

シリア・アラブ共和国
リプロダクティブヘルス強化プロジェクト
フェーズ2
詳細計画策定調査・実施協議報告書

平成 21 年 10 月
(2009 年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人 間
J R
09-070

シリア・アラブ共和国
リプロダクティブヘルス強化プロジェクト
フェーズ2
詳細計画策定調査・実施協議報告書

平成 21 年 10 月
(2009 年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

序 文

シリア・アラブ共和国における保健医療の状況は、この10年で改善をみせています。しかし、人口増加が課題となっており、合計特殊出生率は3.04、人口増加率は2005～2010年で2.5%（2008）と高止まりになっていることに保健省は懸念を表明しています。加えて、国内の地域間格差が広がり、母子保健においては、妊産婦死亡率や近代的避妊実行率といった保健指標は、都市部と農村部の間で、大きな乖離がみられます。

かかる背景の下、独立行政法人国際協力機構（JICA）は2006年から2009年の間にアレッポ県マシナブ郡において「リプロダクティブヘルス強化プロジェクト（フェーズ1）」を実施しました。そして、今回シリア・アラブ共和国政府は、フェーズ1の成果と経験を踏まえ、対象地域において質の高いリプロダクティブヘルスサービスの利用が増加することをめざした「リプロダクティブヘルス強化プロジェクト フェーズ2」を要請しました。

これを受け、JICAは協力内容の評価を実施すべく、2009年5月15日から同年6月5日まで、人間開発部課題アドバイザーである北林春美を団長とする詳細計画策定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およ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、ご協力頂けますようお願い申し上げます。

平成21年10月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 **萱島 信子**

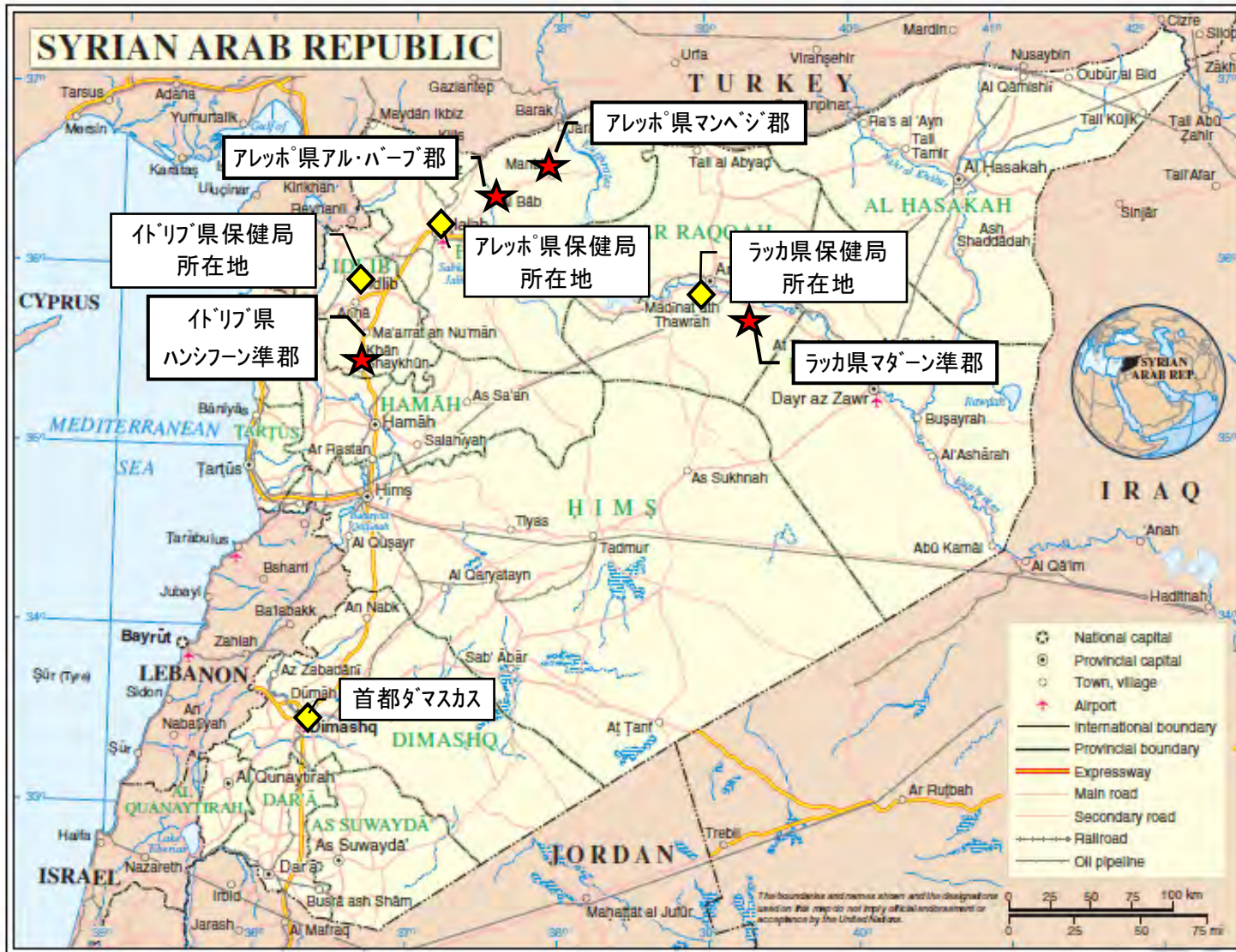
目 次

序 文
目 次
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 シリア保健医療セクターの概要	6
2 - 1 保健医療分野における課題と保健医療政策	6
2 - 1 - 1 疾病構造	6
2 - 1 - 2 保健行政	7
2 - 1 - 3 ヘルスケア・デリバリー	8
2 - 1 - 4 医療保健分野の人材育成	9
2 - 2 リプロダクティブヘルスの課題と戦略上の位置づけ	10
2 - 2 - 1 妊産婦死亡率	11
2 - 2 - 2 家族計画	11
2 - 2 - 3 産前健診	12
2 - 2 - 4 出 産	13
2 - 2 - 5 産後健診	14
2 - 2 - 6 HIV・エイズを含む性感染症の予防と治療	14
2 - 2 - 7 女性のがん	14
2 - 2 - 8 思春期保健	15
2 - 2 - 9 その他	15
2 - 3 日本の支援実績	15
2 - 4 ドナー・NGOの動向	17
2 - 4 - 1 国連人口基金（UNFPA）	17
2 - 4 - 2 国連児童基金（UNICEF）	17
2 - 4 - 3 世界保健機関（WHO）	17
2 - 4 - 4 欧州連合（EU）	18
2 - 4 - 5 シリア家族計画協会（SFPA）	19

2 - 4 - 6	アガ・カーン開発ネットワーク (Aga Khan Development Network)	19
第3章	プロジェクト対象県の概況	21
3 - 1	アレッポ県マンベジ郡	21
3 - 2	アレッポ県アルバーブ郡	23
3 - 3	イドリブ県ハンシフーン準郡	24
3 - 4	ラッカ県マダーン準郡	26
第4章	プロジェクト実施の枠組み	29
4 - 1	シリアとの協議結果	29
4 - 1 - 1	アレッポ県マンベジ郡	29
4 - 1 - 2	アレッポ県アルバーブ郡	29
4 - 1 - 3	イドリブ県ハンシフーン準郡	30
4 - 1 - 4	ラッカ県マダーン準郡	30
4 - 2	プロジェクトの実施概要	31
4 - 2 - 1	プロジェクトの概要	31
4 - 2 - 2	実施体制	35
4 - 2 - 3	投入計画	36
4 - 3	5項目評価	37
4 - 3 - 1	妥当性	37
4 - 3 - 2	有効性	38
4 - 3 - 3	効率性	38
4 - 3 - 4	インパクト	39
4 - 3 - 5	自立発展性	39
第5章	団長所感	40
第6章	実施協議	41
6 - 1	実施協議の概要	41
6 - 2	実施協議および署名出席者	41
付属資料		
1 .	詳細計画策定調査団ミニッツ	45
2 .	討議議事録	60
3 .	PDM (和文)	79
4 .	対象サイトプロファイル	83
5 .	保健センタープロファイル	85



【アレppo県】



マンベジ郡ニューマンベジ保健センターにて。クライアントの記録について説明する助産師。



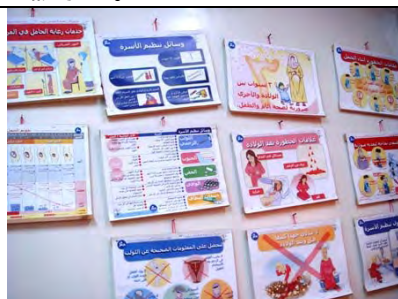
ニューマンベジ保健センターの診察室。



マンベジ郡保健事務所にて。中央左(男性)が保健事務所長。



マンベジ郡マスカネ保健センターにて。青年海外協力隊員(右2名)が活躍している。(通常はヒジャーブ(被り物)を着用して活動している)



アルバーブ郡の保健センターでは、フェーズ1で作成した教材が県保健局を通じて供与され、活用されている。



アルバーブ保健センターにて。医薬品は種類別にラベルが貼られ、整頓されている。



アルバーブ保健センターにて。滅菌器の外扉には、日々管理状況が記録されている。



アルバーブ保健センターでは、フェーズ1の経験を参考に、手作りの案内板を設置。各診察室が矢印で示されている。



アルバーブ保健センターでは産前健診に心音計が活用されている。

【イドリブ県】



イドリブ県知事との面談。プロジェクトに期待している旨の発言があった。



ハンシフーン準郡保健事務所/正常分娩センター 外観



ハンシフーン準郡正常分娩センターの診察室。オープン間もないため、超音波診断装置をはじめ、器具はまだ新しい。

【ラッカ県】



正常分娩センターには、出産後に母子が休む部屋も用意されている。しかし利用はほとんどないとのこと。



ラッカ県郊外（マダーン準郡へ向かう道）。耕地と岩山が広がる。



マダーン準郡正常分娩センター内。訪問時、クライアントの姿は全く見られなかった。

【ダマスカス】



マダーン準郡正常分娩センター内の分娩室。水道管から水が漏れており、床が濡れている。



保健大臣（右から3人目）とともに。



ミニッツに署名するDr. Reem（保健省母子保健課長）と北林団長。

略 語 表

略 語	英 語 名	日 本 語 名
ANC	Antenatal Care	産前健診
BCC	Behavior Change Communication	行動変容コミュニケーション
CBWG	Community Based Working Group	地域作業部会
CHV	Community Health Volunteer	地域保健ボランティア
COC	Combined Oral Contraceptive	混合型ピル
EU	European Union	欧州連合
FP	Family Planning	家族計画
GP	General Practitioner	家庭医
HC	Health Centre	保健センター
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome	HIV・エイズ（ヒト分婎不全ウイルス・後天性免疫不全症候群）
HVP	Healthy Village Program	ヘルシービレッジプログラム
IEC	Information, Education and Communication	情報、教育、コミュニケーション
IUD	Intrauterine Contraceptive Device	子宮内避妊器具
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
KAP	Knowledge, Attitude, Practice	知識・態度・行動
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
M/M	Minutes of Meeting	協議議事録（ミニッツ）
MOH	Ministry of Health	保健省
NCD	Non Communicable Diseases	慢性非感染症疾患
NDC	Normal Delivery Centre	正常分婎センター
NGO	Non-governmental Organisation	非政府組織
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PHC	Primary Health Care	プライマリヘルスケア
PNC	Postnatal Care	産後健診
POP	Progestogen-Only Pill	プロゲストゲンピル
PSC	Project Steering Committee	プロジェクト運営委員会
PTC	Project Technical Committee	プロジェクト技術委員会
R/D	Record of Discussion	討議議事録
RH	Reproductive Health	リプロダクティブヘルス
SFPA	Syrian Family Planning Association	シリア家族計画協会
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
WHO	World Health Organization	世界保健機関

事業事前評価表

1. 案件名

シリア・アラブ共和国リプロダクティブヘルス強化プロジェクト フェーズ2

2. 協力概要

(1) 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

シリア・アラブ共和国（以下、「シリア」）では、保健医療分野における国内格差が課題となっており、都市・農村間や教育レベルの違いによってその差は顕著である。特に、農村部の多い北部および北東部における保健指標は劣悪であり、人口当たりの保健医療施設数や医療従事者数が少ないうえ、自宅から保健医療施設への距離の長さや交通手段の不足等によって、保健サービスへのアクセスが物理的に難しい状況にある。北部・北東部は国内で貧困レベルが最も高い地域とされており、加えて就学率が他の地域に比して低いなど、社会状況全体が劣悪な地域であるといえる。

上記の状況を受けて、リプロダクティブヘルス・ケアに関する国内格差を縮小し保健センター（Health Centre：HC）において母子保健（Maternal and Child Health：MCH）・リプロダクティブヘルスサービスの利用を増加させることを目的として、「シリア リプロダクティブヘルス強化プロジェクト」（以下、「フェーズ1」）が北部のアレッポ県マンベジ郡を対象に2006年6月から2009年3月の期間で実施された。本プロジェクトは、フェーズ1の成果を拡大し、実施の過程から得られた教訓を反映してマンベジ郡に加え、対象地域をアレッポ県アルバーブ郡およびイドリブ県ハンシフーン準郡にも拡大し、フェーズ1の経験と提言を基に、プライマリヘルスケア（Primary Health Care：PHC）施設〔HC、正常分娩センター（Normal Delivery Centre：NDC）、総合クリニック〕で提供されるリプロダクティブヘルスサービスの質の向上を図り、PHC施設の利用を促進すること、女性本人や周囲の人々の行動変容を促すアプローチを通じてリプロダクティブヘルスサービスへのアクセスを阻害する要因を減らすこと、対象県・郡のエビデンスに基づく計画策定・実施能力の向上を図ることを目的とする。

具体的には、フェーズ1で使用された手法やツールを応用しつつ、ではPHC施設のマネジメントおよびリプロダクティブヘルスサービスの技術面を強化する一方で、では地域の女性およびその行動に大きな影響力をもつ男性や親戚などを対象に、既存のコミュニティ組織や保健人材を活用して行動変容を促すための啓発活動の実施体制の強化を行う。またでは、保健行政の地方分権化に鑑み、県および郡レベルの計画管理能力の強化を支援することで自立発展性の強化を図る。

(2) 協力期間

2010年1月から2012年12月まで（3年間、予定）

(3) 協力総額（日本側）

3億2,000万円（暫定）

(4) 協力相手先機関

保健省PHC局、アレッポ県およびイドリブ県保健局PHC部

(5) 国内協力機関

なし

(6) 裨益対象者および規模等

1) 直接裨益対象者

- ・ プロジェクト対象郡・準郡のHC長および保健医療従事者
- ・ 対象県および郡の保健行政官

2) 間接裨益対象者

- ・ プロジェクト対象郡の15～49歳の女性とその夫および家族、地域住民

3. 協力の必要性・位置づけ

(1) 現状および問題点

世界銀行基準における低中所得国に属すシリアは、この10年間でMCHを含めた保健医療をとりまく環境は改善をみせている。その一方で合計特殊出生率は3.04、人口増加率は2005～2010年で2.5%〔国連人口基金（UNFPA）世界人口白書2008年〕と高止まりになっていることに懸念が表明されている。また国内の地域間格差が顕著になってきており、その解消も政府の重要課題となっている。シリア北部は保健指標が悪く、例えば、妊産婦死亡率はダマスカス県では出生10万対34のところ、北部のアレッポ県およびイドリブ県では62、近代的避妊実行率は首都ダマスカス58.0%に対してアレッポ県49.6%、イドリブ県39.1%となっている。

2.(1)で既出のとおり、2006年6月からアレッポ県マンベジ郡で実施されたフェーズ1では、「HCにおけるMCH/リプロダクティブヘルスサービスの質の向上」と「住民の行動変容促進」を同時に行う手法が用いられ、2008年11月に行われた終了時評価では、対象郡のHCのマネジメントが向上し、リプロダクティブヘルスサービスの利用者も増大しつつあることが確認された。例えば、マンベジ郡保健事務所によるHCのサポーター・スーパービジョン（HCのパフォーマンス改善を目的とした巡回指導）の年間実施回数が6回（プロジェクト1年次）から34回（プロジェクト最終年次、終了時評価時）に増加し、ここで指摘された問題点の解決に努めることでHCのサービス改善につながったと報告されている。また、地域保健ボランティア（Community Health Volunteer：CHV）らによる家庭訪問がきっかけで保健医療施設を受診する女性が増加し、産前健診を受診する妊産婦の割合も増加した。他方、同手法の定着にはなお時間を要するものとの指摘も残された。そこで、フェーズ1の終了を受け、保健省より、同手法の定着と他地域への拡大を目的に、マンベジ郡に加えて北部および北東部の他県を対象とした本プロジェクトの要請がなされた。

本プロジェクトの対象サイトとなるアレッポ県マンベジ郡・アルバーブ郡、イドリブ県ハンシフーン準郡の概略は以下の表のとおりである。

	アレッポ県		イドリブ県
	マンベジ郡 -	アルバーブ郡 -	ハンシフーン準郡 -
人 口	50万人	43万人	8万人
面 積	8,500km ²	2,034km ²	750km ²
郡 内 の PHC 施設 (数)	HC(20) 総合クリニック (1)	HC(20)	HC(7) NDC(1)

のアレッポ県マンベジ郡は、フェーズ1終了後も各種活動（HCの運営改善、HCへの巡回指導）を継続して実施しているものの、人手と交通手段の不足により、巡回指導の頻度は減少傾向にある。また、フェーズ1で導入したCHVらのコミュニティ啓発活動が一部停滞して

いることから、コミュニティ啓発活動を定着させる必要がある。

のアレッポ県アルバーブ郡は、アレッポ県保健局の支援を受け、マンベジ郡を参考に、既にHCの業務環境改善およびHCの巡回指導に着手している。医療従事者の配置状況は他地域と比較して良好といえるものの、HC長のマネジメント能力強化やHCへの巡回指導体制の確立が課題としてあげられる。

のイドリブ県ハンシフーン準郡については、郡内にNDCが設立されたものの、サービス開始後間もないため、利用するクライアントが未だ少ない状況である。同センターを活用し、HCとの連携を通じた継続ケアの実現が課題といえる。

～ において、PHC施設で提供される産前・産後健診の内容（検査項目）にばらつきがあり、サービスの質が担保されていない状況がみられることから、共通の課題として、国家ガイドラインに沿った産前・産後健診の充実と標準化、およびサービスを提供する医療従事者の技能向上があげられる。また、（注）ではリプロダクティブヘルスサービスのためのPHC施設の利用は少なく、住民（妊産婦、女性）のサービスへのアクセスを増加させることが課題としてあげられる。妊産婦や女性が自己意思により適切なヘルスサービスを受けるためには夫や家族の理解が欠かせず、また声を発することができるためにも女性の社会的地位や意思決定権が改善されることが重要であることから、妊産婦や女性とそれを取りまく人々の両者に対する働きかけが必要である。加えて、アレッポ県、イドリブ県ともに、PHC施設の運営管理を担う県保健局の能力強化が課題である。

いずれの郡も、シリア保健省の強い要望に加え、県保健局及び郡保健事務所の行政官の強いコミットメントが確認されたこと、指標の悪い農村部に属する地域であること、および上述の課題が確認されたことから、プロジェクト対象サイトとして選定された。

なお、保健省が北東部開発の一環として強い関心をもっているラッカ県マダーン準郡については、県保健局、準郡保健事務所の行政官の能力強化が当面の課題であり、まずは活動視察や研修への参加を通じた協力が必要である。

）HCで提供されるリプロダクティブヘルスサービスとは、産前産後健診、子宮内避妊器具（Intrauterine Contraceptive Device：IUD）挿入やピル配布・カウンセリングを含む家族計画支援、リプロダクティブヘルスに関する情報提供を含む健康教育活動等を指す。HCでは分娩は行われていない（NDCでは分娩を扱っている）。

（2）相手国政府国家政策上の位置づけ

シリア政府は、現行の第10次5カ年計画（2006～2010年）および保健省の20年保健戦略（2000～2020年）に従って保健医療の充実を図っている。そのなかで、リプロダクティブヘルスプログラムの強化を国家戦略のひとつに掲げている。

また、同第10次5カ年計画が重点項目としてあげている「保健セクターのマネジメント、計画立案、スーパービジョンの開発・向上」、および「保健サービスのパフォーマンスと質の向上」は、本プロジェクトがめざす「県・郡レベルの保健システム強化」および「HCにおけるリプロダクティブヘルスサービスの改善」に合致する。

保健省の20年保健戦略では、基本方針のひとつに「保健ケアシステムにおける地理的・財政的な格差の解消（平等化）促進」をあげており、保健を取りまく環境が劣悪な地域を対象とする本プロジェクトは、この基本方針に則している。

（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

我が国政府の対シリア国援助重点分野は 水資源管理と効率的な利用、 環境保全、 経済・社会システムの近代化、 社会サービスの拡充であり、本プロジェクトの目的は、保健

セクターを含む「社会サービスの拡充」の分野に合致している。また、本プロジェクトはJICAの国別事業実施計画における「保健・社会的弱者の環境改善プログラム」に位置づけられる。

4. 協力の枠組み

(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>

対象郡のプライマリヘルスケア（PHC）施設における質の高いリプロダクティブヘルスサービスの利用が増加する。

（指標・目標値）

[対象郡において]

- ・ 近代的避妊実行率がX%増加する
- ・ 適切な項目を含んだ産前健診をPHC施設で4回以上受診した女性の数（および割合）が増加する
- ・ 産後健診をPHC施設で受診した女性の数（および割合）が増加する
- ・ PHC施設におけるリプロダクティブヘルスサービスの利用者数が増加する

（基準値、目標値ともにプロジェクト開始後にベースライン調査を実施して決定する。以下の指標についても同様。プロジェクト目標と成果の指標については、目標値を郡ごとに設定する。）

）適切な項目とは、一般的には腹囲・子宮底長の計測、血圧測定、体重測定、尿検査、血液検査等が考えられる。「産前産後健診ガイドライン」が導入され次第、ガイドラインに準じて項目を設定する。

）世界保健機関（WHO）は、正常妊娠において、少なくとも4回の産前健診を受けることを推奨している。

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>

対象県のリプロダクティブヘルス状況が改善する。

（指標・目標値）

[対象県において]

- ・ 妊産婦死亡率が減少する
- ・ 18歳未満の女性で妊娠・出産経験のある者の割合が減少する。
- ・ 40歳以上で妊娠している女性の割合が減少する
- ・ 最後の出産から36ヵ月を経ない出産の割合が減少する

(2) 成果（アウトプット）と活動

<成果1>

PHC施設で提供されるリプロダクティブヘルスサービスの質が改善する。

（指標・目標値）

[対象郡内のPHC施設において]

- ・ 定められた開業時間にリプロダクティブヘルスサービスを提供するPHC施設の数が増加する
- ・ 公的ガイドラインに基づいて正しい産前産後健診を行うPHC施設の医療従事者の割合が増加する
- ・ 「利用者の権利」を尊重・重視するPHC施設職員の割合が増加する

- ・ PHC施設におけるリプロダクティブヘルスサービスに満足する利用者の割合が増加する
- ・ サポートティブ・スーパービジョンにおいて課題が発見され、課題解決のために方策がとられる

(活動)

- 1-1 . 対象県および郡の保健行政官は、リプロダクティブヘルスサービスの提供に関し、マネジメント(含「HCと正常分娩センターの連携」)および医療技術面からみたサービスや施設の機能、スタッフの研修ニーズに対するアセスメントを実施し、現状を把握する
- 1-2 . 対象県および郡の保健行政官は、医療従事者の研修を、ニーズに応じて計画・実施する
- 1-3 . 対象県および郡の保健行政官は、HC長のマネジメント研修を、マンベジ郡のリソースを活用して行う
- 1-4 . 対象県および郡の保健行政官は、PHC施設に対するサポートティブ・スーパービジョンのシステムを確立し、スーパービジョンを実施する
- 1-5 . 対象県および郡の保健行政官は、シリア国の「産前産後健診ガイドライン」(改訂版が2010年初頭より導入される予定)をPHC施設の現状に照らして確認し、PHC施設での導入に向けた計画を策定する。
- 1-6 . イドリブ県保健局およびハンシフーン準郡の保健行政官は、HCと正常分娩センターの連携強化をアセスメントの結果に照らして計画・実施する(イドリブ県)

<成果2>

女性のリプロダクティブヘルスサービスへのアクセスを阻害する要因が BCC によって減少する。

-) シリアを含む中東地域では、多産を良いとする信念や、近代的避妊具の使用に反対する夫(男性)の存在、女性の社会的地位の低さなどがリプロダクティブヘルスサービスへのアクセスを妨げていると考えられている。
-) Behavior Change Communication, 行動変容のためのコミュニケーション。健康教育や広報コミュニケーション等、人々の行動変容を促すための活動を指す。

(指標・目標値)

[対象郡において]

