用している。1回目の検診に来た人の90%程度は2回目にも来ている。次回の検診予定を過ぎてもセンターに来ない人については、自宅を訪問し、検診に来るよう促している（自宅訪問に関しては記録ノートがあり、詳細な記録がなされている）。産前検診を利用している人については、検診で問題が見つかった人以外はほぼ全員、当該 HC で出産している。
- ・ IEC の一環として、産前検診に来た妊婦には HC の分娩室を見せて、分娩時の心構えや持参する物などについて説明を行っている。
- ・ 本プロジェクトによる研修を受け、仕事に対するモチベーションが高まった。妊婦にも具体的な説明ができるようになったため、妊婦の出産に対する心構えが変わってきたと感じている。
- ・ プロジェクトで作成した IEC の月報は複雑でつけにくい部分があったため、よりシンプルなものに改良され、現在は改良版が利用されている。
- ・ 当該 HC では2007年5月から24時間体制となった。4人の助産師が24時間ずつ交代で勤務している。

母親学級

- ・ 6月7日（調査団訪問の翌日）から母親学級を開始予定。内容は HC スタッフで企画しており、第1回目の内容は「母乳育児」（カラーコピーのシナリオが用意されていた）。他の HC では、県保健支局の IEC 担当者による後押しがなければ準備が進まないところもあるが、当該 HC では全面的にスタッフによる自発的な動きで準備が進んでいる。
- ・ 母親学級はモロッコにはなかった新しい概念である。これまで、県病院においてのみ開催されていたが、HC に試験的に広げるため、3月にセミナーを行い、4月からは3カ所の HC でスタートしている。インパクトがどの程度あったのかを調べるため、今年の9月から10月あたりに評価を行い、県全体へ広げるかどうかを検討する予定である。
- ・ 県病院での母親学級は、テーマの決定後、HC 経由で妊婦に PR して参加者を募った。その際、血液型の検査や超音波検査なども合わせて行ったので、参加者の満足度も高く、口コミで参加者が増えていった。
- ・ 最初は妊婦全般を対象としたテーマで開催していたが、会を重ねるうちに、ターゲットを絞って開催したほうが効率的であるという結論に達し、現在では「妊娠3カ月の妊婦対象」と限定した内容にしている。そのため、参加者は毎回5～12名程度である。

6. イフラン県保健支局長表敬訪問

日時:2007年6月7日(木) 10:15~12:00

場所:イフラン県保健支局

出席者:Dr. Mustapha(県保健支局長)、Dr. Houssin(医師長)、Ms. Fatima(妊産婦ケア担当)、Mr. Youssef(看護師長)

調査団側:山岸専門家、中窪、城戸

支局長による概況説明

- ・ イフラン県の面積は約3,300平方キロメートル、人口は148,000人。都市部の人口が約60%、残り40%が農村部に居住。高地のため冬期は雨、雪が多い。
- ・ 保健システムは大きく病院網（県病院、保健センター、診療所）と巡回診療網から構成される。

今後について

- ・ 現在の活動の持続性については楽観視している。継続教育のための人材は既に養成されており、今後も実施可能。IECについても人材育成済み。巡回診療については車輛数が不十分だがなんとかやっている。
- ・ 現在県保健支局で医師長を務める Dr. Touhtouh の前職は県病院の院長（10年間）であったため、県病院との保健支局の関係は非常によい。
- ・ 2004年の11月開始以降、2005年は体制作りに費やされ、やっと2006年1月から活動がスタートした状態である。あと1年プロジェクトが継続されることを強く希望する。そうすれば、パフォーマンスはより高まり、皆で活動の成果を実感することができる。

活動の問題点

- ・ スーパービジョンが不規則であったことが最大の問題点であった。

プロジェクトによる変化

- ・ 研修を受けた人が職場に戻って研修内容をシェアする、という習慣が定着しつつある。
- ・ 保健センターからのリファーの後、その結果について県病院からフィードバックをきちんと行うようになった。

他県への普及に向けて

- ・ 継続教育の普及に向けて、保健省との会合を行っている。他県への普及のためには、他県からイフランへ来てもらい、活動を観察してもらうことと、イフランから他県へ出向き、セッティングを手伝うことの双方が必要だと感じている。活動を進める上ではまず保健省のサポートが必要。活動計画を作り、保健省からの承認を得て、権限を委譲してもらうことが先決である。
- ・ 現在、地方分権化の取り組みは徐々に進んでおり、16州のうち、カサブランカ、ウジュダ、アルホセイマの3州には予算が分配されているが、メクネス、フェズの州保健局には予算がなく、自治権もない。州保健局が行っている活動は各県のコーディネーションであり、各県の代表者を集めて保健省の方針を伝えるなどの広報活動と、各県の予算を取りまとめて保健省に要請する程度。現段階では州の機能は弱いので、県が保健省と直接連携して普及に取り組む必要がある。
- ・ 他県への普及に向けて、日本人専門家によるサポートが得られればよい。

7. イフラン県保健支局カウンターパートインタビュー

日時:2007年6月7日(木) 12:00~13:00

場所:イフラン県保健支局

出席者: Ms. Fatima(妊産婦ケア担当)、Mr. Youssef(看護師長)

調査団側:山岸専門家、中窪、城戸

スーパービジョン

- ・ 活動計画は作成しているものの、支局に車が1台しかないため、支局長が急に本省に呼び出された場合や、食中毒や水源の汚染などの不測の事態が発生した場合には車が優先的に使用されてしまう。このため、月に2カ所、年間で24カ所を訪問する計画を立てていても、実際には5~6カ所しか訪問できていない。
- ・ 1月~3月は日本との会計年度の違いにより実施しなかった。4~5月は林間学校のシーズンであり、イフラン県に滞在する子供が増えるため、不測の事態や健診に備えて車輛を待機させる必要があり、スーパービジョンに使用できる車輛がない(そもそも、現在スーパービジョンに使用している車輛は林間学校用に支給された車輛である)。車輛を増やしてもらえよう、本省には何度も要請しているが、実現していない。

巡回診療

- ・ 活動の準備段階で、広報活動の一環として、イフランおよびアズロで各1回、住民の代表を集めて会議を行った。召集は県知事(内務省職員で国王から任命される)を通じて行ったため、出席率は100%であった。
- ・ いつどこを訪問するかという活動計画は、住民の意見を反映させて作成している。場所の確保や住民へのPRは、すべて代表者に任せている。
- ・ スーパービジョンおよび巡回診療のガソリン代は保健省から支給されるガソリン券で支払っており、不足することはない。
- ・ 去年は天候上の理由で実施できないことが多かった。また、合計56日間のストライキが行われ、その間も実施できなかった。

その他

- ・ スーチアクリニックを受けて以降、助産師のみでなくスタッフ全員のモラルが向上した。
- ・ 症例研究会は、産科病棟だけでなく、保健センターにおいてマンツーマン方式で実施することもある。これはスーチアクリニックによる提言を踏まえ、保健センターの助産師にモチベーションを与えるために実施しているもの。セフロでは人手不足を理由に行っていない。

