

フィリピン共和国
母子保健プロジェクト
中間評価調査報告書

平成19年10月
(2007年)

独立行政法人国際協力機構
フィリピン事務所

序 文

フィリピンでは妊産婦死亡と乳幼児死亡を減少させるための取組みが長年実施されてきています。しかし、タイ、ベトナムなど東南アジアの近隣国と比較して死亡率のレベルと低下の度合いは満足できるものとはいえません。2000年に国連で採択されフィリピンを含む189カ国が署名しているミレニアム宣言において設定されたミレニアム開発目標（MDG）のうち目標4（子供の死亡率の減少）と目標5（妊産婦の健康の改善）の達成も危ぶまれる状況にありました。

このような状況の下、本技術協力プロジェクトは、フィリピン政府の掲げる「保健セクター改革戦略」と「母性の安全（safe motherhood）政策」の下で緊急産科サービスの改善を通じて妊娠・分娩・産褥期における母親と新生児の健康を向上させることを目標に、平成18（2006）年3月から4年間の予定で実施されています。

プロジェクトの対象地域はルソン島山岳部のイフガオ州とレイテ島北部のビリラン州で、ともに経済的にも保健医療指標においても困難を抱えた地域ではありますが、保健セクター改革の先行実施地域（convergence sites）16州に含まれ、地域保健システム全体の強化に取り組んでいる州です。

プロジェクト実施期間の中間点に差しかかり、JICAは活動の進捗状況、成果の達成状況・見込みを確認するとともに、持続可能な発展の可能性を考慮に入れたプロジェクトの方向性、実施方法を検討する目的で中間評価調査を平成19（2007）年10月1日から24日まで実施しました。本報告書はその調査結果を取りまとめたものです。

本調査の実施にあたりご協力を賜りました保健省、イフガオ、ビリラン両州政府関係者ならびに保健分野援助機関担当者各位ほか、関係者の皆様に対して深い謝意を表しますとともに、後半を迎えるプロジェクトの運営にあたり、一層のご協力をお願いする次第です。

平成19年10月

独立行政法人国際協力機構
フィリピン事務所長 松田 教男

目 次

序 文

略語表

中間評価結果要約表（和・英）

地 図

第1章 中間評価の概要	1
1-1 中間評価調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成	1
1-3 調査日程	1
1-4 主要面談者	2
1-5 評価手法	2
1-5-1 評価調査のプロセス	2
1-5-2 データ収集手法	3
1-5-3 評価5項目	4
第2章 プロジェクトの概要	5
2-1 プロジェクトの基本情報	5
2-2 本プロジェクトのデザイン（PDM 変更後）	6
第3章 PDM の変遷と変更の経緯	8
3-1 PDM ver.1、PDM ver.2、PDM ver.3	8
3-2 PDM 変更の経緯	9
第4章 プロジェクトの実績・実施プロセス	11
4-1 プロジェクトの実績	11
4-1-1 投入実績	11
4-1-2 活動と成果の実績	13
4-2 プロジェクト目標達成の見込み	22
4-3 実施プロセス	24
4-3-1 活動進捗状況	24
4-3-2 プロジェクト実施体制と管理	24
4-3-3 政策提言のための調整とメカニズム	25
4-3-4 技術移転の方法	26
4-3-5 カウンターパートのオーナーシップ	26
4-4 効果発現に貢献した要因	27
4-5 問題点及び問題を惹起した要因	30
4-5-1 問題点及び問題を惹起した要因	30
4-5-2 今後阻害要因となり得る因子について	31

第5章 評価結果	33
5-1 評価5項目の評価結果	33
5-1-1 妥当性	33
5-1-2 有効性	34
5-1-3 効率性	35
5-1-4 インパクト（予測）	35
5-1-5 自立発展性（見込み）	36
5-2 評価総括	38
第6章 提言及び教訓	39
6-1 提言	39
6-2 教訓	40
第7章 所感	41
7-1 団長所感	41
7-2 団員所感	43
付属資料	
ミニッツ及び英文中間評価調査報告書	51
Annex 1: Project Design Matrix (PDM) ver.2	97
Project Design Matrix (PDM) ver.3	99
Annex 2: 2006年1月討議議事録（R/D: PDMver.1を含む）	107
Annex 3: 評価グリッド	129
Annex 4: 聞き取りを実施した関係者リスト	139
Annex 5: 評価団の日程詳細	141
Annex 6: 日本人専門家リスト	147
Annex 7: 本邦研修参加者リスト	149
Annex 8: 供与機材リスト	151
Annex 9: プロジェクト現地活動費	159
Annex10: フィリピン側カウンターパートリスト	161
Annex11: フィリピン側カウンターパートによるコストシェア	163
Annex12: 活動実施計画に照らした活動実績	165
Annex13: プロジェクトで実施した研修の概要	173
Annex14: 各アウトプットの目標値	175
Annex15: 保健省（DOH）、州保健局（PHO）、町保健局（MHO）の組織図	179

本和文報告書は、英文報告書を基に作成したものであるが、内容は必ずしも同一のものではない。なお、英文報告書における数値の誤りと補足説明は“Errata”として修正したが、本和文報告書においては本文中にて反映させた。

略 語 表

AMADHS	Alfonso-Lista-Mayoyao-Aguinaldo District Health System	アルフォンソリスタ、マヨヤオ、アギナルド保健行政地区
BEmOC	Basic Emergency Obstetric Care	基礎的緊急産科ケア
BHS	Barangay Health Station	バランガイ・ヘルス・ステーション
BHW	Barangay Health Worker	バランガイ・ヘルス・ワーカー
BNS	Barangay Nutrition Scholar	バランガイ栄養教育促進員
BPH	Biliran Provincial Hospital	ビリラン州病院
CEmOC	Comprehensive Emergency Obstetric Care	包括的緊急産科ケア
CHD	Center for Health Development	保健省地域事務所
CMMNC	Community Managed Maternal and Newborn Care	コミュニティにおける妊産婦・新生児ケア
DH	District Hospital	地域病院
DOH	Department of Health	保健省
DSWD	Department of Social Welfare and Development	社会福祉開発省
EC	Executive Committee	運営委員会
EmOC	Emergency Obstetric Care	緊急産科ケア
ILHZ	Inter-Local Health Zone	自治体間保健連携ゾーン
JCC	Joint Coordination Committee	合同調整委員会
LSS	Life Saving Skills (Training)	助産技術研修
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
MCP	Maternal Care Package	妊産婦ケア・パッケージ
MDR	Maternal Death Review	妊産婦死亡症例分析
MHO	Municipal Health Office	町保健局
MMR	Maternal Mortality Ratio	妊産婦死亡比
NCDPC	National Center for Disease Prevention and Control	疾病予防管理センター
NMR	Neonatal Mortality Rate	新生児死亡
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PHO	Provincial Health Office	州保健局
PhP	Philippine Peso	フィリピン・ペソ
PIPH	Province-wide Investment Plan for Health	州保健分野投資計画
PO	Plan of Operation	活動実施計画表
RHM	Rural Health Midwife	助産師
RHU	Rural Health Unit	村落保健所
SBA	Skilled Birth Attendant	熟練出産介助者（医師・看護師・助産師）
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
TWG/TMC	Technical Working Group & Technical Management Committee	技術管理委員会
UNFPA	United Nation's Population Fund	国連人口基金

WHT	Women's Health Team	女性の健康のためのチーム
-----	---------------------	--------------

中間評価結果要約表（和・英）

1 案件の概要	
国名：フィリピン共和国	案件名：母子保健プロジェクト
分野：保健医療／母子保健	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：JICA フィリピン事務所	協力金額（2007年9月現在）：
協力期間：2006年3月～2010年3月	先方関係機関：保健省、イフガオ州・ビラン州政府及び州保健局、同2州町役場及び村落保健所
	日本側協力機関名：なし
	他の関連協力：個別専門家（母子保健：2003～05）
<p>1-1 協力の背景と概要</p> <p>フィリピン共和国（以下、「比国」と記す）では、過去、妊産婦死亡比（MMR）、乳児死亡率（IMR）とも低下してはいるが、タイ、インドネシアなどのアセアン周辺国に比較して近年その低下率は緩慢である。ミレニアム開発目標（MDGs：Millennium Development Goals）では、2015年までにMMR（280を84）とIMR（45を15）を削減することがあげられているが、この達成には更なる取組みが必要である。保健省は国家政策として地方分権による保健セクター改革を進めており、2005年からは改革をより集中化させたFOURmula One政策を打ち出し、ドナー協調の下に総合的な保健サービス提供強化を進めている。</p> <p>こうした中で本プロジェクトは、母性の安全と新生児のケアに関するサービスの強化を目標として、2006年3月より4年間の予定で、ルソン島北部のイフガオ州〔Alfonsolistra, Mayoyao, Aguinaldoの3町で構成されるAMADHS自治体間保健連携ゾーン(Inter-Local Health Zone: ILHZ)のみ対象〕とレイテ島北部のビラン州（全8町対象）を対象として開始された。プロジェクトでは、母子保健の中の特に緊急産科システムに焦点をあて、1次医療レベルでの母子保健サービス提供システムの強化、熟練出産介助者（医師・看護師・助産師）を支援するための運営管理の改善、妊婦や新生児へのコミュニティ内の支援システムの強化を通して、緊急産科ケアのサービスを改善すべく活動を実施している。</p>	
<p>1-2 協力内容</p> <p>(1) 上位目標</p> <p>フィリピン国の母子保健政策の下、中央レベルと州レベルにおいて、母子保健における戦略を効果的に実施するための組織のキャパシティが強化され、母子保健サービスの量と質が向上する</p> <p>(2) プロジェクト目標</p> <p>活動対象地域において母子保健サービスが強化され、妊娠・分娩・産褥期における母と新生児の安全性と健康が向上する</p> <p>(3) アウトプット</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 中央レベルにおける緊急産科ケアの実施体制が強化される 2) 活動対象地域における緊急産科ケアと母子保健サービス供給体制が強化される 3) 活動対象地域における母親や新生児への地域住民による支援体制が強化される 	

- 4) 活動対象地域における「女性の健康のためのチーム」(WHT: Women's Health Team)、助産師を支援する運営管理の体制が整備され、サービスの質と仕事環境が改善される
 5) 母子保健分野における国家政策の策定・実施にプロジェクト活動の教訓が反映される

1-3 投入 (2007年9月現在)

(1) 日本側

専門家派遣	長期 3名 (32.5人月)	機材供与	約 12,470,308 ペソ
	短期 5名 (6.5人月)	ローカルコスト負担	約 20,723,103 ペソ
研修員受入れ	6名 (5.5人月)	その他	N/A

(2) 相手国側

カウンターパート配置	20名 (のべ 26名)	機材購入	N/A
土地・施設提供	プロジェクト事務所 3カ所	ローカルコスト負担	交通費、会議費、事務所 通信・光熱費、保健医療施設改善等
その他	N/A		

2 中間評価調査団の概要

調査者	1. 総括/団長	北林春美	JICA フィリピン事務所 次長
	2. 評価計画	松山章子	長崎大学国際連携研究戦略本部 准教授
	3. 評価分析	小川陽子	グローバルリンクマネージメント (株) 研究員
調査期間	2007年10月1日～2007年10月24日		評価種類: 中間評価

3 評価結果の概要

3-1 実績

注: 本プロジェクトの PDM 指標には目標値が設定されていなかったため、それぞれの指標に沿ってプロジェクト開始以前と現在の定量的、定性的な変化を捉える形で記述した。また、各州で策定している保健分野投資計画 (2005～2010年) に目標値が記載されている場合は、その数値に準じた (なお、今回、中間評価調査団としては、プロジェクト実施関係者内で協議のうえ、保健分野投資計画等に合わせて目標値を決定するよう指導した)。

(1) 各アウトプットの達成度合い

1) アウトプット 1

中央レベルにおける緊急産科ケアの実施体制が強化される

プロジェクトの支援により『コミュニティにおける妊産婦・新生児ケア』(CMMNC: Community Managed Maternal and Newborn Care) 研修講師用ガイド及び訓練キットが 300部印刷・製本され、FOURmula One 支援対象州である 19州及び 17地域に配布された。また、これらすべての地域において研修講師 (計 184名) が育成された結果、保健省には熟練出産介助者に対する CMMNC の訓練を実施できる十分な知識と技術がもたらされたといえる。さらに、国連人口基金をはじめ母子保健に関わる他の開発支援機関との連携により、基礎的緊急産科ケアの研修教材についても整備され、実際に研修を実施している。したがって、アウトプット 1 はほぼ達成されている。

残された課題としては、緊急産科ケアの質を維持するためのモニタリングとスーパービジョンの体制整備がある。また、今後緊急産科ケア・サービスを定着させていくためには、現在中央保健省内において審議中の『妊産婦・新生児ケアに関する政策枠組み』の成立が急務となっている。

2) アウトプット 2

活動対象地域における緊急産科ケアと母子保健サービス供給体制が強化される

プロジェクトにより、必要機材、医療従事者への基礎的緊急産科ケア、CMMNC、短期の助産技術訓練（Midwifery Training in Life Saving Skills : LSS）が提供され、既に対象 2 州の 11 カ所の医療施設（目標 11 カ所）において基礎的緊急産科ケア・サービスが提供されるようになった。また、フィリピン健康保険公社（PhilHealth）の規定する妊産婦ケア・サービス提供組織として、7カ所の村落保健所（Rural Health Unit : RHU）（目標 11 カ所）が認証を受け、2カ所の RHU について申請書が提出されている。したがって、プロジェクト開始後 1 年 8 カ月足らずのうちに、アウトプット 2 を達成するために必要な基礎が築かれたといえる。

残された課題としては、選定されたバランガイ・ヘルス・ステーション（Barangay Health Station : BHS）による分娩サービス開始を通じた施設分娩のアクセス改善、州・地区病院に対する包括的緊急産科ケア・サービス提供能力の向上、リファラル体制の更なる強化がある。なお、繰り返しになるが、これらの活動を実施するためには、前述した『妊産婦・新生児ケアに関する政策枠組み』の成立が急務となっている。

3) アウトプット 3

活動対象地域における母親や新生児への地域住民による支援体制が強化される

地域住民による支援体制強化に向けて、顕著な前進が見られている。活動対象 2 州のすべての村（205 カ村）において、従来からの地域保健ボランティアに伝統的産婆を加えた「女性の健康のためのチーム（WHT）」が結成され、州保健局・町保健局の訓練講師がすべての WHT に対してオリエンテーションを行った。WHT は、地域住民への啓発活動や妊産婦の保健所登録と自宅でのカウンセリング活動を開始し、またコミュニティで緊急産科支援体制構築のための会合を開くなど活発に活動している。その結果、①妊娠のより早期に妊産婦の登録ができるようになり、②施設分娩に向けた個別の出産計画作成のためのカウンセリングが充実し、③保健ボランティアの責任感が強くなり、④村のリーダーが以前に増して協力的になったなどのプラスの効果が見え始めている地域もある。特にビラン州においては、町議会が施設分娩の利用料を規定したり、村の予算で産科緊急時の交通費を負担したり、町・村が保健施設の改善を共同出資により実施するなど、目に見える効果も出始めている。

4) アウトプット 4

活動対象地域における WHT（女性の健康のためのチーム）、助産師を支援する運営管理の体制が整備され、サービスの質と仕事環境が向上する

プロジェクト対象 2 州においては、既存のモニタリング・スーパービジョンの活動として、①RHU と BHS 助産師との月例会合、②助産師と WHT との月例会合がそれぞれ継続して実施されている。モニタリング・評価専門家や中間評価調査団によって助産師をリーダーとした WHT メンバーの仕事満足度も概ね高いことが評価された。

今後の課題としては、こういった既存のメカニズムを活用し、いかに妊産婦・新生児死亡の原因を探求し、活動にフィードバックするサイクルを体系化していくかにある。

5) アウトプット 5

母子保健分野における国家政策の策定・実施にプロジェクト活動の教訓が反映される

プロジェクトの関係者である州保健局・町保健局職員は、保健省主催の全国及び地域レベルの定期会合を通じて、WHT によるコミュニティの啓発活動や、州・町条例を通じた施設分娩の促進などプロジェクト活動から得られた経験を共有しており、母子保健プ

プログラム実施改善に貢献している。さらに、地方自治体レベルでは、ILHZ の技術管理委員会の会合を通じて伝統的産婆の活動制限を定めた州条例や WHT へのインセンティブ供与、分娩サービス利用料などを定めた町条例の施行など、母子保健関連政策形成に大きな影響力を与えてきた。

今後の課題として、引き続きプロジェクト介入の効果に関するエビデンスや教訓を集積し、それらを適宜政策対話のプロセスで共有していくことがあげられる。

(2) プロジェクト目標の達成見込み

1) プロジェクト目標

活動対象地域において母子保健サービスが強化され、妊娠・分娩・産褥期における母親と新生児の安全性と健康が向上する

ビリラン州とイフガオ州では目標達成の度合いに違いが見られる。

ビリラン州では、施設分娩率が 2005 年の 28% から 2007 年上半期には 77% と劇的な増加が見られ、プロジェクト完了時の 2010 年までには、施設分娩率に更なる進展が見られるものと予測できる。それとは対照的に、妊婦検診や産褥後検診のサービス利用率の増加はいまだ数値に現れていないが、今後 WHT の活動による効果を見込んで改善が予測できる。一方、イフガオ州の AMADHS-ILHZ では、妊婦検診を 4 回以上受けた妊産婦の割合は 2005 年の 88% から 2006 年の 93%、熟練出産介助者による介助率は 2005 年 54% から 2006 年 59% と若干増加の兆しが見えたが、逆に施設分娩率については 19% にとどまる状況となっている。今後、WHT の活動による効果が見込まれるため、2010 年までには熟練出産介助者による介助率の増加が期待できる一方で、地理的条件の悪さと自宅分娩・伝統的産婆を好む傾向を鑑みて、州保健分野投資計画（2005～2010 年）で規定されている施設分娩率 50% の達成には、さらに長い時間が必要であると考えられる（数値は州保健局報告書）。

なお、現時点において前述の実績が母体死亡数と新生児死亡数に対してどう影響を与えたかを判断するのは、時期尚早であると考えられる。

上記を勘案すると、ビリラン州における今後の課題として、①妊産婦死亡の症例検討を通じた忌避可能な要因について対処法を考案すること、②現在施設に来ていない 24%（およそ 300 件程度）の女性についてその理由を分析し、対処法を見出すこと、③妊婦検診や産褥後検診の利点を訴え、サービス利用を促進すること、④サービスの質を確保・改善することなどがあげられる。イフガオ州においては、持続可能な形の出産サービス提供体制や遠隔地の妊産婦が施設にアクセスするために必要なコミュニティによる支援体制の構築方法について答えを見出すことが課題であるといえる。

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性

本プロジェクトの上位目標及びプロジェクト目標の内容は、以下の項目に照らして再検討した結果、現時点においても妥当であるといえる。

プロジェクトの上位目標は比国における MDGs 達成に貢献することであり、なかでも妊産婦と乳幼児の生存と健康のための取組みは保健省の政策や州保健分野投資計画双方において優先度が非常に高いことから、本プロジェクトは受入国の優先政策に合致しているといえる。さらに、比国保健省では現在緊急産科ケアシステムの導入方法を検討しており、試行導入した経験を政策過程にフィードバックすることを目指す本プロジェクトの妥当性

は高いといえる。

日本国の対比国別援助計画（2007年8月案）では、貧困層の自立支援と生活環境改善の課題に対し基礎的社会サービスの拡充を取組み方針の1つとしてあげており、JICAの国別事業実施計画（2007年5月案）においても、母子保健サービスの拡充による妊産婦死亡の減少と乳幼児死亡の減少への支援に重点を置いていることから、日本の政府開発援助戦略にも合致している。

本プロジェクトにおいては、中央保健省職員、州・市保健局職員、熟練出産介助者、伝統的産婆を含む保健ボランティアから妊産婦まで、多様な関係者がターゲット・グループとして設定されているが、施設分娩及び緊急産科ケア・サービスを整備するにあたり、関係グループごとのニーズをよく把握し、必要な技術的かつ物資の投入をしているため、ターゲット・グループのニーズに合致しているといえる。

（2）有効性

プロジェクトの戦略は包括的であり、一般的に妊産婦死亡低下のために必要とされる5つの核となる介入のうち、①政治的なコミットメントの確保と支援的な政策環境、②一定の質を保持した妊婦検診、熟練出産介助者による介助、及び妊娠合併症発症時における緊急産科ケアの提供、③保健システムとコミュニティの関わり強化の3つを扱っているため、プロジェクト・デザイン上の有効性がある。一方、本プロジェクトの対象州であるイフガオ州とビリラン州では、現時点までに得られている効果の度合いに差が出ていること、さらには異なる社会・文化・地理的特徴があることから、以下のとおり州ごとに分けて有効性を論じた。

1) イフガオ州

イフガオ州においては、マヨヤオ町の例を除き熟練出産介助者による介助率や施設分娩率増加などの効果がいまだ出ていないため、プロジェクト介入の有効性を論じるのは時期尚早であるといえる。保健施設に到達するまでの距離・時間・コストが大きく、自宅分娩や伝統的産婆による出産を好む傾向など施設分娩や熟練出産介助者による分娩を阻害する要因の影響が大きく、また伝統的産婆による出産介助を制限する法的措置も導入されていないため、急激な改善は見込めない。しかしながら、①サービス提供者側が緊急産科ケアやCMMNCに関わる知識と技術を身につけ、サービス提供の準備ができていること、②WHTにより、施設分娩や産前検診、産褥検診の需要を創出し、以前より早く頻繁に検診に来る現象が起き始めていることなどから、分娩可能な施設が増加し、WHTの啓発活動による説得活動が継続すれば、ある程度の時間は必要であるものの、改善は見込めると考えられる。

2) ビリラン州

ビリラン州においては、プロジェクトによる介入は施設分娩の増加に有効であったといえる。現時点までに得られている成果が維持され、かつ外部条件が満たされれば、プロジェクト目標である「妊娠・分娩・産褥期における母親と新生児の安全性と健康（の）向上」は、2010年までに達成可能であると考えられる。

しかしながら、施設分娩の増加が妊産婦死亡数や新生児死亡数の低下という確固とした保健指標に影響するには、恐らくプロジェクト期間を超えた観察が必要と考えられる。

また、外部条件とされている「妊娠するリスク（計画外妊娠と危険な中絶の予防）」への政府の対応と「PhilHealthが財政困難に陥らない、破綻しない」に関しては、プロジェクト目標達成に与える影響の大きさを考えて、引き続き注視していく必要がある。

(3) 効率性

現地調達された機材の一部が低品質のため意図した目的に利用できないケースがあったものの、その他の投入はアウトプットを産出するために有効利用されていることから、プロジェクトは効率的に実施されているといえる。さらに、本プロジェクトの特徴として、緊急産科ケア・CMMNC の訓練モジュール、母子手帳、WHT のコンセプト、PhilHealth の保険還付金制度など、既存のリソースの有効活用を通じた成果の達成があげられる。これには、ベースライン調査を通じた現地資源の把握をプロジェクト活動に活かしたことや、プロジェクトのスタッフと ILHZ の技術管理委員会とのパートナーシップが有効に機能した点での貢献度が大きい。

(4) インパクト

プロジェクト開始時には、施設分娩促進による伝統的産婆や住民への負の影響が懸念されたが、WHT によれば、そういった影響は活動の阻害要因にはなっていない。他方、妊産婦とその家族に施設分娩を説得することの困難さは存在するため、今後もこの点に注意して活動実施をしていく必要がある。また、フィリピン健康保険 (PhilHealth) 未加入世帯の女性、加入していても無料サービスが受けられない 4 人目以上を妊娠した女性たちによるサービス利用が限定されるといような影響も懸念される。

これと同様に、ビリラン州においては伝統的産婆の出産介助を禁止する州条例がでており、このような禁止令に対する反動もあり得る。そのため、自宅分娩や未計画の妊娠ケースが闇に潜ったり、施設ベースのサービスを受ける決断の遅れを助長したりしないよう、しっかりとモニタリングする必要がある。

プラスのインパクトとしては、プロジェクトの対象 2 州における経験がそれぞれ域内の他州からの注目を集めているため、今後、プロジェクトで実施した活動内容が他州へ波及していく可能性がある。

(5) 自立発展性

プロジェクト対象 2 州において、現段階において自立発展性の有無を議論するには時期尚早であるものの、現時点で効果の発現が見られているビリラン州においては、母子保健サービスの利用と更なる需要の喚起を維持していくためにプラスとなる要因が以下のとおり、いくつか観察された。

- ・ MDGs 達成のための強い政治的なコミットメント
- ・ 緊急産科ケア、CMMNC、LSS、WHT などの研修を中央・地域の保健省と州保健局が自立的に実施可能であること
- ・ 州保健分野投資計画 (2005~2010 年) の実施に対する欧州連合からの資金投入が予定されていること

さらに、地方政府組織の積極的な参画、PhilHealth 妊産婦ケア制度の活用を通じた保健所の資金回収とインセンティブ確保、施設分娩に対する需要の促進、サービスの質を維持するための技術支援、コミュニティに対する知識とツールの譲渡など、自立発展性を後押しする戦略がプロジェクトのデザインに統合されているため、自立発展性に対するプラスの効果も期待できる。

これらプラスの要因がある一方で、カウンターパート機関によるプロジェクトスタッフへの依存、施設分娩件数激増に伴う医療従事者の不足、欧州連合による設備投資拡大に伴う地方財政の人件費・維持管理費負担増、PhilHealth 未加入世帯問題などの不確定要因も散

見される。

3-3 効果発現に貢献した要因

プロジェクトの効果発現に貢献した主な要因として、プロジェクトが保健セクター改革の実施体制に沿って活動を展開したことや、妊産婦・新生児ケア・サービスの提供に必要なリソースが既に存在し、プロジェクトがそのリソースを有効に利用したこと、プロジェクトのデザインが包括的であったこと、州・町政府による条例の制定が効果の早期発現を促したこと、などが指摘できる。

3-4 問題点及び問題を惹起した要因

プロジェクトのパフォーマンスを限定した要因として、分娩施設へのアクセスの困難さ（イフガオ州）、医師及び看護師の転出、世帯による施設分娩に関わる金銭的負担、価格競争による医療機材の調達の際の品質確保の問題、などがあげられる。

また、今後阻害要因となり得る因子について、施設分娩サービスの拡張を勘案した人的資源開発と管理計画の不在、母子保健サービスのための薬品・栄養剤等の不足、高い妊産婦死亡・疾病に関わるその他の要因（低い家族計画実施率、未計画妊娠）などが懸念材料であると考えられるため、プロジェクトへの影響度合いを注視して適宜対応していく必要性がある。

3-5 結論

本プロジェクトは、母親と新生児の死亡低減に必須となるコミュニティ、リファラル、地域中核病院の3点を結ぶ活動を実施することで、妊産婦死亡の「3つの遅れ」といわれる問題に取り組んでいる包括的なプロジェクトである。また、フィリピンの保健セクター改革政策及び母子保健、特に母親と新生児の健康改善に関する指針に合致しており、その点では既存の資源を有効に活用、活性化したことで効率性の高いプロジェクトになっている。外部から新たな概念やシステムを持ち込もうとする場合に必要となる一定の準備期間と資源を本プロジェクトでは大幅に省略でき、実質的活動に専念したことが、成果として現れ出している。

特にビリラン州では、施設分娩率は大幅に増加し、活動は計画以上の進捗が見られる。一方、イフガオ州は数値の上では大幅な進展がまだ見られない。しかし、山岳地域でアクセスが悪く、様々なインフラ整備が遅れている状況を鑑みると、プロジェクトは困難な外部要因を抱えているものの、徐々に活動の定着が進むことが期待されている。

今後は、特にビリラン州では、これまでの量的な成果をどう質的に向上、維持していくかという局面を迎え、モニタリングやスーパービジョンの重要性が増してくる。また、妊産婦死亡症例のより詳細な分析の実施とその結果を迅速に政策や活動に反映させることができるようフィードバックする必要性がある。

3-6 提言

以上の結果を踏まえ、中間評価調査団は以下の提言を行った。

(1) 保健省は、『妊産婦・新生児ケアに関する政策枠組み』が成立するまでの間、プロジェクトの実施機関に対して緊急産科ケアのサービス提供方法に関するガイダンスを与えること。

(2) 保健省及び地方政府は、互いに協議しながら人的資源管理・開発の要素や追加予算の必

要性を十分考慮したうえで、州レベルの緊急産科ケア・サービス拡大計画の策定にあたること。

- (3) プロジェクトの実施関係者は、本プロジェクトの活動実施計画表（Plan of Operations）をレビューし、各活動の実施責任者の割当てを行うこと。また、プロジェクト活動のモニタリング・監督体制を明確にし、PDM 上で規定された指標データの収集にあたること。
- (4) プロジェクトの実施関係者は、施設分娩サービスの品質の保持に焦点を絞った活動を実施すること。
- (5) プロジェクトの実施関係者は、アウトリーチの困難な妊産婦の施設分娩を促進するためにより焦点の明確な戦略を策定すること。その際、妊産婦死亡症例分析（Maternal Death Review：MDR）を有効活用し、社会経済・社会文化的な要素の検討も十分行うこと。
- (6) 中間評価調査団は、2007年9月24日付のイフガオ州議会決定（No. 02 s. 2007）に記載されている本プロジェクトの対象地域をイフガオ州全域に拡大する旨の要請について、JICA フィリピン事務所及び JICA 本部に伝達すること。ただし、イフガオ州政府に対しては、JICA 支援対象外の地域において欧州連合の設備投資予算を活用した施設・機材投入を進行させることを提案したい。本プロジェクトに対しては、可能な範囲で訓練講師育成などへの支援を提案したい。
- (7) プロジェクトの実施関係者は、透明性の更なる向上のため、また今後のプロジェクト経験の普及をにらんで、プロジェクトのプロセス・ドキュメンテーションを改善し、定性的・定量的なデータの集積に努めること。これは、将来的に同様のプロジェクトを域内で展開する場合、エビデンスに基づく記録が必要となるためである。そういった点で、特徴の異なる2州における経験は、地理的な環境、運輸・通信手段の有無、インフラ整備の度合い、社会文化的要素など、様々な外部条件が阻害要因や促進要因となってプロジェクトの効果に影響することを体現しており、示唆深い。直接こういった側面に介入することは困難であるが、今後のプログラム形成や指標作成をする際には有用な情報となり得る。

Summary of the Evaluation Results

1. Outline of the Project	
Country: The Philippines	Project title: Mother and Child Health Project
Issue/Sector: Health/Mother and Child Health	Cooperation scheme: Technical Cooperation
Division in charge: JICA Philippine Office	
Period of Cooperation: March 2006~March 2010	Partner Country's Implementing Organization: Department of Health (DOH), Local Government Units, Provincial Health Offices of Ifugao and Biliran Provinces
	Japanese Cooperating Organization(s): None.
	Related Cooperation: Expert in Mother and Child Health: 2003~05
<p>1-1 Background of the Project</p> <p>The Republic of Philippines (hereinafter referred to as “the Philippines”) has reduced Maternal Mortality Ratio (MMR) and Infant Mortality Rates (IMR) over the last several decades through various efforts to strengthen Maternal and Child Health (MCH) service provisions. This effort was made possible by a strong political commitment, still held as the country’s determination to achieve the Millennium Development Goals (MDGs). However, its rate of improvement has been slow compared with neighboring countries in ASEAN.</p> <p>Most maternal deaths are attributable to “three delays,” namely: delay in recognizing high risk or obstetric emergency cases and deciding to seek medical care at the community level; delay in referral; and delay in receiving adequate care at a health/medical facility. A number of project and program interventions have sought to improve MCH services. Unfortunately, the past efforts treated MCH services as separate packages of interventions requiring separate inputs and delivery mechanisms, whereas the integration of services is now increasingly seen as more effective.</p> <p>This new technical cooperation project, developed in awareness of the above and supported by JICA, focused on: care integration at service delivery points using the above tools, and enhancement of institutional integration among three loci of responsibilities (DOH, the Inter-Local Health Zone [ILHZ], and the family and community). In March 2006, the MCH Project began its implementation period of four (4) years.. It targeted two project areas: Biliran province (Region VIII), and AMADHS-ILHZ in Ifugao province (CAR Region), with respective populations of 155,000 and 52,000.</p> <p>1-2 Project Overview</p> <p>Overall Goal:</p> <p>In the framework of National Goal of Improving Women and Child Health, organizational capacity at the central and provincial levels to implement effective MCH strategies is strengthened; and the quality and quantity of MCH services is enhanced.</p>	

Project Purpose:

In the project target areas, the health and safety of mothers and neonates in pre-natal, during delivery and post partum period is improved through improving the quality of care and increasing the utilization of service provided.

Outputs:

- (1) Implementation mechanism and capacity of the central level to enhance Emergency Obstetric Care (EmOC) in all levels is strengthened
- (2) The MCH services and EmOC are strengthened in the project target areas
- (3) Supporting mechanism for mothers and babies in the communities are strengthened
- (4) Management and supportive mechanism are in place for Women's Health Teams (WHTs) and Rural Health Midwives (RHMs) to improve quality of service and their work environment in the project target area
- (5) Lessons learned from the MCH project implementation contribute to dialogues at the national and the provincial levels and MCH policy discussions, and is reflected to the MCH policy formulation

1-3 Inputs (as of September 2007)

Japanese side:

Japanese Experts	Long-term	3 persons (32.5 MM)	Equipments	12,470,308 peso
	Short-Term	5 persons (6.5 MM)	Local Costs	20,723,103 peso
Training in Japan		6 persons (5.5 MM)	Others	N/A

Philippine side:

Counterparts	20 persons (26 total)	Equipments	N/A
Land/Facilities	Project Offices (3 offices)	Cost Sharing	Travel Allowance, Meetings, Telephone/Electricity, Upgrading of healthcare facilities, etc.
Others	N/A		

2. Outline of the Mid-term Evaluation

Evaluation Team	1. Leader, Harumi Kitabayashi, Deputy Resident Representative, JICA Philippine Office 2. Maternal and Child Health, Akiko Matsuyama, PhD., Associate Professor, Center for International Collaborative Research, Nagasaki University 3. Evaluation Analysis, Yoko Ogawa, Specialist in International Health, Global Link Management, Inc.	
Period	October 1 ~ 24, 2007	Type of Evaluation: Mid-Term

3. Summary of Evaluation Results

3-1 Achievements

NB: The indicators of the Project in the Project Design Matrix ver.3 (PDM) do not yet have target values. Thus, we assess achievement levels based on the changes in value recorded in each of the indicators. Description of such changes is supplemented by qualitative changes in certain conditions attributed to Project interventions (please refer to the full report for more details). For indicators that have target values in the Province-wide Investment Plan for Health (PIPH, 2005~10), the Evaluation Team adopted such.

Level of Achievements: Outputs

Output 1: Implementation mechanism and capacity of the central level to enhance EmOC in all levels is strengthened

Output 1 has been largely achieved. A total of 300 copies of the Community-Managed Maternal and Newborn Care (CMMNC) Trainers Guide and Training Kit were disseminated in 19 *FOURmula One* target provinces and 17 Regions via CHDs. All the above Regions and Provinces have trained trainers (184 persons), equipping them with the skills/knowledge necessary to provide CMMNC training to Skilled Birth Attendants (SBAs: doctors, nurses and midwives), making use of the training equipment and the materials provided by the Project.

The remaining task is the establishment of a mechanism to ensure quality of EmOC services upon initial introduction, utilizing monitoring and supervision tools. This is under discussion between DOH, the Center for Health Development offices (CHDs), and the Provincial Health Offices (PHOs).

Output 2: The MCH services and EmOC are strengthened in the project target areas

Most of basic provisions to achieve Output 2 have been achieved through enhancing the MCH services and, in particular, Basic Emergency Obstetric Care (BEmOC) services. Most of the planned training for SBAs has been completed. Moreover, the equipment necessary for PhilHealth Maternity Care Package (MCP) accreditation has been provided to all target Rural Health Units (RHUs). As a result, the PhilHealth MCP accreditation among most of the RHUs has been or is being obtained, and 10 out of 11 of the targeted facilities have started providing improved BEmOC services, excluding breech and forceps extraction.

Remaining tasks include: 1) upgrading Barangay Health Stations (BHSs) functioning as birthing stations for improved access; 2) developing an appropriate monitoring and supervisory structure to maintain the quality of WHT activities; 3) providing training to assist the Mayoyao District Hospital in upgrading to a Comprehensive Emergency Obstetric Care (CEmOC) facility by providing training; 4) enhancing referral practices; and 5) further enhancing capacity of the Biliran Provincial Hospital as a CEmOC facility.

Output 3: Supporting mechanism for mothers and babies by community members in the project target areas is enhanced

The Project made significant progress in the initial orientation and education of community members on the importance of preparing for emergencies. The Project was also instrumental in organizing and training WHTs, which facilitated the inclusion of traditional birth attendants (TBAs) in efforts to promote facility-based deliveries. Up to September 2007, all 63 Barangays in

AMADHS-Ifugao and 132 in Biliran have at least one WHT, who counsel and track pregnant women and conduct more effective home visits, mothers' classes, and monthly meetings at BHSs.

WHT's supervisors and leaders have observed several initial positive changes including: 1) earlier and more successful tracking of pregnant women; 2) more intensified counseling that includes formation of the birth plans; 3) increased level of responsibility as roles and functions became clear thanks to the "Guides for WHT"; and, 4) increased supportiveness among Municipal and Barangay officials to WHT's activities and for the service provision.

Output 4: Management and supportive supervision mechanisms are in place for WHTs and rural health midwives(RHMs) to improve quality of service and their work environment in the project target areas

Currently, existing supervisor activities include monthly meetings between RHU and BHS staff, monthly WHT staff meetings, and routine meetings among RHMs, existing health volunteers and TBAs at BHSs. Nevertheless, more systematically formed guidelines and tools for supportive supervision, as well as case conferences to sustain the quality of WHT activities, have yet to be developed for WHTs and RHMs.

Output 5: Lessons learned from the MCH project implementation contribute to dialogues at the national and the provincial levels MCH policy discussions and is reflected to the MCH policy formulation

The Project has shared experiences and discussed policy issues at the Provincial and Municipal levels, especially in Biliran province.

- The Project was instrumental in proposing the Provincial Resolution No. 166, which gave TBAs new roles to function as members of WHT;
- The Project assisted Municipalities in adopting ordinances that 1) promote facility-based deliveries; 2) discourage home and TBA-assisted deliveries; 3) make incentive provisions for TBAs; and/or 4) set user fees for deliveries in facilities to secure resources for RHUs.

Moreover, the Project has contributed to policy dialogues on better implementation of the Maternal and Child Health Program through the following venues:

- Presentation of "good practices" regarding WHTs in the annual Health Decision-Makers' Forum organized by the Center for Health Development (CHD) in the Cordillera Administrative Region (CHD-CAR).
- Presentation of "good practices" regarding its Provincial Resolution and subsequent increase in facility-based delivery rate in DOH-organized First Health Sector Conference held in Parawan on 31st May 2007.
- Planned presentation of "good practices" regarding the role of political will in successfully promoting facility-based deliveries in the upcoming Annual Mindanao Safe Motherhood Summit organized by the Center for Health Development (CHD) in the Southern Mindanao Region (November 28-29, 2007).

Remaining challenges in achieving Output 5 are: 1) sustaining the quality of WHT activities that effectively promote health-seeking behavior among pregnant mothers; 2) continuing to gather and compile evidence from Project's interventions; and, 3) presenting such evidence and other lessons learned in a timely fashion and through appropriate channels and forums to contribute to policy-level

discussions, especially at the national level.