- ・ “not too early, not too close, not too late and not too many” に賛同する男女の割合が増加する
 - ・ 産前産後健診の重要性を理解している男女の割合が増加する
 - ・ 近代的避妊具の使用に同意する男性の割合が増加する
-) 若すぎないこと、出産の間隔が短すぎないこと、高齢でないこと、多産でないこと、の意。若年妊娠(18歳未満)、短い出産間隔(36ヵ月未満)、高齢出産(40歳以上)、多産(子供の数が4人以上)は出産に係るハイリスクの一部であり、家族計画で回避可能なものである(カッコ内の数値はシリアで用いられているものを使用)。

(活動)

- 2-1 . アレッポ県保健局およびマンベジ郡保健事務所の保健行政官は、フェーズ1で導入した地域保健ボランティア(CHV)を使ったコミュニティ保健教育活動の現状を分析

する（マンベジ郡）

- 2-2．対象県および郡の保健行政官は、コミュニティ保健教育活動のためのリソースを確認し、各地域の現状にあった手法・アプローチを選択して保健教育システムを設計する
- 2-3．対象県および郡の保健行政官は、現状分析・その他の調査結果に基づいてターゲット別（男性、女性、夫の母親、若者など）にIEC/BCC 計画を策定する
- 2-4．IEC/BCC計画に沿った教材を（追加）作成する
- 2-5．IEC/BCC計画を実施する

）情報提供や健康教育、広報コミュニケーション等、行動変容を促すための活動全体を指す（IEC：Information, Education and Communication）。

< 成果3 >

対象県および郡の計画立案やモニタリング・評価に関する管理運営能力が向上する。

（指標・目標値）

[対象県・郡において]

- ・ 現状調査・分析の結果に基づいた郡レベルの行動計画が策定される
- ・ マネジメントおよび医療技術面に対するスーパービジョンを含むモニタリング・システムが構築され、運用される
- ・ 定期的に行動計画の見直しと修正が行われる

（活動）

- 3-1．アレppo県保健局およびマンベジ郡の保健行政官、郡内のPHC施設スタッフは、対象県・郡の参加を得てマンベジでオリエンテーション・ワークショップを開催する（ラッカ県マダーン準郡の保健行政官も参加対象に含む）
- 3-2．対象県および郡の保健行政官は、必要なデータを収集・分析する（ベースライン、エンドライン、PHC施設現状調査、女性のリプロダクティブヘルスサービスへのアクセスを阻害する要因分析調査等）
- 3-3．対象県および郡の保健行政官を対象に、既存のマネジメント・インフォメーション・システム（MIS）で収集されたデータの分析・活用に係る研修（含OJT）を実施する（ラッカ県マダーン準郡の保健行政官も参加対象に含む）
- 3-4．対象県および郡の保健行政官は、収集・分析した情報を基に郡レベルの行動計画を策定する
- 3-5．対象県および郡の保健行政官、郡内のPHC施設スタッフは、対象県・郡で情報交換を目的としたプロジェクトレビュー会議を開催する
- 3-6．対象県および郡の保健行政官は、シリア全14県対象の終了時セミナーを開催する

（3）投入（インプット）

1) 日本側

< 人材の投入 >

- ・ 専門家チーム（保健行政、IEC/BCC、医療機材、助産ケア、社会調査など）

< 資機材 >

- ・ PHC施設が機能するために必要な機材（詳細は施設アセスメントを経て決定）
- ・ プロジェクトオフィスに必要な機材
- ・ IEC/BCC用機材

- ・ モニタリングのための車両
- <必要経費>
- ・ 研修・ワークショップ経費
 - ・ 教材作成費
 - ・ 現地スタッフ備上費

2) シリア側

<人材の投入>

カウンターパート

- ・ 保健省PHC局長およびリプロダクティブヘルス課長
- ・ 対象県保健局PHC部長およびリプロダクティブヘルス課長
- ・ 対象郡保健事務所長

その他の人材

- ・ 対象郡PHC施設における医療従事者
- ・ 対象郡保健教育従事者

<資機材>

- ・ PHC施設の通常運営のための医薬品・消耗品

<施設>

- ・ 対象県プロジェクト事務所および基本設備

<必要経費>

- ・ プロジェクトオフィス維持管理費（電気、水道、電話等）
- ・ PHC施設と機材の維持管理費
- ・ 必要に応じたPHC施設の改修
- ・ スーパービジョンに関する直接経費
- ・ 車両配置に関する経費（燃料、保守メンテナンス等）

(4) 外部要因（満たされるべき外部条件）

1) 上位目標達成のための外部条件

- ・ 域内の病院および民間医療施設においても良質のリプロダクティブヘルスサービスが提供される
- ・ レファラルおよび病院レベルの緊急医療が整備され、機能する
- ・ 多産の背景にある文化的・社会的要因が課題として広く認識される

2) プロジェクト目標達成のための外部条件

- ・ 住民が家族計画に反対しない
- ・ リプロダクティブヘルスサービスを提供する医療従事者（特に助産師）が継続的に確保される

3) 成果達成のための外部条件

- ・ プロジェクトの研修を受けたスタッフが他の職務担当/部局へ頻繁に異動しない
- ・ 地域保健活動を行う人材・組織が存在する
- ・ 県保健局・郡保健事務所が管理運営を担うのに十分な人材が配置されている

(5) 前提条件

- ・ 対象県・郡のカウンターパートが技術協力の趣旨を理解する

5. 評価5項目による評価結果

以下の視点から評価した結果、協力の実施は適切と判断される。

(1) 妥当性

1) 上位政策・開発計画との整合性

- 上記3.の「(2) 相手国政府国家政策上の位置づけ」で説明しているとおり、本プロジェクトが達成すべき長期的な目標である「リプロダクティブヘルス状況の改善」は、シリア政府が定める第10次5ヵ年計画（2006～2010年）および保健省の20年保健戦略（2000～2020年）の内容と合致している。

2) 我が国援助政策との整合性

- シリアにおけるJICA国別事業実施計画においては、本プロジェクトは「社会サービスの拡充」(重点分野)のなかの『保健・社会的弱者の環境改善プログラム』に位置づけられる。

3) 地域選択の妥当性

- 地方分権が進められるなか、各県は独自に保健計画を策定・実施し、評価を行うことを求められているものの、その必要性和県保健局の行政官の能力にはギャップがある。本プロジェクトでは、県保健局の行政官の保健情報の収集・分析から、計画立案、実施、マネジメント（モニタリング含む）に至るまでの能力強化を行うことから、県のニーズにも合致しており、さらに県保健局のキャパシティ・ビルディングに資すると考えられる。
- フェーズ1は一定の成果をあげてはいるが、使用された手法およびツールは1つの郡の実情に則してつくられたものであり、本プロジェクトで事情を異にする郡を対象地域として加えることにより、それをより普遍的なものとして今後の拡大の基礎とすることができる。
- イドリブ県ハンシフーン準郡においては、HCに併設されているNDCも支援対象施設となる。産前産後健診を提供するHCと、分娩を扱うNDCの両者を支援対象にし、連携させることで、効果的な継続ケアの実現が期待できる。

(2) 有効性

本プロジェクトでは、PHC施設が提供するサービスの質の向上（成果1）と、住民の行動変容を促進する活動（成果2）を行い、3年後に「質の高いリプロダクティブヘルスサービスの利用が増大する」ことをめざす。また目標達成のためには、成果1、2に加え、サービスを提供するPHC施設の管理運営責任をもつ県保健局・郡保健事務所の能力強化（成果3）も不可欠である。

(3) 効率性

- 本プロジェクトは、フェーズ1で残された「HC強化と住民の意識向上の組み合わせが有効である」との教訓に基づき、成果1、2において、サービス供給側（HCを含むPHC施設）の強化と需要側（住民）の強化を併せて行うようデザインされている。また、フェ

ーズ1で育成されたカウンターパートらの人材や、フェーズ1で作成され、配布された教材等のツールを活用することにより、効率的な活動の実施が期待される。

- フェーズ1では、コミュニティでの活動経験が豊富な現地非政府組織（NGO）等との連携を行うことで、限られたリソースのなかで介入の効果・効率を高めた。本プロジェクトにおいても、フェーズ1での連携の経験や、そこで構築したネットワークを生かし、これらの組織・団体と連携することで、特にコミュニティでの活動において、効果的かつ効率的な活動を行うことが期待できる。
- アレッポ県アルバーブ郡は、フェーズ1で実施機関となったアレッポ県保健局の支援を受け、フェーズ1で実施したHCへのサポーター・スーパービジョンやHCの環境整備等の活動を既に開始している。さらに、医療関係者の数が充足していること、マンベジ郡とアレッポ市に隣接しているために情報や支援が得やすいこともあり、少ない投入で効果が現れると期待できる。

(4) インパクト

- 本プロジェクトでは、一次レベルの保健医療施設であるHCやNDC等のPHC施設を主な介入対象にしている。よって、上位目標「対象県のリプロダクティブヘルス状況が改善する」の指標である妊産婦死亡率等のマクロ指標の改善を達成するためには、二次・三次レベル（病院等）の緊急産科ケアやレファラルシステムの整備が不可欠である。
- 一方で、コミュニティの啓発が進み、近代的避妊法が周知・実行されれば、危険性の高い妊娠を回避する行動が取られるようになることが期待され、上位目標達成に貢献することは十分に考えられる。

(5) 自立発展性

1) 政策面からの持続可能性

5.(1) 妥当性 1) で述べたとおり、リプロダクティブヘルス状況の改善は、シリアの国家上位計画と合致するものであり、同国は今後も同政策を進める意向があるため、政策面からの持続性は十分に期待できる。

2) 組織・運営面での自立発展性

プロジェクト実施期間中のPHC施設職員の異動は、フェーズ1に引き続き課題として残されており、その後の継続性に影響を与える懸念がある。PHC施設職員の「自主的な」異動を最小限に抑えるためにも、モチベーションを維持するための労働環境の整備を含めた仕組みづくりを工夫する必要がある。

3) 財政的側面からの持続可能性

本プロジェクトは、地方分権システムに鑑み、県保健局および郡保健事務所の運営管理能力の強化が組み込まれており、県保健局および郡保健事務所の行政官は、正確なデータ・情報などエビデンスに基づく戦略的な活動計画の立案と、根拠に基づいて適切に予算措置を行う能力を身につけることが期待される。これにより、将来的には、限られた資源の効果・効率的運用が期待される。

また、フェーズ1の終了時評価において、予算確保のために県知事事務所の積極的な関与を検討すべきとの提言が残されていることから、本プロジェクトでは、アレッポ・イドリブ両県の知事事務所を積極的に巻き込んでいく必要がある。

6. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮

(貧困)

第10次5ヵ年計画によると、本プロジェクトの対象地域を含む北部・北東部は、全世帯のうち、貧困世帯の占める割合が17.9%と国内で最も高く、また国内全体の貧困層のうち、58%がこの地域に居住しているとされている。PHC施設における保健医療サービスは無料であることから、本プロジェクトによってサービスの質が改善されることにより、貧困層は、質の高いサービスへアクセスしやすくなると考えられる。

(ジェンダー)

シリアでは宗教的、文化的な理由により、多くの女性が自主的にリプロダクティブヘルスに関する決定を行うのが困難な状況に置かれている。本プロジェクトは、女性のリプロダクティブヘルスサービスへのアクセスを左右する要因を探り、夫やその母親など女性の決定権に大きな影響をもつグループに対し、適切な手法により行動変容を働きかけることで、女性の権利の認知・実現に資するものである。

(環境)

環境への影響はない。

7. 過去の類似案件からの教訓の活用

- フェーズ1では、コミュニティ保健教育活動のためにコミュニティ部会〔地域作業部会 (Community Based Working Group : CBWG)〕を立ち上げ、CHVをリクルートして村レベルでの啓発活動を託したが、プロジェクト終了後、一部のCBWGの活動停滞やCHVの脱落が認められた。そこで、本プロジェクトでは、既存の地域組織（女性連盟、青年同盟、農協、識字教室など）や宗教関係者などの活動にリプロダクティブヘルスの要素を取り込むことを検討する。
- フェーズ1に引き続き、ヨルダンにおける家族計画・WIDプロジェクトの成功事例や教訓を活用する。特に、男性や宗教リーダーの巻き込み、女性の行動変容を目的とする家庭訪問など、これまでのプロジェクトでその有効性が検証されているアプローチを効果的に取り入れる。

8. 今後の評価計画

プロジェクト実施期間中に「プロジェクト評価の実践的手法 - JICA事業評価ガイドライン(改訂版)」(2004年3月)に基づき、運営指導(あるいは中間評価)調査と終了時評価が実施される。実施時期は以下を予定する。

- (1) 運営指導調査あるいは中間評価調査：プロジェクトの中間期(開始後16～18ヵ月あたり)
- (2) 終了時評価調査：プロジェクト終了前6ヵ月以内(開始後30～32ヵ月あたり)

第1章 調査概要

1 - 1 要請背景

世界銀行基準における低中所得国に属すシリア・アラブ共和国（以下、「シリア」）では、この10年間で保健医療をとりまく環境は改善をみせている。その一方で合計特殊出生率は3.04、人口増加率は2005～2010年で2.5%〔国連人口基金（UNFPA）世界人口白書2008年〕と高止まりになっていることに懸念が表明されている。また国内の地域間格差が顕著になってきており、その解消も政府の重要課題となっている。シリア北部は保健指標が悪く、例えば、妊産婦死亡率はダマスカス県では出生10万対34のところ、北部のアレッポ県およびイドリブ県では62、近代的避妊実行率は首都ダマスカス58.0%に対してアレッポ県49.6%、イドリブ県39.1%となっている。

このような状況を改善するため、独立行政法人国際協力機構（JICA）は、シリアの要請に基づき、2006年6月から2009年3月の間で、「リプロダクティブヘルス強化プロジェクト」（以下、フェーズ1）を実施した。フェーズ1では、産前健診（ANC）や家族計画サービスの利用を高めることを主な目的として、保健省リプロダクティブヘルス課の指導の下、アレッポ県マンベジ郡を対象地域とし、郡内の保健センター（Health Centre：HC）の運営改善、センタースタッフ（医師、助産師等）の知識・技術向上、住民に対する保健教育等の活動を実施した。

2008年11月に実施された終了時評価の結果、対象地域のコミュニティにリプロダクティブヘルスの考え方が普及し、HCでの女性の受診が増加するなどの成果が確認された。一方、プロジェクトで用いられた手法の定着には継続した支援が必要であることが確認された。

シリア政府は、マンベジ郡における成果の定着と、他地域への同手法の適用による女性の健康状況の改善を目的とした技術協力プロジェクト「リプロダクティブヘルス強化プロジェクト フェーズ2」の実施を我が国に要請した。

1 - 2 調査の目的

本調査は、上記背景を踏まえ、以下を目的として実施された。

- (1) プロジェクト対象候補サイトにおける母子保健（Maternal and Child Health：MCH）・リプロダクティブヘルスの現状・問題点（サービス提供体制、アクセス等）の確認・分析
- (2) (1)に基づく同サイト選定の妥当性・円滑なプロジェクト活動実施の実現性等の検討
- (3) 保健省および対象県行政官との協議に基づく協力内容・プロジェクト実施体制に係る詳細な検討
- (4) Project Design Matrix（PDM）、Plan of Operation等の案の作成および関係者間の合意形成
- (5) 保健省との協議、協議議事録（M/M）署名交換
- (6) 評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）に基づくプロジェクト概要の検証

1 - 3 調査団の構成

調査団は以下の3名で構成された。

担当分野	氏名	所属先	調査団参加日程
団長/MCH	北林 春美	JICA人間開発部 課題アドバイザー	5月23日～6月5日
協力計画	渡辺 志津	JICA人間開発部 母子保健課 ジュニア専門員	5月15日～6月5日
評価分析	今仁 直美	株式会社グローバル・リンク・マネジメント コンサルタント	5月15日～6月5日

1 - 4 調査日程

月日	曜日	移動および業務
5月15日	金	渡辺・今仁団員 成田出発
5月16日	土	ダマスカス到着
5月17日	日	JICA事務所打合せ 保健省訪問 世界保健機関（WHO）訪問 シリア家族計画協会（SFPA）訪問 アレッポへ移動
5月18日	月	アレッポ県保健局プライマリヘルスケア（PHC）局訪問 マンベジ郡保健事務所訪問〔データ・情報収集、青年海外協力隊員（JOCV）インタビュー〕
5月19日	火	アルバーブ郡保健事務所訪問（データ・情報収集）、Comprehensive Clinic見学 Susian HC、Qibseen HC、Bizaaリプロダクティブヘルスセンター 訪問 マスカネHC訪問（データ・情報収集、JOCVインタビュー）
5月20日	水	Khan Shikhun Sub-district Normal Delivery Centre、Tamanaa HC 訪問 イドリブ県保健局PHC局訪問
5月21日	木	ラッカ県保健局PHC局訪問 マダーン郡（Sub-district）保健事務所訪問（データ・情報収集）
5月22日	金	ダマスカスへ移動、資料整理
5月23日	土	資料整理、訪問記録まとめ 北林団長 成田出発
5月24日	日	国連児童基金（UNICEF）訪問 UNFPA 訪問 アガ・カーン財団訪問 北林団長ダマスカス到着、調査団へ合流、団内打合せ
5月25日	月	JICA事務所打合せ 国家企画庁表敬 保健省協議

5月26日	火	アレッポ県保健局協議 マンベジ郡保健事務所、ニューマンベジHC訪問
5月27日	水	イドリブ県保健局訪問 イドリブ県知事表敬 マアッラ郡保健事務所、Khan Shikhun Normal delivery centre訪問
5月28日	木	アレッポ県保健局PHC局長と面談 アルバーブ郡保健事務所、ターデフHC訪問
5月29日	金	ダマスカスへ移動、団内協議、協議記録まとめ、資料整理
5月30日	土	団内協議、協議記録まとめ、資料整理
5月31日	日	JICA事務所打合せ 保健省計画局長訪問 保健大臣表敬 団内協議
6月1日	月	保健省PHC局長、リプロダクティブヘルス課長との協議 欧州連合（EU）訪問 団内協議
6月2日	火	保健省リプロダクティブヘルス課との協議 EU（保健省内）訪問 団内協議
6月3日	水	ミニッツ署名 報告書作成
6月4日	木	日本大使館報告 調査団ダマスカス出発
6月5日	金	成田到着

1 - 5 主要面談者

(1) シリア側関係者

1) 保健省

Dr. Rida Saeed	保健大臣
Dr. Khaled Baradie	PHC局長
Dr. Reem Dihman	リプロダクティブヘルス課長

2) 国家企画庁

Ms. Hala Imad	アジア・米国・アフリカ協力局長
---------------	-----------------

3) アレッポ県保健局

Dr. Ahmad Ammar Talas	保健局長
Dr. Waddah Husein	PHC部長
Dr. Liqqa Hallaq	リプロダクティブヘルス課長

4) アレッポ県マンベジ郡保健事務所 (MHDO)

Dr. Ahmad Sheikh Ahmad	Director of MHDO
Dr. Ghadir Rajab	Deputy Director of MHDO
Dr. Khalid Al Ali	Head of Comprehensive Clinic
Mr. Ibrahim Sheikh Ali	Health Educator and Instructor
松下 真弓	青年海外協力隊員 (保健師)
中野 貴行	青年海外協力隊員 (村落開発普及員)

5) アレッポ県マンベジ郡 Maskaneh Health Center

Dr. Abdulrahaman	Director of Maskaneh Health Center
Dr. Mohd. Munir	産婦人科医 (同HC勤務)
福吉 恵子	青年海外協力隊員 (保健師)
有澤 律子	青年海外協力隊員 (村落開発普及員)

6) アレッポ県アルバーブ郡保健事務所

Dr. Mohammad Omar	Director of Al Bab Health District
-------------------	------------------------------------

7) イドリブ県知事事務所

Engr. Khlaed Al Ahmad	イドリブ県知事
-----------------------	---------

8) イドリブ県保健局

Dr. Ahmad Baheej Dwederi	イドリブ県保健局長
Dr. Yasser Najib	PHC部長
Dr. Thanaa Mouhsen	リプロダクティブヘルス課長

9) イドリブ県 Khan Shikhun Sub-district Health Center

Dr. Mosab Koutaini	Director of Khan Shikhun HC
Ms. Faten Sawadi	助産師 (正常分娩センター勤務)
Ms. Basima Karawan	助産師 (正常分娩センター勤務)

10) ラッカ県保健局

Dr. Hamoud Al Moussa	PHC部長
Dr. Ousama Khazaal	リプロダクティブヘルス課長
Dr. Anis Ajili	PHC局婦人科医

11) ラッカ県マダーン郡保健事務所

Dr. Mahamoud Al Hamoud	保健事務所長
Dr. Abud Nizal	正常分娩センター長
Dr. Muhammad Aid	歯科医 (マダーンHC勤務)
Mr. Shaaban Al Finushe	テクニカルアシスタント

12) 国連人口基金 (UNFPA)

Dr. Bakhtiyor Kadyrov Programme Specialist

13) 国連児童基金 (UNICEF)

Dr. Iman Bahnasi プログラムスペシャリスト
Dr. Ali Saleh イラク人コンサルタント

14) 世界保健機関 (WHO)

Dr. Aisha Jabir リプロダクティブヘルス・オフィサー

15) European Union (EU)

Dr. Isaac El-Mankabadi International Programme Co-Director
Ms. Carole Rigaud プログラムオフィサー

16) シリア家族計画協会 (SFPA)

Dr. Lama Mouake' リプロダクティブヘルス・エグゼクティブダイレクター

17) Aga Khan Development Network (AKDN)

Dr. Maher Abou Mayaleh Manager of Health Programme
Ms. Farrukh Lalani Programme Support Officer
Mr. Mohammed Adham Al-Sayed Communication Officer

(2) 日本側関係者

1) 在シリア日本国大使館

馬場 孝之 二等書記官

2) JICAシリア事務所

富田 明子 所長
田邊 秀樹 次長
藤元 直服 ボランティア調整員
Ms. Marah Morad プログラムオフィサー
Ms. Vivian Truk ナショナルスタッフ

第2章 シリア保健医療セクターの概要

2 - 1 保健医療分野における課題と保健医療政策

2 - 1 - 1 疾病構造

シリアは近年、PHCの分野において大きな進歩を遂げ、1970年には56年だった平均余命は、2005年には72年まで延びている。MCHにかかわる保健指標に関しても、表2 - 1に見るように周辺諸国のなかでも比較的良好な数値を呈している。

表2 - 1 シリアおよび周辺国のMCHにかかわる保健指標

	妊産婦死亡率	避妊実行率(%)		人口増加率 (2005-2010年平均)**	合計特殊出生率 (2008)**	15-19歳の女性 1,000人当たりの 出生率	介助分娩率	産前健診受診率	5歳未満死亡率	1歳児予防接種率(はしか)
		総計	近代的避妊法**							
シリア	130*	58	43	2.5	3.04	75	93	81	17	98
ヨルダン	62	56	41	3.0	3.08	28	99	99	20	95
エジプト	130	59	57	1.8	2.87	27	79	74	36	97
チュニジア	100	63	53	1.1	1.91	6	90	92	21	98
モロッコ	240	63	55	1.2	2.35	18	63	68	31	96
レバノン	150	58	34	1.1	2.19	18	98	96	29	53
東地中海地域平均	420	43.0	na	na	na	35	59	61	82	84

出典：World Health Statistics 2009 (WHO)

** State of the World Population 2008 (UNFPA)

* 保健省統計では58 (2008)

近年の途上国においては、従来からの保健医療の課題である母と新生児の健康や感染症や栄養等に加え、高齢化や都市部への人口集中、疾病構造の変化などに伴い、先進国と同様に慢性非感染症疾患 (Non Communicable Diseases : NCD) が増加しているといわれており、シリアにおいても例外ではない。2005年の時点で、心臓病や脳卒中、がんなどのNCDが死亡原因の約70%を占めているのに対し、感染症および妊娠・出産に起因する疾患は、約12%にとどまっている (表2 - 2)。

これらの背景を踏まえ、第10次5ヵ年計画 (2006~2010) では、人口増加率と慢性疾患の増加によって増大する保健医療サービスへのニーズに効率的に対処するため、保健医療セクターの近代化と効率化が大きな課題として認識されている。

表 2 - 2 シリアにおける主な死亡原因

	死亡原因 (%)	
1	循環器疾患	49.0
2	悪性腫瘍	6.2
3	呼吸器疾患	5.6
4	周産期死亡	5.6
5	事故	4.7
6	先天性異常	4.1
7	泌尿生殖器疾患	3.1
8	神経疾患	2.4
9	消化器系疾患	2.3
10	感染症・寄生虫症	1.8

出典：The Burden of Disease and Injury in Syria, Ministry of Health (Health Sector Modernisation Programme), 2007

