

フィリピン国
家族計画・母子保健プロジェクト
計画打合せ調査団報告書

平成5年10月

国際協力事業団
医療協力部

序 文

1981年から7年間にわたり我が国が協力を実施した家族計画プロジェクトにおいては、同国のモデル地区における母乳利用率の増加や避妊具利用率の増加等具体的な成果が得られました。この成果を踏まえ、ルソン島中部タラック州において、更に地域での母子保健サービスを強化し、家族単位での住民の福祉の向上を達成することで同国の人口政策に寄与することを目的として1992年4月1日にフィリピン国家族計画・母子保健プロジェクトが開始されました。

このたび、国際協力事業団は、本件実施に係る討議議事録に基づく協力内容に沿って、これまでの協力の進捗状況を把握し、今後の協力計画の策定に資するべく1993年9月15日から9月28日までの日程で、国立公衆衛生院公衆衛生行政学部中原俊隆氏を団長として計画打合せ調査団を派遣しました。

本報告書は、上記調査の結果を取りまとめたものです。ここに本調査にご協力を賜りました関係各位に深甚なる謝意を表します。

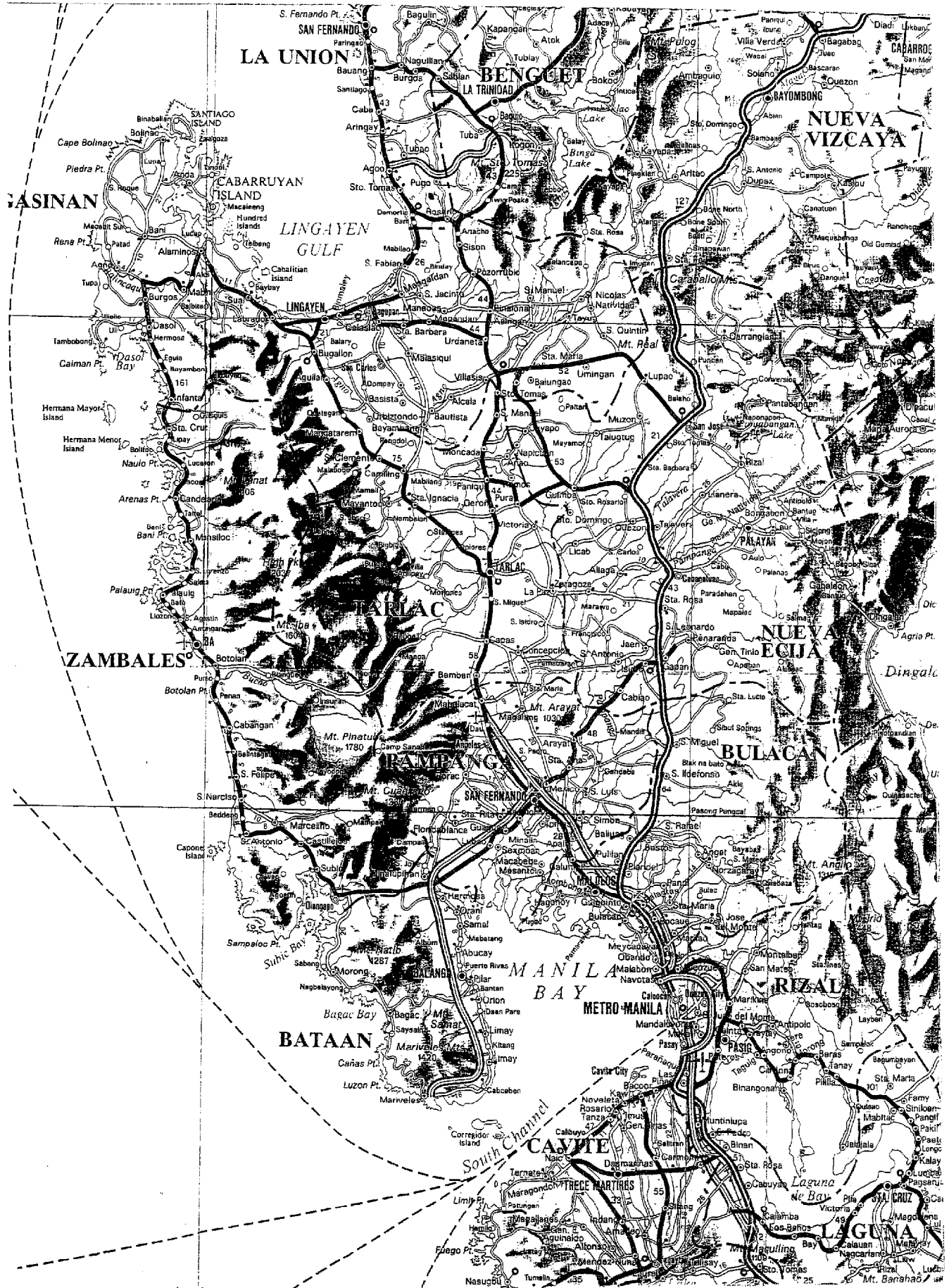
平成5年10月

国際協力事業団

医療協力部長

小早川 隆敏

プロジェクトサイト地図



目 次

序 文

地 図

1. 計画打合せ調査団派遣	1
1－1 調査団派遣の経緯と目的	1
1－2 調査団構成	1
1－3 調査日程	2
1－4 主要面談者	3
2. 協議結果	4
2－1 表敬および視察結果	4
2－2 全体会議概要	8
3. 総 括	13
3－1 はじめに	13
3－2 人口政策の推移と政府機構の変化	13
3－3 地方への権限委譲と保健行政	15
3－4 フィリピン側実施体制に対する対応	20
4. 青年海外協力隊との連携の可能性	21
4－1 目 的	21
4－2 調査結果要約	21
4－3 まとめ	24
5. 第二国研修の実施可能性	27
5－1 調査の背景	27
5－2 調査結果要約	27
5－3 政治社会環境	28
5－4 分野特性	29
5－5 研修対象層	29
5－6 研修内容	30
5－7 研修実施主体	31

附属資料

① ミニッツ	37
② 全体会議出席者リスト	41
③ 保健省組織図	43
④ 保健省 家族計画部組織図	44
⑤ タラック州保健機構	45
⑥ タラック州保健局機構	46
⑦ 町保健機構	47
⑧ 人口委員会組織図	48

1. 計画打合せ調査団派遣

1-1 調査団派遣の経緯と目的

本プロジェクトは、住民参加による保健活動の活性化、普及・伝達システム構築による母子保健サービスの強化、当該分野の専門家の養成による家族単位での住民福祉向上の達成を目標として、1992年4月1日以降協力を実施してきている。開始当初から主に教育啓蒙活動（I E C）分野を中心として協力が展開されてきているが、協力開始後約1年半を経過した今般、現時点でのこれまでの協力の進捗状況を把握し、特に母子保健分野を中心として今後の協力計画の策定に資するべく下記の方針をもって計画打合せ調査団を派遣することとした。

- (1) 現在までの進捗状況を把握し、現地での協議を通して我が方にて協力可能な分野および形態を検討し、今後の協力計画の策定に資する。
- (2) 青年海外協力隊（J O C V）による活動と本プロジェクトとの連携の可能性にフィリピン共和国（以下、「フィリピン」と記す）側関係者、J I C A フィリピン事務所関係者等との協議を通じ検討する。
- (3) 本プロジェクトに係るフィリピン側実施体制につき確認のうえ、今後の実施主体を明確にする。特にLocal Government Code施行によるプロジェクトへの影響、保健省と人口委員会との所掌分担の明確化等に留意する。
- (4) 1994年度事業としての実施希望の内報があった、タラック州病院家族計画・母子保健サービス・サーベイランス・センターの拡充のためのプロジェクト基盤整備事業に関し、その内容を検討する。
- (5) 本プロジェクトを基にした現地での二国間研修（I E C 分野）実施の可能性につき調査を行う。

1-2 調査団構成

担 当	氏 名	所 属
団長／総括	中原 俊隆	国立公衆衛生院公衆衛生行政学部長
協力計画	鈴木 英明	国際協力事業団医療協力部医療協力第一課長
公衆衛生	澁谷 敏郎	帝京大学医学部教授（青年海外協力隊技術顧問）
研修企画	瀧澤 郁雄	国際協力事業団研修事業部研修開発室職員

1-3 調査日程

日順	月 日	曜日	移動および業務	宿泊地
1	9月15日	水	中原団長、鈴木団員成田発（JL741） Manila着 JICAフィリピン事務所打合せ	Manila
2	9月16日	木	Manila発（PR851） Cebu着 公衆衛生プロジェクト打合せ 結核セミナー出席	Cebu
3	9月17日	金	公衆衛生プロジェクトサイト視察	Cebu
4	9月18日	土	資料整理	Cebu
5	9月19日	日	中原団長、鈴木団員Cebu発 澁谷・瀧澤団員成田発 Manila着 団内打合せ	Manila
6	9月20日	月	保健省大臣官房次官表敬、健康教育課協議 Philippine Rural Reconstruction Movement表敬・協議 UPPI表敬・協議	Manila
7	9月21日	火	保健省長官表敬、家族計画課・母子保健課協議 POPCOM表敬・協議	Manila
8	9月22日	水	Manila発、Tarlac着 Tarlac州立病院表敬・視察 Tarlac州RHU・BHS視察	Tarlac
9	9月23日	木	Tarlac州知事表敬 地域病院視察 Tarlac発、Manila着	Manila
10	9月24日	金	JICAフィリピン事務所打合せ 保健省全体会議 ミニッツ署名・交換	Manila
11	9月25日	土	資料整理	Manila
12	9月26日	日	資料整理	Manila
13	9月27日	月	専門家チームと打合せ 食薬センター・熱帯医学研究所視察 JICA事務所報告	Manila
14	9月28日	火	鈴木団員以外Manila発（JL742）成田着 鈴木団員WHO表敬	Manila
15	9月29日	水	Manila発（JL742）	

UPPI： フィリピン大学人口問題研究所

POPCOM： 人口委員会

RHU： Rural Health Unit

BHS： Barangay Health Station

1-4 主要面談者

フィリピン側関係者

(1)保健省

Dr. Juan M. Flavier	長官
Dr. Jaime Z. Galvez Tan	大臣官房次官
Dra. Carmencita N. Reodica	家族計画・母子保健課担当次官補
Dra. Ma. Virginia Ala	Medical Specialist
Mr. Miguel Gomez	健康教育課主任

(2)関係省庁等

Ms. Cecile Joaquin-Yasay	人口委員会(POPCOM)事務局長
Dra. Corazon M. Raymondo	フィリピン大学人口問題研究所(U P P I)所長
Dra. Adelaida Gallardo	Philippine Rural Reconstruction Movement 保健医療分野担当

(3)タラック州関係者

Hon. Margarita Conjuango	州知事
Dr. Manuel L. Yambao	Tarlac Provincial Health Officer、州病院長
Dr. Ricardo Ramos	Tarlac Project Coordinator州病院副院長
Dr. Diosdado Latosquin	Ramos RHU Municipal Health Officer
Dr. Paz Sison	Tarlac Balibago RHU Municipal Health Officer
Ms. Mercy Manlutac	Tarlac BHS Balibago Midwife
Dr. Hermes Frias	Conception District Hospital病院長
Ms. Jean C. Laguerder	Philippine Rural Reconstruction Movement Tarlac Branch

2. 協議結果

全般的に、本プロジェクトに対しては、保健省、プロジェクト・サイトの関係各方面とも好意的であった。以下に、表敬時および協議における概要を記述する。

2-1 表敬および視察結果

(1) マニラ

1) 保健省

① 長官 Dr. Juan M. Flavie

1992年6月にラモス大統領就任時、それまでInternational Rural Reconstruction Movement (IRRM)の代表でNGO活動を行っていたDr. Flavieを保健省長官に任命した。任期は6年間である。家族計画推進派であり、リズム法等の自然的な家族計画法のみ認め、ピルやコンドーム等の人工的な家族計画を禁じているカトリック司教会議との意見のくい違いが新聞を賑わしている。しかし、大統領が彼を支持していること、人々の80%以上は彼の考え方に賛成という調査結果があること、新聞の論調も彼を支持していることなどから家族計画推進には自信をもっている様子であった。

長官によれば、原則的には、家族計画の知識を人々に与えて、どの方法を取るかは個人に任せたいという主義をとっていくといい、家族計画方法についての是非論争よりも、フィールド活動の重要性を強調していた。

② 大臣官房次官 Dr. Jaime Z. Galvez Tan

次官によれば、家族計画に関しては保健省は強く支持するとしており、カトリック司教会議との論争は無益であり、実際に人々は家族計画を受諾している、ということであった。また、1992年より施行された地方自治体法により、本省と地方自治体の間にいろいろと問題が起こっているため、調整が必要であり、6年間は移行期間と考えているという発言があった。