Likelihood of Achieving the Project Purpose

Project Purpose: In the project target areas, the health and safety of mothers and neonates in pre-natal, during delivery and post partum period is improved through improving the quality of care and increasing the utilization of service provided.

Trends (2005 ~ 2006 ~ Jul. 2007) of the Project Purpose indicators present different views of the facility utilization levels in each of the two Provinces. In Biliran Province, the utilization of prenatal and postnatal services has yet to show an increase, in contrast with the dramatic increase in facility-based delivery rate. In AMADHS-ILHZ, however, the utilization of prenatal and postnatal services presents a slightly upward trend, while the rate of facility-based and SBA-assisted deliveries has stagnated.

In Biliran Province, the percentage of facility deliveries shows a drastic increase from 28.2% in 2005 to 87.0% in 2007 (Jan.~Jul.), while the percentage of facility-based deliveries was 11.1% (2005) and 10.7% in Ifugao and 19.5% (2005) and 19.0% (2006) in AMADHS-ILHZ. The trend of prenatal service utilization seems rather erratic, with a decline in the percentage of pregnant women who received prenatal care more than four times from 66.5% (2005) to 59.3% (2006) in Biliran, but an increase from 86.2% (2005) to 92.0% (2006) in Ifugao, 87.6% (2005) to 93.1% (2006) in AMADHS-ILHZ. The slight decline in 2006 in Biliran province could be a result of increased accuracy in recording data among health workers, which could be influenced by Project's intervention (Data from the Provincial Health Offices). Moreover, in locations visited by the Evaluation Team, all the RHU staff noted the increase in frequency and number of prenatal and post partum visits. With intensified efforts by WHT to track pregnant women from the 1st trimester already in place, service utilization is expected to increase gradually.

It is premature to make any conclusive statements on their progress in terms of MMRs and NMRs. Considering the difficulties in measuring MMR, the actual number of deaths and qualitative analysis of these deaths based on the Maternal Death Review (MDR) will be more useful for measuring the effects of the Project.

Considering the above, we expect further progress in facility-based development until the end of the Project period (March 2010) in Biliran Province. The remaining challenges are to: 1) continue MDRs with more in-depth analyses on the underlying causes of deaths and subsequent follow-up actions to address the avoidable factors; 2) find out the reasons why the remaining 24% (approx. 300 cases) does not deliver in their facilities; 3) intensify promotional efforts to families and mothers on the benefit of prenatal and postnatal services; and, 4) ensure the quality of facility-based delivery services in order to retain those who come to the facilities.

In AMADHS-ILHZ in Ifugao province, the percentage of deliveries assisted by SBAs is likely to reach the provincial target of 75% by 2010. The facility-based delivery target of 50% by 2010 may take longer than initially targeted, considering the challenging geographical characteristics and local preference for home and TBA-assisted deliveries. The challenges thus lie in: 1) how best the service providers can increase access to the services for delivery in a sustainable manner; and 2) how successful a community and health service providers could be in creating a supportive environment and mechanisms to enable pregnant mothers to reach the distant facilities.

3-2 Results as per the Five Evaluation Criteria

(1) Relevance

The Project design is still relevant, being both consistent with national and local policies, Japan's cooperation policies and the needs of the target groups; and effective as a means to reduce maternal and neonatal deaths.

- The Overall Goal and the Project Purpose, *i.e.* reducing maternal and neonatal (and thus, infant) deaths, are consistent with the national health policies and contents of the Mother and Child Health Program. The Project duly follows the framework and technical standards set in the Administrative Order in Safe Motherhood.
- The Project's contents are coherent with Japan's ODA strategy to the Philippines, *i.e.* increasing the capacity of Local Government Units (LGUs) to improve standards of living in poverty-stricken areas, as well as strengthening and expanding basic social services that directly reach the poor.
- The Project responds to the needs of the target groups, as evidenced by the results of the Baseline Survey. WHT activities could include continuous monitoring of the needs of the ultimate beneficiaries.

(2) Effectiveness

Given differences in social, cultural and physical settings, effectiveness in Ifugao and Biliran Province differ. As such, we discuss these regions separately.

Ifugao Province: It is rather early to determine the effectiveness of the Project's interventions in increasing SBA-assisted deliveries and reducing maternal and neonatal deaths in Ifugao Province. Nevertheless, the Project's strategy is comprehensive, addressing three (3) out of the five (5) key interventions to reduce maternal deaths, based on the lessons from the past: 1) mobilizing political commitment and fostering an enabling policy environment; 2) ensuring quality prenatal care, skilled attendance during childbirth, and availability of EmOC services; and 3) strengthening the health system and community involvement.

Initial difficulties are expected considering the difficulties in access, and family's preference to TBAs. However, with increased access to birthing stations and continuous promotion efforts by the WHTs, facility-based deliveries and SBA-assisted deliveries could increase.

Biliran Province: The Project's interventions have been effective in increasing facility delivery. Provided that this gain is retained and the important assumptions fulfilled, the Project Purpose of "the health and safety of mothers and neonates in pre-natal, during delivery and post-partum period" is likely to be achieved by 2010.

However, determining whether this gain in increased MCH service utilization will result in an actual health outcome, *i.e.* a decline in maternal and neonatal death, may require more time than the Project period to observe. The important assumptions of the Project, *i.e.* continuation of government policy, control over unplanned pregnancies and unsafe abortion, and secure operations of PhilHealth, need regular monitoring as well.

(3) Efficiency

The Project has been implemented efficiently as most inputs have been appropriate and utilized to produce outputs. A good partnership between Project staff, ILHZ Technical Management Committee members enabled efficient implementation of the Project.

In addition, the Project is characterized by its extensive use of existing resources, and its effectiveness in turning them into Outputs. Mobilized resources include EmOC training module, draft CMMNC training module and materials, the guide to Women's Health Team, Mother and Child Book, PhilHealth Maternal Care Package, and existing equipment/facility provided by the Women's Health Project.

Some equipment procured by the Project was of low quality and could not be utilized for its intended purpose. While there is room to improve the specification details of equipment and inspection practice upon receipt, these efforts would not suffice in the absence of greater quality assurance / quality control in the manufacture of medical products in the Philippines.

(4) Impact

The experience in Biliran Province, where a strong political commitment produced a drastic increase in facility-based deliveries, has attracted interest from other Provinces. At the same time, the experience in Ifugao Province regarding WHT activities also seems to have created attention among other provinces in CAR region.

As for potential negative impacts on TBAs and residents in promoting facility-based deliveries, WHT members do not perceive it as significant hindering factor. Most TBAs are in agreement that they will not assist deliveries in absence of SBAs. The impact of this on pregnant mothers and families may require continued monitoring.

As well, monitoring is essential to ensure that: 1) the PhilHealth coverage does not discriminate against any groups, and 2) the prohibitive measures on home deliveries by TBAs do not mask home delivery cases or cause delay in seeking proper services.

(5) Sustainability

In both Provinces, it is premature to discuss the likelihood of sustainability. However, one can observe several positive factors that support the sustainability of increased MCH service utilization as well as intensified demand creation in Biliran Province.

Such factors include: 1) strong political commitment at all levels towards achieving the MDGs; 2) availability of the essential technical capacity regarding EmOC, CMMNC and WHT in the country; and, 3) the upcoming EU funding contributing significant capital towards implementing PIPH 2005~10.

In addition, strategies to secure sustainability have already been integrated into the Project design, including 1) active involvement of LGUs for continued advocacy; 2) support for PhilHealth MCP to boost financial sustainability; 3) continuous demand creation for facility-based services by WHTs and subsequent utilization of technical skills by RHU and BHS staff; 4) technical support for developing proper monitoring and supervising capacity for quality services (planned); and, 5) knowledge, tools and structure already given to WHTs for mobilizing community support.

On the other hand, uncertainty lies in factors such as: 1) dependency on Assistant Project Managers on initiating and managing Project Activities; 2) turnover among doctors and nurses, as well as human resource limitations in the midst of increased demand for services; 3) increased burden on human resources allocation, training and maintenance spending to match the EU capital investments; and, 4) compromised efficiency in the PhilHealth coverage.

3-3 Factors that promoted realization of effects

NB: The bulk of the information below was gathered by the Mid-term Evaluation Team through interviews with Project implementers and stakeholders as well as group discussions with Women's Health Teams.

The following factors are considered to have promoted realization of effects:

(1) Factors concerning Planning and Important Assumptions

- *Comprehensiveness of the Project's Strategy:* Looking into experiences in Biliran Province in comparison with other Provinces with similar interventions, there seem to be four major components that are either essential and/or supportive to the increase in facility delivery rate. They are: a) enhancing capacity to provide improved delivery services at RHUs and BHSs; b) creating demands with a mechanism to support mothers; c) provincial resolution and Municipal ordinances promoting facility delivery; and, d) creation of incentives for both service users and providers through PhilHealth MCP accreditation and/or fixed user fee system.
- *Alignment with the Health Sector Reform:* Within the framework of the Health Sector Reform Agenda and later the *FOURmula One* policy, LGU chiefs, such as provincial governors and municipal mayors, were directly accountable for the health outcomes of their constituencies, and all the assistance from the development partners, including foreign donor, NGOs, private sector and donor agencies are accommodated in *FOURmula One* Plan (PIPH). This not only enabled LGUs to set the MDGs outcome high in their political agenda, but also ensured their active involvement and contribution to the health sector. The Project has aligned its implementing structure and its plan with PIPH. This was instrumental in securing uniformity in Project's interventions among different municipalities and obtaining uniform effects within a Province.
- *Baseline Survey (Needs Assessment):* Detailed situational assessments obtained through the baseline survey enabled the Project to pinpoint the issues, as well as to plan realistic and appropriate interventions based on existing resources captured, thereby contributing to the efficiency and effectiveness of the Project.
- *Sharing of the Project's experience at central and regional forums:* Project stakeholder participation in several regional and central meetings raised attention and interest among health professionals and LGU executives from other Provinces. This appears to have influenced non-project areas to adopt the activities of WHTs.
- *Availability of the resources and prescribed vision to implement Mother and Newborn Care:* The fact that the basic concepts and training modules for introducing Maternal and Newborn Care services have already been developed enabled the Project to swiftly begin training and actual services deliveries. This availability of already developed concepts and modules, combined with the Project's resource mobilization approach and its efficient utilization of existing resources, facilitated the immediate production of Outputs.

(2) Factors concerning to the Implementation Process

- *Legislative provisions:* Experiences so far in Biliran Province, *i.e.* the drastic increase in facility-based delivery after full implementation of Resolution No.166-2006 (in comparison with Provinces with similar interventions), suggest that legislative arrangements can have significant impact.

3-4 Factors that impeded realization of effects

NB: The bulk of the information below was gathered by the Mid-term Evaluation Team through interviews with Project implementers and stakeholders as well as group discussions with Women's Health Teams. .

The following points are recognized as factors inhibiting Project performance.

(1) Factors concerning Planning and Important Assumptions

- Difficulties in accessing birthing facilities:* Distance to and from facilities with delivery services and lack of available transport were raised as one of the strongest factors hindering pregnant women from using facilities for delivery.
- Turn over of Nurses and Doctors:* Frequent turn-over of doctors are common in Biliran and Ifugao. Among the Counterparts for the Project, three (3) doctors have already left the post for abroad or other provinces. This is not only a loss of the investments in EmOC and CMMNC training, but also a threat to continued provision of the EmOC services.
- Affordability issues:* While WHTs have already been promoting PhilHealth benefits and facilitating community support to offset the opportunity costs, indigent and uninsured households would still lack access to the service. Despite the LGU's sponsorship of indigent populations that enabled high coverage rates of 104% and 91% in 2007 (as of July) in Biliran and Ifugao Provinces, quite a few households remain uninsured.

(2) Factors concerning the Implementation Process

- Difficulty in ensuring quality for basic medical equipment:* Some equipment procured for hospitals and RHUs was of inadequate quality. This included delivery beds of too low a standard to utilize. The procurement procedure was in line with JICA's standard protocol, which awards the contract to the bidder with the lowest quotation. While there is room to improve the specification details of equipment and inspection practice upon delivery, this would not suffice in the absence of greater quality assurance / quality control in the manufacture of medical products in the Philippines.

(3) Potential Risk Factors

- Absence of human resource development and management plan corresponding to the expansion of facility-based deliveries:* The introduction of 24-hour BmOC services at RHUs and a sudden increase in caseloads resulted in full mobilization of existing workforce, and in some RHUs, seemed to exceed current human resource capacity. As facility deliveries are expected to increase further, the human resource development and management plan will require substantial review against the caseload projection at Provincial and Municipal levels. Service expansion without such projections and plans might not only affect the quality of services, but also squeeze the LGU budget disproportionately.
- Concerns over shortage of medicines for MCH services:* Currently, the procurement of medicines is carried out at the Municipality level, instead of the ILHZ as intended by the Health Sector Reform. As the budget allocated by the Municipal Office is too low to secure sufficient medicines and supplies, RHUs often rely on PHOs and provincial hospitals to cover the shortage. This issue may require inquiry so that this would not affect the level of satisfaction among service users.
- Concerns over other contributing factors to high maternal mortality and morbidity:* The issues of having children "too young, too old, too frequent, too many" were raised in both provinces, but few interventions are made to address "the risk of falling into unwanted pregnancies." Although these are

factors beyond the control of the Project, close monitoring on this issue is beneficial as it affects the health of mothers and newborns.

3-5 Conclusion

This Project takes a comprehensive approach, *i.e.* attempts to address all “three delays” by linking community, referral to the primary care facility, and a core area hospital, all of which are essential for reducing maternal and neonatal deaths. The alignment of approach with the Health Sector Reform and MCH policies of the Philippines enabled the Project to effectively mobilize and utilize existing local resources and as a result, to be efficient. In this way, the Project was successful in largely omitting a preparation period and resources that might have been required if a new concept and/or system were to be brought into from abroad. It also allowed the Project to begin substantive work immediately, leading to improved service provision. Some of such achievements have already been shown to bear objective terms.

In Biliran Province, the facility delivery rate has been drastically increased and the advancement of the Activities is considerable. In Ifugao Province, results are expected to be obtained but by degrees, considering its mountainous features with poor transportation infrastructure and extremely limited accessibility to the facilities.

For the rest of the implementation period, the Project has entered the phase where quantitative gains entail their qualitative retention, where functioning monitoring and supervisory system is the issue, especially in Biliran. Moreover, in-depth analyses of maternal cases and its follow-up actions for further improving and fine-tuning of the policy and routine activities are essential.

3-6 Recommendations

Having rapidly conducted most of the planned training and provision of equipment, it is advised that the Project direct its attention towards the improvement and sustainability of the quality of activities in the second half of the project period. Thus, the Evaluation Team recommends the following:

DOH is advised to provide guidance to the Project on the implementation specifications of EmOC, until such time as the framework on Maternal and Newborn Care Policy Framework is adopted.

DOH and LGUs are advised to mutually consult one another to formulate the expansion plan of EmOC services, taking stock of the existing human resource management plan. They should also consider the implications of service expansion on future financial and personnel requirements.

Project implementers are advised to share the Plan of Operations and divide responsibilities for implementation. They are also advised to develop monitoring and supervising tools of the Project Activities and continue to collect data for indicators based on the PDM.

Project implementers are advised to focus their efforts on quality assurance of facility-based deliveries.

Project implementers are advised to design a more targeted strategy to promote facility-based deliveries among hard-to-reach mothers by conducting an in-depth analysis of MDR. This will require an inter-sectoral approach as MDR, so far, indicates a strong influence of socio-economic and cultural factors.

As for the request by Ifugao Province to expand the Project to the eight non-target municipalities, the Ifugao provincial government is advised to utilize the fund for F-1 investment, as the requested area under consideration is too large to accommodate the current Project arrangement as stated in the

Record of Discussions dated on January 10, 2006. JICA may assist TOT for key personnel.

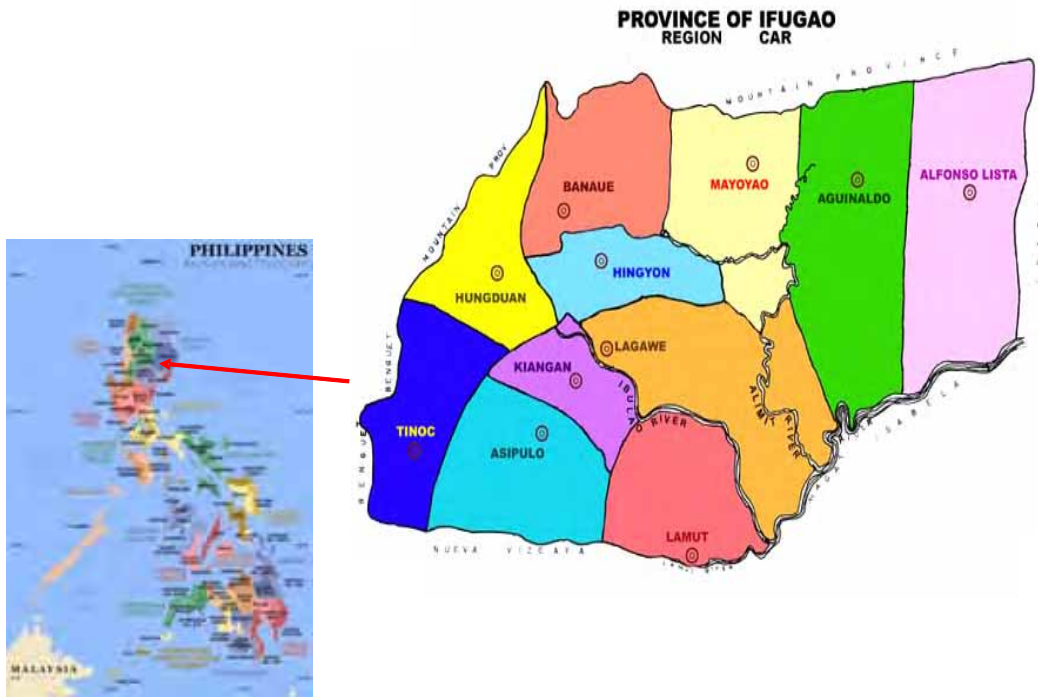
Project implementers are advised to improve project documentation, both in quantitative and descriptive, focusing on better transparency and disseminating evidence-based good practices and lessons of the Project based on experiences at the Project sites. They will be useful guidelines for designing the plan of operation and benchmarks, which may also assist in designing expansion of the similar projects within the regions through CHDs.

3-7 Lessons Learned

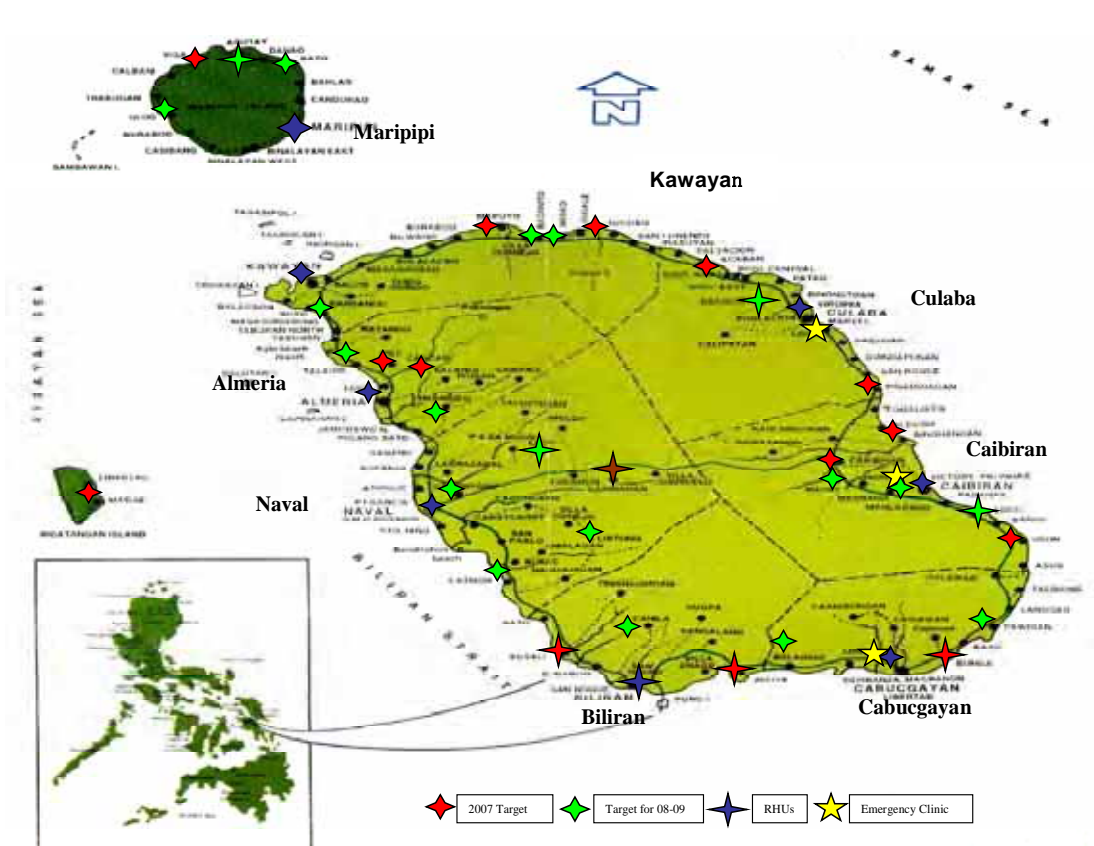
In JICA assisted projects, procurement of equipment is undertaken by competitive bidding based on the equipment specification. In this system of procurement, there is always a risk of acquiring equipment of low quality. In order to take all necessary measures to prevent this, it is strongly advised that specification is developed in detail and precisely, with indication of national standards if such exist. When the equipment has been delivered, the end user should inspect the items against the specification stipulated in the contract with the supplier to ensure that the equipment is in accordance with the contract.

プロジェクト対象地域地図

〈イフガオ州地図〉



〈ビリラン州地図〉



第1章 中間評価の概要

1-1 中間評価調査団派遣の経緯と目的

2006年3月に4カ年の予定で開始されたJICA母子保健プロジェクトは、2007年10月現在、1年7カ月を経過した。プロジェクトでは、保健セクター改革下における改革支援重点州16州のうち2州を対象地域¹として、妊産婦・新生児死亡を減少するために緊急産科ケアの導入を中心とした母子保健サービスの質改善を目指している。標準型案件（在外主管案件）としてプロジェクト実施関係者は、州知事・町長、保健局・保健所長らを中心とした運営委員会（Executive Committee：EC）及び技術管理委員会（Technical Working Group：TWG，Technical Management Committee：TMC）を通じて精力的に活動を実施している。

本調査団は、プロジェクト協力期間の中間地点を迎えて、これまでの活動と成果の実績を確認し、今後の活動の方向性について関係者の合意形成を図るため、以下の方針を以って中間評価調査を実施した。

- ・PDM（Project Design Matrix）活動実施計画及びR/D（討議議事録、2006年1月）に基づき、プロジェクトの投入実績、活動実績、計画達成度を調査・確認し、問題点を整理する。
- ・評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）の観点から、プロジェクトの評価を行い、プロジェクトチーム及び関係機関に対して提言を行い、今後の活動計画の方向性について協議する。
- ・本調査の調査結果を中間評価報告書（英文・和文）に取りまとめる。

1-2 調査団の構成

調査団の構成は以下のとおり。

団 長	北林 春美	JICA フィリピン事務所 次長
母子保健	松山 章子	長崎大学国際連携研究戦略本部 准教授
評価分析	小川 陽子	グローバルリンクマネージメント（株） 研究員

1-3 調査日程

評価調査の流れと日程については、図1-1に示した。より詳細な日程については、付属資料、Annex 5を参照のこと。

¹ ただし、イフガオ州は、全11町村中、1つの自治体間保健連携ゾーン（Inter-Local Health Zone）を構成するAguinaldo、Mayoyao、Alfonsolistaの3町のみ（AMADHS-ILHZ）を対象としている。

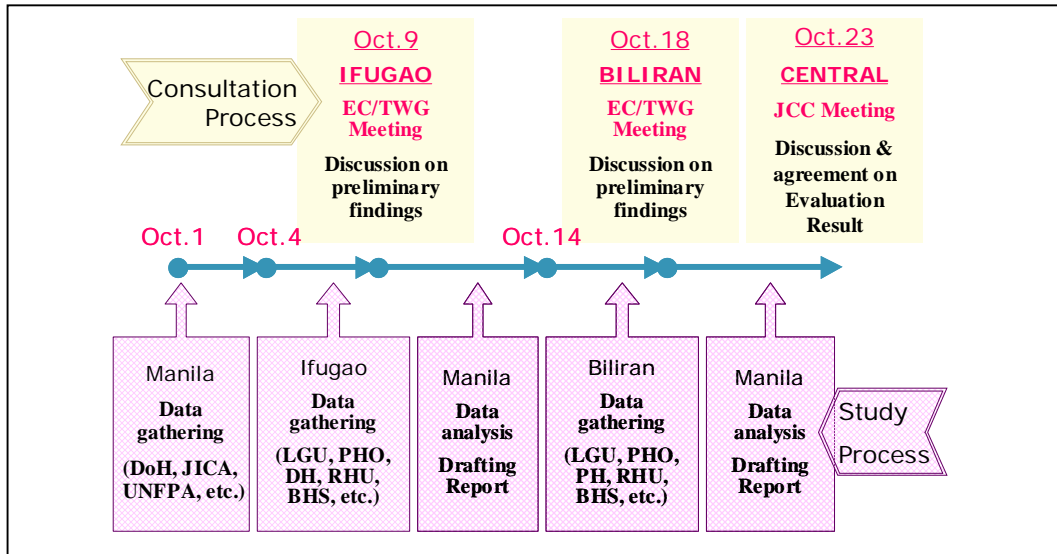


図 1 - 1 評価調査の流れと日程

1 - 4 主要面談者

本調査では、プロジェクトの実質的な運営管理に関わる専門家及びプロジェクトの実施サイトにおける州・町レベルの関係者だけでなく、実際にサービス提供に携わっている関係者から広く情報を収集した。また、マニラ首都圏において、中央の保健省担当官や援助機関職員などのプロジェクト関係者とも面談し、情報収集・意見交換を行った。詳細は、「1 - 5 - 2 データ収集手法」及び付属資料・Annex 4を参照のこと。

1 - 5 評価手法

1 - 5 - 1 評価調査のプロセス

本評価調査は、「JICA 事業評価ガイドライン（2004年1月）」に基づき、以下のプロセスに従って実施した。

(1) 第1段階

現時点でプロジェクトが使用しているPDM（PDM ver.3：付属資料・Annex 1参照）及びプロジェクト開始時のR/D（討議議事録，2006年1月：付属資料・Annex 2参照）を、プロジェクトの「計画」と捉え、投入に関しては、同R/D内で定められた内容と「実績」を比較し、活動、アウトプット、プロジェクト目標に関しては、PDM ver.3内の指標に照らして「実績」を把握する。

(2) 第2段階

効果の発現を促進した要因、阻害した要因についての分析を行う。

(3) 第3段階

評価5項目（「妥当性」、「有効性」、「効率性」、「インパクト」、「自立発展性」）に沿ってプロジェクトの査定を行う。なお、各項目の定義については表1 - 1「評価5項目の定義」

を、評価設問については付属資料、Annex 3 「評価グリッド」を参照のこと。

(4) 第4段階

評価団の調査結果について、州・町関係者で構成された運営・技術管理委員会において発表し、そこで得られた結果を評価報告書に反映させる。

(5) 第5段階

今後のプロジェクト実施に対する提言を中央レベルのプロジェクト運営管理委員会 (Joint Coordination Committee : JCC) において発表・討議する。

1-5-2 データ収集手法

本評価調査では、以下の手法で定量・定性データを収集した。

(1) 文書・報告書等のレビュー

- ・プロジェクト実施運営総括表、専門家業務完了報告書
- ・州保健分野投資計画 (Province-wide Investment Plan for Health)
- ・保健情報システム報告 (FHSIS)、州保健局年次・上半期報告書
- ・保健政策関連文書
- ・その他関連文書

(2) 関係者へのインタビュー (付属資料、Annex 4 参照)

- ・女性の健康のためのチーム (Women's Health Team : WHT)
- ・村落保健所 (Rural Health Unit : RHU) スタッフ (保健所長、保健師、助産師)
- ・州保健局スタッフ (保健局長、技術スタッフ)
- ・州知事、町長、州・町会議員 (保健分野担当)
- ・訓練機関代表 (ファベリア病院)
- ・プロジェクト専門家、准プロジェクト・マネージャー
- ・保健省 [国際保健協力局 (Bureau of International Health Cooperation : BIHC)、疾病予防管理センター (National Center for Disease Prevention and Control : NCDPC)、保健省地域事務所 (Center for Health Development : CHD)]
- ・援助機関 (EU、UNFPA)

(3) カウンターパートへの質問票調査

- ・村落保健所スタッフ (保健所長)
- ・州保健局スタッフ (保健局長、技術スタッフ)

(4) プロジェクト・サイトにおける訪問施設

- ・バランガイ・ヘルス・ステーション (Barangay Health Stations : BHS) 各州 2 カ所
- ・村落保健所 イフガオ州 3 カ所、ビリラン州 4 カ所
- ・地区病院 イフガオ州 2 カ所、州病院ビリラン州 1 カ所

・ファベリア病院

1-5-3 評価5項目

本評価調査で適用した評価5項目の定義を以下の表1-1に示した。中間評価においては、妥当性と効率性の視点に重点を置き、有効性、インパクトは予測、自立発展性は見込みで見えていくこととする。

表1-1 評価5項目の定義

評価5項目	JICA 事業評価ガイドラインによる定義
1. 妥当性	プロジェクト目標と上位目標が援助受入国の政府政策や日本の ODA 政策・戦略に沿っているかどうか、ターゲット・グループや最終受益者のニーズに合致しているかどうかを確認する。
2. 有効性	プロジェクト目標の達成状況やプロジェクト戦略の妥当性、特にプロジェクト目標とアウトプットの相関関係を確認する。
3. 効率性	プロジェクトの投入の種類・時期・質の適切性や、投入がどの程度アウトプットに転換されたかを見ることで、プロジェクト実施の効率性を分析する。
4. インパクト	プロジェクトの介入によって、プロジェクト対象地域に正・負の影響が出ていないかどうかを確認する。
5. 自立発展性	それぞれ組織・制度、財政、技術的な側面から、プロジェクトで得られた実績がプロジェクト完了後も継続していくかどうかを確認する。

出所：JICA 事業評価ガイドライン（2004年1月）、JICA

第2章 プロジェクトの概要

2-1 プロジェクトの基本情報

フィリピン共和国（以下、「比国」と記す）は、過去数十年の間、母子保健サービスの提供を改善させることを通じて、妊産婦死亡及び乳幼児死亡を低下させてきた。

MDGs 関連の報告書によれば、比国における 2006 年の妊産婦死亡比は出生 10 万人あたり 200、乳児死亡率は出生千あたり 27 となっており、アセアン内の周辺国と比較すると、その低下の度合いは緩慢である。ほとんどの母体死亡は、①ハイリスクの出産ケースや緊急産科ケアの必要性を認識するまでの遅れ、②コミュニティにおいて医療介入が必要であると決断するまでの遅れとリファラル時期の遅れ、③医療機関において適切なケアを提供するまでの遅れ、という「3つの遅れ」に起因している。コミュニティレベルでの「遅れ」に関しては、妊産婦が自宅分娩や伝統的産婆（Traditional Birth Attendant : TBA）による介助を好む傾向と密接に関係している。地理的な特徴に加え交通機関の未発達などは、女性の保健医療施設へのアクセスを阻害している。さらに、保健医療施設は、人的資源、必要機材、医薬品などの面から緊急産科ケア・サービスを提供する能力が限定されており、これらの条件が重なり合って、妊産婦死亡が高い原因となっている。

過去、母子保健サービス改善のために導入されたプロジェクトやプログラムは多数実施されたが、こうした努力は「母親への介入」と「子どもへの介入」という線引きや、「下痢症対策」と「予防接種」など切り離されたパッケージで実施されることが多く、それぞれ独自の投入や実施メカニズムを要求するものであったため、サービスの統合が以前にも増して求められている²。同時に、母体死亡と新生児死亡を予防するいくつかのツールの開発が進んでおり、代表的なものに「妊産婦・乳幼児・新生児のための必須ケア実施指針（Essential Care Practice Guidelines for Pregnancy, Childhood and Newborn : ECPG）」、及び「プライマリ・ヘルス・ケア従事者のためのコミュニティにおける妊産婦・新生児ケア指針（Community Managed Maternal and Newborn Care : CMMNC guide for primary health care professionals）」がある。

これらの状況を受けて、以下2つの統合を趣旨とした新しい技術協力プロジェクトが JICA に要請された。

- ・ 上述のツールを活用し、サービス提供のポイントを基点とした母子保健サービスの統合
- ・ 保健省中央、保健省地域事務所 (CHD)、自治体間保健連携ゾーン (Inter-Local Health Zone : ILHZ)、コミュニティ・家族という異なる行政の階層の統合

そして、2006 年 3 月には、協力期間 4 年の予定で、「母子保健プロジェクト」が開始された。プロジェクトの対象は、自治体間保健連携ゾーン 2 カ所で、ビリラン州（人口約 15 万 5,000 人、Region VIII）及びイフガオ州の AMADHS 自治体間保健連携ゾーン（人口約 5 万 2,000 人、CAR Region）となっている。

² “Application Form for the Japanese Government’s Technical Cooperation by the Government of the Philippines: Strengthening the Management and Delivery of Integrated MCH Services in Selected ILHZs in the Philippines,” 28 February 2004, Department of Health

2-2 本プロジェクトのデザイン（PDM 変更後）

2007年9月改訂によるPDM ver.3によれば、プロジェクトの概要は以下のとおり。

(1) 上位目標

フィリピン国の母子保健政策の下、中央レベルと州レベルにおいて、母子保健における戦略を効果的に実施するための組織のキャパシティが強化され、母子保健サービスの量と質が向上する。

(2) プロジェクト目標

活動対象地域において母子保健サービスが強化され、妊娠・分娩・産褥期における母親と新生児の安全性と健康が向上する。

(3) アウトプット及び主要な活動

アウトプットの内容を、その効果が発現すべきレベルとターゲット・グループ、介入の種類、主な活動のそれぞれについてまとめたものが、表2-1である。また、プロジェクトのアウトプットと、それぞれの実施関係者（カウンターパート）、保健行政システムのレベル、調整のメカニズムなどとの関係について図式的にまとめたものが、図2-1である。

表2-1 プロジェクトの概要（アウトプットとその介入内容）

アウトプット	レベル/対象	介入の種類	主な活動
アウトプット1：中央レベルにおけるEmOC（緊急産科ケア）の実施体制が強化される	中央/保健省、緊急産科ケア研修機関	組織の能力強化	<ul style="list-style-type: none"> 中央での緊急産科・新生児ケアの研修能力強化 モニタリングのシステム作り
アウトプット2：活動対象地域における緊急産科ケアと母子保健サービス供給体制が強化される	州・市/PH、DH、RHU、BHS、及び、そこで仕事に従事する熟練出産介助者（SBA）	施設の強化、人材の能力強化	<ul style="list-style-type: none"> 基礎的緊急産科ケア研修の実施 CMMNC研修の実施 LSS研修の実施 機材供与
アウトプット3：活動対象地域における母親や新生児への地域住民による支援体制が強化される	市/RHUの熟練出産介助者（SBA）、及び村の保健ボランティア、母親、住民	組織化、教育・啓蒙、啓発活動	<ul style="list-style-type: none"> WHTの組織化と活動 村でのマルチセクター・グループの組織化、緊急移送体制整備
アウトプット4：活動対象地域におけるWHT、助産師（RHM）に対するサポート的な運営管理の体制が整備され、サービスの質と仕事環境が向上する	市/RHUの熟練出産介助者（SBA）、及び村の保健ボランティア、住民	モニタリングによる能力強化、組織化、持続性のためのメカニズム作り	<ul style="list-style-type: none"> WHT、熟練出産介助者（SBA）のための支援的巡回指導 RHUのManagement能力の向上 RHUでの月例会議、及びCase Conference MDRの実施
アウトプット5：母子保健分野における国家政策の策定・実施にプロジェクト活動の教訓が反映される	中央/母子保健技術委員会	政策対話・論議	<ul style="list-style-type: none"> 母子保健技術委員会の活性化 政策・運営体制の見直し 母子保健教育機材の普及

