

パレスチナ
母子保健リプロダクティブヘルス向上
プロジェクトフェーズ2
事前評価調査報告書

平成 20 年 11 月
(2008 年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人 間
J R
08-101

**パレスチナ
母子保健リプロダクティブヘルス向上
プロジェクトフェーズ2
事前評価調査報告書**

平成 20 年 11 月
(2008 年)

**独立行政法人国際協力機構
人間開発部**

序 文

パレスチナ自治区では、イスラエル政府による長期の分離政策の影響により分離壁や検問所、外出禁止令が女性の行動を阻害し、また経済活動の停滞による貧困とも相俟って、母子保健に深刻な影響を与えています。パレスチナ自治区の人口は約388万人、うち165万人が難民登録されており、人口の65%は1日当たり2ドル未満の生活を強いられています。2006年の保健庁統計によると、女性の初婚年齢は19歳と比較的低く、合計特殊出生率は4.6、人口増加率は3.3%です。妊産婦死亡率（対10万人）は、2006年保健庁発表では33ですが、15.4（2005年）、12.7（2003年）と比較すると悪化傾向にあり、移動制限の悪化が患者だけではなく、医療従事者の通勤さえ阻んでいることが影響していると推測されます（西岸地区の検問所は、2005年の472か所から2008年には580か所に増加している）。また、5歳未満乳幼児死亡率（対1000人）は、2006年の保健庁統計では28.4で、妊婦の35.7%、生後9か月以下の乳児の40%（ガザ地区では72%）に貧血があることも指摘されています。貧困による母子保健への影響が指摘されるなかで、母子保健・リプロダクティブヘルス・サービスの向上と利用の拡大が喫緊の課題となっています。

かかる状況にかんがみ、パレスチナ自治政府は日本政府に対し技術協力プロジェクトの実施を要請し、我が国は「母子保健に焦点を当てたリプロダクティブヘルス向上プロジェクト」（2005年8月～2008年7月）を実施しました。2008年5月に実施された終了時評価では、協力開始当初の期待に反してパレスチナの政治・社会情勢が悪化するなかおおむね初期の成果を達成したこと、パレスチナ全国における母子保健サービスの向上に向けて長期的展望に立った支援が必要であることが確認されました。

そのようななか、パレスチナ自治政府より、同プロジェクトで導入された母子健康手帳を定着・自主財源化し、パイロット地区で改善された母子保健・リプロダクティブヘルス・サービスを質的・面的に拡大するためのフェーズ2プロジェクトが要請されました。

これを受け、JICAはフェーズ2プロジェクトの協力内容の評価をパレスチナ自治政府側と共同で実施すべく、2008年8月23日から9月14日まで、人間開発部次長である石井羊次郎を団長とする事前評価調査団を派遣しました。

本報告書は、同調査団が実施した調査及び協議結果を取りまとめたものです。

ここに、本調査にあたりましてご協力を賜りました関係各位に深甚なる謝意を表しますとともに、今後とも本件技術協力のため、引き続きご指導、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

平成20年11月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 **西脇 英隆**

パレスチナ自治区地図





フェーズ1パイロット地域のジェリコ県ジェリコ市



ジェリコMCH (レベル3) 産前健診



来診時、母親は母子手帳を診察券のように受付で渡し、医師・看護師がカルテと一緒に母親の診察時に記入する手順となっている。



ジェリコPHDの統計室。UNICEFから2年前に供与された保健情報システム用機材。このPCは予防接種情報専用回線で、中央の感染症予防課及び中央統計局と結ばれている。ほかに2台(MCH専用、学校保健専用)がある。



新ジェリコ病院で生まれて間もない新生児。分娩室新生児用保温ベッドは日本からの無償供与機材



新ジェリコ病院産婦人科医と麻酔科医。他県からの異動により、ジェリコ県内の専門医師不足を補充している。



2008年8月31日、事前評価調査団説明会



説明会には、フェーズ1でコアメンバーであったパレスチナスタッフとともに、UNRWAスタッフがオブザーバーとして参加した。



2008年9月3日、第一回PCMワークショップ



課題抽出と、フェーズ2のフレームワークが話し合われた。



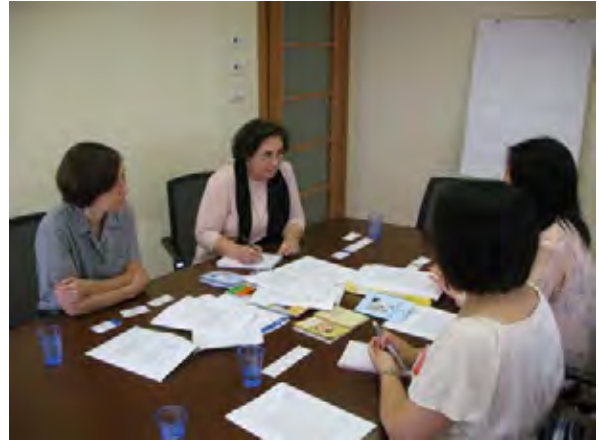
2008年9月7日、第二回PCMワークショップ



これまでの話し合いに基づき作成されたPDM案とその他懸案事項等、確認の話し合いが行われた。



2008年8月28日、イタリア援助庁保健分野担当者と協議



2008年8月29日、USAID保健分野担当者と協議



2008年8月29日、EC（欧州援助協力局）社会開発分野担当者と協議



2008年9月1日、PFPPA（パレスチナ家族計画協会）と協議



保健庁大臣Dr. Fathi Abu Moghli（右から二人目）と事前評価調査団による最終協議



2008年9月11日、M/M署名

略 語 表

略語	英語	日本語
ANC	Antenatal Care	産前健診
BCC	Behaviour Change Communication	行動変容のためのコミュニケーション
CD	Capacity Development	キャパシティ・ディベロップメント
ECHO	European Commission's Humanitarian Aid Office	欧州委員会人道支援事務局
EPI	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大計画
EU	European Union	欧州連合
GNI	Gross National Income	国民総所得
GP	General Physician	一般医師
HIS	Health Information System	保健情報システム
HPU	Health Planning Unit	保健計画ユニット
HSWG	Health Sector Working Group	保健セクタードナー調整担当者会議
HWC	Health Working Committee	医療従事者協会（現地 NGO）
ICPD	International Conference on Population and Development	国際人口開発会議
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness	小児疾患の統合的管理
IUD	Intrauterine (contraceptive) Device	子宮内避妊用具
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
KAP	Knowledge, Attitude, and Practice	知識・態度・行動（調査）
LACS	Local Aid Coordination Secretariat	対パレスチナ援助調整事務局
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
M/M	Minutes of Meeting	協議議事録
MMR	Maternal Mortality Rate	妊産婦死亡率
MTDP	Medium Term Development Plan	中期計画
MOH	Ministry of Health	パレスチナ自治政府保健庁
MOP	Ministry of Planning	パレスチナ自治政府計画庁
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NHSPSC	National Health Policy and Strategic Planning Council	国家保健政策及び戦略計画審議会
NSHP	National Strategic Health Plan	国家保健戦略計画
OPV	Oral Polio Vaccine	経口ポリオワクチン接種率
PCBS	Palestinian Central Bureau of Statistics	パレスチナ中央統計局

PCM	Project Cycle Management	プロジェクト・サイクル・マネジメント
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PFPPA	Palestinian Family Planning & Protection Association	パレスチナ家族計画協会
PHC	Primary Health Care	プライマリーヘルスケア
PHCPHD	Directorate of Primary Health Care and Public Health	プライマリーヘルスケア・公衆衛生局
PHD	Public Health Department	(県)公衆衛生局
PHIC	Palestinian Health Information Center	パレスチナ保健情報センター
PKU	Phenylketonuria	フェニールケトン症
PLO	Palestine Liberation Organization	パレスチナ解放機構
PMDP	Palestinian Midterm Development Plan	パレスチナ中期開発計画
PMRS	Palestinian Medical Relief Society	パレスチナ医療救援協会(現地 NGO)
PNC	Postnatal Care	産後健診
RH	Reproductive Health	リプロダクティブヘルス
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
UNRWA	United Nations Relief and Work Agency	国連パレスチナ難民救済事業機関
UNSCO	United Nations Special Coordinator Office for the Middle East Peace Process	国連中東特別調整官事務所
USAID	United States Agency for International Development	米国国際援助庁
WHO	World Health Organization	世界保健機構

目 次

序 文
地 図
写 真
略語表

事業事前評価表

第 1 章 調査概要	1
1 - 1 要請背景	1
1 - 2 調査の目的	1
1 - 3 調査団の構成	2
1 - 4 調査日程	2
1 - 5 主要面談者	3
第 2 章 プロジェクト実施の背景と課題の現状	6
2 - 1 当該国の一般状況	6
2 - 2 当該国の保健医療の現状	6
2 - 2 - 1 指標からみた保健一般概況	6
2 - 2 - 2 パレスチナの公的・非公的保健医療セクターの歴史（近代以降）と現状	9
2 - 2 - 3 レファラルシステム（二次、三次医療）	11
2 - 2 - 4 保健医療従事者の配置	12
2 - 3 当該国の保健医療政策	15
2 - 3 - 1 これまでの経緯	15
2 - 3 - 2 国家保健戦略計画（中期開発計画：2008～2010年）	16
2 - 3 - 3 保健セクター全般の課題	16
2 - 4 母子保健RH分野における現状分析と課題	18
2 - 4 - 1 同分野政策及び対策に係るこれまでの経緯	18
2 - 4 - 2 管轄部局	19
2 - 4 - 3 母子保健RHサービス詳細	21
2 - 4 - 4 母子保健RH分野の保健指標	29
2 - 5 開発パートナーとの連携の方向性	39
2 - 5 - 1 保健医療プロバイダー連携	39
2 - 5 - 2 ドナー連携	40
2 - 5 - 3 保健セクタードナー調整担当者会議（HSWG）	40
2 - 5 - 4 リプロダクティブヘルス・母子保健部会	41
第 3 章 プロジェクトの計画	42
3 - 1 基本戦略	42

3 - 2	プロジェクトの実施体制	44
3 - 3	プロジェクト目標と成果	45
3 - 4	投入計画	45
第4章	プロジェクトの評価	46
4 - 1	妥当性	46
4 - 2	有効性	47
4 - 3	効率性	48
4 - 4	インパクト	49
4 - 5	自立発展性	50
第5章	プロジェクト実施に向けての提言	52
5 - 1	実施体制の強化	52
5 - 2	技術移転内容の明確化	52
5 - 3	国際機関、他ドナーとの連携、パートナーシップによる効果の発現	52
5 - 4	個人開業医院、私立病院などプライベート部門の巻き込み	53
5 - 5	母子健康手帳のインパクト調査	53
付属資料		
1 .	事前評価調査協議議事録 (M/M)	57
2 .	討議議事録 (R/D) 及び協議議事録 (M/M)	93
3 .	Project Design Matrix (PDM)(和文)	117
4 .	全国母子保健センター数	121
5 .	プロジェクト組織図	123
6 .	主要面談記録	125

事業事前評価表

1. 案件名 パレスチナ母子保健リプロダクティブヘルス向上プロジェクトフェーズ2
2. 協力概要 <プロジェクト目標とアウトプットを中心とした概要の記述> 本プロジェクトは、2005年より3年間にわたり実施された「母子保健に焦点を当てたリプロダクティブヘルス向上プロジェクト」(フェーズ1)の成果をもとに、フェーズ1で導入された母子健康手帳の定着と自主財源化をめざした活動を支援するものである。また、特に一次医療レベルでの医療技術研修を通じ、サービスの質の改善を行うことを軸とする母子保健リプロダクティブヘルス(Reproductive Health:RH)サービス強化を行い、母子健康手帳の導入とサービス向上の相乗効果により母子保健の向上を図る。さらに、サービスを提供する母子保健センター等と計画を行う保健庁との協力により、問題解決体制の強化などを中心とするマネジメント能力の強化を行うことと、フェーズ1ではパイロット地区に限定して実施した地域展開型母子保健リプロダクティブヘルス事業を質的面的に拡大することにより、母子保健RHサービスが持続的に改善される仕組みづくりを支援する。 (1) 協力期間 2008年11月～2012年10月(4年間)(予定) (2) 協力総額(日本側) 約3.7億円(概算) (3) 協力相手先機関 パレスチナ自治政府保健庁(MOH)プライマリーヘルスケア・公衆衛生局(PHCPHD)、保健庁女性の健康と開発局、計画庁(MOP)等 (4) 国内協力機関 NPO法人HANDS(Health and Development Services)等 (5) 裨益対象者及び規模、等 1) 直接裨益者 RH年齢の女性(90万人)、5歳以下の子ども(70万人)及びその家族(230万人)(計390万人) 2) 間接裨益者:保健庁本庁母子保健関係者(50人)、県公衆衛生局(PHD)母子保健関係者(50人)、母子保健センター医師(600人)、母子保健センター看護スタッフ(1,000人)(計1,700人)
3. 協力の必要性・位置づけ (1) 現状及び問題点 パレスチナ自治区では、イスラエル政府による長期にわたる占領、分離政策の影響により、域内移住や難民が多数発生している。人口は約388万人、うち165万人が難民として登録され、人口の65%は貧困線(2ドル/日)未満の生活をしている(2006年保健庁)。パ

レスチナ保健医療システムは、自治権が委譲された1994年以降、イスラエル政府によって統括されていたシステムと人事を引き継いだ形となっており、一定以上の保健医療水準があるものの、紛争の影響等による多数の制限や課題を抱えている。初婚年齢は低く（女性19歳、男性23.6歳）（2003年保健庁）、合計特殊出生率は4.6、人口増加率は年3.3%（2006年保健庁）と高い。妊産婦死亡率（MMR）は保健庁発表では10万対6.2、乳幼児死亡率1,000対15.7、5歳未満乳幼児死亡率は1,000対19.1（2006年保健庁）であるが、実態を反映した数値と見なされておらず、保健庁はMMR見直しのための調査報告制度の改善対策を実施中である。妊婦の35.7%、生後9か月以下の乳児の40%に貧血がある（2006年保健庁）など、貧困による母子保健への影響が指摘される。一方、分離壁や外出禁止令が女性の行動を阻害し、母子保健に深刻な影響を与えていることも推測される（西岸地区の検問所は、2005年の472か所から2008年には580か所に増加している）。

パレスチナ自治区には653の母子保健センターがあり、413は保健庁施設、53は国連パレスチナ難民救済事業機関（UNRWA）施設、187はNGOの施設である。そのうち、西岸では242の保健庁母子保健センターと39のUNRWAクリニック、その他50か所あまりのNGOクリニック、及び民間セクターなどによって母子保健RHサービスが供給されている。パレスチナ保健セクター全般及び母子保健RHサービスには、以下の点が対応すべき課題としてあげられる。

1) 保健セクター全般の課題

- ・保健セクターを担う複数の機関（保健庁、UNRWA、NGO、軍、民間）による連携強化を図り、医療機関の枠を超えたサービスの統合化を推進すること。また保健庁が保健セクター全体を統括する合理的な保健医療システムとすること
- ・保健庁本庁とPHDにおける調整、監督、評価機能の組織的能力を強化すること
- ・ドナーに依存した保健財政の改革を行うこと
- ・中長期的戦略に基づいた保健人材の確保及び配置
- ・計画や政策決定に保健医療情報を十分に活用するための保健情報システムの強化
- ・急激な人口増加、貧困、質の高い保健医療サービスを望む住民側の需要の拡大に対応するため、保健医療サービスを量的質的に拡大すること
- ・感染症に加え慢性疾患対策も課題となる疫学転換期の二重疾病構造への対策、紛争の影響などによる心理精神疾患対策（特に乳幼児、青少年のPTSD対策）、元来地域に多発している先天性奇形に加え、紛争による傷害が重なったことで極端に症例の多い障害者への対策など、疾病傷害に対応すること
- ・国内医療機関にて三次医療サービスを提供するための施設、人材の強化。現状では、高度医療が必要な患者は、保健庁予算にて隣国へ搬送しているため、保健財政を圧迫している
- ・医療サービス提供者のモチベーションを高めること。特に保健庁において、外国への移住、低賃金、現行の非能率的インセンティブシステムなどの理由により、保健人材の不足やスタッフのモチベーション低下が深刻化している
- ・移動制限による患者、医療サービス提供者、双方の保健医療サービスへのアクセスに対する阻害を打開すること

2) 母子保健RHの課題

- ・末端医療従事者である一般医師、助産師、看護師の再訓練。産前・産後、出産、新生児、乳幼児のケアにつき、医療技術やコミュニケーション能力などの技術研修が必要。特に一般医師による超音波検査、ハイリスク妊娠のスクリーニングが課題

- ・産前産後健診の重要性について母親の意識は高く、90%以上の妊婦がWHOで推奨される4回以上の産前健診を受けている。また予防接種率も高いが（MMR84%、OPV97%）、保健庁施設での乳児健診の受診率は、52.1%にとどまっている（2006年保健庁）。特に、ほぼすべての予防接種が完了する18か月以降の乳幼児健診の受診率が低いことが指摘されている。

3) 母子保健RHマネジメント・環境的課題

- ・財政難、人員不足、その他モニタリングのための基礎インフラ〔電話、FAX、保健情報システム（HIS）〕の未整備、また、移動制限や公共交通機関の麻痺などのため、保健庁スタッフによる母子保健センターの巡回指導が困難。また、県ごとの状況にばらつきがあるため、適切なモニタリングとスーパービジョンの実施基準やガイドラインの設定も困難である。
- ・母子保健センターの施設の問題。劣悪な条件のセンターでは、診療のためのプライバシーや衛生、基本的な機材が確保されていない。
- ・かかる状況にかんがみ、パレスチナ自治政府は日本政府に対し技術協力プロジェクトの実施を要請し、我が国は「母子保健に焦点を当てたリプロダクティブヘルス向上プロジェクト」（2005年8月～2008年7月）を実施した。
- ・フェーズ1プロジェクトでは、アラビア語初の母子健康手帳の作成、普及を通じて保健庁、国連機関、NGOのパートナーシップが強化された結果、パレスチナ自治区全域の母子保健サービスが医療機関の枠を超えて統一化された。手帳の導入後は、妊娠出産、乳幼児の医療処置の記録が一元化されて手帳に記載されるようになったため、複数医療機関間でも継続ケアが可能となった。母子健康手帳は、また、母親、地域住民と保健医療従事者との間のコミュニケーションを促し、住民自身が自ら母子保健向上のための行動を起こせるというエンパワメントを促進した。
- ・2008年5月に実施された終了時評価では、パレスチナ自治政府の政治・社会情勢が悪化するなかおおむね初期の成果を達成したこと、パレスチナ自治区全域における母子保健サービスの向上に向けて長期的展望に立った支援が必要であることが確認された。母子健康手帳の作成、普及だけでは、母子保健の改善には至らないことは自明であり、今後の課題として、以下の7点が終了時評価調査団より提言されている。

母子健康手帳を活用した母子保健RHサービスの全国展開の推進（病院、民間施設も巻き込む。ガザ・西岸の紐帯を堅持。僻地対策）

母子健康手帳と同手帳を活用した母子保健RHサービスの持続可能性の確保（特にパレスチナ自治政府の長期コミットメント）

国連機関等との協働の継続（日本のみでは全国展開も持続可能性の確保も不可能）
ジェリコ地域開発プログラムに含まれる他のJICAプロジェクトとの相乗効果の確保（ジェリコ）

より脆弱な人々にプロジェクトの裨益効果が届く支援の工夫（未熟児、障害者、非識字者、遊牧民）

長期的展望に立った支援（日本・パレスチナ関係の資産、単なるプロジェクトを超え、目に見える社会変革につながりつつある現状、周辺諸国への展開可能性を考慮）
紛争地域にて脆弱な母子に焦点を当て母子の保護とエンパワメントを図る「人間の安全保障」を具現化したプロジェクトとして、そのインパクトを長期にわたって実証調査及び研究すること（人間の安全保障を軸とした日本型ODAの有効性を客観的に検証）

そのようななか、パレスチナ自治政府より、同プロジェクトで導入された母子健康手帳を定着・自主財源化し、パイロット地区で改善された母子保健RHサービスを質的・面的に拡大するためのフェーズ2プロジェクトが要請された。

(2) 相手国政府国家政策上の位置づけ

1) 国家中期開発計画2008～2011では、ガバナンス、社会、経済、インフラの4セクターにおける開発目標があげられ、社会セクターの目標として、教育、保健、女性のエンパワメントなどがあげられている。保健の開発目標としては 生活、保健の質的向上、保健人材と保健財源の持続性確保などがあげられている。本プロジェクトの上位目標「女性と子どもの健康向上」は開発目標 に対応し、またプロジェクト目標「母子保健サービスが持続的に向上すること」は、開発目標 に対応している。

2) 国家保健戦略2008～2010における戦略目標は以下の5点である。

- 最大限の成果が出せる保健サービスの提供
- 保健財政の持続発展性の確保
- 保健サービスを提供するために適正な施設の整備
- 保健人材育成
- 効果的な保健政策、計画、管理

戦略目標 のもとには、サブ目標1-4として「地域保健、女性の健康、RHを含む包括的プライマリーヘルスサービスの提供」が掲げられており、本プロジェクトは本サブ目標1-4に関連する活動及び数値目標に資するものである。その他、戦略目標 のもとにあるサブ目標4-3「健康教育及び現任研修の基準改善」や、戦略目標 のもとにあるサブ目標5-2「保健庁による免許資格統制及び調整能力強化」、5-5「保健庁外の保健医療ステークホルダー間の連携及び調整の強化」などにも間接的に寄与するもので、本プロジェクトは保健庁の保健戦略に則したものである。

(3) 我が国援助政策との関連、JICA国別事業実施計画上の位置づけ(プログラムにおける位置づけ)

日本政府は、2005年1月、パレスチナに対する援助方針として、人道支援、自治政府改革支援、信頼醸成、経済自立支援の4つを発表しているが、本プロジェクトはその中の「人道支援」に位置づけられる。JICA国別事業実施計画においては、対パレスチナ開発課題の一つである「生活基盤の改善」に位置づけられており、重点課題の一つである。また、本プロジェクトは妊産婦や乳幼児の健康改善を上位目標とするものであり、日本政府及びJICAが重点を置いているミレニアム開発目標(MDGs)達成への貢献に直接的に資する案件である。

2006年7月に小泉首相(当時)は、イスラエル、ヨルダンの連携のもと、パレスチナ経済の自立を支援するために、ヨルダン渓谷地域での農産業団地の設立を含めた「平和と繁栄の回廊」構想を提唱した。ヨルダン川西岸地域(ヨルダン渓谷地域)は、同構想の中でイスラエル～パレスチナ～ヨルダン～中東諸国を結ぶ回廊の交流部分にあたり、その地域の開発と安定は、中東和平推進のなかで重要な意味を包含するものである。このような状況に配慮し、JICAは2006年に同地域における、2010年までの開発フレーム・戦略を示す「ジェリコ地域開発プログラム」を策定し、その中で提案された技術協力プロジェクト、開発調査を実施している。本プロジェクトは、同プログラムの中でも、住民へ直接裨益する活動として重要な位置を占める。

4．協力の枠組み

〔主な項目〕

(1) 協力の目標（アウトカム）

1) 協力終了時の達成目標（プロジェクト目標）と指標・目標値

<プロジェクト目標>

パレスチナ自治区全域における母子保健RHサービスが持続的に改善される。

<指標>（詳細についてはプロジェクト開始後のベースライン調査を経て設定する。）

- ・乳幼児健診の受診者数の増加
- ・保健庁が発行する保健年報（Annual Health Report）に、母子健康手帳の使用率に関する指標が追加される。
- ・PHD、中央保健庁による巡回指導にて発見した課題を解決するための方策が取られる。
- ・母子保健RHスタッフの職務に対する満足感の上昇
- ・母子保健RHサービスに対する患者満足度の上昇

2) 協力終了後に達成が期待される目標（上位目標）と指標・目標値

<上位目標>

パレスチナ自治区全域における女性と子どもの健康が改善される。

<指標>（詳細についてはプロジェクト開始後のベースライン調査を経て設定する。）

- ・妊産婦死亡率の減少
- ・乳児死亡率の減少
- ・5歳未満児死亡率の減少
- ・貧血を有する妊婦、乳幼児の割合の減少
- ・5歳未満の低体重、消耗、発育阻害の子どもの割合の減少

(2) 成果（アウトプット）と活動

1) 成果1

母子保健センターにおける母子保健RHサービスが向上する。

<指標>（詳細についてはプロジェクト開始後のベースライン調査を経て設定する。）

- ・母子保健行政サービス向上のための現任技術研修を受講した母子保健RHスタッフの数
- ・研修を修了した母子保健RHスタッフの知識、技術の向上
- ・研修後に実施された母子保健RHスタッフへのフォローアップ巡回指導
- ・母子保健RHサービス改善のために供与された機材の数
- ・プロジェクト作成の評定尺度による評価で、母子保健RHサービスを適切に行っている県がXX県からYY県に増加

<活動>

- 1-1 一般医師、看護師、助産師を対象とした医療技術現職訓練をジェリコ、ラマラのパイロット地区母子保健センターにて実施する。（研修内容：産前産後ケア、乳幼児のケア、新生児スクリーニング、超音波検査、ハイリスク妊娠のスクリーニング、成長モニタリングにかかわる医療技術訓練）
- 1-2 一般医師、看護師、助産師を対象とした医療技術現職訓練を中央・県レベルにて実施し、全国医療従事者への共有を図る。
- 1-3 全国から選抜された母子保健センターに対し基礎医療機材、事務機器が供与される。

2) 成果2

パレスチナ全域の医療機関で母子健康手帳が持続的に活用される。

<指標> (詳細についてはプロジェクト開始後のベースライン調査を経て設定する。)

- ・母子健康手帳の運営に関する国家調整機関の設立
- ・母子健康手帳を用いた母子保健サービスを提供する母子保健センター、病院、個人開業医師数の増加
- ・保健庁、UNRWA、NGOから提出される月次報告をもとに、国家調整機関によって実施された母子健康手帳の活用に関するモニタリングの数
- ・国家調整機関によって策定された母子健康手帳と関連資料の改訂、印刷の年間計画
- ・母子健康手帳が紹介された医学部、看護学校の件数
- ・母子健康手帳の活用法に関する現地国内研修を受講した母子保健スタッフの数
- ・母子健康手帳のマネジメントに関する本邦研修を受講した母子保健スタッフの数
- ・国家調整機関により策定される、母子健康手帳と関連印刷物等を政府予算にて自立発展的に印刷するための財政計画

<活動>

- 2-1 保健庁、国際機関、NGO、医師会の連携のもと母子健康手帳に関する計画、実施、評価を行うため、母子健康手帳の運営に関する国家調整機関が設立される。
- 2-2 母子健康手帳の活用のモニタリングが県レベル、中央レベルで定期的実施される。
- 2-3 保健庁、UNRWA、NGOから提出される月次報告をもとに、母子健康手帳の活用に関するモニタリングが、国家調整機関によって定期的実施される。
- 2-4 母子健康手帳とガイドラインが年間計画に従って改訂、印刷される。
- 2-5 母子健康手帳と関係資料が医療施設に適切に配布される。
- 2-6 病院、民間セクター、看護学校、医学部などで、母子健康手帳が定期的紹介される。
- 2-7 母子健康手帳の活用法に関する現職訓練が、ガイドラインを教材として、一次医療施設、二次医療施設の母子保健スタッフを対象に実施される。
- 2-8 本邦研修「母子健康手帳マネジメント」が実施される。〔研修内容：母子健康手帳の印刷、改訂、予算計画、母子健康手帳の用いた地域保健活動（母親学級、乳幼児健診、栄養教室など）の運営など〕
- 2-9 母子健康手帳を自主財源にて定期的印刷するための財政計画を作成する。

3) 成果3

地域住民の母子保健RHに関する意識が向上し、より多くの住民が母子保健サービスを利用する。

<指標> (詳細についてはプロジェクト開始後のベースライン調査を経て設定する。)

- ・母子保健RH啓発とコミュニケーション技術の訓練を受けた健康教育者、看護師、ヘルスボランティアの総数
- ・保健庁、その他ステークホルダーを中心として実施された地域母子保健RH啓発活動の実施数
- ・地域啓発活動を通じた母子保健RH、育児に関する住民の知識の上昇、積極的な態度
- ・地域啓発活動の参加者で、母子保健RH、育児について夫と話し合う女性の増加
- ・保健庁、NGOから構成される地域啓発執行委員会による、地域啓発活動の経験の報告

<活動> (保健庁によるパレスチナ自治区全域を対象とした活動。ただし、前半はパイ

ロット地区を主な対象とする。)

- 3-1 母子保健RHに関する啓発メッセージを選び、国家健康教育ヘルスプロモーション委員会にて認定する。
- 3-2 末端医療従事者や地域ボランティアに対する、健康教育、RH啓発、行動変容のためのコミュニケーション（BCC）戦略に関する技術研修を実施する。
- 3-3 訓練を受けた医療従事者やボランティアが、地域啓発活動を実施する。
- 3-4 保健庁、国際機関、NGO、地域団体の協賛により、地域保健活動が実施される。（例、家庭健康デー、無料診療デー、母の日記念行事など）
- 3-5 アドボカシー、メディアを活用した全域での母子保健、RH、母子健康手帳の広報活動

4) 成果4

保健庁本庁とPHDにおける調整、監督、評価機能の組織的能力が向上する。

< 指標 > （詳細についてはプロジェクト開始後のベースライン調査を経て設定する。）

- ・保健庁が実施する母子保健センターの巡回指導（モニタリング・スーパービジョン）の回数の増加
- ・プロジェクト作成の評定尺度による評価で、モニタリングとスーパービジョンを適切に行っている県がXX県からYY県に増加
- ・母子健康手帳の継続的活用のインパクトを検証したレポート
- ・関係省庁、地方自治体、他援助機関や住民に活動を報告する活動報告書
- ・最終報告会の開催

< 活動 >

- 4-1 保健庁プライマリーヘルスケア・公衆衛生局地域保健課（CHD）、保健情報センター（PHIC）などが中心となり、モニタリング・スーパービジョンの現状分析、モニタリング・スーパービジョン向上のための活動計画を作成する。（活動：母子保健センターに対するフィードバックシステム、保健スタッフの志気向上、グループによるスーパービジョン体制、情報ネットワークの活性化など）
- 4-2 活動計画に従い、モニタリングとスーパービジョンを実施する。
- 4-3 母子健康手帳を継続的に（妊娠期から乳幼児期まで）活用することのインパクトを検証し、国内外の関係者と共有する。
- 4-4 実施状況、教訓、提言などを関係省庁、地方自治体、他援助機関や住民にセミナー等により報告する。

(3) 投入（インプット）

1) 日本側（総額3.7億円）

- ・専門家：チーフアドバイザー、業務調整、母子保健サービスマネジメント、母子保健・パートナーシップ調整、等
- ・研修員受入れ：本邦研修（母子健康手帳マネジメント、母子健康政策）、第三国研修〔リプロダクティブヘルス地域経験共有セミナー（ヨルダン）〕
- ・供与機材：母子保健センターサービス強化のための資機材等
- ・在外事業強化費：NGO委託（男性、女性、青少年に対する啓発活動）など

2) パレスチナ自治政府側

- ・カウンターパート配置：プロジェクト・ディレクター、プロジェクト・マネージャー
- ・カウンターパート人件費

- ・合同調整委員会の設置と運営
- ・プロジェクトに必要な施設（専門家執務室等）の確保、車両及び資機材の提供
- ・プロジェクトに関する保健データや資料の提供

(4) 外部要因（満たされるべき外部条件）

- ・母子保健RHの重要性が国家計画、政策の中で大きく変更されない。
- ・国の治安状態が悪化しない。
- ・住民の移動の制限が現状よりも悪化しない。
- ・訓練を受けた保健庁行政官や母子保健センター・スタッフが継続して勤務する。

5. 評価5項目による評価結果

(1) 妥当性

本プロジェクトは、以下のとおり、パレスチナ自治政府が掲げる保健政策や、パレスチナの地域的ニーズと合致しており、本プロジェクトの妥当性は高いと判断できる。

1) 本課題に取り組むべき必要性

上記「3.(1) 現状及び問題点」に記載のとおり、パレスチナ自治区においては、近年の紛争、移動制限等の影響により、女性と子どもの健康状況が悪化している。母子健康手帳の活動に象徴されるように、最も脆弱な母子の保護とエンパワメントをめざしたプロジェクトの活動は、「人間の安全保障」の観点からも最優先させるべき課題である。さらに、将来的な紛争予防や平和構築の観点からも上位目標として女性と子どもの健康改善を掲げることは適切である。

2) 上位計画との整合性

上記「3.(2) 相手国政府国家政策上の位置づけ」に記載のとおり、パレスチナ自治政府保健庁は、優先課題として母子保健RHの改善を掲げており、本プロジェクトは、保健庁が掲げている優先課題に一致している。

3) 日本の援助方針との整合性

上記「3.(3) 我が国援助政策との関連、JICA国別事業実施計画上の位置づけ」に記載のとおり、本プロジェクトは、日本政府の援助方針、JICA国別事業実施計画双方において、重点課題に位置づけられている。

本プロジェクトは妊産婦や乳幼児の健康の改善を上位目標とするものであり、日本政府及びJICAが重点を置いているMDGs達成への貢献に直接的に資する案件である。

母子健康手帳などを用いた母子の継続ケア（Continuum of Care）の促進による母子保健に対する取り組みは、洞爺湖G8サミット国際保健行動枠組みの中でも推進すべき取り組みとして取り上げられている。

4) 対象地域選定の妥当性

本プロジェクトは、パレスチナ自治区全域を対象とする。平和構築・復興支援を推進する観点からは、西岸、ガザ地区での地域格差をなくすためガザ地区を含めたパレスチナ自治区全域において活動を展開することが望まれており、裨益対象として自治区全域を対象とすることは、妥当な判断である。ただし、ガザに対する支援は常時十分に行える状態ではないことから、政治状況に即し臨機応変、柔軟に支援の方法を選択するものとする。

一方、母子保健サービスの改善をめざした現任技術研修、マネジメント強化などフェーズ2にて新規に取り組む事業に関しては、フェーズ1パイロット地区であったジェリコ、ラマラの母子保健センターにて試行後、全域への共有を図る予定である。ジェリコ、

ラマラのパイロット地区ではすでに母子健康手帳導入後1年以上が経過しており、母子保健サービスの質的向上という新たな課題に向けた技術協力活動に従事しやすいことから、これらの試行地域の選定は妥当である。なお、地域啓発・機材供与に関する活動については、プロジェクト開始当初より、ジェリコ、ラマラ以外の地域での展開を考慮する必要がある。

5) 手段としての妥当性（アプローチの適切性）

本プロジェクトでは、母子保健RHにかかわる人材、グループ、組織の能力強化（キャパシティ・ディベロップメント）と保健サービスの受益者側のエンパワメントを行うことにより、「母子保健RHサービスの持続的向上」を達成することを目標としている。これは、紛争や移動制限などで死傷や疾病の恐怖に直面している妊産婦や子どもに対する行政側からの「保護」と、住民が自ら健康を指向し自らの行動を改善していく「エンパワメント」、その双方の要素を取り入れた結果であり、本プロジェクトは「人間の安全保障」の観点を十分考慮したデザインとなっており、妥当なアプローチである。

「母子保健RHサービスの持続的改善」のために必要なアプローチには、ほかに中長期的開発計画に基づく保健人材育成も考えられるが、現在パレスチナは準紛争下にあり、中長期的な保健人材育成の計画に取り組むための基盤が不足している。このため、本プロジェクトにて卒前教育に対する支援は行わず、現任教育と管理運営能力の向上のための活動を中心とすることは妥当である。

本プロジェクトは、母子健康手帳の導入、同手帳を活用した質の高い母子保健RHサービスの提供、地域保健活動など、戦後日本が母子保健向上のために行ってきた技術革新を踏襲するものであり、日本の支援として比較優位性の高いアプローチである。日本の母子保健向上の経験を活かして、復興期にあるパレスチナの母子保健RH向上のモデルとして活用することは、妥当性が高い。

(2) 有効性

本プロジェクトは以下の理由から有効性が高いと予測できる。

1) プロジェクト目標の適切性

上記「3.(1)現状及び問題点」に記載のとおり、パレスチナ自治区における女性と子どもの健康の向上のためには、質の高い母子保健RHサービスが持続的に提供されることが喫緊の課題であり、本プロジェクト目標は、上位目標を達成するために適切かつ明確な目標といえる。

「母子保健RHサービスの持続的改善」については、「母子健康手帳が継続的に活用される」ことに加え、「母子保健RHサービスにおける問題解決能力が育成されること」「患者満足度があがること」「医療従事者の職務満足度があがること」により自立発展性がある程度担保されるものと規定した。

2) 指標の適切性、入手可能性

指標は、プロジェクト活動の一部であるモニタリングシステムの強化により収集できる可能性が高く、プロジェクト内の情報として入手可能である。

一部の指標〔地域住民の啓発効果（KAP）、患者満足度、スタッフの職業満足度等〕は、プロジェクト開始後のベースライン調査に基づき、定点観測することにより計測される。

一部の指標（適切な母子保健サービスの実施、適切なモニタリングとスーパービジョン等）は、現時点で「適切」を計測する基準が保健庁内に存在しないため、プロジェク

ト開始後にプロジェクトにて評価尺度を設定し、活動介入後の効果を計測する。

フェーズ1に比較し、対象地域は2県から17県（西岸12+ガザ5）に拡大し、対象母子保健センターの全数は保健庁管轄だけでも25センターから278センター（西岸242+ガザ36）に拡大する。また、新規に強化する母子保健RHサービスに係る指標など、分析の対象となる変数も増加する。よって、活動ごとに、全数調査もしくは無作為抽出調査とするのかといった整理・工夫を図ることにより、適切な指標を設定入手することは肝要である。

3) 成果とプロジェクト目標の関係性

プロジェクトは、母子健康手帳が継続的に活用される制度を確立する（成果2、4）とともに、母子保健サービス提供者の能力向上を通じて母子保健RHサービスを向上させ（成果1）、母子健康手帳の利用者である地域住民の意識向上によりサービス利用を高める（成果3）というアウトプットの達成を通じてプロジェクト目標へ到達することを意図しており、目標達成の道筋は明確である。

(3) 効率性

本プロジェクトは、以下の理由から効果的実施が見込める。

本プロジェクトは、活動対象地が準紛争地であるという特殊な事情から、長期専門家もカウンターパート機関所在地に赴任できず、隣接するイスラエルから検問所を通り往復通勤するなど、実施体制が通常の技術協力プロジェクトと異なっており活動範囲が限られている。このような状況のなかで、フェーズ1では本邦研修を最大限に活用し、また国際機関など多様な関係者との連携を通じて成果を達成してきた。フェーズ2でも、引き続き専門家の活動制限がある中で全国展開を図るため、以下のような方策により効率化を図るが、フェーズ1プロジェクトにて有効性が認められたノウハウが蓄積されていることから、フェーズ2プロジェクトがさらに効率的に実施できることが期待される。

母子保健サービスの改善をめざした現任技術研修などフェーズ2にて新規に取り組む事業に関しては、フェーズ1パイロット地区であり協力効果が発現しやすいジェリコ、ラマラの母子保健センターにて試行後、全域への共有を図る。

全域の医療従事者を集めた中央研修、もしくは、地域別研修（西岸地区：北部、中部、南部、ガザ地区）などにより補完する、または現地医療コンサルタントの任用により、日本人専門家の巡回できない地域での現任技術訓練を実施する。

保健情報システムの活性化によるモニタリング・スーパービジョンの強化により現場の支援を行う。

本邦研修を活用する。フェーズ1では本邦研修においても現地で活動した短期専門家が講師を務めるなど、本邦研修によって成果の達成に貢献をした。フェーズ2でも引き続き、PHD、UNRWA、NGOなどからの参加を得て本邦研修を実施することによって、保健行政、保健サービス、地域保健活動、住民参加などすべての側面から包括的母子保健活動について学ぶ機会とする。

フェーズ1プロジェクトに引き続き、効率性を確保するため、また、政治・治安状況が悪化しても活動を続けられるよう、他機関との連携を強化し、相互補完的にパレスチナ全域での母子保健の向上を図ることとする。特に、ガザ地区に対する支援はJICAプロジェクト単独では困難であり、JICAガザ事務所ローカルスタッフ、国連機関、NGOとの連携により、協力体制を確立する。

プロジェクトでは、パレスチナ保健ステークホルダーによる母子健康手帳に関する国家

調整メカニズムの確立をめざすが、新たな組織を形成することは避け、既存の調整委員会（国家リプロダクティブヘルス調整会など）の強化を行うことにより効率性を高める。

フェーズ2にて全国を対象として事業拡大するにあたり、保健セクタードナー調整担当者（Health Sector Working Group）へ参加する大使館員との調整やリプロダクティブ・母子保健部会（RH and MCH Thematic Group）への参加などを通じ、同分野にて活動を推進する他ドナー案件との調整を図る。

インドネシアにおける母子健康手帳の開発導入の経験はフェーズ1でも効果的に活用され、プロジェクトの効率性を高めた。専門家・調査団員・本邦研修講師にインドネシアでの経験がある日本人専門家を登用すること、インドネシア開催の第三国研修へパレスチナ保健関係者を参加させたことは、プロジェクトの効率性を高めた。フェーズ2でも、インドネシアの知見と経験を活かしプロジェクトの効率性を高める。

（４）インパクト

本プロジェクトは、以下の理由からインパクトが高いと予測される。

1) 上位目標達成の見通し

- ・プロジェクト目標である「母子保健RHサービスの持続的改善」が達成されていくことにより、上位目標である女性と子どもの健康の改善が図られると考えられる。すなわち、保健庁、PHDが主体的に母子保健RHに関する課題を発見し、解決する能力が向上すること及び、住民自身による主体的な保健活動を活性化させることが、女性と子どもの健康改善に資するものと期待される。ただし、プロジェクトの成果が上位目標である女性と子どもの健康改善に結びつくためには、外部条件である紛争や移動制限などによって女性と子どもを取り巻く状況がこれ以上悪化しないことが不可欠である。
- ・本案件で「母子健康手帳に関する全国保健ステークホルダー調整メカニズム」を立ち上げることにより、母子健康手帳のみならず広く母子保健RH分野全般において、パレスチナ保健ステークホルダーの連携調整を強化することに資することが期待される。

2) 住民のエンパワメントに対するインパクト

パレスチナ自治区の住民は、長年の占領下で抑圧的な状況を強いられてきたため精神的にも困難な状態にある人が多い。母子健康手帳の普及や母子保健RHサービスの改善、地域啓発活動などのエンパワメントの活動は、女性や子どもの健康改善に資するにとどまらず、住民の自信回復、復興活動への参加などを導き、ひいては経済社会状況の改善にもつながる可能性を有している。また、母子の健康を守る活動は、人々に命の大切さを再認識させることにもつながる活動であり、同地域の平和構築を進めるうえで望ましい影響を与えることも期待される。

3) 対パレスチナ支援全般に対するインパクト

日本のパレスチナ支援全体のなかで、本案件はパレスチナ全域に対する日本人の顔の見える協力として特記されている。ジェリコ、ヨルダン渓谷地域での「平和と繁栄の回廊計画」に対するパレスチナ国民の期待感が高まるなか、支援が迅速に目に見える形で結実しないという不満が一部国民にもたれるなか、本案件では目に見える協力を全域で行っていることで、その他の対パレスチナ支援のエントリーポイントとなっている。

（５）自立発展性

- ・パレスチナ自治政府の予算は現状では外部からの援助に大きく依存しており、安定した財政基盤を確立するためにどの程度の時間が必要であるか、現時点では予測不可能であ

るため自立発展性を予測することは困難である。しかしながら、プロジェクトは以下のとおりパレスチナの困難な現状にてできる範囲で自立発展性の確保をめざしており、その達成が期待される。

1) 組織・体制面

保健庁による本プロジェクトに対するコミットメントは高い。保健大臣は、2007年11月に母子健康手帳をパレスチナ母子保健のスタンダードとして全域に配布する宣言をしており、今後、同手帳の自主財源化を行うことに積極的に取り組むとしている。