2 - 1 - 2 保健行政

シリア政府の保健医療行政には、保健省のほか、財務省、国家計画局、地方行政省（県レベル以下の保健局・事務所を管轄）、高等教育省（大学医学部と大学病院を管轄）、社会労働省（警察病院を管轄）、国防省（軍病院を管轄）等が関与している。保健省は他省庁との協議・調整を通じて、国民の保健医療へのアクセスを保証する責務を担っている。保健省の組織図は図 2 - 1 のとおりであり、リプロダクティブヘルス課はヘルスケア局に属している（詳細計画策定調査時はPHC局に属していたため、図 2 - 1 は当時のものを採用。その後、組織改編により、変更されている）。

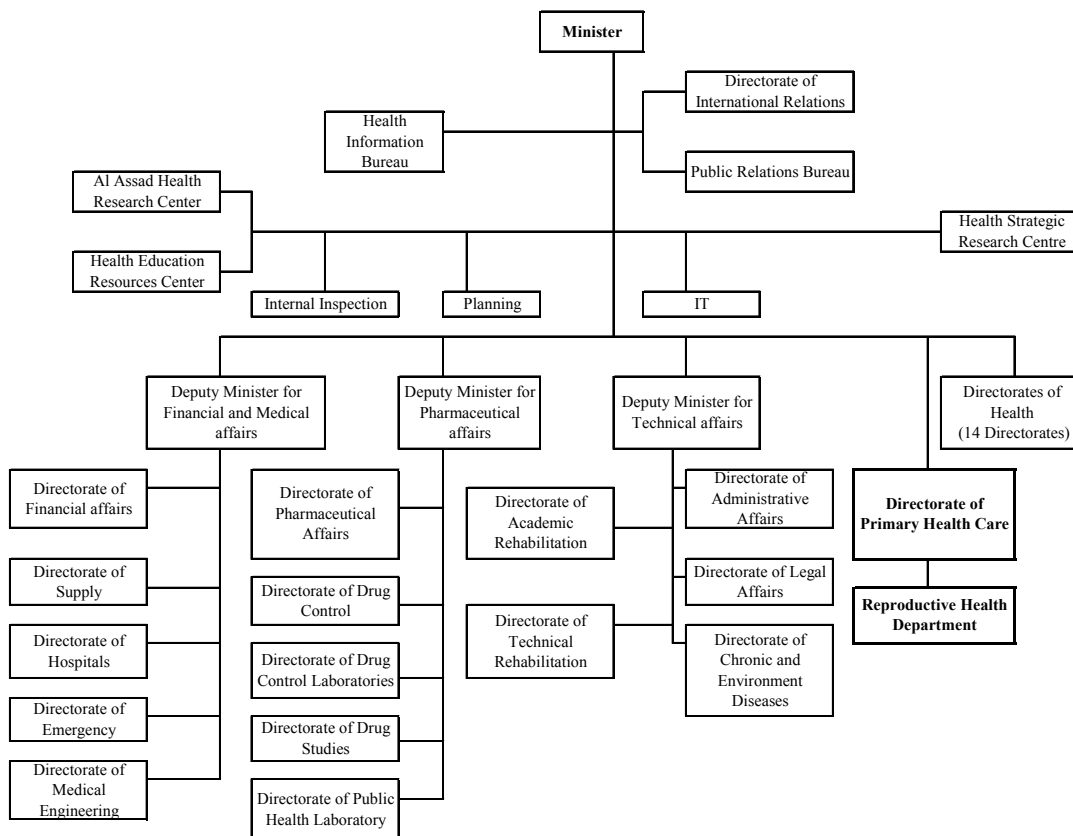


図 2 - 1 保健省組織図（2009年6月現在）

1990年より保健行政の地方分権化が推し進められており、県保健局（Governorate Health Directorate）が国家の保健医療政策の枠内で、地方の保健医療サービスの実施機関となっている。県保健局は事実上地方行政組織の一部であるが、技術的な支援・監督は保健省の管轄であることから、県保健局の予算も保健省管轄のものと、地方行政省から県知事事務所を経由して交付されるものに大別される。保健省系予算は、人件費、研修費用、国家プログラム〔予防接種や家族計画（FP）〕の薬類や避妊具などの一括購入、高度機材の購入とメンテナンス等に使われ、地方行政省からの予算は人件費や経常経費のほか、施設の新築、基本機材、国家プログラムでカバーされない医薬品の調達に支出される。2007年における保健医療の予算は表2 - 3のとおりである。

表2 - 3 2007年度保健予算内訳

（単位：1,000シリアポンド）

国家予算総額	保健予算			
	保健省	地方行政省	合計	対国家予算比（%）
588,000,000	8,089,837	16,253,475	24,343,312	4.14

出典：シリア・アラブ共和国救急医療整備計画基本設計調査報告書、JICA、2008

県保健局の下にはそれぞれの郡に郡保健事務所が設置され、HCなどの第一次医療施設の統括と監督にあっている。第二次・三次の医療施設は、保健省（国立病院）、もしくは高等教育省（大学病院）、防衛省（軍病院）等直属の省庁の管理下であり、リプロダクティブヘルス等の課題分野はサービスが提供されるレベルによって、異なる行政機関に管轄されていることになる。

県保健局は毎月小児予防接種、リプロダクティブヘルス、栄養、高齢者医療、保健教育、救急医療、慢性疾患、思春期保健等にかかわる詳細なデータをHCから郡保健事務所を通じて受け取り、統計を取りまとめ保健省に報告すると同時に、データの分析によるモニタリングおよび計画策定を行っている。民間のクリニックや病院の統計を吸い上げるシステムは存在しない。

2 - 1 - 3 ヘルスケア・デリバリー

シリアでは憲法ですべての国民が保健医療サービスを楽しむことが保証されており、その平等なアクセスを実現するという政策の下、公的機関における保健医療は無料で提供されている。

表2 - 4は、シリアにおける保健医療施設の数を示したものである。最も基本的な保健医療を提供するHCは2008年時点で全国に1,315ヵ所設置されており、シリアのほぼ全域をカバーしていると認識されている。HCには出産介助機能はないため、危険のない出産を扱う施設として、正常分娩センター（Normal Delivery Centre：NDC）がHCに付属する形で全国に35ヵ所設置されている。保健省は、NDCを継続的産科ケアを実現するための要の施設と位置づけて、その更なる増設を計画している。

しかし、現時点でのHCの利用率は低く、15～19歳の女性のうち4分の3以上が民間医療機関を受診している¹ほか、地域差はあるものの産前健診のおよそ80%が民間医療機関で行われていると見積られている。

¹ Family Health Survey 2002

表 2 - 4 シリア保健医療施設 (2008)

公立								民間
第一次医療施設 (PHC施設)				第二次・三次医療施設 (病院)				
HC	ヘルス ポスト	専門施設	総合 クリニック	保健省 管轄	高等教育 省管轄	地方行政 省*管轄	国防省 管轄	
1,315	260	52	22	85	12	2	na	365

出典：Preparatory Survey for North-Eastern Region Development in Syria - Health Sector Perspective - JICA March 2009

* WHO/EMRO 2006では社会・労働省 (MoSAL)

シリアでは民間セクターの医療機関が発達しており、都市部を中心に365の私設病院が医療サービスを提供している。また公的医療機関の医療従事者は、給与補填のために私的に医療行為を行って報酬を得ることが認められていることもあり、個人経営のクリニックも多数存在する。

HCの利用率が低い要因としては、およそ16%の住民がHCへの物理的アクセスの悪さ²をあげている³が、一般にHCは技術的にも設備的にもスタンダードが低く、子供の予防接種のための施設というイメージをもたれている。また、HCの開業時間内でも、医師や助産師が自身の副業(個人経営のクリニックでの業務)で多忙なため、HCを不在にするということが往々にしてあるため、HC自体が住民の信頼を得られていないという側面もある。

HCの低利用のもうひとつの要因として、シリアでは医療サービスにおけるレファラルシステムが確立していないことがあげられる。HCは基礎的保健医療サービスを提供する施設ではあるが、全く同様のサービスが病院でも受けられるため、設備が整っており医療従事者も充足している病院へ直接行く住民も多い。第一次医療施設から高次元へのレファラルシステムは2007年に導入されたものの、賄賂の温床となっているとして2009年にいったん廃止されている。

基礎的保健医療の施設数は充足している反面、より高度な医療を提供する病院のベッド数は不足しているとの認識⁴から、ここ数年シリアでは地方を中心に病院の新規開設が増加している。しかし並行して増大する医療従事者の需要に人材育成が追いつかず、開設された病院にはHCから技術力の高いスタッフを転属させているため、結果としてHCが人手不足に陥り、それが稼働率に影響するという悪循環も引き起こされている。

2 - 1 - 4 医療保健分野の人材育成

シリアにおける医療保健人材は過去15年ほどで大きく拡充したが、表 2 - 5 に見るとおり、他の人材に比して医師が多く育成されている。医師は専攻を深める傾向が強く、家庭医 (general practitioner : GP) になる者が少ないことも特徴で、これがPHCレベルの人材不足と民間病院の増加の一要因であると考えられている。

また助産師は養成施設数こそ多いが、高校卒業後、看護学校3年間、さらに助産師学校へ2年間通う必要があることから、アレッポ県保健局局長によると、入学志望者が少なく、定員割れ

² 5km以内にHCがない人口の割合は農村部では25% (Household Income and Expenditure Survey 2003-04, quoted in UNFPA's Action Plan for 2007-2011)

³ UNFPA Country Programme Action Plan 2007-2011, UNFPA Syria

⁴ 2006年の人口1,000当たりのベッド数はシリア14に対しヨルダン19、エジプト22、レバノン36である(WHO統計、Preparatory Survey for North-Eastern Region Development in Syria - Health Sector Perspective - JICA March 2009)。

している助産師学校もあるとのことである。2009年6月に調査団と会見したシリアの保健大臣は、助産師の人材不足に対処するために養成過程を短縮し、「準助産師」のような資格が得られるよう改革するビジョンを披露している。

伝統的産婆（Traditional Birth Attendant：TBA）は数年前に政策として出産介助を禁止されて以来、公的機関による研修も廃止され、公式にはその活動は妊産婦の身の回りの世話にとどめられている。一方でラッカ県マダーン郡においては、HC長によると、全出産のほぼ半数がTBAの介助によるものとみられているほか、イドリブ県の保健局長からも（助産師の絶対数が不足していることから）TBAへのサポートを求める発言もあった。

表 2 - 5 保健医療分野の教育施設とそのキャパシティ

	施設数	年間卒業者数
大学医学部	4	1,235
大学院	7	230
歯学部	4	703
薬学部	3	655
看護学校	17	800
助産師学校	17	120
医療補助師(検査技師等)養成学校	6	974
公衆衛生	1	30

出典：Health System Profile Syria WHO-EMRO 2006

2 - 2 リプロダクティブヘルスの課題と戦略上の位置づけ

シリア保健省策定のリプロダクティブヘルス・家族計画戦略計画（2005～2015年）では、リプロダクティブヘルスと家族計画に関する指標と目標値を表 2 - 6 のとおり定めている。

表 2 - 6 リプロダクティブヘルス・家族計画戦略における指標と目標値

指 標	1990	1993	1999	2001	2015
妊産婦死亡率全国平均（出産10万件当たり）	143	107	71	65.4	32
乳児死亡率全国平均（1,000人当たり）	33	34.6	24	18.1	12
5歳未満児死亡率全国平均（1,000人当たり）	44	42	29	20.2	13
指 標			1993	2001	2015
避妊実行率			39.3	46.6	60
熟練助産者の介助による出産の割合			76.8	86.5	99
熟練助産者の介助による出産の場所					
HC			35.1	54.6	80
自宅			63.9	44.6	20
その他			1	0.8	-
帝王切開による出産の割合			12.4	15	10
最低1人の医療従事者によって産前ケアを受けた妊婦の割合			50.8	70.9	99

2 - 2 - 1 妊産婦死亡率

妊産婦死亡率は、保健省の統計で全国平均10万対107（1997年）から58（2004年）まで低下しているが、国内の地域格差は大きく、状況が最も良好とされるダマスカスで34（2004年）、最も高いラッカ県で81（同）となっている。妊産婦死亡の詳細に関してはデータを収集するシステムが存在せず、2005年にUNFPAの支援を得て保健省が行った調査⁵でその一端を垣間見ることができるのみであるが、同調査では本来1%以下であるべき病院内死亡率が7.8%と高いことから、その報告のなかで、第一次から三次までのすべての医療施設における緊急産科医療の整備および出産介助者の技術レベルの向上と統一を勧告している。その他妊産婦死亡率を低減させる方策として、産前産後健診の質の向上と継続ケアの構築、医療従事者の研修強化などのほか、妊産婦死亡に関する更なる情報収集のためのシステムづくりを提案している。

かかる状況において、保健省PHC局リプロダクティブヘルス課長によると、保健省は、家族計画の促進によりリスクの高い妊娠・出産⁶を減らす、産前産後健診の促進、住民への啓発活動の3点を推進することにより、妊産婦死亡率の低減を図る方針をとっているとのことである。

2 - 2 - 2 家族計画

シリアにおける家族計画実行率は58%（2006年）、近代的避妊法に限定すると43%（同）である。PHC施設において複数の避妊法が無料で提供されており、そのほとんどは保健省が独自の予算でUNFPAを通して調達している。保健省は、民間医療機関の利用率が高いことに鑑み、リプロダクティブヘルス・家族計画戦略の一環として、私立の病院やクリニックから人々へ避妊具を提供することも併せて推進している。

今回調査したHCのほとんどでは、ピル〔混合型（Combined Oral Contraceptive：COC）およびプロゲステゲンピル（Progestogen-Only Pill：POP）〕、子宮内避妊器具〔Intrauterine Contraceptive Device：IUD（コッパー付き）〕、注射、コンドームが常備されており、その他殺精子剤、ペッサリー、女性の不妊手術を選択できると回答した施設もある。皮下埋め込み式や男性の避妊手術は避妊法としてほとんど認識されていない。

表2-7は、首都ダマスカスおよびアレppo県、イドリブ県、ラッカ県における家族計画の実行率と避妊法の内訳、および家族計画において満たされていない需要（unmet needs）⁷を表したものである。避妊法の選択は基本的には個人の意志に任されるが、保健省はその長期的効果からIUDの利用を促進しようと、助産師のIUD着脱に関する技術研修を進めている。

家族計画実行率は、都市と農村での乖離が大きく、農村部で近代的避妊法による家族計画実行率を向上させることが課題のひとつとなっている。そこで、PHC施設へのアクセスが悪い地域には、郡保健事務所からモバイルクリニックを派遣し、アウトリーチ活動を実施している地域もある。しかし、農村部では大家族を信奉する傾向も強いことから、宗教的、文化的側面に配慮しつつ、（子供の数を減らすより）十分な出産間隔をあけることの医学的効用を強調した啓発活動を展開する必要がある。

⁵ Report on the study of Maternal Mortality Causes in the Syrian Arab Republic, MoH 2005

⁶ 18歳未満、45歳以上、3年以上間隔があいていない、5回目以降のどれかに当てはまるものを、リスクの高い妊娠・出産と位置づけている。

⁷ 家族計画を実行する意志はあるが、何らかの理由でそれが実行できていない人々の割合

表 2 - 7 家族計画の実行率とその避妊法内訳および家族計画におけるアンメット・ニーズ

	ダマスカス	アレppo県	イドリブ県	ラッカ県
家族計画実行率	70.8	59.8	57.2	33.7
近代的避妊法実行率	58.9	49.6	39.1	25.4
避妊手術（女性）	0.1	1.3	1.5	0.6
ピル	14.1	17.1	16.0	13.8
IUD	40.3	27.1	19.5	10.3
注射	0.7	2.4	1.1	0.2
コンドーム	2.6	1.5	0.6	0.2
ペッサリー・殺精子剤	0.0	0.1	0.4	0.4
授乳	2.8	3.7	6.0	2.9
カレンダーメソッド	8.1	5.1	8.9	4.0
膣外射精	1.4	1.2	1.7	0.2
アンメット・ニーズ	6.9	6.4	13.8	19.3

出典：Multiple Indicator Cluster Survey, CBS/UNICEF 2006

2 - 2 - 3 産前健診

表 2 - 8 および 2 - 9 に産前健診に関する Multiple Indicator Cluster Survey (2006) の結果を示す。Multiple Indicator Cluster Survey によると、熟練医療保健従事者の手による産前健診の受診率⁸は全国平均で84%にのぼるが、地域差があり、最も受診率の高いタルトゥース県で99.4%、最も低いイドリブ県は67.1%であった。またこの調査からは、妊婦の年齢と出産回数が増えるにつれて受診率は下降し、経済状況や教育レベルとも比例の関係にあることが明らかになっている。

産前健診の質については、The Family Health Survey in the Syrian Arab Republic (2002)⁹では血液検査や尿検査といった検査施設を必要とする項目の受検率が比較的低いことが明らかになっている。これは、検査施設の数に限られているため、特に必要と判断される場合にのみ検査を行っていることが反映していると思われる。しかし、前述の2006年の調査においても、地域によってばらつきが大きいものの、体重や血圧の測定といった検査施設を必要としない項目も満足に行われていない地域もあることが示されており、危険兆候や家族計画、産後健診に関する情報提供が3割程度にとどまっていることと併せて、健診の質を上げる必要性を示唆している。

⁸ 妊娠期間中に医師、助産婦、看護師による健診を最低1度受けた女性の割合

⁹ The Family Health Survey in the Syrian Arab Republic, PAFAM/CBS, 2002

表 2 - 8 産前健診において基本的検査を受けた妊婦の割合（県別）

	ANCを1度以上 受けた女性の 割合（％）	血液検査 （％）	血圧測定 （％）	尿検査 （％）	体重測定 （％）
ダマスカス	95.0	85.4	92.5	82.9	92.9
アレppo県	78.6	45.0	68.5	37.5	59.1
イドリブ県	67.7	37.3	59.6	38.9	46.7
ラッカ県	80.6	30.3	69.2	33.2	46.3

出典：Multiple Indicator Cluster Survey, CBS/UNICEF 2006

表 2 - 9 産前健診のメニュー 別受診率（施設別）

	政府系病院・ クリニック	政府系 PHC施設	民間病院・ クリニック	個人営業の 医師	合計
体重測定	71.6	63.6	90.1	74.1	72.7
身長計測	38.7	30.5	37.4	33.4	32.7
血圧測定	83.9	71.7	91.2	88.4	86.7
血液検査	59.4	42.8	56.0	48.4	47.6
尿検査	56.1	44.4	52.7	46.8	46.2
栄養指導	50.3	41.2	61.5	49.7	49.5
危険の兆候についての情報	32.3	26.2	47.3	30.8	31.1
家族計画についての情報	30.3	33.2	38.5	31.3	31.7
産後健診についての情報	31.6	33.2	38.5	31.3	31.7

出典：The Family Health Survey 2002

2 - 2 - 4 出 産

上述の2002年の調査によると、自宅、公立病院、私立病院で出産をした女性の割合はそれぞれ45%、26.1%、19.1%であった。初産の場合は63%が病院で出産しており、出産回数が増えるにつれて自宅出産の割合が増す傾向にある。

表 2 - 10は、分娩の際の介助者の内訳と出産の場所を表したものである。自宅分娩の際も医師や助産師の往診を受けて出産することが多く、熟練助産者による分娩は都市部で97.6%、農村部でも88.4%にのぼっている。自宅出産イコール危険とはいえないが、保健省のリプロダクティブヘルス・家族計画戦略では2015年までに施設分娩を80%まで増加させる目標を設定している。

HCでは産前産後の健診は行いが、出産は扱っていないことから、産前健診と分娩、産後健診が分断されてしまうことが、産後健診の受診率の低さにつながっているとみられている。そのため保健省は継続した妊産婦ケアを実現するための施設として、主なHCに併設する形でNDCの設立を推進している。

表 2 - 10 分娩介助者の内訳および施設分娩の割合（％）

分娩介助者	ダマスカス	アレppo	イドリブ	ラッカ	都市	農村
医師	88.3	41.8	46.7	57.1	66.8	54.3
看護師・助産師	9.2	47.5	41.4	26.9	29.6	32.2
TBA	2.1	7.9	5.0	12.6	1.5	9.5
その他	0.4	2.6	2.5	1.1	1.5	3.0
分娩介助なし	0.0	0.1	4.4	2.3	0.7	1.0
熟練助産者 小計	97.9	91.2	90.0	85.2	97.6	88.4
施設分娩	92.5	53.6	61.1	62.9	75.3	65.5

出典：Multiple Indicator Cluster Survey 2006

2 - 2 - 5 産後健診

産後健診の受診率に関する詳細なデータはないが、前述の2002年の調査では、産後健診を受けた女性は23％、農村地域では17％にとどまっている。産後健診を受けない理由としては、健康上問題がなかったため健診を受ける必要がないと判断したことが一番の理由にあげられており、医療施設までの距離や経済的理由をあげた者は少数であった。これは、産後健診の意義や重要性の周知が不十分であることを示唆している。

2 - 2 - 6 HIV・エイズを含む性感染症の予防と治療

保健省のリプロダクティブヘルス・家族計画戦略計画によると、2004年末までに行われた350万件あまりのHIV抗体検査のうち、陽性は204件であった。性感染症の発生率に関しては梅毒など特定のものを除いては情報収集のシステムが確立しておらず、全貌は不明である。政府は主に若者を対象に啓発教育を行い、HIVやその他の性感染症を予防しようとしている。

HIV・エイズに関する人々の知識は比較的高く、女性のおよそ4分の3が何らかの知識を有しているが、梅毒、淋病、肝炎といったその他の性感染症に関しては、その知識レベルは20～35％にとどまっている¹⁰。今回調査した限りでは、HCレベルでHIV・エイズやその他の性感染症に関する検査や啓発活動はほとんど行われていない。

2 - 2 - 7 女性のがん

シリアではがんの早期発見のために、2000年代の前半からHCにおいて、子宮頸がんの健診と乳がんの自己健診指導を導入している。すべてのHCで、がんの健診が受けられるようにするために、看護師や助産師の研修、住民の啓発活動、がんが疑われた場合にクライアントをリファーする施設の整備等を進めている。しかし一方で子宮がん、乳がんに関する統計資料はなく、疾病調査を実施して現状を把握することが当面の課題となっている。

今回の調査では、いくつかのHCに子宮頸がんの検体採取の研修を受けた助産師が配属されており、検体は大規模HCや病院の検査室に送られていることが確認された。ラッカ県マダーン準郡では、検査室の設備が未整備のうちに検体診断の研修を受けた検査技師もあり、県保健局が

¹⁰ Family Health Survey 2002

らは検査設備に関する支援への期待も表明された。

2 - 2 - 8 思春期保健

保健省は2002年よりWHOと協力して、10～19歳を対象にリプロダクティブヘルスに重点を置いた思春期保健をHCに導入することに着手した。これは保健教育、特にリプロダクティブヘルスに関する教育を通して、若者の健康を促進しようという試みである。社会的にセンシティブなテーマであると同時に新しい分野でもあることから、医療従事者の研修や保健教育の教材作成のほか、セクター横断的な委員会を設立し、他省庁を巻き込みながら計画策定・実施を行うことがリプロダクティブヘルス・家族計画戦略（2005～2015）に謳われている。

今回の調査の時点では、学校教育においても思春期保健が取り入れられていること、SFPAなどの非政府組織（NGO）も積極的に取り組んでいる分野であることが確認された。

2 - 2 - 9 その他

保健省のリプロダクティブヘルス・家族計画戦略（2005～2015）には、上記以外の重点分野として「妊娠中絶の予防と中絶に伴う合併症の治療」、「更年期における疾病の予防と治療」、「不妊対策」、「婚前健診の促進」が列記されている。

2 - 3 日本の支援実績

我が国は、2002年を最後に、シリアにおけるトップドナーの位置を退いたものの、中東和平プロセス当事国として重要な国であることから、中東和平プロセス推進の一環として、シリア国民の生活向上に資する支援を継続して実施している。

シリアに対して我が国が実施した保健医療分野の政府開発援助（ODA）の実績を表2 - 11に示す。2006年までは、保健医療分野における技術協力プロジェクトの前例はなく、無償資金協力および草の根・人間の安全保障無償資金協力案件等を幅広く実施してきた。2006年6月～2009年3月の期間で実施された「シリア国リプロダクティブヘルス強化プロジェクト（フェーズ1）」は同国の保健医療分野における最初の技術協力プロジェクトとなった。

また、リプロダクティブヘルス分野に関連する支援として、表2 - 11には含まれていないが、これまでに「中東地域女性の健康支援を含む母子保健方策」、「母子保健福祉研修」、「母子保健」等の課題別研修が実施され、シリアからの研修員が参加しているほか、2008年3月より、青年海外協力隊員（保健師2名、村落開発普及員2名）をアレppo県マンベジ郡に派遣し、フェーズ1との緩やかな連携によりHCのサービス向上とコミュニティ開発に係る活動を展開している。

