

コンゴ民主共和国
保健人材開発支援プロジェクト
詳細計画策定調査報告書

平成 22 年 12 月
(2010年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

| |
|--------|
| 人間 |
| JR |
| 11-049 |

**コンゴ民主共和国
保健人材開発支援プロジェクト
詳細計画策定調査報告書**

平成 22 年 12 月
(2010年)

**独立行政法人国際協力機構
人間開発部**

序 文

コンゴ民主共和国は、1991年以降、約10年以上にわたって紛争が続き、2006年ようやく大統領選挙および国民議会選挙が実施され、現政権が発足しました。この長い紛争の結果、行政機能が崩壊し、公共医療サービスも著しく低下しました。特に、地方における保健医療従事者の不足は深刻であり、多くの国民が必要最小限の医療サービスですら受けられないことから、乳児死亡率129（対出生1,000）、妊産婦死亡率990（対出生10万）と、他のアフリカ諸国と比較しても大変厳しい状況となっています。

このような背景の下、独立行政法人国際協力機構（JICA）は、2008年より保健分野の協力の検討をはじめ、保健人材に焦点を当てた中央行政機関の支援を行ってきました。そして2009年、コンゴ民主共和国政府は、国家保健人材開発計画の策定および計画の実施を支える保健省の機能強化をめざした「保健人材開発支援プロジェクト」を日本政府に要請しました。

これを受け、JICAは協力内容の策定および評価を実施すべく、2010年7月26日から同年8月16日まで、人間開発部保健第二課長である小森正勝を団長とする詳細計画策定調査団を派遣しました。

本報告書は、同調査団が実施した調査および協議結果を取りまとめたものです。

ここに、本調査にあたりご協力を賜りました関係各位に深甚なる謝意を表しますとともに、今後とも、本件実施のためご指導・ご協力いただけますよう、お願い申し上げます。

平成22年12月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 萱島 信子

目 次

序 文

目 次

プロジェクトの位置図

写 真

略語一覧

事業事前評価表

| | |
|---|----|
| 第1章 詳細計画策定調査団の派遣 | 1 |
| 1-1 調査団派遣の背景 | 1 |
| 1-2 調査団派遣の目的 | 1 |
| 1-3 調査団員構成 | 1 |
| 1-4 調査日程 | 1 |
| 1-5 主要面談者 | 3 |
| 第2章 プロジェクト実施の背景 | 5 |
| 2-1 コンゴ民主共和国の保健情報 | 5 |
| 2-1-1 保健指標 | 5 |
| 2-1-2 疾病構造 | 8 |
| 2-1-3 母子保健 | 11 |
| 2-2 コンゴ民主共和国の保健行政 | 12 |
| 2-2-1 保健省組織 | 12 |
| 2-2-2 保健システム | 13 |
| 2-2-3 保健財政 | 17 |
| 2-3 保健政策における「保健人材開発」の位置づけ | 18 |
| 2-3-1 貧困削減・開発戦略ペーパー (PRGSP) | 18 |
| 2-3-2 「国別支援フレームワーク (CAF)」および「短期優先行動計画 (PAP)」 | 20 |
| 2-3-3 保健システム強化戦略 (SRSS) | 23 |
| 2-3-4 国家保健開発計画 (PNDS) | 24 |
| 2-3-5 「保健人材開発計画 (PNDRHS)」と 「保健セクター国家運営委員会 (CNP-SS)」 | 26 |
| 2-4 保健人材の現状と諸課題 | 28 |
| 2-4-1 保健人材の種類と育成の仕組み | 28 |
| 2-4-2 保健人材に関する各種調査 | 30 |
| (1) 保健セクター基礎調査 (Etat des Lieux) | 30 |
| (2) 保健人材年鑑 (Annuaire des Ressources Humaines de la Sante) | 32 |
| (3) 保健人材養成機関の現状調査 | 34 |
| 2-4-3 保健人材の現状と課題 | 36 |

| | | |
|-------|--------------------------------|-----|
| 2-5 | 他援助機関と協力事業 | 40 |
| 2-6 | わが国の援助政策との関連および日本の協力実績 | 42 |
| 2-6-1 | わが国の援助政策との関連 | 42 |
| 2-6-2 | 日本の協力実績 | 42 |
| 第3章 | プロジェクトの概要 | 44 |
| 3-1 | プロジェクトの基本計画 | 44 |
| 3-1-1 | 保健省による問題分析 | 44 |
| 3-1-2 | 協力の目標 | 49 |
| 3-1-3 | 投入 | 51 |
| 3-1-4 | 外部条件の分析とリスク | 52 |
| 3-2 | プロジェクトの実施体制 | 52 |
| 3-2-1 | カウンターパート機関の能力 | 52 |
| 3-2-2 | 運営体制 | 52 |
| 3-2-3 | 協力機関との連携（ENSP、高等教育省、セネガル保健省ほか） | 52 |
| 3-3 | プロジェクトの実施上の留意点 | 53 |
| 第4章 | プロジェクトの実施妥当性 | 55 |
| 4-1 | 5項目評価 | 55 |
| 4-1-1 | 妥当性 | 55 |
| 4-1-2 | 有効性 | 56 |
| 4-1-3 | 効率性 | 56 |
| 4-1-4 | インパクト | 57 |
| 4-1-5 | 持続性 | 57 |
| 4-2 | 結論 | 58 |
| 第5章 | 所感 | 59 |
| 5-1 | 団長 | 59 |
| 5-2 | 保健政策 | 59 |
| 第6章 | 実施協議 | 61 |
| 6-1 | 実施協議の概要 | 61 |
| 6-2 | R/D署名 | 62 |
| 付属資料 | | |
| 1. | 要請書 | 65 |
| 2. | 詳細計画調査団締結M/M（2010年8月11日署名） | 75 |
| 3. | PDMおよびPO（和訳） | 100 |
| 4. | R/D | 103 |
| 5. | コンゴ民主共和国保健人材強化プログラム全体像 | 129 |

| | |
|-------------------------------------|-----|
| 6. 保健人材 国家オブザベーター | 130 |
| 7. 保健省初期教育（第6）局計画課課長との面談記録 | 132 |
| 8. PNRHS作成に関する検討ワークショップ最終報告書（抜粋 和訳） | 135 |
| 9. コンゴ民主共和国一般情報 | 154 |

プロジェクトの位置図



写



保健省との計画策定ワークショップ（PDM案作成）1

真



保健省との計画策定ワークショップ（PDM案作成）2



M/M協議



M/M署名1



M/M署名2



壊れて落ちそうな保健省事務所の廊下



保健省保健人材関連（第1、6、11）局（外観）
歴史的建造物であるため取り壊しができない。



隣接する保健省プライマリ・ヘルスケア（第8）
局外観（ECの支援により改修された）



置く場所もなく、整理のつかない書類



壊れた天井

JICA保健政策アドバイザー予算で多少の机・書棚類が供与されている。



スペースが狭く、整理のつかない書類



棚などが不足し、書類が積み重なっている。

略 語 一 覧

| 略語 | 英語・仏語 | 日本語 |
|----------|--|-----------------------|
| 5S | Sorting, Strightening, Systematic cleaning, Standardizing the discipline, Safety | 整理・整頓・清掃・清潔・躰 |
| AFRO | World Health Organization Regional Office for Africa | 世界保健機構アフリカ地域事務所 |
| APEFE | Association opur la Promotion de l'education et de la formation a l'eranger | - |
| ARI | Acute Respiratory Infection | 急性呼吸器感染症 |
| BCG | Bacillus Calmette-Guérin | 結核予防接種（BCG） |
| CAF | Country Assistance Framework | 国別援助枠組み |
| CIA | Central Intelligence Agency | - |
| CNP-SS | Comité National de Pilotage du Secteur de Santé (仏) | 保健セクター国家運営委員会 |
| C/P | Counterpart | カウンターパート |
| DHS | Demographic and Health Survey | 人口保健調査 |
| DOTS | Directly Observed Treatment, Short-course | 短期直接観察治療法 |
| DPT | Combined vaccine for Diphtheria, Pertussis (whooping cough) and Tetanus | 3種混合ワクチン |
| DRC | Democratic Republic of the Congo | コンゴ民主共和国 |
| ENSP | Ecole National de Santé Publique | キンシャサ公衆衛生院 |
| EU | European Union | 欧州連合 |
| G8 | Group of Eight | 主要国首脳会議 |
| GAVI | The Global Alliance for Vaccines and Immunization | 世界予防接種ワクチン同盟 |
| GDP | Gross Domestic Product | 国内総生産 |
| GHWA | Global Health Workforce Alliance | 世界保健人材アライアンス |
| HDI | Human Development Index | 人間開発指標 |
| HGR | Hôpital Général de Référence (仏) | リファラル総合病院 |
| HIPC | Heavily Indebted Poor Countries | 重債務貧困国 |
| HIV/AIDS | Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immune Deficiency Syndrome | ヒト免疫不全ウイルス／後天性免疫不全症候群 |
| HSS | Health System Strengthening | 保健システム強化 |
| IEM | Institut d'Enseignement Médicale (仏) | 保健人材養成校 |
| IEMK | Institut d'Enseignement Médicale Kinshasa (仏) | キンシャサ中級保健人材養成校 |
| IMF | International Monetary Fund | 国際通貨基金 |
| ISTM | Institut Supérieur des Techniques Médicales (仏) | 高等保健人材養成校 |

| | | |
|-----------|---|--------------------|
| ITM | Institut Techniques Médicales (仏) | 保健人材養成校 (単科) |
| ITN | Insecticide Treated Nets | 殺虫剤処理された蚊帳 |
| JICA | Japan International Cooperation Agency | 独立行政法人国際協力機構 |
| MDGs | Millennium Development Goals | ミレニアム開発目標 |
| MICS2 | Multiple Indicators Cluster Survey 2001 | 複数指標クラスター調査 (2001) |
| M/M | Minutes of Meeting | 協議議事録 |
| MPH | Master of Public Health | 公衆衛生修士号 |
| NGO | Non-Governmental Organization | 非政府機関 |
| ODA | Official Development Assistance | 政府開発援助 |
| OJT | On the Job Training | - |
| OMS (WHO) | Organisation mondiale de la santé (仏) | 世界保健機関 |
| PAP | Plan d'Action Prioritaire (仏) | 優先活動計画 |
| PCA | Paquet Complémentaire d'Activités | 補完ケアパッケージ |
| PDM | Project Design Matrix | プロジェクト・デザイン・マトリックス |
| PHC | Primary Health Care | プライマリー・ヘルスケア |
| PMA | Paquet Minimum d'Activités (仏) | 基礎保健パッケージ |
| PNDRHS | Plan National Développement des Ressources Humaine en Santé | 国家保健人材開発計画 |
| PNDS | Plan National de Développement Sanitaire | 国家保健開発計画 |
| PRGSP | Poverty Reduction and Growth Strategy Paper | 貧困削減・開発戦略ペーパー |
| R/D | Record of Discussion | 討議協議録 |
| SRSS | Stratégie de Renforcement du Système de la Santé (仏) | 保健システム強化戦略 |
| TFR | Total Fertility Rate | 合計特殊出生率 |
| TOR | Terms of reference | 業務指示書 |
| UNDP | United Nations Development Programme | 国連開発計画 |
| UNICEF | United Nations Children's Fund | 国連児童基金 (ユニセフ) |
| USAID | United States Agency for International Development | 米国国際開発庁 |
| WB | World Bank | 世界銀行 |
| WHO | World Health Organization | 世界保健機構 |
| ZS | Zones de Santé (仏) | 保健ゾーン |

事業事前評価表

| | |
|----------------|--|
| 1. 案件名 | コンゴ民主共和国 保健人材開発支援プロジェクト |
| 2. 協力概要 | <p>(1) 協力内容 本プロジェクトは、コンゴ民主共和国（以下、「コンゴ民」と記す）において保健人材関連局の実施体制強化と「国家保健人材開発計画2011-2015」策定のプロセス支援、およびこれらに必要なデータ整備や法整備支援を通じて、コンゴ民保健人材の問題を解決する実施能力を強化することをめざす技術協力である。</p> <p>(2) 協力期間 2010年11月～2013年10月（3年間）</p> <p>(3) 協力総額（日本側） 3.8億円</p> <p>(4) 協力相手先機関 保健省保健人材関連局（第1局、第6局、第11局）</p> <p>(5) 受益対象者 直接受益者：保健省保健人材関連局（人材技術委員会を含む）、州保健医局人材担当課</p> |
| 3. 協力の必要性・位置づけ | <p>(1) 現状および問題点 コンゴ民は、1991年以降、10年以上にわたって続いた紛争の結果、保健システムは崩壊し、都市・地方における保健人材の偏在および人材の質の低下が著しい。特に地方における住民の保健サービスへのアクセスは極めて限定的であることから、乳児死亡率は129（対出生1,000）、妊産婦死亡率は990（対出生10万）と、他のアフリカ諸国と比較しても厳しい状況にある。また、さまざまな感染症が蔓延している一方、地域における保健人材の不足が、診断や治療などのサービス提供を限定的なものとしており、罹患率・死亡率低減の障害となっている。</p> <p>2006年、コンゴ民政府により策定された「貧困削減・開発戦略ペーパー（PRGSP）」では、「基本的な社会サービスのアクセス改善と脆弱性の低減」が掲げられ、保健分野が国家の重点課題として位置づけられた。これを受けて、保健省が策定した「保健システム強化戦略（2006）」では、「基本的医療サービスの提供を行うプロフェッショナル人材の育成方針を策定する」ことなどが明記されている。この戦略を現実的なものとするには、保健人材開発に関わる各種基礎データを収集し、問題分析を踏まえた具体的な政策の立案と実施が急務である。また、政策を支える各種法規・省令の整備も必要である。しかし、計画策定の担い手である保健省人材関連局のマネジメント能力や保健省予算の不足などにより、これらを実施する体制は不十分であるといわざるを得ない。これまでにも保健人材開発分野の支援はドナーにより行われてきているが、保健人材の再教育や人材養成カリキュラムの改定など部分的なものにとどまっており、保健省人材関連局の能力強化や基盤整備に関する支援はほとんどなされてこなかった。しかし、保健省自身が問題を正確に把握し、計画</p> |

を策定する能力を備え、主体的な計画を立案できなければ、ドナー主導の対応が続き、根本的な解決は先送りになるばかりである。紛争・脆弱国がドナーの支援から自立するには数十年単位の長いプロセスを必要とするが、コンゴ民はその第一歩を踏み出したところである。

このような状況において、JICAは2008年から保健省アドバイザー専門家を派遣し、同専門家の分析・調査結果を踏まえ、「保健人材の育成」に重点を置いた協力を行う方針を打ち出した。同専門家の活動に加え、保健省次官をはじめ人材局のコアパーソンを対象とした国別研修を本邦で実施し、研修期間中に、国家保健人材開発計画策定に至るロードマップが描かれた。また、無償資金協力事業により、医療人材の実習病院である「キンシャサ大学病院」の機材供与、地域の保健サービスの担い手である保健人材養成校の整備などを行っている。日本の支援が、保健省を通じた「保健人材開発」に焦点を当てたものであることが、コンゴ民のみならず主要ドナーの間でも明確に認識されつつある。

これらの流れを踏まえ、2009年、「国家保健人材開発計画の策定と実施のための体制整備を行う技術協力プロジェクトの要請がコンゴ民政府より出された。

(2) コンゴ民政府国家政策上の位置づけ

- ・コンゴ民の「貧困削減・開発戦略ペーパー (PRGSP) 2000-2009」では、「基本的な社会サービスへのアクセス改善と脆弱性への低減」が掲げられ、保健問題が重点分野として位置づけられた。
- ・上記を受け、保健省による「保健システム強化戦略 (SRSS)」が策定され、「地域レベルの保健サービス (PHC) の充実」を図るための柱として「保健人材の開発」が掲げられた。
- ・さらに、2010年、PRGSPの行動計画として策定された「国家保健開発計画 (PNDS) 2011-2015」において、保健人材開発を進める「国家保健人材開発計画 (PNDRHS)」の策定が急務である旨記載され、この計画策定を担う「保健セクター国家運営委員会 (CNP-SS)」が設置され、委員会の果たすべき役割が明確化された。

上記のことから、本プロジェクトの実施内容やめざす方向が、コンゴ民の政策と完全に一致するとともにその政策を支援する内容であることが明確である。

(3) わが国援助政策、JICA国別事業実施計画上の位置づけ

- ・2007年2月に行われた政策協議において、対コンゴ民主共和国支援の柱の一つに「社会サービスへのアクセス改善」が据えられ、保健・水・コミュニティ開発の3つが優先分野として位置づけられた。
- ・上記に基づき、対コンゴ民主共和国事業展開計画において、「保健サービスへのアクセス改善プログラム」が設定された。本プロジェクトはその中核をなす協力である。
- ・2008年5月の「アフリカ開発会議」で表明された「横浜行動計画」において、日本はアフリカ地域の保健分野に対し、無償資金協力・技術協力で430億円の支出、保健システム強化のために1,000の保健施設の改善、10万人の保健人材の研修を行うことを表明している。本プロジェクトは、この行動計画の方針に合致した、保健人材の育成・配置の保健システム強化プロジェクトであるといえる。
- ・2008年7月、G8首脳サミットにおいて表明された「国際保健に関する洞爺湖行動指針」では、G8諸国が国際機関と連携して、途上国の保健人材の強化を支援していくことが表明された。

以上のことから、本プロジェクトのわが国の政策およびJICA協力方針における位置づけは明確である。

4. 協力の枠組み

<協力の目標>

(1) スーパーゴール

良質な保健ケアおよびサービスを提供するため、高い技能と能力をもつ人材が、公平な配分で十分な数だけ配置される。

(2) 協力終了時の達成目標（プロジェクト目標）

保健人材関連局のPNDRHS実施能力が強化される。

指標・目標値

2013年までに：

1. 半数以上の州から、保健人材開発年次活動計画書（新規卒業者数・新規採用者数・退職予定者数の基本的データを含んだ）が提出される。
2. PNDRHS年次計画書が作成される。

(3) 協力終了後に達成が期待される目標（上位目標）

PNDRHSが実施される。

指標・目標値

1. 各州のPNDRHSの年次計画（4つの副次計画も含む）の活動の実施項目数
2. 国家年次計画の活動実施項目数

(4) 成果（Outputs）と活動

【成果1】保健人材関連局の組織運営能力が強化される。

指標

2013年までに：

- 1.1 PNDRHSの実施に必要な各種会議の開催回数
- 1.2 評価・モニタリング報告書が作成される。
- 1.3 国別保健人材ファイル¹が作成される。
- 1.4 AFROのWEBサイトにオブザベトリー²ページが掲載される。

活動

- 1.A. 保健人材関連局の労務環境を改善する。
 - 1.A.1 保健人材関連局の執務スペースを改修する。
 - 1.A.2 保健人材関連局に機材を整備する。
 - 1.A.3 保健人材関連局関係組織（中央局と州局）を結ぶ通信ネットワークを設置する。
 - 1.A.4 5S活動を導入する。
- 1.B. 保健人材関連局の管理職に対する保健人材管理（キャリア管理、養成管理、配置、情報管理システム、モニタリング・評価等）研修を行う。

¹ AFRO のホームページに掲載される各国の保健人材の概要情報（英語では Country Profile）。WHO が作成ガイドラインを設けているため、記載事項・形式が統一化されている。

² WHO 人材局が各国で設立を推奨している「保健人材問題の解決に向けた活動推進とモニタリングを行うための組織」の呼称。主な機能は、保健人材に関する調査・計画立案、情報管理メカニズムの設置、周辺国との情報共有促進等。保健省内の既存組織にオブザベトリー機能をもたせることが一般的。

- 1.B.1 研修会を開催する。
- 1.B.2 海外研修を実施する。(本邦研修、第三国研修等)
- 1.B.3 研修の成果を共有する。
- 1.C. PNDRHS実施のための保健人材関連局の調整能力を強化する。
 - 1.C.1 保健人材開発技術委員会および小委員会の定例会を開催する。
 - 1.C.2 保健人材開発に関わる関係省庁との協議を行う(公務員省、財務省、予算省、高等教育省、等)。
 - 1.C.3 保健人材開発に関するパートナーの協力内容の共有およびマッピングを行う。
 - 1.C.4 保健人材開発に関する国内・国外援助機関による活動を調整する。
 - 1.C.5 PNDRHS実施のための州への巡回指導を行う。
 - 1.C.6 人材配置・労務状況のための業務監査を全国レベルで実施する。
- 1.D. 保健人材管理実施のための評価・モニタリングを行う(養成、管理、継続教育)
 - 1.D.1 モニタリング・評価ツールを作成する。
 - 1.D.2 データを収集する。
 - 1.D.3 データを分析・解釈する。
 - 1.D.4 報告書を作成する。
 - 1.D.5 分析した内容を活動にフィードバックする。
- 1.E. 保健人材開発のオブザベトリーを機能させる。
 - 1.E.1 オブザベトリーのTORを作成する。
 - 1.E.2 国別保健人材ファイルを作成する。
 - 1.E.3 AFROのWebサイトにコンゴ民オブザベトリーのページを作成する。

【成果2】 PNDRHS 2011-2015が作成され、承認される。

指標

- 1.1 PNDRHSが政府によって承認される。
- 1.2 PNDRHSがすべての州行政担当官に配布される。

活動

- 2.A. 2011-2015年度 PNDRHSのサブ・プラン(初期教育計画・キャリア管理計画・人材定着化計画・継続教育計画)を作成する。
 - 2.A.1 必要なデータ³を収集する。
 - 2.A.2 現状診断およびその執筆を行うための作業会議を開く。
 - 2.A.3 現状診断に基づく戦略策定のためのワークショップを開く。
 - 2.A.4 戦略を文章化し、アクションプランを作成する。
 - 2.A.5 承認・共有化ワークショップを開催する。
- 2.B. PNDRHSの本文を作成する。
 - 2.B.1 必要なデータを収集する。
 - 2.B.2 現状診断およびその執筆を行うための作業会議を開く。
 - 2.B.3 現状診断に基づく戦略策定のためのワークショップを開く。
 - 2.B.4 戦略を文章化し、アクションプランを作成する。
- 2.C. PNDRHSを承認し、共有する。
 - 2.C.1 承認会合ワークショップを開催する。

³ 保健人材養成校における初期教育実施状況、保健施設の保健人材配置状況(人数、キャリア、継続年数など)、継続研修実施状況など。

2.C.2 承認されたPNDRHSを省内、関係省庁、州レベルで共有する。

2.C.3 PNDRHSを印刷し、関係者に配布する。

【成果3】 PNDRHS実施に必要な保健省内の各種規定が策定される。

指標

3.1 保健ゾーンの人材配置基準の更新検討会議の開催

3.2 中級助産師の資格基準案および教育基準案

3.3 キンシャサ中級保健人材養成校 (IEMK) の国立パイロット校の省令が制定される。

活動

3.A. 公衆保健に関する基本法の作成に技術的に参画する。

3.B. 保健従事職の履行・管理および初期教育を規定する文章を作成する。

3.B.1 保健ゾーンの人材配置基準の更新案の検討を開始する。

3.B.2 州および中央レベルの病院人材配置基準の検討を開始する。

3.B.3 中級助産師の資格・初期教育・評価基準案を作成する。

3.C. IEMKの国立パイロット校としての位置づけを明確にする。

【成果4】 保健人材に関わる情報管理システムが設置される。

指標

半数以上の州から（更新された）保健人材データが提出される。

活動

4.A. 保健人材登録リストをもとにした保健人材情報データベースの定義を確定し作成する。

4.B. 各州の保健人材情報データ更新の仕組みを作る。

4.B.1 既存の保健省管轄人材登録リストのフォーマットを統一する。

4.B.2 各州保健局におけるデータ更新のための中央からの巡回指導を行う。

4.B.3 州保健局に「データベースを活用した年次計画策定方法」の研修を行う。

(5) 投入 (Inputs)

<日本側>

- ・日本人専門家
- ・長期 チーフアドバイザー、業務調整/保健人材管理
- ・短期 保健人材開発、保健人材情報、助産
- ・第三国専門家
- AFRO等
- ・本邦研修
年間2～3名
- ・第三国研修
セネガル等における研修コースへの参加
- ・現地活動費
 - ワークショップ/会合開催経費（州保健局/招聘ワークショップを含む）
 - PNDRHSおよび各種報告書等印刷費
 - 各種調査経費
 - 保健人材関連局情報整備および維持経費
 - 保健人材関連局オフィス改修費
 - 国際会議・ワークショップ等参加費
 - 州保健局への巡回指導経費

- セネガル等との技術交換のための出張費
- その他必要な活動経費
- ・ 機材
 - プロジェクト車両
 - 発電機（パソコン・照明のバックアップ用）
 - プロジェクト活動に必要な事務機器、事務用品（パソコン、コピー機、印刷機等）
 - 人材情報管理のために必要なソフトウェア

<コンゴ民側>

- ・ カウンターパート給与
 - プロジェクトオフィス（土地、建物）
 - プロジェクトオフィス水道光熱費

(6) 外部要因

1) 前提条件

政治社会的安定

2) 活動達成のための外部条件

- ・ 政治社会的安定が継続する。
- ・ 政府の政策方針が変わらない。（他の関連省の方針等を含む）
- ・ 研修を受けた人材の大半が異動しない。

3) 成果（Outputs）達成のための外部条件

- ・ 保健人材開発行政における州保健局と中央保健省の関係が維持される。
- ・ 関係省庁が保健省との協力関係を維持する。

4) プロジェクト目標達成のための外部条件

- ・ PNDRHS実施のための予算が確保される。
- ・ 政府の高いコミットメントが継続する。
- ・ 他の関連省庁との連携・協力が継続する。

5) 上位目標達成のための外部条件

- ・ 保健予算が国家予算の15%まで増額する。
- ・ 関係省庁との連携・協力が継続する。
- ・ ドナー間の協調が維持される。

5. 評価5項目による評価結果

以下の視点から評価した結果、協力の実施は妥当であると判断される。

(1) 妥当性

本案件は以下の理由から妥当性が非常に高いと判断できる。

MDGs達成に向けた途上国の保健問題の解決には「保健システム（保健のサービス提供、人材、情報、機材、財政、マネジメント）の強化」が必須であり、なかでも「保健人材」の開発は優先課題の1つであるということが世界的に認識されている。

コンゴ民においては長期にわたる内戦の影響で、保健サービスの機能が崩壊しており、基本的保健サービスの提供がなされていない。特に地方における保健人材の不足は深刻であり、MDGs達成を妨げる大きな要因となっている。PRGSPでは保健問題が優先課題の1つとして掲げられており、保健省が策定した「保健システム強化戦略（SRSS）」および「国家保健開発計画（PNDS）2011-2015」においても、「保健人材」が「保健システムを支える重

要な柱」であるとされている。

日本政府およびJICAはコンゴ民への協力の柱として「社会サービスへのアクセス改善」を掲げ、保健を重点分野に位置づけている。また、2008年の「アフリカ開発会議」および「洞爺湖サミット」において、途上国、特にアフリカの保健人材の強化を掲げることが表明されている。

深刻な保健人材の問題を解決するためには国内の保健人材情報を把握する必要があるが、保健省人材関連局は、データの収集や分析を行える執務環境ではなく、予算の限度もあり、全国の情報の収集を自立的に行うことも難しいため、ドナー主導のセンサス等に頼らざるを得ない。質の高い保健人材が適切に公平に配置され、地域住民の保健医療サービスの提供者と成り得るためには、さまざまな問題を解決する必要がある。保健人材の職務範囲や技能の確定などの法整備、基礎教育・現任教育の拡充、保健人材情報の整備と更新、適切な配置や定着のための仕組みづくり、これら保健人材問題の解決策をPNDRHSの策定、そして、すべての土台となる保健人材関連局の実施能力の向上および体制の強化である。これらの内容は、保健人材関連局および州の担当者を対象とした「問題分析ワークショップ」において、コンゴ民から示された問題分析と課題であることから、本プロジェクトの内容は、コンゴ民のニーズそのものであるといえる。

なお、本件は政策支援を行う技術協力であり、特定のパイロットサイトや地域を選ばずに、中央政府と地方の保健人材関連局を対象とすることは適切であるといえる。

(2) 有効性

本案件は以下の理由から有効性が見込まれる。

保健人材問題の解決には「PNDRHSの策定と実施」が必須であることが、コンゴ民保健省の問題分析ワークショップで明確になっている。PNDRHSが実施されるためには、その基盤となる計画立案・実施体制が整うことが前提である。本プロジェクトにおいてはこの「計画立案能力・実施体制の強化」をプロジェクトの目標に据え、①保健省の組織運営能力強化、②PNDRHSの策定、③保健人材に関する各種規定の整備、④必要情報/データの収集メカニズムの構築の4つの成果を設定した。

まず、計画立案・実施を担う、保健省保健人材関連局スタッフのマネジメント能力向上、執務環境改善が必須である（成果①）。マネジメント能力向上には、保健人材計画の立案・実施に関わるドナーや関係省庁との調整能力の強化が含まれる。これらのアクターをまとめつつ、サブテーマごとに小委員会を開催する（成果①、②）。また、小委員会では各地域（州）から集めたデータに基づく現状分析を行い、分析を踏まえた戦略を策定し、これを束ねて国家計画として取りまとめ、国家承認を受けるプロセスを経る（成果②、④）。さらに、国家計画の実施にはこれを支える法令・省令の整備が必須である（成果③）。

指標に設定した「データに基づく保健人材の年次活動計画書や実績報告書」が作成・提出されることは、これら4つの成果の達成を意味しているといえる。

成果達成に関わる外部条件については、現在、中央と地方保健局の関係は良好であり、地方分権化が大幅に進んだとしても、この関係は少なくとも3年間は保たれる見込みが高いこと、また、関連省庁と保健省の協力関係についても現在は良好に維持されており、今後、その関係が悪化する可能性は極めて低いと思われる。

以上より、外部条件がクリアできる見込みとプロジェクト目標に到達する可能性が高いことから、有効性が高いといえる。

(3) 効率性

本案件は以下の理由から効率的な実施が見込まれる。

各「成果」達成のために必要な活動を検証したのち、他ドナーとの役割分担、保健省の優先順位、プロジェクトでカバーできる範囲などを勘案しつつ確定させた。必要十分な活動が組み込まれているという点で効率性は高いといえる。

また、コンゴ民保健省を取り巻く人的・資金的リソースを有効活用できる可能性が高い点でも効率的であるといえる。具体的には以下のとおり。

- ・プログラムアプローチの一環で支援を行っている「保健人材養成モデル校の建設」「保健人材の実習病院（キンシャサ大学病院）の機材整備」「施設で働く保健人材のマネジメント力とサービス提供能力向上のための5S-TQM活動の導入と普及（本邦研修およびフォローアップ）」、仏語圏アフリカ諸国を対象とした本邦研修など、別スキームの活用と連携を図ること。
- ・過去に類似案件を実施していたセネガル保健省のリソースや、調査・分析能力やトレーニング能力の高いコンゴ民「国立公衆衛生院」など、自国・域内のリソース活用により、すべてを日本人専門家や本邦研修で対応する必要がないこと。また、コンゴ民で新しい看護教育のアプローチを導入してきたベルギーNGOとの連携により、効果的な教育方法を拡大させ、他職種（助産師など）にも応用させていくことが可能となること。
- ・WHO、AFRO、世界銀行、保健人材開発の分野で活動しているドナーとの連携・分担による相乗効果の発現。

ただし、コンゴ民では保健省大臣や次官の人事異動が頻繁に起こり得ることから、蓄積してきた取り組みの方向性が維持できなくなる可能性は否定できない部分がある。個人の技能や資格の取得につながるような協力よりも、組織に必要な取り組みについて全体的に支援することで、組織への還元が図られると考える。

もう1つの外部条件「政治社会的安定が継続する」について、現段階ではキンシャサ市内に不穏な動きはなく、治安は回復の一途をたどっているように見えるものの、2011年の大統領選挙を控え、不安定な状況に急転する可能性を秘めていることから、本外部条件が満たされる可能性が高いとはいえない。

(4) インパクト

本案件のインパクトは以下のように予測できる。

プロジェクトで取り組む「PNDRHS」の策定はコンゴ民の公式計画であり、国の優先課題として、今後取り組んでいくものである。そのため、プロジェクト終了後も、彼ら自身で組織的に取り組んで実施していく可能性が高い。また、上位目標が達成されるかどうかは、政府の高いコミットメントと必要な予算が確保されると同時に、関連省庁との連携協力の継続が重要である。しかし、脆弱国における財政事情の厳しさや、ドナーの足並みを揃えることなど、難しい要因が絡むことも事実である。PNDRHSを実施するためには、今回プロジェクトのターゲットとした実施体制強化や基盤整備が必須であるものの、外部条件によって上位計画の達成度合いが限定的になる可能性はあり得る。

また、上位目標以外の正の効果・影響（波及効果）として、次が推測される。

- ・保健人材関連部局の管理運営能力が改善されれば、PNDRHS以外の業務も効率化される。
- ・問題解決型プロジェクト運営方式の導入により、伝統的に与えられた業務をこなすだけでなく、自分たちで問題に気づき解決していくことでカウンターパートに自信が生まれる。
- ・プロジェクト内で実施するドナーのマッピングとその更新により、他のドナーもその便益を受ける。

(5) 持続性

以下のとおり、本案件による効果は、相手国政府によりプロジェクト終了後も継続されるものと見込まれる。

<組織・制度の持続性>

「PNDRHS」は5カ年計画であることから、2015年までは本計画が継続される。その後も「保健人材開発」のニーズが存在し続けることから、PNDRHSの重要度の認識が保たれるものと思われる。また組織については、近い将来、保健省の組織改編で局の統廃合が予定されているが、そもそもは保健人材のサブセクターが3つの局に分断されているものが統合するものであり、この3つの機能自身はなくなることはないことから、組織改編が行われても必要な機能を実施する組織は残る。

<技術の持続性>

プロジェクト形成過程において、自分たちが本当に実施したいことをプロジェクトとして形成しているため、カウンターパートのプロジェクトに対するオーナーシップは開始前から非常に高い。そのため、プロジェクト終了後も強化された技術が継続する可能性が高い。

<資金面での持続性>

MDGやPRSPとの関係から、国家予算全体に対する保健予算の割合が少しずつ上昇してきており、15%まで増加させる方針（調査計画局）。また、他ドナーの支援が継続する可能性も高い。

6. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮

特になし。

7. 過去の類似案件からの教訓の活用

- ・ JICAは、同地域西アフリカのセネガルで保健人材育成の類似案件（無償、技術協力）を実施したほか、カンボジア（母子保健）およびアフガニスタン（リプロダクティブヘルス）で、ポスト・コンフリクトの中で保健人材育成を実施した経験がある。そこで蓄積された経験は、本プロジェクトにとっても有益である。ことに、セネガルでの過去案件に関しては、その成果を本プロジェクトでも活かせるように、セネガル保健省との連携をプロジェクト内に組み入れることを検討している（第三国アドバイザー、第三国研修の実施等）。
- ・ 保健省人材開発関連局には、2008年より保健省政策アドバイザーがシャトル型で派遣されており、その中で作り上げてきた人間関係や、蓄積された日本の技協協力に対する理解、相手国の業務実施体制に関する日本側の知識・理解は、今後プロジェクトをより効率的に運営していくうえで大変有効である。
- ・ 一例として、本プロジェクトでは「5S活動の導入」が活動内容の1つとして設定されているが、「5Sの研修」は保健政策アドバイザーの活動として、既にパイロット病院（「ンガリエマ病院」等）などで始められており、コンゴ国内で既に育成された人材が存在する。これらの人材をトレーナーなどとして有効な活用を図ることが可能である。

8. 今後の評価計画

- ・ プロジェクト開始：2010年11月予定
- ・ 運営指導調査団派遣：2012年5月ごろ予定
- ・ 終了時評価：2013年5月ごろ予定
- ・ 事後評価：協力終了後3年ごろ予定

第1章 詳細計画策定調査団の派遣

1-1 調査団派遣の背景

コンゴ民主共和国（以下、「コンゴ民」と記す）の乳児死亡率は129人（対出生1,000人）、妊産婦死亡率は990人（対出生10万人）と、アフリカの中でも厳しい状況である。これは1991年以降、10年以上にわたって続いた紛争の結果、保健システムが崩壊し、保健人材の適切な育成と配置が滞っており、国民の保健サービスへのアクセスが極めて限定的となっていることが大きな要因である。これまで、コンゴ民政府は貧困削減ペーパーや国家保健計画等の上位計画において、保健人材に関する政策強化を謳ってきているが、財政面を含めた政策立案実施能力には限界があり、ドナー主導の協力が行われているのが現状である。

一方、2008年から派遣されている保健アドバイザー専門家を中心に、わが国の保健分野における協力プログラムがコンゴ民側と共有され、いくつかの事業が実施されてきた。これらの流れを受け、2009年、コンゴ民政府より技術協力プロジェクトの正式要請書が出された。本プロジェクトはこのプログラムの中核をなすものであり、具体的には「国家保健人材開発計画」の策定と実施、保健省人材関連部局の能力強化と実施体制の強化を図り、保健人材がコンゴ民国内に適切に配置され、国民への医療サービスが改善されることをめざすものである。

1-2 調査団派遣の目的

コンゴ民側のニーズを確認し、問題分析を行ったうえで、プロジェクト目標・成果・ターゲット・投入・全体工程などのプロジェクトの枠組みおよび実施体制についてコンゴ民側と協議する。また、日本の技術協力のモダリティについて入念に説明し、理解を得るとともに、これらの協議・合意事項について協議議事録（Minutes of Meeting：M/M）に取りまとめ署名交換する。

1-3 調査団員構成

| 氏名 | 担当 | 所属 | 派遣期間 |
|--------|--------|-----------------------|-----------|
| 小森 正勝 | 総括 | JICA人間開発部保健第二課長 | 8/7-8/14 |
| 仲佐 保 | 保健政策 | 国立国際医療研究センター国際派遣センター長 | 8/3-8/14 |
| 清水 孝行 | 保健人材開発 | 国立国際医療研究センター | 7/26-8/14 |
| 定本 ゆとり | 計画管理 | JICA人間開発部保健第二課 | 7/28-8/14 |
| 八鳥 知子 | 評価分析 | 特定非営利活動法人HANDS | 7/31-8/16 |
| 関田 真理子 | 通訳 | 個人通訳（パリから参団） | 7/31-8/15 |

1-4 調査日程

2010年7月26日～8月16日

| | | 団長/総括 | 保健政策 | 人材開発 | 計画管理 | 評価分析 | 通訳 | |
|------|---|--|----------------------------------|--|---|---|--------|--|
| | | 小森 正勝 | 仲佐 保 | 清水 孝行 (池田専門家) | 定本 ゆとり | 八鳥 知子 | 関田 真理子 | |
| 7/27 | 火 | | | キンシャサ着 | | | | |
| 7/28 | 水 | | | 基礎情報収集 問題分析WS | 日本発 | | | |
| 7/29 | 木 | | | 同上 | キンシャサ着 | | | |
| 7/30 | 金 | | | 同上 | (別案件調査) | | | |
| 7/31 | 土 | | | 同上 | 同上 | 成田発 | | |
| 8/1 | 日 | | | 同上 | 同上 | キンシャサ着 | | |
| 8/2 | 月 | | | 8:30 次官訪問 9:30 団内協議 14:00 第1局との WS打ち合 わせ | 8:30 IEM 団内 協議 9:30 技術協力 プロジェ クト団内 会議 11:00 IEM M/D 協議 14:00 第1局との WS打ち合 わせ | 9:00 安全ブリーフィング 9:30 団内会議 14:00 第1局とのWS打ち合 わせ | | |
| 8/3 | 火 | | | ンガリエマ病院 情報収集 | IEM無償調査 (M/M署名) | 情報収集・整理 | | |
| 8/4 | 水 | | キンシャサ 着 | 保健省人材関連局とのPDM協議 | | | | |
| 8/5 | 木 | | AM：団内協議 PM：保健省人材関連局とのPDM協議 | | | | | |
| 8/6 | 金 | | AM：団内協議 PM：保健省人材関連局とのPDM協議 | | | | | |
| 8/7 | 土 | 成田発 | キンシャサ大学病院長との打ち合わせ - M/M、報告書作成 | | | | | |
| 8/8 | 日 | キンシャサ 着 | - M/M、報告書作成 16:00 団内協議 | | | | | |
| 8/9 | 月 | 団内協議 PM：保健省人材関連局との協議 | | | | | | |
| 8/10 | 火 | AM：団内協議（5項目評価およびM/M準備） PM：全体会合（保健省大臣官房）およびM/M署名（官房長） | | | | | | |
| 8/11 | 水 | AM：キンシャサ大学病院（医療機材無償案件サイト）、IEM視 察 PM：現在のIEMK（総合病院）視察、団内打ち合わせ（5項目評価まとめ） | | | | 資料まとめ | 資料まとめ | |
| 8/12 | 木 | 11:30 在コンゴ民主共和国大使館報告 14:00 JICAコンゴ民主共和国駐在員事務所報告・打ち合わせ、 保健省第1局オフィス視察 21:10 帰国便 | | | | 補足情報収集 | | |
| 8/13 | 金 | | | | | 補足情報収集 | | |
| 8/14 | 土 | | | | | 15:00 JICA事務所報告 21:10 帰国便 | | |

1-5 主要面談者

(1) コンゴ民主共和国側

1) 保健省

| | |
|-----------------------------|---|
| Dr. Tony MUSINDE SANGWA | Directeur de Cabinet 大臣官房長官 |
| Prof. Mapatano Mala Ali | Directeur Adjoint de Cabinet 大臣官房長官補佐 |
| Dr. Pierre LOKADI | Secrétaire Général 次官 |
| Mr. Ngumbu Mabanza Epiphan | Directeur de Direction des Services Generaux et Ressources Humaines, (D1) 総務・人材局（第1局）局長 |
| Mr. Komba Djeko | Directeur de Direction de l'enseignement des sciences de santé (D6) 卒前教育局（第6局）局長 |
| Dr. Body Ilonga | Directeur de Direction de Formation Continue (D11) 継続教育局（第11局）局長 |
| Dr. Mukengeshai | Directeur de Direction de Developpement des Soins de Santé Primaires, (D5) プライマリ・ヘルスケア局（第5局）局長 |
| Dr. Epumba Bertino Epondo | Directeur Adjoint Direction d'Etudes et Planification (D7) 調査計画局（第7局）局長補佐 |
| Mr. Wembo Ndjadi | Chef de Division de Ressources Humaines, D1 第1局 人材課 課長 |
| Mr. Isomi Mbuni | Secrétaire de Directeur de D1 第1局 局長秘書 |
| Mme. Ababa Mutobo | Chef de Bureau de Rémunération, D1 第1局 報酬係 係長 |
| Mr. Kwatshi M | Chef de Bureau de Gestion des Ressources Humaines, D1 第1局 人材管理係 係長 |
| Mr. Lufwa Lupamba | Chef de Bureau de Planification des Effectifs, D1 第1局 人材登録・計画係 係長 |
| Mr. Bapitani Désere Basuana | Chef de Division de Gestion des programmes de Formation 第6局 基礎教育計画課 課長 |
| Mr. Muley Mfunandi | Chef de Division de Gestion administrative et Inspection des ressources, D 第6局 教育行政管理および教育資源監督課 課長 |
| Mr. Kiyoko Belo | Chef de Division de des Inspections pédagogiques CD/B6 第6局 教育監督課 課長 |

| | |
|--------------------|--|
| Dr. Moucka Mulumba | Chef de Division de Gestion du Programme de Formation Continue 第11局 継続教育計画課 課長 |
| Dr. Kabeya Duda | Chef de Division de Gestion des Matérielles de Formation Continue 第11局 継続教育資材管理課 課長 |