③ 保健省家族計画母子保健課担当次官補 Dra. Carmencita N. Reodica

本プロジェクトに対する保健省での実質的な責任者である。

地方自治体法施行前後の行政機構の変化、保健省の所掌業務、保健医療プログラム、財政分担等について説明があった。概略的には、保健省は政策決定、基準設定、評価等を行い、地方自治体は、政策執行、予算分配を行う。Safe Motherhood and Child Survival (FP/MCH)は、核となるプログラムの一つであり、重要視されている。

本プロジェクトに対しては好意的であり、パイロット・モデルとしてFPとMCHを

統合することが可能であることを示せば良い効果があるということであった。また、1995年には、FPとMCHの統合に関するガイドラインを出す予定である。

2) フィリピン大学人口問題研究所(U P P I)所長 Dra. Corazon M. Raymondo

現在ここに委託して、タラック州で行われているベースライン・サーベイについての説明がなされた。

7歳以下の子供をもつ母親・FP/MCHサービス提供者・各自治体行政官・州行政官の4グループに対して行った面接調査Focus Group Discussions(F G D)については、報告書が提出された。主な調査結果をあげると、地方自治体法施行により地方自治体の財政負担が増加した結果、保健医療プログラムに対する財政不足となり、ヘルスワーカーの給料遅配や薬の不足が起こっている、人々は経済的理由により、希望する子供の数は3～4人であり、宗教は人工的な避妊方法を選択する妨げにはならない、FP/MCHのアウトリーチ活動には、RHUのワーカーの活躍が奨励される、FP/MCHの情報提供にはIECが重要な手段となる、住民登録等統計が不正確などである。今後更に詳細な調査を行い、1996年2月に最終報告がなされる予定である。

3) 人口委員会(P O P C O M)事務局長 Ms. Cecile Joaquin-Yasay

現事務局長は、1993年8月に着任したばかりであるが、国連人口基金(U N F P A)での経験もあり、今後势力的にP O P C O Mの役割を果たそうとしているように感じられ、碇調整員によると、以前よりモラルが向上したという。

1991年8月より、P O P C O Mは海外援助の窓口で調整機関である国家経済開発庁(N E D A)の組織下にあり、「持続可能な開発(Sustainable Development)」を推進するため、人口と環境と開発のバランスを重視しており、人口問題を社会経済的アプローチから関係各省庁に提言を行う、各省の政策調整機関となっている。このため教育向上については文部省、農民の農地の適正利用については農林省、雇用確保については労働省といったように、各省との話し合いを今後推進していくということであった。したがって、FP/MCH活動に対しては、保健省が保健医療の観点からのアプローチをとっているのと比較して、P O P C O Mのアプローチはより概念的かつ包括的なものである。

事務局長によれば、政策プライオリティとしては、情報を広く提供することを重視しており、このためにはIECが重要であるという。90%が家族計画に賛成だが実際にこれを実行しているのは40%にすぎないという。国民に対するある調査結果をあげて、家族計画に対する国民の理解の不足も、家族計画が実行されにくい一因であることを例示していた。

4) Philippine Rural Reconstruction Movement (N G O の 1 つ) 保健医療分野担当 Dra. Adelaida Gallardo

フィリピン政府は、末端の保健医療サービスに対して、N G O が協力することを推進しており、現保健省長官がこの組織出身であるとともに、長官の息子がこの組織に属する医師である。Philippine Rural Reconstruction Movementは、ほぼフィリピン全土でマルチセクターのN G O 活動を積極的に行っている組織であった。

担当者の説明によれば、村落開発を推進していくには指導を行うマンパワーが不足しており、保健医療の分野においても、第一線の役割を担っている助産婦は業務過多となっていて、彼女たちだけでは保健医療教育推進に不十分なため、N G O が協力して補完的役割を担うことで、より効率的なF P / M C H サービスの提供が可能となるということであった。

(2) Tarlac州

1) Tarlac Provincial Health Officer、州病院長 Dr. Manuel L. Yambao および州病院副院長 (Tarlac の Project Coordinator) Dr. Ricardo Ramos

病院敷地内に、200床規模の病院機能と州政府の保健医療行政機能を統合した、Integrated Provincial Health Officeがあり、Dr.Yambaoが1995年8月に副院長から昇格し両方のヘッドとなった。以前は前任のDr. Lopezが、実質的なタラック州でのカウンターパートであったが、退任に伴い現副院長のDr. Ramosがその任にあたっている。現院長の任期は残り1年あまりで、その後はDr.Ramosが昇格するものと思われ、当面交代によるプロジェクトの影響はないと考えられる。Dr. Ramosが、プロジェクトの立場から活動提案の説明を行い、その後質疑応答を行った。

タラック州は人口約86万人で、カミリング、コンセプション、タラックの3郡に分かれており、タラック郡は人口53万人と最大である。州病院は、全州の三次病院であるとともに、タラック郡の二次病院としての役割と周辺の地域病院としての役割も果たしている。病院視察では、産科、小児科外来とも患者数が多く、現在の施設ではカバーしきれなくなっているようであった。産科外来においてF P の指導を診察室の一角で行っており、これには1980年代にP O P C O M が配布した説明図が使用されていた。また、分娩や新生児の管理に使用する医療機器や臨床検査機器も州病院としてはレベルが低く、十分ではない。薬品の供給は州政府および補助的に知事からの資金によって賄われており、ほぼ充足されているようであった。

一方、州Health Officeには、3人の指導保健婦(Supervising Public Health Nurse)が駐在して、主にRural Health Unit (R H U) の保健婦や助産婦に対して、予防接種(E P I)・結核・

F P/MCH等の活動の監督やアドバイスを行っている。1人の指導保健婦は、Barangay Health Station(BHS)にも赴き、駐在する助産婦の指導を行っていた。

2) Ramos RHU Municipal Health Officer Dr. Diosdado Latosquin

統計によると、ラモス市の人口は1万4,000人で、9町村(Barangay)があり、5つのBHSが存在する。

所長をはじめとする職員の説明によれば、このRHUには、所長以下保健婦1人、助産婦6人(1人は当該RHUに常駐し、他の5人は各BHSにそれぞれ常駐)、技師1人、歯科医師1人の構成でこれらの地域をカバーしている。州Health Officeの指導保健婦は、月1回ここを訪問して会議をもつ。傘下の5つのBHSを含め、6人の助産婦が活動の中心となって、EPI・FP/MCH(分娩を含む)、結核、栄養、下痢症等の活動を行っており、午前中はRHUへの外来患者に対する診察や指導、薬品供与を行い、これらの記録も行う。午後は、ボランティアであるBarangay Health Worker(BHW)と、BHWからの住民健康情報にしたがい家庭訪問し、診察や指導を行う。交通手段は主に徒歩、場合によっては、バイクやトライシクル(簡易タクシーのようなもの)である。保健婦は、助産婦の指導的立場にあり、助産婦が行った記録のチェックを行う。記録は、最終的に所長がオーソライズする。

視察した印象としては、助産婦にかなりの仕事が任されていて負担が重すぎると思われる、保健医療活動の向上には、保健婦が助産婦の指導監督業務のみならず、フィールドにおける実践活動に助産婦と協力してもっと積極的にかかわるようにはする必要があると思われた。

3) Tarlac Balibago RHU Municipal Health Officer Dr. Paz Sison

統計によれば、担当地域人口6万3,000人、5つのBHSを監督する。職員の説明によると、このRHU職員は、所長以下保健婦3人、助産婦5人(1人のみ常駐)、衛生監視員1人の構成である。ここでの特徴は、ドイツのNGOの協力で1年間人工的永久的避妊法である卵管結紮を行っていることであった。保健省が供給している避妊具(IUD(子宮内避妊具)やピル等)は配備されているが、手術に関しては産後2週間程度に腹腔鏡を用いて医師が行うため、一般的には病院でしか行えず、更にその費用は地方自治体負担であるため、病院は積極的に行えない状態にあるということであった。現在、卵管結紮を行っているRHU(Tubal Ligation Unit)は3箇所のみであるという。

視察では抗結核薬や経口補液(ORT)用粉末等の保健省供給薬は配備されていた。その他の必須医薬品の供給は、各自治体に責任があるが、ここでは知事の独自財源からの補助もあるためか、基本的には揃っている様子であった。

4) Tarlac Balibago BHS Midwifw Ms. Mercy Manlutac

視察では、担当助産婦は技術交換でインドネシア研修も行っており、この経験も生かしくなり積極的に仕事をこなしている様子であった。また、担当地域世帯の保健状況や受容されている避妊方法を地図上へプロットするスポット・マッピングが行われていた。

担当助産婦の説明によれば、曜日を決めてEPIや妊婦検診、IUD挿入(原則的には医師または保健婦が行うが、助産婦でもトレーニングを受ければ許可されている)等を交互に行っている。担当町村のヘルスワーカーとは月1回会合をもち、Barangay Health Care Committeeを形成して、アドバイザーとしての役割を果たしている。ここでの活動は村落開発であって、簡易トイレの作成、豚の飼育(生計向上)等も行っている。ただし、ここではこういった協力的な住民参加活動が活発に行われているが、ほとんどのコミュニティでは、助産婦に意見を求めるのを嫌い彼ら自身で委員会を運営しているという。

2-2 全体会議概要

会議は、調査団およびフィリピン側の本プロジェクトの実質的責任者である保健省担当次官補 Dra. Reodicaを筆頭に関係者が出席(出席者リストは附属資料②参照)し、次のように進行された。

まず、プロジェクト側から用意されたプロジェクト概要資料(Project Document)および(Proposed Activities)を用いて、プロジェクトの内容および今後行っていくべき活動内容について、Dra. Alaを中心にプロジェクト側からの考えの説明を受けた。

次に、調査団側から、本プロジェクトの執行に関してフィリピン側が取るべき事柄について説明した。すなわち、地方に一部の権限と責任を委譲する地方自治体法の施行に伴う混乱によって、プロジェクトに対する人的・財政的投入が影響を受けないようにすること、プロジェクトの効率的執行には、保健省、POPCOM、フィリピン大学の関係各機関の協力が必要であること、である。これらの事項についてはフィリピン側も了承し、ミニッツに盛り込まれた。

また、調査団の視察や聞き取りのなかで認識されたプロジェクトが力を注ぐべき包括的重点事項については、フィリピン側も了承してミニッツの合意事項となった。すなわち、特に第一線保健医療サービス提供者(助産婦中心に)の資質向上が重要であること、FP/MCHの知識の普及手段として、保健医療サービス提供者に対する教育から助産婦等が母親に対して行う教育に至るまで様々なレベルにおいて、メディアの選択や効果的な伝達技術等のきめ細かなIEC活動が重要であり、これを推進していくこと、第二国研修によるフィリピン全土への展開も念頭におき、このプロジェクトで得られた成果を広く速やかに普及させることがFP/MCHの向上に重要であること、である。更に、JOCVの同意を得て、村落開発におけるJOCVやNGOによる村落開発活動もこのプロジェクトに協調するものであり、かつ補完的であることも合意事項に盛り込まれた。

また、プロジェクト側からの今後の活動提言に対しては、調査団の資料受取りがフィリピン到着後であり、内容確認や検討のための時間制約があって十分な判断ができないためと、外務省承認事項が一部含まれていたため、この時点での合意事項とはしなかった。しかしながら、内容は概要としては今後の協力を行っていくうえで得たものと考えられ、今後の方向づけにもなるため、ミニッツ内ではフィリピン側の申し入れ事項という扱いで、あえて記載した。

内容についての概要および現時点での調査団意見は次のごとくである。

(1) 母子保健センター(Center for Mother and Child)の建設

フィリピン側の説明によれば、建設場所は、タラック州病院の外来に併設する形にする。この建物の建設の基本概念は次の2点に基づくもので、これらに対する需要の高まりがあるという。

- 1) 全人的(Holistic)アプローチ
- 2) 治療、予防、健康増進の三味一体。

この施設では特に後二者を重視する。これらに基づく保健医療サービス提供のために、母親にカウンセリングや教育を行う施設や、各レベルの保健医療サービス提供者に対する教育を行う施設や機材が必要である。また、上記の活動を行うためには、適切な保健医療のデータ収集分析機能を付与することが不可欠であり、このためのデータバンク構築が必要である。

更に、現施設では外来治療機能中心で既に飽和状態であり、今後の展開を考えると、外来および臨床検査機能の強化も必要である。これについては、フィリピン側が、プロジェクト基盤整備費の要請を行う予定である。

・調査団意見

州病院視察の印象では、州の最高位の病院としては、全体的に医療機器が貧弱であり、臨床検査機器も同様である。また、産科・小児科外来は、スペース的には現状で許容範囲一杯であり、新たな患者増加や全人的医療に対応するには、相応のスペースおよび設備が必要であると考えられた。

(2) 保健省A Vユニット強化

現在の保健省におけるA Vユニットは、機材も十分でなく活性も低いが、保健省は今後A Vユニットを強化して自前の教材作成を行い、I E C活動に積極的に利用していく意向があり、このためには、機材および人材養成が急務である。A Vユニットの強化は本プロジェクトのI E C活動のみならず、本プロジェクトの成果を全国展開するにも有効である。保健省はこのためのスタッフ強化を考慮している。

