

ドミニカ共和国
第三保健地域母と子のプライマリーヘルスケア
プロジェクト
詳細計画策定調査・実施協議報告書

平成 24 年 12 月
(2012 年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人間
J R
12-172

ドミニカ共和国
第三保健地域母と子のプライマリーヘルスケア
プロジェクト
詳細計画策定調査・実施協議報告書

平成 24 年 12 月
(2012 年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

序 文

ドミニカ共和国において、妊産婦死亡比は出生 10 万対 220（1990 年）から 150（2010 年）に減少したものの、依然として中南米・カリブ地域全体の平均 63 を大きく上回っています（2010 年 WHO）。さらに、5 歳未満児死亡比が 27（出生 1,000 対、2010 年 WHO）、低体重出生児の割合が 11%（2005～2009 年、UNICEF）など、母子保健指標が同地域の平均に比べ悪い状況にあり、同国政府は特に地方における保健医療サービスの拡充に注力を行っています。

国際協力機構は、2004 年 10 月から 2009 年 10 月にかけて、同国北東部のサマナ県を対象とした「サマナ県地域保健サービス強化プロジェクト」を実施し、プライマリーヘルスケア実施体制の強化、保健行政機関のモニタリング・指導能力強化等を通じ、地域保健サービスの向上に貢献し、その結果、地域保健ユニットでの産前検診の受診率及び予防接種率の増加等の成果が確認されました。

今般、ドミニカ共和国政府の要請のもと、前述のプロジェクトの成果に基づき、対象地域を第三保健地域（ドゥアルテ県、マリア・トリニダー・サンチェス県、エルマナス・ミラバル県、サマナ県）に拡大したプロジェクトを実施するため、2011 年 9 月に詳細計画策定調査団を派遣しました。

本報告書は、調査期間中において保健省との協議や現場視察などを通じ、要請されたプロジェクト実施の妥当性の論証、技術協力プロジェクトの枠組みづくり（PDM、PO、事業事前評価表）、並びにプロジェクトの実施体制の検討を行った結果、及びその後の実施協議の結果を取りまとめたものです。

ここに、本調査にご協力いただいた内外の関係者の方々に対し、深い謝意を表するとともに、プロジェクトの更なる発展に向けて引き続き一層のご支援をお願いする次第です。

平成 24 年 12 月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 萱島 信子

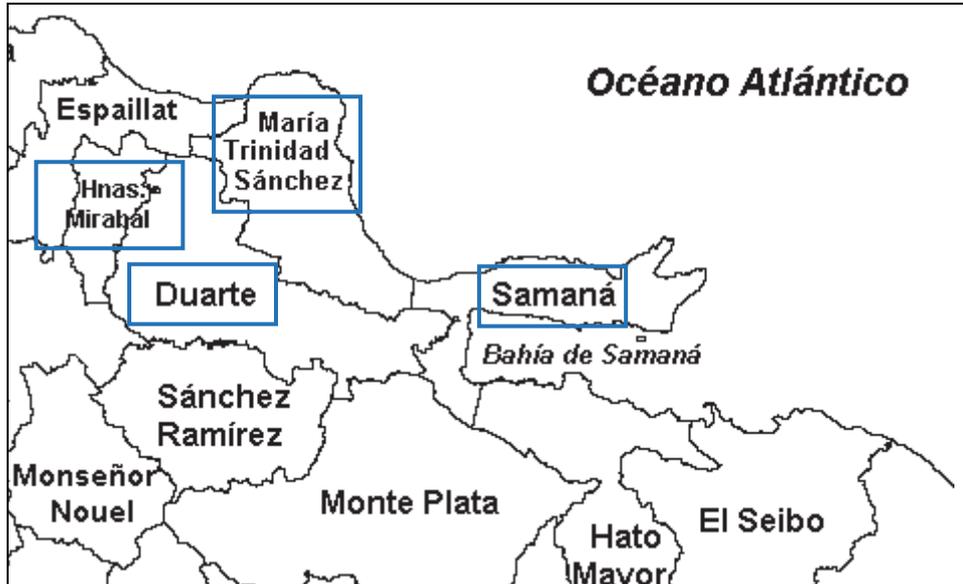
目 次

序 文
目 次
地 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 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成と調査日程	1
1-3 調査日程	1
1-4 主要面談者	2
第2章 調査結果	5
2-1 ドミニカ共和国における母子保健概況	5
2-1-1 一般保健概況	5
2-1-2 妊産婦及び乳児死亡	6
2-1-3 妊産婦ケアの利用状況	11
2-1-4 保健医療行政	13
2-1-5 保健政策・戦略	15
2-1-6 保健医療財政	17
2-1-7 保健医療サービス供給体制	17
2-1-8 保健人材	19
2-1-9 他開発パートナーの取り組み	20
2-2 第三保健地域の母子保健の現状	21
2-2-1 一般概況	21
2-2-2 地方保健医療行政	21
2-2-3 保健医療サービス供給体制	24
2-2-4 第三保健地域における妊産婦・乳児死亡	24
2-2-5 第三保健地域における妊産婦・新生児ケアの現状と課題	26
2-3 プロジェクト基本計画	33
2-4 プロジェクト実施体制	35
2-5 プロジェクト実施上の留意点	36
第3章 プロジェクト実施の妥当性（事前評価結果）	37
3-1 妥当性	37
3-2 有効性	37
3-3 効率性	38

3-4	インパクト	38
3-5	自立発展性（持続性）	39
第4章 技術団員（母子保健）報告及び団長所感		40
付属資料		
1.	協議議事録（M/M）	43
2.	プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM.ver 0）	93
3.	計画表（PO）	95
4.	JCC リスト	97
5.	ワークショップ結果	98
6.	討議議事録（R/D）	111
7.	調査日程表	127
8.	面談者リスト	129

地 图



写 真



ドゥアルテ県 Las Guaranas 病院



Las Guaranas 病院分娩室



エルマナス・ミラバル県 Tenares 病院



Tenares 病院新生児ケア室



ワークショップ



署名式

略 語 表

略 語	正式名称（英語 / 西語）	日本語訳
DHS	Demographic Health Survey	人口保健調査
DPS	Direcciones Provinciales de Salud	県保健事務所
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems	疾病及び関連保健問題の国際統計分類
JCC	Joint Coordinating 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/M	Minutes of Meetings	協議議事録
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MPS	Ministerio de Salud Pública	保健省
PAHO	Pan American Health Organization	汎アメリカ地域保健機構
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PO	Plan of Operations	活動計画表
R/D	Record of Discussions	討議議事録
RD\$	Dominican Peso	ドミニカ・ペソ（通貨）
SRS	Servicios Regionales de Salud	地域保健サービス局
SRS-GA	Servicios Regionales de Salud-Gerencia de Area	地域保健サービス局事務所
UNAP	Unidades de Atención Primaria	地域保健ユニット
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
WHO	World Health Organization	世界保健機関

事業事前評価表

1. 案件名

ドミニカ共和国第三保健地域母と子のプライマリーヘルスケアプロジェクト “Project for Strengthening Primary Health Care for Pregnant Women and Newborns in Health Region III”

2. 協力概要

(1) 当該国における保健セクターの現状と課題

ドミニカ共和国においては、妊産婦死亡率が出生 10 万対 220 (1990 年) から 150 (2010 年) に減少したが、依然として中南米・カリブ地域全体の平均 63 を大きく上回っている (2010 年 WHO)。さらに、5 歳未満児死亡比が 27 (出生 1,000 対、2010 年 WHO)、低体重出生児の割合が 11% (2005 ~ 2009 年、UNICEF) など、母子保健指標が同地域の平均に比べ悪い状況にある。一方、産前健診の受診率 (4 回以上 95%)、熟練出産介助者による出産率 (98%) 及び施設分娩割合 (98%) (2005 ~ 2009 年平均、UNICEF) は非常に高いことから、妊産婦・新生児ケアの質の問題が指摘されている。具体的には国家標準ケアが医療現場で遵守されていないこと、医療従事者への現任研修の機会が非常に限られていること、医療施設への保健行政機関によるモニタリングが行われていないことが認識されている。

ドミニカ共和国では、主に出産介助は病院、産前健診・産後健診・新生児ケアは地域保健ユニット (Unidades de Atención Primaria : UNAP) で行われているが、それぞれの医療施設で提供されているケアの質にはばらつきがあり、施設間の連携が円滑に行われていない。例えば、ハイリスクの妊産婦が産前健診でリスクが認知されないまま病院で出産を迎えるケースや、病院で出産後に UNAP にカウンターリファラルされていないことから産後健診と新生児ケアが提供されていないケースが多く発生している。また、妊産婦・新生児死亡が発生した際に召集される死亡症例検討委員会では、死亡症例検討結果を踏まえて改善策に係る提言が取りまとめられるが、必ずしも実施されておらず、また検討結果が全医療施設の関係者で共有されていない事態が発生している。さらに、地域保健サービス局 (Servicios Regionales de Salud : SRS) と地域保健サービス局事務所 (Servicios Regionales de Salud-Gerencia de Area : SRS-GA) が UNAP の運営を担当している一方、県保健事務所 (Direcciones Provinciales de Salud : DPS) は UNAP への技術支援及び全国プログラムの実施を担当しているが、DPS と SRS の円滑な連携が課題となっている。

2004 年 10 月から 2009 年 10 月まで JICA は「サマナ県地域保健サービス強化プロジェクト」を実施し、プライマリーヘルスケア実施体制の強化、サマナ県 DPS のモニタリング・指導能力の強化等を通じ、UNAP の地域保健サービスの向上¹に貢献した。同プロジェクトにおける UNAP での産前健診の受診率及び予防接種率の増加等の実績を踏まえて、本プロジェクトでは対象地域を第三保健地域²に拡大させ、妊産婦・新生児ケアの質を向上させるこ

¹ 具体的には、UNAP での予防接種受診率は 2003 年の 41% から 2008 年の 88.5% に改善した等がある。

² 主に以下の理由から先方の協力要請が出された。①第三保健地域の乳児死亡率及び 5 歳未満児死亡率は、ドミニカ共和国全体の平均とおおむね同レベルで、首都サントドミンゴから第三保健地域の地域保健サービス局まで車で 3 時間程度と比較的アクセスが良く、パイロット性が確保できること。②第三保健地域の地域保健サービス局は、JICA が支援した先行技術協力プロジェクトである「サマナ県地域保健サービス強化プロジェクト」の実績を評価していること。③ USAID が全国で実施している「優良母子保健センタープロジェクト」で第三保健地域の地域病院が対象となっており、わが国協力との相互補完関係が期待できること。

とを目標に、プライマリーヘルスケアの担い手である UNAP 人員の能力強化、UNAP に対するモニタリング・指導を行う保健行政の能力強化、UNAP と病院間のリファラル及びカウンターリファラルの改善等を支援する。

(2) ドミニカ共和国における保健セクターの開発政策と本事業の位置づけ

保健省は「国家保健計画 2006～2015 年」において、プライマリーヘルスケア戦略に基づいた保健システムの強化に取り組むことを公約している。同計画では妊産婦及び乳幼児死亡の削減〔MDGs（ミレニアム開発目標 4）及び 5〕への取り組みを優先すべき重点分野として位置づけている。また、「ゼロトレランス戦略」においても MDGs 4 及び 5 の達成へ向けた強いコミットメントを表明している。「妊産婦・乳児死亡削減国家計画（2005～2008 年）」では、①政策の実施及びモニタリング・評価の強化、②死亡及び疾病の疫学監視システムの強化、③青少年・女性・家族・コミュニティのエンパワメント、④根拠に基づく母子保健の包括的サービスの提供を目標として掲げている。

本プロジェクトは妊産婦・新生児ケアの質を向上させることを目標に、プライマリーヘルスケアの担い手である UNAP 人員の能力強化、UNAP に対するモニタリング・指導を行う保健行政機関の能力強化、妊産婦・乳児死亡症例検討委員会の改善、UNAP と病院間のリファラル及びカウンターリファラルの改善に取り組むものであり、ドミニカ共和国の保健政策に合致している。

(3) 保健セクターに対するわが国及び JICA の援助方針と実績

母子の継続ケアの実施強化により、妊産婦と 5 歳未満児死亡率の削減をめざすことは、わが国の「国際保健政策 2011～2015 年」及び JICA の保健協力のポジションペーパー「JICA の保健分野の協力 ―現在と未来―」にある母子保健の重点領域と整合している。低所得層が主に利用する公的医療施設の保健医療サービスの改善に取り組む本プロジェクトは、わが国の対ドミニカ共和国事業展開計画（2012 年）において、貧困削減・格差是正に向けて貧困層の健康改善に取り組むことを目的とする「保健セクター強化プログラム」に位置づけられており、母子の健康改善への取り組みを強化していくと明記されている。

ドミニカ共和国の保健セクターに対する支援実績として、母子保健及びプライマリーヘルスケアの分野において、「サマナ県地域保健サービス強化プロジェクト」（2004 年 10 月～2009 年 10 月）及び「中米カリブ地域 / 看護基礎・継続教育強化プロジェクト」（2007 年 8 月～2011 年 8 月）を実施した。

(4) 他の援助機関の対応

汎アメリカ地域保健機構（Pan American Health Organization : PAHO）は、ユニバーサルヘルスケアの向上を目的とした保健政策及び戦略に関する支援を行っている。米国国際開発庁（United States Agency for International Development : USAID）は、保健セクターにおいて、持続可能で質の高い保健サービスへのアクセスの向上に焦点を当てており、保健サービスの改善や保健人材のキャパシティ強化をサポートしている。また、弱い立場の人々のためのアドボカシー活動や政策支援も実施している。国連児童基金（United Nations Children's Fund : UNICEF）は、2005 年から実施しているゼロトレランス戦略に対する技術支援及び

機材供与（保温器やワクチンなどを含む）を行っており、特に母子保健の改善に尽力している。

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、ドミニカ共和国における保健セクター強化プログラムの1つとして、第三保健地域（ドゥアルテ県、マリア・トリニダー・サンチェス県、エルマナス・ミラバル県、サマナ県）において、①一次医療施設の人材の強化、②保健行政組織の一次医療施設に対するモニタリング・指導能力の強化、③各医療施設のリファラル・カウンターリファラルの改善及び、④妊産婦・新生児死亡に関する監査とフィードバックの改善を行うことにより、一次医療レベルでの産前健診、産後健診及び新生児ケアの質の向上を図り、妊産婦・新生児死亡の削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

第三保健地域（ドゥアルテ県、マリア・トリニダー・サンチェス県、エルマナス・ミラバル県、サマナ県）

(3) 本事業の受益者（ターゲットグループ）

地域保健サービス局行政官、県保健事務所行政官、病院関係者（地域病院数は1、県病院数は3、郡病院数は14）、UNAP関係者（UNAP数は166）、妊産婦、新生児、生殖可能年齢（15歳から49歳）の女性

(4) 事業スケジュール（協力期間）

2013年5月～2017年5月を予定（計48カ月）

(5) 総事業費（日本側）

約3.0億円（概算）

(6) 相手国側実施機関

保健省公衆衛生局

(7) 投入（インプット）

1) 日本側

① 専門家派遣

- ・チーフアドバイザー/地域保健（48人/月）：プロジェクトのリーダーとして、事業計画の全体管理、保健省及び保健行政機関との調整・協議、成果2に資する活動の総括を行う。
- ・母子保健（42人/月）：主に医療施設で働く医療従事者をカウンターパート（C/P）とし、成果1、3、4に資する活動を行う。
- ・業務調整/健康教育（44人/月）：成果1に資する活動のなかで医療従事者とヘルス

プロモーターが行う健康教育の研修や実施モニタリングを行う。またプロジェクト活動の調整や公金管理等を行う。

② 機材供与

妊産婦・新生児保健関連の機材、車両等

③ 在外事業強化費

ローカルスタッフ人件費、研修開催費、マニュアル・教材作成費等

2) ドミニカ共和国側

① C/P 配置

プロジェクト・ダイレクター：保健省公衆衛生担当次官

プロジェクト・マネジャー：保健省母子保健部長

リージョナル・マネジャー：第三地域保健サービス局長

その他の C/P：保健省母子保健部担当官、県保健事務所行政官等

② 施設・機材

プロジェクト執務室

③ プロジェクト運営に必要なローカル経費

C/P 給与、プロジェクト執務室の運営費、プロジェクト資機材維持管理費等

(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 (A、B、C を記載) : C

② カテゴリ分類の根拠：本プロジェクトは「国際協力機構環境社会配慮ガイドライン」(2010年4月公布)上、環境への望ましくない影響は最小限であると判断されるため。

2) ジェンダー・平等推進 / 平和構築・貧困削減：

遠隔地に居住する女性に対して、ANC/PNC、予防接種、鉄剤の供給などを含む PHC サービスが行き渡るように、統合訪問ケア活動にも重点が置かれている。このように、ジェンダーという点にも配慮したプロジェクト・デザインとなっている。

3) その他：特になし。

(9) 関連する援助活動

1) わが国の援助活動

「中米カリブ地域 / 看護基礎・継続教育強化プロジェクト」(2007年8月～2011年8月)では、域内の対象国で中央と地方に委員会を設置し、看護基礎教育に係るカリキュラム改訂等を行った。ドミニカ共和国でも、本件プロジェクト対象地域に地方委員会が設置され、看護の質改善に取り組んでいる。

JICA ドミニカ共和国事務所は一次医療レベルに青年海外協力隊(保健医療職、村落開発等)を派遣するべく要望調査を準備中である。

2) 他ドナー等の援助活動

本プロジェクトに直接的にかかわる支援として、PAHO は、助産師制度の創設のため、保健省やサントドミンゴ自治大学などとの協議、カリキュラム策定支援等を行っている。

また、リプロダクティブヘルスに関する権利の国内キャンペーン、周産期におけるカルテ記載の徹底（USAID との連携）、医師及び看護師の能力向上という 3 つの戦略を立てている。USAID は、妊産婦、新生児及び乳幼児の罹患率・死亡率の減少に貢献することを目的に、全国 10 の国立総合病院を対象としたプロジェクト（2004 年 10 月～2009 年 10 月）を実施している。支援の内容は、マネジメント能力強化、根拠に基づいたサービスの提供、インフラ整備、医療連携体制の強化などである。さらに、全国で「優良母子保健センタープロジェクト」（2009 年 2 月～2014 年 2 月）を実施し、第三保健地域では地域病院が協力対象として含まれている。USAID は、病院に対してマネジメント能力強化、根拠に基づいたサービスの提供、インフラ整備、医療連携体制の強化等を行っている。JICA との支援内容の重複を避け、また相乗効果を高めるために、常に情報共有を行い、事業内容及び成果の共有を図る必要がある。UNICEF は、子どもに対する社会サービスの向上を促すアドボカシー活動や啓発活動、ワクチンやビタミン剤、医療器材の提供などを通して子どもの健康の向上に取り組んでいる。

4. 協力の枠組み

(1) 協力概要

1) 上位目標：第三保健地域において妊産婦・新生児死亡数が削減される。

指標：

1. 妊産婦死亡数が XX から YY まで低下する。
2. 新生児死亡数が XX から YY まで低下する。

[※基準値（XX）と目標値（YY）はプロジェクト開始後にベースライン調査の結果を踏まえて設定する。以下の記載においても同様。]

2) プロジェクト目標：一次医療施設及び UNAP が提供する産前健診、産後健診、新生児ケアの質が向上する。

指標：

1. 国家ガイドラインに従って血液スクリーニングを受けた妊婦が YY% に達する。
2. 正常分娩後 24 時間から 72 時間以内に医療従事者から家庭で産後健診を受診した女性が YY% に達する。
3. 正常分娩後 24 時間から 72 時間以内に医療従事者から家庭で新生児ケアを受診した新生児が YY% に達する。
4. 産後健診で家族計画の指導を受けた女性が YY% に達する。
5. 新生児の危険サインについて情報を受けた女性が YY% に達する。

3) 成果及び活動

(プロジェクト実施体制整備のための活動)

- 0-1 ベースライン調査を実施する。
- 0-2 妊産婦・新生児保健に関する保健行政及び保健医療サービスの現状を把握する。
- 0-3 ワークショップを通じてドミニカ共和国関係者にプロジェクトの目的、理念、デ

ザインを周知し、ドミニカ共和国側の実施体制の構築促進を図る。

0-4 エンドライン調査を実施する。

成果1：一次医療施設及びUNAPの人材の知識・技能が向上する。

指標：

1-1 対象一次医療施設及びUNAPのうち研修を受講した人材がYY%に達する。

活動：

1-1 研修講師を選出する。

1-2 研修講師への研修のニーズアセスメントを実施し、研修内容を決定する。

1-3 既存の研修マニュアル・教材をレビューし、必要に応じて作成・改訂する。

1-4 研修講師に対して研修を実施する。

1-5 UNAPの医師、看護師、ヘルスプロモーターへの研修の実施状況、研修マニュアル、教材について把握する。

1-6 地域保健サービス局及び県保健事務所がUNAPの医師、看護師、ヘルスプロモーターへの研修のニーズアセスメントを実施し、研修内容を決定する。

1-7 既存の研修マニュアル・教材をレビューし、必要に応じて作成・改訂する。

1-8 年間研修計画を策定する。

1-9 UNAPの医師、看護師、ヘルスプロモーターへの研修を実施する。

成果2：地域保健サービス局及び県保健事務所の一次医療施設とUNAPに対する³モニタリング・指導能力が強化される。

指標：

2-1 地域保健サービス局による定期的なモニタリングを受けたUNAPの割合がYY%に達する。

2-2 県保健事務所による定期的なモニタリングを受けたUNAPの割合がYY%に達する。

活動：

2-1 地域保健サービス局行政官及び県保健事務所行政官への研修のニーズアセスメントを実施し、研修内容を決定する。

2-2 既存の研修マニュアル・教材をレビューし、必要に応じて作成・改訂する。

2-3 UNAPに対するモニタリングチェックリストの利用状況を確認する。

2-4 UNAPに対する指導マニュアルの利用状況を確認する。

2-5 行政官に対して研修を実施する。

2-6 UNAPへのモニタリング計画を作成する。

2-7 UNAPに対するアセスメントと指導を実施する。

³ 地域保健サービス局と県保健事務所との間で、モニタリング評価に係る役割分担が明確になっていないため、現段階では2つの部署がUNAP及び一次医療施設に対するモニタリングを行う。

成果3：地域病院・県病院・郡病院と一次医療施設（UNAP）間のリファラル及びカウンターリファラルが改善する。

指標：

- 3-1 UNAP から病院にリファーされた時にリファラル用紙⁴と周産期検査記録を持って病院に行く妊婦が YY%に達する。
- 3-2 UNAP からのリファラルなしに直接病院に行くハイリスクの妊婦が YY%まで減る。
- 3-3 地域病院、県病院、郡病院における出産のうち YY%が YY 時間以内に周産期・新生児記録とともに UNAP に報告される。

活動：

- 3-1 リファラル及びカウンターリファラルのガイドラインの利用状況をレビューする。
- 3-2 各病院及び UNAP に対してワークショップを行う。
- 3-3 地域保健サービス局がリファラル及びカウンターリファラルをモニタリングし、実施促進を行う。

成果4：妊産婦・新生児死亡にかかわる監査とフィードバックが改善する。

指標：

- 4-1 妊産婦死亡症例のうち 100%がガイドラインどおりに妊産婦死亡症例検討委員会で検討される。
- 4-2 新生児死亡症例のうち YY%がガイドラインどおりに乳児死亡症例検討委員会で検討される。
- 4-3 すべての妊産婦・乳児死亡症例検討会での結果がすべての医療施設に共有される。

活動：

- 4-1 妊産婦・乳児死亡症例検討委員会の実施状況を把握する。
- 4-2 妊産婦・乳児死亡症例検討委員会の改善策を検討する。
- 4-3 妊産婦・乳児死亡症例検討委員会の改善策を実施する。

4) プロジェクト実施上の留意点

本プロジェクトは、公衆衛生及びプログラムを担当する DPS と医療ケアサービス及び各組織・レベル間のサービスネットワークを担当する SRS の2つの系列の保健省の部局及び組織とかかわっている。具体的には、UNAP レベルでは、SRS が UNAP の運営を行っている一方、DPS が各種プログラムの実施を担っているが、両者の連携が必ずしも円滑に行われていない。本プロジェクトでは、SRS と DPS のおのおのとうまくかわりつつ、専門家が間に入り調整を行いながら、両者の連携を促進するように対応する。

⁴ 医師の紹介状（これを持って患者は上位医療施設に行く）

- (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
- ・プライマリーヘルスケアに係る実施体制が変更されない。
- (2) 成果達成のための外部条件
- ・特記事項なし。
- (3) プロジェクト目標達成のための外部条件
- ・医療従事者に大幅な異動が生じない。
- (4) 上位目標達成のための外部条件
- ・ドミニカ共和国の母子保健政策に大幅な変更が生じない。
 - ・大規模な自然災害や政情不安が生じない。

6. 評価結果

本事業は、ドミニカ共和国の開発政策、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高い。

7. 過去の類似案件の教訓と本事業への活用

- (1) ドミニカ共和国「サマナ県地域保健サービス強化プロジェクト」（2004年10月～2009年10月）終了時評価調査からの教訓

同プロジェクトでは、SRSとの連携強化の必要性が教訓として指摘されたことから、本プロジェクトでは保健省、SRS、DPSをC/Pとしてプロジェクトを実施する。また、サマナ県のプロジェクトにおいて構築したコミュニティヘルスのモデルや母子保健手帳はサマナ県保健事務所関係者に高く評価されたものの、保健省内のガイドライン作成部署の巻き込みが不十分であったため、保健省内で採用されるには至らなかった。本プロジェクトでは既存のガイドラインの活用を促進することを支援し、新規ガイドライン等の作成を検討する場合には、保健省の関係部と綿密に調整する。

- (2) ニカラグア共和国「グラナダ地域保健強化プロジェクト」（2000年12月～2001年11月）終了時評価調査からの教訓

プロジェクト目標の達成に影響を与える要因として、「県病院と保健センターの組織内のマネジメントの違いが、リファラル・カウンターリファラルの妨げとなっている」ことが指摘された。本プロジェクトでは、リファラル・カウンターリファラルの実態を調査し、組織間のマネジメントの違いが障害にならないように、組織内の役割分担が明確になるように支援する。また、必要に応じてリファラル・カウンターリファラルに関する既存のガイドラインを改訂することも保健省に提案する。

第1章 詳細計画策定調査の概要

1-1 調査団派遣の経緯と目的

ドミニカ共和国は、近年、中南米・カリブ諸国の中で急速な経済成長を遂げている。好調な経済状況を背景にドミニカ共和国の社会開発は大きく進展し、保健セクターでは保健医療サービスの普及や乳幼児死亡率の低減等多くの改善がみられた。しかしながら、依然としてドミニカの妊産婦及び新生児をとりまく環境には多くの課題が残っている。「4回以上の産前健診」と「熟練出産介助者を伴った出産」は95%以上を達成しているにもかかわらず、妊産婦死亡比は150（出生10万対）と中南米・カリブ地域の平均（63）より高く、かつ近年下げ止まり傾向にある（2010年、WHO）。この背景には、95%以上の施設分娩にもかかわらず、医療施設での不必要な医療介入、医療従事者不足、医療従事者の能力不足等が理由として挙げられる。

係る状況を受け、2004年10月から2009年10月まで保健省はJICAの協力により、サマナ県において「地域保健サービス向上プロジェクト」（Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud en la provincia Samaná : FAPRISAS）を実施した。同プロジェクトでは、地域保健ユニット（Unidades de Atención Primaria : UNAP）の母子保健サービスを強化し、UNAPの活動に対するサマナ県保健事務所の監督・指導機能を強化させ、一次医療サービスの向上に貢献した。更なる改善に向けて、保健省はFAPRISASの成果を踏まえて、第三保健地域（サマナ県、ドゥアルテ県、マリア・ドリニーダ・サンチェス県、エルマナス・ミラバル県）における「第三保健地域母と子のプライマリーヘルスケアプロジェクト」をわが国に要請した。同案件では、UNAPを中心とした妊産婦の周産期ケアの質の向上を目的として、一次医療施設レベルとコミュニティレベルの妊産婦・新生児保健サービスの強化に取り組むことが要請されている。

本詳細計画策定調査においては、ドミニカ共和国政府からの協力要請の内容を確認し、要請の背景としてドミニカ共和国の政策・戦略、他ドナーによる支援、要請案件とドミニカ共和国の保健政策の関係性等を確認する。それらを踏まえて、先方関係機関と協議を行い、協力計画（プロジェクト・デザイン）を策定する。また、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・分析を行うことを目的とする。

1-2 調査団の構成と調査日程

担当分野	氏名	所属
団長	花田 恭	JICA 人間開発部 国際協力専門員
評価分析	山田 順子	株式会社コーエイ総合研究所 研究員
協力計画	関根 一貴	JICA 人間開発部保健第四課 ジュニア専門員

1-3 調査日程

付属資料7の調査日程を参照。

1-4 主要面談者

<ドミニカ側>

・保健省

Jose Rodriguez Aybar	公衆衛生担当次官
Rafael Schittino	第四保健地域担当次官
Jose De Lancer	母子保健部長
Yassandy D. Luis B.	母子保健部モニタリング・評価担当
Jose Mordan	母子保健部家族計画担当
Donatilo Santos	母子保健部女性の健康担当
Mary Reyes	会計・経理担当

・経済企画開発省

Ronaldo Torres	企画担当長
----------------	-------

・第三保健地域の地域保健サービス局 (Servicios Regionales de Salud : SRS)

Emma Barba Demorizi	SRS 長
Carlixa Bautista	戦略部長
Jonahel de la Rosa	医療ケア部アシスタント

・ドゥアルテ県保健事務所 (Direcciones Provinciales de Salud : DPS)

Luis A. Dominguez G.	DPS 長
----------------------	-------

・地域病院 (San Vicente de Paul 病院)

Jose Polanco Li Vanzo	産科医長
-----------------------	------

・Las Guaranas 病院 (ドゥアルテ県病院)

Carlos de Jesus Dominguez	Las Guaranas 病院長
---------------------------	------------------

・サマナ県 地域保健サービス局事務所 (Servicios Regionales de Salud-Gerencia de Area : SRS-GA)

Naval Baez	SRS-GA 長
Hidergarois Kelly	保健担当
Yoakina Kelly Pena	情報担当

・サマナ県 DPS

Emiliana Paredes	情報担当
------------------	------

・サマナ県病院 (Leopoldo Pou 病院)

Humberto Ortega	院長
Flor Deliz Garcia Thomas	保健担当

・エルマナス・ミラバル県 SRS-GA

Jose Rosario Ovalle	SRS-GA 長
Mariela Toribiio Duran	ゾーンコーディネーター
Yomaira Salcedo Then	ゾーンコーディネーター
Livanny Garcia Rivera	保健担当
Damaris Paulino Taveras	情報担当
Lidia Campos Nunez	クライアントサービス担当

・エルマナス・ミラバル県病院 (Pascasio Toribio Piantini 病院)

Juan Manuel Nunez	病院長
-------------------	-----

- | | |
|------------------------|---------------|
| Felicia Duran | 人材課長 |
| Esthela Santana | 小児科医 |
| Ramona Andujar Polanco | 疫学医 |
| Ydalina Diaz | アドミニストレーション担当 |
- ・エルマナス・ミラバル県 Tenares 病院

