

ブルンジ国
母子保健向上を目的とする
医療施設能力強化プロジェクト
事前評価調査・実施協議報告書

平成20年10月
(2008年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

序 文

ブルンジ国では、1993年から10年以上続いた内戦により、保健医療施設の疲弊が進み、これらの施設で提供される保健医療サービスの質も劣悪な状況が続いています。このため、妊産婦死亡率、乳幼児死亡率、予防接種率などの保健指標は、近隣諸国平均に比して大きく遅れをとっており、早急な対応が求められています。

このような状況の中、ブルンジ政府は、2015年までに妊産婦死亡率及び乳児死亡率の削減、保健医療サービスへのアクセスとサービスの質的向上を優先課題とし、2006年6月には「公的医療保健施設及び類似施設における5歳未満児の医療費及び分娩費助成に関する政令」を施行し、妊産婦と乳幼児のケアの助成を進めてきました。

このようななか、我が国政府は無償資金協力「ブジュンブラ市内医療設備整備計画」による支援を検討し、併せてJICAは、上記の課題に取り組むための技術協力プロジェクトの実施可能性を調査するため、2008年5月中旬から6月上旬にかけて事前評価調査団を、また2008年10月初旬に実施協議調査団を派遣しました。これらにより、患者中心の保健医療サービスを提供するための基礎となる保健医療施設の運営能力強化を中心とした支援の枠組みについてブルンジ側と合意に至り、討議議事録（R/D）の締結を行いました。プロジェクトは2008年度内に開始する予定です。

ここに、本調査にご協力を賜りました関係各位に対しまして、深甚なる謝意を表しますとともに、今後のプロジェクトの実施に向けて、一層のご協力をお願い申し上げます。

平成20年10月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 西脇 英隆

目 次

序 文
略語表
地 図
写 真

事業事前評価表	i
第1章 事前評価調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団員構成	2
1-3 調査日程	3
1-4 主要面談者	4
第2章 調査結果総括（団長／総括）	6
2-1 目標設定の具体性と合意	6
2-2 患者中心のケアを母子保健分野で実現	6
2-3 取り組むべき課題と主なプロジェクト活動	6
2-3-1 「諦観」「シニシズム」の排除	6
2-3-2 5-S運動による業務環境改善	7
2-3-3 管理職のリーダーシップ育成	7
2-3-4 予防的機材維持管理は5-Sを基盤として推進	8
2-4 プロジェクトデザインに関する総合的評価	8
2-4-1 最も重要なアクターとしての看護職	8
2-4-2 デザインの妥当性とそれを生かす投入規模の必要性	9
2-4-3 おおむね評価に耐えうる効率性と有効性	9
2-4-4 測定しやすいインパクト、政策が鍵となる自立発展性（Sustainability）	9
2-4-5 ブ国側を中心とした後継案件の検討	9
第3章 技術協力プロジェクトの方法と考慮事項（保健システム1団員）	10
3-1 プロジェクト形成方法	10
3-2 プロジェクト拠点とプロジェクトサイト	10
3-3 リプロダクティブヘルス関連の政策	10
3-4 アフリカ仏語圏における域内協力	11
3-5 ブ国初の技術協力	11
第4章 技術協力プロジェクト実施の背景	12
4-1 ブ国母子保健分野の現状と課題	12
4-1-1 現 状	12

4-1-2	課 題	13
4-2	ブ国母子保健行政の現状及び政策	14
4-2-1	現 状	14
4-2-2	政 策	17
4-3	国際機関、他ドナーによる母子保健分野の技術協力	21
4-3-1	UN（国際連合）機関	21
4-3-2	二国間ドナーなど	23
4-4	我が国の援助政策と本件技術協力プロジェクトとの関連	24
4-4-1	二国間政策協議	24
4-4-2	ブ国復興支援プロジェクト形成調査	24
4-4-3	PRC病院医療機材改善計画短期専門家派遣	24
4-4-4	無償資金協力ブジュンブラ市医療設備整備計画	24
4-4-5	医療施設運営能力強化プロジェクトに係るワークショップの実施	25
4-5	プロジェクト実施機関の概要（PRC病院、保健センター）	25
4-5-1	ブジュンブラ都市部州の人口と医療保健施設	25
4-5-2	PRC病院	26
4-5-3	保健センター	28
4-5-4	母子保健サービスを提供する上での施設の課題	30
第5章	技術協力プロジェクトの基本設計	32
5-1	基本方針	32
5-2	プロジェクトコンセプトと運営管理体制	33
5-3	プロジェクトの目標	34
5-4	期待される成果と活動	35
5-5	投入計画	37
5-5-1	日本側投入	37
5-5-2	ブ国側投入	37
5-6	外部条件	38
5-7	期間中に実施される事業評価調査と実施の時期	38
第6章	プロジェクトの事前評価	39
6-1	妥当性	39
6-2	有効性	40
6-3	効率性	41
6-4	インパクト	42
6-5	自立発展性	42
6-6	その他の留意点	43
6-6-1	非対象施設での研修実施に係る留意事項	43
6-6-2	各目標の達成指標の再検討	44
6-6-3	5-S手法導入における留意事項	44

6-6-4	技術の普及、長期的目標達成のためのモデル展開戦略の検討	44
第7章	実施協議	45
7-1	協議の概略	45
7-2	協議出席者	48
付属資料		
1.	保健・エイズ対策省の組織図	51
2.	フランス・レジャン・シャルル病院の組織図	53
3.	保健センターの情報（人材・サービス内容と実績）	55
4.	公的医療保健施設及び類似施設における 5歳未満児の医療費及び分娩費助成に関する政令	61
5.	「PNDS実施のための保健活動基準」の保健センター基準（抄訳和文）	67
6.	プロジェクトデザインマトリックス（PDM）-version 0	69
7.	収集資料・参考資料一覧	73
8.	署名ミニッツ文書（英文・仏文）	75
9.	署名討議議事録（R/D）（英文・仏文）	107

略 語 表

略 語	英語／仏語	日本語
AAKCP	Asia and Africa Knowledge Creation Program	アジア・アフリカ知識共創プログラム
ABUBEF	Asociation Burundaise pour le Bien-Etre Familial	ブルンジ家族福祉協会
BDS	Bureau du District Sanitaire	地区保健事務所
BF	Burundi Franc	ブルンジフラン（通貨単位）
BPS	Bureau Provincial de Santé	保健省州保健事務所
BTC	Belgian Technical Cooperation (Cooperation Technique Belge)	ベルギー技術協力公社
CHUK	Le Centre Hôpitalo-Universitaire de Kamenge	カメンゲ中央大学病院
CPAP	Country Program Action Plan	（ユニセフの）国別支援活動計画
CQI	Continuous Quality Improvement	継続的な業務環境と質の改善活動
EmOC	Emergency Obstetric Care	緊急産科ケア
ENDSS	Ecole National de Développement Sanitaire et Social	国立社会保健開発学校
GNI	Gross National Income	国民総所得
HDI	Human Development Index	人間開発指数
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus／Acquired Immune Deficiency Syndrome	人免疫不全ウイルス／後天性免疫不全症候群
HPLR（PLR）	L'Hôpital Prince Louis Rwagasore	フランス・ルイ・ルワガソレ病院
HPRC（PRC）	Hôpital Prince Régent Charles	フランス・レジヤン・シャルル病院
ICU	Intensive Care Unit	（病院の）集中治療室
IPPF	International Planned Parenthood Federation	国際家族計画連盟
IPPTE	Initiative Pays Pauvres Très Endettés	重債務貧困国
ISO	International Organization for Standardization	国際標準化機構
JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau	ドイツ開発銀行
MCH	Maternal and Child Health program	母子保健プログラム
MII	Moustiquaire Impregné d'Insecticides	マラリア対策の薬品処理をした蚊帳
MSP	Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le SIDA	保健・エイズ対策省
NGO	Non Governmental Organization	非政府組織

NIPH	National Institute Public Health	国立公衆衛生院
PDM (SPP)	Project Design Matrix (Schéma de planification du projet)	プロジェクトデザインマトリックス
PMA	Paquet Minimum d'Activités	最低限必要な活動のパッケージ
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire 2006-2010	保健開発計画2006-2010
PNS	Politique National de Santé 2005-2015	国家保健政策2005-2015
P/R (M/M)	Procès Verbaux de la Réunion (Minutes of Meetings)	協議議事録
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper	貧困削減戦略ペーパー
R/D	Record of Discussions (Proces-Verbal des Discussions)	討議議事録
RH	Reproductive Health	リプロダクティブヘルス
SC	Steering Committee	運営委員会
TQM	Total Quality Management	総合的品質管理
UNDP	United Nations Development Program	国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNHCR	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees	国連難民高等弁務官事務所
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
WHO (OMS)	World Health Organization (Organisation Mondiale de la Santé)	世界保健機構
WIT	Work Improvement Team	業務環境改善チーム
5-S	Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu, Shitsuke (Sort, Set, Shine, Standardize, Sustain)	整理, 整頓, 清掃, 清潔, しつけ, を 通じた業務環境改善手法の名称

ブルンジ共和国 全図



出所：United Nations Cartographic Section, 2004年9月

ブジュンブラ市図





保健・エイズ対策省外観



保健・エイズ対策省官房長官と半田団長



混雑するフランス・レジャン・シャルル病院受付



フランス・レジャン・シャルル病院長との協議



フランス・レジャン・シャルル病院研修生



フランス・レジャン・シャルル病院新生児室



フランス・レジャン・シャルル病院
敷地内のゴミ捨て場。無造作に放置されている



フランス・レジャン・シャルル病院
中庭に広げられた洗濯物



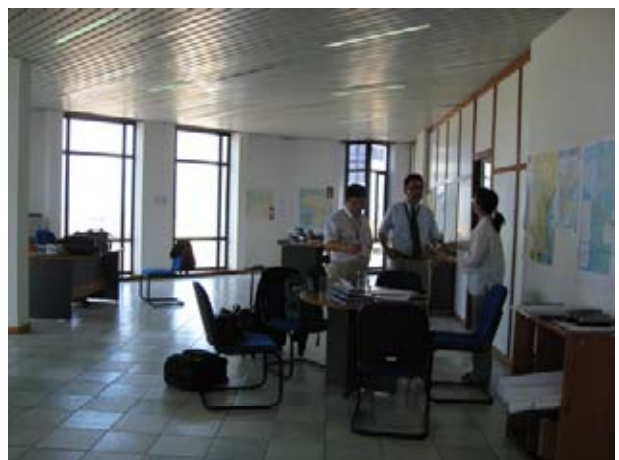
ブウィザジャベ保健センター待合室



ブウィザジャベ保健センターラボ。
グローバルファンドにより供与された
顕微鏡が使われている



関係者を集めてワークショップ。
プロジェクトの枠組みについて議論



JICAブルンジフィールドオフィス

事業事前評価表

<p>1. 案件名</p> <p>和文名称：母子保健向上を目的とする医療施設能力強化プロジェクト 英文名称：The Project for Strengthening Capacities of Prince Régent Charles Hospital and Public Health Centers in Bujumbura City for Improvement of Mother and Child Health 仏文名称：Le Projet de Renforcement des Capacités de l’Hôpital Prince Régent Charles et les Centres de Santé Publics en Mairie de Bujumbura en vue de l’Amélioration de la Santé Maternelle et Infantile</p>
<p>2. 協力概要</p> <p>(1) プロジェクト目標とアウトプット（成果）を中心とした概要の記述</p> <p>ブルンジ国（以下、「ブ国」と記す）は、1993年から10年以上続いた内戦により、保健医療施設の疲弊が進み、これらの施設で提供されるサービスの質も劣悪な状況が続いている。このような状況の中、ブ国政府は2015年までに妊産婦死亡率の75%削減、乳児死亡率の5%削減、保健医療サービスへのアクセスと質の改善を図ることを優先課題としている。</p> <p>本プロジェクトは、ブジュンブラ都市部のトップリファラル病院の一つであるプランス・レジャン・シャルル（以下、「PRC」）病院の主に産婦人科と、地域の保健センター9カ所において患者中心の妊産婦・新生児ケアを実践することにより、上記課題の解決に貢献することを目的としている。しかし、ブ国保健セクターにおける人的・財政的リソースは限られており、また、これらの施設におけるマネジメント能力も著しく低いことから、比較的 low costかつ容易に実践できる保健医療現場の業務環境改善から取り組む。業務環境改善は、医療サービス改善の基本でもある。この手段として、「整理・整頓・清潔・清掃・しつけ」に取り組む5-S・総合的品質管理（以下、「5-S/TQM」）活動を導入する。5-S/TQM活動を組織的に実践する過程で、現場のスタッフは、労働負荷の軽減や効率性改善を体感し、それをきっかけに担当サービスの向上に向けて行動するようになり、業務環境改善が図られる。</p> <p>医療現場における5-S/TQM活動を通じた業務環境改善により業務内容改善（KAIZEN）・サービスの質の改善がもたらされることは、スリランカのキャッスルストリート病院における自発的な取り組みにおいて実証されている。この成功例をJICAの専門員が「アジア・アフリカ知識共創プログラム（きれいな病院）」（アフリカ8カ国対象）に取り入れ、同様の成果が出つつある。</p> <p>本プロジェクトの具体的な活動として、まず対象施設の管理職のリーダーシップ強化を行う。この強化されたリーダーシップのもとで、現場スタッフの5-S/TQM活動が推進され、業務環境改善（機材の予防メンテナンスの継続的实施を含む）と効率化が図られる。業務の効率化によって余裕が生じたスタッフの間では、患者のニーズに対応した医療サービスの提供に向けて行動するようになる。本プロジェクトのアプローチを通じた成果は、保健・エイズ対策省による病院管理に係る方針にフィードバックし、5-S/TQM活動を通じた業務環境改善の広域普及をめざす。さらに、施設間の情報交換を通して横の関係を強化し、中期的に取り組むべきリファラル・カウンターリファラルシステム整備のための足がかりを構築する。</p>

期間中には、業務環境改善に関連する3つの成果（①対象保健施設における管理職員のリーダーシップの強化、②現場スタッフの5-S/TQM活動による妊産婦・新生児ケアに係る業務環境改善、③産科及び機材ユニット職員全員参加による機材の予防メンテナンスの継続的实施）に加え、これらが日常の医療サービスの改善に関連づけられるよう、医療技術面にかかわる成果（④看護スタッフを対象とした妊産婦・新生児ケアにかかわる技術・知識の強化）にも取り組む。これら4つの成果を通して「対象保健施設のより良い運営管理のもとで患者中心の妊産婦・新生児ケアが実践される」（プロジェクト目標）ことをめざす。

なお、2010年度末頃には無償資金協力「ブジュンブラ市内医療設備整備計画」にてPRC病院を含む市内3病院及び9カ所の保健センターに医療機材の投入が行われる予定であり、同計画との相乗効果の発現もめざす。

- (2) 協力期間 2009年1月～2012年1月（3年、予定）
- (3) 協力総額（日本側） 約2億5,000万円（暫定）
- (4) 協力相手先機関 保健・エイズ対策省・公衆衛生総局及び資源管理総局
PRC病院、州保健局、市保健局
9カ所の保健センター
- (5) 日本側協力機関 国立国際医療センター（運営指導調査への協力等）
- (6) 裨益対象者及び規模など

1) ターゲットグループ

日本政府は、TICAD IVの横浜行動計画の中で、アフリカにおけるMDGs達成を促進するため、保健分野では、①10万人の保健医療人材に研修を提供すること、②1,000カ所の病院及び保健センターの改善、を今後5年間にとる計画として示した。本案件は、以下の人材及び施設を直接・間接のターゲットとしており、右計画に貢献することを見込んでいる。

	直接的ターゲット	間接的ターゲット
保健医療人材	PRC病院の職員537人 9保健センターの職員232人	カメンゲ中央大学病院及びプラン ス・ルイ・ルワガソレ病院の職員 903人
病院及び保健 センター	PRC病院 9保健センター	カメンゲ中央大学病院 プランス・ルイ・ルワガソレ病院

2) 裨益者

- a. 直接裨益者：PRC病院と保健センターの利用者（2008年5月統計で、PRC病院及び保健センターの分娩件数は年間計5,797件、市内の妊産婦数は2万5,963人）。
- b. 長期的裨益者：PRC病院と保健センターのキャッチメントエリアに居住する妊産婦・乳幼児（2008年5月統計で、出産可能人口は11万5,211人）。

3. 協力の必要性・位置づけ

3-1 現状及び問題点

(1) 統計から見た母子保健の実態

ブ国の保健状況は、WHOアフリカ地域の平均値を良い方向に上回る指標は一つとしてなく、保健人材の少なさと保健支出の小ささが際立つ。乳幼児や新生児の死亡率は依然と

して高く、かつ出生率はアフリカ地域平均を上回っていることから、母子保健の重要性は今後も続くと予想される。

表1 母子保健基礎指標

項目	母数	ブルンジ	アフリカ諸国平均	統計年
乳幼児死亡率	1,000人当たり	114	99	2005
新生児死亡率	1,000人当たり	41	40	2004
5歳未満児死亡率	1,000人当たり	190	167	2004
妊産婦死亡率	10万人当たり	1,000	910	2000

注：* 乳幼児死亡率（1,000出生当たり）は、出生から1歳になるまでの間の死亡率

** 新生児死亡率（1,000出生当たり）は、出生から28日までの間の死亡率

出所：World Health Report 2007, WHO

表2 医療専門職人材数

専門職名	ブルンジ国内（人）	国内1,000人当たり（%）	アフリカ諸国平均1,000人当たり（%）	統計年
医師	200	0.03	0.21	2004
看護師	1,337	0.19	0.93	2004
助産師	11	0.00	N.A.	2004

出所：World Health Report 2007, WHO

(2) 妊産婦ケア提供機会の不足、リファラルシステムの未整備

安全なお産を妨げる原因として、ブ国の長期保健計画である「国家保健政策2005-2015」では次のように述べている。

- 1) 出生率（6.5%）の高さや専門医療スタッフの介助による出産のケース割合が非常に低いことなどが高い妊産婦死亡率につながっている。
- 2) 妊産婦・新生児死亡の直接原因として、出血、感染症、危険な中絶処置、難産、高血圧などがあり、間接的な原因としては産科のサービスの質が低いこと、患者のリファラル・カウンターリファラルシステムが存在していないことなどがある。

また、本件調査の結果により、ブ国における母子保健の問題の背景として以下のような問題が明らかとなった。

- ①施設・機材・人材の慢性的不足によるケアの量・質が不足している。
- ②患者のニーズに応じた患者リファラル・カウンターリファラルシステムが未整備である。
- ③産科ケアを提供する施設の総合的なケア環境が十分に整備されていない。
- ④医療機材の故障や誤った使用を防ぐための、予防的機材維持管理の技術・知識が不足している。
- ⑤安心・安全なお産を行うための、看護師・助産師のケア知識・意識が不十分である、など。

3-2 相手国政府国家政策上の位置づけ

(1) 「国家保健政策2005-2015」(PNS)

2015年のミレニアム開発目標達成を念頭に策定された保健分野の国家上位計画。母子保健に係る事項としては、妊産婦死亡率を半減させる、5歳未満児死亡率を半減させる、低体重新生児を3分の1に低減させる、感染症の罹患率・死亡率を半減させる、などを2015年の達成目標としており、保健サービスへのアクセスの向上、保健システムの法整備などをめざしている。

(2) 「国家保健開発計画2006-2010」(PNDS) (「保健セクター5カ年計画」)

上記「国家保健政策2005-2015」の実施計画で、5カ年の目標、予算、活動計画、評価計画等を示した具体的戦略書である。母子保健に係る事項として、妊産婦死亡率と新生児死亡率の低減、妊娠・出産に係る罹患率の低減、ワクチン接種カバー率の維持、栄養不全率の25%低下などをめざしている。

(3) 5歳未満児の医療費及び分娩費助成に関する政令(政令2006年6月、省令同年9月発布)

公的保健医療施設における、5歳未満乳幼児と妊産婦の医療費の国の助成を定めた法令である。これにより5歳未満児は検診やワクチン接種を含む基本的な医療費が助成され、妊産婦は出産経費、産前・産後ケアにかかる経費が助成される(健康保険に無加入の者は100%、公務員共済、その他の社会保険に加入しているものは、その内容に応じた率)。

3-3 我が国援助政策との関連、「JICA国別事業実施計画」上の位置づけ

(1) 対ブ国協力政策

日本は対ブ国協力政策の重点分野を「平和の定着」「基礎生活環境の改善」とし、JICA対ブ国支援方針では本プロジェクトを「基礎生活環境改善」課題、「保健行政・母子保健プログラム」に位置づけている。先般のTICAD IVではアフリカ諸国の母子保健改善を優先課題とすることが合意され、我が国は今後も同分野への政策支援、開発事業協力を積極的に進めることを表明した。

(2) 過去の協力リソースの活用

PRC病院には無償資金協力による機材供与の実績があり(1992年、3億9,000万円)、2006~2008年度に実施された「PRC病院医療機材改善計画」では個別専門家により機材保守管理に係る技術指導が行われた。本プロジェクトでPRC病院を対象とすることで過去の協力の知見・技術・機材などのリソースを活用することができ効果的な支援を行うことができる。

4. 協力の枠組み

4-1 基本設計

対象保健施設において、まず管理職のリーダーシップ醸成を行い、続いて5-S/TQM活動による業務環境改善の意識向上と業務の効率化を図り、これらの成果を保健・エイズ対策省に配置したチーフアドバイザーを通じて政策にフィードバック(標準化、セミナー開催、広報活動等を通じて)する。さらに、施設間で5-S/TQM活動に関する情報交換を促すことにより関係を強化し、中長期的に取り組むべきリファラル体制整備のための足がかりを構築する。

なお、本プロジェクトの成果は、チーフアドバイザーを保健・エイズ対策省に配置すること

で早期の全国普及を図るとともに、管理職のリーダーシップ醸成、5-S/TQM活動による業務環境改善の意識向上と業務の効率化に係る活動については、可能な限り他州からの参加（州行政官、病院長、センター長など）を促進する。

(1) 協力の目標（アウトカム）

1) 協力終了時の達成目標（プロジェクト目標）と指標・目標値

「対象保健施設のより良い運営管理のもとで、患者中心の妊産婦・新生児ケアが実践される」

<指標>

- a) (カーテン設置など) 妊婦の安心・プライバシーを確保した分娩室を備えた対象施設数（プロジェクト開始後12ヶ月以内）
- b) 対象施設で出産した妊産婦のうち、「分娩中に看護スタッフから十分・適切にケアを受けた」と回答した妊産婦の増加率%

2) 協力終了後に達成が期待される中期的目標（上位目標）

「PRC病院と対象保健センターにおいて妊産婦・新生児ケアの質が改善する」
(終了後2年目、2013年)

<指標> [対象病院・保健センターにおいて]

- a) 根拠に基づく正常分娩ケアができる
- b) 正常出産と異常出産の判別ができる
- c) 新生児の基礎的なケアができる

3) 長期的目標（スーパーゴール）

①スーパーゴール(3)（終了後5年目、2015年）

「ブジュンブラ市の保健施設において、産科・新生児ケアの質が向上する」

<指標> [市内の全病院・保健センターにおいて]

- a) 会陰切開率%が下がる
- b) 正常出産と異常出産の判別ができる
- c) 新生児の基礎的なケアができる

②スーパーゴール(2)（終了後7年目、2017年）

「ブジュンブラ市において、妊産婦・新生児ケアに関する患者リファラルシステムが機能する」

<指標>

- a) リファラル年次報告が、保健局により適宜活用され、分析される
- b) 保健センターから上位病院へのリファラル率がX%となる（リファーされた患者／すべての外来患者数）

注：プロジェクト開始後半年以内に目標値を設定する予定。

③スーパーゴール(1)（終了後15年目、2025年）

「ブジュンブラ州の保健施設における、妊産婦・新生児ケアの質とアクセシビリティが向上する」

<指標>

- a) 州（都市部・地方農村部）における10万人当たり妊産婦死亡者率が300以下となる

※当初要請書にあった「母子保健サービスの質の向上」及び「リファラルシステムの構築」に至るまでのプロセスを明らかにし、3段階のスーパーゴールの二つに整理された。

(2) 成果（アウトプット）と活動

1) 成果1 「対象保健施設において、トップ管理職（院長、センター長）・中間管理職員（診療科長、看護婦長など）のリーダーシップが育成される」

<指標>

- 1-a) 5-Sコミッティが各施設に設置される
- 1-b) 施設内における80%以上の部門に5-S実施活動チームが設置される
- 1-c) 全診療科の全室に品質管理ポリシーが掲示される
- 1-d) 病院・保健センター間で3ヶ月ごとのケースカンファレンスが行われる

<活動>

- 1.1 対象施設における各管理職の業務内容、業務実績を確認する
- 1.2 リーダーシップ研修（TQM研修、5-S研修）を行う（巡回型国内研修）
- 1.3 5-Sコミッティを構成する
- 1.4 各施設において研修技術の実践状況をモニターする
- 1.5 病院・保健センター間の情報交換が行われる（リファラルケースなどについて）

2) 成果2 「各施設長のリーダーシップにより、現場スタッフの5-S活動をとおして、妊産婦・新生児ケアの業務環境が改善される」

<指標>

- 2-a) 以下の5-S活動の実施（モニタリング記録）
 - 1) 妊産婦・新生児ケア現場における、廃棄物分別・収集・リサイクル処理の実施
 - 2) 物品のカラーコーディングの実施
 - 3) 産科待合室への待合椅子（ベンチ）の設置
 - 4) 産科待合室における患者の待ち時間の減少
 - 5) 業務従事者のケア行為の意識・態度の変化

<活動>

- 2.1 5-Sのモニタリングシートを用いた業務環境の現状調査を実施する（写真撮影、現場職員への業務環境に関する調査）
- 2.2 5-S研修を実施する（巡回型国内研修）
- 2.3 5-S活動を実施する
- 2.4 各施設において5-S実践状況をモニターする

3) 成果3 「対象保健施設において、機材の予防メンテナンスが、産科及びメンテナンス部の職員の全員参加により、継続的に行われる」

<指標>

- 3-a) 機材使用注意タグが、全機材に添付される（プロジェクト開始後6ヶ月以内）
- 3-b) 全室に全機材を含む予防メンテナンス・シートが掲示され、使用后処理・稼働可能状況が記録・管理されている（1年以内）

<活動>

- 3.1 対象施設の機材・器具の管理状況を調査する
- 3.2 対象施設の関係職員を対象として予防的機材維持管理指導・研修を行う（巡回

型国内研修、国外研修)

- 3.3 機器使用注意タグを作成し、機材に貼付する
- 3.4 機材維持管理マニュアル、チェックシートを更新する
- 3.5 機材購入・部品調達方法を調査し、取引先一覧を含む機材部品調達手順書を作成する
- 3.6 各施設において、機材維持管理状況をモニターする

4) 成果4 「看護スタッフの、妊産婦・新生児ケアにかかわる技術・知識が強化される」

<指標>

- 4-a) 技術研修の理解・実践状況 (ポストテスト)

<活動>

- 4.1 妊産婦に満足度調査を実施する (ベースライン)
- 4.2 対象施設の看護師・助産師に技術研修を実施する (巡回型国内研修、国外研修)
- 4.3 産科ケア状況をモニターする
- 4.4 対象施設を利用する妊産婦への満足度調査を含む、活動のインパクト調査を実施する

4-2 投入 (インプット)

4-2-1 日本側

- (1) 日本人専門家
 - 1) チーフアドバイザー／病院運営管理
 - 2) 5-S/総合的品質管理 (TQM)
 - 3) 医療機材保守管理
 - 4) 産科・助産
- (2) 本邦・第三国研修実施と経費 (以下分野)
 - 1) 保健医療施設運営管理
 - 2) 母子保健
- (3) 以下プロジェクト活動経費
 - 1) 研修経費
 - 2) 教材等開発経費
 - 3) 広報活動経費
 - 4) 事務所用小規模・小額機材、など

4-2-2 ブルンジ側投入

- (1) 人材 (カウンターパート人員)
 - 1) プロジェクトコーディネーター (保健省大臣がR/Dまでに任命する予定)
 - 2) プロジェクトダイレクター (保健省・公衆衛生総局)
 - 3) ブジュンブラ州保健局、市保健局
 - 4) PRC病院職員
 - 5) 9つの保健センター職員
- (2) 以下経費
 - 1) ブルンジ側各人材の給与 (各組織負担)

<p>2) 合同調整委員会 (JCC)、運営委員会 (SC) 出席のための交通費、など</p> <p>(3) 施設など</p> <p>1) プロジェクト活動に活用される医療施設</p> <p>2) 日本人専門家執務室 (保健省内)</p>
<p>4-3 外部条件 (リスク要因)</p> <p>(1) 成果 (アウトプット) 達成のための外部条件</p> <p>1) 技術研修を受けた職員が、施設の従事者として勤務を継続する。</p> <p>2) プロジェクト活動の従事者の (給料未払いなどを理由とした) 欠勤率が極端に増加しない。</p> <p>3) プロジェクトサイトにおいて、活動を妨げるほどの治安悪化が発生しない。</p> <p>(2) プロジェクト目標達成のための外部条件</p> <p>1) 妊産婦数・乳幼児数が、予測を超えるほどに、極端に増加しない。</p> <p>2) PRC病院、対象保健センターにおける機材維持管理、修理、部品調達の予算現状が悪化しない。</p> <p>(3) 上位目標達成及びスーパーゴール達成のための外部条件</p> <p>1) PRC病院と対象保健センターに適切な人材配置・確保がなされる。</p> <p>2) 政府が5歳未満児ケア・妊産婦医療費助成政策を継続する。</p> <p>3) ブジュンブラ市の保健施設に適切な人材配置・確保がなされる。</p> <p>4) 地方農村部の患者の保健施設への交通手段が確保される。</p>
<p>5. 評価5項目による事業評価分析結果</p> <p>本件の評価は「プロジェクト評価の実践的手法-JICA事業評価ガイドライン」(JICA企画評価部評価管理室編2004年3月)に基づき行われ、以下5項目の観点から検証された。</p>
<p>5-1 妥当性</p> <p>(1) プロジェクトの中長期的目標とブ国開発政策・プログラムとの整合性</p> <p>ブ国政府は、「国家保健政策2005-2015」、「保健開発国家計画2006-2010」、「5歳未満児の医療費及び分娩費助成に関する政令」を施行し、妊産婦と乳幼児ケアの質的向上、アクセスの拡充を推進している。本プロジェクトは、対象施設の業務環境改善をとおして患者中心のケアを実現し、長期的に全ブジュンブラ州において出産と新生児ケアサービスの質とアクセスの向上をめざすものであり、ブ国政府の政策・プログラムを支援するものである。</p> <p>(2) 我が国援助政策との関連・「JICA国別事業実施計画」上の位置づけ</p> <p>プロジェクトはJICAの対ブ国支援方針の「保健行政・母子保健プログラム」に位置づけられる。JICAはこれまでPRC病院に対し無償資金協力による機材供与、「PRC病院医療機材改善計画」(個別専門家派遣)による技術指導の協力実績を持つ。また、2011年2月頃には無償資金協力「ブジュンブラ市内医療設備整備計画」により関連機材が供与される予定である。本プロジェクトでは、これらの協力(の成果)との相乗効果の発現をめざすものである。</p>

(3) 裨益者ニーズに応じた効果的なプロジェクトアプローチの特定

本プロジェクトでは、PRC病院と地域保健センター9カ所を主要アクターとして対象施設の業務環境改善、予防的機材維持管理の技術の育成、安全なお産のための看護師・助産師の知識と意識の改善に取り組むとともに、リファラルシステム整備をめざした準備的活動を行う。(サービスの質改善、リファラルシステム構築は上位目標、スーパーゴールとして設定。)活動は医療現場に直接アプローチし、妊産婦のニーズを優先した患者中心のケアの実現を図るもので、3年という短期で成果が期待できる効果的戦略と考えられる。

5-2 有効性

(1) 設定されたプロジェクト目標・成果と指標の適切性

本プロジェクトでは、保健医療サービスの品質管理をめざす第一段階として5-S手法を活用した業務環境改善を行い、3年後には「対象保健施設のより良い運営管理のもとで患者中心の妊産婦・新生児ケアが実践される」ことをめざす。目標達成のために、①管理職のリーダーシップ能力育成、②5-S活動による業務環境の改善、③機材・器具の予防的維持管理能力の育成、④妊産婦ケア従事者の能力育成、の4つの成果を図るとともに各成果の相乗効果を期待する。

(2) 選定された支援対象施設及びターゲットグループの適切性

保健センターは産前・産後ケアを提供する施設であり、PRC病院は保健センターのリファラ先として、センターでは対応困難な異常出産や合併症治療を行っており、産科ケア提供者として両者は相互補完的な関係にある。このことから、PRC病院と保健センターをターゲットすることで、効果的な成果が期待できる。

5-3 効率性

(1) 予定されている活動・実施期間・投入の適切性

成果・活動は、投入規模(日本側予算約2億5,000万円、協力期間3年)に照らし、適切なデザインと考えられる。人材については、活動に応じた派遣専門家の分野が選定され、ブ国側から運営管理人材案が出された。

(2) 他事業との効果的な連携・相互補完性

無償資金協力「ブジュンブラ市内医療設備整備計画」に係る基本設計調査が現在進められており、承認されれば市内3病院及び9カ所の保健センターへの医療機材の投入が行われる(2011年2月を予定)。ベルギー技術協力公社は施設改修・建設支援を予定しており、右無償資金協力事業と同時期に完工される予定である。本プロジェクトがソフトウェア側面への支援であるのに対し、これら2事業はハードウェア側面への支援であり、相互補完的な支援と言える。また、本プロジェクトが上記2事業に先行して行われることで、新規施設・機材導入の際に、より適切な対応を行うことが期待できる。

5-4 インパクト

(1) 上位目標と設定指標の適切性、スーパーゴールへの論理性

終了2年後の中期的目標(上位目標)「PRC病院と対象保健センターにおいて妊産婦・新生児ケアの質が改善する」は、本プロジェクトにより達成される業務環境改善、医療従事者の意識改革を基盤として、より専門的な知識・技術の向上をめざすものである。上位

目標達成後には、ブジュンブラ市の他病院・保健センターへのプロジェクト成果の活用やリファラルシステムの構築を期待し、長期的にはブジュンブラ州全域の妊産婦・乳幼児ケアの質とアクセス向上をめざすもので、上位目標及びスーパーゴール達成のプロセスが、段階的・論理的に示された。

(2) 期待されるプロジェクトの波及効果

長期的なスーパーゴール達成に向けて、産科・新生児科の職員が中心的なアクターとして活躍することとなるが、成果がもたらされ業務環境の改善がなされれば、他科へのポジティブな影響（産科以外でも、5-S手法を取り入れ、業務環境改善に取り組みたいと希望すること）が期待できる。

5-5 自立発展性

(1) 政策（戦略・財政）・制度的側面からの持続可能性

5-1 妥当性で述べたとおり、産科・新生児ケアの改善は、ブ国の国家上位計画及びセクター戦略と合致するもので、同国は今後も同政策を進める意向があるため、政策面からの持続性は十分に期待できる。

(2) ターゲットグループの組織・財政的側面からみた持続可能性

5歳未満児・妊産婦医療助成政令施行は、サービス量の拡大に一定の効果をもたらしている一方で、サービス希望者の全面的受け入れ義務を持つPRC病院や保健センター等の公的施設では患者数が急増している。また、同政令施行による政府の診療報酬支払いに遅延があることが確認されている。こうした現状は機材管理や施設運営の財源確保に影響する可能性があることから、プロジェクト期間中には対象施設の経営状況をモニターし、必要に応じJICAから先方に改善を提言する必要がある。

(3) 技術的側面での持続可能性

プロジェクトの活動が業務環境改善と患者ニーズに基づくケアの提供に効果的・効率的なものとして認識され、かつ管理職員、5-S委員会による定期的スーパービジョン・モニタリングが組織の恒常的体制となれば、対象施設における技術の導入と定着は十分見込まれるであろう。

非対象施設への技術普及について現段階で述べることは難しいが、次のことを留意事項としたい。ブジュンブラ市には3次レベルのカメンゲ中央大学病院と、2次レベルのプランス・ルイ・ルワガソレ病院があり、これらもまた保健センターからのリファラル病院となっている。プロジェクト成果が確認されることを前提として、プロジェクト終了時には、非対象の病院・保健センターが成果を応用できるように、PRC病院が役割を担えるメカニズムの構築を検討する必要がある。検討においては、保健省、州保健局、PRC病院、保健センターの代表者が参加することが望ましい。

6. その他の留意事項

(1) 5-S手法導入における留意事項

管理職へのリーダーシップ研修を進めるにあたり、ブ国の社会文化・社会心理面について十分に配慮し、指導態度・方法に関しPRC病院及び保健センター管理職人材と十分に意見交換を行った上で、ブ国にふさわしい方法について共通理解を築く必要がある。

(2) 技術の普及、長期的目標達成のための、モデル展開戦略の検討

ブ国においては、地方分権化が進められており、今後、州における保健行政や医療施設運営に関する決定権が州政府や州保健局に委譲されていくことになる。このため、本プロジェクトの成果をモデルとして他州に展開するプロセスで困難が生じることも予測される。したがって、プロジェクト後半では、本プロジェクトの成果をどのように他州へ普及するか、保健省、州保健局、PRC病院、保健センターからの代表者を交え意見交換を行い、具体案を検討する必要がある。