・調査団意見

現在、F P／MCH関係教材に関しては、主に保健省が印刷教材、P O P C O MがA V教材を制作している。

まず、P O P C O Mが制作しているA V教材内容に関して背景を述べる。1989年に、それまでP O P C O Mが担当していたF P／MCH活動の所掌業務が保健省に移管された。これは現行法によっても明確化されている。現在、P O P C O Mは海外援助の窓口であり調整機関であるN E D Aの組織下にあり、「持続可能な開発(Sustainable Development)」を推進するため、人口と環境と開発のバランスを重視しており、人口問題を社会経済的アプローチから提言を行う各省の政策調整機関となっていて、このための各省関係のA V教材を制作している。したがって、保健省のA V教材も含まれるもののその一部であり、更に保健医療関係でも、より具体的な保健省のアプローチと比較してより概念的かつ包括的なものである。また、前に行ったJ I C AプロジェクトでP O P C O Mに供与された機材は既に老朽化により機能的に劣ってきているため、現在の需要を賄う以上の余力がほとんどない。

また、無償資金協力で行ったフィリピン人造りセンター(P H R D C)については、大統領府が所管しており保健省と別組織であること、地理的に保健省から約1時間と離れておりアクセスが良くないこと、保健医療分野以外に既に活用され、新たにこのプロジェクトでの活用余力が少ないことなどの理由により利用しにくい状況にある。

一方、現在の行政機構上、今後F P／MCHのI E Cを保健省中心で展開していくことが妥当と考えられるが、保健省にF P／MCH関係業務が移管されてから間もないこともあり、人材・機材とも十分でない。A V教材作成を行っている保健省健康教育課では、4人のスタッフがおり、複数のドナーから供与を受けた古い機材を中心に、収集したビデオの編集活動を細々として行っており、F Pや結核等のテレビ番組の作成を行っている。主たる編集機器は10年前に世界銀行から供与されたもので、今後の展開(音声編集やコンピューターとの接続等)を考えると、機能的にも実用に適さなくなっているため、相応の内容の編集機材導入が必要と考えられる。

(3) 中堅技術者養成とW I D

中堅技術者養成は、タラック州を対象地域とし、医師、保健婦、助産婦を対象とする。セミナーでは、有効で効率的なF P／MCH活動を行うための説明や説得等の対人技術、疫学や統計学、F P／MCHの再教育等を行う。

・調査団意見

特に、活動を実践する第一線である助産婦は、記録、診療、ヘルスワーカーの指導と役割が多岐にわたっており、労働過重となっていて、一般的にはかなりの能力・体力がなければ、全部の仕事をこなすことは事実上不可能であるため、助産婦の資質向上が重要であると考えられる。同時に保健婦に対しては、通常助産婦の監督業務のみに役割を限定しがちであるため、助産婦の負担軽減のためにも、助産婦とともにフィールド活動を更に積極的に行うように促すべきであろう。保健婦や助産婦には仕事に対するモチベーションが与えられるべきであり、これには、セミナーが有効な手段の一つとなるであろう。

また、地方自治体法の施行に伴い、研修対象者の派遣決定に地方自治体が派遣決定権を有する場合等が生じるため、地方自治体の理解を得るために、地方自治体上層部に対して行う、POPCOMが提唱する社会経済的アプローチによるセミナー開催も有効であろう。

(4) マネージメント・インフォメーション・システム(MIS)のパイロット・テスト

助産婦は、多くの時間を記録作業に追われ、十分な保健医療サービス活動ができない。また、上位行政機関では、データが十分でないのと、データそのものの信頼性が低く、政策決定を行う基礎資料とするには不十分である。よって、効率的な記入、およびモニターと評価を行えるよう、簡易な記録様式を作成するとともに、小サーベイを行って、種々のデータのなかから政策決定指標として全体を反映するようなプライオリティの高いデータを抽出するパイロット・テストを行う。

・調査団意見

保健省は、政策形成のために必要なデータがフィールドから得られるようなシステムの必要性を認識しており、このためのコンピューター・システムを構築した(フィールド・ヘルスサービス・インフォメーション・システム(FHSIS))。しかし、FP/MCH関係のデータはサービス統計だけであり、政策決定には十分ではないという。このため、本パイロット・テストを行うことは、フィリピン側の政策決定に資する有効かつ正確なデータの確保、および本プロジェクト自体の評価指標抽出の参考とするのに重要であると考えられる。

更に、データ収集分析結果を末端の記入者レベルまでフィードバックできれば、彼女たちの仕事に対するモチベーションを高める一つ的手段となると考えられる。

(5) JOCVの協力について

既に、プロポーザルが提出されており、分野はシステムエンジニア、保健婦、村落開発である。

・調査団意見

フィリピン政府も、村落開発や末端の保健医療サービス提供には既存のマnpワ-では不十分であることを認識しており、これに対してNGOやボランティアが協力することを推進している。保健医療の分野においては、第一線の役割を担っている助産婦は業務過多となっていて、彼女たちだけでは保健医療サービス提供には不十分なため、これを推進していくには、JOCVや国内外のNGOが村落開発等の活動を行うことによって協力的補完的役割を担い、より効率的なFP/MCHサービスの提供が可能となると思われる。同時に、JOCVなどとの協力によって、助産婦の労働偏重を是正していくことにも寄与すると思われる。

3. 総 括

3-1 はじめに

フィリピンにおける家族計画・母子保健プロジェクトについては、フィリピンにおいて国家の原則にかかわる重大な政策変更が実施されたため、その推移を見極めることが今後のプロジェクトの実施にあたり極めて重要となっている。すなわち、アキノ前政権下の1986年10月新憲法起草委員会では新憲法草案を発表し、1987年2月2日国民投票が実施され、その結果、投票総数の76%の支持が得られたため、2月11日アキノ前大統領は新憲法の発効を宣言した。

重大な政策変更の第1点は、この憲法の第2章「原理と国家政策の宣言」の第7条において「母体の生命および受胎時からの胎児の生命を同等に保護する」ことが盛り込まれたことである。第2点は、その第25条において「地方自治体の自治を確保する」ことを宣言していることである。しかし、その後の憲法施行の過程における政治情勢の変化、ことに政権がアキノ前大統領から現在のラモス大統領に替わったことや、社会経済情勢の変化等の要因により、憲法の条文の字面から受ける印象とは違った展開も見られている。

以下に、今回のフィリピン訪問において協議したフィリピン政府やタラック州等の地方政府の要人等から得た情報、現地の日本大使館員、現地に派遣されている長期専門家、業務調整員等から得た情報等を基に、主として、(1)人口政策の推移と政府機構の変化、(2)地方への権限委譲と保健行政に絞って解説を加え、調査報告としたい。

3-2 人口政策の推移と政府機構の変化

1973年施行の憲法では、その第15章第10条に「適正規模の人口を維持する」ことが唱われていたが、新憲法では削除された。新憲法の起草委員会には、カトリック教会の強い影響を受けた保守グループのメンバーが選ばれており、上述の新憲法の第2章第12条は教会の意向を受けた中絶禁止の規定と受けとめられている。そして、カトリック保守グループ、いわゆるプロライフ・グループは、政府により実施されてきた避妊具の供給、配布を廃止し、リズム法や頸管粘液法の自然法のみを実施すべきであると主張している。これに対して、いわゆるプロチョイス・グループは、政府による避妊具の供給、配布を支持し、各夫婦が個人のモラルや宗教的信念にしたがって避妊方法を選択すべきことを主張し、プロライフ・グループと論争を展開してきている。

アキノ前政権の前に政権を担っていたのはマルコス前々大統領であるが、マルコス前々政権下において人口・家族計画政策を米国国際開発庁(United States Agency for International Development : USAID)や国連人口活動基金(United Nations Fund for Population Activities : UNFPA)の援助の下に積極的に推進していたのは、POPCOMであった。しかし、アキノ前政権下で人口委員

会の理事長に任命されたのはプロライフ・グループに近いタペラ氏であり、人口委員会は人工的な避妊方法の普及には消極的となり、家族福祉政策の重要性を強調した。そして、1987年5月には新人口政策が策定され、POPCOMは人口政策に係る調整機関と位置づけられた。家族計画に関しては、各関連政府機関および非政府機関すなわちNGOが実施し、健康・栄養・家族計画サービス普及のための統合アプローチが強調された。1988年8月に開催されたPOPCOM理事会では、人口、家族計画問題に関心の高かった保健省(Department of Health)のベルグソン大臣が中心となって、人口委員会が有してきた家族計画サービス等にかかわる業務を保健省に移管するとの提案が行われ、1989年5月POPCOM理事会の決議を受けて、正式に家族計画に関する業務は保健省の所管となった。更に、POPCOMは人口と開発に関する業務を担当することとなり、1990年1月に社会福祉開発省(Department of Social Welfare and Development)から大統領府に移管され、1991年8月には独立した経済企画機関である国家経済開発庁(National Economic and Development Authority: NEDA)の付属機関となった。

1992年6月にはラモス新大統領が誕生したが、フィリピンでは初めてのプロテスタントの大統領であり、更に、保健大臣には家族計画活動を含む地域開発活動を実施してきたNGOであるIRRM代表のFlavier氏が任命された。現在ラモス政権下では、Flavier大臣が中心となり積極的に避妊具普及運動等の家族計画プログラムが推進される情勢となっているが、1993年7月より新聞紙上等でラモス政権とフィリピンのカトリック教会との間で論争が行われている。なお、現在有効な1987年施行行政法(The Administrative Code of 1987)では、家族計画に関する事業は保健省の所管となっており、POPCOMは大統領に対して人口、家族計画について助言することができる機関とされている。

今回、保健省、人口委員会をはじめ、タラックおよびセブの地方政府やフィリピン大学、NGOであるPhilippine Rural Reconstruction Movement(PRRM)等を訪問し、一般民衆における家族計画の受入状況について質問したところであるが、社会経済の発展により、子供の教育に費用がかかるようになってきており、少数の子供を大切に育てるような方向が徐々にみられるようになってきているなどの理由から、民衆の受入状況は90%程度に達しているが、実行は50%程度であるとの指摘を異口同音に聞いたところである。カトリック教会との関係については、カトリック信者も教会の指示はともかく、潜在的には受け入れているとのことであった。しかし、政府の統計によれば人口増加率は年2.3%となっており、長年にわたる政府や各種援助機関の活動や社会経済の発展等の要因によって家族計画の考え方が広まってきているという、今回面接した人力が共通に表明した見解を認めるにしても、一般民衆に対してその実行を強力に勧奨していくプロジェクトの実施は更に必要であり、その際には保健政策としての母子保健施策と強力かつ緊密に連携して実施しなければ効果があがらないと考えられる。

3-3 地方への権限委譲と保健行政

(1) 地方への権限委譲の経過

1987年新憲法を発効した後、地方自治体法(Local Government Code)案が憲法委員会で作成され、国会に提案された。この法案は1991年9月に成立し、10月アキノ前大統領の承認の下公布され、1992年1月1日施行された。この法律は1991年施行地方自治体法(1991 Local Government Code)と命名され、地方自治体に権限を委譲し、地方分権、地方自治を確立することを目的としている。委譲された権限は、農業、林業、公共事業、学校建設、社会福祉、旅行施設、観光開発、通信、住宅政策等多岐にわたっているが、保健省関係では地域保健活動や病院事業等が委譲の対象とされた。この委譲には、委譲された権限に伴う記録、施設、資産、人員等も含まれる。保健省関係の権限委譲については、その後、委譲の対象から外すよう国会に法案が提出されたことなどにより、その施行が遅れ、1993年4月から実施に移されている。

(2) 一般的事項

中央政府と地方自治体の関係については、大統領の一般的監督権限が規定されており、中央政府の役割として、政策の決定と標準およびガイドラインの策定、財政的支援、地方自治体に課せられた基礎的サービスの拡充、技術援助を含む各種援助のほか、中央政府の権限行使にあたっては地方自治体と調整を行うこと、国家的な施策の企画・実施に地方自治体の参加を確保することが規定されている。

また、地方自治体には地方開発評議会、地方学校理事会、地方保健理事会等の特別な団体がつくられ、そのメンバーとして民間団体やNGOの代表が参加し、地方自治体と協力して基礎的な行政サービスの提供などに参画することとされている。

(3) 地方自治体の構成

バラングイ(村、Barangay)は人口が少なくとも2,000人以上で構成される基礎的自治体で、村長および収入役が置かれ、1議会が置かれている。町(Municipality)は、人口が2万5,000人以上、面積が50 km²以上、歳入規模が年間250万ペソ(1991年価格)以上と決められており、バラングイが数箇所集合した上位機関である。町議会が置かれ、町長、副町長のほか各種の担当官を招くことが定められているが、保健担当官(Health Officer)は必置である。市(City)は、町よりも都市化し、発展したバラングイにより構成され、人口は15万人以上、面積は100 km²以上、歳入規模が年間2,000万ペソ以上と決められている。市議会が置かれ、市長、副市長の下、保健担当官が必置であることは、町と変わらない。州(Province)は、町や市の上位機関であり、人口は25万人以上、面積は2,000 km²以上、歳入規模が年間2,000万ペソ以上と