出所：Project Monitoring Report, 2007

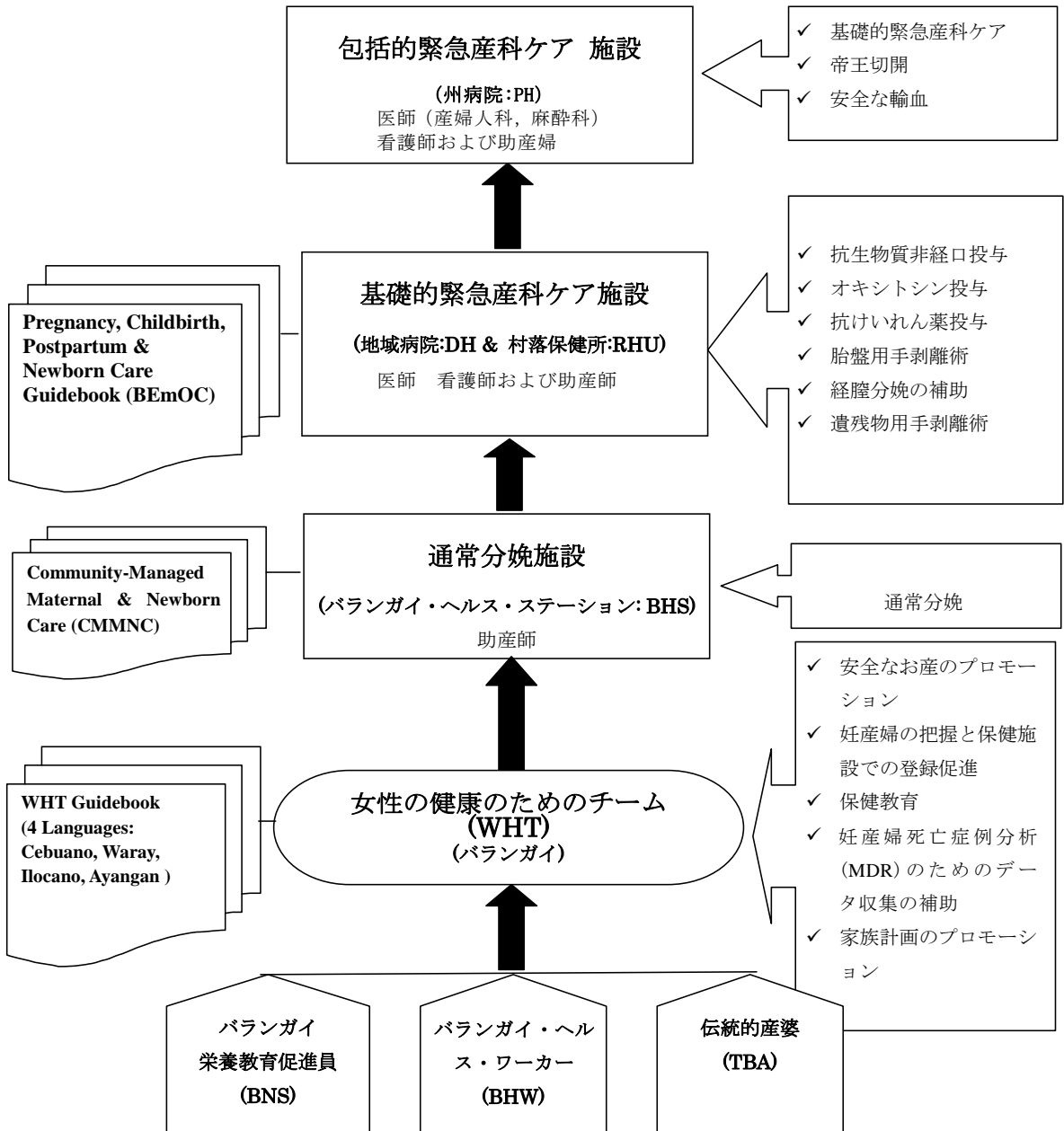
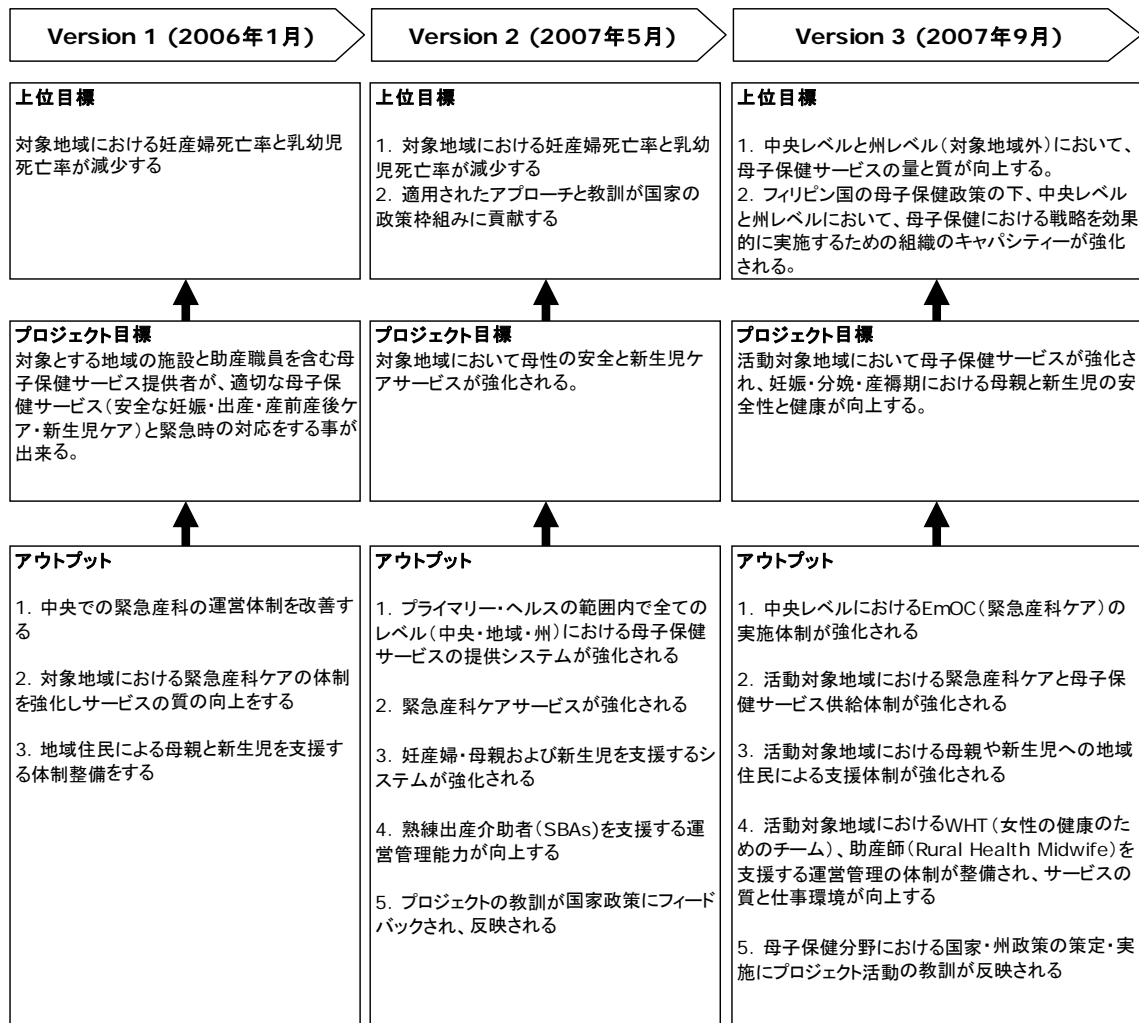


図 2-1 プロジェクトが支援する緊急産科ケア実施体制のコンセプト図

第3章 PDMの変遷と変更の経緯

3-1 PDM ver.1、PDM ver.2、PDM ver.3

本プロジェクトでは、2007年9月までの間にPDMの見直しが2回なされた。プロジェクト概要（上位目標、プロジェクト目標、アウトプット）の変遷を図3-1にまとめた。なお、それぞれの比較が容易になるよう、図中では実際の表記内容よりも表現を簡潔にしている。



出所：Project Monitoring Report,2007; PDM ver.1, PDM ver.2, PDM ver.3

図3-1 PDMプロジェクト概要の変遷

図3-1を見ると、アウトプットレベルの記述の変更はプロジェクト内容の大幅な変更というよりも、内容を明確化、詳細化したものであることがわかる。しかしながら、上位目標及びプロジェクト目標で目指すレベルが2回の改訂を経て、それぞれ上方修正されているのがPDM変更の特徴である。

3-2 PDM 変更の経緯

表3-1は、PDM改訂の時期、その理由、及び改訂時に経たプロセスを示したものである。

もともとプロジェクト運営組織である州レベルのEC/TWGは、プロジェクトの管理運営ツールとしてPDMを積極的に活用していなかったが、これは、カウンターパート側が州保健分野投資計画とその活動計画のほうを指針とツールとして利用していたこと、さらにJICA支援はPIPHの一部を支援するものとの理解があったためと考えられる。しかしながら、PDMはJICAフィリピン事務所やJICA短期専門家にとってモニタリングと評価のツールと認識されているため、JICA専門家側は、プロジェクトの内容をより忠実に表現するために、率先して改訂を実施した経緯がある。また、改訂案については随時カウンターパート側の理解を求め承認を得ている。

表3-1 PDM改訂の時期・理由・プロセス

PDM (版)	改訂時期	改訂の理由	改訂のプロセス
第1バージョン [PDM ver.1]	2006年1月	実施協議 (R/D) の際に作成	<p><改訂プロセス></p> <p>案件形成の際に JICA フィリピン事務所と保健省側の同意形成の一環として作成。</p> <p><関係者の関わり></p> <p>JICA フィリピン事務所の草案を州の関係者に提案・同意、その後実施協議 (R/D) にて正式合意。</p>
第2バージョン [PDM ver.2]	2007年5月	実際に実施された活動を PDM 内に追加し、それに伴いアウトプットを整理・明確化した。さらに、重要度の高い活動群を既存のアウトプットから独立分化させる作業を行った。	<p><改訂プロセス></p> <p>モニタリング活動の一環として実施。</p> <p><関係者の関わり></p> <p>プロジェクト専門家が改訂案を提示、その後 JCC にて正式合意。</p>
第3バージョン [PDM ver.3]	2007年9月	プロジェクト目標及びアウトプットの記述を、それぞれ受益者が明確となるよう整理・明確化し、上位目標の追加を行った。評価に向けて、以下のような整理作業を実施した。 <ul style="list-style-type: none"> ・入手可能性やデータの信頼性などの観点から整理 ・定性的な変化を捉える指標の追加 ・プロジェクトの効果発現を限定する外部要因について再考 	<p><改訂プロセス></p> <p>モニタリング活動の一環として実施。</p> <p><関係者の関わり></p> <p>モニタリング評価短期専門家及びチーフ・アドバイザーが改訂案を作成し、州関係者の合意を受け、その後中央保健省のカウンターパートが正式承認。</p>

出所：Project Monitoring Report, 2007; and data gathered by the Mid-term Evaluation Mission, Oct. 2007

なお、今回の中間評価において、PDM 改訂をするか否かの議論があがったが、以下の理由から改訂を見送った経緯がある。

- ①中間評価実施直前に派遣されたモニタリング・評価専門家によってアウトプット・活動の整理が既になされており、プロジェクトの現状を反映した妥当な改訂案ができていたこと
- ②イフガオ州において効果が依然現れていない主な原因は、保健医療施設への物理的なアクセスに負うところが大きく、アウトプットの重み付けなどの調整は必要と思われるものの、デザインの根本的な見直しの必要性が認められなかったこと
- ③上述で作成された改訂案が評価団到着以前にカウンターパート機関において承認済みであったこと

一方、2007年9月に承認されたPDMには、以下の点で更なる整理・改善が可能であるため、評価団は、プロジェクト関係者に調整作業を引き継いだ。

- ①州保健分野投資計画等と整合させたPDM指標の目標値設定と、PDM指標のレベルの整理〔特に、アウトプットではサービス提供レベル（service provision）を示す指標に、プロジェクト目標ではサービス利用（service utilization）及び健康状態（health outcome）レベルを示す指標、というような、レベルの振り分け〕
- ②評価結果及び提言を受け、各州の相違点を考慮した活動項目の細分化と活動実施責任者を明示した活動実施計画（Plan of Operation）の改訂
- ③モニタリング・評価のためのPDM指標データの収集とその体制整備

第4章 プロジェクトの実績・実施プロセス

4-1 プロジェクトの実績

4-1-1 投入実績

表4-1は、本プロジェクトの日本側の投入計画（2006年1月締結のR/Dによるもの）と2007年9月時点までの投入実績を比較したものである。

表4-1 投入～計画と実績（日本側）

計画（2006年1月のR/Dによる）	実績（2007年9月現在）
[日本人専門家] ・チーフ・アドバイザー／母子保健計画 1名 ・母子保健分野 2名 ・その他必要と判断された分野の専門家	・チーフ・アドバイザー／母子保健計画 長期 1名 ・公衆衛生／プログラム調整 長期 1名 ・プロジェクト調整員／研修モニタリング 長期 1名 ・母子保健 短期 3名 ・モニタリング・評価 短期 2名 （付属資料、Annex 6 参照）
[本邦研修] ・特に記載なし	・母子保健 6名 （付属資料、Annex 7 参照）
[機材供与] 1. 緊急産科ケア用機材 2. 母子保健用機材 3. 健康教育用機材 4. 救急車 5. その他技術協力に必要な機材	1. 緊急産科ケア用機材 2. 妊産婦ケア・パッケージ認証用機材 3. 健康教育用機材 4. 救急車 （3台） 5. モニタリング用車両 （3台） 2005年度 3,203,900 ペソ 2006年度 9,266,408 ペソ （付属資料、Annex 8 参照）
[現地活動費] ・特に記載なし	2005年度 3,546,046 ペソ 2006年度 11,923,953 ペソ 2007年度 5,253,104 ペソ（2007年8月現在） （付属資料、Annex 9 参照）

出所：R/D（討議議事録，2006年1月）；Project Monitoring Report, 2007；中間評価調査団による収集情報，2007年10月

表4-2は、本プロジェクトの比国側の投入計画（2006年1月締結のR/Dによるもの）と2007年9月時点までの投入実績を比較したものである。

表4-2 投入～計画と実績（比国側）

計画（2006年1月のR/Dによる）	実績（2007年9月現在）
<p>[カウンターパート]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プロジェクト・ディレクターとして疾病予防管理センター長 ・プロジェクトの准ディレクターとして州知事 ・プロジェクト・マネージャーとして州保健局長及びILHZ議長 ・プロジェクト・スタッフとして保健省専門医レベル担当官；州保健局長、町保健助長、CHD-CAR及びCHD-Region VIII担当官 ・事務支援スタッフ（秘書・運転手） 	<ul style="list-style-type: none"> ・プロジェクト・ディレクターとして疾病予防管理センター長 ・プロジェクトの准ディレクターとして州知事 ・プロジェクト・マネージャーとして州保健局長及びILHZ議長 ・プロジェクト・スタッフとして保健省専門医レベル担当官；州保健局長、町保健助長、CHD-CAR及びCHD-Region VIII担当官 ・事務支援スタッフ（秘書・運転手） <p>（付属資料、Annex10参照）</p>
<p>[管理運営組織]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国家レベルのプロジェクト運営委員会としてTCG-HSRA（Technical Coordination Group of Health Sector Reform Agenda）がプロジェクト管理を担当する 	<ul style="list-style-type: none"> ・2007年3月に機能していなかったTCG-HSRAの代わりにプロジェクト運営委員会（JCC）設置 <p>（付属資料、Annex2参照）</p>
<p>[州レベル運営委員会]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・州プロジェクト運営委員会を設置し、年最低2回開催、ワークプラン作成、モニタリング実施、問題の協議・対処を行う 	<ul style="list-style-type: none"> ・州プロジェクト運営委員会（EC）が2006年7月に設置され、機能している ・その他、技術管理委員会としてビリラン州では既存のILHZ-TMCが、イフガオ州ではTWGが2006年7月よりプロジェクトの活動実施レベルの協議を実施している。
<p>[土地、建物、施設]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健省・州保健局における事務所スペース及び設備 ・その他合意のうえ必要とされるスペース 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健省・州保健局・マヨヤオ地区病院における事務所スペース及び設備 ・訓練活動用スペース <p>（付属資料、Annex11参照）</p>
<p>[現地活動費負担]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特に記載なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・事務関連費用：JCC会議費；プロジェクト訪問のための交通費；電気；内線電話代；事務機器の利用；研修参加者用交通費 ・人件費：州レベル配置の運転手・秘書給料 ・活動費のコストシェア：その他地方自治体予算より、活動実費や物資供給 <p>（付属資料、Annex11参照）</p>

出所：R/D（討議議事録、2006年1月）；中間評価調査団による収集情報、2007年10月

4-1-2 活動と成果の実績

(1) 活動の実績

プロジェクトの専門家とカウンターパートは、プロジェクト実施過程においてアウトプットの達成のために活動計画を見直し、必要であると考えられる活動を適宜追加してきた。表4-3は、そういった変更を経た後のプロジェクト活動のリストに従って進捗状況を示したものである。なお、進捗状況を活動実施計画表（Plan of Operation：PO）内に図示したもののについては付属資料、Annex12を参照のこと。

表4-3 各プロジェクト・サイト別活動実績

計画 (PDM ver.3)	活動の実績
アウトプット1の活動：中央レベルにおける EmOC（緊急産科ケア）の実施体制が強化される	
1.1 プロジェクト実施を運営管理するための合同調整委員会（Joint Coordination Committee：JCC）を立ち上げる	1.1 当初、保健セクター改革の技術調整委員会（Technical Coordination Group for the Health Sector Reform Agenda：TCG-HSRA）が JICA プロジェクトの調整も担当する予定であったが、TCG-HSRA が機能せず、2007年3月にプロジェクト独自の JCC が召集された。
1.2 緊急産科ケア・モニタリング体制を整備（チェックリスト作成、役割・責任の明確化）する	1.2 プロジェクト関係者は、中央保健省、地域事務所、州の関係者と共同で、緊急産科ケアのモニタリング体制に関する協議を継続して実施している。以下はその関連活動である。 <ul style="list-style-type: none"> ・2006年9月、保健情報管理システムに関する訓練がビリラン州の熟練出産助産者（16名）向けに実施された ・リファラル及びバック・リファラルのシステム整備に関する訓練がビリラン州の熟練出産助産者（19名）向けに実施された
1.3 BEmOC 研修所（ファベリア病院）の研修用機材を整備する	1.3 2006年5月ファベリア病院に対し、200万円相当の研修用機材が提供された。 注）プロジェクトが開始される以前に、JICA は『妊娠出産・産褥・新生児ケアのためのマニュアル（Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care manual）』の印刷代を負担し、緊急産科ケアの研修対象者に対し500部が既に配布されていた。
1.4 CMMNC（コミュニティにおける妊産婦・新生児ケア）の講師用教材を開発し、教材を印刷し、CMMNCの全国レベルでのTOTを実施する	1.4 他の支援機関と協力分担し、3種類の教材が印刷・配布された。また、その教材を利用した研修講師育成のための訓練が以下のとおり実施された。 <ul style="list-style-type: none"> ・『熟練出産助産者のための CMMNC 指針』が JICA によって印刷され、全国 32,000 名の熟練出産助産者（医師、看護師、助産師）に配布された ・『CMMNC 研修マニュアル（研修講師用指針）』300部が2006年10月に印刷され配布された ・CMMNC 研修講師育成のための訓練が2006年11月に実施され FOURmula One 対象 19 州³、17 地域、UNICEF 及び UNFPA 活動実施対象地域の 184 名の講師が保健省のマスター・トレーナーによって訓練を受けた

³ 導入当初の16州に3州が追加予定とされていたため、プロジェクトでは19州を支援したが、これら3州は後にロールアウト・サイトとなった。

1-5 フィリピン側カウンターパートに本邦研修を行う	1.5 2007年2月、保健省、イフガオ州、ビラン州のカウンターパート5名が日本において母子保健分野の研修を受け、その他1名は1カ月のアセアン母子保健研修を受けた（詳細は付属資料、Annex 7を参照のこと）。	
アウトプット2の活動：活動対象地域における緊急産科ケアと母子保健サービス供給体制が強化される		
計画（PDM ver.3）	活動の実績（イフガオ州）	活動の実績（ビラン州）
2.1 対象地域における母子保健のベースライン調査を実施する	2.1 プロジェクト対象地域を対象にベースライン調査が実施され、その結果は2007年1月にプロジェクト関係者に共有された。発表会合には、地方自治体首長、熟練出産介助者、教育セクター関係者、宗教指導者、メディア代表など250名が参加した。また、2007年1～3月にかけて、州全体の状況を把握するため、プロジェクトの対象地域となっていない8町について補足調査が実施され、結果が関係者と共有された。	2.1 プロジェクト対象地域を対象にベースライン調査が実施され、その結果は2007年2月にプロジェクト関係者に共有された。発表会合には、地方自治体首長、熟練出産介助者、教育セクター関係者、宗教指導者、メディア代表など80名が参加した。
2.2 プロジェクト実施を運営管理するための州レベル運営委員会（Executive Committee）及び技術管理委員会（Technical Working Group）を立ち上げる	2.2 2006年7月プロジェクト運営委員会・技術管理委員会（Technical Working Group: TWG）が設置された。委員会には、保健局スタッフら保健セクター関係者だけでなく、地方自治体関係者も参加している。運営委員会は最低1年に1回、技術管理委員会は3カ月に1回の頻度で会合を持っている。	2.2 2006年7月プロジェクト運営委員会・技術管理委員会（Technical Management Committee: TMC）が設置された。委員会には、保健局スタッフら保健セクター関係者だけでなく、地方自治体関係者も参加している。運営委員会は最低1年に1回、技術管理委員会は3カ月に1回の頻度で会合を持っている。
2.3 RHU と地区病院に従事する熟練出産介助者を対象にした BEmOC 研修を実施する	2.3 11日間の基礎的緊急産科ケア研修が地区病院・RHUの熟練出産介助者（医師・看護師・助産師）のチームに提供された。2007年9月時点27名が訓練を受けた。	2.3 11日間の基礎的緊急産科ケア研修が地区病院・RHUの熟練出産介助者（医師・看護師・助産師）のチームに提供された。2007年9月時点26名が訓練を受けた。
2.4 熟練出産介助者を対象にした CMMNC 研修を実施する	2.4 4日間の CMMNC 研修が地区病院・RHUの熟練出産介助者（医師・看護師・助産師）に提供された。2007年9月時点で48名が訓練を受けた。UNFPA 支援地域の熟練出産介助者25名にも提供された。	2.4 4日間の CMMNC 研修が地区病院・RHUの熟練出産介助者（医師・看護師・助産師）に提供された。2007年9月時点で70名が訓練を受けた。
2.5 BHSに従事する助産師を対象とした助産技術研修（Life Saving	2.5 6日間の助産技術研修（Life Saving Skills）が助産	2.5 6日間の助産技術研修（Life Saving Skills）が助産

Skills : LSS) を実施する	師に提供された。2007年9月時点で15名が訓練を受けた。	師に提供された。2007年9月時点で25名が訓練を受けた。
2.6 対象地域内すべてのRHUに対して、PhilHealthの母子保健パッケージ(Maternity Care Package) 認証取得申請のために支援(機材供与、及びBEmOC研修)を実施する	2.6 2007年3月、対象地域内全地区病院・RHUに対して、PhilHealth(フィリピン健康保険公社)の妊産婦ケア・パッケージ認証取得申請のための機材供与がなされ、認証管理研修が38名のRHUスタッフ向けに実施された。	2.6 2007年1月、対象地域内全RHUに対して、PhilHealth(フィリピン健康保険公社)の妊産婦ケア・パッケージ認証取得申請のための機材供与がなされ、認証管理研修が38名のRHUスタッフ向けに実施された。さらに、2006年11月に新生児スクリーニング訓練が実施され、69名の熟練出産介護者及び医療技術者が訓練を受けた。12月には新生児集中治療室立ち上げのための戦略的計画策定ワークショップ(1日間)が実施され、ビリラン州病院の管理スタッフ25名が参加した。
2.7 遠隔地のBHSを助産施設にするための支援を行う	2.7 未実施。	2.7 未実施。
2.8 マヨヤオ地区病院を包括的緊急産科ケア施設にするための支援を行う。また、ビリラン州病院が3次病院に昇格するための支援を行う	2.8 未実施。	2.8 未実施。
アウトプット3の活動：活動対象地域における母親や新生児への地域住民による支援体制が強化される		
計画(PDM ver.3)	活動の実績(イフガオ州)	活動の実績(ビリラン州)
3.1 コミュニティ内の出産準備強化のためのWHTを組織、研修を実施し、コミュニティにおける女性の健康のためのチームによる妊産婦支援を実施する(家庭訪問、Pregnancy tracking reportの作成と母親学級、RHUへの付き添い、など)	3.1 2006年9月、女性の健康のためのチームに関するオリエンテーションが実施され、106名のRHUスタッフ、保健ボランティア、地方自治体スタッフが参加した。2006年10月、2日間にわたり女性の健康のためのチーム立上げ・管理のためのTOT研修が実施され、23名の熟練出産介護者(助産師・看護師)が訓練された。その後、2006年9月から2007年2月にかけて2日間のWHT研修が実施され、助産師、保健ボランティア、バランス栄養ボランティア、伝統的産婆ら計382名が訓練を受け、その結果	3.1 州条例の導入準備のために、伝統的産婆を巻き込んだ多くのコンサルテーションや女性の健康のためのチームの育成のための活動が実施された。 ・2007年6月～2007年1月にかけて伝統的産婆とのコンサルテーションが実施され163名の伝統的産婆が参加した ・2006年10月、2日間にわたり女性の健康のためのチーム立上げ・管理のためのTOT研修が実施され、16名の熟練出産介護者(助産師・看護師)が訓練された。 ・2007年12月に2日間の

	196 組の女性の健康のためのチームが組織された。	WHT 研修が実施され、助産師、保健ボランティア、バランガイ栄養ボランティア、伝統的産婆ら計 480 名が訓練を受け、その結果 221 組の女性の健康のためのチームが組織された。
3.2 コミュニティにおける緊急移送体制整備のためのマルチセクトラルな協力関係の構築を支援する	3.2 未実施。	3.2 未実施。
アウトプット 4 の活動：活動対象地域における女性の健康のためのチーム、助産師（RHM）に対するサポーター型な運営管理の体制が整備され、サービスの質と仕事環境が向上する		
計画（PDM ver.3）	活動の実績（イフガオ州）	活動の実績（ビラン州）
4.1 女性の健康のためのチーム、熟練出産介助者の活動を支援して定期的な巡回指導を実施する	4.1 女性の健康のためのチームに対し州保健局・RHU スタッフが行う巡回指導は体系的な形で実施されておらず、実施指針と実施ツールの開発について関係者との協議が開始された。	4.1 女性の健康のためのチームに対し州保健局・RHU スタッフが行う巡回指導は体系的な形で実施されておらず、実施指針と実施ツールの開発について関係者との協議が開始された。
4.2 RHU スタッフに対する月例会議を開催する	4.2 RHU スタッフによる月例会議は、継続して実施されており、また母子保健分野の短期専門家の訪問時に、症例検討会議が 1 度実施された。	4.2 RHU スタッフによる月例会議は、継続して実施されており、また母子保健分野の短期専門家の訪問時に、症例検討会議が 1 度実施された。
4.3 女性の健康のためのチームと助産師（RHM）との月例会議を開催する	4.3 女性の健康のためのチームと助産師の月例会議はプロジェクト実施以前と同様、既に実施されている。	4.3 女性の健康のためのチームと助産師の月例会議はプロジェクト実施以前と同様、既に実施されている。
4.4 対象地域の Maternal Death Review と Case Conference を実施する	4.4 2006 年 10 月、妊産婦死亡症例検討会が、州保健局スタッフ、公衆衛生看護師、助産師及び地方自治体の代表者ら 42 名を交えて実施された。	4.4 2006 年 9 月、23 名の熟練出産介護者に対して妊産婦死亡症例分析に関する研修が 2 日間にわたり実施されただけでなく、2006 年 6 月、11 月、12 月、2007 年 1 月に、それぞれ妊産婦死亡症例検討会が実施され 56 名の熟練出産介護者が参加した。
アウトプット 5 の活動：母子保健分野における国家政策の策定・実施にプロジェクト活動の教訓が反映される		
5.1 保健省の母子保健技術委員会を活性化する	5.1 プロジェクトは 2 回にわたり母子保健技術委員会開催を促し、母子保健研修の教材の適用等などについて調整がなされた。	
5.2 母子保健技術委員会に出席し、プロジェクトの経験を共有し、政策関連の協議に参加する	5.2 前述の会議では、1) CMMNC 研修指針の配布先、2) 基礎的緊急産科ケアの訓練サイト、3) 基礎的緊急産科ケア訓練サイトの研修内容に関するモニタリングのメカニズム、に関	

	する協議が実施され、保健省技術委員会成員と開発パートナー間で役割分担・調査がなされた。また、2006年10月、プロジェクトは地域・州レベルの保健関係者及びNGOや二国間支援機関代表ら45名が集まった会議を支援した
5.3 母子保健教育教材を全国に普及する	5.3 プロジェクトは、プロジェクト実施関連組織、助産師協会、USAIDの委託事業を請け負っているNGOらに対し、以下の教材・印刷物を配布した。 <ul style="list-style-type: none"> ・CMMNC 研修講師用指針、研修キット300セットのうち30セットをフィリピン助産師協会、USAID 関連NGOに配布 ・地方言語に訳された女性の健康のためのチーム活動実施指針600部（イフガオ州）、700部（ビリラン州） ・助産師用教科書“Textbook for Midwives”20部を対象地域の州・地区病院に配布

出所：Project Monitoring Report, 2007；中間評価に向けてプロジェクトが準備した資料、2007年9月

プロジェクトが開始されてわずか1年8カ月足らずのうちに、イフガオ州及びビリラン州においてほとんどの活動が終了しており、後は助産技術研修（LSS）の一部とモニタリング・スーパービジョン関連の活動を残すのみとなっている。各州の活動内容に若干違いがあるが、それは、2006年8月にビリラン州において州条例（No.166）が可決され、伝統的産婆の出産介助が禁止されたことで追加的な支援活動を実施する必要性が生じたためである。州条例が可決されたことを受け、伝統的産婆の所得喪失に伴う不安が浮上し、RHUにおける施設分娩の需要が急増するなどの状況変化が起こった。プロジェクトでは、それぞれの関係者がこういった変化に適切に対処できるよう、各種説明会の実施や訓練活動の繰上げ実施などを行ったものである。

（2）アウトプットの実績

表4-4は、アウトプットの指標に沿って、その達成状況を示したものである（PDM ver.3による）。以下、アウトプットの達成状況について、指標データに現地調査を通じて収集した情報をもとに、それぞれ現時点までの実績と残された課題について記述した（付属資料 Annex13、付属資料 Annex14についても参照のこと）。

表4-4 アウトプットの達成度合い（2007年9月現在）

プロジェクト概要	指標	実績
アウトプット1 中央レベルにおける緊急産科ケア（EmOC）実施体制が強化される	1) 緊急産科ケア及びCMMNC 研修マニュアルの Availability	CMMNC 研修教材、緊急産科ケア研修教材が印刷・配布され、既に使用されている。
	2) CMMNC の指導者研修（TOT）を受けた研修生数	CMMNC 訓練教官が184名育成された。
	3) モニタリングとスーパービジョンのためのツールの Availability	現在保健省（中央・地域）、州保健局とその内容について協議中。

アウトプット2 活動対象地域における緊急産科ケアと母子保健サービス供給体制が強化される	1) 基礎的緊急産科ケアの研修を受けた熟練出産介助者の数	イフガオ州で27名、ビリラン州で26名の熟練出産介助者が11日間の基礎的緊急産科ケア研修を受けた(目標100%達成済)。
	2) CMMNC の研修を受けた熟練出産介助者の割合	イフガオ州で73名、ビリラン州で70名が4日間のCMMNC 訓練を受けた(目標100%達成済)。
	3) LSS の研修を受けた助産師の数	イフガオ州15名(目標の68%達成)。 ビリラン州25名(目標の52%達成)。
	4) PhilHealth の妊産婦ケア・パッケージに認定されたRHUの数	ビリラン州7RHU(8RHU中:88%達成)。イフガオ州0RHU(目標3RHU中:0%達成)、 なお、2RHUは申請済で認証待ち。
	5) 基礎的緊急産科ケアプレサービスを提供している医療施設の数	ビリラン州8RHUs+1州病院(目標100%達成済)。 イフガオ州3地区病院(目標100%達成済)。
	6) 普通分娩サービスを提供しているBHSの数	ビリラン州:2/4BHS(目標の50%達成)。 イフガオ州:0/3BHS(目標の0%達成)。
	7) 施設分娩率(イフガオ州、AMADHS-ILHZ)	19%(2005)から19%(2006)AMADHS。
	8) 施設分娩率(ビリラン)	ビリラン州24%(2005)から87%(2007)。
	9) 熟練出産介助者(SBA) 介助による分娩率(イフガオ) ⁴	変化なし。
アウトプット3 活動対象地域における母親や新生児への地域住民による支援体制が強化される	1) WHT の結成数(>1/バラングイ)	イフガオ州321名196WHTが結成された(全63バラングイ:目標100%達成済)。 ビリラン州700名221WHTが結成された(全132バラングイ:目標100%達成済)。
	2) 母親学級の開催数/WHT/月	未実施。
	3) 緊急産科支援体制構築のためのコミュニティでの会合数と計画の有無	イフガオ州全63バラングイで実施。 ビリラン州全132バラングイで実施。 計画は、各バラングイで作成中。
アウトプット4 活動対象地域におけるWHT、助産師(RHW)に対するサポートティブな運営管理の体制が整備され、サービスの質と仕事環境が向上する	1) 州保健局/市保健局によるサポートティブ・スーパービジョンの開催数	イフガオ州 月1回。 ビリラン州 月1~3回。
	2) WHT メンバー、助産師の仕事満足度*	一般的に高い満足度が観察されている。
	3) RHUにおけるWHTとの月例会議の開催数・ケースカンファランスの数	月例会議が開かれ、ケースカンファランスが1回実施された。
	4) 妊産婦死亡症例の検討のための会合の開催数	ビリラン州 会合5回開催。 イフガオ州 会合1回開催。

⁴ 通常分娩・EmOC 分娩サービス提供施設数が数少ないイフガオ州の状況を勘案した結果、プロジェクトは「熟練出産介助者による出産介助率」を「施設分娩率」の補助的な指標として使用することを提案した。伝統的産婆による分娩介助が圧倒的に多い状況のなか、施設分娩への移行には大きな溝があり、経過的な措置が必要との判断で、この指標の使用を提案している。PDM Ver.3は2007年9月、保健省事務次官、及びプロジェクト・ディレクターである疾病予防管理センター長の承認を受けた。

アウトプット5 母子保健分野における国家政策の策定・実施にプロジェクト活動の教訓が反映される	1) 母子保健技術委員会（中央レベル）の開催数	2 回開催。
	2) 配布された MCH 研修マニュアルの数	<ul style="list-style-type: none"> • CMMNC 研修講師用指針、研修キット 300 部が FOURmula One 対象 19 州及び 17 地域に配布され、CD 版はフィリピン助産師協会と USAID 関係 NGOs に配布された。 • WHT 活動実施指針 600 部（アヤガン語&英語版、イロカノ語&英語版）がイフガオ州に、700 部（ワライワライ語&英語版、セブアノ語&英語版）がビリラン州に配布された。 • 助産師用教科書 “Textbook for Midwives⁵” がイフガオ州・ビリラン州の州・地区病院及び RHU に対しそれぞれ 10 部ずつ配布された。
	3) プロジェクトが参加・主催した MCH 関連会合の数	<p>プロジェクト実施関係者は、以下 3 種の会合に招聘され、自州で得た母子保健に関わる経験を他州・他地域と共有している。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2007 年 5 月パラワンにて実施された保健省主催の保健セクター第 1 回会合。 • CHD-CAR 主催の保健意思決定者フォーラム • 南ミンダナオ CHD 主催のミンダナオ母性の安全サミット年次会合（2007 年 11 月開催予定）。

注：*印のついた指標は、定性的な変化を捉えるために追加されたが、より適切な代替指標について協議中であるため変更される可能性がある。

出所：Project Monitoring Report, 2007；中間評価に向けてプロジェクトが準備した資料、2007 年 9 月

- 1) アウトプット 1：中央レベルにおける EmOC（緊急産科ケア）の実施体制が強化される
- プロジェクトの支援により「コミュニティにおける妊産婦・新生児ケア（Community Managed Maternal and Newborn Care：CMMNC）」研修講師用ガイド及び訓練キット 300 部が印刷・製本され、保健セクター改革支援重点州である 19 州及び 17 地域に配布された。また、プロジェクトが、これらすべての地域の研修講師 184 名を育成した結果、保健省には熟練出産介助者（医師、看護師、助産師）に対する CMMNC の訓練を実施できる十分な知識と技術がもたらされたといえる。
- こういった、プロジェクト対象地域を超える貢献は、保健省をはじめ母子保健プログラムを支援する他の援助機関（UNFPA, UNICEF, WHO and PLAN International）によって高く評価されている⁶。さらに、CMMNC 関連教材の CD 版は、フィリピン助産師協会や USAID 関連 NGO を通じて民間の助産師にも配布されており、プロジェクト対象地域以外の熟練出産介助者（SBA）にも知識・技術が波及する可能性がある。
- プロジェクトに残された課題として、緊急産科ケアの質を維持するためのモニタリングとスーパービジョンの体制整備があり、現在、保健省・保健省地域事務所・州保健局の関係者とプロジェクトとの間で協議が進められている。
- 2) アウトプット 2：活動対象地域における緊急産科ケアと母子保健サービス供給体制が強化される

⁵ “Textbook for Midwives” は、世界中の助産師学校で広く利用されている教科書である。

⁶ UNFPA 及び保健省スタッフからの聞き取りによる。

プロジェクトにより、必要機材が供与され、医療従事者への基礎的緊急産科ケア研修、CMMNC研修がすべての対象者に提供された。短期の助産技術訓練（Midwifery Training in LSS）についても半数以上が研修を終了しており、それらの投入・活動の結果、既に対象2州の11カ所の医療施設（目標11カ所）において基礎的緊急産科ケア・サービス⁷が提供されるようになった。また、フィリピン健康保険公社（PhilHealth）の規定する妊産婦ケア・サービス提供組織として、7カ所のRHU（目標11カ所）が認証を受け、2カ所のRHUについて申請書が提出されている。したがって、プロジェクト開始後1年8カ月足らずのうちに、アウトプット2を達成するために必要な基礎が築かれたといえる。

プロジェクトに残された課題としては、選定されたバランガイ・ヘルス・ステーション（Barangay Health Station：BHS）による分娩サービス開始を通じた施設分娩のアクセス改善、州・地区病院に対する包括的緊急産科ケア・サービス提供能力の向上、リファラル体制の更なる強化がある。なお、繰り返しになるが、これらの活動を実施するためには、中央保健省内において審議中の『妊産婦・新生児ケアに関する政策枠組み』の早期の成立が望まれている。

3) アウトプット3：活動対象地域における母親や新生児への地域住民による支援体制が強化される

産科緊急の際の地域住民による妊産婦への支援体制を強化するために、数々の活動が実施され、本アウトプット達成に向けた顕著な前進が見られる。活動対象2州のすべての村（195カ村）において、従来からの地域保健ボランティアに伝統的産婆を加えた「女性の健康のためのチーム（WHT）」が結成され、州保健局及びRHUの訓練講師によって、すべての女性の健康のためのチームに対してオリエンテーションが行われた⁸。女性の健康のためのチームは、地域住民への啓発活動、妊産婦の保健所登録、及び自宅でのカウンセリング等のサービスを開始し、またコミュニティで緊急時の支援体制構築に向けた会合を開くなど活発に活動を行っている。その結果、①妊娠のより早期に妊産婦の登録ができるようになり⁹、②施設分娩に向けた個別の出産計画作成のためのカウンセリングが充実し、③保健ボランティアの責任感が強くなり、④村のリーダーが以前に増して協力的になったなどのプラスの効果が現れ始めている地域もある。特にビリラン州においては、町議会が施設分娩の利用料を規定したり、村の予算で産科緊急時の交通費を負担したり、町・村が保健施設の改善を共同出資により実施するなど、目に見える効果も出始めている。

4) アウトプット4：活動対象地域におけるWHT（女性の健康のためのチーム）、助産師を支援する運営管理の体制が整備され、サービスの質と仕事環境が向上する

プロジェクトによる介入は今後実施される予定だが、現時点においては、既存のモニタリング・スーパービジョンの活動として、①RHUとBHS助産師との月例会合、②助産師

⁷ なお、鉗子分娩や吸引分娩は扱っていない。保健省及び援助機関によって現在策定が進められている『妊産婦・新生児ケアに関する政策枠組み』の草案によれば、基礎的緊急産科ケア・サービスの内容は、①オキシトシンの投与、②非経口鎮静薬の投与、③抗けいれん薬の投与、④静脈内輸液の投与、⑤胎盤用手剥離術、⑥遺残物用手剥離術、⑦会陰裂傷の修復などがあげられている。

⁸ バランガイのカバーする範囲が広い場合は、WHTは複数組織されている。イフガオ州のAMADHS自治体間保健連携ゾーンでは、1バランガイ当たり平均3.1組のWHTが、ビリラン州では1バランガイ当たり1.7組のWHTが組織された。

⁹ 実際の数値的な裏づけは、プロジェクトによって導入された「妊産婦登録書式」“Pregnancy Tracking Form”の集計と分析を待たなければならない。

と女性の健康のためのチームとの月例会合がそれぞれ継続して実施されている。モニタリング・評価専門家や中間評価調査団による聞き取りから、助産師をリーダーとした女性の健康のためのチームメンバーの仕事満足度も概ね高いことが評価された。

プロジェクトの今後の課題は、妊産婦・新生児死亡の原因を探求し、そのような情報をサービスの提供体制やコミュニティでの活動にフィードバックするサイクルを確立していくうえで、こういった既存のモニタリング・スーパービジョンのメカニズムを活用しながら、いかにコミュニティレベルの関係者の効果的な巻き込みを実現できるかにある。