(2) 日本側関係機関

1) 在コンゴ民主共和国日本国大使館

| | |
|-------|-----|
| 北澤 寛治 | 大使 |
| 廣谷 友紀 | 書記官 |

2) JICA専門家

| | |
|-------|-----------------------|
| 池田 憲昭 | コンゴ民保健省アドバイザー (短期専門家) |
|-------|-----------------------|

3) JICAコンゴ民主共和国駐在員事務所

| | |
|---------------------|--------------------|
| 米崎 英朗 | JICAコンゴ民主共和国事務所 所長 |
| 岩崎 理恵 | 企画調査員 |
| 金子 佳世 | 企画調査員 |
| Dr. Raymond Mufwaya | 在外専門調整員 |

(3) ドナー機関等

| | |
|-------------------------|--|
| Dr. Jean Pierre LOKONGA | Conseiller Technique, OMS RDC WHOコンゴ民主共和国事務所 技術アドバイザー |
|-------------------------|--|

第2章 プロジェクト実施の背景

2-1 コンゴ民主共和国の保健情報

コンゴ民では、1991年以降、10年以上にわたって続いた内戦、部族間紛争、国境紛争、さらに1990年代後半の経済危機の打撃の結果、経済的および社会的インフラは破壊的な打撃を受け、世界銀行などの分類では最貧国となっている。

この状況を反映し、2007年の人間開発指標（Human Development Index : HDI、狭義）は0.389と、世界182カ国のうち176位と報告されている（表2-1）。コンゴ民の社会的経済的背景の詳細については付属資料9に示した。

表 2-1 HDI 2007

| | | |
|-------------------------|-------|--------------|
| 人間開発指標（HDI） | 0.389 | （182カ国中）176位 |
| 1. 出生時の平均余命（年） | 47.6 | 168位 |
| 2. 成人（15歳以上）の識字率（%） | 67.2 | 118位 |
| 3. 複合初等・中等・高等教育総就学率（%）* | 48.2 | 161位 |
| 4. 一人当たりのGDP（PPP US\$） | 298 | 181位 |

* The combined primary, secondary, and tertiary gross enrollment ratio, CGER

出典：2009、国連開発計画UNDP, Human Development Report 2009

2-1-1 保健指標

上記のような状況で、保健行政機能も大きな打撃を受け、一時は保健システムが機能不全に陥り、特に地方住民の保健サービスへのアクセスは極めて限定的な状況となっている。その結果を反映し、各種保健指標は劣悪であり、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals : MDGs）に照らし合わせても改善の速度が非常に遅い。

（1）5歳未満児死亡率

コンゴ民の子どもの死亡率は、極めて高い状態で推移している。2007年の人口保健調査（Demographic and Health Survey : DHS）の結果では、乳児死亡率（1歳以下の児の死亡率）は、出生1,000に対し92、そのうち出生後28日間の新生児の死亡は、出生1,000に対し42である。5歳未満児の死亡率は出生1,000に対し、148人に1人の子どもが5歳になる前に死亡する。

また、5歳未満児死亡率は、「地域」「母親の教育レベル」および「貧困の程度」によって、有意に差があることが判明している。都市部では122（対出生1,000）であるのに対し、村落部では177、上位20%の裕福層では97（対出生1,000）であるのに対し、下位20%の貧困層では184であった。また、高学歴の母親の子どもの死亡率は84（対出生1,000）であったが、無教育の母親の子どもの死亡率は209と、2.5倍の開きがあった（図2-1）。

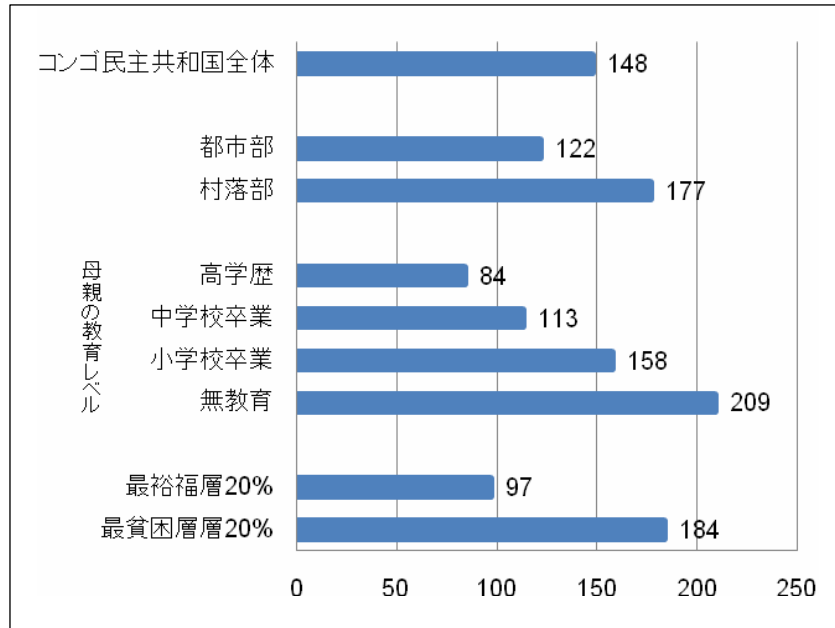


図 2 - 1 5歳未満児死亡率

5歳未満児の死亡率の推移（図2-2）を見てみると、20年以上停滞していた数値が、今回の DHS 2007の調査で、ようやく低下の兆しが見えてきたようにうかがえる。DHSのデータは、一般に信頼性の高いものとして認められてはいるが、コンゴ民におけるDHS調査は今回が初めての試みであった。UNICEFは、2008年の5歳未満児死亡率は未だ199（対出生1,000）であり、世界で5番目に高いと発表している（2010, UNICEF, State of World Children）。UNICEF値を取ると、この10年もまた全く改善していないことになる。いずれにしても、MDGで設定した69にはほど遠く、2015年までに達成するには非常な努力が必要となる見込みである（表2-2）。

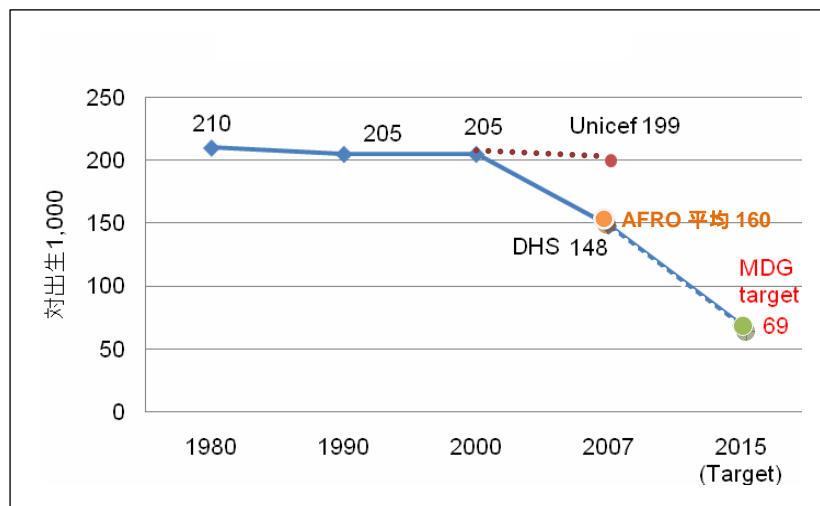


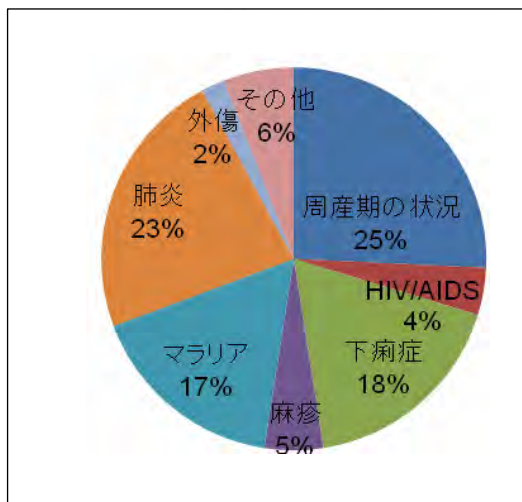
図 2 - 2 5歳未満児死亡率の推移

表 2-2 子どもの死亡率の推移

| 年 | 5歳未満児死亡率 (対出生 1,000) | 乳児死亡率 (対出生 1,000) | | 新生児死亡率 (対出生 1,000) | |
|------------------|-------------------------|----------------------|------|-----------------------|-----------|
| | データ源 | | データ源 | | データ源 |
| 1980 | 210 | WHO | | | |
| 1990 | 205 | WHO | 126 | UNICEF | |
| 2000 | 205 | WHO | | | |
| 2004 | 205 | WHO | | | 47 UNICEF |
| 2007 | 148 | DHS | 92 | DHS | 42 DHS |
| 2008 | 199 | UNICEF | 126 | UNICEF | |
| 2015 (Target) | 69 | CAF | | | |

「子どもの死亡の原因」では、出産の影響による死亡を除くと、肺炎(23%)、下痢症(18%)、マラリア(17%)、麻疹(5%)と感染症が優位を占めている。これらは、早期の適切な処置により避けることのできる死因である(図2-3)。

子どもの死の約3分の1を占める新生児死亡の原因をみると、早産(25%)、新生児仮死(24%)、感染症(22%)、破傷風(11%)と続く。破傷風が11%、下痢症による死亡が4%(母乳栄養を継続していれば新生時期には起こりにくい)となっているが、これらは妊娠中や周産期の適切な処置により予防可能である。助産技術や医療設備、救急移送の問題などより包括的な改善が必要であるため、幼児死亡の改善に比べ、さらに時間がかかる可能性が高い(図2-4)。



出典：2006, World Health Statistics, WHO

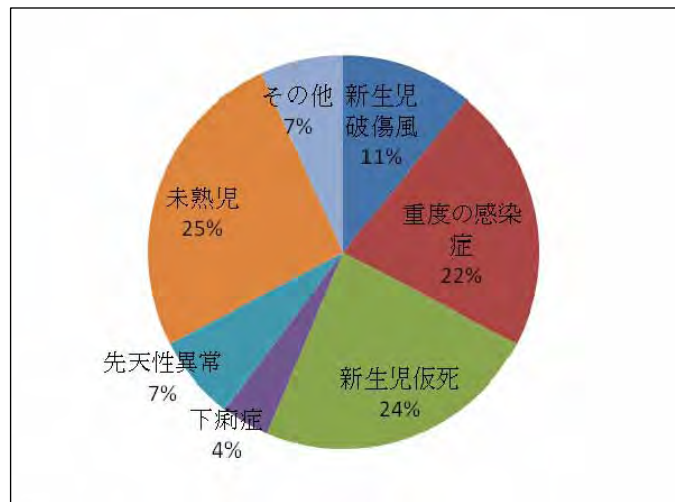


図 2-4 新生児死亡の原因2000-2003

図 2-3 5歳未満児死亡の原因2000-2003

(2) 妊産婦死亡率

コンゴ民における妊産婦死亡率は、これまで、UNICEFやWHOのデータにより、出生10万に対し、20年来1,000前後という非常に高い値で推移してきた。しかし、今回のDHS 2007の結果では、出生10万に対し549(2002-2006)と推測されると報告されている。一方、依然

としてWHOは2006年値を990、UNICEFは2003-2008の値で、“報告値550、調整値1,100”と発表している。DHS、複数指標クラスター調査（Multiple Indicators Cluster Survey：MICS）の双方とも、一般に信頼のおける調査といわれているが、DHSではMICS2（2001）の調査方法は間接的な方法であったと指摘しており、今回DHSの調査方法は他国における調査方法と同じであるとしている。

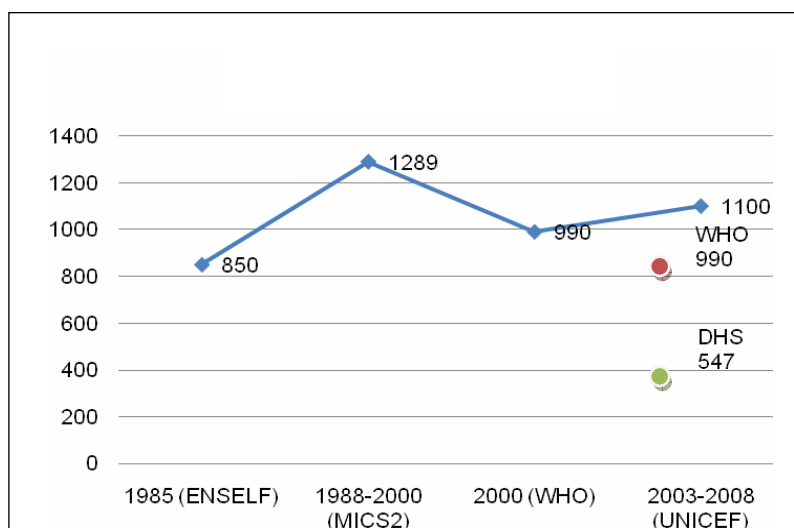


図 2 - 5 妊産婦死亡率の推移（対出生10万）

（3）合計特殊出生率（TFR）

2007年のコンゴ民の合計特殊出生率（TFR）は6.3であった（DHS）。平均の子どもの数は都市部では5.4人、村落部では7.0人であった。

2 - 1 - 2 疾病構造

コンゴ民では、マラリア、麻疹、結核、下痢症といった従来型の感染症疾患が、いまだ大きな脅威であることに加えて、近年台頭してきたHIV/AIDSが増加の一途をたどっており、国民の健康状態は極めて深刻な状態であるといえる。

各報告書によってかなりの誤差があるが、参考として、2002年の国民の主な死亡原因（表2-3（WHO））、死因の分布2004年（図2-6（WHO））、2005年の病院での主な死亡死因（保健省）（表2-4）を示す。これらから、死因の大半をHIV/AIDSを含む感染症が占めていることがわかる。「貧困削減・開発戦略ペーパー（Poverty Reduction and Growth Strategy Paper：PRGSP）」では、「かつては制御あるいは根絶されたはずの伝染病（麻疹、百日咳、ペスト、ポリオ、細菌性赤痢、コレラ、サル痘など）が再起しており、その上に近年、HIV/AIDSやエボラ出血熱など新しい感染症が加わり、感染症に関するMDGsを達成することは極めて難しい状況にある」と報告している。コンゴ民に蔓延している主な感染症は、表2-5に示すとおりである。

PRGSPによると、国民の97%がマラリアに暴露されており、毎年、15万～25万人の5歳未満児がマラリアによって死亡すると推定されている。

成人（15～49歳）の推定HIV感染率は4.3%（2008年、保健省）と高く、HIVとともに生きる人の推定数は、1,185,464人（2010年、保健省）と報告されている。ただし、DHS 2007によると、1

年以内にHIV検査を受けた15～49歳の成人の割合（％）はわずか4％（村落部では1％）であったため、この数は実際にはもっと多いものと推測される。またたとえHIV感染が発見されても、高価な薬の恩恵に与るのはわずか12％であるという。AIDSによる死亡数は84,323人、AIDS孤児の数は1,042,124人である（2010年、保健省）。

また、結核の年間発症率は人口10万人に対し160人（2006年、保健省報告）（WHOは2004年で366人/人口10万人と報告）、罹患率は人口10万人に対し541人（2005年、CIA）であり、世界でも結核の症例が多い22カ国のうちの1つとなっている。WHOによると、DOTS（Directly Observed Treatment, Short-course：短期直接観察治療法）による治療の成功率は86％となっている。

なおDHSによると、マラリア予防に関して殺虫剤処理された蚊帳（Insecticide Treated Nets：ITN）を1つ以上所持している世帯はわずか9％であり、5歳未満児のわずか6％、妊婦の7％がITNを使用している。また、わずか5％の妊婦が、2回分の抗マラリア薬を妊婦検診時に受け取った¹。発熱を経験した5歳未満児のうち抗マラリア剤を投与されたのは30％である。

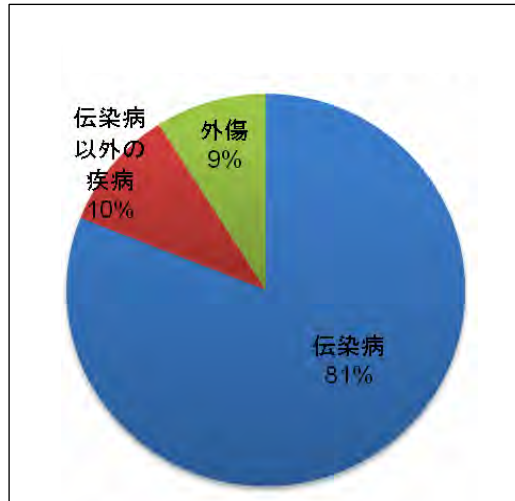
また、下痢および急性呼吸器感染症肺炎と思われる症状を呈していた5歳未満児のうち、適切な処置（ORTおよび食事・授乳継続等）を受けた子どもは42％であった。

表 2 - 3 主な死因（上位10原因）（全年齢死亡）2002

| 順位 | 死因 | 死亡実数 | ％ |
|----|-----------|---------|-----|
| 1 | 下痢症 | 112,000 | 12 |
| 2 | HIV/AIDS | 111,000 | 11 |
| 3 | 急性気道感染症 | 108,000 | 11 |
| 4 | マラリア | 97,000 | 10 |
| 5 | 戦争 | 44,000 | 5 |
| 6 | 周産期における障害 | 39,000 | 4 |
| 7 | 麻疹 | 37,000 | 4 |
| 8 | 結核 | 33,000 | 3 |
| 9 | 脳血管障害 | 26,000 | 3 |
| 10 | 心疾患 | 24,000 | 3 |
| 11 | その他 | 347,000 | 34 |
| | 合計 | 978,000 | 100 |

出典：WHO, Mortality Country Fact Sheet 2006

¹ 妊娠中のマラリア罹患は低体重、乳児死亡、その他の合併症を引き起こす強い可能性があるため、妊婦は最低 2 回の抗マラリア薬（SP/ファンシダール）を服用することが推奨されている（Intermittent Preventive Treatment：IPT）。



出典：DRC Health Profile 2008, WHO

図 2 - 6 死因の分布 (全年齢 2004)

表 2 - 4 病院での死亡の主な死因 (2005)

| | | 実数 | | 死亡率 (%) |
|----|--------------------|-----------|--------|---------|
| | | 症例数 | 死亡数 | |
| 1 | マラリア | 2,189,803 | 25,776 | 28.6 |
| 2 | IST | 197,086 | 4,060 | 4.5 |
| 3 | 単純下痢症 | 349,466 | 3,865 | 4.3 |
| 4 | 急性気道感染 | 674,486 | 3,020 | 3.3 |
| 5 | 栄養不全 | 167,048 | 2,333 | 2.6 |
| 6 | 貧血 | 121,994 | 1,833 | 2.0 |
| 7 | アメーバー赤痢 | 114,059 | 926 | 1.0 |
| 8 | 髄膜炎 | 5,619 | 621 | 0.7 |
| 9 | 高血圧 | 27,914 | 514 | 0.6 |
| 10 | オンコセルカ症および他のフィラリア症 | 39,667 | 506 | 0.6 |
| 11 | その他 | 909,767 | 46,608 | - |
| | 合計 | 4,796,909 | 90,062 | - |

出典：コンゴ民保健省 Annuaire Donnees Sanitaires 2005 (各州の報告に基づく)

表 2 - 5 コンゴ民における主な感染症の種類

| | |
|----------------|--|
| 食物および水に起因する感染症 | 細菌性下痢症、アメーバー赤痢、A型肝炎、チフス熱 |
| 寄生虫病 | マラリア、ペスト、フィラリア症、アフリカ・トリパノソーマ症*、オンコセルカ症** |
| 空気等を介して感染する疾病 | 急性気道感染 |
| 動物を介して感染する疾病 | 狂犬病 (2009) |

* アフリカ・トリパノソーマ症：脳障害に先行する、コンゴ民で15~25万人が罹患していると推定されている。これは、全アフリカで報告されている症例の半数に値する。

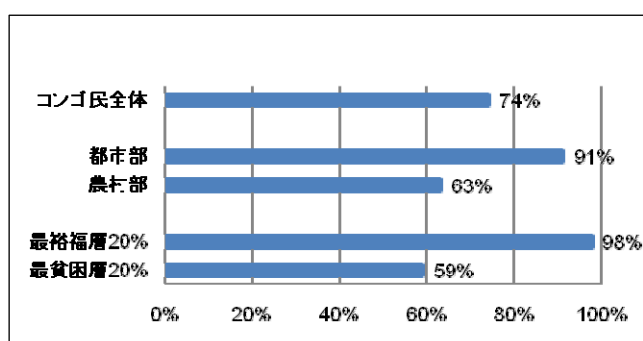
** オンコセルカ症：失明の世界第2位の原因。コンゴ民で1400万人が罹患していると推定されている。

出典：CIA-The World Factbook2009

2-1-3 母子保健

(1) 妊娠中のケアおよび出産

DHS 2007では、女性が過去5年間で経験した出生状況について調査している。妊娠中に1回以上の「保健専門家による妊婦検診」を受けたものは85%であった。しかし、WHO等の推奨する4回以上の妊婦検診を受けたものの割合は47%にとどまっている（UNICEF）。さらに、妊娠中に2回の破傷風の予防接種を受けた者はわずか39%であり、鉄剤（貧血予防）を受け取った者は46%であった。なお、15～49歳の女性の貧血罹患率は53%である。出産の70%が保健施設でなされ、74%が訓練された専門家によって介助されている。介助者の内訳は、助産師または助産師助手41%、看護師28%、医師5%、伝統的産婆22%、支援なし3%であった（図2-7）。

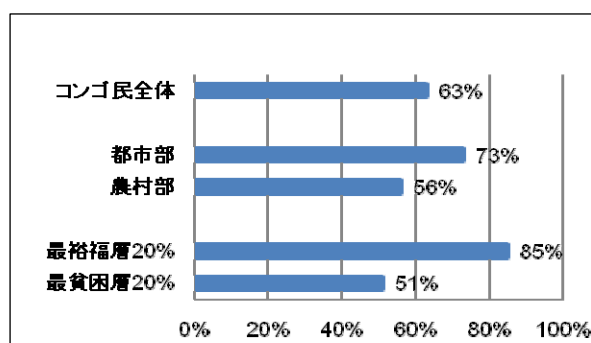


出典：DHS 2007

図2-7 専門技術者により介助された出産

(2) 予防接種

DHS 2007によると、全国の12～23カ月の児のうち、わずか3分の1以下（31%）の子どもが推奨されるすべての予防接種を受け、全く予防接種を受けていない子どもが18%いた。72%の子どもがBCGは受けたが、3回目のDPTやポリオを受けた子どもは45～46%、麻疹の予防接種を受けた子どもは63%にとどまった。地域、貧富の差によって差がある（図2-8）。



出典：DHS 2007

図2-8 麻疹予防接種接種率

(3) 子どもの栄養

DHS 2007の結果によると、全国の5歳未満の子どもの46%に、「発育障害（年齢に対し身長が低い）」が観察され、その4分の1が重度であった。また、5歳未満児の10%に「消耗症（身長に対し体重が低い）」が、25%に「低体重（年齢に対し体重が軽い）」が認められた。また、6～59カ月の子どもの71%に、貧血が確認されている。これらは栄養不足に起因することがほとんどである。コンゴ民では、このように栄養失調が蔓延しており、感染が発症に、発症が死亡に直結していく状況が作られてしまっているといえる。DHS調査前の6カ月以内に、ビタミンAカプセルを受けとった産婦は29%、乳児は、都市部66%、村落部47%にとどまっている。またDHS調査では、過去5年間に生まれた子どもの95%が母乳栄養を受けているものの、出産後1時間以内に母乳栄養をはじめられた赤ん坊は48%のみであり、18%の子どもが母乳を与えられる前に食物が与えられている。WHOとUNICEFは、生後6カ月間は母乳のみを与え、その後、母乳と補助食を与えることを推奨しているが、6カ月未満で母乳のみで育てられた乳児はわずか36%である。

(4) 家族計画

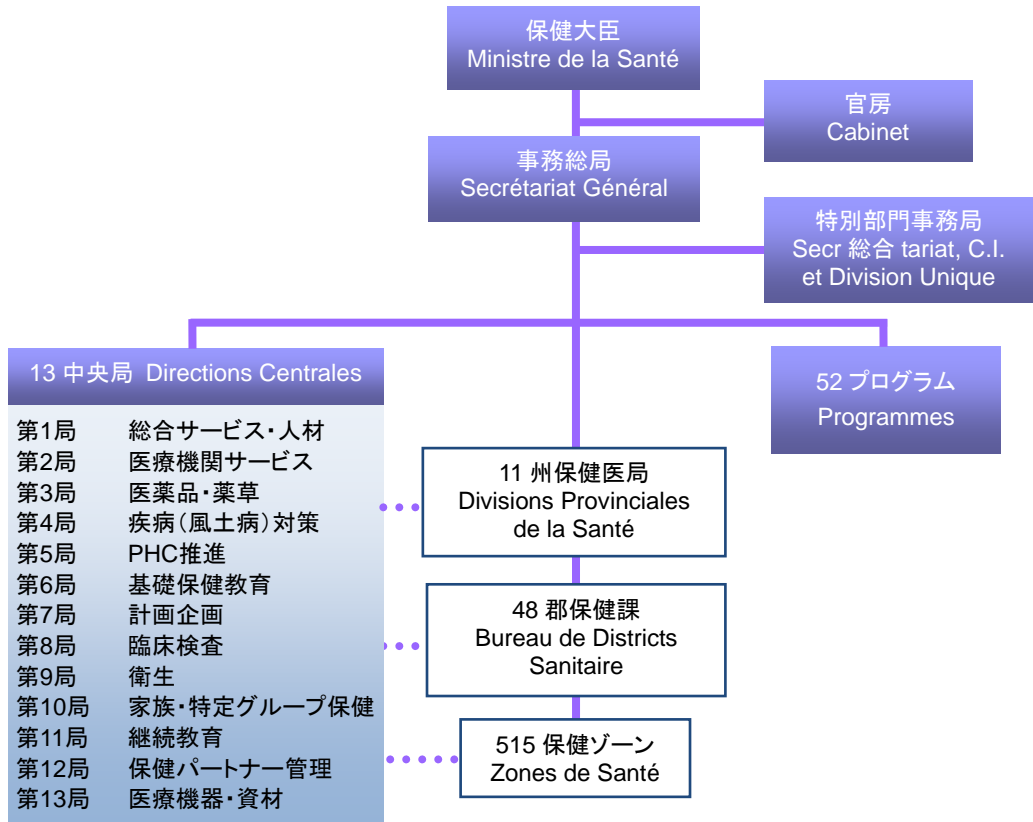
DHS 2007の結果では、ほぼすべての男女が近代的家族計画の方法を知っているものの、利用している既婚女性はわずか6%である（都市部10%、村落部3%）。コンゴ民の女性は、平均年齢16.8歳で初めての性行為を体験し、平均18.6歳で結婚し、平均20歳で出産・育児を始める。15～19歳の少女4人に1人（24%）が妊娠・出産を経験している。

2-2 コンゴ民主共和国の保健行政

コンゴ民は、1980年代には、いち早くプライマリー・ヘルスケア（Primary Health Care : PHC）を導入し、保健リフォームを実行した先駆的な国の一つであった。しかし、1991年以降は10年以上続いた内戦の影響により、社会インフラは破壊的な打撃を受け、現在では保健システムがほとんど機能していない。人材育成、保健インフラの再構築、薬品や医療機材の供給に対する投資はドナーからの援助に依存している状況である。内戦の終結後は、2002年の暫定政権発足、2006年の民主的選挙を経て、復興・開発に向けた取り組みが加速している。

2-2-1 保健省組織

保健省（Ministère de la Santé）本省は、「13の中央局（Directions Centrales）」と「52の特別なサービスに関する国家プログラム」で構成されている（図2-9）。現在、世界銀行をはじめ多くのドナーが協調し、「保健省の組織改編」に取り組んでおり、近い将来、13中央局は7局に統廃合される計画である。「保健人材開発関連局」と呼ばれている局は、現行システムにおいては3局存在する。すなわち、第1局（D1）「総合サービス・人材局」、第6局（D6）「基礎保健教育局（中級保健人材の養成担当）」、第11局（D11）「継続教育局（保健省組織下の医療機関職員などに対する現任教育担当）」の3局である。これらは、組織改編後は1つの局に統合させる計画である。



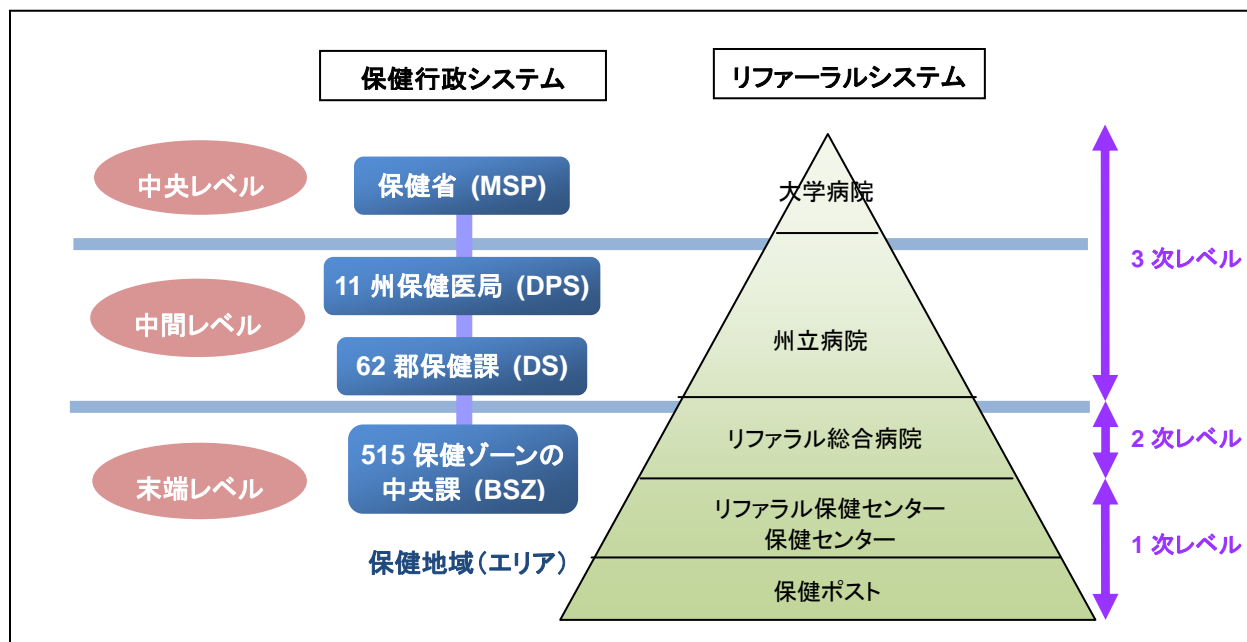
出典：Annuaire des ressources humaines de la santé en republique Democratique du Congo en 2009, MOH-DRC, WHO, GHWA

図 2 - 9 コンゴ民保健省組織図

2 - 2 - 2 保健システム

(1) 保健行政システム

コンゴ民の保健医療行政は、3つのレベルで構成されている。すなわち、「中央レベル」の保健省、「中間レベル」の州保健医局 (Division Provinciale de la Santé)、郡保健医局 (Bureau de District Sanitaire)、そして「末端レベル」の保健ゾーン (Zones de Santé) である (図2-10)。基本的には、歴史的に、ベルギー占領下での公衆衛生行政システムに基づいている。近年、保健行政でも地方分権化が進んでおり、中間レベルや末端の保健ゾーンレベルでの保健行政とサービスの提供は各州の保健医局の責任となっている。



出典：藤田短期専門家業務完了報告書2010年3月資料より（JICAコンゴ民主共和国駐在事務所金子企画調査員作成）

図 2-10 保健行政システムとリファラルシステム

1) 中央レベル

保健省本省組織については前項のとおりである。中央レベルには、この保健省本省のほか、熱帯医学研究所（Institute of Tropical Medicine : ITM）、生物医学研究所（National Institute of Biomedical research : INRB）、キンシャサ公衆衛生院（Ecole National de Santé Publique : ENSP）をはじめとする多数の下部組織も含まれている。また、大学病院や専門病院などサービス実施機関も中央レベルに含まれる。

中央レベル保健省の基本的な機能は、国家保健政策の総指揮、規制、調整、監督であるが、上記の多数下部組織によるオペレーショナルな機能ももっている。

2) 中間レベル

中間レベルは、州レベルと郡レベルによって構成される。このレベルは保健省の政策や計画を実施するために、「保健ゾーン」を監督および技術的支援をすることを基本的な役割としている。

州レベルでは、全国11州のそれぞれに「州保健医局（Divisions Provinciales de la Santé）」が置かれている。各州の保健医局は、医療監督局（Bureau du Médecin Inspecteur）と13の課²（Bureaux）から構成されている。13課は保健省本省の13中央局に対応している。下部組織として、州の臨床試験所、医薬品分配センターなどももつ。

郡レベルでは、全国53郡のそれぞれに、「郡保健課（Bureau de Districts Sanitaire）」が存在する。各郡保健課は、3つの班で構成されている。すなわち、第1班：総合サービスと研究、第2班：医療・薬事サービスの監督、第3班：衛生サービスである。複数の「保健ゾーン（Zone de Sante）」を統括する。

なお、この中間レベルには、州病院や県病院などの医療機関や中級レベルの医療従事者

² 仏語では“Bureaux”。日本語は、中央局（Direction Centrales）と区別するために、ここでは「課」とする。

を養成する医療専門学校（IEM・ITM）も含まれている。

3) 末端レベル

末端レベルは実践（Operational）レベルである。全国に515の「保健ゾーン（Zones de Santé）」が設定されている。保健ゾーンは、一定の人口をカバーする地理的境界であり、事務所をもつ。1つの保健ゾーンでカバーすべき人口は、村落部で10万人、都市部では15万人である。

各保健ゾーンは、複数の（10から数十）「保健区域（Aire de Santé）」からなる。「保健区域」は、保健システムの最末端の単位であり、「保健センター（Centre de Santé）」「リファラル保健センター（Centre de Santé de Référence）」、または「保健ポスト」と呼ばれる1次レベル保健施設が1つ存在することとなっている。

また各保健ゾーンには、1つ以上の「リファラル総合病院（Hôpital Général de Référence : HGR）」と呼ばれる2次レベル保健施設が存在することとなっている。

2003年、保健ゾーンは、住民の保健サービスへの地理的障害を改善する目的で、306から515に増加した。しかし実はこの数の増加が、サービスの質の低下を引き起こしていることが指摘されている。PRGSPでは、この結果、保健ゾーンを維持するのに必要な人材や施設・機材が不足し、実際に機能している保健センターの数は全国5,726施設のうち4,924施設（86%）、機能している保健ゾーンは全国515のうち359（73%）しかないことを指摘している。「保健システムの後退」とまで表現している。

このような状況の下、コンゴ民では、2006年に「保健システム強化戦略」を策定し、その戦略のうち最も大切な焦点がこの「保健ゾーンの開発」であるとし、重要視している。この保健ゾーンにおいて、質の高い基本的保健医療サービスを提供するために、病院および保健センターの機能改善をめざすとしている（後述）。

表 2 - 6 保健医療施設数（2007）

| | 施設数 |
|----------------|-------|
| 大学病院 | 8 |
| 総合病院（民間） | 85 |
| 州病院 | 11 |
| 県病院 | 41 |
| リファラル病院（保健ゾーン） | 378 |
| 保健センター（保健ゾーン） | 8,266 |

出典：コンゴ民保健人材センター整備計画準備調査報告書
2009年1月

（2）保健医療サービス提供体制

コンゴ民の保健医療サービス提供システムは、図2-10に示すように、3つのレベルのピラミッドで組織されている。第1次レベル保健医療施設として、保健システムの最末端単位の「保健区域」にある「保健センター」「リファラル保健センター」または「保健ポスト」。第2次レベル施設としては、各「保健ゾーン」に1つ以上設置されることになっている「リファラル総合病院（Hôpital Général de Référence : HGR）」。そして、第3次レベル施設として、「州病院」および「国立大学病院」を設置している。近年の地方分権化の動向に伴い、2次

レベル以下の保健医療サービスは州の責任で行われる傾向になってきている。

2007年時点では、全国に病院は523、保健センターは8,266ある。全国に515の保健ゾーンがあるが、HGRの数は378であることから、約4分の1に当たる137の保健ゾーンにはHGRが存在しないことになる。

病院に関しては、公立病院がその33%を占め、キリスト教系などの非営利病院を合わせた公的病院が全体として83%に上り、残り17%が私立病院である。

1次レベルの保健センターは、5,000から1万人の人口をカバーする。保健ゾーンの中で、住民が保健サービスを受けるために、一番初めにコンタクトする保健施設であり、PHCを提供する。「基礎保健パッケージ (Paquet Minimum d'Activités : PMA)」と呼ばれる基礎的な診療と産科サービス、予防活動を行うことを役割とし、10床未満の小規模な入院設備をもっている。

一方、2次レベルの保健ゾーンのHGRは、人口10万人に対し1つ以上設定され、100床以上を備えるべきとされている。保健センターで行われるケアに対し、補完ケアパッケージ (Paquet Complémentaire d'Activités : PCA) と呼ばれる医療サービスを行うことを役割としており、内科、小児科、産科、そして限定的ではあるが外科の機能をもち100~200床の入院設備を備える。またHGRは単に病院としての機能だけでなく、保健ゾーン内にある保健センターを管理する役割ももっている。州別の保健医療施設数は表2-7のとおり。

表 2-7 州別人口・保健ゾーン数・医療機関数 (2007)

| 州名 | 人口 (1,000) | 郡数 | 保健ゾーン | HGR | 保健センター |
|---------|------------|----|-------|-----|--------|
| キンシャサ | 6,157 | 6 | 35 | 10 | 337 |
| バンドゥンドゥ | 6,955 | 5 | 52 | 49 | 1,086 |
| バ・コンゴ | 2,918 | 6 | 31 | 31 | 380 |
| 赤道 | 7,647 | 8 | 69 | 52 | 1,186 |
| 西カサイ | 6,465 | 4 | 43 | 41 | 777 |
| 東カサイ | 7,996 | 6 | 49 | 39 | 862 |
| カタンガ | 9,629 | 7 | 67 | 10 | 337 |
| マニエマ | 1,758 | 4 | 18 | 9 | 252 |
| 北キブ | 5,000 | 4 | 34 | 24 | 465 |
| 南キブ | 4,579 | 5 | 34 | 26 | 563 |
| オリエンタル | 8,497 | 10 | 83 | 54 | 1,273 |
| 計 | 67,601 | 65 | 515 | 345 | 7,518 |

一方、PRGSPが指摘している点として、健康保険システムが機能していないために、国民が保健サービスを利用できない（支払えない）状況が続いている点である。具体的に次のような数値を示している。

- ・国民1人当たりの平均保健サービス利用率は、年間約0.15回（6年に1回以下）である。病院の利用は、1980年代には人口1,000当たり35人であったが、2001年には15人に低下している。（コンゴ民政府報告）
- ・最近の調査では保健サービスに係るコストがさらに住民を貧困に追いやっている。実際、治療費を払うために24%の患者が土地家を売り、18%が借金をしたという結果が出ている。

- ・コンゴ国民の貧困の認知に関する意見調査（The Opinion Poll on the Congolese People's Perception of Poverty : SOPPOC）では、82%が「保健ケアの支払いができないと思う」と答えている。よって、人々は自己判断による投薬や「伝統的治療」に頼ることになる。

2-2-3 保健財政

表2-8で見るように、保健予算額は金額としては、年々増加している。しかし、図2-11が示すように、国家予算全体に対する保健予算の配分は、3~4%前後と低い水準で推移している。これを国連の指導に従い15%まで引き上げることが当面の目標であると、保健省は述べている。

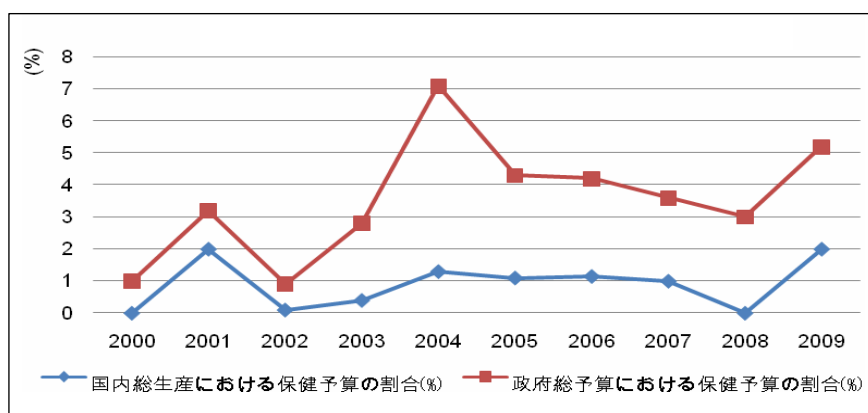
当初の予定額に対し実施された金額の割合を示す実施率は、平均60%程度と低く、しかも年により変動が大きく不安定である。全体予算が少なく、しかもその60%程度を人件費が占める現在の予算では、建物や機材といった資本財への投資を行うのは困難である。近年では、ドナーが保健セクターから引き上げる傾向にあり、保健予算としては厳しい状況が続いている。ただし、グローバル・ファンド等によるHIV/AIDSおよび結核・マラリアなど、一部の疾患プログラムに関する支援は伸びている。

表 2 - 8 国家予算と保健省予算の推移

(単位：1,000USドル)

| 年度 | 保健予算 | | |
|------|--------|--------|---------|
| | 保健予算額 | 実施された額 | 実施率 (%) |
| 2002 | 4,725 | 944 | 20.0 |
| 2003 | 41,087 | 22,817 | 55.5 |
| 2004 | 38,940 | 22,223 | 57.1 |
| 2005 | 79,858 | 43,726 | 54.7 |
| 2006 | 83,696 | 45,198 | 54.0 |
| 2007 | 88,589 | 81,569 | 92.1 |
| 2008 | 96,055 | 66,125 | 68.8 |

出典：2009, JICA 人間開発部「コンゴ民保健人材センター整備計画（無償）準備調査報告書」より抜粋。保健省資料によるデータ



出典：SRSS2011-2015（コンゴ民財務省作成）

図 2 - 11 保健予算の国内総生産における割合 (%) と政府総予算における割合 (%)

2-3 保健政策における「保健人材開発」の位置づけ

コンゴ民保健省は、保健システムの全体像を図2-12のように表現することが多い。

国家政策、法的規定が存在し、行政組織能力が強化されることにより、行政体制が整備されていることが基本となる。そして、「ヒト・モノ・カネ」の資源が整備されたうえで、保健サービスの提供が満たされ、国民の健康が増進される。保健人材開発は、その基盤の部分に確実に位置づけられている。

