

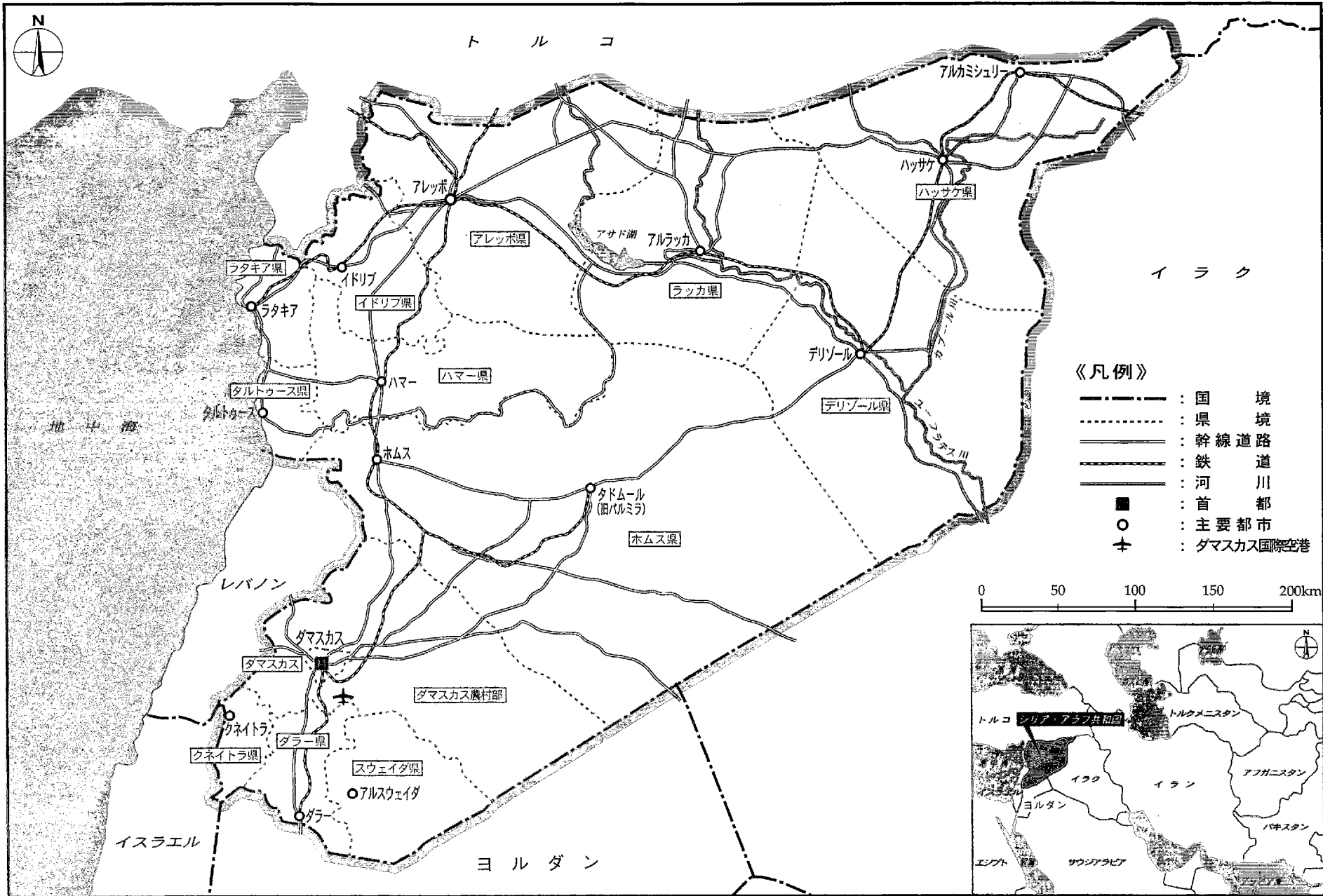
シリア・アラブ共和国
プロジェクト形成調査
(保健医療 / 経済活性化) 報告書

平成15年7月
(2003年)

国際協力事業団
アフリカ・中近東・欧州部

地 四 中
J R
03-05

シリア全図



略 語 表

DOTS	Directly Observed Treatment, Short-course	
EIB	European Investment Bank	欧州投資銀行
EPI	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大計画
EU	European Union	欧州連合
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
GTZ	German Agency for Technical Cooperation	ドイツ技術協力公社
HVP	Healthy Village Program	健康農村プログラム
IPPF	International Planned Parenthood Federation	国際家族計画連盟
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊
MMR	Maternal Mortality Rate	妊産婦死亡率
MOH	Ministry of Health	保健省
NGO	Non-governmental Organization	非政府組織
PHC	Primary Health Care	プライマリー・ヘルスケア
SV	Senior Volunteers	シニアボランティア
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
TOR	Terms of Reference	タ・ムズ・オブ・レファレンス
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
WHO	World Health Organization	世界保健機関
WID	Women In Development	開発と女性

目 次

地 図

略語表

第 1 章 調査の概要	1
1 - 1 調査の目的	1
1 - 2 調査団構成	2
1 - 3 現地調査期間	2
1 - 4 調査日程	3
1 - 5 主要面談者	4
第 2 章 シリアにおける保健医療の現況と課題	6
2 - 1 人口・経済	6
2 - 2 保健医療の現況	7
2 - 3 保健サービス供給システム	14
2 - 4 政府の取り組み	18
第 3 章 他ドナーや NGO の保健医療分野の援助動向と協調	21
3 - 1 国際機関・ドナーによる現在のプログラムの整理	21
3 - 2 保健関連分野における NGO の活動	23
3 - 3 今後予定される支援	23
第 4 章 保健医療分野の協力の可能性	24
第 5 章 経済活性化支援分野の調査概要	31
面談記録(保健医療分野)(経済活性化分野)	35
収集資料リスト(保健医療分野)	82

付属資料 A (保健医療分野)

A - 1	健康農村プログラムにおける定期収集データ調査項目	85
A - 2	健康農村プログラム概要	92
A - 3	健康農村プログラム報告書(1997 - 2000)	94
A - 4	保健省 PHC 局ヘルスセンター課による Family Health File 調査票	120
A - 5	保健省看護師・助産婦担当課による看護サービス強化計画概要	127
A - 6	イタリア政府による看護教育プログラムの概要	128
A - 7	健康農村プログラムにおいて収集している Family Health File 調査票	131

付属資料 B (経済活性化分野)

B - 1	Syrian Chambers of Commerce の組織概要	139
B - 2	Indicative Map of Syrian Regulations (Industrial and Commercial)	150

第1章 調査の概要

1 - 1 調査の目的

(1) 保健医療分野

シリア・アラブ共和国(以下、「シリア」と記す)は、公的サービスを無料としてプライマリー・ヘルスケアに重点を置く政策をとり、医療支出を低く抑えることに成功している(国内総生産(GDP)に占める医療支出の構成比は0.4%で、中東諸国で最も低い)。しかし、各種保健指標を所得水準の近い国との比較で見ると、乳幼児関連指標は比較的良好であるのに対して、リプロダクティブ・ヘルス関連の指標は思わしくないというアンバランスな結果となっており、保健分野における援助ニーズは高い。

同分野における我が国の支援は、無償機材供与のみであったため、JICAでは2001年度に、在外プロジェクト形成調査「医療・保健」を実施し、保健医療セクターの現状について情報収集・分析を行った。その市場経済化の流れのなかで、保健医療サービスの切り捨てや、地方間格差の存在などの弊害が生じており、技術協力分野での協力ニーズが高いことが確認された。

今回の本邦プロジェクト形成調査は、更に詳細な支援ニーズを把握することにより、地方の保健医療サービスの向上・改善に結びつく具体的な技術協力案件の形成をめざして実施されたものである。

(2) 市場経済化支援分野

2000年に就任したバシヤール大統領は、積極的な経済活性化方針の下、民間銀行に対する部分的営業の許可、為替相場の一本化、関税率の引き下げといった政策を矢継ぎ早に打ち出したほか、第9次5か年計画(2001～2005年)では6つの重点分野の1つとして経済発展を目的とした輸出振興が盛り込まれている。

一方で我が国は、シリアが中東和平プロセスの当事国として重要な位置を占めていることから、和平推進の一環として、同国国民の生活向上に資する援助の実施を検討していくことを方針としている。このため、1999年には政策協議調査団を派遣し、電力、民生・環境、市場経済、農業の4分野を重点分野とすることを確認しているが、これら4分野は現行の5か年計画においても、依然として重点分野として位置づけられている。

しかしながら、市場経済化分野に関しては、詳細な協力案件の検討はこれからであり、国民の生活向上という目的から、雇用促進のための中小企業振興と職業訓練の領域に焦点を絞りつつ、まずは関連基礎情報を収集するために2002年度末に在外プロジェクト形成調査を実施した。

これを受けて、今般、プロジェクト形成調査を実施し、在外プロジェクト形成調査の結果を参考にしつつ、同国における産業・中小企業を取り巻く成長阻害要因・課題を、外部環境と内部環境の両面から把握し、今後の協力の可能性・方向性の詳細を検討することとした。

1 - 2 調査団構成

担当分野	氏名	所属
団長・総括	森 裕之	JICAアフリカ・中近東・欧州部 中近東・欧州課 課長代理
協力計画	石井明子	JICAアフリカ・中近東・欧州部 中近東・欧州課 職員
保健医療	城戸千明	システム科学コンサルタンツ(株)

1 - 3 現地調査期間

森 団 長 2003 年 4 月 15 日 ~ 4 月 22 日

石井団員 2003 年 4 月 19 日 ~ 4 月 24 日

城戸団員 2003 年 3 月 31 日 ~ 4 月 24 日

1-4 調査日程

日順	月日	曜日	宿泊地	行程	調査業務の概要
1	3月28日	金	ウィーン	成田→パリ→ウィーン	移動 (JL405) →移動 (OS416)
2	29日	土	ダマスカス	ウィーン→ダマスカス	移動 (OS841)
3	30日	日	ダマスカス	ダマスカス	JICA シリア事務所で打合せ、統計局にて資料収集
4	31日	月	ダマスカス	ダマスカス	保健省 PHC 局ヘルスセンター課、EU 社会セクター担当訪問
5	4月 1日	火	ダマスカス	ダマスカス	UNDP、保健省健康農村プログラム課、EU 訪問
6	2日	水	ダマスカス	ダマスカス	イタリア大使館、アガ・カーン財団、保健省国際関係課訪問
7	3日	木	ダマスカス	ダマスカス	UNFPA、UNICEF 訪問
8	4日	金	ダマスカス	ダマスカス	面談記録作成、収集資料整理
9	5日	土	ダマスカス	ダマスカス	シリア家族計画協会、保健省 EU プロジェクト担当者訪問
10	6日	日	ダマスカス	ダマスカス	資料整理
11	7日	月	ダマスカス	ダマスカス	保健省健康農村プログラム担当、JICA 緊急医療訪問
12	8日	火	ダマスカス	ダマスカス	ダマスカス農村部 (Kafreen、Vitaree) 訪問
13	9日	水	ダマスカス	ダマスカス	ダラー県農村部 (Akrabaa、Sheikh Saed) 訪問
14	10日	木	ダマスカス	ダマスカス	保健省看護師・助産婦担当課訪問
15	11日	金	ダマスカス	ダマスカス	資料整理
16	12日	土	ダマスカス	ダマスカス	MOH 国際関係訪問
17	13日	日	ダマスカス	ダマスカス	WHO、MOH 健康農村プログラム担当訪問
18	14日	月	ダマスカス	ダマスカス	FIRDOS (NGO) 訪問
19	15日	火	ダマスカス	ダマスカス	WHO、Al Hilal 病院訪問 (森団長来シ)
20	16日	水	ダマスカス	ダマスカス	ダマスカス看護学校訪問、工業省次官表敬、 ティシュリーン大学学長と打合せ、 SCB の Dr.スッカルとの打合せ、団内打合せ
21	17日	木	ダマスカス	ダマスカス	独立記念日 報告書作成
22	18日	金	ダマスカス	ダマスカス	報告書作成
23	19日	土	ダマスカス	ダマスカス	保健省 PHC、UNICEF、Dr.スッカルとの打合せ、 JICA シリア事務所にて打合せ (石井団員来シ)
24	20日	日	ダマスカス	ダマスカス	要請書案作成
25	21日	月	ダマスカス	ダマスカス	保健省健康農村、保健省国際関係、失業対策公団
26	22日	火	ダマスカス	ダマスカス	保健省 PHC 局リプロダクティブ・ヘルス課、看護課 (森 団長離シ)
27	23日	水	ダマスカス	ダマスカス	WHO、保健省統計課、保健省リプロダクティブ・ヘルス課
28	24日	木	パリ	ダマスカス→ウィーン →パリ	保健省研修課、SPC、JICA シリア事務所、大使館報告、 移動 (OS842→AF2039)
29	25日	金	機中	パリ	移動 (JL416)
30	26日	土		→ 成田	→帰国

1 - 5 主要面談者

シリア側

保健省

Healthy Village Program 課

Dr. Mohsen Kanaan

Director of Healthy Villages

PHC 局ヘルスセンター課

Dr. Yasser Alsaleh

Director of Department of Health Center

国際関係課

Dr. Hassan Alhaj Hussein

保健省プライマリー・ヘルスケア課

Dr. Reem Dahman

Dr. Lama Yafi

看護師・助産婦課

Dra. Riwa Dahman

Director of Nursing and Midwifery Department

保健省計画・統計課

Dr. Mahmoud Dashash

Director of Planning & Statistics

国際機関・ドナー

WHO 事務所

Dr. Mohamed Kamel

Representative

Mr. Yassin Shukr

Dr. Omar Amash

UNDP シリア事務所

Ms. Fumiko Fukukoka

Deputy Resident Representative

Ms. Wakako Hashimoto

Junior Professional Officer

Ms. Rula Koudsi

Program Assistant

UNFPA 事務所

Mr. Mostapha Benzine

Representative

Dr. Mouna Ghanem

Assistant Representative

UNICEF 事務所

Mr. Bashar Al-Masri

Assistant Project Officer

EU

Mr. Alsessio Cappellani

二等書記官

EU プロジェクト (Health Sector Reform) 事務所

Dr. Paolo Operti Team Leader

Dr. Brigitte Beyer Primary Health Care

イタリア大使館

Mr. Andrea Cascone Counsellor for Economic Affairs

NGO

Aga Khan Development Network シリア事務所

Mr. Aleem Warji Program Coordinator

シリア家族計画協会 (Syrian Family Planning Association) 事務所

Dr. Lama Mouakea

FIRDOS (Fund for Integrated Rural Development of Syria) 事務所

Ms. Nouar al-Shara External Relations Officer

Mr. Anwar Abbas Information Officer

SPC

Mr. Sibai 次 官

失業対策公団

Dr. Hussein Amach

Managing Director

The Syrian Consulting Bureau for Development & Investment

Dr. Sukkar

日本側

在シリア日本国大使館

奥田 健 二等書記官

JICA シリア事務所

長澤 一秀 所 長

武市 直己 企画調査員

第2章 シリアにおける保健医療の現況と課題

2 - 1 人口・経済

(1)概況

シリアの人口は約1,660万人(2001年)で、年平均人口増加率(1980～2001年平均)は3.1%と高い伸び率を示している。

1人当たり国民所得は970米ドルで、中東・北部アフリカ地域の17か国・地域中、人口100万人未満の3国¹⁾、データのない3国²⁾を除くと、イエメン(1人当たり360米ドル)に次いで低く、所得レベルでは中・低所得のグループに属している。

GDPの増加率はここ数年低下傾向にあるが、1990～2001年の年平均では4.8%と高く、増大する人口を支える基盤となっている(表2-1参照)。

表2-1 基礎的指標

	人口 (100万人) 2001	年平均 人口 増加率(%) 1980-2001	人口 密度 (km ²) 2001	1人当たり GNI (\$) 2001	GDP 年平均 増加率(%) 1990-2001
シリア	16.6	3.1	90	1,040	4.8
中東・北部アフリカ	300.6	2.6	27	2,220	3.0

資料：World Bank, World Development Indicators 2003

(2)人口分布

シリアは14の県(governorate)から構成されており、国内は地理的条件から南部、北部、内陸部、海岸部、東部の5つの地域に区分される。南部に位置する首都ダマスカス及びその郊外に位置するダマスカス農村部と、北部の主要都市であるアレッポを中心とするアレッポ県に総人口の40%が分布している。すべての県において人口は増加基調にあるが、全国平均と比較して、海岸部(ラタキア、タルトゥース)は伸び率が低く、内陸部(ホムス、ハマー)もわずかながら平均値を下回っている。また、既に人口密度が1万4,000人/km²を超え、開発余地の少ないダマスカス都市部のベッドタウンとして、ダマスカス農村部における宅地開発が進んでおり、近年の人口増加が著しい(表2-2参照)。

¹⁾バーレーン、ジブチ、マルタ

²⁾イラク、リビア、オマーン

表 2 - 2 県別人口

地域区分	県	人口密度 /km ²	人口構成比	人口増加率 (1995-2000)
南 部	ダマスカス	14,008	9.6	14.7
	ダマスカス農村部	124	13.0	37.6
	スウェイダ	55	1.8	18.8
	ダラー	209	4.6	33.0
	クネイトラ	35	0.4	39.9
北 部	アレppo	201	21.7	29.5
	イドリブ	183	6.5	28.5
内陸部	ホムス	36	8.7	25.9
	ハマー	132	7.8	25.4
海岸部	ラタキア	382	5.1	19.3
	タルトゥース	355	3.9	17.9
東 部	デリゾール	28	5.4	35.7
	ハッサケ	54	7.4	27.1
	ラッカ	35	4.0	29.4
計		92	100.0	27.0

資料：Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract 2002

※人口構成比は小数点以下四捨五入のため、合計は100%に一致しない。

2 - 2 保健医療の現況

(1) 子どもの健康

子どもの健康に関する指標はおおむね良好である。1999年の乳児死亡率、5歳未満児死亡率はそれぞれ25、30であり、ともに中東・北部アフリカ諸国のなかでは上位に位置する水準である(表2-3参照)。国連児童基金(United Nations Children's Fund: UNICEF)調査(2000年)によれば、乳児死亡率は都市部の23に対して農村部で28、5歳未満児死亡率は同じく都市部の28に対して農村部で34であり、農村部において高いという傾向がある。国内5地域での大きな較差は見られない(表2-4参照)。

5歳未満児の死因は先天異常・未熟児・周産期障害が1位で40%を超えている(表2-5参照)。

予防接種拡大計画(Expanded Programme on Immunization: EPI)の普及率は高く、1歳未満児に対する予防接種率はおおむね100%に近い。地域別データは入手できなかったが、保健省(Ministry of Health: MOH)によれば、ハッサケ県の遠隔地など、保健施設へのアクセスが不十分な地域においては、カバーされていない人口も存在するとのことである(表2-6参照)。

子どもの栄養状態を示す指標である低体重児の比率は、中東・北部アフリカ諸国の平均を下回っている(表2-7参照)。年齢に対する身長比によって示される慢性栄養失調児の県別構成比を見ると、最も少ないスウェイダ県の8.6%に対して、北部のアレppo、イドリブ県では20%を超えているほか、ハマー県で29.9%、ハッサケ県では30.6%と高く、大きな地域格差が見られる(表2-8参照)。

表 2 - 3 乳児・5歳未満児死亡率

	死亡率 (出生 1,000 対) 1999	
	乳児	5歳未満児
シリア	25	30
中東・北部アフリカ	48	63

資料：UNICEF, The State of World Children 2001

表 2 - 4 地域別乳児・5歳未満児死亡率

	死亡率 (出生 1,000 対) 1999	
	乳児	5歳未満児
ダマスカス	24	29
内陸部	24	29
海岸部	24	29
北部・東部	25	30
南部	25	30
都市部	23	28
農村部	28	34
全国平均	24	29

資料：UNICEF, Multiple Indicator Cluster Survey, 2000

表 2 - 5 5歳未満児の死因 (%) 1991年

		5歳未満児
1	先天異常・未熟児・周産期障害	42.7
2	下痢症	20.8
3	急性呼吸器感染症 (ARI)	10.1
4	事故	5.9
5	EPI 対象疾患	4.2
	その他	16.3

資料：MOH & UNICEF, Reasons of Death in Children under five years, March 1996

表 2 - 6 予防接種普及率

	1歳児のうち、完全に予防接種を受けた比率 (%) 1997-1999				妊婦に対する破傷風 接種率
	BCG	3種混合	ポリオ	はしか	
シリア	100	97	97	97	94
中東・北部アフリカ	94	91	91	91	55

資料：UNICEF, The State of World Children 2001

表 2-7 栄養指標

	低体重児 出生率(%) 1995-1999	5歳未満の低体重 児の比率(%) 1995-2000		ヨウ素添加塩 を使う世帯(%) 1995-2000
		中・重度	重度	
シリア	7	13	4	40
中東・北部アフリカ	11	17	5	68

資料：UNICEF, The State of World Children 2001

表 2-8 地域別・県別 5歳未満の慢性的栄養失調児の構成比(%)

地域区分	県	都市部	農村部	県平均
ダマスカス		11.2	-	11.2
ダマスカス農村部		13.4	16.9	15.3
南 部	スウェイダ	3.4	10.9	8.6
	ダラー	13.8	19.5	17.7
	クネイトラ	-	13.3	12.9
北 部	アレッポ	16.9	27.1	21.2
	イドリブ	33.0	21.3	21.7
内陸部	ホムス	13.4	16.9	15.3
	ハマー	33.6	28.4	29.9
海岸部	ラタキア	6.8	8.1	7.5
	タルトゥース	6.0	9.7	8.4
東 部	デリゾール	19.8	13.7	14.9
	ハッサケ	20.3	33.0	30.6
	ラッカ	10.5	15.4	13.4

資料：UNICEF, Multiple Indicator Cluster Survey, 2000

(3) 女性の健康

子どもの健康指標は比較的良好であるのに対して、女性に関する健康指標は近隣諸国の水準を下回るものが多い。妊産婦死亡率 (Maternal Mortality Rate : MMR) も 110 と高い数値を示している³⁾。この背景として出産前検診の普及率が 33% と低く (表 2-9 参照)、リスクの高い妊娠に対する早期レファラルが徹底していないこと、また自宅での出産が多く (49.9%, UNICEF, 2000)、その介助者として何ら医学的訓練を受けていない伝統的産婆 (Traditional Birth Attendant : TBA) に頼る場合が少なくないことがあげられる。Arab League の協力による調査報告書 “Family Health in Syria, 2002” によれば、病院外での出産における介助者は看

³⁾ 妊産婦死亡率 (MMR) については、地域別平均値は算出されていない。中東・北部アフリカ地域のうち、MMR データのある 11 か国中、シリアの MMR はイエメン (350)、モロッコ (230)、アルジェリア (220)、エジプト (170) に次ぎ 5 番目に高い。

護婦・助産婦 73%、伝統的産婆 21.3%、医師 3.8%であり、出産介助者として、看護婦・助産婦に次いで伝統的産婆の存在が大きいことが示されている。

地域別に見ると、北部及び東部において自宅出産の割合は特に高く、特に北部においては、伝統的産婆が出産介助にあたるケースが多い(表 2 - 10、2 - 11、2 - 12 参照)。

また、出産前(新生児破傷風予防接種普及率)・出産後のケアについても、東部・北部での普及率は特に低い。このほか、出産後のケアについては、内陸部における数値も非常に低い(表 2 - 13 参照)。

合計特殊出生率は 3.7 と高いが、避妊法の普及率は低い〔UNICEF 資料では 36%、国際家族計画連盟(International Planned Parenthood Federation : IPPF)⁴⁾ 資料では 30%〕。UNICEF の“Multiple Indicator Cluster Survey, 2000”によれば、伝統的な方法も含めた避妊法の普及率は都市部で 52.9%、農村部で 38.1%であり、農村部においては特に低くなっている。地域別に見ると、内陸部、東部、北部において普及率は低い(表 2 - 14 参照)。

国連人口基金(United Nations Population Fund : UNFPA)及びシリア家族計画協会によれば、2000年に新大統領が就任して以降、家族計画に対する政府の態度は軟化しており、より積極的に推進するという方向に変わりつつあるという。ただし、シリアでは伝統的に多くの子どもをもつことを尊ぶ傾向があり、この考え方を変化させることは容易ではないと思われる。近年シリア家族計画協会では「イスラム教の教えに基づき、一人ひとりの子どもに十分な福祉を与えるために、子どもの人数は少なく抑えるべきだ」というアプローチをとり、家族計画への理解を広める一助としている。宗教的に避妊をタブー視する人は少ないが、「避妊法は身体に悪い」という考え方は一般的なイメージとして広まっており、家族計画の普及を図るうえではこうした偏見を取り除くことも必要である(表 2 - 15 参照)。

表 2 - 9 女性及びリプロダクティブ・ヘルス関連指標

	妊産婦死亡率(対出生10万) 1990-1999	出産前検診を受けた女性の比率(%) 1996	保健員の付き添う出産の比率* (%) 1995-2000	合計特殊出生率 1999	避妊法の普及率* (%) 1995-2000	妊婦に対する破傷風接種率 1996-1998
シリア	110	33	76x	3.7	36x	94
中東・北部アフリカ	—	58	69	3.5	49	55

資料：World Bank, World Development Indicators 2001

*に関しては資料は、UNICEF, The State of World Children 2001

⁴⁾ 家族計画及びリプロダクティブ・ヘルス/ライツ推進のための活動を行っているボランティア組織。本拠地はイギリスにあり、シリアを含む 152 か国の家族計画協会が加盟。

表 2 - 10 出産の場所

	公立病院	民間病院	民間クリニック	自宅	その他
ダマスカス	33.0	43.9	9.0	14.1	-
内陸部	23.3	25.5	3.9	47.0	0.3
海岸部	40.2	24.3	10.1	25.4	-
北 部	10.1	12.5	5.1	71.6	0.7
東 部	19.4	9.7	7.0	63.7	0.2
南 部	38.7	15.1	8.8	36.7	0.7
都市部	25.0	30.9	5.7	38.1	0.3
農村部	24.1	8.0	7.7	59.6	0.6
計	24.5	18.3	6.8	49.9	0.5

資料：UNICEF, Multiple Indicator Cluster Survey, 2000

表 2 - 11 出産場所（1991年の古いデータではあるが、
県別の概況が示されている）

	公立 病院	私立 病院	自宅	その他	計
ダマスカス	47.0	14.3	38.7	0	100.0
ダマスカス農村部	33.7	4.8	60.9	0.6	100.0
アレppo	13.0	12.1	74.5	0.4	100.0
ラタキア	31.5	13.3	54.2	1.0	100.0
タルトゥース	30.8	19.4	49.8	0	100.0
イドリブ	10.0	8.8	81.2	0	100.0
ホムス	33.6	10.2	55.9	0.3	100.0
ハマー	15.0	16.6	68.0	0.4	100.0
ラッカ	7.8	7.3	84.9	0	100.0
デリゾール	25.1	10.0	64.5	0.4	100.0
ハッサケ	14.1	13.6	70.3	1.0	100.0
ダラー	23.5	13.1	62.7	0.7	100.0
スウェイダ	53.1	6.2	40.7	0	100.0
クネイトラ	35.5	16.1	48.4	0	100.0
計	25.3	11.6	62.8	0.3	100.0

資料：MOH & UNICEF, Study on Maternal Health Care Service
During Pregnancy and Delivery in Syria 1992

表 2 - 12 出産介助者

	医 師	助産婦	訓練を受け た看護婦	伝統的 産婆	親 類	介助者 なし
ダマスカス	86.8	9.2	1.6	2.4	-	-
内陸部	42.5	42.8	3.5	9.8	0.5	0.9
海岸部	70.5	24.6	1.8	2.1	0.3	0.7
北 部	31.2	46.3	2.5	16.8	2.0	1.2
東 部	52.5	34.8	2.7	9.1	0.4	0.5
南 部	-	-	-	-	-	-
都市部	56.3	34.9	2.2	5.6	0.4	0.6
農村部	37.0	41.2	3.0	16.5	1.4	0.9
計	45.3	38.5	2.7	11.8	1.0	0.7

資料：UNICEF, Multiple Indicator Cluster Survey, 2000

表 2 - 13 産前・産後ケアの普及率

	海岸部	内陸部	南 部	ダマスカス	東 部	北 部
新生児破傷風予防接種普及率	91.7	85.8	83.4	83.2	72.9	69.1
出産後ケア普及率	28.7	15.0	24.8	43.0	21.1	23.1

資料：UNICEF, Multiple Indicator Cluster Survey, 2000

表 2 - 14 避妊普及率 (%)

	何らかの避妊法を実行している			実行して いない
	近代的方法	伝統的方法	計	
ダマスカス	42.4	18.5	60.9	39.1
内陸部	28.9	12.7	41.6	58.4
海岸部	39.9	24.7	64.6	35.4
北 部	24.9	10.9	35.8	64.2
東 部	19.5	9.7	29.2	70.8
南 部	37.9	18.4	56.3	43.7
都市部	37.5	15.4	52.9	47.1
農村部	23.8	14.3	38.1	61.9

