

セネガル共和国
母子保健サービス改善プロジェクトフェーズ2
詳細計画策定調査報告書

平成 25 年 5 月
(2013 年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人間
J R
13-061

セネガル共和国
母子保健サービス改善プロジェクトフェーズ2
詳細計画策定調査報告書

平成 25 年 5 月
(2013 年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

序 文

セネガル共和国では、妊産婦死亡と乳幼児死亡を減少させるための取り組みが長年実施されてきています。しかし、2000年に国連で採択されたミレニアム宣言において設定されたミレニアム開発目標（MDGs）のうち、目標4（子どもの死亡率の減少）、目標5（妊産婦の健康の改善）の達成は危ぶまれています。

このような状況のなか、独立行政法人国際協力機構（JICA）では妊産婦・新生児の健康状態改善に向け、全国的にも他州に比べ保健関連指標が悪いタンバクンダ州及びケドゥグ州を対象に、保健医療サービスへのアクセス向上や妊産婦・新生児ケアの質の向上、住民への啓発活動に取り組むべく、2009年1月に「タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト（PRESSMN）」を開始しました。

同プロジェクトは2011年12月に終了しましたが、パイロット施設で取り組まれてきたケアの実績やそれを通じて確立されたケアのモデル（PRESSMNモデル）といった協力の実績をより確固なものとし、PRESSMNモデルを他州にも普及する必要があるとして、本技術協力プロジェクトがセネガル保健・社会活動省から要請されました。

これを受けてJICAは、2012年7月18日から8月4日にかけて詳細計画策定調査団を派遣し、セネガル共和国及び関係機関との間で協力計画策定のための協議を行いました。本報告書は、同調査の結果を踏まえ、プロジェクトの要請背景及びプロジェクトの概要をまとめたものであり、今後のプロジェクト実施にあたり活用されることを願うものです。

ここに、本調査の実施にあたりご協力を賜りました日本側関係機関、セネガル政府関係者各位ほか、関係者の皆様に深い謝意を表しますとともに、プロジェクト開始に向けてより一層のご指導とご協力をいただけますようお願いする次第です。

平成25年5月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 萱島 信子

目 次

序 文

目 次

プロジェクト位置図

写 真

略語表

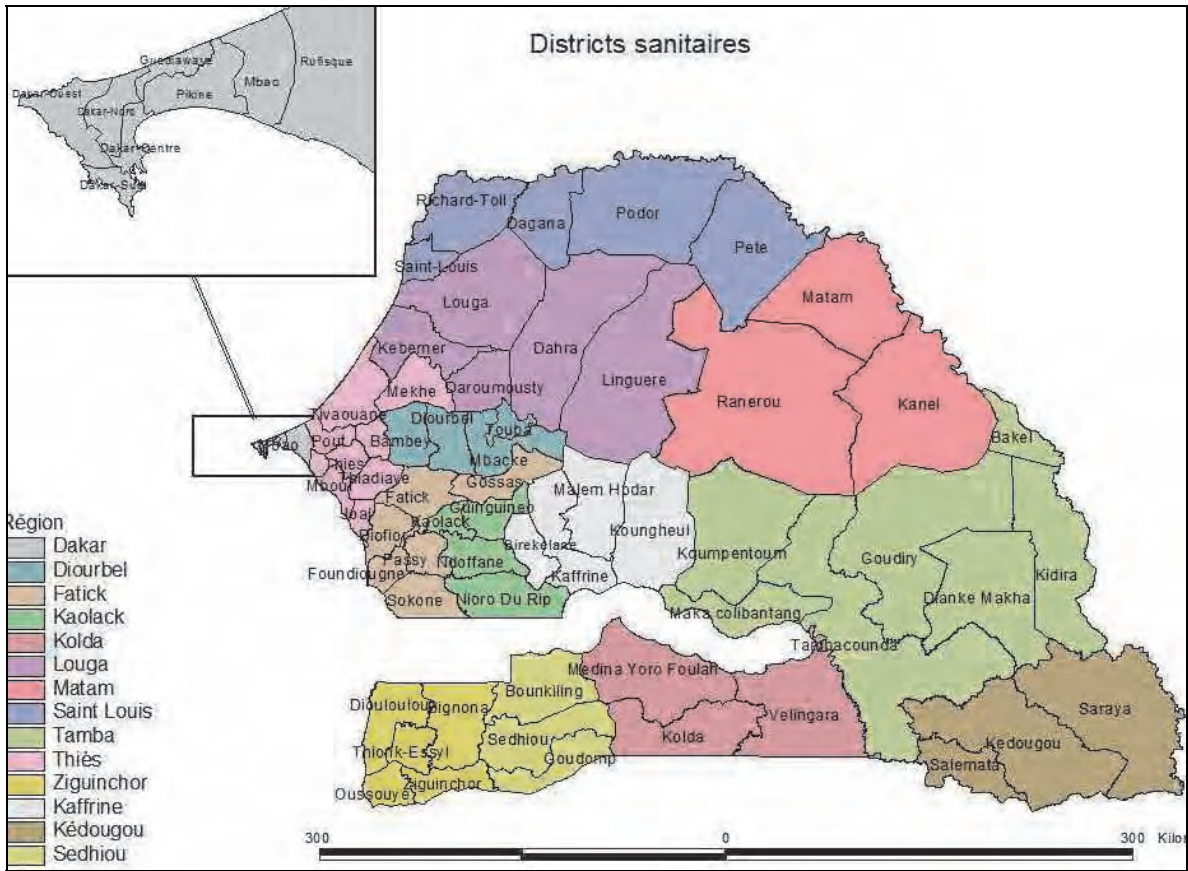
事業事前評価表

第1章 詳細計画策定調査の概要	1
1-1 要請の背景及び経緯	1
1-2 調査の目的及び内容	2
1-3 調査団員構成	3
1-4 調査日程	3
1-5 主要面談者	3
第2章 調査概要	4
2-1 調査の方針と協議の展開	4
2-2 セネガルにおける母子保健分野の概況	4
2-2-1 母子保健分野の現状	4
2-2-2 母子保健政策・計画	7
2-2-3 母子保健サービス供給体制	8
2-3 保健医療分野の援助動向	10
2-3-1 日本の対セネガル保健分野支援動向	10
2-3-2 他開発パートナーの支援動向	13
2-4 母子保健サービス改善に係る関係機関・部署の現状と課題	14
2-5 本プロジェクトの基本計画	16
2-5-1 案件概要	16
2-5-2 協力の枠組み	17
2-5-3 本プロジェクトの実施体制	19
2-6 事前評価結果（5項目評価）	20
2-6-1 妥当性	20
2-6-2 有効性	22
2-6-3 効率性	23
2-6-4 インパクト	23
2-6-5 自立発展性	24
第3章 事業実施における留意事項と課題	26
3-1 各成果を達成するうえでの留意点	26

3-2	PRESSMN モデルの実施にあたる地方の保健人材について	26
3-3	先行案件からの教訓	27
3-3-1	PRESSMN モデルの定義について	27
3-3-2	多様なステークホルダーの巻き込みについて	27
3-3-3	PRESSMN モデルの普及・拡大に際しての手順について	27
第4章	団長所感	28
付属資料		
1.	調査日程表	33
2.	主要面談者リスト	35
3.	セネガル国保健省組織図	37
4.	詳細計画策定調査協議議事録ミニッツ（仏語版、署名済み）	38
5.	合意文書 R/D（仏語版、署名済み）	55
6.	PDM（仏語版、英語版）	63
7.	PO（仏語版、英語版）	67

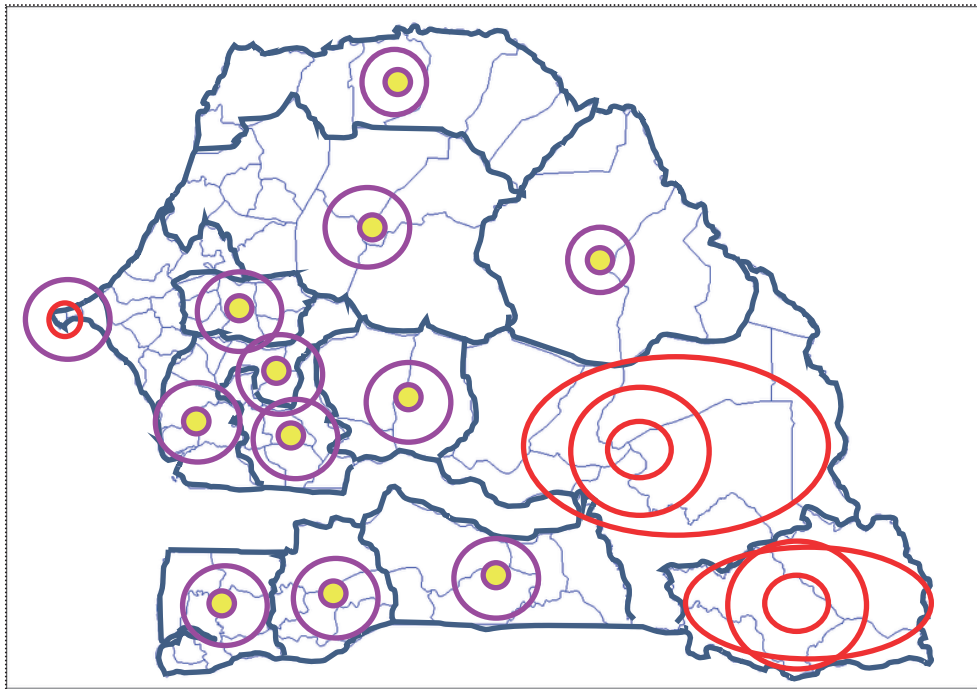
プロジェクト位置図

<セネガル国保健区>



出典：セネガル国「国家保健開発計画 2009-2018」

< 14 州における PRESSMN モデルの拡大イメージ >



出典：調査団作成

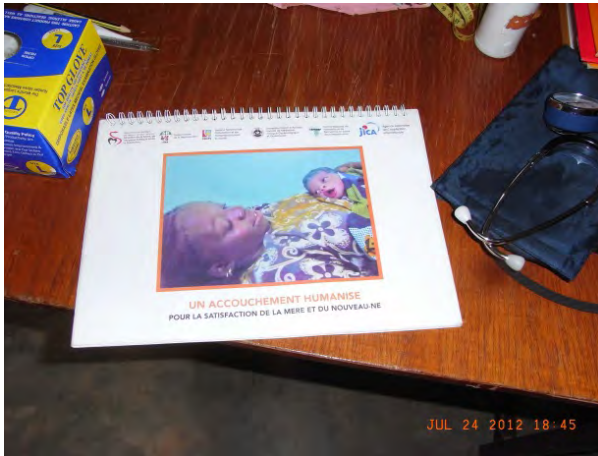
写 真



コチャリ保健ポスト分娩室



トンボロンコト保健ポスト分娩室



「人間的なお産」啓発教材（グイ保健ポスト）



保健省リプロダクティブヘルス課での協議



ミニッツ協議



ミニッツ署名

略 語 表

AAKCP	Asia-Africa Knowledge Co-creation Program	アジア・アフリカ知識共創プログラム
ARV	Anti Retrovirus	抗レトロウイルス
BCI	Budget Consolidé d'Investissement	政府投資予算
CDSMT	Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme	分野別中期支出枠組み
C/P	Counterpart	カウンターパート
CRFS	Centre Régional de Formation en Santé	地方保健研修センター
EDS	(仏) Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples (英) Demographic Health Survey (DHS)	人口保健調査
ENDSS	École Nationale de Développement Sanitaire et Social	国立保健医療・社会開発校
FCFA	Franc Communauté Financière Africaine	セーファーフラン (通貨単位)
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immunodeficiency Syndrome	ヒト免疫不全ウイルス／後天性免疫不全症候群
ICP	Infirmier Chef de Poste	保健ポスト長
JCC	Joint Coordination Committee	合同調整委員会
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
M&E	Monitoring and Evaluation	モニタリング・評価
MDGs	(英) Millennium Development Goals (仏) Objectifs du Millénaire pour le Développement	ミレニアム開発目標
MM	Man Month	人月
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
PARSS	Projet de Renforcement du Management du Système de Santé dans les Régions de Tambacounda et Kédougou	タンバクンダ州及びケドゥグ州保健システムマネジメント強化プロジェクト
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PIS	Paquet Intégré des Services	保健サービス統合パッケージ
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire	国家保健開発計画
PNP	Politiques, Normes et Protocole de la Santé de la Reproduction	リプロダクティブヘルス実施手順書
PO	Plan of Operations	活動計画
POCL	Plan Opérationnel des Collectivités Locales	地方自治体運営計画

PRESSMN	Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale dans les Région de Tambacounda et de Kédougou	タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト
PTA	Plan de Travail Annuel	年間事業計画
SNIS	Service National de l'Information Sanitaire	国家保健情報サービス
TOT	Training of Trainers	指導者研修
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
WG	Working Group	ワーキンググループ
WHO	World Health Organization	世界保健機関

事業事前評価表

独立行政法人国際協力機構 人間開発部 保健第二課

1. 案件名

国名：セネガル共和国

案件名：母子保健サービス改善プロジェクトフェーズ2

The Project for Reinforcement for Maternal and Neonatal Health Care Services in Senegal Phase 2

2. 事業の背景と必要性

(1) 当該国における母子保健分野の現状と課題

セネガル共和国（以下、「セネガル」と記す）の人口保健調査〔(英) Demographic Health Survey 2010-11 / (仏) Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples / 以下、「EDS 2010-11」と記す〕によると、同国の妊産婦死亡率は出生10万当たり392と推計されている。1993年及び2005年に行われた推計（それぞれ510、401）と比較すると改善しているものの、国連のミレニアム開発目標〔(英) Millennium Development Goals / (仏) Objectifs du Millénaire pour le Développement / 以下、「MDGs」と記す）の第5目標である「2015年までに妊産婦の死亡率を1990年の水準の4分の1に低減する」には及んでいない。新生児死亡率も出生1,000当たり29（EDS 2010-11）と、以前に比べて改善をみせているものの（2005年においては35）、高い状態が続いている。また、医師、看護師、助産師（以下、「有資格者」と記す）による分娩率は65%であり、都市部と農村部間の格差もみられる（都市部で90.7%であるのに対し農村部では49.2%）。産前健診受診率についても、1回以上の受診率は93%に達するのに対し、世界保健機関（WHO）が推奨する4回以上の産前健診受診率となると50%と依然として低い¹。

これらの状況を背景として、セネガル保健・社会活動省（以下、「保健省」と記す）及び独立行政法人国際協力機構（JICA）は2009年7月から2011年12月まで、技術協力プロジェクト「タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト」（PRESSMN²）を実施した。セネガル東南部の内陸地に位置するタンバクンダ州とケドゥグ州は、2州合わせれば国土の3分の1を占める広大な地域であるが、セネガルの貧困地域のひとつである（例えば貧困率の全国平均49%に対し、これら2州の貧困率は56%）。これら2州における産前健診受診率、有資格者介助分娩率、産後健診受診率についても、全国平均と比してとりわけ低い³。そこで同プロジェクトでは、タンバクンダ州タンバクンダ保健区⁴のタンバクンダ

¹ いずれも EDS 2010-11。

² PRESSMN : Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale dans les Région de Tambacounda et de Kédougou

³ EDS 2010-11 によると、以下のとおり。

	全国	タンバクンダ州	ケドゥグ州
産前健診受診率（少なくとも一度）	93.0%	79.0%	82.9%
有資格者介助分娩率	65.1%	32.4%	25.4%
産後健診受診率（産後2日以内）	68.0%	49.7%	38.9%

⁴ セネガルにおける保健行政区分では、国家レベルに保健・社会活動省、州レベルに州医務局、その下に保健区が設けられる。

保健センター⁵及びコチャリ保健ポスト⁶をパイロット施設として、「人間的なお産」⁷、「継続ケア」⁸、「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」⁹をコンセプトに活動を行った。

その結果、パイロット施設での活動経験と実績が「PRESSMN モデル」という5つの要素をコンポーネントとしたモデルに整理され、その実践に必要な詳細を定めた活動表及びマニュアル、コミュニケーションツールが2011年12月に保健省によって承認された。こうして確立されたPRESSMNモデルの5つの構成要素とは、①コミュニティと医療施設スタッフのコミュニケーション、②コミュニティや医療施設スタッフなどの関係者への上記コンセプトの共有、③5S-KAIZEN活動¹⁰を通じた医療施設内環境改善、④根拠に基づく妊産婦・新生児ケアの実践、⑤行政との連携による各種サポート活動（医療従事者向けの継続研修、施設・機材整備、リファラル/カウンターリファラル強化¹¹、モニタリング・評価）の5点であり、これは科学的根拠に基づいた、包括的な妊産婦・新生児ケアをめざすものとして保健省に認知されている。さらに、既存のリプロダクティブヘルス実施手順書（Politiques, Normes et Protocole de la Santé de la Reproduction : PNP）に「人間的なお産」のコンセプトが反映された。

このようにセネガルの母子保健分野に大きな政策的インパクトをもたらしたプロジェクトの後継案件である「母子保健サービス改善プロジェクトフェーズ2」（以下、「本プロジェクト」と記す）は、前案件の成果であるPRESSMNモデルがセネガル国内で広く実施されることをめざす。セネガルの保健行政システムは、中央の保健省、14州各州に設置される州医務局、州医務局の管轄下に位置する全76保健区から成るピラミッド構造となっており、第1フェーズの成果を普及・拡大するためには、保健省による普及・拡大戦略の策定を支援するのみならず、州医務局による普及・拡大戦略の実践を支援することも必要となる。

（2）当該国における保健政策・計画と本事業の位置づけ

1）国家保健開発計画（Plan National de Développement Sanitaire : PNDS 2009-2018）

PNDS 2009-2018は、セネガル保健分野における長期計画である。「セネガル国民全体が質の高い保健・医療サービスへアクセスすること」をビジョンとして、「妊産婦及び乳幼児死亡率・罹患率の低減」を第1番目の目標に掲げている¹²。これはMDG4（乳幼児死亡

⁵ 保健センターは、各保健区に設置が定められている二次医療機関である。

⁶ 保健ポストは、保健センターの管轄下に設置される一次医療機関である。

⁷ 「人間的なお産」とは、妊産婦の人間性を重視した出産ケアを指す。自然な生理現象である正常出産に対して、過剰な医療介入・管理がなされることへの疑問から提唱された「出産・出生のヒューマナイゼーション」に基づくコンセプト。

⁸ 「継続ケア」とは、内容的に継続され、一貫性のある保健医療サービスの集合体。母子保健分野における継続ケアは、一方で思春期・妊娠前から妊娠中、出産、産後（産褥期）まで、そして新生児から乳児、幼児へ、という個人レベルの時間の流れにおけるケアの継続性と、他方で家庭内やコミュニティから一次医療機関、地域の病院、そして大病院へ、という保健システムの中での空間的移動におけるケアの継続性という2つの側面をもつ。

⁹ 「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」とは、低リスクの妊産婦を正常分娩に導くうえで、科学的根拠に基づき有効とされる妊産婦・新生児への技術的介入を指す。

¹⁰ 日本の製造業で発展した総合的品質管理の手法に基づく。ここでは、5S（整理・整頓・清掃・清潔・しつけ）活動による業務環境の改善とKAIZEN（参加型の問題発見・解決）活動による業務の効率化とを段階的に図ることで、スタッフのモラルを向上させ、母子保健サービスの質向上がめざされる。

¹¹ リファラルとは、簡単な診療は一次医療機関で行い、高度な医療が必要と判断されるような重篤な患者は地域の二次医療機関へ、さらには設備・スタッフの充実した三次医療機関へ移して診療するといった、高次医療機関への患者の紹介・搬送に関する仕組み。カウンターリファラルはリファラルの反対で、高次の医療機関での診療後、低次の医療機関へ患者を逆紹介する仕組み。これら双方向の仕組みにより、医療システムの効率性とアクセスを改善することがめざされる。

¹² 目標数値：2020年までに妊産婦死亡率を出生10万当たり200、新生児死亡率を出生1,000当たり16とすることが掲げられている。

率の削減)及びMDG 5(妊産婦の健康の改善)に対応するものであるが、この目標を達成するために、妊産婦・新生児ケアについては、産前・産後健診受診率の向上、分娩介助の一般化、必須新生児ケアの遂行を行っていくとしている。

本プロジェクトで普及・拡大を図るPRESSMNモデルは、上述の「人間的なお産」のコンセプトが反映されたPNPに基づく妊産婦・新生児ケアの質改善、5S-KAIZEN活動を通じたケア提供の現場としての医療施設の環境改善、コミュニティの巻き込みを通じた「人間的なお産」などのコンセプトに関する理解促進をコンポーネントとして含む。

このように、医療施設へのアクセス向上と、医療施設におけるケアの質改善をめざすPRESSMNモデルの普及・拡大は、産前・産後健診受診率の向上、分娩介助の普及、必須新生児ケアの遂行に貢献するといえる。

2) 分野別中期支出枠組み (Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme : CDSMT 2011-2013)

セネガル保健分野の中期プログラム及びそれに係る支出枠組みである。その目標はPNDSと同様であり、「妊産婦、新生児、乳幼児、青少年保健 (Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et l'adolescent)」がプログラムのひとつとなっている。このプログラムでは、保健ポスト長及び助産師に対する妊産婦・新生児ケアに関する研修に言及されており、本プロジェクトの活動において実施されるPRESSMNモデル導入・実践に関する研修は、これに貢献するものである。

3) リプロダクティブヘルス戦略計画 (Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction 2012-2015)

PNDSの目標のひとつ、「妊産婦及び乳幼児死亡率・罹患率の低減」を達成するための戦略である。①リプロダクティブヘルスサービスの利用増加、②リプロダクティブヘルスサービスの質の改善、③リプロダクティブヘルスプログラムの実施に関するリーダーシップ及びマネジメント強化の3つの主軸から構成される。本案件で全国普及・拡大をめざすPRESSMNモデルは特に、コミュニティの巻き込みを図っている点、「人間的なお産」などのコンセプトがPNPに反映されている点、そして5S-KAIZEN活動による施設内環境改善を通じた参加型マネジメント能力の醸成を図っている点で、これらの戦略軸ひとつひとつに横断的に働きかけ得るコンポーネントを含んでおり、同モデルの全国普及・拡大はセネガル国のリプロダクティブヘルスサービスの包括的な改善に寄与するものである。

(3) 当該国における保健セクターに対する日本及びJICAの援助方針と実績

JICAポジションペーパー「JICAの保健分野の協力 ―現在と未来―」(2010年)に明記されているとおり、JICAは「人間の安全保障」の理念に基づき、途上国において、最も必要としている人々に必要な保健・医療サービスが着実に届く体制づくりをめざしている。その中で、母子保健は重点領域のひとつとされている。