Juan Gonzalez	病院長
Juan Nunez	疫学医
Brigida Hidalgo	疫学医
 - ・エルマナス・ミラバル県 DPS

Yoobary Espaillat	疫学医
-------------------	-----
 - ・マリア・トリニダー・サンチェス県 SRS-GA

Duglar G. Rivas Matos	SRS-GA 長
Carman Fermin	保健担当
Pio Hiciano L.	クライアントサービス担当
Yarissa Gelabdert	保健担当
Juana E. Ventura M.	情報担当
Iranellyu Cabrera Burgos	情報担当
 - ・マリア・トリニダー・サンチェス県 DPS

Maria Llana Lopez C	母子保健プログラム担当
---------------------	-------------
 - ・マリア・トリニダー・サンチェス県病院

Angel Sabino Abramson	Antonio 病院
Francis A. Perez F	Antonio Yerah H 病院

<他ドナー等>

- ・汎アメリカ地域保健機構 (Pan American Health Organization : PAHO)

Dra. Lilian Reneau-Vernon	PAHO ドミニカ共和国代表
Carlos Eduardo Gril	コンサルタント (家庭保健)
- ・Maternal & Child Centers of Excellence Project, USAID

Carlos J. Cuellar	プロジェクトリーダー
Rosa Maria Suarez	プロジェクト副リーダー
- ・中米カリブ地域 / 看護基礎・継続教育強化プロジェクト

Mercedita Reynoso	Maternidad de Mujer 病院長
Rosa Maria Reinoso Gil	Luis E. Aybar 病院長
Miriam Altigracia Jimenez	Marcelino Velez Santana 病院長
Minerva Hilario Peralta	技術顧問
Carmen Benzon	アドミニストレーション・コーディネーター

<日本側>

- ・在ドミニカ共和国日本大使館

佐藤 宗一	特命全権大使
-------	--------

河野 道成	二等書記官
・ JICA ドミニカ共和国事務所	
小澤 正司	所長
山口 尚孝	次長
若林 敏哉	所員
松岡 瑠理子	企画調査員（ボランティア）
Doris Holguin	プロジェクトコーディネーター

第2章 調査結果

2-1 ドミニカ共和国における母子保健概況

2-1-1 一般保健概況

2010年の国勢調査によると、ドミニカ共和国の総人口は9,378,819人で、男性4,707,921人、女性4,670,898人（男女比100：99）である。主な人口関連指標を表-1に示す。

表-1 主要人口関連指標

指標	年	ドミニカ共和国	ラテンアメリカ・カリブ海諸国全体
粗出生率（人口1,000対）	2010	22	19
粗死亡率（人口1,000対）	2010	6	6
合計特殊出生率（人）	2010	2.6	2.2
人口の年間増加率（%）	2000～2010	1.6	1.4
出生時平均余命（歳） （合計）	2010	73	74

出所：UNICEF（2012）子供白書、保健省/PAHO（2009）Indicadores Básicos de Salud

ドミニカ共和国及びラテンアメリカ・カリブ海諸国全体における主な母子関連指標は表-2のとおり。ラテンアメリカ・カリブ海諸国全体と比較して、ドミニカ共和国の5歳未満児死亡率、乳児死亡率、新生児死亡率はいずれも高く、低体重出生児の割合も高い。また、産前健診の受診率、専門技能を有する医療従事者の介助による分娩率及び施設分娩率が高いにもかかわらず、妊産婦死亡比が高いことから、医療サービスの質の問題が指摘されている。

表－２ ドミニカ共和国とラテンアメリカ・カリブ海諸国全体の主な母子保健関連指標の比較

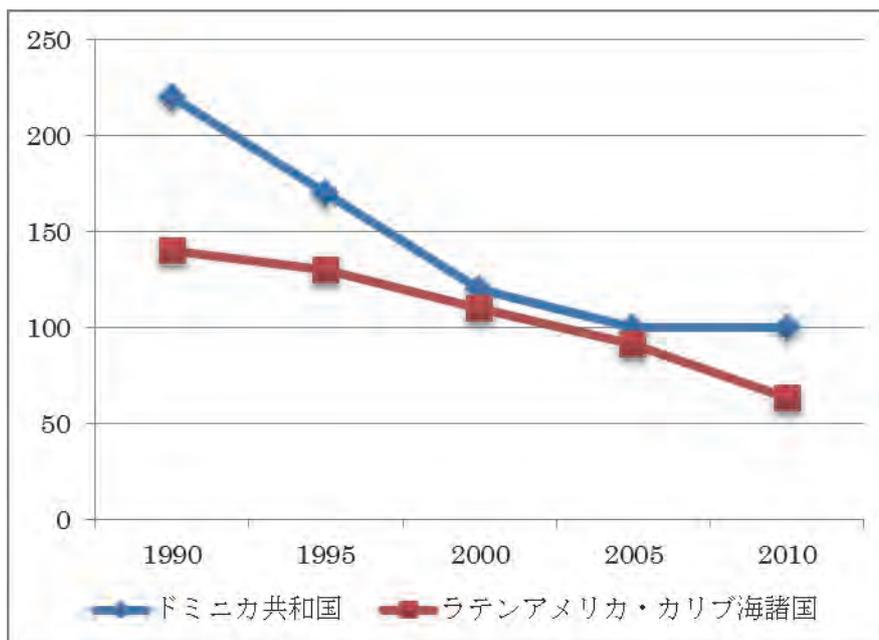
指 標	年	ドミニカ共和国	ラテンアメリカ・カリブ海諸国全体
子どもの保健指標			
5歳未満児死亡率（出生 1,000 対）	2009	27	23
乳児死亡率（出生 1,000 対）	2009	22	19
新生児死亡率（出生 1,000 対）	2010	15	11
低体重児出生率（％）	2006～2010	11	8
1歳児予防接種率			
BCG（％）	2010	98	94
三種混合 1 回（％）	2010	96	96
三種混合 3 回（％）	2010	88	92
ポリオ 3 回（％）	2010	86	91
麻疹（％）	2010	79	93
破傷風から保護される新生児（％）	2010	87	82
妊産婦の保健指標			
妊産婦死亡比（出生 10 万対）	2008	100	63
合計特殊出生率（％）	2010	2.6	2.2
避妊法の普及率（％）	2006～2010	73	75
産前健診（最低 1 回）受診率（％）	2006～2010	99	95
産前健診（最低 4 回）受診率（％）	2006～2010	95	86
専門技能者が付き添う分娩（％）	2006～2010	98	89
施設分娩率（％）	2006～2010	98	87
帝王切開率（％）	2006～2010	42	34
女子（15～19 歳）の出産率 （1,000 人当たりの出産数）	2000～2008	98	75

出所：UNICEF（2012）子供白書

2－1－2 妊産婦及び乳児死亡

(1) 妊産婦死亡

図－1 のとおり、ドミニカ共和国妊産婦死亡比は 1990 年から 2008 年にかけて 220 から 100 に減少したが、依然ラテンアメリカ・カリブ海諸国全体の平均 85 を上回っている（2012 年 UNICEF）。



出所：WHO/UNICEF/UNFPA/世界銀行（2010）Maternal Mortality estimates 1990-2008

図-1 妊産婦死亡比の推移

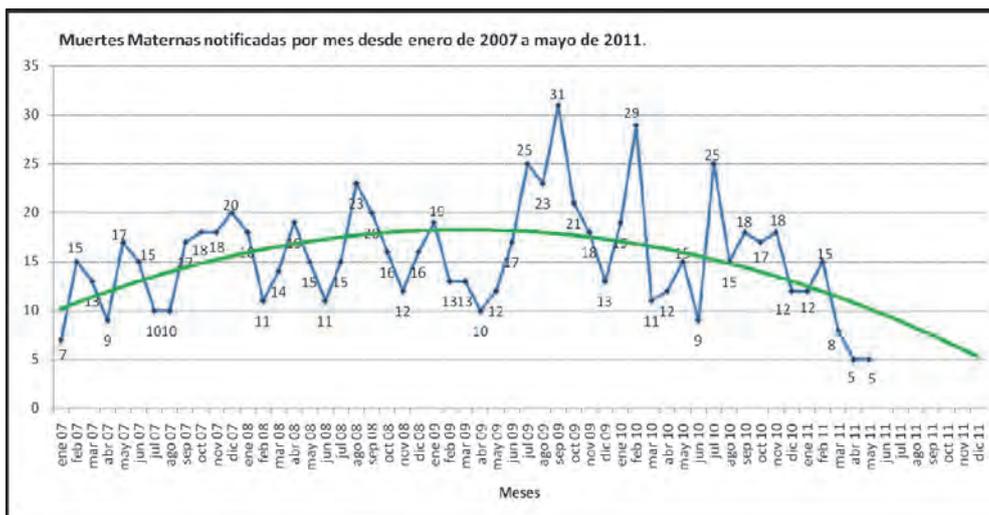
ドミニカ共和国では妊産婦死亡は届け出が義務づけられており、2007年から2011年9月24日までに報告された妊産婦死亡件数は表-3のとおりである。また、図-2は2007年から2011年5月までの月ごとの妊産婦死亡件数を示したもので（曲線は回帰曲線）、2009年に死亡が急増した月があるのは新型インフルエンザ（A/H1N1）が原因である¹。

表-3 報告された妊産婦死亡件数

	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年 (9/24まで)
妊産婦死亡件数	160	190	213	201	113

出所：保健省疫学総局（2011）Situacion Epidemiologica Eventos Bajo Observancia Tolerancia Cero Resumen Ejecutivo Correspondiente Al Mes De Diciembre 2010 及び Boletin Epidemiológico Semanal 38

¹ 保健省疫学総局（2011）Situacion Epidemiologica Eventos Bajo Observancia Tolerancia Cero Resumen Ejecutivo Correspondiente Al Mes De Diciembre 2010



出所：保健省母子保健部提供資料

図－2 妊産婦死亡数の推移

保健省母子保健部への聞き取りによれば、妊産婦死亡は主に病院内（95%）で起こっている。

過去、妊産婦死因の第1位は妊娠高血圧症候群で第2位が出血であった。例えば、2002年では、妊娠高血圧症候群（21%）、出血（20%）、産褥期に関連する合併症（13%）であった^{2,3}。しかし、分娩第3期の積極的管理などの対策により、出血を原因とする死亡が減少した⁴。保健省母子保健部への聞き取りによると、現在の死亡の原因は主なものから、妊娠高血圧症候群、産褥に関連する合併症（産科的塞栓症など）、出血の順であり、出血は第3の原因とのことである。また、2008年では、妊産婦死亡のうち予防可能性を分析した死亡（93%）の73.1%が予防可能な死亡であった⁵。

ドミニカ共和国では、人工妊娠中絶は違法である。しかしながら、表－4中の死因として、流産に終わった妊娠があるが、そのなかには人工妊娠中絶によるものも含まれている。2010年9月の憲法第30条改定により、人間の生命は受胎の瞬間から始まるため、いかなる場合も人工妊娠中絶は禁止されるとされた。保健省への聞き取りによると、2010年の憲法改定以前においても、同省の規程では医療行為として禁止されており、医療施設では人工妊娠中絶は行っていなかった。しかし実際には、売薬などにより独自で中絶を行った後、出血多量などで救急に来る女性がいるため、病院では中絶後のケアを行っている状況である。

² P.38,「国家保健10カ年計画2006～2015年」

³ ここでは妊娠高血圧症候群はICD（国際疾病分類）10のO10～O16、出血はO44、O45、O67及びO72、産褥期合併症はO85～O92。

⁴ 保健省母子保健部提供資料

⁵ 保健省疫学総局（2009）Epidemiologia, Vol. 17, No. 2, Abril-Junio 2009

表－4 妊産婦死亡の原因の推移

死因 (%)	2008年	2009年	2010年	2011年 7/30まで
直接産科的死亡	76.6	68.9	79.5	65.5
妊娠、分娩及び産褥期における浮腫、蛋白尿及び高血圧性障害 (O10-O16)	26.1	24.7	25.0	17.2
産褥に関連する合併症 (O87-O92)	13.0	7.4	15.0	13.8
分娩前後及び分娩時の出血 (O20, O44-O46, O72)	10.9	11.4	15.0	9.2
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	7.6	8.0	9.5	6.9
産褥性敗血症・感染症 (O85-O86)	9.2	8.4	5.0	6.9
妊娠・分娩時の合併症 (O21-O43, O60-O71, O73-O75)	6.0	3.0	5.0	5.7
産科的破傷風 (A34)	0.5	0.0	0.0	0.0
原因不明の産科的死亡 (O95)	3.3	6.0	5.0	4.6
間接産科的死亡	23.5	33.1	19.5	36.7
HIV 及びエイズ (B20-B24)	3.8	4.4	2.0	4.6
産褥に関連した精神及び行動の障害 (F53)	1.9	0.0	0.0	0.0
肺炎	2.1	14.9	2.5	8.0
妊娠、分娩及び産褥に合併するその他の母体疾患 (O98-O99)	15.7	11.4	15.0	24.1
分娩満 42 日以後 1 年未満に発生したあらゆる産科的原因による母体死亡 (O96-O97)	1.9	0.0	0.0	0.0

注：() 内は ICD10 分類

出所：保健省疫学総局 (2011) Situacion Epidemiologica Eventos Bajo Observancia Tolerancia Cero Resumen Ejecutivo Correspondiente Al Mes De Diciembre 2010 及び Situacion Epidemiologica Eventos Bajo Observancia Tolerancia Cero Resumen Ejecutivo Correspondiente Al Mes De Julio 2011

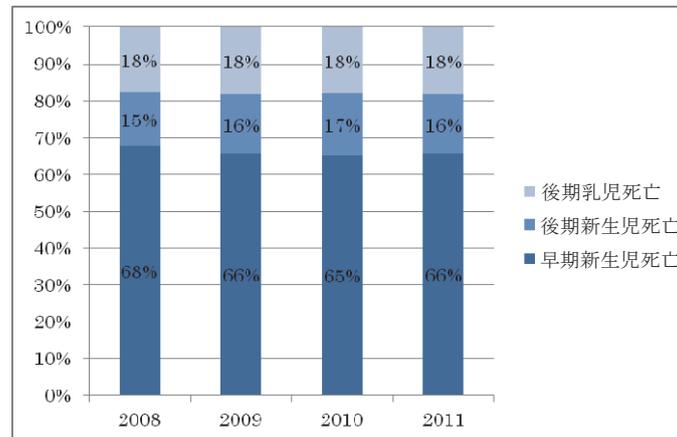
(2) 乳児死亡

保健省の「国家保健 10 カ年計画 (2006～2015 年)」では、新生児死亡が乳児死亡の 71%、5 歳未満児死亡の 58% を占めており、新生児期 (生後 28 日まで) の死亡を削減することが重要な課題とされていた。図－3 から、乳児死亡のうち約 80% を新生児死亡、約 66% を早期新生児死亡が占めていることが分かり、生後 7 日までの早期新生児死亡を防ぐことの重要性が明らかとなっている。新生児死亡の主な死因は呼吸窮迫と細菌性敗血症であり、また敗血症は後期乳幼児死亡の主な原因でもある。

表－５ 乳児死亡の内訳

項目	2008年	2009年	2010年	2011年 7/30日まで
早期新生児死亡（生後0～7日未満）	2,307	2,381	2,239	1,007
後期新生児死亡（生後7～28日未満）	508	586	573	249
新生児死亡（生後28日未満）	2,815	2,967	2,812	1,256
後期乳児死亡（生後28日1年未満）	601	664	621	280
乳児死亡数	3,416	3,631	3,433	1,536
推定出生数	220,127	219,288	218,282	124,752
乳児死亡率（出生1,000対）	15.52	16.56	15.73	12.31

出所：保健省疫学総局（2011）Situacion Epidemiologica Eventos Bajo Observancia Tolerancia Cero Resumen Ejecutivo Correspondiente Al Mes De Diciembre 2010 及び Situacion Epidemiologica Eventos Bajo Observancia Tolerancia Cero Resumen Ejecutivo Correspondiente Al Mes De Julio 2011 を基に調査団作成



出所：表－５のデータを基に調査団作成

図－３ 乳児死亡の内訳

表－６ 新生児及び後期乳幼児死亡の主な原因

死因 (%)	2009年	2010年	2011年 7/30まで
新生児死亡数	2,815	2,812	1,256
新生児の呼吸窮迫 (P22)	30.0	29.6	30.1
新生児の細菌性敗血症 (P36)	24.0	28.4	29.8
子宮内低酸素症・出生時仮死 (P20, P21)	8.8	4.7	8.6
妊娠期間短縮及び低出生体重に関連する障害 (P07)	5.4	5.4	6.0
先天性肺炎 (P23)	5.0	4.0	3.7
新生児吸引症候群 (P24)	3.6	2.1	1.6
その他	23.2	26.4	20.2

後期乳幼児死亡数	601	621	280
その他の敗血症（A41）	21.1	32.4	30.4
肺炎（J18）	14.8	16.4	21.0
心臓のその他の先天奇形（Q24）	8.7	5.0	10.1
感染症と推定される下痢及び胃腸炎（A09）	11.5	7.9	6.1
細菌性髄膜炎（G00）	5.5	4.6	1.4
詳細不明の重度蛋白エネルギー性栄養失調（E43）	7.3	5.6	3.0
HIV 感染（B20-B24）	2.8	0.8	1.4
その他	28.3	29.5	26.6

出所：保健省疫学総局（2011）Situacion Epidemiologica Eventos Bajo Observancia Tolerancia Cero Resumen Ejecutivo Correspondiente Al Mes De Julio 2011

（3）妊産婦・乳児死亡症例検討委員会

1996年以降、下院決議により、妊産婦・乳児死亡症例検討委員会を設立し、妊産婦・乳児死亡に関する疫学的監視システムが開始された。さらには、1997年7月の下院決議により、公的・民間の医療施設及びコミュニティで発生したすべての生殖可能年齢の女性（10～49歳）及び乳児の死亡について報告が義務づけられた。保健省の疫学総局が母子保健局との連携の下、妊産婦・乳児死亡疫学監視システムの責任をもつこととされている。また、県保健事務所（以下、DPS）も死亡症例検討委員会への参加が定められている⁶。保健省への聞き取りでは、死亡症例検討委員会は、①国家レベル（保健省以外の省も参加）、②県レベル、③病院間、④病院内の4段階で設立され、国家委員会の長は公衆衛生局次官であり、県レベルの委員会の長はDPS長である。

「妊産婦死亡に関する疫学監視のための国家規範（1998年）」及び「感染症及び他のイベントに関する疫学監視のための国家規範（1998年）」により、発生後24時間以内の届け出、院内妊産婦・乳児死亡症例検討委員会の開催、報告の内容、届け出様式などが定められている。

保健サービス局長への聞き取りによると、検討委員会の現状は以下のとおりである。妊産婦・乳児死亡が発生したら、最初に病院内で疫学担当の医師がデータを収集し、所定のフォームに記入する。次に、DPSの疫学担当者が社会状況の調査を行い、保健省本省の疫学総局に電子データを送付する。ここまでのプロセスを24時間以内に行うこととされている。死亡が発生した病院での院内検討委員会は1週間以内に開催されるよう、保健省からの指示があるとのことである。また、この一連のプロセスは死亡者の居住する県のDPSが責任を負うとのことである。

2-1-3 妊産婦ケアの利用状況

（1）産前健診

過去5年間に出産した女性のうち4回以上産前健診を受診した女性は94.5%とかなり高

⁶ 保健省（1998）Normas Nacionales para la Vigilancia Epidemiologica de la Mortalidad Materna

い割合となっている。また、ほぼすべての産前健診は産婦人科医を含む医師が行っている（98.8%）。産前健診の内容については、99.0%の女性が体重測定を行い、99.5%が血圧測定、97.2%が尿検査、99.1%が血液検査を受けており、さらに84.1%が2回以上破傷風の予防接種を受けている。その一方で、妊娠時の合併症に関する説明を受けた女性は69.1%であった。

表－7 産前健診の状況

指 標	%
産前健診 1 回以上受診率	98.9
産前健診 4 回以上受診率	94.5
健診実施者	
医師	31.5
産婦人科医	67.3
看護師	0.1
伝統的分娩介助者	0.0
その他	0.1
未受診	0.5
不明	0.5

出所：DHS2007

(2) 出産介助

施設分娩及び医師による分娩がほぼ100%に達している。ドミニカ共和国には助産師が存在しないこともあり医師による分娩の割合が多くなっていると考えられる。帝王切開による出産は全国平均で41.9%と極めて高い。

表－8 出産の状況

指 標	%
出産場所	
公的医療施設	77.2
民間医療施設	20.3
自宅	1.2
その他	0.5
不明	0.8
施設分娩率	97.5
出産介助者	
医師	65.1
産婦人科医	32.0

看護師	0.7
伝統的分娩介助者	0.6
家族	0.5
介助者なし（一人で）	0.0
不明	1.1
専門技能者が付き添った出産	97.8
帝王切開率	41.9

出所：DHS2007

(3) 産後健診

65.8%の女性が産後 24 時間以内に、82%が 2 日以内に産後健診を受けている。産後健診は医師または看護師が行っている。

表－9 産後健診の状況

産後健診の指標	%
産後健診の受診時期	
出産後 4 時間以内	49.0
出産後 4 ～ 23 時間	16.8
出産後 1 ～ 2 日以内	16.3
出産後 3 ～ 41 日以内	6.6
不明	2.0
未受診（41 日以降の受診も含む）	9.3
健診実施者	
医師	31.1
産婦人科医	47.9
看護師	10.6
伝統的分娩介助者	0.2
その他	0.2
不明	0.5
未受診（41 日以降に受診も含む）	9.3

出所：DHS2007

2-1-4 保健医療行政

(1) 保健行政区分

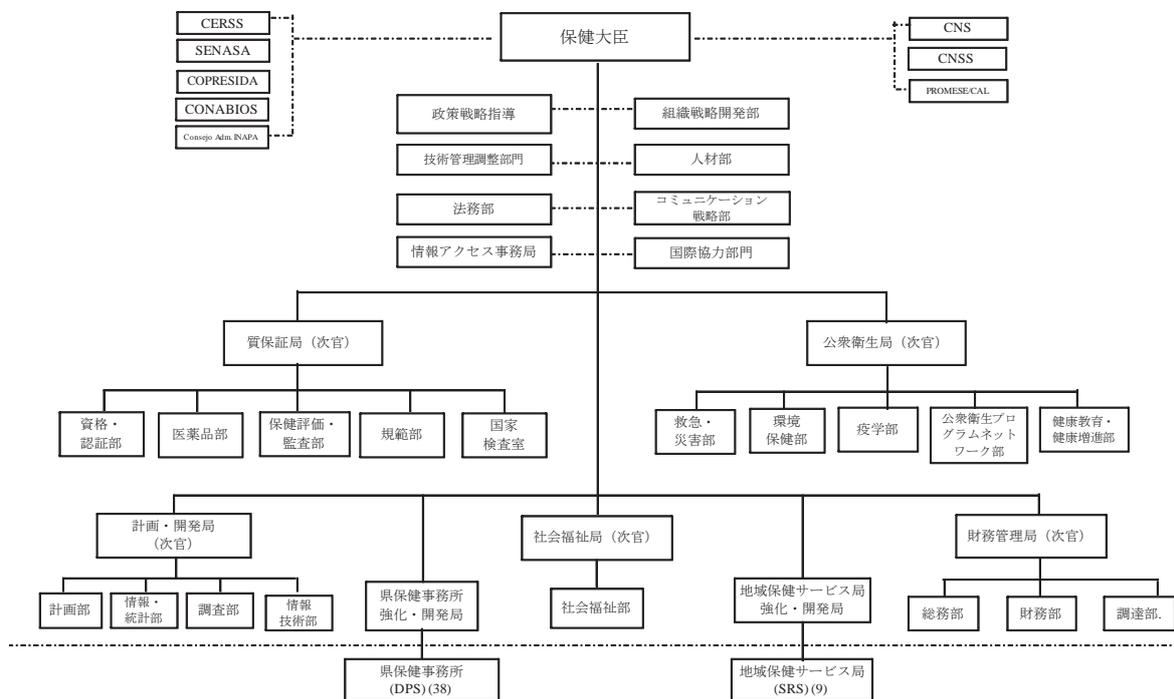
ドミニカの行政区分は、8 地域（第 1 ～ 8 Region）及び 1 特別行政区（District Nacional）に区分され、その下に 31 県（Province）、154 市（Municipio）、108 区（District Municipal）、987 町（Seccion）、9,708 村（Parajes）に分かれている⁷。保健行政区分は、8 地域と 1 特別行

⁷ 「サマナ県地域保健サービス強化プロジェクト終了時評価調査報告書」

政区を合わせた9つの保健地域（Region 0～8）に分けられている。

(2) 保健省

ドミニカ国家保健医療行政を担う保健省では、保健セクター改革が実施されており、徐々に地方分権化が進められている。保健セクター改革により、保健省本省は従来の予算、人材の雇用に関する権限を各保健地域事務所（SRS）に委譲し、政策立案、監督が主な機能になる。9つの保健地域には、それぞれに地域保健サービス局（SRS）が設置され、各SRSが公共の保健サービスを担うことになっているが、各県の保健事務所（DPS）との役割分担が明確でないため、保健行政の地方分権化は法的な枠組みのみ先行しており、実態が伴っておらず十分に機能していない状態である。



出所：保健省ホームページ（2012年12月）

図－4 保健省組織図

(3) 県保健事務所（DPS）

1997年から保健行政組織の地方分権制度が始まり、DPSが設立された。DPSは各県に配置され、それぞれが18,000～50,000人の人口をカバーしている。管轄地域内における公的・民間医療施設の機能評価、公衆衛生プログラム（予防接種、HIV、環境衛生、栄養、結核、人畜共通感染症、青少年プログラム、母乳プログラム等）の実施・モニタリング、疫学監視（感染症や妊産婦・乳児死亡等）などを行っている。

(4) 地域保健サービス局（SRS）

DPSが公衆衛生を担当するのに対し、SRSは個人を対象とした保健医療サービス提供を担当する。全国9つの保健地域に、地域保健サービス局が設置されている。SRSは、保健医療サービス提供に係る人材、資機材、施設の資源に関する維持・管理に関する責任を負

う。さらに、各医療レベルのサービス間及び施設間の連携を確保し、保健医療サービスの質、効率性、適切な機会の提供を確保する責任を負っている。2001年以降の保健改革により、UNAPの運営について、DPSの機能がSRSへ移管された。予算的にも独立採算制をめざしているものの、現段階では保健省が各保健地域に予算配賦している。また、運営管理の面でも、非常に脆弱であることから、体制の強化が不可欠である。また、DPSとの業務分掌の明確化も課題として挙げられる。

2-1-5 保健政策・戦略

(1) 国家開発戦略上の位置づけ

ドミニカの長期国家開発計画である「国家開発戦略 2010～2030年」(Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2013: END)においては、4つの戦略基軸のうち、第2の戦略基軸である「機会の平等が保証され、貧困や社会的不平等が少ない統合された社会」の実現のため、6つの目標が掲げられている。そのうちの1つに「保健と統合的社会保障制度」が設定され、成果指標として妊産婦死亡比及び乳幼児死亡率が設定されている。

(2) 保健省の政策・戦略

2000年にミレニアム開発目標(Millennium Development Goals: MDGs)が国連で提唱されたことを機に、保健省は2001年に「すべての国民に平等な保健医療サービスを提供する」ことを目標に「保健総合法(Lay General de Salud, 42-01)」及び「社会保障(Lay de Seguro Social, 87-01)」を制定、更に「国家保健10カ年計画2006～2015(Plan Decenal de Salud: PLANDES)」を制定した。

PLANDESでは、全国民に健康増進、健康管理、疾病予防、保健医療サービスを提供することを目的としている。さらに、MDG達成のため、①国家保健システムの構築、②保健セクターにおける各部門の強化、③保健セクターにおいて蓄積された社会的負債と不平等の解消が挙げられている。社会保障制度に関係なく、全国民に健康増進・健康管理・疾病予防・保健医療サービスを提供すること(無料診療制度)を目的としている。そのため、そのための改革として組織の近代化・開発を重点項目としており、以下の5項目(表-10)を改革することによって、保健医療サービスの効率化及び質の向上を図るものである。

表-10 保健医療サービスの効率化及び質の向上を図る5項目

(国家保健10カ年計画)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ①公的保健部門の組織力の強化 ②公衆衛生部門の監督官庁としての組織力の強化 ③保健医療サービスネットワークの再構築と強化 ④公衆衛生における監視、研究、リスクコントロール、弊害に関する組織力の強化 ⑤公衆衛生における人的資源の開発と訓練 |
|--|

出所：国家保健10カ年計画

PLANDESでは、6つの優先課題の1つとして、健康状態における社会及びジェンダーの不平等などの社会債務を減少することが掲げられており、そのなかで妊産婦・乳幼児死

亡の削減が目標として掲げられている。

その他、母子保健に関する政策・戦略として、「妊産婦・乳児死亡削減国家計画（2005～2008年）」及び「ゼロトレランス戦略（2005年）」が挙げられており、ともにMDGs 4及び5達成への強いコミットメントを示している。「妊産婦・乳児死亡削減国家計画（2005～2008年）」では、妊産婦及び乳児死亡削減へ向けた、①政策の実施及びモニタリング・評価の強化、②死亡及び疾病の疫学監視システムの強化、③青少年・女性・家族・コミュニティの人々の参画の強化、④ベストプラクティスや根拠に基づく包括的保健サービスの提供を具体的な目的として掲げていた。保健省によると、「妊産婦・乳児死亡削減国家計画（2005～2008年）」の後に来る新規計画は策定されていないとのことである。

また、「ゼロトレランス戦略（2005年）」では、社会的格差や保健サービスの不備によるこれ以上の死亡は許容されないとする立場から、社会全体で死亡を予防し、もし発生した場合は再発防止へ向けた対策を実施するべきだとしている。具体的な戦略として、質の高い基本的産科ケア及び新生児ケアの確保、思春期の妊娠を予防するためのリプロダクティブヘルスに係る活動の強化、疫学監視とモニタリングの強化等が挙げられている。特に生殖可能年齢の女性及び乳幼児の死亡については、即時通報が強調されている。生殖可能年齢の女性及び乳児の死亡については、すべての死亡に対して国家基準に従った調査・分析を実施し、同様の事例の再発防止のための適切な措置を取ることとしている。

(3) 母子保健関連の規範・ガイドライン

保健省はこれまで数多くの規範（Norma）やガイドラインなどを策定してきた。表－11に母子保健に関連する主なものを記載する。表－11に挙げた以外にも多くの文書が存在するが、その多くが現場で使用されていないことが指摘されている。実際に、聞き取りの結果、規範やガイドラインの遵守状況に問題があることが指摘された。ドゥアルテ県 DPS 長によると、基本的にルールを守る意識の弱い国民性の問題に加え、保健行政のなかでも遵守を徹底するような教育ができていないという問題が挙げられる。また、DPS も可能な限りモニタリングを行っているが、移動手段の確保ができないなど、モニタリングに係る十分な投資が行われていないとのことであった。さらに、病院関係者などからは、保健省が規範やガイドラインを策定しても、病院長や DPS 長などが参加するワークショップを開催する程度で終わってしまい、現場レベルまで十分に周知されないことがあるとの意見も出された。

表－11 母子保健関連規範・ガイドライン

	規範・ガイドライン	年
1	産前・分娩・産後のケアに関する規範（第2版）（国家規範シリーズ No.5）	2008
2	緊急産科ケアに関する国家規範（国家規範シリーズ No.7）	2001
3	二次・三次病院での産婦人科における医療サービスプロトコール	2004
4	周産期及び新生児の緊急医療サービスに関する規範（国家規範シリーズ No.27）	2007
5	小児診療に関する国家規範（国家規範シリーズ No.15）	2006