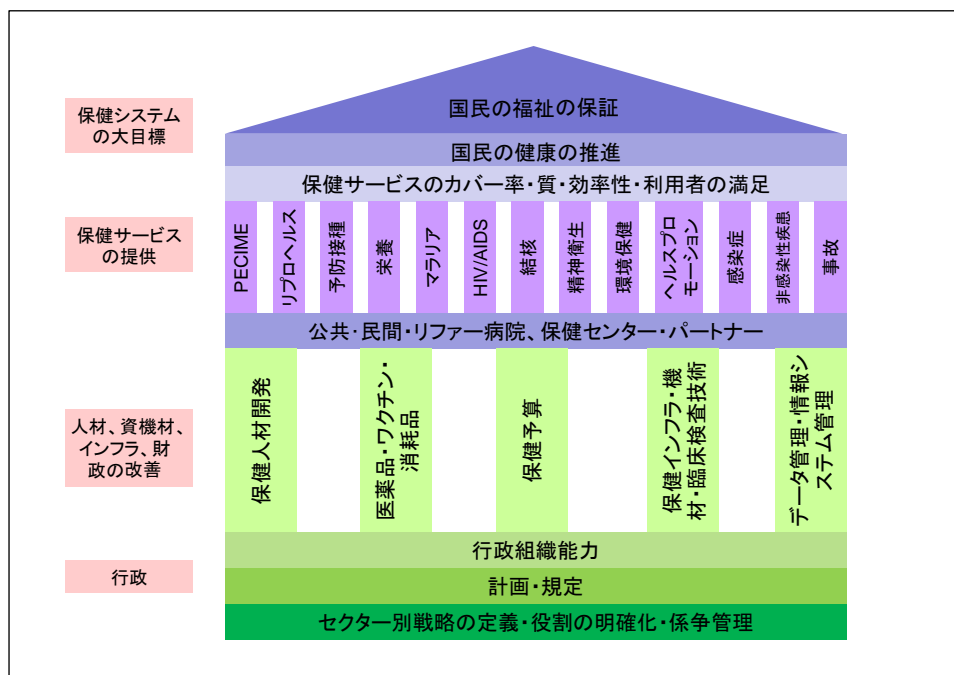


図2-12 保健システムの水平・垂直な支柱

2-3-1 貧困削減・開発戦略ペーパー（PRGSP）

コンゴ民政府は、拡大重債務貧困国イニシアティブ（Heavily Indebted Poor Countries Initiative : HIPCイニシアティブ）の適用を受けるため、2006年7月、「貧困削減・開発戦略ペーパー（Poverty Reduction and Growth Strategy Paper : PRGSP）」を採択した。この第1次PRGSPは2010年末までを対象としていたため、2009年末に、2011年開始をめざした第2次PRGSPが採択された。

第1次PRGSPでは、「MDG」と照準を合わせるために、コンゴ民政府は「草の根地域における参加型諮問」と「貧困診断」を実施し、その中で住民によって認識された「5つの問題」に焦点を当てている。すなわち、

- ①グッドガバナンスの推進および制度構築による平和の定着
- ②マクロ経済の安定と成長の強化
- ③社会サービスへのアクセス改善と脆弱性の縮小
- ④HIV/AIDS対策
- ⑤コミュニティレベル活性化の支持

この中で「保健」は、教育や水・衛生とともに3番目の柱である「社会サービスへのアクセス

の改善」の対象となっている。PRGSPは、コンゴ民の社会サービスの状況を「停滞状態にある」と診断し、膨張する人口（住民）に対して質の高い社会サービスを還付するために、精力的な政策策定が早急に必要であるとしている。そして、貧困対策の保健セクターにおける重点課題である「すべての人々への質の高いPHCの提供」をするために、「保健ゾーンの発展・強化」が戦略軸の一つとしてあげられており、それを達成するための優先的行動として、「保健人材開発」が位置づけられている。

表 2 - 9 PRGSP保健セクターにおける復興と再活性化のための戦略の支柱

| | | |
|---|----------|-----------|
| <u>重点分野</u> | | |
| (1) すべての人々への質の高いPHCの提供 | | |
| (2) 代表的な感染症（HIV/AIDS、結核、マラリア、オンコセルカ症、トリパノソーマ症等）対策 | | |
| 質の高い保健サービスが提供された結果として到達されるべきアウトプット | | |
| 指標 | 2006（現状） | 2008（目標値） |
| 乳児死亡率（対1,000出生） | 111 | 98 |
| 妊産婦死亡率（対100,000出生） | 1,276 | 944 |
| 専門技能者が介助する出産 | 61.6% | 75.2% |
| 子どもの完全予防接種率 | 29.6% | 40% |
| <u>戦略</u> | | |
| (1) 保健施設（病院、保健センター、薬局等）の修復・新建設 | | |
| (2) 初期教育および現任トレーニングを通じた保健人材の開発 | | |
| (3) 保健人材の労働条件の改善 | | |
| (4) 基本的医薬品の供給 | | |
| (5) 病院、保健センター、大学病院の医療機材の供給 | | |
| <u>短期的戦略軸</u> | | |
| (1) 「保健ゾーン」の発展 | | |
| 1) 保健ゾーンレベルでの統合的リーダーシップの開発（各保健ゾーンごとに監督チームの設置） | | |
| 2) 保健人材開発の促進 | | |
| 3) 保健施設での実践の改善 | | |
| 4) 保健ゾーンにおける保健サービスのカバレッジと質の改善 | | |
| 5) 人々が利用しやすい保健ケアサービスのための財政管理 | | |
| 6) 保健政策の実施における草の根の住民組織等とのパートナーシップの促進 | | |
| 7) セクター内セクター間のパートナーシップの強化（宗教団体や地元NGOも含み） | | |
| (2) 「中央レベル」と「中間レベル」の再組織化と制度的支持 | | |
| 中央・州・県各レベルの行政組織の役割を明確にする。州・郡においては、保健ゾーンの効率的な監督を効果的に実施するために、州保健医局と郡保健課のインフラ整備をする。保健省においては、組織の合理化・効率化を図り、規制や基準を定めるといった中央政府本来の役割を果たすことに専念すべきである。 | | |
| (3) 医薬品の供給と特別資機材の投入 | | |

2-3-2 「国別支援フレームワーク（CAF）」および「短期優先活動計画（PAP）」

2007年2月に発足した新政府は、同年6月にPRGSPに基づき、2008年末までの短期的（1年）な「優先活動計画（Plan d'Action Prioritaire : PAP）」を策定、採択した。このPAPは、コンゴ民政府と開発パートナーが共同で策定するものであり、これにより政府の取り組みとドナーの支援を統合し、PRGSPを効果的に実施していくことを狙ったものである。その後引き続き、2009年5月に2009～2010年版が採択され、現在、2011年開始予定の第2次PRGSPの策定に伴い、それに沿った「第3次PAP」の策定作業が進められている。

PRGSPの5つの柱に沿っての活動計画が示されており、保健は「基本的な社会サービス」の一要素として位置づけられている。「PAP 2009-2010年版」においては、「全市民への現実的な費用で質の高い保健サービスへのアクセスを促進する」ことが政府のミッションであり、後述する「保健システム強化戦略（Stratégie de Renforcement du Système de la Santé : SRSS）」に従い、各活動を進めるとしている（1. 保健ゾーンの開発、2. 州総合病院の修復、3. 病院、保健センター、大学病院への医薬品と資機材の適切な供給、4. 伝染病対策、5. 環境の安定化、6. 小児予防接種カバー率の改善、7. 地方分権化を考慮した中央レベルと中間レベルのリフォーム、8. 保健人材開発、9. セクター財政の合理化、10. 保健システムに関する研究、11. 保健人材の労働条件の改善）。

一方、国際機関や二国間ドナーは、2006年夏以来、援助効果の向上に関する「パリ宣言」に従い、支援のドナー間調整をするための会合を定期的に開催している。その中で、複数ドナーの共通の開発戦略として、「国別援助枠組み（Country Assistance Framework : CAF）」を策定している。

CAFは、選挙後の短期間（post-election period、2007-2012年の5年間）における、コンゴ民経済支援のためのPRGSPに沿った戦略である。本文によると、「CAFは、『援助協調の課題は、コンゴ民のような国における復興努力の中核（コア）である』ということ認識することから生まれた。多数のドナーが限定された資源で、コンゴ民の復興と安定に効果的に貢献するために必要なものである。CAFは、強調的なアプローチのための実質的な基盤を提供することを期待されている」とし、ドナー間の情報共有や援助協調とリソースの適正配分をめざしている。世界銀行グループ、ヨーロッパ共同体、IMF、アフリカ開発銀行、国連、ベルギー、カナダ、フランス、ドイツ、日本、中国、オランダ、イタリア、スペイン、スウェーデン、英国、米国等が合意している。

CAFはPRGSPに明記された優先課題から引き出され、その5つの柱に沿って具体的活動計画が規定されている。保健セクターは、PRGSPと同様に「基本的な社会サービスへのアクセスの改善」の一つとして位置づけられている。表2-10に示すように、詳細な状況分析を踏まえ、「6つの重要な戦略」を打ち出し、その実施においてコンゴ民政府を支援することに焦点を当てることを提起している。

保健人材に関しては、以上の6つの優先活動のうち、3番目の「保健人材のバランスの取れた供給」として掲げられている。その詳細については表2-11のように記載されている。

表 2-10 CAFにおける保健セクターの戦略

背景

- (1) コンゴ民の保健指標は、世界でも最低水準で推移している。
- (2) 感染症が優位を占めている。
- (3) 国民は十分に有効な保健ケアを受けられていない。

成長の制約

- ・ 国民は、コストを支払えないために、保健サービスにアクセスできていない。
- ・ 保健システムが機能していない。原因は複数ある：国家による保健セクターに対する財政責務の脆弱性、脆弱なガバナンス、組織、政策作成能力、保健サービス・マネジメント能力の脆弱性、昨今の質の低い保健人材の急増、等
- ・ 保健セクター開発の根本的な制約は、「慢性的な予算不足」である。
- ・ 「調整力の貧弱さ」も大きな制約であり、保健セクターの脆弱な執行責務（Stewardship）の結果である。
- ・ 効果的な人材開発は、質の低い教育を受けた保健人材の過剰供給によっても制約されている。
- ・ 過去10年間において、公務員が引退していない。
- ・ 非効率的な医薬品の供給システムも、保健セクター開発の少なからぬ制約である。

成長の潜在性

- ・ 保健セクターにおいては、発展の潜在性（可能性）は「良好」である。政府はPRGSPで、保健セクターに高い優先性を与えている。
- ・ 短期的には、保健セクターの開発は、保健サービス提供の最も効果的なユニットとしての「保健ゾーン」の開発に集中する。
- ・ すべての保健ゾーンは、基本的サービス・パッケージの無料提供を実現すべきである。
- ・ 効率性を改善するためには、すべての保健システムの大改造が必要である。
- ・ 並行的に、中央および中間レベルの保健システムの制度的支援にも注意を注ぐべきである。
- ・ 保健セクターへの新しい介入のインパクトを最大限にするために、セクターの戦略的マネジメントを改善することが必須である。
- ・ 保健セクターは、数年単位の実践計画（Operational Plan）を作成する必要がある。
- ・ 計画の前提として、基本サービス・パッケージ提供のために必要なコストの適切な推定が必要である。
- ・ 伝染病の流行や緊急事態をマネージするために、調整メカニズムが確立される必要がある。
- ・ 縦割りの疾病プログラムの、より良い統合が必要である。
- ・ 保健セクターの発展は公的資金が増加されるか否か次第である。
- ・ 税金による歳入が現状においては非常に低く、当面は外的資源による相当額の助成が必要である。
- ・ 保健セクターは効率的な予算システムを開発すべきである。
- ・ 効率性を改善するために、貯蓄している資源を調査する
- ・ 保健人材の増長をマネージすることは重要である。

- ・保健サービスの利用者負担を減少させるために、保健人材の報酬の改善が、サービスを復興するための必須要素である。
- ・保健人材の賃金と労働条件は、系統的に改善されるべきである。
- ・全体的な保健セクターの発展には、公的私立機関の適切な混合が要求される。
- ・セクター間の協力を改善する。

優先的活動

- (1) 保健セクターのための法的枠組みを改訂する。
- (2) 保健ケアへのアクセスおよび公平性を改善する。
- (3) 保健人材のバランスの取れた供給（育成・配置）をする。
- (4) 医薬品と医療資機材の定期的で持続的な供給を確保する。
- (5) 保健セクターのための安定し持続的な財務メカニズムを設立し、保健ケアの財務上の障害を除去する。
- (6) セクター間の調整メカニズムを確立する。

表 2-11 CAPの保健に関する6つの優先活動のうちの「保健人材のバランスの取れた供給」の内容要約

期待される成果

保健人材のバランスの取れた供給（育成・配置）がなされる。

- (1) 保健人材教育のリフォームを目的とする委員会が、保健省、高等教育省、および保健人材養成機関との合同で設立される。
- (2) 教育機関の認定と認可の基準、およびその基準に満たないが施設の閉校に関して合意が得られる。
- (3) 中級の保健人材養成機関の新設停止令が執行される。
- (4) 保健システムのすべてのレベルにおけるトレーニング計画が推敲され、実施される。
- (5) 認定基準に満たない養成施設の卒業生に対する試験が確立される。
- (6) A2レベル看護師の適切な供給レベルについて合意が得られ、認可された養成施設の州ごとの適正な数が設定される。
- (7) 最低給与基準に従い、保健省職員の給与補填が適用される。
- (8) 選択された一部の地域と職種に対する奨励金支払い（能力給）メカニズムが適用される。
- (9) 適切な新雇用パッケージが提供される。
- (10) 現行の奨励金スキームと庶民の意識に関する保健労働市場研究が実施される。

短期活動 2007年7月～2008年12月

- ・2008年までに、保健省と高等教育省との合同委員会が設立される。
- ・2008年までに、保健専門家のトレーニングを改訂する戦略が推敲される。
- ・2008年までに、新ITM設立の停止令が制定され、執行される。
- ・2008年までに、すべての既存のITMの評価が実施され、勧告が実施される。
- ・標的にしているポジションの給与補填に関する合意が保健省とGIBSの間で締結する。

中期活動 2009～2012年

- ・2009年までに、実質的な保健人材に関するオブザベトリーが設立される。
- ・2009年末までに、保健システムのすべてのレベルにおけるトレーニング計画が推敲され、実施される。

選択的指標

- ・PHCのマネジメントに関する訓練を受けた人材を備えた保健ゾーンの割合（％）
- ・保健省の規制に従って運営しているITMの割合（％）

2-3-3 保健システム強化戦略（SRSS）

コンゴ民保健省は、第1版PRGDPに基づき、2006年、保健セクターにおける政策戦略「保健システム強化戦略（Stratégie de Renforcement du Système de la Santé : SRSS）2006-2010」を、関係諸機関とともに策定し、採択した。そして、2010年3月31日に、第2版の「SRSS 2011-2015」が採択されたばかりである。

SRSS第2版も、第1版とほぼ同様に、保健ゾーンをPHCの実施最小単位と位置づけ、そこで住民がバランスの取れた基本的医療サービスを受けられることをめざし、6つの柱となる戦略をあげている。

- ① 保健ゾーンの活性化
- ② ガバナンスとリーダーシップの強化
- ③ 保健人材開発
- ④ 医薬セクター改正（リフォーム）
- ⑤ 保健財政改正（リフォーム）
- ⑥ セクター内およびセクター間のパートナーシップ強化

このうち3番目の柱として「保健人材開発」が位置づけられている。本SRSSでは、「人材こそが他のリソース（資金、物資、インフラ、情報等）を転換させ、市民の保健にインパクトを及ぼすことを可能にする」という理念のもと、「保健人材開発」を最重要課題の1つとしている。その主な内容について表2-12に示す。

表 2-12 SRSSの6つの主な戦略のうちの3番「保健人材開発」の内容要約

問題点

- (1) 全レベル（中等教育、高等教育、大学）にわたり、質の低い保健従事者が過剰育成されている。
- (2) 地方間および同一地方内での都市—農村間において、保健人材の配置に格差があり、保健サービスの質と、その円滑な提供を障害している。
- (3) 保健人材のキャリア管理が不十分である。
- (4) 継続教育システムが不十分である。
- (5) 公務員規則にのっとった手続きが履行されず、保健人材が合理的に活用されていない。

戦略

- (1) 保健人材のより適切な配置
- (2) 保健人材の能力の多様化と改善（Competency の向上）
 - ・ 指導者チームの基礎教育と保健センターにおける多能チームの基礎教育
 - ・ 研修目的のスーパービジョン（保健ゾーンにおける現任研修）の実施
- (3) 職業倫理が根づくような環境作り
 - ・ 給与条件の改善
 - ・ より良いインセンティブシステム（物質的条件の向上のみならず、キャリア面での将来性）の考案
- (4) 保健人材開発に関わるサブセクター開発政策と戦略的な「国家保健人材開発計画」の策定

戦略的アプローチ

- (1) 大学・高等教育省、公務員省、予算省、財務省、その他関係省とのより密接な関係を発展させる。
- (2) 現任教育の質の改善に向けて、専門家や職能団体と協力する。
- (3) 地方分権化にかんがみて、中央・州・県各レベルの人材管理に関する役割を再規定し明確化する。
- (4) すべてのレベルにおける保健人材に関する信頼できる情報システムを整備する。
- (5) 国の人材危機に対処し開発のフレームとなる保健人材の緊急計画を策定する

2-3-4 国家保健開発計画（PNDS）

コンゴ民では、2005年に保健セクターの国家計画として「国家保健開発計画（Plan National de Développement Sanitaire : PNDS）2000-2009」が策定された。しかしこの計画は、わずかに保健省の組織機構の改革が行われただけで、ほとんど実施されないまま頓挫した。当時の国内の政治的混乱や財政難が理由とされているが、直接的な原因として、当時の保健審議会や技術小委員会はメンバーでさえも明確に規定されておらず、TORもなく、ほとんど機能していなかったことがあげられる。

こうした背景を踏まえ、「PRGSP 2011-2015」の策定に基づき、2010年3月、コンゴ民政府は「第2版SRSS」とともに「第2版PNDS 2011-2015」を策定、採択している。このSRSSとPNDSの2つの制定は、保健分野におけるHIPCイニシアティブ達成のための責務でもあった。なお、このPNDS

の保健人開発の部分に関しては、JICAも保健省政策アドバイザーを中心にその策定過程を支援をしている。

「PNDS 2011-2015」では、4つの介入戦略（1.保健ゾーンの開発、2.保健ゾーン開発支援、3.ガバナンスとリーダーシップの強化、4.セクター間の協力強化）をあげており、そのうち2番目の「保健ゾーン開発支援」の下位戦略の1つとして「保健人材開発」をあげている。

保健ゾーン開発支援のための5つの戦略

- ① 保健人材開発
- ② 医薬品セクター支援
- ③ 保健財務改革
- ④ 保健インフラと修繕、資機材の改善
- ⑤ 国家保健情報管理の改善

「PNDS 2011-2015」でもSRSS同様に、保健人材は保健システムを支える最も重要な柱であるとし、「保健人材開発」は「保健ゾーン開発」への第一戦略として位置づけている。表2-13に、PNDSの「保健人材開発」に関する内容要約を示す。

表 2 - 13 PNDSの「保健人材開発」に関する内容要約

| |
|--|
| <p><u>期待される成果</u></p> <p>良質な保健サービスを提供のために、高い技能と能力をもつ保健人材が、十分な量で公平に配置される。</p> <p><u>成果達成のための4つのプログラム</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ① 中等・高等・大学レベルにおける初期教育の強化プログラム ② 保健人材の合理的かつ効率的な活用プログラム ③ 保健人材の労務環境および社会的条件の改善プログラム ④ 現任の保健人材の能力強化プログラム <ul style="list-style-type: none"> ・中等レベルの初期教育の改革は、保健教育施設の統廃合によって強化される。また、実技研修環境の改善、および、現場で不足している人材を養成する特殊コースの設定等もめざされる。 ・大学・高等教育省ともっと接近するための協議枠組みが設置されるべきである。この2つの省が近づくことにより、保健省にとっては、大学・高等教育レベルで保健人材が養成される際に、教育プログラムが現場のニーズに対応したものとなり、数量的にも人材の養成を調整することができるようになる。 ・保健人材の現任教育には、大きな改革が必要である。従来のセミナータイプの研修ではなく、保健区、保健センター、および優良な病院における実地研修の形でのトレーニングが必要である。保健センターの保健従事者は、リファラル総合病院でトレーニングを受けられるようにする。保健ゾーンの指導者チームのメンバーは、臨床レベルでは第2次リファラル病院で研修を受け、マネジメント（人材管理）に関しては、優良な保健区で、あるいは保健ゾーンの指導者チームの研修の枠内で、6～8週間の現任教育を受けることになる。研修モジュールは、従事者の基本的なニーズを考慮しながら考案されるべきである。 |
|--|

2-3-5 「保健人材開発計画（PNDRHS）」と「保健セクター国家運営委員会（CNP-SS）」

上記にみえてきたように、「SRSS 2011-2015」においては、保健人材開発に関わるサブセクターの「国家保健人材開発計画（Plan National Développement des Ressources Humaine en Santé : PNDRHS）」を策定することを、保健人材開発の戦略としてあげている。保健システム改善の最重要課題であり、保健ゾーン開発のための第一戦略とされている「保健人材開発」のための政策策定は必然必須である。

既存の人材開発政策・戦略としては1999年のものが存在し、それをたたき台に、保健省は関連機関とともに、「PNDRHS 2011-2015」策定作業に着手している。

まず保健省は、2009年6月、PNDRHSの策定、実施、モニタリング・評価を通じたプロセスに関する「ロードマップ」を、JICA、ベルギー、WHO、およびセネガル保健省による技術的・資金的支援を得て、作成した。

2010年6月、保健省は保健大臣の招集する「保健セクター国家運営委員会（CNP-SS）」（2009年11月3日付省令）の下に、「保健人材担当委員会」を設置し、そのTORを規定した。

この「保健人材担当委員会」は、保健省官房長官（次官）率いる「CNP-SS実務調整委員会（CCT/CNP-SS）」の監督下、「保健人材担当実務委員会」の責任の下に置かれ、人材総務局（D1）に所属する。委員会のTOR（和訳）を巻末に添付（付属資料6）するが、表2-14に要点のみ抜粋する。

なお現在、保健省は世界予防接種ワクチン同盟（The Global Alliance for Vaccines and Immunization : GAVI）資金で全国保健教育施設の保健資源調査を実施中であり、この結果を基礎にして、人材開発計画策定を進める予定である。同時に、高等教育省も同様に、全国の学校の現状調査を実施中であり、その結果に基づき人材育成計画を作成する計画がある。両省庁の関係者は、この2つの計画が互いに補完的であるべきで、情報共有しながら進めていくべきであることを十分に認識しており、両省間の「協力枠組み」を樹立することに合意している。

表 2-14 「保健人材担当CNP-SS委員会」 TORの要点（抜粋）

| |
|---|
| <p><u>委員会の任務と役割</u></p> <p>保健人材開発に関するセクター横断的・学際的な考察の枠組みであり、保健人材の調整の取れた開発に関して責任を負い、保健省に対して専門性を提供することを任務とする。</p> <ol style="list-style-type: none">(1) 保健人材に関する文書・技術的ツールの作成(2) 保健人材の分野における調査研究の実施(3) 上位委員会に承認のため提示される定期的な活動報告書の準備 <p><u>委員会の目的</u></p> <p>関係する専門家の間での交流を促進し、人材の採用や配置、配置転換・再編等に関する重要な決定を方向づけ、全レベルにわたる保健人材育成の調整に貢献する。</p> <p><u>委員会の目標</u></p> <ol style="list-style-type: none">(1) 初期教育および継続教育に関する規則、法規、規格書の推敲と更新(2) 職業的保健従事者に対する初期教育プラン/プログラムの策定(3) 初期教育・継続教育の調整、モニタリング・評価のメカニズムと媒体の考案 |
|---|

- (4) 在職人材に対する継続教育活動の管理システムの考案
- (5) 保健従事者のキャリア管理のための技術的ツールおよび文書の作成
- (6) キャリア管理および保健人材の維持、忠実度を高めるための戦略・メカニズムの提案
- (7) 保健従事者の社会的条件の改善に関わる法文のドラフト推敲

分科会

- (1) 「保健人材育成」分科会
- (2) 「キャリア管理」分科会
- (3) 「保健従事者維持」分科会
- (4) 「継続教育」分科会

このほかに、理事会はアドホック分科会の設置の必要性を判断することができる

理事会

会長1人、理事長1人、副理事長1人、理事会メンバー2人から構成される。

委員会の活動にあたり、理事会は、法的枠組みの推敲、保健人材に関する調査研究の枠組みの定義、保健人材分野における計画に関する枠組みの定義、保健人材のためのパートナーシップ振興、保健人材に関するデータベースの構築、保健人材に関する情報観測収集所の設置、分科会による活動の監督および支援等の横断的な課題に取り組むことになる。

会議

通常の会議として、委員会は2カ月に1回の総会を開き、分科会は月1回会合をもつ。理事会は2週間に1回会議を開き、各分科会による作業プラン実施のモニタリング・評価を行い、総会の準備をする。

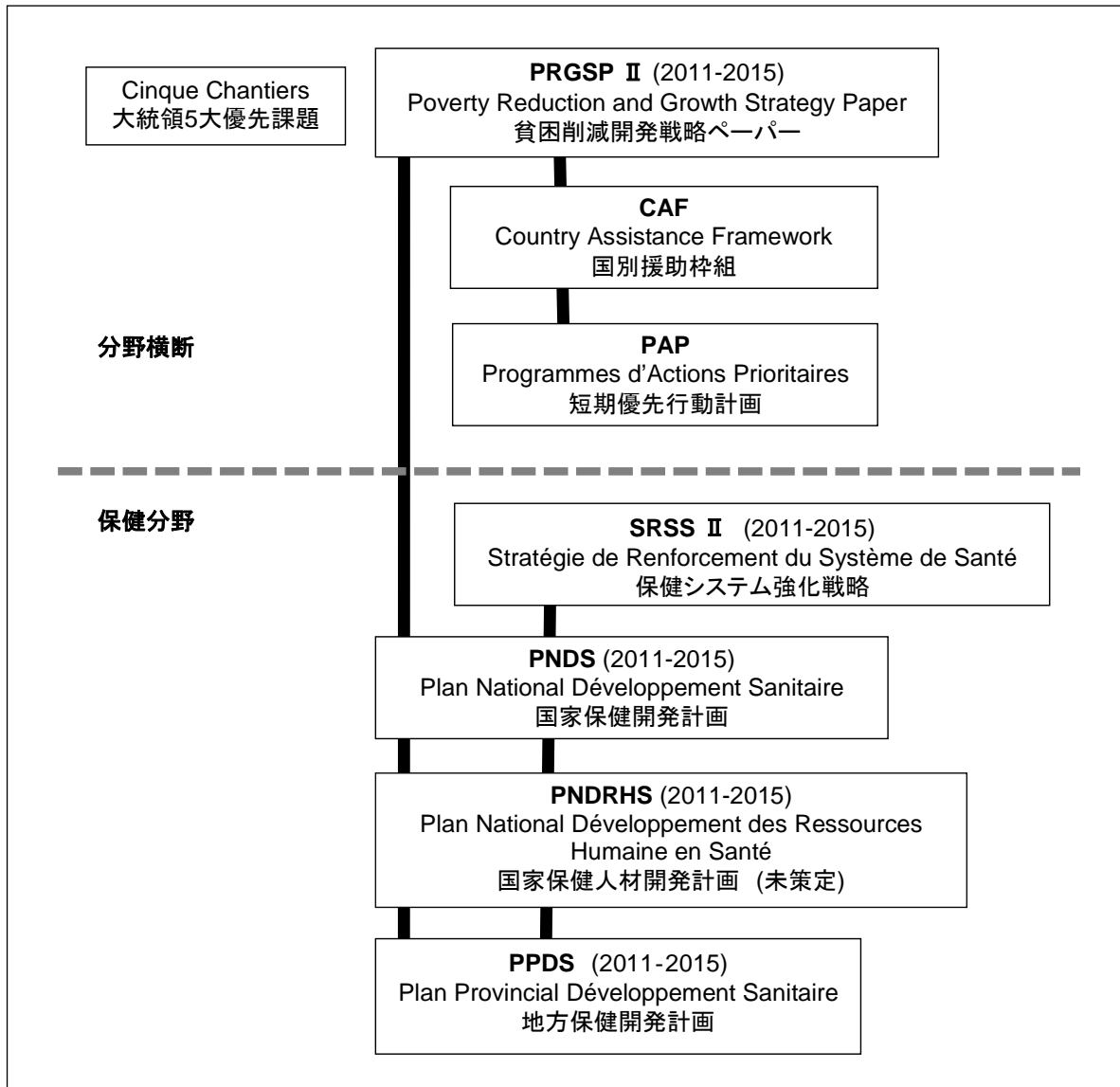


図 2-13 各種保健政策における「保健人材開発」の位置づけ（金子企画調査員作成）

2-4 保健人材の現状と諸課題

2-4-1 保健人材の種類と育成の仕組み

コンゴ民の保健医療専門職には、表2-15に示すように、20種類以上の職種があり、学歴に応じて4つのカテゴリー（A0、A1、A2、A3）に分けられている。

表 2 - 15 保健人材の種類と育成

| 区分 | 資格名 | 教育機関 | 基礎教育と教育年限 | 管轄官庁 |
|----|--|--|---|-------|
| A0 | 医師 歯科医師 薬剤師 | 大学医学薬学歯学部 | 初等中等教育12年+7年間で A0取得 | 高等教育省 |
| A1 | 看護師 助産師 臨床検査技師 栄養士 理学療法士 放射線技師 眼科看護師 病院管理 精神心理療法士 | 高等保健人材養成校 (ISTM) | 初等中等教育12年+3年間で A1取得 さらに2年間でライセンス取得 注) A1のいくつかの職種は、特定の ISTMで2年の追加課程を受けること で、A0の資格を取得することも可能 | 高等教育省 |
| A2 | 看護師 臨床検査技師 衛生技師 薬剤助手 看護助産師 理学療法士 地域保健看護師 歯科技工士 マッサージ師 助産師(新規) | 保健人材養成校 (IEM) 保健人材養成校 (単科) (ITM) 注) ITMは看護師のみ | 初等6年中等教育4年 (10年) 4年間でA2取得 | 保健省 |
| A3 | 現在は育成され ていない | | 初等6年あるいは初等中等教 育10年 3~4年間でA3取得 | 保健省 |

出典：藤田短期専門家業務完了報告書 2009年7月より

表 2 - 16 教育制度と資格

| | A0 | A1 | A2 |
|------|-----------------------------|------------------------|---------------------------|
| 初等教育 | 6年 | | |
| 中等教育 | 6年 | 6年 | 4年 |
| 高等教育 | 大学医学部・薬学部 (7年) 卒業試験=資格取得 | ISTM (3年) 卒業試験=資格取得 | IEM/ITM (4年) 国家試験=資格取得 |
| | | ISTM (2年) ライセンス | |
| | 大学医学部(専門医コース) | | |

出典：藤田短期専門家業務完了報告書 2009年7月より

上級保健人材 (A0、A1) の教育は高等教育省の管轄下である。大学の医学部・薬学部・歯学部 (高校卒業後7年間)、または、高等保健人材養成校 (Institut Supérieur des Techniques Médicales : ISTM) (高校卒業後3年間) で行われる。これらの養成機関の卒業試験は資格試験を兼ねている

が、全国統一の試験がなく、各学校が独自に試験を行っている。

教員育成制度が存在し、A2+臨床経験（最低2年）+A1でITMの教員に、さらに2年の学士コースでITMの校長やISTMの補助教員。これに加えて博士号（PhD）コースを取れば、ISTMの教員になることができる。

中級保健人材（A2）の教育は、保健省の管轄である。IEMまたはITM（10年の基礎教育修了後4年制）で行われている。こちらは、卒業後国家試験に合格することにより、資格を得ることができる。

A3からA2、A1、A0とステップアップできるキャリアパスは存在する。A1やA2の中には管理者用コース、教員コースなどが存在し、学位取得後は管理職や教員としての勤務が可能となる。

看護師などA1とA2の両方のカテゴリーにある職種では、現場で行う業務に資格上の違いはないが、役割が異なる。一般的に、A1は主に病院や保健行政機関、教育機関などで働き、将来的に管理職をめざす人材であり、A2は主に保健センターや1次レベルの病院で保健医療サービスに従事する。

表2-17に示すように、IEMは全国に8校（公立4校、私立ミッション系4校）、ITMは計351校（各州に10～50校）ある（2008年）。2008年の全国の卒業生は約5,400人（看護師は3,200名）であり、この数は年々増加している。

2006年度の在校生数と学校数から計算すると、1校当たりの平均学生数は65人、1学年では平均17人であることから、極めて規模の小さい学校が大部分である状況がうかがえる。IEMの養成課程は多職種に上るが、実際には、看護師以外の職種の養成数はごくわずかである。マッサージ師、運動療法士、歯科技工士課程の2006年度の卒業試験合格者はゼロであり、事実上存在していないといつてよい。

表 2 - 17 学校数の推移

| | 1988年 | 2008年 | | | 卒業試験合格者数 (カッコ内は看護師の合格者数) |
|--------------|-------|-------|-----|-----|-----------------------------|
| | | 公立 | 私立 | 合計 | |
| IEM (A2) | 213 | 4 | 4 | 8 | 約9,000 (3,434) |
| ITM (A2, A3) | 42 | 129 | 222 | 351 | |
| ISTM (A1) | 53 | 61 | 48 | 108 | 約5,400 (3,200) |
| 医学部 | 33 | 26 | 13 | 39 | 約1,500 |
| 薬学部 | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| その他 | 22 | | | | |

出典：藤田短期専門家業務完了報告書 2009年7月より

2 - 4 - 2 保健人材に関する各種調査

(1) 保健セクター基礎調査 (Etat des Lieux) ³

コンゴ民では、紛争後の脆弱な国家体制においてさまざまな統計的データが欠如・不足している。保健医療分野も例外ではなく、保健省では全国に存在する保健人材に数でさえ正確

³ 情報は藤田短期専門家報告書より抜粋

に把握できていないといった根本的問題が存在する。

そこで、2009年、コンゴ民保健省は保健制度改革に必要な情報を集める目的で、国内の保健資源についての現状調査を実施した（「保健センサス」と呼ばれることもある）。中央および全国11州における、人材、施設、機材、財務状況、サービス提供状況、保健情報管理、およびマネージメント状況等について調査した。資金はGAVIの保健システム強化資金を運用し、ENSPに調査委託した。ENSPは10年前にも同様の調査を実施している。調査委員会メンバーは、ENSPのほか、保健省官房、調査計画局、保健省第5局（PHC推進）とWHOである。

今回、調査対象となったのは、行政機関（保健省、全州保健医局、全保健ゾーン事務所）と公的保健施設全般（大学病院、州病院、保健ゾーンのリファラル病院、保健センター、臨床検査室）およびごく一部の私立部門（キリスト教団体運営施設等）である。人材に関しては保健医療専門職と事務職の両方を網羅している。

1) 人材についての主な結果

- a) 「保健人材リスト (List Déclarative)」を作成した。保健医療施設ごとに、各保健人材の職種、氏名、年齢、資格のレベル（A1、A2、A3等）を網羅したデータベースを作成した。ただし、私立部門はごく一部しかカバーしていない。
- b) 例えば、200床程度の規模の病院に1,000人以上のスタッフが雇用されているなど、印象としてリファラル病院の人材が多すぎる。2006年に保健省が策定した保健ゾーンの人材配置基準を用いて比較分析する予定であるとのこと。
- c) 公務員の25%もが、定年に達しているにも関わらず退職していない人材で占められている。
- d) 公務員として登録されていない人材（公務員登録番号がない）が病院・保健センターで勤務している。職種についても、正式な教育ではなくOJTの形で教育を受けたのみで勤務している無資格者も多い。
- e) 病院や州保健医局のうち、公衆衛生修士号（MPH）をもつ専門家が勤務しているのは40箇所のみで、一般に若くて経験の少ない人材が多く勤務している。
- f) 保健省中央で待機している人材数に比べ、実際に地方で働いている人材数との差が大きい。中央で待機している人材にも、公務員としての給与は支払われているはずである。

2) 施設についての主な結果

- a) 調査分析の完了した10州においては、計画された保健区域（Aire de Sante）（6,520）のうち、78%（6,520）の区域に保健センターまたは保健ポストが存在することがわかった⁴。保健センターのサービスはパッケージ（Package Minimum d'Activite : PMA）として規定されているが、PMAのすべてを提供できている保健センターの割合は州による差が大きい（25～90%、平均56%）。実施されていないサービス内容は、概してIMCI、栄養失調の治療、家族計画等である。保健センターは改修が必要な施設が多い。基礎医薬品は保健ゾーンの薬剤倉庫から配布されることになっているが、薬剤倉庫をもつ保健ゾーンは州により差があり、数%から60%であった。
- b) リファラル病院のない保健ゾーンが数%から十数%ある⁵。80%の保健ゾーンに人材

⁴ 保健システムの最末端の単位である保健区域（Aire de Sante）には、1つの保健センターまたは保健ポストと呼ばれる1次保健施設が存在すべきとされている。

⁵ 保健ゾーンは全国に515あり、各保健ゾーンは事務所およびリファラル病院を1つもつこととされている。

は配置されているが、保健ゾーン内の施設や資機材は十分とはいえない。90%の保健ゾーンがコンピューターを備えており、インターネットアクセスが可能ではあるが、固定電話を設置している保健ゾーンは20%以下。巡回に必要な車は30%以下。バイクは50~80%である。また、人材管理ツール（出勤簿、休暇移動などの記録類）を使用している保健ゾーンは10%以下であった。

c) リファラル病院の60%は、1960年の独立前に建設された。独立後には、個人の住居が病院になったものもある。運営は国が60%、キリスト教団体が34%。外科機能をもつ病院は全体の2%、産科外科の救急機能をもつ病院のない州もある。一般臨床検査・放射線などの診断能力をもつ病院は全体の10~60%（州により差が大きい）にとどまっている。

（2）保健人材年鑑（*Annuaire des Ressources Humaines de la Sante*）⁶

2009年10~12月、保健省第1局（総合サービス・人材）が中心になり、全国の「保健人材リスト」と「保健人材育成機関リスト」を作成した。これは、各州の保健医局が既に保有しているデータを活用したものであり、WHOの技術指導のもと、保健省チームが州担当官と確認作業のうえまとめ上げた。

このリストは、以前から保健省に毎年報告されることになっていたが、最近10年ばかり機能していなかった。今回のリストも、情報が不完全な部分もあるが、全国の保健人材数を把握する第一歩となった。今後、このリストの更新が制度化されるようになると、保健人材開発計画を実施するためのツールとして有効に使われることが期待できる。ただし、人材リストの対象者は公務員のみであり、私立部門はカバーされていない。内容は、氏名、公務員番号、職種、資格である。一方、保健人材育成機関リストは、公立、私立、ミッション系のIEM、ITM、ISTM、大学医歯薬部を対象にしている。

1) 主な調査結果

公務員番号をもち、公的セクターに勤務する保健人材は合計108,432名、うち保健専門職が64,647名（60%）、事務職が43,785名（40%）であった。保健省には、保健専門職と事務職の割合は3に対して1という基準があるが、それと比較すると、事務職が多い結果となった（表2-17）。

また、職種別に見てみると、専門職の中では、「看護師」が大部分（81%）を占め、他の職種はごくわずかである。以前から指摘されていた「一定職種（看護師）への偏在」が裏づけられることとなった。

さらに、一定人口当たりの各職種の数を見てみると、その分布に州ごとによる格差が大きいことがわかる（図2-14）。特に、医師をはじめとする他の職種は、そのほとんどがキンシャサとバス・コンゴのみに集中しており、保健人材の特定地域への偏在が裏づけられている。

⁶ 藤田短期専門家報告書より抜粋

表 2-17 公務員番号をもち公的セクターに勤務する保健人材

| | 実数 | 全人材に対する割合 (%) | 保健専門職内での割合 (%) |
|------------|---------|---------------|----------------|
| 保健専門職 | 64,647 | 60.0 | 100.0 |
| 医師 | 3,817 | 3.5 | 5.9 |
| 歯科医師 | 51 | 0.04 | 0.1 |
| 薬剤師 | 275 | 0.25 | 0.4 |
| 保健施設マネージャー | 1,527 | 1.4 | 2.4 |
| 看護師 | 52,327 | 48 | 80.9 |
| 理学療法士 | 304 | 0.28 | 0.5 |
| 臨床検査技師 | 1,242 | 1.14 | 1.9 |
| 放射線技師 | 273 | 0.25 | 0.4 |
| 栄養士 | 384 | 0.35 | 0.6 |
| 理学療法士 | 0 | 0.0 | 0.0 |
| 薬剤助手 | 240 | 0.22 | 0.4 |
| 歯科助手 | 1 | 0.0 | 0.0 |
| その他の保健専門職 | 4,060 | 3.74 | 6.3 |
| 事務職員 | 43,785 | 40.0 | - |
| 合計 | 108,432 | 100.0 | - |

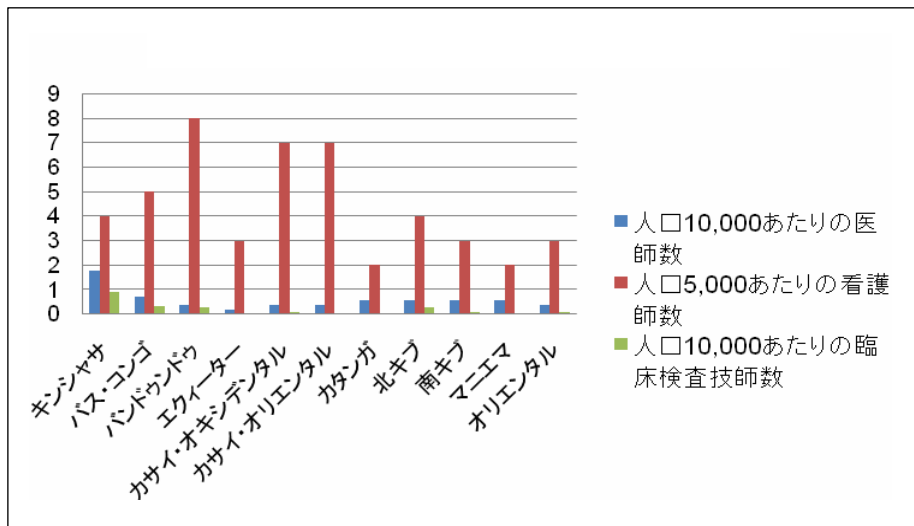


図 2-14 州別職種別一定人口当たりの保健従事者数

(3) 保健人材養成機関の現状調査

コンゴ民では1970年代から、教育制度の自由化により私立の教育機関が急増し、保健医療系教育機関についても例外ではなく、需要を考慮しない保健人材養成機関の乱立が顕著となっている。政府においては養成機関の数でさえ正確に把握できていない。

また、保健医療教育機関は保健省および高等教育省の管轄に分かれており、保健省は中級レベルの保健人材（看護師、准薬剤師等）を、高等教育省は上級保健人材（医師、薬剤師、上級看護師等）の育成を担っている。両省庁とも人材養成機関が乱立している現状について、まずは実感を把握したうえで、国家政策に基づいた人材の育成、配置、定着をめざすことが喫緊の課題であるとしている。そして、その課題に取り組むために、2009年、保健省および高等教育省では、それぞれの管轄の保健人材養成機関のベースライン調査を実施しており、実態把握に努めている。

1) 中級レベル保健人材育成機関（IEMおよびITM）の現状調査-保健省⁷

2009年、保健省第6局では、GAVIの保健システム強化資金を運用し、APEFE（ベルギーのNGO）の技術支援を受け、保健省管轄下の中級保健人材養成機関の実態調査を実施した。この結果をもとに、人材開発計画策定を進める計画である。この調査も今後定期的に行うことにより、保健人材教育の質を保つ優れたツールとなり得るものである。

保健省管轄の中級保健人材（A2）養成機関にはIEMとITMがあり、全国に433施設存在するとされている。今回の調査対象は、そのうちの78%（338施設）で、それはすべての公立施設と一部の私立施設に値する。調査方法は、保健省の学校認可制度基準（施設機材、教育環境、教員数、学生数、研修先等7項目）に基づいて各学校を評価し（チェックリストを使用）、点数をつけた。

表 2-18 中等保健人材養成施設（A2）実態調査結果

| 能力スコア | 施設数 | 保健省よる処置(計画) |
|--------|------------|-------------|
| <25% | 95 (22%) | 閉校 |
| 25-49% | 84 (19%) | 1～2年後に再監査 |
| 50-69% | 99 (23%) | 1～2年後に再監査 |
| 70-84% | 48 (11%) | 認可 |
| 84%< | 12 (3%) | 認可 |
| 調査未実施 | 95 (22%) | |
| 合計 | 433 (100%) | |