7. 過去の類似案件からの教訓の活用 類似案件の有無：あり

(1) JICA事業

5-Sを通じた病院の業務環境改善について、2007年3月から2008年6月まで実施された地域別研修「アジア・アフリカ知識共創プログラム（きれいな病院）」では、フォローアップ事業との効果的な組み合わせにより、アフリカ8カ国（ケニア、ウガンダ、タンザニア、マラウイ、セネガル、マダガスカル、ナイジェリア、エリトリア）を対象に、病院管理に関するアジアの総合品質管理（TQM）の経験を共有し、それぞれの国におけるパイロットプロジェクトを通じたTQMの実践とその普及に向けた戦略計画の策定を行った。これらの国々においては、5-S/CQI/TQM活動からサービスの質の向上へと成果が認められつつあり、本プロジェクトの成果1～3に係る活動において多くの示唆を与えるものである。

2007年2月から2008年4月にかけて、医療機材メンテナンスの専門家をPRC病院に派遣し、1993年に供与した医療機材の調査と故障診断及び修理を行うとともに、病院スタッフに対する医療機材の維持管理システムの構築と5-Sによる業務環境の整備指導を行った。メンテナンスに係るマニュアルはPRC病院スタッフにも活用できる平易な内容となっており、本プロジェクトの成果3に活用できる。

(2) 他ドナー事業

特になし。

8. 今後の事業評価計画

プロジェクト期間中に「プロジェクト評価の実践的手法-JICA事業評価ガイドライン（改訂版）」（2004年3月）に基づき、運営指導（あるいは中間評価）調査と終了時評価が実施される。実施時期は以下を予定する。

(1) 運営指導調査あるいは中間評価調査：プロジェクトの中間期（開始後16～18ヶ月あたり）

(2) 終了時評価調査：プロジェクト終了前6ヶ月以内（開始後30～32ヶ月あたり）

第1章 事前評価調査の概要

1-1 調査団派遣の経緯と目的

ブルンジ国（以下、「ブ国」と記す）では、1993年から10年以上続いた内戦により、国民の基礎的社会サービス（医療、給水など）へのアクセスが深刻な問題となっている。保健医療分野、特に母子保健に関連した保健指標から概観すれば、高い妊産婦死亡率（1,000／出生10万件）、新生児死亡率（41／出生1,000件）、乳幼児死亡率（114／出生1,000件）、5歳未満児死亡率（190／出生1,000件）¹など、ブ国の保健事情が近隣諸国に比し多くの問題を抱えていることがわかる。また、新生児の直接死因は、重度感染症31%、早産20%であり、うち重度感染症は妊娠中、分娩時、分娩直後の何らかの感染症発症によると考えられている。²

このような状況下、ブ国政府は2015年までに妊産婦死亡率を75%、乳児死亡率を5%削減すること、また、保健医療サービスへのアクセスとサービスの質的向上を図ることを優先課題として掲げている。さらに2006年6月には「公的医療保健施設及び類似施設における5歳未満児の医療費及び分娩費助成に関する政令」を施行し、妊産婦と乳幼児のケアの助成を進めてきた。しかしながら、保健医療分野の人的資源の慢性的不足、医療施設・機材の量的不足、予防的機材維持管理技術の不足、保健医療サービス提供の土台となる施設運営管理能力の問題、長期の紛争による生活環境の悪化、保健医療財政難、保健行政の機能不備などの要因により、上記の目標達成は容易ではない。

これらを背景として、ブ国政府はブジュンブラ市内に位置する病院の産科関連機材・設備及び保健センターの基本的機材・設備の整備を目的とした無償資金協力「ブジュンブラ市内医療設備整備計画」を要請するとともに、これらの病院及び保健センターの運営管理能力強化を目的とした技術協力プロジェクトを我が国に要請した。具体的には、フランス・レジャン・シャルル病院〔Hôpital Prince Régent Charles : HPRC（以下、「PRC病院」と記す）〕の運営管理能力及び機材維持管理能力の強化、サービスの質向上、そしてブジュンブラ市内の保健センターとのリファラルシステム構築を目的とするものであった。

本調査団は、以下の作業を通じて同要請内容を踏まえ、ブ国側と協力の枠組みについて合意することを目的として派遣された。

- (1) 先行して実施された上記無償資金協力基本設計調査の結果を確認する。
- (2) 相手国政府の母子保健サービスを含む現行保健政策内容を把握する。
- (3) 支援対象病院及び保健センターにおける母子保健サービスの現状を把握する。
- (4) ベルギー技術協力公社及び他関係ドナーの支援内容を把握する。
- (5) 我が国が協力可能な事項及び投入規模を踏まえ、プロジェクトの枠組みについて相手国関係者とワークショップ、協議を行う。
- (6) プロジェクトの実施・責任体制、両国の負担事項、投入を協議する。

¹ 出所：妊産婦死亡率についてWorld Health Report 2000, WHO、乳幼児死亡率及び5歳未満児死亡率についてWorld Health Report 2004, WHOより。妊産婦死亡率のアフリカ諸国平均は910／出生10万件、新生児死亡率のアフリカ諸国平均100／出生1,000件、5歳未満児死亡率のアフリカ諸国平均167／出生1,000件である。

² 出所：新生児死因統計についてMortality Country Fact Sheet 2006, WHOより。

(7) 上述の協力内容（プロジェクトデザイン）の妥当性を中心とした5項目評価（案）を検討する。

(8) 合意事項を協議議事録（Minutes of Meetings：M/M）に取りまとめ、双方で署名する。

1-2 調査団員構成

氏名	担当	所属・役職
半田 祐二郎	団長／総括	JICA東南部アフリカ地域支援事務所 広域企画調査員（保健医療）
池田 憲昭	保健システム1	国立国際医療センター 国際医療協力局 派遣協力課 専門官
山形 律子	技術協力計画	JICA人間開発部 保健行政・母子保健グループ 保健行政課 職員
秋田 一実	保健システム2	有限会社オフィスアルプ 代表取締役、病院計画コンサルタント
小島 京子	評価分析	インテムコンサルティング株式会社 社会開発部 シニアコンサルタント

1-3 調査日程

月日	曜	総括 半田 祐二郎	技術協力計画 山形 律子	保健システム1 池田 憲昭	保健システム2 秋田 一実	評価分析 小島 京子	
5月14日	水			移動:東京→ブリュッセル			
5月15日	木			ベルギー技術協力公社訪問・意見交換			
5月16日	金			資料整理			
5月17日	土			移動:羽田→関空→			移動;ブリュッセル→ナイロビ
5月18日	日			移動:ドバイ→ナイロビ			書類整理
5月19日	月	JICAケニア事務所訪問・団内打ち合わせ					
5月20日	火	移動:ナイロビ → ブジュンブラ 11:00 外務省表敬(Mr.Philippe) 14:00 保健省表敬(Mr.Cyprien, 資源総局長) 16:00 世界保健機構訪問(Dr.Leo, 保健省アドバイザー) 意見交換					
5月21日	水	8:00 プランス・レジャン・シャルル病院訪問(視察・インタビュー調査) 10:00 プランス・ルイ・ルワガンレ大学病院訪問(視察・インタビュー調査) 14:30 カメンゲ中央大学病院訪問(視察・インタビュー調査) ブジュンブラ・メリー州保健局訪問(インタビュー調査)					
5月22日	木	(無償資金協力「ブジュンブラ市内医療設備整備計画」基本設計調査)			移動:成田16:15 発 → バンコク 20:50着		
5月23日	金	同上			移動:バンコク0:50発 →ナイロビ→ブジュンブラ12:00着		
5月24日	土	資料整理・団内打ち合わせ					
5月25日	日	同上					
5月26日	月	9:00 ユニセフ訪問(Mr.Deo Hanirakiza) 16:00 プルンジ家族福祉協会(ABUBEF) 訪問・ヒアリング(Dr.Donarine)	終日: PDM素案の作成 ワークショップ準備				
5月27日	火	9:00-13:00 プロジェクトデザインワークショップ(出席者:保健省公衆衛生総局、市保健局、フランス・レジャン・シャルル病院、プリンス・ルイ・ルワガンレ大学病院、カメンゲ中央大学病院訪問、JICA事務所、JICA調査団)					
5月28日	水	12:00 国連人口家族計画 訪問・ヒアリング調査				ミニツドキュメント作成	
		16:30 保健省・公衆衛生総局訪問・ミニツドキュメント案の説明・協議					
5月29日	木	9:00 ミニツドキュメント修正・準備					
		14:00 保健省訪問・ミニツド協議					
		17:30 ミニツド署名					
5月30日	金	移動:ブジュンブラ→ナイロビ			9:00 PRC病院視察・インタビュー調査・資料収集		
		JICAケニア事務所訪問・調査結果報告			11:00 州保健局訪問・聞き取り	評価案とりまとめ	
5月31日	土		移動:ナイロビ→ドバイ	調査結果とりまとめ・和文報告書作成			
6月1日	日		移動:ドバイ→関空→羽田	同上			
6月2日	月			9:30 CMC Buyenzi 保健センター視察・インタビュー調査	11:30 Kamenge 中央大学病院視察・インタビュー調査		
				14:00 Kamenge 保健センター視察・インタビュー調査			
6月3日	火			午前 ラップアップミーティング準備			
				15:00 関係者とのラップアップミーティング(於:保健省) (保健省、州保健局、PRC病院)			
6月4日	水			移動:ブジュンブラ 12:10 発→ナイロビ16:15着 和文報告書(案)・事業事前評価表(案)作成			
6月5日	木			10:00 JICAケニア事務所訪問・調査結果報告 移動:ナイロビ17:15発→ドバイ 23:15着			
6月6日	金			移動:ドバイ02:35発→関空 →羽田着20:30着			

※JICA団員は5月14日から23日までは無償資金協力BD調査業務に従事。

1-4 主要面談者

(1) JICAブルンジフィールドオフィス

吉見 千恵	企画調査員
Alfonse Kimararungu	安全対策クラーク

(2) JICA東南部アフリカ地域支援事務所

倉科 芳朗	所長
大嶋 健介	所員

(3) ブ国外務省

Phillipe Ntahonkuriye	アフリカ・アジア・オセアニア局長
-----------------------	------------------

(4) ブ国保健・エイズ対策省 (MSP)

Pamphile Bukulu	次官
Sosthène Hicuburundi	プログラム・プランニング室長
Charles Batungwanayo	保健総局長
Cyprien Baramboneranye	資源総局長
Miyamzima Anme Marie	予算・調達課長
Eugène Mujambere	資源総局 施設・機材管理課長
Leo Reynatjens	保健省顧問 (WHO職員)

(5) ブジュンブラメリー州保健局

Thierry Gahungu	局長
-----------------	----

(6) プランス・レジャン・シャルル (PRC) 病院

Thérence Ntawurishira	院長
Gabriel Kamenge	総務・財務副部長
Hakizimana Basila	医務局副局長
Mtacomayigize Spès	産後ケア課長
Léonaie Miyamzima	産後ケア課婦長
Nzeyimana Dieudonné	維持管理課長

(7) CMC Buyenzi保健センター

Olivies Kagabo	センター長
Nibizi Beatrice	婦長

(8) Kamenge 保健センター

Ndayisença Peuine	副センター長
-------------------	--------

(9) カメンゲ中央大学病院 (CHUK)

Tharcisse Nzeymana	院長
Buyoya Antoine	事務室長
Nwnndabhaizi Guy Cloude	技術サービス室長

(10) ベルギー大使館

Luc Risch	開発協力担当官
-----------	---------

(11) ベルギー技術協力公社 (BTC) ブルンジ事務所

Edwin Hendricks	所長
Jacqueline Nyungeko	ナショナルプログラム担当

(12) ユニセフ (UNICEF)

Déogatias Manirakiza	保健担当
Emmanuel Maregeya	栄養担当

(13) 国連人口基金 (UNFPA) ブルンジ事務所

Barbara Piazza-Georgi	所長
-----------------------	----

(14) ブルンジ家族福祉協会 (ABUBEF)

Améli Gahama	所長
Donavine Uwimana	代表

第2章 調査結果総括（团长／総括）

2-1 目標設定の具体性と合意

ブ国側要請の計画案をベースに、3年間の技術協力の計画案が、投入と期間にマッチした具体的な目標設定と期待される成果を設定した上で双方にて合意された。

紛争後の復興過程における極端な保健医療資源不足の中で、公共サービスとしての保健医療サービスの充実は、平和の配当として重要な意味を持つ。また、既存の保健医療施設を基点とした母子保健サービスの供給は、国民の命や健康を守る保健医療サービスの根幹を成すもののひとつである。

今回の計画策定のための協議やワークショップは、それらを念頭におき、日本の無償資金協力をきっかけとして、今最も効果的な技術協力のあり方は何か、そしてブ国側に今何ができるのかということを具体的に問う機会となった。

2-2 患者中心のケアを母子保健分野で実現

長期的な目標設定や視点を欠いた協力計画策定は避けねばならない。本件では、2025年ごろに達成が期待される目標設定を基点として、段階的に中期、短期目標を、手段—結果の論理や外部条件の軽重に留意しながら検討し、当該案件について3年間に達成可能で有意のプロジェクト目標を提案し合意する事ができた。

その目標とは、首都圏における保健医療サービスネットワークの中で、PRC病院と近傍の9箇所の保健センターにおいて、母子保健、特に基本的な産科や新生児ケアについて「患者中心のケア」という理念が打ち立てられ、保健医療サービス提供の前線の要員やそのマネジメントに当たる幹部要員の組織的な取り組みによって、それが実践されるというものである。

2-3 取り組むべき課題と主なプロジェクト活動

2-3-1 「諦観」「シニシズム」の排除

保健医療において「患者やクライアント中心のケア」は自明のこととして語られる事が多いが、多くの途上国では患者やクライアントをないがしろにするような扱いがいたるところで散見される。医療の基本の一つともいえる「安全なお産」という観点からそれを見ると、スタッフによる患者やクライアントを大切にする態度、患者の問題を共有して、その軽減に貢献しようとする姿勢が確立していないことが、医療現場での患者への非人間的扱いの原因となっている事がわかる。

そのスタッフの好ましからざる態度・姿勢は、保健医療に奉職するものとしての本質的姿ではありえない。多くの環境因子が彼らを「患者・クライアント中心のケア」から遠ざけてしまっているのである。彼らに対し、ひたすらその責任を問うことに終始して、その背景を洞察しないことは正しいこととはいえない。

複雑な問題のありようを前にして、我々はその改善の糸口としてどのようなアプローチを取りうるであろうか。復興支援対象国の脆弱な社会基盤の上に成り立つべき、公共サービスとしての産科や新生児ケアにかかわる問題の複雑性や大きさからすれば、本件活動は小規模である。とは言うものの、日本のODAとして本件が実施されるならば、本件での3年間の取り組みで一定の明示的効果をもたらし、そのことが2025年までの長期にわたって、ブ国政府を

はじめ、当事者の意識を劣化させず、後継の取り組みにも有意の効果もたらすようであればならない。

保健医療従事者の態度、姿勢については、いわゆる「諦観」「シニシズム」を排除するところからその改善が始まる。英語でいう「Positive mindset and attitude」の醸成なくして、彼らが実施するケアに患者中心の姿勢は見られるはずもないし、サービスの質や効率の向上は期待すべくもない。しかし、慢性的保健医療資源不足、低い給与、劣悪な業務環境、公立保健医療施設での経営行為の不合理性などが、彼らの士気をそぐ条件として重くのしかかっている。

2-3-2 5-S運動による業務環境改善

上述の悪条件の中で、唯一、本件技プロにてすぐに対処しうる導入点がある。それは業務環境である。病院・保健センターの業務環境改善活動は、既にスリランカ保健省傘下の多くの病院で実践され定着している。本件計画には、アジアにて有効性が実証され、近年、アジア・アフリカ知識共創プログラム（Asia and Africa Knowledge Creation Program：AAKCP）によって、アフリカにもその保健セクターへの普及の端緒がひらかれた5-S（Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu, Shitsuke）運動を、既存資源の最大有効活用のイニシアティブとともに、本件計画に盛り込んでいる。

5-S運動をトップマネジメントとしての施設管理者や看護系管理職などの中間管理職の強いリーダーシップにより組織的に実践する過程で、現場の医療スタッフは、労働負荷、ストレスの軽減やタイムサイクルの改善などへの体感をきっかけとして、困難の中にありながらも自らの存在意義や患者の置かれた状況を客観的に捉えながら、所掌するサービスの向上に向けて行動するようになる。このような意識・態度の変容は5-S運動により改善された業務環境を基盤として、いずれは着手されるはずの業務内容改善〔KAIZEN：CQI（Continuous Quality Improvement：継続的な業務環境と質の改善活動）〕、特にSuggestion Schemeによる現場から施設管理者への提案として衆目に触れるようになり、やがては内部のクライアントとしてのスタッフ、更には患者をはじめとする外部のクライアントへのサービスの向上として具体化することになる。

途上国の公的医療機関においてこの現象が起こることは、既に、スリランカで実証され、マダガスカル、タンザニア、エリトリアなどAAKCPの5-S運動パイロット病院での経験でも明らかになりつつある。

2-3-3 管理職のリーダーシップ育成

上述の業務環境改善の前提条件は、施設管理者や中間管理職の強いリーダーシップと改善への確信に基づく行動にあるといわれている。

本件計画では、これら管理職を確信に導くためのリーダーシップ養成をプロジェクト目標達成に必要な第一の「成果」として掲げている。効果的なリーダーシップ研修を受けたブ国側のリーダーが成功事例〔TQM（Total Quality Management：総合的品質管理）からISO（International Organization for Standardization：国際標準化機構）取得にまで進展中のスリランカの事例や着手から6ヶ月以内に5-S運動定着の方向性が見えるマダガスカル、タンザニア、エリトリアなど〕の現場に当該案件開始後の早い時期に実際に立ち、その実態を体感することによって、確信と強いリーダーシップを彼らの中に醸成せねばならない。また、管理職を

納得させうる介入と助言を、派遣される日本人専門家は全人格を投影してやっつてのけねばならないであろう。

本件3年間の活動での狙いは、まさに、PRC病院や近傍の保健センターにおいて現在実施されている産科・新生児ケアが、サービス提供者の側の都合や意識によって規定された現在のサービス内容から患者中心の内容に変容を遂げるための強い基盤を業務環境改善とKAIZEN (CQI) によってつくることにある。

3年の活動期間で Preparedness, Timeliness, Completeness, Standardization, Improved communication, Safetyなどの向上によって成し遂げられる医療サービスの包括的な品質向上にまで至ることは困難かもしれない。しかし、品質向上に資するマネジメント上の基盤づくりについては困難とは考えない。すなわち、近未来にサービスの質向上を成し遂げるために必要な条件を、5-S運動といくばくかのKAIZEN (CQI) の実践、そして、その過程で醸成された現場要員、マネジメント人材のマインドの変化を通じて、整備することについては現時点でも実行可能性を想定することができよう。

2-3-4 予防的機材維持管理は5-Sを基盤として推進

上記の業務環境改善の進捗過程で、医療機材器具使用者による予防的維持管理の手法を定着させることを、本件計画は想定している。このことは5-S運動の過程ではS4 (清潔: Standardize) の段階に強い関連を持つ。現有の医療機材器具、材料をはじめとして、これから日本の無償資金協力にて投入される機材も活動の対象となる。

JICAには、多くの途上国で実施されてきた医療機材維持管理にかかわる協力の経験がある。その経験からも、現場要員の業務環境を改善する姿勢と実践なしには、限りある医療資源としての機材の故障率を抑制しながら長期間使用すること、また、保健省当局に対し機材の更新や維持管理にかかわる投資に根拠を与えることは困難である。

機材の維持管理は業務環境改善の枠組みの中で実践して、始めてその保健医療サービスの経営行為としての意味合いが確実なものになる。

2-4 プロジェクトデザインに関する総合的評価

2-4-1 最も重要なアクターとしての看護職

これまでに述べたリーダーシップ醸成、業務環境改善、予防的機材維持管理の実践の上に、現場要員としての医師・准医師・助産師人材の慢性的不足の中で、本件活動の中心となるのは看護職であろう。彼女らによって実践される日常的ケアについて、具体的な訓練が、現場での看護やマネジメント行為の向上に資する継続研修やOJTとして実施されることになる。看護職のパフォーマンスが患者中心の理念に基づき、現状の陣容で向上することになれば、そのことは医師の専管業務である診断治療行為の効率にまで好ましい影響を及ぼすであろう。

現場の医師はおそらく、当初は、業務環境改善についての高い意識を持たないまま、日常業務をこなすことに終始することであろうが、ある時点で、自らの業務の効率の変化に気づかされる。例えば、手術室において、看護職による業務環境改善が進んだため、特定の器具を手術中に手術台に出すまでの時間が20分から3分に短縮されたとしよう。このような「変化」により、医師は業務環境改善の恩恵を体感して、次第に運動に参加するようになる。その事も、スリランカ保健省傘下の母子病院Castle Street Hospital for Womenでの改善過程の分析研

究で裏づけられている。

2-4-2 デザインの妥当性とそれを生かす投入規模の必要性

本件にかかわる事前評価として、案件の妥当性の確かさについては、課題の大きさに対して投入が小規模であること以外、特に疑義を持たない。ガバナンス、社会インフラ共に、脆弱な国家で、復興支援の一環として保健セクターに対する「てこ入れ」という意味合い、そしてインパクト醸成と日本のプレゼンス強化という観点でいえば、投入初期に、専門家の投入人数、研修予算などには妥当な線を出したほうがよい。

2-4-3 おおむね評価に耐えうる効率性と有効性

効率性については本件デザインがその協力対象をよく絞り込んだ点、活動の実実施順序が論理的でわかりやすい点は評価できる。

しかし、有効性に関しては、外部条件に当該国保健省や市当局の行政判断、特に要員の配置などについての外部条件があることに留意すべきである。本件専門家、特に総括はJICA事務所（ナイロビ）及びJICAリエゾンオフィス（ブジュンブラ）と協力して保健当局との情報交換、政策対話を密にしておかねばならない。

2-4-4 測定しやすいインパクト、政策が鍵となる自立発展性（Sustainability）

案件のインパクトについては、PRC病院の産科・新生児関連部門から他の部門、また、他の施設への波及効果は、活動開始の2年目以降に十分形成される可能性を感じる。特に市内の他の2病院での5-S運動展開を意識して、情報の流布、研修プログラムの共有などを進めるとよい。

自立発展性についての活動期間中の配慮については、JICAの組織が本部から現地リエゾンオフィスにいたるまで協調して当らねばなるまい。マクロで見る保健システム全般の改善、特にその中でも、サービス供給システム（含ネットワーク内の合理的業務分担としてのリファラルシステム）、保健管理情報システム、人材育成などが本件の効果の持続性に関連が深い。

2-4-5 ブ国側を中心とした後継案件の検討

ブ国側を中心として、活動開始後、ドナーコミュニティの動向に注意しながら、早期に後継案件についてのアイデアを固めて準備する必要がある。JICAにとっては、昨今の技プロを取り巻く状況を概観すると、比較的小規模な投入しかできないことを前提としたアイデアが欲しい。

JICAが後継案件を引き受けるか否かについては確定的なことはいえないが、どこがパートナーになるにせよ、次の案件は保健センターなどの小規模施設で、いかにして通常のお産を「患者中心のケア」として現場要員が主体的に実践して、施設利用者、要員ともに、自信を持って、保健センターを地域にいつそう貢献する施設にするか、ということがテーマになる可能性が高い。このことがまさに当事国の的確な政策判断と投資を伴う保健行政課題として確立されなければならない。

第3章 技術協力プロジェクトの方法と考慮事項 (保健システム1 団員)

3-1 プロジェクト形成方法

今回、合意された技術協力プロジェクト内容は、①ブ国関係部局責任者と事前評価調査団と共に要請内容を再確認し、②同要請内容を、日本側の技術協力のコンディショナリティに鑑みて、再構築した事前評価調査団によるプロジェクト案とで比較検討を行う過程を経て最終案が作成されており、ブ国からの要請内容は尊重されつつ、3年の技術協力期間と小規模な投入で実施可能な案が策定されたと考える。

なお要請内容は、2007年3月のブ国-JICA保健セミナーにおける問題分析ワークショップの結果が反映されており、やはり同結果を基に要請された2008年度無償資金協力「ブジュンブラ市内医療設備整備計画」による産科機材整備案件とは対象サイト、最終裨益者が共通であり、連携案件であるという認識でブ国-JICAは本プロジェクト形成内容を検討した。

3-2 プロジェクト拠点とプロジェクトサイト

プロジェクトダイレクター³が保健省公衆衛生総局長であり、プロジェクトサイトが首都の基幹病院及び関連する一次医療機関が選択されたのは、和平締結がなされているとはいえ、地方における治安が不安定なためだけではない。ブ国が紛争復興過程にあり、政府機能がいまだ脆弱で国家予算の不足が顕著であること、そのために保健人材の養成は開始されたばかりで、既存の保健施設に配置する必要人数に至っていないだけでなく、既存の人材の配置、保留が困難で、頭脳流出も頻発している背景があるからである。

このような状況において、中央政府に対し政策支援を行いつつ、人材不足の基幹病院及び保健施設において既存のリソースを活用しながら「患者中心のケア」を短期間で実現し、上位目標の「妊産婦・新生児ケアの質が改善する」に至るステップを示すことで、現場の保健人材のモチベーションを高めることができるだけでなく、国家保健計画の目標達成に貢献することとなり、また対象のPRC病院が保健人材養成機関の一つであることから、普及効果が期待できる。

3-3 リプロダクティブヘルス関連の政策

本プロジェクトは、「妊産婦・新生児ケアの質向上」を上位目標としているので、現行のリプロダクティブヘルス分野における政策及びドナーコミュニティの動向は、プロジェクト形成において配慮された。とりわけ、2006年6月に施行された「公的医療保健施設及び類似施設における5歳未満児の医療費及び分娩費助成政令第100・136号」（付属資料4参照。以下、無料化政策）は、資機材と人材が比較的整備されている大病院への患者集中という弊害があるものの、結果的には貧困率の高いブ国において妊産婦死亡数の低減に大きく寄与していると予想される。

しかしながら、保健省による無料化政策予算の管理・運営能力の低さが指摘され、財務省からの世銀予算の配分が削減される懸念があり、無料化政策は存続の危機にあるという。WHOは、無料化政策継続のために必要なドナーによる財政支援の枠組みづくりを進めており、プロジェク

³ JICAの技術協力プロジェクトでは通常相手国側関係者からプロジェクトダイレクター、プロジェクトマネージャーが任命されるが、ブ国側の希望により、各責任者の名称はそれぞれプロジェクトコーディネーター、プロジェクトダイレクターとすることで合意した。第5章5-2を参照。

ト形成ワークショップにおいても公衆衛生総局長が本枠組みへの日本政府の参加を望む発言をした。

本プロジェクトでは、上位目標における外部条件として、この無料化政策が継続されることを示しているが、無料化政策が終了すると発生する母体死亡数が急増することを推定すると、日本政府は「復興支援」「人道」という観点から無料化政策継続のために必要なドナーによる財政支援の枠組みへ何らかの形で参加することを検討すべきであると思料する。

グローバル戦略である緊急産科プログラム〔EmOC (Emergency Obstetric Care : 緊急産科ケア)〕は、ブ国ではWHO、UNICEF、UNFPA (United Nations Population Fund : 国連人口基金) によって実施されつつあり、緊急産科チームの人材養成がされていることは、本プロジェクトが同プログラムと相互補完的な役割を果たすことができると考える。

3-4 アフリカ仏語圏における域内協力

本プロジェクトは、アフリカ仏語圏の紛争後復興・脆弱国であり、少ない投入で迅速な成果を期待されているという条件を鑑みると、アフリカ域内リソースの活用が有効であろう。

域内拠点としては、マダガスカルの子供保健プロジェクトは「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」を州病院で実現しつつあり、また同病院はAAKCPのパイロット病院であり、業務環境改善のための5-S運動導入とその成果が出ているという2点から、本プロジェクトのカウンターパートに対する技術交換対象プロジェクトとしては最適である。

セネガル国保健省アドバイザーは、仏語圏アフリカ唯一の官房レベルの顧問で、同国で実施予定の保健人材養成のための第三国研修「タンバクンダ州保健システム強化プログラム」と本案件の連携や同国保健省とブ国保健省との人材交流の調整も可能である。

3-5 ブ国初の技術協力

本案件はブ国における初の技術協力プロジェクトであるため、プロジェクト実施においてはJICA技術協力のモダリティが他のパートナーと異なることによる問題が生じる恐れがあることをプロジェクト専門家とJICA担当部署は認識する必要がある。

ブ国は紛争後復興・脆弱国であり、世銀等の資金で保健システムの一部をドナーに任せて運営する「コントラクトアウト方式」が導入されており、関連する保健医療従事者の給与も既存の標準より高額に支払われるという。

このような開発現場の動向を鑑みつつ、本プロジェクトの実現には、紛争後復興・脆弱国の特殊性に応じた投入スキームの検討も期待される。

第4章 技術協力プロジェクト実施の背景

4-1 ブ国母子保健分野の現状と課題

4-1-1 現状

(1) 国の概要

ブ国は、ルワンダ、コンゴ民主共和国、タンザニアと国境を接する大湖地域に位置する国土面積2万7,800km²の内陸国である。WHOの統計では2005年の人口754万8,000人、1995年から2005年の平均人口増加率は年1.7%（同WHOアフリカ地域平均は2.2%）、人口密度271人/km²となっている。

国民1人当たり総所得（GNI）は2004年660米ドル（同WHOアフリカ地域平均2,074米ドル）、収入が1日1ドルの貧困ライン以下の人口が1998年時点で54.6%（同WHOアフリカ地域平均44%）を占めている。⁴

ブ国では、90年代に始まった内戦が2003年暫定政府とフツ系武装勢力CNDD-FDD（民主防衛国民会議・民主防衛勢力）との間で停戦が合意されるまで続いた。2005年8月に民主的プロセスによって政権が樹立したが、この間も和平交渉参加を拒否する反政府武装勢力FNL（民族解放戦線）はブジュンブラ市郊外において国軍に対する襲撃を行うなど不安定な状況にあった。

しかし2007年5月に南アフリカ共和国の仲介によりダルエスサラームで和平交渉が開始され、今回の調査期間中にタンザニアからFNLのリーダーがブジュンブラに帰還したことから、和平への流れが定着することが期待されている。

(2) 保健の現状

ブ国の国連開発計画（United Nations Development Program : UNDP）が発表する人間開発指数（Human Development Index : HDI）は0.413であり、これはサブサハラ諸国の平均値である0.493より更に低く、世界ランクでは177カ国中167位となっている。

表4-1に各種指標によるブ国の保健状況を示す。この表からWHOアフリカ地域の平均値を上回る指標は一つとしてなく、特に保健人材の少なさと保健への支出の小ささが際立つ。妊産婦死亡率はこの表に示す2000年時点の数値が、国連機関が行った調査⁵では2005年で615と大幅に低下していることから、近年の和平プロセスの進展とともに保健状況も徐々に改善されてきていることが推測される。

乳幼児や新生児の死亡率は依然として高く、かつ出生率はアフリカ地域平均を上回っていることから、母子保健の重要性は今後も続くと予想される。

リプロダクティブヘルス分野における具体的な問題として、ブ国の長期保健計画である「国家保健政策2005-2015」は次のように述べている。

- ・出生率（6.5）の高さや専門の医療スタッフが介助するお産の割合が非常に低いことなどが10万出生当たり850という高い妊産婦死亡率につながっている。また、避妊具の普及は4%台にとどまっている。

⁴ 以上の統計数値はWHO「Country Health System Fact Sheet 2006, Burundi」から。

⁵ Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2005より。

- ・妊産婦や新生児の直接の死亡原因として出血、感染症、危険な中絶処置、難産、高血圧などがあり、また間接的な原因としては産科サービスを利用する費用が負担できないこと、たとえ利用できたとしてもそのサービスの質が低いこと、そしてリファラル・カウンターリファラルシステムが存在していないことが挙げられる。

表4-1 ブ国：保健の各種指標

区 分	指 標	統計年	ブルンジ	WHOアフリカ 地域平均
基礎的な 保健指標	出生時平均余命（1,000出生当たり）	2005	46 (M) 48 (F)	48 (M) 50 (F)
	乳幼児死亡率（1,000出生当たり）	2005	114	99
	新生児死亡率（1,000出生当たり）	2004	41	40
	妊産婦死亡率（100,000人当たり）	2000	1,000	910
	合計特殊出生率（1女性当たり）	2004	6.8	6.3
新生児死 亡原因 (%)	新生児の疾病	2000	23.3	26.2
	HIV/AIDS	2000	8.0	6.8
	下痢	2000	18.2	16.6
	はしか	2000	3.0	4.3
	マラリア	2000	8.4	17.5
	肺炎	2000	22.8	21.1
	外傷	2000	1.8	1.9
	その他	2000	14.6	5.6
保健人材	医師数（人口1,000当たり数）	2004	200 (0.03)	(0.21)
	看護師（人口1,000当たり数）	2004	1,337 (0.19)	(0.93)
	助産婦数（人口1,000当たり数）	2004	11 (0.00)	N.A.
病 院	人口1万当たり病院ベッド数	2006	7	N.A.
保健経済	GDPに占める保健総支出の割合（%）	2004	3.2	6.0
	総保健支出に占める政府支出の割合（%）	2004	26.2	43.9
	対総保健支出に占める外部資金の割合（%）	2004	17.6	9.2
	国民1人当たり保健支出（国際\$レート）	2004	\$16	\$108
	国民1人当たり政府保健支出（国際\$レート）	2004	\$4	\$47

注：* 乳幼児死亡率（1,000出生当たり）は、出生から1歳になるまでの死亡率

** 新生児死亡率（1,000出生当たり）は、出生から28日目までの死亡率

出所：World Health Report 2007, WHO

4-1-2 課 題

2004年に策定されたブ国の「保健セクター5カ年計画2006-2010」では、このような国民の健康水準やサービスの提供体制、保健財政の状況を踏まえて保健セクターの課題を次のように整理している。

(1) 国民の健康についての課題

- ・感染症や非感染症及びリプロダクティブヘルス分野の疾患や死亡がもたらす深刻な負担を軽減すること

(2) 保健システムの機能とパフォーマンスについての課題

- ・保健サービスへの経済的なアクセスを向上すること
- ・保健サービスへの地理的なアクセスを向上すること
- ・保健サービスの質と利用者の受容度を向上すること
- ・質の高い人材を確保すること
- ・規準を定める保健省の役割を強化すること
- ・保健セクターにおけるパートナー機関の活動調整を改善すること
- ・民間医療機関（病院や薬局）を契約を通して保健システムに統合すること

(3) 健康の決定要因についての課題

- ・保健指標の改善に寄与するセクター間の連携を強化すること（飲料水や基本的な栄養へのアクセス、十分な住居、衛生、行動改善など）
- ・コミュニティ参加を導く啓発戦略を策定すること

4-2 ブ国母子保健行政の現状及び政策

4-2-1 現 状

(1) 全国の保健行政機構

保健行政においては、地方分権化が進められており、現在表4-2に示す3つのレベルで行政の役割が組み立てられている。各レベルに課せられた役割を見ると明らかなように、保健改革ではコミュニティに最も近い地域レベルでの行政とサービス提供の充実に力を入れており、保健省の役割は、政策立案、保健基準の策定、援助機関との調整など中央でなければできない業務に重点が置かれている。このため、保健省では州や地域レベルでの保健医療活動はそれぞれのレベルの意向を尊重するとしている。

表4-2 3レベルの行政機構

レベル	役割・機能	数	医療ネットワーク
中 央	・中間と地域レベルの行政支援 ・具体的には、継続教育、医薬品等の定期購入、技術指導、統計、評価とフォローアップ	保健省	専門病院 (4国立病院)
中 間	・17の州保健事務所からなる。 ・中央と地域レベルやドナーとの業務調整、及び地域レベルの保健事務所と地区病院の運営指導 ・所長以下15名程度の職員数を標準とする。	州保健事務所 (17)	第2次 リファラル病院 (15州病院)
地 域	・WHOの提唱するDistrict Healthという概念を取り入れ「保健地区(district)」とした。各地区に地区保健事務所 ⁶ が配置される。 ・人口15万人に1つの地区が構成され、それぞれに10~15の保健センターと1つの地区病院を配置する。 ・所長以下10~11名程度の職員数を標準とする。	地区保健事務所 (39)	第1次 リファラル病院 (保健区病院)
			保健センター

出所：「PNDS2006-2010を実施するための保健基準2007年6月」保健省・WHO

⁶ 保健基準で規定する地区保健事務所の役割の詳細については巻末の添付資料を参照のこと。

(2) 保健省

1) 組織機構

保健省は、政策立案、保健医療サービスの基準策定とその実施状況のモニタリングなど中央レベルでの保健行政を担当する。組織機構は、図4-1に示すように「資源総局」と「保健総局」の2局を中心に「計画ユニット」や「制度改革・独立機関ユニット」などの組織横断的な役割を持つユニットが配置されている。国立病院や州病院は管理運営の権限が病院に委譲され独立機関化しており、「制度改革・独立機関ユニット」の管轄下に置かれている。州レベルの保健行政を担当する州保健事務所は「保健総局」長の管轄下にあり、また母子保健行政も「保健総局」の一部署である「サービス・保健プログラム部」内の母子保健計画が担当している。なお、保健省組織図の詳細については、付属資料1を参照。