6	緊急医療実践ガイドライン：小児科・産婦人科・内科・一般外科	2004
7	5歳未満児のケアに関する国家規範（国家規範シリーズ No.1）	1998
8	妊産婦死亡に関する疫学監視のための国家規範	1998
9	リプロダクティブヘルスに関する国家規範	2004
10	感染症及び他のイベントに関する疫学監視のための国家規範（国家規範シリーズ No.11）	1998

出所：調査団作成

2-1-6 保健医療財政

表-12のとおり、国家予算に占める保健医療支出の割合は、2010年度は8.6%、2011年度は9.5%であった。ドミニカ共和国政府は「国家開発戦略2010～2030年」においてGDPに対する公的保健医療支出の比率を2020年次で4.0%をめざしているが、GDPに対する公的保健医療支出は、2010年度は1.7%、2011年度は1.8%にとどまっている。

表-12 国家予算における保健医療支出

（単位：百万RD\$）

項目	2010年度		2011年度	
	予算	対GDP%	予算	対GDP%
一般サービス	62,212.2	3.3	58,964.9	2.8
社会サービス	146,508.5	7.8	151,145.7	7.2
・教育	45,118.1	2.4	49,708.6	2.4
・スポーツ・余暇・文化・宗教	4,211.4	0.2	4,258.6	0.2
・保健医療	32,700.8	1.7	36,903.6	1.8
・社会福祉	19,541.3	1.0	17,358.4	0.8
・自治体サービス	14,986.3	0.8	15,136.3	0.7
・社会保障	15,189.6	0.8	19,220.7	0.9
・住宅・都市化・上下水道	14,761.1	0.8	8,559.7	0.4
経済サービス	61,749.5	3.3	63,060.1	3.0
その他	108,527.4	5.7	117,305.0	5.6
合計	378,997.5	20.1	390,475.8	18.6

出所：ドミニカ共和国財務省（2010）Proyecto de Ley de Presupuesto General del Estado 2011

2-1-7 保健医療サービス供給体制

ドミニカ共和国の公的保健医療サービス供給体制は、一次医療レベル（保健センター）、二次医療レベル（県・郡病院）及び三次医療レベル（国立総合病院・国立専門病院・地域病院）で構成されている。各レベルの概要は以下のとおりである。

(1) 一次医療レベル

保健センター（Centro de salud）、農村診療センター（Clínicas rurales）や小規模の診療所（Dispensarios 及び Consultorios）で構成されており、プライマリーヘルスケアに関する戦略に基づき、入院設備をもたない医療施設で医療サービスを提供する。一般的に、各センターには UNAP が配属されている。UNAP は基本的に 500 世帯を管轄しており、センターの管轄する人口によっては複数の UNAP が配属されている場合がある。視察した UNAP では、診療は無料ということであった。

・医療従事者

UNAP は通常、医師（1名）、看護師（1名）、スーパーバイザー（1名）、ヘルスプロモーター（複数）から構成される。多くの場合、医師は研修医（Pasante）であり、1年の勤務の後に交替する。

・サービス内容

一般的な診察、家族計画と望まない妊娠や中絶の予防、妊産婦のケア（産前・産後健診）、予防接種、子どもの発育・発達モニタリング、慢性疾患（高血圧、糖尿病、喘息等）のケア、感染症（結核、HIV、マラリア等）のケア、健康増進（健康的な生活習慣、リプロダクティブヘルス等）など。

・施設・機材

診察室と待合室から構成され、入院施設など特別な施設はない。体重・身長計、血圧計、聴診器、ワクチン保管用冷蔵庫など基本的な資機材のみが備えられている。検査室はなく、採血などをして検体を検査室に送るか、検査室のある医療施設で検査を行うよう患者をリファーしている。

(2) 二次医療レベル

入院設備を有する基本的な専門治療が提供できる施設で、郡病院や県病院などの総合病院が含まれる。視察した県病院・郡病院では、診療は無料というところが大半であった。病院により、手術や検査の一部料金を徴収している場合もあるが、大半の手術や検査も無料とのことであった。マリア・トリニダー・サンチェス県では、病院の裁量で無料か有料かが決められているとのことであった。

・医療従事者

一般医、専門医（産婦人科医、小児科医、外科医、麻酔科医など）、薬剤師、検査技師、ソーシャルワーカー、看護師、准看護師など。

・診療科

内科、小児科、産科、婦人科、泌尿器科、皮膚科、精神科、外科、整形外科など。

・施設・機材

診察室、入院施設、新生児室（病院による）、手術室、救急診察室、検査室など。画像診断機材（X線、超音波）などを備えている。

(3) 三次医療レベル

地域病院や専門病院で構成されており、入院治療に必要なすべての設備やサービスを備えている。高度な医療にも対応でき、全国リファラル病院、専門病院、医療診断センターなども含まれる。視察した San Vicente de Paul 病院（地域病院）では、国の補助金により全額免除される低所得層が来院するため、基本的に診療は無料となっている。

- ・ 医療従事者

一般医、専門医（産婦人科医、小児科医、内科医、外科医、麻酔科医、神経科医など）、薬剤師、検査技師、栄養士、ソーシャルワーカー、看護師、准看護師など。

- ・ 診療科

総合診療科、小児科、産科、婦人科、内科、消化器科、泌尿器科、心臓科、皮膚科、精神科、外科、整形外科など。

- ・ 施設・機材

診察室、入院施設、新生児室、手術室、救急診察室、検査室など。画像診断機材（X線、超音波）、血液銀行などを備えている。

表－13 全国医療施設数

	医療施設	施設数	年
第3次	国立専門病院	14	2006
	地域病院	8	2006
第2次	県病院	22	2006
	郡病院	105	2006
第1次	第一次医療施設	1,413	2010
	UNAP	1,714	2010

出所：保健省（2006）、MEMORIAS INSTITUCIONAL 2006 及び保健省（2011）
Memorial Anual 2010

2-1-8 保健人材

ドミニカ共和国には助産師及び保健師資格はなく、看護師としては、正看護師（Licenciada Enfermeria）と准看護師（Auxiliares de Enfermeria）が存在する。看護師教育は高校を卒業後、准看護師の場合は1年（内容としては9カ月）の准看護師養成学校にて就学し、正看護師になるためには大学看護部/課程にて5年間の教育を受ける。一方、医師は高等教育（大学医学部6年間）を受け、卒業と同時に研修医となる。医師認定のための国家試験はなく、卒業によって資格取得となる⁸。

現任研修については、制度として研修を実施している例は確認されなかった。SRS においても研修計画は策定されていなかった。SRS によれば、ドナーなどの研修があった場合に対応するが、あらかじめ計画は策定していないとのことである。また、UNAP の人員への聞き取りで

⁸ JICA ドミニカ事務所作成資料

は、DPS あるいは SRS の開催する研修・ワークショップ（1日あるいは数時間程度）に参加する程度であった。病院においても、組織だった研修制度はなく、DPS や SRS から招集がなかったら研修に参加するという状況であった。

表－14 は人口1万人当たりの医療従事者（保健省管轄）の数である。

表－14 人口1万人あたりの医療従事者数

	医師		正看護師		准看護師	
	2008年	2009年	2008年	2009年	2008年	2009年
全国	13.2	8.1	2.5	2.8	10.4	10.7
ドゥアルテ県	13.7	9.6	3.9	4.6	15.9	18.6
マリア・T・サンチェス県	10.6	6.8	1.6	1.8	14.6	14.6
エルマナス・ミラバル県	15.6	11.1	4.0	4.4	35.8	37.4
サマナ県	11.3	6.9	2.1	2.5	13.9	14.4
第三保健地域平均	12.8	8.6	2.9	3.3	20.1	21.3

出所：保健省/PAHO（2009）（2010）Indicadores Básicos de Salud を基に調査団作成

2-1-9 他開発パートナーの取り組み

ドミニカ共和国の母子保健分野において、他の開発パートナーが実施する支援の概要は以下のとおりである。

(1) 汎アメリカ地域保健機構（Pan American Health Organization：PAHO）

- ・リプロダクティブヘルス・権利に関する啓発
- ・看護助産師の制度の導入

保健省、サントドミンゴ自治大学とともに看護助産師導入へ向けた取り組みを行っている。

(2) 米国国際開発庁（United States Agency for International Development：USAID）

「優良母子保健センタープロジェクト」（2009年2月～2014年2月）を実施中である。妊産婦、新生児及び乳幼児の罹患率、死亡率の減少に貢献することを目的に、全国の10の国立総合病院がモデル病院として機能するための支援を行う。第三保健地域は地域病院の San Vicente de Paul 病院が対象となっている。10病院に加え、3県の DPS にも支援を行っている。10病院への支援の内容は、マネジメント能力強化、根拠に基づいたサービスの提供、インフラ整備、医療連携体制の強化など、多岐にわたっている。

カウンターリファラル改善のため、対象10病院での退院アラーム・システムの整備が行われており、出産後の母親の退院の情報をデジタル化し、病院から SRS-GA 経由で UNAP まで情報が流れるようにするシステムが稼働中である。USAID は病院から SRS-GA までの部分を整備するが、SRS-GA から UNAP までは、SRS-GA の責任の下行われるとのことである。送信される情報は、電話番号、氏名、住所、子どもの状態、妊娠時の状態などである。システムは既にプレテスト済みとのことである。

2-2 第三保健地域の母子保健の現状

2-2-1 一般概況

第三保健地域はドミニカ共和国の北東（Nordeste）地域に位置し、ドゥアルテ（Duarte）県、マリア・トリニダー・サンチェス（Maria Trinidad Sanchez）県、エルマナス・ミラバル（Hermanas Mirabal）県及びサマナ（Samana）県の4県から構成されている。総面積は約4,171 km²である。

2010年度の国勢調査によると、第三保健地域及び各県の面積及び人口は表-15のとおりである。第三保健地域における人口は全国の6.6%（621,137人）を占めている。

表-15 第三保健地域の面積及び人口（2010年）

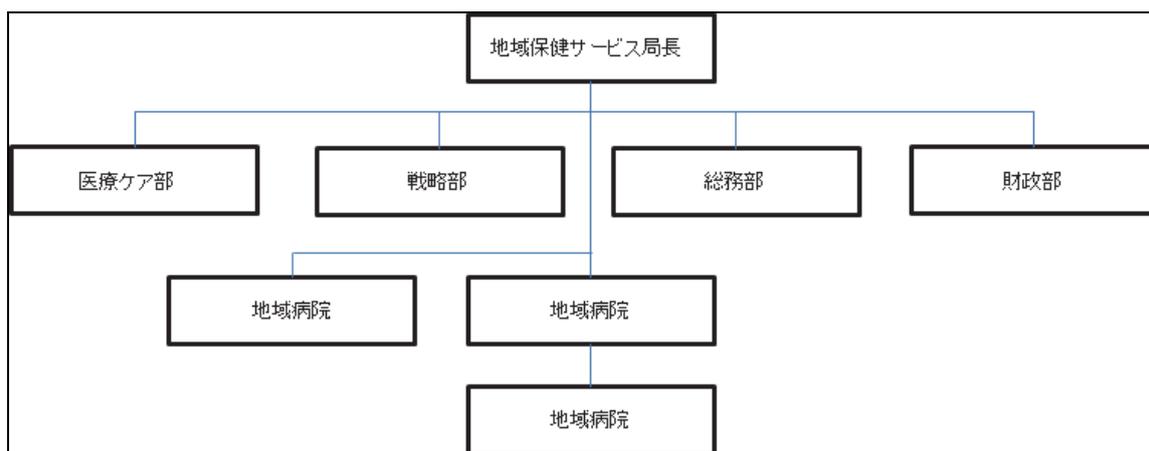
地域・県	面積 (km ²)	人口	男性	女性
全国	48,670.8	9,378,819	4,707,921	4,670,898
第三保健地域	4,171.2	621,137	316,522	304,615
ドゥアルテ県	1,605.4	290,375	147,750	142,625
マリア・トリニダー・サンチェス県	1,271.7	133,347	68,373	64,974
エルマナス・ミラバル県	440.4	90,863	46,268	44,595
サマナ県	853.7	106,552	54,131	52,421

出所：経済企画開発省 2010 IX Censo Nacional De Población y Vivienda 2010 Informe de Resultados Priliminales, 保健省 / PAHO (2010) Indicadores Básicos de Salud

2-2-2 地方保健医療行政

(1) 地域保健サービス局（SRS）

第三地域保健サービス局（SRS）は、ドゥアルテ県の県都サンフランシスコ・デ・マコリス市に所在する。第三地域保健サービス局の組織図は図-5のとおりである。本プロジェクトがかかわるのは、主に医療ケア部及び戦略部であり、医療ケア部には部長（栄養士）、子宮頸がん検診担当（病理医）及びアシスタント（医師）3名が配属されている。戦略部については、部長（看護師）、統計担当1名、IT担当1名、データ入力担当が2～3名配属されている。その他、病院のクライアントサービス部門に出向しているスタッフがいる。



出所：聞き取りを基に調査団作成

図－５ 第三地域保健サービス局組織図

2009年10月に保健省本省と第三地域保健サービス局はあらかじめ合意した共通目標の達成のために、双方の履行すべき内容を明記したマネジメント協定を締結した。この協定の結果、第三地域保健サービス局が事前に一連の基準を満たした後で、保健省は第三地域保健サービス局に以下に挙げる3つの業務を移管することになった⁹。

1. 地域、エリア、ゾーンのすべての保健管理区域に保健省から配置されている人員を管理する。
2. 業務の支援や開発のために SRS が必要な調達業務を行う。
3. 公的機関、民間機関、混合型経営の機関との協定や契約書に関する業務を移管する。ただし、保健省が承認している請求手続のモデルを SRS に事前に導入することが前提となる。

上記の3つの移管業務を含め、第三地域保健サービス局が果たすべき事項は以下のとおりである。

- ・保健省が一次医療として規定しているサービスを計画的に提供する。
- ・優先的なニーズに対応する。
- ・地域住民のニーズに対応するために必要な数の UNAP を形成する。
- ・第一次及び二次医療施設の機材を整備する。
- ・利用者へのサービスを向上させる。

この協定に関する第三地域保健サービス局の活動計画によると、優先事項のなかにすべての医療レベルの施設での医薬品の管理、専門医療サービスの利用者への診療予約の手続やフォローに関する情報提供の改善、診療予約待ちの管理や、利用者の要望や苦情に関する手続が挙げられている。SRS の 2010 年度の承認予算額は表－16 のとおりである。

⁹ 現地コンサルタント報告書（2011年8月）

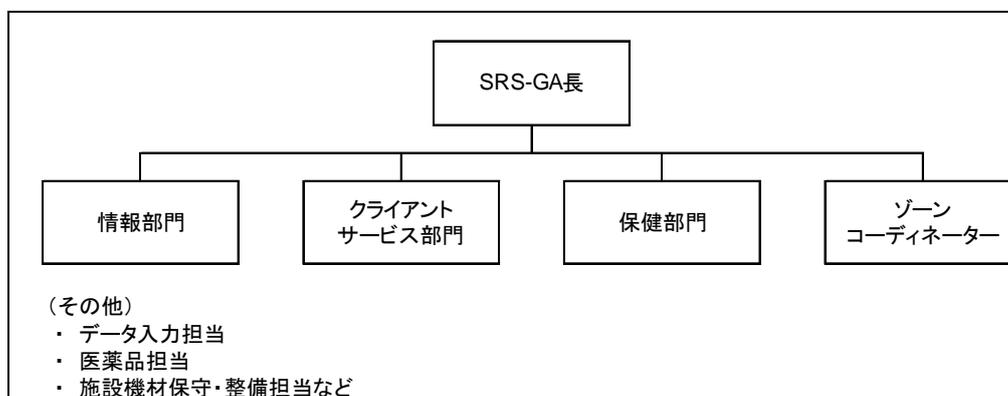
表－16 第三地域保健サービス局 2010 年度年間予算承認額

地 域	予算額 (単位 RD\$)
第三地域保健サービス局	4,272,000.00
全 国	43,367,830.80

出所：保健省（2010）Presupuesto Aprobado Año 2010

(2) 地域保健サービス局事務所（SRS-GA）

各県には地域保健サービス局事務所（SRS-GA）が設置されている。第三保健地域では、2006 年に各県に支所が設置された。県により人員の体制などが異なるが、基本的な体制は図－6 のとおりである。情報部門、クライアントサービス部門、保健部門に配属されている人員は基本的に 1 名である。基本的にゾーンコーディネーターは県支所管轄のゾーン（人口 5 万人）に 1 名ずつ配属され、各ゾーン内に配置された UNAP のモニタリングを行っている。



出所：聞き取りを基に調査団作成

図－6 SRS-GA 組織図

(3) 県保健事務所（DPS）

DPS は各県に設置され、主に各種プログラムの質の確保・モニタリング、医療施設の認証を行っている。4 県の DPS の 2010 年度年間予算は表－17 のとおりである。

表－17 DPS の 2010 年度年間予算承認額

(単位：RD\$)

地域・県	予算額
ドゥアルテ県 DPS	6,300,000.00
マリア・トリニダー・サンチェス県 DPS	4,680,000.00
エルマナス・ミラバル県 DPS	4,536,000.00
サマナ県 DPS	4,050,000.00
第三保健地域	19,566,000.00
全国	189,685,179.89

出所：保健省（2010）Presupuesto Aprobado Año 2010

2-2-3 保健医療サービス供給体制

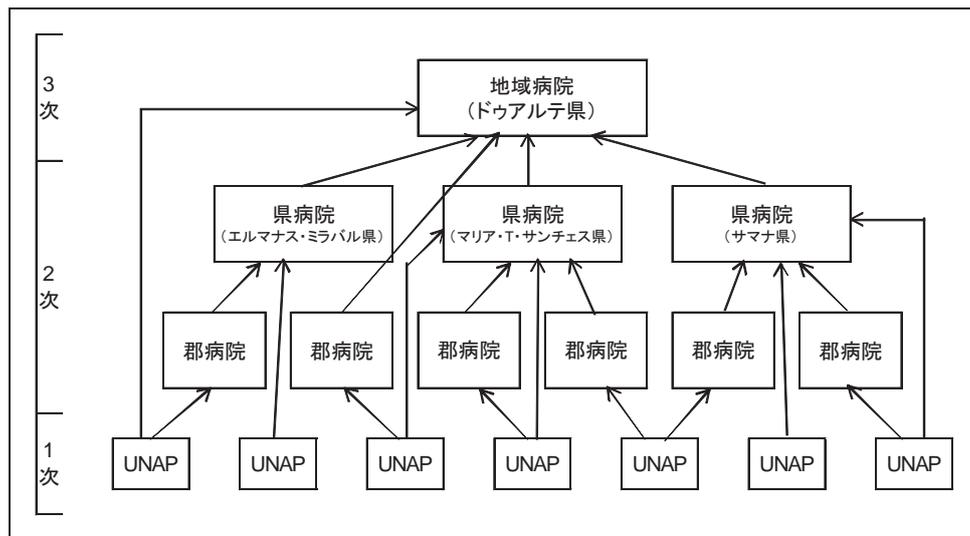
第三保健地域における県別の医療施設数は表-18のとおりである。下位から上位レベルへの患者リファーが行われているが、場合によっては県病院間及び郡病院間での患者リファーも実施されている。

表-18 第三保健地域における医療施設数

医療施設		第三保健地域	ドゥアルテ県	マリア・T・サンチェス県	エルマナス・ミラバル県	サマナ県
第三次医療施設	地域病院	1	1	0	0	0
第二次医療施設	県病院	3	0*	1	1	1
	郡病院	14	6	3	2	3
第一次医療施設	保健センター (UNAP)	166	92	33	37	19

出所：調査時の聞き取り及び現地コンサルタント報告書（2011年8月）を基に作成

*：ドゥアルテ県の県病院は地域病院として位置づけられている。



出所：調査団作成

図-7 第三保健地域におけるリファラル体制の現状

2-2-4 第三保健地域における妊産婦・乳児死亡

(1) 妊産婦死亡

第三保健地域における県別の妊産婦死亡数は表-19のとおりである。ただし、死亡の発生した県ではなく、妊産婦の居住県別に集計されている。例えば、サマナ在住の妊産婦が他県で死亡した際にはサマナ県での死亡として集計されている。本調査での聞き取りの結果、妊産婦死亡が発生しているのは主に地域病院及び県病院であり、郡病院ではほとんど発生していない。

表－19 県別妊産婦死亡数・死亡比

(出生 10 万対)

死亡した妊産婦 の居住県	2006 年		2007 年		2008 年		2009 年		2010 年	
	死亡数 (人)	死亡比 (%)								
ドゥアルテ県	6	74.6	1	15.1	3	41.1	4	71.7	6	108.3
マリア・T・サンチェス県	3	83.1	0	0.0	3	94.9	6	210.2	1	35.4
エルマナス・ミラバル県	2	78.8	1	47.6	0	0.0	0	0.0	3	153.3
サマナ県	1	49.4	1	47.0	7	382.7	4	187.2	5	235.0
第三保健地域	12		3		13		14		15	
全国	183	83.3	160	72.8	190	86.3	215	98.0	200	91.6

注：妊産婦死亡比は推計

出所：保健省疫学総局（2011）Tendencia De Los Eventos De Notificacion Obligatoria Resumen Por Provincias, Casos y Tasas Desde 2004 Al 2010 を基に調査団作成

(2) 乳児死亡

表－20 は居住地ごとの乳児死亡数・死亡率、表－21 は病院ごとの乳児死亡数である。地域病院での死亡数が 1 番多く、次いで県病院での死亡が多いことが分かる。聞き取りの結果からも、郡病院では死亡はほとんど発生していない。

表－20 県別乳児死亡数・死亡率

(出生 1,000 対)

死亡した乳児の居住県	2006 年		2007 年		2008 年		2009 年		2010 年	
	死亡数	死亡率								
ドゥアルテ県	73	9.1	81	12.3	92	12.6	93	16.7	98	17.7
マリア・T・サンチェス県	35	9.7	33	10.8	40	12.7	28	9.8	42	14.9
エルマナス・ミラバル県	21	8.3	20	9.5	21	9.7	24	12.1	30	15.3
サマナ県	23	11.4	23	10.8	33	18.0	26	12.2	31	14.6
第三保健地域	152		157		186		171		201	
全国	3,299	15.0	3,075	14.0	3,421	15.5	3,639	16.6	3,431	15.7

注：乳児死亡率は推計

出所：保健省疫学総局（2011）Tendencia De Los Eventos De Notificacion Obligatoria Resumen Por Provincias, Casos y Tasas Desde 2004 Al 2010 を基に調査団作成

表－21 医療施設別乳児死亡数

死亡が発生した医療施設・場所		2007年	2008年	2009年	2010年
San Vicente de Paul 病院	地域病院	81	106	107	116
マリア・T・サンチェス県病院	県病院	31	20	13	16
エルマナス・ミラバル県病院	県病院	12	18	15	17
サマナ県病院	県病院	3	4	2	4
Alberto Gautreaux 病院	サマナ県郡病院	1	1	1	0
El Limon 病院	サマナ県郡病院	1	2	-	-
病院外（サマナ県）		3	2	2	0
第三保健地域		132	153	140	153
全国		3,050	3,417	3,535	3,388

出所：保健省疫学総局（2011）Situacion Epidemiologica Eventos Bajo Observancia Tolerancia Cero Resumen Ejecutivo Correspondiente Al Mes De Diciembre 2010 を基に調査団作成

2-2-5 第三保健地域における妊産婦・新生児ケアの現状と課題

本調査で判明した第三保健地域における妊産婦・新生児ケアの現状及びを医療レベルごとに以下述べていく。

(1) 三次医療レベル（地域病院）

第三保健地域の地域病院はドゥアルテ県サンフランシスコ・デ・マコリス市にある San Vicente de Paul 病院である。地域病院として患者を他の3県からも受け入れている。USAID のプロジェクトの対象である。病院の概要は表－22 のとおりである。

表－22 病院概要

項目	数値
病床数	288
産科病床数	45
産科病床利用率（%）	90
総医師数（一般医＋専門医）	260
・専門医	227
・産婦人科医	19
・小児科医	17
正看護師	90
准看護師	258

出所：San Vicente de Paul 病院（2010）Memoria Annual 2010

表－23 分娩関連指標

項 目	数
通常分娩	1,176
帝王切開	1,170
うち未成年の分娩	1,971
出生数	2,346
死産数	16
中絶・流産	445
低体重児	241
未熟児	48

出所：San Vicente de Paul 病院 (2010)、Memoria Annual (2010)

San Vicente de Paul 病院における妊産婦死亡の発生状況は、2009 年は 0 件、2010 年は 7 件（病院の疫学情報部門から入手した情報では 8 件）、2011 年は 2 件（調査時点）であった。死因は妊娠高血圧症候群が多い。産科医長によると、院外から搬送されてくる患者の 5～6 割が非常に悪い状態で運ばれてくるとのことである。また、各県から患者が集中してくるため、病床数が不足していることや、産科医として実際に勤務しているのは 6 名で医師の数が足りないことなどが課題として挙げられた。

分娩については、通常分娩 1,176 件に対し、帝王切開が 1,170 件と、帝王切開が約半数を占めている。また、未成年の分娩も、全分娩数の 84% と高い割合を占めている。また、San Vicente de Paul 病院では助産を学んだ正看護師がいるため、通常分娩は看護師のみで行っているとのことである。

新生児室には視察時に 3 名の低体重児が収容されていた（うち 1 名は他院からの移送）。看護師によると最大収容数は 20 名程度。病院ではカンガルーケアを行っており、カンガルーケアが開始されてから低体重児が増えてきたとのことである。酸素吸入と保温は可能であるが、人工呼吸器はない。

(2) 二次医療レベル（県・郡病院）

各県の県都に県病院が設立されている。各県病院の概要は表－24 のとおりである。県病院と郡病院は二次医療レベルに分類されているが、病院の規模やレベルには差がある。一般的に郡病院では分娩数が少なく、リスクのある分娩は上位の病院へリファーしているケースが多い。帝王切開を行う病院はいずれも帝王切開率が高く、7 割を超える病院もある。一方、郡病院のなかには麻酔科医が不在のため帝王切開が行えない病院や麻酔科医の都合により予定帝王切開しか扱わない病院もある。

表－24 病院概要

項 目	マリア・T・サンチェス県病院	エルマナス・ミラバル県病院	サマナ県病院	Tenares 郡病院 (エルマナス・ミラバル県)
病床数	72	172	62	43
産科病床数	18	40	10	9
産科病床利用率%	80	28.4	63.5	45.0
医師（一般医＋専門医）	66	81	35	20
専門医	43	50	18	8
・産婦人科医	9	7	6	2
・小児科医	8	6	2	2
正看護師	15	51	72*	7
准看護師	105	219		47

※サマナ県病院は看護師の内訳なし

出所：表中記載の各病院の Memoria Anual 2010

表－25 分娩関連指標

項 目	マリア・T・サンチェス県病院	エルマナス・ミラバル県病院	サマナ県病院	Tenares 郡病院 (エルマナス・ミラバル県)
通常分娩	994	178	726	43
帝王切開	524	539	311	26
うち未成年の分娩	47	11	277	4
出生数	1515	617	1030	69
死産数	25	-	11	1
中絶・流産	362	78	183	47
低体重児	174	42	36	-
未熟児	0	-	13	-

出所：表中記載の各病院の Memoria Anual 2010

表－26 県・郡病院の通常分娩・帝王切開数（2010年1～12月）

県	病院	種別	通常分娩数	帝王切開数	帝王切開率(%)
ドゥアルテ	1. De Castillo	郡病院	98	0	0.0
	2. Felipe J. Achecar	郡病院	24	0	0.0
	3. Las Guranas	郡病院	35	119	77.3
	4. Arenoso	郡病院	39	3	7.1
エルマナス・ミラバル	5. Pascacio Toribio Piantini	県病院	178	539	75.2
	6. Tenares	郡病院	43	26	37.7
	7. Villa Tapia*	郡病院	90	43	32.3
マリア・T・サンチェス	8. Antonio Yapour Hadded	県病院	994	524	34.5
	9. Cabrera	郡病院	66	30	31.3
	10. Desiderio Acosta	郡病院	88	24	21.4
	11. El Factor**	郡病院	12	0	0.0
サマナ	12. Leopoldo Pou	県病院	726	311	30.0
	13. Alberto Gatreaux	郡病院	207	150	42.0
	14. Las Terrenas	郡病院	87	11	11.2
	15. Natividad Alcala	郡病院	156	40	20.4

注：病院7は2月、病院11は3、5、7月のデータ欠損のため参考値。ドゥアルテ県の2郡病院（Alicia Legendre及びCenovi）はデータなしのため未掲載。

出所：病院5、6、8、12は各病院のMemoria Anual 2010。それ以外は病院月次報告（67-A フォーム）のデータ。

県病院以下のレベルでは、新生児室の施設・機材などの未整備が課題として挙げられた。県病院では、サマナ県（Leopold Pau 病院）に、新生児室が開設されていない。視察した郡病院でも新生児室を設置している病院はなかった。エルマナス・ミラバル県のTenares病院では、新生児室を開設する準備をしていたが、維持費がかかること、また医療従事者の研修も必要となることなどから開設に至らなかったという。また、薬剤が高価で買えないことが問題との意見も多かった。

(3) 一次医療レベル（保健センター）

一次医療レベルでは分娩は行っていない。UNAPにより状況は異なるが、産前健診は主に医師（研修医）が実施している。看護師はカルテの用意か身長体重測定を行う程度であった。胎児心音の聴取は聴診器を用いており、ドップラーはないため使用していない。また、血液検査及び超音波検査は実施しておらず、近隣の県病院または郡病院で実施している。33週前後でリスクの有無にかかわらず、妊婦を病院の産科医にリファーしている。リスクが高い場合や未成年の場合は更に早い段階でリファーをしている。リファーの際には、周産期フォーム及びこれまでの検査結果を添付した書類一式を妊婦に渡している。視察した保健センターでは、周産期フォームを2部作成し、2部作成したうちの1部を保健センターに保管していたが、書類の扱いは保健センターにより異なっていると思われる。

産後健診については、子どもの予防接種の際に合わせて実施するケースが多い。視察した UNAP では、産後の家庭訪問は実施されていなかった。

(4) 妊産婦・新生児ケアの課題

本調査の結果、妊産婦及び新生児ケアの内容は表－27のとおりである。以下、第三保健地域における妊産婦・新生児ケアの内容及び課題を述べていく。

1) 産前健診

妊婦は一次医療施設（主に保健センター）で妊娠の検査を含めた産前健診を受診する。「産前・分娩・産後のケアに関する規範（第2版）（2008年）」では、最低6回の健診を受診することとされている¹⁰。保健センターではなく、郡病院や県病院、地域病院などに直接出向き、産前健診を受診している妊婦も存在する。

本調査の結果、保健センターで産前健診を受けている場合でも、33週前後（センターにより異なる）以降は、産科医のいる病院へリファーされていることが明らかとなった。また、未成年の妊娠の場合やその他リスクがある場合は、直ちにリファーしている場合もある。リスクのない通常の場合にリファーする週数やリスクの判断が保健センターにより異なるため、リファーする時期やリスクの程度について国家規範との照合や再検討が必要と思われる。さらには、病院への妊婦の集中を避けるため、正しくリスクを特定し、保健センターレベルで対応可能なケースについてはそこで対応するなど、産前健診及び妊婦ケアの質の向上が必要である。

2) 分娩介助

出産は病院で行われている。郡病院のなかには、予定帝王切開しか対応できない病院やリスクの高い分娩（未熟児の可能性があるなど）の場合は上位の県病院や地域病院にリファーしている病院もある。結果、県病院や地域病院での分娩数が多くなっている。