資料：UNICEF, Multiple Indicator Cluster Survey, 2000

表 2 - 15 避妊法を実行しない理由 (%)

母体への影響が心配	44.7
避妊具の副作用が心配	12.8
夫からの反対	9.6
運命に任せたい	9.6
両親からの反対	8.5
もっと子どもがほしい	6.3
宗教的に受け入れられない	3.2
避妊具が入手できない	2.1
その他	3.2
計	100.0

資料：Women's Union, Woman and health regarding giving birth methods used by women for contraception, 1996

(3) 成人の健康

シリアにおける疾病構造は感染症中心から非感染症中心へとシフトしており、がんや循環器系の疾患対策の重要性が増している (表 2 - 16 参照)。

表 2 - 16 主な疾患及び死因 (2001)

	疾 患	構成比		死 因	構成比
1	呼吸器疾患	18.8	1	心臓疾患	36.2
2	心臓疾患	14.0	2	分類不能	21.4
3	事 故	13.2	3	乳幼児死亡	7.4
3	消化器疾患	13.2	4	循環器系疾患	6.1
5	泌尿器・生殖器疾患	9.0	5	腫 瘍	5.3
6	感染症・寄生虫疾患	4.1	6	泌尿器・生殖器疾患	5.1
7	筋骨格・関連組織疾患	3.9	6	外的要因	5.1
8	腫 瘍	3.8	8	呼吸器疾患	4.0
9	眼系疾患	3.6	9	神経疾患	3.1
10	血液系疾患	3.5	10	感染症・寄生虫疾患	2.1

資料：EU 提供資料

※子どもを含む

なお、結核に関しては、世界保健機関 (World Health Organization : WHO) によって DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course) が実施されており、1998 年末のカバー率は 58% に達している (WTO “Global Tuberculosis control WHO report 2000”)。結核罹患率、塗沫陽性罹患率はいずれも中東・北部アフリカ地域の平均を大きく下回る数値であり、特に深刻な状況ではない (表 2 - 17 参照)。

表 2 - 17 結核罹患率

	結核 罹患率	塗沫陽性 罹患率
シリア (1998)	34.8	10.4
中東・北部アフリカ (1997)	129	58

罹患率は対人口 10 万。

資料：シリアデータは WHO ホームページ、中東・北部アフリカデータは
結核研究所ホームページ

2 - 3 保健サービス供給システム

全国レベルで見た病床数、医師数はおおむね中東・北部アフリカ地域の平均的レベルと考えられる(表 2 - 18 参照)。ただし、施設の整備水準や医療スタッフの配置水準は、県レベルで見ると格差は大きい。

表 2 - 18 病床数、医師数 (1990 ~ 1998)

	病床数 (1,000人当たり)	医師数 (1,000人当たり)
シリア	1.4	1.3
中東・北部アフリカ	1.8	1.0

資料：World Bank, World Development Indicators

(1) 保健医療施設

シリアの保健医療施設は、大きく分けて、主に都市部をカバーする病院と、病院のない農村部において、プライマリー・ヘルスケア (Primary Health Care : PHC) 及び一次医療を提供するヘルスケアセンターから成っている。

病院には公立と民間があり、2001 年 12 月末日現在で計 406 (公立 70、民間 336) の施設がある (Central Bureau of Statistics, "Statistical Abstract 2002")。公立病院には保健省所管の病院と教育省所管の大学病院がある。公立病院における治療費は基本的に無料であるが、混雑している、備品・薬剤が不足している、衛生的でないなどの理由で好まない人も多く、多少でも金銭的に余裕があれば民間の病院やクリニックを利用するという傾向がある。民間病院は小規模なものが多く、施設数では全病院の 80% に相当するが、病床数では 30% を占めるに過ぎない (Central Bureau of Statistics, "Statistical Abstract 2002")。病床当たりの人口を見ると、イドリブ、ハッサケ、ダラーの各県で他の県を大きく上回っており、整備水準が低いことが示されている (表 2 - 19 参照)。

また、シリアでは医療費は無料であったが、2003 年度より医療費の徴収制度が導入されている。しかし、制度は導入間もない段階であり、一部病院で試験的に開始されている模様で、明

確な情報が得られなかった。

公立病院についての課題は数多く、築 20 年以上の建物が多く、施設が老朽化していること、専門医の数が不足していること、消耗品・医薬品が不足していること、患者の数が多いいことによりサービスの質が低下していること、また、非効率な予算配分によって財源が活用されていないことなどがあげられる。

一方、ヘルスケアセンターは、その機能によってヘルスセンター（医師が常駐）、ヘルスポイント（医師が巡回）、専門ヘルスセンター（専門医が常駐）、ポリクリニック（多部門の専門医が常駐）の 4 つに分類されている。さらに、ヘルスセンターは県・地区・村レベルの 3 つのレベルに分かれており、県レベルでは専門医、歯科医、技師などを配置する上位レファラル施設の機能を有している。

専門ヘルスセンターについては、結核、母子保健、マラリア、トラコーマ・コレラ、ビルハルツ住血吸虫症・狂犬病といった区分が設けられている（JICA「国別医療協力ファイル シリア」）。

政府は 2020 年を目標とする保健戦略において、ヘルスセンターの整備水準を「農村部において人口 1 万人当たり 1 施設、都市部において人口 2 万人当たり 1 施設」と設定している。全国の整備水準を見ると、各保健施設の合計（1,298 施設）は人口 1 万人当たり 0.78 施設で、目標値に近づきつつあるが、地域別に見ると格差は大きく、既に人口 1 万人当たりの施設数が 2 を超えている県もあるなかで、アレppo、ハッサケ、ラッカの各県では人口 1 万人当たりの施設数が 0.5 前後にとどまっている。なお、ダマスカス及びダマスカス農村部における人口当たり施設数も少ないが、これら地域におけるヘルスケアは病院において補完されているため、問題とはなっていない（表 2 - 20 参照）。また、特にハッサケ、ラッカの 2 県では、ヘルスセンターへのアクセスも課題となっており、60% を超える世帯が保健医療施設から 6 km 以上の距離に位置している（表 2 - 21 参照）。

表2-19 病院数及び病床数、病床当たり人口(2002年)

	病院数	病床数	病床当たり人口	民間病床 当たり人口	政府病床 当たり人口
ダマスカス	51	4,748	344	1,505	446
ダマスカス農村部	34	1,814	1,192	5,365	3,271
アレppo	100	4,188	865	2,076	1,864
ホムス	34	1,328	1,097	2,754	1,932
ハマー	41	1,032	1,265	2,590	2,473
ラタキア	16	1,207	713	3,912	872
デリゾール	22	1,023	871	4,740	1,067
イドリブ	30	636	1,719	3,608	3,283
ハッサケ	36	888	1,391	3,065	2,547
ラッカ	16	631	1,068	2,582	1,821
スウェイダ	4	474	637	8,881	686
ダラー	5	511	1,483	7,503	1,848
タルトゥース	17	1,236	537	2,924	658
クネイトラ	—	—	—	—	—
全 国	406	19,716	845	2,775	1,341

資料：Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract 2002

表2-20 県別保健地区数、保健所数及び人口1万人当たり施設数(2002年12月31日現在)

	保健 地区数	人口1万人当たりの施設数					計	人口1万人当たりの施設数					計
		ヘルス センタ ー	ヘルス ポイン ト	専門ヘルス センター	ポリク リニッ ク	計		ヘルス センタ ー	ヘルス ポイン ト	専門ヘルス センター	ポリク リニッ ク	計	
ダマスカス	8	47	0	3	2	52	0.29	0.00	0.02	0.01	0.32		
ダマスカス農村部	8	138	2	2	0	142	0.64	0.01	0.01	0.00	0.66		
アレppo	12	131	11	12	2	156	0.36	0.03	0.03	0.01	0.43		
ホムス	6	87	39	2	3	131	0.60	0.27	0.01	0.02	0.90		
ハマー	5	111	9	2	1	123	0.85	0.07	0.02	0.01	0.94		
ラタキア	5	90	12	2	0	104	1.05	0.14	0.02	0.00	1.21		
デリゾール	3	57	7	3	1	68	0.64	0.08	0.03	0.01	0.76		
イドリブ	5	45	30	2	1	78	0.41	0.27	0.02	0.01	0.71		
ハッサケ	4	40	14	2	0	56	0.32	0.11	0.02	0.00	0.45		
ラッカ	5	26	8	4	0	38	0.39	0.12	0.06	0.00	0.56		
スウェイダ	3	46	34	3	0	83	1.52	1.13	0.10	0.00	2.75		
ダラー	3	76	6	3	1	86	1.00	0.08	0.04	0.01	1.13		
タルトゥース	5	85	53	2	0	140	1.28	0.80	0.03	0.00	2.11		
クネイトラ	2	36	2	2	1	41	—	—	—	—	—		
全 国	72	1,015	227	44	12	1,298	0.61	0.14	0.03	0.01	0.78		

資料：MOH 保健センター担当課

表2 - 21 自宅が保健医療施設から6 km以上の距離にある世帯の構成比(%)

	全世帯	農村部
ダマスカス	1.8	—
ダマスカス農村部	1.2	1.6
アレッポ	15.5	31.1
ホムス	15.1	32.9
ハマー	10.1	17.2
ラタキア	12.5	24.9
デリゾール	17.9	23.0
イドリブ	36.0	48.5
ハッサケ	46.1	64.4
ラッカ	44.6	63.0
ダラー	8.5	13.8
タルトゥース	na	na
スウェイダ&クネイトラ	na	na

資料：UNICEF & Syria, Multiple Indicator Cluster Survey 2000

(2) 保健医療従事者

ダマスカス、アレッポ、ティシュリーンの3大学に医学部・薬学部・歯学部が設置されているほか、アルバースに歯学部があり、医師・薬剤師養成のための高等教育が行われている。また、看護婦・助産婦は各県に設置された看護学校において教育が行われている。

医療スタッフの数は着実に増加しており、国全体で見れば人口増加の伸びを上回っているが、一方で医療スタッフ数の地域格差は解消されていない。県別のヘルスケア施設における医療スタッフの数(表2 - 22 参照)を見ると、ハッサケ、アレッポ、ラッカ、イドリブにおいてスタッフ数は全国平均値を大きく下回っている。

保健医療従事者に関しては、低賃金のために公立部門に集まりにくいという課題がある。特に、農村部の保健所に医師を配置することは難しい。政府は対策として、医学部卒業生のうち専門医になることを希望しない者に対して、農村部の医療施設(通常は保健所)での最短2年間の勤務を求めている。歯科医、薬剤師についても同様である。低賃金を補うため、勤務時間外に治療を行って収入を得ることが認められている。

表 2 - 22 ヘルスケア施設における医療スタッフの数(2001年12月現在)

	医師数	歯科医師数	薬剤師数	医療技術者数	看護婦・助産婦数	人口10万人当たり数				
						医師数	歯科医師数	薬剤師数	医療技術者数	看護婦・助産婦数
ダマスカス	325	85	4	417	417	199	52	2	255	255
ダマスカス農村部	203	187	4	530	797	94	86	2	245	369
アレppo	216	62	0	77	900	60	17	0	21	248
ホムス	397	197	0	955	1,984	273	135	0	656	1,362
ハマー	281	148	1	698	1,296	215	113	1	535	993
ラタキア	263	150	0	200	1,684	306	174	0	232	1,957
デリゾール	116	54	0	330	866	130	61	0	370	972
イドリブ	110	55	0	84	861	101	50	0	77	788
ハッサケ	78	23	0	101	267	63	19	0	82	216
ラッカ	84	13	0	38	250	125	19	0	56	371
スウェイダ	117	22	1	123	1,035	387	73	3	407	3,428
ダラー	103	39	1	326	774	136	51	1	430	1,021
タルトゥース	226	151	1	553	1,790	340	228	2	833	2,697
クネイトラ	78	16	0	155	191	—	—	—	—	—
全 国	2,597	1,202	12	4,587	1,3112	156	72	1	275	787

(3) 医薬品

シリアでは1992年に国家医薬品政策を策定し、必須医薬品をはじめとする医薬品の品質管理や安定供給に向けた取り組みを進めている。1990年以前は主に輸入に頼っていたが、1998年では国内市場の88%を国産医薬品が占めている(The Syrian Consulting Bureau“ Health and Medical Sector in Syria ” 2002)。

公立病院、ヘルスセンターへの薬品供給はMOHが行っているが、供給量は不十分である。これらの施設では、医薬品の在庫があれば患者は無料で入手できるが、在庫がない場合は薬局に処方箋を持参し、自費で購入する必要がある。保健所においては、必要な医薬品のうち25%しか配備されておらず、残りの75%は患者が自ら購入していると見られている(The Syrian Consulting Bureau“ Health and Medical Sector in Syria ” 2002)。

2 - 4 政府の取り組み

(1) 衛生行政

保健行政は保健医療サービスを統括するMOHが担当している。医療機関に関しては、大学院については高等教育省(MOHE)が管轄しており、その他の一般病院・ヘルスケアセンターはMOHが管轄している。

(2) 保健支出

GDP に対する保健支出は中東・北部アフリカの平均を大きく下回る。特に、公的支出の低さが目立っている（表 2 - 23 参照）。政府保健支出については資料を入手できず、詳細不明。

表 2 - 23 保健支出 (1990 ~ 1998)

	保健支出 (対 GDP、%)			1 人当たり 保健支出 (\$)
	公的	民間	計	
シリア	0.8	1.6	2.4	116
中東・北部アフリカ	2.3	2.3	4.6	126

資料：World Bank, World Development Indicators

(3) 保健プログラム

MOH は 54 のプライマリー・ヘルスケアプログラムを実施しているが、そのうち主なものは以下の 9 プログラムである。

	プログラム名	内容
1	感染症、風土病対策キャンペーン	EPI 対象感染症のほか、肝炎、髄膜炎などの対策として予防接種を実施。また、マラリア、コレラ、結核、AIDS、狂犬病対策を実施。
2	生活習慣病対策	心臓病、糖尿病、がん対策として、専門医の増員、治療可能施設の増加、統計の確立等を推進。
3	禁煙キャンペーン	がん対策の一環として、タバコ広告の禁止、禁煙教育の推進、禁煙クリニックの開設などの取り組みを推進。
4	子どもの健康プログラム	乳児及び 5 歳未満児の死亡率低下に向けて、成長のモニタリング、栄養状態の改善、下痢症・呼吸器疾患対策を推進。
5	甲状腺対策プログラム	甲状腺腫対策としてヨード添加塩の普及を推進。
6	リプロダクティブ・ヘルスプログラム	リプロダクティブ・ヘルスの充実に向けて、自然分娩センターの整備、家族計画サービスの多様化、助産婦・保健スタッフのトレーニングを実施。
7	高齢者ケアプログラム	高齢者ケア専門クリニックの増設 (1999 年末で 57 施設)、高齢者を対象とするインフルエンザ予防接種等を実施。
8	母乳奨励プログラム	出生直後から生後 6 か月まで母乳保育を行う母親の比率を 90% まで高めることを目標とするキャンペーン。1993 年の 80% から 2000 年には 90% を達成。
9	微量栄養素欠乏対策プログラム	鉄分、ヨード、ビタミン A の欠乏対策として、ビタミン A カプセルの配布等を実施。

資料：The Syrian Consulting Bureau "Health and Medical Sector in Syria" 2002

(4) 保健計画

シリアでは、20年戦略(2001～2020年)の第1段階として保健5か年計画(2001～2005年)戦略を策定し、以下の目標を掲げている。

・保健指標の改善	<ul style="list-style-type: none"> ・2005年までに1歳以下の乳児の死亡数を、1,000人当たり24から20まで低下させる ・同、5歳未満児の死亡：29→25 ・同、妊産婦死亡：71→60 <p>(注：各死亡率の数値はシリア保健省のデータであり、国際機関のデータよりも良好な数値を示している)</p>
・プライマリー・ヘルスケアシステムの構築	<ul style="list-style-type: none"> ・全国1,280の保健所におけるサービスの充実 ・20か年戦略期間中に、保健所の整備水準を農村部で1万人当たり1か所、都市部で2万人当たり1か所とする ・品質管理水準の改善 ・ヘルシービレッジの数を2001年の213村から2005年までに500村に増加させる
・第2次・第3次ヘルスケアシステムの構築	<ul style="list-style-type: none"> ・中規模病院(120床)建設に力を入れる ・機材の充実 ・病院数：2000年の393→2005年までに474 ・病床数：2000年の22,639→2005年までに27,973
・医療スタッフの研修	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフの研修と、医師、歯科医師、薬剤師、助産婦、看護婦を増やすこと
・保健部門の管理改善	<ul style="list-style-type: none"> ・データベースの構築、効率性の向上など ・保健関連法の見直し
・教育と住民意識の向上	<ul style="list-style-type: none"> ・あらゆる教育機関における健康教育の実施 ・広報や保健教育により、住民への情報提供を充実させる
・民間保健部門の役割拡大	<ul style="list-style-type: none"> ・保健医療施設の整備に関して、政府による支援制度を設け、民間による整備を促進する
・医療と医薬	<ul style="list-style-type: none"> ・国産医薬品のシェアは88%に達しているが、更に強化
・外国協力の促進	<ul style="list-style-type: none"> ・保健全般及び医学分野において、アラブやその他の諸外国、国際機関からの支援を促進。また、プライマリー・ヘルスケア、伝染病、保健教育、医薬品産業、保健関連法に関する情報や経験の交換を促進
・救急車及び救急システムの強化	<ul style="list-style-type: none"> ・いすゞやトヨタの救急車の導入

第3章 他ドナーやNGOの保健医療分野の援助動向と協調

3-1 国際機関・ドナーによる現在のプログラムの整理

ドナー	内容
WHO 世界保健機関 (World Health Organization)	<p>現在、30のワークプランから構成される2002～2003年プログラムを実施中。予算は計270万米ドル。予算配分の大きいプログラムには、保健マネージメント支援(49万米ドル)、看護師・パラメディックスの人材開発(41万米ドル)、健康農村プログラム(Healthy Village Program:HVP)(37万米ドル)がある(資料:The Syrian Consulting Bureau "Health and Medical Sector in Syria" 2002)。なかでも1996年から進められているHVPは、シリア保健省にとっての主要プログラムの1つであり、5か年計画においても対象村数の拡大が掲げられている。保健省内にはHVP専門の担当課が置かれ、全国のプログラム対象村の活動のモニタリングを行っている。</p>
UNDP 国連開発計画 (United Nations Development Programme)	<p>保健分野では、Millennium Development Goalに掲げられたHIV/AIDS対策について感染症対策の専門家を入れ、拡大防止に努めている。このほか、社会開発の一環として、アレッポ市南東に位置するJabal al-Hoss地域を対象とし、「村落開発基金」の設立による所得向上プログラム(2002年1月～5か年間、UNDPほかの予算155万米ドル、シリア政府も87万米ドルを拠出予定)を実施している。</p>
UNICEF 国連児童基金 (United Nations Children's Fund)	<p>HVPへの支援活動として、保健省プログラム担当スタッフのトレーニング実施、保健衛生・子どもの生活環境に関するパンフレットの作成・配布などを実施。また、東部・北部地域におけるプログラム対象村のうち、ユニセフが選定した96の村のなかから毎年一部を対象として事業を実施。2003年度事業ではデリゾール県アルソール村の100家族を対象として、トイレの設置費用を負担する。さらに、タルトゥース、ハマス、デリゾールの3県において、2003年度より複数の村を1つのクラスターとして支援するプログラムを開始予定(イラク戦争の影響でスタートが遅れている)。</p>
UNFPA 国連人口基金 (United Nations Population Fund)	<p>2002～2006年プログラムとして1,080万米ドルを拠出予定。主なプログラムには「総合的リプロダクティブ・ヘルスサービス(全国から25の保健地区を選定し、保健所及びシリア家族計画協会の運営するクリニックにおける家族計画サービスの充実・スタッフトレーニングを通じた性感染症ケアの改善)、約300万米ドル」リプロダクティブ・ヘルスに関するガイドラインの策定等をめざす「サービス改善プログラム」(約400万米ドル)などがある。総予算の20%弱はシリア政府が負担する予定である。このほか、家族計画の普及に向けた教育プログラム等を実施する予定である。</p>

EU 欧州連合 (European Union)	<p>保健分野での最大のプログラムは、Health Sector Modernization Program であり、2002 年からの 5 年間で 3,000 万ユーロ（約 38 億円）の贈与が予定されている。内訳は専門家の人件費 650 万ユーロ、機材・トレーニングの経費として 2,350 万ユーロとなる見込みである。同プログラムは保健省の 5 か年計画における制度改革の支援を目的としており、財政改革、健康保険制度の改革、保健関連法の整備、保健サービス改善などの分野を含む包括的内容である。現在実施されているフェーズ I 調査は、今後の具体的活動の方針を策定するための情報収集の段階であり、6 分野の専門家（政策・計画・制度、プライマリー・ヘルスケア、マネジメント能力強化、病院運営改善、保健サービス水準管理、保健財政）が参加している。2003 年 11 月にシリア政府に提出予定のプロポーザル内容を踏まえて事業内容が確定される。</p> <p>このほか、健康農村プログラムへの資金提供も行っている。</p> <p>資料：EURO-MED partnership Syria country strategy paper 2002-2006 & national indicative programme 2002-2004</p>
イタリア	<p>2001～2003 年事業として、Maara 病院、ダマスカス大学小児病院心臓外科への機材供与（計 230 億リラ＝約 12 億 6,500 万円、ソフトローン）、ラボ機材供与などの保健省支援（13 億 6,000 万リラ＝約 7,500 万円、贈与）のほか、看護教育プログラム（25 億リラ＝約 1 億 4,000 万円、贈与）、ハッサケ県における HVP（30 億リラ＝約 1 億 7,000 万円、贈与）を実施。看護教育プログラムは 2003 年から 3 年間の実施予定で、ダマスカス看護学校に小児科、救急、コミュニティーの 3 部門の専門課程を設け、専門看護婦の育成に向けた支援を図ることを目的としている。また、HVP に関しては、ハッサケ県の 20 村を対象として、水と衛生、公共インフラ整備、灌漑設備、保健、教育といった分野における技術指導を行うほか、マイクロクレジットやコミュニティー健康保険システムの導入を内容とする支援プログラムを行う予定である。2003 年夏からのプログラム開始に向けて、実施を担う NGO の選定作業を進めている。</p>
フランス	<p>保健分野では、心臓外科やがんなどのプロジェクトへの資金供与を行っている（4 万 8,000 ユーロ、贈与）。フランス政府の主な支援分野は農業、法整備、教育、雇用創出に関連するものであり、保健関連の実績は少ない。</p> <p>資料：フランス外務省ホームページ</p>
ドイツ	<p>現在、保健分野でのプログラムは実施していないが、EU プロジェクトである Health Sector Modernization Program に対して、ドイツ技術協力公社（GTZ）の負担によって専門家派遣を行っている。このほか、アレppoを拠点として農業・環境・都市計画に関する総合的プロジェクトを実施中である。</p> <p>資料：GTZ ホームページ</p>
スペイン	<p>ハマー県 Musiaf 病院、ホムス県 Rastan 病院における機材供与（ローン）を予定している。</p>
アラブファンド	<p>2001 年事業として、レントゲン療法センターの組織強化、及び人材訓練に関する技術支援を実施。支援額は 20 万クウェートディナール＝約 7,800 万円。</p>

3-2 保健関連分野における NGO の活動

シリア家族計画協会	1975 年創設の家族計画・リプロダクティブ・ヘルスの推進を専門とする NGO。IPPF からの資金を活動のベースとしている。全国 20 か所に設置したクリニックを拠点として、産前産後のケア、家族計画に関するコンサルティングやサービスを提供しているほか、若者や男性も対象とした意識啓発活動を行っている。
アガ・カーン開発ネットワーク	保健分野においては病院への機材贈与のほか、健康農村プログラムに関して、ハマー県の Salamieh 地区を中心とする 17 の村において、水管理・保健・教育分野の改善プロジェクトに対する支援を行っている。 また、関連団体であるアガ・カーン大学（1983 年、アガ・カーン財団によってパキスタンに設置された大学で、看護学科を有している）の事業として、2002 年度より看護教育システムの強化プログラムの実施を予定している。
FIRDOS (シリア総合農村開発基金)	2000 年 7 月、大統領夫人によって創設された NGO。年間予算 180 万米ドル。保健分野を専門としてはいないが、農村開発の一環として、プロジェクト対象村における公共施設建設費用の補助を行っている。施設の内容は、村民のニーズによって決定されるが、過去の実績では、保健所を希望するケースが多い。FIRDOS は施設の建設コストの 35%前後を受益村民による寄付で集めることを提案し、それが実現した場合のみ、残りの費用を補助するという方式をとっている。創設以来、保健所 16 施設、歯科クリニック 6 施設の整備支援を行っている。現在のところ、アレポ、ホムス、イドリブ、クネイトラ、ラタキアの 5 県において活動を展開しており、今後対象県を増やしていく方針である。

3-3 今後予定される支援

EIB 欧州投資銀行 (European Investment Bank)	新設される 15 病院 (120 床) への機材購入に向けて、1 億ユーロ (約 128 億円) のローン供与を検討中。
OPEC	テイシェリーン大学教育病院建設費として 620 万ドルのローンを供与予定。

資料：The Syrian Consulting Bureau “Health and Medical Sector in Syria” 2002

第4章 保健医療分野の協力の可能性

案件名1	リプロダクティブ・ヘルス改善
目的	TBA の訓練普及、出産前検診の普及、緊急時のレファラルシステムの確立を通じた妊産婦死亡率の低下と、家族計画の普及による合計特殊出生率の低下
背景	<p>シリア東部及び北部は国内でも開発の進んでいない地域であり、保健施設の整備水準及び医師や助産婦の配置水準においても、全国平均を下回っている。これら地域では TBA による出産介助が全出産の 20% を超えている。保健省では、農村部において特に不足している助産婦の確保に力を注いでいるが、地域のニーズをカバーするにはまだ時間を要するのが現状である。保健省は、助産婦を全地域に配置し、TBA を必要としなくなる時期は 2015 年以降になると試算している。</p> <p>助産婦の不足している地域においては、出産前検診が提供されず、リスクの高い出産について早期レファラルの処置をとることができないうえに、TBA による出産介助については、緊急時への対応や、衛生的な処置に問題が残ることなどの課題があげられる。保健省は助産婦が不足している現状において、TBA を農村部における出産介助に必要な人材として認識し、基礎的な保健トレーニングの普及に努めているが、特に県域が広いハッサケ及びアレppoの 2 県においては普及に時間を要しており、トレーニングを受けていない TBA が各 1,000 名と推計され、その数は他県よりもはるかに多い。</p> <p>保健省では保健地区に 1 か所、地区の保健サービスの拠点となる「地区保健センター」を整備しており、同センター内にリスクの高い出産への対応を目的として、産婦人科医や機材を配備した「レファラルセンター」の設置を進めている。2002 年末で全 72 の地区保健センターのうち、29 か所においてレファラルセンターを設置済みであるが、ハッサケ県、アレppo県では各 1 か所しか整備されておらず、整備の推進が急務となっている。</p> <p>さらに、人口増加率の高いシリアにおいて、家族計画普及の重要性は高まっているが、アレppo及びハッサケの位置するシリア北部・東部は避妊普及率も低く、北部では 35.8%、東部では 29.2%にとどまっている。産後ケアの普及率についても、北部では 23.1%、東部では 21.1%と全国平均よりも低く、避妊についてのコンサルティングと合わせて普及を図る必要がある。</p>
対象地域	ハッサケ県、アレppo県

妥当性	第9次5か年計画において、長期的な人口政策を確立することが目標とされており、人口増加率の抑制は重要課題の1つとしてあげられている。
プロジェクトの内容	<p>〈技術協力コンポーネント〉</p> <p>リプロダクティブ・ヘルスの改善に向けて、ヨルダン家族計画開発と女性（Women In Development：WID）プログラムの専門家によるセミナーを開催する。また、対象地域における家族計画に関するニーズ把握を行い、改善計画の検討を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 専門家派遣（ヨルダン家族計画 WID プログラム専門家、家族計画に関する既存事業の評価、意識調査） ・ 専門家派遣（ヨルダン家族計画 WID プログラム専門家、周産期ケア改善） ・ 専門家派遣（家族計画普及、チュニジア家族計画プログラム担当の第三国専門家） <p>〈施設・機材コンポーネント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ TBA用出産キット（ハッサケ、アレppo各県のトレーニングを受けていないTBA2,000名分） ・ レファラルセンター 14 施設（ハッサケ県 3 施設+アレppo県 11 施設）への機材供与（1 施設当たり 2 万 3,243 米ドル×14 施設=約 32 万 5,400 米ドル） ・ 家族計画普及用視聴覚機材（教材はチュニジアで実施された家族計画プログラムにおいて開発されたものを活用）
援助の形態	<p>技術協力（専門家派遣）</p> <p>無償資金協力（機材）</p>