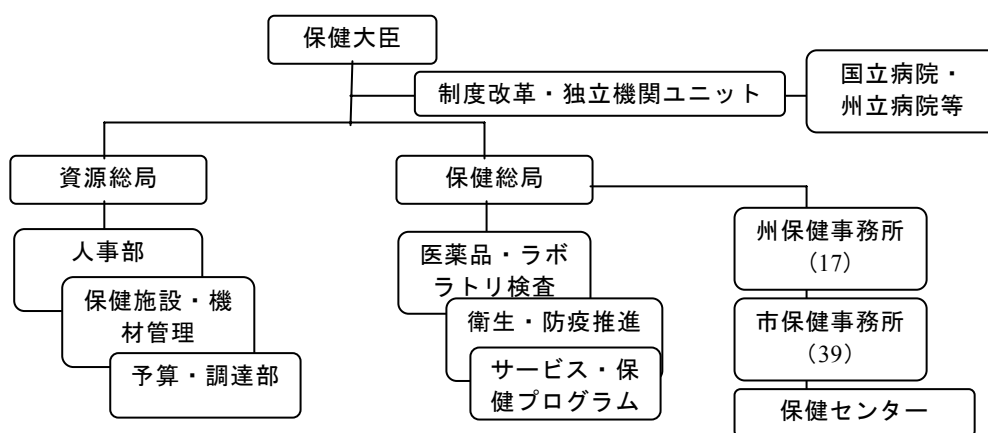


図4-1 保健省組織図（簡略版）

2) 予算

保健省予算の2005年からの推移を表4-3に示す。2006年から予算額が急増しており、これは同年5月から開始されたお産・小児サービスの無料化政策を支えるために、新たに予算が配賦されたことを反映していると推察される。資金源IPTE（Initiative Pays Pauvres Très Endettés：重債務貧困国）⁷による基金であり、世銀が管理している。IPTEの対象はお産や5歳未満児の医療だけでなく、インフラの改修や機材の購入にも使用される。保健省予算に占めるその割合は2007年で36%、2008年で29%と高く、お産・小児サービスの無料化政策もこの基金があることで維持されていることは明らかである。

⁷ 英語ではHeavily-Indebted Poor Countries（HIPC重債務貧困国）Trust Fundと呼ばれる。

表4-3 保健省年間予算の推移

(単位：100万BF)

	2005年	2006年	2007年	2008年
総額	5,055	16,986	13,003	21,631
うちIPPTE対象	—	—	4,700	6,359
うち無料のお産・5歳未満			1,800	4,250
うちPRC病院	231	342	369	395
うち国家RH計画	43	54	86	86

注：RHはリプロダクティブヘルスを示す。

出所：国家予算計画書2005～2008年の各年版

表4-3から次のことを読み取ることができる。

- ・2008年の年間予算216億ブルンジフラン（BF、日本円で約19億円）は750万の人口に対し、極めて小さな予算規模である。
- ・無料化政策による出産・5歳未満児医療費が2008年に急増している。2007年にIPPTE総額の38%に過ぎなかったものが2008年には67%に上昇している。
- ・PRC病院への予算額の全体に占める割合は2005年の4.5%から2008年の1.8%まで年々低下している。
- ・国家RH計画の予算額はPRC病院への予算配分の20%程度に過ぎない。

(3) ブジュンブラ都市部州保健事務所

1) 組織構造

ブジュンブラ都市部（Bujumbura Urban）はその周辺を取り囲むブジュンブラ地方部（Bujumbura Rural）と行政的には独立した州であることから、州保健事務所が置かれている。州保健事務所の主たる役割は、ブジュンブラ市内10カ所の保健センターを管理することである。ブジュンブラ都市部は保健行政上さらに北部・中部・南部の3つの区域（Sector⁸）に分けられており、それぞれの区域にある保健センターを管理する3名の看護師が保健局長（Chief of Sector）として州保健事務所長（医師）の下に配置されている。州事務所には表4-4に示すように保健センターを含め270名の職員が配置されている。

⁸ 現在Sectorという名称はブジュンブラ都市部だけで使われており、他の州では保健改革の進行とともにDistrictと呼ばれるようになってきている。ブジュンブラ市でも近いうちにDistrictと呼ばれることになると言われている。

表 4-4 ブジュンブラ都市部保健事務所職員数

(保健センターを含む)	
職 種	人 数
医 師	4
助産婦	1
看護師	161
プログラムコーディネーター	3
会計係	7
その他	94
合 計	270

出所：調査団質問書への回答 2008年 5月

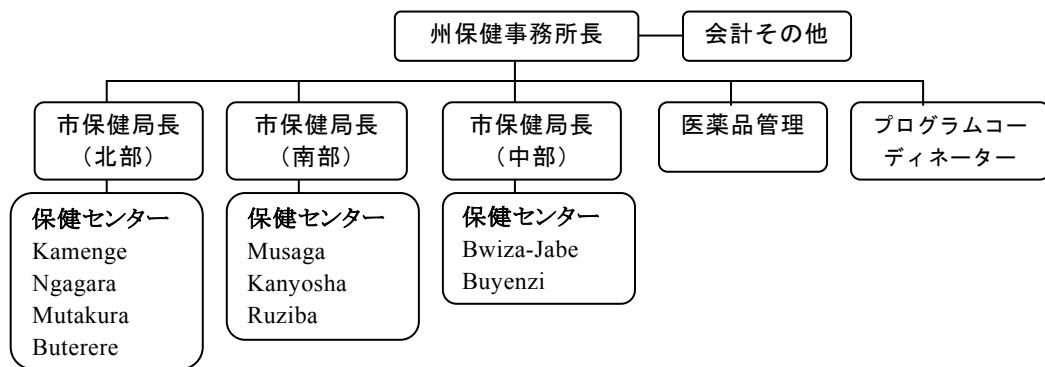


図 4-2 ブジュンブラ都市部州保健事務所組織図

2) 地区保健局

地区 (Sector) 保健事務所は、表 4-2 の保健規準では10名程度の職員を配置するとされているが、現段階ではブジュンブラ市の3つの地区ごとにそれぞれ1名の看護師が管理者として配置されているだけである。また事務所も各地区ごとではなく州保健事務所内にある。

3) 保健センター

保健センターの役割は、コミュニティの住民に対し外来診療を提供すること、また、予防接種、母子保健などの国家プログラムによるサービスを提供することである。一部の保健センターではHIV/AIDS (Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immune Deficiency Syndrome : 人免疫不全ウイルス / 後天性免疫不全症候群) の簡易検査も行っている。9つの保健センターのうち、現在お産を扱っているのは、北部のカメンゲ、南部のムサガとカニョシャの3つである。

4-2-2 政 策

(1) 2004年12月策定の「国家保健政策2005-2015」

「国家保健政策 (Politique National de Santé 2005-2015 : PNS) 2005-2015」は、2015年のミレニアム開発目標の達成を念頭に置いた保健セクターの長期的な基本方針を掲げた政策文書である。現状の課題と政策目標、必要な活動などが抽象的に羅列されており、

優先順位や必要資金など具体的な政策については5年単位の計画である「国家保健開発計画（Plan National de Développement Sanitaire 2006-2010：PNDS）2006-2010」に述べられている。

1) PNSの目的

本政策は国民の健康状態を改善することを目的とする。健康は権利であるのみならず、国民が健康な状態にあることで経済復興と貧困削減が可能となるからとしている。

2) 2015年までに達成すべき全体目標

12の全体目標が挙げられており、妊産婦や5歳未満児の死亡率を低下させることは次の3つに関連している。

- ・感染症及び感染症以外の疾病への罹患・死亡率を半減させる。
- ・妊産婦死亡率を半減させる。
- ・5歳未満児の死亡率を半減させる、など。

3) 戦略的方向性

上記の全体目標ごとに戦略的方向性として短期的（2年）、中期的（5年）、長期的（10年）に実施すべき対策がリストアップされており、このうち妊産婦と乳幼児の死亡率半減に向けた対策としては表4-5が挙げられている。

表4-5 妊産婦と乳幼児死亡率を半減させるための対策

目 標	期 間	対 策
1. 妊産婦死亡率の低下	短期	<ul style="list-style-type: none"> ・支払い可能な料金で産科サービスを利用出来るようにする。 ・病院での緊急産科を完全無料で利用出来るようにする基金の準備と運用。 ・近代的な通信と搬送手段を持つことでリファラル・カウンターリファラルの制度を向上させる。
	長期	<ul style="list-style-type: none"> ・女性の公正な地位向上に努める。 ・若い女性の教育を進める。 ・家族計画サービスをより利用しやすくする。
2. 乳幼児死亡率の低下	短期	<ul style="list-style-type: none"> ・現在の予防接種水準を維持する。 ・母親の母乳による授乳を推進する。 ・IMCIを拡大する。
	長期	<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニティケアセンターを推進し子供が身体的、社会的、情緒的、精神的そして知的に統合した成長が出来るようにする。

出所：「国家保健政策2005-2015」

(2) 2005年12月策定の「国家保健開発計画（PNDS）2006-2010」

PNDSは次の4つの全体目標をかかげており、妊産婦・新生児死亡率の低下はその第一優先の目標となっている。

- ・妊産婦・新生児の死亡率の低下
- ・乳幼児・青少年の死亡率の低下
- ・感染症と感染症以外の疾病への罹患率の低下
- ・国家保健システムのパフォーマンスの強化

このうち、妊産婦・新生児死亡率の低下という全体目標をみると、表4-6に示す2つの個別目標と6つの戦略が設定されている。

表4-6 全体目標（1）妊産婦・新生児死亡率の低下のための個別目標と戦略

個別目標1.1	2010年までに妊産婦・新生児死亡率を30%低下させる。 30%の低下はこれらの死亡率を出生10万件当たり855から578に減少させることになる。
戦略1.1.1	保健センターと病院で質の高い産科サービスをより利用できるようにする。 ・人材の強化：保健省は関係ドナーとともに資格を持った助産師と産科医師に基礎トレーニングを行う。助産師や看護師などへの継続的なトレーニングを全国的に行う。 ・必須機材の供給：保健省は関係ドナーとともに基礎的な産科ケアを行うための必須機材を供給する。
戦略1.1.2	産科ケアへのアクセスを向上させる。 ・帝王切開や出産合併症のケースを費用補助する基金をつくる。 ・保健省は、救急搬送を伴う妊産婦のリファラル・カウンターリファラルシステムを確立する努力を続ける。このシステムを管理運営するために地方行政やコミュニティへの働きかけを行う。
個別目標1.2	2010年までに妊娠と出産に伴う疾病への罹患率を低下させる。
戦略1.2.1	産前・産後検診の質を高める。そのために保健省は次の努力を行う。 ・産前検診の重要性についてコミュニティの意識を高める。 ・産前・産後検診の質と内容に関する基準を定める。 ・スタッフの能力を高める。 ・検診に必要なマテリアルをスタッフに提供する。
戦略1.2.2	コミュニティベースの家族計画活動を拡大する。そのために保健省は次の努力をする。 ・家族計画の重要性についてコミュニティの意識を高める。 ・保健センターやコミュニティのレベルで避妊具が使えるようにする。 ・保健スタッフが避妊法の使用を強く推進するよう意識を高める。
戦略1.2.3	妊婦のマラリア罹患を防ぐ。そのために保健省はリプロダクティブヘルス国家プログラム（NPRH）を通して、 ・妊婦が好む薬剤浸漬蚊帳を配布する。 ・蚊帳を正しく使うことで得られる利点についてコミュニティの意識を高める。 ・治療方法についてWHOと共同で研究する。
戦略1.2.4	若者の早過ぎる妊娠を減らす。そのために保健省はリプロダクティブヘルス国家プログラム（NPRH）を通して、 ・既存の保健施設を通して青少年が性・リプロダクティブヘルスのサービスが受けられるようにする。 ・妊娠や性感染症予防、性教育を就学・非就学児童に推進する。 ・望まない妊娠を避けるために両親を巻き込んで効果的な性教育を行う。

出所：「国家保健開発計画（PNDS）2006-2010」

(3) 出産と5歳未満児医療費の無料化政策

2006年6月に出された「公的医療保健施設及び類似施設における5歳未満児の医療費及び分娩費助成に関する政令第100・136号」は、保健医療基礎サービスへのアクセスの不公平を是正するために、次のように定めている。

- 1) 第1条：公的保健医療施設及び類似施設における、帝王切開手術を含む出産にかかる医療費は、100%助成されるものとする。
- 2) 第2条：公的保健医療施設及び類似施設における、5歳未満児の医療費は100%助成されるものとする。
- 3) 第3条：ただし、雇用先所属保険あるいは公務員共済保険等の他の医療保障を得ている妊産婦と乳幼児については、被保険者の自己負担分保険料額のみが支払いの対象となる。

続く2006年9月の保健省令第630・848号では、無料の範囲を次のように規定している。

カテゴリー	無料対象内容
5歳未満児	<ul style="list-style-type: none">・ 外来診察・ 病院での外科的・内科的治療・ 保健センター・病院で処方・入手できる必須医薬品・ 保健センター・病院での追加的な検査・ 重篤なケースの搬送前の保健センターでの収容・ 保健センターで可能なその他の治療
妊産婦	<ul style="list-style-type: none">・ 出産と合併症に関する治療・ 病院での帝王切開・ 出産を行う保健センターでの収容、病院での入院・ 出産に関連する必須医薬品・ 病院での追加的な検査

なお同省令では、第1次リファラル病院での診療が無料になるのは保健センターから紹介された場合であり、国立病院での診療の場合は第1次リファラル病院もしくは保健センターから紹介された場合であると規定している。

(4) 貧困削減計画 (PRSP) 2006-2009

2006年に策定されたブ国のPRSP (Poverty Reduction Strategy Paper : 貧困削減戦略ペーパー) は、表4-7に示す4つの戦略を基軸として「国民が希望に満ちた新しい社会を構築する」ことを目標としている。保健医療分野は「人的資源の開発」戦略基軸の中に位置づけられており、ここにおいても妊産婦や新生児、小児の死亡率を低下させることが大きな目標となっている。

表 4-7 PRSPの概要

戦略基軸	重点目標
1. ガバナンスと治安	(省略)
2. 公正で持続的な成長	(省略)
3. 人的資源の開発	1. 基礎的サービスサービスの質とアクセス向上 (1) 教育 (2) 医療 i) 医療システムの改善 ii) 感染性疾患/非感染性疾患の罹患対策 iii) 妊産婦死亡率・新生児死亡率の低減、 産科救急、リプロダクティブヘルス、産前・産後検診など iv) 小児罹患率、小児死亡率の低減 2. 水の供給、衛生、住居などの改善
4. HIV/エイズ対策	(省略)

出所：Poverty Reduction Strategy Paper-PRSP (2006-2009), Sept. 2006

4-3 国際機関、他ドナーによる母子保健分野の技術協力

保健セクターでは、国際機関としてEU、UN機関〔WHO、UNDP、UNFPA、UNICEF、UNHCR (Office of the United Nations High Commissioner for Refugees : 国連難民高等弁務官事務所) など〕、世銀などが、二国間ではイギリス、ベルギー、ドイツ、中国などが保健省のパートナーとして政策支援、技術協力、資金協力を行っている。国際機関は、2004年に策定したUN開発支援フレームワーク (UN Development Assistance Framework) に基づき協調支援を行っている。母子保健分野における主なプレイヤーは、WHO、UNICEF、UNFPA、二国間ではドイツ開発銀行 (Kreditanstalt für Wiederaufbau : KfW) である。

4-3-1 UN (国際連合) 機関

(1) WHO (世界保健機構)

WHOはその「戦略的議題 (Strategic Agenda) 2005-2009」において4つの分野 (マラリア・HIV/AIDS対策、緊急時感染症流行対策、安全なお産の普及、保健システムの強化) に支援の重点を置いている。このうち「安全なお産の普及」分野には次の3つの活動が含まれている。

- 1) 妊産婦と新生児の死亡を減らすための国家ロードマップを設計する。
- 2) ロードマップの実施、モニター、評価を推進し支援する。
- 3) 全国のすべての州で緊急産科ケアの普及を図り、その経験を積み重ねる。

(2) UNICEF (国連児童基金)

UNICEFはその「国別支援活動計画 (Country Program Action Plan : CPAP) 2005-2007」で小児医療とリプロダクティブヘルスの分野で保健省に技術支援と物資供与を行っており、全国をカバーする予防接種、ビタミンA、葉酸の補給、マラリア予防蚊帳の配布、緊急産科ケアのトレーニングなどを他のUN機関と協調して行ってきた。2008年はこのCPAPを1年延長し、母子保健の分野では地区を基本とする基礎保健サービスへのアプローチを取り、次の活動を行っている。

- 1) 幼児と妊産婦の死亡率を下げるサービスの提供と介入パッケージを支援する。
- 2) 根拠に基づく計画策定と推進のために緊急産科ケアに関するベースライン調査を行い、ロードマップを作成・活用する。

具体的には、産科救急ケアでは新生児蘇生キット・助産師キットを供与し、全国の保健施設（特に保健センター）の看護師（約80名）、各州の中央病院（PRC病院含む）の医師への技術研修（帝王切開など）を実施している。

(3) UNFPA（国連人口基金）

UNFPAはUNICEFと並んで母子保健分野の主要パートナーであり、緊急産科・新生児ケアの全国普及のために保健省に対する技術支援と物資供与を行っている。調査団が訪問した際、UNFPAを含むいくつかのドナーが試験的に「コントラクト方式」を導入し、地方行政の母子保健の活動に資金を直接投入する予定であるとの情報を得た。投入した資金は、現場の保健スタッフのモチベーションを高めるために給与の上乗せにも使われる予定とのことであった。2008年度は人口動態調査を優先業務として実施中である。

(4) UNDP（国連開発計画）

今回の調査期間中に、UNDPがPRC病院を含む多くの公的医療機関に基礎的な機材を供与するプロジェクトが進んでおり、2008年11月頃には引き渡しが行われる予定という情報が得られた。

以上のドナーによる2006年の活動を表4-8にまとめた。この表から、UN機関が支援して行う活動がブジュンブラ市ではなく地方の州で行われていることがわかる。

表4-8 母子保健分野におけるドナーの支援状況（2006年）

実施活動	ドナー	状況
1. 妊産婦・新生児死亡率低下のためのロードマップの公式な開始	WHO	カルジで実施
2. リファラル・カウンターリファラルシステムの立ち上げ	WHO, UNFPA	ルイギ、ブルリ・ルモンゲ、ジテガ
3. 3ヶ月のセッションで4人の一般医に対し産科と外科のケアのトレーニング	WHO	カヤンザ、ンゴジ、マタナ、ルトブ、キルンド、ムインガ、ジテガ、ルイギの各州
4. サービス提供者50人への理論的なトレーニング	WHO	ルモンゲ、ルイギ
5. 産科救急ケアにおけるサービス提供者60人への実践的なトレーニング	UNFPA, UNICEF, 保健省 (IPPTE)	ジテガ、ムインガ、マカムバ、カルジ、ブジュンブラ地方部人、その他4州
6. 母乳推進世界週間	UNICEF, WHO	ジェンダ病院で開催
7. お産・5歳未満児無料化政策を実施する仕組みを議論するワークショップの開催	WHO	
8. 乳幼児と妊産婦ケアを効果的・効率的に行う方法を検討するワークショップの開催	WHO	

9. 保健センターへ資機材や消耗品を供給	UNICEF	カルジ州の多くの保健センターとブヒガ病院へ88キットが配布された。
10. 保健センターへ資機材や消耗品を供給	UNFPA, KfW	2006年中にキルンド、ンゴジ、カヤンザ、ムラムブヤ、ジテガ、ルタナ、ブルリ、マカムバ、ブザナ、カンクゾの各州で配布
11. 家族計画を推進するためのラジオ番組の製作と放送	UNFPA, KfW, UNICEF	IEG/EPSチームとジャーナリストの合同で番組を制作
12. 以下のテーマに関するビデオ記録の制作a) 早婚、強いられた結婚、b) 望まない妊娠、c) 人口流産、d) HIV/AIDS	WHO	
13. 移動戦略によるRH啓発活動	UNFPA, KfW	ルイギ、カンクゾ、ムワロ、マカムバ、ンゴジ、キルンド、カヤンザ、ブルリ州
14. UNFPAが支援した州での活動に関しコミュニティリーダーによる調整、フォローアップ、評価の会議を13回開催	UNFPA	ビデオ記録が実施された。ギテガ、カヤンザ、キルンド、ムラムブヤ、ンゴジ州
15. RH戦略計画の評価	WHO	月当たり4ミッションを実施
16. Obstetric Fistulaに関する調査結果を公開するワークショップ	UNFPA	保健センターの長、保健区長、コミュニティリーダー等からなる会議を保健区ごとに開催

出所：PNSR 2006

4-3-2 二国間ドナーなど

二国間援助では、ベルギーがベルギー技術協力公社（Belgian Technical Cooperation：BTC）を通してPRC病院の建物改修を行う計画を立て、すでに建築設計を終えている。ドイツは前述のようにKfWを通して地方のリプロダクティブヘルスの啓発活動を支援している。中国はPRC病院へ医師を派遣していたが、今回の調査時には契約が完了したことにより病院にはいないとのことであった。

NGOに関しては、イタリアのGroup de Volontariat Civilという団体がブジュンブラ市内の保健センターへ産科トレーニングと栄養補助食品支給を行っていた、という情報が保健センターで得られた。

民間のNGOの一つにIPPF（International Planned Parenthood Federation：国際家族計画連盟）の傘下にあるブルンジ家族福祉協会（Asociation Burundaise pour le Bien-Etre Familial：ABUBEF）があり、UNFPAの支援を受けリプロダクティブヘルス（青少年活動支援含む）、性的被害を受けた女性の支援を行っている。同時にJapan Trust Fundも受給し、帰還難民やコンゴ人難民などを主な対象とするHIV/エイズプロジェクトを実施中である。ABUBEFはブジュンブラ市内で2カ所の保健センターを運営しており（2008年12月からは分娩も開始予定）、これらのセンターでJICAとの連携を要望している。視察したABUBEFが支援している保健センターは、他の公的保健センターに比べ運営状況が良好という印象を受けた。

4-4 我が国の援助政策と本件技術協力プロジェクトとの関連

4-4-1 二国間政策協議

プロジェクト対象の一つであるPRC病院には1993年に無償資金協力が実施され、医療機材が供与されている。その後長期に及ぶ内戦とその後の停戦交渉を経て、2006年6月に外務省とブ国政府で二国間協力の再開に向けた政策協議が実施され、日本側支援の基本方針について次のような了解が得られた。

- 1) 日本側の資金的・人的リソースは限られていることから、最初はある程度コンパクトな形で協力を始める。また治安に対する懸念があり、人員の派遣を伴う協力は当面ブジュンブラ市に限定する。
- 2) 今後の対ブ国支援方針は「平和の定着」及び「基礎生活環境の改善」を2つの柱とし、横断的投入として「インフラ修復」及び「人材育成」を検討していく。実施にあたっては、機材供与と研修などハードとソフトの組み合わせによる効果的な支援を検討する。

4-4-2 ブ国復興支援プロジェクト形成調査

この政策協議を受けて、JICAは2006年6月ブ国にプロジェクト形成調査団を派遣し、具体的な二国間協力プロジェクトの発掘・形成と実施体制等の確認を行った。その結果、平和の定着と基礎生活環境改善の2分野を重点とすること、後者では市民生活の安定のために保健医療分野と教育分野を取り上げることが適当と判断された。そして保健医療分野では母と子の健康確保を目的とした保健医療体制強化として、次のプロジェクトが発掘・形成された。

- 1) PRC病院機材の修理と技術者・使用者訓練（専門家派遣ないしはフォローアップ協力）
- 2) 母子保健関連分野におけるPRC病院及び市内保健センターへの基礎的機材供与と保健人材の訓練（無償資金協力、技術協力プロジェクト）

4-4-3 PRC病院医療機材改善計画短期専門家派遣

2007年2月から2008年4月にかけて、JICAは医療機材の専門家をPRC病院に派遣し、1993年に供与した医療機材の調査と故障診断及び修理を行うとともに、病院スタッフに対する医療機材の維持管理システムの構築と5-Sによる業務環境の整備指導を行った。

4-4-4 無償資金協力ブジュンブラ市医療設備整備計画

ブジュンブラ市内の3カ所の国立病院と9カ所の保健センターに対する機材供与に関する無償資金協力の要請に応え、JICAは2008年5月基本設計調査団を派遣した。対象の病院は保健省管轄の国立病院であるPRC病院、プランス・レイ・ルワガソレ〔L'Hôpital Prince Louis Rwagasore : HPLR (PLR)〕病院及び教育省管轄のカメンゲ中央大学病院 (Le Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge : CHUK)、市内9カ所の保健センターである。医療機材は産科関連の機材を中心としており、施設整備は対象としていない。この無償資金協力案件が実施された場合、医療機材は2010年度末までに引き渡されることになる。

4-4-5 医療施設運営能力強化プロジェクトに係るワークショップの実施

母子保健分野での両国の技術協力の方向を確認するために、2007年JICA主催のワークショップがブジュンブラ市で開催された。ワークショップにおける問題分析を通して、ブ国側のニーズが「産科患者急増に対応するため市内医療機関の間でのリファラルシステムの構築」にあることが明確になった。

4-5 プロジェクト実施機関の概要（PRC病院、保健センター）

4-5-1 ブジュンブラ都市部州の人口と医療保健施設

(1) プロジェクトの裨益人口

プロジェクトの対象地域であるブジュンブラ都市部の人口は2008年現在で52万6,328人で、これは全国の人口の6.5%を占めている。出産可能人口（15～44歳）は11万5,211人、妊産婦数は2万5,963人であり、前者がプロジェクトの間接的な裨益人口、後者が1年間の直接的な裨益人口となる。

表4-9 人口と裨益人口

全 国	人口2007年	8,077,429人
ブジュンブラ 都市部州	人口2008年	526,328人（全国の6.5%）
	出産可能人口（15～44歳）	115,211人（州人口の21.3%）
	妊産婦数	25,963人（州人口の4.8%）

出所：保健省提供資料 2008年5月

(2) 保健医療施設

表4-10 病院と保健センター数

全 国	病院数	42
	保健センター数	547
	保健センター当たり人口	12,803
ブジュンブラ 都市部州	病院数	12（全国病院数の28.6%）
	保健センター数	70（全国センター数の12.8%）
	保健センター当たり人口	5,354（全国平均の1/2未満）

出所：国家保健開発計画（PNDS）2006-2010の第1章表2

次表4-11に本プロジェクトの対象を含むブジュンブラ市内の公的施設の分娩取扱数、医師・職員数を示す。公的医療機関だけで年間1万4,000件、技術協力プロジェクトの対象機関だけでもその約40%に当たる5,500件のお産を扱っている。2007年のブジュンブラ市の妊産婦数が約2万6,000人であることから、この数を年間の出産数と同じと仮定すると、公的医療機関は市内出産数の54%を、プロジェクト対象機関は22%を扱っていることになる。またこの表からは、保健センターでの分娩数は9施設で1日平均1件もないことが分かり、お産に関しては病院に大きな負荷がかかっている状況がうかがえる。

表 4-11 公共医療機関の取り扱い分娩数

機関名	全分娩数（2007年）	産婦人科医師数	全職員数
PRC病院	5,489	1	537
CHUK大学病院	3,835	5	658
RCW病院	4,250	1	245
9 保健センター	308	2	232
合計	13,882	9	1,672

出所：質問書への回答 2008年 5月

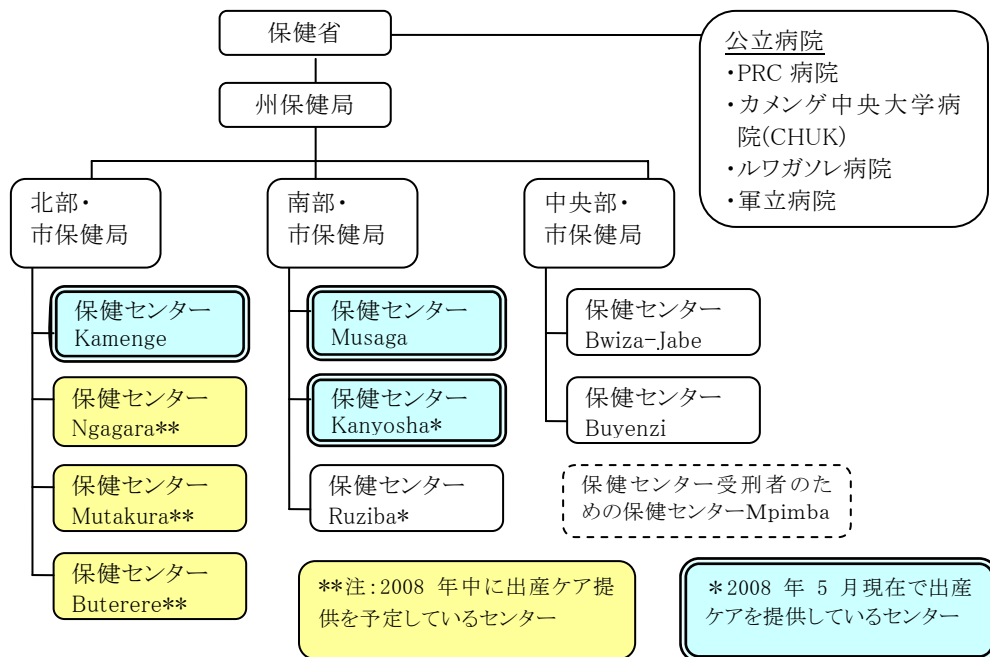


図 4-3 ブジュンブラ市内の公的病院と保健センター

4-5-2 PRC病院

(1) 病院の機能と活動状況

PRC病院は、リファラルシステム上ではブジュンブラ都市部の住民に対しては2次レベルの、全国では3次レベルの専門病院と位置づけられる。病床数531は同国で最大規模であり、医師数29名はカメンゲ中央大学病院の55名に次ぐ数である。病院の全体組織図及び配置図は、付属資料2を参照。

同病院の基本情報を示す表4-12のとおり、PRC病院の分娩数は2007年に約5,500件で1日平均15件に上る。病棟での聞き取り調査では、妊産婦・5歳未満児ケアの無料化政策の施行前は月平均180人から220人だった出産件数が現在は300人から400人にほぼ倍増していること、このような業務量の増加に対応して病棟スタッフ数を6名増員し、ベッド数も46床から53床に増床していること、それでも混雑はますますひどくなっていることなどの情報が得られた。産科病棟のスタッフは、現在、医師2名（婦人科と兼任）、看護師24名、その他6名の計32名である。産科の患者数は外来では病院全体の外来患者数

の2～4%程度に過ぎないが、入院では全体の50%にも達している。このことは、産科病棟のスタッフは産気づいてから突然入院して来る（事前に何の患者情報もない）救急患者を診療していることを意味しており、患者数が急増しているということ以外にもスタッフにストレスを与え、治療成績に悪い影響を及ぼす原因をここにも見出すことができる。このような状態は、市内の半数以上の保健センターがお産を扱っていないこと、そして保健センターと病院の間にリファラルシステムが働いていない現状では、当分の間、解消される見込みは立っていない。

表4-12 PRC病院の機能と活動の概要

病床数	531床（うち産婦人科93床、小児・新生児科74床+インキュベータ7台）		
診療科目	内科、外科、産婦人科、小児科、眼科、耳鼻咽喉科、口腔科、ICU、麻酔科		
職員数	総数537名、内訳：医師29名（うち産婦人科医1名、小児科医2名）、看護師205名、麻酔看護師15名、薬剤師1名、医療機材メンテナンス3名等		
患者統計		2006年	2007年
	外来患者数	47,649	53,355
	うち産科	1,898	736
	入院患者数	11,344	12,425
	うち産科	5,334	6,208
	死亡患者数	744	820
	うち妊産婦数	12	25
	うち新生児数	219	169
	妊婦搬送受入数	N.A.	1,101
	分娩数	4,211	5,489
	うち正常分娩	3,590	4,779
	うち補助分娩数	50	0
	うち帝王切開数	571	674
	病床利用率	81%	77%
	うち産科	80%	65%
年間手術件数	N.A.	1,387	

出所：調査団質問書への回答 2008年5月

(2) 経営状況

2006年から2007年の2年間のPRC病院の収入と支出の推移を表4-13に示す。この表から次の点を読み取ることができる。

- ・患者数の増加とともに収入・支出も増加しているが、損益は2006年が赤字、2007年は若干の黒字であり、経営面では厳しい状況にある。
- ・収入面では2007年でIPPTEからの収入が32%を占めている。しかもそのシェアは年々増加しており、依存度を増してきている。同年の保健省のIPPTE予算が47億ブルンジフランであることから、PRC病院はその12%を使っていることになる。
- ・支出では、人件費の割合が55%前後、医薬品が23%を占め、日本の病院と同じような費用構造である。違いは収入支出の金額である。2007年の収入17億6,300万ブルンジフランは日本円で約1億6,000万円であり、500床規模の病院としては極めて小さい。

表 4-13 PRC病院の収入支出の推移

(単位：100万BF)

大項目	2006年	(%)	2007年	(%)
収入 (a)	1,269		1,763	
うちIPPTEから	273	収入の22%	557	収入の32%
支出 (b)	1,379		1,744	
うち経常支出	1,353		1,677	
うち人件費	775	経常支出の57%	916	経常支出の55%
うち医薬品費	314	経常支出の23%	385	経常支出の23%
うち資本支出	26		67	
差 額 (a) - (b)	△110		19	

出所：調査団質問書への回答

PRC病院での聞き取りでは、無料化政策によるIPPTEからの支払いは恒常的に3～6ヶ月程度遅れており、今のところ給与の遅配は起っていないものの経常費用のやり繰りに苦労するという話があった。IPPTEからの資金は単に無料化政策による患者の診療に充てられるだけでなく、建物の改修や機材の購入などにも使われる。CTスキャナー用に建物を改修し機材を購入した資金もIPPTEが出所であろうと推測される。したがって、IPPTE基金の今後の継続性と支払いの適時性は、プロジェクトの進行に影響を与えるリスクの一つとして認識し、継続して情報を得る必要がある。

4-5-3 保健センター

(1) 活動状況

次表4-14に9カ所の保健センターの職員数と2007年の活動実績を示す。10カ所のうち1カ所の保健センターは刑務所の受刑者用という特殊な位置づけにあるため、プロジェクト対象から除外しており統計にも含めていない。また9カ所の保健センターのうち、図4-3に示したとおり、現時点でお産の取り扱いができるのはカメンゲ、ブテレレ及びムサガの3カ所であり、2008年中にお産の取り扱いを始めるセンターが3カ所あることから、間もなく6つの保健センターでお産が可能となる予定である。

表4-14 ブジュンブラ都市部州の保健センター活動概要（2007年）

保健センター名	スタッフ数	外来数	産前健診	分娩数	ワクチン接種数	家族計画実施数
カメンゲ*	32	4,678	762	103	914	1,134
ムラクラ**	16	2,458	178	0	481	1,048
ンガガラ**	36	不明	489	0	296	880
ブテレレ**	10	10,675	285	50	601	196
CMCブイエンジ	27	4,757	1,126	0	591	563
ブウィザージャベ	24	6,748	249	0	506	340
ムサガ*	45	6,263	416	154	1,307	627
カニヨシヤ*	34	5,123	685	1	10	392
ルビザ	8	5,262	-	-	367	-
合計	232	45,964	4,190	308	5,073	5,180

注：*印は現在お産を扱っているセンターを、**印は2008年中にお産の扱いを開始する予定のセンターを示す。

出所：無償資金協力基本設計調査団の質問書への回答

（2）経営状況

保健センターの一般診療は有料である。診察料として医師の診察は50ブルンジフラン、ナースの場合は50ブルンジフランを徴収し、医薬品も有料で販売する。保健センターはこれらの収入により給与を除く運営経費をまかなうことになるが、光熱水費や電話代はセンターによっては保健省がまかなっているところもある。表4-15に9保健センターの2007年度の収入・支出及び差益を示す。

表4-15 ブジュンブラ都市部州保健センターの経営状況（2007年）

（単位：BF）

保健センター名	収入	支出	差益
カメンゲ	5,825,138	3,302,200	2,522,938
ムラクラ	343,700	312,312	31,388
ンガガラ	2,868,842	2,308,100	560,742
ブテレレ	1,214,665	757,561	457,104
CMCブイエンジ	4,375,150	2,217,986	2,157,164
ブウィザージャベ	3,728,980	2,882,982	845,998
ムサガ	2,810,780	1,222,154	1,588,626
カニヨシヤ	699,585	231,450	468,135
ルビザ	1,756,389	578,700	1,177,689
合計	23,623,229	13,813,445	9,803,498

出所：無償資金協力基本設計調査団の質問書への回答 2008年5月

保健センターにより収入と支出額が大きく異なること、収入・支出の金額が職員数や患者数と相関していないこと、平均して収入の3分の1に相当する差益を出していることなどが読み取れる。これらの保健センターでも、IPTE基金からの無料化医療に対する支払いが遅れており、それにより医薬品の購入に支障が出るという話があった。黒字でありながら医薬品の購入に支障が出るのは、費目ごとにお金の使途が決まっており、費

