

**セネガル共和国**  
**タンバクンダ州及びケドゥグ州**  
**母子保健サービス改善プロジェクト**  
**終了時評価調査報告書**

平成 23 年 11 月  
(2011年)

独立行政法人国際協力機構  
セネガル事務所

セネ事
JR
11-010

**セネガル共和国**  
**タンバクンダ州及びケドゥグ州**  
**母子保健サービス改善プロジェクト**  
**終了時評価調査報告書**

平成 23 年 11 月  
(2011年)

**独立行政法人国際協力機構**  
**セネガル事務所**

## 序 文

セネガル共和国では、妊産婦死亡と乳幼児死亡を減少させるための取り組みが長年実施されてきています。しかし、2000年に国連で採択されたミレニアム宣言において設定されたミレニアム開発目標（MDGs）のうち、目標5（妊産婦の健康の改善）の達成は危ぶまれています。

このような状況のなか、JICAでは妊産婦・新生児の健康状態改善に向け、タンバクンダ州及びケドゥグ州にターゲットを絞り、2007年から「タンバクンダ州及びケドゥグ州保健システム強化プログラム」を実施してきています。プログラムでは、アクセス向上や妊産婦・新生児ケアの質の向上、住民への啓発活動に取り組んでおり、特にプログラムの核となる案件として2009年1月に「タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト」が3年の期間で開始しました。

プロジェクトが2011年12月の終了を迎えるにあたり、独立行政法人国際協力機構（JICA）は、2011年7月25日から同年8月11日に終了時評価調査団を派遣し、セネガル共和国政府との間でプロジェクト目標の達成状況や、進捗状況や教訓につき確認しました。

本報告書は、同調査の結果をまとめたものであり、今後のプロジェクト実施にあたり活用されることを願うものです。

ここに、本調査にご協力頂いた内外の関係者の方々に深い感謝の意を表すとともに、引き続き一層のご支援をお願いする次第です。

平成23年11月

独立行政法人国際協力機構  
セネガル事務所長 大久保 久俊

# 目 次

序 文  
目 次  
地 図  
写 真  
略語表

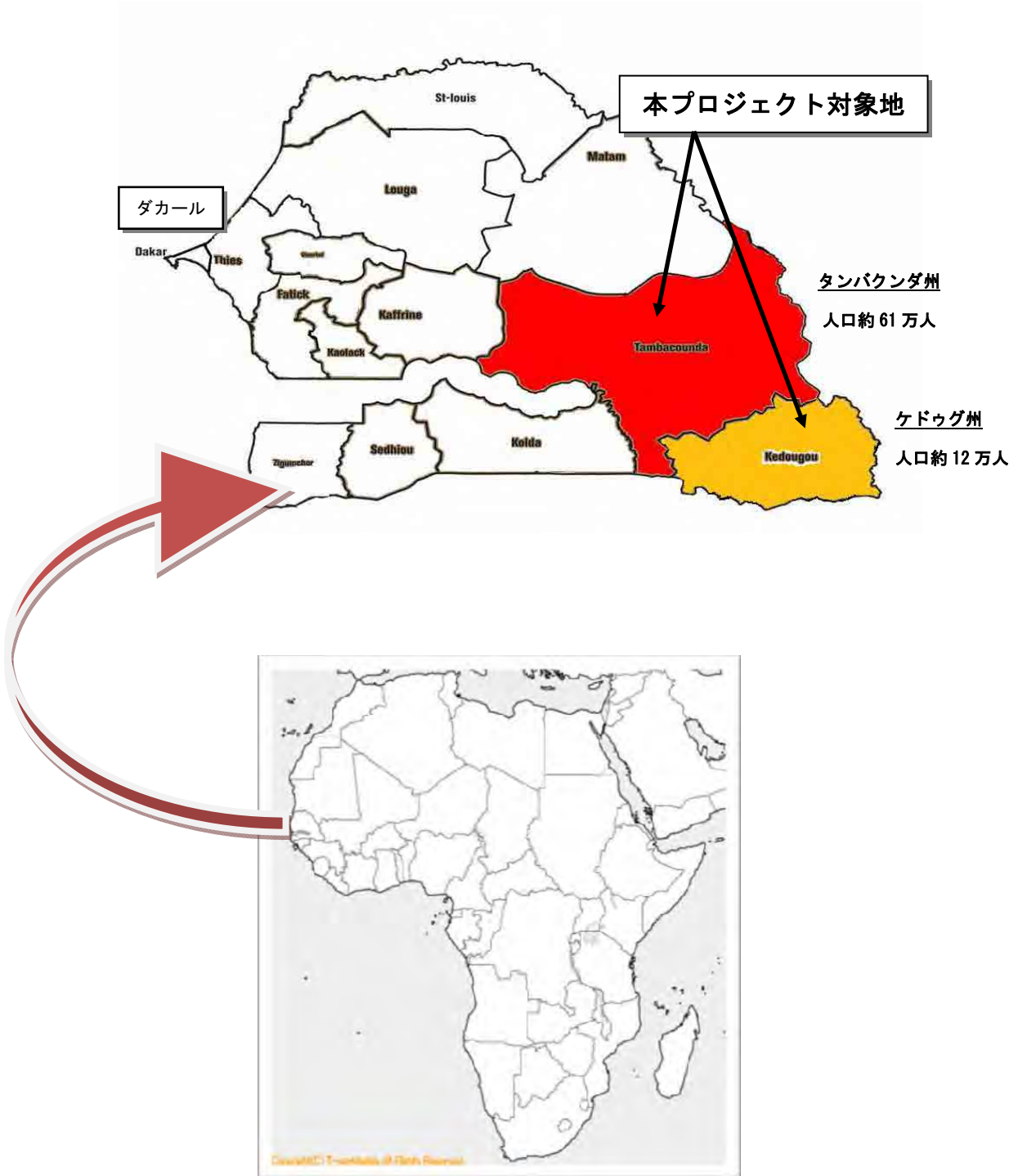
終了時評価調査結果要約表（和文・英文）

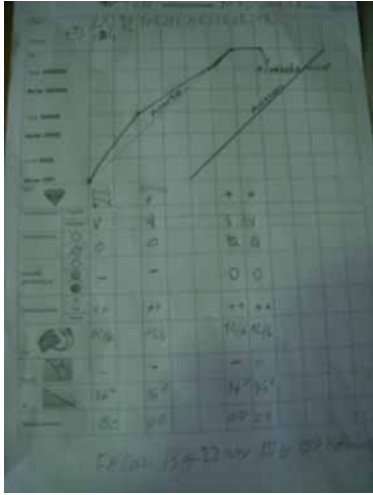
第1章 終了時評価調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成	1
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	2
1-5 プロジェクトの概要	2
第2章 終了時評価の方法	5
2-1 評価設問と評価指標	5
2-2 主な調査項目とデータ収集方法	5
第3章 プロジェクトの実績と実施プロセス	7
3-1 投入実績	7
3-2 成果の達成度	8
3-3 プロジェクト目標の達成状況	11
3-4 上位目標の達成状況	14
3-5 プロジェクトの実施プロセスにおける特記事項	14
第4章 評価結果	18
4-1 評価3項目の評価結果	18
4-2 結論	22
第5章 提言と教訓	24
5-1 プロジェクト終了までの活動に対する提言	24
5-2 セネガル側に対するプロジェクト終了後の活動に対する提言	24
5-3 教訓	25
第6章 総括所感	27

付属資料

1. 調査日程.....	31
2. 主要面談者リスト .....	32
3. PDM.....	33
4. ミニッツ抄訳.....	35
5. 評価グリッド.....	73
6. 投入実績.....	85

# 地図





簡易版パルトグラム。マトロン（無資格分娩  
介助者）が記入できるものを拡大WGで作成。



コチャリ保健ポストの保健委員会の予算で建  
設した待合小屋。地面もタイルを貼り、雨期  
でも歩きやすいよう配慮。



プロジェクト経費で作成した陣痛を和らげる  
バランス椅子（左）とクッション（右）



コチャリ保健ポストでは、自分たちがめざす  
「人間的なお産ケア」を考え、貼り出して  
いる。めざすケアを説明する保健ポスト長。



妊産婦検診に来た女性に対し、さまざまな体勢  
で分娩することができることを説明している。



タンバクンダ保健センターでは、プロジェク  
ト経費により待合小屋を建設。



タンバクンダ保健センター保健委員会の支援により、トイレ・シャワールームが設置された。



タンバクンダ保健センターの外壁に、「人間的なお産」をめざした改修を行ったことを掲示。



プロジェクト経費で作成した衝立（奥）により産婦のプライバシーが守られるようになった。



プロジェクト経費で作成したバランス椅子やマット（手前）。小規模改修により壁の位置を変更したことにより、分娩室が広がった。



協議風景



ミニッツ署名（団長、次官）



## 略 語 表

略語	正式名	日本語
ANIIDES	Association Nationale des Infirmières et Infirmiers d'État du Sénégal	セネガル国家看護師協会
ASGO	Association Sénégalaise des Gynécologue et Obstétricien	セネガル産科医協会
BREIPS	Bureau Régional de l'Éducation et de l'Information pour la Santé	保健教育・情報地方事務所
CEFOREP	Centre Régional de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction	リプロダクティブヘルス研修・調査センター
C/P	Counterpart	カウンターパート
ENDSS	Ecole Nationale de Développement Sociale et Sanitaire	国立保健医療社会開発学校
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
M&E	Monitoring and Evaluation	モニタリング評価
M/M	Minutes of Meeting	会議議事録
IHS	Institut d'hygiène sociale	社会衛生機関
ISED	Institut de santé et de développement	保健開発機関
JCC	Joint Coordination Committee	合同調整委員会
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PO	Plan of Operation	活動計画
R/D	Record of Discussions	合意議事録

## 終了時評価調査結果要約表

<b>1. 案件の概要</b>	
国名：セネガル共和国	案件名：タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト
分野：保健医療	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：独立行政法人 国際協力機構 セネガル事務所	協力金額：1億9,000万円（事前評価額）
協力期間（R/D）：2009年1月1日～ 2011年12月31日（3年間）	先方関係機関：保健予防省保健局リプロダクティブヘルス課 タンバクンダ州医務局 ケドゥグ州医務局
	日本側協力機関：国立国際医療研究センター
<b>1-1 協力の背景と概要</b>	
<p>セネガル共和国（以下、「セネガル」と記す）は、後発開発途上国（LDC）、低位人間開発国（144位/169国）に位置づけられ、貧困削減戦略文書（DSRP II 2006-2010）及び現在策定中の国家保健開発計画（PNDS 2009-2018）においては、ミレニアム開発目標（MDGs）の達成と貧困層への支援が重要視されている。タンバクンダ州及びケドゥグ州はセネガルの東南部に位置し、約20万km<sup>2</sup>の国土の約1/3を占める広大な地域であり、また貧困州の1つであり、主要な保健指標は総じて悪い（例：出生1,000人当たり5歳未満時死亡率では全国平均121に対してタンバクンダ州及びケドゥグ州200）。</p> <p>わが国は、2005年にセネガルとともに同州をわが国の保健分野の協力の重点地域と設定して、2007年から保健予防省とともに「タンバクンダ州及びケドゥグ州保健システム強化プログラム（2007-2011）」を実施している。同保健プログラムは、「タンバクンダ州の住民、特に母と子の健康状態の改善」を目標としている。</p> <p>このような背景のもと、上記プログラム達成のための5つの戦略のうち、「母子保健サービスの質の改善」の核となる協力として、セネガル政府はタンバクンダ州及びケドゥグ州において根拠に基づく妊産婦・新生児ケアの実践を目的とした技術協力プロジェクト「母子保健サービス改善プロジェクト」を要請した。本プロジェクトは、保健予防省タンバクンダ州医務局・ケドゥグ州医務局を主なカウンターパート（C/P）として、2009年1月から3年間の予定で実施された。プロジェクト開始後現地調査（量的・質的調査）を行い、この結果を踏まえ、タンバクンダ州及びケドゥグ州でめざすべき妊産婦・新生児ケアやそれを実践するためのモデルを模索し、タンバクンダ保健センター及びタンバクンダ保健センターから約25km離れたコチャリ保健ポストを基幹施設としてモデルを実践した。C/Pであるタンバクンダ州医務局・ケドゥグ州医務局はタンバクンダ州・ケドゥグ州の保健行政を取りまとめる部署である。要請書を受領した時点ではタンバクンダ州が対象予定州となっていたが、2008年8月に2州に分割されたため、2つの州医務局をC/Pとすることとなった。</p>	
<b>1-2 協力内容</b>	
<p>本プロジェクトでは、「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデル案を関係者とともに検討し、タンバクンダ保健センター及びコチャリ保健ポストにてモデル活動を実践した。また、モデルにかかるコミュニケーションツール（クリップチャート、ポスター、紹介ビデオ）を作成したほか、2施設での活動の成果を踏まえ、モデルの形を確定させた。</p>	

(1) 上位目標

セネガル、特にタンバクンダ、ケドゥグ州の妊産婦・新生児の保健サービスの質が改善される。

(2) プロジェクト目標

タンバクンダ、ケドゥグ州の対象施設において「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルが実践される。

(3) 成果

成果1：基幹施設（タンバクンダ保健センター、コチャリ保健ポスト）において「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルが確立される。

成果2：タンバクンダ、ケドゥグ州に「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルが広まる。

(4) 投入（終了時評価時点）

日本側：

専門家配置

長期専門家派遣 4名

短期専門家 9名

本邦研修・在外研修

研修員受入れ（本邦研修） 8名

研修員受入れ（在外研修） 5名

機材供与 2,737万FCFA

在外事業強化費 4,002万7,000円

セネガル側：

カウンターパート配置

プロジェクトダイレクター 1名

プロジェクトマネージャー 1名

タンバクンダ保健センター職員

コチャリ保健ポスト職員

執務スペースと活動予算

専門家執務スペース

カウンターパート人件費

施設、設備維持費

その他

2. 評価調査団の概要

調査者	担当分野	氏名	所属
	団長/総括	小森 正勝	JICA人間開発部保健第2課長
	母子保健	仲佐 保	国立国際医療協力研究センター課長

	協力企画	琴浦 容子	JICAセネガル事務所員
	評価分析	長島 聡	株式会社アイコンズコンサルタント
調査期間	2011年7月25日～2011年8月11日		評価種類：終了時評価
<b>3. 評価結果の概要</b>			
<b>3-1 実績の確認</b>			
(1) プロジェクトの成果			
<p>本プロジェクトの活動において、成果1の2カ所の基幹施設における「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」のモデルを確立する活動については、成果を測るために設定された指標はほぼ目標水準に達している。具体的には、プロジェクト期間内に「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」のマニュアルが作成され、活動表に基づくモデルの5つの構成要素に関する活動が実施され、2011年9～10月に実施されるポスト調査によって、モデルが確立しているかを確認する予定である。</p> <p>成果2の確立されたモデルをタンバクンダ州・ケドゥグ州の対象施設に普及するという活動については、一部達成されている。対象施設への拡大計画が作成され、一部研修が実施されたが、活動計画にプロジェクトの取り組みが反映された施設は1件であった。しかしながら本プロジェクトの拡大ワーキンググループなどによって、本プロジェクトのモデルは、タンバクンダ州・ケドゥグ州のみならず、保健予防省保健局リプロダクティブヘルス課、大学、産科医学会や小児科学会のトップなどにも認知されており、そのタンバクンダ州・ケドゥグ州に限らず、全国普及のための土台となる活動は開始されており、2011年7月には国際医療機器展示会でブースを設けて発表するなど、さまざまな場面でプロジェクトの取り組みにかかる情報共有が行われた。</p>			
(2) プロジェクト目標：タンバクンダ、ケドゥグ州の対象施設において「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルが実践される。			
<p>プロジェクト目標はおおむね達成しているが、一部達成が困難である。本プロジェクトでは、2カ所の基幹施設においては、モデルの全構成要素を実施し、根拠に基づく妊産婦・新生児ケアを正しく行っている医療従事者が増加し、根拠に基づくケアについてポジティブな意見をもつ女性の割合が増加し、モデルが実践されているといえる。2州内の普及に関しては十分に活動することができず、プロジェクト目標は一部達成が困難といえるが、2州内での普及にとどまらず全国普及に向けた協議が保健予防省の中央レベル及び関連機関を含めて行われている点については特筆すべきである。</p>			
(3) 上位目標：セネガル、特にタンバクンダ、ケドゥグ州の妊産婦・新生児の保健サービスの質が改善される。			
<p>上位目標の指標の1つは達成された。本プロジェクトの実施によって、セネガル国保健予防省の2011年度版リプロダクティブヘルス・プロトコールに「人間的なお産」の項が新たに追加された。また、人材不足のセネガルの遠隔地において、マトロン（無資格分娩介助者）の活用が不可欠であることが本プロジェクトの拡大ワーキンググループにて取り上げられ、プロジェクトの枠内でマトロンの業務に関する規定が作成され、保健大臣に承認された。さらに、本プロジェクトで策定中の「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」のモデルは、拡大ワーキンググループを通じて、保健予防省のリプロダクティブヘルス課やセネガルの産科医学会、小児科学会のトップ等の幅広い関係者によって承認されており、国家レベルで認知されている。</p>			

### 3-2 評価結果の要約

#### (1) 妥当性：やや高い

- ・セネガルでは、WHO59カ条や、セネガルのリプロダクティブヘルス・プロトコールに従いつつも、女性の意見を尊重しない助産ケアを行う医療関係者が観察されていたこと、ベースライン調査の結果より、妊産婦は医療スタッフから尊重され、十分な情報を与えられるケアを望んでいることが分かったことから、人間的なお産のためのモデルづくりをめざす本プロジェクトの目標は、ターゲットグループのニーズと一致している。
- ・セネガルの国家保健開発計画（Plan National de Developpement Sanitaire：PNDS 2009-2018）、ミレニアム開発目標（MDGs）、わが国の対セネガル国別援助計画は、本プロジェクトの上位目標及びプロジェクト目標に照らして妥当である。
- ・プロジェクト目標やその求められる成果が投入やプロジェクト実施期間に比して過大であり、プロジェクトデザインに問題がみられたことは、妥当性にかかる評価が若干下がった要因として挙げられる。

#### (2) 有効性：中程度

##### 成果の達成状況

- ・本プロジェクトでは成果1は指標の目標水準に達しており、成果2は一部達成されている状況である。

##### プロジェクト目標の達成状況

- ・本プロジェクトでは、2カ所の基幹施設においては、モデルの全構成要素を実施し、根拠に基づく妊産婦・新生児ケアを正しく行っている医療従事者が増加し、根拠に基づくケアについてポジティブな意見をもつ女性の割合が増加し、モデルが実践されているといえる。2州内の普及に関しては十分に活動することができず、プロジェクト目標は一部達成が困難といえるが、既に全国普及に向けた協議が保健予防省の中央レベル及び関連機関を含めて行われている点については高く評価できる。

##### 成果のプロジェクト目標への貢献度

- ・現在、「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデル案は、2011年11月のポスト調査の結果を受けて最終的に確立する予定である。対象施設の一部である基幹施設においてモデルの全構成要素が実施されており、妊産婦・新生児ケアを正しく行っている医療従事者の割合が増え、根拠に基づくケアについてポジティブな意見をもつ女性の割合が増加したことから、プロジェクト目標は一部達成しているといえる。
- ・「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルの実践は、タンバクンダ保健センター及びコチャリ保健ポストの2つの基幹施設に限られており、タンバクンダ、ケドゥグ州の基幹施設以外の対象施設に対しては十分に普及するには至っていないが、全国普及に向けた協議が行われている。
- ・成果の達成はプロジェクト目標の達成に結びついているが、「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルに関してコンセンサスを形成するのに時間を要したため、成果2にかかる活動に十分に取り組むことができなかった。

#### (3) 効率性：やや高い

##### 成果の達成度と投入の適切さ

- ・成果1の基幹施設における「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」のモデル確立は、プロジェクト終了までに達成する見込みである。しかし、ベースライン調査における倫理委員

会の審査、コンセプトやモデルの共有、関係者の巻き込み不足などが原因で、成果2のタンバクンダ州、ケドゥグ州の他の対象施設への普及については、プロジェクト期間内では十分に達成することが困難な状況にあるといえるが、2州での普及にとどまらず、全国普及に向けた協議が行われている。

- ・日本人専門家の投入は計画どおりに実施されたが、チーフリーダーが派遣されず迅速な判断が下せなかったことなど、その投入には一部検討の余地があった。
- ・セネガル側の投入については、プロジェクトに専従のC/Pがいなかったこと、2011年5月から続くストライキによって配置されたC/Pが多忙を極めていたことなどから、C/Pのプロジェクトへの貢献は十分ではなかった。ただし、一部のC/Pは大変熱心にプロジェクト活動に取り組んでいたほか、当初C/Pとは想定していなかった大学関係者や看護師協会、助産師協会等の職業団体を巻き込んだ拡大ワーキンググループを開催するようになったことで、セネガル側のコミットメントは高まった。加えて、これら関係機関を巻き込んだことで、全国普及に向けた議論が行われるようになった。
- ・本邦研修、在外研修では適切な資格をもつ本プロジェクトのC/Pが適切な人数派遣され、特に本邦研修の終了後にプロジェクトのコンセプト、モデルなどの理解度が高まり、プロジェクトの進捗に大きく貢献したことが確認された。

#### コスト

- ・プロジェクトのデザインにおいて、投入や期間に比して成果が比較的大きく、成果1のモデルの確立に対しては投入コストに見合っているが、成果2のモデルの普及を達成するには追加の投入があった方が望ましかった。一方、本プロジェクトは、地方にて長期専門家2名で実施した小規模プロジェクトながら、結果としてセネガルの母子保健の政策の改革を促し、実際に影響を与えているなど、その上位計画の達成度は類似プロジェクトの投入と比較して、コストの面で効率性が高かったといえる。

※小規模案件であるため、インパクト及び持続性に関する評価は省略

### 3-3 効果発現に貢献した要因

#### (1) 計画内容

- ・本邦研修

C/Pが、わが国で実施された仏語圏アフリカ地域母子保健研修やC/P研修に参加し、日本人長期専門家がこの本邦研修に同行したことが、プロジェクトのコンセプトやモデル案の相互理解に貢献した。

#### (2) 実施プロセス

- ・拡大ワーキンググループの開催

本プロジェクトの開始当初に、ワーキンググループへのセネガルの重要な母子保健関係者の巻き込みが不十分であった。そのため、対象州であるタンバクンダ州で開催されていたワーキンググループに、中央省庁関係者、大学関係者、産科医・小児科医学会トップなどを加えた拡大ワーキンググループを首都ダカールで定期的で開催するように変更した。これにより、関係者間の意思の疎通がスムーズとなり、プロジェクトのコンセプトやモデル案の議論や承認が全国レベルで行われることに貢献した。

### 3-4 問題点及び問題を引き起こした要因

#### (1) 計画内容

- ・倫理委員会の審査

当初は想定されていなかったベースライン調査の倫理委員会での審査の手続きに多くの時間を費やした。そのために、ベースライン調査の進捗が大きく遅れることとなった。

#### (2) 実施プロセス

- ・プロジェクト開始時の関係者間の共通認識の欠如

本プロジェクト開始にあたっては、関係者の誰もが明確なプロジェクトのモデル案をもっておらず、その定義が曖昧であった。そのため、プロジェクト開始から1年半もの間、そのモデル案の定義と相互理解に時間を費やすこととなり、その確立が遅れた。

- ・医療関係者のストライキ

2010年7月以降、ストライキによって保健医療機関による医療統計が収集、集計されていない。また、2011年5月以降、全国の医療施設でストライキが実施されており、緊急の患者以外は火、水、木曜日は診察されない。そのため、タンバクンダ保健センターでは月曜日と金曜日に患者が集中し、多くの職員が多忙を極めており、業務の一部に影響が出ている。コチャリ保健ポストはコミュニティに密着しており、ストライキにもかかわらず診療を継続しているため、ストライキによる影響は少ない。

### 3-5 結論

本プロジェクトは、プロジェクト目標が一部達成されない見込みであることから、小規模案件として評価した3項目のうち有効性は中程度と評価された。プロジェクトの妥当性や効率性については、やや高いと判断され、これは本プロジェクトが日本・セネガルの政策や計画に沿ったものであること、また、地方にて長期専門家2名で実施した小規模プロジェクトながら、結果としてセネガルの母子保健の政策の変革を促したプロジェクトであることが評価された。

セネガル側からは本プロジェクトで構築したモデルを2州内のみならず、全国に展開したいという意向が強く示されたため、プロジェクトとしては延長しないこととし、今後の協力について継続検討することとなった。

改定中のリプロダクティブヘルス・プロトコールに本プロジェクトがめざしている「人間的なお産」が取り上げられたこと、本プロジェクトにおいて提起した問題がワーキンググループにて取り上げられ、セネガルで遠隔地におけるマトロンの重要性が認識されたこと、本プロジェクトのモデルがセネガルの中央省庁や、産科医学会や小児科学会のトップも含めた拡大ワーキンググループにて承認されたことは、本プロジェクトがセネガルの母子保健政策に与えた大きなインパクトであり、将来的な国内での普及に際しての土台形成ができたといえる。

### 3-6 提言（当該プロジェクトに関する具体的な措置、提案、助言）

#### (1) プロジェクト終了時までに取り組まれるべき活動

##### 1) ポスト調査の実施

モデルの確立を確認するため、2011年9～10月に2カ所の基幹施設で実施が計画されているポスト調査（質的調査、量的調査）をプロジェクト終了時までに行う必要がある。

##### 2) マニュアルの最終版作成と承認

1) のポスト調査の結果を踏まえて、本プロジェクトのモデルの構成要素の活動を最終的に確定し、それをまとめたマニュアル案が2011年11月に開催される拡大ワーキンググ

ループにおいて最終的に承認される必要がある。

### 3) 基幹施設2カ所における実地指導の強化

2011年7月に実施されたケアのスーパービジョン（ケア実施状況の確認）の結果、医療従事者の助産ケアには知識の面で改善の傾向がみられるものの、実践の面と比較するとやや乖離がみられる。そのため、プロジェクト終了までに2カ所の基幹施設において実地指導を強化し、その達成度を強化していく必要がある。

## (2) 中長期的に取りくむべき活動（セネガル側に対する提言）

### 1) 基幹施設における活動の継続

本プロジェクトは、2011年12月で終了する予定であるが、2カ所の基幹施設におけるプロジェクトの活動は、プロジェクト終了後もセネガル側の自助努力によって継続が望まれる。

### 2) 州の対象施設への普及

本プロジェクトの枠内では、2カ所の基幹施設以外に本プロジェクトのモデルの普及を十分に行うことが困難な状況にあるが、拡大ワーキンググループの開催や、本邦研修などによって全国に普及する土台はできている。プロジェクト終了後は、セネガル側の自助努力によるタンバクンダ州・ケドゥグ州内の対象施設へのモデルの普及が望まれる。

### 3) マトロンの役割の公式化

人的資源が不足している遠隔地において、分娩介助を支援するマトロン（無資格分娩介助者）の存在は、現状では不可欠である。本プロジェクトの枠内においては、保健予防大臣によってマトロンの役割を規定したレターに署名され、マトロンの役割は公式化されている。将来的には、この取り組みが全国的に展開されることが望まれる。

### 4) 国家レベルへの普及

本プロジェクトの活動は基幹施設がタンバクンダ州のみに配置されていたことから、その普及も同州内に限られてきた。しかし、本プロジェクトの拡大ワーキンググループ等の活動によって、本プロジェクトのモデルは、中央省庁や産科医学会や小児科学会のトップを含めた多くの関係者によって認知されている。そのため、将来的には本プロジェクトのモデルを全国レベルで普及することが望まれる。

### 5) 助産師の雇用

現在、基幹施設をはじめとしたタンバクンダ州内の保健医療施設では、知識としては「人間的なケア」を理解しつつも、その人員に比して分娩数が多いために十分な休養がとれないなど、それを完全に実践するのが困難な職場環境である。分娩介助ケアの質を上げていくためには、地方における助産師の雇用を促進し、ゆとりをもったケアを行う環境づくりを行うことが望まれる。

### 6) 医療の初期教育における本プロジェクトのコンセプトの導入

プロジェクトを実施する過程で、既に長年の経験がある医療従事者の態度や行動を変えていくことは、困難を伴う。そのため、初期医療教育のカリキュラムに本プロジェクトのモデルを含め、医療従事者の養成の段階から人間的なケアを意識させることで、全国的に人間的な分娩ケアを浸透させることが容易になる。



### 3-7 教訓（当該プロジェクトから導き出された他の類似プロジェクトの発掘・形成、実施、運営管理に参考となる事柄）

#### (1) 「モデル」に対する共通認識

本プロジェクトでは、プロジェクト開始時にセネガル側・日本側にめざすケアのコンセプトとモデルにかかる共通認識がなかったため、プロジェクト活動が遅延し、1回目のJCC（Joint Coordination Committee）はプロジェクト開始から15カ月経過してから開催された。多くの関係機関、特に大学の関係者を巻き込みながら、ゼロからコンセプトやモデルづくりを行うこととなったため、結果的には全国展開の土台が形成されたほか、カウンターパートのオーナーシップが高められ、モデルやコンセプトに関して多くの人が共通の認識・理解をもつようになった。しかしながら、案件形成時にめざすケアやめざすモデルを明文化ないし図式化し、セネガル側・日本側双方にとって明らかなものになっていれば、プロジェクト期間前半の活動がもう少し円滑になったと考えられる。また、プロジェクトの活動遅延の理由の1つに、関係者の十分なコミットメントを得るのに時間を要したことが挙げられる。これについても、あらかじめモデルやめざすケアのコンセプトについて双方に共通認識があれば、案件形成時に巻き込んでおくべき関係者がわかり、初めからコミットメントを得ることができたものと考えられる。

#### (2) プロジェクトデザイン

モデルのコンセプトづくりから、モデル詳細作成、2施設での試行的実施、さらにはタンバウンダ・ケドゥグ州への拡大を、専門家2名が3年間で実施するのはプロジェクトデザインの課題があった。この背景には、(1)に記載のとおり、「モデル」に対する共通認識がプロジェクト開始当初になかったことが要因の1つとして挙げられ、コンセプトづくりからプロジェクトで取り組むこととなり、結果的に投入に対して高い目標設定となった。加えて、日本人専門家に関しては、プロジェクトリーダーがいなかったため、さまざまな決定を運営指導調査団の来セの機会に委ねることが多く、日常的な決定の遅延につながったといえる。

#### (3) 学会関係者の巻き込み

プロジェクト開始当初はタンバウンダ州においてモデルを確立させることを想定していたが、セネガル側の意向・イニシアティブにより、コンセプトやモデルづくりの過程から学会関係者や保健予防省中央、助産師会・看護師会などの職業団体、パラメディカル養成校を巻き込むこととなった。これら人材のコミットメントを得るのに時間を要したうえ、多くの人材が関係することで日程調整や円滑な会議開催が困難となることもあったが、結果的には全国展開の土台が3年間で形成された。現場の状況を変えるには現任教育には限界があり、いずれは初期教育も巻き込む必要があることを考えると、早期の段階からこのように学会関係者を巻き込むことができたのは、本案件の特筆すべき点といえる。

## Summary of the Result of the evaluation survey

Date: 16<sup>th</sup> August 2011

Division in charge: JICA Senegal office

<b>1. Outline of the Project</b>	
Country: Republic of Senegal	Project title: Project for Reinforcement of Maternal and Child Health Care in Tambacounda and Kedougou Region
Issue Sector : Health and Medical	<b>Cooperation scheme:</b> Technical cooperation project
Division in charge: JICA Senegal office	Total cost : 190,000,000YEN
<b>Period of Cooperation (R/D):</b> 1 <sup>st</sup> January 2009 – 31 <sup>st</sup> December 2011 (3 years)	<b>Partner Country's Implementing Organization :</b> Ministry of Health and Prevention, Department of Health, Division of Reproductive Health Department of Health in the region of Tambacounda Department of Health in the region of Kedougou
	<b>Supporting Organization in Japan :</b>
<p><b>1-1. Background of the Project</b></p> <p>The Senegal is positioned as a least developed country (LDC), and as a low human development country (144 out of 169). In the Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP II 2006-2010) and in the National Plan of the Health Development (PNDS 2009-2018), it is emphasized to achieve the Millennium Development Goals (MDGs) and to assist the poor.</p> <p>The regions of Tambacounda and Kedougou are located in the south east of the country which covers about 1 / 3 of the country surface, 200,000 square kilo meters. In addition, the regions are one of more poverty region, and major health indicators are generally poor (for example, when national average of the under-five mortality rate is 121 per 1,000 births, the one in the region of Tambacounda and Kedougou is 200 per 1,000 births).</p> <p>Japanese government set those 2 regions as the priority area for the health sector cooperation in 2005 with Senegal government, and “the Program for the health system reinforcement in the region of Tambacounda and Kedougou (2007-2011)” has been formulated since 2007 with the Ministry of the Health and the Prevention. This program aims “to improve the health condition of the population especially mothers and children in the regions of Tambacounda and Kedougou”.</p> <p>Under such circumstances, as the core project of the strategy of the program, “to improve the quality of maternal and child health care services”, Senegal government has requested a technical cooperation named “Project for Reinforcement of Maternal and Child Health Care in Tambacounda and Kedougou Region”, which aim to practice of the evidence based maternal and newborn health care in the region of Tambacounda and Kedougou. In this project, main counterparts are Regional Medical office in Tambacounda and Kedougou and the project has started since January 2009 for the period of three-years.</p> <p>The Project conducted base line survey (quantitative and qualitative) at the beginning stage of the Project, and elaborated model of “evidence based maternal and child health care” based on the result of the survey. And the activities of model have been implemented in Tambacounda Health Center in Tambacounda Health District and Kothiary Health Post in Goudiry Health District which is located nearly 25 km from Tambacounda Health Centre.</p> <p>Tambacounda Medical Office and Kedougou Medical Office were the main counter part of the</p>	



<b>Team</b>	Maternity and child health	Mr. Tamotsu NAKASA	Director, Technical Cooperation Center, Department of International Medical Cooperation, National Center for Global Health and Medicine
	Evaluation Planning	Ms. Yoko KOTOURA	Senegal office, Japan International Cooperation Agency
	Evaluation and Analysis	Mr. Satoshi NAGASHIMA	Consultant, Icons Inc.
<b>Period of Evaluation</b>	25 <sup>th</sup> July 2011 – 11 <sup>th</sup> August 2011		<b>Type of Evaluation : Terminal Evaluation</b>

### 3. Results of Evaluation

#### 3-1 Verification of Achievement

##### (1) Level of the Achievement of Outputs

The indicators to verify the achievement will be almost fulfilled for the Outcome 1 of the Project, which aims to establish a model of "Evidence based maternal and newborn health care". The manual on the "Evidence based maternal and newborn health care" was prepared, the activities which are mentioned in the grid of the activities based on the five components of the model have been carried out, and the result of the model will be evaluated to confirm the establishment of the model by the post survey which will be conducted in September – October 2011.

