

ブルンジ共和国
母子保健向上を目的とする
医療施設能力強化プロジェクト
終了時評価調査報告書

平成23年10月
(2011年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人間
JR
11-122

ブルンジ共和国
母子保健向上を目的とする
医療施設能力強化プロジェクト
終了時評価調査報告書

平成23年10月
(2011年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

序 文

ブルンジ共和国の母子保健サービス改善を目的として 2009 年 1 月に開始した「母子保健向上を目的とする医療施設能力強化プロジェクト」は、2012 年 1 月をもって 3 年間の協力期間を終了する予定です。

今般、本プロジェクトの終了を控え、2011 年 9 月 17 日～10 月 7 日まで終了時評価調査団を派遣し、これまでのプロジェクトの活動実績・成果を評価するとともに、評価結果から今後の活動方針に関する協議を行いました。

本報告書は、ブルンジ共和国側との合同評価の結果に基づき取りまとめたものであり、今後の技術協力事業を効果的かつ効率的に実施していくための参考として、広く活用されることを願うものです。

ここに、本調査にご協力とご支援を頂いた関係各位に深甚なる謝意を表しますとともに、残りの期間のプロジェクト実施・運営並びに今後の保健分野におけるブルンジ共和国支援のため、引き続きご指導、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

平成 23 年 10 月

独立行政法人国際協力機構
人間開発部長 萱島 信子

目 次

序 文

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 評価調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯	1
1-2 調査団派遣の目的	1
1-3 調査団の構成	2
1-4 調査期間	2
1-5 対象プロジェクトの概要	2
第2章 終了時評価調査の方法	4
2-1 評価の手順	4
2-2 データ収集方法	5
第3章 プロジェクトの実績と実績プロセス	6
3-1 投入実績	6
3-1-1 日本側投入	6
3-1-2 ブルンジ側	8
3-2 活動実績	8
3-3 アウトプットの達成状況	8
3-4 プロジェクト目標の達成状況	14
3-5 プロジェクトの実施プロセス	15
第4章 評価5項目の評価結果	18
4-1 妥当性	18
4-2 有効性	18
4-3 効率性	19
4-4 インパクト	19
4-5 持続性	21
4-6 結論	22
第5章 提言と教訓	23
5-1 提言	23
5-2 教訓	25

第6章 団長所感	26
----------------	----

付属資料

1. 調査日程	31
2. PDM 2.0（終了時評価時点）	32
3. PDM 3.1（最終版 和文・英文）	35
4. 主要面談者リスト	42
5. 投入実績	44
5-1 派遣専門家実績	44
5-2 供与機材	46
5-3 海外研修実績	47
5-4 カウンターパート一覧	49
6. 活動実績表	54
7. 指標データ	58
8. 終了時評価調査ミニッツ（英語・仏語）	62
9. 現地終了時評価報告書（英語・仏語）	66





PRC 病院における関係者との協議



対象施設のひとつ、保健センター外観（ブテレレ）



保健センターから病院へ、バイク救急車により患者を搬送



保健センターでの予防接種



家族計画についての啓発教育活動（保健センター）



5S 活動により整理された薬品棚 1（保健センター）



5S 活動により整理された薬品棚 2 (保健センター)



終了時評価調査の結果報告合同調整委員会 (JCC)

略 語 表

略語	英語/仏語	日本語
AAKCP	Asia-African Knowledge Co-Creation Program	アジア・アフリカ知識共創プログラム
BDS	Bureau du District Sanitaire	市保健局
BPS	Bureau Provincial de Santé	ブジュンブラ州都市部保健局
C/P	Counterpart	カウンターパート
CQI	Continuous Quality Improvement	継続的な業務環境と質の改善活動
CTN	La Cellule Technique Nationale	国家 PBF 技術ユニット
EAC	East African Community	東アフリカ共同体
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HPRC /PRC	Hôpital Prince Régent Charles	フランス・レジャン・シャルル病院
INSP	Institut National de Santé Publique	国立公衆衛生院
JCC	Joint Coordination Committee	合同調整委員会
MCH	Mother and Child Health Care	母子保健
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MOPH	Ministry of Public Health and Fight against AIDS	公衆衛生・エイズ対策省（保健省）
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NIPH	National Institute of Public Health	国立公衆衛生院
PBF	Performance Based Financing	成果に基づく資金投入
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire	国家保健開発計画
PNSR	National Program for Reproductive Health	国家リプロダクティブヘルスプログラム
PO	Plan of Operation	活動計画
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper	貧困削減戦略ペーパー
R/D	Record of Discussions	討議議事録
SC	Steering Committee	運営委員会
TQM	Total Quality Management	総合的品質管理
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
WHO	World Health Organization	世界保健機関
WIT	Working Improvement Team	業務改善チーム
5S	Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu, Shitsuke (Sort, Set, Shine, Standardize, Sustain)	「整理、整頓、清掃、清潔、しつけ」を通じた業務環境改善手法の名称

終了時評価調査結果要約表

1. 案件の概要	
国名：ブルンジ共和国	案件名：母子保健向上を目的とする医療施設能力強化プロジェクト
分野：保健医療	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：人間開発部保健第一課	協力金額（評価時点）：3億円
協力期間 2009年1月～ 2012年1月	先方関係機関：公衆衛生・エイズ対策省（保健省）
	日本側協力機関：株式会社国際テクノ・センター
	他の関連協力： 無償資金協力「ブジュンブラ市内医療設備整備計画」 協力準備調査「アフリカ地域医療施設機能改善（広域）プログラム準備調査」（前・AAKCPプログラム）
1-1 協力の背景と概要	
<p>ブルンジ共和国（以下、「ブルンジ」と記す）は、1993年から10年以上続いた内戦により保健医療施設の疲弊が進み、これらの施設で提供されるサービスの質も劣悪な状況が続いている。保健分野において多くの課題があるなか、ブルンジ政府は2015年までに妊産婦死亡率、乳児死亡率の低減、保健医療サービスへのアクセスと質の改善を図ることを優先課題としている。このような状況を受け、ブルンジは「母子保健向上を目的とする医療施設能力強化プロジェクト」をわが国に要請し、JICAはブルンジ保健省をカウンターパート（Counterpart：C/P）機関として、2009年1月から2012年1月まで3年間の予定で本プロジェクトを開始した。</p> <p>本プロジェクトでは、ブジュンブラ都市部のトップリファラル病院のひとつであるプランス・レジャン・シャルル（Hôpital Prince Régent Charles：PRC）病院の主に産科、新生児科、婦人科と、地域の保健センター9カ所において患者中心の妊産婦・新生児ケアを実践することにより、上記母子保健課題の解決に貢献することを目的としている。ブルンジ保健セクターにおける人的・財政的リソースは限られており、また、これらの施設におけるマネジメント能力も著しく低いことから、比較的低投入かつ容易に実践できる保健医療現場の業務環境改善を含めた取り組みを実施した。業務環境改善は医療サービス改善の基本でもあり、この手段として、「整理・整頓・清潔・清掃・しつけ」に取り組む5S-KAIZEN〔継続的な業務環境と質の改善活動（Continuous Quality Improvement：CQI）〕-統合的品質管理（Total Quality Management：TQM）（5S-KAIZEN-TQM）に基づく活動を導入した。5S-KAIZEN-TQM活動を組織的に実践する過程で、現場のスタッフは、労働負荷の軽減や効率性改善を体感し、それをきっかけに担当サービスの向上に向けて行動するようになり、業務環境改善が図られることが期待された。</p>	
1-2 協力内容	
<p>本プロジェクトは、ブジュンブラ都市部のトップリファラル病院のひとつであるPRC病院の主に産科、新生児科、婦人科と、地域の保健センター9カ所において患者中心の妊産婦・新生児ケアを実践することにより、上記母子保健課題の解決に貢献する。</p>	
(1) 上位目標	
PRC病院と対象保健センターにおいて、妊産婦・新生児ケアの質が改善する。	

(2) プロジェクト目標

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

(3) アウトプット

- 1 対象保健施設において、トップ管理職（院長、センター長）・中間管理職（診療科長、看護師長など）のリーダーシップが育成される。
- 2 各施設長のリーダーシップにより、現場スタッフの 5S 活動を通して、妊産婦・新生児ケアの業務環境が改善される。
- 3 対象保健施設において、機材の予防メンテナンスが、医療従事者の全員参加により、継続的に行われる。
- 4 看護・助産スタッフの、妊産婦・新生児ケアにかかわる技術・知識が強化される。

1-3 投入（2011 年 10 月現在におけるプロジェクト終了時見込み）

(1) 日本側：総投入額 約 3 億円

短期専門家派遣	11 名	〔 63.83 人月 (MM) 〕
研修員受入	15 名	(第三国での技術交換参加者数を含む)
機材供与	561 万 6,000 円	
ローカルコスト負担	2,690 万 4,000 円	

(2) ブルンジ側：

カウンターパート	31 名	
その他	プロジェクト事務所執務室、安全対策費等	約 1,000 米ドル

2. 評価調査団の概要

調査者	(担当分野、氏名、所属)		
	団長/総括	尾崎 敬子	JICA 国際協力専門員
	協力企画	武村 勝将	JICA 人間開発部保健第一課
	評価分析	井関 ふみこ	グローバルリンクマネジメント株式会社
	フランス語通訳	小島 良子	財団法人日本国際協力センター

調査期間	2011 年 9 月 17 日～10 月 7 日	評価種類	終了時評価
------	--------------------------	------	-------

3. 調査結果の概要

3-1 実績の確認

(1) アウトプットの達成状況

アウトプット 1 は部分的に達成された。プロジェクト終了に向けて課題は残すものの、指標 a)、 b)、 c)は達成されている。PRC 病院及びブジュンブラ州都市部保健局（以下、「州保健局」と記す）に 5S 委員会が、全対象施設に 5S 活動を率いる 5S 実施活動チーム [業務改善チーム (Working Improvement Team : WIT)] が配置され、PRC 病院の対象 3 部門及び 9 カ所の保健センターには行動基準書 (ビジョン・ミッション) が掲示されている。対象施設のトップ管理職及び中間管理職の大半が、海外研修に参加し、帰国後にフィードバックセミナーを開催している。他方、5S 委員会の会議の頻度は少なく、人事異動の影響等もあり、WIT 会議の開催が定期的でない施設もある。プロジェクトは、リファラルケースの改善のために、PRC 病院と対象保健センター間の情報共有システムの構築をめざしたが、実現されていない。

アウトプット 2 は、おおむね達成されている。衛生基準が策定・実施され、医療廃棄物用のごみ箱が導入されている。文書化はされていないものの、物品保管方法のルールは作成され、実践されている。また、外来患者用の新しいベンチも適切な場所に設置されている。掃除は医者や看護師の仕事でないという文化が根強いブルンジにおいて、当初、5S 理念の導入に伴い、プロジェクトは抵抗にあったものの、現在では、保健スタッフが患者のためのみならず、自分自身のためにも 5S 活動を実施するメリットに気づいており、より良いサービスを提供するという責任感も芽生えている。

アウトプット 3 は、おおむね達成されている。対象施設において、ほぼ全部の機材に使用注意タグが添付され、予防メンテナンスシートも掲示・記入されている。使用注意タグは新人が配置された際に役立ち、予防メンテナンスシートは毎週記入することで予防メンテナンスを習慣化するためのツールとして作成されており、現在では主要保健スタッフは定期点検が機材の寿命を延ばすことに効果があることを理解している。一方で、PRC 病院と保健センターでは維持管理技術レベルが異なるため、プロジェクトが双方を同時対象に活動を進める難しさがあった。

アウトプット 4 は、指標上はほぼ達成しているといえる。ただし、活動の一部が PRC 病院に限られていた。4 回実施された研修のポスト・テストでは、3 回のテストで研修生全員が 50%以上の得点を獲得しており、助産研修を受講した総累計は 238 名に達している。スタディーツアーからの帰国後、マダガスカル共和国（以下、「マダガスカル」と記す）で実践されていた患者中心ケアの概念を分娩ケアの医療的な処置の流れの中に織り込み、5S の可視化及びプロセスの標準化を適用した形で、正常分娩ケアチェックリストが作成された。このチェックリストは、分娩サービスが開始されていない保健センターにおいても、患者に対する態度の改善に有効であると報告されており、エンドライン調査によって保健スタッフの患者に対する意識が向上していることも確認されている。他方、PRC 病院と保健センターには出産数並びに技術レベルに違いがあり、双方を同時に活動対象とする難しさがあった。さらに、助産担当の日本人専門家の投入量が限定されていたため、活動の中心を PRC 病院に絞らざるを得ず、保健センターを対象とした活動展開には限りがあった。

(2) プロジェクト目標の達成状況

プロジェクト目標は、おおむね達成されると見込まれる。対象施設の業務環境はほぼ目標レベルまで改善され¹、正常分娩チェックリスト導入の 2 カ月後の調査では、出産した産婦のうち看護スタッフから十分・適切なケアを受けたという回答が増加している。さらに、PRC 病院の産婦人科部門の評価点は「成果に基づく資金投入」(Performance Based Finance : PBF) 開始後 1 年間に 84.2%から 94.7%に向上しており、2 カ所を除いた対象保健センターでは、産婦人科部門特定ではないものの、センター全体としての PBF の質的評価点が改善している。PBF の 30%以上の評価点が 5S 活動と関連するものであり、5S 活動は PBF 評価点の獲得に貢献していると考えられている。全体として、5S 活動及び正常分娩チェックリストは、保健スタッフの意識改革、患者中心ケアという概念の導入に際し重要な役割を果たし、患者中心ケアの実践という行動変容につながっている。

¹ 指標 a) 「対象施設の業務環境が改善される」は本来アウトプット 2 レベルに該当すると考えられるが、カウンターパートの混乱を避けるために、終了時評価調査では修正を行わなかった。

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性

政策面での妥当性は高いが、プロジェクトデザインに関しては、一部妥当性を下げる要因となった。

- ・ 貧困削減戦略ペーパー（Poverty Reduction Strategy Paper：PRSP）、国家保健開発計画（Plan National de Développement Sanitaire：PNDS）、国家リプロダクティブヘルスプログラム（National Program for Reproductive Health：PNSR）では、乳幼児死亡率及び妊産婦死亡率の削減を目標に掲げており、プロジェクトの目標はブルンジ政府の優先事項達成に貢献するものであり、ニーズにも合致している。また、プロジェクトは JICA の対ブルンジ事業展開計画の援助重点分野（保健）に対応するものである。
- ・ 当初 5S 中心のプロジェクトとして立案されたため、母子保健の投入が少なく、中間レビューまで、母子保健とのかかわりが明確でなく、プロジェクトが 5S 中心の活動を進める要因になったと考えられる。
- ・ プロジェクト目標の「患者中心ケア」、並びにアウトプット 4 の「妊産婦・新生児ケアにかかわる技術」の定義が明瞭でなく、プロジェクト側としてもこの点の整理が十分でなかった。その結果、中間レビューまでプロジェクト目標の共通認識が形成されておらず、アウトプット 4 の活動の方向性に支障を来したと考えられる。

(2) 有効性

有効性は比較的高い。大半のアウトプットは期待されていたレベルの成果を産出しており、プロジェクト目標もおおむね達成される見込みである。中間レビューまでは、5S 活動に中心が置かれ、母子保健の活動進捗に遅れがみられた。しかし、5S 活動が C/P の意識改革を促し、機材の維持管理の促進、さらにはプロジェクトが目標としている患者中心ケアの概念を導入するにあたり、良いプロセスを踏む結果となった。このように、アウトプット 1 のリーダーシップの育成並びにアウトプット 2 の 5S 活動により職員の行動を変容させる基盤が整備されたことが、アウトプット 3、4 の機材維持管理、妊産婦・新生児ケアの技術力向上につながり、さらにはプロジェクト目標である患者中心ケアを実施することが可能となった。

(3) 効率性

効率性は中程度である。プロジェクトは、アジア・アフリカ知識共創プログラム（Asia-African Knowledge Co-Creation Program：AAKCP）プログラム、課題別研修、無償資金協力と効果的な連携が取られていたうえ、マダガスカルスタディーツアーもタイミング良く実施され、効率性を高めている。一方で、2010 年の選挙実施に伴って治安が悪化し、日本人専門家が退避せざるを得なかったため、ほとんどの活動が約 5 カ月間停止された。このために中間レビューの実施も延期され、タイムリーなプロジェクトの軌道修正に支障を来した。さらに、プロジェクトは、助産関連の投入や活動が少ないだけでなく、活動の進捗状況に沿って、助産担当の専門家をタイミング良く柔軟に派遣する体制になかったことは、効率性を下げている。

(4) インパクト

ブルンジ側がプロジェクト成果を維持し、プロジェクトによって開始された活動を継続すれば、プロジェクト終了の 3 年後には上位目標はおおむね達成されると期待される。た

だし、リファラル数の増加に対する本プロジェクトのインパクトは、PBF に比べると限定的である。指標 d)「正常分娩が 100%、正常分娩ケアチェックリストにより、行われる」が 100%を目標とすることは、現状をかんがみると、達成は現実的でないといわれ、本評価調査団は考える。利用率が低い理由を解明し、必要に応じて正常分娩ケアチェックリスト/シートが修正され、指標も改訂されることが望まれる。

その他の正のインパクトとして、プロジェクトは以下のとおり、保健省関係者の間で 5S 活動の関心を高めている。

- ① PRC 病院レベルにおいて、WIT の数が当初の 3 部門からすべての 18 部門に拡大した。
- ② 5S 大会に招待されたブジュンブラ市内の 3 病院、及び 4 州の保健局長や病院長は、5S 活動の導入に関心を示している。
- ③ C/P のリーダーシップにより、2011 年 6 月に 5S を中心としたプロジェクト活動を国中に普及することを目的に、国家 5S 委員会が設立されている。

(5) 持続性

政策面では比較的高いものの、それ以外の面では比較的低い。

1) 政策面での持続性は比較的高い。

2010 年に 5S 活動と類似した観点を含む PBF が導入されたことは、保健スタッフの 5S 活動に対するやる気を高めている。さらに、2011 年 6 月、保健省は国中にプロジェクト活動を普及するために、国家 5S 委員会を設立している。

2) 技術的側面としては、対象施設の保健スタッフの技術レベルは一定レベルに達しているが、更なる強化が必要である。

保健スタッフが 5S 活動を継続するコミットメントは醸成されているが、5S 委員会並びに WIT 会議は定期的な開催には至っていない。国家 5S 委員会も設立されたものの、いまだ本格的な機能は開始されていない。したがって、プロジェクトは S4 及び S5 にある程度到達しているものの、完全には達成していないと考えられる²。また、正常分娩ケアチェックリスト/シートの利用率がいまだ低いことが懸念される。プロジェクトが、この利用率が低い原因を更に分析し、現状に沿った利用方法が提示される必要がある。

3) 組織的側面での持続性は、更なる強化が必要である。

州保健局は、保健センターレベルにおけるプロジェクト活動のモニタリングシステムを構築しようと試みているが、いまだ早期段階にある。「保健省—州保健局—市保健局—保健センター」のラインに沿ったモニタリング体制を構築するためには、アクションプランの策定が必要である。

4) 財政的持続性も、課題である。

国中に 5S を中心としたプロジェクト活動を普及するにあたり、財政面での持続性が課題である。保健省並びに PRC 病院は、これらの活動予算を「サービスの質」という費目に織り込む試みをしている。この予算確保の実現、並びに将来にわたって毎年予算が確保されることが期待される。

² プロジェクトは、S4 (清潔) を「毎月 WIT 会議を開催し、3S 活動 (整理・整頓・清掃) を継続すること」、S5 (しつけ) を「スタッフが 5S 活動を継続し、活動レベルを引き上げるようにリーダーが先導すること」と定義している。

3-3 効果発現に貢献した要因

(1) 計画内容に関すること

- ・ 無償資金協力、協力準備調査（AAKCPプログラム）との連携：無償資金協力による対象施設への医療機器の整備、AAKCPプログラムによる5S活動の研修及び関連活動は、本プロジェクトの活動を補完するものであり、本プロジェクトとの相乗効果をもたらした。

(2) 実施プロセスに関すること

- ・ 2010年PBFの導入：PBFは5S活動と類似した項目に評価点を設定しているため、PBFの開始が5S活動の進捗を促進した。
- ・ プロジェクトによるブルンジ側のオーナーシップ醸成：日本人専門家がブルンジ側を十分に巻き込む努力を行った結果、プロジェクト活動に熱心な数名のブルンジ側C/Pがリーダー的存在として育成され、活動を推進している。
- ・ 海外研修並びにフィードバックセミナー開催の定例化：海外研修は、C/Pの意識を向上させ、ブルンジ人が自分たちもめざせるような目標があることに気づかせる機会を提供した。さらに、フィードバックセミナーの定例化により、研修に参加できなかったメンバーとの知見の共有、加えて海外研修参加者のリーダーシップ向上に有効であった。
- ・ 中間レビューの実施：中間レビューによるPDMの改訂や提言を受け、その後6カ月間の活動進捗はスムーズなものとなり、プロジェクトはおおむね活動の遅れを取り戻した。
- ・ 他部門間同志での評価制度：ピアレビュー制度は、他部門間のWITメンバー同志が刺激しあい、5S活動の促進並びにオーナーシップの醸成に有効であった。

3-4 問題点及び問題を引き起こした要因

(1) 計画内容に関すること

- ・ 病院と保健センターの支援ニーズの違い：PRC病院と保健センターでは活動内容、技術レベルが異なるため、それぞれのニーズに応じた支援方法を取る必要があった。
- ・ 限定的な母子保健の投入：人選等の問題から専門家の投入量が限定されたため、支援の対象をPRC病院に絞って活動を行うこととなった。
- ・ プロジェクト目標の「患者中心ケア」及びアウトプット4「妊産婦・新生児ケアにかかわる技術」の共通認識の形成の遅れ：当初は関係者間における共通認識が十分に形成されていなかったことによる活動の遅延がみられた。このため、中間レビューにおいて定義を明確にすることで対応を行った。
- ・ 目的達成の手段としての5S活動：5S活動を用い、どのように患者中心ケアの改善につなげるかの論理構成が十分に整理されず、5Sへの取り組みが活動の目的となってしまった。

(2) 実施プロセスに関すること

- ・ 外部環境の変化：
 - ① 2010年選挙による治安悪化のため日本人専門家の退避（前提条件）
 - ② 半数近いカウンターパートの異動（外部条件）
 - ③ 保健スタッフの配置見直しによる保健センターの人員減少（外部条件）

- ・ 出口戦略の視点不足：日本人専門家はブルンジ側 C/P を十分に巻き込むことを心がけたものの、主要なマネジメント面は日本人によって進められた。
- ・ 専門家間でのコミュニケーションの不足：日本人専門家間で定例会等は開催されず、情報共有が十分ではない一面もみられたが、中間レビュー時の提言を受け、協力体制の改善が行われた。
- ・ PDM がマネジメント・モニタリングツールとして十分に活用されなかったこと：PDM の役割が十分に理解されていなかったこと、並びに当初の PDM 指標が明確でなかったことが挙げられ、結果として、早期の PDM 改訂が望まれていたが遅れが生じた。

3-5 結論

妥当性については、ブルンジの開発目標及び日本の対ブルンジ援助政策、ブルンジのニーズに合致しているが、プロジェクトデザインにはいくつかの制約があった。外部環境の変化にもかかわらず、プロジェクトは有効性を維持した。効率性は中程度である。なお、効率性を下げる要因となった選挙に伴う日本人専門家の退避は、プロジェクトの責任管理能力を超えている。上位目標についても、現状が継続されれば、達成範囲内にあると推定される。その他のインパクトとしては、プロジェクトは PRC 病院内、ブジュンブラ市内の病院、さらには州立病院レベルに 5S 活動の関心を普及し、国家 5S 委員会が設立されている。プロジェクトによって開始された活動の持続性が確保されるよう、特に、モニタリング体制の構築、頻繁な人事異動による活動継続に対するインパクトの低減策、毎年の予算確保について、ブルンジ政府による更なる努力が期待される。

マネジメント体制やモニタリングなど継続性に注視する必要はあるが、プロジェクトとして一定の成果を出したことをかんがみ、本プロジェクトを終了することが妥当と判断された。

3-6 提言

(1) 州保健局、PRC 病院における 5S 委員会に対して

- ① 州保健局、PRC 病院に設置済みの 5S 委員会は、WIT が担う各種活動及びプロジェクト全体の進捗とフォローアップを監理、調整する運営委員会として機能することが期待される。また、PRC 病院における 5S 委員会のメンバーに、機材維持管理部からのスタッフを含める必要がある。
- ② 州保健局、PRC 病院における 5S 委員会を四半期ごとに開催し、モニタリング報告書を国家 5S 委員会に提出する。
- ③ 5S への取組体制における WIT の機能が強化され、WIT メンバーが主導的にリーダーシップを発揮して他のスタッフに働きかけが行われるよう、WIT 会議は定期的開催される必要がある。

(2) 州保健局及び保健省に対して

保健センターで実施されるプロジェクト活動の進捗確認は、市保健局によって実施されているスーパービジョンシステムに統合のうえ、モニタリングされることが望ましい。そのモニタリング並びに報告用フォーマットは、2011 年 10 月末までに策定される必要がある。

(3) 州保健局及び市保健局に対して

正常分娩ケアチェックシートの記入件数は市保健局によりモニタリングされ、州保健局の 5S 委員会に報告される必要がある。

(4) PRC 病院に対して

正常分娩ケアチェックシートの記入件数は、院内の母子保健委員会によりモニタリングされ、同病院の 5S 委員会に報告される必要がある。

(5) 国家 5S 委員会に対して

州保健局、PRC 病院の 5S 委員会から提出されるプロジェクト活動のモニタリング結果を、国家 5S 委員会は保健省内の関係部局と共有のうえ、技術的な視点からのスーパービジョンを実施する必要がある。

(6) プロジェクト及び保健省に対して

- ① エンドライン調査の一環として 2011 年 9 月に実施された患者満足度調査の結果を分析し、関連スタッフにフィードバックすることで、残るプロジェクト期間内に正常分娩ケアを改善するとともに、必要に応じ正常分娩ケアチェックシートの改訂を行うことが求められる。
- ② 保健省は、国家 5S 委員会が保健省内関係部局 [EPISTAT : Epidemiology and Statistics、国立公衆衛生院 (Institut National de Santé Publique : INSP) 等] の協力の下、プロジェクト終了 1 年後に事後評価を実施する予定であるが、プロジェクトが行った患者満足度調査の内容を同調査に含めることが望まれる。
- ③ 上位目標の指標 d) 「正常分娩が 100%、正常分娩ケアチェックリストにより、行われる」に関し、分娩介助に経験を有するスタッフは必ずしもチェックシートによる確認手順が必要ではないため、再検討する必要がある。さらに、正常分娩ケアチェックリスト利用の標準化の状況を計測するため、上位目標の指標として「患者満足度調査の各質問項目に対し、母親からの好意的な回答が XX%に達する」を含めることが望ましい。これらの指標の見直しについては、プロジェクトが終了するまでに JCC により公式に合意する必要がある。
- ④ PDM2.0 上の一部の記述内容を、PDM3.0 のとおり修正する必要がある³。

(7) 保健省に対して

- ① プロジェクトの活動のほとんどのマネジメント（例：計画、ワークショップ/研修の企画、モニタリング）は日本側により実施されてきた。これらの活動が継続されるためには、残るプロジェクト期間内にブルンジ側自身の実施・運営能力と主体性を強化することが求められる。
- ② 「国家保健開発計画（2011-2015）」の具体的な活動計画として、2012 年からの運用が予定されるオペレーショナルプランが策定中である。開発計画の目標である「ヘルスケアの質の改善」の実施手段として、5S を中心としたプロジェクト活動がオペレーショナルプランに取り込まれることが望まれる。

(8) 公衆衛生局長に対して

正常分娩ケアチェックリストの活用状況が、スーパービジョンの実施対象項目に加えられる必要がある。

³ PDM は以下の点が修正された：①上位目標の達成期限（プロジェクト終了後 2 年後→3 年後）、②外部条件のレベル（スーパーゴール及び上位目標達成に必要な外部条件→上位目標及びプロジェクト目標達成に必要な外部条件のレベルに下げる）、③プロジェクト目標の指標 a) の入手方法（施設内分娩室の観察→5S 活動進捗評価モニタリングシート）。

(9) 総資源局長に対して

- ① 保健センターにおける機材が維持管理されるために、保健省は必要な人員を州保健局に配置することが望まれる。
- ② 国家 5S 委員会により定められる活動計画が実施されるために、必要な予算が毎年配賦される必要がある。
- ③ 医療機材の廃棄並びに医療廃棄物処理は、5S 活動を進めるうえで大きな課題となっている。関係省庁と協議のうえ、保健省は同課題に取り組むことが望まれる。

(10) 国家 5S 委員会に対して

5S 活動を中心としたプロジェクト活動を全国展開するに先立って、国家 5S 委員会は以下の点を考慮すべきである。

- ① プロジェクト活動のモニタリング体制を構築する。
- ② 2011 年 10 月末までに、国家 5S 委員会の活動計画を策定する。

3-7 教訓

(1) 5S 活動を用いたプロジェクトが機能するためには、以下の点に留意することが効果的である。

- ① 5S 活動を実施すること自体が目的ではなく、5S 活動はプロジェクト目的に到達するための手段であることを認識する。
- ② 5S 活動がどのようにプロジェクト目標に貢献するかについて、5S 活動からプロジェクト目標につながる論理的枠組みを精査する。

(2) プロジェクト目標に対する共通理解を促進し、プロジェクトが適切に運営されるために、プロジェクトのモニタリングとマネジメントツールとしてプロジェクト・デザイン・マトリックス (Project Design Matrix : PDM)、活動計画 (Plan of Operation : PO) を有効活用することが不可欠である。

(3) 新しい概念が導入される場合、実際にその考えが実践されている国、特に社会・経済的背景が類似の国へスタディツアーを行うことが効果的である。

(4) 効果的に技術移転を図り、キャパシティディベロップメントが行われるためには、特にプロジェクトの初期の段階において、日本人専門家とカウンターパートが計画、実施、レビューといった各工程作業を共同で実施することが不可欠である。さらに、プロジェクトの一定段階からは、持続性確保のために、日本人専門家によるプロジェクトマネジメントとモニタリングの実施責任を、徐々にカウンターパートに移譲していく出口戦略をもつことが必要である。

Summary of Terminal Evaluation Results

1. Outline of the Project		
Country: The Republic of Burundi		Project title: The Project for Strengthening Capacities of Prince Régent Charles hospital and Public Health Centers in Bujumbura City for Improvement of Mother and Child Health
Issue/Sector: Health		Cooperation scheme : Technical Cooperation Project
Division in charge: JICA Human Development Department		Total cost: 300 million Japanese Yen
Period of Cooperation	Jan. 2009 - Jan. 2012	Counterpart Agencies: Ministry of Public Health and Fight against AIDs
<p>Related Cooperation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Japanese Grant Aid Assistance “The Project for Improvement of Health Facilities in Bujumbura City” • Former AAKCP Program “The Preparatory Survey for Quality Improvement of health Services by 5S-KAIZEN-TQM” 		
<p>1-1. Background of the Project</p> <p>Due to the civil war over decade since 1993 in Burundi, medical and health facilities have been deteriorated and hence their quality service has been also a big challenge in the country. Among the several problems in the health sector, the Burundian government prioritizes the reduction of Maternal Mortality Ratio (MMR) and Infant Mortality Rate (IMR) by the year of 2015. With this situation, the Burundian government requested a technical cooperation project for “Strengthening Capacities of Prince Régent Charles Hospital and Public Health Centers in Bujumbura City for Improvement of Mother and Child Health” (hereinafter referred to as ‘the Project’) to the government of Japan. In response to the request, Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as ‘JICA’) launched the three year project from January 2009 to January 2012 having the Ministry of Public Health and Fight against AIDS (hereinafter referred to as ‘MOPH’) of Burundi as a counterpart organization.</p> <p>This project aims at improving the maternal and neonatal child health care at Obstetrics, Gynaecology and Neonatal departments of Prince Régent Charles Hospital (hereinafter referred to as ‘HPRC’) which is the most utilized among the top referral hospitals, and nine public health centers (hereinafter referred to as ‘HC’) in Bujumbura city by practicing ‘patient-centered care’. This project is primarily working on activities to improve the working environment at the health facility based on the concept of ‘patient-centered care’, which can be practiced with low input and less difficulty. 5S-KAIZEN approach was introduced to achieve the improvement of working environment, which is a base in the health service provision and the said improvement. Firstly, those who are working for health</p>		

service provision could experience the benefit of the improved and efficient working environment through the implementation process of 5S-KAIZEN-TQM⁴ activities. This experience is secondly expected to encourage the staff to have a mind-set change to improve their service in charge and maintain more responsibility in their duties.

1-2. Project Overview

This project aims at improving the maternal and neonatal child health care at Obstetrics, Gynaecology and Neonatal departments of Prince Régent Charles Hospital (hereinafter referred to as 'HPRC') which is the most utilized among the top referral hospitals, and nine public health centers (hereinafter referred to as 'HC') in Bujumbura city by practicing 'patient-centered care'.

(1) Overall Goal

Quality of services for maternal and neonatal care is improved at the targeted facilities.

(2) Project Purpose

Patient-centered maternal and neonatal care is practiced under improved management at HPRC and targeted health centers.

(3) Outputs

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

(4) Inputs

Japanese side: (Total 300 million Yen)

Short-term Experts:	A total of 11 persons (63.83 M/M)
Overseas Training:	15 persons
Provision of Equipment:	Equivalent to 5,616 Thousand Yen
Local Operational Expenses:	Equivalent to 26,904 Thousand Yen

Burundian side:

Counterpart personnel :	31 persons
Local Cost Sharing:	About 1,000 US dollar
Provision of spaces	Project office in MOPH and HPRC

⁴ Three-step-approach; "5S- KAIZEN (CQI) -TQM" <5S: Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu and Shitsuke , CQI: continuous quality improvement (An evidence-based participatory problem solving) , TQM: total quality management> to improve hospital management under limited resources.

2. Evaluation Team			
Members of Evaluation Team	Team leader	Ms. Keiko Osaki	Senior Advisor, JICA
	Cooperation Planning	Mr. Yoshimasa Takemura	Deputy Director, Health Division 1, Human Development Department, JICA
	Evaluation Analyst	Ms. Fumiko Iseki	Researcher, Global Link Management
	Interpreter	Ms. Ryoko Kojima	Training Coordinator, Japan International Cooperation Center (JICE)
Period of Evaluation	Sept 17- Oct 7, 2011	Type of Evaluation : Terminal Evaluation	
3. Result of Evaluation			
3-1. Project Performance			
(1) Outputs			
<p>Achievement under Output 1 is moderate. The indicators a), b), c) were achieved, although some challenges remain during the remaining Project period. 5S committees were established at HPRC and BPS (Bureau Provoncial de Sante). WITs (Working Improvement Team) were also established at all targeted health facilities. Vision and Mission are displaced at three targeted departments in HPRC and nine HCs. The majority of CPs, the leaders of targeted facilities had opportunities to participate in training abroad, and Japanese experts assisted in conducting the feedback seminar when they come back from abroad. However, the 5S committee meetings have been held less frequently, and some HCs do not hold WIT meetings regularly due to the reasons such as personnel reshuffling. Although the Project aimed at establishing the system for the information sharing among the HPRC and targeted HCs especially for improving the referral cases, it was not materialized yet.</p> <p>Achievement under Output 2 is relatively high. Checklist for environment and sanitation is formulated/implemented, as well as the medical waste box is introduced. Although the storing rules for articles have not been written down yet, the rules are formulated and implemented. New benches for outpatients are located in proper places. Initially, the Project faced with the resistance of health staff in introducing the principle of 5S, especially because the doctor and nurses do not consider the cleaning as their roles in Burundian culture. By now, health staff has noticed the advantages of conducting 5S activities for their own sake, and their sense of responsibility to provide better health care service is observed.</p> <p>Achievement under Output 3 is relatively high. “How to use tag” is attached to the most equipment at the targeted health facilities. Preventive maintenance sheets are displayed at four departments of HPRC and nine HCs. “How to use tag” is reported to be useful when the new staff is assigned. The check sheet was prepared as a tool to make health staff accustomed to the preventive maintenance by filling/checking the form weekly. By now, staff, especially the chiefs of departments and WIT members, have developed their awareness that periodical maintenance could prolong the lifetime of equipment. On the other hand, the Project had to overcome handling the different capacity of maintenance in HPRC and HCs.</p>			

According to the indicators, Output 4 is mostly achieved. However, some activities were only conducted at HPRC, not at HCs. Three out of four training post-tests, all trainees scored more than 50 out of 100 points. The accumulative number of participants at eight obstetric trainings reached to 238. After coming back from the study tour in Madagascar, the participants played the major role in developing the Normal Delivery Care Checklist by incorporating the concept of Patient-centered care, at the same time by applying the principle of 5S, the visualization and the standardization of the procedure. Even at the HCs where delivery has not started yet, it is reported that the Checklist is helpful for the health staff to understand the patient-centered care, improving their attitude towards the patients. The result of the endline survey confirmed that the mindset and the attitude of health personnel have been improved. However, the Project confronted with the difficulty in handling the different capacity between HPRC and HCs. Moreover, the Project had to focus on the capacity development at HPRC and was not able to involve HCs sufficiently, since the input of experts (duration of stay in Burundi) was limited.

(2)Project Purpose

The Project Purpose is expected to mostly meet the target by the end of the Project. The working environment at the targeted facilities has improved almost to the expected level⁵. The number of mothers who gave positive answers of being fully attended by health personnel and family all through their delivery process increased, according to the survey conducted in two months after the introduction of the Normal Delivery Care Checklist. Furthermore, the PBF (Performance Based Finance) scores on maternity/obstetric services at HPRC improved from 84.2% to 94.7% during the one year since the introduction of PBF. Although not specific to maternity/obstetric, the scores of quality at HCs in general have improved in all targeted HCs except two. It is deduced that 5S activities have been contributing to gain PBF points because more than 30% of indicators relate to 5S activities. Overall, 5S activities and the normal delivery care checklist played the major roles in changing the mind-set of health staff and in introducing the concept of “Patient-centered care,” leading to the behavioural change.

3-2. Summary of Evaluation Results

(1) Relevance

Relevance of the Project is high in terms of the policies and the needs of the governments of Burundi (GoB) and Japan (GoJ), but the Project design had some constraints.

- The Project is coherent with the policy priorities of GoB as expressed in Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP), National Health Development Plan (PNDS), as well as National Program for Reproductive Health (PNSR), which target to reduce the under-five mortality rate and maternal mortality ratio. The project is also relevant to the JICA's priority areas of development assistance for Burundi (i.e., health).
- Initially the Project was formulated, centering on 5S activities, thus the input of maternal and neonatal care was less. It is deduced that this was one of the factors which led the Project focus their activities on 5S, as the relation between 5S and the maternal/neonatal care was not clear until the Mid-term Review.

⁵ Indicator a) “Working environment at the targeted facilities is improved” is considered to be at the level of Output 2. However, the Terminal Evaluation Team did not made any adjustment in order not to cause the confusion among CPs.

• The definitions of “Patient-centered care” in the Project Purpose, as well as Output 4 “skills for maternal and neonatal care” were not set clearly. As a result, the common understanding of Project Purpose was not formulated until Mid-Term Review, which also affected to set the focused direction of the activities under Output 4.

(2) Effectiveness

The effectiveness of the Project found relatively high. Most outputs produced the expected effect, and the achievement of Project purpose is most likely to meet to the expected level by the end of the Project. Although the more efforts and time were spent on 5S activities and the progress of activities related to the maternal and child care was delayed until the Mid-term review, this ended up producing a good result when introducing the concept of patient-centered care. In brief, fostering leadership by output 1 and 5S activities by output 2 facilitated the change of CPs mentality. It is deduced that CPs were ready to conduct the maintenance of equipment of output 3 and accept the new notion of Patient-centered care for output 4, leading to the behavioural change. Furthermore, the normal delivery checklist was formulated based on the principle of 5S, the visualization and the standardization of the procedure. The concept of patient-centered care was also well integrated in the checklist.

(3) Efficiency

The efficiency of the Project found moderate. The Project was coordinated well with the implementation of AAKCP program, other JICA-funded trainings in Japan and Japanese Grant Aid Assistance in a timely manner. Furthermore, the study tours in Madagascar were conducted in a timely and effective manner. On the other hand, the most activities were suspended for five months, since Japanese experts had to evacuate due to the election in 2010. This also delayed the conduct of Mid-term Review, affected on the timely adjustment of the direction of the Project. Furthermore, not only the Project had less input and activities related to maternal and neonatal care, but also the Project was not able to dispatch flexibly the expert who was in charge of these activities, based on the progress of the Project implementation. The latter two factors lowered the efficiency.

(4) Impact

If Burundian side maintains the effects of the Project and continues the initiatives started by the Project, Overall Goal is more likely to be achieved in three years after the termination of the Project, especially the increase in no. of deliveries and in no. of beneficiaries of anti-natal care. However, the impact of the Project on the increase in the number of referral was limited, compared to the one of PBF. Regarding the indicator d) “100% of normal deliveries are practiced based on the Normal Delivery Care Checklist,” the Terminal Evaluation team found that targeting 100% is not feasible when considering the situation on the ground. The reasons of its low utilization rate need to be further analyzed, the checklist/sheet to be amended if necessary, and this indicator to be revised.

Concerning other positive effects, the Project cultivated the interest in 5S activities among the health staff as follows:

- 1) At HPRC, the no. of WIT has increased from three to 18 departments.
- 2) Three hospitals in Bujumbura, the heads of BPS as well as the directors of hospitals from four regions have developed their interest in introducing 5S activities through participating in the 5S dynamic competition.

3) With the leadership of the CP members, the National 5S Committee was established in June 2011 to disseminate the Project activities nationwide, centering on 5S.

(5) Sustainability

The political sustainability is relatively high, but the sustainability in other aspects relatively low.

1) Political sustainability is relatively high.

The introduction of PBF in 2010 has enhanced the commitment of health staff on implementing 5S activities. Moreover, in June 2011, MOPH has established the National 5S Committee to disseminate these activities nationwide.

2) The technical level of health staff at the targeted health facilities has reached to the certain degree, but needs to be further strengthened.

The staff has developed the commitment to continue 5S activities, but the meetings by 5S committees and WITs have not been regularly held. The National 5S Committee has been also established, however, it has not started functioning yet. Therefore, it is deduced that the Project has reached to S4 and S5⁶ to some extent, but not fully achieved yet. Moreover, the concern remains on the low utilization rate of the Normal Delivery Care Checklist/sheet. Thus, the reason for its low utilization needs to be analyzed and the adjustment to accommodate the condition on the ground may be required.

3) The organizational sustainability needs to be further strengthened.

Even though BPS is making efforts to establish the monitoring system of the Project activities implemented at HC level, it is still at the early stage. To establish a firm monitoring system in line of MOPH-BPS-BDS (Bureau de District Sanitaire)-HC, its action plan needs to be formulated.

4) Financial sustainability also needs to be strengthened.

In light of disseminating the Project activities centering on 5S nationwide, the financial sustainability is a challenge. MOPH and HPRC are making efforts to include the budget of 5S activities in line of “quality of service,” which is expected to be materialized and to be secured annually for the future.

3-3. Factors promoting the realization of effects

(1) Factors concerning to the Planning

- The coordination with Japanese Grant Aid and the Preparatory Survey (AAKCP Program)

Procurement of medical equipment to the target facilities made by grant aid project and training on 5S activities conducted by AAKCP program supplemented the Project activity and resulted in synergetic effect to the Project.

(2) Factors concerning to the Implementation Process

- The introduction of PBF in 2010

PBF accelerated the promotion of 5S activities, because it contains the similar values of 5S activities.

⁶ The Project defines S4 as to maintain 3S activities by holding monthly WIT meeting, and S5 as for the leaders motivating the staff to continue and upgrading the activities.

- The cultivation of ownership of the Project by the Burundian side

Japanese experts made sufficient efforts to involve the Burundian side, and there are some Burundian members who are committed to the Project activities.

- Trainings abroad and the regularization of feedback seminar

Overseas training sensitized CPs and provided the goal which Burundian could also aim at. In addition, the regularization of feedback seminar by the training participants was an effective way to share the findings of the participants with other members, as well as to enhance the sense of leadership who participated in the training abroad.

- The implementation of Mid-Term Review

The recommendations and revision of PDM made at Mid-term Review made it smooth to implement the Project activities and helped the Project to make up for the delay.

- The Peer Review (evaluation by other department) at HPRC

HPRC has introduced the peer review system, an evaluation system by the other department. This found to be an effective way to accelerate the sense of ownership.

3-4. Factors inhibiting the realization of effects

(1) Factors concerning to the Planning

- Different needs of HPRC and HCs

Due to the difference in technical level and services provided by HPRC and HCs, the Project needed to consider the respective needs of HPRC and HCs.

- The less input in the maternal and neonatal activities

The Project was not able to dispatch the expert of maternal and child health care flexibly based on the progress of the Project implementation. With this limitation, activities on maternal and child health care were focused on HPRC.

- The unclear definitions of “Patient-centered care” in Project Purpose and of Output 4 “skills for maternal and neonatal care”

The lack of common understanding on the “Patient-centered care” and “skills for maternal and neonatal care” among the staff concerned resulted in the delay of the Project activities, especially that of output 4. These definitions were shared at the Mid-term Review and well disseminated among the CPs afterward.

- 5S activities as a method to achieve a project purpose

At the initial stage, logical framework on how 5S method contributes to achieve the Project purpose was not well assessed and 5S itself was understood as an end of activities.

(2) Factors concerning to the Implementation Process

- Changes in the surrounding environment

- a) The evacuation of Japanese experts due to the election in 2010 (the pre-condition)
- b) The transfer of nearly half of counterparts (the important assumption)
- c) The reduction of health staff at targeted HCs as a result of the redistribution of staff (the important assumption)

- Less attention on exit strategy

Even though the Japanese experts involved the Burundian CPs, core management aspects were led by Japanese side (i.e. planning, organizing workshops/training, monitoring).

- Communication among Japanese experts

Meeting among the Japanese experts were not held regularly and sharing information on the progress of each expert activity was not enough. With the recommendation made at the Mid-term review, the collaboration within the experts was improved.

- Not well utilization of PDM as a management and monitoring tool

Before the Mid-term Reviews, the Project did not utilize PDM as a management and monitoring tool appropriately. This could be stemmed from the not-well understanding on the role of PDM, as well as from the unclear indicators set in the initial PDM. Thus, the revision of PDM was delayed although it was desired at an earlier stage.

3-5. Conclusion

Regarding the relevance, the needs and the policies of GoB and GoJ were met, while the design of the Project had some constraints. Despite the changes in surrounding environment, the Project maintains its effectiveness. The overall efficiency was moderate. The evacuation of the Japanese experts during the election period, which lowered the efficiency, was beyond the control of the Project. If Burundian side maintains the effects of the Project and continues the initiatives started by the Project, Overall Goal is more likely to be achieved. Concerning the other positive impacts, the Project cultivated the interest in 5S activities at the level of HPRC, Bujumbura city and regional hospitals; in addition, the National 5S Committee was established. In terms of sustainability, now GoB is expected to make further efforts to secure the sustainability of the initiatives of the Project, especially in establishing the monitoring system, the firm mechanism to reduce the effect of frequent staff transfer in continuing activities and to secure the annual budget.