目間で流用できない規則があるためという返事であった。

4-5-4 母子保健サービスを提供する上での施設の課題

(1) 日本人専門家の指摘

2007年2月から2008年4月にかけてJICAがPRC病院に派遣した医療機材維持管理の専門家は、その報告書の中で、ブ国の病院や保健センターにおいて安全な出産を妨げている問題について、次のような指摘を行っている。

1) 施設・機材の問題

- i) 妊産婦診療・分娩手術に必要な施設・設備・人材が不足している。
妊婦数に対して設備が不足しており、出産処置数に対しても人材が不足している。
- ii) 妊産婦診療・分娩手術に必要な医療機材が不足している。
妊産婦の健康状態（血圧・尿検査など）を的確に判断するのに必要な分析機器が不足している。
- iii) 患者搬送設備（無線機・救急車など）が不足している。
異常出産を扱うことが可能な病院への保健センターからの緊急移送が迅速に行われない。

2) 技術の問題

- i) 衛生管理を含む総合的な品質管理を行うために以下の技術・知識が不十分である。
 - ・妊婦診療時・分娩・中絶手術における職員の衛生管理（消毒・清潔）
 - ・妊婦診療時・分娩・中絶手術における機材の衛生管理（消毒・清潔）
 - ・施設の衛生管理（整理・整頓・清掃）
- ii) 医療機材の維持管理（保守・修理・部品等調達）を行うために以下の技術・知識が不十分である。
 - ・保守（故障の発見）
 - ・修理（必要部品の調達）
 - ・更新（必要機材・器具の調達）
- iii) 医療施設経営のために管理職員の以下の能力が不十分である。
 - ・効率的な財務・会計処理
 - ・効率的な業務体制・業務分担
- iv) 産科医療処置を行うための医療専門職の以下の技術・知識が不十分である。
 - ・妊産婦の適切な検査・診断・治療
 - ・乳幼児の適切な検査・診断・治療

(2) 本調査団の見解

調査団が現地を視察した結果、医療機材維持管理の専門家の指摘と同様の問題を確認した。そして、その原因として、施設や設備、機材といった目に見えやすい問題の背後に、スタッフが上位の者から問題点を指摘されたり、標準とされる診療技術や知識、手順を学ぶ機会を与えられるということもなく、また管理スタッフも近代的な病院管理の手法を学ぶ機会もないまま、職員全体が日々押し寄せる患者に対処せざるを得ないマネ

ージメント上の問題があるからだと考える。今回のプロジェクトは、このマネージメント上の問題に、直接に応える時宜に適ったものと判断される。

第5章 技術協力プロジェクトの基本設計

ブ国側と合意されたプロジェクトの基本設計は以下のとおり。付属資料のプロジェクトデザインマトリックス（ver.0）を参照。

5-1 基本方針

(1) プロジェクト名称

- ・和文名称：母子保健向上を目的とする医療施設能力強化プロジェクト
- ・英文名称：The Project for Strengthening Capacities of Prince Régent Charles Hospital and Public Health Centers in Bujumbura City for Improvement of Mother and Child Health
- ・仏文名称：Le Projet de Renforcement des Capacités de l'Hôpital Prince Régent Charles et les Centres de Santé Publics en Mairie de Bujumbura en vue de l'Amélioration de la Santé Maternelle et Infantile

(2) プロジェクト期間

2009年1月～2012年1月（予定）

(3) 日本側協力総額

約2億5,000万円（暫定）

(4) 相手先監督機関及び実施機関

- ・保健省（官房部門、公衆衛生総局、資源総局）
- ・ブジュンブラ州保健局
- ・ブジュンブラ市保健局（北部・中部・南部）
- ・PRC病院
- ・ブジュンブラ市内保健センター（9センター）

(5) 日本側協力機関

国立国際医療センター（運営指導調査への協力等）

(6) ターゲットグループ

- ・PRC病院及びそこに従事する職員
- ・プロジェクトで選定される保健センター（9カ所）及びそこに従事する職員

(7) 裨益者

- ・直接裨益者：PRC病院、保健センターを利用する妊産婦・乳幼児
- ・長期的裨益者：PRC病院、保健センターのキャッチメントエリアに居住する妊産婦・乳幼児

5-2 プロジェクトコンセプトと運営管理体制

実施においては、保健省及び州保健局は、プロジェクト進捗を監督するとともに技術支援を行い、PRC病院と対象の9カ所の保健センターは、主要アクターとなる。

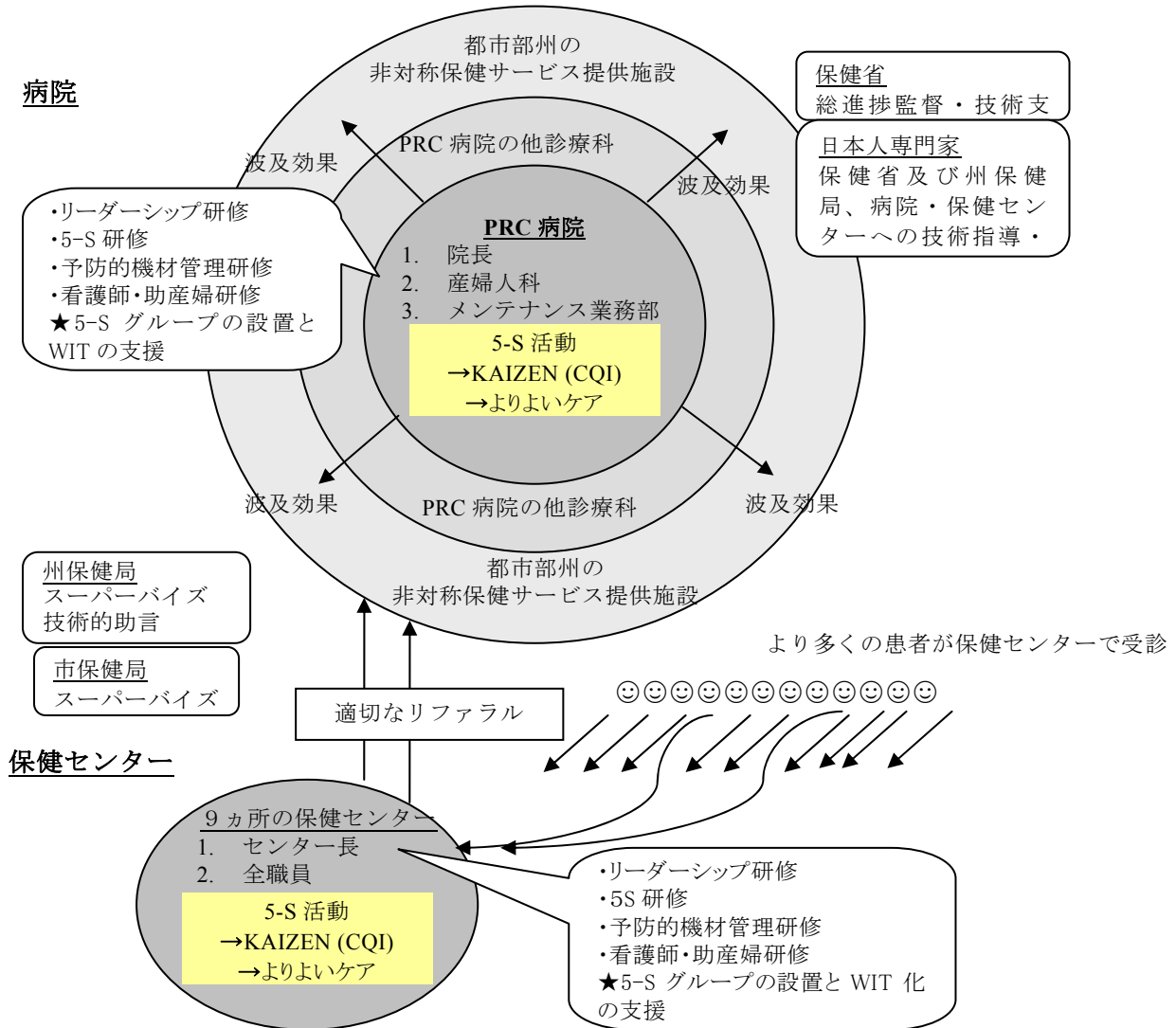


図5-1 プロジェクトコンセプトと波及効果のイメージ

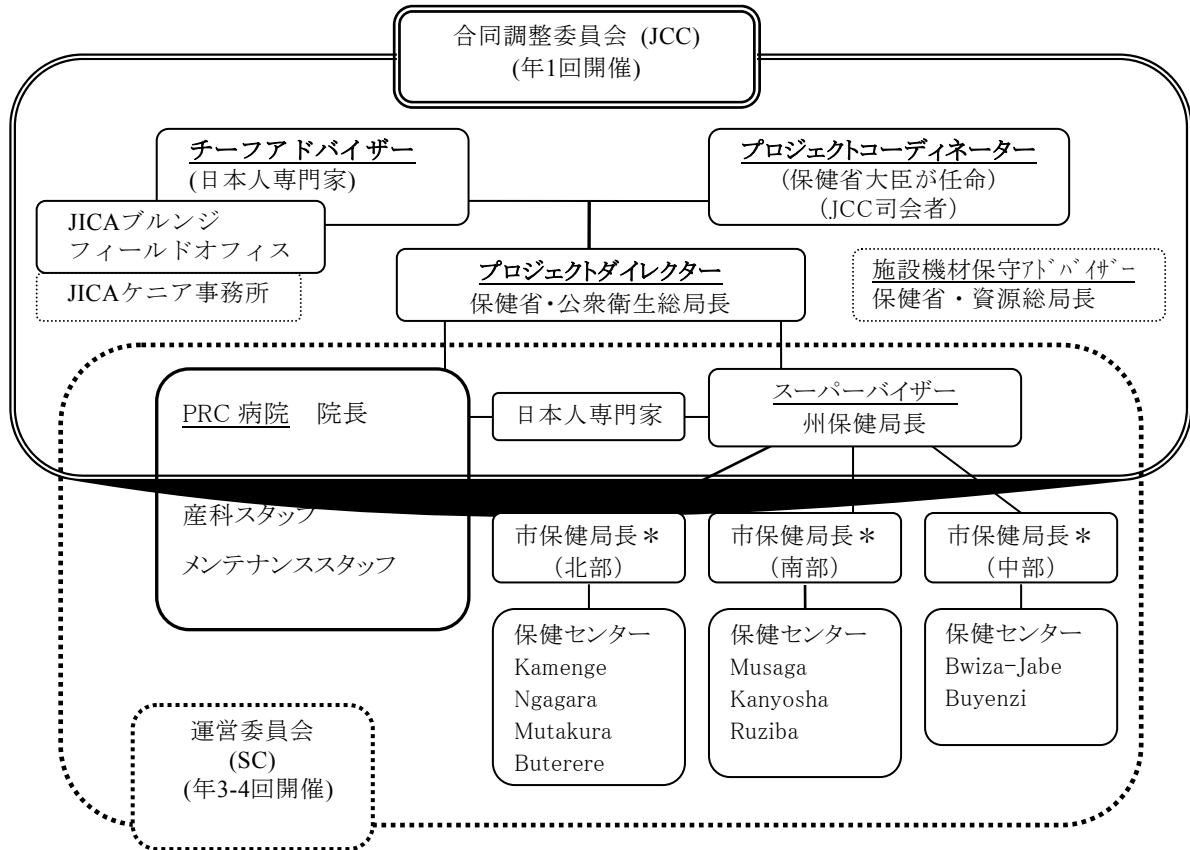
プロジェクト実施と進捗監理に係る運営管理体制は、図5-2に示す。プロジェクトコーディネーターはプロジェクトにおける最終決定者であるとともに、チーフアドバイザーとともに政策レベルでの他関係機関との調整を行う。

保健省公衆衛生総局長はプロジェクトダイレクターとしてチーフアドバイザーとともに実務における政策的・技術的支援、活動進捗の把握を行い、特に所轄するPRC病院での活動進捗を監督する。保健センターでの活動は、州保健局と市保健局が活動の進捗を把握し、必要な政策的・技術的支援を行う。

正式承認されれば実施される予定である無償資金協力「ブジュンブラ市内医療設備整備計画」の窓口となる資源総局は、必要に応じて施設・機材に係るプロジェクト活動の進捗支援を行

う。

日本側のバックアップ体制としては、JICAブルンジフィールドオフィスとともにケニア事務所が必要に応じて技術的な支援を行う。



注：*ブ国各州に設置されている市保健局は、ブジュンブラ市（都市部州）では保健セクター局と呼ばれるが、機能に相違はない。ブジュンブラ市保健局は南部地域担当、中部地域担当、北部地域担当の3局で、各局長は州保健局内に事務室を持つ

図5-2 運営管理体制図（案）

5-3 プロジェクトの目標

(1) プロジェクト目標（プロジェクト開始3年後、2011年あたり）

「対象保健施設のより良い運営管理のもとで、患者中心の妊産婦・新生児ケアが実践される」

<指標>

- a) (カーテン設置など) 妊婦の安心・プライバシーを確保した分娩室を備えた対象施設数（プロジェクト開始後12ヶ月以内）
- b) 対象施設で出産した妊産婦のうち、「分娩中に看護スタッフから十分・適切にケアを受けた」と回答した妊産婦の増加率%

(2) 上位目標（プロジェクト終了後2年目、2013年）

「PRC病院と対象保健センターにおいて、妊産婦・新生児ケアの質が改善する」

<指標>

[対象病院・保健センターにおいて]

- a) 根拠に基づく正常分娩ケアができる
- b) 正常出産と異常出産の判別ができる
- c) 新生児の基礎的なケアができる

(3) スーパーゴール

1) (終了後5年目、2015年)

「ブジュンブラ市の保健施設において、産科・新生児ケアの質が向上する」

<指標>

[市内の全病院・保健センターにおいて]

- a) 会陰切開率%が下がる
- b) 正常出産と異常出産の判別ができる
- c) 新生児の基礎的なケアができる

2) (終了後7年目、2017年)

「ブジュンブラ市において、妊産婦・新生児ケアに関する患者リファラルシステムが機能する」

<指標>

- a) リファラル年次報告が、保健局により適宜活用され、分析される
- b) 保健センターから上位病院へのリファラル率がX%となる（リファーされた患者／すべての外来患者数）注：プロジェクト開始後半年以内に目標値を設定する予定

3) (終了後15年目、2025年)

「ブジュンブラ州の保健施設における、妊産婦・新生児ケアの質とアクセシビリティが向上する」

<指標>

- a) 州（都市部・地方農村部）における10万人当たり妊産婦死亡者数が300以下となる

5-4 期待される成果と活動

(1) 成果1 「対象保健施設において、トップ管理職・中間管理職員（院長・センター長、診療科長、看護婦長など）のリーダーシップが育成される」

<指標>

- 1-a) 5-Sコミッティが各施設に設置される。
- 1-b) 施設内における80%以上の部門に5-S実施活動チームが設置される（開始後6ヶ月以内）
- 1-c) 全診療科の全室に品質管理ポリシーが掲示される（開始後12ヶ月以内）
- 1-d) 病院・保健センター間で3ヶ月ごとのケースカンファレンスが行われる

<成果1の活動>

- 1.1 対象施設における各管理職の業務内容、業務実績を確認する。
- 1.2 リーダーシップ研修（TQM研修、5-S研修）を行う（巡回型国内研修）。
- 1.3 5-Sコミッティを構成する。
- 1.4 各施設において研修技術の実践状況をモニターする。
- 1.5 病院・保健センター間の情報交換が行われる（リファラルケースなどについて）。

(2) 成果2「各施設長のリーダーシップにより、現場スタッフの5-S活動をとおして、妊産婦・新生児ケアの業務環境が改善される」⁹

<指標>

2-a) 以下の5-S活動の実施（モニタリング記録）

- ①妊産婦・新生児ケア現場における、廃棄物分別・収集・リサイクル処理の実施
- ②物品のカラーコーディングの実施
- ③産科待合室への待合椅子（ベンチ）の設置
- ④産科待合室における患者の待ち時間の減少
- ⑤業務従事者のケア行為の意識・態度の変化

<成果2の活動>

- 2.1 5-Sのモニタリングシートを用いた業務環境の現状調査を実施する（写真撮影、現場職員への業務環境に関する調査）。
- 2.2 5-S研修を実施する（巡回型国内研修）。
- 2.3 5-S活動を実施する。
- 2.4 各施設において5-S実践状況をモニターする。

(3) 成果3「対象施設において、機材の予防メンテナンスが、産科及びメンテナンス部の職員の全員参加により、継続的に行われる」

<指標>

3-a) 機材使用注意タグが、全機材に添付される（プロジェクト開始後6ヶ月以内）

3-b) 全室に全機材を含む予防メンテナンス・シートが掲示され、使用后処理・稼働可能状況が記録・管理されている（1年以内）

<成果3の活動>

- 3.1 対象施設の機材・器具の管理状況を調査する。
- 3.2 対象施設の関係職員を対象として予防的機材維持管理指導・研修を行う（巡回型国内研修、国外研修）。
- 3.3 機器使用注意タグを作成し、機材に貼付する。
- 3.4 機材維持管理マニュアル、チェックシートを更新する。
- 3.5 機材購入・部品調達方法を調査し、取引先一覧を含む機材部品調達手順書を作成する。
- 3.6 各施設において、機材維持管理状況をモニターする。

⁹ 5-Sとは病院における整理、整頓、清掃、清潔、しつけを通じた業務環境改善のためのマネジメントツールである。

(4) 成果4「看護スタッフの、妊産婦・新生児ケアにかかわる技術・知識が強化される」

<指標>

4-a) 技術研修の理解・実践状況 (ポストテスト)

<成果4の活動>

- 4.1 妊産婦に満足度調査を実施する (ベースライン)。
- 4.2 対象施設の看護師・助産婦に技術研修を実施する (巡回型国内研修、国外研修)。
- 4.3 産科ケア状況をモニターする。
- 4.4 対象施設を利用する妊産婦への満足度調査を含む、活動のインパクト調査を実施する。

5-5 投入計画

5-5-1 日本側投入

(1) 専門家 (3分野)

- 1) チーフアドバイザー／病院運営管理
- 2) 5-S/総合的品質管理 (TQM)
- 3) 医療機材保守管理
- 4) 産科・助産

(2) 本邦・第三国研修

- 1) 保健医療施設運営管理
- 2) 母子保健

(3) 以下プロジェクト活動経費

- 1) 研修経費
- 2) 教材等開発経費
- 3) 広報ツール作成経費
- 4) 広報活動経費
- 5) 事務所用小規模・小額機材
- 6) セミナー・ワークショップ実施経費 (地方からの参加者交通費、会議費を含む。)
- 7) 調査経費、など。

5-5-2 ブ国側投入

(1) 人材 (カウンターパート人員)

- 1) プロジェクトコーディネーター (保健省大臣がR/Dまでに任命する予定)
- 2) プロジェクトダイレクター (保健省・公衆衛生総局)
- 3) ブジュンブラ州保健局
- 4) ブジュンブラ市保健局 (北部・中部・南部)
- 5) PRC病院職員
- 6) 9つの保健センター職員

(2) 以下の経費

- 1) ブ国側各人材の給与（各組織が負担）
- 2) 合同調整委員会（JCC）、運営委員会（SC）出席のための交通費・日当
- 3) その他の必要経費

(3) 施設

- 1) プロジェクト活動に活用される保健医療施設
- 2) 日本人専門家執務室（保健省内、電話・通信設備を含む）

5-6 外部条件

(1) 成果（アウトプット）達成のための外部条件

- 1) 技術研修を受けた職員が、施設の従事者として勤務を継続する。
- 2) プロジェクト活動の従事者の（給料未払いなどを理由とした）欠勤率が極端に増加しない。
- 3) プロジェクトサイトにおいて、活動を妨げるほどの治安悪化が発生しない。

(2) プロジェクト目標達成のための外部条件

- 1) 妊産婦数・乳幼児数が、予測を超えるほどに極端に増加しない。
- 2) PRC病院、対象保健センターにおける機材の維持管理、修理、部品調達の予算現状が悪化しない。

(3) スーパーゴール及び上位目標達成のための外部条件

- 1) PRC病院と対象保健センターに適切な人材配置・確保がなされる。
- 2) 政府が「妊産婦ケア・5歳未満児ケア無料化プログラム」を継続する。
- 3) ブジュンブラ市の保健施設に適切な人材配置・確保がなされる。
- 4) 地方農村部の患者の保健施設への交通手段が確保される。

5-7 期間中に実施される事業評価調査と実施の時期

(1) 運営指導あるいは中間評価調査

プロジェクトの中間期、開始後16～18ヶ月後に実施する。

(2) 終了時評価調査

プロジェクト終了前6ヶ月頃から終了までに実施する。

第6章 プロジェクトの事前評価

本プロジェクトの事前評価は、「プロジェクト評価の実践的手法-JICA事業評価ガイドライン(改訂版)」(JICA企画評価部評価管理室編、2004年3月)に基づき行われた。以下結果を述べる。

6-1 妥当性

調査の結果、本プロジェクト実施の明確な妥当性が確認された。詳細は以下のとおり。

(1) プロジェクトの中長期的目標とブ国開発政策・プログラムとの整合性

ブ国の妊産婦死亡率・乳児死亡率は近隣諸国平均に比して高く、かつ新生児の直接死因の最大が重度感染症となっているなど、喫緊の課題を抱えている。こうしたなか、ブ国政府は「国家保健政策2005-2015」「国家保健開発計画2006-2010」において、妊産婦死亡率の低減、5歳未満児死亡率の低減、5歳未満児罹患率の低減などを目標に掲げ、母子保健、妊産婦ケアの改善を優先課題とし、さらに、2006年6月に「5歳未満児の医療費及び分娩費助成に関する政令」を施行し、妊産婦と乳幼児ケアの質的向上、アクセスの拡充を図っている。

本プロジェクトは、産科ケアを提供する病院・保健センターの業務環境改善をとおして患者中心の(患者のニーズを優先した)ケアの提供を実現し、長期的には全ブジュンブラ州において安心・安全な出産と新生児ケアの実現をめざすものであり、ブ国政府の政策・プログラムとの整合性が確認できる。

(2) 我が国の対ブ国援助政策、JICA対ブ国支援方針

日本は2006年6月に行われた対ブルンジ支援に関する二国間経済協力政策協議の結果を踏まえ、日本の対ブルンジ協力政策の重点分野を「平和の定着」及び「基礎生活環境の改善」としている。また、JICAは本プロジェクトを対ブ国支援方針の「基礎生活環境改善」課題における「保健行政・母子保健プログラム」に位置づけており、先般の東京アフリカ開発会議(TICAD IV)での母子保健支援に係る合意事項とも合致するものである。

JICAはこれまでPRC病院に対し、無償資金協力による機材調達及び短期専門家派遣「PRC病院医療機材改善計画」による技術指導を行った実績もある。したがって本プロジェクト実施においては、過去の協力による知見・技術・機材を活用した効果的な支援を行うことが可能となる。

(3) 裨益者のニーズに応じた効果的なプロジェクトアプローチの特定

本件調査の結果により、ブ国における母子保健の問題の背景として、以下のような問題が明らかとなった。

＜政策面において＞

- ① 施設・機材・人材の慢性的不足によるケアの量・質が不足している。
- ② 患者のニーズに応じた適切な治療を提供するためのリファラル・カウンターリファラルシステムが未整備である。

＜施設の現場において＞

- ③ 産科ケアを提供するための総合的な業務環境が十分に整備されていない。
- ④ 医療機材の故障や誤った使用を防ぐための、予防的機材維持管理の技術・知識が不足している。
- ⑤ 安心・安全なお産を行うための看護師・助産師のケア知識・意識が不十分、など。

本プロジェクトでは、ブジュンブラ都市部のトップリファラル病院の一つであるPRC病院の産婦人科職員と、地域の保健センター9カ所の職員を主要アクターとして、上記のうち特に③、④、⑤の課題に取り組み、②に対する補足的な活動を行う。③、④、⑤への取り組みとしては、まずリーダーシップの醸成、5-Sによる業務環境改善の意識向上、及び業務遂行能力の向上を図る。これと平行し、予防的機材維持管理能力を強化し、これらの成果を、全国普及をめざして政策にフィードバックする。②については、施設間の情報交換（リファラルケースに関する情報など）を通して横の関係を強化し、中長期的に取り組むべきリファラルシステム改善の足がかりを構築する。

すなわち本プロジェクトは、妊産婦ケアの現場に直接アプローチし、妊産婦のニーズを優先した患者中心のケア実現のための環境構築を行うことで産科ケアの質向上を促進するものであり、3年という短期に成果が期待できる効果的戦略と考えられる。

6-2 有効性

調査の結果、以下のとおりプロジェクトの有効性が確認された。

(1) 設定されたプロジェクト目標の適切性

医療施設の運営管理能力とは質の高いケアを提供するためのベースとなるものである。本プロジェクトではサービスの品質管理をめざす第一段階として5-Sを活用した業務環境改善活動を行い「対象保健施設のより良い運営管理のもとで、患者中心の妊産婦・新生児ケアが実践される」ことをめざす。4つの成果、期間、投入から鑑みて、適切な目標と判断できる。

(2) 設定された成果と指標の適切性

プロジェクト目標達成のために、産科ケアサービスの改善に必要な以下の4つの成果が選定された。各成果には活動に直結したアウトカムを示す具体的な指標が設定された。

1) 成果1：管理職のリーダーシップ能力育成

施設運営管理を進めるには組織内のあらゆる部門における管理職員がイニシアティブをとり、施設の業務環境改善への技術をスタッフに適切に伝えるとともに、努力を促しモチベーションを高める働きかけを行う必要がある。したがって本プロジェクトでは、病院・センターの長とともに各部門のリーダーの指導力を高める活動を行う（リーダーシップ研修、総合品質管理研修、5-S研修）。これにより、5-S委員会の設置など、5-S運動が施設内で展開する仕組みができる。

2) 成果2：5-S活動によるケア環境の改善

ここでは、医療現場環境の改善をめざし、5-S研修（巡回型国内研修）を実施し、実践状況をモニターする。

3) 成果3：機材・器具の予防的維持管理能力の育成

ここでは、合理的・単純・効果的な方法（使用法タグの添付など）を用いることで、機材・器具の予防的保守を可能にする。さらに、適切な修理・部品調達を含む総合的な機材維持管理知識の育成を図る。

4) 成果4：妊産婦ケア従事者の能力育成

ここでは、妊産婦ケアに従事する看護師・助産師を対象として根拠に基づく妊産婦・新生児ケアについての意識を高める。なお、対象施設における妊産婦・新生児ケアの状況を調査するなど、プロジェクト実施後の効果を測る活動を行う。

(3) 選定されたターゲットグループの適切性と期待される効果

本プロジェクトの中心的なアクターであるPRC病院は、保健センターのリファラル先として、センターでは困難な異常出産、出産逸脱症例、妊娠合併症治療や帝王切開などを要する妊産婦患者を受け入れている。保健センター9カ所のうち、分娩を現在実施している、あるいは実施を予定している施設は6カ所であるが、産前・産後ケアについては全センターで実施している。すなわち、両施設（ターゲットグループ）はプロジェクトの裨益者への妊産婦・新生児ケア提供者として相互補完的な関係にあり、これら10組織をターゲットとすることで効果的な成果が期待できる。

6-3 効率性

調査の結果、以下のとおりプロジェクトデザインの効率性が確認された。

(1) 予定活動・実施期間・投入計画の適切性

設定された成果・活動内容は、投入規模（日本側予算約2億5,000万円、協力期間3年）に照らし、適切な計画と考えられる。人材については、活動に必要な専門家派遣分野が選定された。ブ国側からも運営管理人材（保健省・保健局）案が出された。

(2) プロジェクト運営管理体制の明確性

合同調整委員会、運営委員会が設置され、主要メンバーが選定された。なお、合同調整委員会については、必要に応じてJICAブルンジフィールドオフィス代表者が参加し、主要ドナー（ベルギー技術協力公社）にもオブザーバーとしての参加を求めるなどして、プロジェクトの実施促進・支援を確保する工夫がなされるのが望ましい。

(3) 他事業との効果的な連携・相互補完性

無償資金協力による「ブジュンブラ市内医療設備整備計画」に係る基本設計調査が、現在進められており、実施が承認されれば産科医療機材の投入が行われる（2009年度末頃を予定）。また、ベルギー技術協力公社は施設改修・建設の支援を行う予定であり、右無償資金協力事業とほぼ同じ時期に完工される予定である。これら事業の相互補完的な効果が期待できる。また、本プロジェクトが上記2事業に先行して行われ、業務環境改善及び機材維持管

理技術を習得した対象保健施設が、新規施設・機材導入の際に、より適切な対応を行うことが期待できる。

6-4 インパクト

調査の結果確認されたプロジェクトの効果・インパクトは、以下のとおりである。

(1) 上位目標と設定指標の適切性、スーパーゴールへの論理性

終了2年後の中期的目標として、「PRC病院と対象保健センターにおいて、妊産婦・新生児ケアの質が改善する」が設定された。これは、3年間のプロジェクト活動による業務環境改善、保健医療従事者の意識改革を基盤として、より専門的な産科・乳幼児ケアに係る技術の向上をめざすもので、指標もその点を考慮し選定された。上位目標達成に要する期間、成果達成プロセス（活動）の論理性は確保され、指標とともに適切な設定と判断される。

さらに、プロジェクト効果を明確にするために、2025年までのスーパーゴールが3つ選定された。上位目標達成後には、ブジュンブラ市の他病院への本プロジェクトの成果の活用とリファラル・カウンターリファラルシステムの構築を期待し、最終的にはブジュンブラ州全域の妊産婦・乳幼児ケアの質とアクセスの向上をめざしており、長期的ゴールのプロセスが段階的・論理的に示された。

(2) 期待されるプロジェクトの波及効果

妊産婦・乳幼児ケアの質的向上というスーパーゴールに向けて、産科・新生児科の看護師が中心的な役割を担うこととなるが、活動を通して看護職のパフォーマンスが向上すれば、医師の診断治療行為の効率化という正の影響も期待できる。更に、プロジェクトにより業務環境の改善がなされれば、他科へのポジティブな影響（産科以外でも、5-S手法を取り入れ、業務環境改善に取り組みたいと希望すること）も期待できる。

6-5 自立発展性

以下のとおり自立発展性について検証された。

(1) 政策（戦略・財政）・制度的側面からの持続可能性

1) 政策における戦略面での継続性

「妥当性」で述べたとおり、産科・新生児ケアの質的改善は、ブ国の国家上位計画、保健セクター5カ年計画における母子保健改善のための戦略であり、ブ国は今後も同政策を進める意向があるため、事業実施に対する政策側からの支援は十分に期待できる。

2) 財政面での懸案

「5歳未満児ケア及び出産の無料化政策」施行（2006年6月）以降、保健医療施設で出産を行う妊婦は増加しており、サービスへのアクセス拡大に一定の効果をもたらしている。他方、政府から保健医療施設に対する無料化対象サービスに関する報酬支払い遅延があることが確認されており、今後これについて行政側との情報交換が必要である。

(2) 組織・財政的側面からみた持続可能性

PRC病院・保健センターの経営実績からは、現在のところ甚大な財政困難はない。また、本プロジェクトで導入する手法（5-S/TQM）は業務における習慣の改善を期待するもので、大きな経費を要するものではないため、プロジェクト終了後にこれを継続していくことの財政面の困難はないと考えられる。

ただし、「5歳未満児ケア及び出産の無料化政策」施行以降、サービス希望者の全面的受け入れ義務を持つPRC病院では患者数が急増している。特に施行後の出産件数は倍増しているにもかかわらず、スタッフの増員は6名のみで、ニーズに対応しきれない状態である。こうした現状は、今後の機材管理や施設運営の財源に悪影響を及ぼす可能性がある。したがって、期間中には対象施設の経営状況をモニターする必要がある。

(3) 技術的側面の持続可能性

1) 対象医療施設における技術の定着

プロジェクトの活動が業務環境の改善と患者ニーズに基づくケアの提供に効果的・効率的なものであることが認識され、かつ、院長と各部の管理職員・5-S委員会により、定期的に業務環境改善の進捗がスーパーバイズ・モニターされれば、導入された技術は定着・維持されると期待できる。

2) 導入技術の非対称施設への普及と持続発展性

ブジュンブラ市には、PRC病院とかわりのある3次レベルのカメンゲ中央大学病院と、2次レベルのプランス・ルイ・ルワガソレ病院があり、これらもまた保健センターからのリファラル先となっている。プロジェクト終了時には、PRC病院が本プロジェクトの成果をこれらの病院に導入できるようなメカニズム（例：研修実施にPRC病院、保健センターの代表者が講師として参加するなど）の構築の可能性について検討することが望ましい。

6-6 その他の留意点

6-6-1 非対象施設での研修実施に係る留意事項

スーパーゴールの達成をめざし、本プロジェクトの対象ではないプランス・ルイ・ルワガソレ病院及びカメンゲ中央大学病院の2病院（それぞれ2次・3次レベル）に対して本プロジェクトから何らかの働きかけを行うことは有効であり、成果1の活動1-5の保健施設間の情報交換（ケースカンファレンス）関係構築の活動が設定された。しかし、以下の2点について留意する必要がある。

(1) カメンゲ中央大学病院

同病院は教育省管轄であるので、教育省側への手続きを取る必要がないかを確認し、プロセス及び結果の共有も行う。

(2) 研修経費について

非対象施設関係者の研修参加に係る経費はプロジェクト経費からの拠出が困難である点につき理解を十分に得て、実施については研修対象施設への巡回実施などにより、交通費や日当などの問題が生じない工夫をする。

6-6-2 各目標の達成指標の再検討

プロジェクト目標の指標について、以下2点に留意すること。

(1) a) の指標について

本プロジェクトが対象とする施設は、2次及び3次レベルに当たるPRC病院と1次レベルの保健センター9カ所であり、統一の指標を設けるのは容易ではない。また、9カ所の保健センターにおいても、センター間でサービス内容と技術レベルに幾分かの差異が見られる。したがって、対象の施設の現状に基づき、指標の再設定も検討すべきであると考えられる。

(2) b) の指標について

プロジェクト開始時に行う妊産婦・新生児ケアの現状分析（ベースライン調査）では、産後女性を対象とした質的調査（例えば満足度調査）を実施する必要があるが、プロジェクトの活動により産後女性の意識向上が促され、インパクト調査時の評価がベースライン調査時より厳しくなるという結果を引き起こす場合も予測されるため、「安心・適切」に関する質問事項と方法は、これを考慮して設定することが重要である。

6-6-3 5-S手法導入における留意事項

本プロジェクトは、5-S手法を導入してカウンターパートのマインドセットに働きかけ変化を期待するものであるが、同手法活用による効果を科学的に証明する統計・数値データ（根拠）をプロジェクトにおいて確認する必要がある。

6-6-4 技術の普及、長期的目標達成のためのモデル展開戦略の検討

保健省によれば、公的保健施設は独立採算制が導入されていても、保健省はその運営管理について指導が可能である。他方で、ブ国では地方分権化が進められており、州保健行政や医療施設の運営指導の決定権が州政府や州保健局へ委譲されていく可能性もあり、そうした場合、本プロジェクトの成果をモデルとして他州に展開するプロセスで困難が生じることも予測される。

したがって、プロジェクト後半に、本プロジェクトの成果をどのように他州へと普及できるかについて、保健省・州保健局・PRC病院・保健センターからの代表者を交えて意見交換を行い、具体案を検討することが望ましい。

第7章 実施協議

7-1 協議の概略

事前評価調査の結果を踏まえ、2008年10月4～11日に実施協議調査団（以下、「調査団」と記す）を派遣し、改めてプロジェクト概要と実施体制に係る協議を行い、ブ国側と本案件に係る合意・確認事項を取りまとめ、保健省大臣と討議議事録（R/D）（付属資料9）の署名交換を行った。調査結果の概要は以下のとおりである。

(1) 技術協力プロジェクトに係る説明

- 1) 技術協力プロジェクトに係る説明は、事前評価調査時に行ったが、ブ国において、技術協力プロジェクトは本案件が初めてのケースとなるため、日本人専門家の役割、実施体制等につき再度詳細説明を行った。
- 2) 特に、実施体制につき保健省リソース局長及び保健総局長代理と協議した結果、案件形成からの経緯を熟知するリソース局長をプロジェクトコーディネーターとすることになった。また、日本人専門家チームと日々の緊密なコミュニケーションと協働が求められるプロジェクトダイレクターには保健プログラム・サービス課長を任命し、さらにプロジェクトダイレクターのもとに本プロジェクトの事務局を置くことになった。
- 3) 本プロジェクトにおいて、(5-S活動を通じた)業務環境改善によるサービスの質の向上についてエビデンスの蓄積と評価を行い、モデルの確立を図るために、国立公衆衛生院（National Institute Public Health : NIPH）の関与を得ることとした。NIPHダイレクターからは、モデル確立への協力のみならず、NIPHにて実施するトレーニング（「保健サービスマネジメント」「看護」「助産」など）においてもプロジェクトとの連携が可能であるとのコメントがあった。また、R/Dのカウンターパートリストに同ダイレクターを加えることについて合意を得た。