8. 継続教育についてのフォーカスグループインタビュー結果要旨(セフロ県)

日時:2007年6月8日(金) 10:15~12:15

場所:セフロ県病院(モハメド5世病院)

出席者:継続教育の受講経験者、県病院内および村落助産施設に勤務する助産師10名(助産師長含む)、別紙参照

調査団側:城戸(ファシリテーター)、中窪(記録)

1. 評価（4段階）；継続教育全体への評価

とても良い；1名
良い；9名
あまり良くない；0名
悪い；0名

(1) 継続教育内容に関する発言

- 新生児救急ケアに関する実技講習の時間が足りない。
- 研修項目内容のレベル、マニュアル、時間、講師、研修施設は問題なし。
- 学習ニーズに研修内容が合致していた。
- 職場への適用については、「技術手順（プロトコール）となり、役に立っている」、「症例研究にも役立っている」、「産痛緩和マッサージで産婦の産痛を軽減してあげられている」、「母親学級やIECが役立っている」などの声が聞かれたが、「リラックス促進のためのビデオが作成されたが実際的ではなく、使用しにくい」、「リラックス法を実施・指導する場所についても絨毯などが無い」といった問題のため適用できない内容も一部あった。

(2) 継続教育を受けたことで得られたこと（研修内容以外）

- 他の助産師にも普及できる
- マンツーマン方式でスーパービジョンを行うことは、プリセプティ側自己評価に役立つ、並びにプリセプター側もサポートの重要性を知る機会となっている。
- スーパーバイズの際にその場で治療方法などについて質問ができるなど、良い機会となっている。

2. 継続教育を受けることによって「態度」が変化するかどうかについて

(1) 4段階評価

とても変わった；9名
変わった；2名
あまり変わらなかった；0名
変わらない；0名

(2) 変化した点：

- 知識、技術はもちろん、それに裏付けられた新しい知見により自分自身が変わった。
- コミュニケーション方法を学び、産婦とのコミュニケーションが良くなった。自分にも自信が出てきた。

3. 妊婦側の変化は認められたかについて

(1) 妊婦の変化：プロジェクト終了時に妊産婦満足度を調査する予定（SIAAP）

(2) 同僚同士の関係の変化

- 助産師同士のコミュニケーションが良くなった。
 - リファラルの搬送先と搬送元の病院のコミュニケーションが良くなり、リファラー理由についての見解の統一が図れるようになった。
4. 今後の継続教育に対する継続希望について
- 「継続して欲しい」：全員
5. 継続教育に関して
- 継続教育に産科医師と小児科医師を入れたほうが良い。
 - 講師育成システムを州保健局内で管轄するポストを設置する必要がある。
 - 指導員も育成する研修コースを設置してほしい。
6. 他県への波及について：すべての助産師に標準化したものを配布して欲しい。例えばリファラーした際に見解の統一が合わない問題が出てくるなど。
7. 今後の提言について
- 医療水準を上げるために他県にも波及させてほしい。
 - 中央研修ではプロトコルがもらえるが、州で行われる研修ではもらえない。その点では中央研修のほうが有益である。
 - 新生児蘇生についての実技を増やすべきである。
 - SONU（総合産科ケア）を SOUB（基礎的産科ケア講習）と SOUC（産科救急ケア講習）に分けるべきである。
 - もう少し研修期間が長くても良いと思う。
 - 宿直直後に参加しないですむような勤務体制作りをしてほしい。
 - 母親学級をする助産師・看護師を育成することが必要。

セフロ県フォーカスグループインタビュー参加者リスト

	Name	Title/Profession
1	ESSAIFI FATIMA	Major du Bloc
2	EL OUGLI GHIZLANE	sage femme
3	EL MALKI HOUDA	sage femme
4	YOUSFI RACHIDA	sage femme
5	AHMIDOUCHE LAMIAE	sage femme
6	ISMAILI ALAOUI KARIMA	sage femme
7	ACHIBANE NADIA	Animatrice PSGA
8	EL ABBASSI NADIA	sage femme
9	MIMI FATIMA	Médecin chef SMI/PF
10	JOUHARI SOUMIA	Major
11	EL MAZOZI FARIDA	sage femme

12	SASSI HABIBA	sage femme
13	BOULARBAH CHAFIA	Animatrice IEC/PF

9. 保健省次官表敬訪問

日時:2007年6月11日(月) 14:00~15:00

場所:保健省次官執務室

出席者:Dr. Hamadi (次官)、Dr. Charradi(人口局局長)、江種次長、和田専門家

調査団側:石井グループ長、岡田、中窪、城戸

- ・ (次官) : まず、日本の協力に対して謝意を申し上げたい。
- ・ (石井団長) : (これまでの経緯、終了時評価の目的の説明の後) プロジェクトをどのように終了させるか、ということについて、次官以下と協議をさせていただきたい。
- ・ (次官) : 今回の評価により修正すべき点を確認していただき、今後の方向性が楽しみである。日本人のまじめさ、勤勉さについては日本を訪問した際にも実感したが、モロッコもその点を見習っていきたいと思っている。
- ・ (石井団長) : JICA はグラントを供与するだけの団体ではなく、技術協力を行い、それを通じて相手側の持続的な成長を支援することを目的としている。この点が評価されて光栄である。プロジェクトの成果としては、目標として掲げた点はおおむね達成されているものの、継続教育モデルの実施と普及に際しては、行政マネジメントの一層の強化が必要である。また、モロッコは西アフリカ地域において指導的な立場をとることができる重要な国であると意識している。モロッコと日本が協力して、第三国における保健分野の支援が実現できれば理想的である。この点について次官のご意見を伺いたい。
- ・ (次官) : イフラン、セフロのマネジメント体制については、弱点を指摘されたと思っており、強化が必要だと感じている。また、南南協力については、モロッコの実力を評価していただき感謝している。アフリカの人たちのために研修センターを整備したい、という意向は日本を訪問した際にも伝えている。すでに建設用地として1万平方メートルの土地の取得手続を進めており、政府内での動きは進んでいる。モロッコの国王はじめ、政府はアフリカ諸国への支援について高い関心を持っている。
- ・ (次官) : 評価の結果に期待している。県の関係者との協議を行う。プロジェクトのキーは持続性であり、互いに約束をしてそれを守ることである。保健省としては三角協力の方向性に賛成である。モロッコによる支援はアフリカ諸国からも期待されており、セネガル、ベナン、ジブチ、ガンビアから多くの要請が来ている。これまでも、フランスから旅費を提供してもらい、ダカールで300人に対して白内障の手術を実施した経験がある。

10. パイロット県によるプロジェクト活動報告

日時:2007年6月12日(火) 10:00~13:30

場所:セフロ県保健支局

出席者: Dr. Tsouli(保健省人口局母性保健課 JICA 担当官)、Dr. El Asri(セフロ県保健支局長)、Dr. Mimi(継続教育担当)、Mme. Boularbaha(IEC 担当)、M. Derraz(看護師長)、Dr. El Babor(イフラン県保健支局長)、Dr. Houssin(医師長)、Ms. Fatima(妊産婦ケア担当)、Mr. Youssef(看護師長)、Dr. Ahmed (グルミン州保健局長)、江種次長、和田専門家、山岸専門家

