

コートジボワール国
保健・公衆衛生・国民皆保険省
看護・助産ケア局

コートジボワール国
妊産婦・新生児継続ケア改善プロジェクト
業務完了報告書

2024 年 8 月

独立行政法人
国際協力機構 (JICA)

三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング株式会社
株式会社アースアンドヒューマンコーポレーション

人間
JR
24-065

**コートジボワール国妊産婦・新生児継続ケア改善プロジェクト
業務完了報告書**

目次

図表目次.....	
略語集.....	
写真集.....	
要約.....	
第1章 プロジェクトの概要.....	15
1.1. 背景・経緯.....	15
1.2. 目的.....	15
1.3. プロジェクト概要.....	15
1.3.1. プロジェクトの目標と成果.....	15
1.4. 投入実績.....	16
1.4.1. 日本側.....	16
1.4.2. コートジボワール側.....	17
第2章 活動内容.....	18
2.1. プロジェクト管理にかかる実績と成果.....	18
2.1.1. プロジェクト実施体制.....	18
2.1.2. 実施プロセス.....	19
2.1.3. PDM改訂の経緯・推移.....	20
2.1.4. 技術協力成果品.....	24
2.1.5. 合同調整委員会開催.....	24
2.1.6. 広報.....	25
2.1.7. 満足度調査.....	25
2.2. 成果1に関する業務内容.....	26
2.2.1. ベースライン調査実施(活動1.1 & 1.2).....	26
2.2.2. 妊産婦・新生児継続ケアモデルの検討、優先的活動の特定(活動1.3 & 1.4).....	27
2.2.3. 合同調整委員会メンバーに対する継続ケアモデル共有(活動1.5).....	29
2.2.4. コミュニティに対する情報共有ワークショップ開催(活動1.6).....	29
2.2.5. 規範と政策文書の整理と活用(活動1.7).....	30
2.2.6. 既存の研修システムの見直し(活動1.8).....	30
2.2.7. 助産師・看護師の能力向上のための研修アクションプラン策定(活動1.9).....	32
2.2.8. 助産師・看護師を対象とした能力向上トレーニングの実施(活動1.10).....	33
2.2.9. 看護師・助産師研修成果のモニタリング・評価、研修制度改善(活動1.11).....	35
2.3. 成果2に関する業務内容.....	38
2.3.1. モデルを導入する対象保健医療施設の選定(活動2.1).....	38

2.3.2.	リファラル実施状況にかかる情報収集(活動 2.2)	39
2.3.3.	正常分娩と基本的な緊急産科医療に必要な医療機材と物品を適切に提供するための 流通システム分析(活動 2.4)	39
2.3.4.	正常分娩や基礎的緊急産科ケアに必要な機材の調達・供与(活動 2.3 & 2.5)	40
2.3.5.	機材の使用状況のモニタリング・評価と必要に応じた保健省の基準改定のための提言 (活動 2.6)	40
2.3.6.	MPDSR 会議等を通じたリファラル実践のための問題特定・対応検討(活動 2.7)	41
2.4.	成果 3 に関する業務内容	42
2.4.1.	継続ケアモデルの概念を検証(活動 3.1)	43
2.4.2.	継続ケアモデルの実践を展開・加速するための方法特定(活動 3.2)	45
第 3 章	プロジェクト目標の達成度	47
3.1.	プロジェクト目標と成果の達成状況	47
3.1.1.	成果 1 の達成状況	47
3.1.2.	成果 2 の達成状況	48
3.1.3.	成果 3 の達成状況	48
3.1.4.	プロジェクト目標の達成状況	49
3.2.	上位目標の達成見込み	50
第 4 章	プロジェクト実施運営上の課題・工夫・教訓	51
4.1.	プロジェクト遂行上の課題	51
4.1.1.	プロジェクト実施体制の制約	51
4.1.2.	新型コロナウイルス感染症拡大による渡航制限に伴うプロジェクト運営上の制約	51
4.1.3.	日本側・コートジボワール側双方のコミュニケーションにおける課題	51
4.1.4.	活動実施スケジュールの制約	51
4.1.5.	機材調達における供給会社の能力不足	51
4.2.	プロジェクト実施運営上の工夫	52
4.2.1.	コミュニケーション改善の努力	52
4.2.2.	プロジェクトの実施体制強化	52
4.2.3.	関連他業務との連携	52
4.3.	教訓	52
4.3.1.	研修プログラム策定・実施にかかる教訓	52
4.3.2.	スーパービジョン実施にかかる教訓	53
4.3.3.	機材調達にかかる教訓	53
4.3.4.	ツール開発にかかる教訓	54
第 5 章	上位目標の達成に向けた提言	55
5.1.	PACSSMN モデルの継続的实施(対保健省)	55
5.2.	助産師・看護師研修の継続实施(対保健省)	55
5.2.1.	正常出産の再研修の重要性	55
5.2.2.	助産師のアセスメント能力の向上	55
5.3.	スーパービジョン結果に基づく提言の実施(対保健省、州・県保健局、保健医療施設、医療 従事者)	56

5.4. 産科医と助産師の建設的協働の促進(対保健省および医療従事者)	56
5.5. 保健区レベルでの MPDSR 会議の改善(対保健区)	57
5.6. 母子保健分野で活動するドナーとの連携(対 JICA)	57
添付資料	59
添付資料 1: プロジェクトデザインマトリックス(PDM ver. 2)	59
添付資料 2: 詳細活動計画(PO)	63
添付資料 3: 業務フローチャート	65
添付資料 4: 供与機材実績	67
添付資料 5-1: 第 2 回合同調整委員会議事録	69
添付資料 5-2: 第 3 回合同超世委員会議事録	81
添付資料 6: ベースライン調査報告書要約	95
添付資料 7: 助産師・看護師研修改善案	107
添付資料 8: スーパービジョン報告書 1	127
添付資料 9: スーパービジョン報告書 2	175
添付資料 10: MPDSR 会議における検討手順にかかる提案	187
添付資料 11: 妊産婦新生児継続ケアモデル(PACSSMN モデル)コンセプトノート	199
添付資料 12: 妊産婦新生児継続ケアモデル(PACSSMN モデル)コンセプトノート(抄訳)	205

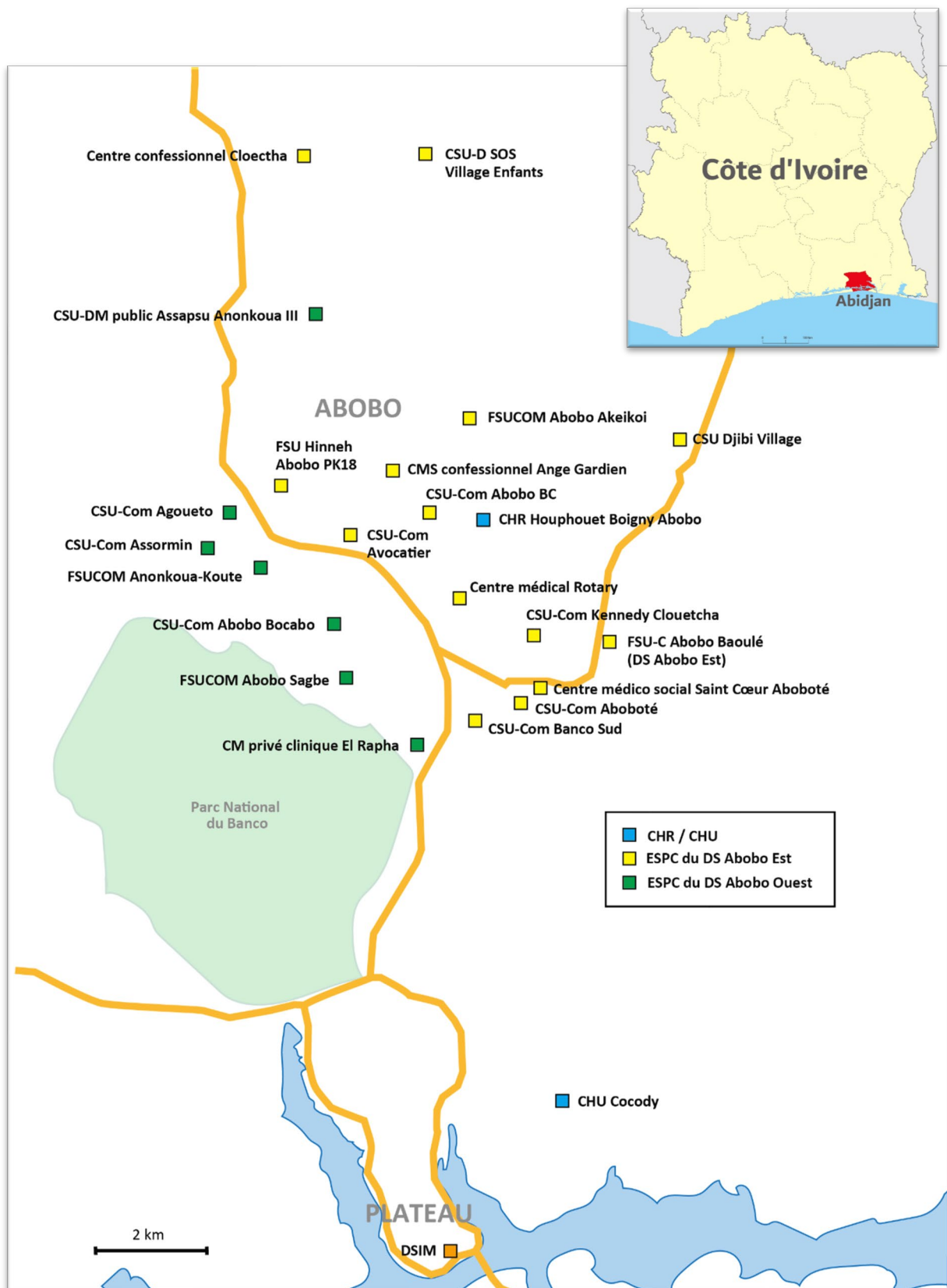
図表目次

表 1: PACSSMN の概要(PDM ver. 2).....	16
表 2: 日本側投入実績(専門家).....	16
表 3: 日本側投入実績(機材).....	16
表 4: 日本側投入実績(研修).....	17
表 5: 日本側投入実績(予算).....	17
表 6: プロジェクトカウンターパートの配置.....	17
表 7: プロジェクト実施の経緯.....	19
表 8: PDM の修正内容.....	21
表 9: 技術協力成果品.....	24
表 10: 満足度調査概要.....	26
表 11: ベースライン調査概要.....	27
表 12: 妊産婦・新生児継続ケアモデル(案)実践に向けた主要課題.....	28
表 13: コミュニティ啓発ワークショップ概要.....	30
表 14: プロジェクトで整備した規範、政策文書、ポスター一覧.....	30
表 15: 助産師・看護師研修プログラム概要.....	32
表 16: 講師養成研修概要.....	33
表 17: 助産師・看護師研修概要.....	34
表 18: 助産師・看護師研修における気づきと今後の対策(案).....	34
表 19: 助産師・看護師研修後モニタリング.....	36
表 20: スーパービジョン概要.....	37
表 21: スーパービジョン結果に基づく提言.....	38
表 22: 対象施設向け供与機材.....	40
表 23: アボボ西保健区がまとめた死亡症例検討会での課題・提言・責任者.....	41
表 24: MPDSR 会議における検討手順案.....	42
表 25: 妊産婦・新生児継続ケアモデルコンセプトノート概要.....	44
表 26: モデル案に基づくアボボ地区での優先活動・チャレンジ(構成要素ごと).....	45
表 27: 成果共有ワークショップにおける提言.....	46
表 28: プロジェクト目標・成果の達成状況一覧.....	47
表 29: ベースライン調査と満足度調査の比較(指標 1).....	49
表 30: ベースライン調査と満足度調査の比較(指標 2).....	50
表 31: プロジェクト上位目標と達成見込み.....	50
図 1: プロジェクト実施体制.....	18
図 2: 妊産婦・新生児継続ケアモデル(PACSSMN モデル)の概念図(当初).....	29
図 3: PACSSMN モデルの概念図(改訂版).....	44

略語集

略語	欧文	和訳
AMIU	Aspiration manuelle intra-utérin	手動子宮内吸引処置
ASC	Agent de santé communautaire	コミュニティヘルスワーカー
ASFI	Association Sages-femmes Ivoiriennes	助産師協会
BDCF	Battements de cœur fœtal	胎児心拍動
BEmOMC	Basic emergency obstetric and newborn care	基礎的緊急産科新生児ケア
CEmONC	Comprehensive emergency obstetric and newborn care	包括的緊急産科新生児ケア
CHR	Centre hospitalier régional	州病院
CHU	Centre hospitalier universitaire	大学病院
CNTS	Centre national de transfusion sanguine	国立輸血センター
COGES	Comité de gestion	病院管理委員会
CSU	Centre de santé urbaine	都市型保健センター
CSU-Com	Centre de santé urbaine à base communautaire	コミュニティベース都市型保健センター
DAP	Direction des Activités pharmaceutiques	薬剤活動局
DGS	Direction générale de santé	保健・公衆衛生総局
DSCPC	Direction Santé communautaire et de la Promotion de la Santé	地域保健・健康促進局
DSIM	Direction des soins infirmiers et maternels	看護・助産ケア局
ESPC	Etablissements sanitaires de premiers contacts	一次医療施設
EmONC	Emergency obstetric and newborn care	緊急産科新生児ケア
FCFA	Françs CFA	セーフーフラン
FSU-Com	Formation sanitaire urbaines à base communautaire	コミュニティベース都市型保健施設
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
INFAS	Institut national de formation des agents de santé	国立保健人材養成校
HPPI	Hémorragie du post partum immédiat	出産直後出血
IUD	Intrauterine device	子宮内避妊用具
JCC	Joint coordination committee	合同調整委員会
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
MM	Man-month	人月
MPDSR	Maternal and perinatal death surveillance and response	妊産婦・周産期死亡サーベイランス・対応
NGO	Non-governmental organization	非政府組織
NPSP	Nouvelle pharmacie de santé publique	新公衆衛生薬局
PACSSMN	Projet d'amélioration du continuum des soins de santé maternelle et néonatale	妊産婦・新生児継続ケア改善プロジェクト
PDM	Project design matrix	プロジェクトデザインマトリックス
PEV	Programme élargi de vaccinations	拡大予防接種計画
PND	Plan national de développement	国家開発計画
PNSD	Plan national de développement sanitaire	国家保健開発計画

略語	欧文	和訳
PNSME	Programme national de santé de la mère et de l'enfant	国家母子保健プログラム
PNSSU-saj	Programme national santé scolaire et universitaire- santé des adolescents et des jeunes	国家学校・思春期青年保健プログラム
PO	Plan of operation	活動計画
R/D	Record of discussion	プロジェクト基本合意文書
RASS	Rapport annuel sur la situation sanitaire	保健状況年次報告
SDGs	Sustainable development goals	持続可能な開発目標
SDMPR	Surveillance de décès maternel et périnatal et riposte	妊産婦周産期死亡対策サーベイランス
SIP	Société ivoirienne de Pédiatrie	小児科学会
SME	Sante de la mère et de l'enfant	母子保健
SOGOCI	Société de gynécologie et d'obstétrique de Côte d'Ivoire	産婦人科学会
SYNSFI	Syndicat national des Sages-femmes ivoiriennes	助産師労働組合
UBT	Uterine balloon tamponade	子宮内バルーンタンポナーデ
UNFPA	United Nations Population Fund	国際連合人口基金
WHO	World Health Organization	世界保健機関
WS	Workshop	ワークショップ



プロジェクト対象地および対象施設

出典：地図データ©2023 Google 等をもとにプロジェクト作成

写真集



講師研修準備会合(2023 年 7 月)



講師研修準備会合(2023 年 7 月)



助産師・看護師研修(開会式)(2023 年 8 月)



助産師・看護師研修(実技)にてマネキンを使って
新生児ケアに取り組む受講者(2023 年 8 月)



助産師・看護師研修(実技)にて新生児カンガルーケア
に取り組む受講者(2023 年 9 月)



修了証授与後の集合写真(2023 年 9 月)



第 2 回 JCC プロジェクトマネージャーによる
プロジェクト進捗にかかる発表(2023 年 11 月)



助産師研修後モニタリングにて研修講師による
パルトグラム記載の確認(2023 年 12 月)



助産師研修後モニタリングにて DSIM の看護師が分娩室に掲示されたマニュアルを確認(2023 年 12 月)



助産師研修後モニタリングにて健診で使用されている PACSSMN 指導ツールを確認(2023 年 12 月)



アボボ西保健区にて機材の引き渡し(2024 年 3 月)



スーパービジョンにて供与された蘇生台の新生児をケアする助産師(FSU Com Avocatier)(2024 年 3 月)



スーパービジョンでの分娩シミュレーションの様子 (CSU Com Aboboté)(2024 年 3 月)



母体死亡症例会議で問題分析と輸血に関する提言をする日本人専門家(2024 年 3 月)



母体死亡症例会議で症例報告を聞く日本人専門家(2024 年 3 月)



PACSSMN モデル検証ワークショップにて現場の実状を踏まえ議論を行う参加者たち(2024 年 6 月)



PACSSMN モデル検証ワークショップにて現場の実状を踏まえ
議論を行う参加者たち(2024 年 6 月)



第 3 回 JCC にて成果を発表するプロジェクトマネージャー
(2024 年 6 月)

要約

コートジボワールでは、内戦の影響等によって妊産婦死亡率は 522（出生十萬対、2018 年）、新生児死亡率は 33（出生千対）と母子保健指標が低水準である。コートジボワール政府は、「第二次国家開発計画（PNDII 2016-2020）」の中で「人的資本および社会福祉の発展の加速化」を戦略軸におき、国民の健康状態の改善（質の高い保健医療サービスの利用頻度の向上、女性・子どもの栄養状態の改善）や、脆弱層による社会保障の享受（国民皆保険の実施）を掲げている。2017 年に JICA が行った調査の結果、コートジボワールにおいては、根拠に基づいた「妊産婦・新生児継続ケアモデル」の確立と普及によるケアの質の向上が必要であることが当国の保健・公衆衛生・国民皆保険省と JICA のあいだで確認された。この結果も踏まえ、当国において、母子保健にかかる医療の質やサービス提供の改善を通じて母子保健指標の改善に取り組むため、コートジボワール国政府は我が国に対して技術協力を要請した。

以上を背景に、本プロジェクトは、対象地域である大アビジャン圏内のアボボ東保健区、アボボ西保健区において、妊産婦・新生児継続ケア提供のケアの質とサービスの利用が向上することをプロジェクト目標として 2019 年 7 月に 5 年間の予定で開始した。しかし、プロジェクト管理体制を巡る日コ双方の見解の相違や新型コロナウイルス感染症（Covid-19）対策のため専門家の渡航制限により（2020 年 3 月から 1 年間）、本格的な活動開始が遅延した。

このため、JICA は、プロジェクト活動の促進を目的として 2022 年 11 月に運営指導調査を実施し（2022/11/14-18）、残るプロジェクト期間に鑑み、現場の実情とニーズを踏まえて優先度の高い活動に注力できるようプロジェクトスコープが見直され、助産師・看護師の臨床技術の向上とリファラル体制の強化を中心的活動とすることになった。

各成果と主な活動は以下のとおり。

成果 1「対象施設において、妊産婦・新生児継続ケアモデルに基づいた助産師・看護師の能力強化が実施される」に関しては、ベースライン調査を実施し、その結果の共有会議にて、妊産婦・新生児継続ケアモデルの構成要素案として、保健区と保健医療施設のガバナンス強化、保健医療施設のマネジメント改善、母子保健ケアサービスの質改善、コミュニティとの協働の 4 つに整理するとともに、各構成要素の優先的活動の特定を行った。また、コミュニティの関与は改訂 PDM においては最小限となったが、コミュニティからの代表者の参加を得てプロジェクトの成果にかかる情報共有ワークショップを開催し、母子継続ケアにかかるコミュニティの役割の重要性が議論され、妊産婦・新生児継続ケア改善プロジェクト（PACSSMN）モデルの基盤となるべき位置付けにあることを確認した。また、サービスの質の向上に必須である規範と政策文書が整理され全対象施設に配置された。さらに、本成果において主要な活動として、既存の助産師・看護師研修プログラムを見直し、より効果的な助産師・看護師を対象とした継続ケアモデルに関する研修を実施した。250 名を超える対象保健医療施設の助産師・看護師が受講し、プレ・ポストテストの比較で平均点が 5 点（20 点満点中）ほど伸びた。他方、研修の運営方法や時間管理、講義内容や実技内容について、いくつかの課題があった。今後の助産師研修を効果的なものとする上で考慮すべき内容であるため、別途研修改善案として取りまとめた。また、研修効果の評価を目的としてスーパービジョンを行った。効果の発現も一部認められたものの、分娩期のケアの質に関わる項目や妊産婦死亡に直接的に関わるカテゴリーは評価グリッドに十分含まれなかったため、今後の助産ケアの改善に資するよう、評価グリッドに含まれない観察項目を含めた報告書を

まとめた。

成果 2「対象地域において、妊産婦・新生児継続ケアモデルに基づき、リファラル体制が強化される」に関しては、リファラル実施状況にかかる情報収集やスーパービジョン等を通して、一次医療施設では軽症の異常でもすべて上位施設に安易にリファーする傾向があり、基本的な妊娠高血圧症候群、産後出血、遷延分娩などのケアのプロトコルが周知されておらず、必要な薬剤も常備されていないことを確認した。また、妊産婦・周産期死亡サーベイランス・対応（MPDSR）会議参加を通じて症例担当医、他の産婦人科医や助産師たちの問題認識・分析・解決能力には改善の余地があることが窺えた。特に助産師の知識不足や現場の対応に関してはより詳細な課題の抽出や解決策の提案が不足している。このため、MPDSR 会議における検討手順の提案をまとめた。

成果 3「妊産婦・新生児ケアの連続性モデルが検証され実用化される」については、成果 1 にて PACSSMN モデル案検討を行った以降のプロジェクト活動を踏まえ、モデルの 4 つの構成要素を検証しつつ、コンセプトノート案を作成した。同国モデルのコンポーネントは、世界保健機関（WHO）が提唱する保健システムフレームワークの 6 つの構成要素であるガバナンス、保健人材、保健財政、保健情報、ロジスティクス、サービス提供のうち、特にコートジボワールの地域医療の中で問題点が多いと判断された要素を中心として 3 つにまとめ（ガバナンス、ケアの質＝サービス提供、医療施設の運営）、さらにコートジボワールの社会文化的背景や歴史的背景を踏まえコミュニティとの連携・協力を第 4 の要素として加えた。各コンポーネントの主要活動についても対象地域の現状を踏まえ議論され、PACSSMN モデルと明文化されたコンセプトノートは技術承認を得、今後、コートジボワールの国家保健政策のビジョンと戦略軸を考慮して、国内のすべての医療機関にモデルを普及するために必要な措置をとることが確認された。

これらの結果、3 つの成果はいずれも達成された。また、プロジェクト目標の 2 つの指標「妊産婦・新生児継続ケアモデルの要素を適用している保健医療施設で働く助産師の満足度」および「妊産婦・新生児継続ケアモデルの要素を適用した保健医療施設で出産した女性の満足度」についてもいずれも達成された。他方、上位目標達成の見込みについては、アボボ地区内のみ妊産婦死亡率を把握することが難しく、現時点では今後の予測が難しいが、各ステークホルダーが、次の提言を履行することが重要である。

- PACSSMN モデルの継続的实施（対保健省）：本プロジェクトを通じて構築された PACSSMN モデルは、コートジボワールの社会文化的背景や医療施設における現状を考慮し、妊産婦・新生児死亡減少に有効と考えられるモデルである。このモデルに沿って母子継続ケアをプロジェクト終了後もアボボ地区において継続的に実施することが上位目標達成に不可欠である。
- 助産師・看護師研修の継続实施（対保健省）：研修の継続实施においては、研修の目的や対象者を明確にし、特定の技能にフォーカスすること、妊産婦死亡や新生児死亡を減らすために正常分娩のアセスメント、新生児蘇生、リファラルにフォーカスすること、母児が尊重されたケアにフォーカスすることが重要である。
- スーパービジョン結果に基づく提言の実施（対保健省、州・県保健局、保健医療施設、医療従事者）：各ステークホルダーがそれぞれに対する提言を履行する。また、今後のスーパービジョンにおいては、2018 年に WHO と保健省によって作成された「産科、新生児、小児医療の質の総合的評価と改善のためのツール」などを活用し、助産ケアの現状を詳細に評価し、その結果に基づき必要な改善を行うことが妊産婦・新生児死亡低減のために重要である。

- 産科医と助産師の建設的協働の促進（対保健省および医療従事者）：産婦人科医にも PACSSMN モデルの理念や内容を十分に理解してもらい、助産師の良き協力者・指導者になってもらう必要がある。そのイニシアティブを保健省のトップレベルから発揮してもらうことが母子保健の大きな改善につながる。
- 保健区レベルでの MPDSR 会議の改善（対保健区）：妊産婦死亡率の削減に真摯に向き合うには、本プロジェクトにて提案する手順を MPDSR 会議関係者自らがを行い、問題是正のためのアクションが各レベルにおいて着実に実施されることが重要である。
- 母子保健分野で活動するドナーとの連携（対 JICA）：本プロジェクトで確立した母子継続ケアモデルや研修改善案（改訂版研修ツール含む）、提言等を母子保健分野で活動するドナーに共有し活用、スケールアップを働きかける。

第1章 プロジェクトの概要

1.1. 背景・経緯

コートジボワールでは、内戦の影響によって妊産婦死亡率は522（出生十萬対、2018年）¹、新生児死亡率は33（出生千対）と母子保健指標が低水準である。コートジボワール政府は、「第二次国家開発計画（PND II 2016-2020）」の中で「人的資本および社会福祉の発展の加速化」を戦略軸におき、国民の健康状態の改善（質の高い保健医療サービスの利用頻度の向上、女性・子どもの栄養状態の改善）や、脆弱層による社会保障の享受（国民皆保険の実施）を掲げている。また、これに即した「国家保健開発計画（PNDS 2016-2020）や「国家保健財政戦略」（2015年）が策定されており、PNDSの中でも「母子保健の改善」を戦略軸のひとつとして掲げている。これらは、コートジボワール政府も採択した「持続可能な開発目標（SDGs）」にも即している。

2017年にJICAが行った調査の結果、当国では、根拠に基づいた「妊産婦・新生児継続ケアモデル」の確立と普及によるケアの質の向上が必要であることが当国の保健・公衆衛生・国民皆保険省（以下、「保健省」という）とJICAのあいだで確認された。その一環として、コミュニティから一次、二次、三次医療施設がそれぞれの役割を果たしていくための包括的な能力強化が必要とされている。当国において、母子保健にかかる医療の質やサービス提供の改善を通じて母子保健指標の改善に取り組むため、コートジボワール国政府は我が国に対して技術協力を要請した。

コートジボワールの母子保健指標は依然として低水準であるが、2021年の人口保健調査（Demographic Health Survey）によれば、同国の2021年の妊産婦死亡率（出生十萬対）は385に、また同年の新生児死亡率（出生千対）は30へと改善されている²。この背景として、政府が母子保健にかかる指標の改善を加速させるための様々な取り組み（アビジャンにおける妊産婦ケアの能力強化のための施設のリハビリや妊産婦死亡レビュー、妊産婦死亡数が多い地域での無料出産キットや帝王切開キットの配布）があることをPND 2021-2025年次報告（2022）は言及している³。

1.2. 目的

本事業は、大アビジャン圏内のアボボ東・西保健区を対象として、妊産婦・新生児に関するリファラル体制強化と医療従事者（助産師・看護師）の能力強化を図り、その現場での活動成果や課題を踏まえて、ベースライン調査をもとに抽出された妊産婦・新生児継続ケアモデルの構成要素を検証し、将来的なモデルの策定と普及による母子保健にかかる医療の質やサービス提供の改善に寄与するもの。

1.3. プロジェクト概要

1.3.1. プロジェクトの目標と成果

本案件「コートジボワール国妊産婦・新生児継続ケア改善プロジェクト（PACSSMN : Projet d'Amélioration du Continuum des Soins de Santé Maternelle et Néonatale）」の概要は下表のとおり。

¹ [Maternal mortality ratio \(modeled estimate, per 100,000 live births\) - Cote d'Ivoire | Data \(worldbank.org\)](https://data.worldbank.org/SH.MTDS.SRVS.CV.ZG)

² 人口保健調査2021

³ PND2021-2025年次報告(2022)

表 1 : PACSSMN の概要(PDM ver. 2)

上位目標	対象地域の保健医療施設における妊産婦・新生児死亡が減少する
プロジェクト目標	対象地域の妊産婦・新生児継続ケア提供において、ケアの質とサービスの利用が向上する
期待される成果	成果 1 : 対象施設において、妊産婦・新生児継続ケアモデルに基づいた助産師・看護師の能力強化が実施される
	成果 2 : 対象地域において、妊産婦・新生児継続ケアモデルに基づき、リファラル体制が強化される
	成果 3 : 妊産婦・新生児ケアの連続性モデルが検証され実用化される
対象地域	大アビジャン圏内のアボボ東保健区、アボボ西保健区
受益者	妊娠期から分娩期、産褥期の女性と新生児
実施機関	保健・公衆衛生総局(DGS)、看護・助産ケア局(DSIM)、国家母子保健プログラム(PNSME)、国立保健人材養成校(INFAS)、ココディ大学病院、アビジャン第 1 州保健局、アボボ東保健区、アボボ西保健区
プロジェクト期間	2019 年 7 月～2024 年 7 月(5 年)

1.4. 投入実績

1.4.1. 日本側

PDM に基づく日本側投入実績は下表のとおり。なお、供与機材実績は添付資料 4 のとおり。

(1) 専門家

表 2 : 日本側投入実績(専門家)

	担当分野	任期/人月
コンサルタントチーム	業務主任者／保健行政 1	2023 年 7 月～6.00 MM
	副業務主任者／保健行政 2	2023 年 7 月～2.00 MM
	看護助産教育 1	2023 年 7 月～4.50 MM
	看護助産教育 2	2023 年 7 月～5.53 MM
	モニタリング・評価 1	2023 年 7 月～3.50 MM
	モニタリング・評価 2	2023 年 7 月～5.97 MM
	研修監理 1	2023 年 7 月～2.90 MM
	研修監理 2	2023 年 7 月～1.10 MM
長期専門家	チーフアドバイザー	2021 年 3 月～2023 年 3 月
	母子保健	2021 年 7 月～2021 年 11 月
	母子保健	2022 年 3 月～2022 年 10 月
	地域保健	2019 年 7 月～2021 年 3 月
	地域保健	2021 年 9 月～2023 年 9 月
	業務調整	2021 年 4 月～2022 年 3 月
	業務調整	2022 年 5 月～2024 年 7 月
短期専門家	チーフアドバイザー	2019 年 7 月、9 月、2020 年 2 月
	ベースライン調査支援	2019 年 9 月
	ベースライン調査支援	2019 年 9 月、2021 年 10 月、2022 年 3 月
	ベースライン調査支援	2021 年 10 月、2022 年 3 月

(2) 資機材

表 3 : 日本側投入実績(機材)

種類	機材名(数量)	調達額(円)
公用車	JICA 貸与車両(2)	8,800,000
事業用物品	ノート型パソコン(4)、プロジェクター(1)、レーザープリンター(2)、複合コピー機(1)、シュレッダー(1)	2,892,813
供与機材	分娩・産科ケアに必要な医療機材：分娩セット(63)、会陰切開セット(21)	1,500,000
	助産師研修用機材：妊婦マネキン(3)、新生児および未熟児マネキン(6)	4,500,000
	対象施設向け機材：分娩台、新生児蘇生台、体重計など	20,000,000

(3) 研修

表 4 : 日本側投入実績(研修)

	研修タイトル	期間	参加者
課題別研修	周産期医療におけるチーム医療の推進と技術向上	2019.09.02～29	2 名
	アフリカ仏語圏地域 女性と子どもの健康改善-妊産婦と新生児ケアを中心に-(行政官対象)	2021.03.01～05 (オンライン)	4 名、オブザーバー3 名
		2022.02.01～22 (オンライン)	1 名
		2021.11.01～26	2 名
	周産期・新生児保健医療	2022.11.28～12.06 (オンライン)	1 名
	妊産婦の健康改善	2022.10.17～28 (オンライン)	1 名
	アフリカ仏語圏地域 女性と子どもの健康改善	2023.12.04～23	1 名
国別研修	「妊産婦・新生児継続ケア改善プロジェクト」国別研修	2020.02.16～28	6 名

(4) 予算

表 5 : 日本側投入実績(予算)

年度	活動費 (一般業務費)
2019	10,801,359FCFA
2020	430,600FCFA
2021	130,312,442FCFA
2022	47,491,425FCFA
2023	152,468,504FCFA
2024	19,352,738FCFA

1.4.2. コートジボワール側

(1) プロジェクトカウンターパートの配置

表 6 : プロジェクトカウンターパートの配置

役割	所属・役職	期間
プロジェクトディレクター	保健・公衆衛生省 官房副長官	2019.07～2019.12
	保健・公衆衛生省 国家口腔保健プログラム長(代行)	2020.01～2020.11
	保健・公衆衛生大臣	2020.12～
プロジェクトマネージャー	保健・公衆衛生省 看護・助産ケア局長	2019.07～
フォーカルポイント	保健・公衆衛生省 看護・助産ケア局員	2019.07～2024.01
	保健・公衆衛生省 看護・助産ケア局助産師(公衆衛生専門)	2019.07～
	保健・公衆衛生省 看護・助産ケア局医師	2019.07～
	保健・公衆衛生省 看護・助産ケア局医師	2019.07～
	産婦人科医師会(SOGOCI)医師(現 DSIM 局員)	2024.01～
	国家母子保健プログラム(PNSME)看護ケア監督官	2024.01～
	助産師看護師協会(ASFI)事務局員	2024.01～

(2) 施設の提供

事務所スペースは看護・助産ケア局 (DSIM) に確保されており、机・椅子などのオフィス家具の一部が提供されているほか、事務所の水道光熱費が負担されている。

(3) プロジェクト実施にかかる一部運営費

- ワーキングセッション開催時の参加費日当および交通費
- Covid-19 に関連した医療従事者に対する研修
- Covid-19 禍における安全な妊産婦ケアに関するコミュニティ啓発活動

第2章 活動内容

2.1. プロジェクト管理にかかる実績と成果

2.1.1. プロジェクト実施体制

(1) プロジェクト管理体制

2019年2月28日締結のプロジェクト基本合意文書（R/D）では、保健公衆衛生省官房副長官をプロジェクトダイレクター、看護助産ケア局長をプロジェクトマネージャーとする実施体制が想定されていた。プロジェクト開始後、当時の保健大臣の意向により実施体制（合同調整委員会（JCC）およびその下のワーキンググループ）にかかる合意がなされない状態が続いた。このため、DSIM 内の「ワーキングセッション」としてプロジェクトのマネジメントや活動実施がなされることとなった。また、プロジェクトダイレクターは保健公衆衛生大臣が務めることとなり、この実施体制の変更にかかる R/D 修正ミニッツが2020年11月30日付で締結されている。実施体制を図1に示す。

2022年12月のベースライン調査結果共有会議、2023年3月から4月のあいだに助産師・看護師研修の研修ツールと研修モジュールを策定承認する会議を開催する中で、保健省の関係部局や産婦人科学会（SOGOCI）、小児科学会（SIP）、助産師協会（ASFI）等の職能団体の参加者が定まり、ナショナルテクニカルチームとしてプロジェクト活動へ携わることとなった。

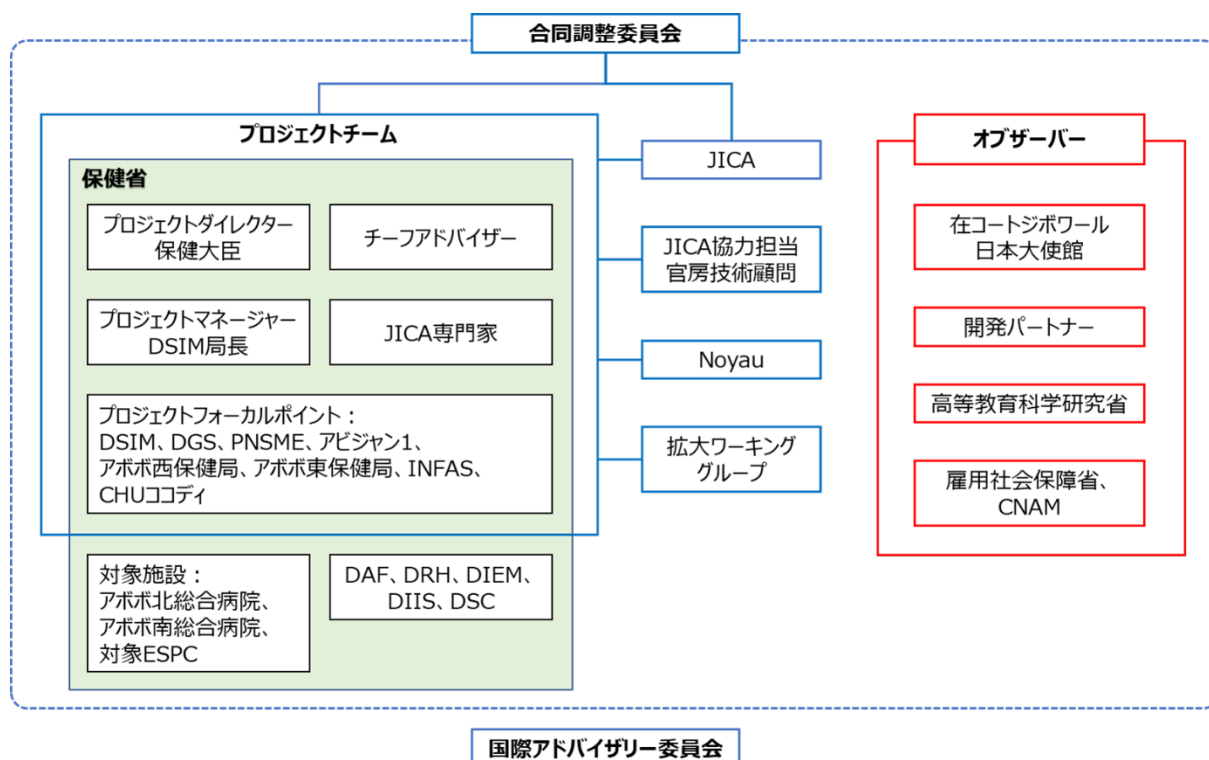


図1：プロジェクト実施体制

(2) プロジェクトオフィス設置

プロジェクトは DSIM 内に事務所を設け、技術スタッフ1名、アドミニストレーションスタッフ1名、運転手2名の計4名が常勤スタッフとしてプロジェクト運営に従事した。

DSIM 内において局長（プロジェクトマネージャー）および他職員（フォーカルポイント）とともに活動を企画・準備し、関連他機関と連携しながら業務にあたった。

2.1.2. 実施プロセス

PACSSMN は 2019 年 7 月に開始されたが、プロジェクト管理体制を巡る日コ双方の見解の相違から、本格的な活動を開始するまでに時間を要したものの、2020 年 2 月には国別研修を実施し、プロジェクトマネージャーらとはプロジェクト目標を達成するために取り組む活動について議論が重ねられた。しかしながら、新型コロナウイルス感染症（Covid-19）対策のため専門家の渡航制限があり（2020 年 3 月から 1 年間）、カウンターパート（C/P）も国内対策に時間を取られるなど、遠隔でのプロジェクト運営には困難が伴った。

こうした制約において、第 1 回合同調整委員会（JCC）が開催できたのはプロジェクト開始から 2 年が経った 2021 年 6 月であり、その時点でなおプロジェクト管理体制について日コ双方の合意に至らなかったことから、プロジェクトの前半は円滑に活動を遂行できる体制の構築に多くの時間を割く必要があった。

その後、2022 年第 1 四半期にはベースライン調査を実施するに至ったものの、残るプロジェクト期間（2 年間）で、当初想定どおりにプロジェクト成果を達成することは困難であると考えられた。

同年 11 月には JICA 本部より運営指導調査が入り、協議の結果プロジェクトのデザインを見直すことになったが、双方の協議は継続され、PDM 改定のための R/D 修正ミニッツの締結は 2023 年 6 月まで後ろ倒しになった。

チーフアドバイザー（長期専門家）の離任（2023 年 3 月）後、プロジェクト活動は継続されたものの、助産師・看護師研修の本格的な実施は、コンサルタントによる短期専門家チームが合流した 2023 年 7 月まで待つこととなった。その後、第 2 回 JCC を経て、機材供与、研修後スーパービジョン、継続ケアモデル検証ワークショップなどが開催され、プロジェクト期間の最後の 1 年間に多様な活動を実現することができた。

表 7：プロジェクト実施の経緯

年月	プロジェクト管理の主な活動とイベント	備考
2019 年 02 月	■ R/D 締結	
2019 年 07 月	■ プロジェクト活動開始	
2020 年 03 月	■ 運営指導調査 ■ (Covid-19 拡大による専門家緊急帰国)	R/D 変更にかかる協議
2020 年 11 月	■ R/D 修正ミニッツ締結	プロジェクトダイレクターの変更
2021 年 03 月	■ (専門家再赴任)	
2021 年 06 月	■ 第 1 回 JCC 開催	
2022 年 02-03 月	■ ベースライン調査	
2022 年 11 月	■ 運営指導調査	PDM、PO 改定にかかる協議
2022 年 12 月	■ ベースライン調査結果共有会議	継続ケアモデル(案)共有
2023 年 3 月	■ 助産師・看護師研修プログラム策定会議	
2023 年 4 月	■ コミュニケーションツール最終化会議 ■ 助産師・看護師研修内容承認会議	
2023 年 06 月	■ R/D 修正ミニッツ締結	PDM v1 改定
2023 年 05-06 月	■ 講師養成研修実施	
2023 年 07 月	■ コンサルタントチーム派遣開始	
2023 年 08-10 月	■ 助産師・看護師研修	
2023 年 11 月	■ 第 2 回 JCC 開催 ■ 運営指導調査団	

年月	プロジェクト管理の主な活動とイベント	備考
2023 年 12 月	▪ 助産師・看護師研修後モニタリング	
2024 年 01 月	▪ R/D 修正ミッツ締結	PDM v2 改定
2024 年 02 月	▪ 助産師・看護師研修後モニタリング	
2024 年 03 月	▪ 保健医療施設への機材供与 ▪ アボボ西エルラファ保健センター妊産婦死亡症例検討会 ▪ 助産師・看護師研修スーパービジョン	
2024 年 05 月	▪ 満足度調査 ▪ コミュニティに対する情報共有 WS	
2024 年 06 月	▪ 継続ケアモデル検討 WS ▪ 最終成果共有 WS ▪ 第 3 回拡大 JCC	
2024 年 07 月	▪ プロジェクト現地活動終了	

2.1.3. PDM 改訂の経緯・推移

本プロジェクトは 2019 年 7 月より開始され、長期専門家 4 職種 7 名が順次派遣されている。しかしながら、2020 年から 2021 年には Covid-19 の感染拡大によって日本人専門家は国外退避を余儀なくされ、遠隔でのプロジェクト運営を継続したものの、活動の進捗に大幅な遅延が生じることとなった。

JICA は、プロジェクト活動の促進を目的として 2022 年 11 月に運営指導調査を実施し(2022/11/14-18)、残るプロジェクト期間に鑑み、現場の実情とニーズを踏まえて優先度の高い活動に注力できるようプロジェクトスコープが見直された。当初デザイン (PDM ver.0) では、看護師・助産師の初期教育モジュールに継続ケアモデルのコンセプトが組み込まれることがひとつの成果として目されていたが、リソースの制約から実施は見送られている。また、モデルの導入を見据えたコミュニティに対する活動も必要最小限にとどめ、助産師・看護師の臨床技術の向上とリファラル体制の強化を中心的活動とすることが妥当と判断された。そして継続的な協議の末、2023 年 6 月 15 日付で PDM 改定 (ver. 1) のための R/D 修正ミッツが締結された。

2023 年 7 月には、プロジェクトの日本人専門家の派遣体制が変更され、以来 PDM ver.1 に基づきプロジェクト活動が実施されてきた。

PDM 各バージョンの変遷は下表のとおり。

表 8 : PDM の修正内容

	PDM ver. 0 (2019 年 2 月 28 日署名)	PDM ver. 1 (2023 年 6 月 15 日署名)	PDM ver. 2 (2024 年 1 月 26 日署名)
上位目標	対象地域の保健医療施設における妊産婦・新生児死亡が減少する	(変更なし)	(変更なし)
[指標]	1. アボボ東保健区およびアボボ西保健区の妊産婦・新生児死亡が減少する	1. 対象地域の対象保健施設(一次施設および二次施設)における回避可能な妊産婦死亡が XX%減少する	1. 対象地域の対象保健施設(一次施設および二次施設)における回避可能な妊産婦死亡率が 10%減少する
プロジェクト目標	対象地域の妊産婦・新生児継続ケア提供において、ケアの質とサービスの利用が向上する	(変更なし)	(変更なし)
[指標]	1. 妊産婦・新生児継続ケアのモデルが導入された対象保健医療施設における分娩数が増加する	1. 妊産婦・新生児継続ケアモデルの要素を適用している保健医療施設で働く助産師の満足度の向上	(変更なし)
	2. 妊産婦・新生児継続ケアのモデルが導入された保健医療施設の数と割合が増加する	2. 妊産婦・新生児継続ケアモデルの要素を適用した保健医療施設で出産した女性の満足度の向上	(変更なし)
成果 1	妊産婦・新生児継続ケアモデルが策定される	対象施設において、妊産婦・新生児継続ケアモデルに基づいた助産師・看護師の能力強化が実施される	(変更なし)
[指標]	1. モデルのガイドラインが作成され利用可能となる 2. モデルのマネジメントツールと研修教材が開発される 3. モデルが枠組文書(政策・規範・プロトコル、リプロダクティブ・ヘルス戦略等)に統合される	1. 対象施設の助産師・看護師の 80%が改定された研修制度で研修を受ける 2. 研修を受けた助産師や看護師のケアの質基準に関する知識が向上する	(変更なし)
成果 2	妊産婦・新生児継続ケアモデルが、プロジェクトが支援する保健施設において実践される	対象地域において、妊産婦・新生児継続ケアモデルに基づき、リファラル体制が強化される	(変更なし)
[指標]	1. モデルに関する研修を受けた研修講師数が増加する 2. モデルの構成要素に関する研修受講者数が増加する 3. 妊産婦死亡レビューの結果に基づくカイゼンの取り組み事例が増加する 4. 対象保健施設で通常分娩や基礎的緊急産科ケアの必須医薬品の在庫切れ日数が減少する 5. 保健区マネジメントチームのスーパービジョンを受ける対象保健施設の数が増加する	1. 政策、規範、プロトコルに従って通常の周産期ケアと基本的な緊急産科ケアを提供するために不可欠な設備を備えた産科病棟の数 2. 妊産婦・周産期死亡サーベイランス・対応(MPDSR)会議で共有されたリファラルシステムを改善するための対策についての報告	(変更なし)
成果 3	妊産婦・新生児継続ケアモデルの概念が、看護師・助産師の初期教育モジュールに組み込まれる	妊産婦・新生児ケアの連続性モデルが検証され実用化される	(変更なし)
[指標]	1. 妊産婦・新生児継続ケアのモデルの構成要素が看護師・助産師の初期教育のモジュールに適応される	1. PACSSMN 活動の結果に基づいた妊産婦・新生児継続ケアモデルの普及戦略に関する報告	(変更なし)

	PDM ver. 0 (2019 年 2 月 28 日署名)	PDM ver. 1 (2023 年 6 月 15 日署名)	PDM ver. 2 (2024 年 1 月 26 日署名)
活動	0.1 プロジェクトの方向性の決定、プロジェクトの進捗のモニタリング・評価、プロジェクト活動の実施を円滑にするために必要な環境整備を行うべく、合同調整委員会を設置する	1.1 看護師や助産師の 3 つの側面(社会的、規範遵守面、教育面)を含むベースラインとして、プロジェクトのプロセスやインパクトの観察・測定に必要なデータを収集するための調査研究プロトコルを策定する	(変更なし)
	1.1 プロジェクトのマネジメントや実施のために、プロジェクト合同調整委員会(JCC)の下にワーキンググループを設置する	1.2 現状把握や問題点の抽出に必要なデータ収集のためにベースライン調査を実施する	(変更なし)
	1.2 エビデンスに基づく妊産婦・新生児ケアの質を改善するための概念を定義づけ、継続ケアモデルの構成要素を明らかにする	1.3 根拠となるデータ(1.2 の結果)に基づき、妊産婦・新生児ケアの質を高めるための概念を定義し、継続的ケアモデルの構成要素を特定する	(変更なし)
	1.3 継続ケアモデルの各構成要素に必要な活動を明らかにする	1.4 1.3.に基づき、継続ケアモデルの構成要素における優先的な活動を特定する	(変更なし)
	1.4 看護師や助産師の 3 つの側面(社会的、規範遵守面、教育面)を含むベースラインとして、プロジェクトのプロセスやインパクトの観察・測定に必要なデータを収集するための調査研究プロトコルを策定する	1.5 1.3、1.4 の結果が、プロジェクトの合同調整委員会のメンバーと共有される	(変更なし)
	1.5 プロジェクトのモニタリングや評価に必要なデータを収集するために、ベースライン、中間、エンドライン調査研究を実施する	1.6 コミュニティ(地方・地域当局、女性・青年会、宗教指導者、伝統的首長など)に対して、コミュニティの支持、関与、コミットメントを促すために、プロジェクトの実施に関する情報共有ワークショップを開催する	(変更なし)
	1.6 継続ケアモデルのガイドラインを策定する	1.7 規範と政策文書を整理し、医療施設等で活用可能な状態にする	(変更なし)
	1.7 継続ケアモデルの実践のためのマネジメント・ツール(研修モジュール、スーパービジョン等)を開発する	1.8 助産師・看護師の「妊産婦・新生児継続ケア」実践能力強化のため、既存の研修システム(研修講師養成、研修カリキュラム、研修ツール、スーパービジョン、紙芝居型教材等のコミュニケーションツール)の見直しと更新を行う	(変更なし)
	1.8 継続ケアモデルの各要素の活動を修正する(プロジェクト実施中)	1.9 1.8 に従い、助産師・看護師の能力向上のための研修アクションプラン(講師養成を含む)を策定する	(変更なし)
	1.9 普及拡大のために、継続ケアモデルを承認する	1.10 対象地域の助産師・看護師を対象とした能力向上トレーニングの実施(講師養成を含む)	(変更なし)
		1.11 産前ケアと出産に関する女性の経験を振り返って評価するために、保健医療施設レベルにおいて助産師が質基準に沿ってインタビューを実施する仕組みを作る	(削除)
		1.12 1.8、1.9、1.10、1.11 の実施結果をモニタリング・評価し、研修制度(研修プログラム、研修ツール、監督)の改善を図る	1.11 1.8、1.9、1.10 の実施結果をモニタリング・評価し、研修制度(研修プログラム、研修ツール、監督)の改善を図る

	PDM ver. 0 (2019 年 2 月 28 日署名)	PDM ver. 1 (2023 年 6 月 15 日署名)	PDM ver. 2 (2024 年 1 月 26 日署名)
	2.1 モデルを導入する対象保健医療施設を決定する	2.1 1.3.に基づき、対象施設を選定する	(変更なし)
	2.2 対象地域の州保健行政、地方自治体当局、対象保健医療施設の運営委員会(COGES 等)、非政府組織、民間団体に対して、継続ケアのモデルへの理解を促すためのワークショップを実施する	2.2 リファラル体制の問題点を明らかにするため、一次医療施設から高次医療施設への現在のリファラル実施状況について情報を収集する	(変更なし)
	2.3 継続ケアのモデルに関する講師養成のための研修を実施する	2.3 各レベルの保健医療施設において、保健省の規範に従って、通常の分娩と基本的な緊急産科ケアのための医療機材と物品の配備を見直す	(変更なし)
	2.4 対象保健医療施設の職員に対して、継続ケアモデルに関する研修を実施する	2.4 2.3に基づき、正常な分娩と基本的な緊急産科医療に必要な医療機材と物品を適切に提供するための流通システムを改善する	2.4 2.3に基づき、正常な分娩と基本的な緊急産科医療に必要な医療機材と物品を適切に提供するための流通システムを特定する
	2.5 保健省規範に基づく形で、通常分娩や基礎的緊急産科ケアに必要な機材を調達・供与する	2.5 2.3、2.4の結果に基づき、不足している機材を調達・供与する	2.5 2.3の結果に基づき、不足している機材を調達・供与する
	2.6 5S-KAIZEN-TQM アプローチを適用することで、対象保健医療施設のマネジメント能力を強化する	2.6 配布された機材(2.5)の使用状況を評価し、必要に応じて、保健医療施設の各レベルに必要な機材に関する保健省の規範を改定するために提言を行う	(変更なし)
	2.7 妊産婦・新生児の健康について、地域住民への理解を促す	2.7 2.2の結果に基づいて、保健区が実施する妊産婦・周産期死亡サーベイランス・対応(MPDSR)会議において、適切なリファラル実践のために問題を特定し、是正措置を実施する	2.7 ベースライン調査と妊産婦・周産期死亡サーベイランス・対応(MPDSR)会議の結果に基づき、適切なリファラル実践のための是正措置を特定する
	2.8 対象保健医療施設で、エビデンスに基づく妊産婦・新生児ケアを実践する		
	2.9 対象地域で、リファラル／カウンターリファラルシステムを強化する		
	2.10 対象保健医療施設に対するモニタリングを定期的に実施する		
	2.11 対象保健医療施設に対するスーパービジョンを定期的に実施する		
	3.1 臨床研修をはじめとする看護師・助産師の基礎教育のカリキュラムの改訂に向けて、関係二省(保健省、高等教育省)と関連パートナーを動員するために、ワークショップを実施する	3.1 1.3、1.4 で明らかにした継続ケアモデルの概念を、活動 1、2 の評価を踏まえて検証する	3.1 1.3、1.4 で明らかにした継続ケアモデルの概念を、成果 1、2 の活動の評価を踏まえて検証する
	3.2 妊産婦・新生児継続ケアモデルを適用することで、INFAS における初期教育のモジュールを改訂する	3.2 3.1 で検証した継続ケアモデルの実践を展開・加速するための方法を明らかにする	(変更なし)

2.1.4. 技術協力成果品

主な技術協力成果品は表 9 のとおり。

表 9 : 技術協力成果品

技術協力成果品	言語	フォーマット	作成時期
ベースライン調査報告書	仏	PDF	2022.08
医療従事者用パンフレット	仏	PDF	2023.06
コミュニティ用パンフレット	仏	PDF	2023.06
紙芝居 2 種(産前健診用、産後健診用)	仏	ハードコピー、PDF	2023.06
ポスター 3 種(コミュニティ用、医療従事者用 2 種)	仏	ハードコピー、PDF	2023.06
助産師・看護師研修プログラム・講義資料	仏	ハードコピー、PDF	2023.07
スーパービジョン報告書 1	仏	PDF	2024.03
スーパービジョン報告書 2	仏・和	PDF	2024.07
ポスター(医療施設掲示用 1 種)	仏	ハードコピー	2024.02-04
妊産婦死亡レビュー報告書	仏	PDF	2024.06
MPDSR 会議における検討手順にかかる提案	仏・和	PDF	2024.07
助産師・看護師研修改善案	仏	PDF	2024.06
母子継続ケアモデル(PACSSMN モデル)コンセプトノート	仏	PDF	2024.06

2.1.5. 合同調整委員会開催

(1) 第 1 回合同調整委員会

Covid-19 の拡大により、プロジェクト活動と日本人専門家の渡航を制限せざるを得なくなったことから、第 1 回合同調整委員会（JCC）は、プロジェクト開始から 2 年が経った 2021 年 6 月 15 日に開催された。

しかしながら、当初合意を目指していた予算・活動計画およびプロジェクト実施体制については、継続協議を行うこととなった。

(2) 第 2 回合同調整委員会

2023 年 11 月 21 日に第 2 回 JCC を開催、保健省から 18 名、日本側から 11 名、他ドナー（世界銀行、WHO）から 2 名、計 31 名が参加した。プロジェクトマネージャーより、前回 JCC 以降のプロジェクト活動の進捗、特にベースライン調査の実施とその結果、その分析を基にした「母・新生児への継続ケアモデル（PACSSMN モデル）」の紹介、助産師・看護師研修への母・新生児ケアプログラム・ツール・教材作成、対象地区の助産師・看護師への研修実施とその成果、について報告が行われた。

これに対して参加者より、1) 助産師研修後のインパクトの確認、2) 残り 6 ヶ月間における着実なプロジェクト活動実施の必要性、3) 日本人専門家と C/P のコミュニケーションの改善の必要性、が指摘された。

また、プロジェクトダイレクター（保健大臣）より、1) 人材の増配置と強化、2) 機材および指針や規範の早期配布、3) プロジェクトの活動の結果を受け従来のやり方について改善すべき点の特定を急ぐとともに、4) 残り期間の緊急活動計画の策定、などが提案された。

(3) 第 3 回合同調整委員会

2024 年 6 月 19 日に第 3 回（最終）JCC が開催され、保健省官房、DGS、DSIM、アボボ東・西保健区、SOGOCI、SIP、日本大使館、JICA コートジボワール事務所、WHO、UNFPA 等から 26 名が参加した。

プロジェクトマネージャーよりプロジェクトの活動実績や成果、課題が発表され、今後の

PACSSMN モデルの導入と実践を加速していくと述べられた。参加者からは、PACSSMN モデルの普及への賛同のほか、プロジェクト活動により施設スタッフの患者受付やリファラル・カウンターリファラル手続きの改善、妊産婦死亡の減少が認められるなどポジティブなインパクトが紹介された。他方、助産師の知識・技術レベルにバラつきがあるとの地域住民からの不満に関する質疑があり、日本人専門家より助産師養成校の教育改善の必要性が指摘された。

保健大臣は、出産に関連した死亡を削減するという目標を達成するため、学ぶべき教訓と取り組むべき残された行動を明確にすること、日本の技術協力によってもたらされた新しい技術を総合して母子保健ケアの新たな基盤を確立すること、多数の妊産婦および新生児の死亡の原因となっていた古い技術を禁止すること、を最終報告書に取りまとめるよう強調した。

