

コンゴ民主共和国  
保健人材開発支援プロジェクト  
フェーズ2  
詳細計画策定調査報告書

平成 26 年 2 月  
(2014 年)

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部

人間
J R
14-028

コンゴ民主共和国  
保健人材開発支援プロジェクト  
フェーズ2  
詳細計画策定調査報告書

平成 26 年 2 月  
(2014 年)

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部

# 目 次

目 次

プロジェクト位置図

写 真

略語表

事業事前評価表

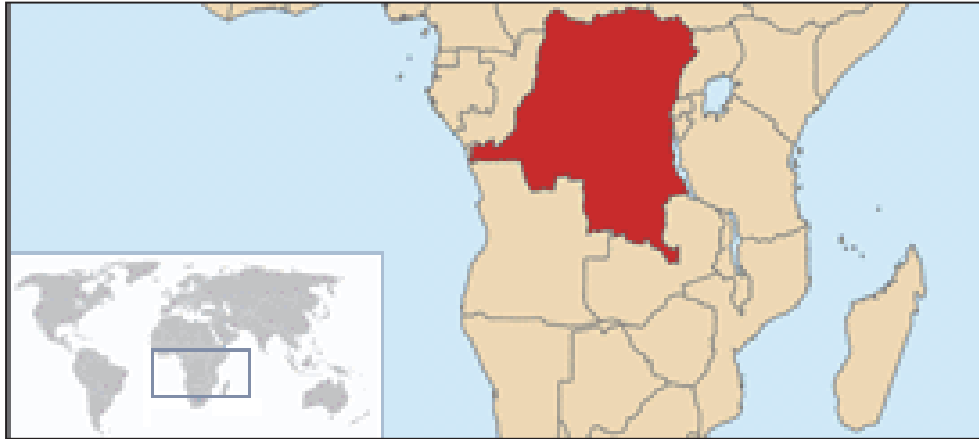
第1章 詳細計画策定調査の概要	1
1-1 調査の背景と目的	1
1-2 調査内容	2
1-3 調査団員構成	2
1-4 調査日程	2
1-5 主要面談者	2
第2章 調査概要	3
2-1 調査の方針と協議の展開	3
2-1-1 調査方針	3
2-1-2 協議の展開	3
2-2 保健人材開発分野の概況	4
2-2-1 保健人材	4
2-2-2 保健人材開発政策	5
2-2-3 保健人材養成	7
2-2-4 中級保健人材養成校全国統一卒業試験（Jury National）	8
2-2-5 保健人材情報データベース	9
2-3 保健医療分野の援助動向	10
2-4 保健人材開発管理に係る現状と課題	12
2-5 プロジェクト基本計画・案件概要・実施体制	14
2-5-1 協力概要	14
2-5-2 協力の枠組み	15
2-5-3 本プロジェクトの実施体制	17
2-6 プロジェクトの5項目評価	17
2-6-1 妥当性	17
2-6-2 有効性	19
2-6-3 効率性	19
2-6-4 インパクト	20
2-6-5 持続性	22
2-7 結 論	23

第3章 団長総括	24
----------	----

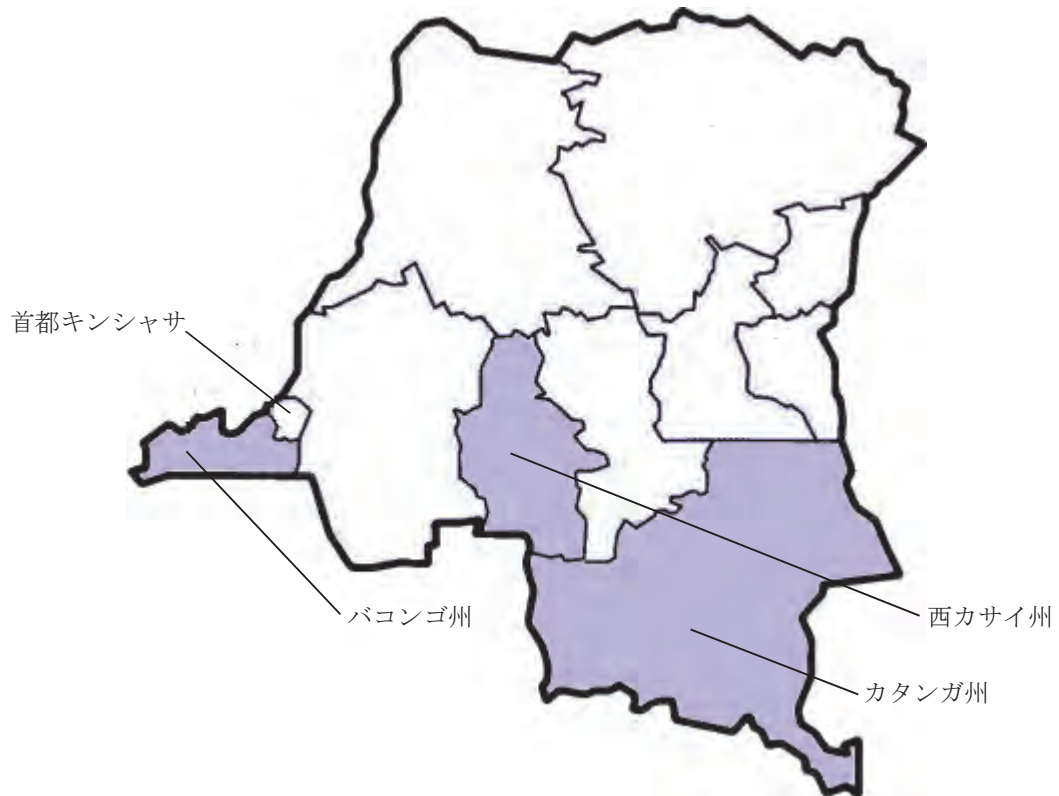
付属資料

1. 調査日程表	27
2. 主要面談者リスト	28
3. コンゴ民主共和国保健省組織図	29
4. 詳細計画策定調査ミニッツ (M/M)	30
5. 合意文書 (R/D)	56
6. PDM (仏語、英語、日本語)	74
7. PO (仏語、英語、日本語)	81
8. カタンガ州保健人材開発計画草稿	84

## プロジェクト位置図



コンゴ民主共和国 (DRC)



プロジェクト対象州 (パイロット候補州)

写 真



保健省との計画策定ワークショップ (1)



保健省との計画策定ワークショップ (2)



IEMK 視察 (外観)



保健省第1局 (D1: 総務・人事担当局) との協議



ミニッツ (M/M) 協議



M/M 署名

## 略 語 表

略 語	英語・仏語	日本語
A0	Ressources Humaines pour la Santé du Niveau Supérieur (Licence)	上級保健人材（学士相当）
A1	Ressources Humaines pour la Santé du Niveau Supérieur	上級保健人材
A2	Ressources Humaines pour la Santé du Niveau Secondaire	中級保健人材
ASSP	Accès aux Soins de Santé Primaires	プライマリヘルスケアプロジェクト (DFID)
CNP-SS	Comittée Nationale Pilotage-Secteur Santé	保健セクター国家運営委員会
CPP-SS	Comittée Provinciale Pilotage-Secteur Santé	保健セクター州運営委員会
D1	Direction des Services Généraux et Ressources Humaines du MSP	保健省第1局（総務・人事担当）
D5	Direction de Développement des Soins de Santé Primaires	保健省第5局（プライマリ・ヘルスケア担当）
D6	Direction de l'Enseignement des Sciences de Santé du MSP	保健省第6局（初期教育担当）
D7	Direction de l'Etude et Planification du MSP	保健省第7局（計画・企画担当）
D11	Direction de la Formation Continue du MSP	保健省第11局（継続教育担当）
DFID	Department for International Development	英国国際開発省
DRC	Democratic Republic of the Congo	コンゴ民主共和国
DSCR	Document de Stratégie de la Croissance et de la Reduction de la Pauvreté	貧困削減・開発戦略書
EU	European Union	欧州連合
GAVI	The Global Alliance for Vaccines and Immunization	世界予防接種ワクチン同盟
GIBS	Groupe Inter Bailleurs Santé	保健分野支援パートナー会議
GNI	Gross National Income	国民総所得
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HSRSP	Health Sector Rehabilitation Support Project	保健セクター復興支援プロジェクト（世界銀行）
ICM	International Confederation of Midwives	国際助産師協会
IEM	Institut d'Enseignement Médicale	中級保健人材養成校
IEMK	Institut d'Enseignement Médicale Kinshasa	キンシャサ中級保健人材養成校



iHRIS	i-Human Resources Information System	(人材情報システムソフト)
IMA	IMA World Health	(米国 NGO)
ISTM	Institut Supérieur des Techniques Médicales	上級保健人材養成校
ITM	Institut Techniques Médicales	中級看護人材養成校 (単科)
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
NEPI	Nursing Education Partnership Initiative	看護教育パートナーシップイニシアティブ
MM	Man Month	人月
M/M	Minutes of Meeting	ミニッツ (協議議事録)
NGO	Non-Governmental Organization	非政府機関
PADRHS	Projet d'Appui au Développement des Ressources Humaines pour la Santé	保健人材開発支援プロジェクト
PAO	Plan d'action opérationnel	年次活動計画
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PHC	Primary Health Care	プライマリヘルスケア
PNDRHS	Plan National Développement des Ressources Humaine en Santé	国家保健人材開発計画
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire	国家保健開発計画
PO	Plan of Operations	活動計画
PPDRHS	Plan Provincial Développement des Ressources Humaine en Santé	州保健人材開発計画
PPDS	Plan Provincial de Développement Sanitaire	州保健開発計画
R/D	Record of Discussion	討議協議録
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de la Santé	保健システム強化戦略
TICAD	Tokyo International Conference on African Development	アフリカ開発会議
UHC	Universal Health Coverage	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金 (ユニセフ)
USD	U.S. Dollar	アメリカドル
WHO	World Health Organization	世界保健機関



## 事業事前評価表

### 1. 案件名

国名：コンゴ民主共和国（DRC）

案件名：保健人材開発支援プロジェクト フェーズ 2

Project for Development of Human Resources in Health in DRC Phase 2

### 2. 事業の背景と必要性

#### (1) コンゴ民主共和国における保健セクター及び保健人材開発の現状と課題

コンゴ民主共和国（以下、「コンゴ民」と記す）では、1960年独立以来の国内・国際紛争の影響により貧困率が高く、現在においても1人当たり国民総所得（GNI）は190 USD<sup>1</sup>（2011年）と、サブサハラアフリカ地域の平均1,270 USD<sup>2</sup>（2011年）に比して格段に低い水準である。また、人間開発指数も187カ国中最下位となっている<sup>3</sup>。保健に関する指標については、妊産婦死亡率は出生10万対550（2007年）、5歳未満児死亡率は出生1,000対168（2011年）と、ミレニアム開発目標（MDGs）達成<sup>4</sup>には程遠い状況であり保健開発ニーズは極めて高い。

このような保健指標の低迷の要因のひとつとして、都市・地方間での保健人材の偏在と人材の質の低下により、保健サービスへの住民のアクセスが極めて限られていることが挙げられる。実際、人口1,000人当たりの医療従事者数は全国平均で看護師・助産師0.82人、医師0.06人と、WHOが定める基準（医師・看護師・助産師を含む医療従事者2.3人）を大幅に下回っており、絶対的な人材数の不足が認められる。人材の偏在も深刻であり、「国家保健開発計画（PNDS）2011-2015」によれば、2010年現在の州別の人口1万人当たりの看護師数は、首都に隣接するバンドゥンドゥ州で16人であるのに対し、首都から離れたカタンガ州及びマニエマ州では4人と、大きな偏りがある<sup>5</sup>。この偏在は、同国における保健人材開発に関する問題が、単に数量的な不足（人材養成数の不足）にあるというだけでなく、同時に既存の人材をいかに全国に配置し定着させ管理していくかという課題も含んでいることを示している。さらに、人材の養成（養成校での基礎教育及び卒業後の継続教育）を管理する体制も脆弱であり、人材養成学校の乱立や非統一的な継続教育の実施によって、人材の質を担保することが困難な状況となっている。

このような課題に対処すべく、JICAは2008年から公共保健省（以下「保健省」）次官官房に保健アドバイザーを派遣し、同アドバイザーの分析・調査結果を踏まえ保健人材開発に重点を置いた協力を行う方針を打ち出した。その後、右方針に基づいて、保健省人材関連局〔総務・人事担当局（D1）、初期教育担当局（D6）、継続教育担当局（D11）をカウンターパートとして技術協力プロジェクト「保健人材開発支援プロジェクト（PADRHS）」を2010年から2013年まで展開し、コンゴ民で初の保健人材に関する国家計画となる「国家保健人材開発計

<sup>1</sup> World Bank, World Development Indicators, 2013

<sup>2</sup> 同上

<sup>3</sup> UNDP, Human Development Report, 2013

<sup>4</sup> MDGs 目標値：妊産婦死亡率は出生10万対332、5歳未満児死亡率は出生1,000対60。

<sup>5</sup> コンゴ民 PNDS 2011-2015。なお、本プロジェクトにおける対象州3州における人口1万人当たりの看護師数は以下のとおり：バコンゴ州10人、西カサイ州14人、カタンガ州4人。

画（PNDRHS）2011-2015年」(PNDRHS 2011-2015)の策定・承認を技術的に支援した。さらに当該プロジェクトでは、このPNDRHS 2011-2015に掲げられる目標及び戦略軸に沿って、カウンターパート機関の調整能力の強化、人材届出リストの更新を通じた保健人材情報システムの構築、これまで職務基準が明確に定められていなかった中級助産師の資格等に関する基準案の策定、さまざまなドナーによって実施されている継続教育の現状把握及び州レベルでのニーズ調査等、PNDRHS 2011-2015の実施に必要な活動を支援してきた。

今後、上記の実績に基づき、保健人材開発に関する取り組みがPNDRHSに即して保健行政の各レベルで組織的に行われていくうえでは、中央・州間が緊密に連携し、保健人材の養成・配置・定着を計画的・体系的に行うことが求められる。そのためにはまず、広大な国土と民族的・地域的の多様性を抱えるコンゴ民の各州の現状に照らして、州保健医務局が州保健人材開発計画（PPDRHS）を策定し、その実施結果を中央レベルに報告するという体制が機能していることが欠かせない<sup>6</sup>。しかし現状では、PPDRHSの策定を了している州はまだ存在しない状況である。

そこで本プロジェクトでは、州保健医務局がPPDRHSをPNDRHSに整合する形でかつ各州の現状に即して策定・実施するための支援を行うとともに、州での活動を通じて得られるさまざまな知見やデータが保健省人材関連局に集約・蓄積され、本省の政策策定能力や指導・監督能力の向上に資するような仕組みを構築するための支援を行う。その際、州保健医務局の活動に対する指導・監督という保健省本省の本来業務を保健省人材関連局が効果的・効率的に行うための能力強化が必要となることから、同人材関連局が指導・監督を行う際に依拠することになる次期PNDRHS（2016-）及び各種規定の策定・整備を技術的に支援することも本プロジェクトの範疇に含まれる。

このように本プロジェクトでは、州レベルでのPPDRHS策定・実施と、中央レベルでのPNDRHS（2016-）及び関連規定の策定を支援することを通じて、中央・州間のトップダウンとボトムアップのサイクルが構築され、PNDRHS及びPPDRHSの策定・実施を効果的・持続的に行うために必要な基盤が保健省及び州保健医務局の双方において強化されることがめざされる。また中長期的には、PNDRHS及びPPDRHSに基づいた人材の養成・配置・定着が行われることで、住民に対する保健サービス提供の最前線である一次医療施設レベルにおけるサービスの質の改善やアクセスの向上に貢献することが期待される。

## （2）コンゴ民における保健セクター／保健人材の開発政策と本事業の位置づけ

「保健人材開発」は、コンゴ民の「第2次貧困削減・開発戦略書（DSCRPII）2011-2015」に基づく保健セクター政策戦略として2010年3月に策定された「第2次保健システム強化戦略（SRSS）2011-2015年」（以下「SRSS」）において、6つの戦略軸の1つに位置づけられているとともに、一次医療施設レベルにおける保健医療サービス提供に関する業務の適正化に不可欠の要素として重視されている。

また、「国家保健開発計画（PNDS）2011-2015年」はSRSSを具体化した国家計画であるが、PNDRHS 2011-2015はPNDSに掲げられるさまざまな戦略に対応して策定される下位計画のうちのひとつとして位置づけられる。さらに、PPDRHSの策定の必要性はPNDRHS 2011-

<sup>6</sup> PPDRHSの策定の必要性はPNDRHS 2011-2015に明記されている。

2015 にも明記されている。

### (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

外務省「対コンゴ民主共和国事業展開計画」における重点分野「社会サービスへのアクセス改善」のなかで、保健人材の能力強化を目的とした協力を行う旨が明記されている。また第 5 回アフリカ開発会議 (TICAD V) においては、MDGs 達成に向け、基礎的保健サービスを利用するための妨げとなっている格差を解消し MDGs 達成を促進するアプローチとしてユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC)<sup>7</sup> の実現が掲げられ、その実現のために保健システム強化を支援していく旨が横浜行動計画に記載された。本事業は保健人材の開発・管理を支援することで保健医療サービスの供給側の格差解消を促進するものであり、UHC 達成に寄与するといえる。

保健人材開発分野での協力実績としては、2008 年に保健アドバイザーを中心として保健省ハイレベルと日本側で合意された協力方針に基づき、本案件の先行案件である技術協力プロジェクト「保健人材開発支援プロジェクト PADRHS」(2010-2013 年)を通じて保健省人材関連局の能力強化と PNRHS 2011-2015 の策定支援を行うとともに、無償資金協力プロジェクト「保健人材センター整備計画」(2011-2013 年)を通じて中級保健人材 (A2)<sup>8</sup> の養成の中核となる国立パイロット校を建設したことが挙げられる。また、保健システム強化の一環として保健省及び医療施設を対象とした 5S-KAIZEN アプローチに基づく戦略的マネジメントの導入・定着支援を保健アドバイザー中心に行うことで、保健行政及び医療の現場の両レベルにおいて組織的かつ継続的に業務改善が実施されるための下地づくりを支援している。これらの協力の相乗効果により、協力プログラム全体としての効果が発現している。

### (4) 他の援助機関の対応

保健分野では世界保健機関 (WHO)、国連人口基金 (UNFPA)、国連児童基金 (UNICEF)、世界銀行、欧州連合 (EU) といった国際機関及びベルギー、カナダ、米国、英国等の二国間協力機関が存在し、これらの機関と保健省は保健分野支援パートナー会議枠組みを通じて情報交換や協調・調整を行っている。

保健人材開発分野では、英国国際開発省 (DFID) が保健人材データベース構築支援を一部の州において行っているほか、UNFPA が上級保健人材 (A1)<sup>9</sup> の養成基準の整備と一部の州における上級保健人材養成校への右基準の導入に関する支援を行っている。保健医療施設において A1・A2 は補完的な立場にあることから、本プロジェクトにおいて PNRHS 2011-2015 の評価や次期 PNRHS (2016-) の策定を支援する際も、A1 の養成を管轄する高等教育省や UNFPA と連携し、A1・A2 の両カテゴリに属する保健人材の開発が包括的に検討されること

<sup>7</sup> UHC は世界保健機関 (WHO) によれば「すべての人が適切な健康増進・予防・治療・機能回復に係るサービスを、負担可能な費用で利用できること」と定義される。

<sup>8</sup> 保健省が管轄する養成校を卒業した人材カテゴリを指し、職種としては看護師、臨床検査助手、薬剤助手、看護助産師、衛生技師等が含まれる。当該養成校への入学資格は 10 年間の初等中等教育を修了していることであり、在学年数は 4 年間である。A2 の主な職務は保健医療サービスの提供であり、A1 がその管理者となることが多い。

<sup>9</sup> 高等教育省が管轄する養成校を卒業した人材カテゴリを指し、職種としては看護師、助産師、各種技師が含まれる。当該養成校への入学資格は 12 年間の初等中等教育を修了していることであり、在学年数は 3 年間である。卒業後は保健省によって採用・配置される。A1 の主な職務は、保健医療サービスの提供に加え中級人材の管理者としての役割が含まれる。また、中級保健人材養成校 (IEM) の教員を務めるのも A1 である。

が重要となる。また、EU が国家保健開発計画（PNDS）支援プロジェクトの一環として一部の州において州保健医務局の年間事業計画策定・実施支援を行っている。

### 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）

本事業は、保健省人材関連局による次期 PNDRHS（2016-）の策定・承認に関する活動や PNDRHS の実施に必要な各種規定の整備を支援すると同時に、対象州の州保健医務局による州保健人材開発計画（PPDRHS）の策定を支援することで、PNDRHS が効果的・持続的に策定・実施されるための基盤強化を図り、もって対象州における適正かつニーズに即した保健人材の養成・定着・キャリア管理・継続教育の促進、その成果の他州への普及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

<対象地域>

キンシャサ特別州（人口約 970 万人）

バコンゴ州（人口約 270 万人）

西カサイ州（人口約 600 万人）

カタンガ州（人口約 930 万人）

#### (3) 本事業の受益者／ターゲットグループ

保健省：保健人材関連局（人材技術委員会を含む）

対象州：州保健医務局人材担当課

#### (4) 事業スケジュール（協力期間）

2014 年 1 月～ 2017 年 12 月を予定（計 48 カ月）

#### (5) 総事業費（日本側）

約 4 億 5,000 万円

#### (6) 相手国側実施機関

保健省：保健人材関連局（D1、D6、D11）

対象州の州保健医務局：人材担当課（総務・人事担当課、初期教育担当課、継続教育担当課）<sup>10</sup>

<sup>10</sup> 保健省人材関連局の業務内容はすべて国家保健人材開発計画（PNDRHS）に掲げられる戦略軸及び活動計画に直結するものである。また、保健省の人材関連各局と州保健医務局の人材関連各課の業務内容はそれぞれ対応関係にあり、相互に指導・報告する体制となっている。

## (7) 投入（インプット）

### 1) 日本側

- ① 長期専門家：チーフアドバイザー、保健人材開発支援、業務調整（計 144 MM）
- ② 短期専門家：保健人材養成、保健人材情報（計 16 MM）
- ③ 本邦及び第三国研修（セネガルとの三国間協力含む）
- ④ プロジェクト目標達成に必要な現地活動に係る経費
- ⑤ プロジェクト活動に必要な事務機器、事務用品

### 2) コンゴ民側

- ① カウンターパートの人材配置  
プロジェクトダイレクター（保健省次官）  
プロジェクトマネジャー（保健省 D1 局長）、等
- ② 保健省及び州保健医務局におけるプロジェクトオフィスの整備
- ③ 経常経費の予算確保及び負担（プロジェクトオフィスの光熱費）

## (8) 環境社会配慮・貧困削減・社会開発

### 1) 環境に対する影響／用地取得・住民移転

- ① カテゴリ分類：C
- ② カテゴリ分類の根拠：本事業による環境への影響等はない。

### 2) ジェンダー・平等推進／平和構築・貧困削減：特になし

### 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

保健アドバイザー（2008年6月 - 現在）、無償資金協力プロジェクト「保健人材センター整備計画」（2011-2013年）、本邦研修「仏語圏中西アフリカ地域保健人材開発管理2」（2012-2013年）等が挙げられる。さらに、右本邦研修への参加者を中心に仏語圏アフリカ8カ国の保健省人材関連局同士をつなぐ広域ネットワークが立ち上げられたことで、本案件の先行案件によって実施された活動及び成果が他の参加国に普及されているとともに、他の参加国における好事例がコンゴ民保健省にも共有されるなどのシナジーが発現しているところ、本案件においても引き続きこの地域ネットワークを活用することとする。

### 2) 他ドナー等の援助活動

UNFPAによる上級保健人材教育基準の作成支援（2.（4）で既述）や、本事業の対象州の1つである西カサイ州でのDFIDによる保健人材データベースの整備支援は、本案件で予定されている活動との相乗効果が期待できるため、保健分野支援パートナー会議枠組み等を通じて本案件の活動状況に関して情報共有するとともに保健省による調整を促進していくことが必要となる。



## 4. 協力の枠組み

### (1) 協力概要

1) 上位目標：対象州における保健人材の養成・定着・キャリア管理・継続教育<sup>11</sup>が適正かつニーズに即して<sup>12</sup>促進されるとともに、その成果が他州へ普及する<sup>13</sup>。

指標 1 対象州において配置基準に則して人材配置がなされる医療施設が xx%から yy%となる。

指標 2 対象州において保健人材年鑑が毎年更新される。

指標 3 州保健人材開発計画 PPDRHS にかかる活動予算が xx%から yy%に増加する。

2) プロジェクト目標：国家保健人材開発計画 PNDRHS の策定及び実施を効果的・持続的に行うために必要な基盤が保健省及び対象州において強化される。

指標 1 中央及び対象州におけるオブザベトリー<sup>14</sup>が年 1 回以上更新される。

指標 2 対象州において中級保健人材養成校全国統一卒業試験（Jury National）の合格率が xx%から yy%に向上する。

指標 3 対象州において継続教育にかかるドナー合同計画が策定される。

### 3) 成果及び活動

成果 1：国家保健人材開発計画 PNDRHS（2011-2015）の評価結果に基づき、国家保健人材開発計画 PNDRHS（2016-）が策定・承認される。

指標 1-1 国家保健人材開発計画 PNDRHS（2011-2015）の評価報告書が作成される。

指標 1-2 オブザベトリーの機能強化に関する省庁間会議が年 x 回開催される。

指標 1-3 国家保健人材開発計画 PNDRHS（2016-）に上級・中級保健人材養成にかかわる共通ビジョンが記載される。

指標 1-4 州保健人材開発計画 PPDRHS を策定した州が xx%から yy%になる。

指標 1-5 国家保健人材開発計画 PNDRHS（2016-）が承認される。

活動 ①保健人材オブザベトリーの機能化、②保健人材養成にかかる共通ビジョン策定、③州保健人材開発計画の策定支援、④現行国家保健人材開発計画の評価、⑤次期国家保健人材開発計画策定・承認、等

<sup>11</sup> 「養成・定着・キャリア管理・継続教育」という 4 つの要素は、PNDRHS に記載される 4 つの大項目を成す要素であり、質の高い保健人材が養成校で養成され、卒業後に配置される現場から離職せずに所定の期間在職（定着）し、その後の異動から退職までを含むキャリア管理が適切になされるとともに、現任期間中の継続教育によって求められる職能を身に付けることができる、という保健人材を包括的・体系的に開発・管理するために不可欠な要素である。

<sup>12</sup> 指標 1 に掲げられる配置基準には、医療施設に必要な職種ごとの保健人材数が定められる一方、指標 2 に掲げられる保健人材年鑑から各医療施設に在籍する個々の保健人材の職能や適性を総合的に確認することができるため、指標 1 及び 2 をもって上位目標の達成度を測ることが可能である。

<sup>13</sup> 指標 3 に掲げられる PPDRHS 実施のための活動予算の増加は、各州で PPDRHS が実施される条件を形成することから、当該指標をもって上位目標の達成度を測ることが可能である。

<sup>14</sup> WHO 保健人材局が各国での設立を推奨している「保健人材問題の解決に向けた活動推進とモニタリングを行うための組織」の呼称。主な機能は、保健人材に関する調査・計画立案、情報管理メカニズムの設置、周辺国との情報共有促進等に関するプラットフォームとしての機能であり、これらの活動に関する情報の定期的更新が期待される。

成果 2 : 国家保健人材開発計画 PNDRHS を実施するための各種規定が整備される。

指標 2-1 中級保健人材（助産師）の教育基準が作成される。

指標 2-2 継続教育にかかる規定文書が承認される。

指標 2-3 中級保健人材養成校全国統一卒業試験 Jury National の評価報告が作成される。

活動 ①中級保健人材（助産師）の教育基準策定・承認、②継続教育の規定文書策定・承認、③人事管理の規定文書策定・承認、④中級保健人材養成校全国統一卒業試験の実施・評価、実施細則の改善、等

成果 3 : 対象州において中央の関与のもと、国家保健人材開発計画 PNDRHS に則し、且つ事実に基づいた州保健人材開発計画 PPDRHS が策定され実施が開始される。

指標 3-1 州保健人材開発計画 PPDRHS の策定ロードマップが作成される。

指標 3-2 対象州における保健人材データのカバー率が xx%から yy%になる（分母は 2009 年保健人材年鑑）。

指標 3-3 中央による支援のもとで州保健人材開発計画 PPDRHS が策定され、承認される。

指標 3-4 州保健人材開発計画 PPDRHS の実施状況に関する指導・監督報告書が作成される。

活動 ①対象州（バコンゴ州）における保健人材データベース構築、②州保健人材開発計画 PPDRHS（2016-）の更新、③州保健人材開発計画 PPDRHS の実施状況の指導・監督