As for the Outcome 2, which aims to disseminate the model which was established in the Outcome 1 in the target institutions in the regions of Tambacounda and Kedougou, a vulgarization plan was elaborated and one health center has integrated project activities in their own annual activities, thus it is concluded that the Outcome 2 has been partially achieved. The model of this project was recognized not only in the regions of Tambacounda and Kedougou, but also by the Reproductive Health Division in the department health, the university, the top of the society of obstetrics and the pediatrics through the enlarged working groups of the project, and so the activities of formulating the base for nation-wide dissemination have been already started. In addition, the project established un booth for present project activities in SISDAK (Dakar International Expo on Health and Medical Equipment).

##### (2) Level of the Achievement of Project purpose : Implement the model of "Evidence based maternal and newborn health care" in target institutions in the regions of Tambacounda and Kedougou

The Project purpose is mostly achieved, but is partially difficult to achieve. In two main target institutions, all components of the model have been practiced, and medical professionals who properly practice the evidence based maternal and child health care have increased through the project activities. In addition, the proportions of women who have positive view on the evidence based care have increased in those two target institutions. The project purpose will be partially not achieved as the diffusion of the model has not been perfectly implemented in two regions, however, it should be noted that the discussion for diffusion has been already started not in the regional level but in national level.

##### (3) Achievement of Overall goal : Contribute to improve maternal and infant health in Senegal in the regions of Tambacounda and Kedougou particularly

By the implementation of the project, a chapter of the "Humanized deliverly" was newly added in the Protocol of the Reproductive health 2011 of the Ministry of the Health and the Prevention in Senegal.

In addition, the Senegal side recognized through the working group activities in the project that it is essential to take advantage to involve Matrons (unlicensed birth attendants) in the maternal and newborn health care officially in the rural areas, and rule concerning the Matron's functions has prepared and it has approved by the Minister of the Health and the Prevention within the framework of the project.

Besides, the model of "Evidence based maternal and newborn health care" which has been elaborated in the project, were approved in the enlarged working group chaired by the project director, the division of the reproductive health in the Ministry of Health and the Prevention, with the attendance of the top authorities of the obstetrician and the pediatrician society in the Senegal. Thus, the concept and the model of the project were nationally recognized.

### 3-2 Summary of Evaluation results

#### (1) Relevance : Relatively high

- In Senegal, the midwife care which does not respect parturient's opinions was observed though medical workers follow WHO 59 normal birth norm and the reproductive protocol in the Senegal. Also, according to the baseline survey, it was found that the parturient desires that medical professionals respect them and give them enough information. For that reason, it can be said that the objective of the project which aims to create the model for the humanized birth care corresponded with the needs of the target group.
- The project is consistent with the Overall Goal and the Project Purpose of the Project on the policies of the national health development plan in Senegal (PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE: PNDS 2009-2018), Millennium Development Goals(MDGs), and Japanese cooperation program for Senegal
- As the project purpose and the output were a bit bigger compared with the input and the project duration, the evaluation of relevance was a little bit lowered.

#### (2) Effectiveness : Moderate

##### Level of Achievement on the Project Purpose

- In the two main target institutions, all the components of the model have been implemented, the number of staff who practices the care correctly are improved, and the proposition of the women who are satisfied the care are increased, and we can conclude that the model has been well practiced. The project purpose will be partially not achieved as the diffusion of the model has not been perfectly implemented in two regions, however, it should be highly appreciated that the discussion for diffusion has been already started not in the regional level but in national level.

##### Level of contribution of the Outcome for the Project Purpose

- The model of "Evidence based maternal and newborn health care" will be established based on the result of the post survey which will be carried out in November 2011.
- The practice of the model of "Evidence based maternal newborn health care" is limited in two main target institutions, and it has not yet spread to other target institutions. However, the project has begun the discussion for nation-wide diffusion.

#### (3) Efficiency : Relatively High

##### Level of achievement of the Outcome and the appropriateness of the input

- The Outcome 1 can be achieved within the Project period. As for the Outcome 2, it may not to be

fully achieved within the project period because of the delay of examination of the baseline survey by the ethic committee, and insufficient sharing the concept and the model in the beginning of the Project and the lack of involvement of concerning persons. However, the discussion for the nation-wide diffusion has been beginning.

- Even though Japanese experts were dispatched as planned, there was a room to consider as a chief advisor hasn't dispatched, and when the important decision was required, the project team couldn't judge with rapidity.
- As for the Input of the Senegal side, the number of the C/P is sufficient. However, they were too occupied because of the strike and there was also no C/P who worked exclusively for the project. Therefore they cannot sufficiently be involved in the activities of the Project. On the other hand, a part of the C/P worked eagerly, and also the enlarged working group including the academicians and the professional association ( nurse association, midwife association, etc) who were not assumed as a C/P at the beginning of the Project, made it possible to increase the commitment of Senegal side. In admission, this framework facilitated the discussion for the nation-wide diffusion of the model.
- It was confirmed that the appropriate number of participants were dispatched for the training in Japan, and it enhanced the apprehension of the concept and the model of the project, and contribute the progress of the project.

#### Cost

- As for the Project design, the expected Outcome was relatively overmuch comparing to the input and the duration. Therefore the cost is appropriate to achieve the establishment of a model but the additional input was necessary to fully achieve the diffusion of the model. However, though the project was carried out only by the two long-term experts in the remote area, the project strives to change not only the local situation but the national policy of the maternity and newborn health care in Senegal. Therefore the efficiency of the cost is relatively high comparing the other project.

※As the Project was small scale, the mission evaluated only 3 components of DAC.

### 3-3 Contributing factors to realize the effects

#### (1) Planning

##### - Trainings in Japan

C/Ps had participated in the training on the Maternal and child health care training for the French African countries and C/P training held in Japan, and a Japanese expert accompanied the training. It contributed the mutual understanding of the concept and the model of the Project

#### (2) Process

##### - Organizing the enlarged working group

In the beginning of the project, the involvement of key stakeholders in Senegal on the maternal and child health care was inadequate in the working group of the project. Therefore, “the working group” which had been held in the region of Tambacounda was upgraded to “the enlarged working group” which include the officials of central government, academics, and the top of the obstetricians and pediatricians society and it was regularly held in Dakar. This change made smooth communication between the parties, and it contributed to discuss and to approve the concept and the model of the project in the national level.

### 3-4 Inhibiting factors to cause the problem

#### (1) Planning

##### - Examination of ethic committee

In the beginning of the baseline survey, it was judged that the examination of the Ethic committee was not necessary. However, finally, the examination was necessary to conduct a baseline survey and it consumed substantial time to prepare the application etc.

#### (2) Process

##### - Lack of mutual understanding among the stakeholders in the beginning of the project

In the beginning of the Project, no one had the obvious vision of the model and the definition of them was unclear. Therefore it has taken for long time to define and mutually understand them for one and half years, and the establishment of the model has delayed.

##### - Strikes by the medical professionals

Since July 2010, a strike has been continued and the health statistic haven't been reported and analyzed. In addition, since May 2011, another strike in the all medical institutions throughout the Senegal has started and the medical workers don't provide their services on Tuesday, Wednesday and Thursday except the emergency cases. In consequence, patient concentrates only on Monday and Friday in the Tambacouda health center and every medical professional is extremely occupied. For that reason, some activities were affected by the strikes. The Kothiry health post is a community friendly organization and they are working even in the strikes. Therefore, the effect of the strike is less.

### 3-5 Conclusion

In the Project, the Project Purpose is generally achieved though partially not achieved. And thus, the evaluation of effectiveness is not high enough. But relevance and efficiency are relatively high which shows that the Project is consistent well with the Senegalese and Japanese policies and plans, and also, the Project was effectively conducted though it was a small scale project with 2 long term experts.

As The Senegal side strongly wants to distribute the model of "Evidence based maternal and newborn health care", which has been elaborated with central and regional level during the Project, not only in Tambacounda and Kedougou regions but also in national level, the Project will finish in December 2011 as planned, and continue to discuss the future cooperation.

The result has a great impact to the Senegal's National policy of maternal and child health care to form the basis for future adoption of the project nationwide: the "humanized birth care" was taken up in revised version of reproductive health protocol in Senegal; an issue of the role of the Matron was raised in the working group of the project and the importance of the role of matron in remote areas was recognized; and the model of the project was approved by the working group including the central government, the top of the societies of the Obstetricians and Pediatrics. And also the Senegal government has intension to diffuse the model of the Project throughout the country, and high ownership on the approach of the Project has been fostered.

### 3-6 Recommendation

#### (1) The activities which should be tackled until the end of the Project

##### 1) Implementation of the post survey

To evaluate the establishment of the model, it is necessary to complete the post survey (Qualitative survey and Quantitative survey) which is planned to carry out in the two main target

institutions in September and October 2011 before the end of the Project.

2) Finalization of the manual and its approval

Based on the result of the post survey of 1), it is necessary to finalize the activities of the five components in the grid of the activities on the model of the Project, and the proposed model should be approved in the enlarged working group which will be held in November 2011.

3) Strengthen the practical matters by the Japanese expert in the two main target institutions

According to the results of supervision which was conducted in July 2011, there is a tendency for improvement of midwifery care by the medical professionals in terms of knowledge. However, there remain little gap comparing to the practical side. Therefore, practical support to strengthen the two target institutions is necessary to improve the achievement of the Project before the end.

(2) Long-term activities to be addressed (for Senegal Side)

1) The continuation of activities in the main target institutions

The Project will terminate in December 2011, and it is desirable to continue the project's activities in the two target institutions by the efforts of Senegal government after the termination of the project.

2) The diffusion of the model to the target institutions in the target regions

Within the framework of the Project, the base of the nation-wide dissemination was formed by organizing the enlarged working group and training in Japan, etc, even though the diffusion of the model to the target institutions in the target regions hasn't been fully achieved except two main target institutions. Therefore, after the termination of the project, it is hoped to spread out the model to target institutions in the target regions by the efforts of Senegal side.

3) The formalization of the role of Matron

In the remote areas where the human resource is shortage, the make use of Matron is essential for the delivery assistance. Within the framework of the Project, a letter has been signed by the Minister which prescribed the role of Matron, thus, the role of Matron has been formalized. In the future, it is desirable that this initiative will be expanded nationwide.

4) Dissemination of the model to the national level

Since the activities of the Project had been placed only in the main target institutions in the region of Tambacounda, the diffusion has also been limited into the region. However, by the activities such as organizing the working group of the Project, the project model has been recognized by many stakeholders, including the top of the Society of Pediatricians and the Society of Obstetricians and central government. Therefore, it is desirable to spread the model of the Project at the national level in the future.

5) The employment of midwives

In the medical institutions including the main target institutions in the region of Tambacounda, though they may understand "humanized care", the work environment doesn't allow them to fully practice because the number of delivery is many comparing to the numbers of staff. In order to increase the quality of the care, it is desirable to promote the employment of midwives in the rural areas, and create an environment to practice the care at ease.



6) The introduction of the concept of the project in the early stage of healthcare education

In the process of implementation, it is difficult to change the attitudes and behaviors of healthcare professionals who have already years of experience. Therefore, it is desirable to include the model of the Project in the curriculum of the early stage of the healthcare education, and to aware the humanized care in the stage of training of the healthcare professionals, and it will facilitate to infiltrate the humanized delivery care nationwide.

3-7 Lessons learned from the project

(1) Common consensus on the model

As the common consensus between Senegal side and Japanese side on the model and the concept were not created at the beginning of the project, the project activities were delayed. And the first JCC was organized 15 months after the commencement of the project. However, the process of the elaboration of the concept and the model which integrate many stakeholders especially academics made it possible to create common consensus among many people concerned, as a result. If Senegal side and Japanese side had a common consensus at the formulation stage of the project, the project activities could be more smoothly implemented. In that case, the project may clarify the key stakeholders at the beginning of the project, and could get involvement from them.

(2) Project Design Exact definition of the term since the formulating the project

There was a difficulty on project design, which implement the concept formulation, the elaboration of model activities, the implementation of model activities in 2 main target institution and the diffusion in 2 regions by only 2 long term expert in 3 years. The lack of the common consensus on the model as mentioned in (1) was one of the reasons why the project needed to start from the elaboration of the concept. In addition, as the leader of Japanese side was absent and the project had to leave the important decision at the timing of monitoring missions, the daily decisions for the project activities were delayed. For the next project, the disposition of the Japanese leader and the appropriate input for project purpose is necessary.

(3) Involvement of academics

At the beginning of the project, the project assumed to elaborate the model in Tambacounda. However, the initiative and intention of the Senegal side lead the project to organize enlarged working group to involve the academics, the ministry of health and the prevention, the association of technicians and the paramedical school. It took time to get involvement from the stakeholders and it caused the difficulties of coordination, however, the base of nation-wide diffusion of the model was elaborated as a result.

# 第1章 終了時評価調査の概要

## 1-1 調査団派遣の経緯と目的

セネガルは後発開発途上国、低位人間開発国であり、現在策定中の貧困削減戦略文書IIIでも、MDGs達成に向けた妊産婦・5歳未満児の罹患率・死亡率の低下や3大疾病への対応が重点課題として掲げられている。日本は2005年から貧困州の1つであるタンバクンダ州・ケドゥグ州を保健分野の協力の重点地域としており、2007年から「タンバクンダ州・ケドゥグ州保健システム強化プログラム」を実施している。同2州の保健関連指標は一様に悪く、例えば5歳未満児死亡率は全国平均の約2倍にあたる200である（全国平均は121、出生1,000人当たり、2005 Health Demographic Survey）。同保健プログラムは、「タンバクンダ州及びケドゥグ州の住民、特に母と子の健康状態の改善」を目標として、その達成のために5つの戦略を設定しており、「母子保健サービス改善プロジェクト」は戦略の1つ「母子保健サービスの質の改善」の核となる協力として、2009年1月より3年間の予定で開始された。

プロジェクトでは、「タンバクンダ州・ケドゥグ州の対象施設において『根拠に基づく妊産婦・新生児ケア』モデルが実践される」ことをプロジェクト目標に、タンバクンダ保健センター及びコチャリ保健ポストを基幹施設として、モデル活動を実践してきた。

今般、本プロジェクトが2011年12月で終了するにあたり、セネガル政府と合同でプロジェクトの実績を確認し、計画に対する達成度を確認するとともに、小規模案件であるため評価5項目のうち3項目（妥当性、有効性、効率性）の観点から評価すべく、JICAは終了時評価調査団を派遣することとした。

終了時評価調査の具体的な目的は以下のとおり。

- (1) プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）、活動計画（PO）に基づき、プロジェクトの投入実績、活動実績、計画達成度を調査・確認する。
- (2) 評価3項目（有効性、インパクト、効率性）の観点から、プロジェクト関係者へのインタビューを行い、(1)と併せて評価を行う。
- (3) 上記評価結果に基づき、プロジェクト終了までの活動内容・活動を進めるにあたっての課題やその対応策について協議し、評価報告書の「提言」として取りまとめる。
- (4) (1)～(3)を協議議事録（ミニッツ）に取りまとめ、署名する。

## 1-2 調査団の構成

担当分野	氏名	所属	期間
団長/総括	小森 正勝	JICA人間開発部保健第2課長	8月1日～11日
母子保健	仲佐 保	国立国際医療協力研究センター課長	8月2日～11日
協力企画	琴浦 容子	JICAセネガル事務所員	8月1日～9日
評価分析	長島 聡	株式会社アイコンズコンサルタント	7月25日～8月11日

### 1-3 調査日程

現地調査は2011年7月25日から同年8月11日までの期間で実施された。概要は付属資料1（調査日程）のとおり。

### 1-4 主要面談者

付属資料2（主要面談者リスト）のとおり。

### 1-5 プロジェクトの概要

#### (1) 基本情報

項目	基本情報
国名	セネガル共和国
案件名	タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト (Projet d'amélioration des soins de santé maternelle et néonatale dans les régions de Tambacounda et Kédougou)
援助形態	技術協力プロジェクト
協力金額	1億9,000万円（事前評価額）
協力期間	R/D：2009年1月1日～2011年12月31日
先方関係機関	保健予防省、タンバクンダ州医務局、ケドゥグ州医務局
日本側協力機関	独立行政法人国立国際医療研究センター

#### (2) プロジェクトデザインの要約

付属資料3のPDMのとおり。

#### (3) プロジェクトでめざす「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」のコンセプト

プロジェクト開始当初、「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」のコンセプトが固まっていなかったことから、2009年8月の運営指導調査団以降、協議を重ね、2010年7月に開催された拡大ワーキンググループにて、図-1が採用された。

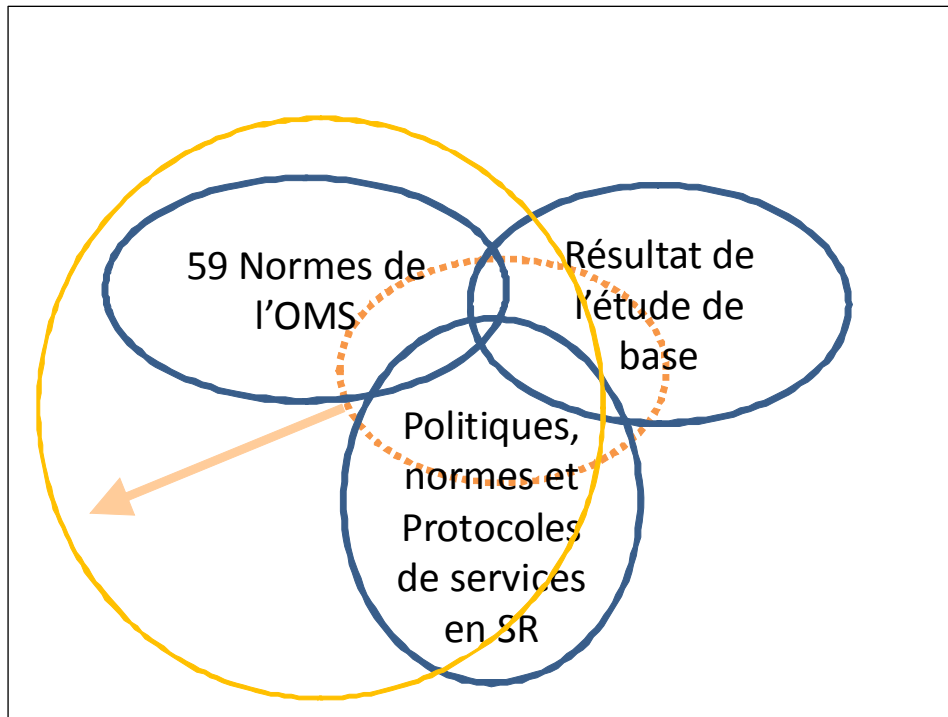


図-1 「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」のコンセプト

現状のケア（真ん中の点線）は、WHOの「正常分娩ケア59カ条」・プロジェクトで実施したベースライン調査の結果・セネガルの「リプロダクティブヘルス・プロトコール」が重なっているところにある。ベースライン調査では、良いケアと改善が必要なケアが見受けられ、また十分に「リプロダクティブヘルス・プロトコール」や「正常分娩ケア59カ条」が遵守されていないケースが見受けられた。このため、プロジェクトでめざす「妊産婦・新生児ケア」は、現状の円を拡大させ、「正常分娩ケア59カ条」「リプロダクティブヘルス・プロトコール」に記載のある内容を実施することをコンセプトとしている。

(4) 「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデル

(3) のコンセプト同様、2009年8月の運営指導調査団以降、協議を重ね、2010年7月に開催された拡大ワーキンググループにて、図-2が採用された。

## Modèle de Soins de santé maternelle et néonatale basés sur les preuves

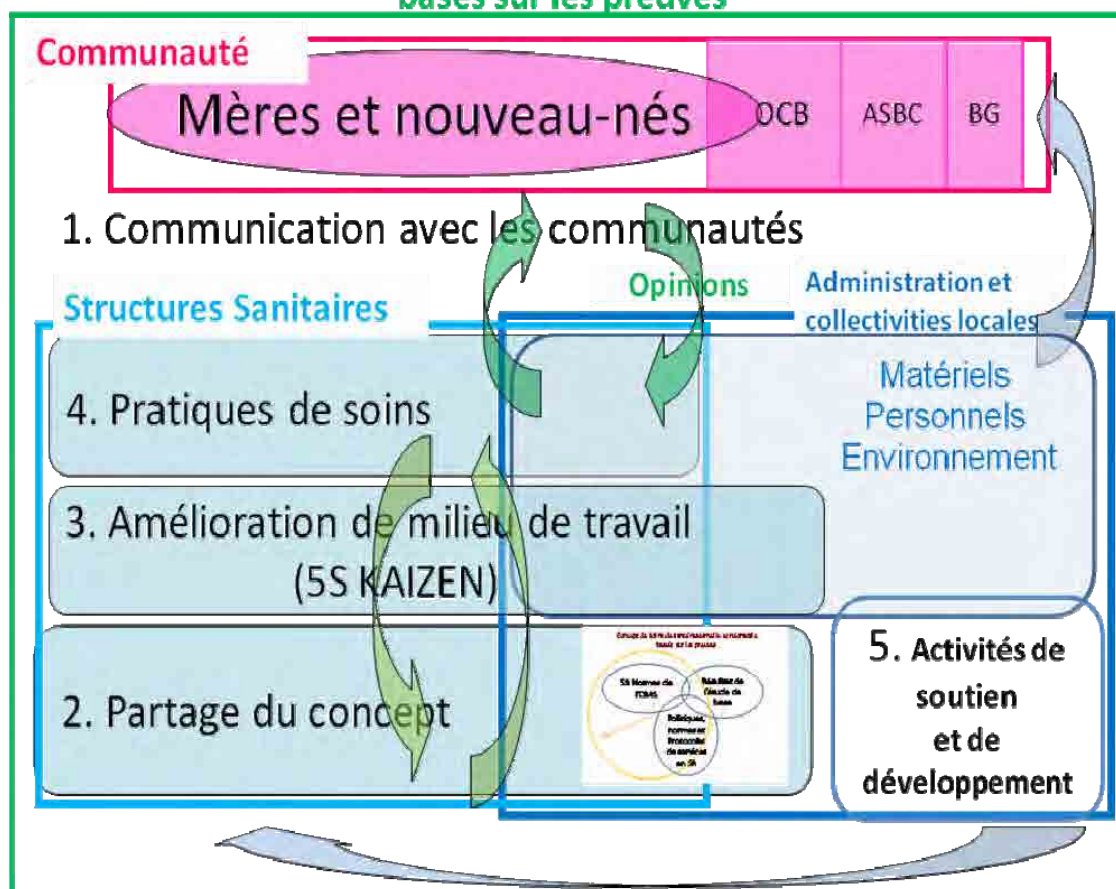


図-2 「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデル

図-2は、「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」を実践するために必要な5構成要素及び関係する3つの組織（コミュニティ、医療施設、行政）を示している。

**構成要素1** コミュニティとのコミュニケーション：コミュニティやケアを受けた女性からの意見を取り入れ、反映させるための活動。

**構成要素2** コンセプトの共有：各組織での取り組みやモデルの活動、まためざすケアのコンセプトについて、コミュニティや地方行政組織や保健委員会と共有し、理解を得るための活動。

**構成要素3** 職場環境の改善（5S-KAIZEN）：効率よく働くため、また医療施設として清潔感をもつための活動。

**構成要素4** ケアの実践：コンセプトに基づきながら、ケアを実践する。また、提供したケアをコンセプトに基づきながら振り返ることで、ケアを向上させるための活動。

**構成要素5** 行政の支援：構成要素1～4を実施するために、医療施設ではなく行政が支援する活動。

これら構成要素の活動についても、2010年7月に開催された拡大ワーキンググループにおいて検討され、活動表（Canevas）としてまとめられた。

## 第2章 終了時評価の方法

### 2-1 評価設問と評価指標

本案件の実績の検証、実施プロセスの検証、評価3項目（本プロジェクトは小規模プロジェクトに位置づけられるため、評価3項目に絞って）評価を実施した。各項目の評価設問とデータ入手方法、評価指標、調査手法については、評価グリッド（付属資料5）を参照のこと。

### 2-2 主な調査項目とデータ収集方法

#### 2-2-1 主な調査項目

本終了時評価は「新JICA事業評価ガイドライン第1版」（2010年6月改訂）に準拠して実施した。PDMやその他関係資料に基づいて評価設問（調査すべき項目）を検討し、プロジェクトの実績、実施プロセス、評価3項目（妥当性、有効性、効率性）に関する評価グリッドを作成した。実績、実施プロセス、評価3項目の定義は以下のとおりである。

#### (1) 実績

投入、成果、プロジェクト目標、上位目標に関する達成度、もしくは達成予測に関する情報

#### (2) 実施プロセス

活動の実施状況やプロジェクトの現場で起きている事柄に関するさまざまな情報

#### (3) 評価3項目

妥当性	プロジェクトのめざしている効果（プロジェクト目標や上位目標）が、受益者のニーズに合致しているか、問題や課題の解決策として適切か、相手国と日本側の政策との整合性はあるか、プロジェクトの戦略・アプローチは妥当かなどといった「援助プロジェクトの正当性・必要性」を問う視点
有効性	プロジェクトの実施により、本当に受益者もしくは社会への便益がもたらされているのか（あるいは、もたらされるのか）を問う視点
効率性	主にプロジェクトのコストと効果の関係に着目し、資源が有効に活用されているか（あるいは、されるか）を問う視点

#### 2-2-2 評価実施方法

評価グリッドに基づいて以下の方法で情報・データを収集し、評価分析を行った。

#### (1) 文献・既存資料調査

- ・長期及び短期専門家報告書
- ・運営指導調査報告書
- ・合同調整委員会議事録
- ・国家保健開発計画
- ・その他

(2) サイト調査

基幹施設であるタンバクンダ保健センター及びコチャリ保健ポストを訪問し、実際の活動状況の観察を行った。

(3) 聞き取り調査

日本人長期専門家、基幹施設におけるカウンターパート、保健予防省中央・州の関係者、及び本プロジェクトの拡大ワーキンググループメンバーを対象に聞き取り調査を実施した。

## 第3章 プロジェクトの実績と実施プロセス

### 3-1 投入実績

終了時評価時点において、日本側、セネガル側からの投入は以下のとおり実施された。

#### (1) 日本側の投入

##### 専門家派遣

長期専門家（母子保健、業務調整/研修計画） 4名

短期専門家（疫学、母子保健（助産）、マニュアル作成支援、ワーキンググループ実施支援、研修計画、助産技術、データ収集）

運営指導調査（2009年8月、2010年5月、2010年10月、2011年3月、2011年5月）

##### 現地活動費

4,002万7,000円

##### 機材供与

車両、PC等、2,737万FCFA

##### 本邦/在外研修

仏語圏アフリカ地域別研修「母子保健」（2009年6月：2名、2011年6月：3名）

本邦カウンターパート研修（2009年：1名、2010年：2名）

マダガスカル訪問（2010年1月：3名）

モロッコ母子保健研修（2011年1月：2名）

#### (2) セネガル側の投入

カウンターパートの配置

プロジェクトダイレクター

プロジェクトマネージャー

タンバクンダ保健センター職員

コチャリ保健ポスト職員

##### 執務スペースと活動予算

専門家執務スペース

カウンターパート人件費

施設、設備維持費

タンバクンダ保健センター及びコチャリ保健ポストの保健委員会予算

その他



### 3-2 成果の達成度

本プロジェクトの成果とその指標は以下のとおりである。

<b>成果1：</b> 基幹施設（タンバクンダ保健センター、コチャリ保健ポスト）において「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルが確立される。
【指標1-1】「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」のマニュアルが作成される。 【指標1-2】以下の6項目に基づき、「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデル構成要素に関する活動が実施されている。 【指標1-2-1】対象施設で、ケアや活動に対する考え方が共有されている。 【指標1-2-2】業務環境改善活動が実施され、半年ごとに進捗がモニターされている。 【指標1-2-3】「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」チェックリストを使用して、日常診察で根拠に基づく助産ケアが実践されている。 【指標1-2-4】リファレル事例の症例検討会が2カ月に1回以上実施されている。 【指標1-2-5】ケアを受けた女性・家族の意見を分析するミーティングが毎月実施されている。 【指標1-2-6】コミュニティに安全な妊娠・出産についての情報が定期的に伝えられている。 【指標1-3】基幹施設においてチェックリストによるアセスメントの結果が期待される水準に達している。
<b>成果2：</b> タンバクンダ、ケドゥグ州に「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルが広まる。
【指標2-1】「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」の対象施設への拡大の計画が作成される。 【指標2-2】「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」に関する研修の実施が行われる。 【指標2-3】州及び対象施設の活動計画にプロジェクトの取り組みが反映される。 【指標2-4】プロジェクトの取り組みに関する情報共有がなされている。