パレスチナにおいて、UNRWA、一部大手のNGOでは、保健庁と並び保健サービスを提供しており、母子保健を包括的に強化するためには、保健庁、UNRWA、NGOによる協力調整体制の強化が必須である。したがって、フェーズ2プロジェクトでは、フェーズ1以上に国連機関、NGOとの連携体制を強化することで組織・体制面での自立発展性を確保することとした。

プロジェクトでは、保健庁の組織能力の強化を図ることにより、母子保健RHサービスが持続的に向上するための仕組みづくりの協力を行う。具体的には、保健庁による母子保健RHサービスの現場の問題を把握するモニタリング・スーパービジョンの強化を行い、保健庁と現場の共同作業によって問題解決を行うことができる能力を強化する。

2) 技術面

キャパシティ・ディベロップメントのアプローチにより、個人、集団、組織の能力形成を図ることで自立発展性の確保が期待される。

研修効果の自立発展性のため、研修教材、研修スタッフなど、できる限りローカルリソースを活用する予定である。地域啓発活動は、地域主導型の参加型で行うことにより、今後も地域からのニーズに応じて地域が独自に啓発活動を継続できるよう設計している。

3) 財政面

保健庁が安定した自己財源を得るにはまだしばらくの期間が必要と考えられるが、プロジェクト終了後の自立発展性を考えると、少しずつでもパレスチナ自治政府の財政負担を増加させていくことが望ましい。本プロジェクトでは、母子健康手帳の普及について国家母子健康手帳調整メカニズムを立ち上げ、計画、実施、評価の中核機能を担わせ、プロジェクト開始後2年以内を目途に、母子健康手帳の印刷費の自主財源化すること計画しており、財政面での自立発展性の確保が期待される。

なお、UNRWAでは2010年度より、西岸、ガザのUNRWA難民用の母子健康手帳、年間4万冊をUNRWA通常予算の中から手当てする予定であり、保健庁に先立ち自主財源化の計画を固めた。

母子健康手帳以外の活動については、すべて保健庁の通常業務の中で実施されるべき活動であり、特段の財政支援を必要とする内容ではない。しかしながら、自立発展性を確保するためには、保健庁の財政的負担をできるだけかけずに、マネジメントやサービスの改善によって、患者、医療従事者双方の満足度を上げられるよう、活動を設計することが肝要である。

6. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮

パレスチナ自治区では、紛争や移動制限が女性の行動を阻害し、母子保健に深刻な影響を与えている。また、経済活動の停滞による貧困も母子の健康に大きな影響を与えており、さらに紛争やテロは子どもの心の成長にも影響があることが指摘されている。本プロジェクトは、紛争、分離政策、貧困の最大の被害者である女性と子どもに焦点を当てて、人間の生存に不可欠な保健サービスの向上と住民の意識向上によって女性と子どもの健康を保障しようとするも

のであり、この点から「人間の安全保障」の観点を踏まえたプロジェクトといえる。地域啓発活動では、女性のみならず男性も巻き込んで母子保健RHに対する理解を得る取り組みを実施する予定である。

7. 過去の類似案件からの教訓の活用

フェーズ1プロジェクトの経験、教訓をフェーズ2にて活用する。また、過去の類似案件であるインドネシアにおける母子健康手帳の作成導入の経験は、フェーズ1プロジェクトに活用され、その効率性を高めた。フェーズ2でも引き続き、インドネシアの類似案件での協力経験を有する日本人専門家、調査団員、本邦研修講師の登用をはじめ、インドネシア開催の第三国研修や、国際母子健康手帳シンポジウムなどへの参加を通じ、インドネシアや諸外国と母子健康手帳導入の知見と経験を共有する計画である。

また、隣国ヨルダンでのJICAリプロダクティブヘルスプロジェクトの経験も重要な教訓であり、同プロジェクトとは緊密な情報共有や技術交換により本プロジェクトの実施に活用する。ヨルダンとその他4カ国のJICAリプロダクティブヘルスプロジェクトと合同で、2008年6月地域RH経験共有セミナーを実施した実績があり、今後もこのような地域連携を強化し、情報共有を図り、事業の効率性を高める計画である。

8. 今後の評価計画

(1) 中間評価：プロジェクトの中間段階 2010年9月頃

(2) 終了時評価：プロジェクト終了の半年前 2012年5月頃

第1章 調査概要

1-1 要請背景

パレスチナ自治区では、イスラエル政府による長期の分離政策の影響により分離壁や検問所、外出禁止令が女性の行動を阻害し、また経済活動の停滞による貧困とも相俟って、母子保健に深刻な影響を与えている。パレスチナの人口は約388万人、うち165万人が難民登録されており、人口の65%は1日当たり2ドル未満の生活を強いられている。2006年の保健庁統計によると、女性の初婚年齢は19歳と比較的低く、合計特殊出生率は4.6、人口増加率は3.3%である。妊産婦死亡率（対10万人）は、2006年保健庁発表では33であるが、15.4（2005年）、12.7（2003年）と比較すると悪化傾向にあり移動制限の悪化が患者だけではなく医療従事者の通勤さえ阻んでいることが影響していると推測される（西岸地区の検問所は、2005年の472か所から2008年には580か所に増加している）。また、5歳未満乳幼児死亡率（対1,000人）は、2006年の保健庁統計では28.4で、妊婦の35.7%、生後9か月以下の乳児の40%（ガザ地区では72%）に貧血があることも指摘されている。貧困による母子保健への影響が指摘されるなかで、母子保健リプロダクティブヘルス（Reproductive Health：RH）サービスの向上と利用の拡大が喫緊の課題となっている。

かかる状況にかんがみ、パレスチナ自治政府は日本政府に対し技術協力プロジェクトの実施を要請し、我が国は「母子保健に焦点を当てたリプロダクティブヘルス向上プロジェクト」（2005年8月～2008年7月）を実施した。2008年5月に実施された終了時評価では、協力開始当初の期待に反してパレスチナの政治・社会情勢が悪化するなかおおむね初期の成果を達成したこと、パレスチナ全国における母子保健サービスの向上に向けて長期的展望に立った支援が必要であることが確認された。

そのようななか、パレスチナ自治政府より、同プロジェクトで導入された母子健康手帳を定着・自主財源化し、パイロット地区で改善された母子保健RHサービスを質的・面的に拡大するためのフェーズ2プロジェクトが要請された。

1-2 調査の目的

今回の事前調査は、上記背景を踏まえ、以下を目的として実施する。

- (1) パレスチナの母子保健サービスに係る問題点及び実施体制の確認・分析
- (2) パレスチナ自治政府保健庁（Ministry of Health：MOH）、重点地域公衆衛生局（Public Health Department：PHD）、母子保健（Maternal and Child Health：MCH）センターその他関係機関との協議に基づく協力内容・スケジュールの詳細検討等
- (3) Project Cycle Management（PCM）ワークショップに基づくProject Design Matrix（PDM）（案）等の作成、及び協力内容に係る関係者間の合意形成
- (4) 評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）によるプロジェクト概要の検証
- (5) 協議実施議事録（Minutes of Meeting：M/M）について、保健庁と協議のうえ、署名交換

1 - 3 調査団の構成

氏名	担当分野	所属先	期間
石井 羊次郎	団長・総括	JICA人間開発部保健行政・母子保健グループ長	2008.9.6-9.9
萩原 明子	母子保健	JICA国際協力専門員（保健）人間開発部課題アドバイザー	8.26-9.14
津田 加奈子	協力企画・地域保健	JICA人間開発部母子保健課ジュニア専門員	8.23-10.31

なお、現地傭上人員による事前現地調査及び追加現地調査を行った。

1 - 4 調査日程

2008年8月23日～9月14日（追加調査は10月末まで）

	日付	曜日	活動内容
1	8月23日	土	津田団員関空発
2	8月24日	日	津田団員テルアビブ着
3	8月25日	月	現地調査員と打合せ、JICAパレスチナ事務所打合せ
4	8月26日	火	保健庁カウンターパートへの聞き取り調査、萩原団員成田発
5	8月27日	水	保健大臣との協議、萩原団員テルアビブ着、団内協議
6	8月28日	木	イタリア援助庁との協議、現地調査支援要員との打合せ
7	8月29日	金	USAIDとの協議、EU（欧州援助協力局）との協議
8	8月30日	土	団内協議
9	8月31日	日	保健庁、UNRWAカウンターパートとの協議
10	9月1日	月	計画庁との協議、HWC（NGO）との協議、PFPPAとの協議
11	9月2日	火	保健庁カウンターパートとの協議
12	9月3日	水	PCMワークショップ（1日目）
13	9月4日	木	保健庁カウンターパートとの協議
14	9月5日	金	世界銀行、WHO、UNFPA、UNICEFとの個別協議
15	9月6日	土	石井団長テルアビブ着、団内協議、協力内容案の検討
16	9月7日	日	現場視察、PCMワークショップ2日目 M/M検討会、ジェリコ現場視察、団内協議
17	9月8日	月	ジェリコ現場視察
18	9月9日	火	保健大臣との協議、JICAパレスチナ事務所報告、石井団長テルアビブ発
19	9月10日	水	事前評価票作成のための情報収集
20	9月11日	木	M/M署名
21	9月12日	金	事前評価表案作成、在イスラエル日本国大使館報告
22	9月13日	土	萩原団員テルアビブ発
23	9月14日	日	萩原団員成田着

1 - 5 主要面談者

<パレスチナ側>

(1) パレスチナ自治政府保健庁 (MOH)

Dr. Fathi Abu Moghli Minister of Health
Dr. Anan W. Masri Deputy Minister of Health
 Directorate of International Cooperation
Dr. Qasem Maa'ni Deputy Director General

1) プライマリーヘルスケア・公衆衛生局 (Directorate of Primary Health Care and Public Health : PHCPHD)

Dr. Asad Ramlawi Director General
Dr. Ghidyan Kamal Director, Community Health Department
Dr. Randa Abu Rabee' Coordinator UNICEF-MOH/MCH, Community Health Department
Ms. Tagreed Hijaz MCH Supervisor, West Bank, Community Health Department
Ms. Amal Haj Chief Nurse, Family Medicine, Community Health Department
Ms. Ilham Shamasna Director, Nursing Department
Ms. Lubna Elsader Director, Health Education and Health Promotion Department
Eng. Alla' Abu Rub, Director, Nutrition Department

2) Ramallah and Al Bireh 県公衆衛生局 (Public Health Department : PHD)

Dr. Basem Rimawi Director General, Ramallah and Al Bireh PHD
Dr. Fadel Al-Ashkar Nursing Director

3) Jericho 県公衆衛生局 (PHD)

Dr. Kamal Jaber Director, Jericho PHD

4) Salfeet 県公衆衛生局 (PHD)

Dr. Basam Madi Director, Salfeet PHD

5) Jenin 県公衆衛生局 (PHD)

Dr. Inshirah Nazzal Director, General and Community Health

6) Tulkarem 県公衆衛生局 (PHD)

Ms. Nada Abu Sham'a Nursing Director
Ms. Yasmeen Kharouf MCH Supervisor

7) Qalqilia 県公衆衛生局 (PHD)

Ms. May Safarini Nursing Director

8) South Hebron 県公衆衛生局 (PHD)

Dr. Nazeeh Abed Director, South Hebron PHD

9) New Jericho Hospital

Dr. Sameeh Hasan Director, Jericho Hospital

10) 女性の健康と開発局 (Directorate of Women's Health and Development)

Dr. Souzan Abdu Director General,

11) Palestinian Health Information Center

Mr. Omar Abu Arqoub Director, Palestinian Health Information Center

(2) パレスチナ自治政府計画庁 (Ministry of Planning : MOP)

Dr. Cairo Arafat Director General, Aid Management and Coordination

(3) 非政府保健医療機関

1) 国連パレスチナ難民救済事業機関 (United Nations Relief and Work Agency : UNRWA)

Dr. Elias Habash Field Family Health Officer, West Bank

2) 医療従事者協会 (Health Work Committee : HWC)

Dr. Shatha Odeh Director General

Dr. Ra'ouf Azar Director, Public Health Department

Dr. Salem Jaraiseh Director of Well Baby Program, Beit Sahour Regional Director

3) Palestinian Family Planning and Protection Association (PFPPA)

Dr. Arafat Hidmi Secretary General, Vice President, Regional Executive Committee

Ms. Amineh Stavridis Executive Director

Ms. Ammal Awadallah Finance Director

(4) 現地コンサルタント (調査員)

Dr. Obaida Qumhiyeh Senior Researcher

Ms. Fadia Al-Khatib Local Researcher

Ms. May Al-Khatib Research Assistant

< ドナー関係者 >

(1) 国連児童基金 (United Nations Children's Fund : UNICEF)

Ms. Patricia McPhillips Special Representative for the Palestinian Health

Dr. Samson Agbo Chief, Health and Nutrition

Dr. Najwa Rizkallah Nutrition Specialist

(2) 国連人口基金 (United Nations Population Fund : UNFPA)

Dr. Wasim Alimuz Zaman Representative

Mr. Ziad M. Yaish Assistant Representative

Dr. Ali Nashat Shaar National Programme Officer, Reproductive Health

(3) 世界保健機関 (World Health Organization : WHO)

Mr. Tony Laurance Acting Head of Office

(4) 世界銀行 (World Bank : WB)

Ms. Meskerem Brhane Sr. Social Development Specialist

(5) イタリア援助庁 (Italian Cooperation)

Dr. Severio Pappagallo Health Program Coordinator

Dr. Angelo Stefanini Health Program Coordinator

Ms. Sawsan Aranki-Batato Health Policy Development Officer

(6) 米国国際開発庁 (United States Agency for International Development : USAID)

Dr. Elisabeth Drabant

Director, Health and Humanitarian Assistance

Dr. Suzy Srouji

Senior Health Advisor, Health and Humanitarian Assistance

(7) 欧州援助協力局 (European Commission Technical Assistance Office)

Ms. Fabienne Besson

Counsellor

< 日本側 >

(1) 在イスラエル日本国大使館

西岡 達史

一等書記官

田中 香織

二等書記官

笠井 香代

専門調査員

(2) JICAパレスチナ事務所

小池 誠一

所 長

小林 勤

次 長

岩崎 昭宏

所 員

岩瀬 英明

企画調査員

第2章 プロジェクト実施の背景と課題の現状

2-1 当該国の一般状況

パレスチナ自治区は、ヨルダン川西岸地区（以下、「西岸」と記す）とガザ地区（以下、「ガザ」と記す）の2つの地域からなり、イスラエル領土内の東部と西南部に分離して位置している。総人口は約388万人。ガザは地中海に面し、エジプトと国境を接しており、総面積362km²に140万人が居住している。ガザは世界で高い人口密度地域の一つである。西岸は山岳地形でヨルダンと国境を接し、総面積5,634km²に250万人が居住している。難民の総人口は約165万人で、難民人口割合は、西岸では32%、ガザでは71%となっている。

パレスチナに対する援助を考慮するにあたって、いくつかの基本条件を確認しておく必要があるといわれている。パレスチナに対する援助を開発援助の概念からみると、一般的な開発援助の枠組みにはない特殊性がある¹。

- (1) パレスチナがまだ暫定自治の地位にあるということ。このような被援助国の政治的不安定は援助の効果を計りにくくする要素である。
- (2) パレスチナはこれまで歴史的にも国家経営の経験を持たず、将来完全自治が達成された場合、パレスチナ人は近代初めて国家経営に取り組むことになるということ。
- (3) 伝統的にパレスチナ人はモビリティが高く、教育水準も高い人が多いこと。

国家中期開発計画2008～2011では、ガバナンス、社会、経済、インフラの4セクターにおける開発目標が挙げられ、社会セクターの目標として、教育、保健、女性のエンパワメントなどがあげられている。保健の開発目標としては 生活、保健の質的向上、保健人材と保健財源の持続性確保などが挙げられている。

2-2 当該国の保健医療の現状

2-2-1 指標からみた保健一般概況

パレスチナにおいては、イスラエル政府による長期にわたる占領、分離政策の影響により域内移住や難民が多数発生している。人口は約388万人、うち165万人が難民として登録され、人口の65%は貧困線（2ドル/日）未満の生活をしている（2006年保健庁）。初婚年齢は低く（女性19歳、男性23.6歳）（2003年保健庁）、合計特殊出生率は4.6、人口増加率は年3.3%（2006年保健庁）と高い。推計人口は2015年で約511万人、2020年で約593万人となっている。

妊産婦死亡率（Maternal Mortality Rate：MMR）は保健庁発表では10万対6.2。5歳未満乳幼児死亡率は保健庁統計では1,000対17.3（2006年保健庁）であるが、実態を反映した数値と見なされおらず、保健庁はMMR見直しのための調査報告制度の改善対策を実施中である。

妊婦の35.7%、生後9か月以下の乳児の40%に貧血がある（2006年保健庁）など、貧困による母子保健への影響が指摘される。一方、分離壁や外出禁止令が女性の行動を阻害し、母子保健に深刻な影響を与えていることも推測される（西岸地区の検問所は、2005年の472か所から2008年には580か所に増加している）。

¹ パレスチナに対する ODA 評価ミッション、平成 12 年 3 月、(財)中東調査会
http://www.mofa.go.jp/Mofaj/Gaiko/oda/shiryo/hyouka/kunibetu/gai/plo/th99_01_0500.html

5歳以下の子どもの胃腸感染症罹患率が、2000年から2004年までの間に42%も上昇していると同時に、この期間に家庭内での安全な飲料水のアクセスが8%以上も減少している。

他方、人口の3分の1を占める青少年は、内戦の影響で就学機会、就職機会を失ったうえ、行動や移動の制限、リクリエーションの欠如などにより、極度に不利益を被っている。青少年のためのRHカウンセリングのサービスも不足しており、また、貧困、不安定な状勢、紛争などは青少年の健全なジェンダー意識の育成を阻んでいる。このため、保健庁ではUNICEFやUNFPAと連携し、青少年のRHプログラムにも取り組んでいる。

さらに、成人疾病負担の30%は非感染症となっており、生活習慣病などに起因する悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、糖尿病などが主要な死因ともなっている。これら非感染症対策に対応する保健庁管轄三次医療機関はなく、三次医療機関及び医療技術者に対する明確な政策が未だ打ち出されず、三次医療サービスはエルサレムに所在する6か所の民間もしくはNGO病院にて、心臓手術、眼科手術、放射線療法、砕石術などのサービスを受けるか、それ以上の治療が必要な場合は、隣国（ヨルダンもしくはエジプト）にて治療を受ける必要がある。現実的には、保健庁負担により国内の民間やNGO病院、また隣国から対価を払って医療サービスを購入している状況である。2005年には3万件が保健庁外の施設にレファーされ、保健庁による医療サービス購入経費負担は60億円相当にも上っている。そのうち40%が隣国での治療費用となっている²。

表2-1のRH基本チェック項目（国別比較）でも明らかなように、パレスチナの保健一般状況は決して劣悪ではない。ただし、占領という外圧及びパレスチナ内部政局分裂による混乱など、準紛争下での不安定社会基盤のもと絶えまない緊急援助的各国ドナー支援や保健庁の自助努力によって現状を維持しているということが実情である。また、自治権を与えられているとはいえ事実上は被占領国であり、占領国イスラエルとの保健指標数値と比較した際に、同領土内の様相であるとは思えない差が浮き彫りになる。もちろん、そこには社会経済的な差が存在している。

その他の保健指標としては、感染症は改善傾向にはあるというものの、気の抜けない状況であると同時に、非感染症（慢性疾患、生活習慣病）の罹患率上昇、人口増加、先天性奇形や紛争外傷による障害者の増大等、復興期に特徴的な二重疾病構造の様相を呈しており、医療転換期であり、社会開発発展移行期にあるといえる。ただし発展移行期にあるとはいえ、前述のとおり、不安定な社会情勢下での予測不可能な脆弱さを内包している実情であるため、移行期の改善傾向にも常に揺れ戻しが想定される。よって保健医療改善支援についても、緊急援助的短期支援も継続し、「2-3-2 国家保健戦略計画」で後述する保健庁の自助努力によって推進されている国家保健戦略計画〔National Strategic Health Plan (NSHP) 2008-2010〕に沿った、より中長期的開発援助的支援についても配慮していく必要が求められている。

² 「2-2-3 レファラルシステム（二次・三次医療）」参照

表 2 - 1 RH基本チェック項目 (国別比較)

指標	単位	パレスチナ ³	ヨルダン	エジプト	イスラエル	日本	出典 ⁴
(基礎統計)							
粗出生数	人 / 1000 (2006)	25*	26	25	20	9	(1)
年平均人口増加率	% (2005)	2.2*	2.4	1.9	1.8	0.2	(1,2)
総人口	千人 (2006)	3,889*	5,729	74,166	6,810	127,953	(1)
都市人口の割合	% (2006)	71.6	82.3	42.8	91.6	66.0	(1,2)
成人識字率	% (2000 - 2005)	92	91	71	n/a	n/a	(1)
初等教育純就学率	% (2000 - 2006)	80	99	94	97	100	(1)
一人当たりGNI	ドル (2006)	1,230	2,660	1,350	18,580	38,410	(1)
(保健一般・RH関連)							
平均寿命	歳	72.9	71.8	70.4	80.1	82	(1,2)
改善された水源を利用できる人口	% (2006)	80*	97	98	100	100	(1,2)
保健医療分野への国家予算の割合	% (1995 - 2005)		10.1	7.3	11.2	17.8	(3)
適切な衛生施設を利用する人の比率	% (2004)	73	93	70	100	100	(1)
妊産婦死亡率	人 / 100,000						
下方推定		25	21	42	11	6	(1,2)
上方推定		190	82	170	22	8	
新生児死亡率	人 / 1,000	18.1**	17.0	21.0	4.0	2	(1,2)
乳児死亡率	人 / 1,000	15.7*	21.5	33.4	5.0	3	(1,2)
5歳未満児死亡率	人 / 1,000	19.1*	24	39	6	4	(1,2)
合計特殊出生率	人	4.6*	4.32	3.67	2.83	1.3	(1,2)
近代的避妊法実行率	% (15 - 49歳)	38.9**	41.2	56.6	51.9	56	(1,2)
出産前検診最低1回受診率	% (2000 - 2006)	99	99	70	n/a	n/a	(1)
政府予算によるEPI予防接種負担率	% (2006)	n/a	100	100	n/a	n/a	(1)
医療従事者立ち会いによる出産率	% (2006)	99	97	74	n/a	n/a	(1)
施設分娩率	% (2000 - 2006)	97	97	65	n/a	n/a	(1)
1歳未満麻疹予防接種率	% (2006)	99	99	98	95	99	(1,2)

³ パレスチナデータのうち、*印の出典はパレスチナ保健年次報告 (2006)、**印の出典は Family Health Survey (2007年)

⁴ 出典:(1) UNICEF、(2) UNFPA、(3) WHO

2 - 2 - 2 パレスチナの公的・非公的保健医療セクターの歴史（近代以降）と現状

「パレスチナ保健医療システムは非常に複雑かつ断片的である。それは、時代ごとに前時代のものが吸収合併や完全破壊によって再構築されてきたものが断層のように積み重ねられた、まるで古代遺跡のようである。」と、NSHP2008-2010に記載されている。

表2 - 2にて、現行のパレスチナの公的・非公的保健セクターの成り立ちと変遷を年代ごとの階層に分析して把握することができる。

表2 - 2 パレスチナの統治政府・非政府保健医療セクター年表

年代	公的保健医療セクター / その他史実	非政府団体の動向
1516 ~ 第一次世界大戦	オスマントルコ支配下	
1947 ~ 48	国連「パレスチナ分割統治」決議を受け、パレスチナ内戦化 1948年5月14日、英国委任統治終了撤退、イスラエル独立宣言、第一次中東戦争勃発	
1949 ~	第一次中東戦争停戦後 西岸 = ヨルダン政府保健省管轄 ガザ = エジプト政府保健省管轄	UNRWA設立 難民対象のサービス開始
1967 ~	第三次中東戦争（六日間戦争） イスラエル軍政府統治下 イスラエル民政府統治に引き継がれ、公的保健医療サービスは、イスラエル民政府によって供給される。	
1968		PRCS (Palestinian Red Crescent Society) 設立
1979		UPMRC (Union of Palestinian Medical Relief Committee) 現在のPMRS (Palestinian Medical Relief Society) 設立
1980年代		PLO軍医療団による活動活発化
1985		HWC (Health Work Committee) 設立
1987 ~ 1993	第一次インティファダ	
1993	オスロ合意	
1994 ~	パレスチナ自治政府誕生保健庁設立 イスラエル民政府衛生局からサービス及び人事を引き継ぐ形で、パレスチナ人のみによる公的保健サービスが開始	
2000 ~ 2005	第二次インティファダ	
2006	ハマス政権樹立	
2007年	ファタハ-ハマス連立内閣発足 ハマスによるガザ制圧 西岸（ファタハ）緊急内閣発足、1か月後に暫定内閣となる。（事実上、西岸とガザの分離政権統治）	

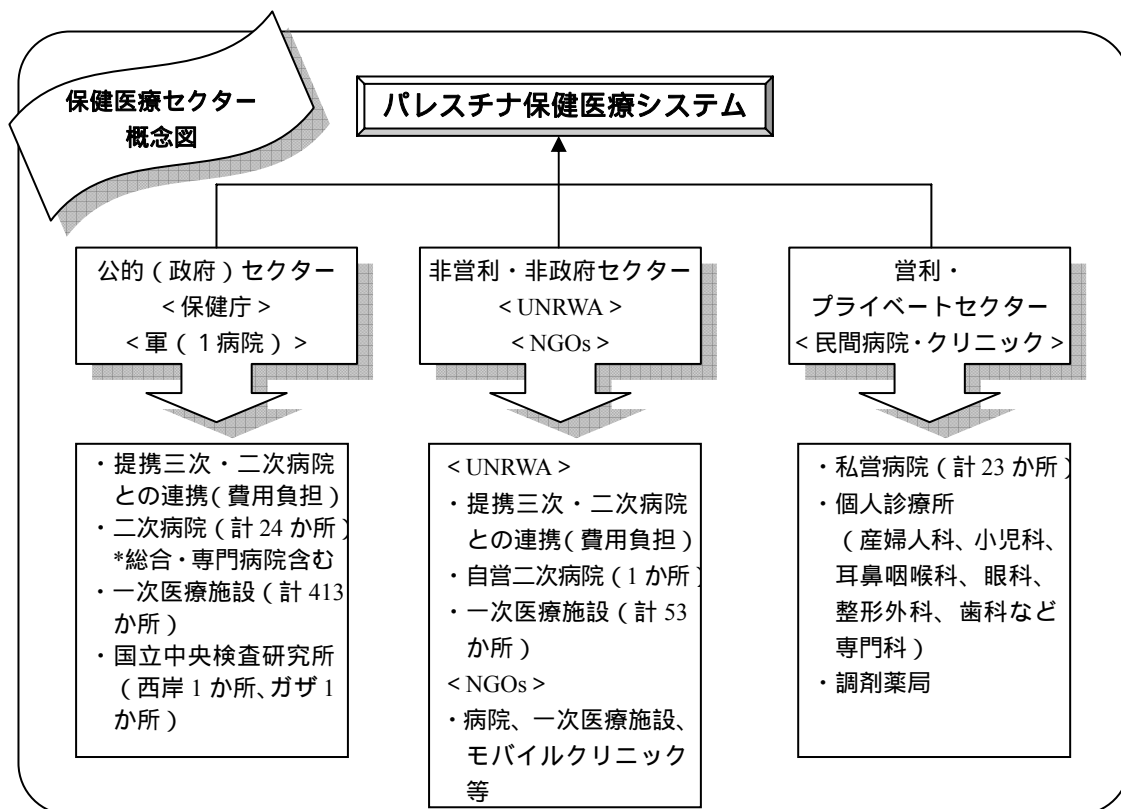
出典：保健庁関係者からの聞き取りに基づき調査団により作成

PHDスタッフの一部には、ヨルダン及びエジプト政府下で保健行政に携わった人が上司や知り合いにいるなどの影響を受けており、また一部はイスラエル民政府統治下、イスラエル人民政府関係者とイスラエル民政府による保健行政を担ってきた人たちであり、その他は1994年の自治政府保健庁設立後に公務を始めた人たちである。

自治政府保健庁設立後、パレスチナ人のみによるパレスチナ人のための保健セクター運営が始まり、パレスチナ公衆衛生法により、保健庁の役割は以下の6項目となっている。

- (1) パレスチナにおける保健医療の供給に関する法規とその監督
- (2) 異なる保健医療ステークホルダーとの保健医療の供給に関する計画と調整
- (3) 保健医療状況の向上のための健康増進の強化
- (4) 保健セクターに係る人員の開発
- (5) 保健情報管理及び普及
- (6) 国民のニーズに基づいた国家保健予算及び支出の確保

前述のパレスチナの統治政府・非政府保健医療セクター表2-2の経緯からもわかるように、現行のパレスチナ保健医療セクターは図2-1に示すとおり、相互補完関係にある。また、上記(2)にも記述されているとおり、パレスチナ保健庁は、パレスチナ保健セクターを担うすべての保健医療関係機関の調整役となっている。



出典：保健庁資料（2006）等に基づき、調査団により作成

図2-1 パレスチナ保健医療セクター概念図

図2-1の中で、非政府セクターに位置づけられながら、現パレスチナ全人口の41%のパレスチナ難民の保健医療サービスをカバーしているのが国連パレスチナ難民救済事業機関（UNRWA）である。UNRWAは、パレスチナ難民に直接的な救済事業を行うという権限を付された機関として設立され、翌年1950年5月1日に実際の活動を始めた。今日までパレスチナ難民問題の解決が見られないため、UNRWAはその権限の委託期限の更新を重ね、現在は国連総会での決定により2011年6月30日まで期限が延長されている。すでに4世代にわたるパレスチナ難民の福祉の向上や人間開発に貢献してきたという点において他に類を見ない国連機関である。設立当初は一時的な機関という想定であったが、難民のニーズが変化するのに合わせて、徐々にプログラム内容を調整しつつ現在に至っている。今日UNRWAは、中東における5地域（レバノン、シリア、ヨルダン、西岸、ガザ）の難民キャンプに居住する440万人以上のパレスチナ難民に基本的なサービスを提供する主要機関として、教育、医療、救済・社会サービスなどを提供している。

パレスチナ自治領内では、1948年の第一次中東戦争後に難民指定された西岸人口の26.5%、ガザ人口の65%、計150万人の難民を対象にUNRWAにより保健医療サービスが供給されており、保健庁と並ぶ保健医療セクターの担い手である。

また、非政府セクターに位置するUNRWAやNGOによるサービスは、近代の歴史の経緯において、ときに混乱化する公的保健セクターのセーフティネット的な役割を果たしてきており、その役割は現在にも至っている。

2-2-3 レファラルシステム（二次、三次医療）

ここでは、保健庁管轄のレファラルシステムについて述べる。

保健庁は、西岸12県、ガザ5県、合計17県の保健行政区ごとにPHDを設けて、一次医療サービス統括を実施している。

通常、一次医療施設（レベル1～4）⁵の診断で上位の医療機関へのレファラルが必要となった場合は、「同一県内一次医療施設のレベル4」もしくは「地域の二次医療施設（県病院など）」へレファラーされる。エルサレム県、トバス県、南ヘブロン県については、県内に保健庁総合病院がないため、近隣県の二次医療病院もしくは保健庁と提携しているNGO、UNRWA、民間の二次医療病院へレファラーされる。

三次医療については明確な保健政策がないため、整備が遅れている。現実的には、国内の保健庁管轄外医療施設（NGO病院、民間病院）及び第三国との提携により保健庁予算からレファラル費用を捻出して「医療サービスを購入」している状況にあり、効率性、有効性の観点から問題を抱えている。

これら、国内保健庁管轄外医療施設及び国外医療施設からの「医療サービスの購入」は、2005年は3万件に及び、6,000万ドル⁶の支出となっており、公的保健医療予算を圧迫している。

以下、パレスチナ国内の二次医療利用に関するデータは以下のとおりである。

- ・月次入院患者数：約3万5,000人（うち2万3,000人、64.5%が保健庁施設）

⁵ 「2-4-3の（1）施設等級」、表2-7 PHCPHDの統括する一次医療施設の施設等級基準（レベル1～レベル4）を参照。

⁶ うち、40%が近隣国への支払い。

- ・月次外来患者数：約 8 万5,000人（うち 6 万2,000人、73.5%が保健庁施設）
- ・月次手術件数：1 万1,000件（うち5,000件が保健庁施設）
- ・月次分娩件数：9,000件（うち5,000件が保健庁施設）
- ・病床利用率：65%（保健庁施設における病床利用率は80%）

現在、二次・三次医療環境改善のため、ナブルス県Al-Watni病院の研修病院として整備化、ラマッラ県に医療複合施設を整備するためのマスタープラン計画策定、ガザのAl-Shifa病院に内科建設（第1段階）ガザ市のPrince Nayef放射線療法センターのサービス開始など、保健庁とそれ以外の医療セクターによる共同の取り組みがなされている。

表 2 - 3 保健行政区（県）ごとの人口分布と医療施設数

行政区	人口 (2006)	自治体数	PHC 施設数	1 PHC施 設あたり 人口	二次医療施設		10万人当 たり 病院数	1,000人当 たり 病床数
					病院数	病床数		
Jerusalem	407,090	30	33	12,336	9	578	2.2	1.4
Jenin	309,884	89	67	4,625	4	171	1.3	0.6
Tulkarem	172,793	39	33	5,236	3	169	1.7	1
Qalqilia	97,472	31	29	3,361	3	85	3.1	0.9
Salfeet	64,129	20	20	3,206	1	12	1.6	0.2
Nablus	336,380	60	66	5,097	6	485	1.8	1.4
Ramallah	290,401	75	82	3,541	9	320	3.1	1.1
Jericho	43,620	11	24	1,818	1	54	2.3	1.2
Bethlehem	180,116	59	34	5,298	8	653	4.4	3.6
Hebron	542,593	113	133	4,080	10	434	1.8	0.8
西岸 計 (又は平均)	2,444,478	527	521	4,692	54	2,961	2.2	1.2
North Gaza	278,180	5	22	12,645	4	177	1.4	0.6
Gaza city	505,702	4	42	12,041	12	1,061	2.4	2.1
Mid area	208,716	4	32	6,522	1	94	0.5	0.5
Khan Younis	279,853	13	18	15,547	5	640	1.8	2.3
Rafah	171,363	5	16	10,710	2	81	1.2	0.5
ガザ 計 (又は平均)	1,443,814	31	130	11,106	24	2,053	1.7	1.4
パレスチナ計 (又は平均)	3,888,292	558	651	5,973	78	5,014	2	1.3

2 - 2 - 4 保健医療従事者の配置

表 2 - 4 からわかるように、パレスチナ全体の保健医療従事者数は不足しているということはない。特に医師に関しては、世界で最も多い人口比医師数を抱えるイスラエルほどではなくとも、英国や日本と同じぐらいの人口比医師数が確認できる。保健人材の課題は、人員数というより、配置にある。特に民間医療従事者は多数がラマッラやナブルスなど大都市に集中する傾向があり、ジェリコ県、ヘブロン県などのへき地では深刻な医療従事者不足は依然として存在している。

表 2 - 4 パレスチナ保健医療従事者数と各国比較*1

	人員数			人口1000人当たり医療従事者数								
				パレスチナ			ヨルダン	エジプト	イスラエル	英国	イラン	日本*2
	西岸	ガザ	計	西岸	ガザ	計						
医師	4,401	3,759	8,160	1.77	2.57	2.07	2.03	0.54	3.8	2.3	0.87	2.18
歯科医師	1,355	680	2,035	0.55	0.47	0.52	1.29	0.14	1.17	1.1	0.19	0.76
薬剤師	2,242	1,600	3,842	0.92	1.11	0.99	3.14	0.1	0.7	4.5	0.2	1.98
看護師	2,452	4,200	6,652	1	2.91	1.71	2.94	1.98	6.26	12.12	1.19	6.36
助産師	475	204	679	0	0	0.12	0.3	0.02	0.19	0.63	0.19	0.2
パラメディカル	7,421	3,100	10,521	3.04	2.15	2.71	1.17	0.05	---	2.78	1.71	---
関連事務	4,263	3,257	7,520	1.74	2.26	1.93	3.15	0.07	---	21.2	1.04	---
計	22,609	16,800	39,409									

出典：*1 保健庁資料（NSHP2008-2010）から引用

*2 日本のデータは、厚生労働省「医師・歯科・薬剤師調査」「保健・衛生行政業務報告」に基づき調査団が作成
ただし、看護師の項目には、保健師（0.2/1000）と准看護師（2.99/1000）は含まれていない。

表 2 - 5 パレスチナ自治政府保健庁人材（2006）

	保健庁全体				西岸				ガザ			
	病院	PHC	他	計	病院	PHC	他	計	病院	PHC	他	計
専門医師	970	466	45	1,481	323	236	12	571	647	230	33	910
一般医師	785	102	15	902	193	39	2	234	592	63	13	668
歯科医師	18	143	37	198	2	38	2	42	16	105	35	156
薬剤師	128	183	86	397	41	80	28	149	87	103	58	248
看護師	2,420	835	78	3,333	1,121	482	13	1,616	1,299	353	65	1,717
助産師	128	96	3	227	81	71	1	153	47	25	2	74
ヘルスワーカー	17	55	7	79	0	11	0	11	17	44	7	68
パラメディカル	758	416	144	1,318	294	175	38	507	464	241	106	811
関連事務	2,519	1,245	1358	5,122	886	477	478	1,841	1,633	768	880	3,281
計	7,743	3,541	1773	13,057	2,941	1,609	574	5,124	4,802	1,932	1,199	7,933

出典：保健庁資料（NSHP2008-2010）から引用

また、歴史・社会文化的背景として、1996年にパレスチナ国内で最初の医学部（Al-Quds大学とAl-Najaha大学の連携による取り組み）が初めて設立されるまでは、現存の中堅パレスチナ人医師の時代は、海外で医学を修めるほか道がなかったという特徴がある。奨学金制度からの制約、修学先の国の医学教育システムや医師免許システムなどの関係から、概して一般医療を修め、一般医師（General Physician）として従事するケースが多く、専門医師不足が恒常的課題である。パレスチナ全体で4万人の医療従事者のうち、約30%が保健庁人材であるが、特に保健庁では専門医師不足は顕著に見られる。

パレスチナ全体での看護師数の人口比は、医師数を下回っており、これも医療の現場のアンバランスを顕著に示している。イスラエル及びパレスチナに共通する特徴として「医師数」の多さが一般的に知られているが、医師をサポートする看護師数がイスラエルは2倍あるのに対して、パレスチナの看護師数は他国と比較しても決して充足しているとはいえない。

助産師については、国内では助産コースをもつ学校が5校ある。そのうち2校はAl-Quds大学とAl-Najaha大学に2007年から新設された4年制（学士）コース。ベツレヘム大学の助産コースは3年コースであるが現在休校中。ナブルスのAl-Hajeh Al-Daleeb学校は2006年から開講した2年コース。ラマツラのIbn Sina看護学校（国内で唯一、高等教育庁ではなく保健庁直轄の看護学校）は、1967年設立のパレスチナ国内では古い看護学校であるが、地域助産師学コース（前期看護コース2年に続く後期コース2年）が2005年から開設されている。パレスチナでは文化的に女性が助産の業務に従事することは、伝統的産婆（Traditional Birth Attendant：TBA）のイメージとも重なり、社会的に認められている職業ではないというマイナス要因があり、助産学を修学することは一般的にあまり積極的に奨励されていない。こういった背景から助産師の割合は低く留まっている。ただし保健庁としては、TBAとは切り離れた、正規教育を受けた助産師数の増加をめざしており、ノルウェー政府からの奨学金制度も組み込んだ助産プロジェクトも実施中である。

ヘルスセクター全体の傾向として、貴重な資格能力をもつ人材の、公的セクターから民間セクターへの人材流出、パレスチナから海外への人材流出、という課題も大きい。これらは、パレスチナの不安定な経済状況に起因しており、特に公的セクターの処遇が低いことが原因である。現行のインセンティブシステムは、今後医療従事者の育成や確保を期待していくうえでは問題があり、能力・機能強化が積み上がらないことは、パレスチナ保健システムや医療の効率性や有効性に対して負のインパクトとなっている。

上記の医療従事者配置地域格差や専門医不足も含めて、これらの課題は2001年の保健人材開発計画とその不十分な実施にあるといわれており、今後改善が必要とされている。保健人材開発の具体的ニーズは以下のとおりとなっている。

- (1) パレスチナ独自の医療従事者免許基準及び他国の免許認定基準の改定、標準化、制定化
- (2) 既存及び新規の医療教育機関及び教育プログラムの国際標準準拠化及び認定
- (3) 卒後教育の開発、現存スタッフの参加奨励、及び研修後の身分・処遇等と連動させるシステム化
- (4) 資格能力の高い人材に評価を与えることにより、パレスチナ保健システムに人材を確保できるようなインセンティブシステム開発
- (5) 保健セクター管理職レベル研修の開始
- (6) 保健人材計画及び管理を以下のプロセスにより開発
 - ・ 既存リソースについて、人材数、専門、地域といった項目で課題を明確化し、人材配置実施
 - ・ 諸項目から余剰及び不足人員を明確化し、分析に基づいた計画を策定

2 - 3 当該国の保健医療政策

2 - 3 - 1 これまでの経緯

現行の第三次パレスチナ国家保健戦略計画（NSHP）（2008-2010）の策定については90年代からの進められてきた一連の計画プロセスの一線上に位置している。90年代以降に作られた計画策定に係る成果は以下のとおり。

- ・ NSHP1994（第一次国家保健戦略計画）
- ・ NSHP1999-2003（第二次国家保健戦略計画）
- ・ Human Resources Development Plan 2001
- ・ Health Sector Review 2004
- ・ Ministry of Health Reform and Organization Plan 2005
- ・ MTDP 2006-2008

2003年以降NSHPが存在していなかったため、保健セクターの総戦略を作ることとし、第三次NSHP（2008-2010）が策定された。また、長らく保留にされていた保健庁組織体制についても2008年閣議決定を受け、順次施行に至っている（図2 - 2参照）。本戦略により保健セクターを担う各ステークホルダー間で、より一層の協調や統合が図られるようになることを期待している。

第三次国家保健戦略計画は以下の段階を踏み策定された。

- （1）保健計画ユニット（Health Planning Unit：HPU）の設立
- （2）保健庁技術委員会発足 NSHPドラフト作成
- （3）国家保健政策及び戦略計画審議会（National Health Policy and Strategic Planning Council：NHPSPC）の設立
- （4）NHPSPCによるNSHP最終版の承認
- （5）パレスチナ自治政府閣議決定

上記パレスチナNHPSPCは保健大臣を議長として、構成メンバーは以下のとおりである。

- 1）保健大臣（NHPSPC議長）
- 2）保健副大臣
- 3）保健計画ユニット長（NHPSPC事務局）
- 4）UNRWA保健局長（西岸及びガザ）
- 5）パレスチナ医療審議会 総長
- 6）パレスチナ赤新月社 理事長
- 7）財務庁 代表者
- 8）計画庁 代表者
- 9）教育・高等教育庁 代表者
- 10）総人事審議会 代表者
- 11）軍警察医療部 代表者
- 12）パレスチナNGO 代表者（2名）
- 13）民間 代表者（2名）

- 14) 医療学会 代表者 (2 名)
- 15) パラメディカル学会 代表者 (2 名)
- 16) エルサレムのモデルネットワーク病院 (6 病院による総合サービス) 代表者
- 17) パレスチナ医薬品産業組合 代表者
- 18) 大学医学部長

2 - 3 - 2 国家保健戦略計画 (中期開発計画 : 2008 ~ 2010年)

NSHP2008-2010における戦略目標は以下の5点である。

- 最大限の成果が出せる保健サービスの提供
- 保健財政の持続発展性の確保
- 保健サービスを提供するために適正な施設の整備
- 保健人材育成
- 効果的な保健政策、計画、管理