また、外務省の「国際保健政策」(2010年9月)においてもMDG 4及びMDG 5の達成が目標のひとつとされ、そのための支援パッケージとして、コミュニティ・医療施設両面における予防・ケアの強化及びコミュニティと医療施設両面をつなぐ切れ目ないケアが可能となるような保健システムの強化をめざす「EMBRACE (Ensure Mothers and Babies Regular Access to Care) モデル」が提示されている。したがって、本プロジェクトの目標及びアプローチは当該開発課題に対する日本及びJICAの支援方針に合致するものであるといえる。

セネガルの保健分野に対する日本の協力プログラムとの関連については、「対セネガル共和国 国別援助方針」（2012年5月）にあるとおり、重点分野のひとつとして「基礎的サービス向上」が挙げられており、母子保健分野の支援を中心に国際機関や他ドナーとの連携を進めつつ、MDGs達成を支援する方針である。より具体的には、本プロジェクトは現在形成中の協力プログラム「保健システム強化」に位置づけられる。すなわち、無償資金協力による保健施設の整備や研修による保健人材の能力開発を通じた保健システムの基盤強化、そして「タンバクンダ州及びケドゥグ州保健システムマネジメント強化プロジェクト（PARSS¹³）」（2011～2014年）やAAKCP¹⁴「きれいな病院プログラム」（2007～2013年）によるマネジメントの強化との相乗効果を図るかたちで、個別課題としての母子保健サービスの改善を通じて保健システムの強化をめざすのが、「タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト（別称：安全なお産プロジェクト）」（2009～2011年）及びその後継案件である本プロジェクトの役割である。また、保健省大臣官房に配属されている保健行政アドバイザー（2011～2013年）の存在が、これらの多様なコンポーネント同士の相乗効果を更に高める役割を果たす。

なお、1976年の対セネガル経済協力開始以来、日本は基礎生活（保健、教育、水）などの分野を中心に支援を継続しており、上記のほかにも州病院や保健センター、国立保健医療・社会開発校（École Nationale de Développement Sanitaire et Social：ENDSS）に対する無償資金協力、協力隊派遣、「保健人材開発促進プロジェクト」などの技術協力プロジェクトの実績がある。

（4）他の援助機関の対応

- ・フランス：ルーガ州病院、保健センターの建設・改修。主に、インフラ整備。州医務局長の理解が得られれば、「人間的なお産」のコンセプトが保健センターの設計に反映される可能性がある。
- ・米国国際開発庁（USAID）：対セネガル協力プログラムの1コンポーネントとして、保健サービス統合パッケージ（Paquet Intégré des Services：PIS）の導入を通じた保健サービスの質改善を実施中（実施機関はIntraHealth）であり、日本とUSAIDの保健パートナーシップに依拠した連携が期待できる。
- ・国連児童基金（UNICEF）：実施中のプロジェクトにて、保健区レベルにおける栄養改善、予防接種、母子保健、マラリア対策、下痢対策など、インパクトの高い要素をパッケージ化した計画POPAEN（Plan opérationnel pour le passage à l'échelle nationale des interventions à haut impact sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans）を作成し、現在、保健区への導入を行っている。母子保健分野において、PRESSMNモデル実施マニュアルの活用が期待できる。また、UNICEFとのマルチバイ連携により、日本の資金によるプロジェクトをタンバクンダ州及びケドゥグ州で実施している。活動内容は、ルーティン予防接種活動の実施強化、産科・小児科緊急対応等に関する州保健スタッフの能力強化など。
- ・国連人口基金（UNFPA）：タンバクンダ州において実施中の家族計画推進プロジェクトと

¹³ Projet de Renforcement du Management du Système de Santé dans les Régions de Tambacounda et Kédougou

¹⁴ Asia-Africa Knowledge Co-creation Program（アジア・アフリカ知識共創プログラム）

の連携が期待できる。

3. 事業概要

(1) 事業目的（協力プログラムにおける位置づけを含む）

本プロジェクトはセネガルにおいて、前フェーズで構築された PRESSMN モデルを全国へ普及するための体制整備（中央及び州レベル）、同モデルの看護師・助産師育成カリキュラムへの反映、そしてモデル普及による効果の評価を行うことにより、PRESSMN モデルの全国普及に向けてモデルの拡大を実施し、もってセネガルにおける妊産婦・新生児ケアの改善と、妊産婦死亡率及び新生児死亡率の低減に寄与するものである。

(2) プロジェクトサイト／対象地域名

セネガル全土（人口約 1,256 万人）

(3) 本事業の受益者（ターゲットグループ）

PRESSMN モデル実施施設を利用する妊産婦及び新生児（約 16 万 4 千人）

(4) 事業スケジュール（協力期間）

2012 年 11 月～2016 年 10 月を予定（計 48 カ月）

(5) 総事業費（日本側）

約 3.3 億円

(6) 相手国側実施機関

セネガル保健省〔官房、保健局（特にリプロダクティブヘルス課）、人材局〕、国立保健医療・社会開発校（ENDSS）

保健省については、2012 年中に組織改編が行われる予定である。改編後、保健局は保健総局（Direction Générale de la Santé）、リプロダクティブヘルス課は母子保健局（Direction Chargée de la Santé de la Mère et l'Enfant）となる。

(7) 投入（インプット）

1) 日本側

長期専門家（3 名、それぞれ 48 MM 予定）

短期専門家（必要に応じて）

本邦研修・第三国研修

国際会議・学会・ワークショップ参加

機材供与

2) セネガル側

プロジェクトダイレクター：保健局長（改編後：保健総局長）

プロジェクトマネージャー：保健局リプロダクティブヘルス課 課長（改編後：保健総局母子保健局 局長）

妊産婦・新生児ケアにかかわる医療従事者（約 500 人）
プロジェクト執務スペース
プロジェクト活動に必要な予算措置

(8) 環境社会配慮・貧困削減・社会開発

1) 環境に対する影響／用地取得・住民移転

① カテゴリ分類：C

② カテゴリ分類の根拠：環境に対する影響及び用地取得・住民移転について、該当なし。

2) ジェンダー・平等推進／平和構築・貧困削減

本プロジェクトは、特に保健センターや保健ポストといった末端の医療施設における妊産婦・新生児ケアの改善を、コミュニティとのコミュニケーション促進や 5S-KAIZEN 活動を通じた施設内環境の改善を通じて、図っていくものである。特にコミュニティの巻き込みは、出産全般や母子保健サービスに対する男性の理解を促進することも期待できるため、同モデルの普及・拡大はあらゆる社会・経済層に対する妊産婦・新生児ケアへのアクセスの改善につながるといえる。したがって、当該項目への負の影響はない。

(9) 関連する援助活動

1) わが国の援助活動

2011 年より実施している「タンバクンダ州及びケドゥグ州保健システムマネジメント強化プロジェクト (PARSS)」においては、タンバクンダ州及びケドゥグ州を中心に、州医務局及び保健区レベルにおける年間事業計画 (Plan de Travail Annuel : PTA) 策定のためのガイドライン作成及び日常業務改善のためのマニュアル作成、保健センターレベルにおける 5S 活動を通じた環境改善の支援 (マニュアル作成及び TOT¹⁵ 実施)、保健ポストレベルにおける運営改善ツールの開発 (マニュアル及びツール活用トレーニングガイド作成) を行っている。

PRESSMN モデルにおいても 5S 活動はコンポーネントのひとつとなっていることから、PARSS において作成するマニュアル等の共有は可能である。また、本プロジェクトの活動である州レベルの研修やスーパービジョンについても、PTA の中に統合される形で適切に計画されることが期待される。

2) 他ドナー等の援助活動

本プロジェクトの持続性を確保・拡大するうえでも、プロジェクト活動の中心となるモデル普及の過程で、下記のような他ドナーの巻き込みをカウンターパート (C/P) が積極的に図ることができるよう、本プロジェクトとして支援することが重要となる。

ベルギー：「保健ガバナンス支援プロジェクト (Projet d'Appui à la Gouvernance Santé : PAGOSAN)」及び「保健サービス需要・供給支援プロジェクト (Projet d'Appui à l'Offre et la Demande des Soins : PAODES)」。PAODES では 5 州 (ティエス、ジュールベル、ファティック、カオラック、カフリン) における保健システム強化を目的としており、このうち 3 保

¹⁵ TOT とは Training of trainers の略であり、指導者に対する研修を意味する。

健区（ファティック州ソコン、カフリン州クンゲル、ジュールベル州バンベイ）では保険システム導入などの活動が開始される予定。PARSS 同様、保健システムの強化をめざしたものであり、それをベースとして妊産婦・新生児ケアの改善が期待できる。

USAID/IntraHealth：キディラ保健区（タンバクンダ州）、サラヤ保健区（ケドゥグ州）など 15 保健区において、保健サービス統合パッケージ（PIS）を通じたサービスの質改善及びそのためのチューター制度（Tutorat Plus）の導入が開始されている。PIS は母子保健、マラリア対策、結核対策、HIV/AIDS 対策、栄養改善の 5 つのコンポーネントを含むことから、母子保健分野においては、前フェーズで作成したマニュアルの活用が期待できる。

4. 協力の枠組み

(1) 協力概要

- 1) 上位目標：妊産婦・新生児ケアの改善を通じて、セネガルにおける妊産婦死亡率及び新生児死亡率が低減する。

<指標>〔CDSMT 2011-2013 に掲載されている以下の指標（2016 年以降実施予定の EDS にて入手可）〕

1. 妊産婦死亡率： 出生 10 万当たり 392（EDS 2010-11、以下同じ）
2. 新生児死亡率： 出生 1,000 当たり 29
3. 産前健診の受診率： 50%（有資格者により 4 回以上受診）
4. 施設分娩率： 73%
5. 有資格者介助分娩率： 65%
6. 産後健診の受診率： 68%（産後 2 日以内の受診）

- 2) プロジェクト目標：PRESSMN モデルの全国普及に向け、モデルの拡大が実施される。

<指標>

1. タンバクンダ州及びケドゥグ州の 10 保健区中 7 保健区において、PRESSMN モデルが実施されること。
2. その他 12 州の 66 保健区中 22 保健区において、PRESSMN モデルが実施されること。
3. PRESSMN モデル実施施設における施設分娩数がプロジェクト開始時より 20%増加すること。なお、施設分娩数に関するデータは国家保健情報サービス（Service National de l'Information Sanitaire : SNIS）の枠組みで収集可能であるが、データの活用を確実なものとするため、本プロジェクトの活動 1-1 においても収集する。
4. PRESSMN モデル実施施設において 4 回目の産前健診を受診した女性の数がプロジェクト開始時より 20%増加すること。なお、産前健診受診回数に関するデータは、本プロジェクトの活動 1-1 において収集する。

3) 成果及び活動

成果 1 : 保健省において、PRESSMN モデルの普及・拡大に向けた国レベルでの調整に関する体制が整備され、機能する。

<指標>

- 1-1. PRESSMN モデルが、保健省内のスケールアップ委員会 (Comité de passage à l'échelle) で承認されること。
- 1-2. PRESSMN モデルが、リプロダクティブヘルス課 (改編後：母子保健局) の年間事業計画、及び PNP、リプロダクティブヘルス戦略計画などの枠組み文書に統合されること。
- 1-3. PRESSMN モデルの普及・拡大のための戦略が策定される。

<活動>

- 1-1. 保健省は、本プロジェクトのモニタリング・評価のために必要なデータ (医療施設における施設分娩数など) を収集するための、ベースライン調査、中間調査、エンドライン調査を実施する。
- 1-2. 保健省は、「拡大ワーキンググループ」¹⁶ を開催する。
- 1-3. 保健省は、研修 (TOT) プログラム、モニタリング・評価のメカニズムを含めた PRESSMN モデル普及・拡大戦略を策定し、省内スケールアップ委員会で承認する。
- 1-4. 保健省は、省内関連部局・州医務局・諸パートナー・大学関係者・その他関連団体に対して PRESSMN モデル普及・拡大戦略のアドボカシーを行うためのツール及びマテリアルを作成する。
- 1-5. 保健省は、州医務局に対して PRESSMN モデル普及・拡大戦略の共有ワークショップを開催する。
- 1-6. 保健省は、州医務局に対する研修 (TOT) を行う。
- 1-7. 保健省は、PRESSMN モデルが実施されている州医務局に対するスーパービジョンを実施し、また州医務局間のピア・ビジョン¹⁷ の実施を支援する。

成果 2 : セネガル国内 14 州医務局において、PRESSMN モデルの普及・拡大に向けた州レベルでの調整に関する体制が整備され、機能する。

<指標>

- 2-1. PRESSMN モデルをその年間事業計画 (PTA) に統合した州医務局の数 (目標値 : 全 14 州中 14 州)

¹⁶ 合同調整委員会 (JCC) とは別に「拡大ワーキンググループ」を設置することで、リプロダクティブヘルスや公衆衛生を専門とする大学教授や、産科医・助産師などの職能団体といった、直接の C/P 以外の関係者の巻き込みを図り、プロジェクトの方向性・戦略や各成果に関するさまざまな技術的・学術的知見を引き出しながら、プロジェクトを円滑に進めることが可能になる。

¹⁷ スーパービジョンが国レベル (保健省) から州レベル (州医務局) に対する指導・支援を意味するのに対し、ピア・ビジョンは州レベル (州医務局) 同士の学び合いを主眼とした活動を意味する。

- 2-2. PRESSMN モデル普及・拡大戦略を採用した州医務局の数（目標値：全 14 州中 14 州）
- 2-3. パイロットユニット¹⁸を選定した州医務局の数（目標値：全 14 州中 14 州）
- 2-4. パイロットユニットに対して研修を実施した州医務局の数（目標値：全 14 州中 12 州）

<活動>

- 2-1. 州医務局は、州行政官、地方自治体、保健委員会、NGO、民間部門を PRESSMN モデルについて啓発するためのワークショップを開催する。
- 2-2. 州医務局は、パイロットユニットに対する TOT を行う。
- 2-3. 州医務局は、通常のスーパービジョン業務の一環として、PRESSMN モデルが実施されているパイロットユニットに対するスーパービジョンを実施する。
- 2-4. 州医務局は、州レベルでの PRESSMN モデル普及・拡大戦略を策定するためのワークショップを開催する。

成果 3：PRESSMN モデルが、国家看護師・国家助産師養成カリキュラムに統合される。

<指標>

- 3-1. PRESSMN モデルを統合した国家看護師・国家助産師養成カリキュラムが保健省に承認されること。

<活動>

- 3-1. 保健省及び ENDSS は、国家看護師・国家助産師養成カリキュラムの見直し・改訂に向け関係者を動員するためのワークショップを開催する。
- 3-2. 保健省及び ENDSS は、国家看護師・国家助産師養成カリキュラムを改訂する。

成果 4：研究を通じて、PRESSMN モデルの有効性が評価される。

<指標>

- 4-1. PRESSMN モデルの有効性検証について実施された研究の数。
- 4-2. 保健省のウェブサイトにおける、PRESSMN モデルの有効性に関する Key Findings の公表件数。
- 4-3. 学会における、PRESSMN モデルのインパクトに関する研究発表数。
- 4-4. ジャーナルに掲載された、PRESSMN モデルのインパクトに関する研究論文数。

<活動>

- 4-1. 保健省は、研究プロトコールを作成する。

¹⁸ 保健センター 1 カ所及び当該保健センターと同一の保健区に所属する保健ポスト数カ所。

4-2. 保健省は、研究を実施する。

4-3. 保健省は、研究によって得られた結果を公表・発表する。

4) プロジェクト実施上の留意点

a) 成果 1 及び成果 2 を達成するうえで留意すべき点

成果 1 「保健省において、PRESSMN モデルの普及・拡大に向けた国レベルでの調整に関する体制が整備され、機能する。」の達成に向けた活動が円滑に実施されるためには、プロジェクトマネージャーの管轄下にある部局内にプロジェクト活動の日常のオペレーションを担う調整チームが形成され機能することが重要であり、C/P ともその認識を共有済みである。

成果 2 「セネガル国内 14 州医務局において、PRESSMN モデルの普及・拡大に向けた州レベルでの調整に関する体制が整備され、機能する。」の達成に向けた活動が円滑に実施されるためには、州医務局におけるプロジェクト活動の調整担当者が確保されることが必要となり、C/P ともその認識を共有済みである。

b) 成果 1 と成果 2 の関係について

成果 1 及び成果 2 に関する活動を通じて、保健省によって策定される PRESSMN モデル普及・拡大戦略が州医務局によって適切に実施されるためには、保健省と州医務局との役割分担に基づく共同体制の構築が重要である。すなわち、保健省はモデル拡大についての制度を構築のうえ、州医務局の主体性醸成を促進するようなかたちで州医務局に対するスーパービジョンや技術研修を行う。また、州医務局は PRESSMN モデルが実施される管轄下のパイロットユニットに対して TOT 及びスーパービジョンを実施し、さらにはパイロットユニット以外の保健施設への PRESSMN モデル普及・拡大に関する計画を主体的に策定していくことが期待される。

c) 成果 3 と、成果 1 及び成果 2 との補完性について

成果 3 「PRESSMN モデルが、国家看護師・国家助産師養成カリキュラムに統合される。」は、成果 1・成果 2 を補完するかたちでプロジェクト目標の達成に貢献するものである。すなわち、成果 1 及び成果 2 が現任の母子保健サービス提供者に対する TOT や指導・支援によって達成されるものであるのに対して、成果 3 は PRESSMN モデルを国家助産師・看護師の卒前養成カリキュラムに組み込むことをめざすものである。特にそのカリキュラムへの PRESSMN モデルの組み込みが予定されている ENDSS は、地方の人材養成センターでの養成カリキュラムの改訂／採用に先立って、モデルとなるカリキュラムが試行される場であるため、この成果 3 が達成されれば、より上流からのモデルの普及・拡大への道筋が準備されることになる。

d) 成果 4 を達成するうえで留意すべき点

成果 4 「研究を通じて、PRESSMN モデルの有効性が評価される。」に関する活動により、PRESSMN モデル導入の効果に関する有意なエビデンスが得られれば、モデルの普及・拡大を促進するうえでの弾みとなることが期待でき、持続性の確保につながる。そのための研究手法などについては目下検討中であるが、プロジェクト目標の達成及びセネガル国の母子保健政策への寄与を目的とするという研究の趣旨については関係者と合意済みである。

e) 本プロジェクトの財政面での持続性について

PRESSMN モデルに基づいたケアサービスの提供にあたって、先方政府としては経済・財務省が保健分野プログラム向けに確保している政府投資予算（Budget Consolidé d'Investissement : BCI）の活用を予定しており、本プロジェクト終了までに段階的に増額できるよう努力される見込み。

f) PRESSMN モデルの実施にあたる地方の保健人材について

保健人材の雇用及び僻地への配置に関しては、特に地方では助産師の不足が地方では顕著であるところ、都市部において多数が失業状態にあるという助産師を地方に配置するための措置を講じるよう、引き続き先方政府の努力が求められる。ただし、PRESSMN モデル自体はそもそも人材が不足している地域における保健サービスの提供及びその質の確保ということを念頭に置いて構築されたものであるため、その実施に際しては保健人材の不足が直接的なボトルネックとなる事態は避けることができる見込み。

(2) その他インパクト

特になし。

5. 前提条件・外部条件（リスク・コントロール）

(1) 事業実施のための前提

特になし。

(2) 成果達成のための外部条件

活動 1-6 の研修を受けたスタッフが、大量に州医務局から異動しない。

活動 2-2 の研修を受けたスタッフが、大量にパイロットユニットから異動しない。

(3) プロジェクト目標達成のための外部条件

成果 3 の活動で改訂されたカリキュラムの下で育成された看護師・助産師の大多数が、継続して医療施設で母子保健サービスに従事する。

(4) 上位目標達成のための外部条件

PRESSMN モデルの更なる普及・拡大のための予算が確保される。

6. 評価結果

本プロジェクトはセネガルの開発政策、開発ニーズ、日本の援助政策と十分に合致しており、また計画の適切性が認められることから、実施の意義は大きい。

7. 過去の類似案件の教訓と本事業への活用

(1) PRESSMN モデルの定義について

前フェーズ「タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト」においては、PRESSMN モデルに関する共通認識を関係者間で醸成することに多くの時間が割かれ

たものの、最終的には同モデルを実施するための詳細を記したマニュアルなどの成果文書が保健省によって承認されたことで、モデルは確立されたといえる。

今フェーズでは、モデルの普及・拡大をめざす以上、モデルの定義を明確にしておくことは必須であるため、PRESSMN モデルの趣旨を端的に分かりやすく表現することに一層留意する必要がある。この点については案件形成時に C/P と確認済みであり、その表現の一案については既に合意している。本プロジェクト開始後には、前フェーズで承認された成果文書を最大限活用するとともに、多様なステークホルダーに対して PRESSMN モデルの定義を早期に共有していくことが重要となる。

(2) 多様なステークホルダーの巻き込みについて

前フェーズ「タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト」においては、実施半ばから学会関係者、助産師協会などの職能団体、ENDSS などの多様な関係者がかかわったことから、妊産婦・新生児ケアに係るコンセプト及び PRESSMN モデル構築に時間を要したものの、これらの関係者を巻き込むことにより、結果的には PRESSMN モデルの全国普及・拡大への道筋が開かれることとなった。

今フェーズにおいては同モデルを普及・拡大していく際にも上述した多様な関係者の支援は不可欠であるため、プロジェクト開始段階から「拡大ワーキンググループ」を組織し協力体制を構築することが必要となる。そうすることで、大学教授陣や職能団体などの関係者に本プロジェクトの技術顧問としての役割を果たしてもらうことが期待される。

(3) PRESSMN モデルの普及・拡大に際しての手順について

前フェーズ「タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト」においては、ベースライン調査に際し、当初想定されていなかったセネガル国倫理委員会による審査のための手続きが必要となったことにより、活動の進捗の一部に遅れが生じた。

今フェーズでは、モデルの普及・拡大に先立ち、保健省内の「スケールアップ委員会」にてモデル普及・拡大戦略が承認されることが条件となる旨、確認済みであり、当該委員会の責任者である保健省職員へも本プロジェクトの趣旨を説明済みである。

8. 今後の評価計画

(1) 今後の評価に用いる主な指標

4. (1) のとおり。

(2) 今後の評価計画

事業開始 6 カ月以内	ベースライン調査
事業中間時点	中間レビュー
事業終了 6 カ月前	終了時評価
事業終了 3 年後	事後評価

以 上

第1章 詳細計画策定調査の概要

1-1 要請の背景及び経緯

セネガル共和国（以下、「セネガル」と記す）の人口保健調査（Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples : EDS）2010-2011（EDS 2010-11）によると、同国の妊産婦死亡率は出生10万当たり392と推計されている。1993年及び2005年に行われた推計（それぞれ510、401）と比較すると改善しているものの、国連のミレニアム開発目標（MDGs）の第5目標である「2015年までに妊産婦死亡率を4分の1に低減する」には及んでいない。新生児死亡率も出生1,000当たり29と、以前に比べて改善をみせているものの（2005年においては35）、高い状態が続いている。また、医師、看護師、助産師（以下、「有資格者」と記す）による分娩率は65%であり、都市部と農村部間の格差もみられる（都市部で90.7%であるのに対し農村部では49.2%）。産前健診受診率についても、1回以上の受診率は93%に達するのに対し、世界保健機関（WHO）が推奨する4回以上の産前健診受診率となると50%と依然として低い。