(2) ブ国側の負担事項説明（カウンターパートの配置及び人件費、免税措置、日本人専門家執務室、プロジェクト実施に必要なランニングコストなど）

- 1) 一部のカウンターパートの人件費（上記事務局スタッフの時間外手当など）については、今後、可能な限りブ国側で負担する努力はするものの、当面は日本側に協力を求めざるを得ない状況であるとの説明があった。日本側は、復興支援国の逼迫した財政状況に鑑み、当面はプロジェクトにて負担し、徐々に先方負担に移行していくことで合意した。本プロジェクトにて負担する具体的項目については、他プロジェクトの例も参考にしつつ、プロジェクト開始時に改めて整理する。
- 2) プロジェクト運営にかかるランニングコストについては、病院・保健センターとも独立採算制をとっているため、保健省から各施設に対してランニングコストを確保するよう働きかけを行うことで合意した。
- 3) プロジェクトオフィスについては、保健省内、PRC病院内、いずれもスペースが限られているため、現時点では未確保であるものの、プロジェクト開始までに用意するよう最善の努力をすとのことであった。また、同病院内には研修実施が可能な部屋（50名程度収容可能）、近接するNIPHのセミナールームも使用可能（有料）とのことであった。

4) 日本人専門家の特権免除については、参考となる先行事例がないため、今年度中に開始予定の「公共交通公社運営能力再生プロジェクト」と調整しつつ基本的事項をR/Dに盛り込んだ。

(3) R/D締結後からプロジェクト開始に至るまでの工程について、ブ国側・調査団間で確認の上、合意した。また、ブ国とは包括技協協定が締結されていないことから、専門家派遣や本邦研修実施に際してブ国のリクエストフォームが必要である旨説明し、理解を得た。さらに、来年3月から実施予定の仏語圏地域アジア・アフリカ知識共創プログラム(AAKCP)への参加者の人選(保健省及びPRC病院のマネジメントクラスから各1名)を前もって進めるよう依頼した。

(4) 事前評価調査にて合意されたプロジェクトデザイン及びPDM ver.0の概要と、その後、日本側で変更した事項について、保健・エイズ対策省関係部局、ブジュンブラ都市部州保健局長、ブジュンブラ都市部州各保健地区長(北部・南部・中央部)に対して説明し、合意を得た。州保健局長は事前評価調査時のワークショップに参加し、本プロジェクトへの理解と関心が高く、今後、プロジェクトの開始に向けて、プロジェクト内容と実施方法を各対象保健センター長に説明し、積極的な参加を求めていくことを確認した。

(5) プロジェクトタイトル及びデザイン(PDM ver.0)への変更

- 1) 本プロジェクトが「マネージメント能力強化を通じて母子保健向上をめざす」ことが明確に表れるようプロジェクトタイトルを変更したい旨、調査団より説明したところ、ブ国側は了解した。一方、ブ国側からは、「運営能力強化(Renforcement des Capacités de Gestion)」という表現は、本プロジェクトがめざす包括的な質向上のための能力強化(Total Quality Management)を示唆せず、狭い範囲に留まる印象を与えるため、「運営(Gestion)をプロジェクトタイトルから削除するよう提案があり、調査団はこれに合意した。
- 2) プロジェクトの裨益者について、ブ国側より、「フランス・レジャン・シャルル病院と市保健センターのキャッチメントエリアに居住する妊産婦及び新生児」を「フランス・レジャン・シャルル病院と市保健センターの利用者」とするよう提案があり、調査団はこれに合意した。
- 3) 本プロジェクトによるモデル及び成果の全国普及をめざしていくことを明確にするため、スーパーゴール(1)「ブジュンブラ州の保健施設における、妊産婦・新生児ケアの質とアクセシビリティが向上する」を「ブルンジ国の保健施設における、妊産婦・新生児ケアの質とアクセシビリティが向上する」とすることで双方合意した。
- 4) スーパーゴール、上位目標、プロジェクト目標で対象としている「妊産婦・新生児ケア」を「妊産婦・新生児・乳幼児ケア」に広げることで双方合意した。

(6) その他の特記事項

- 1) ブ国においては、地方部の人材不足が深刻であり、それにより保健状況も劣悪である。本プロジェクトにおいても、全国展開を見据えた協力を検討していく必要があることを

再認識した。このため、プロジェクトダイレクター及び事務局スタッフが他州に出向き、必要な人材をブジュンブラ市にて実施する研修に参加させるよう働きかけることとする。また、地方（キルンド州）において、ベルギー技術公社が病院管理のプロジェクトを実施しており、今後、情報交換を行っていく必要がある。

- 2) ベルギーの支援のもと、ブ国のNIPH、セネガルの国立社会保健開発学校（Ecole National de Développement Sanitaire et Social : ENDSS）、コンゴ民主共和国の公衆衛生院の間で看護教育に係る連携が進んでいるとのことであった。これらの3カ国は、JICAも人材開発の分野で協力実績のある国々であり、このような連携にJICAも参入することを検討する。
- 3) 事前評価調査時にプロジェクトへの影響が懸念されたContractualization（保健人材へのパフォーマンスに基づくインセンティブ付与）は、地方部に保健人材を定着させるためにオランダのNGO CORDAIDが中心となりパイロット的に実施を始めたもので、今後その効果の評価を経て普及していくとのことであった。（現在6州で実施中。すでに診察を受ける患者が増加したなどの効果が確認されているとのこと。）当面、ブジュンブラ市内への影響は小さいと考えられる。
- 4) 事前評価調査時には、母子サービス無料化政策の継続が危ぶまれており、プロジェクトへの影響が懸念されたが、今般、同政策のために50億ブルンジフラン（約5億円）が新たに確保され、継続実施は当面確実とのことであった。
- 5) ブ国保健セクターにおいては、バスケットファンドは存在していないが、ドナー間には「グローバルアプローチが必要」との認識はあり、そのための情報収集を行っているところであるとのこと。

(7) 団長所感

「G8洞爺湖国際保健行動指針とTICAD IV横浜行動計画（YAP）の実践の視点」

両会合において日本政府は保健人材を含む保健システムの強化と医療施設の改修について支援を表明しており、本案件においても同コミットメントの実践していくことを念頭に協議した。施設改善については無償機材の供与先を12カ所の医療機関としたことで「1,000カ所の病院、保健センターの改善」の一環とし、技協プロジェクトにおいて「KAIZEN」運動の実践研修に首都圏のみでなく地方からの参加者も受け入れ、また研修の実施には国立公衆衛生研修所を参画させることで効果的に研修プログラムを拡充できるように考慮した。

「復興支援の視点からの相手側経費負担の軽減」

ブ国は1993年から10年以上に亘る内戦を経て、復興の途にある。また保健省行政人材の量質の不足・予算の不足もサービスの拡充の阻害要因になっている。こうした中で、迅速かつ確実に支援効果を上げるためには、当面プロジェクトにかかる先方経費についてもある程度柔軟に対応する必要がある。プロジェクト展開に伴うカウンターパートの残業手当・巡回出張旅費などについて当方負担内容をあらかじめ明確にしたい上で、支援する必要がある。

「他ドナーの動きと歩調を合わせ、全国展開を見据えた協力を行う（speed upとspread outの視点）」

内戦の影響で、保健サービスシステムの崩壊は地方でより深刻な状況にある。他ドナーはより地方での事業展開を重視している。本プロジェクトは治安上の制限で首都圏を対象とするが、上位目標である全国的な保健サービス人材の強化は急務であり、人材研修には地方人材の参画も積極的に勧めることが肝要である。

また、事前調査段階では長期支援の視点で母子保健サービスの拡充を支援することを念頭に、本プロジェクト期間では基本の医療施設マネジメントの強化に重点を置くこととした。しかし、首都圏の医療機関を見る限り、限られた数量の医療設備・医薬品を比較的、的確に管理していると観察されたところ、管理能力強化と併せて、母子保健ケアの技術的支援も一層積極的に迅速に支援していく事業計画とした。

「国立公衆衛生研修所（NIPH）の参画の意義」

保健人材の研修、国内医薬品品質検査、臨床検査、保健分野の調査研究の各機能を有している当国NIPHは研修プログラムの実施の場として、またモニタリング・評価にも研究機関として参画が期待される。また、NIPHはセネガルの国立社会保健開発学校（ENDSS）やコンゴ民主共和国の同様の機関とも連携関係を有していることから、今後仏語圏アフリカの広域事業展開をする際のネットワーク形成のターゲットとしても期待できる。

7-2 協議出席者

(1) ブ国側

<保健省>

エマニュエル・ジコロ	保健・エイズ対策省大臣
バランボネランニエ・シプリエン	資源局長
ムジャンベレ・エウジェン	インフラ・機材課長
カマナ・ジャン	保健プログラム・サービス課長

<フランス・レジャン・シャルル病院>

ナウリシラ・テランス	院長
ナウリシラ・テランス	院長

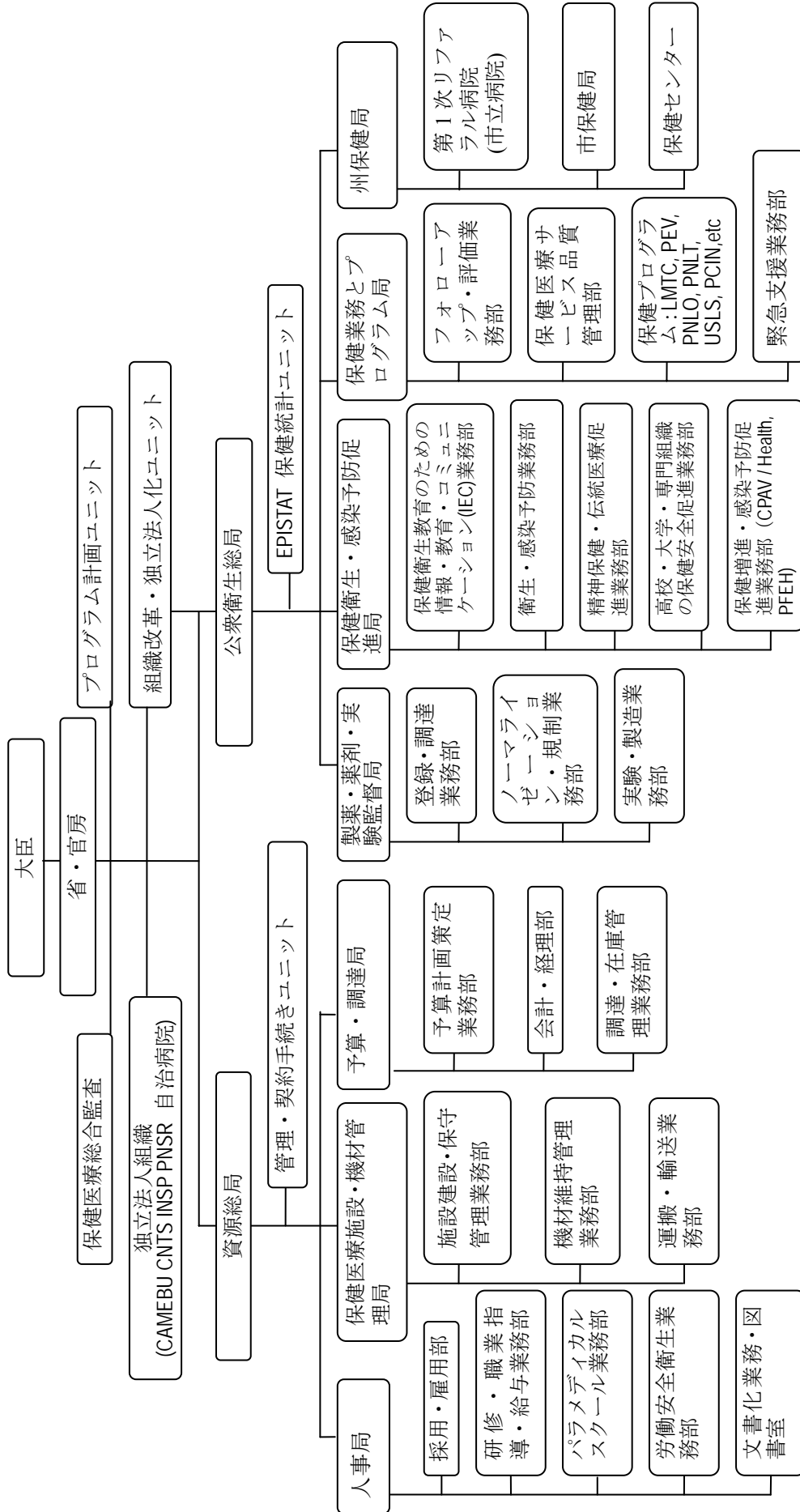
(2) 日本側

石井 羊次郎	JICA人間開発部保健行政・母子保健グループ長
山形 律子	JICA人間開発部保健行政課 職員
吉見 千恵	JICAブルンジフィールドオフィス 企画調査員

付 属 資 料

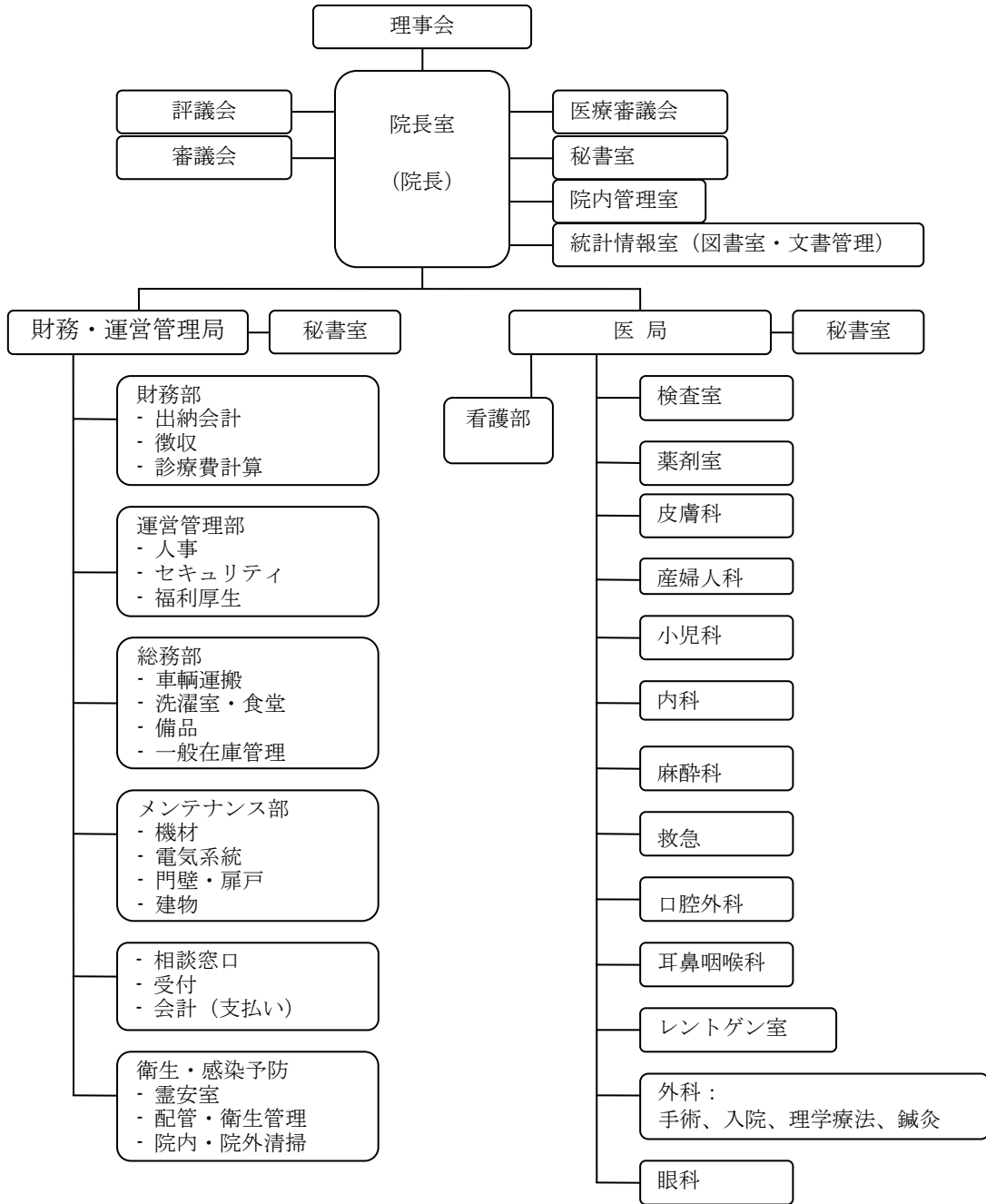
1. 保健・エイズ対策省の組織図
2. プランス・レジャン・シャルル病院の組織図
3. 保健センターの情報（人材・サービス内容と実績）
4. 公的医療保健施設及び類似施設における
5歳未満児の医療費及び分娩費助成に関する政令
5. 「PNDS実施のための保健活動基準」の保健センター基準（抄訳和文）
6. プロジェクトデザインマトリックス（PDM）-version 0
7. 収集資料・参考資料一覧
8. 署名ミニッツ文書（英文・仏文）
9. 署名討議議事録（R/D）（英文・仏文）

1. 保健・エイズ対策省の組織図



出所：保健・エイズ対策省、2008年5月

2. プランス・レジャン・シャルル病院の組織図



出所：PRC 病院、2008 年 5 月

3. 保健センターの情報（人材・サービス内容と実績）

(1) Kamenge 保健センター

職員数	医師	助産師	看護師	検査技師	会計	その他	合計
		0	0	16	0	0	16
患者数	診療活動別		2006年	2007年	2008年1-4月		
	外来診療		4944	4678	n. a.		
	妊婦検診		363	762	n. a.		
	分娩件数		17	103	n. a.		
	ワクチン接種		725	914	n. a.		
	家族計画		1643	1134	n. a.		
	プログラム受診		n. a.	n. a.	n. a.		
	患者数合計		9698	9598			
検査件数	項目別		2006年	2007年	2008年1-4月		
	マラリア		5976	3445	1790		
	便（寄生虫）		5972	3997	1096		
	尿		0	0	0		
	結核		0	0	0		
	AIDS		396	375	252		
	その他		0	0	0		
	検査件数合計		12344	7817	3138		
出生件数 [体重別]	体重別		2006年	2007年	2008年1-4月		
	2,500g以上		27	225	143		
	2,499g - 2,000g		8	7	24		
	1,999g - 1,500g		0	1	3		
	1,499g以下		0	0	0		
	出生件数合計		35	233	170		
	死産件数		0	4	0		

(2) Ngagara 保健センター

職員数	医師	助産師	看護師	検査技師	会計	その他	合計
	0	0	24	0	0	12	36
患者数	診療活動別		2006年	2007年	2008年1-4月		
	外来診療		3766	n. a.	n. a.		
	妊婦検診		664	489	n. a.		
	分娩件数		0	0	0		
	ワクチン接種		n. a.	296	n. a.		
	家族計画		1242	880	n. a.		
	プログラム受診		n. a.	n. a.	n. a.		
	患者数合計		5672	1665			
検査件数	項目別		2006年	2007年	2008年1-4月		
	マラリア		1458	1668	440		
	便（寄生虫）		635	1108	n. a.		
	尿		0	0	0		
	結核		46	56	19		
	AIDS		0	0	0		
	その他		0	0	0		
	検査件数合計		2139	2832			

(3) Buterere 保健センター

職員数	医師	助産師	看護師	検査技師	会計	その他	合計
	5	0	0	5	10	5	25
患者数	診療活動別		2006年	2007年	2008年1-4月		
	外来診療		8875	10675	n. a.		
	妊婦検診		347	285	n. a.		
	分娩件数		10	50	n. a.		
	ワクチン接種		521	601	n. a.		
	家族計画		226	196	n. a.		
	プログラム受診		n. a.	n. a.	n. a.		
患者数合計		11985	13814				
検査件数	項目別		2006年	2007年	2008年1-4月		
	マラリア		(検査サービスなし)	(検査サービスなし)	(検査サービスなし)		
	便（寄生虫）						
	尿						
	結核						
	AIDS						
	その他						
検査件数合計		0					

(4) Mutakura 保健センター

職員数	医師	助産師	看護師	検査技師	会計	その他	合計
	0	0	13	0	0	4	17
患者数	診療活動別		2006年	2007年	2008年1-4月		
	外来診療		923	2458	n. a.		
	妊婦検診		15	178	n. a.		
	分娩件数		0	0	n. a.		
	ワクチン接種		109	481	n. a.		
	家族計画		265	1048	n. a.		
	プログラム受診		n. a.	n. a.	n. a.		
	患者数合計		1312	4165	1312		
検査件数	項目別		2006年	2007年	2008年1-4月		
	マラリア		0	51	196		
	便（寄生虫）		0	40	90		
	尿		0	0	0		
	結核		0	0	0		
	AIDS		0	0	0		
	その他		0	0	0		
	検査件数合計		0	91	286		

(5) Bwinza-Jabe 保健センター

職員数	医師	助産師	看護師	検査技師	会計	その他	合計
	0	0	15	0	1	8	24
患者数	診療活動別		2006年	2007年	2008年1-4月		
	外来診療		4806	6748	n. a.		
	妊婦検診		146	249	n. a.		
	分娩件数		0	0	n. a.		
	ワクチン接種		472	506	n. a.		
	家族計画		293	340	n. a.		
	プログラム受診		n. a.	n. a.	n. a.		
	患者数合計		5717	7843			
検査件数	項目別		2006年	2007年	2008年1-4月		
	マラリア		1831	2641	805		
	便（寄生虫）		288	655	269		
	尿		0	0	0		
	結核		0	0	0		
	AIDS		0	0	0		
	その他		0	0	0		
	検査件数合計		2119	3296	1074		

(6) Buyenzi 保健センター

職員数	医師	助産師	看護師	検査技師	会計	その他	合計
	2	0	22	0	1	2	27
患者数	診療活動別	2006年		2007年		2008年1-4月	
	外来診療	4134		4757		n. a.	
	妊婦検診	1045		1126		n. a.	
	分娩件数	0		n. a.		n. a.	
	ワクチン接種	653		591		n. a.	
	家族計画	1177		563		n. a.	
	プログラム受診	0		0		n. a.	
	患者数合計	7009		7037			
検査件数	項目別	2006年		2007年		2008年1-4月	
	マラリア	n. a.		n. a.		n. a.	
	便（寄生虫）	n. a.		n. a.		n. a.	
	尿	n. a.		n. a.		n. a.	
	結核	n. a.		n. a.		n. a.	
	AIDS	n. a.		n. a.		n. a.	
	その他	n. a.		n. a.		n. a.	
	検査件数合計						

(7) Musaga 保健センター

職員数	医師	助産師	看護師	検査技師	会計	その他	合計
	0	0	15	2	1	27	45
患者数	診療活動別	2006年		2007年		2008年1-4月	
	外来診療	10023		6263		n. a.	
	妊婦検診	460		416		n. a.	
	分娩件数	113		154		n. a.	
	ワクチン接種	1221		1307		n. a.	
	家族計画	660		627		n. a.	
	プログラム受診	n. a.		n. a.		n. a.	
	患者数合計	12477		8767		12477	
検査件数	項目別	2006年		2007年		2008年1-4月	
	マラリア	2103		788		256	
	便（寄生虫）	881		629		252	
	尿	0		0		n. a.	
	結核	42		15		10	
	AIDS	27		17		17	
	その他	0		0		0	
	検査件数合計	3053		1449		535	
出生件数 〔体重別〕	体重別	2006年		2007年		2008年1-4月	
	2,500g以上	101		179		90	
	2,499g - 2,000g	16		21		3	
	1,999g - 1,500g	0		0		0	
	1,499g以下	0		0		0	
	出生件数合計	117		200		93	
死産件数	0		0		0		

(8) Kanyosha 保健センター

職員数	医師	助産師	看護師	検査技師	会計	その他	合計
	0	0	27	0	0	7	34
患者数	診療活動別		2006年	2007年	2008年1-4月		
	外来診療		5862	5123	n. a		
	妊婦検診		734	685	n. a		
	分娩件数		0	1	n. a		
	ワクチン接種		968	10	n. a		
	家族計画		44	392	n. a		
	プログラム受診		n. a	n. a	n. a		
	患者数合計		7608	6211	n. a		
検査件数	項目別		2006年	2007年	2008年1-4月		
	マラリア		0	72	63		
	便（寄生虫）		0	64	0		
	尿		0	0	0		
	結核		0	4	11		
	AIDS		0	16	23		
	その他		0	0	0		
	検査件数合計		0	156	97		

(9) Riziba 保健センター

職員数	医師	助産師	看護師	検査技師	会計	その他	合計
	0	0	6	0	0	2	8
患者数	診療活動別		2006年	2007年	2008年1-4月		
	外来診療		6658	5262	n. a		
	妊婦検診		0	0	n. a		
	分娩件数		0	0	n. a		
	ワクチン接種		381	367	n. a		
	家族計画		0	0	n. a		
	プログラム受診		n. a	n. a	n. a		
	患者数合計		7039	5629	n. a		
検査件数	項目別		2006年	2007年	2008年1-4月		
	マラリア		(検査サービスなし)	(検査サービスなし)	(検査サービスなし)		
	便（寄生虫）						
	尿						
	結核						
	AIDS						
	その他						
	検査件数合計		0	0	0		

4. 公的医療保健施設及び類似施設における5歳未満児の医療費及び分娩費助成に関する政令

(1) 「公的医療保健施設及び類似施設における5歳未満児の医療費及び分娩費助成政令第100・136号」(全文和文)

ブルンジ国・大統領官房

「公的医療保健施設及び類似施設における5歳未満児の医療費及び分娩費助成政令第100・136号」

共和国大統領により、
ブルンジ共和国憲法に基づき、
1982年5月17日付政令第1・16号の「公的保健法」に基づき、
共和国政府の行体制と果たすべき役割を定めた2005年10月18日政令第100・72号に基づき、
保健医療基礎サービスへのアクセスにおける不公平を是正すべきことを鑑み、

政令

- 第1条 公的医療保健施設及び類似施設における、帝王切開手術を含む出産にかかる医療費は、100%助成されるものとする。
- 第2条 公的医療保健施設及び類似施設における、5歳未満児の医療費は100%助成されるものとする。
- 第3条 ただし、雇用先所属保険あるいは公務員共済保険等の他の医療保障を得ている妊産婦と乳幼児については、被保険者の自己負担分保険料額のみが支払いの対象となる。
- 第4条 本政令は、2006年5月1日に公布となる。
- 第5条 本政令の関係省である保健省、財務省、社会保障省、同じく国家団結省は、各自の権限における本政令の実施の責務を持つものとする。

ブジュンブラ、2006年6月1日
共和国大統領 ピエール・ンクルンジザ

第2次副大統領 アリス・ンムクゾクンダ
保健省大臣 Dr. バーナベ・ンボニンパ
財務省大臣 ジュドネ・ンゴウェンボナ
公務員職・労働・社会保障省大臣 ジュベナル・ンゴルワヌブサ
国家団結・人権ジェンダー省 フランソワーズ・ンゲンダハヨ

(2) 「公的医療保健施設及び類似施設における 5 歳未満児の医療費及び分娩費助成政令第 100・136 号の施行に係る省令第 630・848 号」(全文英訳)

MINISTERIAL DECREE N° 630/848 RELATING TO MODES OF ENFORCEMENT
OF THE DECREE N° 100/136 OF SUBSIDIZING CARE TO CHILDREN OF LESS THAN 5 YEARS AND DELIVERIES
IN PUBLIC HEALTH STRUCTURES AND THOSE IN A SIMILAR CATEGORY.

The Ministry of Public Health,

The Ministry of Finances,

The Ministry of Civil Service, Work and Social Security,

The Ministry of National Solidarity, Human Rights and Gender;

Considering the Constitution of the Republic of Burundi,

Considering the Government-decree n° 1/16 of 17th May 1982 of the Code of Public Health;

Considering the Decree n° 100/136 of 16th June 2006 of Subsidizing care to children of less than 5 years and deliveries in public health structures and those in similar category,

ORDER,

CHAPTER I: ELIGIBILITY FOR THE SUBSIDY OF CARE TO CHILDREN OF
LESS THAN 5 YEARS AND DELIVERY CASES INCLUDED CAESAREANS.

Article 1:

Health care of children of less than 5 years, whose parents are not employees of formal sector, nor Burundians, living in Burundi are subsidized **100%** as far as these care are provided within public health structures or those in a similar category and modes of enforcement of the measure are respected.

Article 2:

Children of less than 5 years whose parents are civil servants and employees of semi-public sector affiliated to the mutual insurance health company, are taken care in proportion to a restraining ticket as far as they are treated in public health structures or those in similar category and modes of enforcement of the measure are respected.

Article 3:

Delivery cases included caesareans, for Burundian women living in Burundi, are subsidized **100 %** as far as they occur in public health structures and/or those in similar category and modes of enforcement of the measure are respected.

Article 4:

For women affiliated to the mutual insurance health company, or those whose husbands are affiliated to it, delivery cases, included caesareans, are subsidized in proportion to the restraining ticket as far as modes of enforcement of the measure are respected.

Article 5:

Women and children, who benefit from another care taking according to the law, are not

concerned by the subsidizing measure.

Article 6:

Religious confessions and those of Caritas having specific conventions with the Ministry of Public Health which will be adapted within the framework of the present edict are considered as public health structures.

Article 7:

In provinces and /or health sectors where an NGO carries out medical activities through the convention with the Ministry of Public Health in which care subsidy, under the financing of the said NGO, is mentioned, that care subsidy continues to be managed by the NGO.

However, no payment is authorized for the groups concerned by the above mentioned Decree.

CHAPTER II: NATURE OF SUBSIDIZED CARE

Article 8:

For children of less than 5 years, in Public Health Centres and those in similar category, the following services shall be subsidized:

- external consultations,
- essential medicines mentioned on the national list which are prescribed and given at health centre.
- supplementary examinations requested and dispensed at health centre.
- accommodation of serious cases before transfer.
- other medical treatments prescribed and made at health centre.

Article 9:

For delivery cases occurring in public health centres or those in a similar category, subsidies concern the following services:

- treatment care related to delivery;
- possible accommodation related to delivery;
- essential medicines mentioned on the national list in line with delivery.

Article 10:

Subsidized patients in health centres are those who consult the nearest working health centre of their dwelling.

Article 11:

In hospitals of 1st reference, subsidized care of children of less than 5 years are:

- external consultations
- surgical and medical care treatments
- supplementary examinations dispensed at health centre.
- essential medicines mentioned on the national list and which are prescribed and served at Hospital pharmacy.

Article 12:

For delivery cases including caesareans which occur in first reference hospitals, subsidized services are:

- technical acts and care related to delivery and complications;
- caesareans and related complications;
- essential medicines mentioned on the national list and which are prescribed and served at Hospital;
- supplementary examinations prescribed and made at hospital
- hospitalizations.

Article 13:

Patients who are subsidized at first reference hospital level are those which are referred by Health Centres.

Article 14:

In national reference hospitals, patients who are subsidized are those transferred from Hospitals of 1st reference and health centres of their area of influence.

CHAPTER III. MODES OF BENEFICIARIES IDENTIFICATION AND SUBSIDIES

PAYMENT

Article 15:

For children of less than 5 years, the following documents are requested:

- national identity card of one of the parents;
- birth certificate
- vaccination card
- affiliation card to the Mutual Health Insurance Company for the affiliated persons.
- service certificate for employees of private sector which is not affiliated to a Mutual Health Insurance Company. _

Article 16:

For delivery cases, the following documents are requested:

- national identity card or a passport;
- antenatal consultation sheet
- affiliation card to the Mutual Health Insurance Company;
- service certificate of the person who is concerned or his spouse for employees of a private sector which is not affiliated to a Mutual Health Insurance Company.

Article 17:

Health Centres shall send invoices of service provision as well as supporting documents duly verified by provincial health offices, to the Department of Resources, in accordance with

the following instructions: the protocol of service provision, the list of treated patients, the letter (statement) of credit must be sent as supporting documents for payment. Documents to be classified in health centres are: voucher of care, external consultation sheet, hospitalization sheet, delivery sheet and /or partogramme, and medicines voucher.

Article 18:

Hospitals shall send their invoices of service provision and supporting documents to the Department of Resources in accordance with the following instructions: the protocol of service provision, the list of treated patients and the letter (statement) of credit must be sent as supporting documents for payment.

Documents to be classified in hospitals are: voucher of care, external consultation sheet, hospitalization sheet, delivery sheet and /or partogramme, medicines voucher and reference-counter reference documents of patients.

Article 19:

Supporting documents of the first two weeks of the month shall have to be presented at the latest, the 25th day of the concerned month and those of the second two weeks at the latest, the 10th day of the following month.

Article 20:

In order to allow hospitals and health centres to work without any disruption (shortage) of medicines and consumables, the Ministry of Finances is committed to depositing each term installments corresponding to a quarter of annual amount planed on the sub account IPPTE Santé, n° 1101/97.02 open at the Bank of the Republic of Burundi.

Article 21:

From funds available on the account IPPTE Santé, the Ministry of Public Health is committed to paying, after verification of all supporting documents presented by different structures, in accordance with pricing modes decided by it; in less than 15 days, after acceptance of the supporting documents.

Article 22:

Technical and financial audits of the implementation of the present edict shall be quarterly organized in hospitals and health centres.

Article 23:

Irregular invoices will automatically be moved apart .In addition, administrative and/or financial sanctions could be taken by an ad hoc committee.

Article 24:

The Director General of Resources to the Ministry of Public Health, the Director General of Budget and Public Accounts to the Ministry of Finances, the Director General of National Solidarity to the Ministry of National Solidarity, Human Rights and Gender, the Director General of Mutual Health Insurance Company, as far as everyone is concerned, are in charge of the implementation of the present edict which comes into force the day it is signed.