戦略目標 の下には、サブ目標1-4として「地域保健、女性の健康、RHを含む包括的プライマリーヘルスサービスの提供」が挙げられている。戦略目標 サブ目標として4-3「健康教育及び現任研修の基準改善」や、戦略目標 サブ目標では5-2「保健庁による免許資格統制及び調整能力強化」、5-5「保健庁外の保健医療ステークホルダー間の連携及び調整の強化」なども挙げられている。

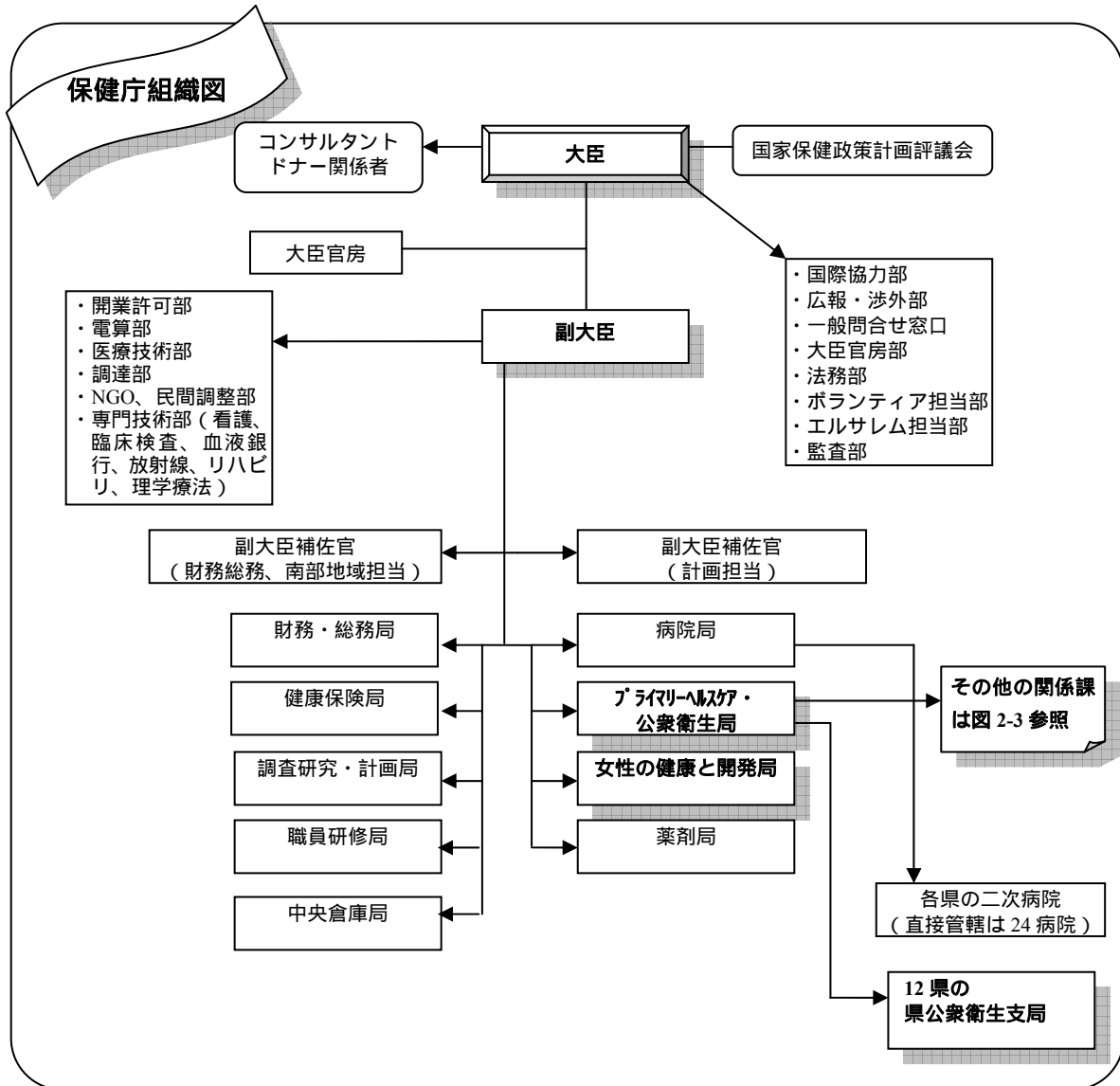
2 - 3 - 3 保健セクター全般の課題

パレスチナ保健セクター全般にわたって挙げられている以下の課題を踏まえて、上記の戦略計画が策定されている。

- (1) 保健セクターを担う複数の機関 (保健庁、UNRWA、NGO、軍、民間) による連携強化を図り、パートナーシップと医療機関の枠を超えたサービスの統合化を推進すること。また保健庁が保健セクター全体を統括する合理的な保健医療システムとすること。
- (2) 保健庁本庁とPHDにおける調整、監督、評価機能の組織的能力を強化すること。
- (3) ドナー依存型保健財政の改革を行うこと。
- (4) 中長期的戦略に基づいた保健人材の確保及び配置
- (5) 計画や政策決定に保健医療情報を十分に活用するための保健情報システムの強化
- (6) 急激な人口増加、貧困、質の高い保健医療サービスを望む住民側の需要の拡大に対応するため、保健医療サービスを量的質的に拡大すること。
- (7) 感染症に加え慢性疾患対策も課題となる疫学転換期の二重疾病構造への対策、紛争の影響などによる心理精神疾患対策 (特に乳幼児、青少年のPTSD対策)、もともと地域に多発している先天性奇形に加え紛争による傷害が重なったことで極端に症例の多い障害者への対策など、疾病傷害に対応すること。
- (8) 国内医療機関にて三次医療サービスを提供するための施設、人材の強化。現状では高度医療が必要な患者は、保健庁予算にて隣国へ搬送しているため、保健財政を圧迫している。
- (9) 医療サービス提供者のモチベーションを高めること。特に保健庁において、外国への移住、低賃金、現行の非能率的インセンティブシステムなどの理由により、保健人材の不足

やスタッフのモチベーション低下が深刻化している。

(10) 検問所等、移動制限による患者、医療サービス提供者、双方の保健医療サービスへのアクセスに対する阻害を打開すること。



出典：2008年5月から執行中の新組織体制図より引用

図2-2 パレスチナ自治政府保健庁組織図⁷

⁷ 西岸保健庁のみで施行されている。ガザ保健庁組織編成は西岸保健庁組織に厳密に対応はしていない。

2 - 4 母子保健RH分野における現状分析と課題

2 - 4 - 1 同分野政策及び対策に係るこれまでの経緯

表 2 - 6 パレスチナにおける母子保健RHに関する年代別取り組み

No	年	母子保健RHに関する取り組み
1	1967以前	予防接種 ヨルダン政府下（西岸）、エジプト政府下（ガザ）にて実施
2	1984(ヘブロン) 1991(ジェリコ) 1994(ジェニン)	地域保健活動員（Community Health Workers）の正式導入（3県で）
3	1985	新生児マススクリーニング（PKU）開始
4	1986	ハイリスク・クリニックサービス開始
5	1989	プライマリーヘルスケア事務局に疫学ユニット（Epidemiology Unit）設置し、予防接種拡大計画（EPI）事業開始
6	1992	プライマリーヘルスケア事務局に母子保健ユニット（Mother and Child Health Unit）設置
7	1992	HepB（B型肝炎）予防接種開始
8	1992 - 1993	ハダサ大学公衆衛生大学院にてパレスチナ人医師対象の母子保健研修コース受講
イスラエル民政府下での取り組み パレスチナ自治政府保健庁委譲後の取り組み		
9	1994/1995	県ごとにMCHスーパーバイザー（医師及び看護師）の任命と配置
10	1995	プライマリーヘルス・公衆衛生局（PHCPHD）設置
11	1995	女性の健康と開発局設置
12	1996	専門医（産婦人科医、小児科医）の雇用開始
13	1997	家族計画サービス開始
14	1999	母乳育児に関する研修と啓発開始
15	2000	国家統一RH・ガイドラインの開発制作及び研修
16	2000	新生児へのBCG予防接種開始
17	2001	国家統一RHサービス・カウンセリングマニュアルの開発制作及び研修
18	2001～	IMCI（小児疾患の統合的管理）導入決定 *途中活動凍結、2007年～研修開始、2009年～本格実施予定
19	2004	プロトコール制作 新生児ケア・プロトコール、産後ケア・プロトコール、母と子の栄養・プロトコール
20	2004	産前健診施設ベースカルテの統一化（西岸とガザ）
21	2004	母子保健センターで使用される記録台帳、カルテ、レポート様式などの統一化（西岸とガザ）
22	2004	性感染症・AIDS・ガイドラインの開発制作
23	2004	性感染症スクリーニング開始
24	2005	子宮頸がんスクリーニング、乳がんスクリーニング検診開始（自己診断方法の研修も含む）
25	1993 - 1995 2006（再開）	Hib（ヘモフィルス・インフルエンザB型）ワクチンの導入開始
26	2006	産科・新生児、救急救命ガイドライン・プロトコールの開発制作
27	2005～2007	母子健康手帳の開発及び試用開始
28	2007	WHO新成長曲線基準の導入及び母子健康手帳の研修
29	2008	母子健康手帳の全国導入開始

出典：保健庁関係者からの聞き取りに基づき調査団により作成

2 - 4 - 2 管轄部局

(1) RH管轄部局

1) 女性の健康と開発局

1994年にイスラエル民政府から自治政府保健庁へ管理権限委譲された際に新設された部局で、女性の健康に配慮した政策や戦略を立てることにより、パレスチナの女性の健康は向上傾向にある。同年開催された国際人口開発会議（International Conference on Population and Development：ICPD）にて提唱されたRH・ライツ及びICPD行動計画を実施する部局として、現在も特化した役割をもつ部局である（図2 - 2参照）。家族計画サービスは、現在101か所（西岸：84か所、ガザ：17か所）の保健庁一次医療施設にて提供されている。

2) 女性の健康と開発局の詳細目標

- ・ 家族計画相談件数の向上
- ・ 一次医療施設における避妊法の使用率が50%となること
- ・ 女性の健康及びリプロダクティブニーズに関する理解の向上
- ・ 男性に対する啓発向上：避妊法、その他利点など

3) 女性の健康と開発局の責務

- ・ 保健庁とNGOによって提供されているRHプログラムの開発とモニタリング
- ・ 保健庁内の関連他部局及び他省庁、NGO、UNRWA、各国ドナーや支援団体との調整役
- ・ 女性の健康に関する国家戦略策定
- ・ 女性が意思決定する役割を担うことができるようにサポート

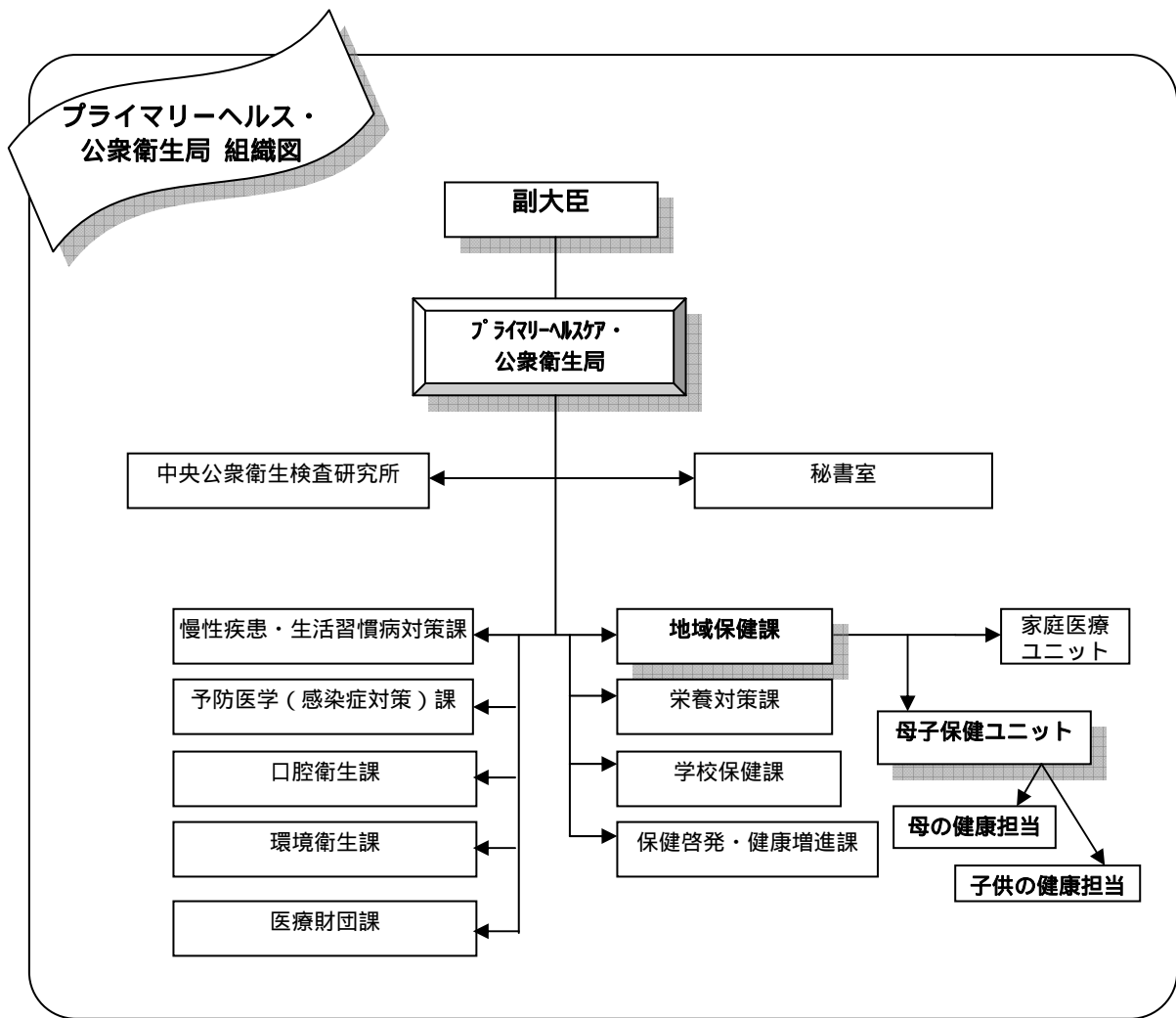
(2) 母子保健管轄部局

1) プライマリーヘルスケア・公衆衛生局（PHCPHD）、地域保健課

図2 - 3のとおり、PHCPHDは多岐にわたる一次医療レベルの総括部局であり、一次医療はNSHPにおいて「保健セクターの最優先事項」として扱われている。特に、サービスが届きづらい辺境地や分離壁の影響を受ける地域については、保健庁以外の他団体との協力による効率性・有効性の確保に励み、アクセスの向上を図ることが大きな役割となっている。

近年、既存の保健センターに加え、分離壁の建設が進みアクセスの困難な地域が増加している現状に即し、移動診療車両（モバイル・クリニック）による診療の需要が高まっている。また、地域ベース型の精神保健の取り組みを現行のサービスに組み込むという試みも2004年から開始されている。

保健庁管轄の一次医療施設における産前産後健診、乳幼児健診及び3歳までの幼児の診療はすべて無料である（薬代は有料。3歳以下は1アイテム@1NIS、約30円。4歳以上は1アイテム@3NIS、約90円）。



出典：2008年5月から執行中の新組織体制図より引用

図2 - 3 プライマリーヘルス・公衆衛生局組織図

a) 地域保健課の成り立ち

主に母子保健を管轄するのは、プライマリーヘルス・公衆衛生局のもとにある「地域保健課」である。1991～1992年にかけて、イスラエル民政府PHDの傘下に「母子保健ユニット」として設立された。1995年に現在の「地域保健課」に名称変更され、5つのプログラム（母子保健、家族医療、栄養、学校保健、精神保健）を担当していた。

その後、RH関連対策プログラムが加わり、2003年には栄養、学校保健、精神保健の分野については別個に独立した課が設けられた。

現在の地域保健課は以下の7つのプログラム担当となっている。

母子保健

ハイリスク妊娠ケア

家族計画

乳がん検査

子宮頸部細胞検査

家庭訪問

小児疾患の統合的管理（Integrated Management of Childhood Illness：IMCI）

b) 地域保健課の目標

医学的、社会的、精神的ケア、及び妊産婦や母と子に対する啓発メッセージを通じた疾病予防。また適切な治療提供及び二次医療レベルへのレファラル。

c) 地域保健課の対象人口

- ・ 生誕後から3歳までの乳幼児
- ・ 出産までの妊産婦
- ・ 出産後の母親
- ・ RH年齢にある女性

d) 地域保健課の責務

- ・ 母子保健に関する政策審議への参加
- ・ 全県における母子保健サービスのスーパーバイズ及び課題対応
- ・ 全県PHDから提出される月次報告書の確認及び課題対応
- ・ 保健センター活動の月次、四半期、年間報告書のまとめ
- ・ 各県母子保健スーパーバイザー対象の中央月次会議の実施
- ・ 関連研修コース、ワークショップ、国際会議等への出席
- ・ 母子保健分野に関する研究実施

2 - 4 - 3 母子保健RHサービス詳細

(1) 施設等級

表2 - 7 プライマリーヘルスケア・公衆衛生局の統括する一次医療施設の施設等級基準
(レベル1～レベル4)

施設等級	条件	医療従事者	サービス内容
レベル1	人口2,000人規模	常駐：ヘルスワーカーもしくは看護師 巡回：一般医師、週1～2日	・ 予防接種 ・ 母子保健サービス ・ ファーストエイド
レベル2	人口2,001～6,000人規模	常駐：看護師、一般医師 非常駐：専門医師（月1日）	・ 予防接種 ・ 母子保健サービス ・ 診察・治療 ・ 臨床検査（簡易検査など一部）
レベル3	人口6,001～12,000人規模	常駐：看護師、一般医師 非常駐：専門医師（月2日）	・ 予防接種 ・ 母子保健サービス ・ 診察・治療 ・ 臨床検査 ・ 保健啓発活動

レベル4	人口12,000以上 コンプリヘンシブ・ 保健センター	常駐：看護師、一般医師 非常駐：専門医（週2日）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 予防接種 ・ 母子保健サービス ・ 家族計画サービス ・ 診察・治療 （歯科、小児科、産婦人科、 精神科、放射線科、超音波検 査科、等） ・ 保健啓発活動 ・ 緊急医療
------	-----------------------------------	-----------------------------	---

出典：保健庁資料（NSHP2008 - 2010）から引用

（2）施設数

以下の表2 - 8 からわかるように、この6年間の人口増加に伴い、施設数増設を実施しているのは主に保健庁である。一般的に、UNRWA及びNGOの一次医療施設マネジメントが良好であることが評価されている。一概に判断はできないものの、増加する人口に対して施設数の増加をせずに対応していることにより、施設ごと、スタッフ一人当たりの負担は増えているかもしれないが、中央管理キャパシティは圧迫されることなく、基本運営コストは比較的抑えられていると推察できる。

他方、保健庁管轄施設については、施設の絶対数が他団体に比較し、桁違いに多いことや人口増加に伴い施設数を増加させていることなどから、PHDごとの管理が機能しているとはいえ、中央管理キャパシティが必ずしも機能しているとはいえず、基本運営コストも増加を余議なくされる状況である。特に、スーパービジョンの脆弱性は、キャパシティを超えた絶対数をいかにシステムティックに管理するかという工夫、もしくはそれなりの環境（人員・通信・車両等）を整えるよりほかはないともいえる。

なお、これら全413施設中70%以上を占めるレベル1及び2施設は、サービスの行き届きづらいへき地人口のための予防接種やファーストエイドなどの「ヘルスポスト」として引き続き裨益する必要があるため、一概に不要な数とはいえない。

表2 - 8 全一次医療施設数リスト（西岸とガザ）

年	地域	人口	保健庁	UNRWA	NGOs	合計	1施設当たり カバー人口
2000	西岸	2,011,930	316	34	145	495	4,065
	ガザ	1,138,126	43	17	70	100	11,381
	合計	3,150,056	359	51	185	595	5,294
2006	西岸	2,444,478	356	35	130	521	4,692
	ガザ	1,443,814	58	18	55	130	11,106
	合計	3,888,292	413	53	185	651	5,973

出典：保健庁資料（NSHP2008-2010）から引用

表 2 - 9 保健庁一次医療施設の等級別内訳

	レベル 1	レベル 2	レベル 3	レベル 4	合計
西岸	88	184	76	8	356
ガザ	0	31	19	7	57
合計	88	215	95	15	413

出典：保健庁資料（NSHP2008-2010）から引用

(3) サービス詳細

一次医療センターで実施されているサービス一覧は以下のとおり。ただし、予防接種事業は予防医学（感染症対策）課、RH関連サービス等は女性の健康と開発局というように、管理責任体制は地域保健課ではなく、それぞれ、縦割りプログラムを分掌する担当部局となっている。

表 2 - 10 一次医療（PHC）センター（全 4 レベル）で実施されている母子保健及び RH 関連サービス一覧

サービスカテゴリ	サービス内容	I	II	III	IV
産前健診（ANC）	予防接種（破傷風）	√	√	√	√
	健康教育：栄養、日常生活・衛生、適切な衣服、リラクゼーションと運動、便秘と尿路感染の予防、妊娠時の危険信号、喫煙の警告、性感染症、母乳育児、乳幼児の予防接種、育児、自然なお産（active birth）、家族計画、出産場所（Health Education：Nutrition, personal hygiene, appropriate clothing, relaxation and physical exercises, ways to avoid constipation and urinary tract infections (UTI), danger signs during pregnancy, smoking hazards, STDs, breastfeeding, child immunization, child care, active birth, family planning, place of delivery）	√	√	√	√
	胎児心音診察（Examining fetal pulse）	√	√	√	√
	胎動問診（Asking about fetal movement）	√	√	√	√
	子宮底長計測（Measuring fundal height）	√	√	√	√
	胎位、胎向、胎勢診察（Examining fetal position）	√	√	√	√
	静脈瘤（有無）診察（Examining presence of varicose）	√	√	√	√
	浮腫（有無）診察（Examining presence of oedema）	√	√	√	√
	妊婦の心臓診察（Cardiac exam for the pregnant woman）	√	√	√	√
	乳房診察（Breast examination）	√	√	√	√
	妊婦の甲状腺診察（Thyroid examination for the pregnant woman）	√	√	√	√
	超音波検査（Ultrasound）			√	√
	ハイリスク妊娠検査（Filling high risk pregnancy format）	√	√	√	√
	ハイリスク妊娠評価（High risk pregnancy evaluation）	√	√	√	√
	必要に応じて、ハイリスク・クリニックへの紹介（Referral to high risk pregnancy clinic if needed）	√	√	√	√
	心理的サポート及び健康アドバイス（Provide support and health guidance）	√	√	√	√
	栄養補助剤供与：鉄剤、葉酸（supplements：iron and folic acid）	√	√	√	√
貧血モニタリング・食餌評価及び栄養指導（Monitoring of anemic cases which includes food intake evaluation and guidance on	√	√	√	√	

	nutritious food)				
	基本項目測定 : 身長、体重、血圧、脈、呼吸、体温 (Measurement of : Weight, height, blood pressure, pulse, breathing, body temperature)	√	√	√	√
	尿 (糖・たんぱく) 簡易検査 (Urine analysis for sugar and protein using strips)	√	√	√	√
	臨床検査 : 血液型、CBC、尿検査、経口ブドウ糖負荷試験、ヘモグロビン (Lab tests* : Blood group and Rh, CBC, urine analysis, oral GTT, Hb)		√	√	√
	家庭訪問時のサービス内容 (Services provided during home visits) : 1 . 貧血モニタリング (Monitoring anemic cases) 2 . 健康教育、ハイリスク妊娠に関する指導 (Health education and guidance for high risk pregnancies) 3 . 予約日時に施設検査に来ない母親からの事情聞き取りと記録 (Documentation of reasons behind incompliance for women who do not comply to the defined dates for visits)	家庭訪問サービス数は限られている。 (The home visit services are very limited)			
産後健診 (PNC)	基本項目測定 : 体重、血圧、脈 (Measurement of weight, blood pressure, pulse)	√	√	√	√
	母乳育児モニタリング (Monitoring breastfeeding)	√	√	√	√
	臨床検査 : ヘモグロビン検査 (Lab test* : Hb measurement)		√	√	√
	鉄剤供与 (Iron supplementation)	√	√	√	√
	健康教育 : 日常生活・衛生、育児、母乳育児、母親の栄養、乳幼児の予防接種、産後健診の重要性、家族計画、性感染症、産後のセックス (Health Education on : personal hygiene, child care, breastfeeding, nutrition for mothers, child immunization, the importance of visiting MCH centers, family planning, STDs, sexual intercourse after delivery)	√	√	√	√
	家庭訪問時のサービス内容 (Services provided during home visits) : 1 . 基本項目計測 (バイタル) : 血圧、脈、呼吸、体温 (Measurement of : Blood pressure, pulse, breathing and body temperature) 2 . 子宮計測 (Measurement of uterus size) 3 . 外陰・会陰切開部の診察 (Examination of external genitalia and episiotomy) 4 . 膣分泌の有無問診 (Asking about vaginal discharges) 5 . 尿路感染の症状の有無問診 (Asking about UTI symptoms) 6 . 便秘・下痢の有無問診 (Asking about constipation or diarrhea) 7 . 乳房診察 (Breast examination) 8 . 血栓症有無確認・両脚診察 (Legs examination for thrombosis) 9 . 健康教育 : 母乳育児、母親の栄養、運動、母と子の日常生活・衛生、乳幼児の予防接種、家族計画、育児、産後健診の重要性 (Health education on : breastfeeding, nutrition for mothers, physical exercises, personal hygiene for the mother and baby, immunization, family planning, child care, importance of visiting MCH centers)	家庭訪問サービス数は限られている。(産前家庭訪問サービス数よりさらに少ない) home visit services are very limited (less than antenatal)			

乳幼児健診 (Well Baby Care)	身体測定 : 体重、身長、頭囲 (Anthropometric measures including : weight, height and head circumference)	✓	✓	✓	✓
	バイタル測定 : 体温、脈 (Measurement of body temperature and pulse)	✓	✓	✓	✓
	新生児マススクリーニング・フェニルケトン症検査 (PKU test)	✓	✓	✓	✓
	栄養補助剤処方 : 鉄剤・ビタミン A、D (Supplementation prescription for iron and vitamin A and D)	✓	✓	✓	✓
	耳鼻咽喉検査 (Examination of nose, ear and throat)	✓	✓	✓	✓
	腹部診察 (Abdominal examination)	✓	✓	✓	✓
	心臓診察 (Cardiac examination)	✓	✓	✓	✓
	肺機能診察 (Chest examination)	✓	✓	✓	✓
	骨格診察 (Examination of the skeleton)	✓	✓	✓	✓
	神経系統診察 (Examination of the nervous system)	✓	✓	✓	✓
	泌尿生殖器診察 (Genitourinary tract examination)	✓	✓	✓	✓
	臨床検査 : ヘモグロビン (Lab test* : Hb measurement)		✓	✓	✓
	予防接種 (Immunization)	✓	✓	✓	✓
	経口補水塩処方 (Oral Rehydration Salts (ORS) prescription)	✓	✓	✓	✓
家庭訪問時のサービス内容 (Services provided during home visits) : 1 . 基本項目計測 : 脈、体温、体重、身長、頭囲 (Measurement of pulse, body temperature, weight, height and head circumference) 2 . 腹部診察 (Abdominal examination) 3 . 眼球診察 (Eye examination) 4 . 鼻腔診察 (Nose examination) 5 . 肛門診察 (Anal examination) 6 . 生殖器診察 (Genitalia examination) 7 . 異常ケースの場合、保健センターへのレファラル (Referral to a health center in case of any abnormality)	サービスは緊急のケースに限られている。 Limited in certain cases (emergency cases)				
ハイリスク妊娠ケア (High risk pregnancy care)	基本項目計測 (バイタル) : 血圧、脈、呼吸、体温、体重 (Measurement of : Blood pressure, pulse, breathing, body temperature, Weight)				✓
	浮腫の有無診察 (Examining presence of oedema)				✓
	子宮底長計測 (Measurement of fundal height)				✓
	胎位、胎向、胎勢診察 (Examining fetal position)				✓
	胎動問診 (Asking about fetal movement)				✓
	胎児心音診察 (Examining fetal pulse)				✓
	臨床検査 : 尿 (たんぱく・糖) 検査 (Lab tests : urine analysis (protein and sugar))				✓
産婦人科医による以下の診察 : 子宮底長、胎位、胎児の大きさ、羊水過多、膣出血、多胎、胎児心音、超音波診断 (Obstetrician/Gynecologist (OBG) examination includes : fundal height, fetal position, fetal size, excess amniotic fluid, vaginal hemorrhage, presence of twins, fetal pulse, and US)				✓	
家族計画 (Family planning)	以下のカウンセリング (Counseling for) : 1 . 避妊する必要性についての決断 (Making decisions about the need to utilize FP methods) 2 . 数ある避妊法の知識に基づく決断 (Making decisions based		✓	✓	✓

	<p>on knowledge about the various FP methods)</p> <p>3 . 選択した避妊法に関する知識 (Knowing about the chosen method)</p> <p>4 . 選択した避妊法の正しい使用法 (Correct utilization of the chosen method)</p> <p>5 . 夫婦間で何かしらの不都合を抱えているケースの場合、不安を取り除き、正しい決断を促すこと。(Overcoming fear and making appropriate decisions in case the couple is suffering from any relevant inconvenience)</p>				
	<p>家族計画教育 :(Health education on :)</p> <p>1 . 避妊法の種類 (The various methods :)</p> <p>a. 子宮内避妊用具 (Intrauterine device)</p> <p>b. 男性用コンドーム (Male Condom)</p> <p>c. 殺精膣座薬 (Spermicidal vaginal suppositories)</p> <p>d. 避妊用 (低用量) ピル (Contraceptive pills)</p> <p>e. 自然避妊法 : 性周期避妊法、授乳性無月経避妊法、禁欲法、膣外射精 (Natural Methods including : safe period, lactational amenorrhea(breastfeeding), abstinence, withdrawal method (coitus interruptus))</p> <p>2 . 各避妊法の利点・不利点 (Advantages and disadvantages of each method)</p> <p>3 . 各避妊法の副作用 (Side effects of each method)</p> <p>4 . 各避妊法の効果メカニズム Mechanism of action of each method</p> <p>5 . 各避妊法の使用デモンストレーション (Demonstration of implementation for each method)</p>	√	√	√	√
	<p>一般診察 : 体重、身長、血圧、脈、体温 (General examination including : weight, height, blood pressure, pulse and body temperature)</p>		√	√	√
	<p>婦人科内診 (Internal Gynecological examination)</p>			√	√
子宮頸部細胞診プログラム (Pap smear program)	<p>健康教育 :(Health education on :)</p> <p>1 . 3年ごとに検査する重要性 (The importance of taking the sample every 3 years)</p> <p>2 . 検査手順に関する説明 (Explain the procedure to the client)</p>		√	√	√
	<p>総合診察 : 心臓、肺、腹部、四肢の診察を含む (Comprehensive examination which includes : heart, lungs, abdominal, and limbs)</p>		√	√	√
	<p>陽性の場合のカウンセリング (Counseling sessions in case of positive results)</p>	√	√	√	√

出典 : MCH Unit Work Guideに基づき、調査団により作成

(4) IMCI (小児疾患の統合的管理) について

1) 背景

5歳以下乳幼児の死亡及び疾病削減のために、WHO及びUNICEFの協力により、保健庁はIMCIの導入を2000～2001年に決定している。IMCIは包括的アプローチといわれながらも、計画実施においては縦割り型疾病管理手法に引き摺られがちであるという過去の教訓を改善しながら、パレスチナでは、乳幼児にかかわるすべてのプログラムをIMCIの名のもとに統一化を図るという政策である。またパレスチナでは疾病管理のみではなく、栄養を含む予防健康教育も含めた取り組みをめざすため、Illnessの代わりにHealthとし、

IMCIではなくIMCHと呼ぶこともある。

2) 中心母体

保健庁、WHO、UNICEF

3) 資金

UNICEF (毎年更新型)

4) 調整役

西岸：Dr. Jinan Al-Koni

ガザ：Dr. Younis Awadallah

5) 内容

a) 導入されたIMCIガイドラインに基づいた研修を実施することにより、医療従事者の「ケースマネジメント能力」の改善を図り、フォローアップすること。

b) 保健システムの強化

c) 乳幼児の健康と発達を支援する家族や地域の改善

6) IMCIガイドライン

2006～2007年にかけてWHO及びUNICEFの協力により、Generic IMCIガイドラインから、パレスチナの状況に合わせて変更が加えられた。変更点は、パレスチナ国家政策となっている完全母乳育児のカウンセリング項目の追加と、マラリアに関する項目の削除。社会精神的ケアについて追加する動きがあったが、この点についてはまだ今後の課題となっている。2005年に「看護師のためのIMCIガイドライン」というタイトルでパレスチナ版IMCIガイドライン(アラビア語)が出版されている。

7) 研修パッケージ

WHOとUNICEFにより開発されたGeneric IMCIからパレスチナの状況に合わせて変更が加えられた8つのモジュールが2006～2007年にかけて作成された。

8) IMCI書式

登録台帳、記録用紙、フォローアップ用紙、月次報告様式などがある。ジェニン、ヘブロン、ナブルスの各5母子保健クリニックを対象にパイロット使用后、調整が図られた。全国を対象とした研修が終わり次第、順次全国の母子保健センターに配布され使用される。

9) 実施フェーズ

a) 準備フェーズ

b) 初期実施フェーズ

c) 普及フェーズ

10) 活動詳細(2008年10月現在)

a) 2001年10月、準備フェーズの戦略策定が行われた。

b) 2004～2007年にかけて「ケースマネジメント能力」中央研修を実施し、45人の研修実施者を育成し、その後各県ごとに保健庁、UNRWA、NGOに勤める550人を対象とした実務者研修を実施した。西岸及びガザにて、11日間にわたって計30コースが実施されたが、諸事情により予定されていたすべての活動が終わるには至っていない。

c) 2004～2007年にかけてUNICEF主導でナブルス、ヘブロン、各5母子保健クリニックを対象に実際のパイロット活動を展開しようとしたが、ゼネスト、担当者他業務責務

などの理由により保健庁により一時的に事業は凍結された。現在、活動は再開されたが、当初の予定より実施が遅れており、2008年10月現在「初期実施フェーズ」にある。

d) 包括性、低コスト、早期診断による質の高いサービスというIMCI独自の特徴を最大限に活用し効果を図るために、保健庁は当初より、保健庁のみならず、UNRWA、NGOなどの他の医療機関を巻き込むことを意図している。

e) Generic IMCIからの変更点として、マラリア項目が削除され、代わりに社会精神的ケアの項目に差し替える取り組みが検討されている。特に、この社会精神的ケア項目追加については、世界でも初の試みであるため関連分野からの期待は高い。現在、すでに一度出版したIMCIガイドラインの見直しを現在行っているところである。

f) 「IMCIガイドライン」中央研修は2008年7～8月に11日間にわたって実施された。保健庁、UNRWA、NGOから小児科医、母子保健担当医、各県看護課長など22人を対象に実施された。

g) 各県における実務者研修については、2008年10月10日を皮切りに、11日間のコースで実施されており、西岸の計123人の医師、看護師が訓練を受けている。

h) 保健庁、WHO、UNICEFによって開発されたIMCIガイドラインは研修期間中に対象者に配布される。

i) IMCIガイドライン研修後、IMCI各種様式は各県に配布され、小児疾患診断時に記入されることとなる。

j) 各県ごとに研修が終わった一部のクリニックからIMCIは実施されていくこととなり、2009年にかけて全国導入を順次図っていく予定となっている。

11) IMCIにかかるこれまでの国外での動き

a) 2003年チュニジアで開催された第1回IMCI域内会議に、IMCI調整役、担当者、保健庁担当高官が出席

b) 2005年イランで開催された第2回IMCI域内会議に出席

c) 2005年エジプトで開催されたIMCIワークショップに、西岸の2人の担当者とIMCI調整役が参加

d) 2007年インドネシアで開催されたJICA母子健康手帳研修コースに、ガザからIMCI担当者が1人参加

e) 2007年エジプトで開催された母乳育児カウンセリングワークショップに関係者が参加

f) 2007年ヨルダンで開催されたIMCI調整役域内会議に出席

(5) 母子保健・RHの課題

1) 末端医療従事者である一般医師、助産師、看護師の再訓練。産前・産後、出産、新生児、乳幼児のケアにつき、医療技術やコミュニケーション能力などの技術研修が必要。特に一般医師による超音波検査、ハイリスク妊娠のスクリーニングが課題。

2) プロトコール整備や理論型研修が多いなか、実習型研修が少ない。

3) 産前産後健診の重要性について母親の意識は高く、90%以上の妊婦がWHOで推奨される4回以上の産前健診を受けている。また予防接種率も高いが(MMR84%、OPV97%)保健庁施設での乳幼児健診の受診率は、52.1%にとどまっている(2006年保健庁)。特にほぼすべての予防接種が完了する18か月以降の乳幼児健診の受診率が低いことが指摘さ

れている。

- 4) 財政難、人員不足、その他モニタリングのための基礎インフラ〔電話、FAX、保健情報システム(HIS)〕の未整備、また、分離壁や公共交通機関の麻痺などのため、保健庁スタッフによる母子保健センターのモニタリング、巡回指導が困難。また、県ごとの状況にばらつきがあるため、適切なモニタリングとスーパービジョンの実施基準やガイドラインを設定することができないまま現在に至っている。
- 5) 母子保健センターの施設の問題。劣悪な条件のセンターでは、診療のためのプライバシーや衛生、基本的な機材が確保されていない。
- 6) パレスチナ保健庁政策では子宮内避妊用具〔Intrauterine (contraceptive) Device : IUD〕挿入は産婦人科医師のみに限定されている。女性の産婦人科医師が少ないため、訓練を受けた助産師または看護師によるサービス提供が求められている。
- 7) 縦割り型プログラムの弊害。医療サービス提供現場は一つであり、スタッフ数も限られているが、プログラムごとにレポート先が異なるなど、記録・報告のシステムが非効率的である。

2 - 4 - 4 母子保健RH分野の保健指標

(1) 保健医療施設へのアクセス

2000年に起こった第二次インティファダ以降、ガザと西岸の接触が制限され、西岸内の移動制限も加わり、社会経済状況も悪化したことにより、保健医療施設へのアクセスが低減していることが問題とされている。

家庭での分娩、病院搬送中の分娩、検問所での分娩などは全体の3.4%となっており、1.1%のガザに比べて、西岸の方は4.8%と高い⁸。また、西岸では、移動制限に加えて物価の高騰、特にガソリン値高などの要因も加わり、さらにアクセスが低減している。全世帯の27%は検問所、37%はイスラエルによる道路封鎖、46%は医療費負担の困難が理由として、保健医療施設へのアクセス上、問題があったと指摘している⁹。

ガザにおいては、ほぼ完全封鎖状態であり、輸入は非常に限られており、輸出は一切禁止状態となっている。このような状況下で、雇用率は激減し、主に輸出産品を生産していた農家の打撃は大きい。この封鎖は、ガザ市民にとって大きな物理的、精神的、社会経済的孤立を意味しており、その影響は、2008年2月18日に国際連合人道問題担当事務次長兼緊急援助調整官John Holmes氏により「(この状態は)人間の尊厳への侮辱である」と、声明発表されている。

(2) 子どもの健康

1) 新生児、乳児、5歳未満乳幼児 死亡率

表2 - 11は、Family Health Survey (2007年12月) から引用したものであるが、ここでは第二次インティファダ後の2002～2006年に、それまで低下傾向にあったそれぞれの

⁸ Family Health Survey, Dec. 2007

⁹ Save the Children, Child Fact Sheet, June 2007

死亡率が上昇していることがうかがえる。

表 2 - 11 新生児、乳児、5歳未満乳幼児死亡率
(1,000人当たり、1982～2006の5年ごとの変容)

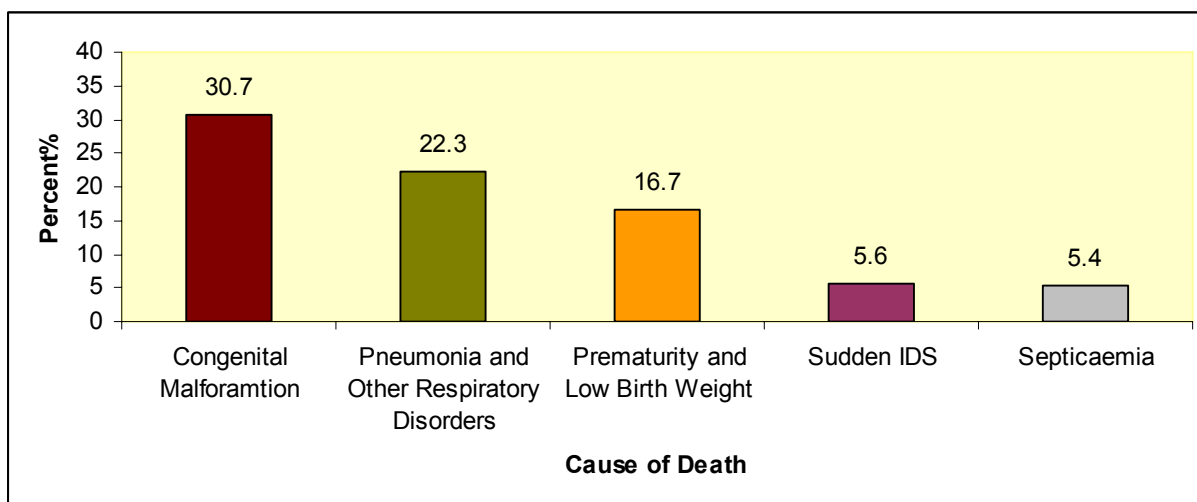
5年単位	新生児死亡率(NMR)	乳児死亡率(IMR)	5歳未満乳幼児死亡率(U5MR)
1982 - 1986	23.4	51.0	58.3
1987 - 1991	22.0	37.7	43.5
1992 - 1996	19.0	33.0	37.5
1997 - 2001	16.0	24.1	29.7
2002 - 2006	20.0	27.6	31.6

出典：Family Health Survey (2007年) から引用

ただし、保健庁年次報告発表統計(2005～2006)によると、乳児死亡率は15.7となっており、死亡率の測定については、課題が多く残されている。いずれにせよ、未報告件数が多いことが報告されており、保健庁としてはより正確なデータ収集と死亡率の測定方法について取り組んでいるところである。特記すべきは、2006年保健庁報告によると、1歳未満乳児死亡率を全体として、早期新生児死亡率(1週間未満)、新生児死亡率(4週間未満)、乳児死亡率(1年未満)と分解してみた場合、43.7%の乳児死亡は生後1週間以内の早期新生児期に起こっており、18.2%が生後7日～27日の新生児期に起こっているという。早期新生児死亡については、ガザ(46.3%)のほうが西岸(39.8%)よりも高く、生後7日目以降の新生児死亡については、西岸(19%)のほうがガザ(17.6%)よりも高い結果となっている。

保健庁は、新生児死亡率低減に関する政策をUNICEFと共同で進めており、一次医療レベルでは、ハイリスク妊婦ケア及びレファラルの強化に取り組み、二次医療レベルでは、新生児特定集中治療室(NICU)の整備などを西岸及びガザで実施している。また、乳幼児死亡率の低下に寄与すると思われる取り組みとしては、西岸の首都ラマッラにクウェートの協力により、保健庁管轄の小児外科専門病院の建設が進められており、2009年初頭にはサービスを開始する予定となっている。

図 2 - 4 によると、1歳未満乳児死亡の主な死因として、第1位「先天奇形、変形及び染色体異常(30.7%)」、第2位「肺炎、その他呼吸障害(22.3%)」、第3位「未熟・低体重(16.7%)」、第4位「乳幼児突然死症候群(SIDS)(5.6%)」、第5位「敗血症(5.4%)」となっている。