<主な調査結果>

a) 学校認可基準

70%以上のスコアを取れたのは60校（14%）にすぎなかった。95校（22%）がスコア25%以下、183校（42%）が25～69%であった。結果を踏まえて、スコアが25%以下は閉校、25～50%、50～70%は結果を通知し、2回目の監査を予定、改善が見られなければ閉校、70%以上は認可という判定をした。コンゴ民の中級医療人材養成校は、未整備

⁷ 藤田短期専門家報告書より抜粋

であり、質が低い学校が大半を占めていることが明らかとなった。

問題となっているのは、①スコア25%以下（Cランク）の学校に対する閉校の指示を出すには、大臣の決断と省令が必要であり、それに時間がかかっていること、②25～70%（Bランク）の学校に対する2回目の監査に関わる費用が準備されていないことである。

b) 妥当コース数

全国のIEMおよびITMで実施されているコースは、9職種440コースある。そのうち393コース（89%）は看護師コースであるが、妥当とされる育成コース数⁸との比較では、看護師は3分の1に減らす必要がある。現在スコア70%以上の学校で実施されているコースは104あり、不適応となる学校すべてが閉鎖されたら22コース不足となる。看護師以外の職種では、学校閉鎖実施に関わらず増やさなければならず、特に助産師は全国で26コース増やす必要がある。

表 2-19 中等保健人材養成施設（A2）実態調査結果

| | 看護師 | 助産師 | 臨床検査技師 | 薬剤助手 | 衛生技師 |
|---------|-----|-----|--------|------|------|
| コース数 | 393 | 9 | 25 | 9 | 3 |
| 適切なコース数 | 126 | 34 | 18 | 9 | 10 |

この調査結果から、現在のA2初期教育の問題は看護師の育成過剰と他職種の不足が明らかになった。看護師教育については教育の質の改善が課題であるが、現在保健省では能力基準アプローチ（コンペテンシー・アプローチ）の導入を、全国9州の16校をモデル校として実施中である。

2) 上級レベル保健人材育成機関（大学、ISTM）の現状調査-高等教育省

高等教育省管轄の保健人材養成校は、上級保健人材（A0、A1）の育成を担う。高等教育省は現大臣のイニシアティブのもと、乱立状況にある高等教育機関の監視を行い、基準に満たない学校については廃止することを掲げている。その基礎となるデータを入手するために、2010年1～6月、高等教育省調査計画局により、高等教育省が管轄する全国の保健医療人材養成機関（医学部、薬学部、ENSP、ISTM）314機関のベースライン調査（現状調査）を実施している最中である。またその結果は、PNDRHSの策定にも活用される計画である。なお、ISTMの調査にはJICAが費用・技術面で支援をしている。

⁸ 適正な（妥当な）学校数、育成コースの数の算出：州保健医局、州 IEM/ITM のコーディネーターが、自分たちの州の保健医療施設に必要な保健人材の種類と数、地理的アクセス、確保可能な教員数（ISTM 数や医学部）、実習施設に成り得る病院数、確保可能な学生数から、州内で妥当と思われる IEM、ITM 数と職種ごとの育成コース数を算出した。それを保健省官房、総書記官、保健省第6局、開発パートナーで見直した。

2-4-3 保健人材の現状と課題

(1) 保健従事者数

コンゴ民の保健医療従事者数(医療職以外の一般職も含む)は、表2-20に示すように、年々増加してきている。「保健人材年鑑(Annuaire des Ressources Humaines de la Sante)」によると、2009年では、公的セクターに勤務する保健人材のみで108,432名(保健専門職60%、事務職40%)であった。

しかし、人口に対する保健従事者の比は極めて少ない。「保健従事者1人に対する人口」を見てみると、WHO基準から大きく乖離していることがわかる(表2-21)。

表2-20 保健医療従事者数の推移

| 年度 | 保健医療従事者数(人) |
|-------|-------------|
| 2001年 | 39,086 |
| 2003年 | 46,987 |
| 2005年 | 75,428 |
| 2006年 | 86,455 |
| 2008年 | 106,796 |

出典：保健人材センター整備計画準備調査報告書(2009)

表2-21 保健従事者1人に対する人口

| 職種 | コンゴ民 | WHO基準 |
|------|---------|----------------|
| 医師 | 18,648 | 5,000 - 10,000 |
| 看護師 | 1,360 | 300 |
| 薬剤師 | 258,843 | - |
| 衛生技師 | 484,231 | 5,000 |

出典：保健人材センター整備計画準備調査報告書(2010)

また、別の角度から、「人口1,000人に対する保健専門職(医師、看護師、助産師の3職種の合計)の数」を見てみると、コンゴ民は0.68と、WHO基準の2.5を大きく下回っており、アフリカの中でも最低の水準にある国の1つとなっている(表2-22)。

表2-22 人口1,000人に対する保健専門職の数

| | |
|----------|------|
| 南アフリカ | 4.54 |
| WHO基準 | 2.5 |
| ザンビア | 1.99 |
| アフリカ平均 | 1.19 |
| ケニア | 1.14 |
| マダガスカル | 0.72 |
| コンゴ民主共和国 | 0.68 |
| セネガル | 0.32 |
| モザンビーク | 0.32 |

出典：World Health Statistics, 2008, WHO

(2) 保健人材開発システム

保健省は、コンゴ民の保健人材開発のシステムを図2-15のような枠組みで捉えている。そのコンポーネントとして、次の5点を位置づけている。

- ① 法制度の枠組み
- ② 育成
- ③ 配置
- ④ 定着
- ⑤ 政策

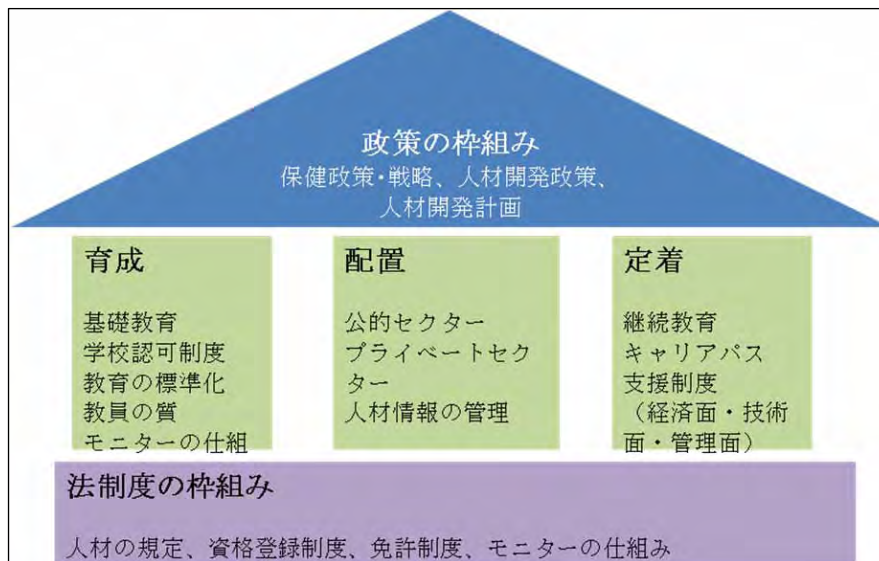


図2-15 保健人材開発システムの枠組み

1) 法制度の枠組み (Legal Framework)

保健省として、保健人材各職種の業務規定（責任、役割、業務範囲）が存在しない。現行システムでは、業務規定や免許の登録制度は職能団体の役割となっている。政府機関から独立して職種ごとに存在する各種職能団体がそれぞれの規定を管理する。各種養成機関の卒業試験合格者に対し、保健省・高等教育省が学位を与え、その学位に対し職能団体が職種としての登録をし、登録番号（生涯有効）を与える。しかし、政府として、それを監督・モニターするシステムですら存在しないことが問題である。

2) 育成 (Production)

コンゴ民では、この10年間、保健人材養成機関の乱立が顕著となっており、無計画に保健人材が育成されている。これは、「PNDS 2000-2009」が財政難を理由に頓挫したため、有効な保健人材開発計画が不在のままに、学校認定基準や教育内容に関する政府の統制がとれない状況が長く続いてしまったことに起因している。ビジネスとしてあるいは政治的理由から、基準に満たない養育施設が無調整に次々と開設されてきた。例えば、高等教育省の養成機関では、収入増加を図るために、1クラスに学生1,000人以上のマス教育が実施されている。また、既述した「IEM・ITM現状調査」の結果からも、医療人材養成校施設の教育内容の質の低さ、教育環境の未整備状況（施設、機材の不足、教材がないなど）を

うかがうことができる。

このように、不十分な教育環境において、資質の不十分な教員に育成された人材が、十分な質を確保できないまま市場に大量に出されているという事実があり、大きな問題である。また、保健人材急増の副作用として、医療機関でのスタッフの過剰状況や、政府の認可を受けた医療施設に就職できなかった者が、保健エリアで勝手に開業し、高額な医療を提供するといったことも生じている。

その対策として、現在、保健省および高等教育省の両省は、「教育リフォーム」に取り組んでおり、既存の保健人材養成機関の現状調査の結果をもとに養成機関の統廃合を検討している。

また、保健省管轄のA2人材の教育に関しては、「教育リフォーム」の一環として、「コンペテンシー・アプローチ」の導入を試みている。これは、中級人材の質を確保するために、非常に有効であると考えられている。現在までに、A2看護師教育の（コンペテンシー・アプローチによる）カリキュラム改革がAPEFE（ベルギーのNGO）の支援を受け、完成している。2010年度、その新教育を受けた初めての卒業生が出るため、彼らのパフォーマンスを評価し、共通カリキュラムとして全国への拡大をめざしている。保健省によると、今後、看護師コース以外のA2中級人材養成コースについても、カリキュラム改革を実施する予定である。保健省第6局によると、次の急務たる優先課題は「助産師」のカリキュラム改革とのことである。

なお、近年の世界的な母子保健の潮流として、拡大予防接種や下痢など小児疾患の包括的対策などにより1歳以上の幼児死亡率が減少しているのに対し、1歳未満の乳児死亡（特に1カ月未満の早期新生児死亡）と母体死亡が減少傾向にないことが問題視されている。この出産および新生児期の保健サービスへのアクセスをいかに上げるかが、昨今注目されているところである。この時期の保健サービス提供者が、助産師あるいは助産技能をもつ職種である。

コンゴ民では、90年代の初めにマルチタスクをこなせるA2看護師の育成配置に重点を置き、助産師（A3）育成を中止した。しかし、A2看護師では助産技能が不十分であり、実際のフィールドでは、当時A3助産師として育成され、いまだ現役として活動している人材に依存している状況である。しかし、この状態がこの先10年も続く彼らも引退する年齢となることが危惧される。保健省もこの問題を重要視しており、2009年度から東部州でA2助産師育成を再開するなど、対策を検討中である。

3) 配置 (Deployment, Affection)

保健人材の配置においては、①職種偏在、②地域偏在、③定年退職者の現場への滞留、無資格者の存在、④病院への偏在などが問題として指摘されているが、前項で見てきたように、「保健セクター基礎調査（2009）」および「保健人材年鑑（2009）」は、これを裏づける結果となった。

- a) 職種偏在：専門職の中で、看護師のみが絶対的に多く（82%）、すべての他の職種はごくわずかである。衛生技師や薬剤助手などは、慢性的に深刻な人材不足が起こっている。
- b) 地域偏在：看護師以外のすべての保健従事者は、都市部への偏在が顕著である。そのほとんどがキンシャサあるいはバス・コンゴに集中している。キンシャサ州の人口は全

国の9%のみであるのに対し、医師の38%、薬剤師の83%、薬剤助手の33%、臨床検査技師の46%、衛生技師の61%、放射線技師の73%がキンシャサ州に集まっている。一方、地方の保健施設では圧倒的に人材が不足しており、特にカタンガ、赤道州では著しく不足している。保健省は、都市部へ集中する背景として、就職の機会が多いことに加え、地方での紛争を避けて都市へ流入すること、都市部で働く者に有利な給与体系となっていることをあげている。

c) 定年退職者の滞留：公務員の定年制度が機能していない（退職金や年金が支払われない）ために、政府の医療施設には多くの高齢の職員が退職しないまま滞留しているといわれている。彼らを含めた実際には働いていない人材（ゴーストワーカー）が存在しており、支払う必要のない給与が支出され、保健財政を圧迫している。世界銀行の担当者によると、公務員の60%は退職すべき人材であるとのこと。そして、それがまた新卒の若者の就職を阻害しているともいわれている。

d) 病院への偏在：「保健セクター基礎調査（2009）」では、リファラル病院の人材が多すぎるという結果が示されている。「人材配置基準」は保健ゾーンレベルの保健施設については2006年に策定された（保健省）が、そのモニターがなされていない。また、州病院、3次病院、専門病院には人材配置基準がない。

なお、最近“保健人材の職種・人数・勤務先といった基本的な情報がどこにも集められていない”という大きな問題があったが、2009年の上記2つの調査により、特に「公的機関で働く保健人材」のリストが入手可能となった。今後は、①プライベートセクターの人材情報の収集、②リストの定期的更新のシステム構築が課題である。

4) 定着 (Retention)

保健人材、特に公務員の労務環境および社会的条件が悪いことは、SRSSやPNDSの問題分析の中で指摘されている。劣悪なオフィス環境、低い給与、給与の遅配、更には活動費の不足などによる、保健人材の士気 (Morale) やモチベーションの喪失が定着を妨害している。他職種への転換や、海外流出を先導しているとの指摘もある。職業倫理が根づくような環境づくり、特に給与条件の改善と、より良いインセンティブシステム (物質的条件の向上のみならず、キャリア面での将来性など) の考案をSRSSでは戦略として掲げている。

また、保健人材の能力強化を図るためには、現任研修や再教育の機会を提供する必要があるが、どの職種にも系統だった卒後教育システムが存在しない。ドナーの予算がある時に、国家プログラム (マラリア・AIDS、予防接種、リプロダクティブヘルスなど) に関して単発的に実施する。また、職能団体が研修を実施することもほとんどない。これに関して、PNDSではこれまでのような「講義方式」の研修ではなく、監督 (Supervision) の機会を利用した現場研修や、保健ゾーン内で現場における現任研修の実施と定着化を提案している。

5) 政策 (Policies) その他の根本問題

前項から繰り返し述べているが、PNDS 2000-2009が頓挫したため、PNDRHSが長期間不在であったことが根本問題としてある。

また、行政組織能力、特に調整能力が不足している。そのため教育・配置・給与支給・退職等の一連の動きが一体化していない。高等教育省・保健省の間で統一された人材養成

方針がない、公務員省・保健省間で統一した退職・配置計画がないなどの問題が潜在している。さらに、紛争前は機能していた人材情報収集メカニズムの機能不全もボトルネックとなっている。

2-5 他援助機関と協力事業

コンゴ民では、「援助効果向上に関するパリ宣言」の採択に伴い、2006年以来、政府・ドナー間の援助調整が積極的に行われている。既述したように、コンゴ民政府の方針に合致した複数ドナーの共通の開発戦略として、CAFを策定し、援助の効率化のための協調を促進している。

さらに、その計画をもとに、政府・ドナー間で優先分野の援助効率を高めるために、2008年1月に、15のテーマ別作業部会が発足しており、現在も同作業部会において政府・ドナー間協議が進んでいる。しかし、発足以来、作業部会間の任務の重複、政府のイニシアティブの欠如、ドナー・政府間の役割の不明瞭などが原因で大部分のテーマ別会合が機能していないのが現状であった。そのため、2009年6月、政府が主催した「援助効果向上ハイレベル・フォーラム」でドナーごとの援助の分業化や、調整コスト削減のためのセクター・ファンドやプール・ファンドの設置が提案され、更なる援助の一貫性と効率化を図るためのセクター戦略の策定に向けたテーマ別会合の再活性化が表明された。

保健分野ではWHO、UNFPA、UNICEF、世界銀行、EUといった国際機関や、ベルギー、カナダ、米国、英国、スペイン、イタリア、日本などの2国間協力機関が存在し、これらの機関とコンゴ民保健省で保健分野支援パートナー会議（Groupe Inter Bailleurs Santé : GIBS）が作られている。毎月1回の定期会合を開催し、情報交換や調整作業をしている。

保健人材に関連する分野ではWHO、世界銀行、ベルギー、EU、USAID、グローバルファンド（GAVI-HSS）などが活動している。

多くのドナーが、地元のNGOと契約し、州や郡レベルで活動を展開しており、中央レベルで技術支援をしているドナーは少ない。全国で機能している保健ゾーン（508）のうち、68%（346）に、何らかのドナー支援が入っている。また、保健ゾーンレベル以下では包括的な支援が多いことに対し、州病院や国立病院への支援は、機材供与など部分的なことが多い。

（1）WHO

1) 中央レベルで、保健省に対し、技術・資金支援を展開している。

- ・ PNDS策定への技術支援
- ・ PNDRHS策定
- ・ 保健人材の年間の技術支援
- ・ 保健省再編への技術支援

2) 2006年に、「保健人材開発」に係る世界の指針を打ち出したのがWHOである。アドボカシー団体“Global Health Workforce Alliance（GHWA）”を従属組織として設立し、途上国における保健人材分野の協力枠組みを提示し、各援助機関の連携を促している。コンゴ民においても、AFROおよび従属のAfrica Health Workforce Observator（AHWO）を通し、保健省に対し、随時指針を与えている。

(2) 世界銀行

1) 保健セクター復興支援プロジェクト (Health Sector Rehabilitation Support Project) または PARSS (Project d'appui et rehabilitation de system sanitaire)

2006～2010年の5カ年で、1.5億米ドルを投入し、5つの州から10県83保健ゾーン（人口940万人）を選定し、基礎保健サービスへのアクセスを上げることを目標としている。保健省内にプロジェクト調整ユニットをつくり、州・保健ゾーンのレベルでNGOと再契約し実施している（現在4～5のNGOと契約中）。契約したNGOは、資金とプロジェクトの進捗を管理する。資金の用途は州保健局の車、機材、保健ゾーンに対して病院・保健センターの修繕、薬剤、蚊帳などである。なお、世界銀行は、政府から独立して、世界銀行の全セクターの資金を管理する組織（Bureau Central de Coordination : BCECO）をつくり、資金を運営している。

2) 保健省下の職員を含めた公務員の定年制度支援

公務員の定年制度が機能していない（退職金や年金が支払われない）ために、政府機関には多くの高齢職員が退職しないまま滞留しているといわれているが、その定年制度を整備し、ゴースト職員の給与支払いで圧迫する国家予算を開放することを支援している。2010年、農業省、環境省から開始され、続いて保健省で実施予定である。

3) 保健省再編への技術支援（中央レベル）

(3) ベルギー

1) Association opur la Promotion de l'éducation et de la formation a l'eranger (APEFE) は、長年にわたり、保健省の技術支援をしてきているベルギーのNGOである。現在は、中級養成課程「教育リフォーム」に加担しており、その一環としてA2看護師教育の「コンペテンシー・アプローチ」によるカリキュラム改革を技術支援した。今後、看護師コース以外のA2中級人材養成コースについても、カリキュラム改革を実施する予定である。

2) 保健省計画企画局に政策アドバイザーを配置し、PAPの実施促進を支援している。

3) 2009年の全国IEM・ITMについての現状調査で技術支援した。

4) キンシャサ、ルブンバシの国立公衆衛生院の技術支援

5) NGOへのコントラクトにより、州保健医局スタッフおよび保健ゾーン事務所スタッフの能力強化

(4) EU

1) 保健システムへの技術支援

2) NGOへのコントラクトにより、州保健医局スタッフおよび保健ゾーン事務所スタッフの能力強化保健関連施設改修、機材、スーパービジョンへの支援（施設改修、機材、スーパービジョン費用、インセンティブ）

(5) USAID

ENSPへの技術支援

(6) GAVI（保健システム強化資金）

「保健セクター基礎調査（2009）」や「中級保健人材養成機関現状調査（2009）」の資金援助

を行った。

2-6 わが国の援助政策との関連および日本の協力実績

2-6-1 わが国の援助政策との関連

2007年2月に行われた政策協議において、対コンゴ民支援の柱の1つに「社会サービスへのアクセス改善」が据えられ、保健・水・コミュニティ開発の3つが優先分野として位置づけられた。上記に基づき、対コンゴ民事業展開計画において、「保健サービスへのアクセス改善プログラム」が設定された。本プロジェクトはその中核をなす協力である。

また、2008年5月の「アフリカ開発会議」で表明された「横浜行動計画」において、日本国はアフリカ地域の保健分野に対し、無償資金協力・技術協力で430億円の支出、保健システム強化のために1,000の保健施設の改善、10万人の保健人材の研修を行うことを表明している。本プロジェクトは、この行動計画の方針に合致した、保健人材の育成・配置の保健システム強化プロジェクトであるといえる。

さらに、2008年7月、G8首脳サミットにおいて表明された「国際保健に関する洞爺湖行動指針」では、G8諸国が国際機関と連携して、途上国の保健人材の強化を支援していくことが表明された。

以上のことから、本プロジェクトのわが国政策およびJICA協力方針における位置づけは明確である。

2-6-2 日本の協力実績

JICAは2008年から保健省アドバイザー専門家を派遣し、同専門家の分析・調査結果を踏まえ、「保健人材の育成」に重点を置いた協力を行う方針を打ち出した。同専門家の活動に加え、保健省の次官をはじめ、人材局のコアパーソンを対象とした国別研修を本邦で実施し、研修期間中に、国家保健人材開発計画策定に至るロードマップが描かれた。また無償資金協力事業により、「キンシャサ大学病院」の医療サービスの改善とともに、医療人材の実習病院としての機能を高めるための機材供与を行うとともに、地域の保健サービスの担い手である保健人材の国立保健人材養成校の整備事業を実施中である。さらに、保健医療サービスの質の向上と保健人材の問題解決能力向上をめざした、5S-TQM活動を展開し、医療機材維持管理研修（本邦研修）とも連携し、相乗効果を高めている。これら一連の日本の支援は、それぞれが個々に行われるのではなく、保健省を通じた「保健人材開発」に焦点を当てたものであることが、コンゴ民のみならず主要ドナーの間でも明確に認識されつつある。

表 2-23 日本のコンゴ民に対する協力実績（保健分野 2007年以降）

| 協力内容 | 実施年度 | 案件名/その他 | 概要 |
|------------|-----------|-------------------------|--|
| 無償資金 協力 | 2007～2009 | 小児感染症予防計画 (UNICEF連携) | 小児感染症予防計画に必要なポリオ・ワクチン、マラリア対策の防虫蚊帳、経口補水塩・亜鉛を調達・配布等するためのUNICEFに対する資金の供与。3年間の供与額累計 8.31億円 |
| | 2010 | キンシャサ大学病院 機材整備計画 | 医療従事者の実習病院であるキンシャサ大学病院産科・新生児科・小児科への医療機材の調達。7.28億円 |
| | 2010-2011 | キンシャサ保健人材養成 センター整備計画 | キンシャサ市内にある国立保健人材養成校の施設・機材整備 |
| 国別研修 | 2009 | 保健人材開発 | 保健省次官、人材関連局長等5名の研修員受入れ |
| 専門家 派遣 | 2008～2011 | 保健省アドバイザー 人数：1名×4回 | 保健政策概要把握、政策協議、保健医療政策・計画立案、実施への提言等 |
| | 2009 | 保健人材育成 人数：1名 | 保健人材育成に向けた政策協議、実施への提言等 |
| | 2009 | 看護教育 人数：1名 | 看護教育の現状調査及び強化への提言等 |

第3章 プロジェクトの概要

3-1 プロジェクトの基本計画

3-1-1 保健省による問題分析

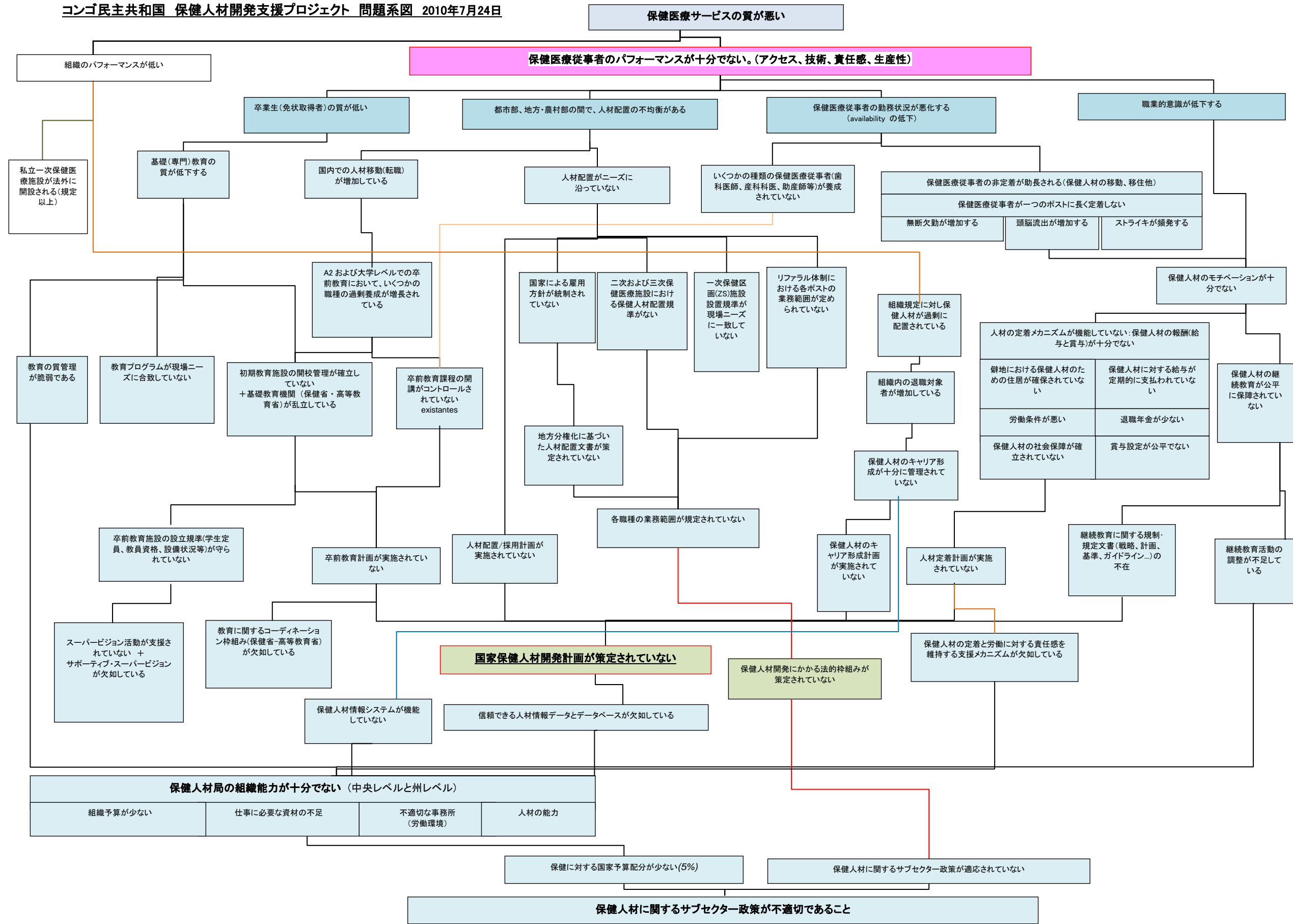
2010年3月、「国家保健開発計画（PNDS）」の保健人材開発の部分を策定するための「問題分析ワークショップ」が、保健省主催で実施された。これは、保健省が独自で（各分野がそれぞれ）実施する問題分析であるが、保健省関係者（第1局を中心に保健人材担当CNP-SS委員会のメンバー）のほかに、関連ドナーも参加した。JICAからも保健省政策アドバイザー、企画調査員、および在外専門調整員が参加し、助言をした。

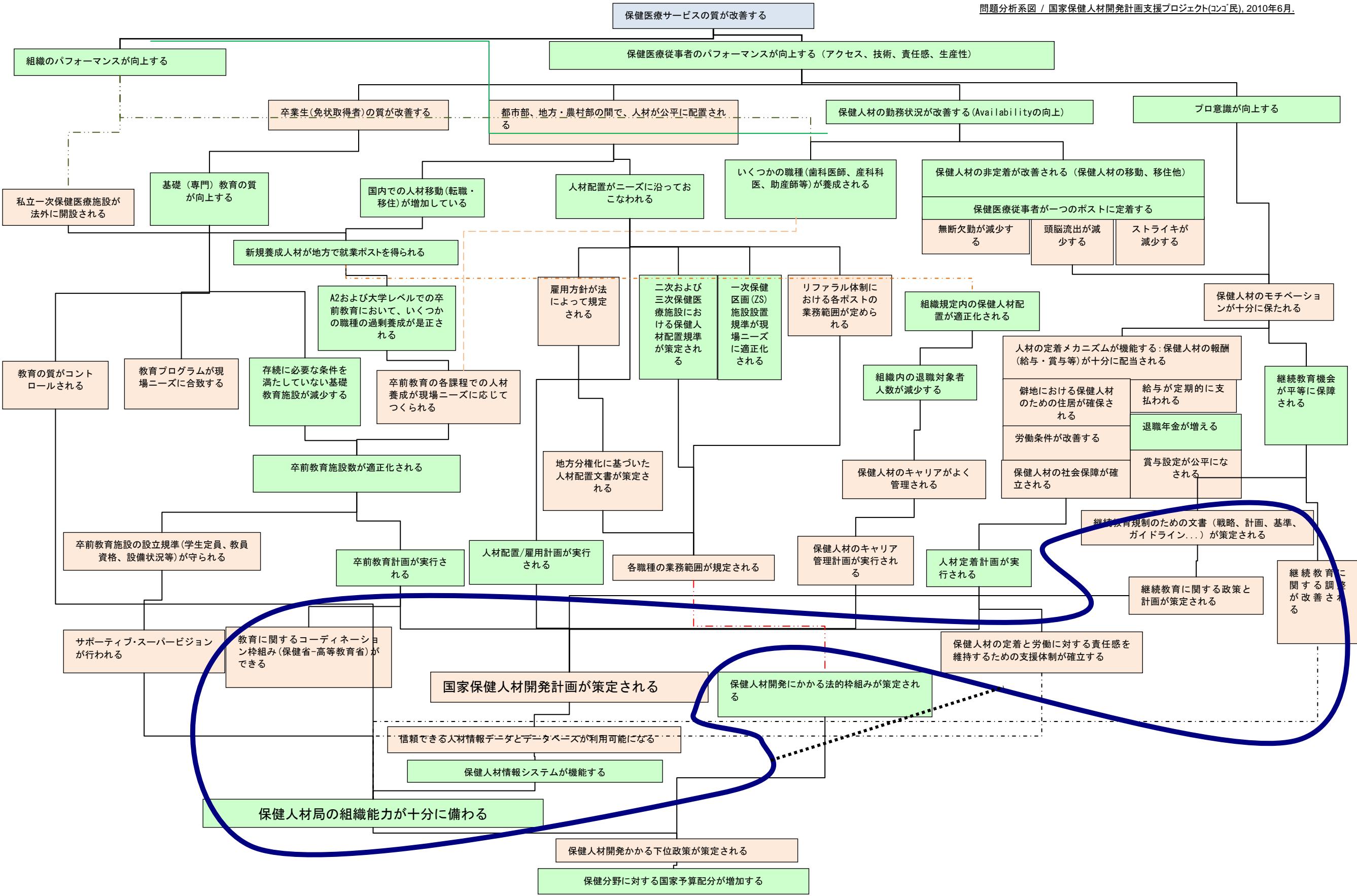
2010年6月から7月にかけて、「国家保健人材開発計画（PNDRHS）」策定と本プロジェクト形成のための「問題分析」を、保健省側とJICAとの複数の協議を経て実施した。その際、前述のPNDS策定のための問題分析をベースとして活用し作業を進めたが、論理性が弱かったため、さらに全体像が見えるように論理的検証をしながら再構築していった。本作業は、PNDSの問題分析とほぼ同じメンバーで進められた。他のドナーはWHOが参加している。

2010年7月20～23日、PNDRHSの必要性を説明することと各州の現状を知ることを目的に、各州保健医局の保健人材開発担当官を招待してワークショップを実施した（結果は付属資料8参照）。これには、JICAが技術・資金支援を実施している。その結果をもとに、さらに「問題分析」を修正した。

2010年7月24日～28日、保健省の中心メンバー（第1、6、11局の局長と主な課長）が集まり、「目的分析」と「プロジェクトの選択」「Project Design Matrix（PDM）案」を作成した。「プロジェクトの選択」において、「保健人材関連局のPNDRHSの実施能力強化」を選択した理由は、（活発な議論の中から）保健人材の「養成、配置、継続教育、キャリア管理」にそれぞれ必要なことはあるが、根底から解決するためには、全体の適切なマネジメントおよびPNDRHSの策定の緊急度が高い。そして、これを推進するための実施体制強化が最も重要であると判断されたためであった。

「問題分析」「目的分析」の最終結果（和訳）は、次ページ以降を参照されたい。





3-1-2 協力の目標

(1) スーパーゴール

良質な保健ケアおよびサービスを提供するため、保健システムにコンピテンシーあるパフォーマンスの高い人材を、十分量、公正な配分で配置する。

(2) 上位目標

PNDRHSが実施される。

(3) プロジェクト目標

保健人材関連局のPNDRHS実施能力が強化される。

(4) 成果と活動

1) 成果

1. 保健人材関連局の組織運営能力が強化される。
2. PNDRHS 2011-2015が作成され、承認される。
3. PNDRHS実施に必要な保健省内の各種規定が策定される。
4. 保健人材に関わる情報管理システムが設置される。

2) 活動

「成果1：保健人材関連局の組織運営能力が強化される」に関する活動

- 1.A. 保健人材局の労務環境を改善する。
 - 1.A.1 保健人材局の社屋・建造物を改修する。
 - 1.A.2 保健人材局に機材を整備する。
 - 1.A.3 保健人材局関係組織（中央局と州局）を結ぶ通信ネットワークを設置する。
 - 1.A.4 5S活動を導入する。
- 1.B. 保健人材局の管理職に対する保健人材管理（キャリア管理、養成管理、配置、情報管理システム、モニタリング・評価等）研修を行う。
 - 1.B.1 研修会を開催する。
 - 1.B.2 海外研修を実施する。（本邦研修、第三国研修等）
 - 1.B.3 研修の成果を共有する。
- 1.C. PNDRHS実施のための保健人材局の調整能力を強化する。
 - 1.C.1 保健人材開発技術委員会および小委員会の定例会を開催する。
 - 1.C.2 保健人材開発に関わる関係省庁との協議を行う。（公務員省、財務省、予算省、高等教育省、等）
 - 1.C.3 保健人材開発に関するパートナーの協力内容の共有およびマッピングを行う。
 - 1.C.4 保健人材開発に関する国内・国外援助機関による活動を調整する。
 - 1.C.5 PNDRHS実施のための州へのsupervisionを行う。
- 1.D. 保健人材管理実施のための評価・モニタリングを行う。（養成、管理、継続教育）
 - 1.D.1 モニタリング・評価ツールを作成する。

- 1.D.2. データを収集する。
- 1.D.3. データを分析・解釈する。
- 1.D.4. 報告書を作成する。
- 1.D.5. 分析した内容を活動にフィードバックする。
- 1.E. 保健人材開発のオブザベートリーを機能させる。
 - 1.E.1 オブザベートリーのTORを作成する。
 - 1.E.2 国別保健人材ファイルを作成する。
 - 1.E.3 AFROのWebサイトにコンゴ民オブザベートリーのページを作成する。

「成果2：PNDRHS 2011-2015が作成され、承認される」に関する活動

- 2.A. 2011-2015年度 PNDRHSのサブ・プラン（基礎教育計画・キャリア管理計画・人材定着化計画・継続教育計画）を作成する。
 - 2.A.1. 必要なデータを収集する。
 - 2.A.2. 現状診断およびその執筆を行うための作業会議を開く。
 - 2.A.3. 現状診断に基づく戦略策定のためのワークショップを開く。
 - 2.A.4. 戦略を文章化し、アクションプランを作成する。
 - 2.A.5. 承認・共有化ワークショップを開催する。
- 2.B. PNDRHSの本文を作成する。
 - 2.B.1. 必要なデータを収集する。
 - 2.B.2. 現状診断およびその執筆を行うための作業会議を開く。
 - 2.B.3. 現状診断に基づく戦略策定のためのワークショップを開く。
 - 2.A.4. 戦略を文章化し、アクションプランを作成する。
- 2.C. PNDRHSを承認し、共有する。
 - 2.C.1. 承認会合ワークショップを開催する。
 - 2.C.2. 承認されたPNDRHSを省内、関係省庁、州レベルで共有する。
 - 2.C.3. PNDRHSを印刷し、関係者に配布する。

「成果3：PNDRHS実施に必要な保健省内の各種規定が策定される」に関する活動

- 3.A. 公衆保健に関する基本法の作成に技術的に参画する。
- 3.B. 保健従事職の履行・管理および基礎教育を規定する文章を作成する。
 - 3.B.1. 保健ゾーン（ZS）の人材配置基準の更新案の検討を開始する。
 - 3.B.2. 州および中央レベルの病院人材配置基準の検討を開始する。
 - 3.B.3. 中級助産師の資格基準案および教育基準案を作成する。
- 3.C. キンシャサ中級保健人材養成校（IEMK）の国立パイロット校としての位置づけを明確にする。

「成果4：保健人材に関わる情報管理システムが設置される」に関する活動

- 4.A. 保健人材登録リストをもとにした保健人材情報データベースの定義を確定し作成する。
- 4.B. 各州の保健人材情報データ更新の仕組みを作る。

- 4.B.1 既存の保健省管轄人材登録リストの更新用フォーマットを統一する。
- 4.B.2 各州保健医局におけるデータ更新のための中央からのsupervisonを行う。
- 4.B.3 州保健医局に対してデータベースを活用した年次計画策定方法の研修を行う。

3-1-3 投入

(1) 日本側

- ・日本人専門家
長期 チーフアドバイザー、業務調整／人材管理
短期 保健人材開発、保健人材情報、助産
- ・第三国専門家
AFRO等
- ・本邦研修
年間2～3名
- ・第三国研修
セネガル等における研修コースへの参加
- ・現地活動費
 - ワークショップ／会合開催経費（州保健医局招聘ワークショップ含む）
 - PNDRHおよび報告書等印刷費
 - 各種調査経費
 - 保健人材関連局情報整備および維持経費
 - 保健人材関連局オフィス改修費
 - 国際会議・ワークショップ等参加費
 - 州保健医局への巡回指導経費
 - セネガル等との技術交換のための出張費
 - その他必要な活動経費
- ・機材
 - プロジェクト車両
 - 発電機（パソコン・照明のバックアップ用）
 - プロジェクト活動に必要な事務機器、事務用品（パソコン、コピー機、印刷機等）

(2) コンゴ民側

- ・カウンターパート給与
- ・プロジェクトオフィス（土地、建物）
- ・プロジェクトオフィス光熱費

3-1-4 外部条件の分析とリスク

| | |
|------------------|--|
| 上位目標レベルの外部条件 | 保健予算が国家予算の15%まで増額する。 |
| プロジェクト目標レベルの外部条件 | <ul style="list-style-type: none"> ・PNDRHS実施のための予算が確保される。 ・政府の高いコミットメントが継続する。 ・他の関連省庁との連携・協力が継続する。 |
| 成果レベルの外部条件 | <ul style="list-style-type: none"> ・保健人材開発行政における。 ・州保健医局と中央保健省の関係が維持される。 ・関係省庁が保健省との協力関係を維持する。 |
| 活動レベルの外部条件 | <ul style="list-style-type: none"> ・政治社会的安定が継続する。 ・政府の政策方針が変わらない。(他の関連省の方針等を含む) ・研修を受けた人材の大半が異動しない。 |
| 前提条件 | <ul style="list-style-type: none"> ・政治社会的安定 |

3-2 プロジェクトの実施体制

3-2-1 カウンターパート機関の能力

保健省人材関連局はPNDS、SRSSの作成に続き、PNDRHSの作成に取り掛かりつつあること、また本プロジェクトの策定プロセスにおいて垣間見られた問題分析能力などから、プロジェクト実施のための潜在能力は十分にあると判断される。また、第1局によるlist declaratifおよび保健人材年鑑の作成・分析、第6局によるIEM/ITMの現状調査に基づいた分析力なども見受けられる。紛争前の保健システムが機能していた時代に働いていた人材が保健省にまだ残っており、当時の記憶に基づいた国家再建への意欲が示されている点が強みであるといえる。

3-2-2 運営体制

プロジェクトダイレクターは保健省次官、プロジェクトマネージャーは保健省第1局長である。保健省次官は保健省アドバイザーの直接のカウンターパートでもある。

合同調整委員会は、第1局長の主催で保健人材委員会メンバーおよび日本側メンバーで構成される。保健省次官はドナーによる個別のプロジェクトを統括する技術調整委員会において、本プロジェクトの合同調整委員会の報告を受ける。調査団からコンゴ民側に対し、合同調整委員会にはプロジェクトダイレクターも含まれるべきであると伝えたが、コンゴ民側から、他ドナーとの調整会議において次官はメンバーに含まれておらず、JICA技術協力プロジェクトにおいても同じ枠組みで合同調整委員会を実施したいと申し出があったためこれを了承した。

現在、保健省における人材関連部局は第1局（総務・人材）、第6局（基礎教育）、第11局（継続教育）の3局である。省庁再編によりこの3局が統合される予定であるが、時期は未定である。本プロジェクトのPDM作成ワークショップなどから判断し、3局が協働してプロジェクトを進めていく意識が高いことが認められた。

3-2-3 協力機関との連携（ENSP、高等教育省、セネガル保健省ほか）

(1) ENSP

すでにGAVIの予算でEtat de lieu（保健医療施設の調査）を実施していて、未実施のプライベートセクターの調査についても予算の問題をクリアすれば実施能力があると思われる。公衆衛生学のマスターコース（年間35名養成）をもつことから、人材関連のトレーニング

などで連携も視野に入れるべきである。

(2) 高等教育省

既述のとおり、A0、A1を管轄するのが高等教育省であるため、保健人材の養成について連携が必要とされる。実務者レベルでは、両者は連携の必要性を認識している。例えば、キンシャサ大学病院（高等教育省管轄）院長はワークショップやセミナーを保健省と共同開催する必要性について言及している。プロジェクトでは、実務者レベルに加えて、政策決定者レベルも含んだ連携の強化が望まれ、プロジェクトが保健アドバイザーとともにこの推進役を担う。

(3) WHO

WHOとの連携は既に開始されている。例えば、WHOからの支援によるlist declaratifの実施、AFRO担当官を招待して行われたオブザベトリー設立に向けた準備会合の実施等があげられる。特に、オブザベトリーを機能させることはプロジェクト活動（成果1.E.）であり、これまでの連携をさらに進めていくことになる。

(4) 世界銀行

世界銀行による公務員の退職金支払いが2011年から実施される予定である。指紋判別機による公務員登録の実施は退職者対策に寄与するものであり、保健省人材関連局の活動を後押しするものである。

(5) セネガル保健省

セネガル保健省との三国間協力は2009年2月から開始されており、セネガルでの国家人材開発計画策定の過程をコンゴ民が共有することができた。プロジェクトでも技術的な支援をセネガルから受ける予定である。同じ仏語圏アフリカということで共有できる事柄が多いと期待される。