2.1.6. 広報

プロジェクトの主要な活動である助産師・看護師研修の講師養成研修、助産師・看護師研修、対象施設への機材の引き渡し、スーパービジョン、コミュニティ啓発・交流、PACSSMN モデル検証ワークショップ、成果共有ワークショップ、最後の JCC について、タイムリーにプロジェクトニュースレターを発信した。

また、インドネシア・バリ島にて開催された国際助産師学会（2023年6月12～15日）に、JICA の支援によりプロジェクトマネージャーが出席し、「助産師の役割と患者中心のケア（soins respectueux）の重要性」について発表を行っている。ベースライン調査の結果や、PACSSMN モデルのモデル案の検討から確立までの過程が発表内容に含まれる。同じような保健課題をかかえる仏語圏アフリカの関係者を中心として、多くの参加者の関心を集めた。

2.1.7. 満足度調査

プロジェクト目標「対象地域の妊産婦・新生児継続ケア提供において、ケアの質とサービスの利用が向上する」には以下の2つの指標が設定されている。

- 妊産婦・新生児継続ケアモデルの要素を適用している保健医療施設で働く助産師の満足度の向上
- 妊産婦・新生児継続ケアモデルの要素を適用した保健医療施設で出産した女性の満足度の向上

これら指標の達成状況を測るために満足度調査を実施した（2024/05/21-31）。助産師の満足度については、ベースライン調査時の質問票から助産師の満足度に影響する質問と、プロジェクト活動との関連で評価できる項目を重点的に抜き出し、プロジェクトの助産師・看護師研修を受けた助産師に対象施設でアンケート用紙を配布・回収する調査を行った。また、出産女性の満足度については、同じくベースライン調査の質問票から関連する項目を抜き出し、助産師・看護師研修が終了した 2023 年 11 月以降に対象保健医療施設で出産を経験した女性にワクチン接種で施設に来た機会にインタビュー調査を行った。調査の概要は表 10 のとおり。

表 10：満足度調査概要

	助産師の満足度	出産した女性の満足度
調査期間	2024/05/21-05/31	
調査手法	■ アンケート調査	■ 質問票に基づくインタビュー調査
調査対象	■ 本プロジェクトの研修を受講した助産師 150 名(有効回答 76 名、1 次保健医療施設 (15 施設)、2 次保健医療施設(1 施設))	■ 2023 年 11 月以降に対象保健医療施設で出産した女性 95 名
調査チーム	■ フォーカルポイント 1 名および調査員 4 名(プロジェクトメンバーで構成)	
質問項目	■ ガバナンス、医療施設の運営、質の高いケア、コミュニティとの連携等計 28 項目	■ 妊娠、分娩、産褥の各期における対象保健医療施設のサービスに関する計 18 項目
分析方法	■ アンケート質問および質問票の各回答をリッカート尺度(5 段階評価)を用いて 1-5 に数値化。質問ごとの平均点および合計点をベースラインと比較 ■ 欠損値に関しては、質問項目ごとに対象から削除して分析	
調査結果概要	(3.1.4. プロジェクト目標の達成状況に記載)	

2.2. 成果 1 に関する業務内容

2.2.1. ベースライン調査実施（活動 1.1 & 1.2）

プロジェクト開始直後、2019 年 7 月にベースラインデータ収集のプロトコル策定のためのコートジボワール側責任者（DSIM 法律家および医師）が任命され、検討が始められた。その後 Covid-19 の流行による制約のためにプロトコル策定にかかる検討は停滞するも、断続的に遠隔での検討が重ねられ、2021 年 2 月にプロトコルが完成、同年 6 月に倫理委員会に提出、委員会からの指摘に沿った修正・再提出を経て同年 8 月に承認された。

その後、同プロトコルに従い、国際コンサルタント（現地再委託）により 2022 年 2 月～3 月にベースライン調査が実施され、その結果は「妊産婦・新生児継続ケア」実現に向けた横断的な行動指針を提示した報告書として整理された（2022 年 9 月最終化）。ベースライン調査の概要は表 11 のとおり。

ベースライン調査の結果に基づき、継続ケアモデルの構成要素とプロジェクトが優先的に取り組むべき活動について検討するため、ベースライン調査結果共有会議を開催した（2022/12/21-22）。会議には、調査対象施設長と助産師長（アボボ一次保健医療施設、二次保健医療施設、アジャメ総合病院、ココディ大学病院）、アボボ西・東保健区長、DSIM、保健・公衆衛生総局（DGS）、国家母子保健プログラム（PNSME）、ASFI が参加し、現場の実情を踏まえた議論が交わされた。

なお、プロジェクト開始当初には、中間・エンドライン調査の実施も予定されていたが、2022 年 11 月の運営指導調査時にプロジェクトの残り期間などの制約を鑑みて本格的な調査は行わず、活動成果の確認などで代替することとなった。

表 11 : ベースライン調査概要

調査期間	2022/02/26-03/10
調査手法	質問票(16 種)に基づくインタビュー調査、観察調査
調査対象	聞き取り計 813 名 - 保健医療施設長 21 名 - 保健医療施設人材管理担当者 10 名 - 保健医療施設の医療従事者 214 名(第一次保健医療施設(21 施設)、二次保健医療施設(1 施設)、第三次保健医療施設(1 施設)) - 国立保健人材養成校(INFAS)の教師 18 名と学生 28 名 - 保健医療施設が管轄するコミュニティ居住者(男性 142 名、女性 160 名) - コミュニティリーダー65 名 - 保健医療施設で出産した産婦(産後 72 時間以内)120 名 - コミュニティヘルスワーカー(ASC) 32 名 - 職能団体 3 名
調査チーム	スーパーバイザー(保健医療分野と社会学)1 名、調査員 7-12 名、プロジェクトメンバーで構成される 4 チーム
調査結果概要	【総括】 - 助産師、看護師のスキルが妊産婦ケアのあらゆる段階において不十分 【リファラル】 - 助産師のスキルの問題に加えて次の問題がある - 患者がリファラルシートを持参せず施設間情報の連続性がない - 患者が出産に必要な交通費や物品を購入するお金がない - 患者が施設のリファラルラインを尊重しない - 施設において緊急時に対応するためのインフラや人材、物品や医薬品が不足している - 医薬品が整理されておらず探すのに多くの時間が費やされる - 部門長の決定がなされない、部門長の不在時の権限移譲がなされない、などにより救急患者対応ができない。また部門長がチームとしての意思決定を行わない 【妊産婦ケア】 - 産前ケア、出産ケア、産後ケアにおける助産師の能力は WHO が求める水準の 60%に達しておらず WHO の基準に従った妊産婦ケアと新生児ケアの基盤を強化することが不可欠(正常分娩と基礎的緊急ケアの重要性) - 正常な出産過程からの逸脱を正確に観察し判断する能力が前提条件であり、基礎的スキルのレベルを向上させずに緊急産科新生児ケア(EmONC)を提供することはできない 【コミュニティとのコミュニケーション】 - 正常分娩のためにリファラル病院に行く女性の行動は、主にリファラルラインに対するコミュニティの認識の問題に起因する - アボボでは思春期の女性の妊娠・出産が多い。多くの場合、家族が妊娠に気づかないためや本人が一人で医療機関に行くことをためらうため、自宅での出産になることが多い - 一次医療機関からリファーされた場合、救急車利用には患者がガソリン代を支払う必要があるが、支払い能力がないため病院に行くのが遅れるケースもある - 陣痛が始まった女性は、タクシーが汚れるという理由で乗車を拒否されることがある。 - 病院管理委員会(COGES)を通じたコミュニティからの寄付を交通費に充てる場合がある。 - アボボは多様な民族や移民が住んでおり、コミュニティリーダーの力とネットワークが強力で医療サービスの提供・需要にも影響を与えている。保健省の政策の実施が困難な場合がある。

2.2.2. 妊産婦・新生児継続ケアモデルの検討、優先的活動の特定（活動 1.3 & 1.4）

プロジェクト開始当初、プロジェクトダイレクター代行、プロジェクトマネージャーらが 2020 年 2 月に実施された国別研修に参加し、日本の地方行政、医療施設、助産院における継続ケアの実際を視察し、コートジボワールが目指す妊産婦・新生児ケアの質を改善するための妊産婦・新生児継続ケアモデルについて議論した。その結果、以下 4 点を主要活動分野とすることが提案された。

- 助産師の役割に対する政策、行政、コミュニティの理解

- 5S-KAIZEN を適用した医療施設のマネジメントの改善⁴
- 医療施設における母子保健サービスの規準に基づく助産師による継続ケアの実践（助産師の自律、サービス提供者の利用可能性の拡大、技術と行動能力の確立、卒後研修の強化）
- 地方自治体（市町村）、市民社会（職能団体、NGO など）による支援

その後ベースライン調査結果を踏まえ、より現場の状況を考慮して分析し、妊産婦新生児ケア改善のためのモデルのコンセプトと各主要活動分野に関連する活動の抽出にあたった。

この結果は、ベースライン結果共有会議において提示、議論され、最終的に妊産婦・新生児継続ケア構成要素案として次の4つに整理された。

- 構成要素1：保健区と保健医療施設のガバナンス強化
- 構成要素2：保健医療施設のマネジメント改善
- 構成要素3：母子保健ケアサービスの質改善
- 構成要素4：コミュニティとの協働

これらを中心に据え、各構成要素の主要活動を整理したのが PACSSMN モデル案である。

また、PACSSMN モデルを実践していく上での構成要素ごとの留意点について議論されている。主な議論を下表にまとめた。

表 12：妊産婦・新生児継続ケアモデル(案)実践に向けた主要課題

テーマ	主要課題
構成要素 1	▪ 保健省の指針や規範の施設内での周知徹底が不足 ▪ 一次医療施設でのリファラル用書類の不足 ▪ リファラル用書類の記載方法に関する研修の必要性
構成要素 2	▪ 一次医療施設における助産師の不足と過重労働 ▪ 既存の人材の組織化、タスク管理、業務時間管理、物品管理の改善 ▪モチベーション向上のための賞与やパフォーマンス評価システムの導入検討
構成要素 3	▪ 初期教育と継続教育における理論と実践の乖離 ▪ 初期教育と継続教育の連携不足による悪循環 ▪ 助産師のキャリアシステムや施設内での教育・評価システムの不足 ▪ 保健区による研修後の情報共有不足
構成要素 4	▪ コミュニティへの啓発活動における地域保健局の経験の活用 ▪ アボボ地域におけるコミュニティリーダーの重要性 ▪ 妊産婦の受診行動改善のための夫や義母への啓発 ▪ 啓発活動におけるマトロンやコミュニティリーダーの活用

その後、同会議での議論を踏まえ、「継続ケア」はライフサイクルという「時間軸」とサービスを提供する「空間軸」の双方が横断的につながることで実現するものであること、そして、プロジェクトが目指す妊産婦新生児継続ケアとは、「女性のライフサイクルを通じて必要なサービスが継続的に担保されるための包括的なアプローチ」であることと定義し、4つの構成要素と継続ケアの関係性を概念図に表し、妊産婦・新生児継続ケアモデル（案）が策定された（図2）。

⁴ 2022年11月の運営指導調査の結果、2024年の事業終了までに残された時間での最大の事業効果発現のため活動の主軸を二つに絞り、成果1を「対象施設において、妊産婦・新生児継続ケアモデルに基づいた助産師と看護師の能力強化が実施される」とし、成果2を「対象地域において、妊産婦・新生児継続ケアモデルに基づき、リファラル体制が強化される」とした。このため、この分野の活動は行わないことになった。

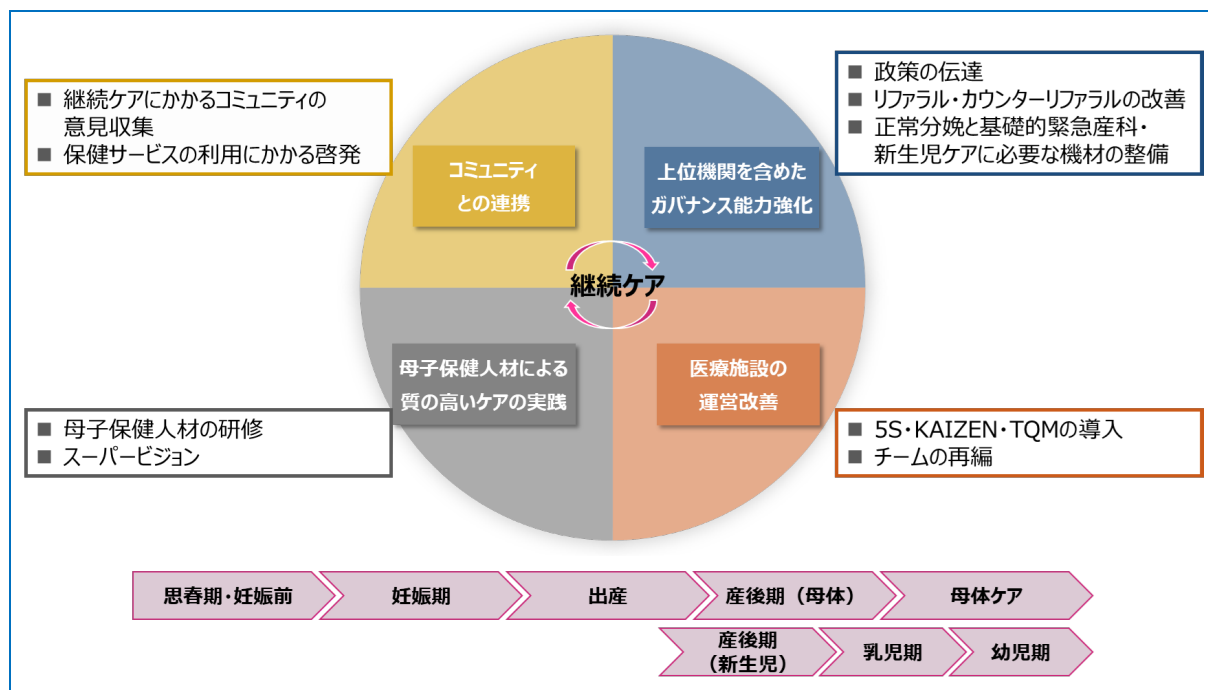


図 2：妊産婦・新生児継続ケアモデル(PACSSMN モデル)の概念図(当初)

2.2.3. 合同調整委員会メンバーに対する継続ケアモデル共有（活動 1.5）

第 2 回 JCC（2023/11/21）において、ベースライン調査の結果概要とあわせ、継続ケアモデルのコンセプトが共有された。

なお、JCC の参加者から同モデルについてコメントや質問はなかったが、プロジェクト専門家および C/P は、本プロジェクトに直接関与していない第三者にとっては概念図だけではモデルの各要素の関係性や各要素の優先活動の意義について十分理解することは困難であろうとの認識を持ち、モデルを文章化したコンセプトノートを作成するべきとの考えに至った。

2.2.4. コミュニティに対する情報共有ワークショップ開催（活動 1.6）

妊産婦・新生児継続ケアモデルの構成要素のひとつである「コミュニティ（地域社会）との連携」について、プロジェクトの実施に関する情報共有ワークショップを 2023 年 10 月頃に開催する計画としていたが、助産師研修が優先されたため、実施に至らなかった。このため、プロジェクト活動の成果の共有や保健サービスの利用を促す機会としてのコミュニティ向け啓発ワークショップを開催した（2024 年 5 月 28 日、表 13）。

ワークショップにはアビジャン 1 州保健局、アボボ東保健区、アボボ西保健区、アボボ州病院、アボボ市役所、病院管理委員会（COGES）、地域自治会長、女性協会、青年協会、宗教団体等から 45 名の参加を得て、プロジェクトの概要と実績（継続ケアモデル案の策定、助産師看護師研修、機材供与、スーパービジョン実施等）を共有するとともに、参加者に向けて、有資格の医療従事者が配置されている公的医療機関の活用、COGES の活性化、コミュニティベース都市型医療施設（FSU-Com：半官半民の医療施設）の主体的管理運営、産前・産後健診受診、出産に向けた入念な準備、などと呼びかけた。

参加者からは、医療従事者のサービスの質の改善やプロジェクトへのコミュニティの巻き込みなどの要望が出された。また、COGES やソーシャルワーカーからも母子保健分野の研修要望な

どの声があがるなど、活発な議論がなされ、コミュニティが保健施設と協力して母子保健の改善を担っていくことが共通認識となった。

表 13 : コミュニティ啓発ワークショップ概要

開催日	2024/05/28
場所	アボボ市役所
参加者	アビジャン 1 州保健局、アボボ東保健区、アボボ西保健区、アボボ州病院、アボボ市役所、COGES、女性協会、青年協会、宗教団体の代表、自治会長、計 45 名
内容	プロジェクトチームより以下について共有 ▪ プロジェクト概要と実績 ▪ コミュニティへの提言(公的医療機関の利用促進、COGES 活性化、FSU-Com 主体的管理運営、産前・産後健診受診促進、十分な出産準備等) 主な議論 ▪ 医療従事者のサービスの質はまだまだ大きな課題があり、改善する必要がある ▪ 母子保健改善に向けてのコミュニティの関与の重要性 ▪ コミュニティと保健施設の協力の重要性

2.2.5. 規範と政策文書の整理と活用（活動 1.7）

規範、プロトコル、手順書については第 2 回 JCC においても議論となり、できるだけ早くすべての対象施設で活用可能な状態にすることが提言のひとつとなった。2023 年末に対象保健医療施設 2 か所を訪問した時点では、規範や手順（主には性感染症の治療、HIV 検査、マラリア検査のプロトコル）が掲示板を埋め尽くすように貼付されていたが、文字も小さくモノクロ印刷がほとんどで視認性・可読性に乏しく、分娩時に最も重要な妊娠高血圧症候群、産後出血、新生児蘇生等に関するプロトコルは掲示されていなかった。

2024 年時点で、母・新生児保健に関する保健省の最新の規範・政策文書は「妊産婦の健康管理プロトコル⁵」、「性・生殖、妊産婦、新生児、小児の健康に関する規範とプロトコル⁶」の 2 つである。この 2 文書とあわせ、プロジェクトで作成した「産後出血の対応アルゴリズム」と既存の「新生児蘇生アルゴリズム」のポスターを印刷し、対象保健医療施設に配布した（2024 年 3 月）。

また、スーパービジョンで観察したことを踏まえ、既存の「新生児の基本的なケアのアルゴリズム」、「新生児蘇生バッグ+マスクの滅菌手順」、「妊娠高血圧症候群の対応アルゴリズム」、「妊娠高血圧症候群の投薬ガイド」もポスター化することが妥当と判断され、プロジェクトで各ポスターを全 22 施設に配布した。

表 14 : プロジェクトで整備した規範、政策文書、ポスター一覧

規範・政策文書	▪ 妊産婦の健康管理プロトコル ▪ 性・生殖、妊産婦、新生児、小児の健康に関する規範とプロトコル
ポスター	▪ 産後出血の対応アルゴリズム ▪ 新生児蘇生アルゴリズム ▪ 妊娠高血圧症候群の対応アルゴリズム ▪ 妊娠高血圧症候群の投薬ガイド ▪ 新生児の基本的なケアのアルゴリズム ▪ 新生児蘇生バッグ+マスクの滅菌手順

2.2.6. 既存の研修システムの見直し（活動 1.8）

ベースライン調査結果共有会議を終え、2023 年になって助産師・看護師の研修を企画していく

⁵ Protocoles de prise en charge en santé maternelle

⁶ Normes et protocoles en santé sexuelle reproductive, maternelle, néonatale et infantile

ことになったが、プロジェクト残り期間を鑑み、既存の研修プログラム、啓発ツール（コミュニケーションツール）を活用することを検討した。しかし、過去に他のパートナーによって実施された研修はあったが、著作権の問題から PACSSMN の活動として使用することはできないと判断された。したがって、DSIM が自由に使える体系的な研修モジュールが存在しないことから、ベースライン調査の結果を踏まえ、妊産婦・新生児継続ケア研修プログラム、コミュニケーションツールを関係者とともに作成していくアプローチを採った。

最終的に、以下の4つの検討会議が開催されている。

- 助産師・看護師研修プログラム策定会議（2023/03/21-23）
- 助産師・看護師研修内容（産科・新生児ケア）最終化会議（2023/04/19）
- コミュニケーションツール最終化会議（2023/04/20-21）
- 助産師・看護師研修内容承認会議（2023/04/25-27）

(1) 助産師・看護師研修プログラム策定

研修プログラム策定会議には、DSIM のほか、DGS、PNSME、国家学校・思春期保健プログラム（PNSSU-saj）、地域保健・健康促進局（DSCPS）、SOGOCI、SIP、助産師国家評議会、ASFI、助産師労働組合（SYNSFI）から、「継続ケア」の概念を十分に理解した上で研修プログラムの内容を検討できる国内の専門家代表者が参加している。

研修プログラム策定会議において、研修プログラムの柱となる文書として、「母子保健ケアの質改善のための基準（WHO）」、「コートジボワールにおける母子・青少年ケアの質に関する国家規範および指標」、「WHO ガイドライン：妊娠期ケアに関する推奨事項」、「WHO ガイドライン：分娩期ケアに関する推奨事項」を参照することとなった。

また、モジュール作成責任機関を指名し、それぞれが各モジュールの目的、到達目標、講義内容と参考文献、講義方法（座学、実技）、必要時間を検討し、研修プログラム案を作成することになった。「産科ケア」は SOGOCI と ASFI、「新生児・小児ケア」は SIP、「コミュニティ啓発」は DSCPS と SYNSFI、その他（プロジェクト概要、患者中心のケア、患者受入・医療サービスの質改善）は DSIM を責任者として講義資料がドラフトされた。

各機関の作業を踏まえ最終化会議を経て、表 15 のとおり研修を進めていくことが合意され、研修モジュールが策定された。

また、本会議参加者および部局・団体が、プロジェクトの「ナショナルテクニカルチーム」として引き続きプロジェクト活動に携わっていくことが確認された。

表 15：助産師・看護師研修プログラム概要

研修 モジュール	1. Aperçu du projet (プロジェクト概要、PACSSMN モデル) 2. Accueil (丁寧な患者の受け入れ) 3. Cadre général de la démarche qualité et leadership (マネージメント・サービスの質改善の取り組み/リーダーシップ) 4. Consultations prénatales (産前健診) 5. Accouchement normal (正常出産) 6. Consultations post natales (産後健診) 7. Soins essentiels du nouveau-né (新生児ケア) 8. Réanimation Néonatale (新生児蘇生) 9. Soins Maternels néonataux respectueux (母と新生児の権利や希望を尊重した患者中心のケア) 10. Soins Mère-Kangourou (新生児カンガルーケア) 11. Planning familial (家族計画) 12. Gestion des complications materno-fœtales et prise en charge du Post Avortement (妊産婦の緊急時ケア/妊娠中絶後のケア) 13. Système de Référence Contre Référence (リファラルシステム) 14. Activités efficaces de sensibilisation de la communauté (コミュニティへの効果的な啓発活動)
研修講師 の条件	■ 5-10 年の医療従事者経験/保健区のリプロダクティブヘルスコーディネータ/ナショナル研修講師経験/保健医療施設の助産師長の経験 ■ 研修期間中、連日支援が可能であること ■ 医療現場を熟知していること ■ アボボの保健システム、現状の課題等を理解していること
研修実施 方法	■ カスケード方式 □ 第 1 カスケード：ナショナルテクニカルチームおよびプロジェクトチーム(DSIM、SOGOCI、SIP、他)が講師となり講師養成研修(7 日間)を実施 □ 第 2 カスケード：講師養成研修受講者が講師を務め、助産師・看護師研修(5 日間)を実施。ナショナルテクニカルチームおよびプロジェクトチームはスーパーバイザーを務める ■ 研修の参加者：最大 25 人/回

(2) コミュニケーションツール作成

助産師・看護師研修プログラム策定会議にて作成された「コミュニケーションツール戦略表」をもとに、プロジェクト年間予算、使用頻度、使用するタイミングを考慮し、以下 8 点のツールを優先的に作成することとした。

- 紙芝居（産前健診用：妊娠中、分娩、分娩直後までの内容）
- 紙芝居（産後健診用：産後から家族計画）
- パンフレット（医療従事者・他パートナー、保健省他部局用：プロジェクト概要）
- パンフレット（コミュニティ用：産産前・産後ケア、妊娠中の注意点、出産に関する知識、家族計画）
- ポスター3 種類（コミュニティ用 2 種、医療従事者用 1 種）
- バナースタンド

これらのツールの作成は外注により進められたが、コミュニケーションツール最終化会議を開催し、ナショナルテクニカルチームが内容を確認し承認した。

2.2.7. 助産師・看護師の能力向上のための研修アクションプラン策定（活動 1.9）

活動 1.8 を踏まえ、研修プログラムを実施するために必要な内容を確定するため、助産師・看護師研修内容承認会議が開催された（2023/04/25-27）。決定事項は以下のとおり。

- 研修プログラム（モジュールごとの講義名、講義目的、講義方法（座学・実技）、到達目標、講義内容、講義時間、参考文献等）

- 講義資料（プレゼンテーションパワーポイント）
- 実技研修（シュミレーション）の必要物品（医療機材、人体模型、消耗品、分娩台帳など）とその数量
- コミュニケーションツール
- プレ・ポストテスト、研修評価表
- 研修修了書内容
- 研修対象：アボボ西・東保健区の助産師・看護師合計 255 名（アボボ西：助産師 52 名、アボボ東：助産師 179 名、看護師 24 名）
- 研修実施方法：上限 25 人/グループ、10 グループに分けて実施。適宜研修の振り返り会議を開催し、運営上の問題などをナショナルテクニカルチームと協議

2.2.8. 助産師・看護師を対象とした能力向上トレーニングの実施（活動 1.10）

(1) 講師養成研修

各施設の責任者が講師として助産師、看護師に指導できるよう、また、対象保健医療施設の職員に対する研修講師を担うべく、2023 年 6 月、8 月に講師養成研修（座学および実技）を実施した（表 16）。座学から実技まで時間が空いたのは、研修用機材（妊婦、新生児および未熟児の人体模型）の納品が予定より遅れたためである。

実技研修は当初 3 日間で実施される計画だったが、研修内容が多い上に、座学と違い一人一人の参加者が各実技を十分に習得する時間を確保する必要があるとの理由から、5 日間で実施された。座学も実技も参加型で活発な議論が展開された。

各セッションの後には振り返りのためのデブリーフィングを行い、助産師・看護師研修の実施に備えるため、講義内容や教授法の評価、研修運営全般にかかる改善点について議論が交わされた。

表 16：講師養成研修概要

日程	座学： 2023 年 06 月 05-08 日(4 日間) デブリーフィング(座学)： 2023 年 06 月 09 日 実技： 2023 年 07 月 31 日-08 月 04 日(5 日間) デブリーフィング(実技)： 2023 年 08 月 14 日
目的	ベースライン調査によって特定された課題の理解と、その課題を解決すべく構築された PACSSMN モデルの理解を通じて能力強化を図る
講師	9 名：DGS、DSIM、SOGOCI、SIP、DSCPS
受講者	35 名 ▪ アボボ西・東保健区の一次保健医療施設助産師長 21 名 ▪ アボボ二次保健医療病院の助産師・看護師長 3 名 ▪ アボボ西・東保健区のリプロダクティブヘルスコーディネータ(正・副)4 名 ▪ DSIM、PNSME、PNSSU-saj、ASFI、SYNSFI 7 名
研修内容	座学 4 日間、実技 5 日間 策定した研修モジュールに準ずる

(2) 助産師・看護師を対象とした継続ケアモデルに関する研修

2023 年 8 月 21 日から 10 月 20 日にかけて 5 日間の助産師研修が 5 セッションに渡り実施された。250 名を超える対象保健医療施設の助産師・看護師がターゲットとなるため、10 グループに分け、各セッションで 2 グループ同時進行で進められることになった。研修概要は表 17 のとおり。

表 17：助産師・看護師研修概要

日程	第 1 回：2023 年 08 月 21-25 日 デブリーフィング(1 回目)：2023 年 08 月 29 日 第 2 回：2023 年 09 月 04-08 日 第 3 回：2023 年 09 月 18-22 日 デブリーフィング(2 回目)：2023 年 09 月 28 日 第 4 回：2023 年 10 月 02-06 日 第 5 回：2023 年 10 月 16-20 日 デブリーフィング(3 回目)：2023 年 10 月 30 日
目的	ベースライン調査によって特定された課題の理解と、その課題を解決すべく構築された PACSSMN モデルの理解を通じて現場の助産師・看護師の能力強化を図る
講師	DSIM、SOGOCI、SIP、対象地域(アボボ東・西)の医療施設の助産師長、アボボ東・西保健区の母子保健コーディネーター
参加者	計 258 名(第 1 回 45 名、第 2 回 52 名、第 3 回 51 名、第 4 回 52 名、第 5 回 58 名)
研修内容	座学 3 日間、実技 2 日間 策定した研修モジュールに準ずる

研修成果としては、プレ・ポストテストの比較で平均点が 5 点（20 点満点中）ほど伸びたこと、参加者からの評価では講義・実技ともに概ね満足が得られた。

他方、研修の運営方法や時間管理、講義内容や実技内容について、いくつかの課題があった。研修の準備段階から懸念されていたのは、短期間（5 日間）に多くの内容をカバーすると十分な学びが得られないのではないかという点であった。しかし議論の結果、広く内容をカバーする研修モジュールで研修を実施することとなった。また、講師養成研修を行ったものの、受講者たちが座学での講義を適切に行うことは困難と判断され、当初計画したようなカスケード方式は実技指導を中心として行われ、講義はごく一部に採用された。

このため、特に、助産師研修の全国展開と持続性の観点から、提案できる対策を表 18 のとおり整理した。これらは、研修中や 3 回のデブリーフィングを通じて DSIM に提案した。研修途中から、ビデオ教材の採用や双方向的スタイルの多少の導入など、教授法の改善が図られたものもあるが、時間・スケジュール上の制約から多くの提言は反映されるには至らなかった。今後の助産師研修を効果的なものとする上で考慮すべき内容であるため、別途研修改善案として取りまとめた（添付資料 7）。

表 18：助産師・看護師研修における気づきと今後の対策(案)

	課題	対策
準備・運営	■ 研修内容が多すぎる	■ 研修内容を絞り込み、スケジュール(5 日間)に合った構成にする。あるいは、より長期間の研修を実施する。
	■ 講師養成研修で育てた講師が講義ではほとんど活用されていない。指導できるレベルにならないならば、講師養成研修の内容や指導方法に課題があるということ	■ 助産師研修の全国展開と持続性の観点から、講師養成研修の内容や指導方法を改善し、講師の能力を向上させ、カスケード方式を成立させる。あるいは安易なカスケード方式の実施を見直す必要がある。
	■ 研修目的に沿わない機材(縫合糸 5 種類×2 箱ずつ、吸引分娩の機械、大人用の挿管セットや蘇生用のマスクなど)や薬剤(Doriprarl、Mifépristone など)、研修で使われることのなかった物品が大半を占めた	■ 研修目的に沿った機材を適切に選定・調達し、無駄なく研修で有効に活用できるようにする
	■ 会場セッティングや、実技の準備、機材の管理においては、日本人チームのみが担った	■ 円滑な運営のため DSIM や講師陣が業務を分担し、必要な作業を理解する

	課題	対策
コンテンツ	研修で扱った内容が網羅的で広く浅すぎる	- 研修の目的や対象者を明確にし、特定の技能にフォーカスする - 研修を体系的に構成し、段階的に学習できるようにする
	プロジェクト上位目標(妊産婦死亡率、新生児死亡率の削減)の達成に資するコンテンツの指導時間が不足	上位目標の達成を目指すなら、正常分娩のアセスメント、新生児蘇生、リファラルにフォーカスすべき
	研修の目的・内容はプロジェクト目標の指標(助産師と妊産婦の満足度の向上)につながるものは含まれていない。母児が尊重されたケア(soins respectueux)を実践できれば妊産婦の満足度向上につながるが、5日間の研修のみでは助産師の行動変容に至るのは困難	- 助産師の職務や役割・責任について理解を深める機会を設ける - 環境整備(施設の改修や5S、必要物品の供与)、勤務体系の見直し(助産師の配置人数、勤務時間)など研修以外のアプローチも考慮する - 働きがいやりがいを感じられるようなケアの実践方法を学ぶ機会を設ける - 研修で学んだことを実践する支援や、振り返る機会を設けるなど研修後のフォローアップに力を入れる - 母児が尊重されたケアにフォーカスすることで妊産婦の満足度向上につながる
	子宮内バルーンタンポナーデ(UBT)、流産後の子宮内吸引処置(AMIU)は最終手段として用いる手技であり、それ以前に行うべき基本的かつ効果的なケアが適切にできていない現状でこれらを教える意義は薄い。これらを一次レベルで安易に頻用するようになると重症化や合併症、リファラルの遅れを招くリスクがある	- 基本的なケアの向上にフォーカスしつつ、これらの手技は最終手段であることを明確にする - これらの手技の適応例とリスクを理解させる
教授法	- 研修の教授方法が効果的とは言い難い。 - スライドは文字が多く、講師が一方向的に話す単調なスタイル - 重要なポイントに時間を多く割くなどの工夫がなく、講師の話したい内容を話したいだけ話す構成 - 講義内容と実技内容の不一致	- 講義を双方向のスタイルを心懸ける - スライドに図やイラストを多用する - 視覚的に十分な理解を促すビデオ教材を有効活用する - 重要なポイントに多く時間を配分する - 講義と実技の内容の整合性を図る
理解度の評価方法	プレ・ポストテストはモジュールごとの学習効果を測るようには作られておらず、参加者の苦手なポイントや、学習効果が低かったポイントを明確にすることができない	- テストの設問は各モジュールから出題する - モジュールの重要度に応じて質問数を調整する - プレテスト結果を踏まえて講義内容に濃淡をつける

2.2.9. 看護師・助産師研修成果のモニタリング・評価、研修制度改善（活動 1.11）

(1) 助産師研修後モニタリング

スーパービジョンの実施に先立ち、対象保健医療施設の助産師らが研修で学んだことを実践に活かしているかを確認する目的で、2度の研修後モニタリングを実施した（表 19）。

研修での学びが活かされていた点としては、パルトグラム（分娩経過記録）の記載や新生児蘇生の実践が挙げられる。それぞれ改善の余地は大きいものの、助産師の意識が改善されていることは着実な成果といえる。一方、基本的な手技の未熟さ、母児が尊重されたケアの不足といった課題も浮き彫りになった。

当日は、各施設責任者に対し結果概要を報告し、改善すべき点に関する提言を行っている。

このモニタリングは、3月に実施したスーパービジョンの方法論を検討する機会にもなった。

訪問した施設は、各保健区から患者数や分娩数が比較的多い施設として選定されたが、モニタリング実施時に分娩を観察できたのは2例のみであり、助産師の技術を実際に観察するのは困難であった。

表 19：助産師・看護師研修後モニタリング

	第1回助産師・看護師研修後モニタリング	第2回助産師・看護師研修後モニタリング
日時	2023/12/06	2024/02/13
目的	▪ 研修で習得したスキルの実践状況の確認 ▪ ケアの質の観点から見た助産師の労働環境 ▪ 必要に応じた助言 ▪ 供与機材保管場所の確認	▪ 研修で習得したスキルの実践状況の確認 ▪ ケアの質の観点から見た助産師の労働環境 ▪ 必要に応じた助言
参加者	▪ 助産師・看護師研修講師：SOGOCI (1), DSIM (1), 助産師長(1), PACSSMN (2) ▪ DSIM (1), PACSSMN (5)	▪ 助産師・看護師研修講師：DSIM (4), SOGOCI (1), PNSME (1), 助産師長 (3), PACSSMN (1) ▪ DSIM (1), PACSSMN (5)
対象施設	▪ アボボ西保健区 2 保健センター(FSU-Com Anonkoua koute、CSU-Com Bocabo)	▪ アボボ東保健区 3 施設(CHR Abobo、FSU-Com Avocatier、CSU Kennedy Clouetcha) ▪ アボボ西保健区 2 施設(CSU-Com Assomin、CSU-Com Agoueto)
実施方法	▪ 1 チーム ▪ 評価グリッドに基づき観察	▪ 3 チーム ▪ 評価グリッドに基づき観察
評価項目	▪ 医療施設の設備環境、妊産婦ケア、新生児ケア、規範・手順などの掲示状況、等 17 項目	▪ 受付、感染症予防、規範・手順・プロトコルの掲示状況、出産ケア、分娩の観察、等 5 分野 29 項目

(2) スーパービジョン

助産師研修後のスーパービジョンを実施するにあたり、DGS、PNSME、DSIM、がそれぞれ用いている評価グリッドを入手した。いずれも保健区が一次施設（ESPC）のスーパービジョンを行う際に使われているものであるが、内容はそれぞれ異なる。この他に、妊娠と分娩の統合ケアに関する WHO ガイドライン⁷をもとに、2018 年に WHO と保健省によって作成された「産科、新生児、小児医療の質の総合的評価と改善のためのツール」⁸が存在する。

各評価グリッドを比較検討した結果、DGS、PNSME、DSIM のグリッドは施設全体の運営評価に重点が置かれており、ケアの質に関する評価項目は少なかったことから、研修効果の測定という主目的を考慮し、「産科、新生児、小児医療の質の総合的評価と改善のためのツール」から分娩期のケアの質に的を絞った評価項目を抽出し、スーパービジョン用グリッドとして検討を進めた。しかし、助産師研修後モニタリングの実施状況を踏まえ、最終的には施設全体の運営などを評価するための項目を追加し、ケアの質の評価項目を削ったグリッド案を採用することになった。

研修効果の評価という観点から、訪問施設を限定してでも分娩時の助産師のパフォーマンスを直接観察することが望ましいが、日中に分娩が少ないこと、DSIM としてはすべての施設をターゲットにしたい意向が強く、最終的に全 22 施設（1 州病院（CHR）、アボボ東保健区 14 ESPC、アボボ西保健区 7 ESPC）をターゲットとすることになった。

この計画に基づき、助産師研修のスーパービジョンを実施した（2024/03/11-15、表 20）。4 チームに分かれて各施設を訪問し、最終的に 21 施設をカバーすることができた。各施設において責

⁷ Les directives de l'OMS sur la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, IMPAC

⁸ Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques intégrés

任者に訪問目的を説明した後、グリッドに基づき評価、スーパーバイザー間で折り合わせをした後に施設責任者らに結果を共有し、改善すべき点への提言を行った。各チームは、助産師たちにもフィードバックを与える時間を確保し、研修を踏まえて助言・指導を行う機会ともなった。5日間のミッションにおいて、実際の分娩を観察できたのは4件だけであったため、各チームは分娩シミュレーションを行い、可能な範囲で助産師の知識・スキルの確認に努めた。

表 20 : スーパービジョン概要

期間	2024 年 3 月 11 日(月)-15 日(金)
目的	プロジェクト対象施設における母親と新生児に対するケアの質を評価する ■ 母親と新生児に対する分娩時、産前ケア、産後ケアの提供状況、分娩環境、分娩中の助産師によるケア、分娩の各段階(第 1, 2, 3 期)に提供されるケア、供与機材の利用状況 ■ 改善に向けた提言
スーパーバイザー	以下機関代表で構成される 4 チーム ■ 保健省各部局代表者(DGS, DSIM, PNSSU-saj, PNSME) ■ 学術団体代表者(SOGOCI) ■ アボボ東西保健区の SME コーディネーター ■ 研修講師(助産師) ■ 日本人専門家
対象	プロジェクト対象全 22 施設(1 CHR、アボボ東保健区 14 ESPC、アボボ西保健区 7 ESPC)
実施方法	施設ごとに以下の手順で実施：1) 施設責任者へのスーパービジョン目的説明、2) スーパービジョン、3) 結果概要共有、リコメンデーション
評価項目	以下 13 段階について計 70 項目(括弧内は項目数)について確認 ■ A. 受付(5) ■ B. 感染予防・管理(3) ■ C. 分娩前後ケア ▫ 分娩時の状況(11) ▫ 分娩中のサポートケア(8) ▫ 第 1 期中のケア(7) ▫ 第 2 期中のケア(4) ▫ 第 3 期中のケア(4) ■ D. 新生児ケア ▫ 新生児蘇生(2) ▫ 出生直後の新生児の観察・ケア(11) ▫ 母乳育児促進(8) ▫ 新生児の退院前管理(3) ▫ 母親への情報提供・指導(2) ■ E. 供与機材(5)

スーパービジョンの結果は報告書に取りまとめられた(添付資料 8)。その中で、スーパービジョンを通じて得られた気づきは表 21 のとおり提言として整理されている。

他方、本スーパービジョンでは、分娩期のケアの質に関わる項目や妊産婦死亡に直接的に関わるカテゴリーは評価グリッドに十分含まれなかったため、研修のインパクトとして「助産ケアの質」を評価するという目的を果たすには不十分な内容であった。この点は、本グリッドでケアの質も測ることができるとした CP と日本人専門家とで認識が異なった。また、分娩シミュレーションに対する準備不足があったが、適切なシナリオを用意するなど各チームで統一した手順にて行えるよう事前に入念に準備することは今後の課題である。今後の助産ケアの改善に資するよう、評価グリッドに含まれない観察項目を取りまとめた報告書を、スーパービジョン結果報告書とは別に整理した(添付資料 9)。

表 21：スーパービジョン結果に基づく提言

提言先	提言内容
保健省	- ガイドライン、規範、プロトコル、アルゴリズムが医療施設で確実に適用されるように指導する - 産科医が妊産婦に配慮したケアを行うよう意識を向上させ、責任を持つよう促す - プロジェクトの成果が持続するよう、定期的なスーパービジョンを行う - 保健施設の労働条件を改善する
州保健局・県保健局	- 医療施設において、指令、規範、プロトコル、アルゴリズムが確実に適用されるようにする - 医療従事者への定期的なモニタリングとコーチング(2-3 ヶ月ごと)を通じて、プロジェクトの成果の持続可能性を確保する - 資材や機材をモニタリングし維持管理する
施設責任者	- 医療施設において、指令、規範、プロトコル、アルゴリズムが確実に適用されるようにする - 見やすく読みやすい看板を施設内外に設置する - 患者用経路を明確にし、表示する - 発電機を設置する - 供与された資材や機材をサービス提供者が利用できるようにする - 資機材をモニタリングし維持管理する - 訓練を受けたスタッフによる受付を設置する - 患者のトリアージを行う有資格者(医師、看護師、助産師)を指名する - 適切な廃棄物管理(分別と廃棄)を行う - スタッフの労働条件を改善する(空調、レイアウト、施設の衛生)
医療従事者(主に助産師)	- プロトコル、規範、ガイドラインに基づき、陣痛時の女性に質の高いケアを提供する - 女性、子ども、家族に配慮したケアを行う - 管理ツールに正しく記入する(分娩台帳、パルトグラムなど) - 分娩直後のモニタリングに関する指示を遵守する - 処置前後の手指衛生を確実にを行う - 分娩室、産後ケア、診察室、トイレ、作業器具の衛生管理を徹底する - パルトグラムに記入する前に、妊婦の前病歴が正しく記録されていることを確認する - 分娩室、産後室およびその他の部門を再編成する - 供与された資材や機材を有効に活用する - 感染予防のために支給されたエプロンとブーツを使用する - チームワークを強化する
JICA	- コーチングとスーパービジョンミッションを支援する - コートジボワール政府によるプロジェクトのスケールアップを支援する

2.3. 成果 2 に関する業務内容

2.3.1. モデルを導入する対象保健医療施設の選定（活動 2.1）

2022 年 11 月の運営指導調査を経て PDM の改訂について協議する過程で、対象地域を大アビジャン圏内のアボボ・コミュニケーションのアボボ東保健区、アボボ西保健区とすること、また、対象施設は一部のプライベート施設を含む下記計 23 施設にすることが決定された。

- 一次医療施設：アボボ東保健区の 14 施設、アボボ西保健区の 7 施設（計 21 施設）、
- 二次医療施設：アボボ東保健区のアボボ北総合病院（州病院）
- 三次医療施設：アジャメ総合病院（ココディ大学病院の産科・婦人科サービスの工事に伴い一時的にその機能がアジャメ総合病院へ移管されていた）

なお、各施設のリファラル先である三次医療施設に関しては、リファラル体制の改善を目的とした活動において巻き込むことを想定するものの、主な活動はアボボ東西保健区に位置する一次・二次医療施設において行うこととした。

2.3.2. リファラル実施状況にかかる情報収集（活動 2.2）

プロジェクト開始後まもなく、対象地域のリファラル施設であるココディ大学病院で毎月 1 回開催されている妊産婦死亡症例検討会にプロジェクトマネージャー、フォーカルポイント、日本人専門家が出席するようになった。プロジェクト詳細計画策定調査の前に実施したプロジェクト形成ワークショップにおける問題分析において問題提起されたとおり、妊産婦死亡症例検討会は症例が報告されているが、解決策については議論されていないことがわかった。同会議の主催者であり本プロジェクトコアメンバーの 1 人である同大学産科教授に対して各施設がその改善策を提案すること、またその提案の実施状況をモニタリングするように会議の変革に取り組むことを提案した。

また、リファラル／カウンターリファラルシステムの問題点については、活動 2.7（2.3.6）にも記載のとおり。

2.3.3. 正常分娩と基本的な緊急産科医療に必要な医療機材と物品を適切に提供するための流通システム分析（活動 2.4）

2024 年 2 月、必須医薬品および常用医療器材の配布に関する政策責任部署である薬剤活動局（DAP）にコンタクトし、新薬剤政策（2023-2025）や今後の薬剤供給システムに関する政策などの資料を入手した。さらにアボボ東保健区長からも薬剤供給に関する情報を口頭にて入手した。これらの情報の概要は以下のとおり。

- コートジボワールの公共医療施設を中心とした医薬品・資材などは新公衆衛生薬局（NPSP）から主に供給されている。
- NPSP には必須医薬品・資材のリストがあるが、必ずしもすべての医薬品などが常時確保されているとは限らない。具体的な在庫不足や欠配などの情報は未入手。
- 各医療施設が個別に NPSP に薬剤配布要求することが可能。医薬品等の配布は請求後 4 週間後に配布されるが、緊急に必要な場合は理由が明確で在庫があり、代金が支払われていれば 1 週間で配布される。
- アボボ東保健区の場合、医薬品は保健区に届き、そこから各医療施設に配布されるが、NPSP に十分な予算（主にガソリン代）があれば各施設に配布される場合もある。小さな医療施設には NPSP の供給システムに登録していない施設もあり、保健区を通して請求を行っている。拡大予防接種計画（PEV）プログラムのワクチンは NPSP の薬品と一緒に毎月配付されている。血液製剤は州病院（CHR）以外の一次医療施設ではほとんど使用できない（医師以外には輸血の指示を許可されていないが、医師が常駐しておらず、また血液製剤も常備されていない）が、CHR に隣接して国立輸血センター（CNTS）の支所があり、必要時はそこから CNTS に注文している。
- NPSP からの供給に属さないものとして、拡大予防接種計画（PEV）プログラムに基づくワクチンの配布、CNTS とその支所を通じた血液製剤の配布がある。PEV によるワクチン供給の遅滞や不足の例はほとんど見られない。血液製剤は全国的に供給量が不足していたが、2022 年後半から改善が見られ、一次医療施設での使用も可能となる方向で CNTS が努力している。

医療機材・薬品などの流通システムに関しては、薬剤活動局（DAP）や新公衆衛生薬局（NPSP）などの政策・計画が進行中であり、これらに沿って運営改善を各保健区が努力する必要

がある。これら流通システムの改善には、予算・人材・インフラ整備がいずれも不十分な状態が継続しており、保健区幹部達との接触の機会（PACSSMN モデルの検証ワークショップ、最終ワークショップ）を通じて、改善への努力を促した。

2.3.4. 正常分娩や基礎的緊急産科ケアに必要な機材の調達・供与（活動 2.3 & 2.5）

正常分娩や基本的な緊急産科医療に必要な医療機材と物品について、研修プログラムを検討する過程で、保健省の基準に基づく ESPC に配備すべき機材リストを入手した。このリストをもとに、供与機材リストを作成し、そのうち分娩セットと会陰切開セットについては一部を助産師・看護師研修時に使用する必要があることから先に調達を進め、2023 年 3 月に供与した。

その後、機材調達に充てられる予算を踏まえ、対象施設の月あたり分娩数の多寡（100 件以上/月、50～99 件/月、49 件以下/月）に応じて供与機材の数量を検討し、助産師・看護師研修に参加した各施設の助産師長等に対しニーズを確認した上で機材リストを最終化した（2023 年 10 月）。

2024 年 1 月中の納品・供与を見込んで調達手続きを進めたが、一部機材の納期が遅れたほか、仕様を満たさない機材の差し替えが生じたため、供与は 3 月に後ろ倒しとなった。各施設のニーズを踏まえて供与すべき機材を決定したものの、供与時の施設の状況によって不要となったものもあり、供与後にさらに施設間で調整するケースも生じた。2024 年 3 月 7 日には、アボゴ東西保健区長、全施設の代表者が一同に会し、アボゴ東保健区において機材引渡式が執り行われた（2024/03/07）。

供与した機材と数量は表 22 のとおり。対象施設向け供与機材の詳細は添付資料 4 のとおり。

表 22：対象施設向け供与機材

母親用	新生児用
▪ 分娩セット(63)* ▪ 会陰切開セット(21)* ▪ 血圧計(66) ▪ ベッド(35) ▪ 点滴台(70) ▪ 分娩台(33) ▪ 診察用ライト(13) ▪ パーテーション(13) ▪ 分娩セット(19) ▪ 会陰切開セット(6) ▪ 避妊用の IUD と挿入・除去に使用する器械セット(35) ▪ 避妊用のインプラントを挿入・除去に使用する器械セット(35) ▪ 導尿カテーテル(2200) ▪ ジモン腔鏡(35) ▪ 胎児心音聴診器（超音波ドップラー聴診器）(57) ▪ ドップラー用ジェル(83) ▪ 防水シート(92) ▪ 成人用の体重計(44) ▪ 成人用の身長計(22) ▪ ダブル聴診器(66) ▪ 分娩台に上る用の 2 段ステップ台(66)	母親・新生児用
	▪ 新生児蘇生用アンビューバッグ(26)* ▪ マスク 0(未熟児用)(48) ▪ マスク 1(新生児用)(96) ▪ ペンギン型の吸引器(48) ▪ インファントウォーマー(7) ▪ 新生児の体重計(44) ▪ 新生児の身長計(22) ▪ 新生児保温用ランプ(14) ▪ パルスオキシメーター(35) ▪ 防水エプロン(175) ▪ 医療用クロックス(175) ▪ ゴーグル(175) ▪ 膿盆(110) ▪ 体温計(66)

* 分娩セット、会陰切開セットは 2023 年 3 月。

2.3.5. 機材の使用状況のモニタリング・評価と必要に応じた保健省の基準改定のための提言（活動 2.6）

機材の使用状況のモニタリングは、機材供与後のスーパービジョンにて実施予定であったが、

供与してからスーパービジョンまでの期間が短いため、機材の使用状況をモニタリングすることはほぼ不可能であった。機材の管理体制や効果的な使用に関しては、上記スーパービジョン時に各施設の状況に応じて各施設責任者に対して直接、口頭にて評価を行い、特に現場での管理責任体制を明確にすること、また管理帳簿をつけることなどの提言を行った。

2.3.6. MPDSR 会議等を通じたリファラル実践のための問題特定・対応検討（活動 2.7）

2023 年 12 月の対象施設の訪問時および 2024 年 3 月のスーパービジョンを通じて、一次医療施設では軽症の異常でもすべて上位施設に安易にリファーする傾向があり、基本的な妊娠高血圧症候群、産後出血、遷延分娩などのケアのプロトコルが周知されておらず、必要な薬剤も常備されていないことが判明した。リファー時には、一次施設で母児の状態を安定化させる処置が必要だが、それができないまま救急車を 30 分～1 時間も待つことが常態化しており、母児の生死に関わる事態となっている。多くの助産師は、リファー時に注意すべき観察事項や必要な処置を理解しておらず、その必要性も感じていない状況である。

アボボ西保健区で実施された妊産婦・周産期死亡サーベイランス・対応（MPDSR）会議に参加した（2024/03/08）。巨大児による肩甲難産と弛緩出血により、新生児は出生後蘇生に反応せず死亡し、母体は分娩後大学病院（CHU）へ搬送されたが到着時に死亡が確認された症例が検討された。プロジェクトが参加できた唯一の症例検討会だったが、公的に規定された実施様式に従い、十分な準備の下に開催されていた一方で、症例担当医、他の産婦人科医や助産師たちの問題認識・分析・解決能力には改善の余地があることが窺えた。レビュー結果をもとに同様の結果にどのように対応すべきかなどは十分に話し合われていない。同検討会議の報告書には以下のような課題と対応策がまとめられたが、漠然とした内容にとどまっており、特に助産師の知識不足や現場の対応に関してはより詳細な課題の抽出や解決策の提案が不足している。

表 23：アボボ西保健区がまとめた死亡症例検討会での課題・提言・責任者

課題	提言	責任者
施設に救急車が存在しない	施設に救急車を提供するよう嘆願する	保健区長
研修で学んだ知識の実践が不十分(産直後出血の対応など)	PACSSMN プロジェクトで研修を受けた助産師のためのスーパービジョンミッションを組織する	DSIM / 保健区の母子保健コーディネーター
	現場でコーチングを行う	
	妊産婦ごとにモニタリングフォームに体系的に情報を記入する	医療従事者(助産師)
患者(妊婦)の前病歴の体系的な調査の不足	患者(妊婦)のすべての病歴を体系的に調査する	医療従事者(助産師)
分娩管理ツールの情報記載不足	すべての分娩管理ツールを正しく完全に記載する	医療従事者(助産師)

妊産婦死亡の主要な原因である 3 つの遅れは、「受診の決断の遅れ」、「アクセスと搬送の遅れ」、「治療の遅れ」であるが、コートジボワールではそれぞれ 29 %、15 %、56 %と分析されている⁹。リファラルの問題以上に病院到着後の対応が妊産婦死亡の原因の過半を占めており、ベースライン調査でも明らかになっていたように、助産師のアセスメント能力に大きな課題があると考えられる。

以上を踏まえ、MPDSR 会議における検討手順の提案をまとめた（添付資料 10）。提案の概要を下表に示す。1)～3)は州保健局、4)は保健区および保健施設で実践されることが効果的と考えられる。

⁹ Surveillance de décès maternel et périnatal et riposte (SDMPR), 2022

表 24 : MPDSR 会議における検討手順案

検討事項		提案内容						
1) 課題の優先順位付け	■ 現在課題として考えられる課題を列挙した上で、できる限りバイアスを取り除いて優先順位を決める。例えば、以下の項目に従いスコア付けし、最もスコアの高い課題を優先課題とする。	検証項目		主要な質問				
		影響		■ 実施後の患者への影響は？				
		緊急性		■ 問題はすぐに解決する必要があるか？				
		可能性		■ KAIZEN プロセスを組織内で、妥当な期間(6ヶ月以内)に実行することは可能か？				
		利用可能な資源		■ 利用可能な資源(資金、人材、設備)で、テーマ(特定された問題の改善)を実施することは可能か？				
				■ 状況分析を行うために必要なデータや情報は入手可能か？				
				■ ない場合は収集可能か？				
		課題		インパクト	緊急性	可能性	利用可能な資源	実現可能性(合計)
		助産師が産後出血のリスク因子を知らない		2	2	2	2	8
助産師が弛緩出血時の緊急対応ができない		3	3	2	2	10		
基礎的緊急産科新生児ケア(BEmONC)施設から包括的緊急産科新生児ケア(CEmONC)施設への搬送に2時間以上かかる		2	1	1	1	5		
輸血へのアクセスが限られている		2	2	1	2	7		
助産師が妊娠高血圧症候群の対応ができない		3	3	2	1	9		
安全な妊娠中絶ケアへのアクセスが乏しい		3	2	1	2	8		
...								
* スコア(3: 優先度高・実装容易, 2: 優先度中, 1: 優先度低・実装困難)								
2) 優先課題の根本原因分析	■ 1)で合計点が高かった優先課題について根本原因を分析する。可視化している問題の対症療法を行うのではなく、可視化されていない原因を洗い出すことで、根本的な解決を目指す。以下は一例。	優先課題		設問 1 (最大 3 つ)		設問 2 (最大 3 つ)		
		助産師が弛緩出血時の緊急対応ができない	■ 助産師が産後出血の緊急度を判別できない		■ 助産師が出血量を目測できていない			
			■ 助産師が出血原因を判別できない		■ 助産師が患者のバイタルサインや全身状態を観察していない			
			■ 緊急対応に使用する薬剤が BEmONC 施設に常備されてない		■ 助産師がショックバイタルの基準を知らない			
				■ 4T とそれぞれの特徴を知らない		■ 子宮底の硬度/位置が触診できていない		
				■ 胎盤欠損の有無を確認していない		■ BEmONC 施設における薬剤師用のプロトコルがない		
				■ 薬剤を常備しておくには BEmONC 施設の予算からの持ち出しとなり、患者が後払いできなかった場合、採算がとれない		■ BEmONC 施設敷地外の薬局まで家族が買いに行くシステムである		
3) 是正措置の特定	■ 2)で抽出された根本原因に対して是正措置を考える。関係者の話し合いによって協議することが望ましい。							
4) アクションプラン作成・評価	■ 各是正措置をアクションプランに落とし込む。関係者の協議によって 5W1H を明確にしたアクションプランを作成し、定期的(1-3ヶ月毎)な評価を行う。							

2.4. 成果 3 に関する業務内容

PDM ver.0 の成果 3「妊産婦・新生児継続ケアモデルの概念が看護師・助産師の初期教育モジュールに組み込まれる」に基づき、基礎教育カリキュラム改定の準備のための会議が 2019 年 9

月に開催され、コンピテンシーアプローチによる助産師教育カリキュラムの基礎となる基準書（Referentiel）のうち、スキルにかかる基準書（Referentiel de competences）を作成するために必要な、対象国のニーズに対応できる助産師のプロフィール（あるべき姿、仕事）について協議し改善点が抽出されている。

しかし、2022 年 11 月の運営指導調査の結果、基礎教育への妊産婦・新生児続ケアモデルの組み込みは時間を要するため残りのプロジェクト期間で実施するのは困難であること、PACSSMN モデル（案）が改訂 PDM（ver.1）に沿った活動を実施し評価を行い実用化の方針が決まった上で基礎教育への組み込みが行われるのが望ましいことから、成果 3 は改訂 PDM（ver.1）では「妊産婦・新生児ケアの連続性モデルが検証され実用化される」に変更された。プロジェクト終了後にコートジボワールのイニシアティブでモデルを確立して包括的に実践していけるよう、成果 1、成果 2 に関する活動をモニタリング・評価し、PACSSMN モデル（案）の検証と普及戦略への提言を行う活動に置き換えられた。