5) アウトプット5：母子保健分野における国家政策の策定・実施にプロジェクト活動の教訓が反映される

プロジェクトの関係者である州保健局及び RHU 職員は、以下に列記したとおり、保健省主催の全国及び地域レベルの定期会合を通じて、女性の健康のためのチームによるコミュニティの啓発活動や、州・町条例を通じた施設分娩の促進などプロジェクト活動から得られた経験を共有しており、母子保健プログラム実施改善に貢献している。さらに、地方自治体レベルでは自治体間保健連携ゾーンの技術管理委員会の会合を通じて伝統的産婆の活動制限を定めた州条例（Provincial Resolution No.166, August 2006）、女性の健康のためのチームへのインセンティブ供与、分娩サービス利用料などを定めた町条例の施行などに関する合意形成がなされるなど、プロジェクトが母子保健政策形成に大きな影響力を与えている。

- ・プロジェクトの実施関係者は、コルディレラ行政地域（CAR）保健省地域事務所主催の保健分野意思決定者年次フォーラムにおいて、女性の健康のためのチームの組織化と活性化に関する「グッドプラクティス」を発表し、同地域内の他州関係者から多数の問い合わせを受けた¹⁰。
- ・ビリラン州のプロジェクト関係者は、2007年5月パラワンにて実施された保健省主催の保健セクター第1回会合において、伝統的産婆の新しい役割を規定した州条例が、成功裡に施設分娩を増加させた例を発表し、周辺地域の州の代表団の訪問を数件受けている。
- ・ビリラン州のプロジェクト関係者は、ミンダナオ保健省地域事務所主催のミンダナオ「安全な母性に関するサミット年次会合」に招聘され、強い政治的コミットメントが施設分娩を成功裡に増加させた例を「グッドプラクティス」として、発表する予定となっている（2007年11月開催予定）。

上記の例を見てわかるように、保健省の地域事務所である CHD は、各地域において母子保健政策の施行方法に関する技術支援を担当しており、担当する州の中で「グッドプラクティス」を見極め、域内に普及したり、政策策定の際の参考材料として保健省に報告するなどの役割を果たしている。そのため、今後、プロジェクト活動の教訓を政策協議のプロセスに反映させていくうえで、より重要な役割を担う可能性がある。

プロジェクトの今後の課題として、引き続きプロジェクト介入の効果に関するエビデンスや教訓を集積し、特に国家レベルにおける政策協議のプロセスで適宜共有していくことが必要である。

¹⁰ CHD-Cordillera Administrative Region (CAR) スタッフからのインタビューによる。

4-2 プロジェクト目標達成の見込み

(1) プロジェクト目標

活動対象地域において母子保健サービスが強化され、妊娠・分娩・産褥期における母親と新生児の安全性と健康が向上する。

表4-5に、プロジェクト目標レベルの指標データを示す (as per PDM ver.3)。なお、イフガオ州ではプロジェクトの対象となっているのは AMADHS 自治体保健連携ゾーン内の3町のみで他の8町は対象外であるが、対比のため州全体と AMADHS の指標データ両方を示した。

表4-5 プロジェクト目標の指標データ動向 (2007年上半期まで)

プロジェクト目標の指標	開始以前の数値		現時点での数値		情報入手源
		2005	2006	2007	
活動対象地域において熟練出産助産師 (SBA) により介助を受けた出産の率が 2005 年の水準より増加する	イフガオ	68%	68%	N/A	州保健局年次報告
	AMADHS	54%	59%	N/A	
対象地域において施設出産率が 2005 年の水準より増加する	ビリラン	28%	34%	77%	州保健局年次・上半期報告 RHU、病院、BHS データ
	イフガオ	41%	41%	N/A	
	AMADHS	19%	19%	N/A	
対象地域において妊娠中 4 回以上妊産婦検診を受けた妊婦の率が 2005 年の水準より増加する	ビリラン	67%	59%	N/A	州保健局年次報告
	イフガオ	99%	96%	N/A	
	AMADHS	88%	93%	N/A	
対象地域において 1st Trimester で妊産婦検診を受けた妊婦の率が 2005 年の水準より増加する	ビリラン	N/A	N/A	N/A	RHU、病院、BHS データ
	イフガオ	N/A	N/A	N/A	
	AMADHS	N/A	N/A	N/A	
対象地域において妊産婦死亡比が 2005 年の水準より減少する	ビリラン	2.89	2.80	3.03	州保健局年次・上半期報告
		死亡数：10	死亡数：10	死亡数：6	
	イフガオ	0.85	1.42	—	
		死亡数：1	死亡数：5	死亡数：0	
AMADHS	0.85	0.87	0		
	死亡数：1	死亡数：1	死亡数：0		
対象地域において新生児死亡率が 2005 年の水準より減少する	ビリラン	5.78	7.43	5.30	RHU、病院、BHS データ 州保健局年次・上半期報告
		死亡数：N/A	死亡数：N/A	死亡数：7	
	イフガオ	13.01	3.92	N/A	
		死亡数：N/A	死亡数：N/A	死亡数：N/A	
	AMADHS	5.12	4.34	N/A	
		死亡数：6	死亡数：5	死亡数：7	

注：州保健局の上半期・年次報告書；ベースライン調査；2006年8月現在のデータ。州保健局データの信頼性に問題があることから、モニタリング・評価の専門家によりデータ収集方法をベースライン調査で適用した手法に統一する旨の提言がなされたが、プロジェクト実施関係者はそういった形で指標データを収集していなかったため、州保健局の報告書からデータの入手を行った。

出所：RHU、病院、バランガイ・ヘルス・ステーションデータ (ベースライン調査 2006年10月)；プログラム実績に関する地方自治体によるプレゼン資料、2007年10月；Project Monitoring Report, 2007；中間評価に向けてプロジェクトが準備した資料、2007年9月

ビリラン州とイフガオ州では目標達成の見込みに違いが見られる。ビリラン州では、施設分娩率が2005年の28%から2007年上半期には77%と劇的に増加し、プロジェクト完了時の2010年までには、施設分娩率にさらなる進展が見られるものと予測できる。それとは対照的に、妊婦検診を4回以上受けた妊産婦の割合は2005年の67%から2006年の59%と減少に転じる結果となっているが、今回訪問したすべてのRHUにおいて、スタッフは妊婦検診・産褥検診の頻度の改善効果を認めている。2006年に入ってから利用率の減少は、2006年9月にプロジェクトがデータ収集・集計に関する訓練を実施した結果、データの記録・集計方法がより正確に行われるようになった影響とも推測できる。今後は女性の健康のためのチームの活動による効果を見込んで改善が予測できる。

一方、イフガオ州のAMADHS（アルフォンソリスタ、マヨヤオ、アギナルド保健行政地区）自治体間保健連携ゾーンでは、妊婦検診を4回以上受けた妊産婦の割合は2005年の88%から2006年の93%、熟練出産介助者による介助率は2005年54%から2006年59%と若干増加の兆しが見えたが、逆に施設分娩率については19%にとどまる状況となっている。今後、女性の健康のためのチームの活動による効果が見込まれるため、2010年までには熟練出産介助者による介助率の更なる増加が期待できる一方で、地理的条件の悪さと自宅分娩・伝統的産婆を好む傾向を鑑みて、施設分娩率50%の達成にはさらに長い時間が必要であると考えられる¹¹。

なお、プロジェクトの達成指標にはないが、母子保健サービスの利用の変化の度合いを測るものとして、「産褥検診を1回以上利用した妊産婦の割合」があげられる。ビリラン州では、2005年の82%から2006年の68%へと低下し、AMADHSでは、2005年の88%から2006年の86%へと一時的に減少したものの、2006年には、集計時の定義が2007年から「産褥検診を2回以上利用した妊産婦の割合」に変化したにもかかわらず88%へと増加している。

なお、現時点において前述の実績が母体死亡数¹²と新生児死亡数に対してどう影響を与えたかを判断するのは、時期尚早であると考えられる。2006年の統計では、イフガオ州で妊産婦死亡が5件、ビリラン州で10件であったが、2007年にはビリラン州では6件あり、イフガオ州ではまだ記録されていない¹³。イフガオ州の保健局長は、妊産婦死亡症例分析のワークショップを実施した際、母体死亡に影響を与える要因には医学的な要素よりも、より社会経済・文化的な要素が深く関わっていることに衝撃を受けたと話している。しかしながら、検討された症例数がまた少ないこと（イフガオ州）や、症例検討会における詳細な分析結果が記録されていないこと（ビリラン州）から、現時点ではこういった要素が妊産婦死亡とどのように相関しているのかについての特定はできない。

上記を勘案すると、ビリラン州における今度の課題として、①妊産婦死亡の症例検討を通じた忌避可能な要因について対処法を考案すること、②現在施設に来ていない24%（およそ300件程度）の女性についてその理由を分析し対処法を見出すこと、③妊婦検診や産褥後検

¹¹ 数値は州保健局報告書によるデータ。

¹² 妊産婦死亡比データは州保健局が出生千対の単位で経常的に算出しており、常時入手可能とはいえ、特に母数の少ない場合は安定性に欠けるため変化の度合いをモニタリングする指標としては適切ではない。したがって、妊産婦死亡や新生児死亡の症例分析の定性的な分析結果からプロジェクトの介入によって予防・回避可能であった死亡例数などを参照することが推奨される。

¹³ ビリラン州と比較し、イフガオ州における母体死亡数は低くなっているが、これが実際の死亡数が絶対的に低いからか、それとも地理的なアクセスの悪いことで死亡数全体の把握ができていないからかは明らかでない。

診の利点を訴えサービス利用を促進すること、④サービスの質を確保・改善することなどがあげられる。イフガオ州においては、持続可能な形の出産サービス提供体制や遠隔地の妊産婦が施設にアクセスするために必要なコミュニティによる支援体制の構築方法について答えを見出すことが課題であるといえる。

4-3 実施プロセス

4-3-1 活動進捗状況

プロジェクトの活動は、概ね PDMver.1 の目標に沿って進められており、プロジェクトを取り巻く環境の変化やプロジェクト実施機関の方針の変化などに応じて需要・必要性を判断し、適宜活動の調整を実施してきた。たとえば、伝統的産婆の出産介助を禁止した州条例 (No.166) がビリラン州において可決された際に、プロジェクトはその施行準備のために、伝統的産婆や RHU 向けの説明会を順次開催し、コミュニティにおける会合において、施設分娩の利点や便益を訴える活動などを支援すると決定した。その結果、伝統的産婆や妊産婦らの混乱や反発など当然起こり得た状況が回避できたと考えられる。

また、プロジェクトの活動は、両州において計画よりも早いペースで進んでいる。その結果、コミュニティにおける啓発活動などは、バランガイの関係者に十分な準備時間を与えないまま行われた例も見られた¹⁴。

一方 PDM は、プロジェクトの運営委員会や個人レベルでカウンターパートと共有されていたにもかかわらず、プロジェクトの実施関係者は、PDM や PO を活動実施の際の指針として活用していなかった。このことで、JICA 支援の全体像が見えない、カウンターパートによるプロジェクトへの主体的な関わりを限定するなどの影響も考えられるため、カウンターパート全員に対する JICA 支援のスコープの明確な定義と提示が望まれる。その際に、プロジェクト終了時の 2010 年までに達成すべき目標値も合意されることが望ましい。

4-3-2 プロジェクト実施体制と管理

本プロジェクトにおいては、州レベルにおいて、州知事・町長や保健分野担当議員等の参加を得て、プロジェクト運営委員会 (EC) 及び技術管理委員会 (TWC/TMC) がプロジェクト関連活動の計画やモニタリング、技術的側面の検討を実施している。保健省の地域出先機関である CHD もプロジェクト運営委員会に参加している。

州レベルにおけるプロジェクトの運営管理は、対象 2 州それぞれにおいて適切かつ機能的である。運営委員会及び技術管理委員会は 2006 年 7 月に設置され、地方政府首長、PhilHealth 代表、保健省地域事務所代表などもメンバーとなっている。ビリラン州では、GTZ の技術支援によって立ち上げられ、強化されていた ILHZ の技術管理委員会がそのままプロジェクト管理運営の役割を果たし、地方政府首長の参加する運営委員会に対して、技術的側面から問題提起や説明を提供してきた。その結果、この実施体制そのものが政策的支援の喚起・維持を促進しただけでなく、ともすれば調整の困難な州・町、及び保健省の地域事務所の各層を統合された保健政策でつなぐという極めて重要な役割を果たしたといえる。

¹⁴ 保健局長、保健所長らを対象とした質問票調査によれば、保健教育関連の活動をバランガイで実施するにあたり、準備期間が短くまた実施の連絡が遅かったことなどが指摘されている。また、主要カウンターパートからのキーインフォーマント・インタビューからもそういった状況が一般的であったことが確認された。

プロジェクトでは、准プロジェクト・マネージャー（Assistant Project Managers : APMs）という職位でローカルコンサルタントを3名雇用しており、それぞれ、ビリラン州保健局事務所、イフガオ州保健局事務所、AMADHS 事務所（マヨヤオ地区病院内）に配置されている。彼らは、州保健局長及び母子保健コーディネーター（イフガオ州では研修コーディネーター）をカウンターパートとして、日々の活動実施を側面支援している。プロジェクト活動の迅速な実施は、APM 及び州レベルのカウンターパートの協働体制に負うところが大きく、州レベルでは日本人専門家の配置がないなかで、APM らは緊急産科ケアのサービス提供に関わる技術的助言やプログラム実施に関わる指針を提供する役割も果たしている。また、APM は、地方政府の保健医療委員会（Local Health Board）や州保健局及び AMADHS 自治体間保健連携ゾーンの定期会合にも参加しているため、州保健分野投資計画に沿った現場での動きに即したプロジェクト活動の調整が可能となっているだけでなく、JICA 支援の存在感をも高めている。

プロジェクト活動のほとんどが対象2州の EC-TWG/TMC によって管理されているため、中央レベルの保健省の関わりは限定的であり、コンサルテーションや政策レベルの技術的助言にとどまっている。中央レベルでは、当初、保健セクター改革の技術調整委員会（Technical Coordination Group for the Health Sector Reform Agenda : TCG-HSRA）が JICA プロジェクトの調整も担当する予定であったが¹⁵、TCG-HSRA が機能せず、プロジェクトは中央レベルからのモニタリング・技術指導を受ける構造がないまま進行せざるを得なかった¹⁶。このような状況下、2007年3月にプロジェクト独自の JCC が召集され、プロジェクトのモニタリングと中央レベルの調整を実施することとなった。調整機関が機能していない期間中、プロジェクトは技術的な指針などに関しては、カウンターパート機関である保健医療オペレーション局下にある疾病予防管理センター（National Center for Disease Prevention and Control : NCDPC）と、また対外援助に関わる問題に関しては、国際保健協力局との個別のコンサルテーションを実施するなどして対応した（付属資料. Annex15 を参照のこと）。

妊産婦・新生児ケアに関する政策枠組みの策定が遅々として進まないなか、プロジェクトの内容を政策面において責任を持って調整する機能が保健省内で統一されていない状況下では、プロジェクトの緊急産科ケアに関する支援内容の特定もままならず、プロジェクト実施関係者が戸惑うケースが何回かあった。

4-3-3 政策提言のための調整とメカニズム

本プロジェクトでは、施設分娩や熟練出産助産者による安全な分娩サービスを普及・定着させるための実際的な介入を行うことにより、妊産婦・新生児死亡の削減のための効果的な戦略を提示するという意図を持って実施されている。したがって、アウトプットの1つには「母子保健分野における国家政策の策定・実施にプロジェクト活動の教訓が反映される」ことが明記されている。その実現のためには、プロジェクトの実施関係者が政策策定プロセスやそのための対話の場との連携を強化する必要がある。

政策実施につなげる既存のメカニズムとして、中央保健省～保健省地域事務所～地方自治体

¹⁵ 討議議事録（R/D, 2006年1月）による。詳細は付属資料. Annex 2 を参照のこと。

¹⁶ ただし、2007年9月には、従来からあった母子保健分野の製作・技術的な検討を実施するグループが再編され、新たに妊産婦・新生児ケアに関する技術管理委員会（Technical Management Committee and Core Group for Maternal and Newborn Health: TMC/CG-MNH）が設置されることとなったため、プロジェクトはこのグループから技術的な助言を得られる可能性がある。

をつなぐリンクが考えられる。保健省地域事務所は、州レベルの活動を技術的側面から定期的にモニタリングしているだけでなく、例年地方自治体や州・町の保健セクター管理レベルが集い、保健プログラムの効果的实施を協議するフォーラムを主催している。保健省中央についても、安全な母性に関する年次会合やプログラムレビューのフォーラムを主催している。プロジェクトの実績を見ると、各地域の保健省地域事務所はプロジェクトで得られた経験を他州に普及するうえで極めて重要な役割を果たしていることがわかる。このような保健省地域事務所の機能は、今後、プロジェクトと同様の活動を同地域内で普及展開していく可能性につながる鍵となると考えられる。もう1つのメカニズムは、中央の保健省で刷新設置された妊産婦・新生児ケアのための技術管理委員会及びコア・グループなどの技術審議グループの場である。プロジェクトは、現在、特に前者のメカニズムと効果的なつながりをもって実施されている。

4-3-4 技術移転の方法

技術移転の方法は、プロジェクト対象地域の状況に呼応した適切なものであったと考えられる。日本人専門家による、いわゆる「技術移転」は限定的なもので、現時点に至るまで長期専門家及びアシスタント・プロジェクト・マネージャーの役割は、保健省の取組み内容やメカニズムに沿って、既存の資源を活性化し、その有効活用に貢献したといえる。例をあげると、緊急産科ケア及び CMMNC の訓練モジュールの活用、PhilHealth の妊産婦ケア・パッケージの活用、女性の健康のためのチームのコンセプトの有効活用などがある。彼らは、そういった既存の取組みやメカニズムに焦点を当て、適用のための調整を行い、その資源が最大限に活用されるよう、必要な部署に使いやすいような形にして届け、かつ活用しやすい環境を創出するという役割を担った。プロジェクトの前半部分では、自宅分娩が一般的であった地域に施設分娩や緊急産科ケアを提供するという、新しいサービスの導入期にあったため、技術的な投入よりは資源の適切配置に活動の重点が置かれたことは適切であった。今後、プロジェクトの後半部分では、組織・活動の管理とサービスの質の維持に重点が移るにつれて、この点に関しての専門家による技術指導が重要となってくると考えられる。

4-3-5 カウンターパートのオーナーシップ

本プロジェクトに対するフィリピン側のオーナーシップは、州・町・村のどのレベルにおいても高いと評価される。運営委員会及び技術管理委員会の会合は保健局長及び母子保健コーディネーターによって組織され、地方政府代表の参加度合いも高い。カウンターパートによって施設分娩促進のための活動が計画され実施されている。このオーナーシップの強さは、プロジェクト専門家及び准プロジェクト・マネージャーらが、カウンターパート側のコミットメントを引き出した結果と考えられる。

イフガオ州の場合は、自宅分娩率や伝統的産婆・親戚等による出産介助率が高いわりには報告されている母体死亡件数が少なく、この状況に出産サービス提供施設の絶対数の少なさと施設へのアクセスの悪さが相俟って、当初、施設分娩の促進に対し、関係者によるコミットメントの形成が阻害されたと考えられる。しかしながら、運営委員会や技術管理委員会での協議や健康教育活動、さらには技術的な訓練への関わりを通じて、政治的指導者も保健医療従事者も徐々に妊産婦死亡や新生児死亡ゼロを目指すコミットメントを強化するに至ったといえる。

保健省の中央及び地方の関係組織による、本プロジェクトの実施内容に対する関心は概ね高

いが、保健省によるモニタリングやプロジェクト実施に対する更なる積極的な関与が、プロジェクトに大きな便益をもたらすと考えられる。

4-4 効果発現に貢献した要因

(1) プロジェクトが保健セクター改革の実施体制に沿ってプロジェクトを展開したこと

本プロジェクトは、保健省が保健セクター改革を模索しているなかで計画されており、実施中にセクター改革は FOURmula One 政策へと進展するなどの変化を経験している。FOURmula One の枠組みの下では、州知事や町長など地方政府の首長が担当地域における保健セクターのアウトカムに直接責任を負うという体制が確立された。また、二国間・多国間ドナーだけでなく NGO も含む援助機関からの支援が州全体の保健分野投資計画(2005~2010年)の中にすべて統合されている。こういった体制は、地方自治体が MDGs 達成を政治的アジェンダの中に高く位置づけ、さらに保健セクターへの取組みに積極的な関わりを示す状況を作り出している。2005年から予定されていた州保健分野投資計画に対する欧州連合による資金拠出が約2年半遅れているにもかかわらず、その相乗効果を狙ったプロジェクトのパフォーマンスにそれほど悪影響を与えなかった理由は、こういった地方自治体によるコミットメントがあったともいえる。ビリラン州の場合は、既存の ILHZ 調整メカニズムがうまく機能しているためプロジェクト介入に対する8町間での見解の統一が実現し、州全体にわたる効果が得られている。

(2) 妊産婦・新生児ケア・サービス提供に必要なリソースが既に存在し、プロジェクトがそのリソースを有効活用したこと

妊産婦・新生児のケア・サービスに関する基本的なコンセプトや訓練モジュールが既に開発されていたことで、研修活動及び実際のサービス実施にすぐ移れたことがある。このこととプロジェクトがそういった既存の取組みを有効に活用したことで、アウトプットが比較的早く得られた。以下がその例である。

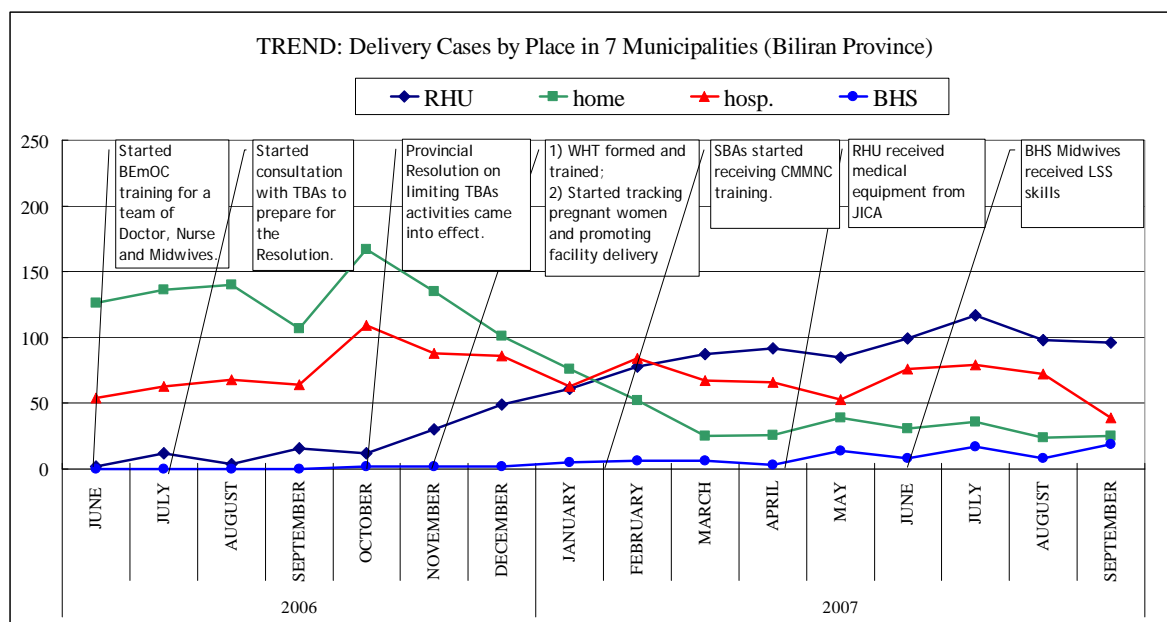
- ・基礎的緊急産科ケア及び CMMNC の訓練モジュールや教材が保健医療従事者の技術レベルを向上させ、またモチベーションを上げたこと
- ・女性の健康のためのチームのコンセプトを活用して、妊産婦・新生児ケア・サービスへの需要を喚起したこと
- ・PhilHealth の妊産婦ケア・パッケージの認証システムを活用し、新規導入されたサービスの財務的自立発展性を確保したこと
- ・既存の ILHZ 技術管理委員会をアドボカシーの場として活用したこと
- ・母子健康手帳を家族と妊婦が施設分娩を準備する道具として有効活用したこと
- ・先行していた「女性の健康プロジェクト」によって供与された施設及び機材を有効活用したこと

(3) プロジェクトの支援内容が包括的であったこと

ビリラン州における経験(図4-1参照)及び他州における同様の介入の経験を比較対照した結果、施設分娩の増加には、以下4つの主要なコンポーネントが必要もしくは補助的な要素として関わっていると推察できる。①RHU 及びバランガイ・ヘルス・ステーションにお

いて緊急産科ケア及び通常分娩サービスを提供するキャパシティの強化、②施設分娩サービスの需要の創出と妊産婦の受診行動を支援するメカニズムの構築、③州条例や町条例による施設分娩の奨励、④PhilHealth 加入世帯への無償サービス提供や未加入世帯への支払い可能なサービス料設定。

保健省地域事務所（Region VIII）の母子保健担当官からの聞き取りによれば、本プロジェクトと同様の構成で介入が実施された他州の例では、基礎的緊急産科ケアの訓練（上記構成要素①にあたる）、コミュニティによる妊産婦支援の喚起（上記構成要素②にあたる）、PhilHealth による RHU による妊産婦ケア・パッケージ認証の促進（上記構成要素④にあたる）が実施された地域において、上記構成要素③にあたる州条例や町条例は導入されなかったにもかかわらず、施設分娩率は増加しているという。ただ、その変化はビリラン州のそれと比べて緩慢であったという。さらに他の州においては、構成要素の①は実施されたが、②のコミュニティによる妊産婦に対する支援の促進は実施されなかった。その結果、数年たった今でも施設分娩数は増加していないこともわかっている。なお、他の構成要素（①，②，③）が実施されたが、PhilHealth の妊産婦ケア・パッケージ認証④がいまだできていない同州のマリピピ町においても、施設分娩率は、2006 年にはゼロ件であったものが、2007 年の上半期では 40 件（全出産の 76%）と増加する結果となっている。



注：カイピラン町は、一部データの欠落があったため集計から除外したが、RHU での施設分娩は他の 7 町と同様に増加傾向を示している。

図 4-1 出産場所ごとの施設分娩数の変化（ビリラン州 7 町のデータ）

（4）州・町政府による条例の施行が効果の早期発現を促したこと

現時点までのビリラン州における経験を上述の他州の同様な介入と比較すると、法令¹⁷が

¹⁷ “A Resolution regulating the practices of trained birth attendants on safe motherhood / maternal and child health program of the province of Biliran.” This virtually banned trained hilots (伝統的産婆) to assist deliveries and gave new role as a promoter of MCH service utilization and facility-based delivery (Approved in September; implemented in October).

施設分娩増加に与えた影響が、絶対に必要な要因というよりは、施設分娩の増加を加速する役割を果たしたと考えることができる。図4-1を見ると、法令の草案が提出された2006年8月頃から自宅分娩数は減少し始め、施設分娩数も若干増加している。その後法令が施行された10月には、施設分娩数が一気に増加し、同時に自宅分娩数の減少も加速している。また、他州の経験では、法令がないところにおいても施設分娩率の増加が見られており、ビリラン州に比較してそれが緩慢な増加であったことがわかっている。

(5) 資金的側面（PhilHealth による妊産婦ケア・パッケージの還付金や町条例による利用料の設定）

前述の州条例の施行準備にあたり、本プロジェクトでは施設分娩サービスを支える新たな財務管理の仕組みを整備することに貢献した。プロジェクトが促進した仕組みとは、妊産婦ケア・パッケージの取得に焦点をあてた活動を支援し、PhilHealth による還付金¹⁸や、徴収したサービス利用料から保健医療従事者のインセンティブを捻出することの制度化を促進した。インタビューや RHU における施設分娩の記録からわかるように、PhilHealth の妊産婦ケア・パッケージによる還付金や、町議会による出産サービス利用料に関する条例の策定がそれにあたる。こういった金銭的な裏づけがあることで、PhilHealth 加入者は、通常分娩サービスが無料になる妊産婦ケア・パッケージの認証を受けた RHU¹⁹に足を運び、その施設の保健医療従事者や女性の健康のためのチームは、還付金や利用料の一部からインセンティブを受けることで、施設分娩数増加に伴うケースロードや責任の増加が彼らに負担を強いたにもかかわらず、それだけの見返りをもらっているという満足感を保持することに貢献した。

(6) 女性の健康のためのチーム（Women's Health Teams : WHT）によるコミュニティ活動実施 枠組み・ツール

保健ボランティアが女性の健康のためのチームとして再編成され、さらに充実した活動内容でコミュニティの啓発活動を行ったことは、サービスの利用を増加させた際の必須条件であったといえる。6町において女性の健康のためのチームとのグループインタビューによれば、妊産婦が施設分娩に対して懸念する事項として、第1に交通手段も含めた金銭的な負担があげられ、同時に妊娠・出産にはリスクが伴うという考え方がないこともあげられた。彼らによれば、保健施設までの物理的なアクセスが非常に困難である場合を除いて、個人的な説得活動が緊急時の対応や出費に備える出産計画の作成において施設分娩を決意させるために非常に効果的であったという。同時に、母子健康手帳に沿って保健ボランティアと妊産婦が一緒に出産計画を作成する過程において、何が世帯内で対応可能で何が対応不可能かを明確にすることができるため、コミュニティの支援を求めやすくなったという意見があった。

¹⁸ PhilHealth の規定により、還付金の70%は消耗品や医薬品などの調達や運営・維持費にあて、残りの30%は施設の判断で支出を決定できる仕組みとなっている。

¹⁹ PhilHealth で妊産婦ケア・パッケージ提供施設（MCP accredited facilities）としての認証を受けると、PhilHealth 加入世帯は通常分娩サービスの利用料が無料となり、RHU は4,500ペソの保険還付金を受けることができる。そのうち30%は施設の決定に委ねられているが、通常はボランティアのインセンティブに使われている。なお、70%は町役場によって、医薬品などの調達に回されるという規定がある。

(7) 国家・地域レベルのフォーラムにおけるプロジェクトで得られた経験の共有

プロジェクト関係者が中央地域レベルの関連会合に参加し、プロジェクト関連の活動について発表したことで、他の地域の保健医療従事者と地方自治体の首長の間でもプロジェクト活動の内容に関する関心を高めたことがある。たとえば、マヨヤオ町の代表者が、女性の健康のためのチームの活動をグッドプラクティスとして CAR 地域の会合で発表した後、プロジェクト対象地域以外の州から女性の健康のためのチーム活動実施指針や導入のための助言などに対する問い合わせが多く寄せられた。その他、ビリラン州で施設分娩を増加させた経験が発表された後、他の州から代表団がスタディーツアーの訪問を受けるようになるなど、波及効果が見られている。

(8) ベースラインサーベイ（ニーズアセスメント）²⁰

2006年の6月より、プロジェクト対象地域における母子保健の現況を把握するためのベースライン調査が実施された。プロジェクト関係者とのインタビューから、調査結果により問題の理解が深まり、また既存の資源の把握ができたことから、状況に応じた適切な投入や介入計画が作成できた。したがって、ベースライン調査は、ニーズアセスメント的性格を併せもっており、効率性や有効性に貢献したといえる。

4-5 問題点及び問題を惹起した要因

4-5-1 問題点及び問題を惹起した要因

プロジェクトの効果を限定した要因として、以下の点が観察された。なお、これらの要因分析に利用した情報のほとんどは、モニタリング・評価の専門家や中間評価団による関係者からのヒアリングと女性の健康のためのチームとのグループディスカッションの結果によるものである。

(1) 分娩施設へのアクセスの困難さ

イフガオ州において女性の健康のためのチームへのインタビューの結果、分娩サービスを提供する施設への距離や移動手段の欠如などが、最も強力な阻害要因の1つとしてあげられた。AMADHS 地区においては母子保健サービスの利用者として RHU に来た女性の30～48%²¹は、RHU のある村落の居住者であったことから推測して、母子保健サービスの利用者の多くは BHS を利用するか施設には来ないかのどちらかであることが窺えるが、現在分娩サービスを提供できる施設は RHU のみとなっている。

(2) 医師及び看護師の転出

医師と看護師の転出が頻繁に起こる状況は、対象2州に共通しており、特に州地区病院レベルに勤務する医師に顕著である。本プロジェクトのカウンターパートの中でも、プロジェクト開始から1年8カ月の期間中に既に3名の医師が海外もしくは条件の良い他州

²⁰ ベースライン調査では、①2次・1次資料からの定量的データと定性的データの検討を通じた妊産婦死亡・新生児死亡の程度、②緊急産科ケア・サービスを含む母子保健サービスへの実質的なアクセスの度合い、③妊産婦の受診行動、④伝統的産婆の職業に対する態度、に関する定性的・定量的な詳細把握及び分析がなされた。

²¹ バランガイ別の数値から、最小・最大値を取ったもの。

に転出している。つまり、基礎的緊急産科ケアや CMMNC への訓練への投資が他地域に失われただけでなく、基礎的緊急産科ケア・サービスの提供体制にもマイナスの影響がある。転出の多さは、貧困世帯が多い対象 2 州において勤務外所得を得る機会が少ないためであると考えられる²²。

(3) 世帯による施設分娩に関わる金銭的負担

女性の健康のためのチームによれば、妊産婦が施設分娩に難色を示す第 1 の理由は、金銭的な負担が増えることであった。施設分娩をする際に世帯が負担すべき項目には、①サービス利用料（ただし PhilHealth 加入世帯は 3 人目まで無料）及び石鹸やタオルなどの消耗品にかかる経費、②自宅を離れて施設にいる間の機会コスト、③施設までの交通費、がある。イフガオ州においては、特に②と③について世帯の負担が重い場合が多い。女性の健康のためのチームは、①に対しては PhilHealth 加入の促進と貯蓄の勧め、②と③に対してはコミュニティによる支援体制の構築などの働きかけを既に行っているが、PhilHealth 未加入世帯や貧困世帯にとっては、いまだ施設へのアクセスが悪い状況となっている。地方自治体による健康保険年会費を肩代わりするシステムにより、PhilHealth 加入世帯率は数値上はビリラン州で 104%、イフガオ州で 91%（2007 年 7 月現在）²³となっているが、保健施設を訪れる妊産婦には未加入者が少なからず見受けられる。

(4) 価格競争による医療機材の調達の際の品質確保

質問票、インタビュー及び直接観察調査の結果を総合した結果、病院や RHU 向けに調達された機材の中には品質の不適切なものがあつたことがわかつた。その中でも、一部の出産用ベッドはその目的で使用できないほど低水準であつた。調達は JICA の基準に沿って行われたが、価格競争で最も低い見積もりを出した業者が選択される仕組みになっている。機材のスペックの改善や配達時の検査の方法など、カウンターパート側が改善にあたる余地は残っているものの、医療機材・資材の品質保証のシステムが未発達である国における現地調達を実施する際には、それらの徹底だけでは不十分である可能性がある。

4-5-2 今後阻害要因となり得る因子について

今後阻害要因となり得る因子について、以下の点が懸念材料であると考えられるため、プロジェクトへの影響度合いを注視して適宜対応していく必要がある。

(1) 施設分娩サービスの拡張を勘案した人的資源開発と管理計画の不在

ビリラン州の RHU において、24 時間体制で臨む基礎的緊急産科ケアの導入は突然のスタッフへの負担増加を招き、いくつかの施設では既存の人的資源のキャパシティを超える状況を招いている。施設分娩が増加することが予測される州及び町両方のレベルにおいては、今後起こり得る人材不足に備えて従来の人的資源の管理・開発計画を根本的に見直すことが必要と考えられる。イフガオ州においては、施設分娩件数はまだ増加していないも

²² 貧困世帯の割合は、ビリラン州で 47%、イフガオ州で 28%（2003 年）であつた（National Statistics Coordination Board）。

²³ PhilHealth ビリラン・イフガオ州事務所によるデータ。

の、緊急産科ケア・通常分娩施設の拡張に向けた必要であろう労働力の予想値に基づく人的資源開発と管理計画の策定が望まれる。こうした準備なしにサービス拡張を行えば、サービスの質に影響が出るだけでなく、地方自治体の予算を圧迫する可能性があるため、本計画の不在は懸念材料に値する。

(2) 母子保健サービスのための薬品・栄養剤等の不足

いくつかの地区病院、RHU、BHS を訪問した際に、それら保健施設の管理者は、母子保健サービス関連の医薬品や栄養剤の不足を訴えた。保健情報管理システム (FHSIS) のデータにもビタミン A、鉄等のサプリメント提供率は極めて低くなっている。現在、医薬品等の調達、保健セクター改革で導入された ILHZ 単位ではなく、町レベルで実施されている。町議会の予算では十分な医薬品や消耗品を確保できず²⁴、RHU は州病院や州保健局に頼ることが多いとのことである。量を確保できない場合は、利用者に処方を書いて民間の薬局から買うように勧めているのが現状である。こういったことが、母親のサービスに対する満足度の低下につながるよう注視する必要がある。

(3) 高い妊産婦死亡・疾病に関わるその他の貢献要因

医療従事者及び女性の健康のためのチームへのインタビューによれば、流産及び「若すぎる、高齢すぎる、頻繁すぎる、多産すぎる」妊娠の問題は深刻であるといわれる。イフガオでは、多産の女性が田畑での重労働を重ね流産が多い状況となっている。ビリラン州では、2007 年、妊娠や出産が直接的な死亡理由でない母体死亡 (自殺) として、10 代の恐らく計画外妊娠のケースが 1 件あった。また、両州の保健医療施設において、避妊具の供給不足が問題となっている状況が観察された。これらは、プロジェクトが関与できない問題ではあるものの、妊産婦や新生児の健康に影響するため、今後も注視していく必要がある。

²⁴ 両州の自治体において、保健セクターへの支出配分はそれぞれ全体の約 30%であった。しかしながら、そのほとんどは人件費で占められており、保健施設の維持管理・運営・機材消耗品への支出はごくわずかとなっている。ビリラン州では、全保健セクターへの支出のうち人件費の占める割合が、2005 年の数値で 68%、町レベルでは 65~89%であった。イフガオ州では、2006 年の数値で 71%、町レベルでは 59~90%であった (数値は JICA 専門家報告書による)。

第5章 評価結果

5-1 評価5項目の評価結果

5-1-1 妥当性

本プロジェクトの上位目標及びプロジェクト目標の内容は、以下の項目に照らして再検討した結果、現時点においても妥当性が高いといえる。

(1) 国家及び州の政策の動向との整合性

プロジェクトの上位目標は比国における MDG 達成に貢献することであり、国家・州双方における MDG 達成に向けた政策の優先度は非常に高いことから、本プロジェクトは受入国の優先政策に合致しているといえる。さらに、比国保健省では、2000年に試行された Safe Motherhood 行政令の現時点までの成果と課題を受けて、ミレニアム開発目標達成のための努力をさらに増進すべく、新たな政策枠組みの導入を検討している。同枠組み策定における焦点の1つが緊急産科ケアシステムの導入方法である点から見ても、緊急産科ケアシステムを州レベル以下で試行導入し、その経験を政策過程にフィードバックすることを目指している本プロジェクトの実施妥当性は高いと考えられる。

(2) 日本の支援政策及び戦略との整合性

日本の対比国別援助計画（2007年8月案²⁵）では、貧困層の自立支援と生活環境改善の課題に対し、人間の安全保障の観点から直接貧困層に届く基礎的社会サービスの拡充を取り組み方針の1つとしてあげている。また、JICAの国別事業実施計画（2007年5月案）においても、援助重点3分野の1つである貧困削減のなかで基礎的社会サービスの拡充をあげ、母子保健サービスの拡充による妊産婦死亡の減少と乳幼児死亡の減少への支援に重点を置いている。したがって、プロジェクトの内容は日本の政府開発援助戦略にも合致している。

(3) ターゲット・グループのニーズとの合致

本プロジェクトにおいては、中央保健省職員、州・市保健局職員、熟練出産介助者（医師・看護師・助産師）、伝統的産婆を含む保健ボランティアから妊産婦まで、多様な母子保健サービス関係者がターゲット・グループとして設定されているため、それぞれのグループのニーズも多岐にわたる。本プロジェクトでは、施設分娩及び緊急産科ケア・サービスを整備するにあたり、そのサービス提供に関係するグループごとのニーズをよく把握し、必要な技術移転及び物資の投入をしており、妥当性が高いといえる。妊産婦のニーズに関しては、施設分娩サービス導入促進以来の良い反応が見られていることから、概ねニーズを外れていないと考えられるが、女性の健康のためのチームの活動を通じた継続的なモニタリングが有益である。

²⁵ 日本政府は、対比国別援助計画（2000年）策定後の同国における政治経済状況の変化に対応するために、改訂版案（2007～2012年）を作成している。また、JICAによる国別事業実施計画についても、それに呼応して改訂案が出されている。基礎的な戦略等の内容は過去のものを引き継いでいる点、また現時点での改訂案は認証を待つのみとの情報を勘案し、本調査では改訂案（それぞれ2007年8月、5月）を参照した。

5-1-2 有効性

過去の経験から、一般的に妊産婦死亡低下のためには5つの核となる介入が必要とされているが、プロジェクトではそのうち以下の3つを扱っており²⁶、包括的な介入内容となっていることから、有効性は高いと予測される。

- ①政治的なコミットメントの確保と政策環境の整備
- ②質の確保された妊婦検診、熟練出産介助者による出産介助、及び妊娠合併症発症時における緊急産科ケアの提供
- ②保健システムの強化とコミュニティの関わり強化

一方、イフガオ州とビリラン州では社会・文化・地理的特徴が異なるため、効果発現の時期や有効な戦略についても多少異なる可能性がある。したがって、以下のとおり各州ごとに有効性について記述した。

(1) イフガオ州

イフガオ州においては、マヨヤオ町の例を除き、熟練出産介助者による出産介助率、施設分娩率や妊産婦・新生児死亡数の低下などの効果がいまだ出ていないため、プロジェクト介入の有効性を論じるのは、時期尚早であるといえる。しかしながら、プロジェクト・デザインの包括性に加えて、①サービス提供者側が緊急産科ケアや「コミュニティによる妊産婦・新生児ケア」に関わる知識と技術を身につけ、サービス提供の準備ができていること、②女性の健康のためのチームにより、施設分娩や産前検診、産褥検診の需要を創出し、以前より早く頻繁に検診に来る現象が起き始めていることなどから、有効性は否定できない。

イフガオ州においては、保健施設に到達するまでの距離・時間・コストが大きく、自宅や伝統的産婆による出産を好む傾向とも相俟って、施設分娩率や熟練出産介助者（SBA）による出産介助率の急激な改善は見込めない。しかしながら、分娩可能な施設が増加し、女性の健康のためのチームの啓発活動が進むにつれ、多くの時間は必要であるものの改善は見込めると考えられる。

(2) ビリラン州

ビリラン州においては、プロジェクトによる介入は包括的であり、施設分娩の増加に有効であったといえる。現時点までに得られている成果が維持され、かつ外部条件が満たされれば、プロジェクト目標である「妊娠・分娩・産褥期における母親と新生児の安全性と健康（の）向上」は、2010年までに達成可能であると考えられる。

しかしながら、施設分娩の増加の影響が、妊産婦死亡数や新生児死亡数の低下という保健指標に確固として形で現れるには、恐らくプロジェクト期間を超えた観察が必要であろう。

また、外部条件とされている「妊娠するリスク」への政府の対応（計画外妊娠と危険な中絶の予防）と「PhilHealth が財政困難に陥らない、破綻しない」に関しては、プロジェ

²⁶ H N P Discussion Paper “Achieving the Millennium Development Goal of Improving Maternal Health: Determinants, Interventions and Challenges,” The World Bank, March 2005.