3-3 プロジェクト実施上の留意点

- ・保健システム強化の柱であり世界的に注目されている「保健人材開発」を、アフリカでも最貧国に位置づけられるコンゴ民で、しかも「ポスト・コンフリクト支援（平和構築）」アプローチの枠組みの中で実施することは非常にチャレンジングであるがその意義は大きい。ここでの保健人材システムづくりの経験・教訓は、世界各国での取り組みに貢献できるものと思われる。プロジェクトのプロセスや成果を、国際会議や論文等で世界に向けて発信していく努力も必要である。
- ・コンゴ民の再建には今後長期間にわたる支援が必要であり、本プロジェクトはその「はじめての一步」である。このため、プロジェクトの受益者は、現段階では医療サービスを享受する一般国民ではなく、保健省のカウンターパートとなる。プロジェクト目標が“保健省担当局の能力が強化される”など、インパクトが保健指標などの「形」で表現されないことから、外部には理解されにくい一面をもっている。
→ プロジェクトの終了を待たないまでも、1年目、2年目の成果・進捗を、積極的にアピール

していく必要がある。特に、形として見えやすいもの、例えば、「AFROの保健人材オブザベーターのウェブサイト」が完成した折には、保健人材情報管理システムが整備されている発展途上国は数少ないため、積極的に発表しアピールすると、外部からも成果が見え、プロジェクトへの理解が深まることが予測できる。

→ 無政府状態だった位置からの出発で、ベースライン・データとして「何もない、情報すらない」ところから始まっているという事実を、明確に説明することも必要である。

- 保健省人材関連局が3局（人事全般、初期教育、継続教育）にまたがっており、省内で改編を行う動きがあるものの、政治的な問題もあるため停滞している。このため、改編が行われ続廃合が行われた場合と現行のままの場合を想定し、プロジェクト活動に支障の出ないように、3局とバランスの取れた実施体制を維持する必要がある。
- 関連機関（高等教育省、ENSP、他省庁など）との連携が大変重要なプロジェクトになる。カウンターパート（保健省）を通し、協力と連携を促進する。また、支援を効率的に実施するために、他ドナーとの協調、連携が大変重要である。重複を避け、互いに相乗効果が発揮できるような支援が展開できるように、ドナー間の協議、情報交換を綿密に実施することを、カウンターパートに認識してもらうよう常に心がける。
- 本プロジェクトは、コンゴ民の保健人材強化を包括的に支援する「プログラム・アプローチ」の一環としての実施であるため、他のスキーム（「保健政策アドバイザー」の派遣、「キンシャサ保健人材センター整備計画（無償）」「キンシャサ大学病院医療機材整備計画（無償）」「仏語圏西アフリカ保健人材管理研修」等）による資源や成果の有効活用が可能である。実際、上記の協力機関との連携の可能性も高く、多くの既存のリソースが存在しており、これらを有機的に活用することで、プロジェクトの効率性を高めることが期待される。
- 州衛生医局もカウンターパートに含まれることに設定したが、州レベルに直接支援するには物理的な制約がある。基本的には、JICA専門家の行動可能範囲などを明確に示し、相手方の理解を得つつ、州衛生医局への支援・連絡体制を確立していく工夫が必要である。
- コンゴ民において、いわゆる「技術協力プロジェクト」の実施は初めてである（「職業訓練」の技術協力も現在開始されつつある）ため、相手国側に「技術協力」が理解されにくい状況が想像される。無償協力や他のドナーのやり方と異なる点をよく説明し、「技術協力」について理解してもらうことが先決である。
- 特に、「保健人材管理実施のための評価・モニタリングを行う（活動1.D）」、および「人材配置・労務状況のための業務監査を全国レベルで実施する（活動1.C.6.）」に関しては、技術協力プロジェクトとしてできる業務範囲の限界や、安全性の問題、業務量の問題、を十分に考慮し、「基本的にコンゴ民政府側が実施する活動の支援」であることを、明確に説明し、オーバーコミットメントを避けるように留意する（今回事前調査内でも説明している）。また、「PNDRHS 実施に必要な保健省内の各種規定が策定される（成果3）」についても同様である。
- 成果レベルの外部条件「政治社会的安定が継続する」「研修を受けた人材の大半が異動しない」、および目標レベルの外部条件「PNDRHS実施のための予算が確保される」に関しては、達成される可能性が不明なため継続的にモニターする。

第4章 プロジェクトの実施妥当性

4-1 5項目評価

4-1-1 妥当性

本案件は以下の理由から妥当性が非常に高いと判断できる。

MDGs達成に向けた途上国の保健問題の解決には「保健システム(保健のサービス提供、人材、情報、機材、財政、マネジメント)の強化」が必須であり、なかでも「保健人材」の開発は優先課題の一つであるということが世界的に認識されている。WHOによると、現在世界57カ国で深刻な保健人材不足の状態にあり、そのうち36カ国がサハラ以南アフリカに位置している。サハラ以南アフリカでは世界の疾病のうち25%を担うが、世界の保健人材の4%しか所有していないという現状がある。サハラ以南アフリカでも最貧国に位置づけられるコンゴ民で、「保健人材」の課題に取り組む意義は大変大きく、妥当であるといえる。

コンゴ民においては長期にわたる内戦の影響で、保健サービスの機能が崩壊しており、基本的保健サービスの提供がなされていない。HDIは0.389と、世界182カ国のうち176位であり、特に地方における保健人材の不足は深刻であり、MDGsの達成を妨げる大きな要因となっている。5歳未満児死亡率は199(対1,000出生 2008年)で、世界で下位から5番目。妊産婦死亡率は990(対10万出生2006年)で、世界で最も高い10カ国に入る。

コンゴ民PRGSPでは保健問題が優先課題の1つとして掲げられており、保健省が策定した「保健システム強化戦略(SRSS)」および「国家保健開発計画(PNDS)2011-2015」においても、「保健人材」が「保健システムを支える重要な柱」とされている。

日本政府およびJICAはコンゴ民への協力の柱として「社会サービスへのアクセス改善」を掲げ、保健を重点分野に位置づけている。また、2008年の「アフリカ開発会議」および「洞爺湖サミット」において、途上国、特にアフリカの保健人材の強化を掲げることが表明されている。

深刻な保健人材の問題を解決するためには国内の保健人材情報を把握する必要があるが、保健省人材関連局は、老朽化によってデータの収集や分析を行える執務環境ではなく、予算の限度もあり、全国の情報の収集を自立的に行うことも難しいため、ドナー主導のセンサス等に頼らざるを得ない。質の高い保健人材が適切に公平に配置され、地域住民の保健医療サービスの提供者と成り得るためには、さまざまな問題を解決する必要がある。保健人材の職務範囲や技能の確定などの法整備、基礎教育・現任教育の拡充、保健人材情報の整備と更新、適切な人材の「養成」「配置」「定着」「管理」のための仕組みづくり、これら保健人材問題の解決策を具体化させるためのPNDRHSの策定、そしてすべての土台となる保健人材関連局の実施能力の向上および体制の強化である。これらの内容は、保健人材関連局および州の担当者を対象とした「問題分析ワークショップ」において、コンゴ民から示された問題分析と課題であることから、本プロジェクトの内容はコンゴ民のニーズそのものであるといえる。

保健省には、2008年以降、政策アドバイザーがシャトル型で派遣されており、その中で作り

上げてきた人間関係や、相手国の業務実施体制に関する蓄積された知識が、今後プロジェクトを実施運営していくうえで大変有効である。

4-1-2 有効性

本案件は以下の理由から有効性が見込まれる。

保健人材問題の解決には「国家保健人材開発計画の策定と実施」が必須であることが、コンゴ民保健省の問題分析ワークショップで明確になっている。同計画が実施されるためには、その基盤となる計画立案・実施体制が整うことが前提である。本プロジェクトにおいてはこの「計画立案能力・実施体制の強化」をプロジェクトの目標に据え、①保健省の組織運営能力強化、②PNDRHSの策定、③保健人材に関する各種規定の整備、④必要情報/データの収集メカニズムの構築の4つの成果を設定した。

まず、計画立案・実施を担う、保健省保健人材関連局スタッフのマネジメント能力向上、執務環境改善が必須である（成果①）。マネジメント能力向上には、保健人材計画の立案・実施に関わるドナーや関係省庁との調整能力の強化が含まれる。これらのアクターをまとめつつ、サブテーマごとに小委員会を開催する（成果①、②）。また、小委員会では各地域（州）から集めたデータに基づく現状分析を行い、分析を踏まえた戦略を策定し、これを束ねて国家計画として取りまとめ、国家承認を受けるプロセスを経る（成果②、④）。さらに国家計画の実施には、これを支える法令・省令の整備が必須である（成果③）。

指標に設定した「データに基づく保健人材の年次活動計画書や実績報告書」が作成・提出されることは、これら4つの成果の達成を意味しているといえる。

成果達成に関わる外部条件については、現在、中央と地方保健局の関係は良好であり、地方分権化が大幅に進んだとしても、この関係は少なくとも3年間は保たれる見込みが高いこと、また関連省庁と保健省の協力関係についても現在は良好に維持されており、今後、その関係が悪化する可能性は極めて低いと思われる。

以上より、外部条件がクリアできる見込みとプロジェクト目標に到達する可能性が高いことから、有効性が高いといえる。

4-1-3 効率性

案件は以下の理由から効率的な実施が見込まれる。

各「成果」達成のために必要な活動を検証したのち、他ドナーとの役割分担、保健省の優先順位、プロジェクトでカバーできる範囲などを勘案しつつ確定させた。必要十分な活動が組み込まれているという点で、効率性は高いといえる。

また、コンゴ民保健省を取り巻く人的・資金的リソースを有効活用できる可能性が高い点でも効率的であるといえる。具体的には以下のとおり。

- ・プログラムアプローチの一環で支援を行っている「保健人材養成モデル校の建設」「保健人材の実習病院（キンシャサ大学病院）の機材整備」「施設で働く保健人材のマネジメント力とサービス提供能力向上のための5S-TQM活動の導入と普及（本邦研修およびフォローアップ）」、仏語圏アフリカ諸国を対象とした本邦研修など、別スキームの活用と連携を図ること。
- ・過去に類似案件を実施していたセネガル保健省のリソースや、調査・分析能力やトレーニング

グ能力の高いコンゴ民「国立公衆衛生院」など、自国・域内のリソース活用により、すべてを日本人専門家や本邦研修で対応する必要がないこと。また、コンゴ民で新しい看護教育のアプローチを導入してきたベルギーNGOとの連携により、効果的な教育方法を拡大させ、他職種（助産師など）にも応用させていくことが可能となること。

- ・WHO、AFRO、世界銀行など、保健人材開発の分野で活動しているドナーとの連携・分担による相乗効果の発現。

ただし、コンゴ民では保健省大臣や次官の人事異動が頻繁に起こり得ることから、蓄積してきた取り組みの方向性が維持できなくなる可能性は否定できない部分がある。個人の技能や資格の取得につながるような協力よりも、組織に必要な取り組みについて全体的に支援することで、組織への還元が図られると考える。

もうひとつの外部条件「政治社会的安定が継続する」について、現段階ではキンシャサ市内に不穏な動きはなく、治安は回復の一途をたどっているように見えるものの、2011年の大統領選挙を控え、不安定な状況に急転する可能性は秘めていることから、本外部条件が満たされる可能性が高いとはいえない。

4-1-4 インパクト

本案件のインパクトは以下のように予測できる。

プロジェクトで取り組む「PNDRHS」の策定はコンゴ民の公式計画であり、国の優先課題として、今後取り組まれていくものである。そのため、プロジェクト終了後も、彼ら自身で組織的に取り組んで実施されていく可能性が高い。また、上位目標が達成されるかどうかは、政府の高いコミットメントと、必要な予算が確保されると同時に、関連省庁との連携協力の継続が重要である。しかし、脆弱国における財政事情の厳しさや、ドナーの足並みを揃えることなど、難しい要因が絡むことも事実である。PNDSを実施するためには、今回プロジェクトのターゲットとした実施体制強化や基盤整備が必須であるものの、外部条件によって上位計画の達成度合いが限定的になる可能性はあり得る。

また、上位目標以外の正の効果・影響（波及効果）として、次のことが推測される。

- ・保健人材関連部局の管理運営能力が改善されれば、PNDRHS以外の業務も効率化される。
- ・問題解決型プロジェクト運営方式の導入により、伝統的に与えられた業務をこなすだけでなく、自分たちで問題に気づき、解決していくことで、カウンターパートに自信が生まれる。

プロジェクト内で実施するドナーのマッピングとその更新により、他のドナーもその便益を受ける。

4-1-5 持続性（見込み）

以下のとおり、本案件による効果は相手国政府によりプロジェクト終了後も継続されるものと見込まれる。

<組織・制度の持続性>

「PNDRHS」は5カ年計画であることから、2015年までは本計画が継続される。その後も「保健人材開発」のニーズが存在し続けることから、PNDRHSの重要度の認識が保たれるものと思われる。また、組織については、近い将来、保健省の組織改編で局の統廃合が予定されているが、

そもそもは、保健人材のサブセクターが3つの局に分断されているものが統合するものであり、この3つの機能自身がなくなることはないことから、組織改編が行われても必要な機能を実施する組織は残る。

<技術の持続性>

プロジェクト形成過程において、自分たちが本当に実施したいことをプロジェクトとして形成しているため、カウンターパートのプロジェクトに対するオーナーシップは開始前から非常に高い。そのため、プロジェクト終了後も強化された技術が継続する可能性が高い。

<資金面での持続性>

MDGsやPRSPとの関係から、国家予算全体に対する保健予算の割合が少しずつ上昇してきており、15%まで増加させる方針（調査計画局）。また、他ドナーの支援が継続する可能性も高い。

4-2 結論

以上5項目評価のそれぞれの結果から判断し、本プロジェクトの実施の意義は高いといえる。ただし、本プロジェクトは、あくまでも復興国再建の第一歩として取り組む内容であり、策定されたPNDRHSが各州レベルの人材養成・配置・定着に着実に結びついていくか否かは、コンゴ民自体の経済力などにも大きく左右される可能性が高いことに留意すべきである。

第5章 所 感

5-1 団 長

先行して実施されている保健省アドバイザー専門家の協力のおかげで、先方の日本の協力に対する理解が深まり、また保健人材開発分野の問題も分析され、かつ分析結果が先方と共有されていたことが、先方と調査団との協議を効果的に行うための基盤になったと考える。

人口約7000万人のアフリカの大国であるが、不安定な政治情勢や内戦の影響で国内のインフラは未整備の状況である。今回視察を行ったトップリファラル病院の一つであるキンシャサ大学病院でさえ設備・機材の整備状況は乏しく、実施が決定している日本の無償資金協力を大きな期待が寄せられている状況である。本件技術協力プロジェクトに対する保健省側の期待は非常に高く、調査団との連日の協議に関連する局長らが出席するだけでなく、事務次官や官房長が最終的なM/M協議に参加するなど先方のコミットメントの高さと真摯な姿勢が感じられた。

2011年に予定されている大統領選挙が適切に実行され政情が安定すれば、大きな開発ポテンシャルのある国であると考えられる。現地のJICAコンゴ民主共和国駐在事務所と在コンゴ民主共和国大使館も本件協力に対し期待しており、脆弱国家への保健分野協力のモデルとなることが期待できると考える。

5-2 保健政策

(1) 紛争後の脆弱国家への協力

本プロジェクトは、典型的な脆弱国家への協力である。日本国としても、過去の経験として、カンボジア、アフガニスタン等の紛争後の脆弱国家への協力を行ってきた。これらの経験では、紛争直後の政府自体が不安定な時期に中央保健省レベルへの協力を開始し、これらの影響のもとに、国家政策へのコミットメントを継続することは、本プロジェクトのように国家政策策定への参画につながり、その効果が国のすべての住民に波及すると考えられる。特にコンゴ民のように広大な国土および多彩な民族をもつ不安定国家への援助効果を効率的に得るための唯一の方法は、中央政府に入り協力をすることである。裨益する住民への直接の援助では、その効果は極めて限定的であり、治安の面からも限界があるといえる。今回、このような中央政府への協力ができるということは、技術的には非常に意欲的なものであるが、他のアフリカの脆弱国家への協力のモデルとなり得る。

(2) 保健人材育成分野の協力の重要性

内戦等により、住民への保健サービス提供のシステムが崩壊してしまい、予防もしくは治療可能な病気により、命が失われている状況であるが、これらの改善のために重要となるのは、質の高い保健医療従事者の公平な配置と彼らへのサポートである。コンゴ民では、地域レベルの医療従事者、特に本プロジェクトが対象としている中級看護師が直接にサービスを提供しており、プロジェクトの成果は、直接地域の保健医療状況の改善に直結する可能性は高い。近年の首都キンシャサ地区の無計画かつ質の伴っていない看護師の養成は、医療にアクセスした人々が助からないという状況を生み出している。これにより、住民の保健医療への不信を増加させ、医療施設に行かなくなり、また簡単な病気で死亡するという悪循環を生む可能性が出てきている。

これらを解決するために、「保健人材育成のための国家レベルの省令、基準、規則の策定」「それに基づいた人材の養成」「医療を住民に公平に提供するための、広い国土の地域までに到達するような適切な人員配置」と、「これらの人材が海外流出したり、他の部門へ行かないような定着」、「すでに働いている人たちの質の向上のために研修」を包括的に実施するPNDRHSの実施は、今後のコンゴ民の将来の発展の基礎となると考えられる。

またコンゴ民は、1995年までは、アフリカの保健人材養成に関して、中心的な役割を果たした歴史があり、特にIEMKキンシャサの保健人材育成学校、キンシャサ大学医学部出身は、ウガンダ、ルワンダ等の国でも重要な役割を果たしているといわれている。現在のコンゴ民においては、50歳代の人材は昔のよき時代の経験もあり、能力を有しているが、その後の15年の内戦の影響のため、その下の年代の人材は質、量とも不足している。2010年という今、新しい保健人材を育成しないと、10年以内に質の高い育成者が大量に不足するという事態も予想され、時期としてもこの時期に始めることの意義は高い。

さらに、コンゴ民に対しての協力はアフリカ開発会議などでアフリカへの人材開発へのコミットメントを約束をしている日本にとって、中央レベルへの人材育成へのコミットメントのみならず、本プロジェクトにおいて、直接的、間接的に研修を受ける研修数の面でも大きく貢献すると考えられ、その波及効果という面でも意義は高い。

第6章 実施協議

6-1 実施協議の概要

実施協議は、コンゴ民政府およびJICAコンゴ民主共和国駐在事務所関係者で以下のとおり実施された。

(1) 日時

2010年11月4日（木） 10時30分～11時10分

(2) 場所

保健省大臣官房会議室

(3) 出席者

保健大臣官房長官（議長）、保健省第1局局长、国際協力担当官、技術審議官、JICAコンゴ民主共和国駐在員事務所長、企画調査員、在外専門調査員

(4) 主な協議概要

- 1) 詳細計画策定調査の討議（M/M）から実施協議までの経緯について、第1局長より列席者に説明がなされた。
- 2) 大臣官房から事前に指摘されていた討議協議録（Record of Discussion : R/D）案の指摘事項について、JICA駐在員事務所長より説明し、以下の内容で了解を得た。
 - ① 文法、綴りなどの誤り（修正済み）
 - ② Annex-1 活動3.3-A
保健基本法策定は現時点でほぼ終了しているため、削除してはどうか。
→調査時には策定されていなかったため、PDMに載せた経緯あり。また、策定時、JICAからも技術的な貢献を行った事実があるのでこのまま残すこととしたい。
 - ③ JICA専門家とその家族の人数を明らかにすることはできないか
→人数の明示はしない。専門家のタイトルは明記されているのでこれを参考にしたい。また、現在JICAでは家族の呼び寄せが許可されていないが、今後許可される可能性があるため、人数の明示は困難である。
- 3) 全文確認を行いながら以下の点について協議、確認した。
 - ① Annex-4のタイトルは「Privileges/Facilities」にできないか。保健省は専門家特権が確保されるよう「便宜を図る立場」であり、特権に関する責任は外務省/財務省にあるため。
→定型のため変更は困難。協力各省含め、二国間協力の合意を得たうえで実施するプロジェクトであるため、専門家特権の記載は必須。
 - ② 本文Ⅲ、7、(3) について
プロジェクト実施に係る先方負担事項について、「プロジェクト実施に必要な経費」ではなく、調査のM/Mで示されたインプットに限定した形にしてほしい。例えば「コンゴ民側がインプットとして合意したとおりのプロジェクト実施に必要な経費」といった表現に変えられないか。

→主旨は理解するが変更は困難。プロジェクト開始後、当初想定外のコンゴ民側負担を強いるようなことはない。

6-2 R/D署名

上記実施協議を経て最終案が作成され、2010年11月19日、コンゴ民主共和国保健大臣およびJICAコンゴ民主共和国駐在員事務所長がR/D署名・交換を行った。(付属資料4のとおり)

付 属 資 料

1. 要請書
2. 詳細計画調査団締結 M/M (2010年8月11日署名)
3. PDM および PO (和訳)
4. R/D
5. コンゴ民主共和国保健人材強化プログラム全体像
6. 保健人材 国家オブザベーター
7. 保健省初期教育 (第6) 局計画課課長との面談記録
8. PNDRHS 作成に関する検討ワークショップ最終報告書 (抜粋 和訳)
9. コンゴ民主共和国一般情報

1. 要請書



République Démocratique du Congo
*Ministère de la Coopération
Internationale et Régionale*

N°CAB/MINCIR/...027.../2011

Le Ministère de la Coopération Internationale et Régionale de la République Démocratique du Congo présente ses compliments à l'Ambassade du Japon à Kinshasa et a l'honneur de lui transmettre ci-après les requêtes du Ministère de la Santé Publique concernant l'envoi d'un expert en planification des Ressources Humaines en Santé pour élaborer le Plan de développement des Ressources Humaines et celle en rapport avec les équipements dudit Ministère.

Ces requêtes permettront de concrétiser ce que le Ministère de la Santé Publique a convenu de réaliser avec la coopération Japonaise dans le domaine sus-évoqué.

Le Ministère de la Coopération Internationale et Régionale remercie l'Ambassade du Japon pour les meilleures dispositions qu'elle voudra bien prendre à cet effet et saisit cette occasion pour lui renouveler les assurances de sa haute considération.

Fait à Kinshasa, le 14 JAN 2011

A L'AMBASSADE DU JAPON
A KINSHASA/GOMBE

**TECHNICAL COOPERATION
BY THE GOVERNMENT OF JAPAN**

PROPOSAL

By the Government of République Démocratique du Congo (RDC)
for an expert, i. e., Expert en planification des Ressources Humaines
to the Government of Japan

Notes.- This form has been devised for the general guidance of Government agencies concerned (JAPAN) in order to facilitate the supply of relevant information and data necessary to afford an adequate appreciation of the nature of technical co-operation required. The careful completion of this proposal form will avoid much reference back and lead to speedier action.

| | |
|---|--|
| <p>1. Back ground information This section should show as precisely as possible the general nature of the project for which the expert is required, starting whether it comes within the Government's development programme. It is important to indicate whether the project is a new enterprise or whether it was started previously. In the latter case, any assistance received under other technical co-operation programmes (e.g. under United Nations auspices) should be stated. With regard to industrial enterprises, some impression of the size is important and the output and number of workers to be employed are useful indications. The type of process, make and age of industrial or scientific equipment with which the expert will be concerned should be specified. In the case of academic establishments, it is an advantage to know the number of annual intake of students, their level of attainment, numbers and status of existing staff and details of any research facilities and the level of research being undertaken (Copies of brochures, annual reports, financial statements, calendars, syllabus of instruction etc. should be attached where applicable).</p> | <p>(1) La crise politique et la guerre civile qui ont caractérisé la RDC depuis 2001 ont entraîné une baisse de la performance de son système de santé. Cette baisse de performance est marquée, en ce qui concerne les ressources humaines, par:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La baisse de la qualité des ressources humaines • La faible capacité logistique et managériale de la direction des Ressources Humaines • L'inexistence d'un plan de développement des ressources humaines • La répartition inéquitable du personnel qualifié en faveur des villes • La fuite des cerveaux • La désorganisation de la formation continue • La baisse de la qualité de l'enseignement de base du personnel médical <p>(2) Celles-ci ont entraîné la faible utilisation des services (taux d'utilisation CPN : 59,6% ; accouchement assisté : 46,9% ; curatifs : 21,9%) et la mauvaise qualité des soins (taux de mortalité infantile : 126/1000 ; mortalité maternelle : 1,289/100000 ; mortalité générale : 17/1000)</p> <p>(3) A ce jour, la direction des Ressources Humaines ne dispose pas d'une logistique suffisante pour remplir correctement sa Mission. En plus, l'actuel cadre organique du ministère de la santé rend la gestion des ressources humaines moins performante.</p> <p>(4) En vue d'améliorer la performance de son système de santé, la RDC, par le canal de son ministère de santé publique est entrain de procéder à la réforme institutionnelle, telle que reprise dans le document de stratégie du renforcement du système de santé (SRSS).</p> <p>(5) Cette stratégie prévoit également des ressources humaines dans le secteur de la santé.</p> <p>(6) Ainsi, dans le cadre de la reprise de la coopération dans le domaine de la santé entre la RDC et le Japon, un des axes stratégique retenus est le renforcement de la politique nationale en rapport avec le développement des ressources humaines en renforçant les capacités de la direction des Ressources Humaines et en améliorant la gestion des Ressources Humaines.</p> <p>(7) Pour y arriver, il est indispensable que le Ministère de la Santé Publique de la RDC soit assisté par un expert technique de la coopération japonaise pour le développement des Ressources Humaines.</p> |
| <p>2. Specification for the post.*</p> <p>(a) post title</p> <p>(b) duties for which the expert will be responsible. These should preferably be listed, and it is important to give as much detail as possible.</p> <p>(c) authority to whom expert will be responsible.</p> | <p style="text-align: center;">- Expert en planification des ressources humaines</p> <p>(i) Analyser la situation actuelle de la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé Publique</p> <p>(ii) Apporter l'expertise dans le renforcement des capacités de la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé ;</p> <p>(iii) Apporter l'expertise dans l'élaboration du plan de développement des Ressources Humaines ;</p> <p>(iv) Apporter l'expertise dans la planification des Ressources Humaines en santé ;</p> <p>(v) Apporter l'expertise dans la répartition équitable du personnel qualifié du Ministère de la Santé Publique sur le terrain.</p> <p style="text-align: center;">- Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique de la RDC</p> |

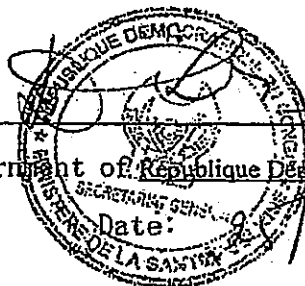
* It is essential that full particulars should be given. If the space provided is inadequate, they should be given on a separate sheet.

| | |
|--|---|
| <p>2. Specification for the post (Cont'd)</p> <p>(d) Qualification and experience required and approximate age limits</p> <p>(e) number of personnel required.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Spécialiste en planification des Ressources Humaines en Santé • Un personnel (1) |
| <p>3. In the case of continuous projects, give name and particulars of understudy or counterpart who is to work with the expert</p> | <p>N/A</p> |
| <p>4. Terms and conditions of appointment: (a) duration</p> | <p>- Trois (3) ans</p> |
| <p>(b) actual place of employment, nearest town and post office</p> | <p>- Kinshasa (Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé Publique)</p> |
| <p>(c) if living accommodation to be provided, state whether furnished or unfurnished, and whether suitable for married man with family:</p> | <p>N/A</p> |
| <p>(i) daily allowance for food if accommodation only provided</p> | <p>N/A</p> |
| <p>(ii) daily rate for accommodation and food if neither are provide in kind</p> | <p>N/A</p> |
| <p>(d) daily and nightly rates of subsistence payable when away from base on duty</p> | <p>N/A</p> |
| <p>(e) are costs of internal travel paid or car provided?</p> | <p>N/A</p> |
| <p>(f) what leave arrangements are suggested?</p> | <p>N/A</p> |
| <p>(g) extent to which free hospital and medical treatment is to be provided for the expert and his accompanying dependents, if any</p> | <p>N/A</p> |
| <p>(h) shall the expert be exempted from the payment of income tax and charges of any kind imposed on or in connection with any allowances to be remitted from overseas?</p> | <p>Yes.</p> |
| <p>(i) (i) shall the expert be exempted from the payment of customs duties and charges of any kind imposed on or in connection with the importation of equipment, machinery, materials and medical supplies as well as personal and household effects belonging to the expert and his family, including one refrigerator, one sewing machine, one radio and other electrical appliances?</p> | <p>Yes.</p> |
| <p>(ii) In case a car is not provided to the expert by the host government, shall the expert be exempted from the payment of customs duties and charges of any kind imposed on or in connection with the importation of a car?</p> | <p>Yes.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>4. Terms and conditions of appointment (Con'd)</p> <p>(j) does host government undertake to indemnify expert in respect of damages awarded against him for actions performed in the course of his official duties?</p> <p>(k) approximate date on which the expert is required to arrive in receiving country</p> <p>(l) any other information</p> | <p>Yes.</p> <p>- Janvier 2011</p> <p>- Disposition de contrepartie du Ministère de la Santé Publique</p> |
| <p>5. Previous steps, if any, to fill the post:</p> <p>If any previous attempt has been made to fill the post from any external source (UN, Specialised Agency or other) please indicate:</p> <p>(a) to whom application was addressed, with date</p> <p>(b) result or present stage of negotiations</p> <p>(c) are other experts working in this area in associated projects or have there been experts working in this field previously? If so, are any reports by these experts available?</p> | <p>N/A</p> <p>N/A</p> <p>N/A</p> <p>N/A</p> |
| <p>6. Correspondence:</p> <p>Name, postal and telegraphic address of official to whom correspondence regarding this application should be forwarded</p> | <p>- Secrétariat Général du Ministère de la Santé Publique Avenue de la Justice, 36 Commune de la Gombe Kinshasa République Démocratique du Congo</p> |

Signed _____

on behalf of the Government of République Démocratique du Congo.



**TECHNICAL COOPERATION
BY THE GOVERNMENT OF JAPAN
PROPOSAL**


**By the Government of République Démocratique du Congo
to the Government of Japan
for the supply of equipment**

- Notes:- (1) This form has been devised for the general guidance of co-operating countries in order to facilitate the supply of relevant information and data necessary to afford an adequate appreciation of the nature of the technical assistance required. The careful completion of this proposal form will avoid much reference back and lead to speedier action.
- (2) The requisite number of copies of the Form A4 duly endorsed by the appropriate Foreign Aid Department of the requesting government should be forwarded to the donor government concerned through the appropriate channels.
- (3) The equipment to be supplied by the Government of Japan will become the property of the requesting government upon receipt of the shipping documents through the Japanese Embassy. Since the equipment is supplied on C.I.F. basis, it is requested that the recipient government will meet:
- (a) customs duties, internal taxes and other similar charges, if any, imposed in respect of the equipment, and
(b) expenses necessary for the transportation, installation, operation and maintenance of the equipment.

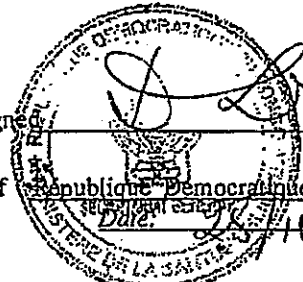
| | |
|--|---|
| <p>1. Background Information Please describe as concisely as possible the general outlines of the project for which the equipment is required, indicating whether the latter is (a) for use by an expert in the performance of his duties (b) for a training scheme of institution or (c) for a research institution. If either (b) or (c) please say whether the equipment is for the establishment of a new institution or the expansion or re-organization of an existing one (e.g. by the provision of a new department, etc.). The name and exact location of the institution, its approximate cost and the authority responsible for it should be stated. Where appropriate details should be given of the availability of any services required for the operation of the equipment. This would include operation by electricity (i.e. type of current, periodicity, voltage and any variations, phases, frequency etc. and if D.C. is the only current available please give full details), water, reticulation or steam gas etc. Details of similar equipment already in use should be given.</p> | <p>(1) La crise politique et la guerre civile qui ont caractérisé la RDC depuis 2001 ont entraîné une baisse de la performance de son système de santé. Cette baisse de performance est marquée, en ce qui concerne les ressources humaines, par:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La baisse de la qualité des ressources humaines • La faible capacité logistique et managériale de la direction des Ressources Humaines • L'inexistence d'un plan de développement des ressources humaines • La répartition inéquitable du personnel qualifié en faveur des villes • La fuite des cerveaux • La désorganisation de la formation continue • La baisse de la qualité de l'enseignement de base du personnel médical <p>(2) Celles-ci ont entraîné la faible utilisation des services (taux d'utilisation CPN : 59.6% ; accouchement assisté : 46.9% ; curatif : 21.9%) et la mauvaise qualité des soins (taux de mortalité infantile : 126/1000 ; mortalité maternelle : 1,289/100000 ; mortalité générale : 17/1000)</p> <p>(3) A ce jour, la direction des Ressources Humaines ne dispose pas d'une logistique suffisante pour remplir correctement sa Mission. En plus, l'actuel cadre organique du ministère de la santé rend la gestion des ressources humaines moins performante.</p> <p>(4) En vue d'améliorer la performance de son système de santé, la RDC, par le canal de son ministère de santé publique est entrain de procéder à la réforme institutionnelle, telle que reprise dans le document de stratégie du renforcement du système de santé (SRSS).</p> <p>(5) Cette stratégie prévoit également des ressources humaines dans le secteur de la santé.</p> <p>(6) Ainsi, dans le cadre de la reprise de la coopération dans le domaine de la santé entre la RDC et le Japon, un des axes stratégiques retenus est le renforcement de la politique nationale en rapport avec le développement des ressources humaines en renforçant les capacités de la direction des Ressources Humaines et en améliorant la gestion des Ressources Humaines.</p> <p>(7) Pour y arriver, il est indispensable que le Ministère de la Santé Publique de la RDC soit assisté par la fourniture des équipements pour le renforcement de la capacité d'administration.</p> |
| <p>Description of equipment required. Please give a full description of each item and general specifications where possible. The manufacturer and estimated cost of each item if known together with details of the proposed end use of item should be given. Where applicable, give details of any special packing or tropic proofing required and indicate whether handbooks or instruction data supplied in English will suffice. If appropriate, please indicate any required priorities or phasing of deliveries and advise whether adequate facilities exist for maintenance and servicing of the type of equipment requested. (If lengthy, detailed lists should be annexed: it would be convenient to have separate annexures for (a) films, (b) books and (c) other equipment.)</p> | <p>Les équipements principales :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Véhicule (4WD, TOYOTA, LandCruiser 4,5 L DSL YD1200L-GNMNZ 00) (2) Générateur (3) Ordinateurs (320 MT Processeur Intel Mémoire 160GB) (4) Laptop (320 MT Processeur Intel) (5) Imprimante (Laser, vitesse 26ppm/Mémoire 32Mo) (6) Scanner (7) Photocopieuse professionnelle (8) Vidéo Projecteur (9) Table de Bureau et chaise de bureau (10) Armoire (11) Climatiseur <p>e.f. List of Equipment Requested</p> |
| <p>3. Has this equipment request already been directed to any other Agency or country and if so to whom was it addressed and with what result?</p> | <p>Non</p> |
| <p>4. Has the list of equipment already been discussed with representatives of the supplying country / ies? If so, please indicate what stage the discussions have reached.</p> | <p>Non</p> |
| <p>5. Furnish full particulars in respect of (a) Consignee; (b) Official to receive documents and enquiries; and (c) Clearing agent at port of entry.</p> | <p>(a) Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique (b) Ministère de la Santé Publique (c) N/A</p> |

(2)

| | |
|--|--|
| <p>6. Where equipment is required for use by an expert Please indicate-</p> <p>(a) The country or agency from which the expert has been requested or obtained.</p> <p>(b) His duties and length of secondment (a reference to the relative Form A.1 will suffice when the expert is being provided by the country to whom the equipment request is addressed).</p> <p>(c) What use is proposed for the equipment when the expert's period of secondment terminates?</p> <p>(d) By what date is the equipment required?</p> | <p>(a) Chef de projet de l'appui au développement des RHS</p> <p>(b) Durée ; Piloter le Projet de l'appui au développement des RHS etc. Durée : Jans</p> <p>(c) Continuer d'être utilisé par les experts de la MSP en RDC</p> <p>(d) Novembre 2010</p> |
| <p>7. Where equipment is required for Training or Research Institutions Please indicate-</p> <p>(a) Nature and standard of training or research to be undertaken</p> <p>(b) Total number of students to be accommodated from within the country or from elsewhere in the Region, the qualifications for admission, the duration of courses, and the annual output of trainees</p> <p>(c) Whether there is already a similar institute(s) in existence in the country. If so, please give details</p> <p>(d) Whether buildings are already available. If not has construction started and when is it expected to be completed?</p> <p>(e) Whether qualified staff to handle the equipment has been recruited or is proposed to be recruited locally. If not is it proposed:- (i) to recruit foreigners under aid programmes? (ii) to train locally recruited personnel abroad in handling equipment? (the reference numbers of any Forms A.1 or A.2 relating to such requests should be quoted)</p> <p>(f) Taking into account the answers to (d) and (e) above, what is the date by which the equipment is required and the date on which training or research work is to commence.</p> <p>(g) Whether any assistance in drawing up the Scheme has been obtained from outside experts? (Any specialist reports or Government surveys (e.g., Educational Committee Reports, etc.), bearing on the request should be provided if possible)</p> | <p>(e) Renforcement de la capacité d'administration</p> <p>(b) 60 personnels 40 Personnes environ du niveau central et 22 personnels du niveau province</p> <p>(c) Non</p> <p>(d) Oui</p> <p>(e) Oui</p> <p>(f) Novembre 2010</p> <p>(g) Non</p> |
| <p>8. Correspondence: Name, postal and telegraphic address of official to whom correspondence regarding this proposal should be forwarded</p> | <p>Secrétariat Général du Ministère de la Santé Publique Avenue de la Justice, 36 Commune de la Gombe Kinshasa République Démocratique du Congo</p> |

Signé 

on behalf of the Government of République Démocratique du Congo

 Dated: 11/10

For use only by Donor Government

Proposal accepted/rejected/withdrawn
on behalf of the Department of _____

Date: _____

Application Form for Technical Cooperation (Equipment)

By the Government of Japan

| | |
|---|---|
| 1. Subject of Technical Transfer (by the Expert/s) for which Equipment should be Provided | Projet de renforcement des capacités de la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé Publique de la RDC |
| 2. Outline of Activities by the Related Expert(s) | <p>(i) Apporter l'expertise dans le renforcement des capacités de la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la santé ;</p> <p>(ii) Apporter l'expertise dans l'élaboration du plan de développement des Ressources Humaines ;</p> <p>(iii) Apporter l'expertise dans l'établissement des programmes de formation en vue de l'élaboration du plan de développement des Ressources Humaines.</p> |
| 3. Estimated Cost for the Equipment | 99,352 dollars américains |
| 4. Place of Procurement | <input checked="" type="checkbox"/> Recipient Country / <input type="checkbox"/> Japan / <input type="checkbox"/> Third Country |
| 5. Preferable Time of Delivery | Octobre 2010 |
| 6. Necessity of Dispatch of Expert/s for Installation and Adjustment of the Equipment | <input type="checkbox"/> Necessary / <input checked="" type="checkbox"/> Not necessary / <input type="checkbox"/> Not clear |
| 7. Name of Recipient Organization | Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé Publique de la RDC |

| | |
|--|---|
| 8. Place of Installation and the Distance from the Capital | Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé Avenue de la justice, 36 Commune de la Gombe Kinshasa/RDC |
| 9. Background Information on the Request of the Equipment and its Role in Technical Transfer | <p>(1) La RDC est caractérisée actuellement par une baisse de la performance de son système de santé. Cette baisse de performance est marquée, en ce qui concerne les ressources humaines, par:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La baisse de la qualité des ressources humaines • La faible capacité logistique et managériale de la direction des Ressources Humaines • L'inexistence d'un plan de développement des ressources humaines • La répartition inéquitable du personnel qualifié en faveur des villes • La désorganisation de la formation continue • La baisse de la qualité de l'enseignement de base du personnel médical <p>(2) A ce jour, les attributions classiques de la direction des ressources humaines en santé reviennent aux 3 directions dépourvues d'une logistique adéquate pour un bon rendement. Cette situation ne fait qu'aggraver la baisse de la performance.</p> <p>(3) En vu d'améliorer cette performance du système de santé, une réforme institutionnelle est en cours de réalisation.</p> <p>(4) Le projet de renforcement des capacités de la direction des ressources humaines vise donc à améliorer la performance du système de santé par le développement des ressources humaines.</p> |
| 10. Main Users of the Equipment | Le personnel congolais de la Direction des Ressources Humaines et l'Expert japonais |
| 11. Expected Benefit and Effect of the Equipment Provided | Renforcement des capacités de la Direction des Ressources Humaines et amélioration de la gestion des ressources humaines |

| 12. List of the Equipment Requested | | | |
|--|---|------------|-----------|
| (Name of equipment) | (Spécification) | (Quantity) | (Cost \$) |
| (1) Ordinateurs (desk top) + périphériques et accessoires | 320 MT Processeur Intel Mémoire 512 MB/Disque dur 160 GB | 15 | 22500 |
| (2) Onduleurs | APC 650 VA | 9 | 1650 |
| (3) Lap top | Processeur Intel 1.83 GHZ Latitude D520 ; Mémoire RAM 1024MB | 3 | 5850 |
| (4) Disque dur externe | | 3 | 300 |
| (5) Flash disk | | 6 | 300 |
| (6) CD antivirus | | 3 | 300 |
| (7) Imprimante avec accessoires (toner) | Laser, vitesse 26ppn/Mémoire 32Mo | 3 | 2790 |
| (8) Imprimante couleur avec accessoires (cartouches) | Dell 3110Cn, vitesse 30ppm noir/17ppm couleur | 3 | 7590 |
| (9) Scanner | | 3 | 450 |
| (10) Risographe | | 1 | 12000 |
| (11) Vidéo projecteur | | 1 | 2500 |
| (12) Photocopieuse professionnelle | | 1 | 7797 |
| (13) Photocopieuse simple | | 2 | 3000 |
| (14) Groupe électrogène | | 1 | 3000 |
| (15) Kit photographie numérique | | 1 | 250 |
| (16) Kit pour connexion internet (équipement + connexion) | | 1 | 3000 |
| (17) Tables de Bureau | | 15 | 4500 |
| (18) Chaises | | 45 | 9900 |
| (19) Armoires | | 15 | 7500 |
| (20) Rogneuses | | 3 | 300 |
| (21) Relieuses | | 3 | 750 |
| (22) Chevalets | | 1 | 800 |
| (23) Souffleurs pour ordinateur | | 3 | 300 |
| (24) Climatiseur (splits) | 12000 BTI | 3 | 2025 |
| (Detailed list and specifications of equipment shall be attached hereafter, if necessary.) | | | |
| Total cost: 99,352 dollars américains | | | |
| 13. Assignment of Staff, Budgetary Allocation and Necessary Arrangements for Maintenance of the Equipment by the Recipient Country | | | |

| | |
|--|--|
| (1) Budgetary allocation for operation and maintenance of the equipment | N/A |
| (2) Condition of Space (capacity, electricity, water supply, etc.) for Operation and Maintenance of the Equipment | <ul style="list-style-type: none"> - Direction des services généraux et Ressources Humaines - Direction de l'enseignement des sciences de la santé - Direction de la formation continue |
| (3) Assignment of Staff for Maintenance of the Equipment | <ul style="list-style-type: none"> - Directeur des services généraux et Ressources Humaines - Directeur de l'enseignement des sciences de la santé - Directeur de la formation continue |
| <p>14. Correspondence:</p> <p>Name, postal and telegraphic address of official to whom correspondence regarding this application should be forwarded</p> | <p>Secrétariat General du Ministère de la Santé Publique Avenue de la justice, 36 Commune de la Gombe Kinshasa République Démocratique du Congo</p> |

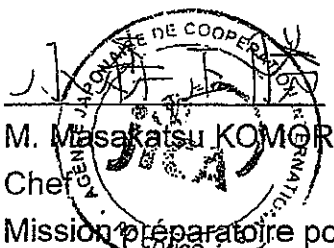
COMPTE RENDU DES DISCUSSIONS
SUR
L'ETUDE D'ELABORATION DU PLAN DETAILLE
POUR
LE PROJET D'APPUI AU DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES
POUR LA SANTE
EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Une mission d'étude (ci-après désignée la «Mission») organisée par l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (ci-après désignée la «JICA») et conduite par M. Masakatsu KOMORI, a effectué une visite en République Démocratique du Congo (ci-après désignée la «RDC») du 27 juillet au 14 août 2010 dans le but d'élaborer le plan détaillé du Projet d'Appui au Développement des Ressources Humaines pour la Santé (ci-après désigné le «Projet»).