As a conclusion, although the management and monitoring system to sustain the Project activities need to be further strengthened, it is reasonable to terminate the Project considering that the Project has produced a certain level of achievement.

4. Recommendations and Lessons learned

4-1. Recommendations

1. To 5S committees at BPS and HPRC

(1) Existing 5S committees at HPRC and BPS can be Steering Committees as managerial and coordination bodies of WIT as well as the Project activities which focus on the progress of activities and have the responsibility for follow up. The members of 5S committee at HPRC should include a staff from the Maintenance Dept.

(2) Each 5S committee at BPS and HPRC is recommended to be held every three months and submit the monitoring report to the National 5S Committee.

(3) WIT meetings shall be hold periodically so that the function of WIT is consolidated in the 5S activity framework and WIT members can lead and encourage other staff with strong leadership.

2. To BPS and MOPH

It is recommended that the 5S monitoring at Health Centers be integrated into the existing supervision system conducted by BDS. Its monitoring and reporting format needs to be developed by the end of October, 2011.

3. To BPS and BDS

The number of the Normal Delivery Care Check Sheet filled in needs to be monitored by BDS and reported to the 5S committee at BPS.

4. To HPRC

The number of the Normal Delivery Care Check Sheet filled in needs to be monitored by the members of MCH committee at HPRC and reported to the 5S committee at HPRC.

5. To National 5S Committee

The National 5S Committee shall share the monitoring result submitted by the 5S committees at BPS and HPRC with the relevant departments of MOPH for technical supervision.

6. To the Project and MOPH

(1) It is suggested to the Project to analyze the result of the patient satisfaction survey conducted in September 2011, as a part of end-line surveys, to provide the health staff with the feedback in order to improve normal delivery care and to make necessary adjustments of the Normal Delivery Care Check Sheet in the remaining Project period.

(2) MOPH is suggested to carry out the same survey to be included in the planned ex-post evaluation after a year of the Project termination by the National 5S Committee with the support of MOPH (i.e., EPISTAT and/or INSP).

(3) The indicator *d*) of the Overall Goal ‘100 % of normal deliveries are practiced based on ‘Normal Delivery Care Checklist’ is suggested to be modified, since those who get accustomed to the delivery procedures are not necessarily required to fill in the Checksheet. Furthermore, it is recommended to add another indicator of the Overall Goal “The rate of positive answer to each question from the mothers in the patient satisfaction survey will reach to XX%” so that the standardization of the Normal Delivery Care List can be measured. Once these indicators are decided, the revision of PDM needs to be officially authorized by the JCC in the remaining Project period.

(4) Some other descriptions in the PDM 2.0 also need to be amended as per the PDM version 3.0⁷.

⁷ Following points in PDM were amended: (1) the time limit for achieving the Overall Goal (two years after the project →three years), (2) the lowering levels of important assumptions (the ones necessary to achieve Super Goal and Overall Goal →at the level of the ones for Overall Goal and Project Purpose), (3) the means of verification for indicator a) of Project Purpose (Direct observation at delivery rooms→ Records of “Monitoring and Evaluation on the Progress of 5S Activity.”

7. To MOPH

- (1) The management of the most activities has been led by the Japanese side. In order to sustain these activities, the Burundian side is required to strengthen its capacity and the ownership for the management of the activities during the remaining Project period.
- (2) The Project activities centering on 5S shall be taken into the operational plan starting from 2012 of the National Health Development Plan 2011-2015 as a tool to improve the quality of health care.

8. To the Directorate General of Public Health

The utilization status of the Normal Delivery Care Check List needs to be added into the supervision items.

9. To the Directorate General of Resources

- (1) In order to maintain equipment at the health centers, MOPH is suggested to assign staff to take charge of the maintenance at the BPS level.
- (2) Necessary budget shall be allocated annually to implement the National 5S Committee's Action Plan.
- (3) Disposal of medical equipment as well as medical waste treatment has been a serious challenge when promoting the 5S activities. MOPH is required to deal with the issue in consultation with the relevant ministries.

10. To the National 5S Committee

Before disseminating the Project activities centering on 5S nationwide, following points should be considered;

- (1) Monitoring system of the Project activities shall be formulated.
- (2) An Action Plan of the Committee shall be formulated by the end of October, 2011.

4-2. Lessons Learned

1. It is effective to consider the following points in order to formulate a functional project utilizing the 5S activities;
 - (1) To understand that the 5S activities themselves are not an end to pursuit but a method to achieve a project purpose.
 - (2) To examine logic on how the 5S activities contribute to a project purpose.
2. To facilitate common understanding of the project purpose, as well as to manage the project properly, it is essential for the project to utilize PDM and PO as a monitoring and management tool.
3. When a new concept is to be introduced, it is effective to conduct a study tour in a country where the concept is materialized, especially in a country which has a similar socio-economic background.
4. For an effective technical transfer and capacity development, especially in the initial phase, collaborative works by Japanese experts and counterparts' participation in all processes such as

planning, implementation and review are inevitable. From a certain point of the process, in order to enhance the sustainability, it is essential to have an exit strategy to gradually hand over the responsibility of project management and monitoring from Japanese experts to counterparts.

第1章 評価調査の概要

1-1 調査団派遣の経緯

ブルンジ共和国（以下、「ブルンジ」と記す）は、1993年から10年以上続いた内戦により保健医療施設の疲弊が進み、これらの施設で提供されるサービスの質も劣悪な状況が続いている。保健分野において多くの課題があるなか、ブルンジ政府は2015年までに妊産婦死亡率、乳児死亡率の低減、保健医療サービスへのアクセスと質の改善を図ることを優先課題としている。このような状況を受け、ブルンジは「母子保健向上を目的とする医療施設能力強化プロジェクト」をわが国に要請し、JICAはブルンジ保健省をカウンターパート（C/P）機関として、2009年1月から2012年1月まで3年間の予定で本プロジェクトを開始した。

本プロジェクトでは、ブジュンブラ都市部のトップリファラル病院のひとつであるプランス・レジャン・シャルル（PRC）病院の主に産科、新生児科、婦人科と、地域の保健センター9カ所において患者中心の妊産婦・新生児ケアを実践することにより、上記母子保健課題の解決に貢献することを目的としている。ブルンジ保健セクターにおける人的・財政的リソースは限られており、また、これらの施設におけるマネジメント能力も著しく低いことから、比較的 low costかつ容易に実践できる保健医療現場の業務環境改善を含めた取り組みを実施した。業務環境改善は医療サービス改善の基本でもあり、この手段として、「整理・整頓・清潔・清掃・しつけ」に取り組む5S-KAIZEN（CQI）-統合的品質管理（TQM）（5S-KAIZEN-TQM）に基づく活動を導入した。5S-KAIZEN-TQM活動を組織的に実践する過程で、現場のスタッフは、労働負荷の軽減や効率性改善を体感し、それをきっかけに担当サービスの向上に向けて行動するようになり、業務環境改善が図られることが期待された。

なお、2010年には無償資金協力「ブジュンブラ市内医療設備整備計画」にてPRC病院を含む市内3病院及び9カ所の保健センターに医療機材が整備され、また、アフリカを対象として広域に実施されている「アフリカ地域医療施設機能改善（広域）プログラム（5S-KAIZEN-TQMによる保健医療サービスの質の向上）」⁸とも連携した5S活動の協力が展開されており、これらの取り組みによる相乗効果の発現が期待された。

2011年2月には中間レビュー調査が実施され⁹、この時点における活動の達成状況と成果が取りまとめられた。さらにレビュー結果を踏まえ、母子保健分野の活動、公衆衛生・エイズ対策省（Ministry of Public Health and Fight against AIDS : MOPH）（以下、「保健省」と記す）に対するプロジェクトへの関与の強化、PDMの改訂等に関する提言がされた。本プロジェクトの終了を2012年1月に控え、このたび終了時評価調査団が派遣された。

1-2 調査団派遣の目的

本終了時評価調査は、以下を主な目的として実施された。

- ① プロジェクトの達成度と実施プロセスを確認し、評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、持続性）に基づき評価する。

⁸ 2005年より、アジア・アフリカ知識共創プログラム（Asia-African Knowledge Co-creation Program : AAKCP）として実施されてきたが、2007年より、「アフリカ地域医療施設機能改善（広域）プログラム」準備調査として実施中。

⁹ 当初はプロジェクト期間の中間となる2010年5月ごろの実施が計画されたが、ブルンジにおける総選挙を受け、現地への渡航が自粛される措置が取られた。このため、2011年2月に実施が延期された。

- ② プロジェクトの達成内容における促進及び阻害要因を抽出する。
- ③ 残るプロジェクト期間における提言事項並びにブルンジ及び日本関係者への教訓を取りまとめる。

1-3 調査団の構成

本調査は、ブルンジ側関係者と合同で実施された。調査団員は以下のとおりである。

(1) ブルンジ側メンバー

氏名	職位	所属
Dr. Marie - Noella UWINEZA	保健アドバイザー（プロジェクト ダイレクター）	保健省
Mr. Cyprien BARAMBONERANYE	次官アドバイザー（プロジェクト コーディネーター）	保健省次官
Dr. Liboire NGIRIGI	総局長	保健省公衆衛生局
Dr. Pascal NDAYONGEJE	保健局長	ブジュンブラ都市部州保健 局、保健省
Mr. Leopold RURAKENGEREZA	維持管理課長	保健省総資源局

(2) 日本側メンバー

担当分野	氏名	所属
総括	尾崎 敬子	JICA 国際協力専門員
協力企画	武村 勝将	JICA 人間開発部保健第一課
評価分析	井関 ふみこ	グローバルリンクマネジメント株式会社
フランス語通訳	小島 良子	財団法人日本国際協力センター

1-4 調査期間

2011年9月17日～10月7日 詳細は付属資料1. 調査日程のとおり。

1-5 対象プロジェクトの概要

中間レビュー時の合同調整委員会で合意された PDM2.0 に基づくプロジェクトの概要は以下のとおりである。

(1) 上位目標

PRC 病院と対象保健センターにおいて、妊産婦・新生児ケアの質が改善する。

(2) プロジェクト目標

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

<患者中心のケアの定義>

「家族の立会いなど患者にとって安心して心身の負荷が低減されるよう配慮されたケア」と定義

(3) 期待される成果

- ① 対象保健施設において、トップ管理職、中間管理職員（院長・センター長、診療科長、看護師長など）のリーダーシップが強化される。
- ② 各施設長のリーダーシップにより、現場スタッフの 5S 活動を通して、妊産婦・新生児ケアの業務環境が改善される。
- ③ 対象施設において、機材の予防メンテナンスが、保健医療従事者全員参加により、継続的に行われる。
- ④ 看護スタッフの妊産婦・新生児ケアにかかわる技術・知識が強化される。

第2章 終了時評価調査の方法

2-1 評価の手順

本評価調査は、『新 JICA 事業評価ガイドライン第1版（2010年6月）』に基づいた評価手法に沿って、以下のとおり実施した。

ステップ1：プロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix：PDM）の最新版（バージョン2.0）に基づいて評価をデザインした¹⁰。プロジェクトの達成度合いは、主に PDM 指標を基に評価した。PDM2.0 については付属資料 2.を参照。

ステップ2：プロジェクトの実績を中心とした情報を収集し、プロジェクトデザイン並びに実施プロセスを検証するとともに、プロジェクトの目標達成度合いに貢献した要因・阻害した要因を分析した。

ステップ3：評価5項目（「妥当性」「有効性」「効率性」「インパクト」「持続性」）の観点から、プロジェクトを評価した。

ステップ4：プロジェクト残存期間の活動に対しての提言、及び類似案件に対する教訓を抽出した。

(1) PDM の各項目概要

PDM の各項目概要は以下の表 2-1 のとおりである。

表 2-1 PDM の各項目

上位目標	プロジェクトを実施することによって期待される長期的な効果
プロジェクト目標	プロジェクト実施によって達成が期待される、ターゲット・グループ（人、組織を含む）や対象社会に対する直接的な効果。技術協力の場合は原則としてプロジェクト終了時に達成される。
アウトプット	「プロジェクト目標」達成のためにプロジェクトが生み出す財やサービス
活動	「投入」を使って「アウトプット」を産出するために必要な一連の行為
外部条件	プロジェクトではコントロールできないが、プロジェクトの成否に影響を与える外部要因
指標	プロジェクトの業績やプロジェクト実施による変化を測るための定量的・定性的な変数
入手手段	プロジェクトの達成度や業績を測るための情報源・調査手段
投入	「アウトプット」を産出するために必要な資源（人材、資機材、運営経費、施設等）
前提条件	プロジェクトが実施される前にクリアしておかなければならない条件

¹⁰ PDM2.0 は、2011年2月中間レビューの際に改訂されたものである。

(2) 評価 5 項目

本評価調査における評価 5 項目の定義は以下の表 2-2 のとおりである。

表 2-2 評価 5 項目

妥当性	評価時点においても、プロジェクトが妥当であるかどうかを、ブルンジ政府の政策、裨益者のニーズ、日本の援助政策との整合性の観点から検討する。
有効性	プロジェクトのアウトプットの達成の度合い、及びアウトプットがプロジェクト目標の達成度にどの程度結びついているかを検討する。
効率性	プロジェクトの投入から生み出される成果の程度は、タイミング、質、量の観点から妥当であったかどうかを分析する。
インパクト	プロジェクトが実施されたことにより生じる波及効果の正・負の効果を、当初予期しなかった効果も含め検討する。
持続性	協力終了後、プロジェクトによってもたらされた成果や効果が持続されるか、あるいは拡大されていく可能性があるかどうかを予想するために、政策的側面、財政的側面、技術的側面からプロジェクトの持続性を見込みを考察する。

2-2 データ収集方法

本調査では、評価分析のために定性的・定量的データを以下の方法で収集した。

- ① 既存資料レビュー（事前評価調査/実施協議報告書・プロジェクト報告書・中間レビュー報告書・アフリカ地域医療施設機能改善（広域）プログラム準備調査/基礎情報調査報告書・政策関連資料等）
- ② アンケート調査（回答数：カウンターパート 20 名・短期専門家 5 名）
- ③ キーインフォーマント・インタビュー [カウンターパート 30 名（保健省、州保健局長、県保健局長、PRC 病院職員、保健センター長/職員）、短期専門家 5 名、INSP、PNSR、フランス・ルイ・ルワガソレ病院、世界保健機関（World Health Organization : WHO）、国連人口基金（United Nations Population Fund : UNFPA）]
- ④ フォーカスグループディスカッション 14 名（保健センター長 7 名、WIT メンバー 7 名）
- ⑤ 直接観察

調査対象者の詳細は、付属資料 4.主要面談者リストを参照。

第3章 プロジェクトの実績と実績プロセス

3-1 投入実績

3-1-1 日本側投入

(1) 専門家派遣

長期専門家：派遣なし

短期専門家：延べ11名の短期専門家が、プロジェクト終了までに合計63.83人月（MM）分の投入計画の下に派遣される見込みである¹¹。短期専門家の専門分野は、総括/施設運営管理、業務改善/5S活動、業務改善/安全管理、機材維持管理、地域看護、保健調査、助産指導、業務調整、業務調整/IECなどである。

派遣専門家の詳細は、付属資料5-1派遣専門家実績を参照。

(2) 現地業務費

プロジェクト終了までに、日本側現地業務費として合計2,690万4,680円相当（約3億5,930万7,056ブルンジフラン）が支出見込みである¹²。内訳は、主に備人費、旅費・交通費、通信運搬費、資料等作成費、現地研修費である。

	第1四半期	第2四半期	第3四半期	第4四半期	合計
2008年度	—	—	—	1,755,335	1,755,335
2009年度	714,028	1,273,016	1,944,057	3,263,293	9,194,393
2010年度	0	840,448	3,151,115	2,924,830	7,016,393
2011年度	1,049,435	2,689,124	(5,200,000)	(0)	8,938,559
合計	1,763,463	4,902,588	10,295,172	9,943,458	26,904,680

	第1四半期	第2四半期	第3四半期	第4四半期	合計
2008年度	—	—	—	1,152,567	1,152,567
2009年度	8,868,058	16,258,393	26,502,214	70,508,546	122,137,210
2010年度	0	13,285,794	45,721,599	37,117,240	96,124,633
2011年度	15,567,905	42,128,862	(82,195,880)	(0)	139,892,646
合計	24,435,962	71,673,049	154,419,693	108,778,352	359,307,056

(3) 供与機材

終了時評価調査時点において、保健省に供与された機材の実績は、561万6,764円相当

¹¹ 英文/仏文報告書から派遣専門家数を修正（10名→11名）。

¹² 年度別の支出内訳は、2008年度175万5,335円；2009年度919万4,393円；2010年度701万6,393円；及び2011年度893万8,559円。2011年度には、終了時調査後の予定支出額520万円が含まれている。

(約 6,864 万 7,800 ブルンジフラン) である¹³。主な内容は、車両、コンピュータ、プロジェクト関連機材等である。

詳細については、付属資料 5-2 供与機材を参照。

(4) 海外研修

合計 15 名の C/P がプロジェクトの予算によって海外研修を受講しており、2 名が日本でのリーダーシップ研修、12 名がマダガスカルでの母子・新生児ケア、1 名が医療機材維持管理の研修に参加した。¹⁴

研修参加者の詳細は、付属資料 5-3 海外研修実績を参照。

(5) その他の関連インプット

1) AAKCP 研修

JICA は 2005 年より、アジア・アフリカ知識共創プログラム (Asia-African Knowledge Co-creation Program : AAKCP) を実施している。その一環として、日本型品質管理手法 (5S-KAIZEN-TQM) を普及するために、JICA は 2007 年よりアフリカの 15 カ国を対象に研修を中心とした「アフリカ地域医療施設機能改善 (広域) プログラム (5S-KAIZEN-TQM を用いた保健医療サービスの質の向上) 準備調査」を開始した¹⁵。

ブルンジはこのプログラムの第 2 グループ対象国に含まれており、この枠組みの下、9 名の C/P が AAKCP 研修を受講した。内訳は、2 名がスリランカ民主社会主義共和国 (以下、「スリランカ」と記す) でのリーダーシップ研修、2 名がモロッコ王国 (以下、「モロッコ」と記す) でのリーダーシップ研修、3 名がスリランカでの 5S 活動研修、2 名がバンコクで開催された第 2 回保健人材グローバルフォーラムに参加した。

参加者の詳細は、付属資料 5-3 海外研修実績を参照。

2) 日本における課題別研修

3 名の C/P が、日本における課題別研修 (医療機材維持管理、母子保健サービスの質向上、5S-KAIZEN-TQM) を受講した。

参加者の詳細は、付属資料 5-3 海外研修実績を参照。

3) 無償資金協力

日本政府は、2010 年に無償資金協力「ブジュンブラ市内医療設備整備計画」により、PRC 病院、プランス・レイ・ルワガソレ病院、カメンゲ大学病院、ブジュンブラ市内の 9 カ所の保健センターに産科及び新生児関連の医療機材を供与している。なお、本プロジェクトと同じ日本人専門家が、この無償資金協力の短期専門家として派遣されている。

¹³ この額には、専門家の携行機材費 91 万 5,961 円 (約 1,166 万 900 ブルンジフラン) は含まれていない。

¹⁴ 英文/仏文報告書から派遣研修生合計数を修正 (18 名→15 名)。

¹⁵ AAKCP プログラムは、以下の 2 グループにより構成されている。第 1 グループ対象国 (実施期間 : 2007 年 3 月～2008 年 11 月) : エリトリア国、ケニア共和国 (以下、「エリトリア」「ケニア」と記す)、マダガスカル、マラウイ共和国、ナイジェリア連邦共和国、セネガル共和国、タンザニア連合共和国及びウガンダ共和国 (以下、「マラウイ」「ナイジェリア」「セネガル」「タンザニア」「ウガンダ」と記す) ; 第 2 グループ対象国 (2009 年 3 月～2010 年 11 月) : ベナン、ブルンジ、ブルキナファソ、コンゴ民主共和国、マリ共和国 (以下、「マリ」と記す)、モロッコ及びニジェール共和国 (以下、「ニジェール」と記す)。

3-1-2 ブルンジ側

(1) カウンターパートの配置

ブルンジ側として、保健省、PRC 病院、9カ所の保健センター¹⁶に所属する合計 31 名のスタッフが C/P として配置されている¹⁷。保健省アドバイザーがプロジェクトダイレクター、保健省次官アドバイザーがプロジェクト・コーディネーターを務めている。このうち、プロジェクト開始から終了時評価調査時点までに、13 のポストにおいて人事異動があった¹⁸。詳細については、付属資料 5-4 カウンターパート一覧を参照。

(2) ローカルコスト負担

終了時評価調査時点までに、ブルンジ側はプロジェクト活動費として約 1,000 米ドルを負担している。主な内訳は、安全強化のためのプロジェクト事務所ドアの補強費や光熱費である。

(3) プロジェクト事務所の提供

ブルンジ側から、保健省及び PRC 病院内にプロジェクト執務室が供与された¹⁹。

3-2 活動実績

活動実績表は付属資料 6. を参照のこと。

3-3 アウトプットの達成状況

各アウトプットの達成状況は以下のとおりである。なお、アウトプット指標に関するデータは、付属資料 7.指標データを参照のこと。

- (1) アウトプット 1：対象保健施設において、トップ管理職、中間管理職員（院長・センター長、診療科長、看護師長など）のリーダーシップが強化される。

表 3-1 アウトプット 1 の指標の達成状況

指 標	達成状況
1-a) 5S 委員会が PRC 病院と州保健局に配置される。	2009 年 7 月に、PRC 病院及び州保健局に 5S 委員会が設置された。
1-b) 対象施設に 5S 実施活動チームが配置される（開始後 8 カ月以内）	目標から 1 カ月遅れた 2009 年 10 月に、PRC 病院の 3 パイロット部門（婦人科、新生児科、産科）及び 9 カ所の保健センターで WIT が設立された。加えて、2011 年 1 月までに、PRC 病院の全部門に及ぶ 18 部門において WIT が設立された。

¹⁶ 2010 年に 3 カ所の保健センター（カメンゲ、ムサガ、ブエンジ）がメディカル・センターに格上げされているが、本報告書内では、すべて 9 カ所同レベルの保健センターと称している。

¹⁷ 中間レビュー報告書、終了時評価報告書（英文/仏文）では 32 名となっているが、INSP は JCC メンバーであるものの C/P ではないため、31 名に修正。

¹⁸ 人事異動が 2 回発生しているポストもあり、終了時評価調査時点では合計 16 名の C/P が変更されている。

¹⁹ 終了時評価調査時点では、日本人専門家は PRC 病院の執務室を使用しており、ブルンジ側のプロジェクトコーディネーターが保健省の執務室を使用している。

1-c) 対象施設に品質管理ポリシーが掲示される（開始後 12 カ月以内）	目標から 5 カ月遅れた 2011 年 6 月までに、PRC 病院の対象 3 部門及び 9 カ所の保健センターで行動基準書（ビジョン・ミッション）が掲示されている。衛生基準標準書も、PRC 病院の 3 部門で掲示されている。なお、達成時期の遅れは、5 カ月間の日本人退避による活動停止が影響している。
1-d) WIT の活動レポートが毎月作成される。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2010 年 4 月から 2011 年 8 月の 17 カ月間に、9 カ所の保健センターで月平均 0.72 回（17 カ月で平均 12 回）の WIT 会議が開催された。毎月定期的に WIT 会議を開催しているのは、ムタクラ保健センターのみである。 ・ 同じ 17 カ月間に、PRC 病院の対象 3 部門において、月平均 0.37 回（17 カ月で平均 6 回）の WIT 会議が開催された。PRC 病院では、WIT 会議に加えて、WIT チーフによる会議が月平均 0.65 回（17 カ月で 11 回）開催されている。

終了時評価調査時点でのアウトプット 1 については、プロジェクト終了に向けて課題は残すものの、指標 a)、b)、c)は達成されている。

プロジェクトの開始当初、PRC 病院及びブジュンブラ州都市部保健局（州保健局）、及びブジュンブラ市保健局（以下、「市保健局」と記す）に設置された 2 つの 5S 委員会は、5S 活動の促進のために重要な役割を果たした。しかし、5S 委員会の会議の頻度は少なく、定期的には開催されていなかった。開催された会議については付属資料 6.活動実績表参照のこと。

現在、毎週 5S 活動及び予防メンテナンス活動のモニタリングを実施している WIT (Working Improvement Team) メンバーによって、主な 5S 活動が率いられている。保健センター及び PRC 病院では、毎月各部門の WIT 会議が開催されることになっているが、定期的には開催されていない施設もある。PRC 病院では、WIT チーフ会議も開かれ、WIT メンバー会議よりも WIT チーフ会議の方が開催頻度が高い。保健センターレベルでは、今年度（2011 年）実施された人員削減の結果、対象保健センターでの各職員への業務量が増加し、WIT 会議の定期的開催に支障が出ていると報告されている²⁰。

このプロジェクトの特徴として、C/P である対象施設のトップ管理職及び中間管理職員の大半が海外研修に参加する機会があり、研修参加者の帰国後、日本人専門家がフィードバックセミナーの開催を支援したことが挙げられる。このフィードバック研修の開催を習慣づけたことは、海外で得た知見を他の職員と共有すると同時に、参加者にプロジェクト活動のリーダーとしての意識づけにも有効であったと思われる。

他方、プロジェクトは、特にリファラルケースの改善のために、PRC 病院と対象保健センター間の情報共有システムの構築をめざしたが、まだ実現されていない。エイズや結核等感染症のリファラルケースに関する情報共有の公式な場はあるものの、母子保健においては存在しない。公式な場の構築には至っていないものの、PRC 病院と保健センター間の職員をセミナーや研修に同時に招待することによって、プロジェクトは非公式な情報交流の場を提供している。

²⁰ 職員数の多い都市部から少ない地方部への人員再配置が行われた結果、都市部では人員削減となった。

- (2) アウトプット 2：各施設長のリーダーシップにより、現場スタッフの 5S 活動を通して、妊産婦・新生児ケアの業務環境が改善される。

表 3-2 アウトプット 2 の指標の達成状況

指 標	達成状況
2-a) 対象施設で以下の 5S 活動が実施される。	
1) 危険物・医療廃棄物の分別ルールが策定され、分別される。	衛生基準が策定、掲示されたうえ、実施されている。また、医療廃棄物用のごみ箱が導入されている。
2) 対象部門の物品保管方法がルール化され、実施される。	文書化はされていないものの、ルールは作成され、書類棚や物品棚は指定された場所に設置されている。他の物品との混入を避けるために、各品の置き場所がシールで明確に区別されている。
3) 患者用待合椅子が適切な場所に設置され、活用される。	適切な場所に、外来患者用の新しいベンチが設置されている（PRC 病院に 4 ベンチ、保健センターに 44 ベンチ）。

終了時評価調査時点でのアウトプット 2 は、おおむね達成されている。

掃除は医者や看護師の役割でないという考え方が根強いブルンジにおいて、プロジェクトが 5S 理念を導入するにあたり、当初保健スタッフからの抵抗があった。日本人専門家が「やって見せる」方式で、PRC 病院の幹部職員の各部屋や保健センターの掃除・整理整頓を行った。このプロセスは、「管理職は他の職員に指示を与えるだけではなく、やって見せる形で他の職員をリードする必要がある」というように、C/P のメンタリティーの変化を促した。

保健スタッフは、今では 5S 活動を実施することが患者のためのみならず、自分自身のためにもメリットがあることに気づいており、より良い保健サービスを提供できることを誇りに思っていることがインタビューによって確認された。例えば、業務環境が整理されることにより、物を探す時間が短縮されると同時に、不要な設備を除去することにより広いスペースを確保することができるようになり、業務効率が改善される。その結果、保健スタッフのストレスが減り、患者に対してよりリラックスした態度で向き合えるようになったことに加え、5S 理念によって、より良いサービスを提供するという責任感が芽生えている。

ブルンジにおいて 5S 活動の関心を高めたのは、2011 年 8 月に実施された 5S 大会である。プロジェクトはすべての対象施設に加えて、ブジュンブラ市内の 3 病院や 4 カ所の州立病院、ドナー関係者を招待した。この大会は、PRC 病院及び 9 カ所の保健センター間での経験を共有する良い機会であり、5S 活動をリードするスタッフのモチベーション向上にも有効であった。

5S 大会のあと、PRC 病院では他部門の WIT メンバー同志による評価制度（ピアレビュー）を導入した。この制度は、他部門の 5S 活動を知ることにより WIT メンバーを刺激するうえで効果的であると考えられ、この活動の継続が望まれる。

- (3) アウトプット 3：対象施設において、機材の予防メンテナンスが、保健医療従事者全員参加により、継続的に行われる。

表 3-3 アウトプット 3 の指標の達成状況

指 標	達成状況
3-a) 対象施設において、機材使用注意タグが、医療機材に添付される（日本の無償協力案件完了後、3 カ月以内）。	<ul style="list-style-type: none"> ・ PRC 病院の 5 部門（婦人科、新生児科、産科、放射線科、中央滅菌室）及び 9 カ所の保健センターにおいて、ほぼ全部の機材に使用注意タグが添付されている。 ・ 中間レビュー以降、添付率が以下のように改善されている： PRC 病院 81.1%→100%、保健センター 74.6%→97.6% なお、2010 年 4 月に無償資金協力による機材は引き渡されたが、その後日本人の退避により 5 カ月間活動が停止されたため、目標達成時期に遅れが生じている。
3-b) 対象施設において、医療機材が設置された部屋に予防メンテナンスシートが掲示され、使用后処理・稼動可能状況が記録・管理される。（機材使用注意タグが添付されて 6 カ月以内）	<ul style="list-style-type: none"> ・ PRC 病院の 4 部門（婦人科、新生児科、産科、放射線科）及び 9 カ所の保健センターにおいて、予防メンテナンスシートが掲示されている。 ・ 中間レビュー時点で PRC 病院では掲示/記録率が 100%を達成していたが、中間レビュー以降保健センターにおいても以下のように改善されている： PRC 病院 100%→100%、保健センター： 67.8%→91.7% なお、達成時期は機材資料注意タグ添付から 3 カ月以内で、目標期限内である。

終了時評価調査時点でのアウトプット 3 は、おおむね達成されている。

機材使用注意タグは、ほぼすべての機材に添付されており、新人が配置された際に役立つと報告されている。無償資金協力による機材供与は、この機材使用注意タグ添付の活動を促進するうえで、よいきっかけになったと考えられる。

予防メンテナンスの確認は、チェックシートに記入する形で毎週実施されている。このチェックシートは、保健スタッフが予防メンテナンスを習慣化するためのツールとして作成されている。今では、保健スタッフ、特に PRC 病院の各部門長や WIT メンバーは、定期点検が機材の寿命を延ばすことに効果があることを理解している。

一方で、プロジェクトにとって、維持管理技術レベルが異なる PRC 病院と保健センターを同時に活動対象としなければならないという難しさがあった。PRC 病院には、維持管理部門があり、2 名が海外研修に参加している。プロジェクトメンバーやインタビューした看護師は、機材維持管理部門チーフの責任感が向上し、メンテナンスサービスも改善されたと報告している。他方、保健センターでは PRC 病院に比べると簡易な機材が多いものの、州保健局、市保健局のいずれにも、保健センターの機材管理を担当する技師は配置されていない。したがって、保健センターレベルでの機材管理（特に機材が故障した際）が難しいのが現状である。

成果品として、プロジェクトは、PRC 病院に既にあった機材維持管理マニュアルを改訂し²¹、新たに作成した機材調達マニュアルと合冊した。さらに、PRC 病院の管理部門が機材維持管理の重要性を認識するように、病院長、維持管理部門責任者、総務部長から構成されるメンテナンス委員会の設立をプロジェクトは進めている。

(4) アウトプット 4: 看護スタッフの妊産婦・新生児ケアにかかわる技術・知識が強化される。

表 3-4 アウトプット 4 の指標の達成状況

指 標	達成状況
4-a) 技術研修生の全員がポスト・テストで 50%以上を獲得する ²² 。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第 1 回助産研修のポスト・テストで、18%の参加者が 100 点中 80 点以上を獲得した (2009 年 10 月) ・ 第 2 回助産研修のポスト・テストで、97%の参加者が 100 点中 50 点以上を獲得した (2010 年 9 月) ・ 正常分娩チェックリスト研修のポスト・テストで、100% (25 名全員) が 100 点中 50 点以上を獲得し、平均得点は 70.8 点であった (2011 年 6 月)。 ・ チェックシート及びパルトグラムの活用研修のポスト・テストで、88.9% (18 名参加者のうち 16 名) が 100 点中 50 点以上を獲得し、平均得点は 65.3 点であった。
4-b) 対象施設で助産研修を受けたスタッフが 100 名を超える。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 238 名のスタッフが助産研修を受講した (8 研修の総累計)。
4-c) マダガスカル国外技術研修で得られた知識を踏まえて、正常分娩ケアチェックリストが作成される。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2011 年 5 月、正常分娩ケアチェックリストが作成された²³。 ・ 2011 年 7 月、保健省/PNSR による第 1 段階目の承認がされた。 ・ 2011 年 7 月、正常分娩ケアチェックリストが対象施設 (PRC 病院、4 カ所の保健センター) に導入された。
4-d) 業務従事者のケア行為に対する意識・態度が変化する。	<p>2009 年 3 月及び 2011 年 9 月に実施された保健スタッフに対する調査によると、患者に関する保健スタッフの意識・態度のうち、特に以下 2 点の変化が顕著である (他の詳細回答については付属資料 7. を参照) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ① スタッフは良い態度で接するべき : 11.3% →63.9% ② 患者の満足が重要 : 3.8%→41.7%

²¹ 改訂前のマニュアルは、2007 年に派遣された日本人専門家 (医療機材フォローアップ) によって作成された。

²² 中間レビューの際に、ブルンジでは 50%以上の得点率が合格とみなされることから、「ポスト・テストで 80%の研修受講生が 90%以上の得点を獲得する」から「全員が 50%以上の得点獲得」に目標値が変更されている。

²³ 正常分娩ケアチェックシートは 2011 年 6 月に作成されている。

終了時評価調査時点でのアウトプット4は、指標上はほぼ達成しているといえる。ただし、活動の一部が PRC 病院に限定されていた。

当初、国立公衆衛生院（INSP）の2名のスタッフとともに、「保健スタッフのケア行為に対する意識調査」（指標4-d）のベースライン調査）が実施されたが、その後の連携はあまり図られなかった。他方、プロジェクトの後半では、正常分娩チェックケアリストの普及に向けて、国家リプロダクティブヘルスプログラム（PNSR）との連携が図られている。

研修については、母子保健委員会を中心に内容を協議し、日本人専門家の支援を受けながら各母子保健委員が講義資料を作成した。

プロジェクトは、特に以下の点において成果を発揮している：

マダガスカルにおけるスタディーツアーは、ブルンジと類似した社会経済環境の国において患者中心ケアが実践されている状況を研修参加者が目の当たりにする非常に良い機会であった。帰国後、研修参加者が患者中心ケアの新しい概念を導入するリーダー的存在になり、マダガスカルでの実践に基づいて、正常分娩ケアの医療的な処置の流れの中に患者中心ケアの概念を織り込み、同時に5Sの可視化及びプロセスの標準化を適用した正常分娩ケアチェックリストを作成した。このチェックリストは、患者の受け入れ、出産、帰宅までのすべてに必要な手順を明確に示している。このチェックリストの手順とおりに実践されているかを確認するチェックシートは、看護師が必要なステップを習慣づけることを目的に作成されている。

2011年7月に保健省/PNSRによって、チェックリストの承認の第1段階が取られたあと、プロジェクトはこの正常分娩ケアチェックリスト/シートを対象施設に導入した。分娩サービスを実施していない保健センターにおいても、チェックリストは患者中心ケアの理解、つまり患者に対する態度の改善に有効であり、今後保健センターに分娩介助サービスの拡大が期待されている現在、分娩介助開始に向けた準備にも貢献していると報告されている。

指標4-d)で確認されたように、保健スタッフの患者に対する意識は、大幅に改善されている。

ただし、プロジェクトには、以下のような制約があった。

プロジェクトにとっては、技術レベルが異なるPRC病院と保健センターを同時に活動対象とする難しさがあった。現在、PRC病院では毎月300件以上の多数の正常分娩が実施されているが、保健センターレベルでは対象9カ所のうち、分娩介助サービスを実施しているのは4カ所のみである。4カ所の1つ、ブエンジ保健センターはPRC病院に隣接しているため、今後も正常分娩サービスの提供を行う方針はない。一方、他の3センターについては、現在、施設用の柵が設置されておらず、患者の安全対策等の関係から分娩介助サービスが提供されていない。今後、これらの整備が行われ次第、分娩介助サービスを実施する方針となっている。

さらに、助産担当の日本人専門家の投入量（ブルンジでの滞在期間）が限定されていたため、プロジェクトはPRC病院の能力強化に焦点を絞らざるを得ず、保健センターを対象とした活動展開は難しかった。また、「妊産婦・新生児ケアにかかわる技術・知識」についての理解が関係者間で共有されるのに時間を要したため、技術研修の実施に遅れがみられた。

3-4 プロジェクト目標の達成状況

プロジェクト目標：対象保健施設のより良い運営管理の下で、患者中心の妊産婦・新生児ケアが実践される。

表3-5 プロジェクト目標の指標の達成状況

指標	達成状況
a) 対象施設の業務環境が改善される ²⁴ (すべての対象施設の5S活動捗評価モニタリングシートの平均点が60%を超える)。	2009年2月から2011年7月の間に、PRC病院の対象3部門及び9カ所の保健センターにおける業務環境の平均点が、おのおの36%、39.4%から58%、59.3%に改善している。詳細については、付属資料7.参照のこと。
b) 対象施設で出産した産婦のうち、「分娩中に看護スタッフから十分・適切にケアを受けた」と回答した産婦が正常分娩ケアチェックリスト導入後、増加する。	正常分娩ケアチェックリスト導入後、対象施設で出産した産婦のうち、「分娩中に看護スタッフから十分・適切にケアを受けた」と回答した産婦が増加した。 特に変化がみられたのは12項目中以下の項目である： ① 陣痛室のベッドに横になるのを介助してくれた。 ② お産の間、ときおり励ましてくれた。 ③ 陣痛の間に軽食や水分をとるようにと言ってくれた。 ④ お産の際、楽な（好きな）体位をとらせてくれた。 ⑤ 生まれた直後の赤ちゃんをお腹の上に乗せてくれた。 ⑥ 処置について改めて説明してくれた。 詳細については、付属資料7.参照のこと。
c) すべての対象施設でPBF (Performance Based Finance) の産科婦人科部門での評価点が上がる。	・2010年4月～6月から2011年4月～6月の間に、PRC病院の助産/産科部門の評価点が84.2%から94.7%に向上した。 ・保健センターについては、助産/産科部門特定の評価点は入手不可能であったが、質的面上における評価点は2カ所のセンター（ブテレレ、カニョーシャ）を除いたすべての保健センターで改善している ²⁵ 。詳細については、付属資料7.参照のこと。

終了時評価調査時点で、保健センターに係る指標c)は入手できなかったものの、その他の指標はほぼ達成しており、2012年1月の終了までにプロジェクト目標はおおむね達成すると見込まれる。

中間レビュー調査後、プロジェクト目標、特に患者中心ケアの定義についてC/P間で共通認識が浸透しており、C/Pの大半が、各アウトプット（リーダーシップ、5S活動による業務

²⁴ 本来であれば、指標a)はアウトプット2レベルに該当すると考えられるが、終了時評価調査点でのC/Pの混乱を避けるために、指標の改訂は行わなかった。

²⁵ PBF評価チームは、患者の満足度調査及び患者の在宅確認のために自宅訪問を行っている。貧困層コミュニティに位置しているカニョーシャ保健センターでは、住所不定者や地方からの移民も多く、PBF評価チームが患者の住所を確認できない場合が時折あると報告されており、評価点を下げている要因のひとつと考えられる。ブテレレについては、特別な要因は不明である。

環境の改善、予防メンテナンス、母子保健)間の関係、さらにこれらのアウトプットがどのようにプロジェクト目標の達成に貢献しているかについて理解していることが、インタビューによって確認された。

5S 活動及び正常分娩ケアチェックリストは、保健スタッフの心構えの変化、並びに患者中心ケアという概念の導入に際し、重要な役割を果たしている。正常分娩チェックリスト導入後 2 カ月間という短い間にプロジェクト目標指標 b) が変化したことは、正常分娩ケアチェックリストが、患者中心の妊産婦・新生児ケアの実践に有効なツールであることを示している。回答のなかで、「生まれた直後の赤ちゃんをお腹の上ののせてくれた」が増加しているが、この方法は、新生児が不安定な状態で臍帯結紮が行われている現状を見た日本人専門家が、出産直後の母子の触れ合い（良質なケア）と安全な処置が同時に行われるように発案したものである。

2010 年、保健サービスの量的・質的向上促進のために、「成果に基づく財政支援 (Performance-Based Finance : PBF)」がブルンジに導入された。量的・質的面から成る PBF 評価指標を達成した各保健施設に対して、ボーナスが支払われる仕組みである。PBF の質的指標の 30%以上が 5S 活動と関連しているため、5S 活動は PBF 評価点の獲得に貢献していると考えられる。同時に、より良いサービスが多くを患者を惹きつけ、効率的な業務によってより多くの診察受入が可能になるため、5S 活動は量的面での評価点獲得にも貢献していると報告されている。なお、ブジュンブラ市内 5 カ所の病院のなかで PRC 病院は質の評価でおおむね 1 位を確保している²⁶。

そのほかに、2010 年 12 月及び 2011 年 9 月に、保健センターで母子保健サービスを受診した妊産婦を対象に改善要望に関する調査が 2 回実施されている。このなかで、スタッフの態度について満足していた回答者が理由として挙げたうち、①患者に対する分かりやすい説明、②効果的な治療、③サービス開始時間の厳守、対応の迅速さ、受付順の診療などの業務の進め方の適切さ、④患者に対する公平さ、などについて評価が向上しており、プロジェクトの効果が確認されている。

3-5 プロジェクトの実施プロセス

(1) 中間レビューの提言の実施状況

中間レビュー以降の 6 カ月間で、大半の提言が実行に移されている (例：患者中心ケアの定義の共有、正常分娩ケアチェックリストの完成及び実施、期限切れの医薬品の処分)。しかし、以下はいまだ課題として残されている。

- ① 正常分娩チェックリストに基づくケアの実施状況に関するモニタリング及びスーパービジョンの計画策定及び実施
- ② 修理不能な医療機材の廃棄手続きの導入
- ③ 5S 委員会の各メンバーが一層のリーダーシップを発揮するような対応強化

²⁶ 2010 年第 2 四半期 1 位 (得点 : 80.3%)、第 3 四半期 2 位 (85.6%、なお 1 位のルワガソレ病院は 85.8%で微差)、第 4 四半期 1 位 (91.7%)、2011 年第 1 四半期 1 位 (90.7%)。

(2) 貢献要因

1) 2010年PBFの導入

PBFは5S活動と類似した項目に評価点を設定しているため、PBFの開始が5S活動の進捗を促進した。

2) プロジェクトによるブルンジ側のオーナーシップの醸成

日本人専門家がブルンジ側を十分に巻き込む努力を行った結果、プロジェクト活動に熱心な数名のブルンジ側C/Pがリーダー的存在として育成され、活動を推進している。

3) 海外研修並びにフィードバックセミナー開催の定例化

海外研修は、C/Pの意識を向上させ、ブルンジ人が自分たちもめざせるような目標があることに気づかせる機会を提供した。例えば、マダガスカルにおけるスタディーツアーでは、研修参加者が患者中心ケアが実践されている状況を目の当たりにし、スリランカやモロッコでのAAKCP研修では、他の国でどのように5S活動が実施されているかを知ることができ、刺激を受けている。さらに、日本人専門家はフィードバックセミナーの開催を支援し、義務づけた。このフィードバックセミナーの定例化は、研修に参加できなかったメンバーとの知見の共有、加えて海外研修参加者のリーダーシップの向上に有効であったと考えられる。

4) 中間レビューの実施

実施が遅れたものの、中間レビューによるPDMの改訂や提言を受け、その後6カ月間の活動進捗はスムーズなものとなり、プロジェクトはおおむね活動の遅れを取り戻している。

5) PRC病院における他部門間による評価制度（ピアレビュー）

ピアレビュー制度は、他部門間のWITメンバー同志が刺激しあい、5S活動の促進並びにオーナーシップの醸成に有効であると報告されている。

(3) 阻害要因

1) 外部条件の変更

以下の環境の変化は、プロジェクト活動の進捗の阻害要因となった。

- ・ 2010年選挙に際し、治安悪化のため日本人専門家の退避が余儀なくされたこと（PDM上の前提条件）
- ・ 半数近いC/Pの異動（PDM上の外部条件）
- ・ 保健スタッフの配置見直しによる保健センターの人員減少（PDM上の外部条件）

2) 出口戦略の視点不足

日本人専門家はブルンジ側C/Pを十分に巻き込むことを心がけたものの、主要なマネジメント面は日本人によって進められた（例：計画、ワークショップ/研修の企画、モニタリング）。ブルンジ側がプロジェクトマネジメントに十分に関与する機会があれば、持続性

がより向上することが可能であったと考えられる。

3) 日本人専門家間のコミュニケーションの不足

日本人専門家間で定例会等は開催されず、情報共有が十分ではない一面もみられた。中間レビューで各アウトプット担当の専門家同志の連携不足が指摘され、その後、専門家間の協力を改善がみられた。当初から専門家間で定期的な情報共有がなされていれば、同じプロジェクト目標達成に向けて共通認識が形成され、より効果的であったと推測される。

4) PDM が十分に活用されなかったこと

中間レビュー以前、プロジェクトは PDM をマネジメント及びモニタリングツールとして適切に活用していなかった。これらの要因として、本来の PDM の役割が十分に理解されていなかったこと、並びに当初の PDM 指標が明確でなかったことが挙げられ、結果として、早期の PDM 改訂が望まれていたが遅れが生じた。

5) 運営委員会が設立されなかったこと

プロジェクト形成（事前評価）時には、2 カ月ごとに開催される運営委員会（Steering Committee : SC）の設立が予定されていた。終了時評価調査時点では、活動別の 5S 委員会、母子保健委員会は設立されているものの、プロジェクト全体の活動進捗を把握する運営委員会の設立は実現されていなかった。年 1 回の JCC よりも開催頻度が多く、より現場に近い意思決定機関として運営委員会が機能していれば、モニタリングやマネジメント体制の移行により有効であったと考えられる。

第4章 評価5項目の評価結果

4-1 妥当性

プロジェクトの目標は、ブルンジ開発政策及び日本の対ブルンジ援助政策と合致し、かつブルンジのニーズにもほぼ合致していることから、高い妥当性が認められる。反面、プロジェクトのデザインに関しては、妥当性を下げた要因と考えられる。

(1) ブルンジ開発政策・日本の対ブルンジ援助政策及びブルンジニーズとの合致

貧困削減戦略ペーパー (Poverty Reduction Strategy Paper: PRSP)、国家保健開発計画 (PNDS)、国家リプロダクティブヘルスプログラム (PNRSR) では、乳幼児死亡率及び妊産婦死亡率の削減を目標に掲げており、プロジェクトの目標はブルンジ政府の優先事項達成に貢献するものであり、ニーズにも合致している。また、プロジェクトは JICA の対ブルンジ事業展開計画の援助重点分野 (保健) に対応するものである。