レファラルセンターにおける必要機材リスト

名 称	単 価 (米ドル)
血圧計、聴診器	26
胎児心音計	325
婦人科用診察台	331
床置スタンド式照明器具 (220V 用)	113
温風式滅菌器 (220V 用)	450
IUD 挿入器具	89
アングルヘッド遠心分離機 (220V 用)	800
マイクロヘマトクリット遠心分離機 (220V 用)	338
双眼顕微鏡	510
乳児用体重計	130
成人用体重計	130
形成不全治療器具	5,000
マンモグラフィ	5,000
腔内視鏡	5,000
超音波	5,000
聴診器	1.5
計	23,243.5

資料：保健省プライマリー・ヘルスケア局
 リプロダクティブ・ヘルス課提供

案件名2	イドリブ県村落開発
目的	国内でも開発ニーズの高い地域の1つであるイドリブ県において、住民ニーズを踏まえた村落開発を進め、生活環境の改善を図る。
背景	<p>シリア東部及び北部は開発ニーズが高く、保健サービスの整備水準においても、全国平均を下回る地域であり、各ドナー・国際機関による支援プログラムはこの地域に集中している。なかでもイドリブ県は、病床当たり人口が全国で最も多く、病院の整備水準が低い地域のひとつであるが、他ドナーによる支援プログラムの対象となっておらず、保健サービス改善は進んでいない。産業についても農業以外の見るべき産業はなく、貧困問題も深刻である。こうした状況を踏まえ、保健医療分野を含めた総合的な地域開発が必要となっている。</p> <p>なお、シリアでは2000年からNGO“FIRDOS”が農村部において活動を開始し、地域住民の主体的参加による村落開発が開始され、公共施設の整備やマイクロクレジットの供与を通じて住民の生活環境の改善に成果を上げている。同NGOはイドリブにおいても10村を対象として小規模の支援を展開しており、開発手法と経験が蓄積されている。</p>
対象地域	イドリブ県
妥当性	公共施設の整備水準が低いイドリブ県を対象とすることにより、地域格差の是正に貢献することが可能
プロジェクトの内容	<p>〈開発調査〉</p> <p>実証型開発調査の実施により、地域開発のマスタープランの策定とともに、モデル地域（約100村／県内の村総数433村）を選定し、住民参加によるミニプロジェクトの展開を図る。</p> <p>マスタープランの項目</p> <ul style="list-style-type: none"> ・農業分野、職業訓練、保健医療、教育 <p>〈施設・機材コンポーネント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・水（上下水整備による衛生改善）専門家用資機材 ・公共施設整備支援（モデル地域において施設整備が必要とされる場合、建設コストの35%を住民側が寄付を集めて負担、残りをJICAが負担するという形式をとり、施設整備を推進）：FIRDOS（住民の一部負担による施設整備の推進など、農村地域開発に実績のあるNGO）
援助の形態	開発調査

案件名 3	「健康農村プログラム」活動広報・普及
目的	シリア保健省による主要プログラムの 1 つである HVP 対象村同士の経験のシェアを促進するため、「健康農村ニュースレター」を発行し、全国のヘルスセンターへ配布する。さらに、HVP に対する意識啓発と参加意識の高揚を図るため、プログラムを特集するテレビ番組を作成・放映する。
背景	<p>シリアでは、1996 年から WHO などの技術支援により、HVP を展開している。同プログラムはプライマリー・ヘルスケアの充実のみでなく、基礎教育の普及、所得向上などを含めて「健康的な生活を送ることができる村」をつくることをめざす総合的な村落生活改善プログラムであり、全国の 6,128 村のうち、保健指標が全国平均を下回り、人口規模が比較的小さい⁵⁾ 1,500 村を目標として、プログラムの対象村を広げることがめざしている。2002 年のプログラム対象村数は 320 村で、カバー人口は約 50 万人に達している。</p> <p>シリア政府は HVP の普及に力を注ぎ、保健省の HVP 担当者→県のプログラム担当者→保健地区のプログラム担当者→各健康農村という縦のつながりによるプログラム管理の仕組みを確立しているが、一方で、それぞれの健康農村を結ぶ横のネットワークの形成には関心を払ってこなかった。現在、各健康農村は、地理的に近い村の活動内容については情報を入手している程度で、他県など遠距離にある村の活動について情報提供を行うシステムは整備されていない。そのため、既に国内で 320 もの村が参加するプログラムでありながら、先進事例における参考となるポイントや、多くの村に共通する課題とその解決策などの有益な情報がシェアされないまま、それぞれの村が個別に活動している状態となっており、各村から情報提供を求める声が高まっている。</p>
対象地域	全 国
妥当性	プログラム対象村において情報提供に対する要望が多く、保健省担当者も事業の必要性について認識しており、経費と比較して大きな効果が予測される。
プロジェクトの内容	<p>〈技術協力コンポーネント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・青年海外協力隊（Japan Overseas Cooperation Volunteers：JOCV）派遣（ニュースレター編集支援） ・JOCV 派遣（TV 番組作成） <p>〈施設・機材コンポーネント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カラープリンター ・作業用パソコン ・ビデオカメラ
援助の形態	技術協力（JOCV 派遣）

⁵⁾ HVP の枠組みでマネージメントが可能な村落人口を 500 人以上 5,000 人未満と設定している。

案件名 4	保健所スタッフトレーニングプログラム支援
目的	保健省の実施している保健所スタッフに対するトレーニングプログラム予算に対する支援を行い、プログラムの早期普及を図り、保健所におけるサービスの向上に資する。
背景	<p>保健省は UNICEF、WHO の支援を得て、保健所のスタッフに対するトレーニングプログラムを構築し、2000 年以降、順次トレーニングの実施を進めている。トレーニングは OJT を基本としており、県に配属されたトレーナー（医師）が各保健所まで赴き、スタッフの知識レベルを踏まえて適切なトレーニングプログラムを提供するシステムとなっている。保健省は、2006 年までにトレーニングの普及率を保健所の医師・看護婦の 80% までに高めることを目標に掲げている。</p> <p>しかし、国内の北部・東部地域及び内陸部など、道路の舗装状態が十分でない地域や遠隔地においては、トレーナーの派遣コストがかさむことから、プログラムの普及が滞るケースが生じてきた。また、こうした地域におけるプログラムを普及させるためには、トレーナーの増員を図る必要があるが、予算の不足によってこれらの課題に対応できない状態が続いている。</p>
対象地域	全 国
妥当性	保健所は農村部におけるプライマリー・ヘルスケアの拠点として位置づけられており、そのスタッフの能力強化を進めることにより、農村部における保健サービスの質的向上を図ることができる。
プロジェクトの内容	<p>〈国内研修〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健スタッフトレーニングコーストレーナー養成 <p>保健省では、2000 年以降、保健スタッフのトレーニング実施を担当するトレーナーの養成を進めており、72 の保健地区に各 2 名のトレーナーを配置するため、計 144 名のトレーナーを確保することを目標としている。現在のトレーナー数は 48 名であり、今後まだ 96 名を養成する必要がある。トレーナー養成コースの経費は 1 コース当たり 3,500 米ドルであり、1 コースで最大 24 名までの研修を行うことが可能である。このため、必要経費は 3,500 米ドル×(96 名/1 回当たり 24 名=4 回)=1 万 4,000 米ドル。研修期間は 1 週間であり、1 週間×4 回の最短 1 か月で修了可能である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健スタッフトレーニング <p>2001 年末の時点において、全国における保健所の医師数は約 2,600 人、看護婦・助産婦数は約 1 万 3,100 人、計 1 万 5,600 人である。保健省は 2006 年までに、このうちの 80% に対するトレーニングを普及させることを目標として掲げているため、トレーニング修了者の目標値は 1 万 2,480 人となる。2000 年から 2002 年までのトレーニング修了者数は約 1,000 名であり、その後 2003 年から 2006 年までの 4 年間にかけて、毎年 2,000 人のトレーニング実施が目標とされているため、2006 年までのトレーニング修了者は 9,000 人となる見込みである。そこで、目標値の 1 万 2,480 人から修了見込みの 9,000 人を差し引いた残りの 3,480 人が、支援の対象者数となる。トレーニングの経費は 1 コース当たり 3,000 米ドルであり、1 コースで最大 24 名までの研修を行うことが可能である。ただし、1 保健所当たりの医師・看護婦の数は平均で 12 名であり、人数が 24 名に満たない場合も 1 コースとし</p>

	てカウントする必要がある。そこで、対象者数 3,480 人を 1 保健所当たりの平均医師・看護婦数 (12 名) で除した数=290 施設において各 1 回のコースを開催すると考えた場合、必要経費を 1 コース 3,000 米ドル×290 施設=87 万米ドルと試算される。
援助の形態	国内研修

第5章 経済活性化支援分野の調査概要

シリアの産業界は貿易の自由化と近代化の流れのなかで、大きな脅威にさらされている。しかしながら 1970 年以來の社会主義的な国家主導の経済政策をとるバース党政権の下で、国营企業の維持と保護政策を基調とする経済運営を行い、経済制度及び工業の近代化への歩みは世界の潮流に比べ極めて遅々としたものと言わざるを得ない。

一方、欧州との貿易自由化の議論が進むなか、欧州連合(EU)を中心とするシリア産業の近代化支援が進んでおり、シリア側の姿勢も前向きになりつつある。将来のシリア社会経済発展のためには産業、特に工業の近代化は欠かせない。

本プロジェクト形成調査に先立ち、2002 年度末に在外プロジェクト形成調査「失業対策/職業訓練/中小企業振興」が行われ、シリアにおける失業の実態、各種職業訓練サービスの問題、中小企業の抱える様々な問題、及びそれらに対する援助機関の取り組みが明らかにされた(詳細は、JICA Syria office, Study of Unemployment, “ Vocational Training, and SME Promotion in Syria, 2003 ”参照)。同報告書においては、今後、取り組むべき課題を見据え、11 の JICA 協力(案)を以下のとおり提示された。

既存の Dual System Program (職業訓練校と省庁傘下の研修所のパートナーシップ事業)の拡大により、製造業訓練、マーケティング、輸出振興を強化(スキーム:技術協力)

製造、マーケティング、輸出振興にかかる中小企業の管理者向け情報コミュニケーション研修(スキーム:技術協力)

工業ユニット間の経験、情報を蓄積するための工業技術センター設立支援(スキーム:開発調査、技術協力)

現在の中小企業の技術レベル(機械設備レベル)を調査し、工業技術革新プログラム策定の準備(スキーム:開発調査)

現在の工業データを集め、新指標を開発し、新しい工業指標を集めるためのガイドライン作成(スキーム:技術協力)

輸出の障害となる政策と企業の問題を整理し解決策を策定(スキーム:開発調査)

工業分野のシニアボランティア(Senior Volunteers: SV)を戦略的に派遣するための工業近代化アドバイザーによる助言(スキーム:技術協力)

失業対策公団の実施する貸し付け業務のマネージメント支援(スキーム:技術協力)

EI-Hoss の地域マイクロファイナンスプロジェクトの借り手に対する技術、マネージメント支援(スキーム:技術協力)

学校教員に対するコンピュータトレーニングの実施(スキーム:技術協力)

農業分野の Dual System の実現。農業生産者と農業研修所間の協力による研修(スキーム:

技術協力)

本調査では、これら在外プロジェクト形成調査の提案を基に、日本の協力支援体制の可能性も考慮して、協力につき検討したが実現可能性の点において難しいものがほとんどであった。

総論としては、日本との産業分野での関係の薄く基本的には欧州志向のシリアに対して、大規模で組織的な協力は困難と考えられる。しかしながら、既に工業部門でも多数の経験豊富なSVが派遣され、活動を始めており、今後これらの活動を様々な形で支援し、より戦略的な方向にもっていくことで、影響力のある技術的な支援となる可能性があるとの結論に至った。

もう1つの協力の方向性は人材育成の分野であり、職業訓練校、大学だけでなく、基礎教育段階での理数科教育など、様々な分野での改革・改善が求められている。今後この分野でも支援の拡大を検討する必要があるが、当面の方針として、即効性があると考えられる大学の工学部への協力がシリア工業近代化支援として妥当性が高いと考えられる。これら経緯から、出された今後の実現可能な協力(案)は以下のとおりである。

(1) 工業近代化支援専門家派遣

長期専門家(若しくはシャトル型短期専門家)による工業近代化アドバイザーの派遣を想定する。工業部門には既に9名のSV⁶⁾が派遣されており、経験と知識の豊富な彼らの協力活動によって、シリア工業近代化への大きな貢献が期待されている。しかしながら、国営企業を主体とする繊維部門など、自由化や改革への抵抗が少ない工業の分野においては、SVが自由にボランティア精神に基づいて積極的に活動を行うことは容易ではない。

各工業部門の近代化への取り組みについて、表面的なものだけでなく、その実質的な活動を慎重に分析し、SVの指導、提言が活用されうる組織、人を見極め、SV要請書、タームズ・オブ・レファレンス(Terms of Reference : TOR)の作成の段階で工業省に対し、適切な助言を行うことが重要である。また既に活動中のSVについても、政策レベルでの対応が必要な提案については、工業省の中枢に対し説明・説得できる触媒となるような専門家が必要である。さらに、工業省や工業会議所などシリア側政府及び企業団体の動向を常にフォローし、必要な情報を関連するSVにタイムリーに提供することも重要な業務となる。

(2) 将来の有望な工業分野の課題分析調査

工業省次官との協議の際に要請があったものであるが、皮革工業、部品工業、金型工業、食品工業などの分野について、シリアの各産業の特徴、長所、短所を分析し、近い将来の欧州自

⁶⁾ 工業省傘下の組織や職業訓練所等に対して、溶接、土木、繊維品質管理、通信データ処理、工業一般、機械工業、商業経営分野のSVを派遣中。

由貿易の枠組みに入るうえでの対策を検討する基礎資料の作成を求められている。

提案されている各分野は中小企業、零細企業が主体ということもあって工業会議所のなかでも発言力が弱く、問題点や改善策、支援策の検討が進まない状況にある。しかしながら、生産高に占める割合は小さくなく、金型など工業の基盤を支える産業や、農業国であるシリアにとっては軽視できない食品工業など、今後のシリアの工業発展のためには重要な分野である。

現段階では本格的な調査を期待されているのではなく、ローカルコンサルタントを主体とした短期調査(2～3か月)での対応が可能であるので、上記工業近代化支援専門家の指導の下、現地業務費による委託調査(若しくは在外開発調査)が適当と思われる。将来の新規技術協力事業、SVの派遣にもつなげる調査として位置づける。

(3) 大学工学部支援

工業支援の1つの方法として、大学教育の改善があげられる。シリアでは技術系の高等教育においても、実習が少なく座学が中心となっているために生産部門で役立つ技術教育が十分に行われていない。工学系高等教育のカリキュラム、指導方法の改善はシリア工業の近代化の重要な課題である。

2002年度後半にティシュリーン大学工学部に短期専門家を派遣し、カリキュラム改善等の指導にあたりるとともに今後の協力の可能性について検討した結果、新しく設立予定のメカトロニクス学科など、産学共同での新しい工学教育を志向する改革を大学側が積極的に進めており、これを支援する技術協力の要請を確認した。今回調査でも、大学工学教育の改革の必要性については各方面で求められており、また、できるだけ早期に協力を始めることが効果的であることを確認した。

(4) 工業開発センター設立支援

最新技術の交流を促進することを目的とした分野別の工業開発センター設立支援の要請が検討されているが、日本側の組織的な対応が必要となるが、現段階では困難と考えられる。

(5) 失業対策公団への技術協力

シリア政府は失業対策公団に対して10万米ドルを割り当てることを決定しているが現段階ではそのごく一部しか公団に割り振られておらず、資金の運営面においても貸付時の審査能力、回収能力が未熟であり、組織能力の改善の余地は大いにある。しかしながら、同公団に対しては資金協力をしている国連開発計画(United Nations Development Programme: UNDP)による枠組みづくりのための技術的な支援があることや同公団の存在が2006年までしかコミットされていないことから、公団の事業本体への日本の技術協力を実施することは効率的と思われたい。失

業公団職員を国別特設研修「金融セクター活性化(2000～2003年)」に優先的に招へいすることや短期専門家によるセミナー開催が現実的な協力方法である。

面談記録(保健医療分野)

(2003年3～4月)

保健省

保健省 PHC 局ヘルスセンター課	37
保健省 Healthy Village Program 課	40
保健省国際関係課	44
保健省 EU プロジェクト(Health Sector Reform)事務所	50
保健省(ダマスカス病院)看護師・助産婦担当課	57
Al Hilal Hospital(ダマスカス市内、保健省管轄)	63
保健省 PHC 局リプロダクティブ・ヘルス課	65

国際機関・ドナー

EU	39
イタリア大使館	41
UNFPA 事務所	45
UNICEF 事務所	47
WHO 事務所	59

NGO

Aga Khan Development Network シリア事務所	43
シリア家族計画協会(Syrian Family Planning Association)事務所	49
FIRDOS(Fund for Integrated Rural Development of Syria)事務所	61

Healthy Village の事例

事例	Kafreen Village、ダマスカス農村部	52
事例	Vitaree Village、ダマスカス農村部	54
事例	Sheikh Saed Village、ダラー県	55
事例	Akrabaa Village、ダラー県	56

面談記録

日時	2003年3月31日(月) 9:00~10:00
場所	保健省 PHC 局ヘルスセンター課
面談者	Dr. Yasser Alsaleh/ Director of Department of Health Center

面談内容

ヘルスセンターについて

- ・ヘルスセンターは外来患者専用の施設であり、病床は備えていない。(ただし出産用ヘルスセンターのみベッドがある。)
- ・ District Health Center：専門医を配置。
- ・ Health Center：一般医を配置。
- ・ Health Point：最小単位のプライマリー・ヘルスケア施設。通常は助産婦が対応。1週間に2日、医師の診察日を設けている。

日本に協力を期待する分野 (ヘルスセンター職員トレーニングプログラム支援)

- ・保健省はヘルスセンター職員の PHC に関するトレーニングプログラムを有しており、各県ごとに配置されたトレーナーが県内のヘルスセンターに赴き、6~12日間のスケジュールでトレーニングを実施している。トレーニングは通常の診療時間内にトレーナーを派遣し、OJT の形で実施されている。しかし、特にハッサケ県など、交通の便の悪いヘルスセンターは 100~150km の遠距離にあり、移動に時間がかかってしまう。遠隔地へのトレーニングを普及させるには現在 48名のトレーナーを増員させる必要がある。
- ・トレーナーは各保健地区に 2名確保することが目標であり、計 144名が必要とされている。トレーナー養成のワークショップに参加できるのは医師のみであり、ファシリテーターは保健省職員が務めている。
- ・ヘルスセンター職員を対象としたトレーニングのカリキュラムは UNICEF、WHO の支援により整備されており、25冊から構成されるテキスト(すべてアラビア語)もまとめられている。トレーニングの実施に際しては、初日に職員へ質問票を配布し、PHC、予防接種、リプロダクティブ・ヘルスなどに関する知識レベルを把握したうえで、知識の不足している分野について重点的にトレーニングを実施するという手法をとっている。最終日にも同様の質問票を配布し、達成度を測っている。プログラムの内容には満足しているが、トレーナー不足及びトレーニング予算の不足により、実施が進んでいない。

データ収集の試み

- ・ UNICEF 及びアラブリーグの資金協力により、各世帯からの保健指標の収集を試験的に進めている。現段階ではダマスカスの保健区を 1つ選定し、Family Health File と称する

質問表に基づき、区内に居住する 400～500 世帯から社会・経済状況・住居の状態から家族構成、病歴などの詳細なデータを収集した。今後 5 年以内にこのシステムを全保健区に拡大していく方針である（Family Health File のサンプルは付属資料 A-4 参照。なお、質問項目は、HVP において使用している Family Health File＝付属資料 A-7 の項目とほぼ同様である）。

面談記録

日時	2003年4月1日(火) 9:00~10:00
場所	EU
面談者	Mr. Alsessio Cappellani 二等書記官

面談内容

- ・保健分野での最大のプログラムは、2002年5月に署名が行われた“Health Sector Modernization Program”である。支援予定額は5年間で3,000万ユーロ、6人の専門家が派遣されている。専門家による技術支援に加えて、保健省への財政支援も含まれている。同プログラムは保健省が取り組んでいる、保健セクター全般にわたる改革を支援するもので、特にヘルスサービスにおける地方の権限の強化、住民参加、保健財政の安定をめざしている。
- ・このほか、人口分野では“Mother and Child Health/ Family Planning Programme (1996-2003)”、水と衛生関連で“Water Supply Bseira & Hama (1994-2003)”が実施されている。
- ・“Health Sector Modernization Program”についての詳細は、専門家の Dr. Operti、または Dr. La Montania に照会してほしい。
- ・EUは Healthy Village Program への資金協力も行っているが、これは保健省への財政的な支援のみで、プログラムの内容等に関しての直接関与は行っていない。

面談記録

日時	2003年4月1日(火) 11:00~12:30
場所	保健省 Healthy Village Program 課
面談者	Dr. Mohsen Kanaan/ Director of Healthy Villages

プログラム推進にあたっての問題点

- ・村の住民は依存心が強く、自分たちから動こうとはせず、外部の人が何かしてくれるのを待っている。そうした考え方を変えて自発的な活動を進めるのは難しい。
- ・農村部では村々の距離がたいへん離れているうえに、道路の状態、通信事情も悪く、乗り物も不足している。モニタリングや評価の活動を行うのが困難。
- ・Healthy Village Program ではプログラムの推進にあたり、責任者を投票で選ぶことになっているが、一部の村では、村の伝統的なリーダーとの利害関係の衝突が生じている。
- ・水供給、衛生面での事業が必要だが、多額の予算がかかるため実施できない。

日本からの協力が期待される分野

- ・最も望ましいのは所得向上プログラムへの支援である。乳牛の購入のためのマイクロクレジット提供や、養蜂、陶芸についての訓練など（現在、農業分野での訓練については農業省からトレーナーが派遣されている）。
- ・プログラムの管理面での専門家派遣も望ましい。ファイナンス、通信、マーケティングなど、社会セクターの開発において専門知識の不足を実感している。

HVP におけるデータ収集、モニタリング

- ・各村は出生、死亡（全死亡数、5歳未満児死亡数、妊産婦死亡数）関連基礎指標、村で設定したプライオリティの内容とその達成に向けた活動内容などを各保健地区のコーディネーターに報告、保健地区レベルの情報は県レベルで収集され、MOH 担当課に集約される（収集データの内容は付属資料 A-1 参照。なお、HVP の概要については付属資料 A-2、1997~2000年までのプログラム報告書は付属資料 A-3 参照）。

プログラムの拡大について

- ・HVP の拡大について、当初の予定では2020年までに目標である1,500村の達成をめざしていたが、予定よりもはるかに早く、あと4年以内に1,500村まで増やせる見込みである。これはHVPの活動が、既にまわりの村に「感染症のように」広がっているためである。例えばKafleen村のような、高い成果を上げている村については、その周辺の村が「どうすればKafleen村のようになれるのか」と関心をもち、活動への参加を希望しているため、Kafleen村も他村への指導に協力的である。

面談記録

日時	2003年4月2日(水) 9:00~10:20
場所	イタリア大使館
面談者	Mr. Andrea Cascone/ Counsellor for Economic Affairs

面談内容

- ・現在、イタリアでは病院機材に対するソフトローン（40%まで贈与）の供与のほか、いくつかの技術協力プログラムを実施している。
- ・機材供与については Maara 病院及びダマスカスの心臓外科が対象となった。心臓外科への協力は、シリア側からの高度医療への支援がほしいという要請に応えたものであるが、イタリアとしては珍しいケース。
- ・技術協力としては各県にある国立ラボラトリーでのトレーニング、保険システム改革、看護教育プログラム、Healthy Village Program への支援がある。
- ・看護教育プログラムは 2003 年 9 月から 3 年間の予定で実施。現在、ダマスカス看護学校の一部を改築し、必要な機材等を搬入した段階である。小児科、救急、コミュニティの 3 部門での看護教育強化を図る方針。各部門に 1 名専門家を派遣する（プログラムの概要は付属資料 A-6 参照）。
- ・ Healthy Village Program については、ハッサケ県を対象として、20 村において支援を予定。裨益人口 6 万人。プログラム実施はイタリアの NGO が担当することになっており、現在選定中。2003 年の夏からスタート予定。
- ・保健セクターで技術協力の内容を検討するのならば、EU の “Health Sector Support Programme” のフェーズ I の結果を待ってみても良いのではないだろうか（2003 年 9 月ごろにフェーズ I のレポートが出る予定）。専門家 6 人を派遣している規模の大きなプログラムであり、ここから学べることは大きいと考えられる。

プロジェクト実施のうえでの問題点

- ・1日の勤務時間が短く、万事ゆったりしているため、作業が進まない。その日のスケジュールを守らせるのも難しい。
- ・シリア人はどんな場合も決して NO と言わないが、そのためにもっと大きな問題が発生したり、予定の遅れが生じることなどは日常茶飯事。
- ・プロジェクトチームのシリア人同士で情報交換をしないため、話が伝わっていなかったりすることがある。
- ・State Planning Commission を通すと万事非常に時間がかかる。保健省と直接話を進めるほうが早いし、うまくいく。
- ・保健省にはよい人材もいるが、現在抱えているプロジェクトが多すぎて人手不足になっ

ている。多くの人が省庁の仕事以外に別の仕事をもっており、そのうち省庁を辞めてしまう。忙しいため、プロジェクトにかかわるのをみな喜ばない傾向がある。

面談記録

日時	2003年4月2日(水) 10:30~11:30
場所	Aga Khan Development Network シリア事務所
面談者	Mr. Aleem Warji/ Program Coordinator (カナダ人)

面談内容

- ・ Healthy Village Program に関する調査はアガ・カーンの資金援助の下に MOH が実施。PRA 手法で実施したが、詳細についてはアガ・カーンでは把握していない。質問票の多くが空白のままになっているものが多く、必要な情報が十分に収集できたとはいえない。そのため、調査結果を村ごとに比較することも難しかった。HVP の対象ではない村のほうが、対象村よりもよいデータを示しているケースもあり、調査結果の扱いに悩まされた。
- ・ アガ・カーンではハマー県において、現在 17 の村を対象として Healthy Village Program への支援を行っている。このうち 4 村が特に重点的な支援対象となっている。
- ・ Healthy Village Program のほか、病院機材の贈与、姉妹組織である Syria Arabic Crescent と連携し、緊急医療プログラムも展開している。また、アガ・カーン大学の事業として、看護教育に対する支援プログラムを今年度春から開始予定である。現役看護師のリカレント教育のほか、看護教育プログラムの見直し、リーダーシップ訓練などを含めた内容となっている。

アガ・カーンの実施プログラムと日本の連携の可能性

- ・ Healthy Village Program への技術協力として、アガ・カーンと連携して進めるということであれば、社会セクター分野の専門家の派遣が有益だと思う。保健の専門家でなくても構わない。
- ・ 看護教育支援プログラムへの協力も歓迎である。アガ・カーンはこの分野での専門家を多数擁しているが、日本からの専門家・ボランティアの派遣も有益だと思う。

面談記録

日 時	2003年4月2日(水) 11:40~12:20
場 所	保健省国際関係課
面談者	Dr. Hassan Alhaj Hussein

面談内容

- ・ JICA にはこれまで多くの要請を出しているが、全く受け入れられていない。なぜ受け入れられないのか、説明もなされない。代わりに調査団ばかりが来ている状態である。
- ・ 技術協力もよいと思うが、最も必要なのは機材。特に、これから保健省は中規模病院を 50 か所に増設する予定であり、その中身が必要である。
- ・ (援助プログラムリストのコピーが欲しいという申し出に対して) 国際機関やドナーからの援助プログラムについては、それぞれのプログラム担当者が管轄しており、国際関係室はその内容について把握していない。また、現在進行しているプログラムについて、一覧的な整理は行っていない。その作業をするには 1 か月くらいかかると思われ、とても対応できない。そのようなリストが欲しいという申し出を受けたのも今回が初めてである。
- ・ 現在、保健分野におけるドナーは EU、イタリア、スペイン、JICA、WHO、UNFPA、UNICEF、アガ・カーン財団に限られている。
- ・ 機材のほか、技術協力ということであれば、保健財政、健康保険制度、看護師育成の分野で専門家の支援を受けることが望ましい(注：これらはすべて EU、イタリア政府の現行の技術協力プログラムに含まれる内容)。
- ・ 新しいプログラムの導入は歓迎であり、国際機関やドナー間でプログラム内容が重複しても構わない。競争原理が働いて質を高めることができると思う。

面談記録

日時	2003年4月3日(木) 10:00~11:00
場所	UNFPA 事務所
面談者	Mr. Mostapha Benzine /Representative, Dr. Mouna Ghanem/Assistant Representative