Durant son séjour en RDC, la Mission a procédé à des échanges de vues et a eu une série de discussions avec les personnes responsables du Ministère de la Santé Publique (ci-après désigné le «MSP») ainsi que d'autres personnes concernées.

A la suite des discussions, la Mission et le MSP (ci-après désignés les «deux parties») se sont convenus de faire un compte-rendu auprès des gouvernements respectifs selon les éléments mentionnés dans le document ci-joint.

Fait à Kinshasa, le 10 août 2010


M. Masakatsu KOMORI
Chef

Mission préparatoire pour la coopération
Agence Japonaise de
Coopération Internationale
Japon


Dr Tony MUSINDE SANGWA
Directeur de Cabinet
Ministère de la Santé Publique
République Démocratique du Congo

DOCUMENT JOINT

1. Cadre du Projet

1.1 Intitulé du Projet : « Projet d'Appui au Développement des Ressources Humaines pour la Santé »

1.2 Organisme de tutelle : le Ministère de la Santé publique de la RDC

1.3 Organisme d'exécution : les Directions et les bureaux provinciaux du MSP concernés par les ressources humaines en santé

1.4 Durée du Projet : du mois de Novembre 2010 au mois d' Octobre 2013 (3ans)

1.5 Cible : le peuple de la RDC

1.6 Contenu du Projet

(i) Objectif Global

Le Plan National de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (PNDRHS) est mis en œuvre

(ii) Objectif du Projet

Les capacités de la Direction des Ressources Humaines (DRH*) pour exécuter le PNDRHS sont renforcées

N.B. * Les Directions et les bureaux provinciaux concernés par les ressources humaines du MSP

(iii) Résultats Attendus

1. Les capacités institutionnelles de la DRH sont renforcées
2. Le PNDRHS 2011-2015 est élaboré et validé
3. Les textes légaux et réglementaires en rapport avec le PNDRHS sont élaborés
4. Le système de gestion de l'information sur les RHS est mis en place



(iv) Intrants

A. Intrants assurés par la partie congolaise

A-1 Salaire des homologues

A-2 Bureaux pour le Projet (terrain, locaux)

A-3 Budget pour couvrir les frais d'électricité et de l'eau des bureaux du Projet

B. Intrants assurés par la partie japonaise

B-1 Experts japonais

B-1-1 De longue durée : Conseiller en chef, Coordinateur/Chargé de la gestion des ressources humaines

B-1-2 De courte durée : Experts en matière du développement des RHS, de la gestion des données sur les RHS, de la formation des accoucheuses

B-2 Experts des pays tiers, OMS, etc.

B-3 Formation au Japon

De 2 à 3 homologues congolais par an

B-4 Formation dans des pays tiers

Des homologues seront formés dans un pays tiers tel que le Sénégal

B-5 Financement de certains frais occasionnés par les activités du Projet

B-5-1 Organisation des ateliers (y compris la participation provinciale) et des sessions de travail

B-5-2 Réproduction des documents tel que le PNDRHS et les rapports

B-5-3 Mise en œuvre des études et des enquêtes nécessaires

B-5-4 Mise en place du système de gestion des données

B-5-5 Réhabilitation de locaux de la DRH

B-5-6 Participation à des ateliers et conférences internationales

B-5-7 Mission de supervision des bureaux provinciaux

B-5-8 Mission de contrôle et inspection des effectifs

B-5-9 Voyages d'échange technique à l'étranger (ex : au Sénégal)

B-5-10 Autres

B-6 Equipements et matériels

B-6-1 Véhicules pour le Projet (y compris carburant, lubrifiant et l'entretien de véhicule)

B-6-2 Générateur électrique pour les ordinateurs et les éclairages

B-6-3 Matériels de bureau et consommables nécessaires pour les activités du Projet (ordinateur, photocopieur, imprimante, etc.)

B-6-4 Logiciel approprié pour la base de données



2. Organisation de la mise en œuvre

2.1 Directeur du Projet

Le Secrétaire Général du MSP, en sa qualité de Directeur du Projet, assumera toutes les responsabilités pour l'administration et la mise en œuvre du Projet.

2.2 Gestionnaire du Projet

Le Directeur de la Direction des Ressources Humaines (D1) du MSP, en sa qualité de Gestionnaire du Projet, sera responsable de la gestion des aspects techniques du Projet.

2.3 Comité Conjoint de Coordination (CCC) /Comité ad hoc

Le Comité conjoint de coordination (ci-après désigné « CCC »), composé des parties congolaises et japonaises, sera mis en place en vue de l'exécution efficace du Projet.

2.3.1 Fonctions

Le CCC sera convoqué une fois par an, et deux fois par an au besoin, en vue de remplir les fonctions suivantes :

- formuler et approuver le plan annuel des activités du Projet ;
- Examiner l'état d'avancement global et l'achèvement du Projet ;
- Elaborer et approuver le rapport d'activité.

2.3.2 Composition

- Président du comité : Directeur de la Direction des Services Généraux et Ressources Humaines (D1) du MSP
- Secrétaire : le Directeur de la Direction de l'Enseignement des Sciences de Santé (D6)



- Membres :

< Partie congolaise >

Directeur de la Direction des Services Généraux et ressources humaines (D1)

Directeur de la Direction de l'Enseignement des Sciences de Santé (D6)

Directeur de la Direction des Etudes et Planification (D7)

Directeur de la Direction de Formations Continue (D11)

Chefs de division de la D1

Chefs de division de la D6

Chefs de division de la D11

< Partie japonaise >

Experts de la JICA

Représentant du Bureau de la JICA en RDC

< Observateurs >

Représentant de l'Ambassade du Japon en RDC

Note: D'autres personnes recommandées par la partie japonaise et la partie congolaise peuvent aussi participer au CCC, après la consultation mutuelle entre les deux parties.

3. Sujets de discussion

3.1. Contenu du Projet

Les deux parties se sont mises d'accord sur le contenu et la durée du Projet tels qu'ils sont décrits dans *Project Design Matrix* (ci-après désigné « PDM ») et Plan d'Opérations (avant-projet) ci-joint en Annexe 1 et 2.

3.2. Collaboration avec les autres structures administratives

Les deux parties se sont accordées pour renforcer activement les liens de collaboration et de coordination avec les autres structures administratives concernées notamment le Ministère de la Fonction Publique et le Ministère de l'Enseignement Supérieure en vue de la mise en œuvre effective du Projet.

3.3. Modalités de la coopération technique de la JICA

La partie congolaise a pris connaissance du règlement et des modalités de la mise en œuvre de la coopération technique du gouvernement japonais à la suite d'une explication donnée par la Mission.

3.4. Démarches à suivre pour la mise en œuvre du Projet

Les deux parties se sont accordées pour suivre avec diligence les démarches administratives nécessaires à savoir, l'approbation du Projet par les autorités japonaises et la signature du Procès-verbal (PV) dont l'avant projet est annexé (cf. Annexe 3) au présent document, en vue du démarrage du Projet prévu pour le mois de Novembre 2010.

Annexes

- I PDM (avant-projet)
- II Plan d'Opérations (avant-projet)
- III Procès-Verbal (avant-projet)



PROJECT DESIGN MATRIX (PDM)

Titre du projet : **PROJET D'APPUI AU DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE**

Bénéficiaires Directs : Les Directions centrales et les bureaux provinciaux du MSP concernés par les ressources humaines pour la santé

Bénéficiaires Indirects : Les Ressources Humaines pour la santé

Bénéficiaires Finaux : Le peuple de la RDC

Durée : Novembre 2010 - Octobre 2013

| Logique d'intervention / Résumé | Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV) | Sources de vérification | Conditions extérieures/Hypothèses/Suppositions |
|--|--|---|---|
| <p>But suprême Le système de santé est doté d'un personnel de santé compétent, performant, en quantité suffisante et équitablement réparti pour une offre de services et de soins de santé de qualité</p> | | | |
| <p>Objectif global Le PNDRHS est mis en œuvre</p> | <p>1. Le nombre d'activités réalisées suivant le plan provincial annuel de la mise en œuvre du PNDRHS (comportant les 4 sous-plans)</p> <p>2. Le nombre d'activités réalisées suivant le plan national annuel de la mise en œuvre du PNDRHS</p> | <p>1. Les rapports annuels établis par les bureaux provinciaux du MSP dans la mise en œuvre du PNDRHS</p> <p>2. Les rapports annuels établis par les services centraux du MSP dans la mise en œuvre du PNDRHS</p> | <p>Augmentation de l'allocation budgétaire de l'Etat à 15%</p> |
| <p>Objectif du Projet Les capacités de la DRH* pour exécuter le PNDRHS sont renforcées</p> | <p>Jusqu'en 2013 :</p> <p>1. Plus de la moitié des bureaux provinciaux soumettent leur plan annuel d'activités comprenant les données fondamentales telles que les nombres de nouveaux diplômés, de nouvelles recrues, de personnes éligibles à la retraite, etc.</p> <p>2. Le plan annuel du développement des RHS au niveau national est élaboré</p> | <p>1. Les plans annuels du développement des RHS élaborés par les bureaux provinciaux</p> <p>2. Le plan annuel du développement des RHS au niveau national</p> | <p>- Le budget pour la mise en œuvre du PNDRHS est assuré</p> <p>- L'engagement fort du gouvernement se maintient</p> <p>- la collaboration et la coordination interministérielle se maintiennent</p> |

Juc

[Signature]

| Résultats Attendus 1. Les capacités institutionnelles de la DRH sont renforcées | Jusqu'en 2013 : 1.1. le Profil Pays des RHS est élaboré 1.2. La page web de l'Observatoire National sur les RHS apparaît dans le site web de l'Observatoire africain sur les RHS 1.3. Existence d'un plan annuel d'activités de la DRH | 1.1. le Profil Pays des RHS 1.2. La page web de l'Observatoire National 1.3. le plan annuel d'activités de la DRH | - La relation entre le niveau central et le niveau provincial du MSP dans la mise en œuvre de la politique du développement se maintient filière des ordres dans l'administration de la santé reste inchangée - Les administrations concernées (Ministères, Agences, Offices, Bureaux, etc.) maintiennent la relation de collaboration avec le MSP |
|--|---|---|---|
| 2. Le PNDRHS 2011-2015 est élaboré et validé | 2.1. Existence du PNDRHS validé 2.2. Le PNDRHS est reproduit et distribué à tous les responsables concernés au niveau provincial | 2.1. Le PNDRHS validé 2.2. Nombre du PNDRHS distribué (n° d'accusé de réception) | |
| 3. Les textes légaux et réglementaires en rapport avec le PNDRHS sont élaborés | 3.1. Les sessions de travail pour l'actualisation des normes de dotation du personnel aux ZS sont tenues 3.2. Le référentiel (de compétences, de formation et de l'Evaluation) de la formation initiale pour les accoucheuses A2 est élaboré 3.3. L'arrêté ministériel fixant le statut de l'IEMIK en tant qu'école pilote nationale est institué | 3.1. Les procès-verbaux des réunions 3.2. Le référentiel 3.3. L'arrêté ministériel | |
| 4. Le système de gestion de l'information sur les RHS est mis en place | 4. Plus de la moitié des bureaux provinciaux remettent les données actualisées sur les RHS au niveau central | 4. Les données actualisées et remontées au niveau central par les bureaux provinciaux | |

Sm

AK

| Activités | Moyens / Intrants | |
|--|--|--|
| <p>1.A. Améliorer l'environnement de travail de la DRH</p> <p>1.A.1. Réhabiliter les locaux/bâtiments abritant la DRH</p> <p>1.A.2. Doter en équipements la DRH</p> <p>1.A.3. Etablir un réseau de communication entre les parties prenantes de la DRH (directions centrales et les provinces)</p> <p>1.A.4. Introduire les « 5 S »</p> <p>1.B. Former les cadres de la DRH en gestion des RHS</p> <p>1.B.1. Organiser les sessions de formation</p> <p>1.B.2. Réaliser les voyages d'études (au Japon ou aux pays tiers)</p> <p>1.B.3. Partager les acquis des stages à l'étranger (Restitution)</p> <p>1.C. Renforcer les capacités de coordination de la DRH dans l'exécution du PNDRHS</p> <p>1.C.1. Tenir les sessions régulières de travail de la Commission et des Sous-Commissions du CNP-SS en charge des RHS</p> <p>1.C.2. Mener les concertations entre les Ministères concernés (MFP, Minfin, MinBudget, Mesu,...)</p> <p>1.C.3. Clarifier les contenus des activités mises en œuvre par les partenaires (mapping/cartographie des interventions des partenaires) concernant le développement des RHS et partager les informations entre les parties prenantes</p> <p>1.C.4. Coordonner l'action des partenaires nationaux et internationaux en matière de développement des RHS</p> <p>1.C.5. Superviser les bureaux provinciaux dans la mise en œuvre du PNDRHS</p> <p>1.C.6. Contrôler et inspecter périodiquement les effectifs de personnel à tous les niveaux</p> <p>1.D. Suivre et Evaluer les activités relatives à la gestion des RHS (Production, Gestion de carrière, Formation continue) dans le cadre du PNDRHS</p> <p>1.D.1. Elaborer les outils pour le suivi et évaluation</p> | <p>Moyens / Intrants</p> <p>A. Intrants assurés par la partie congolaise</p> <p>A-1 Salaire des homologues</p> <p>A-2 Bureaux pour le Projet (terrain, locaux)</p> <p>A-3 Budget pour couvrir les frais d'électricité et de l'eau des bureaux du Projet</p> <p>B. Intrants assurés par la partie japonaise</p> <p>B-1 Experts japonais</p> <p>B-1-1 De longue durée : Conseiller en chef, Coordinateur/Chargé de la gestion des ressources humaines</p> <p>B-1-2 De courte durée : Experts en matière de développement des RHS, de la gestion des données sur les RHS, de la formation des accoucheuses</p> <p>B-2 Experts des pays tiers, OMS, etc.</p> <p>B-3 Formation au Japon</p> <p>De 2 à 3 homologues congolais par an</p> <p>B-4 Formation dans des pays tiers</p> <p>B-5 Des homologues seront formés dans un pays tiers tel que le Sénégal</p> <p>B-5 Financement de certains frais occasionnés par les activités du Projet</p> <p>B-5-1 Organisation des ateliers (y compris la participation provinciale) et des sessions de travail</p> <p>B-5-2 Réproduction des documents tel que le PNDRHS et les rapports</p> <p>B-5-3 Mise en œuvre des études et des enquêtes nécessaires</p> <p>B-5-4 Mise en place du système de gestion des données</p> <p>B-5-5 Réhabilitation de locaux de la DRH</p> <p>B-5-6 Participation à des ateliers et conférences internationales</p> <p>B-5-7 Mission de supervision des bureaux provinciaux</p> <p>B-5-8 Mission de contrôle et inspection des effectifs</p> <p>B-5-9 Voyages d'échange technique à l'étranger (ex : au Sénégal)</p> <p>B-5-10 Autres</p> <p>B-6 Equipements et matériels</p> <p>B-6-1 Véhicules pour le Projet (y compris carburant, lubrifiant et l'entretien de véhicule)</p> <p>B-6-2 Générateur électrique pour les ordinateurs et les éclairages</p> <p>B-6-3 Matériels de bureau et consommables nécessaires pour les activités du Projet (ordinateur, photocopieur, imprimante, etc.)</p> <p>B-6-4 Logiciel approprié pour la base de données</p> | <ul style="list-style-type: none"> - La stabilité politico-sociale se maintient - L'orientation politique du Gouvernement reste inchangée - La majorité du personnel formé ne sera pas déplacée (mutée) |

✓

✓

| | | |
|--|--|---|
| <p>1.D.2. Collecter les données nécessaires</p> <p>1.D.3. Analyser et interpréter les données</p> <p>1.D.4. Elaborer les rapports</p> <p>1.D.5. Apporter des correctifs aux difficultés rencontrées (Rémédiation)</p> <p>1.E. Faire fonctionner l'Observatoire National sur les RHS</p> <p>1.E.1. Elaborer le TDR de l'Observatoire National sur les RHS</p> <p>1.E.2. Elaborer le Profil Pays des RHS</p> <p>1.E.3. Créer une page sur l'Observatoire National dans le site web de l'Observatoire africain sur les RHS</p> | | |
| <p>2.A. Elaborer les 4 sous-plans du PNDHRS 2011-2015 (Production, Gestion de carrière, Rétention du personnel, Formation continue)</p> <p>2.A.1. Collecter des données complémentaires en la matière</p> <p>2.A.2. Tenir des séances de travail pour faire le diagnostic en la matière et pour rédiger un rapport du diagnostic</p> <p>2.A.3. Organiser un atelier afin de déterminer la vision stratégique et le cadre stratégique en partant du diagnostic</p> <p>2.A.4. Elaborer la vision stratégique et le cadre stratégique ainsi que le plan d'action</p> <p>2.A.5. Organiser un atelier de partage et de validation</p> <p>2.B. Elaborer le texte du PNDHRS intégrant les 4 sous-plans</p> <p>2.B.1. Collecter des données complémentaires en la matière</p> <p>2.B.2. Tenir des séances de travail pour faire le diagnostic en la matière et pour rédiger un rapport du diagnostic</p> <p>2.B.3. Organiser un atelier afin de déterminer la vision stratégique et le cadre stratégique en partant du diagnostic</p> <p>2.B.4. Elaborer la vision stratégique, le cadre stratégique ainsi que le plan d'action</p> <p>2.C. Partager et valider le PNDHRS</p> <p>2.C.1. Organiser l'atelier de validation</p> | | <p>Conditions préalables</p> <p>- Stabilité politico-sociale</p> |

M

5

| | | |
|---|--|--|
| <p>2.C.2. Partager le PNDRHS au niveau central et intermédiaire du MSP ainsi qu'au niveau interministériel</p> <p>2.C.3. Faire le tirage du PNDRS pour distribuer aux parties prenantes</p> | | |
| <p>3.A. Participer techniquement à l'élaboration de la loi-cadre portant sur la santé publique</p> | | |
| <p>3.B. Elaborer les textes régissant la gestion et l'exercice des professions de santé :</p> | | |
| <p>3.B.1. Actualiser les normes de dotation en personnel aux ZS</p> | | |
| <p>3.B.2. Elaborer les normes de dotation en personnel au niveau central et provincial</p> | | |
| <p>3.B.3. Elaborer les référentiels (de compétences; de formation et de l'évaluation) de la formation initiale pour les accoucheuses A2</p> | | |
| <p>3.C. Définir clairement le statut de l'ENMK en tant que l'école pilote nationale</p> | | |
| <p>4.A. Définir et constituer le(s) base(s) de données à partir des listes déclaratives</p> | | |
| <p>4.B. Mettre en place le système de renouvellement des données</p> | | |
| <p>4.B.1. Uniformiser le modèle de liste déclarative permettant la collecte des données</p> | | |
| <p>4.B.2. Superviser les bureaux provinciaux dans leurs activités de renouvellement des données</p> | | |
| <p>4.B.3. Réaliser des stages au bénéfice des bureaux provinciaux sur les planifications annuelles exploitant les bases de données</p> | | |

PROCES VERBAL DES DISCUSSIONS
ENTRE
LA MISSION JAPONAISE D'ETUDE D'EXECUTION
ET
LES AUTORITES CONCERNEES DU GOUVERNEMENT
DE LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
SUR
LA COOPERATION TECHNIQUE JAPONAISE
POUR
LE PROJET D'APPUI AU DEVELOPPEMENT
DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE

La Mission Japonaise d'Etude d'Exécution (ci-après désignée la « Mission ») organisée par l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (ci-après désignée la « JICA ») conduite par Masakatsu KOMORI, a visité la République Démocratique du Congo (ci-après désignée la « RDC ») du 27 juillet au 14 août 2010 pour mettre au point les détails du programme technique de coopération concernant le Projet d'Appui au Développement des Ressources Humaines en Santé en RDC.

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

Au terme de leurs discussions, la Mission et les autorités de la RDC concernées se sont convenus pour recommander les dispositifs mentionnés dans le document ci-joint.

Fait à Kinshasa, le 2010

M.
Chef
Mission Japonaise d'Etude d'Exécution
Agence Japonaise de Coopération
Internationale,
Japon

Dr.
Ministre de la Santé Publique
République Démocratique du Congo



DOCUMENT JOINT

I. COOPERATION ENTRE LA JICA ET LE GOUVERNEMENT DE LA DRC

1. Le Gouvernement congolais mettra en œuvre le Projet d'Appui au Développement des Ressources Humaines pour la Santé (ci-après désigné le « Projet ») en coopération avec la JICA.
2. Le Projet sera mis en œuvre conformément au plan directeur joint en annexe I.

II. MESURES A PRENDRE PAR LA JICA

Conformément aux réglementations en vigueur au Japon, la JICA prendra, à ses frais, les mesures suivantes en respectant les procédures normales du Plan de Coopération Technique du Japon.

1. ENVOI D'EXPERTS JAPONAIS

La JICA fournira les prestations d'experts japonais tel que mentionné en annexe II.

2. FOURNITURE DE MACHINES ET D'EQUIPEMENTS

La JICA fournira des machines, des équipements et autre matériel (ci-après désigné l'«Équipement») nécessaires à la mise en œuvre du Projet tel que mentionné à l'annexe III. L'équipement deviendra la propriété du Gouvernement de la RDC à sa livraison CAF (Coût, Assurance et fret) aux Autorités congolaises aux ports et /ou aéroports de débarquement.

3. FORMATION DU PERSONNEL CONGOLAIS AU JAPON ET/OU AU TIERS PAYS

La JICA recevra le personnel congolais impliqué dans le Projet pour une formation technique au Japon et/ou au tiers pays.

III. MESURES A PRENDRE PAR LE GOVERNMENT DE LA RDC

1. Le Gouvernement de la RDC prendra les mesures nécessaires pour assurer le fonctionnement autonome du Projet durant et après la coopération technique du Japon et ce, à travers l'implication totale et active de toutes les autorités concernées et les groupes et institutions bénéficiaires.

2. Le Gouvernement de la RDC prendra les mesures nécessaires pour assurer que les technologies et connaissances acquises par les congolais par le biais de la coopération technique japonaise, contribuent au développement économique et social de la RDC.
3. Le Gouvernement de la RDC octroiera, en RDC, les privilèges, exonérations et avantages aux experts de la JICA mentionnés au point II-1 ci-dessus ainsi qu'à leurs familles, étant aussi favorables que ceux octroyés aux experts des pays tiers travaillant en RDC
4. Le Gouvernement de la RDC prendra les mesures nécessaires pour assurer que l'Équipement mentionné au point II-2 ci-dessus sera utilisé pour la mise en œuvre du projet en consultation avec les experts japonais mentionnés dans II-1.
5. Le Gouvernement de la RDC prendra les mesures nécessaires pour assurer que la connaissance et l'expérience acquises par le personnel congolais par le biais de la formation technique au Japon et dans le tiers pays mentionnés dans II-3 seront utilisées effectivement dans la mise en œuvre du Projet.
6. Conformément aux lois et réglementations en vigueur en RDC, le Gouvernement de la RDC prendra les mesures nécessaires pour fournir à ses frais :
 - (1) Les services des homologues congolais et du personnel administratif mentionnés en annexe IV;
 - (2) Le terrain, les bâtiments et les installations mentionnés en annexe V; et
 - (3) La fourniture ou le remplacement des machines, équipements, instruments, véhicules, outils, pièces de rechange et tout autre matériel nécessaire à la mise en œuvre du projet autres que l'Équipement fourni par la JICA.
7. Conformément aux lois et réglementations en vigueur en RDC, le Gouvernement congolais prendra les mesures nécessaires pour couvrir :
 - (1) Les frais de transport en RDC des équipements mentionnés au point II-2 ci-dessus pour leur installation, fonctionnement et maintenance ;
 - (2) Les droits de douane, les taxes locales et toutes autres charges imposées par la RDC à l'Équipement, fourni à titre de don, mentionné au point II-2 ci-dessus; et
 - (3) Les frais courants nécessaires à la mise en œuvre du Projet.



IV. ADMINISTRATION DU PROJET

1. Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique (ci-après désigné le « MSP »), en sa qualité de Directeur du Projet, assumera toutes les responsabilités pour l'administration et la mise en œuvre du Projet.
2. Directeur des Ressources Humaines (D1) du MSP, en sa qualité de Gestionnaire du Projet, sera responsable de la gestion des aspects techniques du Projet.
3. Le Conseiller en Chef du Projet de la JICA fournira, à son homologue le Directeur du Projet ainsi qu'au Gestionnaire du Projet, les recommandations et les conseils nécessaires relatifs à tous les aspects d'exécution du Projet.
4. Les experts japonais de la JICA fourniront à leurs homologues congolais les conseils nécessaires relatifs aux aspects techniques du Projet.
5. Pour la mise en œuvre efficace et la réussite de la coopération technique pour le présent Projet, un Comité Conjoint de Coordination sera constitué; ses attributions et sa composition sont décrites à l'annexe VI.

V. EVALUATION CONJOINTE

L'état d'avancement du Projet fera l'objet de deux évaluations conjointement par la JICA et les autorités congolaises concernées l'une à mi-parcours et l'autre six mois avant l'achèvement des activités du Projet.

VI. RECLAMATIONS CONTRE LES EXPERTS JAPONAIS

Le Gouvernement de la RDC s'engage à assumer la responsabilité de toutes plaintes contre les experts japonais du Projet qui résulteraient de leurs missions officielles en RDC, se produiraient durant ces missions sauf les plaintes survenant du fait d'une faute délibérée ou d'une négligence grave de la part des experts japonais.

VII. CONSULTATION MUTUELLE

La JICA et le Gouvernement de la RDC conféreront sur tout problème majeur survenant du fait du présent document ou en rapport avec lui.



VIII. MESURES VISANT LA VULGARISATION DU PROJET

Le Gouvernement de la RDC prendra les mesures appropriées pour vulgariser et promouvoir le Projet auprès de la population congolaise.

IX. DUREE DE COOPERATION

La durée du présent Projet de coopération technique, est de trois années à partir du mois de novembre 2010.

| | |
|-----------|--------------------------------------|
| ANNEX I | PLAN DIRECTEUR |
| ANNEX II | LISTE DES EXPERTS JAPONAIS |
| ANNEX III | LISTE DES MACHINES ET EQUIPEMENTS |
| ANNEX IV | LISTE DES HOMOLOGUES CONGOLAIS |
| ANNEX V | LISTE DES BATIMENTS ET INSTALLATIONS |
| ANNEX VI | COMITE CONJOINT DE COORDINATION |



ANNEX I PLAN DIRCTEUR

1) Objectifs de la coopération technique

(1) But Suprême

Le système de santé est doté d'un personnel de santé compétent, performant, en quantité suffisante et équitablement réparti pour une offre de services et de soins de santé de qualité.

(2) Objectif Global

Le PNDRHS est mise en œuvre.

(3) Objectif du Projet

Les capacités de la DRH pour exécuter le PNDRHS sont renforcés.

2) Résultats Attendus

(1) Les capacités institutionnelles de la DRH sont renforcées.

(2) Le PNDRHS 2011-2015 est élaboré et validé.

(3) Les textes légaux et réglementaires en rapport avec le PNDRHS sont élaborés.

(4) Le système de gestion de l'information sur les RHS est mis en place.

3) Activités

(1) Activités 1

1.A. Améliorer l'environnement de travail de la DRH

1.A.1. Réhabiliter les locaux/bâtiments abritant la DRH

1.A.2. Doter en équipements la DRH

1.A.3. Etablir un réseau de communication entre les parties prenantes de la DRH (directions centrales et les provinces)

1.A.4. Introduire les « 5 S »

1.B. Former les cadres de la DRH en gestion des RHS (gestion de carrière, gestion de production, affectation, système d'information, suivi et évaluation ...)

1.B.1. Organiser les sessions de formation

1.B.2. Réaliser les voyages d'études (au Japon ou aux pays tiers)

1.B.3. Partager les acquis des stages à l'étranger (Restitution)

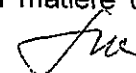
1.C. Renforcer les capacités de coordination de la DRH dans l'exécution du PNDRHS

1.C.1. Tenir les sessions régulières de travail de la Commission et des Sous-Commissions du CNP-SS en charge des RHS

1.C.2. Mener les concertations entre les Ministères concernés (MFP, Minfin, MinBudget, Mesu,...)

1.C.3. Clarifier les contenus des activités mises en œuvre par les partenaires (mapping/cartographie des interventions des partenaires) concernant le développement des RHS et partager les informations entre les parties prenantes

1.C.4. Coordonner l'action des partenaires nationaux et internationaux en matière du



développement des RHS

- 1.C.5. Superviser les bureaux provinciaux dans la mise en œuvre du PNDRHS
- 1.C.6. Contrôler et inspecter périodiquement les effectifs de personnel à tous les niveaux

- 1.D. Suivre et évaluer les activités relatives à la gestion des RHS (Production, Gestion de carrière, Formation continue) dans le cadre du PNDRHS
 - 1.D.1. Elaborer les outils pour le suivi et évaluation
 - 1.D.2. Collecter les données nécessaires
 - 1.D.3. Analyser et interpréter les données
 - 1.D.4. Elaborer les rapports
 - 1.D.5. Apporter des correctifs aux difficultés rencontrées (Rémédiation)

- 1.E. Faire fonctionner l'Observatoire National sur les RHS
 - 1.E.1. Elaborer le TDR de l'Observatoire National sur les RHS
 - 1.E.2. Elaborer le Profil de Pays du développement des RHS
 - 1.E.3. Créer une page sur l'Observatoire National dans le site web de l'Observatoire africain sur les RHS

(2) Activités 2

2.A. Elaborer les 4 sous-plans du PNDRHS 2011-2015 (Production, Gestion de carrière, Rétention du personnel, Formation continue)

- 2.A.1. Collecter des données complémentaires en la matière
- 2.A.2. Tenir des séances de travail pour faire le diagnostic en la matière et pour rédiger un rapport du diagnostic
- 2.A.3. Organiser un atelier afin de déterminer la vision stratégique et le cadre stratégique en partant du diagnostic
- 2.A.4. Elaborer la vision stratégique et le cadre stratégique ainsi que le plan d'action
- 2.A.5. Organiser un atelier de partage et de validation

2.B. Elaborer le texte du PNDRHS intégrant les 4 sous-plans

- 2.B.1. Collecter des données complémentaires en la matière
- 2.B.2. Tenir des séances de travail pour faire le diagnostic en la matière et pour rédiger un rapport du diagnostic
- 2.B.3. Organiser un atelier afin de déterminer la vision stratégique et le cadre stratégique en partant du diagnostic
- 2.B.4. Elaborer la vision stratégique, le cadre stratégique ainsi que le plan d'action

2.C. Partager et valider le PNDRHS

- 2.C.1. Organiser l'atelier de validation
- 2.C.2. Partager le PNDRHS au niveau central et intermédiaire du MSP ainsi qu'au niveau interministériel
- 2.C.3. Faire le tirage du PNDRS pour distribuer aux parties prenantes.

(3) Activités 3

3.A. Participer techniquement à l'élaboration de la loi-cadre portant sur la santé publique

3.B. Elaborer les textes régissant la gestion et l'exercice des professions de santé :

- 3.B.1. Actualiser les normes de dotation en personnel aux ZS



- 3.B.2. Elaborer les normes de dotation en personnel au niveau central et provincial
- 3.B.3. Elaborer les référentiels (de compétences, de formation et de l'Evaluation) de la formation initiale pour les accoucheuses A2

3.C. Définir clairement le statut de l'IEMK en tant que l'école pilote nationale.

(4) Activités 4

4.A. Définir et constituer le(s) base(s) de données à partir des listes déclaratives

4.B. Mettre en place le système de renouvellement des données

- 4.B.1. Uniformiser le modèle de liste déclarative permettant le renouvellement des données
- 4.B.2. Superviser les bureaux provinciaux dans leurs activités de renouvellement des données
- 4.B.3. Réaliser des stages au bénéfice des bureaux provinciaux sur les planifications annuelles exploitant les bases de données

Note : Au cas où un amendement du contenu du Plan Directeur s'avère nécessaire, les deux parties doivent se mettre d'accord sur l'amendement par l'échange du compte-rendu des discussions (*Minutes of Meetings*).



ANNEX II LISTE DES EXPERTS JAPONAIS

Les experts du Projet des domaines suivants seront envoyés par la partie japonaise :

1. Experts à long terme ;
 - Conseiller en chef Chef ; et
 - Coordinateur des activités/chargé de la gestion des RHS.

2. Experts à court terme dans les domaines suivant ;
 - Développement des RHS ;
 - Formation des accoucheuses.

* Envoi des autres experts à court terme selon les besoins.



ANNEX III LISTE DES MACHINES ET EQUIPEMENTS

Les machines et les équipements techniques nécessaires proviennent de la partie japonaise pour la mise en œuvre du Projet comme suit ;

- 1 Véhicule pour le Projet ;
- 2 Générateur électrique pour les ordinateurs et les éclairages ; et
- 3 Matériel de bureau et consommables nécessaires pour les activités du Projet (ordinateur, photocopieur, imprimante, etc.).

NB:

Les contenus, spécifications et les quantités des équipements à être prévus mentionnés ci-dessus seront discutés en principe chaque année entre la partie japonaise et les homologues congolais sur la base du plan annuel du Projet, dans le cadre du budget alloué de l'année fiscale japonaise.



ANNEX IV LISTE DES HOMOLOGUES CONGOLAIS

1. Directeur du Projet

Le Secrétaire Général du MSP

2. Gestionnaire du Projet

Le Directeur de la Direction des Ressources Humaines (D1) du MSP

3. Autres homologues

Le Directeur de la Direction des Services Généraux et ressources humaines (D1)

Le Directeur de la Direction d'Enseignement des Sciences Infirmiers(D6)

Le Directeur Adjoint de la Direction des Etudes et Planification (D7)

Le Directeur de la Direction de Formations Continue (D11)

Les Chefs de division de la D1

Les Chefs de division de la D6

Les Chefs de division de la D11

ANNEX V LISTE DES BATIMENTS ET INSTALLATIONS

Les éléments suivants proviennent de la partie congolaise :

1. Commodités nécessaire pour le Projet
2. Espace bureau et commodités nécessaires pour les experts japonais et leur personnel d'appui
3. Salles et espace nécessaire pour l'installation et stockage des équipements
4. Autre commodités mutuellement accordées comme nécessaire pour la mise en œuvre du Projet



3. PDM およびPO (和訳)

PROJECT DESIGN MATRIX (PDM)

プロジェクト名称 : 保健人材開発支援プロジェクト

直接裨益者: 保健省保健人材関連局(技術委員会含む) 州保健医局人材担当課

間接裨益者: コ国保健人材

最終受益者: コ国 全国民

プロジェクト期間: 2010年11月-2013年10月

Version: 0

Aug 4, 2010

| 要約 | 客観的に検証可能な指標 | 検証手段 | 外部条件 |
|--|--|---|--|
| スーパーゴール 良質な保健ケアおよびサービスを提供するために、質の高い保健人材が、公正な配分で十分な数だけ配置される | | | |
| 上位目標 国家保健人材開発計画が実施される | 1. 各州の PDRHS の年次計画 (4 つの副次計画も含む) の活動の実施項目数 2. 国家年次計画の活動実施項目数 | 1. 各州からの PDRHS の年次活動報告書 2. 中央の PDRHS 年次活動報告書 | 保健予算が国家予算の 15% まで増額する。 |
| プロジェクト目標 保健人材関連局の国家保健人材開発計画実施能力が強化される | 2013 年までに 1. 半数以上の州から、保健人材開発年次活動計画書 (新規卒業者数・新規採用者数・退職予定者数の基本的データを含んだ) が提出される。 2. 国家保健人材開発年次計画書が作成される | 1. 州の保健人材開発年次計画書 2. 国家保健人材開発年次計画書 | <ul style="list-style-type: none"> - PDRHS 実施のための予算が確保される。 - 政府の高いコミットメントが継続する - 他の関連省庁との連携・協力が継続する |
| 成果 1. 保健人材関連局の組織運営能力が強化される 2. PDRHS 2011-2015 が作成され、承認される 3. PDRHS に関連する保健省内の各種規定が策定される 4. 保健人材に関わる情報管理システムが設置される | 2013 年までに 1. 1 国別保健人材ファイルが作成される 1. 2 WHO AFRO の WEB サイトにコ国オブザバートリーのページが掲載される 1. 3 保健省人材局の年次活動計画が作成される 2. 1 PDRHS が承認される 2. 2 PDRHS が印刷され、全ての州行政担当官に配布される 3. 1 保健ゾーンの人材配置基準の更新のための検討会議 3. 2. 中級助産師の資格基準案および教育基準案 3. 3. IEMK の国立パイロット校の省令が制定される 4. 半数以上の州から (更新された) 保健人材データが提出される | 1. 1 国別保健人材ファイル 動報告書/会議報告書 1. 2 Web サイトの該当ページ 1. 3 保健省人材局年次活動計画 2. 1 承認された PDRHS 2. 2 PDRHS の配布数 (受領書) 3. 1 会議開催議事録 3. 2 基準案の入手 3. 3 省令 4 州から中央に提出された更新済みの保健人材データ | <ul style="list-style-type: none"> - 保健人材開発行政における - 州保健局と中央保健省の関係が維持される - 関係省庁が保健省との協力関係を維持する |

| | | |
|--|--|--|
| <p>活動</p> <p>1.A. 保健人材局の労務環境を改善する</p> <p>1.A.1 保健人材局の社屋・建造物を改修する</p> <p>1.A.2 保健人材局に機材を整備する</p> <p>1.A.3 保健人材局関係組織(中央局と州局)を結ぶ通信ネットワークを設置する</p> <p>1.A.4 5S 活動を導入する</p> <p>1.B. 保健人材局の管理職に対する保健人材管理 (キャリア管理、養成管理、配置、情報管理システム、モニタリング・評価等)研修を行う</p> <p>1.B.1 研修会を開催する</p> <p>1.B.2 海外研修を実施する(本邦研修、第三国研修等)</p> <p>1.B.3 研修の成果を共有する</p> <p>1.C. PNDRHS 実施のための保健人材局の調整能力を強化する</p> <p>1.C.1. 保健人材開発技術委員会および小委員会の定例会を開催する</p> <p>1.C.2. 保健人材開発に関わる関係省庁との協議を行う (公務員省、財務省、予算省、高等教育省、等)</p> <p>1.C.3. 保健人材開発に関するパートナーの協力内容の共有およびマッピングを行う</p> <p>1.C.4. 保健人材開発に関する国内・国外援助機関による活動を調整する</p> <p>1.C.5. PNDRHS 実施のための州への巡回指導を行う</p> <p>1.C.6. 人材配置・労務状況のための業務監査を全国レベルで実施する</p> <p>1.D. 保健人材管理実施のための評価・モニタリングを行う(養成、管理、継続教育)</p> <p>1.D.1. モニタリング・評価ツールを作成する</p> <p>1.D.2. データを収集する</p> <p>1.D.3. データを分析・解釈する</p> <p>1.D.4. 報告書を作成する</p> <p>1.D.5. 分析した内容を活動にフィードバックする</p> <p>1.E. 保健人材開発のオブザベトリー(*)機能させる</p> <p>1.E.1 オブザベトリーの TOR を作成する</p> <p>1.E.2 「国別保健人材ファイル」**を作成する</p> <p>1.E.3 WHO-AFRO の Web サイトにコンゴ民オブザベトリーのページを作成する</p> | <p>投入 / インプット</p> <p>日本側</p> <p>日本人専門家 長期 チーフアドバイザー、業務調整/保健人材管理 短期 保健人材開発、保健人材情報、助産</p> <p>第三国専門家 WHO 等 本邦研修 年間 2-3 名 第三国研修 セネガル等における研修コースへの参加</p> <p>現地活動費 ワークショップ/会合開催経費 (州保健局招聘 WS 含む) PNDRHS および報告書等印刷費 各種調査経費 人材局情報整備および維持経費 人材局オフィス改修費 国際会議・ワークショップ等参加費 州保健局への巡回指導経費 セネガル等との技術交換のための出張費 その他必要な活動経費</p> <p>機材 プロジェクト車両 発電機 (パソコン・照明のバックアップ用) プロジェクト活動に必要な事務機器、事務用品 (パソコン、コピー機、印刷機等) 人材情報管理のための適切なソフトウェア</p> <p>コンゴ民側</p> <p>カウンターパート給与 プロジェクトオフィス (土地、建物) プロジェクトオフィス水光熱費</p> | |
|--|--|--|

***オブザベトリー** WHO保健人材局が各国で設立を推奨している「保健人材問題の解決に向けた活動推進とモニタリングを行うための組織」の呼称。主な機能は、保健人材に関する調査・計画立案、情報管理メカニズムの設置、周辺国との情報共有促進等。各国保健省内の既存組織にオブザベトリー機能を持たせることが一般的。

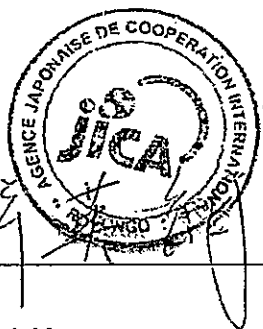
****国別保健人材ファイル** WHO AFRO のホームページに掲載される各国の保健人材の概要情報。(英語では Country Profile) WHO が作成ガイドラインを設けているため、記載事項・形式が統一化されている

| | | |
|--|--|---|
| <p>2.A. 2011-2015 年度 PNRHS のサブ・プラン(初期教育計画・キャリア管理計画・人材定着化計画・継続教育計画)を作成する</p> <p>2.A.1. 必要なデータを収集する 2.A.2. 現状診断およびその執筆を行うための作業会議を開く 2.A.3. 現状診断に基づく戦略策定のためのワークショップを開く 2.A.4. 戦略を文章化し、アクションプランを作成する 2.A.5. 承認・共有化ワークショップを開催する</p> <p>2.B. PNRHS の本文を作成する</p> <p>2.B.1. 必要なデータを収集する 2.B.2. 現状診断およびその執筆を行うための作業会議を開く 2.B.3. 現状診断に基づく戦略策定のためのワークショップを開く 2.B.4. 戦略を文章化し、アクションプランを作成する</p> <p>2.C. PNRHS を承認し、共有する</p> <p>2.C.1. 承認会合ワークショップを開催する 2.C.2. 承認された PNRHS を省内、関係省庁、州レベルで共有する 2.C.3. PNRHS を印刷し、関係者に配布する</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - 政治社会的安定が継続する。 - 政府の政策方針が変わらない。(他の関連省の方針等を含む) - 研修を受けた人材の大半が異動しない。 |
| <p>3.A. 公衆保健に関する基本法の作成に技術的に参画する</p> <p>3.B. 保健従事職の履行・管理および初期教育を規定する文章を作成する</p> <p>3.B.1. 保健ゾーン(ZS)の人材配置基準の更新案の検討を開始する 3.B.2. 州および中央レベルの病院人材配置基準の検討を開始する 3.B.3. 中級助産師の資格・初期教育・評価基準案を作成する</p> <p>3.C. キンシャサ中級保健人材養成校(IEMK)の国立パイロット校としての位置づけを明確にする</p> | | |
| <p>4.A. 保健人材登録リストをもとにした保健人材情報データベースの定義を確定し作成する</p> <p>4.B. 各州の保健人材情報データ更新の仕組みを作る</p> <p>4.B.1 既存の保健省管轄人材登録リストのフォーマットを統一する 4.B.2 各州保健局におけるデータ更新のための中央からの巡回指導を行う 4.B.3 州保健局に「データベースを活用した年次計画策定方法」の研修を行う</p> | | <p>前提条件 政治社会的安定</p> |

**PROCES VERBAL
ENTRE
L'AGENCE JAPONAISE DE COOPERATION INTERNATIONALE
ET
LES AUTORITES CONCERNEES DE LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU
CONGO
SUR
LA COOPERATION TECHNIQUE DU JAPON
POUR
LE PROJET D'APPUI AU DEVELOPPEMENT
DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE**

L'Agence Japonaise de Coopération Internationale (ci-après dénommée «JICA») à travers son Représentant Résident du bureau en République Démocratique du Congo (ci-après dénommée «RDC»), a eu un échange de vues et une série de discussions avec les autorités concernées de la RDC à l'égard de mesures souhaitables à prendre par la JICA et le gouvernement de la RDC pour assurer la réussite de la mise en œuvre du Projet d'Appui au Développement des Ressources Humaines pour la Santé en RDC.