#### 4) プロジェクト実施上の留意点

- ・それぞれの指標の基準値・目標値については、プロジェクト開始後のベースライン調査後に設定する。
- ・対象州の候補であるバコンゴ州・西カサイ州・カタンガ州は、広大な国土を抱えるコンゴ民の多様な地域性を配慮し、西部、中部、東部からそれぞれ選定した。また、日本人専門家によるアクセス等にも配慮した。ただし対象州の最終的な確定に先立ち、プロジェクト開始までに州保健医務局の意向、受入れ能力、他ドナーとの重複等に関して、対象州とすることの妥当性を再度確認する必要がある。
- ・地方分権化の過程において、現存の 11 州を 26 州に分割する計画についての議論がなされている。対象州が分割された場合の対象州の定義については、別途協議を経て確定する。
- ・限られた予算・人員のなかで最大の成果を上げるため、現地リソースの活用、出張・ワークショップの効率化等、効率的な事業運営に努めることが求められる。

(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) 成果達成のための外部条件

対象州において治安が悪化しない。



(2) 上位目標達成のための外部条件

中央保健省と州保健医務局の連携が維持される。

6. 評価結果

本事業は、コンゴ民の開発政策、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

先行案件「保健人材開発支援プロジェクト」は、保健アドバイザー、保健人材開発管理に関する本邦研修、同本邦研修から派生した広域ネットワーク、さらには保健人材養成に関する類似案件<sup>15</sup>の実施実績のあるセネガル共和国保健省との三国間協力といったさまざまなスキームによる案件が全体としてひとつの方向に関連づけられており、かつ各案件同士の関連性とそのなかでの先行案件の位置づけに関する認識をカウンターパートと日本側が十分に共有できていたことがプロジェクト目標達成にあたり大きく貢献したと評価された。この教訓は、本プロジェクトの形成段階においても、カウンターパートによる問題分析ワークショップでの議論を基にデザインを行うなど、十分に生かされている。また、先行案件における PND R H S 2011-2015 の策定に先立って、セネガル保健省人材局との技術交換が実施された結果、コンゴ民の保健人材開発に関する現状把握・課題分析が行われ、コンゴ民保健省人材関連局によって PND R H S 策定に向けたロードマップが作成されるなど、三国間協力枠組みを活用した取り組みが PND R H S 2011-2015 の効率的策定に貢献したことから、本プロジェクトにおいても引き続きセネガル保健省との知見交換や第三国研修の実施、第三国専門家の派遣等を組み込むことを予定している。

8. 今後の評価計画

(1) 今後の評価に用いる主な指標

4. (1) のとおり。

(2) 今後の評価計画

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

<sup>15</sup> 無償資金協力プロジェクト「国立保健医療・社会開発学校整備計画」(2002-2004 年)、技プロ「保健人材開発促進プロジェクト」(2001-2006 年)等

# 第1章 詳細計画策定調査の概要

## 1-1 調査の背景と目的

コンゴ民主共和国（以下、「コンゴ民」と記す）では、1960年独立以来の国内・国際紛争の影響により貧困率が高く、現在においても人口の88%が1日1.25USD未満で生活している（2006年、世銀）。保健関連指標についても、1990年代の指標レベルから改善されてはいるものの、妊産婦死亡率は目標値332（出生10万対）に対して550（出生10万対、2007年）、5歳未満児死亡率は目標値60（出生1,000対）に対して168（出生1,000対、2011年）と、ミレニアム開発目標（MDGs）達成目標値からは依然として程遠い状況である。

コンゴ民政府はこうした現状に応えるため、第2次貧困削減・開発戦略書（DSCRП II、2011-2015）を策定し、保健セクター開発を同戦略の第3の柱「基礎社会サービスへのアクセス改善および人的資本の強化」に含めるとともに、全人口に対し現実的な費用負担で質の高い保健サービスを提供することを目標としている。この目標を実現するため、当該国保健省はDSCRП IIに基づいて第2次保健システム強化戦略（SRSS、2011-2015年）及びその実施計画としての国家保健開発計画（PNDS、2011-2015年）を策定し、同戦略・計画を構成する柱のひとつとして「保健人材開発」を掲げている。

実際、コンゴ民における保健人材は、人口1万人当たりの医療従事者数が全国平均看護師8.23人と、WHOの定める保健人材配置基準（人口1万人当たり23人）を大幅に下回っている一方で、人材の深刻な偏在がみとめられる。PNDS（2011-2015）によれば、2010年現在の州別の人口1万人当たりの看護師数は、首都に隣接するバンドゥンドゥ州で16人であるのに対し、首都から離れたカタンガ州及びマニエマ州では4人と、大きな偏りがある。この偏在は、コンゴ民における保健人材開発に係る問題が、単に数量的な不足（人材養成数の不足）にあるというだけでなく、同時に既存の人材をいかに全国に配置し定着させ管理していくかという課題も含んでいることを示している。

こうした状況の下、わが国は2008年に保健省次官官房に政策アドバイザーを派遣し、保健分野二国間協力プログラム（Grands Axes 2008-2013）が策定された。その後、右プログラム方針に基づいて、公共保健省（以下、保健省）の人材関連局〔総務・人事担当局（D1）、初期教育担当局（D6）、継続教育担当局（D11）〕をカウンターパートとして技術協力プロジェクト「保健人材開発支援プロジェクト（PADRHS）」（2010-2013）を展開し、それまで定められていなかった国家保健人材開発計画（PNDRHS、2011-2015）の策定・承認を技術的に支援した。さらに当該プロジェクトでは、このPNDRHSに掲げられる目標や戦略軸に沿って、PNDRHS実施のためのカウンターパートの能力強化、人材届出リストの更新を通じた保健人材情報システムの構築、これまで基準が定められていなかった中級（A2）助産師の資格・養成・評価に関する基準案の策定、さまざまなドナーによって実施されている現任教育の現状把握及び州レベルでのニーズ調査などを支援し、着実な成果を上げている。

今後は、保健省レベルで達成された上記の成果が、住民に対する保健サービスデリバリーの実施を担う最前線である保健ゾーン（1次レベル）にまで中長期的に浸透していくことをめざす。そのためには、国レベルの保健人材委員会と保健省人材関連局による行政指導の下、各州政府がPNDRHSに依拠しつつ州保健人材開発計画（PPDRHS）を策定し実施できることが重要である。そこで、コンゴ民政府より、PPDRHS策定・実施のための州保健局の能力強化と、保健省による

州保健局に対する監督能力の強化を主眼とする技術協力プロジェクト「保健人材開発支援プロジェクト（PADRHS）フェーズ2」（以下、「本プロジェクト」）が要請された。

本詳細計画策定調査は、コンゴ民政府からの協力要請の背景、内容を確認し、先方政府関係機関との協議を経て、協力計画を策定するとともに、本プロジェクトの事前評価を行うために必要な情報を収集・分析することを目的とする。

### 1-2 調査内容

- (1) ①既存資料の整理と分析による基礎情報調査、②開発パートナーへの聞き取り、③保健省及び関係者への聞き取り、④先行案件（フェーズ1）の終了時評価（2013年6月）での提言を踏まえた活動進捗状況・成果の確認等を通して、プロジェクトの協力の枠組み（目標、対象範囲、成果、投入、指標等）について検討し、先方政府と協議を行う。
- (2) 上記(1)の協議結果に従い、PDM（案）、PO（案）を作成し、実施体制を確認のうえ、双方の負担事項やプロジェクト実施上の留意事項、プロジェクト開始までに双方で必要な作業等について協議を行う。
- (3) 評価5項目に沿って、プロジェクト事前評価を行う。
- (4) 協議結果を合意文書（R/D）にまとめ、先方政府と署名交換を行う。

### 1-3 調査団員構成

氏名	担当分野	所属	現地調査期間
小林 洋輔	団長／総括	JICA 人間開発部保健第1グループ 保健第二課長	9/1～10
仲佐 保	技術参与	国立国際医療研究センター 国際医療協力局 国際派遣センター長	9/1～10
安孫子 悠	協力企画	JICA 人間開発部保健第1グループ 保健第二課 職員	8/25～9/10
伊藤 治夫	評価分析	株式会社アイコンズ 取締役 主任コンサルタント	8/25～9/10
関田 真理子	通訳		8/25～9/10

### 1-4 調査日程

付属資料1のとおり。

### 1-5 主要面談者

付属資料2のとおり

## 第2章 調査概要

### 2-1 調査の方針と協議の展開

#### 2-1-1 調査方針

- (1) 本プロジェクトの先行案件「保健人材開発支援プロジェクト (PADRHS)」(以下、「フェーズ1」)においては、JICAのコンゴ民保健セクター協力プログラムの一環として、当該技術協力プロジェクトと並行して実施されている無償資金協力によるキンシャサ中級保健人材養成校 (IEMK) 整備計画への側面支援がプロジェクト活動の範囲に含まれていた。本プロジェクトにおいてもプログラム協力の観点から、同無償資金協力との相乗効果が引き続き期待される。よって本詳細計画策定調査においては、フェーズ1の成果の深化・定着を主眼としたプロジェクトデザインを検討するとともに、本プロジェクトのスコープとして、IEMKへの支援をどの程度取り込むのかといった部分に関して、IEMK開校に向けた動向を注視しつつ、現地調査、関係者との協議を行うことを方針とした。
- (2) 詳細計画策定調査においては、カウンターパート機関による開発ニーズの把握のための詳細計画策定に向けた問題分析ワークショップ及び関係省庁による保健人材開発支援二国間協力 (Grandes Axes) 策定が実施された。カウンターパート機関のプロジェクトへのオーナーシップの確保のためにも、同問題分析及び Grandes Axes の協議の結果を可能な限り PDM に反映することを方針とした。

#### 2-1-2 協議の展開

- (1) 当初計画されたフェーズ2のスコープとして、IEMKへの支援をどの程度取り込むのかといった部分に関しては、コンゴ民政府による開校準備に遅れがみられ、また、当初計画されていた2013年9月からの開校の可能性が担保できない状況にあることから、詳細計画策定調査の現時点では、支援を開始することの可否、支援を行う場合の専門家の役割などについての確かな判断を行うことが困難であると判断された。2013年10月以降の開校・運営の状況を踏まえて、改めて対応を検討することが適当であると判断した。
- (2) 詳細計画策定のための問題分析ワークショップが中央保健省のカウンターパート〔第1局 (D1)、第6局 (D6)、第11局 (D11)〕、州保健医務局関係者 (西カサイ州、バンドゥン州、オリエンタル州)、日本人関係者の合計35名により、2013年8月23日に実施された。その後、問題系図から目的分析、プロジェクトの選択〔付属資料4. 詳細計画策定調査ミニッツ (M/M) 参照〕を行い、その結果をPDMに反映した。目的分析の中心目的はフェーズ1で策定された国家保健人材開発計画 (PNDRHS) の実施であり、州レベルでの州保健人材開発計画 (PPDRHS) の策定及び実施がその直接手段とされ、養成、キャリア管理、定着、継続教育それぞれの目的を達成するための手段が参加者により検討された。D1、D6、D11の局長への問題分析ワークショップの結果説明に際しては、保健人材ベースとしてオブザベーターの機能化 (D1)、中級保健人材養成校全国統一卒業試験 (Jury National) の実施 (D6)、継続教育のためのガイドラインの整備 (D11)、保健人材養成のためのインフラ整備 (D6、11) の重要性が強調された。このなかでインフラ整備に

関しては、プロジェクトとして予算の限度があり、技術協力プロジェクトのスキームとしても適切でないため、本プロジェクトのPDMからは除外することで合意した。

## 2-2 保健人材開発分野の概況

### 2-2-1 保健人材

全般的に医療従事者数は増加しており、医師は1998年の約2,000人から2008年には5,967人、看護師については約27,000人から43,021人へと増加している。しかし、医師1人当たりの人口は11,274人とWHO基準の10,000人を超え、上級看護師についても同様に1人当たり8,000人と基準の5,000人を超えており人材数が不足している。2008年における職種別の保健医療従事者数は表2-1のとおりである。専門職の割合が全体の58.2%、事務職が41.8%となっており、専門職においては看護師が81.9%と大多数を占めている。

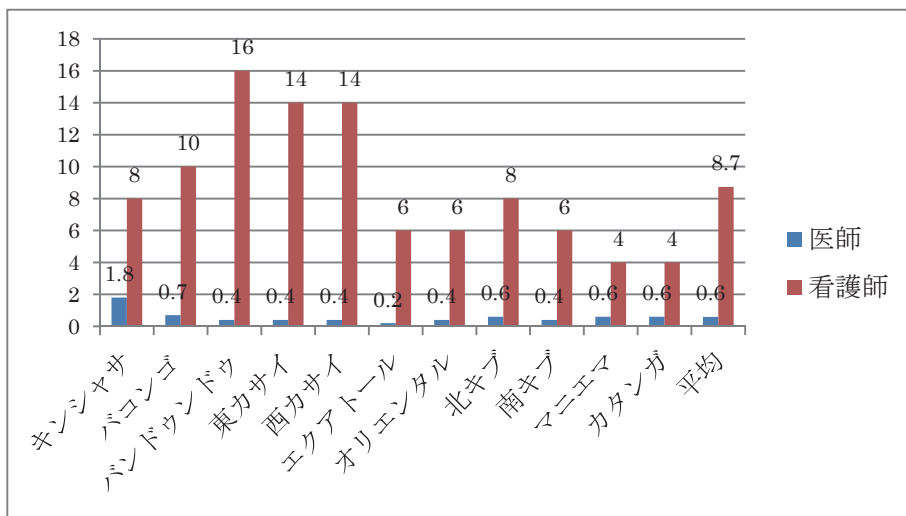
表2-1 職種別の保健医療従事者数

職 種	人 数	保健専門職における割合
医師	5,967	11.4%
薬剤師	1,300	2.5%
歯科医師	71	0.1%
看護師	43,021	81.9%
運動療法士	253	0.5%
放射線技師	212	0.4%
臨床検査技師	870	1.7%
衛生技師	156	0.3%
薬剤助手	270	0.5%
麻酔技師	73	0.1%
栄養士	301	0.6%
保健技師	1	0%
歯科技師	3	0%
整形外科技師	6	0%
疫学者	2	0%
生物学者	5	0%
衛生士	15	0%
保健専門職合計	52,526 (58.2%)	100%
事務職	37,749 (41.8%)	
合 計	90,275 (100%)	

出典：JICA保健セクター情報収集・確認調査保健セクター分析報告書（2012年）

人材数の不足に加え、地域偏在が生じている。2009年の州ごとの人口10,000人当たりの医

師及び看護師は図2-1のとおりである。医師の平均は0.61人、赤道州で0.2人に対しキンシャサでは1.8人、公的セクターの医師の60%が総人口の10%が居住するキンシャサに集中しているというデータもある。人口10,000人当たりの看護師は8.23人であり、州により差がある。看護師はカタンガ州とマニエマ州で4人に対し、バンドゥンドゥ州では2006年の6人から2009年には16人まで増加している。特に地方部における医療人材の定着に関しては、教育機会の提供、宿舍の提供、生活環境の改善の必要性が指摘されている。保健人材にかかわる問題点として、①人材採用の窓口が一本化されていない（中央のみならず、州知事、地方議会での採用も行われている）、②中長期的な人材採用計画がない、③求職者と求められるスキルのミスマッチ、④定年が徹底していないことによる人材の高齢化、⑤政治的な理由により合理化が困難、⑥保健人材に占める事務職の過多などが指摘されている。



出典：JICA 保健セクター情報収集・確認調査 保健セクター分析報告書（2012年）

図2-1 州別人口10,000人当たりの医師及び看護師数（公的セクター）（2009年）

## 2-2-2 保健人材開発政策

### (1) 保健システム強化戦略（SRSS）

コンゴ民政府は「第2次貧困削減・開発戦略書（DSCR II）（2011-2015年）」の保健分野の活動計画として、保健セクターにおける政策戦略「保健システム強化戦略（Stratégie de Renforcement du Système de la Santé : SRSS）2011-2015」を関係諸機関とともに策定し2010年3月に採択した。SRSSでは保健ゾーンをプライマリヘルスケア（PHC）の実施最小単位と位置づけ、そこで住民がバランスの取れた基本的医療サービスを受けられることをめざし、保健人材開発を含む以下の6つの柱となる戦略を挙げている。

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



(2) 国家保健開発計画 (PNDS)、州保健開発計画 (PPDS)

保健セクターの国家計画として SRSS の下「国家保健開発計画 (Plan National de Développement Sanitaire : PNDS)」が策定された。「PNDS 2011-2015」では、4つの介入戦略(1. 保健ゾーンの開発、2. 保健ゾーン開発支援、3. ガバナンスとリーダーシップの強化、4. セクター間の協力強化)を挙げており、そのうち2番目の「保健ゾーン開発支援」の下位戦略の1つとして「保健人材開発」を挙げている。また、PNDS の州レベルにおける計画が「州保健開発計画 (Plan Provincial Développement Sanitaire : PPDS)」であり、「PPDS 2011-2015」が各州の状況に合わせて策定され、実施されている。

(3) 国家保健人材開発計画 (PNDRHS)、州保健人材開発計画 (PPDRHS)

上記にみてきたように、「SRSS 2011-2015」においては、保健人材開発にかかわるサブセクターの「国家保健人材開発計画 (Plan National Développement des Ressources Humaine en Santé : PNDRHS)」を策定することが保健人材開発の戦略として挙げられ、PNDRHS (2011-2015年) が JICA の支援の下に策定された。同計画は具体的な目標は以下のとおり定められている。

- 1) 保健人材開発を担当する組織のガバナンス及びリーダーシップの強化
- 2) 保健人材計画の枠組みの強化
- 3) 中等、高等及び大学レベルにおける基礎教育の質の向上
- 4) 保健人材の管理と能力開発の強化
- 5) 保健人材のモチベーション(労働環境、待遇、給与、手当など)の確保と定着促進

PNDS の州開発計画である PPDS と同様に PNDRHS の州レベルの保健人材開発計画として、「州保健人材開発計画 (Plan Provincial Développement des Ressources Humaine en Santé : PPDRHS)」の策定が計画されている。フェーズ1においては、保健省人材関連局が全11州に対して PNDRHS 普及セミナーを実施し、PNDRHS 策定過程についての本省での経験を共有した。その結果、PNDRHS 策定過程における第1ステップ「現状分析」がすべての州で実施され、うち4州においては世界予防接種ワクチン同盟 (GAVI) の資金を用いて第2ステップ「戦略及び目標の設定」までがなされるなど、州における PPDRHS 策定に向けた主体的な動きが確認されている。



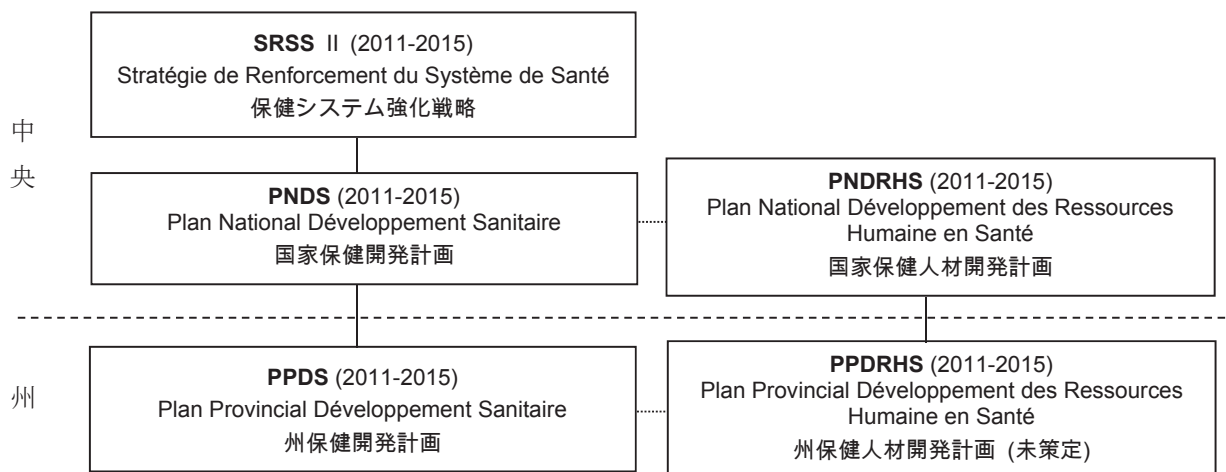


図 2-2 各保健政策及び保健人材開発計画

### 2-2-3 保健人材養成

コンゴ民における保健人材の教育機関、修業年数などの概要は表 2-2 のとおり。上級保健人材 (A0、A1) の教育機関は高等教育省の管轄であり。大学の医学部・薬学部・歯学部 (高校卒業後 7 年間)、または、上級保健人材養成校 (Institut Supérieur des Techniques Médicales : **ISTM**) (高校卒業後 3 年間) で養成される。中級保健人材 (A2) の教育機関は保健省の管轄であり、中級保健人材養成校 (IEM) または単科の中級看護人材養成校 (ITM) (10 年の基礎教育修了後 4 年制) で養成されている。中級保健人材の教育機関では全国統一卒業試験に合格することにより、資格<sup>16</sup>を得ることができる。

看護師など A1 と A2 の両方のカテゴリにある職種では、現場で行う業務に資格上の違いはないが役割が異なる。一般的に、A1 は主に病院や保健行政機関、教育機関などで働き、将来的に管理職をめざす人材であり、A2 は主に保健センターや 1 次レベルの病院で保健医療サービスに従事する。一方で 2 つのカテゴリ (上級及び中級) を抱えるこの職種に就いている人材を全体として今後どのように開発・管理していくかという中長期的ビジョンが明記された戦略・計画は存在していない。このようなビジョンが明らかにされるためには、A1 を管轄する高等教育省と保健省間の協議枠組みの設置と省庁間連携が求められている。

<sup>16</sup> 中級保健人材養成校全国統一卒業試験合格者には養成校からディプロマが授与される。看護職はそのディプロマをもって就職するが、看護師や助産師としての資格登録制度はない (コンゴ民においては、医師と薬剤師のみにカウンスルによる資格登録制度があるが、それ以外の職種にはない)。

表 2-2 保健人材教育制度と資格

区 分	職 種	教育機関	基礎教育及び 修業年数	管轄省庁
A0	医師、歯科医師、薬剤師	大学医学薬学歯学部	初等中等教育 12 年間 + 7 年間	高等教育省
A1	看護師、助産師、臨床検査技師、栄養士、放射線技師など	上級保健人材養成校 (ISTM)	初等中等教育 12 年間 + 3 年間	高等教育省
A2	看護師、臨床検査技師、薬剤助手、看護助産師、地域保健看護師など	中級保健人材養成校 (IEM) 中級看護保健人材養成校（看護師のみ単科） (ITM)	初等中等教育 10 年間 + 4 年間	保健省

出典：JICA 保健セクター情報収集・確認調査 保健セクター分析報告書（2012 年）

表 2-3 のとおり、ITM/IEM の数は 1998 年の 255 校から 2009 年には 470 校と 84% の増加をみせている。ISTM に関しても 53 校から 108 校へ増加しており、医学部に関しては 3 校から 39 校へと大幅に増加している。A2 の助産師については、バコンゴ、カタンガ、東部州、北キブにしか養成校がないなど地域による養成学科の格差に加え、医師、看護師の育成数が過剰であるのに対し、薬剤師、放射線技師、栄養士等については育成数が不足しているといった問題も PNDRHS（2011-2015 年）において指摘されている。教育の質に関しては、25% の ITM/IEM が養成機関として適切でないとされており、96% が情報システムの未整備が指摘され、45% の学校で電気が使えない状況にある。このように養成校は増加傾向にあるが、教育施設のインフラ、教員数の不足と教員の質の低さなどが課題となっている。

表 2-3 保健人材教育機関の推移

種 別	1998 年	2009 年
ITM/IEM	255	470
ISTM	53	108
医学部	3	39

出典：JICA 保健セクター情報収集・確認調査 保健セクター分析報告書（2012 年）

#### 2-2-4 中級保健人材養成校全国統一卒業試験（Jury National）

中級保健人材養成校全国統一卒業試験（Jury National）は保健省管轄の全国の IEM、ITM<sup>17</sup> を対象として、2002 年から保健省が毎年実施している<sup>18</sup>。州保健医務局の第 6 課（中央保健省の D6、基礎教育に相当）が試験コーディネーターを務める。Jury National は試験としてのみ

<sup>17</sup> 少数ながら高等教育省の管轄下にある ITM も存在する。カリキュラムは保健省と同様であり、中級保健人材養成校全国統一卒業試験にも参加している。

<sup>18</sup> キンシャサ州では全国に先駆けて 1992 年から中級保健人材養成校全国統一卒業試験を試験的に実施した。

らず乱立している IEM/ITM の卒業生の質の確保、試験問題を通じた教育カリキュラム、教授法の妥当性の確認といった保健人材教育の質の担保に貢献するものである。試験は第1、第2セッションの2回のセッションから成り、それぞれ6～7月、9月に実施される。図2-3に示すとおり、第1セッションで合格、不合格（翌年受験資格なし）もしくは第2セッションの受験資格が与えられる。第2セッションでは試験結果から合格、不合格（翌年受験資格なし）もしくは不合格（翌年受験資格あり）に分類される。2012年の受験者数は5,635名であり、最終合格者は3,041名（54%）である。採点は州都にある採点センター（Centre de Correction）にて実施され、その結果がキンシャサの保健省に送付される。図2-4に州別の最終合格率を示す。

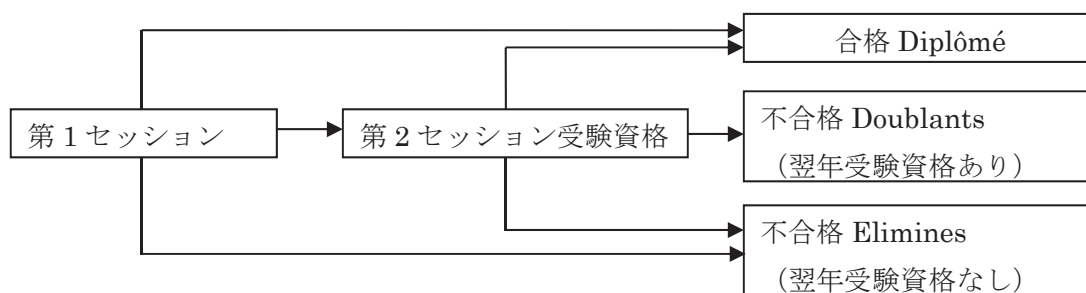
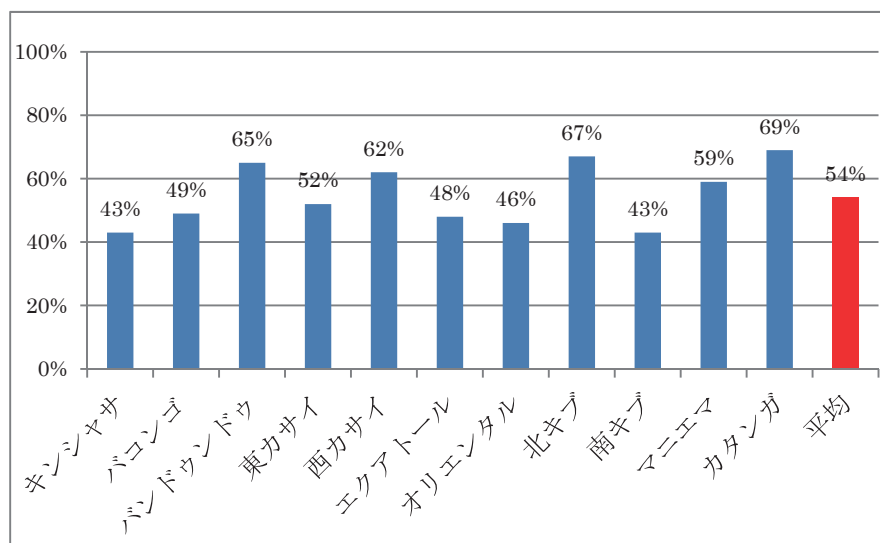


図2-3 中級保健人材養成校全国統一卒業試験のフローチャート



出典：保健省（2011年）

図2-4 州別中級保健人材養成校全国統一卒業試験最終合格率

#### 2-2-5 保健人材情報データベース

コンゴ民では、紛争後の脆弱な国家体制においてさまざまな統計的データが欠如・不足している。保健医療分野も例外ではなく、保健省では全国に存在する保健人材の数さえ正確に把握できていないといった根本的問題が存在する。保健省は保健セクター改革に必要な情報を集める目的で2009年にGAVIの資金援助により、中央及び全国11州における、人材、施設、機材、財務状況、サービス提供状況、保健情報管理、及びマネジメント状況等についての保健セクター基礎調査（Etat des Lieux）を実施した。保健人材に関しては、保健医療施設ごとに、各保