調査団側:石井団長、岡田、中窪、城戸

会議の目的:セフロ、イフランのパイロット県による活動報告

1. セフロ県保健支局長 Dr. El Asri による開会の辞

- ・ 評価調査団の訪問を歓迎する。2005年にスタートしたパイロット県2県での活動もすでに終盤にさしかかっている。本日はこれまでの活動の成果と今後の見込みを報告する。JICAによる協力に感謝を申し上げる。

2. 石井団長による訪問趣旨の説明

- ・ (評価調査団のメンバーの紹介の後) 今回の評価を通じ、プロジェクトの成果として印象に残ったのは、モロッコのカウンターパートと日本人専門家が共に学び、成長しているという点である。JICAの他のプロジェクトでは日本人専門家が一方的に指導するというスタイルになりがちであるが、本プロジェクトにおいてはモロッコの関係者の積極的なイニシアチブを感じる。保健省の次官からのその旨報告を受けた。
- ・ 今回の評価調査を通じて、プロジェクトの終了後、次のステップに移るための取り組みを一緒に考えていきたい。このプロジェクトの成果を国内のみでなく、他の国にも広げていくために、JICAも支援をしていきたい。

3. セフロ県保健支局継続教育担当 Dr. Mimi による活動報告

4つの活動について

- ・ 継続教育については、助産師による妊産婦への対応・ケアの標準化を図ること、および「継続教育マニュアル」によりその後のフォローの標準化を図ることに留意した。
- ・ 県保健支局のマネジメント能力の強化については、新人助産師の継続教育を実施し、履歴を管理し、その後のフォローアップを行うまでの一連の組織的な活動を行う体制を整えることができた。
- ・ IECについては、女性の健康手帳の利用を奨励するため啓蒙活動を進めている。また、母親学級など新しいシステムの導入も行った。
- ・ 巡回診療についても、活動内容の標準化を図り、できるだけ少ない人数で対応するとともに、1日に3カ所を回るなど効率的な実施体制をとれるよう工夫している。

指標の達成状況について

- ・ 各種指標については、プロジェクトの開始が遅れたため、一部は達成が難しいが、数年のうちには達成可能と見込んでいる。

活動における問題点

- ・ 問題点は 1) 保健スタッフの人材不足と、異動が多いこと、2) 分娩施設付き保健センターにおいて、車輛やコミュニケーション手段などが不足していること、3) SIAAP に車輛が不足しており、スーパービジョンが不規則になっていること。

今後の方針

- ・ 1) 活動の継続を図ること、2) プロジェクトのインパクトを評価すること、3) 市民の保健ニーズへの対応のため、責任者を関与させること、4) 啓蒙活動を行うこと、5) パイロット県同士の調整会議を継続させること。プロジェクト活動のフォローおよび継続教育モデルの普及のために保健省による関与も重要である。

まとめ

- ・ 2つのパイロット県において、実践的な手順が導入され、母子保健サービスが改善された。
- ・ 継続教育のアプローチが導入され、保健スタッフの能力が強化された。

4. 意見交換

評価指標について

- ・ (石井団長) : プロジェクトによりさまざまな成果が出ており、2007年に入っても指標の改善が進んでいるという点を評価したい。産前健診カバー率などの量的な指標のみでなく、質の改善を測るためのデータも必要かと考えている。また、ターゲットは妊産婦であり、満足度を測るための調査も必要だったと思う。
- ・ (セフロ県病院長) : 妊産婦対象の満足度調査は今後実施する方針である。質の指標としては、移送中の死亡、産褥期の死亡、合併症への対応率を見ればよいと思う。

今後の日本からの支援について

- ・ (セフロ県病院看護師長) : プロジェクト終了後も日本からの支援はあるのだろうか。
- ・ (石井団長) : まだ結論は出ていないが、JICA モロッコ事務所と相談して決めていきたい。日本の援助総額はピーク時に比べて6割くらいに減少したものの、開発ニーズの高いアフリカ向けの援助は優先的に行われる予定である。西アフリカをリードするモロッコ、チュニジアと、日本が協力してプロジェクトを展開していければよいと考えている。
- ・ (Dr. Turi) : ベナンからの研修員の受け入れは、日本よりもモロッコで行うほうが効率がよいと思う。
- ・ (江種次長) : 母子保健の分野でフランス語のできる人材は日本では限られているため、モロッコに協力をお願いしたい。ベナンで新しいプロジェクトがスタートする予定であり、医師・助産師を派遣したり、研修員を受け入れたりといった活動が必要になる。今後とも日本とモロッコの連携を深めていきたい。

その他

- ・（石井団長）：本プロジェクトにより標準化が達成された活動を、今後保健省でどう位置づけていくかが活動の普及の上で重要となる。保健省による制度化を求めたい。
- ・（岡田団員）：日本での短期間の研修の間に多くのことを学んだという点は、モロッコの方に能力があったからだと思う。研修直後ではなく、1-2年経ってからの実績を聞くことができ、大変よかった。帰国後、日本赤十字九州国際看護大学の方にも本日の報告内容をお伝えしたい。

11. 継続教育についてのフォーカスグループインタビュー結果要旨（イフラン県）

日時:2007年6月13日(水) 10:30~12:00

場所:イフラン県アズロー病院

出席者:継続教育の受講経験者、県病院内および村落助産施設に勤務する助産師 8名(助産師長含む)、別紙参照

調査団側:城戸(ファシリテーター)、中窪(記録)

1. 評価（4段階）；継続教育全体への評価

とても良い；9名
良い；0名
あまり良くない；0名
悪い；0名

(1) 研修内容について

- 「継続教育」の総合的な目的をパンフレットに掲載すべきである。
- 教育内容は人口局ならびに JICA の共同作成であるが、日本の助産師教育は4年で、モロッコの3年教育後の卒後研修内容と比べると違いがあると思う。実情に合っていない。
- 研修内容自体は主な助産師のニーズに合っていたが、時間が短く、質疑応答ができにくい場合もあった（研修内容は保健省が住民や医師の意見をもとに設定する。助産師も研修内容の選定に介入したいという助産師がいた）。

(2) 継続教育をうける際の問題点

- a) 宿直をしないとイケないうえ、異常分娩やお産は夜に起こる。2年目に合併症講習があればよい。
- b) 地域の助産師は、自分の保健センターでの分娩数が約6件/月と、例数が少ないため、県病院に勉強に来たいのだが、車がないので来れない。JICA で何とかしてくれないか。
 - ・（ZAA 氏）：定期的にスタッフクリニックをしているが交通手段がない。救急車で送ってもらうなどの対応も考えられるが、病院長に依頼しなければならない内容である。保健センターのディレクター、SIAAP と病院で考えていかねばならないだろう。

2. 継続教育の教え方について

- 全体の時間が非常に短かった。
- 病院勤務の助産師は SONU にてもっと理論を学習したい意見が多く、地方村落部で勤務する助産師は普段の分娩数が少ないため、実技を習いたいという意見が出た。