A la suite de discussions, la JICA et les autorités congolaises concernées ont convenu sur les questions visées dans le document ci-joint.



Eiro Yonezaki

Représentant Résident
du Bureau de l'Agence Japonaise de
Coopération Internationale en République
Démocratique du Congo

Fait à Kinshasa, le 19 novembre 2010

SEM. Dr. Victor MAKWENGE KAPUT

Ministre de la Santé Publique
République Démocratique du Congo

DOCUMENT JOINT

I. COOPERATION ENTRE LA JICA ET LE GOUVERNEMENT DE LA RDC

1. Le Gouvernement congolais mettra en œuvre le Projet d'Appui au Développement des Ressources Humaines pour la Santé (ci-après dénommé le « Projet ») en coopération avec la JICA.
2. Le Projet sera mis en œuvre conformément au plan directeur joint en Annexe I.

II. MESURES A ETRE PRISES PAR LA JICA

Conformément aux réglementations en vigueur au Japon, la JICA prendra, à ses frais, les mesures suivantes en respectant les procédures normales du Plan de Coopération Technique du Japon.

1. ENVOI D'EXPERTS DE LA JICA

La JICA fournira les prestations d'experts tel que désigné en Annexe II.

2. FOURNITURE DE MACHINES ET D'EQUIPEMENTS

La JICA fournira des machines, des équipements et autres matériels (ci-après dénommé l'«Équipement») nécessaires à la mise en œuvre du Projet tels que désignés en Annexe III. L'équipement deviendra la propriété du Gouvernement de la RDC à sa livraison CAF (Coût, Assurance et fret) aux Autorités congolaises aux ports et /ou aéroports de débarquement.

3. FORMATION DU PERSONNEL CONGOLAIS AU JAPON ET/OU AU PAYS TIERS

La JICA recevra le personnel congolais impliqué dans le Projet pour une formation technique au Japon et/ou au pays tiers.

III. MESURES A ETRE PRISES PAR LE GOUVERNEMENT DE LA RDC

1. Le Gouvernement de la RDC prendra les mesures nécessaires pour assurer le fonctionnement autonome du Projet durant et après la coopération technique du Japon à travers l'implication totale et active de toutes les autorités concernées, les groupes et les institutions bénéficiaires.

2. Le Gouvernement de la RDC prendra les mesures nécessaires pour assurer que les technologies et connaissances acquises par les congolais par le biais de la coopération technique japonaise, contribuent au développement économique et social de la RDC.
3. Le Gouvernement de la RDC octroiera, les privilèges, exemptions et avantages énumérés en Annexe IV, pas moins favorables que ceux accordés aux experts des pays tiers ou d'organisations internationales accomplissant des missions similaires aux experts JICA désignés en Annexe II ci-dessus et leurs familles.
4. Le Gouvernement de la RDC prendra les mesures nécessaires pour assurer que l'Équipement mentionné au point II-2 ci-dessus soit utilisé pour la mise en œuvre du Projet en collaboration avec les experts de la JICA désignés en Annexes II.
5. Le Gouvernement de la RDC prendra les mesures nécessaires pour assurer que la connaissance et l'expérience acquises par le personnel congolais par le biais de la formation technique au Japon et dans le tiers pays désignées en Annexe I soient utilisées effectivement dans la mise en œuvre du Projet.
6. Conformément aux lois et réglementations en vigueur en RDC, le Gouvernement de la RDC prendra les mesures nécessaires pour fournir à ses frais :
 - (1) Les services des homologues congolais et du personnel administratif désignés en Annexe V;
 - (2) Le terrain, les bâtiments et les installations désignés en Annexe VI; et
 - (3) La fourniture ou le remplacement des machines, équipements, instruments, véhicules, outils, pièces de rechange et tout autre matériel nécessaire à la mise en œuvre du Projet autres que l'Équipement fourni par la JICA.
7. Conformément aux lois et réglementations en vigueur en RDC, le Gouvernement congolais prendra les mesures nécessaires pour couvrir :
 - (1) Les frais de transport en RDC des équipements mentionnés au point II-2 ci-dessus pour leur installation, fonctionnement et maintenance ;
 - (2) Les droits de douane, les taxes locales et toutes autres charges imposées par la RDC à

- l'Équipement, fourni à titre de don, mentionné au point II-2 ci-dessus; et
- (3) Les frais courants nécessaires à la mise en œuvre du Projet (selon l'entente entre les deux parties).

IV. ADMINISTRATION DU PROJET

1. Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique (ci-après dénommé le « MSP »), en sa qualité de Directeur du Projet, assumera toutes les responsabilités pour l'administration et la mise en œuvre du Projet.
2. Le Directeur des Ressources Humaines (D1) du MSP, en sa qualité de Gestionnaire du Projet, sera responsable de la gestion des aspects techniques du Projet.
3. Le Conseiller en Chef du Projet de la JICA fournira, à son homologue le Directeur du Projet ainsi qu'au Gestionnaire du Projet, les recommandations et les conseils nécessaires relatifs à tous les aspects d'exécution du Projet.
4. Les experts de la JICA fourniront à leurs homologues congolais les conseils nécessaires relatifs aux aspects techniques du Projet.
5. Pour la mise en œuvre efficace et la réussite de la coopération technique du présent Projet, un Comité Conjoint de Coordination sera constitué; ses attributions et sa composition sont décrites à l'Annexe VII.

V. EVALUATION CONJOINTE

L'état d'avancement du Projet fera l'objet de deux évaluations conjointement par la JICA et les autorités congolaises concernées l'une à mi-parcours et l'autre six mois avant l'achèvement des activités du Projet.

VI. RECLAMATIONS CONTRE LES EXPERTS DE LA JICA

Le Gouvernement de la RDC assumera les réclamations qui seraient faites par des tiers contre les experts de la JICA engagés dans le Projet, si celles-ci sont liées à l'accomplissement de leurs fonctions officielles en RDC. Il sera fait cependant exception de celles survenues suite à une inconduite volontaire ou à une négligence importante de la part des experts de la JICA.

VII. CONSULTATION MUTUELLE

La JICA et le Gouvernement de la RDC conféreront sur tout problème majeur survenant du fait du présent document ou en rapport avec lui.

VIII. MESURES VISANT LA VULGARISATION DU PROJET

Le Gouvernement de la RDC prendra les mesures appropriées pour vulgariser et promouvoir le Projet auprès de la population congolaise.

IX. DUREE DE COOPERATION

La durée du présent Projet de coopération technique est de trois années à partir du mois de novembre 2010.

ANNEXE I PLAN DIRECTEUR

ANNEXE II LISTE DES EXPERTS DE LA JICA

ANNEXE III LISTE DES MACHINES ET EQUIPEMENTS

ANNEXE IV PRIVILEGES, EXEMPTIONS ET AVANTAGES POUR LES EXPERTS DE LA JICA

ANNEXE V LISTE DES HOMOLOGUES CONGOLAIS

ANNEXE VI LISTE DES BATIMENTS ET INSTALLATIONS

ANNEXE VII COMITE CONJOINT DE COORDINATION

PLAN DIRECTEUR

1. Objectifs de la coopération technique

(1) But Suprême

Le système de santé est doté d'un personnel de santé compétent, performant, en quantité suffisante et équitablement réparti pour une offre de services et de soins de santé de qualité.

(2) Objectif Global

Le PNDRHS est mis en œuvre.

(3) Objectif du Projet

Les capacités de la DRH pour exécuter le PNDRHS sont renforcées.

2. Résultats Attendus

(1) Les capacités institutionnelles de la DRH sont renforcées.

(2) Le PNDRHS 2011-2015 est élaboré et validé.

(3) Les textes légaux et réglementaires en rapport avec le PNDRHS sont élaborés.

(4) Le système de gestion de l'information sur les RHS est mis en place.

3. Activités

(1) Activités I

1.A. Améliorer l'environnement de travail de la DRH

1.A.1. Réhabiliter les locaux/bâtiments abritant la DRH

1.A.2. Doter en équipements la DRH

1.A.3. Etablir un réseau de communication entre les parties prenantes de la DRH (directions centrales et les provinces)

1.A.4. Introduire les « 5 S »

1.B. Former les cadres de la DRH en gestion des RHS (gestion de carrière, gestion de production, affectation, système d'information, suivi et évaluation ...)

7

6

- 1.B.1. Organiser les sessions de formation
- 1.B.2. Réaliser les voyages d'études (au Japon ou dans les pays tiers)
- 1.B.3. Partager les acquis des stages à l'étranger (Restitution)

- 1.C. Renforcer les capacités de coordination de la DRH dans l'exécution du PNDRHS
 - 1.C.1. Tenir les sessions régulières de travail de la Commission et des Sous-Commissions du CNP-SS en charge des RHS
 - 1.C.2. Mener les concertations entre les Ministères concernés (MFP, Minfin, MinBudget, Mesu....)
 - 1.C.3. Clarifier les contenus des activités mises en œuvre par les partenaires (mapping/cartographie des interventions des partenaires) concernant le développement des RHS et partager les informations entre les parties prenantes
 - 1.C.4. Coordonner l'action des partenaires nationaux et internationaux en matière du développement des RHS
 - 1.C.5. Superviser les bureaux provinciaux dans la mise en œuvre du PNDRHS
 - 1.C.6. Contrôler et inspecter périodiquement les effectifs de personnel à tous les niveaux

- 1.D. Suivre et évaluer les activités relatives à la gestion des RHS (Production, Gestion de carrière, Formation continue) dans le cadre du PNDRHS
 - 1.D.1. Elaborer les outils pour le suivi et évaluation
 - 1.D.2. Collecter les données nécessaires
 - 1.D.3. Analyser et interpréter les données
 - 1.D.4. Elaborer les rapports
 - 1.D.5. Apporter des correctifs aux difficultés rencontrées (Rémédiation)

- 1.E. Faire fonctionner l'Observatoire National sur les RHS
 - 1.E.1. Elaborer les TDR de l'Observatoire National sur les RHS
 - 1.E.2. Elaborer le Profil Pays des RHS
 - 1.E.3. Créer une page de l'Observatoire National dans le site web de l'Observatoire africain sur les RHS

(2) Activités 2

- 2.A. Elaborer les 4 sous-plans du PNDHS 2011-2015 (Production, Gestion de carrière, Rétention du personnel, Formation continue)
 - 2.A.1. Collecter des données complémentaires en la matière

A.

F

- 2.A.2. Tenir des séances de travail pour faire le diagnostic en la matière et pour rédiger un rapport du diagnostic
- 2.A.3. Organiser un atelier afin de déterminer la vision stratégique et le cadre stratégique en partant du diagnostic
- 2.A.4. Elaborer la vision stratégique et le cadre stratégique ainsi que le plan d'action
- 2.A.5. Organiser un atelier de partage et de validation

- 2.B. Elaborer le texte du PNDRHS intégrant les 4 sous-plans
 - 2.B.1. Collecter des données complémentaires en la matière
 - 2.B.2. Tenir des séances de travail pour faire le diagnostic en la matière et pour rédiger un rapport du diagnostic
 - 2.B.3. Organiser un atelier afin de déterminer la vision stratégique et le cadre stratégique en partant du diagnostic
 - 2.B.4. Elaborer la vision stratégique, le cadre stratégique ainsi que le plan d'action

- 2.C. Partager et valider le PNDRHS
 - 2.C.1. Organiser l'atelier de validation
 - 2.C.2. Partager le PNDRHS au niveau central et intermédiaire du MSP ainsi qu'au niveau interministériel
 - 2.C.3. Faire le tirage du PNDRHS pour distribuer aux parties prenantes

(3) Activités 3

- 3.A. Participer techniquement à l'élaboration de la loi-cadre portant sur la santé publique

- 3.B. Elaborer les textes régissant la gestion et l'exercice des professions de santé
 - 3.B.1. Actualiser les normes de dotation en personnel aux ZS
 - 3.B.2. Elaborer les normes de dotation en personnel au niveau central et provincial
 - 3.B.3. Elaborer les référentiels (de compétences, de formation et de l'Evaluation) de la formation initiale pour les accoucheuses A2

- 3.C. Définir clairement le statut de l'LEMK en tant que l'école pilote nationale

(4) Activités 4

- 4.A. Définir et constituer le(s) base(s) de données à partir des listes déclaratives

7

6

4.B. Mettre en place le système de renouvellement des données

4.B.1. Uniformiser le modèle de liste déclarative permettant le renouvellement des données

4.B.2. Superviser les bureaux provinciaux dans leurs activités de renouvellement des données

4.B.3. Réaliser des stages au bénéfice des bureaux provinciaux sur les planifications annuelles exploitant les bases de données

NB: Au cas où un amendement du contenu du Plan Directeur s'avère nécessaire, les deux parties doivent se mettre d'accord sur l'amendement par l'échange du compte-rendu des discussions (*Minutes of Meetings*).

平

LISTE DES EXPERTS DE LA JICA

Les experts du Projet des domaines suivants seront envoyés par la partie japonaise :

1. Experts à long terme
 - Conseiller en Chef; et
 - Coordinateur /Chargé de la gestion des RHS.

2. Experts à court terme dans les domaines suivant ;
 - Développement des RHS ;
 - Gestion des données sur les RHS : et
 - Formation des accoucheuses.

NB: Envoi des autres experts à court terme selon les besoins.

F

4

LISTE DES MACHINES ET EQUIPEMENTS

Les machines et les équipements techniques nécessaires proviennent de la partie japonaise pour la mise en œuvre du Projet comme suit ;

1. Véhicule pour le Projet
2. Générateur électrique pour les ordinateurs et les éclairages ; et
3. Matériels de bureau et consommables nécessaires pour les activités du Projet (ordinateur, photocopieur, imprimante, réseau d'internet etc.).

NB: Les contenus, spécifications et les quantités des équipements à être prévus mentionnés ci-dessus seront discutés en principe chaque année entre la partie japonaise et les homologues congolais sur la base du plan annuel du Projet, dans le cadre du budget alloué de l'année fiscale japonaise.

F

K

PRIVILEGES, EXEMPTIONS ET AVANTAGES
POUR LES EXPERTS DE LA JICA

1. Exonérer de toute taxe et autres types d'impôts prélevés sur ou en rapport avec les indemnités de séjour envoyées depuis l'étranger aux experts de la JICA.
2. Exonérer d'impôt sur le revenu, de taxe d'importation ou tout autre impôt prélevé sur les effets mobiliers personnels des experts de la JICA et de leurs familles, y compris une automobile par experts.
3. Fournir toutes les possibilités pour fournir l'assistance médicale et toute autre type d'assistance nécessaire aux experts de la JICA et leurs familles en cas d'accident ou d'urgence,
4. Délivrer, sur demande, des visas d'entrée en faveur des experts de la JICA et à leurs familles gratuitement.
5. Délivrer des cartes d'identification aux experts de la JICA et à leurs familles pour sécuriser la coopération de toute l'organisation de l'état nécessaire pour l'accomplissement des obligations des experts.
6. Exonérer de droits de douane pour l'importation et l'exportation de machines et équipement par des experts de la JICA en relation avec les activités du Projet.

44.

7

LISTE DES HOMOLOGUES CONGOLAIS

1. Directeur du Projet
Le Secrétaire Général du MSP

2. Gestionnaire du Projet
Le Directeur de la Direction des Services Généraux et Ressources Humaines (D1) du MSP

3. Autres homologues
Le Directeur de la Direction d'Enseignement des Sciences de Santé (D6)
Le Directeur de la Direction de Formation Continue (D11)
Un Représentant de la Direction des Etudes et Planification (D7)
Les Chefs de division de la D1
Les Chefs de division de la D6
Les Chefs de division de la D11

7

LISTE DES BATIMENTS ET INSTALLATIONS

Les éléments suivants proviennent de la partie congolaise :

1. Commodités nécessaire pour le Projet
2. Espace bureau et commodités nécessaires pour les experts de la JICA et leur personnel d'appui
3. Salles et espace nécessaire pour l'installation et stockage des équipements
4. Autre commodités mutuellement accordées comme nécessaire pour la mise en œuvre du Projet

P
o

COMITE CONJOINT DE COORDINATION

Le Comité conjoint de coordination (ci-après dénommé « CCC »), composé des parties congolaises et japonaises, sera mis en place en vue de l'exécution efficace du Projet.

1. Fonctions

Le CCC sera convoqué une fois par an, et deux fois par an au besoin, en vue de remplir les fonctions suivantes :

- Formuler et approuver le plan annuel des activités du Projet
- Examiner l'état d'avancement global et l'achèvement du Projet
- Elaborer et approuver le rapport d'activité

2. Composition

- Président du comité : le Secrétaire Général du MSP (Directeur du Projet)
- Secrétaire : le Directeur de la Direction des Services Généraux et Ressources Humaines du MSP (Gestionnaire du Projet)

- Membres :

< Partie congolaise >

a) MSP

Directeur de la Direction d'Enseignement des Sciences de Santé (D6)

Directeur de la Direction de Formation Continue (D11)

Un représentant de la Direction des Etudes et Planification (D7)

Chefs de division de la D1

Chefs de division de la D6

Chefs de division de la D11

< Partie japonaise >

Experts de la JICA

Représentant du Bureau de la JICA en RDC

< Observateurs >

Représentant de l'Ambassade du Japon en RDC

NB: D'autres personnes recommandées par la partie japonaise et la partie congolaise peuvent aussi participer au CCC, après la consultation mutuelle entre les deux parties.

7

4

**保健人材開発支援プロジェクトに係る日本の技術協力に関する
国際協力機構とコンゴ民主共和国政府関係者との討議議事録**

独立行政法人国際協力機構（以下 JICA）は、コンゴ民主共和国の事務所を通じて、「保健人材開発支援プロジェクト」の運営を成功させるべく、JICA とコンゴ民主共和国政府と協議を行った。

協議の結果、JICA とコンゴ民主共和国の関係代表者は、添付資料に書かれた点について同意する。

I. JICA とコンゴ民主共和国政府の協力

1. コンゴ民主共和国と JICA は、保健人材開発支援プロジェクト（以下プロジェクトという）の実施につき相互に協力を行う。
2. 当該プロジェクトは、別紙 I の基本計画に基づいて行われる。

II. JICA の取るべき措置

日本における法律、規則に従い、JICA は JICA の経費負担により、日本の技術協力計画の通常手続きに基づき、以下の措置を取る。

1. 日本人専門家の派遣
JICA は、別紙 II の通り、日本人専門家の役務を提供する。
2. 供与機材
JICA は、別紙 III の通り、本プロジェクトの実施に必要な機材を供与する。機材は、港、空港まで CIF で引渡しを行い、コンゴ民主共和国の所有とする。
3. 日本または第三国への研修員派遣
JICA は、日本、または第三国での技術研修のためにプロジェクト関係者のコンゴ民主共和国人を受け入れる。

III. コンゴ民主共和国政府の取るべき措置

1. コンゴ民主共和国政府は全ての関係者、受益者グループ、団体を本プロジェクトに積極的に参加させることにより、日本の技術協力期間中とその後に、本プロジェクトが自立運営を持続可能にするために必要な措置を取る。
2. コンゴ民主共和国政府は、日本の技術協力の成果としてコンゴ民主共和国人が得る技術と知識が、コンゴ民主共和国の経済、社会発展に貢献することを確保する。
3. コンゴ民主共和国政府は、別紙 IV で記すように別紙 II で述べた日本人専門家とその家族に対して、特別待遇、免税、便宜を与える。それは、同様の任務を遂行する第三国専門家または国際機関の専門家に劣らないものであること。
4. コンゴ民主共和国政府は、II - 2 で述べた機材が II - 1 で述べた日本人専門家との協議を行い、本プロジェクト実施のために使用されるよう必要な措置を取る。
5. コンゴ民主共和国政府は、II - 3 で述べた日本もしくは第三国での技術研修から得た知識と経験が、本プロジェクトの実施に有効に用いられることを確保するために必要な措置を取る。
6. コンゴ民主共和国の法律および規則に従い、コンゴ民主共和国政府の負担により、本プロジェクトへ以下のものを提供するために必要な措置を取る。
(1) 別紙 V にあるコンゴ民主共和国人のカウンターパート及び事務職員の配

置

- (2) 別紙Ⅵにある土地、事務所、施設
 - (3) JICAによって供与されるもの以外の、本プロジェクト実施に必要な機械、装置、器具、車両、工具、予備部品、及びその他の必要物品の提供または交換
7. コンゴ民主共和国における法律及び規則に従い、以下の必要な措置を取る
- (1) コンゴ民主共和国内におけるⅡ－2に述べた機材の運送、設置、操作、維持のために必要な経費
 - (2) Ⅱ－2で述べた機材に対して、コンゴ民主共和国で課せられる関税、国内税、その他の課徴金
 - (3) 本プロジェクト実施に必要な運営費
- IV. 日本人専門家に対する特別待遇、免税および便宜
1. 海外から日本人専門家に送金される報酬、またはこれに関連して課せられる税およびその他の課徴金を免除する。
 2. 所得税、JICA 専門家とその家族が持ち込む個人的なもの、車両にかかる関税を免除する。
 3. JICA 専門家とその家族に対して、事故もしくは緊急時に、医療の便宜提供、その他全ての便宜が必要な事態に関して可能な限りの手段をとる。
 4. 要求に基づき、JICA 専門家とその家族のために入国ビザを発給する。
 5. JICA 専門家とその家族に対し、身分証明書を発給する。
 6. JICA 専門家がプロジェクトに必要な機器を持ち込む際に関税を免除する。
- V. プロジェクト管理
1. 保健省次官は、プロジェクトダイレクターとして、本プロジェクトの実施に関して全責任を負う
 2. 保健省第一局長は、プロジェクトマネージャーとして、本プロジェクトの運営および管理に関して責任を負う。
 3. JICA のプロジェクトリーダーは、本プロジェクトの実施に関する事項に関して、本プロジェクトダイレクターに対して、必要な提言、助言を与える。
 4. JICA の日本人専門家は、コンゴ民主共和国人のカウンターパートに対して、本プロジェクトの実施に関する技術事項において、必要な提言を与える
 5. 本プロジェクトを効果的かつ成功させるために、別紙Ⅶに述べる機能、構成による合同調整委員会が設置される。

VI. 合同評価

本プロジェクトの評価はプロジェクト期間の中間及び終了前6ヶ月の間に、JICAとコンゴ民主共和国の関係者の合同で行われる。

VII. 日本人専門家に対する請求

コンゴ民主共和国政府は、コンゴ民主共和国における日本人専門家の職務中、または職務の遂行中に関連して、日本人専門家に対する訴訟等の事由が生じた場合、日本人専門家の故意または重大な過失による場合を除き、その責任を負う。

VIII. 相互協議

JICAとコンゴ民主共和国政府は、本文書または、本文書に関連する主要事項について相互に協議を行う。

IX. プロジェクト普及促進

コンゴ民主共和国政府は、コンゴ民主共和国国民への本プロジェクトの普及促進のため、適切な処置を取る。

X. 協力期間

本技術協力プロジェクトは2010年11月から開始し、3年間行う。

別紙Ⅰ 基本計画

別紙Ⅱ 日本人専門家リスト

別紙Ⅲ 機械と機材リスト

別紙Ⅳ 日本人専門家に対する特別待遇、免税および便宜

別紙Ⅴ コンゴ民主共和国人カウンターパートリスト

別紙Ⅵ 土地、建物リスト

別紙Ⅶ 合同調整委員会リスト

別紙 I

1) 技術協力の目的

(1) スーパーゴール

良質な保健ケアおよびサービスを提供するために、質の高い保健人材が、公正な配分で十分な数だけ配置される

(2) 上位目標

国家保健人材開発計画が実施される

(3) プロジェクト目標

保健人材関連局の国家保健人材開発計画実施能力が強化される

2) 成果

1. 保健人材関連局の組織運営能力が強化される
2. PNDRHS 2011-2015 が作成され、承認される
3. PNDRHS に関連する保健省内の各種規定が策定される
4. 保健人材に関わる情報管理システムが設置される

3) 活動

(1) 活動1

- 1.A. 保健人材局の労務環境を改善する
 - 1.A.1 保健人材局の社屋・建造物を改修する
 - 1.A.2 保健人材局に機材を整備する
 - 1.A.3 保健人材局関係組織(中央局と州局)を結ぶ通信ネットワークを設置する
 - 1.A.4 5S 活動を導入する
- 1.B. 保健人材局の管理職に対する保健人材管理(キャリア管理、養成管理、配置、情報管理システム、モニタリング・評価等)研修を行う
 - 1.B.1 研修会を開催する
 - 1.B.2 海外研修を実施する(本邦研修、第三国研修等)
 - 1.B.3 研修の成果を共有する
- 1.C. PNDRHS 実施のための保健人材局の調整能力を強化する
 - 1.C.1. 保健人材開発技術委員会および小委員会の定例会を開催する
 - 1.C.2. 保健人材開発に関わる関係省庁との協議を行う
(公務員省、財務省、予算省、高等教育省、等)
 - 1.C.3. 保健人材開発に関するパートナーの協力内容の共有およびマッピングを行う

- 1.C.4. 保健人材開発に関する国内・国外援助機関による活動を調整する
- 1.C.5. PNDRHS 実施のための州への巡回指導を行う
- 1.C.6. 人材配置・労務状況のための業務監査を全国レベルで実施する

1.D. 保健人材管理実施のための評価・モニタリングを行う (養成、管理、継続教育)

- 1.D.1. モニタリング・評価ツールを作成する
- 1.D.2. データを収集する
- 1.D.3. データを分析・解釈する
- 1.D.4. 報告書を作成する
- 1.D.5. 分析した内容を活動にフィードバックする

1.E. 保健人材開発のオブザベートリー(*)機能させる

- 1.E.1. オブザベートリーの TOR を作成する
- 1.E.2. 「国別保健人材ファイル」**を作成する
- 1.E.3. WHO-AFRO の Web サイトにコンゴ民オブザベートリーのページを作成する

(2)活動2

2.A. 2011-2015 年度 PNDRHS のサブ・プラン(初期教育計画・キャリア管理計画・人材定着化計画・継続教育計画)を作成する

- 2.A.1. 必要なデータを収集する
- 2.A.2. 現状診断およびその執筆を行うための作業会議を開く
- 2.A.3. 現状診断に基づく戦略策定のためのワークショップを開く
- 2.A.4. 戦略を文章化し、アクションプランを作成する
- 2.A.5. 承認・共有化ワークショップを開催する

2.B. PNDRHS の本文を作成する

- 2.B.1. 必要なデータを収集する
- 2.B.2. 現状診断およびその執筆を行うための作業会議を開く
- 2.B.3. 現状診断に基づく戦略策定のためのワークショップを開く
- 2.B.4. 戦略を文章化し、アクションプランを作成する

2.C. PNDRHS を承認し、共有する

- 2.C.1. 承認会合ワークショップを開催する
- 2.C.2. 承認された PNDRHS を省内、関係省庁、州レベルで共有する
- 2.C.3. PNDRHS を印刷し、関係者に配布する

(3)活動3

- 3.A. 公衆保健に関する基本法の作成に技術的に参画する
- 3.B. 保健従事職の履行・管理および初期教育を規定する文章を作成する
 - 3.B.1. 保健ゾーン(ZS)の人材配置基準の更新案の検討を開始する
 - 3.B.2. 州および中央レベルの病院人材配置基準の検討を開始する
 - 3.B.3. 中級助産師の資格・初期教育・評価基準案を作成する
- 3.C. キンシャサ中級保健人材養成校(IEMK)の国立パイロット校としての位置づけを明確にする

(4)活動4

- 4.A. 保健人材登録リストをもとにした保健人材情報データベースの定義を確定し作成する
- 4.B. 各州の保健人材情報データ更新の仕組みを作る
 - 4.B.1 既存の保健省管轄人材登録リストのフォーマットを統一する
 - 4.B.2 各州保健局におけるデータ更新のための中央からの巡回指導を行う
 - 4.B.3 州保健局に「データベースを活用した年次計画策定方法」の研修を行う

注:

上記を変更、修正する際は、日本側、コンゴ民主共和国双方での合意を取り、会議を開催し、協議議事録(ミニッツ)の交換によって行われる。

別紙Ⅱ 日本人専門家リスト

- 1. 長期専門家
 - －チーフアドバイザー
 - －業務調整/ 保健人材管理
 - 2. 短期専門家
 - －保健人材開発
 - －保健人材情報
 - －助産師
- * 他の短期専門家も、必要に応じて派遣する

別紙Ⅲ 供与機材リスト

以下に記すとおり、日本側はプロジェクトを実施するために必要な機械や装備を供与する。

- 1. プロジェクトのための車両

2. パソコン、照明のバックアップ用のジェネレータ
3. プロジェクトに必要な事務機器、事務用品、(パソコン、コピー機、印刷機など)

注:

日本側とコンゴ民主共和国カウンターパート間で、プロジェクトの年間計画に基づき、日本の年間予算の中で機材の内容、仕様、数に関して話し合いの上、決定する。

別紙Ⅳ 日本人専門家に対する特別待遇、免税および便宜

1. 海外から日本人専門家に送金される報酬、またはこれに関連して課せられる税およびその他の課徴金を免除する。
2. 所得税、JICA 専門家とその家族が持ち込む個人的なもの、車両にかかる関税を免除する。
3. JICA 専門家とその家族に対して、事故もしくは緊急時に、医療の便宜提供、その他全ての便宜が必要な事態に関して可能な限りの手段をとる。
4. 要求に基づき、JICA 専門家とその家族のために入国ビザを発給する。
5. JICA 専門家とその家族に対し、身分証明書を発給する。
6. JICA 専門家がプロジェクトに必要な機器を持ち込む際に関税を免除する。

別紙Ⅴ コンゴ民主共和国側 C/P リスト

1. プロジェクトダイレクター
保健省次官
2. プロジェクトマネジャー
保健省第一局長
3. その他
保健省第6局長
保健省第7局長
保健省第11局長
保健省第1・6・11局 各担当課長

別紙Ⅵ 土地、建物リスト

コンゴ民主共和国側投入

1. プロジェクトに必要な便宜
2. 日本人プロジェクト専門家と関係者のための事務所提供と必要な便宜
3. 機材確保のために必要な建物と土地
4. 互いに必要と認めたプロジェクト運営に必要な便宜

別紙Ⅶ 合同調整委員会

合同調整委員会（CCC）は、プロジェクトを円滑に実施するためにコンゴ民主共和国人と日本人で構成されている。

1. 機能

合同調整委員会は年に一回、または必要であれば二回開催し、次の機能を持つものである

- プロジェクト年間計画の策定と承認する
- プロジェクトの進行に関して検討する
- 活動レポートの推敲と承認をする

2. 構成

- 委員長：保健省次官（プロジェクトダイレクター）
- 事務局長：保健省第一局長（プロジェクトマネジャー）

—メンバー

a) コンゴ民主共和国側

- 保健省第6局長
- 保健省第7局長
- 保健省第11局長
- 保健省第1・6・11局 各担当課長

b) 日本側

- JICA 専門家
- 在コンゴ民主共和国 JICA 事務所代表者

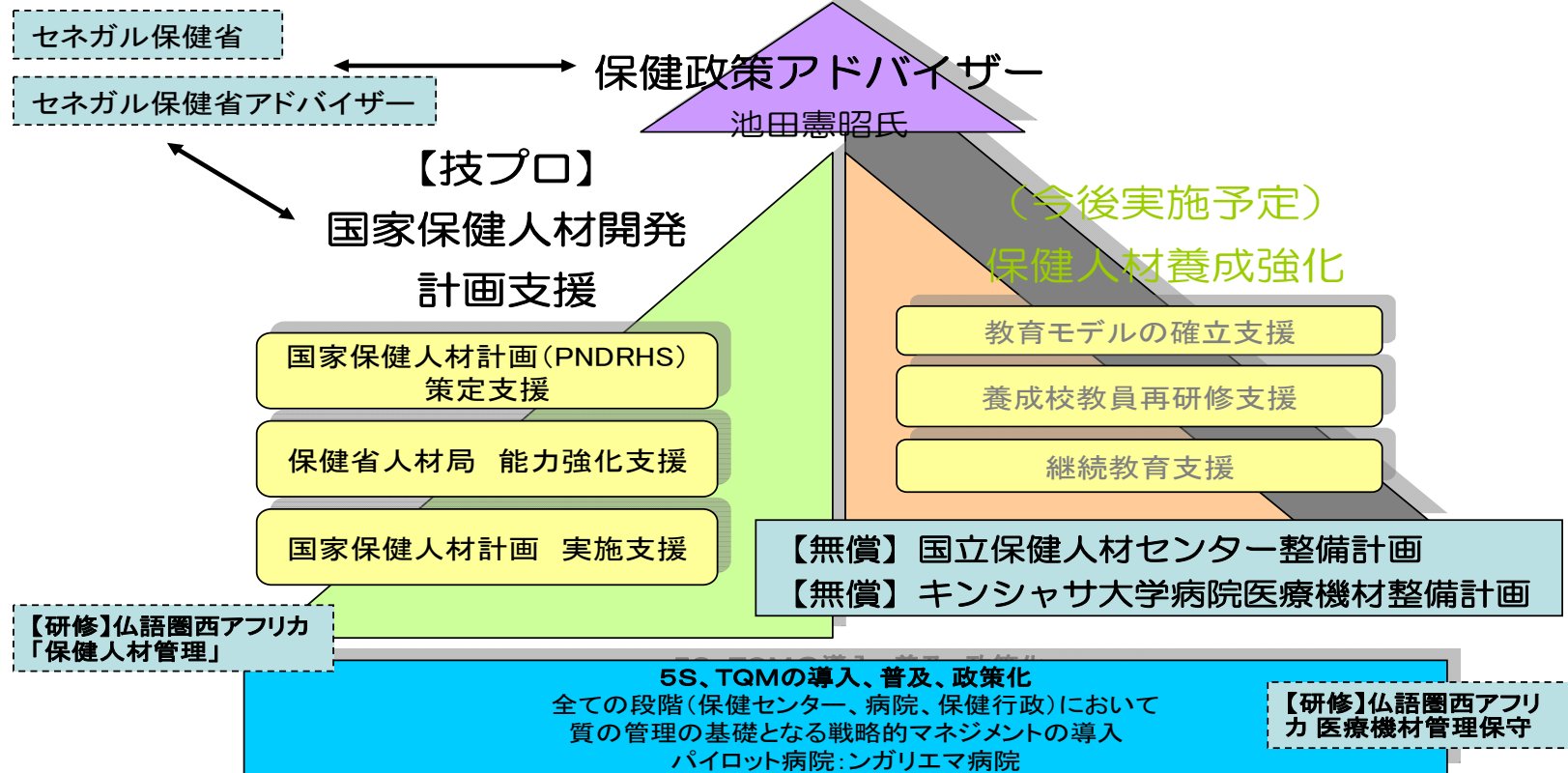
c) オブザーバー

- 在コンゴ民主共和国日本大使館代表者

注：上記以外にも、日本、コンゴ民主共和国の両者に認められた者は合同調整委員会への参加が可能

保健人材能力強化プログラム

保健人材計画の策定・実施・関係者のCDを通じ
「コ」国の保健人材分野の強化をはかる

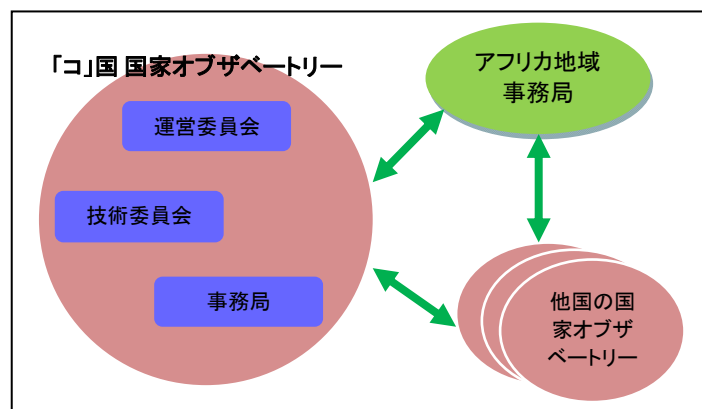


6. 保健人材国家オブザベートリー

(AHWO: Africa Health Workforce Observatory 資料より)

保健人材オブザベートリーとは？

- 柔軟な組織で、関係者の協力関係の上になりたるダイナミックでフレキシブルな組織である。
- 全国レベルの協力ネットワークであると共に、政策決定に対する全面的な支援を行う協力ネットワークである。国内の技術に基づいた知見の発信源ともなる。



オブザベートリーの役割

- 「国家保健人材開発計画」の策定
- 共通の規約のためのフォーラムの開催
- 保健人材開発の活動に inputs を及ぼす動向のモニター
- 学術的調査研究
- データの質の改良
- 情報収集・保存ツールの開発
- データ収集保存のための協力関係のファシリテイト
- 現実に基づいた政治的対話の促進
- 保健人材の能力強化に貢献
- 保健人材に関する協議事項のための資料の収集
- 地域事務局および他国のオブザベートリーとの協力関係の維持

国家オブザベートリーの担い手

- 国内レベルでの保健人材に携わるドナーおよびステークホルダー
 - ✓ 保健省、教育省、財務省、公務員省、統計局、等
 - ✓ 大学、保健人材育成機関、医師会、保健職能団体、等

国家オブザベートリー委員会の役割

- フォーカル・ポイント／事務局が、WHO の各国支部と地域事務局との間の協力関係を維持する
- 活動の企画調整をファシリテイトする
- ステイクホルダーを集める[委員会の開催]
- 情報の収集、Web site 情報へのアクセスを容易にするためのアシスタント
- 既存のメカニズムを強化・活用する

設置手順

1. フォーカルポイントを指名する
2. 作業計画前にワーキンググループを設置する
3. 国内の保健人材管理の特徴を把握しておく
4. オブザベートリーの TOR に関し、ドナーを招集し、協議会を開催する
5. 保健人材の情報ニーズを明確化する
6. オブザベートリーの Web site を開発する
7. 設置に関するの省令を発令する
8. オブザベートリーの公式発足
9. 貢献(資金)が確定されたあと、作業計画が細分化される
10. リソースを集める

7. 保健省初期教育（第6）局計画課課長との面談記録

| | |
|------|--|
| 面談日時 | 2010年8月13日 10:00 – 10:45 |
| 場所 | コンゴ民主共和国保健省 |
| 面談者 | <p><先方></p> <ul style="list-style-type: none"> • M. Desere Bapitani (第6局:初期教育局 初期教育計画課課長) <p><当方></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dr. Raymond Mufwaya Nsene N, MD, MPH • 金子佳世 企画調査員 JICA コンゴ民事務所 • 八鳥知子 HANDS |
| 記録 | 八鳥知子 |

面談要約

1. 「助産師初期教育」に関する活動の進捗状況

- 助産師の「初等教育」のカリキュラムはできている(Accoucheuse Communautaire, Program de formation de technician en sante communautaire Niveau A2, Tescom)2000年7月に、プロテスタント系のミッション Institute Panafricain de santé communautaire と一緒に作った。まだドラフトの段階で、7つのETMで試験的に使っているが、全国レベルでは使っていない。
- ただし、これは、Competency Approach になっていない。これを Competency Approach にすることを、教育リフォームに提案したいと考えている。そして全国レベルに持ってゆきたい。
- この活動に関する「セクション(係)」は存在し、既に機能し始めている。
- ベルギーの NGO AFEPE にこの支援を数度申し出ており、一緒にやってゆこうというものの、資金不足という理由で明確な返事がなく、停滞している。まだ支援が確立されていない。
- このように AFEPE 自身に限界があるので、そこを補完的にするためにも、Synergyを生むためにも、JICAにも協力をお願いしたい。
- 「助産師」の初等教育を整備することが、一番優先順位が高いことは明白である。コンゴ民では、母子保健に関する指標が非常に悪く、MDG 達成のためにも、急務である。
- 助産師の「業務基準」はまだない。その規定は11局の業務。「業務基準」を断定するためには、まず末端の現場調査からはじめなければならない、大きな仕事である。日本政府がこの部分の支援を決定してくれるならば、非常に有効である。これは、保健省省令になる。

2. 他の保健人材の初期教育に関する取り組み

- 「看護師」の初期教育は、APEFE（伝統的パートナー）との支援で、Competency 基準を完成させている。(Referentiel de competences infirmieres)
- 本当は 10 職種全てに対してリフォームが必要でなのである。しかし、まだ予算を探している。
- 第 3 番目の Priority として考えているのが、「臨床検査技師」「薬剤助手」「環境衛生師」の 3 つの初期教育を Competency Approach にしたい。しかし、計画はない。国家予算も、ドナー支援の予定もない。
- 国家予算は、文具購入費等、局が機能するための多少の諸経費があるのみ。スーパービジョンや調整・監督等をする費用は、予算化はされているものの、まだ降りてきていない。

3. 高等教育省および初等・中等教育省との関係

- 高等教育省とは、既に強い協力関係ができています。彼らとは、常に、情報交換や意見交換をする。(保健省の教育機関が生み出した)中級人材は、その後、高等教育省の ISTN に入るため、水平的な関係ができています。教員教育の面でも、高等教育省とは関係を持っています。PNDS 策定のワークショップにも出席してもらった。
- 初等中等教育省とも、プログラムの共有等、高等教育省と同様に、技術的な関係が作られている。
- 看護初等教育のカリキュラムを作成した時には、メンバーの中に入れてもらい一緒に作成した。カリキュラムの作成者の一機関として、出来上がった教材には、高等教育省ときちんと記載されている。助産師のカリキュラムをこれから作るのならば、また高等教育省にも入れてもらい、同様に進めて行く必要があるだろう。ただし、「政府」として教材等を作っているため、2 つの政府機関が「共催枠組み」のような物を敢えて作ることは、この国では望ましくない。それを、敢えて表現する必要はない。政治的な枠組みとして提示するというのは、彼らとしては難しい。協力関係を明示するには抵抗があった。例えば、ロゴを保健省と並べて載せる、というようなことはする伝統がないし、必要がない。しかし、しかし、繰り返すが、協力関係はある。
- 教育リフォーム(統廃合を含む)においては、高等教育省のツールを参考にしたりしている。報告書をもったりということはないが、意見交換という形で、協力し合っている。統廃合に関しての調査については、第 6 局が担当して実施した。その調査に関しては、CTB(Belgian development agency, BTC, ベルギー開発協会)とAPEFEが資金支援してくれた。統廃合に関しては保健大臣が大変意欲を示して、保健人材養成校だけでなく、病院等全ての保健医療施設について実施すべきだという意見をもっている。中等初等教育の存続可能性枠組み(クライテリア)はもう提示したので、その他に