決められている。州議会が置かれ、知事、副知事の下、保健担当官が必置である。

現在、75州、1,538町、60市、4万1,293バランガイを数えている。保健担当官は、その地域に居住しており、州および市では実務経験5年以上、町では実務経験3年以上の適任の医師が任命されることとなっているが、実際には保健省による人事も実施されているようである。

なお、地方自治体は、各レベルにおいて連合体を形成することが決められている。

(4) 地方自治体の歳入

地方自治体の歳入は、事業税、財産税、企業体からの税収、料金や手数料が原資とされ、地方自治体法の施行第1年目はその30%、第2年目はその35%、第3年目以降はその40%が地方自治体に配分されることとなっている。地方自治体内での配分は、州が23%、市が23%、町が84%、バランガイが20%と決められており、各レベルでは、人口比で50%、面積比で25%が配分され、残り25%は均等配分されることが法定されているが、大統領は、統制不能な公共出費、大蔵大臣等の勧告や国会や地方自治体の連合体の長との協議などにより調整することができる。とされている。

(5) 保健行政機構

1) 機構図

1991年施行地方自治体法による地方分権化政策による権限委譲前と委譲後の中央、地方の保健行政組織を図示すれば、図3-1のとおりである。なお、権限委譲前は、すべて保健省の出先機関として機能する中央集権体制であった。

図3-1 保健行政機構



2) 保健行政の役割分担

保健省の機能は中央政府機関としてのものであり、①政策および施策の立案、②標準の設定、③監視および評価、④研究、⑤財源の確保、⑥技術援助(企画、訓練、視聴覚教材、運営援助)に集約することができる。地方自治体は、地方自治の主旨に沿って政府機能をもっているが、保健省との関係からその役割を見ると、①施策の実施、②その地域内での施策の優先順位の決定と資源配分である。

3) 保健行政施策の分類

地方分権との関係から8つに分類することができる。すなわち、①核となる施策(Core Program)、②地方自治体が選択する施策(Elective Program)、③地方自治体独自の施策である。

① 核となる施策(Core Program)

地方自治体が実施しなければならない施策であり、保健省は1993年10月までに地方自治体と協議のうえ、これらの実施を確実にするための協定(Core Health Program Contract)を結ぶこととなっている。この施策に属するものは、母性保護対策(家族計画・母子保健)、栄養対策(ビタミンAやヨード等の微量栄養素の補給)、予防接種対策(Expanded

Program on Immunization : E P I)、結核対策、安全な水の供給及び環境衛生対策である。なお、調査団の訪問時点では、この協定の交渉が継続している段階であり、一部では、保健関係職員の身分移管、給料の負担、給料の遅配や交通費の負担等について混乱がみられていた。

② 地方自治体が選択する施策(Elective Program)

地方自治体が実施するか、しないかは、当該地方自治体の判断に任される施策であり、その地域の実情に応じて選択が可能である。これに属するものは、A I D S対策、歯科保健対策、薬物乱用対策等である。

③ 地方自治体独自の施策

その地域の疾病の発生状況に応じて、地方自治体の判断で実施される施策で、これに属するものとしては、マラリア対策、ハンセン氏病対策、住血吸虫症対策、フィラリア対策等である。

4) 予算の流れ

一般的な予算の流れは上述のとおりであるが、保健省は健康開発基金(Health Development Fund)を確保しており、この基金の流れは、寄贈者(Donor)から予算管理省(Department of Budget and Management)で集約され、予算管理省→保健省→地方保健局→地方自治体のように流される。この基金の利用にあたっては、地方自治体は施策の実施に対する具体的な計画と目標を樹立していなければならない。

5) 物品調達

① 保健省による調達

地方分権下ではあるが、全国的に使用され、大量に一括購入して価格を低く抑えるべき主要な物品の調達は保健省で行われている。これに属するものとして、抗結核薬、Co-trimoxazol(急性呼吸器感染症治療用)、Oresol(下痢症に対する経口輸液療法用)、ワクチン、ヨード製剤、ビタミンA等であり、避妊具も保健省で調達されている。

② 地方保健局調達

地方保健局は、Pracetamol、Antiseptics等の薬剤について購入を拡大する予算をもっており、保健省はその状況を把握している。

③ 地方調達

地方自治体は、保健省が調達している薬剤及び基本薬剤とされていない薬剤(例えば、咳止めシロップや下痢止め薬)以外は自由に薬剤を購入することができる。

6) 保健省によるキャンペーン

保健省は、Flavier大臣の下で月間ごとに主要テーマを決めて強力な保健キャンペーンを実施している。そのテーマは以下のごとくである。

1 月	家族計画
2 月	母乳
3 月	便所建設
4 月～5 月	予防接種(E P I)
5 月	ごみ処理
6 月	下痢性疾患
7 月	栄養
8 月～10 月	水
9 月	歯科
11 月	急性呼吸器感染症
12 月	ハイリスクの母親の発見

(6) 保健所及びバランガイ保健所の職員構成と活動

保健所(Rural Health Unit)は、市町の所管下にあり、人口約 2～3 万人を管轄している。標準的な職員構成は、医師 1 名、公衆衛生看護婦 1 名、環境衛生監視員 1 名、検査技師 1 名、歯科医師 1 名および助産婦 4～9 名である。助産婦は、バランガイ保健所 1 箇所につき 1 名と保健所所在バランガイ担当の 1 名である。1 保健所は 3～8 箇所程度のバランガイ保健所を管轄している。1 バランガイ保健所は、1 ないし複数のバランガイを担当している。

バランガイ保健所の職員配置は、前述の助産婦 1 名のみである。助産婦は、原則として午前中はバランガイ保健所にいて、外来者に対応し、午後は管轄バランガイで家庭訪問を実施している。助産婦は、助産を行うだけでなく、母親学級や妊産婦健診等も実施し、更に救急処置、結核患者の発見(採痰および塗抹標本の作成)と投薬、BCG・ポリオ・DPTなどの予防接種の実施、各種の健康教育の実施、乳幼児健診の実施、家族計画指導とIUDの挿入等、正に公衆衛生の最前線の活動を行っている。助産婦の活動に対しては、保健省等の作成したマニュアルがあり、それにしたがって保健所に対し報告を行っている。保健所の公衆衛生看護婦は、助産婦を指導監督する立場にある。この指導監督についても保健省等によりマニュアルが作成されている。各バランガイには、短期の講習会を終了したバランガイ・ヘルスワーカーというボランティアが数名おり、助産婦の活動に協力し、保健所からの通知の伝達、結核患者や妊婦等の発見・通報、各種の広報等を行っている。

フィリピンでは、最末端の公衆衛生活動を担っている職種は助産婦であり、日本の保健婦の活動を包含した保健医療活動を行っている。したがって、この国の保健向上のためには、助産婦の資質の向上を図ることが重要である。助産婦の活動は、報告書として保健所へ提出され公衆衛生看護婦の指導監督を受けている。この国の公衆衛生看護婦は、日本の保健婦のような活動はほとんど行わず、助産婦の活動に対して主としてデスクワークとしての監督を行っているようである。高校卒業後2年間の教育を受けた助産婦に対して、大学卒の公衆衛生看護婦が指導監督をすることは問題ないとしても、公衆衛生看護婦は地域活動により積極的であるべきであろう。また、助産婦から保健所への報告はかなり膨大なものであるため、報告システムの合理化を考慮する必要があるだろう。

3-4 フィリピン側実施体制に対する対応

上述の点を総合的に考慮するならば、中央政府においては保健省を窓口にし、タラック州統合保健局（州立病院を含む）がプロジェクト推進の中核となり、具体的な市または町を選定し、その保健所およびバランガイ保健所においてプロジェクトを推進する体制が本筋と思われる。人口委員会は、人口・家族計画政策においては現在のところ、具体的なプロジェクトを地方において実施する体制にないが、その基本的政策の立案に影響力をもち、広報活動を推進する立場にあり、視聴覚教材の作成の施設・設備を持っている等 I E C 活動の面では保健省をしのぐ面がある。したがって、当面は活用できる力量を大いに活用するとともに、今後の POPCOM の活動の発展を見守っていく必要がある。なお、地方自治体法では NGO の活動を行政に取り込む姿勢が明確であり、PRRM と関係を保つことは重要である。UPPI は、調査研究機関としてアクティビティーが高く、本プロジェクトにおいて大いに活用できると思われる。

4．青年海外協力隊との連携の可能性

4－1 目 的

本項目に関する目的は、青年海外協力隊(JOCV)の派遣並びに、現在進行中のフィリピン国家家族計画・母子保健プロジェクトとの連携の可能性を探り、更に、これが可能と考えられる場合にはその必要とする分野、投入規模についても調査報告することである。

4－2 調査結果要約

(1) フィリピンにおける人口動態とその影響

フィリピンにおける出生率は、アジア諸国のなかでもインドネシア、マレーシア、ブルネイとともに最も高い(表4－1)。したがって、フィリピンの人口推移は1970年の3,668万人が、20年後の1990年には6,048万人に達し、将来予測によれば2025年には1億268万人になるとされている(表4－2、4－3)。

かくのごとき、人口の爆発的増加の結果、食料問題をはじめとして自然破壊と環境汚染、インフレと疾病、更に教育的、政治的な諸問題が山積みするに至った。アジアの最多産国インドネシアにおける家族計画が一応成功しているのに触発されて、現在フィリピンにおいても人口抑制に対する熱意が家族問題の担当者間に高まっている事実が今回の訪比の過程で十分に感じられた。

(2) フィリピンにおける、家族計画・母子保健プロジェクトの下部機構

フィリピンの行政機構、政策の変遷並びに現在の実施状況については総括部分にて報告されているので、ここではJOCVが派遣された場合、職務上直接関与と思われる下部機構について述べる。組織図に関しては、アキノ前大統領からラモス現大統領に政権交替が行われ、保健省内の組織が大きく変わった事情に合わせて、既に全体の作業の監督、実施に関する流れが定められている。機構図の最も下部又は末端部分として各村落には20家族に対して1名ずつのバラングイ・ヘルスワーカー(BHW)が任命されている。これらのヘルスワーカーは、ボランティアで、随時村を巡回し、妊娠、出産、病気についての情報を持っている。BHWのところには村落保健所(Rural Health Unit：RHU)から村落担当の助産婦(Barangay Midwife：BMW)が時々巡回している。この頻度は、状況により異なり、毎週1回のこともあればそれより少ないこともある。1名のBMWはいくつもの村落を担当しているので1つの村落に来る回数は限られている。村人の病気、妊娠などの情報はBMWにより報告書にまとめられ、州保健局(District Health Office：DHO)に報告される。DHOにはBMWより昇格した人たちが、助産

婦調整員(Midwife CoordinatorあるいはNurse Coordinator)としてデスクをもっている。このDHOの人たちがBMWの教育を担当している。

視察したタラック州病院(ここにDHOが併設され、院長のDr. YambaoがDistrict Health Officer [州健康管理官]も兼任している)には少なくとも50名以上が収容できるものと、それより小さな教室があって、ここで集会、教育を行っているとのことであった。

(3) フィリピンにおける家族計画・母子保健プロジェクトの現行

Ramos村のRHUにて、Dr. Diosdado Latosquin(所長、小児科医)並びにそこに所属している保健婦、助産婦などより聴取した話では、家族計画は、母子保健との統合(integration)の形で行われている。これは家族計画のみでは必ずしも一般の人々の協力が得られないため村民との人間関係を樹立する基盤として母子保健が用いられているとのことである。村民とのコンタクトは、例えば、EPI、下痢症対策(Control of Diarrheal Diseases: CDD)などを通して行われている。

EPIに関してはまず対象となる乳幼児(Target Babies)を探し出すことが行われるが、もちろんこれは妊婦の発見から始まる。妊婦が自発的にBHSやRHUに来ることにより見つかることが多い。月経が停止したことにより相談に来たり、またBMWが直接バランガイに行ってみつけることもある。これらの子供に対しては、定期的に3種混合ワクチン(ジフテリア、百日咳、破傷風:DPT)、BCG、麻疹の予防注射やポリオの生ワクチンなどの投与を行う。

CDDに関しては、下痢症の患者を発見した場合、初期治療として経口補液剤の作成方法とその投与法を指導して経過観察し、改善がみられなければ地域の病院との連絡を取って医療を受けさせるプロジェクトである。

家族計画を推進する方法は、RHUに所属している保健婦、看護婦、助産婦あるいはBHWが村民とコンタクトを取ることができた機会に、家族計画の意義とその方法について話をし、コンドーム、卵管結紮、避妊用ピル、IUDその他の避妊方法に関する話を行い、更にそれらの方法それぞれについての利点と不利な点について情報を提供して村民女性それぞれに避妊の方法を選択させるものである。