3. 職場での適用について

(1) 適用できた：

- 研修時にプロトコールが手に入るため、職場で使用することができる。
- 症例への対応策は実用的である。研修後、他のスタッフに共有している。
- 今までは妊娠中毒症や妊娠性糖尿病（尿糖）、高血圧について機序を知らないままに移送していた（地方にいるので特に）。研修では、そういうハイリスクの症例の自宅での治療方法や、そういう症例の自宅出産は未然に防ぐ必要性を知った。
- HAC で共に女性と過ごすということを習った。また、田村さんの産痛緩和のセミナーはとても役に立った。これらの研修によって妊産婦のニーズに応える、ということを知った。その後は妊婦もこちらの言うことを聞いてくれるようになったと感じている。また、HAC を受けるまでは家族のことを考えないでいたが、受付も妊婦と家族の両方に対し行うようになった。
- 以前は異常があれば搬送していたが、研修（CPN）で習った最大限の知識を使ってリスク発見をしようと努力している。
- 体温は異常時のみ計測していたが、研修では平常時にも測る必要性を習ったため現在は行っている。

(2) 適用しにくい内容

- 新生児には保温が必要だということを学んだが、寒い地域であること、ならびにインフアントウォーマーや暖房器具がないので困難である。石油使用の暖房機あるが煙が出るので使用できない。
- 妊産婦に対しても暖房の問題がある。切迫流産で来ても、部屋が暖かくなるまえに生まれてしまって結局適用できない。そういった暖房設備の問題もあって、家で生みたい人が後を絶たない（分娩室も寒い。暖かい部屋で生むことを習っても適用できない）。

4. スーパービジョンについての感想：症例研究の実施も合わせ、SIAAP と一緒に行っている（県病院のスーパービジョンが行われた時期は、日本人専門家がいた時期に行われており、その際は車輛があったので3カ月ごとに問題なく行われていた）。役立っているという意見であった。

5. 継続教育による態度の変化について

とても変わった； 9名
変わった； 0名
あまり変わらなかった； 0名
変わらない； 0名

6. 妊婦側の変化について
- 「変化したと思う」：全員
 - (ZAA 氏)：2006 年 2 月に病院妊産婦満足度調査を行った。その結果、95%の妊産婦が満足していると回答した（健診内容や病室に関する質問内容）。アンケート対象者は産前健診やワクチン摂取に来た女性、アンケート聞き取り実施者は、バイアスを考慮しソーシャルワーカーと統計技師を調査者とした。アンケート実施医療施設はアズロー病院ならびに母子保健担当者のいる保健センターとした。
7. 今後の自立発展性について：移動手段（車）が確保しにくいとが病院長に救急車を出してもらおうなど検討していきたい。また、病院長が宿泊 1 泊分は負担すると言っているため、期間を短くする必要があるが継続していきたい。
8. 症例研究会について
- 地域の助産師達と病院勤務の助産師等と症例検討会を開催している（1 回/月）。
 - 地域の助産師がリファーしたケースについて症例の見解の統一を図れるようになった。以前はお互いにけんかしていたが、一緒に検討会を行うようになって一緒に考えようという雰囲気が出てきた。
 - フィードバック用リファー用紙を ZAA 氏がメクネスの病院に取りに行く。本省と州病院の人が来てリファーについて検討することもある
9. その他：他の県が標準化された内容を知らないことによって、リファー適応に関する問題が起きる。しかもアズロー病院は他の地域（県）からもメクネス州に移送されてくる間の中継点でもあるので、この病院に中継される頃には分娩が進行していることがあるので問題である。

イフラン県フォーカスグループインタビュー参加者リスト

	Name	Title/Profession
1	EL MAKHFI Khadija	sage femme
2	BAHRARE Héafida	sage femme
3	COURR Jemâa	sage femme
4	EL KIHLE Fatima	sage femme
5	Hourri Fatima Zahra	sage femme
6	AIT ALLA Fatima	sage femme
7	OUZINE Fatima	Infirmière
8	AABAR Bedda	Major Maternité
9	ZAA Fatima	SIAAP Ifrane
10	AIT ALLA Fatima	sage femme
11	KASMI M'hammed	CS Infirmier

12. グルミン州による活動報告／ミニッツ案協議

日時:2007年6月15日(金) 9:30~12:00、14:30~16:30

場所:保健省人口局会議室

出席者: Dr. Zerrari (人口局母子保健部長)、Dr. Bensalah (人口局母性保健課長)、Dr. Tsouli (人口局母性保健課 JICA 担当官)、Dr. Madi (人口局 IEC 部計画・コミュニケーション課長)、Dr. Abou (人口局 IEC 部長)、Dr. El Asri (セフロ県保健支局長)、Dr. El Babor (イフラン県保健支局長)、Dr. Ahmed (グルミン州保健局長)、江種次長、和田専門家、山岸専門家

調査団側:石井団長、岡田、中窪、城戸

会議の目的: ①グルミン州による妊産婦ケア改善のための活動報告、②評価結果の報告、③ミニッツ案協議

1. Dr. Zerrari による開会挨拶

- 活動の主軸となる継続教育はまだ動き出したばかりであるが、良い成果が生まれていると思っており、プロジェクト終了までに2つのパイロット県において成果を確認したい。また、継続教育モデルの全国展開に向けて今後努力をすすめていきたい。プロジェクトがまもなく終了し、日本人専門家が帰国されることは誠に残念ではあるが、これまでの日本の協力に感謝するとともに、人口局及びパイロット県の関係者、ならびに日本人専門家の方々に謝意を申し上げる。

2. グルミン州局長による活動報告

パワーポイントによる説明

- 州の人口は46万人、人口密度は3.23平方キロメートル。
- 州は5県から構成されるが、プロジェクトの対象はスマラ県を除く4県のみ。
- 無償資金協力以降、機材の充実により、出産関連の指標は大きく改善した。県病院に産婦人科医を2名配置したことも有効であった。施設分娩率の向上には、エコーの導入が大きかった(妊婦に安心感を与えたため)。

グルミン県における出産関連指標

	2002	2006
施設分娩率	53%	108%
帝王切開率	1%	13%
合併症対応件数	28	140
移送率	31.3%	2%

- 巡回診療により、予防接種率が向上した。
- 分娩施設付き保健センターにおける課題は、産婦人科医の配置が必要になっていること、救急車および機材のテクニシャンが不足していること。

- ・ タンタン県では助産師のための住居が不足している。また、産後の回復のための部屋も必要である。
- ・ 県病院の産科病棟は、2人が1ベッドを利用しなければならないほど混雑しているため、拡大が必要となっている。また、機材も不足している。

質疑応答

Q：2006年の施設分娩率は108%であり、100%を超えているが、これは誤りなのではないか。

A：これは県外から人を吸引しているということである。データは収集しているため、県内、県外に分けて数値を示す必要があった。

Q：グルミン県のみでなく、他県の話も聞きたかった。

A：他県においても、プロジェクト導入時と比較して母子保健サービスのカバー率が大いに改善している。州内で唯一プロジェクトの活動を導入していなかったスマラ県では、保健支局長が本邦研修を終え、今後活動を開始する予定である。