(2) プロジェクトデザイン

当初、プロジェクトは 5S 導入を核として、将来的には母子保健に貢献する形で立案されたものの、プロジェクト目標並びにプロジェクト名に母子保健が掲げられ、母子保健プロジェクトとされた。しかし、中間レビューで指摘されるまで 5S 活動と母子保健との関連性が十分に理解されず、母子保健の活動に遅れがでる要因のひとつになったと考えられる。理由として、案件募集 (公示) 内容では母子保健担当の専門家は評価対象外であり、投入量も限られていたこと等が挙げられる、

さらに、プロジェクト目標にある「患者中心ケア」、並びにアウトプット 4「妊産婦・新生児ケアにかかわる技術」の定義が明確でなく、プロジェクト側としてもこの点の整理が十分でなかった。その結果、中間レビューまでプロジェクト目標の共通認識が形成されておらず、特にアウトプット 4「妊産婦・新生児ケアにかかわる技術・知識」の活動の方向性に支障を来したことは否めない。

4-2 有効性

プロジェクトの有効性は比較的高い。

大半のアウトプットは期待されていたレベルの成果を産出しており、プロジェクト目標もおおむね達成される見込みである。

中間レビューまで、アウトプット 1、2 によるリーダーシップの育成と 5S 活動に中心が置かれ、母子保健の活動進捗に遅れがみられたが、結果としては、プロジェクトが目標としている患者中心ケアの概念を導入するにあたり、良いプロセスを踏み、行動変容につながったと考えられる。なぜなら、5S 活動が C/P の意識改革を促し、プロジェクトがマダガスカルで助産研修を実施した際に、C/P は患者中心ケアという新しい概念を受け入れる心の準備ができていたと考えられる。さらに、アウトプット 3、4 の正常分娩ケアチェックリストや機材使用注意タグ等は、可視化並びにプロセスの標準化という 5S の理念を反映している。特に、正常分娩ケアチェックリストは、患者中心ケアの概念がよく織り込まれた形で作成されている。このように、アウトプット 1 のリーダーシップの育成並びにアウトプット 2 の 5S 活動により職員の行動を変容させる基盤が整備

されたことにより、アウトプット3、4の機材維持管理、妊産婦・新生児ケアの技術力向上につながり、さらには、プロジェクト目標である患者中心ケアを実施することが可能となった。

4-3 効率性

プロジェクトの効率性は中程度である。

以下の点は、効率性を高めている。

- ① プロジェクトは、AAKCPプログラム、課題別研修、無償資金協力と良いタイミングで連携が取られていた。AAKCPプログラムの下9名のC/Pを日本、スリランカ、モロッコに、加えて、課題別研修の下で4名を日本に派遣している。海外研修から参加者が戻った際には、日本人専門家がフィードバックセミナーの開催を支援し、参加できなかったメンバーに知見を共有している。無償資金協力による機材供与は、予防メンテナンス活動の促進を後押ししている。
- ② マダガスカルスタディーツアーはタイミングよく効果的に実施されている。少人数に分けて2年にわたって実施したことは、新しい概念を徐々に持ち込み、概念の定着に有効であったと考えられる。

一方で、以下の点は効率性を下げている。

- ① 2010年の選挙実施に伴って治安が悪化し、日本人専門家が退避せざるを得なかったため、ほとんどの活動が約5カ月間停止された。このために中間レビューの実施も延期され、タイムリーなプロジェクトの軌道修正に支障を来した。ただし、日本人専門家の不在期間中も、ブルンジ側（C/P及びローカルプロジェクトスタッフ）が一部の活動を継続し、結果としてプロジェクトのオーナーシップを醸成する機会にもなっていた。
- ② プロジェクトは、助産関連の投入や活動が少ないだけでなく、活動の進捗状況に沿って、助産担当の専門家をタイミングよく柔軟に派遣する体制になかった。

4-4 インパクト

上位目標：PRC病院と対象保健センターにおいて、妊産婦・新生児ケアの質が改善する。

表 4 - 1 上位目標の指標の達成状況

指 標	達成状況
PRC 病院と対象保健センターにおいて、妊産婦・新生児ケアの質が改善する。	
a) 対象保健センターの分娩件数が増加する。	4 カ所の保健センターにおける、2009 年、2010 年、2011 年の 4～6 月（3 カ月間）の月間平均分娩数は、76、94、120 と増加している ²⁷ 。
b) 対象保健センターで産前産後の妊産婦検診数が増加する。	9 カ所の保健センターにおける産前検診数は、2009 年、2010 年、2011 年の 4～6 月（3 カ月間）の月平均数は、1,857、2,236、2,467 と増加している ²⁸ 。
c) 保健医療施設から妊娠合併症によりリファーされる妊産婦数が増える。	PRC 病院へのリファラル数は 2010 年 0 件、2011 年は終了時評価調査時点で 7 件である ²⁹ 。
d) 正常分娩が 100%、正常分娩ケアチェックリスト（normal delivery care checklist）により、行われる。	PRC 病院及び 4 カ所の保健センターにおける正常分娩に対する正常分娩チェックシートの平均利用率は、2011 年 7 月は 25.5%、8 月は 39.4%である（PRC 病院は 11.5%、35.9%、カメンゲ保健センターは 100%、75.0%、カニョーシャ保健センターは 58.3%、0%、ムサガ保健センターは 100%、100%、ブテレレ保健センターは 31.0%、26.3%。その他の詳細データは、付属資料 7.参照のこと）。

ブルンジ側がプロジェクト成果を維持し、プロジェクトによって開始された活動を継続すれば、プロジェクト終了の 3 年後には上位目標はおおむね達成されると期待される。

上位目標の指標 a) 正常分娩数及び b) 産前産後検診数の増加の要因のひとつとして、サービスの質が良いことや評判を聞いて、保健センター対象地域外の妊産婦もプロジェクト対象保健センターに来院していることが報告されている³⁰。プロジェクトの外部条件となっている、ブルンジ政府の妊産婦並びに 5 歳未満児に対する無料診療サービス提供の政策の継続が、ヘルスケアのアクセス改善に重要な役割を果たしている。

上位目標の指標 c) のリファラル数の増加に対する本プロジェクトのインパクトは、PBF に比べると限定的である。なぜなら、プロジェクトは PRC 病院と 9 カ所の保健センター間の情報共有の公式な体制構築を実現できていないのに対し、PBF はリファラル数に基づいてボーナスを供与するため、より直接的なインパクトがあると考えられる。

上位目標の指標 d) については、正常分娩ケアチェックシートが導入されて約 2 カ月とまだ間もないこともあり、まだ利用率が低い。ただし、現場の状況をかんがみると、100%達成は現実的

²⁷ ブテレレ保健センターは、2010 年 4 月に分娩サービスを開始した。さまざまな要因により、ムサガ保健センターの月平均分娩数は増加していない（同時期で、24、21、12）。同時期の PRC 病院の月間平均分娩数は、264、302、257 である。

²⁸ 保健センターにおける産後検診数は、産前検診に比べて非常に限られているため、産後検診のデータは入手不可能であった。ルジバ保健センターは、2009 年 11 月に産前検診を開始した。

²⁹ 保健センターからの聞き取りに基づく、実際にはこの数値よりも多いと推定される。リファラルを推進している PBF の導入以前は、リファラルの統計データは正確に取られていなかったと考えられる。

³⁰ PRC 病院及び保健センターで母子保健サービスを受診した妊産婦を対象に改善要望に関する調査が 2010 年 12 月及び 2011 年 9 月の 2 回実施された。このなかで、当該施設を受診した理由として、「サービスの質」「評判が良い知人に薦められた」という回答割合が高くなっている。

でない」と本評価調査団は判断した³¹。さらに、本来、正常分娩ケアチェックリスト/シートは、必要な手順を看護師に習慣づけるためのツールであり、必要な手順に習熟し、既に実施している看護師は、チェックシートを必ずしも毎回記入する必要はないものでもあり、設定レベルを再度検討する必要があると考える。

その他の正のインパクトとして、プロジェクトは以下のとおり 5S 活動の関心を高めている。

- ① PRC 病院レベルにおいて、WIT の数が当初の 3 部門からすべての 18 部門に拡大した。
- ② 5S 大会に招待されたブジュンブラ市内の 3 病院の看護師長、及びブリリ、ルイギ、ギテガ、ゴジの 4 州の保健局長や病院長は、5S 活動の導入に関心を示している。
- ③ C/P のリーダーシップにより、2011 年 6 月に 5S を中心としたプロジェクト活動を国中に普及することを目的に、国家 5S 委員会が設立されている³²。この国家 5S 委員会の最初の会合が早期に開催されることが望まれている。

4-5 持続性

プロジェクトの持続性は、政策面では比較的高いものの、それ以外の面では比較的低く、更なる強化が必要である。

(1) 政策面

政策面での持続性は比較的高い。5S 活動と類似した観点を含む PBF が 2010 年に導入されたことは、保健スタッフの 5S 活動に対するやる気を高めている。さらに 2011 年 6 月、保健省は国中にプロジェクト活動を普及するために、国家 5S 委員会を設立している。

(2) 技術的側面

対象施設の保健スタッフの技術レベルは一定レベルに達しているが、更なる強化が必要である。

保健スタッフが 5S 活動を継続するコミットメントは醸成されていると思われる³³。プロジェクトは、「毎月 WIT 会議を開催し、3S 活動（整理・整頓・清掃）を継続すること」が S4（清潔）、「スタッフが 5S 活動を継続し、活動レベルを引き上げるようにリーダーが先導すること」が S5（しつけ）と定義している。現状では、5S 委員会並びに WIT が設立されたものの、これらの定期的な開催には至っていない。国家 5S 委員会も設立されたものの、まだ機能していない。したがって、プロジェクトは S4 及び S5 にある程度到達しているものの、完全には達成していないと考えられる。

もうひとつの懸念事項は、正常分娩ケアチェックリスト/シートの利用率がまだ低いことである。プロジェクトは、この利用率が低い原因を更に分析し、現状に沿った利用方法が提示される必要がある。

³¹ 看護師が正常分娩ケアチェックシートに記入できない理由例として：①同時に2～3件の出産が重なる（PRC病院）、②夜間電気がない（保健センター）、③看護師の手順を観察し、カウンターサインをする看護師が夜間不在である（保健センター）。

³² プロジェクト活動とは、リーダーシップ、5S活動による業務環境改善、予防メンテナンス、正常分娩ケアにかかわる活動全体のことを指している。

³³ インタビューによると、保健スタッフの大部分が、PBFがなくなった場合でも「患者のためだけではなく」「自分のために」5S活動を継続すると回答している。

(3) 組織的側面

州保健局は、保健センターレベルにおけるプロジェクト活動のモニタリングシステムを構築しようと試みているが、まだ早期段階にある。保健省—州保健局—市保健局—保健センターのラインに沿った確固としたモニタリング体制を構築するためには、国家 5S 委員会などでのアクションプランの策定が必要である。さらに、活動継続に対して頻繁なスタッフの異動によるインパクトを軽減する何らかのメカニズムの追求が望まれる（例：引き継ぎ、新人研修、WIT メンバーのローテーション等）。

(4) 財政面

国中に 5S を中心としたプロジェクト活動を普及するにあたり、財政面での持続性が課題である³⁴。保健省並びに PRC 病院は、これらの活動予算を「サービスの質」という費目に織り込む試みをしている。この予算確保の実現、並びに将来にわたって毎年予算が確保されることが期待される。

4-6 結論

妥当性については、ブルンジの開発目標及び日本の対ブルンジ援助政策、ブルンジのニーズに合致しているが、プロジェクトデザインにはいくつかの制約があった。選挙による日本人専門家の退避のための活動の一時停止、多数の C/P の異動、人員配置見直しによる保健センターでの人員削減など、外部環境の変化にもかかわらず、プロジェクトは有効性を維持した。効率性は中程度である。AAKCP プログラム、課題別研修、無償資金協力との連携、さらに、タイミングよく実施されたマダガスカルへのスタディーツアーは患者中心ケアの新しい概念導入に効果的であり、効率性を高めている。一方で、選挙期間にプロジェクト活動が一時停止されたため、効率性が下がる結果となったが、これはプロジェクトの責任管理範囲を超えている。上位目標についても、現状が継続されれば、達成範囲内にあると推定される。その他のインパクトとしては、プロジェクトは PRC 病院内、ブジュンブラ市内の病院、さらには州立病院レベルに 5S 活動の関心を普及し、国家 5S 委員会が設立されている。プロジェクトによって開始された活動の持続性が確保されるよう、特に、モニタリング体制の構築、頻繁な人事異動による活動継続に対するインパクトの低減策、毎年の予算確保について、ブルンジ政府による更なる努力が期待される。

5S 活動は C/P の意識を変え、患者中心ケアの概念受け入れを促した。正常分娩ケアチェックリストは、可視化並びに標準化という 5S 理念を適用すると同時に、患者中心ケアの実践を織り込む形で開発された。全体の結果として、職員の行動変容につながっており、プロジェクトは、対象保健施設の職員がサービスの質向上に必要な基礎を確立することに成功しているといえるであろう。今後、ブルンジ政府は、5S 活動を継続し、次の KAIZEN-TQM の段階に移行することが期待されている。

³⁴ 整理整頓に必要な棚の購入費用も必要となるが、主な支出は研修費用（日当や宿泊費等）になると想定される。

第5章 提言と教訓

5-1 提言

(1) 州保健局、PRC 病院における 5S 委員会に対して

- ① 州保健局、PRC 病院に設置済みの 5S 委員会は、WIT が担う各種活動及びプロジェクト全体の進捗とフォローアップを監理、調整する運営委員会として機能することが期待される。また、PRC 病院における 5S 委員会のメンバーに、機材維持管理部からのスタッフを含める必要がある。
- ② 州保健局、PRC 病院における 5S 委員会は四半期ごとに開催され、モニタリング報告書を国家 5S 委員会に提出する。
- ③ 5S への取り組み体制における WIT の機能が強化され、WIT メンバーが主導的にリーダーシップを発揮して他のスタッフに働きかけが行われるよう、WIT 会議は定期的開催される必要がある。

(2) 州保健局及び保健省に対して

保健センターで実施されるプロジェクト活動の進捗確認は、市保健局によって実施されているスーパービジョンシステムに統合のうえ、モニタリングされることが望ましい。そのモニタリング並びに報告用フォーマットは、2011 年 10 月末までに策定される必要がある。

(3) 州保健局及び市保健局に対して

正常分娩ケアチェックシートの記入件数は市保健局によりモニタリングされ、州保健局の 5S 委員会に報告される必要がある。

(4) PRC 病院に対して

正常分娩ケアチェックシートの記入件数は、院内の母子保健委員会によりモニタリングされ、同病院の 5S 委員会に報告される必要がある。

(5) 国家 5S 委員会に対して

州保健局、PRC 病院の 5S 委員会から提出されるプロジェクト活動のモニタリング結果を、国家 5S 委員会は保健省内の関係部局と共有のうえ、技術的な視点からのスーパービジョンを実施する必要がある。

(6) プロジェクト及び保健省に対して

- ① エンドライン調査の一環として 2011 年 9 月に実施された患者満足度調査の結果を分析し、関連スタッフにフィードバックすることで、残るプロジェクト期間内に正常分娩ケアを改善するとともに、必要に応じ正常分娩ケアチェックシートの改訂を行うことが求められる。
- ② 保健省は、国家 5S 委員会が保健省内関係部局（EPISTAT、INSP 等）の協力の下、プロジェクト終了 1 年後に事後評価を実施する予定であるが、プロジェクトが行った患者満足度調査の内容を同調査に含めることが望まれる。

- ③ 上位目標の指標 d)「正常分娩が 100%、正常分娩ケアチェックリストにより、行われる」に関し、分娩介助に経験を有するスタッフは必ずしもチェックシートによる確認手順が必要ではないため、再検討する必要がある。さらに、正常分娩ケアチェックリスト利用の標準化の状況を計測するため、上位目標の指標として「患者満足度調査の各質問項目に対し、母親からの好意的な回答が XX%に達する」を含めることが望ましい。これらの指標の見直しについては、プロジェクトが終了するまでに JCC により公式に合意する必要がある。
- ④ PDM2.0 上の一部の記述内容を、PDM3.0 のとおり修正する必要がある³⁵。

(7) 保健省に対して

- ① プロジェクトの活動のほとんどのマネジメント(例:計画、ワークショップ/研修の企画、モニタリング)は日本側により実施されてきた。これらの活動が継続されるためには、残るプロジェクト期間内にブルンジ側自身の実施・運営能力と主体性を強化することが求められる。
- ② 「国家保健開発計画(2011-2015)」の具体的な活動計画として、2012年からの運用が予定されるオペレーショナルプランが策定中である。開発計画の目標である「ヘルスケアの質の改善」の実施手段として、5Sを中心としたプロジェクト活動がオペレーショナルプランに取り込まれることが望まれる。

(8) 公衆衛生局長に対して

正常分娩ケアチェックリストの活用状況が、スーパービジョンの実施対象項目に加えられる必要がある。

(9) 総資源局長に対して

- ① 保健センターにおける機材が維持管理されるために、保健省は必要な人員を州保健局に配置することが望まれる。
- ② 国家 5S 委員会により定められる活動計画が実施されるために、必要な予算が毎年配賦される必要がある。
- ③ 医療機材の廃棄並びに医療廃棄物処理は、5S 活動を進めるうえで大きな課題となっている。関係省庁と協議のうえ、保健省は同課題に取り組むことが望まれる。

(10) 国家 5S 委員会に対して

5S 活動を中心としたプロジェクト活動を全国展開するに先立って、国家 5S 委員会は以下の点を考慮すべきである。

- ① プロジェクト活動のモニタリング体制を構築する。
- ② 2011年10月末までに、国家 5S 委員会の活動計画を策定する。

³⁵ PDM は以下の点が修正された：①上位目標の達成期限(プロジェクト終了後2年後→3年後)、②外部条件のレベル(スーパーゴール及び上位目標達成に必要な外部条件→上位目標及びプロジェクト目標達成に必要な外部条件のレベルに下げる)、③プロジェクト目標の指標 a) の入手方法(施設内分娩室の観察→5S 活動進捗評価モニタリングシート)。

5-2 教訓

- (1) 5S活動を用いたプロジェクトが機能するためには、以下の点に留意することが効果的である。
 - ① 5S活動を実施すること自体が目的ではなく、5S活動はプロジェクト目的に到達するための手段であることを認識する。
 - ② 5S活動がどのようにプロジェクト目標に貢献するかについて、5S活動からプロジェクト目標につながる論理的枠組みを精査する。

- (2) プロジェクト目標に対する共通理解を促進し、プロジェクトが適切に運営されるために、プロジェクトのモニタリングとマネジメントツールとしてPDM、POを有効活用することが不可欠である。

- (3) 新しい概念が導入される場合、実際にその考えが実践されている国、特に社会・経済的背景が類似の国へスタディツアーを行うことが効果的である。

- (4) 効果的に技術移転を図り、キャパシティディベロップメントが行われるためには、特にプロジェクトの初期の段階において、日本人専門家とカウンターパートが計画、実施、レビュー、モニタリングといった各工程作業を共同で実施することが不可欠である。さらに、プロジェクトの一定段階からは、持続性確保のために、日本人専門家によるプロジェクトマネジメントとモニタリングの実施責任を、徐々にカウンターパートに移譲していく出口戦略をもつことが必要である。

第6章 団長所感

(1) 終了時評価結果の概要

- ・ 中間評価後の進捗：プロジェクト活動・成果・指標などの整理を行い、ブルンジ・日本双方のプロジェクト関係者と改めて共通理解を整理したのが、本調査前6カ月の時点であった。その後の限られた時間で、期待された進捗がみられた。
- ・ デザイン上の教訓と、一定の成果：プロジェクトの目標に応じて、成果1（リーダーシップ）、成果2（5S活動）、成果3（機材の予防メンテナンス）と成果4（母子保健技術の向上）を統合して実施するマネジメントが求められたのが本プロジェクトのデザインである。共通理解のために一程度以上の読解と翻訳の能力が求められ、さらに多くのカウンターパートを有するなかでのプロジェクト運営は、ブルンジ側に従来ないつながりをつくりながら行う必要があったという意味で、チャレンジングであった。そのなかで、一定の成果がみられたことを評価し、一方でより良いデザインとマネジメントへの教訓を残したといえる。
- ・ 終了時評価ながら提言：プロジェクト期間中に、プロジェクトのモニタリング体制につながる、マネジメント体制をつくるとともに、エンドライン調査で得たデータをもとに、成果4関係の活動へのフィードバックを期待している。また、本プロジェクト活動の定着と拡大を強く希望しているブルンジ側の意向を汲んで、プロジェクト後の彼らの活動の指針となるべく、中長期的な提言を残した。
- ・ 総合的判断として終了：マネジメント体制やモニタリングなど継続性に続く部分は継続的に注視する必要があるが、プロジェクトとして一定の成果を出したことをかんがみ、当初予定どおりのプロジェクト期間をもって終了することが妥当と判断された。

(2) 5Sを含むプロジェクトへの教訓

- ・ 5Sの活動を含むプロジェクトは各国で実施されているが、他の活動の基盤としての5S活動からのつながり、発展性にまだ課題を残していると聞く。今回AAKCP参加者で、本プロジェクトの主要カウンターパートのシュプリアン氏は、他国と自国の活動を比較しながら次のように語っている。「他の国は5Sからサービスの質の向上への模索に戸惑っているように思う、しかしブルンジのプロジェクトは母子保健のサービスを良くする、というめざすべき方向性が明らかであったことから、プロジェクトにおける4つの成果をつなげていくことができたと思う」。このことは意識的にめざすべき方向性を示すことの重要性を示している。5Sから特定のサービスの改善に自発的につながるのを待つのではなく、仕掛けが必要であることを示唆している。が、上述のように、成果4を含むことで、本プロジェクトのマネジメントがチャレンジングになったことは留意する必要がある。
- ・ 成果4にあたるものに、どのような領域を手掛けるべきか、という点は、必ずしも容易に絞ることができないのであろう。というのは本プロジェクトの詳細計画の際に、向上すべき具体的なサービス内容を絞り切れなかったため、活動のなかで模索するよう自由度をもたせたのが最初の設計図にみえるからである。後づけではあるが、この点への示唆も得られている。「5Sは作業の可視化を通じて作業を標準化する」という理念をもつ

のであれば、この理念を手掛かりに、どのようなサービスの標準化が促進されればより良いサービスの提供につながるのか、5S の理念にのっとって促進できるサービスの標準化は何か、と検討することで領域を絞ることができる、ということである。本プロジェクトでは正常分娩におけるチェックリストの作成が行われたが、行うべき手順（プロセス）の可視化に取り組んだということができるだろう。さらに、そのサービスが患者中心に提供されるための視点を加えたことは、5S の理念にも通暁するものであったと考えられる。

- 5 つの S の状況を段階ごとにレベルを設定して活動の深化と継続性を測るのが、いわゆる S1 から S5 までの段階であるが (Sort、Set、Shine、Standardize、Sustain)。S4 S5 の定義が必ずしも関係者間で共通認識ではない、ということが今回明らかになった。AAKCP での先進事例をみているブルンジ側と、国によって各段階に求められる内容が異なってもよいとする日本人専門家との間に、S4 と S5 の定義について共通認識が形成されていなかった。プロジェクト運営上は、共通認識をもち、共通言語を増やすことが重要であることは言うまでもない。今後ブルンジとしての 5S を共通に認識し、発信していつてもらいたい。

(3) リファラル強化の課題

- 病院と地域内保健所のサービス強化を視野に入れた本プロジェクトは、リファラル強化を期待していたといえる。周辺保健センターとのネットワーク化は、本プロジェクトに期待したかったが十分には迫っていない。病院と保健センターでの取り組みには、異なる組織であるため、別々に対応する必要がある、十分に計画される必要があった。試行錯誤はされたが、十分ではなかった。ただし、本プロジェクトを通じて、地方行政下の施設での実施に必要な知見も得られ、ブジュンブラ地域以外に展開するための最低限の知見を得られたといえる。すなわち、病院だけの試みでは、必ずしもブルンジ側の展開の構想には十分な情報を提供し得なかったかもしれない。その意味で、両施設を対象とすることはチャレンジではあったが、同時に病院と保健センターでの展開の模索につながったといえる。
- そもそも、首都病院の機能強化のみでは、都市部への医療人材の集中と医療サービス能力の集中を招き、結果としてリファラルシステムそのものを危うくする。したがって「大変だが、病院強化と保健センター強化は同時に必要 (シュプリアン氏、ノエラ氏)」となる。本プロジェクト途中からの PBF の導入が、直接的にリファラル件数に効果をみせはじめ、プロジェクト期間中には政策の実施が追いつかなかったが、ケースカンファレンスが母子保健に関しても始まる動きがみられるところから、今後の推移を見守る必要がある。

(4) ブルンジ支援の必要性

- ドナーは少なく、日本人が存在することで感謝される稀有な国であり、問題の大きさから、支援の必要性は揺らぐものでない。
- 最初から強い実施体制を期待することはできない、というなかで始める必要がある。本プロジェクトはいくつもの制約要因をもちつつも、最終的には、国会 5S 委員会の設立

につながり、プロジェクト活動をフォローしていこうという動きになったことは、限られた資源を活用して前進していこうとする当該国の姿勢であり、評価したい。中間レビュー、終了時評価とも、全日程にカウンターパートが多くの時間を割き、協議を重ねた。そのなかでブルンジ側の議論が深まり、体制の強化につながることも感じている。**Learning by Doing** が試される支援であってほしい。

- ・ リソースをつなぐことが重要である。仏語圏アフリカのネットワーク [チュニジア共和国、モロッコの第三国研修、コンゴ民主共和国支援] と東アフリカ圏のネットワーク (ケニア、タンザニア) の両方を活用することで、柔軟に現地の支援をすることは可能である。また、歴史的・民族的に類似性を持ち、ブルンジに先駆け保健分野の進展の著しいルワンダ共和国との人材の交流も積極的に検討されたい。

付 属 資 料

1. 調査日程
2. PDM 2.0 (終了時評価時点)
3. PDM 3.1 (最終版 和文・英文)
4. 主要面談者リスト
5. 投入実績
 - 5-1 派遣専門家実績
 - 5-2 供与機材
 - 5-3 海外研修実績
 - 5-4 カウンターパート一覧
6. 活動実績表
7. 指標データ
8. 終了時評価調査ミニッツ (英語・仏語)
9. 現地終了時評価報告書 (英語・仏語)

1. 調査日程

1. 調査日程

			JICA		Consultants
			Leader (Ms. Keiko Osaki)	Cooperation Planning (Mr. Yoshimasa Takemuara)	Evaluation Analysis (Ms. Fumiko Iseki) Interpreter (Ms. Ryoko Koima)
1	17-Sep	sat			NRT(2050)-DOH(0515)+1 QR803
2	18-Sep	sun			DOH(0730)-NBO(1245) QR532 NBO(1535) - BJM(1610) KQ444
3	19-Sep	mon			8h30 Meeting with Burundi FO incl. security briefing 10h Meeting with Project Director & Coordinator 14h30 Courtesy Call to Director of HPRC 15h Tour(Observation) of HPRC 17h Interview with JPN experts
4	20-Sep	tue			8h Courtesy call to Provincial Office (BPS) 9h Visits of HSS for observation and interviews (9h Buyenzi HC, 11h Bwiza-Jabe HC, 15:30 BDS center) 16:30 Interview with JPN experts
5	21-Sep	wed			8h-12h HPRC interview with chief nursing(8h), DACS(9h), Director(10h), DAAF(11h) and maintenance(11h30) 14h-15h30 HPRC interview with three C/Ps of HPRC 16h Interview with PBF committee member
6	22-Sep	thu			8h Group discussion & interview with chief of Mutakura Kamenge, Ngagara, Buyenzi, Bwiza-Jabe, Kanyosha, Ruziba 10h30 Group disussion & interview with WIT of Kamenge, Ngagara, Buterere, Buyenzi, Musaga, Ruziba 16h Interview with Project coordinator
7	23-Sep	fri			8h Visits of HCs for observation and interviews (8h BDS south, 8h30 Musaga HC, 10h30 Kanyosha HC) 15h Meeting with Burundian Evaluation members
8	24-Sep	sat	NRT(2050)-DOH(0515)+1 QR803		Material Review/documentation
9	25-Sep	sun	DOH(0730)-NBO(1245) QR532 NBO(1535) - BJM(1610) KQ444		Material Review/documentation
10	26-Sep	mon	8h30 Meeting with Burundi FO incl. security briefing 9h30 Meeting with Project Director & Coordinator 10h Courtesy Call to Permanant Secretary 11h Group interview with MCH committee member 14h30 Group interview with HPRC WIT members: Maternity, Gynecology, Neonatology and Maintenance		
11	27-Sep	tue	8h30 Visit of Ngagara HC for observation and interviews 10h30 Visit of Buterere HC for observation and interviews 14h30 Internal Meeting 16h Director General of Resources		
12	28-Sep	wed	7h30 Vitis Director General of Public Health 8h30 Visit and Meeting with HPRC 10h Visit and Meeting with CPLR 11h Visit and Meeting with INSP 14h30 Exchange views among joint team members and discussion		
13	29-Sep	thu	7h30 Meeting with PNSR 9h00 Discussion on the evaluation report 8h30 Visit and Meeting with HPRC		
			BJM(1700)-KGL(1740) KQ444	15h Drafting the report	
14	30-Sep	fri	Kigali Health Institute MCH dept. of MOH Rwanda MF Association and consultant	8h30 Internal Meeting 10h00 Discussion and Preparation of the Report 14h30 Discussion and Preparation of the Report	
15	1-Oct	sat	KGL(0950)-BJM(1030) KQ448	Report Preparation	
16	2-Oct	sun	Report Preparation		
17	3-Oct	mon	9h Meeting on the draft final report 14h30 Meeting with UNFPA 16h Meeting with WHO		
18	4-Oct	tue	9h JCC 15h Signing M/M 17h Report to Burundi F.O.		
19	5-Oct	wed	BJM(1215)-NBO(1610) KQ442 NBO(1840)-DOH(2335) QR533	BJM(1215)-NBO(1610) KQ442	BJM(1215)-NBO(1610) KQ442 NBO(1840)-DOH(2335) QR533
20	6-Oct	thu	DOH(0050)-NRT(1920) QR802	Report to JICA Kenya office NBO(1435)-DOH(1930) QR535	DOH(0050)-NRT(1920) QR802
21	7-Oct	fri		DOH(0050)-NRT(1920) QR802	

Annexe 2: PDM (Version 2.0)

Date of formulation: February 16, 2011

Project Title: Strengthening capacities of Prince Régent Charles Hospital and public health centers in Bujumbura city Duration: 3years Project Site: Bujumbura City

Implementing Agencies: General Direction of Public Health and General Direction of Resources for Ministry of Public Health and Fight against AIDS, Bujumbura District Health Office and its 9 Health Centers

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

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

Project Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p>[Overall goal] (2 years after the termination of the project, 2013) Quality of services for maternal and neonatal care is improved at the targeted facilities*.</p> <p>*The targeted facilities: three departments (gynecology, obstetric and neonatology) of HPRC and 9 health centers</p>	<p>[At targeted hospital and health centers in Bujumbura district]</p> <p>a)The number of deliveries at the targeted health centers increases. b)The number of beneficiaries of ANC and PNC at the targeted health centers increases. c)The number of referral cases with obstetric complication to hospitals from the targeted health centers increases. d)100% of normal deliveries are practiced based on 'Normal Delivery Care Checklist'.</p>	<p>a) b) c) Direct observation, Record of delivery cares. Interviews to delivery room staff.</p>	<p>•Government's policy for free access to health care services for pregnant mothers and children under 5 is maintained effectively.</p>
<p>[Project purpose] (3 years after the start of the project, around 2011) Patient-centered maternal and neonatal care is practiced under improved management at the targeted facilities.</p> <p>(Patient-oriented Care) In this project, 'Patient-centered Care' is defined as the care that considerably focuses on securing ease of mind and mitigating both mental and physical burden for patients.</p>	<p>a)Working environment at the targeted facilities is improved. (The average score of 'Monitoring and Evaluation on the Progress of 5S Activity' at all targeted facilities exceeds 60%.) b)The number of mothers who gives positive answers of being fully attended by health personnel and family all through their delivery process increases after 'Normal Delivery Care Checklist' is introduced. c)The PBF (Performance-Based Financing) scores on maternity/obstetric services at all targeted facilities increase.</p>	<p>a) Direct observation at delivery rooms. b) Interview survey to mothers who delivered at the targeted facilities c)PBF report</p>	<p>•Staff is allocated properly and retained to the targeted facilities</p>

[Outputs]	indicators	means	important assumption
<p>(1) Leadership of responsible personnels is reinforced in the targeted facilities and relevant departments.</p>	<p>1-a) 5S committees are established in HPRC and Provincial Health Office of Bujumbura City. 1-b) Working Improvement Teams (WIT) are established in the targeted facilities (within 8 months after the beginning of the project) 1-c) Quality Assurance Policy is displayed on walls</p>	<p>1-a), b) Project Progress Report, Interview to persons involved in the project 1-c) Direct observation of facilities 1-d) Monthly reports of WIT</p>	<p>•Needs for maternal and neonatal care do not soar unexpectedly • Financial constraints for recurrent budget do not worsen.</p>

<p>(2) Work environment for maternal and neonatal care is improved through practicing 5S activities under the leadership of responsible personnel of the targeted facilities. (See Note 1)</p> <p>(3) Preventive maintenance of medical equipment is continuously practiced with full participation of health staff in the targeted facilities.</p> <p>(4) Knowledge and skills of nursing staff (including midwives) are upgraded for maternal and neonatal care in the targeted facilities.</p>	<p>in the targeted facilities. (within 12 months after the start of the project)</p> <p>1-d) Activity reports of WIT are made monthly.</p> <p>2-a) Following 5S activities are in operation in the targeted facilities.</p> <p>1) Segregating rules of hazardous articles and medical wastes are formulated and practiced.</p> <p>2) Storing rules for articles are formulated and practiced.</p> <p>3) Benches for out patients are located and used in the proper places.</p> <p>3-a) All of the equipment is affixed with attention “How to use” tags in the targeted facilities. (within 3 months after the completion of Japanese grant aid project)</p> <p>3-b) Preventive Maintenance Sheets are displayed in the targeted facilities with medical equipment installed, and after-use-care and condition of the equipment is recorded. (within 6 months after the display)</p> <p>4-a) All trainees score more than 50 out of 100 points on the post-test.</p> <p>4-b) Accumulative more than 100 staffs at the targeted facilities complete obstetric skill trainings.</p> <p>4-c) ‘Normal Delivery Care Checklist’ is formulated based on the knowledge obtained through the overseas trainings in Madagascar.</p> <p>4-d) Mindset and attitude of health personnel in work places are improved.</p>	<p>activities</p> <p>2-a) Records of 5S activities, Project Progress Report, Direct observation on site Result of organizational analysis Interview to persons involved in the project Questionnaire survey</p> <p>3-a) Direct observation of equipment 3-b) Result of monitoring Interview to persons involved in the project Project progress report</p> <p>4-a) Result of post-training tests 4-b) Project progress report 4-c) Normal Delivery Care Checklist 4-d) Interview to persons involved in the project</p>	
---	---	---	--

Note: 1) 5 S is defined as a management tool for working environment improvement in health facilities for 1) Sort, 2) Set, 3) Shine, 4) Standardize, and 5) Sustain.

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

プロジェクト・デザイン・マトリックス

PDM3.1 Dec 2011 (第6回 JCC)

プロジェクト名称： ブルンジ共和国・母子保健向上を目的とした保健施設能力強化プロジェクト 協力期間：3年 プロジェクトサイト：ブジュンブラ市

プロジェクト実施機関： 保健省・公衆衛生・エイズ対策省（保健省）、資源総局、ブジュンブラ市保健局、フランス・レジャン・シャルル（PRC）病院、ブジュンブラ市保健センター（9カ所）

ターゲットグループ： PRC 病院（全職員）、ブジュンブラ市保健センター（全職員）

最終裨益者： PRC 病院と市保健センターのキャッチメントエリアに居住する妊産婦及び新生児

プロジェクトの要約	指標	指標のデータ入手手段	外部条件
<p>[上位目標] (3年後、2014年)</p> <p>PRC 病院と対象保健センターにおいて、妊産婦・新生児ケアの質が改善する。</p>	<p>a)対象保健センターの分娩件数が増加する。</p> <p>b)対象保健センターで産前産後の妊産婦検診数が増加する。</p> <p>c)保健医療施設から妊娠合併症によりリファーされる妊産婦数が増える。</p> <p>d)正常分娩が 100%、正常分娩ケアチェックリスト(normal delivery care checklist)により、行われる。</p> <p>e) 患者満足度調査の各質問項目に対し、母親からの好意的な回答が 75%に達する。</p>	<p>a), b),c)</p> <p>施設内の観察</p> <p>分娩件数の記録</p> <p>施設内分娩室のスタッフへのインタビュー調査</p> <p>d)月例報告書の Annex</p> <p>e)患者満足度調査</p>	
<p>[プロジェクト目標]</p> <p>(プロジェクト開始後3年後、2011年あたり)</p> <p>対象保健施設のより良い運営管理の下で、患者中心の妊産婦・新生児ケアが実践される</p> <p><患者中心のケアの定義></p> <p>「家族の立会いなど患者にとって安心で心身の負荷が低減されるよう配慮されたケア」と定義</p>	<p>a)対象施設の業務環境が改善される（すべての対象施設の 5S 活動進捗評価モニタリングシートの平均点が 60%を超える）。</p> <p>b)対象施設で出産した産婦のうち、「分娩中に看護スタッフから十分・適切にケアを受けた」と回答した産婦が正常分娩ケアチェックリスト導入後、増加する。</p> <p>c)すべての対象施設で PBF（Performance Based Finance）の産科婦人科部門での評価点が増える。</p>	<p>a)5S 活動進捗評価モニタリングシートの結果</p> <p>b)対象施設利用者である妊産婦へのインタビュー調査</p> <p>c)PBF 評価レポート</p>	<p>・政府が、5歳未満児・妊産婦ケア費助成政策を継続する。</p>

[成果]	指標	指標のデータ入手手段	外部条件
<p>(1) 対象保健施設において、トップ管理職、中間管理職員（院長・センター長、診療科長、看護師長など）のリーダーシップが強化される。</p>	<p>1-a) 5S 委員会が PRC 病院と州保健局に配置に配置される。 1-b) 対象施設に 5S 実施活動チームが配置される（開始後 8 カ月以内） 1-c) 対象施設に品質管理ポリシーが掲示される（開始後 12 カ月以内） 1-d) WIT の活動レポートが毎月作成される。</p>	<p>1-a), b) 事業進捗報告書 関係者インタビュー 1-c) 施設内視察 1-d) 各施設における WIT レポート（月報）</p>	<p>・PRC 病院と対象保健センターに適切な人材配置・確保がなされる ・妊産婦数・乳幼児数が、予測を超えるほどに、極端に増加しない ・PRC 病院、対象保健センターにおける、機材の維持管理、修理、部品調達の予算現状が悪化しない。</p>
<p>(2) 各施設長のリーダーシップにより、現場スタッフの 5S 活動を通して、妊産婦・新生児ケアの業務環境が改善される（注 1）</p>	<p>対象施設で以下の 5S 活動が実施される（モニタリング記録） 1)危険物・医療廃棄物の分別ルールが策定され、分別される。 2)対象部門の物品保管方法がルール化され、実施される。 3)患者用待合椅子が適切な場所に設置され、活用される。</p>	<p>2-a) 5S 活動記録 事業進捗報告書 施設内の観察 組織分析調査結果 関係者インタビュー 質問紙調査</p>	
<p>(3) 対象施設において、機材の予防メンテナンスが、保健医療従事者全員参加により、継続的に行われる。</p>	<p>3-a)対象施設において、機材使用注意タグが、医療機材に添付される（日本の無償協力案件完了後、3 カ月以内）。 3-b) 対象施設において、医療機材が設置された部屋に予防メンテナンスシートが掲示され、使用后処理・稼動可能状況が記録・管理される（機材使用注意タグが添付されて 6 カ月以内）。</p>	<p>3-a) 機器観察 3-b) モニタリング記録 関係者インタビュー 事業進捗報告書</p>	
<p>(4) 看護スタッフの妊産婦・新生児ケアにかかわる技術・知識が強化される</p>	<p>4-a)技術研修生の全員がポスト・テストで 50%以上を獲得する。 4-b) 対象施設で助産研修を受けたスタッフが 100 名を超える。 4-c) マダガスカルの外技術研修で得られた知識を踏まえて、正常分娩ケアチェックリストが作成される。</p>	<p>4-a) ポストテスト結果 4-b) 事業進捗報告書 4-c) 分娩期チェックリスト 4-d) インタビュー調査</p>	

	4-d)業務従事者のケア行為に対する意識・態度が変化する。		
--	-------------------------------	--	--

注1：5Sとは病院における1) 整理、2) 整頓、3) 清掃、4) 清潔、5) しつけ、を通じた業務環境改善のためのマネジメント手法である。

[活動]	[投入]		外部条件
<p>【成果1: 管理職のリーダーシップ能力育成】</p> <p>1.1 対象施設における各管理職の業務内容、業務実績を確認する。</p> <p>1.2 リーダーシップ研修（TQM 研修、5S 研修）を行う（巡回型国内研修）。</p> <p>1.3 5S 委員会を構成する。</p> <p>1.4 各施設において研修技術の実践状況をモニターする。</p> <p>1.5 病院・保健センター間の情報交換が行われる（リファラルケースなどについて）。</p> <p>【成果2: 5S 活動によるケア環境の改善】</p> <p>2.1 5S のモニタリングシートを用いた業務環境の現状調査を実施する（写真撮影、現場職員への業務環境に関する質問表調査）。</p> <p>2.2 5S 研修を実施する（巡回型国内研修）。</p> <p>2.3 5S 活動を実施する。</p> <p>2.4 各施設において 5S 実践状況をモニターする。</p> <p>【成果3: 機材・器具の予防メンテナンス能力の育成】</p> <p>3.1 対象施設の機材・器具の管理状況を調査する。</p> <p>3.2 対象施設の関係職員を対象として予防的機材維持管理指導・研修を行う（巡回型国内研修、国外研修）。</p> <p>3.3 機器使用注意タグを作成し、機材に添付する。</p> <p>3.4 機材維持管理マニュアル、チェックシートを更新する。</p> <p>3.5 機材購入・部品調達方法を調査し、取引先一覧を含む機材部品調達手順書を作成する。</p> <p>3.6 施設において、機材維持管理状況をモニターする。</p> <p>【成果4: 妊産婦ケア従事者の能力育成】</p> <p>4.1 妊産婦に満足度調査を実施する。</p>	<p>【日本/JICA 側】</p> <p>(1)人材 【日本人専門家】</p> <p>1) 総括/施設運営管理</p> <p>2) 業務改善/5S 活動</p> <p>3) 業務改善/安全管理</p> <p>4) 医療機材維持管理</p> <p>5) 地域看護</p> <p>6) 保健調査</p> <p>7) 助産指導</p> <p>(2) 本邦・第三国研修実施・経費（以下分野）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院管理 ・母子保健サービス <p>(3) 機材供与（小規模）事務機器</p> <p>(4) 以下経費</p> <ul style="list-style-type: none"> - 文書・広報ツール作成費（コピー費、印刷費含む） - セミナー、ワークショップ実施（参加者交通費含む） - 調査実施、など 	<p>【ブルンジ側】</p> <p>(1) 人材</p> <p>1) プロジェクトコーディネーター（保健省大臣官房アドバイザー）</p> <p>2) プロジェクトコーディネーター（保健省公衆衛生総局長補佐）</p> <p>3) ブジュンブラ都市部州保健局</p> <p>4) ブジュンブラ市内3地域保健事務所</p> <p>5) PRC 病院</p> <p>6) 対象の保健センター（9カ所）</p> <p>(2) 以下経費</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ブルンジ側各人材給与（各組織負担） ・合同調整委員会(CCC)出席のための交通費・日当 ・その他、必要な経費 <p>(3) 施設</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プロジェクト活動に活用される施設 ・保健省内における日本人専門家執務室（電話等通信インフラを含む） 	<ul style="list-style-type: none"> ・技術研修を受けた職員が、施設の従事者として勤務を継続する ・プロジェクト活動の従事者の欠勤率が極端に増加しない ・プロジェクトサイトにおいて、活動を妨げるほどの治安悪化が発生しない

<p>4.2 対象施設の看護師・助産師に技術研修を実施する（巡回型国内研修、国外研修）。</p> <p>4.3 産科ケア状況をモニターする。</p> <p>4.4 対象施設を利用する妊産婦への満足度調査を含む、活動のインパクト調査を実施する。</p>			<p>[前提条件]</p> <p>事業開始が可能な治安の安定</p>
---	--	--	------------------------------------

PDM (Version 3.1)

Date of formulation: December 2, 2011

Project Title: Strengthening capacities of Prince Régent Charles Hospital and public health centers in Bujumbura city Duration: 3years Project Site: Bujumbura City
 Implementing Agencies: General Direction of Public Health and General Direction of Resources for Ministry of Public Health and Fight against AIDS, Bujumbura District Health Office and its 9 Health Centers
 Target Groups: All of the staff for Hospital Prince Regent Charles (HPRC) and focused 9 Health Centers
 Beneficiaries: Mothers and neonates living in the catchment area of HPRC and 9 Health Centers

Project Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p>[Overall goal] (3 years after the termination of the project, 2014) Quality of services for maternal and neonatal care is improved at the targeted facilities* .</p> <p>*The targeted facilities: three departments (gynecology, obstetric and neonatology) of HPRC and 9 health centers</p>	<p>[At targeted hospital and health centers in Bujumbura district]</p> <p>a)The number of deliveries at the targeted health centers increases. b)The number of beneficiaries of ANC and PNC at the targeted health centers increases. c)The number of referral cases with obstetric complication to hospitals from the targeted health centers increases. d)100% of normal deliveries are practiced based on ‘Normal Delivery Care Checklist’. e)The rate of positive answer to each question from the mothers in the patient satisfaction survey will reach to 75%.</p>	<p>a) b) c) Direct observation, Record of delivery cares. Interviews to delivery room staff. d) Annex of Monthly Report e) Patient Satisfaction Survey</p>	
<p>[Project purpose] (3 years after the start of the project, around 2011) Patient-centered maternal and neonatal care is practiced under improved management at the targeted facilities.</p> <p>(Patient-oriented Care) In this project, ‘Patient-centered Care’ is defined as the care that considerably focuses on securing ease of mind and mitigating both mental and physical burden for patients.</p>	<p>a)Working environment at the targeted facilities is improved. (The average score of ‘Monitoring and Evaluation on the Progress of 5S Activity’ at all targeted facilities exceeds 60%.) b)The number of mothers who gives positive answers of being fully attended by health personnel and family all through their delivery process increases after ‘Normal Delivery Care Checklist’ is introduced. c)The PBF (Performance-Based Financing) scores on maternity/obstetric services at all targeted facilities increase.</p>	<p>a) Result of Monitoring and Evaluation on the Progress of 5S Activity b) Interview survey to mothers who delivered at the targeted facilities c) PBF report</p>	<p>•Government’s policy for free access to health care services for pregnant mothers and children under 5 is maintained effectively.</p>

[Outputs]	indicators	means	important assumption
<p>(1) Leadership of responsible personnels is reinforced in the targeted facilities and relevant departments.</p>	<p>1-a) 5S committees are established in HPRC and Provincial Health Office of Bujumbura City. 1-b) Working Improvement Teams (WIT) are established in the targeted facilities (within 8 months after the beginning of the project) 1-c) Quality Assurance Policy is displayed on walls in the targeted facilities. (within 12 months after the start of the project) 1-d) Activity reports of WIT are made monthly.</p>	<p>1-a), b) Project Progress Report, Interview to persons involved in the project 1-c) Direct observation of facilities 1-d) Monthly reports of WIT activities</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Staff is allocated properly and retained to the targeted facilities • Needs for maternal and neonatal care do not soar unexpectedly • Financial constraints for recurrent budget do not worsen.
<p>(2) Work environment for maternal and neonatal care is improved through practicing 5S activities under the leadership of responsible personnel of the targeted facilities. (See Note 1)</p>	<p>2-a) Following 5S activities are in operation in the targeted facilities. 1) Segregating rules of hazardous articles and medical wastes are formulated and practiced. 2) Storing rules for articles are formulated and practiced. 3) Benches for out patients are located and used in the proper places.</p>	<p>2-a) Records of 5S activities, Project Progress Report, Direct observation on site Result of organizational analysis Interview to persons involved in the project Questionnaire survey</p>	
<p>(3) Preventive maintenance of medical equipment is continuously practiced with full participation of health staff in the targeted facilities.</p>	<p>3-a) All of the equipment is affixed with attention “How to use” tags in the targeted facilities. (within 3 months after the completion of Japanese grant aid project) 3-b) Preventive Maintenance Sheets are displayed in the targeted facilities with medical equipment installed, and after-use-care and condition of the equipment is recorded. (within 6 months after the display)</p>	<p>3-a) Direct observation of equipment 3-b) Result of monitoring Interview to persons involved in the project Project progress report</p>	
<p>(4) Knowledge and skills of nursing staff (including midwives) are upgraded for maternal and neonatal care in the targeted facilities.</p>	<p>4-a) All trainees score more than 50 out of 100 points on the post-test. 4-b) Accumulative more than 100 staffs at the targeted facilities complete obstetric skill trainings. 4-c) ‘Normal Delivery Care Checklist’ is formulated based on the knowledge obtained through the overseas trainings in Madagascar. 4-d) Mindset and attitude of health personnel in work places are improved.</p>	<p>4-a) Result of post-training tests 4-b) Project progress report 4-c) Normal Delivery Care Checklist 4-d) Interview to persons involved in the project</p>	

Note: 1) 5 S is defined as a management tool for working environment improvement in health facilities for 1) Sort, 2) Set, 3) Shine, 4) Standardize, and 5) Sustain.