2.4.1. 継続ケアモデルの概念を検証（活動 3.1）

2022 年 12 月に関係者に共有された妊産婦・新生児継続ケアモデル（PACSSMN モデル）案は、概念図が視覚化されたに過ぎず、文書化されていないために保健省、州保健局・保健区、保健施設、コミュニティなど関係者間でコンセプトが十分に共有されているとは言い難い。関係者間の共通認識形成、実践への移行促進を見据えれば、モデルの全体像（目的、構成要素、各要素の関係性など）、各要素の詳細、優先活動の実践の手順などが明文化されていることが望ましい。

PACSSMN モデル案の共有以来のプロジェクト活動を踏まえ、モデルの構成要素を検証しつつ、コンセプトノート案を作成した（2024 年 5 月）。

コンセプトノートは、母子保健の改善に向けた取り組みを明確にし、関係者の共通認識を図るため、その目標、ケアの継続性の 2 つの概念、コートジボワールの文脈における同国モデルのコンポーネントと優先的な活動、モデル実践における課題や展望について、提案するモデルの核心を 5 ページ程度に簡潔かつ明確に伝えるために構成されている。コンセプトノートの概要は表 25 のとおり。

同国モデルの 4 つのコンポーネントのうち 3 つは、WHO が提唱する保健システムフレームワークの 6 つのビルディング・ブロック（ガバナンス、保健人材、保健財政、保健情報、ロジスティクス、サービス提供）を念頭に、ベースライン調査の結果を踏まえ、特にコートジボワールの地域医療において課題となる「ガバナンス（含む保健財政、保健情報）」、「医療施設の運営（含む保健人材、ロジスティクス、保健情報）」、「ケアの質＝サービス提供（含む保健人材、ロジスティクス）」の 3 つに集約されたものである。さらに、多民族国家である社会文化的背景や歴史的背景から、近代的保健システムに対するコミュニティの信頼不足や協力関係の弱さが顕著である点を考慮し、「コミュニティとの連携・協力」が重要なコンポーネントとして加えられた¹⁰。

従来のモデルの概念図（図 2）は各構成要素の関係性が分かりにくかったが、改訂された概念図（図 3）により、関係性がより視覚的に明確になった。母子保健サービスの提供を含む保健システムは、コミュニティとの連携とコミュニティの貢献が基盤となり、その上に成り立つものである。この全体を導くのが保健システムの各レベルにおけるガバナンスである。

¹⁰ なお、WHO 本部が 2007 年に保健システム強化における 6 ブロック(構成要素)の概念を提唱した時から、これは保健サービス提供者側のみの視点からの概念であり、プライマリーヘルスケアや公衆衛生上の視点からは「コミュニティ参加・協力」を構成要素に加えるべき、との提言が汎アメリカ保健機構(PAHO)や一部専門家から表明されていた。

表 25：妊産婦・新生児継続ケアモデルコンセプトノート概要

目的	- 母子、新生児のケアの継続を強化するためのコートジボワールモデルの確立 - モデルのコンポーネントの定義とコンポーネントごとの関係性の明確化 - 母子、新生児の継続ケアを強化するための優先活動の特定
継続ケアの概念	2つの継続性 - 時間的継続性：幼少期から妊娠、出産に至るまでの時間的なケアの連続性 - 空間的継続性：母子、家族、地域社会、公的保健施設、産科病棟、病院などの社会的なケアの連携性・一貫性 - 助産師の役割と母子の主体性を尊重した患者中心のケア
コートジボワールモデルの枠組み（構成要素）	- ガバナンス強化：中央、州、保健区の3つのレベルで連携。(1) 中央：政策策定、予算確保、インフラ整備、医療従事者の研修と評価、(2) 州および保健区：国家政策を一次施設および医療従事者に伝達、医療施設の管理 - 医療施設の運営改善：チームの強化、労働条件の改善、規範の遵守、物品管理の改善 - ケアの質の改善：医療従事者の研修強化、モニタリングと指導、介助者の意識向上、産科医の医療の質の向上 - コミュニティとの連携と貢献：コミュニティの参加と協力を促進し、医療施設との連携強化、住民ニーズの把握、意識向上
課題と展望	課題： - PACSSMN モデルは都市部の状況に基づいており、農村部や半都市部での適用には地域差を考慮したモデル開発が必要 - 全国普及には、持続可能性、人材の質と量、インフラ整備の必要性を考慮 展望： - モデルの評価と最終化、公的承認 - 全国普及のための戦略策定と実施

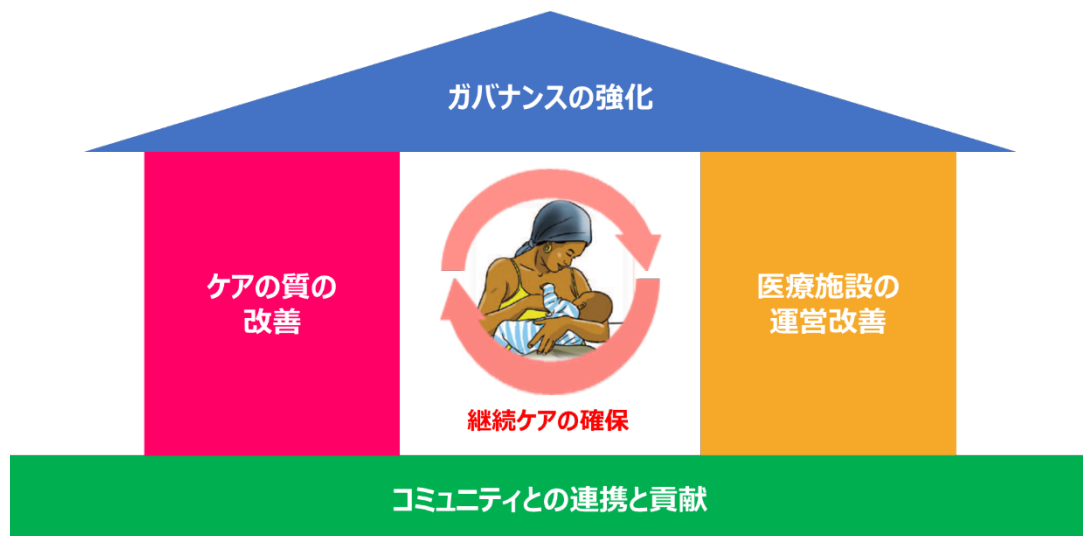


図 3：PACSSMN モデルの概念図(改訂版)

その後、関係者を招聘してモデル検証のためのレビュー会議を開催した（2024/06/03-04）。

DSIMをはじめ、DGS、職能団体、アビジャン 1 州保健局、アボボ東・西保健区、アボボ州病院などから 21 名が参加し、モデル案の各構成要素について、グループに分かれてアボボ地区における課題、優先活動、それらの活動を実行する上での主なチャレンジについて議論した。結果は下表のとおり。

表 26：モデル案に基づくアボボ地区での優先活動・チャレンジ(構成要素ごと)

構成要素	優先活動	チャレンジ
ガバナンス 能力強化	- サービス内容と料金の揭示 - スーパービジョンとコーチングの強化/保健省の母子保健ガイドラインと規範を利用可能にし、その適用を確実にする - 上記の書類を現場にて整理・保存する - リファラル・カウンターリファラルシステムを機能させる - 国のガイドラインに沿って妊産婦死亡レビュー委員会を機能させる - 施設利用者の満足度調査の定期的実施/サービスレベルでの優秀賞の創設	- サービス料金の統一/提供されるサービスの揭示 - 医療従事者の職業的責任感の軽視と欠如 - リファラル体制(内部、外部手順)の組織 - 死亡者の特定と通知/監査からの提言の適用 - 人材と資金の管理
医療施設の 運営改善	- 施設の国家基準とサービスニーズに沿って施設の職員の現状を確認する - 職員の職務内容基準書を作成、利用できるようにする - 全サービスに資金を公平に分配するための施設責任者との折衝 1次～3次医療の各レベルに応じて、活動のミニマムパッケージの適用 - カルテの電子化	- 新しいインフラの建設/資金調達/職員の流動性 - 職務内容の不遵守・職務内容の説明の不在 - 優れたガバナンス(資金の効率的管理) - 規範文書の不適用 - 財源/IT 機器と職員の IT リテラシー/電気、インターネットアクセスの問題
質の高い ケアの実践	- 国内・国際基準を尊重し、医療従事者、特に助産師、看護師に対する初期研修と継続研修を強化する - 質の高いケア、特に患者に対する敬意を持った医療のために医療従事者(産婦人科医、助産師、看護助手)を訓練し、権限を与える - 主要テーマに関する研修のニーズに応じて、公的および民間の講師人材のリソース名簿を作成する - 医療施設内の機能不全を防ぐために、多職種を含む各医療施設に品質改善チーム(QIT)を設立する - 政令、省令、ガイドライン、規範、プロトコルを含むフォルダを作成し、部門会議で毎月または隔月でレビューする	- 財源不足・教材不足 - プロフェッショナル意識の欠如 - 研修を受けた人材のフォローアップ欠如 - 保健当局の関与の欠如 - ガイドラインの不遵守
コミュニティ との連携	- 宗教指導者やコミュニティリーダーとの啓発活動を企画する(CHW の選択、医療従事者との協力のため) - COGES などの管理機関の四半期会議を機能させる。常にコミュニティと交流し、彼らの懸念を考慮に入れる必要がある - コミュニティで毎年満足度調査を実施する(母子ケアへのフィードバックを得る) - 伝統的助産師をリストアップし、研修し、妊産婦ケア活動に参加させる(インフォームドコンセントに基づいた敬意を持ったケア) - 父親学級の設立(受診中の女性を支援し、偏見による障害を取り除く)	- 宗教指導者やコミュニティリーダーの保健施設運営への関与/資金提供 - COGES の機能不全/資金 - 資金調達/意見箱の機能化と内容の分析 - 保健施設が適正に機能することを可能にするための全員参加 - 成果を維持し、コミュニティを巻き込むための組織を設立する

議論を通じてモデルの理解が向上するとともに、各構成要素の優先活動について、コートジボワールの文化社会背景やアボボ地区独自の現場の声を反映して明確になった。また、その実践に向けて関係者が取り組まなければならないチャレンジについても認識が深まった。

レビュー会議での議論を経て、妊産婦新生児継続ケアモデルを実践していく保健省、州保健局・保健区、保健施設、コミュニティに向けたコンセプトノートとして最終化された(添付資料 11、12)。

2.4.2. 継続ケアモデルの実践を展開・加速するための方法特定(活動 3.2)

2024 年 6 月 6-7 日にプロジェクトの成果を共有するためのワークショップが開催され、アビジャン 1 州保健局、アボボ東・西保健区の代表および母子保健コーディネーター、アボボ北州病

院局、一次医療施設の病院長または助産師長、JHPIEGO などの開発パートナーなど計 36 名が参加した。同ワークショップでは、プロジェクトの主要な活動（助産師・看護師研修、スーパービジョン）、PACSSMN モデルが共有された。各プレゼンテーションの後には活発な議論が行われ、以下の提言がなされた。

表 27：成果共有ワークショップにおける提言

発表	提言内容
プロジェクト概要	医療施設の管理システムと人材の定着が重要
研修	- 助産師だけでなく、産科医を含む母子継続ケアに関わる全ての医療従事者に対しても研修を行う。 - 研修受講者の行動変容について、期間に応じた変化をわかりやすくグラフ化する、行動変容に至った受講者の数を明確に数字で示す、施設のレポートを参照し研修前後のサービスを比較検討する。
スーパービジョン	スーパービジョンの評価グリッドの 14 項目各々について結果の提示があればパートナーにとって支援対象が特定しやすくなる。
PACSSMN モデル	モデル全体には賛同が得られたが、主要な活動/課題について、コートジボワールにおいてより受け入れられやすい用語の修正などの提案があった。
チャレンジ・展望・提言	DGS から、保健省官房や DGS で承認して全国展開を目指したいとの発言あり、参加者からも賛同を得た。

また、活動 3.1 で技術承認を得た PACSSMN モデルと明文化されたコンセプトノートは今後保健省官房および DGS にて改めて承認され、コートジボワールの国家保健政策のビジョンと戦略軸を考慮して、国内のすべての医療機関にモデルを普及するために必要な措置をとることが確認された。

第3章 プロジェクト目標の達成度

3.1. プロジェクト目標と成果の達成状況

PDM ver.3 に記載されたプロジェクト目標および成果にかかる達成状況を下表に整理した。

表 28 : プロジェクト目標・成果の達成状況一覧

期待する成果	指標	達成状況
【プロジェクト目標】 対象地域の妊産婦・新生児継続ケア提供において、ケアの質とサービスの利用が向上する	1. 妊産婦・新生児継続ケアモデルの要素を適用している保健医療施設で働く助産師の満足度の向上	【達成】 満足度調査で、対象保健医療施設で働く助産師の満足度がベースライン調査時の 84.70 から 102.16 に向上した
	2. 妊産婦・新生児継続ケアモデルの要素を適用した保健医療施設で出産した女性の満足度の向上	【達成】 満足度調査で、対象保健医療施設で出産した女性の満足度がベースライン調査時の 80.83 から 85.91 に向上した
【成果 1】 対象施設において、妊産婦・新生児継続ケアモデルに基づいた助産師と看護師の能力強化が実施される	1. 対象施設の助産師・看護師の 80%が改訂された研修制度で研修を受ける	【達成】 対象施設の助産師・看護師全員 (100%)が研修を受けた
	2. 研修を受けた助産師や看護師のケアの質基準に関する知識が向上する	【達成】 前後比較は行っていないが、スーパービジョンにおいて、サービスの質が優れている、または良いと評価された施設が 80%を占め、知識の向上があったと推定できる また、研修時のプレ・ポストテストの結果は平均点で 20 点満点中 10-11 点から 15-16 点に向上した
【成果 2】 対象地域において、妊産婦・新生児継続ケアモデルに基づき、リファラル体制が強化される	1. 政策、規範、プロトコルに従って通常の周産期ケア、正常分娩ケアと基本的な緊急産科ケアを提供するために不可欠な設備を備えた産科病棟の数	【達成】 プロジェクトの全対象施設(22)に機材が供与された
	2. 妊産婦死亡レビュー(MPDSR)会議で共有されたリファラルシステムを改善するための対策案の報告	【達成】 スーパービジョン、妊産婦死亡レビュー結果を通じて改善策が作成された
【成果 3】 妊産婦・新生児継続ケアモデルが検証され実用化される	1. PACSSMN 活動の結果に基づいた妊産婦・新生児継続ケアモデルの普及戦略に関する報告	【達成】 モデルのレビュー会議が開催され、最終ワークショップにおいて全国普及に必要な措置がとられることが確認された

3.1.1. 成果 1 の達成状況

(1) 指標 1 「対象施設の助産師・看護師の 80 %が改訂された研修制度で研修を受ける」

対象であるアボボ西・東保健区の助産師・看護師合計 255 名（アボボ西：助産師 52 名、アボボ東：助産師 179 名、看護師 24 名）のうち計 258 名（講師として養成された助産師 24 名を含めると 282 名）が 2023 年 8 月から 10 月に 5 セッションに分けて実施された研修を受講した。このため本指標は 100 %達成済である。

(2) 指標 2「研修を受けた助産師や看護師のケアの質基準に関する知識の向上」

前述 (2.2.8(2)) のとおり、看護師・助産師研修時のプレ・ポスト結果が 20 点満点中 5 - 6 点上昇しており、助産師・看護師の知識の向上は見られたと言える。ただし、テストの内容はそれほど詳細な知識を問うたものではないので「ケアの質基準」に特定した知識の向上を正確に判断できる内容でない。

また、スーパービジョンの結果、母子継続ケアにかかる総合点が 80 % 以上（提供されるサービスの質は優れている）であったのは 3 施設、60 ~ 80 %（提供されるサービスの質は良い）は 14 施設、40 ~ 60 %（提供されるサービスの質は不十分）は 3 施設、40 % 以下（提供されるサービスの質は極めて不十分）は 1 施設であった。したがって、スーパービジョンの対象となった 21 施設のうち、サービスの質が良い、または優れているとの評価になった施設が 8 割を占めることになる。同じ評価グリッドによる前後比較ができたわけではないため、どの程度の知識の向上があったかは定かではないものの、施設責任者、保健区コーディネーター、助産師長などからは「患者への対応を含め以前よりかなり良くなった」と評価されており、知識レベルでの向上もあったと推定できる。

3.1.2. 成果 2 の達成状況

(1) 指標 1「政策、規範、プロトコルに従って通常の周産期ケアと基本的な緊急産科ケアを提供するために不可欠な設備を備えた産科病棟の数」

保健省のプロトコル、対象施設の分娩数、さらに各施設の助産師長等にニーズを確認した上で機材リストを作成し、2024 年 3 月（一部機材は 6 月）に供与を終えた。これにより、正常分娩ケアと基本的な緊急産科ケアを提供するために不可欠な機材を持つ施設の数はプロジェクト対象全施設である 22 となった。

(2) 指標 2「MPDSR 会議で共有されたリファラルシステムを改善するための対策案の報告」

2024 年 3 月 8 日のアボボ西保健区で実施された妊産婦死亡症例検討会議において、課題・提言・責任者がまとめられている（表 23 参照）。しかし、その内容には不十分な点もあるため、2023 年 12 月の対象施設訪問時に明らかになったリファラル制度の問題、および本死亡症例検討会議参加を通じて明らかになった産科医および現場の助産師たちの知識・アセスメント能力不足の問題を踏まえ、MPDSR 会議の改善策を作成した（添付資料 10）。これにより本指標は達成された。

3.1.3. 成果 3 の達成状況

PACSSMN の活動成果を踏まえた妊産婦・新生児継続ケアモデルの普及戦略に関しては、6 月 6 ~ 7 日の最終ワークショップにおいて、PACSSMN モデルのコンセプトノートを国内のすべての医療機関に普及するために必要な措置をとることが確認された。

3.1.4. プロジェクト目標の達成状況 ¹¹

(1) 指標 1：妊産婦・新生児継続ケアモデルの要素を適用している保健医療施設で働く助産師の満足度

助産師の満足度は、満足度調査における 28 項目の質問の結果によれば 102.16 というスコアであり、ベースライン調査時の 84.70 より 17.46 ポイント向上した。質問項目別のベースライン調査との比較は下表のとおり。PACSSMN モデルの 4 つの構成要素ごとの分析においても、1 つの質問（給与・待遇：「報酬の遅滞」¹²）を除いて、全ての質問で満足度は向上している。以上より、総合的に助産師の満足度は向上しており、指標 1 は達成された。

表 29：ベースライン調査と満足度調査の比較(指標 1)

	質問項目(括弧内は項目数)	ベースライン調査	満足度調査	点数差
ガバナンス能力強化	給与・待遇(3)	6.52	6.42	-0.10
	資機材・消耗品の予算確保と配賦(5)	13.52	17.87	4.35
	スーパービジョン(2)	6.57	7.88	1.30
医療施設の運営改善	医療施設の運営(12)	39.38	46.64	7.26
	資機材・消耗品の維持管理(2)	5.37	7.38	2.01
質の高いケアの実践	継続研修(1)	3.62	4.47	0.85
	治療予防サービス(2)	7.01	8.12	1.11
コミュニティとの連携	コミュニティとの連携(1)	2.71	3.38	0.67
合計(28)		84.70	102.16	17.46

(2) 指標 2：妊産婦・新生児継続ケアモデルの要素を適用した保健医療施設で出産した女性の満足度

出産女性の満足度は、下表のとおりベースライン調査でのスコア 80.83 に対し、満足度調査では 85.92 に向上した。また、妊娠期・分娩期・産褥期の各期の満足度を見てもそれぞれ増加している。一方、産褥期における新生児ケアについては、満足度がやや減少した。これはベースライン調査で回答者全員が「満足している（5段階中5点）」と回答した質問である。一方、満足度調査でも 97.9 %の女性が「満足している」と回答しており、わずかに減少したものの高い満足度が保たれていたとも解釈できる。その他、全質問中、6 つの質問でわずかに満足度の低下が見られたが（-0.01 から-0.06）、66.7 %にあたる 12 の質問で満足度は向上した。以上より、総合的に女性の満足度は向上しており、指標 2 は達成された。

¹¹ 助産師の満足度と出産女性の満足度は、ケアの質とサービスの利用向上を測る指標としては必要十分ではない。助産師の満足度は、職場環境や労働条件(チームワークの質、労働時間、給与、管理体制など)に大きく依存し、満足度が高いことが必ずしもケアの質やサービスの利用向上に直結しない。一方、コートジボワールにおける産後健診の受診率は極めて低く、受診率が上がることは上位目標である新生児死亡の減少に寄与すると考えられることから、「産後健診の受診率」を代替指標としモニタリングを試みた。しかし、2024 年 7 月現在、保健状況年次報告(RASS)は 2021 年のデータまでしかなく、産後健診受診率の最新値は入手できなかった。

¹² 給与・待遇の改善については、プロジェクト活動の範囲外であったものの、助産師の満足度に与える影響の大きさに鑑み、参考値として質問項目に含めた。

表 30 : ベースライン調査と満足度調査の比較(指標 2)

	質問項目(括弧内は項目数)	ベースライン調査	満足度調査	点数差
妊娠期	産前健診(2)	9.87	9.96	0.08
分娩期	環境(5)	23.71	23.84	0.13
	医療従事者の受け入れ(1)	4.90	4.96	0.05
	患者中心のケア(4)	13.68	17.77	4.09
	早期母子接触/カンガルーケア(1)	4.74	4.79	0.05
	出産体験(2)	9.48	9.79	0.31
	施設への信頼(1)	4.94	5.00	0.06
産褥期	新生児のケア(1)	5.00	4.96	-0.04
	母親のケア(1)	4.51	4.85	0.34
合計(18)		80.83	85.92	5.09

3.2. 上位目標の達成見込み

プロジェクト開始年である 2019 年から 2021 年までのアボボ東保健区、アボボ西保健区の妊産婦死亡率（出生 10 万対）は下表のとおりである。2021 年にアボボ西保健区の死亡率は前年から大きく減少しその後も減少傾向にあるが、アボボ東保健区は上昇している。これは Covid-19 の影響でサービス利用が減少したことや報告率の変動などが考えられるが、2022 年の大幅な増加の要因は不明で、今後の予測が難しい。加えて、アボボの CHR や一部 ESPC にはアボボ以外からの重症妊婦搬送が増加しているとのことで、ここでの妊産婦死亡例をアボボ地区内・地区外の患者に分けて統計を取るのは困難であり、この点から、上位目標の正確な数字（純粋なアボボ地区内のみの妊産婦死亡率）を入手することが難しくなっている。

表 31 : プロジェクト上位目標と達成見込み

	指標	達成見込み		
		年	アボボ東保健区	アボボ西保健区
【上位目標】 対象地域の保健医療施設における妊産婦・新生児死亡が減少する	1. 対象地域の対象保健施設(一次施設および二次施設)における回避可能な妊産婦死亡率が 10%減少する	2019	15.2*1	63.5*1
		2020	51.0*1	65.6*1
		2021	72.2*1	20.0*1
		2022	161.4*2	31.1*3
		2023	NA	13.3*3
		2027(目標値)	13.7	57.2
		*1 RASS 2019, 2020, 2021		
		*2 アボボ東保健区年次報告書 2022 から専門家が算出		
		*3 アボボ西保健区年次報告書 2023 から専門家が算出		

第4章 プロジェクト実施運営上の課題・工夫・教訓

4.1. プロジェクト遂行上の課題

4.1.1. プロジェクト実施体制の制約

本プロジェクト開始当初は実施体制が固まらず、合同調整委員会の開催に至らなかった。第1回JCCが開催されたのはプロジェクト開始から2年後である。そのため本格的なプロジェクト活動の開始までに時間を要した。また、プロジェクトダイレクターである保健大臣のスケジュール調整が難しく、JCC開催の日程調整や変更R/D等正式文書の署名等に通常より時間を要することがあった。

4.1.2. 新型コロナウイルス感染症拡大による渡航制限に伴うプロジェクト運営上の制約

2020年3月から新型コロナウイルス感染症（Covid-19）パンデミックにより長期専門家が退避、カウンターパートは保健省のCovid-19対策を優先しなければならない状況となり、遠隔にてオンラインで活動継続を余儀なくされたが、インターネット環境を含みリモートワークのためのインフラの未整備などの課題により困難を極めた。このため2021年3月の専門家の再赴任までに多くの活動に遅延が生じた。

4.1.3. 日本側・コートジボワール側双方のコミュニケーションにおける課題

内戦終了後、コートジボワールにおける保健分野での初めての技術協力プロジェクトであったため、その活動様式や実施手順に関する理解を醸成するのに時間を要した。また、両国の労働文化の違いに起因するコミュニケーション不足もあった。コートジボワールではトップダウンで意思決定がなされることが多く、また、医師とそれ以外の医療従事者とのあいだに厳格なヒエラルキーが存在するため、プロジェクト開始当初はプロジェクトマネージャーと日本人専門家のコミュニケーションが限定的だったほか、助産や看護の専門家は医師資格を持つC/Pとの対等なコミュニケーションが困難な局面があった。

4.1.4. 活動実施スケジュールの制約

プロジェクト活動に遅延が認められたため、PDMの見直しにより一部の成果が変更された。助産師看護師研修が実施できたのは、プロジェクト終了まで残り1年というタイミングであり、機材供与やスーパービジョンなど、プロジェクト最終年に実質的な活動が集中し、活動の効果発現という観点からも多くの制約を受けた。

4.1.5. 機材調達における供給会社の能力不足

医療機材の調達にあたっては、保健省との契約実績のある業者からショートリストを作成、業者を選定したが、輸入手続きに時間がかかったとの理由で納期はほとんど守られなかった。さらに、幾つかの機材は仕様を満たさないなど多くの問題があった。この納期の遅れにより対象施設への引き渡しが遅れたため、スーパービジョンで予定していた機材の使用状況の確認を行うことができないなど、続く活動への影響が生じた。

4.2. プロジェクト実施運営上の工夫

4.2.1. コミュニケーション改善の努力

専門家の派遣体制の変更後は、可能な限り C/P と対面でのコミュニケーションを持つようにした。2024 年 1 月から C/P と専門家チームは週例会議を開催することになり、重要事項につき協議する時間が確保された。

また、専門家の現地不在期間も WhatsApp やメールを活用したほかオンライン会議を開催するなど密なコミュニケーションを維持するよう努めた。

4.2.2. プロジェクトの実施体制強化

2023 年 11 月の第 2 回 JCC において日本側から DSIM の体制強化の必要性を提起した。その後、2024 年 1 月から産婦人科学会（SOGOCI）医師、助産師看護師協会（ASFI）事務局員、国家母子保健プログラム（PNSME）コーディネーターの 3 名が加えられプロジェクトのフォーカルポイントは 5 名体制になった。

コートジボワール保健省においては、母子保健担当部局が DSIM と PNSME に分かれそれぞれ重要な役割を担っているが、PNSME の人材が加わることにより、プロジェクトに有用な情報が PNSME から得られやすくなったほか、プロジェクトの進捗や成果について PNSME にタイムリーに共有することが可能となった。また、SOGOCI 医師と ASFI 事務局員は医療現場の現状を熟知する人材であることから、スーパービジョンや PACSSMN モデルの検証などにおいてオペレーションレベルの知見を活かすことが可能となり、プロジェクトの管理運営体制が強化された。

なお、SOGOCI 医師は正式に DSIM の職員として採用された。

4.2.3. 関連他業務との連携

2018 年 10 月から JICA 「女性・子ども・貧困層に向けた UHC 推進プログラム」を推進するため保健プログラムアドバイザーが派遣された（2018 年 10 月～2021 年 3 月）。同プログラムに位置付けられる本プロジェクトの進捗状況や課題については、同アドバイザーとの連携により保健省官房、省内他部局に共有し、課題についての解決に向けた働きかけを行った。

プロジェクト残り期間 1 年を迎え、ようやく助産師・看護師研修を実施できる運びとなったが、アドバイザー業務のナショナルスタッフの支援を得たことにより効率的に研修を実現することができた。2024 年以降もスーパービジョンやコミュニティ啓発ワークショップ、満足度調査など限られた時間で様々な活動を実施する必要があったことから、保健プログラムアドバイザーと連携し適宜ナショナルスタッフを動員することで円滑に業務を遂行した。

4.3. 教訓

4.3.1. 研修プログラム策定・実施にかかる教訓

(1) 研修プログラムの検討

研修プログラムの検討にあたり、プロジェクト開始当初は拡大ワーキンググループ、その後は産婦人科学会、助産師学会など職能団体、PNSME など、より多くの専門家や関係者の支援を得て研修内容の充実に努めた。DSIM だけでなく、関連する省内他部署（DGS、DSCPS、PNSME、PNSSU-saj）や関連団体（SOGOCI、SIP、ASFI）の協力を得て、幅広い内容のプログラムを作成した。日本人専門家には、助産師、看護師だけでなく医師も加わることでより広い視点からの支

援につなげた。研修プログラム策定においては、対象国における母子保健に関わる幅広い関係者の参画を促し、多様な視点を取り入れることが重要である。

産婦到着後の各医療施設における助産師のアセスメント・ケア能力が不十分であるという状況に即し、研修プログラムは、特に上位目標の達成を見据えるなら、正常分娩のアセスメント、新生児蘇生、リファラル体制にフォーカスすることが重要である。加えて、パルトグラムを含めた国際的な基準やガイドラインに準拠し、真に効果的なアプローチを教授する必要がある。

(2) 研修実施

助産師・看護師研修実施にあたっては、国際的に評価されているビデオ教材などを活用し、文字ばかりのスライドによる講義を改善した。研修後、参加者にビデオ教材を共有して、復習が容易になるよう配慮した。内容のさらなる改善やアップデートが必要とはいえ、今後の助産師・看護師継続研修の参考となる講義資料の作成につながった。また、各セッション後の簡単な振り返りに加えて、第1セッション終了時、第3セッション終了時に終日のデブリーフィングを行い、研修内容の改善に努めた。

研修実施においては、単調で一方的な講義スタイルを避け、参加者の主体的な学習を促すような教材や手法を取り入れることが重要である。研修後のフォローアップとして、教材の共有やオンラインでの質疑応答など、継続的な学習支援を行うことも効果的である。研修教材は、現地の状況やニーズに合わせて、視覚的な教材や実践的な演習などを組み合わせることで、より効果的な学習を促進できる。また、研修期間中、定期的に振り返りや評価を行い、参加者の意見や反応を踏まえて、研修内容や方法を柔軟に改善していくことが重要である。研修の質を向上させるためには、研修参加者からのフィードバックを収集し、分析することが不可欠である。

4.3.2. スーパービジョン実施にかかる教訓

スーパービジョン企画・実施においては、プロジェクトの残り期間が少なくなっているなかで、研修実施からの期間、機材供与のタイミング、専門家の滞在時期などに考慮して実施したが、十分な準備ができたとは言い難い。助産師・看護師研修の効果を測るというスーパービジョン本来の目的を果たすだけの実施方法や評価方法が確立できなかった。分娩シミュレーションにしても、チームごとにやり方が異なり、評価の判断基準も統一できなかった。

スーパービジョンの企画・実施には、十分な準備期間を確保し、実施方法や評価方法に関する同一視点・判断基準の共有・徹底、分娩シミュレーションのシナリオ作成、スーパーバイザーのトレーニングを含めた多岐にわたる準備が必要である。とりわけ、助産師のケアの質を測るには、それらを評価するための適切なグリッドが必要であり、WHO とコートジボワール保健省によって 2018 年に作成された「妊産婦・新生児ケアの質を評価し改善するためのツール」を参考に評価することが有効である。また、研修を企画する時点でスーパービジョンを実施すべき時期や方法についても検討材料のひとつとすることが望ましい。

4.3.3. 機材調達にかかる教訓

可能な限り現場の意見を反映させて供与機材を特定したが、ニーズの把握から供与まで時間が空いたことから、施設によっては優先度が高くなったものもあり、供与後に一部の機材を施設間で交換するなど柔軟に対応した。

供与機材の選定にあたり、可能であれば、実際に施設を訪問してニーズアセスメントを行い、医療従事者からの聞き取りだけでなく、施設の状況や医療サービスの提供状況などを総合的に判

断することが望ましい。

機材の供与後には、状況の変化に応じて、柔軟に調整や変更を行うことができる体制を整えておくことが重要である。供与後のモニタリングや評価を行い、必要に応じて機材の再配置や追加調達を行うことも視野に入れておくべきである。

4.3.4. ツール開発にかかる教訓

継続ケアのモデル形成や広報ツールやコミュニティ向け啓発ツールの開発に当たっては、ワークショップやヒアリングなどを通じて地域の声を聞き取り、数多くの民族グループが共存するコートジボワールの社会文化的特徴を十分に考慮・尊重し、地域住民の視点で分かりやすく、受け入れやすいものにすることが重要である。

第5章 上位目標の達成に向けた提言

これまでの活動の結果を踏まえ、本プロジェクトの上位目標「対象地域の保健医療施設における妊産婦・新生児死亡が減少する」の達成に向けて以下を提言する。

5.1. PACSSMN モデルの継続的实施（対保健省）

本プロジェクトを通じて構築、承認された PACSSMN モデルは、ベースライン調査結果やモデル検証のワークショップでの議論を通じてコートジボワールの社会文化的背景や医療施設における現状を考慮し、妊産婦・新生児死亡減少に有効と考えられるモデルである。このモデルに沿って母子継続ケアをプロジェクト終了後もアボボ地区において継続的に実施することが上位目標達成に不可欠である。

5.2. 助産師・看護師研修の継続実施（対保健省）

妊産婦・新生児継続ケアモデルの4つの構成要素のひとつに保健施設の質の改善があり、そのためには助産師・看護師研修を今後も継続的に実施していくことが重要である。ただし、研修を実施する際には、研修改善案（添付資料7）を踏まえ研修プログラム、モジュールを改良する必要がある。具体的には、研修の目的や対象者を明確にし、特定の技能にフォーカスすること、妊産婦死亡や新生児死亡を減らすために正常分娩のアセスメント、新生児蘇生、リファラルにフォーカスすること、母児が尊重されたケアにフォーカスすることなどである。また、研修では誰もが間違いやすい点に絞って指導すること、グループワークを取り入れることが望ましい。妊産婦・新生児死亡の減少を目指す上で、特に留意すべきことは以下のとおり。

5.2.1. 正常出産の再研修の重要性

ベースライン調査やスーパービジョンでの観察から、正常分娩に対応する助産師の基本的な知識とスキルが不足しているために、子宮口開大度を判断できない、胎児心拍数を正確に計測できない、分娩時の胎児の正常な回旋を理解できないなど、必ずしも適切なケアが行われていない現状があることが判明している。プロジェクトが実施した研修では、基本的な内容よりも応用に焦点が当てられたが、基本的な助産実践能力の向上・徹底が重要である。したがって、助産師の再訓練を進めていく上では正常出産のモジュールに重点を置き知識と技術をアップデートする必要がある。

5.2.2. 助産師のアセスメント能力の向上

出産時の助産師のアセスメント能力の欠如は、MPDSR 報告書およびベースライン調査で特定された課題である。妊産婦に対して助産師と看護師が何を観察すべきか、観察結果からどのような診断を下すべきか、助産師の診断に基づいてどのようなケアを提供すべきかを考える能力を強化する必要がある。

そのためには、これまでの経験や習慣にとらわれず、基本に立ち返って学ぶ姿勢が重要である。正常出産の再研修の重要性母児が尊重されたケア、分娩第1期・第2期の定義、内診、第1回旋から第4回旋、胎児心音の聴取部位と方法、産後出血などの基本的な知識・技術を再確認する必要がある。

さらに、臨床でよく遭遇する遷延分娩、回旋異常、肩甲難産などの事例を題材とした演習も効

果的である。例えば、陣痛の進み具合が遅い場合に安易にオキシトシンによる陣痛促進を行うのではなく、不安や緊張の有無、回転異常の有無、推定児体重などを総合的に評価し、適切な対処方法を検討できる能力を養うことが重要である。

5.3. スーパービジョン結果に基づく提言の実施（対保健省、州・県保健局、保健医療施設、医療従事者）

2024年3月のスーパービジョンの結果、各ステークホルダーに対する提言（表21）がまとめられた。ステークホルダー別に特に優先度が高いものは次のとおり要約できる。

- 保健省：下位機関に対するガイドラインやプロトコル適用の指導・徹底、産科医が妊産婦を尊重したケアが行えるような意識改革
- 州・県保健局、医療施設：医療施設レベルでのガイドライン・規範・プロトコル・アルゴリズムの適用の徹底
- 医療従事者（主に助産師）：ガイドライン・規範・プロトコルに基づく質の高いケアの提供、女性・子ども・家族を尊重したケアの実践、管理ツールの適切な利用、衛生管理の徹底

これらはすべて上位目標が達成されるために重要なものである。特に保健区からの定期的（年4-6回程度）なモニタリングとコーチングは保健区の主要任務でもあり、母子保健について直接指導するコーディネーターが配置されており、確実に行うべきである。中央からのスーパービジョンは、予算や人材の制約はあるものの、可能な限り定期的（年1回程度）に実施することが望ましい。ただし、モニタリングやスーパービジョンの実施方法には体制やツールにさらなる改善が必要である。十分な予算の確保やモニタリングを担当する人材の訓練なども必要である。実施の都度、優先的な課題に合わせて評価・指導するテーマを絞ることが有効であろう。

スーパービジョンでは、助産ケアや妊産婦死亡に直接的に関わる項目が評価グリッドから外されたが、今後のスーパービジョンにおいては、2018年にWHOと保健省によって作成された「産科、新生児、小児医療の質の総合的評価と改善のためのツール」などを活用し、助産ケアの現状を詳細に評価し、その結果に基づき必要な改善を行うことが妊産婦・新生児死亡低減のために重要である。

5.4. 産科医と助産師の建設的協働の促進（対保健省および医療従事者）

助産師が研修結果を受けて助産技術が向上し、PACSSMNモデルに基づくより良い助産サービスを行おうとしても、産科医に理解がなければ、現場での職務実行が制限されることがある。特に二次医療施設のアボボ州病院で観察されたように、多くの産科医は妊産婦や新生児の権利や希望を尊重した人間的ケアや患者や家族への丁寧な対応などに無関心で、非人間的な対応をすることがしばしばある。こうした状況下では、職種間のヒエラルキーが強い同国において、助産師が独自に質の良い助産サービスを提供するのは困難である。産婦人科医にもPACSSMNモデルの理念や内容を十分に理解してもらい、助産師の良き協力者・指導者になってもらう必要がある。そのイニシアティブを保健省のトップレベルから発揮してもらうことが母子保健の大きな改善につながる。

5.5. 保健区レベルでの MPDSR 会議の改善（対保健区）

2.3.6. に MPDSR 会議に参加した結果と MPDSR 会議における検討手順案を提案した。「プロトコルに沿ったケアを実施する」というような漠然とした提言では臨床レベルでの行動変容を起こすことは難しい。妊産婦死亡率の削減に真摯に向き合うには、表 24 の手順を MPDSR 会議関係者自らが行き、問題是正のためのアクションが各レベルにおいて着実に実施されることが重要である。また、プロトコルの変更含む抜本的な母体死亡対策を推進するには、リファーマの施設の責任者を含むすべてのレベルの関係者が参加し、取るべき対策を検討し、具体的・実行可能な提言を意志決定プロセスに載せていくことが求められる。

5.6. 母子保健分野で活動するドナーとの連携（対 JICA）

本プロジェクトの対象地域・施設で活動支援しているパートナーがいくつか存在する。このため、本プロジェクトで確立した母子継続ケアモデルや研修改善案（改訂版研修ツール含む）、提言等を母子保健分野で活動するドナーに共有し、その活動において有効活用すること、スケールアップすることを働きかける。

Project Design Matrix

Version 2 (Dated December 12th 2023)

Project Title:

Project for Improving Continuum of Care of Mothers and Newborns

Project Period:

July 2019 - July 2024 (five years)

Target areas:

Abobo-East and Abobo-West Health Districts, Abidjan

Implementing agencies:

Directorate-General of Health, Directorate of Nursing and Maternal Care, National Program for Maternal and Child Health, Cocody University Hospital Centre, National Institute of Education of Health Workers (INFAS), Regional Directorate Abidjan2, District Directorates Abobo-East and Abobo-West

Target groups:

Pregnant women, women in labor, and post-partum women (mothers) and newborns in Abobo, Abidjan

Narrative Summary		Objectively verifiable indicators	Means of Verification	Important Assumption
Overall Goal	To contribute to the reduction of maternal and neonatal deaths in health facilities in the target area.	- 10 % reduction in preventable maternal mortality ratio in target health facilities (primary and secondary level) in the target area.	- Results of the audits - Results of the MDSR	
		- Increase in the level of satisfaction of midwives working in health facilities applying the elements of the maternal and neonatal health care continuum model. - Increase in the level of satisfaction of women who gave birth in health facilities applying the elements of the maternal and neonatal health care continuum model.	- Final report	
Project Purpose	To improve the quality of care and utilization of services across the continuum of maternal and newborn health care provision in the target areas.	- 80% of midwives and nurses of target facilities trained with the revised training system. - Improved knowledge of quality of care standards of trained midwives, nurses	- Training plan - List of trained midwives and nurses - Final report	
		- Number of maternity units with essential facilities to provide normal perinatal care and basic emergency obstetric care in accordance with Policies, Standards and Protocols. - Report on proposed measures to improve the referral system that were shared at the Maternal Death Surveillance and Response (MDSR) meetings. - Report on strategies for the dissemination of the continuum of maternal and newborn care model based on the results of the PACSSMN activities	- List of maternity hospitals with essential equipment in accordance with the standards - Final report	
Output	1. Capacity building of midwives and nurses is implemented in the target facilities based on the continuum of care model for mothers and newborns.			
	2. Referral systems (reference/counter-reference) are strengthened in the target areas based on the continuum of maternal and newborn care model.			
	3. A model for the continuum of maternal and newborn care is verified and available.			

Activities	Inputs	Côte d'Ivoire side	Important Assumption
[for Output 1] 1.1 Develop a research protocol to collect the data needed to observe and measure the process and impact of the project as a baseline, according to the 3 interacting systems (the socio-cultural disciplinary and educational systems). 1.2 Conducting baseline studies, research to collect the data necessary to understand the current state of the project and identify problems. 1.3 Define the concepts for improving the quality of evidence-based maternal and newborn care (the results of 1.2) and identify the components of the continuum of care model. 1.4 Identify priority activities in the components of a continuum of care model based on 1.3. 1.5 The results of 1.3 and 1.4 will be shared with the Joint Coordinating Committee members for the project. 1.6 Organise a community information workshop (local, territorial, women/youth associations, religious leaders, traditional chiefs etc.) on the implementation of the PACSSMN in order to generate community ownership, involvement and commitment. 1.7 Make normative and policy documents available. 1.8 "Review and update existing training systems (training curricula, including training of trainers, training tools, supervision, communication tools such as counselling cards) for midwives, nurses to strengthen their capacity to practice maternal and neonatal continuum care. 1.9 Develop a training action plan (including training of trainers) for capacity building of midwives and nurses, as per 1.8. 1.10 Implement capacity building trainings (including training of trainers) for midwives and nurses in the target areas. 1.11 Monitor and evaluate the results of the implementation of 1.8, 1.9, 1.10, with a view to improving the training system (training curriculum, training tools and supervision).	Japanese side - JICA experts - Chief advisor, Maternal and neonatal health care, Community health, Training management, Monitoring and evaluation, Coordinator. - Equipment medical equipment for maternal and neonatal care priority use vehicle for the JICA expert team - Training courses printing of training materials, IEC materials for community health activities - Other items costs of public relations activities	Côte d'Ivoire side - Project office for JICA expert team - Maintenance cost of equipment - Cost of Drugs, supplies, and equipment - Transportation, accommodation and per diem of participants, supervisors, trainers and other Cote d'Ivoire-side staff.	- Securing the environment of health facilities in the target areas - No frequent changes of health professionals in the target health facilities - Appropriate amount of reimbursements are made in a timely manner to health facilities for delivery and neonatal care services provided under the targeted free health care programme. - Emergency patient transport is functional - Medicines, supplies and blood products are delivered in a timely manner to target health facilities.

[for Output 2]	2.1 Determine the target health facilities according to 1.3. 2.2 Collect information on the current implementation of the referral system from first-line facilities to higher-level facilities, in order to identify referral problems. 2.3 Review the deployment of medical equipment and supplies for normal deliveries and basic emergency obstetric care in health facilities at each level, in accordance with Ministry of Health standards. 2.4 Identify the distribution system for the appropriate provision of equipment and medical supplies needed for normal deliveries and basic emergency obstetric and neonatal care, in accordance with 2.3. 2.5 Procure and supply missing equipment based on the results of Activity 2.3. 2.6 Evaluate the use of the equipment distributed (2.5) and make recommendations if necessary for the revision of the Ministry of Health's standards for equipment required at each level of the health facilities. 2.7 Identify corrective measures for correct referral practice, based on the results of the baseline survey and the Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response (MPDS) meetings.	Pre-Conditions Issues and countermeasures
[for Output 3]	3.1 Verify the concepts of a continuum of care model identified in 1.3 and 1.4 on the basis of the evaluation of the series of activities in Outputs 1 and 2. 3.2 Identify methods to deploy and accelerate the practice of the continuum of care model verified in 3.1.	

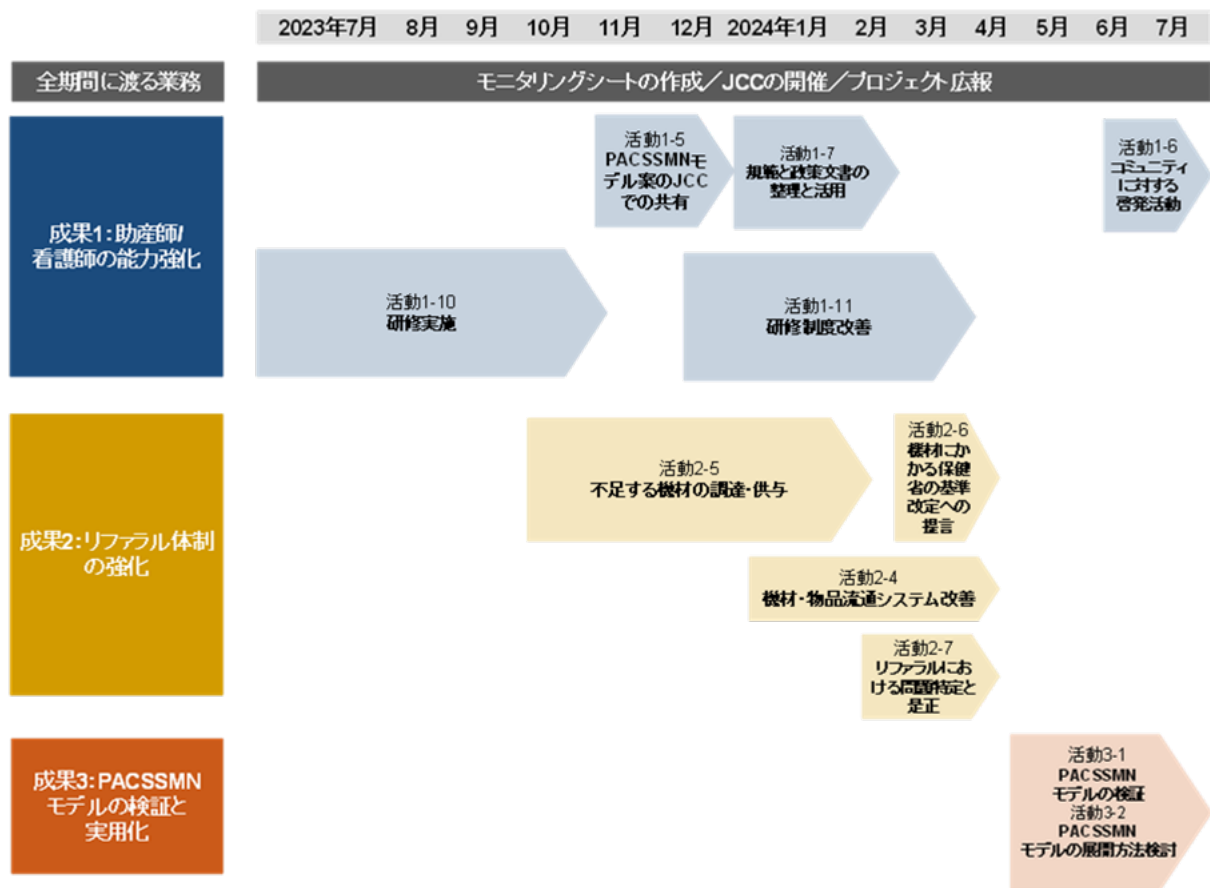
Tentative Plan of Operation

Version 3

Date July 4, 2024

Project Title : PROJECT FOR IMPROVING CONTINUUM OF CARE FOR MOTHERS AND NEWBORNS																													
Inputs			Year	2019 JFY				2020 JFY				2021 JFY				2022 JFY				2023 JFY				Remarks	Monitoring				
Experts				I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV		I	II	III	IV	Issue
Chief advisor			Plan																										
			Actual																										
Maternal and neonatal health care			Plan																										
			Actual																										
Community health			Plan																										
			Actual																										
Training Management			Plan																										
			Actual																										
Monitoring and Evaluation			Plan																										
			Actual																										
Coordinator			Plan																										
			Actual																										
Equipment																													
Medical equipment for maternal and neonatal care			Plan																										
			Réalisation																										
Training in Japan			Plan																										
			Actual																										
Activities			Year	2019 JFY				2020 JFY				2021 JFY				2022 JFY				2023 JFY				Responsible Organization		Achievements	Issue & Countermeasures		
Sub-Activities				I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II			III	IV
Output 1: Capacity building of midwives and nurses is implemented in the target facilities based on the continuum of care model for mothers and newborns.																													
1.1	Develop a research protocol to collect the data needed to observe and measure the process and impact of the project as a baseline, according to the 3 interacting systems (the socio-cultural, disciplinary and educational systems).	Plan																									DSIM	ok	
		Actual																											
1.2	Conducting baseline studies, research to collect the data necessary to understand the current state of the project and identify problems.	Plan																									DSIM	Baseline Study Report, Synthesis	
		Actual																											
1.3	Define the concepts for improving the quality of evidence-based maternal and newborn care (the results of 1.2) and identify the components of the continuum of care model.	Plan																									DSIM	Synthesis, Baseline Study Presentation, Workshop	
		Actual																											
1.4	Identify priority activities in the components of a continuum of care model based on 1.3.	Plan																									DSIM	Workshop to present the results of the baseline study	
		Actual																											
1.5	The results of 1.3 and 1.4 will be shared with the Joint Coordinating Committee members for the project.	Plan																									DSIM		
		Actual																											
1.6	Organise a community information workshop (local, territorial, women/youth associations, religious leaders, traditional chiefs etc.) on the implementation of the PACSSMN in order to generate community ownership, involvement and commitment.	Plan																									DSIM		
		Actual																											
1.7	Make normative and policy documents available	Plan																									DSIM		
		Actual																											
1.8	Review and update existing training systems (training curricula, including training of trainers, training tools, supervision, communication tools such as counselling cards) for midwives, nurses to strengthen their capacity to practice maternal and neonatal	Plan																									DSIM		
		Actual																											
1.9	Develop a training action plan (including training of trainers) for capacity building of midwives and nurses, as per 1.8.	Plan																									DSIM		
		Actual																											
1.10	Implement capacity building trainings (including training of trainers) for midwives and nurses in the target areas.	Plan																									DSIM		
		Actual																											
1.11	Monitor and evaluate the results of the implementation of 1.8, 1.9, 1.10, with a view to improving the training system (training curriculum, training tools and supervision).	Plan																									DSIM		
		Actual																											

業務フローチャート(2023 年 7 月以降)



供与機材実績：対象施設向け機材（詳細）

機材 \ ESPC	FSU COM Anonkoua Koute	CSU COM Agoueto	CSU COM Assomin	CSU COM Bocabo	FSU COM Abobo Sagbe	CM PRIVE Clinique El Rapha de Abobo	ANONKOUA III de Abobo	FSU COM Akeiko!	CSU COM Banco Sud	FSU COM Abobo Baoule	Centre Medical Rotary	CSU Dibi Village	FSU COM Avocatier	CSU COM Kennedy Clouetcha	CSU COM Abobote	CSU COM BC	Centre Medico Social Saint Cœur Abobote	CSU-D SOS Village Enfants de Abobo Est	CMS Confessionnel Ange Gardien d' Abobo	Centre Confessionnel Clouetcha	FSU Hinneh Abobo PK18	CHR Houphouet Boigny de ABOBO	Total
酸素飽和度計	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	35
新生児用蘇生バッグ+マスク0+マスク1	3	1	3	3	3	1	1	1	3	3	1	1	3	3	3	3	2	1	2	3	1	3	48
No.0 マスク（レーデル社製）	3	1	3	3	3	1	1	1	3	3	1	1	3	3	3	3	2	1	2	3	1	3	48
No.1 マスク（レーデル社製）	6	2	6	6	6	2	2	2	6	6	2	2	6	6	6	6	4	2	4	4	4	6	96
新生児の分泌物を取り除くベンギン型の吸引器	3	1	3	3	3	1	1	1	3	3	1	1	3	3	3	3	3	1	2	2	1	3	48
新生児蘇生用の台	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	7
新生児の体重計	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	44
血圧計	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	66
観察用のベッド	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	35
点滴台	4	2	4	4	4	2	2	2	4	4	2	2	4	4	4	4	3	2	3	4	2	4	70
分娩台	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	0	33
診察用ライト	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	13
ついでて	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	13
分娩セット	5	4	3	5	4	2	4	4	4	2	2	4	3	4	4	4	2	2	2	4	4	10	82
会陰切開セット	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	27
避妊用のIUDと挿入・除去に使用する物品	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	35
避妊用のインプラントを挿入・除去に使用する物品	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	35
膀胱カテーテル、ネラトン、滅菌済 u.u.、CH10、40cm	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	2 200
ジモン腔鏡	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	35
胎児心拍を聴取するドップラー聴診器	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	57
ドップラー聴診器に使用するジェル	5	2	5	5	5	2	2	2	5	5	2	2	5	5	5	5	5	2	2	5	2	5	83
分娩時に予防着として使用する防水エプロン	10	5	10	10	10	5	5	5	10	10	5	5	10	10	10	10	10	5	5	10	5	10	175
分娩時に予防着として着用する長靴	10	5	10	10	10	5	5	5	10	10	5	5	10	10	10	10	10	5	5	10	5	10	175
分娩時に予防に使用するゴーグル	10	5	10	10	10	5	5	5	10	10	5	5	10	10	10	10	10	5	5	10	5	10	175
分娩台で使用する防水シート	5	3	5	5	5	3	3	3	5	5	3	3	5	5	5	5	5	3	3	5	3	5	92
血液や汚れたガーゼを入れる膿盆	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	110

**PROCES-VERBAL DE LA DEUXIEME REUNION DU COMITE CONJOINT DE COORDINATION
POUR LE PROJET D'AMELIORATION DU CONTINUUM DES SOINS DE SANTE MATERNELLE ET
NEONATALE**

La deuxième réunion du Comité Conjoint de Coordination (CCC) pour le Projet de coopération technique de l'Agence japonaise de Coopération internationale (JICA) intitulé « Projet d'Amélioration du continuum de soins de santé maternelle et néonatale » (ci-après désigné par « PACSSMN » ou le « Projet ») s'est tenu le mardi 21 novembre 2023, à la salle de Conférence du Ministère de la Santé de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU), à Abidjan. Sous la présidence de Monsieur le Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (Directeur du Projet) et en présence de Monsieur le Représentant Résident du bureau de la JICA Côte d'Ivoire, les membres du CCC ont discuté des points visés dans le document ci-joint.

Abidjan, le 21 novembre 2023



M. WAKABAYASHI Motoharu

Représentant Résident
Bureau de l'Agence japonaise de Coopération
internationale (JICA) en Côte d'Ivoire



S.E. M. DIMBA Pierre N'Gou

Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique et
de la Couverture Maladie Universelle
(MSHPCMU) / Directeur du Projet
République de Côte d'Ivoire

DOCUMENT JOINT

Le Projet d'Amélioration du Continuum des Soins de Santé Maternelle et Néonatale (PACSSMN) dans la région sanitaire d'Abidjan 1 a débuté depuis juin 2019 et doit couvrir une période de cinq (5) ans. L'objectif du présent Procès-verbal est de confirmer les décisions mutuelles des deux parties sur l'orientation de la mise en œuvre du Projet pour les vingt-neuf (29) derniers mois, sur la base de l'état d'avancement des activités depuis l'organisation du précédent Comité Conjoint de Coordination (CCC).

Les objectifs spécifiques de cette réunion étaient les points suivants :

- ▶ Présenter l'état d'avancement des activités du Projet ;
- ▶ Définir les défis et perspectives du Projet ;
- ▶ Définir les prochaines étapes du Projet.

1. Ouverture, Participants, Programme de la réunion

1.1. Ouverture et Allocutions

Monsieur le Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, **M. DIMBA Pierre N'Gou**, a ouvert la réunion à 15h30 en formulant les mots de bienvenue à l'endroit des différents participants et les à inviter à se présenter.

Dr TOA BI Laurent, Chargé d'études à la Direction Générale de la Santé a été désigné comme modérateur de la réunion qui a fait la présentation des objectifs et de l'agenda de cette rencontre.

Monsieur le Représentant Résident de la JICA a introduit son allocution en remerciant Monsieur le Ministre pour sa présence à cette réunion et en saluant ses efforts pour la mise en œuvre du projet, il a mentionné l'importance de la coopération entre les gouvernements ivoirien et japonais, principalement dans le domaine de la santé. Il a ensuite rappelé l'objectif principal de cette réunion qui était de faire le point de l'état d'avancement du projet en évoquant toutes les étapes franchies dans sa mise en œuvre. Il a enfin souhaité que cette coopération puisse porter ses fruits et avoir des répercussions durables sur les services de santé maternelle et néonatale dans la zone cible en particulier et en Côte d'Ivoire en général.