コメント

- ・ (石井団長)：グルミンは無償の対象であり、これに対して本省や JICA からのテクニカルサポートはわずかではあったもののしっかりと存在した。これは、モロッコは他国からの援助の受け入れのキャパシティが大きい国だということを示している。モロッコは数年内に日本の無償の対象国から外れることが想定されるが、今後は JJ 統合により、施設・機材整備等の事業は借財で対応すればよい。今回、モロッコのケースを評価したことは、将来の日本による保健セクターの協力の方向性を検討する上で役に立った。
- ・ (Dr. Zarrari)：モロッコ保健省が人材と予算、日本が資金、技術など役割を決めて、双方がノウハウ、手段を提供し、目標達成に向けてパートナーシップを進める必要がある。その点、有償による協力は、ノウハウの移転という視点が欠けてしまうのではないかと懸念している。

3. 評価結果に対する質問・コメント

(調査団から評価5項目に基づく報告の後)

Q：プロジェクトの最初と最後で評価するというのは有益であるが、インパクトは4～5年経ってから見るものではないだろうか。

A：現時点でのインパクトとして評価している。

Q：継続教育には県レベルでの費用はかからないという説明があったが、講師の人件費など保健省が負担している部分もあるのでは。

A：追加的な費用負担はないという意味である。そのように表現を変更する。

Q：マネジメントが弱いという点を具体的に説明してほしい。

A：イフラン県では車輛の確保が難しく、スーパービジョンが規則的に行われなかった点。

Q：支局のミスでスーパービジョンが行われなかったのではない、という点は理解してほしい。

A：2つのパイロット県がマネジメントの強化に向けて努力した点は評価している。

Q：継続教育モデルに関して、県レベルでの普及には問題はないが、州・国レベルでの普及についてはどのように考えているのか。

A：それはモロッコの今後の課題である。あなた方で検討してほしい。

コメント

- ・ 女性の健康手帳に対して日本が資金提供をしてくれなかったことが残念であった。母親学級に関しても、普及に向けてスペインから資金提供したいという申し入れがある。

13. 保健省次官（ミニッツ説明・署名）

日時:2007年6月18日(月) 15:30~16:00

場所:保健省次官執務室

出席者:Dr. Hamadi (次官)、Dr. Zerrari (人口局母子保健部長)、Dr. Tsouli(人口局母性保健課 JICA 担当官)、江種次長、和田専門家

調査団側:石井グループ長、岡田、中窪、城戸

訪問の目的: ミニッツ説明・署名

石井団長による説明

- ・ (団長からミニッツの構成、提言内容について説明。その後のコメントとして) 第三国研修はただ呼ぶだけではなく、研修生が帰国後プロジェクトを展開できるよう、フォローすることも必要である。そうした可能性を確認するためにも、いくつかの国を訪問してニーズを確認できるような調査を想定しており、そのための予算の確保に向けて努力する所存である。モロッコを活用した仏語圏アフリカへの南南協力の構想がまとまれば、来年日本で開催されるサミットで対アフリカ支援のコアとして発表できると考えている。
- ・ 母親学級、女性の健康手帳、継続教育のシステムを広めるため、モロッコの専門家を南南協力のために派遣してほしい。コストのシェアについては今後詳細を検討していく必要がある。
- ・ プロジェクトによる活動を国内に定着させるとともに、南南協力への取り組みをフォローするためにも、日本からの継続支援を行うことが望ましい。

次官からのコメント

- ・ 現況を踏まえた提言をいただき、感謝申し上げます。前回の巡回指導調査団により指摘された5つの事項が今回すべて反映されており、その点は大臣にも報告済みである。三角協力については大臣も賛成している。モロッコは仏語圏アフリカのいくつかの国とは既に協定を結んでおり、相互訪問も盛んである。日本とモロッコの間で方向性が固まれば、協定に修正を加える方針である。
- ・ 巡回診療が定期的実施されておらず、マネジメントの強化が必要であるという指摘を受けた。車輦が不足していることが問題であれば、2~3カ月以内に調達する車輦を優先的にパイロット県に回すこととし、各県にランドローバーを1台ずつ支給する。これに加えて救急車も1台ずつ支給する。
- ・ 南南協力センターの建設予定地取得に向けて、財務省に申請中である。予定地の面積や建ぺい率などについて、近々日本側に報告する方針である。→ (石井団長) : 南南協力センターについては今回の評価の対象範囲ではないため、この場で回答することはできないが、今後本部で検討していく方針である。

(この後、次官と石井団長によるミニッツ署名が行われた)

6. 活動報告プレゼンテーション資料

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ



**PROJET TECHNIQUE D'AMÉLIORATION
DES SOINS DE SANTÉ MATERNELLE
EN MILIEU RURALE**

Provinces pilotes : Sefrou/ Ifrane



Sefrou le 11/06/2007

Introduction

Dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle au Maroc, le Ministère de la santé en collaboration avec le Japon « JICA » a instauré un projet pour contribuer à la résolution du problème de décès maternel ; qui s'intitule « Projet technique d'amélioration des soins de santé maternelle en milieu rural » du 15.11.2004 au 14.11.07

Ce projet qui intéresse trois régions du Maroc est piloté par les deux provinces « Sefrou/ Ifrane ».

Les principales composantes du projet sont axées sur, la formation continue du personnel impliqué dans les activités de santé maternelle, le renforcement de la stratégie mobile, la redynamisation des activités IEC et le renforcement des mécanismes de gestion des programmes de santé par les délégations.

Ces principales composantes, viennent compléter les actions déjà achevées : construction des structures d'accouchement , équipement médico-technique et moyens de mobilité.

Résultats des activités initiées et mises en application

Activités initiées et mises en application	Objectifs	Résultats	
		2005	2006
1- Formation continue.			
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Formation Nationale ,régionale et provinciale (SOUC, SOUB, RNN, CPN,CPoN, PF, HAC, TAG , Recyclage). ➢ Formation en technique de massage du dos des parturientes. ➢ Formation en groupe au Japon (Directeur de l'hôpital, 2 Médecins, 10 SF. de la maternité) 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Amélioration des compétences des professionnels de santé en matière de santé maternelle ➢ Soulagement de la douleur. ➢ Amélioration des soins de santé maternelle en milieu rural. 	14 sessions	21 sessions
		-	-apprécier par les parturientes+ SF
			-Suivi du projet

Activités initiées et mises en application	Objectifs	Résultats	
		2005	2006
F.C (suite)			
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Enquête: Réalisée auprès du personnel travaillant au niveau des SMI et des structures d'accouchement, et auprès des utilisatrices des unités d'accouchement (Besoin en formation pour le personnel et la satisfaction des utilisatrices des services de santé maternelle) 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Identifier le besoin du personnel en communication et en formation continue 	12/sonu 23/17 HAC	13/sonu 33/6 HAC