これらの状況を背景として、セネガル保健・社会活動省（以下、「保健省」と記す）及び独立行政法人国際協力機構（JICA）は2009年7月から2011年12月まで、技術協力プロジェクト「タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト」（Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale dans les Région de Tambacounda et de Kédougou : PRESSMN）を実施した。タンバクンダ州とケドゥグ州はセネガルの貧困地域のひとつ¹であり、産前健診受診率、有資格者介助分娩率、産後健診受診率も全国平均と比してとりわけ低い（後述）。そこで同プロジェクトでは、タンバクンダ州タンバクンダ保健区²のタンバクンダ保健センター³及びコチャリ保健ポスト⁴をパイロット施設として、「人間的なお産」⁵、「継続ケア」⁶、「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」⁷をコンセプトに活動を行った。

その結果、パイロット施設での活動経験と実績が「PRESSMNモデル」という5つの要素をコンポーネントとしたモデルに整理され、その実践に必要な詳細を定めた活動表及びマニュアル、コミュニケーションツールが2011年12月に保健省によって承認された。こうして確立されたPRESSMNモデルの5つの構成要素とは、①コミュニティと医療施設スタッフのコミュニケーション、②コミュニティや医療施設スタッフ等関係者への上記コンセプトの共有、③5S-KAIZEN活動⁸を通じた医療施設内環境改善、④根拠に基づく妊産婦・新生児ケアの実践、⑤

¹ 貧困率（2007年）は、全国平均では49%に対しこれら2州では56%。

² セネガルにおける保健行政区分では、国家レベルに保健・社会活動省、州レベルに州医務局、その下に保健区が設けられる。

³ 保健センターは、各保健区に設置が定められている二次医療機関である。

⁴ 保健ポストは、保健センターの管轄下に設置される一次医療機関である。

⁵ 「人間的なお産」とは、妊産婦の人間性を重視した出産ケアを指す。自然な生理現象である正常出産に対して、過剰な医療介入・管理がなされることへの疑問から提唱された「出産・出生のヒューマナイゼーション」に基づくコンセプト。

⁶ 「継続ケア」とは、内容的に継続され、一貫性のある保健医療サービスの集合体。母子保健分野における継続ケアは、一方で思春期・妊娠前から妊娠中、出産、産後（産褥期）まで、そして新生児から乳児、幼児へ、という個人レベルの時間の流れにおけるケアの継続性と、他方で家庭内やコミュニティから一次保健施設、地域の病院、そして大病院へ、という保健システムの中での空間的移動におけるケアの継続性という2つの側面をもつ。

⁷ 「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」とは、低リスクの妊産婦を正常分娩に導くうえで、科学的根拠に基づき有効とされる妊産婦・新生児への技術的介入を指す。

⁸ 日本の製造業で発展した総合的品質管理の手法に基づく。ここでは、5S（整理・整頓・清掃・清潔・しつけ）活動による業務環境の改善とKAIZEN（参加型の問題発見・解決）活動による業務の効率化とを段階的に図ることで、スタッフのモラルを向上させ、母子保健サービスの質向上がめざされる。

行政との連携による各種サポート活動（医療従事者向けの継続研修、施設・機材整備、リファラル／カウンターリファラル強化⁹、モニタリング・評価）の5点であり、これは科学的根拠に基づいた、包括的な妊産婦・新生児ケアをめざすものとして保健省に認知されている。さらに、既存のリプロダクティブヘルス実施手順書（Politiques, Normes et Protocole de la Santé de la Reproduction : PNP）に「人間なお産」のコンセプトが反映された。

こうしたパイロット施設での実績とそれによってもたらされたセネガルの母子保健分野への大きな政策的インパクトが評価され、同プロジェクトの後継案件である「母子保健サービス改善プロジェクトフェーズ2」（以下、「本プロジェクト」と記す）がセネガル国保健省から要請された。本プロジェクトでは、前案件の成果である PRESSMN モデルがセネガル国内で広く実施されることがめざされる。セネガルの保健行政システムは、中央の保健省、14州各州に設置される州医務局、州医務局の管轄下に位置する全76保健区から成るピラミッド構造となっており、第1フェーズの成果を普及・拡大するためには、保健省による普及・拡大戦略の策定を支援するのみならず、州医務局による普及・拡大戦略の実践を支援することも必要となる。

1-2 調査の目的及び内容

本詳細計画策定調査は、セネガル政府からの協力要請の背景、内容を確認し、カウンターパート（C/P）機関との協議を経て、協力計画を策定するとともに、本プロジェクトの事前評価を行うために必要な情報を収集、分析することを目的とする。

調査内容は以下のとおり。

- (1) ①既存資料の整理と分析による基礎情報調査、②開発パートナーへの聞き取り、③保健省及び関係者への聞き取り、④フェーズ1対象サイトの視察及び聞き取りなどを通して、プロジェクトの協力の枠組み（目標、対象範囲、成果、投入、指標など）について検討し、先方政府と協議を行う。
- (2) 上記（1）の協議結果に従い、プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）（案）、活動計画（PO）（案）を作成し、実施体制を確認のうえ、双方の負担事項やプロジェクト実施上の留意事項、プロジェクト開始までに双方に必要な作業などについて協議を行う。
- (3) 評価5項目に沿って、プロジェクト事前評価を行う。
- (4) 協議結果を合意文書（ミニッツ）にまとめ、先方政府と署名交換を行う。

⁹ リファラルとは、簡単な診療は一次医療機関で行い、高度な医療が必要と判断されるような重篤な患者は地域の二次医療機関へ、さらには設備・スタッフの充実した三次医療機関へ移して診療するといった、高次医療機関への患者の紹介・搬送に関する仕組み。カウンターリファラルはリファラルの反対で、高次の医療機関での診療後、低次の医療機関へ患者を逆紹介する仕組み。これら双方向の仕組みにより、医療システムの効率性とアクセスを改善することがめざされる。

1-3 調査団員構成

担当分野	氏名	所属	現地調査期間
団長／総括	渡辺 学	JICA 人間開発部 保健第一グループ長	7/26～8/4
協力企画	安孫子 悠	JICA 人間開発部 保健第一グループ 保健第二課	7/26～8/4
母子保健	仲佐 保	国立国際医療研究センター 国際医療協力部 国際派遣センター長	7/26～8/4
産科	杉浦 康夫	国立国際医療研究センター 国際医療協力部 派遣協力第二課	7/26～8/4
評価分析	竹 直樹	株式会社かいはつマネジメント・コンサルティング	7/19～8/4

1-4 調査日程

付属資料1「調査日程表」のとおり。

1-5 主要面談者

付属資料2「主要面談者リスト」のとおり。

第2章 調査概要

2-1 調査の方針と協議の展開

本調査の目的は、前フェーズにて構築された PRESSMN モデルの普及・拡大を通じて母子保健サービスの向上に資するような案件を形成することである。そこで、案件の枠組み案を作成するにあたっては、案件の運営・管理に直接かかわる保健省部局及び州内保健機関のキャパシティやオーナーシップの現状だけでなく、モデルの普及・拡大に際して必要となる諸手続きや、保健省内外の多様な関係者の協力を確保できるような連携体制のあり方についても調査分析したうえで、そこから浮かび上がった課題への対処方針を事前に検討した。

案件形成にあたっては、上記の方針に加え、外務省の「国際保健政策」（2010年9月）や対セネガル協力プログラムとの整合性を考慮しつつ、持続性の観点から、本案件がセネガルの母子保健政策に明確に位置づけられるよう配慮しながら、先方関係者と協議を行うこととした。

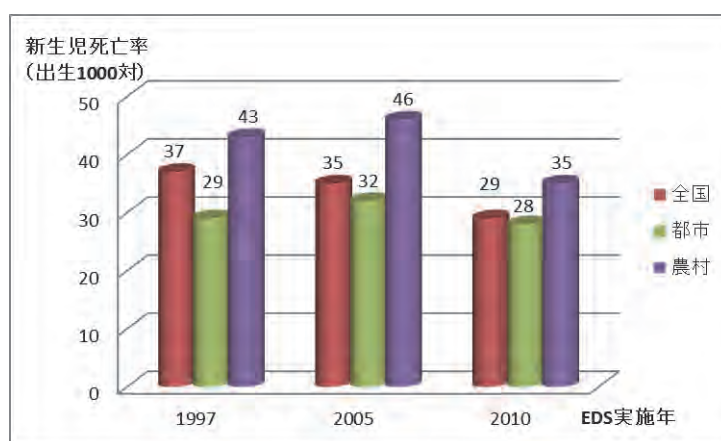
2-2 セネガルにおける母子保健分野の概況

2-2-1 母子保健分野の現状

(1) 妊産婦死亡率及び新生児死亡率

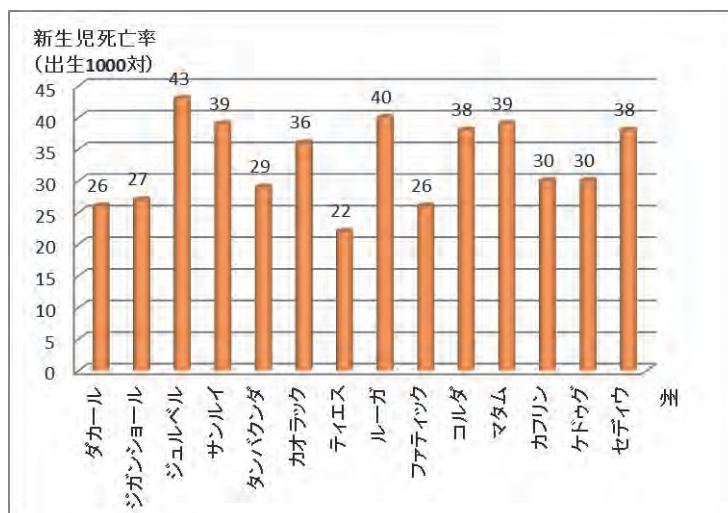
セネガルの人口保健調査（EDS 2010-11）によると、同国の妊産婦死亡率は出生10万当たり392と推計されている。1993年及び2005年のEDSによる推計値（それぞれ510、401）と比較すると改善しているものの、国連のミレニアム開発目標（MDGs）のひとつである「2015年までに妊産婦の死亡率を1990年の水準の4分の1に低減」には及んでいない。

新生児死亡率も出生1,000当たり29（EDS 2010-11）と、以前に比べて改善をみせているものの、高い状態が続いている（図2-1）。また、都市部と農村部の格差、州間の格差もみられる（図2-1及び2-2）。



出典：EDS 1997、EDS 2005 及び EDS 2010-11

図2-1 新生児死亡率の推移

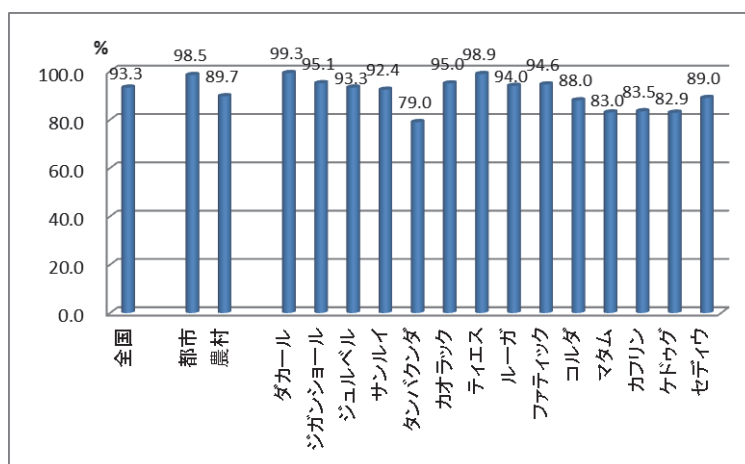


出典：EDS 2010-11

図 2 - 2 州別新生児死亡率

(2) 産前健診、出産、産後健診

EDS 2010-11 を用いてセネガルにおける産前健診の現状をみると、推奨されている 4 回以上の健診を受けている妊産婦の割合は 50%と、依然として低い。都市・農村別では、都市部 62.1%、農村部 41.5%と格差がみられる¹⁰。医師、看護師、助産師といった有資格者により、少なくとも一度の産前健診を受けた妊産婦の割合は 93.3%であるが、最も高いのがティエス州の 98.9%、最も低いのがタンバクンダ州の 79.0%と、州間で大きな格差がみられる (図 2 - 3)。



出典：EDS 2010-11

図 2 - 3 有資格者による少なくとも一度の産前健診受診率 (%)

施設分娩率、有資格者介助分娩率については、表 2 - 1 及び図 2 - 4 のとおりである。大きな都市・農村格差、州間格差が観察される。タンバクンダ州及びケドゥグ州においては、とりわけ低い。

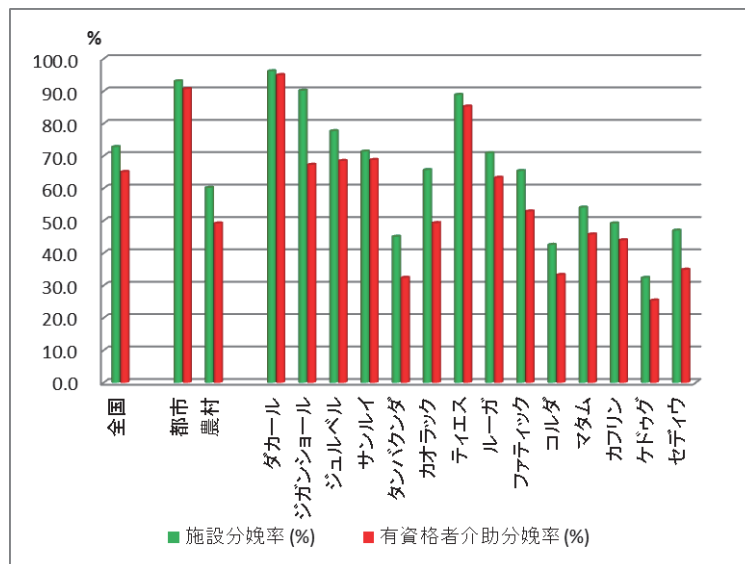
¹⁰ EDS 2010-11, p.132

表 2 - 1 施設分娩率、有資格者介助分娩率

(単位：%)

	施設分娩率	有資格者介助分娩率
全国	72.8	65.1
都市	93.1	90.7
農村	60.2	49.2
ダカール	96.2	95.0
ジガンシヨール	90.2	67.3
ジュルベル	77.7	68.5
サンルイ	71.4	68.8
タンバクンダ	45.1	32.4
カオラック	65.7	49.3
ティエス	88.9	85.3
ルーガ	70.9	63.3
ファティック	65.4	52.9
コルダ	42.6	33.3
マタム	54.1	45.8
カフリン	49.2	44.0
ケドゥグ	32.4	25.4
セディウ	47.0	34.9

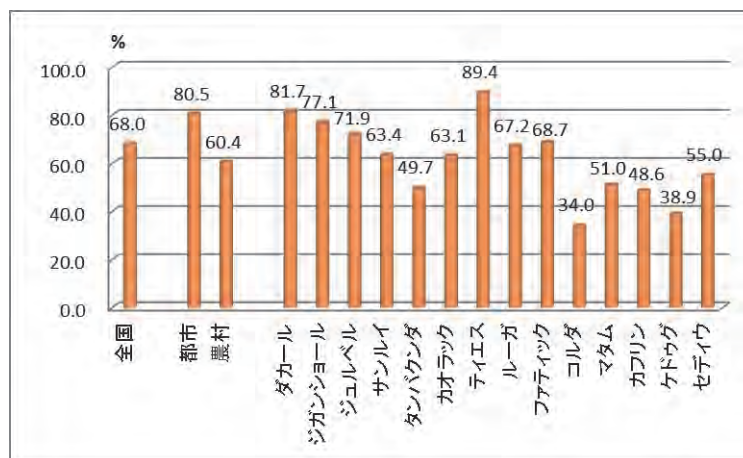
出典：EDS 2010-11



出典：EDS 2010-11

図 2 - 4 施設分娩率、有資格者介助分娩率

産後健診に関しても、同様のことがいえる（図2-5）。



出典：EDS 2010-11

図2-5 産後2日以内に産後健診を受診した母親の割合

2-2-2 母子保健政策・計画

(1) 国家保健開発計画（PNDS 2009-2018）

セネガル保健分野の長期計画は、国家保健開発計画（Plan National de Développement Sanitaire / 以下、「PNDS 2009-2018」と記す）である。同計画は「セネガル国民全体が質の高い保健・医療サービスへアクセスすること」をビジョンとして、以下4点の目標を掲げている¹¹。

- ① 妊産婦及び乳幼児死亡率・罹患率の低減
- ② 疾病対策のパフォーマンス向上
- ③ 保健システム強化
- ④ 保健分野のガバナンス改善

第1番目の目標についてはMDG 4（乳幼児死亡率の削減）及びMDG 5（妊産婦の健康の改善）に対応するものである。これらの目標を達成するために、PNDS 2009-2018では以下を妊産婦・新生児ケアに必要なパッケージをコンポーネントとしている¹²。

- ① 家族計画の推進
- ② 質の高い産前健診の受診率向上
- ③ 妊産婦に対するシステムチックなヒト免疫不全ウイルス（HIV）検査
- ④ パルトグラム、帝王切開、輸血の利用を伴う分娩介助の一般化
- ⑤ 必須新生児ケアの遂行
- ⑥ 産後健診受診率向上
- ⑦ 低体重児への適切な処置
- ⑧ HIV陽性の女性に対する抗レトロウイルス（ARV）予防服薬

¹¹ PNDS 2009-2018, pp.31-32。目標数値として、2020年までに妊産婦死亡率を出生10万当たり200、新生児死亡率を出生1,000当たり16とすることが掲げられている。

¹² PNDS 2009-2018, p.33

(2) 分野別中期支出枠組み (CDSMT 2011-2013)

分野別中期支出枠組み (Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme、以下「CDSMT 2011-2013」)は、セネガル保健分野の中期プログラム及びそれに係る支出枠組みである。その目標はPNDS 2009-2018と同様であり、「妊産婦、新生児、乳幼児、青少年保健 (Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et l'adolescent)」が「妊産婦及び乳幼児死亡率・罹患率の低減」のためのプログラムのひとつとなっている。CDSMTは定期的にレビューされる。妊産婦・新生児ケアに関しては、妊産婦死亡率及び新生児死亡率をパフォーマンス指標、産前検診受診率(1回目)、施設分娩率、有資格者介助分娩率、産後検診受診率をプロセス指標として掲げている。¹³

妊産婦・新生児ケアに係る具体的な活動としては、保健ポスト長 (Infirmier Chef de Poste : ICP) 及び助産師に対するトレーニングに言及されている。

(3) リプロダクティブヘルス戦略計画 (Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction 2012-2015)

リプロダクティブヘルス戦略計画 2012-2015は、PNDS 2009-2018の目標のひとつ、「妊産婦及び乳幼児死亡率・罹患率の低減」達成のための戦略計画である。同戦略は、①リプロダクティブヘルスサービス利用の増加、②リプロダクティブヘルスサービスの質改善、③リプロダクティブヘルスプログラムに係るリーダーシップ及びマネジメントの改善、の3点を目標としている。

このうち、①のサービス利用増加に対しては、コミュニティに対するアプローチを基本とした、需要を喚起する戦略が中心である。②のサービスの質改善に対しては、人材育成やリプロダクティブヘルス実施手順書 (PNP) の普及を行い、サービスの供給面を改善する戦略である。

2-2-3 母子保健サービス供給体制

セネガルにおける医療施設の数、表2-2のとおりである。同国は14州に分かれており、各州に州医務局 (Région Médicale) が配置され、少なくとも1カ所の病院がある。

各州には3～10の保健区 (District Sanitaire) があり、その数は全国で76である。各保健区には少なくとも1カ所の保健センター (Centre de Santé) が配置され、50床程度の病床を有する。保健センターの傘下には、複数の保健ポスト (Poste de Santé) がある。この保健ポストを拠点として行われる巡回診療の場となるのが保健小屋 (Case de Santé) である。

表2-2 セネガルにおける医療施設の数 (州別)

州	人口	保健区	病院	保健センター	保健ポスト	保健小屋
ダカール	2,592,190	10	12	21	164	26
ジュールベル	1,356,796	4	2	6	111	69
ファティック	724,344	7	1	7	89	131
カフリン	558,042	4	1	4	51	102

¹³ CDSMT 2011-2013, pp.37-38

カオラック	795,906	4	1	4	90	228
ケドゥグ	129,907	3	1	3	28	56
コルダ	603,960	3	1	3	69	160
ルーガ	857,941	8	2	8	76	270
マタム	550,593	4	1	4	75	27
サンルイ	901,036	5	3	5	107	155
セディウ	431,236	3	1	3	43	54
タンバクンダ	642,833	7	1	7	86	102
ティエス	1,658,445	9	5	9	152	259
ジガンシヨール	713,441	5	2	5	99	83
合計	12,516,670	76	34	89	1,240	1,722

出典：Service National de l'Information Sanitaire (SNIS), Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Annuaire Statistique 2010

医療施設のうち、医師が配置されるのは保健センターまでである。保健ポスト運営の中心となるのは看護師である保健ポスト長（ICP）で、その下に副ICP及び助産師が配置されることになっている。各州における医師・看護師・助産師の配置状況は、表2-3のとおりである。セネガルにおいては、特に農村部において助産師が配置されていない保健ポストがある一方で、約1,000人の助産師が失業状態にあるといわれている。

表2-3 セネガルにおける医師・看護師・助産師の数（州別）

州	医師	看護師	助産師
ダカール	77	207	252
ジュルベル	13	93	32
ファティック	6	41	41
カフリン	7	101	101
カオラック	10	117	117
ケドゥグ	6	41	41
コルダ	4	41	11
ルーガ	12	89	33
マタム	6	53	11
サンルイ	11	125	24
セディウ	5	49	14
タンバクンダ	10	96	29
ティエス	31	225	109
ジガンシヨール	12	95	20
合計	210	1,373	835

出典：Service National de l'Information Sanitaire (SNIS), Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Annuaire Statistique 2010

2-3 保健医療分野の援助動向

2-3-1 日本の対セネガル保健分野支援動向

(1) これまでの実績

JICA ポジションペーパー「JICA の保健分野の協力 ―現在と未来―」（2010 年）に明記されているとおり、JICA は「人間の安全保障」の理念に基づき、途上国において、最も必要としている人々に必要な保健・医療サービスが着実に届く体制づくりをめざしている。その中で、母子保健は重点領域のひとつとされている。