健人材の職種、氏名、年齢、資格のレベル（A1、A2 など）を網羅したデータベースとして「保健人材リスト（List Déclarative）」が作成された。2009 年の全国調査に加え、2010 年の補完調査により収集されたデータに対して、フェーズ 1 では治安上、活動ができない 2 州（北キブ州・南キブ州）を除いて、2009 年保健人材年鑑に登録されている保健人材数の約 25% に相当する<sup>19</sup> 保健人材のデータクリーニング（実際にリストの人材が存在するかの確認）が実施された。

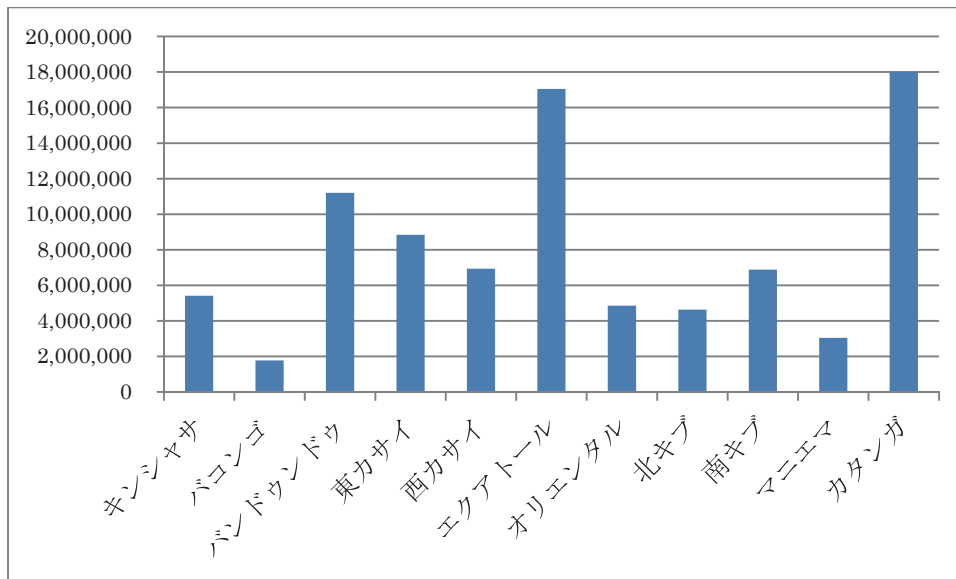
この保健人材リストを取りまとめ、必要な保健人材育成数などの分析結果を加えたものが保健人材年鑑（Annuaire des Ressources Humaines de la Santé）である。保健人材年鑑に関連するものとして、保健省第 5 局（D5）の国家保健情報システム部が作成する国家保健年鑑（Annuaire des données sanitaires）がある。国家保健年鑑は、保健に関する 12 の要素（PHC、疫学情報、保健プログラム、労働・衛生・環境、薬剤、財政、人材を含むアドミニストレーション、教育、施設、地域保健、伝統医学、保健指標）を総合的にまとめた年鑑であり、人材情報も含むことになっている。したがって、保健人材年鑑は D1 が中心となり作成されるが、最終的には包括的なデータベースである国家保健年鑑に統合される必要があるといえる。これらの情報を関係者が共有するプラットフォームとしてのオブザベーターが整備されており、今後フェーズ 2 においてその機能化が計画されている。

### 2-3 保健医療分野の援助動向

保健分野では WHO、UNFPA、UNICEF、世界銀行、EU といった国際機関及びベルギー、カナダ、米国、英国、日本などの二国間協力機関が存在し、これらの機関とコンゴ民保健省で保健分野支援パートナー会議（Groupe Inter Bailleurs Santé : GIBS）が設置され、月例の定期会合を開催し、情報交換や調整作業をしている。

保健省第 7 局（D7：計画・企画担当）により、2012 年の保健分野におけるドナーから支援金にかかわる調査が実施された。その結果、ドナーからの同年の支援総額は 6 億 7,400 万 USD であり、そのうち中央の保健省への資金は 5,900 万 USD であり、その他の大部分が地方の保健ゾーンへの支援活動資金であることが確認された。図 2-5 に州ごとのドナーからの資金を示すが、カタンガ州が 1,800 万 USD と最も多く、一方でバコンゴ州が 180 万 USD とドナーの資金には両州で約 10 倍の差がある。

<sup>19</sup> データクリーニングが完了した人材の内訳は、保健省、キンシャサ州すべて及び北キブ州・南キブ州以外の 8 州の州都に勤務する人材となっている。



出典：保健省 D7 ドナー資金調査結果（2012 年）

図 2-5 保健分野における州別のドナーからの資金

#### (1) 世界保健機関 (WHO)

WHO のコンゴ民における 2008-2013 年の 4 つの重点課題として、①保健分野の関連機関の管理、保健ゾーンの開発、②疾病対策の強化、③母子、新生児、子供の健康の促進、④人道支援、緊急支援環境の支援を挙げている<sup>20</sup>。

#### (2) 世界銀行 (World Bank)

2006 年 4 月から 2014 年 6 月まで「保健セクター復興支援プロジェクト (Health Sector Rehabilitation Support Project : HSRSP)」を実施する計画であり、①対象保健ゾーンでの基礎保健サービスの利用及びアクセスの向上、②マラリア対策の促進、③サーベイランス及び保健システムマネジメントの強化を行っている。

#### (3) 国連児童基金 (UNICEF)

UNICEF は保健システムの再活性化、予防接種、栄養、マラリア予防を重点分野としている。コミュニティにおいては、予防接種の推進、妊産婦及び 5 歳未満児に対する殺虫剤処理済蚊帳の配布、母親に対する栄養指導、微量栄養素の供給、保健センターに対する必須医薬品などの供与、職員などへの研修、HIV 母子感染予防などへの支援を行っている<sup>21</sup>。

#### (4) 世界エイズ・結核・マラリア対策基金 (世界基金)

世界基金のコンゴ民における支援は HIV/エイズ、結核、マラリア、保健システム強化となっている。保健システムの強化に関しては、全体予算の 7% (6,300 万 USD) が配分されており、選定された州における保健情報システムへの支援及び質の高い医療サービスの提供

<sup>20</sup> Strategie de Coopération de l'OMS avec les Pays 2008 – 2013

<sup>21</sup> UNICEF ホームページ <http://www.unicef.org/appeals/drc.html>

に向けた支援を実施している<sup>22</sup>。

#### (5) 国連人口基金 (UNFPA)

UNFPA は、2008 年から国際助産師協会 (ICM) と共に助産師教育に関する戦略づくりを行っている。コンゴ民では、2010 年から A1 助産師教育に関する戦略づくりを開始し、2011 年に A1 助産師 (Accoucheuse) の能力基準 (Référentiel de compétence, évaluation, formation) などを作成した。2013 年には保健省の要請により、A1、A2 助産師 (Accoucheuse) に代わる資格として、大学入学資格 (バカロレア) 取得者以上に対し 3 年間で養成する産婆 (Sage-fame) にかかわる能力基準、カリキュラムなどを作成し、(2013 年 9 月現在) 承認を待っている状況である。承認後は 3 カ所の ISTM (キンシャサ、ルブンバシ、ブカブ) において策定した産婆用のカリキュラムを用いた保健人材養成を開始すると同時に、これらの養成校に対する機材供与が計画されている。

#### (6) 欧州連合 (EU)

PNDS 支援プロジェクトを 2014 年まで実施する計画であり、次期の支援は 2015 年から 2020 年としている。現行プロジェクトの予算規模は約 500 万ユーロであり、西カサイ、東カサイ、北キブ、東部州の 21 保健ゾーンを対象としている。

#### (7) 英国国際開発省 (DFID)

DFID は米国 NGO である IMA を通して、プライマリヘルスケアプロジェクト (Accès aux Soins de Santé Primaires : ASSP) を 2013 年 4 月より 5 年間で予算は 1 億 8,000 万ポンドで実施する。既存の保健ストラクチャ強化をめざしたものであり、保健人材のデータベース整備とそれを用いた人材マネジメント、基礎教育、継続教育への支援を実施する。データベースを用いた養成校での成績、資格、保健医療施設への配置状況などの管理も計画されている。対象は保健省と 4 州 (西カサイ州、マニエマ州、オリエンタル州、エクアートル州) の 59 保健ゾーンである。保健人材データベースには、保健省と対象州の保健ゾーンに保健人材情報管理ソフト「iHRIS」の導入が検討されている。

## 2-4 保健人材開発管理に係る現状と課題

### (1) 保健人材開発全体の考え方

保健省は、本プロジェクトの先行案件 (フェーズ 1) 開始前の 2010 年 7 月の時点で既に、第 1 局 (総務・人事担当局) を中心として国家保健人材開発計画 (PNDRHS) の策定を進めており、フェーズ 1 開始後の 2011 年に同計画 (2011-2015) は承認された。フェーズ 1 の実施期間中は、同計画に基づく活動の実施が主体的に進められてきた。また、保健省の人材開発関連部局 (D1、D6、D11) の年間活動計画が作成されたことも大きな成果であった。

フェーズ 2 は、フェーズ 1 での成果を踏まえ、州保健人材開発計画 (PPDRHS) の策定、PNDRHS の更新 (2016-)、人材開発計画の具体的な内容である定着・養成 (基礎教育)・キャリア管理・継続教育の計画強化をめざすものである。PPDRHS に関しては、PNDRHS の終了

<sup>22</sup> 世界基金ホームページ <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Grant/List/COD>



である 2015 年中に 11 州 (2011 年作成時の州数) において、テキスト中心のものを完成させる。バコンゴ州においては、新しい PNDRHS (2016-) に基づき、より改善された PPDRHS を策定。新しい PNDRHS (2016-) に基づき、各州の PPDRHS を改訂及びフォローアップをめざす。

## (2) 定着計画の強化

保健省第 1 局 (D1) (総務・人事担当局、Ngumbu 局長) が人材の定着及びキャリア管理を担当している。フェーズ 2 での具体的活動としては、人事管理規定文書のドラフト作成、継続教育規定文書の策定と承認が予定されている。

## (3) 養成 (基礎教育強化)

保健省第 6 局 (D6) (初期教育担当局、Komba 局長) が担当している。フェーズ 1 で作成した中級助産師に関するコンピテンシー基準、中級助産師養成課程 1 年生及び 2 年生に関する教育規準及び評価基準 (1、2 年生) を踏まえ、フェーズ 2 では、中級助産師養成課程 3 年生及び 4 年生に関する教育規準及び評価基準の作成を予定している。また、フェーズ 1 においても支援を行った中級人材養成校全国統一卒業試験の実施・定着促進も行う。

## (4) キャリア管理

保健省第 1 局 (D1) (総務・人事担当局、Ngumbu 局長) が担当している。フェーズ 1 では、保健人材情報システムの構築をめざし、全国 11 州医務局のデータマネジャーを研修し、キンシャサ州においては、すべての人材の写真入りの人材情報を収集し、データクリーニングを終えた。他の 10 州に関しては各州都を中心に人材の 25% に係る情報収集及びデータクリーニングを完了している。また、アフリカでは 6 カ国目にあたる保健人材オブザベトリーが保健省内に設置された。

フェーズ 2 では、ファクトに基づく人材開発計画の基盤となる保健人材データベースの収集をめざす。具体的には、まずプロジェクト期間の前半に、バコンゴ州の全保健人材を対象としたデータベースの完成を支援する。その経験及び実施状況を踏まえたうえで、プロジェクト期間の後半に西カサイ州及びカタンガ州でのデータベース作成を支援することが想定される。また、可能であればこれらの人材データベースを基盤とした人材定着計画の策定を支援する。また、保健人材オブザベトリーがすべての人材カテゴリを含めたプラットフォームとして機能するよう支援する予定である。

## (5) 継続教育

1) 担当は保健省第 11 局 (D11) (継続教育担当局、Body 局長)。

2) フェーズ 2 では、継続教育評価ツールの策定及び使用状況の評価し、継続教育規定文書の策定と承認予定。

## (6) 全体の協力体制

1) 紛争後という協力体制の困難ななか、単にサービス提供という分野ではなく、将来に向けて保健システムの核となる人材育成計画という分野への協力を行っているわけであるが、コンゴ民政府側の支持、対応もあり、成果を得られており、今後もこの分野の協力は



重要である。

- 2) 2010年の開始当時より、現地側の主体性は強く、意識も高い。しかしながら、アフリカにおける他ドナーの協力の方法（職員の給料の補填、保健省の業務のランニング費用の負担等）が普通であると考えているカウンターパートにとっては、日本が取っている技術協力の方法（持続性を求めて、通常業務に関しては、プロジェクトにその対価を求めない）は、理解しがたい（出張の日当、ワークショップ参加の手当等が少ない）面もあるようである。フェーズ2では、少しでも自立性を育む協力の実施が必要である。
- 3) 保健省の各局の縦割りの体制はやはり強く、共通の課題と一緒に取り組むような活動も必要かと思われる。
- 4) 日本の技術協力の継続は強く望んでいる。

## 2-5 プロジェクト基本計画・案件概要・実施体制

### 2-5-1 協力概要

#### (1) 事業目的（協力プログラムにおける位置づけを含む）

本事業は、保健省人材関連局による次期 PNDRHS（2016-）の策定・承認に関する活動や PNDRHS の実施に必要な各種規定の整備を支援すると同時に、対象州の州保健医務局による PPDRHS の策定を支援することで、PNDRHS が効果的・持続的に策定・実施されるための基盤強化を図り、もって対象州における適正かつニーズに即した保健人材の養成・定着・キャリア管理・継続教育の促進、その成果の他州への普及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

対象地域：

キンシャサ特別州（人口約 970 万人）

バコンゴ州（人口約 270 万人）

西カサイ州（人口約 600 万人）

カタンガ州（人口約 930 万人）

#### (3) 本事業の受益者／ターゲットグループ

保健省：保健人材関連局（人材技術委員会を含む）

対象州：州保健医務局人材担当課

#### (4) 事業スケジュール（協力期間）

2014年1月～2017年12月を予定（計48カ月）

#### (5) 総事業費（日本側）

約4億5,000万円

## (6) 相手国側実施機関

保健省：人材関連局〔総務・人事担当局（D1）、初期教育担当局（D6）、継続教育担当局（D11）〕

対象州の州保健医務局：人材担当課（総務・人事担当課、初期教育担当課、継続教育担当課）<sup>23</sup>

## (7) 投入（インプット）

### 1) 日本側

- ① 長期専門家：チーフアドバイザー、保健人材開発支援、業務調整（計 144MM）
- ② 短期専門家：保健人材養成、保健人材情報（計 16MM）
- ③ 本邦及び第三国研修（セネガルとの三国間協力含む）
- ④ プロジェクト目標達成に必要な現地活動に係る経費
- ⑤ プロジェクト活動に必要な事務機器、事務用品

### 2) コンゴ民側

- ⑥ カウンターパートの人材配置  
プロジェクトダイレクター（保健省次官）  
プロジェクトマネジャー（保健省 D1 局長）、等
- ⑦ 保健省及び州保健医務局におけるプロジェクトオフィスの整備
- ⑧ 経常経費の予算確保及び負担（プロジェクトオフィスの光熱費）

## 2-5-2 協力の枠組み

### (1) 協力概要

1) 上位目標：対象州における保健人材の養成・定着・キャリア管理・継続教育<sup>24</sup>が適正かつニーズに即して<sup>25</sup>促進されるとともに、その成果が他州へ普及する<sup>26</sup>。

指標 1 対象州において配置基準に則して人材配置がなされる医療施設が xx% から yy% となる。

指標 2 対象州において保健人材年鑑が毎年更新される。

指標 3 州保健人材開発計画 PPDRHS にかかる活動予算が xx% から yy% に増加する。

<sup>23</sup> 保健省人材関連局の業務内容はすべて国家保健人材開発計画（PNDRHS）に掲げられる戦略軸及び活動計画に直結するものである。また、保健省の人材関連各局と州保健医務局の人材関連各課の業務内容はそれぞれ対応関係にあり、相互に指導・報告する体制となっている。

<sup>24</sup> 「養成・定着・キャリア管理・継続教育」という 4 つの要素は、PNDRHS に記載される 4 つの大項目を成す要素であり、質の高い保健人材が養成校で養成され、卒業後に配置される現場から離職せずに所定の期間在職（定着）し、その後の異動から退職までを含むキャリア管理が適切になされるとともに、現任期間中の継続教育によって求められる職能を身に付けることができる、という保健人材を包括的・体系的に開発・管理するために不可欠な要素である。

<sup>25</sup> 指標 1 に掲げられる配置基準には、医療施設に必要な職種ごとの保健人材数が定められる一方、指標 2 に掲げられる保健人材年鑑から各医療施設に在籍する個々の保健人材の職能や適性を総合的に確認することができるため、指標 1 及び 2 をもって上位目標の達成度を測ることが可能である。

<sup>26</sup> 指標 3 に掲げられる PPDRHS 実施のための活動予算の増加は、各州で PPDRHS が実施される条件を形成することから、当該指標をもって上位目標の達成度を測ることが可能である。

2) プロジェクト目標：国家保健人材開発計画 PNDRHS の策定及び実施を効果的・持続的に行うために必要な基盤が保健省及び対象州において強化される。

指標 1 中央及び対象州におけるオブザベーター<sup>27</sup>が年 1 回以上更新される。

指標 2 対象州において中級保健人材養成校全国統一卒業試験 (Jury National) の合格率が xx% から yy% に向上する。

指標 3 対象州において継続教育にかかるドナー合同計画が策定される。

### 3) 成果及び活動

成果 1：国家保健人材開発計画 PNDRHS (2011-2015) の評価結果に基づき、国家保健人材開発計画 PNDRHS (2016-) が策定・承認される。

指標 1-1 国家保健人材開発計画 PNDRHS (2011-2015) の評価報告書が作成される。

指標 1-2 オブザベーターの機能強化に関する省庁間会議が年 x 回開催される。

指標 1-3 国家保健人材開発計画 PNDRHS (2016-) に上級・中級保健人材養成にかかわる共通ビジョンが記載される。

指標 1-4 州保健人材開発計画 PPDRHS を策定した州が xx% から yy% になる。

指標 1-5 国家保健人材開発計画 PNDRHS (2016-) が承認される。

活動 ①保健人材オブザベーターの機能化、②保健人材養成にかかる共通ビジョン策定、③州保健人材開発計画の策定支援、④現行国家保健人材開発計画の評価、⑤次期国家保健人材開発計画策定・承認、等

成果 2：国家保健人材開発計画 PNDRHS を実施するための各種規定が整備される。

指標 2-1 中級保健人材 (助産師) の教育基準が作成される。

指標 2-2 継続教育にかかる規定文書が承認される。

指標 2-3 中級保健人材養成校全国統一卒業試験 Jury National の評価報告が作成される。

活動 ①中級保健人材 (助産師) の教育基準策定・承認、②継続教育の規定文書策定、承認、③人事管理の規定文書策定・承認、④中級保健人材養成校全国統一卒業試験の実施・評価、実施細則の改善、等

成果 3：対象州において中央の関与のもと、国家保健人材開発計画 PNDRHS に則し、且つ事実に基づいた州保健人材開発計画 PPDRHS が策定され実施が開始される。

指標 3-1 州保健人材開発計画 PPDRHS の策定ロードマップが作成される。

指標 3-2 対象州における保健人材データのカバー率が xx% から yy% になる (分母は 2009 年保健人材年鑑)。

指標 3-3 中央による支援のもとで州保健人材開発計画 PPDRHS が策定され、承認される。

指標 3-4 州保健人材開発計画 PPDRHS の実施状況に関する指導・監督報告書が作成される。

<sup>27</sup> WHO 保健人材局が各国での設立を推奨している「保健人材問題の解決に向けた活動推進とモニタリングを行うための組織」の呼称。主な機能は、保健人材に関する調査・計画立案、情報管理メカニズムの設置、周辺国との情報共有促進等に関するプラットフォームとしての機能であり、これらの活動に関する情報の定期的更新が期待される。

活動 ①対象州（バコンゴ州）における保健人材データベース構築、②州保健人材開発計画 PPDRHS (2016-)の更新、③州保健人材開発計画 PPDRHS の実施状況の指導・監督

### 2-5-3 本プロジェクトの実施体制

- ・それぞれの指標の基準値・目標値については、プロジェクト開始後のベースライン調査後に設定する。
- ・対象州の候補であるバコンゴ州・西カサイ州・カタンガ州は、広大な国土を抱えるコンゴ民の多様な地域性を配慮し、西部、中部、東部からそれぞれ選定した。また、日本人専門家によるアクセス等にも配慮した。ただし対象州の最終的な確定に先立ち、プロジェクト開始までに州保健医務局の意向、受け入れ能力、他ドナーとの重複等に関して、対象州とすることの妥当性を再度確認する必要がある。
- ・地方分権化の過程において、現存の11州を26州に分割する計画についての議論がなされている。対象州が分割された場合の対象州の定義については、別途協議を経て確定する。
- ・限られた予算・人員のなかで最大の成果を上げるため、現地リソースの活用、出張・ワークショップの効率化等、効率的な事業運営に努めることが求められる。

## 2-6 プロジェクトの5項目評価

### 2-6-1 妥当性

本プロジェクトは、以下の理由から妥当性が高いと判断できる。

<コンゴ民政府の政策との整合性>

(1) 2035年までの長期展望を示す「Vision 2035」、大統領5大優先分野、ミレニアム開発目標(MDGs)に沿って策定された「第2次貧困削減・開発戦略書(DSCRPII)(2011-2015年)」において、保健セクターは4つの戦略の柱の1つとされている。保健セクターでは「第2次保健システム強化戦略(SRSS)(2011-2015年)」及びその実施計画である「国家保健開発計画(PNDS)」の下、プライマリヘルスケアの提供を行う実施単位である保健ゾーンの開発に重点を置いている。さらにSRSSにおいては地方分権化にかんがみ中央、州、各県レベルの人材管理に関する役割の明確化が示されており、州レベルでの保健人材開発にかかわる支援を含む本プロジェクトの目標との整合性が高い。

(2) さらにPNDSにおいて、保健人材開発を進める「国家保健人材開発計画(PNDRHS)」の策定が急務である旨記載されたことを受けて、本プロジェクトのフェーズ1である「保健人材開発支援プロジェクトPADRHS」の支援の下、PNDRHS(2011-2015年)の策定、人材開発に係る能力の強化、教育の質の向上、待遇の改善による定着促進などの取り組みが行われた。本プロジェクトにおいては、これらフェーズ1での基盤を用いてPNDRHSの州レベルでの計画となる「州保健人材計画(PPDRHS)」の策定支援を行うことにより、保健省及び州における効果的、継続的な計画策定能力を強化することを目標としていることから、その支援内容は、同国における保健人材開発計画と一致する。

#### <日本国政府の政策との整合性>

- (1) 外務省、対コンゴ民主共和国事業展開計画における基本方針（大目標）「国家再建に向けた平和の定着と基礎的な経済社会発展への支援」での重点分野（中目標）として、①平和の定着、②社会サービスへのアクセス改善、③環境保全、④経済開発の4分野があり、そのなかで本プロジェクトは②社会サービスへのアクセス改善に位置づけられており、わが国の援助方針と整合する。
- (2) 2013年の第5回アフリカ開発会議（TICAD V）においては、MDGs達成に向け、基礎的保健サービスを利用するための妨げとなっている格差の解消の手段として、必要な時に必要な保健サービスを手頃な価格で受けられるといったユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の実現が行動計画に記載された。本事業は保健人材の育成・配置を通じた保健サービスの格差の解消を促進するものであり、同行動計画に貢献することが想定される。
- (3) 本プロジェクトのフェーズ1は2010年11月から2013年10月まで、保健省の人材関連局をカウンターパートとしてPNDRHS（2011-2015）の策定・承認を技術的に支援してきた。さらに、このPNDRHS実施のためのカウンターパートの能力強化、人材届出リストの更新を通じた保健人材情報システムの構築、中級（A2）助産師の資格・養成・評価に関する基準案の策定、現任教育の現状把握及び州レベルでのニーズ調査などを支援し成果を上げている。一方、保健省レベルで達成された上記の成果が、住民に対する保健サービスデリバリーの最前線である保健ゾーン（1次レベル）にまで浸透するためには、本プロジェクトで計画されている各州政府がPNDRHSに依拠しつつ州保健人材開発計画であるPPDRHSを策定し実施するための支援が必要である。よって、本プロジェクトは今までのコンゴ民に対する支援の延長線上にあり、わが国の援助政策との整合性も高い。

#### <プロジェクトのニーズ>

- (1) コンゴ民では1960年独立以来の国内・国際紛争の影響により貧困率が高く、現在においても1人当たり国民総所得（GNI）は190 USD（2011年）と、サブサハラアフリカ地域の平均1,270USD（2011年）に比して格段に低い水準であり、人間開発指数も187カ国中最下位となっている（UNDP、人間開発報告2013年）。また、保健に関する指標も出生時平均余命は48.7歳（2012年）と低く、妊産婦死亡率は550（出生10万対、2007年）、5歳未満児死亡率は168（出生1,000対、2011年）と、MDGsの目標達成（妊産婦死亡率：出生10万対332、5歳未満児死亡率：出生1,000対60）は難しい状況となっており、保健開発ニーズは極めて高いといえる。
- (2) 人口1,000人当たりの医療従事者数が全国平均看護師0.82人と、WHO基準（2.3人）を大幅に下回っている。一方で上級助産師の多くは首都あるいは州都にとどまる傾向にあり、保健センター・保健ポストに在籍するものはほぼ皆無であることが指摘されている。また、同国における保健人材開発に係る問題として、①人材採用の窓口が一本化されていない、②中長期的な人材採用計画がない、③求職者と求められるスキルのミスマッチ、④定年が徹底していないことによる人材の高齢化、⑤政治的な理由により困難な合理化、⑤



保健人材に占める事務職の過多などが指摘されている。

## 2-6-2 有効性

本プロジェクトは、以下の理由から効率的な実施が見込まれる。

- (1) 本事業は、プロジェクト目標である PNDRHS の効果的・持続的策定及び実施のための基盤強化を行うことをめざしている。成果 1 には現行の PNDRHS (2011-2015) の評価、その評価結果に基づいた次期 PNDRHS (2016-) の策定、承認が計画されている。成果 2 には現行 PNDRHS の活動でもある中級人材の教育基準、継続教育、人事管理、中級保健人材養成校全国統一卒業試験を効果的・継続的に実施するための支援として、これらの活動にかかわる規定の策定、承認が計画される。成果 3 は対象州であるバコンゴ州、西カサイ州、カタンガ州の州保健医務局に対して、中央での PNDRHS に沿った州保健人材開発計画 (PPDRHS) の策定を支援し、実施を開始させることが計画されている。このように中央の保健省と州保健医務局への能力強化を組み合わせることにより、協力期間内にプロジェクト目標が達成される見込みは高いと想定される。
- (2) プロジェクト目標の主要な指標として、①「中央および対象州におけるオブザベトリーの年 1 回以上の更新」、②「対象州における中級保健人材の中級保健人材養成校全国統一卒業試験の合格率の向上」、③「対象州における継続教育にかかるドナー合同計画の策定」が設定された。保健人材データベースのプラットフォームとなるオブザベトリーの定期的な更新は PNDRHS を定期的に策定、実施するために不可欠であり、年 1 回の更新を指標とした。②の中級保健人材養成校全国統一試験結果は、プロジェクトにより中級保健人材の教育基準が策定され、同時に試験結果の分析、試験実施細則の改善により達成が見込まれる指標である。③継続教育にかかるドナー合同計画の策定に関しては、プロジェクトで策定される継続教育の規定文書を実際に適応することにより、州レベルでそれぞれ独自に継続教育を行っていたドナー間を取りまとめ、効率的な継続教育の実施に向けた合同計画が策定されることを判断基準としている。これらの指標はどれも容易に入手でき、プロジェクト目標の達成を測るうえで適切な指標となっている。

## 2-6-3 効率性

本プロジェクトは、以下の理由から効率的な実施が見込まれる。

### <成果の内容>

- (1) 成果を達成するための活動には、フェーズ 1 から実施されている活動が多く含まれる。フェーズ 1 においては、中級保健人材養成校全国統一卒業試験の運営・モニタリング、保健人材開発のオブザベトリーの運用、中級助産師課程 1 年目、2 年目の教育基準及び評価基準案の作成が実施された。本プロジェクトにおいては中級保健人材養成校全国統一卒業試験の評価・改善、オブザベトリーの機能化、中級助産師の教育、評価基準 (3、4 年次) の策定に関して、フェーズ 1 の支援により構築された基礎を活用することにより、効率的な活動の実施をめざす。