本プロジェクトの活動において、成果1の「2カ所の基幹施設における「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」のモデルを確立する」活動については、成果を測るために設定された指標はほぼ目標水準に達している。プロジェクト期間内に「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」のマニュアルが作成され、活動表に基づくモデルの5つの構成要素に関する活動が実施され、2011年9～10月に実施されるポスト調査によって、モデルの確立を確認する予定である。

成果2の「確立されたモデルをタンバクンダ州・ケドゥグ州の対象施設に普及する」という活動については、一部取り組まれているが、達成は困難な状況である。しかし、本プロジェクトの拡大ワーキンググループによって、本プロジェクトのモデルは、タンバクンダ州・ケドゥグ州のみならず、保健局リプロダクティブヘルス課、大学、産科医学会や小児科学会のトップなどにも認知されており、その普及のための土台となる活動は開始されている。各成果の指標に関する終了時評価時点での評価は以下のとおりである。

#### 【指標1-1】「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」のマニュアルが作成される。

同マニュアルのドラフトは2011年7月下旬に完成した。最終版の承認は、ポスト調査の結果を踏まえて2011年11月に行われる予定である。

【指標1-2】以下の6項目に基づき、「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデル構成要素に関する活動が実施されている。

【指標1-2-1】対象施設で、ケアや活動に対する考え方が共有されている。

タンバクンダ保健センター、コチャリ保健ポストはそれぞれ2010年8月にコンセプトを共有する会議を開催している。タンバクンダ保健センターではセンター長が、めざす妊産婦・新生児ケアについて、母子保健棟の勤務者に対しマトロン（無資格分娩介助者）を含めて説明したほか、2011年8月に県開発委員会を開催して本プロジェクトのモデルについて説明した。また、コチャリ保健ポストでは、コチャリ保健ポスト長が市長等、地域の要人を招いてコンセプトを説明し、保健ポストでめざす人間的ケアの内容をポスターにして貼り出している。

また、ケアや活動に関する研修・ワークショップを基幹施設にて実施した。研修実績は、以下のとおりである。

日付	研修内容	開催場所	参加人数
2010年8月11日	本邦研修の研修内容報告	コチャリ保健ポスト	23名
2010年8月21日	本邦研修の研修内容報告	タンバクンダ保健センター	46名
2010年9月29日	本邦研修の結果の発表	タンバクンダ保健センター	21名
2011年1月31日 ～2月4日	有資格者研修基礎編（1）	タンバクンダ保健センター	20名
2011年2月21日 ～2月25日	有資格者研修基礎編（2）	コチャリ保健ポスト	19名
2011年4月1日 ～4月2日	有資格者研修応用編	タンバクンダ保健センター	29名
2011年7月20日 ～7月8日	マトロン研修	タンバクンダ保健センター	14名
2011年8月2日	プロジェクトのコンセプトとモデル、 「人間的なお産」についての研修	県開発委員会	20名

【指標1-2-2】業務環境改善活動が実施され、半年ごとに進捗がモニターされている。

タンバクンダ保健センターでは2010年10月、コチャリ保健ポストでは2010年9月にタンバクンダ州病院の医師をファシリテーターとして5S研修会を開催した。その後、定期的な進捗モニタリングは行われていないが、コチャリ保健ポスト、タンバクンダ保健センターではそれぞれ次のとおり活動が進められている。コチャリ保健ポストは毎週土曜日に定期的な掃除を実施している。また、保健委員会の支援により、待合小屋の建設・母子保健棟の小規模改修等が行われた。タンバクンダ保健センターでは、定期的な清掃や見直しは行われていないが、環境改善としてトイレの整備や棚の購入・扇風機の設置・人材追加配置や、勤務表の導入による業務体制改善等、保健委員会の予算により、継続的に業務改善に取り組んでいる。

本プロジェクトで実施された5Sに関する研修の実績は以下のとおりである。

日付	研修内容	開催場所	参加人数
2010年9月25日	5Sの研修	コチャリ保健ポスト	19名
2010年10月7日	5Sの研修	タンバクンダ保健センター	32名

**【指標1-2-3】「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」チェックリストを使用して、日常診察で根拠に基づく助産ケアが実践されている。**

プロジェクトでは、リプロダクティブヘルス課が州や保健区をスーパーバイズする際に活用しているチェックリストに「人間的なお産」の視点を加え、「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」チェックリストを作成した。このチェックリストでのチェックはモニタリングに時間を要すること、また、日常的にケアを見直すにはセルフチェックが必要であることから、プロジェクトでは「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」チェックリストを2011年6月からセルフチェックリストとして導入した。分娩チームが一勤務帯につき1枚のセルフチェックリストを作成・記入し、グループでケアを見直すようになった。

**【指標1-2-4】リファレル事例の症例検討会が2カ月に1回以上の実施されている。**

2010年12月に1回リファレル事例の症例検討会を実施したが、その後継続できていない。しかしながら、日本人専門家が不在の場合でもリファレル事例を集められるよう、事例を集め、分析するチームがタンバクンダ保健センターにて編成された。

**【指標1-2-5】ケアを受けた女性・家族の意見を分析する会合が毎月実施されている。**

コチャリ保健ポストではマトロンを通じて、ケアを受けた女性からヒアリングを行い、提供するケアの見直しに反映させている。タンバクンダ保健センターではソーシャルワーカーが分娩をした女性やその家族に対してヒアリングを行い、内容を助産師長に報告し、助産師長から分娩チームへのフィードバックを会合という形で行っている。

**【指標1-2-6】コミュニティに安全な妊娠・出産についての情報が定期的に伝えられている。**

コミュニティに対する安全な妊娠・出産についての情報の場として、タンバクンダ保健センターではコーゼリー（講話会）を週1～2回実施している。母子保健棟にて勤務表を導入したことで、母子保健棟内の勤務体制が確立し、確実に実施できるようになった。また、2011年7月より、毎週土曜日に安全な妊娠・出産に関するラジオ放送の番組を放送している。保健センターと比較すると1日の訪問者が少ないコチャリ保健ポストでは、偶数月の第1火曜日に集団無料妊婦健診を実施し、助産師が安全な妊娠・出産についての情報提供を行っている。

**【指標1-3】基幹施設においてチェックリストによるアセスメントの結果が期待される水準<sup>1</sup>に達しているか。**

長期専門家及び州リプロダクティブヘルスコーディネーターによるスーパービジョンの結果（2011年7月）、2つの基幹施設で「根拠に基づく妊産婦新生児ケア」チェックリストにリストアップされているケア（131項目）の評価結果が、望ましいレベル（タンバクンダ保健センター80%、コチャリ保健ポスト89.7%）に達している<sup>2</sup>ことが確認された。一方、一部の項目については改善の余地がある。また、ベースライン調査（量的調査）と同じ調査を2基幹施設の医療従事者に対して行ったところ、知識どおりに実践が望ましいレベルで行われている項目は、20項目中4つであっ

<sup>1</sup> セネガルでは80%を合格ラインと考えており、本プロジェクトにおける合格点も80%とした。

<sup>2</sup> チェックリストにある131項目について、できている2点、一部できている1点、できていない0点として、満点を262点（131項目×2点）として評価した。

た。この結果と前述のスーパービジョンの結果を照らし合わせると、望ましいケアに対する知識と実践のレベルには、やや乖離がみられることも明らかとなった。

**【指標2-1】「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」の対象施設への拡大の計画が作成される。**

2011年3月の運営指導調査時に対象施設への拡大計画をPOに記載し、セネガル側と確認した。

**【指標2-2】「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」に関する研修の実施が行われる。**

2011年7月、タンバクンダ保健センターに、タンバクンダ保健区内の保健ポスト長6名と保健ボランティア「地域の母（Bajenu Gox）」24名の計30名を招き、本プロジェクトの内容と妊娠中の危険兆候に関する研修を実施した。また、研修の際に参加した6つの保健ポストにおいては、「地域の母」を活用し月2回家庭訪問の実施を行うことが決定された。

**【指標2-3】州及び対象施設の活動計画にプロジェクトの取り組みが反映される。**

本邦研修に参加したグディリ保健センターのセンター長が、研修中に「人間的なお産」の実施をめざしたグディリ保健センターの活動計画を作成し、同活動計画を実施している。

**【指標2-4】プロジェクトの取り組みに関する情報共有がなされている。**

保健省及び関連機関を招聘し、本プロジェクトに係る合同評価委員会（2010年3月、10月、2011年3月）が計3回、ワーキンググループ及び拡大ワーキンググループが計8回（2009年3月、5月、8月、10月、2010年7月、10月、2011年3月、7月）開催され、「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」のコンセプトやモデルに対して多く関係者の理解が得られている。また、保健予防省国家保健情報部を巻き込みながら、パンフレット及びポスターを作成し、本プロジェクトの取り組みに関する情報提供のツールが準備された。さらに、国際医療機器展示会（SISDAK）においてタンバクンダ州のブースを設置し、プロジェクトでの取り組みの紹介や「人間的なお産」のデモンストレーションが行われた。

### 3-3 プロジェクト目標の達成状況

本プロジェクトの目標とその指標は以下のとおりである。

<p><b>プロジェクト目標：</b> タンバクンダ、ケドゥグ州の対象施設において「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルが実践される。</p>
<p>【指標1】対象施設がモデルの全構成要素を実践している。 【指標2】根拠に基づく妊産婦・新生児ケアを正しく行っている医療従事者の割合が増加する。 【指標3】根拠に基づくケアについてポジティブな意見をもつ女性の割合が増加する。 【指標4】タンバクンダ、ケドゥグ州の基幹施設と対象施設において予防可能な産科合併症発症率及び娩出児（新鮮）<sup>3</sup>死亡率が低下する。</p>

<sup>3</sup> セネガルの統計では、娩出児の死亡を母体内での死亡（mort né macéré/漬かった状態での死亡）と娩出時の死亡（mort né frais/新鮮な状態での死亡）に分けており、本指標では後者を示す。

本プロジェクトでは、タンバクンダ州・ケドゥグ州の2カ所の基幹施設においては、モデルの全構成要素を実施し、根拠に基づく妊産婦・新生児ケアを正しく行っている医療従事者が増加し、根拠に基づくケアについてポジティブな意見をもつ女性の割合が増加しているものの、それ以外の対象施設への普及がなされないために、プロジェクト目標は一部達成が困難な状況である。ただし、プロジェクト活動を通じてモデルの全国展開に向けた土台が構築されつつあることは特筆すべき点である。プロジェクト目標に対する各指標の終了時評価時点での評価は以下のとおりである。

**【指標1】対象施設がモデルの全構成要素を実践している。**

基幹施設（タンバクンダ保健センター、コチャリ保健ポスト）におけるモデルの構成要素実施状況については、2011年7月にセネガル側と日本人専門家が合同で評価を行った。その結果、活動表にリストアップされた活動の各構成要素の実施状況は表1、2のとおりである（構成要素4のケアの実践にかかる活動は、活動表ではなく、チェックリストにて医療従事者ごとに評価を行っている）。

基幹施設の2カ所のうち、タンバクンダ保健センターの活動にやや遅れがみられる。全体としての本指標の達成度は50～60%であるが（構成要素4を除く）、特に構成要素1「コミュニケーション」及び構成要素3「業務改善5S/KAIZEN」に関する活動に遅れがみられる。ただし、本プロジェクトのモデルの構成要素ごとの活動については、2011年のポスト調査後に見直される予定であり、現時点では、すべての活動は確定していない。

終了時評価時点では、基幹施設以外には本プロジェクトのモデルの普及活動は実施されていないため、一部を除き達成が困難な状況にある。

表－1 タンバクンダ保健センター

モデルの構成要素	実施項目数		
	完全にできている	一部できている	できていない
1. コミュニケーション（13項目）	2	5	6
2. コンセプトの共有（2項目）	2		
3. 業務改善 5S/KAIZEN（15項目）	10	2	3
4. ケアの実践	－	－	－
5. モデル及び構成要素4ケアの実践 にかかると支援（9項目）	8	1	
合 計	22 (56.4%)	8 (20.50%)	9 (23.1%)

表－２ コチャリ保健ポスト

モデルの構成要素	実施項目数		
	完全にできている	一部できている	できていない
1. コミュニケーション (11項目)	7	1	3
2. コンセプトの共有 (2項目)	1		1
3. 業務改善 5S/KAIZEN (11項目)	6	1	4
4. ケアの実践	－	－	－
5. モデル及び構成要素4ケアの実践にかかる支援 (9項目)	7	1	1
合 計	21 (63.6%)	3 (9.1%)	9 (27.3%)

**【指標2】「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」を正しく行っている医療従事者の割合が増加する。**

基幹施設2カ所において行われたスーパービジョンの結果（2010年11月、2011年3月、5月、7月）によれば、不必要な点滴が減ったなど、女性を受け入れる時のケアには向上がみられる。本指標については、2011年10月に実施されるポスト調査<sup>4</sup>の結果を基に判断する必要がある。

終了時評価の時点では、対象施設については「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」にかかる研修を実施できていないため評価し難いが、プロジェクト活動を通じて州リプロコーディネーターやタンバクダ保健センター助産師長のスーパービジョンの能力強化が図られたため、今後は同コーディネーターや助産師長の指導・スーパーバイズのもとで正しいケアを行っている医療従事者の割合が増加することが期待できる。

**【指標3】 根拠に基づくケアについてポジティブな意見をもつ女性の割合が増加する。**

終了時評価時に実施したコチャリ保健ポスト長への聞き取り調査によると、ポストで出産した女性の産後検診受診者が増えるなど、ポジティブな反応をもっていることが確認された。また、タンバクダ保健センターでもケアを受けた女性からポジティブな意見が聞かれている。2011年10月に実施されるポスト調査の結果により、ベースライン調査との比較が可能となる。

**【指標4】 タンバクダ、ケドゥグ州の基幹施設と対象施設において予防可能な産科合併症発症率及び娩出児（新鮮）死亡率が低下する。**

PDM作成時は四半期報告書を集計及び診察台帳から必要なデータを収集することが想定されていたが、2010年7月以降、ストライキにより保健情報が入手できない状況にある。そのため、終了時評価時点では、本指標を入手できない。

<sup>4</sup> ポスト調査は、プロジェクト実施の結果を評価するために行うもので、2011年9月～10月に実施予定である。プロジェクト開始時のベースライン調査と同じ項目について、医療従事者、妊産婦に対して質的調査、量的調査を行う予定である。

### 3-4 上位目標の達成状況

上位計画とその目標は以下のとおりである。

上位計画： セネガル、特にタンバクンダ、ケドゥグ州の妊産婦・新生児の保健サービスの質が改善される。
【指標1】 タンバクンダ、ケドゥグ州の有資格者の介助による出産が増加しているか。
【指標2】 タンバクンダ、ケドゥグ州の対象施設における死産が減少しているか。
【指標3】 セネガル母子保健政策にプロジェクトの成果が反映されているか。

本プロジェクトにて取り組んできた「人間的なケア」や、本プロジェクトの活動によって問題提起された、人材不足が顕著である遠隔地におけるマトロン（無資格分娩介助者）の役割の公式化が、セネガル政府の政策に反映されているなど、上位計画の指標の一部を達成している。上位計画の各指標に対する、終了時評価時点での評価は以下のとおりである。

**【指標1】 タンバクンダ、ケドゥグ州の有資格者の介助による出産が増加しているか。及び【指標2】 タンバクンダ、ケドゥグ州の対象施設における死産が減少しているか。**

本指標は、保健省の年間レポートで確認すべきであるが、現在、2010年7月以降のストライキにより統計情報が上位機関に報告されていないため、情報が入手できない。

**【指標3】 セネガル母子保健政策にプロジェクトの成果が反映されているか。**

本プロジェクトの実施によって、今までセネガルでは理論だけしか知られていなかった「人間的なお産」が実践へと推移し、保健予防省の2011年度版リプロダクティブヘルス・プロトコールに反映され、その用語が国家レベルで認知されつつある。また、人材不足のセネガル遠隔地において、マトロンの活用が不可欠であることが本プロジェクトの拡大ワーキンググループにて取り上げられ、プロジェクトの枠内でマトロンの業務に関する規定が作成された。

本プロジェクトで策定した「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルは、保健予防省のリプロダクティブヘルス課のプロジェクトダイレクター、産科学会や小児科学会等を含む拡大ワーキンググループにて承認されており、国家レベルで認知されているといえる。

終了時評価調査時に実施した聞き取り調査の結果、本プロジェクトのプロジェクトダイレクター及びプロジェクトマネージャーは、本プロジェクトが確立をめざしているモデルを、最終的にはセネガル国全土に普及したいという意図をもっていることから、本プロジェクトは将来的に同国の母子保健政策に影響を与える可能性が高い。

### 3-5 プロジェクトの実施プロセスにおける特記事項

#### 3-5-1 活動の実施

本プロジェクトでは、成果1を達成するために合同調整委員会及びワーキンググループの設置、基幹施設においてモデルの確立と実践を行うための活動を行った。また、成果2を達成するため、モデルの普及をめざした活動を行った。終了時評価の段階では、成果1を達成するための活動はおおむねプロジェクト終了までに達成される見込みである。成果2の普及に向けた活動も一部開

始しているが、成果2の達成には至らない見込みである。以下に成果達成に関する貢献要因と阻害要因を示す。

#### 貢献要因

- ・対象州であるタンバクンダ州で実施されていたワーキンググループに、中央省庁関係者、大学関係者、教育機関、産科医・小児科医学会の権威、助産師会・看護師会などを加えた拡大ワーキンググループを定期的で開催したことにより、関係者間の意思の疎通がスムーズとなり、プロジェクトのコンセプトやモデル案の議論や承認が全国レベルで行われることに貢献した。
- ・C/Pが、わが国で実施された仏語圏アフリカ地域母子保健研修や同時並行で実施したC/P研修に参加したこと、また、日本人長期専門家が業務出張にて同研修に同行したことが、プロジェクトのコンセプトやモデル案の相互理解に貢献した。

一方、阻害の要因として、

- ・当初は想定されていなかったが、ベースライン調査の実施にあたっては倫理委員会を通す必要があり、その準備及び審査手続きに多くの時間を費やした。そのために、ベースライン調査の進捗が大きく遅れることとなった。ベースライン調査を基にモデル案を作成される予定であったため、プロジェクトの進捗に影響を与えた。
- ・本プロジェクト開始にあたっては、関係者の間にめざすモデルに関する共通認識がなく、モデルの定義が曖昧であった。そのため、プロジェクト開始から1年半の間、モデルの構築や相互理解に時間を要することとなり、その確立が遅れた。
- ・2010年7月以降、ストライキによって保健医療機関による医療情報が収集、集計されていない。また、2011年5月以降、全国の医療施設でストライキが実施されており、緊急の患者以外は火、水、木曜日は診察を行っていない。そのため、タンバクンダ保健センターでは月曜日と金曜日に患者が集中し、多くの職員が多忙を極めており、業務の一部に影響が出ている。

などが挙げられる。

### 3-5-2 ステークホルダーとの関係

#### (1) 相互のコミュニケーション

終了時評価の聞き取り調査において、専門家、C/Pで相互に信頼関係が醸成されていることが確認された。これは、わが国で実施された仏語圏アフリカ地域母子保健研修やC/P研修を通じて、プロジェクトのコンセプトが共有されたこと、その後ワーキンググループや拡大ワーキンググループにおいて、コンセプトやモデル案について何度も議論を重ねたことで相互理解が深まったことが大きな要因である。

一方、セネガル側及び日本側のプロジェクト関係者のコミュニケーションについては、終了時評価の聞き取り調査において、決定事項などについてセネガル側の更なる関与が望ましいとの意見が挙げられた。



## (2) 役割分担、指揮命令系統、連携、情報共有体制

本プロジェクトでは、セネガル側のプロジェクトダイレクターは保健局リプロダクティブヘルス課課長、プロジェクトマネージャーはタンバクンダ州医務局長としていた。案件形成時は、職務内容を加味し、セネガル側から右提案があったが、組織図上はリプロダクティブヘルス課の課長よりも州医務局長のほうが高位であり、役割分担や指揮命令系統の面ではその機能に問題が生じた。

また、本プロジェクトのプロジェクトマネージャーは、強いリーダーシップでプロジェクトを運営しているが、多忙を極めており、指示を仰いで決定を下さなければならない事項がある際に、時間を要する場合があった。

さらに、プロジェクトの要請の過程ではタンバクンダ州、ケドゥグ州は1つの州であったが、事前調査の2週間前に2つの州に分割された。そのため、プロジェクトはタンバクンダ州の他、ケドゥグ州もプロジェクト対象州としていたが、基幹施設の選定がタンバクンダ州のみになってしまったために、プロジェクト活動の情報共有が不十分になる結果となった。

加えて、本プロジェクトの活動の多くは、国家レベルでの承認を得ながら実施してきたため、中央レベルとの調整が常に必要であった。しかし、中央政府レベル（保健省保健局リプロダクティブヘルス課）に、当初はプロジェクトの担当者が設置されていなかったこと、通信事情が悪いことや、ダカールから遠く離れた遠隔地であることからその調整に時間を要した。拡大ワーキンググループが開催されたことや、リプロダクティブヘルス課に2011年1月から担当者が設置されたことから、現在の情報共有は良好となっている。

### 3-5-3 相手国実施機関のオーナーシップ

#### (1) 中央レベルのオーナーシップ

中央レベルにおいては、保健局リプロダクティブヘルス課長Dr. Daffが、プロジェクトダイレクターとして配置されている。また、多忙なプロジェクトダイレクターを支援するために、Dr. Fayeが中央と地方のフォーカルポイントとして2011年1月から配置されている。地方でのプロジェクトということもあり、タンバクンダ州医務局と比較すると、リプロダクティブヘルス課の本プロジェクトに対する主体性は相対的に高くはない。

#### (2) 州レベルのオーナーシップ

タンバクンダ州では、プロジェクトマネージャー（タンバクンダ州医務局長）のDr.SonkoをはじめとしたC/Pが配置されている。C/Pは、プロジェクト活動に参加しており、特にプロジェクトマネージャーのDr.Sonkoは、本プロジェクトの理解者として、プロジェクトの運営に貢献している。一方、医療機関におけるストライキや他に抱えている業務のためにC/Pは常に多忙であり、結果として、十分にプロジェクトの活動に注力できていない。

ケドゥグ州では、基幹施設が設置されていなかった。そのため、C/Pが十分に配置されなかった。

#### (3) 基幹施設及び対象施設におけるオーナーシップ

基幹施設レベルでは、保健センター長、保健ポスト長、助産師長をはじめ、看護師、助

産師がC/Pとして配置されており、主体的にプロジェクトに参加している。

#### 3-5-4 他ドナーとの協調

対象地域においては、USAIDがNGO（Africare）を通じて行っているマトロン研修のマニュアルを参考にするなど、研修内容の面で緩やかな協力関係がある。

#### 3-5-5 阻害要因及び貢献要因

政策等に大きな変更はみられず、関連政策によるマイナスの影響は出ていない。

## 第4章 評価結果

### 4-1 評価3項目<sup>5</sup>による評価結果

#### 4-1-1 妥当性：やや高い

##### (1) 必要性との整合性

セネガルでは、WHO59カ条や、セネガルのリプロダクティブヘルス・プロトコールに従いつつも女性の意見を尊重しない助産ケアを行う医療関係者が観察されていたこと、ベースライン調査の結果より、妊産婦は医療スタッフから尊重され、十分な情報を与えられるケアを望んでいることから、人間的なお産のためのモデルづくりをめざす本プロジェクトの目標は、ターゲットグループのニーズと一致している。

対象となっているタンバクンダ州の保健指標は全国平均と比して総じて悪く、例えば保健医療施設（パブリック・プライベートのいずれでも）で出産した女性の割合が全国平均は61.8%に対してタンバクンダ州（注：分割前なので現在のケドゥグ州地域も含む）が34.7%、医療従事者（医師・看護師・助産師・助産師補佐）の介助のもとに出産した女性の割合が、全国平均 51.9%に対してタンバクンダ州は27.2%となっている。このことから本プロジェクトの目標は現地のニーズと合致している。

##### (2) セネガルの国家政策との整合性

セネガルの国家保健開発計画（Plan National de Développement Sanitaire : PNDS 2009-2018）では、「妊産婦と5歳未満児の罹患と死亡に係る重荷の軽減」が目標の1つとして挙げられている。また、ミレニアム開発目標（MDGs）にも、「4. 幼児死亡率の削減」「5. 妊産婦の健康の改善」が挙げられており、本プロジェクトの上位目標及びプロジェクト目標に照らして妥当である。

##### (3) わが国の援助政策との整合性

わが国の対セネガル国別援助計画においても、保健医療セクター支援は「中目標I-地方村落における貧困層の生活改善、小目標II-基礎社会サービスの向上」に位置づけられている。また、保健予防省とともに策定した「タンバクンダ州及びケドゥグ州保健システム強化プログラム（2007-2011）」のプログラム目標は「タンバクンダ州及びケドゥグ州の住民、特に母と子の健康状態が改善される」になっており、本プロジェクトの目標との整合性は高い。

##### (4) 手段としての適切性

###### 1) 対象の選定の適切性

基幹施設を保健センター1カ所、保健ポスト1カ所としたことで、レベルの異なる施設の運営形態が観察できたことは、今後のモデルの他施設への活用において有用である。またタンバクンダ州の中で都市部1カ所（タンバクンダ保健センター）・地方部（コチャリ保健ポスト）を選んだことで、異なる社会状況のなかでのモデル実践を観察することができたことも、今後の他地域への活用において有用である。

<sup>5</sup> 小規模案件であるため、3項目で評価を行った。

本プロジェクトでは、セネガルでも医療事情の悪いタンバクンダ、ケドゥグ州を対象にして実施されているため、対象地域の選定は適切であったといえる。

## 2) アプローチの適切性

本プロジェクトでは、実務レベルでのセネガルの母子保健に「継続ケア」の視点、妊産婦を中心とした視点、根拠に基づく助産ケアの視点を導入するもので、将来的にはセネガルの母子保健改善に影響を与えるアプローチであり、適切であるといえる。

プロジェクトの開始当初は、プロジェクトのコンセプトを簡素なハンドブックとして固めることが優先されていた。しかし、2010年5月運営指導調査において、モデルを実践するには詳細なモデル案（マニュアル）を固めるべきとの判断からアプローチが変更となった。これにより、セネガル側、日本側でよりモデル案が共有できる結果となり、その後のプロジェクトの進捗に貢献した。そのため、現在のプロジェクトのアプローチは適切であるといえる。

## 3) プロジェクトデザインの適切性

本プロジェクトが単にモデルの確立をめざすのであれば、現在の長期専門家2名という投入や3年間というプロジェクト期間は妥当であった。しかし、普及も視野に入れた現在のプロジェクトのデザインは、期間、投入に比して求められる成果がやや過大であり、追加の投入（特にリーダー格となる長期専門家）があれば望ましかった。

## 4) 対象地域以外への波及

現在は、本プロジェクトの効果は対象地域のみにとどまっている。しかしながら、ティエスやダカールにおける拡大ワーキンググループの開催や、合同調整委員会の開催により、産科医や小児科医、大学関係者、助産師会・看護師会等の有識者の意見を踏まえてモデルを形成・実践してきたため、2州内にとどまらず、全国的に普及する土台は形成された。また、プロジェクトのなかで作成したコミュニケーションツール（ポスターや三つ折りパンフレット）は、保健予防省国家保健教育広報部（SNEIPS）とともに作成しており、今後全国的に活用することが可能である。また、本プロジェクトの成果がセネガルで現在改定中のリプロダクティブヘルス・プロトコールに一部反映されていること、セネガル側がモデルの他州への普及に意欲をみせていることから、将来的には対象地域以外への波及が見込まれる。

## 5) 日本の技術の比較優位性

本プロジェクトは、JICAがマダガスカルで実施した「母子保健サービス改善プロジェクト」と類似しており、C/Pのマダガスカルへの訪問等が本プロジェクトの枠内で実施されている。

また、日本の母子保健における、分娩時における継続ケアの視点は、本プロジェクトに十分生かされている。また、わが国で行われている母子保健分野の本邦研修も、わが国の経験が生かされた内容となっている。

## 6) プロジェクトをとりまく環境の変化

2011年5月以降、全国の医療施設でストライキが実施されており、一部活動に影響が出ている。

#### 4-1-2 有効性：中程度

##### (1) プロジェクト目標の達成度

2カ所の基幹施設においては、「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルが実践されている。しかし、タンバクンダ・ケドゥグ州内の対象施設にはまだ普及するには至っていない。そのため、本プロジェクトの目標は本プロジェクト実施期間内では達成できない見込みである。

##### (2) 成果のプロジェクト目標への貢献度

「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルは、2011年11月のポスト調査の結果を受けて最終的に確立、承認される予定である。

「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルは、2つの基幹施設で実践されたほか、そのタンバクンダ保健区においてはマトロンを対象とした研修等が実施された。

##### (3) 成果のプロジェクト目標への阻害要因

プロジェクト目標達成への阻害要因として、以下の事項が考えられる。

- 1) 離職はしていないが、本邦研修を受けたタンバクンダ保健センターの助産師長が配偶者の忌引きによって喪に服していたため、半年間勤務していなかった。これによって、プロジェクトの活動の一部が阻害された。
- 2) 本プロジェクト開始時には、プロジェクトのモデル案が曖昧であり、プロジェクトを開始してから1年半までは関係者間でその内容が共有されていなかったため、本プロジェクトの進捗が阻害された。しかし、特に本邦研修の後にプロジェクトのモデルに対する理解度が高まり、現在ではセネガル側もモデル案について完全に理解している。現在、そのモデルの達成度の基準についてはまだ双方の意見に相違はあるが、ポスト調査後の協議によって解消される見込みである。
- 3) 本プロジェクト開始当初は、セネガル側と日本側に、セネガルの助産ケアに関する現状の認識（マトロンの扱い、フリースタイル分娩のケアの難しさ等）に大きな違いがあり、その相互理解のために時間を要し、活動がやや阻害された。しかし、終了時評価での聞き取り調査の結果、セネガル側との現状の認識の違いは少なくなっている。

#### 4-1-3 効率性：やや高い

##### (1) 成果の達成度

成果1の基幹施設における「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」のモデル確立は、プロジェクト終了までに達成する見込みである。しかし、ベースライン調査における倫理委員会の審査に時間を要したことや、コンセプトやモデルの共有に時間を要したため、成果2のタンバクンダ州、ケドゥグ州の他の対象施設への普及については、プロジェクト期間内では十分に達成されない見込みである。しかしながら、普及計画は作成・承認され、タンバクンダ保健区ではマトロンを対象とした研修を実施しており、少しずつ対象施設への普及が開始している。