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

4. 主要面談者リスト

4. 主要面談者リスト

保健・エイズ対策省 (Ministère de la Santé publique et de la lutte Contre le SIDA : MSPLS)

Dr. BIRINTANYA Norbert	大臣官房長官
Dr. UWINEZA Marie-Noella	保健アドバイザー
Mr. BARAMBONERANYE Cyprien	官房長官アドバイザー
M. HICEBURUNDI Sosthène	資源総局庁
Dr. NGIRIGI Liboire	公衆衛生総局長
Dr. BASENYA Olivier	PBF テクニカル部門
M. RURAKENGEREZA Léopold	維持管理課長

ブジュンブラ州都市部保健局 (Bureau Provincial de Santé : BPS)

Dr. NDAYONGEJE Pascal	ブジュンブラ都市部州保健局長
-----------------------	----------------

ブジュンブラ市保健局 (Bureau du District Sanitaire : DS)

Dr. NSANZERUGEZE Josélyne	ブジュンブラ市保健局チーフドクター、南部
Dr. NTUNZWENIMANA Thierry	ブジュンブラ市保健局チーフドクター、中央部

フランス・レジャン・シャルル病院 (PRC 病院)

Dr. NTAWURISHIRA Thérance	病院長
Dr. NDUWARUGIRA Jean-Bosco	副院長
M. NTIBAHANUZA Cyprien	総務・財務部長
Dr. NDAYIKUNDA Chloé	産婦人科部長
Mme BUKURU Marie	看護師長
Mme NTACONAYIGIZE Spès	婦人科長
Mme NAHIMANA Gaudence	副看護師長
Mme KABARENZI Chantal	新生児科長
M. NZEYIMANA Dieudonné	維持管理部責任者
M. NARURIGIME Nicaise	維持管理部 (WIT チーフ)
Soeur NIYONZIMA Leoncie	産科長
Mme Justine NDIKUMANA	看護師

保健センター (Centre de Santé Publics : CDS)

Mme MIZIGIYIMANA Pélagie	ルジバ保健センター長
M. KABURA-KAGONA	ルジバ保健センター
Mme NDUWAYO Aline	ンガガラ保健センター長
M. RIANTAGARAYR Prosper	ンガガラ保健センター
M. MIYONGABO Pascal	ムサガ保健センター
Mme MIRARE Jacqueline	カニョーシャ保健センター長
M. NZORONKA Aloys	カニョーシャ保健センター
Mme ASSUMANI Mariam	ブテレレ保健センター長
Mme NDAYISABA Ziyuni	ブテレレ保健センター
Mme NDAYISENGA Périne	カメンゲ保健センター
M. NIYONKINDI Marc	カメンゲ保健センター
Mme MOSAGO Euphrasie	ムタクラ保健センター長
Mme MDAYIZIGA Angèle	ムタクラ保健センター
Mme NDUWIMANA Oda	ブイザ・ジャベ保健センター長
Mme MIYOMZIMA Véronique	ブイザ・ジャベ保健センター
Dr. KAZE Christelle	ブエンジ保健センター
Mme HATUNGIMANA Madeleine	ブエンジ保健センター

フランス・ルイ・ルワガソレ病院

Dr. MINANI Isaac

Dr. Basila HAKIZIMANA

病院長

副病院長

国立公衆衛生院 (Institut National de Santé Publique : INSP)

Dr. KAZIHISE Pierre Claver

M. BIGIRIMANA Prosper

院長

研修部長

国家リプロダクティブプログラム (National Program for Reproductive Health : PNSR)

Dr. GAKUNGU Georges

Dr. BIGAYI Théophile

Mme NDAGIJI Mariam

代表

患者サービス長

総務・財務副部長

5. 投入実績
5-1 派遣専門家実績

5. 投入実績

5-1 派遣専門家実績

専門家 氏名	指導科目	派遣期間	MM	所属先
阿部 一博	総括/施設運営管理	2009.1.31～2009.3.13	1.40	株式会社国際テクノ・センター
		2009.5.14～2009.6.12	1.00	
		2009.7.24～2009.8.22	1.00	
		2009.11.4～2009.12.16	1.43	
		2010.1.22～2010.3.2	1.33	
		2010.10.2～2010.11.12	0.70	
		2011.1.29～2011.2.25	0.93	
		2011.4.11～2011.5.15	1.17	
		2011.6.19～2011.7.17	0.97	
		2011.9.19～2011.10.23	1.17	
2011.11.1～2011.12.17	1.13			
田制 弘	業務改善/5S 活動	2009.1.31～2009.3.21	1.67	株式会社国際テクノ・センター
		2009.6.6～2009.9.6	3.10	
		2009.10.3～2009.12.16	1.57	
		2010.1.17～2010.3.4 (2.8～2.16 一時帰国)	1.27	
		2010.8.23～2010.10.28	2.23	
		2010.11.2～2010.12.24	1.17	
		2011.1.21～2011.3.13	1.73	
		2011.5.18～2011.9.15 (6.3～7.10 一時帰国)	2.77	
		2011.11.1～2011.12.26	1.27	
吉川 徹	業務改善/安全管理	2009.8.2～2009.8.18	0.57	財団法人労働科学 研究所 国際協力 センター
		2010.2.6～2010.2.20	0.50	
		2010.9.18～2010.9.26	0.30	
		2011.1.30～2011.2.13	0.50	
		2011.7.29～2011.8.11	0.47	
三室 直樹	機材維持管理	2009.1.31～2009.3.21 (2.21～3.4 一時帰国)	1.27	株式会社国際テクノ・センター
		2009.7.15～2009.9.6	1.80	
		2009.10.2～2009.12.16	1.90	
		2010.1.17～2010.3.2	1.50	
		2010.11.2～2011.12.16	1.50	
		2011.1.12～2011.3.7	1.83	
		2011.5.11～2011.6.16	1.23	
		2011.8.22～2011.10.8	1.60	
2011.10.27～2011.12.4	1.97			
喜多 悦子	地域看護	2009.3.12～2009.3.20	0.30	日本赤十字九州国 際看護大学

専門家 氏名	指導科目	派遣期間	MM	所属先
阿部 千春	保健調査	2009.2.19～2009.3.21 2009.5.14～2009.6.12 2011.9.12～2011.9.27	1.03 1.00 0.53	株式会社国際テクノ・センター
関 育子	助産指導 1	2009.5.14～2009.6.5 2009.10.8～2009.10.28 2010.8.30～2010.10.2 2011.1.21～2011.2.15 2011.5.30～2011.6.13 2011.8.29～2011.9.23 2011.11.5～2011.11.25	0.77 0.70 1.13 0.87 0.50 0.87 0.70	日本赤十字九州国際看護大学
石山さゆり	助産指導 2	2009.10.8～2009.10.28	0.70	日本赤十字九州国際看護大学
中島 真	業務調整	2009.1.31～2009.3.21	1.67	株式会社テクノスタッフ
水流 晶子	業務調整/IEC	2009.6.6～2009.6.25 (IEC 活動 4 日間含む) 2009.8.2～2009.9.1 (IEC 活動 5 日含む) 2009.10.8～2009.10.25 2010.11.2～2010.12.19 (IEC 活動 15 日含む) 2011.2.7～2011.4.4 (IEC 活動 6 日含む)	0.67 (0.13) 1.03 (0.17) 0.60 1.00 (0.50) 1.90 (0.20)	株式会社国際テクノ・センター
飯島 一徳	業務調整	2011.9.19～2011.10.18 2011.11.2～2011.12.26	1.00 1.00	株式会社国際テクノ・センター
現地業務 合計 (業務調整を含む)		派遣済み MM	57.77	
		終了時見込み MM	63.83	

5-2 供与機材

現地到着 時期	機材名	規格 (メーカー名・型式)	現地購入価格 (BIF)	価格 (日本円)	保管(利用)場所	現在の稼働の 有無	非稼働の場合はいつ からか及びその理由
2009/3/25	車輛 (4WD)	TOYOTA Land Cruiser PRODO Plate No.: C092A IT	45,371,600	3,712,305	JICA ブルンジ事務所 駐車場	稼動	
2009/3/3	ラップトップコンピューター (ウイルス対策ソフト込み)	Dell Inspiron 1318 (McAfee 8.0.i)	1,500,000	122,730	PRC 病院内プロジェ クトオフィス	稼動	
2009/3/3	ラップトップコンピューター (ウイルス対策ソフト込み)	Dell Inspiron 1318 (McAfee 8.0.i)	1,500,000	122,730	PRC 病院内プロジェ クトオフィス	稼動	
2009/3/3	ラップトップコンピューター (ウイルス対策ソフト込み)	Dell Inspiron 1318 (McAfee 8.0.i)	1,500,000	122,730	PRC 病院内プロジェ クトオフィス	稼動	
2009/3/3	ラップトップコンピューター (ウイルス対策ソフト込み)	Dell Inspiron 1318 (McAfee 8.0.i)	1,500,000	122,730	PRC 病院内プロジェ クトオフィス	なし	盗難 (2009/11/8)
2009/3/11	デスクトップコンピューター (ウイルス対策ソフト込み) (UPS 付き)	HP COMPAQ (McAfee 8.0.i) (Onduleura APC Back UPS 650VA)	1,755,000	143,594	保健省内プロジェク トオフィス	稼動。	—
2009/3/11	デスクトップコンピューター (ウイルス対策ソフト込み) (UPS 付き)	HP COMPAQ (McAfee 8.0.i) (Onduleura APC Back UPS 650VA)	1,755,000	143,594	PRC 病院内プロジェ クトオフィス	非稼動	ハードディスク故障
2009/3/11	白黒プリンター	HP LASERJET P2015	643,500	52,651	PRC 病院内プロジェ クトオフィス	稼動	
2009/3/11	プロジェクタ	ACER Vidéo Projecteur	1,170,000	95,729	PRC 病院内プロジェ クトオフィス	稼動	
2009/3/13	カラープリンター	HP LASERJET 1600	760,500	62,224	PRC 病院内プロジェ クトオフィス	稼動	
2009/3/13	エアコン	(SONASHI, SSA-18000) 18000BTU with installation	1,626,300	133,064	PRC 病院内プロジェ クトオフィス	稼動	
2009/3/16	プロジェクタ用スクリーン	(Anchor, YM509204) Screen for Projecter	573,300	46,907	PRC 病院内プロジェ クトオフィス	稼動	
2009/3/19	コピー機(白黒)	CANON IR 2018	8,992,600	735,775	PRC 病院内プロジェ クトオフィス	稼動	
合計金額			68,647,800	5,616,764			

5-3 海外研修実績

	氏名	受入期間	研修分野名	研修内容及び受入機関	当時の役職	現在の役職及び 離職年月日
1	Mr.BARAMBONERANYE Cyprien	2009 9.2 - 9.18	5S 業務改善	リーダーシップ、飯塚病院	保健省資源総局長	MOH アトババ伊パー 2010.9 (プロジェクト・ディレク ターは継続)
2	Dr. NUWARUGIRA Jean Bosco	2009 9.2 - 9.18	5S 業務改善	リーダーシップ、飯塚病院	HPRC 診療課副院長	同左
3	Mrs. NAHIMANA Gaudence	2009 11.27 - 12.8	母子保健	助産ケア、マダガスカル、 マジュンガ母子センター	HPRC 副総師長	同左
4	Mrs. NTACONAYIGIZE SPES	2009 11.27 - 12.8	母子保健	助産ケア、マダガスカル、 マジュンガ母子センター	HPRC 婦人課長	同左
5	Mrs. NDAYISENGA Penine	2009 11.27 - 12.8	母子保健	助産ケア、マダガスカル、 マジュンガ母子センター	Kamenge 保健センター長	副センター長 2010.4
6	Mrs. MIRARE Jacqueline	2009 11.27 - 12.8	母子保健	助産ケア、マダガスカル、 マジュンガ母子センター	Kanyosha 保健センター長	同左
7	Dr. NDAYIKUNDA Chloé	2010 12.4 - 12.17	母子保健	助産ケア、マダガスカル、 マジュンガ母子センター	HPRC 産婦人科部長	同左
8	Sis. NIYONZIMA Leoncie	2010 12.4 - 12.17	母子保健	助産ケア、マダガスカル、 マジュンガ母子センター	HPRC 産課長	同左
9	Mrs. MISAGO Euphrasie	2010 12.4 - 12.17	母子保健	助産ケア、マダガスカル、 マジュンガ母子センター	Mutakura 保健センター長	同左
10	Mrs. ASSUMAN Mariam	2010 12.4 - 12.17	母子保健	助産ケア、マダガスカル、 マジュンガ母子センター	Buterere 保健センター長	同左
11	Mrs. HABONIMANA Françoise	2010 12.4 - 12.17	母子保健	助産ケア、マダガスカル、 マジュンガ母子センター	Musaga 保健センター副長	同左
12	Mrs. KAYABAGA Pélagie	2010 12.4 - 12.17	母子保健	助産ケア、マダガスカル、 マジュンガ母子センター	Ruziba 保健センター長	同左
13	Mrs. NDUWIMANA Oda	2010 12.4 - 12.17	母子保健	助産ケア、マダガスカル、 マジュンガ母子センター	Bwiza-Jabe 保健センター長	同左
14	Mrs. NAHIMANA Jeanne-Marie	2010 12.4 - 12.17	母子保健	助産ケア、マダガスカル、 マジュンガ母子センター	国立公衆衛生院(INSP)講師	同左

15	Mr. NIYONKURU Deo	2011 7.15 - 8.30	維持管理	医療機材維持管理 メディサン	HPRC 維持管理部技術者	同左
----	----------------------	------------------	------	-------------------	---------------	----

* 1, 5, 11 の役職/離任情報について、英文/仏文報告書から一部修正。

AAKCP 関連研修

1	Dr. KAMANA Jean	2009 3.16 - 3.26	AAKCP 導入セミナー	リーダーシップ、スリランカ 保健省	保健省アドバイザー	プロジェクトダイ レクター離任 2010.11 (役職は変更無)
2	Dr. NTAWURISHIRA Thérence	2009 3.16 - 3.26	AAKCP 導入セミナー	リーダーシップ、スリランカ 保健省	フランス・レジャン・シャルル 病院(HPRC)院長	同左
3	Dr. NDAYONGEJE Pascal	2009 8.15 - 8.27	AAKCP フィールド ワークショップ	5S 活動、スリランカ保健省	ブジュンブラ都市部州保健局長	同左
4	Mrs. BUKURU Marie	2009 8.15 - 8.27	AAKCP フィールド ワークショップ	5S 活動、スリランカ保健省	HPRC 総師長	同左
5	Mrs. KABARENZI Chantal	2009 8.15 - 8.27	AAKCP フィールド ワークショップ	5S 活動、スリランカ保健省	HPRC 新生児課長	同左
6	Dr. NDAYONGEJE Pascal	2010 10.25 - 10.29	AAKCP ファイナル セミナー	リーダーシップ モロッコ保 健省	ブジュンブラ都市部州保健局長	同左
7	Dr. NUWARUGIRA Jean Bosco	2010 10.25 - 10.29	AAKCP ファイナル セミナー	リーダーシップ モロッコ保 健省	HPRC 診療課副院長	同左
8	Mr. BARAMBONERANYE Cyprien	2011 1.24 - 1.30	AAKCP グローバル フォーラム	JICA	保健省大臣アドバイザー	同左
9	Dr. NTAWURISHIRA Thérence	2011 1.24 - 1.30	AAKCP グローバル フォーラム	JICA	フランス・レジャン・シャルル病院 (HPRC)院長	同左

* 1 については、プロジェクト・ダイレクター離任情報を英文/仏文報告書に追記。

その他の研修

1	Mr. NZEYIMANA Dieudonné	2010 10.3 - 12.15	維持管理	医療機材維持管理、 メディサン	HPRC 維持管理責任者	同左
2	Mrs. RIGI Gaudiose	2011 6.7 - 7.16	母子保健	母子保健サービスの質向上、 国際医療センター	HPRC 産科看護師	同左
3	Mr. BARAMBONERANYE Cyprien	2011 8.29 - 9.16	5S-KAIZEN-TQM	TQM、JICA 東京、スリランカ 保健省	保健省大臣アドバイザー	同左
4	Mrs. BUKURU Marie	2011 8.29 - 9.16	5S-KAIZEN-TQM	TQM、JICA 東京、スリランカ 保健省	HPRC 総師長	同左

5-4 カウンターパート一覧

C/P の指名及び役職	C/P の専門分野	研修名と期間	技術移転を行った 専門家氏名	協力分野	C/P としての実施機関での勤務期間	備考等
保健・エイズ対策省 (保健省)						
保健・エイズ対策省、大臣官房長官/ プロジェクト運営委員会議長						
Mr. BUKURU Pamphile			阿部 一博 (総括/施設運営管理)	プロジェクト運営管理	Jan/2009- May/2009	
Mr. NTAKIYIRUTA Joseph					May/2009 - Aug/2010	
保健・エイズ対策省、次官/ プロジェクト運営委員会議長						
Dr. BIRINTANYA Norbert			阿部 一博 (総括/施設運営管理)	プロジェクト運営管理	May/2011- 現在	
保健省アドバイザー / プロジェクト・ディレクター						
Dr. KAMANA Jean		AAKCP 導入セミナー 2009 3.16 - 3.26	阿部 一博 (総括/施設運営管理)	プロジェクト運営管理	Jan/2009 - Nov/2010	
Dr. NDAYIZEYE Félicien					Nov/2010 - Jun/2011	
Dr. Marie-Noella UWINEZA					Jun/2011	
保健省資源総局長 / プロジェクト・コーディネーター						
Mr. BARAMBONERANYE Cyprien		5S 業務改善 2009 9.2 - 9.18 AAKCP グローバルフォーラム 2011 1.24 - 1.30 地域別研修 5S-KAIZEN-TQM 2011.8.29 - 9.16	阿部 一博 (総括/施設運営管理)	プロジェクト運営管理	Jan/2009- Sept/2010	
保健省次官アドバイザー、プロジェクト・コーディネーター						
Mr. BARAMBONERANYE Cyprien		5S 業務改善 2009 9.2 - 9.18 AAKCP グローバルフォーラム 2011 1.24 - 1.30 地域別研修 5S-KAIZEN-TQM 2011.8.29 - 9.16	阿部 一博 (総括/施設運営管理)	プロジェクト運営管理	Sept/2010- 現在	
フランス・レジヤン・シャルル病院 (PRC 病院 : Hôpital Prince Régent Charles)						
院長						
Dr. NTAWURISHIRA Thérance		AAKCP 導入セミナー 2009 3.16 - 3.26 AAKCP グローバルフォーラム 2011 1.24 - 1.30	阿部 一博 (総括/施設運営管理)	プロジェクト運営管理	Jan/2009 - 現在	

C/P の指名及び役職	C/P の専門分野	研修名と期間	技術移転を行った専門家氏名	協力分野	C/P としての実施機関での勤務期間	備考等
診療課副院長						
Dr. HAKIZIMANA Basila	一般診療	5S 業務改善 2009.9.2 - 9.18 AAKCP ファイナルセミナー 2010.10.25 - 10.29	田制 弘(業務改善/5S 活動)、関 育子(助産指導)	5S 活動/母子保健向上	Jan/2009 - Apr/2009	
Dr. Jean-Bosco NDUWARUGIRA					Apr/2009- 現在	
総財務課副院長						
Mr. KAMENGE Gabriel	総財務		田制 弘(業務改善/5S 活動)、三室 直樹(機材維持管理)	5S 活動/維持管理活動	Jan/2009 - Apr/2009	
Mr. NTIBAHANUZA Cyprien					Apr/2009- 現在	
総師長						
Mme BUKURU Marie	看護	AAKCP フィールドワークショップ 2009.8.15 - 8.27 地域別研修 5S-KAIZEN-TQM 2011.8.29 - 9.16	田制 弘(業務改善/5S 活動)、関 育子(助産指導)	5S 活動/母子保健向上	Jan/2009 - 現在	
産婦人科部長						
Dr. NDAYIKUNDA Chloé	産婦人科	マダガスカル技術交換研修(助産) 2010.12.4 - 12.17	田制 弘(業務改善/5S 活動)、関 育子(助産指導)	5S 活動/母子保健向上	Jan/2009 - 現在	
副総師長						
Mme NAHIMANA Gaudence	看護	マダガスカル技術交換研修(助産) 2009.11.27 - 12.8	田制 弘(業務改善/5S 活動)、関 育子(助産指導)	5S 活動/母子保健向上	Jan/2009 - 現在	
維持管理責任者						
Mr. NZEYIMANA Dieudonné	維持管理	CP 本邦研修(維持管理) 2010.10.3 - 12.15	三室 直樹(機材維持管理)	5S 活動/維持管理活動	Jan/2009 - 現在	
婦人科長						
Mme. NTACONAYIGIZE Spès	婦人科	マダガスカル技術交換研修(助産) 2009.11.27 - 12.8	田制 弘、三室 直樹、関 育子	5S 活動/母子保健向上	Jan/2009 - 現在	
産科長						
Mme. NIYONZIMA Léoncie	産科	マダガスカル技術交換研修(助産) 2010.12.4 - 12.17	田制 弘(業務改善/5S 活動)、三室 直樹(機材維持管理)、関 育子(助産指導)	5S 活動/母子保健向上	Jan/2009 - 現在	
新生児科長						
Mme. KABARENZI Chantal	新生児課	AAKCP フィールドワークショップ 2009.8.15 - 8.27	田制 弘(業務改善/5S 活動)、三室 直樹(機材維持)	5S 活動/維持管理活動/母子保健向上	Jan/2009 - 現在	

C/P の指名及び役職	C/P の専門分野	研修名と期間	技術移転を行った専門家氏名	協力分野	C/P としての実施機関での勤務期間	備考等
ブジュンブラ都市部州保健局 (Bureau Provincial de santé de la mairie de Bujumbura, BPS)						
ブジュンブラ都市部州保健局長						
Dr. GAHUNGU Thierry			阿部 一博(総括/施設運営管理)	プロジェクト運営管理	Jan/2009 - May/2009	
Dr. NDAYONGEJE Pascal		AAKCP フィールドワークショップ 2009 8.15 - 8.27 AAKCP ファイナルセミナー 2010 10.25 - 10.29			May/2009 - 現在	
ブジュンブラ市保健局 (Bureau du District Sanitaire de Bujumbura, BDS)						
<北部 BDS >						
ブジュンブラ市保健局チーフ (北部)						
Dr. KAMANA Jeanine			阿部 一博(総括/施設運営管理)	プロジェクト運営管理	May/2009 - 現在	
ブジュンブラ市保健局スーパーバイザー (北部)						
NDABOROHEYE Elie			阿部 一博(総括/施設運営管理)	プロジェクト運営管理	Jan/2009- 現在	
<中央部 BDS>						
ブジュンブラ市保健局チーフ (中央部)						
Dr. BUZINGO Bénigne			阿部 一博(総括/施設運営管理)	プロジェクト運営管理	May/2009 - Jan/2010	
Dr. NTWARI Willy					Jan/2010 - Dec2010)	
Dr. NTUNZWENIMANA Thierry					Jan/2011-現在	
ブジュンブラ市保健局スーパーバイザー (中央部)						
NDABARUSHIMANA Virginie			阿部 一博(総括/施設運営管理)	プロジェクト運営管理	Jan/2009- 現在	
<南部 BDS>						
ブジュンブラ市保健局チーフ (南部)						
Dr. NSANZERUGEZE Josélyne			阿部 一博(総括/施設運営管理)	プロジェクト運営管理	May/2009 - 現在	
ブジュンブラ市保健局スーパーバイザー (南部)						
HABONIMANA Hilaire			阿部 一博(総括/施設運営管理)	プロジェクト運営管理	Jan/2009-Feb/2011	

C/P の指名及び役職	C/P の専門分野	研修名と期間	技術移転を行った専門家氏名	協力分野	C/P としての実施機関での勤務期間	備考等
Mr. NIYONIZIGIYE Jean-Claude					Mar/2011-現在	
保健センター (Centre de Santés, CDSs)						
Kamenge 保健センター長 (カメンゲ保健センターは、2010年4月より、メディカル・センターに格上げ)						
NDIKUMANA Bénigne	看護		田制 弘(業務改善/5S活動)、三室 直樹(機材維持管理)、関 育子(助産指導)	5S活動/維持管理活動/母子保健向上	Jan/2009- Apr/2009	
NDAYISENGA Pénine	看護	マダガスカル技術交換研修(助産) 2009.11.27 - 12.8			Apr/2009 - Apr/2010	
Kamenge メディカル・センター長						
Dr Christine NDAYIKEZA	一般診療		田制 弘(業務改善/5S活動)、三室 直樹(機材維持管理)、関 育子(助産指導)	5S活動/維持管理活動/母子保健向上	Apr/2010 - 現在	
Ngagara 保健センター長						
NIBIZI Constance	看護		田制 弘(業務改善/5S活動)、三室 直樹(機材維持管理)、関 育子(助産指導)	5S活動/維持管理活動/母子保健向上	Jan/2009- Mid/2009	
NDUWAYO Aline	看護				Mid/2009-現在	
Mutakura 保健センター長						
NDUWAYEZU Charlotte	看護		田制 弘(業務改善/5S活動)、三室 直樹(機材維持管理)、関 育子(助産指導)	5S活動/維持管理活動/母子保健向上	Jan/2009- Jun/2009	
MISAGO Euphrasie	看護	マダガスカル技術交換研修(助産) 2010.12.4 - 12.17			Jun/2009 - 現在	
Buterere 保健センター長						
KARUNGURUKA Bernadette	看護		田制 弘(業務改善/5S活動)、三室 直樹(機材維持管理)、関 育子(助産指導)	5S活動/維持管理活動/母子保健向上	Jan/2009 - Jun/2009	
ASSUMANI Mariam	看護	マダガスカル技術交換研修(助産) 2010.12.4 - 12.17			Jun/2009- 現在	
Musaga 保健センター長 (Musaga 保健センターは 2010年からメディカル・センターに格上げ)						
NAHISHAKIYE Médiatrice	看護		田制 弘(業務改善/5S活動)、三室 直樹(機材維持管理)、関 育子(助産指導)	5S活動/維持管理活動/母子保健向上	Jan/2009- Jun/2009	
HABONIMANA Françoise	看護	マダガスカル技術交換研修(助産) 2010.12.4 - 12.17			Jun/2009 - Mid/2010	
Musaga メディカル・センター長						
Dr. Goreth NUKURI	一般診療		田制 弘(業務改善/5S活動)、三室 直樹(機材維持管理)、関 育子(助産指導)	5S活動/維持管理活動/母子保健向上	Mid/2010- 現在	

C/P の指名及び役職	C/P の専門分野	研修名と期間	技術移転を行った専門家氏名	協力分野	C/P としての実施機関での勤務期間	備考等
Kanyosha 保健センター長						
MIRARE Jacqueline	看護	マダガスカル技術交換研修(助産) 2009.11.27 - 12.8	田制 弘(業務改善/5S 活動)、三室 直樹(機材維持管理)、関 育子(助産指導)	5S 活動/維持管理活動 /母子保健向上	Jan/2009 - 現在	
Ruziba 保健センター長						
KAYABAGA Pélagie	看護	マダガスカル技術交換研修(助産) 2010.12.4 - 12.17	田制 弘(業務改善/5S 活動)、三室 直樹(機材維持管理)、関 育子(助産指導)	5S 活動/維持管理活動 /母子保健向上	Jan/2009 - 現在	
Bwiza-Jabe 保健センター長						
NDUWIMANA Oda	看護	マダガスカル技術交換研修(助産) 2010.12.4 - 12.17	田制 弘(業務改善/5S 活動)、三室 直樹(機材維持管理)、関 育子(助産指導)	5S 活動/維持管理活動 /母子保健向上	Jan/2009 - 現在	
Buyenzi 保健センター長 (Buyenzi 保健センターは 2010 年からメディカル・センターに格上げ)						
Dr. NTIZAHUVYE Séraphine	看護		田制 弘(業務改善/5S 活動)、三室 直樹(機材維持管理)、関 育子(助産指導)	5S 活動/維持管理活動 /母子保健向上	Jan/2009 - Mid/2010	
Buyenzi メディカル・センター						
Dr. NTIZAHUVYE Séraphine	看護		田制 弘(業務改善/5S 活動)、三室 直樹(機材維持管理)、関 育子(助産指導)	5S 活動/維持管理活動 /母子保健向上	Mid/2010 - 現在	

ステークホルダー (JCC メンバー)

国立公衆衛生院 (Institut National de la santé publique , INSP)						
国立公衆衛生院 院長						
Dr.BASENYA Olivier	医療教育・研究		阿部千春 (保健調査)、 関 育子(助産指導)	保健調査/母子保健向	Jan/2009 - May/2009	
Dr.KAZHISE Pierre Claver	医療教育・研究				May/2009 - 現在	

6. 活動実績表

6. 活動実績表

(1) 活動

計画	実績
アウトプット 1: 対象保健施設において、トップ管理職、中間管理職員（院長・センター長、診療科長、看護師長など）のリーダーシップが育成される。	
1-1 対象施設における各管理職の業務内容、業務実績を確認する。	(1) 2009年2月にベースライン調査を実施。対象先は、プロジェクト対象施設（1病院+9保健センター）及びブジュンブラ市内に位置する他2病院、合計12施設。
1-2 リーダーシップ研修（TQM研修、5S研修）を行う（巡回型国内研修、国外研修）。	(1) リーダーシップ研修を2回実施。 ・2009年6月にJCCメンバーの議長、州保健局長、PRC病院、9カ所の保健センターの15名の責任者を対象に、トヨタを事例としたリーダーシップの重要性、ベースライン調査の結果を共有。 ・2011年6月に9カ所の保健センター長を対象として、Vision及び経営方針作成について指導。 (2) 本邦研修4名（プロジェクト予算2名、プロジェクト外2名）、AAKCP研修4名（リーダーシップについて）
1-3 5S委員会を構成する。	(1) 2009年7月に2つの5S委員会設置（PRC病院と州保健局）。
1-4 施設において研修技術の実践状況をモニターする。	(1) PRC病院18部門及び9カ所の保健センターにWITの設置。 (2) PRC病院にビジョン・ミッション及び衛生基準書が、9カ所の保健センターにビジョン・ミッションが掲示。
1-5 病院・保健センター間の情報交換が行われる（リファラルケースなどについて）。	(1) 研修や協議を通して、PRC病院と保健センターの責任者レベルで交流が生まれているが、公式な情報交換の場は構築されていない。 理由：ブルンジには当初予定されていたケースカンファレンスのシステムは感染症についてはあるが、母子保健においては存在しない。出産は無料のため、患者がリファラル先の病院を選択するシステム。
アウトプット 2: 各施設長のリーダーシップにより、現場スタッフの5S活動を通して、妊産婦・新生児ケアの業務環境が改善される。	
2-1 5Sのモニタリングシートを用いた業務環境の現状調査を実施する（写真撮影、現場職員への業務環境に関する質問表調査）。	(1) 2009年3～7月にかけて、PRC病院及び9カ所の保健センターを対象に、ベースライン調査を実施。
2-2 5S研修を実施する（巡回型国内研修、国外研修）。	(1) 2009年6～7月施設管理職訪問研修を実施（PRC幹部職4部屋及び州保健局長室を整理・整頓し、その過程をビデオ撮影し、教材とした） (2) 巡回5S指導（滞在期間中適宜実施） (3) 2009年8月参加型5S研修を実施 (4) AAKCP研修に合計9名派遣（2009年スリランカにおけるAAKCPフィールドワークショップに3名派遣時に、専門家が1名同行、帰国後にフィードバックセミナーの実施を支援） (5) 2009年12月、2010年2月保健センター2カ所の倉庫で5S研修実施 (6) 2009年12月PRC病院のパイロット3部門フォローアップ研修 (7) 2010年2月PRC病院及び保健センターを対象に5Sフォローアップワークショップの実施 (8) 2010年5月及び12月PRC病院においてWITによる5S研修の実施 (9) 2011年1～2月にかけて、PRC病院内の全WITに研修を実施 (10)2011年8月5S大会の開催 (11)5S教材（ポスター、ビデオ、指導マニュアル）の作成
2-3 5S活動を実施する。	(1) PRC病院においてWIT会議19回開催。 (2) 保健センターにおいてもWIT会議がおおむね毎月開催。 (3) 保健センター小規模営繕活動の実施。
2-4 各施設において5S実践状況をモニターする。	(1) WITが活動の中心となり、おおむね毎週モニタリングを実施。 (2) 2011年8月の5S大会において現場スタディーツアーを行い、各施設の評価を実施。 (3) 2011年9月にPRC病院において他部門間の評価システムを導入。

アウトプット 3: 対象施設において、機材の予防メンテナンスが、保健医療従事者全員参加により、継続的に行われる。	
3-1 対象施設の機材・器具の管理状況を調査する。	(1) 2009年2月ベースライン調査を実施。 (2) 2011年8月エンドライン調査を実施。
3-2 対象施設の関係職員を対象として予防的機材維持管理指導・研修を行う(巡回型国内研修、国外研修)。	(1) 全施設訪問指導を7回(PRC病院3部門及び9保健センター対象に計84回)、少人数制ワークショップを1回(2部門×7回)実施。 (2) プロジェクト終了までに、PRC病院で直接対象としていなかった部門に研修実施予定。 (3) 本邦研修2名(プロジェクト予算で1名、プロジェクト外で1名)
3-3 機器使用注意タグを作成し、機材に添付する。	(1) 2010年2月までは日本人専門家がC/Pと共同で注意タグを作成し、無償供与を含めた機材への貼り付けを指導。 (2) 2010年11月以降はWITチームが中心となって、注意タグを作成・貼り付けを実施。
3-4 機材維持管理マニュアル、チェックシートを更新する。	<機材維持管理マニュアル> (1) 2011年1-2月にかけて専門家とメンテナンス技師が共同でPRC病院にある機材維持管理マニュアルを改訂[訂前のマニュアルは、2007年に派遣された日本人専門家(医療機材フォローアップ)が作成。] (2) 2011年7月マニュアルの一部を導入。10月に新棟へ移設後マニュアルを全面導入の予定。 <予防メンテナンス・チェックシート> (3) 2010年11月予防メンテナンス・チェックシートを作成し、PRC病院及び保健センターのWITメンバーに使用方法を指導(上記3-2(1)少人数制ワークショップを含む)。 (4) 2011年1~2月、5~6月にかけて、進捗確認及び再指導を実施。
3-5 機材購入・部品調達方法を調査し、取引先一覧を含む機材部品調達手順書を作成する。	(1) 2011年1~2月にかけて機材部品調達マニュアルを作成し、3-4の機材維持管理マニュアルと合冊。
3-6 施設において、機材維持管理状況をモニターする。	(1) 機材の維持管理状況、機材注意タグ、予防メンテナンスシートの貼付状況を中心に以下3回のモニタリングを実施。 ・日本人渡航禁止期間中に現地スタッフによる機材稼働状況調査 ・中間レビュー前に進捗モニタリング ・終了時評価前に進捗モニタリング
アウトプット 4: 看護スタッフの妊産婦・新生児ケアにかかわる技術・知識が強化される	
4-1 妊産婦に満足度調査を実施する。	(1) 2009年2~3月にかけて「施設利用者に対する満足度調査」及び「対象施設の医療従事者に対する意識調査」を実施(ベースライン調査)。 (2) 2011年5月中間レビューにおいて改訂されたプロジェクト目標指標b)に基づいた「施設利用者に対する満足度調査」を実施(ベースライン調査)。
4-2 対象施設の看護師・助産師に技術研修を実施する(巡回型国内研修、国外研修)。	(1) 母子保健委員会を設置し、研修内容を協議し、専門家の支援を受けながら各母子保健委員が講義資料を作成。 (2) 2011年5月正常分娩ケアチェックリストを作成。 (3) 2011年6月正常分娩ケアチェックシートを作成。 (4) 助産ケアセミナーを6回開催(マダガスカル技術交換研修のフィードバックセミナー含む。第1回、第2回助産研修は母子保健委員が講義を担当した)。 (5) マダガスカル技術交換研修を実施(2009年4名、2010年8名派遣)。
4-3 産科ケア状況をモニターする。	(1) 2009年10月、2010年9月専門家がPRC病院の分娩ケアを視察。
4-4 対象施設を利用する妊産婦への満足度調査を含む、活動のインパクト調査を実施する。	(1) 2010年11月ベースラインで用いた質問票を母子保健委員会のメンバーと共に改訂。 (2) インパクト調査として、2010年12月及び2011年8月に「施設利用者に対する満足度調査」及び「対象施設の医療従事者に対する意識調査」を2回実施。 (3) 母子保健委員会で調査結果の共有・分析、今後の活動方針を協議。

(2) 各種会議一覧

1) PRC 病院 5S 委員会

- ・ 2009年7月3日 第1回 PRC 病院 5S 委員会 (5名)
- ・ 2009年7月29日 第2回 PRC 病院 5S 委員会 (5名)
- ・ 2010年7月15日 第3回 PRC 病院 5S 委員会 (4名)
- ・ 2011年5月3日 第4回 PRC 病院 5S 委員会 (6名)

2) ブジュンブラ州都市部 5S 委員会

- ・ 2009年7月30日 第1回ブジュンブラ都市部州 5S 委員会 (15名)
- ・ 2011年5月10日 第2回ブジュンブラ都市部州 5S 委員会 (6名)

3) 助産研修委員会

- ・ 2009年10月12日 第1回助産研修について(4名)
- ・ 2010年9月2日 第2回助産研修について(5名)
- ・ 2010年11月25日 第3回助産研修・助産教材の作成について(5名)
- ・ 2010年12月2日 第3回助産研修・助産教材の作成について(5名)
- ・ 2011年1月31日 マダガスカル技術交換フィードバック研修・助産教材の作成について(5名)
- ・ 2011年2月24日 第4回助産委員会・分娩期チェックリストについて① (5名)
- ・ 2011年4月19日 第5回助産委員会・分娩期チェックリストについて② (5名)
- ・ 2011年5月24日 第6回分娩期チェックリスト承認会議の準備 (4名)
- ・ 2011年5月31日 分娩期チェックリスト承認会議 (25名)
- ・ 2011年6月3日 第7回分娩期チェックリスト研修について (3名)

4) 予防メンテナンス・ワーキング・グループ (GMP)

- ・ 2009年8月6日 第1回 GMP (9名)

保健省、PRC 病院、ブジュンブラ州都市部保健局から選出したメンバーにより第1回会合を開催したが、大半が機材メンテナンスの知識をもたず、メンテナンス業務に従事していないため、その後に活動内容に対する助言を得ることができなかった。したがって PRC 病院メンテナンス課をワーキング・グループの中心として定例打合せ(週1回から2週間に1回程度)を行い、必要に応じて、保健省、PRC 病院管理者、ブジュンブラ州都市部保健局へ助言を求める方法とした。現在も同様の方式で、日本人専門家の滞在期間に実施している。

- ・ 2009年11月初旬～12月上旬 3回開催 (11/1, 11/25, 12/3)
- ・ 2010年1月下旬～3月初旬 5回開催 (1/20, 2/3, 2/9, 2/21, 3/1)
- ・ 2010年11月初旬～12月中旬 6回開催 (11/4, 11/10, 11/16, 11/21, 11/28, 12/9)
- ・ 2011年1月中旬～3月初旬 10回開催 (1/19, 1/31, 2/2, 2/7, 2/9, 2/14, 2/16, 2/20, 2/23, 2/28。機材維持管理マニュアル作成を含む)
- ・ 2011年5月中旬～6月中旬 5回開催 (5/16, 5/19, 5/25, 5/27, 6/14)
- ・ 2011年8月下旬～現在に至る 4回開催 (8/25, 8/31, 9/9, 9/13)

JCC の開催実績

	開催日	場所	人数	議題
第1回	2009年3月11日	ブルンジ保健省	12名	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第1年次活動報告 ・ 第2年次活動予定 ・ その他
第2回	2009年8月18日	ブルンジ保健省	9名	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第2年次前半活動報告 ・ PDM 協議
第3回	2010年3月2日	ブルンジ保健省	12名	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第2年次後半活動報告 ・ 第3年次活動予定 ・ PDM 協議
第4回	2011年2月22日	ブルンジ保健省	18名	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第3年次中間活動報告 ・ PDM 協議 ・ 中間レビュー結果報告 ・ 今後の活動予定
第5回	2011年10月4日	ブルンジ保健省	20名	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第3年次中間活動報告 ・ 終了時評価報告 ・ 今後の活動予定

7. 指標データ

7. 指標データ

アウトプット 1

d) WIT の会議議事録数 (2010 年 4 月～2011 年 8 月)

対象施設	回数	月数	月平均	17 ヶ月間 平均回数
PRC 病院 (チーフ会議)	11	17	0.65	11
PRC 病院 (新生児科)	6	17	0.35	6
PRC 病院 (婦人科)	9	17	0.53	9
PRC 病院 (産科)	4	17	0.24	4
PRC 病院 (3 部門の合計数)	19	51	0.37	6
PRC 病院 (チーフ会議及び 3 部門の合計数)	30	68	0.44	8
カメンゲ	9	17	0.53	9
ムタクラ	18	17	1.06	18
ンガガラ	13	17	0.76	13
ブテレレ	13	17	0.76	13
ブエンジ	12	17	0.71	12
ブイザ・ジャバ	16	17	0.94	16
ムサガ	14	17	0.82	14
カニョーシャ	7	17	0.41	7
ルジバ	8	17	0.47	8
9 か所の保健センターの合計数	110	153	0.72	12

アウトプット 3

a) 機材使用注意タグの貼付率

対象施設	2011 年 3 月	2011 年 9 月
PRC 病院 (新生児科)	76.5%	100.0%
PRC 病院 (産科)	91.4%	100.0%
PRC 病院 (婦人科)	78.4%	100.0%
PRC 病院 (放射線科)	33.3%	100.0%
PRC 病院 (中央滅菌室)	100.0%	100.0%
PRC 病院 5 部門の平均	81.1%	100.0%
カメンゲ	85.7%	100.0%
ムタクラ	66.7%	100.0%
ンガガラ	77.4%	100.0%
ブテレレ	88.9%	100.0%
ブエンジ	59.3%	95.2%
ブイザ・ジャバ	71.4%	100.0%
ムサガ	81.8%	100.0%
カニョーシャ	52.6%	100.0%
ルジバ	100.0%	66.7%
保健センター 9 か所の平均	74.6%	97.6%
全対象施設の平均	77.0%	98.4%

b) 機材の予防メンテナンス・シートの掲示率

対象施設	2011 年 3 月	2011 年 9 月
PRC 病院 (新生児科)	100.0%	100.0%
PRC 病院 (産科)	100.0%	100.0%
PRC 病院 (婦人科)	100.0%	100.0%
PRC 病院 (放射線科)	100.0%	100.0%
PRC 病院 (中央滅菌室)	-	-
PRC 病院 5 部門の平均	100.0%	100.0%
カメンゲ	85.7%	100.0%
ムタクラ	71.4%	100.0%

ンガガラ	100.0%	100.0%
ブテレレ	71.4%	100.0%
ブエンジ	28.6%	44.4%
ブイザ・ジャベ	16.7%	100.0%
ムサガ	80.0%	100.0%
カニョーシャ	60.0%	100.0%
ルジバ	100.0%	80.0%
保健センター9カ所の平均	67.8%	91.7%
全対象施設の平均	72.5%	92.5%

アウトプット 4

a) ポスト・テストの目標点以上の正解率

研修	プレ・テスト		ポスト・テスト	
	目標点に達した正解率	平均得点	目標点に達した正解率	平均得点
*第1回助産研修(2009年10月)	15.0%	-	18.0%	-
第2回助産研修(2010年10月)	58.0%	-	97.0%	-
チェックリストを用いた正常分娩ケア研修(2011年6月)	88.0%	55.2%	10.0%	70.8%
チェックシート/リスト&パルトグラムの活用研修(2011年9月)	66.7%	54.2%	88.9%	65.3%

*第1回助産研修では、目標点が80点以上に設定されていた。

その他の研修では、目標点が50点以上に変更された。

b) 助産研修受講者の累積合計数

研修	受講者数
母子ケアにおける看護師のキャパシティ強化(2009年10月)	30
マダガスカル助産研修(2009年11月)	4
妊産婦と看護師の協調に基づいた分娩期の看護(2010年9月)	30
マダガスカル助産研修②(2010年12月)	8
マダガスカル研修に基づくアクションプラン作成研修(2011年1月-2月)	12
WHO 正常分娩期のケア(2011年2月)	60
チェックリストを用いた正常分娩ケア(2011年6月)	70
チェックリスト、チェックシート、パルトグラムの活用(2011年9月)	24
累計合計数	238

d) 保健スタッフと患者の関係についての保健スタッフによる回答

	2009年3月	2011年9月
保健スタッフに対する調査数	104	72
回答		
相互の信頼関係が重要だ	51.9%	56.9%
患者はスタッフを信頼している	16.0%	33.3%
患者を心地良く受け入れることが重要だ	15.1%	-
患者を人間的に扱うことが重要だ	13.2%	-
患者に良いサービスを提供すべきだ	-	47.2%
スタッフは良い態度で接するべき	11.3%	63.9%
患者の満足が重要	3.8%	41.7%

プロジェクト目標

a) 業務環境が改善される。(5S活動進捗評価モニタリングシートの平均点)

対象施設	2009年2月	2011年7月
PRC 病院 (新生児科)	N/A	64.0%
PRC 病院 (産科)	N/A	56.0%
PRC 病院 (婦人科)	N/A	60.0%
PRC 病院 3部門の平均	36.0%	58.0%
カメンゲ	66.0%	58.0%
ムタクラ	35.0%	56.0%
ンガガラ	39.0%	62.0%
ブテレレ	35.0%	62.0%
ブエンジ	46.0%	61.0%
ブイザ・ジャバ	37.0%	63.0%
ムサガ	40.0%	60.0%
カニョーシャ	36.0%	55.0%
ルジバ	20.0%	57.0%
保健センター9カ所の平均	39.3%	59.3%

b) 対象施設で出産した産婦のうち、「分娩中に看護スタッフから十分・適切にケアを受けた」と回答した産婦数

結果	2011年5~6月	2011年9月
対象施設で出産した女性に対する調査数	71	52
回答		
出産の際に、看護師は：		
笑顔で迎え入れてくれた	88.7%	90.4%
歩行を手助けしてくれた	52.1%	48.1%
診断の後、母子の健康状態を説明した	57.7%	61.5%
陣痛室のベッドに寝るのを介助した	55.8%	69.0%
陣痛室へ定期的に見にきて、励ましてくれた	49.3%	56.9%
お産の呼吸法やいきみ方を教えてくれた	74.6%	75.0%
陣痛の間に軽食や水分をとれと言ってくれた	25.6%	37.0%
お産の際、楽な体位をとらせてくれた	1.4%	15.4%
生まれた直後の赤ちゃんをお腹においてくれた	62.0%	78.8%
お産の後に祝福の言葉をかけてくれた	67.6%	69.2%
処置について予め説明してくれた	18.3%	32.7%
出産後の健康や育児についておしえて教えてくれた	36.6%	38.5%

c) PBF の評価点 (PRC 病院のみ産婦人科部門の得点有り ; その他は質について)

対象施設	2010年 4-6月	2010年 7-9月	2010年 10-12月	2011年1-3 月	2011年4-6 月
PRC 病院 (産婦人科)	84.2%	78.9%	89.5%	94.7%	94.7%
質の評価					
PRC 病院 (全体)	80.3%	85.6%	91.7%	90.7%	-
カメンゲ	72.0%	81.2%	62.6%	89.1%	-
ムタクラ	47.1%	57.1%	53.7%	61.0%	-
ンガガラ	53.7%	62.8%	51.0%	64.7%	-
ブテレレ	63.3%	61.8%	60.0%	50.5%	-
ブエンジ	50.4%	76.9%	64.1%	81.9%	-
ブイザ・ジャバ	40.3%	57.7%	65.3%	68.9%	-
ムサガ	53.3%	86.5%	84.8%	90.1%	-
カニョーシャ	66.8%	73.8%	77.3%	66.0%	-
ルジバ	24.3%	45.6%	33.4%	48.3%	-
保健センター9カ所の平均	52.4%	67.0%	61.4%	68.9%	0.0%

上位目標

a) 分娩件数

対象施設における 分娩の月平均数	2009年4-6月	2010年4-6月	2011年4-6月
カメンゲ	47	58	58
ブテレレ	-	6	32
ムサガ	24	10	18
カニョーシャ	5	21	12
合計	76	94	120

b) 産前検診数

対象施設における 産前検診の月平均数	2009年4-6月	2010年4-6月	2011年4-6月
カメンゲ	388	321	428
ムタクラ	180	206	330
ンガガラ	198	177	216
ブテレレ	57	132	163
ブエンジ	366	493	494
ブイザ・ジャバ	97	185	155
ムサガ	232	232	277
カニョーシャ	339	408	278
ルジバ	0	81	125
合計	1,857	2,236	2,467

d) 正常分娩チェックリストの記入率

対象施設	2011年7月			2011年8月		
	記入数	分娩数	記入率	記入数	分娩数	記入率
PRC 病院	49	425	11.5%	121	337	35.9%
カメンゲ	51	51	100.0%	30	40	75.0%
ブテレレ	9	29	31.0%	10	38	26.3%
ムサガ	16	16	100.0%	13	13	100.0%
カニョーシャ	14	24	58.3%	0	14	0.0%
合計	139	579	24.0%	174	583	29.8%

**MINUTES OF MEETINGS
BETWEEN
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY
AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT
OF THE REPUBLIC OF BURUNDI
ON
JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJECT
FOR
STRENGTHENING CAPACITIES OF PRINCE RÉGENT CHARLES HOSPITAL
AND PUBLIC HEALTH CENTERS IN BUJUMBURA CITY
FOR IMPROVEMENT OF MOTHER AND CHILD HEALTH**

The Japanese Terminal Evaluation Team (hereinafter referred to as “the Team”), organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”) and headed by Ms. Keiko Osaki, visited the Republic of Burundi from 18 September to 5 October, 2011 for the purpose of conducting a Terminal Evaluation on the Project for Strengthening Management Capacities of Prince Régent Charles Hospital and Public Health Centers in Bujumbura City for Improvement of Mother and Child Health in the Republic of Burundi (hereinafter referred to as “the Project”).