面談内容

- ・ EU の Health Sector Reform Program は予算も大きく、包括的なプログラムだが、リプロダクティブ・ヘルスについてはカバーしていない点が弱点だと思う。保健省の活動についても同様のことがいえる。
- ・ 保健省は人材が少ない。担当できる人間は限られているため、プログラムばかり増えても有効に機能しない。
- ・ 保健分野の援助プログラムについては、イタリア大使館がコーディネート役となっている。この背景については不明。
- ・ EU は UNFPA 事務所によく調査団をよこすが、常に一方的に資料や情報をもっていだけで、互いの経験をシェアしようという姿勢がない。JICA も過去に調査を行ったのならば(注: これまでどのような情報収集を行ったのかと質問され、在外プロ形の報告書のことを話した)、ぜひその結果について情報提供をしてほしい。
※在外プロ形報告書を UNFPA に提供可能かどうか武市調査員に相談したところ、おそらく問題ないと思うが、所長とも相談するとの回答。
- ・ シリアのリプロダクティブ・ヘルスに関する問題は、出生率が高いことと、異常分娩への対処システムが整っていないことにある。病院での出産は少なく、農村部では出産の50%ほどは自宅で行われており、助産婦または TBA が介助している。通常分娩ならば何の問題もないが、輸血や帝王切開が必要な事態が生じたとき、レファラルのシステムがないため、対処方法は介助者に任されることになる。しかし、救急車を呼んでも中に機材は何もなく、近くのヘルスセンターへ搬送されたとしても輸血用の血液もなく、機材もなく、医師も不在という状態で、適切な時間内に搬送が実現したとしても、結局何の処置もなされない。MMR が高いのはこうした一連の問題の結果である。
- ・ シリアでは統計上の出産介助率は高いが、これは注意して見る必要がある。介助者が適切なトレーニングを受けているかについては大きな疑問があり、一人ひとりのレベルにも差がありすぎる。
- ・ Healthy Village Program について: 村によってはコンピューターが欲しいという所もあるが、そのようなニーズに対応するよりも、Safe Motherfood についての基礎的な技能を普及させるほうが先だと思う。TBA の識字率を上げ、ヘルスキットを配布するなどの基礎的なことで、出産に伴うリスクを大幅に減らすことができる。
- ・ シリアのような発展途上国では、技術協力も必要だが、それ以上に必要なのは機材と資

金。医師の数は人口に対してかなり多いほうである。医師に関する問題は公的部門の財源が少なく、そのために給与が低く、民間部門に人材が流れがちなこと。

- ・新大統領になって以降、家族計画に対する考え方は変化しており、より積極的に推進していこうという方向に変わりつつある。しかし、まだ家族計画への関心は全般的に薄く、国際機関やドナーの協力もなく、UNFPAはこの分野では単独で活動している状態である。今回、JICAと情報交換の機会をもつのは初めてであり、たいへん良い機会だと受け止めている。
- ・シリアでは宗教が市民の生活に深く根ざしている。家族計画を実行し、人為的に子どもの数を制限することはイスラムの教えにそむくのではないか、という考え方も一部に残っているが、こうした考えに代わって「子どもの数を抑え、一人ひとりに十分な福祉を与えることこそ神の意志に適う」という意識を広めるため、宗教リーダーの協力を得てリーフレットの作成を行っている。
- ・データベースの構築により、活動のインパクトを把握したい。

面談記録

日時	2003年4月3日(木) 11:10~12:30
場所	UNICEF 事務所
面談者	Mr. Bashar Al-Masri/ Assistant Project Officer

面談内容

Healthy Village Program について

- ・ 求められているのは機材。例えば、保健所への歯科治療用機材・患者用のイスの供与など。専門家やトレーナーは保健省が派遣可能である。医師も看護師も数は十分にあり、トレーニングのシステムも整っている。ドナーの役割として、機材供与のみでも十分ではないかと思う。
- ・ UNICEF の活動分野：Child Friendly Home/ Community として、子どもの成長に適切な環境を整えていくこと、女性の経済的エンパワーメントに向けて、農業分野での職業訓練を進めることなど。このほか、水と衛生、ヘルスワーカーのトレーニングなど。
- ・ UNICEF は国内の北部及び東北部をターゲットエリアとしており、2003年4月現在でこれらエリアにおける96のHealthy Villageの活動を支援している。ただし、これら全部の村で一斉にプロジェクトを行うのではなく、毎年一部のみを選んで実施している。
- ・ 今年から戦略を転換し、プロジェクト対象の村を一つひとつ個別に選ぶのではなく、クラスターとして隣接する複数の村をまとめて選ぶことにした。その結果、タルトゥース、ハマス、デリゾールの3県が選ばれた。なかでもデリゾール県のSowarという地域は、18の村から構成されている広域エリアであるが、旱魃が続き、地域を流れる川の水が枯渇しており、保健・衛生ニーズの高い地域であるため、UNICEF はここを特に優先地域として選定した。現在、イラク戦争の影響で保健省の役人も国内移動が難しくなっており、プロジェクトはまだ未着手のままになっている。

JICAの協力可能な分野

- ・ プログラムのプランニングから実施に至るまで、保健省の能力は不十分だと思う。基礎調査・計画立案・プログラム運営に関する技術協力を行えば、大変有益ではないだろうか。
- ・ 現在、Healthy Village は個別に活動しており、村同士のネットワークはない。他の地域のHealthy Villageの活動や経験をシェアすることができれば非常に有益だと思い、UNICEF は保健省にニューズレターを作ることを提案したことがある。しかし、この国では郵便システムが整っていないため、地方の村々へ直接運搬する以外の配布方法はなく、コストがかかるために断念した。そこで、ニューズレターに代わる方法として、インターネットの活用はどうかと考えている。システム構築には多額の費用がかかると思

われるため、UNICEF 自身は実施できない。資金提供の可能なドナーがいれば、ぜひ支援をお願いしたい。なお、コンピューター自体は 320 の Healthy Village のうち 100 村に各 1 台配布されており (UNICEF はこのうち 50 台分を負担)、村の Information Center に設置されている。

- ・ Healthy Village のコンピューターネットワークの構築により、ある村が抱えている問題を提起すれば、それに対する回答が他の村からいくつも寄せられるようなシステムを作ることができればよいと思う。すぐに全村で実施できなくても、例えば 5 県のみを選んでパイロットプロジェクトを行うという形でもよいのではないか。
- ・ (UNFPA で Healthy Village にコンピューターを配るよりももっと基本的なことをやるべき、といわれた直後であったため、村でコンピューターは活用されているのかどうか質問) 村ではコンピューターを使える人材は限られているため、使える人が不在であればアシストが得られず他の人は使えない、という状況は今でも珍しくない。子どもがゲームばかりしているという使われ方もなかにはあるが、それでも操作可能な人は着実に増えている。地方に住んでいる人もテクノロジーに触れる機会をもつべきであり、コンピューターの設置は確実に村の住民の意識に影響を与えていると思う。

面談記録

日時	2003年4月5日(土) 10:00~11:00
場所	シリア家族計画協会 (Syrian Family Planning Association) 事務所
面談者	Dr. Lama Mouakea

面談内容

- ・シリア家族計画協会は、主に IPPF の資金供与の下、家族計画とリプロダクティブ・ヘルスに関する活動を推進している。ダマスカスのほか国内6か所に支部がある。
- ・全国 20 か所でクリニックを運営しているほか、移動クリニックも 1 台ある。クリニックには、医師のほか、助産婦も配置している。機材としてはエコーも備えており、産前産後のケアのほか、乳がんの早期発見、家族計画・リプロダクティブ・ヘルスに関するカウンセリングにも対応している。
- ・予算があればクリニックを増設したいが、家族計画やリプロダクティブ・ヘルスについて理解を得、実行者を増やすことが協会の活動の目標であり、クリニックの数自体にはこだわっていない。
- ・クリニックを拠点として、女性、成人男性、若者をそれぞれ対象としたプロジェクトを展開している。女性の権利やドメスティック・バイオレンスなどのテーマについて 4～5 日にわたるワークショップを開催し、意識啓発に努めている。若者向けには、特に経済問題やコンピューターに関する知識の普及に向けた活動を行っている。コンピューターに親しんでもらうため、インターネットカフェも設けている。全国 4 か所で展開していたが、予算不足のため、現在は 1 か所のみで運営している。成果は大きかったと考えられるため、予算の目処さえつけば、また運営拠点を増やしたい。
- ・最大のドナーである IPPF からの資金が 3、4 年前に削減されたため、職員の給与は賄うことができるが、プロジェクトの予算をカットせざるを得なくなった。以降、プロジェクト予算の確保のため、UNFPA、UNIFEM からも資金供与を受けている。
- ・これまでの活動を振り返って、評価のためのノウハウが必要な段階に来ていると感じる。女性たちの家族計画やリプロダクティブ・ヘルスに関する考え方が本当に変わってきているのか、把握できていない。
- ・クリニックの運営経費が逼迫しており、コスト回収システムについても考える必要がある。現在、ピル 1 か月分の支給に SP10、IUD の挿入に SP 100 の自己負担を求めているが、実際の経費に見合うレベルではない。しかし、自己負担額を増やした場合、サービスを求めに来る女性の数が減るのではないかという懸念もあり、負担増に踏み切れない。
- ・産前検診を受ける女性の比率が低い事情としては、女性は自分の体調について承知しており、特に異常がなければ検診を受けなくても問題ないと思いがちなこと、日々の雑事で多忙なため、検診に割く時間を惜しみがちなことなどがあげられる。

面談記録

日時	2003年4月5日(土) 11:10~12:30
場所	保健省 EU プロジェクト (Health Sector Reform) 事務所
面談者	Dr. Paolo Operti/ Project Manager, GTZ expert (イタリア人) Dra. Brigitte Bayer/ Primary Health Care Expert (ドイツ人)

注：GTZ のプロジェクト概要を訊ねる目的でとっていただいたアポイントであったが、Dr.Operti は GTZ から派遣された EU “Health Sector Support Programme” の専門家の 1 人であり、GTZ が現在行っている農業・環境・都市計画プロジェクトとは関連がないことが判明。GTZ のプロジェクトオフィスは対象地域であるアレppoにしかないとのこと。偶然であったが、これまで EU、イタリア大使館の訪問により、3,000 万ユーロの予算が組まれている Health Sector Reform プロジェクトは、保健分野における最も重要なプログラムの 1 つであり、これについて、ぜひ Dr.Operti を訪ねるようにと言われていたため (GTZ 訪問のアポイントでは Dr. OBERTY となっていたため、同一人物とは考えていなかった)、訪問の趣旨を EU プロジェクトについて訊ねることに切り替え、話を聞いた。

面談内容

- ・ EU の “Health Sector Support Programme” は保健省の 5 年計画における制度改革を支援するものであり、保健省の財政改革、健康保険制度の機構改革、保健関連法の整備等を含んでいる。
- ・ 保健セクターにおける改革は必要不可欠と思われるが、保健省への財政支援とともに進められるべきである。シリア単独では遂行不可能。
- ・ 現在需要サイドの情報がないため、受益者負担について手が付けられない状態にある。この分野の情報収集のため、シリア政府は Household Survey 及び National Survey of Private Practice を実施する予定であり、おそらく 2003 年 9 月、10 月ごろには (これは未確定事項なのでメモはとらないで、と言われた) 必要な情報が集まると思われる。
- ・ 2003 年 9 月ごろにはフェーズ I のレポートを出す予定である。JICA をはじめ、ドナーや国際機関にも配布の予定。
- ・ 保健省の最大の問題は、予算が少ないことにある。公的部門の医師は、給与が少ないため午前中は公的部門で診療を行い、午後は収入を補うため民間部門で診療を行っており、二重の負担を強いられている。保健省には医師、助産婦など人材は豊富にあるが、地方の保健所の薬品棚はほとんどなく、機材も備えられていない。保健所のサービス向上について検討することが必要である。
- ・ 公的部門における保健サービスについてレビューが必要。施設内容についても検討が必要。特に保健所については、施設の立地条件等により、サービスレベルが著しく異なる。

保健省は保健所に関して regulation を設けるべきだと考えている。どこの保健所においても同一のサービスが受けられるようなシステムを設ける必要がある。現況では保健サービスの地域格差が甚だしく、地域の保健ニーズとのミスマッチも起きている。例えばダラー県には 5 階建ての立派なポリクリニックがあり、20 名ほどの専門医が配置されているが、日に 2、3 人の外来患者が来る程度でほとんど機能していない。シリアでは医師の給与は著しく低いため、人件費はそれほど問題ではないのかもしれないが、少なくとも機材など資源の無駄遣いである。

- ・保健セクターの改革について、保健省は外部からの助言を必要としている。各分野における専門家の派遣も必要である。こうした意味で、JICA からの支援は有益である。
- ・(Dr.Operti の個人的な意見として) 他のドナーからの支援プログラムは大歓迎である。現段階のシリアの保健セクターでは、さまざまなアイデアや人材が多方面から得られることが望ましいと思う。JICA が例えば保健所改革のプログラムを導入する場合、EU のプログラムと重複する部分があったとしても、情報交換により協調が可能である。例えば、イタリア政府は 2002 年 3 月、健康保険制度に関する調査団を派遣したが、これに EU 専門家も協力して調査を進めた経験もある。

PHC 分野での活動について

- ・フェーズ 1 調査は情報収集の段階であるが、ラタキア及びダラーの 2 県においては、全体の 10% に相当する数のヘルスケアセンターを対象として機材の更新などのモデルプロジェクトを行っている。
- ・Dra.Bayer は 2002 年の 11 月から赴任しており、各種保健指標を提出してもらえよう保健省の関係機関に依頼しているが、2003 年 4 月の時点でほとんどデータは集まっていない。そこで、データ収集システムの構築をめざして、モデルプロジェクトの対象施設において、外来患者の記録制度や月報の作成などの仕組みを導入したところである。

面談記録

日時	2003年4月8日(火) 11:00~12:00
場所	Kafreen Village、ダマスカス農村部 (Healthy Village の事例①)
面談者	Village Development Committee メンバー、ヘルスボランティア等約 50 名

活動概要

- ・人口約 3,000 人、世帯数 420。1996 年、HVP が最初に導入された村の 1 つであり、プログラムの先進事例となっている。HVP の推進組織である Village Development Committee のメンバーは、近隣の村などの求めに応じてプログラムに関する指導を行っているほか、チュニジア、ヨルダンなど周辺国においても HVP に関するレクチャーを行っている。
- ・ HVP の導入前は村に保健施設がなかったが、住民の寄付を集めてヘルスセンターを誘致。
- ・ HVP の導入により、教育への関心も高まっている。以前は小学校卒業レベルで学業をやめる人が多かったが、プログラムを通じて教育の必要性を理解する人が増えた。復学して中等教育を修了した人は 35 人、看護教育を受け始めた人は 6 人にのぼる。
- ・ 2 年ごとに、村落開発の優先事項の達成度評価を行うとともに、新たな優先事項の設定を行って目標管理につなげている。

戸別訪問制度

- ・村内を通りごとに 10 地区に区分し、それぞれの家屋を番号で管理。各世帯について家屋のタイプ、衛生施設の有無、経済状況を始め、家族構成・家族の年齢などのデータを作成、Family Health File として整理。家族の病歴等のデータも随時追加する。ファイルはヘルスセンターにおいて管理しており、ヘルスセンターを訪れた患者には世帯主の名前を訊ね、名前を通じて家屋番号を調べて Family Health File を取り出す仕組みになっている (Family Health File のサンプルは付属資料 A-7 参照)。
- ・男性 50 名、女性 50 名の計 100 名からなるヘルスボランティア (HV) が、週に 1 度各戸を訪問。訪問時の調査項目は、子どもの年齢・障害の有無・予防接種を受けているかの確認、妊産婦の有無、家族の感染症の有無。
- ・ HV 1 人当たりの担当数は 4~5 世帯。報酬はなし。毎月 1 度ミーティングを行い、問題点などあれば話し合う。
- ・戸別訪問の徹底により、予防接種率は 100% へ、産前ケアの普及率は 58% から 95% へ上昇。

所得創出

- ・ Development Office of Southern Area (Feilas) の提供により、縫製、編物、刺繍、陶芸、コンピューターなどの職業訓練コースを受けた。
- ・無利子貸付により、一部住民は乳牛を購入し、乳製品の製造を行っている。しかし、自

家消費の域を出ておらず、所得向上には結びついていない。また、貸付枠は少なく、村の最貧層に限られており、受益者はわずかであった。(ヨルダンの「家族計画・WIDプロジェクト」報告書において、所得向上の一環として女性にヤギを飼育させたが、個人にヤギを直接配布する形をとったため、ヤギの個体差をめぐって混乱が生じたとの記述があった。そこで乳牛の取得方法について訊ねたところ、売主のところで欲しい乳牛を選ばせるシステムであったとのこと。支払は貸付対象者を通さずに行われるが、これは「もし現金を渡せば、新しい奥さんをもろうために使ってしまうから」)

今後の方針

- ・ヘルスセンターではすべてのサービスが無料。しかし、建設にあたって何の負担もしていない近隣の村の人も訪れ、利用するようになったため、コスト回収について検討中。現在、規定をまとめている。
- ・Family Health Fileのデータをコンピューター上で利用できるようにしたい。
- ・周辺の村も含めて、所得創出プロジェクトに取り組みたい。

面談記録

日時	2003年4月8日(火) 12:30~13:30
場所	Vitaree Village、ダマスカス農村部 (Healthy Village の事例②)
面談者	Village Development Committee メンバー、ヘルスボランティア等約 50 名

活動概要

- ・ 1999 年からプログラムスタート。Kafleen 村の事例を手本として、メンバーから指導を受けている。人口約 3,000 人。
- ・ Vitaree 村は比較的経験の浅い村で、課題を抱えている事例として紹介されたもの。訪問すると、保育所のフェンス、送迎バス、歯医者など、「村に必要なもののリスト」がヘルスセンターに貼りだされており、保健省 Healthy Village Program 担当者 (Dr.Kanaan) に提供を要請。Dr.Kanaan は、「必要なものがあるのならば、まず村側で取得のために何ができるのかを考えるべき」と回答、ひとしきり押し問答が続いた。
- ・ 住民の一部負担によりヘルスセンターを建設。ただし、助産婦がおらず、妊産婦ケアが提供されていない。施設ができる前は、月に 1 度のモバイルクリニックの巡回のみであった。
- ・ ヘルスボランティアの戸別訪問の実施により、予防接種などのカバー率は既に 100% に達している。この村では戸別訪問の頻度は基本的に月に 1 度であり、問題のある世帯に対しては、必要に応じて訪問回数を増やしている。
- ・ 識字率が低いことが村の課題の 1 つである。この対策として、村民ボランティアを講師とする識字コースを設けている。また、コンピューターのコースも実施している。
- ・ NGO の協力により、保育所を作る予定である。総コストの 25% を村で集め、残りは NGO が負担してくれることになった。しかし、村側で用意すべきフェンスの費用が集められず、対処に苦慮している。
- ・ 貧困層を対象として、乳牛購入資金の無料貸付が行われた。また、2002 年、ヒツジ 5 頭の購入費用として SP20,000 の貸付も行われたが、まだ利益を生むまでには至っていない。

今後の方針

- ・ ヘルスセンターの利用者から、1 回 SP10 を徴収することを検討している。
- ・ 自宅で縫製の仕事をしたいと考えている女性グループが、ミシンを数台購入するための無利子貸付を要求しているが、受け入れられていない。また、縫製技術を学ぶための職業訓練も必要だと考えている。

面談記録

日時	2003年4月9日(水) 10:00~11:30
場所	Sheikh Saed Village、ダラー県 (Healthy Village の事例③)
面談者	Village Development Committee メンバー、ヘルスボランティア等約 30 名

活動概要

- ・ 2001 年からプログラムスタート。人口は約 2,500 人。課題を抱えている事例として紹介されたもの。
- ・ Village Development Committee の代表は、村の最大の課題は貧困であり、村民の 9 割ほどがその日の食べ物にも事欠くような状態で、施設建設のための費用負担は進んでいないと説明。これに対して Dr.Kanaan は、貧しくて何もできないといいながら、タバコを買うお金はあるだろうと反論。ナジャーニ村という Healthy Village の例をあげ、保育所を作るために 1 人が 1 日、1 本分のタバコ代を節約して寄付金を集めたという話を紹介。
- ・ 村の開発優先課題の第 1 は薬局を作ること。Dr.Kanaan は薬局ではなく、ヘルスポイントの方が予防注射などのサービスも可能であり、はるかに有益であると提案。Sheikh Saed 村は人口規模が少なく、ヘルスポイント設置の基準に達しないが、これは厳格なものではなく、援用が可能であるとのこと。例えば、ハッサケ県では村民の協力的な姿勢が評価され、人口 800 人の村にヘルスポイントを設置した事例もあると紹介。SP50 万の寄付を集めれば、ヘルスポイントの設置は可能と説明したが、村側は最近モスク建設のため寄付を集めたばかりであり、貧しい村民から再度寄付を募るのは不可能と回答、やる気になれば集められると主張する Dr.Kanaan との間で白熱した議論になる。
- ・ MOH に依存しないで、村のやる気を見せてほしいという Dr.Kanaan の一喝で議論は終了、寄付金を集めるためには役人の署名した書類が必要ということで、Dr.Kanaan がサインを行うことになり、ヘルスポイント設置のための寄付を募る書類がすぐに用意される運びとなった。Village Development Committee は、村民から 1 人当たり SP100 以上の寄付を集めることを誓約。

面談記録

日時	2003年4月9日(水) 12:00~13:30
場所	Akrabaa Village、ダラー県 (Healthy Village の事例④)
面談者	Village Development Committee メンバー、ヘルスボランティア等約 50 名

活動概要

- ・ 1996 年からプログラムスタート。最も成功している事例の 1 つとして紹介されたもの。プログラムの一環として村ぐるみで禁煙に取り組み、Smoking free の村として知られており、WHO から表彰されている。ヘルスインフォメーションセンターには、禁煙に成功した村人の氏名が貼りだされている。
- ・ 2003 年度の開発優先課題として、ヘルスセンターの移転、保育所の建設、所得向上プログラムへの取り組みなどがあげられている。

所得向上

- ・ 村の基幹産業は農業。生産性向上のため、土壌の調査等により、土地に適した作物・肥料、栽培法について、村民は専門家のアドバイスを必要としている。
- ・ 産物の加工・マーケティングについての学習意欲も高い。乳牛を飼育している世帯では、現在のところ、各戸を回ってくる収集人にわずかなお金で生乳を卸している。加工技術を学び、製品の付加価値を高めて収入を増やしたいと希望している。
- ・ 養蜂技術について指導を受けたことがあり、現在 10 巣を管理し、蜂蜜の製造を行っている。村内で取れる蜂蜜は質が高いことが分かっており、更に養蜂事業を拡大するため、ローンを受けることを希望している。
- ・ このほか、農業器具の購入やコンピューターの購入などのため、ローンを希望している人たちもいる。
- ・ 技術指導は過去に行われたが、すぐにトレーナーが別の HV へ移ってしまい、続かなかった。

ヘルスポイント

- ・ 村内には助産婦がいないため、ハラー（近郊都市）から週 3 日のみ助産婦が来ていた。再三の要請の結果、先月から毎日来るようになったが、それでも毎月違う人に交代してしまう。また、勤務時間は 8:00~14:00 までであり、それ以降はプライベートのクリニックに行くか、ハラーの病院まで出かけるなければならない。なお、自宅での助産婦による出産介助には、SP1,000 の費用がかかる。ヘルスポイントまで行き、出産する場合は無料。
- ・ 家族計画の指導を行っているが、ヘルスポイントのスペースは限られており、女性を診察する場所を確保できないため、IUD による処置は行っていない。

面談記録

日時	2003年4月10日(水) 11:00~12:00
場所	保健省(ダマスカス病院) 看護師・助産婦担当課
面談者	Dra. Riwa Dahman /Director of Nursing and Midwifery Department

訪問目的

- ・ハッサケ県緊急医療支援チームの報告に、「保育システムなど、看護師の働きやすい環境を整えるべき」とあったため、看護師の労働環境について周辺情報を得ること、また看護教育について日本からの支援の可能性を訊ねるため担当者にヒアリングを行った。

看護師の労働環境

- ・多くの病院はスペース不足からナースステーション、看護師の更衣室・休憩スペースなどを備えておらず、食堂、保育室などもない。
- ・保育室は病院内に設けられている場合でも、通常 14:00 に閉まる。このため、既婚の女性は午後のシフトに入りたがらない。
- ・看護教育のカリキュラムのうち、3分の2は病院で行われる実習。しかし、病院の空きスペースがないことから、セミナーの場所もない。

看護教育について

- ・現在、シリアには専門看護師を養成する課程はなく、その整備が看護教育における最大の課題となっている。
- ・イタリアからの支援により、ダマスカスの看護学校に小児科、コミュニティー、救急(critical)の3部門の専門課を設置するための準備を進めている。各分野に1名、専門家が派遣される予定である。
- ・上記以外にも、手術、精神科、老人科、感染症対策、救急(emergency、criticalは病院の中だけで、emergencyは救急車の中での処置など幅広い範囲を含む)・災害対策などの看護専門科の設置について必要性を感じている(看護サービスの強化計画については付属資料A-5参照)。
- ・看護学校は各県ごとに設置されており、それぞれの県の保健事務所の管轄下にある。これまでカリキュラム変更などの実施が円滑に進まなかったため、ダマスカスの看護学校をMOHの直轄とした。同校ではダマスカス、ダマスカス農村部、クネイトラの3県の学生を受け入れている。今後は現役看護師のリカレント教育の場としても活用していく方針である。
- ・HVPでは、医療スタッフのいない村に看護師を配置するため、各県の看護学校へ村から学生を送ることを推奨している。優秀なHVからの推薦であっても、学生が優秀とは限

らず、多くの場合は平均レベルを大きく下回る学生で、入学後に苦勞することも多いが、将来有益な人材に育つことを期待して、看護学校においても特別な配慮をもって指導を行っている。

助産婦教育について

- ・助産婦は看護師よりも給与が高く、自らクリニックを開設する道も開かれていることから、現役の看護師の中にも助産婦になるための教育を再度受けることを希望する人が多い。
- ・現行の助産婦教育課程は、看護師の課程（高卒者を対象として3年間）を終了後、2年間であるが、農村部における助産婦の不足は深刻であり、育成が急務となっている。バーレーンでは、助産婦の教育課程は1年のみだが、十分なカリキュラムが組まれているため、このシステムをシリアでも導入し、教育過程を短縮したいと考えている。2002年、バーレーンのシステム導入についてUNFPAに支援依頼を申請している。
- ・助産婦の不足は一部の県において特に深刻である。そのため、助産婦が不足している地域出身者を優先的に入学させるシステムをとっている。
- ・助産婦の不足には、絶対数の不足のほか、配置のアンバランスの問題もある。あるヘルスセンターには助産婦が8人配置され、あるヘルスセンターではゼロ、という状態もある。ヘルスセンターごとのスタッフの人数を把握する仕組みがない。
- ・TBAは一般に、助産婦（自宅での介助1回SP1,000）よりも安い費用しか請求せず、出産介助以外にも部屋の掃除や食事の用意、他の子どもの面倒をみるなどの関連サービスを提供するため、特に地方においてはTBAを好む人もいる。助産婦の不足している地域ではTBAは依然として必要不可欠な存在だが、やはり緊急時の対処に不安は残る。このため、既に助産婦数の充足している都市部においては、TBAの出産介助を禁止している。

面談記録

日時	2003年4月13日(日) 13:00~14:00
場所	WHO事務所(MOH内)
面談者	Dr.Mohamed Kamel/ Representative (エジプト人) Mr. Yassin Shukr, Mr. Omar Amash (シリア人)

HVPについて

- ・ HVP は保健のみに特化したものではなく、村落の総合的な開発プログラムである。スタート当初からローンの供与にも着手している。
- ・ このほか、既存のヘルスセンターの能力強化、学校教育についての啓蒙活動にも力を入れている。
- ・ HVP のなかは、リプロダクティブ・ヘルスの分野をもっと強化したいと考えている。特に、ハッサケ・デリゾール、ラッカなどの県の農村部ではヘルスセンターへのアクセスが不十分であることから、これら地域にモバイル・クリニックを導入し、FP サービスや予防接種の普及を推進したい。4~5台を導入すればカバーできると思われる。
- ・ JICA が HVP の支援を行う場合、ターゲットエリアとするのは、ニーズの高い東部の3~4県から選ぶのが良いと思う。国際機関の支援対象は、すべて東部地域に集中している。
- ・ HVP の戦略には女性のエンパワーメントという項目が入っているが、実際には特にジェンダーに配慮した取り組みはなされていない。今後の視点として考えるのもよいかもしれない。例えば IFAD¹⁾ は、特に女性を対象として6~8か月にも及ぶトレーニングを実施しており、こうした取り組みを参考にしてもよいかと思う。

HVPに関する今後の方針

- ・ プログラムの対象村が急激に拡大しすぎているという懸念がある。WHO としては、ターゲットを分散させるよりも、集中して取り組んだほうがよいと考えている。
- ・ これまで、プログラムの対象を広げることに重点を置いてきたため、既にプログラム対象となっている村における、プログラムの持続可能性については話題に上っていなかった。現在、WHO は HVP におけるローン供与の基金として、15村くらいを対象として Village Fund を設けることを保健省に提案しているが、このような取り組みを始め、そろそろ持続可能性について検討してもいい時期かもしれない。既に一定の成果をあげた村については、「卒業」というような制度があってもよいかと思う。

¹⁾ International Fund for Agricultural Development : 国連組織の1つであり、農村部における貧困緩和、栄養改善に向けた取り組みを推進する機関。