出典：保健庁年次報告（2006年）より引用

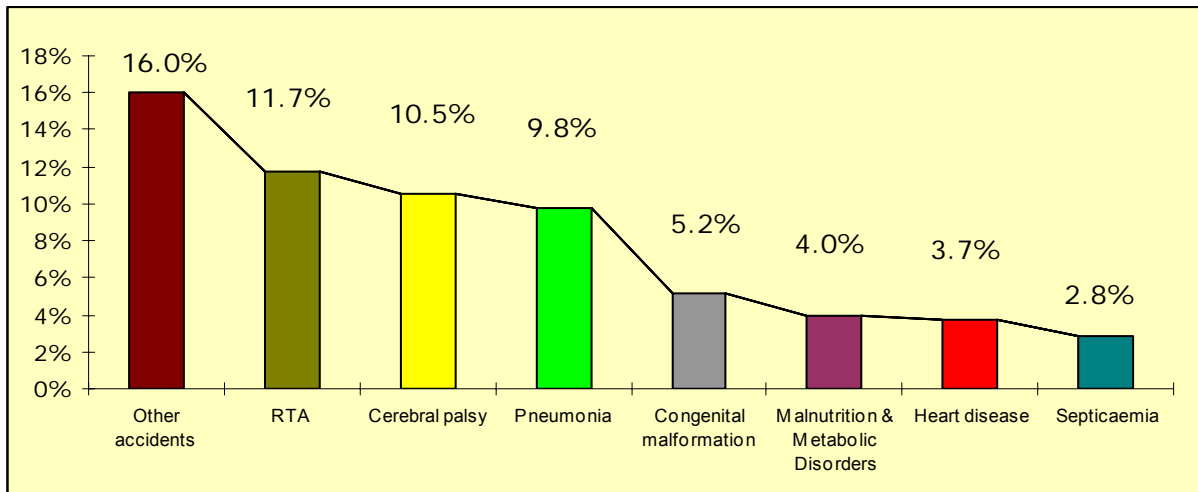
図 2 - 4 乳児死亡の主な死因（パレスチナ、2006）

また、図 2 - 5 の 5 歳未満乳幼児死亡の主な死因として、第 1 位は「その他、不慮の事故」及び「交通事故」ということで、事故死が合計で 27.7% を占め、それに続く第 2 位は「脳性麻痺（10.5%）」、第 3 位に「肺炎（9.8%）」となっている。

乳児死亡率及び 5 歳未満の乳幼児死亡率の低減のために、双方死因の第 2 位となっている「肺炎・呼吸器疾患」対策が重要である。「2）主な小児疾患、肺炎と下痢（Childhood illness）及び IMCI プログラム」の項目でも述べるが、現在 IMCI プログラムが推進されており、この疾病管理手法の導入により、パレスチナ自治政府保健庁は死亡率の低減も図られることを期待している。

なお、5 歳未満乳幼児の死因トップである「不慮の事故」に関しては、2000 年に起きた第二次インテファダ直後の紛争状況から少しは改善しているものの、小規模で勃発する自治区内でのイスラエル側との武力衝突などの影響も含まれているものと思われる。また、紛争とは別の日常的な家庭内事故については、NGO を中心にアドボカシーがつけられ、保健庁も NGO と連携し、家庭内事故予防啓発に取り組んでいる。事故件数が多いなかで、現在課題とされているのは、死亡ケースのみならず、事故による障害は小児にとって重要な健康問題でもあり、将来にわたる健康損失の影響をできるだけ削減する必要性についてである。WHO は、戦争や暴力、テロだけでなく、日常生活で遭遇する障害も重要な健康阻害因子であると指摘し、各国に対し、国家として優先的に「障害予防・対策」に取り組むべきであると述べている。そして、各国に対して子どもの障害予防の専門部局の設置を勧告している¹⁰。

¹⁰ WHO 子どもの障害予防・対策について <http://www.scj.go.jp/ja/>



出典：保健庁年次報告（2006年）より引用

図 2 - 5 5 歳未満乳幼児死亡の主な死因（パレスチナ、2006）

2）主な小児疾患、肺炎と下痢（childhood illness）及びIMCIプログラム

概して、パレスチナでは感染症罹患率は、気候、衛生管理などの好条件がある程度満たされており、他国と比べて比較的低い。Family Health Survey（2007年12月）によると、調査時から2週間前までの期間に肺炎に罹患した5歳以下の乳幼児について調査したところ、罹患率は14.1%であった。西岸が14.5%と、ガザの13.5%に比べ、やや高い。最も罹患率の高かった地域はトゥルカレム県で21.4%。全体の14.1%中13.9%が医療施設にて治療を受けている。

下痢症については、肺炎との同調査によると、全体では11.8%の罹患率となり、ガザ（12.1%）が西岸（11.5%）をやや上回っている結果となった。2000年に実施された同調査では13.5%であったことから、やや罹患率が減少しているといえる。下痢症の相関関係にある要因は、地域性ではなく、むしろ年齢であり、0～23か月が20%であるのに対し、48～59か月では3.7%という結果が出ている。また、下痢症については、母親の教育水準も関連していると思われる。教育を受けていない母親の子どもの下痢症罹患率は17.6%であるのに対し、高校レベルまでの教育を受けている母親の子どもの下痢症罹患率は11.4%であった。

感染症については、この後に述べる集団予防接種プログラムのカバー率も高いことから、比較的高い水準でコントロールされていることがうかがえる。ただし、「4）成長阻害、やせ、低体重（Stunting, Wasting, underweight）」以降に記した栄養・微量栄養素との関連も高いことが近年周知されてきており、栄養状態の改善による疾病予防を図ることがパレスチナにおける子どもの健康対策には適切であるといえる。

また、IMCI導入に伴い、早期発見、早期治療により疾病管理がなされ、死亡につながるケースが減少することが目下期待されている¹¹。

¹¹ 「2 - 4 - 3（4）IMCI（小児疾患の統合的管理）について」を参照。

3) 集団予防接種 (EPI) プログラム

パレスチナの集団予防接種は3保健医療機関によって統括管理されている。一つはパレスチナ自治政府保健庁、二つ目はUNRWA、三つ目はエルサレムIDを持つパレスチナ人をカバーするイスラエル保健省。パレスチナ自治政府保健庁とUNRWAについては、予防接種スケジュールは統一されている。イスラエル側との差異は、イスラエル保健省は、12か月目にヘモフィルス・インフルエンザB型ワクチンの4回目投与を実施することと、18か月目及び2年目にA型肝炎ワクチンを投与する。一方、パレスチナ自治政府保健庁とUNRWAでは、麻疹の追加投与を9か月目に行うことと、生後1か月でBCGを投与することになっている。その他は、ほぼ同じ予防接種内容となっている。

予防接種カードの所持率については、2006～2007年のFamily Health Surveyによると、66.7%となっており、全子ども数の3分の2である。1996年の調べでは67%、2004年の調べでは72.9%となっており、所持率がやや低下している。

表2 - 12は、予防接種カバー率を、パレスチナ2地域、地域タイプ、性別、母親の教育水準という属性に合わせて分析したものである。なお、すべての予防接種を受けたということを、DPTとポリオの3回目投与及び麻疹、BCGの投与を受けたことと定義する。エルサレムに住む子どもについては、イスラエル保健省予防接種スケジュールにしたがうことから、この県の接種率はBCG87.2%と麻疹78.2%となっており、西岸全体のカバー率がやや低くなる結果に起因している。よって、予防接種全体の結果として、ガザが99.4%であるのに対し、西岸は94.4%という数字で表れているが、概して、パレスチナの予防接種プログラムは非常に高い水準で維持継続されていることがわかる。

なお、2007年度まで、これらEPIに必要な予防接種の大半は日本政府からUNICEF経由の感染症対策無償によって賄われていた。2008年度からパレスチナ自治政府の自助努力により保健庁独自予算を獲得し、部分的パレスチナ自治政府自己負担による調達が見込まれている。

予防接種を管轄する部門は、プライマリーヘルスケア・公衆衛生局の傘下にある感染症予防対策課であり、現在UNICEF供与の情報システムにより、全県PHDと当課がオンラインでつながっており、サーベイランスを実施している。

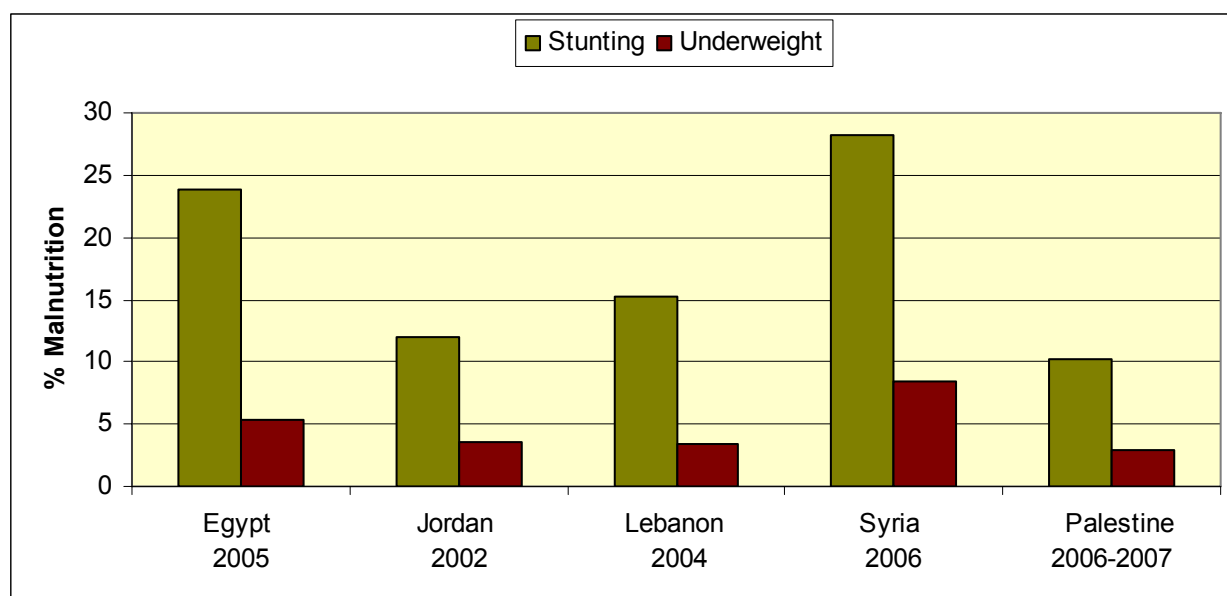
表 2 - 12 12～23か月の幼児に対する予防接種カバー率（地域別、性別による分析）

	全ワクチン	DPT（3回目）	麻疹	ポリオ（3回目）	BCG
全パレスチナ自治区	96.4	98.7	96.7	98.9	99.1
西岸	94.4	97.8	94.8	98.2	98.4
ガザ	99.4	100	99.4	100.0	100.0
地域タイプ					
都市	95.0	98.1	95.5	98.2	98.4
農村	97.4	99.1	97.4	100.0	100.0
難民キャンプ	98.9	99.5	98.9	99.5	99.5
性別					
男	96.6	99.0	96.7	99.4	99.4
女	96.4	98.3	96.7	98.5	98.7

出典：Family Health Survey（2007年）より引用

4）成長障害、やせ、低体重（stunting, wasting, underweight）

1996年から2006年にパレスチナ中央統計局（Palestinian Central Bureau of Statistics：PCBS）によって実施された5歳未満乳幼児の栄養不良に関する全国調査によると、近年栄養不良状態は上昇傾向にあるといわれている。成長障害（stunting：身長／年齢）については、7.2%（1996年）、7.5%（2000年）、9.4%（2004年）、10.2%（2006年）と、年々上昇している。また、2006年のデータでは、西岸7.2%に対して、ガザは13.2%と、地域間の格差が生じていることがわかる。地域別にみると、北ガザ県で29.6%と最も高く、ジェリコ県14.7%がそれに続き、エルサレム県11.5%、ハン・ユニス県11.2%、ヘブロン10.4%となっている。WHOによると、20%未満の指標については、「中低レベルの公衆衛生学上の課題」となっている。やせ（wasting：体重／年齢）については1.4%の子どもにみられ、低体重（underweight：体重／年齢）については、2.9%の子どもに見られる。



出典：出エジプト、ヨルダン、レバノン、シリアについては、WHO統計サイト。パレスチナについては、Family Health Survey（2007年）を用いて調査団が作成

図 2 - 6 5歳未満乳幼児の栄養不良指標の近隣国比較

図2 - 6からもわかるように、パレスチナの指標は近隣諸国と比較して、決して悪くはない。ただし、近年の社会情勢の不安定さもあり、現在上昇傾向にある成長阻害、やせ、低体重などの課題は、これからも引き続き取り組みの必要な課題である。また、データ集積方法が完全ではないため、未報告ケースなど、データの精緻化を待つ必要もある。

5) 貧血

パレスチナにおいて、貧血は大きな課題の一つである。5歳未満乳幼児の4分の1、妊産婦の3分の1は貧血状態にあるといわれている。WHOによると、ヘモグロビン値が11g/dlであると貧血という診断基準となっており、保健庁としても鉄分不足による貧血と鉄剤の無料配布による対策プロトコールが存在し、取り組みが継続されているにもかかわらず、依然としてパレスチナ公衆衛生上の大きな課題として残されている。

表2 - 13 5歳未満乳幼児対象、貧血有病率の調査

年	サンプル数	西岸有病率(%)	ガザ有病率(%)	合計	対象群年齢	出典 ¹²
2002	936	43.8	44.0	43.9	6 - 59か月	[i]
2003	3257	33.5	38.7	37.9	6 - 59か月	[ii]
2004	1107	17.4	31.2	23.0	12 - 59か月	[iii]
2004	53662	37.2	46.5	40.5	9か月	[iv]
2007			>70.0		9か月	[v]

出典に基づき調査団により作成

調査サンプル数にばらつきがあり、一概に比較は許されないが、WHOによると20～39%の貧血有病率の場合は中程度、40%以上は、深刻な公衆衛生上の課題と位置づけており、パレスチナの状況は、そのボーダーライン上にあることがうかがえる。

6) ヨード欠乏症

妊娠第一期にヨード欠乏している妊婦から生まれる子どもにクレチン症の発生率が高く、また死産や低体重新生児につながることもある。また、軽度ではあっても、学齢期に達してから知能的、身体的障害を持つこともある。パレスチナ自治政府保健庁は1997年にヨード欠乏に関する実態調査を対象年齢8～10歳の子ども2,535人に対して実施している。結果、レベル1とレベル2の甲状腺腫が全対象人数の14.9%（男子：14.3%、女子：15.5%）に認められた。また、ヨード不足（UIE10μg以下）は45%の学童に対して認められた¹³。この実態調査に基づき、保健庁はヨード添加塩プログラムを推進し、10年後の2007年に、同対象年齢群に対して追加調査を実施した¹⁴。結果は、20%の学童にヨード不足が認められた。また、ヨード不足は、地域間格差があることがわかり、農村部では29.7%であるのに対し、都市部では12.6%、難民キャンプでは12.3%と低い。2004年のPCBSの調べでは、ヨード添加塩を使用している世帯は65.3%であり、2000年の同調査結

¹² 出典：i. Al-Quds Univ. & Johns Hopkins Univ. Nutritional Assessment of the West Bank and Gaza Strip, CARE and USAID, September 2002. ii. PCBS Health Survey 1996-1998. iii. The Maram Project, Prevalence of Vitamin A deficiency among Children 12 to 59 months of age in the West Bank and Gaza Strip, 2004. iv. MOH Annual Report, 2004 v. Save the Children, Child Fact Sheet, 2007

¹³ 出典：The State of Nutrition West Bank and Gaza Strip, Palestinian National Authority – MOH, UNICEF and WHO, June 2005

¹⁴ 出典：MOH, PHC&PH, Nutrition Dept. Iodine Deficiency Survey Among Elementary School Children in Palestine, Jan. 2007

果37.4%よりも上昇しており、2007年に保健庁により実施された別調査では、85.7%の世帯がヨード添加塩を使用しているという結果がある。10年間の取り組みで、ヨード欠乏症とその影響を低減することができ、今後も引き続き保健庁政策としてヨード添加塩プログラムは実施されていくこととなっている。

7) ビタミンA欠乏症

現在パレスチナでは、臨床で夜盲症や眼球乾燥症などビタミンA欠乏による診断は報告されてはいない。ただし、最近の調査¹⁵で、22%の12～59か月の幼児に、血清レチノールの値が200 μ g/l以下であるケースが認められた。WHO基準に基づくと、20%を超える場合公衆衛生上、深刻な課題である。その他53.9%の幼児については、ボーダーライン上に位置し、合わせて75.9%もの幼児についてビタミンA欠乏の状態もしくはその兆しがうかがえることとなる。

深刻なビタミンA不足は、視力低下のみならず鉄分不足による貧血を促進したり、麻疹合併症により病状が深刻化したり、その他の小児疾患である下痢症、呼吸器疾患の再発を招くなど、小児の発育にも悪い影響を及ぼす。

保健庁母子保健センターでは、生後初めての来診の際に、すべての新生児に対してビタミンAとDの経口補助剤投与を無料で実施している。

8) 完全母乳育児 (Exclusive Breastfeeding Program) の推進

パレスチナでは、5歳以下の乳幼児の97.5%で母乳保育が実施されており、母乳はごく一般のものである。乳児の栄養摂取パターンは、乳児の発育過程において大変重要な役割を示す。母乳はその免疫効果により、特に乳児の疾病や死亡に至るケースを防ぐ効果もある。また、長期間にわたる母乳育児は、出産後の無月経状態をつくり、母親の受胎コントロールを行い、適切な出産間隔を空けることもあるため出生率の低下につながることも期待されており、パレスチナ自治政府保健庁としてはUNICEFと共同で、「完全母乳育児プログラム (Exclusive Breastfeeding Program)」を推進している。

Family Health Survey (2007年)によると、産後0～5か月間、一部の薬や栄養補助剤を除いて母乳以外のものを一切与えないというこの完全母乳育児の取り組みは、現時点で24%の母親によって実施されており、最も高い地域はカルキリア県で34.2%、最も低い地域はベツレヘム県で10.7%という結果が出ている。年齢別では、15～29歳の母親が26.7%実施しているのに対し、30～49歳の母親では23%とやや低くなっている。

一方、同調査では、16～23か月の幼児への母乳については、20%にとどまり、ほとんどの場合において離乳食への切り替えが行われていることが示されている。6～11か月の間に離乳食に切り替えた理由としては、妊娠したことが最も高い理由となっている。

¹⁵ 出典：The Maram Project, Prevalence of Vitamin A deficiency among Children 12 to 59 months of age in the West Bank and Gaza Strip, 2004

(3) RH

1) 合計特殊出生率

Family Health Survey (2007年)によると、1997年の6.0と比較し2006年では4.6(西岸: 4.2、ガザ: 5.4)と低減されている。

2) 家族計画

Family Health Survey (2007年)によると、RH年齢の女性のうち、避妊利用している割合は50.2%(西岸: 54.9%、ガザ: 41.7%)となっている。最も避妊利用の多い県はカルキリアで63.9%。最も避妊利用の少ない県はガザのハン・ユニスで36.9%である。避妊法としては、IUDが24.8%と最も高いが、西岸では29.2%であるのに対し、ガザでは17.0%にすぎない。一方、低用量ピルは西岸6.2%に対して、ガザでは8.4%とガザでの利用がやや高くなっている。

3) 妊産婦死亡

2008年9月のUNICEF発表によると、毎年約50万人の女性が妊娠期及び出産時に、適切なケアを受けられないことにより命を落としているという。保健庁年次報告(2006)によると、報告されている妊産婦死亡は、2005年が15.4、2006年は6.2となっている。WHOの2001年統計によると、19.0という数字もある。中央統計局の1997年時点での発表では70~80となっており、2000年のWHO及びUNICEFによるベースライン妊産婦死亡は100とする記載もある。

これら、妊産婦死亡に関する数字の矛盾は、死亡統計管理の問題も起因しており、また死亡診断基準に基づく診断が医師によって異なり、別カテゴリーで届け出されるケースがあるなど、データ収集及び統計管理上の問題が存在している。現在、保健庁主導により1998~99年に設置された“National Committee for Maternal Mortality”が2007年に再活性化され、妊産婦死亡統計整備のために定例会議をもっている。具体的には、医療施設側とサービスを受けた世帯の双方に質問票を配布し、実態と報告の間にある大きな相違についての把握に努め始めたところで、今後さらに2010年を目途に妊産婦死亡に関する調査と分析を深めていく方向である。

4) 産前健診

保健庁が実施している重要なサービスのうちの一つであり、西岸では32.3%が保健庁施設にて産前健診を受診している(出生数全体中、保健庁母子保健施設産前健診で登録された妊産婦数)。ガザの統計はない。保健庁年次報告(2006年)によると、平均産前健診回数は5回となっており、西岸では3.8回、ガザでは6.5回となっている。Family Health Survey(2007年)によると、全体の98.9%が、保健庁、UNRWA、NGO、民間、いずれかの母子保健施設にて産前健診を受けているという結果が出ている。パレスチナでは、文化慣習的に、妊娠の際の最も大きな関心事が「男児かどうか」であることが一般的で、胎児の性別確認のために積極的に産前健診を受ける傾向がある。よって、受診者数の多い施設は、超音波診断機と医師の常駐している施設であることが多く、一方保健庁管轄によるレベル1~3の超音波診断機のない母子保健施設へのアクセス数は、近隣にサービスの整ったNGOもしくは民間クリニックがある場合において著しく低くなる傾向がある。

5) 破傷風トキソイド予防接種

Family Health Survey (2007年)によると、妊産婦対象の破傷風トキソイド予防接種のカバー率は34.1%となっている。

6) 出産

図2-7でも示されるとおり、保健庁2006年の年次報告書によると、病院での出産は89.6%であり、そのうち、55.6%が保健庁管轄病院での出産となっている。約10.4%の出産が病院外での出産となっており、その内訳は75.2%が民間クリニックでの医師の立ち会いによる出産、23.9%が家庭における助産師立ち会いによる出産、0.9%がUNRWAクリニックでの出産、0.04%が保健庁クリニックにおける出産となっている。

なお、Family Health Survey (2007年)によると、75.9%が通常分娩で、帝王切開率は15%となっている。

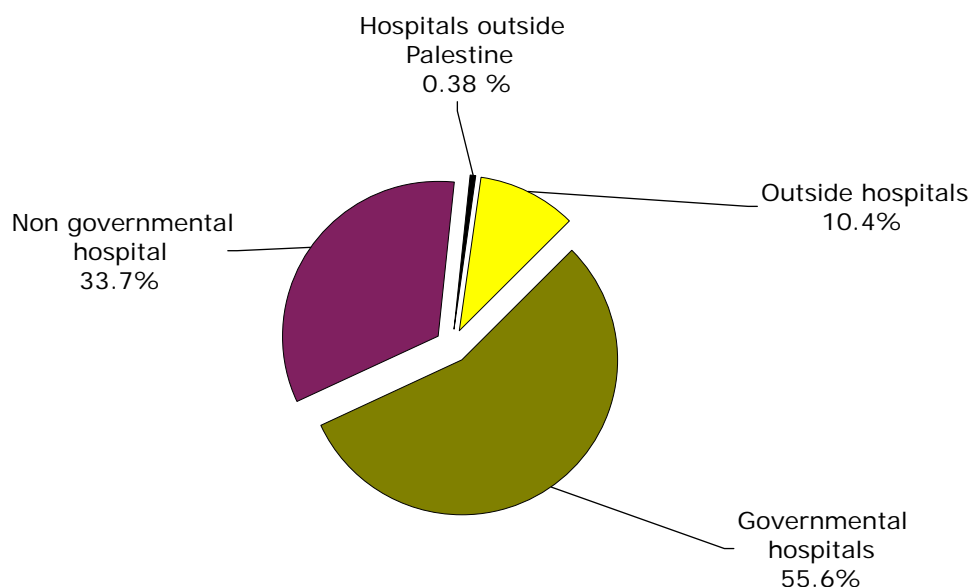


図2-7 出産場所別出産の割合 (パレスチナ、2006年)

7) 産後健診

Family Health Survey (2007年)によると、30%の女性が産後健診を受診している (西岸: 29.7%、ガザ30.5%)。保健庁年次報告 (2006)によると、28.2%の女性が産後健診を受診しているという結果になっている。いずれにせよ、産前健診については受診率が高いことに比べて、産後健診のアクセスについては3割前後の女性にとどまっている。啓発活動の推進などにより、産後ケアの受診率の向上について、保健庁はじめ各医療機関が取り組んでいる。NGO団体によっては産後の家庭訪問を実施している団体もあるが、保健庁については現在充当すべき交通費や人件費を確保することが難しく、家庭訪問も地域保健分野の政策の一つではあるが、現実的にはある一時的なドナー支援型の家庭訪問活動による件数の上昇を除けば、家庭訪問の実施件数は低くとどまっている。

8) 妊産婦の貧血

保健庁施設にて産前健診を受診した女性のうち35.7%に貧血が確認されている¹⁶。

パレスチナでは、サラセミア¹⁷の罹患率は全人口の4.3%といわれており、約10～12万人の先天性貧血患者がいるといわれている。

産前健診では、血液検査スクリーニングを実施しており、ヘモグロビン値11g/dL以下を重度貧血のためのハイリスクケースとして、県ごとに設置されているハイリスク妊娠クリニックへレファーすることとなっている。保健庁母子保健施設では、必要に応じて、造血剤（鉄剤）や葉酸などの栄養補助剤が無料で支給されることになっている。

2 - 5 開発パートナーとの連携の方向性

2 - 5 - 1 保健医療プロバイダー連携

「2 - 2 - 2 パレスチナの公的・非公的保健医療セクターの歴史（近代以降）と現状」や「図2 - 1 パレスチナ保健医療セクター概念図」でも示したように、パレスチナの公的医療セクターというものは、保健庁のみならず、難民を対象とするUNRWAや地域に根ざして長年医療サービスを担ってきた医療系現地NGOが保健庁と連携を図って成り立っている。母子保健RHサービスについても、全国レベルでの協力の際には、保健庁以外の保健医療プロバイダーとの連携が鍵を握る。

ただし、保健庁、UNRWA、NGOによる医療サービスの連携関係という既存のシステムがあるとはいえ、どちらかという対象地域、対象人口別に「分担」調整しているという相互補完関係で、必ずしも医療やサービス水準は同等とはいえず、また各団体の方針、医療やマネジメント基準は各団体の規定によって異なっている。よって、活動のどこからどこまでを協調して進めていくかは整理されるべきである。各団体によるモチベーションと政策決定者の権限によってこれまでも少しずつ調整がなされてきている。

予防接種事業は一例である。1967年の第三次中東戦争前から予防接種活動は行われていたが、当時のパレスチナはヨルダン政府及びエジプト政府のもとで分割統治下にあったこともあり、西岸とガザの予防接種基準が異なっていた。また、UNRWAは独自の予防接種基準で実施してきたため、第三次中東戦争後のイスラエル民政府による予防接種基準とも異なっていた。1989年に疫学ユニットが民政府公衆衛生局のもとに設立され、ここでようやく予防接種拡大計画（Expanded Programme on Immunization : EPI）はシステムとして統括されていくような素地ができた。パレスチナ自治政府樹立後の1995年にパレスチナ自治政府保健庁内にプライマリーヘルス・公衆衛生局、感染症対策課のもとに疫学ユニットが位置づけられ、「国家予防接種委員会」の設立により、これまで統一基準のなかった予防接種事業が整備された。結果として、予防接種は保健庁とUNRWAのPHCセンターにのみ実施権限が限られ、西岸及びガザの全パレスチナ自治区内では予防接種の統一スケジュール化がなされ、以後このシステムにより高い予防接種カバー率が確認されている〔2 - 4 - 4（2）3）集団予防接種（EPI）プログラム〕参照〕。

¹⁶ MOH, PHIC, Women's Health & Dev't Directorate Health Status in Palestine 2005, 2006

¹⁷ 地中海性貧血 Mediterranean anemia。地中海沿岸地方に多発する先天性溶血性貧血で、ギリシア語の海（thalassa）にちなんで、サラセミア（地中海性貧血）と呼ばれる。ヘモグロビン蛋白の異常によって正常な赤血球が作られず貧血になる。

2 - 5 - 2 ドナー連携

母子保健RH分野等にかかわる主なドナー動向を表2 - 14に示す。今後プロジェクト活動策定段階で、活動内容や対象地域など重複を避け、効果的に実施できるよう連携や相互補完を考慮する必要がある。

また、個別の調整とは別で、「2 - 5 - 3 保健セクタードナー調整担当者会議 (HSWG)」や「2 - 5 - 4 リプロダクティブヘルス・母子保健部会」などへの参加によるドナー連携も強く求められている。現在、保健セクター取りまとめ役イタリア援助庁を中心とした関係ドナー間で、パリ宣言 (2005年) に基づいた「援助協調」の枠組み (Partnership Principle) づくりが行われようとしている。過去の対パレスチナ支援を顧み、パリ宣言で謳われている5つのパートナーシップコミットメントのうち「調和化」が鍵であるという認識が共有され始めたところであり、日本側支援の在り方も、こういった全体調整の枠組みの中で十分な配慮を要することは特記に値する。

表2 - 14 母子保健・RHに関連する各ドナー動向

	活動内容	期間	予算 (USD)
UNICEF	母と子の健康 (予防接種、IMCI含む) 母と子の栄養 政策分析、組織強化、調査研究 水、衛生環境、衛生教育	2008 - 2010	\$16,353,000
WHO-UNICEF	栄養サーベイランスシステム	2008 - 2009	\$227,000
WHO	母子保健臨床プロトコール	2008 - 2010	\$339,000
UNFPA	RH・サービスの改善 (研修、資機材) 健康増進の啓発による改善 地域助産 緊急産科病棟改修	2006 - 2009	N/A
USAID (Flagship Project)	ヘルスセクターリフォームと開発 *包括的プロジェクトの中に、以下の活動内容 が含まれる。 母子保健 女性の健康 (家族計画除く) 臨床及び地域、双方のアプローチ	2008 - 2013	\$57,000,000
ECHO (Medico Int'l、ドイツ)	母子保健サービス改善 (資機材、研修)	2007 - 2010	N/A
ECHO (Merlin、英国)	母子保健サービスの改善 (移動診療によるサービス、研修)	2006 - 2008	N/A
ノルウェー	助産ケア (女性助産師によるサービス、研修、資機材)	2007 - 2011	N/A
スペイン	国家保健情報システム開発	2008 - 2010	\$765,000

出典：関係者からの聞き取りに基づき調査団が作成

2 - 5 - 3 保健セクタードナー調整担当者会議 (HSWG)

Health Sector Working Group (HSWG) は保健セクタードナー調整メカニズムとして、対パレスチナ援助調整事務局 (Local Aid Coordination Secretariat : LACS) の傘下に位置するセクター調整会議のうちの一つとして1995年に設立された。議長は保健大臣、副議長はイタリア援助庁、

技術審議役はWHOとなっており、事務窓口は保健庁国際協力局である。

HSWGの主な役割は次のとおりである。

- (1) PMDP及びセクター戦略に係るドナー活動の促進
- (2) 国家戦略と予算計画の枠組みの中での進捗把握と開発補助
- (3) パレスチナ自治政府による優先性を明確化することを目的としたドナー間の戦略づくりやプログラムに関連するドナー側の協力準備に関する調整
- (4) セクター内の需要、成果、ドナー資金とそれらのギャップなどに関する主な情報管理
- (5) パレスチナ自治政府全体で取り組み始めたセクターワイドアプローチ (SWAps) の推進とその資金積み立てメカニズム構築
- (6) 共同指標開発及びセクターモニタリングとプログラム開発重視型アプローチに関するセクター評価

現時点での主要なメンバーは、パレスチナ自治政府計画庁 (MOP)、UNICEF、UNFPA、世銀、欧州援助協力局、USAID、ベルギー、フランス、日本、英国、UNRWA、現地NGO (PMRS、HWC) などであり、オブザーバーとしてカナダ、国連中東特別調整官事務所 (United Nations Special Coordinator Office for the Middle East Peace Process : UNSCO) が登録されている。

2 - 5 - 4 リプロダクティブヘルス・母子保健部会

HSWGの傘下には、保健セクター内の戦略計画の達成のために、8つの特化したテーマごとの作業部会が設置されている。新規2分野+既存6分野、計8分野は以下のとおり。

- (1) 保健セクターリフォーム (新規)・・・議長はFlagship Project (USAID)
- (2) 保健情報システム (新規)
- (3) 保健分野中央コーディネーション・・・議長は保健庁国際協力局
- (4) RH母子保健
- (5) 栄養
- (6) 非感染症・慢性疾患
- (7) 精神保健
- (8) 薬事

リプロダクティブヘルス・母子保健部会 (RH and MCH Thematic Group) は、当初2002年に「リプロダクティブヘルス部会」として設置され、2004年11月まで活動実施していた。2005年4月にLACSによって実施された調整メカニズムに関する評価調査に基づき、保健庁は「子供の健康部会」を新たに設置することを決定し、2005年8月からは上記「リプロダクティブヘルス部会」と「子供の健康部会」を統合した形で「リプロダクティブヘルス・母子保健部会」として包括的作業部会が正式に発足した。ただし、2005年9月に開催された会議を最後に、その後政局の不安定やハマス政権下におけるドナーからの援助凍結などに伴い、作業部会の活動は現在に至るまで再開されておらず、実質的活動実績もないといえる。保健庁及び保健セクタードナー取りまとめ役であるイタリア援助庁からは、この作業部会の再活性化を望む声が上がっており、保健大臣により各作業部会の正式任命 (議長、メンバー、タスク等) を待っているところである。

第3章 プロジェクトの計画

3 - 1 基本戦略

- (1) 母子健康手帳をパレスチナ保健システムに位置づけ、保健庁のキャパシティ・ディベロップメントを図ることにより、自立発展性を確保する。

母子健康手帳の作成、普及計画の協働作業を通じて連携が強化された、保健庁、国際機関、NGOなど保健ステークホルダーによるパートナーシップをさらに強化し、パレスチナ保健システムの一部として内包されることをめざす。具体的には、母子健康手帳に関する活動の計画、実施、評価などを定着させるため保健ステークホルダー（国際機関、NGO等）間にて国家母子健康手帳調整委員会を立ち上げ、その機能、特に保健庁による委員会の運営調整機能を強化する。母子健康手帳に関する活動の計画、実施評価、手帳印刷費の予算化などは、国家調整機関が主体となって行うものとし、プロジェクトは側面的に技術支援すること整理した。

- (2) 母子健康手帳を導入した母子保健サービスの向上、母子継続ケアの促進をめざす。

そのため、母子保健サービスの中で母子手帳を効果的に活用するため、看護師、助産師をはじめとした母子保健にかかわる医療従事者への現職技術研修に焦点を当てる。

- (3) 一次医療レベルへの協力を軸とし、二次医療機関、民間医療機関における母子健康手帳の活用を拡大する。

母子健康手帳を母子継続ケアのツールとして効果的に活用するためには、一次医療だけでなく、二次医療における普及拡大し、質の高い母子保健サービスが継続的に提供されることが重要である。しかしながら、Primary Health Care (PHC) レベルの課題も多く、このプロジェクトでは一次医療レベルでの母子保健に注力することで整理した。二次医療施設については、母子健康手帳の活用法を呼びかける導入研修などを行うこととするが、サービス改善のための機材供与、長期専門家の配置などは行わないこととした。

- (4) 啓発活動による受益者側のエンパワメントを重視する。

サービスの改善と啓発活動は、保健指標改善のための両輪である。施設改善、機材供与、サービス提供者の訓練によってサービス改善を行うこととともに、サービス利用者が改善されたサービスを適切に活用できるよう啓発することが必要である。利用者側が、母子保健RHに関する関心を高めることは、エンパワメントであるとともに、質の高い母子保健サービスに対する需要を拡大し、結果的にはサービスの質の高めるための動因ともなる。

啓発活動は、医療機関でのサービスの中でも実施することができる。しかし、実際に住民の健康行動を変えるためには、医師、看護師、助産師が医療機関で行う保健指導に加え、家庭やコミュニティにおいて様々なチャンネルから健康情報がリマインドされ続ける必要がある。また、女性の健康行動の変容は、男性や周囲の人間の意識計画、行動変容に取り組む必要がある。例えば、適切な時期に適切な回数の産前健診を受診するためには、夫や家族の理解が必要である。医療機関での健康指導に加え、アウトリーチでの住民啓発活動が行われる

ことにより、より効果的に啓発活動を行うことが可能となる。母子健康手帳についても、公立母子保健センターで産前健診を受けない母親やその家族に対し、広く母子手帳の効果を伝えることで、より多くの母子に継続ケアを提供することが可能となる。

また、紛争や移動制限などで死傷や疾病の恐怖に直面している妊産婦や子どもに対する行政側からの「保護」と、住民が自ら健康を指向し自らの行動を改善していく「エンパワメント」、その双方の要素を取り入れたアプローチは「人間の安全保障」の理念にかなったものである。なお、地域住民やNGOを巻き込む活動を取り入れることにより、紛争や政治的要因によって保健庁組織が再編成される場合、あるいは、保健庁への協力が限定/中止される場合にも、プロジェクト活動が継続できる体制が確保できる。

(5) 対象地域はパレスチナ全域とする

フェーズ2のプロジェクト対象地域はパレスチナ全域とする。また、重点地域は設置しないことと決定した。重点地域の議論において、パレスチナ側では、母子健康手帳がすでに全国展開のフェーズに入っている、平和構築の観点から西岸、ガザの格差をなくすことが重要であることから、重点地域を選定するより全国へのスケールアップを重視した。全国に母子手帳が定着し、それを活用した母子保健活動が全国各地でなされるような体制をパレスチナ保健庁として運営管理するためのマネジメント体制をつくることが重要であるという認識を共有し、そのため、敢えて協力地域を全域にするという合意に至った。

母子保健サービスの改善をめざした巡回実地訓練やモニタリングの強化などフェーズ2にて新規に取り組む事業に関しては、フェーズ1パイロット地区であったジェリコ、ラマラの母子保健センターにて試行後、全域への共有を図る予定である。日本人専門家による巡回指導ができない地域への協力については、

- ・中央研修、または県別研修においてジェリコ、ラマラの母子保健センターでの実地訓練の経験を共有
 - ・ローカル医療コンサルタントを任用して、日本人専門家に代わり母子保健センターでの巡回実施訓練を実施
- などの方法にて研修効果を全域で共有することと整理した。

(6) ガザへの協力の考え方

ガザへの支援は、物理的にも政治的にも分断された地域への支援であるため、限定的とならざるを得ないが、平和構築・復興支援を推進する観点からは、西岸、ガザ地区での地域格差をなくすためパレスチナ自治区全域において活動を展開することがパレスチナ自治政府からも望まれており、プロジェクト対象地域からガザを除外することはできなかった。フェーズ1から引き続き、ガザへの協力活動については、今後も西岸保健庁を仲介した西岸保健庁の許諾する範囲内での活動とし、プロジェクトが独自にガザ保健庁との連絡調整を行わないこととした(コンタクトポリシーの順守)。

具体的には、UNRWAやNGO、帰国研修員を通じた協力など、JICAガザ事務所や西岸保健庁

から指名されて窓口になっているガザ保健庁スタッフと連絡を取りながら、遠隔で働きかけていく。状況が良くなれば、本邦研修、第三国研修（インドネシアなど）、西岸での研修、専門家の現地入りによって、支援できる範囲を広げること検討する。

(7) NGO、国際機関との連携を通じ、保健庁のマネジメント強化を図る。

パレスチナにおいて、UNRWA、一部大手のNGOでは、保健庁と並び保健サービスを提供しており、パレスチナ母子保健を包括的に強化するためには、保健庁、UNRWA、NGOによる協力調整体制の強化が必須である。したがって、フェーズ2プロジェクトでは、フェーズ1に引き続き、国連機関、NGOとの連携体制を強化し、パレスチナ保健システムの中に制度化することを試みる。具体的には、母子健康手帳の国家調整委員会を立ち上げ、母子手帳にかかわるすべてのステークホルダーを管轄するため、保健庁が同委員会の運営を行う体制を整える。また、プロジェクトの最高意思決定機関である合同調整委員会は、これまで保健庁と専門家のみで実施していたが、フェーズ2では合同調整委員会議長（保健庁プライマリーヘルスケア・公衆衛生局長）の判断にて、同委員会に国連機関、NGO、日本大使館などからも参加を求めることができることとなった。

3 - 2 プロジェクトの実施体制

(1) プロジェクト・ディレクターは、フェーズ1の副大臣からフェーズ2では女性の健康・開発局長とした。（保健庁の方針で、大臣、副大臣が特定のプロジェクトのディレクターになることができなくなった。）

1) 実施機関：保健庁 プライマリーヘルスケア・公衆衛生局、女性の健康と開発局

2) プロジェクト・ディレクター：保健庁女性の健康と開発局 局長

3) プロジェクト・マネージャー：保健庁プライマリーヘルスケア・公衆衛生局 地域保健課 課長

4) 合同調整委員会議長：プライマリーヘルスケア・公衆衛生局 局長

(2) 裨益対象

1) RH年齢の女性（90万人）、5歳以下の子ども（70万人）と、その家族（90万人）（計250万人）

2) 保健庁本庁母子保健関係者（50人）、県保健局母子保健関係者（50人）、母子保健センター医師（600人）、母子保健センター看護スタッフ（1,000人）（計1,700人）

(3) 実施期間：2008年11月15日～2012年11月14日

要請では3年間であるが、現地活動における移動の制限や治安状況等による投入の制約などの理由により、期待される成果を上げるため（特に、パレスチナ自治政府予算による母子健康手帳と関連予算を手当てする仕組みの計画のため）には4年必要である点、調査団側、パレスチナ側双方が合意した（付属資料5「プロジェクト組織図」参照）。

3 - 3 プロジェクト目標と成果

本協力では以下のとおりの協力枠組みとすることとした。

(1) 上位目標

パレスチナ自治区全域における女性と子どもの健康が改善される。

(2) プロジェクト目標

パレスチナ自治区全域における母子保健RHサービスが持続的に改善される。

(3) 成果

1. 母子保健センターにおける母子保健RHサービスが向上する。
2. パレスチナ全域の医療機関で母子健康手帳が持続的に活用される。
3. 地域住民の母子保健RHに関する意識が向上し、より多くの住民が母子保健サービスを利用する。
4. 保健庁本庁とPHDにおける調整、監督、評価機能の組織的能力が向上する。

3 - 4 投入計画

(1) 日本側（総額3.7億円）

- 1) 専門家：チーフアドバイザー、業務調整、母子保健サービスマネジメント、母子保健・パートナーシップ調整など
- 2) 研修員受入れ：本邦研修〔母子健康手帳マネジメント、母子健康政策〕、第三国研修（リプロダクティブヘルス地域経験共有セミナー（ヨルダン））
- 3) 供与機材：母子保健センターサービス強化のための資機材など
- 4) 在外事業強化費：NGO委託（男性、女性、青少年に対する啓発活動）など

長期専門家の配置については、全国展開に対応するため増員すべきではあるが、防弾車の手配、安全管理上の制限なども加味し、これまでの2人体制を3人とする予定である。代わって、現地のプロジェクトスタッフを増員することで、活動の面的質的拡大に対応する。

(2) パレスチナ自治政府側

- 1) カウンターパートの配置：プロジェクト・ディレクター、プロジェクト・マネージャー
- 2) カウンターパートの人件費
- 3) 合同調整委員会の設置と運営
- 4) プロジェクトに必要な施設（専門家執務室等）の確保、車両及び資機材の提供
- 5) プロジェクトに関する保健データや資料の提供

第4章 プロジェクトの評価

4-1 妥当性

本プロジェクトは、以下のとおり、パレスチナ自治政府が掲げる保健政策や、パレスチナの地域的ニーズと合致しており、本プロジェクトの妥当性は高いと判断できる。

(1) 本課題に取り組むべき必要性

冒頭の事業事前評価表「3.(1)現状及び問題点」に記載のとおり、パレスチナ自治区においては、近年の紛争、移動制限等の影響により、女性と子どもの健康状況が悪化している。母子健康手帳の活動に象徴されるように、最も脆弱な母子の保護とエンパワメントをめざしたプロジェクトの活動は、「人間の安全保障」の観点からも最優先させるべき課題である。さらに、将来的な紛争予防や平和構築の観点からも上位目標として女性と子どもの健康改善を掲げることは適切である。