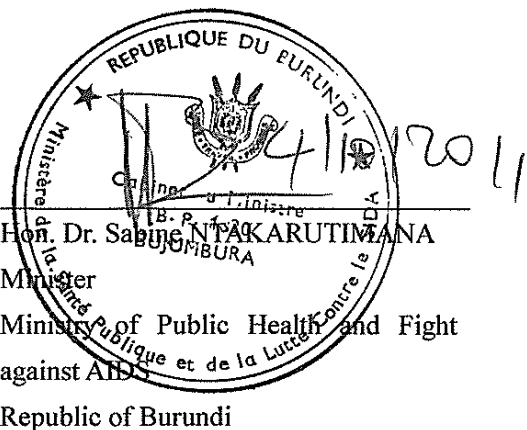
During its stay, the Team exchanged views and had a series of discussions with the Burundian authorities about the Terminal Evaluation of the Project.

As a result of the discussions and consultation, both parties agreed upon the matters referred to in the document attached hereto.

Bujumbura 4 October, 2011



Ms. Keiko Osaki
Leader
Japanese Terminal Evaluation Team
Japan International Cooperation Agency
Japan



Hon. Dr. Sabin NTA KARUTIMANA
Minister
Ministry of Public Health and Fight
against AIDS
Republic of Burundi

The attached document

1. Both sides agreed on the contents of the Terminal Evaluation Report as per Appendix.
2. Based on the result of the Evaluation, both sides confirmed that the Project comes to an end in January 2012 as initially agreed.

Appendix: Joint Terminal Evaluation Report



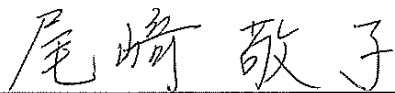
PROCES VERBAL
ENTRE L'AGENCE JAPONAISE DE COOPERATION INTERNATIONALE
ET LES AUTORITES CONCERNEES DE LA REPUBLIQUE DU BURUNDI
SUR LA COOPERATION TECHNIQUE DU JAPON
POUR
LE RENFORCEMENT DES CAPACITES DE L'HOPITAL PRINCE REGENT
CHARLES
ET DES CENTRES DE SANTE PUBLICS EN MAIRIE DE BUJUMBURA
EN VUE DE L'AMELIORATION DE LA SANTE MATERNELLE ET INFANTILE
EN REPUBLIQUE DU BURUNDI

L'Equipe Japonaise de l'Evaluation Finale (ci-après dénommée "l'Equipe"), organisée par l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (ci-après dénommée «la JICA») et dirigée par Mme Keiko Osaki, a visité la République du Burundi du 18 septembre au 5 octobre 2011, dans le but de mener une Evaluation Finale du Projet de Renforcement des Capacités de l'Hôpital Prince Régent Charles et des Centres de Santé Publics en Mairie de Bujumbura en vue de l'Amélioration de la Santé Maternelle et Infantile (ci-après dénommé «le Projet »).

Pendant le séjour, l'Equipe a examiné l'existant et le processus du Projet, a échangé des vues et a eu une série de discussions avec les autorités du Burundi sur l'Evaluation Finale conjointe du Projet.

À la suite des discussions et des consultations, les deux parties ont convenu sur les questions mentionnées dans le document ci-joint.

Bujumbura, le 4 octobre 2011



Madame Keiko OSAKI
Chef
Equipe Japonaise de l'Evaluation Finale
Agence Japonaise de Coopération
Internationale



Honorable Dr. Sabine NTAKARUTIMANA
Ministre
Ministère de la Santé Publique et de la Lutte
contre le SIDA
République du Burundi

Document Attaché

1. Les deux parties ont convenu sur le contenu du Rapport de l'Evaluation Finale ci-joint.
2. Se basant sur le résultat de l'Evaluation, les deux parties ont confirmé que le Projet prend fin en Janvier 2012 comme prévu.

Annexe : Rapport conjoint de l'Evaluation Finale



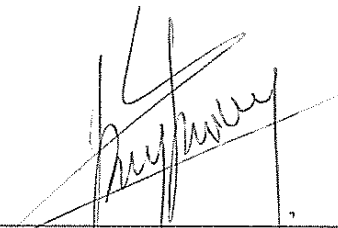
Joint Terminal Evaluation Report
On the Japanese Technical Cooperation Project
for
Strengthening Capacities of
Prince Régent Charles Hospital and Public Health Centers
in Bujumbura City for Improvement of Mother and Child Health
in the Republic of Burundi

October 4, 2011

Joint Terminal Evaluation Team



Ms. Keiko OSAKI
Team Leader
Japanese Terminal Evaluation Team
Japan International Cooperation Agency
(JICA)



Mr. Cyprien BARAMBONERANYE
Team Leader
Burundian Terminal Evaluation Team
Ministry of Public Health and Fight
against AIDS

Table of Contents

1. Outline of the Review..... 1

1.1 Background of the Project..... 1

1.2 Objective of the Review Study..... 1

1.3 Members of the Review Team 2

1.4 Schedule of the Study 2

2. Evaluation Process 2

2.1 Evaluation Methodology..... 2

2.2 Five Criteria of Evaluation 3

2.3 Data Collection Method 4

3. Project Achievement and Implementation Process 4

3.1 Inputs..... 4

 3.1.1 Japanese Side..... 4

 3.1.2 Burundian Side..... 6

3.2. Activities Implemented..... 6

3.3 Achievements of the Outputs..... 6

3.4 Achievement of the Project Purpose..... 11

3.5 Implementation Process of the Project..... 12

4. Result of Evaluation 14

4.1 Evaluation by Five Criteria 14

 4.1.1 Relevance 14

 4.1.2 Effectiveness 14

 4.1.3 Efficiency 14

 4.1.4 Impact..... 15

 4.1.5 Sustainability 16

4.2 Conclusion..... 17

5. Recommendations and Lessons Learnt 18

5.1 Recommendations 18

5.2 Lessons Learnt..... 20



Annexes

- Annex 1 The Schedule of the Mission
- Annex 2 PDM version 2.0
- Annex 3 List of stakeholders consulted
- Annex 4 List of Japanese Experts
- Annex 5 Local Operational Cost
- Annex 6 List of Equipment
- Annex 7 List of Counterparts Trained in Foreign Countries
- Annex 8 List of Burundian Counterparts
- Annex 9 Summaries of Project Activities
- Annex 10 Changes in Indicators
- Annex 11 List of materials developed by the Project
- Annex 12 List of Meeting
- Annex 13 PDM version 3.0



Abbreviations

AAKCP	Asia and Africa Knowledge Creation Program
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ANC	Antenatal Care
BDS	District Health Office
BF	Burundi Franc
BPS	Provincial Health Office of Bujumbura City
CDS	Health Center
CP(s)	Counterpart(s)
CQI	Continuous Quality Improvement
EAC	East African Community
GMP	Group for Preventive Maintenance
GOB	Government of Burundi
GOJ	Government of Japan
HDI	Human Development Index
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPRC	Prince Regent Charles Hospital (Hôpital Prince Régent Charles)
IEC	Information, Education and Communication
IMR	Infant Mortality Rate
JCC	Joint Coordination Committee
JICA	Japan International Cooperation Agency
JFY	Japanese Fiscal Year
MCH	Maternal and Child Health
MDGs	Millennium Development Goals
MMR	Maternity Mortality Ratio
MOFA	Ministry of Foreign Affairs
MOPH	Ministry of Public Health and Fight against AIDS
PBF	Performance-based Financing
PDM (SPP)	Project Design Matrix (Schéma de planification du projet)
PNC	Postnatal Care
PNSD	National Health Development Plan
PNSR	National Program for Reproductive Health
PO	Plan of Operation
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper
RH	Reproductive Health
TQM	Total Quality Management
WHO	World Health Organization
WIT(s)	Work Improvement Team(s)
5S-KAIZEN	Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu, Shitsuke (Sort, Set, Shine, Standardize, Sustain)

1. Outline of the Terminal Evaluation

1.1 Background of the Project

Due to the civil war over decade since 1993 in Burundi, medical and health facilities have been deteriorated and hence their quality service has been also a big challenge in the country. Among the several problems in the health sector, the Burundian government prioritizes the reduction of Maternal Mortality Ratio (MMR) and Infant Mortality Rate (IMR) by the year of 2015. With this situation, the Burundian government requested a technical cooperation project for “Strengthening Capacities of Prince Régent Charles Hospital and Public Health Centers in Bujumbura City for Improvement of Mother and Child Health” (hereinafter referred to as ‘the Project’) to the government of Japan. In response to the request, Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as ‘JICA’) launched the three year project from January 2009 to January 2012 having the Ministry of Public Health and Fight against AIDS (hereinafter referred to as ‘MOPH’) of Burundi as a counterpart organization.

This project aims at improving the maternal and neonatal child health care at Obstetrics, Gynecology and Neonatal departments of Prince Régent Charles Hospital (hereinafter referred to as ‘HPRC’) which is the most utilized among the top referral hospitals, and nine public health centers in Bujumbura city by practicing ‘patient-centered care’. This project is primarily working on activities to improve the working environment at the health facility based on the concept of ‘patient-centered care’, which can be practiced with low input and less difficulty. 5S-KAIZEN approach was introduced to achieve the improvement of working environment, which is a base in the health service provision and the said improvement. Firstly, those who are working for health service provision could experience the benefit of the improved and efficient working environment through the implementation process of 5S-KAIZEN-TQM¹ activities. This experience is secondly expected to encourage the staff to have a mind-set change to improve their service in charge and maintain more responsibility in their duties.

In February 2011, the Mid-Term Evaluation Study of the Project was carried out by both Burundian and Japanese sides and certain achievements of major outputs were confirmed². In addition, recommendations to the Project on maternal and neonatal care, commitment of MOPH to the Project activities, modification and revision of PDM were made. As the Project is expected to terminate in January 2012, JICA dispatched the Terminal Evaluation Study Team (hereinafter referred to as “the Team”) on a mission to evaluate the Project.

1.2 Objective of the Terminal Evaluation

The objectives of the Terminal Evaluation are;

(1) To review the progress of the Project (achievement and implementation process) and assess on

¹ Three-step-approach: “5S- KAIZEN (CQI)-TQM” <5S: Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu and Shitsuke . CQI: continuous quality improvement (An evidence-based participatory problem solving), TQM: total quality management> to improve hospital management under limited resources.

² The Mid-term review was initially scheduled in around May 2010 when it was in the mid-term of the Project. The review, however, was executed in February 2011. due to the general election conducted in Burundi.

km2

the achievements in accordance with the five evaluation criteria (Relevance, Effectiveness, Efficiency, Impact, and Sustainability),

- (2) To identify the promotion factors and inhibiting factors of achievements of the Project,
- (3) To summarize recommendations for the remaining period of the Project, and draw lessons learned for the benefit of both Burundian and Japanese Governments.

1.3 Members of the Terminal Evaluation

The evaluation of the Project was jointly conducted with the Burundian side. The member of the Team is shown below;

Burundian Members

Name	Title	Organization and position
Dr. Marie - Noella UWINEZA	Project Director	Advisor to General Directorate of Public Health, MOPH
Mr. Cyprien BARAMBONERANYE	Leader, Project Coordinator	Advisor to Cabinet of Minister, MOPH
Dr. Liboire NGIRIGI	Member	Director General of Public Health, MOPH
Dr. Pascal NDAYONGEJE	Member	Director, Provincial Health Office of Bujumbura City
Mr. Leopold RURAKENGEREZA	Member	Chief of the Maintenance Service of bio-medical Equipment, MOPH

Japanese Members

Name	Title	Organization and position
Ms. Keiko Osaki	Leader	Senior Advisor, JICA
Mr. Yoshimasa Takemura	Cooperation Planning	Deputy Director, Health Division 1, Human Development Department, JICA
Ms. Fumiko Iseki	Evaluation Analysis	Researcher, Global Link Management
Ms. Ryoko Kojima	Interpreter	Training Coordinator, Japan International Cooperation Center (JICE)

1.4 Schedule of the Terminal Evaluation

The Terminal Evaluation was undertaken from 18 September to 5 October, 2011. The schedule is attached as Annex 1.

2. Evaluation Process

2.1 Evaluation Methodology

In accordance with the new JICA Project Evaluation Guideline of June 2010, the Terminal Evaluation of the Project was conducted in the following process:

Step 1: The latest Project Design Matrix³ (PDM) version 2.0 was adopted as the framework of the evaluation exercise. The Project achievements were assessed with the PDM indicators.

PDM 2.0 is attached as Annex 2.

Step 2: Analysis was conducted on the underlying causes that promoted or inhibited the achievement levels including both the Project design and Project implementation processes.

Step 3: An examination of the Project was conducted based on the five evaluation criteria: “relevance”, “effectiveness”, “efficiency”, “impact”, and, “sustainability”.

Step 4: Recommendations for the Project for the remaining four months were formulated, as well as lessons learned for future Projects to be implemented by both Burundian and Japanese Governments.

Table 2-1 below shows the nine different components of a PDM logical framework.

Table 2-1: PDM Logical Framework

Overall Goal	The higher-order objectives to which a development intervention is intended to contribute.
Project Purpose	The intended development results of a project.
Outputs	The products and services which result from development interventions which are relevant to the achievement of outcomes.
Activities	Actions taken or work performed through which inputs, such as funds, technical assistance and other types of resources are mobilized to produce specific outputs.
Important Assumption	Hypotheses about risk factors which could affect the progress or success of a development intervention.
Objectively Verifiable Indicators	Quantitative or qualitative factor or variable that provides a simple and reliable means to measure achievement for the overall goal, project purpose and output of interventions.
Means of Verification	Sources to verify the indicators.
Inputs	Financial, human and material resources used for a development intervention.
Pre-condition	Conditions that must be met before starting interventions.

2.2 Five Criteria of Evaluation

Definition of the five evaluation criteria that were used in the analysis of the Terminal Evaluation is given in Table 2-2 below.

³ Within the previous JICA Evaluation Guideline of 2004, the term Logical Framework, or LogFrame has been introduced in place of PDM. However, since the Project continued referring to this tool as PDM throughout the Project Period, this Report will use the term PDM.

Table 2-2 : Definition of the Five Evaluation Criteria for the Terminal Evaluation

Five Evaluation Criteria		Definitions as per the JICA Evaluation Guideline
1.	Relevance	Relevance of the Project is evaluated by the validity of the Project Purpose and Overall Goal in connection with official development assistance policies of Japan, development policies of the Government of Burundi and the needs of the target group and/or ultimate beneficiaries in Burundi.
2.	Effectiveness	Effectiveness is assessed to what extent the Project has achieved its Project Purpose, clarifying the relationship between the Project Purpose and Outputs.
3.	Efficiency	Efficiency of the Project implementation is analysed with emphasis on the relationship between Outputs and Inputs in terms of timing, quality and quantity.
4.	Impact	Impact of the Project is assessed in terms of positive/negative, and intended/unintended influence caused by the Project.
5.	Sustainability	Sustainability of the Project is assessed in terms of institutional, financial and technical aspects by examining the extent to which the achievements of the Project will be sustained after the Project is completed.

2.3 Data Collection Method

Both quantitative and qualitative data were gathered and utilized for analysis. Data collection methods used by the Team were as follows:

- Literature/Documentation Review;
- Questionnaires (Counterparts, stakeholders, Japanese experts);
- Key Informant/Group Interviews (Counterparts, stakeholders, Japanese experts, relevant donors);
- Direct Observation

The detailed list of the stakeholders consulted by the Evaluation Mission is included in Annex 3.

3. Project Achievement and Implementation Process

3.1 Inputs

3.1.1 Japanese Side

(I) Japanese experts

The Project has been implemented by a total of ten (10) short-term experts, totaling 63.83 man-months (MMs) during the Project. The fields of the short-term experts were as follows: Chief

Advisor/Hospital Management, 5S-KAIZEN, KAIZEN/Safety and Health Management, Equipment Maintenance, Community Health Nursing, Health Survey, Midwifery1, Midwifery2, Project Coordination, and Project Coordination/IEC.

The detailed list of Japanese experts is shown in Annex 4.

(2) Local Operational Cost

A total of 26,904,680 Japanese yen, which is equivalent to 359,307,056 Burundian Fran, was disbursed as the direct operational costs for the project activities by the end of the Project⁴. The local operational cost mainly consists of cost for assistant personnel, travel and communication expenses, transportation expenses, training cost, etc.

The detail of the Local Operational Cost is shown in Annex 5.

(3) Equipment Provided

Various equipment was provided to MOPH, which includes vehicle, PCs, a projector and a projector screen etc, worth 5,616,764 Japanese yen (equivalent to 68,647,800 Burundian Fran) in total at the time of the Terminal Evaluation⁵. The detailed list of equipment is shown in Annex 6.

(4) Overseas Training funded by the Project

A total of 18 CPs participated in CP training abroad funded by the Project: two on leadership in Japan, 12 on study tour about maternal and neonatal care in Madagascar, one on operation and maintenance of equipment.

The detailed list of participants is shown in Annex 7.

(5) Other Relevant Inputs

(a) AAKCP Training

Since 2005, JICA implemented Asia-African Knowledge Co-creation Program (AAKCP). As a part of AAKCP Program, in 2007, JICA started the Preparatory Survey for Quality Improvement of Health Services by 5S-KAIZEN-TQM to promote 5S-KAIZEN-TQM in 15 African countries⁶. Burundi is a member of the second group of this program and nine CPs of the Project participated in AAKCP training: two on leadership in Sri Lanka, two on leadership in Morocco, three on 5S activities in Sri Lanka, and two attended the Second Global Forum on Human Resources for Health held in Bangkok for AAKCP global forum. The detail list of participants is shown in Annex 7.

⁴ 1,755,335 yen in 2008 Japanese fiscal year (JFY); 9,194,393 yen in 2009JFY; 7,016,393 yen in 2010JFY; and 8,938,559 yen in 2011JFY. The amount of 2011JFY includes the planned budget which has not disbursed yet.

⁵ This figure does not include the equipment accompanied by the Expert upon dispatch, amounting to 915,961 Japanese Yen, (equivalent to 11,660,900 Burundian Fran).

⁶ The 1st group of the AAKCP program (March 2007~November 2008) consists of Eritrea, Kenya, Madagascar, Malawi, Nigeria, Senegal, Tanzania and Uganda. The second group of the AAKCP program (March 2009~November 2010) consists of Benin, Burundi, Burkina Faso, Congo, Mali, Morocco and Niger.

Handwritten mark

Handwritten mark

(b) Relevant training in Japan

Three CPs participated in the training of operation and maintenance of equipment, maternal and health, and 5S-KAIZEN-TQM. These trainings were not funded by the Project.

The detailed list of participants is shown in Annex 7.

(c) Japanese Grant Aid Assistance

In 2010, the Government of Japan provided Japanese grant aid assistance, called "Project for Improvement of Health Facilities in Bujumbura City" for the provision of medical equipment with the assistance of JICA. For this grant aid project, JICA dispatched a short-term expert, who is the same member of the Project.

3.1.2 Burundian Side

(1) Counterparts

A total of 32 personnel were assigned as counterparts by the Burundian side: Adviser of MOPH as a project director, Advisor to Cabinet Minister of MOPH as a project coordinator and the other 30 members from MOPH, HPRC, BPS, BDS and nine CDS (Health Centres). By the Terminal Evaluation, the transfer of staff occurred at 13 posts⁷.

The list of counterpart personnel at the time of Terminal Evaluation is shown in Annex 8.

(2) Local Cost Sharing from the Burundian Side

The Burundian side covered about 1000 US dollar, such as the utility cost of office facilities and the cost for installing security doors of the Project Office.

(3) Provision of the space and necessary facilities (Project office in MOPH and HPRC)

3.2. Activities Implemented

The list of activities is shown in Annex 9.

3.3 Achievements of the Outputs

Achievements of each Output are as follows. Detail data of Output indicator is shown in Annex 10.

Output 1: Leadership of the top and middle class managers is fostered at HPRC and targeted health centers, involving directors of facilities and heads of all departments & units.

⁷ A total of 16 members were changed, since some posts had staff transfer twice.

Table 3-1: Achievements of Output 1 as per the indicators

Objectively Verifiable Indicators	Achievement
1-a):5S committees are established in HPRC and Provincial Health Office of Bujumbura City.	In July 2009, 5S committees were established at HPRC and Provincial Health Office of Bujumbura City.
1-b):Working Improvement Teams (WIT) are established in the targeted facilities (within 8 months after the beginning of the project)	In October 2009, WITs were established in three pilot departments of HPRC and each of nine HC. By January 2011, the no. of WIT has expanded from three to 18 in HPRC, covering all departments.
1-c): Quality Assurance Policy is displayed on walls in the targeted facilities. (within 12 months after the start of the project)	By June 2011, Vision and Mission are displayed at three targeted departments in HPRC and nine HCs. Checklist for environment and sanitation is also displayed at the targeted three departments of HPRC.
1-d) Activity reports of WIT are made monthly.	<ul style="list-style-type: none"> • During the 17 months (April 2010 up to August 2011), the average number of monthly WIT meeting at nine health centers was 0.72 (12 times out of 17 months) . Only Mutakura HC has been conducting WIT monthly meeting regularly. • The average number of monthly WIT meeting of three departments at HPRC was 0.37 (6 times out of 17 months) . HPRC also organizes the chief meeting of WIT whose average number of monthly meeting was 0.65 (11 times out of 17 months).

The achievement of Output 1 is moderate at the time of Terminal Evaluation.

At the initial stage of the Project, members of two 5S committees at HPRC and BPS/BDS played important roles in promoting 5S activities. However, the frequency of 5S committee meeting has not been regular.

Currently most 5S activities are led by WIT members, who conduct weekly monitoring of 5S activities and of preventive maintenance in each department. Monthly WIT meeting has been held at most HCs and HPRC; however, some WITs have not organized the meeting regularly. At the level of HCs, it is mainly because the adjustment to the number of staff this year, shifting staff from urban to rural areas, increased the workload of each individual staff at the targeted HCs, WIT members becoming too busy to hold regular WIT meeting.

Majority of CPs, the leaders of targeted health facilities had an opportunity to participate in training abroad. Japanese experts assisted in conducting the feedback seminar when they come back from abroad. This regularization of feedback seminar was found effective in sharing the finding with other staff, at the same time to develop the sense of leadership.

Although the Project aimed at establishing the system for the information sharing among the HPRC and targeted HCs especially for improving the referral cases, it was not materialized yet. It is because the official setting for information sharing regarding referral cases of the HIV/AIDs and tuberculosis exits, but not the cases of the maternal and child health. Through inviting the health staff of HPRC and HCs together for workshop and training, the Project provided occasions for the

informal information sharing.

Output2: Work environment for maternal & neonatal care is improved through practicing 5S activities under the leadership of directors.

Table 3-2: Achievements of Output 2 as per the indicators

Objectively Verifiable Indicators	Achievement
2-a) Following 5S activities are in operation in the targeted facilities.	
1) Segregating rules of hazardous articles and medical wastes are formulated and practiced.	Checklist for environment and sanitation is formulated, displayed and practiced.
2) Storing rules for articles are formulated and practiced.	Written rules have not been formulated yet. However, shelf and cabinets are located at the designated/assigned places. Zone for each item is labeled clearly to avoid mixing with other goods.
3) Benches for outpatients are located and used in the proper places.	New benches for out-patients are located in proper places (four at HPRC, 44 at HC).

Achievement of Output 2 is relatively high at the time of Terminal Evaluation.

Initially, the Project faced with the resistance of health staff in introducing the principle of 5S, especially because the doctor and nurses do not consider the cleaning as their roles in Burundian culture. The Japanese experts conducted the clearing and organizing the rooms of managers and the HCs by themselves to show the method. This process changed the mentality of CPs that the role of managers is not only to order other staff, but to lead the other staff by doing and showing the way.

By now, health staff has noticed the advantages of conducting 5S activities for their own sake and are proud of being able to provide better health care service. For example, the organized working environment facilitates in reducing the time in looking for an item, as well as in saving the space by eliminating the unused equipment. The improved working efficiency reduced the stress of health staff, thus they can accommodate patients with more relax attitude. The 5S principle also facilitates health staff to have more sense of responsibility to provide the better service. Even though there is no data, it is reported that the length of the stay in hospital has been reduced since the health staff become more sensitive in maintaining the cleanness and hygienic aspects, while an infection contracted in a hospital happened previously.

In August 2011, the Project organized the 5S dynamic competition with all targeted health facilities, by inviting other hospitals in Bujumbura and four regions, as well as relevant donors. This was a good occasion for exchanging the experience among HPRC and nine HCs, motivating the staffs who lead 5S activities. After the 5S dynamic competition, HPRC introduced the Peer Review, an evaluation system by WIT in other departments. This system is also found effective in stimulating 5S activities.

Kurwa

Output 3: Preventive maintenance of medical equipment is continuously practiced with full participation of health staff in the targeted facilities.

Table 3-3: Achievements of Output 3 as per the indicators

Objectively Verifiable Indicators	Achievement
3-a) All of the equipment is affixed with attention “How to use” tag in the targeted facilities (within 3 months after the completion of Japanese grant aid project).	<ul style="list-style-type: none"> • “How to use tag” is attached to most equipment in five departments (gynecology, neonatology, maternity, radiology, sterilization) in HPRC and nine HCs. • The attached rate has been improved since Mid-term Review: 81.1% at HPRC, 74.6% at HCs are now 100% and 97.6% respectively.
3-b) Preventive Maintenance Sheets are displayed in the targeted facilities with medical equipment installed, and after-use-care and condition of the equipment is recorded. (within 6 months after the display)	<ul style="list-style-type: none"> • Preventive Maintenance Sheets are displayed at four departments of HPRC (gynecology, neonatology, maternity, radiology) and nine HCs. • Displaying/recording rate has been improved especially at HCs since Mid-term Review: 100% at HPRC, 67.8% at HCs is now 100% and 91.7% respectively.

Achievement of Output 3 is relatively high at the time of Terminal Evaluation.

“How to use tag” is attached to the most equipment, which is reported to be useful when the new staff is assigned. The provision of equipment by the Japanese Grant Aid also provided an incentive to accelerate the preparation of “How to use tag.”

Preventive maintenance check is conducted weekly by filling the check sheet. The check sheet was prepared as a tool to make health staff accustomed to the preventive maintenance. By now, staff, especially the chiefs of departments and WIT members, have developed their awareness that periodical maintenance could prolong the lifetime of equipment.

The Project had to overcome handling the different capacity of maintenance in HPRC and HCs. HPRC has a maintenance department, among which two staff have been participated in training abroad. According to the Project members and other nurses, the chief of the maintenance unit developed the sense of responsibility and the maintenance service has improved at HPRC. On the other hand, HCs do not have any technician, neither in BDS or BPS. Thus, HCs are facing difficulty in maintenance, especially when the equipment has problems.

The Project also revised the manual for the operation/maintenance and procurement of the equipment at HPRC. In addition, the Project has been recommending HPRC to establish the maintenance committee which consists of the director, the head of the maintenance unit, and the head of administration so that the management of HPRC acknowledges the importance in the maintenance.

Handwritten mark

Output 4: Knowledge and skills of nursing staff (including midwives) are upgraded for maternal & neonatal care at the targeted facilities.

Table 3-4: Achievements of Output 4 as per the indicators

Objectively Verifiable Indicators	Achievement
4-a) All trainees score more than 50 out of 100 points on the post-test.	<ul style="list-style-type: none"> • At the second maternity training, 97% of participants scored more than 50 out of 100 points on the post-test (2010 September). • At the training of normal delivery checklist, 100% of 25 participants scored more than 50 out of 100 points. Average score was 70.8% (2011 June). • At the training of check sheet and partogram, 88.9% of 18 participants scored more than 50 out of 100 points. Average score was 65.3% (2011 September).
4-b) Accumulative more than 100 staffs at the targeted facilities complete obstetric skill trainings.	238 staffs have been trained on obstetric skill (accumulative no. of participants at eight trainings).
4-c) 'Normal Delivery Care Checklist' is formulated based on the knowledge obtained through the overseas trainings in Madagascar.	<ul style="list-style-type: none"> • In May 2011, 'Normal Delivery Care Checklist' was formulated. In July 2011, the first step of validation was conducted by MOPH/PNSR. • In July 2011, 'Normal Delivery Care Checklist' has been introduced at the targeted facilities.
4-d) Mindset and attitude of health personnel in work places are improved.	<p>Improvement is observed on the mindset of health personnel, according to the interviews regarding the relationship between service providers and patients conducted in March 2009 and September 2011 (For the detail, please refer to Annex 10):</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Staff should approach to patients in good manners (11.3% → 63.9%). (2) Satisfaction of patients is important (3.8%→41.7%).

Achievement of Output 4 is moderate at the time of Terminal Evaluation.

Baseline survey was conducted with the two members of National Institute of Public Health (INSP).

The Project confronted with the difficulty in handling the different capacity between HPRC and HCs. Currently, HPRC has a large number of normal deliveries, more than 300 monthly, while only four HCs out of targeted nine are providing delivery service. Since the input of experts (duration of stay in Burundi) was limited, the Project had to focus on the capacity development at HPRC and was not able to involve HCs sufficiently.

Despite the above constraints, the Project succeeded in the following aspect:

Study tour in Madagascar provided participants a good occasion to expose how the patient-centered care is practiced in other country where the socio-economic condition is similar to the one in Burundi. After coming back from the training, the participants have played the role of leaders in

Paula

introducing the new concept. Based on the practice in Madagascar, the Project developed the Normal Delivery Care Checklist by applying the principle of 5S, the visualization and the standardization of the procedure, at the same time by integrating the notion of patient-centered care. The checklist made clear all the necessary each step from accepting the patients, delivery until sending them off. The objective of this check sheet is to let nurses accustomed to all necessary steps.

Following to the first step of validation of the checklist conducted by PNSR in July 2011, the Project has started implementing the checklist/sheet at the targeted facilities. Even at the HCs where delivery has not started yet, it is reported that the checklist is helpful for the health staff to understand the patient-centered care, improving their attitude towards the patients. However, its utilization rate is still low. The reasons of low utilization need to be further analyzed and the feasible solution needs to be explored. For the detail information, please see the indicator d) of overall goal in 4.1.4 Impact.

3.4 Achievement of the Project Purpose

Project Purpose: Patient-centered maternal and neonatal care is practiced under improved management at HPRC and targeted health centered.

Table 3-5: Achievements under Project Purpose as per the indicators

Objectively Verifiable Indicators	Achievement
a) Working environment at the targeted facilities is improved. (The average score of 'Monitoring and Evaluation on the Progress of 5S Activity' at all targeted facilities exceeds 60%.)	Average score of the targeted three departments in HPRC and nine HCs have improved from 36% and 39.4% in February 2009 to 58% and 59.3% in July 2011.
b) The number of mothers who gives positive answers of being fully attended by health personnel and family all through their delivery process increases after 'Normal Delivery Care Checklist' is introduced.	The rate of mothers who provided positive answers increased after the introduction of Normal Delivery Care Checklist. For the detail data, please refer to Annex 10.
c) The PBF (Performance-Based Financing) scores on maternity/obstetric services at all targeted facilities increase.	<ul style="list-style-type: none"> • The score on maternity/obstetric services at HPRC has improved from 84.2% in April –June 2010 to 94.7% in April – June 2011. • For the HCs, the score specific for maternity/obstetric is not available. However, the scores of quality have improved in all targeted facilities except two HCs (Buterere, Kanyosha)⁸. For the detail data, please refer to Annex 10.

Achievement of Project Purpose is more or less met the target at the time of Terminal Evaluation.

⁸ PBF evaluation teams conduct the home-visit of patients for the satisfaction survey as well as to verify the actual existence of patients. Kanyosha HC is surrounded by the community of low-level income. Thus, it is reported that PBF evaluation teams sometime face difficulty in tracing the beneficiaries as some do not have fixed residence and/or migrated from the countryside. This may be one of the reasons affecting on lowering points. For the Buterere, the specific reason is not known.

Banks

Mc

After the Mid-Term Review, the common understanding of the Project purpose, especially the definition of “Patient-centered care” was well disseminated among the CPs. According to the interviews, majority of CPs understand the linkages of each output (leadership, 5S, preventive maintenance, maternal and child health care) and how these outputs contribute to achieve the Project purpose.

5S activities and normal delivery checklist played the major roles in changing the mind-set of health staff and in introducing the concept of “Patient-centered care.” The change in indicator b) shows that Normal Delivery Care Checklist was an effective tool when implementing patient-centered maternal and neonatal care.

In 2010, Performance Based Financing (PBF) was introduced in Burundi to promote the improvement of quantity and quality of health service. Each health facility can receive bonus if PBF evaluation indicators, which consist of quantitative and qualitative aspects, are achieved. It is deduced that 5S activities have been contributing to gain PBF points because more than 30% of qualitative indicators relate to 5S activities. Not only qualitative aspects, it is reported that 5S activities have been also contributing to the quantitative aspects. It is because the better service attracts more patients and because the efficient work allows HC to conduct more treatment. Thanks to the 5S activities, most of the time HPRC has been ranked at the 1st among five hospitals in Bujumbura city.

3.5 Implementation Process of the Project

(1) The implementation status of recommendations made by Mid-term Review

During the last six months, most recommendations have been implemented (i.e., to share the definition of “Patient-centered care”, to finalize and implement the “Normal Delivery Care Checklist,” to dispose the expired medicines). However, the remaining issues are as follows:

- a) To plan and practice the monitoring and supervision of the implementation of “Normal Delivery Care Checklist.”
- b) To introduce disposal rules for non-working medical equipment.
- c) To strengthen the leadership of the members of 5S committees.

(2) Promoting factors

a) The introduction of PBF in 2010

PBF accelerated the promotion of 5S activities, because PBF contains the similar values of 5S activities.

b) The cultivation of ownership of the Project by the Burundian side

Japanese experts made sufficient efforts to involve the Burundian side, and there are some Burundian members who are committed to the Project activities.



c) Trainings abroad and the regularization of feedback seminar

Overseas training sensitized CPs and provided the goal which Burundian could also aim at. For example, study tours in Madagascar provided good opportunities for the participants to expose to the practice of "Patient-centered care." AAKCP trainings in Sri Lanka and in Morocco also provided trainees to know how other countries are implementing the 5S activities. In addition, the Japanese experts assisted CPs to organize feedback seminar and made it as a sort of obligation when they come back from training abroad. This regularization of feedback seminar was an effective way to share the findings of the participants with other members, as well as to enhance the sense of leadership who participated in the training abroad.

d) The Peer Review (evaluation by other department) at HPRC

HPRC has introduced the peer review system, an evaluation system by the other department. This found to be an effective way to accelerate the sense of ownership.

(3) Inhibiting factors

a) Changes in the surrounding environment

The changes in the following condition inhibited the progress of the Project activities.

- The suspension of the Project activities by the Japanese experts due to the election in 2010 (pre-condition set in PDM).
- The transfer of some counterparts (important assumption set in PDM)
- The adjustment to the number of the health staff at HCs (important assumption set in PDM)

b) Japanese led management

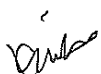
Even though the Japanese experts involved the Burundian CPs, core management aspects were led by Japanese side (i.e., planning, organizing workshops/training, monitoring). It would have been more effective to enhance the sustainability if the Burundian had had enough opportunity in the project management.

c) PDM

Until the Mid-term Review, the Project did not utilize PDM as a management and monitoring tool appropriately. This could be stemmed from the not-well understanding on the role of PDM, as well as from the unclear indicators set in the initial PDM. It would have been better if PDM had been revised at the earlier stage.

d) Steering Committee

At the time of formulating the Project (ex-ante evaluation), the establishment of the Steering Committee was planned, to be organized every two months. However, it was not materialized. It would have been more effective to have Steering Committee as a decision making body based on the progress of the activities on the ground.



4. Result of Evaluation

4.1 Evaluation by Five Criteria

4.1.1 Relevance

Relevance of the Project is high in terms of the policies and the needs of the governments of Burundi (GoB) and Japan (GoJ), but the Project design had some constraints.

(1) The needs and policies of GoB and GoJ

The Project is coherent with the policy priorities of GoB as expressed in Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP), National Health Development Plan (PNDS), as well as National Program for Reproductive Health (PNSR), which targets to reduce the under-five mortality rate and maternal mortality ratio. The project is also relevant to the JICA's priority areas of development assistance for Burundi (i.e., health).

(2) Project Design

In order to improve the quality of health service, the Project was designed to provide patient-centered maternal and neonatal care by improving the management of working environment of hospital and health centers. However, the definition of "Patient-centered care" was not set clearly. As a result, the common understanding of Project Purpose was not formulated until Mid-Term Review, which also affected to set focused direction of the activities for Output 4 "skills for maternal and neonatal care."

4.1.2 Effectiveness

The effectiveness of the Project found relatively high.

Most outputs produced the expected effect, and the achievement of Project purpose is more or less met to the expected level.

Although the more efforts and time were spent on 5S activities and the progress of activities related to maternal and child care was delayed, this ended up producing a good result when introducing the notion of patient-centered care. In brief, 5S activities facilitated the change of CPs mentality. It is deduced that CPs were ready to accept the new notion of Patient-centered care, when the Project conducted the MCH training in Madagascar. Furthermore, the normal delivery checklist/sheet was formulated based on the principle of 5S, the visualization and the standardization of the procedure. The notion of patient-centered care was also well integrated in the checklist.

4.1.3 Efficiency

The efficiency of the Project found moderate.

The Project was coordinated well with the implementation of AAKCP program and Japanese Grant

Aid Assistance in a timely manner. Under AAKCP program, the Project managed to send 9 CPs to trainings in the domain of leadership and 5S activities. When CPs came back from AAKCP program, Japanese experts assisted CPs to conduct feedback seminars to share their experience with other CP members. The provision of equipment by Japanese Grant Aid Assistance also facilitated the Project to promote activities of preventive maintenance.

Furthermore, the study tours in Madagascar were conducted in a timely and effective manner. Sending small groups over the two years facilitated CPs to bring in the new notion.

On the other hand, the issues which affected on the efficiency of the Project, are as follows:

Due to the election in 2010, Japanese experts had to evacuate and the most activities were suspended for five months. This also delayed the conduct of Mid-term Review, affected on the timely adjustment of the direction of the Project. On the other hand, the Burundian side (CPs as well as local project staffs) continued some activities during the absence of Japanese experts, which contributed to enhance their ownership of the Project.

The Project was not able to dispatch the expert of Maternal and Child Health care flexibly based on the progress of the Project implementation.

4.1.4 Impact

Overall Goal: Quality of services for maternal and neonatal care is improved at the targeted facilities.

Table 4-1: Achievements under Overall Goal as per the indicators

Objectively Verifiable Indicators	Achievement
At the targeted hospital and health centers in Bujumbura district	
a) The number of deliveries at the targeted health centers increases.	The monthly total number of deliveries in four HCs has increased from 76, 94 to 120 (average of three months during April – June 2009, 2010 and 2011) ⁹ .
b) The number of beneficiaries of ANC and PNC at the targeted health centers increases.	The monthly total number of ANC in nine HCs has increased from 1857, 2236 to 2467 (average of three months during April – June 2009, 2010 and 2011) ¹⁰ .
c) The number of referral cases with obstetric complication to hospitals from the targeted health centers increases.	At HPRC, the no. of referral was 0 in 2010 and 7 in 2011.
d) 100% of normal deliveries are practiced based on “Normal Delivery Care Checklist”.	For the normal deliveries in July and August 2011, the average utilization rate of “Normal Delivery Care Checklist” was 25.5% and 39.4% at the targeted facilities for the respective month.

⁹ Buterere HC started the delivery service in April 2010. Due to several reasons, the average number of monthly delivery at Musaga HC did not increase (24, 21, 12 in April – June 2009, 2010, 2011). For additional information, the one of HPRC was 264, 302, 257 during the same period.

¹⁰ At HCs, the number of PNC is very limited compared to ANC and the data of PNC was not available. Ruziba HC started the ANC in November 2009.

	(11.5%, 35.9% at HPRC, 100%, 75.0% at Kamenge HC, 58.3%, 0% at Kanyosha HC, 100%, 100% at Musaga HC, 31.0%, 26.3% at Buterere HC. For the detail data, please refer to Annex 10.)
--	---

The impact of the Project found relatively high. If Burundian side maintains the effects of the Project and continues the initiatives started by the Project, Overall Goal is more likely to be achieved within three years after the termination of the Project.

Regarding the increase in the number of deliveries and beneficiaries, it is reported that the positive attitude of health staff towards patients attract more patients even outside from the assigned territory of each HC. The policy of free medical service for the pregnant and children under five has also played roles in providing access to the health care.

Regarding the indicator d), the Terminal Evaluation Team found that targeting 100% is not feasible when considering the situation on the ground¹¹. Moreover, the objective of Normal Delivery Care Checklist/sheet is a tool to get nurses accustomed to the necessary procedures. Thus, those who become familiar to and who are conducting the necessary procedures may not be necessary filling the check sheet all the time.

However, the impact of the Project on the increase in the number of referral was limited compared to the one of PBF. It is because the Project has not established the official mechanism of information sharing between HPRC and nine health centers, while PBF provides bonus for the referral cases that has more direct impact.

Other positive effects

The Project cultivated interests of more people in 5S activities. At HPRC level, the number of WIT has increased from three to 18. Chief nurses of the three hospitals in Bujumbura and the heads of four other hospitals in Bururi, Ruyigi, Gitega and Ngozi regions as well as the directors of BPS in respective regions, have developed their interest in introducing 5S activities through participating in the 5S dynamic competition.

Another positive impact was that, with the leadership of the CP member, the national 5S committee was established in June 2011 to disseminate the 5S activities nationwide. It is expected for the national 5S committee to hold the first meeting without any further delay.