分娩介助については主に医師（産科医）が行うとの回答が大半であったが、実際には看護師のみで介助を行っていることも多いとの意見も聞かれ、看護師の介助の質が及ばず影響については不明な点が多い。また、SRS長によると、パルトグラムの未使用が問題として指摘された。実際に、視察時にパルトグラムの使用状況を尋ねたが、記入前のパルトグラムを見せられるだけで、実際に使用している例を確認することはできなかった。

分娩後のケアについては、問題がある産後の母親を重点的に観察するとの答えが一般的で、具体的なケアの手順などについての回答は得られなかった。また、病院により異なるが、出産後、通常分娩の場合は24時間後、帝王切開の場合は72時間後に退院するとのことである。

3) 産後健診

産後健診は出産した病院で行う場合や産前健診を受診していた保健センターで行う場

¹⁰ 初回は妊娠12週まで、2回目22～24週の間、3回目32週ごろ、4回目36週、5回目37週、6回目38週が理想とされている。

合がある。県によっては SRS-GA の人員が病院で出産した母親の情報を保健センターに報告して、そこから産後健診に来ていない産後の母親に連絡をしているケースもあるが、一般的に病院から一次医療施設（保健センター）へのカウンターリファラルが課題となっている。保健センターへの聞き取りでは、産前健診を受けた女性の大半が産後健診にやってくるとの回答であったが、その大半は子どもの予防接種を目的としているとのことであった。家庭訪問についても、慢性疾患で身動きがとれない患者の家庭を訪問することが主で、産後の母親と新生児への家庭訪問を実施している例は確認されなかった。

4) 妊産婦・幼児死亡症例検討委員会

妊産婦・幼児死亡症例検討委員会については、妊産婦死亡については1件ずつ院内委員会を開催、24時間以内に報告するなど、規定どおりに開催しているとの回答であった。死亡例のほぼ100%開催しているとのことであった。死亡件数が少ない、あるいは死亡例がない病院についても、開催の方法や一連の流れについては把握している様子であった。調査で訪問したサマナ県の Dr. Alberto Gautreaux 病院（郡病院）では、2010年は0件であったが、2011年8月に1件発生したため、発生後6時間以内に院内死亡症例検討委員会を開催した。死亡した妊婦は他の郡病院から搬送されたハイチ人で、胎盤剥離のため子宮摘出をしようとしたが死亡したという。一方、乳児死亡については、地域病院では死亡例が多いため、10～15件まとめて開催する、または解剖を行った死亡例について開催するなどの回答であった。

検討委員会に係る課題としては、委員会で検討された内容、提言などの、UNAPを含む医療関係者の間での共有と活用が不十分であることが挙げられる。

5) リファラル及びカウンターリファラル

リファラルについては、妊婦自らが病院を訪れることが一般化しているため、妊婦自身の病院へのリファラルについては特に問題はない。問題として挙げられたのは、一次医療施設からのリファラルなしに直接病院を訪問するケースがあることである。対応策として、多くの病院では UNAP からのリファラルがない場合には診察順を遅くするなどの措置が取られていた。

一方、カウンターリファラルについては、担当医がリファラル用紙に記入しない、病院からのデータが産婦に渡されず出産時の記録がない、などの問題が山積している。このような状況を改善するため、現在、SRS 及び SRS-GA の働きかけにより、担当医の記入状況の確認や出産した女性の情報が保健センターに伝達されるような仕組みづくりが行われている。エルマナス・ミラバル県の県病院では、待合室の片隅にクライアントサービスコーナーが設置され、SRS から出向しているクライアントサービス担当が産後の女性のリストを作成し、SRS-GA の担当者を介して UNAP に届けられている。SRS では、このような取り組みを全県に広げていきたいという意向である。

また、保健センターから病院、病院から保健センターと移動する際に、情報が途切れることも問題として挙げられた。現在、周産期フォーム (Historia Clinica Perinatal フォーム) と新生児カード (冊子) が使用されている。周産期フォームは産前健診 (9回まで)、分娩、

新生児、産後健診、入院及び退院に関する詳細な情報が記入できる用紙である。新生児カードは、出生児の身長・体重、予防接種、成長曲線、母乳などに関する情報が記載できるようになっている冊子である。周産期フォームはバージョンが異なるものの、視察先ではすべて使用されていた。新生児カードについては、まだ完全な普及には至っていないとのことである。

聞き取りを行った保健センターでは、周産期フォームは、保健センターで2部作成し、1部は保健センターに残し、もう1部は妊婦が病院に持参していた。しかし出産後、周産期フォームが産後の母親に渡されなかった場合は、そこで情報が途切れてしまう。

また、ドミニカ共和国では母子手帳は存在しないため、「サマナ県地域保健サービス強化プロジェクト」では母子手帳を作成し使用していた。サマナ県の関係者によると母子手帳への評価は高かったが、保健省の承認が得られずに増刷することができず、現在は使用していないとのことであった。

現在、リファラル及びカウンターリファラルにおいて、情報の取り扱いが一定していないため、今後、情報をどのように扱うか統一を図る必要がある。

表－27 医療施設レベルによる妊産婦・新生児ケアの概要

医療施設	主な医療従事者	産前健診	分娩	産後健診	新生児ケア
三次医療施設 地域病院	産婦人科医、小児科医、麻酔科医、看護師	実施	<ul style="list-style-type: none"> 低体重児・ハイリスクの妊婦 正常分娩 帝王切開 	実施	新生児室あり カンガルーケア実施
二次医療施設 県病院	産婦人科医、小児科医、麻酔科医、看護師	実施	<ul style="list-style-type: none"> 低体重児・ハイリスクの妊婦 正常分娩 帝王切開 	実施	サマナ県病院には新生児室がない
二次医療施設 郡病院	産婦人科医、小児科医、麻酔科医、看護師	実施	<ul style="list-style-type: none"> 低体重児・ハイリスクの妊婦はリファールするケースが多い 正常分娩 帝王切開（一部実施していない） 	実施	多くの場合、新生児室はない
一次医療施設	医師、研修医、看護師、プロモーター	実施 <ul style="list-style-type: none"> 通常は33週前後でリファール リスクのある場合は直ちにリファール 検査は病院 	分娩は扱わない	実施	

出所：調査団作成

2-3 プロジェクト基本計画

(1) 上位目標

第三保健地域において妊産婦・新生児死亡数が削減される。

<指標>

1. 妊産婦死亡数が XX から YY まで低下する。
2. 新生児死亡数 XX から YY まで低下する。

[※基準値 (XX) と目標値 (YY) はプロジェクト開始後にベースライン調査の結果を踏まえて設定する。以下の記載においても同様。]

(2) プロジェクト目標

一次医療施設及び UNAP が提供する産前健診、産後健診、新生児ケアの質が向上する。

<指標>

1. 国家ガイドラインに従って血液スクリーニングを受けた妊婦が YY% に達する。
2. 正常分娩後 24 時間から 72 時間以内に医療従事者から家庭で産後健診を受診した女性が YY% に達する。
3. 正常分娩後 24 時間から 72 時間以内に医療従事者から家庭で新生児ケアを受診した新生児が YY% に達する。
4. 産後健診で家族計画の指導を受けた女性が YY% に達する。
5. 新生児の危険サインについて情報を受けた女性が YY% に達する。

(3) 成果及び活動

<活動>

- 0-1 ベースライン調査を実施する。
- 0-2 妊産婦・新生児保健に関する保健行政及び保健医療サービスの現状を把握する。
- 0-3 ワークショップを通じてドミニカ共和国関係者にプロジェクトの目的、理念、デザインを周知し、ドミニカ共和国側の実施体制の構築促進を図る。
- 0-4 エンドライン調査を実施する。

【成果 1】 一次医療施設及び UNAP の人材の知識・技能が向上する。

<活動>

- 1-1 研修講師を選出する。
- 1-2 研修講師への研修のニーズアセスメントを実施し、研修内容を決定する。
- 1-3 既存の研修マニュアル・教材をレビューし、必要に応じて作成・改訂する。
- 1-4 研修講師に対して研修を実施する。
- 1-5 UNAP の医師、看護師、ヘルスプロモーターへの研修の実施状況、研修マニュアル、教材について把握する。
- 1-6 地域保健サービス局及び県保健事務所が UNAP の医師、看護師、ヘルスプロモーターへの研修のニーズアセスメントを実施し、研修内容を決定する。
- 1-7 既存の研修マニュアル・教材をレビューし、必要に応じて作成・改訂する。
- 1-8 年間研修計画を策定する。

1-9 UNAP の医師、看護師、ヘルスプロモーターへの研修を実施する。

【成果 2】 地域保健サービス局及び県保健事務所の一次医療施設と UNAP に対するモニタリング・指導能力が強化される。

<活動>

- 2-1 地域保健サービス局行政官及び県保健事務所行政官への研修のニーズアセスメントを実施し、研修内容を決定する。
- 2-2 既存の研修マニュアル・教材をレビューし、必要に応じて作成・改訂する。
- 2-3 UNAP に対するモニタリングチェックリストの利用状況を確認する。
- 2-4 UNAP に対する指導マニュアルの利用状況を確認する。
- 2-5 行政官に対して研修を実施する。
- 2-6 UNAP へのモニタリング計画を作成する。
- 2-7 UNAP に対するアセスメントと指導を実施する。

【成果 3】 地域病院・県病院・郡病院と一次医療施設 (UNAP) 間のリファラル及びカウンターリファラルが改善する。

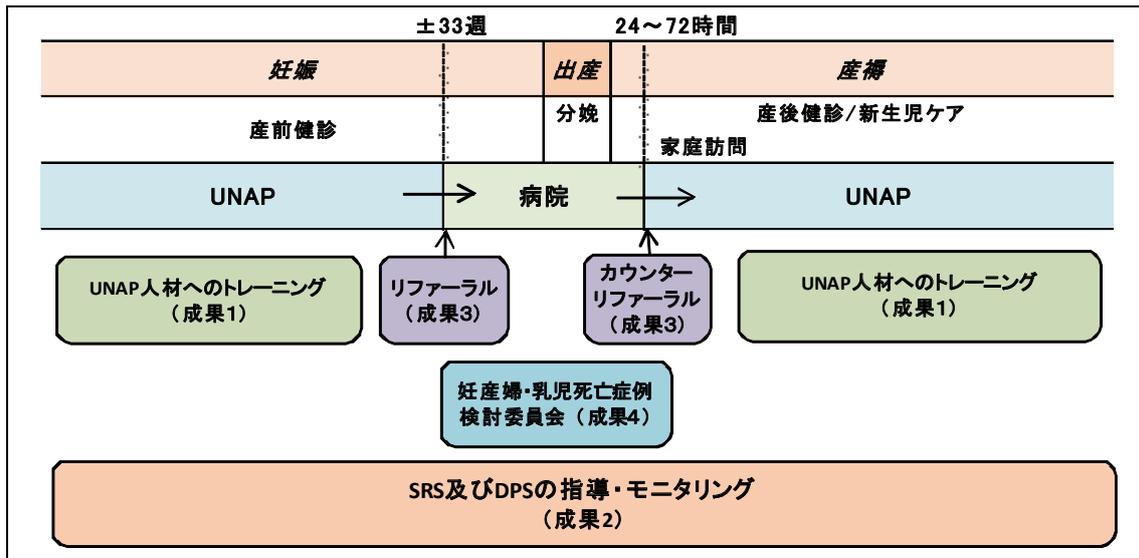
<活動>

- 3-1 リファラル及びカウンターリファラルのガイドラインの利用状況をレビューする。
- 3-2 各病院及び UNAP に対してワークショップを行う。
- 3-3 地域保健サービス局がリファラル及びカウンターリファラルをモニタリングし、実施促進を行う。

【成果 4】 妊産婦・新生児死亡にかかわる監査とフィードバックが改善する。

<活動>

- 4-1 妊産婦・乳児死亡症例検討委員会の実施状況を把握する。
- 4-2 妊産婦・乳児死亡症例検討委員会の改善策を検討する。
- 4-3 妊産婦・乳児死亡症例検討委員会の改善策を実施する。

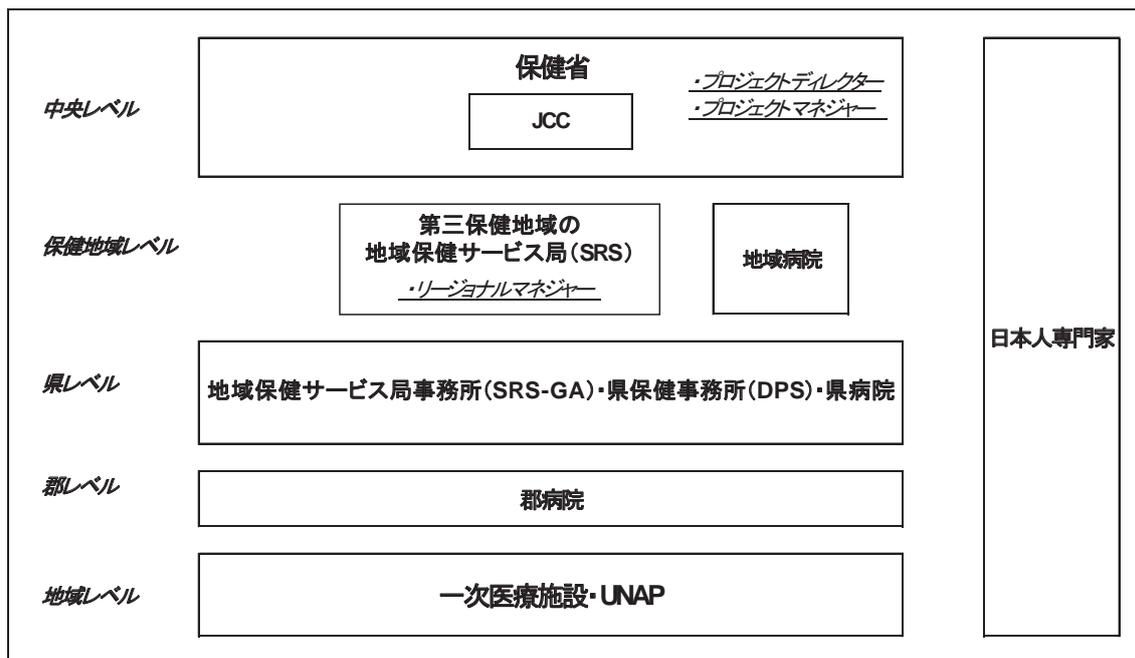


図－8 プロジェクト概念図

2-4 プロジェクト実施体制

プロジェクトの実施体制の概略図は図－9のとおり。保健省本省の公衆衛生局を中心とした関係部署、プロジェクトの対象地域である第三保健地域の地域保健サービス局（SRS）、第三保健地域の4県の地域保健サービス局事務所（SRS-GA）及び県保健事務所（DPS）とかかわりながらプロジェクトを実施していく。

- ・プロジェクト・ディレクター：保健省公衆衛生担当次官が務め、プロジェクトの管理と実施の全体的な責任を負う。
- ・プロジェクト・マネジャー：保健省母子保健部長が務め、プロジェクトの運営面及び技術面に係る責任を負う。
- ・リージョナル・マネジャー：第三保健地域の地域保健サービス局長（SRS長）が務め、対象地域におけるプロジェクトの運営面及び技術面に係る責任を負う。



図－9 プロジェクト実施体制概略図

2-5 プロジェクト実施上の留意点

プロジェクト実施に係る留意点としては、まず、SRS と DPS の組織間の関係が挙げられる。SRS が保健センター（UNAP への指導などを含む）の運営を行っている一方、DPS が各種プログラムの実施を担っているが、両者の連携が必ずしもうまく取れていない。本プロジェクトでは、SRS と DPS のおのおのとうまくかわりつつ、両者の連携を促進するように対応する必要がある。

第3章 プロジェクト実施の妥当性（事前評価結果）

3-1 妥当性

以下の理由により、本プロジェクトの妥当性が高いと判断される。

(1) ドミニカ共和国の政策面における妥当性

ドミニカ共和国政府は、「国家開発戦略 2010～2030年」において妊産婦死亡及び乳幼児死亡削減を達成すべき重要な指標として掲げている。ミレニアム開発目標（MDGs）4及び5の達成へ向けた取り組み、つまり妊産婦及び乳幼児死亡削減への取り組みの重要性は、同戦略はじめ保健セクターにおける政策及び戦略において明記されている。また、新生児死亡は乳幼児死亡の大半を占めており、新生児死亡削減が重要な課題として認識されている。したがって、妊産婦及び新生児死亡削減をめざした本プロジェクトの実施は、ドミニカ共和国のニーズや政策・戦略に合致している。

(2) 日本の援助方針との整合性

低所得層が利用する公的セクターにおける妊産婦・新生児ケアの改善に取り組む本プロジェクトは、わが国の対ドミニカ共和国事業展開計画（2012年5月）において、貧困削減・格差是正に向けて貧困層の健康改善に取り組むことを目的とする「保健セクター強化プログラム」に位置づけられている。また、JICA 保健協力のポジションペーパー「JICA の保健分野の協力ー現在と未来ー」にある母子保健の重点領域と整合している。

(3) アプローチの適切性

本プロジェクトは「サマナ県地域保健サービス強化プロジェクト（2004年10月～2009年10月）」の経験を基に、第三保健地域において、母子保健、特に妊産婦及び新生児ケアに焦点を当てたプライマリーヘルスケアの強化を行うものである。サマナ県を中心に第三保健地域には日本の協力の経験を生かす土壌があることから協力の妥当性は高い。保健省や第三地域保健サービス局からもサマナ県での経験を第三保健地域全体に拡大してほしいとの意向がある。

また、USAID は地域病院（San Vicente de Paul 病院）に対する協力を実施しており、USAID の支援が及ばない一次医療レベルを中心とした産前健診、産後健診及び新生児ケアの改善への協力を行う本プロジェクトとは相互補完関係にあり、相乗効果が期待できる。

3-2 有効性

以下の理由により、本プロジェクトの有効性は高いと見込まれる。

(1) プロジェクト目標の内容・因果関係

プロジェクトの成果として設定された、産前及び産後健診の質の向上のための人材育成（成果1）、地域保健事務所及び県保健事務所のモニタリング・指導能力強化（成果2）、リファラル・カウンターリファラルの改善（成果3）、死亡症例検討委員会の監査・フィードバック強化（成果4）への取り組みは、プロジェクト目標の達成に不可欠であり、かつおのおの

の成果の達成がプロジェクト目標の達成に有効に結びつくものと考えられる。

プロジェクト目標の指標はいずれも一次医療レベルでの産前健診、産後健診及び新生児ケアの質を確認するための適切な指標である。すべての指標は既存の保健省様式から入手することが可能であり、入手手段も適切である。

3-3 効率性

以下の理由により、本プロジェクトの効率的な実施が見込まれる。

(1) 先行案件の実績の活用

本プロジェクトの実施にあたっては、先行プロジェクト「サマナ県地域保健サービス強化プロジェクト（2004年10月～2009年10月）」において蓄積された経験、実績などを活用することが可能である。さらに、エルサルバドルを拠点とする看護分野の広域協力として実施された「中米カリブ地域/看護基礎・継続教育強化プロジェクト(2007年8月～2011年8月)」で育成された人材や開発された教材などの活用が可能である。同プロジェクト関係者と密に情報交換し、成果を共有することで、効率的な実施が期待される。

(2) 他ドナーとの連携

本プロジェクトでは、他ドナーからの支援との重複を避け、連携を取って事業を進めるようなデザインを採用している。具体的には、USAIDが実施中の「優良母子保健センタープロジェクト(2009年2月～2014年2月)」との重複を避け、連携を行うことが期待されている。

3-4 インパクト

本プロジェクトのインパクトは、以下のとおり予測される。

(1) 上位目標の内容・因果関係

現在、妊産婦及び新生児死亡は主に二次医療レベル以上の病院で発生しているが、一次医療レベルの産前健診、産後健診及び新生児ケアの質を向上することにより、上位目標である妊産婦・新生児死亡の削減の達成に貢献することが期待できる。具体的には、プロジェクトで実施する、一次医療レベルでの産前・産後健診の質の向上、一次と二次・三次医療レベル間のリファラル・カウンターリファラルの改善、全医療施設における死亡症例検討委員会の結果の共有・活用を通じ、妊産婦及び新生児死亡の原因となるリスク削減への取り組みが可能となる。

上位目標である妊産婦及び新生児死亡の削減は開発戦略及び保健政策・戦略の指標として定められているものであり、本プロジェクトの指標として妥当である。また、指標の入手手段については、保健省の疫学報告等の定期報告を用いているため、信頼性や入手可能性などの点において適切である。

(2) 波及効果

現時点において、上位目標以外の負の効果・影響は特に想定されない。

3-5 自立発展性（持続性）

以下のとおり、プロジェクトによる効果はプロジェクト終了後も継続されることが見込まれる。

(1) 政策・制度面

ドミニカ共和国において妊産婦及び新生児死亡を含む乳幼児死亡の削減は「国家開発戦略（2010～2030）」に掲げられた優先課題の1つであり、プロジェクト終了後も政府のコミットメントは継続的に確保されると予測される。

本プロジェクトは第三保健地域で実施されるが、プロジェクト・ディレクターを保健省公衆衛生担当次官に、プロジェクト・マネジャーを母子保健部長に定めることで、プロジェクトの知見及びグッドプラクティスが保健省本省と共有しやすくなり、母子保健政策に反映させる可能性が高まることが期待される。

(2) 組織・財政面

プロジェクトで行う活動は基本的に各組織の通常業務の範囲内であり、プロジェクト実施に際して特別な人員の配置などは必要としていない。また、特別大きな投入は計画されておらず、ドミニカ共和国側の予算措置が可能な範囲内での実施が予定されている。しかし、現在予算の確保が行われていない研修や一部のモニタリング経費などについては、プロジェクト開始当初から、ドミニカ共和国側の予算措置の制度化を図るべく、ドミニカ共和国の予算計画策定のサイクルに沿ったプロジェクトからの働きかけを行うことで、財政面での持続性が確保されることが予測される。

(3) 技術面

本プロジェクトでは、サービス提供者である UNAP の人員及び UNAP のモニタリング・指導を行う行政官の双方への研修をカスケード方式で実施することが予定されている。適切な研修講師選定と研修計画策定、研修受講者のニーズアセスメント、適切なタイミングでの研修実施、研修後のモニタリング・指導により、研修受講者の技術の定着及び向上が見込まれる。

また、プロジェクト開始当初から、保健省本省の関係部局とともに活動を実施していくことにより、プロジェクト終了後の技術面での持続性確保が期待される。さらには、保健省を通じた他地域への普及も期待される。

第4章 技術団員（母子保健）報告及び団長所感

本案件は、サマナ県を対象に2004年10月から2009年10月に実施された「地域保健サービス向上プロジェクト」の経験に基づき、テーマを妊産婦周産期ケアに焦点を当て、第三保健地域に拡大することをねらいに要請された。ドミニカ共和国は病院での出産割合が95%を超えるにもかかわらず、妊産婦死亡比が高止まりしていることから、周産期ケアが重要であることが判明している。ドミニカ共和国の保健に対する協力では、2007年から2011年に実施された「中米カリブ地域看護基礎・継続教育プロジェクト」があり、看護師による周産期ケアについては保健省看護局にリプロダクティブヘルス委員会を設置し、研修体制の整備が開始された。したがって、新規プロジェクトにこれら2つのプロジェクトの成果や経験をどう組み込むかが、調査団の大きな課題であった。また、妊産婦の多くが病院で死亡していることから、病院産科に対する協力を視野に入れるかどうかを検討点であった。

地域保健についてPAHO域内では、2005年にモンテビデオ宣言がなされ、新たなプライマリーヘルスケアを推進することが合意された。そこでは各国の実情に合わせ医師、看護師、プロモーターからなる家族保健チーム（ドミニカ共和国ではUNAP）を担当地区ごとに設置し、地域全体の一次医療と公衆衛生を実施することになった。したがって、UNAPによる質の高い産前検診と、高血圧妊婦の治療、正常出産の場合の産後48時間以内の家庭訪問ケアが、妊産婦と新生児の死亡削減に貢献することから、本プロジェクトでは成果1と成果2でUNAPと保健センターを中心に一次医療施設レベルでサービスの質の向上を図ることとした。

病院に関しては、USAIDが全国で10病院をモデルに産科の質改善を中心とする協力を行っており、第三保健地域では三次医療施設である地域病院がモデル病院となっている。また、この三次病院から二次病院である県病院にはサテライトとして、成果を波及していくことが検討されている。したがって、プロジェクトでは病院産科の人材育成の直接の協力は活動としないが、成果3のリファラル・カウンターリファラル及び成果4の死亡症例検討会に関する活動で、病院と連携活動する場面がある。

さらに、看護リプロダクティブヘルス地方委員会は県病院に設置され、県病院産科看護師を研修することとしており、この地方委員会看護師がUNAPの看護師を研修する講師となることから、講師育成という場面で病院産科に対する協力がなされることになる。なお、現在のところ第三保健地域においてはサマナ県にリプロダクティブ地方委員会が設置されている。

地域保健行政について、地域保健サービス局（SRS）がUNAPの運営を行っており、一方県保健事務所（DPS）は技術支援と全国プログラムの実施を担当しており、関係が複雑な場合がある。保健省は組織改革中であり、プロジェクトは開始後も保健省の組織改革や政策変更に対応する必要があると思料される。

付 属 資 料

1. 協議議事録 (M/M)
2. プロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM.ver 0)
3. 計画表 (PO)
4. JCC リスト
5. ワークショップ結果
6. 討議議事録 (R/D)
7. 調査日程表
8. 面談者リスト

**MINUTA DE REUNIÓN
SOBRE
EL PROYECTO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA
PREVENCIÓN Y LA PROMOCIÓN DE SALUD EN EMBARAZADAS
Y EL PERÍODO NEONATAL EN LA REGIÓN III DE SALUD**

La Agencia de Cooperación Internacional del Japón (en adelante denominado como “la JICA”) envió a la República Dominicana, la Misión para la Planificación Detallada (en adelante denominado como “la Misión”), liderada por el Dr. Kyo Hanada, desde el 12 al 30 de septiembre del 2011, con el propósito de discutir el contenido de cooperación del Proyecto para el Fortalecimiento de la Prevención y la Promoción de Salud en Embarazadas y el Período Neonatal en la Región III de Salud (en adelante denominado como “el Proyecto”).

Durante su estadía en el país, la Misión visitó las instituciones relacionadas y sostuvo una serie de discusiones sobre el Proyecto con las autoridades e instancias involucradas de la República Dominicana.

En consecuencia, la Misión y el Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana acordaron los asuntos referidos en el documento adjunto.

Santo Domingo, 28 de septiembre del 2011



Dr. Bautista Rojas Gómez
Ministro
Ministerio de Salud Pública
República Dominicana



Dr. Kyo Hanada
Líder, Misión para la Planificación
Detallada del Proyecto
Agencia de Cooperación Internacional
del Japón
Japón



Lic. América Bastidas
Viceministra de Cooperación Internacional
Ministerio de Economía, Planificación y
Desarrollo
República Dominicana

Documento Adjunto

I. Marco del Proyecto

Este Proyecto tiene como objetivo apoyar la implementación de la política de salud materno-infantil en la Región III de Salud. El marco del Proyecto fue elaborado, reflejando los resultados del taller de planificación participativa que se celebró durante la estadía de la Misión en el país, con la participación de los funcionarios de los Servicios Regionales y las Direcciones Provinciales de Salud y los gerentes de los centros de atención de la Región III. También se tomaron en consideración los diálogos con los funcionarios del nivel central del Ministerio de Salud Pública. El contenido del Proyecto está resumido en la Matriz de Diseño del Proyecto (PDM) señalada en el Anexo 1. Los principales contenidos son los siguientes.

1. Nombre del Proyecto
Proyecto para el Fortalecimiento de la Prevención y la Promoción de Salud en Embarazadas y el Período Neonatal en la Región III de Salud
2. Zona del Proyecto
Región III de Salud (Provincias Duarte, María Trinidad Sánchez, Hermanas Mirabal y Samaná)
3. Grupo Meta
【Beneficiarios Directos】 Funcionarios y técnicos de los Servicios Regionales de Salud y de las Direcciones Provinciales de Salud, gerencia y profesionales de salud de los hospitales, miembros de los centros de primer nivel y las UNAPs (médicos, enfermeras, promotores)
【Beneficiarios Indirectos】 Embarazadas, parturientas, neonatos y mujeres en edad fértil.
4. Periodo de Cooperación Tentativo
De febrero de 2012 a febrero de 2016 (4 años). Se especificará la fecha del inicio del Proyecto en el Registro de Discusiones (R/D).
5. Objetivo Superior
Se reduce la mortalidad materna y neonatal en la Región III de Salud.
6. Objetivo del Proyecto
Se mejora la calidad de atención prenatal, neonatal y puerperio que brindan los establecimientos de salud, principalmente los centros de primer nivel y las UNAPs.
7. Resultados
(1) Se aumentan los conocimientos y la capacidad técnica del personal de los centros de primer nivel y las UNAPs.

- (2) Se fortalece la capacidad de monitoreo y rectoría de los centros de primer nivel y las UNAPs por parte de la SRS y las DPS.
- (3) Se mejora el sistema de referencia y contra referencia entre los centros de primer nivel y las UNAPs y los hospitales municipales, provinciales y el regional.
- (4) Se mejoran la vigilancia epidemiológica, siguiendo la norma nacional correspondiente y la retroalimentación de los casos de muertes maternas y neonatales.

II. Plan Operativo del Proyecto

En el Anexo 2 se muestra el Plan Operativo (PO) del Proyecto. Se realizará la evaluación del Proyecto a mitad del período, o sea, dos (2) años después de su inicio y la evaluación final seis (6) meses antes de la finalización del mismo.

III. Régimen de Ejecución del Proyecto

El Ministerio de Salud Pública será responsable de la ejecución del Proyecto. A continuación se describen los principales responsables y sus atribuciones:

1. Administración del Proyecto

- (1) Director del Proyecto: Viceministro de Salud Colectiva. Será responsable de la implementación y coordinación general del Proyecto.
- (2) Gerente del Proyecto: Director de la Dirección General Materno Infantil y Adolescentes. Se encargará de asuntos administrativos y técnicos relacionados a la implementación del Proyecto.
- (3) Gerente Regional: Directora de Servicios Regionales de Salud de la Región III. Se encargará de asuntos administrativos y técnicos de las actividades del Proyecto en el ámbito regional.

2. Comité de Coordinación Conjunta (CCC)

Se organizará el Comité de Coordinación Conjunta (CCC) con el fin de facilitar la coordinación entre las instituciones involucradas para la operación efectiva del Proyecto. El CCC se reunirá, por lo menos, una vez al año para aprobar el Plan Operativo Anual del Proyecto, revisar el avance de las actividades, realizar monitoreo y/o evaluación del Proyecto e intercambiar opiniones sobre los avances y principales problemas que podrían presentarse en el proceso de la ejecución del Proyecto. En el Anexo 3 se muestra la propuesta de la composición del CCC.

IV. Principales Asuntos Discutidos

1. Nombre del Proyecto

El nombre del Proyecto en inglés, cambiará de “Strengthening of Health Prevention and Promotion for Pregnant Women, Nursing Mothers and

Newborns in Health Region III”, a “Project for Strengthening Primary Health Care for Pregnant Women and Newborns in Health Region III” y se debe adoptar el procedimiento necesario por parte del gobierno del Japón.

2. Operación del Proyecto

La JICA solicitó al Ministerio de Salud Pública que, en su calidad de ejecutor principal del Proyecto, asumiera la coordinación entre las instituciones involucradas para llevar a cabo las actividades del Proyecto y mantuviera una comunicación efectiva entre el nivel central y el nivel local (Región III).