- (2) カウンターパートには保健省の人材関連3局から、フェーズ1において経験を積んだ各局長・課長を中心とした人材を配置する計画であり、効率的な活動の実施が見込まれる。一方で、対象州の州保健医務局における人材関連課からのカウンターパートは新たに追加されることから、プロジェクトの実施に際して、適切なカウンターパートの選定、州レベルの関係者を含めた情報共有がプロジェクトの州への支援の効率性を左右すると想定される。
- (3) 協力期間の全工程を通じて、運営経費である州での研修費及び活動のモニタリング・監督に係る経費を日本側で全額負担することは望ましい状態ではない。効率的な事業運営にかんがみ、限られた予算・人員のなかで最大の成果を上げるため、現地リソースの活用、出張・ワークショップの効率化を行う必要がある。また、中級保健人材養成校全国統一卒業試験に係る費用は、本プロジェクト実施期間を通じて、日本側による支援額を計画的に逡減し、コンゴ民政府側の負担とすることが合意されている。
- (4) 特に財務面からは他ドナーの活動と組み合わせることで、効率的な実施が見込まれている。フェーズ1では、看護教育パートナーシップイニシアティブ (NEPI)、UNFPA のプロジェクトカウンターパートである高等教育省と保健省とのプロジェクト協議の場を活用して二省庁間連携のための関係深化の促進を図ったほか、GAVI や WHO の資金を用いたオブザベーター開設や各種ワークショップが実施された。本プロジェクトにおいても、異省間及び他ドナーとの連携を推進することにより効率性を確保することが可能となる。
- (5) 本プロジェクトは、コンゴ民の保健人材強化を包括的に支援する「プログラム・アプローチ」の一環としての実施であるため、他のスキーム（「保健政策アドバイザー」の派遣、「キンシャサ保健人材センター (IEMK) 整備計画（無償）」、「仏語圏西アフリカ保健人材管理研修」など）による資源や成果の有効活用が可能である。IEMK の開校に向けた動向は注視する必要があるが、これらの他のスキームとの連携を図ることによりプログラムとしての高い効率性が期待できる。
- (6) 成果にかかわる外部条件として、対象州における治安状況の悪化を挙げている。対象州への日本人専門家の渡航が困難となる場合、それらの州での活動は困難となる。現時点で対象州の候補としているバコンゴ州、西カサイ州、カタンガ州は比較的治安が安定しており、今後、治安が悪化する可能性は低いと想定されることから、成果にかかわる外部条件が満たされる可能性は高いと判断できる。

#### 2-6-4 インパクト

本プロジェクトの実施によるインパクトは、以下のように予測される。

##### <上位目標の達成>

- (1) プロジェクト終了後、上位目標である「対象州における保健人材の養成・定着・キャリア管理・継続教育の実施、その効果の他州への普及」を達成するために、対象州で



の PPDRHS の確実かつ継続的な実施が求められる。プロジェクト終了後の活動の実施は PPDRHS に基づいて策定される年次活動計画（PAO）に対して、保健省もしくはドナーからの予算の確保が重要となる。これらの保健省、パートナーからの予算確保のためにも、プロジェクト期間中に対象州において事業の成果を可視化することが重要となる。上位目標には PNDRHS に沿って、①「人材配置がなされている医療施設の割合」、②「保健人材年鑑の更新」、③「州保健人材開発計画にかかる活動予算の増加」といった指標が設定されているため、指標を確実にモニタリングすることにより、本プロジェクトによるインパクトを関係機関に明示し、プロジェクトの継続的な実施を促進することが可能となる。

- (2) 上位目標に至るための外部条件として、「中央保健省と州保健医務局の連携が維持される」が挙げられている。対象州における保健人材の養成・定着・キャリア管理・継続教育の実施、その効果の他州への普及が上位目標となっていることから、プロジェクト終了後、当該条件が満たされない限り、上位目標を達成することはできない。地方分権化推進の流れのなか、州保健医務局への権限委譲が今後、加速する能性があるが、中央の保健省が担う州保健医務局への監督・指導といった役割には変わりないと予想されるため、外部条件が満たされる可能性は高い。

#### <その他のインパクト>

- (1) プロジェクトの活動として策定、承認される各種規定が他の関連機関、ドナーにより活用されることが想定される。実際にフェーズ1においても、プロジェクトの支援の下に策定された中級助産師課程の教育基準及び評価基準が NEPI のプロジェクトにより活用されたこと、また、同基準を下敷きとして UNFPA の支援の下、上級（A1）助産師の基準案が高等教育省により策定されたことが報告されている。これは、各種規定の策定、承認ワークショップの機会などを活用して、他部局、他省庁、他ドナーなどの関係者を巻き込んだ結果、発現するインパクトであることがフェーズ1の経験から確認されている。
- (2) フェーズ2においては、保健人材データの共有の場としてのオブザベートリーの機能化が計画されている。全国でも公共機関に採用されている保健医療人材の48%のみが公務員省が発行する公務員番号を有しており、中央政府より給与が支払われている。プロジェクトにより保健人材データベースが整備されることで、公務員への給与体系が整備されると同時に、公務員省が推進する公務員の合理化、人員管理といった公務員改革に貢献することが期待される。
- (3) 正のインパクトとして、対象州以外の州への波及効果が想定される。他州においても PPDRHS 策定支援を実施することから、一定のプロジェクト成果の波及効果の発現が期待されるが、その実施に関しては、他の資金源の獲得を含め、州の自助努力によるものとなる。したがって本プロジェクトでは、対象州において普及可能なモデルを構築すると同時に、対象州での実施の経験を他州にマニュアルなどを用いて系統的に普及することにより波及効果を高める努力が必要となる。

- (4) 本プロジェクトによる保健人材システムづくりの経験・教訓は、世界各国での取り組みに貢献できるものである。特に保健人材オブザベトリーが整備されている途上国は限定されており、プロジェクトによるオブザベトリー機能化に関して、国外にも成果を国際会議、論文などでの発信することにより、他国のプロジェクトへの貢献も期待できる。

#### 2-6-5 持続性

本プロジェクトの持続性は、以下のとおり期待される。

##### <組織・制度面の持続性>

- (1) 保健省人材関連局3局〔総務・人事担当局(D1)、初期教育担当局(D6)、継続教育担当局(D11)]が協働していくための枠組みとして、フェーズ1により人材委員会の機能化が図られた。その結果、保健人材関連局3局に加え保健セクター全体の計画を担うD7によって構成されている同委員会が四半期ごとに定期開催されている。同委員会の定期開催により、保健人材関連局の情報共有・意思疎通がより円滑になり、人材開発に係る政策・計画が策定・実施・フィードバックされる体制が整備されることが期待される。
- (2) 組織については、保健省改革・再編の動きが数年前からみられるもののまだ実現の兆しはない。保健省への聞き取り調査によると、現在全省庁において省庁改革が実施されており、保健省においては現在のD11がD7<sup>28</sup>に統廃合される計画であり、カウンターパートである人材関連局に関しては、D11がD1の部に位置づけられ、D1、D6は現状のまま存続する計画となっている。よってこの3つの機能自身はなくなることはないことから、組織改編が行われても必要な機能を実施する組織は残る。
- (3) 本プロジェクトにおいては、対象州における州保健医務局との連携が需要となる。州保健医務局には中央の保健省の人材関連局D1、D6、D11に相当する各課であるB1、B6、B11が設置されており、それぞれの機能に応じた連携体制が構築されることが期待される。さらにフェーズ1により構築された州保健医務局に配置されたフォーカルポイントを活用することにより、より効果的な連携体制の構築が可能となる。
- (4) PNDRHSの実施をモニターするために、保健セクター国家運営委員会(CNP-SS)が存在する。また州レベルには保健セクター州運営委員会(CPP-SS)が設置されていることから、州レベルのPPDRHSの策定、実施の評価に関してはこれらの機関を効果的に活用することにより、プロジェクトの成果をフォローすることが望まれる。

##### <技術面の持続性>

- (1) フェーズ1ではプロジェクト形成過程において、カウンターパートによる問題分析ワークショップの結果をプロジェクトの枠組みであるPDMに反映したことにより、カウ

<sup>28</sup> 第1局：総務・人事・財務、2局：調査・計画、3局：ヘルスケア、4局：薬剤、5局：疾病対策、6局：家族・特定グループ、7局：基礎教育（出典：保健省 Cadre et Structures Organiques 2012年8月）

ターパートのオーナーシップが向上したことが指摘された。本プロジェクトでも同様にプロジェクト形成において、問題分析ワークショップの結果をPDMに反映した。一方で対象州におけるカウンターパートのオーナーシップに関しては、プロジェクト開始後、PPDRHS策定に係るワークショップなどを通して醸成することにより技術面の持続性を確保する必要がある。

- (2) 保健人材データベースに基づいたPPDRHSが各州で策定・実施するためのノウハウを体系的にまとめたPPDRHSの実施状況に関する指導・監督報告書を作成することが計画されている。同報告書により、対象州の経験が各州へ共有されることで標準化されたPPDRHS策定のための体制が中央、州レベルに整備されることが期待される。

#### <財務面での持続性>

- (1) MDGsやDSCRIPとの関係から、国家予算全体に対する保健予算は上昇傾向にある<sup>29</sup>。しかしPNDSの実施を含めて、保健省の脆弱な予算状況からもドナーからの資金を用いる必要性が高い。ドナーの資金獲得には普及モデルとして、高いコストパフォーマンスが求められるため、対象州での実施コストを最小化する努力及び、パフォーマンスに関して、事業のインパクトを効果指標に沿って継続的にモニタリングすることにより可視化することが求められる。

## 2-7 結 論

以上、5項目評価のそれぞれの結果から判断し、本プロジェクトの実施の意義は高いといえる。一方で中級保健人材養成校全国統一卒業試験の評価・改善、オブザベーターの機能化、中級助産師教育、評価基準の策定といったフェーズ1の成果を基盤とした協力内容が多く含まれているが、それと同時にPNDRHSの評価、それに基づく次期PNDRHSの策定、全州におけるPPDRHSの策定、対象3州における同計画の更新が計画されており、プロジェクト期間である4年の間での実施には非常に難易度の高い案件であるといえる。期間内でのプロジェクト目標の達成のためには事業の効率的実施のみならず、保健省カウンターパートのオーナーシップの醸成に留意することが求められる。

<sup>29</sup> 国家予算に占める保健予算の割合は2006年では8.3%であったのに対し、2010年は10.0%、2011年は10.8%と増加している。

### 第3章 団長総括

上述のように難易度の高い本案件において、所定の目標を達成するためには、カウンターパートとの目的意識の共有が不可欠であり、本調査団では、これを担保するために、保健省の人材関連部局（第1局：総務・人事担当、第6局：初期教育担当、第11局：継続教育担当）の参加の下、保健省次官アドバイザーの協力を得ながら、ワークショップ形式での問題分析を行ったうえで、これら部局との協議を重ねた。その結果、保健省との間で目的意識を一定の範囲で共有できた一方、その過程では、保健省側の計画立案能力や部局間調整能力の弱さをうかがわせるような発言等もみられた。今後も、保健省との間で、中長期的なビジョンを共有しながら現実的な計画に沿って着実に活動を展開していくことが不可欠であることについて、共通認識を醸成していくことが必要であり、そのためにはプロジェクト・レベルでの対話のみならず、保健省次官アドバイザーを軸としたプログラム・レベルでの対話を重ねていくことが肝要である。

なお、2016年以降の国家保健開発計画（PNDS）の対象期間を含め、本案件に関連する政策・計画のなかには、協力開始時点までに具体的な方向性が定まらないものもある。協力期間中、関連政策・計画の動向を随時把握しながら、これに応じて計画を見直していくことも必要と考える。

## 付 属 資 料

1. 調査日程表
2. 主要面談者リスト
3. コンゴ民主共和国保健省組織図
4. 詳細計画策定調査ミニッツ (M/M)
5. 合意文書 (R/D)
6. PDM (仏語、英語、日本語)
7. PO (仏語、英語、日本語)
8. カタンガ州保健人材開発計画草稿

# 1. 調査日程表

コンゴ民「保健人材開発支援プロジェクトフェーズ2」詳細計画策定調査団

	Month	Date	Day	団長	技術参与	協力企画	評価分析	通訳	
1	August	24	SAT				移動		
2		25	SUN				移動	移動	移動
3		26	MON				9:30 保健アドバイザー、技プロ専門家との打ち合わせ 10:45 事務所打ち合わせ 14:15 保健省人材関連局長(D1,D6,D11)への表敬訪問 15:00-18:00 問題分析ワークショップ		
4		27	TUE				11:00-15:00 問題分析ワークショップ 15:45-17:00 保健省人材関連局長(D1,D6,D11)との討議 (プロジェクト選択)		
5		28	WED				11:00-13:00 西カサイ州 B1(M. Gustave)へのインタビュー 13:30-15:00 保健省人材関連局長(D1,D6,D11)とのPDM 討議 16:00-18:00 団内協議・PDM案作成		
6		29	THU				9:30-10:30 D6へのインタビュー 11:15-12:45 D11へのインタビュー 14:15-16:30 第5回 IEM準備委員会		
7		30	FRI				8:30-10:00 D1へのインタビュー 10:00-16:00 Grands Axes 改訂ワークショップ		
8		31	SAT				MM案作成・資料整理		
9	September	1	SUN	移動	MM案作成・資料整理				
10		2	MON	9:15 団内協議、事務所表敬、PDM案修正 11:00-12:00 公務員省へのインタビュー 14:00-15:30 第6回 IEM準備委員会 16:00-18:00 団内協議、PDM案修正					
11		3	TUE	8:30-10:30 保健省大臣官房表敬 11:00-11:30 高等教育省表敬 14:00-16:00 IEMK視察 16:30-18:00 団内協議・ミニッツ案修正					
12		4	WED	9:45-16:00 保健省人材関連局(D1,D6,D11)とのMM協議 16:30-18:00 団内協議					
13		5	THU	8:30-10:00 D1へのMM協議経過報告 14:00-16:00 保健省人材関連局(D1,D6,D11)とのMM協議 16:30-18:00 団内協議					
14		6	FRI	8:30-10:00 D1とのMM協議 9:30-14:00 MM修正 14:30-15:30 保健省人材関連局(D1,D6,D11)とのMM案最終化					
15		7	SAT						
16		8	SUN						
17		9	MON	16:00-16:45事務所報告					
18		10	TUE	8:20-9:30 MM署名 10:00-11:00大使館報告 10:00-11:00 UNFPA (評価分析、通訳) 12:30-13:10 DFID/IMA (評価分析) 13:15-13:45 D7へのMM協議報告 14:00-14:50 EU 移動					
19		11	WED	↓					
20		12	THU	移動	移動				



## 2. 主要面談者リスト

### 主要面談者

#### コンゴ民側

##### (1) 保健省

Hon. Baitsura Musowa Schadrac

Ms. Lilian Tshal Kalong

Dr. Mukengeshayi Kopa

Mr. Ngumbu Mabanza Epiphane

Mr. Komba Djeko

Dr. Body Ilonga

Mr. Matoko yala Nicaise

Dr. Moucka Mulumba

Mr. Vangu Misamu

Mr. Gustave Kabutakapua Ilunga

##### (2) 高等教育省

Prof. Maurice Tingu Yaba

大臣官房長

大臣官房 母子保健担当技術顧問

次官代理／プライマリ・ヘルスケア局（第5局）局長

総務・人事局（第1局）局長

初期教育局（第6局）局長

継続教育局（第11局）局長

第1局 人材課 課長

第11局 継続教育計画課 課長

バコンゴ州保健医務局 B1 課長

西カサイ州保健医務局 B1 課長

大臣官房長官補佐

#### 日本側関係機関

##### (1) JICA 専門家

池田 憲昭

##### (2) JICA コンゴ民主共和国事務所

小畑 永彦

興津 圭一

武居 理恵

Dr. Raymond Mufwaya

##### (3) 大使館

富永 純正

コンゴ民保健省アドバイザー

JICA コンゴ民主共和国事務所 所長

JICA コンゴ民主共和国事務所 次長

JICA コンゴ民主共和国事務所 企画調査員

JICA コンゴ民主共和国事務所 在外専門調整員

特命全権大使

#### ドナー機関等

Ms. Nancy Bolan

Mano Ntayingi

Ms. Henriette Eké

Dr. Bart Callewaert

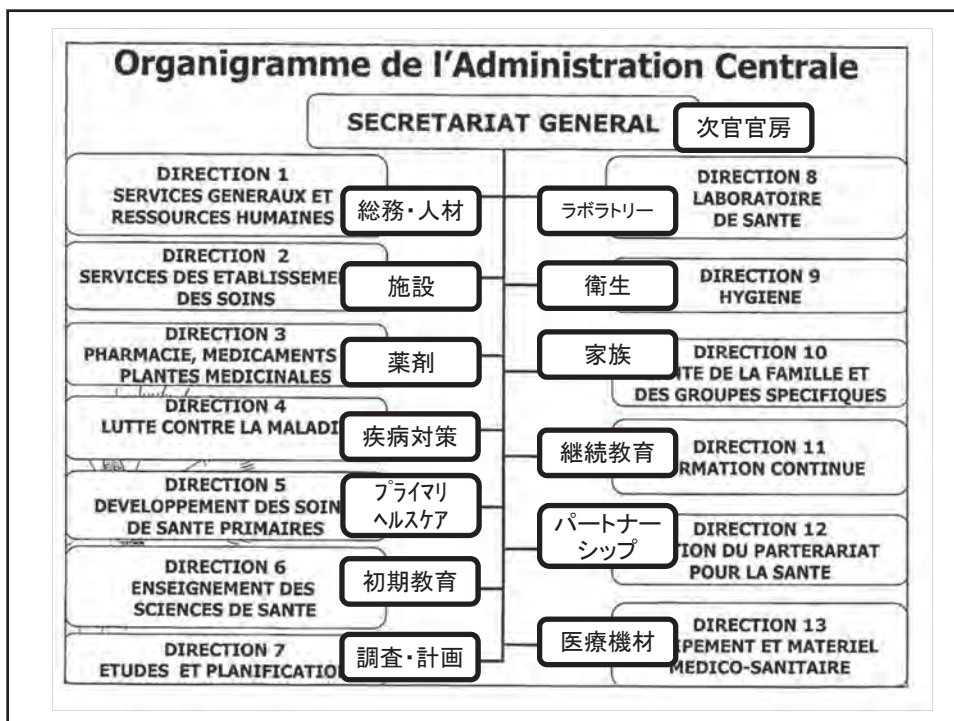
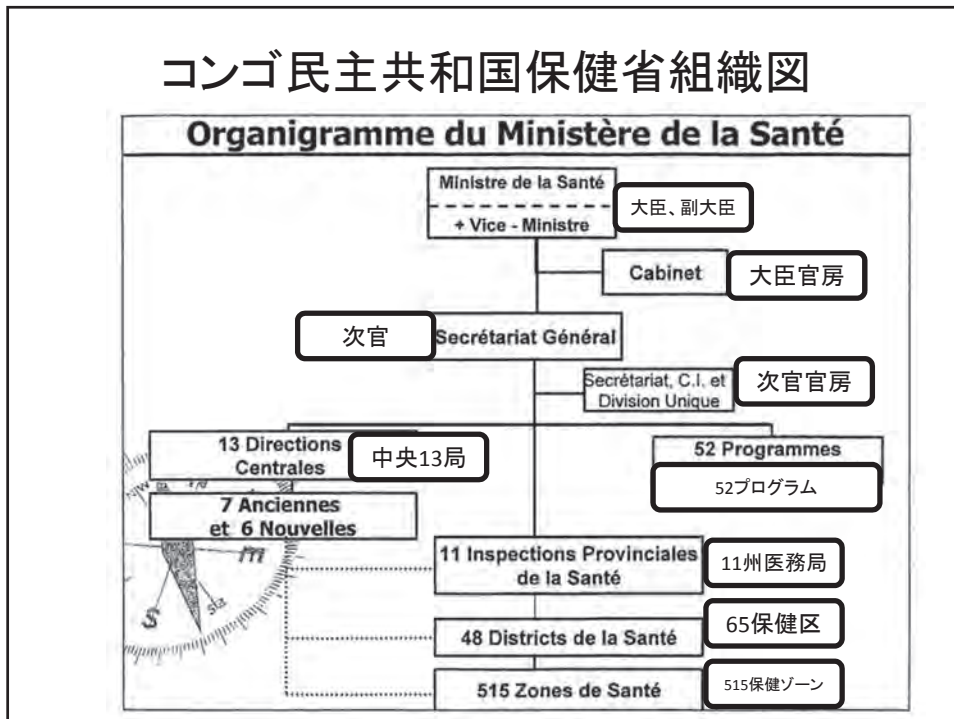
IMA World Health DRC 事務所副局長

同上 モニタリング評価プログラムマネージャー

UNFPA DRC 助産師担当官

EU 保健プログラムマネージャー

3. コンゴ民主共和国保健省組織図

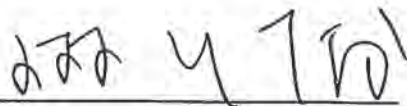


4. 詳細計画策定調査ミニッツ (M/M)

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

En répondant à la requête déposée par le Gouvernement de la République Démocratique du Congo (ci-après désignée la « RDC ») et adoptée par le Gouvernement du Japon, l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (ci-après désignée la « JICA ») a envoyé en RDC une Mission d'étude (ci-après désignée la « Mission ») conduite par M. Yosuke KOBAYASHI, Directeur de la 2<sup>ème</sup> Division de la Santé, Département du Développement Humain, pour la période du 25 août au 10 septembre 2013 dans le but d'élaborer le plan détaillé du projet de coopération technique intitulé « le Projet d'Appui au Développement des Ressources Humaines pour la Santé Phase II en RDC » (ci-après désigné le «Projet»).

Durant son séjour en RDC, la Mission a procédé à des échanges de vues et a eu une série de discussions avec les personnes responsables du Ministère de la Santé Publique (ci-après désigné le « MSP ») ainsi que d'autres personnes concernées. A la suite des discussions, la Mission et le MSP (ci-après désignés les « deux parties ») se sont convenus de faire un compte-rendu auprès des gouvernements respectifs selon les éléments mentionnés dans le document ci-joint.



M. Yosuke KOBAYASHI  
Chef de la Mission d'étude  
pour l'élaboration du plan détaillé  
Agence Japonaise de Coopération Internationale  
Japon

Fait à Kinshasa, le 10 septembre 2013

Dr. MUKENGESHAYI KUPA  
Secrétaire général, a.i.  
Ministère de la Santé Publique  
République Démocratique du Congo





## DOCUMENT JOINT

### 1. OBJECTIFS DE L'ETUDE DU PLAN DETAILLE

L'étude du plan détaillé a pour objet :

- 1) de confirmer le contexte et le contenu de la requête en s'appuyant sur les entretiens avec les parties prenantes congolaises et le résultat de l'analyse de problématiques effectuée par la partie congolaise (voir Annexe IV) ;
- 2) de collecter les informations nécessaires pour effectuer une évaluation ex-ante;
- 3) de discuter et élaborer le plan directeur et le plan d'opération du Projet avec le MSP ;
- 4) de confirmer les activités et le calendrier avant le lancement du Projet ; et
- 5) de signer le Compte Rendu des discussions afin de confirmer ce qui est convenu dans les discussions entre les deux parties.

### 2. CADRE ET CONTENU DU PROJET

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

- 2.1. Intitulé du Projet : « Projet d'Appui au Développement des Ressources Humaines pour la Santé Phase II »
- 2.2. Organisme de tutelle : le Ministère de la Santé Publique de la RDC
- 2.3. Organisme d'exécution : les Directions du MSP en charge du développement des ressources humaines en santé
- 2.4. Durée du Projet : du mois de janvier 2014 au mois de décembre 2017 (4 ans)
- 2.5. Bénéficiaires directs du Projet : les Directions du MSP, la Commission technique et les bureaux de l'IPS qui se chargent du développement des ressources humaines en santé
- 2.6. Objectif du Projet : Les bases nécessaires pour l'élaboration du PNDRHS et pour sa mise en oeuvre effectives et durables sont renforcées tant au niveau des Directions centrales qu'au niveau des provinces ciblées.
- 2.7. Objectif global, Résultats attendus, Intrants : voir le Cadre logique du Projet (Annexe I)

### 3. ORGANISATION DE LA MISE EN OEUVRE

- 3.1. Directeur du Projet : le Secrétaire Général du MSP, en sa qualité de Directeur du Projet, assumera toutes les responsabilités pour l'administration et la mise en œuvre du Projet.
- 3.2. Gestionnaire du Projet : le Directeur de la Direction des Services Généraux et des Ressources Humaines (D1) du MSP, en sa qualité de Gestionnaire du Projet, sera responsable de la gestion des aspects techniques du Projet.
- 3.3. Homologues du Projet : La Direction des Services Généraux et des Ressources Humaines (D1), la Direction de l'Enseignement des Sciences de Santé (D6), et la Direction de la Formation Continue (D11), et les IPS des provinces ciblées
- 3.4. Comité Conjoint de Coordination : le Comité conjoint de coordination (ci-après désigné « CCC »), composé des parties congolaises et japonaises, sera mis en place en tant que comité ad-hoc du Comité de Coordination Technique (CCT) en vue de l'exécution efficace du Projet.
- 3.4.1. Fonctions : le CCC sera convoqué une fois par an, en vue de remplir les fonctions suivantes :
- Formuler et approuver le plan annuel des activités du Projet
  - Examiner l'état d'avancement global et l'achèvement du Projet
  - Elaborer et approuver le rapport d'activité qui sera transmis au CCT
- 3.4.2. Composition :
- Partie congolaise :
    - Directeur de la Direction des Services Généraux et Ressources Humaines (D1)
    - Directeur de la Direction de l'Enseignement des Sciences de Santé (D6)
    - Directeur de la Direction de Formations Continue (D11)
    - Directeur adjoint de la Direction des Etudes et Planification (D7)
    - Chefs de division de la D1
    - Chefs de division de la D6
    - Chefs de division de la D11
    - MIP de l'IPS des provinces ciblées
    - Chefs du Bureau des Services Généraux et Ressources Humaines (B1)
  - Partie japonaise :
    - Experts japonais du Projet
    - Bureau représentant de la JICA en RDC
    - Ambassade du Japon (observateur)
  - Autres : Ceux que les deux parties considèrent comme pertinents de participer après la consultation mutuelle entre les deux parties



#### 4. POINTS ABORDES

##### 4.1. Provinces ciblées du Projet :

Compte tenu de la représentation équilibrée des différentes régions de la RDC ainsi que de la contrainte des coûts, les deux parties ont convenu de prendre les trois provinces suivantes comme provinces ciblées candidates : Bas-Congo, Kasai occidental, et Katanga. En vue d'assurer le bon déroulement du Projet dans ces trois provinces mentionnées, la partie congolaise a consenti d'expliquer les grandes lignes du Projet à toutes les parties prenantes provinciales (Ministre de la santé provincial, MIP), et d'assurer toutes les dispositions nécessaires telles que l'affectation des homologues ainsi que les procédures administratives. Au cas où les provinces ciblées seront divisées dans le cadre de la décentralisation, les deux parties reconsidéreront une nouvelle définition du contours des provinces ciblées à travers une concertation mutuelle.

##### 4.2. Modalité d'intervention dans les provinces ciblées :

Dans le souci d'assurer la mise en oeuvre des activités concernant le Résultat attendu 3 dans les trois provinces ciblées, les deux parties ont convenues d'étendre la portée géographique d'intervention de façon graduelle. Concrètement parlant, dans la première moitié de la durée du Projet, les deux parties se concentreront principalement sur la mise en oeuvre des activités dans la province de Bas-Congo, pour ensuite, sur la base des acquis et du progrès observés au Bas-Congo, développer les activités dans les deux autres provinces ciblées dans la seconde moitié de la durée du Projet.

##### 4.3. Elaboration des référentiels de filières de formation de base :

Vu l'état d'avancement de la préparation d'ouverture de l'Institut d'enseignement médical de Kinshasa comme Institut national pilote (IEMK / INPESS) au moment de la Mission d'étude, les deux parties ont convenu que le Projet appuie l'élaboration des référentiels de formation et d'évaluation des accoucheuses du niveau secondaire, parmi les cinq filières de formation de base qui seront ouvertes à l'IEMK / INPESS (accoucheuse, infirmier, technicien d'assainissement, assistant en pharmacie, technicien de laboratoire). En ce qui concerne l'appui à l'élaboration des référentiels des autres filières, les deux parties se sont mis d'accord pour se concerter, après la deuxième année du Projet, en tenant compte de différentes circonstances à savoir l'état d'organisation de l'IEMK / INPESS ainsi que la contrainte budgétaire.