4.1.5 Sustainability

The sustainability of the Project needs to be further strengthened.

(1) Political environment

¹¹ Some of the reasons why nurses cannot fill in the sheet are: 1) two or three deliveries are conducted at the same time (HPRC), 2) there is no electricity at night (HC), 3) the person who observes the procedure of a nurse and who provides countersign is not available at night (HC).

The political sustainability is relatively high.

The introduction of PBF in 2010 has enhanced the commitment of health staff on implementing 5S activities, since PBF indicators contain the viewpoints of 5S activities. Moreover, in June 2011, MOPH has established the national committee of 5S to disseminate these activities nationwide.

(2) Technical aspects

The technical level of health staff at the targeted health facilities has reached to the certain degree.

The staff has developed the commitment to continue 5S activities even if there is no bonus such as PBF¹². The Project defines S4 as to maintain 3S activities by holding WIT monthly meeting and S5 as for the leaders motivating the staff to continue and upgrading the activities. Although the 5S committees and WIT have been established, they are not holding the meeting regularly. In addition, the National 5S committee has been established, but it is not yet in function. Thus, it is deduced that the Project reached to S4 and S5 to some extent, but not fully achieved yet.

Another concern is that the utilization rate of Normal Delivery Care Checklist/sheet is still low. Thus, the reason for its low utilization should be analyzed and the adjustment to accommodate the condition on the ground may be needed.

(3) Organizational aspects

Even though BPS is making efforts to establish the monitoring system of 5S activities implemented at HC level, it is still at the early stage. To establish a firm monitoring system in line of MOPH-BPS-BDS-CDS, its action plan needs to be formulated. In addition, the mechanism to reduce the impact of frequent staff transfer needs to be explored (i.e., handing-over, new staff training and rotation of WIT members).

(4) Financial sustainability

In light of disseminating 5S activities nationwide, the financial sustainability is a challenge. MOPH and HPRC are making efforts to include the budget of 5S activities in line of “quality of service,” which is expected to be materialized and to be secured annually for the future.

4.2 Conclusion

Regarding the relevance, the needs and the policies of GoB and GoJ were met, while the design of the Project had some constraints. Despite of the changes in surrounding environment (i.e., the suspension of the Japanese experts during the election period, the transfer of CPs, the adjustment to the number of health staff), the Project maintains its effectiveness. The overall efficiency was moderate. Coordination with other AAKCP program and Japanese Grant Aid project enhanced the efficiency. Furthermore, the study tours in Madagascar were also conducted in a good timing and were effective in bringing in the new notion of patient-centered care. On the other hand, the

¹² According to the interviews, majority of health staff responded that they would continue 5S activities, not only for the benefits of patients, but also for their own sake.



suspension of the Project activities during the election period lowered the efficiency, but it was beyond the control of the Project. The impact of Project is also found relatively high. The implementation of patient-centered care attracts more patients at health centers. The Project also cultivated the interest in 5S activities at the level of HPRC, Bujumbura city and regional hospitals. In terms of sustainability, now GoB is expected to make further efforts to secure the sustainability of the initiatives of the Project, especially in establishing the monitoring system, the firm mechanism to reduce the effect of frequent staff transfer in continuing activities and to secure the annual budget.

Overall, 5S activities changed the mentality of CPs, which facilitated CPs to bring in the notion of patient-centered care. Normal Delivery Care Checklist was developed by applying the principle of 5S, the visualization and the standardization, at the same time by integrating the notion of patient-centered care. The Project succeeded in establishing the foundation among the health staff at the targeted health facilities, which is needed to improve the quality of health care service. Government of Burundi is now expected to continue 5S activities and move on to the next step of KAIZEN-TQM.

5. Recommendations and Lessons Learnt

5.1 Recommendations

1. To BPS and PRC 5S committees

- (1) Existing 5S committees at HPRC and BPS can be a Steering Committee as a managerial and coordination body of WIT activities which focuses on progress of the activities and has a responsibility for follow up. The member of 5S committee at HPRC should include a staff from the Maintenance Dept.
- (2) Each 5S committee at BPS and PRC Hospital is recommended to be held every three months and submit the monitoring report to the National 5S Committee.
- (3) For a sustainable implementation of 5S activities, WIT at each department plays a core role which is responsible for planning, implementation and monitoring of 5S activities for the service improvement under the supervision of the 5S committee, WIT meetings, therefore, shall be hold periodically so that the function of WIT is consolidated in the 5S activity framework and WIT members can lead and encourage other staff with strong leadership.

2. To BPS and MOPH

It is recommended that the 5S monitoring at health centers be integrated into the existing supervision system conducted by BDS. Its monitoring and reporting format needs to be developed by the end of October, 2011.

3. To BPS and BDS

The number of the Normal Delivery Care Check Sheet filled in needs to be monitored by BDS and reported to 5S committee at BPS.



4. To HPRC

The number of the Normal Delivery Care Check Sheet filled in needs to be monitored by the members of MCH committee at HPRC and reported to 5S committee at HPRC.

5. To National 5S Committee

The National 5S Committee shall share the monitoring result submitted by the 5S committees at BPS and HPRC with the relevant departments of MOPH for technical supervision.

6. To the Project and MOPH

- (1) It is suggested to the Project to analyze the result of the patient satisfaction survey conducted in September 2011, as a part of end-line surveys, to provide the health staff with the feedback in order to improve normal delivery care and to make necessary adjustments of the Normal Delivery Care Check Sheet in the remaining Project period.
- (2) MOPH is suggested to carry out the same survey to be included in the planned ex-post evaluation after a year of the Project termination by the National 5S Committee with support of MOPH (i.e., EPISAT and/or INSP).
- (3) The indicator *d)* of the Overall Goal '*100% of normal deliveries are practiced based on Normal Delivery Care Checklist*' is suggested to be modified since those who get accustomed to the delivery procedures are not necessarily required to fill in the Checksheet. Furthermore, it is recommended to add another indicator of the Overall Goal "The rate of positive answer to each question from the mothers in the patient satisfaction survey will reach to XX%" so that the standardization of Normal Delivery Care can be measured. Once these indicators are decided, the revision of PDM needs to be officially authorized by the JCC in the remaining Project period.
- (4) Some other descriptions in the PDM 2.0 also need to be amended as per Annex 13: PDM version 3.0.

7. To MOPH

- (1) Management of the most activities has been led by the Japanese side. In order to sustain these activities, the Burundian side is required to strengthen its capacity and ownership for the management of the activities during the remaining Project period.
- (2) 5S activities shall be taken into the operational plan starting from 2012 of the National Health Development Plan 2011-2015 as a tool to improve the quality of health care.

8. To the Directorate General of Public Health

The usage of the Normal Delivery Care Check List needs to be added into the supervision items.



9. To the Directorate General of Resources
 - (1) In order to maintain equipment at the health centers, MOPH is suggested to assign staff to take charge of the maintenance at the BPS level.
 - (2) Necessary budget shall be allocated annually to implement the National 5S Committee's Action Plan.
 - (3) Disposal of medical equipment as well as medical waste treatment has been a serious challenge when promoting the 5S activities. MOPH is required to deal with the issue in consultation with the relevant ministries.
10. To the National 5S Committee

Before disseminating the 5S activities nationwide, following points should be considered;

 - i. Monitoring system of 5S activities for a quality control shall be formulated.
 - ii. Action Plan of the Committee shall be formulated by the end of October, 2011.

5.2 Lessons Learnt

1. It is effective to consider the following points in order to formulate a functional project utilizing the 5S activities;
 - i. To understand that the 5S activities themselves are not an end to pursuit but a method to achieve a project purpose.
 - ii. To examine logic on how the 5S activities contribute to a project purpose.
2. To facilitate common understanding of the project purpose, it is essential for the project to utilize PDM and PO as a monitoring and management tool.
3. When a new concept is to be introduced, it is effective to conduct a study tour in a country where the concept is materialized, especially in a country which has a similar socio-economic background.
4. For an effective technical transfer and capacity development, especially in the initial phase, collaborative works by Japanese experts and counterparts' participation in all processes such as planning, implementation and review are inevitable. From a certain point of the process, it is essential to have an exit strategy to gradually hand over the responsibility of project management and monitoring from Japanese experts to counterparts.



Rapport d'Examen Conjoint de l'Evaluation Finale
sur le Projet de Coopération Technique Japonaise

pour

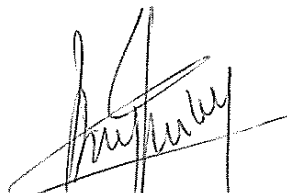
le Renforcement des Capacités de l'Hôpital Prince Régent Charles
et des Centres de Santé Publics en Mairie de Bujumbura
en vue de l'amélioration de la santé maternelle et infantile
en République du Burundi

le 4 Octobre 2011

Equipe d'Examen Conjoint de l'Evaluation Finale



Mme Keiko OSAKI
Chef
Equipe Japonaise de l'Evaluation Finale
Agence Japonaise de Coopération
Internationale
(JICA)



M. Cyprien BARAMBONERANYE
Chef
Equipe Burundaise de l'Evaluation
Finale
Ministère de la Santé Publique et de la
Lutte contre le SIDA
République du Burundi

Table des matières

Abréviations	3
1. Aperçu de l'Examen	4
1-1 Contexte du Projet	4
1-2 Objectifs de l'Evaluation Finale	5
1-3 Membres de l'Equipe d'Examen	5
1-4 Calendrier de l'Etude	6
2. Processus de l'Evaluation	6
2-1 Méthodologie de l'Evaluation	6
2-2 Cinq Critères d'Evaluation	7
2.3 Méthode de collection de données	7
3. Réalisation du Projet et Processus d'Exécution	8
3.1 Intrants	8
3.1.1 Partie japonaise	8
3.1.2 Partie burundaise	10
3.2 Activités exécutées	10
3.3 Réalisation des Extrants	10
3.4 Réalisation de l'Objectif du Project	16
3.5 Processus d'Exécution du Projet	17
4. Résultats de l'Evaluation	19
4.1 Evaluation par les Cinq Critères	19
4.1.1 Pertinence	19
4.1.2 Efficacité	20
4.1.3 Efficience	20
4.1.4 Impact	21
4.1.5 Viabilité	23
4.2 Conclusions	24
5. Recommandations et leçons apprises	25
5.1 Recommandations	25
5.2 Leçons apprises	28



Annexes

Annexe 1	Calendrier de l'Equipe de l'Evaluation Finale
Annexe 2	PDM (Version 2.0)
Annexe 3	Liste des Personnes entrevues
Annexe 4	Liste des Experts Japonais
Annexe 5	Le Coût Opérationnel Local
Annexe 6	Liste des Equipements
Annexe 7	Liste des Homologues Formés dans les pays étrangers
Annexe 8	Liste des Homologues Burundais
Annexe 9	Liste des Activités Exécutées
Annexe 10	Changement dans Indicateurs Extrant
Annexe 11	Liste du Matériel Développé par le Projet
Annexe 12	Liste des Réunions
Annexe 13	PDM (Version 3.0)

R

Abréviations

AAKCP	Programme Asie et Afrique de Co-Création de connaissances
AIDS	Syndrome d'Immunodéficience Acquis
BDS	Bureau de District Sanitaire de Bujumbura
BF	Franc Burundais
BPS	Bureau Provincial de la Santé de la Mairie de Bujumbura
EAC	Communauté Est Africaine
GMP	Groupe de Maintenance Préventive
GdB	Gouvernement du Burundi
GdJ	Gouvernement du Japon
HDI	Indice de Développement Humain
HIV	Virus d'Immunodéficience Humaine
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
PRHC	Hôpital Prince Régent Charles
IEC	Information, Education et Communication
IMR	Taux de Mortalité Infantile
INSP	Institu National de la Santé Publique
JCC	Comité Conjoint de Coordination
JICA	Agence Japonaise de Coopération Internationale
MCH	Santé Maternelle et Infantile
MMR	Taux de Mortalité Maternelle
MOFA	Ministère des Affaires Etrangères
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA
PBF	Performance Based on Financing
OMD	Obectif du Millénaire pour le Développement
PDM	Project Design Matrix (Cadre Logique du Projet)
PO	Plan Opérationnel
CSLP	Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté
TQM	Gestion Totale de la Qualité
WIT(s)	Work Improvement Team (Equipe d'Amélioration du Travail)
5S/KAIZEN	Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu, Shitsuke (Elimination, Ordre, Propreté, Standardiser, Discipline)

1. Aperçu de l'Examen

1.1 Contexte du Projet

En raison de la guerre civile qui a duré plus de dix ans depuis 1993 au Burundi, les structures médicales et de santé ont subi une détérioration et la qualité des prestations également est devenu un grand défi pour le pays. Parmi les problèmes dans le secteur de la santé, le Gouvernement burundais donne la priorité à la réduction du taux de mortalité maternelle (TMM) et infantile (TMI) jusqu'à l'an 2015. Dans cette situation, le Gouvernement burundais a demandé un Projet de coopération technique pour le «Renforcement des Capacités de l'HPRC et des Centres de Santé Publics en Mairie de Bujumbura en vue de l'Amélioration de la Santé Maternelle et Infantile» (ci-après dénommé «le Projet») au Gouvernement japonais. En réponse à la demande, l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (ci-après dénommé JICA) a lancé le Projet de trois ans de janvier 2009 à janvier 2012 avec une contrepartie le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (ci-après dénommé MSPLS) du Burundi.

Ce Projet vise à améliorer les soins maternels et néonataux des services d'obstétrique, gynécologie et de néonatalogie de l'Hôpital Prince Régent Charles (ci-après dénommé «l'HPRC»), qui est l'un des hôpitaux les plus fréquentés et neuf centres de santé publics dans la Mairie de Bujumbura par la pratique des «soins centrés sur les patients». Ce Projet travaille avant tout sur les activités avec un objectif d'améliorer l'environnement de travail dans les structures de santé avec l'introduction du concept «soins centrés sur les patients» avec peu d'intrants et moins de difficulté. L'approche 5S/KAIZEN a été introduite pour une réalisation de l'amélioration du milieu de travail, constituant une base d'amélioration des services de santé. Tout d'abord, le personnel de santé peut tirer des bénéfices de la meilleure qualité du milieu de travail avec la mise en oeuvre des activités 5S/KAIZEN/TQM¹. Cette expérience peut ensuite pouvoir encourager le personnel à avoir un changement de comportement dans leur tâches quotidiennes et à avoir plus de responsabilité dans leur fonction.

En Février 2011, l'Examen d'Evaluation à mi-parcours a été effectué avec les parties burundaise et japonaise et a pu constater quelques réalisations de la majorité des extrants². De plus, les recommandations au Projet sur les soins maternels et néonataux, engagement de la part du MSPLS, une modification et révision du PDM (Project Design Matrix) ont été réalisées. Comme le Projet prend fin en Janvier 2012, la JICA a constitué une Equipe d'Examen d'Evaluation Finale (ci-après dénommé «Equipe») pour mener une évaluation du Projet.

¹ Triple approche: «5S-KAIZEN (CQI)-TQM" »<5S: Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu et Shitsuke, CQI: l'amélioration continue de la qualité (résolution participative du problème fondée sur la preuve), TQM: gestion totale de la qualité> pour améliorer la gestion des hôpitaux de ressources limitées.

² L'Examen à mi-parcours a été initialement programmé vers le mois de Mai 2010, mi-parcours de la durée du Projet. Mais l'Examen a été mené en Février 2011 en raison des élections générales organisées au Burundi.

Kint

PL

1.2 Objectifs de l'Evaluation Finale

Les objectifs de l'Evaluation Finale sont :

- (1) Examiner l'état d'avancement du Projet (réalisation et processus de l'application) et évaluer la réalisation en concordance avec les cinq critères d'évaluation à savoir Pertinence, Effectivité, Efficience, Impact et Viabilité.
- (2) Identifier les facteurs favorables et défavorables de la réalisation du Projet.
- (3) Récapituler les recommandations pour la période restante du Projet et des leçons apprises pour les mettre au profit des Gouvernement burundais et japonais.

1.3 Membres de l'Evaluation Finale

L'évaluation du Projet a été conjointement conduite avec la partie Burndaise. Les membres sont les suivants :

Membres Burundais

Nom	Titre	Organisation et position
Dr. Marie-Noëlla UWINEZA	Directrice du Projet	Conseillère à la Direction Générale de la Santé Publique, MSPLS
M. Cyprien BARAMBONERANYE	Chef, Coordonnateur du Projet	Conseiller au Cabinet du Ministre, MSPLS
Dr. Liboire NGIRIGI	Membre	Directeur Général de la Santé Publique, MSPLS
Dr. Pascal NDAYONGEJE	Membre	Directeur, Bureau Provincial de Santé de la Mairie de Bujumbura
M. Léopold RURAKENGEREZA	Membre	Chef de Service Maintenance des Equipements bio-médicaux à MSPLS

Membres Japonais

Nom	Titre	Organisation et position
Mme Keiko Osaki	Chef de Mission	Conseillère supérieure, JICA
M. Yoshimasa Takemura	Planification de Coopération	Directeur Adjoint, Division Santé 1, Département Développement Humain, JICA

PR

Mme Fumiko Iseki	Evaluation Analyses	Chercheuse Global Link Management
Mme Ryoko Kojima	Interprète	Centre Japonais de Coopération Internationale (JICE)

1-4 Calendrier de l'Etude

L'équipe de l'Evaluation Finale a séjourné du 18 septembre au 5 octobre 2011. Le calendrier est joint en Annexe 1.

2. Processus de l'Evaluation

2.1 Méthodologie de l'Evaluation

En conformité avec les nouvelles directives de la JICA spécifiées en date du mois de juin 2010, l'Evaluation Finale du Projet a été menée par les étapes suivantes :

Etape 1 : Le dernier PDM³ version 2.0 a été adopté comme cadre logique d'évaluation. La réalisation du Projet a été évaluée par ses indicateurs. PDM version 2.0 est joint en Annexe 2.

Etape 2 : L'analyse a été menée en fonction des causes sous-jacentes qui ont soit accéléré ou entravé le taux de réalisation du point de vue cadre et processus d'exécution du Projet.

Etape 3 : Le Projet a été examiné à base de cinq critères d'évaluation : « pertinence », « efficacité » « efficience » « impact » et « viabilité ».

Etape 4 : Les recommandations formulées pour les quatre mois qui restent et les leçons apprises en prévision des futurs projets à être réalisés par les deux Gouvernements : Burundais et Japonais.

Tableau 2-1 Neuf composants de cadre logique du PDM

Tableau 2-1 : Cadre logique de PDM

Objectif global	Objectifs supérieurs auxquels l'intervention au développement tend à contribuer.
Objectif du Projet	Résultats attendus du Projet
Extrants	Les produits et les services comme résultats de l'intervention au développement ayant rapport à la réalisation des extrants.
Activités	Action menée ou travail accompli à travers les intrants tels que fonds, assistance technique et d'autres types de ressources mobilisées pour la production des extrants spécifiques
Suppositions	Hypothèses sur les facteurs du risque susceptibles d'affecter le progrès

³ Avant les directives sur l'évaluation de la JICA du 2004, le terme Cadre logique ou LogFrame a été introduite à la place de PDM. Mais depuis le début du Projet continue à référer à PDM pendant la durée du Projet

importantes	ou le succès de l'intervention au développement
Indicateurs objectivement vérifiables	Facteurs quantitatifs ou qualitatifs ou variables apportant une signification simple et sûre pour mesurer l'achèvement de l'objectif global, objectif du Projet et extrants d'interventions
Signification de vérification	Sources de vérification des indicateurs
Intrants	Ressources financières, humaines et matérielles utilisées pour l'intervention au développement
Pré-condition	Conditions rencontrées avant le commencement de l'intervention

2.2 Cinq Critères d'Evaluation

La définition de cinq critères d'évaluation mise en application pour l'analyse de l'Evaluation Finale est le Tableau 2-2 :

Tableau 2-2 : Définition de cinq critères pour l'Evaluation Finale

5 critères d'évaluation		Définitions par les directives de la JICA
1.	Pertinence	Pertinence du Projet est évaluée par la validité de l'objectif du Projet et l'objectif global combinée avec les politiques japonaises d'assistance au développement et le besoin du groupe cible et/ou les bénéficiaires finaux du Burundi.
2.	Efficacité	Mesure d'évaluation pour voir si l'étendue du Projet a réalisé l'objectif du Projet avec la clarification de relation entre l'objectif du Projet et les Extrants
3.	Efficienc	Efficienc de l'exécution du Projet est analysée en mettant l'accent sur la relation entre Extrants et Intrants en terme de temps, de qualité et de quantité
4.	Impact	Impact du Projet est évalué en terme d'influence positive/négative et influence attendue/non attendue du Projet
5.	Viabilité	La viabilité du Projet est évaluée par les aspects institutionnel, financier et technique afin de voir si l'étendue de la réalisation du Projet pourra perdurer après la fin du Projet

2.3 Méthode de collecte de données

Les données qualitatives et quantitatives sont collectées et utilisées pour l'analyse. Les méthodes de collecte de données appliquées par l'Equipe sont les suivantes :

- Lecture / Revue de la documentation

- Questionnaires (contreparties, intéressés, experts japonais)
- Informateur clé/group, interview (contreparties, intéressés, experts japonais, bailleurs de fonds concernés)
- Observation directes

La liste détaillée des homologues burundais consultées par la Mission d'Evaluation est jointe en Annexe 3.

3. Réalisation du Projet et Processus d'Exécution

3.1 Intrants

3.1.1 Partie japonaise

(1) Experts japonais

Le Projet a été mis en application avec dix (10) experts japonais avec un court séjour, avec total de 63,83 personnes-mois pendant le Projet. Les domaines d'intervention des experts avec un court séjour sont les suivants : conseiller en chef/gestion d'hôpital, Activités 5S /KAIZEN, KAIZEN/gestion de sécurité et de Santé, maintenance de l'équipement, infirmiers santé publique, expertise sur la santé, sage-femme 1, sage-femme 2, coordination du Projet et coordination du Projet / IEC- Information, Education, Communication).

La liste détaillée des experts japonais est jointe en Annexe 4.

(2) Coût local de l'opération

La partie japonaise a injecté 26.904.680 yen japonais en total, équivalent de 359.307.056 francs burundais comme les frais de l'opération jusqu'à la fin du Projet⁴. Les coûts de l'opération consistent essentiellement en frais pour le personnel assistant, déplacements et frais de communication, transport et formation etc.

La répartition du coût local d'opération est jointe en Annexe 5.

(3) Equipement fourni

Les différents équipements ont été fournis au MSPLS y compris un véhicule, PC, un projecteur et écran de projection etc. au total de 5.616.764 de yen (équivalent de 68,647,800 francs burundais) au moment de l'Evaluation Finale⁵. La liste détaillée des équipements est jointe

⁴ 1.755.335 yens : année fiscale 2008, 9.194.393 yens : année fiscale 2010 et 8.938.559 yens : année fiscale 2011. y compris le budget plannifié qui n'est pas encore déboursé.

⁵ Les équipements accompagnés des experts dont le montant s'élève à 915.961 yens (équivalents de 11.660.900 BF) ne figure pas

en Annexe 6.

(4) Formations à l'étranger financées par le Projet

Un total de dix-huit homologues a reçu des formations à l'étranger financées par le Projet : deux sur le leadership au Japon, douze sur les soins maternels et néonataux à Madagascar et un sur l'opération et maintenance de l'équipement.

La liste détaillée des participants est jointe en Annexe 7.

(4) Autres intrants relatifs

(a) Formation AAKCP

Depuis 2005, la JICA a mise en application du programme Asia-African-Knowledge-Co-création. Comme une partie du programme AAKCP, la JICA a commencé une expertise préparatoire pour l'amélioration de la qualité du service de santé par l'introduction de 5S-KAIZEN-TQM afin de promouvoir 5S-KAIZEN-TQM dans 15 pays⁶ d'Afrique. Le Burundi est un membre du deuxième groupe de ce programme et neuf homologues nationaux de ce Projet ont participé aux sessions de formation AAKCP : deux sur le leadership à Sri Lanka, deux sur le leadership au Maroc, trois sur les activités 5S à Sri Lanka et deux ont assisté au second forum global sur les ressources humaines dans le secteur de la santé tenue à Bangkok pour le forum mondial AAKCP. La liste détaillée des participants est Annexe 7.

(b) Formations au Japon

Trois homologues ont participé aux formations sur l'opération et la maintenance de l'équipement, matériel et santé ainsi que 5S-KAIZEN-TQM. Leur formation n'est pas financée par le Projet.

La liste des participants est jointe en Annexe 7.

(c) Aide financière non remboursable du Japon

En 2010, le Gouvernement japonais a assuré une aide financière non remboursable au « Projet d'Amélioration des établissements médicaux dans la Mairie de Bujumbura » pour l'acquisition d'équipements médicaux avec l'aide de la JICA. A cet effet, la JICA a déployé un expert avec un court séjour qui est un membre du Projet.

dedans.

⁶ 1er groupe (mars 2007-Novembre 2008) : Eritrea, Kenya, Madagascar, Malawi, Nigeria, Sénégal, Tanzanie et Uganda. 2^{ème} groupe (mars 2009-Nov.2010) : Bénin, Burundi, Burkina Faso, Congo, Mali, Maroc et Niger

KMS

HR

3.1.2 Partie burundaise

(1) Homologues

Trente-deux (32) personnes désignées en tant que homologues du côté burundais : conseillère à la Direction Générale de la Santé Publique du MSPLS comme directeur du projet, conseiller au cabinet du Ministre comme coordinateur du Projet et plus de trente autres membres de la part du MSPLS, HPRC, BPS, BDS et neuf Centres de Santé Publics (CDS). Avant l'Evaluation Finale, treize personnes ont changé de poste⁷.

La liste des homologues au moment de l'Evaluation Finale se trouve en Annexe 8.

(2) Coût local partagé par la partie burundaise

La partie burundaise a injecté environ 1000 dollars US, comme frais de service, l'équipement de bureau et l'installation de portes de sécurité du bureau du Projet.

(3) Acquisition d'espace et local nécessaires (bureau du Projet dans le MSPLS et HPRC)

3.2 Activités exécutées

La liste des activités exécutées est jointe en Annexe 9.

3.3 Réalisation des Extrants

La réalisation de chaque Extrant est la suivante. Le détail de l'indicateur de l'intrant est joint en Annexe 10.

Extrant 1: Le leadership est renforcé chez les cadres supérieurs et moyens de l'HPRC et 9 CDS cibles, impliquant les directeurs et les chefs de services et d'unités.

Tableau 3-1 : Réalisations de l'Extrant 1 comme indicateurs

Indicateurs objectivement vérifiables	Réalisation
1-a) Comité 5S est installé dans l'HPRC et BPS de la Mairie de Bujumbura	Juillet 2009, le Comité 5S a été créé dans l'HPRC et BPS de la Mairie de Bujumbura
1-b) WIT (Working Improvement Team) sont établi dans les structures cible (moins de 8 mois après le commencement du projet)	Octobre 2009, les équipes de WIT ont été établies dans trois départements pilotes de l'HPRC et dans neuf CDS. Jusqu'en janvier 2011, le nombre de WIT a augmenté de 3 à 18 couvrant tous les départements de l'HPRC.
1-c) Politique de garantie de qualité est affichée	Jusqu'en juin 2011, les devise et mission sont

⁷ Au total, 16 membres ont changé de poste, il y a des postes qui ont changé de personnel deux fois.

Kwiz

M

sur le mur dans les structures cibles (moins de 12 mois après le commencement du projet)	affichées dans 3 départements cibles dans l'HPRC et 9 CDS. Checklist pour l'environnement et la santé est aussi affichée dans 3 départements de l'HPRC.
1-d) Rapport d'activité de WIT est rédigé mensuellement.	<p>□ Pendant 17 mois (avril 2010 - août 2011), le nombre moyen de fois de la réunion mensuelle de WIT était 0,72 (12 fois par 17 mois). Seul le CDS de Mutakura a organisé une réunion mensuelle régulièrement.</p> <p>□ le nombre moyen de fois de la réunion mensuelle de WIT dans 3 départements de l'HPRC était 0,37 (6 fois par 17 mois). L'HPRC organise également les réunions de chefs de WIT dont le nombre moyen de la réunion mensuelle était 0,65 (11 fois par 17 mois).</p>

La réalisation de l'Extrant est modérée au moment de l'Evaluation Finale.

A l'étape initiale du Projet, les membres de deux comités de 5S (HPRC et BPS/BDS) ont joué un rôle important dans la promotion des activités 5S. Cependant, la fréquence des comités 5S n'était pas régulière.

D'habitude, la plupart des activités sont guidées par les membres de WIT qui dirigent le suivi des activités 5S et de la maintenance préventive dans chaque département. La réunion mensuelle s'est tenue dans les CDS et l'HPRC, mais quelque WIT n'ont pas organisé les réunions régulièrement. Au niveau CDS, la raison s'explique par le redéploiement du personnel de la ville vers les provinces, par conséquent le personnel a plus de travail et ainsi si occupé que cela a rendu difficile d'organiser les réunions d'une façon régulière.

La plupart des homologues, les leaders des structures cibles ont eu l'opportunité de participer à une formation à l'étranger. Les experts japonais ont assisté à la restitution organisée après leur retour de l'étranger. La régularisation de restitution a été jugée efficace, approuvée par les autres membres pour développer le sens du leadership.

Bien que le Projet ait visé à établir un système pour partager les informations entre l'HPRC et les

fin

CDS, notamment sur les cas de transfert à améliorer, cela n'a pas pu aboutir. C'est parce qu'il existe un cadre officiel de partage des informations sur les cas de transfert de VIH/SIDA ou tuberculose, mais pas pour la santé maternelle et infantile. A travers les formations et atelier de travail avec le personnel de l'HPRC et celui des CDS, le Projet a offert des occasions informelles pour partager les informations. .

Extrant 2 : L'environnement de travail pour les soins maternels et infantiles est amélioré par les activités 5S avec le leadership de directeurs.

Tableau 3-2 : Réalisation de l'Extrant 2 comme indicateurs

Indicateurs objectivement vérifiables	Réalisation
2-a) les activités 5S suivantes sont en opération dans les structures cibles.	
1) Règles sur le tri des objets dangereux et de déchets médicaux sont formulées et pratiquées	Checkliste pour l'environnement et santé formulée, affichée et pratiquée.
2) Règles sur l'approvisionnement des articles sont formulées et pratiquées	Règles écrites ne sont pas encore formulées, étagère et vitrine sont installés à leur place désignée. Tous les objets sont étiquetés afin d'éviter la confusion avec d'autres objets.
3) Bancs pour les patients en attente sont correctement placés et utilisés	Nouveaux bancs sont installés à leur place adéquate (4 à l'HPRC et 44 aux CDS)

La réalisation de l'Extrant 2 est relativement élevée au moment de l'Evaluation Finale.

Initialement, le Projet a fait face à une résistance du personnel de la santé lors de l'introduction du principe de 5S, notamment les médecins et les infirmiers considéraient que leur rôle n'était pas de nettoyer. Les experts japonais ont montré des exemples en nettoyant eux-mêmes les bureaux des titulaires de quelques CDS. Ce processus a fait changer la mentalité des homologues. Ils ont compris que leur rôle de chef n'est pas seulement donner des ordres aux subalternes, mais aussi de les guider en pratiquant et en montrant ce qu'il faut faire.

Maintenant, le personnel de santé a remarqué les avantages de la pratique des activités 5S et est fier de pouvoir offrir les meilleurs services de soins de santé. Par exemple, le milieu de travail bien organisé permet de réduire le temps de chercher un objet et aussi d'économiser l'espace en éliminant les équipements vétustes. L'efficacité du travail amélioré réduit le stress des prestataires, ainsi ils peuvent accueillir les patients avec plus d'aisance. Le principe de 5S rend aussi le personnel de santé plus responsable en offrant des services de meilleure qualité. Cependant il n'y a pas de données statistiques qui prouvent que le temps d'attente a été réduit

KS

KS

depuis que le personnel est devenu plus sensible pour le maintien de la propreté et de l'hygiène, alors qu'avant il y avait des cas signalés d'infection nosocomiale.

En août 2011, le Projet a organisé la dynamique 5S avec tous les établissements cibles, en invitant d'autres hôpitaux de Bujumbura, quatre régions ainsi que les donateurs. C'était une bonne occasion d'échanges d'expérience entre l'HPRC et les neuf CDS, motivant le personnel leader des activités 5S. Après la dynamique 5S, l'HPRC a introduit l'évaluation paire, système d'évaluation par WIT d'autres départements. Ce système se révèle efficace pour stimuler les activités de 5S.

Extrant 3 : La maintenance préventive d'équipement médical est pratiquée constamment avec la participation de tout le personnel des structures cibles.

Tableau 3-3 : Réalisations de l'Extrant 3 comme indicateurs

Indicateurs objectivement vérifiables	Réalisation
3-a) Tous les équipements sont dotés d'une étiquette « Comment utiliser » dans les structures cibles. (moins de 3 mois après la fin du projet d'aide financière japonaise)	<input type="checkbox"/> Etiquette « Comment utiliser » est collée sur la majorité des équipements dans cinq départements (gynécologie, néonatalogie, maternité, radiologie, stérilisation) dans l'HPRC et les CDS. <input type="checkbox"/> Le taux d'affichage a augmenté depuis l'examen à mi-parcours : 100% à l'HPRC et 97,6% dans les CDS au lieu de 81,1% et 74,6% respectivement.
3-b) Les fiches de maintenance préventive sont affichées pour le matériel médical installé et après l'utilisation, enregistrer l'état du matériel (moins de 6 mois après l'affichage)	<input type="checkbox"/> Les fiches de maintenance préventive sont affichées dans 4 départements de l'HPRC (gynécologie, néonatalogie, maternité et radiologie) et 9 CDS. <input type="checkbox"/> le taux d'affichage et de registre a augmenté surtout dans les CDS depuis l'examen à mi-parcours : 100% à l'HPRC et 91,7% dans les CDS au lieu de 100% et 67,8% respectivement.

La réalisation de l'Extrant 3 est relativement élevée au moment de l'Evaluation Finale.

L'étiquette « Comment utiliser » est apposée sur la plupart des équipements, ce qui facilite les tâches lorsque un nouveau personne arrive. L'acquisition des équipements offerts dans le cadre de l'aide officielle du Japon a pu accélérer la préparation de l'étiquette « comment utiliser ».

Handwritten mark

Handwritten signature

La vérification de la maintenance préventive est pratiquée une fois par semaine en remplissant les checksheets. Les checksheets sont préparées en tant que outil d'accoutumance à la notion de la maintenance préventive. Jusqu'à maintenant, le personnel, notamment les chefs de départements et les membres de WIT ont pu développer la conscience comme quoi la maintenance régulière permet de prolonger le temps d'utilisation des équipements.

Le Projet devait faire face à la gestion des différentes capacités de maintenance à l'HPRC et aux CDS. L'HPRC a une unité de service de maintenance dont deux personnes ont participé aux formations à l'étranger. Comme prévu, les membres du Projet et des infirmiers et les chefs de l'unité du service maintenance ont pu développer leur sens de responsabilité et la qualité de service de maintenance est amélioré à l'HPRC. En revanche, les CDS n'ont aucun technicien, ni au niveau BDS ou BPS. C'est pour cette raison que les CDS font face à une difficulté en matière de maintenance, notamment en as de panne des équipements.

Le Projet a également révisé le manuel d'opération/maintenance et d'acquisition de l'équipement à l'HPRC. De plus, le Projet avait recommandé à l'HPRC d'établir un comité de maintenance avec comme membre, directeur, chef de l'unité de maintenance et chef du service administratif pour que la direction reconnaisse l'importance de la maintenance.

Extrant 4 : Connaissances et compétences des infirmiers (y compris les sages-femmes) sont mises à jour pour les soins maternel et néonatal dans les structures cibles.

Tableau 3-4 : Réalisation de l'Extrant 4 comme indicateurs

Indicateurs objectivement vérifiables	Réalisation
4-a) Tous les formateurs obtiennent plus 50 points sur 100 à l'examen	<ul style="list-style-type: none"> • Lors de la 2^{ème} formation sur la maternité, 97% de participants ont eu plus de 50 points sur 100 au post-test. (septembre 2010) • Lors de la formation sur la checklist pour l'accouchement normal, tous les 25 participants ont eu la note de plus de 50 points sur 100. La note moyenne était 70.8%. (juin 2011) • Lors de la formation sur la checksheet et partogramme, 88,9% de 18 participants ont eu la note de plus 50 points sur 100. La note moyenne était 65,3% (septembre 2011).
4-b) Plus de 100 prestataires au total	238 prestataires ont été formés sur la compétence

reçoivent la formation de compétence obstétrique.	obstétrique (nombre cumulé des participants aux 8 formations)
4-c) « Checklist de soins pour l'accouchement normal » formulé avec la base de connaissances obtenues par la formation à Madagascar	<ul style="list-style-type: none"> • Mai 2011, « checklist de soins pour l'accouchement normal » ont été formulée, le premier pas pour la validation par le MSPLS/PNSR. • Juillet 2011, « checklist de soins pour l'accouchement normal » a été introduite dans les établissements cibles.
4-d) La façon de penser et l'attitude du personnel de santé au lieu de travail sont améliorées	<p>L'amélioration a été observée sur la façon de penser du personnel de santé selon les interviews sur l'application de service et les patients effectués en mars 2009 et septembre 2011. (Pour le détail, voir Annexe 10) :</p> <p>(1) Le personnel devrait avoir une approche de bonnes manières avec des patients (11,3%→63,9%)</p> <p>(2) La satisfaction des patients est importante (3,8%→41,7%)</p>

La réalisation de l'Extrant 4 est modéré au moment de l'Evaluation Finale.

L'enquête de base a été menée avec deux membres de l'Institut National de la Santé Publique (INSP).

Le Projet a dû faire face à la difficulté de gestion des différentes capacités entre l'HPRC et les CDS. L'HPRC a un nombre important d'accouchements normaux, plus de 300 par mois, tandis que seuls 4 CDS sont dotés du service d'accouchements. Depuis que l'intrant des experts (pendant le séjour au Burundi) était limité, le Projet s'est focalisé sur la capacité de développement à l'HPRC et n'était pas capable d'impliquer suffisamment les CDS.

Malgré les contraintes précitées, le Projet a connu les succès suivants :

Le voyage d'étude à Madagascar était une bonne occasion pour les participants de voir de près la mise en pratique de « soins centrés sur les patients » dans un autre pays où les conditions socio-économiques sont semblables à celles du Burundi. A leur retour, les participants ont joué un rôle de leaders dans le processus d'introduction de nouvelle conception. Avec la pratique de Madagascar comme base, le Projet a développé la checklist des soins pour un accouchement normal en introduisant le principe de 5S, notamment la procédure de visualisation et standardisation en même temps que l'intégration de notions sur les soins centrés sur les patients.

La checklist permet de voir clairement toutes les étapes nécessaires, de l'accueil des parturiantes, l'accouchement jusqu'à la leur sortie. L'objectif de la checklist est que les infirmiers s'accoutument de toutes les étapes nécessaires.

En juillet 2011, la première étape de validation de checklist a été entamée par le Programme National de la Santé de Reproduction (PNSR). Le même mois, le Projet a introduit les checklist/sheet dans les structures cibles. Même dans les CDS sans salle d'accouchement, il a été rapporté que la checklist était utile pour le personnel dans l'amélioration de leur attitude envers les autres patients. Mais le taux d'utilisation reste encore bas. Nous devrions analyser des raisons à cela pour trouver des solutions concrètes. Pour les informations détaillées, voir l'indicateur d) de l'objectif global dans 4.1.4 Impact.

3.4 Réalisation de l'Objectif du Projet

Objectif du Projet : Les soins maternel et néonatal centrés sur les patients sont pratiqués avec l'amélioration de gestion au HPRC et aux CDS cibles.

Tableau 3-5 : Réalisations sous l'objectif de Projet comme indicateurs

Indicateurs objectivement vérifiables	Réalisation
a) Environnement de travail est amélioré. (les notes moyennes obtenues sur le suivi et évaluation sur le progrès des Activités 5S dans toutes les structures cibles dépassent de 60%.)	La note moyenne de trois départements ciblés de l'HPRC et 9 CDS est améliorée de 36% et 39,4% en février 2009 à 58% et 59,3% en juillet 2011.
b) Nombre des mères ayant répondu positivement après avoir été pleinement assistées par le personnel de santé et la famille pendant le processus d'accouchement augmente après l'introduction de « Checklist de soins pour l'accouchement normal ».	Le taux des mères ayant répondu positivement a augmenté après l'introduction de checklist des soins pour l'accouchement normal. Pour le détail, voir Annexe 10.
c) Notes obtenues de PBF (Performance Based on Financing) dans les services de maternité/obstétrique augmentent dans toutes les structures cible.	<ul style="list-style-type: none"> • Les services maternité/obstétrique de l'HPRC ont gagné plus de points qu'avant : 94,7% (avril-juin 2011) au lieu de 84,2% (avril-juin 2010). • Les notes spécifiques des services maternité/obstétrique ne sont pas disponibles. Mais les notes sur la qualité sont améliorées sauf exceptés 2 CDS (Buterere. Kanyosha)⁸.

⁸ L'équipe de l'évaluation du PBF rend visite des patients pour une enquête de satisfaction et aussi pour vérifier leur adresse. Le CDS

Kana

M

Pour le détail, voir Annexe 10.

La réalisation de l'objectif du Projet a rejoint plus ou moins le but fixé au moment de l'Evaluation Finale.

Après l'examen à mi-parcours, une compréhension générale sur l'objectif du Projet, notamment sur la définition de « soins centrés sur les patients » a été bien observée parmi les homologues nationaux. A travers les interview, la majorité d'entre eux comprennent la relation de chaque extrant (leadership, 5S, maintenance préventive, soins maternels et infantiles et comment ces extrants contribuent pour la réalisation de l'objectif du Projet.

Les activités de 5S et la checklist pour l'accouchement normal ont joué un rôle majeur, d'abord pour le changement de façon de penser du personnel et ensuite, l'introduction du nouveau concept « soins centrés sur les patients ». Le changement dans l'indicateur b) montre la checklist pour l'accouchement normal est un outil utile pour la mise en application des soins maternel et infantile centrés sur les patients.

En 2010, PBF (Performance Based on Financing) a été mise en oeuvre au Burundi afin de promouvoir l'amélioration quantitative et qualitative dans le service de santé. Chaque établissement sanitaire peut recevoir des bonus si les indicateurs de l'évaluation effectuée par le PBF, des points de vue quantitative et qualitative, sont réalisés. Il a été déduit que les activités de 5S ont contribué à l'obtention des points de PBF, parce que plus de 30% des indicateurs de la qualité ont un rapport avec les activités de 5S. Non seulement l'aspect qualitatif, mais il a été rapporté que les activités de 5S ont aussi contribué à l'aspect quantitatif par le fait que la meilleure qualité de service attire plus de patients et aussi le travail efficace permet aux CDS de suivre plus de patients. Grâce aux activités de 5S, l'HPRC a été placé très souvent en 1^{er} lieu parmi les hôpitaux de la mairie de Bujumbura.

3.5 Processus de mise en oeuvre du Projet

(1) Les status d'exécution de recommandations formulées par l'examen à mi-parcours

Pendant les six derniers mois, la plupart des recommandations ont été exécutées (par exemple une compréhension générale sur la définition de « soins centrés sur les patients » à finaliser et application de « checklist des soins pour l'accouchement normal » pour l'élimination des

de Kanyosha est entouré de communauté démunie. De ce fait, l'enquêteur n'arrive pas à tracer des bénéficiaires. Il s'agit des personnes sans adresse fixe ou migrants ruraux. C'est la raison pour laquelle les points sont faibles. Pour Buterere, il n'y a pas de raisons particulières.



médicaments périmés). Cependant les problèmes qui restent sont les suivants :

- a) Planifier et pratiquer le suivi et la supervision de la mise en application de « checklist des soins pour l'accouchement normal »
- b) Introduire les règles pour les équipements vétustes
- c) Consolider le leadership des membres des comités de 5S

(2) Facteurs favorables

- a) Introduction du PBF en 2010

Le PBF a accéléré la promotion des activités de 5S, puisque le PBF contient des valeurs similaires aux activités de 5S.

- b) Appropriation du Projet par la partie burundaise

Les experts japonais ont fait suffisamment d'efforts pour impliquer les membres burundais dont quelques-uns très engagés aux activités du Projet.

- c) Formations à l'étranger et régularisation des restitutions

Les formations organisées à l'étranger ont sensibilisé les homologues nationaux et leur ont donné un but à atteindre. Par exemple, les voyages d'étude à Madagascar étaient des bonnes occasions pour les participants de se préparer à la pratique de « soins centrés sur les patients ». Les formations organisées à Sri Lanka et au Maroc ont également montré comment les autres pays appliquent les activités de 5S. Ajoutez à cela, les experts japonais ont assisté les homologues pour l'organisation des restitutions qui, par la suite devenues obligatoires lorsqu'ils reviennent des formations à l'étranger. Cette régularisation de séminaires était un moyen utile pour le partage des découvertes avec d'autres membres, de manière à renforcer le sens de leadership de ceux qui avaient participé aux formations à l'étranger.

- d) Evaluation paire (évaluation faite par un autre département) à l'HPRC

L'HPRC a introduit le système de l'examen pair : système d'évaluation par un autre département. C'est jugé utile pour l'accélération du sens d'appropriation.

(3) Facteurs dissuasifs

- a) Changement de l'environnement

Le changement des conditions suivantes a empêché les activités du Projet de progresser.

▮ la suspension des activités du Projet par les experts japonais en raison des élections générales de 2010 (pré-condition spécifiée dans le PDM)



Le redéploiement de quelques homologues (hypothèse importante mentionnée dans le PDM)

l'ajustement du nombre du personnel de la santé à l'HPRC (hypothèse importante mentionnée dans le PDM)

b) Gestion guidée par les Japonais

Bien que les homologues burundais ont été formé par les experts japonais, la gestion-clé a été guidée par la partie japonaise (par exemple : planification, organisation d'atelier de travail/formation, suivi). Si la partie burundaise avait eu suffisamment d'occasions de gérer le Projet, la pérennité du Projet serait plus consolidée.

c) PDM

Avant l'examen à mi-parcours, le Projet n'a pas utilisé le PDM comme outil approprié de gestion et de suivi. Le PDM n'était pas bien connu et aussi les indicateurs mentionnés dans le PDM initial étaient peu clairs. Cela aurait été utile si le PDM avait été révisé plus tôt.

d) Comité de pilotage

Lors de la formulation du Projet (première évaluation), le Comité de pilotage a été planifiée afin d'organiser des réunions tous les deux mois. Mais, cela n'a pas été réalisé. Il aurait été plus efficace pour le Comité, en tant qu'organe de décision, de tenir plus régulièrement les réunions en tenant compte de la progression des activités sur terrain.

4. Résultats de l'Evaluation

4.1 Evaluation par les Cinq Critères

4.1.1 Pertinence

La pertinence du Projet reste élevée en terme des politiques et des besoins des Gouvernements burundais et japonais, mais la conception du Projet a eu quelques contraintes.

(1) Besoins et politiques des Gouvernements burundais et japonais

Le Projet est cohérent avec les priorités politiques du Gouvernement burundais comme mentionné dans le document de stratégie de réduction de la pauvreté, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et le PNSR qui visent à réduire la mortalité maternelle et infantile. Le Projet est aussi pertinent avec la priorité de la JICA dans le domaine de l'appui au développement du Burundi (par exemple : santé).