## (2) 投入の適切さ

### 1) 日本人専門家の投入

終了時評価の聞き取り調査では、短期専門家については、実技を重視して研修を希望していたが、理論だけの研修となってしまった。実技の研修を行うためにできるだけ専門家を長期で派遣してほしい、また、その短期専門家派遣の人数についても検討の余地があったのではないかと、といった意見がセネガル側から挙げられた（注：研修での実技については、分娩の多い夜を待つしかなく、研修実施上困難であったために実施できなかった）。

本プロジェクトでは、チーフアドバイザーが派遣されなかったことから、プロジェクトのモデル案の検討作業など重要な判断が求められる際に迅速に判断が下せなかった。これについては、運営指導調査団が、その活動の一部を補てんする役割を担った。

### 2) 本邦研修や在外研修の投入

終了時評価での聞き取り調査において、本邦研修、在外研修では適切な資格をもつ本プロジェクトのC/Pが適切な人数派遣され、特に本邦研修の終了後にプロジェクトのコンセプト、モデルなどの理解度が高まり、プロジェクトの進捗に大きく貢献したことが確認された。ただし、実際にケアにかかわるC/Pに対しては、長期の実技中心の研修が必要であったのではないかと意見も挙げられた（ただし、実施はモデルの確立に時間を要したため、長期の実技中心の研修の実現は困難であった）。

### 3) 国内での研修

基幹施設における研修については、内容については特に問題はないが、研修時期が遅すぎたこと、研修の実習期間が短いことが、終了時評価の聞き取り調査にて指摘された（ただし、研修の時期が遅れたのは、モデルの確立が遅れ、研修項目が早期に決定できなかったからである）。

### 4) セネガル側の投入

セネガル側のC/Pについて、数は十分であるが専従のC/Pが配属されなかったこと、ストライキの影響等で多忙を極め十分にプロジェクトの活動に関与できなかったことが、終了時評価の聞き取り調査で指摘された。

人件費や施設維持費以外に、セネガル側が割り当てている予算は特にない。保健ポストや保健センターの保健委員会は、本プロジェクトのために予算配分をしており、施設の改修や機材の調達などを行っている。

## (3) コスト

プロジェクトのデザインにおいて、投入や期間に比して成果が過大であり、成果1のモデルの確立に対しては投入コストに見合っているが、成果2のモデルの普及を達成するには投入が不十分であった。

一方、本プロジェクトは、長期専門家2名で地方を対象地域として実施した小規模プロジェクトながら、結果としてセネガルの母子保健の政策の変革を促し、実際に影響を与えているなど、その達成度は類似プロジェクトの投入と比較して、コストの面で効率性が高かったといえる。

#### (4) 現地資源の活用

既存の保健センターや保健ポストなどで活動を行ったこと、量的調査における現地リソースの活用などローカル資源を有効に活用している。

JICAがセネガルの一次保健医療システムで働く保健人材の養成システムの強化をめざし、2001～2006年に実施されたセネガル国「保健人材開発促進プロジェクト」において作成されたマトロン育成のマニュアルを、本プロジェクトにおいて一部改良して使用するなど、類似のプロジェクトの成果を活用している。

#### 4-2 結論

本プロジェクトでは、プロジェクトの目標は達成されない見込みである。その要因として、成果1のタンバクンダ州の基幹施設における「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」のモデルの確立とその実践のための活動はプロジェクト終了時までには達成される見込みであるものの、成果2のそのモデルの普及がタンバクンダ州、ケドゥグ州の他の対象施設まで普及するには至っていないことが挙げられる。

基幹施設においては、モデル案が作成され、その実践が2011年1月より開始されている。受診した妊産婦より「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」に対するポジティブな意見が出てきており、ケアについては改善してきているものの、一部の項目について改善の余地があること、知識のレベルと実践のレベルにやや乖離がみられることは、本プロジェクトの終了時までの改善事項である。

また、対象施設へのモデルの普及という成果が達成されない見込みであるが、これはセネガル側と日本側との本プロジェクトのモデルに関するコンセンサスを得ることや、開始当初に見込まれていなかったベースライン調査に対するセネガル国倫理委員会審査のための手続き等によってプロジェクト活動全体の進捗に遅れが出たことが原因である。

一方、改定中のリプロダクティブヘルス・プロトコールに本プロジェクトがめざしている「人間的なお産」が取り上げられたこと、本プロジェクトにおいて提起した問題がワーキンググループにて取り上げられ、セネガルで遠隔地におけるマトロンの重要性が認識されたこと、本プロジェクトのモデルがセネガルの中央省庁のみならず、産科医や小児科のトップにも含めた拡大ワーキンググループにて承認されたことは、本プロジェクトがセネガルの母子保健政策に与えた大きなインパクトであるといえる。

また、終了時評価調査時実施した聞き取り調査の結果、セネガル政府は、本プロジェクトがめざしているモデルを、最終的にはセネガル全土に普及したいという意図をもっているなど、本プロジェクトのアプローチに対する高いオーナーシップが醸成されている。

本プロジェクトの妥当性はやや高いと判断される。本プロジェクトのめざす方向は、セネガルのセクター開発目標や対象地域の需要のほか、わが国のセネガルに対する開発目標とも一致しているが、プロジェクト目標やその求められる成果が投入やプロジェクト実施期間に比して過大であり、プロジェクトデザインに問題がみられたことが、若干評価が下がった要因である。

本プロジェクトは、有効性は中程度とみられる。その理由として、基幹施設においては、医療関係者の態度の変容がみられ、5つの構成要素に基づく活動表の実践というモデルが確立されるという成果については達成される見込みだが、その成果が対象施設への普及にまで及ばなかったことが挙げられる。

本プロジェクトの効率性はやや高いと判断される。プロジェクトの開始当初には見込まれていなかったベースライン調査の倫理委員会審査のための手続きや、セネガル側と日本側の本プロジェクトにおける概念、モデル案等の認識の差を埋めることに多くの時間を費やしたため、結果としてプロジェクトの進捗が計画どおりにいかなかった。

ただし、求められる成果に比して投入が少なく、地方で実施された案件ながら、セネガルの中央レベルの母子保健政策にインパクトを与えたことは大きな成果である。



## 第5章 提言と教訓

### 5-1 プロジェクト終了までの活動に対する提言

#### (1) ポスト調査の実施

モデルの構成要素の1つである「ケアの実践」の成果を科学的な結果で示すため、9月・10月に基幹施設における量的・質的なポスト調査を行う。ポスト調査の結果はあくまでもモデルの構成要素の1つを測るものに過ぎないが、ポスト調査結果を踏まえ、関係者で議論を行うことにより、モデルを確立させる必要がある。

#### (2) マニュアルの承認

ポスト調査後には、拡大ワーキンググループを開催し、ポスト調査を踏まえて権威者とともにマニュアルを協議し、承認する。マニュアルの最終化では、マニュアルの添付資料である活動表の活動を見直し、実現可能性から必要な活動を選択することが必要である。

#### (3) 勤務者の能力強化

「人間的なお産」の実践を改善するため、勤務帯のチーム長である助産師のコーチングを強化することにより、勤務者の能力を強化することが必要である。本項目は、セネガル側から強い要望として提言に含められたが、終了時評価調査の協議のなかでは、日本側から産科棟の勤務者、特に勤務帯のチーム長のコミットメントを一貫して保てるように提言した。

### 5-2 セネガル側に対するプロジェクト終了後の活動に対する提言

#### (1) 基幹施設の活動のフォロー

セネガル政府・日本政府間のプロジェクトは2011年12月に終了を迎えるが、基幹施設内の活動は、セネガル側のイニシアティブのもと、母子の健康状態改善のために続けられるべきである。

#### (2) 地域内の普及

2011年3月に作成済みの普及計画に従い、セネガル側のイニシアティブのもと、タンバクンダ州・ケドゥグ州内のほかの施設に普及されるべきである。

#### (3) マトロンの役割の公式化

モデル普及の際には、マトロンの役割を明確にすることが不可欠となる。本プロジェクトの経験をもとに、マトロンの役割についてセネガル側にて公式に決定を下すことが必要である。

#### (4) 国家レベルでの普及

国家レベルの普及の際には、プロジェクトの教訓を生かし、関連機関（大学、職業機関、研修機関等）の意思を踏まえ実施戦略と普及戦略の作成が必要である。

(5) 助産師の雇用

遠隔地においては、有資格者不足が憂慮すべき事項となっている。モデルの成果をより多く引き出すためには、これら地域におけるより多くの助産師の配置が必要である。

(6) 初期教育へのコンセプトの統合

国家レベルでの普及を容易にするには、医療従事者の初期教育プログラムにプロジェクトのコンセプトとモデルを統合すべきである。

### 5-3 教訓

本調査団は、本評価調査を通じて以下の教訓を得た。

(1) 「モデル」に対する共通認識

本プロジェクトでは、プロジェクト開始時にセネガル側・日本側にめざすケアのコンセプトとモデルにかかる共通認識がなかったため、プロジェクト活動が遅延し、1回目のJCCはプロジェクト開始から15カ月経過して開催された。多くの関係機関、特に大学の関係者を巻き込みながら、ゼロからコンセプトやモデルづくりを行うこととなったため、結果的には全国展開の土台が形成されたほか、カウンターパートのオーナーシップが高められ、モデルやコンセプトに関して多くの人々が共通の認識・理解をもつようになった。しかしながら、案件形成時にめざすケアやめざすモデルを明文化ないし図式化し、セネガル側・日本側双方にとって明らかなものとしていけば、プロジェクト期間前半の活動がもう少し円滑になったと考えられる。また、プロジェクトの活動遅延の理由の1つに、関係者の十分なコミットメントを得るのに時間を要したことが挙げられる。これについても、あらかじめモデルやめざすケアのコンセプトについて双方に共通認識があれば、案件形成時に巻き込んでおくべき関係者が分かり、初めからコミットメントを得ることができたものと考えられる。

(2) プロジェクトデザイン

モデルのコンセプトづくりから、モデル詳細作成、2施設での試行的実施、さらにはタンバクンダ・ケドゥグ州への拡大を、専門家2名が3年間で実施するのはプロジェクトデザインの課題があった。この背景には、(1)に記載のとおり、「モデル」に対する共通認識がプロジェクト開始当初になかったことが要因の1つとして挙げられ、コンセプトづくりからプロジェクトで取り組むこととなり、結果的に投入に対して高い目標設定となった。加えて、日本人専門家に関しては、プロジェクトリーダーがいなかったため、さまざまな決定を運営指導調査団の来セの機会に委ねることが多く、日常的な決定の遅延につながったといえる。

(3) 学会関係者の巻き込み

プロジェクト開始当初はタンバクンダ州においてモデルを確立させることを想定していたが、セネガル側の意向・イニシアティブにより、コンセプトやモデルづくりの過程から学会関係者や保健予防省中央、助産師会・看護師会などの職業団体、パラメディカル養成校を巻き込むこととなった。これら人材のコミットメントを得るのに時間を要したうえ、多くの人材が関係することで日程調整や円滑な会議開催が困難となることもあったが、結果的には全

国展開の土台が3年間で形成された。現場の状況を変えるには現任教育には限界があり、いずれは初期教育も巻き込む必要があることを考えると、早期の段階からこのように学会関係者を巻き込むことができたのは、本案件の特筆すべき点といえる。

## 第6章 総括所感

終了時評価調査を通じて確認できたのは、このモデルに対するセネガル側の高い評価と期待である。例えば、本プロジェクトで取り組んできた「人間的なお産ケア」は、2011年版の保健省の基準であるリプロダクティブヘルス・プロトコールに反映されている。また人材不足の遠隔地においては、マトロン（無資格分娩介助者）の活用が不可欠であることが本プロジェクトのワーキンググループ、拡大ワーキンググループで取り上げられ、拡大ワーキンググループにより、プロジェクトの枠内でマトロンの業務に関する規定が策定され、保健省の承認を得た。モデルを作成するプロセスのなかで、産科学会、医療従事者教育機関などと意見交換を行い、セネガル保健省及び関係者のめざすべき方向性のすり合わせが行われたことが、このプロジェクトの大きな成果であると考ええる。

なお、プロジェクトディレクター（リプロダクティブヘルス課長）及びプロジェクトマネージャー（タンバクンダ州医務局長）は、本プロジェクトが確立したモデルを、最終的にはセネガル全土に普及したいという意思をもっている。これまでの協力の成果をより確固なものとし、広範囲に普及するためにも、このモデルの全国展開を支援する技術協力は検討に値すると考える。その場合、保健省保健局と同局リプロダクティブヘルス課をカウンターパートとし、中央レベル及び関係者との調整を図りつつ展開することが必要である。また実際の展開エリアはセネガル側との協議が必要となるが、人口が多くかつモニタリングが容易なダカール周辺地域へのモデルの展開を行いつつ、同時にタンバクンダ・ケドゥグ州のフォローを行う体制が望ましいと考える。

## 付 属 資 料

1. 調査日程
2. 主要面談者リスト
3. PDM
4. ミニッツ抄訳
5. 評価グリッド
6. 投入実績

1. 調査日程

(実績)

月日	曜	予定
		官団員 コンサルタント
7/25	月	【長島団員】 パリ発→ダカール着 成田発→パリ着
7/26	火	0900 JICA フランス事務所打合せ カオラックまで移動
7/27	水	タンバクンダへ移動 1600 コチャリ保健ポスト視察
7/28	木	1200 副医務局長ヒアリング 1430 専門家ヒアリング 1600 リプロダクティブ・コーディネーター ヒアリング 1700 医務局長ヒアリング
7/29	金	0900 プライマリーヘルス・コーディネーター ヒアリング 1030 タンバクンダ保健センター長ヒアリング 1630 タンバクンダ関係者との打合せ 2130 専門家との打合せ
7/30	土	ダカールへ移動
7/31	日	資料整理
8/1	月	【小森団長】 ダカール着 0900 保健省リプロダクティブヘルス課ヒアリング 1100 ダンテック病院産科クリニックヒアリング 1430 ンダオ病院小児科医ヒアリング
8/2	火	0900 JICA セネガル事務所打合せ 1030 在セネガル日本大使館表敬 1130 リプロダクティブ・ヘルス課長表敬 1330 団内協議 【仲佐団員】 ダカール着
8/3	水	0830 JICA セネガル事務所挨拶 タンバクンダへ移動
8/4	木	0900 専門家との打合せ 1500 コチャリ保健ポスト視察
8/5	金	0900 タンバ保健センター視察 1600 タンバクンダ関係者との打合せ
8/6	土	ダカールへ移動
8/7	日	団内協議
8/8	月	M/M 協議
8/9	火	1100 M/M 署名 1500 在セネガル日本大使館報告 1630 JICA セネガル事務所報告 ダカール発→
8/10	水	パリ着 パリ発→
8/11	木	成田着

## 2. 主要面談者リスト

### 【保健予防省】

M. Moussa Mbaye	次官
Dr. Bocar Mamadou DAFF	リプロダクティブヘルス課長
Dr. Adrien SONKO	タンバクンダ州医務局長
Dr. Barnabé GNING	タンバクンダ副医務局長
Mme Khadyjatou Ba SOW	タンバクンダ州リプロダクティブヘルス・コーディネーター
M. Dame FALL	タンバクンダ州プライマリーヘルス・スーパーバイザー
Dr. Amadou Mbaye DIOUF	タンバクンダ保健区長
Mme Mba moussa SOUMARÉ	タンバクンダ保健センター助産師長
Mme Fatou n'diaye THIOUB	タンバクンダ保健区リプロダクティブヘルス・コーディネーター
M. Thierno DIALLO	コチャリ保健ポスト長
Prof. Jean Charles MOREAU	ダンテック病院産科クリニック長
Prof. Ousmane NDIAYE	アバス ンダオ病院小児科医

### 【日本側】

小野 知之	在セネガル日本大使館 経済協力班長
清 卓也	在セネガル日本大使館 一等書記官
斎藤 優子	母子保健サービス改善プロジェクト (長期専門家)
及川 みゆき	母子保健サービス改善プロジェクト (長期専門家)
永井 真理	保健予防省アドバイザー

プロジェクト名: タンバウンダ州母子保健サービス強化(安全なお産)プロジェクト  
 実施期間: 2009年1月 - 2011年12月(3年間)  
 実施機関: 保健予防省、タンバウンダ州医務局、ケドゥグ州医務局、ダカル大学  
 対象施設: タンバウンダ保健センター(※)、リプロダクティブヘルスセンター(※)、保健ポスト(※)、州病院、保健センター、保健ポスト ※=基幹施設  
 対象地区: タンバウンダ、ケドゥグ州  
 利益者: タンバウンダ、ケドゥグ州の妊産婦、新生児

実施内容	指標	指標入手手段	外観条件
セネガル、特にタンバウンダ、ケドゥグ州の妊産婦・新生児の保健サービスの質が改善される	タンバウンダ、ケドゥグ州の5歳未満児死亡率、妊産婦死亡率が改善する	1. Demographic Health Survey、保健関連統計、プロジェクトでの調査 2. 保健関連統計	・タンバウンダ、ケドゥグ州の社会・経済状況が悪化しない
タンバウンダ、ケドゥグ州の対象施設において「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルが実施される	1. タンバウンダ、ケドゥグ州の有資格者の介助による出産が増加する 2. タンバウンダ、ケドゥグ州の対象施設における死産が減少する 3. セネガルの母子保健政策にプロジェクトの成果が反映される	1. Demographic Health Survey、保健関連統計、プロジェクトでの調査 2. 保健関連統計 3. 保健予防省の母子保健政策文書、関係者インタビュー	・タンバウンダ、ケドゥグ州の社会・経済状況が悪化しない
1. 基幹施設において「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルが確立される	1. 対象施設がモデルの全構成要素を実施している 2. 根拠に基づく妊産婦・新生児ケアを正しく行っている医療従事者の割合が増加する 3. 根拠に基づくケアについてポジティブな意見を持つ女性の割合が増加する 4. タンバウンダ、ケドゥグ州の基幹施設と対象施設において予防可能な産科合併症発生率および検出児(新鮮)死亡率が低下する	1. モデル構成要素の評価表に基づく評価結果 2. ベースライン調査、エンドライン調査 3. 保健区リプロマリア保健統計四半期報告	・関連政策の変化がマイナスの影響を与えない
2. タンバウンダ、ケドゥグ州に「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルが広がる	1-1. 「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」のマニュアルが作成される 1-2. 以下の6項目に基づき、「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデル構成要素に関する活動が実施されている 1-2-1 対象施設で、ケアや活動に対する考え方が共有されている 1-2-2 業務環境改善活動が実施され、半年ごとに進捗がモニターされている 1-2-3 「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」チェックリストを使用して、日常診療で根拠に基づく助産ケアが実施されている 1-2-4 リファラル事例の症例検討金が2カ月以内に1回以上実施されている 1-2-5 ケアを受けた女性・家族の意見を分析するミーティングが毎月実施されている 1-2-6 コミュニティに安全な妊娠・出産についての情報が定期的に伝えられている 1-3. 基幹施設においてチェックリストによるアセスメントの結果が期待される水準に到達する  2-1. 「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」の対象施設への拡大の計画が作成される 2-2. 「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」に関する研修の実施数と参加者数 2-3. 州および対象施設の活動計画にプロジェクトの取り組みが反映される件数 2-4. プロジェクトの取り組みに関する情報共有の件数	1. マニュアル 2. モデルの構成要素にかかる評価表による評価結果 3. 基幹施設内の記録 4. プロジェクト活動半期報告書  プロジェクト活動報告書、研修アンケート調査	・実施機関を中心とする関係者がプロジェクトを引き続き実施、支援する ・研修受講者が離脱しない
0-1. 合同調整委員会を設置し、プロジェクトの方向性の決定、全体管理ならびに評価を行い、必要な環境を整える 0-2. 合同調整委員会のもとワーキンググループを設置し、プロジェクトの実施管理を行う 1-1. ベースライン調査の必要項目を検討し、調査計画案を策定する 1-2. ベースライン調査を実施し、結果を分析し、プロジェクトコンセプトに調査結果を反映させる 1-3. 本プロジェクトにおける「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」の概念を定義し共有する 1-4. 「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルの構成要素を同定し、モデルを定義し共有する 1-5. 「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデル実現に必要な活動を構成要素ごとに抽出する 1-6. 基幹施設において「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデル実現のための活動を実施する 1-7. 基幹施設における「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルをモニタリング・評価し、モデルの確立を確認する 2-1. 対象施設において「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデル実現のための活動を実施する 2-2. 対象施設における「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルをモニタリング・評価し、モデルの確立を確認する	日本側 投入	セネガル側	実施機関を中心とする関係者がプロジェクトを実施、支援する



Objectif du Projet		2010												2011											
タナバクダ、ケドゥグ州の基幹施設および対象施設において「模範に基づいた妊産婦・新生児ケア」モデルが実施される		juin	juillet	août	sep	oct	nov	dec	jan-2011	fev	mars	avr	mai	juin	juillet	août	sep	oct	nov	dec					
<b>Activites</b>																									
0. プロジェクトの実施体制が整う																									
0-1. 合同調査委員会を設置し、プロジェクトの方向性の決定、全体管理ならびに評価を行い、必要な連携を築く																									
0-2. 合同調査委員会のもとにワーキンググループを設置し、プロジェクトの実施管理を行う																									
0-3. プロジェクトのモニタリングシステムを確立する																									
1. 基幹施設において「模範に基づいた妊産婦・新生児ケア」モデルが確立される																									
1-1. ベースライン調査の必要項目を検討し、調査計画案を策定する																									
1-1-1. 現在行われている出産ケアの状況を把握する																									
1-1-2. 調査計画案を策定する																									
1-2. ベースライン調査を実施し、結果を分析し、プロジェクトコンセプトに調査結果を反映させる																									
1-2-1. 調査計画に基づき質的調査を実施する																									
1-2-1-1. 質的調査結果を分析する																									
1-2-1-2. 質的調査の結果とプロトコル・59カ条の内容を踏まえて質的調査を計画する																									
1-2-1-3. 質的調査の質問紙を作成する																									
1-2-1-4. 調査プロトコルを策定する																									
1-2-1-5. 調査プロトコルを倫理委員会審査に提出する																									
1-2-1-6. 質的調査のプロセスの実施する																									
1-2-1-7. 質的調査についてアンケートを研修する																									
1-2-1-8. データの収集を実施する																									
1-2-1-9. データの整理を実施する																									
1-2-1-10. 質的調査の結果を分析する																									
1-2-1-11. 調査結果、プロトコルおよびWHOの59カ条との対応関係を吟味する																									
1-2-1-12. 調査結果と基幹施設で共有する																									
1-2-1-13. 基幹施設ケアを実施するためのマニュアル(調査結果・プロトコル・59カ条をレビューし目指すケアの本質を抽出したもの)を作成する																									
1-3. プロジェクトにおける「模範に基づいた妊産婦・新生児ケア」の概念を定直し共有する																									
1-4. 「模範に基づいた妊産婦・新生児ケア」モデルの構成要素を特定し、モデルを定直し共有する																									
1-5. 「模範に基づいた妊産婦・新生児ケア」モデル実現に必要な活動を構成要素ごとに抽出する																									
1-6. 基幹施設において「模範に基づいた妊産婦・新生児ケア」モデル実現のための活動を実施する																									
1-6-1. 基幹施設でプロジェクトのコンセプトと人間的ケアについての日本での学びとフリースタイル分娩について共有する																									
1-6-1-1. 県およびローカルの経験委員会がプロジェクトについて説明する																									
1-6-1-2. 「マニュアル」を基幹施設で共有する																									
1-6-1-3. 基幹施設での取り組み、サービスに対する考え方(私たちの理念、サービスの受け手に対し、医療従事者に対し)を自分たちの言葉でかみ砕く(ポスター、パンフレット、イメージ図、など)SSの活動と関連付けて取り組む																									
1-6-1-4. 業務環境改善(SS)に取り組む(センターとポストとそれぞれの活動表を作成済み)																									
1-6-1-5. 勤務表(業務分担表)を作り、スタッフの配置と勤務時間を管理する																									
1-6-1-6. スタッフの役割分担を明確にして、分娩ケアを提供する体制(出産、バックアップ、監視)を整える																									
1-6-1-7. 研修チームを組織する																									
1-6-1-8. 助産師を対象とした「模範に基づいた妊産婦・新生児ケア研修」の計画・準備を行う																									
1-6-1-9. 「模範に基づいた妊産婦・新生児ケア」教材を作成する																									
1-6-1-10. 助産師および看護師に「模範に基づいた妊産婦・新生児ケア研修」を実施する																									
1-6-1-11. 助産師および看護師にフリースタイル分娩の研修を実施する																									
1-6-1-12. マトロンを対象とした「模範に基づいた妊産婦・新生児ケア研修」の計画・準備を行う																									
1-6-1-13. マトロンが分娩室で働くための道具(バルトグラム簡易版など)を作成する																									
1-6-1-14. マトロンに「模範に基づいた妊産婦・新生児ケア研修」を実施する																									
1-6-1-15. 「模範に基づいた妊産婦・新生児ケア」チェックリストを使用して、日常診療で模範に基づいたケアを実施する																									
1-6-1-16. リファラル事例の症例検討会を定期的に実施する																									
1-6-1-17. ケア後の状況、家族からの意見を聞く仕組みを作る。(インタビュー、COPE、意見箱、意見ノートの設置など)																									
1-6-1-18. ケアを受けた女性、家族の意見を分析するミーティングを定期的に実施する																									
1-6-1-19. コミュニティに安全な妊娠・出産についての情報を伝える仕組み(看護学校、コミュニケーション)を作る																									
1-6-1-20. 安全な妊娠・出産について、コミュニティからの声を分析するミーティングを定期的に実施する																									
1-6-1-21. リファラルとカウンターリファラルの手順を明確にして関係機関で共有する																									
1-6-1-22. 人間的ケアの実施に必要な物品をそろえる																									
1-6-1-23. コチャリ保健ポストを改修する																									
1-6-1-24. タナバクダ保健センターの産科棟の改修を計画・準備する																									
1-6-1-25. タナバクダ保健センター母子棟改修のための調査(保健省リポート、CGO、州医師局)を行う																									
1-6-1-26. タナバクダ保健センターの産科棟を改修する																									
1-7. 基幹施設が州のコーディネーション会議でモデル活動の実施について報告する																									
1-7-1. 基幹施設における「模範に基づいた妊産婦・新生児ケア」モデルをモニタリング・評価し、モデルの確立を確信する																									
1-7-1-1. 模範に基づくケアのモデルの構成要素に関する評価の道具を作成する																									
1-7-1-2. モデルの構成要素の実施についてスーパービジョンを三ヶ月に一回実施する																									
1-7-1-3. 評価を定期的に実施する(JCC、ワーキンググループ、プロジェクトのマネージメントグループ)																									
1-7-1-4. モデルのエンダイン調査を実施する																									
1-7-1-5. 対象施設への普及へ向けたモデルについて合意形成をする																									
1-7-1-6. マニュアル最終版を承認する																									
2. 対象施設において「模範に基づいた妊産婦・新生児ケア」モデルが確立される																									
2-1. 対象施設において「模範に基づいた妊産婦・新生児ケア」モデル実現のための活動を実施する																									
2-2. 対象施設における「模範に基づいた妊産婦・新生児ケア」モデルをモニタリング・評価し、モデルの確立を確信する																									

#### 4. ミニッツ抄訳

##### 「タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト」にかかるセネガル側及び日本側終了時評価調査団の協議議事録

小森正勝率いる国際協力機構（以下、JICA）の終了時評価調査団は「タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト」（以下、プロジェクト）の終了時評価を行うため、2011年7月26日から8月9日の期間セネガルに滞在した。

セネガル滞在中、チームはセネガル側関係者と協議を重ね、2008年10月31日に署名した協議議事録に基づくプロジェクトの活動実績を合同評価し、意見交換を行った。

協議の結果を、2者は本紙に添付のとおり確認した。

2011年8月9日、ダカール

---

小森正勝  
終了時評価調査団長  
独立行政法人国際協力機構

---

Moussa MBAYE  
次官  
セネガル共和国保健予防省

## ABREVIATIONS

CGO	Clinique Gynécologique et Obstétrique ダンテック病院産科クリニック
CNERS	Comité Nationale d’Ethique de Recherche en Santé 国家保健倫理・調査委員会
CS	Centre de Santé 保健センター
CT	Conseille Technique 技術顧問
DAC	Developpement Assistance Committee 開発援助委員会
DRH	Département de Ressource Humaine 人材局
DSSP	Division de Soins de Santé Primaire プライマリーヘルス課
DSR	Division de la Santé de la Reproduction リプロダクティブヘルス課
ENDSS	Ecole Nationale de Développement Sanitaire 国家保健医療社会開発学校
IAAF	Inspecteur des Affaires Administratives et Financières 総務・財務監督官
ICP	Infirmier Chef de Poste 保健ポスト長
ISED	Institut de Santé et Développement 保健開発機関
PO	Plan d’opérations 活動計画
PS	Poste de Santé 保健ポスト
PV	Procès Verbal 協議議事録
RM	Région Médicale 州医務局
SNEIPS	Service National de l’Education et de l’Information pour la Santé 国家保健教育広報部

## 添付資料

### 目次

1. イントロダクション
  - 1-1. コンテキストと目的
  - 1-2. 評価のプログラム
  - 1-3. 評価チームのメンバー
  - 1-4. 評価手法
  - 1-5. PDM の改定
  
2. 評価
  - 2-1. プロジェクト実績
    - 2-1-1. 成果
    - 2-1-2. プロジェクト目標
    - 2-1-3. 上位目標
  - 2-2. 実施プロセスの評価
  - 2-3. 3 項目評価
  
3. 提言
  - 3-1. プロジェクト期間内の活動
  - 3-2. プロジェクト期間終了後の活動

添付 1: PDM

添付 2: セネガル側カウンターパート一覧

添付 3: 日本人専門家及び運営指導調査団一覧

添付 4: 研修記録

添付 5: 機材供与一覧

## 1. イントロダクション

### 1-1. 背景と評価の目的

「タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト」（以下、プロジェクトと記す）は2009年1月に開始し、2011年12月に終了を迎える予定である。本調査の目的は、プロジェクト活動の実施状況を確認し、2年7カ月間の実施状況の評価することである。

終了時評価の目的は以下のとおり：

- (1) プロジェクトのインプット、活動を評価する
- (2) 発生した課題・問題を明確にする
- (3) レビューと評価を元にプロジェクト成功に向けた提言を行う
- (4) 将来の同様のプロジェクトのため、プロジェクトから教訓を導き出す

### 1-2 評価チームの日程

日にち	曜日	概要
7/25	月	ダカール到着 (M. Nagashima)
7/26	火	JICA 事務所における打合せ Dakar → Kaolack
7/27	水	Kaolack→Tambacounda PS コチャリ訪問
7/28	木	州医務局関係者へのインタビュー
7/29	金	タンバクンダ保健センター関係者へのインタビュー ワークショップ：分析データのプレゼンテーション 日本人専門家へのインタビュー
7/30	土	Tambacounda → Dakar
7/31	日	資料整理
8/1	月	リプロダクティブヘルス課、CGO、Prof. Ndiaye へのインタビュー (ダカール到着: M. Komori)
8/2	火	リプロダクティブヘルス課長表敬 打合せ (ダカール到着: Dr. Nakasa)
8/3	水	Dakar → Tambacounda
8/4	木	日本人専門家との打合せ コチャリ保健ポスト訪問
8/5	金	タンバクンダ保健センター訪問 州医務局・タンバクンダ保健センターとの打合せ
8/6	土	Tambacounda → Dakar
8/7	日	資料整理
8/8	月	ミニッツ協議