(2) 上位計画との整合性

事業事前評価表「3.(2)相手国政府国家政策上の位置づけ」に記載のとおり、パレスチナ自治政府保健庁は、優先課題として母子保健RHの改善を掲げており、本プロジェクトは、保健庁が掲げている優先課題に一致している。

(3) 日本の援助方針との整合性

- ・事業事前評価表「3.(3)我が国援助政策との関連、JICA国別事業実施計画上の位置づけ」に記載のとおり、本プロジェクトは、日本政府の援助方針、JICA国別事業実施計画双方において、重点課題に位置づけられている。
- ・本プロジェクトは妊産婦や乳幼児の健康の改善を上位目標とするものであり、日本政府及びJICAが重点を置いているMDGs達成への貢献に直接的に資する案件である。
- ・母子健康手帳などを用いた母子の継続ケア(Continuum of Care)の促進による母子保健に対する取り組みは、洞爺湖G8サミット国際保健行動枠組みの中でも推進すべき取り組みとして取り上げられている。

(4) 対象地域選定の妥当性

- ・本プロジェクトは、パレスチナ自治区全域を対象とする。平和構築・復興支援を推進する観点からは、西岸、ガザ地区での地域格差をなくすためガザ地区を含めたパレスチナ自治区全域において活動を展開することが望まれており、裨益対象として自治区全域を対象とすることは、妥当な判断である。ただし、ガザに対する支援は常時十分に行える状態ではないことから、政治状況に即し臨機応変、柔軟に支援の方法を選択するものとする。
- ・一方、母子保健サービスの改善をめざした現任技術研修、マネジメント強化などフェーズ2にて新規に取り組む事業に関しては、フェーズ1パイロット地区であったジェリコ、ラマラの母子保健センターにて試行後、全域への共有を図る予定である。ジェリコ、ラマラのパイロット地区ではすでに母子健康手帳導入後1年以上が経過しており、母子保健サービスの質的向上という新たな課題に向けた技術協力活動に従事しやすいことから、これら

の試行地域の選定は妥当である。なお、地域啓発・機材供与に関する活動については、プロジェクト開始当初より、ジェリコ、ラマラ以外の地域での展開を考慮する必要がある。

(5) 手段としての妥当性（アプローチの適切性）

- ・本プロジェクトでは、母子保健RHにかかわる人材、グループ、組織の能力強化（キャパシティ・ディベロップメント）と保健サービスの受益者側のエンパワメントを行うことにより、「母子保健RHサービスの持続的向上」を達成することを目標としている。これは、紛争や移動制限などで死傷や疾病の恐怖に直面している妊産婦や子どもに対する行政側からの「保護」と、住民が自ら健康を指向し自らの行動を改善していく「エンパワメント」、その双方の要素を取り入れた結果であり、本プロジェクトは「人間の安全保障」の観点を十分考慮したデザインとなっており、妥当なアプローチである。
- ・「母子保健RHサービスの持続的改善」のために必要なアプローチには、ほかに中長期的開発計画に基づく保健人材育成も考えられるが、現在パレスチナは準紛争下にあり、中長期的な保健人材育成の計画に取り組むための基盤が不足している。このため、本プロジェクトにて卒前教育に対する支援は行わず、現任教育と管理運営能力の向上のための活動を中心とすることは妥当である。
- ・本プロジェクトは、母子健康手帳の導入、同手帳を活用した質の高い母子保健RHサービスの提供、地域保健活動など、戦後日本が母子保健向上のために行ってきた技術革新を踏襲するものであり、日本の支援として比較優位性の高いアプローチである。日本の母子保健向上の経験を活かして、復興期にあるパレスチナの母子保健RH向上のモデルとして活用することは、妥当性が高い。

4 - 2 有効性

本プロジェクトは以下の理由から有効性が高いと予測できる。

(1) プロジェクト目標の適切性

- ・事業事前評価表「3.(1)現状及び問題点」に記載のとおり、パレスチナ自治区における女性と子どもの健康の向上のためには、質の高い母子保健RHサービスが持続的に提供されることが喫緊の課題であり、本プロジェクト目標は、上位目標を達成するために適切かつ明確な目標といえる。
- ・「母子保健RHサービスの持続的改善」については、「母子健康手帳が継続的に活用される」ことに加え、「母子保健RHサービスにおける問題解決能力が育成されること」「患者満足度があがること」「医療従事者の職務満足度が上がること」により自立発展性がある程度担保されるものと規定した。

(2) 指標の適切性、入手可能性

- ・指標は、プロジェクト活動の一部であるモニタリングシステムの強化により収集できる可能性が高くプロジェクト内の情報として入手可能である。
- ・一部の指標〔地域住民の啓発効果（KAP）、患者満足度、スタッフの職業満足度等〕は、プロジェクト開始後のベースライン調査に基づき、定点観測することにより計測される。

- ・一部の指標（適切な母子保健サービスの実施、適切なモニタリングとスーパービジョン等）は、現時点で「適切」を計測する基準が保健庁内に存在しないため、プロジェクト開始後にプロジェクトにて評価尺度を設定し、活動介入後の効果を計測する。
- ・フェーズ1に比較し、対象地域は2県から17県（西岸12+ガザ5）に拡大し、対象母子保健センターの全数は保健庁管轄だけでも25センターから278センター（西岸242+ガザ36）に拡大する。また、新規に強化する母子保健RHサービスに係る指標など、分析の対象となる変数も増加する。よって、活動ごとに、全数調査もしくは無作為抽出調査とするのかといった整理・工夫を図ることにより、適切な指標を設定入手することは肝要である。

（3）成果とプロジェクト目標の関係性

- ・プロジェクトは、母子健康手帳が継続的に活用される制度を確立する（成果2、4）とともに、母子保健サービス提供者の能力向上を通じて母子保健RHサービスを向上させ（成果1）、母子健康手帳の利用者である地域住民の意識向上によりサービス利用を高める（成果3）というアウトプットの達成を通じてプロジェクト目標へ到達することを意図しており、目標達成の道筋は明確である。

4 - 3 効率性

本プロジェクトは、以下の理由から効果的実施が見込める。

- ・本プロジェクトは、活動対象地が準紛争地であるという特殊な事情から、長期専門家もカウンターパート機関所在地に赴任できず、隣接するイスラエルから検問所を通り往復通勤するなど、実施体制が通常の技術協力プロジェクトと異なっており活動範囲が限られている。このような状況の中で、フェーズ1では本邦研修を最大限に活用し、また国際機関など多様な関係者との連携を通じて成果を達成してきた。フェーズ2でも引き続き専門家の活動制限があるなかで全国展開を図るため、以下のような方策により効率化を図るが、フェーズ1プロジェクトにて有効性が認められたノウハウが蓄積されていることから、フェーズ2プロジェクトがさらに効率的に実施できることが期待される。

母子保健サービスの改善をめざした現任技術研修などフェーズ2にて新規に取り組む事業に関しては、フェーズ1パイロット地区であり、協力効果が発現しやすいジェリコ、ラマラの母子保健センターにて試行後、全域への共有を図る。

全域の医療従事者を集めた中央研修、もしくは、地域別研修（西岸地区：北部、中部、南部、ガザ地区）などにより補完する。または、

現地医療コンサルタントの任用により、日本人専門家の巡回できない地域での現任技術訓練を実施する。

保健情報システムの活性化によるモニタリング・スーパービジョンの強化により現場の支援を行う。

本邦研修を活用する。フェーズ1では本邦研修においても現地で活動した短期専門家が講師を務めるなど、本邦研修によって成果の達成に貢献をした。フェーズ2でも引き続き県保健局、UNRWA、NGOなどからの参加を得て、本邦研修を実施することによって、保健行政、保健サービス、地域保健活動、住民参加などすべての側面から包括的母子保健活動について学ぶ機会とする。

- ・フェーズ1プロジェクトに引き続き効率性を確保するため、また政治・治安状況が悪化しても

活動を続けられるよう他機関との連携を強化し、相互補完的にパレスチナ全域での母子保健の向上を図ることとする。特に、ガザ地区に対する支援はJICAプロジェクト単独では困難であり、JICAガザ事務所ローカルスタッフ、国連機関、NGOとの連携により、協力体制を確立する。

- ・プロジェクトでは、パレスチナ保健ステークホルダーによる母子健康手帳に関する国家調整メカニズムの確立をめざすが、新たな組織を形成することは避け、既存の調整委員会（国家リプロダクティブ調整会など）の強化を行うことにより効率性を高める。
- ・フェーズ2にて全国を対象として事業拡大するにあたり、HSWGへ参加する大使館員との調整やリプロダクティブヘルス・母子保健部会（RH and Thematic Group）への参加などを通じ、同分野にて活動を推進する他ドナー案件との調整を図る。
- ・インドネシアにおける母子健康手帳の開発導入の経験はフェーズ1でも効果的に活用され、プロジェクトの効率性を高めた。専門家・調査団員・本邦研修講師にインドネシアでの経験がある日本人専門家を登用すること、インドネシア開催の第三国研修へパレスチナ保健関係者を参加させたことは、プロジェクトの効率性を高めた。フェーズ2でも、インドネシアの知見と経験を活かしプロジェクトの効率性を高める。

4 - 4 インパクト

本プロジェクトは、以下の理由からインパクトが高いと予測される。

(1) 上位目標達成の見通し

- ・プロジェクト目標である「母子保健RHサービスの持続的改善」が達成されていくことにより、上位目標である女性と子どもの健康の改善が図られると考えられる。すなわち、保健庁、PHDが主体的に母子保健RHに関する課題を発見し、解決する能力が向上すること及び、住民自身による主体的な保健活動を活性化させることが、女性と子どもの健康改善に資するものと期待される。ただし、プロジェクトの成果が上位目標である女性と子どもの健康改善に結びつくためには、外部条件である紛争や移動制限などによって女性と子どもを取り巻く状況がこれ以上悪化しないことが不可欠である。
- ・本案件で「母子健康手帳に関する全国保健ステークホルダー調整メカニズム」を立ち上げることにより、母子健康手帳のみならず広く母子保健RH分野全般において、パレスチナ保健ステークホルダーの連携調整を強化することに資することが期待される。

(2) 住民のエンパワメントに対するインパクト

- ・パレスチナ自治区の住民は、長年の占領下で抑圧的な状況を強いられてきたため精神的にも困難な状態にある人が多い。母子健康手帳の普及や母子保健RHサービスの改善、地域啓発活動などのエンパワメントの活動は、女性や子どもの健康改善に資するにとどまらず、住民の自信回復、復興活動への参加などを導き、ひいては経済社会状況の改善にもつながる可能性を有している。また、母子の健康を守る活動は、人々に命の大切さを再認識させることにもつながる活動であり、同地域の平和構築を進めるうえで望ましい影響を与えることも期待される。

(3) 対パレスチナ支援全般に対するインパクト

日本のパレスチナ支援全体の中で、本案件は、パレスチナ全域に対する日本人の顔の見える協力として特記されている。ジェリコ、ヨルダン渓谷地域での「平和と繁栄の回廊計画」に対するパレスチナ国民の期待感が高まるなか、支援が迅速に目に見える形で結実しないという不満が一部国民にもたれるなか、本案件では目に見える協力を全域で行っていることで、その他の対パレスチナ支援のエントリーポイントとなっている。

4 - 5 自立発展性

パレスチナ自治政府の予算は現状では外部からの援助に大きく依存しており、安定した財政基盤を確立するためにどの程度の時間が必要であるか、現時点では予測不可能であるため自立発展性を予測することは困難である。しかしながら、プロジェクトは、以下のとおりパレスチナの困難な現状でできる範囲で自立発展性の確保をめざしており、その達成が期待される。

(1) 組織・体制面

- ・保健庁による本プロジェクトに対するコミットメントは高い。保健大臣は、2007年11月に母子健康手帳をパレスチナ母子保健のスタンダードとして全域に配布する宣言をしており、今後、同手帳の自主財源化を行うことに積極的に取り組むとしている。
- ・パレスチナにおいて、UNRWA、一部大手のNGOでは、保健庁と並び保健サービスを提供しており、母子保健を包括的に強化するためには、保健庁、UNRWA、NGOによる協力調整体制の強化が必須である。したがって、フェーズ2プロジェクトでは、フェーズ1以上に国連機関、NGOとの連携体制を強化することで組織・体制面での自立発展性を確保することとした。
- ・プロジェクトでは、保健庁の組織能力の強化を図ることにより、母子保健RHサービスが持続的に向上するための仕組みづくりの協力を行う。具体的には、保健庁による母子保健RHサービスの現場の問題を把握するモニタリング・スーパービジョンの強化を行い、保健庁と現場の共同作業によって問題解決を行うことができる能力を強化する。

(2) 技術面

- ・キャパシティ・ディベロップメントのアプローチにより、個人、集団、組織の能力形成を図ることで自立発展性の確保が期待される。
- ・研修効果の自立発展性のため、研修教材、研修スタッフなど、できる限りローカルリソースを活用する予定である。地域啓発活動は、地域主導型の参加型で行うことにより、今後も地域からのニーズに応じて地域が独自に啓発活動を継続できるよう設計している。

(3) 財政面

- ・保健庁が安定した自己財源を得るにはまだしばらくの期間が必要と考えられるが、プロジェクト終了後の自立発展性を考えると、少しずつでもパレスチナ自治政府の財政負担を増加させていくことが望ましい。本プロジェクトでは、母子健康手帳の普及について国家母子健康手帳調整メカニズムを立ち上げ、計画、実施、評価の中核機能を担わせ、プロジェクト開始後2年以内を目途に、母子健康手帳の印刷費の自主財源化すること計画しており、

財政面での自立発展性の確保が期待される。

- ・なお、UNRWAでは2010年度より、西岸、ガザのUNRWA難民用の母子健康手帳、年間4万冊をUNRWA通常予算の中から手当とする予定であり、保健庁に先立ち自主財源化の計画を固めた。

母子健康手帳以外の活動については、すべて保健庁の通常業務の中で実施されるべき活動であり、特段の財政支援を必要とする内容ではない。しかしながら、自立発展性を確保するためには、保健庁の財政的負担をできるだけかけずに、マネジメントやサービスの改善によって、患者、医療従事者双方の満足度を上げられるよう、活動を設計することが肝要である。

第5章 プロジェクト実施に向けての提言

5 - 1 実施体制の強化

(1) 全国展開を実施するため、日本人専門家、現地ローカルコンサルタントの相互補完的活用と専門家の効率的配置

防弾車での移動など安全管理上の制限事項があるため、日本人専門家の投入規模は限られている。プロジェクトからの十分な投入を行うためには、現地ローカルコンサルタントをプロジェクトのチームに任用し、専門家とともにパレスチナ自治政府保健庁カウンターパートへの技術協力を行うことが想定される。保健庁も民間セクターからのコンサルタント登用や、保健庁も要望しており、保健庁が納得する技術水準をもったコンサルタントが市場に存在するものと推察される。プロジェクトでは、詳細事業計画を確定し、日本人専門家、ローカルコンサルタントの業務所掌（TOR）、資格要件を明らかにしたうえで、保健庁からの協力を得て、コンサルタントの任用を行うことが望ましい。

(2) 移動手段の確保と安全対策

活動地域により、防弾車による移動が義務付けられる地域もあり、移動手段と安全対策を確保しながら、プロジェクトの活動域を拡大することが必要である。日本人専門家による現地での活動が困難な地域については、現地コンサルタントを配置するなど柔軟な対応が必要である。啓発活動については、保健庁にはアウトリーチ活動を実施するための人材が不足しているため、NGOと連携したうえで、NGOによる活動を保健庁が統括するなど、保健庁の人材不足を補完する方法が必要である。

5 - 2 技術移転内容の明確化

保健庁カウンターパートの人数は限られ、日常業務及び多くのプロジェクトを抱え多忙である。カウンターパートへの過重な負担を避けるとともに、プロジェクト活動の効率性を高めるため、一部業務に関しては、現地コンサルタントに代行させることも検討すべきである。その際、カウンターパートと協働し技術移転すべき活動と、外注できる活動を見極めるためのクライテリアを明確にするため、あらかじめカウンターパートにどのようなキャパシティ・ディベロップメント（CD）を行いたいかが、明確なビジョンを持つことが望ましい。なお、CDの具体的イメージについては、カウンターパートとも共有することが望ましい。

5 - 3 国際機関、他ドナーとの連携、パートナーシップによる効果の発現

関連開発パートナーの中で、特に本案件と関わりの深い分野を支援しているUNRWA、UNICEF、UNFPA、WHO及び現地NGOについては、今後も協力の重複を避けるとともに、フェーズ1から継承された連携強化の可能性を探る。新規大型保健プロジェクトを立ち上げるUSAIDとは、十分な情報交換を行い、重複を避けるとともに、新たな連携を探るものとする。なお、住民、カウンターパートの中には、反米感情を持つ者も多く、USAIDとの連携については敢えて大きく広報することへは控える。

ドナー、及びパレスチナ自治政府計画庁などから、HSWGへの積極的参加とプロジェクトの計画、

進捗に関する情報提供を求める声が多数あった。プロジェクトの活動は、母子保健のすべてのステークホルダーに影響を及ぼす活動であることから、今後はプロジェクト計画、進捗につき、HSWGの下部組織となるリプロダクティブヘルス・母子保健部会のThematic Groupにおいて、情報提供することが必要である。

5 - 4 個人開業医院、私立病院などプライベート部門の巻き込み

都市部の妊産婦の過半数は、産前健診をプライベート部門で受診し、公立医療機関である保健庁母子保健センターを利用しない。そのため、これらの女性の産前健診では、母子健康手帳が活用されていない。母子健康手帳が継続ケアのツールとして効果を発揮するためには、すべての女性が産前から母子健康手帳を利用することが重要であり、プライベート部門の巻き込みのための方策が喫緊の課題となっている。

プライベート部門へのアプローチとしては、以下の方法などが提言されている。

- (1) 母子健康手帳のプライベート部門への導入に賛同する病院、医院のネットワークを形成し、ネットワークから他のプライベート病院、医院へ母子健康手帳活用の意義を呼びかける。特に、妊産婦に人気の高い医師や女医を中心に、重点的に手帳の活用を働きかけることが戦略的との指摘もある。
- (2) 母子健康手帳の活用その他、一定のクライテリアを満たした病院、医院を、「認定病院、認定クリニック」として公表する。(baby friendly hospitalの称号を病院で掲載するようなイメージで)
- (3) 医師会、産婦人科学会、小児科学会の集会で、母子健康手帳を学会認定基準として推進してもらう。
- (4) 製薬会社の協力を得る。
- (5) 都市部の女性層に人気の高い著名人を任用して、母子手帳を産前健診から使うことの意義をメディアキャンペーンで呼びかけてもらう。

5 - 5 母子健康手帳のインパクト調査

母子健康手帳の継続的活用のインパクト調査西岸全域に配布が開始され、西岸全域での調査を行うか、限定した地域でのサンプル調査を行うか、検討が必要である。配布を行っていないコントロール群が設定できないため、母子手帳を活用することの効果をもどのような指標で計測するか、具体的な議論が必要である。プロジェクト内の人材は非常に限られており、調査規模によっては、外部コンサルタントの任用など外注も視野に入れ、検討すべきである。フェーズ1に比較し、対象地域は2県から17県(西岸12+ガザ5)に拡大し、対象母子保健センターの全数は保健庁管轄だけでも25センターから278センター(西岸242+ガザ36)に拡大する。また、新規に強化する母子保健RHサービスに係る指標など、分析の対象となる変数も増加する。よって、活動ごとに全数調査もしくは無作為抽出調査とするのかといった整理・工夫を図ることにより、適切な指標を設定入手することが肝要である。

付 属 資 料

- 1 . 事前評価調査協議議事録 (M/M)
- 2 . 討議議事録 (R/D) 及び協議議事録 (M/M)
- 3 . Project Design Matrix (PDM)(和文)
- 4 . 全国母子保健センター数
- 5 . プロジェクト組織図
- 6 . 主要面談記録

1. 事前評価調査協議議事録 (M/M)

MINUTES OF MEETING
BETWEEN
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY
AND
AUTHORITIES CONCERNED
OF PALESTINIAN NATIONAL AUTHORITY
FOR
THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJECT
FOR
IMPROVING MATERNAL AND CHILD HEALTH AND
REPRODUCTIVE HEALTH IN PALESTINE (PHASE II)

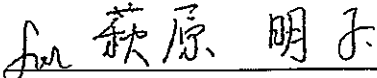
The Japanese Preliminary Study Team (hereinafter referred to as “the Team”) organized by Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”) and headed by Mr. Yojiro Ishii, visited the Palestine from August 24, 2008 until September 11, 2008. The purposes of the visit were clarifying the background, concept, and scope of the project proposal made by the authorities concerned of Palestinian National Authority (hereinafter referred to as “PNA”) which is represented by Dr. Fathi Abu Moghli and studying the feasibility of the Japanese Technical Cooperation Project for Improving Maternal and Child Health / Reproductive Health in Palestine (Phase II) (hereinafter referred to as “the Project”).

During its stay in Palestine, the Team exchanged views and had a series of discussions with the Palestinian side.

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

This Minutes of Meeting (hereinafter referred to as “M/M”) is an official document, which both sides mutually have agreed upon the matters as of completing the Preliminary Study. The agreed matters shall be finally confirmed by the signing of Record of Discussion (hereinafter referred to as “R/D”). Japanese side showed the draft of R/D as shown in ANNEX 7.

Ramallah, September 11, 2008



Mr. Yojiro Ishii
Leader, Japanese Preliminary Study Team
Japan International Cooperation Agency
Japan



Dr. Fathi Abu Moghli
Minister of Health
Ministry of Health
Palestinian National Authority

ATTACHED DOCUMENT

I. BACKGROUND

In the territory of Palestinian National Authority, there are 1.7 million people who are registered as refugees among the total population of approximately 3.9 million. 65% of total population is with poverty under the living condition of less than 2 US dollars per day.¹ The average of first marital age is relatively low (19-year-old for female, 23.6-year-old for male). Total Fertility Rate (4.6) and population growth rate (3.3%) are relatively high.² Reported Maternal Mortality Ratio is 6.2 per 100,000 live births and reported Under 5 Mortality Rate is 19.1 per 1,000 live births in 2006³, which may not reflect the real situation. Ministry of Health (hereinafter "MOH") is taking initiative to improve surveillance system of MMR currently.

35.7% of pregnant women and 40% of infants (72% of infants in Gaza Strip) under 9 months were diagnosed of anemia.⁴ 16.7% of infants' deaths are due to premature and low birth weight from total infant deaths.⁵ The above mentioned indicators represent the conditions of PNA from the aspects of mother and child health (hereinafter "MCH") and the necessity of upgrading MCH and reproductive health (hereinafter "RH") services and expansion of the utilization of quality services.

According to the above mentioned background, the PNA has requested the technical cooperation project to Government of Japan and JICA has implemented the "Project for Improving the Reproductive Health with a Special Focus on Maternal and Child Health in Palestine" (from August 2005 to July 2008), which is now considered as "Phase I Project". During the Phase I Project, JICA has been cooperating with MOH in developing Palestinian MCH handbook and its Guideline. After series of testing and piloting in Jericho and Ramallah, Minister of Health announced the launching of the national distribution of MCH handbook and actual distribution started at MOH, UNRWA and NGO clinics in West Bank, April 2008. Trainings for MCH service management and MCH handbook management were also conducted to upgrade MCH/RH services at pilot MCH centers in Jericho and Ramallah. Through the development and promotion of MCH handbook, MOH, UN, NGOs started working together to create a unified MCH service tool in Palestine. There was also coordination of various health sectors together with community people in community health promotion activities in Jericho and Ramallah. The Terminal Evaluation of the Phase I Project was conducted in May 2008, and it was evaluated that the outputs of the project were mostly achieved despite difficult political / social situation.

¹ Health Statistics in Palestine, Annual Report 2006 (Unpublished paper)

² Health Statistics in Palestine, Annual Report 2006 (Unpublished paper)

³ Health Statistics in Palestine, Annual Report 2006 (Unpublished paper)

⁴ Health Statistics in Palestine, Annual Report 2006 (Unpublished paper)

⁵ Health Statistics in Palestine, Annual Report 2006 (Unpublished paper)

There remains, however, a strong need both among Palestinian and Japanese sides to provide technical supports to MOH in taking initiatives of improving MCH and RH services and management to unified quality services in accordance with the medium-long term development strategies and national strategic health plan.

Given the situations, proposal for the project for improving MCH and RH in Palestine (Phase II) was submitted to Government of Japan by MOH in 2007. JICA dispatched a preliminary study mission for the purpose of formulary the framework for the Phase II Project. Based upon the achievement of Phase I Project, the Phase II Project aims to improve the MCH and RH services with sustainability which includes institutionalization of the MCH handbook with sustainable revenue sources.

萩
—

II. PROJECT FRAMEWORK

1. Name of the Project

Improving Maternal and Child Health and Reproductive Health in Palestine (Phase II)

2. Implementing Agency of the Project

The Project will be implemented by Ministry of Health.

3. Administration of the Project

Director General of Women's Health and Development, as the Project Director, will bear overall responsibility for the administration and management of the Project.

Director, Community Health Department, as the Project Manager, will be responsible for the technical matters of the Project.

4. Duration of Japanese Technical Cooperation Project

Both sides agreed that the duration of the Project will be four (4) years from the date agreed by both sides in R/D to be concluded between JICA and MOH.

5. Target Area

- (1) The Project will be targeted for entire Palestinian territory (in the West Bank and the Gaza Strip).
- (2) In-service technical trainings shall be conducted first at selected pilot MCH centers. Based upon skills identified at pilot centers, practical skill training shall be conducted at central/district level to share knowledge and skills nationwide. Pilot MCH centers in Phase 1 Project shall be selected as pilot centers for skill training.

6. Provisional Master Plan of the Project

(1) Overall Goal:

Health among women and children is improved in the West Bank and the Gaza Strip.

(2) Project Purpose:

Maternal and child health (MCH) and Reproductive Health (RH) services are upgraded in the West Bank and the Gaza Strip with sustainability.

(3) Outputs:

Output (1)	MCH/RH services are upgraded.
------------	-------------------------------

手
付

Output (2)	MCH handbooks (MCH HBs) are used at health facilities in West Bank and Gaza Strip with sustainability.
Output (3)	Community awareness on MCH and RH is raised and more people use upgraded MCH/RH services.
Output (4)	Institutional capacity of MOH and district health offices for coordination, supervision and evaluation is improved.

(3) Activities:

Output (1)	MCH/RH services are upgraded.
1-1)	In-service technical trainings are conducted for GPs, Nurses, and Midwives on ANC, PNC, and childcare in selected pilot MCH centers. Trainings are needed in following subjects: Neonatal Screening, Ultra Sound, High Risk Pregnancy, Child Growth Monitoring, ...
1-2)	Practical skill trainings are conducted for GPs, Nurses, MWs at central/district level to share experiences nationwide.
1-3)	Medical and administrative equipments are upgraded at the selected MCH/PHC to improve MCH/RH services.

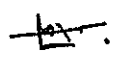
Output (2)	MCH handbooks (MCH HBs) are used at health facilities in West Bank and Gaza Strip with sustainability.
2-1)	National coordination mechanism (NCM) is established in order to plan, implement and evaluate activities related to MCH HB among MOH, UN agencies, NGOs and Medical Association.
2-2)	Monitoring is conducted regularly to evaluate the usage of MCH HB by district and central level in WB and GZ.
2-3)	Monitoring on utilization of MCH HB is regularly conducted by NCM based upon the monthly reports submitted by MOH, UNRWA and NGOs.
2-4)	MCH HB and its Guideline are revised and printed in accordance with the annual planning.
2-5)	MCH HB and related materials are distributed properly to health facilities.

扶
出

2-6)	MCH HB is introduced to hospitals, private sectors and nursing and medical schools regularly.
2-7)	In-service training for MCH staff (PHC and SHC) is provided regularly utilizing the Guideline as a training tool.
2-8)	Trainings are conducted in Japan to gain knowledge and skills of MCH HB Management. Trainings are on print/reprint/revision of the MCH HB, financial planning, management of the community-based health delivery activities using MCH HB (mothers' class, infant check-ups, nutrition class, etc.)
2-9)	Financial Plan is developed to print MCH HB and related materials regularly with the internal budget for sustainability.

Output (3)	Community awareness on MCH and RH is raised and more people use upgraded MCH/RH services.
3-1)	Health education messages on MCH/RH for community awareness are selected and approved by National Health Education and Health Promotion Committee.
3-2)	Trainings on MCH/RH and Behavior Change Communication skills are conducted for health educators, doctors, nurses, village health workers and community volunteers.
3-3)	Trained health staff conduct workshops and health promotion activities in selected communities to promote awareness and behavioral changes among community people.
3-4)	Community-based health promotion activities are conducted in coordination with MOH, UN, NGO, and community-based organizations. E.g. Family Health Day, Free Medical Day, Happy Mother's Day...
3-5)	Advocacy and media campaigns are conducted to raise awareness on MCH and RH nationwide.

Output (4)	Institutional capacity of MOH and district health offices for coordination, supervision and evaluation is improved.
4-1)	Based upon problem analysis of current monitoring and supervision (M&S) system conducted by Community Health Dept. (CHD) and PHIC, plan of

萩


	action is developed for improvement of M&S. Actions are such as feedback system, motivation of health staff, group supervision, activating network system, ...
4-2)	Actions identified in plan of action of M&S are taken by CHD and district supervisors and officers.
4-3)	Impact of continuous usage (from the pregnancy till the child becomes three years old) of MCH HBs is identified and shared with national and international health stakeholders.
4-4)	Progress, lesson learned and recommendations are presented at the seminar for related ministries, local governments, donors, and communities.

7. Measures to be taken by the Japanese Side

JICA side will input the following during the Project period:

- (1) To send long/short term Japanese and/or third country experts in relevant fields of the Project based on official request from MOH.
 - 1) Chief Advisor
 - 2) Project Coordinator
 - 3) Maternal and Child Health Service Management
 - 4) Maternal and Child Health / Partnership Coordination
 - 5) The other experts will be dispatched when necessity arises for the smooth implementation of the project.
- (2) To conduct training in Japan and/or third countries for the counterpart personnel, who is engaged in the Project implementation, based on the official request from MOH, which will be submitted to the Japanese side.
- (3) To provide equipment and supplies for the agreed activities of the Project based on official request from MOH.
- (4) To provide financial resources for the local activity defined in the Project during Project period.
- (5) Budget for local expenditures for the project (such as procurement of equipments, local trainings, ...) is approximately 1,000,000 USD.

8. Measures to be taken by the Palestinian side

- (1) Facilities for the Project

The Palestinian side will make necessary arrangement of the facilities for the implementation of the Project.

Offices for Japanese experts will be prepared before the commencement of the Project and be equipped.

(2) Assignment of Counterpart Personnel

For the successful implementation of the Project, the Palestinian side will assign counterpart personnel as shown in ANNEX 3.

(3) Local Costs

Necessary local costs for the implementation of the Project will be born by the Palestinian side.

(4) Sustainability of the Project

The Palestinian side will take necessary measures to ensure that the outcomes of technical transfer will be sustained during and after the period of the Project.

9. Joint Evaluation

For the effective and successful implementation of technical cooperation for the Project, the Joint Coordinating Committee (hereinafter referred to as "JCC") will be established as the highest decision making body of the Project, and fulfill the following functions:

- (1) To approve the annual work plan of the Project based on the Plan of Operation within the framework of the R/D.
- (2) To review progresses, achievements, bottlenecks, challenges, and lessons learned and to draw the concrete action for the next step, watching the external condition surrounding the Project laid out in the Project Design Matrix (PDM).
- (3) To discuss any matters to be mutually agreed upon as necessary concerning the Project.

JCC shown will be held at least annually. The proposed terms of reference and members of JCC will be in ANNEX 4.

10. Monitoring and Evaluation

- (1) PDM is used as the basic of monitoring and evaluation of the Project. The Project is

expected to collect the necessary information and data systematically in accordance with the agreed PDM, and share them with the relevant stakeholder, for example at JCC meeting.

(2) The more concrete methodology of monitoring and evaluation will be developed as early as possible after the Project started.

(3) The Project will be evaluated at the middle of and six (6) months before the end of the Project by Joint Evaluation Team organized by the MOH and Japanese sides based on the agreed PDM.

(4) In order to monitor and evaluate the project implementation and activities, both sides will utilize the following five(5) criteria.

i) Relevance

A criterion for considering the validity and necessity of a project regarding whether the expected effects of a project (or project purpose and overall goal) meet with the needs of target beneficiaries; whether a project intervention is appropriate as a solution for problems concerned; whether the contents of a project is consistent with policies; whether project strategies and approaches are relevant, and whether a project is justified to be implemented with public funds of ODA.

ii) Effectiveness

A criterion for considering whether the implementation of project has benefited (or will benefit) the intended beneficiaries or the target society.

iii) Efficiency

A criterion for considering how economic resource/inputs are converted to results. The main focus is on the relationship between project cost and effects.

iv) Impact

A criterion for considering the effects of the project with an eye on the longer term effects including direct or indirect, positive or negative, intended or unintended.

v) Sustainability

A criterion for considering whether produced effects continue after the termination of the assistance.

11. Others

- (1) Both sides agreed that the common language in any official documents should be English.
- (2) In Palestine, health services are provided by MOH, UNRWA, NGOs and Private sectors. UNRWA and some major NGOs run hospitals and clinics as well as MOH. Thus, MOH is responsible to maintain good coordination with UNRWA, NGOs and Private sectors.

款
世

- (3) Although the target area is defined as entire Palestinian territories, there are some areas where the access of Japanese expert is limited. Measures shall be taken to overcome this difficulty are
- 1) Centralized or district-level technical training by gathering MCH staff
 - 2) In-service technical training and follow-up supervision conducted by local resources , such as local medical consultants
 - 3) Activating existing network system for monitoring.
- (4) Regarding the training in Japan, both sides agreed to continue sending participants to the training course in Japan according to the criteria and plan as below. Taking the Minister's request into consideration, the number of participants from MOH is minimized and there are more participants from UNRWA and NGOs. Plan for Training in Japan is shown in ANNEX 6.
- A) There remain some SMOs and MCH Supervisors who have not participated in the Training Program in Japan yet. JICA Project plan to send at least one participant from each district to understand how to utilize MCH handbook in MCH services, in civil services and in community health promotion activities.
 - B) Director General of Primary Health Care and Public Health needs to be exposed to the discussion with Japanese policy makers and officials in Ministry of Health to gain practical skills and knowledge about development of policies and regulation related to MCH and how to implement those policies and regulations into the practice of public health services.
- (5) Activity of Output 1 (improving MCH/RH services), 1-3) activating network system, needs to be further examined and feasible activities need to be identified based upon the situation analysis conducted by MOH prior to the implementation of the Project.
- (6) Activities of Output 3 (raising community awareness) shall be conducted by MOH directly and by NGO with contract bases. The demarcation of activities will be defined according to the progress of the Project.
- (7) Further discussion and confirmation of indicators of PDM0 shall be conducted prior to the signing of R/D.

缺
出

List of ANNEXES

- ANNEX 1: Project Design Matrix (PDM ver.0)
- ANNEX 2: Tentative Schedule of Implementation of the Project
- ANNEX 3: List of Palestinian counterpart personnel
- ANNEX 4: Joint Coordinating Committee
- ANNEX 5: Major Interviewees by the Team
- ANNEX 6: Plan for Training in Japan
- ANNEX 7: Draft of Record of Discussion (R/D)

世 萩

PDM 0 (Sept.10, 2008)

Project Title: Project for Improving Maternal and Child Health and Reproductive Health in Palestine: Phase II

Project Duration: 2008.11.01~2012.10.31

Target Area: the West Bank and the Gaza Strip

Target Population: Women in Reproductive Age, children under 5 years old and their family members.

MOH officers, MCH/PHC center Staff, and village health workers.

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p>OVERALL GOAL Health among women and children is improved in the West Bank and the Gaza Strip.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Maternal mortality ratio is decreased. 2. Under five mortality ratio is decreased X%. 3. Prevalence of women and children with anemia is decreased Y%. 4. Number of stunting, waste and underweight children under five years old decreases Z%. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Statistics of Ministry of Health 2 Report of Ministry of Health 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Policy of PA and MOH remains unchanged regarding MCH services. 2 Situation of checking points and separation walls does not worsen.
<p>PROJECT PURPOSE Maternal and child health (MCH) and Reproductive Health (RH) services are upgraded in the West Bank and the Gaza Strip <i>with sustainability</i>.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Number of MCH/PHC centers, hospitals, private clinic which uses MCH Handbook(HB) increases. 2 Indicator on utilization of MCH HB is adopted in MOH Annual Health Report. 3 Number of monitoring and supervision conducted in the MCH/PHC centers increases. 4 Measures taken by district level and central MOH to solve issues identified by monitoring and supervision. 5 Client's satisfaction is improved for MCH/RH services. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Project activity report 2 Health statistics of the project sites 3 Monthly Report 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Policy of PA and MOH remains unchanged regarding MCH services.

Outputs:			
1. MCH/RH services are upgraded.	<p>1-1 Number of MCH staff who received in-service practical training increases.</p> <p>1-2 Knowledge and skills of trainees are improved</p> <p>1-3 Practices of ex-trainees are supervised.</p> <p>1-4 Job satisfaction among MCH staff improved.</p>	<p>1 Project activity report</p> <p>2 Health statistics of the project sites</p> <p>3 Monthly Report</p>	1 Trained counterparts continue to work at the project sites.
2. MCH Handbooks are used at health facilities in West Bank and Gaza Strip with sustainability.	<p>2-1 National coordination mechanism (NCM) is established in order to plan, implement and evaluate activities related to MCH HB among stakeholders.</p> <p>2-2 Number of monitoring reports on utilization of MCH HB is compiled by NCM based upon the monthly report submitted by MOH, UNRWA and NGOs.</p> <p>2-3 Annual planning of Revision, Reprint of MCH HB and related materials is issued by NCM.</p> <p>2-4 Number of medical schools and nursing schools in which MCH HB is introduced.</p> <p>2-5 Number of MCH staff who received local training on how to use MCH HB.</p> <p>2-6 Number of MCH staff who received training on MCH HB Management in Japan.</p> <p>2-7 Financial plan is developed to print MCH HB and related materials regularly with internal budget for sustainability by NCM.</p>		
3. Community awareness on MCH and RH is raised and more people use upgraded MCH/RH services.	<p>3-1 Number of health educators, nurses, health volunteers who received training on communication skills and MCH/RH health education.</p> <p>3-2 Number of community based health promotion activities conducted in coordination with MOH, UN, NGO, and community-based organization.</p>		

<p>4 Institutional capacity of MOH and district health offices for coordination, supervision and evaluation is improved.</p>	<p>3-3 Knowledge increased and attitude changed positively on MCH/RH and children's health through social mobilization. 3-4 More participants discuss on MCH, RH and children's health with their spouse. 3-5 Utilization of ANC, PNC, Child care is increased. 3-6 Steering Committee which consist of MOH and NGO prepare progress reports to share experiences of awareness raising of community and community participation. 4-1 Number of districts which conduct monitoring and supervision properly, which will be rated by the scale developed by the project, increases from XX to YY. 4-2 A report on the impact of continuous usage of MCH HB is compiled. 4-3 Progress reports are compiled and presented to the concerned ministries, local governments, communities and donors. 4-4 Final Dissemination Seminar is conducted.</p>	
<p><u>Activities:</u> 1-1) In-service technical trainings are conducted for GPs, Nurses, and Midwives on ANC, PNC, and childcare in selected pilot MCH centers. Trainings are needed in following subjects: Neonatal Screening, Ultra Sound, High Risk Pregnancy, Child Growth Monitoring, ...etc.</p>	<p><u>Inputs:</u> From Palestinian Side: 1) Project office and facilities at each project site (MOH Ramallah, Jericho). 2) Personnel responsible for the Project and administrative person.</p>	<p>- Project budget and stuffs are properly allocated as planned.</p>

<p>1-2) Practical skill trainings are conducted for GPs, Nurses, MWs at central/district level to share experiences nationwide.</p>	<p>-Project Director</p>
<p>1-3) Medical and administrative equipments are upgraded at the selected MCH/PHC to improve MCH/RH</p>	<p>-Project Manager</p>
<p>2 2-1) National coordination mechanism is established in order to plan, implement and evaluate activities related to MCH HB among MOH, UN agencies, NGOs and Medical Association.</p>	<p>-Person responsible for project operation at each project site -Counterpart personnel at MOH and each project site</p>
<p>2-2) Monitoring is conducted regularly to evaluate the usage of MCH HB by district and central level in WB and GZ.</p>	<p>-Full-time secretary for the Project.</p>
<p>2-3) Monitoring on utilization of MCH HB is regularly conducted by NCM based upon the monthly reports submitted by MOH, UNRWA and NGOs.</p>	<p>-Part-time interpreters for each Japanese expert, if necessary.</p>
<p>2-4) MCH HB and its Guideline are revised and printed in accordance with the annual planning.</p>	
<p>2-5) MCH HB and related materials are distributed properly to Health Facilities.</p>	<p><u>From Japanese Side:</u> 1) Dispatch of experts in the following fields;</p>
<p>2-6) MCH HB is introduced to hospitals, private sectors and nursing and medical schools regularly.</p>	<p>Chief Advisor</p>
<p>2-7) In-service training for MCH staff (PHC and SHC) is provided regularly utilizing the Guideline as a training tool.</p>	<p>Project Coordinator</p>

<p>2-8) Trainings are conducted in Japan to gain knowledge and skills of MCH HB Management. Trainings are on print/reprint/revision of the MCH HB, financial planning, management of the community-based health delivery activities using MCH HB(mothers' class, infant check-ups, nutrition class, etc.)</p> <p>2-9) Financial Plan is developed to print MCH HB and related materials regularly with the internal budget for sustainability.</p>	<p>Maternal and Child Health Service Management</p> <p>MCH/Partnership Coordination</p> <p>Additional experts upon necessity</p>
<p>3</p> <p>3-1) Health education messages on MCH/RH are selected and approved by National Health Education and Health Promotion Committee.</p>	<p>2) Training of Palestinian counterparts in Japan and the third country.</p>
<p>3-2) Trainings on MCH/RH and Behavior Change Communication skills are conducted for health educators, doctors, nurses, village health workers and community volunteers.</p>	<p>3) Provision of Machinery and Equipment</p>
<p>3-3) Trained health staff conduct workshops and health promotion activities in selected communities to promote awareness and behavioral changes among community people.</p>	
<p>3-4) Community-based health promotion activities are conducted in coordination with MOH, UN, NGO, and community-based organizations.</p> <p>e.g. Family Health Day, Free Medical Day, Happy Mother's Day,...</p>	
<p>3-5) Advocacy and media campaigns are conducted to raise awareness on MCH and RH nationwide.</p>	

<p>4</p> <p>4-1) Based upon problem analysis of current monitoring and supervision (M&S) system conducted by Community Health Dept. (CHD) and PHIC, plan of action is developed for improvement of M&S. Actions are such as feedback system, motivation of health staff, group supervision, activating network system, ...</p> <p>4-2) Actions identified in plan of action of M&S are taken by CHD and district supervisors and officers.</p> <p>4-3) Impact of continuous usage (from the pregnancy till the child becomes three years old) of MCH Handbook is identified and shared with national and international health stakeholders.</p> <p>4-4) Progress, lesson learned and recommendations are presented at the seminar for related ministries, local governments, donors, and communities.</p>	<p><u>Pre-conditions:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Full-commitment of all stakeholders is secured. - Religious and social leaders do not oppose to MCH/RH
---	---

Tentative Schedule of Implementation of Project for Improving MCH and RH in Palestine (Phase II)

Activities	PHASE 2				
	2008	2009	2010	2011	2012
Midterm/Final Evaluation Joint Coordinating Committee	*	*	**	*	**
Output 1 MCH/RH services are upgraded.					
1-1) In-service technical trainings are conducted for GPs, Nurses, and Midwives on ANC, PNC, and childcare in selected pilot MCH centers.		***	***	***	
1-2) Practical skill trainings are conducted for GPs, Nurses, MWs at central/district level to share experiences nationwide.		***	***	***	
1-3) Medical and administrative equipments are upgraded at the selected MCH/PHC to improve MCH/RH services.			**	**	
Output 2 MCH Handbooks are used at health facilities in West Bank and Gaza Strip with sustainability.					
2-1) National coordination mechanism is established in order to plan, implement and evaluate activities related to MCH HB among MOH, UN agencies, NGOs and Medical Association.	**	***			
2-2) Monitoring is conducted regularly to evaluate the usage of MCH HB in WB and GZ.	**	*****	*****	*****	*****
2-3) Monitoring on utilization of MCH HB is regularly conducted by NCM based upon the monthly reports submitted by MOH, UNRWA and NGOs.	*	*	*	*	*
2-4) MCH HB and its Guideline are revised and printed in accordance with the annual planning.	**	**	**	**	
2-5) MCH HB and related materials are distributed properly to Health Facilities.	**	*****			
2-6) MCH HB is introduced to hospitals, private sectors and nursing and medical schools regularly.	**	**	**		
2-7) In-service training for MCH staff (PHC and SHC) is provided regularly utilizing the Guideline as a training tool.		**	**	**	
2-8) Trainings are conducted in Japan to gain knowledge and skills of MCH HB Management. Trainings are on print/reprint/revision of the MCH HB, financial planning, management of the community-based health delivery activities using MCH HB (mothers' class, infant check-ups, nutrition class, etc.)		**	**		
2-9) Financial Plan is developed to print MCH HB and related materials regularly with the internal budget for sustainability.		***		***	
Output 3 Community awareness on MCH and RH is raised and more people use upgraded MCH/RH services.					
3-1) Health education messages on MCH/RH are selected and approved by National Health Education and Health Promotion Committee.	**				
3-2) Trainings on MCH/RH and Behavior Change Communication skills are conducted for health educators, doctors, nurses, village health workers and community volunteers.		***			
3-3) Trained health staff conduct workshops and health promotion activities in selected communities to promote awareness and behavioral changes among community people.		****	*****		
3-4) Community-based health promotion activities are conducted in coordination with MOH, UN, NGO, and community-based organizations.		**	**	**	
3-5) Advocacy and media campaigns are conducted to raise awareness on MCH and RH nationwide on MCH HB.		*****	*****		
Output 4 Institutional capacity of MOH and district health offices for coordination, supervision and evaluation is improved.					
4-1) Based upon problem analysis of current monitoring and supervision (M&S) system conducted by Community Health Dept. (CHD) and PHIC, plan of action is developed for improvement of M&S. Actions are such as feedback system, motivation of health staff, group supervision, activating network system, ...		****	*****		
4-2) Actions identified in plan of action of M&S are taken by CHD and district supervisors and officers.		****	*****		
4-3) Impact of continuous usage (from the pregnancy till the child becomes three years old) of MCH HB is identified and shared with national and international health stakeholders.		***		***	
4-4) Progress, lesson learned and recommendations are presented at the seminar for related ministries, local governments, donors, and communities.			**		**

List of Palestinian Counterpart Personnel

1. Counterpart

- (1) Project Director:
Director General, Women's Health and Development Directorate

- (2) Project Manager:
Director, Community Health Department

- (3) Implementing Bodies:
Directorate of Primary Health Care and Public Health

- (4) Related Bodies:
Directorate of Women's Health and Development

- (5) Administrative and Clerical Personnel
Administrative and clerical personnel, drivers and others to support the implementation of the project.