(2) Concept du Projet

Afin d'améliorer la qualité des services sanitaires, le Projet a été conçu avec l'introduction de l'idée des soins centrés sur les patients dans le service de maternité et de néonatalogie visant à améliorer la gestion de l'environnement de travail dans l'hôpital et les centres de santé. Cependant, la définition des « soins centrés sur les patients » n'est pas encore très claire. Comme résultat, la compréhension commune de l'objectif du Projet n'a pas été bien formulée jusqu'à l'examen à mi-parcours, ce qui a affecté la focalisation directe des activités pour l'extrait 4 « compétences pour les soins maternel et néonatal ».

4.1.2 Efficacité

L'efficacité du Projet est jugée relativement élevée.

La plupart des extraits ont produit l'effet escompté et la réalisation de l'objectif du Projet est plus ou moins au niveau attendu.

Cependant, plus d'efforts et de temps ont été consacrés dans les activités de 5S et le progrès des activités en matière des soins maternel et infantile ont connu du retard, cette dernière ayant connu un bon résultat après l'introduction de la notion des soins centrés sur les patients. En bref, les activités de 5S ont facilité le changement de mentalité des homologues. De cette manière les homologues étaient préparés à accepter la nouvelle notion des soins centrés sur les patients lorsque le Projet a conduit des formations en matière de santé maternelle et infantile. De plus, la checklist/checksheet est formulée sur base, entre autres de 5S, notamment la visualisation et la standardisation des procédures. La notion sur les soins centrés sur les patients est aussi intégrée dans la checklist.

4.1.3 Efficience

L'Efficience du Projet est jugée modérée.

Le Projet a été bien coordonné avec la mise en application de programme AAKCP et l'aide financière non remboursable du Japon (acquisition des équipements) arrivée au moment opportun. Avec le programme de AAKCP, le Projet a envoyé neuf homologues aux sessions de formation dans le domaine de leadership et les activités de 5S. Quand les homologues sont rentrés de programmes AAKCP, les experts japonais ont assisté à la restitution organisée afin de partager leur expérience avec d'autres membres homologues. L'acquisition des équipements offerts par l'aide financière non remboursable japonaise a également pu permettre au Projet de promouvoir la maintenance préventive.

De plus, les voyages d'étude ont été conduits au moment opportun et de manière efficace. Envoyer de petits groupes sur deux ans a pu faciliter aux homologues d'acquérir des nouvelles



notions.

D'autre part, les problèmes qui ont affectés l'efficacité du Projet sont les suivants :

En raison des élections générales de 2010, les experts japonais ont quitté le pays et la plupart des activités ont été suspendues pendant cinq mois. Cela a eu comme conséquence le retard de la revue à mi-parcours affectant ainsi la direction du Projet. D'autre part, le côté burundais a continué quelques activités malgré l'absence des experts japonais, ce qui a contribué à renforcer leur sens de s'approprier le Projet.

Le Projet n'a pas pu amener un expert dans le domaine de la santé maternelle et infantile comme prévu selon le progrès dans sa mise en oeuvre.

4.1.4 Impact

Objectif Global : La qualité des soins maternel et néonatal est améliorée dans les structures cibles.

Tableau 4-1: Réalisation sous l'objectif global comme indicateurs

Indicateurs objectivement vérifiables	Réalisation
Toutes les structures cible de santé dans le district de Bujumbura	
a) Nombre d'accouchements augmente dans les structures cibles.	Le nombre mensuel des accouchements dans 4 CDS a augmenté de 76,94 à 120 (nombre moyen de 3 mois d'avril à juin 2009, 2010 et 2011) ⁹
b) Nombre de bénéficiaires de soins prénatal et néonatal augmente dans les CDS cibles.	Le nombre total des bénéficiaires de soins prénatals et postnatals a augmenté de 1857, 2236 à 2467 (nombre moyen de 3 mois d'avril à juin 2009, 2010 et 2011) ¹⁰ .
c) Nombre de transfert aux hôpitaux en raison de complication obstétricale augmente	A l'HPRC, le nombre des cas transférés était 0 en 2010 et 7 en 2011.
d) 100% d'accouchements normaux pratiqués avec l'aide de "checklist de soins pour l'accouchement normal"	Pour l'accouchement normal en juillet et août 2011, le taux moyen d'utilisation de « checklist pour l'accouchement normal » était 25,5%, 39,4% respectivement dans les structures cibles.

⁹ Le CDS de Buterere a commencé le service d'accouchement en avril 2010. Pour des raisons diverses, le nombre moyen d'accouchement mensuel n'a pas augmenté au CDS de Musaga (24.21.12 avril – juin 2009,2010,2011). A titre d'information, celui de l'HPRC était 264,302,257 pendant la même période.

¹⁰ Dans les CDS, le nombre de soins postnatals est très limité comparé à celui de soins prénatals et les données sur les soins postnatals ne sont pas disponibles. Le CDS de Ruziba a commencé les soins prénatals en novembre 2009.

bio

W

	(11,5%, 35.9% à l'HPRC, 100%, 75% au CDS de Kamenge, 58,3%, 0% CDS de Kanyosha, 100%, 100% CDS Musaga, 31%, 26.3% CDS de Buterere). Voir le détail dans Annexe 10.
--	---

L'impact du Projet est jugé relativement élevé. Si la partie burundaise maintient les effets positifs du Projet et continue à déployer les initiatives commencées par celui-ci, l'objectif global a la chance d'être atteint moins de trois ans après la fin du Projet.

En ce qui concerne l'augmentation du nombre d'accouchements et de bénéficiaires, il était rapporté que l'attitude positive des prestataires de santé envers les patients les attire plus, même ceux en provenance hors aires de responsabilité de chaque CDS. La politique de gratuité des services médicaux pour les femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans a joué un rôle à l'accès des soins de santé.

En ce qui concerne l'indicateur d), l'Equipe de l'Evaluation Finale a trouvé que la cible de 100% n'est pas très réaliste compte tenu de la situation de terrain¹¹. De plus, l'objectif de l'utilisation de checklist/sheet de soins pour l'accouchement normal est que les checklist/sheet deviennent un outil pour que les infirmiers puissent s'accoutumer aux procédures nécessaires. Donc, si cet outil devient familier aux prestataires, ils n'auront plus à remplir les fiches tout en travaillant.

Cependant, l'impact du Projet sur l'augmentation du nombre de transferts était limité, en comparaison avec celui du PBF. C'est parce que le Projet n'a pas établi un mécanisme officiel de transfert entre l'HPRC et les neuf CDS, tandis que les bonus obtenus dans le cadre du PBF pour les cas transféré ont directement plus d'impacts.

D'autres effets positifs

Le Projet a intéressé plus de monde en ce qui concerne les activités de 5S. Au niveau de l'HPRC, le nombre de WIT a augmenté de trois à dix-huit. Trois chefs nursing de trois hôpitaux de Bujumbura et les directeurs de quatre autres hôpitaux à savoir Bururi, Ruyigi, Gitega et Ngozi et les directeurs de BPS de ces provinces ont développé leur intérêt dans l'introduction des activités de 5S lors de la participation aux journées de la dynamique de 5S.

¹¹ Raisons pour lesquelles pourquoi les infirmiers ne peuvent pas remplir les fiches sont : 1) deux sur trois accouchements arrivent en même temps (HPRC), 2) pas d'électricité la nuit (CDS), 3) la personne qui observe la procédure de l'infirmier et qui signe n'est pas disponible la nuit (CDS).

L'autre impact positif a été, avec le leadership des homologues, la nomination du comité National de 5S en juin 2011 afin d'étendre les activités sur tout le territoire burundais. Il est recommandé au Comité National d'organiser la première réunion sans tarder.

4.1.5 Viabilité

La viabilité du Projet a besoin d'être encore encouragée.

(1) Volet politique

La viabilité politique est relativement élevée.

L'introduction du PBF en 2010 a consolidé l'engagement de santé dans la réalisation des activités de 5S depuis que les indicateurs PBF contiennent les points de vue des activités de 5S. De plus, en juin 2011, le MSPLS a établi le Comité National de 5S dans le but d'étendre les activités sur tout le territoire

(2) Volet technique

Le niveau des compétences du personnel de santé dans les structures cibles a atteint à un certain degré.

Le personnel s'engage à continuer les activités de 5S même s'il n'y a plus de bonus comme celui du PBF¹². Le Projet définit S4 comme une continuation des activités 3S avec les réunions mensuelles régulières du WIT et S5 comme les chefs qui motivent le personnel pour la poursuite et la mise à jour des activités. Malgré l'établissement des comités de 5S et de WIT, les réunions ne sont pas tenues régulièrement. Ajouté à cela, le Comité National de 5S a été créé, mais il n'est pas encore fonctionnel. Par conséquent, le Projet est jugé avoir mis en oeuvre certaines activités de S4 et S5, mais ce n'est pas encore complètement réalisé.

Autre point préoccupant, c'est que le taux d'utilisation de checklist/sheet pour l'accouchement normal reste encore bas. Ainsi les raisons du taux bas d'utilisation devraient être analysées et apporter des modifications de condition du lieu de travail serait nécessaire.

¹² Selon les interviews, la majorité du personnel de santé ont répondu qu'ils continueraient les activités 5S, non seulement en faveur des patients mais aussi pour eux-mêmes.

(3) Volet organisationnel

Malgré les efforts déployés de la part du BPS d'établir un système de suivi des activités de 5S mise en application au niveau CDS, il est encore à un stade prématuré. Afin d'établir un système de suivi dans la lignée MSPLS- BPS- BDS- CDS, un plan d'action a besoin d'être formulé. De plus, il faudrait inventer un mécanisme pour réduire l'impact de déploiement récurrent du personnel. (par exemple, travail chargé, formation de nouveau personnel et rotation de membres de WIT).

(4) Volet financier

Pérenisation des activités de 5S sur le territoire burundais est un défi à relever. Le MSPLS et l'HPRC devraient s'évertuer et intégrer le budget des activités de 5S dans le rang de « service de qualité », ce qui est attendu dans l'avenir pour sa sécurisation annuelle.

4.2 Conclusions

Concernant la pertinence, les besoins et les politiques du Gouvernements burundais et du gouvernement japonais se sont joints, mais le concept du Projet avait quelques contraintes. Malgré les changements des conditions environnantes (la suspension des activités des experts japonais durant la période de l'élection, le transfert des homologues, ajustement du nombre du personnel sanitaire), le Projet a su maintenir son efficacité. L'efficience globale était modérée. La coordination avec d'autres programmes de l'AAKCP et le projet de l'aide financière non remboursable japonaise ont renforcé l'efficience. De plus, les formations à Madagascar sont arrivées également au moment opportun et étaient efficaces avec l'acquisition de nouvelles notions sur les soins axés sur les patients. D'autre part, la suspension des activités du Projet pendant la période de l'élection a affecté l'efficacité, mais c'était en dehors du contrôle du Projet. L'impact du Projet est aussi jugé relativement élevé. La mise en application de soins centrés sur les patients attirent plus de patients dans les centres de santé. Le Projet a aussi réveillé l'intérêt dans l'exécution des activités de 5S au niveau l'HPRC, la mairie de Bujumbura et hôpitaux régionaux. En terme de viabilité, le Gouvernement burundien est attendu de faire plus d'efforts afin de sécuriser la durabilité des initiatives du Projet, notamment dans la mise en oeuvre de système de suivi, un mécanisme solide pour amortir le redéploiement du personnel dans la poursuite des activités et l'assurance du budget annuel.

Dans l'ensemble, les activités de 5S ont réussi à changer la façon de penser des



homologues, ce qui a facilité l'introduction de la notion sur les soins centrés sur les patients. La checklist des soins pour l'accouchement normal a été développée avec l'application du principe de 5S, la visualisation et la standardisation, en même temps que l'introduction de la notion des soins centrés sur les patients. Le Projet a suscité dans l'établissement de la fondation parmi le personnel de santé dans les CDS cibles qui ont besoin d'améliorer la qualité des soins de santé. Le Gouvernement burundais est attendu pour continuer les activités de 5S et faire un pas en avant de KAIZEN-TQM.

5.Recommandations et leçons apprises

5.1Recommandations

1. Comité de 5S du BPS et de l'HPRC

1) Les Comités de 5S existants à l'HPRC et au BPS devraient être des comités de pilotage en tant qu'organe de gestion et de coordination des activités qui focalise sur le progrès des activités et ont une responsabilité de suivi. Les membres de Comité de 5S à l'HPRC devraient intégrer une personne du service de maintenance.

2) Chaque comité de 5S du BPS et de l'HPRC devraient être tenus tous les trois mois et le rapport de suivi devrait être soumis au Comité National de 5S.

3) Pour l'application continue des activités de 5S, le WIT joue un rôle primordial dans le domaine de la planification, la mise en oeuvre et le suivi des activités de 5S pour l'amélioration des prestations sous la supervision du comité de 5S. Les réunions du WIT, donc, devraient être tenues régulièrement de façon à se consolider dans le cadre des activités de 5S et les membres du WIT peuvent guider et encourager les autres prestataires avec un leadership ferme.

2. BPS et MSPLS

Nous recommandons que le suivi de 5S dans les centres de santé soit intégrée dans le système existant de supervision faite par les BDS. Le format de suivi et de rapport mérite d'être développé d'ici la fin du mois d'octobre 2011.

3. BPS et BDS

Le nombre de checksheets des soins pour l'accouchement normal remplies devraient être suivies



par les BDS et rapportées au Comité de 5S au niveau BPS.

4. HPRC

Le nombre de checksheets des soins pour l'accouchement normal remplies devraient être suivies par les membres du Comité de la santé maternelle et infantile de l'HPRC et rapportées au Comité de 5S de l'HPRC.

5. Comité National de 5S

Le Comité National de 5S devrait partager les résultats de suivi remis par les Comités de 5S du BPS et de l'HPRC avec les départements concernés du MSPLS pour la supervision technique.

6. Projet et MSPLS

(1) Nous suggérons au Projet d'analyser les résultats de l'enquête de satisfaction auprès des patients réalisée en septembre 2011 comme une partie de l'enquête finale pour faire une restitution au personnel de santé en vue d'améliorer les soins pour un accouchement normal et d'apporter des modifications nécessaires aux checksheets de soins pour l'accouchement normal avant la fin du Projet.

(2) Nous suggérons au MSPLS d'organiser la même enquête qui sera à inclure dans l'évaluation ex-post prévue, un an après l'achèvement du Projet par le Comité National de 5S avec l'appui du MSPLS. (par ex. EPISTAT et/ou INSP).

(3) L'indicateur d) de l'objectif global « 100% d'accouchement normal sont pratiqués sur base de « checkliste des soins pour l'accouchement normal » devrait être modifié, parce qu'un personnel habitué aux procédures d'accouchement n'a plus besoin de remplir les checksheet.

De plus, nous recommandons d'ajouter un autre indicateur de l'objectif global « le taux de réponses positives à chaque question de l'enquête par les mères pendant l'enquête sur la satisfaction des patients devra atteindre --% ainsi la standardisation des soins pendant l'accouchement normal pourra être mesurée. Ces indicateurs seront décidés par le CCC, car la révision du PDM doit être officiellement autorisé par cet organe et ceci devra être fait avant la fin du Projet.

(4) Quelques descriptions dans PDM2.0 devrait être modifiées comme Annex 13 : PDM

version 3.0.

7. MSPLS

(1) La gestion de la plupart des activités a été entreprise par la partie japonaise. Pour la pérennisation des activités, nous recommandons à la partie Burundaise de consolider sa capacité et de s'approprier la gestion des activités pendant la période restante du Projet.

(2) Les activités 5S devraient faire partie du plan opérationnel à partir de 2012 du Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 comme outil d'amélioration de la qualité des soins de santé.

8. Direction Générale de la Santé Publique

L'usage de checklist des soins pour l'accouchement normal a besoin d'être ajouté dans les thèmes à superviser.

9. Direction Générale des Ressources

(1) Pour l'entretien des équipements se trouvant dans les centres de santé, nous suggérons au MSPLS d'affecter du personnel de maintenance au niveau BPS.

(2) Un budget devrait être alloué annuellement pour la mise en oeuvre d'un plan d'action du Comité National de 5S.

(3) L'élimination des équipements médicaux usés et les déchets bio-médicaux ont été un défi sérieux à relever dans la promotion des activités de 5S. Nous recommandons au MSPLS de trouver des mesures nécessaires en collaboration avec les ministères concernés.

10. Comité National de 5S

Avant la propagation des activités 5S, les points suivants devraient être tenus en compte :

(1) Le système de suivi des activités de 5S pour le contrôle de qualité devraient être formulé.

(2) Plan d'action du Comité devrait être élaboré avant la fin du mois d'octobre 2011 .

AR

5.2 Leçons apprises

1. Il est utile de considérer les points suivants pour la formulation d'un projet fonctionnel avec utilisation des activités de 5S.

- (1) Comprendre que les activités de 5S n'est pas une fin en soi mais une méthode d'atteindre le but du projet.
- (2) Examiner comment la logique des activités de 5S contribue à l'objectif du projet.

2. Afin de faciliter la compréhension commune de l'objectif de projet, il est essentiel pour un projet d'utiliser le cadre logique de projet (PDM) et le plan opérationnel (PO) comme outils de suivi et de gestion.

3. Quand un nouveau concept doit être introduit, il est utile d'organiser des voyages d'étude dans un pays où ce concept est déjà mis en oeuvre, notamment dans un pays ayant les mêmes conditions socio-économiques.

4. Pour le transfert technique utile et le développement des capacités, surtout dans la phase initiale, le travail de collaboration entre les experts japonais et les homologues nationaux dans tout le processus de planification, de mise en oeuvre, et de revue est nécessaire. Toutefois, à un certain niveau du processus, il serait utile de commencer à mettre en oeuvre une stratégie de transfert progressif par les experts japonais aux homologues nationaux la responsabilité dans le domaine de la gestion et du suivi de projet.



132

Annexe 1: Calendrier de l'Equipe de l'Evaluation Finale

			JICA		Experts
			Chef de l'Equipe (Mme Keiko Osaki)	Planification de Coopération (M. Yoshimasa Takemura)	consultante chargée d'Evaluation et Analyse (Mme Fumiko Iseki) Interprète (Mme Ryoko Kojima)
1	17-Sep	sam			NRT(2050)-DOH(0515)+1 QR803
2	18-Sep	dim			DOH(0730)-NBO(1245) QR532 NBO(1535)–BJM(1610) KQ444
3	19-Sep	lun			8h30 Réunion à l'office de la JICA avec informations sur la sécurité 10h Visite de courtoisie, Secrétaire permanent MSPLS Réunion avec Directeur et Coordinateur du Projet MSPLS 14h30 Visite de courtoisie, Directeur de HPRC 15h Tour d'observation dans l'HPRC 17h Interview avec des experts japonais
4	20-Sep	mar			8h Visite de courtoisie au Bureau Provincial (BPS) 9h Visite des CDS et interviews (9h Buyenzi, 11hBwiza-Jabe, 15:30 BDS centre) 16:30 Interview avec des experts japonais
5	21-Sep	mer			8h-12h Interview avec Chef du Nursing HPRC(8h), DACS(9h), Directeur(10h), DAAF(11h) et maintenance(11h30) 14h-15h30 Interview avec trois chefs de postes (gynécologie et néonatalogie, chef adjoint nursing HPRC) 16h Interview avec directeur Administratif et Financier, HPRC 16h30 Interview avec le responsable technique de FBP, MSPLS 17h30 Interview avec un expert japonais
6	22-Sep	jeu			8h Groupe discussion et interview avec les chefs deCDS Mutakura Kamenge, Ngagara, Buyenzi, Bwiza-Jabe, Kanyosha (6) 10h30 Groupe disussion et interview avec WIT deCDS Kamenge, Ngagara, Buterere, Buyenzi, Musaga, Ruziba (6) 16h Interview avec le Coordinateur du Project
7	23-Sep	ven			8h Visitede CDS pour observation et interviews (8h BDS sud, 8h30 CDS de Musaga, 10h30 CDS de Kanyosha) 15h Réunion avec les membres Burundiens d'Evaluation 16h Interview avec le Directeur du BPS
8	24-Sep	sam		NRT(2050)-DOH(0515)+1 QR803	Revue de dossier
9	25-Sep	dim		DOH(0730)-NBO(1245) QR532, NBO(1535)–BJM(1610) KQ444	Revue de dossier

132

12

			JICA		Experts
			Chef de l'Equipe (Mme Keiko Osaki)	Planification de Coopération (M. Yoshimasa Takemura)	consultante chargée d'Evaluation et Analyse (Mme Fumiko Iseki) Interprète (Mme Ryoko Kojima)
10	26-Sep	lun	8h30 Réunion au bureau de la JICA 9h30 Réunion avec Directeur et Coordinateur du Projet 10h Visite de courtoisie au Secrétaire Permanent (Rapport sur la progression d'évaluation) 11h Visite de courtoisie au Directeur de HPRC, Tour de HPRC 14h30 : Echange s avec les membre de CCC et discussion		
11	27-Sep	mar	8h30 Visite de Centres de Santé et interivews (8h30 Ngagara, 10h30 Buterere avec M. Cyprien et Dr. Pascal 14h30 Réunion interne 16h Directeur Général des Ressources, MSPLS		
12	28-Sep	mer	7h30 : Directeur Général de la Santé Publique, MSPLS 8h30 : Visite de service maternité, HPRC 10h : Clinique Rwagasore 11h : INSP 14h30 : Echange et Discussions avec les membres de l'équipe conjointe		
13	29-Sep	jeu	7h30 Visite au PNSR 9h : Discussions internes entre les membres japonais		
			BJM(1700)-KGL(1740) KQ444	15h : Préparation du rapport	
14	30-Sep	ven	Tele-conference Institut de Sante du Kigali Ministre de la Sante Association des sage-femmes de Rwanda	9h Discussion entre les membres de l'équipe conjointe	
15	1-Oct	sam	KGL(0950)-BJM(1030) KQ448	Préparation du Rapport	
16	2-Oct	dim	Préparation du Rapport		
17	3-Oct	lun	9h : Réunion pour l'approbation provisoire avec la partie burundaise 14h30 : Réunion avec UNFPA 16h : Réunion avec OMS		
18	4-Oct	mar	9h : CCC 15h : Signature de M/M 17h : Rapport au Bureau de la JICA, Burundi		
19	5-Oct	mer	BJM(1215)-NBO(1610) NBO(1840)-DOH(2335)	BJM(1215)-NBO(1610) KQ442	BJM(1215)-NBO(1610) KQ442 NBO(1840)-DOH(2335) QR533
20	6-Oct	jeu	DOH(0050)-NRT(1920) QR802	JICA bureau de Kenya NBO(1435)-DOH(1930)	DOH(0050)-NRT(1920) QR802
21	7-Oct	ven		DOH(0050)-NRT(1920) QR802	

M

121

Annexe 2: PDM (Version 2.0)

Date of formulation: February 16, 2011

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

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

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

Project Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p>[Overall goal] (2 years after the termination of the project, 2013) Quality of services for maternal and neonatal care is improved at the targeted facilities .</p> <p>*The targeted facilities: three departments (gynecology, obstetric and neonatology) of HPRC and 9 health centers</p>	<p>[At targeted hospital and health centers in Bujumbura district]</p> <p>a)The number of deliveries at the targeted health centers increases. b)The number of beneficiaries of ANC and PNC at the targeted health centers increases. c)The number of referral cases with obstetric complication to hospitals from the targeted health centers increases. d)100% of normal deliveries are practiced based on 'Normal Delivery Care Checklist'.</p>	<p>a) b) c) Direct observation, Record of delivery cares. Interviews to delivery room staff.</p>	<p>•Government's policy for free access to health care services for pregnant mothers and children under 5 is maintained effectively.</p>
<p>[Project purpose] (3 years after the start of the project, around 2011) Patient-centered maternal and neonatal care is practiced under improved management at the targeted facilities.</p> <p>(Patient-oriented Care) In this project, 'Patient-centered Care' is defined as the care that considerably focuses on securing ease of mind and mitigating both mental and physical burden for patients.</p>	<p>a) Working environment at the targeted facilities is improved. (The average score of 'Monitoring and Evaluation on the Progress of 5S Activity' at all targeted facilities exceeds 60%.) b)The number of mothers who gives positive answers of being fully attended by health personnel and family all through their delivery process increases after 'Normal Delivery Care Checklist' is introduced. c)The PBF (Performance-Based Financing) scores on maternity/obstetric services at all targeted facilities increase.</p>	<p>a) Direct observation at delivery rooms. b) Interview survey to mothers who delivered at the targeted facilities c) PBF report</p>	<p>•Staff is allocated properly and retained to the targeted facilities</p>

[Outputs]	indicators	means	important assumption
<p>(1) Leadership of responsible personnels is reinforced in the targeted facilities and relevant departments.</p>	<p>1-a) 5S committees are established in HPRC and Provincial Health Office of Bujumbura City. 1-b) Working Improvement Teams (WIT) are established in the targeted facilities (within 8 months after the beginning of the project) 1-c) Quality Assurance Policy is displayed on walls in the targeted facilities. (within 12 months after</p>	<p>1-a), b) Project Progress Report, Interview to persons involved in the project 1-c) Direct observation of facilities 1-d) Monthly reports of WIT activities</p>	<p>•Needs for maternal and neonatal care do not soar unexpectedly • Financial constraints for recurrent budget do not worsen.</p>

W

Handwritten mark at top left.

<p>(2) Work environment for maternal and neonatal care is improved through practicing 5S activities under the leadership of responsible personnel of the targeted facilities. (See Note 1)</p> <p>(3) Preventive maintenance of medical equipment is continuously practiced with full participation of health staff in the targeted facilities.</p> <p>(4) Knowledge and skills of nursing staff (including midwives) are upgraded for maternal and neonatal care in the targeted facilities.</p>	<p>the start of the project) 1-d) Activity reports of WIT are made monthly.</p> <p>2-a) Following 5S activities are in operation in the targeted facilities. 1) Segregating rules of hazardous articles and medical wastes are formulated and practiced. 2) Storing rules for articles are formulated and practiced. 3) Benches for out patients are located and used in the proper places.</p> <p>3-a) All of the equipment is affixed with attention "How to use" tags in the targeted facilities. (within 3 months after the completion of Japanese grant aid project) 3-b) Preventive Maintenance Sheets are displayed in the targeted facilities with medical equipment installed, and after-use-care and condition of the equipment is recorded. (within 6 months after the display)</p> <p>4-a) All trainees score more than 50 out of 100 points on the post-test. 4-b) Accumulative more than 100 staffs at the targeted facilities complete obstetric skill trainings. 4-c) 'Normal Delivery Care Checklist' is formulated based on the knowledge obtained through the overseas trainings in Madagascar. 4-d) Mindset and attitude of health personnel in work places are improved.</p>	<p>2-a) Records of 5S activities, Project Progress Report, Direct observation on site Result of organizational analysis Interview to persons involved in the project Questionnaire survey</p> <p>3-a) Direct observation of equipment 3-b) Result of monitoring Interview to persons involved in the project Project progress report</p> <p>4-a) Result of post-training tests 4-b) Project progress report 4-c) Normal Delivery Care Checklist 4-d) Interview to persons involved in the project</p>	
---	---	---	--

Note: 1) 5 S is defined as a management tool for working environment improvement in health facilities for 1) Sort, 2) Set, 3) Shine, 4) Standardize, and 5) Sustain.

Handwritten mark at bottom left.

8

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

8

Annexe 3: Liste des Personnes entrevues

Ministère de la Santé publique et de la lutte Contre le SIDA (MSP)

Dr. BIRINTANYA Norbert	Secrétaire permanent
Dr. UWINEZA Marie-Noella	Conseillère à la Direction de la Santé
Mr. BARAMBONERANYE Cyprien	Conseiller au Cabinet
M. HICEBURUNDI Sosthène	Directeur Général des Ressources
Dr. NGIRIGI Liboire	Directeur Général de la Santé Publique
Dr. BASENYA Olivier	Cellule Technique FBP
M. RURAKENGEREZA Léopold	Chef de service Maintenance

Bureau Provincial de Santé en Mairie de Bujumbura

Dr. NDAYONGEJE Pascal	Directeur BPS Marie
-----------------------	---------------------

Bureau de District Sanitaire de Bujumbura

Dr. NSANZERUGEZE Josélyne	Médecin chef de District, BDS sud
Dr. NTUNZWENIMANA Thierry	Medecin chef de District, BDS centre

Hôpital Prince Régent Charles (HPRC)

Dr. NTAWURISHIRA Thérance	Directeur
Dr. NDUWARUGIRA Jean-Bosco	Directeur Adjoint chargé des Soins
M. NTIBAHANUZA Cyprien	Directeur Administratif et Financier
Dr. NDAYIKUNDA Chloé	Chef du poste Gynécologie et Obstétrique
Mme BUKURU Marie	Chef du Nursing
Mme NTACONAYIGIZE Spès	Chef de poste Gynécologie
Mme NAHIMANA Gaudence	Chef Adjoint du Nursing
Mme KABARENZI Chantal	Chef de poste Néonatalogie
M. NZEYIMANA Dieudonné	Chef de service Maintenance
M. NARURIGIME Nicaise	Chef poste Maintenance
Soeur NIYONZIMA Leoncie	Chef de poste maternité
Mme Justine NDIKUMANA	Infirmière

Centres de Santé publique

Mme MIZIGIYIMANA Pélagie	Chef du CDS Ruziba
M. KABURA-KAGONA	CDS Ruziba
Mme NDUWAYO Aline	Chef du CDS Ngagara
M. Riantagara YR Prosper	CDS Ngagara
M. MIYONGABO Pascal	CDS Musaga
Mme MIRARE Jacqueline	Chef du CDS Kanyosha
M.NZORONKA Aloys	CDS Kanyosya
Mme ASSUMANI Mariam	Chef du CDS Buterere
Mme NDAYISABA Ziyuni	TPS, CDS Buterere
Mme NDAYISENGA Périne	Chef du CDS Kamenge
M. NIYONKINDI Marc	CDS Kamenge
Mme MOSAGO Euphrasie	Chef du CDS Mutakura
Mme MDAYIZIGA Angèle	CDS Mutakura
Mme NDUWIMANA Oda	Chef du CDS Buiza-Jabe
Mme MIYOMZIMA Véronique	CDS Buiza-Jab
Dr. KAZE Christelle	CMC Buyenzi
Mme HATUNGIMANA Madeleine	Chef du CMC Buyenzi

Clinique Prince Louis RWAGASASORE

Dr. MINANI Isaac
Dr. Basila HAKIZIMANA

Médecin Directeur
Directeur Adjoint chargé des soins

INSP

Dr. KAZIHISE Pierre Claver
M. BIGIRIMANA Prosper

Directeur Général
Directeur de formation

PNSR

Dr. GAKUNGU Georges
Dr. BIGAYI Théophile
Mme NDAGIJI Mariam

Directeur de PNSR
Chef de service prestations
Directrice adjointe administratif et financier



Annexe 4: Liste des Experts Japonais

Nom	Domaine	Période	HM	Organisation
ABE Kazuhiro	Conseiller en Chef / gestion hôpital	2009.1.31~2009.3.13	1.40	International Techno Center Co., Ltd
		2009.5.14~2009.6.12	1.00	
		2009.7.24~2009.8.22	1.00	
		2009.11.4~2009.12.16	1.43	
		2010.1.22~2010.3.2	1.33	
		2010.10.23~2010.11.12	0.70	
		2011.1.29~2011.2.25	0.93	
		2011.4.11~2011.5.15	1.17	
		2011.6.19~2011.7.17	0.97	
		2011.9.19~2011.10.23	1.17	
2011.11.14~2011.12.17	1.13			
TASEI Hiroshi	KAIZEN/ 5S	2009.1.31~2009.3.21	1.67	International Techno Center Co., Ltd
		2009.6.6~2009.9.6	3.10	
		2009.10.31~2009.12.16	1.57	
		2010.1.17~2010.3.4 (2.8~2.16 repart au Japon)	1.27	
		2010.8.23~2010.10.28	2.23	
		2010.11.20~2010.12.24	1.17	
		2011.1.21~2011.3.13	1.73	
		2011.5.18~2011.9.15 (6.3~7.10 repart au Japon)	2.77	
		2011.11.19~2011.12.26	1.27	
YOSHIKAWA Toru	KAIZEN/ gestion de la sécurité	2009.8.2~2009.8.18	0.57	The Institute for Science of Labour
		2010.2.6~2010.2.20	0.50	
		2010.9.18~2010.9.26	0.30	
		2011.1.30~2011.2.13	0.50	
		2011.7.29~2011.8.11	0.47	
MIMURO Naoki	Maintenance de l'équipement	2009.1.31~2009.3.21 (2.21~3.4 repart au Japon)	1.27	International Techno Center Co., Ltd
		2009.7.15~2009.9.6	1.80	
		2009.10.21~2009.12.16	1.90	
		2010.1.17~2010.3.2	1.50	
		2010.11.2~2011.12.16	1.50	
		2011.1.12~2011.3.7	1.83	
		2011.5.11~2011.6.16	1.23	
		2011.8.22~2011.10.8	1.60	
2011.10.27~2011.12.4	1.97			
KITA Etsuko	Enseignement aux infirmiers	2009.3.12~2009.3.20	0.30	The Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing
ABE Chiharu	Enquête sur la santé	2009.2.19~2009.3.21	1.03	International Techno Center Co., Ltd
		2009.5.14~2009.6.12	1.00	
		2011.9.12~2011.9.27	0.53	
SEKI Ikuko	Sage-femme I	2009.5.14~2009.6.5	0.77	The Japanese Red

Nom	Domaine	Période	HM	Organisation
		2009.10.8~2009.10.28 2010.8.30~2010.10.2 2011.1.21~2011.2.15 2011.5.30~2011.6.13 2011.8.29~2011.9.23 2011.11.5~2011.11.25	0.70 1.13 0.87 0.50 0.87 0.70	Cross Kyushu International College of Nursing
ISHIYAMA Sayuri	Sage-femme 2	2009.10.8~2009.10.28	0.70	
NAKASHIMA Makoto	Coordinateur	2009.1.31~2009.3.21	1.67	Techno Staff Co., Ltd
TSURU Akiko	Coordinateur /IEC	2009.6.6~2009.6.25 (Inclure 4 jours de IEC) 2009.8.2~2009.9.1 (Inclure 5 jours de IEC) 2009.10.8~2009.10.25 2010.11.20~2010.12.19 (Inclure 15 jours de IEC) 2011.2.7~2011.4.4 (Inclure 6 jours de IEC)	0.67 (0.13) 1.03 (0.17) 0.60 1.00 (0.50) 1.90 (0.20)	International Techno Center Co., Ltd
IJIMA Kazuhori	Coordinateur	2011.9.19~2011.10.18 2011.11.27~2011.12.26	1.00 1.00	International Techno Center Co., Ltd
Nombre total des jours ouvrables (Coordinateur inclus)		Envoyé	57.77	
		Estimation totale	63.83	

Annexe 5: Le coût opérationnel local

Yen Japonais

	1er trimestre	2eme trimestre	3eme trimestre	4eme trimestre	Total
Annee fiscale JP 2008	—	—	—	1,755,335	1,755,335
Annee fiscale JP 2009	714,028	1,273,016	1,944,057	5,263,293	9,194,393
Annee fiscale JP 2010	0	940,448	3,151,115	2,924,830	7,016,393
Annee fiscale JP 2011	1,049,435	2,689,124	(5,200,000)	(0)	8,938,559
Total	1,763,463	4,902,588	10,295,172	9,943,458	26,904,680

Francs Burundais

	1er trimestre	2eme trimestre	3eme trimestre	4eme trimestre	Total
Annee fiscale JP 2008	—	—	—	1,152,567	1,152,567
Annee fiscale JP 2009	8,868,058	16,258,393	26,502,214	70,508,546	122,137,210
Annee fiscale JP 2010	0	13,285,794	45,721,599	37,117,240	96,124,633
Annee fiscale JP 2011	15,567,905	42,128,862	(82,195,880)	(0)	139,892,646
Total	24,435,962	71,673,049	154,419,693	108,778,352	359,307,056

Handwritten mark

Handwritten mark

Annexe 6: Liste des équipements

Date d'arrivée au Burundi	Equipement	Spécifications (Model /Maker)	Prix d'achat local (BIF)	Prix (JPY)	Lieu de utilisation et stockage	L'état de fonctionnement	Durée et raison de non-opérationnel
25-Mar-09	Véhicule (4WD)	TOYOTA Land Cruiser PRODO Plate No.: C092A IT	45,371,600	3,712,305	Parking de JICA Burundi	En fonctionnement	
26-Mar-09	Ordinateur portable (Le logiciel anti-virus compris)	Dell Inspiron 1318 (McAfee 8.0.i)	1,500,000	122,730	Bureau de projet dans l'HPRC	En fonctionnement	
27-Mar-09	Ordinateur portable (Le logiciel anti-virus compris)	Dell Inspiron 1318 (McAfee 8.0.i)	1,500,000	122,730	Bureau de projet dans l'HPRC	En fonctionnement	
28-Mar-09	Ordinateur portable (Le logiciel anti-virus compris)	Dell Inspiron 1318 (McAfee 8.0.i)	1,500,000	122,730	Bureau de projet dans l'HPRC	En fonctionnement	
29-Mar-09	Ordinateur portable (Le logiciel anti-virus compris)	Dell Inspiron 1318 (McAfee 8.0.i)	1,500,000	122,730	Bureau de projet dans l'HPRC	-	volée (8 Nov, 2009)
30-Mar-09	Ordinateur de bureau (Le logiciel anti-virus compris) (Avec UPS)	HP COMPAQ (McAfee 8.0.i) (Onduleura APC Back UPS 650VA)	1,755,000	143,594	Bureau de projet dans MSP	En fonctionnement	
31-Mar-09	Ordinateur de bureau (Le logiciel anti-virus compris) (Avec UPS)	HP COMPAQ (McAfee 8.0.i) (Onduleura APC Back UPS 650VA)	1,755,000	143,594	Bureau de projet dans l'HPRC	Non-opérationnel	Défaillance du disque dur
1-Apr-09	Noir et blanc imprimante	HP LASERJET P2015	643,500	52,651	Bureau de projet dans l'HPRC	En fonctionnement	
2-Apr-09	Projecteurs	ACER Vidéo Projecteur	1,170,000	95,729	Bureau de projet dans l'HPRC	En fonctionnement	
3-Apr-09	Imprimante couleur	HP LASERJET 1600	760,500	62,224	Bureau de projet dans l'HPRC	En fonctionnement	
4-Apr-09	imprimante	(SONASHI, SSA-18000) 18000BTU with installation	1,626,300	133,064	Bureau de projet dans l'HPRC	En fonctionnement	
5-Apr-09	Ecran de Projection	(Anchor, YM509204) Screen for Projecter	573,300	46,907	Bureau de projet dans l'HPRC	En fonctionnement	
6-Apr-09	Photocopieuse (Noir et blanc)	CANON IR 2018	8,992,600	735,775	Bureau de projet dans l'HPRC	En fonctionnement	
		Total	68,647,800	5,616,764			

Annexe 7: Liste des Homologues formés dans les pays étrangers

	Nom	Durée	Nom de formation	Contenu de la formation et institution d'accueil	Titre à l'époque de la formation	Position actuelle
1	Mr.BARAMBONERANYE Cyprien	2009 9.2 - 9.18	KAIZEN/SS	Leadership, Hôpital Iizuka	Le Directeur Général des Ressources au Ministère de la Santé Publique	Pas de changement
2	Dr. NUWARUGIRA Jean Bosco	2009 9.2 - 9.18	KAIZEN/SS	Leadership, Hôpital Iizuka	Directeur-adjoint chargé de soins (HPRC)	Pas de changement
3	Mrs. NAHIMANA Gaudence	2009 11.27 - 12.8	Santé maternelle et infantile	Soins de sages-femmes FAMI, Madagascar	Chef Nursing Adjoint (HPRC)	Pas de changement
4	Mrs. NTACONAYIGIZE SPES	2009 11.27 - 12.8	Santé maternelle et infantile	Soins de sages-femmes FAMI, Madagascar	Chef de poste en Gynécologie	Pas de changement
5	Mrs. NDAYISENGA Penine	2009 11.27 - 12.8	Santé maternelle et infantile	Soins de sages-femmes FAMI, Madagascar	Le Titulaire du Centre de Santé (Kamenge)	Pas de changement
6	Mrs. MIRARE Jacqueline	2009 11.27 - 12.8	Santé maternelle et infantile	Soins de sages-femmes FAMI, Madagascar	Le Titulaire du Centre de Santé (Kanyosha)	Pas de changement
7	Dr. NDAYIKUNDA Chloé	2010 12.4 - 12.17	Santé maternelle et infantile	Soins de sages-femmes FAMI, Madagascar	Chief of Gynecology-Obstetrics Department	Pas de changement
8	Sis. NIYONZIMA Leoncie	2010 12.4 - 12.17	Santé maternelle et infantile	Soins de sages-femmes FAMI, Madagascar	Chef de post maternité (HPRC)	Pas de changement
9	Mrs. MISAGO Euphrasie	2010 12.4 - 12.17	Santé maternelle et infantile	Soins de sages-femmes FAMI, Madagascar	Le Titulaire du Centre de Santé (Mutakura)	Pas de changement
10	Mrs. ASSUMAN Mariam	2010 12.4 - 12.17	Santé maternelle et infantile	Soins de sages-femmes FAMI, Madagascar	Le Titulaire du Centre de Santé (Buterere)	Pas de changement
11	Mrs. HABONIMANA Françoise	2010 12.4 - 12.17	Santé maternelle et infantile	Soins de sages-femmes FAMI, Madagascar	Le Titulaire du Centre de Santé (Musaga)	Pas de changement
12	Mrs. KAYABAGA Pélagie	2010 12.4 - 12.17	Santé maternelle et infantile	Soins de sages-femmes FAMI, Madagascar	Le Titulaire du Centre de Santé (Ruziba)	Pas de changement
13	Mrs. NDUWIMANA Oda	2010 12.4 - 12.17	Santé maternelle et infantile	Soins de sages-femmes FAMI, Madagascar	Le Titulaire du Centre de Santé (Bwiza-Jabe)	Pas de changement
14	Mrs. NAHIMANA Jeanne-Marie	2010 12.4 - 12.17	Santé maternelle et infantile	Soins de sages-femmes FAMI, Madagascar	Teacher, Midwife (INSP)	Pas de changement
15	Mr. NIYONKUEU Deo	2011 7.15 - 8.30	Maintenance préventive	Maintenance préventive des équipements médicaux, Medisan	Technicien de Maintenance	Pas de changement

Seminare sur l'AAKCP

1	Dr. KAMANA Jean	2009 3.16 - 3.26	séminaire d'introduction au AAKCP	Leadership, MOH Sri Lanka	Conseiller à la Direction Générale de la Santé	Pas de changement
2	Dr. NTAWURISHIRA Thérènce	2009 3.16 - 3.26	séminaire d'introduction au AAKCP	Leadership, MOH Sri Lanka	Le Directeur de l'Hôpital Prince Régent Charles(HPRC)	Pas de changement
3	Dr. NDAYONGEJE Pascal	2009 8.15 - 8.27	Atlier en site AAKCP	les activités de 5S, MOH Sri Lanka	Le Directeur du Bureau Provincial de Santé de la Mairie de Bujumbura	Pas de changement
4	Mrs. BUKURU Marie	2009 8.15 - 8.27	Atlier en site AAKCP	les activités de 5S, MOH Sri Lanka	Chef Nursing HPRC	Pas de changement
5	Mrs. KABARENZI Chantal	2009 8.15 - 8.27	Atlier en site AAKCP	les activités de 5S, MOH Sri Lanka	Chef de poste; Néonatalogie (HPRC)	Pas de changement
6	Dr. NDAYONGEJE Pascal	2010 10.25 - 10.29	Séminaire final d'AAKCP	Leadership, MOH Maroc	Le Directeur du Bureau Provincial de Santé de la Mairie de Bujumbura	Pas de changement
7	Dr. NUWARUGIRA Jean Bosco	2010 10.25 - 10.29	Séminaire final d'AAKCP	Leadership, MOH Maroc	Directeur-adjoint chargé de soins (HPRC)	Pas de changement
8	Mr.BARAMBONERANYE Cyprien	2011 1.24 - 1.30	Forum mondial d'AAKCP	JICA	Conseiller au cabinet	Pas de changement
9	Dr. NTAWURISHIRA Thérènce	2011 1.24 - 1.30	Forum mondial d'AAKCP	JICA	Le Directeur de HPRC	Pas de changement

Autre formation

1	Mr. NZEYIMANA Dieudonné	2010 10.3 - 12.15	Maintenance préventive	Maintenance préventive des équipements médicaux, Medisan	Chef de poste Maintenance / GMP	Pas de changement
2	Mrs. RIGI Gaudiose	2011 6.7 - 7.16	Santé maternelle et infantile	Amélioration de la santé maternelle et infantile, le Centre national de la santé globale et de la médecine	Infirmière de maternité (HPRC)	Pas de changement
3	Mr.BARAMBONERANYE Cyprien	2011 8.29 - 9.16	5S-KAIZEN-TQM	TQM, JICA, MOH Sri Lanka	Conseiller au cabinet	Pas de changement
4	Mrs. BUKURU Marie	2011 8.29 - 9.16	5S-KAIZEN-TQM	TQM, JICA, MOH Sri Lanka	Chef Nursing HPRC	

Annexe 8: Liste des Homologues Burundais

Nom et titre de C/P	Spécialité de C/P	Nom et durée de la formation	Nom d'expert qui ont fait le transfert de technologie	Domaine de la coopération	Durée du service comme C/P du projet	Remarque
Ministère de la Santé publique et de la lutte Contre le SIDA (MSP)						
Le Chef de Cabinet, Ministère de la Santé publique et de la lutte Contre le SIDA (MSP)/Chef du CCC						
Mr. BUKURU Pamphile			Kazuhiro Abe(Conseiller en chef/gestion hôpital)	Gestion du projet	Jan/2009- May/2009	
Mr. NTAKIYIRUTA Joseph					May/2009 - Aug/2010	
Le Secrétaire permanent, Ministère de la Santé publique et de la lutte Contre le SIDA (MSP)/Chef du CCC						
Dr. BIRINTANYA Norbert			Kazuhiro Abe(Conseiller en chef/gestion hôpital)	Gestion du projet	May/2011 - présent	
Conseiller à la Direction de la santé, MSP / Project Director						
Dr. KAMANA Jean		Séminaire d'introduction au AAKCP 2009 3.16 - 3.26	Kazuhiro Abe(Conseiller en chef/gestion hôpital)	Gestion du projet	Jan/2009 - Nov/2010	
Dr. NDAYIZEYE Félicien					Nov/2010 – Jun/2011	
Dr. Marie-Noella UWINEZA					Jun/2011 - présent	
Le Directeur General des Ressources, MSP / Project Coordinateur						
Mr. BARAMBONERANYE Cyprien		KAIZEN/5S 2009 9.2 - 9.18 Forum mondial d'AAKCP 2011 1.24 - 1.30	Kazuhiro Abe(Conseiller en chef/gestion hôpital)	Gestion du projet	Jan/2009– Sept/2010	
Conseiller au Cabinet du Ministère/ Project Coordinateur						
Mr. BARAMBONERANYE Cyprien		5S-KAIZEN-TQM 2011 8.29 - 9.16	Kazuhiro Abe(Conseiller en chef/gestion hôpital)	Gestion du projet	Sept/2010 - présent	
Hôpital Prince Régent Charles (HPRC)						
Le Directeur						
Dr. NTAWURISHIRA Thérance		Séminaire d'introduction au AAKCP 2009 3.16 - 3.26 Forum mondial d'AAKCP 2011 1.24 - 1.30	Kazuhiro Abe(Conseiller en chef/gestion hôpital)	Gestion du projet	Jan/2009 - présent	
Directeur adjoint chargé des soins DACS						
Dr. HAKIZIMANA Basila	Médecine générale		Hiroshi Tasei (KAIZEN/Activités 5S),Ikuko Seki (Soins Maternel)	Activités 5S/ Santé maternelle et infantile	Jan/2009 – Apr/2009	
Dr. Jean-Bosco NDUWARUGIRA		KAIZEN /5S 2009 9.2 - 9.18 Séminaire final d'AAKCP 2010 10.25 - 10.29			Apr/2009- présent	