(4) フィリピンにおける家族計画・母子保健プロジェクトの問題点

保健省以下のFP/MCH担当官の話を総合すると、まず①人材が不足していることがあげられた。ついで②BHWなど末端の医療関係者に対する教育が不十分とされた。これは一定の場所の人を集めて教育を行うための旅費、宿泊費などの予算が不足しているためとも言われた。③避妊に関係した宗教上の問題はあるが、現在おおよそ解決しているとのことである。こ

れに対し、WHOの人間の生殖に関する特別計画(The Special Program of Research and Training in Human Reproduction : H R P)の専門家Dr. Janos Annus(産婦人科医、ハンガリー人)により9月27日に面会した折に述べられた内容は第三者としての立場からの意見として興味深いのでここに記す。

Dr. J. Annus のコメント

フィリピンの人口は7,000万人となり、出生率はアジアで最高の国の1つである。家族計画はマルコス大統領の時代は活発であり効果的でもあった。ところがアキノ大統領は公式には家族計画に反対意見を述べなかったが、実際には何もなされなかった。ラモス大統領の時代になって保健大臣となったJ. M. Flavie氏はこの問題に対して積極的に取り組んでいる。以前は、USAIDをはじめとする各種団体がこの国には入って援助していたが、これら外国からの援助団体は引き上げて現在に至っている。引き上げの理由については知らない。宗教家と政府、すなわちカトリックのJaime Cardinal Sin氏とJ. M. Flavie保健大臣の間での家族計画のやり方に関する論争は毎日新聞を賑わせている。しかし、実際は年間100万回の墮胎が行われている。ヒロット(Hilot)と呼ばれる伝統的出産介添人がいて、墮胎の数は上昇傾向にある。しかしこのことは、前の政府は教会に対する体面を保つために否定していた。

そのほかの問題点としては、最近ではこれは少しずつ改善しているがフィールドのレベルにおける政府や民間諸団体の間の調整が行われていなかったことがあげられる。

更に、家族計画を受け入れている人の数は出てくるが、これに対してドロップアウトがいるはずなのだがそのデータが全くない。また、避妊具の継続的な供給が大変少ないことも問題といえる。調査によれば、需要は供給量よりもはるかに多く、需要量に対して供給されているのは38%である。

(5) 本プロジェクトにJOCVを派遣することに対するフィリピン側の意見について

本プロジェクトに対するJOCV派遣並びに問題点につきフィリピン側に意見を求めたところ以下のごとき返答があった。

保健大臣 Dr. J. M. Flavie

自分はもともと、フィールドの仕事を通して育ってきた。家族計画についても、寄生虫予防と家族計画をドッキングさせたジョイセフ(家族計画国際協力財団: JOICFP)と協力して仕事をやっていたこともある。だから、自分はdeskworkをやる人は望まないが、実際にフィールドで働いてくれる人は大歓迎である。宗教家と政府との間に家族計画のやり方について議論があるのは確かである。しかし、宗教家とJOCVとの間でトラブルは起こらないであろう。

保健次官 Dr. T. G. Tan

家族計画関連でJOCVを受け入れる余地はいろいろある。宗教上の問題に関しては、この家族計画・母子保健プロジェクトは政府がコミットしているものであるから問題はないであろう。具体的にはカトリックはNatural Contraception(基礎体温、子宮頸部粘液の状態などより妊娠の可能期間を推定して夫婦間の協調により避妊を行う方法)については反対していないしfightしないであろう。

UPPI 所長 Dr. Corazon Raymundo

JOCVが働くスペースはたくさんあると思う。ただし、言葉の問題があって、JOCVのように直接住民と接触して仕事をする場合には、これが問題となるかもしれない。

4-3 まとめ

以上の調査結果より、本プロジェクトに関して、人材不足、末端における医療関係者の教育不足で、フィリピン側担当官がJOCV派遣を希望していることは明らかである。

特にいかなる分野における人材が望まれるかといえば、まず草の根レベルで上部組織と連絡を取りながら全体の機能を調整する人材が望まれる。これに対して村落開発普及員の職種を担当するのが考えられる。具体的な業務としては、生活改善、既にJICAより派遣されている視聴覚専門家より作られた資料を用いての家族計画や母子保健に関する教育などとともに全体のコーディネーションを考えるとという広い範囲にわたる。

次いで実際に現場でBHWや助産婦に対して指導のできる保健婦ないし看護婦を職種とするものが望ましい。この場合注意すべき点が2つある。それは助産婦と看護婦の社会的地位についてである。我が国においては、現在助産婦の資格は看護婦の資格取得後に取りられるので一般的には助産婦の方がより立場が上であるのに対し、フィリピンにおいてはこの関係が逆になっている。この点の配慮が必要である。保健婦(Public Health Nurse)はこれらより上位とされるので問題は起こらない。

もう1つの問題としてIUDの挿入である。フィリピンにおいては1993年4月より看護婦、助産婦がIDUの挿入を行っているが、我が国ではこのような教育は行われず医師の業務とされている。

村落にあがってきたデータを処理する役割を担うものとしてシステム・エンジニアが必要であるが、この職種の人材に関する要請は既に出されていることがタラック州立病院長のDr. M. Yambaoより知らされた。広尾のJOCV本部においても既にこの要請は受理されている。JOCV隊員派遣はとりあえず以上の3職種につき各1名ずつ行いその結果を見て増員などの対策をするのが妥当であると考えられた。

表 4 - 1

Crude Live-birth Rates

(per 1,000 population)

Year	1970	1975	1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990
⁽¹⁾ BRUNEI			31.2	30.1	30.6	30.3	28.5	27.8	
^(2) a) INDONESIA	43.8	40.2	35.4	32.7	32.2	31.7	31.3	30.8	30.3
⁽³⁾ JAPAN	18.8	17.1	13.6	11.9	11.4	11.1	10.8	10.2	10.0
⁽⁴⁾ MALAYSIA									
Peninsular Malaysia	33.9	31.3	30.3	31.9	33.1	29.5	30.0	27.1	28.0
Sabah	37.9	35.4	38.7	42.3	42.7	40.9	42.1	36.8	38.8
Sarawak	30.4	29.7	29.4	27.7	27.7	28.1	30.0	26.4	27.4
⁽⁵⁾ PHILIPPINES	27.4	28.8	30.2	26.3	26.7	27.6	26.7	26.0	
^(6) b) SINGAPORE	22.1	17.7	17.6	16.6	^(c) 14.8	16.6	19.8	17.5	18.4
⁽⁷⁾ THAILAND	31.5	27.4	22.8	18.8	18	16.5	16.0	16.3	17.0

Source: (1) Birth & Death Registry and Economic Planning Unit

(2) Central Bureau of Statistics

(3) *Vital Statistics Japan, 1990*, Ministry of Health & Welfare(4) *Yearbook of Statistics, Malaysia*, Department of Statistics(5) *Philippine Health Statistics 1970, 1975, 1980, 1989*, Health Intelligence Service, Department of Health(6) *Year book of Statistics, Singapore 1991*, Department of Statistics

(7) Health Statistics Division, Ministry of Public Health

Note: a) Calculated by Central Bureau of Statistics in 1985, based on National Census since 1980

b) Rates from 1980 onward refer to those of Singapore residents only

表 4 - 2

Estimates of Mid-year Population

(in millions)

	1970	1975	1980	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
⁽¹⁾ BRUNEI	^{a)} 0.14	0.16	0.19	0.22	0.22	^{b)} 0.23	0.23	0.24	0.25	
⁽²⁾ INDONESIA	119.47	130.50	146.36	159.83	163.37	168.35	172.01	174.68	177.36	178.44
⁽³⁾ JAPAN	103.72	111.94	117.06	120.31	121.05	121.67	122.26	122.78	122.46	122.79
⁽⁴⁾ MALAYSIA	10.39	11.90	13.76	15.27	15.68	16.12	16.53	16.92	17.35	17.76
⁽⁵⁾ PHILIPPINES	36.68	42.07	48.32	53.35	54.67	56.00	57.06	58.72	58.72	60.48
^(6) c) SINGAPORE	2.07	2.26	2.28	2.44	2.48	2.52	2.55	2.60	2.65	2.71
⁽⁷⁾ THAILAND	36.37	41.39	46.52	^{d)} 50.40	^{d)} 51.68	^{d)} 52.65	53.15	54.54	55.45	56.34

Source: (1) Statistics Section, Economic Planning Unit, Ministry of Finance

(2) *Indonesian Population Projection 1980-2000*, Central Bureau of Statistics(3) *Japan Statistical Yearbook 1990*, Statistics Bureau, Management and Coordination Agency(4) *Current Population Estimates, Peninsular Malaysia, Sabah and Sarawak-1990*, Department of Statistics

(5) National Statistics Office

(6) *Report on Registration of Births and Deaths, 1990*, National Registration Department(7) *Report of Working Group on Population Projections*,

Office of the National Economic and Social Development Board.

Note: a) For 1981, Population Census

b) Population Survey

c) Population figures from 1980 onwards refer to Singapore residents only.

d) Estimates based on total population figures, 1980 *Population & Housing Census*, National Statistical Office

表 4 - 3

Population Estimates and Projections

(in thousands)

	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035
BRUNEI (1)	295	337	a) 348.2						
INDONESIA (2)	181,205	183,097	185,009	186,941	188,894	190,866	192,860	194,874	
JAPAN (3) b)	125,463	127,385	129,346	130,397	130,033	128,345	125,806	122,972	120,132
MALAYSIA (4)	19,748	22,454							
PHILIPPINES (5)	68,424	75,224	81,591	87,206	92,430	97,682	102,686	107,123	
SINGAPORE (6) c)		2,995		3,177		3,285		3,303	
THAILAND (7)	60,506	64,389	67,910	70,865	73,208				

Source : (1) Statistics Section, Economic Planning Unit, Ministry of Finance

(2) Based on Population formula Census 1990, Central Bureau of Statistics.
Calculated by Centre for Health Data(3) *Future Populations for Japan*, Provisionally prepared in June 1992, Institute of
Population Problems, Ministry of Health and Welfare(4) Information and Documentation System Unit, Planning and Development Division,
Ministry of Health(5) Based on Population Projections, (Series 2 : *Moderate Fertility Decline and
Moderate Mortality Decline*), National Statistics Office, Manila

(6) Population Planning Unit, Ministry of Health

(7) *Report of Working Group on Population Projections*,
Office of the National Economic and Social Develop-
ment Board, 1985

Note : a) Year : 2001

b) Population on 1 October

c) Based on actual population count, 1990

5. 第二国研修の実施可能性

5-1 調査の背景

途上国内での技術協力は、これまで主にプロジェクト等を中心に実施されてきたが、近年、それらから得られた成果のより広範囲な普及・定着、すなわち点としての協力から面としての協力への拡大が求められるようになってきている。このような要請に応えるため、新たな研修事業のスキームとして1992年度より実施されているのが、第二国研修(In-country Training Program)である。

第二国研修では、これまでプロジェクト方式技術協力等による協力を実施してきた先方機関を実施主体とし、当該分野の帰国研修員等を講師に登用し、その国の人材を対象として研修を実施することにより、過去の技術協力成果の当該国内における普及・定着が図られる。なお、当面の対象は、国としては無償資金協力対象国に、分野としては人材育成の緊要性が高い保健医療、環境等の分野に限定されている。また具体的対象層は、本邦研修および第三国研修では拾い上げることができないが、直接的な研修効果が期待できる、より現場に近い「中堅技術者」である。

今般、フィリピンより同国家族計画・母子保健プロジェクトにおける第二国研修実施について打診があったが、(1)同案件については第二国研修実施条件を満たしていること、(2)本分野の重要性に対するフィリピン政府の認識は高く、家族計画に関する自助努力はマレーシア、タイ等と同程度に積極的であると評価されていること、(3)にもかかわらず出生率の低下等具体的成果の面ではそれら2国をはじめ他の東・東南アジア諸国に遅れをとっているため、ニーズが特に高いと考えられること^{注1}、(4)本分野の技術協力については、従来の機材供与中心から、より研修等ソフトの比率を高める必要があると指摘されていること^{注2}などの諸条件にかんがみ、その実施可能性について調査を実施することとなった。

5-2 調査結果要約

フィリピンにおいては、1990年、家族計画プログラム(1990～1994年)が策定され、また1993～1998年の中期開発計画にも家族計画が単独の項目として盛り込まれる等、本分野の開発計画に占めるプライオリティーは高く、第二国研修を実施するための政治社会環境は整っている。またそれらプログラムの実行に関しては地方における普及啓もう活動及び医療サービスの提供に従事する人材の養成が重要な構成要素となっているため、本分野は第二国研修の実施による効果も高い分野であると考えられる。