A sa suite, M. le Ministre en tant que Directeur du Projet a entamé son allocution en adressant ses sincères remerciements à la Coopération japonaise pour leur appui technique et financier à l'implémentation du Continuum de soins de santé maternels et néonataux en Côte d'Ivoire, il a souligné les progrès observés selon l'Enquête Démographique et de Santé 2021 (EDS-CI 2021) concernant les indicateurs de santé notamment celui de la mortalité maternelle qui est passé de six cent quatorze (614) à trois cent quatre-vingt-cinq (385) décès pour cent mille (100 000) naissances vivantes, il a rappelé les challenges et les défis auxquels le gouvernement fait face et a relaté les insuffisances en termes de matériels et équipements au niveau des structures sanitaires. Ainsi, a-t-il espéré que la formation des 282 prestataires de santé, la fourniture des équipements et l'ensemble des autres activités puissent contribuer à améliorer davantage les indicateurs sanitaires.

1.2. Participants

Etaient présents à cette rencontre 31 participants, dont 18 représentants de la partie ivoirienne, 11 représentants de la partie japonaise et 2 représentants des partenaires techniques et financières (voir Annexe 1).

1.3. Programme retenu

Le programme de la réunion s'est déroulé comme suit :

- ▶ Présentation des Termes de référence de la deuxième réunion.
- ▶ Présentation de l'Etat d'avancement et des Perspectives du PACSSMN.
- ▶ Echanges et Discussion.
- ▶ Synthèse et Fin.
- ▶ Cérémonie de Clôture.

2. Présentation de l'état d'avancement et des perspectives du PACSSMN

Madame la Directrice des Soins Infirmiers, Maternels et Infantiles (DSIMI), Manager du Projet, Dr DIANGO NOBOU Claudine, a fait une présentation sur l'Etat d'avancement et les Perspectives du Projet (voir Annexe 2).

3. Discussions générales

A la fin de la présentation, le modérateur a introduit la séance de discussions.

Ainsi, Monsieur le Ministre a ouvert la série de discussion en donnant la parole à la conseillère principale du Projet afin d'avoir son avis sur la présentation. La conseillère principale Madame Yamagata a fait savoir que la présentation a été préparée par les deux parties. Elle a aussi indiqué qu'il y avait encore certaines activités à entreprendre et qu'elle souhaiterait que la phase de supervision soit entamée très rapidement afin de vérifier que les compétences acquises et les recommandations au cours de la formation soient correctement suivies.

Le Directeur de Projet a ensuite invité les autres participants à prendre la parole.

C'est ainsi que le Représentant du Représentant Résidant de l'OMS a pris la parole afin de :

- ▶ Traduire ses remerciements à l'endroit du Ministre de la santé pour l'ensemble des activités qui sont menées dans le but de l'amélioration de la qualité de la santé du couple mère-enfant qui contribuera au bien-être des familles et des communautés ;
- ▶ Encourager également ce genre de projet qui fait d'abord l'évaluation de la situation et qui axe ses interventions sur les résultats de cette évaluation ;
- ▶ Réitérer au Ministre de la Santé, l'engagement de l'OMS à soutenir la Côte d'Ivoire pour toutes les questions en lien avec la mère et l'enfant.

Monsieur le Ministre de la Santé a par la suite souhaité avoir des clarifications sur les points suivants :

- ▶ Les établissements de la zone cible ont-ils tous bénéficié de la formation ?
- ▶ Les politiques, les directives, les protocoles de soins, etc. sont-ils disponibles sur le terrain ?
- ▶ Quel impact le Projet a-t-il sur la communauté ?

Il a pour ce faire donné la parole aux responsables des deux districts abritant les structures cibles.

Ainsi, la Directrice du CHR d'Abobo, Mme FONDIO TAN Nathalie, a indiqué que la majeure partie des prestataires de son établissement avaient été correctement formés et qu'il fallait attendre une certaine période avant d'évaluer l'impact de cette formation.

Les Représentantes des districts sanitaires d'Abobo Est et Ouest ont souligné également que tous les prestataires de leurs centres de santé avaient bénéficié de la formation et des nouvelles compétences acquises, elles ont également souligné que l'application des nouvelles mesures étaient en cours et qu'il fallait attendre un certain temps avant de voir l'impact sur la communauté.

Monsieur le Ministre de la santé a ensuite passé la parole à Madame la Manager du Projet qui a indiqué qu'effectivement toutes les structures de la zone cible avaient bénéficié de la formation et que des missions de supervision seraient très prochainement organisées pour vérifier l'effectivité de la mise en oeuvre des nouvelles pratiques apprises lors de la formation.

Elle a estimé qu'il était prématuré d'évaluer l'impact du Projet sur la communauté, elle a précisé que toutes les structures avaient exprimé leurs besoins en termes d'équipements / matériels qui avaient déjà fait l'objet d'une commande. Leur mise à disposition faciliterait l'application des nouvelles politiques et permettrait une évaluation cohérente de l'impact du Projet sur la communauté.

Pour ce qui concerne les Politiques et Normes, le Représentant du Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME) a ajouté que les Politiques et Normes existent au sein du PNSME et qu'elles ont été diffusées jusqu'au niveau des districts, mais pas suffisamment au niveau des établissements de santé de premier niveau.

Monsieur le Ministre de la santé a souhaité savoir comment l'équipe Projet pourra vérifier l'application des Politiques et Normes et si la période restante de six (06) mois permettrait de finaliser les activités restantes du Projet.

Le Directeur de Cabinet adjoint, Pr SORO Kountélé Gona a voulu savoir si les résultats escomptés seraient réalisables au terme des six (6) mois restants.

Madame la Manager du Projet a rassuré que des missions d'évaluation de la mise en application des politiques et de l'impact de la formation seraient organisées dans ce sens et que l'arrivée des équipements demandés par les centres de santé permettrait d'accélérer la transmission et la mise en oeuvre des politiques favorisant ainsi le renforcement de la gouvernance. La commande ayant été déjà été passée, la mise à disposition de ces équipements serait imminente.

Sur ce point, Monsieur le Représentant Résident de la JICA Côte d'Ivoire, M.WAKABAYASHI Motoharu, a souhaité rebondir en indiquant qu'effectivement les commandes de matériels étaient en cours. Toutefois, il a tenu à souligner qu'il faudrait que la coopération entre les experts japonais et les homologues ivoiriens soit effective afin d'avoir les résultats escomptés dans le cadre du Projet. Il a insisté sur le fait que la partie ivoirienne devrait prendre en compte les conseils des experts japonais et d'intégrer leur savoir-faire afin d'atteindre des résultats innovants jusqu'à la fin de ce projet. Il a en outre relevé un besoin important en termes de ressources humaines nationales et également de mobilisation budgétaire de la part du gouvernement ivoirien pour les activités à venir.

Sur les points évoqués par Monsieur le Représentant Résident, Monsieur le Ministre de la santé a indiqué être du même avis et a souhaité savoir l'apport concret de la partie japonaise dans le volet technique lors de la formation des prestataires en matière de transfert de connaissance.

Sur ce point, la Manager du Projet a souligné que l'élaboration des outils de formation avaient été faite d'un commun accord avec les premiers experts japonais et que l'un des problèmes étaient que ceux-ci se relayant après une certaine période. Il y avait une certaine discontinuité des acquis enregistrés avec les experts partis et que les nouveaux experts devraient s'imprégner de ces acquis pour pouvoir évaluer concrètement les avancées.

Par la suite le Représentant de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Côte d'Ivoire (SOGOCI) Dr KIMOU Agnissan Bernadin, a informé le Ministre de la santé que les experts Japonais étaient impliqués dans le processus de la formation depuis la révision et la validation des outils ainsi que le plan de formation jusqu'à la dernière session de formation.

A la suite de cet argumentaire, le Ministre a souhaité savoir quels étaient les inputs concrets des experts japonais intégrés aux modules de formation existants afin de faire la différence entre les anciennes pratiques et les nouvelles.

A cette question, le représentant de la SOGOCI a mentionné qu'il serait difficile de pouvoir faire ressortir concrètement les inputs des experts japonais au niveau du contenu des modules de formation, néanmoins, les sessions pratiques se sont faites avec les équipements (mannequins et vidéos) mis à disposition par la partie japonaise.

Par la suite, Dr KONE Fana de la DSIMI, Point focal du Projet a renchéri que l'utilisation des vidéos pédagogiques utilisées lors des deux (02) jours et demi de formation théorique était une idée de la partie japonaise et que ces vidéos ont été appréciées par l'ensemble des participants.

A l'issue de ces échanges, le Ministre a dit qu'il fallait faire en sorte qu'il y ait une nette amélioration dans les pratiques de soins des prestataires afin de déterminer l'apport réel du Projet.

Il a relevé que le principe de la coopération technique consistait en un transfert des compétences techniques de la partie japonaise pour améliorer les pratiques de soins actuelles qui ont amené le gouvernement ivoirien à solliciter cette collaboration.

Pour ce faire, il a souhaité que soit élaboré un plan d'action concret pour les six (06) derniers mois du Projet afin d'avoir des résultats visibles, probants et appréciables au vu des investissements consentis par la partie japonaise. Il a indiqué qu'au cas où le temps restant ne suffirait pas pour l'exécution de ce plan, il serait souhaitable d'évoquer avec la partie japonaise la possibilité d'un prolongement de la fin du projet afin d'atteindre les objectifs fixés.

En soulignant une fois de plus la nécessité d'intégrer les avis des experts japonais afin d'avoir des supports de formation consensuels issus des deux parties (Experts japonais et ivoiriens) ; lesquels supports propres au PACSSMN serviront de base de formation au moment du passage à échelle.

Il a souhaité que les actions des mois à venir soient plus efficaces notamment à travers :

1. L'augmentation et le renforcement des ressources humaines du Projet ;
2. L'accélération de la mise à disposition des équipements et matériels dans les structures de santé ;
3. L'évaluation de l'impact du Projet et des changements à opérer ;
4. L'élaboration des supports de formation consensuels.

4. Recommandations

A la fin de la réunion, les recommandations suivantes ont été faites :

- ▶ Elaboration d'un plan d'action pour la période restante du projet ;
- ▶ Organisation de la prochaine réunion du CCC dans trois (3) mois.

5. Clôture de la réunion

A la suite des discussions entre les participants, le modérateur Dr TOA BI Laurent a fait la synthèse en rappelant les sujets qui ont fait l'objet de discussions ainsi que les résolutions adoptées.

Monsieur le Ministre de la santé a souhaité que compte tenu de l'imminence de la fin du Projet, la prolongation de la durée du projet soit inscrite à l'ordre du jour du prochain CCC qui aura lieu dans trois mois.

Monsieur le Représentant Résident de la JICA Côte d'Ivoire dit avoir pris acte de la volonté du Ministre de voir le projet se prolonger. Il a ensuite pris l'engagement de porter l'information au siège de la JICA



et a fait savoir que l'arrivée très prochaine d'une mission du siège de la JICA sera une bonne opportunité pour aborder ce sujet.

L'Ordre du jour étant épuisé, Monsieur le Ministre a levé la séance à 17h30.

Annexe 1 : Liste de présence

Annexe 2 : Présentation diapos : Termes de référence de la deuxième réunion du CCC

Annexe 3 : Présentation diapos : Etat d'avancement et Perspectives du PACSSMN

Annexe 1 : Liste de présence

Partie Ivoirienne

- | | |
|----------------------------|---|
| ▶ M.DIMBA Pierre N’Gou | Ministre en charge de la Santé / Directeur du Projet / MSHPCMU |
| ▶ Pr SORO Kountélé Gona | Directeur de Cabinet adjoint / MSHPCMU |
| ▶ Mme POYAN Christelle | Conseillère Technique / MSHPCMU |
| ▶ Dr DIANGO NOBOU Claudine | Directrice DSIMI / Manager du Projet / MSHPCMU |
| ▶ Dr TOA BI Laurent | Chargé d’étude / Direction Générale de la Santé (DGS) |
| ▶ Mme N’DRAMAN Charlotte | Chargée d’études / Direction Générale de la Santé (DGS) |
| ▶ Dr GOURE BI Tra Blaise | Point Focal / PACSSMN / DSIMI |
| ▶ Dr KONE Fana | Point Focal / PACSSMN / DSIMI |
| ▶ M. OKOUA Jean Fabrice | Chargé de Communication / DSIMI |
| ▶ M. YEO Sékou | Inspecteur des Soins Infirmiers / Programme Nationale de la Santé de la Mère et de l’Enfant (PNSME) |
| ▶ Mme KOUADIO N’DA Pélagie | Ingénieure des Technique Sanitaire / Programme National Santé Scolaire et Universitaire-Santé Adolescents et Jeunes (PNSSU-SAJ) |
| ▶ Mme N’DA OUATTARA Edith | Ingénieure des Techniques sanitaires / Direction de la Santé Communautaire (DSC) |
| ▶ Mme FE NANSE Jeanne | Inspecteur de Santé / Enseignante / Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS) |
| ▶ Dr DIET BANGOURA Aminata | Médecin / Chef de Service suivi évaluation / District Sanitaire Abobo Est |
| ▶ Mme SANOGO Fatoumata | Sage-femme / Coordinatrice SME / District Abobo Ouest |
| ▶ Mme FONDIO TAN Nathalie | Directrice / Centre Hospitalier Régional d’Abobo (CHR) |
| ▶ Mme TANOHI KOI Tatiana | Secrétaire à l’organisation / Association des Sages-femmes Ivoiriennes (ASFI) |
| ▶ Dr KIMOU Agnissan | Formateur / SOGOCI |

Partie japonaise

- | | |
|---------------------------|---|
| ▶ M. OKAYASU Toshiharu | Chargé de Coopération / Ambassade du Japon |
| ▶ M. WAKABAYASHI Motoharu | Représentant Résident / JICA Côte d’Ivoire |
| ▶ Mme YOSHINO Yasue | Chef Secteur Santé / JICA Côte d’Ivoire |
| ▶ M. PODE Thierry | Chargé de Programme Secteur Santé / JICA Côte d’Ivoire |
| ▶ Mme YAMAGATA Ritsuko | Conseillère Principale / PACSSMN |
| ▶ Dr SHIMIZU Toshiyasu | Conseiller Principal adjoint / PACSSMN |
| ▶ Mme SUZUMORI Izumi | Coordinatrice / PACSSMN |
| ▶ Mme NAKAMURA Etsuko | Expert chargée de la formation des sages-femmes et infirmiers / PACSSMN |
| ▶ Mme NAKAYAMA Yusuke | Expert en suivi et évaluation / PACSSMN |
| ▶ M. AKOSSI Maxime | Assistant technique / PACSSMN |
| ▶ M. DATCHA Yves | Assistant administratif / PACSSMN |

Partenaire technique et Financier

- | | |
|------------------------|---|
| ▶ Dr YAO Blaise | Chargé de Nutrition / Organisation Mondiale de la Santé (OMS) |
| ▶ Dr ABOU-KONE Pauline | Chargé de projet / Unité de coordination des projets de santé de la Banque Mondiale (UCPS-BM) |

Annexe 2 : Termes de référence de la Deuxième Réunion du CCC



PLAN

- I. Contexte et justification
- II. Objectifs
- III. Méthodologie
- IV. Période et lieu
- V. Participants
- VI. Agenda

I. Contexte et justification

- Malgré l'amélioration des indicateurs clés de la mortalité maternelle (Taux : 385 DM pour 100 000 NV / EDS 2021), néonatale (Taux : 30/1000NV / EDS 2021) et infantile (52/1000 NV / EDS 2021), la qualité des soins constitue toujours une préoccupation majeure pour la Côte d'Ivoire.
- Depuis le mois de juillet 2019, le Projet d'Amélioration du Continuum des Soins de Santé Maternelle et Néonatale (PACSSMN) a été initié par le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle MSHPCMU et ce, à travers la Direction des Soins Infirmiers, Maternels et infantiles (DSIMI) en partenariat avec l'Agence Internationale de Coopération Japonaise (JICA).

I. Contexte et justification

- PACSSMN est composé de trois (3) étapes : i) un état des lieux ; ii) la planification et l'implantation de l'intervention visant le changement du Continuum des soins selon les recommandations de l'état des lieux ; et, iii) l'évaluation des résultats de l'intervention. Il est implanté dans la Région Sanitaire d'Abidjan 1 plus précisément dans les Districts Sanitaires d'Abobo Est et d'Abobo Ouest ainsi qu'au CHU de Cocody dont les Services de Gynécologie-Obstétrique ont été redéployés momentanément au niveau de l'Hôpital Général d'Adjamé pendant la période de l'enquête de base.

I. Contexte et justification

- Dans le cadre de la mise en œuvre des activités du Plan Opérationnel du Projet d'Amélioration du Continuum des Soins de Santé Maternelle et Néonatale (PACSSMN), un certain nombre d'activités a été mené à savoir l'enquête de base et le renforcement des capacités des Sage-femmes et Infirmiers(ères) des Districts Sanitaires d'Abobo Ouest et Est.
- Afin de faire le point des activités de la mise en œuvre de ce projet, le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU), à travers la Direction des Soins Infirmiers et Maternels et infantiles (DSIMI) / PACSSMN avec l'appui technique et financier de la JICA, organise le 21 novembre 2023, à la salle de réunion Cabinet du MSHPCMU, la deuxième réunion du Comité Conjoint de Coordination (CCC) du projet PACSSMN.

II. Résultats attendus

- L'état d'avancement des activités du projet est présenté ;
- Les défis et les perspectives du projet sont définis.

I. Contexte et justification

- Ce Projet vise la mise en place d'un "modèle du Continuum de Soins Maternels et Néonataux basé sur les preuves scientifiques" axé sur le renforcement des compétences des sage-femmes dans les établissements de santé. Il a pour finalité l'amélioration de la qualité des soins de Santé Maternelle et Néonatale (SMN) permettant ainsi de contribuer efficacement à la réduction du taux de Morbidité et de Mortalité Maternelle et Néonatale.

I. Contexte et justification

- Cette enquête a été réalisée de février à Mars 2022 avec l'appui du CIRES (Centre International de Recherche Economique et Social), un bureau de consultant nationaux. Les résultats de cette enquête ont révélé des insuffisances au niveau des compétences des prestataires à toutes les étapes de la prise en charge des parturientes à savoir : pendant les consultations prénatales et postnatales, l'accouchement ainsi que l'accueil et l'organisation du travail. Et cela à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (1er au 3ieme niveau).

II. Objectifs

II.1 OBJECTIF GENERAL

- Contribuer au renforcement du suivi de la mise en œuvre du projet

II.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Présenter l'état d'avancement des activités du projet ;
- Définir les défis et les perspectives du projet.

III. Méthodologie

Les travaux de cette rencontre se dérouleront sous forme d'exposés en plénière pour approbation suivis de discussions.

IV. Période et lieu

La deuxième réunion du Comité Conjoint de Coordination du PACSSMN se déroulera le **21 novembre 2021** à la **salle de conférence du Cabinet du MSHP-CMU**.

IV. Participants

Les participants sont issus du MSHPCMU, de l'Ambassade du Japon en Côte d'Ivoire, du Représentant Résident de la JICA, des experts de la JICA, des Partenaires Techniques et Financiers, des Directions/Programmes/DRS/DDS du MSHPCMU et des Organisations Professionnelles de la Santé.

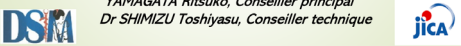
IV. Agenda

HORAIRES	ACTIVITES	STRUCTURE / PERSONNE RESPONSABLE
13H30-14H30	Accueil des participants : - Installation des participants(e)s	DSIMI/PACSSMN
14H30-14H45	Cérémonie d'ouverture : - Allocution de son Excellence Monsieur l'Ambassadeur du Japon ou du Représentant de la JICA - Allocution du Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle.	DSIMI/PACSSMN
14H45-15H00	Présentation des TDR de la réunion du CCC	DSIMI/PACSSMN
15H00-15H30	Présentation de l'état d'avancement	DSIMI/PACSSMN
15H30-16H00	Echanges/Discussions	
16H00-16H15	Synthèse et Fin	Expert partie nationale
16H15-16H30	Cérémonie de clôture - Mot de son Excellence Monsieur l'Ambassadeur du Japon ou du Représentant de la JICA ; - Mot de Monsieur le Ministre MSHP CMU.	DSIMI/PACSSMN
COCKTAIL		

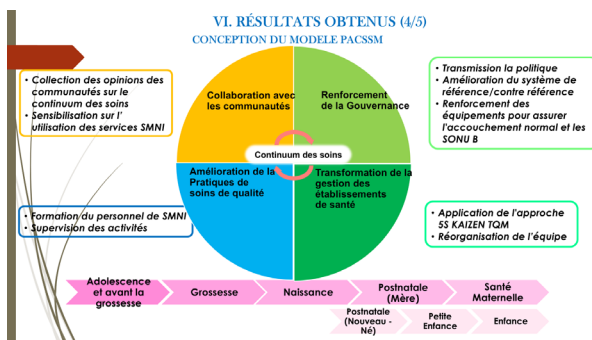
JE VOUS REMERCIE



Annexe 3 : Etat d'avancement et Perspectives du PACSSMN

 PROJET D'AMÉLIORATION DU CONTINUUM DES SOINS DE SANTÉ MATERNELLE ET NÉONATALE « Deuxième réunion du comité conjoint de coordination » 21 Novembre 2023 <i>Dr DIANGO Claudine, Directrice DSIM et Manager PACSSMN</i> <i>YAMAGATA Ritsuko, Conseiller principal</i> <i>Dr SHIMIZU Toshiyasu, Conseiller technique</i> 	PLAN DE PRESENTATION INTRODUCTION I. CONTEXTE II. OBJECTIFS III. RESULTATS ATTENDUS IV. PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE V. ACTIVITÉS MISES EN ŒUVRE DE 2022 À 2023 VI. RESULTATS OBTENUS VII. LEÇONS APPRISSES VIII. ACQUIS IX. DÉFIS X. PERSPECTIVES / PROCHAINES ETAPES CONCLUSION																
INTRODUCTION - En Côte d'Ivoire, l'amélioration de la qualité des soins pour chaque femme et enfant, avec un accent particulier sur les mères et les nouveau-nés, est d'une extrême urgence. - Pour répondre à la vision globale de l'OMS selon laquelle « chaque femme enceinte et chaque nouveau-né reçoivent des soins de qualité pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale » ainsi qu'à l'ODD 3, le gouvernement ivoirien à travers son Ministère en charge de la Santé, a entrepris plusieurs programmes de coopération.	I. CONTEXTE PACSSMN Vision: Implémenter en Côte d'Ivoire le modèle du « Projet de Renforcement des Soins Maternels et Néonatales » Depuis juillet 2019, le projet d'Amélioration du Continuum des soins de santé Maternelle et Néonatale est mis en place par le MSHPCMU ; les Recommandations de l'Enquête de base constitueront la feuille de route et ce, à travers la DSIMI, dans les Districts Sanitaires d'Abobo Est et Ouest Période du Projet : Juillet 2019 - Juillet 2024 (cinq ans)																
II. OBJECTIFS II.1 OBJECTIF GLOBAL DU PROJET Contribuer à la réduction des décès maternels et néonataux dans les établissements sanitaires de la zone cible. II.2 OBJECTIF DU PROJET Améliorer la qualité des soins et l'utilisation des services dans le continuum de l'offre des soins de santé maternelle et néonatale dans les zones cibles.	III. RESULTATS ATTENDUS Résultat 1 : Le renforcement des capacités des sages-femmes et des infirmier(ère)s est mis en œuvre dans les établissements cibles sur la base du modèle du continuum de soins pour les mères et les nouveau-nés. Résultat 2 : Les systèmes de référence (référence/contre-référence) sont renforcés dans les zones cibles sur la base du modèle de continuum de soins maternels et néonataux. Résultat 3 : Un modèle de continuum de soins maternels et néonataux est vérifié et disponible.																
IV. PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE / ORGANISATION DU PROJET Directeur du Projet : Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle Manager du Projet : Directrice DSIMI Experts de la JICA : Conseillers techniques japonais dans plusieurs domaines d'expertise Autres partenaires : DGS, DAF, DIEM, DIIS, DSC, PNSME, PNSSU-SAJ, DRS Abidjan 1, DDS Abobo Est et Ouest, INFAS, CHU de Cocody, SOGOCI, SIP et les organisations professionnelles des sages-femmes.	V. ACTIVITÉS MISES EN ŒUVRE DE 2022 À 2023 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Activités</th><th>Période</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Réalisation de l'enquête de base</td><td>Février – Mars 2022</td></tr> <tr> <td>Partage des résultats de l'enquête de base</td><td>Décembre 2023</td></tr> <tr> <td>Conception du Modèle PACSSMN</td><td></td></tr> <tr> <td><i>Révision du Cadre logique et plan opérationnel</i></td><td>Juin 2023</td></tr> <tr> <td>Préparation de la formation des Sages-Femmes et Infirmiers(ères)</td><td>Mars – Mai 2023</td></tr> <tr> <td>Réalisation de formation des formateurs et des prestataires</td><td>Juin - Octobre 2023</td></tr> <tr> <td>Processus d'approvisionnement en équipements</td><td>En cours depuis Septembre 2023</td></tr> </tbody> </table>	Activités	Période	Réalisation de l'enquête de base	Février – Mars 2022	Partage des résultats de l'enquête de base	Décembre 2023	Conception du Modèle PACSSMN		<i>Révision du Cadre logique et plan opérationnel</i>	Juin 2023	Préparation de la formation des Sages-Femmes et Infirmiers(ères)	Mars – Mai 2023	Réalisation de formation des formateurs et des prestataires	Juin - Octobre 2023	Processus d'approvisionnement en équipements	En cours depuis Septembre 2023
Activités	Période																
Réalisation de l'enquête de base	Février – Mars 2022																
Partage des résultats de l'enquête de base	Décembre 2023																
Conception du Modèle PACSSMN																	
<i>Révision du Cadre logique et plan opérationnel</i>	Juin 2023																
Préparation de la formation des Sages-Femmes et Infirmiers(ères)	Mars – Mai 2023																
Réalisation de formation des formateurs et des prestataires	Juin - Octobre 2023																
Processus d'approvisionnement en équipements	En cours depuis Septembre 2023																
VI. RESULTATS OBTENUS (1/5) 9 ENQUÊTE DE BASE ► Cibles - Femmes enceintes, en phase d'accouchement et en période post-partum (mères) et nouveau-nés; - Responsables, gestionnaires et prestataires des structures cibles, leaders communautaires et guides religieux, associations de femmes et jeunes, les ASC, les femmes et hommes de la communauté ► Techniques utilisées - focus group avec les leaders communautaires, les femmes (160) et les hommes de la communauté (147 hommes) - Revue documentaire, - Observation des pratiques de soins et questionnaires.	VI. RÉSULTATS OBTENUS (2/5) QUELQUES RESULTATS DE L'ENQUÊTE DE BASE <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Gouvernance</td><td> - Besoin d'amélioration de la gestion / Management - Non disponibilité des politiques et directives de la santé maternelle et néonatale élaborés au niveau central - Problèmes liés au système de référence et contre-référence </td></tr> <tr> <td>Ressources Humaines</td><td> - Insuffisance du personnel de santé (médecins pédiatres et gynécologues, sages-femmes et infirmiers(ères)) - Mauvaise répartition du personnel de santé </td></tr> </tbody> </table>	Gouvernance	- Besoin d'amélioration de la gestion / Management - Non disponibilité des politiques et directives de la santé maternelle et néonatale élaborés au niveau central - Problèmes liés au système de référence et contre-référence	Ressources Humaines	- Insuffisance du personnel de santé (médecins pédiatres et gynécologues, sages-femmes et infirmiers(ères)) - Mauvaise répartition du personnel de santé												
Gouvernance	- Besoin d'amélioration de la gestion / Management - Non disponibilité des politiques et directives de la santé maternelle et néonatale élaborés au niveau central - Problèmes liés au système de référence et contre-référence																
Ressources Humaines	- Insuffisance du personnel de santé (médecins pédiatres et gynécologues, sages-femmes et infirmiers(ères)) - Mauvaise répartition du personnel de santé																

VI. RÉSULTATS OBTENUS (3/5)	
QUELQUES RESULTATS DE L'ENQUÊTE DE BASE	
❑ Offre des soins	- Non respect des Directives, des Standards et protocoles de Soins, ----- - Besoin de renforcement des compétences
❑ Équipements, Matériels et Médicaments	- Manque d'équipements , matériels et médicaments
❑ Collaboration avec la communauté	- Manque d'informations pour les communautaires - Non-respect de la Pyramide Sanitaire



VI. RÉSULTATS OBTENUS (5/5)
RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

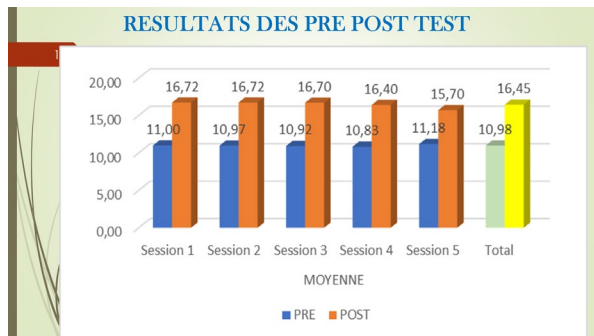
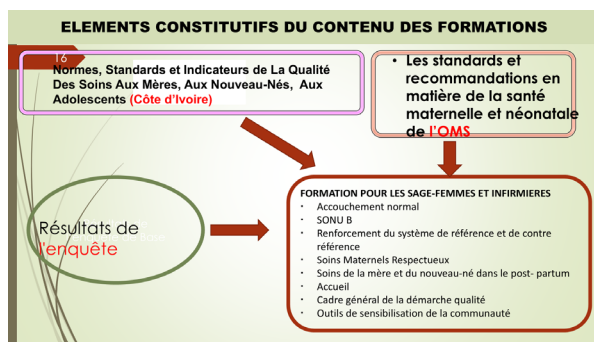
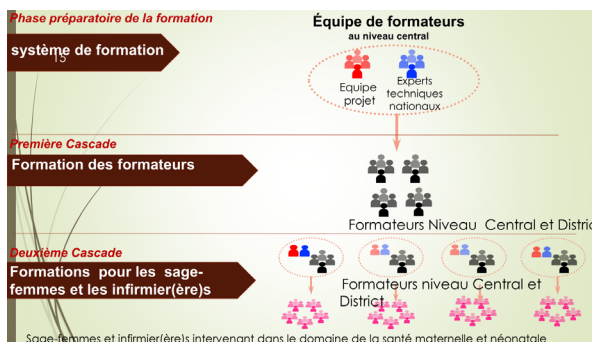
14

- Révision et validation des modules de formation
- Sessions de formation des prestataires sage-femmes et infirmiers

➢ Formation en deux étapes:

- 1ère cascade(2) : formation d'un Pool de formateurs (35)
- 2ième cascade: formation des prestataires (SF et IDE)

Nombre de prestataires à former : 282 /247 prévus (114%)



- VII. LEÇONS APPRIS
- Renforcement des compétences des prestataires constitue de réelles stratégies et interventions pour améliorer la qualité des soins
 - Besoin de formation exprimé par les prestataires
 - Formation continue très attendue et appréciée par les prestataires
 - Importance d'une bonne coordination entre toutes les parties prenantes pour la résolution des défis et challenges
 - Impact positif de l'utilisation des modèles anatomiques et des projections de vidéos dans le cadre de la formation

- VIII. ACQUIS
- Rapport de l'étude de base disponible
 - Guide de formation sur le continuum des soins de santé maternelle et néonatale
 - Existence d'un pool de formateurs nationaux sur le continuum des soins de santé maternelle et néonatale
 - Mise à jour des connaissances des prestataires sage-femmes et infirmiers(ères) des structures cibles
 - Acquisition de mannequins pour la mise à jour de la pratique des prestataires

IX. DEFIS (1/2)

Defis à court terme

- Réviser l'indicateur de l'objectif global et de l'objectif du projet ;
- Maintenir les prestataires formés dans les districts sanitaires cibles en vue de l'obtention des résultats escomptés ;
- Mettre en œuvre le plan opérationnel du PACSSMN avant la fin de la période impartie ;
- Elaborer le contenu et évaluer le modèle du Continuum de soins dans les structures sanitaires cibles.

IX. DEFIS (2/2)

Defis à long terme

- Passer à échelle des formations basées sur le modèle PACSSMN ;
- Contribuer à améliorer la formation initiale des sage-femmes et infirmiers(ères) ;
- Promouvoir la santé maternelle et infantile dirigée et / ou centrée sur les sage-femmes et la communauté.

X.PERSPECTIVES ET PROCHAINES ETAPES

	DELAI
Déterminer la valeur cible de l'indicateur de l'objectif global	Mi -Décembre 2023
Signer le compte rendu des discussions sur le point précédent	Fin Décembre 2023
Participer aux réunions de surveillance des décès maternels et périnataux et de riposte	Décembre 2023
Equiper les structures sanitaires cibles du projet	Janvier-Février 2024
Organiser de réunions d'élaboration et de validation des outils de supervision	Janvier 2024
Réaliser de missions de supervision des sages-femmes et infirmiers formés	Février-mars 2024
Organiser deux (02) rencontres d'information et de sensibilisation de la communauté sur le projet	Mars-avril 2024

CONCLUSION

- Le PACSSMN a obtenu de bons résultats malgré les difficultés rencontrées au démarrage des activités, le fléau du comme COVID-19, notamment la formation des sage-femmes;
- Grâce au PACSSMN, le Ministère en charge de la Santé pourra être doté d'un modèle de continuum des soins de santé maternelle et néonatale afin de renforcer la qualité des soins dans les structures de santé cibles;
- Ceci sera possible avec une contribution accrue, des PTF et des différentes parties prenantes avec toujours l'engagement de Monsieur le Ministre de la Santé, Directeur du projet pour la réussite de PACSSMN.

MERCI POUR VOTRE AIMABLE ATTENTION



**PROCES-VERBAL DE LA REUNION FINALE DU COMITE CONJOINT DE COORDINATION
POUR LE PROJET D'AMELIORATION DU CONTINUUM DES SOINS DE SANTE MATERNELLE ET
NEONATALE**

La réunion finale du Comité Conjoint de Coordination (CCC) pour le Projet de coopération technique de l'Agence japonaise de Coopération internationale (JICA) intitulé « Projet d'Amélioration du continuum de soins de santé maternelle et néonatale » (ci-après désigné par « PACSSMN » ou le « Projet ») s'est tenue le mercredi 19 juin 2024, à la salle de Conférence du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU), à Abidjan sous la présidence de Monsieur le Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (Directeur du Projet) et en présence de Monsieur le Représentant Résident du bureau de la JICA Côte d'Ivoire.

Les membres du CCC ont discuté des points visés dans le document ci-joint.

Abidjan, le 19 juin 2024

M. WAKABAYASHI Motoharu

Représentant Résident
Bureau de l'Agence Japonaise de Coopération
Internationale (JICA) en Côte d'Ivoire

S.E. M. DIMBA Pierre N'Gou

Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de
la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU)
/ Directeur du Projet
République de Côte d'Ivoire

DOCUMENT JOINT

Le Projet d'Amélioration du Continuum des Soins de Santé Maternelle et Néonatale (PACSSMN) dans la région sanitaire d'Abidjan 1 a débuté depuis juin 2019 et devait couvrir une période de cinq (5) ans. Le présent procès-verbal vise à faire le bilan de la réunion finale du Comité Conjoint de Coordination (CCC).

L'objectif général de cette réunion était de faire le bilan de la mise en œuvre des activités du projet depuis le dernier CCC.

Les objectifs spécifiques de cette réunion étaient les points suivants :

- Présenter l'état d'avancement des activités du projet ;
- Définir les défis et les perspectives du projet.

Monsieur le Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, **M. DIMBA Pierre N'Gou**, a ouvert la réunion à 15h50 en formulant les mots de bienvenue à l'endroit des participants.

Le Sous-directeur chargé de la Planification Familiale, de la Santé de la Mère et de l'Enfant à la DSIMI, **Dr GOURE BI**, a été désigné comme modérateur de la réunion. Il a fait la présentation des objectifs et de l'agenda de cette rencontre.

1. Ouverture, Participants, Programme de la réunion

1.1. Ouverture et Allocutions

Monsieur le Représentant Résident de la JICA, **M. WAKABAYASHI Motoharu**, a introduit son allocution en remerciant Monsieur le Ministre pour sa présence à cette réunion et en saluant ses efforts pour la mise en œuvre du projet. Il a mentionné l'importance de la coopération entre les gouvernements ivoirien et japonais, principalement dans le domaine de la santé. Dans le cadre du PACSSMN, il a surtout remercié Madame la Manager et son équipe composée d'experts et points focaux pour la qualité du travail abattu durant ces années. Il a ensuite rappelé l'objectif principal de cette réunion qui était de faire le bilan des activités réalisées dans le cadre de la mise en œuvre du Projet. Il a enfin souhaité que toutes les recommandations issues de cette coopération technique puissent porter leurs fruits et avoir des répercussions durables sur les services de santé maternelle et néonatale dans la zone cible du projet en particulier et en Côte d'Ivoire en général. .

A sa suite, M. le Ministre, Directeur du Projet, a entamé son allocution en adressant ses sincères remerciements à la Coopération japonaise pour leur appui technique et financier à l'implémentation du Continuum de soins de santé maternels et néonataux en Côte d'Ivoire. Il a, dans un premier temps, souligné les progrès réalisés dans la lutte contre la mortalité maternelle et qui sont attestés par la dernière enquête démographique et de Santé (EDS 2021). En effet, selon l'EDS, le taux de mortalité maternelle est passé de six cent quatorze (614) à trois cent quatre-vingt-cinq (385) décès pour cent mille (100 000) naissances vivantes . Ensuite, il a rappelé les challenges et les défis auxquels le gouvernement était confronté s'est félicité aussi bien de la formation dont ont bénéficié les deux cent quatre-vingt-deux (282) prestataires de santé, que de la fourniture d'équipements aux vingt-deux (22) formations sanitaires de la zone cible. Au regard de ce qui précède, M. le Ministre a émis le souhait que ces actions puissent contribuer à long terme à l'amélioration des indicateurs sanitaires.

Par la suite, M. le Ministre a invité tous les participants autour de la table de séance à se présenter avant d'aborder le sujet de cette rencontre.

1.2. PParticipants

Etaient présents à cette rencontre vingt-huit (28) participants, dont quinze (15) représentants de la partie ivoirienne, onze (11) représentants de la partie japonaise et deux (02) représentants des partenaires techniques et financiers (voir Annexe 1).

1.3. PProgramme retenu

Le programme de la réunion était le suivant :

- ▶ Présentation des Termes de Référence de la réunion finale du CCC ;
- ▶ Présentation du bilan de la mise en œuvre des activités du PACSSMN ;
- ▶ Echanges et Discussions ;
- ▶ Synthèse et Fin ;
- ▶ Cérémonie de Clôture.

2. Présentation du bilan de la mise en œuvre des activités du PACSSMN

Madame la Directrice des Soins Infirmiers, Maternels et Infantiles (DSIMI), Manager du Projet, **Dr DIANGO NOBOU Claudine**, a fait une présentation sur le bilan de la mise en œuvre des activités du Projet (voir Annexe 2).

3. Discussions générales

Après la présentation faite par Madame la Manager du Projet, Monsieur le Ministre a ouvert la série de discussions en donnant la parole aux Experts Japonais afin d'avoir leur avis sur la présentation. Les experts japonais ont indiqué être en phase autant sur le fond que la forme de la présentation.

Monsieur le Ministre a ensuite invité les autres participants à prendre la parole.

Tout d'abord, le représentant de l'Ambassade du Japon prenant la parole a cherché à savoir si tous les prestataires de la zone cible avaient été formés.

A cette question, Madame la Manager du Projet a indiqué que les deux cent quatre-vingt-deux (282) prestataires formés comprenaient à la fois le nombre initial visé qui est de deux cent quarante-sept (247) ainsi que les prestataires nouvellement affectés.

Pour renchérir, le Conseiller principal adjoint du PACSSMN, Dr Shimizu a exprimé sa fierté d'avoir pu atteindre les trois (03) résultats attendus définis dans le cadre logique, réalisant ainsi l'objectif du Projet.

Par la suite, le représentant de l'OMS a souhaité connaître l'effectivité de la disponibilité des équipements dans les structures sanitaires de la zone cible vu que la présentation a fait mention de la non mise à disposition aux prestataires dans certains centres.

A cette question, Madame la Manager du Projet a indiqué que dans les centres où les équipements n'avaient pas pu être observés, ceux-ci n'avaient pas encore été installés lors du passage des équipes de supervision. Cependant dans d'autres centres, une partie des équipements livrés avaient été mis en stock par les prestataires de santé.

Par la suite, la représentante de l'UNFPA tout en saluant les résultats obtenus par le Projet, s'est montrée favorable pour une mise à échelle du modèle. Elle a ensuite cherché à savoir la nature des insuffisances au niveau de la formation initiale mentionnées dans la présentation.

A cette interrogation, Madame la Manager du Projet a indiqué que ces insuffisances avaient été identifiées au niveau de l'enquête de base et étaient en rapport avec la formation pratique des étudiantes sage-femmes.

Par la suite, la Directrice Départementale du District Sanitaire d'Abobo Ouest, **Dr OURA Christine**, a indiqué avoir observé beaucoup de points de satisfaction à savoir entre autres :

- L'amélioration de l'accueil par les prestataires ;
- L'amélioration dans les procédures de référence et contre référence ;
- La valeur ajoutée apportée par la Directrice du Centre d'Anonkoua Kouté à travers l'aménagement d'une extension de la maternité sous la supervision de la DIEMP, des salles d'isolement et l'achat d'une ambulance.

Par la suite, le Conseiller principal adjoint, **Dr SHIMIZU**, a relevé le niveau variable des capacités des sage-femmes constaté lors de l'atelier de sensibilisation des communautés et a ainsi recommandé d'introduire certaines mesures pour rehausser et harmoniser les capacités des sage-femmes avant la fin de la formation initiale.

Ensuite, la Directrice générale de la CMU, **Dr KOUASSY Edith**, a indiqué qu'il aurait été intéressant de mettre en évidence l'impact du projet sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile compte tenu de l'objectif général du Projet qui était de réduire le nombre de décès maternels et néonataux dans les structures sanitaires de la zone cible. Elle a souhaité savoir, compte tenu des changements apportés sur le PDM initial, si les activités mises en œuvre étaient uniquement des actions issues du plan d'action révisé suite à la mission du siège ou si elles faisaient partie du plan d'action initial.

A cette question, Madame la Manager du Projet a indiqué que les activités mises en œuvre sont celles qui ont été inscrites dans le plan d'action d'urgence compte tenu du temps restant.

Sur le point relatif au nombre de décès maternels le Directeur Départemental du District Sanitaire d'Abobo Est, **Dr KANGA Charles**, a indiqué à titre illustratif de la réduction des décès maternels dans son district sanitaire qu'auparavant le nombre était de vingt-neuf (29) décès maternels et il est passé à dix-sept (17) décès maternels par an avec uniquement un (01) seul décès maternel dans les centres de premier niveau où les prestataires ont reçu la formation dans le cadre de la mise en œuvre du PACSSMN.

Après toutes ces interventions, Monsieur le Ministre a pris la parole pour exprimer ses réserves sur la pertinence de certains points et a souhaité que ceux-ci soient approfondis dans le rapport final pour une éventuelle mise à échelle du PACSSMN. Ce sont notamment :

- ▶ Faire ressortir les défis pour une éventuelle mise à l'échelle du Projet,
- ▶ Faire ressortir les leçons à tirer et les actions restantes à entreprendre pour pouvoir atteindre totalement nos objectifs à savoir qu'il n'y aura plus aucun décès maternel lié aux accouchements,
- ▶ Faire ressortir les acquis pouvant servir de socle pour une éventuelle mise à l'échelle du Projet,
- ▶ Faire apparaître les résultats significatifs,
- ▶ Mettre l'accent sur l'amélioration de l'accueil et avoir un guide affiché sur la prise en charge des parturientes plutôt que dans les classeurs,

- ▶ Faire une synthèse des nouvelles techniques apportées par la coopération technique japonaise afin de pouvoir avoir une nouvelle base concernant les soins maternels et infantiles, et
- ▶ Promouvoir ces nouvelles techniques et proscrire les anciennes qui étaient la cause du nombre élevé de décès maternels et néonataux.

Monsieur le Ministre a demandé à l'équipe du Projet de prendre en compte toutes les observations qui ont été faites afin d'avoir une idée claire sur les activités devant être mises en œuvre pour la pérennisation du Projet et trouver les financements nécessaires dans cette optique.

Par la suite, la Cheffe de Secteur Santé de la JICA, **Mme HIGASHINO**, a tenu à préciser qu'une mission d'évaluation des effets du PACSSMN sera diligentée d'ici trois (03) ans afin de vérifier l'impact à long terme des activités entreprises dans le cadre du Projet.

4. Recommandations

A la fin de la réunion, la recommandation principale est l'amélioration des documents finaux du Projet qui seront soumis à Monsieur le Ministre avec intégration des points susmentionnés.

5. Clôture de la réunion

Monsieur le Ministre a rappelé les efforts qui sont faits par le gouvernement pour l'amélioration des indicateurs des conditions de vie des populations en général et surtout dans le domaine de la santé maternelle et néonatale. Il a surtout salué l'engagement des partenaires techniques et financiers dans toutes les actions du gouvernement et a souhaité plus de synergie dans la mise en œuvre des actions. Et il a félicité l'équipe projet pour le bon travail effectué.

Enfin, Monsieur le Représentant Résident de la JICA a rappelé l'engagement de son institution à soutenir et accompagner le gouvernement ivoirien et le ministère dans l'atteinte de ses objectifs en matière de santé.

L'ordre du jour étant épuisé, Monsieur le Ministre a levé la séance à 17h30.

Annexe 1 : Liste de présence

Annexe 2 : Présentation troisième réunion du CCC

Annexe 1 : Liste de présence

Partie Ivoirienne

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ▶ M. DIMBA Pierre N’Gou | Ministre / Directeur du Projet / MSHPCMU |
| ▶ Pr SORO Kountélé Gona | Directeur de Cabinet adjoint / MSHPCMU |
| ▶ Dr KOUASSY Edith Clarisse | Directrice générale de la Couverture Maladie Universelle |
| ▶ Dr EHUI Charles | Conseiller technique / MSHPCMU |
| ▶ Dr DIANGO NOBOU Claudine | Directrice DSIMI / Manager du Projet / MSHPCMU |
| ▶ Mme N’DRAMAN Charlotte | Chargée d’études / Direction générale de la Santé (DGS) |
| ▶ Dr GOURE BI Tra Blaise | Point Focal / PACSSMN / DSIMI |
| ▶ Dr KONE Fana | Point Focal / PACSSMN / DSIMI |
| ▶ Mme TANOHI KOI Tatiana | Point Focal / PACSSMN / DSIMI |
| ▶ Mme N’DA OUATTARA Edith | Représentante de la Direction de la Santé Communautaire (DSC) |
| ▶ Dr KANGA Charles | Directeur Départemental / District Sanitaire d’Abobo Est |
| ▶ Dr OURA Ahou Christine
Epse YAO | Directrice Départementale / District Sanitaire d’Abobo Ouest |
| ▶ Dr KIMOU Agnissan | Formateur / Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Côte d'Ivoire (SOGOCI) |
| ▶ Dr ADON Ariane | Formatrice / Société Ivoirienne de Pédiatrie (SIP) |
| ▶ Mme DIALLO Awa | Présidente / Association des Sage-femmes Ivoiriennes (ASFI) |

Partie japonaise

- | | |
|---------------------------|--|
| ▶ M. OKAYASU Toshiharu | Chargé de Coopération / Ambassade du Japon |
| ▶ M. WAKABAYASHI Motoharu | Représentant Résident / JICA Côte d’Ivoire |
| ▶ Mme HIGASHINO Manami | Chef Secteur Santé / JICA Côte d’Ivoire |
| ▶ M. PODE Thierry | Chargé de Programme Santé / JICA Côte d’Ivoire |
| ▶ Mme YAMAGATA Ritsuko | Conseillère principale / PACSSMN |
| ▶ Dr SHIMIZU Toshiyasu | Conseiller principal adjoint / PACSSMN |
| ▶ Mme SUZUMORI Izumi | Coordinatrice / PACSSMN |
| ▶ M. AKOSSI Maxime | Assistant technique / PACSSMN |
| ▶ M. DATCHA Yves | Assistant administratif / PACSSMN |
| ▶ M. SOUMAHORO Aboubacar | Assistant technique / PACSSMN |
| ▶ M. ABISSA Matthias | Assistant administratif / PACSSMN |

Partenaire technique et Financier

- | | |
|----------------------------|---|
| ▶ Dr M’BRA Vincent de Paul | Pharmacien / Organisation mondiale de la Santé (OMS) |
| ▶ Mme KOFFI Akoua Isabelle | Chargé de programme Santé Maternelle / Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA) |

Annexe 2 : Présentation finale



Troisième réunion du comité conjoint de coordination (CCC 3)

19 juin 2024

Dr. DIANGO Claudine, Directrice DSIM, Manager PACSSMN



YAMAGATA Ritsuko, Conseillère principale
Dr. SHIMIZU Toshiyasu, Conseiller technique



PLAN DE PRESENTATION

INTRODUCTION
I. CONTEXTE
II. OBJECTIFS
III. RESULTATS ATTENDUS
IV. PARTENAIRES DE MISE EN OEUVRE
V. ACTIVITES MAJEURES
VI. RESULTATS OBTENUS
VII. ETAT DE REALISATION DE L'OBJECTIF DU PROJET
VIII. ACQUIS
IX. BONNES PRATIQUES
X. DEFIS
XI. RECOMMANDATIONS
XII. PERSPECTIVES / PROCHAINES ETAPES
CONCLUSION

INTRODUCTION

- ❖ En Côte d'Ivoire, l'amélioration de la qualité des soins pour chaque femme et enfant, avec un accent particulier sur les mères et les nouveau-nés, est d'une extrême urgence eu égard à leurs taux de mortalités estimés à 385 DM pour 100 000 NV / EDS 2021), néonatale (Taux : 30/1000NV / EDS 2021).
- ❖ Pour répondre à la vision globale de l'OMS selon laquelle « chaque femme enceinte et chaque nouveau-né reçoivent des soins de qualité pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale » ainsi qu'à l'ODD 3, le gouvernement ivoirien à travers son Ministère en charge de la Santé, a entrepris plusieurs projets de coopération avec l'Agence japonaise de Coopération internationale (JICA) dont le PACSSMN.

INTRODUCTION

CONTEXTE PACSSMN

I. CONTEXTE PACSSMN

Vision: Offrir à chaque femme enceinte et à chaque nouveau-né des soins de qualité pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale dans les Districts Sanitaires d'Abobo Est et Ouest

Depuis juillet 2019, le projet d'Amélioration du Continuum des Soins de Santé Maternelle et Néonatale (PACSSMN) est mis en place par le MSHPCMU à travers la DSIM avec la collaboration de la JICA.

Les Recommandations issues de l'Enquête de base réalisée de février à mars 2022 ont constitué la feuille de route dudit projet.

Période du Projet : Juillet 2019 - Juillet 2024 (cinq ans)

II. OBJECTIFS

OBJECTIF GLOBAL DU PROJET

Contribuer à la réduction des décès maternels et néonataux dans les établissements sanitaires de la zone cible.



OBJECTIF DU PROJET

Améliorer la qualité des soins et l'utilisation des services dans le continuum de l'offre des soins de santé maternelle et néonatale dans la zone cible.

RESULTATS ATTENDUS

III. RESULTATS ATTENDUS

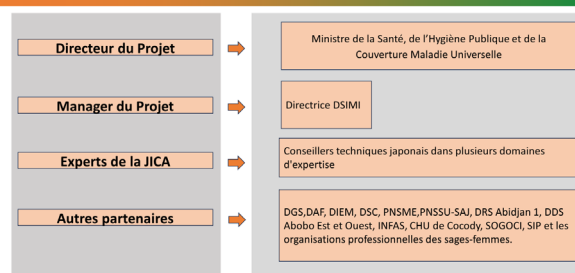
Résultat 1 : Le renforcement des capacités des sages-femmes et des infirmier(ère)s est mis en œuvre dans les établissements cibles sur la base du modèle du continuum de soins pour les mères et les nouveau-nés.

Résultat 2 : Le système de référence (référence/contre-référence) est renforcé dans les structures cibles sur la base du modèle de continuum de soins maternels et néonataux.

Résultat 3 : Un modèle de continuum de soins maternels et néonataux est révisé et disponible.

PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE / ORGANISATION DU PROJET

IV. PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE / ORGANISATION DU PROJET



ACTIVITÉS MAJEURES

V. ACTIVITÉS MAJEURES (1/4)

Activités	Période
1 ^{ère} réunion du Comité Conjoint de Coordination (CCC)	Juin 2021
Etudes de base afin de recueillir les données	Février – Mars 2022
Atelier de restitution des résultats de l'Etude de base	Décembre 2022
Ateliers d'identification, finalisation et validation des modules de formation	Mars-Avril 2023
Ateliers d'élaboration d'un plan de formation des sages-femmes et les infirmier(ère)s	Mai-Juin 2023
Ateliers de formation des formateurs et des prestataires (SF & IDE)	Juin – Octobre 2023

V. ACTIVITÉS MAJEURES (2/4)

Activités	Période
2 ^{ème} réunion du Comité Conjoint de Coordination (CCC)	Novembre 2023
Missions de visites et coaching post formation	Décembre 2023 – Février 2024
Mise à disposition des directives, normes et protocoles de prise en charge du couple mère – enfant	Décembre 2023 – Février – Mars 2024
Mission de distribution des matériels et des équipements	Mars 2024
Mission d'appui à la revue de décès maternel / CMS EL RAPHA	Mars 2024

V. ACTIVITÉS MAJEURES (3/4)

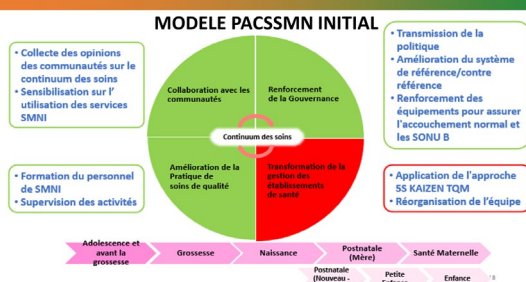
Activités	Période
Mission de supervision dans les établissements cibles du Projet	Mars 2024
Atelier de sensibilisation et d'information de la communauté sur les activités du Projet	Mai 2024
Enquête de satisfaction auprès des sages-femmes et la communauté (les accouchées)	Mai 2024
Atelier de révision et de validation du modèle de continuum de soins de santé maternelle et néonatale	Juin 2024

V. ACTIVITÉS MAJEURES (4/4)

Activités	Période
Atelier de restitution des activités de la mise en œuvre du projet d'amélioration du continuum de soins de santé maternelle et néonatale	Juin 2024
Réunion finale du Comité Conjoint de Coordination (CCC)	19 juin 2024

RÉSULTATS OBTENUS

VI. RÉSULTATS OBTENUS (1/18)



VI. RÉSULTATS OBTENUS (2/18)



VI. RÉSULTATS OBTENUS (3/18)

Axes stratégiques du model PACSSMN:

- ☐ Renforcement de la gouvernance
- ☐ Amélioration de la pratique de soins de qualité
- ☐ Collaboration avec les communautés
- ☐ Transformation de la gestion des établissements de santé

21

VI. RÉSULTATS OBTENUS (4/18)

Renforcement de la gouvernance

- ◆ **Transmission de la politique (Décembre 2023 à Mars 2024)** : Toutes les vingt-deux (22) structures cibles disposent des normes, directives, protocoles et standards (Classeurs, affiches).
- ◆ **Amélioration du système de référence/contre référence** : Adoption de bonnes pratiques :
 - Utilisation de la fiche harmonisée de la référence et contre référence (MSHPCMU)
 - Existence d'un réseau de communication entre les ESPC et les structures de référence (Appels)
 - Accompagnement des parturientes par les prestataires.

22

VI. RÉSULTATS OBTENUS (5/18)

Renforcement de la gouvernance

◆ Renforcement des équipements pour assurer l'accouchement normal et les

SONU B (Mars 2024) : Toutes les vingt-deux (22) structures cibles ont été dotées en matériels et équipements selon les besoins exprimés :

- Tables d'accouchement, boîtes d'accouchement et d'épisiotomie,
- Tables de réanimation de nouveaux nés,
- Lits de mise en observation,
- Lampes chauffantes et lampes d'examen,
- Consommables ...

23

VI. RÉSULTATS OBTENUS (6/18)

Amélioration de la pratique de soins de qualité

◆ Visites et Coaching post formation: Deux (02) visites avec coaching post formation dans six (06) centres de santé (13 décembre 2023 et 13 février 2024)

- **Effets à court terme de la formation** :
 - Changement des attitudes et aptitudes (Soins respectueux),
 - Bonne organisation du travail (Passation de service, bilan des gardes ...),
 - Remplissage correct des outils (Partogramme, registre d'accouchement, registre de Cpn ...)

24

VI. RÉSULTATS OBTENUS (7/18)

Amélioration de la pratique de soins de qualité

◆ Mission de Supervision

- **Organisation** :
 - Durée : Cinq (05) jours du 11 au 15 Mars 2024,
 - Équipes : Quatre (04) équipes (Experts Ivoiriens et Japonais),
 - Outil Utilisé : Outil de l'OMS pour la qualité des soins mère – enfant (Adapté).
- **Sections (05)** :
 - Accueil,
 - Prévention et contrôle des infections,
 - Soins Perpartum et Postpartum,
 - Soins néonataux courants,
 - Matériels et équipements fournis.
- **Nombre de Structures supervisées** : Vingt et une (21) structures

25

VI. RÉSULTATS OBTENUS (8/18)

AMÉLIORATION DE LA PRATIQUE DE SOINS DE QUALITÉ

Critères d'évaluation de la qualité des soins de l'OMS utilisé par le Ministère en charge de la Santé

Symbole	Paliers	Descriptif
	Premier niveau Entre 80 à 100%	La qualité offerte est excellente Pas de dysfonctionnements majeurs. Pas beaucoup de recommandations. Satisfaction du personnel et des usagers
	Deuxième niveau Entre 60 et 80%	La qualité offerte est bonne Quelques dysfonctionnements Quelques conseils d'amélioration
	Troisième niveau Entre 40 et 60%	La qualité offerte est insuffisante Beaucoup de dysfonctionnements Beaucoup de recommandations d'amélioration
	Quatrième niveau Moins de 40%	La qualité offerte est très insuffisante Existence de graves dysfonctionnements

VI. RÉSULTATS OBTENUS (9/18)

AMÉLIORATION DE LA PRATIQUE DE SOINS DE QUALITÉ

Tableau de Synthèse des Résultats de Supervision

Tableau de synthèse des résultats de supervision					
Ratios sur 21 Structures		1er niveau	2e niveau	3e niveau	4 ^e Niveau
Sections		Entre 80 à 100%	Entre 60 à 80%	Entre 40 à 60%	Moins de 40%
Accueil		04/21 19%	09/21 43%	04/21 19%	04/21 19%
Prévention et Contrôle des infections		08/21 38%	11/21 52%	01/21 5%	01/21 5%
Soins		03/20 15%	09/20 45%	06/20 30%	02/20 10%
Perpartum / Postpartum					
Soins		11/20 55%	08/20 40%	01/20 5%	-
Néonataux courants					
		06/21 29%	12/21 57%	-	03/21 14%
Matériels et Equipements					

26

VI. RÉSULTATS OBTENUS (10/18)

Amélioration de la pratique de soins de qualité

◆ Mission de Supervision

- **Effets à moyen terme de la formation** :
 - Nette amélioration de la qualité de l'accueil,
 - Mise en pratique des soins respectueux au couple mère-enfant,
 - Réelle promotion de l'allaitement exclusif,
 - Meilleure organisation de la référence.