Résultats de l'enquête

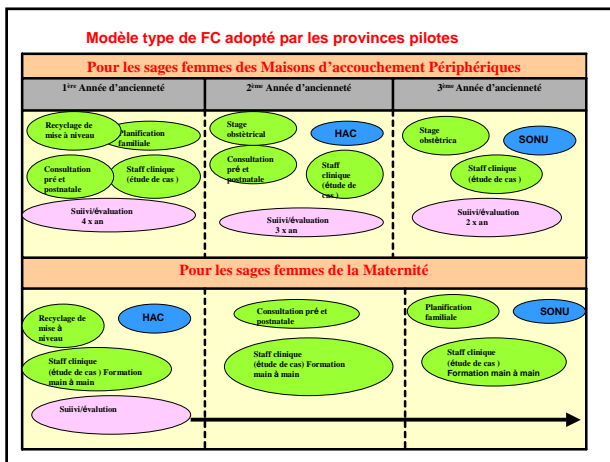
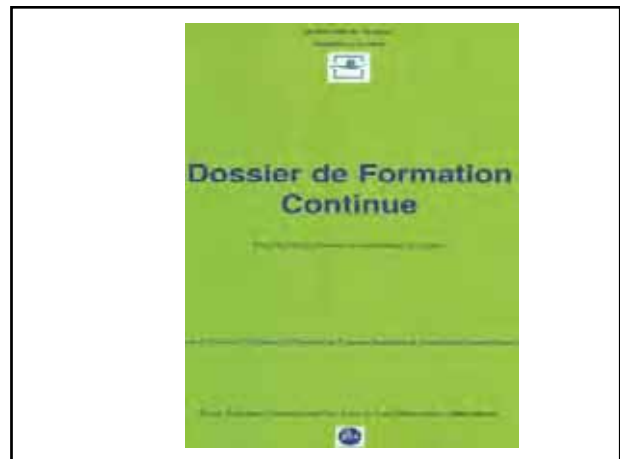
Parturientes:

- ❑ S.F ne s'est pas présenté à la parturiente: 80% des cas
- ❑ Examen avant la sortie: 49%(-)
- ❑ Aider à allaiter+s'habiller:49% (-)
- ❑ S'acquérir des préoccupations de la parturiente:91% (-)

Personnel:

- ❑ Utilisation d'informations prodiguées :
 - Par gynécologue:53% (-)
 - Expérience personnelle clinique seule: 31% (-)
 - Guide clinique : 53% (-)
 - Internet :94% (-)
- ❑ Audits devant des cas difficiles:55% (-)
- ❑ Formation locale : 92% (-)

FC (suite)	2005	2006
<ul style="list-style-type: none"> Création d'un espace FC avec bibliothèque, livres d'obstétrique et un modèle ZOE pour démonstration. Elaboration du modèle type de formation continue pour les sages femmes nouvellement recrutées Elaboration d'un carnet de F.C. pour les nouvelles S.F. Elaboration des grilles de suivi/évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> Auto apprentissage. FC. structurée (identification des thèmes, profil, durée, fréquence, année d'ancienneté des SF...) Traçabilité des différentes activités de FC reçues+suivi régulier des SF Valorisation de la SF+ encadrement local+ encouragement+identification d'autres besoin de formation 	<p>Élaboré</p> <p>Mise en applic.</p> <p>+</p> <p>+</p>



F.C. (suite)	Résultats
<ul style="list-style-type: none"> Autoévaluation des S.F Recyclage de mise à niveau des nouvelles sages femmes Formation des S.F. de < 10 ans et de plus de 2 ans en SONU, HAC, PF. 	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration soi même des compétences professionnelles. Satisfaction des N.S.F. (Besoin exprimé en matière de recyclage) encadrement technique et pratique Amélioration des indicateurs de qualité: <ul style="list-style-type: none"> Décès < 24h : 07 / 09 Morts nés : 52 / 49 Complicat obst PEC: 36% / 38% Complicat obst Ref : 64% / 61% Césariennes: 28 / 77

F.C (suite)	Résultats
<ul style="list-style-type: none"> Formation des infirmières SMI/PF en HAC, CPN, CPoN Formation en technique d'utilisation et de maintenance du matériel biomédical . Maintenance et vérification du fonctionnement et de la disponibilité du matériel biomédical au niveau de toutes les structures d'accouchement. 	<ul style="list-style-type: none"> Standardisation de la PEC des femmes enceintes+ Amélioration de la qualité de PEC. Recrut CPN: 57% / 60% CPoN : 90% / 90% MV : 3 / 3 GAR: 53%* / 16% Réduction des pannes du matériel biomédical+ maîtrise de l'utilisation et de l'entretien. 13% / 09% Matériel fonctionnel. Matériel utilisable et fonctionnel. Réalisé 02**/an / 02**/an

NB: * GAR y compris les primipares **systématique

F.C (suite)	Objectifs	Résultats
<ul style="list-style-type: none"> Présentation des exposés par le personnel ayant bénéficié d'une formation nationale ou régionale. Participation des S.F des maisons d'accouchements périphériques et des infirmières SMI/PF des CSU aux staffs organisés au niveau de la maternité selon un planning préétabli 	<ul style="list-style-type: none"> Diffusion de l'information à tous le personnel + auto évaluation +Maîtrise de l'information. Réduction des incidents critiques Amélioration des compétences Réalisation des études de cas compliqués Coordination étroite entre le personnel de la maternité et celui des MA, (amélioration des conditions de transfert) Nbre de staffs: 16 / 16 Nbre de participantes/ session: 15 / 15 Etude de cas: 681 Cas / 218/07 	

F.C (suite)	Objectifs	Résultats	
>Garde au niveau de la maternité par les S.F des MAR à faible rendement >Participation aux sessions du soutien clinique avec diffusion des normes de qualité de la pratique obstétricale au niveau de toutes les structures SOUB	>Maintien des compétences des SF. >Renforcement de la maternité en personnel suffisant.	02	04
	>Remplissage correcte des dossiers d'accouchements (partogrammes)	98%	97% 100%
	>Groupage sanguin :	07%	62% 97%
	>Surveillance des suites de couches:	Non inscrite	100%
	>Femmes ayant reçues soins du post- partum:	44%	100% 100%
	>Hospitalisation de durée valide 24 h au niveau des structures SOUB	6à8h	24h

F.C (suite)	Objectifs	Résultats	
	> Constat obstétrical > Pronostic		98% 100%
	> Action obstétricale adaptée		94%
	> Préparation périnéale		Règle
	> Suites de couche		Sont notifiées

F.C (suite)	Objectifs	Résultats	
> Diffusion des fiches technique sur les normes de la qualité de la pratique obstétricale à toutes les structures SOUB	> Amélioration de l'auto apprentissage	+	
> Élaboration des grilles de suivi / évaluation	> Autoévaluation des SF. > Ajustement de la formation > Encadrement sur le terrain > Identification d'autres besoin	+	
> Elaboration et diffusion de fiche technique de prévention de l'infection au niveau de toutes les structures ambulatoires provinciales	> Stérilisation correcte du matériel+ réduction des infections du post-partum > Absence d'infection d'épisiotomie.		