また、外務省の「国際保健政策」（2010 年 9 月）においても MDG 4 及び MDG 5 の達成が目標のひとつとされ、そのための支援パッケージとして、コミュニティ・医療施設両面における予防・ケアの強化及びコミュニティと医療施設両面をつなぐ切れ目ないケアが可能となるような保健システムの強化をめざす「EMBRACE（Ensure Mothers and Babies Regular Access to Care）モデル」が提示されている。したがって、本プロジェクトの目標及びアプローチは当該開発課題に対する日本及び JICA の支援方針に合致するものであるといえる。

セネガルの保健分野に対する日本の協力プログラムとの関連については、「対セネガル共和国 国別援助方針」（2012 年 5 月）にあるとおり、重点分野のひとつとして「基礎的社会サービスの向上」が挙げられており、母子保健分野の支援を中心に国際機関や他ドナーとの連携を進めつつ、MDGs 達成を支援する方針である。より具体的には、本プロジェクトは現在形成中の協力プログラム「保健システム強化」に位置づけられる。すなわち、無償資金協力による保健施設の整備や研修による保健人材の能力開発を通じた保健システムの基盤強化、そして「タンバクンダ州及びケドゥグ州保健システムマネジメント強化プロジェクト（Projet de Renforcement du Management du Système de Santé dans les Régions de Tambacounda et Kédougou : PARSS）」（2011～2014 年）やアジア・アフリカ知識共創プログラム（Asia-Africa Knowledge Co-creation Program : AAKCP）「きれいな病院広域プログラム」（2007～2013 年）によるマネジメントの強化との相乗効果を図るかたちで、個別課題としての母子保健サービスの改善を通じて保健システムの強化をめざすのが、「タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト（別称：安全なお産プロジェクト）」（2009～2011 年）及びその後継案件である本プロジェクトの役割である。また、保健省大臣官房に配属されている保健行政アドバイザー（2011～2013 年）の存在が、これらの多様なコンポーネント同士の相乗効果を更に高める役割を果たす。

なお、1976 年の対セネガル経済協力開始以来、日本は基礎生活（保健、教育、水）などの分野を中心に支援を継続しており、上記のほかにも州病院や保健センター、国立保健医療・社会開発校（École Nationale de Développement Sanitaire et Social : ENDSS）に対する無償資金協力、協力隊派遣、「保健人材開発促進プロジェクト」などの技術協力プロジェクトの実績がある（表 2-4 参照）。

表 2-4 日本の対セネガル保健分野支援実績（2000 年以降）

	案件名	実施期間
無償資金協力	母子保健強化・マラリア対策計画	2000 年
	国立保健医療・社会開発学校整備計画	2001～2003 年
	タンバクンダ州及びケドゥグ州保健施設整備計画	2008～2010 年
技術協力	保健人材開発促進プロジェクト	2001 年 11 月～2006 年 10 月
	青少年 STI/HIV 感染予防啓発プロジェクト	2005 年 2 月～2007 年 3 月
	タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト	2009 年 1 月～2011 年 12 月
	タンバクンダ州及びケドゥグ州保健システムマネジメント強化プロジェクト	2011 年 3 月～2014 年 2 月

出典：外務省『ODA 国別データブック』

(2) 「タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト」について

セネガルにおける妊産婦・新生児ケアの課題に対処すべく、セネガル保健省（現在）及び JICA は 2009 年 7 月から 2011 年 12 月まで、技術協力プロジェクト「タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト」を実施した。医師・看護師・助産師（以上、有資格者）による産前健診受診率、有資格者介助分娩率、産後健診受診率がセネガル国内でもとりわけ低いこれら 2 州において、同プロジェクトはタンバクンダ州のタンバクンダ保健センター及びコチャリ保健ポストをパイロット施設として、「人間的なお産」、「継続ケア」、「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」をコンセプトに活動を行った。その結果、①コミュニティと医療施設スタッフのコミュニケーション、②上記コンセプトの関係者との共有、③ 5S-KAIZEN 活動を通じた医療施設内環境改善、④根拠に基づく妊産婦・新生児ケアの実践、⑤行政と連携した各種サポート活動（継続的トレーニング、施設・機材整備、リファラル／カウンターリファラル強化、モニタリング・評価）をコンポーネントとする「PRESSMN モデル」（図 2-6 及び 2-7）が形成され、その実践に必要な詳細を記載した活動表とその実践のためのマニュアルや、コミュニケーションツールが作成された。これに加え、既存のリプロダクティブヘルス実施手順書（PNP）に「人間的なお産」のコンセプトが反映されるなど、セネガル母子保健分野に大きなインパクトをもたらしてきた。

本プロジェクト「母子保健サービス改善プロジェクトフェーズ 2」は、前フェーズにおけるこれらの成果を、セネガル国内に普及させることを目的とするものである。

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

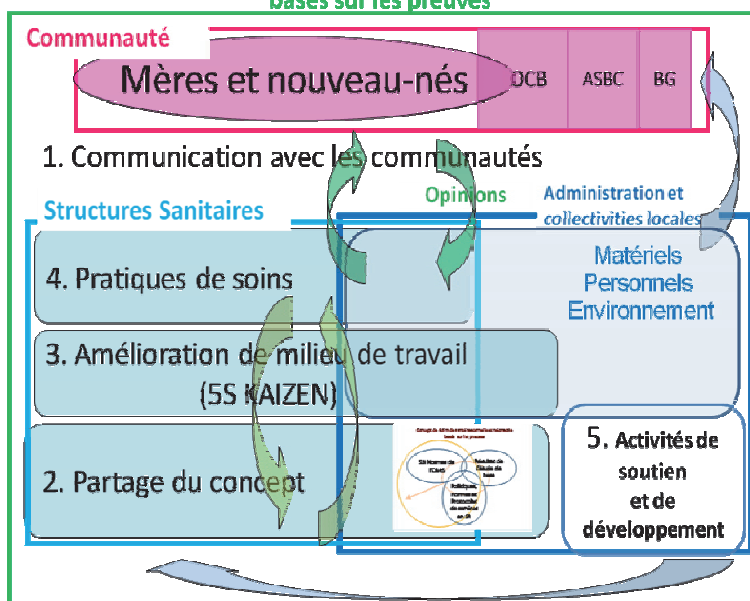


図 2 - 6 PRESSMN モデルの概念図



出典：Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Prévention (2011),
Soins de Santé Maternelle et Néonatale Basés sur les Preuves :
Manuel de Mise en Oeuvre, p35

図 2 - 7 PRESSMN モデルを描いたポスター

2-3-2 他開発パートナーの支援動向

ここでは、セネガルの保健分野を支援する開発パートナーの動向のうち、本プロジェクトと関連が深いと思われるものについて述べる。

(1) 米国国際開発庁 (USAID)/ IntraHealth

米国 NGO である IntraHealth は、USAID の保健システム強化 5 年プロジェクトを受託し、医療施設に対して保健サービス統合パッケージ (Paquet Intégré des Services : PIS) の普及を行っている。PIS は、母子保健、マラリア対策、結核対策、HIV/AIDS 対策、栄養改善の 5 つをコンポーネントとして、これらのサービスの質改善を図る。そのためのアプローチとして、IntraHealth は Tutorat Plus と呼ばれるチューター制度を用いる。

2012 年はキディラ保健区 (タンバクンダ州)、サラヤ保健区 (ケドゥグ州) など、カフリン州を除く 13 州の 15 保健区、2013 年は 25 保健区にて活動を開始し、その後 IntraHealth が対象とする保健区を増やし、2016 年までには国内全保健区をカバーする予定である。

PIS の母子保健分野においては、本プロジェクト前フェーズの成果物である PRESSMN モデル実施マニュアルやリプロダクティブヘルス実施手順書 (PNP) の活用が期待できる。

(2) ベルギー

2011 年より 4 年間にわたり、5 州 (ティエス、ジュルベル、ファティック、カオラック、カフリン) 保健プログラム (Programme Santé dans les Régions de Diourbel, Fatick, Kaffrin, Kaolack et Thies) の下で、「保健ガバナンス支援プロジェクト (Projet d'Appui à la Gouvernance Santé : PAGOSAN)」及び「保健サービス需要・供給支援プロジェクト (Projet d'Appui à l'Offre et la Demande des Soins : PAODES)」を実施している (支援総額 5,000,000 ユーロ)。

このうち PAODES については現場レベルの保健システム強化をめざすものである。5 州のうち 3 保健区 [ソコン (ファティック州)、クンゲル (カフリン州)、バンベイ (ジュルベル)] において、保険システム導入など保健システム強化をめざしたもので、それをベースとして妊産婦・新生児ケア改善の加速が期待できる。

(3) その他

フランスが、ルーガ州に限定して州病院、保健センターなどの建設・改修を計画するなど、インフラ整備を軸に支援を行う予定である。5S-KAIZEN 活動や本プロジェクトの前フェーズの成果については高く評価しているものの、ルーガ州医務局長の理解を得られるまでには至っていない。同州医務局長の賛同が得られれば、「人間的なお産」のコンセプトを保健センター等の設計に反映させることが可能となる。

また、国連児童基金 (UNICEF) が、POPAEN と呼ばれる 5 年プログラム (Plan opérationnel pour le passage à l'échelle nationale des interventions à haut impact sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans) (2012 ~ 16 年) を実施している。このプログラムでは、栄養改善、予防接種、母子保健、マラリア対策、下痢対策などにおいて、インパクトの高い介入パッケージを保健区レベルに導入することをめざす。USAID/IntraHealth の PIS 同様、介

入パッケージには母子保健を含むことから、PRESSMN モデル実施マニュアルや PNP の活用が期待できる。

2-4 母子保健サービス改善に係る関係機関・部署の現状と課題

調査結果から、本プロジェクトの関係機関・部署の現状と課題について、以下のようにまとめることができる。なお、「研修」の欄は、プロジェクト成果1及び成果2の達成に向けて、当該機関がどのように貢献できると予想されるかを示すものである。「研究」の欄は、プロジェクト成果4の達成に向けて、当該機関がどのように貢献できると予想されるかを示すものである。

機関	現状	研修	研究	課題
保健省 リプロダクティブヘルス課	プロジェクトの中核となるC/P機関。プロジェクトの具体的な実施計画案を策定する。	研修実施計画を作成する。また、スーパービジョンを実施、監督する。	研究内容を理解し、大学などの関係者との間で適切に行われることを管理する。	今後、プロジェクト実施のコアチームを編成して、具体的な計画を策定する。コアチームの機動力が課題である。
保健省 人材局	助産師の配置に関してプロジェクトは現場の情報を提供し、改善を促す。	特になし。	特になし。	雇用されていない助産師の配置がプロジェクトにとっても最大の課題である。
ガスパール・カマラ保健センター（ダカール州内）	シセ教授の指導を受け妊産婦ケアは改善している。PRESSMINモデルの都市型モデルと位置づける。	プロジェクトが実施する研修（TOTなど）の実施場所となり得る。	特になし。	モデルに対する理解をスタッフと共に深め、モデルを実践している保健センターとして自他共に認識できる。
タンバクンダ州 医務局	前プロジェクトで確立したモデルを更に州内に拡大する段階に入っている。	州医務局長、タンバクンダ保健センター長、州リプロダクティブヘルス・コーディネーターなどのトレーニングの指導者となる。	研究実施サイトとなる可能性はある。	モデルの実施拡大を行うために、プロジェクトとして具体的にどのような支援が必要かを明確にする。

ケドゥグ州医務局	前プロジェクトで導入されたモデルを実際に州内で実施する。	パイロットユニットが明示され、研修が行われる予定。	研究実施サイトとなる可能性はある。	モデルのパイロットユニットを実施するためには、州レベルでのコアユニットが確立される必要がある。
ENDSS	PRESSMN モデルを助産師・看護師の基礎教育カリキュラムに加える活動に参与する。	現時点では特に研修は含まない。	特になし。	カリキュラムの変更へのステップを明確にし、関係者間での合意を得ることが課題である。
ダカール大学 産婦人科 新生児科 公衆衛生	拡大ワーキンググループの技術アドバイザーとして、プロジェクトの計画・実施や研究などに助言をもらう。	特になし。	モロー教授、シセ教授（産婦人科）、オスマンジャイ教授（新生児科）、パパンジャイ教授（公衆衛生）らと共に研究計画を作成し、実施する。	研究内容及び役割分担に関する合意形成が課題である。
助産師協会 看護師協会 産婦人科医会	拡大ワーキンググループのメンバーとして、それぞれの職能分野からプロジェクトを支援してもらう。	研修時にリソースパーソンとして職能団体の協力を得る。アドボカシーも職能団体を通じて行う。	助産師のコンピテンシーにかかわる研究の場合には、助産師協会が関係する。	プロジェクト活動を正しく認識してもらい、協力関係を確立することが課題である。
パートナー UNFPA USAID WHO UNICEF ベルギー フランス	プロジェクトの進行に伴い、関係する機関には拡大ワーキンググループのメンバーに加わってもらう。各パートナーがかかわる州で本プロジェクトとの協調、協働を積極的に進める。	研修が協力して同時期に実施できることが望ましい。	特になし。	各パートナーが実施する研修に本プロジェクトにかかわる研修が組み込まれること。研修マニュアルやツールが共有できることが望ましい。

2-5 本プロジェクトの基本計画

2-5-1 案件概要

(1) 目的

本プロジェクトはセネガルにおいて、前フェーズで構築された PRESSMN モデルを全国へ普及するための体制整備(中央及び州レベル)、同モデルの看護師・助産師育成カリキュラムへの反映、そしてモデル普及による効果の評価を行うことにより、PRESSMN モデルの全国普及に向けてモデルの拡大を実施し、もってセネガルにおける妊産婦・新生児ケアの改善と、妊産婦死亡率及び新生児死亡率の低減に寄与するものである。

(2) プロジェクトサイト／対象地域名

セネガル全土 (人口約 1,256 万人)

(3) 受益者 (ターゲットグループ)

PRESSMN モデル実施施設を利用する妊産婦及び新生児 (約 16 万 4 千人)

(4) 事業スケジュール (協力期間)

2012 年 11 月～2016 年 10 月を予定 (計 48 カ月)

(5) 総事業費 (日本側)

約 3.3 億円

(6) 相手国側実施機関

セネガル保健省 [官房、保健局 (特にリプロダクティブヘルス課)、人材局]、国立保健医療・社会開発校 (ENDSS)

保健省については、2012 年中に組織改編が行われる予定である。改編後、保健局は保健総局 (Direction Générale de la Santé)、リプロダクティブヘルス課は母子保健局 (Direction Chargée de la Santé de la Mère et l'Enfant) となる。

(7) 投入 (インプット)

1) 日本側

長期専門家 (3 名、それぞれ 48 MM 予定)

短期専門家 (必要に応じて)

本邦研修・第三国研修

国際会議・学会・ワークショップ参加

機材供与

2) セネガル側

プロジェクトダイレクター：保健局長 (改編後：保健総局長)

プロジェクトマネージャー：保健局リプロダクティブヘルス課 課長 (改編後：保健総局母子保健局 局長)

妊産婦・新生児ケアにかかわる医療従事者 (約 500 人)

プロジェクト執務スペース
プロジェクト活動に必要な予算措置

2-5-2 協力の枠組み

(1) 協力概要

- 1) 上位目標：妊産婦・新生児ケアの改善を通じて、セネガルにおける妊産婦死亡率及び新生児死亡率が低減する。

<指標> [CDSMT 2011-2013 に掲載されている以下の指標 (2016 年以降実施予定の EDS にて入手可)]

1. 妊産婦死亡率： 出生 10 万当たり 392 (EDS 2010-11、以下同じ)
2. 新生児死亡率： 出生 1,000 当たり 29
3. 産前健診の受診率： 50% (有資格者により 4 回以上受診)
4. 施設分娩率： 73%
5. 有資格者介助分娩率： 65%
6. 産後健診の受診率： 68% (産後 2 日以内の受診)

- 2) プロジェクト目標：PRESSMN モデルの全国普及に向け、モデルの拡大が実施される。

<指標>

1. タンバクンダ州及びケドゥグ州の 10 保健区中 7 保健区において、PRESSMN モデルが実施されること。
2. その他 12 州の 66 保健区中 22 保健区において、PRESSMN モデルが実施されること。
3. PRESSMN モデル実施施設における施設分娩数がプロジェクト開始時より 20% 増加すること。なお、施設分娩数に関するデータは国家保健情報サービス (Service National de l'Information Sanitaire : SNIS) の枠組みで収集可能であるが、データの活用を確実なものとするため、本プロジェクトの活動 1-1 においても収集する。
4. PRESSMN モデル実施施設において 4 回目の産前健診を受診した女性の数がプロジェクト開始時より 20% 増加すること。なお、産前健診受診回数に関するデータは、本プロジェクトの活動 1-1 において収集する。

3) 成果及び活動

成果 1：保健省において、PRESSMN モデルの普及・拡大に向けた国レベルでの調整に関する体制が整備され、機能する。

<指標>

- 1-1. PRESSMN モデルが、保健省内のスケールアップ委員会 (Comité de passage à l'échelle) で承認されること。
- 1-2. PRESSMN モデルが、リプロダクティブヘルス課 (改編後：母子保健局) の

年間事業計画、及び PNP、リプロダクティブヘルス戦略計画などの枠組み文書に統合されること。

1-3. PRESSMN モデルの普及・拡大のための戦略が策定される。

<活動>

- 1-1. 保健省は、本プロジェクトのモニタリング・評価のために必要なデータ（医療施設における施設分娩数など）を収集するための、ベースライン調査、中間調査、エンドライン調査を実施する。
- 1-2. 保健省は、「拡大ワーキンググループ」¹⁴を開催する。
- 1-3. 保健省は、研修（TOT）プログラム、モニタリング・評価のメカニズムを含めた PRESSMN モデル普及・拡大戦略を策定し、省内スケールアップ委員会で承認する。
- 1-4. 保健省は、省内関連部局・州医務局・諸パートナー・大学関係者・その他関連団体に対して PRESSMN モデル普及・拡大戦略のアドボカシーを行うためのツール及びマテリアルを作成する。
- 1-5. 保健省は、州医務局に対して PRESSMN モデル普及・拡大戦略の共有ワークショップを開催する。
- 1-6. 保健省は、州医務局に対する研修（TOT）を行う。
- 1-7. 保健省は、PRESSMN モデルが実施されている州医務局に対するスーパービジョンを実施し、また州医務局間のピア・ビジョン¹⁵の実施を支援する。

成果 2 : セネガル国内 14 州医務局において、PRESSMN モデルの普及・拡大に向けた州レベルでの調整に関する体制が整備され、機能する。

<指標>

- 2-1. PRESSMN モデルをその年間事業計画（Plan de Travail Annuel : PTA）に統合した州医務局の数（目標値：全 14 州中 14 州）
- 2-2. PRESSMN モデル普及・拡大戦略を採用した州医務局の数（目標値：全 14 州中 14 州）
- 2-3. パイロットユニット¹⁶を選定した州医務局の数（目標値：全 14 州中 14 州）
- 2-4. パイロットユニットに対して研修を実施した州医務局の数（目標値：全 14 州中 12 州）

¹⁴ 合同調整委員会（JCC）とは別に「拡大ワーキンググループ（Groupe de Travail Elargi）」を設置することで、リプロダクティブヘルスや公衆衛生を専門とする大学教授や、産科医・助産師などの職能団体といった、直接の C/P 以外の関係者の巻き込みを図り、プロジェクトの方向性・戦略や各成果に関するさまざまな技術的・学術的知見を引き出しながら、プロジェクトを円滑に進めることが可能になる。

¹⁵ スーパービジョンが国レベル（保健省）から州レベル（州医務局）に対する指導・支援を意味するのに対し、ピア・ビジョンは州レベル（州医務局）同士の学び合いを主眼とした活動を意味する。

¹⁶ 保健センター 1 カ所及び当該保健センターと同一の保健区に所属する保健ポスト数カ所。

<活動>

- 2-1. 州医務局は、州行政官、地方自治体、保健委員会、NGO、民間部門を PRESSMN モデルについて啓発するためのワークショップを開催する。
- 2-2. 州医務局は、パイロットユニットに対する TOT を行う。
- 2-3. 州医務局は、通常のスーパービジョン業務の一環として、PRESSMN モデルが実施されているパイロットユニットに対するスーパービジョンを実施する。
- 2-4. 州医務局は、州レベルでの PRESSMN モデル普及・拡大戦略を策定するためのワークショップを開催する。

成果 3 : PRESSMN モデルが、国家看護師・国家助産師養成カリキュラムに統合される。

<指標>

- 3-1. PRESSMN モデルを統合した国家看護師・国家助産師養成カリキュラムが保健省に承認されること。

<活動>

- 3-1. 保健省及び ENDSS は、国家看護師・国家助産師養成カリキュラムの見直し・改訂に向け関係者を動員するためのワークショップを開催する。
- 3-2. 保健省及び ENDSS は、国家看護師・国家助産師養成カリキュラムを改訂する。

成果 4 : 研究を通じて、PRESSMN モデルの有効性が評価される。

<指標>

- 4-1. PRESSMN モデルの有効性検証について実施された研究の数。
- 4-2. 保健省のウェブサイトにおける、PRESSMN モデルの有効性に関する Key Findings の公表件数。
- 4-3. 学会における、PRESSMN モデルのインパクトに関する研究発表数。
- 4-4. ジャーナルに掲載された、PRESSMN モデルのインパクトに関する研究論文数。

<活動>

- 4-1. 保健省は、研究プロトコルを作成する。
- 4-2. 保健省は、研究を実施する。
- 4-3. 保健省は、研究によって得られた結果を公表・発表する。

2-5-3 本プロジェクトの実施体制

運営事務局と合同調整委員会（JCC）に加え、PRESSMN フェーズ 1 でも大きな役割を果たした拡大ワーキンググループ（Groupe de Travail Elargi）を設置することで、直接の C/P 以外の

関係者を巻き込み、プロジェクトの方向性・戦略やプロジェクト各成果に関するさまざまな技術的・学術的知見を引き出しながら、プロジェクトを進めていくことが合意された。



図 2-8 プロジェクト実施体制図 (案)

<プロジェクト実施経費の先方負担分について>

プロジェクト活動のうち、先方の通常業務の一環として将来にわたり継続的に実施されていくことが望ましい活動、すなわち、保健省による州医務局に対するスーパービジョン（活動 1-7）や、州医務局による保健センター・ポストに対する TOT（活動 2-2）及びスーパービジョン（活動 2-3）といった活動に関する経費については、先方負担を求めることで合意した。2013 年 1 月から 12 月の間の活動分に係る先方負担額については、概算を作成・説明のうえ、約 1,500 万 FCFA（約 300 万円）ということで合意した。セネガルの 2013 年会計年度分の政府投資予算（Budget Consolidé d'Investissement : BCI）は既に各部局に配分済みということであったが、リプロダクティブヘルス課に配分済みの BCI から負担額を捻出できる見込み。