##### 4.4. Tenue régulière de la Commission technique en charge des RHS :

Etant donné que la collaboration entre les Directions chargées des RHS et la Direction des études et de planification (D7) pilotant le processus de l'évaluation et de l'actualisation du PNDS s'avère indispensable dans le processus de l'évaluation du PNDRHS 2011-2015 et de l'élaboration du PNDRHS (2016-), il est souhaitable que la Commission RHS soit tenue



régulièrement pour que toutes ces Directions concernées puissent échanger des informations et des vues.

4.5. Collaboration entre les différents ministères :

Il est souhaitable d'approfondir la collaboration entre le MSP et le Ministère de l'Enseignement supérieur et universitaire et des Recherches scientifiques (MESURS) en charge de la production des RHS du niveau supérieur dans le cadre de l'évaluation du PNDRHS 2011-2015 et de l'élaboration du PNDRHS (2016-), d'autant plus que les Directions chargées des RHS sont conscientes de l'insuffisance de la description dans le PNDRHS 2011-2015 portant sur le développement des RHS telles que accoucheuses et infirmiers du niveau supérieur et du niveau secondaire. D'autre part, les deux parties ont convenu qu'il est indispensable de renforcer la collaboration non seulement entre le MSP et le MESURS, mais aussi entre le MSP et le Ministère de la Fonction publique ainsi que d'autres Ministères concernés, pour que l'Observatoire National des RHS remplisse pleinement sa fonction comme plateforme pour le développement des RHS.

4.6. Appui à la mise en œuvre du Jury National

Le Jury National étant une institution de haute importance pour assurer la qualité du personnel de la santé du niveau secondaire, sa mise en œuvre devrait être assurée d'une manière certaine et durable par le MSP sous sa propre responsabilité. En se basant sur un tel constat, les deux parties se sont accordées pour fixer les deux pré-conditions i) et ii) mentionnées ci-dessous pour que l'activité 2-5 du Cadre Logique « Mettre en œuvre le Jury National » soit lancée dans le cadre du Projet :

- i) L'élaboration avant le démarrage du Projet (janvier 2014) du Guide de la mise en œuvre du Jury National conformément aux recommandations formulées dans le rapport de mise en œuvre Jury National 2011-2012 ainsi que dans le rapport de l'évaluation finale de la 1<sup>ère</sup> phase du Projet conduite conjointement par les deux parties.
- ii) La réduction annuelle du montant financé par la partie japonaise de 10% par rapport à celui financé l'année précédente tout au long de la durée du Projet.

4.7. Révision du PDM

Les deux parties examineront une révision du PDM (IOV, Résultats Attendus, Activités et Intrants) si tel besoin est ressenti par les deux parties suivant l'état d'avancement des activités, la situation budgétaire du Projet ou l'état de mise en œuvre des pré-conditions définies au 4.6. ci-dessus.

4.8. Mise en œuvre efficiente

Les deux parties se sont accordées pour la mise en œuvre efficiente du Projet tout en cherchant à produire le maximum de résultats avec les ressources humaines et financières limitées. Pour ce faire, l'exploitation des ressources locales ainsi que l'organisation

efficace des missions ou des ateliers sont envisagées.

4.9. Mesures à prendre en vue du lancement du Projet

Les deux parties se sont accordées pour suivre avec diligence les démarches administratives nécessaires à savoir, l'approbation du Projet par les autorités japonaises et la signature du Procès-Verbal (PV) dont l'avant-projet est annexé (Annexe V) au présent document, en vue du démarrage du Projet prévu pour le mois de janvier 2014.

Annexes

- I Cadre logique / PDM (avant-projet)
- II Plan d'Opérations (avant-projet)
- III Organisation de la mise en oeuvre du Projet
- IV Produits de l'analyse des problématiques et des objectifs par la partie congolaise
- V Procès-Verbal (avant-projet)



Annexe 1

**PDM<sub>0.3</sub> (PROJET DE CADRE LOGIQUE Version 0.3)**

Intitulé : Projet d'appui au développement des ressources humaines pour la santé Phase 2

Durée : Du mois de janvier 2014 au mois de décembre 2017 (quatre ans)

Zone d'intervention : le MSP au niveau central ainsi que l'IPS des provinces ciblées (à savoir : Bas-Congo, Kasai occidental, et Katanga)

Bénéficiaires Directs : Directions centrales du MSP (la Commission technique y comprise) et Bureaux de l'IPS des provinces ciblées, qui se chargent du développement des RHS

Établi : le 06/09/2013

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Conditions Extérieures
<p><b>Objectif global</b></p> <p>La formation de base, la rétention, la gestion de carrière et la formation continue des RHS sont améliorés d'une manière adéquate et conforme au besoin dans les provinces ciblées, et ces acquis sont disséminés à d'autres provinces.</p>	<p>1. Le pourcentage des structures sanitaires où le personnel sanitaire est affecté conformément aux normes de répartition dans les provinces ciblées (xx%)</p> <p>2. L'annuaire des RHS est renouvelé tous les ans dans les provinces ciblées</p> <p>3. Le budget pour la mise en oeuvre du PPDRHS se multiplie (xx%)</p>	<p>1. Le rapport d'évaluation du PDRHS</p> <p>2. Le rapport d'évaluation du PDRHS</p> <p>3. Le rapport d'évaluation du PDRHS</p>	<p>La coordination entre le niveau central et le niveau intermédiaire du MSP est maintenue.</p>
<p><b>Objectif du Projet</b></p> <p>Les bases nécessaires pour l'élaboration du PDRHS et pour sa mise en oeuvre effectives et durables sont renforcées tant au niveau des Directions centrales qu'au niveau des provinces ciblées.</p>	<p>1. Les informations figurant sur l'ONRHS sont mises à jour au moins une fois par an.</p> <p>2. Le taux de réussite au Jury National est élevé de xx% dans les provinces ciblées.</p> <p>3. La programmation conjointe des activités de la formation continue est élaborée dans les provinces ciblées</p>	<p>1. Le rapport annuel d'activités du MSP au niveau central et provincial</p> <p>2. Les rapports d'évaluation du Jury National</p> <p>3. Le rapport de suivi du MSP et le rapport annuel d'activités du niveau provincial</p>	<p>La coordination entre le niveau central et le niveau intermédiaire du MSP est maintenue.</p>
<p><b>Résultats Attendus</b></p> <p>1. Le PDRHS (2016-) est élaboré et validé suivant le résultat de l'évaluation du PDRHS (2011-2015).</p> <p>2. Les textes légaux et normatifs nécessaires à la mise en oeuvre du PDRHS sont mis au point.</p> <p>3. Avec l'appui des Directions centrales concernées, le PPDRHS est élaboré sur la base des faits réels et conformément au PDRHS dans les provinces ciblées respectives, et sa mise en oeuvre est commencée.</p>	<p>1-1 Le rapport d'évaluation du PDRHS 2011-2015 est rédigé</p> <p>1-2 Le nombre par an de tenues de la réunion interministérielle sur le renforcement et la fonctionnalisation de l'ONRHS</p> <p>1-3 La vision nationale commune de la formation des RHS du niveau supérieur et du niveau secondaire figure dans le PDRHS (2016-)</p> <p>1-4 Le pourcentage des provinces ayant élaboré le PPDRHS (xx%)</p> <p>1-5 Le nouveau PDRHS est validé.</p> <p>2-1 Les référentiels de la formation pour les accoucheuses du niveau secondaire sont élaborés.</p> <p>2-2 Les textes légaux et normatifs régissant la formation continue sont validés.</p> <p>2-3 Les rapports d'évaluation sur le Jury National sont élaborés.</p> <p>3-1 Une feuille de route visant l'élaboration du PPDRHS est établie.</p> <p>3-2 Les bases de données couvrent xx% des RHS dans les provinces ciblées (par rapport aux nombres des RHS enregistrés sur l'annuaire 2014)</p>	<p>1-1. Le rapport annuel d'activités du MSP au niveau central et provincial</p> <p>1-2. Le rapport annuel d'activités, le compte-rendu des réunions</p> <p>1-3. Le PDRHS (2016-)</p> <p>1-4. Le rapport d'évaluation du PDRHS</p> <p>1-5. Le PDRHS (2016-)</p> <p>2-1. Les référentiels de la formation des accoucheuses du niveau secondaire</p> <p>2-2. Les textes légaux et normatifs régissant la formation continue</p> <p>2-3 Les rapports d'évaluation du Jury National</p> <p>3-1. Le rapport annuel d'activités du MSP, la feuille de route</p> <p>3-2. L'enregistrement des données sur les RHS mises à jour</p> <p>3-3. Les PPDRHS élaborés en cohésion avec le PDRHS</p>	<p>La coordination entre le niveau central et le niveau intermédiaire du MSP est maintenue.</p>

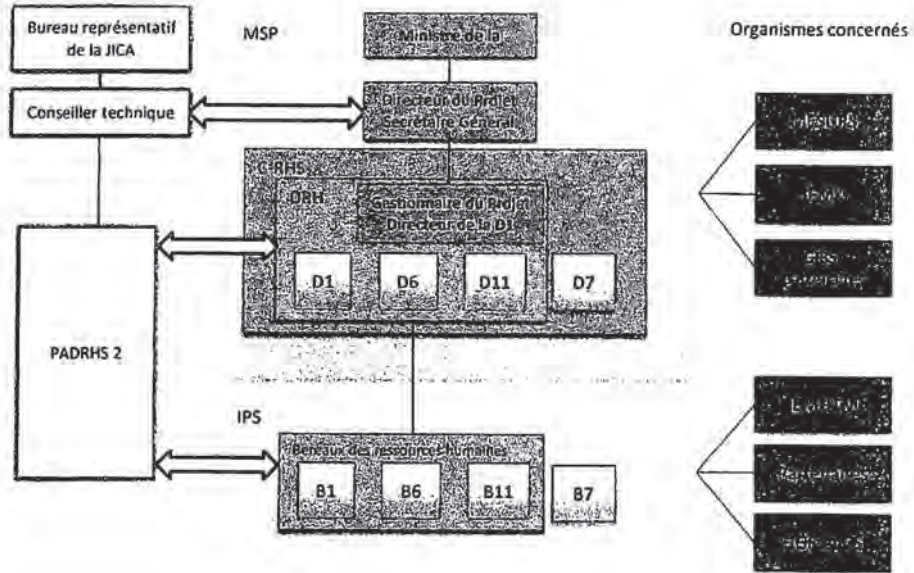
Annexe I

<p><b>Activités</b></p> <p>1-1 Faire fonctionner l'ONRHS en tant que plateforme pour le développement des RHS</p> <p>1-2 Elaborer la vision commune de la formation des RHS de tous les niveaux</p> <p>1-3 Appuyer l'élaboration du PDRHS (-2015) dans chaque province</p> <p>1-4 Evaluer le PDRHS (2011-2015)</p> <p>1-5 Elaborer le PDRHS (2016-) en appuyant sur les résultats de l'évaluation du PDRHS (2011-2015) et celle du PDRHS (-2015) élaboré à l'étape 1-3 ci-dessus.</p> <p>1-6 Valider le PDRHS (2016-)</p> <p>2-1 Etablir les référentiels (de formation et d'évaluation) pour les accoucheuses du niveau secondaire</p> <p>2-2 Valider les référentiels (de formation et d'évaluation) pour les accoucheuses du niveau secondaire</p> <p>2-3 Elaborer les textes légaux et normatifs portant sur la formation continue</p> <p>2-4 Valider les textes légaux et normatifs portant sur la formation continue</p> <p>2-5 Elaborer les textes légaux et normatifs portant sur la gestion de carrières</p> <p>2-6 Valider les textes légaux et normatifs portant sur la gestion de carrières</p> <p>2-7 Mettre en oeuvre le Jury National</p> <p>2-8 Evaluer le résultat du Jury National</p> <p>2-9 Evaluer le degré d'application du Guide du Jury National</p> <p>2-10 Améliorer le Guide du Jury National suivant le résultat de l'évaluation</p> <p>3-1 La province de Bas-Congo établit les bases de données des RHS.</p> <p>3-2 Les provinces ciblées actualisent le PDRHS (2016-) basé sur les faits réels, avec l'appui des Directions centrales du MSP.</p> <p>3-3 Les Directions centrales du MSP effectuent la supervision sur le progrès de la mise en oeuvre du PDRHS dans les provinces ciblées.</p>	<p>3-3 Le PDRHS est élaboré avec l'appui du niveau central</p> <p>3-4 Les rapports de supervision concernant le progrès de l'élaboration et de la mise en oeuvre du PDRHS sont rédigés.</p> <p><b>Intrants</b></p> <p>Partie Japonaise</p> <p>1. Les experts japonais</p> <p>1-1 Experts à long-terme : Conseiller en chef, Développement des RHS, Coordinateur</p> <p>1-2 Experts à court-terme : Formation des RHS, Information des RHS</p> <p>2. Formation des homologues</p> <p>2-1 Formation au Japon : deux ou trois personnes par an</p> <p>2-2 Formation dans les pays tiers (y compris la coopération tripartite avec le Sénégal)</p> <p>3. Frais pour la mise en oeuvre des activités nécessaires à l'accomplissement de l'objectif du Projet</p> <p>4. Fourniture des équipements nécessaires à la mise en oeuvre des activités du Projet</p>	<p>(2016-)</p> <p>3-4. Les rapports de supervision concernant le progrès de l'élaboration et de la mise en oeuvre du PDRHS</p> <p>Partie RDC</p> <p>1. Affectation des homologues</p> <p>1-1 Directeur du Projet</p> <p>1-2 Gestionnaire du Projet</p> <p>1-3 Homologues des experts japonais</p> <p>2. Bureaux et installations mis à la disposition du Projet au sein du MSP et de l'IPS dans les provinces ciblées</p> <p>3. Frais courant : eau et électricité du bureau du Projet, <del>internet</del></p>	<p>La situation politico-sociale ne se détériore pas dans les provinces ciblées</p>
<p><b>Conditions préalables</b></p>			



	2014												2015												2016												2017												Structures et directions responsables				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
<b>Résultats Attendus 1. Le nouveau PNDRIHS (2016-) est élaboré et validé suivant le résultat de l'évaluation du PNDRIHS (2011-2015).</b>																																																					
1-1 Faire fonctionner l'ONRHS en tant que plateforme pour le développement des RHIS	■												■												■												■																
1-2 Elaborer la vision commune nationale de la formation des RHIS du niveau supérieur et du niveau secondaire	■												■												■												■																
1-3 Appuyer l'élaboration du PPDRIHS (-2015) dans chaque province	■												■												■												■																
1-4 Evaluer le PNDRIHS (2011-2015)	■												■												■												■																
1-5 Elaborer le PNDRIHS (2016-) en appuyant sur les résultats de l'évaluation du PNDRIHS (2011-2015) et celle du PPDRIHS (-2015) élaboré à l'étape 1-3 ci-dessus.	■												■												■												■																
1-6 Valider le prochain PNDRIHS (2016-)	■												■												■												■																
<b>Résultats Attendus 2. Les textes légaux et normatifs nécessaires à la mise en œuvre du PNDRIHS sont mis au point.</b>																																																					
2-1 Etablir les référentiels (de formation et d'évaluation) pour les accoucheuses du niveau secondaire	■												■												■												■																
2-2 Valider les référentiels (de formation et d'évaluation) pour les accoucheuses du niveau secondaire	■												■												■												■																
2-3 Elaborer les textes légaux et normatifs portant sur la formation continue	■												■												■												■																
2-4 Valider les textes légaux et normatifs portant sur la formation continue	■												■												■												■																
2-5 Elaborer les textes légaux et normatifs portant sur la gestion de carrières	■												■												■												■																
2-6 Valider les textes légaux et normatifs portant sur la gestion de carrières	■												■												■												■																
2-7 Mettre en œuvre le Jury National	■												■												■												■																
2-8 Evaluer le résultat du Jury National	■												■												■												■																
2-9 Evaluer le degré d'application du Guide du Jury National	■												■												■												■																
2-10 Améliorer le Guide du Jury National suivant le résultat de l'évaluation	■												■												■												■																
<b>Résultats Attendus 3. Avec l'appui des Directions centrales concernées, le PPDRIHS est élaboré sur la base des faits réels et conformément au PNDRIHS dans les provinces ciblées respectives, et sa mise en œuvre est commencée.</b>																																																					
3-1 La province de Bas-Congo établit les bases de données des RHIS.	■												■												■												■												Bas-Congo				
3-2 Les provinces ciblées actualisent le PPDRIHS (2016-) basé sur les faits réels, avec l'appui des Directions centrales du MSP.	■												■												■												■												Bas-Congo, Kasaï, Kasaï Occidental, Kasaï Oriental				
3-3 Les Directions centrales du MSP effectuent la supervision sur le progrès de la mise en œuvre du PPDRIHS dans les provinces ciblées.	■												■												■												■												Bas-Congo, Kasaï, Kasaï Occidental, Kasaï Oriental				

Annexe 3 : Organisation de la Mise en oeuvre du Projet



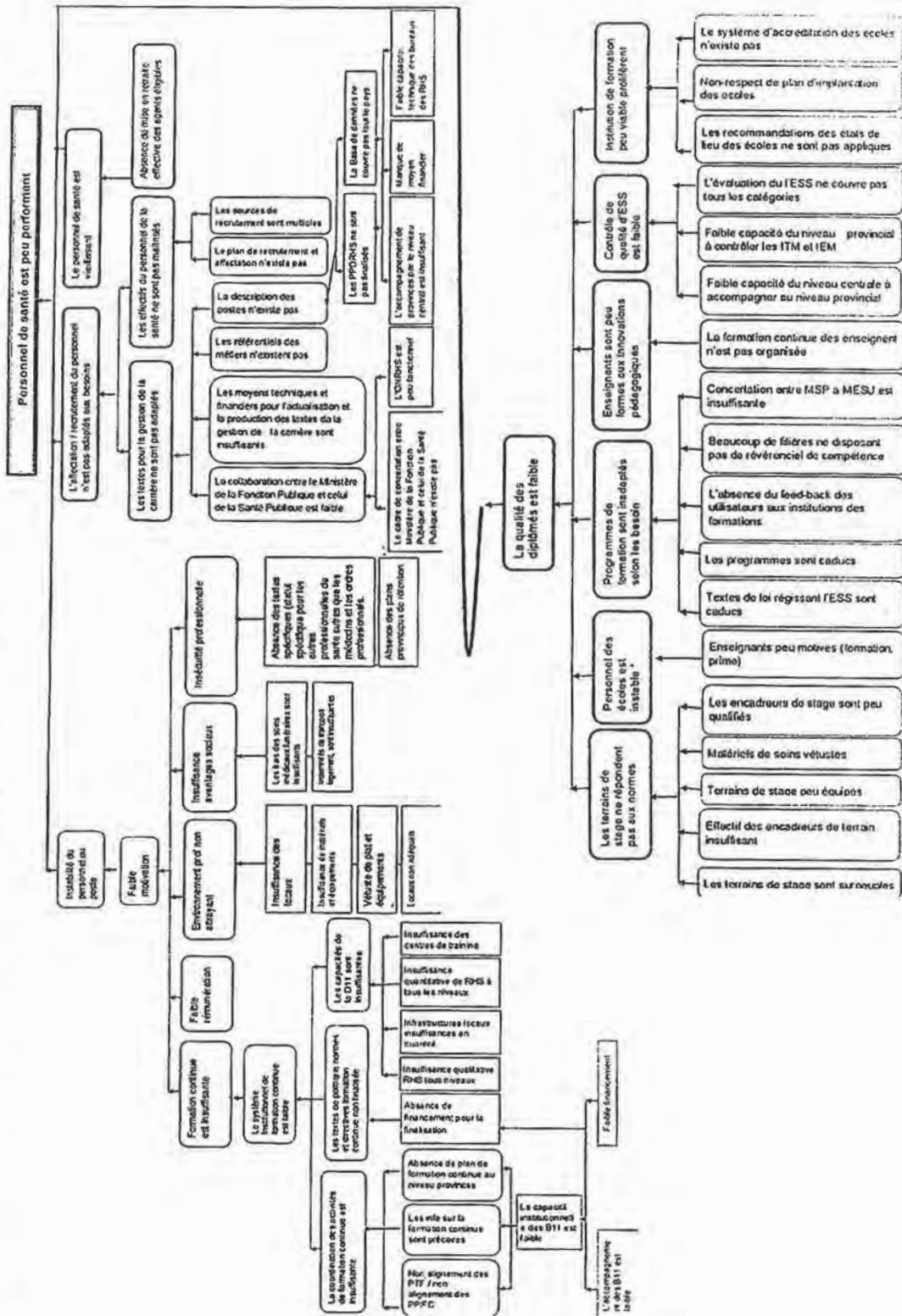
mk

8

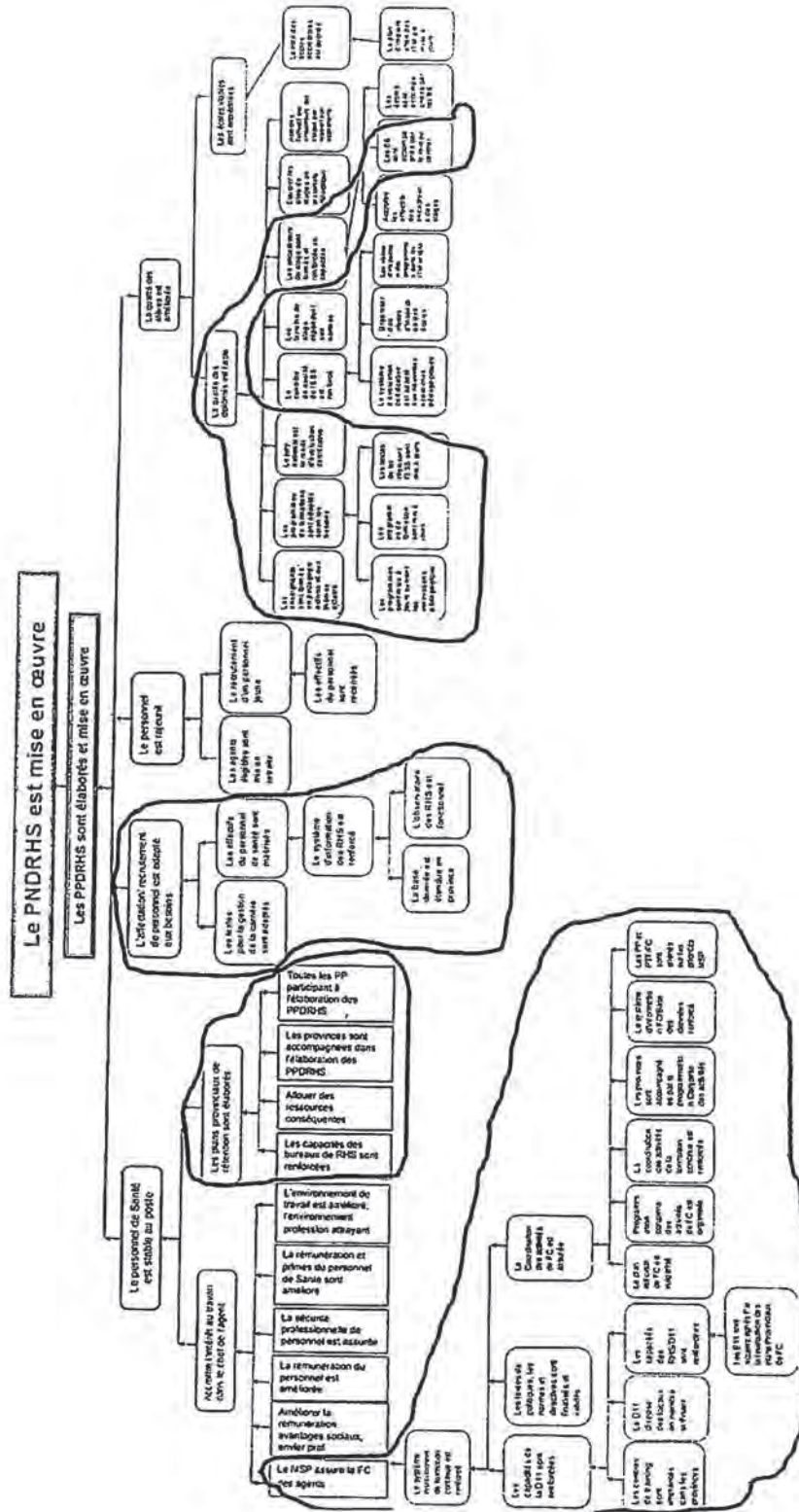




Arbre à problèmes pour PADRHS phase 2 en RDC, le 27 août 2013



Sélection du PADRHS phase 2 en RDC, le 27 août 2013



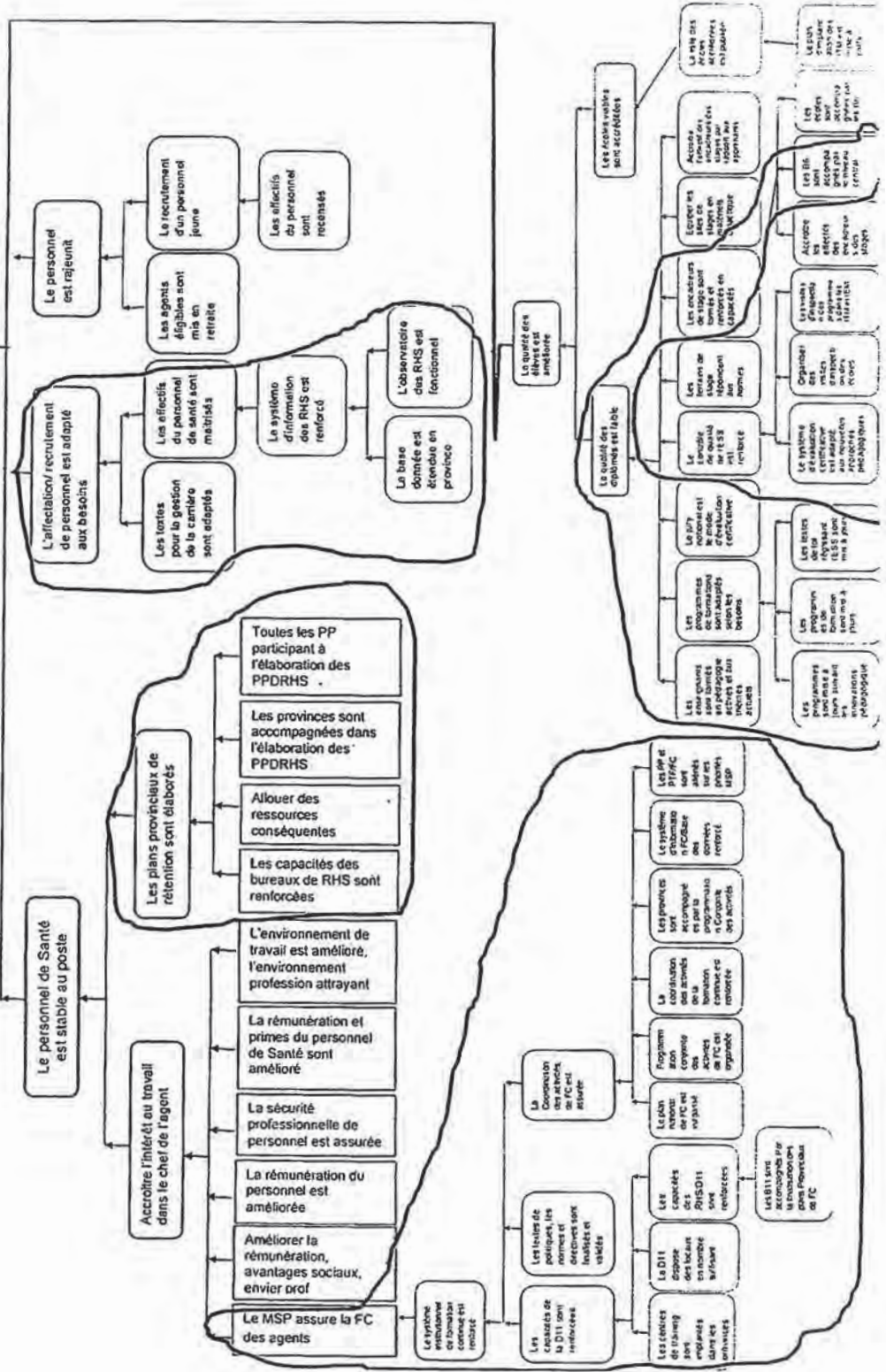
K

2



**Le PNRHS est mise en œuvre**

**Les PDRHS sont élaborés et mise en œuvre**



**///DRAFT///**

**RECORD OF DISCUSSIONS**  
**ON**  
**PROJECT OF SUPPORT FOR DEVELOPMENT**  
**OF HUMAN RESOURCES FOR HEALTH**  
**IN**  
**DEMOCRATIC REPUBLIC OF THE CONGO**  
**AGREED UPON BETWEEN**  
**GOVERNMENT OF DRC BY**  
**MINISTRY OF PUBLIC HEALTH**  
**AND**  
**JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY**

Kinshasa, October , 2013

---

Mr. Eihiko OBATA  
Resident Representative,  
Japan International Cooperation Agency  
Democratic Republic of the Congo Office

---

Secretary General  
Ministry of Public Health  
Democratic Republic of the Congo

Based on the Minutes of Meetings on the Detailed Planning Survey on the "Project of Support for Development of Human Resources for Health" (hereinafter referred to as "the Project") signed on September 9, 2013 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 main points discussed as described in the Appendix 1 and the Appendix 2, respectively, and to request their respective governments to proceed with the necessary procedures for implementation of the Project.