28

VI. RÉSULTATS OBTENUS (11/18)

Collaboration avec les communautés

◆ Atelier de sensibilisation de la communauté

- **Organisation** :
 - **Durée** : Un (01) jour 28 mai 2024
 - **Objectifs** : **L'objectif général est de**
 - ✓ Améliorer la compréhension de la communauté sur la mise en œuvre du projet PACSSMN.
 - **Les objectifs spécifiques** de cette activité sont de :
 - ✓ Informer la communauté sur la mise en œuvre du projet PACSSMN, et
 - ✓ Sensibiliser la communauté sur l'utilisation des services de santé dans les structures cibles.
 - **Profil des participants** : Niveau central (Directions et programmes de santé) Partenaire technique et financier (JICA) ; Représentant de la DRS Abidjan 1 et des DDS Abobo Ouest et Est ; Les représentants de la communauté (Guides religieux, Chefs coutumiers, Chefs de quartier ; leaders communautaires, mairie, représentants COGES, etc.)

29

VI. RÉSULTATS OBTENUS (12/18)

Collaboration avec les communautés

◆ Atelier de sensibilisation de la communauté

- **Recommandations** :
 - ✓ Renforcer la formation de base des prestataires,
 - ✓ Associer et impliquer d'avantage la communauté dans la gestion des établissements de santé et la réalisation des activités de santé,
 - ✓ Améliorer la qualité de l'accueil et des soins de santé dans nos établissements sanitaire.

VI. RÉSULTATS OBTENUS (13/18)

Collaboration avec les communautés

◆ Réalisation d'une enquête de satisfaction

N° Etudes de base	Questions adressées aux femmes nouvellement accouchées	Modalités	Etude de base	Enquête de satisfaction
79	Si vous étiez enceinte à nouveau, retourneriez-vous voir la ou les mêmes personnes qui vous ont suivie pendant votre dernière grossesse ?	Oui	96,77%	100%
		Non	3,2%	0%
127	Avez-vous confiance dans le Centre, établissement où a eu lieu votre accouchement ?	Oui	98,40%	100%
		Non	1,60%	0%
137	Globalement, est-ce que votre accouchement s'est déroulé comme vous le vouliez ?	Oui	90,20%	98,9%
		Non	9,80%	1,1%

31

VI. RÉSULTATS OBTENUS (14/18)

◆ Réalisation d'une enquête de satisfaction

N° Etudes de base	Questions adressées aux femmes nouvellement accouchées	Modalités	Etude de base	Enquête de satisfaction
116	Pendant votre accouchement, vous-a-t-on demandé votre avis avant de prendre une décision ?	Oui	32,30%	83,2%
		Non	67,70%	16,8%
105	Avez-vous eu la possibilité de manger durant le travail ?	Oui	19,40%	20,0%
		Oui, mais je n'ai pas voulu	1,60%	45,3%
		Non	79,00%	34,7%
148	Comment qualifiez-vous l'aide que vous avez reçue du personnel de l'hôpital ou de la maternité pour vos soins personnels ?	Satisfaisante	86,90%	94,7%
		Insatisfaisante	11,50%	2,1%
		Peu satisfaisante	1,60%	3,2%

VI. RÉSULTATS OBTENUS (15/18)

Résultat 1 : Les capacités des sage-femmes et infirmières sont renforcées dans les établissements cibles sur la base du modèle du continuum de soins pour les mères et les nouveau-nés.

Résultat 1 : Renforcement des capacités des sages-femmes et infirmier(ère)s dans les établissements cibles sur la base du modèle du continuum de soins pour les mères et les nouveau-nés

❖ **Indicateur 1 :** 80% des sages-femmes et infirmier(ère)s ont été formé sur le modèle PACSSMN.

➤ **Niveau d'atteinte :** 115%

33

VI. RÉSULTATS OBTENUS (16/18)

Résultat 2 : Le système de référence est renforcé dans les zones cibles sur la base du modèle de continuum de soins maternels et néonataux

Résultat 2 : Le système de référence est renforcé dans les zones cibles sur la base du modèle de continuum de soins maternels et néonataux

❖ **Indicateur 1 :** Nombre de maternités disposant des équipements essentiels pour permettre la prestation de soins périnataux normaux et de soins obstétricaux d'urgence de base, conformément aux POLITIQUES, NORMES ET PROTOCOLES.

➤ **Niveau d'atteinte :** 100 %

➤ **Cible à atteindre :** 22

34

VI. RÉSULTATS OBTENUS (17/18)

Résultat 2 : Le système de référence est renforcé dans les zones cibles sur la base du modèle de continuum de soins maternels et néonataux

Résultat 2 : Le système de référence est renforcé dans les zones cibles sur la base du modèle de continuum de soins maternels et néonataux

❖ **Indicateur 2 :** Rapport sur les mesures proposé en vue d'améliorer le système de référence qui ont été partagés lors des réunions de la surveillance des décès maternels et périnataux et la riposte (SDMPR).

➤ **Niveau d'atteinte :** 100 %

35

VI. RÉSULTATS OBTENUS (18/18)

Résultat 3 : Un modèle de continuum de soins maternels et néonataux est vérifié et disponible

Résultat 3 : Réviser et valider le modèle de continuum des soins de santé maternel et néonatal

❖ **Indicateur :** Rapport sur les stratégies de vulgarisation du modèle de continuum de soins maternels et néonataux sur la base des résultats des activités du PACSSMN.

➤ **Niveau d'atteinte :** NA (en cours)

36

ETAT DE REALISATION DE L'OBJECTIF DU PROJET

VII. ETAT DE REALISATION DE L'OBJECTIF DU PROJET

Objectif : Améliorer la qualité des soins et l'utilisation des services dans le continuum de l'offre des soins de santé maternelle et néonatale dans la zone cible.

❖ **Indicateur 1 :** Augmentation du niveau de Satisfaction des sages-femmes dans la zone du projet

❖ **Indicateur 2 :** Augmentation du niveau de Satisfaction des femmes ayant accouché dans les établissements de santé de la zone du projet.

➤ **Niveau d'atteinte :** Réalisé

➤ **Indicateur 1 :** Satisfaction des sages-femmes était bien montrée au moment de la formation

➤ **Indicateur 2 :** Augmentation du niveau de satisfaction des femmes est bien montrée par l'analyse de l'enquête de satisfaction

38

ACQUIS

VIII. ACQUIS

- ❑ Structures sanitaires cibles dotées en matériels et équipements pour la prise en charge adéquate du couple mère – enfant,
- ❑ Existence d'un modèle de continuum de soins de santé maternelle et néonatale dans la zone cible,
- ❑ Tous les prestataires (282 sages-femmes et infirmiers) des structures cibles formés sur le modèle du continuum de soins,
- ❑ Existence d'un pool de formateurs nationaux sur le continuum SMNI,

40

BONNES PRATIQUES

IX. BONNES PRATIQUES (1/4)

Tous les prestataires des 22 structures cibles organisent mieux la référence

Constat : les parturientes référées faisaient le tour des structures de référence avant de trouver une place pour leur prise en charge; ce qui avait une incidence sur le nombre de décès maternel et néonatal.

Causes : Mauvaise organisation de la référence

Actions menées :

- Les prestataires font les premiers gestes avant toute évacuation
- Echanges téléphoniques entre les ESPC et les centres de référence pour les références
- Mise en place d'une plateforme entre les sages-femmes de la zone cible du projet
- La parturiente est accompagnée par un prestataire qualifié lors des références

42

IX. BONNES PRATIQUES (2/4)

Résultats:

- Déclaration de la communauté: « Nous sommes rassurés par la présence des sages-femmes à nos côtés lors des évacuations »
- Déclaration de la communauté : « Le problème de place est réglé avant notre évacuation »

43

IX. BONNES PRATIQUES (3/4)

L'accueil et les soins respectueux

Constat : le mauvais accueil et traitement des patientes.

Causes : manque de conscience professionnelle et d'humanisme des prestataires

Actions menées :

- Les prestataires ont été formés sur l'accueil et les soins maternels et néonataux respectueux
- Des missions de visites et coachings post formation ont été organisées dans les structures cibles

Résultats :

- Déclaration de la communauté « On a constaté une amélioration de l'accueil »
- « Nous avons la possibilité d'être aux côtés des parturientes pendant l'accouchement »

44

IX. BONNES PRATIQUES (4/4)

L'accueil et les soins respectueux

Résultats :

N° Etudes de base	Questions adressées aux femmes nouvellement accouchées	Modalités	Etude de base	Enquête de satisfaction
116	Pendant votre accouchement, vous a-t-on demandé votre avis avant de prendre une décision ?	Oui	32,30%	83,2%
148	Comment qualifiez-vous l'aide que vous avez reçue du personnel de l'hôpital ou de la maternité pour vos soins personnels ?	Satisfaisante	86,90%	94,7%

45

DEFIS

X. DEFIS (1/2)

- ☐ Maintenir les prestataires formés dans les structures sanitaires cibles en vue de l'obtention des résultats escomptés,
- ☐ Mettre en place un mécanisme de formation continue sur le continuum SMNI des prestataires nouvellement affectés dans les structures sanitaires cibles pour pérenniser les acquis du Projet en dépit de la mobilité des prestataires.

47

X. DEFIS (2/2)

- ☐ Passer à échelle les formations basées sur le modèle PACSSMN
- ☐ Mettre en place un cadre de collaboration avec la communauté pour l'amélioration des indicateurs SMNI,
- ☐ Impliquer les gynécologues dans le passage à échelle du modèle PACSSMN.

48

XI. RECOMMANDATIONS (1/4)

AU MSHPCMU

- Veiller à la mise à échelle du Projet PACSSMN

49

XI. RECOMMANDATIONS (2/4)

AU DIRECTEUR REGIONAL DE LA SANTE ET AUX DIRECTEURS

DEPARTEMENTAUX

- ☐ Faire le suivi et le coaching régulièrement pour pérenniser les acquis du projet,
- ☐ Veiller au suivi de la pratique des soins selon les directives, normes, protocoles et algorithmes dans les structures de santé

XI. RECOMMANDATIONS (3/4)

AUX RESPONSABLES DES STRUCTURES SANITAIRES

- ☐ Améliorer les conditions de travail des agents (climatisation, aménagement et hygiène des locaux),
- ☐ Assurer le suivi et la maintenance des matériels et équipements,
- ☐ Mettre en place un mécanisme de restitution des formations pour les nouveaux affectés

XI. RECOMMANDATIONS (4/4)

AUX PRESTATAIRES

- ☐ Prodiger des soins de qualité aux parturientes en se basant sur les protocoles, normes et directives du ministère,
- ☐ Assurer des soins respectueux aux femmes et aux enfants,
- ☐ Faire une réorganisation de la salle d'accouchement (Major SF)

A LA JICA

- ☐ Appuyer l'État de Côte-d'Ivoire pour la mise à échelle du projet pour la pérennisation des acquis.

XII. PERSPECTIVES ET PROCHAINES ETAPES

ACTIVITES	DELAI
Organiser le CCC final	19 juin 2024
Déployer et accélérer la pratique du modèle de continuum de soins	

CONCLUSION

CONCLUSION

- ☐ Le modèle de continuum de soins de santé maternelle et néonatale issu de la mise en œuvre du PACSSMN pourra servir de base pour toutes les interventions pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux avec une contribution accrue, des PTFs et des différentes parties prenantes avec toujours l'engagement de Monsieur le Ministre en charge de la Santé, Directeur du projet.

MERCI DE VOTRE
AIMABLE ATTENTION



ANNEXES





ベースライン調査報告書要約

調査概要

コートジボワールにおける母子の死亡を改善するため、保健公衆衛生省(MHSP)は、看護助産ケア局(DSIM)を通じて、国際協力機構(JICA)と協力し、大アビジャン圏のアボボ東保健区および西保健区の対象施設における母子継続ケアの質の向上を目的としたプロジェクトを実施する。

本報告書は、介入の実施に先立って、継続ケアの現在の質に関する基礎的な調査を行った結果を提示する。

母親、新生児、および小児の健康の継続性とは、一般に、個人およびライフサイクル全体(思春期、妊娠、出産など)に対するケアの継続性、およびケア(家庭および地域ケア、外来およびアウトリーチサービスを含む)の継続性を指す。継続的なケアを確保するには高度な資格を持つ保健人材、特に助産師が必要であると一般に認められているが、助産師を含む保健人材の数はコートジボワールを含む西アフリカ諸国において偏りがある。PACSSMN プロジェクトには、対象施設における母子保健ケアの継続性を向上させることを目的として、介入の準備、実施、評価という3つの段階が含まれている。介入準備段階では、PACSSMN プロジェクトの第1段階であり現状の継続ケアとそこで働く保健人材の問題を特定、分析し、解決に向けた優先介入を検討する。約750人(保健人材、サービスの受益者、地域住民、政府機関の責任者、医療施設の責任者)をサンプルに含め、さまざまなデータ収集方法(関連資料分析、二次データ分析(施設登録簿)、個人およびグループのインタビュー、観察、日誌など)を使用した。データソースと分析データの三角測量は、多国籍企業の連続体の状況の全体像を描くために使用され、PACSSMNとDSIMが計画する介入を導き、継続性を改善するのに役立てた。この報告書は、継続的ケアの改善を評価するためにプロジェクト実施後に収集されるデータと比較される。

PACSSMN は「母子とリプロダクティブ・ヘルスのケアの継続性」という複雑な介入を実施することを目指しているため、「将来の変化や革新への事例」とみなすことができる。このプロジェクトでは、「証人なしの介入前後のケーススタディ」のデザインが適用された。これは、アボボ東保健区とアボボ西保健区における連動した分析を含む単一のケーススタディである。継続性は、3つの相互作用するシステムで考慮されている。すなわち：i)社会文化的システム(規定、基準、資金調達、医療および訓練施設、保健人材の管理、社会文化、サービスのニーズ)、ii)規律(専門的実践のモデル：組織、リソース、継続的なトレーニング、誘致、採用、配置、定着など)、iii)教育(トレーニングプログラム、教師、学生など)。

この分析には、対象となるレベルに応じてさまざまなモデルと基準を使用した。例えば、施設の状況の分析には、以下をカバーする Donabedian のフレームワークを使用した。a)構造(政策、基準、人事、インフラ、資材、設備などの利用可能性)、b)プロセス(ケア活動と医療サービス、および専門基準またはベストプラクティスへの準拠)、3)効果(医療従事者、妊婦およびその家族の満足度、母子の健康指標)。保健人材のパフォーマンスの分析には、医療システムの目標達成に影響を与える保健人材のパフォーマンスのすべての側面(生産性、技術の質、社会文化的な質と組織の安定性)を考慮する G.Dussault のフレームワークを使用した。

対象機関には次が含まれる。i)保健・公衆衛生・国民皆保険省、ii)PACSSMN 実施の対象であるアボボ東保健区とアボボ西保健区内のすべての保健施設、(アボボ東：14 施設、アボボ西：7 施設);iii)アボボ東保健区のアボボノルド総合病院、iv)アジャメ総合病院(ココディ大学病院の産婦人科の機能が一時的に移転された)、v)母子継続ケアに関する初期教育を実施する国立医療従事者訓練機関(INFAS)。

調査で用いた変数は、医療施設の「構造-プロセス-結果」の側面とトレーニングプログラムの特徴を指す。こ

の構造は、人的、財政的、技術的、情動的なリソースで構成され、その性質、量、質という 3 つの角度から調査された。

検討された介入によって提供されるサービスの範囲、ケアとサービスの包括性と継続性に関わる組織的な側面に関連する。組織構造は、各構造が属する健康ピラミッドのレベルに従って文書化される。ケアの質そのものを分析するための基準としては、次のものが挙げられる。1)技術的品質:実行の正確さと能力、2)非技術的品質:機密保持、礼儀正しさ、サポートおよびコミュニケーション。効果は、WHO が指定した母子、新生児、小児の健康指標に基づいて調査され、保健人材とケアの受益者の満足度を測定できる。

現地調査は、2022 年 2 月 16 日から 2022 年 3 月 10 日の期間に実施された。調査団は、対象集団の特性と対象となる多分野を考慮して、社会学および保健分野の指導教員および調査員で構成された。分析プロセスでは 1)1 次～3 次医療施設のスコアを含む要約表を作成、2)3 つのシステムの相互作用におけるケアの継続性の特徴を、構造、プロセス、結果、また、保健人材の研修の背景という分野に従ってグループ化した。

最初にケアシステムの各レベル内で、次にレベル間で、縦方向振動混合法設計アプローチを使用して、定性分析と定量分析の結果を組み合わせた。

調査開始前に国内倫理委員会から許可を得た。

調査結果

本報告書の最初のセクションでは収集データの分析結果を示す。これには以下が含まれる:a)対象集団とサンプルの説明。継続性における施設の運営構造、プロセス、結果。主要な母子保健人材のトレーニングプログラム。b)各レベルにおけるデータと状況の分析から浮かび上がった強み、弱み、機会、脅威。

対象集団の特徴は、社会文化、規律、教育の 3 つのシステムに関して示されている。社会文化的システムは保健省各局、保健システムのレベルに応じた施設の管理者 21 名、地域のリーダー 65 名、保健施設に隣接する地域の男性 142 名と女性 160 名、そして最近出産したばかりの女性 120 名に代表される。規律システムは、施設のレベルに応じて分類された保健人材によって代表される。調査に回答したサンプルは 214 人で、そのうち 209 人(98%)が女性で、63%が 35 歳以上であった。教育システムは 28 人の学生で構成されており、その半数は 25～29 歳で、82%が女性、82%が独身、および 18 人の教職員で構成されている。

構造

継続性の構造的側面の説明を可能にするデータは、関係者へのインタビュー(19)から得られるが、より具体的には、施設内に存在する公式文書から得た。これらの結果には、目的、使命/価値観が含まれていた。母子保健サービスに関する国民の権利と義務。そして、母子継続ケアが利用できる人的、財政的、技術的、情動的なリソース。

目的、使命

組織内で戦略計画を立てるために不可欠な情報は利用可能であるべきである。ただし、これらの文書の一部が調査員には公開されなかった。したがって、この情報はトレーニングプログラム以外には文書化できなかった。

人的、財務的、技術的、情報リソース

調査を通じて、いくつかの施設がパートタイム職員を募集していることが判明したが、施設長はこの種の採用の

理由を説明していない。これは正当ではあるが、ケアの質とその継続性を損ない、行政サービスの負担を増大させる危険がある。この募集は主に医療分野に影響を与えるが、いくつかの 1 次施設の看護師、助産師も対象となる。一方、第 2 次、第 3 次レベルの施設の保健人材はフルタイムで採用される。第 2 次レベルの施設は約 100 名の人材の採用が必要とした。

スタッフ研修の継続

第 2 次、第 3 次レベルの施設では、スタッフの継続的なトレーニングのための戦略および運営計画がないことが判明した。継続的なトレーニングから恩恵を受ける人材は、助産師、フォーカルポイント、一般医師、看護師、助産師長、看護師長、主治医、看護助手、検査室スタッフ、マネージャーである。

医療施設の財源

この調査では、調査対象となった施設の財政に関する実質的な情報を得ることはできなかった。しかし、一部の施設長によれば、コミュニティ、民間寄付者、NGO などから資金援助を受けているとのことだった。それらの施設は受益者にサービスの料金を請求できる半民間の地位を持っている。

医療費政策については、事業所長への 3 つの質問をもとに検討した。第 2 次及び第 3 次施設のスコアは政策に従っているが、第 1 次施設のスコアは再評価が必要である。

政策、ガイドライン、レビュー

レビューや監査を含む政策、ガイドライン、プロトコル(医療機関に適用される可能性のあるもの)は、主に WHO が提案したツールからのデータを使用して評価されている。これらのデータは、さまざまな参加施設の関係者からのインタビューを通じて収集されたデータと突合されている。

この方針は、利用可能な入院費、料金情報システム、非公式な支払いに対する方針、緊急メカニズムと特定の医薬品の無料提供、地域社会の参加、感染症との闘い、推奨事項の順守、医療機関の存在などを扱う 12 の基準に基づいて検討されている。このレベルで得られるスコアは、1 次、2 次、および 3 次施設でそれぞれ 2.42/5、3.91/5、および 3.5/5 である。この結果は、これらすべてのポリシーを適用するには、すべてのレベルで厳密な作業が必要であることを示している。

第 2 次施設レベルのガイドラインに関連するすべての基準におけるスコアは、次のとおりである：2.11/5、1/5 および 4.3/5。最後に、レビューと監査に関しては、1 次施設においては多大な努力が必要であり、その他の施設では厳格な作業が必要であることが、得られたスコアからわかる(スコア：2.84/5、3.16/5 および 3.66/5)。

医療構造に関する技術リソース

母子保健サービスに関連して利用可能な医療インフラ、医薬品、製品、検査室、および基準に従ってサービスを提供する施設の意欲を評価することを含む。インフラ面では、電気と水道の遮断が 1 次施設にとって大きな障壁となっている。一部の施設はこれらの問題に対する暫定的な解決策を見つけたが、これらの 2 つの要素は依然として専門家、国民、および健康にとって重大な脅威である。

WHO は医療施設の能力評価に関する文書の中で、施設で利用できるべき 120 種類の医薬品のリストを提案している。その結果、第 2 次病院の薬局には 35 種類の医薬品(リスト全体の 29%)があることがわかった。第 3 次病院には 63 種類の医薬品(リスト全体の 52.5%)がある。薬剤師は、特定の医薬品が存在するにも

かわらず、供給プロセスが管理上遅れることで、長期的な在庫不足を引き起こす場合があることを認識している。1 次施設に関しては、医薬品の入手可能性は提供するサービスによって異なる。したがって、1 次施設が病院、救急、出産、新生児科などのケアを提供しないため、特定の薬剤が不足している。

施設の配置

評価は、緊急時の構造の配置(7 基準)、妊産婦および新生児のケア、搬送システム(3 基準)に焦点を当てた(スコア 2.52/5、3/5、および 4/5)。

調査員の観察によれば、1)トリアージシステムが存在しないか、明確に定義されていない施設がある(第 1 次および第 2 次施設)。2)母親への緊急ケアにおいて、2 つの 1 次施設および第 2 次施設には帝王切開用の手術室があり、24 時間対応可能である。一方、第 3 次病院には、午前 7 時から午後 9 時まで利用できる帝王切開室があった。3)新生児科サービスは、大部分の 1 次施設および第 2 次および第 3 次施設では行われていない。ある 1 次施設は数か月間、5 床の新生児科を運営していた。4)育児：小児外来 1 次施設では一般外来診療と分離されておらず、第 2 次、第 3 次の施設にある。1 日あたり 8.5 時間稼働する。5)すべての 1 次および第 3 次施設に小児患者の入院用の別室があるわけではない。第 2 次病院には、このカテゴリーの入院用に 19 床のベッドがある。6)「感染性」小児症例を入院させるための別室を備えている施設はない。7)外科的ケアが必要な子どもや重篤な病気に苦しんでいる子どもは、施設に応じて、より高いレベルのケア、ココディ大学病院またはアボボ州病院に転送される。8)緊急時の患者搬送に関するシステムが利用できず、施設の新たな再編が必要である(スコア 1.96/5)。第 2 次および第 3 次施設では受け入れられている。

医療構造に関する情報リソース

これらのリソースは、医療情報システム(5 つの基準)と医療記録(9 つの基準)を使用して調査した。

すべての 1 次施設は GIS 登録を使用して健康情報を収集している。産前健診サービスと産後健診サービスには 2 つの登録システムがあり、相談の総数を集計する。一般に、GIS とそれに含まれるデータの保守に関しては、いくつかの批判が行われている。施設長らは、この文書の内容を修正することを提案している。さらに、参加しているすべての施設は、コンピューター化された健康データシステムを持っていないと報告している。

医療ファイルに関しては、得られる合計スコアは施設で 2.34/5 と非常に低い。一部の施設には医療記録がない。入手可能な場合でも、メンテナンスや保存状態が不十分である。ファイル内の情報が完全であることは、特にリファラル搬送がある場合には必要ない。施設は、病歴や病気の治療のために行われた手順に関するほとんどの情報を提供する患者の健康記録に依存している。したがって、家族の健康記録は、最新の状態に保たれている唯一の信頼できる文書となる。第 2 次および第 3 次施設の医療記録は 5/5 のスコアを獲得している。

母子継続ケアに係る実際のプロセス

このセクションでは、医療施設レベルで施行されている政策、利用可能な管理ルールとガイドライン、組織的なサービスの質と専門的な実践の質について説明する。

政策

継続ケアサービスの運営を取り巻く政策は、社会文化的、規律的、教育的側面を考慮した。社会文化レベルには、法律、ガイドライン、公文書などが含まれる。これは母子保健サービスの運用に影響を与える可能性がある。

残念ながら、主に保健省などの省庁から提供され、母子保健サービスの機能に影響を与えるこの種の文書にアクセスすることができなかった。保健人材の訓練と配置、サービスの提供とその質の保証、母子保健サービス提供施設を指導する基準とガイドラインに限定された。

医療機関の方針は、WHO のツールを用いて 12 の基準で評価されており、それぞれのスコアは 2.42/5、3.91/5、3.5/5 である。指摘された指針の弱点は、必須医薬品の在庫切れや有効期限が迫っていること、特定のサービスの欠如、指針の適用における不徹底、医療センターの財政問題、そして管理者と保健従事者間の緊張などに関連している。これらすべての弱点が、医療の質とその継続性を脅かしている。

専門職団体と協会

参加する専門職団体や協会について：これらの専門団体の存在や役割を知らないメンバーがいる。また、情報を得ている者の中でも、多くはまだ加入していない。

母子保健人材の採用、雇用、定着

保健人材局長は、特に以下に関するプログラムや戦略の存在について言及した：システム内のさまざまな環境での母子保健人材のイメージ向上と役割に関する戦略、医療施設における人材の配置やキャリア計画に関する戦略。特に農村部や困難な地域で保健人材を引きつけ、定着させることに関連する部分について、政府の決定がなされないと感じている。この面で観察された弱点には、専門職のキャリアプランの欠如、保健人材管理戦略に関する知識不足、施設のスタッフが契約通りに仕事をこなしていない(50%)、およびボーナス付与の条件がよく知られていないことが含まれる。

管理ルール

医療施設で使用する管理ルールと指針は、プロセスの評価基準の 2 番目にあたる。母子継続ケアの文脈では、WHO が提案したツールを用いたデータ収集が行われた。1 次および 2 次施設では非常に低いスコア(それぞれ 1.76/5 および 1/5)を示し、3 次施設では 5/5 のスコアを記録した。管理ルールに関して観察された弱点は、特に 2 次施設に関連している。1 次施設については、特に緊急事態の指針や、新生児、産科、小児科のケアマニュアルの欠如が弱点である。

母体ケアの指針

3 次施設である基幹病院は指針にほぼ準拠しているが、特に一部の 1 次施設および 2 次施設で、患者の流れに弱点が見られる。

緊急産科ケア

これらのケアは、患者の流れと緊急ケアの配置や構造を基に評価された。流れに関する弱点は以下のとおりである：適切なリファラルカードなしに患者が搬送される、1 次施設のトリアージシステムの見直しと強化が必要。すべてのレベルで弱点があり、特に 1 次施設ではトリアージを行う人の訓練とプロフィールを見直す必要がある。2 次施設における弱点は、緊急ケア用の薬の利用可能性に関連している：緊急ケア用の薬が定期的に利用できない、2 次および 3 次施設で緊急時の検査が利用できない。最後に、1 次施設の設備不足が緊急事態への対応能力を低下させている。

産科サービス

産科サービスは、産科スタッフ、衛生および事故予防、重症患者への対応という3つの側面から検討された。

スタッフに関しては、強みとして、3次施設の病院に十分な数の産婦人科医がいること、10の1次施設で有資格の保健人材が利用可能で共感的であること、2次施設のスタッフが活気に満ちていることが挙げられる。一方、弱点としては、1次施設の保健人材の数が不十分であるため、すべてのプロフィールにおいて労働負荷が増し、疲労がたまることが挙げられる。

衛生の問題が障害となっている。建物は古くて埃っぽく、設備は老朽化しているか、供給が途絶えている。多くの1次施設および2次施設ではベッドや寝具が不適切である。水源がすべての場所にあるわけではなく、蚊帳もすべてのレベルで不足している。

重症患者への対応は、2次および3次施設では要求に応じたものであるが、1次施設では不足している。

感染対策と支援ケア(産科内)

感染対策としては、保健人材が衣服や靴を着替えるという実践が唯一のものだが、手指衛生が1次施設で最も徹底されており、手袋の使用も徹底されているが、完全ではない。ケアの2次および3次施設での強みは、医師が女性へのケアに非常に気を配っており、学際的な協力がケアの条件や礼儀正しさを促進していることが挙げられる。一方、弱点は、3つのレベルすべてで見られる：女性を観察するためのサービスがない、1次施設でのケアの質が均一でない、2次施設での出産中の食事提供が必要、3次施設では保健人材不足、技術的なインフラと基本的な資材(盆やスクリーン)が不足している。

母体のケア

産前ケアは、妊娠中の子癇前症の管理、および感染症の予防と治療を目的としている。子癇前症の管理は繊細なケアであり、いくつかの弱点があることが明らかになっている。特に、1次施設では、スタッフの訓練不足や必要な機材の欠如が見られ、3次施設では、集中治療のサービスやスタッフの集中治療に関する訓練が不足している。また、妊娠中の感染症の予防と治療に関しては、患者ケアのプロトコルに関するリプロダクティブ・ヘルス・サービス(RHS)の知識が統合されていること、そしてこれらの指針がコミュニティや職場で周知されている点が強みである。この点における弱点は主に1次施設に見られ、特に帝王切開後の抗生物質治療や腎盂腎炎の治療が十分に実施されていないことである。

出産時および産後ケア

正常分娩と経膈分娩

特に第2次および第3次レベルで以下点について弱点が見られる。1)分娩の第一期の監視;2)個別ケア：体位の変更、出産中のサポート、手順の説明と同意の取得、姿勢の選択、膀胱の排尿の要求、分娩の段階。出産後のケアについても、子宮の高さ、分泌物、血圧の監視に関する弱点がある。

早産の予防と対応

早産や問題のある帝王切開の対応には第1次レベルで弱点があり、第2次および第3次レベルでも多くの

欠点がある。

難産の対応

難産や延長分娩の対応は、第一および第二レベルで困難である。

産後出血

産後出血の対応は、第 1 次および第 2 次レベルで非常に不十分で脆弱である。第 3 次レベルでは、輸血用の血液へのアクセスが問題となっている。さらに、迅速な再生医療のためのプロトコルが欠如していることも母体の健康に対する脅威である。

管理と追跡

この点における強みは、赤ちゃんのケアを担当するスタッフの可用性である。ただし、追跡管理は第 1 次および第 2 次レベルで不十分である。赤ちゃんの病気の追跡管理が質的に良好であるものの、リファラルおよびカウンターリファラルの継続性には欠けている。

医療記録と患者の追跡

医療記録、帳簿の管理、および分娩後の追跡に関する情報の流通は、第 1 次レベルでいくつかの「ギャップ」があり、第 2 次および第 3 次レベルの施設での記録保管の改善が必要である。また、医療記録のデジタル化は、専門家の作業負担を軽減する利点が認識されている。

衛生管理と事故防止

一般的な新生児ケア

ケアの質は比較的良好で、家庭での赤ちゃんのケアを学ぶための指針も整っている。しかし、1 次施設には新生児の再生医療や母親への教育に関する指針が不足している。

新生児部門での感染症対策

第 1 次レベルでの強みは、定期的なサービスの消毒、手洗いの徹底、および手袋の着用である。弱点は、手洗いの技術が常に適切に実行されていないことである。

病気の新生児のケア

サポートケア

病気の新生児に対するサポートケアは、1 次施設におけるけいれん治療、栄養ニーズ、黄疸治療のフォトセラピーなど、非常によく組織されている。しかし、第 1 次レベルでの弱点は、新生児の問題に対する指針が不足していることである(酸素の使用、腰椎穿刺、周囲温度の維持など)。また、指針がサービス内に掲示されていない。

新生児のリファラルおよびカウンターリファラル逆転送の方法

これに係る強みは、3 つの 1 次施設での救急車の可用性とその良好な整備、一部の施設での無料リファラルの管理を行う社会福祉サービスの存在、および患者との良好なコミュニケーションである。弱点は、全てのレベル

で物資の不足、財源の不足(サービスの無料化の欠如)、リファラル条件の劣悪さ、リファラル中の患者が説明なしで同行されること、第 1 次レベルでのリファラルの無償化の欠如、第 2 次レベルでの燃料費の患者負担、第 3 次レベルでの救急車の不足である。

監査：委員会とレビュー

監査は、1 次施設および参加病院で体系的には行われていない。

サービスの全体像と範囲

作業負担と専門職活動の種類

第 1 次および第 3 次レベルでは、助産師が主要な責任を担い、主に帝王切開は産婦人科医と共有されている。スタッフのほとんどは、産前、産中、産後のサービスに大部分の作業時間を割いている。業務の中で、特に助産師に関連しないタスクとして「教育」が最も重要で、次いで支援/サポート、監視が続いている。弱点としては、作業時間の過剰、第 1 次レベルでの助産師の多重職務(産前産後健診、分娩室)があり、地域リーダーからの批判がある。特に、助産師によるケアの遅れが、女性が伝統医学に頼る理由の一つとされている。第 2 次レベルでは、負担が助産師と婦人科医で半分ずつ分担されている。データとしては、母子保健の多職種チームメンバーによるサポート活動は確認が必要である。

人的、物的、財政的資源へのアクセス

保健人材の可用性とアクセス

保健人材のアクセスは、サービスを受ける人口のニーズに応じて十分ではない。多くのグループからのコメントにより、保健人材の数は十分であるが、アクセスが困難であることが示されている。多くの不具合(勤務時間の不遵守、無駄話や長時間の休憩、患者への予約未設定など)が待機時間を長くしている。そのため、女性は予約を取って助産師のもとに行くことが多い。

物的資源の可用性とアクセス

第 2 次および第 3 次レベルではインフラが利用可能であるが、第 1 次レベルでは改善が必要である。

基本的な薬品と血液製品

薬品の管理には、全レベルでの弱点がある。9 つの 1 次施設と第 2 次レベルの施設での期限切れ薬品、冷蔵保存(ワクチン)や薬品のストックの見直し、保管スペースの狭さ、家具の不足、スタッフの不足が問題である。

教育システム、助産師および看護師の教育

助産師、看護師は母子継続ケアの中心に位置するが、その専門の実践において弱点になっている。このため、主要な保健人材の訓練機関である INFAS の責任者、両職種の教員、および関係する学生たちと面会した。また、関係する職能団体や協会の代表者、各省庁における人材育成の責任者、現場での専門職の実践に責任を持つ者などとも接触し、INFAS で収集したデータの分析を三角測量的に行うための取り組みを行った。この部分で研究された側面は、システムの 4 つの側面、すなわちその価値観と哲学、行動様式とツール、関係者、そして最終目標に関係している。これらは、目指す職業モデルと関連する教育的アプローチに基づいて分析された。

教育課程の規制に関して、教育責任者は看護師・助産師の訓練において、WAHO によって認可された全国的なプログラムが存在する。参加した教員の大多数(13 人/18 人)は、プログラムの内容と進行を規制する国家政策の存在を認識している。訓練のレベルは、両分野においてライセンスレベルとして位置づけられている。入学に関しては、プログラムの入学条件は政府によって定められており、1991 年に創設された両プログラムは、3 年間の学習の後に国家資格の看護師または助産師の資格が与えられていた。

プログラムの哲学と価値観に関しては、学生と教員が母子保健ケアの質を保証するための実践フレームワーク (Renfrew らのフレームワーク)の基盤となる哲学と価値観が理論的および実践的な訓練にどのように組み込まれているか尋ねた。助産師の学生は、哲学(理論および実践において)、ケアの最適化、女性のエンパワメント、技術の適切な使用、特に周産期ケアの質とサービスに関するフレームワークの知識に関して、あまり積極的な評価を示していない。一方、看護師の学生は、これらの概念が主に理論的な訓練において重視されていると認識している。また、教員はこれらの概念が理論的および実践的な訓練に組み込まれていると主張しているが、「女性のエンパワメント」という概念は、助産師の教員にとって最も評価が低く、助産師の実践において中心的な概念であるにもかかわらず、認識が低いことが指摘されている。保健人材の責任者や医療施設の管理者は、これらの質に関する概念が保健人材の訓練や実践において十分に取り入れられていないと考えている。

INFAS での看護師および助産師の訓練プログラムに関わる主な関係者は、教員と学生である。教員に関しては、全員が自身のチームのプロフィール、すなわち教員の資格(専門職タイトル)や教員の数、フルタイムやパートタイムでの勤務状況、学問的、臨床的またはその他の分野での活動状況を把握できていないことが驚きであった。また、教員は全員が実践的な授業に必要な人員が不足していることを認めており、PACSSMN のベースライン調査で取り上げられたプログラムのいずれかの内容を提供するためのスタッフが不足していると述べている。学生たちは、自分たちの協会や職能団体との関係がないか、助産師と看護師の学生の約半数は、そのような職能団体が存在することすら知らなかった。

方法論

コンピテンシーベースのプログラムの特徴

我々は、助産師および看護師の養成プログラムの開発における組織的条件について、コンピテンシーベースのプログラム開発基準に基づいて学生および教員に質問した。学生たちはこのプログラムに対して非常に肯定的な評価を示したが、コンピテンシーベースの特定の特徴に関しては例外であった。教員側は、職業の指針やスキル、評価、教育法の存在を認める際に、肯定的な意見がやや消極的であった。

臨床実習中に行われた活動の特徴について、学生が認識しているものは、教員が提供するデータとは異なっている。例えば、調査に参加した学生の中で 4 週間を超える専門分野での実習を行った者は稀であったが、教員は各実習環境において 10~12 週間が割り当てられていると報告している。行われた専門的行為の数に関しても、20 回に達した学生は稀であり、多くの回答者は行った行為の数を知らない述べている。

また、我々は助産師および看護師の養成が、標準的なコンピテンシーの指針で一般的に使用されている能力の開発を可能にしているかどうかについて、学生、教員、およびその他のシステム関係者に質問した。能力は存在すると認識されているが、実際の達成は常に低い割合で認められている。ケアに関する能力は、職業的または学際的なスキルよりも高く評価されており、例えば、職業倫理の能力は 100%の同意を得たが、実現率は 75%にとどまった。組織管理に関しては、養成において最も低い評価(56%および 58%)を受け、実現率では、助産師が 50%、看護師が 91.7%の自律的評価を受けている。

母子継続ケアにおけるサービスの結果、保健人材および母子保健ケア受益者の満足度

母子保健サービスの結果は 2 つの側面で示される。1 つは、母子の健康指標であり、もう 1 つは、提供された母子保健ケアの受益者およびそのケアとサービスを提供する保健人材の職場環境および労働条件に対する満足度である。

母子の健康指標は、WHO(2017)の「医療施設における母子ケアの質の向上のための基準」ツールに基づいている。収集されたデータは、調査の前年に行われた妊婦や病院の登録記録から得られたものである。これらの指標には、妊娠に関連する合併症、授乳や妊娠計画に対する女性の姿勢、母親と新生児の母子保健サービス(外来および入院)の利用状況、妊娠中の外来診療の最も一般的な診断が含まれる。

一般的に、施設から提供された統計データは、得られたデータの信頼性を確認するために再検討が必要であることが示唆されている。特に、非常に高い数の母体死亡(701 件)が明らかになり、非常に高い死亡率が示唆されている。調査対象地域の総出生数の実際の数値が欠如しているため、参加した 20 の 1 次施設で発生した 16,601 件の総出生数から推測されるように、2 次および 3 次レベルでも同様の数の出生があった可能性がある。特に 19 歳未満の若年層の状況はさらに深刻であり、彼女たちは他の年齢層の女性と比較して多くの外来診療を受けているが、緊急診療や入院を受けることはなく、3 次レベルでの死亡数は高い。

妊娠中に経験した主要な合併症は、出血および高血圧であり、これらの合併症は妊娠中のどの段階でも 1 次レベルで最も頻繁に発生しているようである。妊婦が受診する主な理由は、マラリア、貧血、感染症(呼吸器、チフス、尿路)、肺炎および栄養失調である。新生児の外来診療で最も一般的な診断は、マラリア、母子感染、呼吸困難および脳障害であり、これらはすべて 1 次レベルで発生している。2 次および 3 次レベルのデータは利用できなかった。

調査に参加した女性の約半数は計画的に妊娠したと述べている。ほとんどすべての女性が母乳を 18 か月まで続ける意思を示しており、コミュニティの女性の三分の二は子どもが 18 か月になるまで母乳を与えていると述べている。

保健人材および母子保健ケア受益者の満足度

保健人材の満足度の結果は、継続ケアのすべてのレベルにおいて、複雑な満足度を示していることを明らかにした。労働条件の異なるカテゴリーで得られたスコアは、許容されると考えられるスコア 4 を超えることはなく、最も低いスコアは給与および福利厚生ならびに医療施設の構造に関連している。2 次および 3 次レベルの施設の管理者は、保健人材が労働条件に満足していると見なしているが、1 次レベルの管理者も保健人材が労働条件に満足していると考えている。最も不満が多い 2 つの理由として、保健人材は賃金が生活を維持するのに十分でないこと、および多忙な労働負荷を挙げ、多くのインタビューを受けた人々や受益者がこれを確認している。保健人材の満足度を向上させるために、彼らの要求は以下のようなものである：給与スケールの見直し、社会的および医療的保護、公務員の公平な処遇、明確なキャリアプランおよび継続教育のシステムの確立、当直中の食事提供、および医療施設の設備および技術的な条件の改善。

受益者の満足度に関しては、出産した女性、コミュニティの女性および男性に質問し、彼らは出産前後のケアやサービスの進行状況およびその技術的および非技術的な質、ならびにケアが行われる環境や状況について意見を述べた。

妊娠中および妊娠後のサポートに関して、出産したばかりの女性は、受けた妊娠前のケアが十分であったと感

じており、ほとんどもしくはすべてのレベルにおいて満足している。さらに 1 次施設でケアを受けた女性は、ケアが個別化されていると感じており、次の妊娠でも同じ経験をしたいと考えているが、2 次および 3 次レベルの施設でケアを受けた女性は、同じ経験を繰り返すことに対してやや懐疑的である。一方、コミュニティの女性および男性は、1 次施設および 3 次施設での妊娠前のケアに概ね満足しているが、2 次施設では満足度が低い評価を受けている。

出産に関して、調査に参加した各施設で新たに出産した女性たちは、出産が行われた環境に対する満足度について意見を述べた。出産が行われた場所への信頼、施設の受け入れ態勢や空間の広さ、施設内の騒音レベル、プライバシーの保護、および暖かい雰囲気に関して、1 次施設で出産した女性たちは 100%満足しており、3 次施設でも満足度は高い。コミュニティの女性たちも、これらの特徴に基づいて 3 次施設に対して全体的な満足度を 100%と評価しており、1 次施設のサービスを受けた人々もそれに続いている。男性たちも、3 次施設を高く評価しているが、プライバシーと騒音に関しては若干の懸念がある。

この評価は、出産後に赤ちゃんを抱く瞬間の満足度に関しても維持されている。最終的に、再度出産する際に、前回の出産時にサポートしてくれた同じ人を選ぶかどうかという質問に対して、1 次施設が最も高い賛同を得ており(96.8%)、次いで 3 次施設(91.3%)、最後に 2 次施設(75%)である。

赤ちゃんのケアや自身のケアに対してスタッフから受けたサポートに関して、1 次施設で出産した女性たちは非常に満足しており、3 次施設で出産した女性たちがそれに続いている。最後に、産後ケアに関しては、1 次施設で出産した女性たちだけが、出産後 1 週間以内に保健人材の訪問を受けることができた。

提言

母子継続ケアは、異なるレベルで三つのシステム(およびサブシステム)と、多数の多様な関係者を必要とする複雑な実体である。現状分析の結果は、その範囲と複雑さを示している。この状況から得られる結論は、この規模の複雑な介入は単一の実体や単一の人物の責任ではない。

実際、継続ケアの異なる側面の弱点に対して修正を加えることは、必然的に三つのシステムの構成要素、構造、プロセス、結果、そして教育の関係者が相互に作用することを意味する。継続ケアの一部の側面や次元に焦点を当てることは、最終的な目標である母子の避けられる死亡率の削減に繋がる変化をもたらす。

したがって、我々の提言事項は以下の通りである：

1. 母子継続ケアの改善に必要なシステムの整備
2. 戦略的アクションプラン

明らかに、アビジャン 1 のアボボ東保健区およびアボボ西保健区の保健ゾーンで母子継続ケアの改善を主導するのは看護助産ケア局(DSIM)である。同局は JICA の支援を受けている。

しかし、母子継続ケアにおいてサービスの質を改善するためには、さまざまな背景や関係者/受益者を代表する異なる委員会を設置し、改善をもたらす活動を実施することが不可欠である。また、母子継続ケア全体に根本的な変化をもたらすために、異なる分野の専門家やシステム間およびシステム内の関係者が一緒に戦略計画を考え、各種のグループ(委員会やサブ委員会)を機能させるために必要な人的、物的、財政的資源を動員することが求められる。

結論

本報告は、アボボ東保健区およびアボボ西保健区の保健局が対象とする医療機関における母子継続ケアの運用について、現状を把握するため実施された。この現状分析により、この複雑な実体の強みと弱みが明らかになり、その対応には複雑な介入が必要であることが示された。この問題は単一の組織や人物の責任ではなく、各関係者やグループがそれぞれの専門性に応じて貢献する必要がある。重要なのは、共に進むことである。

したがって、私たちの最終的な提言は、各々の力を結集し、多様なパートナーと連携して戦略を開発し、この問題を共に解決することである。もし母子の健康改善が国民や国全体に大きな影響を与えると確信するならば、もはやこの脆弱な人々の苦しみと死亡を受け身で見守るだけであってはならない。

作成年月：2024 年 8 月
作成：PACSSMN 専門家

助産師・看護師研修改善案（概要）

1. 本提言の目的

本プロジェクトにて看護師・助産師研修を実施したが、研修の運営方法や時間管理、講義内容や実技内容について、いくつかの課題があった。課題を解決すべく、日本人専門家は研修の中間・最終デブリーフィングにおいて改善の提案を試みたが、その大半は反映されなかった。本提言は、今後、コートジボワール側にてより効果的かつ持続的な研修を実施していくための参考としていただくべく、日本人専門家が中心になってまとめたものである。

2. 提言の要点

2-1. 正常分娩について学び直すことの重要性

ベースライン調査の結果から、正常分娩のモジュールに重点を置くべきである。研修中、「助産師たちはいつも正常分娩を介助している」「助産師たちはそれをどのように扱うかすでに知っている」という発言がしばしば聞かれたが、スーパービジョンで観察した限り、質の高いケアができていないとはいえない。科学的根拠に基づいた母子が尊重されるケアを提供するためには、研修を通して、参加者が普段のケアを見直し、改善点に気づき、知識や技術をアップデートしていく必要がある。

2-2. アセスメント能力

分娩期における助産師のアセスメント能力の不足は、妊産婦死亡レビューの報告書やベースライン調査でも特定されていた課題である。助産師や看護師が、何を観察すべきか、観察結果からどのような診断を下すべきか、その助産診断に基づいてどのようなケアを提供すべきか、これらを考える能力を強化するモジュール構成ができれば有益である。

2-3. 事例を用いた学習

アセスメント能力を養うためには、臨床でよく遭遇する遷延分娩、回旋異常、肩甲難産などの事例を用いた学習が効果的である。例えば、分娩の進行が緩やかな場合にルーティンにオキシトシンを使用して陣痛促進するのではなく、不安や緊張が強い場合、回旋異常の場合、児の推定体重が重い場合など、原因をアセスメントしたうえで適切な対応を考える演習ができることが望ましい。

2-4. パルトグラム

コートジボワールで現在使用されているパルトグラムは 1980 年代に開発された旧式のものであるが、2018 年に WHO が発表したガイドラインとユーザーマニュアルによると、子宮口が 1 時間に 1cm ずつ開大すると考えることは推奨されておらず、新しいパルトグラムにはアラートラインとアクションラインはない。今後、新しいパルトグラムの使用が望まれるが、導入には保健省の決定を待たねばならない。

新しいパルトグラムの導入を待つにしても、現行のパルトグラフは、解像度が低く文字がつぶれて判読できない、用紙の余白が広すぎてグラフが小さいなど、記入が困難であることから、研修での使用は避けた方がよい。研修中からプロジェクトが提案したように、読み書きの容易なフォーマットを使用すべきである。

また、研修ではパルトグラムの理論に 1 時間、演習に 2 時間以上が割かれていた。パルトグラムには誰もが間違いやすい特定の部分があるため、まんべんなく単調に指導するよりは、分かりにくい部分を重点的に指導した方が効果的であろう。また、受講者の理解度にばらつきがあり習熟している助産師もいたことから、学習方法としてグループワークを取り入れることも考慮するとよい。

3. 目的

3-1. 研修の目的

母児が尊重された、質の高いケアを提供することで、コートジボワールの保健医療施設の利用が向上する。

3-2. 短期的な目標

- 1) 妊娠・出産・産褥期にエビデンスに基づいたケアを導入する
- 2) 搬送 / 逆搬送システムを改善する
- 3) ESPC と病院間のコミュニケーションと協力体制を強化する

3-3. 研修の目標

- 1) 妊娠、出産、産褥期における妊産婦と新生児のケアに関する医療従事者の知識を強化する
- 2) 妊娠・出産・産褥期の母親の身体的・精神的状態を評価する
- 3) 出産時および産褥期の新生児の身体状態を評価する
- 4) 母親と新生児を尊重したケアを提供する
- 5) 搬送 / 逆搬送の調整を強化する

4. 研修の日程案

- ・ 研修期間：5 日間（開会式、閉会式、評価を含む）
- ・ 1 日あたりの研修時間：6～7 時間 / 日

日	時間	内容
1 日目	9h00- 9h30	開会式
	9h30-10h10	プレテスト
	10h10-10h30	休憩（ポーズカフェ）
	10h30-10h45	イントロダクション
	10h45-12h25	Module 1: Session1: 母児が尊重されたケアのコンセプト Module 1: Session2: 助産師が実践する母児が尊重されたケア
	12h25-13h55	Module 2: Session1: 妊娠期のモニタリング
	13h55-15h00	昼食休憩
	15h00-16h20	Module 2: Session2: 妊娠期の母児が尊重されたケアの実践
2 日目	9h00- 9h30	1 日目のまとめとフィードバック
	9h30-11h20	Module3: Session1: 正常分娩の定義とケア
	11h20-11h45	休憩（ポーズカフェ）
	11h45-12h50	Module3: Session2: 入院時のアセスメントとケア
	12h50-14h00	Module3: Session3: 分娩第 1 期のアセスメントとケア
	14h00-15h00	昼食休憩
3 日目	15h00-16h30	Module3: Session3: 分娩第 1 期のアセスメントとケア
	8h30- 9h00	2 日目のまとめとフィードバック
	9h00-10h30	Module3: Session3: 分娩第 1 期のアセスメントとケア
	10h30-10h50	休憩（ポーズカフェ）
	10h50-13h20	Module3: Session4:
	13h20-14h20	昼食休憩
4 日目	14h20-16h10	Module3: Session4: 分娩第 2 期のアセスメントとケア
	16h10-16h30	3 日目のまとめとフィードバック、研修の中間の振り返り
	8h30-10h30	Module3: Session5: 母児の合併症と異常時のケア
	10h30-10h50	休憩（ポーズカフェ）
	10h50-12h00	Module3: Session6: 分娩第 3 期のアセスメントとケア
	12h00-13h50	Module4: Session: 分娩直後のアセスメントとケア
5 日目	13h50-14h50	昼食休憩
	14h50-16h20	Module5: Session1: 出生時の新生児のケア
	8h30- 9h00	4 日目のまとめとフィードバック
	9h00-10h30	Module5: Session 2: 新生児ジストレスのケア
	10h30-10h50	休憩（ポーズカフェ）
	10h50-11h50	ポストテスト
	11h50-13h50	Module6: Session 1: 搬送 / 逆搬送の調整、内容、事前準備 Module6: Session 2: 搬送 / 逆搬送に関わる様々な関係者の役割と責任
	13h50-14h50	昼食休憩
	14h50-15h50	研修の評価 閉会式

5. コースの評価

5-1. 評価の目標

- 学習の進捗状況について、参加者とトレーナーにフィードバックを提供する
- 研修中に参加者が習得した知識、アセスメント能力、実践的スキルを測定する
- 研修プログラムを改善する

5-2. 研修の評価

- 1日ごとの評価
- 研修の評価
 - 目標の達成度
 - 方法論
 - トピックの妥当性
 - 研修の長さ
 - 組織

5-3. 修了認定の基準

修了認定には2つの基準がある。

出席率：

- 全研修プログラムの80%以上に出席していること

ポストテストの結果：

- ポストテストの得点がX%以上であること（%はテストの難易度により検討）

注：

主催者がトレーナーと結果を協議の上、参加者に修了証を授与するかどうかを決定する

6. フォローアップとスーパービジョン

トレーニング終了後、主催者とトレーナーは参加者を訪問し、3ヵ月後、6ヵ月後のパフォーマンスを評価する。

7. モジュールの概要

Module 1：母児が尊重されたケア

Session 1：母児が尊重されたケアのコンセプト

目標：このレッスンの後、参加者は次のことができるようになる：

- 1) 母児が尊重されたケアのコンセプトを明確にする
- 2) WHO のレコメンデーションについて詳しく述べる
- 3) 推奨されない行動について説明する

Session 2：助産師が実践する母児が尊重されたケア

目標：このレッスンの後、参加者は次のことができるようになる：

- 1) 妊産婦とその家族に十分に明確かつ簡潔な情報を提供する
- 2) 産婦のプライバシーと秘密を尊重するように、サービスを設計する
- 3) 効果的なコミュニケーションについて説明する

時間：100分 (50 + 50)

Session 1：母児が尊重されたケアのコンセプト

目標	内容	方法	必要物品	時間	評価
1) 母児が尊重されたケアのコンセプトを明確にする	- 母児が尊重されたケアのコンセプトの定義 - 母児が尊重されたケアの歴史	- ブレインストーミング - 講師によるプレゼンテーション	- パソコン - プロジェクター - フリップチャート - マーカー	15分	質疑応答
2) WHO のレコメンデーションについて詳しく述べる	- WHO レコメンデーション「ポジティブな出産体験のための分娩期のケア」	- 講師によるプレゼンテーション	- パソコン - プロジェクター	25分	質疑応答
3) 推奨されない行動について説明する	- WHO レコメンデーション「ポジティブな出産体験のための分娩期のケア」	- ブレインストーミング - まとめ - 講師によるプレゼンテーション	- パソコン - プロジェクター - フリップチャート - マーカー	10分	質疑応答

Session 2：助産師が実践する母児が尊重されたケア

目標	内容	方法	必要物品	時間	評価
1) 妊産婦とその家族に十分に明確かつ簡潔な情報を提供する	- ケア前後の説明と同意の演習	- ロールプレイ (ケース 1) - まとめ	- 机 - 椅子	30 分	演習の観察
2) 産婦のプライバシーと秘密を尊重するよう、サービスを設計する	- 産科においてプライバシーと秘密を尊重する演習	- ブレインストーミング - 講師によるプレゼンテーション	- パソコン - プロジェクター - フリップチャート - マーカー	10 分	質疑応答
3) 効果的なコミュニケーションについて説明する	- 効果的なコミュニケーションの原則 - 効果的なコミュニケーションの手順と利点	- ブレインストーミング - 講師によるプレゼンテーション	- パソコン - プロジェクター - フリップチャート - マーカー	10 分	質疑応答

Module 2 : 妊娠期のケア

Session 1 : 妊娠期のモニタリング

目標 : このレッスンの後、参加者は次のことができるようになる :

- 1) 妊娠期のモニタリングを説明する
- 2) 妊婦健診の各段階の内容を詳しく述べる
- 3) 母子手帳を使用する利点について説明する

Session 2 : 妊娠期の母児が尊重されたケアの実践

目標 : このレッスンの後、参加者は次のことができるようになる :

- 1) 一対一のコミュニケーションを実践する
- 2) 国のガイドラインに従って、妊娠期間中、妊婦を尊重したケアを提供する
- 3) 書類に正しく記入する (母子手帳と登録簿)

時間 : 170 分 (90 + 80)

Session 1 : 妊娠期のモニタリング

目標	内容	方法	必要物品	時間	評価
1) 妊娠期のモニタリングを説明する	- 妊娠期のモニタリングの定義 - 妊娠期のモニタリングの目的の説明	- プレインストーミング - まとめ - 講師によるプレゼンテーション	- パソコン - プロジェクター - フリップチャート	10 分	質疑応答
2) 妊婦健診の各段階の内容を詳しく述べる	- 各の妊婦健診の手順	- プレインストーミング - 講師によるプレゼンテーション - ケーススタディ - まとめ	- パソコン - プロジェクター - フリップチャート	60 分	質疑応答 ディスカッションの評価 価 (ケーススタディ)
3) 母子手帳を使用する利点について説明する	- 母子手帳の利点 - 母子手帳の使用方法 - 母子手帳の管理	- プレインストーミング - 講師によるプレゼンテーション	- パソコン - プロジェクター - フリップチャート	20 分	質疑応答