Done in Bujumbura,

6/9/2006

THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH Dr Barnabé MBONIMPA

THE MINISTRY OF FINANCES M. Dieudonné NGOWEMBONA

THE MINISTRY OF CIVIL SERVICE WORK AND SOCIAL SECURITY

Pr Juvénal NGORWANUBUSA

THE MINISTRY OF NATIONAL SOLIDARITY, HUMAN RIGHTS AND GENDER

Mrs Françoise NGENDAHAYO

5. 「PNDS実施のための保健活動基準」の保健センター基準（抄訳和文）

(1) 保健センターの保健活動基準

■保健センターの最低必要業務

表 保健センターの最低必要業務内容

サービス内容	業務	活動
1. 診療相談	トリアージュ	患者登録：身長体重測定、T：患者へのオリエンテーション
	既往症など診療相談	相談記録、既往症・病歴、検査、診断、処方・治療
	慢性疾患：HIV/AIDS、結核、糖尿病、栄養不良、心臓血管疾患、など	診察計画に基づく診療予約相談
2. 検査	血液検査：GE、Hb、HIVテスト	-GE：血液採取、染色検査、解析、結果記録、結果提出 -Hb：血液採取、染色検査、解析、結果記録、結果提出 -HIV：抗体検査
	糞便検査：寄生虫、白血球、赤血球	採取、etalement、解析、登録表及び検査表への記録、結果提出
	尿検査：GB、GR検査、アルビミン(たんぱく質)検査、ぶとう糖検査、paras	採取、bandelettes / 顕微鏡検査、結果記録、結果提出
	唾液検査	BAAR検査、肺結核要因検査
3. 治療処置	分娩	受付、相談記録、既往症・病歴、署名の受領、産科検査、分娩の監視（分娩監視装置、必要な場合の他病院へのリファラルの決定をとまう、keitituによる分娩の指導。 新生児の受入れ：呼吸促進(羊液吸引)、臍帯処理、上半身・下半身の測定、子宮収縮材(メテルジン)投与・会陰切開箇所 の縫合・処置、問題発生時の指示（分娩監視装置による）
	小外科処置	消毒、局所麻酔、外科処置(切開、切除、縫合、辺縁切除)
	看護	注射、包帯・ガーゼ当て、消毒、投与・投薬
4. 薬剤処方	基本薬剤・医療消耗品管理	請求、徴収、発注書管理、在庫・在庫表の充当、支払い後の処方箋作成サービス、登録、処方箋書類の分類、期限切れ薬剤・欠損薬剤の報告
5. 幼児診療	予防接種・成長モニタリング	受付、登録、身長体重測定、腕周測定、対象疾患の既往症、ワクチン投与、診療相談結果による患者の必要に応じビタミンA投与、栄養相談、脱水症ケースへの対応、次回のRVの決定(予約)
6. 妊産婦診察	産前診察	受付、登録、性感染症陽性検査・検査結果・既往症、基礎測定（身長・体重測定、脈拍、子宮幅/高さ、BCF測定）、検査結果による処方指示（グリコーズ、アルビミン、ヘモグロビン）、VAT、鉄・葉酸の補給、必要に応じた他病院へのリファラル、次回診察日の決定
	産後診療	受付、登録、新生児検診、母親検診（乳房、会陰、子宮、月経）、婦人科検診、相談（避妊、栄養、次回診察予約）
7. 健康増進活動	家族計画	受付、登録、既往症・病歴、婦人科・産科の既往症、一般検診、避妊法の決定、処方、診察予約
	HIV検査促進	情報提供、意識向上、検査前相談、HIV集団検査の実施（採取と分析）、検査後相談・結果提出
	保健教育：情報・教育・コミュニケーション	教室の準備(IEC活用)、クライアントの選定、ターゲットとなる保健項目におけるの優先課題に応じたクライアントとの意見交換
	国立治療センター(CNT)	追加的栄養投与・治療
	地域保健活動	保健委員会活動への参加、保健委員会による保健センターの共同管理の促進、市民への殺虫液添加蚊帳(MII)配布活動・コンドーム配布活動への参加

8. 監視/看護・入院	患者の監視	登録、入院患者の選定、薬剤投与、最高5日間を基準とした監視、他病院へのリファラル・あるいは退院の手続き
9. 運営・管理	資産管理	人材管理：従事者登録、監督、休暇スケジューリング、あらゆる問題点について上司への報告 施設管理：日常の維持管理、不足（必要）品の行政への報告 機材管理：日常の維持管理、不足（必要）品の調達、欠損機器の報告、年間2回の在庫・棚卸し 財務管理：請求書類の日常整理（治療、処方薬剤）、会計台帳、銀行通帳、収入・支出記録、公務員共済組合受診表、貧窮者診療受入れ表
	組織内連絡調整・広報	秘書室：書類分類、月例会計報告、保健センター活動報告、地域における特殊事例発生についての説明申告

■保健センター従事者

上記の最低必要業務を遂行するために以下のフルタイムの職員を最低限従事させる。必要職員数は12名であるが、業務の重要性に応じ職員数は柔軟に適用される。

保健センターに最低限配置すべきスタッフと専門職の概要

職務	職位	最低必要人数
保健センター職員	A2 レベル看護師	1
補佐職員	A2 レベル看護師、 或いは実務経験のある A3 レベル看護師	1
予防診療サービス従事者(予防接種 拡大プログラム、出産前診察、出産 後診察、分娩)	A2 レベル看護師、 あるいは実務経験のある A3 レベル看護 師	1
	A3 レベル看護師	2
検査	A2 レベルの技術士	1
運営・財務管理	A2 レベルの管理専門職員	1
健康増進・保健衛生・衛生消毒活動	A2 レベルの TPS	1
監視モニター	A3 レベル看護師	1
支援スタッフ	職員、警備員	3
	計	12 人

出所：「PNDS 実施のための保健活動基準」第4章(28頁)

6. プロジェクトデザインマトリックス (PDM)-version 0

作成日：2008年5月29日

プロジェクト名称：ブルンジ国医療施設運営管理強化プロジェクト 協力期間：3年 プロジェクトサイト：ブジュンブラ市
 プロジェクト実施機関：保健省・公衆衛生総局、リゾース総局、ブジュンブラ市保健局、ブラン・レジャン・シャル病院、ブジュンブラ市保健センター(9箇所)

ターゲットグループ：プラン・レジャン・シャル病院 (PRC) 病院 (全職員)、ブジュンブラ市保健センター (全職員)
 最終裨益者：プラン・レジャン・シャル病院と市保健センターのキャッチメントエリアに居住する妊産婦及び新生児

プロジェクトの要約	指標	指標のデータ入手手段	外部条件
[スーパーゴール] (1) (終了後15年目、2025年) ブジュンブラ州の保健施設における、妊産婦・新生児ケアの質とアクセスが向上する (2) (終了後7年目、2017年) ブジュンブラ市において、妊産婦・新生児ケアに関する患者リファラルシステムが機能する (3) (終了後5年目、2015年) ブジュンブラ市の保健施設において、産科・新生児ケアの質が向上する	指標 a) 州 (都市部・地方農村部) における10万人当たり妊産婦死亡者数が300以下となる a) リファラル年次報告が、保健局により適宜活用され、分析される b) 保健センターから上位病院へのリファラル率がX%となる(リファラーされた患者数/すべての外来患者数) [市内の全病院・保健センターにおいて] a) 会陰切開率%が下がる b) 正常出産と異常出産の判別ができる c) 新生児の基礎的なケアができる	a) b) 保健統計 a) b) 市保健局のリファラル情報管理システム 市保健局の保健情報の報告 a) b) c) 市保健局のスーパーバイザーの監督報告、	地方農村部の患者の保健施設への交通手段が確保される ブジュンブラ市の保健施設に適切な人材配置・確保がなされる。
[上位目標] (終了後2年目、2013年) PRC 病院と対象保健センターにおいて、妊産婦・新生児ケアの質が改善する	[対象病院・保健センターにおいて] a) 根拠に基づく正常分娩ケアができる b) 正常出産と異常出産の判別ができる c) 新生児の基礎的なケアができる	a) b) c) 各ケア項目のモニタリング記録 関係者インタビュー	政府が「妊産婦ケア・5歳未満児ケア無料化プログラム」を継続する
[プロジェクト目標] (プロジェクト開始3年後、2011年あたり) 対象保健施設により良い運営管理のもとで、患者中心の妊産婦・新生児ケアが実践される	a) (カーテン設置など) 妊婦の安心・プライバシーを確保した分娩室を備えた対象施設数 (プロジェクト開始後12ヶ月以内) b) 対象施設で出産した妊産婦のうち、「分娩中に看護スタッフから十分・適切にケアを受けた」と回答した妊産婦の増加率%	a) 施設内分娩室の観察 b) 対象施設利用者である妊産婦へのインタビュー調査	PRC 病院と対象保健センターに適切な人材配置・確保がなされる

成果	指標	指標のデータ入手手段	外部条件
<p>(1) 対象保健施設において、トップ管理職・中間管理職員（院長・センター長、診療科長、看護婦長など）のリーダーシップが育成される</p> <p>(2) 各施設長のリーダーシップにより、現場スタッフの5-S活動をとおして、妊産婦・新生児ケアの業務環境が改善される（注1）</p> <p>(3) 対象施設において、機材の予防メンテナンスが、産科及びメンテナンス部の職員の全員参加により、継続的に行われる</p> <p>(4) 看護スタッフの、妊産婦・新生児ケアにかかわる技術・知識が強化される</p>	<p>1-a) 5-Sコミッティが各施設に設置される</p> <p>1-b) 施設内における80%以上の部門に5-S実施活動チームが設置される（開始後6ヶ月以内）</p> <p>1-c) 全診療科の全室に品質管理ポリシーが掲示される（開始後12ヶ月以内）</p> <p>1-d) 病院・保健センター間で3ヶ月ごとのケースカンファレンスが行われる</p> <p>2-a) 以下の5-S活動の実施（モニタリング記録）</p> <p>1) 妊産婦・新生児ケア現場における、廃棄物分別・収集・リサイクル処理の実施</p> <p>2) 物品のカラコーデイングの実施</p> <p>3) 産科待合室への待合椅子（ベンチ）の設置</p> <p>4) 産科待合室における患者の待ち時間の減少</p> <p>5) 業務従事者のケア行為の意識・態度の変化</p> <p>3-a) 機材使用注意タグが、全機材に添付される（プロジェクト開始後6ヶ月以内）</p> <p>3-b) 全室に全機材を含む予防メンテナンス・シートが掲示され、使用後処理・稼働可能状況が記録・管理されている（1年以内）</p> <p>4-a) 技術研修の理解・実践状況（ポストテスト）</p>	<p>1-a), b), d) 事業進捗報告書 関係者インタビュー</p> <p>1-c) 施設内視察</p> <p>2-a) 5-Sモニタリング記録 事業進捗報告書 施設・機材観察 組織分析調査結果（バランススコアカード分析等） 関係者インタビュー 質問紙票調査</p> <p>3-a) 機器観察 3-b) モニタリング記録 関係者インタビュー 事業進捗報告書</p> <p>4-a) ポストテスト結果</p>	<p>妊産婦数・乳幼児数が、予測を超えるほどに、極端に増加しない</p> <p>PRC 病院、対象保健センターにおける、機材の維持管理、修理、部品調達の手算現況が、悪化しない</p>

注1：5-Sとは病院における「整理、整頓、清掃、清掃、清拭、清掃、しつけ」を通じた業務環境改善のためのマネージメント手法である。

活動	投入	外部条件
<p>【成果1：管理職のリーダーシップ能力育成】</p> <p>1.1 対象施設における各管理職の業務内容、業務実績を確認する</p> <p>1.2 リーダーシップ研修(TQM研修、5-S研修)を行う(巡回型国内研修)</p> <p>1.3 5-Sコミッティを構成する</p> <p>1.4 各施設において研修技術の実践状況をモニターする</p> <p>1.5 病院・保健センター間の情報交換が行われる(リファラルケースなどについて)</p> <p>【成果2：5-S活動によるケア環境の改善】</p> <p>2.1 5-Sのモニタリングシートを用いた業務環境の現状調査を実施する(写真撮影、現場職員への業務環境に関する調査)</p> <p>2.2 5-S研修を実施する(巡回型国内研修)</p> <p>2.3 5-S活動を実施する</p> <p>2.4 各施設において5-S実践状況をモニターする</p> <p>【成果3：機材・器具の予防的維持管理能力の育成】</p> <p>3.1 対象施設の機材・器具の管理状況を調査する</p> <p>3.2 対象施設の関係職員を対象として予防的機材維持管理指導・研修を行う(巡回型国内研修、国外研修)</p> <p>3.3 機器使用注意タグを作成し、機材に貼付する</p> <p>3.4 機材維持管理マニュアル、チェックシートを更新する</p> <p>3.5 機材購入・部品調達方法を調査し、取引先一覧を含む機材部品調達手順書を作成する</p> <p>3.6 各施設において、機材維持管理状況をモニターする</p> <p>【成果4：妊産婦ケア従事者の能力育成】</p> <p>4.1 妊産婦に満足度調査を実施する(ベースライン)</p> <p>4.2 対象施設の看護師・助産師に技術研修を実施する(巡回型国内研修、国外研修)</p> <p>4.3 産科ケア状況モニターする</p> <p>4.4 対象施設を利用する妊産婦への満足度調査を含む、活動のインパクト調査を実施する</p>	<p>【日本/JICA側】</p> <p>(1) 人材</p> <p>【日本人専門家】</p> <p>1) チーフアドバイザー/病院運営管理</p> <p>2) 5-S総合的品質管理(TQM)</p> <p>3) 医療機材保守管理</p> <p>4) 産科・助産</p> <p>(2) 本邦・第三国研修実施・経費(以下分野)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院管理 ・母子保健サービス <p>(3) 機材供与(小規模)事務機器</p> <p>(4) 以下経費</p> <ul style="list-style-type: none"> - 文書・広報ツール作成費(コピー費・印刷費含む) - セミナー、ワークショップ実施(参加者の交通費含む) - 調査実施、など 	<p>【ブルンジ側】</p> <p>(1) 人材</p> <p>1) プロジェクトマネージャー(保健省大臣が任命する)</p> <p>2) プロジェクトリーダー(保健省公衆衛生総局長)</p> <p>3) ブジュンブアラ市保健局</p> <p>4) PRC病院</p> <p>5) 対象の保健センター(9箇所)</p> <p>(2) 以下経費</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ブルンジ側人材給与(各組織負担) ・合同調整委員会(JCC)、運営委員会(SC)出席のための交通費・日当 ・その他、必要な経費 <p>(3) 施設</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プロジェクト活動に活用される施設 ・保健省内における日本人専門家執務室(電話等通信インフラを含む)
		<p>技術研修を受けた職員が、施設の従事者として勤務を継続する</p> <p>プロジェクト活動の従事者の欠勤率が極端に増加しない</p> <p>プロジェクトサイトにおいて、活動を妨げるほどの治安悪化が発生しない</p> <p>[前提条件] 事業開始が可能な治安の安定</p>

7. 収集資料・参考資料一覧

I. 質問表回答

- (1) 保健省からの回答
- (2) プランス・レジャン・シャルル病院からの回答
(出所：無償資金協力 「ブジュンブラ市医療設備整備計画」基本設計調査、2008年5月)

II. ブルンジ国関係機関・ドナー機関

- (1) *Projet de POLITIQUE NATIONAL DE LA SANTE 2005-2015, Republic du Burundi, septembre 2004* (国家保健政策 2005-2015)
- (2) *PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2006-2010, Republic du Burundi, Ministère de la Santé Publique, decembre 2005* (国家保健開発計画 2006-2010)
- (3) *DECRET N. 100 /136 DU 16 JUIN 2006 PORTANT SUBVENTION DES SOINS AUX ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS ET DES ACCOUCHEMENTS DANS LES STRUCTURES DE SOINS PUBLIQUES ET ASSIMILEES.*
(公的医療保健施設及び類似施設における5歳未満児の医療費及び分娩費助成政令第100・136号)
- (4) *MINISTERIAL DECREE N° 630/848 RELATING TO MODES OF ENFORCEMENT OF THE DECREE N° 100/136 OF SUBSIDIZING CARE TO CHILDREN OF LESS THAN 5YEARS AND DELIVERIES IN PUBLIC HEALTH STRUCTURES AND THOSE IN A SIMILAR CATEGORY.*
(上政令第100・136号の施行に係る省令第630・848号の全文英訳)
- (5) *NORME SANITAIRES POUR LA MISE EN OEUVRE DU PNDS 2006-2010 AU BURUNDI, Ministère de la Santé Publique, Organization Mondial de la Santé(WHO), juin 2007* (PNDS実施のための保健活動基準)
- (6) *FICHE D' IDENTIFICATION: PROJET D' APPUI A LA REHABILITATION DE L' HÔPITAL PRINCE REGENT CHARLES, COOPERATION BELGO-BURUNDAISE dans le cadre du Programme Indicatif de Coopération PIC 2007-2009, Rublic du Burundi, novembre 2006* (PIC 2007-2009協力プログラム枠組みによるベルギー・ブルンジ協力事業、フランス・レジャン・シャルル病院施設改修支援計画、事業概要書)
- (7) *PROCESSU DU PLAN DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES; ANALYSE DE LA SITUATION, DOCUMENT PREVISIOIRE, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, Bureau de la Represnsation du Burundi d' Organization Mondial de la Santé (WHO), janvier 2008* (人材育成計画プロセス現状分析報告書)
- (8) *WHO Country cooperation strategy; Burundi April, 2006*

III. JICA 資料

- (1) 「ブルンジ国・プランス・レジャン・シャルル病院医療機材改善計画、短期専門家派遣・業務完了報告書（最終報告書）」(株)エムイー企画、2008年4月
- (2) 「ブルンジ；シャルル摂政王子病院（PRC 病院）改修・拡張支援、技術財務図書」 ベルギー技術公社（和訳）、2007年10月
- (3) 「ブルンジ共和国・復興支援プロジェクト形成調査報告書」平成19年1月 独立行政法人国際協力機構、アフリカ部 平成19年4月 独立行政法人国際協力機構
- (4) 「JICA 対ブルンジ国ローリングプラン」 2008年5月 ブルンジフィールドオフィス
- (5) ブジュンブラ市地図、Unité des systèmes d' information géographique operation des Nations Unies au Burundi, janvier 2006

8. 署名ミニッツ文書 (英文)

**Minutes of Meeting
between
The Japanese Preparatory Study Team
and
The Authorities Concerned of the Government of the Republic of Burundi
on
Technical Cooperation Project of Japan
for
Strengthening Management Capacities
of
Prince Régent Hospital and Public Health Centres in Bujumbura City**

The Japanese Preparatory Study Team (hereinafter referred to as “Team”), assigned by Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”) and headed by Prof. Yujiro HANDA, visited the Republic of Burundi from May 18 to June 4, 2008 in order to agree on the details of the Project for Strengthening Management Capacity of Prince Régent Charles Hospital and Public Health Centers in Bujumbura City (hereinafter referred to as “Project”).

During the study period in Burundi, the Team had dialogues with the Ministry of Public Health and Fight against AIDS and other authorities concerned (hereinafter referred to as “Burundi side”) for information on the preparation and design of the Project. Both parties consequently agreed upon the basic design of the Project and strategies with setting up programmatic approach for achieving the objective of the Project in conjunction with other available projects including Japanese Grant Aid on medical equipment, which is under designing process. The information related to the strategies is attached to this document hereto.

Bujumbura, May 29, 2008



Mr. Pamphile BUKURU
Chief of Cabinet
Ministry of Public Health and Fight
Against AIDS
Republic of Burundi

Prof. Yujiro HANDA
Leader
Preparatory Study Team
Japan International Cooperation Agency
Japan

ATTACHED DOCUMENT

The MEETINGS BETWEEN Burundi side and the Team regarding the Project were held in Bujumbura from May 18 to June 4, 2008. The list of participants is shown in ANNEX 1.

1. TECHNICAL COOPERATION PROJECT

The Team explained the basic concept of JICA's Technical Cooperation Project to Burundi side for better understanding of the scheme. The Team also explained the following key factors of the cooperation such as: 1) collaboration of both sides; 2) appropriate technologies transfer; 3) ownership of Burundi side; and 4) capacity development.

2. PROJECT POSITION IN THE CONTEXT OF NATIONAL DEVELOPMENT PLANS

The Project was designed to contribute to national development plans such as the Poverty Reduction Strategy Paper, National Health Policy and National Health Development Plan. Confidence creation and consolidation of peace are kept in mind at the project formulation as a visible dividend of peace for the people. Provision of quality health service particularly in maternal and neonatal care is expected to be a measure of stabilization of people's daily lives.

The Project intends to be an entry point of overall improvement of access, quality and efficiency in health service delivery system in Burundi. For the future improvement, uplifting managerial practice for delivering facility-based maternal and neonatal services is highlighted as the area of cooperation in this Project. Grant Aid of Japan will be implemented in conjunction with this Project and inputs of essential medical equipment, instruments and devices will be provided to 3 selected hospitals and 9 health centres.

3. PROJECT SUMMERY

3.1 PROJECT TITLE

The Project will be named as the Project for Strengthening Management Capacities of Prince Régent Charles Hospital and Public Health Centres in Bujumbura City.

3.2 PROJECT PERIOD

The Project will be implemented within the period of 3 years.



3.3 PROJECT SITE

The Project site will be Bujumbura City.

3.4 TARGET GROUP AND BENEFICIARIES

The Project was designed to have clients of maternal and neonatal service at the targeted health facilities as the direct beneficiaries. Health professionals and other personnel related to maternal and neonatal service, particularly at health facilities are defined as the indirect beneficiaries of the Project. In addition to those people, ministerial and municipal level health administrators are also recognized as important beneficiaries in relation to the skill / knowledge development in managing health service delivery system.

3.5 PROJECT DESIGN MATRIX

The Project Design Matrix (hereinafter referred to as "PDM") attached in ANNEX 2 is a tentative version, which defines the essential objective settings, outcomes, activities and important assumptions of the Project. The contents of the PDM are subject to change depending on necessities.

1) Super Goals

Both sides agreed that super goals to be aimed at are threefold and they are to be achieved in a phased manner:

- a) Quality of maternal and neonatal care in the health facilities in the Province of Bujumbura is improved with optimal accessibility. (15 years after the termination of the project, i.e., the year 2025)
- b) The referral and counter referral system for maternal and neonatal care is functional in Bujumbura Health District. (7 years after the termination of the project, i.e., the year 2017)
- c) Quality of services for maternal and neonatal care is improved at health facilities in Bujumbura Health District. (5 years after the termination of the project, i.e., the year 2015)

2) Overall Goal

Both sides agreed that the overall goal of the Project as: Quality of services for maternal and neonatal care is improved at Prince Régent Charles Hospital (PRCH) and targeted 9 public health centers. This goal is to be achieved in 2 years after the termination of the project, i.e., the year 2013.

3) Project Purpose

Both sides agreed that the Project purpose as: Patient-centered maternal and neonatal care is practiced under improved management at PRCH and targeted public health centered. This is to be achieved by the termination of the project, i.e., the year 2011.



4) Outputs

Both sides agreed that the Project outputs are:

- a) Leadership of the top and middle class managers is fostered at Prince Régeant Charels Hospital and targeted public health centers, involving directors of facilities and heads of all departments and units.
- b) Work environment for maternal and neonatal care is improved through practicing 5-S activities under the leadership of directors.
- c) Preventive maintenance of medical equipment is continuously practiced with full participation of health staff in the targetted facilities.
- d) Knowledge and skills of nursing staff (including midwives) are upgraded for maternal and neonatal care at the targeted facilities.

5) Conceptual Framework of the Project

To help understand the design of the project, the conceptual framework is attached in ANNEX 3.

3.6 PLAN OF OPERATION

Both sides jointly prepared and agreed upon the Plan of Operation (hereinafter referred to as "PO"), which shows the tentative schedule of main activities for the entire Project period, based on the PDM. The PO is shown in ANNEX 4. The schedule is subject to change when necessity arises in the course of its implementation.

4. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

The Project is administered based on the following structure.

- 1) The Minister of Ministry of Health and Fight against AIDS will appoint an appropriate person as the Project Coordinator, who will bear overall responsibility for the administration and implementation of the Project, and inform JICA Bujumbura Field Office in due time.
- 2) The Director of the General Directorate of Public Health, as the Project Director, will be responsible for the managerial and technical matters of the Project. The Project Manager will also conduct policy dialogue on important issues related to the Project.
- 3) Other counterparts will collaborate with JICA experts to carry out the work effectively in Burundi. They will also endeavor to disseminate technical knowledge in Burundi in collaboration with JICA experts.
- 4) The Chief Advisor of the JICA experts will provide necessary advice to the Burundi counterparts on administrative and technical matters which are related to the Project.



5. IMPLEMENTATION OF THE PROJECT

The Project will be implemented jointly by the Project Team, which consists of Burundian counterparts and JICA experts. The Project team should not be a segregated two teams by nationalities but one united team to work on both difficulties and progresses. JICA experts are instrumental not only as a technical expertise but also as advisors both for ministerial and front-line levels. The roles of implementation bodies are shown in ANNEX 5 and the chart of Project implementation is shown in ANNEX 6.

6. INPUTS TO THE PROJECT

6.1 INPUTS TO THE PROJECT BY JICA

- 1) Dispatch of JICA experts
One Chief Advisor and other experts (e.g., 5-S/TQM, Equipment Maintenance, Midwifery) will be dispatched according to the necessity for the implementation of the Project.
- 2) Training visits to Japan and third countries
Training visits will be arranged according to the annual work plan of the Project within the limits of the budget allocated for the technical cooperation. Expected fields of trainings are Health Policy and Planning, Management of Health Institutions, Maintenance of Medical Equipment and Midwifery.
- 3) Provision of machineries and equipment
Machineries and equipment which are necessary for effective and efficient implementation of the Project activities will be provided within the budget allocated for the technical cooperation.
- 4) Other expenses
Expenses necessary for the implementation of the Project will be provided within the budget allocated for the technical cooperation.

6.2 INPUTS TO THE PROJECT BY BURUNDI SIDE

- 1) Allocation of budget
The Burundi side has agreed to continue the allocation of budget for the targeted health facilities to properly function.
- 2) Provision of office space for JICA experts
Office space equipped with communication system such as telephone, fax and internet will be provided in the building of the Ministry of Health and Fight against AIDS.

3) Assignment of Counterpart Personnel

The Burundi side will assign sufficient number of Burundi staff as counterpart personnel.

7. EVIDENCE-BASED POLICY MAKING

The Project intends to be a mode of evidence provision to policy making process. Both parties defined this Project as a modality of improving performance of existing health personnel both in the service front-line and management level. The process and outcomes as well as the obstacles of the activities will be studied in collaboration with Burundian counterparts. The study results will be periodically shared with ministerial level decision makers for their opportunities to make maximal use of the experiences in the ground level.

8. WAY FORWARD

Both sides agreed on the schedule until the beginning of the Project as follows:

October 2008	The budget for the Project is secured by the Burundi side.
October 2008	The R/D (Revised PDM attached) is signed.
December 2008	The Project starts.

The above schedule depends on the progress of the preparation of both sides.



ANNEX LIST

ANNEX 1	Attendee List
ANNEX 2	Project Design Matrix
ANNEX 3	Conceptual Framework of the Project
ANNEX 4	Plan of Operation
ANNEX 5	Roles of Implementation Bodies
ANNEX 6	Chart of Project Implementation

ANNEX 1

ATTENDEE LIST

BURUNDI SIDE

Mr. Pamphile BUKURU, Chief of Cabinet, Ministry of Public Health and Fight against AIDS (MPHFA)

Mr. Sosthène HICUBURUNDI, Director of Planning, MPHFA

Dr. Charles BATUNGWANAYO, Director, General Directorate of Public Health, MPHFA

Mr. Cyprien BARAMBONERANYE, Director, General Directorate of Resources, MPHFA

Dr. Thérance NTAWURISHIRA, Director, Prince Régent Charles Hospital

Dr. Thierry GAHUNGU, Director, District Health Office of Bujumbura

JICA SIDE

Preparatory Study Team

Prof. Yujiro HANDA, Senior Advisor, Regional Support Office for East and Southern Africa, JICA

Dr. Noriaki IKEDA, Senior Technical Officer, International Medical Center of Japan, Ministry of Health, Labor and Welfare

Ms. Ritsuko YAMAGATA, Staff, Human Development Department, JICA

Mr. Kazumi AKITA, Consultant, Office Alp Inc.

Ms. Kyoko KOJIMA, Consultant, INTEM Consulting Inc.

JICA Bujumbura Field Office

Ms. Chie YOSHIMI, Project Formulation Advisor

ANNEX 2 Project Design Matrix (PDM) –version 0

Date of formulation: May 29, 2008

Project Title: Strengthening management capacities of Prince Régent Charles Hospital and public health centers in Bujumbura city Duration: 3years Project Site: Bujumbura City
 Implementing Agencies: General Direction of Public Health and General Direction of Resources for Ministry of Public Health and Fight against AIDS, Bujumbura District Health Office and its 9 Health Centers

Target Groups: All of the staff for Hospital Prince Regent Charles (HPRC) and focused 9 Health Centers,

Beneficiaries: Mothers and neonates living in the catchment area of HPRC and 9 Health Centers

Project Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p>[Super goals] (1) (15 years after the termination of the project, 2025) Quality of maternal & neonatal care in the health facilities in the Province of Bujumbura are improved with optimal accessibility.</p> <p>(2) (7 years after the termination of the project, 2017) Referral and counter referral system for maternal & neonatal care is functional in Bujumbura Health District.</p> <p>(3) (5 years after the termination of the project, 2015) Quality of services for maternal and neonatal care is improved at health facilities in Bujumbura Health District.</p>	<p>a) Maternal Mortality Rate (population per 100,000) in Bujumbura (urban and rural) becomes less than 300.</p> <p>a) Annual report of referral system is issued and reviewed by Bujumbura District Health Office. b) Referral rate from the health centers to hospitals accounts for X % and more. (referred cases / total outpatients)</p> <p>[At every hospital and health center in Bujumbura City] a) Evidence-based care for normal delivery is practiced, e.g., Perineal incision rate b) Normal and abnormal cases are distinguished by skilled attendants, e.g., Low weight neonates rate c) Basic care for neonate is practiced: 100%</p> <p>[At targeted hospital and health centers in Bujumbura district] a) Evidence-based care for normal delivery is practiced: Perineal incision rate b) Normal and abnormal cases are distinguished: Low weight birth rate c) Basic care for neonate is practiced: 100%</p> <p>a) Screens/curtains are in place in every delivery rooms to secure privacy and ease of mind (within 12 months after the start of the project) b) % of mothers who give positive answer of being fully attended all through their delivery process.</p>	<p>a), b) Government Statistic</p> <p>a), b) Health survey of Bujumbura District Health Office</p> <p>a), b), c) Report of District Health Supervisor in Bujumbura</p> <p>a) b) c) Direct observation, Record of delivery cares. Interviews to delivery room staff.</p> <p>a) Direct observation at delivery rooms. b) Interview survey to mothers who delivered at targeted facilities</p>	<p>•Transportation means from the rural areas to hospitals in Bujumbura are available across the province.</p> <p>•Staff is allocated and retained to health facilities in Bujumbura district in accordance with the government's norm.</p> <p>•Government's policy for free access to health care services for pregnant mothers and children under 5 is maintained effectively.</p> <p>• Staff is allocated properly and retained to HPRC and targeted health centers</p>
<p>[Overall goal] (2 years after the termination of the project, 2013) Quality of services for maternal and neonatal care is improved at HPRC and targeted 9 health centers.</p>	<p>[Project purpose] (3 years after the start of the project, around 2011) Patient-centered maternal and neonatal care is practiced under improved management at HPRC and targeted health centered.</p>		

[Outputs]	indicators	means	important assumption
<p>(1) Leadership of the top and middle class managers is fostered at HPRC and targeted health centers, involving directors of facilities and heads of all departments & units,</p> <p>(2) Work environment for maternal & neonatal care is improved through practicing 5-S activities under the leadership of directors. (See Footnote about 5-S activities)</p> <p>(3) Preventive maintenance of medical equipment is continuously practiced with full participation of health staff in the targeted facilities.</p> <p>(4) Knowledge and skills of nursing staff (including midwives) are upgraded for maternal & neonatal care at the targeted facilities.</p>	<p>1-a) 5-S committees are in place in all targeted facilities</p> <p>1-b) More than 80% of departments have established 5S Team in target health facilities (within 6 months after the beginning of the project)</p> <p>1-c) Posters to promote Quality Assurance Policy are being put on walls in every room. (within 12 months after the start of the project)</p> <p>1-d) Case conference is jointly organized between hospitals and health centers and is held quarterly.</p> <p>2-a) Following 5S activities are in operation. (Monitoring records)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Practicing proper segregated collection, disposal and recycle of waste 2) Color coding of articles for identification. 3) Placing sufficient number of benches in the waiting area for maternity patients 4) Shortening the waiting time of maternity patients 5) Changing staff's mindset and attitudes as professional care providers. <p>3-a) 100% of equipment is affixed with "Do -Do Not" tags (within 6 months after the starting point of the project)</p> <p>3-b) Preventive Maintenance Sheets are in use in over 80 % of rooms. (within 12 months after the starting point of the project)</p> <p>4-a) Over 80 % of trainees answer correctly to 90% of questions in the post-training test..</p>	<p>1-a), b), d) Project Progress Report, Interview to persons involved in the project 1-c) Direct observation of facilities,</p> <p>2-a) Record of 5-S activities, Project Progress Report, Direct observation on site Interview to persons involved in the project Employees' satisfaction survey.</p> <p>3-a) Direct observation of equipment 3-b) Direct observation of Sheets Interview to persons involved in the project</p> <p>4-a) Result of post-training tests</p>	<p>Needs for maternal and neonatal care do not soar unexpectedly</p> <p>Financial constraints for recurrent budget do not worsen.</p>

Note: 1) 5 S is defined as a management tool for working environment improvement.

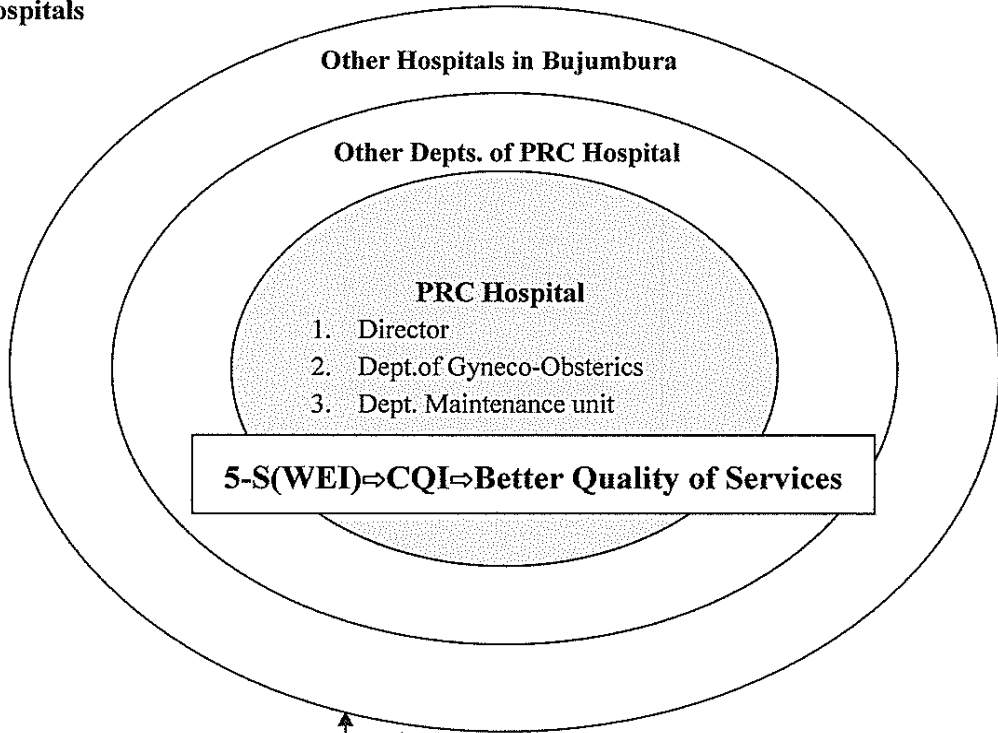



【Activities】	【Japan/JICA Side】	【Inputs】	【important assumption】
<p>【Output 1: Development of Leadership】 1.1 To review the job requirement and performance of every management staff. 1.2 To conduct training on leadership (TQM and 5S) 1.3 To organize and activate 5S-committees and WIT teams. 1.4 To monitor and evaluate the implementation of 5S-TMQ activities. 1.5 Networking health facilities is carried out.</p> <p>【Output 2: Work environment improvement through 5S.】 2.1 To assess the work environment with applying '5-S monitoring sheet' (photo taking and questioning to staff on site) 2.2 To conduct training on 5-S methods 2.3 To practice 5-S methods 2.4 To monitor and evaluate the 5-S activities.</p> <p>【Output 3: Development of Preventive maintenance skill】 3.1 To assess the management conditions of equipment and instrument. 3.2 To conduct training to involved staff on preventive maintenance practices 3.3 To develop and place "Do" or "Do not" tags on equipment. 3.4 To update manuals and check-sheets for regular maintenance activities. 3.5 To develop a manual of standardized procurement procedure of spare parts including schedule of suppliers. 3.6 To monitor and evaluate the preventive maintenance activities 【Output 4: Strengthening the knowledge & skills of nursing staff】 4.1 To conduct the base-line study including the satisfaction survey for pregnant women and mothers who use the target health facilities. 4.2 To conduct technical trainings to nurses and midwives on maternal and neonatal care) 4.3 To monitor and evaluate the maternal and neonatal care practices 4.4 To conduct an impact survey of changed practices including patient's satisfaction study.</p>	<p>【Japan/JICA Side】</p> <p>(1) Personnel 1) Chief Advisor / Hospital Management 2) 5 S/ Total Quality Management (TQM) 3) Equipment Maintenance 4) Midwifery</p> <p>(2) Expense for Trainings of the following fields; Management of health institutions Mother and child health</p> <p>(3) Office equipment</p> <p>(4) Expenses to cover following items - Developing document & PR tools (including photo copy & printing) - Organizing seminars & workshops (including participants' travel cost) - Implementing surveys, etc</p>	<p>【Burundi Side】</p> <p>(1) Personnel 1) Project Director (Chief of Cabinet, MOH) 2) Project Manager (Director General Department for Public Health, MOH) 3) Bujumbura District Health Office 4) PRC Hospital 5) 9 Health Centers in Bujumbura District</p> <p>(2) Expenses to cover following items • Salaries for Burundi members (to be borne by each agency) • Travel cost and daily allowance for participants to Joint Coordinating Committee (JCC) & Steering Committee (SC) • Other necessary expenses</p> <p>(3) Facilities • Facilities for the project activities • Office for Japanese Chief Advisor in MOH's premises (including communication system such as telephone, fax, internet)</p>	<p>• Health staff involved in the project is retained in the present position</p> <p>• Absentee rate of health staff involved in the project does not increase notable.</p> <p>• Serious incidents on public security do not occur at the project sites</p> <p>[Pre-conditions] Security level in Bujumbura city does not worsen.</p>

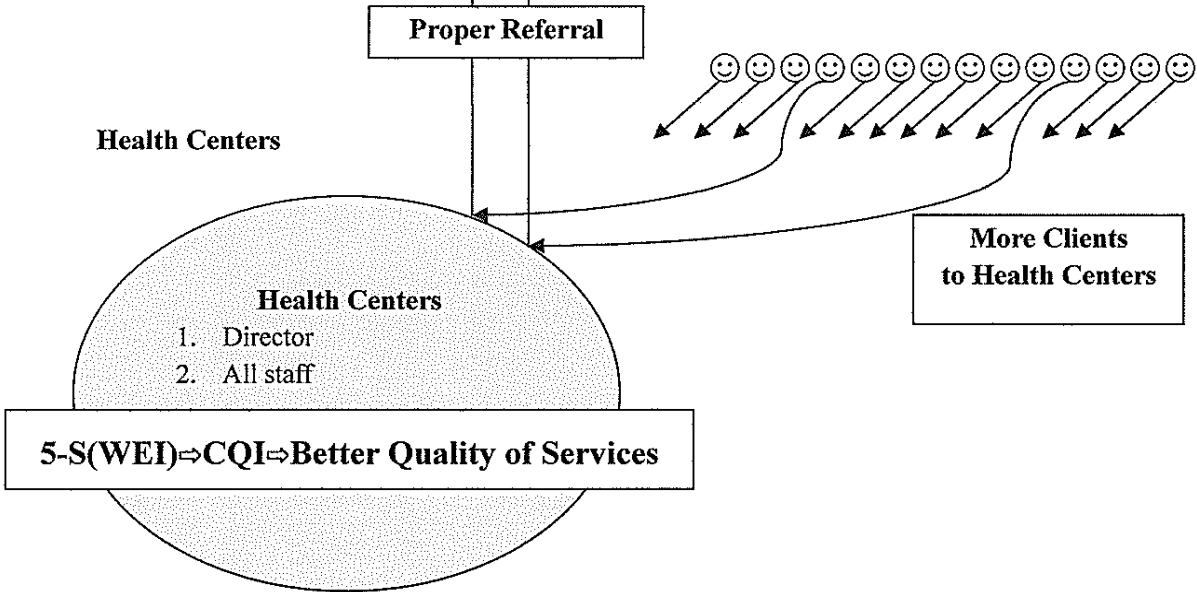



CONCEPTUAL FRAMEWORK OF THE PROJECT

Hospitals



Health Centers



ANNEX 4. Plan of Operation (PO) - version 0

to be conducted

Calendar year Month	2008												2009												2010												2011													
	11		12		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
implementation months	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36														
▼ SC ★ JCC, ◎ Final Evaluation study	★			▼			▼			▼		◎			▼	★			▼			▼			▼	★			▼			▼	★						▼	◎										
[Output 1: Development of Leadership]																																																		
1.1 To review the job requirement and performance of every management staff.																																																		
1.2 To conduct training on leadership (TQM and 5S)																																																		
1.3 To organize and activate 5S-committees and WIT teams.																																																		
1.4 To monitor and evaluate the implementation of 5S-TMQ activities.																																																		
1.5 Networking health facilities is carried out																																																		
[Output 2: Work environment improvement through 5S.]																																																		
2.1 To assess the work environment with applying '5-S monitoring sheet' (photo taking and questioning to staff on site)																																																		
2.2 To conduct training on 5-S methods																																																		
2.3 To practice 5-S methods																																																		
2.4 To monitor and evaluate the 5-S activities.																																																		
[Output 3: Development of preventive maintenance skill]																																																		
3.1 To assess the management conditions of equipment and instrument.																																																		
3.2 To conduct training to involved staff on preventive maintenance practices																																																		
3.3 To develop and place "Do" or "Do not" tags on equipment.																																																		
3.4 To update manuals and check-sheets for regular maintenance activities.																																																		
3.5 To develop a manual of standardized procurement procedure of spare parts including schedule of suppliers.																																																		
3.6 To monitor and evaluate the preventive maintenance activities																																																		
[Output 4: Knowledge and skills development of nursing staff]																																																		
4.1 To conduct the base-line study including the satisfaction survey for pregnant women and mothers who use the target health facilities.																																																		
4.2 To conduct technical trainings to nurses and midwives on maternal and neonatal care)																																																		
4.3 To monitor and evaluate the maternal and neonatal care practices																																																		
4.4 To conduct an impact survey of changed practices including patient's satisfaction study.																																																		

ANNEX 5

ROLES OF IMPLEMENTATION BODIES

1. Joint Coordination Committee

The Joint Coordination Committee (hereinafter referred to as “JCC”) will be established for the effective and smooth implementation of the Project. JCC will meet once a year in order to fulfill the following functions.