表 2 - 11 我が国の保健医療分野における対シリアODA実績

形態別	案件名	年度	金額 (億円)
無償資金協力	救急医療体制整備計画	1993	4.66
	救急医療体制整備計画	1993	6.29
	ダマスカス病院医療機材整備計画	1997	6.81
	アレppo大学病院医療機材整備計画	2001	3.05
	ゴラン病院医療機材整備計画	2003	4.52
	救急医療整備計画	2008	8.61
技術協力プロジェクト	リプロダクティブヘルス強化プロジェクト	2006-09	2.55
草の根無償	シリア赤新月社医療サービス向上計画	1996	
	脳性小児麻痺データシステム改善計画	1996	
	第二手術室開設計画	1997	
	早期がん健診外来診療所開設計画	1997	
	出産病院新保育器導入計画	1998	
	ヤルムークキャンプ乳がん健診センター設立計画	1999	
	アレppo保健改善協会新病院手術室開設計画	1999	
	ホムス慈善社会病院病理学療法開設計画	1999	
	タイベイ村医療センター開設計画	2000	
	フスン病院改善計画	2001	
	ヒクマツ・マフジューブ慈善医療センター救急車供与計画	2002	
	ゼイズダム崩壊による洪水被災者のための診療所設立計画	2002	
	ハサッケ県僻地に対する移動診療車供与計画	2003	
	パルミラ市周辺地域の住民向け移動歯科治療車の供与計画	2003	
	イドリブ市貧困層向け診療所医療設備改善計画	2003	
	デリゾール県僻地に対する移動診療車供与計画	2003	
	ホムス慈善社会サービス協会病院救急外来改善計画	2005	
	アレppo市郊外慈善診療所基礎医療機材導入計画	2006	
	ヤルムーク・キャンプ体外衝撃波結石破碎用医療機材導入計画	2006	
	ダマスカス旧市街慈善診療所基礎医療機材導入計画	2006	
	ホムス市慈善診療所レントゲン検査科開設計画	2007	
	ピンシュ市赤新月社診療所基礎医療機材導入計画	2007	
	ハサケ県の医療過疎地に居住するイラク難民及び地域住民に対する移動診療車導入計画	2007	
アレppo県僻地への移動診療車導入計画	2007		
ラッカ市自然分娩病院医療機材導入計画	2008		

2 - 4 ドナー・NGOの動向

2 - 4 - 1 国連人口基金（UNFPA）

UNFPAは、現行の5ヵ年計画（2007～2011年）においてリプロダクティブヘルス、人口と開発、ジェンダーの3分野においてシリア政府の支援を行っている。同5ヵ年計画のUNFPA側の予算は900万米ドル、シリア政府は450万米ドルをマッチングファンドとしてコミットしており、PHC施設で配布される避妊具はUNFPAが保健省の予算で調達したものである。

妊産婦死亡率の低下に資するものとして、WHOやUNICEFと協力して2006年に妊産婦死亡の背景を探る調査を実施しており、医療施設での死亡率が7.8%と高いことから、主に北東3県の病院で緊急産科医療の強化に力を注いでいる。またPHC施設のリプロダクティブヘルスサービスの利用率が低いのは施設や医療従事者への信頼が醸成されていないためとして、分娩介助、産前産後健診、子宮がん健診などの分野における医療従事者の技術強化と地域保健教育の促進を支援している。

その他、リプロダクティブヘルスの分野では、若者を対象とし、情報、教育、コミュニケーション（Information, Education and Communication：IEC）/行動変容コミュニケーション（Behavior Change Communication：BCC）を主軸に据えた思春期リプロダクティブヘルスを全国的に推進しているほか、安全な母性（safe motherhood）に関する介入として、保健省による産前産後健診の国家ガイドラインの改定を支援している。同ガイドラインは2010年から全国的に導入される予定である。また人口と開発の分野では、データの収集・分析と政策への転換に関するキャパシティ・ビルディングを実施し、エビデンスに基づく政策策定を支援している。

2 - 4 - 2 国連児童基金（UNICEF）

現行のUNICEFの支援は、地元NGOを活用したシリア国内のイラク難民を対象としたものが主流である。イラク難民が多く居住するダマスカスやダマスカス郊外において、地元NGO（Syrian Association for Health promotion and Development）に委託し、地域ボランティアやキャンペーンを通じた健康教育を実施している。地域ボランティアは主にイラク人の若い男女であり、UNICEF担当者によれば、モチベーションが概して高く、研修や供与される教材から社会的に意義のある活動を行っているという自覚が生まれているのではないかとのことである。また「概念が固定化している大人の行動変容は難しいため、古い考えが次世代に継承されないよう若者をターゲットとすることが、戦略的に効果的」と考えられているようである。

北東部3県はUNFPAと同様に重点地域と位置づけており、各県の保健局PHC部や郡保健事務所を対象に、データ分析やエビデンスに基づいた活動計画立案の研修を実施している。

保健省がWHOの支援を受けて実施している「ヘルシービレッジプログラム（Healthy Village Program：HVP）」に関しては、UNICEFも当初は支援をしていたが、拡大のスピードに質が伴っていないとの認識から、現在は直接の支援を停止している。しかし、相乗効果をねらって、HVPの対象村をUNICEFのプロジェクトの対象地域として選定することはあるという。

2 - 4 - 3 世界保健機関（WHO）

HVP¹¹はWHOのイニシアティブで1996年より保健省が教育省などと連携して推進しているプ

¹¹ 2005年の時点で530の村がカバーされている（第10次5ヵ年計画）

プログラムであるが、あえて保健に特化せず、エントリーポイントとして手工芸などの収入創出活動や教育、文化、社会的な活動が織り込まれているのが特徴である。村単位の委員会が計画立案し、住民が主体的に動くことが想定されたモデルであるため、委員会メンバーのプログラムに対する正しい理解とオーナーシップの創出が成功の鍵である。WHO担当者によれば、住民の自主的行動を誘発することに困難は多いが、実際にダマスカス郊外やクネイトラでよい結果を出している村もあり、そういった村では委員会メンバーの熱意が際立っているという。

またWHOは“Beyond the Numbers”のスローガンの下、UNFPAと協力して妊産婦死亡率の背景を探り、緊急産科医療と助産婦の強化を重点に保健省をサポートしているほか、EUの保健医療セクター近代化プログラムでは、病院の認証制度（accreditation）を構築することに関し支援を行っている。

2 - 4 - 4 欧州連合（EU）

EUは2006年より「保健医療セクター近代化プログラム（Health Sector Modernisation Programme：HSMP）」を実施しており、保健省や統計局をカウンターパートに多角的な支援を行っている。予算は2010年4月までの5年間で3,000万ユーロ、さらに900万ユーロをイラク難民支援のために追加計上している。2010年5月より2014年までのフェーズ2の実施がほぼ確定しており、予算規模は1,500万ドルが予定されている。また同プログラムフェーズ1の残りの期間を使って4,000から5,000のサンプル数で家計調査（household expenditure survey）を実施する予定とのことである。HSMPの概要は表2 - 12のとおりである。

表2 - 12 EU支援の「保健医療セクター近代化プログラム」(フェーズ1) 概要

課題エリア	詳細課題	実績例
政策策定・計画立案・規則の策定に関する中央・県レベルの能力の向上	エビデンスに基づいた政策・計画立案、研究機関の設立、保健情報システムの整備、官民協力での枠組みづくり	戦略的保健研究センターの設立、第10次5カ年計画保健セクターの策定支援、パイロットとして3病院での保健情報システムの構築など
需要に合致した公的保健医療サービスの供給	PHC施設の拡充、クリニカル・プロトコルの整備、「家庭医」の概念の普及、マネジメント強化、ラタキア県とダラー県におけるHVPの拡大	ラタキア県とダラー県のHCのリハビリテーション（含機材供与）、コミュニティでの保健教育活動、マネジメント研修、マネジメント・ツールの整備、家庭医研修など
保健医療関係施設のマネジメント能力の強化	チームワークの促進と効率化をめざし組織の改革を図る、組織内での横の連携強化、ビジネスプランニング	病院等における理事会の設立、各種マネジメント研修など
病院のパフォーマンス向上	ニーズに合致したサービスを低コストで効率的に提供するための制度策定スタンダードの策定	ニーズの再検証、ラタキア県とダラー県官立病院の将来設計、病院の独立法人化の検討など

医療の質の管理と認証制度	品質管理制度の構築、現行制度へのインテグレーション、官立・民間病院の認証制度、PHC施設への応用	病院における品質管理向上のためのツールの策定、研修など
持続可能な保健財政の枠組み構築	現行保健財政のレビューと効率化、健康保険の制度化、ユーザーフィーの導入検討	保健財政の見直し、保健医療施設のコストレビュー、健康保険制度の検討など
イラク難民支援	イラク難民がアクセスするPHC50カ所、病院8カ所の拡充	機材供与(医療器材、事務機器、車両など)、緊急医療や保健教育の研修

出所：EUで入手したパンフレット「Health Sector Modernisation Program」から作成

PHCレベルの活動としては、ダラー県とラタキア県およびダマスカスでイラク難民が多く居住する地区において、機材供与をメインとしたHCの復興(rehabilitation)とマネジメント強化のための研修、保健教育のための教材の作成と配布を実施している。

2 - 4 - 5 シリア家族計画協会(SFPA)

国際家族計画連盟(IPPF)の正規メンバーであるSFPAは、正規職員のほか地域活動やガバナンスにおいてボランティアを組織的に活用している。クネイトラ県、ハマ県、タルトゥース県を除く11県に支部をもち、20カ所(アレッポ県、ダマスカス、ラタキア県には複数)のリプロダクティブヘルスクリニックを運営している。クリニックでは産前健診、家族計画、性感染症、女性のがん健診を含む包括的なリプロダクティブヘルスサービスを提供しており、配属されている医師もその9割が産婦人科医である。クライアントの権利を重視するほか、よいサービスを提供するための医療従事者側のニーズにも着目し、多角的にサービスの質の向上に努めている¹²。

思春期リプロダクティブヘルスにも力を入れており、クリニックの中にユースセンターを併設し地域の若者に対する啓発活動のベースとしているほか、大学や青年同盟と提携してアウトリーチ活動を行っている。担当者によると、以前は未婚の男女に対し家族計画の具体的な話をすることには風当たりが強かったが、現在は学校でもこれらの分野を教えられるようになっていたことである。また性差に基づく暴力(gender-based violence)やゲイ・レズビアンといった社会的にタブーとされているテーマにも積極的に取り組んでいる。

SFPAはイドリブ県で20の村を巡回するモバイルクリニックを実施しており、JICAが行うプロジェクトとの連携に強い関心を示している。また、フェーズ1で行った医療技術系の研修のリソースとなることに加えて、ボランティアの活用には長い経験があることから、コミュニティの啓発活動における連携に前向きである。

2 - 4 - 6 アガ・カーン開発ネットワーク(Aga Khan Development Network)

アガ・カーン開発ネットワークはアガ・カーン系のNGO 10団体の総称であり、シリアでは2000年より「極貧層の生活の質を持続可能な方法で改善する」ことをテーマに活動している。保健

¹² フェーズ1においてはマンベジ郡の助産師を対象にしたIUD研修をSFPAに委託、技術面ばかりでなくサービスの質の面でも大きな効果があった旨、報告されている。

医療の分野では、アガ・カーン・ヘルスサービスというNGOが、 コミュニティ・ヘルス、看護師の養成、 病院やクリニックの医療スタンダードの向上という3分野に取り組んでいる。

コミュニティ・ヘルスの分野では、26のHCと病院1ヵ所をもつハマ県のサラミア郡において、コミュニティでの啓発活動のほか、医療従事者を対象にマネジメント（計画立案、スーパービジョン、データマネジメント、人事など）、院内感染の防止など基本的なクリニカル・マネジメントに関する研修やHCから病院へのレファラルの強化などを行っている。フェーズ1では、マンベジ郡とサラミア郡の関係者で相互視察を行い、経験の共有を図っている。

コミュニティの啓発に関しては、保健に特化しない複合的アプローチ（integrated approach）を採用し、「知識の伝達」に終わらない、行動変容を促すための「PHC立案のためのモジュール（Modules for planning primary health care）」を独自に開発、現状分析、問題点の発掘、対処法の決定など、すべての段階で時間をかけて議論を尽くすことを通じて、住民の間で主体性を引き出す手法をとっている。住民と保健医療施設のリンクとなることを期待して地域ボランティアの制度も設立、「できることを、できるときにすればよい」という方針を徹底したところ、5年間でボランティアの定着率は90%にのぼっている。2008年に実施した評価では、コミュニティ組織・住民と医療従事者の積極的な参加と協力が得られていることが確認されており、将来的には、地域色を薄めた同モジュールの全国での応用によるスケールアップを考えているようである。

公的機関の医療従事者が副業としてクリニックを開業することが認められているシリアでは、PHC施設で働く医師が希少なため、アガ・カーンは看護師の技能面を強化して活用することが効率化につながると考えている。そこで、保健省・高等教育省と協力して看護学校のカリキュラムを作成したほか、シリアに独自に看護学校を設立、看護師に対してパキスタンにあるアガ・カーン大学への奨学金の付与も行っている。

第3章 プロジェクト対象県の概況

本章では、プロジェクト対象候補として保健省が選定した県・郡の概要を、候補地別に地理的概況、リプロダクティブヘルスサービスおよび実施体制とその課題に分けて述べる。保健省、県保健局および郡保健事務所から回収した質問票の回答をまとめたサイトプロファイルおよびHCプロファイルの一覧表（付属資料4および5）を併せて参照されたい（ただし、HCプロファイルは、県保健局を通じて回収した質問票への回答をまとめたものであり、郡の実情との整合性は確認されていない）。

3 - 1 アレッポ県マンベジ郡

(1) 概要

アレッポ県はシリアの北部に位置し、北はトルコと国境を接している。県の中心であるアレッポ市はダマスカスに次ぐシリア第二の大都市であるが、県内には貧困層も多く、アレッポ県保健局によると、シリア最貧の100村のうち、その半分以上がアレッポ県内にあるとのことである。アレッポ県の面積は1万8,500 km²、人口およそ513万人（2007年）、行政上は9つの郡に区分されており、マンベジ郡はその最東部に位置する。同郡の面積は8,500km²、人口はおよそ50万人と推定され、アレッポ市からおよそ100kmの距離にあるマンベジ市を中心としたユーフラテス川沿いの300の市町村から成っている。産業と呼ばれるものはなく、住民は主に農業・牧畜業に従事しているが、男性が出稼ぎに出ることも多い。

(2) リプロダクティブヘルスサービスの実施体制と現状

アレッポ県保健局は14の部に分かれており、フェーズ1で実施機関となったリプロダクティブヘルス課はPHC部（部長：Wadah Houssein医師）に属す10の課のうちのひとつである。課長のLiq'a Hallaq医師の下に、TBAの研修業務¹³や保健事務所から送られてくるデータのエントリーほか事務一般を担当する3名のスタッフが配属されている。

マンベジ郡保健事務所は、マンベジ市に2009年に設立された総合クリニック（comprehensive clinic）内に置かれており、保健事務所長（Ahmad Sheikh Ahmad医師）の下、マンベジ郡内の大小20のHCを管轄している。また、現在マンベジ市に2名、マスカネ市に2名、合計4名のJOCVが保健師、村落開発普及員として配置されており、フェーズ1ではプロジェクトと連携して活動を行っていた¹⁴。

マンベジ郡では、2009年3月のフェーズ1終了後もアレッポ県保健局の指導の下、各種活動（HCの運営改善やアウトリーチによる健康教育活動）が、回数は減ったものの継続的に実施されていることが確認された。またフェーズ1で導入した活動に加え、HCにおいて女性クラブを設立し、同クラブを通じてリプロダクティブヘルスメッセージを伝達する試みを開始するなど、新たな活動を積極的に進めている。将来的には、総合クリニック内に研修室を設置し、郡職員の研修や郡外からのスタディツアーなどを受け入れる体制を整備するという構想も有している。

¹³ TBA は現在では全国的に分娩介助に携わることは禁止されているが、アレッポ県では研修を継続しているとのこと。

¹⁴ 任期は2010年3月までの予定だが、その後も継続して保健師2名が配属される予定である。

フェーズ1で発足させた地域保健ボランティア（Community Health Volunteer：CHV）と地域作業部会（Community Based Working Group：CBWG）をベースにした啓発活動は、郡保健事務所がリードして計画の策定、見直しを行いその定着を図っているが、その一部はフェーズ1終了後にはほとんど活動しておらず、また活動しているボランティアも知り合いの家だけ訪問している、あるいは保健に関して話せるトピックが限られているなど、更なる指導と活性化が必要であることが明らかになった。活動が停滞している地域からは、当該CBWGがオーナーシップをもたない寄せ集めのグループであったこと、CHVのフォローアップが十分でなく、一部のCHVが活動意欲を失くしていること、HCでCHV担当となっている助産師の本来業務が多忙になりCHVの監督・支援が負担となっていることなどが報告されており、ボランティア制度はシステムの根本的な見直しを含めて再検討する必要がある。

また、フェーズ1では、マンベジ郡保健事務所の監督の下、主要HC4カ所にチームを設置し、それらのチームが管轄内の（小規模）HCのモニタリングと管理支援を行う「サブ・スーパービジョン」のシステムを構築した。このシステムにより、本来郡内のすべてのHCをカバーする役割を担っている郡保健事務所の負荷を軽減することが期待された。このサブ・スーパービジョンは郡保健事務所によってモニターされており、頻度は減少したものの、フェーズ1終了後の現在もサブ・スーパービジョンは継続して実施されている。しかし、HCのスタッフ不足や交通手段の問題によって、以前のような定期的な実施が難しい状況にあり、サブ・スーパービジョンの継続については、アレッポ県保健局でも課題として認識されている。

（3）課 題

- ・ アレッポ県保健局 - フェーズ1では、実施機関となったリプロダクティブヘルス課の課長が非常に精力的に活動を推進したが、その反面PHC局とのつながりが希薄であった。本プロジェクトにおいては、リプロダクティブヘルス課長のモチベーションを保ちつつPHC局にオーナーシップをもたせるための工夫が必要である。
- ・ コミュニティ啓発活動 - ボランティアによる活動では、ボランティアのドロップアウトが避けられず、代替要員のリクルート、継続的な研修、モチベーションの維持のための何らかのシステムなど、将来的にも継続的な予算の手当てが必要である。そのため現行のCHV/CBWGというシステムは、その問題点ばかりでなく、継続のためのコストを現実に即して洗い出し、適切な措置を講じていくことが自立発展のためには不可欠である。またボランティアメカニズムの継続には、住民のオーナーシップを創出・維持することが最重要課題であることが類似プロジェクトの事例からも明らかになっており、成功しているといわれるHVPのいくつかの村やアガ・カーンなどの組織から、効果的であったとされる手法を学び応用すること、もしくはそうした地元のNGOと共同して、コミュニティでの啓発活動を推進することも一考の余地があるであろう。同時に、青年同盟、女性連盟といった地元組織や宗教関係者、識字教室など、コミュニティの既存の仕組みを啓発活動の手段として活用していく取り組みを強化することも有効であると考えられる。
- ・ サポート・スーパービジョン - 県保健局、郡保健事務所、サブ・スーパービジョンチームによるHCへの巡回指導を通じた、研修成果のフォローアップやHCスタッフのモチベーション向上、サービス向上の試みであるが、その巡回回数に現状に伴い、HCのパフォーマンスがどのように変化するかをモニターしつつ、外部からの頻繁な巡回指導以

外のモチベーションファクターを創出していくことを考えていく必要がある。

- ・ アドボカシー - スーパービジョンや、ボランティアを活用した保健教育は、継続的な支援が必要とされる。本プロジェクトにおいて、それらの活動を継続する場合、県知事事務所などに働きかけ、活動予算の確保をめざすことは、自立発展性の面で不可欠である。

3 - 2 アレppo県アルバーブ郡

(1) 概要

アルバーブ郡はアレppo市とマンベジ郡の間に位置しており、面積2,034km²の土地に約43万人の住民を擁し、そのほとんどは農業・牧畜業に従事している。都市に近いこともあり、経済や教育の水準はマンベジより良好とされ、識字率は80%、現在は女子の90%以上が高校まで教育を受けるといわれる。郡の中心であるアルバーブ市は、アレppo市から40kmほどの距離にあり、同郡の保健医療従事者のなかには、アレppo市に居住、もしくはクリニックを構え、アルバーブに通勤している者も多い。しかし、伝統的社会・文化習慣は根強く、アルバーブ市街で見る女性のほとんどが顔を覆うベールを着用している。貧困層は郡の南部に比較的多いとされる。

アルバーブ郡の家族計画実行率は35% (アレppo県平均59.8%)、またHCにおける産前健診の受診率は19%にとどまっており、後者に関して郡保健事務所は超音波など近代的機材が未導入の施設が多いことが原因であると分析している。HCで最も利用されているサービスは、小児の予防接種であり、これはモバイルを利用したアウトリーチでも提供されている。感染症ではリーシュマニア症が多いが、リプロダクティブヘルスサービスや健康診断、また施設のあるところでは歯科の利用も多い。アルバーブのHCでは、糖尿病や結核の診断・治療も行っている。

(2) リプロダクティブヘルスサービスの実施体制と現状

アルバーブ郡には200床のアルバーブ病院のほか、13の私立病院があり、出産を含むリプロダクティブヘルスサービスを提供している。郡内にはNDCはなく、出産は病院か助産師の介助による自宅分娩が多い。アルバーブ市だけで約20名の助産師が自宅分娩の介助をしており、病院での出産は全体の25%程度とみられている。

郡内には20のHCがあり、最もアクセスの悪い村で最寄りのHCまでの距離は20kmほどあるが、多くは3~10km以内である。産前健診と避妊サービスはすべてのHCで行われているが、産後健診や性感染症の治療を行っていないHCも散見され、これは同サービスの需要の低さを反映するものでもある。保健省リプロダクティブヘルス・家族計画戦略に謳われているHIV・エイズ、思春期保健、婚前健診サービスはほとんど行われていないが、乳がん・子宮がんの健診に関しては既に導入しているHCも多い。

各HCには、最低1名の医師と助産師が配置されている。HC勤務の医師の多くはアルバーブ市またはアレppo市でクリニックを開業しており、郡保健事務所は医師に対しては最低午前中いっぱい、看護師・助産師は終日、HCでの勤務を行うよう指導している。

HCの巡回指導には、郡保健事務所の医師5名から成るチームが稼働しており、各々がスーパーバイザーとして毎日2カ所の異なるセンターを訪問、勤務体制や帳簿のチェックおよび技術的な指導にあたっている。HCはほぼ毎日スーパーバイザーの訪問を受けるため、無断欠勤は

減少しているという。また、HC長会議を毎月郡保健事務所でっており、月例レポートの提出や問題点の協議の場となっている。

アルバーブ郡保健事務所はアルバーブ市のHCに併設されており、事務所長兼HC長であるDr. Mohammad Omar (2006年より現職)以下20名のスタッフが配属されている。事務所長以外のスタッフは郡保健事務所の専属である。

同郡は県保健局の支援の下、マンベジ郡での経験を基にHC運営改善に着手しており、今回視察したスシアン、キブシーン、ビザール、ターデフの各HCでは、部屋の案内板、スタッフの名札着用、健診室内の目隠し用スクリーンの設置、待合室やリプロダクティブヘルス健診室に保健教育のポスターを掲示するなど、クライアント・フレンドリーな環境がつけられていた。また滅菌器の稼働状況の記録などにおいて、マンベジ郡で導入された改善のいくつかが取り入れられている。

(3) 課題

アルバーブ郡のリプロダクティブヘルスサービスに関する課題として、郡保健局長があげたのは、以下の2点であった。

- ・ HC長のマネジメント力の欠如 - HC長は元来医師であり、診療技術はあるがマネジメントに関しての知識はもっていない。新たにHC長になった医師に対するオリエンテーションや研修制度もないため、マネジメントには関知せず診察しかしていないHC長もいる。
- ・ 機材の欠如 - スタンドランプや体重計など、基礎的機材が欠如しているHCがあり、県保健局に申請しても予算不足などを理由に却下されている。また超音波診断装置はリプロダクティブヘルスサービスには不可欠なものという認識が住民の間にあり、それが無い所はスタンダードが低いと見なされる傾向が強い。超音波が無理ならば、胎児の心音をモニターするための電子心音計でも集客効果はあると考えられる(保健事務所長談)。

実際に視察したセンターは、上に述べられた基本的機材もそろっており、クライアント・フレンドリーな環境も整いつつあるようにみられた。薬局での物品管理や血圧測定の方法など、基本的な医療および管理技術にばらつきがみられたが、サポートティブ・スーパービジョンの体制を整えることで改善されると考えられる。

3 - 3 イドリブ県ハンシフーン準郡

(1) 概要

イドリブ県はアレppo県の南西に位置し、6,100km²の土地に約180万人(2007年)が居住している。土地が肥沃でオリーブやピスタチオなどの栽培が盛んである一方、季節労働者も多い。特に県の東部からは他の地方に出稼ぎに出る浮遊人口も多いため、明確な実態はつかめないものの、保健医療にアクセスできていない住民も多いとされる。道路網は比較的整備されているが、公共交通機関が通っていない村が多く、それが保健医療へのアクセスを妨げる一因になっているとみられている。また、イドリブ県は文化的に大変保守的であるといわれており、女性の医療従事者が宿泊を伴う研修には参加できないというケースも珍しくない。