Session 2：妊娠期の母児が尊重されたケアの実践

目標	内容	方法	必要物品	時間	評価
1) 一対一のコミュニケーションを実践する	- 対人コミュニケーションの態度とスキル	- ブレイクストーリーミング - ビデオ視聴 - ディスカッション - まとめ - 講師によるプレゼンテーション	- パソコン - プロジェクター - フリップチャート - ビデオ / アプリ	30 分	質疑応答 ディスカッションの観察
2) 国のガイドラインに従って、妊娠期間中、妊婦を尊重したケアを提供する	妊婦が尊重されたケア： - 予防 - 保護 - 自由で十分な情報に基づく選択 - 継続的なサポート - 支持的な関係 - 患者が選んだ付き添い者	- ケーススタディ - ディスカッション - 講師によるまとめ - 講師によるプレゼンテーション	- パソコン - プロジェクター - フリップチャート - シナリオ	30 分	観察 自己評価と 大グループからのフィードバック
3) 書類に正しく記入する (母子手帳と登録簿)	- ガイドラインに沿った記入	- 記入の練習 - 説明の読み合わせ - 講師によるプレゼンテーション	- パソコン - プロジェクター - 母子手帳	20 分	質疑応答 ケーススタディの観察

Module 3 : 分娩期のケア

Session 1 : 正常分娩の定義とケア

目標 : このレッスンの後、参加者は次のことができるようになる :

- 1) 正常分娩を定義する
- 2) 分娩期の違いを見極める
- 3) 分娩期の胎児モニタリングを適切に実施する

Session 2 : 入院時のアセスメントとケア

目標 : このレッスンの後、参加者は次のことができるようになる :

- 1) 入院時に産婦の健康状態を評価する
- 2) 入院時のアセスメントに基づき、必要なケアを提供する

Session 3 : 分娩第 1 期のアセスメントとケア

目標 : このレッスンの後、参加者は次のことができるようになる :

- 1) 産婦への支援的なコミュニケーションを確立する
- 2) 分娩第 1 期の正常な経過について詳しく述べる
- 3) 体位が分娩の進行に及ぼす影響を説明する
- 4) 適切な意思決定のために、基準に沿ってパルトグラムを記入する
- 5) 陣痛と分娩がスムーズに進行するよう、産婦とその周囲の人々に適切な助言を与える

Session 4 : 分娩第 2 期のアセスメントとケア

目標 : このレッスンの後、参加者は次のことができるようになる :

- 1) 分娩第 2 期の定義とレコメンデーションについて詳しく述べる
- 2) それぞれの分娩体位の利点と欠点について説明する
- 3) 胎位胎向の異常を特定して対応する
- 4) 肩甲難産の場合の娩出法を実施する

Session 5 : 母児の合併症と異常時のケア

目標 : このレッスンの後、参加者は次のことができるようになる :

- 1) 分娩時の合併症と異常を特定する
- 2) プロトコールに従って、合併症のある産婦へ文化的受け入れられ尊重されるケアを実施する

Session 6 : 分娩第 3 期のアセスメントとケア (胎盤娩出)

目標：このレッスンの後、参加者は次のことができるようになる：

- 1) GATPA(分娩第3期の積極的管理)の手順に沿った分娩第3期のケアを実施する
- 2) 分娩後2時間以内の母親と新生児のモニタリングを確実に行う
- 3) 分娩後出血時の緊急対応について説明する

Durée : 825 分 (110 + 65 + 250 + 230 + 100 + 70)

Session 1 : 正常分娩の定義とケア

目標	内容	方法	必要物品	時間	評価
1) 正常分娩を定義する	- WHO による正常分娩の定義	- ブレインストーミング - まとめ - 講師によるプレゼンテーション	- フリップチャート - マーカー - パソコン - プロジェクター	10 分	質疑応答
2) 分娩期の違いを見極める	- 分娩各期について	- ブレインストーミング - まとめ - 講師によるプレゼンテーション	- フリップチャート - マーカー - パソコン - プロジェクター	10 分	質疑応答 観察
3) 分娩期の胎児モニタリングを適切に実施する	- 胎児心音聴取の頻度とタイミング - 胎児心音聴取の手順 - レオパルド触診法 - 胎児心音の聴取部位 - 胎児心音のアセスメント(DR C BRAVADO)	- 講師によるプレゼンテーション	- パソコン - プロジェクター - ママナタリー (産婦模型) - ドップラー聴診器	90 分	質疑応答 観察

Session 2 : 入院時のアセスメントとケア

目標	内容	方法	必要物品	時間	評価
1) 入院時に産婦の健康状態を評価する	- 温かい受け入れ - 問診 (有益な情報の収集) - 産婦の診察 - 診察結果に関する情報	- ブレインストーミング - まとめ - 講師によるプレゼンテーション	- フリップチャート - マーカー - パソコン - プロジェクター	20 分	質疑応答 観察

目標	内容	方法	必要物品	時間	評価
2) 入院時のアセスメントに基づき、必要なケアを提供する	- 入院時のアセスメントに基づいた、必要なケア	- ケーススタディ (Cas1) - 講師によるプレゼンテーション	- フリップチャート - 大判の付箋 - マーカー - パソコン - プロジェクター	45 分	質疑応答 観察 自己評価

Session 3 : 分娩第 1 期のアセスメントとケア

目標	内容	方法	必要物品	時間	評価
1) 産婦への支援的なコミュニケーションを確立する	- 支援的なコミュニケーション - 分娩第 1 期における医療従事者のケア中の支援的な態度(傾聴、共感、寄り添うこと、尊重)	- ロールプレイ (ケース 1, ケース 2) - まとめ - ビデオ視聴 (7 分) - 講師によるプレゼンテーション	- パソコン - プロジェクター - カテーテル - 鑷子 - 滅菌手袋 - ドップラー聴診器 - 布 - 血圧計 - コーヒーカップとソーサー - バランスボール - ヨガマット	70 分	質疑応答 観察
2) 分娩第 1 期の正常な経過について詳しく述べる	- 分娩第 1 期の定義 - 初産婦と経産婦における分娩第 1 期の異なるフェーズ: ✓ 潜伏期 ✓ 活動期 - 分娩第 1 期に関する WHO のレコメンデーション	- ブレインストーミング - まとめ - 講師によるプレゼンテーション	- フリップチャート - 大判の付箋 - マーカー - パソコン - プロジェクター	20 分	質疑応答
3) 体位が分娩の進行に及ぼす影響を説明する	- 様々な体位とそれらが分娩の進行へ及ぼす影響	- ブレインストーミング - 講師によるプレゼンテーション	- フリップチャート - パソコン - プロジェクター - 骨盤模型と胎児模型	40 分	質疑応答 観察

目標	内容	方法	必要物品	時間	評価
4) 適切な意思決定のため に、基準に沿ってパルト グラムを記入する	- パルトグラムの項目 - 記入に関する注意事項 - 解釈 - パルトグラムの欠点と限界	- ブレインストーミング - 講師によるプレゼンテー ション - 演習：記入と解釈 - まとめ	- パルトグラフ - パソコン - プロジェクター	60 分	質疑応答 観察
5) 陣痛と分娩がスムーズに 進行するよう、産婦とそ の周囲の人々に適切な助 言を与える	- 分娩がスムーズに進行するた めの助言： ✓ 体位 ✓ リラクゼーション・エク ササイズ ✓ 飲食 ✓ 歩行	- ブレインストーミング - ケーススタディ (ケース 3, ケース 4) - まとめ	- フリップチャート - パソコン - プロジェクター	60 分	質疑応答 観察

Session 4：分娩第 2 期のアセスメントとケア

目標	内容	方法	必要物品	時間	評価
1) 分娩第 2 期の定義とレコ メンデーションについて 詳しく述べる	- 分娩第 2 期の定義と時間 - 分娩第 2 期に関する WHO の レコメンデーション	- ブレインストーミング - 講師によるプレゼンテー ション	- フリップチャート - マーカー - パソコン - プロジェクター	20 分	質疑応答
2) それぞれの分娩体位の利 点と欠点について説明す る	- 様々な分娩体位と娩出力の方 向 - 様々な体位：仰臥位、側臥 位、よつんばい、膝立ち、 マックロバーツの体位 - それぞれの体位の利点と欠点	- 講師によるプレゼンテー ションとデモンストレー ション - グループワーク (それぞれの 体位の練習) - まとめ	- パソコン - プロジェクター - 骨盤模型と胎児模 型 - 机 - 椅子 - リアルキット (分娩 のシミュレーター のハーフパンツと マネキン) - ヨガマット - バランスボール	90 分	質疑応答 観察

目標	内容	方法	必要物品	時間	評価
3) 胎位胎向の異常を特定して対応する	- 胎位の異常の定義 - 不正軸進入 - 第2回旋の異常 - 不正軸進入と回旋異常の際の対応	- ケーススタディ (ケース1) - 講師によるプレゼンテーションとデモンストレーション	- シナリオ - マーカー - フリップチャート - プロジェクター - 骨盤模型と胎児模型	60分	質疑応答 観察
4) 肩甲難産の場合の娩出法を実施する	- 肩甲難産の定義 - 介助方法: HELPER4	- ケーススタディ (Cas2) - 講師によるプレゼンテーションとデモンストレーション	- シナリオ - マーカー - フリップチャート - プロジェクター - 骨盤模型と胎児模型	60分	質疑応答 観察

Session 5 : 母児の合併症と異常時のケア

目標	内容	方法	必要物品	時間	評価
1) 分娩時の合併症と異常を特定する	母児の合併症と異常	- ブレインストーミング - 講師によるプレゼンテーション - まとめ	- パソコン - プロジェクター - フリップチャート - マーカー	10分	質疑応答 観察
2) プロトコールに従って、合併症のある産婦へ文化的受け入れられ尊重されるケアを実施する	- 保健医療施設のレベルに合わせた、母児の合併症と異常の管理: ✓ 緊急処置の予測 ✓ 産婦とその家族とのコミュニケーション ✓ 必要時の搬送の準備	- ケーススタディ (ケース1と2) - まとめ	- シナリオ - フリップチャート	90分	質疑応答 観察

Session 6 : 分娩第3期のアセスメントとケア (胎盤娩出)

目標	内容	方法	必要物品	時間	評価
1) GATPA(分娩第3期の積極的管理)の手順に沿った分娩第3期のケアを実施する	- GATPA(分娩第3期の積極的管理): ✓ 定義 ✓ 手順	- ブレインストーミング - まとめ - 講師によるプレゼンテーション	- フリップチャート - マーカー - パソコン - プロジェクター	30分	質疑応答
2) 分娩後2時間以内の母親と新生児のモニタリングを確実に行う	- 分娩後2時間以内の、分娩室における母親と新生児のモニタリング: ✓ 母親のモニタリング内容 ✓ 新生児のモニタリング内容	- ブレインストーミング - まとめ - 講師によるプレゼンテーション	- フリップチャート - マーカー - パソコン - プロジェクター	20分	質疑応答
3) 分娩後出血時の緊急対応について説明する	- 産後出血の定義 - 産後出血の緊急対応	- ブレインストーミング - まとめ - 講師によるプレゼンテーション	- フリップチャート - マーカー - パソコン - プロジェクター	20分	質疑応答

Module 4：分娩直後の母親と新生児のケア

Session：分娩直後のアセスメントと行動指針

目標：このレッスンの後、参加者は次のことができるようになる：

- 1) 産褥期について詳しく述べる
- 2) 産褥期の母親と新生児の臨床状態のアセスメントをする
- 3) 産褥期に母親と新生児に合併症が生じた場合の、緊急処置と尊重されたケアについて説明する
- 4) 産後の母親と新生児の状態に応じたケアを提供する
- 5) 母親とその家族にアドバイスを提供する
- 6) 産褥期に母親と新生児を尊重したケアを提供する

時間：110 分

Session：分娩直後のアセスメントと行動指針

目標	内容	方法	必要物品	時間	評価
1) 産褥期について詳しく述べる	産褥期の定義 産褥期の分類： - 分娩直後 - 産後早期 - 産後後期 産褥期のモニタリングの利点	- ブレインストーミング - まとめ - 講師によるプレゼンテーション	- パソコン - プロジェクター - フリップチャート	20 分	質疑応答
2) 産褥期の母親と新生児の臨床状態のアセスメントをする	- 母親と新生児のモニタリング - 母親と新生児のアセスメント - 母親の緊急要する兆候と危険兆候 - 新生児の危険兆候	- ブレインストーミング - まとめ - 講師によるプレゼンテーション	- パソコン - プロジェクター - フリップチャート - マーカー	20 分	質疑応答 観察
3) 産褥期に母親と新生児に合併症が生じた場合の、緊急処置と尊重されたケアについて説明する	- 保健医療施設のレベルに合わせた緊急時の管理 - 母親とその家族へのコミュニケーション	- ブレインストーミング - まとめ - 講師によるプレゼンテーション - グループワーク - ケーススタディ (ケース 1)	- パソコン - プロジェクター - フリップチャート - シナリオ	25 分	質疑応答

目標	内容	方法	必要物品	時間	評価
4) 産後の母親と新生児の状態に応じたケアを提供する	- 3回の産後健診における母親と新生児のフォローアップ	- ブレインストーミング - まとめ - ケーススタディ - 講師によるプレゼンテーション	- パソコン - プロジェクター - フリップチャート - マーカー	10分	質疑応答 観察
5) 母親とその家族にアドバイスを提供する	- 産後健診の受診、避妊、出生届、予防接種、母乳育児、栄養、衛生に関するアドバイス	- ブレインストーミング - まとめ - 講師によるプレゼンテーション - カウンセリングの演習	- パソコン - プロジェクター - フリップチャート - マーカー	10分	質疑応答
6) 産褥期に母親と新生児を尊重したケアを提供する	- 母親と新生児へのケア	- グループワーク - ケーススタディ 2	- フリップチャート - マーカー - 母子手帳 - シナリオ	25分	質疑応答 演習の観察

Module 5 : 新生児のケア

Session 1 : 出生時の新生児のケア

目標 : このレッスンの後、参加者は次のことができるようになる :

- 1) 新生児の胎外適応をアセスメントする
- 2) 出生直後の新生児に対するケアについて詳しく述べる
- 3) 新生児の系統的な診察を行う

Session 2 : 新生児ジストレスのケア :

目標 : このレッスンの後、参加者は次のことができるようになる :

- 1) 新生児ジストレスと蘇生の概念を定義する
- 2) 分娩室において新生児蘇生に必要な器材と薬剤を挙げる
- 3) HBB (Helping Babies Breathe) アプローチを用いて、新生児ジストレスの管理に関わる手順を詳しく述べる
- 4) 分娩室における新生児蘇生のアドバンスケア手順を詳しく述べる
- 5) 新生児蘇生後のケアを実施する

時間 : 180 分 (90 + 90)

Session 1 : 出生時の新生児のケア

目標	内容	方法	必要物品	時間	評価
1) 新生児の胎外適応をアセスメントする	- 出生時の新生児のアセスメント	- ブレインストーミング - まとめ - 講師によるプレゼンテーション	- パソコン - プロジェクター - フリップチャーター - マーカー	10 分	質疑応答
2) 出生直後の新生児に対するケアについて詳しく述べる	- 出生直後のケア	- ブレインストーミング - まとめ - 講師によるプレゼンテーション - 新生児模型を用いた演習	- パソコン - プロジェクター - ママナタリー - 新生児蘇生の観察評価表	40 分	質疑応答 観察
3) 新生児の系統的な診察を行う	- 分娩室における新生児の系統的な診察	- ブレインストーミング - まとめ - 講師によるプレゼンテーション - 新生児模型を用いた演習	- パソコン - プロジェクター - ママナタリー - 新生児蘇生の観察評価表	40 分	質疑応答 観察

Session 2：新生児ジストレスのケア：HBB (Helping Babies Breathe) とアドバンスケア

目標	内容	方法	必要物品	時間	評価
1) 新生児ジストレスと蘇生の概念を定義する	- 新生児ジストレスの定義 - ジストレスのリスク要因 - 新生児蘇生の定義	- ブレインストーミング - 講師によるプレゼンテーション	- パソコン - プロジェクター - フリップチャート - マーカー	5分	質疑応答
2) 分娩室において新生児蘇生に必要な器材と薬剤を挙げる	- 新生児蘇生の器材 - 適した環境の解説 - 機能的な新生児蘇生コーナーの解説	- ブレインストーミング - まとめ - 講師によるプレゼンテーション	- パソコン - プロジェクター - フリップチャート - マーカー - HBB アルゴリズムのポスター - ママナタリー - 新生児蘇生の観察評価表	5分	質疑応答
3) HBB (Helping Babies Breathe)アプローチを用いて、新生児ジストレスの管理に関わる手順を詳しく述べる	- HBB アプローチ - ゴールデンミニット - 人工呼吸の開始 - 効果的な人工呼吸の基準	- ブレインストーミング - まとめ - 講師によるプレゼンテーション - 新生児模型を用いた演習	- パソコン - プロジェクター - フリップチャート - マーカー - ママナタリー	50分	質疑応答 観察
4) 分娩室における新生児蘇生のアドバンスケア手順を詳しく述べる	- TARCIM アプローチ - 心臓マッサージ - アドレナリンの投与	- ブレインストーミング - まとめ - 講師によるプレゼンテーション - 新生児模型を用いた演習	- パソコン - プロジェクター - フリップチャート - マーカー - ママナタリー	20分	質疑応答 観察
5) 新生児蘇生後のケアを実施する	- 蘇生された新生児のモニタリング内容 - 新生児ジストレス蘇生後の搬送の基準	- ブレインストーミング - まとめ - 講師によるプレゼンテーション	- パソコン - プロジェクター - フリップチャート - マーカー	10分	質疑応答

Module 6 : 搬送 / 逆搬送

Session 1 : 搬送 / 逆搬送の調整、内容、事前準備

目標 : このレッスンの後、参加者は次のことができるようになる :

- 1) 搬送 / 逆搬送の概念を定義する
- 2) 搬送 / 逆搬送の調整の手順を詳しく述べる

Session 2 : 搬送 / 逆搬送に関わる様々な関係者の役割と責任

目標 : このレッスンの後、参加者は次のことができるようになる :

- 1) 搬送 / 逆搬送に関わる各関係者の役割と責任を詳しく述べる

時間 : 120 分 (60 + 60)

Session 1 : 搬送 / 逆搬送の調整、内容、事前準備

目標	内容	方法	必要物品	時間	評価
1) 搬送 / 逆搬送の概念を定義する	- 搬送システム - 調整 - 搬送 - 逆搬送 - 紹介 - 緊急搬送	- ブレインストーミング - まとめ - 講師によるプレゼンテーション	- パソコン - プロジェクター - フリップチャート	20 分	質疑応答
2) 搬送 / 逆搬送の調整の手順を詳しく述べる	- 合併症の危険兆候の観察 - 搬送の前提条件 - 調整 - 資源 : ロジスティック、人的 - 搬送 - 受け入れ病院での受付 - フィードバック - 搬送 / 逆搬送の戦略	- ブレインストーミング - まとめ - 講師によるプレゼンテーション	- パソコン - プロジェクター - フリップチャート	40 分	質疑応答

Session 2：搬送 / 逆搬送に関わる様々な関係者の役割と責任

目標	内容	方法	必要物品	時間	評価
1) 搬送 / 逆搬送に関わる各関係者の役割と責任を詳しく述べる	- 搬送要請者の役割 - 調整機構の役割 - 搬送チームの役割 - 搬送に付き添う保健医療スタッフの役割	- グループワークによるケーススタディ - まとめ - 講師によるプレゼンテーション	- パソコン - プロジェクター - フリップチャート - シナリオ	60 分	質疑応答 ケーススタディの観察

別添：研修準備手順リスト（仏語）

Liste de tâches pour la Gestion de la formation			
Avant la formation			
Numéro de tâche	Tâches	Vérification	
1	Confirmation du calendrier de formation	ok	
2	Confirmation des participants à la formation	ok	
3	Contact des hôtels pour prise d'informations et cotations à titre comparatif	ok	
4	Confirmation et réservation des lieux de formation : (Par exemple : l'hôtel la rose blanche)	ok	
5	Organisation prévisionnelle : (pause café, déjeuner, projecteurs, etc)	ok	
6	Transmission du planning de mise en place des salles à l'hôtel	ok	
7	Préparer et envoyer les invitations aux participants	ok	
8	Préparation des TDR, Envoyer à l'avance aux parties concernées	ok	
9	Impression des documents : (des pré-tests, des post-tests, TDR, des consentements d'image, etc)	ok	
10	Préparation de l'agenda	ok	
11	Contact du prestataire pour transport des équipements	ok	
12	Préparation de la liste de présence	ok	
13	Invitation des médias	ok	
14	Préparation des paiements des perdiems pour les participants et les formateurs à la formation	ok	
15	Préparation des fiches d'évaluation de formation	ok	
16	Coordination des chauffeurs pour faire le plein de carburant des véhicules du projet	ok	
Pendant la formation			
17	Distribution des documents : (TDR, des pré-tests, des post-tests, des consentements d'image, etc)	ok	
18	Coordination avec le restaurant de la pause café et la pause déjeuner (Momentum et nombre de personnes prises en charge)	ok	
19	Inscription sur la liste de présence pour les participants et les formateurs (Contrôle et vérification)	ok	
20	Recueil, vérification des noms et prénoms et distribution des attestations de formation lors de la cérémonie de clôture	ok	
21	Préparation des équipements pour chaque table, ranger les équipements	ok	
22	Récupérer des fiches d'évaluation de formation	ok	
23	Suivi des médias : (Par exemple : Vision 24 TV)	ok	
24	Vérification des équipements par les formateurs (Début et fin de formation pratique) pour garantir les quantités utilisées et restantes	ok	
25	Paiement des perdiems pour les participants et les formateurs à la formation	ok	
26	Transport des équipements vers le bureau	ok	
Après la formation			
27	Préparation des états récapitulatifs des fiches de présence et des fiches de perdiem & honoraires	ok	
28	Finalisation du Compte Rendu de la formation	ok	
29	Partage des vidéos et des articles créés par les médias	ok	
30	Compilation et Résumé des résultats des fiches d'évaluation de formation	ok	
31	Création d'une liste de paiement des perdiems pour les participants et les formateurs à la formation	ok	
	Récupération des reçus de paiement	ok	



PACSSMN

PROJET D'AMELIORATION DU CONTINUUM DES SOINS DE SANTEMATERNELLE ET NEONATALE

SYNTHESE DU RAPPORT DE SUPERVISION

DU 11 AU 15 MARS 2024.
REGION SANITAIRE D'ABIDJAN 1
DISTRICTS SANITAIRES D'ABOBO EST ET OUEST



1. Contexte et justification

En Côte d'Ivoire, le taux de mortalité maternelle a diminué de 614 à 385 pour 100 000 naissances vivantes (EDS 2021), mais largement au-dessus de l'ODD 3 fixés pour tous les pays d'un ratio de mortalité maternelle en dessous de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2030 ce qui constituent une préoccupation majeure pour la Côte d'Ivoire qui fait partie des pays en développement. Malgré les stratégies et interventions mises en œuvre pour faire face aux problèmes de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, les indicateurs ne sont toujours pas reluisants.

Depuis le mois de juillet 2019, le Projet d'Amélioration du Continuum des Soins de Santé Maternelle et Néonatale (PACSSMN) a été initié par le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle MSHP- CMU et ce, à travers la Direction des Soins Infirmiers, Maternels et Infantiles (DSIMI) en partenariat avec l'Agence Internationale de Coopération Japonaise (JICA). Ce Projet vise la mise en place d'un "modèle du Continuum de Soins Maternels et Néonatals basé sur les preuves scientifiques" axé sur le renforcement des compétences des sage-femmes dans les établissements de santé. Il a pour finalité l'amélioration de la qualité des soins de Santé Maternelle et Néonatale (SMN) permettant ainsi de contribuer efficacement à la réduction du taux de Morbidité et de Mortalité Maternelle et Néonatale.

Le PACSSMN est composé de trois (3) étapes : i) un état des lieux ; ii) la planification et l'implantation de l'intervention visant le changement du Continuum des Soins de SMN selon les recommandations de l'état des lieux ; et, iii) l'évaluation des résultats de l'intervention. Il sera implanté dans la Région Sanitaire d'Abidjan 1 plus précisément dans les Districts Sanitaires d'Abobo Est et d'Abobo Ouest ainsi qu'au CHU de Cocody dont les Services de Gynécologie-Obstétrique ont été redéployés momentanément au niveau de l'Hôpital Général d'Adjamé pendant la période de l'enquête.

Les résultats issus de cette enquête ont révélé des insuffisances au niveau des compétences des prestataires à toutes les étapes de la prise en charge des parturientes à savoir : pendant les consultations prénatales et postnatales, l'accouchement ainsi que l'accueil et l'organisation du travail et cela à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (1^{er} au 3^{ème} niveau).

Ainsi, pour la mise en œuvre des activités du plan opérationnel du projet et pour répondre à l'un des objectifs de PACSSMN qui est d'améliorer la qualité des prestations des sage-femmes et infirmier(ères) la DSIMI/ PACSSMN en collaboration avec la JICA, a organisé une série de de formation en deux cascades :

- Première cascade : la formation d'un pool de formateurs **(du 05 au 09 juin 2023)** la formation théorique et la formation pratique **du 31 juillet au 04 août**
- Deuxième cascade : la formation des sage-femmes et infirmier(ères) des structures cibles des districts sanitaire d'Abobo Est et Ouest de la Région Sanitaire d'Abidjan 1 **du 21 août au 20 octobre 2023.**

Ainsi, du **05 au 09 juin 2023**, a eu lieu la formation théorique d'un pool de formateurs district et la formation pratique de ce pool de formateurs district s'est déroulé du **31 juillet au 04 août 2023**. Ensuite, du **21 août au 20 octobre 2023**, se sont déroulées cinq sessions de formation des sage-femmes et infirmier(ère)s des structures cibles des districts sanitaire d'Abobo Est et Ouest de la Région Sanitaire d'Abidjan 1.

En vue de constater les effets sur la pratique des soins, deux (02) visites de suivi post-formation ont été organisées.

Faisant suite à ces deux (02) visites de suivi post-formation et la distribution des équipements que la DSIM/ PACSSMN en collaboration avec la JICA a organisée une mission de supervision **du 11 au 15 mars 2024** au niveau de toutes les structures sanitaires cibles du projet.

2. Objectifs

2.1. Objectif général

L'objectif général de cette activité était :

- Evaluer la qualité de la prise en charge des mères et des nouveaux nés des structures cibles du projet.

2.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de cette activité étaient :

- Evaluer le niveau de mise en pratique des soins à la mère et au nouveau-né durant l'accouchement, les CPN et CPoN
- Evaluer les conditions de réalisation de l'accouchement notamment les dispositions préalables prise par les sages-femmes
- Evaluer les soins de soutien pratiqués par les sages-femmes pendant le travail
- Evaluer les soins à chaque phase du travail d'accouchement (pendant la première, la deuxième et la troisième phase)
- Evaluer le niveau d'utilisation des équipements fournis
- Faire des recommandations

3. Résultats attendus

- Le niveau de mise en pratique des soins à la mère et au nouveau-né durant l'accouchement les CPN et CPoN a été évalué
- Les conditions de réalisation de l'accouchement ont été évaluées
- Les soins de soutien pratiqués pendant le travail par les sage-femmes ont été évalués
- Les soins à chaque phase du travail d'accouchement ont été évalués (pendant la première, la deuxième et la troisième phase)
- Le niveau d'utilisation des équipements fournis a été évalué
- Des recommandations ont été faites

4. Méthodologie

4.1. Composition des équipes

La mission de supervision a été réalisée par quatre (04) équipes composées de :

- Représentants de la DSIM, DSC, PNSSU-SAJ, PNSME
- Experts de l'équipe japonaise.

- Représentants de Sociétés savantes (SOGOCI)
- Coordonnatrices SME des districts sanitaires d'Abobo Est et Ouest.
- Sages-femmes formatrices.

4.2. Déroulement de l'activité

- **1^{ère} étape : Réunion avec les Responsables de la structure**
- **2^{ème} étape : Supervision proprement dite**

Au cours de la période de supervision, pour apprécier la qualité des soins aux mères et aux nouveaux nés, les sections suivantes ont été observées par les superviseurs :

1) Accueil, 2) Prévention et contrôle des infections, 3) Conditions de l'accouchement, 4) Soins de soutien pendant le travail, 5) Soins pendant la première phase du travail, 6) Soins pendant la deuxième phase du travail, 7) Soins pendant la troisième phase du travail, 8) Soins à la mère après l'accouchement, 9) Réanimation néonatale 10) Surveillance et soins immédiats aux nouveau-nés, 11) Allaitement maternel immédiat et exclusif, 12) Surveillance des nouveau-nés avant la sortie de l'hôpital, 13) Informations et conseils aux mères, 14) Matériels et équipements fournis.

Ceci à l'aide d'une grille élaborée à cet effet.

- **3^{ème} étape : Restitution des Résultats de la Supervision aux Responsables de la structure**

5. Date et lieu

Cette mission s'est déroulée durant 05 jours du lundi 11 au vendredi 15 mars 2024 dans les 22 structures cibles programmées (01 CHR et 20 ESPC) dont 01 n'a pu être visitée, il s'agit du **FSU Com Anonkoua Kouté**.

6. Collecte, traitement et analyse des résultats

Les données et/ou informations collectées sur sites ont été saisies et traitées avec Microsoft Word et Excel.

Un rapport de la mission de supervision a été élaboré avec les recommandations précises basées sur la perspective de l'amélioration des pratiques des sages-femmes ainsi que d'éventuelles mises à jour du contenu de la formation.

Le rapport sera partagé aux districts sanitaires et aux établissements sanitaires qui ont fait l'objet de la visite.

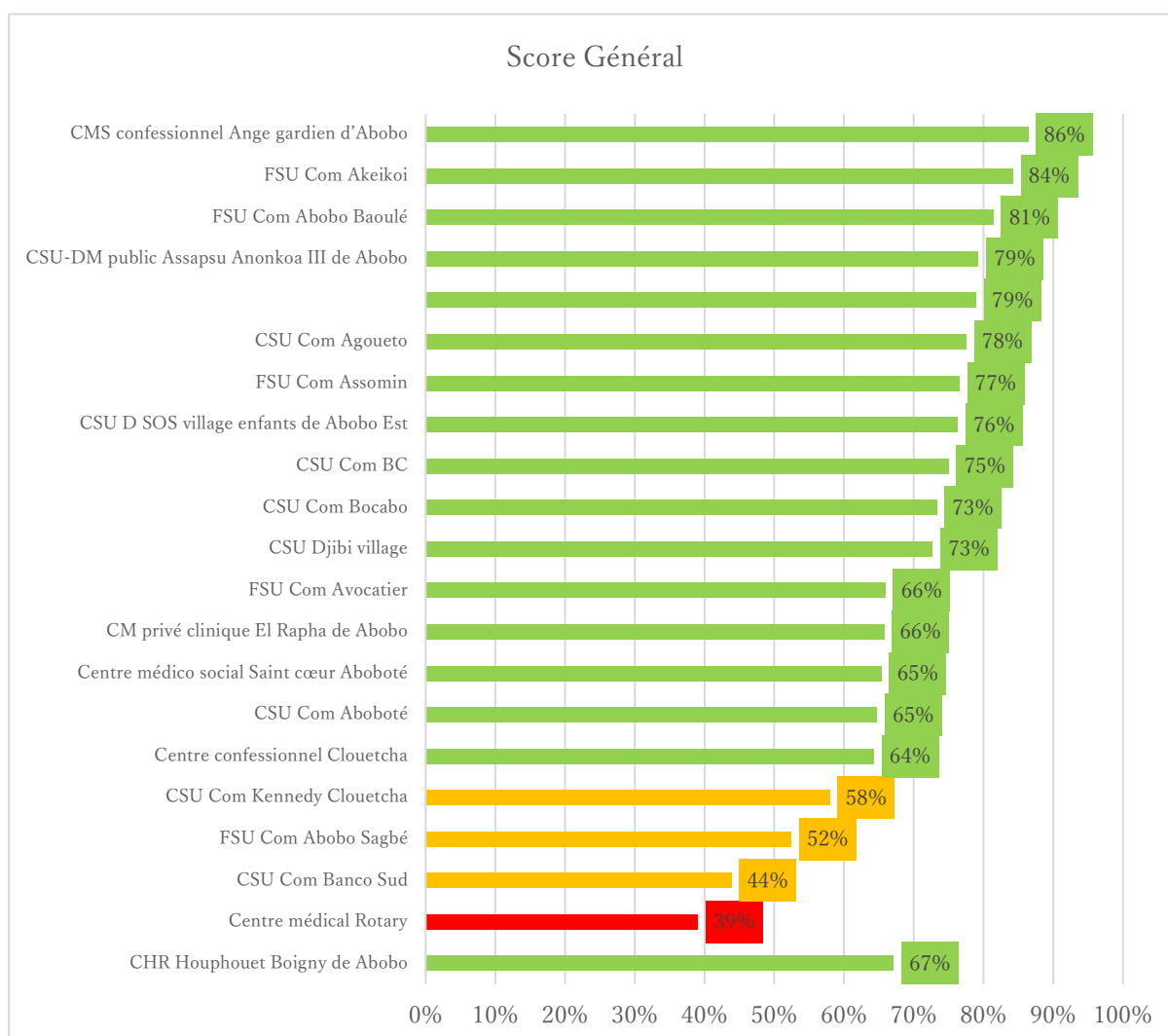
Pour le calcul des performances, la proportion de bonnes pratiques est considérée comme le rapport entre les bonnes pratiques observées sur le nombre total d'observation pour chaque variable puis pour tous les items de la composante.

Le score obtenu sera présenté en quatre niveaux afin d'apprécier la qualité :

★	Premier niveau : entre 80 à 100%	La qualité offerte est excellente : Pas de dysfonctionnements majeurs. Pas beaucoup de recommandations. Satisfaction du personnel et des usagers
↑	Deuxième niveau : entre 60 et 80%	La qualité offerte est bonne : Quelques dysfonctionnements Quelques conseils d'amélioration
↑	Troisième niveau : entre 40 et 60%	La qualité offerte est insuffisante : Beaucoup de dysfonctionnements Beaucoup de recommandations d'amélioration
↑	Quatrième niveau : moins que 40%	La qualité offerte est très insuffisante : Existence de graves dysfonctionnements

Outils de l'évaluation de la qualité des soins de l'OMS utilisé par le Ministère en charge de la Santé

7. Résultats et Analyse



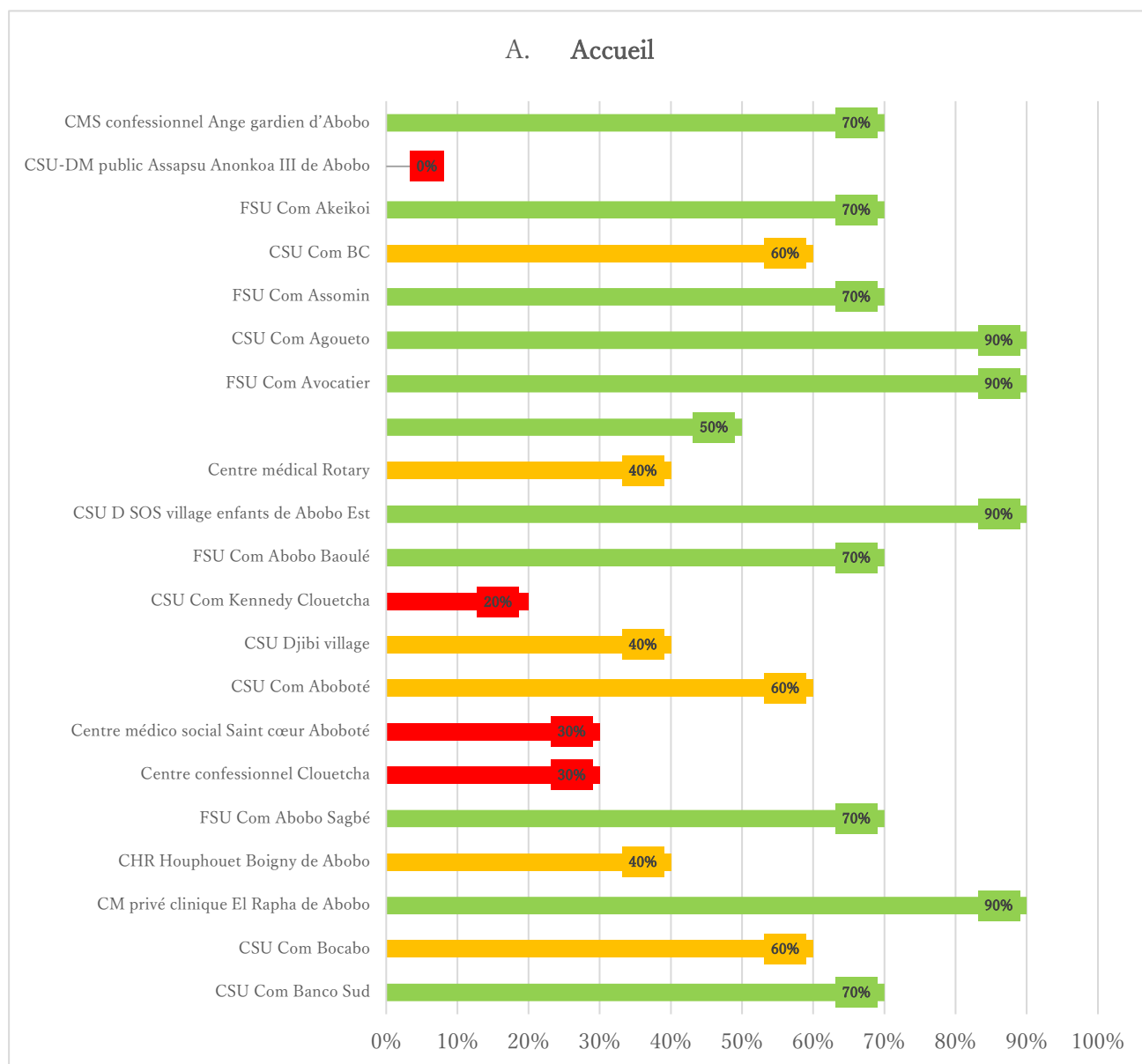
Graphique 1 : Score global des centres visités

Commentaires :

Seulement 3 sur les 21 structures de santé ont obtenu un score au-dessus de 80 % en ce qui

concerne la qualité des soins du continuum des soins de santé maternelle et néonatale. **Le CHR a obtenu un score global de 67% qui correspond à une bonne qualité de soin.**

7.1 Accueil



Graphique 1 : Score global de l'accueil

Commentaires :

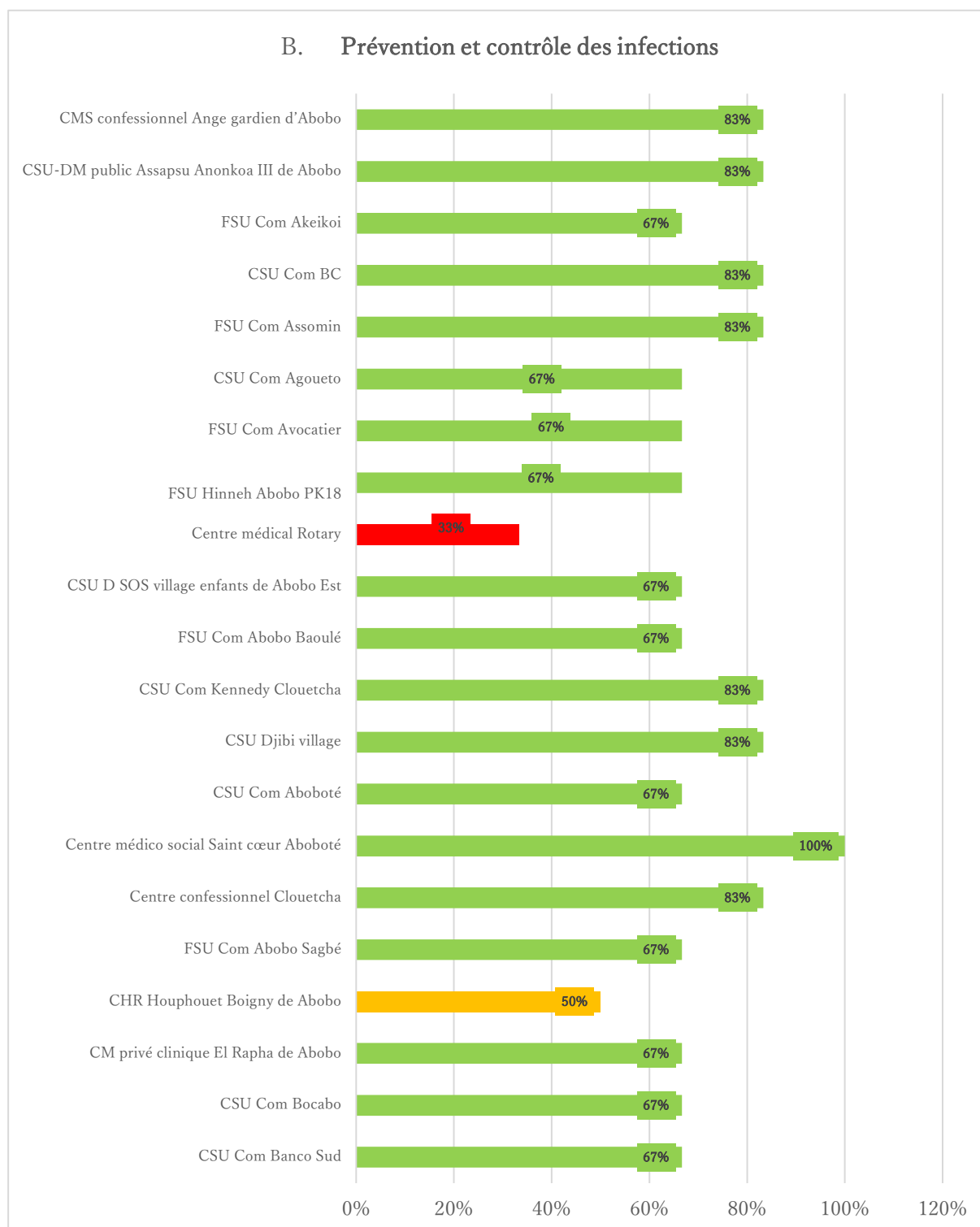
- 4 structures sur les 21 visitées ont obtenu un score supérieur à 80%
- Tandis que 16 structures sur les 20 visitées ont obtenu un score en dessous de 80%.

Observations/points à améliorer :

- Absence de signalétique extérieur et/ou intérieur
- Inexistence de poste d'accueil avec la présence d'un personnel en permanence 24/24

- Tri des malades par un personnel non qualifié
- Non affichage de circuit du malade dans des centres visités.

7.2 Prévention et contrôle des infections



Graphique 2 : Score global Prévention et contrôle des infections

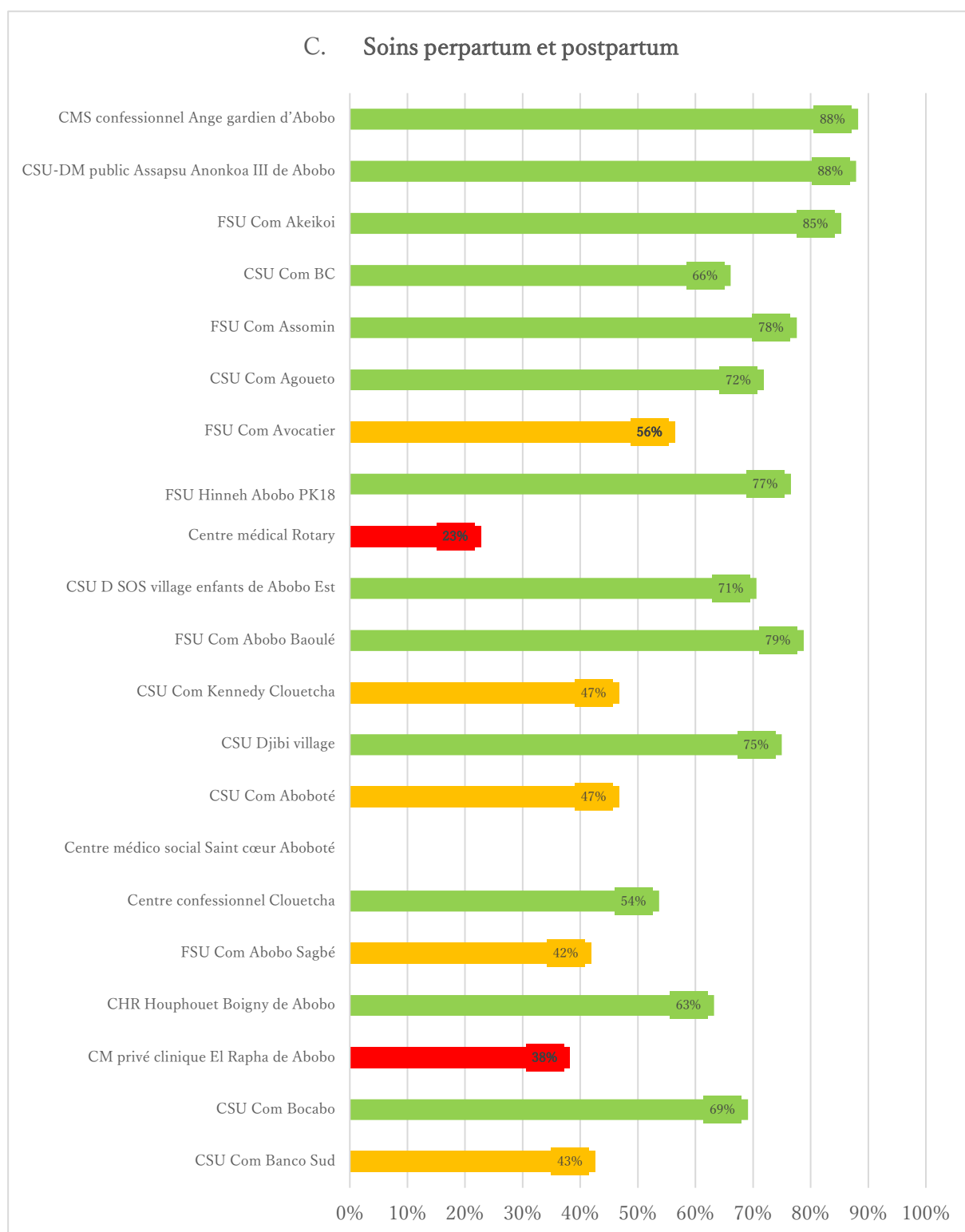
Commentaires :

- 8 structures sur les 21 visitée ont obtenu un score au-dessus de 80% ;
- Ici, la plupart des centres de santé disposaient de mesures adéquates pour l'approvisionnement en eau tandis que la majorité ne disposait pas de mesures adéquates pour l'élimination des déchets
- Dans l'ensemble des structures sanitaires l'hygiène est insuffisante.

Observations/ points à améliorer :

- Elimination des déchets biomédicaux.
- Renforcement de l'approvisionnement en eau potable
- Amélioration de l'hygiène hospitalière

7.3 Travail normal et accouchement par voie basse /Soins per partum et postpartum



Graphique 3 : Soins per partum et post partum

Commentaires : sur les 21 structures nous notons que seulement 3 offrent des soins per et post partum de qualité (score supérieur à 80%). Le CHR quant à lui obtient un score de 63%.

Observations/points à améliorer :

- Non maîtrise des différentes étapes des 3 phases de l'accouchement ainsi que les
- Mauvaises conditions de travail

❖ **Conditions de l'accouchement :**

Observations/points à améliorer :

- La plupart des centres de santé disposent des algorithmes de prise en charge de l'éclampsie, de l'hémorragie du post partum, des flow chart de soins essentiels et réanimation du nouveau-nés en salle d'accouchement, mais ne sont pas correctement utilisés.
- La moitié des centres de santé n'ont pas d'affiches sur les soins essentiels.
- Les prestataires de soins ne remplissent pas correctement les outils de gestion de l'accouchement (registres, partogrammes ...)
- Dans la plupart des centres visités, les sage-femmes sont en nombre insuffisant et travaillent dans des conditions difficiles avec des salles d'accouchement sans climatisation.
- Dans la majorité des centres visités, le personnel ne se lave pas toujours les mains avant et après les actes.
- La température de la salle d'accouchement n'est pas adéquate dans plus de la majorité des centres visités (chaleur).
- L'intimité de la patiente n'est pas respectée dans la plupart des centres de santé plus particulièrement au CHR.

❖ **Soutien de soins pendant le travail**

Observations/ points à améliorer :

- Atmosphère de soutien et d'encouragement autour de la naissance respectueuse de la volonté de la femme
- Encouragement à la mobilité des femmes

❖ **Soins pendant la première phase du travail**

Observations/ points à améliorer :

- Les Directives ne sont pas disponibles dans la plupart des centres de santé
 - Conduite à tenir devant la procidence du cordon
 - Conduite à tenir devant la dystocie de l'épaule.

❖ **Soins pendant la deuxième phase du travail**

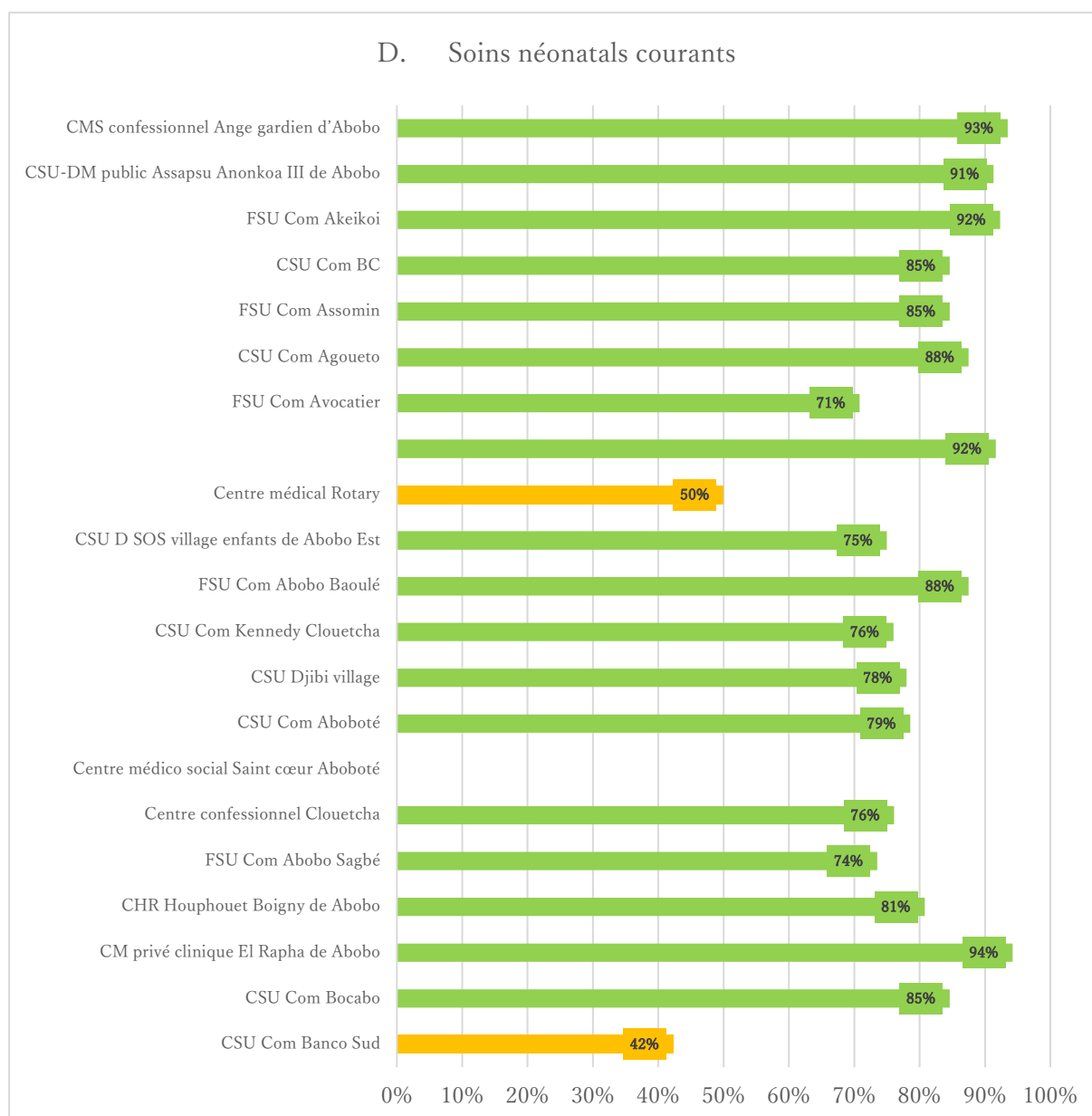
Observations/ points à améliorer

- Les phases expulsives ne sont pas totalement maîtrisées par la majorité des prestataires observés

- La pratique de l'épisiotomie est presque systématique
- Absence d'anesthésie locale dans la réalisation de l'épisiotomie
- Difficulté dans la quantification exacte du sang perdu lors de l'accouchement

7.4 Soins néonataux courants

Au cours de la mission, nous avons procédé à des simulations dans la majorité des centres à cause de la rareté des cas d'accouchement ce qui n'a pas permis de faire une appréciation en situation réelle.



Graphique 4 : Score Soins néonataux courants

Commentaires : 11 structures de santé sur les 21 visitées offrent des soins néonataux

courants de qualité excellente avec un score supérieur à 80%. **Au CHR, le score est de 81%**

Observations/points à améliorer :

- Étapes de la réanimation,
- Soins essentiels aux nouveaux nés
- Surveillance du nouveaux nés avant la sortie de l'hôpital.

❖ **Réanimation du nouveau-né**

Observations/points à améliorer :

- Coin nouveau-né adapté avec matériel prêt à l'emploi.
- Désinfection du matériel de réanimation du nouveau-né

❖ **Surveillance et soins immédiats aux nouveau-nés**

Observations/points à améliorer :

- Réalisation du contact peau à peau
- Séparation prolongée et pas nécessaire de la mère et du nouveau-né

❖ **Allaitement maternel immédiat et exclusif**

Observations/points à améliorer :

- Rien à signaler

❖ **Surveillance du nouveau-né avant sa sortie de l'hôpital**

Observations/points à améliorer :

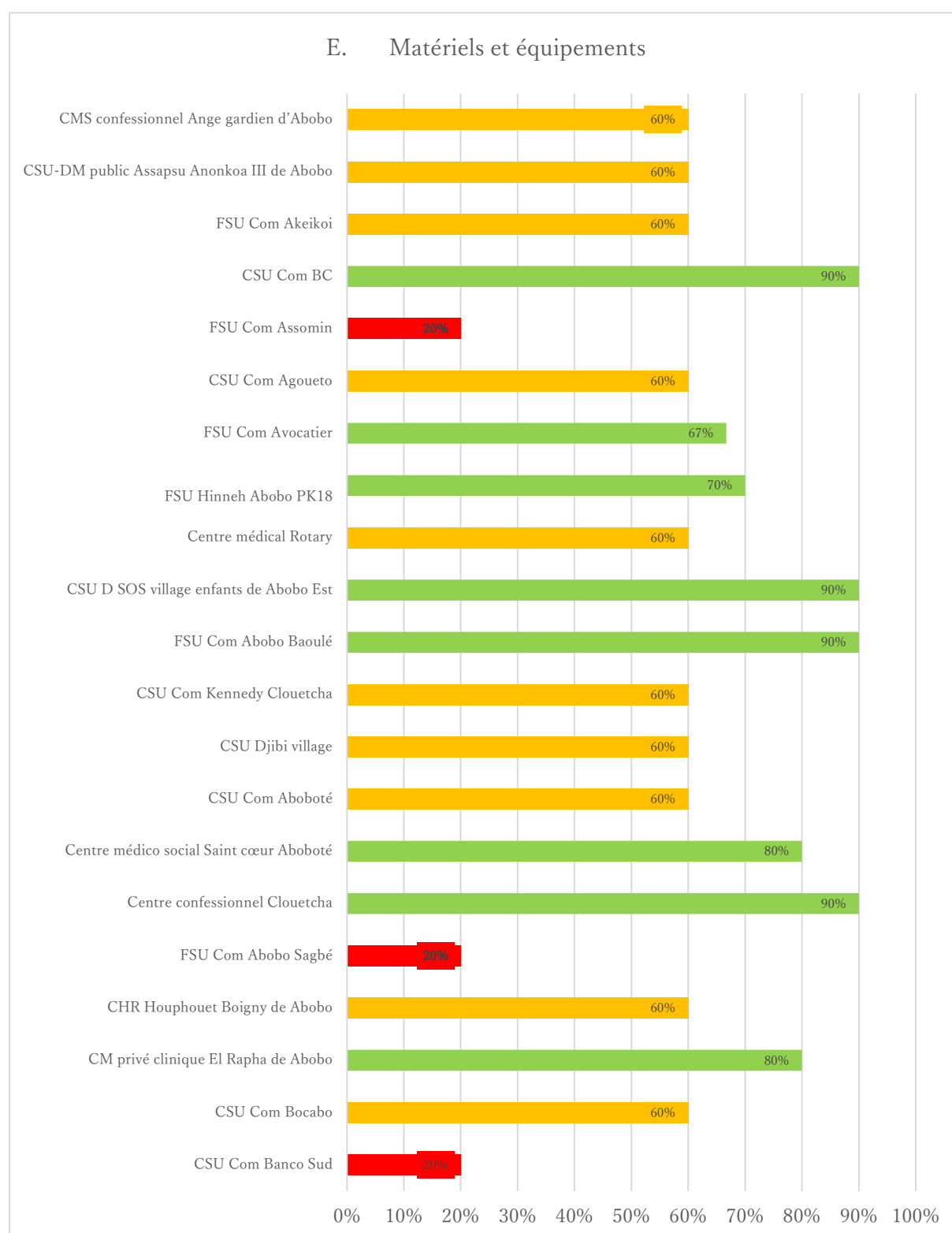
- Surveillance correcte des nouveau-nés avant leur sortie de l'hôpital
- Recherche des pathologies et malformations pas systématique
- Sortie précoce des nouveaux né de l'hôpital après la naissance (6 à 8 Heures)

❖ **Informations et conseils aux mères**

Observations/points à améliorer :

- Conseils sur les signes de danger possibles, et sur le moment de revenir pour les soins postnatals courants à la sortie de l'hôpital.

7.5 Matériels et équipements



Graphique 5 : Matériels et Equipements

Commentaires : l'ensemble des structures de santé visitées ont déjà réceptionnés les matériels et équipements et la majorité des structures sanitaires les a installés.

La majeure partie du matériels et équipements installés est utilisée.

Au CHR, 80% du matériel réceptionné a été installé et utilisé.