- a) To oversee management and administration of the Project
- b) To approve the Annual Plan of Operations based on the progress and financial reports submitted by the Project Director
- c) To evaluate the overall progress of the Project
- d) To give advice and to make necessary decision on any major issues arising from or in connection with the implementation of the Project

Composition of the JCC is as follows.

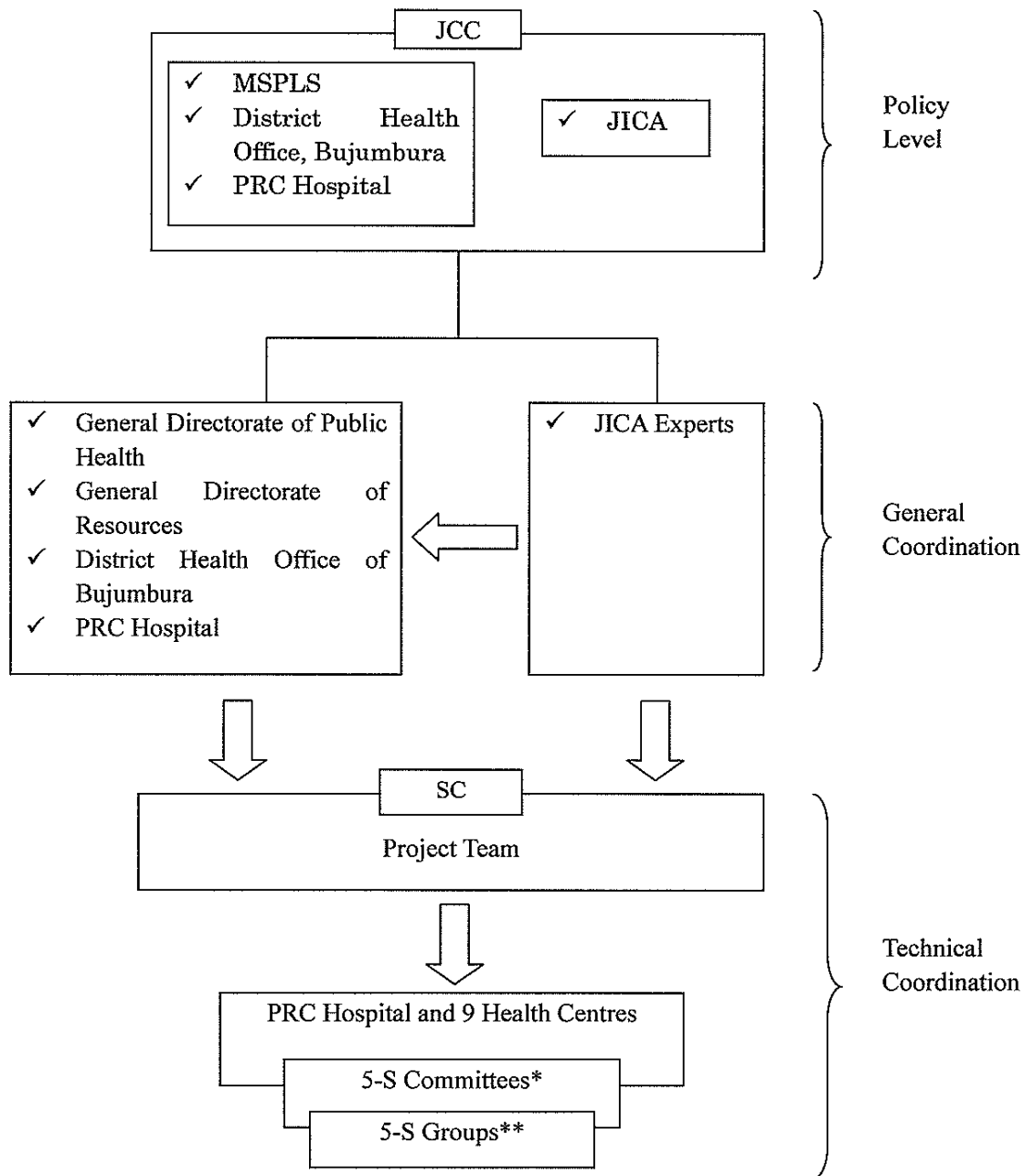
- a) Chairperson: Chief of Cabinet of Ministry of Health and Fight against AIDS
- b) Members: Director of the Planning of Cabinet
Director of the General Directorate of Public Health
Director of the General Directorate of Resources
Director of the District Health Office of Bujumbura
Director of Prince Régent Charles Hospital
- c) JICA Experts

2. Steering Committee

Steering Committee (hereinafter referred to as “SC”) will be established for the effective and smooth implementation of the Project. The SC will be held every two months and whenever the needs arise with the main Project members of both sides so as to have mutual understanding of Project activities, its progress, as well as any concern to be addressed by the Project members.



CHART OF PROJECT IMPLEMENTATION



* 5-S Committee is recommended to be set up as a coordinating body to run facility wide 5-S activities at each health facility. Leadership and initiative of top management of each health facility is essential to function the committee. It oversees the progress of Work Environment Improvement (WEI) through 5-S activities, which are supposed to be implemented by 5-S Groups organized at each department of Régent Charles Hospital and each health centre.

** The 5-S Groups will potentially evolve to Work Improvement Team (WIT) maybe in latter stage of 5-S activities with gaining energy and capabilities to suggest service contents' improvement to top management of respective health facility. Pro-quality mind will be hopefully created among the front-line staff through WEI. Positive attitude toward the 5-S activates is a presentation of so-called "mind-set change" from cynicism.

WEI is an essential process to improve attitude and performance of the front-line health personnel. The starting point of the overall improvement of the health service should be the improvement of physical work environment being achieved making maximal use of existing resources. It, sometimes, bears small scale cost for uplifting physical work environment including amenity both for service providers and the clients.

Five (5) – S Principles are the managerial tool for WEI. Sort (Removing unnecessary items and clutter from work venues), Set (Give proper orderliness to the essential items for work), Shine (maintaining cleanliness), Standardize (make Sort, Set, Shine as a part of routine work) and Sustain (Improve discipline of the staff for better implementation of 5-S) are the components, by which creates the managerial infrastructure for vitalizing bottom-up KAIZEN (CQI; Continuous Quality Improvement). KAIZEN process will be a mode of problem-solving in various service packages mainly through bottom-up suggestion scheme.

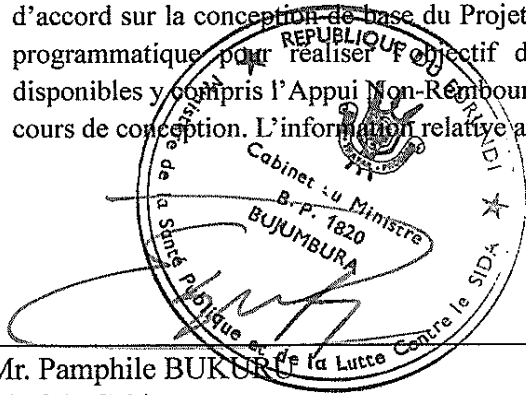


**Procès Verbal de la Réunion
entre
L'Equipe Japonaise de l'Etude Préparatoire
et
Les Autorités Concernées du Gouvernement de la République du Burundi
sur
Le Projet de Coopération Technique du Japon
pour
le Renforcement des Capacités de Gestion
de
L'Hôpital Prince Régent Charles et Centres de Santé Publics
de
la Mairie de Bujumbura**

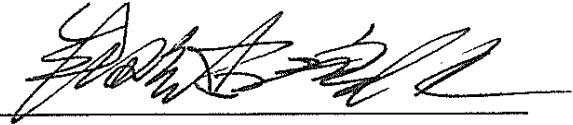
L'Equipe Japonaise de l'Etude Préparatoire (ci-après appelée "Equipe"), affectée à l'Agence Japonaise de Coopération Internationale ci- après appelée "JICA") et conduite par le Pr.Yujiro HANDA, a visité la République du Burundi du 18 Mai au 4 Juin 2008 pour se convenir sur les détails du Projet de Renforcement des Capacités de l' Hôpital Prince Régent Charles et Centres de Santé Publics de la Mairie de Bujumbura (ci-après appelé "Projet").

Pendant la période d'étude au Burundi, l'Equipe a eu des entretiens avec le Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le SIDA (ci-après appelé partie Burundaise) pour l'échange d'informations sur la préparation et la conception du Projet. Les deux parties se sont mis d'accord sur la conception de base du Projet et des stratégies en mettant sur pied une approche programmatique pour réaliser l'objectif du Projet conjointement avec les autres Projets disponibles y compris l'Appui Non-Rémunérable Japonais en équipements médicaux qui est en cours de conception. L'information relative aux stratégies est annexée à ce document.

Fait à Bujumbura, le 29 Mai 2008



Mr. Pamphile BUKURU
Chef de Cabinet
Ministère de la Santé Publique et de Lutte
contre le SIDA
République du Burundi



Pr. Yujiro HANDA
Chef
Équipe de l'Étude Préparatoire
Agence Japonaise de Coopération
Internationale
Japon

DOCUMENT ANNEXE

Les réunions entre la partie Burundaise et l'Equipe concernant le Projet ont été organisées à Bujumbura du 18 Mai au 4 Juin, 2008. La liste des participants se trouve sur l'ANNEXE 1.

1. PROJET DE COOPERATION TECHNIQUE

L'Equipe a expliqué à la partie Burundaise le Concept de base du projet de coopération technique de JICA pour une meilleure compréhension du projet. L'Equipe a aussi montré les facteurs clés de coopération tels que: 1) collaboration des deux parties, 2) un transfert approprié des technologies, 3) propriété de la partie Burundaise, et 4) renforcement des capacités.

2. POSITION DU PROJET DANS LE CONTEXTE DES PLANS DE DEVELOPPEMENT NATIONAL

Le Projet était conçu pour contribuer au plan de développement national tels que la Stratégie de Réduction de la Pauvreté, Politique National de Santé, et Plan National de Développement Sanitaire. L'instauration d'une confiance et la consolidation de la paix sont considérées lors de l'élaboration du Projet comme étant une dividende visible de paix pour la population. La fourniture des services médicaux de qualité particulièrement dans la prise en charge en maternité et en néo-natologie devrait être une mesure de stabilisation de la vie quotidienne de la population.

Le Projet est destiné à être un point d'entrée d'une amélioration entière d'accès, de qualité et d'efficacité dans le système de fourniture de services de santé au Burundi. Pour l'amélioration future, l'amélioration des pratiques de gestion en vue de fournir des services de maternité et de néo natologie basés sur des équipements a été souligné comme étant un domaine de coopération dans ce projet. Cet appui vient en complément au projet d'appui en équipement médicaux essentiels dans trois hôpitaux et neuf centres de santé publics en cours.

3. RÉSUMÉ DU PROJET

3.1 TITRE DU PROJET

Le Projet sera dénommé le Projet de Renforcement des Capacités de Gestion de l'Hôpital Prince Régent Charles et Centres de Santé Publics de la Mairie de Bujumbura.

3.2 DURÉE DU PROJET

Le Projet sera exécuté sur une période de 3 ans.



3.3 SITE DU PROJET

Le site du Projet sera la Mairie de Bujumbura.

3.4 GROUPE CIBLE ET BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires du Projet planifié seront les femmes enceintes, accouchées et les nouveaux nés qui recevront les prestations des structures de soins cibles. Les professionnels de santé et autres personnels du services de maternité et de néo natalogie, particulièrement dans les structures de soins sont définis comme les groupes cibles. En plus de ces personnes, les responsables de santé au niveau ministériel et municipal sont aussi considérés comme des bénéficiaires importants par rapport à l'évolution des aptitudes /connaissances dans le système de gestion de fourniture des services de santé.

3.5 SCHEMA DE PLANIFICATION DU PROJET

Le Schéma de Planification du Projet (ci-après appelé "PDM") qui se trouve en ANNEXE 2 est une version préliminaire, qui définit le cadre essentiel du projet; les objectifs, les résultats, les activités et les conditions extérieures du succès du projet. Le PDM peut être modifié en cas de besoin.

1) Objectifs supérieurs

Les deux parties acceptent que les objectifs supérieurs à atteindre sont de trois ordres et doivent être atteints suivant les phases.

- a) La qualité des soins maternels et néonataux dans les structures sanitaires à Bujumbura (milieu urbain et rural) est améliorée avec une accessibilité optimale (15 ans après la fin du projet, c-à-d, en 2025)
- b) Le système de référence est établi dans les services pour les soins maternels et néonataux dans la mairie de Bujumbura (7 ans après la fin du projet c a d en 2017)
- c) La qualité des services maternels et néonataux est améliorée dans les structures sanitaires de la ville de Bujumbura

2) Objectif Global

Les deux parties s'accordent que l'objectif global du projet est le suivant : amélioration de la qualité des services maternels et néonataux à l'Hôpital Prince Régent Charles et les centres de santé publiques ciblés. Cet objectif doit être atteint dans une période de deux ans après la fin du projet c à d l'année 2013.

3) Objectif du Projet

Les deux parties s'accordent que l'objectif du projet est le suivant: réalisation des soins de santé centrés sur les patients sous la gestion améliorée pour les femmes enceintes/accouchées et les nouveau nés dans les structures sanitaires ciblées. Ceci doit être atteint à la fin du projet cad



l'année 2011.

4) Résultats

Les deux parties s'accordent que les résultats du projet sont :

- a) Le leadership des cadres supérieurs et moyes est renforcé à l'Hôpital Prince Régent Charles et les centres de santé publique ciblés, en impliquant les directeurs des structures sanitaires ainsi que les chefs de service et départements.
- b) L'environnement de travail pour les soins maternels et néonataux est amélioré dans les activités de 5S réalisées par le personnel sur place sous le leadership des directeurs.
- c) La maintenance préventive des équipements médicaux est continuellement exécutée par la participation de tout le personnel dans les structures sanitaires ciblées.
- d) La technique et les connaissances des infirmiers qui travaillent pour les soins maternels et néonataux sont renforcées dans les structures sanitaires ciblées..

5) Cadre Conceptuel du Projet

Pour aider à la compréhension du Projet; un cadre conceptuel se trouve en ANNEXE 3.

3.6 Plan opérationnel

Les deux parties ont conjointement préparé et se sont convenues sur le Plan opérationnel (ci-après appelé "PO"), qui montre la programmation préliminaire des activités principales pour la période entière du Projet basé sur le PDM. Le PO se trouve en ANNEXE 4. La programmation peut faire l'objet de changement au cas échéant lors de son exécution.

4. ADMINISTRATION DU PROJET

L'administration du Projet se fait sur base d'une structure suivante:

- 1) Le Ministre de la Santé Publique et de Lutte contre le SIDA va nommer une personne appropriée comme Coordinateur du Projet, qui sera responsable de l'administration et l'exécution du Projet et va informer le Bureau de JICA situé à Bujumbura au moment opportun.
- 2) Directeur de la Direction Générale de la Santé Publique en tant que Directeur du Projet sera responsable des questions techniques et de gestion du Projet. Le Directeur du Projet va aussi tenir des réunions de dialogue sur des questions importantes en rapport avec le Projet.
- 3) Les autres homologues burundais vont collaborer avec les experts de JICA dans l'exécution effective du travail au Burundi. Ils vont également essayer de diffuser des connaissances techniques au Burundi en collaboration avec des experts de JICA.

- 4) Le Conseiller Principal en tant que l'Expert japonais donnera des conseils nécessaires aux homologues burundais sur des questions techniques et administratives relatives au projet.

5. EXECUTION DU PROJET

Le Projet sera conjointement exécuté par l'équipe du Projet qui comprend les homologues burundais et les experts de JICA .L'équipe de Projet ne devrait pas être constituée de deux équipes séparées par nationalités mais une équipe unie pour travailler en cas de difficultés et de progrès. Les experts de JICA jouent un rôle clé non seulement comme une expertise technique mais aussi comme conseillers sur le plan ministériel et sur terrain. Les rôles des organes d'exécution sont indiqués dans l'ANNEXE 5 et le Schéma de l'exécution du Projet est indiqué dans l'ANNEXE 6.

6. RESSOURCES DU PROJET

6.1 RESSOURCES DU PROJET PAR LA PARTIE JICA

- 1) Envoi d'experts de JICA
Un conseiller principal et d'autres experts (e.g. 5-S/TQM: gestion totale de qualité, maintenance des équipements, sage femme) seront envoyés selon la nécessité pour l'exécution du Projet.
- 2) Visites de formations des homologues burundais au Japon et dans des pays tiers.
La formation du personnel homologue sera organisée selon le plan annuel du travail de Projet dans les limites du budget alloué à la coopération technique. Les domaines de formation prévus sont la Gestion des Structures Sanitaires, la Manintenance, le Profession de sage femme.
- 3) Fourniture des machines et équipements
JICA fournira au Projet un équipement nécessaire pour une exécution effective des activités du Projet et sera fourni dans le budget alloué à la coopération technique.
- 4) Autres dépenses
Les frais nécessaires pour l'exécution du Projet seront fournis dans le budget alloué à la coopération technique.

5.2 RESSOURCES DU PROJET PAR LA PARTIE BURUNDAISE

- 1) Allocation du budget



La partie Burundaise a accepté de continuer à allouer le budget nécessaire pour le bon fonctionnement des structures sanitaires cibles du projet.

2) Fourniture d'un bureau pour les experts de JICA

Un bureau doté d'une ligne téléphonique, d'un faxe et Internet sera fourni dans les bâtiments du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA.

3) Affectation du Personnel Homologue

La partie Burundaise affectera un nombre suffisant du personnel burundais en tant que personnel homologue.

7. PRISE DE DECISIONS BASEES SUR L' EVIDENCE

Le Projet a l'intention d'être un des moyens pour offrir des évidences qui conduiront a une bonne prise de decisions. Les deux parties ont défini ce Projet comme une modalité d'améliorer la performance du personnel de santé sur terrain et au niveau de l'administration. Le processus, les résultats et les obstacles aux activités seront étudiés ensemble avec les homologues Burundais. Les résultats de l'étude seront périodiquement portés à la connaissance des décideurs au niveau des ministères pour leurs opportunités à se servir de façon maximale des expériences sur terrain.

8. ÉTAPES SUIVANTES

Les deux parties se sont convenues sur les étapes suivantes jusqu'au démarrage du projet comme suit;

Octobre 2008	Le budget pour le Projet est réuni par la partie Burundaise.
Octobre 2008	Signature de R/D (PDM révisé et annexé)
Décembre 2008	Le démarrage du Projet

La programmation en haut dépend du progrès de la préparation de toutes les deux parties.



LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1	Liste des Participants
ANNEXE 2	Schéma de Planification du Projet
ANNEXE 3	Cadrer Conceptuel du Projet
ANNEXE 4	Plan opérationnel
ANNEXE 5	Rôles des Organes d'Exécution
ANNEXE 6	Schéma de l'Exécution du Projet



ANNEXE 1

LISTE DE PRESENCE

PARTIE BURUNDAISE

Mr. Pamphile BUKURU, Chef de Cabinet, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS)

Mr. Sosthène HICUBURUNDI, Conseiller, Cellule de Planification au MSPLS

Dr. Charles BATUNGWANAYO, Directeur, Direction Générale de la Santé Publique, MSPLS

Mr. Cyprien BARAMBONERANYE, Directeur, Direction Générale des Ressources, MSPLS

Dr. Thérance NTAWURISHIRA, Directeur, Hôpital Prince Régent Charles

Dr. Thierry GAHUNGU, Directeur, Province Sanitaire Bujumbura Mairie

PARTIE JICA

Equipe de l'Etude Préparatoire

Prof. Yujiro HANDA, Conseiller Principal, Bureau Régional d'Appui pour la partie Est et Sud de l'Afrique, JICA

Dr. Noriaki IKEDA, Responsable Technique Principal, Centre Médical International du Japon, Ministère de la Santé, Travail et Bien être

Ms. Ritsuko YAMAGATA, Personnel, Département du Développement Humain, JICA

Mr. Kazumi AKITA, Consultant, Office Alp Inc.

Ms. Kyoko KOJIMA, Consultant, INTEM Consulting Inc.

Bureau de JICA à Bujumbura

Ms. Chie YOSHIMI, Conseiller en Elaboration des Projets



ANNEXE 2. Schéma de Planification du Projet (PDM) –version 0 Elaboré: le 29 Mai, 2008

Titre : Renforcement des Capacités de Gestion dans l'Hôpital Prince Régent Charles et les Centres publics de Santé à la ville de Bujumbura

Période: 3 ans

Lieu du projet: Ville de Bujumbura.

Groupes cibles: L'Hôpital Prince Régent Charles (tout le personnel), Neuf centres publics de santé ciblés (tout le personnel)

Bénéficiaires: Les femmes et les nouveau-nés dans les lieux couverts par l'Hôpital Prince Régent Charles et les neuf centres de santé.

Résumé narratif du projet	Indicateurs	Moyens de vérification	Conditions extérieures
<p>[Objectifs supérieurs] (1) (15 ans après, 2025) Améliorer l'accessibilité et la qualité des services par les structures sanitaires particulièrement pour les soins maternel et néonatal dans la Province de Bujumbura.</p>	<p>a) Le taux de mortalité maternelle (population pour 100.000) a diminué pour aller jusqu'à moins de 300</p> <p>a) Le rapport annuel sur la référence est bien utilisé et analysé par le Bureau du District de Santé de Bujumbura</p> <p>b) La proportion de référence des centres de santé aux hôpitaux est devenue X%(cas total de référence / tous les patients externes)</p>	<p>a), b) Donnée statistique de santé</p> <p>a) le système de gestion de l'information de la référence dans le Bureau du District de Santé. b) Rapports du Bureau de District de Santé sur la santé.</p>	<p>• Le moyen de transport des patients sont assurés pour permettre l'accès aux établissements sanitaires.</p>
<p>(2) (7 ans après, 2017) Le système de référence et contre-référence est établi dans les services pour les soins maternel et néonatal dans la mairie de Bujumbura.</p>	<p>[dans tous les hôpitaux et centres de santé] a) Le taux % d'épigéotomie est réduit. b) Le personnel sait distinguer l'accouchement normal de celui qui est anormal c) Le soin essentiel est pratiqué pour les nouveau-nés.</p>	<p>a), b), c) • Rapport des superviseurs de Bureau du District de Santé.</p>	<p>Les ressources humaines nécessaires sont placées et assurées dans les structures sanitaires de la ville Bujumbura.</p>
<p>[Objectif global] (2 ans après, 2013 年) La qualité des services maternels et néonataux est améliorée à l'Hôpital Prince Régent Charles et aux neuf centres de santé publics ciblés.</p>	<p>a) Réalisation des soins d'accouchement basés sur l'évidence. b) Réalisation du discernement des accouchements normaux de ceux anormaux. c) Réalisation des soins essentiels pour les nouveau-nés.</p>	<p>a) b) c) Résultat du monitoring des points à examiner. Interview des personnes concernées.</p>	<p>• Le gouvernement du Burundi continue son programme de soins gratuits pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans</p>
<p>[Objectif du projet] (3 ans après, à 2011) Les soins centrés sur les patients sont réalisés sous la gestion améliorée pour les femmes enceintes /accouchées et les nouveau-nés dans les structures sanitaires ciblés.</p>	<p>a) Les rideaux sont préparés à la salle d'accouchement pour assurer la tranquillité et la vie privée des femmes enceintes. (dans les 12 mois après le démarrage du projet) b) Taux d'augmentation des femmes accouchées qui ont répondu qu'elles avaient été bien assistées par les infirmiers pendant leurs accouchements.</p>	<p>a) Observation de la salle d'accouchement b) Interview avec les femmes enceintes qui utilisent les structures sanitaires de santé ciblés</p>	<p>• Les ressources humaines nécessaires sont placées et assurées dans les structures sanitaires ciblés.</p>

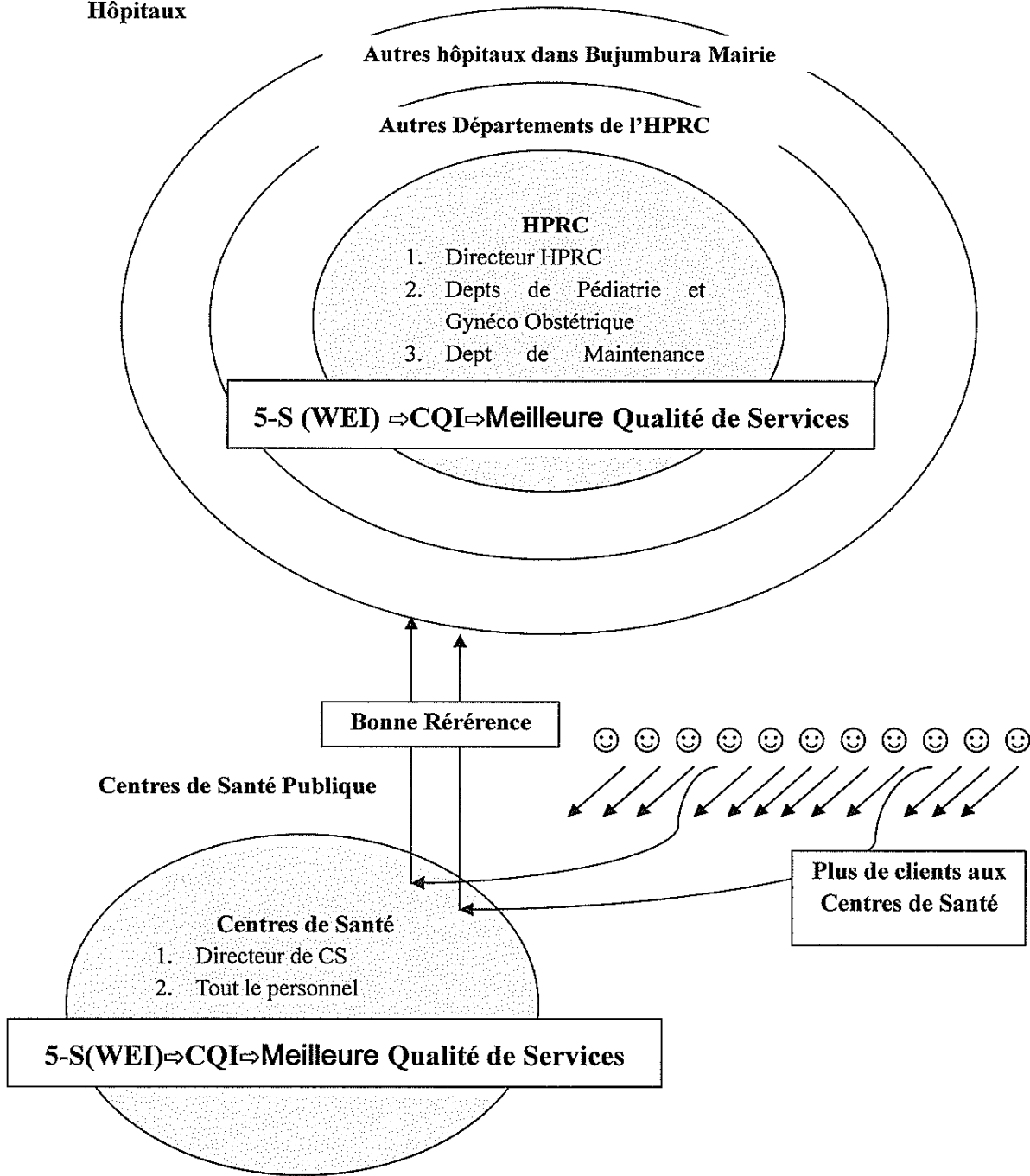
[Résultats]	Indicateurs	Moyens de vérification	Conditions importantes
<p>(1) Le leadership est renforcé chez les cadres supérieurs et moyens des structures sanitaires ciblées. (Le Directeur de PRC, Vices Directeurs, Cadres Infirmiers, les Chefs de Services)</p>	<p>1-a) Le comité de 5 S est établi dans chaque établissement ciblé (</p> <p>1-b) L'équipe de l'amélioration de 5 S est mise en place dans 80% des départements de chaque établissement. (dans les 6 mois après le commencement)</p> <p>1-c) Les posters pour promouvoir la politique d'assurance de la qualité sont affichés dans toutes les salles (dans les 12 mois)</p> <p>1-d) La Conférence Trimestrielle des Cas entre l'Hôpital PRC et les Centres de santé.</p>	<p>1-a), b), d) Interview des personnes concernées</p> <p>Rapport de la progression du projet</p> <p>1-c) Observation des structures sanitaires</p>	<p>-La population des femmes enceintes /accouchées et les enfants de moins de cinq ans n'augmente pas de façon à dépasser les prévisions dans la ville de Bujumbura.</p>
<p>(2) L'environnement de travail pour les soins maternels et néonataux est amélioré dans les activités de 5 S (note1) réalisé par le personnel sur place sous le leadership des responsables des structures sanitaires.</p>	<p>2-a) Réalisation des activités de 5S suivants (résultat du monitoring);</p> <p>Séparation, collection, recyclage des gaspillages sur la place de soin maternel.</p> <p>② Les équipements et matériel sont mis en code coloré.</p> <p>Installation des chaises d'attente dans la salle de maternité.</p>	<p>2-a) (monitoring de 5S)</p> <p>Observation des établissements et matériel</p> <p>Résultat d'analyse organisationnel,</p> <p>Interview des personnes concernées</p> <p>Questionnaire</p>	<p>• La limitation du budget pour la maintenance, la réparation, ou l'achat des pièces, de matériel ne se détériore pas dans les structures sanitaires ciblées.</p>
<p>(3) La maintenance préventive des équipements médicaux est continuellement exécutée par la participation de tout le personnel dans les structures sanitaires cibles.</p>	<p>④ L'attente des patients dans la salle d'attente de maternité est réduite.</p> <p>⑤ Le changement d'attitude et les consciences du personnel qui travaille dans les structures sanitaires ciblées.</p>	<p>3-a) Observation du matériel</p> <p>3-b) Résultat du monitoring</p> <p>Interview des personnes concernées</p> <p>Rapport de la progression du projet</p>	
<p>(4) La technique et les connaissances des infirmiers et sage femmes qui travaillent pour les soins maternels et néonataux sont renforcées</p>	<p>3-a) Les fiches d'indication du mode d'emploi sont attachées sur tous les équipements.(dans les 6 mois après le démarrage)</p> <p>3-b) Réalisation des fiches de la maintenance préventive mises pour chaque matériel dans toute la salle, les utilisations et opération sont enregistrées et contrôlées. (dans un an)</p> <p>4-a) 80% des formés obtiennent 90 % des points dans le test après la formation (par Post-test)</p>	<p>4-a) Résultat du monitoring</p> <p>Résultat du Post-test</p> <p>Interview des personnes concernées</p> <p>Rapport de la progression du projet</p>	

Note 1 '5S' est une méthode pour améliorer l'environnement de travail dans les structures sanitaires.

Activités	Ressources	conditions extérieures
<p>[R-1. Renforcement du Leadership] 1.1 Les termes de référence de managers et leurs performances de travail sont examinés 1.2 Formations sur le leadership (TQM/5S) sont réalisées. 1.3 Le comité de 5S et les équipes de WIT sont mis en place 1.4 La supervision et le monitoring des situations des activités sur 5S/TQM. 1.5 Les échanges d'information entre les Hôpitaux et Centres de Santé sont exécutés.</p> <p>[R-2. Amélioration de l'environnement de travail par 5S] 2.1 L'enquête sur l'état actuel de travail est réalisée en appliquant les 5S fiche de suivi (incluant les photos, etc.) 2.2 Les formations de 5S sont réalisées. 2.3 Les activités de 5S sont réalisées. 2.4 Les activités de 5S sont suivies</p> <p>[R-3. Renforcement des capacités sur la maintenance préventive] 3.1 L'état de maintenance des équipements biomédicaux est examiné. 3.2 La formation sur la maintenance préventive est réalisée pour le personnel concerné des structures sanitaires ciblées. 3.3 Les fiches d'utilisation des équipements biomédicaux sont créés et attachés sur tous les équipements. 3.4 Les manuels et fiches du monitoring sont renouvelés. 3.5 Le processus de fourniture, d'achat de matériel et pièces est examiné et documenté avec la liste des clients d'achat. 3.6 Le monitoring de la maintenance préventive est réalisé dans les structures sanitaires ciblées.</p> <p>[R-4. Renforcement des capacités des infirmiers et sage femme] 4.1 L'enquête de satisfaction est réalisée pour les femmes enceintes et accouchés qui utilisent les structures sanitaires ciblées. (L'étude de base) 4.2 La formation technique est réalisée pour les infirmiers et sages femmes. 4.3 La supervision et le monitoring des soins maternels et néonataux 4.4 L'enquête de satisfaction est réalisée pour les femmes enceintes et accouchés qui utilisent les structures sanitaires ciblées. (L'étude d'impact)</p>	<p>[La partie japonaise] (1) Ressources humaines [Experts japonais à long terme] 1) Conseiller principal 2) une personne pour la maintenance des équipements 3) une personne pour sage femme (2) Frais de formation pour la Gestion des Structures Sanitaires. Soins maternels et infantiles (3) Matériel de bureau (4) Autres frais pour; - Elaboration des documents pour les outils de relation publique (photocopie et papiers inclus) - Organisation des séminaires, ateliers (frais de transport des participants inclus) - Enquêtes, etc</p>	<p>[La partie burundaise] (1) Ressources humaines [personnel administratif] Directeur du projet (Chef de Cabinet, Ministère de la Santé Publique; MSP) Administrateur du Projet (Directeur, Direction Générale de la Santé Publique) [personnel technique] • Bureau du district de Santé de Bujumbura • L'Hôpital Prince Régent Charles • Les neuf centres de santé ciblés. (2) La frais pour ce qui suit : • les salaires des acteurs du projet (chargés par chaque organisation) • Les frais de transport pour assister le Comité Conjoint de Coordination (JCC) et Comité de pilotage(SC) • Autres frais nécessaires (3) Établissements et équipements • Établissements pour exécuter les activités du projet. • Bureaux pour les experts japonais sous la prémisses de MSP (équipement de télécommunication, ex :téléphone, Internet y compris)</p>
		<p>Les personnels qui ont eu les formations poursuivent leur travail dans leurs structures sanitaires.</p> <p>Le taux d'absence des acteurs du projet n'augmente pas extrêmement.</p> <p>La situation publique du lieu du projet n'empêche pas au point d'empêcher le développement des activités.</p> <p>[Condition préalable] L'ordre public pour faire démarrer le projet.</p>

CADRE CONCEPTUEL DU PROJET

Hôpitaux



ANNEXE 5

Rôles des Organes d'Exécution

1. Le Comité Conjoint de Coordination

Le Comité Conjoint de Coordination (ci-après appelé "JCC") sera mis sur pied pour assurer l'exécution efficace du Projet. Il se réunit au moins une fois par an pour remplir les fonctions suivantes :


- a) Surveiller la gestion et l'administration du Projet.
- b) Approuver le Plan Annuel des Opérations basé sur le progrès et les rapports financiers soumis au Directeur du Projet.
- c) Evaluer le progrès de l'ensemble du Projet
- d) Conseiller et prendre une décision nécessaire sur toutes les questions importantes relevant de ou en rapport avec l'exécution du Projet.