V. Actividades Pendientes

Para el inicio del Proyecto, se deberá preparar y firmar el Registro de Discusiones (R/D) en el cual se describen el plan básico de operación y las medidas a ser tomadas por cada una de las partes. Se adjunta el borrador del Registro de Discusiones en el Anexo 4 (en inglés) y el Anexo 5 (en español).

Anexo 1	Matriz de Diseño del Proyecto (borrador)
Anexo 2	Plan Operativo (tentativo)
Anexo 3	Composición del Comité de Coordinación Conjunta (CCC) (borrador)
Anexo 4	Registro de Discusiones (borrador)
Anexo 5	Record of Discussion (draft)

**Proyecto para el Fortalecimiento de la Prevención y la Promoción de Salud
en Embarazadas y el Período Neonatal en la Región III de Salud
Matriz de Diseño del Proyecto (versión 0)**

Zona de Ejecución: Región III Salud (provincias Duarte, María Trinidad Sánchez, Hermanas Mirabal y Samaná)

Período de Cooperación Tentativo : De febrero del 2012 a febrero del 2016 (4 años)

Institución Ejecutora: Ministerio de Salud Pública (MSP)

Beneficiarios: **【Beneficiarios Directos】** Funcionarios y técnicos de los Servicios Regionales de Salud y de las Direcciones Provinciales de Salud, gerencia y profesionales de salud de los hospitales, miembros de los centros de primer nivel las UNAPs (médicos, enfermeras, promotores)

【Beneficiarios Indirectos】 Embarazadas, parturientas, neonatos, mujeres en edad fértil.

Resumen del Proyecto		Indicadores Objetivos Verificables	Medios de Verificación	Condiciones Externas
Objetivo Superior				
Se reduce la mortalidad materna y neonatal en la Región III de Salud.		1. La mortalidad materna por cada 100,000 nacidos vivos disminuye de XX a XX. 2. La mortalidad neonatal por cada 1,000 nacidos vivos disminuye de XX a XX.	Reportes del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y otros informes del MSP.	No se producen cambios drásticos en las políticas de salud materno-infantil del Gobierno Dominicano.
Objetivo del Proyecto				
Se mejora la calidad de atención prenatal, neonatal y puerperio que brindan los establecimientos de salud, principalmente los centros de primer nivel y las UNAPs		1. XX % de embarazadas tienen analíticas básicas según guía de actuación. 2. XX % de parturientas reciben su primera consulta domiciliaria posnatal por un médico, entre 24 y 72 horas después del parto normal. 3. XX % de recién-nacidos sanos reciben su primera consulta domiciliaria posnatal por un médico, entre 24 y 72 horas después del nacimiento. 4. XX % de usuarias que reciben consejería y oferta sobre planificación familiar en el post evento obstétrico. 5. XX % de las madres reciben la consejería sobre los signos de peligro del recién nacido.	1-5. Hojas de registro de atención perinatal.	No se producen cambios drásticos del personal de servicios de los centros de atención médica.
Resultados Esperados				
1	Se aumentan los conocimientos y la capacidad técnica del personal de los centros de primer nivel y las UNAPs.	1. A través de monitoreos se verifica que XX % del personal de las UNAPs cumplen con las normas y guías nacionales de atención.	1. Hojas de monitoreo referidas en la Actividad 2-3.	

2	Se fortalece la capacidad de monitoreo y rectoría de los centros de primer nivel y las UNAPs por parte de la SRS y las DPS.	1. XX % de los centros de primer nivel y las UNAPs reciben monitoreos periódicos por parte de la SRS. 2. XX % de los centros de primer nivel y las UNAPs reciben monitoreos periódicos por parte de la DPS.	1. Hojas de monitoreo de la SRS. 2. Hojas de monitoreo de la DPS.	
3	Se mejora el sistema de referencia y contra referencia entre los centros de primer nivel y las UNAPs y los hospitales municipales, provinciales y el regional.	1. XX % de las embarazadas referidas de las UNAPs a los hospitales, llevan la hoja de referimiento y sus expedientes completos de la atención perinatal. 2. Se reduce a XX % el porcentaje de embarazadas de alto riesgo que acuden directamente a los hospitales sin referimiento de las UNAPs. 3. XX % de los partos realizados en el hospital regional, hospitales provinciales y municipales tienen llenos hoja de referimiento y carnet perinatal y son notificados a las UNAPs en un plazo menor de XX horas después.	1. Registros de servicios del departamento obstetricia de cada hospital. 2. Registros de servicios del departamento obstetricia de cada hospital. 3. Registros de las UNAPs.	No ocurre desastre natural ni inestabilidad política de gran magnitud.
4	Se mejoran la vigilancia epidemiológica, siguiendo la norma nacional correspondiente y la retroalimentación de los casos de muertes maternas y neonatales.	1. 100 % de todas las muertes maternas son notificadas oportunamente analizadas a través del Comité de Mortalidad Materna según el procedimiento establecido en las normas correspondientes. 2. XX % de todas las muertes neonatales son analizadas a través del Comité de Mortalidad Infantil según el procedimiento establecido en las normas correspondientes. 3. Los resultados de la discusión y análisis de los comités de mortalidad materno y/o infantil son compartidos entre todos los establecimientos médicos.	1. Informes de los Comités de Mortalidad Materno-Infantil. 2. Informes de los Comités de Mortalidad Materno-Infantil. 3. Registros de las DPS.	
Actividades		PARTE JAPONESA	PARTE DOMINICANA	
0-1	Realizar estudio de línea de base.	【Expertos a Largo Plazo】 Jefe Asesor / Salud Comunitaria	Asignación de las contrapartes Espacio físico para la oficina del Proyecto	
0-2	Conocer la situación actual de la administración pública y de los servicios de salud materno-neonatal.	Salud Materno-Infantil Coordinación / Educación sobre la Salud	Gastos operativos locales (sueldos del personal dominicano, gastos de la oficina, gastos de mantenimiento de los equipos e insumos del Proyecto, etc.)	
0-3	A través de talleres, difundir el objetivo, la visión y el diseño del Proyecto a los actores involucrados con la finalidad de establecer el régimen de ejecución de la parte dominicana.	【Expertos a Corto Plazo】 Según necesidad.		
0-4	Realizar estudio End Survey	【Equipamiento】 Vehículo, equipos médicos relacionados a la atención materno-neonatal y otros según necesidad		

【Resultado 1】 Se aumentan los conocimientos y la capacidad técnica de los centros de primer nivel y las UNAPs.	
1-1	Seleccionar a los instructores para la capacitación.
1-2	Investigar las necesidades de capacitación de los instructores y determinar su contenido.
1-3	Revisar manuales y materiales didácticos existentes, modificar o elaborar los nuevos según necesidad.
1-4	Realizar la capacitación de los instructores.
1-5	Verificar la situación de las capacitaciones dirigidas a los médicos, enfermeras y promotores de las UNAPs y conocer sus manuales y materiales didácticos,
1-6	La SRS y las DPS estudiarán las necesidades de capacitación de médicos, enfermeras y promotores de las UNAPs y determinarán el contenido de capacitación.
1-7	Revisar manuales y materiales didácticos existentes, modificar o elaborar los nuevos según necesidad.
1-8	Elaborar programa de capacitación anual.
1-9	Realizar las capacitaciones a médicos, enfermeras y promotores de las UNAPs.
【Resultado 2】 Se fortalece la capacidad de monitoreo y rectoría de los centros de primer nivel y las UNAPs por parte de la SRS y las DPS.	
2-1	Estudiar las necesidades de capacitación de los funcionarios y técnicos de la SRS y las DPS y determinar el contenido de capacitación.

【Costos Operativos】
Costos necesarios para las capacitaciones.
Costos de preparación de manuales y materiales didácticos

Handwritten mark: *AB*

2-2	Revisar manuales y materiales didácticos existentes, modificar o elaborar los nuevos según surja la necesidad.
2-3	Conocer la situación de la aplicación de hojas de chequeo para evaluar la calidad de atención prenatal, neonatal y puerperio.
2-4	Conocer la situación de la aplicación de la guía de supervisión de las UNAPs para uso de la SRS y DPS.
2-5	Realizar la capacitación a los funcionarios y técnicos de la SRS y las DPS.
2-6	Elaborar plan de monitoreo de las UNAPs por la SRS y las DPS.
2-7	Evaluar la calidad de la atención prenatal, neonatal y puerperio de las UNAPs y dar orientación necesaria.
【Resultado 3】 Se mejora el sistema de referencia y contra referencia entre las UNAPs y los hospitales municipales, provinciales y regional.	
3-1	Conocer la situación de uso de las guías de referencia y contra referencia
3-2	Realizar talleres sobre la referencia y contrareferencia en las UNAPs y los hospitales de diferentes niveles.
3-3	La SRS monitorea y facilita el funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia.
【Resultado 4】 Se mejoran la vigilancia epidemiológica, siguiendo la norma nacional correspondiente y la retroalimentación de los casos de muertes maternas y neonatales.	
4-1	Verificar el funcionamiento de los comités de mortalidad materno e infantil.

Handwritten marks: *S* and *RF*

【Condiciones Previas】 No se modifica el sistema de implementación de la

4-2	Estudiar medidas para mejorar el funcionamiento del comité de mortalidad materno e infantil.
4-3	Implementar las medidas de mejoramiento.

Atencion Primaria de Salud.



Lista de miembros del Comité de Coordinación Conjunta (CCC)

1. Presidente
Vice-ministro de Salud Colectiva

2. Miembros
 - Vice-ministro de Garantía de la Calidad de la Salud del Ministerio de Salud Pública
 - Vice-ministro del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD)
 - Director de Desarrollo y Fortalecimiento de los SRS del Ministerio de Salud
 - Director de Fortalecimiento de las Direcciones Provinciales de Salud
 - Director de la Dirección General Materno Infantil y Adolescentes
 - Director de SRS Regional III
 - Directores de la DPS de la Región III
 - Un representante del Vice-ministerio de Planificación y Desarrollo del Ministerio de Salud Pública
 - Cuatro gerentes del Servicio Regional de Salud de la Región III de Salud
 - Expertos de la JICA
 - Representante de la Embajada del Japón
 - Representante de la Oficina de JICA en la República Dominicana
 - Las personas invitadas por el Presidente del CCC



RECORD OF DISCUSSIONS
ON
PROJECT FOR STRENGTHENING PRIMARY HEALTH CARE
FOR PREGNANT WOMEN AND NEWBORNS
IN HEALTH REGION III
IN
THE DOMINICAN REPUBLIC
AGREED UPON BETWEEN
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
AND
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY

Santo Domingo, DD MM, YYYY

Dr. Bautista Rojas Gomez
Minister
Ministry of Public Health
The Dominican Republic

Mr. Shoji Ozawa
Chief Representative
Dominican Republic Office
Japan International Cooperation
Agency
Japan

Ms. America Bastidas
Vice Minister
Ministry of Economy, Planning and Development
The Dominican Republic




Based on the Minutes of Meetings on the Detailed Planning Survey on the Project for Strengthening Primary Health Care for Pregnant Women and Newborns in Health Region III (hereinafter referred to as “the Project”) signed on 28 September, 2011 between the Ministry of Public Health (hereinafter referred to as “MPH”) and the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”), JICA held a series of discussions with MPH and relevant organizations to develop a detailed plan of the Project.

Both parties agreed the details of the Project and the main points discussed as described in the Appendix 1 and the Appendix 2 respectively.

Both parties also agreed that MPH, the counterpart to JICA, will be responsible for the implementation of the Project in cooperation with JICA, coordinate with other relevant organizations and ensure that the self-reliant operation of the Project is sustained during and after the implementation period in order to contribute toward social and economic development of the Dominican Republic.

The Project will be implemented within the framework of the Agreement on Technical Cooperation signed on 29 September, 2005 (hereinafter referred to as “the Agreement”) the Note Verbal to be exchanged between the Government of Japan (hereinafter referred to as “GOJ”) and the Government of the Dominican Republic (hereinafter referred to as “GODR”).

This Record of Discussions has been prepared in duplicate in the Spanish and English languages. Both are equally authentic. In case of any divergence of interpretation, the English text shall prevail.

Appendix 1: Project Description

Appendix 2: Main Points Discussed

Appendix 3: Minutes of Meetings on the Detailed Planning Survey on
Strengthening of Health Prevention and Promotion for Pregnant
Women, Nursing Mothers and Newborn in Health Region III



PROJECT DESCRIPTION

I. BACKGROUND

With support from economic growth, social development of the Dominican Republic has seen a great progress. The health sector has achieved universal coverage of equity of health services, and reduction of under-5 mortality rate. However, the situation surrounding pregnant women and newborns in the country remains many challenges. In spite of the fact that the coverage of fourth antenatal care and skilled birth attendance reached 95 per cent, maternal mortality ratio (125) of the country is higher than the average (86) of Latin America and Caribbean. In response to that, the Ministry of Public Health (MPH) announced the National Commitment to Zero Tolerance in 2005, and showed firm commitment to reduce mortality and morbidity resulted from problems of health systems. The general objective of the policy is to prevent avoidable maternal and under-5 mortality, and its strategy includes the improvement of the quality of maternal and newborn care. In the National Health Plan 2006-2015, the ministry pledged to achieve universal access to primary health care.

From October 2004 to October 2009, JICA has implemented the Regional Primary Health Service Reinforcement Project in Samana to strengthen service delivery of primary health care. The project ensured that community members can access to primary health care at UNAPs. It also contributed to improving service delivery of UNAPs (primary health care unit) and strengthened DPS's (provincial health department) capacities to monitor UNAPs.

The project described below addresses MPH's priority to reduce maternal neonatal mortality and to ensure continuum of care of maternal and child health (MCH). This strategy is in line with Japanese Global Health Policy 2011 - 2015 and JICA's MCH policy.

II. OUTLINE OF THE PROJECT

1. Details of the Project

Details of the Project are described in the Logical Framework (Project Design Matrix: PDM) (Annex1) and the Tentative Plan of Operation (Annex 2).

2. Input by MPH

MPH will take necessary measures to provide at its own expense:

- (1) Services of MPH's counterpart personnel and administrative personnel as referred to in II-1;
- (2) Suitable office space with necessary equipment;
- (3) Supply or replacement of machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the equipment provided by JICA;
- (4) Information as well as support in obtaining medical service;
- (5) Credentials or identification cards;

- (6) Available data (including maps and photographs) and information related to the Project;
- (7) Running expenses necessary for the implementation of the Project;
- (8) Expenses necessary for transportation within the Dominican Republic of the equipment referred to in II-1 as well as for the installation, operation and maintenance thereof; and
- (9) Necessary facilities to the JICA experts for the remittance as well as utilization of the funds introduced into the Dominican Republic from Japan in connection with the implementation of the Project

3. Implementation Structure

The Project organization chart is given in the Annex 3. The roles and assignments of relevant organizations are as follows:

(1) MPH

- (a) Project Director: Vice Minister of Collective Health

The Project Director will be responsible for overall administration and implementation of the Project.

- (b) Project Manager: Director of Maternal and Child Health Department

The Project Manager will be responsible for the management and technical aspect of the Project at the national level

- (c) Regional Manager: Director of SRS in Health Region III

The Regional Manager will be responsible for the management and technical aspect of the Project at the local level

(2) JICA Experts

The JICA experts will give necessary technical guidance, advice and recommendations to MPH on any matters pertaining to the implementation of the Project.

(3) Joint Coordinating Committee

Joint Coordinating Committee (hereinafter referred to as "JCC") will be established in order to facilitate inter-organizational coordination. JCC will be held at least once a year and whenever deems it necessary. JCC will approve an annual work plan, review overall progress, conduct monitoring and evaluation of the Project, and exchange opinions or major issues that arise during the implementation of the Project. A list of proposed members of JCC is shown in the Annex 4.

4. Project Site and Beneficiaries

The project site is Health Region III (Duarte, Maria Trinidad Sanchez, Hermanas Mirabal, and Samana). The direct beneficiaries of the Project are officers of SRS and DPS, and health personnel of hospitals and UNAPs. The indirect beneficiaries are pregnant women, newborns, and women of reproductive age.

5. Duration

The duration of the Project will be four (4) years from 2012.

6. Reports

MPH and JICA experts will jointly prepare the following reports in Spanish.

- (1) Progress Report on semiannual basis until the project completion
- (2) Project Completion Report at the time of project completion

7. Environmental and Social Considerations

MPH agreed to abide by 'JICA Guidelines for Environmental and Social Considerations' in order to ensure that appropriate considerations will be made for the environmental and social impacts of the Project.

III. UNDERTAKINGS OF MPH AND GODR

MPH and GODR will take necessary measures to:

1. ensure that the technologies and knowledge acquired by the Dominican Republic nationals as a result of Japanese technical cooperation contributes to the economic and social development of the Dominican Republic, and that the knowledge and experience acquired by the personnel of the Dominican Republic from technical training as well as the equipment provided by JICA will be utilized effectively in the implementation of the Project;
2. grant privileges, exemptions and benefits to the JICA experts referred to in II-1 above and their families, which are no less favorable than those granted to experts and members of the missions and their families of third countries or international organizations performing similar missions in the Dominican Republic;
3. provide security-related information as well as measures to ensure the safety of the JICA experts;
4. permit the JICA experts to enter, leave and sojourn in the Dominican Republic for the duration of their assignments therein and exempt them from foreign registration requirements and consular fees; and
5. Other privileges, exemptions and benefits will be provided in accordance with the Agreement of cooperation signed on 29 September, 2005 (approved by the Resolution No. 229-06 dated 19 June 2006) and Note Verbal to be exchanged between the GOJ and GODR.

IV. EVALUATION

JICA and the MPH will jointly conduct the following evaluations and reviews.

1. Mid-term review at the middle of the cooperation term
2. Terminal evaluation during the last six (6) months of the cooperation term

JICA will conduct the following evaluations and surveys to mainly verify sustainability and impact of the Project and draw lessons. The MPH is required to provide necessary support for them.

1. Ex-post evaluation three (3) years after the project completion, in principle
2. Follow-up surveys on necessity basis



V. PROMOTION OF PUBLIC SUPPORT

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

VI. MUTUAL CONSULTATION

JICA and MPH will consult each other whenever any major issues arise in the course of Project implementation.

VII. AMENDMENTS

The Record of Discussions may be amended by the Minutes of Meetings between JICA and MPH. The Minutes of Meetings will be signed by authorized persons of each side who may be different from the signers of the record of discussions.

- Annex 1 Project Design Matrix (PDM)
- Annex 2 Tentative Plan of Operation
- Annex 3 Project Organization Chart
- Annex 4 A List of Proposed Members of Joint Coordinating Committee



**The Project for Strengthening Primary Health Care for Pregnant Women and Newborns in Health Region III
Project Design Matrix (version 0)**

Annex 1
DD MM, YYYY

Target Area: Health Region III (Duarte, Maria Trinidad Sanchez, Hermanas Mirabal, and Samana)

Project Period: February 2012 - February 2016 (planned)

Implementing Organization: Ministry of Public Health (MPH)

Target Group: **【Direct beneficiaries】**Officers of SRS (Regional Health Service Office) and DPS (Provincial Health Department), and Health Personnel of Hospitals, Primary Health Facilities and UNAPs

【Indirect beneficiaries】Pregant Women, Newborns, and Women of Reproductive Age

NARRATIVE SUMMARY		OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
OVERALL GOAL				
Maternal and neonatal mortality in Health Region III is reduced.		1. Maternal mortality ratio decreases from __ in __ year to __ in __ year. 2. Neonatal mortality rate decreases from __ in __ year to __ in __ year.	- Report of the National Epidemiological Surveillance System of MPH - Other reports of MPH	Maternal and child health policies do not change drastically.
PROJECT PURPOSE				
The quality of antenatal care, postnatal care and newborn care provided by primary health facilities and UNAPs is improved.		1. __% of pregnant women who receive blood screening based on the national guidelines. 2. __% of women who receive postnatal care at home from health professionals within 24 hours and 72 hours after normal delivery. 3. __% of newborns who receive newborn care at home within 24 hours and 72 hours after normal birth. 4. __% of women who receive information on family planning during postnatal care. 5. __% of mothers who receive information on danger signs of newborns.	1-5. Perinatal care registration form	A large number of health personnel do not transfer.
OUTPUTS				
1	Knowledge and practice of health personnel of primary health facilities and UNAPs are improved.	1. Monitoring by SRS and DPS confirms that __ % of health personnel of UNAPs provide health services based on the national guidelines.	1. Monitoring sheet of Activity 2-3	
2	SRS's and DPS's capacities of monitoring and guidance toward primary health facilities and UNAPs are strengthened.	1. __% of primary health facilities and UNAPs are monitored routinely by SRS. 2. __% of primary health facilities and UNAPs are monitored routinely by DPS.	1. Monitoring sheet of SRS 2. Monitoring sheet of DPS	

Handwritten mark at the top left of the page.

3	Referral and counter referral between regional, provincial and municipal hospitals and primary health facilities (e.g. UNAPs) are improved.	<p>1. ___% of pregnant women go to hospitals with the referral form and perinatal examination records when they are referred to hospitals.</p> <p>2. The percentage of high-risk pregnant women who go to hospitals without referral from UNAPs decreases to ___%.</p> <p>3. ___% of childbirth at hospitals are reported with completed perinatal and newborn records to UNAPs within ___ hours.</p>	<p>1. Records of hospitals</p> <p>2. Records of hospitals</p> <p>3. Records of UNAPs</p>	Serious natural disasters and political unrest do not happen.
4	Audit and feedback of maternal and neonatal death cases are improved.	<p>1. A hundred per cent of maternal mortality cases are notified and reviewed in maternal mortality death review committees according to guidelines.</p> <p>2. ___% of neonatal mortality cases are reviewed in infant mortality death review committees according to guidelines.</p> <p>3. Results of audit of all maternal and infant mortality review committees are shared with all the health facilities in Health Region III.</p>	<p>1. Reports of maternal and infant mortality death review committee</p> <p>2. Reports of maternal and infant mortality death review committee</p> <p>3. Records of DPS</p>	
ACTIVITIES		Japanese side	Dominican Republic side	
0-1	To conduct a baseline survey	(1) Dispatch of Experts	Deployment of counterpart personnel	
0-2	To comprehend the situation of health systems and governance, and of health service delivery in relation to maternal and neonatal health	<ul style="list-style-type: none"> - Chief Advisor/Community Health - Expert in Maternal and Child Health - Project Coordinator/Health Education 	A project office	
0-3	To organize workshops to announce objectives and activities of the Project and to determine roles and responsibilities of stakeholders of the Dominican Republic's side	(2) Machinery and Equipment	Local cost (salary of counterpart personnel, cost of electricity, water and communication of the project office, maintenance and repair cost of equipment, and others)	
0-4	To conduct an endline survey	<ul style="list-style-type: none"> - Medical equipment related to maternal and child health - Vehicle - Others 		
【Outcome 1】Knowledge and practice of health personnel of primary health facilities and UNAPs are improved.		(3) Project Operation Cost		
1-1	To select trainers	<ul style="list-style-type: none"> - Budget for trainings and workshops - Budget for printing manuals and materials - Others 		
1-2	To determine a training package based on a needs assessment of training toward trainers			
1-3	To review existing training manuals and materials and revise them or create new ones when necessary			
1-4	To provide trainings for trainers			

Handwritten blue marks at the bottom left of the page.

1-5	To comprehend trainings toward doctors, nurses and health promoters of UNAPs and review training manuals and materials
1-6	To conduct a needs assessment toward health personnel of UNAPs and determine a training package
1-7	To review existing training manuals and materials and revise them or create new ones when necessary
1-8	To draw up annual training plans
1-9	To provide trainings for health personnel of UNAPs
【Outcome 2】SRS's and DPS's capacities of monitoring and guidance toward primary health facilities and UNAPs are strengthened.	
2-1	To determine a training package based on a needs assessment of training toward officers of SRS and DPS
2-2	To review existing training manuals and materials and revise them or create new ones when necessary
2-3	To review the usage of a monitoring checklist
2-4	To review the usage of a guidance manual
2-5	To provide trainings for officers of SRS and DPS
2-6	To draw up annual monitoring plans of SRS and DPS
2-7	To carry out monitoring and guidance to UNAPs
【Outcome 3】Referral and counter referral between regional, provincial and municipal hospitals and primary health facilities (e.g. UNAPs) are improved.	
3-1	To review the application of existing guidelines of referral and counter referral
3-2	To organize workshops for staff of hospitals and UNAPs
3-3	To monitor and facilitate the implementation to ensure that referral and counter referral are carried out appropriately
【Outcome 4】Audit and feedback of maternal and infant death cases are improved.	

【Pre-condition】
Policy and implementation

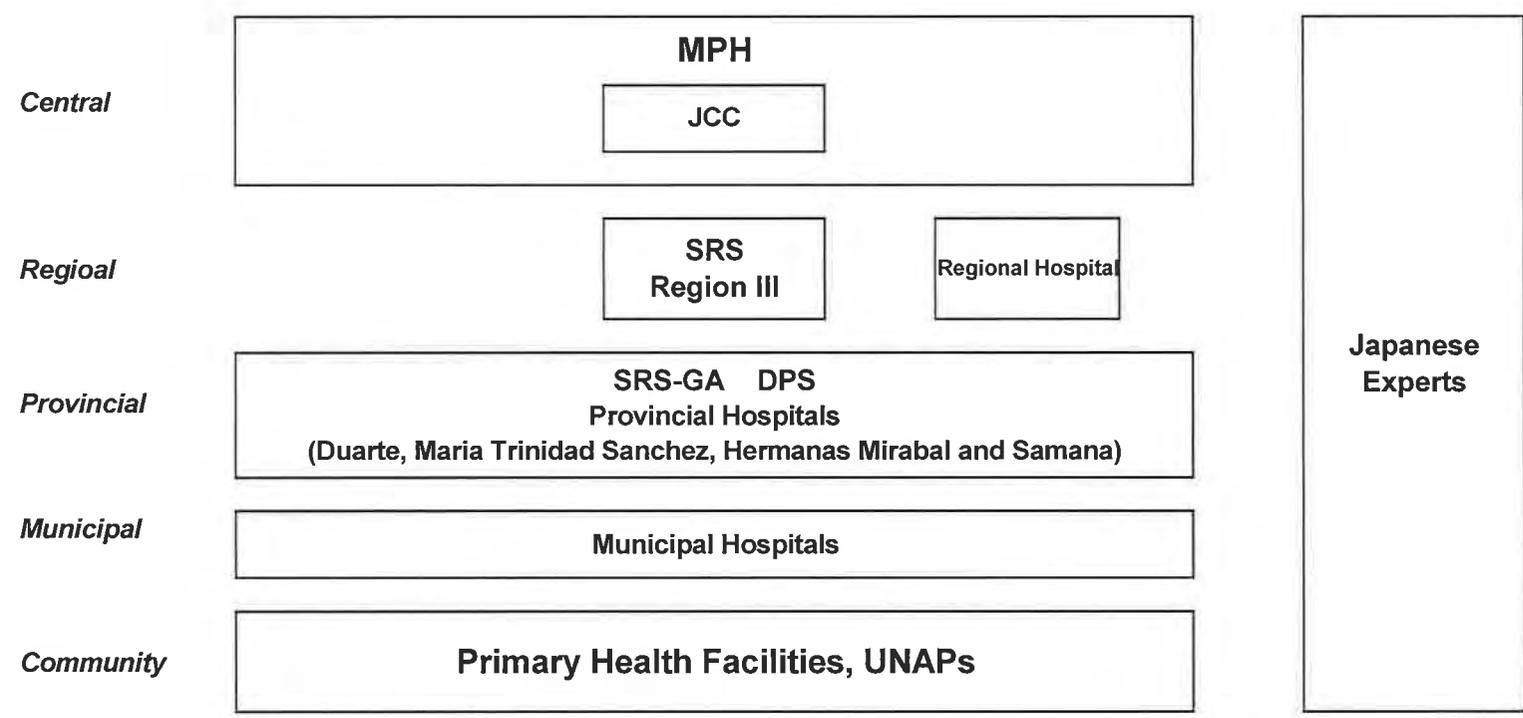
4-1	To review the implementation of maternal and neonatal morality review committees
4-2	To make recommendations for the committees
4-3	To facilitate the implementation of the recommendations

structure of primary health care do not change.



Handwritten mark

Annex 3: Project Organization Chart



Handwritten initials

A List of Proposed Members of Joint Coordinating Committee

1. Chairperson
Vice Minister of Collective Health

2. Members
 - Vice Minister of Quality Assurance Department
 - Vice Minister of Economy, Planning and Development
 - Director of Development and Strengthening SRS
 - Director of Strengthening DPS Department
 - Director of Maternal, Child and Adolescent Health Department
 - Director of SRS in Health Region III
 - Directors of DPS in Health Region III
 - Representative of Vice Minister of Planning and Development Department
 - Directors of SRS Provincial Offices
 - JICA Experts
 - Representative of the Embassy of Japan
 - Representative of the JICA Dominican Republic Office
 - Persons invited by the Chairperson

MAIN POINTS DISCUSSED

1. Project Operation

JICA requested MPH to ensure the coordination and communication among different organizations of the Dominica side involved in the Project.



BORRADOR

**REGISTRO DE DISCUSIONES
SOBRE
EL PROYECTO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN Y LA
PROMOCIÓN DE SALUD EN EMBARAZADAS Y EL PERÍODO NEONATAL
EN LA REGIÓN III DE SALUD
ACORDADO
ENTRE
EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Y
LA AGENCIA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DEL JAPÓN**

Santo Domingo, MM DD, YYYY

Dr. Bautista Rojas Gómez
Ministro
Ministerio de Salud Pública
República Dominicana

Sr. Shoji Ozawa
Director
Agencia de Cooperación Internacional del
Japón en la República Dominicana
Japón

Lic. América Bastidas
Viceministra de Cooperación Internacional
Ministerio de Economía, Planificación y
Desarrollo
República Dominicana



De acuerdo a la Minuta de Reunión sobre la Planificación Detallada del Proyecto para el Fortalecimiento de la Prevención y la Promoción de Salud en Embarazadas y el Período Neonatal en la Región III de Salud (en adelante denominado como "el Proyecto") firmado el 28 de septiembre del 2011 entre el Ministerio de Salud Pública (en adelante denominado como el "MSP") y la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (en adelante denominado como "JICA"), la JICA realizó una serie de discusiones con el MSP y organizaciones involucradas para elaborar un plan detallado del proyecto.

Ambas partes acordaron los detalles del Proyecto y los principales puntos de discusión como se describe en el Apéndice 1 y el Apéndice 2, respectivamente.

Al mismo tiempo, las partes acordaron que el MSP, que es la contraparte de la JICA, se encargará de la ejecución del proyecto con la cooperación de la JICA, en coordinación con otras organizaciones pertinentes y garantizará el auto-sustento de las operaciones del Proyecto que se mantiene durante y posterior al período de ejecución con el fin de contribuir al desarrollo económico y social de la República Dominicana.

El Proyecto se llevará a cabo en el marco del Acuerdo de Cooperación Técnica firmado el 29 de septiembre de 2005 (denominada en adelante "el Acuerdo") y la Nota Verbal a ser firmada entre el Gobierno del Japón y el Gobierno de la República Dominicana.

Este Registro de Discusiones ha sido preparado en dos ejemplares en los idiomas español e inglés. Ambos son igualmente auténticos. En caso de cualquier divergencia de interpretación, el texto en inglés prevalecerá.

Apéndice 1: Descripción del Proyecto

Apéndice 2: Principales puntos tratados

Apéndice 3: Minuta de la Reunión sobre la Planificación Detallada del Proyecto para el Fortalecimiento de la Prevención y la Promoción de Salud en Embarazadas y el Período Neonatal en la Región III de Salud.



DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

I. ANTECEDENTES

En el contexto económico favorable de los últimos años, la República Dominicana ha podido avanzar significativamente en diversos aspectos sociales, incluyendo el sector de salud. Como logros alcanzados o por alcanzar, se pueden mencionar la mayor cobertura y equidad en la provisión de servicios de salud y las mejorías de los indicadores como la reducción de la tasa de mortalidad infantil. Sin embargo, muchos desafíos persisten en torno a la mortalidad materna y neonatal. Aunque el porcentaje de las “embarazadas que reciben más de 4 consultas prenatales” y el de “partos asistidos por profesionales de salud calificados” llegan a alrededor de 95 %, la mortalidad materna se estima en 125 por 100,000 nacidos vivos, superando el promedio de la región del Caribe y América Central (86 / 100,000 nv). En tal circunstancia, el Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana declaró como compromiso nacional, la “Tolerancia Cero”, que significa que los casos y muertes atribuidos a los problemas del sistema de salud no serán tolerados ni pasarán desapercibidos para la sociedad. Se estableció como una de las metas, erradicar muertes maternas y de menores de Cinco (5) años evitables, y dentro de las estrategias pautadas, se incluye la de asegurar la calidad de atención a las embarazadas, parturientas y neonatos. Además, en el Plan Decenal de Salud 2006-2015 anunciado en el año 2006, se compromete alcanzar el acceso universal de la población a la atención primaria de salud.

Ante tal situación, en la provincia de Samaná, con el apoyo de la JICA se ejecutó el Proyecto para el Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (FAPRISAS) desde octubre del 2004 hasta octubre del 2009, con el propósito de fortalecer la salud comunitaria, mejorando el acceso de la población local, especialmente, las embarazadas, parturientas e infantes, a los servicios de prevención y promoción de salud provistos por las UNAPs. El FAPRISAS contribuyó a mejorar la calidad del primer nivel de atención, fortaleciendo el mecanismo de provisión de la cartera de servicios, así como, la capacidad de supervisión y acompañamiento de las actividades desarrolladas por estos centros por parte de la Dirección Provincial de Salud de la Provincia de Samaná.

Por tanto, el presente proyecto se ha diseñado para mejorar la calidad de atención a las embarazadas, parturientas y neonatos y asegurar una atención continua tanto a las madres como a los niños, lo que constituye una de las políticas del Ministerio de Salud Pública. Además, coincide también con la Política de Cooperación Internacional del Gobierno del Japón 2011 – 2015 y con las áreas prioritarias definidas en los lineamientos básicos de la cooperación de la JICA en el campo de salud.



II. RESUMEN DEL PROYECTO

1. Detalles del Proyecto

Los detalles del Proyecto están descritos en la PDM (Matriz de Diseño del Proyecto) (Anexo 1) y el Plan Operativo tentativo (Anexo 2).

2. Inversión por parte del MSP

El MSP tomará las medidas necesarias para proveer a su propio cargo:

- (1) Servicios del personal contraparte del MSP y personal administrativo como se menciona en el punto II-1;
- (2) El espacio adecuado para la oficina del Proyecto con los equipos necesarios;
- (3) Suministro o reemplazo, por sus propios medios, maquinarias, equipos, instrumentos, vehículos, herramientas, repuestos y otros materiales necesarios para la ejecución del Proyecto, que no sean parte del equipo proporcionado por la JICA;
- (4) Información, así como apoyo en la obtención de servicios médicos;
- (5) Credenciales o tarjetas de identificación;
- (6) Los datos disponibles (incluyendo los mapas y fotografías) y la información relacionada con el Proyecto;
- (7) Los gastos de funcionamiento necesarios para la ejecución del Proyecto;
- (8) Los gastos necesarios para el transporte dentro de la República Dominicana para los equipos mencionados en II-1, así como para la instalación, la operación y el mantenimiento de los mismos, y
- (9) Facilidades para los expertos de la JICA para el envío de remesas, así como la utilización de los fondos enviados a la República Dominicana desde el Japón para la ejecución del Proyecto.

3. La Estructura para la ejecución

El organigrama del Proyecto se muestra en el Anexo 3. Las funciones y tareas de las instituciones pertinentes son las siguientes:

(1) MSP

(a) Director del Proyecto: Vice-ministro de Salud Colectiva

El Director del Proyecto será responsable de la administración general y la ejecución del Proyecto.

(b) Gerente del Proyecto: Director de la Dirección General Materno Infantil y Adolescentes

El Gerente del Proyecto será responsable de los asuntos administrativos y técnicos del proyecto a nivel nacional.



(c) Gerente Regional: Directora de Servicios Regionales de Salud de la Región III.

El Gerente Regional será responsable de los asuntos administrativos y técnicos del proyecto a nivel local.

(2) Expertos de JICA

Los expertos de JICA ofrecerán la orientación técnica necesaria, asesoramiento y recomendación al MSP sobre todas las cuestiones relativas a la ejecución del Proyecto.

(3) Comité de Coordinación Conjunta

El Comité de Coordinación Conjunta (en adelante, "CCC") se establece con el fin de facilitar la coordinación entre instituciones. El CCC se reunirá por lo menos una vez al año y cuando sea necesario, siendo un espacio para aprobar el Plan Operativo Anual del Proyecto, revisar el avance de las actividades, realizar monitoreo y/o evaluación del Proyecto e intercambiar opiniones sobre los avances y principales problemas que podrían presentarse en el proceso de la ejecución del Proyecto. Los miembros del CCC se adjuntan en el Anexo 4.

4. Zona del Proyecto y Beneficiarios

La zona de ejecución será la Región III (Duarte, María Trinidad Sánchez, Hermanas Mirabal y Samaná). Los beneficiarios del Proyecto son funcionarios y técnicos de los Servicios Regionales de Salud y de las Direcciones Provinciales de Salud, gerencia y profesionales de salud de los hospitales y los miembros de las UNAPs (médicos, enfermeras, promotores). Los beneficiarios indirectos son embarazadas, parturientas, neonatos y mujeres en edad fértil.

5. Duración

La duración del proyecto será de cuatro (4) años, desde 2012.

6. Informes

El MSP y los expertos de JICA prepararán conjuntamente los siguientes informes en idioma español.

- (1) Informe de avance semestral hasta la finalización del Proyecto.
- (2) Informe final del Proyecto en el momento de la finalización del Proyecto.

7. Consideraciones Ambientales y Sociales

El MSP acordó cumplir con la "Directriz de la JICA para la cooperación y consideraciones sociales" con el fin de garantizar que se tomen las medidas apropiadas para los impactos ambientales y sociales del Proyecto.



III. MEDIDAS A SER TOMADAS POR EL MSP Y EL GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA

El MSP y el Gobierno de la República Dominicana tomarán las medidas necesarias para:

1. Garantizar que las tecnologías y los conocimientos adquiridos por las contrapartes nacionales como resultado de la cooperación técnica del Japón contribuyan al desarrollo económico y social de la República Dominicana, y que el conocimiento y la experiencia adquirida por el personal de la República Dominicana a través de la formación técnica, así como el equipo proporcionado por la JICA se utilicen de manera efectiva para la ejecución del Proyecto;
2. Otorgar privilegios, exenciones y beneficios para los expertos de JICA que se menciona anteriormente en el II-1 y para sus familias, que no sean menos favorables que las aplicaciones brindadas para los expertos y sus familias de terceros países u organizaciones internacionales que desempeñen misiones similares en la República Dominicana;
3. Proporcionar información sobre la seguridad, así como medidas para garantizar la seguridad de los expertos de JICA;
4. Permiso para los expertos de JICA a fin de entrar, salir y permanecer en la República Dominicana durante su misión, y sean exentos de la obligación de registro de extranjeros y pago de derechos consulares, y
5. Otros privilegios, exenciones y beneficios serán proporcionados de acuerdo con el Convenio de la cooperación firmado el 29 de septiembre de 2005 (aprobado por la Resolución No.229-06 de fecha 19 de junio de 2006) y la nota verbal a ser firmada entre el Gobierno del Japón y la República Dominicana.

IV. EVALUACIÓN

1. JICA y MSP conjuntamente realizarán las siguientes evaluaciones y revisiones.
 - (1) Revisión intermedia de la cooperación.
 - (2) La evaluación final, seis (6) meses antes de la finalización del periodo de la cooperación.
2. JICA realizará las evaluaciones y los estudios adecuados para verificar principalmente la sostenibilidad y el impacto del Proyecto y extraerá lecciones aprendidas. El MSP debe proporcionar el apoyo necesario para ellos.
 - (1) La evaluación posterior a tres (3) años después de la finalización del Proyecto,
 - (2) Los estudios para el seguimiento, de acuerdo a la necesidad.



V. APOYO A LA PROMOCIÓN Y LAS RELACIONES PÚBLICAS

Con el fin de promover el apoyo para el Proyecto, el MSP tomará las medidas apropiadas para que el Proyecto sea ampliamente conocido por el pueblo de la República Dominicana.

VI. CONSULTAS MUTUAS

JICA y MSP se consultarán mutuamente cada vez que surjan cuestiones importantes en el proceso de la ejecución del Proyecto.

VII. MODIFICACIONES

El Registro de Discusiones puede ser modificado a través de la minuta de reuniones acordada entre la JICA y el MSP. Las minutas de las reuniones serán firmadas por personas autorizadas de ambas partes, que pueden ser diferentes a los firmantes del Registro de Discusiones.

Anexo 1: Matriz de Diseño del Proyecto (PDM)

Anexo 2: Plan Operativo tentativo

Anexo 3: Organigrama del Proyecto

Anexo 4: Lista de los miembros propuestos para el Comité de Coordinación Conjunta



**Proyecto para el Fortalecimiento de la Prevención y la Promoción de Salud
en Embarazadas y el Período Neonatal en la Región III de Salud
Matriz de Diseño del Proyecto (versión 0)**

Zona de Ejecución: Región III Salud (provincias Duarte, María Trinidad Sánchez, Hermanas Mirabal y Samaná)

Período de Cooperación Tentativo : De febrero del 2012 a febrero del 2016 (4 años)

Institución Ejecutora: Ministerio de Salud Pública (MSP)

Beneficiarios: **【Beneficiarios Directos】** Funcionarios y técnicos de los Servicios Regionales de Salud y de las Direcciones Provinciales de Salud, gerencia y profesionales de salud de los hospitales, miembros de los centros de primer nivel las UNAPs (médicos, enfermeras, promotores)

【Beneficiarios Indirectos】 Embarazadas, parturientas, neonatos, mujeres en edad fértil.

Resumen del Proyecto		Indicadores Objetivos Verificables	Medios de Verificación	Condiciones Externas
Objetivo Superior				
Se reduce la mortalidad materna y neonatal en la Región III de Salud.		1. La mortalidad materna por cada 100,000 nacidos vivos disminuye de XX a XX. 2. La mortalidad neonatal por cada 1,000 nacidos vivos disminuye de XX a XX.	Reportes del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y otros informes del MSP.	No se producen cambios drásticos en las políticas de salud materno-infantil del Gobierno Dominicano.
Objetivo del Proyecto				
Se mejora la calidad de atención prenatal, neonatal y puerperio que brindan los establecimientos de salud, principalmente los centros de primer nivel y las UNAPs		1. XX % de embarazadas tienen analíticas básicas según guía de actuación. 2. XX % de parturientas reciben su primera consulta domiciliaria posnatal por un médico, entre 24 y 72 horas después del parto normal. 3. XX % de recién-nacidos sanos reciben su primera consulta domiciliaria posnatal por un médico, entre 24 y 72 horas después del nacimiento. 4. XX % de usuarias que reciben consejería y oferta sobre planificación familiar en el post evento obstétrico. 5. XX % de las madres reciben la consejería sobre los signos de peligro del recién nacido.	1-5. Hojas de registro de atención perinatal.	No se producen cambios drásticos del personal de servicios de los centros de atención médica.
Resultados Esperados				
1	Se aumentan los conocimientos y la capacidad técnica del personal de los centros de primer nivel y las UNAPs.	1. A través de monitoreos se verifica que XX % del personal de las UNAPs cumplen con las normas y guías nacionales de atención.	1. Hojas de monitoreo referidas en la Actividad 2-3.	

2	Se fortalece la capacidad de monitoreo y rectoría de los centros de primer nivel y las UNAPs por parte de la SRS y las DPS.	<ol style="list-style-type: none"> 1. XX % de los centros de primer nivel y las UNAPs reciben monitoreos periódicos por parte de la SRS. 2. XX % de los centros de primer nivel y las UNAPs reciben monitoreos periódicos por parte de la DPS. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hojas de monitoreo de la SRS. 2. Hojas de monitoreo de la DPS. 	
3	Se mejora el sistema de referencia y contra referencia entre los centros de primer nivel y las UNAPs y los hospitales municipales, provinciales y el regional.	<ol style="list-style-type: none"> 1. XX % de las embarazadas referidas de las UNAPs a los hospitales, llevan la hoja de referimiento y sus expedientes completos de la atención perinatal. 2. Se reduce a XX % el porcentaje de embarazadas de alto riesgo que acuden directamente a los hospitales sin referimiento de las UNAPs. 3. XX % de los partos realizados en el hospital regional, hospitales provinciales y municipales tienen llenos hoja de referimiento y carnet perinatal y son notificados a las UNAPs en un plazo menor de XX horas después. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Registros de servicios del departamento obstetricia de cada hospital. 2. Registros de servicios del departamento obstetricia de cada hospital. 3. Registros de las UNAPs. 	No ocurre desastre natural ni inestabilidad política de gran magnitud.
4	Se mejoran la vigilancia epidemiológica, siguiendo la norma nacional correspondiente y la retroalimentación de los casos de muertes maternas y neonatales.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % de todas las muertes maternas son notificadas oportunamente analizadas a través del Comité de Mortalidad Materna según el procedimiento establecido en las normas correspondientes. 2. XX % de todas las muertes neonatales son analizadas a través del Comité de Mortalidad Infantil según el procedimiento establecido en las normas correspondientes. 3. Los resultados de la discusión y análisis de los comités de mortalidad materno y/o infantil son compartidos entre todos los establecimientos médicos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informes de los Comités de Mortalidad Materno-Infantil. 2. Informes de los Comités de Mortalidad Materno-Infantil. 3. Registros de las DPS. 	
Actividades		PARTE JAPONESA		
0-1	Realizar estudio de línea de base.	【Expertos a Largo Plazo】 Jefe Asesor/Salud Comunitaria Salud Materno-Infantil Coordinación/Educación sobre la Salud		
0-2	Conocer la situación actual de la administración pública y de los servicios de salud materno-neonatal.			
0-3	A través de talleres, difundir el objetivo, la visión y el diseño del Proyecto a los actores involucrados con la finalidad de establecer el régimen de ejecución de la parte dominicana.	【Expertos a Corto Plazo】 Según necesidad.		
0-4	Realizar estudio End Survey	【Equipamiento】 Vehículo, equipos médicos relacionados a la atención materno-neonatal y otros según necesidad		
		PARTE DOMINICANA		
		Asignación de las contrapartes Espacio físico para la oficina del Proyecto Gastos operativos locales (sueldos del personal dominicano, gastos de la oficina, gastos de mantenimiento de los equipos e insumos del Proyecto, etc.		

【Resultado 1】 Se aumentan los conocimientos y la capacidad técnica de los centros de primer nivel y las UNAPs.	
1-1	Seleccionar a los instructores para la capacitación.
1-2	Investigar las necesidades de capacitación de los instructores y determinar su contenido.
1-3	Revisar manuales y materiales didácticos existentes, modificar o elaborar los nuevos según necesidad.
1-4	Realizar la capacitación de los instructores.
1-5	Verificar la situación de las capacitaciones dirigidas a los médicos, enfermeras y promotores de las UNAPs y conocer sus manuales y materiales didácticos,
1-6	La SRS y las DPS estudiarán las necesidades de capacitación de médicos, enfermeras y promotores de las UNAPs y determinarán el contenido de capacitación.
1-7	Revisar manuales y materiales didácticos existentes, modificar o elaborar los nuevos según necesidad.
1-8	Elaborar programa de capacitación anual.
1-9	Realizar las capacitaciones a médicos, enfermeras y promotores de las UNAPs.
【Resultado 2】 Se fortalece la capacidad de monitoreo y rectoría de los centros de primer nivel y las UNAPs por parte de la SRS y las DPS.	
2-1	Estudiar las necesidades de capacitación de los funcionarios y técnicos de la SRS y las DPS y determinar el contenido de capacitación.

【Costos Operativos】
Costos necesarios para las capacitaciones.
Costos de preparación de manuales y materiales didácticos

by

2-2	Revisar manuales y materiales didácticos existentes, modificar o elaborar los nuevos según surja la necesidad.
2-3	Conocer la situación de la aplicación de hojas de chequeo para evaluar la calidad de atención prenatal, neonatal y puerperio.
2-4	Conocer la situación de la aplicación de la guía de supervisión de las UNAPs para uso de la SRS y DPS.
2-5	Realizar la capacitación a los funcionarios y técnicos de la SRS y las DPS.
2-6	Elaborar plan de monitoreo de las UNAPs por la SRS y las DPS.
2-7	Evaluar la calidad de la atención prenatal, neonatal y puerperio de las UNAPs y dar orientación necesaria.

【Resultado 3】 Se mejora el sistema de referencia y contra referencia entre las UNAPs y los hospitales municipales, provinciales y regional.

3-1	Conocer la situación de uso de las guías de referencia y contra referencia
3-2	Realizar talleres sobre la referencia y contrareferencia en las UNAPs y los hospitales de diferentes niveles.
3-3	La SRS monitorea y facilita el funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia.

【Resultado 4】 Se mejoran la vigilancia epidemiológica, siguiendo la norma nacional correspondiente y la retroalimentación de los casos de muertes maternas y neonatales.

4-1	Verificar el funcionamiento de los comités de mortalidad materno e infantil.
-----	--

h

--

【Condiciones Previas】
No se modifica el sistema de implementación de la

4-2	Estudiar medidas para mejorar el funcionamiento del comité de mortalidad materno e infantil.
4-3	Implementar las medidas de mejoramiento.

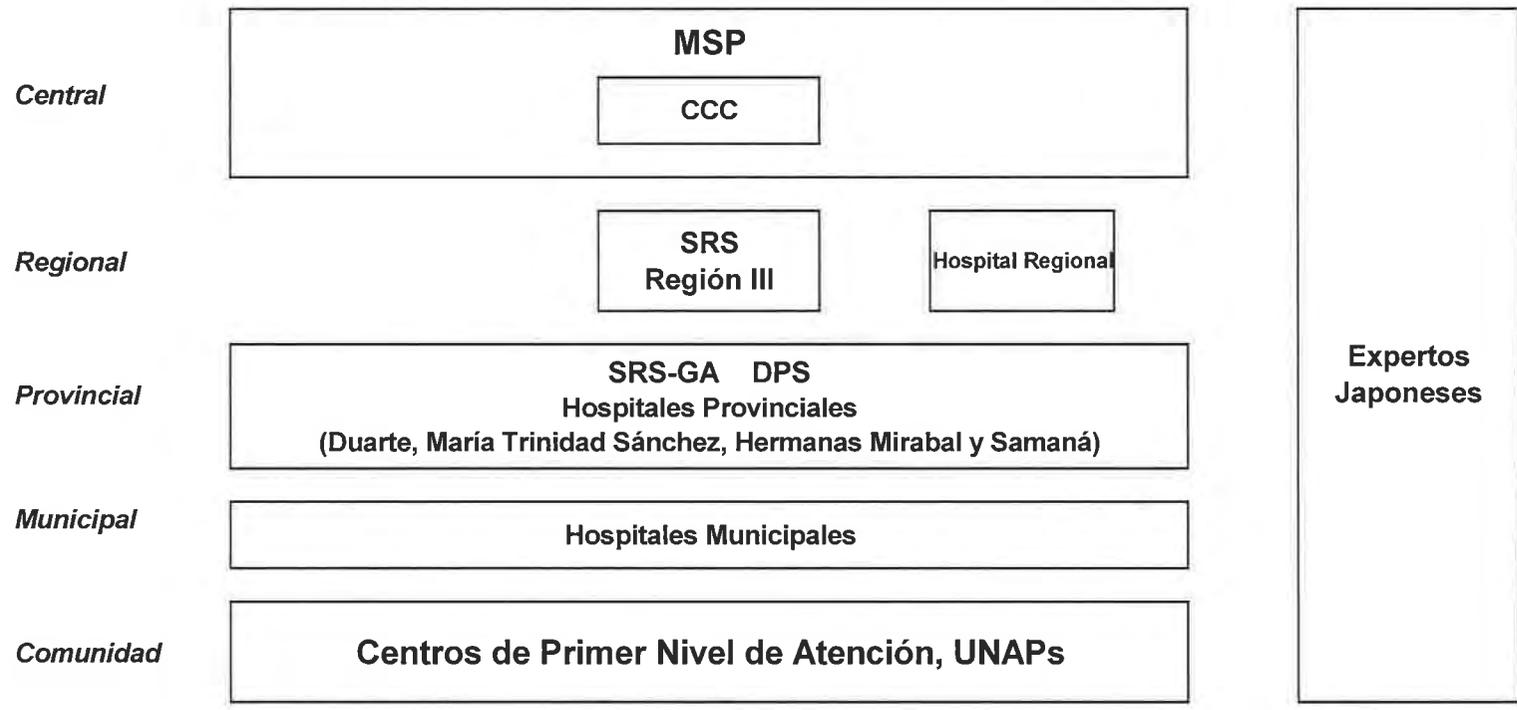
Atencion Primaria de Salud.

h

h

Handwritten mark

Anexo 3: Organigrama de ejecución del Proyecto



Handwritten signature

Lista de miembros del Comité de Coordinación Conjunta (CCC)

1. Presidente
Vice-ministro de Salud Colectiva

2. Miembros
 - Vice-ministro de Garantía de la Calidad de la Salud del Ministerio de Salud Pública
 - Vice-ministro del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD)
 - Director de Desarrollo y Fortalecimiento de los SRS del Ministerio de Salud
 - Director de Fortalecimiento de las Direcciones Provinciales de Salud
 - Director de la Dirección General Materno Infantil y Adolescentes
 - Director de SRS Regional III
 - Directores de la DPS de la Región III
 - Un representante del Vice-ministerio de Planificación y Desarrollo del Ministerio de Salud Pública
 - Cuatro gerentes del Servicio Regional de Salud de la Región III de Salud
 - Expertos de la JICA
 - Representante de la Embajada del Japón
 - Representante de la Oficina de JICA en la República Dominicana
 - Las personas invitadas por el Presidente del CCC



LOS PRINCIPALES PUNTOS DE DISCUSIÓN

1. Principales Asuntos Discutidos

La JICA solicitó al Ministerio de Salud Pública que asumiera la coordinación entre las instituciones involucradas en el Proyecto.



El Proyecto del Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud para Embarazadas y el Período Neonatal en la Región III de Salud Matriz de Diseño del Proyecto (versión 0)

Zona de Ejecución: Región III Salud (provincias Duarte, María Trinidad Sánchez, Hermanas Mirabal y Samaná)

Período de Cooperación Tentativo : De Marzo del 2013 a Abril del 2017 (4 años)

Institución Ejecutora: Ministerio de Salud Pública (MSP)

Beneficiarios: **【Beneficiarios Directos】** Funcionarios y técnicos de los Servicios Regionales de Salud y de las Direcciones Provinciales de Salud, gerencia y profesionales de salud de los hospitales, miembros de los centros de primer nivel las UNAPs (médicos, enfermeras, promotores)

【Beneficiarios Indirectos】 Embarazadas, parturientas, neonatos, mujeres en edad fértil.

Resumen del Proyecto		Indicadores Objetivos Verificables	Medios de Verificación	Condiciones Externas
Objetivo Superior				
Se reduce la mortalidad materna y neonatal en la Región III de Salud.		1. El número de la mortalidad materna por cada 100,000 nacidos vivos disminuye de XX a YY. 2. El número de la mortalidad neonatal por cada 1,000 nacidos vivos disminuye de XX a YY.	Reportes del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y otros informes del MSP.	
Objetivo del Proyecto				
Se mejora la calidad de atención prenatal, neonatal y puerperio que brindan los establecimientos de salud, principalmente los centros de primer nivel y las UNAPs		1. YY % de embarazadas tienen analíticas básicas según un guía de actuación. 2. YY % de parturientas reciben su primera consulta domiciliaria posnatal por un médico, entre 24 y 72 horas después del parto normal. 3. YY % de recién-nacidos sanos reciben su primera consulta domiciliaria posnatal por un médico, entre 24 y 72 horas después del nacimiento. 4. YY % de usuarias que reciben consejería y oferta sobre planificación familiar en el post evento obstétrico. 5. YY % de las madres reciben la consejería sobre los signos de peligro del recién nacido.	1-5. Hojas de registro de atención perinatal.	No se producen cambios drásticos en las políticas de salud materno-infantil del Gobierno Dominicano.
Resultados Esperados				
1	Se aumentan los conocimientos y la capacidad técnica del personal de los centros de primer nivel y las UNAPs.	1. A través de monitoreos se verifica que YY % del personal de las UNAPs cumplen con las normas y guías nacionales de atención.	1. Hojas de monitoreo referidas en la Actividad 2-3.	
2	Se fortalece la capacidad de monitoreo y rectoría de los centros de primer nivel y las UNAPs por parte de la SRS y las DPSs.	1. YY % de los centros de primer nivel y las UNAPs reciben monitoreos periódicos por parte de la SRS. 2. YY % de los centros de primer nivel y las UNAPs reciben monitoreos periódicos por parte de la DPS.	1. Hojas de monitoreo de la SRS. 2. Hojas de monitoreo de la DPS.	

3	Se mejora el sistema de referencia y contra referencia entre los centros de primer nivel y las UNAPs y los hospitales municipales, provinciales y el regional.	<ol style="list-style-type: none"> 1. YY % de las embarazadas referidas de las UNAPs a los hospitales, llevan la hoja de referimiento y sus expedientes completos de la atención perinatal. 2. Se reduce a YY % de embarazadas de alto riesgo que acuden directamente a los hospitales sin referimiento de las UNAPs. 3. YY % de los partos realizados en el hospital regional, hospitales provinciales y municipales tienen llenos hoja de referimiento y carnet perinatal y son notificados a las UNAPs en un plazo menor de YY horas después. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Registros de servicios del departamento obstetricia de cada hospital. 2. Registros de servicios del departamento obstetricia de cada hospital. 3. Registros de las UNAPs. 	No se producen cambios drásticos del personal de servicios de los centros de atención médica.
4	Se mejoran la vigilancia epidemiológica, siguiendo la norma nacional correspondiente y la retroalimentación de los casos de muertes maternas y neonatales.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % de todas las muertes maternas son notificadas oportunamente analizadas a través del Comité de Mortalidad Materna según el procedimiento establecido en las normas correspondientes. 2. XX % de todas las muertes neonatales son analizadas a través del Comité de Mortalidad Infantil según el procedimiento establecido en las normas correspondientes. 3. Los resultados de la discusión y análisis de los comités de mortalidad materno y/o infantil son compartidos entre todos los establecimientos médicos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informes de los Comités de Mortalidad Materno-Infantil. 2. Informes de los Comités de Mortalidad Materno-Infantil. 3. Registros de las DPS. 	
Actividades		PARTE JAPONESA		PARTE DOMINICANA
0-1	Realizar estudio de línea de base.	【Expertos a Largo Plazo】 Jefe Asesor / Salud Comunitaria Salud Materno-Infantil Coordinación / Educación sobre la Salud		Asignación de las contrapartes Espacio físico para la oficina del Proyecto Gastos operativos locales (sueldos del personal dominicano, gastos de la oficina, gastos de mantenimiento de los equipos e insumos del Proyecto, etc.
0-2	Analizar la situación actual de la administración pública y de los servicios de salud materno-neonatal.	【Expertos a Corto Plazo】 Según necesidad.		
0-3	A través de talleres, difundir el objetivo, la visión y el diseño del Proyecto a los actores involucrados con la finalidad de establecer el régimen de ejecución de la parte dominicana.	【Equipamiento】 Vehículo, equipos médicos relacionados a la atención materno-neonatal y otros según necesidad		
0-4	Realizar estudio End Survey	【Costos Operativos】 Costos necesarios para las capacitaciones. Costos de preparación de manuales y materiales didácticos		
【Resultado 1】 Se aumentan los conocimientos y la capacidad técnica de los centros de primer nivel y las UNAPs.				
1-1	Seleccionar a los instructores para la capacitación.			

1-2	Investigar las necesidades de capacitación de los instructores y determinar el contenido de las mismas.
1-3	Revisar manuales y materiales didácticos existentes, modificar o elaborar los nuevos según necesidad.
1-4	Realizar la capacitación de los instructores.
1-5	Verificar la situación de las capacitaciones dirigidas a los médicos, enfermeras y promotores de las UNAPs y conocer sus manuales y materiales didácticos,
1-6	La SRS y las DPSs estudiarán las necesidades de capacitación de médicos, enfermeras y promotores de las UNAPs y determinarán el contenido de capacitación.
1-7	Revisar manuales y materiales didácticos existentes, modificar o elaborar los nuevos según necesidad.
1-8	Elaborar programa de capacitación anual.
1-9	Realizar las capacitaciones a médicos, enfermeras y promotores de las UNAPs.
【Resultado 2】 Se fortalece la capacidad de monitoreo y rectoría de los centros de primer nivel y las UNAPs por parte de la SRS y las DPS.	
2-1	Estudiar las necesidades de capacitación de los funcionarios y técnicos de la SRS y las DPSs y determinar el contenido de capacitación.
2-2	Revisar manuales y materiales didácticos existentes, modificar o elaborar los nuevos según surja la necesidad.
2-3	Conocer la situación de la aplicación de hojas de chequeo para evaluar la calidad de atención prenatal, neonatal y puerperio.

--

2-4	Conocer la situación de la aplicación de la guía de supervisión de las UNAPs para uso de la SRS y las DPSs.	
2-5	Realizar la capacitación a los funcionarios y técnicos de la SRS y las DPSs.	
2-6	Elaborar plan de monitoreo de las UNAPs por la SRS y las DPSs.	
2-7	Evaluar la calidad de la atención prenatal, neonatal y puerperio de las UNAPs y dar orientación necesaria.	
【Resultado 3】 Se mejora el sistema de referencia y contra referencia entre las UNAPs y los hospitales municipales, provinciales y regional.		
3-1	Revisar las guías de referencia y contra referencia, modificar o elaborar las nuevas según la necesidad.	
3-2	Realizar talleres en las UNAPs y los hospitales de diferentes niveles.	
3-3	La SRS monitorea y facilita el funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia.	
【Resultado 4】 Se mejoran la vigilancia epidemiológica, siguiendo la norma nacional correspondiente y la retroalimentación de los casos de muertes maternas y neonatales.		
4-1	Verificar el funcionamiento de los comités de mortalidad materno e infantil.	
4-2	Estudiar medidas para mejorar el funcionamiento del comité de mortalidad materno e neonatal.	
4-3	Implementar las medidas de mejoramiento.	
		【Condiciones Previas】 No se modifica el sistema de implementación de la Atención Primaria de Salud.

※ El valor estandar (XX) y el valor objetivo (YY) se establece despues del comienzo del proyecto.