注1 早瀬保子、“発展途上国の人口問題”、『アジア研ニュース』No.138.1992

注2 (財)国際開発センター、『セクター別・特定課題別援助指針策定のための基礎調査、人口問題・家族計画』、1987

フィリピンの保健医療機構から判断して、最も効果的かつ効率的な研修対象層は、州立病院あるいは地区病院のNurse、Midwife、又はRHUのNurse、Midwifeであり、前者については、研修指導技術および情報・教育・伝達技術を中心に据え運営・管理の視点を加えた研修を、後者については、情報・教育・伝達技術と臨床技術を組み合わせた研修を、それぞれ実施することが効果的であると考えられる。

研修実施主体としては、本プロジェクトの拠点であるタラック州病院をはじめとしていくつかの候補が考えられるが、「過去の技術協力等成果の普及・定着を図る」という第二国研修のスキームに鑑みると、同病院を実施主体とするのが最良である。しかし、(1)本プロジェクトにおいては、母子保健活動、中堅技術者研修の実施、村落開発活動との連携等、今後モデルケースとしての更なる経験の蓄積が期待されること、(2)タラック州立病院には、プロジェクト本体と第二国研修双方を同時に運営するだけの管理能力が、現時点では必ずしも期待できないこと、の2つの理由から、同病院を実施主体とすることは時期尚早であると判断される。

ただし本分野の人材養成は緊要性の高い課題でもあり、一方で協力の早期実現に向けて前向きに検討する必要がある^{注3}。

5-3 政治社会環境

フィリピンはカトリック国(国民の80%以上)であり、従来から教会側は家族計画に反対の姿勢を示してきた。特に人工的家族計画手法に関しては、現在でも全面的に反対している。

しかし、アキノ政権後半にはフィリピン家族計画プログラム(The Philippine Family Planning Program, 1990~1994)が策定され、関連機関会議において承認されている。更に現政権は、プロテストタントのラモス大統領及びFlavier保健省長官を中心に、積極的な家族計画推進キャンペーンを展開しており、結果として国民の間における家族計画の必要性に対する認識は高まってきている。したがって本分野で第二国研修を実施するための政治社会的環境は整っていると考えられる。

なお、前述した家族計画プログラムは、1990年から1994年の5年間で新たに800万の家族計画受容者を獲得し、再生産可能年齢(15~44歳)にある女性全体に占める家族計画受容者の割合を53%まで高めることなどを目標とするものであり、関連する人材育成計画として、延べ2万2,000人のヘルスワーカー及び2万7,000人の専門的医療従事者に対し家族計画に関する基礎知識・技術、外科的技術、及びカウンセリング技術等について研修を実施することを掲げている。また、そのための

注3 本分野については、USAID等日本以外からの協力実績もあり、複数の実施主体間の調整が可能であれば、第二国研修にて普及定着をめざすべきモデルを、本プロジェクトのみに限定する必要は必ずしもない。フィリピン家族計画プログラムにおいても、なるべく多くのモデルケースの開発が、プログラムの全国的展開のためには必要である旨が述べられている。

必要予算を4億5,200万ペソと見積もっており、うち9,500万ペソが未充足であるとしている。

5-4 分野特性

家族計画・母子保健活動を成功に導くためには、全国的に統一かつ組織化された運動展開が必要であり、特に地方住民に対する継続的普及啓蒙活動及び様々なサービスへのアクセス改善が重要となる。フィリピン家族計画プログラムも、「出産率が高く、かつ何らかの避妊方法を望みながらも実行していない女性」の比率は、地方や特に貧しい地域の、農家や手仕事従事家計の、教育水準の低い母親において特に高いことから、彼らに対する啓蒙普及に重点を置いている。

地方における活動の実質的推進主体となるのは、Hilotと呼ばれる伝統的出産介添人や、BHW、助産婦・看護婦・医師等の専門的医療従事者、当該分野担当の地方行政官であるが、プログラムの基本的な理念について彼らの統一的な理解を得るとともに知識・技能の向上を図る、あるいは外国からの援助や積極的なコミュニティ活動等により高い成果が得られている地域の経験を、より目標達成が遅れている地域の関係者に紹介・普及するなどの目的のためには、彼らに対して体系的にプログラムされた研修を実施することが効果的である。

この意味で本分野のニーズは、「特に人材育成の必要性の高い分野を対象とし、過去の技術協力成果の面的な拡大・普及を図る」という第二国研修のスキームによく適合している。

5-5 研修対象層

研修対象層は、研修による地域的なカバレッジを重視するか、より実行的かつ具体的な研修効果を重視するかにより異なってくる。

フィリピンの保健行政機構は、DOHを頂点として、大きくRHOと地方病院(Regional Hospital)、州統合保健局(Integrated Provincial Health Office)と州立病院(Provincial Hospital)、DHOと地区病院(District Hospital)、RHU、BHSの5層により構成される。このうち、州統合保健局以下が地方自治体の管轄となる。

それぞれの数は、RHOが14、州統合保健局とDHOの合計が450^{注4}、RHUが1,995、BHSが1万800である^{注5}。第二国研修の規模を年間50人(45日)とし、協力期間を5年間とすると、研修実施可能総数は250人であり、上述の各対象機関から1名ずつ研修に参加させた場合の地域的カバレッ

注4 機構上は、州統合保健局が地区保健局を統括する立場にあるが、保健医療サービスの実行上は本プロジェクトが立地するタラック州のように、州内を分割して州立病院と地区病院がそれぞれに管轄していることも多いと考えられるため、2つを同列として扱う。

注5 機構の詳細については、本報告書「3. 総括」を参照

ジを単純計算すると、それぞれのレベルで、1,786%、56%、13%、2%^{注6}となり、当然のことながら上部機構を対象とするほどその面的なカバレッジは大きくなる^{注7}。

一方で、地域住民との接触が多く、彼らに対しより実行的な影響力をもっているのは末端の機関に常駐するBHWやRural Health Midwife、Public Health Nurseである。地域住民と最も密接に結び付いているのはBHSであり、特にフィリピン家族計画プログラムが主たるターゲットとする農村におけるその役割は大きい。またRHUに常駐するNurseやMidwifeは、定期的に管轄するバラングイの巡回指導および保健衛生に係る各種データの収集・報告等を行っており、地域コミュニティーに対する影響力はやはり大きい。

さらに、地方自治法の施行後、保健医療行政の中核となっていくのは州政府であり、州政府が管轄する州病院、地区病院の地域医療における重要性が今後高まっていくとも考えられる。例えばタラック州の州病院では、これまでも州内のHealth Workerや、Midwife、Nurseらに対し研修を実施してきており、州における保健医療分野人材養成の拠点となっている。

以上のフィリピンにおける保健医療機構の状況と、第二国研修の「本邦研修や第三国研修では拾うことのできない、より現場に近い技術者の知識・技能の向上をめざす」という目標とを併せて考慮するなら、最も効率的かつ効果的な研修対象層は、州病院あるいは地区病院のNurse、Midwife、又はRHUのNurse、Midwifeであると考えられる。

5-6 研修内容

研修対象層をどこに定めるかにより、適切な研修内容も異なったものとなる。UNFPAの“Directory of Training Courses in FP/MCH, 1992~1993 Edition”は、家族計画・母子保健に関する研修プログラムを、主に「臨床技術(Clinical)」、「運営・管理技術(Management)」、「研修指導技術(Training of Trainers)」、「情報・教育・伝達技術(Information, Education and Communication)」の4つに分類しているが、このカテゴリーに従うなら、州病院、地区病院のNurse、Midwifeに対しては、今後各地域における保健医療分野人材育成の拠点となることが期待されるため、カリキュラム策定力、研修指導力の向上を狙い、研修指導技術及び情報・教育・伝達技術を中心に据え運営・管理の視点を加えた研修を、またRHUのNurse、Midwifeについては、住民に対する普及啓もう活動及びサービスの提供が中心的役割となることから、情報・教育・伝達技術と臨床技術を組み合わせた研修を、それぞれ実施することが効果的であると考えられる。

注6 BHSはすべてのバラングイに設置されているものではないため(バラングイの総数は、約4万1,000)、実質的なカバレッジは更に小さくなる。

注7 国連人口基金“Directory of Training Courses in FP/MCH, 1992~1993 Edition”によれば、本分野で実施されている研修の多くは3週間程度の長さであるため、期間を短縮して定員を増やし、カバレッジを高めることも検討の余地があると思われる。

5-7 研修実施主体

研修実施主体としてはいくつかの候補が考えられるが、過去に研修を実施した経験があり、研修の運営管理についてある程度のノウハウを有することが望ましい。いずれの機関で実施するにせよ、フィリピン家族計画プログラムとの整合性を保つという観点からも、DOHが窓口となり、研修の運営管理に最終的責任を負うような形にするのが良いと思われる。

また、「過去の技術協力成果の普及・定着を図る」という第二国研修の目的を考慮するならば、無償、プロジェクト方式技術協力等に関係した機関、又は帰国研修員の所属機関を選択することが望ましい。以下に、今回の調査で訪れた2機関、および前述のUNFPAの資料よりピックアップした3機関(いずれも研修運営実績を有する)を当面の実施主体候補としてあげ、それぞれの長所・短所を示す。なお番号は、必ずしもプライオリティーを示すものではない。

(1) タラック州病院(Tarlac Provincial Hospital)

本プロジェクトの拠点であり、施設面では、50人規模の集団研修を実施するに足る講義室が整備されている。また現在プロジェクトに要請があげられている「母子センター(仮称)」の建設が実現すれば、新たにそこを研修の拠点とし得る可能性もある。一方ソフト面では、過去に州内のNurse、Midwife、Hilotらに対するFP/MCH分野の研修を実施してきた経験を有し、IEC分野JICA専門家らの手により視聴覚教材が蓄積されつつある。以上から、「過去の技術協力等の成果の普及・定着を図る」という観点からは、最もふさわしい実施主体であるといえる。

しかし、これまでに同病院が実施してきた研修は、数日から1週間程度の小規模なものであり、平均45日間という第二国研修のカリキュラム策定および運営管理にそのままあてはめて考えることはできない^{注8}。また、全国から研修員を募ることになれば、交通の便や宿泊施設の問題もある^{注9}。さらに、同病院ではプロジェクトの一部として「中堅技術者研修」の実施が、やはりNurse、Midwifeらを対象として計画されているため、それとの調整^{注10}が必要である^{注11}。

^{注8} 同病院関係者たちによると、研修期間を短く設定しているのは、日常業務で多忙なNurse、Midwifeらの参加を容易にするためでもあるという。であれば注7でも触れたように、第二国研修の実施に際しても45日間という期間に固執することなく、効果的かつ効率的な期間設定を検討する必要がある。

^{注9} 同病院には研修員のための宿泊施設はないが、同病院の医師であり、本プロジェクトのカウンターパートでもあるDr. Ramosによれば、50人規模であれば周辺のホテル等に宿舎を確保することは可能であるとのことである。

^{注10} 「中堅技術者研修」はタラック州内の重点的人材育成を、第二国研修はプロジェクト成果の、州の枠を越えた普及定着を、それぞれ分担するのが最も良いと思われる。

^{注11} 本プロジェクトの日本側関係者との意見交換からは、プロジェクトの運営と、第二国研修の運営管理を同時並行で実施できるほどの管理能力(人的余裕)は、現在のところ同病院には期待できないとの印象を受ける。

本プロジェクトについては、母子保健分野等について今後更なる経験の蓄積が期待される。またJOCVの派遣による村落開発活動との関係等の可能性も検討されており、それらが実現し、かつ十分な成果をあげることができれば、その経験を視聴覚教材等に加工して第二国研修による他地域への普及・定着につなげることが可能となる。同一国内における具体的活動・成果を事例とした研修は、参加者にとってもより実行性の高いものとなり、研修効果も高まると考えられる。

したがって、プロジェクトによる更なる経験・実績の蓄積を待って第二国研修につなげるのが最も効果的であると思われるが、一方で本分野における人材育成ニーズの緊要性に留意しなければならない。

(2) 熱帯医学研究所(Research Institute of Tropical Medicine)

1979年無償資金協力により建設された施設であり、1980年から1987年までプロジェクト方式技術協力が実施された。現在、併設の研修施設で年間約20件の研修を実施している。また、1987年からは第三国研修「熱帯医学(定員約15名、4週間)」を実施してきており、JICA研修の運営管理については、フィリピンで最もノウハウを有する主体の一つである。研修員の宿泊施設も併設されており、その面でも問題ない。

しかし、家族計画分野については過去に蓄積がなく、知見も少ないため、研修実施にあたってはカリキュラム策定、講師の派遣、事例・教材の提供等、本プロジェクト等との関係、協力が不可欠となる。

(3) 総合人口計画センター(Comprehensive Family Planning Center)

ホセ・ファベラ記念病院(Dr. Jose Fabella Memorial Hospital)に付属する機関で、以下の研修を有償で実施している^{注12}。機関の詳細(過去の技術協力実績等)は不明である。

Basic Comprehensive Family Planning Course for Doctors, Nurses and Midwives

(C L I N I C A L)

Refresher Course in Voluntary Surgical Contraception(C L I N I C A L)

Two-week Training Course in VSC for Physicians and Their Assistants(C L I N I C A L)

Refresher Course for Nurses/Midwives in FP(I E C)

Training of Trainers in VSC(T O T)

^{注12} (3) 以降に掲げたコースの内容については、5-6で言及した国連人口基金資料を参照。なおこれらコースの定員規模(集団か、個別か)については不明である。

(4) 人口センター基金(Population Center Foundation)

以下の研修を実施している。機関の詳細(過去の技術協力実績等)は不明である。

Delivery of Adolescent Fertility-related Information and Counseling Services: An International Training Program(I E C)

Programs Division(Management)

Training Workshop on Project Monitoring(Management)

Strengthening FP within MCH: A Trainer's Course

(5) 国際農村再建機関(International Institute of Rural Reconstruction)

農村開発等に従事するN G Oであり、農村における保健衛生改善のための下記研修プログラムの一部として家族計画・母子保健を取り上げている。機関の詳細は不明である。

Evaluation of Community Health Services(Management)

Management of Community Health Services(Management)

附 属 資 料

- ① ミニッツ
- ② 全体会議出席者リスト
- ③ 保健省組織図
- ④ 保健省 家族計画部組織図
- ⑤ タラック州保健機構
- ⑥ タラック州保健局機構
- ⑦ 町保健機構
- ⑧ 人口委員会組織図

**THE MINUTES OF DISCUSSIONS
BETWEEN THE JAPANESE PLANNING AND CONSULTATION SURVEY TEAM
AND THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF
THE REPUBLIC OF THE PHILIPPINES
ON THE FAMILY PLANNING AND MATERNAL AND CHILD HEALTH PROJECT**

The Japanese Planning and Consultation Survey Team (hereinafter referred to as "the Team") organized by Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Dr. Toshitaka Nakahara, Director, Department of Public Health Administration, National Institute of Public Health, visited the Republic of the Philippines from September 15 to September 28, 1993 for the purpose of reviewing the activities concerning the Family Planning and Maternal and Child Health Project, and discussing the future implementation plan of the Project.