8/9	火	ミニッツ署名 日本大使館への報告 JICA 事務所への報告 ダカール出発
-----	---	---

### 1-3.メンバー

終了時評価はセネガル側・日本側の双方による合同評価で行われた。メンバーリストは以下のとおり。

#### セネガル側：

Dr. Adrien SONKO           タンバクンダ州医務局長  
 Dr. Barnabé GNING       タンバクンダ州副医務局長  
 Dr. Amadou Mbaye DIOUF   タンバクンダ保健区長  
 Mme. Khadyjatou Ba SOW   タンバクンダ州リプロダクティブヘルス・コーディネーター  
 M. Dame FALL             タンバクンダ州プライマリーヘルス・スーパーバイザー

#### 日本側:

M. Masakatsu KOMORI    JICA 人間開発部保健第2課長  
 Dr. Tamotsu NAKASA      国立国際医療研究センター国際医療協力局派遣協力課長  
 Mme. Yoko KOTOURA     JICA セネガル事務所所員  
 M. Satoshi NAGASHIMA    株式会社アイコンズ

### 1-4. 評価手法

評価は基本的にはプロジェクトのモニタリング・評価で収集された情報をもとに行われた。質的情報は、関係機関に対するヒアリングや視察により収集された。

評価はPDMとPOに基づき、以下の点を確認した：

- (1) プロジェクトのPDMに基づく実施実績
- (2) 実施のプロセス
- (3) 以下のDAC3項目

妥当性	プロジェクトのめざしている効果（プロジェクト目標や上位目標）が、受益者のニーズに合致しているか、問題や課題の解決策として適切か、相手国と日本側の政策との整合性はあるか、プロジェクトの戦略・アプローチは妥当かなどといった「援助プロジェクトの正当性・必要性」を問う視点
有効性	プロジェクトの実施により、本当に受益者もしくは社会への便益がもたらされているのか（あるいは、もたらされるのか）を問う視点

効率性	主にプロジェクトのコストと効果の関係に着目し、資源が有効に活用されているか（あるいは、されるか）を問う視点
-----	---

#### 1-5.PDMの改定

PDMは2008年10月に承認された。第2バージョンは、2010年10月のJCCにおいて成果1の指標を変更し、承認された（添付1）。

## 2. 評価

### 2-1. プロジェクト実績

#### 2-1-1. 成果

##### 成果 1: 基幹施設において「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルが確立される

(1) 「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」（以下、「ケア」と記す）のマニュアルドラフト版は、タンバクンダ州のカウンターパートだけでなく、産科医や小児科医の教授、リプロダクティブヘルス課、保健開発機関（ISED）の参加により作成された。ドラフト版は2011年7月に完成した。マニュアル最終版の承認は、ポスト調査の結果を踏まえ、11月に行われる。

(2) モデル構成要素に関する活動の実施状況は以下のとおり実施された：

(2)-1 タンバクンダ保健センター・コチャリ保健ポストにて、コンセプトを共有する会を2011年8月に開催した。タンバクンダ保健センター長は、マトロン（無資格分娩介助者）に対しても「人間的なお産」について説明を行った。コチャリ保健ポストでは、保健ポスト長がコチャリ市長等の地域の高官を招待し、コンセプトを説明した他、「人間的なお産」に関するポスターをポスト内に掲示した。

(2)-2 コチャリ保健ポスト・タンバクンダ保健センターにおいて、それぞれ2010年9月・10月に5S活動の計画策定ワークショップが行われた。タンバクンダ保健センターでは、業務環境改善に取り組み、より適切な定期的な清掃が行われているほか、扇風機の設置、トイレ改修が保健委員会の支援により行われた。保健委員会は助産師2名、看護師3名、マトロン1名、及び従事者数名を雇用した。加えて、産科の機能強化に貢献するさまざまな機材が、保健委員会により設置された。産科にて勤務表を取り入れ、業務体制が改善された。

コチャリ保健ポストでは、さまざまな活動（より適切な清掃、待合小屋の建設、産科・トイレの改修、看護師1名の雇用）が保健委員会及び市長の支援により実施された。

(2)-3 提供した「ケア」を分析するため、「ケア」のチェックリストに基づくセルフチェックリストが導入され、夜勤帯ごとに各チームが記入している。これにより、グループのパフォーマンスを定期的に評価することができる。

(2)-4 タンバクンダ保健センターにて、2010年12月に症例検討会が行われた。また、症例検討会に向けて症例ケースを集め、分析し、このために作成されたシートを使って情報



を共有するグループが編成された。

(2)-5 タンバクンダ保健センターでは、医療従事者の「ケア」の改善のため、アシスタントソーシャルワーカーが夜勤帯中に分娩した女性へのインタビューを担当し、女性に対して提供された「ケア」についてヒアリングしている。コチャリ保健ポストでは、妊婦に対するインタビューはマトロンが行っており、インタビュー結果は提供する「ケア」にフィードバックされている。

(2)-6 タンバクンダ保健センターでは妊婦に対して必要な情報提供を行うため、コーゼリー（講話会）を週 2 回開催している。産科にて勤務表を見直しし、勤務体制が整ったことで、コーゼリーがより定期的に開催できるようになった。加えて、2011 年 7 月から、妊娠経過の観察・医療施設での出産・新生児ケアを推進するため、プロジェクトにかかる情報提供を週 1 回ラジオ放送にて行っている。

コチャリ保健ポストでは、2 カ月に 1 度開催している集団妊産婦健診時に、助産師による母親教室が開催されており、妊産婦・新生児保健の情報・サービスについて情報提供が行われている。

(3) 基幹施設において、ケアのチェックリストによる評価結果は、満足なレベル（80%以上）を満たしている。研修の結果、医療従事者は「根拠に基づくケア」についてより理解を深めたが、実践においては改善の余地がある。

(4) 終了時評価時におけるコチャリ保健ポスト長とのインタビューによると、「ケア」を提供された産婦、特に産前検診に来た人は、ポジティブな反応を示している。また、タンバクンダ保健センターにおいても、「ケア」を受けた妊婦からポジティブな意見が収集されている。

## 成果 2: タンバクンダ、ケドゥグ州に「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルが広まる

(1) 2011 年 3 月の運営指導調査団時に、普及計画は P0 として作成された。

(2) 2011 年 7 月、タンバクンダ保健センターにおいて、保健ポスト長 6 名とバジェノゴ 24 名を集め、本プロジェクトの内容と妊娠中の危険兆候を共有する会を開催した。研修後、バジェノゴは月 2 回家庭訪問を実施することにコミットした。

(3) グディリ保健センター長も母子保健にかかる本邦研修に参加し、研修中に作成した活動計画をグディリ保健センターにて実施している。

- (4) 「ケア」のコンセプトとそのモデルは、4回のワーキンググループ、4回の拡大ワーキンググループ、3回のJCCを通じて、保健予防省の関連部署だけでなく、関係機関と広く共有された。この他、2011年6月に「ケアの質」をテーマに開催された国際医療機器展示会にて、プロジェクトは「人間的なお産」の部屋をつくり、モデルを紹介した。このプレゼンテーションは、一般・医療専門家に対して、大成功であった。加えて、パンフレット・ポスター・ビデオ・指導カードが作成され、本プロジェクトの取り組みに関する情報提供のツールが作成された。

#### 2-1-2. プロジェクト目標

**タンバクンダ、ケドゥグ州の対象施設において「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルが実践される**

セネガル側・日本側の取り組みにより、「ケア」モデルを基幹施設で実践するという目標はプロジェクト期間内に達成される。成果2については、終了時評価調査の時点で2州内でのモデルの普及は行われていないが、プロジェクトでは国家レベルでの普及に必要な不可欠なプロセスを進めた。

#### 2-1-3. 上位目標

**セネガル、特にタンバクンダ、ケドゥグ州の妊産婦・新生児の保健サービスの質が改善される**

- (1) プロジェクトの実施を通じて、「人間的なお産」は国家レベルでより認知されるようになった。加えて、「人間的なお産」のコンセプトは、2011年の新しいリプロダクティブヘルスノーム・プロトコルに取り入れられた。その他、プロジェクトはマトロンを母子保健ケアに取り入れることを正式化するよう、提案した。プロジェクト実施中に、有資格者が不足している場合、クオリティのあるケアを提供するには、研修しスーパーバイズしたマトロンを使うことが不可欠であることが明らかになった。プロジェクトでは、マトロンの業務を形式化するための通達案を作成した。
- (2) モデルは、保健予防省官房（総務・財務監督官、技術顧問 No.2、国際協力技術顧問、地方分権化技術顧問、国際協力/JICA 技術顧問）、大学教授（産婦人科、小児科、公衆衛生科）、看護師・助産師の職業協会、国家保健教育広報部、国家保健医療社会開発学校、人材局、プライマリーヘルス課による拡大ワーキンググループにて承認された。したがって、コンセプトとモデルは、国家レベルで認知されている。

## 2-2. 実施プロセスの評価

- (1) 概して、普及についてはとても遅れているが、成果1の活動については予定どおり実施された。活動遅延の理由の1つは、プロジェクト開始時にセネガル側・日本側にコンセプトとモデルにかかる共通理解がなかったことである。このため、1回目のJCCはプロジェクト開始から15カ月経過した2010年3月に行われた。
- (2) セネガル側は、中央から現場までプロジェクトにしっかり組み込まれ、プロジェクトへのコミットメントがあった。しかしながら、関連機関（倫理委員会、産婦人科クリニック、小児科医、保健開発機関、国家保健医療社会開発学校）の巻き込みについてコンセンサスがなかったことにより、プロジェクトの進捗が遅延した。最終的に、プロジェクト開始から18カ月経過した2010年7月の拡大ワーキンググループにおいて、コンセンサスは得られた。
- (3) 日本側は、プロジェクトのプロセスをフォローし、重要な点をセネガル側カウンターパートと協議するため、5回の運営指導調査団を派遣した。長期滞在のチーフアドバイザーが不在だったが、この運営指導調査が協議・決定を容易にした。
- (4) ベースライン調査に関し、プロトコルを倫理委員会に提出する要否について議論があった。活動の遅れにかんがみ、プロトコルは倫理委員会の緊急プロセスに載せられることとなり、プロトコルが検討され、修正され、承認された。
- (5) 2011年5月からプロジェクトのいくつかの活動は、保健施設における一連のストライキの影響を受けた。この状況により、基幹施設の医療従事者はプロジェクト活動を適切に実施することが困難になった。特に、2010年7月以降、保健情報の収集は停止している。

## 2-3. DAC3 項目評価

評価3項目の評価結果は以下のとおり

妥当性
<ul style="list-style-type: none"><li>●セネガル政府はWHO59カ条やりプロダクティブヘルスノーム・プロトコルに沿って助産ケアを推進することにコミットしている。プロジェクトのコンセプトは、これら2つの要素と、プロジェクトのベースライン調査をもとにつくられた。ベースライン調査によると、妊婦は医療従事者から尊厳を尊重してもらい、十分な情報提供を行ってもらいたいと思っていることが確認された。このことから、「人間的なお産」のモデルづくりをめざす本プロジェクトの目標は、ターゲットグループのニーズに合致している。</li><li>●プロジェクト目標は、セネガルの国家保健開発計画（2009 - 2018）、ミレニアム開発目</li></ul>

標、日本の対セネガル支援プログラムに合致している。

- プロジェクトは「継続ケア」、「妊産婦中心のケア」、5S 活動、コミュニティとのコミュニケーション強化の概念を導入し、このアプローチはセネガルの母子保健にインパクトを与え得る。
- 現在プロジェクトの効果は対象地域内に集中している。しかしながら、プロジェクトでのモデルは、保健予防省官房（総務・財務監督官、技術顧問 No.2、国際協力技術顧問、地方分権化技術顧問、国際協力/JICA 技術顧問）、大学教授（産婦人科、小児科、公衆衛生科）、看護師・助産師の職業協会、国家保健教育広報部、国家保健医療社会開発学校、人材局、プライマリーヘルス課の参加を得ながら、JCC 及び拡大ワーキンググループにて作られた。したがって、2 州に限らず全国レベルでのモデル普及に向けた土台が構築された。

#### 有効性

- 基幹施設において、「ケア」モデル確立の活動は実践されている。しかしながらモデルは対象州内の他の医療施設へは普及されていない。よって、プロジェクト期間内には、プロジェクト目標は部分的にしか達成できない。しかしながら、全国レベルでの普及をめざした土台が構築された。
- 関連機関からの十分なコミットメントを得るのに時間を要したため、コンセプト・モデルのコンセンサスを形成するために遅延が発生した。しかしながら、複数回の協議や本邦研修の後、コンセプトとモデルに関する共通理解が形成された。現在、すべての関連機関においてプロジェクトのコンセプトとモデルが共有されている。

#### 効率性

- 双方で投入されたインプットはプロジェクト目標達成には十分ではなかったことが確認された（日本側のチーフアドバイザーの不在、専門家のプロジェクト期間途中での交代、セネガル側の特に本件に関与する人材の不在）。
- プロジェクトでは、調査・コンセンサスづくり・モデル実践・モデル普及を予定していた。日本側にもセネガル側にとっても、満足できるモデルの検討に時間を要したが、それはプロジェクト開始前の議論では想定されていなかった。3 年のプロジェクト期間は短かったと言える。
- プロジェクトでは中央において、より多くの調整・いくつかの決定（マトロン研修、マトロンの産科における役割の公式化）が必要であった。プロジェクト開始から 1.5 年経ってから、関係する権威者を巻き込むため、拡大ワーキンググループが設置された。このことにより、プロジェクトの中央における調整が改善された。
- 2011 年 5 月からプロジェクトのいくつかの活動は、保健施設における一連のストライキの影響を受けた。この状況により、基幹施設の医療従事者はプロジェクト活動を適切に実施することが困難になった。特に 2010 年 7 月以降、保健情報の収集は停止している。

### 3. 提言

#### 3-1. プロジェクト終了までの活動

##### (1) ポスト調査の実施

チームはプロジェクトに対し、モデルの効果を示しうる、科学的な結果を得るため、9月・10月に基幹施設における量的・質的なポスト調査を行うことを提言した。

##### (2) マニュアルの承認

チームはプロジェクトに対し、ポスト調査後に拡大ワーキンググループを開催し、ポスト調査結果を踏まえて権威者とともにマニュアルを協議し、承認することを提言した。マニュアルの最終化では、活動表の活動を見直し、実現可能性から必要な活動を選択することが必要である。

##### (3) 勤務者の能力強化

チームはプロジェクトに対し、人間的なお産の実践を改善するため、勤務帯のチーム長である助産師のコーチングを強化することにより、勤務者の能力を強化することを提言した。日本側は産科棟の勤務者、特に勤務帯のチーム長のコミットメントを一貫して保てるように提言した。

#### 3-2. プロジェクト終了後の活動

##### (1) 基幹施設の活動のフォロー

セネガル政府・日本政府間のプロジェクトは2011年12月に終了を迎えるが、機関施設内の活動は、セネガル側のイニシアティブのもと、母子の健康状態改善のために続けられるべきである。

##### (2) 地域内の普及

作成済みの普及計画に従い、セネガル側のイニシアティブのもと、タンバクンダ州・ケドゥグ州内のほかの施設に普及されるべきである。

##### (3) マトロンの役割の公式化

モデル普及の際には、マトロンの役割を明確にすることが不可欠となる。チームはセネガル側に対し、プロジェクトの経験をもとに、マトロンの役割について公式な決定とするよう提言した。

##### (4) 国家レベルでの普及

国家レベルの普及の際には、プロジェクトの教訓を生かし、関連機関（大学、職業機関、

研修機関等) の意思を踏まえ実施戦略と普及戦略の作成が必要である。

(5)助産師の雇用

遠隔地においては、有資格者不足が憂慮すべき事項となっている。モデルの成果をより多く引き出すためには、これら地域におけるより多くの助産師の配置が必要である。

(6) 初期教育へのコンセプトの統合

国家レベルでの普及を容易にするには、医療従事者の初期教育プログラムにプロジェクトのコンセプトとモデルを統合すべきである。

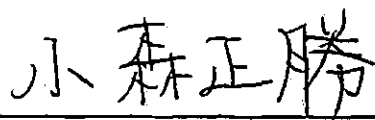
**PROCES VERBAL DE DISCUSSIONS**  
**ENTRE**  
**LA MISSION JAPONAISE D'EVALUATION FINALE ET**  
**LES AUTORITES COMPETENTES DU GOUVERNEMENT DE LA**  
**REPUBLIQUE DU SENEGAL**  
**SUR**  
**LA COOPERATION TECHNIQUE DU JAPON**  
**POUR**  
**LE PROJET DE RENFORCEMENT DES SOINS DE SANTE MATERNELLE**  
**ET NEONATALE DANS LES REGIONS DE TAMBACOUNDA ET DE**  
**KEDOUGOU**

La Mission Japonaise d'Evaluation Finale, organisée par l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (ci-après dénommée la "JICA") dirigée par M. Masakatsu KOMORI, a séjourné au Sénégal du 26 juillet au 9 août 2011 pour l'évaluation finale du "Projet de Renforcement des soins de santé maternelle et néonatale dans les régions de Tambacounda et de Kédougou" (ci-après dénommé "le Projet").

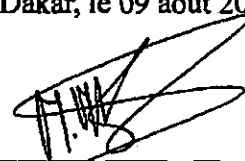
Durant son séjour au Sénégal, l'Equipe a eu une série de discussions avec les autorités sénégalaises compétentes. Puis elle a conjointement évalué les réalisations du Projet, et a échangé des points de vue sur les activités du Projet pour se conformer au Procès-verbal signé le 31 octobre 2008.

A l'issue des discussions, les deux parties ont convenu des points développés dans le document ci-joint.

Dakar, le 09 août 2011



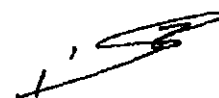
M. Masakatsu KOMORI  
Chef de la Mission d'Evaluation  
Finale  
Agence Japonaise de  
Coopération Internationale



M. Moussa MBAYE  
Secrétaire Général  
Ministère de la Santé et de la  
Prévention  
République du Sénégal

## ABREVIATIONS

CGO	Clinique Gynécologique et Obstétrique
CNERS	Comité Nationale d'Ethique de Recherche en Santé
CS	Centre de Santé
CT	Conseil Technique
DAC	Development Assistance Committee
DRH	Département de Ressource Humaine
DSSP	Division de Soins de Santé Primaire
DSR	Division de la Santé de la Reproduction
ENDSS	Ecole Nationale de Développement Sanitaire
IAAF	Inspecteur des Affaires Administratives et Financières
ICP	Infirmier Chef de Poste
ISED	Institut de Santé et Développement
PO	Plan d'opérations
PS	Poste de Santé
PV	Procès Verbal
RM	Région Médicale
SNEIPS	Service National de l'Education et de l'Information pour la Santé





## **DOCUMENTS JOINTS**

### **TABLE DES MATIERES**

#### **1. Introduction**

- 1-1. Contexte et But de l'évaluation
- 1-2. Programme de l'Equipe d'évaluation
- 1-3. Membres des Equipes
- 1-4. Méthodologie d'évaluation
- 1-5. Amendements du Cadre Logique du Projet

#### **2. Evaluation**

- 2-1. Réalisations du Projet
  - 2-1-1. Résultats attendus
  - 2-1-2. But du Projet
  - 2-1-3. Objectif global
- 2-2. Processus de mise en œuvre
- 2-3. Evaluation sur la base des trois critères

#### **3. Recommandations**

- 3-1. Actions à entreprendre d'ici la fin du Projet
- 3-2. Actions à entreprendre après la durée du Projet

**ANNEXE 1 : Cadre Logique du Projet**

**ANNEXE 2 : Liste des Homologues Sénégalais**

**ANNEXE 3 : Liste des Experts Japonaise et Membres des Missions de Conseil**

**ANNEXE 4 : Record de Formation**

**ANNEXE 5 : Liste des Equipements Fournis**



## 1. Introduction

### 1-1. Contexte et but de l'évaluation

Le "Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale dans les Régions de Tambacounda et de Kédougou" (ci-après dénommé "le Projet"), a été mis en œuvre à partir de janvier 2009 et doit prendre fin en décembre 2011. Le but visé par cette mission est de passer en revue l'état d'avancement des activités du Projet, d'évaluer ses réalisations après deux ans et sept mois d'exécution, et enfin de discuter de la possibilité de poursuivre le Projet dans le cadre de la coopération entre les gouvernements du Sénégal et du Japon.

Les objectifs de l'évaluation finale sont les suivants:

- (1) évaluer les intrants, les activités et les réalisations du Projet;
- (2) clarifier les problèmes et questions à aborder;
- (3) faire des recommandations pour la réussite du Projet sur la base de la revue et de l'évaluation;
- (4) tirer des leçons du Projet pour améliorer la préparation et la mise en œuvre de projets similaires de la coopération technique à l'avenir.

### 1-2. Programme de l'Equipe d'Evaluation

Date	Jour	Activités
25 juillet	Lundi	Arrivée à Dakar (M. Nagashima)
26 juillet	Mardi	Réunion interne au Bureau de la JICA Dakar → Kaolack
27 juillet	Mercredi	Kaolack → Tambacounda Visite au PS de Kothiary
28 juillet	Jeudi	Entrevue avec RM de Tambacounda
29 juillet	Vendredi	Entrevue avec CS de Tambacounda Séance de travail : Présentation de l'analyse de données Entrevue avec les expertes japonaises
30 juillet	Samedi	Tambacounda → Dakar
31 juillet	Dimanche	Documentation
1 août	Lundi	Entrevue avec CGO, DSR, Prof. Ndiaye (Arrivée à Dakar : M. Komori)
2 août	Mardi	Visite de courtoisie à la DSR Réunion interne (Arrivée à Dakar: Dr. Nakasa)
3 août	Mercredi	Dakar → Tambacounda
4 août	Jeudi	Réunion avec les expertes japonaises Visite au PS de Kothiary

5 août	Vendredi	Visite au CS de Tambacounda Discussion avec RM de Tambacounda, CS de Tambacounda et PS de Kothiary
6 août	Samedi	Tambacounda → Dakar
7 août	Dimanche	Documentation
8 août	Lundi	Préparation du PV
9 août	Mardi	Signature du PV Rapport à l'Ambassade du Japon Rapport au Bureau de la JICA Départ de Dakar

### 1-3. Membres des Equipes

L'évaluation finale a été conjointement menée par les deux parties Sénégalaise et Japonaise. Les membres des équipes sont listés ci-dessous.

#### Equipe Sénégalaise :

Dr Adrien SONKO Médecin Chef, Région Médicale de Tambacounda  
 Dr Barnabé GNING Adjoint au Médecin Chef, Région Médicale de Tambacounda  
 Dr Amadou Mbaye DIOUF Médecin Chef, District sanitaire de Tambacounda  
 Mme Khadyjatou Ba SOW Coordinatrice de Santé de la Reproduction, Région Médicale de Tambacounda  
 M. Dame FALL Superviseur des Soins de Santé Primaire, Région Médicale de Tambacounda

#### Equipe Japonaise:

M. Masakatsu KOMORI Chef de la Mission, Chef de la Division santé II, Département du développement humain, JICA  
 Dr. Tamotsu NAKASA Conseiller en santé maternelle et néonatale, Directeur, Division de service d'expert, National Center of Global Health and Medicine  
 Mme. Yoko KOTOURA Planification d'évaluation, Ajointe au Représentant Résident de la JICA Sénégal  
 M. Satoshi NAGASHIMA Evaluation et Analyse, Consultant, Direction du Système Social, ICONS International Cooperation Inc.

#### 1-4.Méthodologie d'Evaluation

L'évaluation a été menée principalement sur la base des données collectées dans le cadre des activités de suivi et d'évaluation du Projet. Des données qualitatives ont aussi été collectées lors de plusieurs entretiens et séances d'observation avec les institutions concernées.

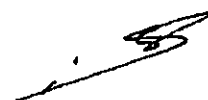
L'évaluation est conçue pour vérifier les aspects suivants sur la base du Cadre Logique du Projet et du Plan d'opérations:

- (1) réalisations du Projet sur la base des indicateurs du Cadre Logique du Projet
- (2) processus de mise en œuvre;
- (3) définition des trois critères d'évaluation de DAC comme suit:

Pertinence	La pertinence du plan du projet a été passée en revue en termes de validité du but du projet et du but global à propos de la politique de développement du gouvernement du Sénégal, la politique d'aide du gouvernement du Japon, les besoins des bénéficiaires, et de l'uniformité logique du plan de projet.
Efficacité	L'efficacité a été évaluée en mesurant le niveau d'atteinte de son but et en clarifiant le rapport entre le but et les résultats.
Efficienc	L'efficienc de la mise en œuvre du projet a été analysée en mettant l'accent sur le rapport entre les résultats et les contributions en termes de calendrier, de qualité et de quantité des contributions.

#### 1-5.Amendements du Cadre Logique du Projet

Le Cadre Logique du Projet original a été approuvé en octobre 2008. Sa deuxième version a été approuvée lors du comité mixte de coordination en octobre 2010 afin de s'accorder sur les indicateurs et activités du résultat 1(voir ANNEXE 1).



## 2. Evaluation

### 2-1. Réalisations du Projet

#### 2-1-1. Résultats Attendus

**Résultat 1: Le modèle des « Soins de Santé Maternelle et Néonatale basés sur les évidences (les preuves)» est instauré dans les Principales Institutions Cibles (CS de Tambacounda et PS de Kothiary)**

(1) Le projet du manuel des « Soins de Santé Maternelle et Néonatale basés sur les preuves » (ci-après dénommée les Soins) a été élaboré par non seulement les homologues de Tambacounda mais également par des professeurs gynécologues et pédiatres ainsi que par des représentants de la Division de la Santé de la Reproduction et de l'Institut Santé et Développement. La version provisoire a été validée par le groupe de travail tenu au mois de juillet 2011. La validation du manuel final sera faite sur la base du résultat de l'étude post intervention au mois de novembre.

(2) Les activités relatives au modèle des soins de santé maternelle et néonatale basés sur les évidences (les preuves) sont réalisées comme ci-dessous :

(2)-1 les réunions de partage du concept de modèle ont été menées au Centre de Santé (CS) de Tambacounda et au Poste de Santé (PS) de Kothiary en août 2010. Le Médecin Chef du CS de Tambacounda a expliqué les soins humanisés visant notamment les matrones (prestataires non qualifiées). Au PS de Kothiary, l'infirmier chef de poste (ICP) a invité les dignitaires locaux comme le maire de Kothiary, a expliqué le concept et a mis des affiches sur les soins humanisés dans le PS ;

(2)-2 des ateliers d'élaboration des plans d'activités « 5S » ont été organisés en septembre et en octobre 2010 au PS de Kothiary et au CS de Tambacounda.

Le CS de Tambacounda a amélioré l'environnement avec notamment un nettoyage plus adapté des locaux, l'installation de ventilateurs, et la réhabilitation des toilettes avec l'appui du comité de santé. Le comité de santé a recruté deux sages femmes, trois infirmières, une matrone et des techniciennes de surface. En plus, divers équipements contribuant à renforcer la fonctionnalité de la maternité ont été mis en place par le comité de santé. L'organisation du travail a été améliorée dans la

maternité du CS de Tambacounda par l'utilisation du tableau de travail.

Au PS de Kothiary, diverses activités ont été réalisées par le comité de santé et la mairie: nettoyage plus adapté des locaux, construction d'une case d'attente, réhabilitation de la maternité et des toilettes, recrutement d'un infirmier ;

(2)-3 une fiche d'auto-évaluation basée sur la grille d'évaluation des gestes de soins a été introduite pour analyser les soins prodigués; elle est remplie par chaque équipe de garde. Elle permet à l'équipe de garde d'évaluer régulièrement elle-même ses performances ;

(2)-4 une réunion d'audit des cas référés a été réalisée en décembre 2010 au CS de Tambacounda. Un comité a été mis en place pour recueillir, analyser et partager les informations sur les cas en utilisant une fiche spécifiquement élaborée à cet effet ;

(2)-5 au CS de Tambacounda, une assistante sociale est chargée d'interviewer des femmes ayant accouché pendant la garde pour demander leur avis sur les soins reçus en vue d'une amélioration au besoin par les prestataires. Au PS de Kothiary, des entretiens ont été menés par les matrones auprès des femmes enceintes et les résultats ont été pris en compte pour améliorer les soins dispensés;

(2)-6 des causeries sont organisées deux fois par semaine au CS de Tambacounda afin de fournir des informations nécessaires aux femmes enceintes. En révisant le tableau de travail dans la maternité du CS de Tambacounda, le système de travail a été mieux organisé; par conséquent, il est devenu possible d'organiser des causeries plus régulièrement. En outre, depuis juillet 2011, des émissions radiophoniques sur le Projet sont diffusées tous les samedis pour promouvoir la surveillance de la grossesse, les accouchements dans les structures sanitaires, et les soins du nouveau-né.

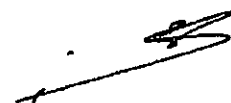
Au PS de Kothiary, une classe des mères couplée aux consultations pré natales est organisée tous les deux mois pour fournir des informations et des services en santé maternelle et néonatale.

(3)Le résultat de l'évaluation effectuée sur la fiche d'apprentissage des soins de santé maternelle et néonatale a atteint le niveau satisfaisant (plus de 80%) dans les Principales Institutions Cibles. A l'issue de la tenue des sessions de formation, les prestataires comprennent mieux les soins basés sur les preuves, même si des améliorations doivent être apportées à la pratique.

(4) Selon les entretiens réalisés pendant l'évaluation finale avec l'ICP de Kothiary, les parturientes qui ont reçu des soins, spécifiquement la consultation prénatale, ont eu des réactions positives. Des opinions positives ont été également recueillies chez les parturientes qui ont reçu des soins au CS de Tambacounda.

**Résultat 2: Le modèle des « Soins de santé maternelle et néonatale basés sur l'évidence (les preuves)» est vulgarisé dans les régions de Tambacounda et de Kédougou**

- (1) Le plan de vulgarisation a été élaboré en tant que plan d'opération avec l'arrivée de la mission de conseil de Mars 2011.
- (2) En juillet 2011, six ICP et vingt quatre «Bajenu Gox» de la commune de Tambacounda ont été invités au CS de Tambacounda pour une session de partage sur le contenu du Projet et les signes de danger de la grossesse. Après cette session, les «Bajenu Gox» se sont engagées à faire des visites à domicile dans les quartiers de la commune deux fois par mois.
- (3) Le Médecin-chef du District sanitaire de Goudiry a également participé à un stage au Japon sur la santé maternelle et néonatale. Le plan d'action, qu'il y a élaboré, a été mis en oeuvre dans le CS de Goudiry.
- (4) Le concept des Soins et son modèle ont été bien partagés non seulement avec les départements intéressés du Ministère de la Santé et de la Prévention, mais également avec les institutions concernées à travers quatre groupes de travail, quatre autres groupes de travail élargis et trois comités mixtes de coordination. En outre, lors du 3<sup>ème</sup> Salon International de la Santé et du Matériel Médical de Dakar (SISDAK) en juin 2011 dont le thème était « la qualité de soins », le Projet a présenté le modèle en reproduisant une salle d'accouchement humanisé. Cette présentation a connu un franc succès auprès du public et des professionnels de santé. En plus, des supports de communication sur le concept et le modèle ont été élaborés : affiches, dépliants, film, carte-conseil.