2-6 事前評価結果（5項目評価）

2-6-1 妥当性

以下の点からみて、本プロジェクトを実施する妥当性は非常に高い。

(1) セネガル保健分野のニーズに対するアプローチ

本プロジェクトは、セネガル保健分野のニーズに対して適切なアプローチをとっている。

EDS 2010-11 によると、セネガルにおける妊産婦死亡率及び新生児死亡率は改善をみせているものの依然として高く、有資格者による産前・産後健診、及び有資格者介助分娩についても、都市・農村間格差、州間格差がみられる。同国の妊産婦・新生児ケアに対する支援ニーズは、非常に高い。本プロジェクトはこのニーズに対して、PRESSMN モデルを用いて妊産婦・新生児ケアの質を改善し、コミュニティとの交流促進を通じてケア利用を

高めるというアプローチを採用している。供給・需要両面からの改善を図るこのアプローチは、適切であるといえる。

このような特徴をもつ PRESSMN モデルを、本プロジェクトはセネガル全国に普及させるための体制を整備する（成果 1 及び成果 2）。また、PRESSMN モデルの内容及びコンセプトを看護師・助産師教育に取り込む（成果 3）ことで、セネガルにおける保健人材の質の改善に貢献する。さらに、本プロジェクトにおいてリサーチを実施し、PRESSMN モデルの有効性を検証する（成果 4）。これらはいずれも、プロジェクト目標である「PRESSMN モデルの全国普及・拡大に必要であり、本プロジェクトにおいて適切にカバーされているといえる。

本プロジェクトにおけるアプローチの特徴のひとつとして、拡大ワーキンググループ（Groupe de Travail Elargi）の存在を挙げることができる。セネガル産婦人科・小児科トップの知識層がメンバーとして参加するこのワーキンググループは前フェーズから存在し、PRESSMN モデルの構築に大きく貢献し、モデルの全国展開に道を開くこととなった。本プロジェクトにおいて、引き続き拡大ワーキンググループを活用すること（活動 1-2）は、適切であるといえる。

（2）セネガルの政策・計画に対する整合性

本プロジェクトは、セネガルの保健計画に十分に整合している。

セネガルにおける国家保健開発計画（PNDS 2009-2018）は、「セネガル国民全体が質の高い保健・医療サービスへアクセスすること」をビジョンとして、妊産婦及び乳幼児死亡率・罹患率の低下を目標のひとつとして掲げている。また、分野別中期支出枠組み（CDSMT 2011-13）においても、妊産婦及び乳幼児死亡率・罹患率低減のためのプログラムのひとつとして「妊産婦、新生児、乳幼児、青少年保健」を取り上げ、産前健診受診率（1 回目）、施設分娩率、有資格者介助分娩率、産後健診受診率向上のための取り組みを行うとしている。

本プロジェクトで普及・拡大を図る PRESSMN モデルは、「人間的なお産」コンセプトを反映したリプロダクティブヘルス実施手順書（PNP）に基づいた妊産婦・新生児ケアの質改善、5S-KAIZEN 活動を通じてケア提供の場である医療施設の環境改善、コミュニティとの交流を通じた「人間的なお産」などのコンセプトに関する理解促進をコンポーネントとして含む。これらはいずれも、産前・産後健診受診率の向上、分娩介助の一般化、必須新生児ケアの遂行に貢献する。また、CDSMT 2011-13 においては妊産婦・新生児ケアに係る保健ポスト長（ICP）及び助産師のトレーニングが言及されている。本プロジェクトの活動における「パイロットユニット（保健センター 1 カ所とその傘下の保健ポスト数カ所）」に対するトレーニングは、これに貢献するものである。

さらに、2012 年から 2015 年をカバーするセネガルのリプロダクティブヘルス戦略計画に対して、本プロジェクトで普及・拡大を図る PRESSMN モデルは、コミュニティを巻き込みながらサービス利用を促進させ、「人間的なお産」のコンセプトを反映させた PNP を通じて人材育成を行い、サービスの質を改善することに貢献する。

(3) 日本の対セネガル援助政策・計画に対する整合性

本プロジェクトは、日本の対セネガル援助政策・計画に十分に整合している。

「対セネガル共和国 国別援助方針」(2012年5月)によると、保健分野に対しては、重点分野のひとつである「基礎的社会サービスの向上」の中で、母子保健分野の支援を中心に国際機関や他ドナーとの連携を進めつつMDGs達成を支援する方針である。また、外務省の「国際保健政策」(2010年9月)においてもMDG4及びMDG5達成を目標のひとつとし、そのための支援パッケージとして、コミュニティ・医療施設両面における予防・ケアの強化、及びコミュニティと医療施設両面をつなぐシステムの強化を通じて、質の高いケアの実現をめざす「EMBRACE (Ensure Mothers and Babies Regular Access to Care) モデル」を提示している。

「JICAの保健分野の協力 ―現在と未来―」(2010年)では、JICAは「人間の安全保障」の理念に基づき、途上国で最も必要としている人々に必要な保健・医療サービスが着実に届く体制づくりをめざすとしている。その中で、母子保健は重点領域のひとつである(「JICAの保健分野の協力 ―現在と未来―」、p.3)。

また、JICAセネガル事務所の「事業展開計画」においては、「保健システム強化プログラム」の中で、「母子保健」及び「保健人材育成のための基盤整備」に重点を置き、協力をを行うとしている。このうち母子保健については、保健システムへのアクセス改善、提供するケアの改善、保健行政のマネジメント強化、住民の啓発活動、政策へのインプットにより、母と子の健康改善を図る計画である。

本プロジェクトは、以上述べたような日本の対セネガル援助政策・計画、JICAの保健分野に対する支援の方向性に整合している。

2-6-2 有効性

プロジェクト目標の明確さ、及び実現可能性を勘案すると、本プロジェクトの有効性は高いといえる。本プロジェクトの有効性を更に確実なものとするためには、開始時に具体的な全国展開戦略をつくり、セネガル側がそのための予算を確保し着実に遂行することが必要である。

プロジェクト目標「PRESSMNモデルのセネガル全国普及・拡大が実現する」は、以下の3つの指標によって明確に定義されている。

1. タンバクンダ州及びケドゥグ州の計10保健区中7保健区において、PRESSMNモデルが実施されること。
2. タンバクンダ州及びケドゥグ州以外の12州の計66保健区中22保健区において、PRESSMNモデルが実施されること。
3. PRESSMNモデルを実施している医療施設において、開始時と比較して分娩数が20%増加すること。

いずれも、目標値を含めて明確に定義されている。PRESSMNモデルの実施単位は、保健センター1カ所とその傘下の3カ所程度の保健ポストから成る「パイロットユニット」である。セネガルの保健区の多くにおいて保健センターの数は1つであることから、各保健区のパイロットユニットでPRESSMNモデルが実施されれば、PRESSMNモデルを実施している保健区としてカウントすることができる。

本調査の協議議事録（ミニッツ；M/M）に関する協議の結果、PRESSMN モデルの面的な普及・拡大を図る指標 1 及び指標 2 の目標値は、合計で「76 保健区中 29 保健区」（全体の 38%）となった。更に高い目標値を掲げるべきであるという意見もあったが、本プロジェクトの投入量及び 4 年間という実施期間を考慮した結果、妥当なレベルとして合意された。タンバクンダ及びケドゥグの 2 州については、前フェーズにおける経験、及び両州医務局長の高いコミットメントを勘案し、2 州医務局内 10 保健区（タンバクンダ 7、ケドゥグ 3）の 3 分の 2 に当たる 7 保健区において PRESSMN モデル実施をめざすこととなった。それ以外の 12 州については、医務局長のコミットメントなど不確実な要素があることから、全 66 保健区の 3 分の 1 に当たる 22 保健区における実施が目標値として定められた。

指標 3 の目標値設定にあたっては、前フェーズのパイロット施設であるコチャリ保健ポスト（タンバクンダ州）のデータを参考にした。同保健ポストにおいて、2011 年の分娩数は約 250 で、2010 年（100）と比較して 2.5 倍となった。目標値の「20%増」は、決して不可能な数値ではない。

2-6-3 効率性

本プロジェクトが効率的に実施される可能性は高いといえる。前フェーズの成果及び経験を生かし、少ない投入で成果を達成する可能性が十分にある。

長期専門家の配置も含めて、本プロジェクトに対する投入は、日本側・セネガル側ともに決して多くない。しかし、配置が予定されている長期専門家には前フェーズでの貢献実績があること、前フェーズにおいて作成された PRESSMN モデルのマニュアルは全国展開のためのツールとして活用可能であることなどが、本プロジェクト実施の効率性を高める要因として期待できる。また、セネガル側に関しても、プロジェクト計画策定時における実施機関、とりわけ保健省保健総局母子保健局のコミットメントの高さも、セネガル側の投入も、本プロジェクトの効率性に貢献すると考えられる。

また、前フェーズの成果達成に貢献した拡大ワーキンググループは、本プロジェクトにおいても、各成果の達成に効果的に活用されることが期待できる。

加えて、セネガルにおいて実施中の他の JICA プロジェクトの成果を活用できることも、本プロジェクトの効率性向上に貢献すると考えられる。2011 年より実施している「タンバクンダ州及びケドゥグ州保健システムマネジメント強化プロジェクト（PARSS）」では、州医務局及び保健区レベルにおける年間事業計画（PTA）ガイドライン策定、保健センターにおける 5S-KAIZEN 活動、保健ポストにおける運営改善を支援している。5S-KAIZEN は、PRESSMN モデルのコンポーネントのひとつとなっていることから、PARSS において作成されるマニュアル等の共有は可能である。また、本プロジェクトの活動である州レベルの研修についても、PTA の中で適切に計画されることが期待される。

2-6-4 インパクト

本プロジェクトが実施されることにより、以下のインパクトを得ることが期待できる。

本プロジェクトの上位目標は「セネガルにおける妊産婦・新生児ケアが改善することにより、妊産婦死亡率及び新生児死亡率が下がる」である。上位目標は、プロジェクト終了数年後に達成を期待されるものであるが、「セネガルにおける妊産婦・新生児ケアの改善」を評価するた

めのプロセス指標（産前健診利用率、施設分娩率、有資格者介助分娩率、産後健診利用率の4つ）については、PRESSMNモデルが実施される保健区では、実施が継続されることを通じて達成が期待できる。プロジェクト目標とされている76保健区中29保健区（指標1と指標2の合計）を超える保健区については、セネガル側による人材育成・配置及び予算措置にも依存する。

妊産婦死亡率及び新生児死亡率の低減についてはMDGs達成の観点からもモニターすることが必要であるが、達成については上記のプロセス指標改善後、更に時間を要するものと思われる。

これらの指標は、分野別中期支出枠組み（CDSMT）のモニタリング指標でもあることから、セネガル側としても入手は必須であり、入手先としては次回（2016年以降）の人口保健調査（EDS）の結果を用いることが可能である。したがって、上位目標を測る指標は適切に定義されているといえる。

2-6-5 自立発展性

以下の観点から、本プロジェクトの終了後にその有効性が持続する見込みはあると評価できる。人材面の課題が緩和されることにより、その可能性は更に高まる。

（1）政策面

現行のPNDSは2018年までカバーしていることから、本プロジェクトは全期間を通して、セネガルにおける保健政策・計画の主要プログラムを支援することとなる。同国における妊産婦・新生児ケアの重要性、その中における本プロジェクトの位置づけが変わることはないと考えられる。

（2）人材面

妊産婦・新生児ケアにかかわる人材の確保は、本プロジェクトの有効性を持続させるための大きな課題である。コチャリ保健ポストにみられるように、セネガルの農村部においては助産師が配置されていない保健ポストが数多く存在する。2010年において835人の助産師が雇用されている（2010年版『保健統計年鑑（Annuaire Statistique）』、p.32）半面、同国では約1,000人の助産師が失業状態にあるといわれる。本プロジェクトの成果3を通じて改訂されたカリキュラムを通じて育成された助産師が雇用されることを含めて、このアンバランスの解消を図っていくことが必要である。

また、セネガルには「マトロン」と呼ばれる助産に携わる人材が、特に農村部に存在する。マトロンは有資格者とは位置づけられていないが、医師・看護師・助産師が極端に少ない農村部における妊産婦・新生児ケアの現場には欠かせない人材である。保健省母子保健局によると、現在コルダ州（タンバクンダ州の南西隣）においてマトロンの積極的な活用を試みているという。この取り組みは進行中であるが、マトロンの公的な位置づけに影響を与える可能性もあることから、引き続き注目していく必要がある。

（3）財政面

妊産婦・新生児ケアに係る財政については、経済・財務省が保健分野向けに確保して

いる政府投資予算（BCI）の活用を期待することができる。2013年度分については母子保健局への配分額が確定しているが、本プロジェクトの活動〔研修及びモニタリング。2013年については、約1,500万FCFA（約300万円）〕について、セネガル側が負担することは可能であり、母子保健局もこれについて合意している。予算が確保されている範囲において、プロジェクトの有効性は持続すると考えられる。

また、他のJICAプロジェクトや開発パートナーとの連携・協働を通じて、PRESSMNモデル実施や普及・拡大の可能性が高まることも期待できる。PARSSが支援している年間事業計画（PTA）策定プロセスの中で妊産婦・新生児ケアに係る研修及びスーパービジョンを位置づけることができれば、それらの実施に係る財源確保の確実性は高まる。ベルギーのPAODES（保健サービス需要・供給支援プロジェクト）、米国NGOのIntraHealthなどのサイトにおいてPRESSMNモデルを実施することも、モデル普及・拡大に係る財源確保につながる。

第3章 事業実施における留意事項と課題

3-1 各成果を達成するうえでの留意点

成果1「保健省において、PRESSMNモデルの普及・拡大に向けた国レベルでの調整に関する体制が整備され、機能する。」の達成に向けた活動が円滑に実施されるためには、プロジェクトマネージャーの管轄下にある部局内にプロジェクト活動の日常のオペレーションを担う調整チームが形成され機能することが重要であり、C/Pともその認識を共有済みである。また、成果2「セネガル国内14州医務局において、PRESSMNモデルの普及・拡大に向けた州レベルでの調整に関する体制が整備され、機能する。」の達成に向けた活動が円滑に実施されるためには、州医務局におけるプロジェクト活動の調整担当者が確保されることが必要となり、C/Pともその認識を共有済みである。

成果1及び成果2に関する活動を通じて、保健省によって策定されるPRESSMNモデル普及・拡大戦略が州医務局によって適切に実施されるためには、保健省と州医務局との役割分担に基づく協働体制の構築が重要となる。すなわち、保健省はモデル拡大についての制度を構築のうえ、州医務局の主体性醸成を促進するようなかたちで州医務局に対するスーパービジョンや技術研修を行う。また、州医務局はPRESSMNモデルが実施される管轄下のパイロットユニットに対して指導者研修（TOT）及びスーパービジョンを実施し、さらにはパイロットユニット以外の保健施設へのPRESSMNモデル普及・拡大に関する計画を主体的に策定していくことが期待される。

成果1及び成果2が現任の母子保健サービス提供者に対するTOTや指導・支援によって達成されるものに対して、成果3「PRESSMNモデルが、国家看護師・国家助産師養成カリキュラムに統合される。」は、成果1・成果2を補完するかたちでプロジェクト目標の達成に貢献するものである。特に、ENDSSでは国家助産師・看護師の卒前養成カリキュラムへのPRESSMNモデルの組み込みが予定されているが、同校は、地方の人材養成センターでの養成カリキュラムの改訂/採用に先立ってモデルとなるカリキュラムが試行される場でもあるため、成果3が達成されれば、より上流からのモデルの普及・拡大への道筋が準備されることになる。

さらに、成果4「研究を通じて、PRESSMNモデルの有効性が評価される。」に関する活動により、PRESSMNモデル導入の効果に関する有意なエビデンスが得られれば、モデルの普及・拡大を促進するうえでの弾みとなることが期待でき、持続性の確保につながる。そのための研究手法などについては目下検討中であるが、プロジェクト目標の達成及びセネガルの母子保健政策への寄与を目的とするという研究の趣旨については関係者と合意済みである。

3-2 PRESSMNモデルの実施にあたる地方の保健人材について

保健人材の雇用及び僻地への配置に関しては、特に地方では助産師の不足が顕著であるところ、都市部において多数が失業状態にあるという助産師を地方に配置するための措置を講じるよう、引き続き先方政府の努力が求められる。ただし、PRESSMNモデル自体はそもそも人材が不足している地域における保健サービスの提供及びその質の確保ということを念頭に置いて構築されたものであるため、その実施に際しては保健人材の不足が直接的なボトルネックとなる事態は避けることができる見込みである。

人材養成・配置に関する課題のなかでも、養成後に雇用されず主に都市部で失業状態に陥っている助産師（1,000人余り）の雇用の問題は、PRESSMNモデル普及・拡大に伴い医療施設での

分娩数の増加が予想される以上、プロジェクト実施期間中に取り込まれるべき課題である。この問題認識は保健省側とも共有しているが、問題解決のための予算の確保も含め、引き続き先方と確認していく必要がある。マトロンの位置づけについては、保健省と関連機関の間で検討中とのこと。プロジェクトとしては先方の主体性を尊重しつつ、協議の方向性を見守ることとする。

また、この問題と関連して、さまざまなパートナー（大学関係者、職能団体、プライベートセクター、NGO、地方行政・地方自治体、コミュニティ・保健委員会など）への情報共有やアドボカシーを随時行うことで、プロジェクト活動の持続性及びインパクトを更に高めることの必要性も、先方と共有された。

3-3 先行案件からの教訓

3-3-1 PRESSMN モデルの定義について

前フェーズ「タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト」においては、PRESSMN モデルに関する共通認識を関係者間で醸成することに多くの時間が割かれたものの、最終的には同モデルを実施するための詳細を記したマニュアル等の成果文書が保健省によって承認されたことで、モデルは確立されたといえる。

今フェーズでは、モデルの普及・拡大をめざす以上、モデルの定義を明確にしておくことは必須であるため、PRESSMN モデルの趣旨を端的に分かりやすく表現することに一層留意する必要がある。この点については案件形成時に C/P と確認済みであり、その表現の一案については既に合意している。本プロジェクト開始後には、前フェーズで承認された成果文書を最大限活用するとともに、多様なステークホルダーに対して PRESSMN モデルの定義を早期に共有していくことが重要となる。

3-3-2 多様なステークホルダーの巻き込みについて

前フェーズ「タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト」においては、実施半ばから学会関係者、助産師協会等の職能団体、国立保健医療・社会開発校（ENDSS）などの多様な関係者がかかわったことから、妊産婦・新生児ケアに係るコンセプト及び PRESSMN モデル構築に時間を要したものの、これらの関係者を巻き込むことにより、結果的には PRESSMN モデルの全国普及・拡大への道筋が開かれることとなった。

今フェーズにおいては同モデルを普及・拡大していく際にも上述した多様な関係者の支援は不可欠であるため、プロジェクト開始段階から「拡大ワーキンググループ」を組織し協力体制を構築することが必要となる。そうすることで、大学教授陣や職能団体等の関係者に本プロジェクトの技術顧問としての役割を果たしてもらうことが期待される。

3-3-3 PRESSMN モデルの普及・拡大に際しての手順について

前フェーズ「タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト」においては、ベースライン調査に際し、当初想定されていなかったセネガル国倫理委員会による審査のための手続きが必要となったことにより、活動の進捗の一部に遅れが生じた。

今フェーズでは、モデルの普及・拡大に先立ち、保健省内の「スケールアップ委員会」にてモデル普及・拡大戦略が承認されることが条件となる旨、確認済みであり、当該委員会の責任者である保健省職員へも本プロジェクトの趣旨を説明済みである。

第4章 団長所感

1. セネガルは、日本国政府の「国際保健政策」（2011～2015年）のマルチバイ協力パイロット国である。タンバクンダ及びケドゥグの2州におけるこれまでの協力の成果（PRESSMNモデル）を他のドナーと共有し、その成果のスケールアップが可能であるという考え方に基づいて、2011年にパイロット国として選定された。今次案件は、他のドナーやセネガル国内の産婦人科学会など他の関係者との協調の上に保健省政策の中核に入り全国展開を行うものとして、高い妥当性を有している。
2. セネガル側のオーナーシップは大変高く、今後の協力実施のベースがあることを確信した。今後そのオーナーシップをより醸成していくように協力を実施することが望ましい。具体的には、PDMの議論のうち目標設定や含めるべき活動について、セネガル側から自発的に提案が提示され、先方の提案に沿って議論をスムーズに進めることができた。また、セネガル側の負担予算の手当てについても調査実施中に確認することができた。このような先方のオーナーシップは、PRESSMNフェーズ1や他のプロジェクトを通じての信頼の蓄積もさることながら、2010年から次官官房の技術顧問として派遣されている保健行政アドバイザーの存在に負うところも大きい。次官官房という各局を俯瞰する位置から保健省内のコンセンサス醸成を促進する、というカタリストとしての役割を果たしていただいていることが改めて認識された。
3. 先方との協議の結果、本案件のプロジェクト目標は「PRESSMNモデルの全国普及・拡大が実現すること」とした。「全国普及・拡大〔(仏) passage à l'échelle / (英) scaling-up〕」としたのは、当初の日本側の原案「普及が開始する」という文言では「サービスの質向上」という本案件の上位目標に照らして弱いのではないかと、むしろ普及活動の本来の目的である「サービスの質向上」をこそプロジェクト目標とすべきではないか、という懸念がセネガル側から示されたためである。他方で、日本側としては、サービスの質向上、さらにはMDG4及び5達成への貢献の重要性についての認識は共有しつつも、4年間のプロジェクト期間で達成可能な目標を、プロジェクトの外部条件に拠らずとも測定可能な指標と共に適切に設定する必要性を先方と共有した。その結果、上記のプロジェクト目標とともに、モデルが実施されている保健区の数と、モデルが実施されている保健施設における分娩数とを、プロジェクト目標の指標とすることが合意された。また、上位目標については、「サービスの質向上」だけでなく、このことを通じた「妊産婦・新生児死亡率の低減」という文言を含めることで、MDGs達成をめざすセネガル国の保健政策との関連性を明示することとした。
4. PRESSMNモデルに基づいた具体的なケアサービスの提供に際して、先方政府としては経済・財務省が保健分野プログラム向けに確保しているBCI（政府投資予算）の活用を予定しており、本プロジェクト終了までに段階的に増額できるよう努力される見込み。PRESSMNモデルの普及・拡大や実践・スーパービジョンに関する活動が、当該部局の年間事業計画（PTA）の中に統合され、ルーティン業務の一環として主体的に実施されることが、持続性の観点から重要となる。
5. 保健分野ポジションペーパー「JICAの保健分野の協力 ―現在と未来―」（2010年9月）において、実証的根拠（エビデンス）を活用した質の高い事業の実施を行っていくこととなっている。また、「保健分野におけるインパクト評価導入に係る指針」（2012年）においても、