8. Constats /leçons apprises

Gouvernance

- La présence de personnel qualifié dans tous les centres supervisés ;
- Pour l'accueil, la plupart des centres de santé dispose de boîte à suggestion ;
- La plupart des centres sont difficiles d'accès et font face à des défis de sécurité.

Directives et Protocoles

- Absence de certaines directives essentielles (conduite à tenir devant la procidence du cordon et la dystocie de l'épaule en salle d'accouchement).

Matériels et Equipements

- Tous les centres supervisés ont été dotés par le Projet JICA/PACSSMN en matériels et équipements pour la prise en charge du couple mère enfant en mars 2024.

Qualité de soins

- Les effets de la formation non encore perceptibles dans les gestes de certaines sages-femmes ;
- Mauvaise organisation de la salle d'accouchement dans la majorité des structures supervisées ;
- Mauvais remplissage des outils de gestion (registre d'accouchement et partogramme) dans tous les centres visités ;
- Nette amélioration de la qualité de l'accueil et de l'humanisation des soins prodigués au couple mère-enfant (accouchements normaux avec des soins humanisés) ;
- Réelle promotion de l'allaitement exclusif à travers les classes des mères dans certaines structures.

Prévention et Contrôle des Infections

- L'hygiène est insuffisante dans la plupart des centres de santé ;
- Mauvaise gestion des déchets biomédicaux (absence d'incinérateurs, mauvais tri, absence de circuits d'élimination des déchets).

PACSSMN

- Satisfaction du personnel et des responsables pour les acquis du projet (formation, matériels et équipements).

9. Difficultés rencontrées

- Rareté des accouchements dans les structures de santé pendant la période de supervision ce qui a suscité l'utilisation des cas de simulation.

10. Recommandations

AU MSHPCMU

- Faire le suivi et le coaching régulièrement (chaque 2mois) pour pérenniser les acquis du projet ;
- Veiller à la mise en application des directives, normes, protocoles et algorithmes dans les structures de santé ;
- Sensibiliser et responsabiliser les gynéco obstétricien pour les soins de santé respectueux ;
- Veiller à l'amélioration des conditions de travail dans les structures sanitaires.

AU DIRECTEUR REGIONAL DE LA SANTE ET AUX DIRECTEURS DEPARTEMENTAUX

- Assurer la pérennisation des acquis du projet à travers le suivi et le coaching régulier des prestataires ;
- Assurer le suivi et la maintenance des matériels et équipements ;
- Veiller à la mise en application des directives, normes, protocoles et algorithmes dans les structures de santé.

AUX RESPONSABLES DES STRUCTURES SANITAIRES

- Mettre en place des signalétiques extérieures et intérieures visibles et lisibles ;
- Définir et afficher le circuit du patient ;
- Disposer d'un groupe électrogène ;
- Veiller à la mise en application des directives, normes, protocoles et algorithmes dans les structures de santé ;
- Mettre les matériels et équipements reçus à la disposition des prestataires ;
- Assurer le suivi et la maintenance des matériels et équipements ;
- Mettre en place un poste d'accueil avec un agent formé à cet effet ;
- Designier une personne qualifiée pour faire le Tri des malades (médecin, infirmier, sage-femme) ;
- Assurer une bonne gestion des déchets (tri et élimination) ;
- Améliorer les conditions de travail des agents (climatisation, aménagement et hygiène des locaux).

AUX PRESTATAIRES

- Prodiguer des soins de qualité aux parturientes en se basant sur des protocoles, normes et directives du ministère ;
- Assurer des soins respectueux aux femmes, enfants et familles ;

- Faire le remplissage correct des outils de gestions (registre d'accouchement, partogramme ...) ;
- Veiller à l'utilisation du registre curatif pour l'enregistrement dès l'arrivée de la parturiente avant le remplissage du partogramme
- Veiller au respect des directives sur la surveillance du post partum immédiat
- Faire une réorganisation de la salle d'accouchement et les suites de couches et autres services ;
- Faire un bon usage des matériels et équipements reçus ;
- Veiller à l'hygiène et l'entretien de la salle d'accouchement, des suites de couche, des salles de consultation, des toilettes, et du matériel de travail ;
- Veiller à l'utilisation efficace de la désinfection à l'eau et à l'alcool pour l'hygiène des mains avant et après les actes ;
- Utiliser les tabliers et les bottes fournis pour prévenir les infections ;
- Renforcer le travail d'équipe.

A LA JICA

- Appuyer les missions de coaching et de supervision de la mise en œuvre du projet ;
- Appuyer l'État de Côte d'Ivoire pour la mise à échelle du projet.

CONCLUSION

Cette supervision avait pour but d'apprécier après la série de formations, les effets de celles-ci sur la pratique des soins de santé maternelle et néonatale dans les deux districts cibles.

Après avoir parcouru toutes les structures sanitaires, le constat est que si beaucoup d'aspects de la prise en charge de la mère et du nouveau-né ont été améliorés, il n'en demeure pas moins que des efforts restent à faire afin d'optimiser cette prise en charge.

Il est donc nécessaire de poursuivre les formations, les coachings sur site ainsi que les missions de supervision dans les structures sanitaires cibles, en vue de pérenniser les acquis du projet pour la réduction de **10% du taux de** la mortalité maternelle et néonatale dans les districts d'abobo-EST et d'abobo-Ouest.

Annexes

- Grille de supervision
- Composition des équipes
- Photos et images



Projet d'amélioration du continuum des soins de santé maternelle et néonatale
PACSSMN



Outil de supervision

Mission de supervision post-formation des sages-femmes dans le cadre du PACSSMN

(Du 11 au 15 mars 2024)



Mars 2024



Outil de Supervision pour mission de supervision PACSSMN

Extraits de « Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques intégrés, version adaptée Cote d'Ivoire 2018 »

Date	
District	
Nom de la structure	
Responsable de la structure	

Liste des membres de l'équipe de supervision

Nom et Prénoms	Fonction	Services	Contact	Email	Signature

--	--	--	--	--	--	--

Liste des membres de l'équipe supervisée

Nom et Prénoms	Fonction	Services	Contact	Email	Signature

Accueil

Accueil

N°	Normes et critères	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	Existence d'un poste d'accueil avec un agent en permanence		
2	Le tri est fait par un agent qualifié (SF, Infirmier, Médecin)		
3	Disponibilité de circuit du patient (affiché)		
4	Signalétique extérieure		
5	Signalétique intérieure		

Score

Note récapitulative : Accueil				
(Encercler)		2	1	0

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 2 à 0 ; 2 signifiant que les soins sont correctement satisfait ; 1 partiellement satisfait ; 0 pas du tout satisfait)

Principales forces

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....

Principales faiblesses

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Prévention et contrôle des infections

Prévention et contrôle des infections

N°	Normes et critères	Elément de vérifications	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	Des mesures adéquates sont en place pour L’approvisionnement en eau,	<u>Existence de :</u> -Eau courante -fûts +- circuits		
2	Des mesures adéquates sont en place pour L’hygiène des mains et des locaux	<u>Existence de :</u> -Lavabos + savon -Dispositifs de lavage des mains -Gel antiseptique		
3	Des mesures adéquates sont en place pour L’élimination des déchets	<u>Existence de :</u> -Boîtes de sécurité - Sachets de différentes couleurs - Poubelles à pédales - Fosses à placenta -Lieu de pré collecte -Incinérateur		

Score

Note récapitulative : Prévention et contrôle des infections				
(Encercler)		2	1	0

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 2 à 0 ; 2 signifiant que les soins sont correctement satisfait ; 1 partiellement satisfait ; 0 pas du tout satisfait)

Principales forces

.....

.....

.....

.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Principales faiblesses

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Soins perpartum et postpartum

Travail normal et accouchement par voie basse

Source : Visite de la salle de travail et d'accouchement, observation des pratiques, examen des dossiers et des registres et entrevues avec le personnel et les femmes.

Instructions : Accorder la priorité à l'observation directe, se servir des entretiens avec le personnel et les mères pour fournir des informations supplémentaires.

A noter que : les références des pages correspondent à la version anglaise des directives IMPAC de l'OMS, 2007.

Conditions de l'accouchement

N°	Normes et critères	Éléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	Les algorithmes (flow-charts) des soins de prééclampsie et d'éclampsie sont disponibles et ou affichés.			
2	Les flow-charts et/ou les procédures d'intervention dans le cadre des HPPI sont disponibles et ou affichés.			
3	Les affiches HBB (aider les nourrissons à respirer) sont disponibles et ou affichés.			

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
4	Un remplissage correct du registre d'accouchement depuis l'admission est réalisé			
5	L'hygiène de la femme et de son environnement est assurée	-Garnitures propre -Matelas couvert -alèze et drap propre -Propreté des locaux -Toilettes disponible et propre -Moustiquaires		
6	Des linges chauds sont disponibles pour sécher le bébé	Existence de : -Lampes chauffantes -Linges propre		
7	Le personnel se lave les mains avant l'accouchement et utilise des gants stériles lorsqu'il intervient pour l'accouchement.	Existence de : -Dispositif de lavage des mains et ou lavabos -Eau disponible -Gel et savon disponible		
8	Le personnel utilise des instruments stériles pour l'accouchement.	Existence de : -Poupinel/Autoclave -01 Boite d'accouchement pour 01 accouchement		

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
9	L'intimité et la confidentialité sont assurées :	-Chambres/box individuelles ou rideaux / paravents disponibles au cas où il y a plus d'une femme par chambre -Lit positionné loin de la porte ou de la fenêtre (pas devant elles) - Portes insonorisées		
10	Le consentement de la femme est sollicité pour la présence de personnes autres que le personnel (les étudiants par ex.)			
11	La température de la salle est maintenue à un niveau adéquat (25°C)			

Soins de soutien pendant le travail

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	Au moins un prestataire de soins qualifié est présent pendant le travail et l'accouchement.			

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
2	Une personne pour accompagner la femme est autorisée à rester pendant le travail et l'accouchement.			
3	Une atmosphère de soutien et d'encouragement autour de la naissance, respectueuse de la volonté de la femme est assurée et ses plaintes écoutées et prises en compte	Toutes les procédures sont expliquées, les autorisations demandées, et les résultats discutés avec la femme. Elle est tenue informée de la progression du travail. Elle est félicitée, encouragée et rassurée.		
4	Les techniques de respiration pour le travail et l'accouchement sont expliquées et enseignées à la femme			
5	La mobilité de la patiente est respectée :	La femme est encouragée à se déplacer librement pendant la première phase du travail Le choix de position de la femme est approuvé (pour chaque phase du travail et de l'accouchement)		

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
6	Les femmes sont encouragées à manger et à boire quand elles le souhaitent	-En cas de fatigue importante au cours du travail, il convient de veiller à ce que la patiente mange et boive -Le prestataire évite les sondages systématiques		
7	La femme est encouragée à vider sa vessie par elle même			
8	Les actions suivantes sont INTERDITES : Lavements, rasage du pubis, nettoyage du vagin avec des antiseptiques			

Soins pendant la première phase du travail

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	Des directives pour un accouchement sûr sont disponibles, connues et utilisées par des accoucheurs qualifiés			
2	Des directives pour anticiper et prendre en charge la dystocie des épaules sont disponibles, connues, et utilisées par des accoucheurs qualifiés			
3	Des directives pour la conduite à tenir devant une procidence du cordon sont disponibles, connues et utilisées par des accoucheurs qualifiés			

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
4	Le partogramme est correctement renseigné	-Les femmes sont surveillées au moins toutes les heures et toutes les 30 minutes pendant le travail actif -Suivi: de la dilatation cervicale de la température du pouls de la pression artérielle		
5	La progression du travail est évaluée de manière appropriée et les mesures adéquates sont prises			
6	La femme n'est jamais laissée seule pendant la phase active du travail			
7	Les informations fournies par le partogramme sont collectées, enregistrées et interprétées par un accoucheur qualifié et utilisées comme aide à la décision pour intervenir au cours du travail.			

Soins pendant la deuxième phase du travail

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	La phase d'expulsion est maîtrisée	-La sortie de la tête est contrôlée en fonction de la rotation -La patiente n'est jamais laissée seule -Faire pousser la patiente quand elle sent le besoin		
2	Les résultats du suivi sont correctement enregistrés (partogramme)			
3	L'épisiotomie n'est pas effectuée de façon systématique			

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
4	Une anesthésie locale en cas d'épisiotomie			

Soins pendant la troisième phase du travail

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	La prise en charge active de la troisième phase est effectuée de manière appropriée	-Vérifie l'existence d'un second bébé - Administre 10 UI d'ocytocine en IM ou en IV immédiatement après la naissance du bébé -Réalise correctement la traction contrôlée du cordon -Le Placenta est expulsé -Evalue le saignement vaginal -Vérifie le globe de sécurité -Contrôle les paramètres (EG, TA, Pouls, FR, T°)		
2	La mère est surveillée			

3	Le bébé est surveillé (voir chapitre soins néonataux)	-Score d APGAR -Emission du méconium -Succion -Mise au sein précoce		
4	Le placenta est examiné	-Faces -Poids		

Récapitulatif- Travail normal et accouchement par voie basse

N°	Normes et critères	Note : 0 à 2	Observations
3	Conditions de l'accouchement		
4	Soins au cours du travail		
5	Soins pendant la première phase du travail		
6	Soins pendant la deuxième phase du travail		
7	Soins pendant la troisième phase du travail		

Score

Note récapitulative : Travail normal et accouchement par voie basse				
(Encercler)				
		2	1	0

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 2 à 0 ; 2 signifiant que les soins sont correctement satisfait ; 1 partiellement satisfait ; 0 pas du tout satisfait)

Principales forces

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Principales faiblesses

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Soins néonataux courants

Source : Bien vouloir recueillir les informations en observant le traitement et les soins dispensés aux enfants souffrant des maladies visées, et en interrogeant le personnel et les soignants.

Référence : Livre de poche, page 50

Réanimation néonatale

Source : Observations au cours de la visite et entretien avec le personnel

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	Les protocoles de prise en charge des nouveau-nés sont disponibles et affichés.	- Soins essentiels au nouveau-né - Réanimation du nouveau-né		
2	Existence d'un coin nouveau-né adapté et de matériel prêt à l'emploi	- Matelas - Lampe chauffante - Un ballon + Ambu - Pingouin - Sonde d'aspiration + aspirateur - Masques avec les tailles appropriées		

Surveillance et soins immédiats aux nouveau-nés

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	La pièce est chaude (pas moins de 25°C) et sans courant d'air			
2	L'état du nouveau-né est évalué (SCORE d'APGAR) puis le nouveau-né est séché immédiatement après la naissance			
3	PAS d'aspiration systématique du nez ni de passage de la sonde dans l'œsophage			
4	Le nouveau-né est gardé en contact peau contre peau avec la mère			

5	Le cordon ombilical est sectionné après l'arrêt des pulsations (au moins 1 minute après la naissance)				
6	L'allaitement maternel est encouragé au cours de la première heure et les mères bénéficient d'un environnement calme pour le faire				
7	Le moignon du cordon ombilical reste sans pansement après nettoyage de la chlorhexidine 7,1%.				
8	La mère et le bébé sont recouverts d'un même linge, et le bébé reçoit un bonnet chaud				
9	Le bain ou le lavage sont retardés d'au moins 6 heures après la naissance				

10	La prophylaxie oculaire (au cours de la première heure) est effectuée			
11	La vitamine K1 est administrée par voie IM.			

Allaitement maternel immédiat et exclusif

N°	Normes et critères	Éléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	Si la réanimation n'est pas nécessaire, le nouveau-né est placé immédiatement après sa naissance sur le ventre ou sur le sein de sa mère pour un contact peau contre peau			
2	L'initiation de l'allaitement maternel dans l'heure qui suit l'accouchement est encouragée, et les mères bénéficient d'un environnement calme pour le faire			

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
3	Le personnel aide les mères à faire la mise au sein			
4	Pas de promotion de lait artificiel dans la salle, ni de distribution des échantillons aux mères ou au personnel			
5	Aucune restriction n'est faite sur la fréquence ou la durée de l'allaitement maternel			
6	Le lait maternel exprimé est donné dans une tasse ou à l'aide d'une sonde nasogastrique lorsque l'enfant est incapable de se nourrir ou que la mère ne peut pas rester tout le temps avec lui			

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
7	La préparation lactée, l'apport complémentaire en glucose, ou en eau, ne sont pas utilisés, sauf en cas d'instruction médicale écrite			
8	Les exceptions à l'allaitement maternel sont fondées sur des faits probants			

Surveillance des nouveau-nés avant la sortie de l'hôpital

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	Ne pas faire sortir le bébé sain de l'hôpital avant la 72ème heures			
2	La présence ou non de pathologies et ou malformations congénitales est documentée			

3	Les vaccins sont administrés selon la politique nationale	- DN Hépatite -BCG -VPO0		
---	---	--------------------------------	--	--

Informations et conseils aux mères

Référence : Livre de poche, p. 321

N°	Normes et critères	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	A la sortie de l'hôpital, l'allaitement maternel exclusif est recommandé jusqu'à l'âge de 6 mois, et l'allaitement maternel complémentaire jusqu'à 24 mois		
2	La mère reçoit des conseils sur les signes de danger possibles, et sur le moment de revenir pour les soins postnatals courants		

Récapitulatif – Soins néonataux courants

N°	Normes et critères	Note : 0 à 2	Observations
8,9	Examen du nouveau-né et soins immédiats		
10	Allaitement maternel précoce et exclusif		
11	Surveillance du nouveau-né avant la sortie de l'hôpital		

12	Informations et conseils fournis aux mères		
----	--	--	--

Score

Note récapitulative : Soins néonataux courants (Encercler)			
	2	1	0

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 2 à 0 ; 2 signifiant que les soins sont correctement satisfait ; 1 partiellement satisfait ; 0 pas du tout satisfait)

Principales forces

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Principales faiblesses

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Matériels et équipements

Matériels et équipements fournis

N°	Normes et critères	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	Des équipements ont t'ils été réceptionnés ?		
2	Ces équipements sont-ils installés ?		
3	Les équipements sont-ils fonctionnels ?		
4	Les équipements sont-ils utilisés ?		
5	Maitrise parfaite des équipements fournis ?		

Score

Note récapitulative : Matériels et équipements fournis			
(Encercler)		2	1
			0

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 2 à 0 ; 2 signifiant que les soins sont correctement satisfait ; 1 partiellement satisfait ; 0 pas du tout satisfait)

Principales forces

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Principales faiblesses

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Composition Equipe mission de supervision du 11 au 15 mars 2024

Equipe	Lun 11 mars	Mar 12 mars	Mer 13 mars	Jeu 14 mars	Ven 15 mars
1		FSU Com Banco Sud Dr. DIANGO (Manager du projet) Dr. KIMOU (PF-Gynécologique) Mme. TANO (PF- Sage-femme) M. OKOUA (Communicateur) Dr. SHIMIZU (CP Adjoint) M. ABISSA (Assistant projet)	CSU Com Bocabo Dr. DIANGO Dr. KIMOU Mme. TANO M. OKOUA Dr. SHIMIZU Mme. SUZUMORI (Experte Co.) M. ABISSA	CM privé clinique El Rapha de Abobo Dr. DIANGO Dr. KIMOU Mme. TANO M. OKOUA Dr. SHIMIZU M. ABISSA	CHR Houphouet Boigny de Abobo Dr. DIANGO Dr. KIMOU Mme. TANO M. OKOUA Dr. SHIMIZU Mme. YAMAGATA M. ABISSA
2	FSU Com Abobo Sagbé Dr. KONE (PF) Mme. GNABA (Co. SME Adjoint) Mme. TOME (Formatrice, SF) Mme. NAKAMURA (Experte SF) M. SOUMAHORO (Ass. projet)	- Centre confessionnel Clouetcha - Centre médico social Saint cœur Aboboté Dr. KONE, Mme. GNABA Mme. TOME Mme. NAKAMURA, M. SOUMAHORO	CSU Com Aboboté Dr. KONE Mme. GNABA Mme. FUKUSHIMA M. AKOSSI Mme. DOUMBIA	CSU Djibi village Dr. KONE Mme. GNABA Mme. TOME Mme. YAMAGATA (CP) Mme. FUKUSHIMA M. AKOSSI Mme. DOUMBIA	CSU Com kenedy Clouetcha Dr. KONE Mme. GNABA Mme. TOME M. NAKAYAMA Mme. FUKUSHIMA M. AKOSSI Mme. DOUMBIA
3	FSU Com Abobo Baoulé Dr. GOURE BI (PF) Mme. SANOGO (Co. SME) Mme. FUKUSHIMA (Experte IF) M. AKOSSI (Assistant projet) Mme. DOUMBIA (Interprète)	- CSU D SOS village enfants de Abobo Est - Centre médical Rotary Dr. GOURE BI Mme. SANOGO Mme. FUKUSHIMA M. AKOSSI Mme. DOUMBIA	FSU Hinneh Abobo PK18 Dr. GOURE BI Mme. SANOGO Mme. YAMAGATA Mme. NAKAMURA, M. SOUMAHORO	FSU Com Avocatier Dr. GOURE BI Mme. SANOGO M. NAKAYAMA Mme. NAKAMURA, M. SOUMAHORO	CSU Com Agoueto Dr. GOURE BI Mme. SANOGO Mme. NAKAMURA, M. SOUMAHORO
4	FSU Com Assomin Mme. SAMASSI (Formatrice, SF) Mme. KOUADIO (Co. SME) Mme. KOUAO (Co. SME) Dr. SHIMIZU (CP Adjoint) M. NAKAYAMA (Expert S&E) M. DATCHA (Assistant projet)	CSU Com BC Mme. SAMASSI Mme. KOUADIO Mme. KOUAO M. NAKAYAMA M. DATCHA	FSU Com Akeikoi Mme. SAMASSI Mme. KOUADIO Mme. KOUAO M. NAKAYAMA M. DATCHA	CSU-DM public Assapsu Anonkoa III de Abobo Mme. SAMASSI Mme. KOUADIO Mme. KOUAO M. DATCHA	CMS confessionnel Ange gardien d'Abobo Mme. SAMASSI Mme. KOUADIO Mme. KOUAO M. DATCHA



G1, CHR Houphouët Boigny de Abobo



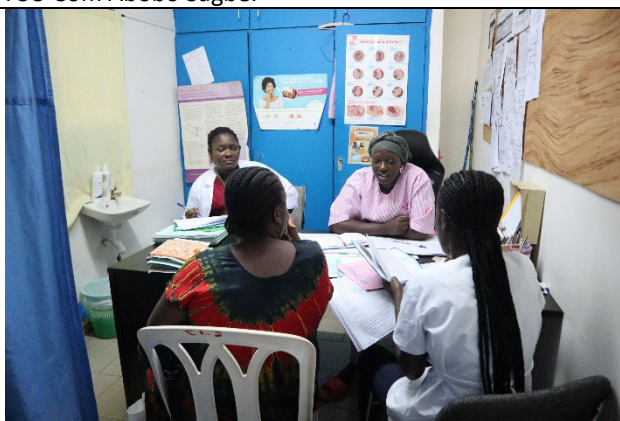
G2, Simulation d'accouchement au CSU D SOS Village d'enfants d'Abobo Est



G2, Observation et inspection de la salle de travail à la FSU Com Abobo Sagbé.



G2, Rappels sur la stérilisation du matériel utilisé pour la réanimation néonatale.



G2, Observation de sages-femmes pratiquant le CPN au Centre médico-social Saint cœur Aboboté.



G2, Discussion relative à l'amélioration des soins prodigués par les sages-femmes au niveau Centre confessionnel Clouetcha.



G2, Simulation d'accouchement au CSU Com Aboboté.



G2, Supervision de la manière dont les mères reçoivent les soins des sages-femmes en matière d'allaitement au CSU Com Aboboté.



G2, Simulation des soins aux nouveau-nés immédiatement après la naissance au CSU Djibi village .



G2, Réunion bilan au CSU Com kenedy Clouetcha.



G3, Séance introductive avant démarrage de la supervision au niveau du FSU Com Abobo Baoulé



G3, Contrôle et conseils sur les partogrammes au FSU Hinneh Abobo PK18.



G3, Observation des sages-femmes menant des CPoN au FSU Hinneh Abobo PK18.



G3, Observation de l'utilisation du matériel fourni par le PACSSMN.



G3, La sage-femme s'occupant d'un nouveau-né au niveau de la table de réanimation fournie par le PACSSMN au FSU Com Avocatier.



G3, Les sages-femmes réfléchissent sur les cas de simulations et écoutent les conseils prodigués par le superviseur au niveau du CSU Com Agoueto.



G4, Réflexion sur les points forts et discussion sur les améliorations futures au niveau de la FSU Com Assomin.



G4, Zone de triage de la maternité du CSU Com Assomin

作成年月: 2024 年 8 月
作成: PACSSMN 専門家

スーパービジョンにおける課題と提言

本スーパービジョンは、プロジェクトで実施した助産師・看護師研修で学んだことが現場に定着しているか評価し、不十分な部分への助言を行うことを目的として実施された。しかし、日本人専門家の提案による実施方法(評価グリッド含む)が反映されなかった。このため、このレポートをスーパービジョン報告書1の補足資料として作成した。今後、コートジボワール側にてスーパービジョンを実施する際の参考となるよう、課題を経緯を追って記載するとともに、今後の提言を記す。

1. 目的と方法の不一致

本スーパービジョンは、研修で学んだことが現場に定着しているか評価し、不十分な部分への助言を行うことを主目的としていた。研修では妊産婦死亡率と新生児死亡率の削減のために、助産ケアの質を向上させる研修が実施された。したがって、スーパービジョンでは助産ケアの質を評価することに主眼がおかれる必要があった。日本人専門家(看護師・助産師)は、そのための案(対象施設の選定・グリッド)を準備した。

しかし、もろもろの意見があり、対象施設やグリッドが変更され、助産ケアの質をきちんと評価することが不可能となった。

2. 対象施設の選定について

上述の通り、妊産婦死亡率と新生児死亡率の削減に関わる助産ケアの質を評価するためには、分娩期の助産ケアに焦点を当てるべきであるため、日本人専門家は、分娩の観察調査が行える方法を提示した。具体的には、主に 2 チームが分娩数の多い施設に長く滞在し、分娩の少ない施設には分娩があればオンコールで向かうこととして計 20 件程度の分娩に立ち会うという案だった。分娩の少ない時期とはいえ、各施設の分娩数を勘案すると、十分に観察可能な数であり、ベースライン調査で観察されている数から考えても妥当な数だった。

しかし、DSIM 側の意向で研修参加者のいる全 22 施設を訪問することが決まり、チーム編成も 4 チームに変更となった。この結果、十分な数の分娩の観察調査が困難となった。

3. グリッドについて

日本人専門家が提案したグリッド(別添)は、WHO とコートジボワール保健省によって 2018 年に作成された「妊産婦・新生児ケアの質を評価し改善するためのツール」から分娩期の部分を抜粋したものである。

グリッド案に先行して、2023 年 10 月から現地のスーパービジョンでどのようなグリッドが使われているのか情報収集した結果、保健総局(DGS)、DSIM、国家母子保健プログラム(PNSME)がグリッドを作成しており、それぞれ内容が異なること、分娩期のケアの質の評価にはどれも適さないことが分かった。またベースライン調査に用いたグリッドは、構成が複雑であり、時間が限られていた今般のスーパービジョンで用いるのは難しいと判断した。結果、分娩期のケアの質を評価するために最も適切なものとして選んだのが上記の日本人提案グリッドであった。

しかし、コートジボワール側による改変版では、助産ケアに関わる項目のほとんどが削除された。また、妊産婦死亡が最も起きやすい産後早期に関しては、「産後早期」というカテゴリーごと削除された。別添では、削除された項目を赤色で、改変されたが元の内容がある程度残された項目を黄色で示した。

コートジボワールにおける妊産婦死亡の最大の要因は産後早期に起こる出血(46%, 2022)¹である。コートジボワールの医師、助産師が、産後早期のアセスメント・ケアの重要性を認識することが必須である。

4. シミュレーションについて

¹ République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle. (Avril 2023). *Rapport national 2022, Surveillance des décès maternels, périnataux et riposte.*

全施設を対象としたことで観察できる分娩数が少なくなることは明らかだったため、分娩のシミュレーションの提案を行った。DSIM とは十分な話し合いができず、シミュレーションは行うかどうか確認されなかったが、スーパービジョン初日に急遽シミュレーションを行うことになり、統一の方法や準備がないまま、4チームがそれぞれシミュレーションを行った。

本来、分娩や新生児蘇生のシミュレーションにはシナリオを準備し、インストラクターがシナリオと観察ポイントを理解して臨む必要がある。また、少なくともシミュレーター(母体の模型、新生児の模型)がなければ、助産師の手技の具体的な観察は成り立たない。実際に行われた内容はチームによってかなり差があり、手技の観察はなく助産師に手順を口頭で述べさせるというようなものも含まれていた。したがって、適切かつ公平な評価が行えたとは言い難い。

5. 評価方法について

本スーパービジョンの目的に鑑みれば、研修を経た助産師が何を実践に活かせていて、何を活かせていないのかを明らかにすべきである。しかし、作成されたスーパービジョン報告書1は、施設ごとの成績の比較に大きな比重がおかれた。

施設ごとの比較を行うことは2つの点から適切ではない。まず、我々が知るべきは、「助産師の苦手な技術(日本人専門家による観察を通じて基本的なアセスメント・ケアに大きな課題があることが判明)は何か」であり、「成績の悪い施設はどこか」ではない。もうひとつは、上述の通りシミュレーションは評価の妥当性、公平性を欠いているため、比較が意味を為さない。

また、評価は「妊産婦・新生児ケアの質を評価し改善するためのツール」に従い5段階で行うことを提案していたが、DSIMの意向により「2.できている」、「1.一部できている」、「0.できていない」の3段階に単純化され、ケアの質を大まかにしか評価できないものとなった。

6. 結果

上述の対象施設の選定方法の影響から、分娩が観察できたのは22施設(実際に訪問できたのは21施設)中以下の4施設のみであった。

FSU Com Abobo Baoulé, CSU Djibi village, Centre confessionnel Clouetcha, FSU Com Avocatier

改変されたグリッドにはコートジボワール側の意向により多くのカテゴリーが追加されたが、ここでは提案グリッドから削除され評価できなかった助産ケアの質に焦点をあて、日本人専門家(看護師・助産師)の観察結果に基づき記述によって以下のとおりまとめた。

助産ケアの質に係る評価結果

カテゴリー	特記すべき事項	改善が必要な点
分娩室の環境	プライバシーへの配慮	プライバシーへの配慮は、女性の尊厳を守るために必要不可欠である。助産師の産婦に対する言動を観察した結果、カーテンやスクリーンは時々利用しているものの、不必要な露出を避けるなどのプライバシーへの配慮は乏しいケースが多かった。
	清潔と感染管理	分娩介助や医療処置の前後に手洗いをしていない助産師が多かった。また非滅菌グローブをつけて様々なものに触れたあとグローブを交換することなく母児に触れている光景もしばしば目にした。
	入院後の記録	分娩第1期の潜伏期に入院した場合(パルトグラムは活動期から記録を開始するため)、陣痛間隔、バイタルサインや児心音などについて何も記録されていなかった。
陣痛中のケアと支援	陣痛・分娩中の付き添い	助産師に尋ねると概ね全員が付き添いは許可すると回答したものの、実際に付き添い者はどこに滞在するかなど具体的なことを問うと曖昧な回答となり、理由はないが実践はしていないと答えた助産師もいた。
	母児が尊重されたケア	産婦へ声をかけずにケアや処置を行う、分娩進行状況を説明しない、産婦が苦しんでも素通りするなど、母児が尊重されたケアが行えていない助産師が多々見受けられた。
	痛みの緩和を目的としたリラクゼーション法	リラクゼーション法としては、呼吸法やマッサージなどが挙げられるが、実際の分娩でもシミュレーションでも実施していた助産師は1人もいなかった。産婦が苦痛を訴えていても、助産師はそばに行くこともせず、放置しているようなシーンもあった。

カテゴリー	特記すべき事項	改善が必要な点
	産婦の動きやすさと体位	産婦の状態をアセスメントしてどのようなケアをすべきかという考え方ができていない助産師が多かった。 分娩第1期潜伏期から、必要性がないのに仰臥位にさせるケースが多く見られた。いくつかの施設では、陣痛室が存在せず潜伏期から産婦をずっと分娩台で過ごさせる他なく、苦痛を強いる状況であった。一方で、陣痛中にバランスボールの利用を取り入れている施設も1か所あった。 助産師の認識を確認したところ、仰臥位以外の体位を産婦が求めた場合は許可すると回答した助産師が多いが、分娩のスムーズな進行を促すためには、産婦に求められなくても助産師が積極的に体位の提案を行うべきである。そのためには、どの体位が分娩の進行にどのように影響するのか、解剖生理学的に骨盤応形機能や児頭の進入を理解していなければならない。
	飲食、排泄	上記同様、産婦の状態をアセスメントしてどのようなケアをすべきかという考え方ができていない助産師が多かった。 助産師たちは、そもそも産婦に寄り添う時間が少なく、観察が不十分で状況を正確に把握できていない。そして、飲食、排泄が分娩の進行にどのように影響するのかを理解できていないため、助産ケアの一部であるという認識がない。 どのような状態であれば飲食を禁止すべきか、トイレ歩行ではなくベッド上で導尿すべきか、と助産師に質問したところ、よく分からないので安全策として飲食禁止、管理が楽なため導尿、と答えた助産師が少なからずいた。
分娩第一期のケア	分娩第1期の所要時間	確認した範囲では正しく理解できていた助産師は0人であった。潜伏期の標準的な所要時間は確立されておらず、それぞれの産婦によって大きく異なる。活動期の所要時間は、初産では12時間、経産では10時間を超えないというのが正しい理解であるが、初産で6時間以下でも本人が希望すれば帝王切開にすることが可能と答えた助産師もいた。
	異常時の対応	第一次レベルのESPCにおいては、正常からの逸脱は上位機関に搬送することがプロトコル上の原則となっている。したがって、産科で遭遇を免れない妊娠高血圧症候群、肩甲難産、産後出血等に対して、緊急薬剤のストックがない上に、対応に要する助産師の知識・技術も不足している。 搬送までには少なくとも1時間～2時間を要するが、産科救急は一分一秒を争う処置が求められる性質上、第一次レベルでのケアの遅れが妊産婦死亡の大きな要因となっていると考えられる。
	分娩第1期は少なくとも1時間ごと、活動期には30分ごとに女性を観察する	適時に適切な観察を行えている助産師は皆無であった。特に児心音の聴取は重要であるが、聴取は行ってはいても、1分間聴取していない、聴取の位置、タイミングやインターバルが誤っているなど適切に行われていないケースが散見された。
	以下は4時間ごとに観察する: - 子宮口開大 - 体温 - 脈拍 - 血圧	WHOガイドラインではリスクが認められない産婦に対して4時間ごとの内診を推奨しているが、全ての助産師が1時間ごとの内診を実施している。分娩とシミュレーション以外に、パルトグラム(分娩経過記録)を確認しても全ての分娩にそのような記録があった。 必要以上の内診は産婦に無用な負担を強いるうえ、感染のリスクを増やすことになるので避けるべきである。十分に観察できていれば、内診しなくても分娩の進行は判断できることが多いが、コートジボワールの助産師は産婦のそばにいる時間もほとんどなく、観察も十分に行わないため、内診のみに頼って進行を判断していると考えられる。
	分娩第1期の子宮口開大速度	ほぼ全員の助産師が1時間に1cmの速さで子宮口が開大しなければならないと考えていたが、WHOのガイドラインではそれを推奨していない。早すぎる医療介入の原因となっているこの誤解は、研修での講義内容がアップデートされていなかったことに起因する。

カテゴリー	特記すべき事項	改善が必要な点
	パルトグラム	パルトグラムは観察・アセスメント・適切なケアの提供のための補助ツールに過ぎないが、パルトグラムに記載することが目的化していた。 助産師に〇〇を観察したかと尋ねると「記録欄がないから観ていない」、どうアセスメントしたかと尋ねると「記録に書いた(判断はしていない)」という回答が何度も聞かれた。 また、正常値を逸脱した値がただ繰り返し書かれているだけで何の対応もされていないケースや、パルトグラムのアラートラインを超えないようにするため事実と異なる記録(改竄)がされているケースも見受けられた。 さらに、分娩経過中は記載せず、分娩後にまとめて記載していると思われる記録も多かった。数時間に及ぶ記録をすべて記憶していることは現実的に難しく、実際には観察していないことも含め捏造して書かれていると考えられる。
	分娩の進行の適切な評価とケア	分娩の進行が正常範囲内かどうか判断できていない助産師がほとんどである。確認した範囲では3分の2以上の助産師がルーティンで人工破膜を行うと答えた。WHOのガイドラインではそれを推奨していない。なお、破膜時や破水後も非滅菌グローブを利用しており、感染管理の観点からも改善が求められる。
分娩第二期のケア	分娩第2期の定義と持続時間	分娩第2期の持続時間を正しく理解できていない助産師がほとんどだった。そのため、まだ待てる状況で時期尚早な医療介入を行っていた。
	児心音聴取	どの助産師も、分娩第2期において児心音の確認は一切行っていなかった。分娩第2期にはどのくらいの間隔で児心音を聴取すべきかと尋ねたら、「分娩第2期に入ったら聴取の必要はない」と回答した助産師も複数名いた。 胎児ジストレスの起きやすい分娩第2期においては、本来5分ごとに児心音聴取すべきだが、助産師たちは知っているけれどできていないというレベルではなく、極めて基本的なことを知らないというレベルにある。
	児頭の娩出のコントロールと怒責の方法	産婦自身の怒責感に合わせた怒責の支援ができていないかを観察した。助産師に口頭で尋ねると正しく回答できても、実際の分娩やシミュレーションでは怒責感を無視していきませ続けていたり、全く怒責の声掛けをしていなかったり、児頭の娩出がコントロールできずに飛び出しているケースが散見された。
	ルーティンでの会陰切開	ルーティンでの会陰切開は推奨されていないが、アセスメントなく初産婦にはルーティンで行うと考えている助産師もいた。
	第二子の確認、出血量の評価	ほとんどの助産師が第二子の確認も出血量の評価もしていないまま、子宮収縮剤を筋注していた。途上国においては妊娠中に双胎であることが見逃されているケースもよくあるため、第二子を確認しないままの子宮収縮剤を投与するのは危険である。 また胎盤娩出時に出血量を評価することは極めて重要であり、これができていないことによって産後出血の初期対応の遅れを招いていると考えられる。
	子宮収縮剤の予防的な使用	分娩でもシミュレーションでも忘れずに実施できている助産師が3分の2以上だった。ただし、実施すること自体が目的になっていて、何のために実施しているかの理解は乏しいと思われる。 その証拠に、子宮底も出血量もほぼ観察されていないことが挙げられる。
分娩第三期のケア	臍帯遅延結紮	児が蘇生処置を要するなど結紮を直ちに行うべき理由がなくても、半数程度の助産師が分娩直後に臍帯結紮を行うと回答した。臍帯拍動の停止を確認した助産師は0人だった。
	臍帯牽引	ほぼすべての助産師が、胎盤剥離兆候を確認しないまま臍帯牽引をおこなっていた。子宮収縮を待たず、臍帯を一気に強く牽引している助産師も見られ、子宮内反や臍帯切断のリスクも考えられた。
	胎盤欠損の確認	胎盤娩出直後に欠損の有無を確認している助産師はいなかった。胎盤や卵膜の遺残は、産後出血の一因であることから、確実な確認が求められる。
産後早期のケア	産後の母体評価	大半の助産師が適切にできていない。確認できた範囲では、出血量を目算している助産師は0人であり、過去の分娩記録をチェックしても改竄と思われる記録(産後2～6時間、バイタルサインや子宮底の値がどれも不変であるなど非現実的な記録)がほとんどであった。
	分娩後の導尿	分娩後にルーティンで導尿することは <u>推奨されていない</u> が、膀胱充満も確認せずに導尿していたり、分娩中に使用して不潔になったカテーテルを再度使用していたりすることが散見された。 どんな時に導尿すべきなのか、膀胱充満すると子宮収縮にどう影響するのか、根拠を理解したうえでケアを行うべきである。

カテゴリー	特記すべき事項	改善が必要な点
新生児の蘇生	蘇生のための準備	新生児蘇生を行うスペースが確保されていなかったり、スペースはあっても不要な物品が山積みになっていたり、周囲に使用済みの針やアンプルなどが落ちている危険な状態であったり、適切とはいえない状況だった。
	バッグとマスク	バッグとマスクは穴が開いて壊れていたり、滅菌の熱で溶けて癒着・変形していたり、血液や胎便で汚染されていたり、すぐに使用可能な状態ではない施設がほとんどだった。
出生直後の新生児の観察とケア	鼻腔・食道の吸引	ルーティンで吸引を行うことは推奨されていないが、吸引カテーテルを用いて鼻腔・食道の双方に深く吸引を行っている助産師もいた。理由を尋ねると、ルーティンで実施していると回答した。 ペンギン型の吸引機ならまだしも、吸引カテーテルを用いて長時間吸引を行うと児に無呼吸などの害を及ぼしやすい。 また、使用済みで汚染されたペンギン型の吸引器や吸引チューブが放置されていたが、再利用されると感染源となりうる。
	早期母子接触	実施はしているものの、児を布でくるんだ状態で行っていたり、接触時間が 2 分未満であったり、実施方法に問題があるケースが多かった。
	臍帯遅延結紮	分娩の観察や、シミュレーションでの確認でも、臍帯拍動の停止を確認した助産師はいなかった。研修では臍帯遅延結紮は指導されていたが、なんのためにそうすべきかの説明が欠けていたため、助産師に理解を促す必要がある。
	臍消毒	クロルヘキシジンが常備されていない施設が多かった。分娩キットの中にはクロルヘキシジンは含まれないため、分娩室に常備しておく必要がある。 たまたまその時期に在庫を切らしていたというよりは、分娩室に置かれていないことがよくあるという助産師たちのコメントから、コートジボワールの一次医療施設全体における必須医薬品の問題と考えられる。
	ビタミン K1 の筋注	ビタミン K1 は準備する者、注射をする者が別々になっていることが散見され、誤投与のリスクが生じていた。本来であれば薬剤アンプルから注射シリンジに薬液を引いた者が、責任をもって患者への投与までを行うべきである。 また、誰が投与するかも決まっていなくて、分娩助産師、関節助産師、その他のスタッフで「あなた投与した？」とお互いに何度も確認し合っている状況があった。投与の漏れや重複などを避けるためにも、責任者（通常は新生児ケアを行う間接助産師）を定めた方がよい。
出生直後からの完全母乳	出生後 1 時間以内の母乳開始、環境整備	分娩のケースでは 75% が出生直後からの母乳を実施できていたが、シミュレーションでは過半数が実践しなかった。 また、実施されていた場合では、母親に授乳を促し助産師が側面的に支援するのではなく、母親には十分な説明がないまま助産師が児と乳房を把持して吸着させているケースが多かった。児の吸啜のサインの確認もないままやや強引に吸着させており、実施方法には改善の余地が大きい。
	母乳支援に関する理解と教育	母乳の利点、頻度や時間について、助産師から母親に説明されている様子はほとんど見られなかった。助産師にどのように説明するか尋ねると、多少は答えられても、十分な説明ではないことが多かった。
する前の観察 新生児が退院	新生児のバイタルサイン	分娩室を出た後、新生児のバイタルサインはほとんどチェックされていない。新生児ジストレスや低出生体重児など頻回の観察が求められるケースを含め、退院までの定期的な観察とアセスメントが求められる。
	母乳育児の観察	産後室において、助産師が授乳を観察している場面には一度も出会わなかった。新生児の口の形状や全身状態から、直母乳が困難で支援を要するケースもあるため、哺乳状況や頻度、新生児の排泄を観察することは必要不可欠である。
母親への情報とアドバイス	退院指導	退院指導の場面にはほとんど出会えなかったため、どのような内容を指導しているかを助産師たちに確認した。 網羅的に説明できていた助産師は少なく、1 分程で説明が終わっている助産師もいた。 PACSSMN で提供した指導用のフリップチャートも、研修で紹介したビデオも、退院指導に活用されている様子は見られなかった。 退院指導がこのような手薄なままでは、退院後の新生児死亡の削減は難しい。

カテゴリー	特記すべき事項	改善が必要な点
	産後健診	産後健診について、いつ来るのかは伝えられていても、何のためなのかを母親に説明していた助産師はいなかった。アボボ東・西保健区の産後健診受診率は極めて低く、改善が望まれる。受診を促す中で、母親に動機づけを行うとともに、受診をためらっている様子があれば、理由（交通費、時間的制約、夫の許可など）を確認し対応を考えるべきである。

7. 不必要な医療介入が行われた割合

プロジェクト目標の補足的指標として、科学的根拠に基づいたケアが提供されたかを測る TLTL(too little too late) or TMTS(too much too soon)²が考えられていた。TLTL(必要な医療介入が行われなかった)と TMTS(不必要な医療介入が行われた)を指標として測定することを考えた場合、TMTS の方が入手しやすいデータである。

ベースライン調査と今回のスーパービジョンにおける TMTS の結果を比較したところ下表の通りとなった。ただし、ベースライン調査では 5 段階で評価したのに対し、スーパービジョンでは上述の通り3段階で評価しており単純比較ができないため、括弧内に得点率をパーセントで表示した。パーセントが高いほど望ましい結果(TMTS を実施していないこと)を示している。

不必要な医療介入が行われた割合

グリッドの項目	ベースライン調査 (5 段階で評価)			スーパービジョン (3 段階で評価)
	1 次医療施設	2 次医療施設	3 次医療施設	1 次・2 次医療施設
施設のレベル				
浣腸、陰部の剃毛、消毒薬による膣の洗浄をしない	3.52 (70.4%)	4 (80.0%)	5 (100%)	2.0 (100%)
会陰切開はルーティンで行わない	3.48 (69.6%)	5 (100%)	5 (100%)	1.1 (55.6%)
分娩後に膣と会陰に消毒薬を塗布しない	3.48 (69.6%)	5 (100%)	5 (100%)	項目削除
分娩後のルーティンで導尿しない	3.50 (70.0%)	4 (80.0%)	5 (100%)	項目削除
分娩後にルーティンで子宮頸管を精査しない	3.65 (73.0%)	3 (60.0%)	4 (80.0%)	項目削除

上記より、浣腸、陰部の剃毛、消毒薬による膣の洗浄については、不要なことをしなくなり改善しているといえる。一方で、会陰切開をルーティンで行うことについては、ベースライン調査時より成績が悪化していることが分かる。その他3項目は、コートジボワール側の希望で削除されたため、比較ができなかった。

8. 提言

(1) 方法

- 研修で学んだことが現場に定着しているかの評価と、できていない部分への助言を行うという目的に照らしたスーパービジョンを行う。
- 助産ケアの質の評価を行うには、観察者の主体を助産師とした分娩の直接観察を行う。
- 観察項目は広く浅くすると意義のある提言が行えるような結果は得られないため、焦点を絞るべき。助産ケアの質の評価ならば、分娩期のケア以外のカテゴリーは最小限にすること。
- 分娩件数 100 件/月以上の施設を訪問した場合、1 日 2 件程度の分娩観察が可能である。よって、1チームが 5 日間で 10 件程度の分娩を観察することが可能である。
- 観察評価の客観性を保つため、助産師長レベルの臨床経験のある助産師(スーパービジョンのトレーニングを受けた)を 1 チームに 3 人は配置すること。

² Miller SE, Chamillard M, et al Abalos. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon – a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide . Lancet, 10056 (388), 2176-2192

- 持続性・統一性の観点から既存のグリッドを用いること。比較が可能となるように、安易な改変を加えない。
- 妊産婦死亡削減の観点から、産後早期のカテゴリーは最重要であり、観察項目から絶対に除外しない。
- スーパービジョンの目的に照らし、できていない項目は何かという視点で評価をまとめる。施設ごとの比較はあまり意味をなさないため避ける。
- シミュレーションには、シナリオとシミュレーター（母体の模型、新生児の模型）を準備する。観察者はシナリオの内容と、それぞれのシーンでの観察ポイントを事前に頭に入れておく。できる限り事前に演習しておくことが望ましい。

(2) 研修内容

- スーパービジョンの結果からは、研修で学んだ内容には現場に定着していないものも多くあることが示唆された。研修の内容と方法の改善が求められる。
- 一般的に分娩の 85%は正常経過を迎える。また助産師が基本的な助産ケアを提供できていれば妊産婦死亡の 75%は予防可能といわれている。妊産婦死亡率がいまだに高いコートジボワールにおいては、助産師が正常分娩の基本的なケアを適切にできていないということを認識し対応を講じる必要がある。
- 「6. 結果」の表からも、分娩期における助産師の基本的な知識と技術が不足していることが明らかである。研修では、応用編からレベルを下げ、網羅的なテーマからの絞りを、正常分娩の基本的な助産ケアのみに焦点をあてるべきである。
- 特に、分娩各期の定義、児心音の正しい聴取方法、産後の出血量・子宮底の正常値などの重要事項は、卒前教育のレベルから確実に学ぶべきである。
- コートジボワールの助産師は、ケアの裏付けとなるアセスメント能力が弱い。科学的根拠や解剖生理学に基づいて考える力を養う必要がある。研修では、事例を用いた演習を通してアセスメント過程を学べるとよい。特に、遷延分娩、肩甲難産、産後出血について演習を通して学んでほしい。
- 母児が尊重されたケアについて、WHO のレコメンデーション(2018) 3を学習する。ただし、理論的知識として学んだだけでは臨床現場での実践には活かさないため、事例演習を通してケアの具体例を経験的に学習させることで実践的知識を補う必要がある 4。例えば、分娩事例の中で、痛みの緩和を目的としたリラクゼーション法（呼吸法やマッサージ）、陣痛中の自由な体位や歩行、分娩の進行させるための飲食・排泄の支援、不必要な内診を避けることなどを、観察・アセスメント・ケアの助産過程を展開して練習する。
- 研修内容の詳細については、別資料「研修見直しのための提言」を参照。

(3) 基礎的緊急産科・新生児ケア(BEmONC)施設におけるケアの見直し

- 基礎的緊急産科・新生児ケア(BEmONC)施設である第一次施設(ESPC)では、プロトコル上は軽微な異常でも包括的緊急産科・新生児ケア(CEmONC)施設へ搬送することとなっており、緊急対応のための薬剤の常備はない。理想的には、ハイリスク症例は妊婦健診において同定されクリティカルな病態となる前にCEmONC施設へ紹介されるべきであるが、コートジボワールではいまだ過半数(55.85%, 2021) 5の妊婦が継続して妊婦健診を受診できておらず、妊婦健診によるスクリーニングが十分に機能しているとはいえない。そのため、妊娠中に重症化して初めてBEmONC施設を訪れるケースや、妊婦健診未受診のままBEmONC施設に分娩のため来院し、入院時にハイリスク症例と分かっても分娩が差し迫っているためCEmONC施設へ搬送する

³ World Health Organization: WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

⁴ Patricia Benner, Christine A. Tanner, Catherine A. Chesla, (2009). Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment and Ethics. Springer Pub Co.

⁵ République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle. (Novembre 2022). *Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2021*.