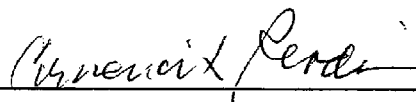
During its stay, the Team exchanged views and had a series of discussions with the Philippine authorities concerned about the activities and implementation of the Project.

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

Manila, September 24, 1993



TOSHITAKA NAKAHARA, M.D., M.P.H., Ph.D.
Leader,
Planning and Consultation Survey Team
Japan International Cooperation Agency
Japan

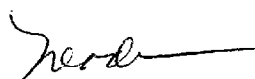


CARMENCITA N. REODICA, M.D., M.P.H.
Assistant Secretary for Special Concerns,
Department of Health
The Republic of the Philippines

SUMMARY OF DISCUSSIONS

A. Both sides agreed upon the following matters:

1. Despite the changes in the structure of the Philippine health sector brought about by the implementation of the Local Government Code, continued allocation of the following aspects must be secured by the Philippine-side for the continued successful performance of Project activities:
 - 1.1 The necessary budget and
 - 1.2 appropriate number of personnelconstituting the government counterpart to the Project .
2. The cooperation among the Department of Health, the Commission of Population, and the Population Institute of the University of the Philippines is necessary for a continued effective implementation of the Project.
3. Upgrading the knowledge and skills of frontline health workers is essential for the improvement of service delivery in family planning and maternal and child health.
4. Both qualitative and quantitative development of information, education and communication (IEC) activities should be encouraged as effective means of disseminating information at each level of service delivery in family planning and maternal and child health.
5. Early dissemination of knowledge and skills attained in the Project should be encouraged and the necessary recommendations forwarded to concerned authorities to further promote family planning and maternal and child health.



the attainment of the Project's objective of upgrading the skills and capability of front-line workers. These courses have been identified as training priorities by the Tarlac field health workers.

- 3.2 *Women in Development Training.* This training aims to help women find ways to actively participate in community development through economic activities and in the process develop self-reliance and improve their socio-economic status. Linkages between community organizations and the health service sector will be explored for the promotion of maternal and child health programs.

4. Pilot testing of a Management Information System

In the light of the devolution of health service delivery to local government units, there is a need to develop a new mechanism for local government units to make its plans, and make decisions by themselves. The proposed scheme will develop simplified forms for less paper work, conduct small surveys, and make good use of survey data to supplement information generated from the regular recording and reporting system.

5. Community development activities with the assistance of Japan Overseas Cooperation Volunteers (JOCV)

The types of volunteers requested by the Tarlac governor include: community development worker, public health nurse and system engineer.



6. Activities of the Japan Overseas Cooperation Volunteers (JOCV) and non-government organizations, particularly in the field of community development would be supportive and complementary to Project activities and would contribute to more satisfactory achievement of Project objectives.
- B. The Philippine-side also mentioned that JICA assistance in the following activities are necessary for project implementation.

1. Establishment of a Center for Mother and Child

The basic concept for the establishment of this center is the holistic delivery of basic services for mothers and children alongside counseling and other information, education and communication (IEC) activities. In this way, the preventive, promotive and curative aspects of health are addressed.

2. Video Equipment Support to the Audio-Visual Unit of the Department of Health

With better equipment, the AV Unit can produce prototype IEC materials for pilot-testing in Tarlac, which would provide the much-needed IEC support to family planning and maternal and child health activities and concerns of the Tarlac field health units. The AV Unit can also contribute to effective dissemination of Project activities to other areas.

3. Conduct of a Middle-level Trainees Training and Women in Development Training

3.1 *Middle-level Trainees Training.* Trainings on Interpersonal Communication Skills (ICS), Statistics and Epidemiology, and Refresher Courses on family planning and maternal and child health are essential to



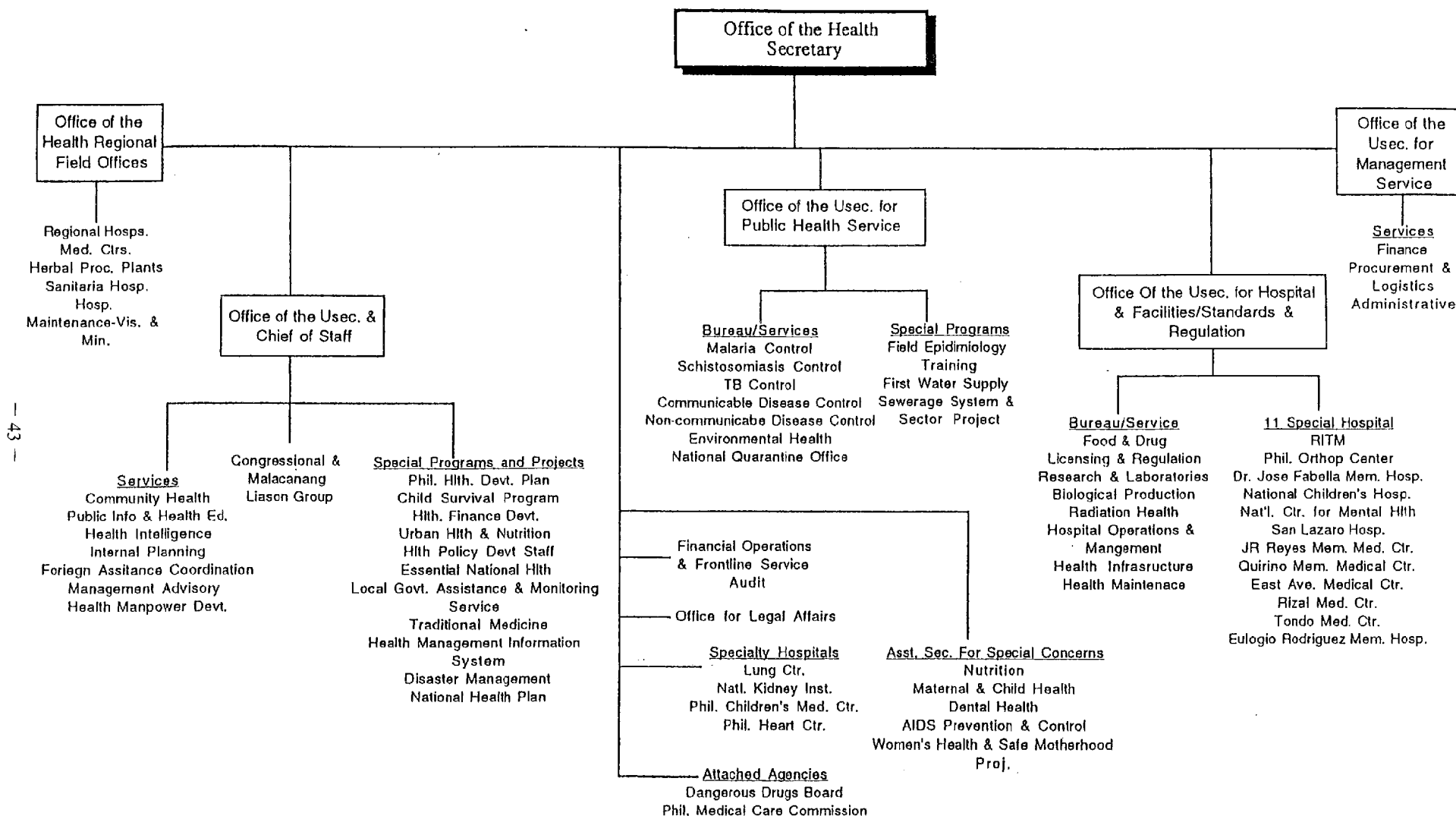
DISCUSSIONS
BETWEEN THE JAPANESE PLANNING AND CONSULTATION SURVEY TEAM
AND THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF
THE REPUBLIC OF THE PHILIPPINES
ON THE FAMILY PLANNING AND MATERNAL AND CHILD HEALTH PROJECT

24 September 1993
Office for Special Concerns
Department of Health

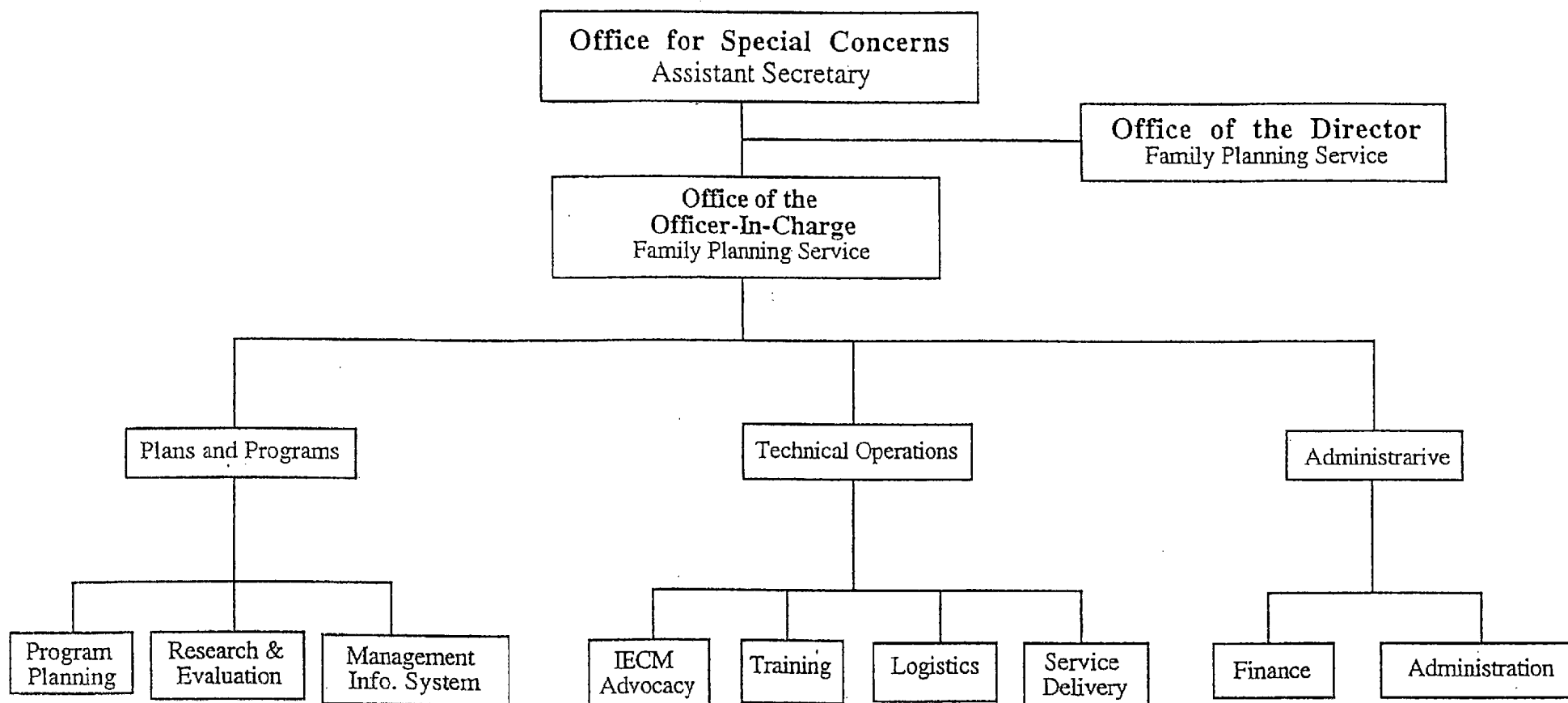
Present in the meeting were:

1. **Dr. Toshitaka Nakahara**
Director, Department of Public Health Administration
The National Institute of Public Health
2. **Dr. Hideaki Suzuki**
Director, The First Medical Cooperation Division
Medical Cooperation Department
Japan International Cooperation Agency
3. **Dr. Toshiro Shibuya**
Professor, School of Medicine
Teikyo University;
JOCV Technical Adviser
4. **Mr. Ikuo Takizawa**
Staff, Evaluation and Promotion Division
Training Affairs Department
Japan International Cooperation Agency
5. **Dr. Carmencita N. Reodica**
Assistant Secretary for Special Concerns
Department of Health
6. **Dr. Ma. Virginia Ala**
Medical Specialist III
Office for Special Concerns
Department of Health and
Project Coordinator (DOH-side)

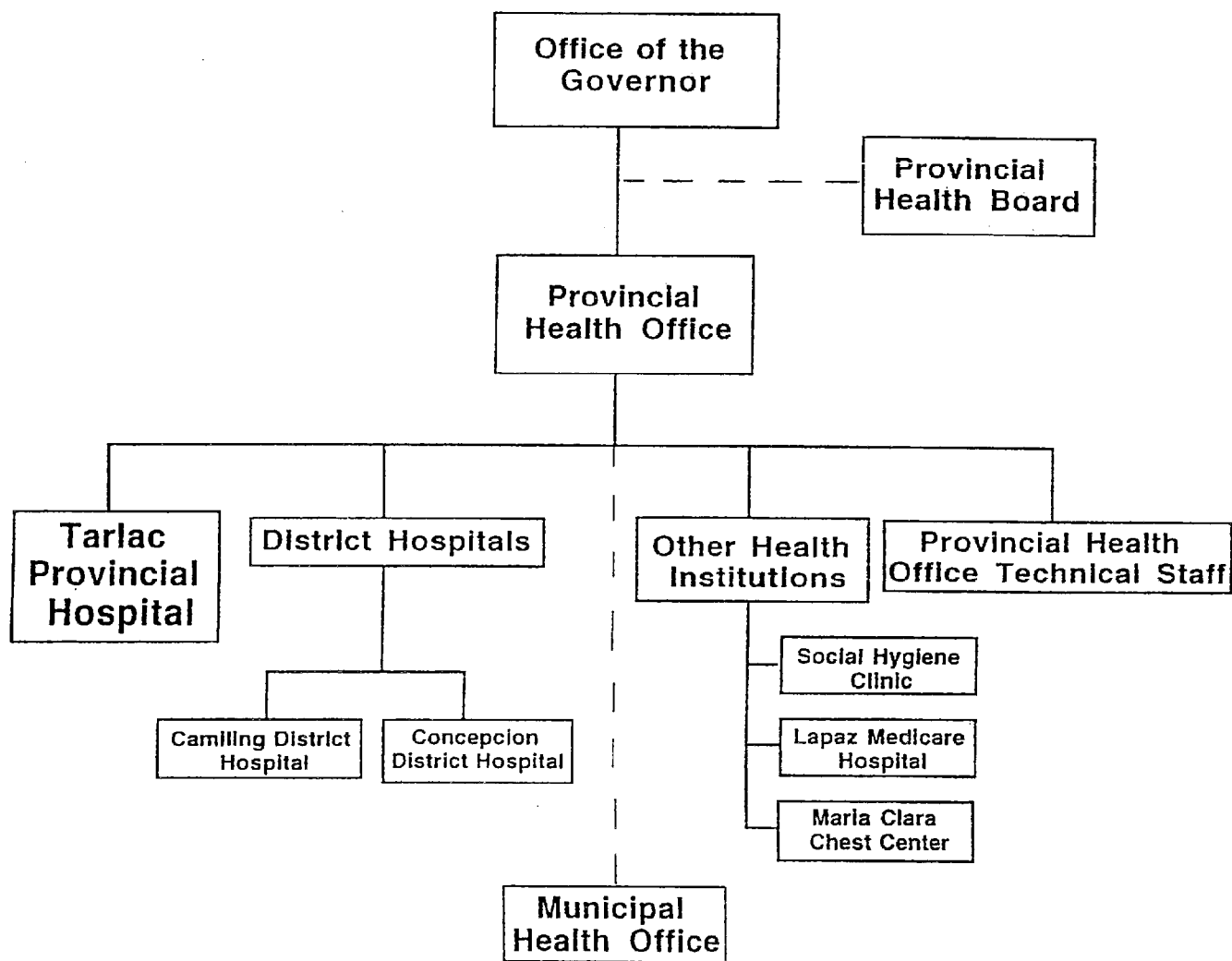
7. **Dr. Ricardo Ramos**
Assistant Provincial Health Officer
Integrated Provincial Health Office (Tarlac) and
Project Coordinator (Pilot area)
8. **Mr. Ariel Guia**
Audio-Visual Technician III
Head of AV Unit
Public Information and Health Education Service
Department of Health
9. **Mr. Kenji Ikari**
Project Coordinator
Japan International Cooperation Agency
10. **Mr. Akio Taguchi**
IEC Expert
Japan International Cooperation Agency
11. **Ms. Cecilia Ruiz-Marave**
Project Technical Officer
Japan International Cooperation Agency

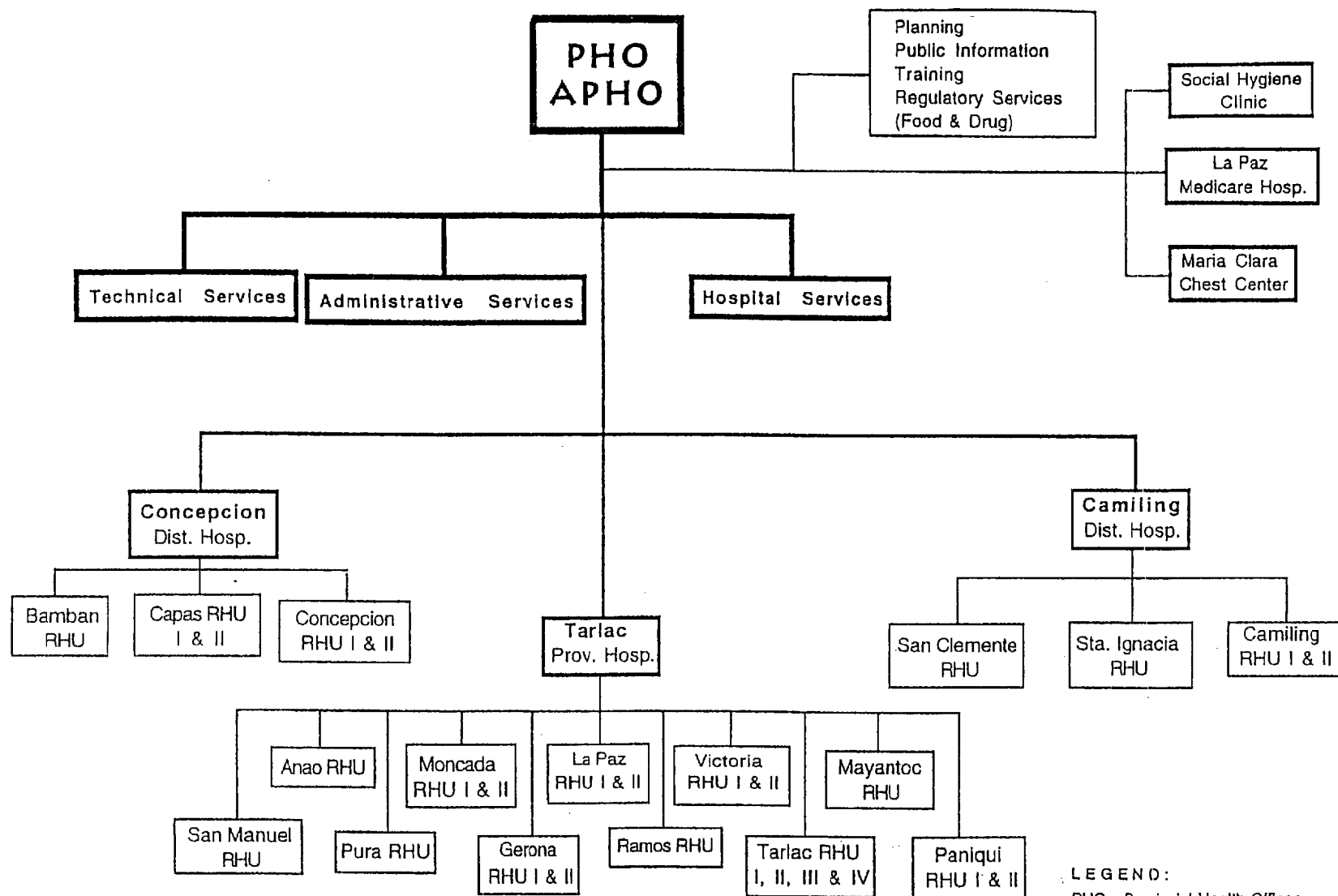


FAMILY PLANNING SERVICE ORGANIZATIONAL CHART



Tarlac Provincial Health Structure

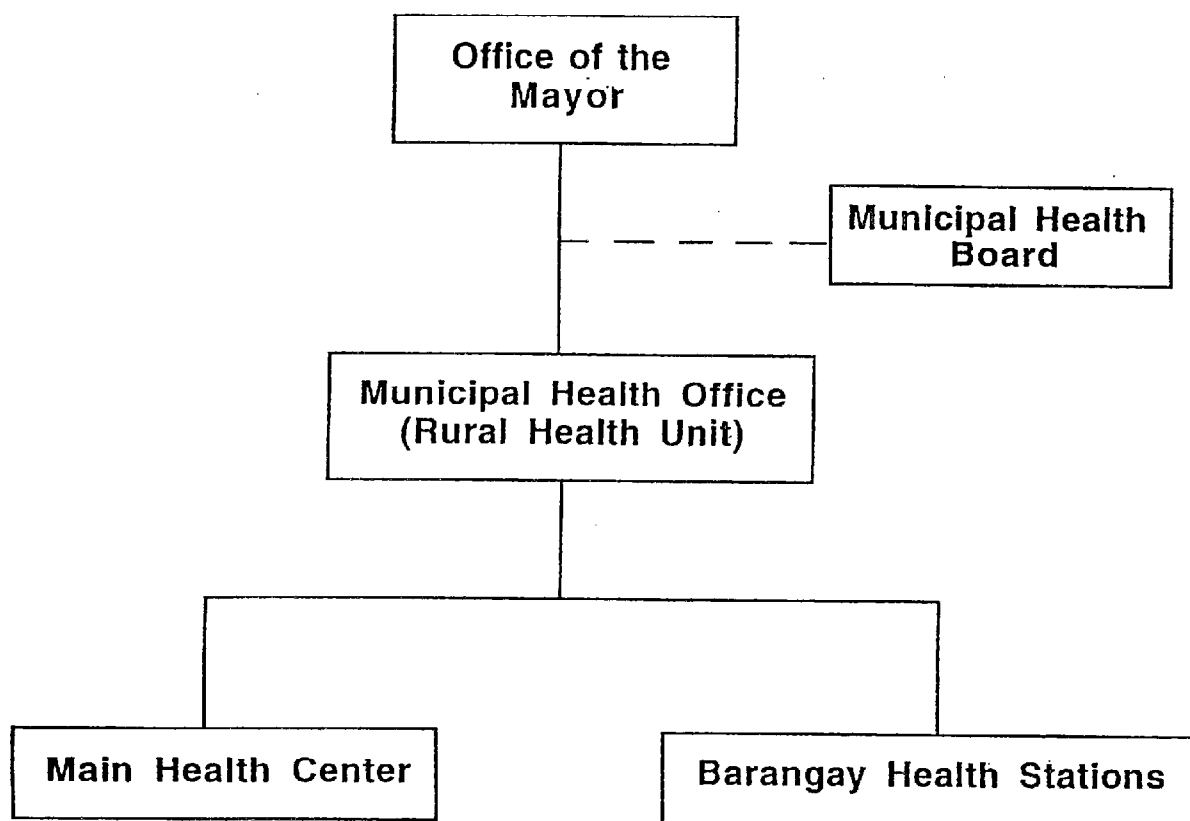




LEGEND:
 PHO - Provincial Health Officer
 APHO - Assistant Provincial Health Officer
 Prov. - Provincial
 Dist. - District
 Hosp. - Hospital
 RHU - Rural Health Unit

Tarlac Provincial Health Organizational Chart

Municipal Health Structure



⑧ 人口委員会組織図

POPCOM ORGANIZATIONAL CHART