モデルとして開発されたものがスケールアップ可能であることを実証するためにインパクト評価が重要となる旨が示されている。PRESSMN モデルがセネガルにおいてどの程度のエビデンスを有し得るのかについては未検証である。これを検証することを目的として、今次プロジェクトの中でインパクト評価を実施することとなっている（成果4）。これは、セネガル国内のローカルエビデンスとして PRESSMN モデルを確立させるために重要であるとともに、国内外に対して事業成果を発信していくために重要である。

6. 本案件は、母子保健の状況を改善することをめざした案件であるが、そのためには行政システムの強化が不可欠である。それに係る実施中の協力案件である PARSS との連携に基づき、特にキャパシティが比較的低い地方行政能力強化を行っていく必要がある。その際、保健省内の直接の C/P が異なることから、先方のオーナーシップを確保しつつプロジェクト間で協力することが肝要であると考えられる。

付 属 資 料

1. 調査日程表
2. 主要面談者リスト
3. セネガル国保健省組織図
4. 詳細計画策定調査協議議事録ミニッツ（仏語版、署名済み）
5. 合意文書 R/D（仏語版、署名済み）
6. PDM（仏語版、英語版）
7. PO（仏語版、英語版）

8/2	木	0930 ミニッツ署名 1000 フィードバック会議（於 次官官房会議室） 1345 JICA 事務所報告 1500 大使館表敬 2225 ダカール発
-----	---	---

2. 主要面談者リスト

セネガル側

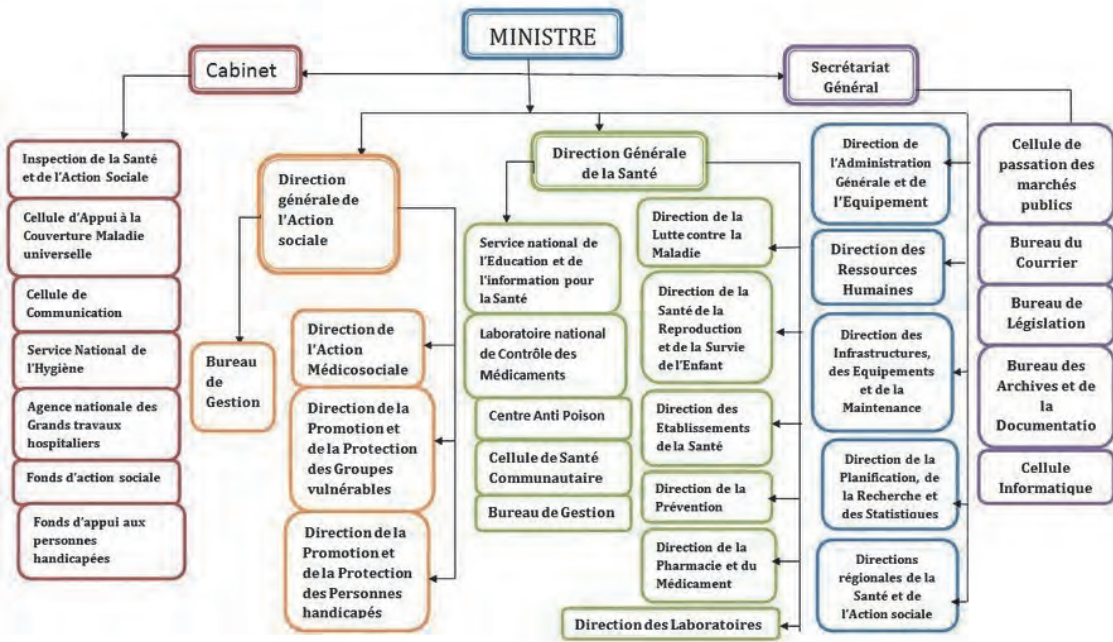
保健・社会活動省	
M. Moussa MBAYE	次官
Dr. Papa Amadou DIACK	保健局長
Dr. Bocar Mamadou DAFF	保健局リプロダクティブヘルス課長
Dr. Ndèye Codou LAKH	保健局プライマリーヘルス課長
El Hadji DIAGNE	人材局研修課長
経済・財務省	
M. Mamadou Moustapha BA	経済財務協力局長（臨時）
Mme. DIOUF	経済財務協力局 保健プログラム担当官
大学教授陣・研究者	
Prof. Papa NDIAYE	保健・開発研究所 副所長
Prof. CISSÉ	産科医協会長
Prof. Jean Charles MOREAU	ダンテック大学病院 産婦人科クリニック CGO 院長
M.NDIAYE	CEFOREP
国立保健医療・社会開発学校（ENDSS）	
Prof. Omar SYLLA	校長
M. Souleymane Baal ANNE	学術教育部長
Mme. Aïssatou Guèye NDECKI	基礎教育科長 / 助産師科長
M. Abdourahmane KANE	遠隔教育担当
ダカール州	
Dr. Marie-Khémessie Ngom NDIAYE	州医務局長
M. Mamadou Cissokho	州プライマリーヘルス監督官
タンバクンダ州	
Dr. Adrien SONKO	州医務局長
Mme Sow Khadyjatou BA	州リプロダクティブ・ヘルスコーディネータ
M. Mamadou WADE	タンバクンダ州保健研修センター長
Mme. Danfakha SOUMARÉ	タンバクンダ保健センター助産師長
M. Thierno DIALLO	コチャリ保健ポスト長

M. Alassane TOURÉ	クサナール保健ポスト長
M. Amadou DIALLO	グイ保健ポスト長
M. Amadou DOUCOURÉ	サレ・ギル保健ポスト長
Mme. Mariétou DIOUF	サレ・ギル保健ポスト助産師
Mme. Khady SAU	ポン保健ポスト長
ケドゥグ州	
M. Mouhamadou Moustapha SECK	州医務局総務担当
M. Diame DOUCOURÉ	州予防接種監督官
Dr. Keba NDIONG	ケドゥグ保健センター歯科医 (州医務局長の代理として)
M. Ibrahima BADJI	ディンディフェロ保健ポスト長
Mme. Mame Ngoné NDIAYE	ディンディフェロ保健ポスト助産師
M. Landing SAGNA	トンボロンコト保健ポスト長
Mme. Aïssatou SALL	トンボロンコト保健ポスト助産師

日本側

大久保 久俊	JICA セネガル事務所長
琴浦 容子	JICA セネガル事務所 所員
小野 知之	在セネガル日本大使館 経済協力班長
清 卓也	在セネガル日本大使館 書記官
永井 真理	保健・社会活動省大臣官房技術顧問（個別専門家）

3. セネガル国保健省組織図



COMPTE RENDU DES DISCUSSIONS
ENTRE
LA MISSION JAPONAISE DE L'ETUDE D'ELABORATION DU PLAN
DETAILLE
ET
LES AUTORITES CONCERNEES DE LA REPUBLIQUE DU SENEGAL
DANS LE CADRE DE LA COOPERATION TECHNIQUE JAPONAISE
POUR
LE PROJET DE RENFORCEMENT DES SOINS DE SANTE MATERNELLE
ET NEONATALE
AU SENEGAL

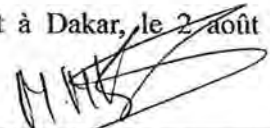
L'Agence Japonaise de Coopération Internationale (ci-après désignée la « JICA ») a envoyé la Mission de l'étude d'élaboration du plan détaillé (ci-après désigné la « Mission ») conduite par M. Satoru WATANABE pour la période du 26 juillet au 2 août 2012, dans le but de discuter et d'élaborer le plan directeur et le cadre de mise en oeuvre du projet de coopération technique intitulé « le Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale (PRESSMN) Phase 2 au Sénégal » (ci-après désigné le « Projet »).

La Mission a effectué, avec les autorités concernées du Sénégal, une série de discussions et échangé des points de vue sur le Projet. A l'issue des discussions, les deux parties ont convenu du plan directeur et du cadre de mise en oeuvre du Projet, comme mentionné dans le document ci-joint.

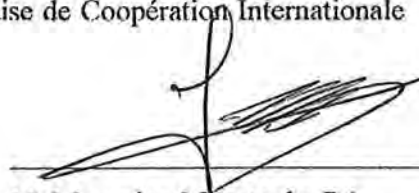
Fait à Dakar, le 2 août 2012



M. Satoru WATANABE
Chef de la Mission de l'Etude d'Elaboration du
Plan Détaillé
Agence Japonaise de Coopération Internationale
Japon



M. Moussa MBAYE
Secrétaire Général
Ministère de la Santé et de l'Action
Sociale
République du Sénégal



M. Mamadou Moustapha BA
Directeur par intérim de la Coopération économique et financière
Ministère de l'Economie et des Finances, République du Sénégal

DOCUMENT ATTACHE

I. OBJECTIFS DE L'ETUDE DU PLAN DETAILLE

L'étude du plan détaillé a pour objet de :

- 1) confirmer le contexte, le contenu et les changements éventuels de la requête déposée par le gouvernement du Sénégal ;
- 2) collecter les informations nécessaires pour effectuer une évaluation ex-ante;
- 3) discuter et élaborer le plan directeur et le plan d'opération du Projet avec le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (ci-après désigné le « MSAS »);
- 4) confirmer les activités et le calendrier avant le commencement du Projet; et
- 5) signer le Compte Rendu des discussions afin de confirmer ce qui est convenu dans les discussions entre les deux parties.

II. CADRE ESSENTIEL DU PROJET

Le cadre essentiel du Projet est décrit dans la version provisoire du Cadre logique du Projet ou le « PDM » (voir Annexe I). La version provisoire du Plan d'Opération est présentée dans l'Annexe II. Le cadre du Projet sera revu et reconsidéré avant la signature du Procès Verbal des discussions (ci-après désigné le « PV ») dont la version provisoire est présentée dans l'Annexe III.

1. Objectif du Projet

Le passage à l'échelle du modèle PRESSMN est réalisée au niveau national.

2. Titre, Durée, Objectif global, Résultats, Activités, Indicateurs, Intrants du Projet (Voir Annexe I)

3. Structure de mise en oeuvre du Projet

3.1. Administration

Le projet sera mis en oeuvre par le personnel suivant :

(1) Directeur du Projet (responsable de l'administration du Projet):

Directeur général de la Santé, MSAS

(2) Chef du Projet (responsable de la gestion et des enjeux techniques du Projet):

Directeur chargé de la santé de la mère et l'enfant, MSAS

(3) Equipe de coordination du Projet au sein de la Direction sous la compétence du Chef du Projet (chargée de la coordination nécessaire pour l'opération quotidienne du Projet, y compris l'élaboration et la mise en oeuvre du plan annuel du Projet) :



Composée de 6 membres représentant chacun des 6 bureaux de ladite Direction

(4) Experts de la JICA (donner des conseils et des recommandations techniques nécessaires au MSAS) dont le rôle et la spécialité seront :

- a) Conseiller en chef
- b) Conseiller / Accouchement
- c) Coordination / Santé maternelle, néonatale et infantile

3.2. Comité Conjoint de Coordination

Afin de permettre une organisation effective et efficace de la coopération technique pour le Projet, un Comité conjoint de coordination (ci-après désigné le « CCC ») sera mis en place. Le CCC se réunira au moins une fois par an et au besoin .

Les fonctions et la composition du CCC sont les suivantes :

(1) Fonctions

- a) approuver le plan annuel du Projet
- b) effectuer le suivi et l'évaluation du Projet
- c) examiner les questions majeures survenues au cours de la mise en oeuvre du Projet

(2) Composition

- a) Président : Secrétaire Général
- b) Membres:
 - Conseillère technique de la Coopération japonaise
 - Directeur général de la Santé / Directeur du Projet
 - Directeur chargé de la santé de la mère et l'enfant / Chef du Projet
 - Directeur des Ressources Humaines
 - Directeur de l'Ecole Nationale du Développement Sanitaire et Social (ENDSS)
 - Coordinatrice du Programme National de Qualité
 - Médecin chef de la région de Tambacounda
 - Médecin chef de la région de Kédougou
 - Experts japonais du Projet
- c) Observateurs:
 - Représentant de l'Ambassade du Japon
 - Représentant(s) du bureau de la JICA Sénégal
 - Autres organisations et/ou personnes invitées par le Président

3.3. Groupe de Travail Elargi

Un Groupe de Travail Elargi (ci-après désigné le « GTE ») sera établi sous l'autorité



du CCC, afin d'appuyer la gestion et la mise en oeuvre effectives et efficaces du Projet. Le GTE se réunira au moins deux fois par an et au besoin.

Les fonctions et la compositions du GTE sont les suivantes :

(1) Fonctions

- a) fournir des orientations stratégiques pour le Projet à la lumière de la politique nationale de santé du Sénégal
- b) fournir des conseils techniques pour le Projet à la lumière des tendances académiques
- c) contribuer à l'atteinte de l'Objectif du Projet par le biais de plaider auprès des parties prenantes

(2) Composition

- a) Président : Directeur chargé de la santé de la mère et l'enfant / Chef du Projet
- b) Conseillers techniques
 - Prof. Jean-Charles MOREAU, Titulaire de la chaire de Gynécologie obstétrique, Clinique de Gynécologie et Obstétrique (CGO), Université Cheikh Anta Diop (UCAD)
 - Prof. Cheikh Tidiane CISSE, Président de l'Association Sénégalaise des GynécologuesObstétriciens (ASGO)
 - Prof. Papa NDIAYE, Directeur des Etudes de l'Institut de Santé et Développement (ISED)
 - Prof. Ousmane NDIAYE, chef de service de néonatalogie, Hôpital Abbas Ndao
- c) Autres membres invités par le Président pour leur expertise après concertation avec le Conseiller en chef du Projet
- d) Observateurs:
 - Représentant(s) du bureau de la JICA Sénégal
 - Autres organisations invitées par le président après concertation avec le Conseiller en chef du Projet

4. Principaux Points Abordés

4.1. Appropriation du Projet

La partie sénégalaise et la partie japonaise ont convenu de l'importance de l'engagement de la partie sénégalaise tant au niveau central qu'au niveau régional en vue de la pérennisation des acquis du Projet.

4.2. Zone d'intervention du Projet



Elle couvre tout Sénégal. Les deux parties ont convenu de sélectionner, de manière concertée, les établissements sanitaires ciblés qui formeront les Unités Pilotes dans chacune des 14 régions. Chaque Unité Pilote sera composée d'un Centre de Santé et de quelques Postes de Santé appartenant au même district.

4.3. Bureaux du Projet

Les deux parties ont convenu d'assurer des bureaux fonctionnels pour les experts japonais au sein de la Direction sous la compétence du Chef du Projet ainsi que dans les régions médicales de Kédougou et de Tambacounda. Selon l'extension du Projet, les autres régions concernées vont aménager un espace de travail fonctionnel au moment opportun.

4.4. Personnel sénégalais chargé de la coordination des activités du Projet au niveau de chaque région

Vu la nécessité d'un tel personnel au niveau régional, la partie sénégalaise identifiera une personne capable d'assurer la gestion des outils administratifs et logistiques pour la préparation et le déroulement des activités du Projet. Les modalités relatives au développement et au renforcement des capacités administratives et logistiques au niveau régional seront discutées en détail après le démarrage du Projet.


4.5. Budget pour la mise à l'échelle du modèle PRESSMN

Les deux parties ont convenu que la partie japonaise va procéder à l'estimation du budget nécessaire à la mise à l'échelle du modèle PRESSMN. Le MSAS, de concert avec le Ministère de l'Economie et des Finances, va travailler dès le début du mois de septembre 2012 à inscrire la contrepartie sénégalaise dans le Budget Consolidé d'Investissement pour la durée du Projet.

4.6. Portée de l'étude des effets du modèle PRESSMN (Résultat 4 mentionné dans le PDM) : Elle sera définie de sorte que cette étude contribue à l'accomplissement de l'Objectif du Projet ainsi que de la politique nationale de la santé maternelle et néonatale du Sénégal.

III. CALENDRIERS

Le PV sera élaboré et signé par les deux parties avant le lancement du Projet qui est prévu pour novembre 2012. Au préalable, les deux parties conviendront du contenu du PV et du cadre essentiel du Projet, i.e. PDM et PO.

Handwritten signature and initials in black ink, located in the bottom right corner of the page.

Liste des Annexes

- Annexes I Cadre logique du Projet (PDM)
Annexes II Plan d'opération (PO)
Annexes III Avant-Projet du Procès Verbal des Discussions

Handwritten signature and initials in black ink, consisting of a stylized name and a checkmark-like symbol below it.

Cadre Logique du Projet (PDM)

Titre du Projet: Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale (PRESSMN) au Sénégal Phase II

Version: 0

Date de dernière mise à jour: 2 août 2012

Durée: 4 ans de Novembre 2012 à Octobre 2016

Zone cible: Tout le Sénégal

Agence de mise en œuvre: Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (Le Cabinet, Direction générale de la Santé esp. Direction chargée de la santé de la mère et l'enfant, Direction des Ressources Humaines, et l'École Nationale du Développement Sanitaire et Social (ENDSS))

Bénéficiaires: Femmes enceintes et nouveaux-nés au Sénégal

Sommaire narratif	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Moyens de Vérification	Préconditions importantes
<p>Objectif Global Le MMR et le NMR sont réduits à travers l'amélioration des services de santé maternelle et néonatale au Sénégal.</p>	<p>Indicateurs ci-dessous mentionnés dans le Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme (CDSMT) 2011-13</p> <p>(1) Taux de mortalité maternelle (2) Taux de mortalité néonatale (3) Taux d'utilisation de la consultation prénatale (CPN) (4) Proportion d'accouchements effectués dans les structures sanitaires (5) Proportion d'accouchements effectués par du personnel qualifié (6) Taux de consultation post natale (CPoN)</p>	<p>Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples (EDS-MICS)</p>	
<p>Objectif du Projet Le passage à l'échelle du modèle PRESSMN est réalisée au niveau national.</p>	<p>(1) 7 des 10 Districts Sanitaires mettent en œuvre le modèle PRESSMN dans les Régions de Tambacounda et Kédougou. (2) 22 des 66 Districts Sanitaires mettent en œuvre le modèle PRESSMN dans 12 Régions à part Tambacounda and Kédougou. (3) Nombre d'accouchements effectués dans les structures sanitaires appliquant le modèle PRESSMN augmente de 20% en moyenne.</p>	<p>(1) Rapports du Projet (2) Rapports du Projet (3) Statistique annuelle du Service National de l'Information Sanitaire (SNIS)</p>	
<p>Résultats 1. La structure de coordination nationale du modèle PRESSMN est établie et fonctionnelle au MSAS.</p>	<p>1(1) Le modèle PRESSMN est validé par le Comité de passage à l'échelle. 1(2) Le modèle PRESSMN est intégré dans le plan de travail annuel de la Direction chargée de la santé de la mère et l'enfant et dans les documents cadres (PNP, Plan stratégique de la santé de la reproduction, etc). 1(3) La stratégie pour la vulgarisation et l'extension du modèle PRESSMN est définie.</p>	<p>Rapports du Projet</p>	
<p>2. La structure de coordination régionale du modèle PRESSMN est établie et fonctionnelle dans les 14 Régions Médicales.</p>	<p>2(1) Nombre de Régions Médicales qui ont intégré le modèle PRESSMN dans leurs Plans de Travail Annuel (PTA). 2(2) Nombre de Régions Médicales qui ont adopté la stratégie de vulgarisation et d'extension du modèle PRESSMN. 2(3) Nombre de RM qui ont sélectionné les "Unités Pilotes" 2(4) Nombre de RM qui ont effectué la formation aux "Unités Pilotes"</p>	<p>Rapports du Projet</p>	
<p>3. Le modèle PRESSMN est intégré dans les curricula des Infirmiers Diplômés d'État (IDE) et des Sages-femmes d'État (SFE).</p>	<p>3. Validation des curricula des IDE et SFE intégrant le modèle PRESSMN</p>	<p>Curricula de l'ENDSS</p>	
<p>4. Les effets du modèle PRESSMN sont évalués par des études.</p>	<p>4(1) Nombre d'études réalisées. 4(2) Nombre de publication des constats sur l'efficacité du modèle PRESSMN sur le site web du MSAS 4(3) Nombre de présentation des résultats d'études d'impact du modèle PRESSMN à des conférences académiques 4(4) Nombre de publication des résultats d'études d'impact du modèle PRESSMN sur des journaux académiques</p>	<p>4(1) Rapport d'études 4(2) Site web du MSAS 4(3) Présentation à des conférences académiques 4(4) Articles publiés sur des journaux académiques</p>	
<p>Activités</p>	<p>Intrants</p>		

1-1 Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) effectue des études de base, intermédiaire et finale pour collecter des données nécessaires pour faire le suivi et l'évaluation du Projet, à savoir le nombre d'accouchements effectués dans les structures sanitaires, etc.

1-2 Le MSAS organise un "Groupe de Travail Elargi".

1-3 Le MSAS élabore et valide une stratégie de vulgarisation et d'extension au niveau national du modèle PRESSMN, qui comprend le programme de formation des formateurs et le mécanisme de suivi et d'évaluation, avec le Comité de passage à l'échelle.

1-4 Le MSAS élabore des outils et matériaux du plaidoyer pour la vulgarisation et d'extension du modèle PRESSMN auprès des directions concernées du MSAS, des RM, des partenaires, universitaires, et des associations concernées.

1-5 Le MSAS organise des ateliers de partage de la stratégie de vulgarisation et d'extension du modèle PRESSMN auprès des RM.

1-6 Le MSAS organise la formation des formateurs auprès des RM.

1-7 Le MSAS organise la supervision des RM où la mise en oeuvre du modèle PRESSMN est en cours, ainsi que des examens par les pairs entre les RM.

2-1 Les RM organisent des ateliers pour sensibiliser au modèle PRESSMN les administrateurs régionaux, les collectivités locales, les comités de santé, des ONGs, et des acteurs privés.

2-2 Les RM organisent la formation des formateurs auprès des "Unités Pilotes"

2-3 Les RM supervisent, dans leurs activités régulières de supervision, les "Unités Pilotes" où le modèle PRESSMN est mis en oeuvre.

2-4 Les RM organisent des ateliers pour élaborer un plan de vulgarisation et d'extension du modèle PRESSMN au niveau régional.

3-1 Le MSAS et l'ENDSS organisent des ateliers pour mobiliser des parties prenantes en vue de réviser et de modifier les curricula des IDE et des SFE.

3-2 Le MSAS et l'ENDSS modifient les curricula des IDE et des SFE.

4-1 Le MSAS élabore un protocole d'études.

4-2 Le MSAS effectue les études.

4-3 Le MSAS diffuse les constats et les résultats acquis à travers les études.