クト目標達成に与える影響の大きさを考えて、プロジェクト実施期間中に引き続きモニタリングしていく必要がある。

5-1-3 効率性

ほとんどの投入はアウトプットを産出するために有効利用されていることから、プロジェクトは概ね効率性が高いといえる。プロジェクトのスタッフと ILHZ の技術・運営委員会 (Inter-Local Health Zone Technical Management Committee) とのパートナーシップの賜物であるといえる。さらに、本プロジェクトの特徴として、既存のリソースの有効活用を通じた成果の達成があげられる。本プロジェクトで有効活用された既存のリソースとして、緊急産科ケア訓練モジュール、CMMNC ガイドブック、CMMNC 訓練モジュール、女性の健康のためのチーム [世界銀行の Women's Health & Safe Motherhood Project (2005~2011) で提唱されていたコンセプト] モジュール、フィリピン母子手帳 (Mother and Child Book)、PhilHealth²⁷ Maternal Care Package (フィリピンの国民健康保険により登録している施設に対し、施設分娩 1 件ごとに補助金を支給する規定がある)、既存の分娩用施設・機材 (EU 等が支援した Safe Motherhood and Women's Health Project によって供与され、本プロジェクト開始時までその活用が限定されていたもの) があげられる。

一方、「4-5 問題点及び問題を惹起した要因」でも述べたように、現地調達された機材の一部が低品質のため意図した目的に利用できないケースがあった。スペック詳細の改善や配達時の検査などの点で改善の余地がある一方で、医療用器具・機器の品質保証システムが未発達であるフィリピンの現状を考えると、そういった改善策を実施しても問題が再発する恐れがある。

5-1-4 インパクト (予測)

「4-4 効果発現に貢献した要因」に述べたとおり、ビリラン州において強い政治的なコミットメントが施設分娩の激増につながった経験について、東ビサヤ地域内の他州からの興味を引いている。同時に、イフガオ州における女性の健康のためのチームの経験についても、コルディレラ地域の他州の注目を浴びているため、今後、域内にプロジェクトで実施した活動内容が波及していく可能性がある。したがって、上位目標への貢献も見込まれる。

プロジェクト開始時には、施設分娩促進により伝統的産婆や住民への負の影響があることが懸念されたが、女性の健康のためのチームによれば、そういった影響が活動の阻害要因にはなっていないようである。助産師及び他のチーム・メンバーは、施設分娩や熟練出産介助者による介助を受け入れ、促進活動を継続していく意思を表明しており、ほとんどの伝統的産婆は、熟練出産介助者がいない場では、出産の介助をしないことに同意している²⁸。しかしながら、インタビューに答えた関係者全員が、妊産婦とその家族に施設での分娩を説得することの困難さを訴えた。妊産婦とその家族にとっては、資金的余裕がない、施設へのアクセスが困難、自宅分娩以外の考えに不慣れであることを理由に施設分娩が受け入れにくいものであるため、女性の健康のためのチームらは、通常 2~3 回の自宅訪問を通じて妊産婦・家族を説得している

²⁷ このほかに、PhilHealth は、加入世帯の妊婦の施設分娩料金を全額負担する (ただし第 3 子まで)。

²⁸ WHT とのグループインタビューと、州知事・町長、州保健局・保健所スタッフへのインタビューの結果による。

のが現状である。

また、フィリピンの健康保険（PhilHealth）未加入世帯の女性、あるいは加入していても無料サービスが受けられない4人目以上を妊娠した女性たちへの影響も懸念される。貧困世帯の出身者である場合、イフガオ州においては社会福祉開発局の手続きに沿ってサービス利用料の割引を受けられる場合もある。ビリラン州においては、8町中5町が町条例を通じた利用料の設定を行い、利用料金の透明性と支払いやすさに貢献している。

これと同様に、ビリラン州においては伝統的産婆の禁止命令がでており、このような禁止令に対する反動が懸念されるため、自宅分娩や未計画の妊娠ケースが闇に潜ったり、施設ベースのサービスを受ける決断の遅れを助長したりしないよう、しっかりとモニタリングする必要がある。

5-1-5 自立発展性（見込み）

プロジェクト対象2州において、現段階において自立発展性の有無を議論するには時期尚早であるものの、現時点で効果の発現が見られているビリラン州においては、母子保健サービスの利用度合いと更なる需要の促進を維持するためのいくつかのプラスの要因が観察された。

- (1) 州、町、村すべてのレベルにおいて、妊産婦・乳幼児死亡低下を目指すミレニアム開発目標達成のための政治的なコミットメントは、政権の交代に左右されず高いままであることが見込まれる。緊急産科ケアに関する政策枠組みが明確になれば、実施レベルにおいて更なる進展が予想できる。プロジェクト開始時より、対象2州の州、町、村政府は、限られた財源から保健部門に対し資金、制度、モラル面での支援を提供してきた〔例：伝統的産婆の出産介助を制限するための州令・町条例の施行、貧困世帯の保険（PhilHealth）年会費負担、施設改善、地域保健ボランティアへのインセンティブ、緊急時の交通費負担など〕。
- (2) 本プロジェクトで本格的に導入した主要な技術である緊急産科ケア、コミュニティにおける妊産婦・新生児ケア（CMMNC）手法、短期の助産師訓練（Midwifery Training in Life Saving Skills : LSS）、女性の健康のためのチーム組織・管理のための手法すべてについて、その技術及び普及促進のための訓練講師は中央・地域の保健省と州保健局が所有しており、外部からの支援がなくとも研修を持続できる。緊急産科ケアの訓練については、能力のある研修機関が現時点ではマニラにしかなく、訓練コストが高く保健省や州政府予算で賄うのが困難な状態であるが、今後地方にも研修機関を拡大する計画があるため改善が期待できる。
- (3) 資金的な持続性については、州保健分野投資計画（Province-wide Investment Plan for Health : PIPH, 2005～2010）の実施に対する欧州連合（EU）からの資金投入が予定されており、保健医療インフラの拡張・整備に大きなインパクトが期待できる。

さらに、自立発展性を後押しする戦略が、以下のようにプロジェクト・デザインに統合されているため、自立発展性に対するプラスの効果を期待できる。

- 1) 地方政府組織の積極的な参画

プロジェクト活動を実施するにあたり、自治体間保健連携ゾーン（Inter-Local Health Zone）の運営委員会と技術管理委員会を通じた意思決定のプロセスに州知事や町長が主体的に関わる仕組みができていた。その仕組みは、州知事や町長の間で保健分野の課題に対する理解を深め、政策提言の効果的な場として機能した。

2) フィリピン健康保険（PhilHealth）妊産婦ケア・パッケージ（MCP）の活用を通じた保健所の資金回収とインセンティブ確保

本プロジェクトでは、フィリピン健康保険の妊産婦ケア・パッケージを活用することで、RHUの物資購入資金及びスタッフ・ボランティアへのインセンティブ確保を促進している。

3) 施設分娩に対する需要の促進

緊急産科ケアや助産技術の研修を実施するだけでなく、施設分娩に対する需要喚起のコンポーネントをプロジェクト内に組み入れることで、訓練を受けた熟練出産介助者が分娩を扱う機会が増え、その結果、研修で得た技術レベルを保つことが可能となっている。

4) モニタリング及び支援的スーパービジョンの技術支援

母子保健サービスの質が改善された状態で維持できるように、モニタリング及び支援的スーパービジョンに関する技術支援が計画されている。

5) コミュニティに対する出産の際の緊急事態に備えるための知識とツールの譲渡

本プロジェクトでは、女性の健康のためのチーム、町及び村の関係者に対して、家族やコミュニティが出産の緊急事態に備えるために何をすることが必要かを示した出産計画（birth plan）や緊急時の対処法の作成などのツールについて指導を受けた。

これらプラスの要因がある一方で、以下のような不確定要因も散見される。

a) 活動の実施管理

対象2州において、現時点においてはプロジェクトが雇用する APM が同じくプロジェクトに雇用されているスタッフの事務的支援を受けて、（本来ならカウンターパートが実施すべき）プロジェクト関連活動のイニシアティブをとり、活動実施のためのロジを扱いかつ実施プロセスを管理している。したがって、プロジェクトに雇用された人員が終了時に引き上げた際に、活動の継続が滞る危険性がある。

b) 施設における出産件数激増に伴う医療従事者の不足

ビリラン州では、施設分娩数の急増に伴い医療従事者（特に助産師）の取扱い件数は急激に増加したが、ほとんどの保健施設において人員の配置は据え置きとなっている。ほとんどの施設では増加した作業量に応じスタッフの時間・作業割当ての再配分や契約社員の雇用などの対応で管理できているが、出産の絶対件数が高い施設では対応に苦勞している。また、プロジェクト以前から存在していた医師や看護師の転出傾向がスタッフ不足に拍車をかける状況となっている。この問題は、サービスの質の低下だけでなく、結果的にクライアントのサービス満足度に直結するため、早期解決が必要である。

c) 欧州連合（EU）による資金投入の影響

欧州連合による資金援助は、地方政府に緊急産科ケアの水準を顕著に改善する機会を与えるが、同時に医療従事者確保、人材開発費や維持管理費なども増加し、ただでさえ厳しい地方財政を圧迫することも意味する。したがって、こういった要素を加味しながら健全な財務計画が十分練られる必要がある。

d) フィリピン健康保険（PhilHealth）の未加入率

フィリピン健康保険に多くの世帯が加入することは、施設分娩の費用が賄えない世帯に無償サービスを提供するという点からも、サービス提供側の資金繰りを支援する点からも肝要である。対象2州においては、州・町政府が貧困世帯の年間加入費用を負担するプログラムによって、加入率が数字上は100%近い²⁹にもかかわらず、残念ながらすべての貧困世帯に保険証が届いていない。個人負担による加入率が増え、貧困世帯の実際の加入率が上がることにより、自立発展性に良い影響が出ると考えられる。

5-2 評価総括

現時点までの活動と成果の実績から、当初計画より早いペースでプロジェクトが実施されていると判断される。

ビリラン州においては、プロジェクト期間が完了する予定の2010年までに、施設分娩率に更なる進展が見られるものと予測できる。イフガオ州のAMADHS地区においては、州保健分野投資計画で設定されたターゲットである「2010年までに熟練出産介助者による出産介助率を75%に増加させる」ことの達成は可能と予測できるが、地理的条件の悪さと自宅分娩・伝統的産婆の出産介助への志向を鑑みれば、施設分娩率50%の達成は、さらにプロジェクト期間を超える長い時間が必要であると考えられる。

したがって、プロジェクトは今後も現状のプロジェクトの計画（PDM）と活動実施計画表（Plan of Operation：PO）に沿いながらも、本中間評価で指摘された課題を特に意識しながら活動を継続していくことが望ましい。イフガオ州では、大多数のサービス利用者が施設へのアクセス不備に直面している事実を踏まえ、アウトプット3の妊産婦をサポートするコミュニティの体制強化とアウトプット4の女性の健康のためのチームによる活動の質の維持と活動環境の整備により力を入れていくこと、また施設分娩への移行に向けた経過措置として熟練出産介助者による分娩介助の更なる促進を支援していくことが重要である。

²⁹ 2007年上半期の統計では、健康保険の加入率はビリラン州においては104%、イフガオ州AMADHS地区においては91%であった（PhilHealthビリラン・イフガオ州事務所による数字）。

第6章 提言及び教訓

6-1 提言

プロジェクト関係者の方々は、現在までの間に非常に精力的に活動に取り組み、当初計画されていた訓練及び機材供与に関連した活動については、ほぼ完了しつつある。したがって、今後は導入されたサービス活動の質をさらに改善し、自立発展性を強化する活動に重点を移すことを提案する。プロジェクトの実質的な効果を創出する際には、地方政府側による政治的、財政的、人的側面からの支援の継続が肝要であることを強調したい。

- (1) 保健省は、『妊産婦・新生児ケアに関する政策枠組み』が成立するまでの間、プロジェクトの実施機関に対して緊急産科ケアのサービス提供方法に関するガイダンスを与えること。
- (2) 保健省及び地方政府は、互いに協議しながら、医療従事者の人材不足や追加予算の必要性を十分考慮したうえで州レベルの緊急産科ケア・サービス拡大計画の策定にあたること。
- (3) プロジェクトの実施関係者は、本プロジェクトの活動実施計画（Plan of Operation）をレビューし、各活動の実施責任者の割当てを行うこと。また、プロジェクト活動のモニタリング・監督体制を明確にし、PDM上で規定された指標データの収集にあたること。
- (4) プロジェクトの実施関係者は、施設分娩サービスの品質の保持に焦点を絞った活動を実施すること。
- (5) プロジェクトの実施関係者は、アウトリーチの困難な妊産婦の施設分娩を促進するために、より焦点の明確な戦略を策定すること。その際、妊産婦死亡症例分析（Maternal Death Review）を有効活用し、社会経済・社会文化的な要素の検討も十分行うこと。
- (6) 中間評価調査団は、2007年9月24日付のイフガオ州議会決定（No.02s.2007）に記載されている本プロジェクトの対象地域をイフガオ州全域に拡大する旨の要請について、JICA フィリピン事務所及び JICA 本部に伝達すること。ただし、イフガオ州政府に対しては、非対象地域において保健セクター改革の投資予算を活用した施設・機材投入の実行を進行させることを提案したい。本プロジェクトに対しては、可能な範囲で訓練講師育成などへの支援を提案したい。
- (7) プロジェクトの実施関係者は、透明性の更なる向上と今後のプロジェクト経験の普及のために、プロジェクト活動の記録を改善し、定性的・定量的なデータの記述・集積に努めること。これは、将来的に同様のプロジェクトを域内で展開する場合、エビデンスに基づく記録が参考となるためである。そういった点で、特徴の異なる2州における経験は、地理的な環境、運輸・通信手段の有無、インフラ整備の度合い、社会文化的要素など、様々な外部条件が阻害要因や促進要因となってプロジェクトの効果に影響することを体現しており、他州へ

の面的拡大において示唆深い。直接こういった側面に介入することは困難であるが、今後のプログラム形成や指標作成をする際には有用な情報となり得る。

6-2 教訓

JICA 協力プロジェクトにおいては、機材調達は機材のスペックを指定したうえで、価格競争に基づく入札形式を取っている。通常、現地での技術レベル等も考慮し、これに関し安価でも粗悪品を調達することのないよう、プロジェクト実施機関においては、機材の仕様を詳細かつ正確に詰めることや、可能な限り品質水準を規定する国家規格を活用することが強く望まれる。また、機材の受領確認をする際には、エンド・ユーザーの参加のもと、スペックに準じた綿密な検査を実施することが求められる。

第7章 所 感

7-1 団長所感

<団長 北林 春美>

(1) プロジェクトの背景

本プロジェクトの背景として、以下の2点を押さえておくことが重要であると考えます。

1つは1991年の地方自治法の制定に伴う保健セクターの地方分権化である。保健セクターは施設、人員、予算のすべての側面で最もドラスティックに分権化を進めた分野である。地域保健サービスの提供に関わる人員の地方公務員化（州及び市町職員への身分の変更）、保健施設の自治体への移管が進んだ。したがって、国家戦略である保健セクター改革の下で、母子保健を含むサービスの提供に責任を有するのは地方自治体であり、その長としての州知事、市・町長である。本プロジェクトの場合は、イフガオ州と州内の3町、ビリラン州と州内の全8町という、それぞれに人事、予算、施設運営に責任と権限を有する13の自治体がプロジェクトの実施機関となっている。比国側の人員配置、予算措置という場合、保健省中央のインプットは限定的であり、事業実施経費負担の大部分は地方自治体によって行われる。

次に、フィリピン保健省が現在推進している保健セクター改革におけるセクターワイドアプローチである。セクター改革の実施戦略として2005年に採択された **FOURmula One**（フォーミュラ・ワン）は、州を単位として、①財政（諸財源からの持続的財源確保）、②規制（品質保証、価格）、③サービス提供（アクセシビリティとアベイラビリティ）、④ガバナンス（保健システム改善）の4側面から改革を実施するための枠組みである。本プロジェクトも **FOURmula One** の枠組みの下で、MDG達成のための最重点課題である妊産婦と乳幼児の生存と健康達成に向けた取組みの一翼をなすものとして実施されている³⁰。保健省はセクターワイドアプローチの実施にあたって、「援助効果に関するパリ宣言」にのっとり、「政府のオーナーシップ」、「プロセスの調和化」、「アラインメント」、「成果に向けた管理」、「相互のアカウントビリティ」を重視している³¹。このような環境下で実施されている本プロジェクトは、保健省から「ドナー・ドリブン」で「スタンドアロン」であるとの非難を受けぬよう、ナショナルガイドライン（往々にして流動的かつ不明確）や他ドナーとの情報交換・共有に十分配慮する必要があった。

一方では、ともすれば画一的な指針でしかないガイドラインを各地方の現実に即して実施に移すためには、地元の保健従事者やコミュニティのオーナーシップにも配慮する必要があり、開始当初から複層的マネジメントが求められていた。

(2) プロジェクトの計画

本プロジェクトの実施に先立って、2003年から2005年まで保健省に派遣されていた個別専門家（母子保健）は、保健セクター改革や母子保健に関わる戦略策定・プログラムパッケ

³⁰ なお、プロジェクト対象の2州は **FOURmula One** の第1フェーズで選定された16州に含まれているが、これら16州はすべてマニラ首都圏から遠距離に位置し、経済的に恵まれた都市部を含まない。第2フェーズでも同様に比較的貧困な21州が対象となっている。

³¹ セクターアプローチと財政支援型援助の推進を標榜するECが、保健セクター改革の最大のドナー（約3,000万ユーロの無償資金供与）であるという点も影響していると思われる。

ージ開発に参加している。当該専門家の活動期間中に保健省によって開発された各種のトレーニングキットや教材は、本プロジェクトにおいて使用されている教材や研修カリキュラムの基になっている。こうした教育内容の開発は WHO、UNICEF、UNFPA 等との連携で実施され、現在も一部の指導者研修（TOT）等においては、他ドナーとの協調や連携支援が行われている。

プロジェクトの骨子の策定に際しては、保健省が採択した緊急産科ケア（Emergency Obstetric Care）政策を中心にした人材の研修、地域保健施設の整備、コミュニティの参加が主たる介入の要素とされた。これらの要素は 2000 年頃から保健省が策定してきた各種の省令³²やその草稿³³に述べられているコンポーネントであり、比国側にとって本プロジェクトは国家戦略に従ったプログラムの一部と認識されている（ただし、これらのコンポーネントを保健セクターリフォームに即して、総合的に ILHZ 単位で実施に移したのは本プロジェクトが最初である）。

このような経緯から、プロジェクトの骨子は各対象地域の関係者の参加型で策定されたというよりも、国家レベルの政策に沿って立案されたものと考えられる。そのためか、プロジェクトの PDM に関する各対象州のカウンターパートの理解は十分とはいえず、プロジェクトの初期において、対象地域の政治家や保健関係者の理解と支援を得るために一定の時間と協議（コンサルテーション）が必要であったものと考えられる。いったんプロジェクトのインプット（研修、機材整備等）及び目指すべきアウトプット（施設の認証、地域グループの組織化）という基本的枠組みが合意されてからは、各地のテクニカル・ワーキンググループやエグゼクティブ・コミッティーによって合意が形成され、プロジェクト目標から大きく逸脱することなく活動が展開されている。とはいえ、地方のカウンターパートにとって PDM のロジックを理解してプロジェクトモニタリングに使いこなすことは相当な困難を伴うように思われ、対象地域ごとに簡易なフォーマットなどを用いて、進捗と達成度をモニタリングすることも検討してもよいのではないかと思われる。

（3）プロジェクトの実施プロセス

保健省本省においては、プロジェクトの実施促進は分権化における中央省庁の責任ではなく、対象地域の経験や教訓の他地域への普及についても保健省地域事務所（リージョナル・オフィス）を通じた間接的な関与となる。したがって、保健省担当者も、どちらかといえば「監督者」の立場からプロジェクトに関与することになり、JICA の技術協力プロジェクトで通常想定される「カウンターパート」としての機能は希薄である。セクターワイドアプローチの下で、当初はプロジェクト独自の合同調整委員会を設置するのではなく、保健省に設置される保健セクター改革グループに調整委員会の機能をもたせるとのことであった。しかし、このグループの会議は今日まで開催されていないため、2007 年度からプロジェクト独自の調整委員会を開催してプロジェクトの進捗を全関係者で共有するとともに、地方の実施担当者と中央の政策・技術担当者との相互交換の場としている。ともすれば個別プロジェクトに特化した調査団派遣や運営会議には反対の立場をとる保健省であるが、今回のプロジェクト合

³² たとえば、Administrative Order (AO) No.79 “ Safe Motherhood Policy” August 28, 2000、等。

³³ Administrative Order (AO) Draft “ Implementing Guidelines for Basic Emergency Obstetric Care (BEmOC)”, December 2004（ただし、今日まで発布されず）。

同調整委員会においては、州担当者と具体的な成果や課題について意見交換ができたことによって、セクター改革の進捗状況が具体的に把握できるというメリットは認識されたと思われる。会議の席で当方から、今後も合同調整委員会を開催することを提案し、基本的に参加者の同意を得た。可能な時期に保健省の同意を得て R/D を修正することが望ましい。

各対象地域においては、州知事が R/D 上のプロジェクト・マネージャーとなっている。保健分野は住民の関心も高いため、自治体首長のプロジェクトへの参加の度合いも高い。ビリラン州の知事は医師の資格を有し、イフガオ州の新知事（07 年当選）も専門家ではないが、常にプロジェクトの運営管理に関心をもっている。こうした支援によって、プロジェクトの実施が大きく促進されたことは間違いない。ただし、地方自治体を実施主体とするプロジェクトにおける制約要因、懸念事項として下記の点も記しておく。

- ・ 3 年ごとに選挙で選出される首長の強い影響力による政策の継続性の欠如（知事、町長の交代によるリスク）
- ・ 物的投資（機材供与）に比較したソフト投入（研修、モニタリング等）への関心や支援の欠如
- ・ プロジェクトに関与する人員の人選等に政治的な影響をおよぼす可能性
- ・ プロジェクトの合意形成において個々に交渉する非効率

現在のフィリピンでは保健セクターのみならず、他の多くの分野において行政の責任と権限が地方自治体、特に市町に委譲されており、住民の生活に直接インパクトを与えるプロジェクトを実施するためには自治体の関与が不可欠である。このような環境下でいかに効率的に支援を行っていくか、また他自治体への普及を図っていくかについては検討が必要である。

（４）今後の展開

プロジェクトの目に見える投入の大部分（研修、機材）が既に実施され、今後はこの投入によって開始されたサービスの拡充、質の向上や維持、州による市町、RHU による BHS やコミュニティのモニタリングや技術支援を定着させることが課題となってくる。どちらかという地味な活動が主体となってくるが、対象地域の関係者のコミットメントを維持して次の成果（早期の妊婦検診受診、早期の医療施設へのリファー等）及びインパクト（予防可能な死亡の減少）へとつなげるための努力が必要になる。

7-2 団員所感

<団員 松山 章子>

- （１）本プロジェクトは、フィリピンの保健セクター改革政策及び母子保健、特に母親と新生児の健康改善に関する指針に合致したプロジェクトであり、その点では既存の資源を有効に活用、活性化したことで効率性の高いプロジェクトになっている。外部から新たな概念やシステムを持ち込もうとする場合に必要となる一定の準備期間と資源を本プロジェクトでは大幅に省略し、実質的活動に専念したことが、成果として現れ出しているのは評価報告書に詳しい。たとえば、プロジェクトが既に保健省、UNFPA、UNICEF、WHO、PLAN International によって作成されていた研修マニュアル（CMMNC Trainers Guide）の印刷費を負担し研修活動を促進した点、また、世銀の支援で形成され実質的活動に至っていなかった WHT を研修と技術援助などを通じてエンパワーしたことがコミュニティレベルの活動推進の原動力とな

っている点、施設分娩推進が PhilHealth という保険システムに組み込まれることでサービス利用料の還付金の一部が WHT メンバー（TBA も含む）にも配分されることが WHT メンバーの活動のインセンティブとして働いている点などが例としてあげられる。また、このように既存の資源をうまく活用、活性化することで、プロジェクト活動が効率的であったばかりでなく、プロジェクト終了後の政府システム内での復元化の可能性も大きい。

(2) 本プロジェクトは、JICA の保健医療分野の技術協力プロジェクトとして今まで多かった病院をベースとする、あるいはコミュニティをベースとするというどちらかに重点を置いたものではなく、母親と新生児の死亡低減に寄与するには必須となるコミュニティ、リファラル、地域中核病院の 3 点を結ぶ活動を実施することで、妊産婦死亡の「3 つの遅れ」といわれる問題に取り組んでいるチャレンジングなプロジェクトである。このような包括的な活動を実施するには保健医療（特に本プロジェクトでは助産関連）だけではなく、地域開発の専門性と経験が求められるが、経験豊富なチーフアドバイザーとプログラム・コーディネーター等がローカル・コンサルタント（プロジェクト・アシスタント・マネージャー）や短期専門家と協力として精力的な活動を行っている。

(3) 中間報告書で明らかのように、特にビリラン州では施設分娩率は大幅に増加し、活動は計画以上の進捗が見られる。一方、イフガオ州は数値のうえでは大幅な進展がまだ見られない。しかし、山岳地域でアクセスが悪く様々なインフラ整備が遅れている状況を鑑みると、プロジェクトは困難な外部要因を抱えているものの、徐々に活動の定着が進むことが期待されている。今後は（特にビリラン州では）これまでの量的な成果をどう質的に向上、維持していくかという局面を迎え、モニタリングやスーパービジョンの重要性が増してくる。中間評価報告書に記載しているように、政府が施設分娩を強力に推進し、ビリラン州では条例で自宅出産を禁止（罰則）するというネガティブ・インフォースメントまで試行している一方で、政府による人的配置計画はいまだ明確ではない³⁴。ビリラン州のある地域では、半年の間に月間施設出産件数が 0（ゼロ）から 300 にまで飛躍的な増加を見たところが出てきている。そういうなかでマンパワーの欠如、労働負担の増加がサービスの質の低下を招き、地域の人々のサービスへの満足度（Perceived quality of health service by community）の低下につながれば、女性たちの足が再び保健医療施設から遠のく危険がある。

(4) プロジェクトの JICA 側メンバーの組織形態は、従来の日本人専門家が直接相手国政府のカウンターパートと協同するやり方をとっていない。複数のローカル・コンサルタントを雇用し、日常的レベルでは彼らが政府側カウンターパートと業務を実施し、日本人専門家は技術的な後方支援に重点を置いている。この方式は、ローカル・コンサルタントがイニシアティブを発揮し、かつ政府側カウンターパートとの信頼関係の構築ができるなかでは大きな成

³⁴ 2007 年 10 月 23 日の JCC において、保健省 Assistant Secretary は、「現在 House of Representative で、バランガイに助産師を配置するという法案が出されていて、それが通ると中央政府から自治体へ助産師配置のための補助金がでるようになる」との発言があった。ただし、インドネシアでもかつて「一村一助産師」プログラムが実施され、最初の 3 年間は政府が臨時雇用として人件費を歳出した。3 年以降は開業助産師として村で助産師として活動することが期待されていたが、結局、多くは不便な村を出て都市部で開業するか、やめてしまうという結果となった。

果を結ぶ（ビラン州）一方で、サステナビリティを考える際には潜在的リスクを有することも考えておく必要がある。自らイニシアティブをとるローカル・コンサルタントの牽引力が活動進捗の貢献要因の1つである場合、政府側カウンターパートのオーナーシップや能力開発を阻害する場合もあり得る。特に日本人専門家と異なり、母国語でコミュニケーションを行い、地域の間人関係（ポリティックス）などに通じていることは、日本人専門家ができない部分まで手がまわるということである。通常の日本人専門家－政府カウンターパートというチーム編成で活動を実施する場合は、日本人専門家の手の及ばない部分を政府カウンターパートが補足することが多い。効率は悪く成果が出るには時間がかかる一方で、そういう過程を通じてカウンターパートが徐々にオーナーシップを醸成し、かつ技術的能力も改善されていく傾向がある。しかし、本プロジェクトはその役割を主にローカル・コンサルタントが担っているような側面が見受けられる。もし、政府カウンターパートがローカル・コンサルタントに依存しすぎた場合、本プロジェクトでの経験を他の地域に普及させる際に、類似の活動実施が難しいというリプカビリティの点で問題が生じるかもしれない。

(5) MMR の低減を考える際、リスクを2つの側面から考える必要がある。1つは「妊娠をする」というリスク、2つ目は「妊娠・出産によって死亡する」というリスクである。カソリック教徒が多いフィリピンのような国、特にビラン州（州都周辺地域）のように厳格なカソリック宗派の影響が強い地域が対象である場合、家族計画はプロジェクトの活動コンポーネントに含むことは非常に困難である。そのため、本プロジェクトにおいても第2のリスクを低下させるということに取組みは集中しており、第1のリスク、つまり望まない妊娠による問題（中絶、10代の妊娠、多産による母体への影響など）は取り組むことができない。しかし、一部の統計あるいは関係者への聞き取り、MDR（妊産婦死亡レビュー）などから、特にビラン州では、10代の妊娠（の結果服毒自殺）、中絶などの問題は、関係者、コミュニティ住民の間では周知の事実であることがわかっている。またフィリピン全体しても「危険な中絶による合併症」が5大妊産婦死因の1つに入っている（UNFPA 統計）ことを考慮すると、望まない妊娠を防ぐことが MMR 低下を考えるうえで重要であることは明らかである。本プロジェクトが MMR をプロジェクト目標達成の指標としていることから、今後の課題となる可能性がある。

(6) 対象地域では MDR が 2006 年から実施されている。MMR は妊婦死亡の原因を明確にし、今後の取組みへの指針となる重要なツールである。ただし、現時点では、MDR が豊富な情報を内包していることは示唆されているものの、対策の立案に有効となるような十分な分析が行われているかどうか不明である。たとえば最終的な医学的死亡原因、出産場所、死亡の場所、妊婦健診回数、などの情報はあがるが、どの時点で「遅れ」が生じたかの詳細な情報収集、あるいはその後の分析は、必ずしも明確でない、もしくは齟齬が生じている場合もある（たとえば、関係者は病院にきた時点では既に手遅れであることを知っているにもかかわらず、MDR には単に死亡場所は「病院」と記されている。また PhilHealth に加入しているかなどの情報と死亡との関連に関する分析がない、など）。

(7) MDR に関しては、調査団がフィールドで州保健局カウンターパートから「DOH の指導 (New

Philippine Protocol on Maternal Death Reporting) で、これからは妊産婦死因が『間接的』な場合、レビューはするが報告数に入れなくなった」との発言があった。しかし、その後マニラで実施された JCC においては、DOH 担当者から「ここで問題としているのは、いわゆる『間接的』死因ではなく、妊産婦の水死など、直接妊産婦死亡と関連が明らかでないもの」との説明があった。実際にビリラン州においては 2006 年、10 代の未婚の女性が妊娠して服毒自殺をしたことが MDR で報告されている。この件には 2 つの問題が見え隠れする。1 つは DOH の意図は現場には伝わっておらず混乱が生じる可能性がある（問題としている「間接的死因」の意味が異なる）。もう 1 つは、そもそも『間接的』妊産婦死因は、国際的に「持病が妊娠、出産で悪化して死亡した場合」と定義づけられており、妊産婦が妊娠を苦に自殺したことを周りが知っていたとしても、本来の定義上は含まれることはないにもかかわらず、DOH が新たにそれを周知させようとしていることは、望まない妊娠に関連した事故（自殺など）の報告が少なからずあるということではないだろうか。

(8) MDG の 1 つである母親と子供の健康のうち、母親に関する指標である MMR は測定が困難であり、国際的にも 2000 年初頭から MMR の精密度の改善に向けて現場とアカデミズムが協力して様々な活動が始まっている。途上国の多くの国で 4～5 年に 1 度実施されている DHS においても、近年 MMR の扱いには慎重になっており、フィリピン最新の DHS (2003 年) においても MMR の数値自体は出さず、他のプロセス指標（施設分娩率、訓練を受けた保健医療従事者による出産介助率、家族計画実施率などの数値を出すにとどまっている（この傾向は他の途上国でも同様）。一方で、本プロジェクトは PDM バージョン 3 作成時に MDG を意識してか、バージョン 1 及び 2 にはなかった MMR をプロジェクト目標の指標として加えた。妊産婦の死亡は子供の死亡に比べて頻度が低く、MMR の分母は出生 10 万である。プロジェクト対象地の人口を基にした年ごとの推定出生数は数千人であるため、この数を基に MMR を推定すると誤差が大きすぎるという難点がある。そのため、一応プロジェクト実施期間の 4 年間は州が報告する MMR をデータとして参考とするものの、プロジェクトの成果を MMR の増減で評価することは難しいと思われる。

(9) 提 言

1) イフガオ州とビリラン州の相違点を考慮した活動項目の細分化

イフガオ州とビリラン州の外部条件の相違は明らかである。山岳地域でアクセスが悪いイフガオ州と島内におけるインフラ整備が進んでいるビリラン州では、活動の進捗状況や成果の比較自体はほとんど意味がないが、それぞれの経験はフィリピンの貧困地域の「山岳地域」と「諸島地域」を代表するものとして、今後それぞれの地域あるいは周辺地域のモデルとなり得る可能性を秘めている。また、ビリラン州ではカソリックの影響が強い地域があるため、プロジェクト活動として家族計画を実施するのはリスクが大きすぎるが、イフガオ州では（「家族計画」という名称を明示するかどうかは別として）家族計画を活動の 1 つとして推進していくことで、MMR の低下により大きな影響を与えることが可能となると考えられる。また、イフガオ州においては Male involvement や adolescent reproductive Health（たとえばバランガイの青年リーダーのグループである青年評議会を巻き込むなど）のコンポーネントを活動の一環として実施することも一考であろう。

2) モニタリング・スーパービジョンのツールの開発

保健省が作成した“Sentrong Sigla : Supervisory Package for RHU/HC”には、施設ベースの活動においてモニタリング及びスーパーバイズすべき内容が詳細に記載されている。ただし、フィールドで実際にチェックリストとして機能するには、項目があまりに詳細で多岐にわたり現実的ではないので、これらのチェック項目からルーティンのモニタリングに必要な最小限の項目を選定して活用するというのも1つのやり方である。WHT の活動のモニタリングのツールも、さらに簡素化したものを開発する必要がある。

3) Exit plan の作成

2007年10月23日に保健省で開催されたJCCにおいてイフガオ、ビリランの両州の代表から、かなり明確な今後のビジョンと実施すべき活動が発表された。これらをPOに反映させて本プロジェクト関係者（日本人専門家、ローカル・コンサルタント、政府カウンターパート）で共有し、詳細活動の設定とそれぞれの責任分担を明確化する作業が早急に求められる。

4) MDR のより詳細な分析の実施と政策への反映

MDR が今よりさらに有効活用できる余地があることは既に述べた。より詳細な分析を実施し、その結果を迅速に政策や活動に反映させることができるようフィードバックする必要がある。既に保健省はJCCの場で、“Maternal Death Reporting & Review System : A Guide for LGU Users”を使って研修する計画をもっていることを明言した。2006年、2007年前期の経験から妊産婦死亡には社会・文化・経済的要因が絡んでいることが多く、保健医療セクターを越えたマルチセクトラルなアプローチが必要であることは現場でも認識されている。これを実際の政策、活動にどう反映していくかは、社会福祉セクターや政策立案者をどこまで巻き込んでいけるかが鍵となる。

5) プロジェクト実施プロセスの文書化

プロジェクト活動の実施プロセスを透明化する、またグッド・プラクティスを引き出し他地域への普及の際、成功要因、阻害要因の分析からどのような教訓を得て地域の現状に即して工夫するかを考えるためにも、プロセス・ドキュメンテーションは重要である。一方で、これまで少数の専門家で活動実施を精力的にやってきた経緯を考えると、ドキュメンテーションに時間を割くことが難しかったことも理解できるし、今後もなかなかドキュメンテーションが進まない可能性もある。代替案としてモニタリング分野の短期専門家を招聘し、その専門家がドキュメンテーションの作業を実施することも検討すべきであろう。また、今後はプロジェクト活動や成果の質的側面をきちんと把握し、ドキュメンテーションに反映していくことが重要である。そのためには、関係者が活動の推移に伴って起こる人々の態度や行動変容を、エビデンスを基に記録する必要がある。具体的には、そういう発言、行動の変化などのデータや情報、たとえば「発言や行動が起きた日時、場所、状況、該当者等の属性」を記録メモとして保存しておくに役立つ。つまり、プロジェクト実施者側が「質的にこのような変化があった（と感じる）」と発言するより、態度、行動変容が起きたその該当者自身の生の声として、記録しておくほうがより効果大きい。さらに、プロジェクトが、アプローチの有効性や活動の質的向上を図るためにより精密な調査を実施したければ、イフガオ州においてはUNFPAが入っている自治体を対象からはずしているため、プロジェクト地域と比較できる可能性はある。

付 属 資 料

ミニッツ及び英文中間評価調査報告書

Annex 1: Project Design Matrix (PDM) ver.2

Project Design Matrix (PDM) ver.3

Annex 2: 2006年1月討議議事録 (R/D: PDMver.1 を含む)

Annex 3: 評価グリッド

Annex 4: 聞き取りを実施した関係者リスト

Annex 5: 評価団の日程詳細

Annex 6: 日本人専門家リスト

Annex 7: 本邦研修参加者リスト

Annex 8: 供与機材リスト

Annex 9: プロジェクト現地活動費

Annex10: フィリピン側カウンターパートリスト

Annex11: フィリピン側カウンターパートによるコストシェア

Annex12: 活動実施計画に照らした活動実績

Annex13: プロジェクトで実施した研修の概要

Annex14: 各アウトプットの目標値

Annex15: 保健省 (DOH)、州保健局 (PHO)、町保健局 (MHO) の組織図

**MID-TERM EVALUATION REPORT
ON JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
THE MATERNAL AND CHILD HEALTH PROJECT**

**Japan International Cooperation Agency
and
Department of Health
The Republic of the Philippines**

October 2007

MINUTES OF MEETING
BETWEEN THE JAPANESE MID-TERM EVALUATION TEAM
AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC
OF THE PHILIPPINES
ON THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
MATERNAL AND CHILD HEALTH PROJECT

The Japanese mid-term evaluation team organized by the Japan International Cooperation Agency (JICA) and headed by Ms. Harumi Kitabayashi conducted evaluation study from October 1 through 23, for the purpose of reviewing the progress of the technical cooperation project for Maternal and Child Health.