### 2-1-2. Objectif du Projet

**Mettre en pratique le modèle des « Soins de santé maternelle et néonatale basés sur les évidences (les preuves) » dans les Institutions Cibles des régions de Tambacounda et de Kédougou.**

Avec les efforts combinés de la partie Sénégalaise et de la partie Japonaise, l'objectif de l'instauration du modèle des Soins dans les principales institutions cibles sera atteint durant la période du Projet. Par rapport au résultat 2, le Projet a bien enclenché le processus nécessaire et indispensable pour la vulgarisation du modèle au niveau national, même si la vulgarisation du modèle dans les deux régions n'a pas encore commencé au moment de l'évaluation finale.

### 2-1-3. Objectif Global

**Renforcer l'utilisation et la qualité des services de santé maternelle et néonatale au Sénégal en général et dans les régions de Tambacounda et de Kédougou en particulier**

- (1) A travers la mise en œuvre du Projet, «l'accouchement humanisé» est plus reconnu au niveau national. En plus, le concept de «l'accouchement humanisé» a été inclus dans la nouvelle version du document des politiques, normes et protocoles en santé de la reproduction en 2011. Par ailleurs, le Projet a proposé la formalisation de l'implication des matrones dans les soins de santé maternelle et néonatale. En effet, il est apparu clairement pendant la mise en œuvre du Projet que dans un contexte marqué par l'insuffisance de personnel qualifié, il était indispensable d'utiliser des matrones formées et supervisées pour proposer des soins de qualité. Ainsi le Projet a initié un projet de note en faveur de la formalisation du rôle de la matrone.
  
- (2) Le modèle de Soins a été approuvé en juillet 2010 au cours d'un groupe de travail élargi au Cabinet du Ministre (IAAF, CT2, CT coopération, CT décentralisation, CT coopération JICA), aux professeurs d'université (gynécologie obstétrique, pédiatrie et santé publique), aux associations professionnelles d'infirmiers et de sages-femmes, au SNEIPS, à l'ENDSS, à la DRH et à la DSSP. En conséquence, le concept et le modèle sont désormais reconnus au niveau national.



## **2-2. Evaluation du Processus de mise en œuvre**

- (1) En principe, le Projet est mis en œuvre avec les activités prévues dans le résultat 1, même si un grand retard est à noter dans la vulgarisation. Une des causes de ce retard était le manque de compréhension mutuelle du concept et du modèle entre la partie sénégalaise et la partie japonaise au début du Projet. C'est pourquoi la première réunion du comité mixte de coordination fut organisée au mois de mars 2010, quinze mois après le démarrage du projet.
- (2) En général, la partie sénégalaise a fait montre d'un fort engagement dans le Projet tant au niveau local qu'au niveau central. Cependant, l'absence de consensus sur l'implication des institutions intéressées (CNER, CGO, Pédiatrie, ISED, ENDSS) a également retardé l'avancement du Projet. Toutefois la collaboration avec ces institutions était indispensable pour élaborer le concept et le modèle du Projet. Finalement ce consensus a été obtenu lors de la réunion du groupe de travail élargi tenue en juillet 2010, soit dix huit mois après le démarrage du Projet.
- (3) La partie japonaise a envoyé cinq missions de conseil pour suivre le processus du Projet et discuter sur les points essentiels avec les homologues sénégalais. Ces missions, à défaut de chef de projet japonais résident, ont permis de faciliter les discussions et les prises de décision au sein du Projet.
- (4) En ce qui concerne l'étude de base, il y a eu des discussions sur la nécessité de soumettre le protocole au CNER (comité nationale d'éthique de recherche en santé). Après vérifications et compte-tenu du retard alors accusé, ce protocole a dû être présenté en procédure d'urgence au CNER qui l'a examiné, corrigé et validé.
- (5) Depuis mai 2011, certaines activités du Projet ont souffert des grèves cycliques observées dans les structures sanitaires. A cause de cette situation, le personnel des institutions cibles principales rencontrent quelques difficultés pour la mise en œuvre correcte des activités du Projet, particulièrement en ce qui concerne la collecte des informations qui est suspendue depuis juillet 2010.

## 2-3. Evaluation sur la base des trois critères du DAC

Les résultats de l'évaluation par les trois critères sont résumés ci-dessous.

<b>Pertinence</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Le gouvernement du Sénégal s'est engagé à promouvoir les soins obstétricaux en se conformant aux 59 normes de l'OMS et aux politiques, normes et protocoles nationaux en santé de la reproduction. Quant au concept du Projet, il a été établi sur ses deux standards et sur les résultats des études de base de Projet. Selon ces études, il a été constaté que les parturientes veulent que les prestataires respectent leurs dignités et leur fournissent des informations suffisantes. C'est la raison pour laquelle l'objectif du projet vise à créer un modèle pour que les soins humanisés correspondent aux besoins du groupe cible.</li><li>● L'objectif du Projet entre en droite ligne avec les objectifs du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) au Sénégal, les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et le programme de la coopération japonaise pour le Sénégal.</li><li>● Le Projet vise à introduire les notions telles que les «soins continus», les «soins orientés vers la parturiente», les activités de 5S, le renforcement de la communication avec la communauté dont l'approche pourrait avoir un impact sur la santé maternelle et néonatale au Sénégal.</li><li>● Actuellement, l'effet du Projet est concentré dans la zone cible. Cependant, le modèle du Projet a été élaboré avec les autorités concernées telles que le Cabinet du Ministre (IAAF, CT2, CT coopération, CT décentralisation, CT coopération JICA), les professeurs d'université (gynécologie obstétrique, pédiatrie et santé publique), les associations professionnelles d'infirmiers et de sages-femmes, le SNEIPS, l'ENDSS, la DRH et la DSSP lors des comités mixtes de coordination et des groupes de travail élargis. Par conséquent, la base de la diffusion du modèle est bien constitué non seulement pour les deux régions cibles, mais aussi au niveau national.</li></ul>
<b>Efficacité</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Dans les deux institutions principales cibles, les activités visant à établir le modèle de Soins ont été mises en pratique. Toutefois, le modèle n'a pas encore été diffusé aux autres institutions dans les régions cibles. Par conséquent, l'objectif du Projet ne pourra être que partiellement réalisé dans les délais du Projet. Cependant, certaines réalisations constituent des bases intéressantes en vue de la diffusion dans les autres institutions et dans le pays.</li><li>● A cause du temps mis pour obtenir la pleine implication de toutes les parties</li></ul>

intéressées, un certain retard a été observé pour arriver à un consensus sur le concept et le modèle du Projet. Cependant, après plusieurs séances de discussions et les stages au Japon, une compréhension mutuelle du concept et du modèle a été obtenue. Actuellement, toutes les parties prenantes partagent bien le concept et le modèle du Projet.

#### **Efficiéce**

- Il a été confirmé que les ressources mobilisées par les deux parties n'étaient pas suffisantes pour atteindre les objectifs du Projet: l'absence de chef de mission japonaise, le changement des expertes japonaise en cours de Projet, l'absence de personnel sénégalais exclusivement consacré au Projet.
- Le Projet prend en charge la phase de recherche, l'établissement du consensus, la mise en oeuvre du modèle et sa vulgarisation. Aussi bien du côté japonais que du côté sénégalais, la réflexion pour élaborer un modèle acceptable a pris un certain temps qui n'avait pas été planifié lors des discussions préliminaires au Projet. De ce fait, la période de trois ans du Projet s'avérait être courte.
- Le Projet a fait appel à plus de coordination et à certaines décisions (contenu de la formation des matrones, formalisation du rôle des matrones au sein des maternités) du niveau central. Un an et demi après le démarrage du Projet, un groupe de travail élargi a été mis sur pied pour impliquer certaines autorités concernées. Ceci a amélioré la coordination entre le niveau central et le Projet.
- Depuis mai 2011, certaines activités du Projet ont souffert des grèves cycliques observées dans les structures sanitaires. A cause de cette situation, le personnel des institutions cibles principales rencontrent quelques difficultés pour la mise en oeuvre correcte des activités du Projet, particulièrement en ce qui concerne la collecte des informations qui est suspendue depuis juillet 2010.

### **3. Recommandations**

#### **3-1. Actions à entreprendre d'ici la fin du projet**

##### **(1) Réalisation de l'étude post intervention**

L'Equipe recommande au Projet de mener des études qualitatives et quantitatives pour montrer les changements intervenus dans les institutions principales au mois de septembre et octobre 2011, et mettre en exergue les résultats scientifiques du modèle qui pourraient montrer son efficacité.

##### **(2) Validation du manuel du modèle**

L'Equipe recommande au Projet d'organiser un groupe de travail élargi après les études post intervention, afin de discuter et valider le manuel du modèle avec les autorités concernées sur la base des résultats des études. Au moment de la validation du manuel, les activités dans le canevas doivent être révisée selon la faisabilité.

##### **(3) Renforcement de capacité des prestataires**

L'Equipe recommande au Projet de renforcer les compétences des prestataires pour améliorer la pratique en matière d'accouchement humanisé, en insistant sur le coaching des sages-femmes qui sont chefs d'équipe de garde. La partie japonaise recommande de veiller sur la constance dans l'engagement des prestataires, notamment les chefs de l'équipe de garde dans la maternité.

#### **3-2. Actions à entreprendre après la fin du Projet**

##### **(1) Poursuite des activités dans les institutions principales**

Même si ce Projet du gouvernement sénégalais et du gouvernement japonais prend fin au mois de décembre 2011, les activités dans les institutions principales devraient continuer avec l'initiative de la partie sénégalaise afin d'améliorer l'état de santé maternelle et néonatale.

##### **(2) Vulgarisation régionale**

Selon le plan de vulgarisation élaboré, le modèle doit être vulgarisé aux autres institutions dans les régions de Tambacounda et Kédougou sous l'initiative de la partie sénégalaise.

##### **(3) Formalisation du rôle des matrones**

Au moment de la vulgarisation du modèle, la clarification du rôle de la matrone sera

indispensable. L'Equipe recommande à la partie sénégalaise de prendre en charge une décision officielle sur les tâches des matrones en se basant sur l'expérience du Projet.

**(4) Diffusion au niveau national**

Il est nécessaire d'élaborer une stratégie de mise en œuvre et de diffusion du modèle au niveau national en tenant compte des leçons tirées du Projet et des avis de toutes les parties concernées (Université, associations professionnelles, écoles de formation, etc.).

**(5) Recrutement de sage-femmes**

Le manque de personnel qualifié est préoccupant dans les zones éloignées. Afin d'avoir beaucoup plus d'effet du modèle, la présence de plus de sages-femmes dans lesdites zones est nécessaire.

**(6) Intégration du concept dans la formation initiale**

Le concept et le modèle du Projet devraient être intégrés dans les programmes de formation initiale des agents de santé, afin d'en favoriser la diffusion au niveau national.





**ANNEXE 1**

**Nom du Projet:** Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale dans les Régions de Tambacounda et Kédougou

Oct 2010  
version 2

**Date:** de janvier 2008 à décembre 2011 (3 ans)

**Institutions d'Exécution :** Ministère de la Santé et de la Prévention, Région Médicale de Tambacounda, Région Médicale de Kédougou, Université de Dakar

**Institutions cibles :** centre de santé de Tambacounda (\*), Centre de référence en santé de la reproduction(\*), Un poste de santé(\*), Centre hospitalier régional de Tambacounda, centres de santé, postes de santé, (\*)= principales institutions cibles

**Zone Cible:** Régions de Tambacounda et de Kédougou

**Bénéficiaires :** Les mères et nouveau-nés des régions de Tambacounda et de Kédougou

Stratégie Narrative	Indicateurs Objectivement Vérifiables : (voir annexes pour de plus amples informations)	Moyens de Vérification	Hypothèses Importantes
<b>Risq</b> Contribuer à l'amélioration de la santé maternelle et infantile au Sénégal en général et dans les régions de Tambacounda et de Kédougou en particulier	Les taux de mortalité maternelle et des enfants de moins de cinq ans sont améliorés dans les régions de Tambacounda et de Kédougou	1. Etude démographique et de santé, Statistiques des institutions, Recherches menées par le Projet 2. Statistiques sanitaires	La situation économique et sociale des régions de Tambacounda et Kédougou n'a pas évolué négativement
<b>Objectif Général</b> Renforcer l'utilisation et la qualité des services de santé maternelle et néonatale au Sénégal en général et dans les régions de Tambacounda et de Kédougou en particulier	1. Les accouchements assistés par un personnel qualifié ont augmenté dans les régions de Tambacounda et Kédougou 2. Les morts néo liés à l'accouchement ont diminué dans les Institutions Cibles des régions de Tambacounda et de Kédougou 3. Les résultats du projet sont répercutés sur la politique du Sénégal en matière de santé maternelle et infantile	1. Etude démographique et de santé, Statistiques des institutions, Recherches menées par le Projet 2. Statistiques sanitaires 3. Document de politique du Ministère de la santé et de la prévention en matière de santé maternelle et infantile, Enquête	La situation économique et sociale des régions de Tambacounda et Kédougou n'a pas évolué négativement
<b>Objectif du Projet</b> Mettre en pratique le modèle des « Soins de santé maternelle et néonatale basés sur les évidences (les preuves) » dans les Institutions Cibles des régions de Tambacounda et de Kédougou	1. Les institutions cibles mettent en pratique le modèle dans toutes ses composantes selon les dispositions prévues 2. La proportion des prestataires mettant correctement en œuvre les soins maternels et néonatales basés sur les preuves a augmenté. 3. La proportion des femmes ayant une opinion positive sur les soins maternels et néonatales basés sur les preuves a augmenté. 4. Le taux des complications obstétricales évitables et le taux des morts néo liés ont baissé dans les Principales Institutions Cibles et les Institutions Cibles dans les Régions de Tambacounda et Kédougou	1. Résultat de l'évaluation faite sur base de la grille de l'évaluation des composantes 2. Etude de base, Etude de post-intervention 3. Rapport trimestriel des données SR/Paludisme	Le changement de politique n'a pas influencé négativement
<b>Résultats</b> 1. Le modèle des « Soins de santé maternelle et néonatale basés sur les évidences (les preuves) » est instauré dans les Principales Institutions Cibles	1-1. Un manuel des « Soins de santé maternelle et néonatale basés sur les évidences » est élaboré 1-2 La mise en œuvre des activités relatives aux éléments du modèle des soins de santé maternelle et néonatale basés sur les évidences (les preuves) est réalisée conformément aux 6 articles ci-dessous. 1-2-1 Le concept et les attitudes relatives aux soins et aux activités dans les Principales Institutions Cibles sont partagés. 1-2-2 Les activités d'amélioration du milieu de travail sont mises en pratique et le monitoring des activités est effectué tous les 6 mois 1-2-3 Les soins basés sur les preuves sont pratiqués quotidiennement en utilisant la grille d'évaluation des gestes de soins de santé maternelle et néonatale basés sur les preuves. 1-2-4 Les audits des cas de référence sont effectués tous les deux mois 1-2-5 Des séances mensuelles d'analyse des opinions des femmes et des familles qui ont reçu des soins sont tenues 1-2-6 Les communautés sont régulièrement informées sur la grossesse et l'accouchement à moindre risque 1-3. Le résultat de l'évaluation effectuée sur la base de la grille de l'évaluation des gest	1. Manuel 2. Résultat de l'évaluation faite sur base de la grille de l'évaluation des composantes 3. Rapports d'activités et Registres des Principales Institutions Cibles, 4. Rapports semestriels de Projet.	Les homologues continuent à mettre en œuvre et à appuyer le Projet Les professionnels de santé formés n'ont pas lâisé du travail en susons

W

<p>2. Le modèle des « Soins de santé maternelle et néonatale basés sur l'évidence (les preuves) » est vulgarisé dans les régions de Tombouctou et de Kédougou</p>	<p>2-1. Un plan de la diffusion sur les « soins de santé maternelle et néonatale basés sur l'évidence » est élaboré pour les Institutions Cibles          2-2. Le nombre de formations et de participants sur les « soins de santé maternelle et néonatale basés sur l'évidence »          2-3. Le nombre de Régions et d'Institutions Cibles qui ont inscrit les activités du Projet dans leurs plans opérationnels          2-4. Le nombre d'activités de vulgarisation relatives au Projet</p>	<p>Rapport de Projet. Questionnaire post-formation.</p>	
<p><b>Lignes d'action</b></p> <p>0-1. Mettre sur pied un Comité Mixte de Coordination pour définir les orientations, suivre et évaluer le Projet et créer un environnement propice à sa mise en œuvre          0-2. Mettre sur pied un groupe de travail sous la tutelle du Comité Mixte de Coordination pour gérer et mettre en œuvre le Projet</p> <p>1-1. Examiner les points nécessaires à l'élaboration d'un protocole d'étude et passer à l'élaboration susmentionnée</p> <p>1-2. Mettre en œuvre l'étude de base, analyser ses résultats et les refléter dans le concept du Projet          1-3. Définir le concept des soins de santé maternelle et néonatale basés sur les évidences (les preuves) dans le cadre du Projet et le partager</p> <p>1-4. Identifier les éléments constitutifs du modèle de soins de santé maternelle et néonatale basés sur les évidences (les preuves), définir le modèle et le partager</p> <p>1-5. Identifier les activités nécessaires pour chacune des éléments constitutifs du modèle pour le mettre en place</p> <p>1-6. Mettre en pratique les activités de modèle des soins de santé maternelle et néonatale basés sur les évidences (les preuves) dans les Principales Institutions Cibles</p> <p>1-7. Assurer le suivi-évaluation du modèle des soins de santé maternelle et néonatale basés sur les évidences (les preuves) dans les Principales Institutions Cibles et vérifier l'établissement du modèle</p> <p>2-1. Mettre en pratique les activités du modèle des soins de santé maternelle et néonatale basés sur les évidences (les preuves) dans les Institutions Cibles</p> <p>2-2. Assurer le suivi-évaluation du modèle des soins de santé maternelle et néonatale basés sur les évidences (les preuves) dans les Institutions Cibles et vérifier l'établissement du modèle</p>	<p><b>Partie Japonaise</b></p> <p>1. Experts japonais          - Epidémiologie (courte durée)          - Gynécologue, soins de santé maternelle et infantile (courte durée)</p> <p>2. Budget de soutien des activités</p> <p>3. Formation au Japon et dans d'autres pays          - 3 à 4 personnes par an</p> <p>4. Autres (personnel, équipements et informations requises pour atteindre l'objectif)</p>	<p><b>Partie Béninoise</b></p> <p>1. Espace nécessaire pour abriter le Projet          - Bureaux des experts</p> <p>2. Désignation d'homologues          - Personnel au niveau central          - Personnel au niveau régional          - Directeur de Projet          - Chef de Projet          - Chef de projet adjoint          - Homologues au niveau des Institutions Cibles</p> <p>3. Salaire des homologues du Projet</p> <p>4. Autres (espace, personnel, équipements, information et budget requis pour atteindre l'objectif)</p>	<p><b>Conditions Préalables</b></p> <p>Les homologues existent et appuient le Projet</p>

7

## ANNEXE 2. Liste des Homologues Sénégalais

Directeur du Projet

Dr. Boubacar DAFF, Chef de la division de santé de la reproduction, Département de Santé

Chef du Projet Project

Dr. Adrien SONKO, Médecin Chef, Région Médical de Tambacounda

### **【Membre de Groupe de Travail】**

	Nom et Prénom	Position / Organization
1	Dr. Adrien SONKO	Médecin- Chef de Région de Tambacounda
2	Dr. Doudou SÈNE	Médecin- Chef de Région de Kédougou
3	M. Boubacar MANÈ	Directeur du Centre Hospitalier Régional de Tambacounda
4	Dr Barnabé GNING	Adjoint Médecin- Chef de Région de Tambacounda
5	Dr Amadou Mbaye DIOUF	Médecin-chef du District Sanitaire de Tambacounda
6	Dr Julien Soliba MANAGA	Médecin-chef du District Sanitaire de Goudiry
7	M. Mamadou WADE	Directeur du Centre Régional de Formation en Santé de Tambacounda
8	Dr Marième SAMBA	Gynécologue du Centre Hospitalier Régional de Tambacounda
9	Dr Joseph Sant clair DIOP	Pédiatre du Centre Hospitalier Régional de Tambacounda
10	M. Dame FALL	SSSP Région Médicale de Tambacounda
11	Mme Khadyjatou Ba SOW	Coordinatrice SR Région Médicale de Tambacounda
12	M. Mabinta SAMBOU	Responsable BREIPS Tambacounda
13	Mme Aïssatou samba DIOP	Coordinatrice SR Région Médicale de Kédougou
14	Mme Mba moussa SOUMARÈ	Maîtresse Sage-femme Maternité Centre de Santé de Tambacounda
15	Mme Fatou n'diaye THIOUB	Coordinatrice SR District Sanitaire de Tambacounda
16	Fatou NDOUR	Coordinatrice SR District Sanitaire de Saraya
17	M. Thierno DIALLO	Infirmier Chef de Poste de Kothiary
18	Dr El hadji Ousseynou Faye	DSR/ Chef du Bureau de la mère et de l'enfant



**[Membres du Groupe de Travail Elargi]**

	Nom et Prénom	Position / Organisation
1	Prof. Jean Charles MOREAU	CGO
2	Prof. Ousmane NDIAYE	Pédiatrie Hôpital Abass NDAO
3	Prof. Cheikh Tidiane CISSÈ	Maternité IHS
4	Prof. Pape N'DIAYE	Maitre Assistant ISED
5	Prof Cheikh Tidiane CISSÈ	Chef de la maternité polyclinique
6	Prof Omar SYLLA	Directeur de l'ENDSS
7	Mr Mamadou Baïdy SEYE	Chef du Service National de l'Education et de l'Information pour la Santé
8	Dr Bocar Mamadou DAFF	Chef de la Division de la Santé de la Reproduction
9	Dr Ndeye Codou LAKH	Chef de la Division des soins de Santé Primaires
10	Prof Philippe MOREIRA	ASGO
11	Mme Marième FALL	Présidente ANSFES
12	M. Abdou GUEYE	ANIIDES
13	Ibrahima MAAL	CEFOREP
14	Pierre MANSALY	Division Equipment et Maintenance (Invité une seule fois)
15	Dr. Adrien SONKO	Médecin- Chef de Région de Tambacounda
16	Dr. Doudou SÈNE	Médecin- Chef de Région de Kédougou
17	M. Boubacar MANÈ	Directeur du Centre Hospitalier Régional de Tambacounda
18	Dr Barnabé GNING	Adjoint Médecin- Chef de Région de Tambacounda
19	Dr Amadou Mbaye DIOUF	Médecin-chef du District Sanitaire de Tambacounda
20	Dr Julien Soliba MANAGA	Médecin-chef du District Sanitaire de Goudiry
21	M. Mamadou WADE	Directeur du Centre Régional de Formation en Santé de Tambacounda
22	Dr Marième SAMBA	Gynécologue du Centre Hospitalier Régional de Tambacounda
23	Dr Joseph Sant clair DIOP	Pédiatre du Centre Hospitalier Régional de Tambacounda
24	M. Dame FALL	SSSP Région Médicale de Tambacounda
25	Mme Khadyjatou Ba SOW	Coordinatrice SR Région Médicale de Tambacounda
26	M. Mabinta SAMBOU	Responsable BREIPS Tambacounda
27	Mme Aïssatou samba	Coordinatrice SR Région Médicale de Kédougou

	DIOP	
28	Mme Mba moussa SOUMARÈ	Maîtresse Sage-femme Maternité Centre de Santé de Tambacounda
29	Mme Fatou n'diaye THIOUB	Coordinatrice SR District Sanitaire de Tambacounda
30	Fatou NDOUR	Coordinatrice SR District Sanitaire de Saraya
31	M. Thierno DIALLO	Infirmier Chef de Poste de Kothiary
32	Dr El hadji Ousseynou Faye	DSR/ Chef du Bureau de la mère et de l'enfant




**ANNEXE 3. Liste des experts japonais et membres des missions de conseil**

**(1) Experts à long terme**

<b>Nom et Prénoms</b>	<b>Domaine</b>	<b>Période</b>
Mme. Hiroko IJIMA	Santé maternelle et néonatale	Le 13 janvier 2009 -Le 12 janvier 2011
Mme. Noriko KUDO	Coordinatrice/ Planification des formations	Le 13 janvier 2009 -Le 12 janvier 2011
Mme. Yuko SAITO	Santé maternelle et néonatale	Le 22 décembre 2009 -Le 21 décembre 2011
Mme. Miyuki OIKAWA	Coordinatrice/ Planification des formations	Le 22 décembre 2009 -Le 21 décembre 2011

**(2) Experts à court terme**

	<b>Nom et Prénoms</b>	<b>Domaine</b>	<b>Période</b>
1.	Mme. Nahoko OKAMOTO	Epidémiologie	Le 28 février 2009 -Le 28 mars 2009
2.	Mme. Mari MORIKANE	Santé maternelle et néonatale	Le 28 février 2009 - Le 28 mars 2009
3.	M. Kenji TAKEHARA	Epidémiologie	Le 18 avril 2009 - Le 31 mai 2009
4.	Mme. Miho GOTO	Conseillère en développement de manuels	Le 7 juillet 2010 -Le 6 août 2010
5.	Dr. Yoichi HORIKOSHI	Conseiller en groupe de travail	Le 7 juillet 2010 -Le 2 juillet 2010
6.	Mme. Yuko SAITO	Planification des formations	Le 13 octobre 2010 -Le 14 novembre 2010
7.	Mme. Miho GOTO	Conseillère en sage femme	Le 13 mars 2011 -Le 5 avril 2011

8.	Mme. Hiroko IJIMA	Conseillère en sage femme	Le 12 juillet 2011 -Le 27 juillet 2011
9.	Dr. Yasuo SUGIURA	Conseiller en analyse de données	Le 19 juillet 2011 -Le 11 août 2011

(3) Les missions de conseil

	Nom et Prénoms	Période
1.	Dr. Yoichi HORIKOSHI	Le 10 août 2009–Le 28 août 2009
2.	Dr. Yasuo SUGIURA Mme. Miho GOTO	Le 8 mai 2010–Le 23 mai 2010
3.	Dr. Yohichi HORIKOSHI	Le 13 octobre 2010–Le 26 octobre 2010
4.	Dr. Mitsuaki MATSUI	Le 2 mars 2011–Le 17 mars 2011
5.	Dr. Mitsuaki MATSUI	Le 7 mai 2011 –Le 18 mai 2011

#### ANNEXE 4. Record de Formation

##### a) Formation au Japon/

Formation sur la santé de la mère et l'enfant

2009 (1): le 27 janvier 2009 – le 7 mars 2009

	Nom et Prénoms	Position / Organisation
1	Dr. Mariétou THIAM	Médecin, Aristide le Dantec Hospital
2	Dr. Barnabé GNING	Adjoint Médecin Chef de la Région Médicale de Tambacounda

2009 (2): le 9 juin 2009 – le 18 juin 2009

	Nom et Prénoms	Position / Organisation
1	Mme. Mbamoussa SOUMARE	Maîtrse sage femme, Centre de Santé de Tambacounda
2	Mme. Doussou SAMOURA	Formateur de sage femme, Centre Régional de Formation en Santé de Tambacounda

2009(3): le 21 juin 2009 – le 5 juin 2009

1	Dr. Adrien SONKO	Médecin Chef, Région Médicale de Tambacounda
---	------------------	--

2010 (1): le 8 juin 2010 – le 17 juin 2010

	Nom et Prénoms	Position / Organisation
1	Dr. Soliba Julien MANGA	Médecin Chef de district de Goudiry
2	Mme. Fatou NDOUR	Coordinatrice de santé de la reproduction, Région de Kédougou
3	M. Thierno DIALLO	Infirmier chef de poste de Kothiary

2010(2): le 13 juin 2010 – le 3 juin 2010

	Nom et Prénoms	Position / Organisation
1	Dr. Ahadou DIOUF	Médecin Chef de district de Tambacounda
2	Dr. Marème SAMBA	Médecin, Centre Hospitalier Régional de Tambacounda

##### b) Echange des expériences avec les autres pays (Madagascar)

2010: le 16 janvier 2010 – le 23 janvier 2010

	Nom et Prénoms	Position / Organisation
1	Dr. Adrien SONKO	Médecin Chef, Région Médical de Tambacounda
2	Mbamoussa SOUMARE	Maîtresse sage femme, Centre de Santé de Tambacounda
3	Noriko KUDO	Coordinatrice du Projet

## ANNEXE 5. Liste des équipements fournis

### (1) Par la partie sénégalaise

- Le bureau du Projet a:
  - mis à la disposition des Expertes un local à usage de bureau et, du mobilier de bureau et d'un technicien de surface;
  - a pris en charge l'électricité et l'eau.