イドリブ県は医療従事者の不足が深刻であるが、ハンシフーン準郡はそのなかでも比較的人員充足率が高いという事由からプロジェクト・サイト候補として選定された。同準郡はイドリブ県南部にあるマーラ郡の一部で、イドリブ県の最南端に位置している。準郡の人口は約8万人、面積は750km²で、その中心であるハンシフーン市はダマスカスとアレppoを結ぶ幹線道路沿いにあり、県保健局があるイドリブ市から75km、アレppo市からは約1時間10分の距離にある。ハンシフーン準郡はプロジェクトが開始される前に郡に昇格される予定である。

イドリブ県の家族計画実行率は57.2%だが、近代的避妊法に限ると39.1%(シリア平均43%)にとどまっており、避妊のアンメット・ニーズは13.8%と見積られている。産前健診の受診率は67.7%とシリアで最も低い。その一方でHCでの産前健診受診率は57%と高いが、その要因は不明である。

(2) リプロダクティブヘルスサービスと実施体制

リプロダクティブヘルスサービスはHCのほか、公立病院1、私立病院3、SFPAのモバイルクリニックによって提供されている。ハンシフーン市にはそのほかに産婦人科医がリプロダクティブヘルスサービスを提供する私設のクリニックが5カ所ある。HCは7カ所あり、うち2カ所は人手不足により専従スタッフの配属ができずほとんど機能していない¹⁵。ハンシフーン市にはスタッフ44名を抱える大規模なHCがあり、NDCも併設されている。しかしNDC勤務の産婦人科医は数年前に新設されたマーラ病院に転配属されたため、現在は助産師のみが出産介助を行っている。ラボは3HCに併設されており、産前健診の血液・尿検査、糖尿病検査やリーシュマニア症の診断が行われている。HCの利用で最も多いのは小児の予防接種であり、ハンシフーンのHCは1960年代半ばに供与されたドイツ製車両を使用したモバイルサービスも実施している。HCやモバイルサービスの利用者が妊娠している女性がいれば医療従事者が産前健診を勧めているが、リプロダクティブヘルスとその他のサービスとの組織的な連携はない。

ハンシフーンHCでは4回以上の産前健診を奨励しており、クライアントのほとんどは出産までに3回以上受診しているという。産前健診の詳細を定めたガイドラインはないが、血圧測定、血液・尿検査、体重測定、超音波診断などをルーティーンで行っている。ラボ設備のないHCでは、血液・尿検査のためにラボ併設のHCや私設クリニック、病院へ行くように勧めているが、レファラルやフォローアップは行っていないとのことである。

今回の調査ではハンシフーンとタマナのHCを訪問したが、リプロダクティブヘルスサービスにかかわるパンフレットやポスターなどのIEC教材は見当たらなかった。どちらの施設も建物はきれいに改装されており、カルテなどの保管状況も良好で、スタッフも充足しているように見受けられたが、タマナは医師であるセンター長が健康を害しておりほとんど出勤していないことから、クライアントも少なくセンター自体が閉まっていることも多いとのことであった。ハンシフーンHCのほうは、建物が改修されて以来クライアントは増加傾向にある。リプロダクティブヘルス科では家族計画のクライアントが1日平均で10名、産前健診は5名程度だが、産後健診に来る女性はほとんどない。子宮がんの健診は毎月30件ほどあり、検体は診断のために35kmほど離れたマーラHCに送られている。

¹⁵ 配布した質問票を見る限りでは6HCが稼働しており、サービス統計の四捨五入された数値からもHCの稼働状況に関しては、プロジェクト開始時に再度確認する必要がある。

ハンシフーンHCに併設されたNDCは、医師が不在であること、また診療を始めてから間がなくその存在が地域に周知されていないことなどから、クライアントは開所以来、1ヵ月平均13.5名と低迷している。しかし助産師のモチベーションは概して高く、シフトによる不規則な勤務にもかかわらず、クライアントの増加を望む声が聞かれた。

現在ハンシフーン準郡はマール郡保健事務所の管轄下にあるが、数ヵ月のうちに郡に格上げされる予定になっていることから、調査時にはハンシフーン郡保健事務所長の選考が進行中であった。新たに設立される保健事務所の人員配置は明らかではないが、イドリブ県保健局からはプロジェクト・チームとして、郡保健事務所長候補の一人であるハンシフーン準郡HC長（放射線科医師）のほか、スーパービジョン担当の医師1名および助産師3名が提案されている。

(3) 課題

- ・ 保健医療従事者の確保 - イドリブ県における一番の課題は医療従事者の不足である。技術協力プロジェクトにおいては、カウンターパートの存在が前提であるため、ハンシフーン準郡への増員は無理としても、今以上にスタッフが減ることを避ける必要がある。
- ・ 継続的産科医療の確立 - ハンシフーンHCにはNDCが併設されており、その稼働率を上げHCのリプロダクティブヘルス科と連携することで、現在は分断されている産前健診と出産、さらには産後健診を含めた継続的な産科ケアの実現が期待できる。
- ・ エビデンスに基づいた計画策定・実施 - HCおよびNDCの稼働率を上げるという課題に対し、現時点では住民の医療保健アクセスにおける意識や行動は明らかにされておらず、現実に即した戦略を立案・実行する妨げとなっている。県保健局PHC部は、保健医療従事者の充足と僻地への公共交通機関ルートの設定を保健局長や知事に働きかける一方で、現状調査のための資金援助を既に保健省に要請している¹⁶。本プロジェクトで現状調査とその後の計画立案・実施を支援することにより、県保健局のキャパシティ・ビルディングに資するほか、現状分析に基づいた的確な戦略を立てることで、現在サービスにアクセスできていない女性の利用が拡大する可能性が見込まれる。

3 - 4 ラッカ県マダーン準郡

(1) 概要

ラッカ県は面積1万9,616km²、人口約87万人(2007年)で、アレッポ県の東に隣接している。保健医療のみならず、経済、教育等の面でも開発の遅れた地域とされる北東部3県のひとつである。県の中心であるラッカ市はユーフラテス川のほとりに広がる街で、アレッポからおおよそ2時間の距離にある。

ラッカ県は行政区分上3つの郡に区分されており、ラッカ郡の一部であるマダーン準郡は、ユーフラテス川南岸に東西約60kmにわたって広がる面積およそ2,500km²の地域を指す。同郡の西側はラッカ市内から10km程度だが、マダーン市はラッカ市から70km、車で1時間ほどの距離である。マダーン準郡は人口が希薄なラッカ県のなかでも比較的人口密度が高くリプロ

¹⁶ この件を保健省に確認したところ、余剰予算がないため可能であれば JICA のプロジェクトの一環として行ってほしい、不可能であれば UNFPA か他のドナーに打診する意向とのことであった。

ダクティブヘルスニーズも高いことから、ラッカ県保健局によってプロジェクトの候補地に選定された。町や村は、ユーフラテス川に沿って走るラッカ市とデリゾール市を結ぶ幹線道路の周辺に点在しており、人口の大半は農業・牧畜業に従事している。

住民は概して保守的で大家族を好み、また自身の利益にならないことはやらないという傾向が強いともいわれている。家族計画の実行率は33.7%、近代的避妊法に限ると25.4%で、合計特殊出生率の統計はないがマダーン準郡では7~8人と見積られている。男女合わせた非識字率は約40%、初等教育入学および修了率はシリア国内で最も低く、また教育のジェンダー格差指標（Gender Parity index）も初等教育において0.97、中等教育では0.84と国内では最も大きな乖離を示している¹⁷。一般に女性の行動は、未婚の場合は親に、既婚者は配偶者やその家族の意向による制限を強く受けているといわれている。

（2）リプロダクティブヘルスサービスと実施体制

ラッカ県はシリアで最も妊産婦死亡率が高い県であり、産前健診受診率や家族計画の実行率も低い。県保健局は、統計収集の手段が確立していないために妊産婦死亡率の信頼性は低いとしつつも、妊産婦死亡率が高い背景として、HCや分娩施設までの距離が遠い、HCのない村落部ではTBA介助による出産¹⁸が多い、医療従事者のハイリスクの妊娠を発見する知識・技術が足りていない、住民の間でリプロダクティブヘルスへの関心は低く、女性の高い非識字率とも相まって、安全なお産に関する知識が普及していないことなどがあると分析している。その他、女性の早婚に伴う十代の妊娠、大家族・男児志向に基づく5人目以上の妊娠など、リスクの高い妊娠・出産が多いことも要因のひとつであると考えられている。

ラッカ県の保健局PHC部はリプロダクティブヘルス課を含む10の課から成るが、人員は1つの課当たり数名と小規模である。マダーン準郡には7カ所のHCがあり、マダーンHCにはNDCが併設されている。HCの監督・統括はHC課の管轄であるが、リプロダクティブヘルス、栄養、子供の健康など個別の科目に関する技術的な指導は担当各課がHC課と協力して行っており、各HCはほぼ毎月、県保健局スタッフの来訪によるスーパービジョンを受けている。なお、準郡保健事務所によるHCの巡回指導は、車がないとの理由から現在は行われていない。

各HC管轄地域内で最も遠い村までの距離は4~12kmと比較的近いのが特徴で、人が居住していない地域が広大であるか、もしくはHCによってカバーされていない集落も多い可能性を示唆している。記録上では各HCに医師または助産師が最低1人は配属されており、医療従事者数は比較的充足している。しかしそのモチベーションは概して低く、開業時間内でも医療従事者がHCにいないことも多いため、センターの稼働率は低いとのことである。NDCも同様で、月平均出産件数は12件程度、1件当たりのコストが約5万シリアポンドという試算もあり、需要を増大させて分娩1件当たりの単価を下げるのが求められている。

HCスタッフの欠勤の背景には、医師のほとんどが開業し、私的にクリニックをもちつつ契約ベースでHCを兼務しているため、自身の収入に直結する自営のクリニックにより多くの時間を割いているという現状があると考えられる。クリニックをもたない助産師も、私的に自宅出産の介助を行うことにより収入の補填を図っているため、NDCでの分娩より自宅出産を

¹⁷ Multiple Indicator Cluster Survey, CBS/UNICEF 2006

¹⁸ MICS 2006 では12.6%と見積られているが、マダーンHC長は同準郡の出産の約50%にのぼるとの見解を有していた。

勧める傾向があるといわれている。実際に、ラッカ県における産前健診受診率は79%であるが、マダーン準郡のHCでの受診は4%¹⁹にとどまっており、住民の民間志向の強さがうかがえる。同準郡には、約15の私設クリニックがある。

マダーンHCは、その設備面においては質素であるが、一通りの機材はそろっているように見受けられた。しかしNDCは分娩室の窓にカーテンもなく、パイプからの水漏れで床が常に濡れているなど、メンテナンス状況は悪く、クライアントが少ないこととの関連が推察された。

(3) 課題

準郡保健事務所長は、マダーンのリプロダクティブヘルス状況は良好であり、機材の不足だけが問題であるという姿勢であったが、協議を進めるうちに明らかになった課題は以下のとおりである。

- ・ 医療従事者のモチベーション - 一般にPHC施設の医療従事者はモチベーションが低く、必要最低限のサービスを提供すればよいという認識がある。家族計画や産前産後健診の重要性などの理解も浅く、保健教育といった「面倒で困難なこと(HCスタッフ談)」は行わない傾向がある。
- ・ マネジメント - PHC施設においては、クライアント数等の最低限の記録はつけられているが、質問票の回答からもその信憑性には疑問が残る。郡保健事務所やHC所長に、マネジメントやPHC施設の環境改善に関心をもたせる工夫が必要である。
- ・ 住民の啓発 大家族を歓迎する風潮に加え、住民は家族計画の重要性をあまり理解しておらず、啓発活動はほとんど行われていない。シリアのなかでもジェンダー格差が大きい地域でもあり、女性の行動、特にリプロダクティブヘルスにかかわる行動はほぼすべて配偶者やその母親の意向が反映されているため、男性に対する啓発活動が重要であり、宗教関係者へのアドボカシーと宗教関係者から人々へのメッセージの発信が効果的だと考えられる。また「利益無くして動かす」の風土から、ボランティア制度が根付くとも考えずらく、地域レベルの保健教育や啓発活動にはボランティアではなく、農協や婦人連盟、青年同盟といった地元組織に働きかけていくほうが現実的と思われる。

¹⁹ 保健省の報告による。県保健局は15%と見積っている。

第4章 プロジェクト実施の枠組み

4-1 シリアとの協議結果

今回シリア側から要請されたプロジェクトは、基本的にアレッポ県マンベジ郡で行われた「フェーズ1」の手法を踏襲し、同様の介入を新たな3郡に拡大しつつ、マンベジ郡では持続的な発展を強化するための支援を継続するというものであった。提案されたプロジェクト候補地はいずれも農村地域であるものの、保健医療施設や人材に係る現状や、県・郡が取り組むべき課題としてのリプロダクティブヘルスの優先順位は一様でないことが調査を通じて明らかになった。調査団は、「PHCの範囲内での リプロダクティブヘルスサービスの質向上、 BCC、 保健医療行政の強化」を共通の骨子とし、マンベジでの経験を適用可能な範囲で取り入れつつ、各地域の現状に沿った戦略がとられるべきとの方針を提案した。

特にリプロダクティブヘルスサービスの質の向上に関しては従来のマネジメントの向上のほか、2010年より導入される予定の産前産後健診にかかわる国家ガイドラインに沿って医療従事者の技能を向上させると同時に、健診回数を増やすだけでなくその内容を充実させていくことを重視する。またNDCや自宅出産で分娩介助を行う助産師も多いことから、シリア側からは助産師の分娩介助技術の強化が提案された。同時に医療技術の強化を支援する人材として、助産師の資格を持つ日本人専門家の派遣が要請された。

また、本プロジェクトはHCに代表されるPHC施設（HC、総合クリニック、NDC）におけるリプロダクティブヘルスサービスの強化に主眼を置き、高次のリプロダクティブヘルス医療には介入しない。

4-1-1 アレッポ県マンベジ郡

コミュニティを対象とした保健教育の手法について、これまでの手法を再検証し、改善を加える必要がある。また、サービスの質やスタッフのモチベーションの向上に効果があったとされるスーパービジョンを時間や手段の制約のなかで継続させていくための取り組みや、提供するリプロダクティブヘルスサービスの医療技術面における質の向上を図る必要がある。同郡は経験の共有に積極的であり、県保健局の支援の下、同郡をベースにした研修システムの確立が期待される。

4-1-2 アレッポ県アルバーブ郡

マンベジで経験を積んだ県保健局の指導の下で既にHCの改善やスーパービジョンシステムの構築が開始されていることから、補完的な支援をすることで成果が期待できると考えられる。郡保健事務所、HCともに人材が豊富で、BCCを用いたアウトリーチ活動でも助産師・看護師を活用することで、フェーズ1では定着が困難であったCHV/CBWGに依存せず住民の啓発活動を行うことができると考えられる。HCにおけるマネジメントと臨床技術の向上、郡保健事務所の立案企画力の強化は他のプロジェクト・サイトと同様、日本人専門家の技術指導が有効であると思われる。フェーズ1を通じてマンベジに蓄積されたリソースを積極的に活用していくためのファシリテーションが県保健局に期待される。

4 - 1 - 3 イドリブ県ハンシフーン準郡

ハンシフーン準郡は、比較的小規模でHCの施設数も少ないため、パイロット的にプロジェクトを進めるには適当なサイトといえる。しかしスタッフが恒常的に欠乏していることから、マンベジの経験をそのまま当てはめることは不適當である。プロジェクトを効率よく進めるために必要だとして、ハンシフーン準郡で医療従事者の配置増を打診したが、人材不足はシリアの農村では共通の障害であり、同郡だけ例外扱いはすることは不可能とのことであった。しかし最低限の措置として、プロジェクト期間中にサービスの中核を担う助産師の異動は行わないように保健省にてPHC局長、リプロダクティブヘルス課長に申し入れた。

イドリブ県保健局PHC部は、住民の保健医療に関する意識や行動を解明し、ニーズにあった方法で保健医療サービスを構築していく意欲が高い。調査方法の原案を保健省に提出済みということもあり、調査の実施と分析、行動計画の作成を日本人専門家が現地の調査機関とともに促進することで、保健局の行政能力の強化に資すると同時に、本プロジェクトの3年間で行うべきことが整理できると思われる。

保健局、郡保健事務所およびHC長のマネジメント強化研修、医療従事者の臨床技術に関する研修は、普遍的な技術の強化であるため右調査の結果を待つことなくほかのサイトと歩調を合わせて並行的に進行させるものとする。BCCアプローチを用いたアウトリーチ活動は、パートナーとなる地元組織を探ることから始め、実際のBCC戦略は調査の結果を待って立てることとする。

ハンシフーン準郡はプロジェクトが開始されるまでには郡に昇格されるという前提だが、それがずれ込んだ場合、マーラ郡保健事務所を通してプロジェクトを進める必要があるため、実施体制の再確認を保健省、イドリブ県保健局とプロジェクト開始前に行うこととする。

4 - 1 - 4 ラッカ県マダーン準郡

県保健局の関心は高いが、活動の中心となるべきHCの所長（準郡保健事務所長）は調査団訪問時に事務所に勤務しておらず、他の場所から呼び出されてようやく現れるという状況であった。また、プロジェクトに対しても「運営や人材には問題がない。不足しているのは機材だけである。」との態度に終始し、技術協力プロジェクトに対するコミットメントが確認できなかった。また地理的に離れているため、要請どおり3県4郡を対象とした場合、活動やモニタリングに関する移動のためかなりの時間を割かなければならないことが予想されることから、保健省にはマダーンを除外した3郡で活動を実施することを提言した。

しかし、保健省側は「北東地域は政府の開発優先地域であり、ラッカ県を除外することは承服しがたい。」と強く主張し、近日中に問題のあったHC長を異動させ、新しい所長を任命することを決定した旨、調査団に伝えよこした。協議の結果、不確定要素の大きいラッカ県については、活動を実施するための最重要前提条件である行政担当者の理解と参加意思が欠如しているため、まず県保健局（PHC部長、リプロダクティブヘルス課長）および着任予定のマダーン準郡保健事務所長らの幹部をマンベジに視察・研修に招聘して理解を深めてもらう活動を追加するが、本格的な現地での活動については研修の成果を確認したうえで中間レビュー時に協議することになった。

4 - 2 プロジェクトの実施概要

保健省と協議・合意したプロジェクトの構成は以下のとおりである。

4 - 2 - 1 プロジェクトの概要

(1) プロジェクト名

(英文) Project for Strengthening Reproductive Health in Syria – Phase II

(和文) シリア リプロダクティブヘルス強化プロジェクト フェーズ2

(2) 協力期間

2009年1月(予定)より3年間の期間で実施する。

(3) 対象地域

- ・ アレッポ県マンベジ郡およびアルバーブ郡
- ・ イドリブ県ハンシフーン準郡

(4) 裨益者

- ・ 直接裨益者：プロジェクト対象地域のHC長および保健医療従事者約400人
アレッポ県およびイドリブ県保健局PHC部とマンベジ郡、アルバーブ郡、ハンシフーン準郡保健事務所の職員 約70人
- ・ 間接裨益者：プロジェクト対象郡の15～49歳の女性とその夫および家族、地域住民約86万人

(5) 上位目標

対象県の人口のリプロダクティブヘルスの状況が改善する。	
指標	[対象県において] 1. 妊産婦死亡率が減少する 2. 18歳未満の女性で妊娠・出産経験のある者の割合が減少する 3. 40歳以上で妊娠している女性の割合が減少する 4. 最後の出産から36ヵ月を経ない出産の割合が減少する

基準値、目標値ともにプロジェクト開始後にベースライン調査を実施して決定する。以下の指標についても同様であり、プロジェクト目標と成果の指標については、目標値を郡ごとに設定する。

(6) プロジェクト目標

対象郡のプライマリヘルスケア (PHC) 施設における質の高いリプロダクティブヘルスサービスの利用が増加する。	
指標	[対象郡において] 1. 近代的避妊実行率がX%増加する 2. 適切な項目を含んだ産前健診をPHC施設で4回以上受診した女性の数(および割合)増加する

	<p>3. 産後健診をPHC施設で受診した女性の数（および割合）が増加する</p> <p>4. PHC施設におけるリプロダクティブヘルスサービスの利用者数が増加する</p> <p>* 2010年に導入される産前健診の国家ガイドラインに準ずるものとするが、体重、血圧測定、血液・尿検査などを想定</p>
--	--

(7) 成果および活動

成果1：PHC施設で提供されるリプロダクティブヘルスサービスの質が改善する。	
指標	<p>[対象郡内のPHC施設において]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 定められた開業時間にリプロダクティブヘルスサービスを提供するPHC施設の数が増加する 2. 公的ガイドラインに基づいて正しい産前産後健診を行うPHC施設の医療従事者の割合が増加する 3. 「利用者の権利」を尊重・重視するPHC施設職員の割合が増加する 4. PHC施設におけるリプロダクティブヘルスサービスに満足する利用者の割合が増加する 5. サポートティブ・スーパービジョンにおいて課題が発見され、課題解決のために方策がとられる

< 活動 >

1-1. PHCアセスメントの実施

マネジメント体制、医療・保健教育機材、医療従事者の知識・態度・行動（Knowledge, Attitude, Practice：KAP）およびリプロダクティブヘルスサービスに関する医療技術における知識・実技に関するアセスメント（「PHCアセスメント」）をデザインし、各PHC施設ごとに実施、研修ニーズを含めた現状を把握する。研修ニーズに関しては、保健教育や分娩介助などPHC施設の外で行われるリプロダクティブヘルスに関する業務も勘案する。

1-2. 医療従事者の研修

1-1. で検証したニーズを基に、研修計画を立てて実施する。可能な限り国内のリソースを活用するが、必要に応じて第三国研修も考慮する。

1-3. PHC施設長を対象にしたマネジメント研修

フェーズIで行ったマネジメント研修をレビューし、必要に応じて改定を加え対象地域で実施する。マンベジ郡の人的リソースも可能な限り研修に活用する。

1-4. サポートティブ・スーパービジョンのシステムを確立する

マンベジ郡ではサブ・スーパービジョンのシステムを導入したが、自立発展性に問題が生じていることも参考にしつつ、プロジェクト対象地域でそれぞれの現状に見合ったシステムを構築、導入する。

1-5．産前産後健診の国家ガイドラインの検証と導入計画の策定

2010年に導入される予定の国家ガイドラインを検証し、実際にPHC施設に導入するにあたって必要な措置（研修、医療従事者の配置の見直しなど）・ツール（機材、フローチャート、チェックリストなど）を検討する。

1-6．HCとNDCの連携のためのシステムを構築・検証する（イドリブ県のみ）

NDCが併設されているハンシフーンHCにおいて、妊娠・出産における継続ケアを実現することを念頭に、HCとNDCの連携のためのニーズを検証し、システム構築のための活動計画を立案・実施する。

成果2：女性のリプロダクティブヘルスサービスへのアクセスを阻害する要因がBCCによって減少する。

指標	[対象郡において] 1．“not too early, not too close, not too late and not too many” [*] に賛同する男女の割合が増加する 2．産前産後健診の重要性を理解している男女の割合が増加する 3．近代的避妊具の使用に同意する男性の割合が増加する [*] 若すぎないこと、出産の間隔が短すぎないこと、高齢でないこと、多産でないこと、の意。若年妊娠（18歳未満）、短い出産間隔（36ヵ月未満）、高齢出産（40歳以上）、多産（子供の数が4人以上）は出産に係るハイリスクの一部であり、家族計画で回避可能なものである（カッコ内の数値はシリアで用いられているものを使用）。
----	--

< 活動 >

2-1．地域保健教育システムの見直し・構築

フェーズ1で構築したCHV/CBWGのシステムおよび、地元既存の組織や個人（NGO、女性連盟、青年同盟、宗教関係者、識字教室など）の活用を、自立発展性の面から検証し、存続のための条件（人的、財政的リソースを含む）を明らかにしたうえで、各対象地域の諸条件に適した地域保健システムを構築する。

2-2．現状分析結果に基づいたIEC/BCC戦略の策定

ベースライン調査、PHCアセスメントなどの結果分析に基づき、女性のリプロダクティブヘルスサービスへの阻害要因を特定し、IEC/BCC活動のための戦略を、モニタリングと評価の計画を含めてターゲット別に立案する。IEC/BCCで解決されない阻害要因（交通機関など）に関しては、アドボカシーを通じて問題提起することも考慮する。

2-3．IEC/BCC戦略の実施

立案されたIEC/BCC戦略を実行する。コミュニティの参加を得て必要な教材を作成し、要員の研修を行う。またモニタリング計画に沿って定期的にレビューを行い、必要に応じて戦略の見直しを行うものとする。