HVP の評価について

- ・ 2003 年 2 月、“Healthy Village Program in Syria”と題した評価レポートをまとめた（コピー入手）。HVP では、各種保健指標をはじめとするデータを対象村から毎月収集しているが、評価にあたっては、プログラム対象村のうち 10%に相当する 30 の村を選定して独自データの収集を行った。データ収集にあたっては、世帯（30 村から各 10 世帯＝計 300 世帯）、フィールドコーディネーター、プログラムコーディネーター、県保健局など対象別に 5 種類の質問票を用意。データ収集はダマスカス大学に委託し、費用は 6,000 米ドルであった。

面談記録

日時	2003年4月14日(月) 13:00~14:00
場所	FIRDOS (Fund for Integrated Rural Development of Syria) 事務所
面談者	Ms.Nouar al-Shara/ External Relations Officer

概要

- ・ 2000年7月、大統領夫人を会長として設立された国内 NGO。農村地域を対象として地域開発に向けた支援を展開している。HVP とも一部連携し、保健所・保育所の設立資金の部分的供与を行ってきたが、最近では重複は避けるようにしている。
- ・ 活動資金は民間企業や各国の大使館、WHO などから得ている。

主な活動

1. マイクロクレジットの供与

- ・ アレッポ、ホムス、イドリブ、クネイトラ、ラタキアの5県、50村で展開。
- ・ 村民に直接貸付は行わず、まず村民に村落開発委員会を組織させ、委員会を通じて貸し付けている。貸付対象者の選定も委員会が行っている。
- ・ 貸付金額は、プロジェクトの内容に応じて 200 ドルから 2,000 ドルまでと幅がある。利息はとっていない。2002年までの実績では、返済率は 100%である。返済しない人がいれば、FIRDOS は即刻村から引き上げると委員会に申し渡してあり、貸付対象者一人ひとりが責任を認識していると思われる。
- ・ 貸付対象は、個人でもグループでも構わない。所得レベルや性別にも制限を設けていない。現在のところ、利用者の 40%程度が女性である。事業の内容は非常にバラエティに富んでおり、乳牛や鶏の購入のほか、ローカルバスの運営を目的としたマイクロバスの購入、小規模工場の設立、美容院・写真店の開設など様々である。

2. 教育支援プログラム

- ・ 大学進学支援：シリア国内の大学への進学を支援するため、食費や交通費、書籍購入費等の費用として（シリアでは学費は無料）、学生 1 人に年間 SP50,000 を 4 年間供与（返済義務なし）。1年目に 7 人、2年目に 9 人の学生が加わり、計 16 人が支援の対象となっている。
- ・ IT トレーニング：IT 教育に対応できるよう、教師のトレーニングを実施しているほか、コンピューター 17 台を備えた特注バスをで村落を回り、児童を対象としてコンピューター学習を展開している。バスは現在 2 台あり、現在 3 台目を準備中である（1 台は日本の草の根無償により資金を調達）。

3. 基礎的ニーズ支援

- ・村落開発委員会を組織させた後、開発の優先課題を設定させ、施設が必要という場合は、その費用の 35%程度（状況により異なる）を村人自身の募金によって集めさせ、残りを FIRDOS が負担するという方式で施設整備を支援している。募金を集められるかどうかで、村の開発意識の高さ、参加意欲の高さが判断できることから、FIRDOS ではまず最初にこの項目から着手し、村をプロジェクトの対象として選定するかどうかを決定している。
- ・ニーズの高い施設は、やはり保健施設である（ヘルスセンターの建設資金はおおむね 2 万米ドル）。保健施設の設置にあたっては、まず保健省に打診し、医師の派遣について承認を得る必要があるが、この手続きに非常に時間がかかることが多いのが難点である。そこで FIRDOS では、保健省を通さずに医師を直接雇用し、民間のクリニックとして営業するという方式を検討中である（医師の月給は最低 SP10,000 は必要で、治療費の一部は医師の収入となるようなシステムをとり、医師のインセンティブと効率性を高める方針である）。2004 年からこの方式を導入する予定である。

その他

- ・ホームズに土地を取得し、所得向上のための小規模な訓練施設の整備を進めている。
- ・シリア国内には FIRDOS のほか、環境分野を中心に、8 つの NGO が活動している。

面談記録

日時	2003年4月15日(火) 12:30~14:00
場所	Al Hilal Hospital (ダマスカス市内、保健省管轄)
面談者	看護師長ほか

病院概要

- ・ 98床。ICU、救急のほか、内科、外科、耳鼻科などがある。看護師は165名。
- ・ 保健省看護・助産婦課長から、「看護師の就業状況について、典型的な問題を抱えている事例」として案内された病院。
- ・ 看護師長はまだ着任して1か月ほどの新任(男性)。着任後、病院に問題点の改善要求を継続して行った結果、医師団との対立を深めており、保健省看護・助産婦担当者に辞任をほのめかしている。

病院における問題点

① 備品の不足

- ・ 基礎的なものが不足している。例えば、消毒薬、ガーゼ、リネン類などの消耗品すら十分ではない。外科医が患者から患者へ移る際、手を洗浄するための薬剤すらないため、手を洗わずに次の患者を担当している。(救急病棟を見学したが、手洗いと器具の洗浄を兼ねている流し台には、台所用洗剤しか置かれていなかった)
- ・ 入院患者にはAIDS患者もいるが、マスクやゴーグルなどもなく、無防備に診療せざるを得ない。(医療スタッフの認識不足もあるのでは?)
- ・ 病室の多くは4人部屋だが、ベッドを仕切るカーテンもなく、診察時等のプライバシーが確保できない。

② 機材の不足

- ・ 薬品を管理するための保冷庫がない。心機能蘇生のための電気ショックの機器もない。
- ・ 病院の救急車には中身が何もない。

③ スペースの不足

- ・ 看護師と医師の労働環境の格差が大きい。医師には仮眠用のベッドを備えた専用の休憩室が与えられているが、看護師には専用の部屋もなく、適宜空きスペース等を利用して更衣・飲食・休憩などを行っている(看護師長のオフィスも、他の看護師の更衣・荷物置き場のスペースとして活用されている)。なお、看護師の夜のシフトは20:00~8:00である。各科に1部屋くらいは、看護師が休めるようなスペースを確保してほしいと考えているが、病院の空きスペースはないため、対応は難しい。
- ・ 保育室があるが、12m²ほどのスペースに20人の乳幼児(4か月~3歳)を預かっている状態である。ベビーベッドが3つあり、複数の乳幼児を1つのベッドに寝かせている。

保母は5名おり、利用料は無料（看護師は産後4か月まで産休をとることができるが、4人目の子どもからは産休なし、ということで規定が変更された）。3歳以上の子どもを預けられないのは、スペース、保母の数が限られているため、乳幼児とある程度大きな子どもを一緒にしておくのは危険だという判断から。なお、保育室は看護師の更衣のスペースとしても利用されており、衛生的にも問題である。

- ・ナースステーションがない。
- ・看護師に感染症対策などのレクチャーを行いたいが、会議用スペースがない。

④ その他

- ・看護師のユニフォームは、ある年は保健省から支給されるが、次の年には支給されないなど、供給が不安定。
- ・病院の器材・備品・薬品等に関して、誰が何をどのように管理するのか、規定が整備されていない。この病院では、新任の婦長が来たため、それまで認識されていなかった問題点に関心が集まるようになったが、以前は看護師たちは、現状を当然のものと受け止め、問題点を意識していなかった。
- ・MOHの管轄下の病院では、SP20,000以上の機材を購入するためにはMOHの許可を得る必要がある。しかし、この基準では手続きが煩雑であるため、この基準をSP 50,000まで引き上げてもらえるよう申請中である。
- ・病院の1階に保育室が設けられているが、受入れ時間は8:00～14:00であるため、午後のシフトに入る人にとっては利用しにくい。このため、既婚の看護師は午後のシフトに入ることを好まない。
- ・患者のカルテを一括して管理するシステムを導入したいと考えている。現在、患者は直接各課の窓口を訪れているが、そうではなく、総合窓口を設けて、そこを通じて各課へ患者を振り分けるシステムを作りたい。

面談記録

日時	2003年4月22日(火) 11:00~12:00
場所	保健省 PHC 局リプロダクティブ・ヘルス課
面談者	Dra. Reem Dahman /Director of Reproductive Health (前出看護師・助産婦担当課長の実姉)

TBA のトレーニング

- ・保健省では、出産介助者として助産婦の育成に力を注ぐ一方、助産婦の不足している地域における出産介助者として TBA の必要性を認識しており、順次トレーニングを進めている。しかし、特にハッサケ、アレppoなど県域が広く、人口の分散している地域においては、トレーナー不足、日当などの予算の不足、車輛不足などの理由によってトレーニングが進んでおらず、今後トレーニングの実施を必要とする TBA がそれぞれ 1,000 名ほど存在している(次ページ表参照)。TBA トレーニングは、トレーナーが村へ赴いて実施しており、期間は 1 か月間、10 名まで参加可能である。トレーニングの内容は確立されており、変更の必要はない。
- ・保健省は既存の TBA に対するトレーニングの必要性を認識してはいるものの、あくまで助産婦不足が解消されるまで(保健省の試算では 2015 年以降になる見込み)の代替案としての位置づけであり、TBA の就業を奨励する方針はとっていない。以前はトレーニングを修了した TBA に対して修了証を発行していたが、現在ではそれも行っていない。
- ・トレーナー不足の解消に向けては、UNFPA からトレーナー増員のための予算を割り当てられている。トレーナーの不足しているハッサケ、アレppo、デリゾール、ラッカ、タドモール(ホムス県の砂漠地帯)地域において、現在 15 名いるトレーナーの数を 12 名増員させ、計 27 名とする方針である。トレーナーの訓練プログラムは確立されており、変更の必要はない。

レファラルセンター

- ・保健省では、保健地区(全国 72 地区)ごとに、地区のヘルスケアの拠点として、高機能の「地区ヘルスセンター」を整備している。リプロダクティブ・ヘルスの分野では、同センター内に「レファラルセンター」と称するレファラル拠点の設置を進めており、地区のレファラルのトップと位して婦人科医を配置し、子宮がん・乳がん検診や IUD の挿入など、従来のヘルスセンターでは対応できないサービスを提供している。ただし、必要機材の経費として 1 リファラルセンター当たり US\$23,000 程度を要することから、2001 年末時点でのリファラルセンターの設置数は、全国 72 の地区ヘルスセンターのうち 29 か所にとどまっている。地域格差も大きく、アレppo県では 12 地区に 1 か所、ハッサケ県では 4 地区に 1 か所しか整備されていない。機材購入のための費用の確保が急務となっ

ているが、保健省予算の不足によって対応できない。

家族計画

- ・ 20 年ほど前に、家族計画の普及に向けて全国で個別訪問を実施したことがあり、一定の成果を上げたが、継続しなかった。保健省では、産前産後のケアのためにヘルスケアセンターを訪れた女性に対しては家族計画の指導を行っているが、特に産後ケアの普及率は 17.3%（農村部）と低いため、ケアを受けない女性との接点がないのが現状である。そこで、保健省では TBA を通じて避妊具の配布を行うなどの普及活動を進め、ヘルスケアセンターを利用しない女性に対しても家族計画へアクセスできるような環境づくりを進めているが、より積極的に普及を図る必要性を感じている。目標としては、家族計画の普及率を 60～70% まで引き上げることをめざしている（UNICEF の資料では 1995-2000 年の家族計画の普及率は 36%、IPPF 資料では 30% である）。

表：県別に見たトレーニングを受けていない TBA の数

地域区分	県	トレーニングを受けていない TBA の数
南 部	ダマスカス	0
	ダマスカス農村部	500
	スウェイダ	100
	ダラー	0
	クネイトラ	0
北 部	アレッポ	1000
	イドリブ	100
内陸部	ホムス	60
	ハマー	100
海岸部	ラタキア	0
	タルトゥース	0
東 部	デリゾール	300
	ハッサケ	1000
	ラッカ	300

面談記録（経済活性化分野）

Minutes of Meeting

Attendees: Mr. Masahiro Otake, Wakaf (JICA)
Dr. Sukkar, Bashar Takriti, Wael Jundi (SCB)

Date: 30 March 2003, 12:30 PM

Location: JICA Office Damascus

Subject: To discuss potential projects for Japanese Official Development Assistance (ODA), in the areas of promoting SMEs.

Dr. Sukkar submitted a list of 7 potential projects in the area of promoting SMEs and 4 projects in vocational and educational training (please see attached). Dr. Sukkar explained the main purpose of each project.

For example, project No.1 intends to develop SMEs' skills by implementing a training program. JICA explained that the SEBC is currently doing similar projects. In projects No.2 and 7, the mutual purpose is to teach enterprises how to produce reliable figures and maintain consistent data that could be exchanged between entities in similar industries.

Concerning project no.3, Dr. Sukkar gave a brief explanation about the National Program for Combating Unemployment (NPCU) and its sources and uses of funds. In combating unemployment, Dr.Sukkar suggested that JICA could help by providing assistance to micro enterprises.

Mr. Masahiro said that he prefers to support medium enterprises in the area of promoting SMEs rather than micro enterprises.

Mr. Wakaf added that the European Commission is currently working on finalizing the feasibility study of updating the current curriculum for TVET institutes in Syria.

More projects were discussed based on the submitted list and the public entities or ministries expected to be in charge of each proposed project were identified.

Minutes of Meeting

Attendees: Mr. Masahiro, Mr. Shegeru, and Mr. Wakaf (JICA)
Dr. Sukkar, Bashar Takriti, Wael Jundi (SCB)

Date: 2 April 2003, 2:30 PM

Location: JICA Office Damascus

Subject: To discuss potential projects for Japanese Official Development Assistance (ODA), in the area of promoting SMEs.

Mr. Masahiro asked if there is any policy or measure that controls SMEs in Syria, Dr. Sukkar answered that no such policy exists and that UNIDO has conducted a study in this regard.

Since JICA can not offer assistance directly to the private sector, Dr. Sukkar advised JICA to contact the Ministry of Industry, Chamber of Commerce and Chamber of Industry who will help them in directing there ODA to the private sector.

In reply to a question by Mr. Masahiro, Dr. Sukkar said that the chambers of commerce and industry are under the jurisdiction of the Ministry of Supply and Internal Trade and the Ministry of Industry respectively and both chambers are related to the Ministry of Economy and Foreign Trade.

Dr. Sukkar explained that these chambers are the only business associations in Syria. As for the export promotion project, Dr. Sukkar advised that it can be discussed with the chamber of commerce. Dr. Sukkar advised that we visit the chambers first and then we can arrange meetings with the following ministers:

- 1- Minister of Industry
- 2- Minister of Economy and External Trade
- 3- Minister of Higher Education and his deputies

In this meeting we (SCB) presented the final copy of the study of Unemployment, Vocational Training, and SME promotion in Syria. All proposed projects were included in the study with more explanation especially in the area of combating unemployment and vocational and educational training.

Minutes of Meeting

Attendees: Mr. Masahiro, Mr. Shegeru, and Mr. Wakaf (JICA)
Dr. Sukkar, Bashar Takriti, Wael Jundi (SCB)
Dr. Ratib Alshalah , Chairman of Damascus Chamber of Commerce
Mr. Ghassan Qalla', board member
Mr. Abulhuda Allaham, board member

Date: 6 April 2003, 11:00 AM

Location: Damascus Chamber of Commerce

Subject: To discuss Potential projects in the area of SME promotion

Dr. Sukkar explained the main purpose of JICA's visit to the chamber and their intention to collaborate with the chamber in promoting SMEs. Thereafter, Dr. Shallah focused on the following important areas of potential cooperation:

- 1- Management and feasibility studies
- 2- Update the production lines in the majority of Syrian industries (public and private)
- 3- The consulting business
- 4- Training for human resources in both managerial and operational levels

Thereafter, Dr. Shallah pointed out one of the most important issues which is the need to update our production lines in the textile industry to enable Syrian manufacturers to sell finished products in foreign markets rather than exporting only raw materials.

In terms of promoting exports, Dr. Shallah said that more attention should be given to the following new products which have become increasingly important in the past three years:

- 1- cotton
- 2- olive oil
- 3- pistachios

In addition, Dr. Shallah said that the government is monopolizing the export of two strategic products (wheat and cotton).

Mr. Qalla' concentrated on education and improving the quality of human resources as an important area where JICA could help. Training will be in two levels (teachers and workers).

Thereafter, Dr. Sukkar introduced the idea of establishing technology center that would serve Syrian manufacturers and solve their existing problems. Dr. Shallah and other board members were very enthusiastic and show interest in helping JICA whether in financial or human resources.

Minutes of Meeting

Attendees: Mr. Masahiro, Mr. Shegeru, and Mr. Wakaf (JICA)
Dr. Sukkar, Bashar Takriti, Wael Jundi (SCB)

Date: 6 April 2003, 2:30 PM

Location: JICA Office Damascus

Subject: To discuss potential projects for Japanese Official Development Assistance (ODA), in the areas of promoting SMEs.

Dr. Sukkar talked about establishing a technology center in collaboration with both the Chamber of Commerce and the Chamber of Industry whereby the chambers handle the construction or provide the space and JICA dispatches experts and supplies equipment. He gave an example of Kanagawa Industrial Technology Research Institute (KITRI).

Dr. Sukkar explained the difference between the Damascus Chamber of Commerce and the Federation. Thereafter, Mr. Masahiro asked the Syrian Consulting Bureau to provide him with a paper detailing existing chambers, year of establishment, number of members, annual membership fees, and the number of board members.

Concerning the technology center, Mr. Masahiro asked about the likely economic sectors that the center would serve. Dr. Sukkar said that the textile and agro industry sectors are the most important. In addition, Dr. Sukkar said that the chamber of commerce is very rich and could assist in establishing the center. Mr. Masahiro referred to a study JICA conducted 4-5 years ago about the textile sector in Syria.

In terms of export promotion, Dr. Sukkar said that the chamber of commerce is supporting export promotion services and the government could help a lot in this field in addition to JICA's help.

Minutes of Meeting

Attendees: Mr. Masahiro, Mr. Shegeru, and Mr. Wakaf (JICA)
Bashar Takriti, Wael Jundi (SCB)
Mr. Samer Debs, President of Damascus Chamber of Industry

Date: 9 April 2003, 11:00 AM

Location: Damascus Chamber of Industry

Subject: To discuss Potential projects in the area of SME promotion

Mr. Masahiro introduced the project to the president of the chamber and expressed JICA's interest in promoting SME's in Syria and identified three main criteria for SMEs in Syria as he sees it:

- Small size enterprises
- Basic or limited technology:
- Limited financial resources

Mr. Debs identified three areas of potential cooperation with JICA as follow:

- 1- Export promotion
- 2- Financing existing projects
- 3- Assisting in the technological side of the production process

In term of export promotion, Mr. Debs pointed out that export is becoming more important and said that the Lebanese are considering export as the only way for the Lebanese industry to survive "export or die".

In a previous visit to the Minister of Economy and External Trade, Mr. Debs and the Minister agreed on the necessity of establishing an export promotion center that would serve both the private and public sectors.

In addition, Mr. Debs mentioned that negotiation between the SEBC and the previous Minister of Economy and External Trade about similar center did not go through because the Europeans wanted to invest € 22 million with the participation of the private sector only.

Mr. Debs added that establishing such export promotion center would be only the first step and thereafter, this center should have presence in many important markets such as Europe and Asia.

Mr. Wakaf asked Mr. Debs if JICA could assist the chamber as an existing entity in the restructuring of the chamber that undertook when he was elected last year. Mr. Debs welcomed the idea and asked if JICA has done restructuring for chamber in countries that have similar economic situation.

Mr. Masahiro asked Mr. Debs to identify target export markets. Mr. Debs said that Europe, Asia and North Africa are all promising markets to promote our exports.

In term of subcontracting locally, Mr. Debs said that most of the Syrian manufacturers are manufacturing all components (from A to Z) of the finished product in their factories and the idea of subcontracting is not very common.

Mr. Masahiro presented the list of potential projects, which the Syrian Consulting Bureau prepared, to Mr. Debs who commented that all proposed projects are very important and steps should be taken to improve industrial statistics and to conduct a feasibility study about export promotion.

Mr. Wakaf asked Mr. Debs if the chamber has the interest to collaborate with JICA's consultants to conduct a study about export promotion. Mr. Debs responded positively and offered giving consultants a space in the chamber or renting them one if needed or in offering any forms of assistance.

協議議事録

日時	4月16日(水) 10:00~11:45
面談者	先方 日本国大使館 奥田 健 二等書記官
調査団	当方 山下企画調査員、武智企画調査員、調査団(森)

1. 調査団

今回は、保健医療及び中小企業振興・職業訓練の分野での案件開拓のために来訪した。これらの分野はこれまで技術協力が少なかった分野であるが、拡大できるかその可能性を含め考えたい。

市場経済化支援という枠組みで、過去国別特設研修を「市場経済化セミナー」「金融近代化セミナー」を実施してきているが、シリア政府の遅々として進まない経済改革のなかで、本格的な協力のタイミングを見極めるのが難しい。欧州との貿易枠組みの取り組みのなかで、EUによる協力が先行しており、日本の参入のあり方は簡単ではない。

2. 奥田書記官

先日、所長や山下専門員とも国別事業実施計画について相談した。援助のあり方として、こうした計画が今後ますます重要になると理解しており、しっかりとした計画にしていきたいと考えている。シリアの場合、各種必要となる政府関係の資料など十分なものがなく、何が課題かなど、説明することは簡単ではないが、ODA を実施するうえで説明の責任は大きくなっており、この計画が重要な意味をもつであろう。

米国との関係についても気になるところである。円借款の進捗も滞っているところ、ますます進めにくくなった。無償についてもクネイトラ病院の調査を控えているが、予定どおりに作業が進むように願っている。

3. 調査団

保健医療は PHC 等に対する協力の可能性を検討したい。無償で大病院への機材供与を進めてきたが、地方の基礎保健分野の改善につながる支援を考えたい。

日時	4月16日(水) 12:00~12:45
面談者	先方 Barakat Shahin 工業省次官
調査団	当方 調査団(森)、山下企画調査員、Ammar 所員

1. 調査団

今回は中小企業振興や職業訓練など工業振興、ひいては雇用の拡大につながる分野での協力の可能性を検討するために来ている。この部門では既に EU や UN が協力を展開しているが、それらの現状と工業省が日本に要請を考えている分野についてうかがいたい。

2. Shahin 次官

EU との協力で進めているのは、工業全体の近代化など総合的なアプローチが中心である。

日本の協力として期待しているのは、特定産業の支援である。繊維産業に対して日本は開発調査を行って問題点を抽出した。その後専門家派遣や繊維工業専門学校への無償機材や SV の派遣が行われた。こういった支援は我々にとって有用であり、今後別の分野でも実施願いたい。皮革産業と部品・金型産業、食品加工が次のターゲットと考えている。皮革産業については既に企画庁に要請書を提出した。産業の現状、弱点及び優位な点はどこにあるのか、まずは調査が必要である。日本から専門家ひとりでもかまわないので、各産業の課題を分析する調査をシリア側と一緒に行ってほしい。

大企業がある繊維産業に比べ、皮革産業と部品・金型産業、食品加工は小企業と零細企業ばかりであり、脆弱な体質にある。今後の政府による支援を強化するために、まず調査が必要だ。

政府の工業支援策としては、ソフトローン、登録や免許・資格の交付、関税や税金の優遇措置、その他の奨励策等がある。

日時	4月16日(水) 13:10~13:45
面談者	先方 Dr.Sukkar
調査団	当方 調査団(森)、長澤所長、山下企画調査員、Ammar 所員

1. 調査団

在外プロ形の資料を受領した。現状分析、ドナーの協力の状況、更には日本の協力の可能性について提案があるが、まずシリア経済の最新の状況を踏まえて、補足的な説明をお願いしたい。特に産業振興の分野については、現在でも欧州勢に遅れをとっていること、日本の関係省庁、企業の支援が得られにくく、本格的な協力が簡単ではない状況を踏まえ、今後の協力の方法を模索したいと考えている。

2. Sukkar

現在の失業率は 23%という数字が出ているが、今までの公表数字(9%)より実態に近いと思う。

マクロ経済政策への支援としては、ようやく EU の協力が始まろうとしている。全体的なフレームワークにわたるもので協議の段階にある。

既存の SEBC は最初こそもたついたが、その後順調に進んでおり、輸出の振興、管理研修、市場情報の提供などの民間企業支援を拡大してきた。コストシェアでの事業実施であり、その割合も徐々にシリア企業が増えている。EU 側に負担が 70%から 50%になる。

最近のシリア経済の特徴は、一部の特権をもつ企業がより事業を拡大している一方、弱小企業はより弱体化している。政府やドナーからの支援は、こうした弱い企業を支援するような形で実施してほしい。

日本の産業活性化の面での支援として、工業センターのようなプロジェクトが有効だと考える。繊維や食品加工などの将来を期待される分野について、技術開発の振興や市場情報の拠点となるセンターが待ち望まれている。特に日本の技術をシリアに伝える機関が必要だ。シリア側で土地や建物は提供できるので、日本側からの機材や専門家の派遣を期待したい。

ICT 分野も政府からの支援が必要とされる。売買や情報の収集は今やインターネットが主流になっているにもかかわらず、民間企業のコンピューター利用が格段に遅れている。

中小企業への融資制度は、新しく出来た雇用対策公団の主業務であるが、組織、資金の準備が出来た段階で、これから本格的に稼働する。まだ評価するのは早い。保証制度も整っているので、機能することを期待したい。

産業としては、食品工業の支援が重要と考える。シリアは農業国であり、小規模企業が多く労働集約型の産業で雇用創出効果も大きい。大企業がないために工業会議所の中でも発言力が小さかったが、シリアにとっては重要なセクターである。

大学や教育の重要性が高い。現大統領は研究開発へ予算拡大を表明しているが、予算規模があまりにも小さく、2倍にしたところで全く不十分。

民間銀行はようやく実質的な動きが出てきた。民間企業を審査する委員会が正式に発足し

たので、既に審査を待つ有力 3 銀行がすぐに承認されることになるだろう。この分野での改革がようやく動き出した。

面談者：UNICEF Mr.Tomas Bergholtz (Monitor & Evaluation JPO)

UNICEF Dr. Iman Bahnasi (Asst. Project Officer)

日時：2003年4月20日 10:00～11:00

JICA：出席者 山下専門員、中近東・欧州課 森代理、石井職員、シリア事務所 アマール氏

訪問目的：シリアにおける教育分野での協力の可能性を探るために、教育の現状と各ドナーの協力の情報を収集する。

収集物：UNICEF Syria News Letter

UNICEF in Syria

Child Labor in Syria

UNICEF Cluster Survey in Syria

シリアの教育の現状と問題点：

- 1) 国全体の初等教育の就学率は良い（ほぼ 100%）が、UNICEF の農村部での実態調査では、女子の就学率が低く、ドロップアウト率は 30～40%と見込まれるところもある。
- 2) 義務教育を 6年から 9年に移行中。
- 3) 幼稚園のキャパシティーは 7～8%をカバーするに過ぎず、40%まで引き上げることが必要。
- 4) 問題の本質は、先生の質の低さである。教員の給与が低いことや社会的地位の低さから、高校での成績の良くない者が教員養成校に入る。教育省内の人材も不足。
- 5) 理数科教育に限らず、記憶重視の教育であるので、学校で学んだことを社会に出て適用できないことが問題。つまり、カリキュラムよりは教授法が改善の余地あり。教員養成校の質そのものを変える必要あり。

UNICEF の協力：

- 1) Back to school program と称して北東部地域の女子のドロップアウト者に短期集中型教育を施している（通常 6年の義務教育内容を 3年で実施）。現在、プログラムの評価中。
- 2) 幼稚園の数の拡大（目標は 7から 40%に上げること）。
- 3) カリキュラムのジェンダー配慮支援。
- 4) 学校における健康教育。
- 5) 現在、ドロップアウトの原因を調べるための Qualitative research をダマスカス大学に委託して実施中（8月に評価結果が出る予定）。

JICA の協力の際に留意すること：

- 1) 教育省 (Unit for Special Education) では 5 か所のパイロットエリアで試行的に障害者支援と健常者の包括教育を行っている。教員にとっては、研修を受けられることしかインセンティブがないのが問題。
- 2) 他のドナーの教育分野での支援はない (スイスとフランスが Child protection をしている程度)。
- 3) 英語教育については 30~40 年前のカリキュラムを使っているため、要改善。
- 4) 大人の識字教育は教育省ではなく、文化省の所管である。
- 5) ハッサケで JICA が地域開発プログラムを実施するのであれば教育分野での UNICEF との連携の可能性あり。

面談者： SCB Dr. Nabil Sukkar (Managing director)
SCB Mr. Bashar Takriti (Senior financial analyst)
SCB Mr. Wael Jundi (Financial analyst)

日時：2003年4月20日 12:00～13:00

JICA：出席者 山下専門員、中近東・欧州課 森代理、石井職員、シリア事務所 アマール氏
訪問目的：シリアにおける鉱工業分野への支援の可能性を探るための調査事項、調査手法について話し合いを行う。

当方からの依頼事項：

- 1) 工業省、民間セクターの現状を調査のうえ、工業省への SV 派遣を戦略的に行うための専門家派遣の TOR 及び先方実施機関案を策定する。←過去の工業省への派遣一覧を JICA から用意する必要あり。
- 2) 主要4大学の卒後の進路を調べる（公的機関、民間セクター、湾岸への出稼ぎ、失業、大学の学問と関係のない職種への就業別の割合）。
- 3) 産業を拘束する法律を各産業別に一覧表にしたものを作成する。
以上の1)から3)までを遅くとも1か月以内に作成する。

先方の回答：

4月23日（水）までに、検討し、再度打合せ予定。

収集資料リスト（保健分野）

Central Bureau of Statistics, “Syrian Statistical Abstract 2002”

FIRDOS, “Study for Mobile Information Centre” 2002
“Computer Training Program 2003-2004”

Italian Embassy, “Financing Proposal: Technical Assistance to the Ministry of Health on Policy and Health Economics”
MOH, “Healthy Villages Program 1997-2000”

Syrian Family Planning Association, “The Activities of Syrian Family Planning Association 1998”
1999

UNDP, “Arab Human Development Report 2002”

UNFPA, “Increased Availability of Comprehensive RH service in the under-served areas”,
“Increasing Knowledge of RH concerns and concomitant attitudes and behaviors among women, men,
and youth particularly in target areas”, “Improving the quality of RH services at the National Level
according to the quality assurance concept”

UNICEF, “Multiple Indicator Cluster Survey”, 2000

WHO, “Healthy Villages Program in Syria” 2003

付 属 資 料 A

(保健医療分野)

- A - 1 健康農村プログラムにおける定期収集データ調査項目
- A - 2 健康農村プログラム概要
- A - 3 健康農村プログラム報告書(1997 - 2000)
- A - 4 保健省 PHC 局ヘルスセンター課による Family Health File 調査票
- A - 5 保健省看護師・助産婦担当課による看護サービス強化計画概要
- A - 6 イタリア政府による看護教育プログラムの概要
- A - 7 健康農村プログラムにおいて収集している Family Health File 調査票

Healthy villages directorate

مديرية انقرى الصحية

التقرير الدوري لرئيس شعبة القرى الصحية للربع الأول من عام 2003م

The periodical report of the head of the healthy villages for the first quarter of the year 2003

اسم المحافظة: درعا governorate Darua

أولاً: المعلومات السكانية الأساسية

basic information about people

number of dead children under 5 years
 ١٥٥
 ١٠٤/٢٠١
 number of dead mothers.