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 Democratic Republic of the Congo (hereinafter referred to as "DRC").

The Project will be implemented within the framework of the Note Verbale to be exchanged between the Government of Japan (hereinafter referred to as "GOJ") and the Government of DRC (hereinafter referred to as "GDRC").

This Record of Discussion is made in English and French. If there is any divergence between the two versions, the English version prevails.

Annex 1: Project Design Matrix (PDM)

Annex 2: Plan of Operation

Annex 3: Project Organization Chart

Annex 4: Functions and list of proposed members by the Project Joint Coordination Committee

Appendix 1: Project Description

Appendix 2: Main Points Discussed

Appendix 3: Minutes of Meetings on the Detailed Planning Survey



## PROJECT DESCRIPTION

Both parties confirmed that there is no change in the Project Description agreed on in the minutes of meetings on the concerning Preparatory Survey on the Project signed on September 9<sup>th</sup>, 2013 (Appendix 3).

### I. BACKGROUND

### II. OUTLINE OF THE PROJECT

Details of the Project are described in the Logical Framework (Project Design Matrix: PDM) (Annex 1) and the tentative Plan of Operation (Annex 2).]

#### 1. Input

##### (1) Input by JICA

##### (a) Dispatch of Experts

##### - Long term:

Chief Advisor

Development of Human resources for Health

Coordinator

##### - Short term:

Information of Human Resources for Health

Training for Human Resources for Health

##### (b) Training in Japan and other countries

##### (c) Necessary equipment for implementation of Project activities

##### (2) Input by MPH

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

##### (a) Services of MPH's counterpart personnel and administrative personnel as referred to in II-3;

##### (b) Suitable office space with necessary equipment;

##### (c) 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;

##### (d) Information as well as support in obtaining medical service of the JICA Experts;

##### (e) Information as well as support in securing the safety of members of the JICA Experts

##### (f) Credentials or identification cards for the JICA Experts;

MR

- (g) Available data (including maps and photographs) and information related to the Project;
- (h) Running expenses necessary for the implementation of the Project such as cost for utility (electricity and water) and telephone of office;
- (i) Expenses necessary for transportation within DRC of the equipment referred to in II-6 (1) as well as for the installation, operation and maintenance thereof; and
- (j) Necessary facilities to the JICA experts for the remittance as well as utilization of the funds introduced into DRC from Japan in connection with the implementation of the Project

## 2. 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: the Secretary General of MPH will be responsible for overall administration and implementation of the Project.
- (b) Project Manager: the Director of the Directorate of General Affairs and Human Resources (D1) will be responsible for the coordination and the management of the Project from technical aspect
- (c) Project counterpart: the Directorate of General Affairs and Human Resources (D1), the Directorate of Health Sciences Education (D6), the Directorate of Continuous Training (D11), and the Provincial Inspection of Health (PIH) of targeted provinces will be assigned to carry out project activities under the guidance of the Project Director and the Project Manager.

### (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 as ad-hoc committee related to the Technical Coordination Committee presided by the Secretary General, in order to facilitate inter-organizational coordination. JCC will be held once a year. JCC will approve an annual work plan, review overall progress, conduct monitoring and evaluation of the Project, and exchange opinions on major issues that arise during the implementation of the Project. A list of proposed members of JCC is shown in the Annex 4.

## 3. Targeted Sites and Beneficiaries

- (1) Targeted sites: MPH and HIP in the targeted provinces (i.e. Bas-Congo, Kasai occidental, and Katanga)
- (2) Beneficiaries: Directorates of MPH (including the Technical Commission) and



Bureaus of HIP in the targeted provinces which are in charge of development of human resources for health

#### 4. Duration

The duration of the Project will be four (4) years from January 2014 to December 2017.

#### 5. 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 DRC**

#### 1. MPH and DRC will take necessary measures to:

- (1) ensure that the technologies and knowledge acquired by the DRC nationals as a result of Japanese technical cooperation contributes to the economic and social development of DRC, and that the knowledge and experience acquired by the personnel of DRC from technical training as well as the equipment provided by JICA will be utilized effectively in the implementation of the Project; and
- (2) grant privileges, exemptions and benefits to the JICA experts referred to in II-1 (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 DRC.

#### 2. MPH and GDRC will take necessary measures to:

- (1) provide security-related information as well as measures to ensure the safety of the JICA experts;
- (2) permit the JICA experts to enter, leave and sojourn in DRC for the duration of their assignments therein and exempt them from foreign registration requirements and consular fees.
- (3) exempt the JICA experts from taxes and any other charges on the equipment, machinery and other material necessary for the implementation of the Project;
- (4) exempt the JICA experts from income tax and charges of any kind imposed on or in connection with any emoluments or allowances paid to them and/or remitted to them from abroad for their services in connection with the implementation of the Project; and
- (5) meet taxes and any other charges on the equipment, machinery and other material, referred to in II-1 above, necessary for the implementation of the Project.

#### 3. MPH and GDRC will bear claims, if any arises, against the JICA experts resulting from, occurring in the course of, or otherwise connected with, the

Mc

f

discharge of their duties in the implementation of the Project, except when such claims arise from gross negligence or willful misconduct on the part of the JICA experts.

#### **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 DRC.

#### **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 Logical Framework (Project Design Matrix:PDM)
- Annex 2 Plan of Operation
- Annex 3 Project Organization Chart
- Annex 4 List of Proposed Members of the Project Joint Coordinating Committee

**Appendix 2: Main Points Discussed**

**Appendix 3: Minutes of Meetings on the Detailed Planning Survey**

MC

(

**///DRAFT///**

**PROCES VERBAL**

**PORTANT SUR**

**LA COOPERATION TECHNIQUE DU JAPON  
POUR  
LE PROJET D'APPUI AU DEVELOPPEMENT  
DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE PHASE II**

**EN**

**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**

**CONVENU ENTRE**

**LE GOUVERNEMENT DE LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
PAR  
LE MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**

**ET**

**L'AGENCE JAPONAISE DE COOPERATION INTERNATIONALE**

Fait à Kinshasa, le \_\_ octobre 2013

---

M. Eihiko OBATA  
Représentant Résident  
Bureau Représentant  
Agence Japonaise de Coopération Internationale  
en République Démocratique du Congo

---

Secrétaire Général  
Ministère de la Santé Publique  
République Démocratique du Congo

*M*

*h*



#### Annexe 5 : avant-projet du P/V

Sur la base du Compte rendu des discussions de l'Etude d'Elaboration du Plan Détaillé du « Projet d'Appui au Développement des Ressources humaines pour la Santé Phase II » (ci-après dénommé "le Projet") signé le 9 septembre 2013 » entre le Ministère de la Santé publique (ci-après dénommé "le MSP") de la République Démocratique du Congo (ci-après dénommée "la RDC"), et l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (ci-après dénommée "JICA"), la JICA a effectué une série de discussions avec le MSP et les parties concernées pour développer un plan détaillé du Projet.

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

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

Le Projet sera mis en oeuvre dans le cadre de la Note Verbale à échanger entre le Gouvernement du Japon (ci-après dénommé le « GDJ ») et le Gouvernement de la RDC (ci-après dénommé le « GRDC »).

Le présent Procès-Verbal de la discussion est formulé en anglais et en français. En cas de contestation dans son interprétation, la version anglaise prévaut.

Annexe 1 : Cadre logique du Projet

Annexe 2 : Plan d'Opérations du Projet

Annexe 3 : Organisation de la mise en oeuvre du Projet

Annexe 4 : Fonctions et liste des membres proposés du Comité Conjoint de Coordination du Projet

Appendice 1: Description du Projet

Appendice 2: Principaux Points Abordés

Appendice 3: Compte Rendu des discussions de l'Etude du plan détaillé



## DESCRIPTION DU PROJET

Les deux parties ont confirmé qu'il n'y a aucune modification dans la description du Projet convenu dans le compte rendu des discussions de l'Étude d'Elaboration du Plan Détaillée du Projet signé le 9 septembre 2013 (Appendice 3).

### I. CONTEXTE

### II. APERÇU DU PROJET

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

#### 1. Intrans

##### (1) Intrans fournis par la JICA

##### (a) Envoi d'Experts

##### 1) Experts japonais à long terme

- Conseiller en chef
- Conseiller / Développement des Ressources humaines pour la Santé
- Coordination

##### 2) Experts à court terme

- Informations sur les ressources humaines pour la santé
- Formation des ressources humaines pour la santé

##### (b) Formation dans un pays tiers ou au Japon

##### (c) Équipements nécessaires à la mise en oeuvre des activités du Projet

##### (2) Intrans fournis par le MSP

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

- (a) Les services du personnel de contrepartie et du personnel administratif dont il est fait référence au point II-3 ;
- (b) Des bureaux appropriés avec des équipements nécessaires ;
- (c) Les machines, équipements, instruments, véhicules, outils, pièces de rechange et tout autre matériel nécessaire pour la mise en oeuvre du Projet, excepté les équipements fournis par la JICA ;
- (d) Des renseignements sur des services médicaux et le soutien pour y accéder ;
- (e) La lettre de créance ou la carte d'identification pour les Experts de la JICA ;
- (f) Des données disponibles (y compris des cartes et des photos) et des informations concernant le Projet ;

## Annexe 5 : avant-projet du P/V

- (g) Préparation du budget nécessaire pour la mise en œuvre du Projet (frais courant pour l'eau et électricité du bureau du Projet, connection internet, téléphone)
- (h) Les dépenses nécessaires pour le transport à l'intérieur de la RDC des équipements indiqués au point II-1 (1) ainsi que pour leur installation, fonctionnement et entretien
- (i) Les locaux pour permettre aux Experts de la JICA de transférer et d'utiliser le financement en provenance du Japon en vue de la mise en œuvre du Projet.

### 2. Organisation de la mise en œuvre

L'organisation de la mise en œuvre du Projet figure en Annexe 3. Les rôles et les tâches des structures concernées sont fixés comme suit:

#### (1) MSP

- (a) Directeur du Projet : le Secrétaire Général du MSP, en sa qualité de Directeur du Projet, assumera toutes les responsabilités pour l'administration et la mise en œuvre du Projet.
- (b) Gestionnaire du Projet : le Directeur de la Direction des Services Généraux et des Ressources Humaines (D1) du MSP, en sa qualité de Gestionnaire du Projet, sera responsable de la gestion des aspects techniques du Projet.
- (c) Homologues du Projet : La Direction des Services Généraux et des Ressources Humaines (D1), la Direction de l'Enseignement des Sciences de Santé (D6), et la Direction de la Formation Continue (D11), et les IPS des provinces ciblées

(2) Experts de la JICA : Les experts de la JICA fourniront à leurs homologues congolais les conseils nécessaires relatifs aux aspects techniques du Projet.

(3) Comité Conjoint de Coordination : le Comité conjoint de coordination (ci-après désigné « CCC »), composé des parties congolaise et japonaise, sera mis en place en tant que comité ad-hoc du Comité de Coordination Technique (CCT) en vue de l'exécution efficace du Projet. Le CCC sera convoqué une fois par an, en vue de remplir les fonctions suivantes :

- Formuler et approuver le plan annuel des activités du Projet
- Examiner l'état d'avancement global et l'achèvement du Projet
- Elaborer et approuver le rapport d'activités qui sera transmis au CCT

La liste des membres proposés figure dans l'Annexe 4.

### 3. Zone d'intervention et Bénéficiaires du Projet

(1) Zone d'intervention : le MSP au niveau central ainsi que l'IPS des provinces ciblées (à savoir : Bas-Congo, Kasai occidental, et Katanga)

(2) Bénéficiaires : les Directions du MSP, la Commission technique et les bureaux de l'IPS qui se chargent du développement des ressources humaines en santé



## Annexe 5 : avant-projet du P/V

4. Durée du Projet : du mois de janvier 2014 au mois de décembre 2017 (4 ans)

### 5. Considérations Environnementales et Sociales

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

### **III. DISPOSITIONS QUE LE MSP et le GRDC DEVRONT PRENDRE**

1. Le MSP prendra les mesures nécessaires pour:

(1) Assurer que les technologies et connaissances acquises par les nationaux congolais comme résultat de la coopération technique japonaise contribuent au développement économique et social de la RDC, et que les connaissances et expériences acquises par le personnel congolais de la formation technique, ainsi que les équipements fournis par la JICA seront utilisés efficacement pour la mise en œuvre du Projet.

(2) Accorder des privilèges, exonérations et avantages aux experts de la JICA cités au point II-6 (1) ci-dessus et à leurs familles, qui ne soient moins favorables que ceux accordés aux experts et membres de la mission et à leurs familles venant de pays tiers ou d'organismes internationaux effectuant des missions similaires en RDC.

2. Le MSP et le GRDC prennent des mesures pour :

(1) Fournir les informations liées à la sécurité ainsi que les mesures sécuritaires pour les experts de la JICA ;

(2) Permettre aux membres de la mission de la JICA d'entrer, de sortir et de séjourner en RDC pendant la période d'affectation, et appliquer les exemptions des frais consulaires et l'enregistrement des étrangers ;

(3) Exempter les membres de la mission de la JICA des taxes et toutes autres charges sur leurs équipements, machines et autres matériels nécessaires à la mise en œuvre du Projet ;

(4) Exempter les experts de la JICA de tout impôt sur le revenu et autres impositions liées aux émoluments et allocation qui leur sont payés de l'étranger pour leurs services liés à la mise en œuvre du Projet ; et

(5) Payer les taxes et toutes autres charges sur les équipements et autres matériels (II-1 ci-dessus) pour la mise en œuvre du Projet.

3. Le MSP et le GRDC s'abstiennent du droit de revendications, s'il y a lieu envers les experts de la JICA, au moment de la mise en œuvre du Projet, ou bien pendant l'exécution des activités liées à celui-ci, sauf si telles revendications surviennent suite à une négligence coupable ou une faute intentionnelle d'un des experts de la JICA.

MC

6

## Annexe 5 : avant-projet du P/V

### IV. EVALUATION

1. La JICA et le MSP feront conjointement les évaluations et revues suivantes :

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

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

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

### V. PROMOTION DE L'ASSISTANCE

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

### VI. CONSULTATION MUTUELLE

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

### VII. AMENDEMENTS

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

Annexe 1	Cadre logique du Projet (PDM)
Annexe 2	Plan d'Opération (PO)
Annexe 3	Organisation de la mise en oeuvre du Projet
Annexe 4	Liste des membres proposés du Comité Conjoint de Coordination

Appendice 1: Description du Projet

Appendice 2: Principaux Points Abordés

Appendice 3: Compte Rendu des discussions de l'Etude du plan détaillé

M

1

**PROCES VERBAL**  
**PORTANT SUR**  
**LA COOPERATION TECHNIQUE DU JAPON**  
**POUR**  
**LE PROJET D'APPUI AU DEVELOPPEMENT**  
**DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE PHASE II**  
**EN**  
**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**  
**CONVENU ENTRE**  
**LE GOUVERNEMENT DE LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**  
**PAR**  
**LE MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**  
**ET**  
**L'AGENCE JAPONAISE DE COOPERATION INTERNATIONALE**

Fait à Kinshasa, le 13 novembre 2013

  
M. Eihiko OBATA  
Représentant Résident  
Agence Japonaise de Coopération Internationale  
en République Démocratique du Congo



  
Dr. Felix KABANGE NUMBI MUKWAMPA  
Ministre  
Ministère de la Santé Publique  
République Démocratique du Congo



Sur la base du Compte rendu des discussions de l'Etude d'Elaboration du Plan Détaillé du « Projet d'Appui au Développement des Ressources humaines pour la Santé Phase II » (ci-après dénommé "le Projet") signé le 10 septembre 2013 » entre le Ministère de la Santé publique (ci-après dénommé "le MSP") de la République Démocratique du Congo (ci-après dénommée "la RDC"), et l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (ci-après dénommée "JICA"), la JICA a effectué une série de discussions avec le MSP et les parties concernées pour développer un plan détaillé du Projet.

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

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

Le Projet sera mis en oeuvre dans le cadre de la Note Verbale à échanger entre le Gouvernement du Japon (ci-après dénommé le « GDJ ») et le Gouvernement de la RDC (ci-après dénommé le « GRDC »).

Appendice 1: Description du Projet

Appendice 2: Principaux Points Abordés

Appendice 3: Compte Rendu des discussions de l'Etude du plan détaillé



## Appendice 1:

### DESCRIPTION DU PROJET

Les deux parties ont confirmé qu'il n'y a aucune modification dans la description du Projet convenu dans le compte rendu des discussions de l'Etude d'Elaboration du Plan Détaillée du Projet signé le 10 septembre 2013 (Appendice 3).

#### I. CONTEXTE

Le taux de pauvreté est élevé en RDC à cause notamment de nombreux conflits tant domestiques qu'internationaux depuis son indépendance en 1960. C'est ainsi que 88% de la population vit avec moins de 1,25 USD par jour (selon la Banque Mondiale en 2006). Les Indicateurs de la santé publique du pays qui démontrent une légère amélioration par rapport au niveau des années 1990 reste toujours très loin des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMDs). Le ratio de mortalité maternelle (OMD 4) se situe à 549 décès pour 100 000 naissances vivantes alors que l'objectif est fixé à 322. Quant au ratio de mortalité des enfants ayant moins de 5 ans (OMD 5), le chiffre qui se situe à 158 décès pour 1000 naissances (en 2010) est également très loin de l'objectif qui est de 60 pour 1000 naissances.

Pour faire face à une telle situation, le gouvernement de la RDC a élaboré le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR) II 2011-2015, en intégrant le développement du secteur de la santé dans le 3<sup>ème</sup> pilier : « améliorer l'accès aux services sociaux de base et renforcer le capital humain ». Afin d'atteindre l'objectif visé « Offrir les soins de santé de qualité à toute la population congolaise par une prise en charge réaliste » suivant le DSCR II, le Ministère de la Santé Publique (MSP) de la RDC a établi successivement la Stratégie de Renforcement du Système de Santé 2011-2015 (SRSS 2011-2015) et son plan de mise en œuvre, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-2015). Il est à noter que le développement des ressources humaines en santé (RHS) constitue l'un des piliers de la SRSS et du PNDS. Il faut également rappeler que les enjeux concernant le développement des RHS ont été proprement extraits à travers l'analyse de problématiques à laquelle les Directions des RHS du MSP participaient au stade même de planification du Projet.

Partant de ce constat et toujours dans la ligne des « Grands Axes de la Coopération entre la RDC et le Japon dans le Secteur de la Santé » signés en 2008, le gouvernement japonais a décidé dans le cadre de la coopération technique du Japon la mise en œuvre du Projet d'Appui au Développement des Ressources Humaines pour la Santé (PADRHS) Phase II 2013-2017, qui approfondira les acquis du projet précédent (PADRHS Phase I, 2010-2013).

#### II. APERÇU DU PROJET



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

**1. Intran**

**(1) Intrants fournis par la JICA**

**(a) Envoi des experts japonais**

**1) Experts à long terme**

- Conseiller en chef
- Conseiller pour le développement des RHS
- Coordinateur

**2) Experts à court terme**

- Informations des RHS
- Formation des RHS

**(b) Formation dans un pays tiers ou au Japon**

**(c) Équipements nécessaires à la mise en oeuvre des activités du Projet**

**(2) Intrants fournis par le MSP:**

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

- (a) Les services du personnel de contrepartie et du personnel administratif dont il est fait référence au point II-3 ;
- (b) Des bureaux appropriés avec des équipements nécessaires tant au sein des Directions des RHS au MSP qu'au sein de l'IPS dans les provinces ciblées;
- (c) Les machines, équipements, instruments, véhicules, outils, pièces de rechange et tout autre matériel nécessaire pour la mise en oeuvre du Projet, excepté les équipements fournis par la JICA ;
- (d) Des renseignements sur des services médicaux et le soutien pour y accéder ;
- (e) Des renseignements et le soutien nécessaires pour assurer la sécurité des Experts japonais ;
- (f) La lettre de créance ou la carte d'identification pour les Experts de la JICA ;
- (g) Des données disponibles (y compris des cartes et des photos) et des informations concernant le Projet ;
- (h) Préparation du budget nécessaire pour la mise en oeuvre du Projet (les frais courant pour l'eau et électricité ainsi que les frais pour la téléphone des bureaux du Projet) ;
- (i) Les dépenses nécessaires pour le transport à l'intérieur de la RDC des équipements indiqués au point II-1 (1) ainsi que pour l'installation, le fonctionnement et l'entretien de ceux-ci ; et
- (j) Les locaux qui permettent aux Experts de la JICA de transférer et d'utiliser le financement en provenance du Japon en vue de la mise en oeuvre du Projet.

## 2. Organisation de la mise en œuvre

L'organisation de la mise en œuvre du Projet figure en Annexe 3. Les rôles et les tâches des structures concernées sont fixés comme suit:

### (1) MSP

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

(b) Gestionnaire du Projet : le Directeur de la Direction des Services Généraux et des Ressources Humaines (D1) du MSP, en sa qualité de Gestionnaire du Projet, sera responsable de la gestion des aspects techniques du Projet.

(c) Homologues du Projet : La Direction des Services Généraux et des Ressources Humaines (D1), la Direction de l'Enseignement des Sciences de Santé (D6), et la Direction de la Formation Continue (D11), et les IPS des provinces ciblées seront responsables de la mise en œuvre des activités du Projet sous la supervision du Directeur du Projet et du Gestionnaire du Projet.

### (2) Experts de la JICA

Les experts de la JICA fourniront à leurs homologues congolais les conseils nécessaires sur tous les aspects relatifs à la mise en œuvre du Projet.

### (3) Comité de Coordination Conjoint

Le Comité de coordination conjoint (ci-après désigné « CCC »), composé des parties congolaise et japonaise, sera mis en place en tant que comité ad-hoc du Comité de Coordination Technique (CCT) en vue de l'exécution efficace du Projet. Le CCC sera convoqué une fois par an, en vue de remplir les fonctions suivantes :

- Formuler et approuver le plan annuel des activités du Projet ;
- Examiner l'état d'avancement global et l'achèvement du Projet ;
- Elaborer et approuver le rapport d'activités qui sera transmis au CCT ; et
- Discuter des enjeux majeurs relevés à travers la mise en œuvre du Projet.

La liste des membres proposés figure dans l'Annexe 4.

## 3. Zone d'intervention et Bénéficiaires du Projet

(1) Zone d'intervention : le MSP au niveau central ainsi que l'IPS des provinces ciblées (à savoir : Bas-Congo, Kasai occidental, et Katanga)

(2) Bénéficiaires : les Directions du MSP, la Commission technique et les bureaux de l'IPS qui se chargent du développement des RHS

## 4. Durée du Projet

La durée du Projet s'étendra du mois de janvier 2014 au mois de décembre 2017 (4 ans).



## 5. Considérations Environnementales et Sociales

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

### **III. DISPOSITIONS QUE LE MSP et le GRDC DEVRONT PRENDRE**

#### 1. Le MSP prendra les mesures nécessaires pour :

- (1) Assurer que les technologies et les connaissances acquises par les nationaux congolais comme résultat de la coopération technique japonaise contribuent au développement économique et social de la RDC, et que les connaissances et les expériences acquises par le personnel congolais de la formation technique, ainsi que les équipements fournis par la JICA seront utilisés efficacement pour la mise en œuvre du Projet ; et
- (2) Accorder des privilèges, des exonérations et des avantages aux experts de la JICA cités au point II-1 (1) ci-dessus et à leurs familles, qui ne soient moins favorables que ceux accordés aux experts et membres de la mission et à leurs familles venant de pays tiers ou d'organismes internationaux effectuant des missions similaires en RDC.

#### 2. Le MSP et le GRDC prennent des mesures pour :

- (1) Fournir les informations liées à la sécurité ainsi que les mesures sécuritaires pour les experts de la JICA ;
- (2) Permettre aux experts de la JICA d'entrer, de sortir et de séjourner en RDC pendant la période d'affectation, et appliquer les exemptions des frais consulaires et l'enregistrement des étrangers ;
- (3) Exempter les experts de la JICA des taxes et toutes autres charges sur leurs équipements, machines et autres matériels nécessaires à la mise en œuvre du Projet ;
- (4) Exempter les experts de la JICA de tout impôt sur le revenu et autres impositions liées aux émoluments et aux allocations qui leurs sont payés de l'étranger pour leurs services liés à la mise en œuvre du Projet ; et
- (5) Payer les taxes et toutes autres charges sur les équipements et autres matériels (II-1 ci-dessus) pour la mise en œuvre du Projet.

3. Le MSP et le GRDC s'abstiennent du droit de revendications, s'il y a lieu envers les experts de la JICA, au moment de la mise en œuvre du Projet, ou bien pendant l'exécution des activités liées à celui-ci, sauf si telles revendications surviennent suite à une négligence coupable ou une faute intentionnelle d'un des experts de la JICA.

### **IV. EVALUATION**

1. La JICA et le MSP effectueront conjointement les évaluations et les revues suivantes :

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

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

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

#### **V. PROMOTION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE**

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

#### **VI. CONSULTATION MUTUELLE**

La JICA et le MSP se consulteront chaque fois que de besoin ou en cas de survenance de problèmes majeurs pendant la mise en œuvre du Projet.