The evaluation team conducted interviews of various stakeholders, group discussions, document review and ocular survey of participating health facilities in Ifugao and Biliran Provinces. The team also attended the Executive Committee/Technical Working Group meetings of the both provinces and presented their preliminary findings.

As the result of the exercises above, the mid-term evaluation report was prepared and presented at the Joint Coordinating Committee of the Project. The both sides agreed upon the matters described in the report which is attached hereto.

Manila, October 23, 2007

北林 春美
Harumi Kitabayashi
Leader
Mid-Term Evaluation Team
Japan International Cooperation Agency

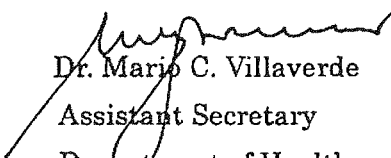

Dr. Mario C. Villaverde
Assistant Secretary
Department of Health
Republic of the Philippines

Table of Contents

1	Outline of the Evaluation Study.....	1
1.1	Background of the Evaluation Study	1
1.2	Objectives of the Evaluation Study.....	1
1.3	Methodology of the Evaluation Study	1
1.3.1	Flow of Evaluation Study.....	1
1.3.2	Data Collection Methods of the Evaluation Study	2
1.3.3	Criteria of Evaluation.....	2
1.4	Members of the Evaluation Team	3
1.5	Schedule of the Evaluation Study	3
2	Outline of the Project	4
2.1	Background of the Project.....	4
2.2	Summary of the Project.....	5
2.2.1	Change in Project Design Matrices (PDMs).....	5
2.2.2	Outline of the Current Project Design	7
3	Achievement and Implementation Process.....	9
3.1	Achievement of the Project	9
3.1.1	Inputs.....	9
3.1.2	Activities	11
3.1.3	Outputs	15
3.1.4	Project Purpose	20
3.2	Implementation Process.....	23
3.2.1	Adherence to the Plan	23
3.2.2	Project Management and Decision Making Structure	23
3.2.3	Coordination Mechanism for Policy Dialogue.....	24
3.2.4	Mode of Technical Assistance	25
3.2.5	Ownership of the Project among Counterparts	25
3.3	Factors that Promoted Realization of Effects.....	26
3.4	Factors that Inhibited Realization of Effects and Potential Risks.....	29
3.4.1	Factors that Inhibited Realization of Effects	29
3.4.2	Potential Risk Factors	30
4.	Evaluation Results.....	32
4.1	Evaluation by Five Criteria	32
4.1.1	Relevance.....	32
4.1.2	Effectiveness.....	32
4.1.3	Efficiency.....	33
4.1.4	Impact.....	33
4.1.5	Sustainability	34
4.2	Conclusion	35

5	Recommendations and Lessons Learned.....	37
5.1	Recommendations	37
5.2	Lessons learned	38

List of Tables, Figures and Diagrams

Table 1-1	: Definition of the Five Evaluation Criteria for the Final Evaluation.....	2
Table 2-1	: Infant Mortality Rate and Maternal Mortality Ratio (1996, 2004).....	4
Table 2-2	: Timing, Reasons and Process of Revising PDM.....	5
Table 2-3	: Summary Table of Project Outputs	7
Table 3-1	: Inputs by the Japanese Side, Planned and Actual	9
Table 3-2	: Inputs by the Philippine Side, Planned and Actual	9
Table 3-3	: Progress of Activities in Each Site	11
Table 3-4	: Achievement of Project Outputs (As of September 2007)	16
Table 3-5	: Achievement of the Project Purpose (As of September 2007)	21
Diagram 1-1	: Schedule of the Evaluation Study.....	3
Diagram 2-1	: Revisions Made to the Narrative Summary of PDM	5
Diagram 2-2	: Project Framework.....	8
Figure 3-1	: Trend of Delivery Cases by place in 7 Municipalities in Biliran Province.....	28

Annexes

Annex 1:	Project Design Matrix (PDM) ver.2 Project Design Matrix (PDM) ver.3
Annex 2:	Record of Discussions for the Project, January 2006 (including PDMver.1)
Annex 3:	Evaluation Grid (An assessment tool)
Annex 4:	Persons Interviewed
Annex 5:	Detailed Schedule of the Evaluation Team
Annex 6:	List of Japanese Experts
Annex 7:	Counterpart Training in Japan
Annex 8:	List of Equipment Provided
Annex 9:	Operation Cost of the Project
Annex 10:	List of Philippine Counterpart List
Annex 11:	Cost Sharing by the Philippine Counterpart
Annex 12:	Achievement as per the Plan of Operations
Annex 13:	Summary of Training
Annex 14:	Target Indicators for Each Output
Annex 15:	Organization Chart (DOH, PHO, MHO)

Abbreviations

AMADHS	Alfonsolista-Mayoyao-Aguinaldo District Health System
BEmOC	Basic Emergency Obstetric Care
BHS	Barangay Health Station
BHW	Barangay Health Worker
BNS	Barangay Nutrition Scholar
BPH	Biliran Provincial Hospital
CEmOC	Comprehensive Emergency Obstetric Care
CMMNC	Community Managed Maternal and Newborn Care
CHD	Center for Health Development
DH	District Hospital
DOH	Department of Health
DSWD	Department of Social Welfare and Development
EC	Executive Committee
EmOC	Emergency Obstetric Care
LSS	Life Saving Skills
JCC	Joint Coordination Committee
MCH	Maternal and Child Health
MCP	Maternal Care Package
MHO	Municipal Health Office
MDR	Maternal Death Review
MMR	Maternal Mortality Ratio
NCDPC	National Center for Disease Prevention and Control
NMR	Neonatal Mortality Rate
PDM	Project Design Matrix
PHO	Provincial Health Office
PhP	Philippine Peso
PIPH	Province-wide Investment Plan for Health
PO	Plan of Operation
RHM	Rural Health Midwife
RHU	Rural health Unit
SBA	Skilled Birth Attendant
TBA	Traditional Birth Attendant
TWG	Technical Working Group
UNFPA	United Nation's Population Fund
WHT	WHT

Mid-Term Evaluation Report
On Japanese Technical Cooperation for
The Maternal and Child Health Project

Errata

Below are corrections to be made on the English Report. These corrections are reflected in the Japanese version of the Report.

1. p.13 Table 3-3: Progress of Activities in Each Site 2.5 Ifugao Province progress
151 Midwives working → 15 Midwives

2. p.15 Table 3-3: Progress of Activities in Each Site 5.3
Thirty (30) out of three-hundred (300) sets of CMMNC Trainers Guide and Training Kit distributed to the Philippine Midwife Association, USAID affiliated NGOs

3. p.18 Table 3-4: Achievement of Project Outputs (As of September 2007) Output 5 Achievement
19 FOURmula ONE target provinces (16 convergence provinces + 3 provinces said to be added. Later, these 3 provinces were defined as “roll-out sites”) were supported by the Project.

4. p.23 Table 3-5: Achievement of the Project Purpose (As of September 2007)
Maternal Mortality Ratio for Biliran for 2007 4 → 6

5. p.25 Four (4) deaths in 2006 in Ifugao → Five (5) deaths
Fifteen (15) deaths in 2006 in Biliran → Ten (10) deaths in 2006 in Biliran

1 Outline of the Evaluation Study

1.1 Background of the Evaluation Study

The Maternal and Child Health Project (here after referred to as the Project) to improve the quality of health care to the mothers and babies and to reduce maternal and neonatal deaths in Biliran and Ifugao provinces was launched on March 16, 2006 for the period of four (4) years. At the half-way point of the implementation period, the Mid-term Evaluation Team was formed in accordance with the JICA evaluation guidelines for the purpose of reviewing the progress and performance so far of the Project. The mid-term evaluation has been undertaken by the Evaluation Team with the involvement of national and provincial authorities of the Philippines.

1.2 Objectives of the Evaluation Study

Objective of the mid-term evaluation are as follows:

- (1) To review the inputs, activities and achievements of the Project against the initial plan, as well as to clarify the problems and issues to be addressed for the successful implementation of the Project for the remaining period;
- (2) To evaluate the Project using the five evaluation criteria (Relevance, Effectiveness, Efficiency, Impact and Sustainability);
- (3) To make suggestions for better implementation of the Project, and to discuss the directions of the Project for the remaining period.

1.3 Methodology of the Evaluation Study

1.3.1 Flow of Evaluation Study

The Mid-term Evaluation of the Project was conducted following the process shown below, as per the JICA Project Evaluation Guideline of January 2004:

Step 1: The third version of the Project Design Matrix (PDM_{ver.3}: See Annex 1) as well as the Record of Discussions (as of January 2006: See Annex 2) were adopted as the framework of the Mid-term Evaluation exercise, and the Project's achievement was assessed in reference to the Objectively Verifiable Indicators in the PDM_{ver.3}. The level of inputs was compared with those specified in the Record of Discussions.

Step 2: Analysis was conducted on the factors that promoted or inhibited the achievement levels including factors relating to both the project design and the project implementation process.

Step 3: An assessment of the Project results was conducted based on the five evaluation criteria: "relevance", "effectiveness", "efficiency", "impact" and "sustainability" (See "Table 1-1 Criteria for Evaluation" for the definition of each criterion"). (For the assessment tool used, see Annex 3: Evaluation Grid."

Step 4: Preliminary results are shared among provincial Executive Committees and Technical Working Groups both in Ifugao and Biliran. Contents of the discussions are reflected in the recommendations.

Step 5: Recommendations for the Program stakeholders for the remaining implementation period

and lessons learned were formulated for future programs to be implemented by both Philippine and Japanese stakeholders.

1.3.2 Data Collection Methods of the Evaluation Study

Both quantitative and qualitative data were gathered and/or utilized for analysis. Data collection methods used by the Team were as follows:

- (1) Literature/Documentation Review;
 - Project Quarterly Reports, Reports by the Project Experts
 - Province-wide Investment Plan for Health
 - FHSIS Annual Health Reports, Accomplishment Reports
 - Policy related documents
 - Other relevant documentations
- (2) Interviews to stakeholders (See Annex 4: Persons interviewed); and,
 - Member of Women’s Health Teams (WHTs from 6 Municipalities)
 - Municipal Health Office staff (MHOs, PHNs, RHMs)
 - Provincial Health Office staff (PHOs, Technical staff)
 - Provincial Governor, Municipal Mayors
 - Training institutions (Dr. Jose Fabellia Hospital)
 - Project Experts and Assistant Project Managers
 - Department of Health (BIHC, NCDPC, CHD)
 - Development partners (EU, UNFPA)
- (3) Direct observations at Project implementation site.
 - Two (2) and 2 BHSs in Ifugao and Biliran Provinces, respectively
 - Three (3) and 4 RHUs in Ifugao and Biliran Provinces, respectively
 - Two (2) District Hospitals and one (1) Provincial Hospital in Ifugao and one Provincial Hospital in Biliran, respectively

1.3.3 Criteria of Evaluation

Definition of the five evaluation criteria that were applied in the analysis for the mid-term evaluation is given in Table 1-1 below.

Table 1-1: Definition of the Five Evaluation Criteria for the Final Evaluation

Five Evaluation Criteria	Definitions as per the JICA Evaluation Guideline
1.Relevance	Relevance of the Project is reviewed by the validity of the Project Purpose and Overall Goal in connection with the Government development policy and the needs of the target group and/or ultimate beneficiaries in the Philippines
2.Effectiveness	Effectiveness is assessed to what extent the Project has achieved its Project Purpose, clarifying the relationship between the Project Purpose and Outputs.

3.Efficiency	Efficiency of the Project implementation is analysed with emphasis on the relationship between Outputs and Inputs in terms of timing, quality and quantity.
4.Impact	Impact of the Project is assessed in terms of positive/negative, and intended/unintended influence caused by the Project.
5.Sustainability	Sustainability of the Project is assessed in terms of institutional, financial and technical aspects by examining the extent to which the achievements of the Project will be sustained after the Project is completed.

Source: JICA Project Evaluation Guideline (revised, January 2004), JICA

1.4 Members of the Evaluation Team

Members for the Mid-term Evaluation Team are shown below.

Leader H	arumi Kitabayashi	Deputy Resident Representative, Philippine Office	JICA
Maternal and Child Health	Akiko Matsuyama, PhD.	Associate Professor, Center for International Collaborative Research, Nagasaki University	
Evaluation Analysis	Yoko Ogawa	Specialist in International Health, Global Link Management, Inc.	

1.5 Schedule of the Evaluation Study

Overall process of the Evaluation Study is shown in Diagram 1-1 below. Detailed schedule of the Evaluation Team is attached in Annex 5.

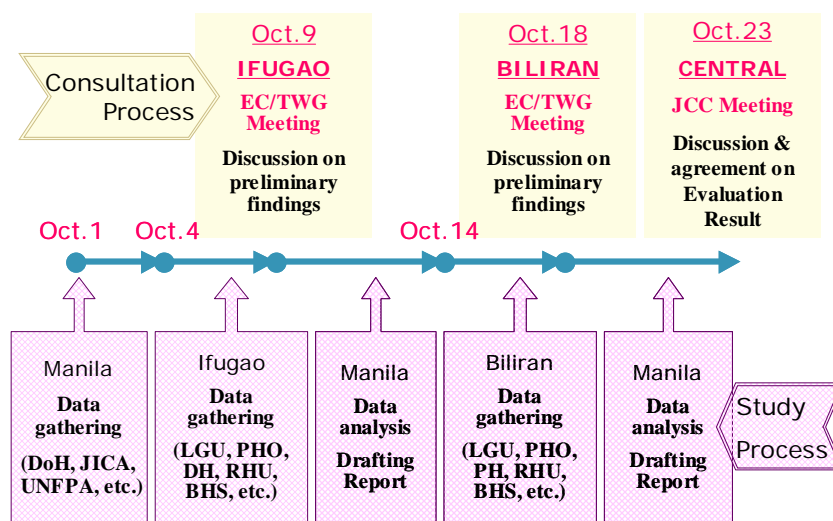


Diagram 1-1 : Schedule of the Evaluation Study

2 Outline of the Project

2.1 Background of the Project

The Republic of Philippines (hereinafter referred to as “the Philippines”) has been reducing Maternal Mortality Ratio: MMR and Neonatal Mortality Rates: NMR over the last several decades with various efforts to strengthen Maternal and Child Health: MCH service provisions by the strong political commitments on the issue.

Table 2-1: Infant Mortality Rate and Maternal Mortality Ratio (1996, 2004)

	Infant Mortality Rate (per 1,000 livebirths)	Maternal Mortality Ratio (per 100,000 livebirths)
Philippines	27	200
Viet Nam	19	130
Thailand	23	44
Malaysia	7	41

Source: A Future Within Reach: Reshaping Institutions in a Region of Disparities to Meet the Millennium Development Goals in Asia and the Pacific, United Nations, 2005

However, compared with neighboring countries in ASEAN countries, the rate of reduction is rather slower-paced than others: the MMR of Philippines in 2006 was 200 per 100,000 live births and NMR was 17 per 1000 live births according to MDG regional review document. Most maternal deaths are attributable to three delays, namely delay in recognition of high risk or obstetric emergency cases and decision to seek medical care at community level, delay in referral, and delay in provision of adequate care at health/medical facility.

Delay at community level may be related to preference of mothers to conduct deliveries at their homes, and to be assisted by Traditional Birth Attendants (TBAs). Poor access to health/medical facility due to geographical features coupled with lack of means of communication and transportation hinder the women from seeking adequate health/medical care. Finally, inadequate capacity of the health/medical facility to provide EmOC in terms of manpower, equipment, medicine, and others is also contributing to high number of maternal deaths.

A number of project and program interventions had been introduced to improve maternal and child health services. Unfortunately, the past efforts treated maternal and child health services as separate packages of interventions requiring separate inputs and delivery mechanisms: Integration of services is now increasingly seen as the way to go¹.

At the same time, there has been development of several tools to address the prevention of maternal and newborn deaths, among which are: 1) the Essential Care Practice Guidelines for Pregnancy, Childhood and Newborn (ECPG); and 2) the Community-Managed Maternal & Newborn Care (CMMNC) guide for primary health care professionals.

¹ “Application Form for the Japanese Government’s Technical Cooperation by the Government of the Philippines: Strengthening the Management and Delivery of Integrated MCH Services in Selected ILHZs in the Philippines,” 28 February 2004, Department of Health

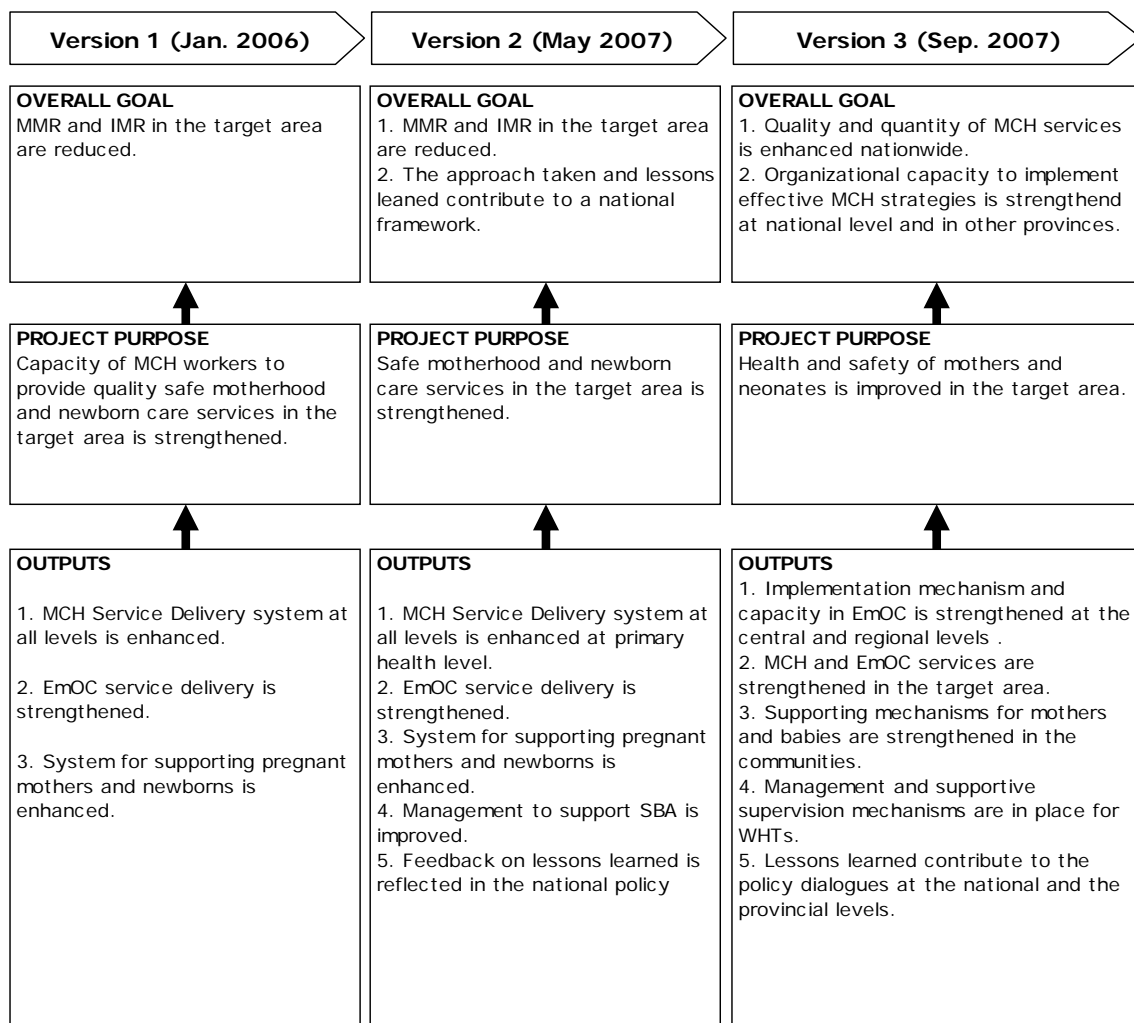
With the above considered, a new technical cooperation project supported by JICA was developed, focusing on care integration at service delivery points using the above tools, as well as enhancement of intuitional integration among 3 loci of responsibilities (DOH at the national and regional levels, the ILHZ, and the family and community). In March 2006, the Maternal and Child Health Project was launched for the implementation period of four (4) years targeting two provinces. These project areas are Biliran province (Region VIII) and AMADHS-ILHZ in Ifugao province (CAR Region) with populations of 155,000 and 52,000, respectively.

2.2 Summary of the Project

2.2.1 Change in Project Design Matrices (PDMs)

The Project reviewed and revised the Project Design Matrix (PDM) twice between January 2006 and September 2007. Revisions in the Narrative summary (Overall Goal, Project Purpose, Outputs) are summarized in the diagram below. Narratives are simplified from their original form for easier reference and comparison.

Diagram 2-1: Revisions Made to the Narrative Summary of PDM



Source: Project Monitoring Report,2007; PDM ver.1, PDM ver.2, PDM ver.3

As seen in the Diagram 2-1, revisions made to the Outputs do not reflect shifts in strategy, but rather depict further clarification and specification of the Project's contents. However, target setting at the Project Purpose and the Overall Goal levels has been adjusted upward twice, towards more aggressive levels of achievement.

Table 2-2 shows the timing, reasons for, and the process of the revisions. All in all, the PDM was not utilized, perhaps by intention, for management by the management structure of the Project (EC/TWG). This is due to the fact that the Counterparts weigh more on the PIPH and its work plans as their guiding tools for implementation rather than the PDM, as well as due to an understanding that JICA support is an integral part of PIPH. Nevertheless, PDM is seen as a monitoring and evaluation tool by the JICA office. Thus, all the revisions were initiated by the JICA Experts, followed by consultation and endorsement by the Counterparts.

Table 2-2: Timing, Reasons and Process of Revising PDM

PDM Versions	Timing	Reason for Revision	Revision process
First Version [PDM ver.1]	January 2006	Formulated for the R/D.	[process] JICA Philippine Office together with DOH drafted the PDM based on a proposal. [involvement of stakeholders] Provincial stakeholders were consulted and agreed, followed by the R/D meeting participants' approval.
Second Version [PDM ver.2]	May 2007	Specification of Outputs, as well as branching out Outputs that carry more weight (Support for SBAs, Contribution to sector-wide efforts) thereby better reflecting actual project undertakings.	[process] As part of the monitoring activities [involvement of stakeholders] Project Experts modified the contents, which were later shared and agreed upon by the JCC.
Third Version [PDM ver.3]	September 2007	Clarification of the Narrative Summary statements: 1) to spell out beneficiaries of each set of interventions at the Project Purpose and Outputs levels; and, 2) to reflect likely results from Project's interventions in the Overall Goal. Improvement and addition of the Indicators and the Means of Verification for better measurement of results. Additional Important Assumptions for better monitoring of threats.	[process] As part of Project's monitoring activities, PDM was revisited and adjusted. [involvement of stakeholders] A short-term expert (M & E) and Chief Advisor modified the PDM, which was later shared with EC/TWG. Revised PDM was then approved by the Counterpart in the central DOH.

Source: Project Monitoring Report, 2007; and data gathered by the Mid-term Evaluation Mission, Oct. 2007

2.2.2 Outline of the Current Project Design

As per the PDM ver.3 (September 2007), a narrative summary of the Project is described as follows.

(1) Overall Goal

In the framework of National Goal of Improving Women and Child Health, the central and provincial levels of organizational capacity to implement effective MCH strategies is strengthened and the quality and quantity of MCH services is enhanced.

(2) Project Purpose

In the project target areas, the health and safety of mothers and neonates in pre-natal, during delivery and post partum period is improved through improving the quality of care and increasing the utilization of service provided.

(3) Outputs and Main Activities of the Program

The level of intervention, targets, the type of intervention and main activities for each Project Outputs are summarized in the Table 2-3, while the Diagram 2-2 graphically depicts Project's framework, clarifying relationships between sets of interventions (Outputs) and the respective target groups and Counterparts. Coordination mechanisms of the Project at each venue are also depicted.

Table 2-3: Summary Table of Project Outputs

Project Outputs	Level/Targets	Intervention Type	Main Activities
Output 1: Implementation mechanism and capacity of the central level to enhance Emergency Obstetric Care: EmOC in all levels is strengthened	Central/ DOH,CHD and training institution	Capacity building	<ul style="list-style-type: none"> • Enhance training capacity of EmOC and neonatal care at the central level training institution • System formulation for monitoring
Output 2: The MCH services and EmOC are strengthened in the project target areas	Province and municipality/ PHs, DHs, RHUs/BHSs and SBAs working in such medical facility	Facility development and capacity development of health personnel	<ul style="list-style-type: none"> • BEmOC Training • CMMNC Training • LSS Training • Provision of medical equipment
Output 3: Supporting mechanism for mothers and babies in the communities are strengthened	Municipality/ SBA s in RHUs and Barangay health volunteers, mothers, and community people	Organization of new system, education and awareness building ,community Mobilization	<ul style="list-style-type: none"> • Formulation of WHTs • Formulation of multi-sectoral community supporting group for emergency transportation

<p>Output 4: Management and supportive mechanism are in place for WHTs and midwives to improve quality of service and their work environment in the project target areas</p>	<p>Municipality/ SBA s in RHUs and Barangay health volunteers, and community people</p>	<p>Capacity building through supportive supervision, organization of new system, formulation of financial mechanism for sustainability</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Supportive supervision for SBAs and WHTs • Improvement of managerial capacity of RHUs • Monthly meetings and Case Conference • Maternal Death Review
<p>Output 5: Lessons learned from the MCH project implementation contribute to dialogues at the national and the provincial levels and MCH policy discussions, and is reflected to the MCH policy formulation</p>	<p>Central /MCH Technical Working Group</p>	<p>Policy dialogues/ discussions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reactivate MCH TWG • Discussion and revision of MCH policy • Dissemination of MCH training materials

Source: Project Monitoring Report, 2007

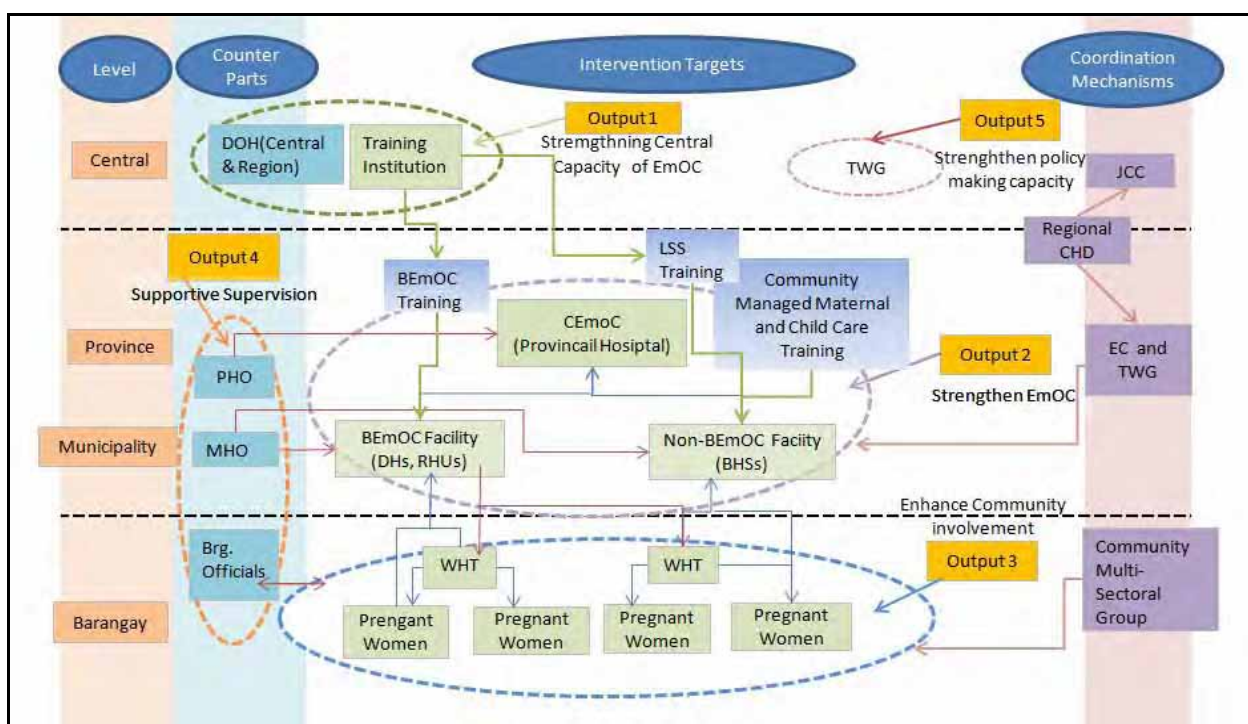


Diagram 2-2: Project Framework

3 Achievement and Implementation Process

3.1 Achievement of the Project

3.1.1 Inputs

Table 3-1 shows the comparison of the planned (as per R/D of January 2006) and actual Inputs from the Japanese side (some sections include planned Inputs for the rest of FY 2007).

Table 3-1: Inputs by the Japanese Side, Planned and Actual

Plan (as per R/D of January 2006)	Actual (as of September 2007)
[Japanese Experts] • One (1) Chief Adviser, Maternal and Child Health Planning	• One (1) Chief Adviser/ Maternal and Child Health Planning
• Two (2) Maternal and Child Health Experts • Other Expert(s) when necessity arises	• One (1) Long-term Public Health/ Program Coordinator • One (1) Long-term Project Coordinator/ Training Monitoring • Three (3) visits by Short-term Experts in the area of Maternal and Child Health • Two (2) visits by Short-term Experts in the area of Monitoring (see Annex-6 for details)
[Counterpart Training in Japan] • Not specified.	• Six (6) persons were already trained in Japan (see Annex-7 for details)
[Equipment] 1. Equipment for Emergency Obstetric Care 2. Equipment for other MCH care 3. Equipment for health education 4. Ambulances 5. Other equipment necessary for technical cooperation	1. Equipment for Emergency Obstetric Care 2. Equipment for other MCP Accreditation 3. Equipment for health education 4. Ambulances (x 3) 5. Monitoring vehicle (x 3) FY 2005 3,203,900PhP FY 2006 9,266,408PhP (see Annex-8 for details)
[Operation Costs] • Not mentioned.	FY 2005 3,546,046PhP FY 2006 11,923,953PhP FY 2007 5,253,104PhP (As of August 2007) (see Annex-9 for details)

Source: Record of Discussion for the Project, January 2006; Project Monitoring Report, 2007; Information gathered by the Mid-Term Evaluation Team, October 2007

Table 3-2 shows the comparison of the planned and actual Inputs from the Philippine side up to September 2007.

Table 3-2: Inputs by the Philippine Side, Planned and Actual

Plan (as per R/D of January 2006)	Actual (as of September 2007)
<p>[Philippine Counterpart]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Project Director: Director of National Center for Disease Prevention and Control (NCDPC) • Project Deputy Director: Governor of Ifugao and Biliran Provinces • Project Manager: Provincial Health Officers in Ifugao and Biliran; and/or Chairperson of the ILHZ of Ifugao • Project Staff: Medical Specialist II, DOH; Municipal Health Officers, Ifugao and Biliran Provincials; Center for health Development Officers, CAR and Region VIII • Administrative Personnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Project Director: Director of National Center for Disease Prevention and Control (NCDPC) • Project Deputy Director: Governor of Ifugao and Biliran Provinces • Project Manager: Provincial Health Officers in Ifugao and Biliran; and/or Chairperson of the ILHZ of Ifugao • Project Staff: Medical Specialist II, DOH; Municipal Health Officers, Ifugao and Biliran Provincials; Center for health Development Officers, CAR and Region VIII • Administrative Personnel: Driver of the vehicles for monitoring and Secretary in Provincial Health Offices <p style="text-align: right;">(See Annex-10 for details)</p>
<p>[Administration]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Technical Coordination Group of Health Sector Reform Agenda (TCG-HSRA) shall be the National Project Management Committee. 	<ul style="list-style-type: none"> • The Joint Coordination Committee exclusively for the Project was established in March 2007 in the place of TCG-HSRA. <p style="text-align: right;">(see Annex-2 for details)</p>
<p>[Executive Committees at the Provincial Level]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Executive Committees at Provincial level to meet at least twice a year to formulate annual work plan, review the overall progress and achievement of the work plan, and review and exchange views on major issues arising from or in connections with the Project 	<ul style="list-style-type: none"> • Executive Committees (EC) at Biliran and Ifugao Provinces were established in July 2006 and functioning to date. • The ILHZ Technical Management Committee (TMC) in Biliran and the Technical Working Groups (TWG) in Ifugao function as Project's management apparatus since July 2006 to assist the EC.
<p>[Land, Buildings and Facilities]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Office space and facilities at DOH and Provincial Health Office • Other spaces as mutually agreed upon as necessary 	<ul style="list-style-type: none"> • Office space and facilities at DOH and Provincial Health Office and Mayoyao District Hospital • Venues for various training activities have also been provided. <p style="text-align: right;">(see Annex-11 for details)</p>
<p>[Cost-sharing]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Not mentioned particularly. 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrative Expenses: Funds for JCC meeting; Travel expenses for Project site visits; Electricity; telephone; Use of office equipment; Travel allowances for staff training • Personnel: Salary for drivers and secretaries in provinces • Matching Funds for conducting Activities:

	Other forms of financial and in-kind contributions are made by provincial, municipal and barangay LGUs (see Annex-11 for details)
--	--

Source: R/D (January 2006); Report prepared by the Project for the Mid-term Evaluation, September 2007

3.1.2 Activities

Experts in consultation with Project Counterparts have reviewed and added Activities in the PDM that were considered required in order to obtain specific Outputs as they progress in the implementation. Table 3-3 below shows the progress in terms of the modified list of Activities. (Please also see Annex 12 for the Achievement as per the Plan of Operations.)