عدد وفيات الأمهات	عدد وفيات الأطفال دون الخمس سنوات	عدد الوفيات الكلي	عدد المواليد الجدد	عدد الحوامل	عدد النساء في سن الإنجاب في سن الإنجاب	عدد الأطفال دون الخمس سنوات	عدد الأطفال دون السنة	القرية	المنطقة
-	-	2	18	123	967	1601	184	Akraba	درعا → Nawa
-	-	2	9	41	243	272	77	Almal	=
-	-	1	14	63	480	321	100	Alteehon	=
-	-	3	29	00	748	017	122	الشيخ سعد	=
-	-	2	15	84	388	217	94	عدوان	=
-	-	-	10	7	209	137	22	جميرين	بصرى
-	-	2	20	72	042	340	121	نامير	ازرع
-	-	1	35	77	002	482	176	المتامية	درعا

مديرية القرى الصحية

التقرير الدوري لرئيس شعبة القرى الصحية للربع الأول... من عام ٢٠٢٠م

اسم المحافظة: درعا

أولاً: المعلومات السكانية الأساسية

عدد وفيات الأمهات	عدد وفيات الأطفال دون الخمس سنوات	عدد الوفيات الكلي	عدد المواليد الجدد	عدد الحوامل	عدد النساء في سن الإنتاج	عدد الأطفال دون الخمس سنوات	عدد الأطفال دون السنة	القرية	المنطقة
-	-	١	٥	١١٠	٥٢٣	٤٦٦	٨٤	سملين	→ الضمين
-	-	١	٨	٤٥	٣٢٩	٢٧٧	٨٢	زمرين	=
-	-	٢	١٠	٢٠	٢٣٧	٢٤٠	٦١	جنية	=
-	-	٢	٤٢	٨٠	٥٨١	٣٩١	١٠٤	تبيطة	=
-	٣	٦	١٨	٤٥	٤٧١	٤٣١	١٣٥	كفر تاج	=
-	-	١	٨	١٠	٢٧	٦٤	١٨	أم الموج	=
-	-	٢	٢١	٧٣	٤٥٠	٥٠٣	١٦١	دير العدس	=
-	-	١	٧	١٥	٣٠٨	٩١	٣٤	سه	=

Sana meih

what the supporting groups offered

what the program offered

what the people offered

name of component

village

ثانويات المكونات

region

Valwa

المتابعة	ما قدمته الجهات الداعمة	ما قدمه البرنامج	ما قدمه الأهل	اسم المكون	القرية	المنطقة
Healthy villages branch مديرية الصحة شعبة القرى الصحية	Health directorate مديرية صحة درعا in Daraa	Paralysis Campaign تنفيذ حملة نخل أطفال	trees in gardens and near streets تنفيذ عملية تشجير حدائق المنازل وعلى جانبي الطرقات	basic health care الرعاية الصحية الأولية اصح البيئة	عقربا =	نسوى =
Health directorate	مديرية صحة درعا	تنفيذ حملة نخل أطفال		الرعاية الصحية الأولية basic health care	الطيحة	نسوى
مديرية الصحة فريق مندوبات الاحياء village deputies	مديرية صحة درعا - Daraa health directorate	تنفيذ حملة نخل اطفال -	تنفيذ تروط المنزل صديق الطفولة	الرعاية الصحية الأولية المنزل صديق الطفولة basic health care House is friend of children	المال =	نسوى =
			achieving the criteria of house as the friend of children			

متابعة	تاريخ بداية التنفيذ	ما قدمته انجيات الداعمة	ما قدمه البرنامج	ما قدمه الأهالي	الأولوية	القرية	المنطقة
-	-	making canals فتح العديد من الاتنية للمستنقعات for moors	-	الايدي العاملة working hands	ردم المستنقعات moors covering	الشيخ سعد Sheik Saed	نسوى → Dawa
مديرية صحة درعا	-	مبلغ 10,000,000 ل.س لانعام بنا' المركز تبرع من السيد مناظر درعا	-	الارض + البناء لغاية السقف Land + building until the roof	تحسين الخدمات الصحية عن طريق بنا' مركز صحي	أم العياذن ↓ Um Mayadeen	درعا → Daraa
		10.50000 Syrian pounds to build continue building the centre as a donation			Improving the health services via building a		
		from the governor of Daraa			health centre		

Following up →
 date of starting →
 what the supporting organization offered →
 what the program offered →
 what the people offered →
 priority →
 village →
 priorities
 المناطق الأولويات →
 region →

participating side

Cost

period of the course

Number of trainees

Number of trainers

training level

Courses

البيانات: الدورات

الجهة المساهمة	الكلية	مدة الدورة months	عدد المتدربين	عدد المدربين			مستوى التدريب	الدورة	القرية	المنطقة
				مشرف	ميسر	معاشر				
جمعية تنمية المرأة الريفيّة	rural women	two months	25 20			3 2	good جيد	دورة خياطة sewing	الشيخ سعد	نوى
= = =	developed committee	= شهرين	15 10			1 1	good جيد	دورة محو أمية illiteracy eradication	= =	=
= = =	union	= شهرين	20 20			3 2	good جيد	دورة خياطة sewing	عدوان	=
= = =	الاتحاد النسائي	= شهرين	25 20			1 1	good جيد	دورة محو أمية illiteracy	=	=
= = =	الاتحاد النسائي	6 months ستة أشهر	17 17			1 1	good جيد	دورة محو أمية eradication	نيطة	العنمين
= = =	مديرية الصحة	2 weeks اسبوعين	20 20			1 1	=	دورة متابعة follow up	=	=
= = =	الاتحاد النسائي	one month شهر	25 20			1 1	=	دورة تعريض nursing	=	=
= = =	مديرية الصحة	two weeks اسبوعين	50 50			1 1	=	دورة خياطة sewing	سملين	=
= = =	الاتحاد النسائي	6 months ستة أشهر	25 20			1 1	=	دورة تعريض illiteracy eradication	=	=
= = =	مديرية الصحة	2 weeks اسبوعين	42 42			1 1	=	دورة محو أمية sewing	زمين	=
= = =	الاتحاد النسائي	one month شهر	25 20			1 1	=	دورة خياطة sewing	=	=
= = =	مديرية الصحة	11 يوم	12 12			1 1	=	دورة تعريض nursing	جدية	=

health directorat

21 days

nursing

region

Nawa

village

course

supervisor

lecturer

الجهة المساهمة	الكلفة	مدة الدورة	عدد المتدربين	عدد المدربين			مستوى التدريب	الدورة	القرية	المنطقة
				مشرف	ميسر	محاضر				
الاتحاد النسائي		شهر	٢٥			١	جيد good	دورة خياطة شهرية	جدية	المنعيم

training level

course

village

courses

خامس : الدورات

region

Samameen

administrative activities

إحداثيات: النشاطات التنفيذية والإدارية:

Number of meetings of the development committee during the month: one time
the coordinator visits to the village during the month: one time.

- عدد اجتماعات لجنة التنمية خلال الشهر: مرة واحدة
- عدد زيارات المنسق الميداني للقرية خلال الشهر: مرة واحدة

Visitor's meetings - اجتماعات الزوار
meeting of a supporting team during January 2003 in Adway village

اجتماع فريق دعم قطامي في قرية عدوان خلال شهر كانون الثاني لعام 2003م

meeting in February for supporting team in Samleen

اجتماع فريق الدعم القطامي في قرية سلمين خلال شهر شباط لعام 2003م

meeting in March 2003 for supporting team in Um Almayadeen

اجتماع فريق الدعم القطامي في قرية أم الميادين خلال شهر آذار لعام 2003م

difficulties and suggestions - الصعوبات والمقترحات:

- encouraging the deputies - تعزيز مندوبات بهدايا رمزية لتنشيط عملهن
- giving loans to people - تأمين قروض تنموية جديدة لأهالي القرى المحيطة
- تأمين خبراء اقتصاديين لدراسة مشاريع ذات جدوى اقتصادية لأهالي القرى المحيطة

Providing experts to study the projects which are important economically to the people of the healthy villages.

درعانيها ٥ / ٤ / ٢٠٠٣م

Daraa 5/4/2003

رئيس توعية القرى المحيطة
الدكتور فيصل محسن

Head of healthy villages branch
Dr. Faysal Mohaisen

A-2 健康農村プログラム概要

DEFINITION

- Healthy villages programme is
- Community based
- community managed
- community partly financed that aim at Empowering the community to realize priorities and work for meeting their health and development needs in comprehensive bottom-up approach.

GENERAL OBJECTIVES

- Improving quality of people and their life style.
- Achieving social development needs.
- Supporting health for all goals.

Components of healthy villages programme

- basic development needs
- Self care.
- Community school.
- Villages information center
- Healthy life style
- Baby friendly home
- Baby friendly community
- Women development
- Community based safe motherhood
- Scouting for intellect and innovation of people.

Healthy village's priorities are:

- health care
- clean drinking water
- building school
- income generating
- telephone center
- paving and road lightning
- kindergarten
- information center

ACHIEVMENT FROM 1996-2002

- 311 villages and with the total population of 776.633.
- Family and health surveys executed in 163 villages /52 %/ in process 46 villages presently.
- 216 new health units including 18 mobile clinic.
- Community school component practiced in 142 villages.
- Training courses and educational seminars on healthy life style in 142 villages.
- Grants for 100 families 9.280850 SP
- Loans without interests for 2350 families 19.601700
- Baby friendly home practiced in 92 villages.
- New public drinking water net and wells in 246 villages.

HEALT AND ENVIRONMENTAL INDICATORS BEFORE AND AFTER THE PROGRAMME

	Before	After
Children vaccine	75 %	98 %
Pregnant tetanus vaccine	60 %	85 %
Family planning	55 %	80 %
Pregnant care	35 %	90 %
Clean drinking water	63 %	85 %
Sanitation	54 %	70 %
Tree plantation	Unavailable	196083 tree

FUTURE VISION

Implementing healthy villages programme with the different components in 1500 villages in addition to 25 cities in order to achieve healthy villages and cities concept through:

- 1- Implementing the general goals in the selected areas.
- 2- Achieving comprehensive health, socio- economic and social development depending on the participation and collaboration of the community individuals in defining their priorities and achieving them.
- 3- Enhancing health for all targets through focusing on women and children health.

PROPOSED ACTIVITIES FOR THE END OF 2003

- 1- Selecting two cities and 40 villages related to the two cities.
- 2- Marketing and promoting in the selected areas.
- 3- To formulate specialized councils.
- 4- Training courses for work team.
- 5- Executing surveys and listing priorities.
- 6- Preparing development plans to the selected areas.
- 7- Plans execution
- 8- Work enhancement in old villages in Latakia and Daraa.
- 9- Training courses for sectoral support teams in Latakia and Daraa
- 10- Researches and studies implementation in order to progress in the selected areas.
- 11- Executing mid -term review
- 12- Establishing a continuation, supervising and monitoring system and periodic evaluation
- 13- Administrative expenditures.

Syrian Arab Republic

Healthy Villages Programme

(1997 - 2000)

Ministry of Health

in Cooperation with

World Health Organization

&

United Nations Children's Fund

Table Of Contents

	<u>Page No.</u>
1. Introduction	5
2. Definitions	6
3. Justification	11
4. Objectives	12
5. Targets	13
6. Strategy	14
6.1. Strategic Principles	14
6.2. Main Strategic Features	15
6.3. Specific Strategies	16
6.4. Programme Expansion	17
6.5. Implementation Strategy	18
6.6. Activities	18
7. Programme Management	18
7.1. Organizational Setup	18
7.2. Planning Process	20
7.3. Monitoring & Evaluation	20
8. Information System	20
8.1. Generating and Using of Information	20
8.2. Reporting Systems	21
8.3. Information Management	21
9. Manpower Development	21
9.1. Introduction	21
9.2. Training Framework	23
9.3. Training for the Trainers	23
9.4. Training for the Intermediate Level Trainers (PST & DST)	23
9.5. Trainers (Facilitators) and their Role	24
9.6. Contents of Model Training Course	25

Table Of Contents

	<u>Page No.</u>
9.7. Training for the Community Members	25
9.8. Promotional Training at the Village / Local Level	26
9.9. Proposed Training Modules for HVP	26
10. Resources	27
11. Workplan	28
11.1. Programming and Budgeting for 1997	28
11.2. Programming and Budgeting for 1998	29
11.3. Programming and Budgeting for 1998-2000 (3 Years)	30

List of Abbreviations

BDN	Basic Development Needs
BFH	Baby Friendly Home
BMN	Basic Minimum Needs
DST	District Sectorial Team
DTPS	District Team Problem Solving
EPI	Expanded Programme of Immunization
FAO	Food and Agriculture Organization
FHD	Family Health Directory
FHF	Family Health Files
HFA	Health for All
HVP	Healthy Villages Programme
IMR	Infant Mortality Rate
LR	Locality's Representatives
MCH	Maternal and Child Care
MOH	Ministry of Health
NGOs	Non Governmental Organizations
PC	Programme Coordinator
PHC	Primary Health Care
PHC	Primary Health Care
PM	Programme Manager
PST	Provincial Sectorial Team
SAR	Syrian Arab Republic
SM	Safe Motherhood
TBA	Tradition Birth Attendant
TCDV	Technical Cooperation Between Developing Villages
UNDP	United Nations Development Programme
UNICEF	United Nations Children's Fund
VDC	Village Development Community
VDG	Village Development Group
VIC	Village Information Center
VST	Village Sectorial Team
WFP	World Food Programme
WHO	World Health Organization

Syrian Arab Republic

Healthy Villages Programme

(1997-2000)

1- Introduction:

- 1.1 In 1978 Alma Declaration called for the Achievement of Health For all by all countries of the World by the year 2000 (HFA/2000). Primary Health Care (PHC) was the paradigm agreed upon to achieve this goal. Policies advocated in this respect call for universality and equity in health services which should be developed, as an integral part of and in harmony with overall national Socioeconomic development. The strategy for achieving HFA/2000 called for adopting comprehensive approach and emphasized the importance of an effective role for the community; Inter-sectorial; use of appropriate technology; appropriate use of resources and promoting self reliance and self sufficiency.
- 1.2 Progress in achieving HFA/2000 has faced some problems in many parts of the World. These problems were mainly due to poor managerial and information systems; inadequate or poorly managed resources, poor inter-sectorial and lack of involvement of the community.

A major obstacle resulted from ignoring the human dimension of health. New emerging and old diseases related to life-style together with man-made disasters has deviated resources and heavily burdened already overstretched national budgets. The absence of prioritization systems has accentuated the situation even more.

A new paradigm is therefore needed to address above problems. speed the process of achieving HFA/2000 and strengthen PHC.

- 1.3 Syrian Arab Republic (SAR) has adopted HFA/2000 strategy. There has been an impressive expansion in health facilities, services and programmes. Commendable efforts in manpower development is progressing very well. This impressive capacity building process is reflected in the improved coverage rates and overall improvement in vital statistics of the country.

- 1.4 MOH is now taking active steps to consolidate these achievements and strengthening them. The consolidation process consists of:
- a) Addressing problems facing HFA/2000.
 - b) Strengthening PHC.
 - c) Raising coverage in high risk areas.
 - d) Promoting and protecting health of population sectors at high risk (children, women, etc....)
 - e) Mobilizing all sectors and population groups in support of HFA/2000.
- 1.5 Both UNICEF & WHO support the policies adopted by MOH and are willing to work together helping the country to realize its stated health goals through implementing the Healthy Villages Programme (HVP).

2- Definitions:

- 2.1 HVP is a community based, community managed and community-partly-financed programme that aims at empowering the community to realize, prioritize and work for meeting their health and development needs in a comprehensive bottom up approach. It envisages full community partnership to be built gradually into community leadership. Role change will take place whereby community members will be actors and doers where as public sector workers will be facilitators and supporters. The programme will thus build self reliance and improve quality and attributes of people who will start to feel responsibility towards and work for, improving the quality of their life.
- 2.2 Philosophy of the programme is the creation of a developmental action oriented mentality among community members. It is centered on helping people to help themselves through a continuing learning and skill development process. The programme draws on the potential of local popular organizations to play a leading role in organizing and activating the communities and peripheral public and social sectors. HVP comprehensive approach addresses all health and health related areas in a holistic integrated fashion.

2.3 Components of HVP is open ended depending on what community leaders consider as a need to be addressed. Some of the tested components that may be adopted include:

- a) Basic Development Needs (BDN) these include (PHC, Basic Education, Healthy Housing, Income Generations, Food Supply and Safety, Clean Water, Sanitation and Hygiene) Priorities among these BDN will be selected by the community. National programme managers in coordination with local organizations and committees will support the fulfillment of priority needs according to strategies described below.
- b) Self Care: A family Health Directory (FHD) is under preparation. FHD will explain, in simple languages, health risks, home care, facts for life and management of minor ailments. This directory will be sold to families at cost price and will be supported by Health Education efforts.
- c) Community School: is the school which will implement the UNICEF/WHO Action Oriented School Health Curriculum. School will act as spear-head for development. Mini-Projects addressing common health and development problems in the area will be run by pupils supported by their teachers and peripheral sectorial workers who will receive appropriate training in this respect. The benefits include the creation of thousands of volunteers and health educators from the students population thus helping them to adopt healthy life styles in future.
- d) Village Information Centre (VIC): All information, demographic, health, economicetc. will be collected by Community Leaders who will compile, regular update and exhibit it in one site which will be the VIC. Training in this respect will be provided by a peripheral multi-sectorial support team.
- e) Healthy Life Style: Each time local people will discuss, analyze and solve a negative life style and will pledge to implement the solutions. Positive life styles will also be analyzed and strengthened.

f) Baby Friendly Home (B.F.H.): as identified in the Convention on Rights of the Child, will have criteria to be known by the people while competitions and suitable incentives will be realized. BFH will fulfill at least the following criteria:

- 1) Both parents/caring.
- 2) Parents know: Facts For Life and Child Rights.
- 3) Risk Reduction in the home environment by Preventing Accidents caused by Electricity exposure to toxins, drugs, appliances.....etc).
- 4) Fresh Air (Ventilation) to be ensured in the house.
- 5) Healthy Water Supply available or parents are capable of providing clean water for the child.
- 6) Play Space for Children is available in the house and children are allowed play time.
- 7) Child Protection is practiced through:
 - * Breast Feeding for at least 2 years.
 - * Immunization full coverage by national EPI Vaccines.
 - * Growth Monitoring and other Healthy Child measures provided by nearest health facility.
- 8) Violence/ Abuse of child does not occur.
- 9) Home Harmony and Friendly atmosphere is created among family members to allow child grows without stress or Psychological disturbances.
- 10) Neighbours are informed of child needs and are friendly and caring and no disputes exists between family and neighbours.
- 11) Siblings are friendly and supportive.
- 12) Harmful Life Style e.g. smoking do not exist or not practiced in the house. Children are protected from dangerous animals, rodents, insects ... etc.

g) Baby friendly Community that will have at least following criteria:

- 1) Should have more than 50% of its families as Baby Friendly Homes.
- 2) Have identified and working to reduce Environmental Risks that may cause, accidents, pollution or contamination.
- 3) Play Grounds and kindergartens are available for children.
- 4) Healthy Village Programme is being implemented in the village.

- 5) Sold Items should not include substances of toxic or harmful effect on children.
- 6) At least 50% of adult population and 100% of recognized leaders know Facts for life.
- 7) Community Leaders support identified Children Rights and advocate for respecting and practicing them by community members.
- 8) Community has accessibility to Health Facility within 15 minutes walk.
- 9) Healthy Life Styles are practiced by at least 50% of families in the Community.
- 10) Social Life free from major disputes, violence and harmful practices. Community has collective social and entertaining activities.
- 11) Violence/Abuse/Labor of children are not practiced.
- 12) Community School programme is implemented in the schools of the Community.

h) Women Development: This is achieved by undertaking the following steps:

- 1) Coverage by MCH services reaches 100%.
- 2) Knowledge about and benefit in using various methods of contraception are known by all child bearing-aged women.
- 3) Women are trained in self-care, healthy life styles and facts for life.
- 4) Literacy campaigns and basic education efforts ... etc emphasize the targeting of women.
- 5) Women constitute 50% of representatives of village localities and are actively involved in all activities of HVP.
- 6) Poor idle women and widows are given vocational training and given interest free loans to start income generating activities.
- 7) Women Union activities are supported.

i) Protection and promotion of Environment is fulfilled through:

- 1) Campaigns of tree plantation in and around the village.
- 2) Growing House Gardens is encouraged and supported.
- 3) Village potable water, wastewater and waste disposal plans are developed and implemented by the community.
- 4) Life styles that protect and promote the environment are identified and promoted. Negative life styles are analyzed and solutions that help to abstain from them are implemented.
- 5) Community Schools will have environmental health programmes.
- 6) Domestic (in house) environment is made healthy and is protected from domestic pollutants and rodents.
- 7) Occupational hazards that are harmful to environment are identified and avoided.
- 8) Village cleaning campaigns are organized on regular basis.
- 9) Introduction to inter-active relations of mankind and ecosystems.
- 10) Highlights of the importance of wild life conservation and development of biological diversity.
- 11) Presentation of renewable and alternative energy resources and consumption optimization of available energy.
- 12) Women empowerment and training to fulfill their role in domestic environmental promotion.
- 13) A Village Environment Protection and Promotion plan is developed.

j) Community Based Safe Motherhood (SM) is fulfilled through:

- 1) Training housewives in domestic nursing.
- 2) Ensuring availability of pre and postnatal services for all pregnant women.
- 3) Availing at least one trained midwife or trained T.B.A. for each village.

- 4) Educating women about safe motherhood and assigning roles in this respect to women leaders.
 - 5) Assigning specific SM activities to each female locality representative.
- k) Community Entertainment/Sport Club is established by VDC in collaboration with Youth Organizations. Sports, entertainment activities, exhibitions, special skills activities... etc. are organized in these centers. Public and National Occasions can also be celebrated in them.
- L) Scouting for Intellect and Innovation performed by community leaders to identify individuals with special skills, abilities or potentials and availing the conditions to further train and expose them to regional and national audience.

3- Justification:

- 3.1 HV programme encompasses various development components which have been shown to have a major influence on Health as reflected by many country's experiences. In Europe a major drop in IMR happened during early forties before the discovery of and wide use of modern health Technology, antibiotics and vaccines. This drop was a result of improvements in income, education, housing, food, water ... etc.

In India doubling the family monthly income has halved IMR. In Pakistan and Indonesia giving women six years of basic education lead to 50% drop in IMR. In Somalia as reported by the Washington Post the only areas that thrived in spite of all the disturbance are those areas who adopted BDN. This approach which is now being implemented in part in 12 countries of EMR has been successful and proved not only its applicability but also its replicable. It is therefore imperative to start addressing and attaining BDNs in SAR.

- 3.2 In SAR there are great potentials for expanding this programme because of:
- a) Presence of high level of Political Commitment towards HFA/2000 and to overall Socio-economic development.

- b) The Syrian Society is well organized. In each village there are party, women, youth and sectorial popular organizations. Most villages has an established municipality and school. Furthermore Syrian heritage advocates cooperation and solidarity. All these factors are conducive to the success of this programme.
- c) The HVP has been tested in five villages in SAR and has proved its success.
- d) There is a need to consolidate achievements in the health field and ensure Universality and equity by reaching areas at high risk
- e) The proven need to develop a new paradigm that will speed achieving HFA/2000 at low cost.
- f) By exploiting the capabilities and resources of the community and improving their life style a huge saving in cost of health services will be ensured by the high number of volunteers for health. The ownership by the people of HVP will ensure better utilization and protection of health achievements, services and facilities.
- g) The willingness of UN Agencies to jointly work in support of this programme.

4- Objectives

- 4.1 To accelerate and strengthen the attainment of HFA/2000.
- 4.2 To improve quality of life of the people, specially those living in high risk areas, through meeting their Basic Needs Development (BDN).
- 4.3 To perform comprehensive social development based on peoples partnership and inter-sectorial collaborative support.
- 4.4 To ensure protection and promotion of the health of the sectors at highest risk specially women and children.

5- Targets:

5.1 By December 1997

- a) At least 3 villages in one area considered to be at high risk in each of the fourteen provinces will be included in HVP.
- b) In each of the villages selected the Village Information Center, strengthening PHC and BDN components of H.V. will be implemented along with 3 extra components as may be decided by the community.
- c) The Village Development Committee (VDC) of each of the village selected would have identified at least one village to assist in adopting HVP.

5.2 By December 1998

- a) At least 25% of villages located in high risk areas would be included in HVP.
- b) All villages involved in HVP during 1996/1997 would have fulfilled all components of HVP.
- c) Each of the villages involved in HVP during 1996/1997 would have assisted 3 villages to implement 6 components of HVP through a process of technical cooperation between developing villages (TCDV).

5.3 By end of 5 years: (December 2000)

- a) All villages at high risk areas will be actively involved in HVP.
- b) All components of HVP would have been implemented in all villages involved.
- c) 50% of all remaining villages of the country would have been involved in HVP
- d) A main poor slum area in each of the main Towns will be involved in a modified similar Urban programme.

6- Strategy:

6.1 Strategic Principles:

- a) A comprehensive approach: HVP considers health as part and parcel of overall development. Health is a contributor to and product of development. All sectors should have a role in HVP in such a way that inter-sectorial action can be maintained.
- b) Helping people help themselves: HVP is a humanity not charity intervention. Self reliance and self management by community is achieved through community organization, capacity building of community, and community financing schemes.
- c) A continuing learning process: The dialogue among the different partners as well as the achievements in the field allows exchange of experience and its dissemination. It entails role change, whereby people become actors/doers and public workers become facilitators and supporters. The organization of communities and their commitment to develop themselves will improve their human qualities and attributes as evaluation of similar programmes has so far shown. The HVP model areas become a learning area to local and nearby communities.
- d) Decentralization and integration: HVP approach is a process of organizing and mobilizing community members to realize their health and development needs and work collectively to achieve them. It is a community based, community financed programme. The grass root planning and programming at community level translates practically the principles of integration. It must be emphasized that this programme will not have a separate vertical set up, but must be integrated into the existing Primary Health Care system.
- e) A community methodology for development: The main focus is on "people". In this approach, it is "people: that are the key element in the change process. They should realize that the change is for them, they design it, and are managing it. This will increase each individual's perception of "self", and synergistically a perception of the community.

- f) A common agenda for international work. The scope of HVP is overall development which ensures sustainability. Many International Bilateral and National organizations are interested in this scope. Their terms of reference are in support of the process and outcome of the HVP approach.