成果3:対象県および郡の計画立案やモニタリング・評価に関する管理運営能力が向上する。

指標	[対象県・郡において] 1. 現状調査・分析の結果に基づいた郡レベルの行動計画が策定される 2. マネジメントおよび医療技術面に対するスーパービジョンを含むモニタリング・システムが構築され、運用される 3. 定期的に行動計画の見直しと修正が行われる
----	---

<活動>

3-1. 各種会議の開催

- 1) プロジェクトの開始にあたって、保健省が対象県保健局および郡保健事務所の参加を得て、マンベジ郡でオリエンテーション・ワークショップを開催する。プロジェクトの概念、目的等の共有と各県・郡におけるプロジェクト実施体制の構築を図り、サイト別のワークプランの作成、研修や地域保健教育等のための現地リソースに関する情報の共有やコーディネーションに関して協議する。
- 2) 対象県・郡にラッカ県マダーン準郡を加え、保健省PHC局関係者も交え、進捗状況のレビューと情報交換を目的として定期的に会議を開催する。場所は持ち回りを想定し、1ヵ所に過度な負担がかからないように配慮する。
- 3) プロジェクトの終了時には、各サイトから得られた結果・教訓を総括し、経験を共有することを目的として保健省関連部局、各県保健局、ドナー等の参加を得てワークショップを開催する。

3-2. 現状調査・アセスメントの実施

各サイトにおいて、ベースライン調査を実施する。時間短縮と経費削減のため、マンベジ郡においてはフェーズ1のエンドライン調査をフェーズ2のベースラインとし、他のサイトにおける本ベースライン調査のデザインも基本的にはフェーズ1エンドラインを踏襲したものとする案があがっている。しかし、フェーズ2の目標や指標がフェーズ1とは若干異なることから、更に必要とされるデータは追加として本調査に盛り込み、マンベジ郡では追加調査を行うことも検討する。

イドリブ県においては、保健医療へのアクセスに関する現状調査を実施することが予定されているが、可能な限りベースラインと統合し、適当と判断されればアルバーブ郡やマンベジ郡でも同一ツールを使用して情報を収集することで、各郡の問題点を明らかにすることに資すると考えられる。

3-3. データ収集・分析の研修

現存の保健情報管理システム (Health Management Information System) によって、郡・県のレベルでリプロダクティブヘルスに関する一定のデータは収集されているが、その分析や活用は十分とはいえないことから、県保健局、郡保健事務所、PHC施設長を対象にデータマネジメントに関する研修を行う。将来的に、データを活用して行動計画やモ

ニタリング・評価計画の策定が可能になり、実施されることをめざし、3-2. で実施するベースライン調査等の機会も活用する。

3-4. 行動計画の策定と実施

3-3. および1-1. で収集・分析したデータを基に、各サイトごとに中長期行動計画を策定する。策定された活動計画は必然的に、本プロジェクト内で実施できるものとできないものに分類されるが、できないものに関しては政府やドナーに向けたアドボカシー等の手法で実現をめざす。

4 - 2 - 2 実施体制

プロジェクトの効果的・効率的な実施のため、本プロジェクトにおいては、図4 - 1のとおり、保健省を中心とするプロジェクト運営委員会（Project Steering Committee：PSC）および県保健局を中心とするプロジェクト技術委員会（Project Technical Committee：PTC）を設置することとする。

(1) プロジェクト運営委員会（PSC）

プロジェクト開始時に設立し、必要に応じて、少なくとも年に2回開催する。主な役割は以下のとおりである。

- 1) 年間計画を承認する。
- 2) 計画どおりに、かつ効果的に活動が実施されるよう、プロジェクト技術委員会（PTC）を監督する。
- 3) 合意が必要な事項について議論する。
- 4) プロジェクトの進捗や成果、課題、教訓等をレビューし、円滑なプロジェクト実施のために必要な決定を下す。

(2) プロジェクト技術委員会（PTC）

アレppo県、イドリブ県にそれぞれ設置され、必要に応じて、少なくとも四半期に1回開催される。主な役割は以下のとおりである。

- 1) プロジェクトが円滑に実施されるよう、プロジェクト運営委員会（PSC）に提言を行う。
- 2) プロジェクトの年間計画を策定する。
- 3) プロジェクトの進捗をモニタリングし、プロジェクト運営委員会（PSC）へ報告する。
- 4) プロジェクトの効果的な実施を目的として、県・郡レベルで中心的なステークホルダーの調整を行う。

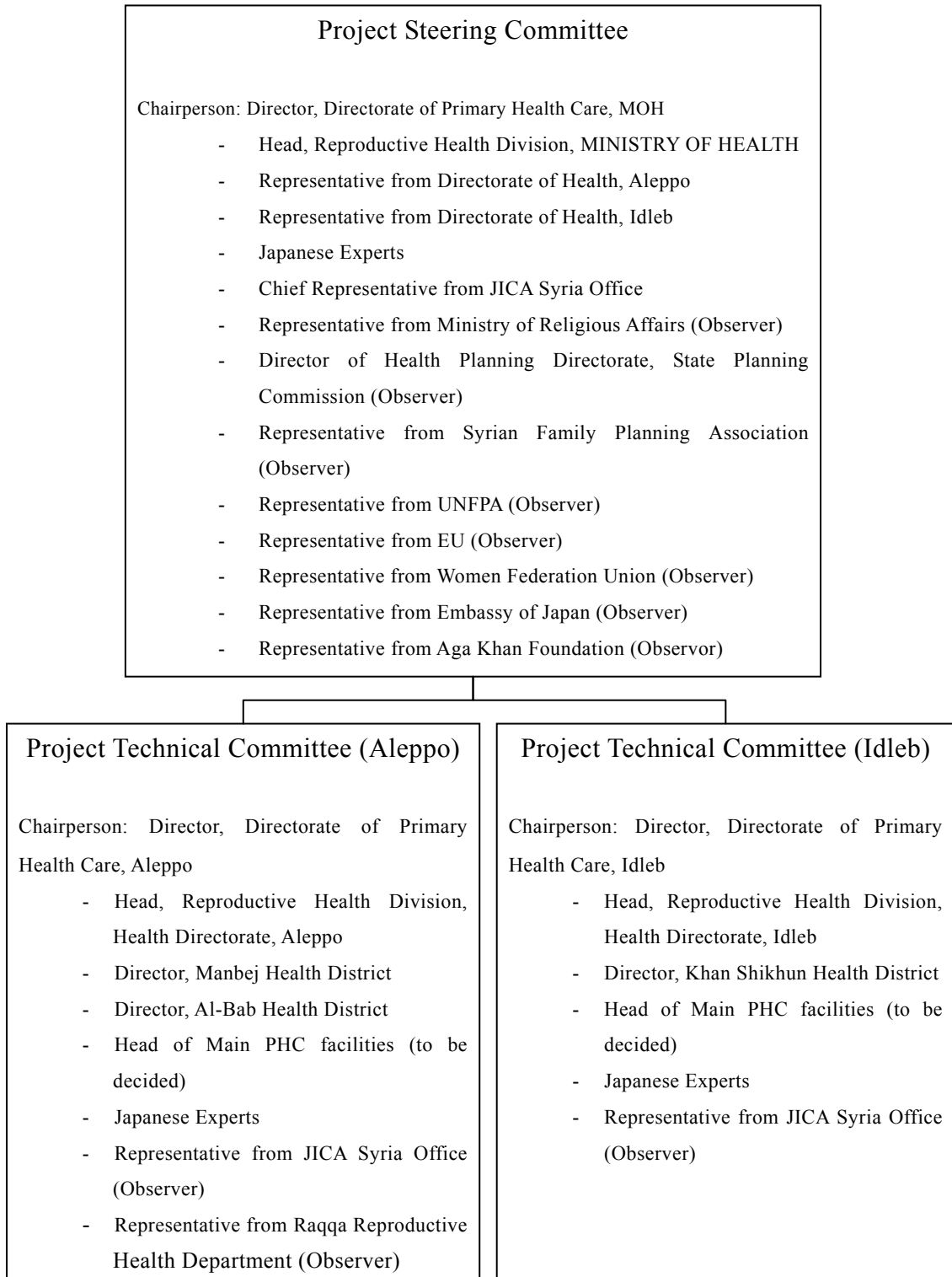


図 4 - 1 プロジェクトの実施体制

4 - 2 - 3 投入計画

日本側の投入計画は以下のとおりである。

<人材>

- ・ 専門家チーム（保健行政、IEC/BCC、医療機材、助産ケア、社会調査など）

<資機材>

- ・ PHC施設が機能するために必要な機材（詳細は施設アセスメントを経て決定）
- ・ プロジェクトオフィスに必要な機材
- ・ IEC/BCC用機材
- ・ モニタリングのための車両

<必要経費>

- ・ 研修・ワークショップ経費
- ・ 教材作成費
- ・ 現地スタッフ備上費

シリア側の投入計画は以下のとおりである。

<人材>

カウンターパート

- ・ 保健省PHC局長およびリプロダクティブヘルス課長
- ・ 対象県保健局PHC部長およびリプロダクティブヘルス課長
- ・ 対象郡保健事務所長

その他の人材

- ・ 対象郡PHC施設における医療従事者
- ・ 対象郡保健教育従事者

<資機材>

- ・ PHC施設の通常運営のための医薬品・消耗品

<施設>

- ・ 対象県プロジェクト事務所および基本設備

<必要経費>

- ・ プロジェクトオフィス維持管理費（電気、水道、電話など）
- ・ PHC施設と機材の維持管理費
- ・ 必要に応じたPHC施設の改修
- ・ スーパービジョンに関する直接経費
- ・ 車両配置に関する経費（燃料、保守メンテナンスなど）

4 - 3 5項目評価

妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性を検分した結果、以下の観点から協力の実施は適切と判断された。

4 - 3 - 1 妥当性

(1) 上位政策・開発計画との整合性

- ・ シリア政府は、現行の第10次5ヵ年計画（2006～2010年）および保健省の20年保健戦略（2000～2020年）に従って保健医療の充実を図っている。そのなかで、リプロダクティブヘルスプログラムの強化を国家戦略のひとつに掲げている。
- ・ 同第10次5ヵ年計画が重点項目としてあげている「保健セクターのマネジメント、計画

立案、スーパービジョンの開発・向上」、および「保健サービスのパフォーマンスと質の向上」は、本プロジェクトがめざす「県・郡レベルの保健システム強化」および「HCにおけるリプロダクティブヘルスサービスの改善」に合致する。

- ・ 保健省の20年保健戦略では、基本方針のひとつに「保健ケアシステムにおける地理的・財政的な格差の解消（平等化）促進」をあげており、保健をとりまく環境が劣悪な地域を対象とする本プロジェクトは、この基本方針に則している。

(2) 我が国援助政策との整合性

- ・ シリアにおけるJICA国別事業実施計画においては、本プロジェクトは「社会サービスの拡充」(重点分野)のなかの『保健・社会的弱者の環境改善プログラム』に位置づけられる。

(3) 地域選択の妥当性

- ・ 地方分権が進められるなか、各県は独自に保健計画を策定・実施し、評価を行うことを求められているものの、その必要性和県保健局の行政官の能力にはギャップがある。本プロジェクトでは、県保健局の行政官の保健情報の収集・分析から、計画立案、実施、マネジメント（モニタリング含む）に至るまでの能力強化を行うことから、県のニーズにも合致しており、さらに県保健局のキャパシティ・ビルディングに資すると考えられる。
- ・ フェーズ1は一定の成果をあげてはいるが、使用された手法およびツールは1つの郡の実情に則して作られたものであり、本プロジェクトで事情を異にする郡を対象地域として加えることにより、それをより普遍的なものとして今後の拡大の基礎とすることができる。
- ・ イドリブ県ハンシフーン準郡においては、HCに併設されているNDCも支援対象施設となる。産前・産後健診を提供するHCと、分娩を扱うNDCの両者を支援対象にし、連携させることで、効果的な継続ケアの実現が期待できる。

4 - 3 - 2 有効性

本プロジェクトでは、PHC施設が提供するサービスの質の向上（成果1）と、住民の行動変容を促進する活動（成果2）を行い、3年後に「質の高いリプロダクティブヘルスサービスの利用が増大する」ことをめざす。また目標達成のためには、成果1、2に加え、サービスを提供するPHC施設の管理運営責任をもつ県保健局・郡保健事務所の能力強化（成果3）も不可欠である。

4 - 3 - 3 効率性

- ・ 本プロジェクトは、フェーズ1で残された「HC強化と住民の意識向上の組み合わせが有効である」との教訓に基づき、成果1、2において、サービス供給側（HCを含むPHC施設）の強化と需要側（住民）の強化を併せて行うようデザインされている。また、フェーズ1で育成されたカウンターパートの人材や、フェーズ1で作成され、配布された教材等のツールを活用することにより、効率的な活動の実施が期待される。
- ・ フェーズ1では、コミュニティでの活動経験が豊富な現地NGO等との連携を行うことで、

限られたリソースのなかで介入の効果・効率を高めた。本プロジェクトにおいても、フェーズ1での連携の経験や、そこで構築したネットワークを生かし、これらの組織・団体と連携することで、特にコミュニティでの活動において、効果的かつ効率的な活動を行うことが期待できる。

- ・ アレッポ県アルバーブ郡は、フェーズ1で実施機関となったアレッポ県保健局の支援を受け、フェーズ1で実施したHCへのサポーター・スーパービジョンやHCの環境整備等の活動を既に開始している。さらに、医療関係者の数が充足していること、マンベジ郡とアレッポ市に隣接しているために情報や支援が得やすいこともあり、少ない投入で効果が現れると期待できる。

4 - 3 - 4 インパクト

- ・ 本プロジェクトでは、一次レベルの保健医療施設であるHCやNDC等のPHC施設を主な介入対象にしている。よって、上位目標「対象県のリプロダクティブヘルス状況が改善する」の指標である妊産婦死亡率等のマクロ指標の改善を達成するためには、二次・三次レベル（病院等）の緊急産科ケアやレファラルシステムの整備が不可欠である。
- ・ 一方で、コミュニティの啓発が進み、近代的避妊法が周知・実行されれば、危険性の高い妊娠を回避する行動が取られるようになることが期待され、上位目標達成に貢献することは十分に考えられる。

4 - 3 - 5 自立発展性

(1) 政策面からの持続可能性

4 - 3 - 1 妥当性(1)で述べたとおり、リプロダクティブヘルス状況の改善は、シリアの国家上位計画と合致するものであり、同国は今後も同政策を進める意向があるため、政策面からの持続性は十分に期待できる。

(2) 組織・運営面での自立発展性

プロジェクト実施期間中のPHC施設職員の異動は、フェーズ1に引き続き課題として残されており、その後の継続性に影響を与える懸念がある。PHC施設職員の「自主的な」異動を最小限に抑えるためにも、モチベーションを維持するための労働環境の整備を含めた仕組みづくりを工夫する必要がある。

(3) 財政的側面からの持続可能性

本プロジェクトは、地方分権システムに鑑み、県保健局および郡保健事務所の運営管理能力の強化が組み込まれており、県保健局および郡保健事務所の行政官は、正確なデータ・情報などエビデンスに基づく戦略的な活動計画の立案と、根拠に基づいて適切に予算措置を行う能力を身につけることが期待される。これにより、将来的には、限られた資源の効果・効率的運用が期待される。

また、フェーズ1の終了時評価において、予算確保のために県知事事務所の積極的な関与を検討すべきとの提言が残されていることから、本プロジェクトでは、アレッポ・イドリブ両県の知事事務所を積極的に巻き込んでいく必要がある。

第5章 団長所感

シリアの保健セクターは、都市部の病院中心の高度な医療サービスと、農村特に遠隔地における公的サービスとの間のアクセスや質の格差の存在、社会主義的な公的サービスの無料制度と政府の規制が十分に機能しない民間サービスとの並存という特色を有する。シリア政府は近年保健セクターの改革に取り組み、行政機能の合理化、保健財政改革（健康保険制度の導入）の検討、情報システムの改善等を推進している。リプロダクティブヘルスに関して、全国平均としてはMDG4（子供の死亡率）、5（妊産婦死亡率）の目標値に近いレベルまで改善を達成しているが、地域間の格差は大きく、高い出生率は経済の成長を上回るスピードの人口増加率をもたらしている。

本プロジェクトは、農村部の公的HCにおけるリプロダクティブサービスの利用の増加を通じて妊産婦と新生児の健康の改善、家族計画の普及に寄与することを目的としている。現在のところ、子供の予防接種サービスが多くの住民に活用されているHCであるが、産前産後健診や家族計画などリプロダクティブヘルスにかかわるサービスの利用の度合いは低い状況にある。利用を増加させるためには、保健施設が地域住民（とりわけ女性）に対してresponsiveなサービスを提供することが必須である。施設・機材の改善、スタッフの医療技術レベルの向上はもとより、施設の管理運営や職員の勤務態度の改善を含めて住民にとって快適で清潔な環境で、良質の、利用者の人権を尊重したサービスが提供されなければならない。

また、利用者側（女性、家族、コミュニティ）への働きかけによる「需要の創出」、「行動の変化」は、利用者が各種のサービスの意義を理解し、積極的に求めるためのものであり、教育水準が低く（フェーズ1で実施された調査の結果によれば、中等教育を修了した女性の割合はわずかであった）社会的に行動範囲が制限されている対象地域の女性のみならず、イスラム宗教指導者や地域社会の指導者を含めてリプロダクティブサービスの必要性に対する知識を普及する必要がある。

上記の各種活動を計画・調整・モニタリングするための保健行政や保健施設を効果的に運営するためのマネジメント能力の強化は、国レベル保健セクター改革のなかでも重要視されている課題である。本プロジェクトにおいては、「リプロダクティブヘルス活動の効果的な実施」を切り口として、フェーズ1において成果を収めた活動を基盤として県・郡レベルの地域保健システムにおいて行政機能が強化されることが期待される。

医療従事者、特に医師の不足と頻繁な交代は、対象地域のみならずシリア農村部に共通の問題である。この問題に対して政府は各種の政策（パフォーマンスに基づくインセンティブの導入や官民連携による民間プロバイダーの活用）などを検討中と聞くが、現在のところ有効な対策はとられていない。本プロジェクトにおいても、県保健局の指導の下で郡レベル以下の施設の医師（すなわちHC長）が積極的に活動に参加するとともに、獲得した知識や技術を活用して継続的に業務に携わることが目標達成の鍵となろう。保健セクター改革の流れは今次プロジェクト実施期間中にサービス提供にかかわる大きな政策展開をもたらす可能性はそう高くないと考えられるが、中央省庁レベルから着手されている行政官のマネジメント能力強化は本プロジェクトが取り組む地方行政官の能力強化と共通する課題であり、継続的な情報収集と調整を行うことが望ましい。

第6章 実施協議

6 - 1 実施協議の概要

詳細計画策定調査において、本プロジェクトの対象地域、シリア側・日本側の投入内容（専門家派遣、カウンターパート配置、機材供与等）および実施体制について協議を行った。これらについては、詳細計画策定調査のミニッツ（付属資料1）にまとめられ、署名された。その後、シリアにおいて討議議事録（R/D、付属資料2）署名に向けた手続きが開始された。

R/D署名・交換に先立ち、シリア保健省とJICAシリア事務所の間で事前協議が行われ、シリア側・日本側の投入内容が再度確認された。また、詳細計画策定調査以後、保健省の組織改編によって、カウンターパート機関がPHC局からヘルスケア局となったため、それに伴う変更点がR/Dに反映された。また、改訂したPDM（付属資料3）についても両者が合意した。

2009年10月18日に、R/Dの署名式が行われ、田邊秀樹JICAシリア事務所次長と、保健省副大臣 Dr. Ausama Summakとの間で署名が行われた。署名式の出席者は、以下6 - 2のとおり。

6 - 2 実施協議および署名出席者

2009年10月18日、以下のとおり、シリア保健省、JICAシリア事務所の関係者が出席の下、R/Dの署名が行われた。

シリア保健省副大臣 Dr. Ausama Summak

シリア国家企画庁副局長 Ms. Rima Kaderi

シリア保健省ヘルスケア局長 Dr. Mazin Khadra

シリア保健省ヘルスケア局リプロダクティブヘルス課長 Dr. Reem Dihman

JICAシリア事務所次長 田邊 秀樹

JICAシリア事務所プログラムオフィサー Ms. Marah Morad

付 属 資 料

- 1 . 詳細計画策定調査団ミニッツ
- 2 . 討議議事録
- 3 . PDM (和文)
- 4 . 対象サイトプロフィール
- 5 . 保健センタープロフィール

MINUTES OF MEETING
BETWEEN
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY
AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT
OF THE SYRIAN ARAB REPUBLIC
FOR
THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJECT
FOR
STRENGTHENING REPRODUCTIVE HEALTH PHASE II


The Japanese Preparatory Mission Team (hereinafter referred to as “the Team”), organized by Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”) and headed by Ms. Harumi Kitabayashi, visited the Syrian Arab Republic (hereinafter referred to as “Syria”) from May 16, 2009 until June 4, 2009. The purposes of the visit were clarifying the background, concept, and scope of the project proposed by the Syrian authorities and studying the feasibility of the Japanese Technical Cooperation Project for Strengthening Reproductive Health Phase II (hereinafter referred to as “the Project”).

During its stay in Syria, the Team exchanged views and had a series of discussions with Ministry of Health (hereinafter referred to as “MOH”) and the authorities concerned.

As a result of the discussions, both parties have agreed to record the matters in the documents attached hereto. Both parties will convey the contents of the Minutes of Meeting to their respective Governments.

Damascus, June 3, 2009


Ms. Harumi Kitabayashi
Leader, Japanese Preliminary Study Team
Japan International Cooperation Agency (JICA)
Japan


Dr. Khaled Baradie
Director, Directorate of Primary Health Care
Ministry of Health
Syrian Arab Republic


Hala Imad

State Planning Commission
Syrian Arab Republic

ATTACHED DOCUMENT

I. OBJECTIVES OF THE MISSION

In 2003 MOH requested technical cooperation from the government of Japan in order to improve the Reproductive Health (RH) service delivery in Syria. After a series of discussion, the "Strengthening the Reproductive Health Project in Syria (the Phase I)" was finalized and implemented in Manbej district, Aleppo Governorate from June 2006 to March 2009 by MOH with technical cooperation of JICA in order to increase utilization of quality RH services. The final evaluation conducted in October 2008 found that the Phase I contributed to improved management of health centers which resulted in increased utilization of RH services.

With this success, MOH requested further technical cooperation in order to expand the efforts to other Governorates/Districts.

Accordingly, JICA dispatched the preparatory mission to assess the feasibility and to clarify the details of the proposed project.

II. FINDINGS BY THE TEAM

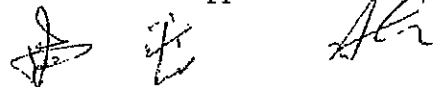
1. Manbej District

Manbej District is making continuous effort to enhance its capacity as well as demand for RH services after the conclusion of the Phase I by not only continuing activities started under the Phase I but also exploring some other ways to strengthen health education in the communities. Manbej Health District Office (MHDO) is also keen to share the experiences with other governorates/districts. On the other hand the sustainability of the community-based health education system through Community-based Working Groups (CBWGs)/Community Health Volunteers (CHVs) initiated under the Phase I has not been established as some of the CBWGs/CHVs were reportedly no longer active. Sub-supervision of health centers is affected by shortage of health workers and transportation.

2. Application of Manbej experience to other Districts

Three other districts expressed their interest in replicating Manbej experiences, but their situation regarding health centers/human resources and priorities are not the same. The summary of the situation of the proposed new districts is attached in the ANNEX I. The Team concluded that it might not be feasible to implement the same activities at the same timing in all proposed districts. Thus, the following strategy of implementation will be taken within the common framework of the Project which focuses on the management strengthening, quality care and behavioral change communication in the context of the primary health care.

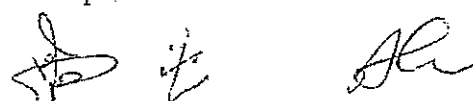
In Aleppo Governorate, the Governorate Health Directorate will facilitate the transfer of knowledge and experiences from Manbej District to Al-Bab District with supplemental



support from Japanese experts. Training on health center management and supervision will be the priority in Al-Bab district. In Manbej district it is necessary to review and improve health education methodology and to further improve the quality of RH services that women receive. A system of district-based training will be established by the initiative of MHDO. In Khan Shikhun District of Idleb Governorate capacity building of the key officers of the Governorate Health Directorate in health planning based on the situation analysis will be the first priority, which may be followed by the selected activities at district level. Officers from Raqqa Governorate will participate in study tour and training activities to be conducted in Aleppo Governorate in order to familiarize with the Manbej experiences and develop their skills in management. As the shortage of regular staff in health facilities are the common problem in the target districts, the Team requested MOH and Governorate Health Directorates that the existing staff of health centers would not be transferred during the Project period so that the capacity building of staff could contribute to the sustained service improvement of health centers.