Désignation	Quantité	Coût total
<b>Pour Tambacounda</b>		
Réhabilitation toilettes maternité centre de santé de Tambacounda		900,000
Achat de boîtes d'accouchement	08	125,000
Recrutement personnel : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 02 sages-femmes</li> <li>- 03 infirmières</li> <li>- 01 matrone</li> <li>- 01 technicien en laboratoire</li> <li>- 07 techniciennes de surfaces</li> </ul>	-	490,000/ mois
Armoires	02	240,000
Chaises	02	36,000
Aspirateur électrique	01	125,000
Boîte à idées	01	10,000
Cordes	02	4,000

<b>Pour KOTHIARY</b>		
Construction de case accompagnants à Kothiary	01	1,200,000
Réhabilitation maternité	-	180,000
Construction de fosse sceptique	01	230,000
Main d'œuvre adduction d'eau	-	25,000
Plancher cour de la maternité	-	85,000
Peinture maternité	-	200,000

### (2) Par la partie japonaise

Désignation	Qté	Prix unitaire	Marque	Lieux	Etat
Véhicule	2	17,000,000	Nissan PAJERO	Tambacounda	Bon
Ordinateur (Desktop)	1	450,000	DELL	Tambacounda	Bon

Ordinateur (Laptop)	2	550,000	HP	Tambacounda	Bon
Ordinateur (Laptop)	1	590,000	TOSHIBA	Tambacounda	Bon
Photocopieurs	1	135,000	HP	Tambacounda	Bon
Imprimante laser	1	265,000	HP	Tambacounda	Bon
Armoire (1)	1	200,000	Furniture MOBOUCA	Tambacounda	Bon
Armoire (2)	1	175,000	Furniture MOBOUCA	Tambacounda	Bon
Déchiqeteuse	1	210,000	ACCO	Tambacounda	Bon
Photocopieurs	1	686,441	Canon IR 1600	Tambacounda	Bon
Projecteur	1	1,700,000	EPSON Power Lite 835P	Tambacounda	Bon
Machine à reliure	1	140,000	ACOO, RELEX	Tambacounda	Bon
Appareil photo numérique	1	265,500	Canon Power Shot	Tambacounda	Bon
Climatisation	1	595,000	LG	Tambacounda	Bon
Bureau	1	125,000		Tambacounda	Bon
Doppler	4	650,000	ChangXing Ultrasonic instrument Co., Ltd.	CS Tambacounda, PS Kothiary	Bon

セネガル国タンバウンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト終了時評価 評価結果

実績の検証

評価項目	評価設問		評価結果																																																						
	大項目	小項目																																																							
上位目標の達成度（見込み）	セネガル、特にタンバウンダ、ケドゥグ州の妊産婦・新生児の保健サービスの質が改善される。	タンバウンダ、ケドゥグ州の有資格者の介助による出産が増加しているか。	本指標は、保健省の年間レポートで確認すべきであるが、現在、20010年7月から続くストライキのために統計情報が入手できない状態である。																																																						
		タンバウンダ、ケドゥグ州の対象施設における死産が減少しているか。																																																							
プロジェクト目標達成度	タンバウンダ、ケドゥグ州の対象施設において「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルが実践される。	セネガル母子保健政策にプロジェクトの成果が反映されているか。	<p>本プロジェクトの実施によって、今までセネガル国では理論だけしか知られていなかった「人間的なお産」が実践へと推移し、保健省の2011年度版リプロダクティブヘルス・プロトコールに反映され、その用語が国家レベルで認知されつつある。また、人材不足のセネガル国の遠隔地において、マロン（無資格分娩助者）の活用が不可欠であることが本プロジェクトの拡大ワーキンググループにて取り上げられ、プロジェクトの枠内でマロンの業務に関する規定が作成された。</p> <p>本プロジェクトで策定中の「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」のモデルは、保健省のリプロダクティブヘルス課のプロジェクトダイレクターを議長とした拡大ワーキンググループを通じてセネガルの母子保健分野のトップであるダカル大学の教授等によって承認されており、国家レベルで認知されている。</p> <p>終了時評価調査時実施した聞き取り調査の結果、本プロジェクトのプロジェクトダイレクター及びプロジェクトマネージャーは、本プロジェクトが確立をめざしているモデルを、最終的にはセネガル国全土に普及したいという意図を持っている。</p> <p>基幹施設（タンバ保健センター、コチャリ保健ポスト）におけるモデルの構成要素実施状況については、2011年7月にセネガル側と日本人専門家が合同で評価を行った。その結果、活動表に掲載されている構成要素に基づいた「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」活動の実施状況は以下のとおりである（構成要素4のケアの実践にかかる活動は、活動表ではなく、チェックリストにて評価を行っている）。</p> <p>タンバウンダ保健センター</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">モデルの構成要素</th> <th colspan="3">実施項目数</th> </tr> <tr> <th>完全にできている</th> <th>一部できている</th> <th>できていない</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. コミュニケーション（13項目）</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>2. コンセプトの共有（2項目）</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. 業務改善 5S/KAIZEN（15項目）</td> <td>10</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5. モデル及び構成要素4ケアの実践にかかる支援（9項目）</td> <td>8</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>22（56.4%）</td> <td>8（20.50%）</td> <td>9（23.1%）</td> </tr> </tbody> </table> <p>コチャリ保健ポスト</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">モデルの構成要素</th> <th colspan="3">実施状況</th> </tr> <tr> <th>完全にできている</th> <th>一部できている</th> <th>できていない</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. コミュニケーション（11項目）</td> <td>7</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2. コンセプトの共有（2項目）</td> <td>1</td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3. 業務改善 5S/KAIZEN（11項目）</td> <td>6</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>5. モデル及び構成要素4ケアの実践にかかる支援（9項目）</td> <td>7</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>21（63.6%）</td> <td>3（9.1%）</td> <td>9（27.3%）</td> </tr> </tbody> </table>	モデルの構成要素	実施項目数			完全にできている	一部できている	できていない	1. コミュニケーション（13項目）	2	5	6	2. コンセプトの共有（2項目）	2			3. 業務改善 5S/KAIZEN（15項目）	10	2	3	5. モデル及び構成要素4ケアの実践にかかる支援（9項目）	8	1		合計	22（56.4%）	8（20.50%）	9（23.1%）	モデルの構成要素	実施状況			完全にできている	一部できている	できていない	1. コミュニケーション（11項目）	7	1	3	2. コンセプトの共有（2項目）	1		1	3. 業務改善 5S/KAIZEN（11項目）	6	1	4	5. モデル及び構成要素4ケアの実践にかかる支援（9項目）	7	1	1	合計	21（63.6%）	3（9.1%）	9（27.3%）
		モデルの構成要素	実施項目数																																																						
完全にできている	一部できている		できていない																																																						
1. コミュニケーション（13項目）	2	5	6																																																						
2. コンセプトの共有（2項目）	2																																																								
3. 業務改善 5S/KAIZEN（15項目）	10	2	3																																																						
5. モデル及び構成要素4ケアの実践にかかる支援（9項目）	8	1																																																							
合計	22（56.4%）	8（20.50%）	9（23.1%）																																																						
モデルの構成要素	実施状況																																																								
	完全にできている	一部できている	できていない																																																						
1. コミュニケーション（11項目）	7	1	3																																																						
2. コンセプトの共有（2項目）	1		1																																																						
3. 業務改善 5S/KAIZEN（11項目）	6	1	4																																																						
5. モデル及び構成要素4ケアの実践にかかる支援（9項目）	7	1	1																																																						
合計	21（63.6%）	3（9.1%）	9（27.3%）																																																						
		対象施設がモデルの全構成要素を実践しているか。																																																							



			<p>基幹施設の2カ所のうち、タンバクンダ保健センターの活動にやや遅れが見られる。全体としての本指標の達成度は50～60%であるが（構成要素4を除く）、特に、構成要素1「コミュニケーション」及び構成要素3「業務改善5S/KAIZEN」に関する活動に遅れが見られる。ただし、本プロジェクトのモデルの構成要素ごとに必要な活動については、2011年のポスト調査後に見直される予定であることから、現時点ですべての構成要素の活動を達成していないために、本指標が達成されないということではない。</p> <p>終了時評価時点では、基幹施設以外には本プロジェクトのモデルの普及活動は実施されていないため、対象施設がモデルの構成要素の実践を評価できない。</p>																																				
		<p>根拠に基づく妊産婦・新生児ケアを正しく行っている医療従事者の割合が増加しているか。</p>	<p>基幹施設2カ所において行われたチェックリスト/スーパービジョンの結果（2010年11月、2011年3月、5月、7月）及び終了時評価の聞き取り調査からは、定性的評価においては女性を受け入れる時のケアには向上が見られる。本指標については、2011年10月に実施されるポスト調査の結果を基に判断する必要がある。</p> <p>終了時評価の時点では、対象施設についてはモデルの普及に至っていないために、評価はできない。</p>																																				
		<p>根拠に基づくケアについてポジティブな意見を持つ女性の割合が増加しているか。</p>	<p>コチャリ保健ポストでは、終了時評価時に実施したポスト長への聞き取り調査によって、ケア、検診を受けた女性が、ポジティブな反応を持っていることが確認された。また、タンバ保健センターでもケアを受けた女性からポジティブな意見が聞かれている。2011年10月に実施されるポスト調査の結果により、ベースライン調査との比較が可能となる。</p>																																				
		<p>タンバクンダ、ケドゥグ州の基幹施設と対象施設において予防可能な産科合併症発症率及び娩出児（新鮮）死亡率が低下しているか。</p>	<p>四半期報告書を集計及び診察台帳から必要なデータを収集したが、タンバ保健センターはストライキにより、2010年7月までのデータしか入手できない。そのため、十分なデータを取ることができない状態である。</p>																																				
成果の達成度	<p>成果1：基幹施設において「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルが確立される。</p>	<p>「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」のマニュアルが作成されているか。</p> <p>「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデル構成要素に関する活動が実施されているか。</p>	<p>マニュアル（仮）は7月下旬に完成した。最終版の承認は、ポスト調査の結果を踏まえて2011年11月に行う。</p> <p>(1) 基幹施設における、ケアや活動に対する考え方の共有          タンバクンダ保健センター、コチャリ保健ポストはそれぞれ2010年8月にコンセプトを共有する会議を開催している。タンバクンダ保健センターではセンター長がめざしているケアについて、マトロンを含めて説明したほか、2011年8月に県開発委員会を開催して本プロジェクトのモデルについて説明した。また、コチャリ保健ポストでは、コチャリ保健ポスト長が市長等、地域の要人を招いてコンセプトを説明し、保健ポストでめざす人間的ケアの内容をポスターにして張り出している。</p> <p>ケアや活動に関する基幹施設での研修実績は、以下のとおりである。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>日付</th> <th>研修内容</th> <th>開催場所</th> <th>参加人数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2010年8月11日</td> <td>本邦研修での研修事項</td> <td>コチャリ保健ポスト</td> <td>23名</td> </tr> <tr> <td>2010年8月21日</td> <td>本邦研修での研修事項</td> <td>タンバクンダ保健センター</td> <td>46名</td> </tr> <tr> <td>2010年9月29日</td> <td>本邦研修の結果の発表</td> <td>タンバクンダ保健センター</td> <td>21名</td> </tr> <tr> <td>2011年1月31日～2月4日</td> <td>有資格者研修基礎編(1)</td> <td>タンバクンダ保健センター</td> <td>20名</td> </tr> <tr> <td>2011年2月21日～2月25日</td> <td>有資格者研修基礎編(2)</td> <td>コチャリ保健ポスト</td> <td>19名</td> </tr> <tr> <td>2011年4月1日～4月2日</td> <td>有資格者研修応用編</td> <td>タンバクンダ保健センター</td> <td>29名</td> </tr> <tr> <td>2011年7月20日～7月28日</td> <td>マトロン研修</td> <td>タンバクンダ保健センター</td> <td>14名</td> </tr> <tr> <td>2011年8月2日</td> <td>プロジェクトのコンセプトとプロジェクトモデル、そして「人間的なお産」についての研修</td> <td>県開発委員会</td> <td>20名</td> </tr> </tbody> </table>	日付	研修内容	開催場所	参加人数	2010年8月11日	本邦研修での研修事項	コチャリ保健ポスト	23名	2010年8月21日	本邦研修での研修事項	タンバクンダ保健センター	46名	2010年9月29日	本邦研修の結果の発表	タンバクンダ保健センター	21名	2011年1月31日～2月4日	有資格者研修基礎編(1)	タンバクンダ保健センター	20名	2011年2月21日～2月25日	有資格者研修基礎編(2)	コチャリ保健ポスト	19名	2011年4月1日～4月2日	有資格者研修応用編	タンバクンダ保健センター	29名	2011年7月20日～7月28日	マトロン研修	タンバクンダ保健センター	14名	2011年8月2日	プロジェクトのコンセプトとプロジェクトモデル、そして「人間的なお産」についての研修	県開発委員会	20名
日付	研修内容	開催場所	参加人数																																				
2010年8月11日	本邦研修での研修事項	コチャリ保健ポスト	23名																																				
2010年8月21日	本邦研修での研修事項	タンバクンダ保健センター	46名																																				
2010年9月29日	本邦研修の結果の発表	タンバクンダ保健センター	21名																																				
2011年1月31日～2月4日	有資格者研修基礎編(1)	タンバクンダ保健センター	20名																																				
2011年2月21日～2月25日	有資格者研修基礎編(2)	コチャリ保健ポスト	19名																																				
2011年4月1日～4月2日	有資格者研修応用編	タンバクンダ保健センター	29名																																				
2011年7月20日～7月28日	マトロン研修	タンバクンダ保健センター	14名																																				
2011年8月2日	プロジェクトのコンセプトとプロジェクトモデル、そして「人間的なお産」についての研修	県開発委員会	20名																																				

		<p>(2) 業務環境改善活動の実施と、半年ごとの進捗のモニターの実施          タンバクンダ保健センターでは2010年10月、コチャリ保健ポストでは2010年9月にタンバクンダ州病院の医師をファシリテーターとして5S研修会を開催した。その後、コチャリ保健ポストは毎週土曜日に定期的な掃除を実施している。また、タンバクンダ保健センターは、定期的な清掃や見直しは行われていないが、環境改善としてトイレの整備や棚の購入・扇風機の設置・人材追加配置や、勤務表の導入による業務体制改善等、保健委員会の予算により、継続的に業務改善に取り組んでいる。</p> <p>本プロジェクトで実施された5Sに関する研修の実績は以下のとおりである。</p> <table border="1" data-bbox="996 363 1926 443"> <thead> <tr> <th>日付</th> <th>研修内容</th> <th>開催場所</th> <th>参加人数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2010年9月25日</td> <td>5Sの研修</td> <td>コチャリ保健ポスト</td> <td>19名</td> </tr> <tr> <td>2010年10月7日</td> <td>Formation sur les 5S5Sの研修</td> <td>タンバクンダ保健センター</td> <td>32名</td> </tr> </tbody> </table>	日付	研修内容	開催場所	参加人数	2010年9月25日	5Sの研修	コチャリ保健ポスト	19名	2010年10月7日	Formation sur les 5S5Sの研修	タンバクンダ保健センター	32名	<p>(3) 「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」チェックリストを使用した、日常診察で根拠に基づく助産ケアの実践          チェックリストでのチェックはモニタリングに時間を要すること、また、日常的にケアを見直すにはセルフチェックが必要であることから、チェックリストをベースに2011年6月にセルフチェックリストを導入し、分娩チームが一勤務帯につき1枚のセルフチェックリストを作成し、グループでケアを見直すようになった。</p> <p>(4) リファレル事例の症例検討会の2カ月に1回以上の実施          2010年12月に1回実施したが、その後継続できていない。しかしながら、日本人専門家が不在の場合でも事例を集められるよう、事例を集めるチームがタンバクンダ保健センターにて編成された。</p> <p>(5) ケアを受けた女性・家族の意見を分析するミーティングの毎月の実施          コチャリ保健ポストではマトロンを通じて、ケアを受けた女性からヒアリングを行い、提供するケアの見直しに反映させている。タンバ保健センターではAssistant Socialがヒアリングを行い、週に2回、内容を助産師長に報告、助産師長から分娩チームへフィードバックしている。</p> <p>(6) コミュニティに安全な妊娠・出産についての情報の定期的な発信          コミュニティに対する安全な妊娠・出産についての情報の場として、タンバ保健センターではコーゼリー（講話会）を週1~2回実施している。母子保健棟にて勤務表を作成することで、勤務体制が確立し、確実に実施できるようになった。保健センターと比較すると1日の訪問者が少ないコチャリ保健ポストでは、偶数月の第1火曜日に妊婦健診を実施し、安全な妊娠・出産についての情報提供を行っている。また、2011年7月より、毎週土曜日に、安全な妊娠・出産に関するラジオ放送の番組が放送されることとなった。</p>
日付	研修内容	開催場所	参加人数												
2010年9月25日	5Sの研修	コチャリ保健ポスト	19名												
2010年10月7日	Formation sur les 5S5Sの研修	タンバクンダ保健センター	32名												
<p>成果2：タンバクンダ、ケドゥグ州に「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルが広まる。</p>	<p>「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」の対象施設への拡大の計画が作成されているか。</p> <p>「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」に関する研修の実施が行われているか。</p> <p>州及び対象施設の活動計画にプロジェクトの取り組みが反映されているか。</p>	<p>基幹施設においてチェックリストによるアセスメントの結果が期待される水準に達しているか。</p> <p>スーパービジョンの結果（2011年7月）、2つの基幹施設でケアが望ましいレベル（80%以上）に達している。一方、一部の項目（胎盤状態のチェックなど）については、改善の余地がある。また、知識と実践のレベルには、やや乖離が見られる。</p>	<p>2011年3月の運営指導調査時にPOとして作成し、セネガル側と確認した。</p> <p>2011年7月に、タンバクンダ保健センターに周辺の保健ポスト長6名とワッド大統領夫人が推進している保健ボランティア「地域の母（Bajenu Gox）」24名の計30名を集めて、本プロジェクトの内容と妊娠中の危険兆候の研修を実施した。また、研修の際に参加した6つの保健ポストにおける、月2回の「地域の母」による家庭訪問の実施を行うことを決定した。</p> <p>本邦研修に参加したグディリ保健センターのセンター長が研修中に作成した活動計画を実施している。</p>												
	<p>プロジェクトの取り組みに関する情報共有がなされているか。</p>		<p>保健省及び関連機関を招聘し、本プロジェクトに係る合同評価委員会（2010年3月、10月、2011年3月）が計3回、ワーキンググループ及び拡大ワーキンググループが計8回（2009年3月、5月、8月、10月、2010年7月、10月、2011年3月、7月）開催された。ワーキンググループでは多くの関係者から「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」への理解を得ることができていることが確認された。また、保健省国家保健情報部を巻き込みながら、パンフレット及びポスターが完成し、本プロジェクトの取り組みに関する情報提供のツールができた。さらに、国際医療機器展示会（SISOAK）においてタンバクンダ州のブースを設置し、プロジェクトでの取り組みを紹介した。</p>												

<p>投入の実績</p>	<p>日本側 1. 日本人専門家派遣 2. 活動を支援する経費 3. 本邦・在外研修 4. その他、成果達成に必要な人員・機材・情報・経費</p>	<p>投入量、投入の質及び時期は計画どおりだったか。</p>	<p>(1) 日本側の投入 <u>専門家派遣</u> 長期専門家（母子保健、業務調整/研修計画） 計4名 短期専門家（疫学、母子保健（助産）、疫学、マニュアル作成支援、ワーキンググループ実施支援、研修計画、助産技術、データ収集）計9名 運営指導調査（2009年8月、2010年5月、2010年10月、2011年3月、2011年5月）  <u>現地業務費</u>  <u>機材供与</u> 車両、PC等、2737万FCFA  <u>本邦/在外研修</u> 仏語圏アフリカ地域別研修「母子保健」（2009年6月：2名、2010年6月：3名） 本邦カウンターパート研修（2009年：1名、2010年：2名） マダガスカル訪問（2010年1月：3名） モロッコ母子保健研修（2011年1月：2名）</p>
	<p>セネガル側 1. プロジェクトに必要な施設の確保 2. カウンターパートの任命 3. カウンターパートの人件費 4. その他、成果達成に必要な人員・施設・機材・情報・経費</p>		<p><u>カウンターパートの配置</u> プロジェクトダイレクター プロジェクトマネージャー タンバクンダ保健センター職員 コチャリ保健ポスト職員  <u>執務スペースと活動予算</u> 専門家執務スペース カウンターパート人件費 施設、設備維持費 その他</p>
<p>前提条件</p>	<p>実施機関を中心とする関係者がプロジェクトを実施、支援する。</p>	<p>国及び州の実施機関、基幹施設はプロジェクトの実施を支援している。</p>	

実施プロセスの検証

評価項目	評価設問		評価結果																										
	大項目	小項目																											
活動の実施	0-1	合同調整委員会を設置し、プロジェクトの方向性の決定、全体管理並びに評価を行い、必要な環境を整える。	<p>ベースライン調査に関する倫理委員会の問題やプロジェクトのモデルの共有ができていなかったために、合同調整委員会の第一回目が2010年3月に開催された。そのため、プロジェクトの実質的な開始も1年半ほど遅れた。合同調整委員会は、2011年8月時点で2010年3月、10月、2011年3月に開催されている。</p> <p>合同調整委員会開催日程</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>日程</th> <th>議題</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2010年3月16日</td> <td>プロジェクトの活動進捗報告、プロジェクトのコンセプトとこれからめざしていくモデル、活動計画についての共有</td> </tr> <tr> <td>2010年10月26日</td> <td>プロジェクトの活動進捗報告、成果1の指標・活動の変更承認</td> </tr> <tr> <td>2011年3月15日</td> <td>成果2の活動の変更承認</td> </tr> </tbody> </table>	日程	議題	2010年3月16日	プロジェクトの活動進捗報告、プロジェクトのコンセプトとこれからめざしていくモデル、活動計画についての共有	2010年10月26日	プロジェクトの活動進捗報告、成果1の指標・活動の変更承認	2011年3月15日	成果2の活動の変更承認																		
	日程	議題																											
2010年3月16日	プロジェクトの活動進捗報告、プロジェクトのコンセプトとこれからめざしていくモデル、活動計画についての共有																												
2010年10月26日	プロジェクトの活動進捗報告、成果1の指標・活動の変更承認																												
2011年3月15日	成果2の活動の変更承認																												
0-2	合同調整委員会のもとにワーキンググループを設置し、プロジェクトの実施管理を行う。	<p>ワーキンググループが合同調整委員会のもとに設置され、2011年7月時点で2009年3月、5月、8月、10月に開催された。その後、より多くの関係者を巻き込んだ拡大ワーキンググループが設置され、2010年7月、10月、2011年3月、7月の8回開催されている。</p> <p>ワーキンググループ及び拡大ワーキンググループ開催日程</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>日程</th> <th>開催地</th> <th>主な議題</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2009年3月20日</td> <td>タンバクンダ</td> <td>プロジェクト概要の共有、ベースライン調査概要の説明、仏語圏アフリカ研修結果の共有</td> </tr> <tr> <td>2009年5月8日</td> <td>タンバクンダ</td> <td>ベースライン調査計画（特に質的調査部分）の共有と協議、ポストレベルの基幹施設の決定（コチャリ保健ポスト）</td> </tr> <tr> <td>2009年8月25日</td> <td>タンバクンダ</td> <td>ベースライン質的調査の結果（一部）の共有、調査プロトコル（量的調査の質問票含む）に関する協議、地域別研修仏語圏アフリカ「母子保健」結果の共有</td> </tr> <tr> <td>2009年10月2日</td> <td>タンバクンダ</td> <td>8月の運営指導調査で提案されたプロジェクトコンセプト及びモデル図案の共有と協議、ベースライン量的調査準備（倫理委員会へ向けての具体的準備と責任者の決定）、「継続ケア」に関する発表</td> </tr> <tr> <td>2010年7月20～22日</td> <td>ティエス</td> <td>根拠に基づく医療、WHOの正常出産に関する59か条、フリースタイル出産に関する発表と共有、活動表作成協議、モデルのコンポーネントについての合意</td> </tr> <tr> <td>2010年10月25日</td> <td>ダカール</td> <td>活動表の承認、PDMバージョン1及びP0改訂版への合意（技術的視点からの協議と合意）</td> </tr> <tr> <td>2011年3月14日</td> <td>ダカール</td> <td>成果2に関するP0改訂版への合意（技術的視点からの協議と合意）</td> </tr> <tr> <td>2011年7月21～22日</td> <td>ダカール</td> <td>マニュアルの承認、マトロン研修の内容の承認</td> </tr> </tbody> </table>	日程	開催地	主な議題	2009年3月20日	タンバクンダ	プロジェクト概要の共有、ベースライン調査概要の説明、仏語圏アフリカ研修結果の共有	2009年5月8日	タンバクンダ	ベースライン調査計画（特に質的調査部分）の共有と協議、ポストレベルの基幹施設の決定（コチャリ保健ポスト）	2009年8月25日	タンバクンダ	ベースライン質的調査の結果（一部）の共有、調査プロトコル（量的調査の質問票含む）に関する協議、地域別研修仏語圏アフリカ「母子保健」結果の共有	2009年10月2日	タンバクンダ	8月の運営指導調査で提案されたプロジェクトコンセプト及びモデル図案の共有と協議、ベースライン量的調査準備（倫理委員会へ向けての具体的準備と責任者の決定）、「継続ケア」に関する発表	2010年7月20～22日	ティエス	根拠に基づく医療、WHOの正常出産に関する59か条、フリースタイル出産に関する発表と共有、活動表作成協議、モデルのコンポーネントについての合意	2010年10月25日	ダカール	活動表の承認、PDMバージョン1及びP0改訂版への合意（技術的視点からの協議と合意）	2011年3月14日	ダカール	成果2に関するP0改訂版への合意（技術的視点からの協議と合意）	2011年7月21～22日	ダカール	マニュアルの承認、マトロン研修の内容の承認
日程	開催地	主な議題																											
2009年3月20日	タンバクンダ	プロジェクト概要の共有、ベースライン調査概要の説明、仏語圏アフリカ研修結果の共有																											
2009年5月8日	タンバクンダ	ベースライン調査計画（特に質的調査部分）の共有と協議、ポストレベルの基幹施設の決定（コチャリ保健ポスト）																											
2009年8月25日	タンバクンダ	ベースライン質的調査の結果（一部）の共有、調査プロトコル（量的調査の質問票含む）に関する協議、地域別研修仏語圏アフリカ「母子保健」結果の共有																											
2009年10月2日	タンバクンダ	8月の運営指導調査で提案されたプロジェクトコンセプト及びモデル図案の共有と協議、ベースライン量的調査準備（倫理委員会へ向けての具体的準備と責任者の決定）、「継続ケア」に関する発表																											
2010年7月20～22日	ティエス	根拠に基づく医療、WHOの正常出産に関する59か条、フリースタイル出産に関する発表と共有、活動表作成協議、モデルのコンポーネントについての合意																											
2010年10月25日	ダカール	活動表の承認、PDMバージョン1及びP0改訂版への合意（技術的視点からの協議と合意）																											
2011年3月14日	ダカール	成果2に関するP0改訂版への合意（技術的視点からの協議と合意）																											
2011年7月21～22日	ダカール	マニュアルの承認、マトロン研修の内容の承認																											
1-1	ベースライン調査の必要項目を検討し、調査計画案を策定する。	<p>2009年2月及び4月に3名の短期専門家〔疫学2名、母子保健（助産）〕が派遣され、ベースライン調査の必要項目を検討し、調査計画案を策定し、ワーキンググループのメンバーによって承認された。調査は以下の項目について実施された。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 医療施設で分娩ケアを受けた女性への質的調査</li> <li>(2) 分娩ケアに携わる医療従事者への質的調査</li> <li>(3) 医療施設で分娩ケアを受けた女性への量的調査</li> <li>(4) 分娩ケアに携わる医療従事者への量的調査</li> </ol>																											

	<p>1-2 ベースライン調査を実施し、結果を分析し、プロジェクトコンセプトに調査結果を反映させる。</p>	<p>2009年7月～9月に質的調査、2010年3月～5月にNGO(CEFOREP)との契約により量的調査が実施された。調査結果が2010年7月に開催された拡大ワーキンググループにて発表され、参加者と内容の共有が行われた。また、調査内容はモデル案に反映された。</p>
	<p>1-3 本プロジェクトにおける「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」の概念を定義し共有する。</p>	<p>現状のケアにプロトコルの実践、調査結果の反映、WHO59ヶ条の反映、の過程を経て「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」を実現するというプロジェクトの概念が定義され、日々の業務や本邦研修等を通じて、実施機関やC/Pと共有されている。 わが国で実施された仏語圏アフリカ地域母子保健研修やC/P研修を通じて、プロジェクトのコンセプトが共有された。このことがプロジェクトの円滑な遂行に大きく貢献した。</p>
	<p>1-4 「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルの構成要素を同定し、モデルを定義し共有する。</p>	<p>「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルの構成要素が以下のように同定され、研修やワークショップを通じて実施機関やC/Pと共有されている。 モデルの構成要素1 コミュニティとのコミュニケーション モデルの構成要素2 コンセプトの共有 モデルの構成要素3 業務改善 5S/KAIZEN モデルの構成要素4 ケアの実践にかかる活動 モデルの構成要素5 モデル及び構成要素4ケアの実践にかかる支援</p>
	<p>1-5 「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデル実現に必要な活動を構成要素ごとに抽出する。</p>	<p>2010年7月の拡大ワーキンググループにてモデル実現に必要な活動が構成要素ごとに抽出され、その活動を評価するための活動表が作成され、2010年10月に承認されている。</p>
	<p>1-6 基幹施設において「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデル実現のための活動を実践する。</p>	<p>1-5で作成された活動表をもとに、基幹施設において「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデル実現のための活動が現在も実践されている。本邦研修実施後は、研修員の提案した活動（勤務表の作成、職員の写真入り紹介）等の自主的な活動も見られる。</p>
	<p>1-7 基幹施設において「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルをモニタリング・評価し、モデル確立を確認する。</p>	<p>1-5で作成された活動表をもとに、2011年7月に活動の評価が実施された。また、構成要素4のケアの実践について活動表をもとにチェックシートが作成され、2010年11月より約2～3カ月ごと（2011年3月、5月、7月に実施）にモニタリング・評価を実施している。遅れている活動については新たな活動計画が作成されており、2011年7月に行われるポスト調査の結果をもとに、最終的なモデルの確立を確認することになっている。</p>
	<p>2-1 対象施設において「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデル実現のための活動を実践する。</p>	<p>モデルの構成要素を同定し、モデルを定義し、具体的な活動を抽出するまでに時間を要したため、対象施設においてモデル実現のための活動は現在までのところ実施されていない。</p>
	<p>2-2 対象施設における「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルをモニタリング・評価し、モデルの確立を確認する。</p>	<p>対象施設においてモデル実現のための活動はまだ実施されていないため、モデルをモニタリング・評価する活動は実施されていない。</p>
<p>活動の実施</p>	<p>活動の阻害、貢献要因はあるか。</p>	<p><b>貢献要因</b> 日本人長期専門家が本邦研修に同行したことが、プロジェクトの相互理解に貢献した。</p> <p><b>阻害要因1</b> ベースライン調査において、倫理委員会の審査の手続きに多くの時間を費やした。そのために、ベースライン調査の進捗が大きく遅れることとなった。</p> <p><b>阻害要因2</b> 本プロジェクト開始にあたっては、関係者の誰もが明確なプロジェクトのコンセプトやモデル案を持っておらず、その定義が曖昧であった。そのため、プロジェクト開始から1年半もの間、そのコンセプトやモデル案の相互理解に時間を要することとなり、その確立が遅れた。</p> <p><b>阻害要因3</b> 本プロジェクトの開始当初は、ワーキンググループにセネガルの重要な母子保健関係者の巻き込み、特にアカデミックな関係者（大学教授、関連学会関係者）などの巻き込みが不十分であった。そのため、国レベルでの承認が必要な事項について活動が阻害され、拡大ワーキンググループが組織・開催されるまで必要以上に時間を要した。</p>