6.2 Main Strategic Features:

- a) Being community-based, community managed and partly financed. HVP is owned by the people. People collectively select their needs, plan and implement their solutions. The sectorial peripheral technocrats and workers will provide training and technical advise, financial and administrative support. It is therefore a full partnership aiming at, and, leading to community leadership. HVP is bottom up planning approach.
- b) HVP depends on community acceptance of the programme on the basis of the role change (people become actors and not passive recipients) raising expectations of people that they get infusion of funds is counterproductive. The Programme, therefore depends on proper orientation and adequate motivation of community members and leaders.
- c) Inter-sectorial cooperation is vital for success of implementation. This process of Inter-sectorial cooperation will be built on experience and resources of the concerned Health District Team. Depending on components being implemented a certain Ministry will take the lead. At field level an Inter-sectorial Support Team with its leader being selected by the team on the basis of level of motivation and leadership qualities will institutionalize this inter-sectoriality. Work roles of each sectorial representative is identified and the credit is shared between them.
- d) Proper understanding of community by sectorial workers is essential prior to start of the programme.
- e) All International Agencies and NGOs involved in HVP will be on partnership and credit sharing basis.

6.3 Specific Strategies:

- a) Selection of Villages: Selection of first village in an area is crucial for purpose of establishing the local field training site and for sake of replicability. Acceptance and level of motivation of both sectorial and community leaders is important. This should be proceeded by orientation and motivation of provincial and district authorities. As HVP is a new programme, a lot of promotion needs to be done so that the idea can be accepted. By far the most important promoting element is a successful HVP Village. It is therefore crucial to have a demonstration site where HVP has been successfully implemented. For this purpose when the programme is introduced for the first time in an area, it is Preferable to start in a village with features that will strengthen the opportunities for success. Such features will be used as guiding elements for selecting the first village and will also be used as the programme is expanding to new sites. When the programme takes root any village/slum area will be eligible for introducing HVP.

Some of the criteria for selecting the first village are:

- 1) It is an underdeveloped under-serviced village.
- 2) It has a reasonable population size; not too small, but manageable.
- 3) It has potential resources to be exploited for development including reasonable social organization.
- 4) There is sufficient social harmony and peace.
- 5) It is easily accessible.
- 6) Its people express evident interest in development intervention and participation.
- 7) It has an influential and motivated leadership.
- 8) It is acceptable to higher authorities and other relevant sectors.

- b) Selection of Villages:

- 1) Site-visits to interact with local people and to assess the developmental situation and identify entry points for introducing HVP;
- 2) Joint decision by relevant sectorial representatives;
- 3) Consultations with local leaders and people's representatives to sell HVP as their own programme.

- c) Situation Assessment: After selection of village and adequate promotion of HVP and motivation of people, organization of the community (as described later) will be undertaken. After receiving training members of VDC will perform necessary surveys to assess present situation in all spheres of social development (health education, economy, agriculture ...etc).
- d) Selection of Basic Development Needs (BDN): This will be done by interviewing individuals using a special questionnaire. Individuals will decide what they consider major needs of their village. Priorities are selected by scoring.
- e) Strengthening of PHC and population services: Health Workers in the village will be trained in using Family Health Files (FHF) and Vital-Net table. Representatives of village sectors and members of VDC will be given special health assignment. A health subcommittee will supervise health development in the village.
- f) Village Information Center will be located in the Health Unit or Community Center. It will have all data compiled from the surveys as well as service coverage data and population information.
- g) Specific strategies will be developed for each component of HVP

6.4 Programme Expansion:

The targets to expansion are already referred to. Expansion will take place according to the following strategies:

- a) Marketing and promotion of HVP in areas and villages elected by programme management to meet the criteria for introducing the programme. Due consideration will be made to readiness of public workers and their acceptability of HVP.
- b) TCDV whereby a developing village will share its experience with a nearby locality. Villagers of new locality will be tempted to seek this support and cooperate in implementing the programme.
- c) Programme will expand to areas where national or international interest is high e.g. Jebel Hos area where WFP, FAO, UNDP, UNICEF and WHO are ready to work together in that area development.

6.5 Implementation Strategy:

The first step is to start with identifying and defining priorities. This should be done with the full involvement of the people as explained earlier. *The next step* is to identify the role of major partners, i.e. community, government. *The 3rd step* is to break each job into activities to be carried out in order to fulfill the job. Some activities can be dealt with by the community with little or no support from outside. Other activities will need to be carried out mostly, if not exclusively, by the government. The third category of activities will need to be jointly carried out. The sorting out of categories of activities is an educational exercise for all partners. This sorting out may take some time, but this should not be worrying as it shows the change of attitude and practice of the different partners. The sense of ownership by the community is an essential feature of HVP programme. This is an asset that should be encouraged.

6.6 Activities:

A set of activities to fulfill each of the set targets are reflected in the workplan below. Each activity will carry a time limit and, the party responsible for performing it will be identified. An estimated cost of each activity and source of funds are shown in the workplan.

7. Programme Management:

7.1 Organizational set-up:

It is necessary to emphasize that the programme will be implemented through a small central team which will be established to coordinate, support, train and monitor progress.

- a) At Village Level: Village will be divided into localities each consisting of 10-15 houses. Each locality will be represented by one female and one male chosen by inhabitants of the locality. These locality's Representatives (LR) together with representatives of popular organizations (Party, Youth, Women, Farmers, School Principals and Teachers ... etc.) will constitute Village Development Group (VDG). VDG will select Village development Committee (VDC) which, should include within its membership the representative of the party. Remaining members of VDC will be

divided into subgroups ...e.g. health, education, environment, income generation, animal health, agriculture, subcommittees... etc. Roles of each level of organization will be well defined and members will be trained to fulfill their roles. Village Sectorial Team (VST) will be constituted by representatives of all public sectors in the village (health, education, agriculture, municipality ... etc.) This VST will provide support to VDC and all VST members will be members of VDC.

- b) At District Level: District Sectorial Team (DST) will be formulated by district authorities from highly motivated sectional representatives. A senior active and committed member will be appointed as team leader and as the representative of the district commissioner. DST will provide support to VSTs and will develop district expansion plans.
- c) At Provincial Level: A similar Team (PST) will be headed by Governor or his representative. PST will obtain district plans and build them into Provincial Plans. PST will support DSTs and will decide on policy and strategic issues. Each province will have HVP field coordinator. The team will select their own secretary.
- d) At National Level: The programme will have a full time General Programme Coordinator (PC) who will be assisted by a full time District Coordinator. A part time Manager will coordinate between the Programme development and the existing Primary Health Care System. A National Multi-sectorial team will be established headed by MOH or his representative. PC will be secretary of this national body which will be responsible for approval of national plan, policies and strategies. Detailed job description for PC and Programme Manager and other support staff will be developed together with regular performance appraisal system.

UN Agencies and NGOs will coordinate their involvement with the national programme authorities through the PC. At UN Level an Interagency Task Force for HVP will be established to facilitate UN input and monitor progress of the programme.

7.2 Planning Process:

HVP adopts a bottom-up planning process. Village's plans are built into district plan's and provisional plans are the aggregates of district plans. Village plans are developed by VDCs supported by VSTs and DSTs. Each village plan will consist of priorities chosen, activities needed to address them and how and when these activities will be performed, by whom and what will be the source of resources. Village plans will also include promotion of TCDV. VSTs and DSTs plans will include how and when support can be provided to village plans and what will be the expansion plan together with marketing and promotional activities.

7.3 Monitoring and Evaluation:

- a) At Village Level: Since HVP is community managed programme, the community level is the most important level for monitoring and evaluation of the programme. Whenever activities are decided as explained earlier indicators will be developed for each activity to measure extent of its implementation. These indicators may be milestones (e.g. performance of certain activity; or coverage (e.g. EPI coverage) or impact (e.g. No. of people with certain level of income or number of cases of disease). These indicators will be used by VST and VDC to monitor and evaluate the programmes. This built-in evaluation process will be supported by periodic evaluations performed by DST. Annual national evaluation will be also performed. Tools for monitoring and evaluation will be developed.

8. Information System:

8.1 Generating & Using of Information:

Information related to all aspects of social development, demographic information, and information related to activities and services will be collected, compiled and tabulated by VDC and village locality representatives. This information will be updated on regular basis and exhibited in registers and sign boards at the Village Information Center (VIC). VDC, VST and DST will use this

information to streamline implementation at village level. Furthermore, each family will have a health file which, will be updated regularly by peripheral health workers. All family health files will be kept at the health facility and used for follow-up of health care and reference purposes. Members of VDC, VST and DST will be given training in how to generate and use the information: Periodic Village based surveys will be performed to validate and update the information at local level.

8.2 Reporting System:

The team leader of VST will prepare monthly reports reflecting work of VDC and subcommittees. This report will include input by other members of VST and will be sent to DST and provincial field coordinator. The Leader of DST will submit monthly reports to provincial field coordinator who will submit monthly reports to National Programme Coordinator. NPC will submit monthly reports to MOH, UNICEF, WHO and other partners. After end of 1997 NPC will submit a bi-monthly report and after end of 1998 his report will be on quarterly basis. NPC will issue monthly newsletter.

8.3 Information Management:

Tools will be developed for collection, tabulation, compilation and use of information. Periodic field checking, using spot surveys if necessary will be performed to check reliability of information. At national level the information will be computerized and analysis will be reflected in the monthly reports/newsletters. Training for staff, at various operational levels, in HVP information management will be organized by NPC.

9. Manpower Development:

9.1 Introduction:

For the success of HVP implementation, training is the most important influencing factor. Training is always assumed to create action. However, motivation of trainers and trainees, the training method, and the behavior of trainers play an

important role in the success of training. Therefore, the focus of the content of the training programme should be feasible, acceptable and applicable to, and understandable, by the target groups, related to their experiences and within the objective context of the programme outcome. At the initial stage of introducing the HVP approach to any area, the training courses should be well-prepared, particularly for the first batch of trainers.

HVP Training Courses

Level	Target Group	Expected Outcome
Central level	Trainers or facilitators National Focal team	Expert in BMN approach sponsoring agencies Orientation, planning workshop, implementation, evaluation
Intermediate level	DST HVP staff	Role identification, management and training skills Surveys, implementation skills
Community level	VDC, Community leaders, locality representatives	Orientation and surveys implementation and community management skills.

In each training course, the method of training, duration and the content of the training modules should be designed appropriately based on the basic knowledge and experience of the trainees at each level. Therefore, the lesson plan of the module should be as simple as possible, with much emphasis on practice.

9.2 Training Framework:

The continuing learning process should have four parameters. *First:* is that the community should be the main concern. Training should build on indigenous knowledge, needs and resources. *Second:* training focus should be process oriented. *Third:* That contents should be task oriented and based on the HVP principles of self-reliance, community partnership, and the importance of health in the context of overall local development. *Fourth:* Ensure that skills, knowledge and practice gained as result of training are institutionalized through investing in capacity-building of local development structures, i.e. village/local development committee, institutions, technical teams, etc.

9.3 Training for the Trainers:

NPC should coordinate with the concerned government sectors (health, education, agriculture ... etc.) and other institutions and/or agencies, to set up the plan and to organize the training for the master trainers drawn from these sectors.

WHO Consultants and other experts in HVP are recruited to be the training team for the master trainers at the central level who are then expected to be the core group responsible for the training at the intermediate level.

9.4 Training for the Intermediate Level Trainers (PST & DST):

Training modules will be prepared by National HVP group for training of PST & ST to enable them to carry out their roles and responsibilities as an effective multi-disciplinary team for community development. These modules may also be useful for national programme managers, and for training institutions and other agencies interested in supporting or using the HVP approach.

The trainer will act as a facilitator rather than a lecturer. To ensure the success of HVP implementation, the district team problem-solving (DTPS) approach is

applied as a method of learning. Therefore, training material is designed to facilitate learning by doing and describing how this process improves sectorial personnel with practical management skills.

Material will be based on experience gained in implementing the HVP approach in other villages.

9.5 Trainers (Facilitators) and their role:

Any workshop is facilitated by one or more professionals experienced in the methodology of HVP assisted by professionals of relevant sectors to be trained as facilitators for future workshops. The main criteria for selecting facilitators include experience in community development, educational skills and ability to conceptualize problems. Facilitators are chosen from several different groups including:

Programme Managers and central level staff of the sectors concerned, regional or provincial level staff, staff of relevant training institutions, experts from UN Agencies (i.e. WHO, UNICEF). The facilitators take turns in introducing the plenary sessions. These sessions' introductions are not conventional teaching exercises; they are brief and non didactic. The facilitators merely clarify the tasks that the teams are to accomplish during the session, what paper products they must produce, and how they should complete the formats and how they will use them. Training will include a field visit followed in future by field visits by facilitators to assess performance of trainees.

9.6 Contents of a Model Training Course:

Title & Trainees	Learning Objective	Content	Lesson Plan
HVP approach 2 days (National team, programme manager, PST, DST).	To enable trainees to gain good understanding and vision of the BMN concept of development.	HVP concept, definition and strategy	Lecture 1/2 day Group 1/2 day Field visits 1 day
HVP implementation DST, PST, VST.	To equip trainees with skills to mobilize and help their community organization and leadership development To invite trainees to acquire skills and knowledge of HVP implementation	HVP process, elements, indicators, survey and planning Filed work in a village to practice	Group work, one day Field visits, one day

9.7 Training for the Community Members:

Community members should be trained for building up the capacity for self management, self financing and human resources development. Therefore, the learning process should be the experiences gained while working together with the VST and, under their guidance and support. The training will include:

- Orientation on the approach
- Role and responsibility of VDC, LR and VST

Trainees from the community will include members of village development committee (VDC) along with representatives of popular organizations.

Content

- Community organizational methods, survey methods, skill in identifying problems and their solutions, priority setting methods, project design/planning, management and control, how to utilize the supportive role of VST, income generating schemes, vocational skills, monitoring and simple assessment.

9.8 Promotional Training at the Village/Local Level:

This is a continuous activity in order to develop a critical mass of committed local people to enhance participatory decision-making for HVP. Promotional training should be provocative and innovative, taking into consideration the social, economical and cultural dimensions.

Trainers will be Village Leaders from different Organizations and VDC Members.

The training content will include:

Social marketing, exposure to a Healthy Village, mass communication and mobilization, and role of supporting agencies.

9.9 Proposed Training Modules for HVP:

Module I. *Introducing HVP* (concept, objectives, justification, strategies and benefits).

Module II. *Planning for HVP* (Village, selection, marketing, programme, village organizations, situation analysis, needs assessment, priority setting).

Module III. *Village Plan* (Planning for action, deciding components to be implemented, decide activities, decide strategies and assign role for implementation).

Module IV. *Field Visits:*

1. To a Healthy Village.
2. To a newly selected village.

A - 4 保健省 PHC 局ヘルスセンター課による Family Health File 調査票

Syrian Arab Republic
 Ministry of Health
 Directorate of Primary Health Care

WHO

Family Health File			
Governorate		House number	
Region		Folder number	
Center		Registration number	
Avenue and Village Name		Phone number	
Father's Name			

Contents		
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-

Information about family members

Pattern 1/1/F

Name	position	sex	DOB	Social Status	Education	Job	Average annual income	private health status

Notes
 Social Status means single – married – divorced – widow /widower
 Education means illiterate – literate – elementary – preparatory – secondary – institute – others
 Father's name means name of person who is responsible for family expenditure.

Housing and environment

Pattern 1\2\F

Kind of building

Owned Rented Apartment Arabic House
Arabic with a field Others

Place of living

	Suitable	unsuitable	available	unavailable
Normal lighting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bathroom <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normal ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kitchen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Area	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Heating

Wood Petrol Electricity other (specify)

Drinking Water

Public Water Net Public Well Shared Well house well
River
Rain water basin Buying water tanks Others

Sanitary system

Public sanitary net Covered Hall Uncovered hall
Uncovered canals other (specify)

Rubbish Disposal

Regular disposal Gathering inside the village House gathering
other (specify)

Disposing of animal dung

Gathering and drying gathering and burning Agricultural use
other (specify)
Near the house Far away from the house

Governorate	_____	House number	_____
Region	_____	Family number	_____
County	_____	name of husband	_____
Village	_____	husband's job	_____
Avenue number	_____	Kind of house ownership	_____
		phone number	_____

Health survey number ().

1. Members of the family according to sex and age

<u>Age</u>	<u>Males</u>	<u>Females</u>	<u>Total</u>
Under one year			
1-4 years			
5-14 years			
15- 19 years			
20- 34 years			
35- 49 years			
50- 64 years			
65 years +			
Total			

Note: grandparents, uncles and aunts are to be added to the total number of the family if they live with the family permanently.

2. in case there are children under one year in the family please answer the following questions:

where was the last delivery	who assisted the delivery	the born weight	what was put on the belly button	when did the mother start the breastfeeding
at home	Doctor	2.5k.g or more	nothing	less than one hour
private clinic	midwife	less than 2.5 kg	salt	after 1-2 hours
government hospital	trained unlicensed midwife	unknown		after 2-6 hours
private hospital	untrained unlicensed midwife			after more than 12 hours
	with the help of relatives			

what kind is the milk feeding in the first four months	how long does the mother usually continue breastfeeding	When did the child receive the first vaccination
mother milk only	less than one year	first week after delivery
market milk	one year	first month after delivery
mixture	more than one year	after 2 nd month of delivery

3. vaccinations for children under one year in the family:

child's name	date of birth	is there a vaccination card?	TB	paralysis	Renal Disease	measles

4.vaccination took place in

health center
 mobile team
 private clinic
 hospital

5. In case there are children between 1-4 years in the family please answer the following questions:

child's name	date of birth	is there a vaccination card?	TB	paralysis	Renal Disease	measles

6. vaccination took place in

health center
 mobile team
 private clinic
 hospital

7. on case children are not vaccinated in the family, what is the reason?

- Not knowing about vaccination?
- Not convinced that vaccinations are useful?
- Unavailability of a health center or a mobile team?
- The family has many things to do?
- Difficulty in reaching the health center or the mobile team?
- Worries about the side effects of vaccinations?
- Frequent illness of the child?
- Other (specify)

8. what are the more frequent illnesses that happen to the children under five years during the last year?

Kind of Illness	Diarrhea	Cold or Cough	Pharyngitis	Inflammation of the ear	Lung disease	Eye disease	Skin disease	measles	other
Frequency									

9. in case there are women in the reproductive age (15- 49) please answer the following:

Name	age	education	marital status	number of tetanus vaccinations	date of last dose

education means (illiterate, literate, elementary, preparatory, secondary, university)
 marital status means (single, married, divorced, widow)

10. if there are pregnant women in the family, please answer the following:

Name	age	Number of pregnancy	Age of current pregnancy	Interval between the last two pregnancies	Pregnancy times	Aborton times	Children number	Health problems

Note: the most important problems during pregnancy (diabetes, blood pressure, bleeding, heart problems, urine problems, anemia, others....)

11. Did the pregnant see any of the health observers during pregnancy?

12. if yes, what is it?

Private doctor? Health center? Hospital? Midwife? Other (specify)

.....
 Number of times.....

13. if the answer is no what is the reason?

Unavailability of the service? Bad service? Not knowing about the service?
 Difficulty in reaching the service? Other (specify)

14. Does the family know about the merits of leaving intervals between pregnancies?

15. Does the family know about the availability of family planning methods?

16. Are the couple currently using any of the family planning methods?

17. if yes, specify.

18. if no, why?

19. Did the couple use and of the family planning methods before?

20. if yes, why did they stop?

21. is there a health center in the village?

If yes, have you visited it? When was the last visit? Why did you visit the center?
 If the answer is no why did not you visit the center?

22. If there are smokers in the family, please complete:

Name of smoker	age	sex	Smoking period	Cigarettes a day	Tobacco kind	Other kinds	Daily cost

23 if there is a handicapped person in the family, please complete the following:

name	age	kind	supervisor	notes

Supervisor means a doctor, a nurse, a member of the family, does not need supervision.

	Kind of service	level			
		good	medium	bad	notes
1	availability of center staff				
2	service level				
3	availability of vaccines				
4	availability of medicine				
5	awareness activities within the center				
6	awareness activities out of the center				
7	dealing of staff with people				

**Directorate of nursing and midwifery's
Plan for promoting nursing services
2001 - 2007**

A - Updating nursing education and raising the standard of graduates:

- 1- Modernizing the buildings of nursing schools as to comply with educational needs .
- 2- Providing administrative and educational equipments for nursing schools .
- 3- Promoting performance of teachers .
- 4- Revising and updating the curriculum of diploma in nursing
- 5- Enforcing English language and computer skills .
- 6- Developing the system (structure , internal discipline , documentation ,...) of nursing schools .
- 7- Providing a bridging program for graduates (in collaboration with a university)

B- Promoting nursing practice in hospitals :

- 1- Preparing nurse directors for hospitals (150 are needed)
- 2- Establishing good system for nursing services in general and specialized hospitals .
- 3- Expanding and enforcing the training units in hospitals.
- 4- Establishing a system for continuing education and in job training .
- 5- Updating legislation and rules of nursing practice

C- Establishing nursing specialities in the main fields :

- 1- founding a center for specialized nursing studies
- 2- preparing staff for the center .
- 3- conducting courses in : critical , pediatric , community .
- 4- preparing for 5 specialities : psychiatric , heart , O.R , oncology , geriatric .

FRAMEWORK

TRAINING FOR TRAINERS COURSE

First course for trainers nurse.

Participants : 18 – 20 nurses

During : 50 h. (two week)

OBJECTIVES

1th To describe nursing care in critical, pediatric and community area.

2th To describe the responsibility for nursing practitioners (specialist)

3th To define the standard for which specialities

4th Job description

To describe nursing care in critical, pediatric and community area

⇒ Overview include the following for which area in anatomy, physiology and pathophysiology.

⇒ Nurse competency.

- *The advanced practice nurse is competent to management knowledge, skills, and techniques as they apply to practice in clinical speciality.*
- *Describe the relationship of procedures to objectives.*
- *Describe the differences between structure, process and outcome objectives.*
- *Compare and contrast objeclives classified on a temporal continuum with objectives classified as maintenance change.*
- *Identify the key characteristics of which procedures.*

⇒ General guidelines for programs

- *Identify guidelines for standard implementation.*
- *Identify use of guidelines for developing procedures in the practice setting.*

⇒ Care quality

- *Identify those areas where nursing care would be effective in assuring quality care.*
- *Identify objectives and majo factors that have had a direct effect on quality assurance.*
- *Describe methods used to evaluate the quality of nurses care*
- *Identify the objectives for the nurses care provided to the patients in relation to areas of clinical specialization*

⇒ Curricula

- *Identify curricula for which specialities*

To describe the responsibility for nursing

⇒ Competency model

- *Identify the definition of competency, as the guidelines.*
- *Describe the competencies in practice setting.*
- *Describe the correlation between competencies and behaviours.*

The nurse's role in relation to patient care responsibilities.

- *Describe the role formal and the practical guide of the nurse specialist.*
- *Identify the program for motivate the nursing staff to accept responsibility for improved patient care and develop job productivity*
- *Describe the nurse's responsibility to monitor the standards in daily practice and to participate actively in the profession's efforts.*

Standard for which specialities

⇒ Professional standards in nursing practice.

- *Describe the profession's standards of practice.*
- *Describe standards relate to all modules for which specialization.*

Job description

⇒ Develop the job description to reflect the objectives of nurses specialists

- *Describe the organizational structure and identify the goals and objectives.*
- *Identify this new position and to introduce it in the nursing staff.*
- *Identify the goals of the patient care objectives and of the effectiveness of nursing activity.*

⇒ Use the job description in orientation, training problem and performances standards

- *Describe there are practical uses of the job description in a critical review of nursing practice in the clinical setting.*
- *Describe a tool to ascertain that the person is functioning at the expected level of performance to maintain continuity of quality care*
- *Describe responsibility performance standards and evaluation with specified criteria.*

⇒ The job description to identify the role position.

- *Describe in detail in terms of the responsibility and authority.*

- *Describe and defined the quality and quantity of work.*
- *Describe the communication line and the channel use for communication.*
- *Identify the goals of the evaluation process.*

A-7 健康農村プログラムにおいて収集している Family Health File 調査票

Syrian Arab Republic
Ministry of Health
Directorate of Primary Health Care

Unicef

Family Health File

Information about family members

Pattern 1/1/F

Name	position	sex	DOB	Social Status	Education	Job	Average annual income	private health status

Notes

Social Status means single – married – divorced – widow /widower

Education means illiterate – literate – elementary – preparatory – secondary – institute – others

Housing and environment

Pattern 1\2\F

<u>Kind of building</u>							
Stone	<input type="checkbox"/>	Cement	<input type="checkbox"/>	Muddy	<input type="checkbox"/>	Tent	<input type="checkbox"/>
<u>Place of living</u>							
	Suitable	unsuitable		available	unavailable		
Normal lighting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bathroom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Normal ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kitchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Area	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<u>Heating</u>							
Wood	<input type="checkbox"/>	Petrol	<input type="checkbox"/>	Electricity	<input type="checkbox"/>	other (specify)	<input type="checkbox"/>
<u>Drinking Water</u>							
Public Water Net	<input type="checkbox"/>	Public Well	<input type="checkbox"/>	Shared Well	<input type="checkbox"/>		
house well	<input type="checkbox"/>	River	<input type="checkbox"/>	Rain water basin	<input type="checkbox"/>		
Drinking water supervised healthily				Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
<u>Sanitary system</u>							
Public sanitary net	<input type="checkbox"/>	Covered Hall	<input type="checkbox"/>	Uncovered hall	<input type="checkbox"/>		
Uncovered canals	<input type="checkbox"/>	Other (specify)	<input type="checkbox"/>				
<u>Rubbish Disposal</u>							
Regular disposal	<input type="checkbox"/>	Gathering inside the village	<input type="checkbox"/>	House gathering	<input type="checkbox"/>		
Other (specify)							
<u>Disposing of animal dung</u>							
Gathering and drying	<input type="checkbox"/>	Gathering and burning	<input type="checkbox"/>	Agricultural use	<input type="checkbox"/>		
other (specify)	<input type="checkbox"/>						

File number	House number	Family number	Village
Father's name and surname	Marriage date	detailed address	
Phone number			

Family Planning visit card

With the help of employees in the health center you can choose whatever suits you from the available family planning methods:

Syrian Arab Republic
 Ministry of Health
 Health Directorate Of
 Region
 Center

- simple pills
- complex pills
- injections
- condoms
- suppositories
- IUD

Name:.....
 Husband's name:.....
 Address:.....
 Card number:.....

Three year interval between one pregnancy and the other is a guarantee for your health and your child's health.

(裏面)

Date of visit	Family planning Method	next appointment	Notes

Syrian Arab Republic
 Ministry of Health
 Hospital.....
 Governorate..... Region.....
 Health Center.....
 Clinic.....

High risk pregnancy reason
 Blood type.....
 Tetanus vaccination dose date
 1
 2
 3
 4
 5

Pregnancy Care Card

Pregnant Name.....date of birth.....occupation.....
 Address.....
 Husband's name.....date of birth.....occupation.....marriage date.....
 Pregnancy times.....abortions..... new natalnatimortal.....
 Number of children alive..... number of natimortals.....

Previous pregnancies

Pregnancy Number	Pregnancy Period	Pregnancy Disorder	Kind of Delivery	Place of birth	sex	Neonatal Status	Notes

Family history: diabetes cardiac disease hyper tension others.....
 Disease history diabetes cardiac disease hyper tension renal diseases
 Surgical history.....

Story of the current pregnancy

Date of last menstruation: .../.../ Expected delivery date .../.../feeling the fetus movement....
 Pregnancy course.....headacheoptical disorders.....pain.....bleeding.....
 General inspection.....height..... heart.....breast.....Jungs.....
 Gynecological exam.....vaginavulvapapsmear
 Cervex..... Amniotic sinus..... position.....intrusion
 Pelvic evaluation
 Information and supplementary exams
 Doctor's name.....

Current pregnancy supervision

Date of Visit	Weight	Hypertension	oedema	Pregnancy in weeks	Uterus concave	movement	Auscultation	position	Hemoglobin	Urine diabetes	protein	notes

Special procedures: other consultations (internal, dental)

Date of visit	Notes	doctor's name

Postpartum supervision
Encouraging of family planning and breastfeeding

Date of visit	Notes

Treatment card

Syrian Arab Republic
Ministry of Health
Directorate of Primary health care

Folder number.....
House number.....
Family number

Village number

To

Please Mr as he suffers fromas he And tell us of the results.

In Head of the health unit.....

(裏面)

To the headquarters of the health unit

We hereby inform you that

In Name

Signature

付 属 資 料 B

(経 済 活 性 化 分 野)

B - 1 Syrian Chambers of Commerce の組織概要

B - 2 Indicative Map of Syrian Regulations (Industrial and Commercial)

Syrian Chambers

The Federation of the Syrian Chambers of Commerce.....	2
Overview.....	2
The Federation functions and services	2
Structure of the Federation.....	3
i. <i>General Assembly</i>	3
ii. <i>Board of Directors</i>	3
<i>The Executive Bureau of the Federation</i>	4
Funding and Expenditure	4
Syrian Chambers of commerce under the Federation of the Syrian Chambers of Commerce.....	5
Number of Members in the Syrian Chambers of Commerce.....	6
The Federation of the Syrian Chambers of Industry.....	7
Overview.....	8
The Federation functions and services	8
Structure of the Federation.....	9
i. <i>The General Assembly</i>	9
ii. <i>The Board of Director</i>	9
iii. <i>The Bureau</i>	9
Syrian Chambers of industry under the Federation of the Syrian Chambers of Industry.....	10
Number of Members in the Syrian Chambers of Industry.....	10

The Syrian Chambers

Syria has three different types of chambers; each type is for different field¹:

- Chamber of Commerce
- Chamber of Industry
- Chamber of Agriculture.