And other personnel as mutually agreed upon.

Joint Coordinating Committee

1. Function

The Joint Coordinating Committee shall;

- (1) Discuss and decide overall strategies in the management and coordination of the Project,
- (2) Review and endorse the annual plan of the Project,
- (3) Monitor and evaluate the progress of the Project, and
- (4) Make decisions relevant to the overall management of the Project.

2. Compositions

The Joint Coordinating Committee shall be composed of;

- (1) Chairperson: Director General, Directorate of Primary Health Care and Public Health

- (2) Members:

Director General, Directorate of Women's Health and Development

Director General, Hospital Directorate

Director, Community Health Department

MCH Nursing Supervisor, Community Health Department

Director, Nursing Department

Director, Nutrition Department

Director, Health Education and Promotion Department

Director, Palestinian Health Information Center

Director General, Aid Management and Coordination, Ministry of Planning

Resident Representative of JICA Palestinian Office

Japanese experts

Others appointed by the Chairperson

Notes: The Joint Coordination Committee is, upon mutual agreement, entitled to invite relevant personnel as appropriate to discuss specific issues. Officials of the Representative Office of Japan (Embassy of Japan in Tel Aviv), Officials of UNRWA, UNICEF, UNFPA, WHO and local NGOs may attend the Joint Coordination Committee meetings as observers.

Major Interviewees by the Team

Ministry of Health

Dr. Fathi Abu Moghli, Minister of Health
Dr. Anan W. Masri, Deputy Minister of Health

Directorate of International Cooperation

Dr. Qasem Maani, Deputy Director General

Directorate of Primary Health Care and Public Health

Dr. Asad Ramlawi, Director General
Dr. Ghadyan Kamal, Director, Community Health Department
Dr. Randa Abu Rabee', Coordinator UNICEF-MOH / MCH, Community Health Department
Ms. Tagreed Hijaz, MCH Nursing Supervisor, West Bank, Community Health Department
Ms. Iham Shamasna, Director, Nursing Department,
Ms. Lubna Elsader, Director, Health Education and Health Promotion Department
Eng. Alla' Abu Rub, Director, Nutrition Department

Ramallah and Al Beireh Public Health Department

Dr. Basem Al-Rimawi, Director of Ramallah-Al Bireh Public Health Department
Mr. Fadel Al-Ashkar, Nursing Director, Ramallah and Al-Bireh Public Health Department

Jericho Public Health Department

Dr. Kamal Jaber, Director, Jericho Public Health Department

Salfeet Public Health Department

Dr. Basam Madi, Director, Salfeet Public Health Department

Jenin Public Health Department

Dr. Inshirah Nazzal, Director of General and Community Health,

Tulkarem Public Health Department

Ms. Nada Abu Sham'a, Nursing Director
Ms. Yasmeen Kharouf, MCH Supervisor

Qalqilia Public Health Department

Ms. May Safaniri, Nursing Director

South Hebron Public Health Department

Dr. Nazeeh Abed, Director of South Hebron Public Health Department

Directorate of Women's Health and Development

Dr. Souzan Abdu, Deputy Director General

Ms. Maha Odeh, Project Coordinator UNFPA-MOH

Ms. Marina Jadallah, Project Coordinator Islamic Relief Society-MOH

New Jericho Hospital

Dr. Sameeh Hasan, Director, Jericho Hospital

Palestinian Health Information Center

Mr. Omar Abu Arqoub, Director, Palestinian Health Information Center

Ministry of Planning

Dr. Cairo Arafat, Director General, Aid Management and Coordination

UNRWA

Dr. Elias Habash, Field Family Health Officer, West Bank

UNICEF

Ms. Patricia McPhillips, Special Representative for the Palestinian Health

Dr. Samson Agbo, Chief, Health and Nutrition

Dr. Najwa Rizkallah, Nutrition Specialist

UNFPA

Dr. Wasim Alimuz Zaman, Representative

Mr. Ziad M. Yaish, Assistant Representative

Dr. Ali Nashat Shaar, National Programme Officer, Reproductive Health

WHO

Mr. Tony Laurance, Acting Head of Office

World Bank

Ms. Meskerem Brhane, Sr. Social Development Specialist

Italian Cooperation

Dr. Severio Pappagallo, Health Program Coordinator

Dr. Angelo Stefanini, Health Program Coordinator

Ms. Sawsan Aranki-Batato, Health Policy Development Officer

USAID

Dr. Elizabeth Drabant, Director, Health and Humanitarian Assistance
Dr. Suzy Srouji, Senior Health Advisor, Health and Humanitarian Assistance

European Commission Technical Assistance Office

Ms. Fabienne Bessonne, Counsellor

Health Work Committee

Ms. Shatha Odeh, Director General
Dr. Ra'ouf Azar, Director of Public Health Department
Dr. Salem Jaraiseh, Director of Well Baby Program, Beit Sahour Regional Director

Palestinian Family Planning and Protection Association (PFPPA)

Dr. Arafat Hidmi, Secretary General, Vice President, Regional Executive Committee
Ms. Amineh Stavridis, Executive Director
Ms. Ammal Awadallah, Finance Director

Local Researchers

Dr. Obaida Qumhiyeh, Senior Researcher
Ms. Fadia Al-Khatib, Local Researcher
Ms. May Al-Khatib, Research Assistant

Embassy of Japan

Dr. Kaori Tanaka, Second Secretary

JICA Palestine Office

Mr. Seiji Koike, Resident Representative
Mr. Hideaki Iwase, Project Formulation Officer

Plan for Training in Japan

1. Plan of Training course in Japan (Number of Participants from each organization)

	MOH	UNRWA	NGO	Total
2009 MCH HB Management	3	2	2	7
2010 MCH HB Management	3	2	2	7
MCH Policies and Administration	1	0	0	1

MCH Staff from MOH, UNRWA and NGO shall be participating into the training program in Japan to see comprehensive functions of MCH HB in the medical services, civil services and community health promotion activities. Taking the Minister's request into consideration, the number of participants from MOH is minimized and there are more participants from UNRWA and NGOs.

2. Number of Participants from each Organization (Phase 1, 2005-2008)

	MOH	UNRWA	NGO	Total
2006	13	0	0	13
2007	9	2	0	11
2008	3*	2	2	7
	25	4	2	31

*Following the discussion with Minister of Health, JICA reduced the number of participants from the Ministry of Health from 2008.

3. Participants of the training in Japan from different districts

District	SMO	MCH Supervisor/Nurse	Others
Nablus	Dr. Saïd M. F. HAMMOUZ	Ms. Najwa M. A. MANAA	
Jenin		Ms. Salma Khamaysa M.S.	
Qalqilia		Ms. Mai A. K. KHALEEF	
Tobas			
Salfeet	Dr. Bassam Madi Saeed Yousef		
Ramallah	Dr. Basem Rimawi		Dr. Mahmoud Abed-Rahman Mahmoud
			Mr. Mahmoud Ahmad Mohammad
Jerusalem			
Bethlehem		Ms. Wijdan Adnan Kamel	
Hebron	Dr. Nabil Issa Khalil	Ms. Hanan Mohammad Abed	
South Hebron			
Jericho	Dr. Kamal Jaber	Ms. Seham Yousef Safi	

* There remain many SMOs and MCH Supervisors who have not participated in the Training Program in Japan yet. JICA Project plan to send at least one participant from each district to understand how to utilize MCH handbook in MCH services, in civil services and in community health promotion activities.

(DRAFT)

RECORD OF DISCUSSIONS BETWEEN
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY
AND
PALESTINIAN NATIONAL AUTHORITY
ON JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
THE PROJECT FOR IMPROVING MATERNAL AND CHILD HEALTH AND
REPRODUCTIVE HEALTH IN PALESTINE (PHASE II)

The Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") through its Resident Representative to Palestine, exchanged views and had a series of discussions with the authorities concerned of Palestinian National Authority (hereinafter referred to as "PNA") with respect to desirable measures to be taken by JICA and PNA for the successful implementation of the above-mentioned Project.

As a result of the discussions, and in accordance with the provisions of the Agreement on Technical Cooperation between the Government of Japan and PNA, signed in Ramallah on November 15th, 2005 (hereinafter referred to as "the Agreement"), JICA and the authorities concerned of PNA agreed on the matters referred to in the document attached hereto.

Ramallah, *****, 2008

(Japanese side signer)

Mr. Seiichi Koike
Resident Representative
Palestine Office
Japan International Cooperation Agency

(PNA side signer)

(Name)
(Position)
Ministry of Health
PNA

(PNA Ministry of Planning Singer)

(Name)
(Position)
Ministry of Planning
PNA

THE ATTACHED DOCUMENT

I. COOPERATION BETWEEN JICA and PNA

1. PNA will implement the Project for Improving Maternal and Child Health/ Reproductive Health in Palestine (Phase 2) (hereinafter referred to as "the Project") in cooperation with JICA.
2. The Project will be implemented in accordance with the Project Design Matrix (PDM) which is given in Annex I.

II. MEASURES TO BE TAKEN BY JICA

In accordance with the laws and regulations in force in Japan and the provisions of Article 4 of the Agreement, JICA, as the executing agency for technical cooperation by the Government of JAPAN, will take, at its own expense, the following measures according to the normal procedures of its technical cooperation scheme.

1. DISPATCH OF JAPANESE EXPERTS

JICA will provide the services of the Japanese experts as listed in Annex II. The provision of Article 6 of the Agreement will be applied to the above-mentioned experts.

2. PROVISION OF MACHINERY AND EQUIPMENT

JICA will provide such machinery, equipment and other materials (hereinafter referred to as "the Equipment") necessary for the implementation of the Project as listed in Annex III. The provision of Article 8 of the Agreement will be applied to the Equipment.

3. TRAINING OF PALESTINIAN PERSONNEL IN JAPAN AND THE THIRD COUNTRIES

JICA will receive the Palestinian personnel connected with the Project for technical training in Japan and the third countries.

III. MEASURES TO BE TAKEN BY PNA

1. PNA will take necessary measures to ensure that the self-reliant operation of the Project will be sustained during and after the period of Japanese technical cooperation, through full and active involvement in the Project by all related authorities, beneficiary groups and institutions.
2. PNA will ensure that the technologies and knowledge acquired by the Palestinian nationals as a result of the Japanese technical cooperation will contribute to the economic and social development of PNA.
3. In accordance with the provisions of Article 6 of the Agreement, PNA will grant in PNA privileges, exemptions and benefits to the Japanese experts referred to in II-1 above and their families.
4. In accordance with the provisions of Article 8 of the Agreement, PNA will take the measures necessary to receive and use the Equipment provided by JICA under II-2 above and equipment, machinery and materials carried in by the Japanese experts referred to in II-1 above.
5. PNA will take necessary measures to ensure that the knowledge and experience acquired by the Palestinian personnel from technical training in Japan and the third countries will be utilized effectively in the implementation of the Project.
6. In accordance with the provision of Article 6 of the Agreement, PNA will provide the services of Palestinian counterpart personnel and administrative personnel as listed in Annex IV.
7. In accordance with the provision of Article 6 of the Agreement, PNA will provide the buildings and facilities as listed in Annex V.
8. In accordance with the laws and regulations in force in PNA, PNA will take necessary measures to supply or replace at its own expense machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the Equipment provided by JICA under II-2 above.

ANNEX 7

9. In accordance with the laws and regulations in force in PNA, PNA will take necessary measures to meet the running expenses necessary for the implementation of the Project.

IV. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

1. Director General of Women's Health and Development Directorate, as the Project Director, will bear overall responsibility for the administration and implementation of the Project.
2. Director of Community Health Department, as the Project Manager, will be responsible for the managerial and technical matters of the Project.
3. The Japanese Chief Advisor will provide necessary recommendations and advice to the Project Director and the Project Manager on any matters pertaining to the implementation of the Project.
4. The Japanese experts will give necessary technical guidance and advice to the Palestinian counterpart personnel on technical matters pertaining to the implementation of the Project.
5. For the effective and successful implementation of technical cooperation for the Project, a Joint Coordinating Committee will be established whose functions and composition are described in Annex VI.

V. JOINT EVALUATION

Evaluation of the Project will be conducted jointly by JICA and the authorities concerned of PNA, at the middle and during the last six months of the cooperation term in order to examine the level of achievement.

VI. CLAIMS AGAINST JAPANESE EXPERTS

In accordance with the provision of Article 7 of the Agreement, PNA undertakes to bear claims, if any arises, against the Japanese experts

ANNEX 7

engaged in technical cooperation for the Project resulting from, occurring in the course of, or otherwise connected with the discharge of their official functions in PNA except for those arising from the willful misconduct or gross negligence of the Japanese experts.

VII. MUTUAL CONSULTATION

There will be mutual consultation between JICA and PNA on any major issues arising from, or in connection with this Attached Document.

VIII. MEASURES TO PROMOTE UNDERSTANDING OF AND SUPPORT FOR THE PROJECT

For the purpose of promoting support for the Project among the people of PNA, PNA will take appropriate measures to make the Project widely known to the people of PNA.

IX. TERM OF COOPERATION

The duration of the technical cooperation for the Project under this Attached Document will be four (4) years from November 2008.

ANNEX I	PROJECT DESIGN MATRIX (PDM)
ANNEX II	LIST OF JAPANESE EXPERTS
ANNEX III	LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT
ANNEX IV	LIST OF PALESTINIAN COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL
ANNEX V	LIST OF BUILDINGS AND FACILITIES
ANNEX VI	JOINT COORDINATING COMMITTEE

ANNEX II LIST OF JAPANESE EXPERTS

The following experts in the fields described below may be dispatched depending on the needs as specified in the annual plan of the Project.

1. Chief Advisor
2. Project Coordinator
3. Maternal and Child Health Service Management
4. Maternal and Child Health / Partnership coordination

Additional experts may be assigned through the discussion between both sides whenever the necessity arises and it will be reflected to the annual plan of the Project.

ANNEX III LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT

1. Description

- (1) Basic equipment for MCH/PHC Center in accordance with guidelines
- (2) Other equipment mutually agreed upon as necessary

2. Notice

- (1) The above mentioned machinery and equipment are to be limited to what is necessary for the implementation of the Project and the transfer of technology by the Japanese experts.
- (2) The contents, specifications and quantity of the above mentioned machinery and equipment are to be decided in consultation with both sides in the course of the implementation of the Project.
- (3) The detailed specification of the above items may be subject to change depending on the results of tender and budgetary limitation.

ANNEX IV LIST OF PALESTINIAN COUNTERPART AND
ADMINISTRATIVE PERSONNEL

1. Project Director

Director General of Women's Health and Development Directorate will bear overall responsibility for the administration and implementation of the Project as the Project Director.

2. Project Manager

Director of Community Health Department will be responsible for managerial and technical matters of the Project as the Project Manager

3. Implementing Bodies

Primary Health Care and Public Health Directorate

4. Related Bodies

Women's Health and Development Directorate

5. Administrative and Clerical Personnel

Administrative and clerical personnel, drivers and others to support the implementation of the Project.

And other personnel as mutually agreed upon.

ANNEX V LIST OF BUILDINGS AND FACILITIES

The following buildings and facilities will be prepared by PNA for the implementation of the Project.

1. Buildings and facilities necessary for the implementation of the Project
2. Rooms and spaces necessary for the installation and storage of the Equipment
3. Office spaces and necessary facilities for the Japanese experts
4. Other facilities mutually agreed upon as necessary

ANNEX VI JOINT COORDINATING COMMITTEE

1. Function

The Joint Coordinating Committee shall:

- (1) Discuss and decide overall strategies in the management and coordination of the Project,
- (2) Review and endorse the annual plan of the Project,
- (3) Monitor and evaluate the progress of the Project, and
- (4) Make decisions relevant to the overall management of the Project.

2. Compositions

The Joint Coordinating Committee shall be composed of:

- (1) Chairperson: Director General, Primary Health Care and Public Health Directorate
- (2) Members:
 - Director General, Women's Health and Development Directorate
 - Director General, Hospital Directorate
 - Director, Community Health Department
 - MCH Nursing Supervisor, Community Health Department
 - Director, Nursing Department
 - Director, Nutrition Department
 - Director, Health Education and Promotion Department
 - Director, Palestinian Health Information Center
 - Director General, Aid Management and Coordination, Ministry of Planning
 - Resident Representative of JICA Palestinian Office
 - Japanese experts
 - Others appointed by the Chairperson

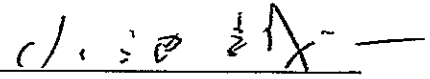
Notes: The Joint Coordination Committee is, upon mutual agreement, entitled to invite relevant personnel as appropriate to discuss specific issues. Officials of the Representative Office of Japan (Embassy of Japan in Tel Aviv), Officials of UNRWA, UNICEF, UNFPA, WHO and local NGOs may attend the Joint Coordination Committee meetings as observers.

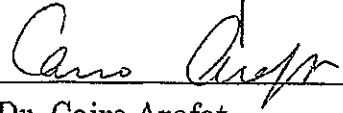
2. 討議議事録 (R/D) 及び協議議事録 (M/M)

RECORD OF DISCUSSIONS BETWEEN
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY
AND
PALESTINIAN NATIONAL AUTHORITY
ON JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
THE PROJECT FOR IMPROVING MATERNAL AND CHILD HEALTH AND
REPRODUCTIVE HEALTH IN PALESTINE (PHASE 2)

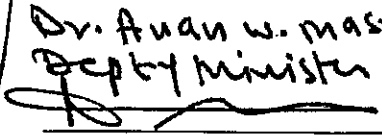
The Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") through its Resident Representative to Palestine, exchanged views and had a series of discussions with the authorities concerned of Palestinian National Authority (hereinafter referred to as "PNA") with respect to desirable measures to be taken by JICA and PNA for the successful implementation of the above-mentioned Project.

As a result of the discussions, and in accordance with the provisions of the Agreement on Technical Cooperation between the Government of Japan and PNA, signed in Ramallah on November 15th, 2005 (hereinafter referred to as "the Agreement"), JICA and the authorities concerned of PNA agreed on the matters referred to in the document attached hereto.


Mr. Seiichi Koike
Resident Representative
Palestine Office
Japan International Cooperation Agency


Dr. Cairo Arafat
Director General
Ministry of Planning
PNA

Ramallah, 5th November, 2008


Dr. Fathi Abu Moghli
Deputy Minister

Dr. Fathi Abu Moghli
Minister of Health
Ministry of Health
PNA

THE ATTACHED DOCUMENT

I. COOPERATION BETWEEN JICA and PNA

1. PNA will implement the Project for Improving Maternal and Child Health/ Reproductive Health in Palestine (Phase 2) (hereinafter referred to as "the Project") in cooperation with JICA.
2. The Project will be implemented in accordance with the Project Design Matrix (PDM) which is given in Annex I.

II. MEASURES TO BE TAKEN BY JICA

In accordance with the laws and regulations in force in Japan and the provisions of Article 4 of the Agreement, JICA, as the executing agency for technical cooperation by the Government of JAPAN, will take, at its own expense, the following measures according to the normal procedures of its technical cooperation scheme.

1. DISPATCH OF JAPANESE EXPERTS

JICA will provide the services of the Japanese experts as listed in Annex II. The provision of Article 6 of the Agreement will be applied to the above-mentioned experts.

2. PROVISION OF MACHINERY AND EQUIPMENT

JICA will provide such machinery, equipment and other materials (hereinafter referred to as "the Equipment") necessary for the implementation of the Project as listed in Annex III. The provision of Article 8 of the Agreement will be applied to the Equipment.

3. TRAINING OF PALESTINIAN PERSONNEL IN JAPAN AND THE THIRD COUNTRIES

JICA will receive the Palestinian personnel connected with the Project for technical training in Japan and the third countries.

III. MEASURES TO BE TAKEN BY PNA

1. PNA will take necessary measures to ensure that the self-reliant operation of the Project will be sustained during and after the period of Japanese technical cooperation, through full and active involvement in the Project by all related authorities, beneficiary groups and institutions.
2. PNA will ensure that the technologies and knowledge acquired by the Palestinian nationals as a result of the Japanese technical cooperation will contribute to the economic and social development of PNA.
3. In accordance with the provisions of Article 6 of the Agreement, PNA will grant in PNA privileges, exemptions and benefits to the Japanese experts referred to in II-1 above and their families.
4. In accordance with the provisions of Article 8 of the Agreement, PNA will take the measures necessary to receive and use the Equipment provided by JICA under II-2 above and equipment, machinery and materials carried in by the Japanese experts referred to in II-1 above.
5. PNA will take necessary measures to ensure that the knowledge and experience acquired by the Palestinian personnel from technical training in Japan and the third countries will be utilized effectively in the implementation of the Project.
6. In accordance with the provision of Article 6 of the Agreement, PNA will provide the services of Palestinian counterpart personnel and administrative personnel as listed in Annex IV.
7. In accordance with the provision of Article 6 of the Agreement, PNA will provide the buildings and facilities as listed in Annex V.
8. In accordance with the laws and regulations in force in PNA, PNA will take necessary measures to supply or replace at its own expense machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the Equipment provided by JICA under II-2 above.

9. In accordance with the laws and regulations in force in PNA, PNA will take necessary measures to meet the running expenses necessary for the implementation of the Project.

IV. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

1. Director General of Women's Health and Development Directorate, as the Project Director, will bear overall responsibility for the administration and implementation of the Project.
2. Director of Community Health Department, as the Project Manager, will be responsible for the managerial and technical matters of the Project.
3. The Japanese Chief Advisor will provide necessary recommendations and advice to the Project Director and the Project Manager on any matters pertaining to the implementation of the Project.
4. The Japanese experts will give necessary technical guidance and advice to the Palestinian counterpart personnel on technical matters pertaining to the implementation of the Project.
5. For the effective and successful implementation of technical cooperation for the Project, a Joint Coordinating Committee will be established whose functions and composition are described in Annex VI.
6. In Palestine, health services are provided by MOH, UNRWA, NGOs and Private sectors. UNRWA and some major NGOs run hospitals and clinics as well as MOH. Thus, MOH is responsible to maintain good coordination with UNRWA, NGOs and Private sectors, particularly to achieve Output 2 and Output 3. MOH is solely responsible to achieve Output 1 and Output 4.

V. JOINT EVALUATION

Evaluation of the Project will be conducted jointly by JICA and the authorities concerned of PNA, at the middle and during the last six months of the cooperation term in order to examine the level of achievement.

VI. CLAIMS AGAINST JAPANESE EXPERTS

In accordance with the provision of Article 7 of the Agreement, PNA undertakes to bear claims, if any arises, against the Japanese experts engaged in technical cooperation for the Project resulting from, occurring in the course of, or otherwise connected with the discharge of their official functions in PNA except for those arising from the willful misconduct or gross negligence of the Japanese experts.

VII. MUTUAL CONSULTATION

There will be mutual consultation between JICA and PNA on any major issues arising from, or in connection with this Attached Document.

VIII. MEASURES TO PROMOTE UNDERSTANDING OF AND SUPPORT FOR THE PROJECT

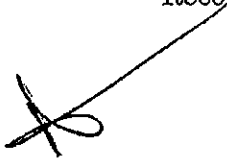
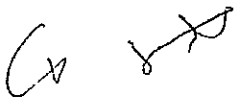
For the purpose of promoting support for the Project among the people of PNA, PNA will take appropriate measures to make the Project widely known to the people of PNA.

IX. TERM OF COOPERATION

The duration of the technical cooperation for the Project under this Attached Document will be four (4) years from November 15, 2008.

- ANNEX I MASTER PLAN
- ANNEX II LIST OF JAPANESE EXPERTS
- ANNEX III LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT
- ANNEX IV LIST OF PALESTINIAN COUNTERPART AND
ADMINISTRATIVE PERSONNEL
- ANNEX V LIST OF BUILDINGS AND FACILITIES
- ANNEX VI JOINT COORDINATING COMMITTEE

ANNEX VII MINUTES OF MEETINGS OF THE PRELIMINARY STUDY
(Signed on September 11, 2008) excluding ANNEX 7 (Draft of
Record of Discussion (R/D))

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'A' followed by a loop and a horizontal stroke.Handwritten initials in black ink, appearing to be 'C' followed by a stylized 'S' or 'X'.

ANNEX I MASTER PLAN

1. NAME OF THE PROJECT

Project for Improving Maternal and Child Health and Reproductive Health in Palestine (Phase 2)

2. OBJECTIVES OF THE PROJECT

(1) Overall Goal:

Health among women and children is improved in the West Bank and the Gaza Strip.

(2) Project Purpose:

Maternal and child health (MCH) and Reproductive Health (RH) services are upgraded in the West Bank and the Gaza Strip with sustainability.

3. OUTPUTS AND ACTIVITIES OF THE PROJECT

(1) Outputs of the Project:

Output 1	MCH/RH services are upgraded.
Output 2	MCH handbooks (MCH HBs) are used at health facilities in West Bank and Gaza Strip with sustainability.
Output 3	Community awareness on MCH and RH is raised and more people use upgraded MCH/RH services.
Output 4	Institutional capacity of MOH and district health offices for coordination, supervision and evaluation is improved.

(1) Activities of the Project:

Output 1	MCH/RH services are upgraded.
1-1)	In-service technical trainings are conducted for GPs, Nurses, and Midwives on ANC, PNC, and childcare in selected pilot MCH

	centers. Trainings are needed in following subjects: Neonatal Screening, Ultra Sound, High Risk Pregnancy, Child Growth Monitoring, ...etc.
1-2)	Practical skill trainings are conducted for GPs, Nurses, MWs at central/district level to share experiences nationwide.
1-3)	Medical and administrative equipments are upgraded at the selected MCH/PHC to improve MCH/RH services.

Output 2	MCH handbooks (MCH HBs) are used at health facilities in West Bank and Gaza Strip with sustainability.
2-1)	National coordination mechanism (NCM) is established in order to plan, implement and evaluate activities related to MCH HB among MOH, UN agencies, NGOs and Medical Association.
2-2)	Monitoring is conducted regularly to evaluate the usage of MCH HB by district and central level in WB and GZ.
2-3)	Monitoring on utilization of MCH HB is regularly conducted by NCM based upon the monthly reports submitted by MOH, UNRWA and NGOs.
2-4)	MCH HB and its Guideline are revised and printed in accordance with the annual planning.
2-5)	MCH HB and related materials are distributed properly to Health Facilities.
2-6)	MCH HB is introduced to hospitals, private sectors and nursing and medical schools regularly.
2-7)	In-service training for MCH staff (PHC and SHC) is provided regularly utilizing the Guideline as a training tool.
2-8)	Trainings are conducted in Japan to gain knowledge and skills of MCH HB Management. Trainings are on print/reprint/revision of the MCH HB, financial planning, management of the community-based health delivery activities using MCH HB (mothers' class, infant check-ups, nutrition class, etc.)
2-9)	Financial Plan is developed to print MCH HB and related materials regularly with the internal budget for sustainability.

Output 3	Community awareness on MCH and RH is raised and more people use upgraded MCH/RH services.
3-1)	Health education messages on MCH/RH for community awareness are selected and approved by National Health Education and Health Promotion Committee.
3-2)	Trainings on MCH/RH and Behavior Change Communication skills are conducted for health educators, doctors, nurses, village health workers and community volunteers.
3-3)	Trained health staff conduct workshops and health promotion activities in selected communities to promote awareness and behavioral changes among community people.
3-4)	Community-based health promotion activities are conducted in coordination with MOH, UN, NGO, and community-based organizations. e.g. Family Health Day, Free Medical Day, Happy Mother's Day...
3-5)	Advocacy and media campaigns are conducted to raise awareness on MCH and RH nationwide.

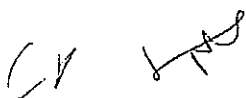
Output 4	Institutional capacity of MOH and district health offices for coordination, supervision and evaluation is improved.
4-1)	Based upon problem analysis of current monitoring and supervision (M&S) system conducted by Community Health Dept. (CHD) and PHIC, plan of action is developed for improvement of M&S. Actions are such as feedback system, motivation of health staff, group supervision, activating network system, ...
4-2)	Actions identified in plan of action of M&S are taken by CHD and district supervisors and officers.
4-3)	Impact of continuous usage (from the pregnancy till the child becomes three years old) of MCH HB is identified and shared with national and international health stakeholders.
4-4)	Progress, lesson learned and recommendations are presented at the seminar for related ministries, local governments, donors, and communities.

ANNEX II LIST OF JAPANESE EXPERTS

The following experts in the fields described below may be dispatched depending on the needs as specified in the annual plan of the Project.

1. Chief Advisor
2. Project Coordinator
3. Maternal and Child Health Service Management
4. Maternal and Child Health / Partnership coordination

Additional experts may be assigned through the discussion between both sides whenever the necessity arises and it will be reflected to the annual plan of the Project.




ANNEX III LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT

1. Description

- (1) Basic equipment for MCH/PHC Center in accordance with guidelines
- (2) Other equipment mutually agreed upon as necessary

2. Notice

- (1) The above mentioned machinery and equipment are to be limited to what is necessary for the implementation of the Project and the transfer of technology by the Japanese experts.
 - (2) The contents, specifications and quantity of the above mentioned machinery and equipment are to be decided in consultation with both sides in the course of the implementation of the Project.
 - (3) The detailed specification of the above items may be subject to change depending on the results of tender and budgetary limitation.
- 

ANNEX IV LIST OF PALESTINIAN COUNTERPART AND
ADMINISTRATIVE PERSONNEL

1. Project Director

Director General of Women's Health and Development Directorate will bear overall responsibility for the administration and implementation of the Project as the Project Director.

2. Project Manager

Director of Community Health Department will be responsible for managerial and technical matters of the Project as the Project Manager

3. Implementing Bodies

Primary Health Care and Public Health Directorate

4. Related Bodies

Women's Health and Development Directorate

5. Administrative and Clerical Personnel

Administrative and clerical personnel, drivers and others to support the implementation of the Project.

And other personnel as mutually agreed upon.



C1 1/10

ANNEX V LIST OF BUILDINGS AND FACILITIES

The following buildings and facilities will be prepared by PNA for the implementation of the Project.

1. Buildings and facilities necessary for the implementation of the Project
2. Rooms and spaces necessary for the installation and storage of the Equipment
3. Office spaces and necessary facilities for the Japanese experts
4. Other facilities mutually agreed upon as necessary



Handwritten initials or marks

ANNEX VI JOINT COORDINATING COMMITTEE

1. Function

The Joint Coordinating Committee shall:

- (1) Discuss and decide overall strategies in the management and coordination of the Project,
- (2) Review and endorse the annual plan of the Project,
- (3) Monitor and evaluate the progress of the Project, and
- (4) Make decisions relevant to the overall management of the Project.

2. Compositions

The Joint Coordinating Committee shall be composed of:

- (1) Chairperson: Director General, Primary Health Care and Public Health Directorate
- (2) Members:
 - Director General, Women's Health and Development Directorate
 - Director General, Hospital Directorate
 - Director, Community Health Department
 - MCH Nursing Supervisor, Community Health Department
 - Director, Nursing Department
 - Director, Nutrition Department
 - Director, Health Education and Promotion Department
 - Director, Palestinian Health Information Center
 - Director General, Aid Management and Coordination, Ministry of Planning
 - Resident Representative of JICA Palestinian Office
 - Japanese experts
 - Others appointed by the Chairperson

Notes: The Joint Coordination Committee is, upon mutual agreement, entitled to invite relevant personnel as appropriate to discuss specific issues. Officials of the Representative Office of Japan (Embassy of Japan in Tel Aviv), Officials of UNRWA, UNICEF, UNFPA, WHO and local NGOs may attend the Joint Coordination Committee meetings as observers.

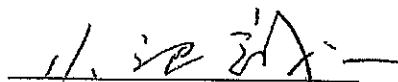
MINUTES OF MEETINGS BETWEEN
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY
AND
PALESTINIAN NATIONAL AUTHORITY
ON JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
THE PROJECT FOR IMPROVING MATERNAL AND CHILD HEALTH AND
REPRODUCTIVE HEALTH IN PALESTINE (PHASE 2)

The Resident Representative of Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") in Palestine had a series of discussions with the authorities concerned of Palestinian National Authority (hereinafter referred to as "PNA") about the formation of the Project for improving Maternal and Child Health and Reproductive health in Palestine (Phase 2) (hereinafter referred to as "the Project").

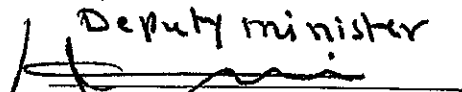
As a result of the discussions, Resident Representative of JICA Palestine Office and the Ministry of Health agreed on the matters referred to in the document attached hereto. This Minutes of meetings is considered as a supplement document of the Record of Discussions (hereinafter referred to as "the R/D") which is signed at the same time.

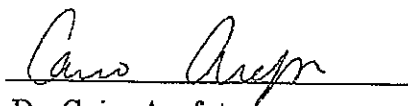
Ramallah, 5th November, 2008

Dr. Anan w. masri
Deputy minister



Mr. Seiichi Koike
Resident Representative
Palestine Office
Japan International Cooperation Agency


Dr. Fathi Abu Moghli
Minister of Health
Ministry of Health
PNA



Dr. Cairo Arafat
Director General
Ministry of Planning
PNA



11

ATTACHED DOCUMENT

I. The Project Design Matrix

The Project Design Matrix (hereinafter referred to as "PDM") is commonly used in Japanese technical cooperation in order to manage and implement projects efficiently and effectively. It will also be used as a reference for monitoring and evaluating the Project. As a result of discussions, both sides agreed to apply the PDM as shown in ANNEX I to the Project.

PDM is to be flexibly revised according to the progress and achievements of the Project upon agreement at the Joint Coordinating Committee.

II. The Plan of Operation

The Plan of Operation (hereinafter referred to as "PO") has been tentatively formulated according to the R/D. The Plan of Operation for the whole period is shown in ANNEX II.

PO is to be flexibly revised according to the progress and achievements of the Project upon agreement at the Joint Coordinating Committee.

ANNEX I PROJECT DESIGN MATRIX (PDM)
ANNEX II PLAN OF OPERATION (PO)

Handwritten marks: a small scribble on the left and a large, stylized signature or mark on the right.

PDM 0 (Oct.7, 2008)

Project Title: Project for Improving Maternal and Child Health and Reproductive Health in Palestine Phase2

Project Duration: 2008.11.15~2012.11.14

Target Area: the West Bank and the Gaza Strip

Target Population: Women in Reproductive Age, children under 5years old and their family members.

MOH officers in charge of MCH/RH, SMOs and officers in charge of MCH/RH in PHDs, Medical and Nursing staff at MCH/PHC centers.

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
OVERALL GOAL Health among women and children is improved in the West Bank and the Gaza Strip.	1. Maternal mortality ratio is decreased. 2. Infant mortality ratio is decreased X%. 3. Under five mortality ratio is decreased X%. 4. Prevalence of women and children with anemia is decreased Y%. 5. Number of stunting, wasting and underweight children under five years old decreases Z%.	1 Statistics of Ministry of Health 2 Report of Ministry of Health	1 Policy of PA and MOH remains unchanged regarding MCH services. 2 Situation of checking points and separation walls does not worsen.
PROJECT PURPOSE Maternal and child health (MCH) and Reproductive Health (RH) services are upgraded in the West Bank and the Gaza Strip with sustainability.	1 Utilization of Child care (growth monitoring) is increased. 2 Indicator on utilization of MCH HB is adopted in MOH Annual Health Report. 3 Measures taken by district level and central MOH to solve issues identified by monitoring and supervision. 4 Job satisfaction among MCH/RH staff improved. 5 Client's satisfaction is improved for MCH/RH services.	1 Project activity report 2 Health statistics of the project sites 3 Monthly Report	1 Policy of PA and MOH remains unchanged regarding MCH services.
1. MCH/RH services are upgraded.	1-1 Number of MCH/RH staff who received in-service practical training increases. 1-2 Knowledge and skills of trainees are improved 1-3 Practices of ex-trainees are supervised.	1 Project activity report 2 Health statistics of the project sites 3 Monthly Report	Outputs: 1 Trained counterparts continue to work at the project sites.

- 1-4 Number of equipments provided to improve MCH/RH services.
- 1-5 Number of MCH/PHC centers which provides MCH/RH services properly, rated by the scale developed by the project, increases from XX to YY.
- 2-1 National coordination mechanism (NCM) is established in order to plan, implement and evaluate activities related to MCH HB among stakeholders.
- 2-2 Number of MCH/PHC centers, hospitals, private clinics which uses MCH HB increases.
- 2-3 Number of monitoring reports on utilization of MCH HB is compiled by NCM based upon the monthly report submitted by MOH, UNRWA and NGOs.
- 2-4 Annual planning of Revision, Reprint of MCH HB and related materials is issued by NCM.
- 2-5 Number of medical schools and nursing schools in which MCH HB is introduced.
- 2-6 Number of MCH staff who received local training on how to use MCH HB.
- 2-7 Number of MCH staff who received training on MCH HB Management in Japan.
- 2-8 Financial plan is developed to print MCH HB and related materials regularly with internal budget for sustainability by NCM.
- 3-1 Number of health educators, nurses, health volunteers who received training on communication skills and MCH/RH health education.
- 3-2 Number of community based health promotion activities conducted in coordination with MOH and other stakeholders.
- 3-3 Knowledge increased and attitude changed positively on MCH/RH and child rearing through social mobilization.
- 3-4 More participants discuss on MCH, RH and child rearing with their spouse.