Table 3-3: Progress of Activities in Each Site

Plan (as per PDM ver.3)	Progress
Activities under Output 1: Implementation mechanism and capacity of the central level to enhance Emergency Obstetric Care: EmOC in all levels is strengthened.	
1.1 Establish the central level Joint Coordination Committee	1.1 Initial plan of TCG-HSRA functioning as Project's overall coordination structure did not follow through due to reorganization into the Technical Management Committee and Core Group for Maternal and Newborn Health (TMC/CG-MNH), which was only established in September 27 th 2007. In the absence of a central technical coordination body on MCH issues, the Joint Coordination Committee which is a mechanism to monitor and manage the MCH project implementation was established in March 2007.
1.2 Assist in establishing EmOC monitoring mechanism	1.2 Discussions among the Project, DOH, DHC and PHO have been continuing on in terms of developing tools for EmOC monitoring. <ul style="list-style-type: none"> • Philippine Health Information System Workshop in Sept. 2006 for sixteen (16) SBAs • One (1)-day assessment workshop on 2-way referral system in Sept., 2006 for nineteen (19) SBAs <i>Activities will follow.</i>
1.3 Assist in strengthening the EmOC training by providing equipment for Dr. Fabellia Memorial Hospital and reproducing the existing standard manuals	1.3 Training equipment valued at the amount 2,000,000 JPY was provided to the Fabellia Hospital in May 2006 to the Training Dept. Note: Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care manual has already been printed by JICA (from non-Project resources), and 500 copies have been distributed to BEmOC trainees in August 2005 before Project's commencement.
1.4 Develop and print training materials for CMMNC Trainers Guide and implement national-wide Training of Trainers: TOT on CMMNC collaborated with other funding agencies.	1.4 In collaboration with other donors, three types of materials have been printed and widely distributed, and TOT have been conducted as follows: <ul style="list-style-type: none"> • CMMNC Guide for SBAs were printed, and distributed to 32,000 community-based SBAs (Doctors, Nurses and Midwives) nation wide. • CMMNC Training materials (Trainer's Guide) were produced in Oct. 2006. Three-hundred (300) copies were printed. • CMMNC Training of Trainers was conducted in Nov. 2006; in which 184 trainers were trained by the master trainer of DOH to

	19 provinces, 17 CHD, UNICEF and UNFPA project areas.	
1.5 Provide Philippine side project counterparts capacity building training in Japan on the MCH program management.	1.5 International training for national counterparts in Japan was provided in Feb. 2007. Six counterparts, including the technical staff in Ifugao Province, Mayoyao DH in-Charge, PHN in Alfonsolista RHU, MHO in Almeria RHU, a pediatrician in BPH and the MCH coordinator in DOH (ASEAN MCH training) were trained for one (1) month.	
<i>Activities under Output 2: The MCH services and EmOC are strengthened in the project target areas</i>		
Plan (as per PDM ver.3)	Progress (Ifugao Province)	Progress (Biliran Province)
2.1 Conduct baseline survey of current MCH situation by a contractor in the project target areas	2.1 Baseline survey was conducted by a contractor in the project target areas (i.e. in 3 municipalities). Dissemination workshop was conducted in Jan. 2007, with 250 participants, including the local chief executives, SBAs, representatives from the education sector, religious leaders and media personnel. In January ~ March 2007, supplementary baseline survey was conducted in non-Project areas of the Province to capture the province-wide situation. Preliminary results have been shared among stakeholders. Report will be available shortly.	2.1 Baseline survey was conducted by a contractor in the project target areas. Dissemination workshop was conducted in Feb. 2007, with the participation of 80 people, including the local chief executives, SBAs, Representatives from the education sector, religious leaders and media personnel.
2.2 Establish project Executive Committees (EC) and Technical Working Groups (TWGs) to monitor project implementation and to conduct meetings for discussion any project implementation issues.	2.2 The Executive Committee (EC) and the Technical Working Group (TWG) were established in July 2006 with the involvement of the Provincial Health Officer and representatives from health sector and local government. TWG meets every three months, while EC meets twice a year for Project monitoring.	2.2 The Executive Committee (EC) and the Technical Working Group (TWG) were established in July 2006 with the involvement of the Provincial Health Officer and representatives from health sector and local government. TWG meets once in three months, while EC meets twice a year for Project monitoring.
2.3 Provide BEmOC training for all SBAs working in District Hospitals and RHUs in the project target areas	2.3 Eleven (11)-day BEmOC training was provided to a team of Skilled Birth Attendants from RHUs and District Hospitals. As of September 2007, they have trained 27 doctors, nurses and midwives, and thus covered	2.3 Eleven (11)-day BEmOC training was provided to a team of Skilled Birth Attendants from RHUs and District Hospitals. As of Oct. 2006, they have trained 26 doctors, nurses and midwives, and thus covered

	all the RHUs and DHs in the target area.	all the RHUs and DHs in the target area.
2.4 Provide CMMNC training for all SBAs	2.4 Four (4)-day CMMNC training was provided to 48 SBAs in the target area. 25 additional SBAs in UNFPA supported areas were accommodated.	2.4 Four (4)-day CMMNC training was provided in Jan. ~ Feb. 2007 to seventy (70) SBAs in the target area.
2.5 Provide Life Saving Skills (LSS) training for midwives in BHSs in the project target areas	2.5 Six (6)-day Midwifery training (Life Saving Skills) was provided to 151 Midwives working in facilities for normal delivery	2.5 Six (6)-day Midwifery training (Life Saving Skills) was provided to 25 from June 2007
2.6 Assist in the upgrading RHUs by providing equipment and trainings towards PhilHealth Insurance Cooperation accreditation for the Maternity Care Package: MCP that will benefit the poor in the project area	2.6 Medical equipment was provided to all three (3) RHUs and three (3) District Hospitals in March, 2007 to assist PhilHealth accreditation for the Maternity Care Package. One (1) day MCP Accreditation Management Training for thirty-eight (38) RHU staff was conducted in July, 2007.	2.6 Medical equipment was provided to all eight (8) RHUs in March, 2007 to assist PhilHealth accreditation for the Maternity Care Package. Prior to the equipment provision, one (1) day Maternal Care Center Management Training for RHU staff (38) was conducted in Jan., 2007
2.7 Assist some remote BHSs to be functioning as birthing stations.	2.7 Not yet conducted. <i>Activities will follow.</i>	2.7 Not yet conducted. <i>Activities will follow.</i>
2.8 Assist Mayoyao DH to be upgraded to CEmOC facility and Biliran PH to be 3 rd level hospital	2.8 Not yet conducted. <i>Activities will follow.</i>	2.8 One (1) day Newborn Screening Training was conducted in Nov., 2006 for sixty-nine (69) SBAs and Medical Technicians. Furthermore, one (1) day strategic planning workshop on setting-up NICU for Biliran Provincial Hospital was conducted in Dec., 2006 with twenty-five (25) Hospital Administrators.
<i>Activities under Output 3: Supporting mechanism for mothers and babies in the communities is strengthened</i>		
Plan (as per PDM ver.3)	Progress (Ifugao Province)	Progress (Biliran Province)
3.1 Organize WHT to improve community participation to the birth preparedness in the community, carry out WHT trainings, and carry out WHT activities in their communities (home visits, counseling, filling out pregnancy tracking	3.1 One (1) day WHT Orientation was conducted in Sept. 2006. One hundred and six (106) RHU staff, BHWs, BNSs and LGU officials have participated. In Oct. 2006, two (2) day TOT for WHT was conducted, where 23	3.1 A series of consultations took place followed by the launching and training of the WHT activities, for the smooth introduction of the provincial resolution that bans TBAs from assisting deliveries:

records, conducting mother's class, and conducting monthly meetings at BHSs)	Skilled Birth Attendants, including Midwives and Public Health Nurses were trained. Furthermore, two (2) day WHT Training was conducted between Sept. 2006- Feb. 2007 by the aforementioned trainers. Three hundred and eighty two (382) RHMs, BHWs, BNSs, and TBAs were trained. 196 WHT were established	<ul style="list-style-type: none"> • One (1)-day consultative workshop with TBAs between June 2006 ~ Jan. 2007, with the participation of one-hundred and sixty-three (163) TBAs • In Oct. 2006, two (2) day TOT for WHT, where 16 Skilled Birth Attendants, including Midwives and Public Health Nurses were trained. • Two (2) day WHT Training in Dec. 2006 by the aforementioned trainers, in which four hundred and eighty (480) RHMs, BHWs, BNSs, and TBAs were trained • 221 WHT were established
3.2 Assist in establishing community based multi-sectoral group to assist the needs of mothers	3.2 Not yet done. <i>Activities will follow.</i>	3.2 Not yet done. <i>Activities will follow.</i>
<i>Activities under Output 4: Management and supportive supervision mechanisms are in place for WHTs and midwives to improve the quality of care and their work environment in the project target areas</i>		
Plan (as per PDM ver.3)	Progress (Ifugao Province)	Progress (Biliran Province)
4.1 Conduct supportive supervision to WHT and SBA by PHO/MHO offices	4.1 Guidelines and tools for supportive supervision to WHT and SBA by PHO/MHO offices is yet to be developed. Discussions are taking place to systematize this activity.	4.1 Guidelines and tools for supportive supervision to WHT and SBA by PHO/MHO offices are yet to be developed. Discussions are taking place to systematize this activity.
4.2 Assist conducting regular meetings among RHU staff	4.2 Monthly meetings among RHU staff have been conducted as their normal course of duty. A case conference was conducted once with the short-term experts in MCH.	4.2 Monthly meetings among RHU staff have been conducted as their normal course of duty. A case conference was conducted once with the short-term experts in MCH.
4.3 Assist regular meetings with WHTs and rural health midwives	4.3 Monthly meetings of WHT have been conducted as the same as meetings among RHMs, BHWs and BNSs.	4.3 Monthly meetings of WHT have been conducted as the same as meetings among RHMs, BHWs and BNSs.
4.4 Assist conducting Maternal Death Review and case conference by PHO, RHUs and SBAs	4.4 Two (2)-day Maternal Death Review was conducted in Oct. 2006 by PHOs, PHNs, RHMs and LGU	4.4 Two (2)-day Maternal Death Review Training was conducted in Sept. 2006 for 23 SBAs. One (1)-day

	representatives. Forty-two (42) participants took part in the process.	Maternal Death Review Workshop was conducted in June, Nov., Dec., 2006 and Jan., 2007. Fifty-six (56) SBAs attended.
<i>Activities under Output 5: Lessons learned from the MCH project implementation contribute to dialogues at the national and the provincial levels and MCH policy discussions; and is reflected to the MCH policy formulation</i>		
5.1 Reactivate the MCH Technical Working Group (TWG)	5.1 The Project has facilitated convening of the MCH Technical Working Group chaired by the NCDPC twice.	
5.2 Participate MCH TWG meetings to share the information of the project and to discuss policy issues aroused in the project	5.2 In the above-said meetings, issues on 1) the dissemination of the CMMNC trainer's guide, 2) training sites for the BEmOC, 3) monitoring mechanism to ensure quality of the training contents in three BEmOC training sites, were discussed and coordinated among DOH technical group and development partners. At regional/provincial levels, the Project also assisted the Regional Stakeholder Meeting organized by the DOH-CHD and representatives from all NGOs and bilateral organizations in Oct., 2006, with 45 participants	
5.3 Provide MCH training materials to the whole nation through the MCH TWG	5.3 The Project have provided training materials to LGUs, professional associations, USAID-affiliated NGOs and other donors in both Project and non-Project areas: <ul style="list-style-type: none"> • Three-hundred (300) sets of CMMNC Trainers Guide, and Training Kit) to the Philippine Midwife Association, UNAID-affiliated NGOs • 600 copies (Ayagan & English version, Ilocano & English version) to Ifugao Province; 700 copies (Wray-Wray & English, Cebuano & English) • Ten (10) copies of the "Textbook for Midwives" to DHs and RHUs in Ifugao; another ten (10) copies to Biliran RHUs and PH. "Textbook for Midwives" is in use worldwide by midwifery schools. 	

Source: Project Monitoring Report, 2007; Report prepared for the Mid-term Evaluation by the Project, September 2007

In both Ifugao and Biliran Provinces, most of the Activities planned have been implemented as of September 2007 leaving the midwifery training (Life Saving Skills) and some supervision/monitoring activities. They will be implemented during the remainder of the project period.

The differences in actual Activities between the two Project sites are due to a policy change in Biliran in August 2006: the Biliran provincial government issued resolution No. 166 banning the TBAs' from assisting deliveries, which resulted in TBAs' loss of income as well as an increase in demand to the services at RHUs. Hence, the Project needed to expedite some activities to support relevant stakeholders to adjust themselves to the new situations before its enactment in January 2007.

3.1.3 Outputs

Table 3-4 shows the status of progress in terms of indicators that measure the level of achievement of the Project Outputs (as per PDM ver.3). Extent of achievements as well as remaining challenges of

each Output for the rest of the Project period are described in terms of these indicators as well as of observations made through interviews and field visits. (Please also see Annex 13: Summary of Training and Annex 14: Target Indicators for Each Output.)

Table 3-4: Achievement of Project Outputs (As of September 2007)

Narrative Summary	Indicators	Achievement
Output 1 Implementation mechanism and capacity of the central level to enhance Emergency Obstetric Care: EmOC in all levels is strengthened	1) Availability of EmOC and CMMNC training manuals	Training manuals were produced and made available to the training institutions as well as collaborating partners in MCH program.
	2) Number of trainers received TOT of CMMNC	184 trainers from all three (3) DOH CMMNC training sites received four-day training.
	3) Availability of monitoring and supervision tool for EmOC	Not yet accomplished. In discussion with DOH, CHDs and PHOs.
Output 2 The MCH services and EmOC are strengthened in the project target areas	1) Number of SBAs received BEmOC training	27 from Ifugao and 26 from Biliran received 11-day BEmOC training, (coverage: 100%)
	2) % of SBAs received CMMNC training	73 from Ifugao and 70 from Biliran received 4 days training (coverage: 100%)
	3) Number of midwives trained on LSS	15 from Ifugao, all midwives (coverage: 68%) 25 from Biliran (coverage: 52%)
	4) % of Number of RHUs accredited PhilHealth Maternity Care Package (MCP)	7 out of 8 RHUs received accreditation in Biliran (coverage: 88%); No RHU has received accreditation in Ifugao (coverage: 0%), with the application for 2 RHU awaiting inspection.
	5) Number of health facilities offering BEmOC services	8RHUs+1PH (100%) in Biliran 3DHs (100%) in Ifugao
	6) Number of BHSs working as birthing stations	Biliran: 2 out of 4 targeted (50%) Ifugao: 0 out of 3 targeted (0%)
	7) % of facility delivery (Ifugao)	% facility delivery is 19% as of 2006
	8) % of facility delivery (Biliran)	% facility delivery increased from 24% (2005) to 87% (2007) in Biliran.
	9) % of SBA assisted delivery (Ifugao) ²	No significant changes seen yet in % deliveries by SBAs in Ifugao
Output 3 Supporting mechanism for mothers and babies by community members in	1) Number of established WHTs; WHTs (>1/Brg)	196 WHTs were established with 321 members in Ifugao (All 63 Barangays: coverage 100%); 221 WHTs were established with 700 members in Biliran

² Given the conditions in Ifugao Province where access to birthing and EmOC facility is extremely limited, the Project suggested the use of “% deliveries by SBAs” as supplementary indicator to “% of facility deliveries,” in order to bridge the huge gap between home delivery with TBAs and facility delivery, so far as in the transitional period. This indicator has been endorsed by the Undersecretary, DOH and the Project Director (NCDPC, DOH) in September 2007.

the project target areas is enhanced		(All 132 Barangays: coverage 100%)
	2) Number of mother 's class per WHT per month	Not yet available. In discussion with DOH, CHD and PHO regarding formulation of a manual.
	3) Availability of community plan for birth preparedness and emergency readiness	Orientations took place twice in 63 Barangays in Ifugao; once in 132 Barangays in Biliran. Community plan is being formulated.
	4) Satisfaction of mothers	Not yet available. *
Output 4 Management and supportive supervision mechanisms are in place for WHTs and midwives to improve quality of service and their work environment in the project target areas	1) Number of supportive supervision by PHO/MHO offices	1/ month in Ifugao 1~3 / month in Biliran
	2) Satisfaction of WHT members and RHMs	The satisfaction of WHT members is generally high
	3) Number of monthly meetings with WHTs at RHUs as well as number of case conferences	Monthly meetings have taken place in both sites and case conferences also carried out once in the meetings
	4) Number of maternal deaths review meetings	5 times MDR meetings in Biliran 1 time MDR meeting in Ifugao
Output 5 Lessons learned from the MCH project implementation contribute to dialogues at the national and the provincial levels and MCH policy discussions; and is reflected to the MCH policy formulation	1) Number of MCH TWG meetings	2 meetings
	2) Number of MCH training manuals provided	<ul style="list-style-type: none"> • Three-hundred (300) sets of CMMNC Trainers Guide, and Training Kit to 19 <i>FOURmula One</i> target provinces and 17 CHD Regions, its CD version to the Philippine Midwife Association and USAID- affiliated NGOs • WHT Guide: 600 copies (Ayagan & English version, Ilocano & English version) to Ifugao Province; 700 copies (Wray-Wray & English, Cebuano & English) • Ten (10) copies of the “Textbook for Midwives³” to DHs and RHUs in Ifugao; another ten (10) copies to Biliran RHUs and PH.
	3) Number of other MCH related meetings conducted or participated in by the Project	<p>Project stakeholders have been invited to the following three (3) meetings to speak of their experiences:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DOH-organized First Health Sector Conference held in Palawan on 31st May 2007; • The annual Health Decision-Makers’ Forum organized by CHD in the Cordillera Administrative Region (CHD-CAR); and,

³ “Textbook for Midwives” are in use worldwide by midwifery schools.

		<ul style="list-style-type: none"> • The upcoming Annual Mindanao Safe Motherhood Summit organized by CHD in the Southern Mindanao Region (November 28-29, 2007).
--	--	--

Source: Project Monitoring Report, 2007; Report prepared for the Mid-term Evaluation by the Project, September 2007

Note: Regarding the indicator with an asterisk (*), the Project is still coming up with more appropriate indicators for quality assessment.

Output 1: Implementation mechanism and capacity of the central level to enhance Emergency Obstetric Care: EmOC in all levels is strengthened

Output 1 is mostly achieved: Total of 300 copies of the CMMNC Trainers Guide, and Training Kit were disseminated in 19 *FOURmula One* target provinces and 17 Regions via CHDs. All the above Regions and Provinces have trained trainers (184 persons) equipped with skills/knowledge to provide CMMNC training to doctors, nurses and midwives (SBAs), making use of the training equipment and the materials provided by the Project⁴. This contribution has been much appreciated by the partner agencies involved in its development, namely, DOH, UNFPA, UNICEF, WHO and PLAN International⁵. Furthermore, its CD version was also distributed to private midwifery practitioners by request of the Philippine Midwife Association and USAID-affiliated NGOs. It is expected that this will benefit greater number of SBAs in non-Project areas in acquiring new sets of skills to practice in providing more integrated services for the mothers and newborns.

Remaining task is establishing of a mechanism to ensure quality of EmOC services where it was introduced for the first time, through monitoring and supervision tools, which is being discussed with NCDPC-DOH, CHDs and PHOs.

Output 2: The MCH services and EmOC are strengthened in the project target areas

Most of basic provisions to achieve Output 2 are made in enhancing the MCH and especially Basic Emergency Obstetric Care (BEmOC) services in Biliran Province and AMADHS-ILHZ in Ifugao Province. Such provisions are: 1) BEmOC training for doctors, nurses and midwives from planned BEmOC facilities; 2) CMMNC training for all the SBAs; 3) Midwifery training (Life Saving Skills) for the midwives in facilities for normal deliveries; and 4) equipment necessary for PhilHealth Maternity Care Package accreditations to all target RHUs. All except Life Saving Skills training (3) have been completed. As a result, the PhilHealth MCP accreditation among most of the RHUs is being or has been obtained, and most of the designated facilities (BPH and all 7 out of 8 RHUs in Biliran; all 3 DHs in AMADHS-ILHZ, Ifugao) have started providing improved BEmOC services⁶, excluding breech extraction and forceps extraction.

Remaining tasks include: 1) upgrading Barangay Health Stations (BHSs) functioning as birthing stations for improved access to facility-based delivery services; 2) developing appropriate monitoring

⁴ Numbers from a report completed for the Mid-Term Evaluation by the Project.

⁵ Information from an interview with UNFPA staff.

⁶ As per the definition suggested by the Maternal and Newborn Care Framework under development by DOH: The contents of the BEmOC services currently in place are: 1) Administration of oxytocics, 2) Administration of parenteral sedatives, 3) Administration of Anti-Convulsants, 4) IV fluids, 5) Manual Removal of Placenta, 6) Manual removal of retained products, and 7) Perineal Repair.

and supervisory structure to maintain quality of WHT activities that could boost improvement in existing monitoring and supervisory practices; 3) assisting the Mayoyao District Hospital to be upgraded to Comprehensive Emergency Obstetric Care (CEmOC) facility by providing training, provided that adequate human resources, facility and equipment are provided through LGU/EU funding; 4) enhancing referral practices; and, 5) further enhancing capacity of the Biliran Provincial Hospital as a CEmOC facility. Admitting that it is difficult to define a grand design on ideal EmOC services in absence of clear guidelines, the above-mentioned tasks may require adjustments as the DOH guidelines on EmOC service provisions is made available.

Output 3: Supporting mechanism for mothers and babies by community members in the project target areas is enhanced

Significant progress was made in initial orientation and advocacy of community members on the importance of preparing for the emergencies. The Project was also instrumental in organizing and training the WHT (WHT) which facilitated inclusion of traditional birth attendants in efforts to promote facility-based deliveries. Up to September 2007, all 63 Barangays in AMADHS-Ifugao and 132 in Biliran have at least one WHT (Average: 3.1 WHTs/brgys in AMADHS-Ifugao, 1.7 WHTs/brgys in Biliran), conducting more effective home visits, counseling, tracking pregnant women, mother's class, and monthly meetings at BHSs.

Several initial positive changes have been observed by WHT's supervisors and leaders including: 1) earlier and more successful tracking of pregnant women; 2) more intensified counseling that includes formation of the birth plans; 3) increased level of responsibility as roles and functions became clear by the "Guides for WHT"; and, 4) increased supportiveness among Municipal and Barangay officials to WHT's activities and for the service provision resulting from their health education session on safe motherhood.

Some of these observations are to be confirmed later by a certain tangible evidences, e.g. analysis of tracking forms.

To mention a few of such support by LGUs: LGUs adopted or implemented ordinances on user fee scheme for those not covered by PhilHealth; in some Barangays, a specific official is assigned to secure free transport in case of pregnancy-related emergencies; LGUs provided funds to renovate/expand RHUs/ BHSs, and to purchase simple equipment; and supporting enrolment of indigents in PhilHealth.

Output 4: Management and supportive supervision mechanisms are in place for WHTs and midwives to improve quality of service and their work environment in the project target areas

Currently, a certain extent of management and supervision is conducted as a course of existing supervisory activities: 1) meetings among RHU and BHS staff; and 2) meetings of WHT, have been conducted monthly as routine meetings among RHM, BHWs, BNSs and TBAs at BHSs. Nevertheless, more systematically formed guidelines and tools for supportive supervision and case conferences to sustain the quality of WHT activities are expected among WHTs and RHM, but yet to be developed.

Output 5: Lessons learned from the MCH project implementation contribute to dialogues at the national and the provincial levels MCH policy discussions and is reflected to the MCH policy formulation

The Project has been sharing experiences of the Project and discussing policy issues at the Provincial and Municipal levels, especially in Biliran province.

- The Project was instrumental in proposing the Provincial Resolution No. 166, which gave TBAs new roles to function as a member of WHT;
- The Project, through ILHZ Technical Management Committee, assisted Municipalities to adopt ordinances which: promote facility-based deliveries; discourage home deliveries and TBA-assisted deliveries; make supportive provisions for TBAs to continue as WHT members; and/or set user fees for deliveries in facilities in order to secure resources for supplies and medicines.

Moreover, the Project has contributed to policy dialogues on better implementation of the Maternal and Child Health Program, through the following venues.

- Project stakeholders in AMADHS sharing their “good practice” with the formation and activation of WHT in the annual Health Decision-Makers’ Forum organized by the Center for Health Development (CHD) in the Cordillera Administrative Region (CHD-CAR); this received appreciation and raised interest in WHT experiences among the LGUs from non-Project areas⁷.
- Project stakeholders in Biliran sharing their “good practice” regarding its resolution and subsequent progress in facility-based delivery rate in DOH-organized First Health Sector Conference held in Palawan on 31st May 2007.
- Project stakeholders in Biliran sharing their “good practice” regarding the strong political will in successfully promoting facility-based deliveries in the upcoming Annual Mindanao Safe Motherhood Summit organized by the Center for Health Development (CHD) in the Southern Mindanao Region (November 28-29, 2007).

It is observed from the above, that the Center for Health Development in the Regions has been quite instrumental in capturing and disseminating the “good practices” from Ifugao and Biliran provinces, as well as consolidating the findings and bringing those to the attention of DOH central.

Remaining challenges in achieving the Output 5 are to: 1) sustaining the quality of WHT activities that effectively promote health-seeking behavior among pregnant mothers; 2) continue gathering and compiling evidences from Project’s interventions; and, 3) timely presenting such evidences and other lessons learned in a timely fashion and through appropriate channels and forums to contribute to policy-level discussions, especially at the national level.

3.1.4 Project Purpose

Project Purpose: In the project target areas, the health and safety of mothers and neonates in pre-natal, during delivery, and postpartum period is improved.

Table 3-5 shows the status of indicators that measure attainment level of the Project Purpose (as per PDM ver.3).

⁷ Information is based on the interview with a CHD-CAR staff.

Table 3-5: Achievement of the Project Purpose (As of September 2007)

Indicators for the Project Purpose	Benchmark Value		2007		Means of Verification
	2005	2006	2007	2007	
% of deliveries assisted by the SBAs in the target areas increases from the baseline value in 2005	Ifugao	68%	68%	N/A	PHO reports
	AMADHS	54%	59%	N/A	
% of facility deliveries in the target areas increases from the baseline value in 2005	Biliran*	28%	34%	77%	PHO reports RHU, DH, PH, BHS Reports
	Ifugao*	41%	41%	N/A	
	AMADHS	19%	19%	N/A	
% of pregnant women who received pre-natal care more than 4 times increases from the baseline value in 2005	Biliran	67%	59%	N/A	PHO reports
	Ifugao	99%	96%	N/A	
	AMADHS	88%	93%	N/A	
% of pregnant women who receive pre-natal care in the 1 st trimester increases from the baseline value in 2005	Biliran	N/A	N/A	N/A	RHU,DH,PH ,BHS Reports
	Ifugao	N/A	N/A	N/A	
	AMADHS	N/A	N/A	N/A	
Maternal mortality ratio (per 1000 livebirths) of project area decreases from the baseline value in 2005	Biliran	2.89	2.80	3.03	PHO reports
		No. Deaths: 10	No. Deaths:10	No. Deaths: 4	
	Ifugao	0.85	1.42	-	
		No. Deaths: 1	No. Deaths: 5	No. Deaths: 0	
	AMADHS	0.85	0.87	0	
		No. Deaths: 1	No. Deaths: 1	No. Deaths: 0	
Neo-natal mortality rate (per 1000 livebirths) of project area decreases from the baseline value in 2005	Biliran	5.78	7.43****	5.30	RHU,DH,PH ,BHS Reports; PHO annual reports
		No. Deaths: N/A	No. Deaths: N/A	No. Deaths:7	
	Ifugao	13.01	3.92****	N/A	
		No. Deaths: N/A	No. Deaths: N/A	No. Deaths: N/A	
	AMADHS	5.12	4.34	N/A	
		No. Deaths: 6	No. Deaths: 5	No. Deaths: 7	
	Biliran	82.2%	67.5%	29.1%	
	Ifugao	89.7%	83.9%	77.0%	

Source: RHU, DH, PH, BHS Reports (Baseline Survey); Presentation material on Program Achievement by Ifugao LGU (Oct. 2007); Project Monitoring Report, 2007; Report prepared for the Mid-term Evaluation by the Project, September 2007

Note: *Data from PHO annual & semi-annual reports; **Baseline Survey; *** as of Aug. 2006. Suggestions made by the M&E Expert regarding the alignment of the data gathering method used at the Baseline survey could not follow through, as the Project has not been gathering data for indicators.

Trends (2005 ~ 2006 ~ July 2007) of the Project Purpose indicators present different views in terms of facility utilization levels between two Project's target Provinces, Biliran and Ifugao. In Biliran Province, the utilization of prenatal and postnatal services has yet to show increase, in contrast with the dramatic increase in facility-based delivery rate. In AMADHS-ILHZ, however, utilization of prenatal and postnatal services presents a slightly upward trend, while the rate of facility-based and SBA-assisted deliveries have stagnated.

In Biliran Province, percentage of facility deliveries shows drastic increase from 28.2% in 2005 to

87.0% in 2007 (Jan.~July), while the percentage of facility-based deliveries was 11.1% (2005) and 10.7% in Ifugao; and, 19.5% (2005) and 19.0% (2006) in AMADHS-ILHZ. The trend of prenatal service utilization seems rather erratic, with a decline in the percentage of pregnant women who received prenatal care more than 4 times from 66.5% (2005) to 59.3% (2006) in Biliran, but an increase from 86.2% (2005) to 92.0% (2006) in Ifugao, 87.6% (2005) to 93.1% (2006) in AMADHS-ILHZ. The slight decline in 2006 in Biliran province could be a result of increased accuracy in recording data among health workers, which could be influenced by Project's intervention⁸.

All the RHUs where the Evaluation Team visited in Ifugao and Biliran Provinces, the PHNs noted the increase in frequency and number of prenatal and post partum visits. With intensified efforts by WHT to track pregnant women from the 1st trimester already in place, service utilization is expected to increase gradually.

Another indicator that may capture a trend of facility utilization is "the percentage of women who received at least one post partum visits."⁹ Another declining trend in Biliran from 82.2% (2005) to 67.5% (2006) is observed. On the other hand, in AMADHS, the percentage decreased once from 88.3% (2005) to 85.6% (2006), but later increased to 87.5% (2007) despite the change from 2006 in recording format of the post partum visit in Ifugao Province: They started tracking women with TWO post partum visits instead of ONE, which may describe a slight decline once in 2006.

As for the number of maternal and neonatal deaths, it is premature to make any conclusive statements on their progress. Considering the difficulties in measuring MMR¹⁰, the actual number of deaths and qualitative analysis of these deaths based on the Maternal Death Review (MDR)¹¹ will be more useful for measuring the effects of the Project. Both provinces have started the MDR in 2006. Four (4) deaths in 2006 in Ifugao and fifteen (15) deaths in 2006 and six (6) deaths in 2007 in Biliran were reviewed¹². The Provincial Health Officer of Ifugao who attended in the workshop on MDR stated that she has realized the significance of socio-economic factors in maternal deaths. However, it is difficult to draw a specific trend from the MDRs since the numbers of deaths is too small (Ifugao) or the detailed analysis of the MDRs to determine the real underlying causes of deaths is not available in document (Biliran).

Considering the above, the remaining challenges in Biliran Province would be to: 1) continue implementation of the Maternal Death Review with more in-depth analyses on the underlying causes

⁸ Project assisted Philippine Information System Workshop in September 2006 for skilled birth attendants.

⁹ This indicator is not listed as the "objectively verifiable indicator" of the Project. It is brought up as a reference to gauge extent of facility use by mothers.

¹⁰ Although the statistics on MMR are available at provincial level, described as the ratio of maternal deaths per 1,000 live births, it is considered inappropriate as the denominator is too small. While the PDM ver.3 has MMR as one of its indicators for the project purpose, only other indicators are decided to be used for the mid-term evaluation. If the MMR is still used as the indicator for the final evaluation of the Project is yet to be determined.

¹¹ According to DOH, the New Philippine Protocol on Maternal Death Reporting requires all the maternal deaths to undergo Maternal Death Reviews, but exclude the ones of indirect causes from the report.

¹² If the smaller number of maternal deaths in Ifugao, in comparison with Biliran, actually indicates lower occurrence of deaths or has to do with less accuracy in statistics due to difficult geographical features contributing to the poor access to the formal health information system is not clear.

of maternal deaths and subsequent follow-up actions to address the avoidable factors; 2) find out the reasons why the remaining 24% (approximately 300 cases) does not deliver in their facilities; 3) intensify promotional efforts to families and mothers on the benefit of prenatal and postnatal services; and, 3) ensure the quality of facility-based delivery services in order to retain those who come to the facilities.

In Ifugao Province, as people seem to be persuaded of coming to prenatal and postnatal services but to delivery, the challenges lie in: 1) how best the service providers can increase access to the services for delivery in a sustainable manner; and 2) how successful a community and health service providers could be in creating a supportive environment and mechanisms to enable pregnant mothers to reach the distant facilities.

3.2 Implementation Process

3.2.1 Adherence to the Plan

All in all, activities have been implemented mostly in line with the objectives of PDMver.1, with appropriate adjustments made to cope with circumstantial and internal changes in demands and needs. For instance, after the Provincial Resolution No.166 banned the TBAs to assist deliveries in Biliran, the Technical Management Committee decided to support the preparation process by organizing numerous consultative meetings with TBAs and RHUs, and by organizing community meetings to explain the usefulness and benefits of facility deliveries. As a result, confusions and resistance from TBAs and pregnant mothers that could have happened was contained.

In addition, the Project in both sites has moved forward in a faster than the plan. As a result, some of the community mobilization activities may have been conducted in haste, without sufficient preparation among the municipal and Barangay stakeholders¹³.

Despite that the Project Design Matrix (LogFrame) was shared with Counterparts in management committees and on individual basis, the extent of which PDM and the Plan of Operations have been utilized among Project implementers to guide their Project Activities was minimal. As this could result in disinformation about the scope of JICA support and thus preventing Counterparts to take charge of the Project's implementation, clear definition and presentation of the scope of JICA support to all Counterparts may be beneficial. In so doing, it would be useful to specify the target value to which the Project intends to reach by 2010.

3.2.2 Project Management and Decision Making Structure

Under this Project, the Executive Committee (EC) and Technical Working Group/Technical Management Committee, with the participation of Local Government executives, provincial and municipal health managers and JICA Project personnel, deal with planning and monitoring of activities as well as technical issues directly related to its implementation, at the provincial level. Regional CHDs also participate in the Executive Committee. At the Central level, the initial plan of

¹³ Results of the questionnaire among PHOs and MHOs suggest short notice of dates to prepare for health promotional activities. Key informant interview among Counterparts confirmed that the feelings were rather common among Counterparts.

Technical Coordination Group for the Health Sector Reform Agenda (TCG-HSRA) functioning as Project's overall coordination structure¹⁴ did not follow through due to reorganization into the Technical Management Committee and Core Group for Maternal and Newborn Health (TMC/CG-MNH), which was only established in September 27th 2007. In the absence of a central technical coordination body on MCH issues, the Joint Coordination Committee which is a mechanism to monitor and manage the MCH project implementation was established in March 2007. With the absence of overall management body at the central level, the Project has consulted, often on one-on-one basis, with the National Center for Disease Prevention and Control (NCDPC) under the Health Operations Department for reviewing major technical issues, while with the Bureau of International Health Cooperation under the External Affairs Department for matters related to foreign assistance (See Annex 15: Organization Charts).

Management of the Project at the Provincial level is appropriate and functional in both Ifugao and Biliran Provinces: The Executive Committees (EC) and the Technical Working Groups were established in July 2006 with the involvement of the Local Government chief executives, Provincial and Municipal Health offices, a representative from PhilHealth as well as the Regional Center for Health Development. In Biliran Province, the Project benefited from the Technical Management Committee of the Biliran ILHZ which has been receiving technical support by GTZ. In fact, EC-TWG/-TMG served as a key vehicle not only to draw and sustain political will and commitment, but also to bridge gaps between and among municipalities, the province and regional DOH.

Three (3) Assistant Project Managers (APMs), locally hired consultants, worked side-by-side with the Provincial Health Officers, as well as the MCH Coordinator (Biliran) and the Training Coordinator (Ifugao) to facilitate and oversee everyday Activities of the Project in two provincial sites¹⁵. The APMs, together with their main provincial Counterparts have been quite instrumental in promoting smooth implementation of activities, but also providing technical and programmatic guidance to Counterparts. APMs also sit in routine meetings in the local health board, the Provincial Health Office and AMADHS-ILHZ meetings and provide technical advisory. This coordination effort made JICA's support visible and integrated within PIPH implementation.

As most of the Project Activities are managed at Provincial level through EC-TWG/TMC, involvement of the central DOH Counterparts in the Project management remained consultative and policy-level technical advisory in nature. With the present structure lacking all-in-one body to oversee the policy aspect of the Project, there were some instances where the Project struggled to harmonize, or adhere to technical details of EmOC services while policy framework is undergoing careful scrutiny in its development.

3.2.3 Coordination Mechanism for Policy Dialogue

The Project intends to demonstrate through its actual implementation an effective strategy for increasing facility-based and/or SBA-assisted deliveries to reduce maternal and neonatal deaths. As

¹⁴ As per agreement in the R/D (January 2006). Please refer to Annex 2.

¹⁵ The Assistant Project Managers are designated in Provincial Health Office in Biliran, Ifugao, and in Mayoyao District Hospital for the Aguinardo-Mayoyao-Alfonsolista Inter-Local Health Zone (AMADHS-ILHZ).

such, one of the Output of the Project is to contribute to “*dialogues at the national and the provincial levels MCH policy discussions*” and “*(l)essons learned from the MCH project implementation are reflected to the MCH policy formulation.*” In order to implement this, the Project requires linking up with adequate channels to convey its message. So far, CHD in respective Regions have played an essential role in disseminating Project’s experiences to other Provinces in the same Region, which encouraged other areas to conduct the study tour to the Project sites, or to make inquiries in WHT activities with the Project Office¹⁶.

For these, there seem to be two existing coordination mechanism that concerns the Project: One is DOH Central ~ DOH Regional (CHD) ~ LGUs link. Besides their routine monitoring activities, there are several annual/biannual regional health sector forums that are organized by DOH-CHD, where local government executives and health managers meet and discuss programs. DOH-Central also organizes annual conference and program reviews on Safe Motherhood. The other mechanism is at central level technical working groups and management committees, such as the newly formed Technical Management Committee and Core Group for Maternal and Newborn Health. The Project has been in contract with the above two coordination mechanisms which had proven effective, especially the former.

3.2.4 Mode of Technical Assistance

The mode of technical assistance is adequate and responsive to the situation in target areas. In a way, the amount of technical inputs provided by the Japanese experts is rather limited. Expertise of Japanese Experts and Assistant Project Managers, at least for the first half of the Project, lie in mobilization and facilitation for effective use of existing resources, e.g. training module of EmOC and CMMNC, PhilHelath Mother and Child Package, the concept of the Women’s Health Team (WHT), and the like. They identify, mobilize and deliver pre-existing technical resources to where they are needed, and provide necessary inputs for such resources to be utilized to its full potential. To the extent that the initial focus of the Project was on putting in place the facility-based deliveries with EmOC considerations to where home-based deliveries were prevalent, this mode of technical assistance was essential. In the future, the provincial health system is likely to require more technical inputs to its management and quality assurance.

3.2.5 Ownership of the Project among Counterparts

The ownership of the Philippine counterparts is observed as high in each level in Biliran Province. The EC/TMC meetings are organized and led by PHOs/MCH Coordinator in the project sites, with the participation of Local Government executives. The activities are initiated by Counterparts and the project is only supporting the implementation and its resources. The ownership seems to have grown by the project staff attitude and principle that the project is only useful when it assists what their counterpart want to achieve by the project.

In Ifugao Province, maternal deaths are kept low despite high rate of home deliveries and ones not

¹⁶ Such a role and function of CHDs could pave a way for potential replication/diffusion of Project’s approach(es) within the Region.

assisted by SBAs. This, coupled with the bad access and yet limited availability of facilities that can provide delivery services, seemed to have hindered, initially, the development of the strong will among health and political stakeholders in pursuing facility-based deliveries. Nevertheless, one can observe that both political leaders and health professionals have come to commit to achieving zero maternal and newborn deaths, through involvement in the EC/TWG committees and health campaigns, and through training that equipped health professionals with knowledge and skills.

As for the Central and Regional DOH, although the interests in the Project's undertakings are generally high, the Project could benefit more if the DOH is more actively involved in monitoring and supporting Project implementation.

3.3 Factors that Promoted Realization of Effects

The following points are recognized as the promoting factors for the Project performance. Bulk of the information below is gathered by the Mid-term Evaluation Team through interviews with Project implementers and stakeholders as well as with group discussions with Women's Health Teams.

Harmonization with the Health Sector Reform Agenda: The Project was planned in the midst of DOH's rigorous pursuit of the Health Sector Reform Agenda and later the *FOURmula One* policy. Within its reform framework, Local Government Units (LGUs), such as provincial governors and municipal mayors were held directly accountable for health outcomes of their constituencies, and all the assistance from the development partners, including foreign donor, NGOs, private sector and donor agencies are accommodated in One Plan, the Province-wide Investment Plan for Health (2005~2010) (PIPH). This not only facilitated LGUs to have set the MDG outcome high in their political agenda but their active involvement and contribution to the health sector. This could be the reasons why the two and half year delay of EU funding via PIPH did not affect the Project's performance. Secondly, in case of Biliran Province, existing coordination mechanism among Municipalities (ILHZ) is instrumental in securing uniformity in Project's interventions and obtaining widespread effects within the Province.