The Federation of the Syrian Chambers of Commerce

Overview

The Federation was founded in Damascus in 1975, comprising 14 Chambers of Commerce and Industry in Syria. Being a supervising authority, the Federation looks after commercial , economic and trade activities , represents the Chambers of Commerce , holds economic conferences and trade fairs. The Federation is also concerned with the economic relations between the business community and the government authorities. In addition, the Federation prepares studies and researches related to economic affairs in Syria.

The Federation functions and services

- Looking after the public economic and commercial affairs and coordination between chambers of commerce.
- Representing chambers of commerce to the conferences and Forums.
- Acting for chambers of commerce before the official authorities and in the Economic talks with foreign delegations and international organizations upon the Request of the authorities concerned. Considering issues and cases of commercial nature, offering views and proposals on laws and regulations, then circulating such information to the concerned departments in Syria and abroad.
- Improve and regulate the commercial affairs in Syria, issue publications, prepare studies and research.

¹ We will focus only on the chamber of Industry and Chamber of Commerce

- Arbitrating of any dispute between chambers of commerce or merchants if requested, provided that disputing merchants should not be of the same chamber jurisdiction and also the Federation is entitled to arbitrate any dispute which may arise between Syrian and Foreign parties.
- Maintaining direct liaison with government offices to get all requested information and instructions. -Naming members to the board of directors of joint Arab and foreign chambers of commerce.
- participating in local, Arab and international trade fairs and conferences
- Economic and market information and surveys
- Training for the private sector to educate them about international commercial trade and the its terms
- Establishing branches for trade promotion to activate exportation and to attract foreign investment
- Advocacy services , marketing surveys , and consultancies and guidance - Trade information services

Structure of the Federation

The executive system of the Federation consists of the following:

i. General Assembly

The main role of the General Assembly is to approve the budget and the balance sheet and electing an Auditor. The General Assembly consists of 212 members from the chambers of commerce of all the Syrian regions.

ii. Board of Directors

- President of Chambers of Commerce
- Secretary of Damascus and Aleppo Chamber of Commerce
- Two members of the Board of directors of Damascus Chamber of Commerce
- A members of the Board of directors of the following Chamber of Commerce:
 - Aleppo
 - Damascus Countryside
 - Homs
 - Lattakia

iii. The Executive Bureau of the Federation

- Presidents of Chambers of Commerce of Aleppo and Damascus
- Secretary General of Damascus Chamber of Commerce
- Presidents of Damascus Countryside Chambers of Commerce
- Presidents of Homs Countryside Chambers of Commerce & Industry
- Presidents of Lattakia Chambers of Commerce & Industry
- 6 members elected by Board of Directors

Funding and Expenditure

The Resources of the funding are the following:

- 80%, members' contributions, and other participating organizations
- 18%, bank interests
- 2% miscellaneous revenues and investment resources and revenues against services rendered by the Federation.

While the expenditure the following:

- 48% Administrative Expenses
- 3% Financial Expenses
- 45% Conferences and Hosting
- 4% Investments (Publications)

Syrian Chambers of commerce under the Federation of the Syrian Chambers of Commerce.

<i>The Chamber</i>	<i>Tel</i>	<i>Fax</i>	<i>E-mail</i>	<i>Contact Person</i>
Damascus Chamber of Commerce	011-2211339	011-2225874	dcc@net.sy	Dr. Rateb Shallah
Damascus Rural Chamber of Commerce	011-2315653	011-2313798		Mr. Adnan El-Nen
Aleppo Chamber of Commerce	021-238237	021-213493	alepchmb@mail.sy	
Homs Chamber of Commerce & Industry	031-469440	031-464247	hcc-i@net.sy	Dr. Tarif Akhras
Hama Chamber of Commerce & Industry	033-233304	033-517701	Ham.coci@net.sy	Mr. Ezzat Habbal
Lattakia Chamber of Commerce & Industry	041-479530	041-478526		Mr. Kamal Al Assad
Tartous Chamber of Commerce & Industry	043-221371	043-221372	info@tarcci.com	Mr. Wahib Meri
Der Ezzor Chamber of Commerce & Industry	051-222091	051-222091		Mr. Bashir Touma
Raqqa Chamber of Commerce & Industry	022-234210	022-235218		Mr. Omar Homaidi
Idleb Chamber of Commerce & Industry	023-235744	023-238744		Mr. Ahamad Hasan
Hasakah Chamber of Commerce & Industry	052-221645	052-311842		Mr. Makram Sabbagh
Sweida Chamber of Commerce & Industry	016-234585	016-232512		Mr. Hamad Naser
Qunaitera Chamber of Commerce & Industry	011-2247186	011-2228794		Mr. Jihad Ismail
Daraa Chamber of Commerce & Industry	015-231253	015-253452		Mr. Abdulkarim Khalil

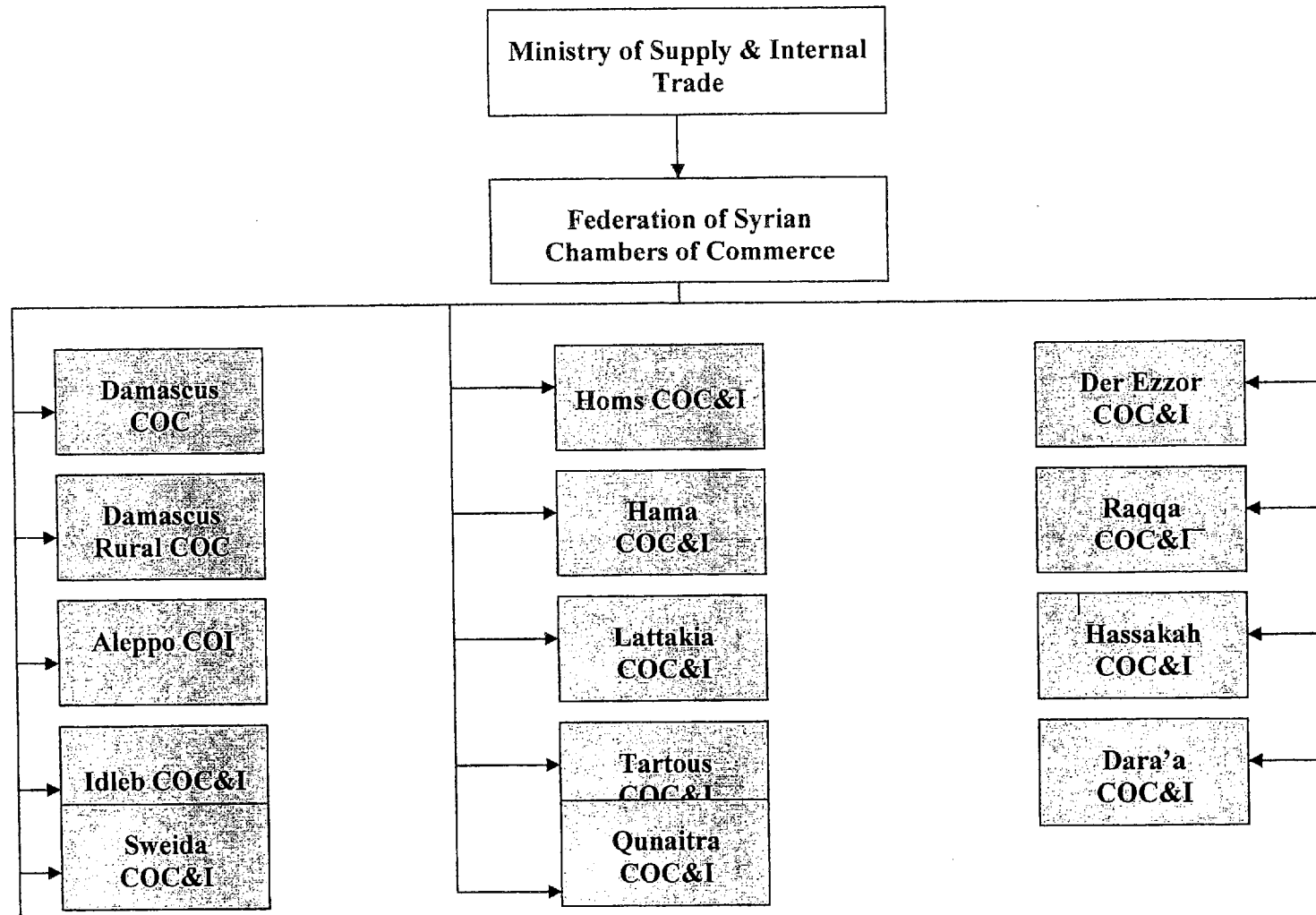
Number of Members in the Syrian Chambers of Commerce

Chamber	Members	Active*	Fees/year (S.P)	Fees Excellent Level
Damascus	30,000	11,000	1,700-4,200	7,000
Damascus Rural	16,000	8,000	1,000-4,000	8,000
Aleppo	23,187	4,378	2925-4,225	12,125
Homs#	10,600	4,200	1,000-3,000	5,500
Hama#	5,084	3,000	1,600-4,700	8,500
Lattakia#	18,000	3,000	1,000-3,800	7,000
Tartous#				
Der Ezzor#	2,644	800	700-1,200	6,000
Raqqa#	7,000	1,000	1,300-2,000	2,400
Idleb#	10,424	2,000	670-1,700	4,100
Hassakah#				
Sweida#				
Qunaitera	937	266	1,000-3,000	-
Dara'a#	6,400	2,500	450-1,725	4,650

#: Chamber of Commerce and Industry.

* Members who pay fees every year.

COC: Chamber of Commerce, COC&I: Chamber of Commerce & Industry



The Federation of the Syrian Chambers of Industry

Overview

The Damascus Chamber of Industry is an organization of Public utility. It is subject to the provisions of law No. 133 for 1938 and amendments, which organize chambers of commerce and industry, as is defined in the managerial regulation law. It comprises different industrialists from both public and private sectors. However, it has a connection of coordination with the Ministry of Industry.

The Federation functions and services

- Holding records for member industrialists and undertaking the correspondence necessary for its work.
- Registering the contracts of industrial companies as well as all contracts of all industrialists which the two sides wish to be testified by the Chamber.
- Attesting the signatures of member industrialists as well as the papers and documents issued by them.
- Certifying the solvency of member industrialists and the degree of such solvency.
- Issuing certificates of origin for industrial products which are fully or partially manufactured in industrial enterprises in Syria or abroad.
- Certifying the status and identity of member industrialists.
- Entering the names of those industrialists who become bankrupt in a special register.
- Preparing different economic studies and issuing the publications which are determined by the Chamber itself and which are related to industry and to economic topics.
- Answering the inquiries of industrialists, official departments and law courts.
Undertaking arbitration requested by industrialists and disputants, in industrial and economic disputes or as is stated in the contracts.
- Participating in the upper committee for export, import and consumption rationalization presided over by the Prime Minister.

Structure of the Federation

The Chamber of Industry is made up of three levels – the general assembly, the board of directors and the bureau – all of that are assisted by an administrative staff of officials.

i. The General Assembly

The General Assembly is made up of the total number of industrialists (whether individuals or companies) from both public and private sectors, duly registered with the Chamber.

ii. The Board of Director

The Board of Directors is made up of 18 members, of whom the general assembly elects 12 members from among its member industrialists who have been conducting an industrial activity for five years, at least, and who have been entered in the Chamber's registers at the classes A+, A and B, during the last three years, provided that they are not below the age of thirty, that they have paid up all their owed dues and fees to the Chamber, and that they are not members of boards of directors of other Chambers. Meanwhile, the minister of industry appoints six members to the board from among the industrialists whose industries have not been represented (by election) on the board, or from other industrial activities which he perceives the necessity of being represented on the board.

iii. The Bureau

The Bureau is made up of five members to be elected from among the members of the board. The board and the bureau of the chamber are assisted by a number of consultative committees, and they are the following:

- Committee of industrial and commercial affairs;
- Committee of export, import and financial obligations;
- Committee of marketing, pricing and operations;
- Committee of researches, studies, projects and standards;
- Committee of public relations and exhibitions;
- Committee of registration and guarantees;
- Committee of reconciliation and arbitration;
- Committee of labor affairs, occupational safety and health;
- Committee of the magazine;

Syrian Chambers of industry under the Federation of the Syrian Chambers of Industry.

The Syrian chambers of industry under the federation of the Syrian Chambers of Industry are the same under the Federation of the Syrian chambers of commerce in most of the Syrian regions excluding Damascus and Aleppo. While in other regions the chamber is called "Chamber of Commerce and Industry" and these chambers includes members from the commercial and industrial sectors.

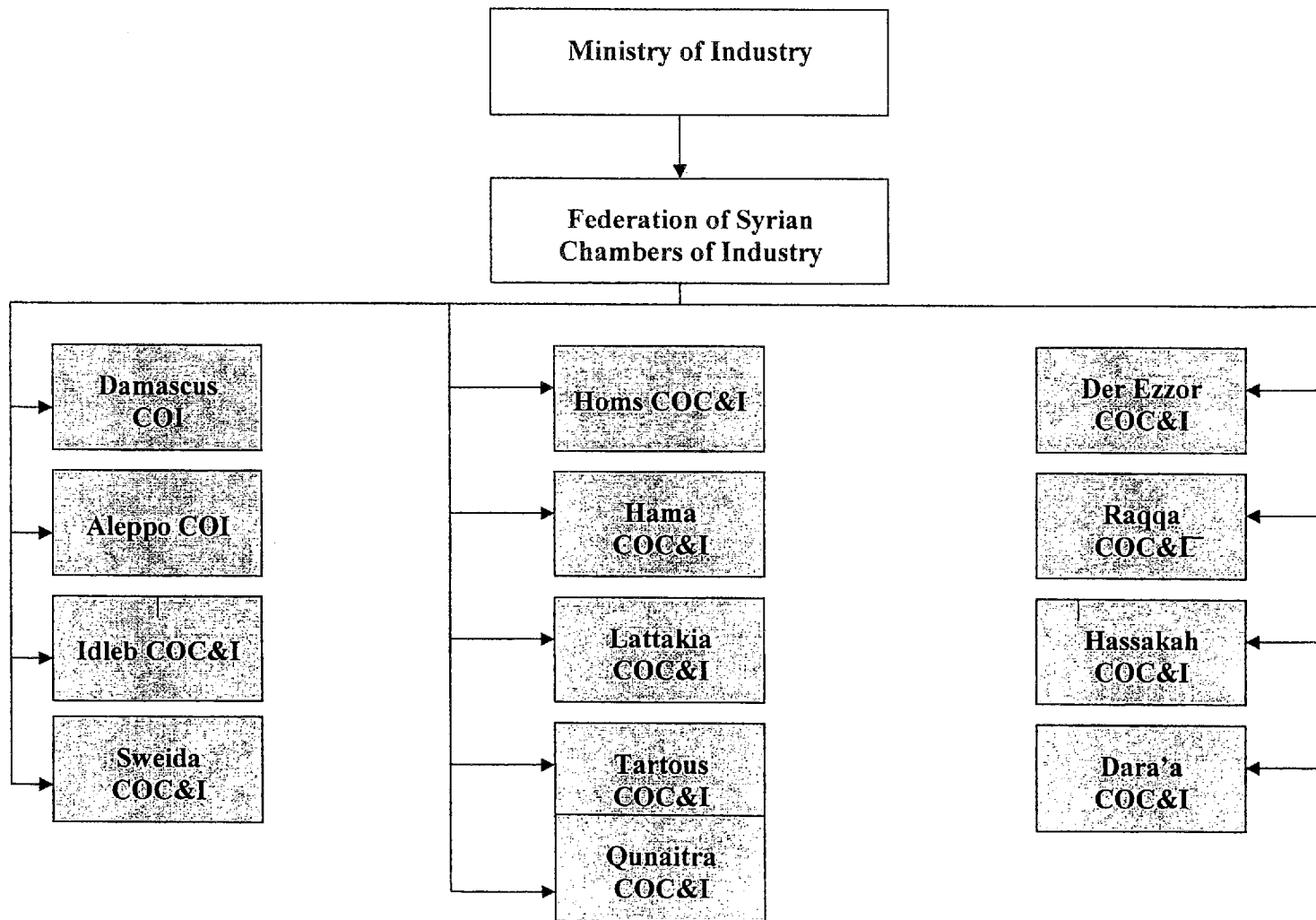
<i>The Chamber</i>		<i>Tel</i>	<i>Fax</i>	<i>E-mail</i>	<i>Contact Person</i>
Damascus Chamber of Industry	of	011-2222205	011-2245981	dcc@net.sy	Mr. Samer Debes
Aleppo Chamber of Industry		021-3620601	021-3620040		Mr. Ghassan Kraiem

Number of Members in the Syrian Chambers of Industry

Chamber	Members	Active*	Fees/year (S.P)	Fees Excellent Level
Damascus	15,300	3,000	2,350-6,180	9,150
Aleppo	6,000	2,000	4,500-17,000	25,000

* Members who pay fees every year.

COI: Chamber of Industry, COC&I: Chamber of Commerce & Industry



Indicative Map of Syrian Regulations
(Industrial and Commercial)

Item	Brief Description	Sector	Law/ Directive Number	Year	Relevant Ministry/Agency
A. Export Restrictions	1. Export of wheat, barely, cotton, cotton yarn, and their derivatives are made exclusively by the government organizations dealing with cereals and cotton.	Agriculture			Ministry of Supply and Internal Trade (wheat and barely) Ministry of Economy and Foreign Trade (cotton and cotton yarn)
	2. Crude oil and petroleum products exports are handled by the State Petroleum Marketing Office.	Mining			Ministry of Oil and Mineral Resources
	3. Export of phosphates and tobacco is reserved for specified government agencies.	Mining Agriculture			Ministry of Oil and Mineral Resources Ministry of Economy and Foreign Trade

	<p>4. Until December 15, 2002 exports were subject to an export license. The license requirement was cancelled by decision No. 1514 of December 15, 2002.</p>	<p>General</p>	<p>Decision No. 1514</p>	<p>2002</p>	<p>Ministry of Economy and Foreign Trade</p>
	<p>5. Products of agricultural origin are subject to an agricultural production tax of 12.5%. The following processed products were made eligible for a reimbursement of the production tax in 1999: dried, frozen, and processed fruits and vegetables; cotton, cotton seeds, ginned cotton, cotton yarn, cotton wool, cotton clothing, and cotton seed oil; and olive oil.</p>	<p>Agriculture</p>			<p>Ministry of Finance</p>
	<p>6. Additional agricultural export products became exempted from the agricultural production tax.</p>	<p>Agriculture</p>		<p>2000</p>	<p>Ministry of Finance</p>

B. Import Restrictions	1. All imports (of equipments, raw materials, finished and semi finished products) require licensing.	General	Legislative decree No.60	1952	Ministry of Economy and Foreign Trade
	2. An import surcharge of 2% is charged on all imports.	General	Law No. 15	1985	Ministry of Finance
	3. There are tariffs on imports. Tariff rates range up to 200%	General	Law No. 9	1975	Ministry of Finance
	4. There were several tariff surcharges. All surcharges were unified in 1980. The unified tax ranges between 6% (for exempted goods) and 35% (for goods subject to tariff exceeds 100%)	General	Law No. 1 Decree No. 265	2001	Ministry of Finance
	5. Syria joined the Arab Free Trade Area in 1997 which involves the removal of all non tariff barriers immediately, and the reduction of existing tariff barriers by 10% a year as of January 1, 1998.	General	Decision No. 3028	1998	Ministry of Economy and Foreign Trade

	<p>6. A "Negative List" of non allowed imports was announced in 2002 (replacing previous import quantitative restriction list) which includes more than 300 items (agricultural, and industrial). Arab countries that are members in the Arab Free Trade Area are exempted from the "negative list".</p>	<p>General</p>	<p>Decision No. 1509</p>	<p>2002</p>	<p>Ministry of Economy and Foreign Trade</p>
	<p>7. There is still a short list of prohibited imports from member countries of the Arab Free Trade Area.</p>	<p>General</p>	<p>Decision No. 1058 and its amendments</p>	<p>1998</p>	<p>Ministry of Economy and Foreign Trade</p>
	<p>8. A large number of specified imports can only be financed through export proceeds*</p>	<p>General</p>	<p>Decision No. 279 Decision No. 1510</p>	<p>1987 2002</p>	<p>Ministry of Economy and Foreign Trade</p>

	<p>9. Many basic commodities (such as pepper, salt, tobacco, wheat, iron and steel, and certain agricultural machinery) are imported exclusively by state trading agencies, for their own account, or for private sector importers.</p>	<p>General</p>			<p>Ministry of Economy and Foreign Trade</p>
	<p>10. Imports must come directly from the country of origin, but the Ministry of Economy has the authority to permit certain goods to be imported from countries other than the country of origin.</p>	<p>General</p>	<p>Legislative decree No.60</p>	<p>1952</p>	<p>Ministry of Economy and Foreign Trade</p>

C. Access to Hard Currency	1. An exchange control regime exists in Syria as of 1961. Dealing in foreign currencies outside the banking sector and export of local currency is prohibited.				Ministry of Economy and Foreign Trade
	2. Private sector exporters of industrial and agricultural products are allowed to keep 75% (amended to 90% in 2003) of the value of their exports in foreign currencies (rather than sell it all to the Commercial Bank of Syria). Retained currency can be used only for import of specified products.	General	Decision No. 279 Decision No. 1184	1987 2002	Ministry of Economy and Foreign Trade
	3. In the case of fruits and vegetables, private sector exporters may retain 100% of the proceeds.	Agriculture			Ministry of Economy and Foreign Trade
	4. Public sector enterprises may retain 100% of their export proceeds* in special foreign currency accounts.	General	Decision No. 2315	1990	Ministry of Economy and Foreign Trade

The Syrian Consulting Bureau
For Development & Investment

	<p>5. Other imports may be financed through external credit arrangement, foreign currency deposits maintained in by nonresidents, or foreign exchange purchased from other private enterprises through the intermediation of the Commercial Bank of Syria.</p>	<p>General</p>	<p>Decision No. 470 Decision No. 652</p>	<p>1984 1987</p>	<p>Ministry of Economy and Foreign Trade</p>
	<p>6. Syrian and non-Syrian residents are allowed to open foreign currency accounts at the Commercial Bank of Syria and to receive wire transfers from abroad, checks, or banknotes, with no question asked about the origin of the money</p>	<p>General</p>	<p>Law No. 690</p>	<p>2002</p>	<p>Ministry of Economy and Foreign Trade Commercial bank of Syria</p>
	<p>7. Commercial Bank of Syria is allowed to sell up to US\$ 2,000 to individuals traveling abroad and up to US\$ 3,000 to pilgrims to Mecca.</p>	<p>General</p>	<p>Law No. 1235</p>	<p>2002</p>	<p>Ministry of Economy and Foreign Trade Commercial bank of Syria</p>

D. Access to Trade Finance	1. The Commercial Bank of Syria has been commissioned to allocate USD 500 million annually to finance the importation of raw materials that will be used in manufacturing products for domestic consumption. Importers will pay the bank the value of the imported materials in Syrian Pounds	Industrial	Law No. 1431	2002	Ministry of Economy and Foreign Trade Commercial bank of Syria
	2. The Commercial Bank of Syria has been commissioned to allocate USD 1 billion to finance the import of raw materials that will be used in manufacturing products for export.	Industrial	Law No. 5336	2002	Commercial bank of Syria

E. Establishing Production/ Business Site	1. Commercial companies in Syria may have any one of the following forms: 1) Partnership, 2) Limited Partnership, 3) Limited Liability Company, 4) Corporation	Commercial	Law No. 149	1949	Ministry of Supply and Internal Trade
	2. All private industrial projects must be licensed	Industrial	Law No. 21	1958	Ministry of Industry
	3. There are four types of required registers: commercial, industrial, agricultural and administrative.	General			Ministry of Supply and Internal Trade Ministry of Industry Ministry of Agriculture The Governorates

<p>F. Install Machinery/ Equipment</p>	<p>1. There should be a license for importing machinery and equipment. The license is obtained from the Ministry of Economy and Foreign Trade. Also a license should be obtained from the Ministry of Industry if the imported machinery and equipments are for an industrial establishment. All machinery and equipments imported for projects approved under law No 10 of 1991 should be new (i.e. not second hand)</p>	<p>Industrial</p>			<p>Ministry of Economy and Foreign Trade Ministry of Industry</p>
---	--	-------------------	--	--	--

<p>G. Employing Labor</p>	<p>1. The current Labor Law in Syria was issued in 1959.</p>	<p>General</p>	<p>Law No. 91</p>	<p>1959</p>	<p>Ministry of Labor and Social Affairs</p>
	<p>2. Employers have to ensure their employees against: life, health and accidents and industrial injuries.</p> <p>The rates employers pay to the Social Security Establishment are as follows:</p> <p>When less than five employees are hires, 5% of total monthly salaries, 2% are paid as life insurance, health and accident insurance, and 3% for insurance against industrial injuries. In this case, the employer is responsible for end of service indemnity, while the establishment pays for life, health and accident insurance.</p> <p>When five or more employees are hired, 14% of employees monthly salaries for their membership in the Social Security Establishment plus</p>	<p>General</p>	<p>Social Security Law (Law No. 92)</p>	<p>1959</p>	<p>Ministry of Labor and Social Affairs</p>

	<p>3% for industrial injury insurance, and 0.1% as membership fees. In this case, the establishment is responsible for end of service indemnity and life compensations.</p> <p>Employees do not make a contribution to the Social Security Establishment when the company has less than five employees, but employees have to contribute 7% of their basic monthly salary if five or more employees are involved in the company.</p>				
--	--	--	--	--	--

H. Direct Tax	1. Direct taxes consist of: income tax and property tax. Tax rates were reduced in 1991. The new rates range between 10% and 45% of the net income. There are surcharges consisting of defense tax and local administrative tax.	General	Decree No. 85 Law No. 20	1949 1991	Ministry of Finance
	2. Income tax exemptions are granted under various investment laws	General	Law No. 103 Law No. 10 Decree No. 186	1952 1991 1985	Legislative The Higher Council for Investment

<p>I. Indirect Tax</p>	<p>1. Aside from tariffs and luxury tax, there are numerous individual taxes such as: guard duty, cattle duty, agriculture production tax, cotton export duty, property tax, inheritance tax, real estate registration duty, consumption duty, vehicle duty, TV tax, cement tax, flammable material duty, sugar tax, alcohol tax, census duty, foreign trade duty, entertainment duty, salt tax, tobacco tax, custom duties, electricity tax, stamp duty, judicial duty, notary public duty, general security duty, exit duty, consular fees, arms license duty, health service duty, hunting and fishing duty, mining duty, IPR tax and duty, port & lighthouse duties, aviation duty, cinema tax, ruins duty, irrigation duty, municipal tax and maritime transport duty.</p>	<p>General</p>			<p>Ministry of Finance</p>
-------------------------------	---	----------------	--	--	----------------------------

<p>J. Prices</p>	<p>1. In principle, prices in the private sector are determined by market forces, but prices are expected not to exceed cost plus a profit margin. Profit margins for various product categories are set by the Ministry of Supply and Internal trade. Certain prices such as prices of wheat, cotton, barely and sugar beet are fixed by the Government who is the sole purchaser of these products from the farmers. Prices for products and services provided by the public sector are fixed centrally.</p>	<p>General</p>			<p>Ministry of Supply and Internal Trade</p>
-------------------------	--	----------------	--	--	--

K. Property Right	1. Domestic and foreign entities have the right to establish and own business enterprises and engage in all forms of remunerative activity. Moreover, private entities have the right to freely acquire and dispose of interests in business enterprises.	General	The Constitution	1973	
	2. The Syrian government joined the Paris Union for the International Protection of Industrial Property in 1937, but has not joined its 1967 amendments. In early 2002, the International Property Rights Department at the Ministry of Supply and Internal Trade submitted draft proposals for joining the 1967 Stockholm Intellectual Property Rights Agreement, and the WIPO (World International Property Organization)				Ministry of Supply and Internal Trade

	3. Property rights are controlled and monitored by the legislative decree No. 47 of 1946	General	Legislative decree No. 47	1946	Ministry of Supply and Internal Trade
	4. Patent: these are issued for fifteen-year periods, provided the invention has been utilized within two years after the patent was granted.				Ministry of Supply and Internal Trade
	5. Copyrights: According to the terms of a new copyright law enacted in Feb 2001, penalties for unauthorized use of copyright material have been increased, and protection has been extended to copyright holders' lifetime plus 50 years for most categories of material. Protection under the new law is limited to products written or produced by Syrian citizens or residents, or if the products are covered by international culture or other agreements to which Syria is a party		Decree No. 12	2001	Ministry of Information

	6. Trademarks: these may be registered for ten-year periods. The first applicant is always entitled to registration.				Ministry of Supply and Internal Trade
--	--	--	--	--	---------------------------------------

* Export Proceeds: The foreign currency earned through the export of Syrian goods.