2. MCH Handbooks (MCH HBs) are used at health facilities in West Bank and Gaza Strip with sustainability.

3. Community awareness on MCH and RH is raised and more people use upgraded MCH/RH services.

<p>4 Institutional capacity of MOH and district health offices for coordination, supervision and evaluation is improved.</p>	<p>3-5 Steering Committee which consist of MOH and NGO prepare progress reports to share experiences of awareness raising of community and community participation.</p> <p>4-1 Number of monitoring and supervision conducted in the MCH/PHC centers increases.</p> <p>4-2 Number of districts which conduct monitoring and supervision properly, which will be rated by the scale developed by the project, increases from XX to YY.</p> <p>4-3 A report on the impact of continuous usage of MCH HB is compiled.</p> <p>4-4 Progress reports are compiled and presented to the concerned ministries, local governments, communities and donors.</p> <p>4-5 Final Dissemination Seminar is conducted.</p>	<p>- Project budget and stuffs are properly allocated as planned.</p>
<p><u>Activities:</u></p> <p>1</p> <p>1-1) In-service technical trainings are conducted for GPs, Nurses, and Midwives on ANC, PNC, and childcare in selected pilot MCH centers.</p> <p>Trainings are needed in following subjects: Neonatal Screening, Ultra Sound, High Risk Pregnancy, Child Growth Monitoring, ...etc.</p> <p>1-2) Practical skill trainings are conducted for GPs, Nurses, MWs at central/district level to share experiences nationwide.</p> <p>1-3) Medical and administrative equipments are upgraded at the selected MCH/PHC to improve MCH/RH services.</p> <p>2</p> <p>2-1) National coordination mechanism (NCM) is established in order to plan, implement and evaluate activities related to MCH HB among MOH, UN agencies, NGOs and Medical Association.</p> <p>2-2) Monitoring is conducted regularly to evaluate the usage of MCH HB by district and central level in WB and GZ.</p>	<p><u>Inputs:</u></p> <p><u>From Palestinian Side:</u></p> <p>1) Project office and facilities at each project site (MOH Ramallah, Jericho).</p> <p>2) Personnel responsible for the Project and administrative person.</p> <p>-Project Director</p> <p>-Project Manager</p> <p>3) -Person responsible for project operation at each project site</p> <p>-Counterpart personnel at MOH and each project site</p> <p>-Full-time secretary for the Project.</p> <p>-Part-time interpreters for each Japanese expert, if necessary.</p>	<p>- Project budget and stuffs are properly allocated as planned.</p>

<p>2-3) Monitoring on utilization of MCH HB is regularly conducted by NCM based upon the monthly reports submitted by MOH, UNRWA and NGOs.</p>	
<p>2-4) MCH HB and its Guideline are revised and printed in accordance with the annual planning.</p>	<p><u>From Japanese Side:</u></p>
<p>2-5) MCH HB and related materials are distributed properly 1) to Health Facilities.</p>	<p>Dispatch of experts in the following fields;</p>
<p>2-6) MCH HB is introduced to hospitals, private sectors and nursing and medical schools regularly.</p>	<p>Chief Advisor</p>
<p>2-7) In-service training for MCH staff (PHC and SHC) is provided regularly utilizing the Guideline as a training tool.</p>	<p>Project Coordinator</p>
<p>2-8) Trainings are conducted in Japan to gain knowledge and skills of MCH HB Management. Trainings are on print/reprint/revision of the MCH HB, financial planning, management of the community-based health delivery activities using MCH HB(mothers' class, infant check-ups, nutrition class, etc.)</p>	<p>Maternal and Child Health Service Management</p> <p>MCH/Partnership Coordination</p>
<p>2-9) Financial Plan is developed to print MCH HB and related materials regularly with the internal budget for sustainability.</p>	<p>Additional experts upon necessity</p>
<p>3 3-1) Health education messages on MCH/RH for community 2) awareness are selected and approved by National Health Education and Health Promotion Committee.</p>	<p>Training of Palestinian counterparts in Japan and the third country.</p>
<p>3-2) Trainings on MCH/RH and Behavior Change 3) Communication skills are conducted for health educators, doctors, nurses, village health workers and community volunteers.</p>	<p>Provision of Machinery and Equipment</p>
<p>3-3) Trained health staff conduct workshops and health promotion activities in selected communities to promote awareness and behavioral changes among community people.</p>	

<p>3-4) Community-based health promotion activities are conducted in coordination with MOH, UN, NGO, and community-based organizations. e.g. Family Health Day, Free Medical Day, Happy Mother's Day...</p> <p>3-5) Advocacy and media campaigns are conducted to raise awareness on MCH and RH nationwide.</p> <p>4-1) Based upon problem analysis of current monitoring and supervision (M&S) system conducted by Community Health Dept. (CHD) and PHIC, plan of action is developed for improvement of M&S. Actions are such as feedback system, motivation of health staff, group supervision, activating network system, ...</p> <p>4-2) Actions identified in plan of action of M&S are taken by CHD and district supervisors and officers.</p> <p>4-3) Impact of continuous usage (from the pregnancy till the child becomes three years old) of MCH HB is identified and shared with national and international health stakeholders.</p> <p>4-4) Progress, lesson learned and recommendations are presented at the seminar for related ministries, local governments, donors, and communities.</p>	<p>Pre-conditions:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Full-commitment of all stakeholders is secured. - Religious and social leaders do not oppose to MCH/RH
--	---

[Handwritten marks]

[Handwritten signature]

Plan of Operation (September 2008) : JIGA Project for Improving Maternal and Child Health and Reproductive Health in Palestine Phase 2

Activity	Expert	Year	2008												2009												2010												2011												2012																						
			11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Chief Advisor	1 Chief Advisor		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
P.Coordinator	2 Project Coordinator		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
	3 MCH Service Management		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
	4 MCH/Partnership Coordination		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
	5 other		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
				[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																					
Monitoring and Evaluation	1 Joint coordination Committee		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
	2 Mid-term Evaluation / Final Evaluation		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
OUTPUT: MCH/RH services are upgraded	1-1 In-service technical trainings are conducted for GPs, Nurses, and Midwives on ANO, PNC, and childcare in selected pilot MCH centers.		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
	1-2 Practical skill trainings are conducted for GPs, Nurses, MWs at central/district level to share experiences nationwide.		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
	1-3 Medical and administrative equipments are upgraded at the selected MCH/PHC to improve MCH/RH services.		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
	OUTPUT: MCH Handbooks are used at health facilities in West Bank and Gaza Strip with sustainability		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
2-1 National coordination mechanism is established in order to plan, implement and evaluate activities related to MCH HB.	2-2 Monitoring is conducted regularly to evaluate the usage of MCH HB in West Bank and Gaza Strip.		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
	2-3 Monitoring on utilization of MCH HB is regularly conducted by NCM based upon the monthly reports submitted by MOH, UNRWA and NGOs.		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
	2-4 MCH HB and its Guidelines are revised and printed in accordance with the annual planning.		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
	2-5 MCH HB and related materials are distributed properly to Health Facilities.		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
	2-6 MCH HB is introduced to hospitals, private sectors and nursing and medical schools regularly.		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
	2-7 In-service training for MCH staff (PHC and SHC) is provided regularly utilizing the Guideline as a training tool.		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
	2-8 Trainings are conducted in Japan to gain knowledge and skills of MCH HB Management.		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
	2-9 Financial Plan is developed to print MCH HB and related materials regularly with the internal budget for sustainability.		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
	3-0-1 Call for proposals and select local NGO	3-0-2 Make a plan of activities		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																					
3-1 Health education messages on MCH/RH are selected and approved by National Health Education and Health Promotion Committee.			[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
3-2 Trainings on MCH/RH and Behavior Change Communication skills are conducted for health educators, doctors, nurses, village health workers and community volunteers.			[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
3-3 Trained health staff conduct workshops and health promotion activities in selected communities to promote awareness and behavioral changes among community people.			[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
3-4 Community-based health promotion activities are conducted in coordination with MOH, UN, NGO, and community-based organizations.			[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
3-5 Advocacy and media campaigns are conducted to raise awareness on MCH and RH nationwide.		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																							
4-1 Based upon problem analysis of current monitoring and supervision (M&S) system conducted by Community Health Dept. (CHD) and PHC, plan of action is developed for improvement of M&S. Actions are such as feedback system, motivation of health staff, group supervision, activating network system, ...	4-1-2 Training on Management and Policy for MCH is conducted in Japan for Administrator.		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
	4-2 Actions identified in plan of action of M&S are taken by CHD and district supervisors and officers.		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
	4-3 Impact of continuous usage (from the pregnancy till the child becomes three years old) of MCH Handbook is identified and shared with national and international health stakeholders.		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						
	4-4 Progress, lesson learned and recommendations are presented at the seminar for related ministries, local governments, donors, and communities.		[Gantt chart showing activity from Sep 2008 to Sep 2012]																																																																						

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

「パレスチナ母子保健リプロダクティブヘルス向上プロジェクトフェーズ2」

PDM Ver.0

直接裨益者：リプロダクティブヘルス年齢の女性(90万人)、5歳以下の子ども(70万人)及びその家族(230万人)(計390万人)

間接裨益者：保健庁本庁母子保健関係者(50人)、県保健局母子保健関係者(50人)、母子保健センター医師(600人)、母子保健センター看護スタッフ(1000人)(計1700人)

対象地域：自治区全域（西岸地区、ガザ地区）

実施期間：平成20(2008)年11月XX日～平成24(2012)年11月YY日(4年間)

プロジェクト要約	指標	入手手段	外部条件
上位目標			
パレスチナ自治区全域における女性と子供の健康が改善される。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 妊産婦死亡率の減少 2. 乳児死亡率の減少 3. 5歳未満児死亡率の減少 4. 貧血を有する妊婦、乳幼児の割合の減少 5. 5歳未満の低体重、消耗、発育障害の子どもの割合の減少 	<ol style="list-style-type: none"> 1 MOH統計 2 MOHレポート 	<ol style="list-style-type: none"> 1 パレスチナ自治政府と保健庁の母子保健サービスの政策に変更がない。 2 チェックポイントや分離壁の状況がこれ以上悪化しない。
プロジェクト目標			
<ol style="list-style-type: none"> 1. パレスチナ自治区全域における母子保健リプロダクティブヘルス(RH)サービスが持続的に改善される。 	<ol style="list-style-type: none"> 1 乳幼児健診の受診者数の増加 2 保健庁が発行する保健年報(Annual Health Report)に、母子健康手帳の使用率に関する指標が追加される 3 県保健局、中央保健庁による巡回指導にて発見した課題を解決するための方策が取られる 4 母子保健RHスタッフの職務に対する満足感の上昇 5 母子保健RHサービスに対する患者満足度の上昇 	<ol style="list-style-type: none"> 1 プロジェクト活動報告 2 対象地区の保健統計 3 MCHセンター統計 	<ol style="list-style-type: none"> 1 パレスチナ自治政府と保健庁の母子保健サービスの政策に変更がない。
成果			
<ol style="list-style-type: none"> 1. 母子保健センターにおける母子保健RHサービスが向上する。 2. パレスチナ全域の医療機関で母子健康手帳が持続的に活用される。 	<ol style="list-style-type: none"> 1-1 母子保健行政サービス向上のための現任技術研修を受講した母子保健RHスタッフの数 1-2 研修を修了した母子保健RHスタッフの知識、技術の向上 1-3 研修後に実施された母子保健RHスタッフへのフォローアップ巡回指導 1-4 母子保健RHサービス改善のために供与された機材の数 1-5 プロジェクト作成の評定尺度による評価で、母子保健RHサービスを適切に行っている県がXX県からYY県に増加 2-1 母子健康手帳の運営に関する国家調整機関の設立 2-2 母子健康手帳を用いた母子保健サービスを提供する母子保健センター、病院、個人開業医師数の増加 2-3 保健庁、UNRWA、NGOから提出される月次報告をもとに、国家調整機関によって実施された母子健康手帳の活用に関するモニタリングの数 2-4 国家調整機関によって策定された母子健康手帳と関連資料の改訂、印刷の年間計画 2-5 母子健康手帳が紹介された医学部、看護学校の件数 2-6 母子健康手帳の活用法に関する現地国内研修を受講した母子保健スタッフの数 2-7 母子健康手帳のマネジメントに関する本邦研修を受講した母子保健スタッフの数 	<ol style="list-style-type: none"> 1 プロジェクト活動報告 2 対象地区の保健統計 3 MCHセンター統計 	<ol style="list-style-type: none"> 1 訓練を受けたカウンターパートがプロジェクト対象地域で働き続ける。

<p>3. 地域住民の母子保健RHに関する意識が向上し、より多くの住民が母子保健サービスを利用する。</p> <p>4. 保健庁本庁と県保健局における調整、監督、評価機能の組織的能力が向上する。</p>	<p>2-8 国家調整機関により策定される、母子健康手帳と関連印刷物等を政府予算にて自立発展的に印刷するための財政計画</p> <p>3-1 母子保健RH啓発とコミュニケーション技術の訓練を受けた健康教育者、看護師、ヘルスポランティアの総数</p> <p>3-2 保健庁、その他ステークホルダーを中心として実施された地域母子保健RH啓発活動の実施数</p> <p>3-3 地域啓発活動を通じた母子保健RH、育児に関する住民の知識の上昇、積極的な態度</p> <p>3-4 地域啓発活動の参加者で、母子保健RH、育児について夫と話合う女性の増加</p> <p>3-5 保健庁、NGOから構成される地域啓発執行委員会による、地域啓発活動の経験の報告</p> <p>4-1 保健庁が実施する母子保健センターの巡回指導(モニタリング・スーパービジョン)の回数の増加</p> <p>4-2 プロジェクト作成の評定尺度による評価で、モニタリングとスーパービジョンを適切に行っている県がXX県からYY県に増加</p> <p>4-3 母子健康手帳の継続的活用のインパクトを検証したレポート</p> <p>4-4 関係省庁、地方自治体、他援助機関や住民に活動を報告する活動報告書</p> <p>4-5 最終報告会の開催</p>		
<p>活動:</p> <p>1 母子保健センターにおける母子保健RHサービスが向上する</p> <p>1-1 一般医師、看護師、助産師を対象とした医療技術現職訓練をジェリコ、ラマラのパイロット地区母子保健センターにて実施する。(研修内容:産前産後ケア、乳幼児のケア、新生児スクリーニング、超音波検査、ハイリスク妊娠のスクリーニング、成長モニタリングに関わる医療技術訓練)</p> <p>1-2 一般医師、看護師、助産師を対象とした医療技術現職訓練を中央・県レベルにて実施し、全国医療従事者への共有を図る。</p> <p>1-3 全国から選抜された母子保健センターに対し基礎医療機材、事務機器が供与される。</p> <p>2 パレスチナ全域の医療機関で母子健康手帳が持続的に活用される。</p> <p>2-1 保健庁、国際機関、NGO、医師会の連携のもと母子健康手帳に関する計画、実施、評価を行うため、母子健康手帳の運営に関する国家調整機関が設立される。</p> <p>2-2 母子健康手帳の活用のモニタリングが県レベル、中央レベルで定期的実施される。</p> <p>2-3 保健庁、UNRWA、NGOから提出される月次報告をもとに、母子健康手帳の活用に関するモニタリングが、国家調整機関によって定期的実施される。</p> <p>2-4 母子健康手帳とガイドラインが年間計画に従って改訂、印刷される。</p>	<p>投入:</p> <p><u>パレスチナ自治政府側:</u></p> <p>1) ラマラにおけるプロジェクトオフィスおよび設備</p> <p>2) プロジェクトの実施者および代表者</p> <p>プロジェクト・ディレクター</p> <p>プロジェクト・マネジャー</p> <p>3) プロジェクト活動に必要な人材</p> <p>保健庁本庁およびプロジェクト対象地域における保健庁カウンターパート</p> <p>専任秘書</p> <p>必要に応じて日本人専門家のためのパートタイムの通訳</p>		<p>- プロジェクト予算と人員が計画通り適切に配置されていること。</p>

2-5 母子健康手帳と関係資料が医療施設に適切に配布される。	日本側:		
2-6 病院、民間セクター、看護学校、医学部などで、母子健康手帳が定期的に紹介される。	1) 以下の分野の専門家派遣		
2-7 母子健康手帳の活用法に関する現職訓練が、ガイドラインを教材として、一次医療施設、二次医療施設の母子保健スタッフを対象に実施される。	チーフアドバイザー		
2-8 本邦研修「母子健康手帳マネジメント」が実施される。(研修内容:母子健康手帳の印刷、改訂、予算計画、母子健康手帳を用いた地域保健活動(母親学級、乳幼児健診、栄養教室など)の運営、等。)	業務調整		
2-9 母子健康手帳を自主財源にて定期的に印刷するための財政計画を作成する。	母子保健サービスマネジメント		
3 地域住民の母子保健RHに関する意識が向上し、より多くの住民が母子保健サービスを利用する。	2) 日本および第三国におけるパレスチナ保健医療人材(カウンターパート)の訓練		
3-1 母子保健RHに関する啓発メッセージを選び、国家健康教育ヘルスプロモーション委員会にて認定する。	3) 機材供与		
3-2 末端医療従事者や地域ボランティアに対する、健康教育、RH啓発、BCC戦略に関する技術研修を実施する			
3-3 訓練を受けた医療従事者やボランティアが、地域啓発活動を実施する。			
3-4 保健庁、国際機関、NGO、地域団体の協賛により、地域保健活動が実施される。(例、家庭健康デー、無料診療デー、母の日記念行事など)			前提条件: 1 関係するステークホルダーがすべてプロジェクトに積極的に参加する。
3-5 アドボカシー、メディアを活用した全域での母子保健、リプロダクティブヘルス、母子健康手帳の広報活動			2 イスラエル政府によるパレスチナ政策が悪化しない。
4 保健庁本庁と県保健局における調整、監督、評価機能の組織的能力が向上する。			3 RH・母子保健の啓発に宗教リーダーや政策決定者が反対しない。
4-1 保健庁地域保健課(CHD)、保健情報センター(PHIC)などが中心となり、モニタリング・スーパービジョンの現状分析、モニタリング・スーパービジョン向上のための活動計画を作成する。(活動:母子保健センターに対するフィードバックシステム、保健スタッフの志気向上、グループによるスーパービジョン体制、情報ネットワークの活性化、等)			
4-2 活動計画に従い、モニタリングとスーパービジョンを実施する。			
4-3 母子健康手帳を継続的に(妊娠期から乳幼児期まで)活用することのインパクトを検証し、国内外の関係者と共有する。			
4-4 実施状況、教訓、提言などを関係省庁、地方自治体、他援助機関や住民にセミナー等により報告する。			

4. 全国母子保健センター数

as of July 24, 2008

Number of MCH clinics & Hospitals in West Bank

District	MoH	UNRWA	PMRS	HWC	PRCS	Total	Hospital
1 Nablus	39	19	1	4	1 (1)	64(1)	1(MoH)+4(Private&NGOs)
2 Jenin	42	0	3(1)	0	1 (1)	46(2)	1(MoH)+2(Private&NGOs)
3 Qalqilia	16	0	1	1(1)	0	18(1)	1(MoH)+1(Private&NGOs)
4 Tulkarem	26	0	1	0	0	27	1(MoH)+2(Private&NGOs)
5 Tobas	7	0	0	2 (2)	0	9(2)	1(MoH)
6 Salfet	16	0	0	1 (1)	2(2)	19 (3)	1(MoH)+4(Private&NGOs)
7 Ramallah	52	0	4(3)	4(4)	2	62(7)	3(private&NGOs)
8 Jerusalem	15	13	4	1	2 (2)	35(2)	1(BetJalaMoH)+3(Private&NGOs)
9 Bethlehem	15	0	0	5(3)	2 (2)	22(5)	2(MoH)+6(Private&NGOs)
10 Hebron	38	10	3	3	2 (1)	56(1)	0
11 South Hebron	71	0	0	0	0	71	1(MoH)
12 Jericho	7	0	2	0		9	10(MoH)+25(Private&NGOs)
Total	344	42	19(4)	21(11)	12(9)	438(24)	

*1: number in () means the combined clinic with MoH and NGOs

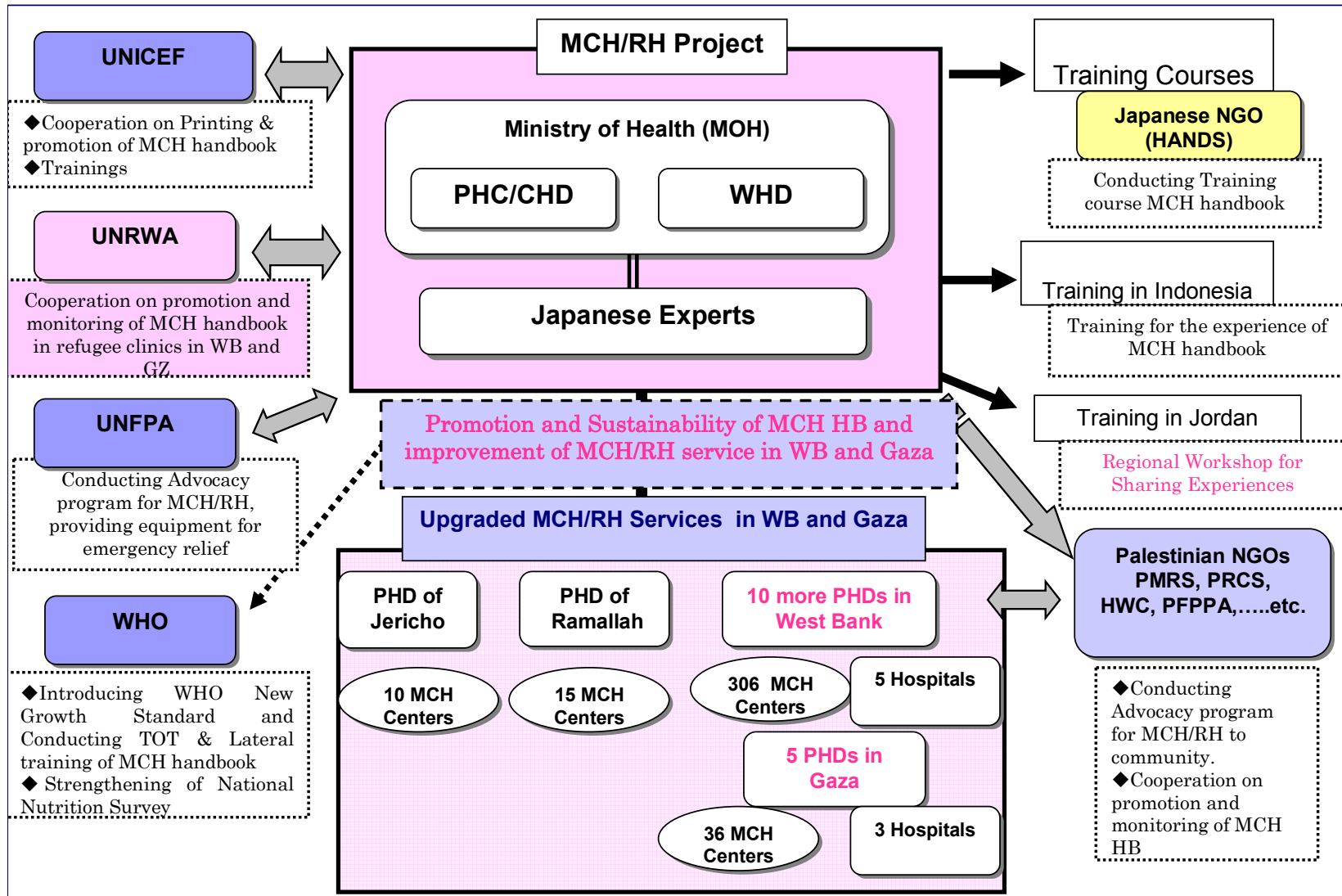
*2: number of hospital is including Licenced private &NGOs>Data from March, 2009

*:Reference is CHD, Hospital Directorate,Licenced Unit MOH,and Dr Yunis Awadallah

Number of MCH clinics &Hospitals in Gaza

District	MoH	UNRWA	PMRS	HWC	PRCS	church union	Total	Hospital
1 North Gaza	7	2	1Um Naser	2	1	0	64(1)	0(MoH)+1(Private)
2 Gaza	12	4	1Jabalia	0	1	2	46(2)	1(MoH)+5(NGOs&Privat)
3 Middle zone	4	4	0	1	0	0	18(1)	1(MOH)
4 Khan Younis	9	3	1Beit Hanou		1	0	4	1(MoH)+2(NGOs&Private)
5 Rafah	4	4		1	0	1	9(2)	1(MoH)
Total	36	17	3	4	3	3	19 (3)	4(MOH)+8(NGOs&Private)

Organization Chart of the MCH/RH Project in Palestine Phase 2



面談記録

議題	母子保健プロジェクトフェーズ2事前評価調査に関する意見交換	
日時	2008年8月27日(水) 14:00 - 15:00	
場所	保健庁(ラマツラ)大臣室	
参加者	先方	Dr. Fathi Abu Moghli, 保健庁大臣 Dr. Qasem Maani, 保健庁国際協力局副局長
	当方	小池所長、岩瀬企画調査員、津田団員
<p>I. 調査団から調査目的、協議項目、調査日程などについて説明を行った。</p> <p>II. 保健庁大臣から以下の4点について調査団に要望が伝えられ、協議を行った。以下、詳細。</p> <p>1. プロジェクト実施体制およびフレームワークについて</p> <p>1) プロジェクトダイレクターとプロジェクトマネジャーについて、できれば <u>PHCPHD の DG 1名</u>が兼任する形で実施できるようにしてもらいたい。</p> <p>2) 重点地域の選定については、できるだけ JICA 側の移動の問題にとらわれず、最も活動を必要としている地域を選定してほしい。例えば、<u>カルキリヤ県、トゥルカレム県、ナブルス県</u>など。</p> <p>3) M/M 署名者については、後日、再面談をもってその際に返答することとする。</p> <p>【事務所・調査団からのコメント】 上記の1)、2)の内容について考慮し、検討する。</p> <p>2. ドナー調整について</p> <p>1) プロジェクト開始時には、各ドナーやプロジェクトの情報を十分とって、重複を避けることを念頭に置いてほしい。</p> <p>2) 保健セクタードナー内では、特に <u>USAID の大規模プロジェクトとの調整が要</u>となる。</p> <p>3) 保健庁としては研修のみでなく、研修結果を反映させ、より具現的なサービスの向上を図るためにも、<u>環境の整備が必要であることを考慮して、他ドナーとの調整</u>してもらいたい。</p> <p>4) フェーズ1にて、一定の成果を上げている本案件については、フェーズ2では、ぜひ保健セクター調整機関となる <u>Health Sector Working Group (HSWG)</u>および、その下部組織となる <u>Thematic Group (例えば、MCH、Women's Health, Nutrition 等)</u>にも、さらに積極的に参加して調整を図ってほしい。</p> <p>【事務所・調査団からのコメント】 案件形成に際し、ドナー調整については、考慮して調査を進めている。USAID とは8月29日に協議予定であり、十分話し合うこと、また、保健セクタードナー会議などには、今後積極的に参加する工夫をする旨伝えた。</p> <p>3. 地方のPHC/MCHセンターの改築、補修、機材の追加や更新に関する要望について</p> <p>1) JICA の技術協力プロジェクトで可能であれば、ぜひ、劣悪な環境を強いられている地方のPHC/MCHセンターの改築、補修、機材の追加もしくは更新を検討してもらいたい。</p> <p>2) 1999年~2003年にかけて、日本はUNDPおよび世銀経由でPHC/MCHセンターの新規設置(西岸30ヶ所、ガザ5ヶ所)と既存センターの改善(西岸67ヶ所)を実施している。同様の協力を期待したい。</p> <p>【事務所・調査団からのコメント】 技術協力プロジェクトで考慮できる範囲については、プロジェクト内に盛り込むよう工夫する。但し、日本側の対パレスチナ支援の政策に整合性があれば、例えばヨルダン渓谷に位置するPHC/MCHセンターの改修などは無償資金協力案件として別スキームでの協力を提案することもできる。</p>		

4. プロジェクト予算額について

- 1) 保健庁の組織計画の観点からも、援助協調の観点からも、フェーズ2の予算額について呈示してもらいたい。

【事務所・調査団からのコメント】

通常、JICA プロジェクトは予算額の提示を行わない。これから協議される活動内容により変動する可能性もあるため、次回面談時に、管理上、必要と思われる予算額を提示できるよう努める。

以上

面談記録

議題	母子保健プロジェクトフェーズ2 事前評価調査に関する意見交換	
日時	2008年8月28日(水) 10:00 - 11:00	
場所	イタリア援助庁事務所(エルサレム)	
参加者	先方	Dr. Severio Pappagallo, Health Program Coordinator (前任) Dr. Angelo Stefanini, Health Program Coordinator (新任) Ms. Sawsan Aranki-Batato, Health Policy Development Officer
	当方	萩原団員、津田団員、岩瀬企画調査員
<p>I. 調査団からフェーズ1 終了の報告とともに、フェーズ2 の調査目的、協議項目などについて説明を行った。</p> <p>II. 以下の4点について、イタリア援助庁保健担当者からコメントがあり、協議を行った。</p> <p>1. ドナー調整、HSWS、分科会 (Thematic Group) への参加について</p> <p>1) フェーズ1 にて、一定の成果を上げている本案件については、フェーズ2 では、ぜひ保健セクター調整機関となる <u>Health Sector Working Group (HSWG)</u> および、その下部組織となる分科会 <u>Thematic Group (例えば、MCH、Women's Health, Nutrition 等)</u> にも、さらに積極的に参加して調整を図ってほしい。</p> <p>2) MCH 分野は、各国ドナーが次々と新規に取り組みを始める分野でもあり、常に HSWG や分科会などで情報を共有し、更新することによって、後続ドナーとの調整を図ることが肝要である。プロジェクトの進捗は「母子保健」の分科会を通じて HSWG への情報提供することが望ましい。乳癌対策や家族計画のエントリーポイントとしても、母子保健活動が有力なエントリーポイントであり、したがって、母子保健の支援については、広く HSWG で共有されるべきである。</p> <p>3) 母子保健の分科会については、以前 USAID が指揮を執っていたが、現在、Hanan プロジェクト終了とともにリーダーとなる団体が不在のため、できれば JICA にリーダーシップを取ってもらえるとありがたい。</p> <p>【調査団からのコメント】</p> <p>前日の保健大臣の会議でも同様の指摘があり、日本大使館からも HSWG に今後参加するように調整を図っているところ。JICA からは、今後、岩瀬企画調査員およびプロジェクト専門家が次回以降の HSWG もしくは分科会へ参加できるよう、それらの案内が来るように、連絡先リストの更新を依頼した。</p> <p>2. JICA プロジェクトのサステナビリティについて</p> <p>1) 保健セクターの世話役のイタリア援助庁としては、現在パレスチナ保健庁へ、以下の通りコストシェアリングについて奨励している。プロジェクト経費については、ドナー援助額：パレスチナ自己負担額を1：1、または、プロジェクト初年度から終了にかけて段階をつけて、徐々にパレスチナ自己負担額を増やし、プロジェクト終了後は完全にパレスチナ側により管理されるような体制作りが望ましい。JICA プロジェクトについても同様の考慮を図ってもらいたい。</p> <p>2) 日本の対パレスチナ支援については、パリ会合でも明らかなように、中長期的開発支援に力が入れられており、敬意を表したい。<u>母子手帳の制度化は、パレスチナに望まれている中長期的開発に資するものであり、よって、単独のドナーや短期間の協力で達成するのは困難であろう。また、短期間の目標設定をして、パレスチナ保健庁に全責任を負わせることも効果的ではない。長期的な視点からの支援が必要であることを、他ドナーへのアドボカシーを強化し、他ドナーとの責任分担も加味した「Joint Program Approach」として協力していくことも一案である。</u></p> <p>【調査団からのコメント】</p> <p>特に新規に全国導入に至っている母子手帳については、JICA はサステナビリティの観点を最</p>		

も重要視している。フェーズ2の全期間(4年)にわたって、パレスチナ保健庁による自主財源化、及びパートナーからの支援やユーザー自己負担の可能性も含めて、サステナビリティの確保には努めていくつもりである。

3. ガザとの協力について

調査団より、イタリア援助庁のガザ支援の方法について尋ね、以下の回答を得た。

- 1) ガザ保健庁の国際協力局、Dr. Walid Shakura (Acting Director General) をフォーカルポイントとして全ての調整を進めることを奨める。
- 2) イタリア援助庁のガザ事務所の連絡先は以下の通り。
Dr. Yahia Abed, Mobile: 0599997600, Office: UNDP office building

4. イタリア援助庁・保健セクターのパレスチナ支援について

- 1) 癌対策
- 2) ヘブロン県における一次医療および二次医療分野の改善
- 3) ガザ地区における一次医療および二次医療分野(シーファ病院)の改善
- 4) 保健庁計画局 (Health Planning Unit) への政策策定支援 (WHO と共同で協力)
- 5) 保健庁国際協力局への支援

以上

面談記録

議題	母子保健プロジェクトフェーズ2 事前評価調査に関する意見交換	
日時	2008年8月29日(金) 9:30 - 10:30	
場所	米国援助庁 (USAID) 事務所 (テルアビブ)	
参加者	先方	Dr. Elizabeth Drabant, Director, Health and Humanitarian Assistance Ms. Suzy Srouji, Senior Health Advisor, Health and Humanitarian Assistance
	当方	萩原団員、津田団員、岩瀬企画調査員
<p>I. 調査団からフェーズ1 終了の報告とともに、フェーズ2 の調査目的、協議項目などについて説明を行った。</p> <p>II. 以下の2点について、USAID 保健担当局長からコメントがあり、協議を行った。</p> <p>1. USAID が支援しているベツレヘム、Holly Family Hospital における母子健康手帳の普及について</p> <p>1) ベツレヘムの慈善病院 Holly Family Hospital では月間300件ほどの出産を扱っており、同地域の母子保健対策の中心的役割を担っている。USAID では、Order of Malta (NGO) を通じ、機材供与、人材育成、技術訓練など、同病院への支援を行っている。人材育成の一環として、海外(主にヨーロッパ)での専門医師教育課程に留学させ、産婦人科、小児科の専門医師を養成した。看護人材については、国内養成機関にて、看護学位を取得させた。また、海外の専門医を招いた医学学会の開催などを通じ、同病院の技術強化を図っている。また、同病院の産科病棟はベルギー政府からの支援で改築が行われ、新生児保育器 incubator などの機材も供与されている。</p> <p>2) 母子健康手帳を同病院にて印刷、配布することは可能か? USAID では同病院に対し、啓発教材作成のための機材の供与を行っており、簡易な啓発教材を作成配布している。また、手帳の著作権はどこに所属しているのか?</p> <p>【調査団からのコメント】</p> <p>同病院でも、母子健康手帳を活用できることが望ましい。手帳の配布は、2008年3月に西岸全域で開始したばかりであり、一定の母子保健センターなどでは配布されているものの、病院や民間医療施設では、まだ活用されていないのが現状である。手帳の紹介、手帳活用法の研修については、すでにカリキュラム、教材が整っているので、保健庁 PHDPHC 局長と調整したうえで、同病院での研修を実施してほしい。なお、手帳の著作権は保健庁に帰属している。また、2008年度分に必要な手帳はすでに UNICEF と JICA が印刷しており、2009年分についても、UNICEF が日本政府からの無償資金協力を受け取っており、パレスチナ全域での必要数が確保できる計画となっている。したがって、同病院にて母子手帳の配布が必要であれば、保健庁ベツレヘム県公衆衛生局から受取ることができるが、こちらも保健庁 PHDPHC 局長と調整してほしい。</p> <p>2. 第2フェーズに関する質問</p> <p>1) 新生児の視聴覚機能スクリーニングも扱っているのか?</p> <p>2) リプロダクティブヘルス分野ではどのような協力を計画しているか?</p> <p>【調査団からのコメント】</p> <p>新生児視聴覚スクリーニングについては、手帳の中にチェックリストがあるが、これに特化した技術的訓練は行っていない。現場からは、視覚障害を持った母親向けの母子健康手帳の要望もあり、障害者支援を行っている現地 NGO などとの連携も検討している。リプロダクティブヘルス分野における協力については、保健庁との協議が必要であるが、母子健康手帳自体が、女性のエンパワメントツールであり、また第1フェーズでは地域啓発活動としてリプロダクティブヘルスの啓発も行っていることから、第2フェーズでも、何らかの形でリプロダクティブヘルス分野の支援を行う予定である。</p>		

3. 米国援助庁・保健セクターのパレスチナ支援について

- 1) Palestinian Health Sector Reform and Development (the Flagship Project) について
保健セクター改革、施設・地域両面からの保健活動、調達支援などの分野で支援を行う。技術的分野としては、母子保健、乳幼児への支援、慢性疾患対策、傷害予防、家庭内の水衛生管理、女性の健康支援などでの協力を計画中。計画完成時期については未定だが、完成次第関係ドナーには情報提供する予定である。本プロジェクトにて契約先となる米国 NGO、再委託先現地 NGO については、選考が進んでいるが明らかにはできない。プロジェクト開始当初は、課題抽出、ドナーによる支援状況の確認など、ベースライン調査から開始し、各ドナーによる同一地域、同一課題の支援の重複を避けられるよう努める。
- 2) 対象地域について
ガザ、東エルサレムの一部地域については、政治的課題があり、支援活動を行わない。
- 3) 家族計画について
家族計画分野における支援は、米国によるパレスチナ人口抑制政策として政治的非難を受ける可能性が高く、また、UNFPA や IPPF が十分な協力活動を行っており、米国主導で同分野での協力は避けている。

【調査団からのコメント】

第2フェーズプロジェクトの計画が明らかになり次第、HSWGを通じ、関係ドナーにも計画案を共有する所存である。母子保健分野での協力効果を高めるためにも、今後、USAIDとは密に情報交換を行いたい。JICAプロジェクトでは開発パートナーや現地NGOなどとの調整を図り、相互補完的に援助効果を高め、母子保健分野全体を強化したい。

III. 入手した資料

Palestinian Health Sector Reform and Development (the Flagship Project)に関する説明PPT
(2008年5月13日、HSWGにて発表)
Section C - Description/Specifications/Statement of Work
(Unpublished paper on Palestinian Health Sector Reform and Development (the Flagship Project))

以上

面談記録

議題	母子保健プロジェクトフェーズ2 事前評価調査に関する意見交換	
日時	2008年8月29日(金) 13:00 - 14:00	
場所	欧州援助協力局 European Commission Technical Assistance Office, エルサレム	
参加者	先方	Ms. Fabienne Besson, 社会開発分野担当アドバイザー
	当方	萩原団員、津田団員、岩瀬企画調査員
<p>I. 調査団からフェーズ1 終了の報告とともに、フェーズ2 の調査目的、協議項目などについて説明を行った。</p> <p>II. 以下の3点について、EC 側からコメントがあり、協議を行った。</p>		
<p>1. EU の支援について</p> <p>1) 通常、EC は中長期的開発分野を担当しており、ECHO(European Commission's Humanitarian Aid Office:人道援助局) が緊急支援(最長1年)を担当するが、パレスチナでは、例外的にECHO が開発に関連するプロジェクトを1年の枠を超えて担当することもある。</p> <p>ECHO 担当者への連絡先: Mr. Herve Caiveau, Head of Office Address: 4 Iben Jubair St. Sheikh Jarrah District, YWCA Bldg, 2^F Office TEL: 02-6289996, Mobile: 054-7355292 / 0577228795</p> <p>2) EC が通常設定する国別支援戦略は、通常3~4年で計画するが、パレスチナのみ、政治的外部要因が多いことから例外的に1年ごとに設定することになっている。</p> <p>3) EC の2008年重点分野は「教育」、2009年重点分野は「保健」となるか、現在検討中。</p>		
<p>2. ドナー調整、HSWG、分科会(Thematic Group)への参加について</p> <p>1) HSWG の実情としては、未だ保健庁の調整がうまく機能していないことも否めないが、フェーズ2では、ぜひ保健セクター調整機関となる Health Sector Working Group (HSWG)および、その下部組織となる分科会 Thematic Group (例えば、MCH、Women's Health, Nutrition 等)にも、さらに積極的に参加して調整を図ってほしい。</p> <p>2) HSWG を通して情報交換し、保健庁側が必要であると認識し、EC 側へ申請するのであれば、JICA プロジェクト(特に母子手帳活動)に関連する予算をつけることも可能であろう。</p> <p>【調査団からのコメント】</p> <p>保健大臣、イタリア援助庁との会議でも同様の指摘があり、フェーズ2では配慮する旨伝えた。また、JICA としては、新規の手法や様式の導入というよりも、母子手帳をパレスチナ全体のMCH 統一ツールとして制度化することを軸として、既存のシステムや様式の統合化による簡易化や、業務軽量化することを主旨として活動を計画する所存である。しかし、JICA のプロジェクトのみで達成しえないこともあり、各国ドナーとの取り組みとも連携もしくはデマケをはかることで相互補完を図ることが望ましいと考えている。</p>		
<p>3. EC 保健セクターのパレスチナ支援の現状について</p> <p>【直営案件】</p> <p>1) 東エルサレム地区6病院対象、病院管理および計画支援(2008年末終了、延長の可能性有) 対象6病院: Orgasta Victoria Hospital, St. John Hospital, St. Joseph Hospital, Red Crescent Hospital, Al-Maqased Hospital, Princess Basma Hospital 支援分野: 病院管理改善、機材供与、医療技術研修、病院間レファラルシステム改善</p> <p>2) 精神保健支援(2008年~2010年) WHO と共同実施 支援分野: 人材育成、施設改善、研究、地域住民啓発</p> <p>【NGO 委託型案件】</p> <p>1) ガザ地区難民対象、RH 分野の協力(2008~2010年) 実施委託先: AIDOS (イタリア NGO)</p> <p>2) ガザ地区、MCH 分野の協力(2005~2008年) 実施委託先: Christian Aid (英国 NGO)</p> <p>3) ジェリコ県遊牧民対象、低栄養・貧血対策(2005年~2008年) 実施委託先: MAP (英国 NGO)</p>		

Ⅲ．入手した資料

EC 保健分野パンフレット (Focus on Health: Ensuring access to better quality healthcare for all Palestinians)

以上

Minutes

Subject	Internal Preliminary Meeting among technical staff	
Date	August 31 st 2008 (Sun) 10 : 30 - 14 : 00	
Place	JICA Ramallah Field Office	
Attendants	PL	Dr. Bassam Madi, SMO, Salfeet District Dr. Ghadiyan Kamal, Director of Community Health Department Dr. Randa, Community Health Department Eng. Alaa Abu Rub, Director of Nutrition Department Ms. Ilham Shamasnah, Director of Nursing Department Ms. Taghreed Hijaz, MCH Supervisor, WB, Community Health Dept. Ms. Amal Haj, Family Health, Community Health Dept. Dr. Elias Habash, Field Family Health Officer, UNRWA
	JICA	Dr. Akiko Hagiwara, Ms. Kanako Tsuda, Mr. Hideaki Iwase Dr. Obaida Qamhia, Senior Researcher Ms. Fadia Al-Khatib, Local Researcher Ms. May Al-Khatib, Research Assistant

Issues raised and discussed as brain-storming during the meeting are as follows. Further decision should be made by Dr. Assad Ramlawi, DG of PHC/PHD.

[Title of the project]

1. RH should be included. RH is a broader sector which includes MCH and women's empowerment. Focus on RH in certain components (such as MCH) and coordinate with other donor activities is very essential. We should specify what issues of RH we shall work with in activity level.
2. Child health was a little bit neglected in phase I. Many donors are working on women's health. Children's health should be more focused than women in phase II. Nutrition should be more concentrated in phase II.
3. Newborn intervention should be included or not? Delivery and newborn care is world trend to tackle MDG 4. It might better to involve hospital dept. when we like to focus our activities on neonatal care. Pediatrician or GPs / Nurses in each district should be trained for neonate screening. Neonate resuscitation training for hospital and PHC staffs were done by UNICEF. But it was not practical for PHC settings. More trainings needed for neonatal care. However, if we include neonate care, we could be targeted for any kinds of questions and criticism because it attracts people's attention. We should be careful or ready to answer for relevancy in implementation of neonate care. If the project is not focusing on the neonate alone, better to keep the title as MCH/RH and should avoid naming our project as MNCH.

[Training]

1. Any clinical training must be more practical for phase 2. Training which is only theoretical

should be avoided because it is not effective.

2. Heavy work load of filling records and reports is hindrance of nursing practice. If we do not solve this issue, any kinds of training intervention would not be effective to be implemented in the field.
3. Lack of manpower is fundamental problem. However, JICA project alone cannot tackle this problem. MOH and donors need to develop long-term planning and strategies to increase the number of health staff.

[Quality service]

1. Simplifying the record, reports formats are very important.
2. Premarital counseling service should be introduced in Palestine.
3. Ill trust among clients with MOH is a big problem for the people who are living in rural area. One pediatrician is not enough for one district. Specialist doctor should make a round to visit several clinics for special cases, but for the reality, he must treat people as GP because of lack of personnel at MCH clinics.

[Implementing Agency]

1. MOH, PHC/PH Directorate, Women's Health Directorate and related Directorate
2. As for this JICA technical cooperation project, MOH is our legal counterpart by our bilateral cooperation agreement. UNRWA and other NGOs would be as "other related agencies" according to the authorization of MOH. Project should be implemented by the initiative of MOH and JICA.

[Beneficiaries]

1. Women, children under 5 and their family members in West Bank and Gaza Strip.

[Overall Goal]

Improvement of health among women and children in WB and GS

[Project Purpose & Output]

To provide high quality of MCH and RH services continuously in the WB and GS

- 1) Output1: MCH/RH services provided at the MCH/RH facilities are upgraded in the selected centers.
 - Simplify and unify recording and reporting format
 -
- 2) Output2: Sustainability of MCH HB
 - Should work with preventive medicine dept. for integrating tasks for immunization
 - Institutionalization of MCHHB should be by by-law.
 - Future financial planning for printing MCHHB

3) Output3: Community Awareness (RH messages)

4) Output4: Share outcomes and impact

[Project Period]

1. Nov. 2008- Nov. 2012

2. It might be extended by mid-term evaluation team. However, by the time being, it will be for 4 years.

[Target area]

1. Basically all Palestine (12 districts in WB and 5 districts in GS)

2. Idea about choosing model clinics from 3 districts.

North:Tobas, South:South Hebron, Central: West Ramallah???