III. TENTATIVE FRAMEWORK OF THE PROJECT

1. Project Title
Project for Strengthening Reproductive Health in Syria – Phase II
2. Responsible Organization
Directorate of Primary Health Care (PHC), MOH
3. Implementing Organization
 - a) Directorate of PHC, Directorate of Health, Aleppo Governorate
 - b) Directorate of PHC, Directorate of Health, Directorate of Health, Idleb Governorate
4. Duration of the Project
Both sides agreed that the duration of the Project will be three years from the date Japanese experts arrive in Syria. (from December 2009 - tentative)
5. Project Sites
 - a) Manbej District, Aleppo Governorate
 - b) Al-Bab District, Aleppo Governorate
 - c) Khan Shikhun Sub-District, Idleb Governorate (To be upgraded to District in 2009)
6. Provisional Master Plan of the Project
 - a) Overall Goal
Reproductive Health of population in the target districts is improved.



b) Project Purpose

Utilization of quality RH services is increased at HCs in the target districts.

c) Outputs

- (1) Quality of RH services provided by PHC facilities in the target districts is improved.
- (2) Obstacles for women to access RH services are reduced through IEC/BCC.
- (3) Capacity of target Governorate/district in skill development and management, particularly in planning, monitoring and evaluation is improved.

Tentative activities of the Project are shown in Annex II and III.

7. Inputs to the Project by the Syrian Side

a) Human resource

- Counterpart personnel at national, governorate and district level
- Service providers and health education personnel

b) Facilities

- Project office space and facilities in Aleppo
- Project office space and facilities in Idleb

c) Necessary costs

- Running cost of the project office (electricity, water, communication, etc.)
- Maintenance of equipment
- Repair of damages in health centers in the target districts
- Expenses for routine supervisory visits to the project sites by MOH/Governorate personnel

8. Inputs to the Project by the Japanese Side

a) Team of experts

b) Equipment and materials

- Essential equipment for PHC facilities (details to be agreed upon at a later date)
- Essential equipment for project office

* MOH requested provision of vehicles for supervision in two Governorates. (JICA will consider this request and report to MOH later.)

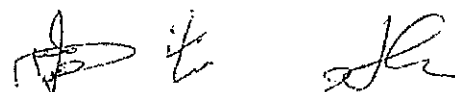
c) Necessary costs

- Cost of seminar and training in Syria, Japan or a third country
- Production cost of educational and promotional materials

9. Administration of the Project

a) Project Director

Head, Reproductive Health Division, MOH



- b) Project Manager
Head, Reproductive Health Division, Aleppo Governorate
Head, Reproductive Health Division, Idleb Governorate
- c) Project Steering Committee and Project Technical Committee
Tentative members of Project Steering Committee and Project Technical Committee are shown in ANNEX IV.

IV. STEPS FORWARD

1. MOH provides additional data and information as requested by JICA regarding present situation of target governorates/districts. (June, 2009)
2. MOH confirms the key personnel to be engaged in project management in each governorate/district and inform JICA. (June, 2009)
3. JICA finalizes the draft Record of Discussions (the document of project agreement) together with Project Design Matrix (PDM) and Plan of Operations (PO) and present it to MOH. (July, 2009)
4. Signing of Record of Discussions by both parties. (August, 2009)
5. JICA procures the expert services for the Project. (October, 2009)
6. MOH briefs the content of Record of Discussions to Governorates and directs for preparation. (October, 2009)
7. JICA provides CV of experts to MOH (November, 2009)
8. Project starts with assignment of experts in Syria. (November/December, 2009)

ANNEX I	Profile of the Proposed Project Sites
ANNEX II	Project Design Matrix (Draft)
ANNEX III	Tentative Plan of Operation (Draft)
ANNEX IV	Members of Project Steering Committee and Project Technical Committee (Draft)



Profile of the proposed project sites (as of May 2009)

	Al Bab/Aleppo	Kahn Shikhun/Idleb***	Maadan/Raqqa****	Data Source
Name of the main city/town where District Health Office is located	Al Bab	Khan Shikhun	Maadan	
Distance from the Governorate Capital	40km to east	75 km to south	67km to east	DHO
Distance DAM-Gov.Capital	347km	320km	542km	map
Total land area	203,361 ha	2002 km2 (Maara) 950 hectar??	2500km2	fax to JICA - April 09+ PHD/DHO
Total population	430,736	77,164	107,300	fax to JICA -April 09 + PHD/DHO (Idleb)
Female of reproductive age	98,812	17,370	?	PHD/DHO
Literacy rate	80%*	?	40.7%	fax to JICA -April 09
Main livelihood	agriculture animal husbandary	agriculture	agriculture	PHD/DHO
Total Fertility Rate	n.a.	n.a.	n.a.	Not available at governorate level
CPR	35% (DHO) 59.8% (governorate)	57% (governorate)	33.7% (governorate)	fax to JICA - April 09 + PHD/DHO
Any method				
Maternal Mortality Rate	61.7 (governorate)	61 (governorate):	81 (governorate)	fax to JICA -April 09
Facility deliveries	approx. 25 %	?	?	PHD/DHO
Birth with skilled attendant	91 % (governorate)	90 % (governorate)	85 % (governorate) 50% of all births by TBAs	fax to JICA -April 09
% women not receiving ANC	25% (governorate)	33% (governorate)	21% (governorate)	fax to JICA -April 09
ANC ("HC coverage")	19% (75% for whole governorate)	57% (67% for whole governorate)	4% (15% by DHO) (79% for whole governorate)	fax to JICA -April 09
PNC	?	23% (DHO)	?	DHO
Infant Mortality Rate	16	16	15 (for the eastern region)	fax to JICA -April 09
Number of Health Centres	20	7 (of which 2 not functional)	7	
Type A				DHO
Type B				A-C categorisations to be provided by MoH
Type C				
Average distance to a HC (or % population whose nearest HC is >6km away)	n.a.	25% (DHO)	n.a.	
List of hospitals providing RH-related services (both public & private)**	Al Bab Hosp.(200 bed) 13 private hospitals	Al maara public hospital Al emad private hospital Khan Shikhun central hospital (private) Dar al Shifa'a private hospital Al iman private hospital	no hospitals 1 normal delivery centre	fax to JICA -April 09 + PHD+DHO
# of private clinics (if available)	20 midwifely services in Al Bab city (+ doctors use hosp. facilities for delivery)	27 doctors and 17 dentists	10	PHD/DHO
DHO staff	20 staff incl. Director - 5MD (3 supervisors, 1 head of dental dept.+ 1 Dir.) - 5 in mobile vaccination team (1 MW, 3 male nurses, 1 driver) - 1 MW as RH supervisor - 3 nurses in charge of vaccn., TB and Leishmania - others for accounts, filing, referral, etc. (DHO)	Proposed team: Dr.Musa'ab al Qitayni (head of HC-KSH) Dr. Nidal Al Osman (Dir.Supervision, DHO) + 3 midwives (DHO)	The Maadan HC doubles as the sub-district Health Office with 33 staff. The normal delivery centre in the same building has additional 15 staff. (PHD)	PHD/DHO
Strategies/priorities identified by PHD/DHO	Management capacity development of the heads of HCs + community-level health education by midwives	Situation analysis (on access to RH services) + strategy development	Provision of equipment (by the head Maadan HC) and staff motivation (by PHD)	PHD/DHO

Remarks	Making good progress on client-friendly HC environment and systematic supervision of HCs. The district has enough providers due to its proximity to Aleppo.	PHC Dept. is looking into the issue of lack of public transport for some remote areas. Needs of migrating population in the eastern part of the governorate are high but the Governor agreed on KSH.	No HC reported problems with absenteeism, while it's a major issue acc. to PHD. Doctors at HC with private practice may resist HC improvement which could lead to reduction of their private clients.	PHD/DHO
---------	--	---	---	---------

* 80% of the population is educated. Out of the 80%, 10% attain university education, 30% stop at the primary.

** Maara District for Khan Shikhun,

*** Expected to become a district in a few months. At the moment it is a sub-district of Maara district.

**** Maadan is a sub-district within Raqqa district, one of three districts of Raqqa Governorate

Project Design Matrix (PDMM) (Draft)

Title of the Project: Strengthening of RH services in the Primary Health Care framework in Syria
Duration of the Project: Three years (December 2009 –November 2012)
Target Areas of the Project: Manbej and Al Bab Districts in Aleppo Governorate, Khan Shikhan district of Idleb Governorate

Beneficiary Groups:

[Direct Beneficiaries] (Ministry of Health), PHC Directorate of the target Governorate, District Health Offices,
 [Indirect Beneficiaries] Women of reproductive age, their partners and relatives, community members

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
<u>Overall Goal</u> RH status of the population in the target Governorates is improved.	Maternal Mortality Rate (to be revisited and refined in view of availability of data)	Syria Family Health Survey (to be revisited and refined in view of availability of data)	RH care at private clinics and secondary and tertiary health facilities are optimal.
<u>Project Purpose</u> Utilization of quality RH services in the target districts is increased.	1. Contraceptive Prevalence Rate 2. % and # of women who received ANC more than 4 times with appropriate checks while pregnant 3. % and # of women who received 2 PNC 4. % and # of clients who are satisfied with RH services at primary health care facilities 5. # of RH clients at the primary health care facilities	1. KAP survey 2. KAP survey (%) and Service statistics from HCs (#) 3. KAP survey (%) and Service statistics from HCs (#) 4. KAP survey (%) and Service statistics from HCs (#) 5. Service statistics from HCs	Private clinics in the target districts provide quality services.
<u>Outputs</u> 1. Quality of RH services provided by Primary Health Care facilities is improved.	1-1. % of health care facilities in which RH services are available throughout the official opening hours. 1-2. % providers who offer appropriate ANC/PNC services based on the official guidelines. 1-3. % of providers who subscribe to the clients' rights. 1-4. % of women who are satisfied with RH services provided by the primary health care facilities	1-1. HC assessment 1-2. HC assessment 1-3. HC assessment 1-4. KAP survey/HC assessment	Primary health care facilities stay open. Availability of sufficient number of service providers to work at primary health care facilities.

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS (to be revisited and refined in view of availability of data)	MEANS OF VERIFICATION (to be revisited and refined in view of availability of data)	IMPORTANT ASSUMPTIONS
<p>2. Obstacles for women to access RH services are reduced through IEC/BCC.</p>	<p>2-1. % of men and women who agree to "not too early, not too close, not too many and not too late" principle. 2-2. % of women who are aware of importance of ANC/PNC. 2-3. % of men who support use of modern contraceptives (Other indicators to be devised following identification of the prevailing barriers.)</p>	<p>2-1. KAP survey 2-2. KAP survey 2-3. KAP survey</p>	<p>Availability of health information/education providers in HCs and communities</p>
<p>3. Capacity of target Governorates/District in skill development and management, particularly in planning, monitoring, and evaluation is improved.</p>	<p>3-1. District-level operational plan in each target district following the situation analysis 3-2. Monitoring system including appropriate and functional supervision for management and clinical practices in place. 3-3. Mechanisms for periodic review and adjustment of plan in place.</p>	<p>3-1. Project report 3-2. Project report 3-3. Project report</p>	<p>Availability of staff to be trained and perform functions. Trained staffs remain in the post.</p>
<p><u>Activities</u></p> <p>(Provision of quality RH services) 1-1 Conduct assessment in management and technical/clinical aspects of service delivery to identify gaps and training needs 1-2 Adoption/adaptation of the National Guidelines on ANC/PNC (identification of gaps with the current situation + address the gaps identified through training, etc.) 1-3 Training of providers in the identified areas 1-4 Training on HC management for heads of HCs 1-5 Establish a system for supportive supervision 1-6 Strengthen the linkage between HCs and normal delivery centers</p> <p>(Reduction of obstacles for accessing RH services through IEC/BCC) 2-1 Review the community-based health education system with CBWG/CHV established during the Phase I (Marbej only) and explore other channels of health communications</p>	<p><u>Input by Syria</u></p> <p><Human resources> • Counterpart Personnel (national, governorate and district levels) • Service Providers • Health Education personnel</p> <p><Facilities and supplies> • Project office space and facilities in Aleppo and Idleb • Supplies for primary health care facilities</p> <p><Necessary costs> • Running cost of the project office (e.g. electricity, water, communication) • Maintenance and running costs of</p>	<p><u>Input by Japan</u></p> <p><Human resources> • Team of experts</p> <p><Equipment and Materials> • Essential equipment for primary health care facilities (Details to be agreed upon at a later date) • Essential office equipment for project office</p> <p><Necessary costs> • Cost of seminars and training • Production cost of educational and promotional materials</p>	

<p>2-2 Develop IEC/BCC strategies by identifying key target groups (e.g. men, mothers-in-law, etc.), messages and communication channels based on the results of the review and surveys</p> <p>2-3 Implement and monitor the IEC/BCC strategies</p> <p>(Capacity building of Governorate/District)</p> <p>3-1 An orientation (kick-off) workshop in Manbej</p> <p>3-2 Collect necessary data through surveys, assessment, review of regular records, etc.</p> <p>3-3 Establish district level intervention plans based on the information collected.</p> <p>3-4 Conduct training in data management</p> <p>3-5 Collect and analyze data through the established reporting and monitoring system based on the Management Information System.</p> <p>3-6 Organize/participate in meetings for experience sharing at least once a year among the participating governorates/districts.</p> <p>3-7 Organize a dissemination seminar with participation by all the governorates at the end of the project.</p>	<p>primary health care facilities</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintenance of equipment • Expenses for routine supervisory visits to the project sites by MOH/Governorate personnel • Repairs of damages in HCs 	
--	--	--

Handwritten signatures and initials

TENTATIVE PLAN OF OPERATION (DRAFT)

Manbej District, Aleppo

Activities	1st year												2nd year			3rd year			Responsible person/organization																										
	1Q			2Q			3Q			4Q			1Q			2Q				3Q			4Q																						
	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q		3Q	4Q																								
Output 1: Quality of RH services provided by PHC facilities in the target districts is improved.																																													
1-1	Conduct quality assessment in clinical/technical services.																					▲																						Aleppo PHCD/MHDO	
1-2	Identify the gaps with reference to National Guideline on ANC/PNC. *																					▲																						Aleppo PHCD/MHDO	
1-3	Develop a plan for training program/contents.																					▲																						Aleppo PHCD/MHDO	
1-4	Conduct trainings on RH services for service providers.																																											Aleppo PHCD/MHDO	
1-5	Integrate clinical/technical aspects in existing supervision.																																											Aleppo PHCD/MHDO	
Output 2: Obstacles for women to access RH services are reduced through IEC/BCC.																																													
2-1	Review the current CBWG/CHV strategies.																					▲																						Aleppo PHCD/MHDO	
2-2	Explore and identify the modality of IEC/BCC other than CBWG/CHV.																					▲																						Aleppo PHCD/MHDO	
2-3	Implement and monitor the identified IEC/BCC strategies.																																												Aleppo PHCD/MHDO
Output 3: Capacity of target Governorates/Districts in skill development and management, particularly in planning, monitoring and evaluation is improved.																																													
3-1	Review the current capacity of MDHO as training resources.																					▲																						Aleppo PHCD	
3-2	Hold the orientation (kick-off) meeting in Manbej for the Project.																					▲																						Aleppo PHCD/MHDO	
3-3	Provide TOT to staffs of MDHO (incl. Hands-on).																																											Aleppo PHCD	
3-4	Organize/Participate in the meeting for sharing experiences among target governorates/districts at least once a year.																																												MOH/PHCDs/HDOs
3-5	Organize a seminar to disseminate the effective result to other governorates.																																												MOH/PHCDs/HDOs

* National Guideline on ANC/PNC has not been published as of 3rd June 2009.

TENTATIVE PLAN OF OPERATION (DRAFT)

Al-Bab District, Aleppo

Activities	1st year				2nd year				3rd year				Responsible person/organization
	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	
	Output 1: Quality of RH services provided by PHC facilities in the target districts is improved.												
1-1	↑												Aleppo PHCD/BHDO
1-2	↑												Aleppo PHCD/BHDO
1-3	↑												Aleppo PHCD/BHDO
1-4	↑												Aleppo PHCD/BHDO
1-5	↑												Aleppo PHCD/BHDO
1-6									↑				Aleppo PHCD/BHDO
1-7									↑				Aleppo PHCD/BHDO
1-8									↑				Aleppo PHCD/BHDO
Output 2: Obstacles for women to access RH services are reduced through IEC/BCC.													
2-1									↑				Aleppo PHCD/BHDO
2-2									↑				Aleppo PHCD/BHDO
Output 3: Capacity of target Governorates/Districts in skill development and management, particularly in planning, monitoring and evaluation is improved.													
3-1	▲												BHDO
3-2	↑												NCM/Aleppo PHCD/BHDO
3-3									↑				Aleppo PHCD
3-4									↑				Aleppo PHCD/BHDO
3-5									▲				MOH/PHCDs/HDOs
3-6													MOH/PHCDs/HDOs

* National Guideline on ANC/PNC has not been published as of 3rd June 2009.

TENTATIVE PLAN OF OPERATION (DRAFT)

Khan Shikhu District, Idleb

Activities	1st year												2nd year				3rd year				Responsible person/organization		
	1Q			2Q			3Q			4Q			1Q		2Q		3Q		4Q				
Output 1: Quality of RH services provided by PHC facilities in the target districts is improved.																							
1-1	Conduct HC assessment in management.	↑																					Idleb PHCD/KhHDO
1-2	Conduct quality assessment in clinical/technical services.	↑																					Idleb PHCD/KhHDO
1-3	Identify the gaps with reference to National Guideline on ANC/PNC. *	↑																					Idleb PHCD/KhHDO
1-4	Assess the needs of trainings for service providers.	↑																					Idleb PHCD/KhHDO
1-5	Develop a plan for training program/contents.	↑																					Idleb PHCD/KhHDO
1-6	Conduct trainings on RH services for service providers.																					↑	Idleb PHCD/KhHDO
1-7	Conduct trainings on HC management for heads of HOs.																					↑	Idleb PHCD/KhHDO
1-8	Establish a supervision system.																					↑	Idleb PHCD/KhHDO
1-9	Strengthen the linkage between normal delivery center and HOs.																					↑	Idleb PHCD/KhHDO
Output 2: Obstacles for women to access RH services are reduced through IEC/BCC.																							
2-1	Develop strategies on IEC/BCC based on the result of the conducted surveys.																					↑	Idleb PHCD/KhHDO
2-2	Implement and monitor the developed IEC/BCC strategies.																					↑	Idleb PHCD/KhHDO
Output 3: Capacity of target Governorates/Districts in skill development and management, particularly in planning, monitoring and evaluation is improved.																							
3-1	Participate in the orientation (kick-off) meeting in Manbej.	▲																					KhHDO
3-2	Conduct necessary surveys including baseline survey, KAP survey and qualitative survey.	↑																					MOH/Idleb PHCD/KhHDO
3-3	Develop strategies to increase access to quality RH services at PHC facilities based on the results of surveys and HC assessment with Japanese experts.																						Idleb PHCD
3-4	Conduct training on data management.																					↑	Idleb PHCD
3-5	Collect and analyze data through the established reporting and monitoring system.																					↑	Idleb PHCD/KhHDO
3-6	Organize/Participate in the meeting for sharing experiences among target governorates/districts at least once a year.																					▲	MOH/PHCDs/HDOs
3-7	Organize a seminar to disseminate the effective result to other governorates.																					▲	MOH/PHCDs/HDOs

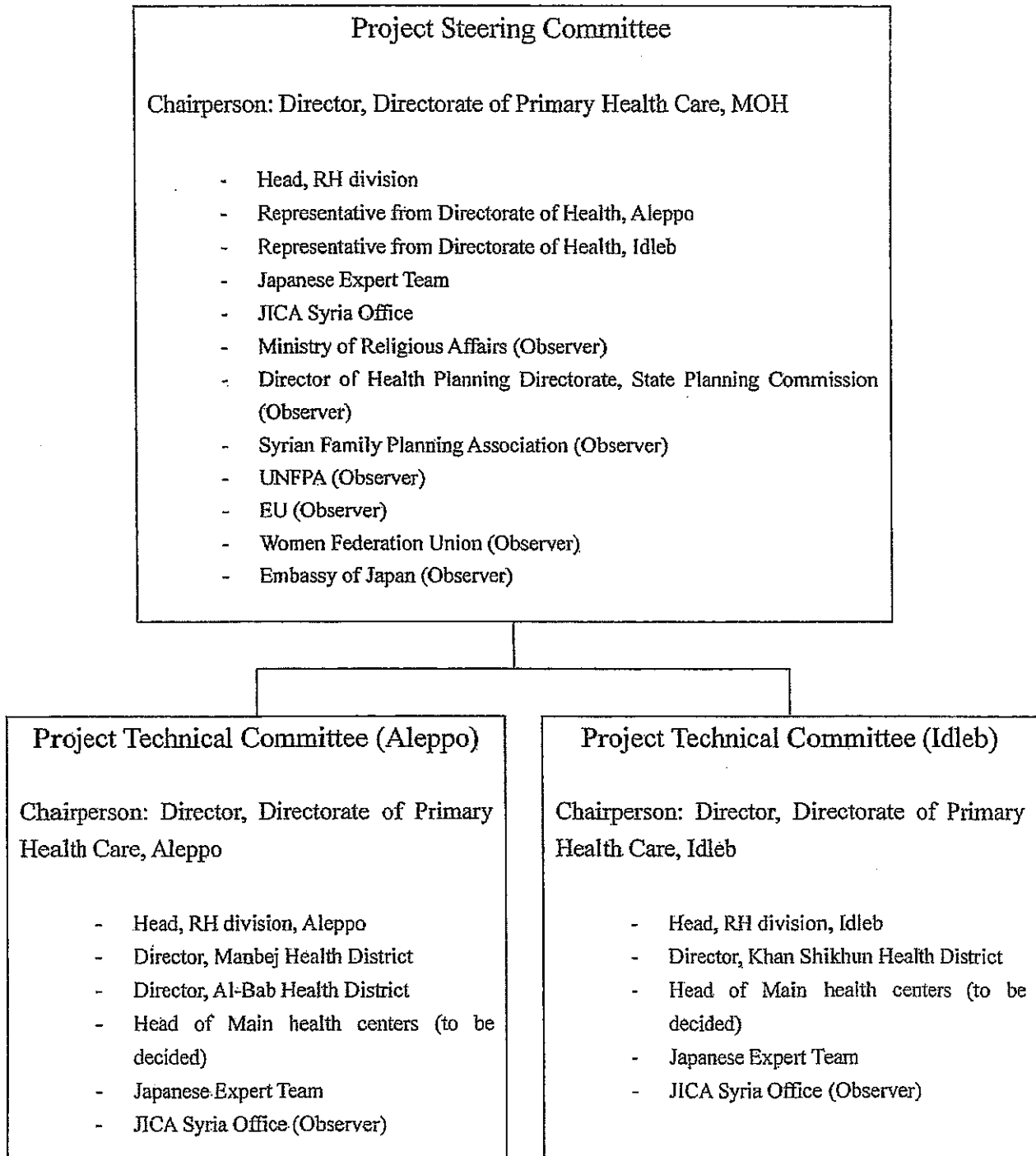
* National Guideline on ANC/PNC has not been published as of 3rd June 2009.

TENTATIVE PLAN OF OPERATION (DRAFT)

Maadan district, Raqqa

Activities	1st year				2nd year				3rd year				Responsible person/organization	
	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q		
<p>Output 1: Quality of RH services provided by PHC facilities in the target districts is improved.</p> <p>Output 2: Obstacles for women to access RH services are reduced through IEC/BCC.</p> <p>Output 3: Capacity of target Governorates/Districts in skill development and management, particularly in planning, monitoring and evaluation is improved.</p>														
3-1	▲												▲	MOH/Raqqa PHCD/MaHDO
3-2	■				■	■	■	■	▲				▲	MOH/Raqqa PHCD/MaHDO
3-3			▲				▲					▲	▲	MOH/PHCDs/HDOs
3-4													▲	MOH/PHCDs/HDOs

[Handwritten signatures and initials]

Members of Project Steering Committee and Project Technical Committee (Draft)

RECORD OF DISCUSSIONS
BETWEEN
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT
OF THE SYRIAN ARAB REPUBLIC
ON THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJECT
FOR STRENGTHENING REPRODUCTIVE HEALTH PHASE II

With regard to the Minutes of Meeting between the Japanese Preparatory Mission and the Government of the Syrian Arab Republic (hereinafter referred to as "Syria"), dated June 3, 2009, Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") had a series of discussions, though the Chief Representative of JICA in Syria, with the Syrian authorities concerned on the framework of the Technical Cooperation for the "Project for Strengthening Reproductive Health Phase II"(hereinafter referred to as "the Project").

As a result of the discussions, and in accordance with the provisions of the Agreement on Technical Cooperation between the Government of the Syrian Arab Republic and the Government of Japan signed on July 18, 1985 (hereinafter referred to as "the Agreement"), JICA and the Syrian authorities concerned agreed on the matters referred to in the document attached hereto.