	追加・中止された活動はあるか。またその要因は何か。		活動を実施する過程で、医療従事者が不足している地域においては、マトロンの一時的な活用が不可欠であることから、マトロンもプロジェクト活動に関与させるよう中央政府に働きかけると同時に、マトロンのための研修も実施した。
ステークホルダーの関係	専門家、基幹施設及び対象施設のC/P、州医務局、保健予防省の関係は良好か。	相互に信頼関係が醸成されているか。相互の満足度は高いか。	終了時評価の聞き取り調査において、相互に信頼関係が醸成されていることが確認された。これは、わが国で実施された仏語圏アフリカ地域母子保健研修やC/P研修を通じて、プロジェクトのコンセプトが共有されたこと、その後ワーキンググループや拡大ワーキンググループにおいて、コンセプトやモデル案について何度も議論を重ねたことで相互理解が深まったこと、が大きな要因である。
		相互コミュニケーションは十分に行われているか。	セネガル側及び日本側のプロジェクト関係者のコミュニケーションについては、終了時評価の聞き取り調査において、決定事項などについて更なるセネガル側の関与が望ましいとの意見が挙げられた。
各レベル（中央・州・現場）の関係機関・関係者の役割分担、指揮命令系統は明確か。連携、情報共有体制は良好か。			本プロジェクトでは、セネガル側のプロジェクトダイレクターは保健局リプロダクティブヘルス課課長、プロジェクトマネージャーはタンバクンダ州医務局長としていた。しかし、セネガルにおいて、通常はリプロダクティブヘルス課の課長よりも州医務局長のほうが高位であり、役割分担や指揮命令系統の面ではその機能に問題が生じた。
			本プロジェクトのプロジェクトマネージャーは、強いリーダーシップでプロジェクトを運営しているが、多忙を極めており、指示を仰いで決定を下さなければならない事項がある際に、時間を要する場合がある。
			プロジェクトの要請の過程ではタンバクンダ州、ケドゥグ州は1つの州であったが、事前調査の2週間前に2つに分割された。そのため、プロジェクトはタンバクンダ州の他、ケドゥグ州もプロジェクト対象州としていたが、基幹施設の選定がタンバクンダ州のみになってしまったために、プロジェクト活動の情報共有が不十分になる結果となった。
			活動の多くは、国家レベルでの承認を得ながら実施してきたため、中央レベルとの調整が常に必要であった。しかし、中央政府レベル（保健省保健局リプロダクティブヘルス課）に、当初はプロジェクトの担当者が設置されていなかったこと、通信事情が悪いことや、ダカールから遠く離れた遠隔地であることからその調整に時間を要した。その後、リプロダクティブヘルス課に2011年1月から担当者が設置されたこと、多くの拡大ワーキンググループが開催されたことから、時間は要したが情報共有は良好となっている。
			中央レベルにおいては、保健局リプロダクティブヘルス課の課長 Dr. Daff が、プロジェクトダイレクターとして配置されている。また、多忙なプロジェクトダイレクターを支援するために、Dr. Faye が中央と地方のフォーカスポイントとして2011年1月から配置されている。地方限定でのプロジェクトということもあり、タンバクンダ州保健局と比較して、リプロダクティブヘルス課の本プロジェクトに対する主体性は相対的に高くはない。
相手国実施機関のオーナーシップ	適切なカウンターパートが配置されているか。	中央レベルにおいて十分な数のC/Pが配置されているか。C/Pは主体的にプロジェクト活動に参加しているか。	タンバクンダ州では、プロジェクトマネージャーの Dr. Sonko をはじめ、十分な数のC/Pが配置されている。C/Pは、プロジェクト活動に参加しており、特にプロジェクトマネージャーの Dr. Sonko は、本プロジェクトの理解者として、プロジェクトの運営に貢献している。一方、ストライキや他に抱えている業務のためにC/Pは常に多忙であり、結果として、十分にプロジェクトの活動に注力できていない。
		州レベルにおいて十分な数のC/Pが配置されているか。C/Pは主体的にプロジェクト活動に参加しているか。	ケドゥグ州では、基幹施設が設置されていなかった。そのため、C/Pが十分に配置されなかった。
		基幹施設レベル及び対象施設において十分な数のC/Pが配置されているか。C/Pは主体的にプロジェクト活動に参加しているか。	基幹施設レベルでは、保健センター長、保健ポスト長、助産師長をはじめ、看護師、助産師がC/Pとして配置されており、主体的にプロジェクトに参加している。
		保健予防省及び州医務局はプロジェクトの活動状況を十分に把握しているか。	終了時評価調査の聞き取り調査の結果、保健予防省保健局リプロダクティブヘルス課及び州医務局は、プロジェクトの活動状況を十分に把握していることが確認された。
他ドナーとの協調	他ドナーとの協力関係はあるか。また協力内容の重複はないか。	先方予算は計画通り確保、支出されているか。	C/Pの人件費や施設維持費以外に、先方政府が本プロジェクトのために計画している予算はない。
			対象地域においては、USAIDがNGO(Africare)を通じて行っているマトロン研修とは、研修内容の面で協力関係がある。
阻害要因及び貢献要因	活動進捗、成果達成、目標達成に阻害、貢献する要因はあるか。	関連政策の変化がマイナスの影響を与えていないか。	政策に大きな変化は見られないため、関連政策によるマイナスの影響は出ていない。
		その他の阻害、貢献要因はあるか。	2010年7月以降、ストライキによって保健医療機関による医療統計が収集、集計されていない。また、2011年5月以降、全国の医療施設でストライキが実施されており、緊急の患者以外は火、水、木曜日は診察されない。そのため、タンバクンダ保健センターでは月曜日と金曜日に患者が集中し、多くの職員が多忙を極めており、女性の意見を聞き取る活動等に影響が出ている。コチャリ保健ポストはコミュニティに密着しており、ストライキにもかかわらず診療を継続しているため、ストライキによる影響は少ない。

妥当性：やや高い

評価項目	評価設問		評価結果
	大項目	小項目	
必要性	プロジェクト目標とセネガル側（ターゲット・グループ）のニーズは一致しているか。		セネガルでは、WHO59ヶ条や、セネガル国のリプロダクティブヘルス・プロトコールに従いつつも女性の意見を尊重しない助産ケアを行う医療関係者が観察されていたこと、ベースライン調査の結果より、妊産婦は医療スタッフから尊重され、十分な情報を与えられるケアを望んでいることから、「人間的なお産」のためのモデルづくりをめざす本プロジェクトの目標は、ターゲットグループのニーズと一致している。
	プロジェクト目標と対象地域・社会のニーズに合致しているか。		対象となっているタンバクンダ州の保健指標は全国平均と比べて総じて悪く、たとえば5歳未満死亡率は全国平均の約2倍にあたる200（1000人当たり）、全国平均の121を大きく上回っている。このことから本プロジェクトの目標は現地のニーズと合致している。
優先度	上位目標及びプロジェクト目標が国家開発計画、保健医療セクター計画、その他の保健・医療関連政策に照らして妥当であるか。		セネガルの国家保健開発計画（PLAN NATIONAL DE DEVELOPEMENT SANITAIRE: PND5 2009-2018）では、「妊産婦と5歳未満児の罹患と死亡に係る重荷の軽減」が目標の1つとして挙げられている。また、ミレニアム開発目標（MDGs）にも、「4. 幼児死亡率の削減」、「5. 妊産婦の健康の改善」が挙げられており、本プロジェクトの上位目標及びプロジェクト目標に照らして妥当である。
	プロジェクト目標が日本の援助政策、JICA 国別事業実施計画に照らして整合性はあるか。		わが国の対セネガル国別援助計画においても、保健医療セクター支援は「中目標Ⅰ 地方村落における貧困層の生活改善、小目標Ⅱ 基礎社会サービスの向上」に位置づけられている。また、保健予防省と共に策定した「タンバクンダ州及びケドゥグ州保健システム強化プログラム（2007-2011）」のプログラム目標は「タンバクンダ州及びケドゥグ州の住民、特に母と子の健康状態が改善される」となっており、本プロジェクトの目標との整合性は高い。
手段としての適切性	対象地域の選定は妥当であったか。	基幹施設及び対象施設の規模は適切か。	本プロジェクトは、医療従事者の患者に対する態度の変革を促すことを目的としており、医療従事者との密なコミュニケーションが重要となる。そのため、日本人専門家の目の届く数ということで基幹施設を2カ所のみとしたのは適切である。また、基幹施設を保健センター1カ所、保健ポスト1カ所としたことで、それぞれの施設の運営形態が観察できたことは、今後のモデルの他施設への活用において有用である。
		対象地域の選定は適切であったか。	本プロジェクトの期間内では、普及の対象となる対象施設の選定は行われない見込みである。そのため、対象施設の規模の適切性については評価できない。 本プロジェクトでは、セネガルでも医療事情の悪いタンバクンダ、ケドゥグ州を対象にして実施されているため、対象地域の選定は適切であったと言える。
	セネガルの母子保健分野の開発課題に対する効果をあげる戦略として適切だったか。	プロジェクトのアプローチは適切であったか。	本プロジェクトでは、実務レベルでのセネガルの母子保健に「継続ケア」の視点、妊産婦を中心とした視点、根拠に基づく助産ケアの視点を導入するもので、将来的にはセネガルの母子保健改善に影響を与えるアプローチであり、適切であると言える。
			プロジェクトの開始当初は、プロジェクトのコンセプトを簡素なハンドブックとして固めた後でモデルを実践し、最終的なマニュアルにまとめることが優先されていた。しかし、2010年5月運営指導調査において、モデルを実践するには詳細なモデル案（マニュアル）を固めるほうが、優先度が高いとの判断からアプローチが変更となった。これにより、セネガル側、日本側でよりモデル案が共有できる結果となり、その後のプロジェクトの進捗に貢献した。そのため、現在のプロジェクトのアプローチは適切であると言える。
プロジェクトのデザインは適切であったか。		本プロジェクトが単にモデルの確立をめざすのであれば、現在の長期専門家2名の投入は妥当であるが、普及をも視野に入れた現在のプロジェクトのデザインは、期間、投入に比して求められる成果が過大である。	
対象地域以外への波及はあるか。		現在は、本プロジェクトの効果は対象地域のみにとどまっている。しかしながら、ティエスやダカールにおける拡大ワーキンググループの開催や、合同調整委員会の開催により、ダカールに拠点を置く産科医や小児科医等の有識者の意見を踏まえてモデルを形成・実践してきたため、2州内にとどまらず、全国的に普及する土台は形成された。また、本プロジェクトの成果がセネガル国で現在改定中のプロトコールに一部反映されていること、セネガル側が他州への普及に意欲を見せていることから、将来的には対象地域以外への波及が見込まれる。	
効果の受益や費用の負担が公平に分配されたか。		タンバクンダ保健センターでは、保健委員会の負担によって助産師、マトロン等の増員や、機材の導入、施設の改修が実施されているなど、費用の負担が行われている。また、コチャリ保健ポストでは、保健委員会によって妊産婦のための休憩小屋の建設や、植林、機材の調達等を行っており、費用の負担が行われている。	

	日本の技術の比較優位性はあるか。	JICAの母子保健技術協力プロジェクトの経験は活かされているか。	本プロジェクトは、JICAがマダガスカルで実施した「母子保健サービス改善プロジェクト」と類似しており、C/Pのマダガスカルへの訪問等が本プロジェクトの枠内で実施されている。
		日本の母子保健の経験が活かされているか。	ベトナムにてJICAが実施した「リプロダクティブヘルス・プロジェクト」において、医療関係者のみではなく、市町村役場関係者、女性連合などコミュニティのメンバーも計画策定段階から参加し、問題の共有、プロジェクトがめざすものの共有を現場レベルで行ったことで、現場レベルでのプロジェクトに関するオーナーシップが高まった。このような視点は、本プロジェクトにて活動表を作成する際にコミュニティの関与を増やすなど、活用する余地があった。
その他	プロジェクト開始以降のプロジェクトを取り巻く環境（政策、経済、社会など）の変化はあったか。		日本の母子保健における、分娩時における継続ケアの視点は、本プロジェクトに十分活かされている。また、わが国で行われている母子保健分野の本邦研修も、わが国の経験が活かされた内容となっている。 2011年5月以降、全国の医療施設でストライキが実施されており一部活動に影響が出ている。



有効性：中程度

評価項目	評価設問		評価結果
	大項目	小項目	
プロジェクト目標の達成度	プロジェクト目標はどの程度達成されるか（見込み）。	タンバクンダ・ケドゥグ州の対象施設において「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルが実践されているか。	2カ所の基幹施設（タンバクンダ保健センター、コチャリ保健ポスト）においては、「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルの確立に向けた活動が普及してきている。しかし、タンバクンダ・ケドゥグ州内の他の対象施設にはまだ普及するには至っていない。そのため、本プロジェクトの目標は本プロジェクト実施期間内では達成できない見込みである。
		プロジェクト目標の指標の設定は適切か。	プロジェクトの開始当初、モデルとは何かということについて、厳密に定義がされていなかった。 「根拠に基づく妊産婦・新生児ケアを正しく行っている医療従事者の割合が増加している」という指標に対し、セルフチェックリスト及びスーパービジョンによって定量的な情報を取ることになっている。しかし、医療従事者が独自で行っているセルフチェックは自己評価で評価が甘く、指標としては使用しにくいいため、スーパービジョンの結果を基に評価を行う。 「根拠に基づくケアについてポジティブな意見を持つ女性の割合が増加する」という指標は、判断基準が曖昧であり指標としては適切であるとは言えない。 「タンバクンダ、ケドゥグ州の基幹施設と対象施設において予防可能な産科合併症発症率及び娩出児（新鮮）死亡率が低下する」という指標は、タンバクンダ保健センターでのストライキによって指標の入手ができないという不測の事態のため、指標自体が適切でなかったということではない。
			現在、「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデル案は、2011年11月のポスト調査の結果を受けて最終的に確立する予定である。現在は、活動の候補が活動表にまとめられ、活動状況のアセスメントが行われている段階であり、2011年9月に実施されるポスト調査の結果を待つ必要がある。
			「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルの実践は、タンバクンダ保健センター及びコチャリ保健ポストの2つの基幹施設に限られており、タンバクンダ、ケドゥグ州の対象施設に普及するには至っていない。
因果関係	プロジェクトのアウトプットはプロジェクト目標達成に貢献しているか（プロジェクト目標の達成はアウトプットによって引き起こされたものか）。	「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」の基幹施設のモデルの確立がモデルの実践に貢献しているか。	本プロジェクトでは、基幹施設におけるケアの改善が優先されて実施されてきたが、それを支援するコミュニティの巻き込み、特に保健委員会のさらなるプロジェクトへの関与が必要である。
		「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」のモデルによって、タンバクンダ、ケドゥグ州の対象施設に広まっているか。	国及び州レベルの実施機関、基幹施設の関係者は、プロジェクトを引き続き支援している。
		その他プロジェクト目標達成のために必要な要因はあるか。	離職はしていないが、本邦研修を受けたタンバクンダ保健センターの助産師長が配偶者の忌引きによって喪に服していたため、半年間勤務していなかった。これによって、プロジェクトの活動の一部が阻害された。
	アウトプットからプロジェクト目標に至るまでの外部条件に変更はないか、外部条件の影響はあったか。	実施機関を中心とする関係者がプロジェクトを引き続き実施、支援しているか。	本プロジェクト開始から1年半までは、プロジェクトの主題、モデル案がセネガル側と日本側で共有されておらず、本プロジェクトの進捗が阻害された。しかし、特に本邦研修の後にプロジェクトのコンセプト、モデル等に対する理解度が高まり、現在ではセネガル側も本プロジェクトの主題、モデル案について完全に理解している。現在、そのモデルの達成度の基準についてはまだ双方の意見に相違はあるが、ポスト調査後の協議によって解消される見込みである。
		研修受講者が離職していないか。	本プロジェクト開始当初は、セネガル側と日本側に、セネガルの助産ケアに関する現状の認識の違いはないか（フリースタイル分娩の実施の可否、マトロンの位置づけ、トレーナーの資格等）。
		プロジェクト以外の活動で、タンバクンダ・ケドゥグ州の助産ケアを改善した要因があるか。	現在、対象地域であるタンバクンダ、ケドゥグ州では、UNFPA、UNICEFによる支援や、NGO（Africare）のマトロン研修、JOCVやKOICAボランティアの派遣などが行われている。

効率性：やや高い

評価項目	評価設問		評価結果
	大項目	小項目	
アウトプットの達成度	アウトプットはどの程度達成されたか。	アウトプットは計画通り達成しているか。阻害要因があるとすれば何か。	<p>成果1については、一部達成できていないものの、基幹施設において「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」のモデルを確立するという目標はプロジェクト終了までに達成する見込みである。しかし、成果2については、一部活動は開始され、普及の土台形成はできているものの、プロジェクト期間内では達成されない見込みである。</p> <p><b>阻害要因1</b> ベースライン調査の実施において、当初は倫理委員会の審査は必要ないとの判断であったが、結果的に審査が必要ということになり、その提出書類の準備等で大幅にベースライン調査の実施に時間を要した。</p> <p><b>阻害要因2</b> 本プロジェクトの開始当初に関係者間で本プロジェクトのコンセプトやモデルのコンセプトが曖昧であったことから、その共通した認識を得るのに時間を要した。</p> <p><b>阻害要因3</b> 本プロジェクトの開始当初は、ワーキンググループにセネガルの重要な母子保健関係者の巻き込み、特にアカデミックな関係者（大学教授、関連学会関係者）などの巻き込みが不十分であった。そのため、国レベルでの承認が必要な事項について活動が阻害され、拡大ワーキンググループが組織・開催されるまで必要以上に時間を要した。</p>
		各アウトプットの指標の設定レベルは適切か。	アウトプットの指標は適切である。
因果関係	アウトプットを産出するために必要十分な活動であったか。	合同調整委員会やその元に設置されたワーキンググループは適切に運営されているか。成果を算出するのに機能しているか。	合同調整委員会やそのもとに設置されたワーキンググループは、定期的に開催されている。本プロジェクト中盤以降、ワーキンググループはダカル大学教授など関係者を増やした拡大ワーキンググループとして開催されており、モデル案の承認等重要な事項の承認など、機能している。
		活動による成果が「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」のモデルの確立に貢献しているか。	本プロジェクトの活動の成果によって、5つの構成要素からなる「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」モデルが確立する見込みであることから、本プロジェクトの活動は、アウトプットを産出することに貢献している。
		「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」のモデルが対象地域に普及しているか。	本プロジェクトの枠内では、基幹施設の2カ所においてプロジェクト活動が実施され、他の対象施設への普及には至らなかった。しかし、対象施設の候補の医療従事者を本邦研修に送るなど、準備は開始されている。
	達成されたアウトプットから見て投入の質、量、タイミングは適切か。	日本人専門家派遣人数、専門分野、派遣時期、期間は適切か。	<p>終了時評価の聞き取り調査では、短期専門家については、実技を重視して研修を希望していたが、専門家の滞在期間が限られているために理論だけで研修が終わってしまった。そのため、できるだけ長期で専門家を派遣してほしい、また、その派遣の人数についても検討の余地があったのではないかと、といった意見がセネガル側から挙げられた。</p> <p>本プロジェクトでは、チーフアドバイザーが派遣されなかったことから、プロジェクトのモデル案の検討作業など重要な判断が求められる際に迅速に判断が下せなかった。これについては、複数回派遣された運営指導調査団が、その活動の一部を補てんする役割を担った。</p> <p>期間が3年の本プロジェクトにおいて、2名の長期専門家が3年目で交代した。これにより、引き継ぎ等によって派遣期間が重なり、コストの面で効率性が損なわれた。業務の継続については、引き継ぎに万全の対策を行ったこと、及び専門家の資質が優れていたことで特に問題は発生していない。</p>
		供与機材の仕様、種類、量、導入時期は適切か。	機材については、仕様や量には特に問題がなかったものの、調達時期が遅かったと終了時評価の聞き取り調査にて指摘された。
本邦研修、在外研修の派遣人数、資格、分野、研修内容、研修期間、受入時期は適切か。	終了時評価での聞き取り調査において、本邦研修、在外研修では適切な資格をもつ本プロジェクトのC/Pが適切な人数派遣され、特に本邦研修の終了後にプロジェクトのコンセプト、モデルなどの理解度が高まり、プロジェクトの進捗に大きく貢献したことが確認された。ただし、実際にケアにかかわるC/Pについては、長期の実技中心の研修が必要であったのではないかと意見も挙げられた。		

		州基幹施設の研修の受講者数、資格、研修内容、研修時期、期間は適切か。	州基幹施設における研修については研修内容については特に問題はないが、研修時期が遅すぎたこと、研修の実習期間が短いことが、終了時評価の聞き取り調査にて指摘された（ただし、研修の時期が遅れたのは、モデルの確立が遅れ、研修項目が早期に決定できなかったからである）。
		セネガル側のG/Pの人数、配置状況、能力は適切か。	セネガル側のG/Pについて、数は十分であるが、ストライキの影響等で多忙を極めており、十分にプロジェクトの活動に関与できなかったことが、終了時評価の聞き取り調査で指摘された。
		日本側の現地活動費は適切か。	在外事業強化費については、活動を行うために十分な予算が割り当てられている。
		セネガル側の予算配分は適切か。	人件費や施設維持費以外に、セネガル側が割り当てている予算は特になし。保健ポストや保健センターの保健委員会は、本プロジェクトのために予算配分をしており、施設の改修や機材の調達などを行っている。
コスト	類似プロジェクト(JICA プロジェクト及び他ドナー等が実施する母子保健関連の支援)と比較して、アウトプットは投入コストに見合ったものか。		プロジェクトのデザインにおいて、投入や期間に比して成果が過大であり、成果1のモデルの確立に対しては投入コストに見合っているが、成果2のモデルの普及を達成するには投入が不十分であった。
	類似プロジェクト(JICA プロジェクト及び他ドナー等が実施する母子保健関連の支援)と比較して、プロジェクト目標や上位計画の達成度は投入コストに見合ったものか。		本プロジェクトは、長期専門家2名という地方で実施した小規模プロジェクトながら、結果としてセネガルの母子保健の政策の変革を促し、実際に影響を与えているなど、その達成度は類似プロジェクトの投入と比較して、コストの面で効率性が高かったと言える。
	ローカル資源を有効に活用しているか。	既存の組織、施設などを有効に活用しているか。 過去の類似プロジェクトの成果を活用しているか。	既存の保健センターや保健ポストなどで活動を行ったこと、量的調査における調査者として地元の人の採用するなど、ローカル資源を有効に活用している。 セネガルの一次保健医療システムで働く保健人材の養成システムの強化をめざした、2001～2006年に実施されたセネガル保健人材開発促進プロジェクトにおいて作成されたマロン育成のマニュアル等を、本プロジェクトにおいて一部改良して使用するなど、類似のプロジェクトの成果を活用している。
	その他効率性を阻害した要因はあるか。		2011年5月以降、全国の医療施設でストライキが実施されており一部活動に影響が出ている。

その他

評価項目	評価設問		評価結果
	大項目	小項目	
プロジェクト終了時までの留意点	投入・活動・アウトプットの内容を再検討する必要があるか。		成果については、本プロジェクトの期間内で対象施設へのモデルの普及は困難であると考えられるため、成果の内容をモデルの普及から、モデル普及のための準備(モデル普及に向けた保健予防省でのプロセスの確認と承認)に注力する必要がある。
		今後、プロジェクト終了時までに留意していかなければならないことは何か。	ポスト調査を実施し、本プロジェクトの成果をセネガル側関係者と広く共有・確認すること。 ポスト調査結果を踏まえ、マニュアルの最終版を作成、承認を受けること。 遅れている構成要素1「コミュニティとのコミュニケーション」の活動を、プロジェクトの持続性のために強化すること。 基幹施設2カ所における実地指導によるケアの改善

## 6. 投入実績

### 1. 日本側投入

#### (1) 長期専門家

	名前	期間	本邦所属先	指導科目
1	飯島 日呂子	2009. 1. 13-2011. 1. 12 (24M/M)	なし	母子保健
2	工藤 典子	2009. 1. 13-2011. 1. 12 (24M/M)	なし	業務調整/研修 計画
3	斎藤 優子	2010. 12. 22-2011. 12. 21 (12M/M)	なし	母子保健
4	及川 みゆき	2010. 12. 22-2011. 12. 21 (12M/M)	なし	業務調整/研修 計画

※終了時評価終了後、斎藤専門家・及川専門家の任期を2011年12月31日まで延長

#### (2) 短期専門家

	名前	期間	本邦所属先	指導科目
1	岡本 菜穂子	2009. 2. 28-2009. 3. 28 (1M/M)	国立保健医療科学院	疫学
2	森兼 真理	2009. 2. 28-2009. 3. 28 (1M/M)	聖バルナバ病院	母子保健（助 産）
3	竹原 健二	2009. 4. 18-2009. 5. 31 (1. 43M/M)	国立成育医療センタ ー研究所成育政策科 学研究部	疫学
4	後藤 美穂	2010. 7. 7-2010. 8. 26 (1. 63M/M)	国立国際医療研究セ ンター	マニュアル作 成支援
5	堀越 洋一	2010. 7. 7-2010. 7. 28 (0. 73M/M)	国立国際医療研究セ ンター	ワーキンググ ループ実施支 援
6	斎藤 優子	2010. 10. 13-2010. 11. 14 (1M/M)	なし	研修計画
7	後藤 美穂	2011. 3. 15-2011. 4. 12 (0. 9M/M)	国立国際医療研究セ ンター	助産技術
8	飯島 日呂子	2011. 6. 12-2011. 7. 27 (1. 5M/M)	なし	助産技術
9	杉浦 康夫	2011. 7. 19-2011. 8. 11 (0. 76M/M)	国立国際医療研究セ ンター	情報分析支援

(3) 運営指導調査団

	名前	期間	本邦所属先
1.	堀越 洋一	2009. 8. 10 - 2009. 8. 28	国立国際医療研究センター
2.	杉浦 康夫 後藤 美穂	2010. 5. 8 - 2010. 5. 23	国立国際医療研究センター
3.	堀越 洋一	2010. 10. 13 - 2010. 10. 26	国立国際医療研究センター
4.	松井 光明	2011. 3. 2 - 2011. 3. 17	国立国際医療研究センター
5.	松井 光明	2011. 5. 7 - 2011. 5. 18	国立国際医療研究センター

(4) 研修員受入れ

【カウンターパート研修】

	研修名	期間	参加者	参加者の所属先
1	アフリカ地域 (仏語圏) 母子 保健	2009. 6. 21 -2009. 7. 5	Dr. Adrien SONKO	タンバクンダ州医務 局長
2	母子保健研修	2010. 6. 13 -2010. 7. 3	Dr. Mareme SAMBA	タンバクンダ州病院 産科医
3			Dr. Amadou DIOUF	タンバクンダ保健区 長
4	母子保健研修	2010. 6. 8 -2010. 7. 17	M. Thierno DIALLO	グディリ保健区コチ ャリ保健ポスト長

【仏語圏母子保健研修 (地域別研修)】

	研修名	期間	参加者	参加者の所属先
1	仏語圏母子保健	2009. 1. 27 -2009. 3. 7	Dr. Barnabé GNING	タンバクンダ州副医 務局長
2			Dr. Marietou THIAM	ダカール大学産科ク リニック
3	仏語圏母子保健	2009. 6. 9 -2009. 7. 18	Mme. Mbamoussa SOUMARÈ	タンバクンダ保健セ ンター助産師長
4			Mme. Doussou SAMOURA	タンバクンダ州保健 人材研修センター助 産学科講師

5	仏語圏母子保健	2010.6.8	Dr. Soliba Julien MANGA	グディリ保健区長
6		-2010.7.17	Mme. Fatou NDOUR	サラヤ保健センター 助産師
7	仏語圏母子保健	2011.	Dr. Sadibou SENHOR	ケドゥグ保健区長
8			Mme. Awa SAMB	保健予防省リプロダ クティブヘルス課

【マダガスカル技術交換】2010年1月16日～2010年1月23日

	名前	所属先
1	Dr. Adrien SONKO	タンバクンダ州医務局長
2	Mbamoussa SOUMARÈ	タンバクンダ保健センター助産師長
3	工藤 典子	業務調整/研修計画

(5) 供与機材一覧

品名	数	単価 (fcfa)	メーカー	場所	状態
車	2	17,000,000	Mitsubishi	Tambacounda	良
デスクトップ PC	1	450,000	DELL	Tambacounda	良
ノートパソコン	2	550,000	HP	Tambacounda	良
ノートパソコン	1	590,000	TOSHIBA	Tambacounda	良
プロジェクター	1	135,000	HP	Tambacounda	良
レーザープリンター	1	265,000	HP	Tambacounda	良
戸棚	1	200,000	Furniture MOBOUCA	Tambacounda	良
戸棚	1	175,000	Furniture MOBOUCA	Tambacounda	良
シュレッダー	1	210,000	ACCO	Tambacounda	良

コピー機	1	686,441	Canon IR 1600	Tambacounda	良
プロジェクター	1	1,700,000	EPSON Power Lite 835P	Tambacounda	良
製本機	1	140,000	ACOO, RELEX	Tambacounda	良
デジタルカメラ	1	265,500	Canon Power Shot	Tambacounda	良
エアコン	1	595,000	LG	Tambacounda	良
机	1	125,000		Tambacounda	良
ドップラー	4	650,000	ChangXing Ultrasonic instrument Co., Ltd.	CS Tambacounda, PS Kothiary	良

## 2. セネガル側投入

### (1) カウンターパートの配置

プロジェクトディレクター：リプロダクティブヘルス課長 Dr. Boubacar DAFF

プロジェクトマネージャー：タンバクンダ州医務局長 Dr. Adrien SONKO

### 【ワーキンググループメンバー】

	名前	所属先
1	Dr. Adrien SONKO	タンバクンダ州医務局長
2	Dr. Doudou SÈNE	ケドゥグ州医務局長
3	M. Boubacar MANÈ	タンバクンダ州病院長
4	Dr. Barnabé GNING	タンバクンダ副医務局長
5	Dr. Amadou Mbaye DIOUF	タンバクンダ保健区長
6	Dr. Julien Soliba MANAGA	グディリ保健区長
7	M. Mamadou WADE	タンバクンダ州保健人材研修センター長
8	Dr. Marième SAMBA	タンバクンダ州病院産科医
9	Dr. Joseph Sant clair DIOP	タンバクンダ州病院小児科医
10	M. Dame FALL	タンバクンダ州プライマリーヘルス・スーパーバイザー
11	Mme Khadyjatou Ba SOW	タンバクンダ州リプロダクティブヘルス・コーディネーター
12	M. Mabinta SAMBOU	Responsable BREIPS Tambacounda
13	Mme Aïssatou samba DIOP	ケドゥグ州リプロダクティブヘルス・コーディネーター

14	Mme Mba moussa SOUMARÈ	タンバクンダ保健センター助産師長
15	Mme Fatou n' diaye THIOUB	タンバクンダ保健・区リプロダクティブヘルス・コーディネーター
16	Fatou NDOUR	サラヤ保健区リプロダクティブヘルス・・コーディネーター
17	M. Thierno DIALLO	コチャリ保健ポスト長
18	Dr El hadji Ousseynou Faye	リプロダクティブヘルス課母子保健室

【拡大ワーキンググループ】

	名前	所属先
1	Prof. Jean Charles MOREAU	ダンテック病院産科クリニック長
2	Prof. Ousmane NDIAYE	アバス ンダオ病院小児科医
3	Prof. Cheikh Tidiane CISSÈ	IHS（衛生保健機関）産科医
4	Prof. Pape N' DIAYE	ISED（保健開発機関）教官長
5	Prof. Cheikh Tidiane CISSÈ	ポリクリニック産科長
6	Prof. Omar SYLLA	ENDSS（国立保健医療社会開発学校）校長
7	Mr. Mamadou Baïdy SEYE	国家保健教育広報部
8	Dr. Bocar Mamadou DAFF	リプロダクティブヘルス課長
9	Dr. Ndeye Codou LAKH	プライマリーヘルス課長
10	Prof. Philippe MOREIRA	<b>ASGO</b>
11	Mme Marième FALL	助産師会長
12	M. Abdou GUEYE	ANIIDES
13	Ibrahima MAAL	CEFOREP
14	Pierre MANSALY	機材維持管理局
15	Dr. Adrien SONKO	タンバクンダ州医務局長
16	Dr. Doudou SÈNE	ケドゥグ州医務局長
17	M. Boubacar MANÈ	タンバクンダ州病院長
18	Dr. Barnabé GNING	タンバクンダ副医務局長
19	Dr. Amadou Mbaye DIOUF	タンバクンダ保健区長
20	Dr. Julien Soliba MANAGA	グディリ保健区長
21	M. Mamadou WADE	タンバクンダ州保健人材研修センター長
22	Dr. Marième SAMBA	タンバクンダ州病院産科医
23	Dr. Joseph Sant clair DIOP	タンバクンダ州病院小児科医
24	M. Dame FALL	タンバクンダ州プライマリーヘルス・スーパーバイザー
25	Mme Khadyjatou Ba SOW	タンバクンダ州リプロダクティブヘルス・コーディネーター



26	M. Mabinta SAMBOU	Responsable BREIPS Tambacounda
27	Mme Aïssatou samba DIOP	ケドゥグ州リプロダクティブヘルス・コーディネーター
28	Mme Mba moussa SOUMARÈ	タンバクンダ保健センター助産師長
29	Mme Fatou n' diaye THIOUB	タンバクンダ保健区リプロダクティブヘルス・コーディネーター
30	Fatou NDOUR	サラヤ保健区リプロダクティブヘルス・コーディネーター
31	M. Thierno DIALLO	コチャリ保健ポスト長
32	Dr. El hadji Ousseynou Faye	リプロダクティブヘルス課母子保健室