3. Needs and accessibility analysis matrix

Name of district	donors	demands	JICA's accessibility	Scores	Results
Nablus	No	High	NOT easy	1	
Tobas	No	High	Easily allowed	3	
Jenin	Many donors	Low	NOT easy	-3	×
Tulkarem	No	High	NOT easy	1	
Qalqilia	No	High	NOT easy	1	
Salfeet	Care Int'l, MDM	Middle	NOT easy	-2	×
Jericho	Norwegian	Middle	Easily allowed	0	
Ramallah	Medico, Norwegian	Middle	Easily allowed	0	
Jerusalem	MDM Spanish & French	Low	Easily allowed	-1	×
Bethlehem	Italian Corp.	High	Easily allowed	1	
Hebron	MDM Spanish	High	Easily allowed	1	
South Hebron	No	High	NOT easy	1	
Gaza	Humanitarian orgs.	High	NOT easy	-1	×

*How to count scores:

1) With donor = -1, without donor = +1,

2) Low demand = -1, middle demand =0, High demands= +1

3) JICA's accessibility NOT easy= -1, Easily allowed=+1

面談記録

議題	母子保健プロジェクトフェーズ2 事前評価調査に関する意見交換	
日時	2008年9月1日(月) 10:15 - 11:00	
場所	計画庁(ラマツラ)	
参加者	先方	Dr. Cairo Arafat 計画庁 援助調整局長
	当方	岩瀬企画調査員、津田団員、萩原団員

- I. 調査団から調査目的、協議項目、調査日程などについて説明を行った。
 II. カイロ局長から以下の3点について調査団に要望が伝えられ、協議を行った。以下、詳細。

1. プロジェクト実施期間について

- 1) プロジェクト実施期間については、必要最低限にて完了して欲しい。広範な保健医療の課題が残されている中、JICA 母子保健プロジェクトは母子健康手帳に限定的な支援を行っており、その他の課題に対する JICA 支援を受けるためにも、またパレスチナ側の主体性や持続発展性を引き出すためにも、プロジェクト実施期間は短いことが望ましい。

【事務所・調査団からのコメント】

母子健康手帳の全国配布に係る活動については、第1フェーズにて活動を開始したものの、全国での十分な普及には至っていない。手帳の配布だけをとっても、容易に完了できるものではない。保健庁では、全国展開のための行動計画を作成したが、その行動計画を完了するためには、最低限3年が必要であり、さらに手帳の持続発展性を確保するためには、3年以上の時間が必要。プロジェクトでは、また母子手帳の全国展開の活動に加え、母子保健センターで提供される保健医療サービスの質的向上にも取り組みたいと考えている。サービス向上のためには、記録台帳の簡易化、モニタリング・スーパービジョンによる技術強化、機材供与、などによる支援も必要で、こちらのサービス強化の活動には、更に時間がかかることが予想される。保健庁と、プロジェクト実施計画を策定した上で、協力期間について再検討する予定である。

2. 母子健康手帳の印刷費、研修費の自主財源化について

- 1) 2010年からの母子健康手帳自主財源化を目指すのであれば、保健庁から計画庁に対して2008年中に2010年以降の計画を提出することが必要である。2010年になってから、2011年、2012年分の予算措置をしても意味がないので、保健庁に対し、早急に自主財源化を計画するよう働きかけることが重要。
- 2) 研修費についても、日本側がプロジェクト実施期間中すべて負担するのではなく、パレスチナ保健庁によるコストシェアリングもプロジェクト開始当初から取り組んで、暫時漸増する形を取ってほしい。
- 3) 地域住民からの最低限のコスト回収もぜひ実現させてほしい。住民の社会的責任として、予防接種や保健サービスにかかる料金の一部については、支払いを要求する教育が必要。母子手帳についても、母子保健サービスを受診するために最低限必要なコストシェアリングであることを啓発してほしい。

3. ドナー調整について。

- 1) 保健セクタードナー内では、特に USAID の大規模プロジェクトとの調整が要となる。
- 2) フェーズ2では、ぜひ保健セクター調整機関となる Health Sector Working Group (HSWG) および、その下部組織となる Thematic Group (例えば、MCH、Women's Health, Nutrition 等)にも、さらに積極的に参加して調整を図ってほしい。

【事務所・調査団からのコメント】

案件形成に際し、ドナー調整については、考慮して調査を進めている。また、保健セクタードナー会議などには、今後積極的に参加する工夫をする旨伝えた。

以上

面談記録

議題	母子保健プロジェクトフェーズ2事前評価調査に関する意見交換	
日時	2008年9月1日(月)11:30-12:30	
場所	Health Work Committee (ラマツラ)	
参加者	先方	Ms.Shatha Odeh, Director General Dr.Ra'ouf Azar, Director of Public Health Department Dr. Salem Jaraiseh, Director of Well Baby Program, Beit Sahor Regional Director,
	当方	岩瀬企画調査員、津田団員、萩原団員
<p>I. 調査団から調査目的、協議項目、調査日程などについて説明を行った。</p> <p>II. Odeh 局長らから以下の3点について調査団に要望が伝えられ、協議を行った。以下、詳細。</p> <p>1. 母子健康手帳の国家調整メカニズムについて</p> <p>1) 保健庁、UNRWA、NGOによる保健セクター全体による母子健康手帳の改訂、印刷、プロトコールなどについて協議するための国家調整メカニズムを立ち上げることは重要。</p> <p>2) 既存の国家リプロダクティブヘルス調整委員会の再強化により、母子健康手帳に関する協議を行ってはどうか？母子健康手帳に関わるほぼ全てのステークホルダーは、同委員会に参加している。</p> <p>【事務所・調査団からのコメント】</p> <p>手帳の国家調整メカニズムとして、国家リプロダクティブヘルス調整委員会を活用できないか、検討することとする。プロトコール違反について、保健庁担当局である女性の健康局と調整を図り、次回改定時には対応する。</p> <p>2. 母子健康手帳の改訂について</p> <p>1) 母子手帳タスクフォースにてHWCから手帳の修正点につきコメントしたが、受け入れられなかった。修正と申し入れた点は、国家リプロダクティブヘルス・プロトコールに準拠した内容に改訂すべき点であり、国家プロトコールに反した内容を一部含む母子健康手帳をHWCクリニックにて使用することはできない。</p> <p>2) 手帳の内容で、国家RHプロトコールに違反した内容は、速やかに改訂すべきである。HWCクリニックでは同プロトコールや国際基準に合致した指標を採用しており、これらの基準を満たさない保健庁の独自の基準をHWCクリニックに持ち込むことはできない。</p> <p>3) HWCは保健庁と共同運営するクリニック10か所においては、母子健康手帳を活用しているが、HWC独自に運営するクリニック48か所においては、手帳の導入を控えている。</p> <p>4) 手帳の内容がプロトコールに合致し次第、HWCでも母子健康手帳を導入したい。</p> <p>【事務所・調査団からのコメント】</p> <p>母子健康手帳タスクフォースでは、国家健康教育ヘルスプロモーション・プロトコールに準拠して手帳に含まれる健康情報を検討したが、国家リプロダクティブヘルス・プロトコールとの照合は行わなかった。一部内容が、国家プロトコール違反であるという指摘は、重要かつ早急に対応すべき課題である。</p> <p>3. リプロダクティブヘルスについて</p> <p>1) 保健庁では、女性の健康は、妊娠出産に関する予防と治療だけにとどまっていた、広く女性の健康増進や女性の健康に関する権利の獲得に力を入れていない。HWCでは、生涯を通じた女性の健康増進に取り組んでいる。保健庁との協調は重要であるが、HWCより遅れた対策しか施さない保健庁と協力することで、HWCの優れた保健サービスを失いたくない。</p> <p>【事務所・調査団からのコメント】</p> <p>保健庁の母子保健サービス、リプロダクティブヘルスサービスについて改善すべき点は多くまた改善には時間もかかる。プロジェクトでは、ささやかであるが、保健庁施設においてもリプロダク</p>		

ティブヘルスサービスが向上できるよう、支援するので、出来る範囲で保健庁との協調を進めてほしい。

以上

面談記録

議題	母子保健プロジェクトフェーズ2 事前評価調査に関する意見交換	
日時	2008年9月1日(金) 14:30 - 15:30	
場所	PFPPA パレスチナ家族計画協会(エルサレム)	
参加者	先方	Dr. Arafat Hidmi, Secretary General, Vice President, Regional Executive Committee Ms. Amineh Stavridis, Executive Director Ms. Ammal Awadallah, Finance Director
	当方	萩原団員、津田団員、岩瀬企画調査員

- I. 調査団からフェーズ1 終了の報告とともに、フェーズ2 の調査目的、協議項目などについて説明を行った。
 II. 以下の3点について、PFPPA から情報収集し、意見交換を行った。

1. PFPPA の基礎情報

- 1) 1963年創立。Dr. Arafat は、創立以来かかわっている大ベテラン。前 UNRWA 保健局長として15年勤務していたこともあり、現在も UNRWA との協力関係は密接である。
- 2) 2005年～2009年の5カ年計画においては、「青少年(Adolescents)」「エイズ(AIDS)」「アクセス(Access)」「妊娠中絶(Abortion)」「啓発(Advocacy)」の5つの重点分野にて活動実施中。
- 3) 近年、女性の健康や家族計画サービスのみならず、子供のケアを含めた母子保健サービスを求める声が高まっているため、PFPPA クリニックにおいては今後母子保健サービスを取り入れていくよう現在調整中である。
- 4) 現在、患者には何種類かの検診記録カード(患者携帯カード)を配布している。
- 5) UNRWA とは現在、危険な人工中絶(違法)に関する調査、ケア、予防啓発を12の難民キャンプにて共同実施している。
- 6) UNFPA とは青少年をターゲットとしたエイズ・STD等予防啓発活動を実施している。
- 7) IPPF の傘下にある PFPPA は、本部 IPPF と調整を図る際には、チュニジアにあるアラブ地域統括事務所を通して調整する必要がある。

8) PFPPA の拠点(計7か所、内6か所は、産婦人科診療所)

	地域	サービス	2007年全患者数()内は新規
1	Jerusalem	管理運営事務所(HQ)、地域啓発サービス	
2	Tulkarem	産婦人科診療所(パートタイム)	1883人(267人)
3	Ramallah	産婦人科診療所(パートタイム)	1095人(323人)
4	Bethlehem	産婦人科診療所	1844人(446人)
5	Halhoul	産婦人科診療所	3567人(956人)
6	Hebron	産婦人科診療所、青少年啓発センター	5250人(1304人)
7	Gaza	産婦人科診療所、青少年啓発センター	1724人(254人)

9) 各拠点のサービス

【産婦人科診療】

婦人科系疾患、産前産後健診、更年期ケア、家族計画、社会心理ケア、女性の権利に係る法律相談、家庭訪問、保健啓発、臨床検査

【青少年啓発センター】

ボランティア青少年をピア・エディケーターとして育成・活用した、ピア・カウンセリング

【スタッフ配置(各診療所、各1名)】

産婦人科医、助産師、看護師、ソーシャルワーカー、法律相談員、検査技師、青少年活動コーディネーター、ボランティアワーカー、受付

【診療費】 ガザのみ、状況を鑑み、PFPPAはこの表より1割ほど安く設定している

	診療内容	PFPPA 費用	(参考)民間クリニック費用
1	IUD 挿入	60NIS (約 1800 円)	150 ~ 200NIS
2	低用量ピル (1 サイクル)	10NIS (約 300 円)	50NIS
3	診療費 (初診料)	10NIS (約 300 円)	40 ~ 80NIS
4	診療費 (再診) U/S、各種検査など含む	20NIS (約 600 円)	30 ~ 80NIS

2. PFPPA との今後の連携の模索について

- 1) フェーズ 1 の事前調査時にも PFPPA との協力についての可能性を模索していたが、フェーズ 1 の重点地域のジェリコに拠点を持っていなかった PFPPA とは密接に協力することが難しく現在に至っていた。フェーズ 2 においては、全国展開している母子手帳を PFPPA クリニックでも使用すること、地域啓発活動の連携など、具体的な活動連携を行っていきたい旨調査団から伝えた。
- 2) PFPPA は ICPD10 の際にパレスチナにて創設された National Committee for RH の創設以来のメンバーである。現在この委員会は活動が停滞しているが、ぜひ保健庁を中心に再活性化を図り、特に母子手帳に関する調整機関としての役割をここで果たすことが肝要と思われる。
- 3) PFPPA としては、パレスチナ全域で使用されることとなる母子手帳およびそのガイドラインを使用することには積極的であるため、ぜひフェーズ 2 では技術的な協議などにも参加したいとのことである。前述の RH 委員会を通して参加することも一案である。
- 4) PFPPA は地域啓発を得意分野としているため、フェーズ 2 で JICA が重点分野として直接カバーできない地域における非難民 (一般住民) を対象とした啓発活動を担当することができる。
- 5) 日本信託基金を通じた資金援助の可能性について、IPPF 本部から少し聞いているが PFPPA 側には詳細が伝わっていない模様。チュニジア事務所を通して、資金援助申請の手順・締切りなどの確認を行ってもらうこととし、JICA としては、活動策定の際に調整を行うことで合意した。

III. 入手した資料

- PFPPA's Strategic Plan 2005-2009
- Statistical data from Annual Report for PFPPA clinics 2007
- その他啓発教材一式

以上

PCM ワークショップ記録

議題	PCM ワークショップ (1日目)	
日時	2008年9月3日(水) 11:00 - 14:00	
場所	保健庁中央ラボホール	
参加者	先方	Dr. Randa Abu Rabee', Community Health Department Ms. Ilham Shamasnah, Director of Nursing Department Ms. Taghreed Hijaz, MCH Supervisor, WB, Community Health Dept. Ms. Amal Haj, Community Health Dept. Ms. Lubna Sader, Director of Health Education and Health Promotion Dept. Mr. Omar Abu Arqoub, Director of Palestinian Health Information Center Ms. Marina Jadallah, Project Coordinator (for Islamic Relief), Women's Health and Development Directorate Dr. Maha Awwad, Project Coordinator (for UNFPA), Women's Health and Development Directorate Dr. Inshirah Nazzal, Director of General Community Health Department, Public Health Dept., Jenin Ms. May Safarini, MCH Supervisor, Qalqilia Ms. Nada Abu Sham'a, Director of Nursing, Tulkarem Ms. Yasmin Kharouf, MCH Supervisor, Tulkarem Dr. Elias Habash, Field Family Health Officer, UNRWA
	当方	津田団員、岩瀬企画調査員、 Dr. Obaida Qamhia, Senior Researcher Ms. Fadia Al-Khatib, Local Researcher Ms. May Al-Khatib, Research Assistant
オブザーバー	田中香織 在イスラエル日本大使館 二等書記官	
モデレーター	萩原団員	
<p>I. プロジェクト名称、実施機関、裨益対象、対象地域、実施期間、関係機関について、参加者の合意を得た。</p> <ol style="list-style-type: none"> プロジェクト名称：パレスチナ母子保健リプロダクティブヘルス向上プロジェクト・フェーズ2 実施機関：保健庁 プライマリーヘルスケア・公衆衛生局、女性の健康開発局、および庁内関係局 裨益対象：リプロダクティブヘルス年齢の女性、5歳以下の子どもと、その家族 対象地域について プロジェクトの対象地域は、西岸地区、ガザ地区全域であるが、母子保健サービスの改善を目指した現任技術研修、機材供与などの対象には、一部保健施設をモデルセンターとした上で、全域への共有を図る予定である。保健施設の選定については、調査団にて収集中のドナー支援プロジェクトの分布状況調査、保健庁による保健政策との整合性も含め、最終的には保健庁が選定することとなった。 実施期間：2008年11月1日～2012年10月31日 関係機関：UNRWA, UNICEF, UNFPA, WHO, パレスチナ医師会など <p>II. 上位目標、プロジェクト目標についての協議</p> <ol style="list-style-type: none"> 上位目標「女性と子どもの健康が改善される」 プロジェクト目標「パレスチナ西岸地区・ガザ地区における母子保健リプロダクティブヘルス (RH) サービスが持続発展性をもって改善される。」 		

III. 成果についての協議

成果 1 : 重点地域 MCH センターにおける母子保健 RH サービスが向上する。

成果 2 : パレスチナ全域の医療機関で母子健康手帳が持続的に活用される。

成果 3 : 地域住民の母子保健 RH に関する意識が向上し、より多くの住民が母子保健サービスを利用する。(NGO への委託活動???)

成果 4 : プロジェクトの成果、アプローチが検証され、関係者間で共有される。

IV. 活動についての協議

1. 成果 1 の活動 :

母子保健 RH サービスを改善するために解決すべき課題を明らかにし、どのような活動が必要であるか、PCM カードを用いて分析を行った。

(課題)

- 末端医療従事者の技術的問題。特に助産師、一般医師 (GP) による新生児のケア、産前産後検診の技術の向上が望まれる。
- 特に GP に対する超音波検査、ハイリスク妊娠のスクリーニングなどの技術の強化が必要。
- RH サービスについてもすべてのスタッフの強化が必要。
- 医師、看護スタッフのコミュニケーション技術の強化。
- 業務監督システムが機能していない。一人の監督官が県内すべての母子保健センターを監督する今のシステムは機能しない。
- 予約システムで日にちの指定をしても、患者の待ち時間や業務軽量化に効果がない
- 医療従事者にモチベーションを与える機会がない。
- 医療施設、機材の不足、老朽化。
- 医療従事者の過重労働。とくに看護スタッフに対する記録様式のノルマが重い。
- 医療施設間のコミュニケーションの問題。末端医療施設には、電話や FAX が設置されていない。

(抽出された活動)

- GP、看護師、助産師、に対する、新生児ケア、産前産後検診、技術的理論的医療訓練の実施。訓練課題としては、新生児スクリーニング、超音波検査 (GP 向け)、ハイリスク妊娠のスクリーニング、乳幼児成長モニタリングの技術などが挙げられた。
- 母子保健 RH サービスの業務監督システムの強化 (医療従事者の表彰も含む)
- 重点母子保健センターに対する基本的医療機材、事務機器の供与。
- 重点地区のモデルセンターの活動に基づき、他地域のセンターへの経験共有
- 「既存の報告様式の簡易化」については、その他の縦断的プログラムとの関連もあるので、保健庁にて活動の是非を更に検討する予定。

2. 成果 2 の活動 :

第 1 フェーズにてすでに作成済の「母子健康手帳国家普及活動計画」にて抽出された活動を中心に、第 2 フェーズプロジェクト内で扱える活動を更に抽出した。

3. 成果 3 の活動 :

住民の意識改革、意識向上が必要とされる課題を抽出し、プロジェクトとしてとりくむべき活動を分析した。

(課題)

- 末端医療従事者は、健康教育、予防教育、RH 啓発を行う最前線にいるが、効果的な啓発手法を身につけていない。行動変容を促進するコミュニケーション (BCC) 戦略に欠けている。
- RH カウンセリングが提供できる人材が不足している。

- 母子保健 RH に関する啓発すべきメッセージが、標準化されていない。
- 母子健康手帳の役割を紹介するドキュメンタリーDVDを作成し、母子保健センター（レベル3）で上映すべき。

（活動）

- 末端医療従事者や地域ボランティアに対する、健康教育、RH 啓発、BCC 戦略に関する技術研修を実施する。
- 母子保健 RH に関する啓発メッセージを選び、国家健康教育ヘルスプロモーション委員会にて認定する。
- 訓練を受けた医療従事者らボランティアが、地域啓発活動を実施する。
- 保健庁、国際機関、NGO、地域団体の協賛により、地域保健活動が実施される。（例、家庭健康デー、無料診療デー、母の日記念行事など）
- アドボカシー、メディアを活用した全域での母子保健、母子健康手帳の広告活動

4. 成果4の活動

- 実施状況、教訓、提言などを関係省庁、地方自治体、他援助機関や住民にセミナー等により報告する。
- 戦略、教訓、提言などを国際シンポジウムなどで報告する。
- 母子健康手帳を継続的に（妊娠期から乳幼児期まで）活用することのインパクトを検証し、国内外の関係者と共有する。

V. 指標についての協議

上位目標、プロジェクト目標、成果の指標について、PDM 暫定版をもとに、9月7日、第2回 PCM ワークショップにて協議することとなった。

以上

面談記録

議題	母子保健プロジェクトフェーズ2 事前評価調査に関する意見交換	
日時	2008年9月4日(水) 13:30 - 14:00	
場所	保健庁公衆衛生局長室	
参加者	先方	Dr. Anan Masri, 保健庁副大臣 Dr. As'ad Ramlawi, 保健庁公衆衛生局長
	当方	岩瀬企画調査員、萩原団員、津田団員
<p>I. 調査団から今回の調査目的、調査団と主要CPによるPCMワークショップの結果を反映したPDM 0(ゼロ)ドラフト版にある成果設定及び活動内容などについて説明を行った。</p> <p>II. 保健庁副大臣から、プロジェクト実施体制及びフレームワークに関する以下の4点について調査団に要望が伝えられ、協議を行った。以下、詳細。</p> <p>1. プロジェクト実施体制およびフレームワークについて</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) フェーズ2の4つの成果項目については理解した。概ねこの通りが良い。 2) プロジェクトダイレクターとプロジェクトマネジャーについては、フェーズ1と同様、プロジェクトダイレクターを副大臣、プロジェクトマネジャーを公衆衛生局長ということで実施したい。 3) プロジェクト実施の際には、正式窓口は副大臣として、プロジェクト実施に関わる正式なレターは副大臣を通すこととしてほしい。 4) 本邦研修については、費用対効果を懸念している保健庁としては、できるだけ縮小する方向で検討してほしい。 		
以上		

面談記録

議題	母子保健プロジェクトフェーズ2 事前評価調査に関する意見交換	
日時	2008年9月5日(金) 13:00 - 14:00	
場所	WHO 事務所 (エルサレム)	
参加者	先方	Mr. Tony Laurence, Representative Office/ Palestine
	当方	萩原団員、津田団員
<p>I. 調査団からフェーズ1 終了の報告とともに、フェーズ2 の調査目的、協議項目、活動計画案などについて説明を行った。</p> <p>II. 最新のガザの状況(8月30日から始まった保健庁ストライキ)についてコメントがあった。 西岸 vs ガザの政治的不安が増しており、それが適切でない意思決定に反映され、不安や不満が増すという悪化のスパイラルをたどっており、現場の混乱状態は悲惨である。 特に高官レベルの問題が大きい。西岸とガザという二地域間の同僚同士の対話もセンシティブは政治的要因が存在するために、ままならない。パレスチナ保健庁は、医師であるプロフェッショナルによって行政が司られているが、保健行政が医療実態に反映されておらず、行き詰まっている感がある。 ドナー支援については問題ない。現時点で医薬品などの不足はない。 但し、二次病院の機材については、損壊しても修理パーツがないということで、新規調達リクエストがあげられてしまうという現実はある。</p> <p>III. フェーズ2 について、以下の5点について、WHO 所長からコメントがあり、協議を行った。</p> <p>1. UNRWA との協働活動を通じた保健庁のキャパシティディヴェロップメントについて UNRWA は難民対象のサービス受給者一人当たりの予算が少ないながらサービスの質が高いことで有名である。政策決定者と現場担当者の風通しがよく、時間をかけずにスムーズに計画実施している現状についても評価が高い。本案件を通じて、UNRWA と協働活動を実施しながら、保健政策の実施の過程を保健庁が学ぶ絶好の機会であると思われる。特に、政策決定者レベル同士の対話の機会をとおして、いかに効率的に保健サービスを提供していくべきか、ということについて保健庁の高官がより理解を深め、体感し、少しでも応用していけるなら素晴らしい。</p> <p>2. パレスチナ全域を対象とした展開について フェーズ2 において、パイロットからパレスチナ全域に展開する時の方法として、優良センターを選定し、モデルとしてその拠点を大きくフォーカスし、報道したり、訪問したりすることは、しばしば失敗に終わるケースがある。研修対象の人たちにとって「嫉妬」を引き出すことでしかないようなこのような方法はとらない方が得策であり、フェーズ2 の活動にも工夫が必要であろう。</p> <p>3. ドナー調整、HSWG、分科会 (Thematic Group) への参加について</p> <p>1) 保健セクター調整機関となる <u>Health Sector Working Group (HSWG)</u> は、保健庁議長、イタリア援助庁世話役(シェパード)という実施体制で、WHO はテクニカルアドバイザーとして位置づけられている。運営委員会は、保健庁国際協力局、LACS (Local Aid Coordination Secretariat) WHO となっており、約2 か月に1 度開催する HSWG の議題、議事録などの取りまとめなどを行っている。</p> <p>2) 下部組織となる分科会のなかの <u>MCH Thematic Group</u> については、UNICEF と UNFPA が保健庁議長と共に実施しており、WHO もサポートしている。JICA フェーズ2 では、さらに積極的に参加して調整を図ってほしい。</p> <p>3) 次回の HSWG については、イード後の10 月下旬を予定している。場合によっては、JICA のフェーズ2 について関係ドナーに周知してもらいたい機会となりうるため、検討してほしい。</p>		

4. 今後の WHO との連携について

- 1) フェーズ 1 の際に協力担当者であった Mr. Majid Abu Manneh (栄養サーベイランスシステム担当者)と協力していてもらいたい。
- 2) 母子手帳の使用によって、母子保健サービス受給者が増え、未報告データの回収が可能になるなど、パレスチナにおける母子保健指標の精緻化に寄与することになるであろう。WHO も保健指標については保健庁を支援する立場であり、今後も連携を惜しまない。

【調査団からのコメント】

- 1) フェーズ 2 の活動については、JICA 側の制約もあるが、工夫しながら全国を対象とした展回をしていきたいと計画している。特に、ガザも対象としているため、実施においては WHO からの支援も引き続きお願いしたい。
- 2) ドナー協調も図っていくよう努力する。10 月下旬ごろであれば、フェーズ 2 の活動内容など詳細について確定しているころなので公表できるちょうど良い機会であるため、前向きに発表の場について検討したい。

5. WHO のパレスチナ支援について

- 1) 栄養サーベイランスシステム強化支援 (保健庁栄養課)
- 2) 微量栄養素に関する調査および栄養サーベイランスシステムとの連携支援
- 3) MCH に関するクリニカルプロトコルの実施支援
- 4) 健康都市案件
- 5) 保健庁計画局 (Health Planning Unit) への政策策定支援 (イタリア援助庁と共同支援)
- 6) ベツレヘム病院の回収 (ECHO と共同支援)
- 7) 医薬品供与 (ECHO と共同支援)
- 8) 二次医療従事者の訓練支援 (イタリア援助庁、PNA と共同支援)
- 9) 非感染症対策ガイドライン (診断、治療、モニタリング、リハビリ含む)
(オーストリア援助庁、PAST、PNA と共同支援)
- 10) 鳥インフルエンザ対策 (世銀、UNDP と共同支援)

以上

面談記録

議題	母子保健プロジェクトフェーズ2 事前評価調査に関する意見交換	
日時	2008年9月5日(金) 14:00 - 15:30	
場所	UNFPA 事務所 (エルサレム)	
参加者	先方	Dr. Wasim Zaman, Representative Dr. Ziad Ya'esh, Assistant Representative Dr. Ali Sha'ar, National Programme Officer, Reproductive Health
	当方	萩原団員、津田団員、岩瀬企画調査員
<p>I. 調査団からフェーズ1 終了の報告とともに、フェーズ2 の調査目的、協議項目などについて説明を行った。</p> <p>II. 以下の点について、UNFAP 所長らからコメントがあり、協議を行った。</p> <p>1. UNICEF との調整について UNICEF では IMCI の大規模な訓練プログラムを実施中であり、プロジェクト活動と重複しないよう注意が必要。</p> <p>2. RH サービスの評定尺度の開発について 1) 保健庁女性健康局と UNFPA では、RH サービスの質的評価を行い、サービスの質的改善に役立てるため、新たな評定尺度を開発した。 2) この尺度により、母子保健センターにおける RH サービスの評定を行う予定であるが、保健庁 PHCPH 局の承認が得られていない。</p> <p>3. 国家リプロダクティブヘルス調整委員会 (NCCRH) について 1) NCCRH は、保健庁女性の健康局を中心に、UNFPA、NGO、UNRWA、産婦人科医師会などが参加している。保健サービス提供団体ごとに、リプロダクティブヘルス・サービスの定義、プロトコルが異なり、リプロダクティブヘルス・サービスについての国家基準を定める必要があったことから、立ち上げたもの。すでにプロトコルは策定済み。年4回の定期会合があり、プロトコルの改訂、参加団体間での調整が必要な事項、などについて協議している。将来的には、リプロダクティブヘルス分野のプログラム調整機関に格上げしたい。 2) 母子健康手帳の国家調整機能を司る機関として、NCCRH の強化、事業拡大が最適である。</p> <p>【調査団からのコメント】 NCCRH は、RH に関係するステークホルダー間の調整を図る機関で、同委員会に今後、小児科医師会の参加を求め、母子健康手帳に関する計画立案、モニタリング、関係者間の調整を行う機関に格上げすることを目指したい。詳細は保健庁女性健康局と協議するが、UNFPA による側面支援をお願いしたい。</p> <p>4. 南々協力的について 1) JICA では、パレスチナ保健庁による母子健康手帳の活動をネパールやバングラデシュなど、途上国への技術協力に活かすような、南々協力の計画はないのか？</p> <p>【調査団からのコメント】 すでに、パレスチナ保健庁スタッフをヨルダンで開催されたリプロダクティブヘルス・プロジェクト関係各国による経験共有セミナーに参加させており、パレスチナの経験を、ヨルダン、シリア、アフガニスタン、インド、スーダンのリプロダクティブヘルス関係者と共有している。またパレスチナ保健庁スタッフを、インドネシアで開催された TCTP にも参加させており、今後も各国との経験共有に努めたい考えた。</p>		

5. 母子健康手帳の普及について

- 1) 日本政府からの資金協力により実施してきた地域啓発プロジェクトでは、母子健康手帳の普及に努めたが、その後、日本以外の資金協力による UNFPA プロジェクトでも、母子健康手帳の普及を継続しており、今後も継続する予定だ。手帳の全域への普及には、まだ時間がかかるが、全域に普及することは、パレスチナ社会全体に裨益する活動であり、JICA プロジェクトのためではなく、パレスチナ社会のために UNFPA では普及を継続したい意向である。
- 2) 母子保健センターでのサービス改善、及び地域での母子保健 RH 啓発活動の一貫として、ニュースレターの発行を始めてはどうか？サービスの質が高いセンターを表彰したり、プロジェクトによる他地域での取組みを紹介して、センター間を競わせることと、センターが質的向上に取り組んでいることを、住民に伝えることができる。リプロダクティブヘルスの国際動向、地域でのリプロダクティブヘルスへの取組み、各センターでの取組み、など、グローバルな情報とミクロの情報を盛り込んだニュースレターの発行が効果的では？
- 3) ラマラ、ジェリコなどでプロジェクトが取り組んだ広報キャンペーンは、非常に効果的であった。他地域への拡大をすべき。メディアキャンペーンは、テレビも効果が高いはず。

6. グローバルファンドへの参加報告

- 1) UNFPA が中心となり作成した申請が受理され、パレスチナ自治政府が初めて GF に参加することとなった。HIV 対策の資金として活用される予定。GF 調整会議に参加するため、UNFPA の Dr. Ali がジュネーブへ出張予定。

7. UNFPA、JICA、JOICEPF 連携について

新任の代表 Dr. Zaman は、Asian Pacific Alliance for Sexual, Reproductive Health にて中心的役割を果たしており、今後グローバルな視点から、UNFPA、JICA、JOICEPF の連携を強化したい意向。9月12日、本件につき、ブレイクアウトミーティングを行うこととなった。

以上

面談記録

議題	母子保健プロジェクトフェーズ2 事前評価調査に関する意見交換	
日時	2008年9月5日(金) 15:30 - 16:30	
場所	UNICEF 事務所 (エルサレム)	
参加者	先方	Ms. Patricia McPhillips, Special Representative Dr. Samson Agbo, Chief, Health and Nutrition Dr. Najwa Rizkallah, Nutrition Officer
	当方	萩原団員、津田団員
<p>I. 調査団からフェーズ1 終了の報告とともに、フェーズ2 の調査目的、協議項目、活動計画案などについて説明を行った。</p> <p>II. 以下の4点について、UNICEF 担当者からコメントがあり、協議を行った。</p> <p>1. さらなるパートナーシップの強化について</p> <p>1) UNICEF は現在保健庁 + WHO と共同で栄養サーベイランスシステム強化を支援している。UNICEF としては、「<u>Beyond Printing of MCH HB</u>」ということで、JICA のフェーズ1 で培ったパートナー連携によるパイロットアプローチ的活動を礎に「<u>システムワイドアプローチ的</u>」次展開を考察・実施中である。</p> <p>2) 現実的には保健庁施設への子供のアクセスは18 か月目の予防接種を境に減少する。特に3~5 歳児をカバーするデータが少なく、またサービスが整っていない現状である。子供の健康の改善には、この3~5 歳児のモニタリングと介入が必要であり、サービスを拡大するために、対保健庁へのアドボカシーが必要である。JICA と声を合わせて取り組みたい。</p> <p>3) <u>2010 年ぐらいまでには、母子手帳印刷に係る保健庁予算化について明確にしていく必要がある。</u></p> <p>2. UNICEF による重点地域選定について</p> <p>1) 2008 年~2009 年にかけては、<u>栄養サーベイランスシステムの強化、データの質向上のため、以下の方法で活動を推進している。</u>母子保健に係る指標の地図情報に落とし込み、EBM に基づき脆弱な地域を抽出し、分析した。総括として「ジェニン、ナブルス、ヘブロン」の3 地域が最も脆弱な地域という結果となった。この結果に基づき、UNICEF は重点地域計8 地域(西岸: Jenin, Nablus, Ramallah (Al-Bireh)、ガザ: North Gaza, Gaza-City, Deir-al-Balah, Khan Younis)を選定し、<u>栄養サーベイランスシステム強化に資する活動を進めている。</u>対象地域は、<u>これら8 地域をまずは重点とするが、全国を対象としている。</u>昨年導入した新成長曲線と成長モニタリングが各県ごとの母子保健センターで適切に実施されているか、<u>スーパーヴィジョン(巡回観察指導)</u>を開始する。また、この活動は、母子手帳活動と密接に関わる。母子手帳が適切に使用され、母子保健センター利用率が高まり、施設ベースのデータも精緻化することで栄養サーベイランスシステムの向上につながる。</p> <p>2) JICA フェーズ2 で対象地域を選定する場合には、できるだけ、このような客観的データに基づき、ニーズの高い地域への協力となるよう工夫してもらいたい。</p> <p>3. 活動に係る工夫について</p> <p>1) <u>ガザへの戦略について、ガザ保健庁の政治的課題と混乱した現状を鑑み、UNRWA と最大限調整を図って進めていくことが肝要と思われる。</u>なお、ガザの母子手帳および新成長曲線の県レベルでの実務者研修は2008 年8 月に終了しており、<u>ガザの6 割を占める難民には手帳の配布が開始されている。</u></p> <p>2) 母子保健もしくは母子手帳に係る<u>ニュースレター</u>を定期的に発行することにより、全国の母子保健関係者にとって「グローバルレベル - 国レベル - 県レベル」の最新情報が共有されたり、現場紹介などをコンテンツとして扱うことによって、現場の底上げを図ることもできるかもしれない。母子保健分科会のタスクとして扱うことも一案である。</p>		

- 3) スーパーヴィジョンの体制強化については、他業務の片手間ではなく、スーパーヴィジョン実施チームを確立し、チーム巡回型にすることが望ましい。またスーパーヴィジョンに係る様式については、IMCI(ジェネリック)様式やUSAIDの様式などとの整合性の確認や連携も図っていく必要もあるのではないかと。

【調査団からのコメント】

フェーズ2の活動においても、ますますUNICEFとの良い連携を図り、相互補完や相乗効果を図っていきたい。

4. UNICEFのパレスチナ支援について

- 1) 栄養サーベイランスシステムの強化
- 2) 乳幼児の食育
- 3) 子供を対象とした感染症対策予防接種(PNAと共同実施)
- 4) 予防接種拡大計画(日本からの無償)

III. 入手した資料

- ・小冊子 Palestinian Family Health Survey 2006 (Hebron, Nablus, Ramallah & Al-Bireh, North Gaza)
- ・GIS Map of “Integrated ranking of districts by absolute MCH related indicators”

面談記録

議題	母子保健プロジェクトフェーズ2 事前評価調査団ミニッツに関する会議	
日時	2008年9月9日(火) 14:00 - 17:00	
場所	保健庁(ラマツラ)大臣室	
参加者	先方	Dr. Fathi Abu Moghli, 保健庁大臣 Dr. Rasem Jaber, Director General of Ministry and Cabinet Issues(?)
	当方	石井団長、萩原団員、津田団員、岩瀬企画調査員

- I. 調査団から、協議事項をまとめたミニッツ内容について説明を行った。
 II. 保健庁大臣から以下の3点について調査団に要望が伝えられ、協議を行った。以下、詳細。

1. プロジェクト実施体制について

- 1) JCCメンバーに、Director General of Hospitals を加えてほしい。
- 2) プロジェクトダイレクターとプロジェクトマネジャーについて、保健庁内部で話し合い、決定事項について JICA へ正式レターを提出する。現時点の案としては、プロジェクトダイレクターを D.G. of PHC and Public Health Directorate, プロジェクトマネジャーを D.G of Women's Health and Development Directorate とすることを考慮している。

【9月11日追記】9月10日受信の正式レターについて

大臣室より、プロジェクトダイレクターおよびプロジェクトマネジャーの任命に関する正式通知を石井団長宛てに受信。以下の記載となった。(添付：大臣室からの正式通知レター)

- ・プロジェクトダイレクター：Director General, Women's Health and Development Directorate
- ・プロジェクトマネジャー：Director, Community Health Department

2. 活動内容について

以下の2点の活動について協議をおこなった。

1) 妊産婦死亡(MMR)サーベイランスシステムの強化

今後MDG5を達成するためのベースラインを取る努力が求められており、現在、MOH-UNFPA 主導で妊産婦死亡データの精緻化に関する問題分析を行っている。できれば、JICA の本案件の活動においても、MMR サーベイランスシステムに資する内容を考慮してほしい。

2) 病院の産科および新生児ユニットの強化

西岸5病院、ガザ3病院の合計8病院に新生児ユニットがある。詳細は現在 UNFPA がニーズ調査を行っているが、マネージメントもしくは医療スキルなどの能力強化、機材、建物補修など、問題分析結果について、ドナー調整の一部である母子保健分科会などで話し合いを持ち、JICA にも協力してほしい。新生児ケアについては、現場で使用可能な規定、ガイドラインの整備などでもよいので、医療というより予防の観点からも活動に含むことを考慮してほしい。

3) 母子手帳の予算化、法制化に関する活動について

母子手帳印刷の通常予算化については、すでに保健庁としてはコミットしているため、通常予算案に計上するようになっているはずであり、それほど時間をかける必要はないのではないか。予防接種事業同様、法制化する必要はなく、まずは保健庁主導で実施を進めることでカバー率を上げていくことができるはずである。徐々に、母子手帳の活動以外のところへ時間とお金を割いていくよう工夫してほしい。

4) C/P 研修(本邦研修)について

MM に添付されている計画通りの数であれば、了承する。

【事務所・調査団からのコメント】

- 1) 3年前に UNICEF によって行われた MCH/RH に関連する保健情報システム導入活動の

うち完了していない活動および機材が一部残っており、その補完的な活動を JICA の本案件で協力するよう保健庁 CP と協議した。なお、活動詳細については、保健庁統計局から詳細情報の提示を依頼しており、それに基づき、活動計画を検討することとなっている。MMR については、保健情報システムが良好に機能した際に、より良いデータ収集ができるような活動に関連する指標の一つとなりうる。

- 2) 病院（二次医療）への協力については、本案件のスコープ内では扱いづらい。JICA の別スキーム（無償、フォローアップなど）で対応することが考えられる。
- 3) 母子手帳の予算化について前向きなコミットメントに感謝する。確かに時間をかける必要のないところは、できるだけ効率よく実施していきたいと思っている。但し、現場レベルで母子手帳に関する詰め作業は山積しているため、この活動についても引き続き大臣の協力をお願いしたい。

3. プロジェクト予算額について

- 1) 保健庁の組織計画の観点からも、援助協調の観点からも、フェーズ 2 の予算額についてミニッツ内に記載してもらいたい。

【事務所・調査団からのコメント】

現地で支出される活動費については、ミニッツに記載することにする。

以上の内容について、合意に至ったものについては、ミニッツに追記し、別途、9月11日（木）に、保健庁大臣および萩原団員（団長代理）により合意サインを実施することとする。

以上

面談記録

議題	母子保健プロジェクトフェーズ2事前評価調査に関する意見交換	
日時	2008年9月12日(金)10:00-11:30	
場所	日本大使館	
参加者	先方	西岡 達史 一等書記官 田中 香織 二等書記官 笠井 香代 専門調査員
	当方	萩原団員、津田団員、岩瀬企画調査員
<p>I. 調査団より、昨日、保健大臣と調査報告書MMの署名が完了したことが報告された。</p> <p>II. 調査団からプロジェクトの枠組み、プロジェクト計画概要、母子保健分野におけるドナーの支援状況、プロジェクトと連携が予定されている国連機関や NGO などの連携のポイントなどについて、報告した。</p> <p>III. 以下の点につき、大使館側からコメント、質問がなされ、調査団より回答した。</p> <p>1. コメント</p> <p>第2フェーズ・プロジェクトの概要の包括的な説明を受け感謝する。パレスチナ支援では、「平和と繁栄のための回廊計画」を軸に、多くの協力事業が、ジェリコ・ヨルダン渓谷地域に集中している。パレスチナ側からは、ジェリコだけに日本の支援が集中することに不満を持つ者もあるが、母子保健プロジェクトでは、こうした人道的支援を全国レベルで、顔の見える支援として行っており、パレスチナ側に大変良い効果を与えていることに感謝する。</p> <p>2. 第1フェーズ・プロジェクトにて達成できなかった点は何か？</p> <p>調査団からの回答</p> <p>1) 母子保健サービスの改善を目指した活動である。<u>サービスと手帳の普及は、両輪がそろって、初めて効果を発揮するものであり、第1フェーズでは、サービス改善のための十分な投入が出来なかったことが、反省点であった。</u>第2フェーズでは、長期専門家として医療従事者を投入し、サービス改善のための医療技術、管理能力の向上を図る予定だ。また、第1フェーズで西岸全域で母子手帳の配布を開始したが、一過性の配布に留まらず、今後パレスチナ保健庁が持続発展性をもって配布・活用できる体制作りが必要。第2フェーズでは、従って、母子手帳はじめ、母子保健サービス改善の持続発展性を目指す。</p> <p>3. 専門家の配置について</p> <p>調査団からの回答</p> <p>1) 長期3名については、2009年4月までに配置する予定。調整員、医療専門家については、新規人材の投入予定。手帳分野は、津田団員が引き続き長期専門家として担当予定。今のところ、居住地はテルアビブであるが、今後状況が改善されれば、プロジェクトの効率性のためにも、専門家のラマラ、エルサレムでの居住について大使館に相談したい意向だ。</p> <p>4. プロジェクト実施経費につき、パレスチナ側にどのように説明すべきか？</p> <p>調査団から回答</p> <p>1) 供与機材、国内研修費、プロジェクト運営費として、約一億円規模であることを保健庁に回答し、MMにも記載した。</p> <p>5. 第2フェーズ実施にあたって、懸案事項は？</p> <p>調査団から回答</p> <p>1) プロジェクト実施体制にかかり、副大臣がプロジェクト・ダイレクターから外れたことに対し、保健庁内部の調整がなされることを期待している。</p> <p>2) 全国展開の活動をする場合の専門家の移手段の確保が課題となっている。現在のところ、</p>		

JICA事務所の防弾車、普通車（いずれもCDナンバー）を使って西岸への移動を行っているが、他のプロジェクト専門家や事務所員と乗合にて調整している。今後活動地域がジェリコ、ラマラ以外の地域に拡大する際は、この方法だけでは対応できない恐れがある。プロジェクトにて防弾車を購入する必要性や、イスラエルナンバーのタクシー等の借上げなどについても検討する予定である。専門家の居住地と合わせ、車両の件についても大使館と相談させていただきたい。

3) Health Sector Working Group への参加について

ドナーや計画庁などから、保健分野のセクターワーキンググループにて、プロジェクトの計画、進捗を共有することが、強く要望された。プロジェクトでは、下部組織にあたる保健分科会（Thematic Group）には積極的に参加する予定であるので、大使館からHSWGへの参加をお願いしたい。

大使館から回答

HSWG には JICA 企画調査員とともに出席する予定。進捗など適宜プロジェクトの情報提供願う。

6. 草の根技術協力との連携などについて

1) 少数であるが、パレスチナ NGO による地域保健のプロポーザルが提出されているので、情報を共有したい。プロジェクトと有機的な連携が望めるよう、調整したい。

7. 大使館からのコメント

今後も、プロジェクトを支援するので、このような意見交換の場を設けてほしい。安全に配慮され、プロジェクトの成果を上げるよう期待する。

以上