Partie Japonaise

1. Experts à long terme: 3
2. Experts à court terme: au besoin
3. Formations au Japon et en pays tiers
4. Machines et équipements

Partie Sénégalaise

1. Directeur du Projet: Directeur général de la Santé
2. Chef du Projet: Directeur chargé de la santé de la mère et de l'enfant
3. Personnel de santé impliqué dans la santé maternelle et néonatale
4. Bureaux décentés
5. Arrangement du budget

Conditions réalisables

N.B.
 Modèle PRESSMN : Un modèle holistique pour améliorer les soins de santé maternelle et néonatale, basé sur les expériences au Projet à Tambacounda.
 PRESSMN : Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale dans les Régions de Tambacounda et de Kédougou (2009-2011)
 Unité Pilote : Composée d'un Centre de Santé et de quelques Postes de Santé appartenant au même district.

PROCES VERBAL DES DISCUSSIONS

SUR

**LE PROJET DE RENFORCEMENT DES SOINS DE SANTE
MATERNELLE ET NEONATALE (PRESSMN)
PHASE II**

AU SENEGAL

CONVENU ENTRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

ET

L'AGENCE JAPONAISE DE COOPERATION INTERNATIONALE

Fait à Dakar, le août, 2012

M. Hisatoshi OKUBO
Représentant Résident
Agence Japonaise de Coopération
Internationale
Bureau du Sénégal
Japon

Mr. Moussa MBAYE
Secrétaire Général
Ministère de la Santé et de l'Action
Sociale
République du Sénégal

M. Mamadou Moustapha BA
Directeur interim de la Coopération économique et financière
Ministère de l'Economie et des Finances, République du
Sénégal

Sur la base du compterendu des discussions de l'Etude d'Elaboration du Plan Détaillé du Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale (PRESSMN) Phase II, (ci-après dénommé "le Projet") signé le 2 août 2012 entre le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (ci-après dénommé "le MSAS") de la République du Sénégal (ci-après dénommée "le Sénégal"), et l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (ci-après dénommée "JICA"), la JICA a effectué une série de discussions avec le MSAS et les parties concernées pour développer un plan détaillé du Projet.

Les deux parties ont convenu des détails du Projet et des principaux points abordés, tels que décrits respectivement dans l'Appendice 1 et l'Appendice 2.

Il est également convenu que le MSAS, en tant que contrepartie de la JICA, sera chargé de mettre en oeuvre le Projet en collaboration avec la JICA et en coordination avec les autres structures concernées, et d'assurer l'exécution autosuffisante du Projet pendant et après la période de la mise en oeuvre en vue de contribuer au développement économique et social du Sénégal.

Le Projet sera mis en oeuvre dans le cadre de l'Accord de Coopération Technique signé le 2 mai 2011 (ci-après dénommé "l'Accord") et les Notes Verbales à échanger entre le Gouvernement du Japon (ci-après dénommé le "GDJ ") et le Gouvernement du Sénégal (ci-après dénommé le "GDS ").

- Appendice 1: Description du Projet
- Appendice 2: Principaux Points Abordés
- Appendice 3: Compte Rendu des discussions

Handwritten signature and initials in black ink, located in the bottom right corner of the page. The signature appears to be a stylized name, possibly 'JICA' or similar, followed by some initials.

DESCRIPTION DU PROJET

Les deux parties ont confirmé qu'il n'y a aucune modification dans la description du Projet convenu dans le compte rendu des discussions de l'Etude d'Elaboration du Plan Détaillée du Projet signé le 2 août 2012 (Appendice 3).

I. CONTEXTE

Au Sénégal, le taux de mortalité maternelle et celui de mortalité néonatale sont situés à des niveaux encore élevés et sont respectivement estimés à 392 décès pour 100,000 naissances vivantes et à 29 décès pour 1,000 naissances. Le taux d'accouchements assistés est estimé à 65,3 % (EDS V, 2010). Cette situation constituant une préoccupation majeure pour le GOS, celui-ci a initié et mis en oeuvre plusieurs stratégies, et ce, notamment la Feuille de route de lutte contre la mortalité maternelle.

C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) et la JICA ont mis en place le projet intitulé « Projet de renforcement des soins de santé maternelle et infantile dans les régions de Tambacounda et Kédougou (PRESSMN) » de janvier 2009 à décembre 2011. Ce projet a permis d'obtenir des acquis significatifs, à savoir : intégration des concepts des « Soins humanisés » et du « Continuum des soins » dans le Plan stratégique de la santé reproductive ainsi que dans le Document de Politiques, normes et protocoles (PNP) du Sénégal, définition d'un Modèle sénégalais de soins humanisés pour la mère et le nouveau-né pendant l'accouchement, élaboration d'un manuel de mise en oeuvre du modèle, élaboration d'outils de communication et d'un plan de formation sur les soins humanisés pour les prestataires.

Compte tenu du grand intérêt manifesté par les techniciens de santé et les populations et considérant les importants acquis des activités de ce projet, le GOS a déposé la requête pour instaurer une deuxième phase du PRESSMN pour capitaliser les acquis de la première phase, vulgariser le modèle dans tout le pays, et contribuer à l'amélioration des indicateurs de santé maternelle et néonatale.

Le PRESSMN Phase 2 constituera également un élément important du programme de coopération de la JICA pour Sénégal, dans le sens qu'il sera enchâssé au sein même du Programme nommé « Renforcement du système de la santé », et de l'Enjeu prioritaire de développement défini comme « Renforcement des services sociaux fondamentaux », d'où sa pertinence.

II. APERÇU DU PROJET

Les détails du Projet sont décrits dans le Cadre logique du Projet ((PDM) (Annexe 1) et le Plan d'opération (Annexe 2).

Handwritten signature and initials in black ink, located in the bottom right corner of the page.

1. Titre du Projet : Le projet de renforcement des soins de santé maternelle et néonatale (PRESSMN) Phase II
2. Objectif global : Le MMR et le NMR sont réduits à travers l'amélioration des services de santé maternelle et néonatale au Sénégal.
3. Objectif du Projet : Le passage à l'échelle du modèle PRESSMN est réalisée au niveau national.
4. Résultats :
 - (1) La structure de coordination nationale du modèle PRESSMN est établie et fonctionnelle au MSAS.
 - (2) La structure de coordination régionale du modèle PRESSMN est établie et fonctionnelle dans les 14 Régions Médicales.
 - (3) Le modèle PRESSMN est intégré dans les curricula des Infirmiers Diplômés d'État (IDE) et des Sages-femmes d'État (SFE).
 - (4) Les effets du modèle PRESSMN sont évalués par des études.
5. Activités:
 - (1) Résultat 1 :
 - 1-1 Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) effectue des études de base, intermédiaire et finale pour collecter des données nécessaires pour faire le suivi et l'évaluation du Projet, à savoir le nombre d'accouchements effectués dans les structures sanitaires, etc.
 - 1-2 Le MSAS organise un "Groupe de Travail Elargi".
 - 1-3 Le MSAS élabore et valide une stratégie de vulgarisation et d'extension au niveau national du modèle PRESSMN, qui comprend le programme de formation des formateurs et le mécanisme de suivi et d'évaluation, avec le Comité de passage à l'échelle.
 - 1-4 Le MSAS élabore des outils et matériaux du plaidoyer pour la vulgarisation et d'extension du modèle PRESSMN auprès des directions concernées du MSAS, des RM, des partenaires, universitaires, et des associations concernées.
 - 1-5 Le MSAS organise des ateliers de partage de la stratégie de vulgarisation et d'extension du modèle PRESSMN auprès des RM.
 - 1-6 Le MSAS organise la formation des formateurs auprès des RM.
 - 1-7 Le MSAS organise la supervision des RM où la mise en oeuvre du modèle PRESSMN est en cours, ainsi que des examens par les pairs entre les RM.
 - (2) Résultat 2 :
 - 2-1 Les RM organisent des ateliers pour sensibiliser au modèle PRESSMN les administrateurs régionaux, les collectivités locales, les comités de santé, des ONGs, et des acteurs privés.
 - 2-2 Les RM organisent la formation des formateurs auprès des "Unités Pilotes".
 - 2-3 Les RM supervisent les "Unités Pilotes" dans leurs activités régulières de supervision où le modèle PRESSMN est mis en oeuvre.



2-4 Les RM élaborent un plan de vulgarisation du modèle PRESSMN au niveau régional.

(3) Résultat 3 :

3-1 Le MSAS et l'ENDSS tiennent des ateliers pour mobiliser des parties prenantes en vue de réviser et de modifier les curricula des IDE et des SFE.

3-2 Le MSAS et l'ENDSS modifient les curricula des IDE et des SFE.

(4) Résultat 4 :

4-1 Le MSAS élabore un protocole d'études.

4-2 Le MSAS effectue les études.

4-3 Le MSAS diffuse les constats et les résultats acquis à travers les études.

6. Intrants

(1) Intrants fournis par la JICA

(a) Envoi d'Experts

1) Experts japonais à long terme

- Conseiller en chef

- Conseiller / Accouchement

- Coordination / Santé maternelle, néonatale et infantile

2) Experts à court terme / Experts de pays tiers (si nécessaire)

(b) Formation dans un pays tiers ou au Japon

(c) Machines et Equipements

- Ordinateurs

- Imprimantes

- Photocopieuses

- Scanners

- Projecteurs

- Appareils photo numériques

- Caméras vidéo

- Véhicules automobiles

- Climatiseurs

Des intrants autres que ceux mentionnés ci-dessus seront déterminés à travers des consultations mutuelles entre la JICA et le MSAS pendant la mise en oeuvre du Projet, si nécessaire.

(2) Intrants fournis par le MSAS

Le MSAS prendra les dispositions nécessaires pour fournir à ses propres frais:

(a) Les services du personnel de contrepartie et du personnel administratif dont il est fait référence au point II-7 ;

(b) Des bureaux appropriés avec des équipements nécessaires ;

(c) Les machines, équipements, instruments, véhicules, outils, pièces de rechange et tout autre matériel nécessaire pour la mise en oeuvre du Projet, excepté les équipements fournis par la JICA ;

(d) Des renseignements sur des services médicaux et le soutien pour y accéder ;

(e) La lettre de créance ou la carte d'identification pour les Experts de la

- JICA ;
- (f) Des données disponibles (y compris des cartes et des photos) et des informations concernant le Projet ;
 - (g) Préparation du budget nécessaires pour la mise en œuvre du Projet (inscrire dans le Budget Consolidé d'Investissement) ;
 - (h) Les dépenses nécessaires pour le transport à l'intérieur du Sénégal des équipements indiqués au point II-6 (1) ainsi que pour leur installation, fonctionnement et entretien.

7. Structure de mise en œuvre

L'Organigramme du Projet figure en Annexe 3. Les rôles et les tâches des structures concernées sont comme suit:

(1) MSAS

(a) Directeur du Projet : Directeur général de Santé sera responsable de l'administration du Projet. Il sera préférable qu'une réunion hebdomadaire soit organisée avec les Experts de la JICA pour permettre au Directeur du Projet de suivre le progrès des activités menées dans le Projet.

(b) Chef du Projet : Directeur chargé de la santé de la mère et l'enfant sera responsable de la gestion et des enjeux techniques du Projet. Il sera préférable qu'une communication quotidienne soit tenue avec les Experts de la JICA pour permettre au Chef du Projet de faire la décision adéquate et opportune.

(c) Equipe de Coordination du Projet au sein de la Direction sous la compétence du Chef du Projet : 6 membres représentant chacun des 6 bureaux de ladite Direction seront chargés de coordination nécessaire pour l'opération quotidienne du Projet, y compris l'élaboration et la mise en œuvre du plan annuel du Projet. Il sera préférable qu'une réunion bihebdomadaire soit organisée avec les Experts de la JICA pour arranger des activités quotidiennes du Projet.

N.B. Appellation de poste occupée par le Directeur du Projet et par le Chef du Projet ainsi que celle de département auquel ceux-ci appartiennent pourrait être modifiée à la suite de la restructuration organisationnelle qui est en cours au sein du MSAS.

(2) Experts de la JICA

Les Experts de la JICA donneront des conseils et des recommandations techniques au MSAS sur les questions relatives à la mise en œuvre du Projet.

(3) Comité Conjoint de Coordination

Le Comité Conjoint de Coordination (ci-après dénommé « CCC ») sera mis en place pour permettre une organisation effective et efficace de la coopération technique pour le Projet. La réunion du CCC se tiendra au moins une fois par an et à chaque fois que de besoin. Le CCC approuvera le plan de travail annuel, procédera à la revue de l'état d'avancement global, du suivi et de l'évaluation du Projet et échangera sur les opinions ou problèmes clés qui vont se poser pendant la mise en œuvre du Projet. Ses fonctions et sa composition sont

proposées dans l'Annexe 4.

(4) Groupe de Travail Elargi

Un Groupe de Travail Elargi (ci-après dénommé comme « GTE ») sera mis en place sous l'autorité du CCC, afin d'appuyer la gestion et la mise en oeuvre effectives et efficaces du Projet. Le GTE se réunira au moins deux fois par an et à chaque fois que de besoin. Ses fonctions et sa composition sont proposées dans l'Annexe 5.

8. Zone d'intervention du Projet et Bénéficiaires

(1) Zone d'intervention du Projet: Tout Sénégal, et ce, particulièrement :

- Régions de Tambacounda et de Kedougou
- Les 12 autres régions : 12 Unités Pilots sélectionnées de chacune des 12 régions. Chaque Unité Pilot sera composée d'un Centre de Santé et de quelques Postes of Santé appartenant au même district.

(2) Les bénéficiaires directs: femmes enceintes et nouveaux-nés du Sénégal

9. Durée

La durée de la coopération technique du Projet selon cette Appendice sera du novembre 2012 à l'octobre 2016.

10. Rapports

Le MSAS et les experts de la JICA prépareront conjointement les rapports suivants en français pour le MSAS, et en japonais ou en anglais pour la JICA.

- (1) Rapport de l'Etude de Base
- (2) Rapport d'Avancement sur une base semestrielle jusqu'à la fin du projet.
- (3) Rapport d'Activité Annuelle approuvé par le CCC
- (4) Rapport d'Etude Finale, sept mois avant la fin du Projet
- (5) Rapport d'Achèvement du Projet à la fin du Projet

11. Considérations Environnementales et Sociales

Le MSAS a convenu de respecter les « Directives de la JICA en matière de Considérations Environnementales et Sociales » afin de garantir que les considérations appropriées seront prises en compte pour les impacts environnementaux et sociaux du Projet.

III. DISPOSITIONS QUE LE MSAS DEVRA PRENDRE

1. Le MSAS prendra les mesures nécessaires pour:

- (1) Assurer que les technologies et connaissances acquises par les nationaux sénégalais comme résultat de la coopération technique japonaise contribuent au développement économique et social du Sénégal, et que les connaissances et expériences acquises par le personnel sénégalais de la formation technique, ainsi que les équipements fournis par la JICA seront utilisés efficacement pour la mise en oeuvre du Projet.
- (2) Accorder des privilèges, exonérations et avantages aux experts de la JICA cités au point II-6 (1) ci-dessus et à leurs familles, qui ne soient moins

favorables que ceux accordés aux experts et membres de la mission et à leurs familles venant de pays tiers ou d'organismes internationaux effectuant des missions similaires au Sénégal.

2. D'autres privilèges, exonérations et avantages seront accordés conformément à l'Accord de Coopération Technique signé le 2 mai 2011 entre le Gouvernement du Japon et le Gouvernement du Sénégal.

IV. EVALUATION

La JICA et le MSAS feront conjointement les évaluations et revues suivantes :

1. Revue à mi-parcours de la période de coopération
2. Evaluation Finale durant les six (6) derniers mois de la période de coopération

La JICA fera les évaluations et études suivantes principalement dans le but de s'assurer de la durabilité et l'impact du Projet, et tirer les leçons. Le MSAS devra lui fournir l'assistance nécessaire :

1. Ex-post évaluation trois (3) ans après l'achèvement du projet, en principe
2. Des études de suivi en cas de besoin

V. PROMOTION DE L'ASSISTANCE

En vue de la promotion de l'assistance publique au Projet, le MSAS prendra les mesures appropriées pour que le Projet soit largement connu par la population sénégalaise.

VI. CONSULTATION MUTUELLE

La JICA et le MSAS se consulteront chaque fois que de besoin ou en cas de survenance de problème majeur pendant la mise en œuvre du Projet.

VII. AMENDEMENTS

Le procès verbal des discussions pourrait être amendé par des comptes rendus des discussions entre la JICA et le MSAS. Les comptes rendus des discussions seront signés par les personnes autorisées pour chaque partie qui peuvent être différentes des signataires du procès verbal des discussions.

- Annex 1 Cadre logique du Projet (PDM)
- Annex 2 Plan d'Opération (PO)
- Annex 3 Organigramme du Projet
- Annex 4 Fonctions et Composition du Comité Conjoint de Coordination
- Annex 5 Fonctions et Composition du Groupe de Travail Elargi

- Appendice 2 Principaux points abordés
- Appendice 3 Compte rendu des discussions signé le 2 août 2012



PROCES VERBAL DES DISCUSSIONS

SUR

**LE PROJET DE RENFORCEMENT DES SOINS DE SANTE
MATERNELLE ET NEONATALE (PRESSMN)
PHASE II**

AU SENEGAL

CONVENU ENTRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

ET

L'AGENCE JAPONAISE DE COOPERATION INTERNATIONALE

Fait à Dakar, le 30 août, 2012



M. Hisatoshi OKUBO
Représentant Résident
Agence Japonaise de Coopération
Internationale
Bureau du Sénégal
Japon


Mr. Moussa MBAYE
Secrétaire Général
Ministère de la Santé et de l'Action
Sociale
République du Sénégal


M. Mamadou Moustapha BASS
Directeur par intérim de la Coopération économique et financière
Ministère de l'Economie et des Finances, République du
Sénégal

Sur la base du compte rendu des discussions de l'Etude d'Elaboration du Plan Détaillé du Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale (PRESSMN) Phase II, (ci-après dénommé "le Projet") signé le 2 août 2012 entre le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (ci-après dénommé "le MSAS") de la République du Sénégal (ci-après dénommée "le Sénégal"), et l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (ci-après dénommée "JICA"), la JICA a effectué une série de discussions avec le MSAS et les parties concernées pour développer un plan détaillé du Projet.

Les deux parties ont convenu des détails du Projet et des principaux points abordés, tels que décrits respectivement dans l'Appendice 1 et l'Appendice 2.

Il est également convenu que le MSAS, en tant que contrepartie de la JICA, sera chargé de mettre en oeuvre le Projet en collaboration avec la JICA et en coordination avec les autres structures concernées, et d'assurer l'exécution autosuffisante du Projet pendant et après la période de la mise en oeuvre en vue de contribuer au développement économique et social du Sénégal.

Le Projet sera mis en oeuvre dans le cadre de l'Accord de Coopération Technique signé le 2 mai 2011 (ci-après dénommé "l'Accord") et les Notes Verbales à échanger entre le Gouvernement du Japon (ci-après dénommé le "GDJ ") et le Gouvernement du Sénégal (ci-après dénommé le "GDS ").

Appendice 1: Description du Projet

Appendice 2: Principaux Points Abordés

Appendice 3: Compte Rendu des discussions

40



DESCRIPTION DU PROJET

Les deux parties ont confirmé qu'il n'y a aucune modification dans la description du Projet convenu dans le compte rendu des discussions de l'Etude d'Elaboration du Plan Détaillée du Projet signé le 2 août 2012 (Appendice 3).

I. CONTEXTE

Au Sénégal, le taux de mortalité maternelle et celui de mortalité néonatale sont situés à des niveaux encore élevés et sont respectivement estimés à 392 décès pour 100,000 naissances vivantes et à 29 décès pour 1,000 naissances. Le taux d'accouchements assistés est estimé à 65,3 % (EDS V, 2010). Cette situation constituant une préoccupation majeure pour le GDS, celui-ci a initié et mis en oeuvre plusieurs stratégies et, notamment, la Feuille de route de lutte contre la mortalité maternelle.

C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) et la JICA ont mis en place le projet intitulé « Projet de renforcement des soins de santé maternelle et infantile dans les régions de Tambacounda et Kédougou (PRESSMN) » de janvier 2009 à décembre 2011. Ce projet a permis d'obtenir des acquis significatifs, à savoir : intégration des concepts des « Soins humanisés » et du « Continuum des soins » dans le Plan stratégique de la santé reproductive ainsi que dans le Document de Politiques, normes et protocoles (PNP) du Sénégal, définition d'un Modèle sénégalais de soins humanisés pour la mère et le nouveau-né pendant l'accouchement, élaboration d'un manuel de mise en oeuvre du modèle, élaboration d'outils de communication et d'un plan de formation sur les soins humanisés pour les prestataires.

Compte tenu du grand intérêt manifesté par les techniciens de santé et les populations, et considérant les importants acquis des activités de ce projet, le GDS a déposé la requête pour instaurer une deuxième phase du PRESSMN pour capitaliser les acquis de la première phase, vulgariser le modèle dans tout le pays, et contribuer à l'amélioration des indicateurs de santé maternelle et néonatale.

Le PRESSMN Phase 2 constituera également un élément important du programme de coopération de la JICA pour le Sénégal, dans la mesure où il intégré sera enchâssé au sein même du Programme nommé « Renforcement du système de la santé », et de l'Enjeu prioritaire de développement défini comme « Renforcement des services sociaux fondamentaux », d'où sa pertinence.

II. APERÇU DU PROJET

Les détails du Projet sont décrits dans le Cadre logique du Projet ou PDM (Annexe 1) et le Plan d'opération (Annexe 2).

1. Titre du Projet : Le projet de renforcement des soins de santé maternelle et

néonatale (PRESSMN) Phase II

2. Objectif global : Le MMR et le NMR sont réduits à travers l'amélioration des services de santé maternelle et néonatale au Sénégal.
3. Objectif du Projet : Le passage à l'échelle du modèle PRESSMN est réalisé au niveau national.
4. Résultats :
 - (1) La structure de coordination nationale du modèle PRESSMN est établie et fonctionnelle au MSAS.
 - (2) La structure de coordination régionale du modèle PRESSMN est établie et fonctionnelle dans les 14 Régions Médicales.
 - (3) Le modèle PRESSMN est intégré dans les curricula des Infirmiers Diplômés d'État (IDE) et des Sages-femmes d'État (SFE).
 - (4) Les effets du modèle PRESSMN sont évalués par des études.
5. Activités:
 - (1) Résultat 1 :
 - 1-1 Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) effectue des études de base, intermédiaire et finale pour collecter des données nécessaires pour faire le suivi et l'évaluation du Projet, à savoir le nombre d'accouchements effectués dans les structures sanitaires, etc.
 - 1-2 Le MSAS organise un "Groupe de Travail Elargi".
 - 1-3 Le MSAS élabore et valide une stratégie de vulgarisation et d'extension au niveau national du modèle PRESSMN, qui comprend le programme de formation des formateurs et le mécanisme de suivi et d'évaluation, avec le Comité de passage à l'échelle.
 - 1-4 Le MSAS élabore des outils et matériaux du plaidoyer pour la vulgarisation et l'extension du modèle PRESSMN auprès des directions concernées du MSAS, des RM, des partenaires, des universitaires et des associations concernées.
 - 1-5 Le MSAS organise des ateliers de partage de la stratégie de vulgarisation et d'extension du modèle PRESSMN auprès des RM.
 - 1-6 Le MSAS organise la formation des formateurs auprès des RM.
 - 1-7 Le MSAS organise la supervision des RM où la mise en oeuvre du modèle PRESSMN est en cours, ainsi que des examens par les pairs entre les RM.
 - (2) Résultat 2 :
 - 2-1 Les RM organisent des ateliers pour sensibiliser au modèle PRESSMN les administrateurs régionaux, les collectivités locales, les comités de santé, des ONGs, et des acteurs privés.
 - 2-2 Les RM organisent la formation des formateurs auprès des "Unités Pilotes".
 - 2-3 Les RM supervisent les "Unités Pilotes" dans leurs activités régulières de supervision où le modèle PRESSMN est mis en oeuvre.
 - 2-4 Les RM élaborent un plan de vulgarisation du modèle PRESSMN au

niveau régional.