#### **VII. AMENDEMENTS**

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

Annexe 1	Cadre logique du Projet (PDM)
Annexe 2	Plan d'Opération (PO)
Annexe 3,	Organisation de la mise en oeuvre du Projet
Annexe 4	Liste des membres proposés du Comité de Coordination Conjoint



**Annexe 1**

**PDM<sub>0,3</sub> (PROJET DE CADRE LOGIQUE Version 0.3)**

Influité : Projet d'appui au développement des ressources humaines pour la santé Phase 2

Durée : Du mois de janvier 2014 au mois de décembre 2017 (quatre ans)

Zone d'intervention : le MSP au niveau central ainsi que l'IPS des provinces ciblées (à savoir : Bas-Congo, Kasai occidental, et Kaitanga)

Bénéficiaires Directs : Directions centrales du MSP (la Commission technique y comprise) et Bureaux de l'IPS des provinces ciblées, qui se chargent du développement des RHS

Etabli : le 09/09/2013

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Conditions Extérieures
<p><b>Objectif global</b></p> <p>La formation de base, la rétention, la gestion de carrière et la formation continue des RHS sont améliorés d'une manière adéquate et conforme au besoin dans les provinces ciblées, et ces acquis sont disséminés à d'autres provinces.</p>	<p>1. Le pourcentage des structures sanitaires où le personnel sanitaire est affecté conformément aux normes de répartition dans les provinces ciblées (xx%)</p> <p>2. L'annuaire des RHS est renouvelé tous les ans dans les provinces ciblées</p> <p>3. Le budget pour la mise en oeuvre du PPDRHS se multiplie (xx%)</p>	<p>1. Le rapport d'évaluation du PNDRRHS</p> <p>2. Le rapport d'évaluation du PNDRRHS</p> <p>3. Le rapport d'évaluation du PNDRRHS</p>	<p>La coordination entre le niveau central et le niveau intermédiaire du MSP-est maintenue.</p>
<p><b>Objectif du Projet</b></p> <p>Les bases nécessaires pour l'élaboration du PNDRRHS et pour sa mise en oeuvre effectives et durables sont renforcées tant au niveau des Directions centrales qu'au niveau des provinces ciblées.</p>	<p>1. Les informations figurant sur l'ONRHS sont mises à jour au moins une fois par an.</p> <p>2. Le taux de réussite au Jury National est élevé de xx% dans les provinces ciblées.</p> <p>3. La programmation conjointe des activités de formation continue est élaborée dans les provinces ciblées</p>	<p>1. Le rapport annuel d'activités du MSP au niveau central et provincial</p> <p>2. Les rapports d'évaluation du Jury National</p> <p>3. Le rapport de suivi du MSP et le rapport annuel d'activités du niveau provincial</p>	<p>La coordination entre le niveau central et le niveau intermédiaire du MSP-est maintenue.</p>
<p><b>Résultats Attendus</b></p> <p>1. Le PNDRRHS (2016-) est élaboré et validé suivant le résultat de l'évaluation du PNDRRHS (2011-2015).</p> <p>2. Les textes légaux et normatifs nécessaires à la mise en oeuvre du PNDRRHS sont mis au point.</p> <p>3. Avec l'appui des Directions centrales concernées, le PPDRHS est élaboré sur la base des faits réels et conformément au PNDRRHS dans les provinces ciblées respectives, et sa mise en oeuvre est commencée.</p>	<p>1-1 Le rapport d'évaluation du PNDRRHS 2011-2015 est rédigé</p> <p>1-2 Le nombre par an de tenues de la réunion Interministérielle sur le renforcement et la fonctionnalisation de l'ONRHS</p> <p>1-3 La vision nationale commune de la formation des RHS du niveau supérieur et du niveau secondaire figure dans le PNDRRHS (2016-).</p> <p>1-4 Le pourcentage des provinces ayant élaboré le PPDRHS (xx%)</p> <p>1-5 Le nouveau PNDRRHS est validé.</p> <p>2-1 Les référentiels de la formation pour les accoucheuses du niveau secondaire sont élaborés.</p> <p>2-2 Les textes légaux et normatifs régissant la formation continue sont validés.</p> <p>2-3 Les rapports d'évaluation sur le Jury National sont élaborés.</p> <p>3-1 Une feuille de route visant l'élaboration du PPDRHS est établie.</p> <p>3-2 Les bases de données couvrent xx% des RHS dans les provinces ciblées (par rapport aux nombres des RHS enregistrés sur l'annuaire 2009)</p>	<p>1-1. Le rapport d'évaluation du PNDRRHS (2011-2015)</p> <p>1-2. Le rapport annuel d'activité, le compte-rendu des réunions</p> <p>1-3. Le PNDRRHS (2016-)</p> <p>1-4. Le rapport d'évaluation du PNDRRHS</p> <p>1-5. Le PNDRRHS (2016-)</p> <p>2-1. Les référentiels de la formation des accoucheuses du niveau secondaire</p> <p>2-2. Les textes légaux et normatifs régissant la formation continue</p> <p>2-3 Les rapports d'évaluation du Jury National</p> <p>3-1. Le rapport annuel d'activités du MSP, la feuille de route</p> <p>3-2. L'enregistrement des données sur les RHS mises à jour</p> <p>3-3. Les PPDRHS élaborés en cohésion avec le PNDRRHS (2011-2015) et le PNDRRHS</p>	<p>La coordination entre le niveau central et le niveau intermédiaire du MSP-est maintenue.</p>

*Handwritten signature*

Annexe I

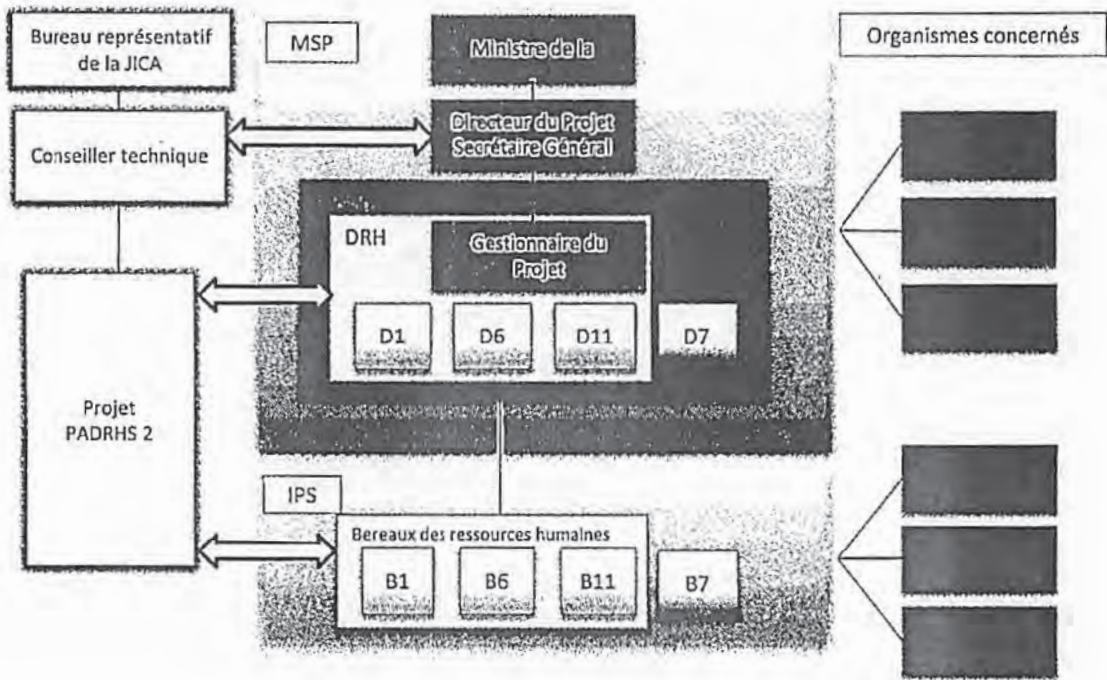
<p><b>Activités</b></p> <p>1-1 Faire fonctionner l'ONRHS en tant que plateforme pour le développement des RHS</p> <p>1-2 Elaborer la vision commune de la formation des RHS de tous les niveaux</p> <p>1-3 Appuyer l'élaboration du PDRHS (-2015) dans chaque province</p> <p>1-4 Evaluer le PDRHS (2011-2015)</p> <p>1-5 Elaborer le PDRHS (2016-) en appuyant sur les résultats de l'évaluation du PDRHS (2011-2015) et celle du PDRHS (-2015) élaboré à l'étape 1-3 ci-dessus.</p> <p>1-6 Valider le PDRHS (2016-)</p> <p>2-1 Etablir les référentiels (de formation et d'évaluation) pour les accoucheuses de niveau secondaire</p> <p>2-2 Valider les référentiels (de formation et d'évaluation) pour les accoucheuses de niveau secondaire</p> <p>2-3 Elaborer les textes légaux et normatifs portant sur la formation continue</p> <p>2-4 Valider les textes légaux et normatifs portant sur la formation continue</p> <p>2-5 Elaborer les textes légaux et normatifs portant sur la gestion de carrières</p> <p>2-6 Valider les textes légaux et normatifs portant sur la gestion de carrières</p> <p>2-7 Mettre en œuvre le Jury National</p> <p>2-8 Evaluer le résultat du Jury National</p> <p>2-9 Evaluer le degré d'application du Guide du Jury National</p> <p>2-10 Améliorer le Guide du Jury National suivant le résultat de l'évaluation</p> <p>3-1 La province de Bas-Congo établit les bases de données des RHS.</p> <p>3-2 Les provinces ciblées actualisent le PDRHS (2016-) basé sur les faits réels, avec l'appui des Directions centrales du MSP.</p> <p>3-3 Les Directions centrales du MSP effectuent la supervision sur le progrès de la mise en œuvre du PDRHS dans les provinces ciblées.</p>	<p>3-3 Le PDRHS est élaboré avec l'appui du niveau central</p> <p>3-4 Les rapports de supervision concernant le progrès de l'élaboration et de la mise en œuvre du PDRHS sont rédigés.</p> <p><b>Intrants</b></p> <p>Partie Japonaise</p> <p>1. Les experts japonais</p> <p>1-1 Experts à long-terme : Conseiller en chef, Développement des RHS, Coordinateur</p> <p>1-2 Experts à court-terme : Formation des RHS, information des RHS</p> <p>2. Formation des homologues</p> <p>2-1 Formation au Japon : deux ou trois personnes par an</p> <p>2-2 Formation dans les pays tiers (y compris la coopération tripartite avec le Sénégal)</p> <p>3. Frais pour la mise en œuvre des activités nécessaires à l'accomplissement de l'objectif du Projet</p> <p>4. Fourniture des équipements nécessaires à la mise en œuvre des activités du Projet</p>	<p>(2016-)</p> <p>3-4. Les rapports de supervision concernant le progrès de l'élaboration et de la mise en œuvre du PDRHS</p> <p>Partie RDC</p> <p>1. Affectation des homologues</p> <p>1-1 Directeur du Projet</p> <p>1-2 Gestionnaire du Projet</p> <p>1-3 Homologues des experts japonais</p> <p>2. Bureaux et installations mis à la disposition du Projet au sein du MSP et de l'IPS dans les provinces ciblées</p> <p>3. Frais courant : eau et électricité du bureau du Projet</p>	<p>La situation politico-sociale ne se détériore pas dans les provinces ciblées</p>
			<p>Conditions préalables</p>

*Handwritten mark*





Annexe 3 : Organisation de la Mise en oeuvre du Projet



*[Handwritten mark]*

*[Handwritten signature]*



## **Annexe 4**

### **Liste des membres proposés du Comité de Coordination Conjoint**

**1. Partie congolaise :**

Directeur de la Direction des Services Généraux et Ressources Humaines (D1)

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

Directeur de la Direction de Formations Continue (D11)

Directeur adjoint de la Direction des Etudes et Planification (D7)

Chefs de division de la D1

Chefs de division de la D6

Chefs de division de la D11

MIP de l'IPS des provinces ciblées

Chef du Bureau des Services Généraux et Ressources Humaines (B1)

**2. Partie japonaise :**

Experts japonais du Projet

Bureau représentant de la JICA en RDC

Ambassade du Japon (observateur)

**3. Autres : Ceux que sont considérés comme pertinents de participer suite à la consultation mutuelle entre la partie congolaise et la partie japonaise**

## Appendice 2

### PRINCIPAUX POINTS ABORDES

#### 1. Coordination avec les partie-prenantes des provinces ciblées

Comme convenu dans le Compte Rendu des discussions de l'étude du plan détaillé, signé le 10 septembre 2013, la partie congolaise, représentée par le chef de division de la D1, a visité l'IPS de la Province de Bas-Congo du 7 au 9 octobre 2013 afin d'expliquer aux parties prenantes l'objectif du Projet ainsi que les dispositions qui devront être prises par l'IPS avant et au cours de la mise en oeuvre du Projet.

L'IPS a assuré d'apporter sa collaboration, notamment par la fourniture d'espace de travail approprié pour les experts japonais pendant la période de leurs activités en Province de Bas-Congo.

Les deux parties ont convenu qu'il est souhaitable qu'une telle procédure préalable soit prise avant l'intervention du Projet au sein des deux autres provinces ciblées afin de mieux coordonner et préparer les activités du Projet.





**Appendice 3**

**COMPTE RENDU DES DISCUSSIONS DE L'ETUDE DU PLAN DETAILLE**

A handwritten mark, possibly a signature or initials, located in the lower-left quadrant of the page. It consists of a single, fluid, cursive stroke that forms a shape resembling a checkmark or a stylized letter 'V'.

コンゴ民主共和国  
「コンゴ民主共和国 保健人材開発支援プロジェクト フェーズ2」にかかる  
詳細計画策定調査団  
と  
コンゴ民主共和国政府関係者  
間の協議記録

コンゴ民主共和国(以下、「コンゴ民」)政府から提出され、日本政府によって採択された要請に応え、JICAは、2013年8月25日から9月10日まで、人間開発部保健第二課長・小林洋輔を団長とする、「コンゴ民主共和国 保健人材開発支援プロジェクト フェーズ2」(以下、「プロジェクト」)のための詳細計画策定調査団(以下、調査団)をコンゴ民に派遣した。調査団は、コンゴ民政府関係者(以下、コンゴ民側)と協議を行うとともに、現地調査を実施した。

一連の協議と現地調査の結果、コンゴ民側・日本側双方は、付属書に記述された主要項目につき確認した。調査団は、帰国後、日本側関係者に本確認事項を報告し、プロジェクトの妥当性が確認された後、実施にかかる協議が進められる予定である。

2013年9月10日、キンシャサ

---

小林 洋輔  
団長  
詳細計画策定調査団  
JICA

---

Dr. MUKENGESHAYI KUPA  
次官代理  
公共保健省  
コンゴ民主共和国

## 付属書

### 1. 詳細計画策定調査の目的

- 1.1. コンゴ民側とのインタビューや問題分析ワークショップを通じてコンゴ側により特定された課題(添付 4)の確認を通じて、本プロジェクトにかかる要請の背景・内容を明確化する。
- 1.2. 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する。
- 1.3. 公共保健省との協議を通じて、プロジェクト PDM 及び PO を策定する。
- 1.4. 本プロジェクト開始までに必要な活動及びスケジュールを確認する。
- 1.5. コンゴ民側と日本側により合意された事項を確認するために協議録の署名・交換を行う。

### 2. プロジェクトの枠組み及び概要

本プロジェクトの概要は別添 1「PDM 案」に記載される通りであり、その暫定的な実施工程は別添 2「PO 案」のとおりである。PDM 案は、別添 5「RD(PV)案」の署名前に双方によって再検討され得るものとする。

- 2.1. プロジェクト名:保健人材開発支援プロジェクトフェーズ 2
- 2.2. 責任機関:公共保健省
- 2.3. 実施機関:公共保健省人材関連局
- 2.4. プロジェクト期間:2014 年 1 月～2017 年 12 月(4 年間)
- 2.5. ターゲットグループ:公共保健省人材関連局(人材技術員会含む)、州保健局人材担当課
- 2.6. プロジェクト目標:国家保健人材開発計画 PNDRHS の策定及び実施を効果的・持続的に行うために必要な基盤が保健省及び対象州において強化される。
- 2.7. 上位目標、成果、投入:別添 1「PDM 案」に記載のとおり。

### 3. プロジェクトの実施体制

- 3.1. プロジェクトディレクターの役職と役割:保健省次官
- 3.2. プロジェクトマネージャーの役職と役割:保健省第 1 局長
- 3.3. カウンターパート機関:保健省第 1 局、第 6 局、第 11 局、対象州の州保健局
- 3.4. 合同調整委員会の機能とメンバー構成:
  - 3.4.1. 機能:保健省次官が召集する保健省技術調整委員会(CCT)の下におかれるアドホック委員会を合同調整委員会とみなす。一年に1回開催し、プロジェクト年次活動計画の策定や活動進捗の報告、その他プロジェクト運営に必要な事項の決定を行い、その結果・内容を CCT に報告する。
  - 3.4.2. メンバー構成:
    - (コンゴ側)第1、6、11局長、第 7 局長補佐、第1、6、11 局課長、対象州の州保健局長(MIP)及び B1 課長
    - (日本側) 専門家、JICA 事務所、日本大使館
    - (その他)双方の合意に基づき参加することが適切と判断される者



#### 4. その他の協議事項

- 4.1. 本プロジェクトの対象州: 本プロジェクトの対象州は、コンゴ民の地方バランスと予算的制約を考慮し、バコンゴ州・西カサイ州・カタンガ州の 3 州を対象州の候補とすることを、双方は合意した。これら 3 州において円滑なプロジェクト実施がなされるよう、コンゴ民保健省はプロジェクトにかかる R/D の署名時までに対象州の州関連当局(州保健大臣、MIP など)に対して、プロジェクト案を十分に説明するとともに、これら州におけるカウンターパートの配置や必要な行政手続等を含む負担事項の履行を確保することに同意した。地方分権化の過程において対象州が分割された場合の対象地域については、別途双方の協議を経て定義されることとする。
- 4.2. 協力対象州への介入方法: 協力対象地域 3 州における成果 3 にかかる活動を着実に実施するため、その介入範囲を段階的に広げていくことが適当である点を双方は合意した。具体的には、プロジェクトの前半においてはバコンゴ州を主な対象とし、その後、その進捗・成果を踏まえつつ、他の 2 州に展開していくことを検討する。
- 4.3. 本プロジェクトにおける教育基準作成の対象職種: 国家パイロット校 IEMK (INPESS) では助産師・看護師・衛生技師・薬剤技師・検査技師の 5 職種の養成コースが開講予定であるが、各コースの教育基準(職能・養成・評価)の作成支援に関しては、本調査時点における IEMK の開校準備状況に鑑み、本プロジェクトでは基本的に助産師を対象に支援を行うことを双方は合意した。その他の職種の教育基準の作成支援の可能性に関しては、プロジェクト開始 2 年目以降を目途に、IEMK (INPESS) の運営状況及びプロジェクト予算の状況等を踏まえ、双方で協議することとする。
- 4.4. 人材委員会の定期開催: PNDRHS2011-2015 の評価及び PNDRHS2016-2020 の策定のプロセスにおいては、PNDRHS の上位計画である PNDS の評価・改定にかかるプロセスを管理する第 7 局と人材関連局との連携が不可欠であることから、両者の情報共有が適切に行われるよう人材委員会が定期的で開催されることが望ましい。
- 4.5. 他省庁との連携: PNDRHS2011-2015 には上級・中級両レベルの助産師・看護師の人材開発にかかる記載が不十分であることが人材関連局によって認識されているところ、この認識に基づいた PNDRHS2011-2015 の評価と PNDRHS2016-2020 の策定を行う上では、上級人材の養成を管轄する高等教育省との連携が望まれる。また、保健人材開発にかかるプラットフォームであるオブザベトリーがそれとして十全に機能するためには、先に述べた理由により保健省・高等教育省間の連携が重要となるだけでなく、公務員省との連携も促進していく必要があることがコンゴ民側と日本側双方によって合意された。
- 4.6. 国家統一卒業試験 Jury National への協力の取り扱い: 国家統一卒業試験 Jury National は中級保健人材の質を担保するうえで重要な制度である一方、その運営・実施は保健省がその責任において確実かつ持続的に実施すべき通常業務の一環を成すものであることに鑑み、PDM 案に記載される活動 2-5「国家統一卒業試験の実施」にあたっては、以下の 2 点をその前提条件と定めることに双方は合意した:
  - i) プロジェクト第 1 フェーズ期間中に実施された Jury National 実施報告書(2012 年度)及びコンゴ民・日本側合同で実施された終了時評価の報告書に記載された提言に基づき、Jury National の実施細則が本プロジェクト開始前(2014 年 1 月)までに策定されること。
  - ii) 本プロジェクト実施期間を通じて、日本側による支援額を毎年、前年比 10%減とすること。

- 4.7. PDM 案の改訂:活動の進捗状況、プロジェクト予算の状況、4.6 に掲げる前提条件の履行状況に応じて、若しくは双方によって必要と認められる場合は、PDM の改訂(指標、成果、活動、投入を見直し)を検討することとする。
- 4.8. 効率的な事業運営:限られた予算・人員の中で最大の成果を上げるため、現地リソースの活用、出張・ワークショップの効率的な運用などを含め、効率的な事業運営に努めることについて双方合意した。
- 4.9. プロジェクト開始までのスケジュール:2014 年 1 月のプロジェクト開始を目指し、日本国内におけるプロジェクト実施のための承認および両者による R/D(別添 5)への署名プロセスを速やかに進めることについて双方は合意した。

別添:

1. プロジェクト・デザイン・マトリックス(PDM)案
2. 活動予定表(PO) 案
3. プロジェクト実施体制案
4. コンゴ民側の問題分析・目的分析系図
5. RD 案

以上

6. PDM (仏語、英語、日本語)

6 – 1 PDM (仏語)

**PDM<sub>0.3</sub> (PROJET DE CADRE LOGIQUE Version 0.3)**

Intitulé : Projet d'appui au développement des ressources humaines pour la santé Phase 2

Durée : Du mois de janvier 2014 au mois de décembre 2017 (quatre ans)

Zone d'intervention : le MSP au niveau central ainsi que l'IPS des provinces ciblées (à savoir : Bas-Congo, Kasai occidental, et Katanga)

Bénéficiaires Directs : Directions centrales du MSP (la Commission technique y comprise) et Bureaux de l'IPS des provinces ciblées, qui se chargent du développement des RHS

Etabli : le 06/09/2013

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Conditions Extérieures
<p><b>Objectif global</b></p> <p>La formation de base, la rétention, la gestion de carrière et la formation continue des RHS sont améliorés d'une manière adéquate et conforme au besoin dans les provinces ciblées, et ces acquis sont disséminés à d'autres provinces.</p>	<p>1. Le pourcentage des structures sanitaires où le personnel sanitaire est affecté conformément aux normes de répartition dans les provinces ciblées (xx%)</p> <p>2. L'annuaire des RHS est renouvelé tous les ans dans les provinces ciblées</p> <p>3. Le budget pour la mise en oeuvre du PDRHS se multiplie (xx%)</p>	<p>1. Le rapport d'évaluation du PDRHS</p> <p>2. Le rapport d'évaluation du PDRHS</p> <p>3. Le rapport d'évaluation du PDRHS</p>	
<p><b>Objectif du Projet</b></p> <p>Les bases nécessaires pour l'élaboration du PDRHS et pour sa mise en oeuvre effectives et durables sont renforcées tant au niveau des Directions centrales qu'au niveau des provinces ciblées.</p>	<p>1. Les informations figurant sur l'ONRHS sont mises à jour au moins une fois par an.</p> <p>2. Le taux de réussite au Jury National est élevé de xx% dans les provinces ciblées.</p> <p>3. La programmation conjointe des activités la formation continue est élaborée dans les provinces ciblées</p>	<p>1. Le rapport annuel d'activités du MSP au niveau central et provincial</p> <p>2. Les rapports d'évaluation du Jury National</p> <p>3. Le rapport de suivi du MSP et le rapport annuel d'activités du niveau provincial</p>	<p>La coordination entre le niveau central et le niveau intermédiaire du MSP est maintenue.</p>
<p><b>Résultats Attendus</b></p> <p>1. Le PDRHS (2016-) est élaboré et validé suivant le résultat de l'évaluation du PDRHS (2011-2015).</p> <p>2. Les textes légaux et normatifs nécessaires à la mise en oeuvre du PDRHS sont mis au point.</p> <p>3. Avec l'appui des Directions centrales concernées, le PDRHS est élaboré sur la base des faits réels et conformément au PDRHS dans les provinces ciblées respectives, et sa mise en oeuvre est commencée.</p>	<p>1-1 Le rapport d'évaluation du PDRHS 2011-2015 est rédigé</p> <p>1-2 Le nombre par an de tenues de la réunion interministérielle sur le renforcement et la fonctionnalisation de l'ONRHS</p> <p>1-3 La vision nationale commune de la formation des RHS du niveau supérieur et du niveau secondaire figure dans le PDRHS (2016-).</p> <p>1-4 Le pourcentage des provinces ayant élaboré le PDRHS (xx%)</p> <p>1-5 Le nouveau PDRHS est validé.</p> <p>2-1 Les référentiels de la formation pour les accoucheuses du niveau secondaire sont élaborés.</p> <p>2-2 Les textes légaux et normatifs régissant la formation continue sont validés.</p> <p>2-3 Les rapports d'évaluation sur le Jury National sont élaborés.</p> <p>3-1 Une feuille de route visant l'élaboration du PDRHS est établie.</p> <p>3-2 Les bases de données couvrent xx% des RHS dans les provinces ciblées (par rapport aux nombres des RHS enregistrés sur l'annuaire 2009)</p>	<p>1-1. Le rapport d'évaluation du PDRHS (2011-2015)</p> <p>1-2. Le rapport annuel d'activité, le compte-rendu des réunions</p> <p>1-3. Le PDRHS (2016-)</p> <p>1-4. Le rapport d'évaluation du PDRHS</p> <p>1-5. Le PDRHS (2016-)</p> <p>2-1. Les référentiels de la formation des accoucheuses du niveau secondaire</p> <p>2-2. Les textes légaux et normatifs régissant la formation continue</p> <p>2-3 Les rapports d'évaluation du Jury National</p> <p>3-1. Le rapport annuel d'activités du MSP, la feuille de route</p> <p>3-2. L'enregistrement des données sur les RHS mises à jour</p> <p>3-3. Les PDRHS élaborés en cohésion avec le PDRHS (2011-2015) et le PDRHS</p>	

<p><b>Activités</b></p> <p>1-1 Faire fonctionner l'ONRHS en tant que plateforme pour le développement des RHS</p> <p>1-2 Elaborer la vision commune de la formation des RHS de tous les niveaux</p> <p>1-3 Appuyer l'élaboration du PDRHS (-2015) dans chaque province</p> <p>1-4 Evaluer le PDRHS (2011-2015)</p> <p>1-5 Elaborer le PDRHS (2016-) en appuyant sur les résultats de l'évaluation du PDRHS (2011-2015) et celle du PDRHS (-2015) élaboré à l'étape 1-3 ci-dessus.</p> <p>1-6 Valider le PDRHS (2016-)</p> <p>2-1 Etablir les référentiels (de formation et d'évaluation) pour les accoucheuses du niveau secondaire</p> <p>2-2 Valider les référentiels (de formation et d'évaluation) pour les accoucheuses du niveau secondaire</p> <p>2-3 Elaborer les textes légaux et normatifs portant sur la formation continue</p> <p>2-4 Valider les textes légaux et normatifs portant sur la formation continue</p> <p>2-5 Elaborer les textes légaux et normatifs portant sur la gestion de carrières</p> <p>2-6 Valider les textes légaux et normatifs portant sur la gestion de carrières</p> <p>2-7 Mettre en œuvre le Jury National</p> <p>2-8 Evaluer le résultat du Jury National</p> <p>2-9 Evaluer le degré d'application du Guide du Jury National</p> <p>2-10 Améliorer le Guide du Jury National suivant le résultat de l'évaluation</p> <p>3-1 La province de Bas-Congo établit les bases de données des RHS.</p> <p>3-2 Les provinces ciblées actualisent le PDRHS (2016-) basé sur les faits réels, avec l'appui des Directions centrales du MSP.</p> <p>3-3 Les Directions centrales du MSP effectuent la supervision sur le progrès de la mise en œuvre du PDRHS dans les provinces ciblées.</p>	<p><b>Intrants</b></p> <p>Partie Japonaise</p> <p>1. Les experts japonais</p> <p>1-1 Experts à long-terme : Conseiller en chef, Développement des RHS, Coordinateur</p> <p>1-2 Experts à court-terme : Formation des RHS, Information des RHS</p> <p>2. Formation des homologues</p> <p>2-1 Formation au Japon : deux ou trois personnes par an</p> <p>2-2 Formation dans les pays tiers (y compris la coopération tripartite avec le Sénégal)</p> <p>3. Frais pour la mise en œuvre des activités nécessaires à l'accomplissement de l'objectif du Projet</p> <p>4. Fourniture des équipements nécessaires à la mise en œuvre des activités du Projet</p>	<p>3-3 Le PDRHS est élaboré avec l'appui du niveau central</p> <p>3-4 Les rapports de supervision concernant le progrès de l'élaboration et de la mise en œuvre du PDRHS sont rédigés.</p>	<p>(2016-)</p> <p>3-4. Les rapports de supervision concernant le progrès de l'élaboration et de la mise en œuvre du PDRHS</p> <p>Partie RDC</p> <p>1. Affectation des homologues</p> <p>1-1 Directeur du Projet</p> <p>1-2 Gestionnaire du Projet</p> <p>1-3 Homologues des experts japonais</p> <p>2. Bureaux et installations mis à la disposition du Projet au sein du MSP et de l'IPS dans les provinces ciblées</p> <p>3. Frais courant : eau et électricité du bureau du Projet, connexion internet</p>	<p>La situation politico-sociale ne se détériore pas dans les provinces ciblées</p>
<b>Conditions préalables</b>				



6 - 2 PDM (英語)

**PDM0.3 (Project Design Matrix Version 0.3)**

Project title: Project of support of health human resource development Phase 2

Project period: from January 2014 to December 2017 (four years)

Target areas: Ministry of Health (MSP) in central level and Health Provincial Departments (DPS) in target provinces (Bas-Congo, Kasai occidental and Katanga)

Direct beneficiaries: Departments in MSP (including the technical commission) and Bureaus in DPS in the target provinces which are in charge of the development of health human resources (RHS).