についても実施してゆきたい。大変大きな仕事である。国立公衆衛生学院が GAVI-HSS の費用を使ってやってくれれば良いのになあ、と考えている。

- 高等教育省大臣(マシャコ)は保健省出身である。存続可能性調査については、彼が非常に大きなアイデアをもっており、そのアイデアを高等教育省でスムーズに実現した。保健省も、教育省に続きたいと考えている。この実現が遅れている理由としては、昨年は、看護師教育のリフォーム(改革)を第 6 局では握っていたし、その調査の結果がオフィシャルには発表されていなかったの。リフォームされた教育内容を、統廃合の中で、どの学校で実施して行くか、ということも重要である。
- 統廃合では、どのように学校を閉めてゆくか、政治的決断が関係するため実務者レベルでは、決定することが難しい。JICA 等ドナーから助言して欲しい。

8. PNDRHS 作成に関する検討ワークショップ最終報告書（抜粋 和訳）

訳注:

DS:保健郡

ZS:保健区

Prosante: 保健医療従事者(保健医療事務職を含まない、医師、歯科医師、看護師、助産師、薬剤師、検査技師等を指す)

以下翻訳文中の「教育」は職業教育 Formation を指す。養成＝卒前教育、育成＝現任教育を意味する場合があるため、混乱を避けるため、卒前・現任双方を含むと思われる場合は「教育」を用いる。

| 州名 | 長所 | | 解決策 |
|----|---|---|--|
| 赤道 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 中等・高等レベルの医療従事者教育機関の存在 ・ 州・保健郡・保健区・HGRの全レベルにわたる、人材管理ができる資格を持つ人材の存在 ・ 保健郡レベルの保健人材データベースがエクセルで州保健局に在る ・ 人材が学歴・職種カテゴリー別に把握されている ・ 州保健セクター運営委員会の内部に人材開発担当小委員会が存在する ・ 州保健人材台帳のなかに、宗教団体・軍隊・国家警察に属する人材も含まれている ・ 州レベルD11 保健局が機能している ・ 保健区 69 のうち 55 区に対して、PRS および ASSINIP4 プロジェクトを通してドナー支援が有る | <ul style="list-style-type: none"> ・ 卒前教育が看護師教育に偏っている ・ IEM/ITM、ISTM での教育の質の低下 ・ 教育に州の真のニーズが反映されていない ・ 医療保健従事者数に比して、アドミスタッフ数の過剰 ・ 州全体での人材配置の偏り ・ 人材の高齢化 ・ 悪質な労働環境: 老朽社屋、老朽機材、極端な機材不足 ・ 中央政府・州政府・州保健局・保健郡・保健区・病院の全レベルにおいて人材配置の調整が取れていない ・ 人材配置に政治的介入がある ・ 人材が不安定 ・ 養成コースを卒業した新規 L2 看護師の就業困難 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 州全体での人材再編・配置転換 ・ 人材安定化を図る ・ 定款・規則適用の徹底(休暇取得・特徴記載?・昇進・農村部就業手当・罰則規定・退職) ・ IEM/ITM の存続可能性に関する猶予期間/モラトリアムを適用させる ・ IEM/ITM に他の教育コースを創設させるよう働きかける ・ 高等・大学レベルでの保健医療従事者の養成を調整・規制するため、高等教育省との協議枠組みを設置するための協議を加速させる ・ 関連ドナーやプログラムとの活動分担計画に基づいた教育を実施するためにリーダーシップをとる ・ 幹部教育におけるニーズを特定する |

| | | | |
|--------|---|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師に対し実際に「リスク手当」が支払われている ・ 基礎インフラとロジスティクス(住宅・自動車・バイク・通信手段)が有る | <ul style="list-style-type: none"> ・ 民間セクターの人材データが管理されていない ・ 各職種による要件が遵守されていない ・ 保健省・関連ドナーによる活動の未調整 ・ 継続教育におけるドナーの活動分担計画(棲み分け)の不在 ・ 実施された継続教育を記録する台帳の不在 ・ 国家が支給する給与／手当が僅少 ・ ドナーによる手当での選択的支給 | |
| バンダンデュ | <ul style="list-style-type: none"> ・ 州運営委員会(CPP)が存在する ・ 指導者チームが存在する ・ 人材数に関する統計が存在する ・ 教育機関(大学、ISTM/ITMC)が存在する ・ 州のいくつかの存続可能な教育機関が存在する ・ いくつかの分野にわたる有資格保健人材が存在する ・ 全レベルにわたる人材管理ツールが存在する ・ 全レベルにわたってドナーが存在する | <ul style="list-style-type: none"> ・ 州レベル保健人材開発計画が作られたことがない ・ ローカルレベル(HGR とCS)での基準はあるが州レベルでは無い ・ 実習、現任教育のモデル組織が無い ・ 州のための継続教育計画の不在 ・ モグリ の ITM が多数存在する ・ ほとんど全ての教育機関において、看護学コースのみしかない ・ 私立 ITM 経営者の資格が低く、ITM での教育レベルが低くなっている ・ 現任教育のほとんどがドナーによって実施されている | <ul style="list-style-type: none"> ・ 州保健人材開発計画の作成 ・ 州レベルでの基準の考案 ・ 再教育・研修のためのモデル機関の設置 ・ 州継続教育計画の作成 ・ 他の職種の教育コースの設置 ・ IPS の第 11 局(B11)が完全に現任教育の計画・実施を担当する ・ 全レベルにわたる募集・採用基準の遵守を徹底すること ・ 州に足りない管理職の配置を要請する ・ 医師・AG・看護師の配置の中断を提案する ・ 就業中の職員全員が給与 |

| | | | |
|------|---|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・ 学生募集・教員採用基準が守られていない ・ 職種によるコースの不足・不在(薬剤師、薬剤師アシスタント、検査技師、麻酔医、臨床専門医、放射線技師、栄養士) ・ 人材の不安定さ ・ 医師・AG・看護師につき人員数の過剰 ・ 就業中の 17423 名に対し、国からの給与を受給しているのは 4200 名に過ぎない ・ 2009 年以降、保健従事者として認められた職員 8000 人が給与を支給されていない ・ 古い「新ユニット」に入る職員の 30%が、公務省によって 1 年以上前からセンサスされているのに未だ公務員番号を受領していない ・ 5 年以上前から就業しているのにリスク手当を支給されていない職員 ・ 州の職員すべてが 15 年以上前から職階上昇進していない ・ 現場での争いが多い ・ 州が人材管理分野における研究プロジェクトを導入したことがない | <ul style="list-style-type: none"> ・ およびリスク手当を受給できるよう陳情する ・ 古い「新ユニット」が保健従事者としての定款に組み込まれるよう陳情する ・ 職階上の昇進につき不当に扱われている全職員が昇進できるよう陳情する ・ 退職のための届出書類が迅速に処理されるよう上層部に対し要請する ・ すべての争いを明確化し、解決法・手段を見出す ・ 保健従事者の持つ懸念に前向きに応えられる研究プロジェクトの導入 ・ 州における、存続可能性のない ITM すべての閉鎖プロセスを加速させる ・ 職員をポストに定着させる措置を講じる |
| カタンガ | <ul style="list-style-type: none"> ・ CPP-SRSS 保健システム強化戦略-州運営委員 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 州の保健セクター人材のうち国からの給与の支給を | <ul style="list-style-type: none"> ・ 保健分野全レベルにわたってエクセレンスの文化を振 |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | <p>会が存在する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 州幹部チーム(ECP)が機能している ・ 保健従事者教育ユニット(MH 大学、ESP、ISTM、ITM/IEM)が存在する ・ 他の州部局(計画、環境、社会事業、等)との間に成長戦略・貧困削減 PAP 協議枠組みが存在する ・ ESS の MORE が大幅に進んでいる ・ 保健従事者の管理、養成、継続教育を行うためのコンピテンシーマップが州に存在する ・ 保健セクターを支援するドナーが存在する | <p>受けているのはわずか10%のみである。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 給与・手当で支給に職階が反映されていない ・ 保健従事者数の急増 ・ 選抜試験が行われない、管理不在の人員採用(MCD,MCZ,MDH,APA) ・ 指導・支援措置なしで保健従事者を配置することから生まれる不安定および都市・農村間の不均衡 ・ 保健セクターにおける従事者の48%近くが事務職で保健医療従事者は52% ・ 保健職種のカテゴリーに拠る、定款・処遇の明確すぎる格差 ・ 保健医療従事者(医師・看護師)の数量過剰な養成 ・ 教育インフラの荒廃 ・ ITM/IEM の幹部・教員が、学生のコンピテンシー開発には困難な教育環境(NTIC、教材不足)に置かれている ・ 実習現場には医療機材が不足しているので存続が難しい ・ 活気のない教育 ・ 保健従事者ユーザー機関とともに教育ニーズに基づいた計画作りをしていない ・ 実施されたコースが分析されていないため2重に訓 | <p>興する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 学校教育の段階からコンピテンシー開発にパッケージの大きな割合を投入する ・ 継続教育による出費を削減するためにも保健従事者の採用に選抜試験を行う ・ ESS セクターの淘汰・浄化 ・ ESS において看護師コース以外のコースを活用する ・ 国家公務職およびキャリアを規定する法規を適用する |
|--|---|--|---|

| | | | |
|------|---|--|--|
| | | <p>練が行われたり、保健従事者教育の計画作りと調整に関してB11と他部局とが競合関係にある</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 初期教育におけるコンピテンシーの開発と、継続教育ではまだ明確化されていない開発すべきコンピテンシー ・ 継続教育のプログラムに関して、コンテンツに合意しない教育機関 ・ 継続教育プログラムにつき、効果・効率性・公平性・一貫性が定期的に評価されていない ・ 継続教育研修による他の活動計画への干渉 ・ 保健従事者が台帳に登録されず、定着しない ・ 人材の高齢化と退職計画の不在 ・ 就業人員総数が把握されていない | |
| マニエマ | <ul style="list-style-type: none"> ・ 人材が使える状況にある ・ 組織の枠組み、公務職に関する定款等、人材管理に必要な書類が存在する ・ 州内に教育機関が存在する ・ 職員の 29%が給与・リスク手当を受給している ・ 州内でドナーが活動している ・ 保健人材教育機関(大学 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師、AG および他の事務職の従事者の過剰およびその他の職種(薬剤師、レントゲン技師、検査技師、理学療法士、等)の不足 ・ 保健システム外部の私立の保健人材数が把握されていない ・ 州全体で職員 4282 名のうち 3040 名がリスク手当を、3938 名が給与を受給して | <ul style="list-style-type: none"> ・ 過剰な保健従事者をニーズに応じて他所に配置する ・ 過剰な事務職員を他の職に転向させる ・ 職員に対する給与・手当で支給の状況を調整する ・ NU(新ユニット)を体制に組み込み、給与等を支払う ・ 全国全職種において給与・リスク手当を職階別に統一化する |

| | | | |
|-------|---|---|---|
| | <p>1校、ISTM 5校、ISSM 1校、ITM/IEM 6校)が存在する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 実習研修ができる機関が存在する ・ 年間教育計画が存在する ・ すでに幾分か教育が実施されている ・ 州内で活動するドナーによる支援が受けられる ・ 計画実施に非定期的にもドナーが参画している ・ 適切な手段・資材が不十分なためモニタリングが困難 | <p>いない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員 1042 名が正規の公務員として登録されず給与を支払われていない ・ 職員 2281 名が NU(新ユニット)のままである ・ 人材ニーズに基づいて配置すべきところを、人材採用計画が遵守されていない ・ 人材の不安定さ ・ 過剰な数量の退職有資格者 ・ 保健医療従事者の不均衡な配置 ・ 給与・手当額の低さ ・ 医師の場合で 296.7～608.1 米ドル、その他の職種で 8.1～57.8 米ドルの、リスク手当の大きな格差 ・ 図書室・教材の不足 ・ フルタイム教員の不足 ・ 病院の中には学生が実習する際の指導のニーズにできていない場合がある ・ 職種別コースの不十分 | <ul style="list-style-type: none"> ・ GRHS に関する基準を遵守する ・ 退職有資格者に関する書類を準備する ・ 教育機関に機材を配備する ・ 州内の ISTM、ITM/IEM に他の教育コースを設ける ・ 高等教育省との協議枠組みを設置する |
| キンシャサ | <ul style="list-style-type: none"> ・ 2009 年度人材年鑑がある ・ 都市部の保健医療施設には全職種が揃っている ・ 保健人材に関する法規が整備されている ・ すべての職階につき制度的基準が定められている | <ul style="list-style-type: none"> ・ 州保健人材開発計画の不在 ・ 民間部門・軍隊・国家警察・公社等・宗教団体に関わる保健人材管理の不在 ・ 既存の施設・基準に対する数量的な人材過剰 ・ 人材配置が不適當 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 州保健人材開発計画の作成 ・ 人材配置猶予期間 ・ 恩給受給資格者の退職 ・ 保健人材全体をカバーする計画作成 ・ 中央レベルへの再配置計画の作成 |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 改革に沿った看護師教育プログラムを実施するパイロット校3校が存在する ・ 保健医療従事者教育を行う大学・高等学院の存在 ・ 資格を持つ教員の存在 ・ ITM 設置計画の存在 ・ IEM改修プロジェクトの存在 ・ 中等・高等・大学レベル教育機関の現状調査結果が入手可能 ・ 継続教育3ヶ月毎計画の存在 ・ 継続教育の調整に関する明確な指針の実施 ・ 教育コースが合同で計画されている ・ 計画に沿った教育がスーパービジョンされている ・ 活動資金を出すドナーの存在 ・ 職業教育をコンポーネントに組み込んだ複数のプロジェクトの存在 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 都市近郊農村部に比較して、都市部に保健医療従事者が集中している ・ 保健医療従事者に対する、アドミスタッフの過剰（30%が適切であるところ、現状では41%） ・ 法医学、臨床生物学、麻酔、蘇生、精神医学、放射線の分野における専門医不足 ・ いくつかのHGR(マカラ)における専門医の不在 ・ 保健医療施設における薬剤技術アシスタントおよび薬剤アシスタント不足 ・ 人材の不安定さ ・ 人材の高齢化(約30%が退職有資格者) ・ 悪質な労務環境 ・ 保健従事者の金銭的特典がわずかであること ・ 指令ポストにおける臨時雇いの増加 ・ 職種によるリスク手当支給における格差 ・ 国家公務員・職員による個人的医療行為 ・ 病院間での報酬の分配を巡る争い ・ 新規雇用職員および給与支給が遅れている職員への給与未払い ・ 年間であわせて1400名もに医師免許を出す5つの | <ul style="list-style-type: none"> ・ セクター別保健人材データベースの作成 ・ 保健従事者数制御のための従事者団体・組合との協議枠組みの設置 ・ 人材定着化のための給与・労務条件の改善 ・ 州保健第2局に民間部門・宗教団体帰属保健従事者管理を担当させる ・ 継続教育の州戦略計画の実施 ・ 州における継続教育に関する調整強化 ・ 継続教育の州戦略計画を確実に実施するためにリソースを結集する ・ 州保健第11局が機能するよう十分な資金・資材を与える |
|--|---|---|--|

| | | | |
|------|---|--|--|
| | | <p>大学医学部。存続可能性が明らかではないいくつかの ISTM。ITM/IEM37 校が年間 500 名以上の卒業生を輩出、このうち 80%以上が A2 看護師であること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 過剰な数の臨床実習生 ・ ITM に不足しているコース: 薬剤師アシスタント、理学療法士技術アシスタントおよび検査技師技術アシスタント養成 ・ ITM における実施が求められるコース: 助産師、口腔歯科衛生技師 ・ ITM の 92%が存続不可能 ・ 継続教育活動の調整・組織化に関してドナーが消極的 ・ 継続教育戦略計画の不在 ・ 教育へのモニタリング・スーパービジョンの調整手段・資材・資金の不在 ・ 継続教育活動実施基金の不在 ・ 中央管理職者の教育コース実施組織への天下り ・ コンゴ側の継続教育の指針を遵守しないドナーの存在 ・ 州保健局の活動への干渉 | |
| 西カサイ | <ul style="list-style-type: none"> ・ 州内に保健従事者を養成する ITM/IEM、ISTM および大学医学部がある ・ 看護師、医師、AG といっ | <ul style="list-style-type: none"> ・ ITM/IEM 34 校は病院看護師の養成のみで他のニーズには対応していない。ISTM、CIDEP はそれぞれ | <ul style="list-style-type: none"> ・ 州運営委員会、大学・高等教育機関の責任者との協議枠組みの設置 ・ 存続可能な ITM/IEM に対 |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | <p>たカテゴリーの人材が居る</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ エクセルのデータベースがある ・ 人材管理のための情報処理ツールがある ・ PS9FED の支援(契約ベース)による保健区職員の評価 ・ 退職有資格者職員のリストがある ・ 人材管理のための文書(職員規定、管理規則、組織的枠組み、等)が存在する ・ 職員の 45%が給与およびリスク手当を受給している ・ BFC(B11)(社屋、職員、最小限度の機材)が存在する ・ 複数のトレーニングがすでにに行われている ・ 州内で活動する複数のドナーによる支援が受けられる | <p>れの分野での養成のみである。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 教材・図書文献の不足 ・ フルタイム教員の質的・資格的脆弱さ ・ 大多数の病院と保健区は学生の実習指導ニーズにできていない ・ SG,GP,DPS,BDS,CDD,市役所, MCZ,MDH の全レベルから配置が行われている ・ 都市部・農村部間の保健人材の不均衡(70%以上が都市部に集中) ・ 保健従事者数が把握できていない ・ 職員の 65%近くが給与を受給していない ・ NUが組織に組み込まれていない ・ 人材管理者の能力が強化されていない ・ 人材過剰(看護師および事務職、等) ・ 臨床専門職をはじめとするカテゴリーの人材不足 ・ 給与と手当の低さ ・ 人材ニーズに応えるべき採用計画が遵守されていない ・ 人材不安定(頭脳流出による) ・ 退職有資格者の存在 ・ 調整された継続教育計画 | <p>し、州のニーズに沿って養成コース(セクション)を設けるよう指導する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ NU「新ユニット」リクルートのモラトリアムの遵守 ・ 保健人材管理者の能力を強化する(人材管理ソフト) ・ すべての人材担当部局(インベントリーの更新)からデータを集めたデータベースを構築・補完する ・ ニーズを考慮しつつ各保健施設への人材再配置を実施する ・ 職員のモチベーション向上を図り、適切な給与のために陳情する ・ 保健人材のメカニズム構築のための陳情を続ける ・ 社会的特典(医療サービス、住居費、交通費、家族手当等)を含めた報酬・労務環境の改善を図る ・ 人材モニタリングメカニズムの設置(優良な操行/パフォーマンスをベースとした保健従事者の昇進を目指し、全レベルでの従事者の成績表が入手できるようにし、モニタリングを組織化する) ・ 退職有資格者の退職を推進する ・ 合同継続教育計画(州民のニーズに的を絞ってテーマが決められ標準化された継 |
|--|---|---|--|

| | | | |
|-----|---|---|--|
| | | <p>が無い(合同でのプログラム作りが行われないための継続教育の未調整、継続教育が単発的・セクター別に行われDPS/B11が関与しない)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 継続教育が、日常的な保健サービスにおけるパフォーマンス改善のためではなく、プロジェクトの目標／要求に従って行われている ・ 様々な職種に対して、継続教育の数量が少な過ぎる ・ 継続教育に関するデータベースの不足 ・ 人材(教員・保健従事者) ・ トレーニング後モニタリングが不十分 ・ 教員再教育の不在 | <p>続教育)の作成を擁護する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保健従事者固定化政策を策定する(教員と保健従事者) ・ トレーニング後モニタリングシステムの構築 ・ 教員再教育システムの構築 |
| 北キブ | <ul style="list-style-type: none"> ・ 州内に保健学教育機関が存在する ・ 州内に改革中の IEM1校がある ・ 看護師、一般医、AG のカテゴリーの従事者数が充分にある ・ 人材管理に関する法文が存在する ・ 州公務職省が在る ・ 「新ユニット」採用が中断されている／モラトリアム ・ 収益性手当で支給へのドナー支援 ・ GT と州指導委員会(教 | <ul style="list-style-type: none"> ・ ISTM、大学医学部等の高等教育機関と州保健局との間の協議枠組みが無い ・ 一般医と看護師の養成過剰 ・ 専門医、薬剤師、レントゲン技師、検査技師等のカテゴリーの従事者の不足 ・ 教育が、求められる保健人材に適合していない ・ 非合法的教育機関の急増 ・ 必要条件を満たさず運営されている教育機関 ・ 保健人材教育セクターの浄化措置実施を阻もうとす | <ul style="list-style-type: none"> ・ ITM および IEM の浄化措置の実施 ・ 保健従事者教育プログラムの数種を全レベルにわたって見直す ・ 教育のためのセクター横断的協議枠組みを設置する ・ ITM および IEM の浄化措置に賛同するよう政治家に訴え掛ける ・ 専門医、薬剤師、放射線技師、検査技師等の不足している職種をリクルートする ・ 基礎教育に計画システムを構築する |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>育とスーパービジョン)が存在する</p> <ul style="list-style-type: none"> 保健区および州局に四半期作業計画が在る ドナーの関与 教育を実施できる多様なコンピテンシーを持った幹部 ある種の教育に関して中央からの支援がある | <p>る州政治家の干渉</p> <ul style="list-style-type: none"> 不均衡な人材配置 全レベルにおける統計の不足 人材配置計画の不在 末端から州までの、採用手続きが遵守されていない 民間セクターにおいて人材が把握されていない ポストが無いにもかかわらず公務職省に正規の公務員として登録されている人々がいる 就業しているうちおよそ60%の職員が正規の公務員として登録されていない 低い給与 職階上の昇進がない 退職率が低い 恩給が低いあるいは無いがために退職に踏み切れない 医療ケア、休暇旅行費、移動手当等の社会的特典がない 手当支給が公平でない 手当分配指数に関する規則の不在 人材固定化・モチベーション・インセンティブ政策の不在 罰則措置(ポジティブにもネガティブにも)の不履行 人材管理ツールが組織に | <ul style="list-style-type: none"> 採用・キャリア管理・退職のステップ全般にわたり、州レベルでの人材管理に地方分権化を適用する 関連法規の厳正な遵守に基づいて人材管理を行う 定期的に物理的に検査を実施しつつ従事者数を管理する 政府と教会の間で署名された合意議定書の条項を正確に適用する 使用可能なリソースと基準に従って州内の人材再編計画を作成する 全レベルにわたって手当分配指数を統一し普及させる 人材教育の強化および人材教育の適切な活用の強化 教育モジュールを更新・統一化する 教育を受けた人材を定期的にモニタリングする 実施されるすべての教育をDPS および ECZS の作業計画の中に盛り込む |
|--|---|--|--|

| | | | |
|------------------|---|---|---|
| | | <p>よっては正しく使用されていない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員に関する定期的評価が行われていない ・ 個人的アドミ書類の無い職員が居る ・ 宗教団体による組織を含むリファレル総合病院 (GRH)においてコンピテンシーの紛糾が起きる ・ 中央部によって実施される教育や特別プログラムが、州保健局や保健区の作業計画を考慮に入れていない ・ ある種の教育モジュールのコンテンツが統一化されていない ・ 教育後の人材モニタリングの不在 ・ 教育後の人材のモチベーションの欠如による不安定性 ・ 中央局が思いつきで行うある種のトレーニングが、州保健局および ECZS の作業計画の障害となる | |
| プロヴァンス オリエンタル | <ul style="list-style-type: none"> ・ ITM/IEM 50 校の中等レベルの教育機関がある ・ 教育コースのプログラムが活用可能 ・ 教育コースの詳細計画が活用可能 ・ 有資格教員の存在 ・ 学校の時間割が活用さ | <ul style="list-style-type: none"> ・ 教育が看護師教育のみに偏っている ・ ほとんどの国家機関では適切なインフラが足りない ・ ESS 開設への政治家による干渉 ・ 資金支援がないため州レベルによるスーパービジョ | <ul style="list-style-type: none"> ・ 中央レベルによる、存続不可能な ITM の閉鎖に関する省令の迅速な仕上げ ・ 残せる ITM に十分な教材を投入する ・ ITM/IEM に対する運営活動費の支給 ・ フルタイム教員を公務職組 |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | <p>れ遵守されている</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 改革中の学校 1 校とその他のコースの設置計画がある ・ 一医師教育を実施する大学3校、および A1、L2 臨床看護師、A1、L2 検査技師、L2 外科、L2 疫学、L2 小児科、A1、L2 産科、G3、L2 保健医療施設管理、A1、L2 看護サービス管理・教育者を輩出する ISTM8校がある ・ 座学の時間割・予定が存在する ・ 保健州局で継続教育を担当する B11 の存在 ・ 州レベル・現場レベルの全レベルにわたり教員が存在する ・ 州運営委員会がある ・ EC が全レベルに存在する ・ 有資格保健従事者の存在 ・ 関連法規・基準の存在 ・ 新規採用医師に対する正職員としての任用システムの存在 ・ 主として医師のために公衆保健教育が行われている ・ 保健人材の 50%が給与を受けている | <p>ンが不十分</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ISTM および郡の大学に適切なインフラが無い ・ ISTM に教材がない ・ ISTM に実技実習室がない ・ ISTM に存続可能な実技研修ができる場がない ・ フルタイム教員の不足 ・ 座学時間割が遵守されない ・ 実技実習担当教員の不足 ・ 様々な形での腐敗(汚職、買収等) ・ 年間教育計画の欠如 ・ 同じ人物が同じ研修を重ねて受ける等、裨益者の選択が不適切 ・ 支援ドナーと B11 の間の協力関係が不十分 ・ 保健人材の不公正な配置 ・ 保健従事者の無秩序な採用 ・ 職員の選好による配置 ・ 上層部が法規を遵守しない ・ 公社、軍隊、警察、民間に属する保健従事者数が把握されていない ・ 有資格者の退職に必要な書類の仕上げの遅滞 ・ 職員の役職への任命システムの不在 ・ 現任職員に対する評価が行われていない | <p>織に組み込む</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 教員の定期的な再教育を理論・実技の双方につき実施する ・ 各保健郡の郡役所所在地に IEM1校を設置する ・ ITM/IEM および教員による活動状況のモニタリング・評価を組織し支援する ・ 保健省による協力の下に大学・高等教育機関の実態調査をする ・ あらゆる形での腐敗防止のための会合を開く ・ 州の年間継続教育計画を作成する ・ 研修参加者の公平な選出を行う ・ モニタリング・評価スケジュールを策定する ・ 保健人材管理を規定する基準・規則を遵守する ・ 保健人材管理をコンピュータを用いて行う ・ 保健人材管理ソフトが使えるよう保健人材管理担当者を教育する ・ 保健人材の任命・評価・昇進に関する法規を遵守する ・ 保健人材の全カテゴリーにわたって研修を組織する ・ 中央レベルの給与方針を見直す ・ 学歴・年功を考慮した給与グリッドを設定する |
|--|--|---|---|

| | | | |
|-----|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 保健人材の70%がリスク手当を受給している ・ 休暇に関する法規がある ・ 国家保健事業に従事する公務員・職員に対する懲戒制度を定めた法規がある | <ul style="list-style-type: none"> ・ 1993年以降職階の昇進がない ・ あるカテゴリーの保健人材に対する事前研修の不在 ・ 公衆衛生学校におけるあるカテゴリーの保健人材の制限 ・ 職員の生活条件に応え得る給与方針がない ・ 医師とその他の保健従事者のあいだのリスク手当の大きすぎる格差 ・ 組織の管理部門が職員の休暇を計画していない ・ 全レベルにわたって職員が休暇を拒否する ・ 年次休暇の休暇手当が支給されていない ・ 個人の事情による休みを意思的に取っている ・ 懲戒体制のプロセスが管理されていない ・ 懲戒処分にヒエラルキー上層部が干渉する ・ 懲戒処分の失効 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 休暇に関する法規を実施する ・ 州内の保健人材システム全レベルの幹部チームを対象に、懲戒体制に関する再教育を行う |
| 南キブ | <ul style="list-style-type: none"> ・ すべてのカテゴリーを網羅した保健従事者教育機関が存在する。これらは、3つの大学医学部、科学・環境大学校、公衆保健大学校、ビュカビUPN/ISPである。このほかISTM 8校の看護学校、薬剤師アシスタント養成校1校、ITMが41校、 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 州保健局と大学・高等教育機関(ISTM、大学医学部等)との間の協議枠組みがない ・ 一般医と看護師の数量的に過剰な養成 ・ 専門医、薬剤師、放射線技師、検査技師等の従事者の数の不足 ・ 養成校の過剰 | <ul style="list-style-type: none"> ・ ITM および IEM の浄化措置を実施する ・ 全レベルにわたる保健人材教育プログラムのいくつかを見直す ・ 教育のためのセクター横断的な協議枠組みを設置する ・ 専門医、薬剤師、放射線技師、検査技師等の不足している職種をリクルートする |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>IEM1 校がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保健人材データの保存のためにコンピュータ1台を取得 ・ 収益性手当支給のためのドナーによる支援 ・ 保健人材管理に関する法規の存在 ・ 新ユニット雇用のモラトリアム ・ 情報処理キットを備えた、実用的な継続教育事務室がある ・ 年間現任教育計画がある ・ 職員が様々なプログラムを通してトレーニングされている | <ul style="list-style-type: none"> ・ 保健郡・保健区レベルでの学校の教員不足 ・ 不適切な人材配置 ・ 全レベルにわたる統計の不足 ・ 人材配置計画の不在 ・ 末端から州レベルまで、採用プロセスが遵守されない ・ とりわけ民間部門における保健従事者数管理の不在 ・ 在職の職員のうち約 60% が公務職に組み込まれておらず、給与の支給を受けていない ・ 低い給与 ・ 昇進がない ・ 退職者が少ない ・ 恩給が無い、少ないために退職に踏み切れない ・ 社会的特典(医療ケア、休暇旅行手当、転勤手当等)がない ・ 手当支給が公平に行われていない ・ 手当分配に関する規則の不在 ・ 人材固定化・モチベーション・インセンティブ政策の不在 ・ 罰則措置(ポジティブにもネガティブにも)の不履行 ・ 職員の勤務評価票が存在しない ・ 州の教育担当部局を参画 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 基礎教育に計画システムを構築する ・ 採用・キャリア管理・退職のステップ全般にわたり、州レベルでの人材管理を地方分権化して行う ・ 関連法規の厳正な遵守に基づいて人材管理を行う ・ 定期的に物理的に検査を実施しつつ従事者数を管理する ・ 昇進効果をもたらす職員の年次評価 ・ 基準および入手可能なリソースにしたがって人材再編計画を作成する ・ 全レベルにわたって手当分配指数を統一し普及させる ・ 人材教育の強化および人材教育の適切な活用の強化 ・ 教育モジュールを更新・統一化する ・ 様々なプログラムを通して教育を受けた職員に関するファイルを更新する ・ 教育を受けた人材を定期的にモニタリングする ・ 「合同教育計画」アプローチを遵守させる |
|--|--|--|--|

| | | | |
|------|---|---|--|
| | | <p>させずに実施される中央レベル、特別プログラム、NGO による教育活動がある</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ インセンティブがないため教育された人材が固定化しない ・ 合同教育計画支援ドナーとの協議枠組みの不在 | |
| 東カサイ | <ul style="list-style-type: none"> ・ 2009 年度人材年鑑が存在する ・ 州幹部チームが全体的なリーダーシップを取って活動している ・ 州保健局の管理職のプロフィールが役職の要件に合致している ・ 公務職省の州部局との協議枠組みが存在する ・ 職員を規制する基準・規則が存在する ・ 職員の 80%以上が登録番号を交付されている ・ 全レベルにわたりマネジメント組織（州運営委員会、ECP, ECZ, CA, COGE, CODI）が存在し、良く機能している ・ 州保健局の幹部および出先機関が保健区を支援している ・ 州保健局に B11 がインテグレートしている ・ 保健従事者に対する教育が実施されている | <ul style="list-style-type: none"> ・ 保健施設の 90%が私立で、従事者の不安定を醸成している ・ 無秩序な人材配置 ・ 看護師および保健従事ノンプロの過剰 ・ 専門医不足 ・ 低い給与・手当 ・ 人材ニーズが表現されていない ・ 有資格者が退職しない ・ 劣悪な労務環境 ・ 国家から給与の支給を実際に受けている職員数が全体（13185 名）のうち 3104 名と少ない ・ ドナーから手当ての支給を受けない職員の意欲喪失 ・ 保健従事者に対する給与・手当ての支給遅滞 ・ リファレル総合病院の職員および州保健局幹部に対する現任教育が不十分である ・ 継続教育計画および教員グループ（プール）の不在 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 人材養成の調整 ・ 保健人材のニーズの確定に関する検討の結論 ・ 人材データベースの更新 ・ i)身体チェック ii)過剰人材の移動 iii)新しい人材の配置 iv)有資格者の退職 を通して人材再編を行う ・ 国家保健情報システム（SNIS）の新基準にしたがって全保健区での教育を仕上げる ・ 初心者のためのスキルアップ研修の実施 ・ 発生した問題を考慮して継続教育を企画する ・ 現状確認の結果に応じて ITM/IEM を浄化する ・ 浄化技術者、薬剤アシスタント、リハビリ・理学療法士のような、ITM/IEM に存在しない新コースを開設する |

| | | | |
|-------|--|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 有資格人材が配置された存続可能な ITM がいくつか在る ・ 新しい ITM 開設のモラトリアムが存在する ・ 検査技術、栄養学、管理、助産といった看護学以外の教育コースが存在する | <ul style="list-style-type: none"> ・ 現任教育の調整が取れていない ・ 教育を受けた職員が定着しない ・ 中等レベル (ITM/IEM38 校)、高等レベル (ISTM12 校)、大学レベル (18 大学のうち 5 大学に医学部がある) にわたる教育機関の乱立 ・ 保健人材の基礎教育の質が低下し、年間 450 名の看護師が輩出されるなどの量的過剰生産により従事者のプロフィールが役職の使命に応えられなくなっている | |
| バ・コンゴ | <ul style="list-style-type: none"> ・ 州局 B1、6、11 が存在し活動している ・ 国家政策に関わる基準・法規等が存在する ・ 配置された職員が役職のプロフィールに合致している ・ キャリア管理担当部局が存在する ・ 関連法規・規則・基準が存在する ・ ITM/IEM47 校、ISTM7 校、医学部 3 つが存在する ・ 都市部には資格を持つ教員が居る ・ ベルギー技術協力が ITM 5 校に教材を支援している | <ul style="list-style-type: none"> ・ 質的・量的に人材のニーズが不明 ・ 全レベルにわたる無秩序な人材配置 ・ 指揮権を行使するような役職に、新卒の管理職者を配置するなど、プロフィールを無視した配置が行われている ・ 都市部と農村部の間の人材配置が不均衡で、都市部に過剰に配置されている ・ 州の保健戦略が民間部門には組込まれていない ・ 様々なレベルで懲戒処分が実施されていない ・ 罰則グリッドが適切に用いられず、紛争が解決されな | <ul style="list-style-type: none"> ・ SRSS に関するモラトリアムを遵守する ・ 保健セクターを浄化する (人材採用、教育、昇進、退職に関する規則の遵守) ・ 高等教育機関および ITM に関する現状報告に従って存続不可能な学校を閉鎖し、教育組織の合理化を図る ・ 罰則の適用を考える ・ キャリア管理プロセスに関わる規則・基準・法規に関して人事管理担当者のスキルアップを図る ・ 保健従事者による相互健康保険の設置・加入を奨励する |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | <p>る</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 2008 年に教育機関の存続可能性に関する現状調査が実施されている ・ 大規模な医療施設に学生を送り、大学教師指導を受けさせる内容の合意書をコンゴ大学と締結する案がある ・ 州内で活動が計画され実施されている ・ 州の教員グループが存在する | <p>い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 行政手続きではなく司法に訴えている(例:PNHF と B3、キアンビュ HGR とキンカンダ HGR) ・ 職階上昇がない ・ 正規の定款なしに採用された職員への給与未払い ・ 2008 年 3 月以降、正規の定款を持たず給与を支給されていない職員が 219 名いる ・ 就業中の正規職員で給与・リスク手当の支給を受けていない者が 1563 名いる ・ 職員は訴えても聞き入れられず意気阻喪している ・ 交通費がない ・ 報酬、リスク手当、昇進、配置等の人事管理につき組合が干渉・介入する ・ 農村部就業手当が出ない ・ 住居手当が出ない ・ 医療費の払い戻しがされない ・ ある職種のコースが不在 ・ 看護師の過剰な養成 ・ 理論と実技のバランスが不適応なプログラム ・ 教員が再教育を受けていない ・ 不在／不十分な教材・図書 | |
|--|--|---|--|

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none">・ 実技研修の指導が不適切・ 教育ニーズが測定されていない・ データベースのための情報処理ツールの不足・ 継続教育への B11 の消極的関与・ 実施された教育の報告が充分に行われていない・ 継続教育合同年次計画の不在 | |
|--|--|---|--|

9. コンゴ民主共和国一般情報

中部アフリカに位置する。アフリカ大陸で第3の面積を擁し、世界全体でも第12位の面積を擁する広大な国家である。1997年に現在の克明に改められたが、それまでの国名のザイールとしてよく知られる。



1960年の独立以降、内戦、部族間紛争、国境紛争により、この国の名前と国旗は、4回変わった。

赤道にまたがるコンゴ民主共和国は、スーダンとアルジェリアに次いでアフリカ大陸で3番目に広い国である。雄大なコンゴ川が北から南へ向かい、鉱物資源の豊富な大地、肥沃な農地、そして熱帯雨林をぬって流れている。コンゴ川の河口部はわずかながら大西洋に面している。国土の60%を占めるコンゴ川流域の森林地帯が中央部に位置し、西にある首都キンシャサ、東部の山岳地帯、鉱物資源の豊富な南部高地の間に広がって、交通を困難にしている。約700種類もの言語と方言を話す250に及ぶ部族の暮らしは、世界でも最低レベルの生活水準にある。紛争、政治の腐敗、切り捨てられた公共サービス、銅とコーヒーの市場価格の低迷などがその要因である。

1960年、ベルギー領であったコンゴは共和国として独立した。1965年のクーデターで政権を掌握したジョゼフ・モブツは、国名をザイール共和国に改称し、自らの名もモブツ・セセ・セコに改めた。腐敗のひどかったモブツの政権は30年以上維持されたが、ルワンダとウガンダの支援を受けたローラン・カビラ率いる反政府武装組織が1997年にキンシャサを制圧したときに終焉を迎え、国名もコンゴ民主共和国に改称された。大統領となったカビラと旧反政府組織との間に対立が生じると、ルワンダとウガンダが反政府側を支援し、新たな紛争が引き起こされた。ジンバブエ、アンゴラ、ナミビア、チャドがカビラを支持して介入した「アフリカの大戦」の始まりである。この戦争でおおよそ300万人が犠牲となるが、関わった各国の目当てはこの国の鉱物資源、とりわけ南部のダイヤモンドであった。2003年、国連の支援により和平合意と暫定政府の成立をみて、5年におよぶ紛争は終息に向かうと考えられた。政府は引き続き、分裂した国内の統一を進めようとしている。

コンゴ民主共和国一般情報

| | |
|------|---|
| 首都 | キンシャサ |
| 面積 | 2,345,410 km ² |
| 気候 | 熱帯性気候 |
| 民族 | 250以上もの民族集団が混在する。45%がバントゥ系。 |
| 言語 | 公用語: フランス語 リンガラ語、キングアナ語、キコンゴ語、チルバ語、その他700もの地方語が話されている |
| 宗教 | カトリック 50%, プロテスタント 20%, キンバングスト 10%, モスLEM 10%, その他 10% |
| 政治体制 | 共和制 |
| 経済 | 主要産業: 鉱業 (ダイヤモンド, 銅, 亜鉛), 選鉱, 消費財 主要農業: コーヒー, 砂糖, ヤシ油, ゴム; 木材製品 主要輸出: ダイヤモンド, 銅, 原油, コーヒー, コバルト その他: 加工食品, 製革, 建築資材, 造船修理, 薬品, 鉱油, 繊維製品, セメント 地下資源に恵まれるものの、1990年代の内戦などでインフラは破壊され、経済は壊滅状態となっており、世界最貧国のひとつとなっている。 |
| 鉱業 | 鉱物資源(コバルト、銅、カドミウム、ダイヤモンド、金、銀、亜鉛、マンガン、ゲルマニウム、ウラン、ラジウム、ボーキサイト、鉄鋼、石炭)が全て豊富にあり、世界でもトップクラスの高山資源国である、輸出の約9割を高山資源が占める。また、ギニア湾沖に海底油田を擁し、原油の輸出も盛んで同国の経済を支える重要な愛弦となっている。 |
| 女性 | コンゴ東部では、広く認められた激しいレイプやその他の性的暴力が世界最悪を物語っている。戦争の中で女性たちはレイプされ続け、兵士たちの奴隷状態に置かれている。女性に対する暴力は「当たり前」と認識されているようである。「想像もつかないほど残酷」。 |

出典: National Geographic (Web site)

人口・経済・教育に関わる指標

| 項目 | 統計年 | データ | 出展 |
|---------------------------------|-----------|---|--------|
| <人口統計指標> | | | |
| 総人口 | 2008 | 11,829,000 人 | UNICEF |
| 人口増加率 | 2000-2008 | 2.9% | UNICEF |
| 出生時の平均余命 | 2008 | 48 年 | UNICEF |
| | 2010 推定 | 54.73 年 | CIA |
| 合計特殊出生率 | 2008 | 6.0 | UNICEF |
| 都市人口の比率 | 2008 | 34 % | UNICEF |
| 都市人口年間平均増加率 | 2000-2008 | 4.5 % | UNICEF |
| 人口の年齢構成 | 2010 推定 | 0-14 歳 :46.7% 15-64 歳 : 50.8% 65 歳以上 : 2.5% | CIA |
| <経済指標> | | | |
| ひとり当たりの GNI | 2008 | 150 USD | UNICEF |
| ひとりあたりの GDI 年間平均成長率 | 1990-2008 | -3.7 % | UNICEF |
| インフレ率 | 1990-2008 | 294% | UNICEF |
| 一日 1.25USD 未満で暮らす人の割合 | 1992-2007 | 59% | UNICEF |
| 政府支出中の比率 | 1998-2007 | 保健 0x、教育 0x、防衛 18x | UNICEF |
| ODA 受入額 | 2007 | 1,217,000,000 USD | UNICEF |
| 世帯あたりの所得の分布 最下位 40% | 2000-2007 | 15 % | UNICEF |
| 最上位 20% | | 51 % | UNICEF |
| 世帯あたりの所得の分布 最下位 10% | 2000-2007 | 2.3 % | CIA |
| 最上位 10% | | 34.7 % | CIA |
| 国家予算 | 2006 年推定 | 700,000,000 USD | CIA |
| 国家歳出 | 2006 年推定 | 2,000,000,000 USD | CIA |
| <教育指標> | | | |
| 成人の総識字率 | 2003-2008 | 67 % 男 80.9% 女 54.1% | UNICEF |
| 初等教育総就学率 | 2003-2008 | 男 68%、女 54% | UNICEF |
| 初等教育純出席率 | 2003-2008 | 男 63%、女 59% | UNICEF |
| 小学校に入学した生徒が最終学年まで残る率 | 2003-2008 | 49x | UNICEF |
| 中等教育総就学率 | 2003-2008 | 男 28、女 16 | UNICEF |
| 中等教育純出席率 | 2003-2008 | 男 32、女 25 | UNICEF |
| <Child Protection> | | | |
| 児童労働 | 1999-2008 | 32 % (男 29 %、女 34 %) | UNICEF |
| 児童婚 | 2000-2008 | 39 % (都市部 31%、農村部 45%) | UNICEF |

出典 : State of World Children 2010, UNICEF, および World Factbook2009, CIA