La composition du JCC se présente comme suit :

- a) Président : Chef de Cabinet, MSPLS
- b) Membres : Directeur de Planification, MSPLS
Directeur de la Direction Générale de la Santé Publique, MSPLS
Directeur de la Direction Générale des Ressources, MSPLS
Directeur de la Province Sanitaire de Bujumbura Mairie
Directeur de l'Hôpital Prince Régent Charles
- c) Les Experts de JICA

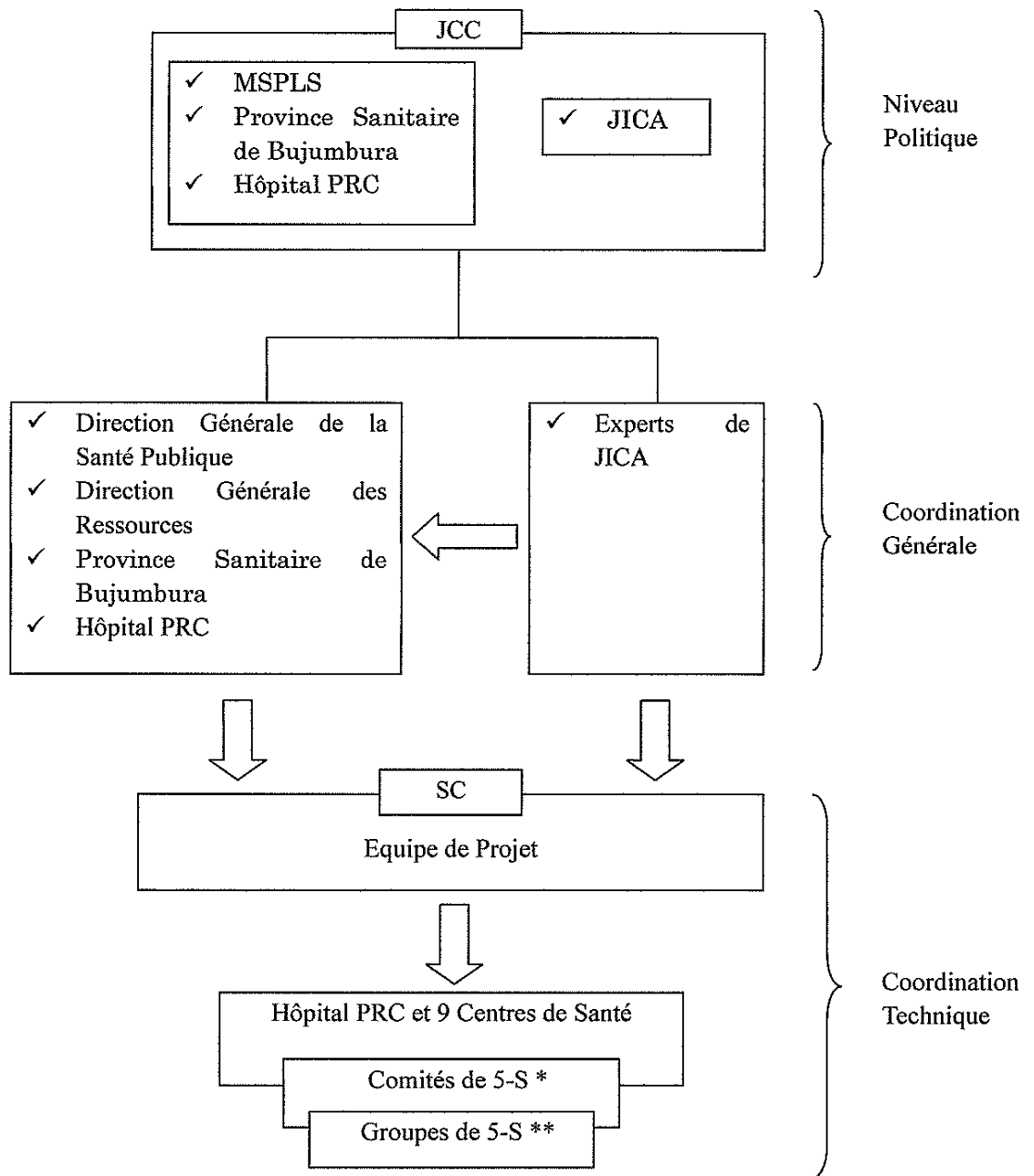
2. Comité de Pilotage

Le Comité de Pilotage (ci-après appelé "SC") sera mis en place pour l'exécution effective et parfaite du Projet. Le SC se tiendra une fois les deux mois et chaque fois de besoin. Il se tiendra avec les principaux membres du Projet de deux parties pour avoir une compréhension mutuelle des activités du Projet, son progrès ainsi que toute inquiétude relevée par les membres du Projet.



ANNEXE 6

SCHEMA DE L'EXECUTION DU PROJET



* Il est recommandé de mettre en place le comité de 5-S en tant qu'organe de coordination pour diriger les activités de 5-S à chaque structure sanitaire. Le leadership et l'initiative au niveau supérieur de l'administration de chaque structure sanitaire sont essentiels pour le bon fonctionnement du comité. Il surveille le progrès de l'Amélioration de l'Environnement du Travail (WEI) à travers les activités de 5-S, qui sont supposées être menées par les Groupes de 5-S organisés dans chaque département de l'Hôpital Prince Régent Charles et à chaque centre de santé.

** Les Groupes de 5-S peuvent potentiellement évoluer vers l'Equipe d'Amélioration de Travail à la phase ultérieure des activités de 5-S par une acquisition d'énergie et d'aptitude pour pouvoir proposer une amélioration du contenu des services au niveau supérieur de l'administration de chaque structure sanitaire. Il est prévu qu'une mentalité orientée vers la qualité de soins sera instaurée parmi le personnel de terrain à travers l'Amélioration de l'Environnement de Travail (WEI). Une attitude positive vers les activités de 5-S constitue une présentation de ce qu'on appelle « changement de mentalité » à la place du cynisme actuel.

WEI est un processus essentiel pour améliorer l'attitude et la performance du personnel médical d'appui. Le point de départ d'une amélioration globale des services de santé devrait être l'amélioration de l'environnement physique de travail qui devrait être accompli avec l'usage maximal des ressources existantes. Quelques fois, cela demande un coût moins élevé pour redresser l'environnement physique de travail y compris les équipements pour les fournisseurs des services et les clients.

Les principes de 5 S constituent l'outil de gestion pour WEI. Trier (Enlever des choses et bruits inutiles sur le lieu de travail), Fixer (Organiser, mettre de l'ordre dans les objets essentiels pour le travail), Briller (maintenir la propreté), Standardiser (faire du tri, de la fixation et de la propreté une partie du travail de routine) et Appuyer (Améliorer la discipline du personnel pour une meilleure exécution des 5-S) sont les éléments sur lesquels est créée l'infrastructure de gestion pour rendre vitale la planification KAIZEN (CQI; Amélioration Continue de la Qualité) principalement par un schéma de suggestion.



9. 署名討議議事録 (R/D) (英文)

RECORD OF DISCUSSIONS BETWEEN JAPANESE
IMPLEMENTATION STUDY TEAM AND
AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF
THE REPUBLIC OF BURUNDI
ON JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
THE PROJECT FOR STRENGTHENING CAPACITIES OF PRINCE RÉGENT
CHARLES HOSPITAL AND PUBLIC HEALTH CENTERS
IN BUJUMBURA CITY FOR IMPROVEMENT OF
MOTHER AND CHILD HEALTH

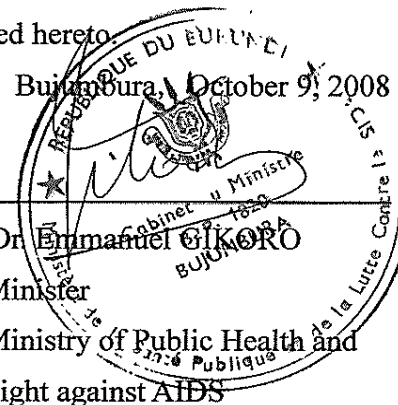
The Japanese Implementation Study Team (hereinafter referred to as “the Team”) organized by Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”) headed by Yojiro ISHII, visited the Republic of Burundi from the 6th to 10th of October for the purpose of working out the details of the technical cooperation program concerning the Project for Strengthening Management Capacities of Prince Régent Charles Hospital and Public Health Centers in Bujumbura City for Improvement of Mother and Child Health in the Republic of Burundi.

During its stay in the Republic of Burundi, the Team exchanged views and had a series of discussions with the Burundi authorities concerned with respect to desirable measures to be taken by JICA and the Government of the Republic of Burundi for the successful implementation of the above-mentioned Project.

As a result of the discussions, the Team and the Burundi authorities concerned agreed on the matters referred to in the document attached hereto.



Mr. Yojiro ISHII
Leader
Japanese Implementation Study Team
Japan International Cooperation Agency, JICA
Japan

Bujumbura, October 9, 2008

Dr. Emmanuel NKORO
Minister
Ministry of Public Health and
Fight against AIDS
Republic of Burundi

THE ATTACHED DOCUMENT

I. COOPERATION BETWEEN JICA and the Government of the Republic of Burundi

1. The Government of the Republic of Burundi will implement the Project for Strengthening Management Capacities of Prince Régent Charles Hospital and Public Health Centers in Bujumbura City for Improvement of Mother and Child Health (hereinafter referred to as “the Project”) in cooperation with JICA.
2. The Project will be implemented in accordance with the Master Plan which is given in Annex I.

II. MEASURES TO BE TAKEN BY JICA

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

1. DISPATCH OF JAPANESE EXPERTS

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

2. PROVISION OF MACHINERY AND EQUIPMENT

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

3. TRAINING OF BURUNDI PERSONNEL IN JAPAN

JICA will receive the Burundi personnel connected with the Project for technical

training in Japan.

III. MEASURES TO BE TAKEN BY THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF BURUNDI

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

expense:

- (1) Services of the Burundi counterpart personnel and administrative personnel as listed in Annex V;
 - (2) Land, buildings and facilities as listed in Annex VI;
 - (3) Supply or replacement of machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the Equipment provided by JICA under II-2 above;
7. In accordance with the laws and regulations in force in Burundi, the Government of the Republic of Burundi will take necessary measures to meet:
- (1) Expenses necessary for transportation within the Republic of Burundi of the Equipment referred to in II-2 above as well as for the installation, operation and maintenance thereof;
 - (2) Customs duties, internal taxes and any other charges, imposed in the Republic of Burundi on the Equipment referred to in II-2 above; and
 - (3) Running expenses necessary for the implementation of the Project to be reserved by Prince Régent Charles Hospital and nine (9) health centers in Bujumbura City.

IV. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

1. Mr. Cyprien BARAMBONERANYE, Director General for Resources, Ministry of Public Health and Fight against AIDS, as the Project Coordinator, will bear overall responsibility for the administration and implementation of the Project.
2. Dr. Jean KAMANA, Acting Director of the Programs and Services for Health,



Ministry of Public Health and Fight against AIDS, as the Project Director, will be responsible for the managerial and technical matters of the Project.

3. The Japanese Team Leader will provide necessary recommendations and advice to the Project Coordinator and the Project Director on any matters pertaining to the implementation of the Project.
4. The Japanese experts will give necessary technical guidance and advice to the Burundi counterpart personnel on technical matters pertaining to the implementation of the Project.
5. For the effective and successful implementation of the Project, a Joint Coordinating Committee will be established whose functions and composition are described in Annex VII.

V. JOINT EVALUATION

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

VI. CLAIMS AGAINST JAPANESE EXPERTS

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

VII. MUTUAL CONSULTATION

There will be mutual consultation between JICA and the Government of the



Republic of Burundi on any major issues arising from, or in connection with this Attached Document.

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

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

IX. TERM OF COOPERATION

The duration of the technical cooperation for the Project under this Attached Document will be 3 (three) years from the first arrival of Japanese expert(s).



4/

ANNEX I	MASTER PLAN
ANNEX II	LIST OF JAPANESE EXPERTS
ANNEX III	LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT
ANNEX IV	PRIVILEGES, EXEMPTIONS AND BENEFITS FOR JAPANESE EXPERTS
ANNEX V	LIST OF BURUNDI COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL
ANNEX VI	LIST OF LAND, BUILDINGS AND FACILITIES
ANNEX VII	JOINT COORDINATING COMMITTEE



48

7

ANNEX I

MASTER PLAN

1. OBJECT OF THE PROJECT

(1) SUPERGOALS

- 1) Quality of maternal, neonatal and child care in the health facilities in the country is improved with optimal accessibility.
- 2) Referral and counter referral system for maternal, neonatal and child care is functional in Bujumbura Health District.
- 3) Quality of services for maternal, neonatal and child care is improved at health facilities in Bujumbura Health District.

(2) OVERALL GOAL

Quality of services for maternal, neonatal and child care is improved at Prince Régent Charles Hospital and targeted nine (9) health centers.

(3) PROJECT PURPOSE

Patient-centered maternal, neonatal and child care is practiced under improved management at Prince Régent Charles Hospital and nine (9) health centers.

2. OUTPUT

- (1) Leadership of the top and middle class managers is fostered at Prince Régent Charles Hospital and nine (9) health centers, involving directors of facilities and heads of all departments and units.
- (2) Work environment for maternal, neonatal and child care is improved through practicing 5-S activities under the leadership of directors.
- (3) Preventive maintenance of medical equipment is continuously practiced with full participation of health staff of the maintenance unit and gyneco-obstetric department of Prince Régent Charles Hospital and nine (9) health centers.
- (4) Knowledge and skills of nursing staff (including midwives) are upgraded for maternal, neonatal and child care at Prince Régent Charles Hospital and nine (9) health centers.



3. ACTIVITIES

- 1.1 To review the job requirement and performance of management staff
 - 1.2 To conduct training on leadership (5S-TQM)
 - 1.3 To organize and activate 5S-committees and WIT teams
 - 1.4 To monitor and evaluate the implementation of 5S-TQM activities
 - 1.5 Networking of health facilities is carried out.
-
- 2.1 To assess the work environment with applying 5S monitoring sheet
 - 2.2 To conduct training on 5S method
 - 2.3 To practice 5S method
 - 2.4 To monitor and evaluate the 5S activities
-
- 3.1 To assess management conditions of equipment and instrument
 - 3.2 To conduct training to involved staff on preventive maintenance practices
 - 3.3 To develop and place “Do” and “Do not” tags on equipment
 - 3.4 To update manuals and check-sheets for regular maintenance activities
 - 3.5 To develop a manual of standardized procurement procedure of spare parts including schedule of suppliers
 - 3.6 To monitor and evaluate the preventive maintenance activities
-
- 4.1 To conduct the baseline study including the satisfaction survey for pregnant women and mothers who use Prince Régent Charles Hospital and nine (9) health centers
 - 4.2 To conduct technical trainings to nurses and midwives on maternal, neonatal and child care
 - 4.3 To monitor and evaluate the maternal, neonatal and child care practices
 - 4.4 To conduct an impact survey about changed practices including patients’ satisfaction study

4. IMPLEMENTING ORGANIZATIONS

- (1) General Directorate of Public Health, Ministry of Public Health and Fight against AIDS

EF

41

(2) General Directorate of Resources, Ministry of Public Health and Fight against AIDS

(3) Bujumbura Provincial Health Department

(4) Bujumbura District Health Office (North, South and Central)

(5) Nine (9) health centers

5. TARGET GROUPS

All the staff of Prince Régent Charles Hospital and focused nine (9) health centers in Bujumbura City

6. BENEFICIARIES

Users living in the catchments area of Prince Régent Charles Hospital and nine (9) health centers



40

ANNEX II

LIST OF JAPANESE EXPERTS

1. Chief Advisor / Hospital Management
2. 5S/ KAIZEN(CQI)/TQM (Total Quality Management)
3. Equipment Maintenance
4. Midwifery
5. Coordinator
6. Others mutually agreed upon as necessary

SH

YJ

ANNEX III

LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT

Office equipment (computers, printers, projector, furniture, etc.) and other equipment in related fields mutually agreed upon as necessary



ANNEX IV

PRIVILEGES, EXEMPTIONS AND BENEFITS FOR JAPANESE EXPERTS

According to the laws and regulations in force in Burundi, the Government of the Republic of Burundi will grant the following privileges, exemptions and benefits:

1. Exemption from income taxes and any allowances remitted from abroad.
2. Exemption from taxes and fees imposed on importations and exportations of personal and household effects.
3. Utilization of any means available to provide medical assistance and other assistance necessary for Japanese experts and their families.
4. Issue of visa for entry and exit for Japanese experts and their families free of charge.
5. Issue of certificate of services for Japanese experts to secure the cooperation of all governmental organizations necessary for the performance of their duties.
6. Exemption from taxes imposed on importation and exportation of materials brought by the experts for the Project.
7. The Government of the Republic of Burundi shall accord the experts such privileges, exemptions and benefits as are no less favorable than those accorded to experts of any third country or of any international organization performing a similar mission in the Republic of Burundi.



ANNEX V

LIST OF BURUNDI COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL

1. Project Coordinator

Mr. Cyprien BARAMBONERANYE, Director General for Resources, Ministry of Public Health and Fight against AIDS

2. Project Director

Dr. Jean KAMANA, Acting Director of the Programs and Services for Health, Ministry of Public Health and Fight against AIDS

3. Counterpart personnel in the following organizations:

- (1) Direction General of Resources, Ministry of Public Health and Fight against AIDS
- (2) Bujumbura Provincial Health Bureau
- (3) Bujumbura District Health Office (North, South and Central)
- (4) Prince Régent Charles Hospital
- (5) 9 Health Centers in Bujumbura District

4. Administrative personnel

- (1) Assistants (full-time)
- (2) Other supporting staff mutually agreed upon as necessary

ANNEX VI

LIST OF LAND, BUILDINGS AND FACILITIES

Land, buildings and facilities:

- (1) Sufficient facilities for the implementation of the Project
- (2) Offices (one in Ministry of Public Health and Fight against AIDS, one in Prince Régent Charles Hospital) and other necessary facilities for the Japanese experts
- (3) Facilities such as electricity, water supply, sewage systems, telephone, and furniture necessary for the Project activities
- (4) Transportation facilities for the implementation of the Project
- (5) Other facilities mutually agreed upon as necessary



ANNEX VII

JOINT COORDINATING COMMITTEE

1. Functions

The Joint Coordinating Committee (hereinafter referred to as “JCC”) will be established for the effective and smooth implementation of the Project. JCC will meet once or twice a year in order to fulfill the following functions.

- a) To oversee management and administration of the Project
- b) To approve the Annual Plan of Operations based on the progress and financial reports submitted by the Project Director
- c) To evaluate the overall progress of the Project
- d) To give advice and to make necessary decision on any major issues arising from or in connection with the implementation of the Project

2. Composition of the JCC is as follows.

- a) Chairperson: Chief of Cabinet of Ministry of Health and Fight against AIDS
- b) Members: Project Coordinator
 - Project Director
 - Director of the General Directorate of Public Health
 - Director of the General Directorate of Resources
 - Advisor to the Cabinet (Finance)
 - Director of the Provincial Health Bureau of Bujumbura
 - Director of Prince Régent Charles Hospital
 - General Director of National Institute of Public Health
- c) JICA Experts
- d) Other personnel from JICA, Embassy of Japan based in Nairobi
- e) JICA missions



PROCES-VERBAL DES DISCUSSIONS ENTRE
L'EQUIPE JAPONAISE D'ETUDE
D'EXECUTION ET LES AUTORITES CONCERNEES DU GOUVERNEMENT
DE LA REPUBLIQUE DU BURUNDI
SUR LA COOPERATION TECHNIQUE JAPONAISE
POUR
LE PROJET DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DE L'HOPITAL PRINCE
REGENT CHARLES ET LES CENTRES DE SANTE PUBLICS EN MAIRIE DE
BUJUMBURA EN VUE DE
L'AMELIORATION DE LA SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

L'Equipe Japonaise d'Etude d'Exécution (ci-après dénommée "Equipe") organisée par l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (ci-après dénommée "JICA") conduite par YOJIRO ISHI, a visité la République du Burundi du 6 au 10 Octobre pour mettre au point les détails du programme technique de coopération concernant le Projet de Renforcement des Capacités de l'Hôpital Prince Régent Charles et les Centres de Santé Publics en Mairie de Bujumbura, en République du Burundi en vue de l'amélioration de la santé maternelle et infantile.


Durant son séjour en République du Burundi, L'équipe a échangé les points de vue et a eu une série d'entretiens avec les autorités Burundaises concernées en rapport avec les mesures souhaitables à prendre par JICA et le Gouvernement de la République du Burundi pour la réussite de l'exécution du Projet ci- haut mentionné.

Au terme de leurs discussions, l'Equipe et les autorités Burundaises concernées se sont convenus des questions relatives au document ci-annexé.

石井 羊次郎

Mr. Yojiro ISHII
Chef d'Equipe
Equipe Japonaise d'Etude d'Exécution
Agence Japonaise de Coopération Internationale,
JICA
Japon

Bujumbura le 9 Octobre 2008



Dr. Emmanuel GIKORO
Ministre de la Santé Publique et de la
Lutte contre le Sida
République du Burundi

DOCUMENT ANNEXE

I. COOPERATION ENTRE LA JICA ET LE GOUVERNEMENT DE LA REPUBLIQUE DU BURUNDI

1. Le Gouvernement de la République du Burundi exécutera le Projet de Renforcement des Capacités de l'Hôpital Prince Régent Charles et les Centres de Santé Publics en Mairie de Bujumbura en vue de l'amélioration de la santé maternelle et infantile (ci-après dénommé "Projet") en coopération avec la JICA.
2. Le Projet sera exécuté conformément au Plan Directeur joint en Annexe I.

II. MESURES À PRENDRE PAR LA JICA

Conformément aux lois et règlements en vigueur au Japon, la JICA prendra, en accord avec les procédures normales en vigueur du plan de coopération technique du Japon, les mesures suivantes :

1. ENVOI DES EXPERTS JAPONAIS

JICA fournira les services des experts Japonais comme énumérés en ANNEXE II.

2. FOURNITURE DES APPAREILS ET EQUIPEMENTS

JICA fournira les appareils, équipements et autres matériels (ci-après dénommés "Équipement") nécessaires à l'exécution du Projet tels qu'énumérés en ANNEXE III. L'Équipement sera la propriété du Gouvernement de la République du Burundi aussitôt qu'il sera livré au CAF (Coût, Assurance et Fret) aux autorités burundaises concernées, aux ports et/ou aux aéroports de débarquement.

3. FORMATION DU PERSONNEL BURUNDAIS AU JAPON

JICA assurera la prise en charge du personnel Burundais concerné par le Projet pour ce qui est de sa formation technique au Japon.

III. MESURES À PRENDRE PAR LE GOUVERNEMENT DE LA REPUBLIQUE DU BURUNDI

1. Le Gouvernement de la République du Burundi prendra des mesures nécessaires pour assurer que le fonctionnement durable du Projet sera soutenu pendant et après la période de coopération technique Japonaise, à travers l'implication entière et active dans le Projet, par toutes les autorités concernées, les groupes bénéficiaires et les institutions.
2. Le Gouvernement de la République du Burundi veillera à ce que les technologies et connaissances acquises par les ressortissants Burundais comme résultat de la Coopération Technique Japonaise, contribuent au développement économique et social du Burundi.

91

SJ

3. Le Gouvernement de la République du Burundi accordera aux experts Japonais mentionnés en II-1 ci-dessus les privilèges, exonérations et avantages comme énumérés en annexes IV et accordera les privilèges, exonérations et avantages aussi favorables que ceux octroyés aux experts des pays tiers ou organisations internationales qui accomplissent les missions similaires à celles des experts japonais référés à l'annexe II-1 ci-dessus.

4. Le Gouvernement de la République du Burundi veillera à ce que les équipements visés au point II-I ci-dessus soient réellement utilisés pour l'exécution du Projet en consultation avec les experts japonais référés à l'annexe II.

5. Le Gouvernement de la République du Burundi prendra des mesures nécessaires pour assurer que les connaissances et l'expérience acquises par le personnel Burundais lors du stage technique au Japon seront réellement utilisées dans l'exécution du Projet.

6. Conformément aux lois et règlements en vigueur au Burundi, le Gouvernement du Burundi prendra des mesures nécessaires et à ses propres frais pour mettre à la disposition du Projet:

(1) des homologues burundais et le personnel administratif comme indiqués en ANNEXE V;

(2) Les terrains, bâtiments et installations comme énumérés à l'annexe VI ;

(3) Fourniture ou remplacement des machines, équipement, instruments, véhicules, outils, pièces de rechange et tout autre matériel nécessaire pour l'exécution du Projet autre que l'Équipement fourni par JICA sous l'annexe II-2 ci-dessus.

7. Conformément aux lois et règlements en vigueur au Burundi, le Gouvernement du Burundi prendra des mesures nécessaires pour :

(1) couvrir les frais nécessaires pour le transport de l'équipement visé à l'annexe II-2 ci-dessus ainsi que pour l'installation, l'opération et la maintenance correspondante au sein de la République du Burundi;

(2) couvrir les droits de douanes, taxe intérieure et toute autre charge, imposée en République du Burundi sur l'Équipement visé à l'annexe II-2 ci-dessus ; et

(3) conseiller les structures sanitaires de prévoir les dépenses courantes nécessaires pour l'exécution du Projet.

IV. ADMINISTRATION DU PROJET

1. Mr. Cyprien BARAMBONERANYE, Directeur Général des Ressources, le Ministère de la Santé Publique et la Lutte contre le SIDA, en tant que Coordinateur du Projet, assumera toute la responsabilité de l'administration et l'exécution du Projet.

2. Dr. Jean KAMANA, Directeur a.i. des Programmes et Services de Santé, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, en tant que Directeur du Projet, sera responsable des questions techniques et de gestion du Projet.

41

SA

3. Le Chef d'Equipe Japonaise fournira des recommandations nécessaires et conseils au Coordinateur de Projet et au Directeur du Projet concernant toutes les questions liées à l'exécution du Projet.

4. Les experts Japonais fourniront une orientation technique nécessaire et des conseils au personnel homologue burundais sur les questions techniques liées à l'exécution du Projet.

5. Pour la réussite totale de l'exécution du Projet, un Comité Conjoint de Coordination sera mis en place dont les fonctions et composition sont décrites en Annexe VII.

V. EVALUATION COMMUNE

L'évaluation du Projet sera effectuée conjointement par JICA et les autorités concernées du Burundi, au milieu et pendant les six derniers mois de la durée de coopération pour examiner le niveau de réalisation.

VI. RECLAMATIONS CONTRE LES EXPERTS JAPONAIS

Le Gouvernement de la République du Burundi s'engage à assumer les réclamations, si jamais elles se manifestent, contre les experts japonais engagés dans la coopération technique du Projet, provenant, se produisant pendant, ou autrement liées à l'exercice officielle de leurs fonctions en République du Burundi excepté pour celles qui proviennent de l'inconduite volontaire ou d'une faute lourde des experts Japonais.

VII. CONSULTATION MUTUELLE

Il existera une consultation mutuelle entre la JICA et le Gouvernement de la République du Burundi sur toute question majeure provenant ou en rapport avec ce Document Attaché.

VIII. MESURES POUR LA PROMOTION DU PROJET

En vue de promouvoir l'appui du Projet parmi la population du Burundi, le Gouvernement de la République du Burundi prendra des mesures appropriées pour une large diffusion du Projet au près de la population Burundaise.

IX DUREE DE LA COOPERATION

La durée de la coopération technique du Projet sous ce Document Attaché sera de 3 ans à partir de la date de l'arrivée des premiers experts.

ANNEXE I	PLAN DIRECTEUR
ANNEXE II	LISTE DES EXPERTS JAPONAIS
ANNEXE III	LISTE DES MACHINES ET EQUIPEMENTS
ANNEXE IV	PRIVILEGES, EXONERATIONS ET AVANTAGES ACCORDES AUX EXPERTS JAPONAIS
ANNEXE V	LISTE DES HOMOLOGUES BURUNDAIS ET LE PERSONNEL ADMINISTRATIF
ANNEXE VI	LISTE DES TERRAINS, BATIMENTS ET EQUIPEMENTS
ANNEXE VII	COMITE CONJOINT DE COORDINATION



48

ANNEXE I

PLAN DIRECTEUR

1. BUT DU PROJET

(1) BUTS GENERAUX

- 1) La qualité des soins maternels, néonataux et infantiles dans les structures sanitaires dans le Pays est améliorée avec une accessibilité optimale.
- 2) Le système de référence et contre référence pour les soins maternels, néonataux et infantiles est fonctionnel dans le District Sanitaire de Bujumbura.
- 3) La qualité des services pour les soins maternels, néonataux et infantiles est améliorée aux structures de santé dans le District Sanitaire de Bujumbura.

(2) OBJECTIF GLOBAL

La qualité des services pour les soins maternels, néonataux et infantiles est améliorée à l'Hôpital Prince Régent Charles et neufs (9) centres de santé ciblés.

(3) OBJECTIFS DU PROJET

Les soins maternels, néonataux et infantiles sont fournis sous la gestion améliorée à l'hôpital Prince Régent Charles et neufs (9) centres de santé.

2. RESULTAT

- (1) Le leadership des hauts et moyens cadres est stimulé à l'Hôpital Prince Régent Charles et neufs centres de santé (9), comprenant notamment les directeurs des structures sanitaires et les chefs de tous les services et sections.
- (2) L'environnement de travail pour les soins maternels et néonataux est amélioré à travers la pratique des activités de 5-S sous le leadership des directeurs.
- (3) La maintenance préventive de l'équipement médical est continuellement pratiquée avec la participation entière du personnel de santé de la section de maintenance et du département de gynécologie -obstétrique de l'Hôpital Prince Régent Charles et neuf centres de santé (9).
- (4) Les connaissances et les compétences du personnel infirmier(y compris les sages femmes) sont améliorées pour les soins maternels et infantiles à l'Hôpital Prince Régent Charles et neuf (9) centres de santé.

3. ACTIVITES

- 1.1 Analyser les conditions de travail et la performance du personnel de gestion.
- 1.2 Organiser une formation sur le leadership (5 S-TQM)
- 1.3 Organiser et activer les comités de 5S et les équipes de WIT

4/

SA

- 1.4 Surveiller et évaluer l'exécution des activités des 5S-TMQ
- 1.5 La mise en place des réseaux des structures sanitaires est réalisée

- 2.1 Evaluer l'environnement de travail avec l'application de la feuille des 5S
- 2.2 Organiser une formation sur la méthode des 5S
- 2.3 Pratiquer la méthode des 5S
- 2.4 Surveiller et évaluer les activités des 5S

- 3.1 Evaluer les conditions de gestion de l'équipement et instrument
- 3.2 Organiser une formation à l'endroit du personnel impliqué sur les pratiques de la maintenance préventive.
- 3.3 Mettre au point et placer des étiquettes "à faire" et "à ne pas faire" sur l'équipement
- 3.4 Actualiser les manuels et vérifier les feuilles pour les activités régulières de maintenance
- 3.5 Mettre au point un manuel de procédure standard d'approvisionnement des pièces de rechange y compris les horaires des fournisseurs.
- 3.6 Surveiller et évaluer les activités de la maintenance préventive

- 4.1 Effectuer une étude de base y compris l'étude de satisfaction des femmes enceintes et les mères qui fréquentent l'Hôpital Prince Régent Charles et les neufs centres de santé.
- 4.2 Organiser des formations techniques à l'endroit des infirmiers et des sages femmes sur les soins néonatales et maternelles.
- 4.3 Surveiller et évaluer les pratiques des soins néonatales et maternels
- 4.4 Effectuer une étude d'impact sur les pratiques modifiées y compris l'étude de satisfaction des patients.

4. ORGANISATIONS D'EXECUTION

- (1) La Direction Générale de la Santé Publique, le Ministère de la Santé Publique et la Lutte contre le Sida
- (2) La Direction Générale des Ressources, Le Ministère de la Santé Publique et la Lutte contre le Sida
- (3) Le Bureau Provincial de Santé de Bujumbura
- (4) Le Bureau de District Sanitaire de Bujumbura (Nord, Sud et Central)
- (5) Neuf centres (9) de santé

5. GROUPES CIBLES

Tout le personnel de l'Hôpital Prince Régent Charles et neufs centres de santé en Mairie de Bujumbura

6. BENEFICIAIRES

Les utilisateurs des services de l'Hôpital Prince Régent Charles et neufs (9) centres de santé.



ANNEXE II

LISTE DES EXPERTS JAPONAIS

1. Conseiller en chef/Gestion Hôpital
2. 5S/KAIZEN(CQI)/TQM(Gestion Totale de la Qualité)
3. Maintenance de l'Équipement
4. Sage femme
5. Coordinateur
6. Autres adoptés d'un commun accord selon qu'il sera nécessaire

84

ANNEXE III

LISTE DES MACHINES ET EQUIPEMENTS

Équipement de bureau (ordinateurs, imprimantes, projecteurs, mobilier, etc.) et autre équipement du domaine connexe adopté d'un commun accord selon qu'il sera nécessaire.



ANNEXE IV

PRIVILEGES, EXONERATION ET AVANTAGES ACCORDES AUX EXPERTS JAPONAIS

Conformément aux lois et règlements en vigueur au Burundi, le Gouvernement de la République du Burundi accordera les privilèges, exonérations et bénéfices suivants :

1. Exonération des impôts sur le revenu et des taxes de toutes sortes sur les allocations de prise en charge provenant de l'étranger
2. Exonération de taxes et autres charges imposées sur l'importation et l'exportation d'effets personnels et ménagers des experts et leur familles
3. Utilisation de tous les moyens disponibles pour fournir l'assistance médicale et les autres assistances nécessaires aux experts japonais et leur familles
4. Délivrance gratuite du visa d'entrée et de sortie pour les experts japonais et leur familles
5. Délivrance des attestations de services aux experts japonais pour assurer la coopération de toutes les organisations gouvernementales nécessaire à la performance des tâches des experts
6. Exonération des taxes à l'importation et à l'exportation sur les matériels apportés par les experts, dans le cadre du Projet
7. Le Gouvernement de la République du Burundi accordera aux experts des privilèges, exonérations et avantages qui ne sont pas moins favorables que ceux accordés aux experts de n'importe quel pays tiers ou de toute autre organisation gouvernementale qui accomplit une mission semblable en République du Burundi.



41

ANNEXE V

LISTE DES HOMOLOGUES BURUNDAIS ET DU PERSONNEL
ADMINISTRATIF

1. Coordinateur du Projet

Mr. Cyprien BARAMBONERANYE, Directeur Général des Ressources, le Ministère de la Santé Publique et la Lutte contre le SIDA

2. Directeur du Projet

Dr. Jean KAMANA, Directeur a.i. des Programmes et Services de Santé, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida

3. Le personnel homologue dans les organisations suivantes :

- (1) Direction Générale des Ressources, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
- (2) Bureau Provincial de la Santé de Bujumbura
- (3) Bureau de District Sanitaire de Bujumbura (Nord, Sud et Central)
- (4) Hôpital Prince Régent Charles
- (5) 9 Centres de Santé dans les Districts de Bujumbura

4. Personnel administratif

- (1) Assistants (permanent)
- (2) Autre personnel de support adopté d'un commun accord selon qu'il sera nécessaire



4/

ANNEXE VI

LISTE DES TERRAINS, BATIMENTS ET EQUIPEMENTS

Terrain, bâtiments et équipements:

- (1) Equipements suffisants pour l'exécution du Projet
- (2) Bureaux (l'un au Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA et l'autre à l'Hôpital Prince Régent Charles) et autres équipements nécessaires pour les experts Japonais
- (3) Installations comme l'électricité, l'approvisionnement en eau, le système d'évacuation des eaux usées, le téléphone et les meubles nécessaires pour les activités du Projet.
- (4) Les moyens de transport pour l'exécution du Projet
- (5) D'autres équipements adoptés d'un commun accord selon qu'il sera nécessaire.



ANNEXE VII

COMITE CONJOINT DE COORDINATION

1. Fonctions

Le Comité Conjoint de Coordination (ci-après dénommé "JCC ") sera mis en place pour l'exécution parfaite et effective du Projet. JCC se réunira une ou deux fois l'année pour accomplir les fonctions suivantes.

- a) Surveiller la gestion et l'administration du Projet
- b) Approuver le Plan Annuel des Opérations basées sur le progrès et les rapports financiers soumis par le Directeur du Projet.
- c) Evaluer le progrès global du Projet.
- d) Donner des conseils et prendre des décisions nécessaires sur toutes les questions majeures qui surviennent et qui sont en rapport avec l'exécution du Projet.

2. La Composition de JCC est la suivante :

- a) Président : Chef de cabinet au Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida
- b) Membres :
 1. Coordonnateur du Projet
 2. Directeur du Projet
 3. Directeur Général de la Santé
 4. Directeur Général des Ressources
 5. Conseiller au Cabinet chargé du Financement
 6. Directeur du Bureau Provincial de la Santé de Bujumbura
 7. Directeur de l'Hôpital Prince Régent Charles
 8. Directeur Général de l'Institut National de Santé Publique
- c) Les Experts de JICA
- d) Autre personnel de JICA, de l'Ambassade du Japon à Nairobi
- e) Les missions de JICA