Date : 06/09/2013

Narrative summary	Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p><b>Overall goal</b> Basic training, retention, career management of and continuing training of the RHS are promoted in an appropriate manner and based on the needs of target provinces, and these outputs are disseminated to other provinces.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>The percentage of the health facilities where the health staff is allocated in accordance with the norms of distribution in the target provinces (xx%)</li> <li>The annual of RHS is renewed every year in the target provinces</li> <li>The budget for the implementation of the PPDRHS increases (xx%)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>The evaluation report of the PNDRHS</li> <li>The evaluation report of the PNDRHS</li> <li>The evaluation report of the PNDRHS</li> </ol>	
<p><b>Project Purpose</b> The necessary bases for the efficient and sustainable development and implementation of the PNDRHS are reinforced in both the central and provincial levels.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>The information on the ONRHS is updated at least once year.</li> <li>The pass rate of the National Jury is raised of xx% in the target provinces.</li> <li>The joint program for the continuing education is developed in the target provinces</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>The annual report of activities of the MSP and DPS</li> <li>The evaluation reports of the National Jury</li> <li>The monitoring report of the MSP and the annual report of activities of the DPS</li> </ol>	<p>The coordination between the MSP and DPS is maintained.</p>
<p><b>Outputs</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>The PNDRHS(2016 -) is developed and validated based on the results of the evaluation of the PNDRHS (2011-2015).</li> <li>The necessary legal and normative documents for the implementation of the PNDRHS are developed.</li> <li>The PPDRHS is developed based on the PNDRHS and real facts and started its implementation with the support of the concerned Departments at central level.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>The evaluation report of the PNDRHS (2011-2015) is developed</li> <li>The number interministerial meeting on the function of the ONRHS</li> <li>The unified national vision of the RHS (A1 and the A2 level) in the PNDRHS is developed.</li> <li>The xx% of the provinces developed the PPDRHS</li> <li>The new PNDRHS is validated</li> <li>The training standards for the A2 level midwife are developed</li> <li>The regulatory documents of the continuing training are validated</li> <li>The evaluation reports of the National Jury is developed</li> <li>The roadmap for formulating the PPDRHS is developed</li> <li>The data bases cover xx% of RHS in the target provinces (the parameter is the number of health staff from the annual of RHS in 2009)</li> <li>The PPDRHS is developed with the support of MSP</li> <li>The progress reports of the supervision on the formulation and implementation of the PPDRHS is developed</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>The evaluation report of the PNDRHS(2011-2015)</li> <li>The annual activity report of MSP, the meeting record</li> <li>The PNDRHS (2016 -)</li> <li>The evaluation report of the PNDRHS</li> <li>The PNDRHS (2016 -)</li> <li>The training standards of the A2 midwife</li> <li>The regulatory documents of the continuing training</li> <li>The evaluation reports of the National Jury</li> <li>The annual activity report of the MSP, the roadmap</li> <li>The update record of the RHS database</li> <li>The PPDRHS based on the PNDRHS(2011-2015) and the PNDRHS (2016 -)</li> <li>The progress reports of</li> </ol>	

<p><b>Activities</b></p> <p>1-1 Functionalize the ONRHS as platform for the development of the RHS.</p> <p>1-2 Develop the unified national vision of the RHS of all levels.</p> <p>1-3 Support the development of the PDRHS (-2015) in each province.</p> <p>1-4 Evaluate the PDRHS (2011-2015).</p> <p>1-5 Develop the PDRHS (2016-) based on the results of the evaluation of the PDRHS (2011-2015) and the PDRHS (-2015) developed in the activity 1-3.</p> <p>1-6 Evaluate the PDRHS (2016 -).</p> <p>2-1 Establish the training standards (training and evaluation) for the A2 level midwife.</p> <p>2-2 Evaluate the training standards (training and evaluation) for the A2 level midwife.</p> <p>2-3 Developed the legal and normative documents on the continuing training.</p> <p>2-4 Evaluate the legal and normative documents on the continuing training.</p> <p>2-5 Developed the legal and normative documents on the career management.</p> <p>2-6 Evaluate the legal and normative documents on the career management.</p> <p>2-7 Implement the National Jury.</p> <p>2-8 Evaluate the results of the National Jury.</p> <p>2-9 Evaluate the degree of application of the Guide of the National Jury.</p> <p>2-10 Improve the guides of the National Jury based on the results of the evaluation.</p> <p>3-1 Establish the data bases of the RHS in province of Bas-Congo province.</p> <p>3-2 Revise the PDRHS (2016-) by DPS in the target provinces based on the real facts with the supports of the Departments of the MSP.</p> <p>3-3 Supervise the implementation of the PDRHS in target provinces by the Departments of the MSP.</p>	<p><b>Inputs</b></p> <p>Japanese side</p> <p>1. Japanese experts</p> <p>1-1 Long-term experts: Project manager, health human resource development, Coordinator</p> <p>1-2 Short-term experts: RHS training, RHS Information</p> <p>2. Counterpart training</p> <p>2-1 Training in Japan: two or three persons per year</p> <p>2-2 Training in third countries (including the trilateral cooperation with Senegal)</p> <p>3. Expenses for the implementation of the necessary activities to achieve the project propose.</p> <p>4. Equipment: necessary equipment and stationeries for the implementation of the project activities.</p>	<p>supervision on the formulation and the implementation of the PDRHS</p> <p>RDC side</p> <p>1. Assignment of the counterparts</p> <p>1-1 Project Director</p> <p>1-2 Project Coordinator</p> <p>1-3 Counterparts of the Japanese experts</p> <p>2. Project offices in the MSP and the DPS in target provinces</p> <p>3. Expenses for project operation: water and electricity of the project offices, internet connection</p>	<p>The condition of public safety does not deteriorate in the target provinces</p> <p><b>Pre-conditions</b></p>
---	---	--	---

6-3 PDM (日本語)

PDM<sub>3</sub> (案) バージョン 0.3

プロジェクト名：保健人材開発支援プロジェクトフェーズ2  
プロジェクト実施期間：2014年1月 - 2017年12月 (4年間)

対象地域：保健省および対象州の州保健医務局 (バコンゴ州、  
ターゲット・グループ：保健省 保健人材関連局

西カサイ州、カタンガ州)

(人材技術委員会を含む)、対象州の州保健医務局人材担当課

作成日：2013年9月6日

プロジェクト要約	指標	入手手段	外部条件
<p><b>上位目標</b></p> <p>対象州における保健人材の養成・定着・キャリア管理・継続教育が適正かつニーズに即して促進されるとともに、その成果が他州へ普及する。</p>	<p>1. 対象州において配置基準に則して人材配置がなされる医療施設が xx% となる。 2. 対象州において保健人材年鑑が毎年更新される。 3. 州保健人材開発計画 PPDRHS にかかる活動予算が xx% 増加する。</p>	<p>1. 国家保健人材開発計画 PNDRHS 評価報告書 2. 国家保健人材開発計画 PNDRHS 評価報告書 3. 国家保健人材開発計画 PNDRHS 評価報告書</p>	<p>中央保健省と州保健局の連携が維持される。</p>
<p><b>プロジェクト目標</b></p> <p>国家保健人材開発計画 PNDRHS の策定及び実施を効果的・持続的に行うために必要な基盤が保健省及び対象州において強化される。</p>	<p>1. 中央及び対象州におけるオブザベーターリールが年1回以上更新される。 2. 対象州において中級保健人材の国家統一卒業試験 Jury National の合格率が xx% 向上する。 3. 対象州において継続教育にかかるドナー合同計画が策定される。</p>	<p>1. 保健省、州保健局年次活動報告書 2. 国家統一試験評価報告書 3. 保健省モニタリング報告書、州からの年次活動報告</p>	
<p><b>アウトプット</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 国家保健人材開発計画 PNDRHS (2011-2015) の評価結果に基づき、国家保健人材開発計画 PNDRHS (2016-) が策定・承認される。</li> <li>2. 国家保健人材開発計画 PNDRHS を実施するための各種規定が整備される。</li> <li>3. 対象州において中央の関与のもと、国家保健人材開発計画 PNDRHS に則し、且つ事実に基づいた州保健人材開発計画 PPDRHS が策定され実施が開始される。</li> </ol>	<p>1-1 国家保健人材開発計画 PNDRHS (2011-2015) の評価報告書が作成される。 1-2 オブザベーターリールの機能強化に関する省庁間会議が年 x 回開催される。 1-3 国家保健人材開発計画 PNDRHS (2016-) に上級・中級保健人材養成にかかわる共通ビジョンが記載される。 1-4 州保健人材開発計画 PPDRHS を策定した州が xx% になる。 1-5 国家保健人材開発計画 PNDRHS (2016-) が承認される。 2-1 中級保健人材 (助産師) の教育基準が作成される。 2-2 継続教育にかかる規定文書が承認される。 2-3 国家統一卒業試験 Jury National の評価報告書が作成される。 3-1 州保健人材開発計画 PPDRHS の策定ロードマップが作成される。 3-2 対象州における保健人材データのカバー率が xx% になる (分母は 2009 年保健人材年鑑)。 3-3 中央による支援のもとで州保健人材開発計画 PPDRHS が策定され、承認される。 3-4 州保健人材開発計画 PPDRHS の実施状況に関する指導・監督報告書が作成される。</p>	<p>1-1. 国家保健人材開発計画 PNDRHS (2011-2015) 評価報告書 1-2. 保健省年次活動報告書、会議議事録 1-3. 国家保健人材開発計画 PNDRHS (2016-) 評価報告書 1-4. 国家保健人材開発計画 PNDRHS 評価報告書 1-5. 国家保健人材開発計画 PNDRHS (2016-) 評価報告書 2-1. 中級保健人材 (助産師) 教育基準 2-2. 継続教育にかかる規定文書 2-3 国家統一卒業試験報告書 3-1. 保健省年次活動報告書、ロードマップ 3-2. 保健人材データ更新記録 3-3. 国家保健人材開発計画 PNDRHS (2011-2015) 及び PNDRHS (2016-) に基づいた州保健人材開発計画 PPDRHS 3-4 州保健人材開発計画 PPDRHS の実施状況に関する指導・監督報告書</p>	
<p><b>活動</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1-1 保健人材オブザベーターリートをプラットフォームとして機能させる。</li> <li>1-2 すべてのレベルの保健人材養成にかかる共通ビジョンを策定する。</li> <li>1-3 各州の州保健人材開発計画 PPDRHS (-2015) の策定を支援する。</li> <li>1-4 国家保健人材開発計画 PNDRHS (2011-2015) を評価する。</li> <li>1-5 国家保健人材開発計画 PNDRHS (2011-2015) 及び活動 3-2 で策定される州保健人材開発計画 PPDRHS (-2015) の評価結果に基づき国家保健人材開発計画 PNDRHS (2016-) を策定する。</li> <li>1-6 国家保健人材開発計画 PNDRHS (2016-) を承認する。</li> <li>2-1 中級保健人材 (助産師) の教育基準 (養成、評価) を策定する。</li> <li>2-2 中級保健人材 (助産師) の教育基準 (養成、評価) を承認する。</li> <li>2-3 継続教育にかかる規定文書を策定する。</li> <li>2-4 継続教育にかかる規定文書を承認する。</li> <li>2-5 人事管理にかかる規定文書を策定する。</li> <li>2-6 人事管理にかかる規定文書を承認する。</li> <li>2-7 国家統一卒業試験 Jury National を実施する。</li> <li>2-8 国家統一卒業試験 Jury National の結果を評価する。</li> <li>2-9 国家統一卒業試験 Jury National 実施細則の運用状況を評価する。</li> <li>2-10 評価結果に基づき国家統一卒業試験 Jury National 実施細則を改善する。</li> <li>3-1 対象州 Bas-Congo において保健人材データベースを構築する。</li> <li>3-2 対象州が保健省の関与のもと事実に基づいた州保健人材開発計画 PPDRHS (2016-) を更新する。</li> <li>3-3 保健省が対象州での州保健人材開発計画 PPDRHS の実施状況を指導・監督する。</li> </ol>	<p><b>投入</b></p> <p>日本側</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本邦専門家             <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. 長期専門家の派遣：チーフアドバイザー、保健人材開発、業務調整</li> <li>2. 短期専門家の派遣：保健人材養成、保健人材情報</li> </ol> </li> <li>2. 研修             <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. 本邦研修：年間 2-3 名</li> <li>2.2. 第三国研修 (セネガル三国間協力含む)</li> <li>3. プロジェクト目標達成に必要な現地活動にかかる経費</li> <li>4. 機材：プロジェクト活動に必要な事務機器、事務用品</li> </ol> </li> </ol>	<p>コンゴ民側</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. カウンタートパーターの配置：プロジェクトダイレクター、プロジェクトマネージャー、その他カウンタートパーター</li> <li>2. 保健省、州保健局プロジェクトオフィスの整備</li> <li>3. 経常経費の予算確保及び負担：プロジェクトオフィスの光熱費、インターネット通信料</li> </ol>	<p>対象州において治安が悪化しない。</p>
			<p><b>前提条件</b></p>

7. PO (仏語、英語、日本語)

	2014												2015												2016												2017												Structures et directions responsables																								
	1			2			3			4			5			6			7			8			9			10			11			12			1			2			3			4				5			6			7			8			9			10			11			12		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12												
<b>Résultats Attendus 1. Le nouveau PNRDRHS (2016-) est élaboré et validé suivant le résultat de l'évaluation du PNRDRHS (2011-2015).</b>																																																																									
I-1 Faire fonctionner l'ONRHS en tant que plateforme pour le développement des RHS																																																																									
I-2 Elaborer la vision commune nationale de la formation des RHS du niveau supérieur et du niveau secondaire																																																																									
I-3 Appuyer l'élaboration du PPRDRHS (-2015) dans chaque province																																																																									
I-4 Evaluer le PNRDRHS (2011-2015)																																																																									
I-5 Elaborer le PNRDRHS (2016-) en appuyant sur les résultats de l'évaluation du PNRDRHS (2011-2015) et celle du PPRDRHS (-2015) élaboré à l'étape 1-3 ci-dessus.																																																																									
I-6 Valider le prochain PNRDRHS (2016-)																																																																									
<b>Résultats Attendus 2. Les textes légaux et normatifs nécessaires à la mise en œuvre du PNRDRHS sont mis au point.</b>																																																																									
2-1 Etablir les référentiels (de formation et d'évaluation) pour les accoucheuses du niveau secondaire																																																																									
2-2 Valider les référentiels (de formation et d'évaluation) pour les accoucheuses du niveau secondaire																																																																									
2-3 Elaborer les textes légaux et normatifs portant sur la formation continue																																																																									
2-4 Valider les textes légaux et normatifs portant sur la formation continue																																																																									
2-5 Elaborer les textes légaux et normatifs portant sur la gestion de carrières																																																																									
2-6 Valider les textes légaux et normatifs portant sur la gestion de carrières																																																																									
2-7 Mettre en œuvre le Jury National																																																																									
2-8 Evaluer le résultat du Jury National																																																																									
2-9 Evaluer le degré d'application du Guide du Jury National																																																																									
2-10 Améliorer le Guide du Jury National suivant le résultat de l'évaluation																																																																									
<b>Résultats Attendus 3. Avec l'appui des Directions centrales concernées, le PPRDRHS est élaboré sur la base des faits réels et conformément au PNRDRHS dans les provinces ciblées respectives, et sa mise en œuvre est commencée.</b>																																																																									
3-1 La province de Bas-Congo établit les bases de données des RHS.																																																																									
3-2 Les provinces ciblées actualisent le PPRDRHS (2016-) basé sur les faits réels, avec l'appui des Directions centrales du MSP.																																																																									
3-3 Les Directions centrales du MSP effectuent la supervision sur le progrès de la mise en œuvre du PPRDRHS dans les provinces ciblées.																																																																									



	2014												2015												2016												2017												responsible organisations and departments						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12							
<b>Output 1. The PNRHS(2016 -) is developed and validated based on the results of the evaluation of the PNRHS (2011-2015).</b>																																																							
1-1	Functionalize the ONRHS as platform for the development of the RHS.																																																						
1-2	Develop the unified national vision of the RHS of all levels.																																																						
1-3	Support the development of the PPRHS (-2015) in each province.																																																						
1-4	Evaluate the PNRHS (2011-2015).																																																						
1-5	Develop the PNRHS (2016-) based on the results of the evaluation of the PNRHS (2011-2015) and the PPRHS (-2015) developed in the activity 1-3.																																																						
1-6	Evaluate the PNRHS (2016 -).																																																						
<b>Output 2. The necessary legal and normative documents for the implementation of the PNRHS are developed.</b>																																																							
2-1	Establish the training standards (training and evaluation) for the A2 level midwife.																																																						
2-2	Evaluate the training standards (training and evaluation) for the A2 level midwife.																																																						
2-3	Developed the legal and normative documents on the continuing training.																																																						
2-4	Evaluate the legal and normative documents on the continuing training.																																																						
2-5	Developed the legal and normative documents on the career management.																																																						
2-6	Evaluate the legal and normative documents on the career management.																																																						
2-7	Implement the National Jury.																																																						
2-8	Evaluate the results of the National Jury.																																																						
2-9	Evaluate the degree of application of the Guide of the National Jury.																																																						
2-10	Improve the guides of the National Jury based on the results of the evaluation.																																																						
<b>Output 3. The PPRHS is developed based on the PNRHS and real facts and started its implementation with the support of the concerned Departments at central level.</b>																																																							
3-1	Establish the data bases of the RHS in province of Bas-Congo province.																																																						
3-2	Revise the PPRHS (2016-) by DPS in the target provinces based on the real facts with the supports of the Departments of the MSP.																																																						
3-3	Supervise the implementation of the PPRHS in target provinces by the Departments of the MSP.																																																						

年	2014年												2015年												2016年												2017年												責任者																																																														
	月												月												月												月																																																																										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																															
全体の期間																																																1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
アウトプット 1. 現行PNDRHS(2011-2015)の評価結果に基づき、PNDRHS(2016-)が策定・承認される。																																																																																																															
1-1保健人材サブパートナーをプラットフォームとして機能させる。																																																																																																															
1-2すべてのレベルの上級・中級保健人材養成にかかる共通ビジョンを策定する。																																																																																																															
1-3各州の州保健人材開発計画PPDRHS(2015)の策定を支援する。																																																																																																															
1-4PNDRHS(2011-2015)を評価する。																																																																																																															
1-5PNDRHS(2011-2015)、PPDRHS(2015-)の評価結果に基づきPNDRHS(2016-)を策定する。																																																																																																															
1-6PNDRHS(2016-)を承認する。																																																																																																															
アウトプット 2. PNDRHSの実施するための各種規定を整備される。																																																																																																															
2-1中級保健人材(助産師)の教育基準(養成、評価)を策定する。																																																																																																															
2-2中級保健人材(助産師)の教育基準(養成、評価)を承認する。																																																																																																															
2-3継続教育にかかる規定文書を策定する。																																																																																																															
2-4継続教育にかかる規定文書を承認する。																																																																																																															
2-5人事管理にかかる規定文書を策定する。																																																																																																															
2-6人事管理にかかる規定文書を承認する。																																																																																																															
2-7国家統一卒業試験Jury Nationalを実施する。																																																																																																															
2-8国家統一卒業試験Jury Nationalの結果を評価する。																																																																																																															
2-9国家統一卒業試験Jury National実施細則の運用状況を評価する。																																																																																																															
2-10評価結果に基づき国家統一卒業試験Jury National実施細則を改善する。																																																																																																															
アウトプット 3. 対象州において中央の関与のもと、国家保健人材開発計画PNDRHSに即し、且つ事実に基づいた州保健人材開発計画PPDRHSが策定され実施が開始される。																																																																																																															
3-1対象州Bas-Congoにおいて保健人材データベースを構築する。																																																																																																															
3-2対象州が保健省の関与のもと事実に基づいた高い州保健人材開発計画PPDRHS(2016-)を更新する。																																																																																																															
3-3保健省が対象州での州保健人材開発計画PPDRHSの実施状況を指導・監督する。																																																																																																															

## カタンガ州 州保健人材開発計画 ドラフト（イントロ部分）

### 1. 保健人材の頭脳流出

多くの国家組織において、保健人材がいくつもの養成やトレーニングを受けたあと、配置されたポストを離れて他の国内外の組織、鉱山会社、国外へと移る例が見られる。

ある程度の経験を積んだ人材は、給与の低い公務職よりも民間セクターで自分の技術にふさわしい最大限の所得を獲得することを選ぶ。またこれら人材の公務職に携わる期間の短さから養成の収益性が低くなっている。

また農村部勤務手当、ディプロマ手当、生活費高騰手当などが支給されていないことが頭脳流出に拍車をかけている。

### 2. 職員のための交通手段および医療費負担がなく住宅も不足

国家公務員はかつて公共交通手段の乗車カード支給を受けていたが現在は無くなっている、国による公務員の医療費負担も無くなった。州に配置された管理職者は国により公務員宿舎を提供されていたのが現在は行われていない。

## 人事管理

### 1. 無秩序な人員採用

州における保健組織の各レベルでのニーズ状況が明らかにされないまま人材採用が行われている。州レベルでも末端のレベルでも、規則を遵守せず採用を行っている。統制のとれない人材採用によって、州全体の保健人材数管理が難しくなり、保健組織の人員数が膨大になり、プロフィールを考慮しない採用によって人材の職種配置が不適切になっている。

### 2. 採用にあたって職階等が遵守されない

採用に際して守るべき身分規則を知らない、公務職組織に関する経験も資格も持たない人物が採用を行っているため、採用に際して職階が遵守されていない。そのため採用される職員がポストに対して職階が高すぎたり低すぎたりしてカテゴリーによっては給与アップや昇進に遅滞が生じている。

### 3. 農村部のポストを捨てて都市部のポストに就く

農村部において低い給与で困難な労務条件下に従事する保健人材は、学業を再開したりレジャーを楽しんだり子供を良い学校に通わせられる可能性が大きい都市部への配置変換を望む。その結果として、農村部には十分に資格を持つ人材が不足しているのに保健省下の州の人事管理部局には職員からの配置転換願いが数多く寄せられ、保健人材配置のアンバランスが如実になっている。

### 4. 人材情報システムの不在

SNIS-SSP 報告書の人材部分には、保健人材のカテゴリー、資格、身分、既婚か否か等の重要な情報が明確にされていない。このような情報の欠如によって精確な保健人材数の管理ができず、必要な資格を持った人材の配置が難しく、保健専門職者とそれ以外の人材の不均衡(事務職が保健職を上回る)を招いている。

## 5. 退職システムの欠如

過去 10 年以上前から退職システムが機能していない。2005 年に退職した数わずかな職員も全く退職金を受けていない。退職年齢を超えた職員を退職させるシステムが無いことから、国家は公僕の年齢若返りを図れないでいる。

## 6. 保健人材組織編成が現状に合致していない

2003 年に制定された現在の組織編成は現状に合致しなくなっている。保健行政組織図は過去のものとなっている。複数の部局が同様の任務や事業を担当している。これによって権限や事業の重なり合い、権能の衝突、各部局と任務のあいだに一貫性がない状態を呈している。また組織間に機能的、実務的な関係作りが行われておらず、役割、責任、権限、機能、特権の行使に混乱が生じている。

同様に雇用口やポストの実務的なジョブデスクリプションも不在である。

## 初期教育

### 1. 州初期教育計画の不在

州初期教育計画の不在によって養成コースのバランスが取れず、あるカテゴリーの保健人材が過剰に養成され、養成の質の低下、過剰に養成された看護師の失業、他の専門分野の人材不足(衛生技師、薬剤助手、助産師 等)、資格不十分などを引き起こしている。

### 2. 関係者間の協議枠組みの不在

初期教育担当部局と、中級保健人材養成校・中級看護人材養成校の振興担当者や ESU 責任者を初めとする関係者との協業のための公式のメカニズムが無い。このため保健人材養成コースの組織、学生の応募やディプロマに関して合意形成による決定が行われていない。

### 3. 教育の質が低い

国家による助成がないため、生徒募集のみが養成校にとっての資金源を成しており、選考基準、評価基準が守られず、これらに対する監督やスーパービジョンも実施率が低い。上級・大学レベルの教員は後継者養成の政策もないままに多くが退職年齢に達しており、高齢化が進んでいる。

### 4. 教育プログラムがニーズに合致していない

中級、上級、大学レベルで現在実施されている教育プログラムやメソッドでは、生徒に卒業後すぐに現場で役立つ能力を育てられず、このためのスキルアップ研修が求められている。

## 継続教育

### 1. 法規・基準が入手不可能

2006 年カタンガ州に B11 局が設置されて以来、関連部局や関連プログラムが則るべき継続教育に関する基準や法規は無く、テーマによってはトレーナープールが不在であるためプロフィールの合致しないトレーナーが使われている。



## 2. 教育の調整がとれていない

B11 局が他の関連部局、関連プログラム全体との継続教育事業の一貫性の取れた合同プログラム策定を行っていないため、現任教育がバラバラに組織されており、教育された人材のモニタリングもほとんど行われていない。

## 3. 継続教育に関するデータ更新が行われていない

現在 B11 局では継続教育に関する更新されたデータを持っていない。データは不十分であり、バラバラに関連各組織や民間企業、ドナーが持っておりアクセスが難しい。

## 4. 継続教育メソッドがニーズに応えていない

資格要件を満たさないトレーナーが用いる継続教育メソッドでは育成すべき職員のレベルが考慮されていない。トレーニングは実技よりも理論が多く、モジュールも教材もトレーニング後に活用されることはない。したがってトレーニング前とトレーニング後の違いが無い。

## 5. 継続教育関連ドナーとの協力が不十分

継続教育担当部局と保健分野のドナーとの間に全体的な計画が無いため、継続教育に関する情報の共有ができない。

また継続教育に対する資金支援における協調はほとんど行われていない。

このため教育内容の優先付けが行われず、教育基準が遵守されず、継続教育に関するデータがあまり報告されることがない。

## 6. 継続教育対象職員の選定が不適切

資格要件を満たさない職員がトレーニングの対象として選ばれており、トレーニング対象者管理不在の根幹を成している。このためにトレーニングの設定目標が達成されることはほとんどない。

## 長所、短所、好機、脅威に関する分析

### 1. 長所(ストレングス)

- ・ 地域手当の給付
- ・ 現状診断が行われ、それに基づいた勧告が作成されている
- ・ 保健人材に関する BTP2009 勧告が作成されている
- ・ 州保健計画(PPDS)および活動実施計画(PAO)が作成されている

### 2. 短所(ウィークネス)

- ・ 危険手当支払いに差別がある
- ・ 州内の採用場所が多岐にわたる
- ・ データベース管理のためのトレーニングを受けた職員がいない

### 3. 好機(オポチュニティ)

- ・ ドナーによる支援
- ・ ドナーを含めたステークホルダーを保健国家計画に同調させる

#### 4. 脅威(スレット)

- ・ 不適切な給与政策
- ・ 資金不足(給与予算不足)
- ・ 初期教育セクターにおける利益追求型民間学校の存在

#### 戦略的ビジョン

保健州局の内外の環境が分析され、カタンガ州における保健人材開発分野の戦略的ビジョンが次のように定義された。

「保健州局は州および末端のレベルにおいて、コンピテンシー高く、やる気があり、パフォーマンス高い多分野にわたる保健チームが十分な数で適正な配分により配置され、質の高い保健サービスを供給し、カタンガ州民の健康状態の改善に貢献する。」

このように策定された州保健人材開発計画(PPDRHS)は、州保健計画(PPDS) 2012-2015の戦略的方針を具現化し、年間活動実施計画(POA)を用いて政府の保健セクター戦略を実施するものである。州保健人材開発計画は、保健人材が効果的かつ効率的に活用されるよう中級保健人材養成の規制を目指す。当該計画は保健人材のコンピテンシー開発および定着化の効果的なメカニズムを定義する。当該計画の活動は関連セクター、関連ドナー、市民社会、地域コミュニティを巻き込んで実施される。

#### 4.2. 目標

##### 4.2.1. 全体的目標

今後 2015 年までに質の高い保健サービスの提供を目指し、州保健局にコンピテンシーある、やる気のある、パフォーマンス高い保健人材を十分な数で適正な配分により配置する。

##### 4.2.2. 活動目標

1. 保健人材開発担当組織の制度的ガバナンスとリーダーシップを強化する
2. 保健人材計画策定の枠組みを強化する
3. 中級保健人材養成の質の向上
4. 保健人材コンピテンシー開発および管理を強化する
5. 保健人材のモチベーションを高め配属ポストに定着させる

#### 4.3. 戦略的基軸

活動目標 1. 保健人材開発担当組織の制度的ガバナンスとリーダーシップを強化する

- 1) 保健人材に関する情報システムの構築
- 2) 保健人材分野および分野横断的なパートナーシップの強化

活動目標 2. 保健人材計画策定の枠組みを強化する

- 1) 保健人材計画策定のための基準および制度的枠組みの開発
- 2) 保健人材担当組織の計画策定に係る能力強化
- 3) 保健人材計画策定の促進

活動目標 3. 中級保健人材養成の質の向上

- 1) 中級人材養成機関の浄化
- 2) 養成機関の制度的能力の強化

活動目標 4. 保健人材コンピテンシー開発および管理を強化する

- 1) 州内の都市部と農村部の間での保健人材の適正な配分状況を目指した向上
- 2) 保健人材のための継続教育システムの開発
- 3) 保健人材に関する研究の振興
- 4) 州保健人材開発担当組織の人的・組織的能力強化

活動目標 5. 保健人材のモチベーションを高め配属ポストに定着させる

- 1) 保健人材労務環境の改善(インフラ、機材、業務ツール等)
- 2) 保健人材の社会的待遇、給与の改善
- 3) 農村部に対するインセンティブ措置の促進(過疎地手当、遠隔地勤務手当、宿舍の建造等、州政府による地方分権措置参照のこと)