**第三保健地域母子保健プライマリーヘルスケアプロジェクト
Project Design Matrix (version0)**

2012/08/15

対象地:第三保健地域(ドゥアルテ県、マリアトリニダーサンチェス県、エルマナスミラバル県、サマナ県)

協力期間:2013年から2017年(4年間)

実施機関:保健省

裨益者:【直接裨益者】地域保健サービス局行政官、県保健事務所行政官、病院関係者、一次医療施設とUNAPの医師、看護師、ヘルスプロモーター
【間接裨益者】妊産婦、新生児、生殖可能年齢の女性

プロジェクトの要約	指標	入手手段	外部条件
上位目標			
第三保健地域において妊産婦・新生児死亡が削減される。	1. 妊産婦死亡数がXXかYYまで低下する。 2. 新生児死亡数がXXかYYまで低下する。	国家疫学サーベイランスシステム報告書 保健省報告書	母子保健政策に大幅な変更が生じない。
プロジェクト目標			
一次医療施設及びUNAPが提供する産前健診、産後健診、新生児ケアの質が向上する。	1. 国家ガイドラインに従って血液スクリーニングを受けた妊婦YY%に達する。 2. 正常分娩後24時間から72時間以内に医療従事者から家庭で産後健診を受診した女性YY%に達する。 3. 正常分娩後24時間から72時間以内に医療従事者から家庭で新生児ケアを受診した新生児YY%に達する。 4. 産後健診で家族計画の指導を受けた女性YY%に達する。 5. 新生児の危険サインについて情報を受けた女性YY%に達する。	1~5. 周産期記録用紙	医療従事者に大幅な異動が生じない。
成果			
1 一次医療施設とUNAPの人材の知識・技能が向上する。	1. モニタリング時に国家ガイドラインどおりにサービスを提供できるようになったUNAP人材YY%に達する。	1. 活動2-3のモニタリングチェックリスト	
2 地域保健事務所及び県保健事務所の一次医療施設とUNAPに対するモニタリング・指導能力が強化される。	1. 地域保健事務所による定期的なモニタリングを受けたUNAPの割合YY%に達する。 2. 県保健事務所による定期的なモニタリングを受けたUNAPの割合YY%に達する。	1. 地域保健事務所のモニタリングシート 2. 県保健事務所のモニタリングシート	
3 地域病院・県病院・郡病院と一次医療施設(UNAP)間のリファラル及びカウンターリファラルが改善する。	1. UNAPから病院にリファラルされた時にリファラル様式と周産期検査記録を持って病院に行く妊婦がYY%に達する。 2. UNAPからのリファラルなしに直接病院に行くハイリスクの妊婦がYY%まで減る。 3. 地域病院、県病院、郡病院における出産のうちYY%がYY時間以内に周産期・新生児記録とともにUNAPに連絡が入る。	1. 各病院産科の記録 2. 各病院産科の記録 3. UNAPの記録	大規模な自然災害や政情不安が生じない。
4 妊産婦・新生児死亡にかかわる監査とフィードバックが改善する。	1. 妊産婦死亡症例のうち100%がガイドラインどおりに妊産婦死亡症例検討委員会で検討される。 2. 新生児死亡症例のうちYY%がガイドラインどおりに乳児死亡症例検討委員会で検討される。 3. すべての妊産婦・乳児死亡症例検討会での結果がすべての医療施設に共有される。	1. 妊産婦・乳児死亡症例検討委員会の報告書 2. 妊産婦・乳児死亡症例検討委員会の報告書 3. 県保健事務所の記録	

活動	日本側	ドミニカ共和国側	
0-1 ベースライン調査を実施する。	【長期専門家】 チーフアドバイザー/地域保健 母子保健 業務調整/健康教育	カウンターパート配置 プロジェクト執務室 ローカルコスト(カウンターパート給 与、プロジェクト執務室の運営費、プ ロジェクト資機材維持管理費)等	
0-2 妊産婦・新生児保健に関する保健行政及び保 健医療サービスの現状を把握する。			
0-3 ワークショップを通じてドミニカ共和国関係者に プロジェクトの目的、理念、デザインを周知し、ド ミニカ共和国側の実施体制の構築を図る。	【短期専門家】 必要に応じて		
0-4 エンドラインサーベイを実施する。			
1-1 研修講師を選出する。	【機材供与】 妊産婦・新生児保健関連の機材、車両等		
1-2 研修講師への研修のニーズアセスメントを実施 し、研修内容を決定する。			
1-3 既存の研修マニュアル・教材をレビューし、必要 に応じて作成・改訂する。	【在外事業強化費】 研修開催費 マニュアル・教材作成費等		
1-4 研修講師に対して研修を実施する。			
1-5 UNAPの医師、看護師、ヘルスプロモーターへ の研修の実施状況、研修マニュアル、教材につ いて把握する。			
1-6 地域保健事務所及び県保健事務所がUNAPの 医師、看護師、ヘルスプロモーターへの研修の ニーズアセスメントを実施し、研修内容を決定す る。			
1-7 既存の研修マニュアル・教材をレビューし、必要 に応じて作成・改訂する。			
1-8 年間研修計画を策定する。			
1-9 UNAPの医師、看護師、ヘルスプロモーターへ の研修を実施する。			
2-1 地域保健サービス局行政官及び県保健事務所 行政官への研修のニーズアセスメントを実施 し、研修内容を決定する。			
2-2 既存の研修マニュアル・教材をレビューし、必要 に応じて作成・改訂する。			
2-3 UNAPに対するモニタリングチェックリストの利 用状況を確認する。			
2-4 UNAPに対する指導マニュアルの利用状況を確認 する。			
2-5 行政官に対して研修を実施する。			
2-6 UNAPへのモニタリング計画を作成する。			
2-7 UNAPに対するアセスメントと指導を実施する。			
3-1 リファラル及びカウンターリファラルのガイドラ インの利用状況をレビューする。			
3-2 各病院及びUNAPIに対してワークショップを行 う。			
3-3 地域保健事務所がリファラル及びカウンターリ ファラルをモニタリングし、実施促進を行う。			
4-1 妊産婦・乳児死亡症例検討委員会の実施状況 を把握する。			
4-2 妊産婦・乳児死亡症例検討委員会の改善策を 検討する			
4-3 妊産婦・乳児死亡症例検討委員会の改善策を 実施する。			
			【前提条件】 プライマリーヘルスケアに係る 実施体制が変更されない。

Lista de miembros del Comité de Coordinación Conjunta (CCC)

1. Presidente
Vice-ministro de Salud Colectiva

2. Miembros
 - Vice-ministro de Garantía de la Calidad de la Salud del Ministerio de Salud Pública
 - Vice-ministro del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD)
 - Director de Desarrollo y Fortalecimiento de los SRS del Ministerio de Salud
 - Director de Fortalecimiento de las Direcciones Provinciales de Salud
 - Director de la Dirección General Materno Infantil y Adolescentes
 - Director de SRS Regional III
 - Directores de la DPS de la Región III
 - Un representante del Vice-ministerio de
 - e Planificación y Desarrollo del Ministerio de Salud Pública
 - Cuatro gerentes del Servicio Regional de Salud de la Región III de Salud
 - Expertos de la JICA
 - Representante de la Embajada del Japón
 - Representante de la Oficina de JICA en la República Dominicana
 - Las personas invitadas por el Presidente del CCC

A List of Proposed Members of Joint Coordinating Committee

1. Chairperson

Vice Minister of Collective Health

2. Members

- Vice Minister of Quality Assurance Department
- Vice Minister of Economy, Planning and Development
- Director of Development and Strengthening SRS
- Director of Strengthening DPS Department
- Director of Maternal, Child and Adolescent Health Department
- Director of SRS in Health Region III
- Directors of DPS in Health Region III
- Representative of Vice Minister of Planning and Development Department
- Directors of SRS Provincial Offices
- JICA Experts
- Representative of the Embassy of Japan
- Representative of the JICA Dominican Republic Office
- Persons invited by the Chairperson

5. ワークショップ結果

ワークショップ結果

1. 目的

ド国側参加者による問題分析、問題に対する対応策、指標の検討作業を通じて、プロジェクトへの理解形成及びプロジェクトの基本計画の作成に係る資料を得ること。

2. 日程・場所

日 程：2011年9月22日（木）・23日（金）

場 所：第三保健地域事務所（SRS）会議室（ドゥアルテ県）

スケジュール：

第1日：2011年9月22日（木）

時 間	活 動
09:15-09:20	ドミニカ側挨拶
09:20-09:25	自己紹介
09:25-09:35	ワークショップの目的説明
09:35-09:50	母子保健分野における他ドナーの動向
09:50-10:10	休憩
10:10-10:20	グループワーク①（問題分析）説明
10:20-12:00	グループワーク①（問題分析）グループワーク
12:00-12:30	グループワーク①（問題分析）結果発表
12:30-13:15	昼食
13:15-13:30	グループワーク②（対応策・活動検討）説明
13:30-14:30	グループワーク②（対応策・活動検討）
14:30-14:50	グループワーク②（対応策・活動検討）結果発表
14:50-15:00	まとめ・挨拶

第2日：2011年9月23日（金）

時 間	活 動
10:00-10:15	ワークショップ③（指標案検討）説明
10:15-11:30	ワークショップ③（指標案検討）グループワーク
11:30-12:00	ワークショップ③（指標案検討）結果発表
12:00-12:15	ドミニカ側挨拶
12:15-12:30	講評・閉会挨拶
12:30-	昼食

3. 参加者

第三地域保健事務所、県保健事務所、地域保健事務所県支所及び病院関係者等 29 名
（詳細は別添参照）

4. 内容・方法

ワークショップでは、参加者を県ごとに4つのグループに分け（参加者の多いドゥアルテ県の参加者の一部はヘルマナス・ミラバル県へ移動）、以下3つのテーマでグループワークを行った。

グループワーク①：問題分析

妊産婦及び新生児ケアの質に係る問題についての分析

グループワーク②：対応策・活動検討

グループワーク①で挙げられた問題を解決するための対応策・活動の検討

グループワーク③：指標検討

妊産婦及び新生児ケアの質を測るための指標についての検討

グループごとに取りまとめ役を1名任命し、グループワークの議論のファシリテーション及びグループワークの結果の発表を担当してもらった。

5. 結果概要

(1) グループワーク①

ド国の妊産婦及び新生児死亡率が高い主な原因として、ケアの質に問題があることは長年指摘されてきたことであり、また関係者共通の理解として明白なことから、中心問題を「妊産婦ケアの質が低い」及び「新生児ケアの質が低い」に設定した。

それぞれの問題について2つずつ県に分かれ、分析を行った。問題系図を作成することを目的としたが、最終的には原因の列挙にとどまった。各グループの結果は別添のとおり。

予算、資機材、人材の不足の他、医療施設間のリファラル及びカウンターリファラルの不備、ガイドラインやプロトコルが遵守されていないなどの問題が提示された。

(2) グループワーク②

グループワーク①で出された問題のなかから、予算・資機材・人材不足以外で重要と考えられる問題を1~2つ選び、その原因に対する対応策を検討した。対応策は実施責任者や方法についてできるだけ具体的に検討をしてもらうようにした。各県での検討結果は別添のとおり。

(3) グループワーク③

妊産婦及び新生児ケアの構成要素の中から、グループワーク①及び②で議論に上がった、「産前健診、産後健診、新生児ケアの質」を測る指標について検討した。指標自体の意味を理解することが難しい人も多かったため、「産前健診、産後健診、新生児ケアの質」とは何か、何をもって質をみることができるといふところから検討を進めてもらった。指標としてのレベルまでは至っていないものもあるが、関係者の認識や質をみる視点を理解することができる。

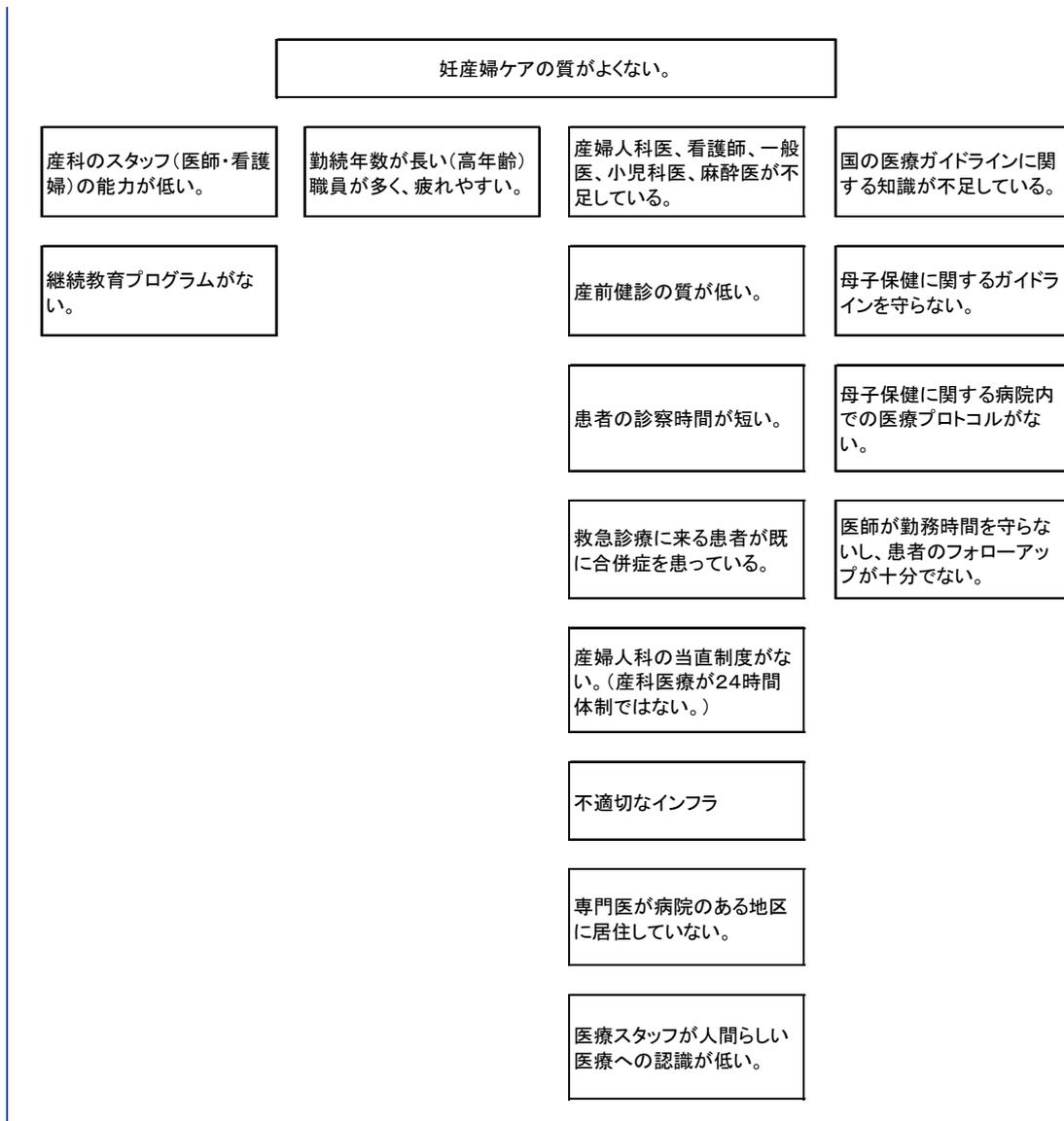
別添

A. グループワーク①

1. ドゥアルテ県「妊産婦ケアの質に問題がある」

妊産婦ケアの質がよくない。				
人間らしい医療がなされていない。	資機材が不足している。	保健省中央レベルの対応が不十分である。	医療サービスネットワークが統合的に機能していない。	病院の産科部門の組織的な体制ができていない。
医療職の役割が十分に果たせていない。	ドップラー、胎児モニター、超音波装置が不足している。	医療施設への割り当て予算が少ない。	レファラル、カウンターレファラルシステムでの各医療機関どうしの連携がなされていない。	医師・看護師のバイオセキュリティに関する知識不足。
患者の診察時間が短い。	妊産婦ケアに必要な機材が不足している。	予算の配賦が不安定である。	病院内での部署間の連携が悪い。	医療施設間でのレファラルシステムが適切でなく、タイミングもよくない。
人員不足	国から配布される医薬品が不足している。	燃料代が高い。	妊産婦ケアに必要な機材が不足している。(特に未熟児の管理)	精神的な疾患をもつ妊婦に関するフォローアップがない。
医師が複数の機関に勤務している。	血液バンクがない。	病院ごとの予算協議	住民教育が不足している。	
病院に助産師がいない。	救急車がない。	産前健診プログラムが不十分である。	診察予定日に来ない。	
看護師が十分な能力を備えていない。		病院内でプログラムが少ない。	外国人(ハイチ人)患者への対応が難しい。	
医療スタッフの能力が低い。		病院内で産科ガイドラインが実行されていない。	ハイチ人女性が産前健診をまったく受けず、出産のためにやって来る。	
医師が居住地以外の医療機関へ配置される。		医療職の業務遂行状況評価への反応が弱い。	妊婦への微量要素や鉄分補給のための栄養剤。	
給料が低い。		産婦人科医による診察が必要。		
妊産婦ケアを担当する医療職の研修が必要。		妊産婦や小児に対するプライマリーヘルスケアが不十分である。		
		プライマリーヘルスケアレベルでの管轄地域での妊婦数が十分に把握されていない。		
		妊婦への適切なフォローアップがなされていない。		

2. サマナ県「妊産婦ケアの質に問題がある」



3. ヘルマナス・ミラバル県「新生児ケアの質に問題がある」

新生児ケアの質がよくない。			
医薬品(サーファクタント)が不足	出産時に新生児医が立ちあわない。	質の高い人材が不足(医師・看護師)	予算が不足している。
病院はサーファクタントを購入するための資金がない。	病院に小児科医、新生児医師が不足している。	医師・看護師が不足している。	人工保育器、人工呼吸器がない。
サーファクタントが高価なので、病院で購入できない。	特別手当が支給されない。	医師・看護師への新生児ケアに関する研修が不足している。	新生児の搬送に必要な保育器がない。
		医療プロトコルが守られていない。	保育器のランプがない。
		母子保健ガイドラインに関する知識が不足している。	人工呼吸器がない。
		新生児についての母親への指導が不足している。	
		小児科医による必要なフォローアップがなされていない。	
		小児科医の知識の更新がなされない。	
		看護師への新生児ケアの研修が不足している。	

4. マリア・トリニダー・サンチェス県「新生児ケアの質に問題がある」

新生児ケアの質がよくない。			
機材を購入する資金がない。	医療ガイドラインが守られていない。	質の高い人材が不足(医師・看護師)	院内感染対策が不十分である。
医薬品を購入する資金がない。	新生児IDカードがない。	出産時に新生児医が立ちあわない。	院内感染に関する医師、看護婦の研修不足。
機材(人工保育器、蘇生装置)がない。	新生児への医療プロトコルがない。	病院に小児科医、新生児医師が不足している。	医師・看護婦のバイオセキユリティに関する知識不足。
サーファクタントが不足している。	病院からUNAPへのカウンターレファラルがなされない。	医師の当直室がないため、小児科医の当直制度がない。	環境微生物学の知識を持つ臨床検査技師の不足。
酸素ボンベが不足している。	新生児への家庭訪問がなされていない。(生後1週間、病気の子、5歳未満時のいる世帯の確認が必要。)	医師の当直制度を遂行させるための組織的な措置がない。	
細菌培養用装置が不足している。		適切な時期での小児科ケアがなされていない。	
保温ベッド不足		小児科医による必要なフォローアップがなされていない。	
		小児科医の知識の更新がなされない。	
		新生児医が不足している。	

B. グループワーク②

1. ドゥアルテ県

問題①「プライマリーヘルスケアレベルでの管轄地区での妊婦数が十分に把握されていない。」

<対策>

UNAP のプロモーターやプロモーターのリーダーを通じて、管轄地区内の妊産婦の情報を得る。

- 該当する保健委員会の参加。
- 家庭訪問
- 毎月妊婦の数を調査する。
- 集会所、学校、教会で未成年妊娠に関する勉強会の開催。
- 産前健診の重要性に関する勉強会。

問題②「妊婦への適切なフォローアップがなされていない。」

<対策>

(実施者・活動) 一般医、専門医による質のいい診察を行う。

(場所) UNAP の形成と適切な環境づくり。市、県、地域。

(方法) リファラル・カウンターリファラルシステム (すべての医療レベルでの患者のフォローアップ)

産褥期の監視

専門医、一般医、プロモーター間の連携。

(対象者) 未成年などハイリスク人口

2. サマナ県

問題①「母子保健に関するガイドラインを守らない。」及び「国の医療ガイドラインに関する知識が不足している。」

<対策>

(活動) サマナ県で国の医療ガイドラインの再開を行う

(方法) 県レベルの会合

(対象者) 医師、看護師、臨床検査技師、その他人員。

(場所) 県病院

(実施者) SRS 県支所、DPS、病院の院長

問題②「母子保健に関する病院内での医療プロトコルがない。」

<対策>

(活動) 医療プロトコルを作成する。

(方法) 病院内の部署や母子保健委員会などを含むワークショップを開催する。

(対象者) 病院の関係部署及び母子死亡委員会。

(場所) 病院

(実施者) 院長と SRS 県支所

3. エルマナス・ミラバル県

問題「母子保健ガイドラインに関する知識が不足している。」及び「看護師への新生児ケアの研修が不足している。」

<対策>

既に病院内に形成されている「妊産婦・乳幼児死亡・罹病委員会」を通じて、ガイドラインに基づいて医療サービスが提供されているかどうか2カ月に1回監視・モニタリングを行う。

(活動) ガイドラインの配布と研修の実施。

(方法) 年2回ワークショップを開催する。

(対象者) 医師・看護師

(場所) 医療機関(病院)

(実施者) (SRSを通じた) 保健省中央レベル

4. マリア・トリニダー・サンチェス県

問題「SRS-DPSの各組織の機能と役割分担」

<対策>

- 病院とUNAPの業務のモニタリングを行う。(SRS-DPS)
- 管理計画の作成(SRS-DPS)
- 病院内で母子医療ガイドラインについてのディスカッションをする。
- 医療スタッフの研修・啓発活動
- 保健基本計画を実行する。
- 地域保健の強化。
- 予防接種プログラムについての監視とモニタリング

C. グループワーク③

1. ドウアルテ県

<産前健診>

- 居住区の妊婦を適期に把握する
- 産科医 1 人当たりの診察数
- ハイリスク妊娠の数
- 栄養・予防接種
- 機材・設備
- 病歴、患者の電子カルテ
- 情報・患者の教育
- 産前健診（ド国では 8 回）
- 適切な時期のリファラル、治療
- 診察室ごとにドップラー 1 台、超音波装置 3 台
- 患者 1 人に 1 1 項目の検査（3 カ月ごと）

<産後健診>

- 病院から UNAP へのカウンターリファラルの数
- 産後ケアのプロトコールの実践状況
- 各産後の女性に適した医師による指示
- 生後 6 カ月までの授乳
- 各産後の女性の栄養状態に関するフォローアップ

<新生児ケア>

- 新生児の病院から UNAP へのカウンターリファラルの数
- 健全児の健診の数（4 回）
- 予防接種の数
- 新生児の法的な状態、ID カード
- 衛生管理に関するオリエンテーション
- 必要な場合の医薬品の供給

2. エルマナス・ミラバル県

<産前健診>

- 管轄地区内の妊娠早期の妊婦を見つける。
- 妊娠の種類を認識する。
- 産前健診について指導する。
- 地区内で見つけた妊婦の数
- 妊婦 1 人当たりの産前健診の数（8 回）
- 必要な検査の数
- 予防接種の数（2 回）
- 栄養補強剤の配布
- 適切なリファラル・カウンターリファラルの実践

<産後健診>

- 正常分娩、帝王切開の数及びその原因
- 産後の健康管理
- 適切なリファラル・カウンターリファラルの実践

- 産後42日後まで患者の所属するUNAPが産婦のフォローアップをする。

<新生児ケア>

- 出生時の新生児の適切な取り扱い（衛生管理）
- 健康な新生児と病気の新生児の数を把握する。
- 母乳を実践する。
- 予防接種に関するオリエンテーションを行う。
- 新生児管理についてのオリエンテーション
- 新生児の所属するUNAPを通じて、定期健診を受ける。
- 危険な兆候が見られたら、上位医療機関へ紹介する。

3. マリア・トリニダー・サンチェス県

<産前健診>

- 各UNAPや病院で、ガイドラインに完全に準じた産前健診を行っている数
- ガイドラインにそって所定の予防接種や栄養補給を受けている妊婦の数
- UNAPから病院へ紹介された妊婦の数
- 未成年の妊婦の診察数
- 病院が診察し、出産までの診察の計画がなされている妊婦の数
- UNAPから病院へ紹介される妊婦の数
- UNAPから紹介されていない、あるいは産前健診をまったく受けない妊婦の数
- 産前健診をまったく受けていないハイリスク妊娠の数
- 病院からUNAPへカウンターリファラルされた産婦数
- 産前健診票が記入されている妊婦の数

<産後健診>

- 産後1週間以内に該当するUNAPが産婦の所在を把握する。
- 産後の合併症のため、病院へ紹介された産婦の数

<新生児ケア>

- 生後1週間以内に該当するUNAPが新生児の所在を把握する。
- 出産後の合併症のため、病院へ紹介された新生児の数
- 初回の予防接種を受けている新生児の数
- 新生児カードが記入され、データの更新が行われている新生児の数

<産前・産後・新生児ケア>

- 産前・産後健診のガイドラインの内容を知っており、実践している医療職の数
- 産婦の産前・産後健診、及び新生児健診が予約制で実践されているUNAPの数

4. サマナ県

<産前健診>

- 産前健診の研修を受けた医療職（医師・看護師）の数
- 診察及び患者のケアにかかる平均的な時間
- 妊婦の産前健診数
- 管轄地区内で把握された妊婦の数
- 指導を受けた産婦の数
- 未成年の妊婦の数

<産後健診>

- 病院から UNAP へカウンターリファラルされる産婦の数
- UNAP や病院で産後健診を受ける産婦の数
- 指導を受けた産婦の数
- 家庭訪問を受けた産婦の数

<新生児ケア>

- 所定の健診をすべて受けている新生児の数
- 新生児健診数
- 病院内で授乳する産婦の数

19 dia

22/9/11

	Nombre	Cargo	Institucion	Ciudad/Municipio
1	Lic. Carlixa Bautista	Gerente Estrategico	Servicio Regional de Salud del Nordeste	San Fco. De Macoris
2	Dra. Naskaya Vasquez	Asistente Asistencial	Servicio Regional de Salud del Nordeste	San Fco. De Macoris
3	Dr. Jonael de la Rosa	Asistente. Enc. Programa TB	Servicio Regional de Salud del Nordeste	San Fco. De Macoris
4	Dra. Deyanira Gaton	Enc. Prog. Prev. Cancer Cervico Uterino	Servicio Regional de Salud del Nordeste	San Fco. De Macoris
5	Dr. Ernesto Garcia	Gerente de Area Duarte	Gerencia de Area Duarte / SRSN	San Fco. De Macoris
6	Dra. Ibelis Efres Medrano	Unidad de Salud	Gerencia de Area Duarte / SRSN	San Fco. De Macoris
7	Dr. Luis A. Dominguez	Director Provincial Duarte	Direccion Provincial de Salud Duarte	San Fco. De Macoris
8	Dr. Rolando Martinez	Coordinador de Programa	Direccion Provincial de Salud Duarte	San Fco. De Macoris
9	Dr. Brunel Santos	Sub Director	Hosp. Regional San Vicente de Paúl	San Fco. De Macoris
10	Dr. Milciades Roman	Director	Hosp. Munc. Dr. Mario Fernandez Mena	La Cruz de Cenovi
11	Dra. Doris Lizardo	Directora	Hosp. Munc. Felipe J. Achecar	Pimentel
12	Dr. Carlos de Jesus Vargas	Director	Hosp. Munc. Las Guaranas	Las Guaranas
13	Dr. Reynaldo Paulino	Director	Hosp. Municipal Arenoso	Arenoso
14	Dr. Guillermo Hernandez	Director	Hosp. Munc. Villa Riva	Villa Riva
15	Dr. Hector Morel	Director	Hosp. Munc. Castillo	Castillo
HERMANAS MIRABAL				
1	Dr. Jose Rosario Ovalle	Gerente de Area HM	Gerencia de Area Hermanas Mirabal	Salcedo
2	Dr. Juan Nuñez	Director	Hosp. Prov. Pascasio Toribio Piantini	Salcedo
3	Dr. Luis Florantoni Hidalgo	Director	Hosp. Munc. Villa Tapia	Villa Tapia
4	Dr. Juan Gonzalez	Director	Hosp. Munc. Angel Concepcion Lajara	Tenares
MARIA TRINIDAD SANCHEZ				
1	Dr. Duglar Gerino Rivas M.	Gerente de Area MTS	Gerencia de Area Maria Trinidad Sanchez	Nagua
2	Dr. Angel Abramson	Director	Hosp. Munc. Antonio Yapor Heded	Nagua
3	Dr. Edison Lugo Flores	Director	Hosp. Munc. El Factor	El Factor
4	Dr. Ovidio Hiraldo	Director	Hosp. Munc. Virgilio Garcia	Cabrera
5	Dra. Maria Alt. Ureña	Directora	Hosp. Munc. Desiderio Acosta	Rio San Juan
SAMANA				
1	Dr. Nabal Báez	Gerente de Area Samana	Gerencia de Area Samana	Samaná
2	Dr. Humberto Ortega	Director	Hosp. Munc. Leopoldo Pou	Samaná
3	Dr. Cesar Rodriguez	Director	Hosp. Munc. Lic. Pablo A. Paulino	Las Terrenas
4	Dra. Sara Green	Directora	Hosp. Munc. Dr. Alberto Gautreaux	Sánchez
5	Dra. Crisaida Pérez	Directora	Hosp. Munc. Natividad Alcalá	El Limón

	Doris Holguin		JICA	
	Kyo Hanada		JICA	
	Kiazutaka Sekine		JICA	
	Junko Yamada		JICA	
	Mari Shimazaki		JICA	

**RECORD OF DISCUSSIONS
ON
PROJECT FOR STRENGTHENING PRIMARY HEALTH CARE FOR
PREGNANT WOMEN AND NEWBORNS
IN HEALTH REGION III
IN
THE DOMINICAN REPUBLIC

AGREED UPON BETWEEN
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
AND
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY**

Santo Domingo, December 17, 2012



Dr. Lorenzo Wilfredo Hidalgo Núñez
Minister
Ministry of Public Health and Social Assistance
Dominican Republic



Mr. Shoji Ozawa
Chief Representative
Dominican Republic Office
Japan International Cooperation Agency



Mr. Inocencio García
Vice Minister
Ministry of Economy, Planning and Development
Dominican Republic

Based on the Minutes of Meetings on the Detailed Planning Survey on the Project for Strengthening Primary Health Care for Pregnant Women and Newborns in Health Region III (hereinafter referred to as “the Project”) signed on 28 September, 2011 between the Ministry of Public Health and Social Assistance (hereinafter referred to as “MPH”) and the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”), JICA held a series of discussions with MPH and relevant organizations to develop a detailed plan of the Project.

Both parties agreed the details of the Project and the main points discussed as described in the Appendix 1 and the Appendix 2 respectively.

Both parties also agreed that MPH, the counterpart to JICA, will be responsible for the implementation of the Project in cooperation with JICA, coordinate with other relevant organizations and ensure that the self-reliant operation of the Project is sustained during and after the implementation period in order to contribute toward social and economic development of the Dominican Republic.

The Project will be implemented within the framework of the Agreement on Technical Cooperation signed on 29 September, 2005 (hereinafter referred to as “the Agreement”) and the Note Verbal to be exchanged between the Government of Japan (hereinafter referred to as “GOJ”) and the Government of the Dominican Republic (hereinafter referred to as “GODR”).