Availability of the resources and prescribed vision to implement Mother and Newborn Care: The fact that the basic concepts and training modules for introducing the Maternal and Newborn Care services have already been developed available enabled the Project to swiftly get to training and to actual services deliveries. This, combined with Project's resource mobilization worked hand-in-hand for efficient utilization of existing resources for immediately production of Outputs. For instance, Project has utilized:

- The training modules and materials on BEmOC and CMMNC for upgrading skills and motivation levels among health service providers;
 - The proposed concept of Women's Health Team for creating demand for Maternal and Newborn Care services;
 - The PhilHealth accreditation of the Maternal Care Package for securing affordability and financial sustainability of services;
 - ILHZ-Technical Management Committee for an advocacy vehicle;
 - Mother and Child Book for an instrument to prepare family and mothers for facility-based delivery;
- and,

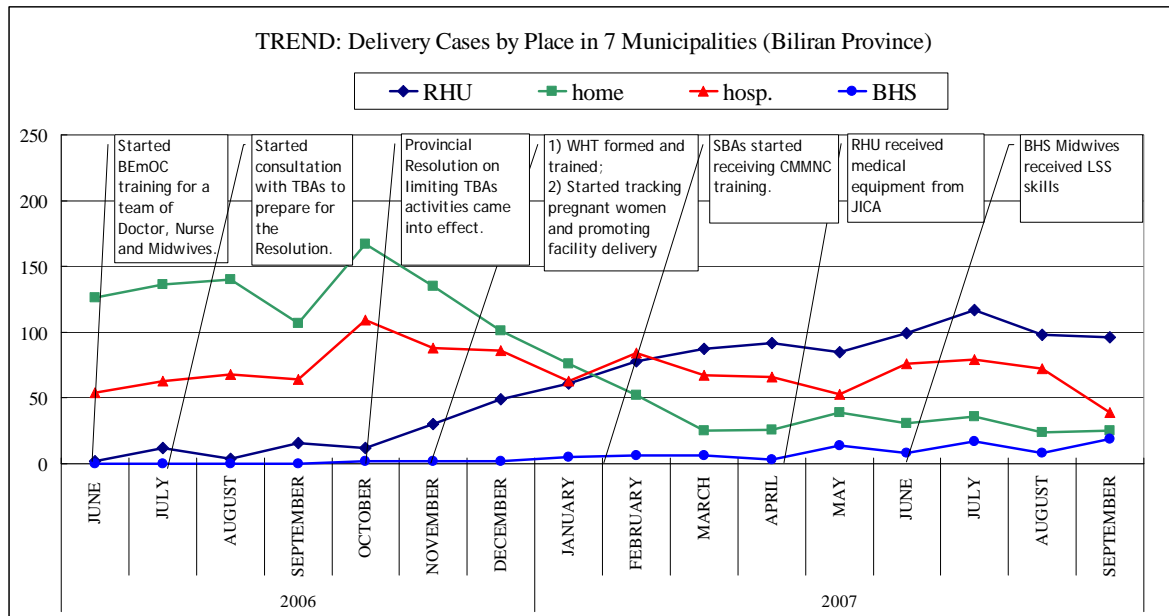
- Existing facilities and equipment provided mostly by the Women’s Health Project in the past.

Comprehensiveness of the Project’s Strategy: Looking into experiences in Biliran Province (c.f. Figure 3-1) in comparison with other Provinces with similar interventions, there seem to be four major components that appear to be either essential and/or supportive to the increase in facility delivery rate. They are: a) enhancing capacity to provide improved delivery services (EmOC and normal delivery) at RHUs and BHSs; b) creating demands with a mechanism to support mothers; c) Provincial resolution and Municipal ordinances promoting facility delivery; and, d) securing affordability of facility delivery through obtaining PhilHealth MCP accreditation and/or instituting fixed user fee for those without insurance.

According to a CHD personnel in Region VIII, in other Province where the above ingredients of EmOC training (a), mobilization of community support to mothers (b), and PhilHealth MCP accreditation (c) have been implemented, the facility delivery rate did improve despite the absence of legislatures, but only gradually. In another Province where capacity of RHUs and BHSs to provide improved delivery services (EmOC and normal delivery) was enhanced, no change in facility delivery has been observed. Facility delivery rate has also increased from 0 cases in 2006 to 40 cases (76% of all deliveries) in 2007 (Jan.~Sept.) in Maripipi island Municipality, without the Phil Health MCP accreditation.

Legislative provisions: Experiences so far in Biliran Province, in comparison with the above-mentioned ones in Provinces with similar interventions suggest that the role of legislative arrangements, i.e. Resolution No.166-2006¹⁷ seemed to be attributable to the drastic curve in facility-based delivery, which rocketed up after its full implementation. As seen in Fogure 3-1, the number of facility delivery cases has started to increase from August 2006, when the Resolution No. 166 was submitted to the Provincial legislature, followed by sharp upward curve from October 2006, when the Resolution was implemented.

¹⁷ “A Resolution regulating the practices of trained birth attendants on safe motherhood / maternal and child health program of the province of Biliran.” This virtually banned trained hilots (TBAs) to assist deliveries and gave new role as a promoter of MCH service utilization and facility-based delivery (Approved in September; implemented in October).



Note: Caibiran Municipality was excluded as complete data was not available.

Figure 3-1: Trend of Delivery Cases by place in 7 Municipalities in Biliran Province

Financial Arrangements (PhilHealth MCP capitation funds, Municipal Ordinances): In the process of preparation for the Resolution, the Project contributed to setting up a new financial mechanism to support facility delivery. Results of the interview as well as the record of delivery cases in each RHU suggest that the PhilHealth MCP capitation funds and municipal ordinances on standard user fees were instrumental in bringing pregnant women to the MCP accredited RHUs¹⁸ as well as in retaining commitment among health staff and WHTs. As increased cases of facility deliveries squeezed time and responsibility of RHU staff and WHT, incentives provided from parts of the capitation funds from the PhilHealth sustained their feeling of being adequately rewarded. The Project also promoted institutionalization of such a mechanism to share the benefits among stakeholders of the facility deliveries, i.e. members of WHT and RHU/BHS staff.

As a rule of the PhilHealth, 70% of the capitation fund goes to operation, maintenance and replenishment of medicines and supplies.

Community mobilization by Women's Health Teams and tools to assist their activities: Renewed and intensified community mobilization efforts by health volunteers were essential in stimulating service utilization. Group interview with Women's Health Team from 6 Municipalities revealed that the number one concerns among pregnant women regarding the facility delivery were financial and/including the means of transportation. At the same time, their disbelief that pregnancy could be a life risk is quite a general conception. According to the WHTs, the individual persuasion by them to prepare the birth plans using a format in the Mother and Child Book is a quite effective in assisting the family and pregnant women to save and prepare for the emergencies, where physical access is less of an issue. At the same

¹⁸ In PhilHealth MCP accredited facilities, those covered by PhilHealth can receive free delivery service. In addition, the RHU is reimbursed at the value of 4,000Php per delivery, 30% of which is usually used for incentives for attendants as well as a member of WHT responsible. 70% will go to the Municipality and used to support replenishment of medicines and supplies.

time, through the planning process, pregnant women and WHTs can identify which factors are beyond their family's capacity, after which they can mobilize community support.

Sharing of the Project's experience at central and regional forums: Participation in several regional and central meetings by the Project stakeholders raised attention and interests among health professionals and LGU executives from other Provinces: This seemed to have influenced for non-project areas to adopt the activities of WHTs. For instance, after the presentation on the "good practice" about WHTs' activities by the Mayoyao representative in the CHD-CAR-sponsored annual meeting, the Project has been receiving requests for copies of the WHT Guides and for advice for its implementation from stakeholders in CAR Region. Another instance was when the experience of Biliran Province in increasing facility delivery led to several study group visits by provincial representatives from non-project Provinces.

Baseline Survey (Needs Assessment): From June till October 2006, a baseline survey was conducted to assess the situation of MCH in the project sites. Judging from the interview from Project stakeholders, the contents of the survey enabled them to pinpoint the issues, as well as to plan realistic and appropriate interventions based on existing resources captured. Thus, it made contribution to efficiency and effectiveness of the Project.

The survey and was a detail assessment on: 1) the magnitudes of maternal death and neonatal death in the project areas through the compilation of primary and secondary data and interview of community-based midwives; 2) accessibility of the existing MCH services especially in EmOC; 3) reviewing health seeking behavior of pregnant women; and, 4) qualitative study on the attitude of TBAs on their profession.

3.4 Factors that Inhibited Realization of Effects and Potential Risks

3.4.1 Factors that Inhibited Realization of Effects

The following points are recognized as the inhibiting factors for the Project performance.

Difficulties in accessing birthing facilities: Distance to and from facilities with delivery services and unavailability of transport were raised as one of the strongest hindering factors for pregnant women for not using facilities for delivery during group interviews with Women's Health Teams in Ifugao. In AMADHS-ILHZ, 30~48% of the MCH service users at RHUs come from the catchment barangays of the RHUs. This suggests most MCH users from distant barangays either use BHSs or unable to access the services itself.

Turn over of Nurses and Doctors: Frequent turn-over of doctors are common in Biliran and Ifugao, and more visible in provincial and district hospitals than in Municipal Health Offices. Among the Counterparts for the Project, 3 doctors have already left the post and left for abroad and other provinces: This means not only that the investments in EmOC and CMMNC training have been lost elsewhere, but also a threat to continued provision of the EmOC services . High turn over could be due to the fact that income earning opportunities other than their regular salaries are slim in both provinces¹⁹.

¹⁹ The poverty incidence among families in Biliran and Ifugao are 47% and 28% in 2003, respectively, according to the National Statistics Coordination Board.

Financial burden on households: Number one reason among pregnant women who show resistance to facility-based deliveries was financial, according to group interviews to WHTs conducted by the Mid-term Evaluation Team. Household's financial requirement due to facility delivery includes: 1) user fees for delivery when not covered by PhilHealth; 2) opportunity costs for leaving the house for traveling; and, 3) transport costs to and from the facility. (2) and (3) are more acute in Ifugao Province. While WHTs have already been promoting PhilHealth benefits and facilitating community support to offset the opportunity costs, indigent and uninsured households would still lack access to the service. Despite the LGU's sponsorship to indigent population that enabled Biliran and Ifugao Provinces to have high coverage rates of 104% and 91% in 2007 (as of July)²⁰, quite a few households remain uninsured. This indicates that LGUs' investment to the poor has not really reached to those intended.

Difficulty in ensuring quality for basic medical equipment: Results of questionnaire, interviews and direct observation by the Mid-term Evaluation Team observed that some equipment procured for hospitals and RHUs were inadequate in its quality. Among them, some delivery beds were too low a standard to utilize. The procurement procedure was in line with JICA's standard protocol, which awards the contract to the bidder with the lowest quotation. While there are rooms to improve the specification details of equipment and inspection practice upon delivery, these efforts would not suffice in the absence of a certain quality assurance mechanism on medical products.

3.4.2 Potential Risk Factors

Absence of human resource development and management plan corresponding to the expansion of facility-based deliveries: In Biliran province, introduction of 24-hour BmOC services at RHUs and sudden increase in caseloads resulted in full mobilization of existing workforce, and in some RHUs, seemed to exceed current human resource capacity. As the facility delivery is expected to increase further, human resource development and management plan will require substantial review at Provincial and Municipal levels in proportion to the caseload projection. In Ifugao Province as well, formulation of a human resource development and management plan with projected workforce requirement in accordance with the expansion of BEmOC and other birthing services is required. Service expansion without such projections and plans could not only affect the quality of services but also squeeze LGU budget disproportionately.

Concerns over shortage of medicines for MCH services: During the visits to some RHUs and BHSs, the chief of facility noted the shortage of medicines and supplies related to MCH services. FSHIS data also suggests limited coverage of vitamin A and iron supplements provided for pregnant and lactating/postpartum mothers. Currently, procurement of medicines is carried out at the Municipality level, instead of the ILHZ as intended by the Health Sector Reform. As the budget allocated by the Municipal Office is too low to secure sufficient medicines and supplies²¹, RHUs often rely on PHOs

²⁰ Data from PhilHealth Offices in Biliran and Ifugao Provinces.

²¹ In both Provinces, approximately 30% of the total LGU expenditure is incurred to the health sector²¹. However, most of which goes into personnel, and very few amount is left for the Maintenance, Operating and Other Expenses and Medicine and Supplies (MOOE). In Biliran Province, 2005 personnel expenses occupy 68% and 65-89% of the total PHO and Municipal health budget, respectively²¹. In Ifugao Province, 2006 personnel expenses occupy 71% of the total PHO and 59-90% of Municipal health budget, respectively²¹.

and provincial hospitals to cover the shortage. If not, health workers usually give prescription to mothers to purchase at private pharmacies. This issue may require inquiry so that this would not affect the level of satisfaction among service users.

Concerns over other contributing factors to high maternal mortality and morbidity: Interviews with medical and community health workers raised the issue of spontaneous abortions and the issues of having children “too young, too old, too frequent, too many.” In Ifugao Province, number of spontaneous abortions is reportedly high, especially among women who gave birth with several children. In Biliran Province, there was one indirect maternal death (due to suicide) to a teenage mother, most likely to be a case of unwanted pregnancy. In both Provinces, medical practitioners reported shortage of contraceptive supplies in their facilities. Although these are factors beyond the control of the Project, close monitoring on this issue is beneficial as it affects the health of mothers and newborns.

4. Evaluation Results

4.1 Evaluation by Five Criteria

4.1.1 Relevance

Project design is still relevant in view of consistency with national and local policies, Japan's cooperation policies and the needs of the target groups. It could also be justified as relevant as means to reduce maternal and neonatal deaths. Specific arguments are made as the following.

- 1) Project's Overall Goal and the Project Purpose of reducing maternal and neonatal (and thus, infant) deaths are consistent with the national health policies and contents of the Mother and Child Health Program. The framework and technical standards set in the Administrative Order in Safe Motherhood are duly followed.
- 2) Project's contents are coherent with Japan's ODA strategy to the Philippines²²: Increasing capacity of LGUs to improve standards of living in poverty-stricken areas is raised as one of the priority. JICA's strategy of cooperation in the Philippines also focuses on strengthening and expansion of basic social services that directly reach to the poor.
- 3) The Project is responding to the needs of the target groups, especially of delivery service providers and administrators at regional, provincial and local levels. Prior to the Project, the framework for implementation, skills of service providers, institutional capacity in both local administrative institutions and medical facilities to operationalize emergency obstetric care services had rather been weak. Considering the initial positive reaction by pregnant women in Ifugao Province, and drastic increase in facility-based delivery in Biliran Province, the Project could be considered consistent with the needs of family and pregnant women. Continuous monitoring of the needs of beneficiaries could continue through WHT activities.

4.1.2 Effectiveness

Given differences in social, cultural and physical settings, effective strategies in Ifugao and Biliran Province may also differ. As such, effectiveness is discussed separately.

Ifugao Province

It is rather early to determine effectiveness of Project's interventions in increasing SBA-assisted deliveries and in reducing maternal and neonatal deaths in Ifugao Province. SBA-assisted deliveries and facility-based deliveries are yet to increase except in Mayoyao. Nevertheless, efforts made to: 1) equip service providers with skills and knowledge on EmOC and CMMNC; and, 2) tap in the demand for facility-based deliveries as well as for regular prenatal and post partum care have started to show some initial positive response by the community and among health service providers.

Based on lessons learned from the past, Project's strategy is addressing the three out of five (5) key complementary and mutually reinforcing interventions²³ to reduce maternal deaths: 1) mobilizing political commitment and an enabling policy environment; 2) ensuring quality antenatal care, skilled

²² Both the Ministry of Foreign Affairs and JICA are currently finalizing the assistance policy and county programs for the Philippines (2007-). The new draft policies are referred to as they inherit mostly same principles and priorities as the ones in outgoing policies.

²³ H N P Discussion Paper "Achieving the Millennium Development Goal of Improving Maternal Health: Determinants, Interventions and Challenges," The World Bank, March 2005.

attendance during childbirth, and availability of emergency obstetric services for pregnancy complications; and 3) strengthening the health system and community involvement.

Initial difficulties can be expected considering the distance and family's preference to traditional birth attendants: However, with increased access to birthing stations and with continuous promotion efforts by the WHTs, facility-based deliveries and SBA-assisted deliveries could increase but requires longer term.

Biliran Province

As for Biliran Province, Project's interventions are comprehensive, and effective in increasing facility delivery. Provided that this gain is retained and the important assumptions is fulfilled, the Project Purpose of "the health and safety of mothers and neonates in pre-natal, during delivery and post-partum period" is likely to be achieved by 2010.

As discussed in "3.3 Factors that promoted realization of effects," the project's strategy is comprehensive, in that it addresses three out of five (5) key complementary and mutually reinforcing interventions to reduce maternal deaths: 1) mobilizing political commitment and an enabling policy environment; 2) ensuring quality antenatal care, skilled attendance during childbirth, and availability of emergency obstetric services for pregnancy complications; and 3) strengthening the health system and community involvement.

Whether this gain in increased MCH service utilization will be translated to actual health outcome, i.e. decline in maternal and neonatal death, however, may require more time than the Project period to observe. The important assumptions of the Project, i.e. continuation of government policy, control over unplanned pregnancies and unsafe abortion, and secure operations of PhilHealth, need regular monitoring as well.

4.1.3 Efficiency

Project has been implemented efficiently as most inputs have been appropriate and utilized to produce outputs. Good partnership between Project staff, ILHZ Technical Management Committee members enabled efficient implementation of the Project.

In addition, the Project is characterized with its extensive use of existing resources, and turning them into Outputs. Mobilized resources include EmOC training module, draft CMMNC training module and materials, the guide to Women's Health Team, Mother and Child Book, PhilHealth Maternal Care Package, and existing equipment/facility provided by the Women's Health Project.

Some equipment procured by the Project was of low quality and could not be utilized for intended purposes, as discussed in "2.4 Factors that Inhibited Realization of Effects." While there are rooms to improve the specification details of equipment and inspection practice upon delivery, these efforts would not suffice in the absence of a certain quality assurance mechanism on medical products.

4.1.4 Impact

As mentioned earlier in "3.3 Factors that promoted realization of effects," the experience in Biliran Province regarding the strong political commitment producing drastic increase in facility-based deliveries has attracted interests from other Provinces. At the same time, the experience in Ifugao

Province regarding WHT activities also seemed to have created attention among other provinces in CAR region.

As for potential negative impacts on TBAs and residents in promoting facility-based deliveries, Women's Health Team members do not perceive it as significant hindering factor. Rural Health Midwives and other members of WHT seem to be coping with the ideas of promoting facility-based deliveries and SBA-assisted deliveries, and showing willingness to continue health education efforts in the community. Most traditional births attendants are in agreement with not assisting deliveries in absence of SBAs.²⁴ Nevertheless, all the stakeholders interviewed reported difficulty over persuading mothers and families for complying to facility-based and/or SBA-assisted deliveries due to financial difficulties, inaccessibility and unfamiliarity with the idea. They usually require second and third home visits to continue persuasion.

There is a concern over those who are excluded from the PhilHealth compensation, especially those women with more than three children. Nevertheless, those could also receive discounted fares via the Department of Social Welfare and Development (DSWD) protocol in accordance with the income scale classification in Ifugao Province. In Biliran Province, five (5) out of eight (8) municipalities already have ordinances that fixed user fee rates for the facility deliveries, for transparency and affordability.

In the same token, in Biliran Province where there is prohibitive measures on home deliveries by TBAs, close monitoring may require so that those cases will not go underground, and adversely result in delay in seeking proper services, or driving home delivery cases and unwanted pregnancy cases out of the scene.

4.1.5 Sustainability

In both Province, it is rather premature to discuss the likelihood of sustainability at this stage, although one can observe several positive factors that support sustainability of increased MCH service utilization as well as intensified demand creation in Biliran Province.

- (1) Political commitment at all levels towards achieving the Millennium Development Goals on maternal and infant deaths is likely to be sustained irrespective of regime changes. More defined policy framework on EmOC will further facilitate continuity of the efforts in implementation level. Provincial, municipal and barangay governments in both Provinces have been providing financial, legislative and moral support to health sector, despite budget limitation (e.g. Provincial resolution, Municipal ordinances, PhilHealth Indigent Program, facility improvement, honoraria for BHWs, free emergency transport, etc.)
- (2) All the essential technical contents regarding EmOC, CMMNC and WHT are already owned by DOH. There are trainers who can replicate training for CMMNC and WMT, except for BEmOC with higher cost requirements.
- (3) As for the financial sustainability, the EU funding is expected to add a major capital contribution to implement the Provincial Investment Plan for Health (PIPH: 2005~2010), and significantly

²⁴ Results from group interviews with WHTs, key informant interviews with LGU executives, and PHO and MHO staff.

boost the expansion and upgrading of facilities and equipment;

In addition, strategies to secure sustainability have already been integrated into the Project design:

- (1) **Active involvement of LGUs** in Project's decision-making mechanism, which served as a vehicle to advocate their support for health issues;
- (2) **Support for PhilHealth Maternal Care Package**, which created a certain level of income for RHUs to replenish supplies and to provide incentives for health center staff, WHTs including TBAs;
- (3) **Creating demands for facility-based deliveries** through regular counseling and community mobilization, which provided RHU and BHS staff continuous opportunities to employ their newly acquired skills;
- (4) **Technical support for developing proper monitoring and supervising capacity** to ensure the gains and quality in providing MCH services, including EmOC and CMMNC (Planned);
- (5) **Project has given knowledge, tools and a certain structure** to Women's Health Teams, municipal and barangay officials to come up with own coping strategy for pregnancy related emergency;

On the other hand, uncertainty lies in the following factors.

- (1) **Managerial aspect:** At the moment, most of the Project Activities have been initiated, facilitated and handled by the Assistant Project Managers (APMs), supported by the administrative support staff of the Project. There could be a danger where activities relating to Safe Motherhood come to stall when the Project personnel are withdrawn.
- (2) **Human resource concern:** While case loads among health workers, especially ones of midwives, rocketed up, human resources allocation stayed the same in most of facilities. While some facilities were able to manage the workload by revisiting time allotment of staff members and by hiring temporary workers, others struggle due to the unmanageable volume of cases. Doctors' turn-over add to the burden. This issue needs to be dealt with early, as this poses threat to service quality, and in turn may lower evaluation of the services by clients.
- (3) **EU funding:** While it will give opportunities for LGUs to significantly upgrade some health facilities to EmOC standards, increased burden on human resources allocation, training and maintenance costs may squeeze already limited LGU budget. Careful financial planning is essential
- (4) **PhilHealth coverage:** PhilHealth coverage among service users is vital, not only for those who cannot afford user fees but also to support financial sustainability of delivery services. Unfortunately, LGUs' Indigent Support Program has not covered all it intended to cover, despite numerical universal coverage exceeding 100%. More efforts to increase individual enrolment, as well as to improve actual coverage will be beneficial for sustainability.

4.2 Conclusion

Taking stock of the achievements the Project has been implemented ahead of the Plan.

In Biliran Province, one could expect further progress in facility-based development until the end of the Project period (March 2010). In AMADHS-ILHZ in Ifugao province, the percentage of deliveries

assisted by SBAs is likely to reach the provincial target of 75% by 2010. As for the facility-based delivery target of 50% by 2010, this may take longer than aimed, considering difficulties with impeding geographical characteristics and preference to home and TBA-assisted deliveries.

Thus, the Project implementers shall work as per the current PDM and POs while focusing on challenges identified through the Mid-Term Review process for the rest of the Period (~2010). In Ifugao Province where majority of potential service users face difficulty in accessing facilities, more weight should be placed on Output 3 and Output 4 (the community mobilization component) and promotion of SBA-assisted deliveries while in transitional phase to facility-based ones.

5 Recommendations and Lessons Learned

5.1 Recommendations

Having conducted, in rather rapid pace, most of the planned training and provision of equipment, it is advised that the Project to gear towards improvement and sustainability in quality of activities in the second half of the project period. Continuous financial and human resource support by LGUs is critical to sustain activities to produce tangible effects of the Project.

1. DOH is advised to provide guidance to the Project on the implementation specifications of EmOC, until such time the framework on Maternal and Newborn Care Policy Framework is adopted.
2. DOH and LGUs are advised to mutually consult one another to formulate the expansion plan of EmOC services taking stock of the existing human resource management plan. Implications of service expansion on future financial and personnel requirements should also be considered.
3. Project implementers are advised to share the Plan of Operations and divide responsibilities for implementation. They are also advised to develop monitoring and supervising tools of the Project Activities and continue to collect data for indicators based on the PDM.
4. Project implementers are advised to focus their efforts on quality assurance of the facility-based deliveries.
5. Project implementers are advised to design more targeted strategy to promote the hard-to-reach mothers for facility-based deliveries by conducting the in-depths analysis of MDR. It will require inter-sectoral approach as MDR, so far, indicates strong influence of socio-economic and cultural factors.
6. The Provincial Health Board of Ifugao handed to the Evaluation Team the excerpt of the minutes of meeting of the regular session of provincial health board held in September 24, 2007. It includes the resolution No. 02 s. 2007 endorsing the request of the provincial governor and the MCH Executive Committee resolution for expansion of the Maternal and Child Health Project to the eight non-JICA MCH Project municipalities. As the Team is not in a position to respond to the request, it will convey the message to the JICA Philippine office and its headquarters. Since the requested area under consideration is too large to accommodate by the current Project arrangement as stated in the Record of Discussions dated on January 10, 2006, the Ifugao provincial government is advised to utilize the fund for F-1 investment fund. JICA may assist TOT for the key personnel.
7. Project implementers are advised to improve project documentation, both in quantitative and descriptive, for transparency and disseminating the experiences of the Project sites by drawing evidence-based good practices and lessons of the Project which may assist designing expansion of the similar projects within the regions through CHD. Experiences in two provinces with very different features have indicated various external factors such as geographic circumstances, availability of transportation and communication, the level infrastructure, socio-cultural factors, may act as either promoting and inhibiting factors for the Project implementation. Although it is difficult to directly intervene in these factors, such experiences have significant programmatic implication. They will be useful guidelines for designing the plan of operation and benchmarks.

5.2 Lessons learned


In JICA assisted projects, procurement of equipment is undertaken by competitive bidding based on the equipment specification. In this system of procurement, there is always a risk of acquiring equipment of less quality. In order to take all necessary measures to prevent such, it is strongly advised that specification is developed in detail and precisely, with indication of national standards if such exist. When the equipment has been delivered, the end user should inspect the items against the specification stipulated in the contract with the supplier to ensure that the equipment is in accordance with the contract.

4/10/2007

PDM for Maternal and Child Health Project

Annex 1 Project Design Matrix
ver.2

Final 5/5/07


Dr. Ethelyn Nieto
Undersecretary
Department of Health

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicator	Means of Verification	Important Assumptions
<p>Overall Goal</p> <p>Maternal Mortality Ratio and Infant Mortality Rate in the target areas consisting of Ifugao Province and Biliran Province are reduced within the framework of the National Goal of Improving Women and Child Health.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Reduction of MMR in the project areas from the time project started till the end of the project (MMR is dropped from the time of project start) Reduction of IMR in the project areas from the time project started till the end of the project (IMR is dropped from the time of project start) Reduction of NMR in the project areas from the time project started till the end of the project (Neonatal Mortality Rate is dropped from the time of project start) 	<ul style="list-style-type: none"> RHU annual reports PHO annual reports DOH documents 	<ul style="list-style-type: none"> No major change in policies is occurred.
<p>Project Purpose</p> <p>Safe motherhood and newborn care services to women of reproductive age and newborns in the target areas are strengthened through the approaches taken and lessons learned in the project which will contribute to implementation of above framework.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Percentage of delivery in facilities increase Percentage of referral of high-risk pregnancy increase 	<ul style="list-style-type: none"> RHU annual reports PHO annual reports DOH documents Project documents 	<ul style="list-style-type: none"> Trained counterpart personnel continuously worked in facilities in the province

最終保存者 :

<p>Outputs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. EmOC (Emergency Obstetric Care) service delivery is strengthened. 2. MCH Service Delivery system is enhanced at primary health level. 3. Management to support SBA (Skilled Birth Attendants) is improved. 4. System for supporting pregnant mothers and newborns in the community is enhanced. 5. Feedback on lessons learned from the Project is reflected in the national policy implementation. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 <ul style="list-style-type: none"> Number of SBA trained on EmOC Number of facilities functioning as EmOC service provider 2 <ul style="list-style-type: none"> Number of SBA trained for CMMNC Number of RHU (Rural Health Unit) accredited for PhilHealth Maternal and Child Package 3 <ul style="list-style-type: none"> Monitoring and supervision meeting is regularly organized Number of review meetings held 4 <ul style="list-style-type: none"> Number of facility delivery 5 <ul style="list-style-type: none"> Number of national level trainings and workshops conducted 	<ul style="list-style-type: none"> Minutes of meeting of Provincial Executive Committee and Technical Working Group PhilHealth documents PHO annual reports Provincial annual reports RHU annual reports Municipal annual reports DOH documents Project documents 	
<p>Activities</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. EmOC (Emergency Obstetric Care) service delivery is strengthened. <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Assist in strengthening the EmOC system by updating or reproducing standard manual, improving training equipment and conducting training of trainers. 1.2 Organize teams towards strengthening health care at various levels of BEmOC (Basic Emergency Obstetric Care). 2. MCH Service Delivery system is enhanced at primary health level. 	<p>Input</p> <p><u>Japan's side</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispatch of Japanese experts 2. Training of counterparts 3. Supply of equipment 4. Logistics 5. Cost-sharing 		

PDM Ver.3 Annex 1 Project Design Matrix ver.3 Date: 8/30/2007

Project Name: Maternal and Child Health Project in Philippines Duration: March 2006-March 2010 Project Area: Biliran Province and Iligao Province
 Target Groups: DOH, CHD, PHO, MHO, SBAs, BHV, Mothers, BHS, RHUs, DHs, PHs, etc. Ver. 3

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicator	Means of Verification	Important Assumptions
<p>Overall Goal</p> <p>In the framework of National Goal of Improving Women and Child Health, the central and provincial levels organizational capacity to implement effective MCH strategies is strengthened and the quality and quantity of MCH services is enhanced.</p>	<p>(National Level)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. % of health facility deliveries 2. % of deliveries assisted by a skilled birth attendant (SBA) 3. % of pregnant women who received prenatal care 4. Maternal Mortality Ratio 5. Neonatal Mortality Rate 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PHO annual reports ▪ DOH documents 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Any change in policies does not give any negative impact on the project implementation.
<p>Project Purpose</p> <p>In the project target areas, the health and safety of mothers and neonates during the pre-natal, delivery and postpartum periods is improved by ensuring the quality of care and increasing the utilization of services provided.</p>	<p>(In the Target Areas)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. % of health facility deliveries 2. % of deliveries assisted by a skilled birth attendant (SBA) 3. % of pregnant women received pre-natal care at least 4 times during pregnancy 4. % of pregnant women who received pre-natal care in the 1st trimester 5. Maternal Mortality Ratio 6. Neonatal Mortality rate 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RHUs/BHSS, DHs, and PHs data 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Any change in policies does not give any negative impact on the project implementation.
<p>Outputs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Implementation mechanism and capacity of the central level(DOH Central and Region) to enhance Emergency Obstetric Care: EmOC at all levels is strengthened 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Availability of EmOC and CMMNC Training manuals 1.2. Number of trainers who 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Minutes of JCC ▪ Project annual report ▪ DOH report 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuous government support to safe motherhood in the project area ▪ Any change in policies

<p>2.1 Improve capacities of training to conduct MCH related trainings.</p> <p>2.2 Conduct CMMNC (Community Managed Maternal and Newborn Care) training.</p> <p>2.3 Fulfill the requirement for the PhilHealth Maternal and Child Package.</p> <p>3. Management to support SBA (Skilled Birth Attendants) is improved</p> <p>3.1 Implement monitoring and supportive supervision for SBA.</p> <p>3.2 Review complicated pregnancy and delivery cases among groups of SBA.</p> <p>4. System for supporting pregnant mothers and newborns is enhanced at community level.</p> <p>4.1 Advocate community based supporting system for emergency</p> <p>4.2 Organize and train Women's Health Team towards strengthening health care at community level.</p> <p>5. Feedback on lessons learned from the Project is reflected in the national policy implementation</p> <p>5.1 Participate in discussion and implementation of policies related to maternal and child health with special focus on EmOC by the DOH-MCH Task Force consisting of cooperation partners</p> <p>5.2 Participate in developing monitoring and supervision system of MCH</p> <p>5.3 Implement TOT (Training of Trainers) of CMMNC (Community Managed Maternal and Newborn Care).</p> <p>5.4 Disseminate the MCH education materials with other cooperation partners</p>	<p><u>Philippine side</u></p> <p>1 Counterpart staff to the project</p> <p>2. Cost-sharing</p> <p>3. Office space for project's use</p>
---	---

<p>2. The MCH services and EmOC are strengthened in the project target areas</p>	<p>underwent TOT of CMMNC</p> <p>1.3. Availability of monitoring and supervision tool for EmOC</p> <p>2.1 Number of SBAs trained on BEmOC</p> <p>2.2. % of SBAs trained on CMMNC</p> <p>2.3. Number of Midwives trained on LSS</p> <p>2.4. % of PhilHealth-accredited RHUs w/ Maternity Care Package (MCP)</p> <p>2.5. Number of health facilities which offer BEmOC services</p> <p>2.6. Number of BHSs working as birthing stations</p> <p>2.7. % of health facility deliveries</p> <p>2.8. % of deliveries assisted by a Skilled Birth Attendant</p>	<p>1.3. Availability of monitoring and supervision tool for EmOC</p> <p>2.1 Number of SBAs trained on BEmOC</p> <p>2.2. % of SBAs trained on CMMNC</p> <p>2.3. Number of Midwives trained on LSS</p> <p>2.4. % of PhilHealth-accredited RHUs w/ Maternity Care Package (MCP)</p> <p>2.5. Number of health facilities which offer BEmOC services</p> <p>2.6. Number of BHSs working as birthing stations</p> <p>2.7. % of health facility deliveries</p> <p>2.8. % of deliveries assisted by a Skilled Birth Attendant</p>	<p>Minutes of meeting of Provincial Executive Committee and Technical Working Group</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ PhilHealth documents ▪ PHO annual reports ▪ RHU annual reports ▪ Municipal annual reports ▪ DOH documents ▪ Project documents 	<p>does not give any negative impact on the project implementation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FP coverage will be maintained or improved ▪ Unsafe abortion will not increase
<p>3. Supporting mechanisms for mothers and babies in the communities are strengthened</p>	<p>3.1 Number of established Women's Health Team: WHTs (>1/Brgy)</p> <p>3.2 Number of mother's</p>	<p>RHU annual reports</p> <p>Project documents</p>	<p>RHU annual reports</p> <p>Project documents</p>	

<p>4. Management and supportive supervision mechanisms are in place for WHTs and midwives in order to improve quality of service and their work environment in the project target areas</p>	<p>class/WHT/month</p> <p>3.3 Availability of community plan for birth preparedness and emergency readiness</p> <p>3.4 Satisfaction of mothers</p>		
<p>5. Lessons learned from the MCH project implementation contribute to the dialogues at the national and the provincial levels MCH policy discussions and is reflected in the MCH policy formulation</p>	<p>4.1 Number of monthly meetings of WHTs and RHUs and number of case conferences conducted</p> <p>4.2 Number of maternal death reviews conducted</p> <p>4.3 Number of monitoring or supportive supervisory visits conducted by PHO/MHO</p> <p>4.4 Satisfaction of WHT members</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoring reports ▪ RHU reports ▪ Project reports 	
	<p>5.1. Number of MCH TWG meetings</p> <p>5.2. Number of MCH training manuals provided</p> <p>5.3. Number of other MCH related meetings conducted or participated in by the project</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Project reports ▪ Minutes of MCH TWG meetings 	

Activities	Input
<p>1. Implementation mechanism and capacity of the central level to enhance Emergency Obstetric Care: EmOC at all levels is strengthened</p> <p>1.1 Establish the central level Joint Coordination Committee; JCC which is a mechanism to monitor and manage the MCH project implementation</p> <p>1.2 Assist in establishing EmOC monitoring mechanism (preparing check list, defining the role and responsibility of supervisors)</p> <p>1.3 Assist in strengthening the EmOC training by providing equipment for Fabella Hospital and in the reproduction of the existing standard manuals</p> <p>1.4 Develop and print training materials for CMMNC Trainers and implement nationwide Training of Trainers: TOT on CMMNC in collaboration with other funding agencies.</p> <p>1.5 Provide Philippine side project counterparts capacity building trainings in Japan on the MCH program management</p>	<p>Japan's side</p> <p>Personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Long-term experts <ul style="list-style-type: none"> - Project Chief Advisor - Project Coordinator - Local Consultants - Secretaries and drivers ▪ Short-term experts As required <p>Equipment</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medical equipment ▪ Office equipment ▪ Vehicle, Ambulance <p>Trainings</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ BEmOC, CMMNC, WIIT, LSS, and Newborn ▪ Screening trainings ▪ C/P trainings in Japan <p>Operational Cost- as per required</p>
<p>2. The MCH services and EmOC are strengthened in the project target areas</p> <p>2.1 Conduct baseline survey of current MCH situation by a contractor in the project target areas</p> <p>2.2 Establish project Executive Committees (FC) and Technical Working Groups (TWGs) to monitor project implementation and to conduct meetings for the discussion of any project implementation issues.</p> <p>2.3 Provide BEmOC trainings for all SBAs working in District Hospitals and RHUs in the project target areas</p> <p>2.4 Provide CMMNC trainings for all SBAs and</p> <p>2.5 Provide Life Saving Skills trainings for midwives in BHSs in the project target areas</p> <p>2.6 Assist in the upgrading RIHUs by providing equipment and trainings towards PhilHealth Insurance Cooperation accreditation for the Maternity Care Package: MCP that will</p>	<p>Philippine side</p> <p>Personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Project manager(central and local) ▪ Project MCH coordinator (central and local) <p>Facility</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Training facility ▪ Office facility <p>Local Cost- as per required</p>


	<p>benefit the poor in the project area</p> <p>2.7 Assist some remote BHSs to function as birthing stations. 2.8 Assist Mayoyao DH to be upgraded to CEmOC facility and Biliran PH to be 3rd level hospital</p> <p>3. Supporting mechanism for mothers and babies are strengthened in the community</p> <p>3.1 Organize Women's Health Team to improve community participation through birth preparedness in the community, conduct WHT trainings, and carry out WHT activities in their communities (home visits, counseling, filling out pregnancy tracking records, conducting mother's class, and conducting monthly meetings at BHSs)</p> <p>3.2 Assist in establishing community based multi-sectoral group to assist the needs of mothers</p> <p>4. Management and supportive supervision mechanisms are in place for WHTs in order to improve the quality of care and their work environment in the project target areas</p> <p>4.1 Conduct supportive supervision to WHT and SBA by PHO/MHO offices</p> <p>4.2 Conduct regular meetings among RHU staff</p> <p>4.3 Conduct regular meetings with WHTs and rural health midwives</p> <p>4.4 Conduct Maternal Death Review and case conference by PHO, RHUs and SBAs</p> <p>5. Lessons learned from the MCH project implementation contribute to dialogues at the national and the provincial levels MCH policy discussions and is reflected to the MCH policy formulation</p> <p>5.1. Reactivate the MCH Technical Working Group: TWG 5.2. Participate in MCH TWG meetings to share the information</p>
--	--

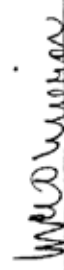
Date: 8/30/2007

PDM Ver. 3

about the project and to discuss policy issues aroused in the project
5.3. Provide MCH training materials to the whole nation through the MCH TWG

Approved by:


Dr. ETHELYN P. NIETO, MPH, MHA, CESO III
Undersecretary
Department of Health


Dr. YOLANDA E. OLIVEROS
Director IV
NCDPC-DOH