時間的余裕がなく BEmONC 施設で分娩介助せざるを得ないケースもある。さらに、産科においては予見および予防が難しい急変が起こる可能性もあり、BEmONC 施設において緊急対応は想定しないという設定には無理がある。妊娠高血圧症候群や産後出血など最低限の緊急対応ができるだけの薬剤・物品は BEmONC 施設に備えるとともに、その対応ができるように助産師をトレーニングすべきである。詳細については、別資料「妊産婦死亡レビューに関する提言」を参照。

別添：日本人専門家が提案したグリッド

WHO とコートジボワール保健省によって 2018 年に作成された「妊産婦・新生児ケアの質を評価し改善するためのツール」から分娩期の部分を抜粋

赤色：削除された項目

黄色：改変されたが元の内容はある程度残された項目

1) 分娩室の環境

	基準	1-5 点	観察したこと コメント
1	陣痛室の物品は WHO の正常分娩リストに沿っている		
2	分娩に関するガイドラインとプロトコルが用意され、スタッフに周知され、掲示され、使用されている		
3	適切な入院報告書が作成されている		
4	女性とその環境が清潔に保たれている		
5	新生児を乾燥させるための温かい布が用意されている		
6	スタッフは分娩前に手洗いし分娩介助時には質の良い滅菌手袋を使用している		
7	スタッフは分娩時に滅菌済みの分娩器具を使用している		
8	プライバシーと守秘義務が守られ、1 部屋に複数の女性がいる場合は、個室またはカーテンやスクリーンが使用されている。ベッドはドアや窓から離れた場所に(女性の正面を避けて)に設置されている。		
9	スタッフ以外の人(学生など)の同席については、女性の同意を得る。		
10	室温が適切なレベル(25°C)に保たれていること		

2) 陣痛中のケアと支援

	基準	1-5 点	観察したこと コメント
1	少なくとも 1 人の有資格のケア提供者が陣痛と分娩に立ち会う		
2	産婦の付き添い人が、陣痛と分娩の間、滞在できる		
3	産婦の希望を尊重し、分娩を支援し励ます雰囲気が確保され、産婦の苦しみに耳を傾け、真摯に対応する。 - すべての手順について説明し、許可を求め、その結果について産婦と話し合う - 産婦は分娩の進行状況を知らされる - 産婦が祝福され、励まされ、すべてがうまくいっていると安心する		
4	陣痛と分娩のための呼吸法が説明され、指導される		
5	産婦の動きやすさ: -産婦が分娩第1期に自由に動けるようにする -分娩各期において産婦の体位の選択が認められる		
6	女性は好きな時に飲食するように勧められる -陣痛中、憔悴や疲労が見られる場合、飲食に配慮する		
7	女性は頻繁に膀胱を空にするように勧められる(2 時間ごとにはトイレに行くことを促す)		
8	以下の行為は禁止する: 浣腸、陰部の剃毛、消毒薬による膣の洗浄		

3) 分娩第1期のケア

	基準	1-5 点	観察したこと コメント
--	----	-------	----------------

1	安全な分娩のためのガイドラインが利用可能であり、周知され、掲示され、熟練した介助者によって使用されている		
2	肩甲難産の予測および管理に関するガイドラインが利用可能であり、周知され、掲示され、熟練した介助者によって使用されている		
3	臍帯脱出に対応するためのガイドラインが利用可能であり、周知され、掲示され、熟練した介助者によって使用されている		
4	分娩第1期は少なくとも1時間ごと、活動期には30分ごとに女性を観察する。		
5	以下は4時間ごとに観察する: - 子宮口開大 - 体温 - 脈拍 - 血圧		
6	結果は陣痛記録とパルトグラムに定期的に記載する		
7	適切なケアが行われる(内容は、陣痛中のケアと支援を参照)		
8	分娩の進行を適切に評価し、適切なケアを行う		
9	分娩第1期の活動期に女性が1人で放置されることがない		
10	パルトグラムが適切かつ常時ベッドサイドで使用される		
11	パルトグラムの情報は、資格を有する助産師によって収集、記録、解釈され、分娩中の介入のための意思決定の補助として使用される		

4) 分娩第2期のケア

	基準	1-5点	観察したこと コメント
1	子宮口が10cmに開大するか、会陰が膨らんで児頭が見えたとき: 患者を一人にせず、5分ごとに次のことを観察する: - 緊急を要する徴候の頻度、陣痛の強さと持続時間 - 胎児心拍 - 会陰の収縮と伸展 - 排臨(陣痛中に目視できる児頭の下降) - 産婦の気分と行動(ストレス、不安)		
2	観察の結果を記録する(パルトグラム)		
3	児頭の娩出をコントロールする		
4	会陰切開はルーティンでは行わない(胎児ジストレスと器械分娩の場合を除く)		
5	会陰切開の場合は局所麻酔を行う		
6	児の娩出後、第二子がないことを確認し、出血量を評価する		
7	分娩直後にオキシトシン10単位を筋注または静注する		
8	基本的な新生児のケアを行う(新生児ケアを参照)		

5) 分娩第3期のケア

	基準	1-5点	観察したこと コメント
1	分娩第3期の積極的管理が適切に行われる		
2	産婦の観察が行われる(上記参照)		
3	新生児の観察が行われる(新生児ケアを参照)		
4	胎盤の娩出 - 強い子宮収縮を待って(2から3分)、臍帯牽引をコントロールしながら胎盤を娩出する		

- 胎盤と膜に欠損がないことを確認する		
---------------------	--	--

6) 産後早期のケア

	基準	1 - 5 点	観察したこと コメント
1	分娩後1時間以内は、出血量、子宮底、血圧は 15 分おきに観察する		
2	軽度の裂傷は出血がなければ縫合しない		
3	会陰切開 / 裂傷は局所麻酔したで縫合する		
4	正常の場合、分娩後に膣と会陰に消毒薬を塗布しない		
5	分娩後にルーティンで導尿しない		
6	分娩後にルーティンで子宮頸管を精査しない		

7) 新生児の蘇生

	基準	1 - 5 点	観察したこと コメント
1	蘇生と新生児ケアに関するガイドラインが利用可能であり、周知され、スタッフによって使用されている		
2	蘇生のために、インファントウォーマーとすぐに使用できる物品が準備された専用のエリアがある		
3	安全弁付きのアンビューバッグが使用可能である		
4	適切なサイズのマスクが用意されている(少なくとも 2 つのサイズ、1 つは正期産の新生児用、もう 1 つは未熟児用)		

8) 出生直後の新生児の観察とケア

	基準	1 - 5 点	観察したこと コメント
1	部屋は暖かく(25℃以下)、風の流れがない		
2	出生後すぐに乾燥させ、新生児の状態を評価する(アプガースコア)		
3	ルーティンでの鼻腔の吸引、食道への吸引は <u>行わない</u>		
4	新生児と母の Skin to Skin ケアを継続して行う		
5	臍帯は拍動が止まってから切断する(少なくとも出生後 1 分以上)		
6	最初の 1 時間は母乳育児が奨励され、母親には母乳育児ができる落ち着いた環境が提供される		
7	臍帯切断面は、7.1%クロルヘキシジンで消毒された後、包帯を巻かずに乾燥させる		
8	母児は同じ布でくるみ、新生児には温かい帽子をかぶせる		
9	沐浴や清拭は出生後少なくとも 6 時間は行わない		
10	眼の感染予防を(出生後1時間以内に)行う		
11	ビタミン K1 の筋注を行う		

9) 出生直後からの完全母乳

	基準	1 - 5 点	観察したこと コメント
1	蘇生処置が必要ない場合は、新生児を出生後すぐに母親の腹部または乳房の上に置き、skin to skin ケアを行う		
2	出生後 1 時間以内に母乳育児を開始することが奨励され、母親には母乳育児を行うための落ち着いた環境が提供される		
3	スタッフは、母親と新生児が母乳育児を順調に開始できるように支援		

	するためのトレーニングを受けている		
4	粉ミルクの宣伝や、母親やスタッフへのサンプルの配布は行わない		
5	母乳育児の頻度や時間を制限しない		
6	退院時には、生後 6 ヶ月までは母乳のみで育て、生後 24 ヶ月までは補完的母乳育児を勧める		
7	新生児が自分で哺乳できない場合や、母親が常に一緒にいられない場合は、搾乳した母乳をカップで与えるか経鼻胃管を通して与える		
8	粉ミルク、補助的なブドウ糖や水は、医師の指示書がある場合を除き、使用しない		
9	母乳育児の例外は、科学的根拠に基づいている		

10) 新生児が退院する前の観察

	基準	1－5 点	観察したこと コメント
1	生後 12 時間より前に退院させない		
2	生後 1 日目に呼吸数を測定し記録する		
3	母乳育児とその頻度を記録する		
4	黄疸の有無を記録する		
5	その地域の方針に従ってワクチンを接種する		

11) 母親への情報とアドバイス

	基準	1－5 点	観察したこと コメント
1	母親に自宅での新生児の世話を教えるためのガイドラインが利用可能である		
2	母親は、新生児の洗い方、臍帯切断面の処置、母乳について教わる		
3	それぞれの新生児は分娩室の台帳に記録される		
4	母親は、分娩時の妊娠週数、児の体重・身長・頭囲、退院時の体重に関する情報を与えられる		
5	母親は起こりうる危険な兆候、産後の定期健診の時期についてアドバイスを受ける		

2024

妊産婦死亡レビューに関する提言



PACSSMN 専門家

2024 年 6 月 24 日

1. コートジボワールの妊産婦死亡率について

国家保健統計¹（2021）によれば、コートジボワールの妊産婦死亡は385（出生10万対）と推計され徐々に改善傾向にあるが、EPMM²（2015年）によると、2010年に妊産婦死亡率が420を上回っていた国は、2030年の目標値を140とすることが推奨されており、その目標にはまだ遠く及ばない。

IMFのデータ³（2024）によれば、コートジボワールのGDPは世界76位（189か国中）と経済成長を見せる一方、WHOによる妊産婦死亡率の最新のデータ⁴（2020）はいまだ世界で15番目に高い値となっており（図1）、取り残された課題になっている。また、1990年から2015年までの各国の妊産婦死亡率の削減率の比較においても、コートジボワールにおける削減率は低く、改善が緩徐であったことが分かる⁵（図2）。

コートジボワール妊産婦・周産期死亡調査と対応レポート⁶（2023）によれば、2022年の妊産婦死亡の報告数は960件、予測される妊産婦死亡数3482件と報告されており、報告率は27.6%に過ぎないということになる。つまり妊産婦死亡の大半は隠れたままであり、実態が不明となっている。同国保健省は報告率を2025年までに90%まで上げることを目標に掲げているが、その具体的な改善策は述べられていない。

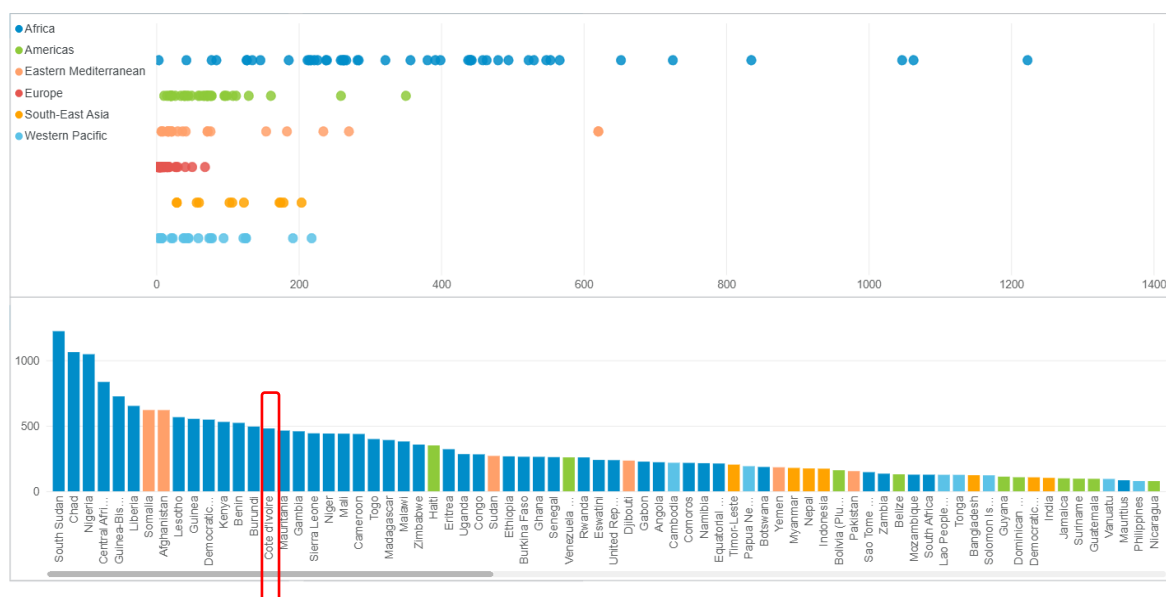


図1：2020年の妊産婦死亡率（10万出生対）

出典：vi) <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3-1-maternal-mortality>

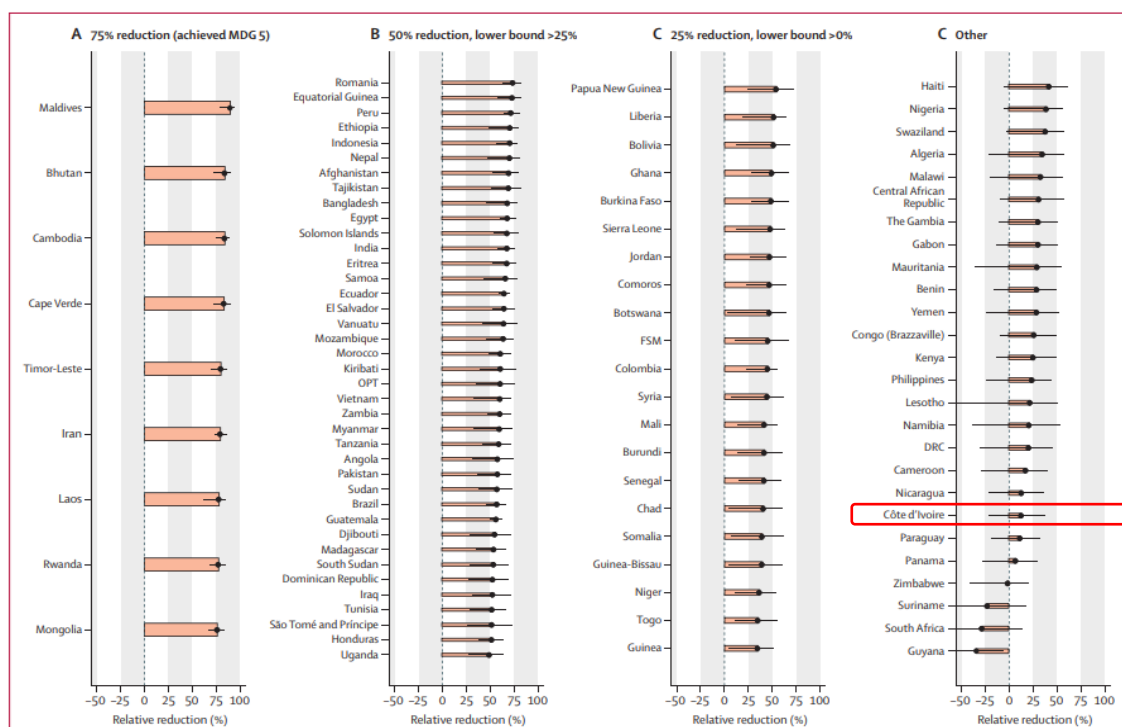


Figure 3: Relative reduction in maternal mortality ratio from 1990 to 2015, for 95 countries with maternal mortality ratio of more than 100 in 1990. Countries are grouped on the basis of the categories from table 3. Within each category, countries are sorted by relative reduction. Error bars refer to 80% uncertainty intervals. DRC=Democratic Republic of the Congo. OPT=Occupied Palestinian Territory. FSM=Federated States of Micronesia.

図 2 : 1990 年に妊産婦死亡率が 100 を上回っていた 95 か国における 1990 年から 2015 年までの妊産婦死亡率の削減率比較

出典 : v) Leontine Alkema, Doris Chou et al., Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group, The Lancet, Vol 387, 2016

2. 妊産婦死亡の原因

コートジボワールにおける妊産婦死亡の最大の原因は「出血」であり 45.7%に及ぶ^{vi}。世界全体でも発展途上地域に限ったデータでも同原因は 27.1%⁷であることに鑑みると、著しく高い割合であることが分かる。次いで「原因不明」15.8%、「高血圧に関連するトラブル」13.6%となっている(図 3)。

またコートジボワールにおいて「妊娠中絶」を原因とする死亡は 34 件 (3.5%) であるが^{vi}、世界全体では 9%、サブサハラアフリカでは 10-18%に及ぶといわれている⁸。コートジボワールでは、原因不明や未報告症例のなかに妊娠中絶に起因する死亡が相当数含まれることが推察される。

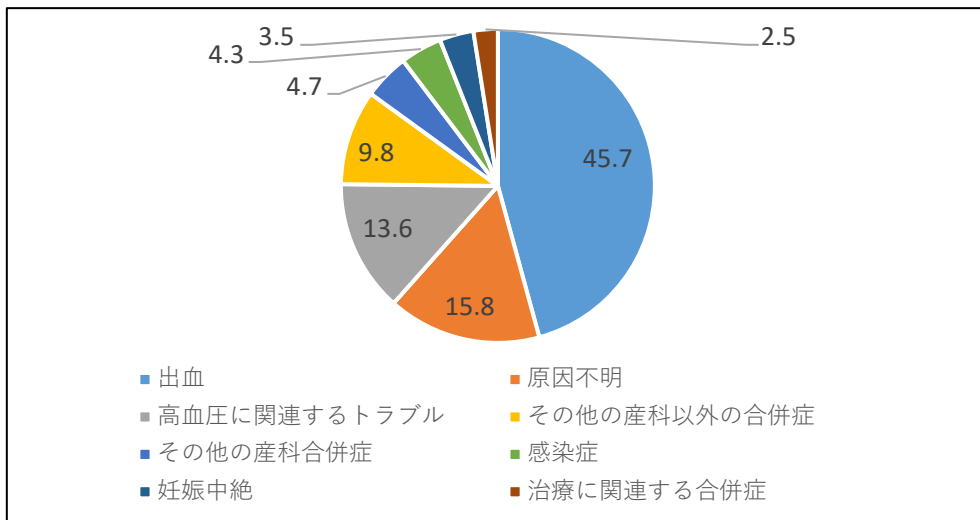


図 3：2022 年にコートジボワールで報告された妊産婦死亡の死因別内訳

出典：vi) République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, Surveillance des Décès Maternels, Périnataux et Riposte (SDMPR), Rapport National 2022, Avril 2023

3. 出血による死亡の内訳

一般的に産後出血の原因は 4T と呼ばれ、それぞれの発生頻度は以下の通りとされている。Tonus (弛緩出血) 70%、Traumatisme (腔壁や頸管の裂傷) 20%、Tissu (組織遺残) 10%、Trombine (血液凝固異常) 1%未満。

一方で、コートジボワール妊産婦・周産期死亡調査と対応レポート^{vi} (2023) によれば、出血による妊産婦死亡の内訳の 67.2%が「詳細不明」となっており、「弛緩出血」は 3.4%にとどまる (図 4)。弛緩出血がこれほど少ないのは病態生理学的に信じがたく、弛緩出血を正しく診断できていない結果と考えるのが自然である。

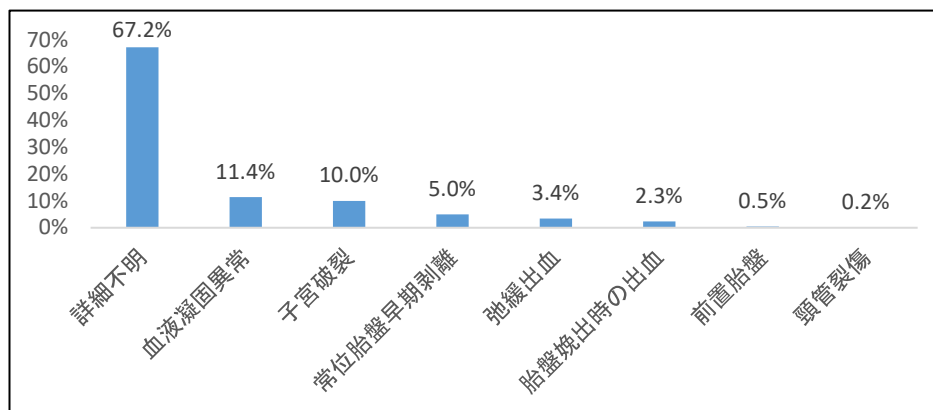


図 4：2022 年のコートジボワールにおける出血による妊産婦死亡の内訳

出典：vi) République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, Surveillance des Décès Maternels, Périnataux et Riposte (SDMPR), Rapport National 2022, Avril 2023

4. 妊産婦死亡の発生時期・時間

一般的に妊産婦死亡の発生時期は、分娩時および産後 24 時間以内 50%、次いで妊娠中 25%、産後 2-7 日 20%、産後 2-6 週間 5%である (図 5)^{ix}。また発症から死に至るまでの時間は、産後

出血は2時間以内、子癇では2日以内、分娩停止では3日以内、感染症では6日以内である（表1）⁹。

特に産後出血の転帰は急速であり、BEmONC（基礎的緊急産科・新生児ケア）施設での即時対応と CEmONC（包括的緊急産科・新生児ケア）施設への早急な搬送が求められるが、スーパービジョン等などで明らかになった当国の課題として、BEmONC 施設での即時対応に要する薬剤の不備、CEmONC 施設への搬送に2時間以上かかること、またいずれにおいても助産師のアセスメント能力と対応に関する知識の不足が挙げられる。

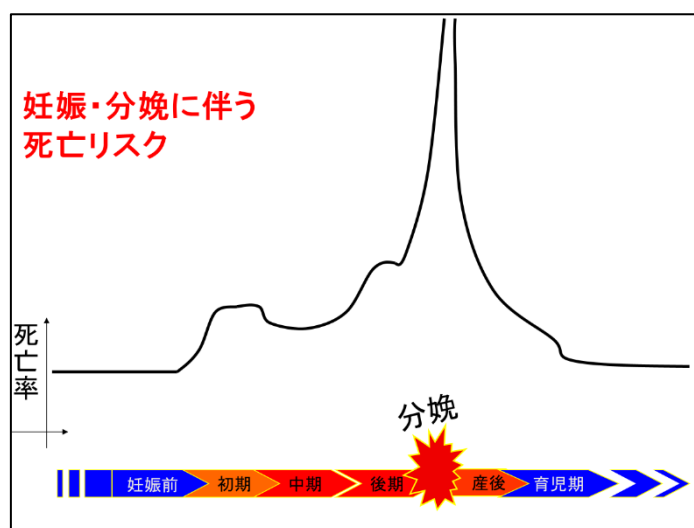


図5：妊娠・分娩に伴う死亡リスク

出典：ix) MSF, E-SSR 2020, Module1

表1：発症から母体死亡までの時間

合併症	時間 	日 
出血 産後 妊娠中	2 12	
子癇		2
分娩停止		3
感染症		6

出典：ix) MSF, E-SSR 2020, Module1

5. 「3つの遅延」に関するコートジボワールの傾向

Thaddeus and Maine（1994）が提唱した妊産婦死亡に関わる3つの遅延モデル¹⁰では、遅延が発生する3つの段階を特定している。①ケアを求める決断の遅延、②医療施設への到着の遅延、③適切なケアの提供の遅延、である。

コートジボワール妊産婦・周産期死亡調査と対応レポート^{vi}（2023）によれば、同国では第三の遅延が56%を占める（図6）。つまり、医療施設間のリファラル体制の問題よりも、産婦到着後

の各医療施設における助産師のアセスメント・ケア能力の問題がより深刻であるといえる。それぞれの遅延には図7に記す原因があり、主な改善案として、第一の遅延には住民への啓発・教育、第二の遅延には搬送手段の改善、第三の遅延には助産師の研修・教育等が考えられる。

プロジェクトでは当初、第一の遅延に対してコミュニティとの連携、第二の遅延に対して医療施設間のリファラル体制の強化、第三の遅延に対して研修が計画されていた。しかし Covid-19 の影響を受け時間的制約が大きくなったことにより、妊産婦死亡の主因である第三の遅延の改善に注力した。

今後の方向性として、助産師のアセスメント・ケア能力を改善するための研修が引き続き最優先課題ではあるが、女性の受診行動（妊婦健診、分娩、産後健診）を促すための啓発や、救急車の配備と稼働性（運転手、燃料）の確保についても支援が望まれる。

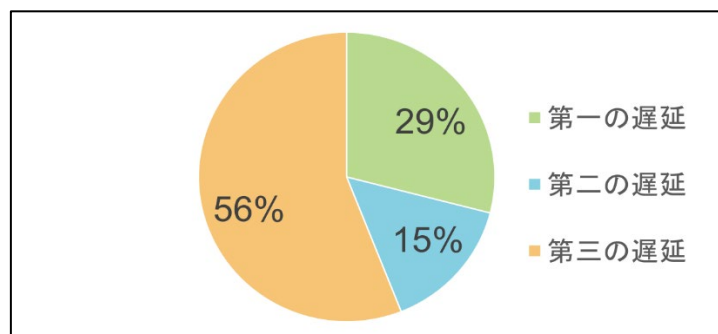


図6：2022年のコートジボワールにおける妊産婦死亡の原因と「3つの遅延」

出典：vi) République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, Surveillance des Décès Maternels, Périnataux et Riposte (SDMPR), Rapport National 2022, Avril 2023

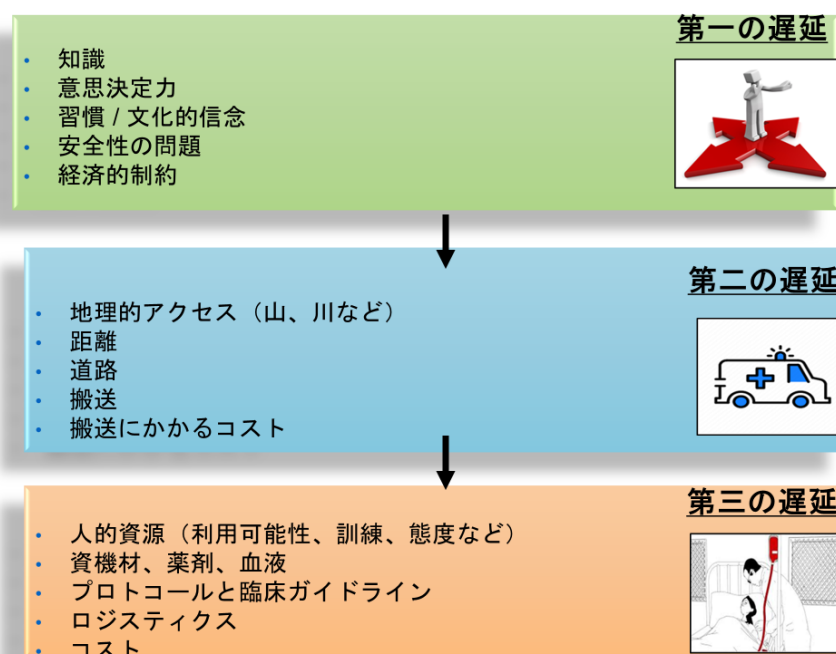


図7：各段階における遅延の要因

出典：ix) MSF, E-SSR 2020, Module1 を参考に PACSSMN 作成

6. 問題意識の齟齬

① 産後出血について

弛緩出血の対応は複雑ではなく、適切な薬剤を迅速に投与することによってその大半は止血に至る。バイタルサインや出血量を観察し、段階的に薬剤を投与しながら導尿カテーテル留置、双手圧迫などを行い、4T の他の原因が存在しないことを確認していくが、それらの処置が適切に行ってもなお出血が止まらないケースは実際には多くない。出血が止められずに死亡に至るほとんどのケースは、薬剤が適切に投与できていないことによる。ここまでの処置を適切に迅速に行ってもなお止血できないケースは血液凝固異常（1%未満）を疑って、最終的な姑息的手段として子宮内バルーンカテーテルを留置して輸血が行える上位医療機関への搬送を行う。

子宮内バルーンタンポナーデは段階的な処置の最後に位置づけられるべきで、その前の薬剤投与等の正確性と即時性こそトレーニングすべきであることをプロジェクトで行った助産師研修、スーパービジョン、妊産婦・周産期死亡調査と対応（SDMPR）会議において提案した。しかし、子宮内バルーンタンポナーデにフォーカスし、それ以前のバイタルサインや出血量の観察、段階的な薬剤の投与がおろそかにされている実態がある。

その背景には、ドナーによって子宮内バルーンタンポナーデのキットが配布され使用を推奨されたこともあるだろう。しかし、バイタルサインや出血量の観察も、薬剤の使用も適切にできていない状況において、子宮内バルーンタンポナーデだけを実施したところで出血は止まらない。それどころか、迅速さが生死を分ける産後出血の対応において、慣れない子宮内バルーンカテーテルの挿入に手間取り、薬剤の投与が後手に回るとは致命的な時間のロスとなる。

妊産婦死亡を削減するためには、産後出血の対応の優先順位を見直す必要がある。

② 妊娠高血圧症候群について

「2. 妊産婦死亡の原因」で述べた通り、コートジボワールにおいて妊娠高血圧症候群は死亡原因の3番目に多い（13.6%）が、その対応の重要性について十分に認識されていない。

プロジェクトで行った助産師研修では、妊娠高血圧症候群は上位医療機関に搬送すべき疾患であると述べられるにとどまった。病態生理、重症度の判別、薬剤治療を含む対応のアルゴリズムを学ぶことこそ妊産婦死亡削減の近道であるため、研修内容の見直しは必須である。

またスーパービジョンで顕在化した課題として、BEmONC 提供施設である保健センター（ESPC）では妊娠高血圧症候群は上位医療機関への搬送の対象であり、軽症のコントロール、重症時の緊急対応のいずれも行う体制がないことが挙げられる。軽症のコントロールが行えないことは、患者にとって通院の不便さが生じ治療の中断に繋がるうえ、CEmONC 提供施設への業務集中と業務過多を招く。また、重症時の緊急対応が行えないことは、子癇発作の重積を招き、妊産婦・胎児の予後を左右する。

妊娠高血圧症候群については、妊婦健診受診時に CEmONC 提供施設へ紹介するのが理想的ではあるが、重症化してから初めて BEmONC 提供施設を受診するケースや、分娩が切迫していて CEmONC 提供施設への搬送が間に合わないまま BEmONC 提供施設で対応せざるを得ないケースもあることを踏まえ、BEmONC 提供施設においては最低限必要な薬剤を常備し、助産師の緊急対応の能力を強化することが望まれる。

③ 妊娠中絶について

稽留流産や不全流産に対して、コートジボワールでは手動式子宮内吸引（AMIU）を行うこととされており、プロジェクトで行った助産師研修においても AMIU の実技演習が実施された。しかしながら、WHO でも推奨されている内服薬による安全な中絶処置の成功率は 95%以上であり、AMIU と比較して患者への侵襲性、処置中の痛み、合併症も大幅に少ない。さらに内服は自宅で行うため、入院による拘束を理由に受診をためらい重症化するケースを減らすことができる。

助産師に新たな技術として AMIU を教える手間、全施設への機材の配布、滅菌の徹底を考慮すると時間対効果、費用対効果ともに内服薬の方が優れている。さらにリスクの観点から考えても、不慣れな AMIU の手技によって起こる子宮穿孔や感染症等の合併症に比べ、内服薬による副作用は患者に許容されうる程度に軽微である。

たしかに、進行性流産で出血が止まらないケースや、すでに感染を起こしているケースでは AMIU が必要になるが、それらは BEmONC 提供施設ではなく CEmONC 提供施設で扱うべきケースであることから、BEmONC 提供施設で AMIU を積極的に行う必要はない。

コートジボワールにおいては、社会的・経済的理由での妊娠中絶は認められていない¹¹ことから、BEmONC 提供施設に中絶に用いる薬剤（ミフェプリストン、ミソプロストール）を常備するとそれらが希望妊娠中絶に使用されるリスクがあると捉えられている可能性がある。しかし、産後出血の治療のためにミソプロストールが置かれている ESPC もあり、ミソプロストール単体でも中絶の処置はある程度可能であることから、希望妊娠中絶に使われるリスクを回避するために薬剤を置かないという説明はあまり意味をなさない。

「2. 妊産婦死亡の原因」で記載した通り、サブサハラアフリカにおいては妊娠中絶は死因の 10-18%を占めるといわれているため、内服薬によって安全な妊娠中絶へのアクセスを改善する意義は大きい。

7. 分娩期における基本的な助産能力の重要性

分娩期における基本的なアセスメント・ケア能力を強化する重要性については、プロジェクトのベースライン調査でも、コートジボワール妊産婦・周産期死亡調査と対応レポート^{vi}（2023）でも強調されている。また研修中やスーパービジョン中の観察に基づいても、極めて基礎的な助産能力が身に着いていない助産師が多いことが確認された。

助産師が基本的なアセスメント・ケアを実施できれば、現存の妊産婦死亡の 75%を防ぐことができるといわれている¹²。当国の妊産婦死亡率の高さから考えて、最優先で取り組むべきは基本的な助産能力の強化であることは疑う余地がない。しかしながら、プロジェクトが実施した助産師研修においては、応用に焦点が当てられ基本は限られていた。本来助産師が備えるべき基本的な能力と実態との乖離を認識し、そのギャップを埋めることが妊産婦死亡を減らす最善かつ最短の道であるがカウンターパートにはその認識が希薄であった。

その理由は、ケアの質の視点の有無にあると考えられる。研修、スーパービジョン、SDMPR 会議のいずれにおいても、ケアを実施することがゴールになっていて、ケアの質は度外視されてきた。しかし、ケアを実施しても適切な方法で実施できていなければ実施しなかったも同然であるし、不適切な助産ケアの実施は何もしなかったより害になることもある。

8. SDMPR に求められる検討手順

スーパービジョン実施後に報告書で提言をまとめた際、「現在のコートジボワールの現状や法規上無理である」等の理由でそのほとんどが削除された。しかし、形骸的な提言に甘んじることなく、本当に妊産婦死亡を削減するためには何をすべきかを考えた場合、現行の法律を見直してでも取り組むべき課題、表面的ではなく具体的な内容に踏み込んで取り上げるべき課題、医師、助産師のヒエラルキーの垣根を越えて共有すべき課題がある。

以下に、SDMPR に求められる検討手順を提案する。

① 課題の優先順位付け

できる限りバイアスを取り除いて課題の優先順位を考えるため、KAIZEN の検討手順¹³⁾に倣いたい。現在課題として考えられる課題を列挙したうえで、表2の各項目についてスコア付けし、実現可能性を検証する。最もスコアの高い課題を優先課題とする。

表2：実現可能性に係る確認項目

確認項目	それぞれの項目のカギとなる質問
インパクト	・実施後の患者への影響は？
緊急性	・問題はすぐに解決する必要があるか？
可能性	・KAIZEN プロセスを組織内で、妥当な期間内（6カ月以内）に実施することが可能か？
利用可能な資源	・利用可能な資源（資金、人材、設備）で、テーマの実施（特定された問題の改善）が可能か？ ・状況分析を行うためのデータや情報は入手可能か？ ない場合は収集可能か？

出典：xiii) Furukawa (Expert de la JICA Burundi), Étude sur les décès maternels et périnataux dans les établissements de soins, 2023 を PACSSMN 専門家が和訳

表3：課題の優先順位付け案

特定された問題	インパクト	緊急性	可能性	利用可能な資源	実現可能性（合計）
助産師が産後出血のリスク因子を知らない	2	2	2	2	8
助産師が弛緩出血の緊急対応ができない	3	3	2	2	10
BEmONC 施設から CEmONC 施設への搬送に2時間以上かかる	2	1	1	1	5
輸血へのアクセスが限られている	2	2	1	2	7
助産師が妊娠高血圧症候群の対応ができない	3	3	2	1	9
安全な妊娠中絶ケアへのアクセスが乏しい	3	2	1	2	8

出典：xiii) Furukawa (Expert de la JICA Burundi), Étude sur les décès maternels et périnataux dans les établissements de soins, 2023 のマトリクスを用いて PACSSMN 専門家が作成
スコア（3: 優先度高。実装容易、2: 優先度中、1: 優先度低。実装困難）

② 優先課題の根本原因分析

①で合計点が高かった優先課題について根本原因を分析する。可視化している問題の対症療法ではなく、可視化されていない原因を洗い出すことで、根本的な解決を目指す。

表 4：優先課題の根本原因分析

特定された優先課題	左記の優先課題ができない原因 (3つまで)	左記の原因(1) (2) (3)の原因 (それぞれ3つまで)
助産師が弛緩出血時の緊急対応ができない	(1) 助産師が産後出血の緊急度を判別できない	1) 助産師が出血量を目測できていない
		2) 助産師が患者のバイタルサインや全身状態を観察していない
		3) 助産師がショックバイタルの基準を知らない
	(2) 助産師が出血原因を判別できない	4) 4T とそれぞれの特徴を知らない
		5) 子宮底の硬度/位置が触診できていない
		6) 胎盤欠損の有無を確認していない
	(3) 緊急対応に使用する薬剤が BEmONC 施設に常備されていない	7) BEmONC 施設における薬剤使用のプロトコルがない
		8) 薬剤を常備しておくには BEmONC 施設の予算からの持ち出しとなり、患者が後払いできなかった場合、採算が取れない
		9) BEmONC 施設敷地外の薬局まで家族が買いに行くシステムである

出典：xiii) Furukawa (Expert de la JICA Burundi), Étude sur les décès maternels et périnataux dans les établissements de soins, 2023 の表を用いて PACSSMN 専門家が作成

③ 是正措置の特定

②で抽出された根本原因に対して是正措置を考える。本来は関係者の話し合いによって是正措置を協議すべきであるが、以下は一案として示す。

1) 助産師が出血量を目測できていない

- ・研修において、どの程度であれば 500ml 以上、1000ml 以上なのか参考になる動画で学ぶ
- ・研修において、ケチャップ等を膿盆や布に染み込ませた状態で目測の演習をする

2) 助産師が患者のバイタルサインや全身状態を観察していない

- ・すべての ESPC に産後の経過記録用紙を導入する
- ・各 ESPC において、分娩助産者が胎盤娩出後にバイタルサイン、全身状態を観察することをルーティンとする。分娩助産者が手を離せない時は、間接助産者にバイタルサインの測定を声に出して依頼する決まりとする

3) 助産師がショックバイタルの基準を知らない

- ・研修において、ショックバイタルの基準について学ぶ
- ・研修において、産後出血の事例演習を取り入れる

4) 4T とそれぞれの特徴を知らない

- ・研修において、4T の特徴と発生頻度について学ぶ

5) 子宮底の硬度/位置が触診できていない

- ・研修において、産後の子宮底の硬度/位置の正常値について学ぶ
- ・各 ESPC において、産後の子宮底の観察が適切にできているか助産師長が全助産師にベッドサイドコーチングを行う

6) 胎盤欠損の有無を確認していない

- ・パルトグラムの裏面に、胎盤記録欄を設ける
- ・スーパービジョンにおいて、分娩助産者が胎盤娩出後に胎盤欠損の有無を確認してい

るかチェックする

7) BEmONC 施設における薬剤使用のプロトコールがない

→ ・ 薬剤に関連する部門 DGS、NPSP、PNSME、DSIM 等で協議する場を設け、現在の課題の共有および緊急対応に使用するの薬剤の配備について検討する

8) 薬剤を常備しておくには BEmONC 施設の予算からの持ち出しとなり、患者が後払いできなかった場合、採算が取れない

→ ・ 7)の会議に合わせて、当面の間、緊急対応に使用する薬剤の予算を各 BEmONC 施設に確保できないか検討する

9) BEmONC 施設敷地外の薬局まで家族が買いに行くシステムである

→ ・ 8)で予算が確保された BEmONC 施設には、緊急 Box (①産後出血用、②妊娠高血圧症候群用)を設置し、使用の都度、補充するシステムとする

9. アクションプランと評価

「8. SDMPR に求められる検討手順」において①課題の優先順位付け、②優先課題の根本原因分析、③是正措置の特定、を経た後、それぞれの是正措置をアクションプランに落とし込む作業が求められる。関係者の協議によって 5W1H を明確にしたアクションプランを作成し、定期的(1-3ヶ月毎)な評価を行う。

上記「8. SDMPR に求められる検討手順」は Department レベルで協議され、「9. アクションプランと評価」は District レベルもしくは ESPC レベルで実施されることが効果的であると考える。

プロジェクトの助産師研修やスーパービジョン、SDMPR 会議で提案された「プロトコールに沿ったケアを実施する」という漠然とした提言では臨床レベルでの行動変容を起こすことは難しい。妊産婦死亡率の削減に真摯に向き合うには、上記の検討手順を関係者自らが行うことが重要である。

¹ République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, Enquête démographique et de santé (EDS) 国家保健統計、英語では DHS

² EPMM: Strategies toward ending preventable maternal mortality
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241508483>

³ <https://www.imf.org/en/Search#q=GDP&sort=relevancy>

⁴ <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3-1-maternal-mortality>

⁵ Leontine Alkema, Doris Chou et al., Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group, The Lancet, Vol 387, 2016

⁶ République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, Surveillance des Décès Maternels, Périnataux et Riposte (SDMPR), Rapport National 2022, Avril 2023 妊産婦・周産期死亡調査と対応レポート

⁷ Lale Say, Doris Chou et al, Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis, The Lancet, Vol 2, 2014

⁸ MSF, Self-managed abortion care supported by lay-providers in a southern African country, 2018-2020

⁹ MSF, E-SSR 2020, Module1

¹⁰ Thaddeus and Maine, Les causes de la mortalité maternelle et "les 3 retards", 1994

- ¹¹ WHO, Abortion health profile, Côte d'Ivoire 2019
- ¹² UNFPA, ICM, WHO, The state of the world's midwifery, 2021
- ¹³ Furukawa (Expert de la JICA Burundi), Étude sur les décès maternels et périnataux dans les établissements de soins, 2023

Canevas pour note conceptuel du **Modèle de continuum de soins de santé maternelle et néonatale**

1. Contexte et justification

Les indicateurs de santé maternelle, néonatale et infantile demeurent toujours élevés malgré les efforts consentis par le Gouvernement ivoirien et ses partenaires : Mortalité maternelle (Taux : 385 DM pour 100 000 NV / EDS2021), néonatale (Taux : 30/1000NV / EDS2021) et infantile (52 pour 1000NV / EDS 2021), ce qui constitue une préoccupation majeure pour la Côte d'Ivoire.

Pour faire face à cette situation, le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) a entrepris le Programme pour la Promotion de la Couverture Sanitaire Universelle dénommé « Programme pour la promotion de la Couverture Sanitaire Universelle axée sur la Femme, l'Enfant et l'Indigent » avec l'Agence japonaise de Coopération internationale (JICA) en Avril 2017. Dans la cadre de ce Programme, un Projet de coopération technique « Projet d'Amélioration du Continuum des Soins de Santé Maternelle et Néonatale (PACSSMN) » a démarré en juillet 2019.

L'objectif du PACSSMN est d'améliorer la qualité des soins et l'utilisation des services dans le continuum de l'offre des soins de santé maternelle et néonatale dans la zone cible afin de contribuer à la réduction des décès maternels et néonataux dans les établissements sanitaires de la zone cible.

Au démarrage du PACSSMN, une étude de base a été réalisée dans les Districts Sanitaires d'Abobo Est et d'Ouest, cites pilotes du Projet, et cette étude a montré plusieurs insuffisances dans la pratique des prestataires Sages-femmes et Infirmiers(ères), l'organisation des services, en termes de matériels et équipements, etc. Sur la base de ces résultats, la Direction des Soins Infirmiers, Maternels et Infantiles (DSIMI) du MSHPCMU, a conçu un draft de modèle de continuum de soins, un modèle ivoirien, dans le but de clarifier les éléments nécessaires à l'amélioration des soins de santé maternelle et infantile, et de rechercher l'éventuelle application de ce modèle dans tout le pays.

2. But et Objectifs

2.1. But

Le but de ce présent document est de fournir un concept essentiel pour améliorer la qualité du Continuum des soins maternelle et néonatale dans le contexte de la Cote d'Ivoire, aux prestataires et aux décideurs politiques pour concevoir et mettre en œuvre des interventions efficaces.

2.2. Objectifs

Les objectifs du Modèle ivoirien du Continuum de soins de santé maternelle et néonatale sont de :

- établir un modèle ivoirien de renforcement du Continuum de soins de santé maternelle, infantile et néonatale,
- clarifier les composantes essentielles du Modèle, leurs contenus et leurs relations, et
- faciliter la compréhension des prestataires de la santé et des parties prenantes sur leurs principales tâches et actions prioritaires pour renforcer le continuum des soins de santé maternelle, infantile et néonatale.

3. Notion du Continuum des Soins de Santé maternelle, infantile et néonatale

3.1. Deux (2) dimensions de Continuum des soins

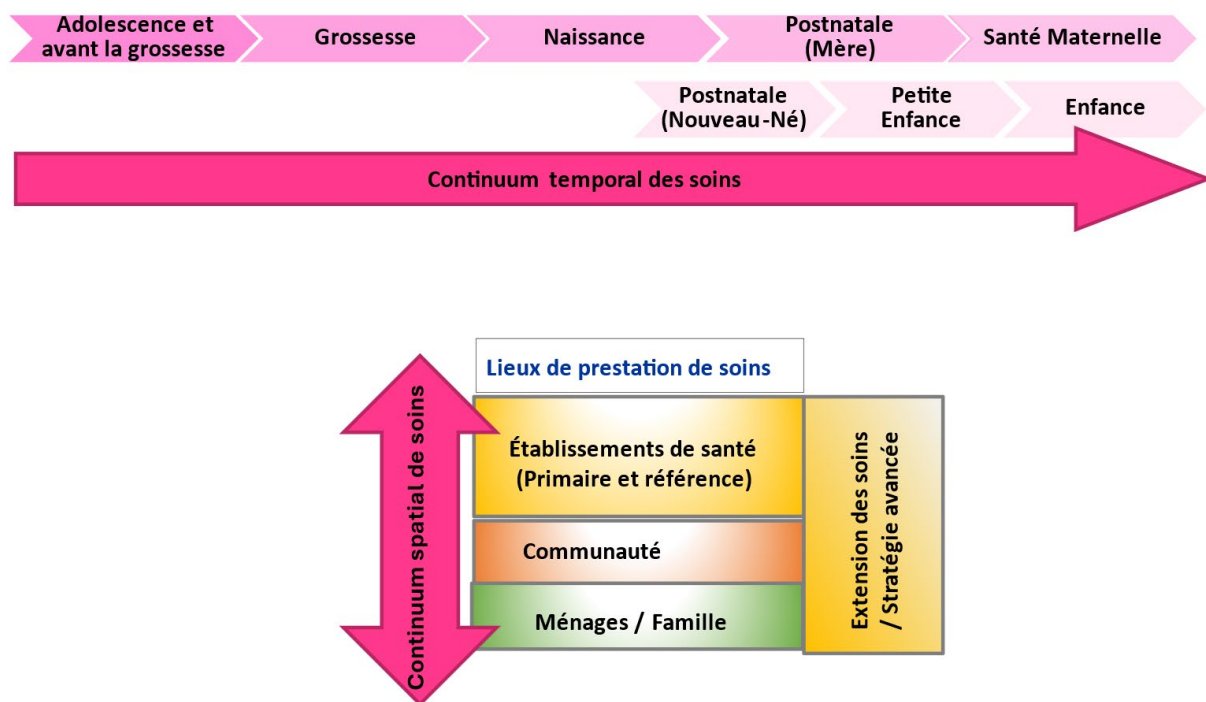
Selon l'OMS et les experts internationaux, la notion de continuum des soins de santé maternelle et néonatale est composée de deux (2) dimensions : une dimension temporelle et une autre spatiale.

La continuité temporelle, c'est-à-dire tout au long de la vie, signifie des soins cohérents et continus depuis l'enfance jusqu'à la grossesse et l'accouchement.

La continuité spatiale couvre les liens sociétaux entre les mères et les enfants, la famille, la communauté, les centres de santé publique, les maternités et les hôpitaux.

Sur la base de ce concept, l'objectif est de créer un état dans lequel toutes les mères et tous les enfants peuvent recevoir cette série de soins en continu sans être séparés dans le temps et dans l'espace.

CONCEPTION DU CONTINUUM DES SOINS DE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE



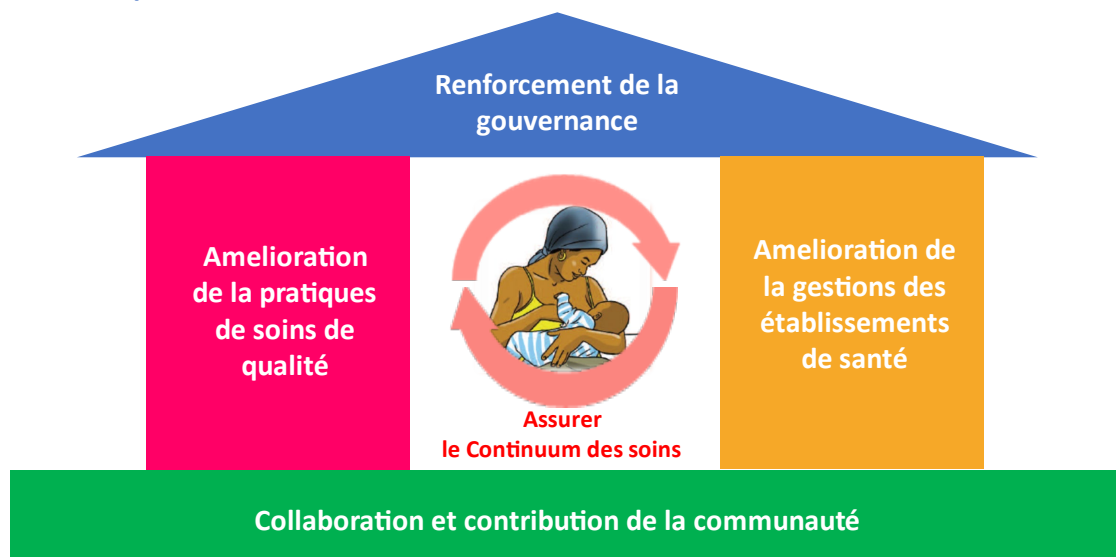
3.2. Rôle essentiel des sages-femmes et l'importance de soins respectueux dans le continuum de soins

Les **sages-femmes** sont les prestataires de soins maternels et néonataux de premier contact pour les parturientes et les nouveau-nés. La qualité de leurs techniques professionnelles et leurs attitudes envers les patients exercent une influence majeure sur la santé et la morbidité des sujets cités.

Afin de garantir la qualité des soins et la confiance des patients dans les prestataires, les **soins respectueux** sont d'une grande importance. Tous les prestataires de soins doivent donc se familiariser avec cette discipline humanitaire et accueillir/traiter les femmes et les enfants comme leur propre famille, dans le respect de leur dignité personnelle.

4. Cadres conceptuels du Modèle ivoirien de continuum de soins de santé maternelle et néonatale

Concept d'un modèle de continuum des soins de santé maternelle et néonatale



4.1. Composantes du modèle de continuum de soins de santé maternelle et néonatale :

(1) Renforcement de la gouvernance

Il y a trois (03) niveaux de gouvernance : central, régional, départemental. Dans la pratique des soins de qualité, l'un des plus important est le niveau départemental. A chaque niveau, correspond des types de responsabilités qui se présentent comme suit :

Au niveau central ;

- fournir les règlements, les directives, et les politiques qui gouvernent / doivent gouverner les différentes dimensions du continuum des soins
- assurer un budget suffisant pour améliorer les conditions de travail dans les maternités et la qualité des services / modernisation des infrastructures obstétricales à tous les niveaux

Au niveaux régional et départemental ;

- transmettre les politiques nationales aux ESPC et aux prestataires
- veiller à la mise en application des directives, normes, protocoles et algorithmes dans les structures de santé
- organiser le suivi et l'évaluation / le coaching réguliers des prestataires ;
- assurer le suivi et la maintenance des matériels et équipements ;
- diriger et veiller à l'amélioration du système de référence / contre référence ;
- etc.

(2) Amélioration de la gestion des établissements de santé

Les gestionnaires des structures de santé doivent renforcer leur gestion en mettant l'accent sur les points suivants :

- améliorer la gestion des ressources humaines en réorganisant et renforçant les équipes de travail ;
- améliorer les conditions de travail (climatisation, aménagement et hygiène des locaux) des agents,

en appliquant certaines normes de qualité, par exemple celle de la démarche 5S KAIZEN TQM ;

- veiller à la mise en application des directives, normes, protocoles et algorithmes dans les structures de santé ;
- améliorer la gestion des ressources matérielles et financières ;
- etc.

(3) Amélioration des pratiques de soins SRMNI

Afin d'améliorer la qualité des pratiques de soins de santé maternelle, néonatale et infantile, plusieurs niveaux d'interventions sont nécessaires, parmi les éléments les plus importants nous avons :

- renforcer la formation initiale et continue pour les prestataires des soins, notamment les sage-femmes, en respectant les normes internationales
- Renforcer le suivi et le coaching régulière pour les prestataires ;
- impliquer et sensibiliser les aides-soignants pour assurer la qualité des soins ;
- sensibiliser et responsabiliser les gynéco-obstétricien pour la qualité de soins, notamment les soins de santé respectueux ;
- etc.

(4) Collaboration avec les communautés

L'implication et la collaboration de la communauté sont le socle important permettant d'assurer la fourniture des prestations des soins de qualité. Il est donc nécessaire d'établir une bonne relation entre la communauté et les structures de santé, surtout celles du premier niveau. Pour ce faire, il faut considérer les points suivants :

- établir un bon mécanisme de coordination entre les communautés et les structures de santé ;
- recueillir les besoins réels de la population afin de mieux y répondre ;
- sensibiliser les habitants et les autorités des communautés sur les vertus du continuum des soins de santé maternelle et néonatale ;
- etc.

4.2. Relation entre chaque composante

Trois (3) des quatre (4) composantes sont en rapport avec la **prestation des soins de santé**. Bien que la relation entre ces trois parties soit hiérarchique, il est important de garantir une bonne collaboration entre le niveau supérieur et le niveau périphérique en vue d'une bonne coordination des services de santé.

Le quatrième volet, à savoir la participation communautaire, concerne les **bénéficiaires des services médicaux**. Quel que soit le système de santé mis en place, celui-ci restera inefficace s'il ne répond pas aux besoins et aux véritables sollicitations de la communauté qui l'utilise. En outre, la communauté doit comprendre le contenu de ce système de santé en vue de son implication dans sa gestion.

Ainsi donc, développer de bonnes relations entre les deux parties est un facteur clé pour garantir des soins de santé maternelle néonatale et infantile de bonne qualité.

5. Défis et Perspectives :

5.1. Défis majeurs :

Ce modèle est conçu principalement à partir des résultats de l'étude de base du PACSSMN, c'est-à-dire

ceux de la situation des établissements de santé dans les Districts Sanitaires d'Abobo Est et Ouest, commune urbaine d'Abidjan. Cependant, les situations de santé maternelle, infantile et néonatale dans les zones rurales et/ou semi-urbaines peuvent être quelque peu différentes. Il est donc nécessaire de considérer les différences dans les particularités des régions et des districts et, si nécessaire, il est possible de développer des modèles ruraux et/ou semi-urbains en fonction de la situation réelle.

Afin de vulgariser ce modèle et de le porter à l'échelle nationale, les défis suivants doivent être considérés :

- durabilité financière,
- renforcement des ressources humaines en quantité et qualité,
- développement des infrastructures, etc.

5.2. Perspectives :

- *Evaluation et Finalisation du Modèle par les parties concernées du PACSSMN ;*
- *Soumission du Modèle au Cabinet et/ou DGS du MSHPCMU pour validation officielle ;*
- Par la suite, le MSHPCMU mettra en œuvre les actions nécessaires pour permettre de vulgariser le Modèle dans toutes les structures de santé du pays, en tenant compte des Visions et Axes Stratégiques de la politique nationale de santé, précisant notamment les éléments suivants :
 - stratégies de mise en œuvre,
 - structure organisationnelle responsable,
 - mobilisation des ressources,
 - modalité de suivi et évaluation,
 - etc.

妊産婦・新生児継続ケアモデル（PACSSMN モデル）

コンセプトノート（抄訳）

1. 背景と根拠

コートジボワール政府とそのパートナーによる努力にもかかわらず、妊産婦、新生児、小児の健康指標は依然として劣悪で、妊産婦死亡率 385(出生十萬対、人口保健調査 2021 年)、新生児死亡率 30(出生千対、人口保健調査 2021 年)、乳児 52(出生千対 52、人口保健調査 2021 年)である。これはコートジボワールにとって大きな懸念事項となっている。

この状況に対処するために、保健・公衆衛生・国民皆保険省（MSHPCMU）は JICA と共に、「女性、子ども、貧困層に向けた UHC 推進プログラム」を 2019 年 4 月から実施した。このプログラムの一環として、2019 年 7 月から技術協力プロジェクト「妊産婦・新生児継続ケア改善プロジェクト（PACSSMN）」が開始された。

PACSSMN は、対象地域における妊産婦および新生児の継続ケアの質とサービスの利用を改善し、対象地域の医療施設における妊産婦および新生児の死亡の減少に貢献することを目的としている。

PACSSMN 開始時に、プロジェクトのパイロット地域であるアボボ東保健区と西保健区でベースライン調査が実施された。この調査では、助産師と看護師のサービスの実践、医薬品や設備などサービス提供体制においていくつかの不十分な点が明らかになった。これらの結果に基づいて、MSHPCMU の看護・母子ケア局(DSIMI)は、妊産婦・新生児継続ケアのコートジボワールモデルを草案した。このモデルの目的は同国の母子継続ケアの改善に必要な要素を明確にして、全国への応用の可能性を追求することである。

2. 最終目標と目的

2.1.最終目標

この文書の最終目標は、コートジボワールにおける妊産婦・新生児継続ケアの質を向上させるための重要な概念を医療提供者や政策立案者に提供し、効果的な介入を計画および実施することである。

2.2.目的

妊産婦・新生児継続ケアに関するコートジボワールモデルの目的は次のとおり：

- 妊産婦・新生児継続ケアのコートジボワールのモデルを確立する。
- モデルの重要なコンポーネント、その内容、およびそれらの関係を明確にする。
- 妊産婦・新生児継続ケアを強化するための主な任務と優先行動について、医療提供者と関係者の理解を促進する。

3. 妊産婦・新生児継続ケアの概念

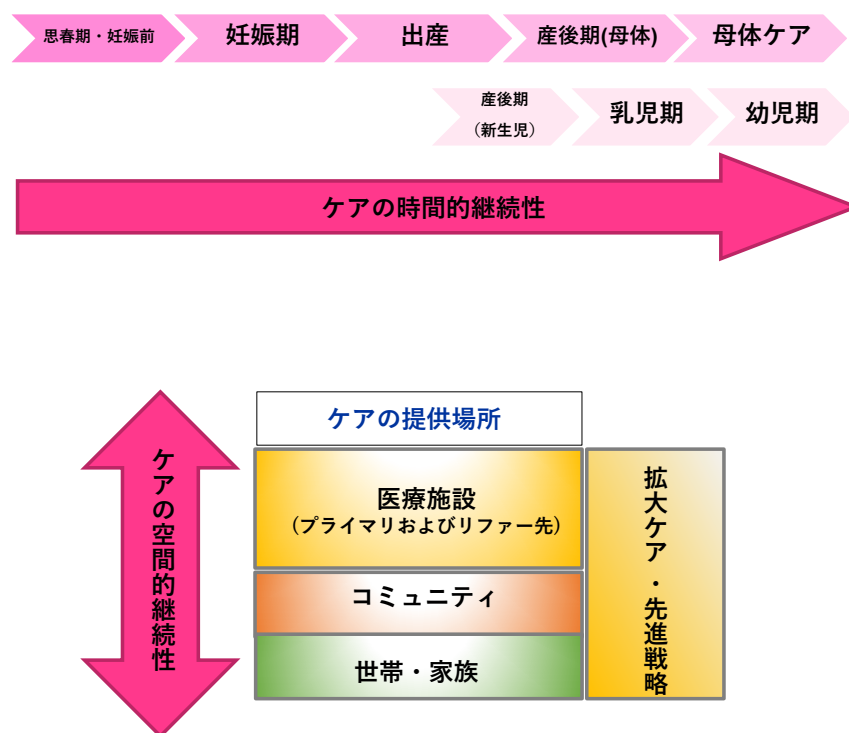
3.1.継続ケアの2つの側面

WHO および専門家によると、妊産婦および新生児の継続ケアという概念は時間的継続性と空間的継続性の2つの側面で構成されている。

時間的継続性とは、幼少期から妊娠、出産に至るまでの生涯一貫した継続的なケアを意味する。

空間的連続性とは、母子、家庭、地域社会、保健所、産科病棟、病院などの社会的なつながりを意味する。

この考え方に基づき、すべての母子が時間的、空間的な隔たりなく継続的にケアを受けられる状態を目指す。



妊産婦・新生児継続ケアの概念図

3.2.助産師の役割と、継続ケアにおける敬意を持ったケアの重要性

助産師は、妊産婦と新生児の最初の接触者である。専門的技術の質と患者に対する態度は、母子の健康と病状とに大きな影響を与える。

ケアの質と医療提供者に対する患者の信頼を確保するには、**敬意を持ったケア**が非常に重要である。したがって、すべての医療提供者は、この人道的規律を熟知し、個人の尊厳を尊重しながら、女性と子どもを自分の家族のように歓迎し、扱う必要がある。

4. 妊産婦・新生児継続ケアに関するコートジボワールモデルの概念的枠組み



4.1. 妊産婦・新生児継続ケアモデルの構成要素

(1) ガバナンスの強化

ガバナンスには、中央、州、保健区の3つのレベルがある。質の高いケアを実践する上で、最も重要なことの1つは保健区レベルである。各レベルは、次のような責任に対応している。

中央レベル：

- 継続ケアのさまざまな側面を管理する、または管理しなければならない規制、ガイドライン、および政策を提供する
- あらゆるレベルの産科病棟の労働条件とサービスの質を改善し、産科インフラを近代化するための十分な予算を確保する

州および保健区レベル：

- 国家政策を一次医療施設（ESPC）および医療提供者に伝達する
- 医療施設におけるガイドライン、基準、プロトコル、アルゴリズムの確実な実施を監督する
- 医療提供者の定期的なモニタリングと評価/指導を組織する
- 医療機材や設備の管理と保守を確実に行う
- リファラル・カウンターリファラルシステムの改善を確実に行う、等

(2) 医療施設の管理の改善

医療施設の管理者は、次の点を強調して管理を強化する必要がある：

- 医療チームを再編・強化することで人材管理を改善する
- 5S カイゼン TQM アプローチなどの特定の品質管理基準を適用することにより、職員の労働条件(空調、

施設のレイアウト、衛生状態)を改善する

- 医療施設におけるガイドライン、基準、プロトコル、アルゴリズムの実装を確実にする
- 物的および財政的資源の管理を改善する、等

(3) リプロダクティブ・母性・新生児・小児保健ケア実践の改善

妊産婦、新生児、小児の医療実践の質を向上させるためには、いくつかのレベルの介入が必要であり、その中でも最も重要な要素は次のとおり：

- 国際基準を尊重しながら、医療従事者、特に助産師に対する初期研修と継続研修を強化する
- 医療提供者に対する定期的なモニタリングと指導を強化する
- ケアの質を確保するために、助産助手を巻き込んで意識を高める
- 産婦人科医を啓発し、医療の質、特に敬意を持った医療に責任を持たせる、等

(4) 地域社会との連携

地域社会の参加と協力は、質の高い医療サービスを確実に提供するための重要な基盤である。したがって、地域社会と医療施設、特に 1 次レベルの医療施設との間に良好な関係を確立する必要がある。このために、次の点を考慮する必要がある：

- 地域社会と医療施設の間に適切な調整メカニズムを確立する
- より適切に対応するために、住民の真のニーズを収集する
- 住民と地域当局に対し、妊産婦・新生児継続ケアの利点についての意識を高める、等

4.2.各構成要素間の関係

4 つの構成要素のうち 3 つは医療サービス提供に関連している。これら 3 者間の関係は階層的であるが、医療サービスを適切に調整するには、上位レベルと現場レベルの間で良好な連携を確保することが重要である。

4 番目の構成要素、つまり地域社会への参加は、**医療サービスの受益者**に関係する。どのような医療システムが導入されたとしても、それを利用する地域社会のニーズや実際の需要に応えられなければ、そのシステムは効果がない。さらに、地域社会は、医療施設の管理へ関与するため、この医療システムの内容を理解する必要がある。

したがって、双方の間に良好な関係を構築することが質の高い母子保健サービスを提供するために重要である。

5. 課題と展望

5.1.主な課題

このモデルは主に PACSSMN のベースライン調査の結果、つまりアビジャンの都市コミュン、アボボ東と西の保健区の保健施設の状況に基づいて設計された。しかし、農村部や半都市部では母子、新生児保健をめぐる状

況が多少異なる場合がある。したがって、地域や地区の特殊性の違いを考慮する必要があり、実際の状況に応じて農村モデルや半都市モデルを開発する必要があるかもしれない。

このモデルを普及し全国規模にするには、次の課題を考慮する必要がある。

- 財政的持続可能性
- 人材の量と質の強化
- インフラ整備、等

5.2.今後の展望

- PACSSMN の関係者によるモデルの評価と最終化
- 公式検証のためにモデルを官房および/または MSHPCMU の保健総局（DGS）に提出
- MSHPCMU は、国家医療政策のビジョンと戦略軸を考慮し、特に以下の要素を明確にして、国内のすべての医療施設にモデルを普及させるために必要な措置をとる。
 - 実施戦略
 - 責任組織
 - 資源動員
 - モニタリングおよび評価方法、等