This Record of Discussions has been prepared in duplicate in the Spanish and English languages. Both are equally authentic. In case of any divergence of interpretation, the English text shall prevail.

Appendix 1: Project Description

Appendix 2: Minute of Meetings on the Detailed Planning Survey on the Project for Strengthening Primary Health Care for Pregnant Women and Newborns in Health Region III

LWH

PROJECT DESCRIPTION

I. BACKGROUND

With support from economic growth, social development of the Dominican Republic has seen a great progress. The health sector has achieved high physical accessibility and utilization of health services. However, the situation surrounding pregnant women and newborns in the country poses many challenges. In spite of the fact that the coverage of fourth antenatal care and skilled birth attendance reached 95 per cent, maternal mortality ratio per 100,000 live births (150) of the country is higher than the average (85) of Latin America and Caribbean. The main factor causing the relatively high maternal mortality is a poor quality of services for maternal and child health (MCH) in the primary health level such as UNAPs (Primary Health Care Unit).

From October 2004 to October 2009, JICA has implemented the Regional Primary Health Service Reinforcement Project in Samana to strengthen service delivery of primary health care. The project ensured that community members can access to primary health care at UNAPs. It also contributed to improving service delivery of UNAPs and strengthened DPS's (provincial health department) capacities to monitor UNAPs.

On the basis of past achievements, the Project supports capacity development of health staff of UNAPs, reinforcement of management and administration of SRS and DPS, and strengthening of the referral and counter referral system between UNAPs and secondary level hospitals in order to improve services not only in primary health level but also in secondary health level for MCH in health region III (Duarte, Maria Trinidad Sanchez, Hermanas Mirabal, and Samana).

II. OUTLINE OF THE PROJECT

1. Details of the Project

Details of the Project are described in the Logical Framework (Project Design Matrix: PDM) (Annex1) and the Tentative Plan of Operation (Annex 2).

2. Input by MPH

MPH will take necessary measures to provide at its own expense:

- (1) An adequate number of qualified Dominican staff as counterpart personnel.;
- (2) Suitable office space with necessary equipment;
- (3) Supply or replacement of machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the equipment provided by JICA;
- (4) Information as well as support in obtaining medical service;
- (5) Credentials or identification cards;
- (6) Available data (including maps and photographs) and information related to the Project;
- (7) Running expenses necessary for the implementation of the Project;
- (8) Expenses necessary for transportation within the Dominican Republic of the equipment referred to in II-1 as well as for the installation, operation and maintenance thereof; and
- (9) Necessary facilities to the JICA experts for the remittance as well as utilization of the funds introduced into the Dominican Republic from Japan in connection with the implementation of the Project

3. Implementation Structure

The Project organization chart is given in the Annex 3. The roles and assignments of relevant organizations are as follows:

(1) MPH

(a) Project Director: Vice Minister of Collective Health

The Project Director will be responsible for overall administration and implementation of the Project.

(b) Project Manager: Director of Maternal and Child Health Department

The Project Manager will be responsible for the management and technical aspect of the Project at the national level.

(c) Regional Manager: Director of SRS (Regional Health Service) in Health Region III

The Regional Manager will be responsible for the management and technical aspect of the Project at the local level.

(2) JICA Experts

The JICA experts will give necessary technical guidance, advice and recommendations to MPH on any matters pertaining to the implementation of the Project.

(3) Joint Coordinating Committee

Joint Coordinating Committee (hereinafter referred to as "JCC") will be established in order to facilitate inter-organizational coordination. JCC will be held at least once a year and whenever deems it necessary. JCC will approve an annual work plan, review overall progress, conduct monitoring and evaluation of the Project, and exchange opinions or major issues that arise during the implementation of the Project. A list of proposed members of JCC is shown in the Annex 4.

4. Project Site and Beneficiaries

The project site is Health Region III (Duarte, Maria Trinidad Sanchez, Hermanas Mirabal, and Samana). The direct beneficiaries of the Project are officers of SRS and DPS, and health personnel of hospitals and UNAPs. The indirect beneficiaries are pregnant women, newborns, and women of reproductive age.

5. Duration

The duration of the Project will be four (4) years from 2013 to 2017.

6. Reports

MPH and JICA experts will jointly prepare the following reports in Spanish.

- (1) Progress Report on semiannual basis until the project completion
- (2) Project Completion Report at the time of project completion

7. Environmental and Social Considerations

MPH agreed to abide by 'JICA Guidelines for Environmental and Social Considerations' in order to ensure that appropriate considerations will be made for the environmental and social impacts of the Project.

III. UNDERTAKINGS OF MPH AND GODR

1. MPH and GODR will take necessary measures to:

- (1) ensure that the technologies and knowledge acquired by the Dominican Republic nationals as a result of Japanese technical cooperation contributes to the economic and social development of the Dominican Republic, and that the knowledge and experience acquired by the personnel of the Dominican Republic from technical training as well as the equipment provided by JICA will be utilized effectively in the implementation of the Project;
- (2) grant privileges, exemptions and benefits to the JICA experts and their families, which are no less favorable than those granted to experts and members of the missions and their families of third countries or international organizations performing similar missions in the

Dominican Republic;

IV. EVALUATION

1. JICA and the MPH will jointly conduct the following evaluations and reviews.
 - (1) Mid-term review at the middle of the cooperation term
 - (2) Terminal evaluation during the last six (6) months of the cooperation term

2. JICA will conduct the following evaluations and surveys to mainly verify sustainability and impact of the Project and draw lessons. MPH is required to provide necessary support for them.
 - (1) Ex-post evaluation three (3) years after the Project completion in principle
 - (2) Follow-up surveys on necessity basis

LWA

V. PROMOTION OF PUBLIC SUPPORT

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

VI. MUTUAL CONSULTATION

JICA and MPH will consult each other whenever any major issues arise in the course of Project implementation.

VII. AMENDMENTS

The Record of Discussions may be amended by the Minutes of Meetings between JICA and MPH. The Minutes of Meetings will be signed by authorized persons of each side who may be different from the signers of the record of discussions.

- Annex 1 Project Design Matrix (PDM)
- Annex 2 Tentative Plan of Operation
- Annex 3 Project Organization Chart
- Annex 4 A List of Proposed Members of Joint Coordinating Committee

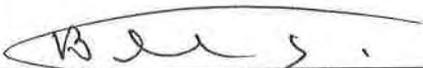
MINUTA DE REUNIÓN
SOBRE
EL PROYECTO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA
PREVENCIÓN Y LA PROMOCIÓN DE SALUD EN EMBARAZADAS
Y EL PERÍODO NEONATAL EN LA REGIÓN III DE SALUD

La Agencia de Cooperación Internacional del Japón (en adelante denominado como “la JICA”) envió a la República Dominicana, la Misión para la Planificación Detallada (en adelante denominado como “la Misión”), liderada por el Dr. Kyo Hanada, desde el 12 al 30 de septiembre del 2011, con el propósito de discutir el contenido de cooperación del Proyecto para el Fortalecimiento de la Prevención y la Promoción de Salud en Embarazadas y el Período Neonatal en la Región III de Salud (en adelante denominado como “el Proyecto”).

Durante su estadía en el país, la Misión visitó las instituciones relacionadas y sostuvo una serie de discusiones sobre el Proyecto con las autoridades e instancias involucradas de la República Dominicana.

En consecuencia, la Misión y el Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana acordaron los asuntos referidos en el documento adjunto.

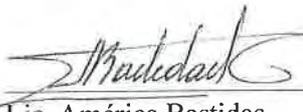
Santo Domingo, 28 de septiembre del 2011



Dr. Bautista Rojas Gómez
Ministro
Ministerio de Salud Pública
República Dominicana



Dr. Kyo Hanada
Líder, Misión para la Planificación
Detallada del Proyecto
Agencia de Cooperación Internacional
del Japón
Japón



Lic. América Bastidas
Viceministra de Cooperación Internacional
Ministerio de Economía, Planificación y
Desarrollo
República Dominicana

Documento Adjunto

I. Marco del Proyecto

Este Proyecto tiene como objetivo apoyar la implementación de la política de salud materno-infantil en la Región III de Salud. El marco del Proyecto fue elaborado, reflejando los resultados del taller de planificación participativa que se celebró durante la estadía de la Misión en el país, con la participación de los funcionarios de los Servicios Regionales y las Direcciones Provinciales de Salud y los gerentes de los centros de atención de la Región III. También se tomaron en consideración los diálogos con los funcionarios del nivel central del Ministerio de Salud Pública. El contenido del Proyecto está resumido en la Matriz de Diseño del Proyecto (PDM) señalada en el Anexo 1. Los principales contenidos son los siguientes.

1. Nombre del Proyecto
Proyecto para el Fortalecimiento de la Prevención y la Promoción de Salud en Embarazadas y el Período Neonatal en la Región III de Salud
2. Zona del Proyecto
Región III de Salud (Provincias Duarte, María Trinidad Sánchez, Hermanas Mirabal y Samaná)
3. Grupo Meta
【Beneficiarios Directos】 Funcionarios y técnicos de los Servicios Regionales de Salud y de las Direcciones Provinciales de Salud, gerencia y profesionales de salud de los hospitales, miembros de los centros de primer nivel y las UNAPs (médicos, enfermeras, promotores)
【Beneficiarios Indirectos】 Embarazadas, parturientas, neonatos y mujeres en edad fértil.
4. Periodo de Cooperación Tentativo
De febrero de 2012 a febrero de 2016 (4 años). Se especificará la fecha del inicio del Proyecto en el Registro de Discusiones (R/D).
5. Objetivo Superior
Se reduce la mortalidad materna y neonatal en la Región III de Salud.
6. Objetivo del Proyecto
Se mejora la calidad de atención prenatal, neonatal y puerperio que brindan los establecimientos de salud, principalmente los centros de primer nivel y las UNAPs.
7. Resultados
(1) Se aumentan los conocimientos y la capacidad técnica del personal de los centros de primer nivel y las UNAPs.

- (2) Se fortalece la capacidad de monitoreo y rectoría de los centros de primer nivel y las UNAPs por parte de la SRS y las DPS.
- (3) Se mejora el sistema de referencia y contra referencia entre los centros de primer nivel y las UNAPs y los hospitales municipales, provinciales y el regional.
- (4) Se mejoran la vigilancia epidemiológica, siguiendo la norma nacional correspondiente y la retroalimentación de los casos de muertes maternas y neonatales.

II. Plan Operativo del Proyecto

En el Anexo 2 se muestra el Plan Operativo (PO) del Proyecto. Se realizará la evaluación del Proyecto a mitad del periodo, o sea, dos (2) años después de su inicio y la evaluación final seis (6) meses antes de la finalización del mismo.

III. Régimen de Ejecución del Proyecto

El Ministerio de Salud Pública será responsable de la ejecución del Proyecto. A continuación se describen los principales responsables y sus atribuciones:

1. Administración del Proyecto

- (1) Director del Proyecto: Viceministro de Salud Colectiva. Será responsable de la implementación y coordinación general del Proyecto.
- (2) Gerente del Proyecto: Director de la Dirección General Materno Infantil y Adolescentes. Se encargará de asuntos administrativos y técnicos relacionados a la implementación del Proyecto.
- (3) Gerente Regional: Directora de Servicios Regionales de Salud de la Región III. Se encargará de asuntos administrativos y técnicos de las actividades del Proyecto en el ámbito regional.

2. Comité de Coordinación Conjunta (CCC)

Se organizará el Comité de Coordinación Conjunta (CCC) con el fin de facilitar la coordinación entre las instituciones involucradas para la operación efectiva del Proyecto. El CCC se reunirá, por lo menos, una vez al año para aprobar el Plan Operativo Anual del Proyecto, revisar el avance de las actividades, realizar monitoreo y/o evaluación del Proyecto e intercambiar opiniones sobre los avances y principales problemas que podrían presentarse en el proceso de la ejecución del Proyecto. En el Anexo 3 se muestra la propuesta de la composición del CCC.

IV. Principales Asuntos Discutidos

1. Nombre del Proyecto

El nombre del Proyecto en inglés, cambiará de "Strengthening of Health Prevention and Promotion for Pregnant Women, Nursing Mothers and

Newborns in Health Region III”, a “Project for Strengthening Primary Health Care for Pregnant Women and Newborns in Health Region III” y se debe adoptar el procedimiento necesario por parte del gobierno del Japón.

2. Operación del Proyecto

La JICA solicitó al Ministerio de Salud Pública que, en su calidad de ejecutor principal del Proyecto, asumiera la coordinación entre las instituciones involucradas para llevar a cabo las actividades del Proyecto y mantuviera una comunicación efectiva entre el nivel central y el nivel local (Región III).

V. Actividades Pendientes

Para el inicio del Proyecto, se deberá preparar y firmar el Registro de Discusiones (R/D) en el cual se describen el plan básico de operación y las medidas a ser tomadas por cada una de las partes. Se adjunta el borrador del Registro de Discusiones en el Anexo 4 (en inglés) y el Anexo 5 (en español).

Anexo 1	Matriz de Diseño del Proyecto (borrador)
Anexo 2	Plan Operativo (tentativo)
Anexo 3	Composición del Comité de Coordinación Conjunta (CCC) (borrador)
Anexo 4	Registro de Discusiones (borrador)
Anexo 5	Record of Discussion (draft)



**The Project for Strengthening Primary Health Care for Pregnant Women and Newborns in Health Region III
Project Design Matrix (version 0)**

Target Area: Health Region III (Duarte, Maria Trinidad Sanchez, Hermanas Mirabal, and Samana)

Project Period: March 2013 - April 2017 (planned)

Implementing Organization: Ministry of Public Health (MPH)

Target Group: **【Direct beneficiaries】**Officers of SRS (Regional Health Service Office) and DPS (Provincial Health Department), and Health Personnel of Hospitals , Primary Health Facilities and UNAPs

【Indirect beneficiaries】Pregant Women, Newborns, and Women of Reproductive Age

NARRATIVE SUMMARY		OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
OVERALL GOAL				
Maternal and neonatal mortality in Health Region III is reduced.		1. The number of maternal mortality decreases from XX in __ year to YY in __ year. 2. The number of neonatal mortality decreases from XX in __ year to YY in __ year.	- Report of the National Epidemiological Surveillance System of MPH - Other reports of MPH	
PROJECT PURPOSE				
The quality of antenatal care, postnatal care and newborn care provided by primary health facilities and UNAPs is improved.		1. YY% of pregnant women who receive blood screening based on the national guidelines. 2. YY% of women who receive postnatal care at home from health professionals within 24 hours and 72 hours after normal delivery. 3. YY% of newborns who receive newborn care at home within 24 hours and 72 hours after normal birth. 4. YY% of women who receive information on family planning during postnatal care. 5. YY% of mothers who receive information on danger signs of newborns.	1-5. Perinatal care registration form	Maternal and child health policies do not change drastically.
OUTPUTS				
1	Knowledge and practice of health personnel of primary health facilities and UNAPs are improved.	1. Monitoring by SRS and DPS confirms that YY % of health personnel of UNAPs provide health services based on the national guidelines.	1. Monitoring sheet of Activity 2-3	
2	SRS's and DPS's capacities of monitoring and guidance toward primary health facilities and UNAPs are strengthened.	1. YY% of primary health facilities and UNAPs are monitored routinely by SRS. 2. YY% of primary health facilities and UNAPs are monitored routinely by DPS.	1. Monitoring sheet of SRS 2. Monitoring sheet of DPS	



3	Referral and counter referral between regional, provincial and municipal hospitals and primary health facilities (e.g. UNAPs) are improved.	<ol style="list-style-type: none"> 1. YY% of pregnant women go to hospitals with the referral form and perinatal examination records when they are referred to hospitals. 2. The percentage of high-risk pregnant women who go to hospitals without referral from UNAPs decreases to YY%. 3. YY% of childbirth at hospitals are reported with completed perinatal and newborn records to UNAPs within YY hours. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Records of hospitals 2. Records of hospitals 3. Records of UNAPs 	A large number of health personnel do not transfer.
4	Audit and feedback of maternal and neonatal death cases are improved.	<ol style="list-style-type: none"> 1. A hundred per cent of maternal mortality cases are notified and reviewed in maternal mortality death review committees according to guidelines. 2. YY% of neonatal mortality cases are reviewed in infant mortality death review committees according to guidelines. 3. Results of audit of all maternal and infant mortality review committees are shared with all the health facilities in Health Region III. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reports of maternal and infant mortality death review committee 2. Reports of maternal and infant mortality death review committee 3. Records of DPS 	
ACTIVITIES		Japanese side		
0-1	To conduct a baseline survey	Dominican Republic side Deployment of counterpart personnel A project office Local cost (salary of counterpart personnel, cost of electricity, water and communication of the project office, maintenance and repair cost of equipment, and others)		
0-2	To analyze the situation of health systems and governance, and of health service delivery in relation to maternal and neonatal health			
0-3	To organize workshops to announce objectives and activities of the Project and to determine roles and responsibilities of stakeholders of the Dominica Republic's side			
0-4	To conduct an endline survey			
[Outcome 1] Knowledge and practice of health personnel of primary health facilities and UNAPs are improved.				
1-1	To select trainers			
1-2	To determine a training package based on a needs assessment of training toward trainers			
1-3	To review existing training manuals and materials and revise them or create new ones when necessary			
1-4	To provide trainings for trainers			

1-5	To comprehend trainings toward doctors, nurses and health promoters of UNAPs and review training manuals and materials
1-6	To conduct a needs assessment toward health personnel of UNAPs and determine a training package
1-7	To review existing training manuals and materials and revise them or create new ones when necessary
1-8	To draw up annual training plans
1-9	To provide trainings for doctors, nurses and health promoters of UNAPs
【Outcome 2】SRS's and DPS's capacities of monitoring and guidance toward primary health facilities and UNAPs are strengthened.	
2-1	To determine a training package based on a needs assessment of training toward officers of SRS and DPS
2-2	To review existing training manuals and materials and revise them or create new ones when necessary
2-3	To review the usage of a monitoring checklist
2-4	To review the usage of a guidance manual
2-5	To provide trainings for officers of SRS and DPS
2-6	To draw up annual monitoring plans of SRS and DPS
2-7	To carry out monitoring and guidance to UNAPs
【Outcome 3】Referral and counter referral between regional, provincial and municipal hospitals and primary health facilities (e.g. UNAPs) are improved.	
3-1	To review the application of existing guidelines of referral and counter referral
3-2	To organize workshops for staff of hospitals and UNAPs
3-3	To monitor and facilitate the implementation to ensure that referral and counter referral are carried out appropriately
【Outcome 4】Audit and feedback of maternal and infant death cases are Improved.	

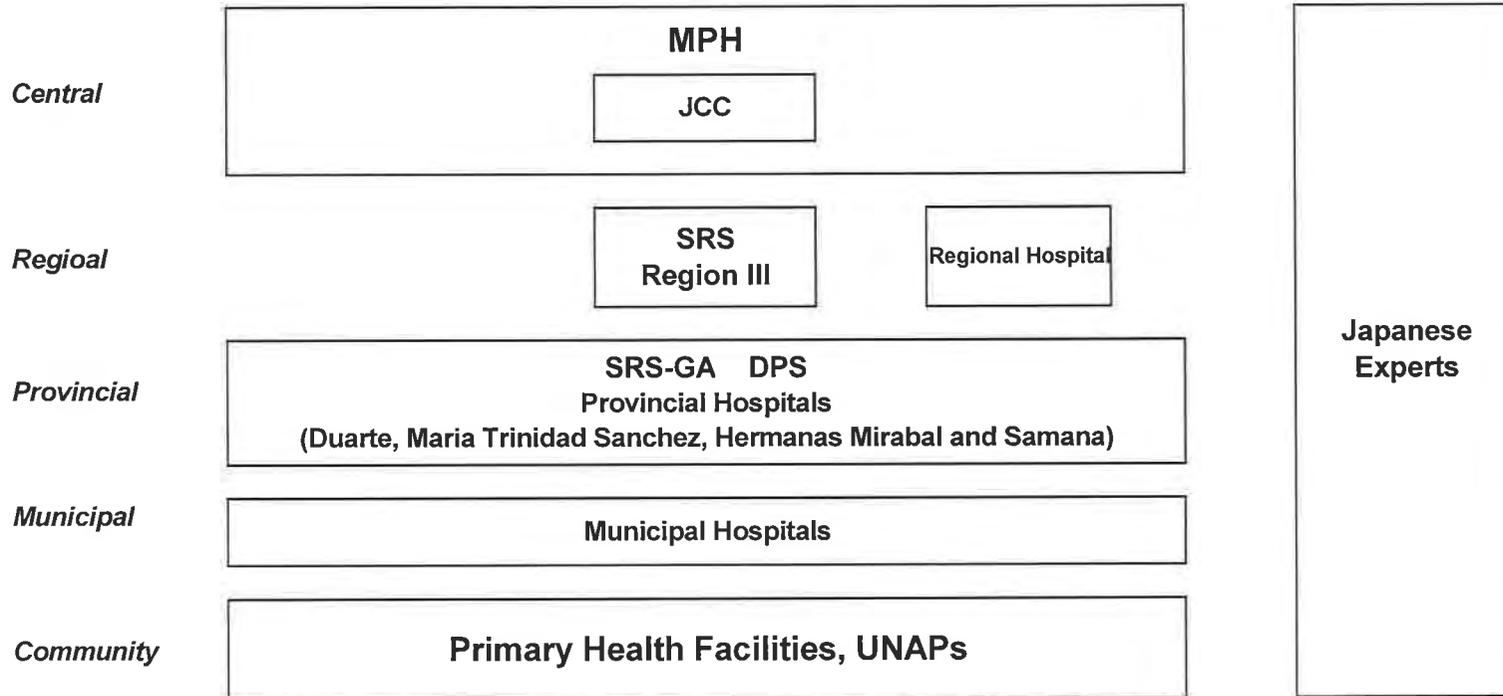
4-1	To review the implementation of maternal and neonatal morality review committees
4-2	To make recommendations for the committees
4-3	To facilitate the implementation of the recommendations

【Pre-condition】
Policy and implementation structure of primary health care do not change.

※ The standard value (XX) and the target value (YY) will be set up after the beginning of the project.



Annex 3: Project Organization Chart

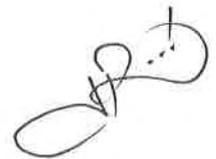


Handwritten signature and a blue circular stamp.

A List of Proposed Members of Joint Coordinating Committee

1. Chairperson
Vice Minister of Collective Health

2. Members
 - Vice Minister of Quality Assurance Department
 - Vice Minister of Economy, Planning and Development
 - Director of Development and Strengthening SRS
 - Director of Strengthening DPS Department
 - Director of Maternal, Child and Adolescent Health Department
 - Director of SRS in Health Region III
 - Directors of DPS in Health Region III
 - Representative of Vice Minister of Planning and Development Department
 - Directors of SRS Provincial Offices
 - JICA Experts
 - Representative of the Embassy of Japan
 - Representative of the JICA Dominican Republic Office
 - Persons invited by the Chairperson



7. 調査日程表

【調査日程】期間：2011年9月12日（日）～10月2日（月）（22日間）

No	月日	時刻	評価分析	総括・協力企画
1	9月11日 日	15:15	成田発(DL 172)	
2	9月12日 月	12:59 16:00	サントドミンゴ着(DL 493) JICA ドミニカ共和国事務所表敬・打合せ	
3	9月13日 火	09:00-10:45 11:30-12:30	保健省表敬・調査 USAID プロジェクト聞き取り (移動 サントドミンゴ→ドゥアルテ)	
4	9月14日 水	08:45-10:00 10:10-10:40 11:00-12:30 13:00-14:00 14:00-14:30	第三地域保健サービス局(SRS)聞き取り ドゥアルテ県保健事務所(DPS)聞き取り San Vincente de Paul 病院(地域病院)視察・聞き取り Las Guaranas 病院(郡病院)視察・聞き取り UNAP Las Guaranas 視察・聞き取り	
5	9月15日 木	08:45-10:30 11:30-12:00 12:45-14:00	(移動 ドゥアルテ→サマナ) SRS サマナ県支所聞き取り及び Dr Leopoldo Pou 病院(県病院)視察・聞き取り UNAP Juana Vincenta 視察・聞き取り Dr Alberto Gautreaux 病院(郡病院)視察・聞き取り (移動 サマナ→ドゥアルテ)	
6	9月16日 金	08:30-09:30 10:00-11:00 11:15-11:30 12:00-12:30 13:00-14:00	(移動 ドゥアルテ→エルマナス・ミラバル) SRS エルマナス・ミラバル県支所聞き取り エルマナス・ミラバル県病院視察・聞き取り エルマナス・ミラバル県 DPS 聞き取り Clinica Rural El Rancho (UNAP) 視察・聞き取り Tenares 病院(郡病院)視察・聞き取り (移動 エルマナス・ミラバル→ドゥアルテ)	
7	9月17日 土		資料整理・ワークショップ準備	
8	9月18日 日		資料整理・ワークショップ準備	成田発(15:15 DL172)
9	9月19日 月	08:15-09:00 09:15-09:45 10:00-11:00 17:00-	(移動 サントドミンゴ→マリア・T・サンチェス県) SRS マリア・トリニダー・サンチェス県支所聞き取り UNAP Matanata 視察・聞き取り マリア・トリニダー・サンチェス県病院視察・聞き取り (移動 マリア・T・サンチェス→サントドミンゴ)	サントドミンゴ着(12:59 DL 493)
10	9月20日 火	09:00-10:00 10:30-11:30 14:30-16:00 16:40-18:00	JICA ドミニカ共和国事務所表敬 保健省表敬・聞き取り (移動 サントドミンゴ→ドゥアルテ) 第三地域保健サービス局(SRS)表敬・聞き取り San Vincente de Paul 病院(地域病院)視察・聞き取り	
11	9月21日 水	08:30-09:10 09:20-10:00 12:00-13:20 13:30-14:00	Las Guaranas 病院(郡病院)視察・聞き取り UNAP Las Guaranas 視察・聞き取り (移動 ドゥアルテ→マリア・トリニダー・サンチェス) SRS マリア・トリニダー・サンチェス県支所聞き取り El Factor 病院(郡病院)視察 (移動 マリア・トリニダー・サンチェス→ドゥアルテ)	
12	9月22日 木	08:30-15:00	ワークショップ①	
13	9月23日 金	08:30-09:00 09:00-12:30	保健省母子保健部長との協議・打合せ ワークショップ②	

			午後	団内打合せ・MM 案作成
14	9月24日	土		(移動 ドゥアルテ県→サントドミンゴ) 団内打合せ・MM 案作成
15	9月25日	日		団内打合せ・MM 案作成
16	9月26日	月	09:30-12:30	MM 協議
			12:30-15:30	団内打合せ・MM 案作成
			16:00-18:00	広域看護プロジェクト関係者聞き取り
17	9月27日	火	09:00-18:00	団内打合せ・MM 案作成
18	9月28日	水	10:00-11:00	PAHO 訪問・聞き取り
			13:00-	団内打合せ・報告書等作業
19	9月29日	木	10:30-11:00	MM 署名
			16:00-16:30	在ドミニカ共和国日本大使館報告
			17:00-18:00	JICA ドミニカ共和国事務所報告
20	9月30日	金	14:00	サントドミンゴ発(DL 494)
21	10月1日	土	-	(ニューヨーク経由)
22	10月2日	日	16:50	成田着(DL 173)

8. 面談者リスト

面会者リスト

<ドミニカ側>

保健省

Jose Rodriguez Aybar	公衆衛生担当次官
Rafael Schittino	第4保健地域担当次官
Jose De Lancer	母子保健部長
Yassandy D. Luis B.	母子保健部モニタリング・評価担当
Jose Mordan	母子保健部家族計画担当
Donatilo Santos	母子保健部女性の健康担当
Mary Reyes	会計課長

経済企画開発省

Ronaldo Torres

第三地域保健サービス局 (SRS)

Emma Barba Demorizi	SRS 長
Carlixta Bautista	戦略部長
Jonahel de la Rosa	医療ケア部アシスタント

ドゥアルテ県 DPS

Luis A. Dominguez G.	DPS 長
----------------------	-------

地域病院 (San Vicente de Paul 病院)

Jose Polanco Li Vanzo	産科医長
-----------------------	------

Las Guaranas 病院 (ドゥアルテ県郡病院)

Carlos de Jesus Dominguez	Las Guaranas 病院長
---------------------------	------------------

サマナ県 SRS-GA

Naval Baéz	SRS-GA 長
Hidergarois Kelly	
Yoakina Kelly Peña	

サマナ県 DPS

Emiliana Paredes	情報担当
------------------	------

サマナ県病院 (Leopoldo Pou 病院)

Humberto Ortega	院長
Flor Deliz García Thomas	

エルマナス・ミラバル県 SRS-GA

José Rosario Ovalle	SRS-GA 長
Mariela Toribio Durán	ゾーンコーディネーター
Yomaira Salcedo Then	ゾーンコーディネーター
Livanny García Rivera	保健担当
Damaris Paulino Taveras	情報担当
Lidia Campos Núñez	クライアントサービス担当

エルマナス・ミラバル県病院 (Pascasio Toribio Piantini 病院)

Juan Manuel Núñez	Direcciones Director
Felicia Durán	Enc. Recursos Humanos
Esthela Santana	Coordinadora Departamento de Gineco obstetricia
Ramona Andujar Polanco	Enc. Estadística
Ydalina Díaz	Administradora Hospital

エルマナス・ミラバル県 Tenares 病院

Juan González	Director
Juan Núñez	Enc. Vigilancia Epidemiológica
Brigida Hidalgo	Enc. Estadísticas

エルマナス・ミラバル県 DPS

Yoobary Espailat	疫学コーディネーター
------------------	------------

マリア・トリニダー・サンチェス県 SRS-GA

Duglar G. Rivas Matos	SRS-GA 長
Carman Fermín	
Pio Hiciano L.	クライアントサービス担当
Yarissa Gelabdert	保健担当
Juana E. Ventura M.	
Iranellyu Cabrera Burgos	

マリア・トリニダー・サンチェス県 DPS

María Llana López C	母子保健プログラム担当
---------------------	-------------

マリア・トリニダー・サンチェス県病院

Angel Sabino Abramson	Antonio 病院
Francis A. Perez F.	Antonio Yerah H 病院.

<他ドナー等>

PAHO

Dra. Lilian Reneau-Vernon	Representante
Carlos Eduardo Gril	Consultor Salud Familiar y Comunitaria

Maternal & Child Centers of Excellence Project, USAID

Carlos J. Cuellar	Chief of Party, Abt Associates Inc.
Rosa Maria Suarez	Deputy Chief of Party, Abt Associates Inc.

中米カリブ地域/看護基礎・継続教育強化プロジェクト

Mercedita Reynoso	Hospital Maternidad de Mujer, Comité Nacional SSR
Rosa María Reinoso Gil	Subcoordinadora CN SSR, Hospital Luis E. Aybar
Miriam Altagracia Jiménez	Hospital Marcelino Velez Santana, Secretaría, CN Hospital Dr. Vinicio Calventi

Minerva Hilario Peralta
Carmen Benzon

Coordinador a Técnica
Coordinadora M.N. S. A

<日本側>

在ドミニカ共和国日本大使館

佐藤 宗一
河野 道成

特命全権大使
二等書記官

JICA ドミニカ共和国事務所

小澤 正司
山口 尚孝
若林 敏哉
松岡 瑠理子
Doris Holguin

所長
次長
所員
企画調査員（ボランティア）
プロジェクトコーディネーター