(3) Résultat 3 :

3-1 Le MSAS et l'ENDSS tiennent des ateliers pour mobiliser des parties prenantes en vue de réviser et de modifier les curricula des IDE et des SFE.

3-2 Le MSAS et l'ENDSS modifient les curricula des IDE et des SFE.

(4) Résultat 4 :

4-1 Le MSAS élabore un protocole d'études.

4-2 Le MSAS effectue les études.

4-3 Le MSAS diffuse les constats et les résultats acquis à travers les études.

6. Intrants

(1) Intrants fournis par la JICA

(a) Envoi d'Experts

1) Experts japonais à long terme

- Conseiller en chef

- Conseiller / Accouchement

- Coordination / Santé maternelle, néonatale et infantile

2) Experts à court terme / Experts de pays tiers (si nécessaire)

(b) Formation dans un pays tiers ou au Japon

(c) Machines et Equipements

- Ordinateurs

- Imprimantes

- Photocopieuses

- Scanners

- Projecteurs

- Appareils photo numériques

- Caméras vidéo

- Véhicules automobiles

- Climatiseurs

Des intrants autres que ceux mentionnés ci-dessus seront déterminés à travers des consultations mutuelles entre la JICA et le MSAS pendant la mise en oeuvre du Projet, si nécessaire.

(2) Intrants fournis par le MSAS

Le MSAS prendra les dispositions nécessaires pour fournir à ses propres frais:

(a) Les services du personnel de contrepartie et du personnel administratif dont il est fait référence au point II-7 ;

(b) Des bureaux appropriés avec des équipements nécessaires ;

(c) Les machines, équipements, instruments, véhicules, outils, pièces de rechange et tout autre matériel nécessaire pour la mise en oeuvre du Projet, excepté les équipements fournis par la JICA ;

(d) Des renseignements sur des services médicaux et le soutien pour y accéder ;

(e) La lettre de créance ou la carte d'identification pour les Experts de la JICA ;

HO

5

1 

4

- (f) Des données disponibles (y compris des cartes et des photos) et des informations concernant le Projet ;
- (g) Préparation du budget nécessaire pour la mise en œuvre du Projet (inscrire dans le Budget Consolidé d'Investissement) ;
- (h) Les dépenses nécessaires pour le transport à l'intérieur du Sénégal des équipements indiqués au point II-6 (1) ainsi que pour leur installation, fonctionnement et entretien.

7. Structure de mise en œuvre

L'Organigramme du Projet figure en Annexe 3. Les rôles et les tâches des structures concernées sont fixés comme suit:

(1) MSAS

- (a) Directeur du Projet : le Directeur général de Santé sera responsable de l'administration du Projet. Il est souhaitable qu'une réunion hebdomadaire soit organisée avec les Experts de la JICA pour permettre au Directeur du Projet de suivre le progrès des activités menées dans le Projet.
- (b) Chef du Projet : le Directeur chargé de la santé de la mère et de l'enfant sera responsable de la gestion et des enjeux techniques du Projet. Il est souhaitable qu'une communication quotidienne soit établie avec les Experts de la JICA pour permettre au Chef du Projet de prendre la décision adéquate et opportune.
- (c) Equipe de Coordination du Projet au sein de la Direction sous la compétence du Chef du Projet : 6 membres représentant chacun des 6 bureaux de ladite Direction seront chargés de la coordination nécessaire pour l'opération quotidienne du Projet, y compris l'élaboration et la mise en œuvre du plan annuel du Projet. Il est souhaitable qu'une réunion bihebdomadaire soit organisée avec les Experts de la JICA pour arranger des activités quotidiennes du Projet.

N.B. les Appellations des postes occupées par le Directeur du Projet et par le Chef du Projet ainsi que celle de département auquel ceux-ci appartiennent pourraient être modifiées à la suite de la restructuration organisationnelle qui est en cours au sein du MSAS.

(2) Experts de la JICA

Les Experts de la JICA donneront des conseils et des recommandations techniques au MSAS sur les questions relatives à la mise en œuvre du Projet.

(3) Comité Conjoint de Coordination

Le Comité Conjoint de Coordination (ci-après dénommé « CCC ») sera mis en place pour permettre une organisation effective et efficace de la coopération technique pour le Projet. La réunion du CCC se tiendra au moins une fois par an et à chaque fois que de besoin. Le CCC approuvera le plan de travail annuel, procédera à la revue de l'état d'avancement global, du suivi et de l'évaluation du Projet et échangera sur les opinions ou problèmes clés qui vont se poser pendant la mise en œuvre du Projet. Ses fonctions et sa composition sont proposées dans l'Annexe 4.

(4) Groupe de Travail Elargi

Un Groupe de Travail Elargi (ci-après dénommé « GTE ») sera mis en place sous l'autorité du CCC, afin d'appuyer la gestion et la mise en oeuvre effectives et efficaces du Projet. Le GTE se réunira au moins deux fois par an et à chaque fois que de besoin. Ses fonctions et sa composition sont proposées dans l'Annexe 5.

8. Zone d'intervention du Projet et Bénéficiaires

(1) Zone d'intervention du Projet: Tout le Sénégal et particulièrement :

- Régions de Tambacounda et de Kedougou
- Les 12 autres régions : 12 Unités Pilotes sélectionnées de chacune des 12 régions. Chaque Unité Pilote sera composée d'un Centre de Santé et de quelques Postes de Santé appartenant du même district.

(2) Les bénéficiaires directs: femmes enceintes et nouveaux-nés du Sénégal

9. Durée

La durée de la coopération technique du Projet, selon cette Appendice s'étendra de novembre 2012 à l'octobre 2016.

10. Rapports

Le MSAS et les experts de la JICA prépareront conjointement les rapports suivants en français pour le MSAS, et en japonais ou en anglais pour la JICA.

- (1) Rapport de l'Etude de Base
- (2) Rapport d'Avancement sur une base semestrielle jusqu'à la fin du projet.
- (3) Rapport d'Activité Annuelle approuvé par le CCC
- (4) Rapport d'Etude Finale, sept mois avant la fin du Projet
- (5) Rapport d'Achèvement du Projet à la fin du Projet

11. Considérations Environnementales et Sociales

Le MSAS a convenu de respecter les « Directives de la JICA en matière de Considérations Environnementales et Sociales » afin de garantir que les considérations appropriées seront prises en compte pour les impacts environnementaux et sociaux du Projet.

III. DISPOSITIONS QUE LE MSAS DEVRA PRENDRE

1. Le MSAS prendra les mesures nécessaires pour:

- (1) Assurer que les technologies et connaissances acquises par les nationaux sénégalais comme résultat de la coopération technique japonaise contribuent au développement économique et social du Sénégal, et que les connaissances et expériences acquises par le personnel sénégalais de la formation technique, ainsi que les équipements fournis par la JICA seront utilisés efficacement pour la mise en oeuvre du Projet.
- (2) Accorder des privilèges, exonérations et avantages aux experts de la JICA cités au point II-6 (1) ci-dessus et à leurs familles, qui ne soient moins favorables que ceux accordés aux experts et membres de la mission et à

leurs familles venant de pays tiers ou d'organismes internationaux effectuant des missions similaires au Sénégal.

2. D'autres privilèges, exonérations et avantages seront accordés conformément à l'Accord de Coopération Technique signé le 2 mai 2011 entre le Gouvernement du Japon et le Gouvernement du Sénégal.

IV. EVALUATION

La JICA et le MSAS feront conjointement les évaluations et revues suivantes :

1. Revue à mi-parcours de la période de coopération
2. Evaluation Finale durant les six (6) derniers mois de la période de coopération

La JICA fera les évaluations et études suivantes principalement dans le but de s'assurer de la durabilité et de l'impact du Projet, et tirer les leçons. Le MSAS devra lui fournir l'assistance nécessaire :

1. Ex-post évaluation trois (3) ans après l'achèvement du projet, en principe
2. Des études de suivi en cas de besoin

V. PROMOTION DE L'ASSISTANCE

En vue de la promotion de l'assistance publique au Projet, le MSAS prendra les mesures appropriées pour que le Projet soit largement connu par la population sénégalaise.

VI. CONSULTATION MUTUELLE

La JICA et le MSAS se consulteront chaque fois que de besoin ou en cas de survenance de problème majeur pendant la mise en œuvre du Projet.

VII. AMENDEMENTS

Le procès verbal des discussions pourrait être amendé par des comptes rendus des discussions entre la JICA et le MSAS. Les comptes rendus des discussions seront signés par les personnes autorisées pour chaque partie qui peuvent être différentes des signataires du procès verbal des discussions.

- Annex 1 Cadre logique du Projet (PDM)
- Annex 2 Plan d'Opération (PO)
- Annex 3 Organigramme du Projet
- Annex 4 Fonctions et Composition du Comité Conjoint de Coordination
- Annex 5 Fonctions et Composition du Groupe de Travail Elargi

Cadre Logique du Projet (PDM)

Titre du Projet: Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale (PRESSMN) au Sénégal Phase II

Durée: 4 ans de Novembre 2012 à Octobre 2016

Zone cible: Tout le Sénégal

Agence de mise en oeuvre: Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (Le Cabinet, Direction générale de la Santé esp. Direction chargée de la santé de la mère et de l'enfant,

Direction des Ressources Humaines, et l'École Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS))

Bénéficiaires: Femmes enceintes et nouveaux-nés au Sénégal

Version: 0

Date de dernière mise à jour: 28 aout 2012

Sommaire narratif	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Moyens de Vérification	Préconditions importantes
<p>Objectif Global Le MMR et le NMR sont réduits à travers l'amélioration des services de santé maternelle et néonatale au Sénégal.</p>	<p>Indicateurs ci-dessous mentionnés dans le Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme (CDSMT) 2011-13 (1) Taux de mortalité maternelle (2) Taux de mortalité néonatale (3) Taux d'utilisation de la consultation prénatale (CPN) (4) Proportion d'accouchements effectués dans les structures sanitaires (5) Proportion d'accouchements effectués par du personnel qualifié (6) Taux de consultation post natale (CPoN)</p>	<p>Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples (EDS-MICS)</p>	
<p>Objectif du Projet Le passage à l'échelle du modèle PRESSMN est réalisée au niveau national.</p>	<p>(1) 7 des 10 Districts Sanitaires mettent en oeuvre le modèle PRESSMN dans les Régions de Tambacounda et Kédougou. (2) 22 des 66 Districts Sanitaires mettent en oeuvre le modèle PRESSMN dans 12 Régions à part Tambacounda and Kédougou. (3) Nombre d'accouchements effectués dans les structures sanitaires appliquant le modèle PRESSMN augmente de 20% en moyenne. (4) Nombre de femmes recevant une quatrième consultation prénatale (CPN) augmente de 20% en moyenne dans les structures sanitaires appliquant le modèle PRESSMN.</p>	<p>(1) Rapports du Projet (2) Rapports du Projet (3) Statistique annuelle du Service National de l'Information Sanitaire (SNIS) (4) Rapports du Projet</p>	
<p>Résultats 1. La structure de coordination nationale du modèle PRESSMN est établie et fonctionnelle au MSAS.</p>	<p>1(1) Le modèle PRESSMN est validé par le Comité de passage à l'échelle. 1(2) Le modèle PRESSMN est intégré dans le plan de travail annuel de la Direction chargée de la santé de la mère et l'enfant et dans les documents cadres (PNP, Plan stratégique de la santé de la reproduction, etc). 1(3) La stratégie pour la vulgarisation et l'extension du modèle PRESSMN est définie.</p>	<p>Rapports du Projet</p>	
<p>2. La structure de coordination régionale du modèle PRESSMN est établie et fonctionnelle dans les 14 Régions Médicales.</p>	<p>2(1) Nombre de Régions Médicales qui ont intégré le modèle PRESSMN dans leurs Plans de Travail Annuel (PTA). 2(2) Nombre de Régions Médicales qui ont adopté la stratégie de vulgarisation et d'extension du modèle PRESSMN. 2(3) Nombre de RM qui ont sélectionné les "Unités Pilotes" 2(4) Nombre de RM qui ont effectué la formation aux "Unités Pilotes"</p>	<p>Rapports du Projet</p>	
<p>3. Le modèle PRESSMN est intégré dans les curricula des Infirmiers Diplômés d'État (IDE) et des Sages-femmes d'État (SFE).</p>	<p>3. Validation des curricula des IDE et SFE intégrant le modèle PRESSMN</p>	<p>Curricula de l'ENDSS</p>	
<p>4. Les effets du modèle PRESSMN sont évalués par des études.</p>	<p>4(1) Nombre d'études réalisées. 4(2) Nombre de publication des constats sur l'efficacité du modèle PRESSMN sur le site web du MSAS 4(3) Nombre de présentation des résultats d'études d'impact du modèle PRESSMN à des conférences académiques 4(4) Nombre de publication des résultats d'études d'impact du modèle PRESSMN sur des journaux académiques</p>	<p>4(1) Rapport d'études 4(2) Site web du MSAS 4(3) Présentation à des conférences académiques 4(4) Articles publiés sur des journaux académiques</p>	
Activités	Intrants		

1-1 Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) effectue des études de base, intermédiaire et finale pour collecter des données nécessaires pour faire le suivi et l'évaluation du Projet, à savoir le nombre d'accouchements effectués dans les structures sanitaires, etc.
 1-2 Le MSAS organise un "Groupe de Travail Elargi".
 1-3 Le MSAS élabore et valide une stratégie de vulgarisation et d'extension au niveau national du modèle PRESSMN, qui comprend le programme de formation des formateurs et le mécanisme de suivi et d'évaluation, avec le Comité de passage à l'échelle.
 1-4 Le MSAS élabore des outils et matériaux du plaidoyer pour la vulgarisation et d'extension du modèle PRESSMN auprès des directions concernées du MSAS, des RM, des partenaires, universitaires, et des associations concernées.
 1-5 Le MSAS organise des ateliers de partage de la stratégie de vulgarisation et d'extension du modèle PRESSMN auprès des RM.
 1-6 Le MSAS organise la formation des formateurs auprès des RM.
 1-7 Le MSAS organise la supervision des RM où la mise en oeuvre du modèle PRESSMN est en cours, ainsi que des examens par les pairs entre les RM.

2-1 Les RM organisent des ateliers pour sensibiliser au modèle PRESSMN les administrateurs régionaux, les collectivités locales, les comités de santé, des ONGs, et des acteurs privés.
 2-2 Les RM organisent la formation des formateurs auprès des "Unités Pilotes"
 2-3 Les RM supervisent, dans leurs activités régulières de supervision, les "Unités Pilotes" où le modèle PRESSMN est mis en oeuvre.
 2-4 Les RM organise des ateliers pour élaborer un plan de vulgarisation et d'extension du modèle PRESSMN au niveau régional.

3-1 Le MSAS et l'ENDSS organisent des ateliers pour mobiliser des parties prenantes en vue de réviser et de modifier les curricula des IDE et des SFE.
 3-2 Le MSAS et l'ENDSS modifient les curricula des IDE et des SFE.

4-1 Le MSAS élabore un protocole d'études.
 4-2 Le MSAS effectue les études.
 4-3 Le MSAS diffuse les constats et les résultats acquis à travers les études.

Partie Japonaise

1. Experts à long terme: 3
2. Experts à court terme: au besoin
3. Formations au Japon et en pays tiers
4. Machines et équipements

Partie Sénégalaise

1. Directeur du Projet: Directeur général de la Santé
2. Chef du Projet: Directeur chargé de la santé de la mère et de l'enfant
3. Personnel de santé impliqué dans la santé maternelle et néonatale
4. Bureaux décentés
5. Arrangement du budget

Conditions préalables

N.B.
 Modèle PRESSMN : Un modèle holistique pour améliorer les soins de santé maternelle et néonatale, basé sur les expériences au Projet à Tambacounda.
 PRESSMN : Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale dans les Régions de Tambacounda et de Kédougou (2009-2011)
 Unité Pilote : Composée d'un Centre de Santé et de quelques Postes de Santé appartenant au même district.

Project Design Matrix (PDM)

Version: 0

Date of Last Update: August 28th 2012

Project Title: Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale au Sénégal (PRESSMN) Phase II

Duration: 4 years from November 2012 to October 2016

Target Area: Whole country of Senegal

Implementing Agency: Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (Le Cabinet, Direction Generale de la Santé esp. Direction chargée de santé de la mère et de l'enfant, Direction des Ressources Humaines

et École Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS))

Beneficiaries: Pregnant women and newborns in Senegal

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p>Overall Goal MMR and NMR are reduced through improvement of services for maternal and neonatal health in Senegal.</p>	<p>Following indicators mentioned in the Sectoral Mid-term Expenditure Framework (Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme: CDSMT) 2011-13 (1) Maternal mortality rate (2) Neonatal mortality rate (3) Rate of utilisation of antenatal care (consultation pré natale: CPN) (4) Proportion of delivery in the health facilities (5) Proportion of delivery by skilled birth attendants (6) Rate of postnatal care (consultation post natales: CPoN)</p>	<p>Demographic Health Survey (enquête démographique et de santé à indicateurs multiples: EDS-MICS)</p>	
<p>Project Purpose The scaling-up of PRESSMN model is realized nationwide.</p>	<p>(1) 7 out of 10 District Health Offices (District Sanitaires) implement PRESSMN model in the Regions of Tambacounda and Kédougou. (2) 22 out of 66 District Sanitaires implement PRESSMN model in 12 Regions except Tambacounda and Kédougou. (3) Number of delivery in the health facilities applying PRESSMN model increases by 20% in average. (4) Number of women completing the fourth ANC increases by 20% in average in the health facilities applying PRESSMN model.</p>	<p>(1) Project reports (2) Project reports (3) Annual Statistics of the National Service for Health Information (Service National de l'Information Sanitaire: SNIS) (4) Project reports</p>	
<p>Outputs 1. Structure for national coordination of PRESSMN model is established and operational in the Ministry of Health and Social Action (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale: MSAS).</p>	<p>1(1) PRESSMN model validated by the Scale-up Committee (Comité de passage à l'échelle) 1(2) PRESSMN model is integrated into the Annual Working Plan (Plan de Travail Annuel: PTA) of the Direction in charge of maternal and child health, as well as into policy documents (PNP, Strategic Plan of Reproductive Health, etc) 1(3) Strategy for dissemination and extension of PRESSMN model is defined.</p>	<p>Project reports</p>	
<p>2. Structure for regional coordination of PRESSMN model is established and operational in 14 Regional Medical Offices (Région Médicales: RM).</p>	<p>2(1) Number of Régions Médicales that incorporate PRESSMN model into their Annual Working Plan (Plan de Travail Annuel: PTA) 2(2) Number of Régions Médicales that adopted strategy of dissemination and extension of PRESSMN model 2(3) Number of RM that selected "Pilot Units" 2(4) Number of RM that trained "Pilot Units"</p>	<p>Project reports</p>	
<p>3. PRESSMN model is integrated into the curricula of Registered Nurses (Infirmiers Diplôme d'État: IDE) and Registered Midwives (Sage-femmes d'État: SFE).</p>	<p>3. Validated curricula of IDE and SFE with incorporation of PRESSMN model</p>	<p>Curricula of ENDSS</p>	

<p>4. The effects of PRESSMN model are assessed by research studies.</p>	<p>4(1) Number of research studies conducted 4(2) Number of key findings of effectiveness of PRESSMN model in website of MSAS 4(3) Number of the results of the research disseminated in academic conferences 4(4) Number of the results of the research published in journals</p>	<p>(1) Research studies reports (2) Website of MSAS (3) Presentation of the results disseminated in academic conferences (4) Papers published in journals</p>
<p>Activities 1-1 Ministry of Health and Social Action (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale: MSAS) conducts baseline, intermediate and endline survey to collect the data such as the number of delivery cases in the health facilities to monitor and evaluate the Project. 1-2 MSAS holds "the Expanded Working Group" meeting. 1-3 MSAS develops and validates the strategy for national dissemination and extension of PRESSMN model, including TOT program and the mechanism of monitoring and evaluation, with collaboration of Comité de passage à l'échelle. 1-4 MSAS elaborates tools and materials to advocate the strategy for national dissemination and extension of PRESSMN model to stakeholders such as relevant directions of MSAS, Regional Medical Offices (Région Médicales: RM), development partners, universities and relevant associations. 1-5 MSAS conducts workshop to advocate the strategy for national dissemination and extension of PRESSMN model to RM. 1-6 MSAS conducts TOT for regional level by central level. 1-7 MSAS supervises RM on the implementation of PRESSMN model and facilitates peer vision between RMs. 2-1 RMs hold workshops to sensitise the PRESSMN model to administratifs régionaux, collectivités locales, comités de santé, Non Governmental Organisations (Organisations non gouvernementales: ONG) and private sectors. 2-2 RMs conduct TOT for "Pilot Units". 2-3 RMs supervise "Pilot Units" to implement PRESSMN model through their routine supervision. 2-4 RMs hold meetings to develop the plan for regional dissemination and extension of PRESSMN model. 3-1 MSAS and ENDSS holds workshops to mobilise the stakeholders of curriculum development to review and modify the curricula of Registered Nurses (Infirmiers Diplôme d'État: IDE) and Registered Midwives (Sage-femmes d'État: SFE). 3-2 MSAS and ENDSS modify the curricula of IDE and SFE. 4-1 MSAS develops a research protocol. 4-2 MSAS implements the research. 4-3 MSAS diffuses the results from the research.</p>	<p style="text-align: center;">Inputs</p> <p>Japan side 1. Long-term experts: 3 2. Short-term experts: as necessary 3. Training in Japan and third countries 4. Participation in international conferences and workshops 5. Machinery and equipment</p> <p>Senegal side 1. Project Director: Directeur General of Health 2. Project Manager: Direction in charge of maternal and neonatal health 3. Health workers involving in maternal and neonatal health 4. Suitable office space 5. Budget arrangement</p>	<p style="text-align: center;">Preconditions</p>

N.B.
 PRESSMN Model:
 Pilot Units