F.C (suite)	Objectifs	Résultats	
> Organisation des journées d'information et de sensibilisation des professionnels de santé sur la promotion du carnet de santé de la femme	> Personnel informé. > Contribution du personnel à la sensibilisation du grand public.		+

2- I.E.C	Objectifs	Résultats	
>Création de 2 C/S pilotes et Sensibilisation des élus en matière de renforcement des activités IEC centré sur la santé maternelle et infantile	>Structuration des activités IEC		
>Élaboration des messages éducatifs standards(en arabe) ,diffusion à toute les structures sanitaire et mis en application.	>Personnel satisfait de la disponibilité des supports qui facilitent l'animation des séances éducatives+ Gains du temps		Fixe+ mobile
>Elaboration et diffusion des supports éducatifs d'IEC(images sur tableau d'affichage) utilisés dans les structure fixes et lors des passages de l'EM.	>Facilitent l'utilisation/ renforcent la transmission des messages éducatifs >Participation des bénéficiaires.		Feed Back facile



Suite -I.E.C	Objectifs	Résultats	
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Elaboration des fiches journalières et rapports mensuels. ➢ Implantation de la « classe des mères » au niveau de la maternité et de 03 maisons d'accouchement ➢ Sensibilisation des femmes (FAR) sur la promotion et l'utilité du carnet de santé de la femme. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Traçabilité des activités IEC réalisés ➢ Simplifier l'évaluation des résultats. ➢ Bon suivi en CPN: ➢ Promouvoir l'accouchement en milieu surveillé: ➢ Valoriser la CPoN: ➢ Motivation de l'auto prise en charge de la femme enceinte sur ses problèmes de santé. ➢ Meilleur PEC de la santé de la femme 	16 (13/07)	30 %

3- Capacité de gestion /planification des délégations en matière de santé maternelle	Objectifs	Résultats	
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Formation au japon sur la politique d'administration de santé publique relative à la santé maternelle ➢ Organisation des réunions entre la province et la région(CHU) . ➢ Redynamisation du système de R/CR entre la maternité provinciale et la région. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ S'inspirer de l'expérience japonaise et contribuer à la gestion du projet ➢ Résolution des problèmes de pénurie du personnel, de coordination et de PEC de la santé maternelle. ➢ Amélioration des conditions de transfert ➢ L'autoformation. 	Délégués +M/C des SIAAP	CHU garde week-end+ jours fériés

Suite	Objectifs	Résultats	
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Renforcement des structures d'accouchement par les sages femmes nouvellement recrutées. ➢ Réunions avec les responsables de l'IFCS dans le but de disséminer le modèle type de FC. ➢ Equipement en échographe des MA. ➢ Formation de médecins en matière d' échographie au niveau régional. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ MA. renforcées: IK; ElMenzel; REK; BTT; Bhalil; Tazota. ➢ Diffusion du modèle type de F.C. ➢ Compléter et améliorer la PEC de la santé maternelle ➢ Médecin formé Augmentation du taux de recrutement en CPN au niveau du CSUA équipé en échographe: (REK). 	02 03 49%	04 03/07 01 65%

4- Renforcement de la stratégie mobile	Objectifs	Résultats	
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Identification des localités à toucher par l'EM. ➢ Elaboration et mise en application des standards de PEC des femmes en CPN,CPoN,GAR,IEC. ➢ Standardisation des supports informationnels relatifs à l'EM. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Connaissance des localités à touchées par l'EM. Par rapport aux programmes établi par les C/S. ➢ Performances des activités de l'EM (1 passage) : <ul style="list-style-type: none"> •CPN: •CPoN: •GAR: •IEC: Bénéficiaires / FMAR / Femmes enceintes ➢ Supports utilisés :données fiables ➢ Standardisation du travail et des activités de l'EM pour tous le personnel. 	118	118 137 24 19 1342/109 1/137 polyvalence

Suite EM	Objectifs	Résultats	
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Organisation des journées d'information pour le personnel impliqué dans les activités de l'EM. ➢ Identification des membres de l'EM. ➢ Supervision des activités de l'EM ➢ Disponibilité de moyens de mobilités propre à l'EM. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Développement de la polyvalence (Pénurie du personnel) ➢ Médicalisation de l'EM. Avec disponibilité d'une infirmière ➢ Ajustement et renforcement en cas de nécessité (utilisation du matériel, qualité des prestations.....) ➢ Toucher toute la population enclavée 	Attractivité de la population 2 vehic. (jica/indh)	Pers.dis p 5092 cons.cur

5- Activités de soutien	Objectifs	Résultats	
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Organisation des réunions mixtes entre les 2 provinces pilotes. ➢ Réunions de coordination entre l'équipe du SIAAP et les experts de la JICA. ➢ Entretiens avec les experts japonais de courte durée. ➢ Réunions au niveau du ministère de la santé direction de la population(système de santé au japon, situation statistique actuelle de la MSR,état d'avancement du projet) 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Prise de décision collégiale. ➢ Mise en application des activités du projet ➢ S'inspirer de leur innombrables expériences et avoir une réflexion sur la faisabilité et l'application à notre système de santé. ➢ Leurs faire connaître le système de santé au niveau de la province. ➢ Soutiens et appui à l'équipe du projet (provinces pilotes) 		

Activités de soutien(suite)	Objectifs	Résultats	
<ul style="list-style-type: none"> Organisation au niveau du SIAAP et de la maternité d'une réunion d'information sur la santé japonaise avec le personnel de santé impliqué dans la PEC de la santé de la mère et de l'enfant Evaluation des performances des programmes 	<ul style="list-style-type: none"> Information du personnel impliqué dans la santé maternelle sur le système de santé japonais Actions ciblées pour corriger les insuffisances 		

Activités de soutien(suite)		Résultats	
<ul style="list-style-type: none"> Organisation de campagnes de sensibilisation et de consultation spécialisées par la délégation en collaboration avec ONG et associations. Formation et encadrement des accoucheuses traditionnelles dans le cadre du BED (C/S CA Ain chgag). 	<ul style="list-style-type: none"> Information du grand public sur la disponibilité et les avantages du CSF. Renforcement de la CPN : CPoN : 100%. Sensibilisation sur le suivi et l'accouchement en milieu surveillé. 	64% 100%	69% 100%

Cadre logique

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

Durée du Projet: du 15/11/05 au 14/11/2007

	INDICATEURS OBJECTIVEMENT OBSERVABLES	05	06	07
Objectif global				
1- Etat de santé des femmes en âge de procréer en milieu rural amélioré dans les 3 régions (Milieu rural)	1- Diminution de la mortalité maternelle lors de la grossesse et de l'accouchement			
2- Résultats du projet diffusés à l'ensemble des 3 régions intéressées par le Projet	2- Toutes les provinces des 3 régions adoptent le système élaboré dans le cadre du Projet			

Objectif du projet			
Promouvoir les services et soins de santé fournis aux femmes en âge de procréer du milieu rural dans les provinces pilotes	1- Augmentation de la proportion de grossesses suivies par les CPN et CPoN dans la population (Taux de recrutement en CPN et CPoN)	57	60
	Objectif : fin du projet CPN 80% (3 visites) et la CPoN à 95%,	90	90
		75	79
		76	90
	2- Augmentation de la proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié dans la population.	57	57
	Objectif : fin projet 70%	61	60
	3- Proportion de GAR dépistées et PEC.	53*	16
		27	16
	4- Complication obstétricales PEC	36%	38%