133

Directeur adjoint chargé de l'Administration et des Finances DAAF/GMP						
Mr. KAMENGE Gabriel	Administration et des Finances		Hiroshi Tasei	Activités 5S/ Maintenance préventive	Jan/2009 – Apr/2009	
Mr. NTIBAHANUZA Cyprien			(KAIZEN/Activités 5S), Naoki Mimuro (Maintenance d)		Apr/2009- présent	
Chef du Nursing						
Mme BUKURU Marie	Soins infirmiers	Atelier en site AAKCP 2009 8.15 - 8.27	Hiroshi Tasei (KAIZEN/Activités 5S), Ikuko Seki (Soins Maternel)	Activités 5S/ Santé maternelle et infantile	Jan/2009 - présent	
Chef du poste Gynécologie et Obstétrique						
Dr. NDAYIKUNDA Chloé	Gynécologie et Obstétrique	Voyage d'étude au Madagascar 2010 12.4 - 12.17	Hiroshi Tasei (KAIZEN/Activités 5S), Ikuko Seki (Soins Maternel)	Activités 5S/ Santé maternelle et infantile	Jan/2009 - présent	
Chef du Nursing adjoint						
Mme NAHIMANA Gaudence	Soins infirmiers	Voyage d'étude au Madagascar 2009 11.27 - 12.8	Hiroshi Tasei (KAIZEN/Activités 5S), Ikuko Seki (Soins Maternel)	Activités 5S/ Santé maternelle et infantile	Jan/2009 - présent	
Chef du Service de Maintenance						
Mr. NZEYIMANA Dieudonné	Maintenance préventive	Formation au Japon (Maintenance préventive) 2010 10.3 - 12.15	Naoki Mimuro (Maintenance de l'équipement)	Activités 5S/ Maintenance préventive	Jan/2009 - présent	
Chef de poste Gynécologie						
Mme. NTAONAYIGIZE Spès	Gynécologie	Voyage d'étude au Madagascar 2009 11.27 - 12.8	Hiroshi Tasei (KAIZEN/Activités 5S), Naoki Mimuro (Maintenance de l'équipement), Ikuko Seki (Soins Maternel)	Activités 5S/ Santé maternelle et infantile/ Maintenance préventive	Jan/2009 - présent	
Chef de poste Obstétrique						
Mme. NIYONZIMA Léoncie	Obstétrique	Voyage d'étude au Madagascar 2010 12.4 - 12.17	Hiroshi Tasei (KAIZEN/Activités 5S), Naoki Mimuro (Maintenance de l'équipement), Ikuko Seki (Soins Maternel)	Activités 5S/ Santé maternelle et infantile/ Maintenance préventive	Jan/2009 - présent	
Chef de poste Néonatalogie						
Mme. KABARENZI Chantal	Néonatalogie	Atelier en site AAKCP 2009 8.15 - 8.27	Hiroshi Tasei (KAIZEN/Activités 5S), Naoki Mimuro (Maintenance de l'équipement), Ikuko Seki (Soins Maternel)	Activités 5S/ Maintenance préventive /Santé maternelle et infantile	Jan/2009 - présent	
Bureau Provincial de santé de la mairie de Bujumbura (BPS)						
Le Directeur de Bureau Provincial de Santé en Mairie de Bujumbura						

2/2

Dr. GAHUNGU Thierry			Kazuhiro Abe(Conseiller en chef/gestion hôpital)	Gestion du projet	Jan/2009 - May/2009	
Dr. NDAYONGEJE Pascal		Atelier en site AAKCP 2009 8.15 - 8.27 Séminaire finale d'AAKCP 2010 10.25 - 10.29			May/2009 - présent	
Bureau du District Sanitaire de Bujumbura (BDS)						
<BDS-NORD>						
Le Médecin-Directeur du Bureau du District Sanitaire de Bujumbura (Nord)						
Dr. KAMANA Jeanine			Kazuhiro Abe(Conseiller en chef/gestion hôpital)	Gestion du projet	May/2009 - présent	
L'Inspecteur Principal du Bureau du District Sanitaire de Bujumbura (Nord)						
NDABOROHEYE Elie			Kazuhiro Abe(Conseiller en chef/gestion hôpital)	Gestion du projet	Jan/2009- présent	
<BDS-CENTRE>						
Le Médecin Directeur du Bureau du District Sanitaire de Bujumbura (Center)						
Dr. BUZINGO Bénigne			Kazuhiro Abe(Conseiller en chef/gestion hôpital)	Gestion du projet	May/2009 - Jan/2010	
Dr. NTWARI Willy					Jan/2010 - Dec2010)	
Dr.NTUNZWENIMANA Thierry					Jan/2011- présent	
L'Inspecteur principal du Bureau du District Sanitaire de Bujumbura (Centre)						
NDABARUSHIMANA Virginie			Kazuhiro Abe(Conseiller en chef/gestion hôpital)	Gestion du projet	Jan/2009- présent	
<BDS-SUD>						
Le Médecin-Directeur du Bureau du District Sanitaire de Bujumbura (Sud)						
Dr. NSANZERUGEZE Josélyne			Kazuhiro Abe(Conseiller en chef/gestion hôpital)	Gestion du projet	May/2009 - présent	
L'Inspecteur principal du Bureau du District Sanitaire de Bujumbura (Sud)						
HABONIMANA Hilaire			Kazuhiro Abe(Conseiller en chef/gestion hôpital)	Gestion du projet	Jan/2009- Mar/2011	
Mr. NIYONIZIGIYE Jean-Claude					Mar/2011- présent	
Centre de Santé (CDSs)						
Le Titulaire du CDS Kamenge (Centre Médical Kamenge du mois d'avril 2010)						
NDIKUMANA Bénigne	Soins infirmiers		Hiroshi Tasei (KAIZEN/Activités 5S),Naoki Mimuro (Maintenance de l'équipement),Ikuko Seki (Soins Maternel)	Activités 5S/ Maintenance préventive /Santé maternelle et infantile	Jan/2009- Apr/2009	
NDAYISENGA Pénine	Soins infirmiers	Voyage d'étude au Madagascar 2009 11.27 - 12.8			Apr/2009 - Apr/2010	

- 134 -

2/2

135

Le Directeur du Centre Médical Kamenge						
Dr Christine NDAYIKEZA	Médecine générale		Hiroshi Tasei (KAIZEN/Activités 5S), Naoki Mimuro (Maintenance de l'équipement), Ikuko Seki (Soins Maternel)	Activités 5S/ Maintenance préventive /Santé maternelle et infantile	Apr/2010 - présent	
Le Titulaire du CDS Ngagara						
NIBIZI Constance	Soins infirmiers		Hiroshi Tasei (KAIZEN/Activités 5S), Naoki Mimuro (Maintenance de l'équipement), Ikuko Seki (Soins Maternel)	Activités 5S/ Maintenance préventive /Santé maternelle et infantile	Jan/2009- Mid/2009	
NDUWAYO Aline	Soins infirmiers				Mid/2009-présent	
Le Titulaire du CDS Mutakura						
NDUWAYEZU Charlotte	Soins infirmiers		Hiroshi Tasei (KAIZEN/Activités 5S), Naoki Mimuro (Maintenance de l'équipement), Ikuko Seki (Soins Maternel)	Activités 5S/ Maintenance préventive /Santé maternelle et infantile	Jan/2009- Jun/2009	
MISAGO Euphrasie	Soins infirmiers	Voyage d'étude au Madagascar 2010 12.4 - 12.17			Jun/2009 - présent	
Le Titulaire du CDS Buterere						
KARUNGURUKA Bernadette	Soins infirmiers		Hiroshi Tasei (KAIZEN/Activités 5S), Naoki Mimuro (Maintenance de l'équipement), Ikuko Seki (Soins Maternel)	Activités 5S/ Maintenance préventive /Santé maternelle et infantile	Jan/2009 – Jun/2009	
ASSUMANI Mariam	Soins infirmiers	Voyage d'étude au Madagascar 2010 12.4 - 12.17			Jun/2009- présent	
Le Titulaire du CDS Musaga (Centre Médical Musaga du milieu de l'année 2010)						
NAHISHAKIYE Médiatrice	Soins infirmiers		Hiroshi Tasei (KAIZEN/Activités 5S), Naoki Mimuro (Maintenance de l'équipement), Ikuko Seki (Soins Maternel)	Activités 5S/ Maintenance préventive /Santé maternelle et infantile	Jan/2009- Jun/2009	
HABONIMANA Françoise	Soins infirmiers	Voyage d'étude au Madagascar 2010 12.4 - 12.17			Jun/2009 – Mid/2010	
Le Directeur du Centre Médical Musaga						
Dr. Goreth NUKURI	Médecine générale		Hiroshi Tasei (KAIZEN/Activités 5S), Naoki Mimuro (Maintenance de l'équipement), Ikuko Seki (Soins Maternel)	Activités 5S/ Maintenance préventive /Santé maternelle et infantile	Mid/2010- présent	
Le Titulaire du CDS Kanyosha						
MIRARE Jacqueline	Soins infirmiers	Voyage d'étude au Madagascar 2009 11.27 - 12.8	Hiroshi Tasei (KAIZEN/Activités 5S), Naoki Mimuro (Maintenance de l'équipement), Ikuko Seki (Soins Maternel)	Activités 5S/ Maintenance préventive /Santé maternelle et infantile	Jan/2009 - présent	

Bviza

Le Titulaire du CDS Ruziba						
KAYABAGA Pélagie	Soins infirmiers	Voyage d'étude au Madagascar 2010 12.4 - 12.17	Hiroshi Tasei (KAIZEN/Activités 5S), Naoki Mimuro (Maintenance de l'équipement), Ikuko Seki (Soins Maternel)	Activités 5S/ Maintenance préventive /Santé maternelle et infantile	Jan/2009 - présent	
Le Titulaire du CDS Bviza-Jabe						
NDUWIMANA Oda	Soins infirmiers	Voyage d'étude au Madagascar 2010 12.4 - 12.17	Hiroshi Tasei (KAIZEN/Activités 5S), Naoki Mimuro (Maintenance de l'équipement), Ikuko Seki (Soins Maternel)	Activités 5S/ Maintenance préventive /Santé maternelle et infantile	Jan/2009 - présent	
Le Titulaire du CDS Buyenzi						
Dr. NTIZAHUVYE Séraphine	Soins infirmiers		Hiroshi Tasei (KAIZEN/Activités 5S), Naoki Mimuro (Maintenance de l'équipement), Ikuko Seki (Soins Maternel)	Activités 5S/ Maintenance préventive /Santé maternelle et infantile	Jan/2009 – Mid/2010	
Le Directeur du CMC Buyenzi						
Dr. NTIZAHUVYE Séraphine			Hiroshi Tasei (KAIZEN/Activités 5S), Naoki Mimuro (Maintenance de l'équipement), Ikuko Seki (Soins Maternel)	Activités 5S/ Maintenance préventive /Santé maternelle et infantile	Mid/2010- présent	
Stakeholder / CCC Member						
Institut National de la santé publique (INSP)						
Le Directeur Général de l'Institut National de la santé publique (INSP), MSP						
Dr. BASENYA Olivier	éducation/étude médicale		Chiharu Abe	Enquête sur la santé /Santé maternelle et infantile	Jan/2009 - May/2009	
Dr. KAZHISE Pierre Claver			(Enquête sur la santé), Ikuko Seki (Soins Maternel)		May/2009 - présent	

Annexe 9: Liste des Activités exécutées

plan	résultat
Extrant 1: Le leadership sera développé au niveau des cadres supérieurs et moyens (directeur de l'Hôpital et des CDS, chefs des services curatifs et chefs des infirmiers etc) dans les établissements sanitaires ciblés.	
1-1 Constaté les tâches à réaliser et les tâches réalisées de chaque cadre dans les établissements ciblés.	(1) Février 2009, enquête de base effectuée. Les établissements cible du projet sont au nombre total de 12 : 1 hôpital et 9 CDS ainsi que 2 hôpitaux dans la mairie de Bujumbura.
1-2 Réaliser une formation sur le leadership (formation TQM et 5S) (Formation nationale tournante, formation à l'étranger)	(1) Organiser deux formations sur le leadership. • Juin 2009, partage des résultats de l'enquête de base et de l'importance de leadership avec l'exemple de Toyota auprès de 15 responsables : président des membres de CCC, directeur de BPS de Bujumbura, HPRC ainsi que les 9 CDS. • Juin 2009, orientation sur l'élaboration de gestion et de vision auprès des chefs de 9 CDS. (2) 4 personnes aux formations au Japon (2 avec le budget du projet, 2 en dehors du projet), 4 aux formations AAKCP (sur le leadership)
1-3 Organiser un comité 5S	(1) Juillet 2009, création de 2 comités 5S (HPRC et BPS de Bujumbura)
1-4 Faire un suivi, dans chaque établissement de l'exécution des techniques transmises pendant la formation	(1) Création des équipes de l'exécution de 5S dans 18 services de HPRC et 9 CDS (2) Affichage de devise, de mission et de norme d'hygiène dans HPRC et de devise et de mission dans 9 CDS
1-5 Echange d'informations entre l'hôpital et les CDS (sur le transfert etc)	(1) A travers les formations et discussions, un échange se créé Au niveau responsables de HPRC et de CDS, mais un lieu officiel d'échange n'existe pas encore. Raison : Au Burundi, il n'y a pas de conférence-cas initialement prévue sur la santé maternelle et infantile sauf sur l'infection. L'accouchement étant gratuit, c'est la patiente qui choisit l'hôpital de transfert.
Extrant 2 : Par le leadership du chef de chaque établissement et avec la pratique des activités 5S, l'environnement du travail pour les soins prénatal, néonatal et infantile s'améliore.	
2-1 Réaliser une étude sur l'état du milieu de travail avec les fiches de suivi de 5S (prise de photos, questionnaire au personnel sur l'environnement de travail)	(1) Mars à juillet 2009, réaliser une enquête de base dans HPRC et 9 CDS
2-2 Organiser une formation 5S (formation nationale tournante ou à l'étranger)	(1) Juine-juillet 2009, formation visite chez les cadres d'établissements (bureau de 4 cadres de HPRC et ranger, mettre en ordre le bureau de Directeur de BPS de la mairie de Bujumbura, filmer le processus, et utiliser la vidéo comme outil pédagogique. (2) Leçon tournante sur 5S (organiser de temps à autre pendant le séjour) (3) Août 2009, formation participative sur 5S (4) 9 personnes envoyées à la formation AAKCP. (Lors de la participation de 3 personnes à l'atelier de travail sur le terrain à Sri Lanka organisé par AAKCP, un expert les a accompagnés et a soutenu une restitution au retour. (5) Décembre 2009 et février 2010, 2 formations sur les activités 5S dans le hangar de 2 CDS (6) Décembre 2009, formation de suivi de 3 services pilote de HPRC (7) Février 2010, atelier de travail sur le suivi de 5S dans HPRC et CDS (8) Mai, décembre 2010, formation sur 5S par WIT à HPRC (9) janvier-février 2011, formation sur 5S avec tous les WIT de HPRC (10) Août 2011, dynamique de 5S (11) Elaboration de supports didactiques (affiches, vidéo,

		manuel d'instruction)
2-3	Pratiquer la méthode des 5S	(1) 13 réunions de WIT à HPRC (2) Réunion mensuelle de WIT dans les CDS (3) Petites retouches dans les CDS
2-4	Faire un suivi de la mise en oeuvre de 5S dans chaque structure	(1) Suivi hebdomadaire présidé par WIT (2) Août 2011, évaluation mutuelle avec des visites d'étude lors de la dynamique de 5S (3) Septembre 2011, application du système d'évaluation dans HPRC
Extrant 3 : pratique continue de la maintenance préventive du matériel par la participation de tout le personnel soignant des établissements cibles.		
3-1	Mener une enquête sur la gestion des équipements et du matériel	(1) Février 2009, réaliser une étude de base (2) Août 2011, réaliser une étude de fin de ligne
3-2	Réaliser un encadrement et une formation sur l'entretien préventif des équipements auprès du personnel concerné de chaque établissement cible (formation nationale tournante et à l'étranger)	(1) 7 visites d'instruction dans tous les établissements (3 services de HPRC et 9 CDS, au total 84 séances), 1 petit groupe de travail (2 services x 7 séances) (2) Formation prévue avant la fin du projet dans les services non ciblés de HPRC (3) 2 personnes, formation au Japon (1 avec le budget du projet, 1 autre budget)
3-3	Confectionner des étiquettes de précaution d'utilisation sur les appareils et les coller	(1) Avant février 2010, avec des experts japonais, préparation et collage des étiquettes y compris ceux offerts par le Japon (2) Après novembre 2010, préparation et collage des étiquettes avec l'initiative de l'équipe WIT
3-4	Actualiser les manuels de gestion et d'entretien des équipements et de checklist	< manuel de gestion d'entretien des équipements > (1) Jan-fév.2011, révision de manuel de gestion et d'entretien d'équipement de HPRC avec les experts et techniciens de maintenance (le manuel précédent a été rédigé par un expert japonais (suivi du matériel médical) envoyé en 2007). (2) juillet 2011, mise en application d'une partie du manuel. Octobre 2011, mise en application de tout le manuel prévue après le transfert dans un nouveau bâtiment. < checklist de la maintenance préventive > (3) novembre 2011, élaboration de checklist de la maintenance préventive, orientation d'utilisation aux membres de WIT de HPRC et CDS (faisant partie de petit groupe de travail 3-2(1)) (4) jan-fév, mai-juin 2011, constat d'avancement et réorientation
3-5	Etudier les méthodes d'acquisition des équipements et les méthodes d'approvisionnement en pièces. Elaborer un manuel de procédure d'approvisionnement en équipement et en pièces y compris une liste des fournisseurs	(1) jan-fév 2011, élaborer le manuel d'approvisionnement de pièces et de matériel. mars-avril 2011, additionner au manuel de gestion d'entretien du matériel
3-6	Faire un suivi de la gestion et de l'entretien des équipements dans les structures	(1) Faire 3 suivis sur la gestion d'entretien des équipements, étiquette de précaution, fiche de maintenance préventive • pendant l'absence des Japonais, examen sur la situation de fonctionnement du matériel par le personnel natif • suivi sur l'avancement avant l'examen à mi-parcours • suivi sur l'avancement avant l'évaluation finale
Extrant 4 : Renforcer les connaissances/technique du personnel infirmier sur les soins prénatal, postnatal et infantile		
4-1	Réaliser une enquête de satisfaction auprès des femmes enceintes et parturientes	(1) fév-mars 2009, « enquête de satisfaction auprès des utilisateurs d'établissements » et « enquête de conscience auprès des prestataires des structures cibles (enquête de base) (2) « enquête de satisfaction auprès des utilisateurs d'établissements » avec comme base l'indice objectif b) du projet révisé lors de l'examen à mi-parcours de mai 2011 (enquête de base)

<p>4-2 Organiser des formations techniques pour les infirmiers et les sage-femmes (formation nationale tournante, formation à l'étranger)</p>	<p>(1) Création de comité de la santé maternelle et infantile, discussions sur le contenu de formation, chaque membre de comité de santé maternelle et infantile élabore les dossiers du cours avec l'appui des experts (2) juin 2011, élaboration de cheksheet des soins pour l'accouchement normal (3) organiser 6 séminaires sur les soins de sage-femme (y compris la restitution de la formation d'échange technique à Madagascar. Le comité était chargé des cours de la 1^{ère} et de la 2^{ème} formation. (4) Formation d'échange technique à Madagascar (4 participants en 2009 et 8 en 2010)</p>
<p>4-3 Faire un suivi des soins dans le département de gynéco-obstétrique</p>	<p>(1) oct 2011 et sept 2010, les experts observent les soins d'accouchement de l'HPRC.</p>
<p>4-4 Réaliser une enquête d'impact des activités, y compris l'enquête de satisfaction auprès des femmes enceintes et parturientes, utilisatrices des établissements</p>	<p>(3) nov 2010, révisision du questionnaire utilisé comme ligne de base, avec les membres de comité de santé maternelle et infantile (4) Comme enquête sur l'impact, réaliser en déc 2010 et en août 2011 « enquête de satisfaction auprès des utilisateurs » et « celle de la conscience auprès des prestataires sanitaires dans les structures. (5) Partage et analyse du résultat de l'enquête au comité de santé maternelle et infantile, et discussion sur l'orientation des activités.</p>

Annexe 10: Changement dans Indicateurs Extrant

EXTRANT 1

d) Nombre de rapports rédigés par WIT (Avril 2010 ~ Août 2011)

Structures cibles	No. de rapport	No. de mois	Moyenne	No. de moyenne parmi 17 mois
HPRC (Chef Réunion)	11	17	0.65	11
HPRC (Néonatalogie)	6	17	0.35	6
HPRC (Gynécologie)	9	17	0.53	9
HPRC (Maternité)	4	17	0.24	4
HPRC (Nombre total de réunions de 3 départements)	19	51	0.37	6
HPRC (Nombre total de réunions de chfes et 3 départements)	30	68	0.44	8
Kamenge	9	17	0.53	9
Mutakura	18	17	1.06	18
Ngagara	13	17	0.76	13
Buterere	13	17	0.76	13
Buyenzi	12	17	0.71	12
Bwiza-Jabe	16	17	0.94	16
Musaga	14	17	0.82	14
Kanyosha	7	17	0.41	7
Ruziba	8	17	0.47	8
Total de 9 CDS	110	153	0.72	12

EXTRANT 3

a) Taux d'affichage d'étiquette "Comment utiliser"

Structures cibles	Mars 2011	Spet. 2011
Néonatalogie	76.5%	100.0%
Maternité	91.4%	100.0%
Gynécologie	78.4%	100.0%
Radiologie	33.3%	100.0%
Stérilisation	100.0%	100.0%
Moyenne de 5 départements de l'HPRC	81.1%	100.0%
Kamenge	85.7%	100.0%
Buterere	66.7%	100.0%
Ngagara	77.4%	100.0%
Mutakura	88.9%	100.0%
Buyenzi	59.3%	95.2%
Bwiza-Jabe	71.4%	100.0%
Musaga	81.8%	100.0%
Kanyosha	52.6%	100.0%
Ruziba	100.0%	66.7%
Moyenne des 9 CDS	74.6%	97.6%
Moyenne total	77.0%	98.4%

b) Affichage/Registre des fiches de Maintenance Préventive

Structures cibles	Mars 2011	Spet. 2011
Néonatalogie	100.0%	100.0%
Maternité	100.0%	100.0%
Gynécologie	100.0%	100.0%
Radiologie	100.0%	100.0%
Stérilisation	-	-
Moyenne de 5 départements de l'HPRC	100.0%	100.0%
Kamenge	85.7%	100.0%
Buterere	71.4%	100.0%
Ngagara	100.0%	100.0%
Mutakura	71.4%	100.0%
Buyenzi	28.6%	44.4%
Bwiza-Jabe	16.7%	100.0%

Handwritten mark

Handwritten signature

Musaga	80.0%	100.0%
Kanyosha	60.0%	100.0%
Ruziba	100.0%	80.0%
Moyenne de 9 CDS	67.8%	91.7%
Moyenne Total	72.5%	92.5%

EXTRANT 4

a) Taux de nombre de stagiaires ayant obtenu plus de points ciblés lors de post-examen

Formation	Pré-Examen		Post-Examen	
	Taux de notes cibles	Note moyenne	Taux des points supérieurs aux points ciblés	Note moyenne
* 1ère Formation Maternité (Oct 2009)	15.0%	-	18.0%	-
2ème formation Maternité (Oct 2009)	58.0%	-	97.0%	-
Formation Checklist (Juin 2011)	88.0%	55.2%	10.0%	70.8%
Checklist/sheet & Partogramme Formation (Sept 2011)	66.7%	54.2%	88.9%	65.3%

*Note cible a été fixée plus de 80 à la 1ère formation sur la maternité. pour les autres formations, les points ciblés étaient plus de 50 points.

b) Cumul du nombre des stagiaires dans les structures cibles qui ont complété les compétences obstétriques

Formation	No. de stagiaires
Soins maternels (Oct 2009)	30
Formation sur les Soins maternels à Madagascar (Nov 2009)	4
Soin maternel par une bonne entente entre femmes enceintes et infirmier (Sept 2010)	30
Formation de Soins Maternels à Madagascar (Dec 2012)	8
Préparation de Plan d'Action basé sur la Formation pour les soins maternels à Madagascar (Jan.-Fev. 2011)	12
OMS Soins pour l'accouchement normal	60
Utilisation de checklist des soins pour l'accouchement normal	70
Utilisation de Checklist, Checksheet et Partogramme	24
Nombre total	238

d) Réponse par le personnel de santé concernant la relation entre le personnel de santé et patients

	Mars 2009	Sept 2011
No. de personnel de santé interviewé	104	72
Réponse		
Confiance mutuelle est importante.	51.9%	56.9%
Patients ont confiance en personnel de santé.	16.0%	33.3%
Accueillir les patients avec coeur est important.	15.1%	-
Traiter les patients comme un être humain est important.	13.2%	-
Personnel de santé devrait avoir une bonne approche avec les patients.	11.3%	63.9%
Satisfaction des patients est importante.	3.8%	41.7%
Personnel de santé devrait offrir un bon service aux patients.	-	47.2%

Objectif global

a) Le nombre d'accouchements dans les structures cibles augmente.

Nombre moyen mensuel d'accouchement dans les structures cibles	Avril-Juin 2009	Avril -Juin 2010	Avril - Juin 2011
Kamenge	47	58	58
Buterere	-	6	32
Musaga	24	10	18
Kanyosha	5	21	12
Total	76	94	120

b) Le nombre de bénéficiaires de soins prénatals dans les structures cibles augmente.

Nombre moyen mensuel de soins prénatals dans les structures cibles	Avril-Juin 2009	Avril -Juin 2010	Avril - Juin 2011
Kamenge	388	321	428
Mutakura	180	206	330
Ngagara	198	177	216
Buterere	57	132	163
Buyenzi	366	493	494
Bwiza-Jabe	97	185	155
Musaga	232	232	277
Kanyosha	339	408	278
Ruziba	0	81	125
Nombre total	1,857	2,236	2,467

100% d'accouchements normaux effectués avec la base "checklist sur les soins pour l'accouchement normal"

Structures cibles	Juillet 2011			Août 2011		
	No. de Checkshe et utilisée	No .d'accouchement	Taux d'utilisation	Nombre de Checksheet utilisé	Nombre d'accouchement	Taux d'utilisation
HPRC	49	425	11.5%	121	337	35.9%
Kamenge	51	51	100.0%	30	40	75.0%
Buterere	9	29	31.0%	10	38	26.3%
Musaga	16	16	100.0%	13	13	100.0%
Kanyosha	14	24	58.3%	0	14	0.0%
Nombre total	139	579	24.0%	174	583	29.8%

b

Kno

Objectif de Projet

a) L'environnement du travail dans les structures cibles est amélioré.

(notes moyennes de "suivi et évaluation sur le progrès des activités 5S")

structures cibles	Feb. 2009	Juillet 2011
HPRC (Néonatalogie)	N/A	64.0%
HPRC (Maternité)	N/A	56.0%
HPRC (Ginécologie)	N/A	60.0%
HPRC (moyenne)	36.0%	58.0%
Kamenge	66.0%	58.0%
Mutakura	35.0%	56.0%
Ngagara	39.0%	62.0%
Buterere	35.0%	62.0%
Buyenzi	46.0%	61.0%
Bwiza-Jabe	37.0%	63.0%
Musaga	40.0%	60.0%
Kanyosha	36.0%	55.0%
Ruziba	20.0%	57.0%
CDS (moyenne)	39.3%	59.3%

b) Le nombre des mères ayant positivement répondu d'avoir été pleinement assistées par le personnel de santé et la famille pendant tous les processus d'accouchement après l'introduction de "checkliste des soins pour l'accouchement eutocique" a augmenté.

Résultat de l'enquête	Mai -Juin 2011	Sept 2011
Nombre de mères interviewées	71	52
Réponse		
Attitude d'infirmiers au moment d'accouchement		
accueil avec sourire	88.7%	90.4%
aider à marcher	52.1%	48.1%
Expliquer les conditions de santé de mère et de bébé après la consultation.	57.7%	61.5%
aider à m'alloger sur le lit de la salle d'attente	55.8%	69.0%
venir régulièrement me voir et m'encourager	49.3%	56.9%
enseigner comment respirer et pousser	74.6%	75.0%
conseiller de boire et de manger léger pendant les contractions	25.6%	37.0%
me laisser prendre une position qui me plaît	1.4%	15.4%
poser mon bébé sur mon ventre	62.0%	78.8%
féliciter la naissance	67.6%	69.2%
expliquer préalablement les mesures à prendre	18.3%	32.7%
enseigner sur la santé après l'accouchement et comment s'occuper du bébé	36.6%	38.5%

c) Notes obtenues du PBF sur les services maternité/obstétrique dans les structures cibles augmentent.

structures de santé cibles	Avril-Juin 2010	Juillet-Sept 2010	Oct-Déc 2010	Jan.-Mar. 2011	Avril-Juin 2011
HPRC (Maternité)	84.2%	78.9%	89.5%	94.7%	94.7%
HPRC (Score de Qualité Technique)	80.3%	85.6%	91.7%	90.7%	-
Kamenge	72.0%	81.2%	62.6%	89.1%	-
Mutakura	47.1%	57.1%	53.7%	61.0%	-
Ngagara	53.7%	62.8%	51.0%	64.7%	-
Buterere	63.3%	61.8%	60.0%	50.5%	-
Buyenzi	50.4%	76.9%	64.1%	81.9%	-
Bwiza-Jabe	40.3%	57.7%	65.3%	68.9%	-
Musaga	53.3%	86.5%	84.8%	90.1%	-
Kanyosha	66.8%	73.8%	77.3%	66.0%	-
Ruziba	24.3%	45.6%	33.4%	48.3%	-
CDS (note moyenne sur la qualité technique)	52.4%	67.0%	61.4%	68.9%	0.0%

Annexe 11: Liste du Matériel développé par le Projet

1. Posters pour l'introduction des 5S
2. Vidéo pour l'introduction des 5S
3. Guide d'action pour les activités de 5S
4. Le manuel de maintenance de l'équipement médical et procédure standards d'acquisition de nouveaux équipements et pièce de recharge de l'hôpital Prince Régent Charles
5. Liste de contrôle de l'action des 5S au Burundi
6. Checklist des soins durant un accouchement eutocique
7. DVD sur les soins centres sur les patients durant un accouchement eutocique
8. Les étiquettes de précaution "Comment Utiliser" sur l'équipement médicaux
9. Fiche de maintenance préventive
10. Rapport sur les progrès 1 – 5
11. Plan du CDS/CM
12. Le journal : 5K au cœur de l'Afrique vol 1 ~ vol. 6
13. Carnet du Checklist pour les soins maternels humanisés au Burundi



Annexe 12: Liste des Réunions

Comité de 5S HPRC

Date	Sujet	Nombre de participants
3 juillet, 2009	1 ^{er} comité de 5S	5
29 juillet, 2009	2 ^e comité de 5S	5
15 juillet, 2010	3 ^e comité de 5S	4
3 Mai, 2011	4 ^e comité de 5S	6

Comité de 5S BPS

Date	Sujet	Nombre de participants
30 juillet, 2009	1 ^{er} comité de 5S	15
10 Mai, 2011	2 ^e comité de 5S	6

Comité de Santé Maternel et Infantile

Date	Sujet	Nombre de participants
12 octobre, 2009	1 ^{ère} formation de sages-femmes	4
2 septembre, 2010	2 ^e formation de sages-femmes	5
25 novembre, 2010	3 ^e formation de sages-femmes/ Matériaux d'enseignement des sages-femmes	5
2 décembre, 2010	3 ^e formation de sages-femmes/ Matériaux d'enseignement des sages-femmes	5
31 janvier, 2011	Feedback du séminaire au Madagascar/ matériaux d'enseignement des sages-femmes	5
24 Février 2011	4 ^e comité de MCH/ Checklist sur les soins normal dans l'accouchement eutocique (1)	5
19 Avril 2011	5 ^e comité de MCH/ Checklist sur les soins normal dans l'accouchement eutocique (2)	5
24 Mai 2011	6 ^e comité de MCH/ Preparation de la validation du checklist	4
31 Mai 2011	la reunion de validation du checklist	25
3 Juin 2011	7 ^e comité de MCH/ Formation sur la checklist	3

Group de Maintenance Préventive(GMP)

Date	Sujet	Nombre de participants
6 août, 2009	1 ^{er} GMP	9

En Aout 2009, on a organisé un groupe de maintenance en présence des membres sélection auprès du MSP, de l'HPRC, et du BPS. Cependant la plupart de ces membres de comprenaient pas en quoi consiste la maintenance préventive et n'étaient pas charge de maintenance. C'est pour cette raison que nous avons organisé des réunions régulières autour du service de maintenance de l'HPRC, qui est en charge de la maintenance des équipements. L'équipe locale du projet, les experts japonais et le service de maintenance de l'HPRC ont menée régulièrement des activités une ou deux fois par semaine. Lorsque nous avons besoin d'une aide quelconque, d'une permission. Ou d'un conseil dans l'exécution de ces activités, nous demandons le MSP, le directeur de l'HPRC ou le BPS selon le cas.

Période	Nombre de fois	Date
Début Novembre 2009 – Début Décembre 2009	3 fois	1 Nov, 25 Nov, 3 Dec
Fin Janvier 2010- Début Mars 2010	5 fois	20 Jan, 3 Fev, 9 Fev, 21 Fev, 1er Mars
Debut Novembre – Début Décembre 2010	6 fois	4 Nov, 10 Nov, 16 Nov, 21 Nov, 28 Nov, 9 Dec
Mi-Janvier 2011- Début Mars 2011	10 fois	19 Jan, 31 Jan, 2 Fev, 7 Fev, 9 fev, 14 Fév., 16 Fév., 20 Fév., 23 fév. 28 Fév.

		La finalisation du manuel de maintenance incluse.
Mi- Mai – Mi-Juin 2011	5 fois	16 Mai, 19 Mai, 25 Mai, 27 Mai, 14 Juin
Fin Aout jusqu'a aujourd'hui	4 fois	25 aout, 31 aout, 9 sept, 13 sept

(2) Comite Conjoint de Coordination

No	Date	Lieu	Participants	Sujet
1	11 mars, 2009	MSP Burundi	12	- Rapport d'activité de la 1 ^{er} année - Activité prévue pour la 2 ^e année
2	18 août, 2009	MSP Burundi	9	- Rapport d'activité du premier semestre de la 2 ^e année - Consultation sur le PDM
3	2 mars, 2010	MSP Burundi	12	- Rapport d'activité du deuxième semestre de la 2 ^e année - Activité prévue pour la 3 ^e année - Consultation sur le PDM
4	22 Fevrier, 2011	MSP Burundi	18	- Rapport d'activité du deuxième semestre de la 3 ^e année - Echange sur le PDM - Rapport sur les résultats de l'évaluation a mi-parcours - Planning sur les activités suivantes
5	4 Septembre, 20 11 (Programme)	MSP Burundi		- Rapport d'activité du deuxième semestre de la 3 ^e année - Introduction de la procédure de l'évaluation finale - Explication sur le plan d'action du comité national des 5S - Planning sur les activités suivantes

Annexe 13: PDM version 3.0

Matrice de la conception du projet PDM Ver.3.0 (Octobre. 2011)

Date de formulation: le 4 Octobre 2011

Titre : Le Projet de Renforcement des Capacités de l'Hôpital Prince Régent Charles et des Centres de Santé publics en mairie de Bujumbura en vue de l'amélioration de la santé maternelle et infantile.

Période : 3 ans Lieu du projet : Ville de Bujumbura,

Organisation d'exécution : La Direction Générale de la Santé Publique; MSP, la Direction Général des Ressources; MSP, Le Bureau Provincial de Santé de Bujumbura, L'Hôpital Prince Régent Charles, Neuf Centres de Santé publique

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

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

Résumé narratif du projet	Indicateurs	Moyens de vérification	Conditions extérieures
<p>[Objectif global] (3ans après, 2014) La qualité des services maternels et néonataux est améliorée aux structures ciblées*.</p> <p>* Structures ciblées: trois services (gynécologie, obstétrique et néonatalogie) de l'HPRC et 9 centres de santé</p>	<p>[dans l'HPRC et les centres de santé ciblés]</p> <p>a) Le nombre d'accouchements dans les centres de santé ciblés augmente.</p> <p>b) Le nombre de bénéficiaires des consultations prénataux et postnataux dans tous les centres de santé ciblés augmente.</p> <p>c) Le nombre de cas avec complication obstétricale référés aux hôpitaux par les centres de santé ciblés augmente.</p> <p>d) 100 % d'accouchements normaux sont pratiqué en se basant « la checklist des soin durant un accouchement normal »</p>	<p>a), b),c) Résultat du monitoring des points à examiner. Interview des personnes concernées.</p>	
<p>[Objectif du projet] (3ans après le démarrage du projet, à 2011) Les soins centrés sur les patients sont réalisés sous la gestion améliorée pour les femmes enceintes /accouchées et les nouveaux-nés dans les structures ciblées. (Soins axés sur les patients) Dans ce projet, « soins centrés sur les patients » est défini comme la prise en charge qui se concentre beaucoup sur la sécurisation de la tranquillité d'esprit et d'atténuer la charge à la fois mentale et physique pour les patients.</p>	<p>a) L'environnement de travail dans les structures ciblées est amélioré. (Le score moyen du «Contrôle et d'Evaluation d'Avancement des Activité de 5s et évaluation de la progression de l'activité 5S» dans tous les structures ciblées dépasse 60%.)</p> <p>b) Le nombre de mères qui donne des réponses positives d'être pleinement assistées par le personnel de santé et la famille tout au long de leur processus d'accouchements augmente, après que la checklist des soin durant un accouchement normal soit introduite)</p> <p>c) Les scores PBF (financement basé sur la performance) sur les services de maternité/obstétrique dans toutes les structures ciblées augmente.</p>	<p>a) Contrôle et d'Evaluation des Activité de 5s et évaluation de la progression de l'activité 5S</p> <p>b) Interview avec les femmes enceintes qui utilisent les structures ciblées</p> <p>c) Rapport de PBF</p>	<p>• Le gouvernement du Burundi continue son programme de soins gratuits pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.</p>

Handwritten mark at the top left corner.

[Résultats]	Indicateurs	Moyens de vérification	Conditions extérieures
<p>(1) Leadership des personnels responsables est renforcé dans les établissements ciblés et les services concernés.</p>	<p>1-a) Les comités de 5S sont établis à l'Hôpital PRC et au Bureau Provincial de Santé de Mairie Bujumbura. 1-b) Les équipes d'amélioration de travail (WIT) sont établies dans les structures ciblées. (dans les 8 mois après le commencement du projet) 1-c) Le principe du contrôle de qualité est affiché dans les structures ciblées. (dans les 12 mois après le commencement du projet) 1-d) Les rapports des activités de WIT sont faits mensuellement.</p>	<p>1-a), b), Rapport de la progression du projet Interview des personnes concernées 1-c) Observation des structures sanitaires 1-d) Rapports mensuels des activités de WIT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les ressources humaines nécessaires sont placées et assurées dans l'Hôpital Prince Régent Charles et dans les neuf centres de santé publics ciblés. • La population des femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans n'augmente pas de façon à dépasser les prévisions dans la ville de Bujumbura. • La limitation du budget pour la maintenance, la réparation, ou l'achat des pièces, de matériaux ne se détériore pas dans les structures sanitaires ciblées.
<p>(2) L'environnement de travail pour les soins maternels et néonataux est amélioré par les activités de 5S (notel) réalisées par le personnel sous le leadership des responsables des structures ciblées.</p> <p>(3) La maintenance préventive des équipements médicaux est continuellement exécutée par la participation de tout le personnel dans les structures ciblées.</p> <p>(4) La technique et les connaissances des infirmiers et sages-femmes qui travaillent pour les soins</p>	<p>2-a) Les activités de 5S suivantes sont en fonction aux structures ciblées ;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La règle de séparation des articles dangereux et les déchets médicaux est formulée et pratiquée. 2) La règle de Stockage des articles est formulée et pratiquée. 3) Les bancs pour les patients externes sont localisés et utilisés dans les lieux appropriés. <p>3-a) Tous les équipements portent des affiches avec mention « Comment Utiliser » dans les structures ciblées. (dans les 3 mois après l'achèvement du projet d'aide financière non-remboursable japonaise) 3-b) Les fiches de la maintenance préventive sont affichées aux structures ciblées avec les équipements médicaux installés, et les manipulations après l'utilisation et la condition des équipements sont enregistrées. (Dans les 6 mois après l'affichage)</p> <p>4-a) Tous les formés obtiennent plus de 50 sur 100 points dans le Post-test.</p>	<p>2-a) (monitoring de 5S) Rapport de la progression du projet Observation des établissements et du matériel Résultat d'analyse organisationnel (Analyse de la Carte de pointage équilibrée, etc) Interview des personnes concernées Questionnaire 3-a) Observation du matériel 3-b) Résultat du monitoring Interview des personnes concernées Rapport de la progression du projet</p> <p>4-a) Résultat du Post-test</p>	

Handwritten mark at the bottom left corner.

5

maternels et néonataux sont renforcées.	4-b) Cumulativement plus de 100 membres du personnel sont formés dans les structures ciblées en compétences obstétricales. 4-c) 'Le checklist des soins durant un accouchement normal' est formulée sur base des connaissances acquises par la formation à l'étranger à Madagascar. 4-d) Le comportement et l'attitude des prestataires dans le lieu de travail sont améliorés.		
---	---	--	--

Note1 : '5S' est une méthode pour améliorer l'environnement de travail dans les structures sanitaires par '1) Elimination', '2) Ordre', '3) Propreté', '4) Standardiser', '5) Discipline'.

[Activités]	[Ressources]		Conditions extérieures
	[La partie japonaise]	[La partie burundaise]	
<p>【R-1: Renforcement du Leadership】</p> <p>1.1 Le contenu et le résultat du travail de chaque cadre sont examinés. 1.2 Les formations sur le leadership (TQM/ 5S) sont réalisées (formations internes mobiles). 1.3 Le comité de 5S est mis en place. 1.4 Le monitoring des situations des activités sur 5S/TQM. 1.5 Les échanges d'information entre les Hôpitaux et les Centres de Santé sont exécutés.</p> <p>【R-2: Amélioration de l'environnement de soins par 5S】</p> <p>2.1 L'enquête sur l'état actuel de travail est réalisée en appliquant les 5S fiche de suivi (incluant les photos, l'enquête sur l'amélioration de l'environnement de travail en interrogeant le personnel sur les lieux, etc.) 2.2 Les formations de 5S sont réalisées (formation interne mobile). 2.3 Les activités de 5S sont réalisées. 2.4 Les activités de 5S sont suivies dans chaque structure de santé.</p> <p>【R-3: Renforcement des capacités sur la maintenance préventive】</p> <p>3.1 L'état de maintenance des équipements biomédicaux est examiné dans chaque structure de santé. 3.2 La formation sur la maintenance préventive est réalisée pour le personnel concerné des structures sanitaires ciblées (formation interne mobile, formation à l'étranger). 3.3 Les fiches d'utilisation des équipements biomédicaux sont créés et attachés sur tous les équipements. 3.4 Les manuels et fiches du monitoring de maintenance des équipements sont renouvelés. 3.5 Le processus de fourniture, d'achat de matériaux et pièces est examiné et documenté avec la liste des clients d'achat. 3.6 Le monitoring de la maintenance préventive est réalisé dans les structures sanitaires ciblées.</p> <p>【R-4: Renforcement des capacités des personnes en charge des femmes】</p>	<p>(1) Ressources humaines 【Experts japonais】 1) Conseiller en chef/ Gestion hôpital 2) KAIZEN/ Activités de 5S 3) KAIZEN/ Gestion de la sécurité 4) Maintenance de l'équipement 5) Enseignement aux infirmiers 6) Étude, SMI 7) Sage-femme</p> <p>(2) Frais de formation au Japon et dans les pays tiers pour la - Gestion des Structures Sanitaires - Soins maternel et infantiles</p> <p>(3) Approvisionnement en équipements - Matériel de bureau</p> <p>(4) Autres frais pour ; - Elaboration des documents pour les outils de relation publique (frais de photocopie</p>	<p>(1) Ressources humaines 1) Coordinateur du Projet (Conseiller au Cabinet du Ministre, MSPLS) 2) Directeurs du projet (Conseiller à la Direction Générale de la Santé publique, MSPLS) 3) Bureau Provincial de Santé de la Mairie de Bujumbura 4) Trois Bureaux de districts sanitaires de la Mairie de Bujumbura 5) Hôpital Prince Régent Charles 6) Neuf centres de santé ciblés</p> <p>(2) Les frais pour ce qui suit : • Les salaires des acteurs du projet (chargés par chaque organisation) • Les frais de transport et le per diem pour assister aux réunions du Comité Conjoint de Coordination (CCC) • Autres frais nécessaires</p> <p>(3) Établissements • Établissements pour exécuter les activités du projet. • Bureaux pour les experts japonais au MSP (équipement de télécommunication, ex : téléphone, internet y compris)</p>	<p>Les personnels qui ont eu les formations poursuivent leur travail dans leurs structures sanitaires.</p> <p>Le taux d'absence des acteurs du projet n'augmente pas extrêmement.</p> <p>La situation publique du lieu du projet n'empêche pas au point d'empêcher le développement des activités.</p> <p>[Condition préalable] La stabilité de l'ordre public pour faire démarrer le projet.</p>

Kf

<p>enceintes]</p> <p>4.1 L'enquête de satisfaction est réalisée pour les femmes enceintes</p> <p>4.2 La formation technique est réalisée pour les infirmiers et sages femmes (formation interne mobile, formation à l'étranger).</p> <p>4.3 Le monitoring des soins maternels et néonataux.</p> <p>4.4 L'étude à propos de l'impact des activités qui inclue de l'enquête de satisfaction des femmes enceintes qui utilisent les structures sanitaires ciblées est réalisée.</p>	<p>et impression inclus)</p> <ul style="list-style-type: none">- Organisation des séminaires, ateliers (frais de transport des participants inclus)- Enquêtes, etc.		
--	--	--	--

M