NB: *% inclus les primipares

*Sefrou *Ifrane

Résultats attendus			
1. Mise en place d'un système de Formation Continue pour le personnel de santé, en vue de l'amélioration des connaissances et des compétences, pour la prise en charge de qualité de la mère au niveau des provinces pilotes	1.1 Couverture de personnels ciblés par le programme de formation continue	39	62
	Objectif : fin du projet, 100% de réalisation	52	59
	1.2 Taux de réalisation des programmes de formation continue prévus (= N sessions réalisées / N sessions prévues)	100%	
	Objectif :fin du projet, 100% de réalisation		11
			46%*
			4
			42%

NB:*tous le personnel impliqué dans la santé maternelle et infantile

**PERSONNEL FORME DANS LE CADRE DU PROJET « JICA »
PAR ACTIVITE ET PAR ANNEE**

Activités	Personnel impliqué			Personnel formé dans le cadre du projet			
	2005	Cumul 06	Cumul 07	2005	Cumul 06	Cumul 07	Total
SONU	36 32	37 38	40 41	12 10	27 25	34 22	73% 68%
CPN-CPoN	44 27	46 29	49 29	02 7	16 17	20 17	35% 62%
HAC	78 59	78 67	84 70	23 15	56 44	58 48	72% 62%
PF	26 27	26 29	32 29	02 02	08 07	08 07	31% 25%
TAG	78 69	78 79	84 81	00 00	00 00	02 02	2,5% 2,8%
TOTAL	262 214	265 242	271 250	39 34	107 93	112 97	40% 38%

2. Capacité de planification opérationnelle des Délégations provinciales de la santé en matière de santé maternelle en milieu rural renforcée	2.1 Évaluation de la préparation et exécution du plan d'action par l'équipe locale	faite	faite	En cours
	2.2 Budgétisation des activités			
	2.3 Exécution du budget			

Programme/Budget 2006 (en dirhams)

Groupe de dépenses	PNI	PF	PSGA	IST/SIDA	Educ.Sa nit	F.C
Produits énergétiques	3600	2800	2800	2800	2600	6000
Fournitures de bureaux	10000	10000	5000	20000	3000	
Médicaments	-	224521	37281	21779		-
Consommables médicaux(fongibles)	-	-	370	-		-

3. Programmes des activités d'Information, d'Education et de la Communication (IEC) en matière de santé maternelle en milieu rural renforcés	3.1 Nombre de séances réalisées dans les plans d'action Objectif : fin du projet 100% de réalisation	471	691	
	3.2 Augmentation de la proportion des femmes qui ont reçu une séance d'IEC dans le domaine de la santé maternelle (N bénéficiaires sont les FMAR) Objectif : fin du projet, Sefrou : 10% d'augmentation Ifrane : 20% d'augmentation	10%	16%	14%

4. Renforcement de la stratégie du service mobile en matière de santé maternelle en milieu rural dans les zones pilotes	4.1 Taux de réalisation des activités de l'EM. Nombre de passage de l'EM prévu dans les plans d'actions. Objectif : 100 %	2 sorties	2 Passages	2 ^{eme} passage en cours
	4.2 Proportion des femmes enceintes ayant bénéficiées de la CPN lors de l'EM. Objectif : 100 %		50 %	1 ^{er} passage en cours
			1 passage	29 %*
				23%*

*Octroi du véhicule: avril 2006

*100%des femmes enceinte qui se présentent

LES POINTS FORTS:

- ❖ La structuration de la formation continue.
- ❖ Élaboration et diffusion du modèle type de FC avec CV des nouvelles S.F.
- ❖ Soutien clinique (Implication des M.A. dans la pratique des normes de la qualité obstétricale).
- ❖ Instauration d'un suivi/évaluation des sages femmes ayant reçu une formation (SOU ,Recyclage,PF,CPN, CPoN.....)
- ❖ Structuration des activités d'IEC (élaboration des différents supports informationnels d'IEC :messages éducatifs standards,fiche journalière,rapport mensuel
- ❖ implantation du système « classe des mères » aux niveaux de la maternité et 3 M.A. périphériques
- ❖ Instauration du système « main à la main ».
- ❖ Création d'un espace FC au niveau de la maternité avec bibliothèque et guides d'obstétrique.

❖ Réduction des incidents critiques par l'implication des sages femmes des M.A dans les staff organisés à la maternité

❖ Autoévaluation des sages femmes

❖ Disponibilité d'un moyen de mobilité et du matériel propre à l'E.M.

❖ Standardisation des activités de l'équipe mobile et de la supervision

❖ Implication de l'IFCS dans l'adoption du modèle type de F.C.

CONTRAINTES ET LIMITES:

❖ Insuffisance et Instabilité du personnel (mutation, congé de maternité, départ en retraite, grève du personnel)

❖ Absence des moyens d'évacuation et de communication pour certaines MA

❖ Irrégularité de la supervision par manque de véhicules.

PERSPECTIVES D'AVENIR

❖ Assurer la pérennité des activités développés pendant le projet (staffs à la maternité avec la participation des sages femmes des maisons d'accouchement périphériques, soutien clinique, FC, EM.,IEC.....).

❖ Evaluer l'impact du projet sur la santé maternelle et infantile(enquête).

❖ Impliquer les communes et les autorités locales dans la prise en charge de la santé des citoyens (Sensibilisation, carburant, ...).

❖ Maintenir les réunions de coordination inter provinces pilotes.

❖ Assurer le suivi des activités du projet par l'équipe de la « JICA » et la DP.

❖ Impliquer la région à contribuer à la réussite du modèle type de la formation continue(Formation régionale HAC, SONU).

CONCLUSION

Le projet technique d'amélioration des soins de santé maternelle a permis aux deux provinces pilotes d'adopter une démarche scientifique et logique dans la mise en œuvre des principales activités du projet,un ensemble d'outil de travail a été identifié par les équipes chargées de la mise en application des composantes du projet .

L'avènement du projet JICA et l'instauration de l'approche formation continue dans sa nouvelle formule ont permis le renforcement des compétences des professionnels de santé et la consolidation des acquis.

La diffusion et la pérennisation des actions entreprises par le projet est conditionnée par la mobilisation des professionnels de santé des provinces concernées et l'appui du service central .

ARIGATO GOSAIMASS



MERCI DE VOTRE ATTENTION

- ❖ Payement des accouchements au niveau de la maternité.
- ❖ Construction des maisons d'accouchement dans les zones limitrophes avec la province.
- ❖ Garde non effective au niveau du SOUC et même au niveau de certains SOUB.(insuffisance et instabilité du personnel)
- ❖ Absence de moyens de transfert et de communication au niveau de certains SOUB.
- ❖ Rupture de stock de Nepressol.
- ❖ Non implication de la commune et des autorités locales dans la prise en charge de la santé de ses citoyens.