Damascus, October 18, 2009



Ms. Akiko Tomita
Chief Representative
Syria Office
Japan International Cooperation Agency (JICA)



Dr. Ausama Summak
Deputy Minister
Ministry of Health
Syrian Arab Republic

Witness:



Mrs. Rima Kaderi
Deputy Head
State Planning Commission
Syrian Arab Republic

THE ATTACHED DOCUMENT

I. COOPERATION BETWEEN BOTH GOVERNMENTS

1. The Government of the Syrian Arab Republic (hereinafter referred to as "Syria") will implement the "Strengthening Reproductive Health Phase II" (hereinafter referred to as "the Project") in cooperation with JICA.
2. The Project will be implemented in accordance with the Master Plan which is given in Annex I.

II. MEASURES TO BE TAKEN BY JICA

In accordance with the laws and regulations in force in Japan, JICA will take, at its own expense, the following measures according to the normal procedures under the Technical Cooperation Scheme of Japan.

1. DISPATCH THE EXPERTS

JICA will provide the services of experts (from Japan and/or third country) as listed in ANNEX II

2. PROVISION OF MACHINERY AND EQUIPMENT.

JICA will provide such machinery and equipment and other materials (hereinafter referred to as "Equipment") necessary for the implementation of the Project as listed in ANNEX III. The equipment will become the property of the Government of Syria upon being delivered C.I.F (cost insurance, and freight) to the Syrian authorities concerned at the ports and/or airports of disembarkation.

3. TRAINING OF SYRIAN PERSONNEL IN JAPAN AND/OR THIRD COUNTRIES

JICA will train the Syrian personnel connected with the Project in Japan and/or third countries.

III. MEASURES TO BE TAKEN BY THE GOVERNMENT OF SYRIA

1. The Government of Syria 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. The Government of Syria will ensure that the technologies and knowledge acquired by

the Syrian nationals as a result of the Japanese technical cooperation will contribute to the economic and social development of Syria.

3. The Government of Syria will grant in Syria, privileges, exemptions and benefits as listed in Annex IV and will grant privileges, exemptions and benefits no less favorable than those granted to experts of third countries or international organizations performing similar missions to the Japanese experts referred to in II-1 above and their families..
4. The Government of Syria will ensure that the Equipment referred to in II 2 above will be utilized effectively for the implementation of the Project in consultation with the Japanese experts referred to in Annex II.
5. The Government of Syria will take necessary measures to ensure that the knowledge and experience acquired by the Syrian personnel through the technical training in Japan and/or third countries will be utilized effectively in the implementation of the Project.
6. In accordance with the laws and regulations in force in Syria, the Government of Syria will take necessary measures to provide at its own expenses;
 - (a) Services of the Syrian counterpart personnel as listed in ANNEX V;
 - (b) Building, and facilities as listed in ANNEX VI;
 - (c) Supply or replacement of 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.
7. In accordance with the laws and regulations enforced in Syria, the Government of Syria will take necessary measures to meet;
 - (a) Expenses necessary for the transportation within Syria of the Equipment referred to in II 2 as well as for installation, operation, and maintenance thereof;
 - (b) Customs, duties, internal taxes, and any other charges imposed in Syria on the Equipment referred to as in II 2 above;
 - (d) Running expenses necessary for the implementation of the Project.

IV. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

1. The Head of Reproductive Health Division, Ministry of Health, as the Project Director, will bear overall responsibility for the administration and implementation of the Project.
2. The Heads of Reproductive Health Division, Aleppo and Idleb Governorates, as the

Project Managers, will be responsible for the managerial and technical matters of the Project.

3. The Japanese Chief Advisor of the Project will provide necessary recommendations and advice to the Project Director, the Project Manager and other Syrian counterpart personnel on any matters pertaining to the implementation of the Project.
4. The Japanese experts will give necessary technical guidance and advice to Syrian 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, the Joint Coordinating Committee will be established whose functions and composition are described in Annex VII.

V. JOINT EVALUATION

Evaluation of the Project will be conducted jointly by JICA and the Syrian authorities concerned, 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

The Government of Syria 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 Syria 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 the Government of Syria 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 Syria, the Government of Syria will take appropriate measures to make the Project widely known to the people of Syria.

IX. TERM OF COOPERATION

The duration of the technical cooperation for the Project under this Attached Document will be three (3) years from the first arrival of Japanese expert(s).

ANNEX

- I MASTER PLAN
- II LIST OF JAPANESE EXPERTS
- III LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT
- IV PRIVILEGES, EXEMPTIONS AND BENEFITS FOR JAPANESE EXPERTS
- V LIST OF SYRIAN COUNTERPART PERSONNEL
- VI LIST OF BUILDINGS AND FACILITIES
- VII PROJECT STEERING COMMITTEE AND PROJECT TECHNICAL COMMITTEE

47

Ⓣ

ANNEX I MASTER PLAN

1. OBJECTIVES OF THE PROJECT

(1) Overall Goal

Situation of Reproductive Health in the target Governorates is improved and risk pregnancy/delivery is reduced.

(2) Project Purpose

Utilization of quality Reproductive Health services is increased at Health Care (HC) facilities in the target districts.

2. OUTPUTS

(1) Quality of Reproductive Health services provided by HC facilities in the target districts is improved.

(2) Obstacles for women to access RH services are reduced through Behavior Change Communication (BCC).

(3) Capacity of target Governorates/districts in skill development and management, particularly in planning, monitoring and evaluation is improved.

3. ACTIVITIES

1-1 Conduct assessment in management (incl. the collaboration between Health Centers and Normal Delivery Center) and technical/clinical aspects of service delivery in reproductive health to identify gaps and training needs

1-2 Plan and Conduct trainings for medical staffs of HC facilities based on their needs.

1-3 Conduct trainings on management for heads of health centers by utilizing the resources in Manbej District.

1-4 Establish the system on supportive supervision.

1-5 Review the National Guidelines on ANC/PNC (to be introduced at the beginning of 2010), identify gaps with the current situation of HC facilities and develop a plan for adoption/adaptation of the Guideline.

1-6 Strengthening the linkage between health centers and normal delivery centers is planned and facilitated.

2-1 Review the community-based health education system with CBWG/CHV established during the Phase I (Manbej)

2-2 Confirm the resources for the community-based health education and develop the health education system with suitable measures/ approaches in each area.

2-3 Draw up IEC/BCC program by identified key target groups (e.g. men, women, mothers-in-law, youth, etc.) based on the results of the review and surveys.

5)

↓

+

⊕

- 2-4 Develop the teaching materials for IEC/BCC according to the planned IEC/BCC program.
- 2-5 Carry out and monitor the IEC/BCC program.

- 3-1 An orientation (kick-off) workshop in Manbej
- 3-2 Collect necessary data through surveys, assessment, review of regular records, etc.
- 3-3 Conduct training in data management, especially in analyzing and utilizing data collected through the Management Information System.
- 3-4 Establish district level intervention plans based on the information collected.
- 3-5 Organize/participate in meetings for experience among the participating governorates/districts.
- 3-6 Organize a dissemination seminar with participation by all the governorates at the end of the project.

4. RESPONSIBLE ORGANIZATION

Directorate of Health Care (HC), Ministry of Health

5. IMPLEMENTING ORGANIZATIONS

- (1) Directorate of HC, Directorate of Health, Aleppo Governorate
- (2) Directorate of HC, Directorate of Health, Idleb Governorate
- (3) Manbej Health District Office
- (4) Al-Bab Health District Office
- (5) Khan Shikhun Health District Office (Sub-district)
- (6) HC facilities in the Project sites

6. TARGET GROUPS

- (1) Officers of HC Directorate of the target Governorates
- (2) Officers of District Health Offices of the target districts
- (3) Heads and medical officers of HC facilities in the target districts

7. BENEFICIARIES

Women of reproductive age, their partners and relatives, community members

ANNEX II LIST OF JAPANESE EXPERTS

1. Experts

- (1) Chief Advisor / Health System
- (2) IEC/BCC
- (3) Obstetrics care / Midwifery
- (4) Social Survey
- (5) Medical Equipment

2. Other Expert(s) will be dispatched, when necessity arises, for the smooth implementation of the Project within the framework of the Project.

7

A

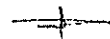
P

ANNEX III LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT

1. The necessary equipment for the transfer of technology by the Japanese experts will be provided.
 - Vehicle(s) for the Project activities
 - Essential equipment for the HC facilities in the target districts
 - Essential equipment for project office
2. Other materials and equipment mutually agreed upon as necessary will be provided.

Note:

The contents, specifications and quantity of the above-mentioned equipment will be decided through mutual consultations within the allocated budget of the Japanese fiscal year.



ANNEX IV PRIVILEGES, EXEMPTIONS, AND BENEFITS FOR JAPANESE EXPERTS

In accordance with the laws and regulations in Syria, the Government of Syria will grant the following:

1. To exempt from income tax and other charges of any kind imposed on or in connection with the living allowances remitted from abroad for the Japanese experts;
2. To exempt from income tax; import duties, and any other charges imposed on personal household effects of the Japanese experts and their families, including one motor vehicle per expert.
3. To use all its available means to provide medical and other necessary assistance to the Japanese experts and their families;
4. To issue, upon application, entry visas for the Japanese experts and their families free duties of the experts;
5. To issue identification cards to the Japanese experts and their families to secure the cooperation of all governmental organization necessary for the performance of the duties of the experts; and
6. To exempt from customs duties for import and export for machinery and equipment by the Japanese experts in connection with the Project activities.

ANNEX V LIST OF SYRIAN COUNTERPART PERSONNEL

1. Project Director: Head, Reproductive Health Division, Ministry of Health
2. Project Manager: Head, Reproductive Health Division, Aleppo Governorate
Head, Reproductive Health Division, Idleb Governorate
3. Counterparts
 - (1) Officers of HC Directorate of the target Governorates
 - (2) Officers of District Health Offices of the target districts
 - (3) Heads and medical officers of HC facilities in the target districts

ANNEX VI LIST OF BUILDINGS AND FACILITIES

The following items shall be arranged by the Government of Syria and Aleppo and Idleb Health Directorates:

1. Project office, meeting room and necessary facilities for the Japanese experts;
2. Facilities and services such as supply of electric power, water, sewage system, telephone and furniture necessary for the Project activities; and
3. Other facilities mutually agreed upon as appropriate.

ANNEX VII

PROJECT STEERING COMMITTEE AND PROJECT TECHNICAL COMMITTEE

1. Project Steering Committee

(1) Functions

The Project Steering Committee (PSC) will be established for the effective and smooth implementation of the Project. PSC will meet twice a year and whenever the necessity arises.

The major functions of PSC are:

- 1) To endorse the annual work plan of the Project in line with Record of Discussion (R/D),
- 2) To ensure the timely and effective implementation of the planned activities through the PTC.
- 3) To review progress, achievements, bottlenecks, challenges, and lessons learnt and to make necessary decision for the smooth implementation of the Project.
- 4) To discuss any matters to be mutually agreed upon as necessary concerning the Project.

(2) Composition

1) Chairperson: Director, Directorate of Health Care (HC), MINISTRY OF HEALTH

2) Members:

- Head, Reproductive Health Division, MINISTRY OF HEALTH
- Representative from Directorate of Health, Aleppo
- Representative from Directorate of Health, Idleb
- Japanese Experts
- Chief Representative from JICA Syria Office
- Representative from Ministry of Religious Affairs (Observer)
- Director of Health Planning Directorate, State Planning Commission (Observer)
- Representative from Syrian Family Planning Association (Observer)
- Representative from UNFPA (Observer)
- Representative from EU (Observer)
- Representative from Women Federation Union (Observer)
- Representative from Embassy of Japan (Observer)
- Representative from Agha Khan Foundation (Observer)

2. Project Technical Committee

(1) Functions

The Project Technical Committee (PTC) will be established in each Governorate in Aleppo and Idleb. PTC shall meet at least quarterly, and whenever necessary as agreed by members.

The major functions of PTC are:

- 1) To make necessary recommendations to the Project Steering committee, in order to manage and implement the Project in an effective manner.
- 2) To formulate the annual work plan for the Project.
- 3) To monitor the progress of the Project and report to the PSC.
- 4) To coordinate all the major stakeholders of the Project at and below the Directorate level in order to effectively implement the Project.

(2) Composition

[Aleppo Governorate]

- 1) Chairperson: Directorate of Health Care, Aleppo
- 2) Members:
 - Head, Reproductive Health Division, Health Directorate, Aleppo
 - Director, Manbej Health District
 - Director, Al-Bab Health District
 - Head of Main HC facilities (to be decided)
 - Japanese Experts
 - Representative from JICA Syria Office (Observer)
 - Representative from Raqqa Reproductive Health Department (Observer)

[Idleb Governorate]

- 1) Chairperson: Directorate of Health Care, Idleb
- 2) Members:
 - Head, Reproductive Health Division, Health Directorate, Idleb
 - Director, Khan Shikhun Health District
 - Head of Main HC facilities (to be decided)
 - Japanese Experts
 - Representative from JICA Syria Office (Observer)

MINUTES OF MEETING
BETWEEN
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY
AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT
OF THE SYRIAN ARAB REPUBLIC
FOR
THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJECT
FOR
STRENGTHENING REPRODUCTIVE HEALTH PHASE II

Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") had a series of discussions, through the Chief Representative of JICA in the Syrian Arab Republic (hereinafter referred to as "Syria"), with the Syrian authorities concerned on desirable measures to be taken by both Japanese and Syrian governments for the successful implementation of the Project for "Strengthening Reproductive Health-Phase II" (hereinafter referred to as "the Project").

As a result of the discussions, JICA and the Syrian authorities concerned agreed upon the matters referred to in the document attached hereto. This document is related to the Record of Discussions (hereinafter referred to as "R/D") on the Project.

Damascus, October 18, 2009



Ms. Akiko Tomita
Chief Representative
Japan International Cooperation Agency (JICA)
Syria



Dr. Ausama Summak
Deputy Minister
Ministry of Health
Syrian Arab Republic

Witness



Mrs. Rima Kaderi
Deputy Head
State Planning Commission
Syrian Arab Republic

ATTACHED DOCUMENT

I. The Project Design Matrix

The Project Design Matrix (hereinafter referred to as "PDM") was elaborated through the discussion by JICA and the Syrian authorities concerned during the preliminary study of the Project. To further clarify the relationship between the "Narrative Summary" and the "Objectively Verifiable Indicators" of the overall goal, purpose and outputs of the Project, both sides agreed to revise the indicators of the Overall Goal, Project Purpose and Outputs of the PDM shown in Annex 1. Also, both sides agreed to add some activities which were necessary for the achievement of the Outputs.

Both sides also agreed to utilize the PDM throughout the implementation of the Project, recognizing the PDM as the important tool for the project management and the basis of monitoring and evaluation of the Project.

The PDM will be subject to change within the framework of the R/D when necessity arises in the course of implementation of the Project by mutual consent.

II. Cost Sharing

In view of enhancing the sustainability and ownership of the project, the Syrian side will bear a part of the cost for arrangement of vehicle(s) (e.g. fuel, driver and maintenance checkup), as soon as vehicle(s) registered as property of Ministry of Health, in addition to the input agreed during the preliminary study of the Project. The Ministry of Health and target Governorates will be in charge of implementing the various activities at its own expense, such as routine supervisory visits to the project sites, maintenance of equipment and repair of HC facilities.

Annex 1. PDM

Project Design Matrix (PDM)

Title of the Project: Strengthening the Reproductive Health in Syria Phase II
Duration of the Project: Three years
Target Areas of the Project: Manbej and Al Bab Districts of Aleppo Governorate, Khan Shikhan district of Idlib Governorate
[Beneficiary Groups:
 [Direct Beneficiaries] Health officers at the target Governorates and Districts, Heads and staffs of HC facilities of the target areas
 [Indirect Beneficiaries] Women of reproductive age (15-49 years old), their partners and relatives, community members

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
<p>Overall Goal RH status in the target Governorates is improved.</p>	<p>[In the target Governorates] 1. Maternal Mortality Rate is reduced. 2. % of women who became pregnant/delivered under 18 years old is reduced. 3. % of women who became pregnant/delivered over 40 years old is reduced. 4. % of deliveries which occurred within 36 months from her last delivery is reduced.</p>	<p>1. Syria Family Health Survey 2. KAP survey / Service statistics from <u>HC facilities</u> 3. KAP survey / Service statistics from <u>HC facilities</u> 4. KAP survey / Service statistics from <u>HC facilities</u></p>	<p>Quality RH services are provided also by hospitals and private medical facilities in the target Governorates. Functional referral mechanisms and emergency obstetric care at hospitals exist. Cultural, social and religious factors behind the prevailing large-family norm are continuously and holistically addressed.</p>
<p>Project Purpose Utilization of quality Reproductive Health services is increased at <u>Health Care (HC) facilities</u> in the target districts.</p>	<p>[In the target Districts] 1. Contraceptive Prevalence Rate (Modern method) is increased. 2. % and # of women who received ANC more than 4 times with appropriate checks while pregnant is increased. 3. % and # of women who received PNC is increased. 4. # of RH clients at the <u>HC facilities</u> is increased.</p>	<p>1. KAP survey / Syria Family Health Survey 2. KAP survey (%) and Service statistics from <u>HC facilities</u> (#) 3. KAP survey (%) and Service statistics from <u>HC facilities</u> (#) 4. Service statistics from <u>HC facilities</u></p>	<p>People in the target districts do not oppose family planning. Sufficient number of medical staffs who provide RH services at <u>HC facilities</u> (especially midwives) is continuously allocated.</p>

<p>Outputs</p> <p>1. Quality of RH services provided by Health Care (HC) facilities is improved.</p> <p>2. Obstacles for women to access RH services are reduced through BCC.</p> <p>3. Capacity of target Governorate/District in skill development and management, particularly in planning, monitoring, and evaluation is improved.</p>	<p>[At the HC facilities of target Districts]</p> <p>1-1. % of HC facilities in which RH services are available throughout the official opening hours is increased..</p> <p>1-2. % providers who offer appropriate ANC/PNC services based on the official guidelines is increased..</p> <p>1-3. % of providers who subscribe to the clients' rights is increased.</p> <p>1-4. % of women who are satisfied with RH services provided by the HC facilities is increased.</p> <p>1-5. Measures are taken by district level and to solve issues identified by supportive supervision.</p> <p>[In the target Districts]</p> <p>2-1. % of men and women who agree to "not too early, not too close, not too many and not too late" principle is increased.</p> <p>2-2. % of women who are aware of importance of ANC/PNC is increased.</p> <p>2-3. % of men who support use of modern contraceptives is increased.</p> <p>[In the target Governorates/ Districts]</p> <p>3-1. District-level operational plan in each target district is formulated following the situation analysis.</p> <p>3-2. Monitoring system (including appropriate and functional supervision for management and clinical practices) is developed and is in place.</p> <p>3-3. Mechanisms for periodic review and adjustment of plan are in place.</p>	<p>1-1. Assessment of HC facilities</p> <p>1-2. Assessment of HC facilities</p> <p>1-3. Assessment of HC facilities</p> <p>1-4. KAP survey/ Assessment of HC facilities</p> <p>1-5. Assessment of HC facilities</p> <p>2-1. KAP survey</p> <p>2-2. KAP survey</p> <p>2-3. KAP survey</p> <p>3-1. Project report</p> <p>3-2. Project report</p> <p>3-3. Project report</p>	<p>Staffs trained by the project remain in the post.</p> <p>Human resource and organizations which work for community health exist.</p> <p>Sufficient number of officers who are in charge of management and administration are allocated to the Governorate/ District Health office.</p>
<p>Activities</p> <p>1-1 Conduct assessment in management (including the linkage between HCs and normal delivery center) and technical/clinical aspects of service delivery and function of facilities to identify gaps and training needs</p> <p>1-2 Plan and conduct training of service providers in the identified</p>	<p>Input by Syria</p> <p>< Human resources ></p> <ul style="list-style-type: none"> Counterpart Personnel (national, governorate and district levels) Service Providers Health Education personnel 	<p>Input by Japan</p> <p>< Human resources ></p> <ul style="list-style-type: none"> Experts (Health System, IEC/BCC, Medical Equipment, Social Research, Midwifery/Obstetric Care etc.) 	<p>Preconditions</p> <p>Counterparts participating Governorates/ Districts understand that "technical cooperation is a support to the self-help efforts of the</p>

<p>areas based on their needs</p> <p>1-3 Conduct training on HC management for heads of HCs by utilizing the resources in Manbej District</p> <p>1-4 Establish a system for supportive supervision and implement the supervision</p> <p>1-5 Identify the gaps between the current situation of <u>HC facilities</u> and "National ANC/PNC guideline" (which will be introduced from the beginning of 2010) and prepare for the adoption/adaptation.</p> <p>1-6 Strengthen the linkage between HCs and normal delivery center (Khan Shikhum sub-district)</p> <p>(Reduction of obstacles for accessing RH services through IEC/BCC)</p> <p>2-1 Review the community-based health education system with community health volunteers established during the Phase 1 (Manbej district)</p> <p>2-2 Identify the resources for community-based health education and develop health education system with suitable and appropriate measures/approaches.</p> <p>2-3 Draw up IEC/BCC program by identifying key target groups (e.g. men, mothers-in-law, etc.) based on the results of the review and surveys</p> <p>2-4 Produce (additional) teaching materials based on the IEC/BCC program</p> <p>2-5 Implement and monitor the IEC/BCC program</p> <p>(Capacity building of Governorate/District)</p> <p>3-1 Hold an orientation (kick-off) workshop in Manbej</p> <p>3-2 Collect and analyze necessary data through surveys (baseline and end-line survey), HC facility assessment, and review of regular records.</p> <p>3-3 Conduct training in data management based on MIS.</p> <p>3-4 Establish district level intervention plans based on the information collected.</p> <p>3-5 Organize/participate in meetings for experience among the participating Governorates/Districts.</p> <p>3-6 Organize a dissemination seminar with participation by all the governorates at the end of the project.</p>	<p><Facilities and supplies></p> <ul style="list-style-type: none"> Project office space and facilities in Aleppo and Idleb Governorates Supplies for <u>HC facilities</u> <p><Necessary costs></p> <ul style="list-style-type: none"> Running cost of the project office (e.g. electricity, water, communication) Maintenance and running costs of <u>HC facilities</u> Maintenance of equipment Repairs of damages in <u>HC facilities</u> Expenses for routine supervisory visits to the project sites by MOH/Governorate personnel Cost for arrangement of vehicle(s) (e.g. fuel, drivers and maintenance checkup) 	<p><Equipment and Materials></p> <ul style="list-style-type: none"> Essential equipment for <u>HC facilities</u> (details to be decided after the facility assessment) Essential office equipment for project office Equipment for IEC/BCC activities Vehicle(s) for monitoring activity <p><Necessary costs></p> <ul style="list-style-type: none"> Cost of seminars and training Production cost of educational and promotional materials Expense of hired local staffs 	<p>participating Governorates/Districts."</p>
---	--	--	---

④

stf

②

Project Design Matrix (PDM)

プロジェクト名: シリア・アラブ共和国リプロダクティブヘルス強化プロジェクト フェーズ2 プロジェクト期間: 3 年間
 対象地域: アレppo県マンベジ郡およびアルバーブ郡、イドリブ県ハンシフーン準郡
 ターゲットグループ: プロジェクト対象郡・準郡のヘルスセンター長、保健医療従事者、プロジェクト対象県・郡の保健行政官
 最終裨益者: 15~49 歳の女性とその夫および家族、地域住民

作成日: 2009 年 9 月 1 日
ver. 1

プロジェクトの要約	指標	指標データの入手手段	外部条件
上位目標 対象県のリプロダクティブヘルス状況が改善する	[対象県において] 1. 妊産婦死亡率が減少する 2. 18 歳未満の女性で妊娠・出産経験のある者の割合が減少する 3. 40 歳以上で妊娠している女性の割合が減少する 4. 最後の出産から 36 ヶ月を経ない出産の割合が減少する	1. ファミリーヘルスサーベイの調査 2. KAP 調査・PHC 施設記録 3. KAP 調査・PHC 施設記録 4. KAP 調査・PHC 施設記録	域内の病院および民間医療施設においても良質のリプロダクティブヘルスサービスが提供される レファラルおよび病院レベルの緊急医療が整備され、機能する 多産の背景にある文化的・社会的要因が課題として広く認識される
プロジェクト目標 対象郡のプライマリヘルスケア (PHC) 施設における質の高いリプロダクティブヘルスサービスの利用が増加する	[対象郡において] 1. 近代的避妊実行率が X% 増加する 2. 適切な項目を含んだ産前健診を PHC 施設で 4 回以上受診した女性の数 (および割合) が増加する 3. 産後健診を PHC 施設で 2 回以上受診した女性の数 (および割合) が増加する 4. PHC 施設におけるリプロダクティブヘルスサービスの利用者数が増加する	1. ファミリーヘルスサーベイの調査; KAP 調査 2. KAP 調査; HC 記録 3. KAP 調査; HC 記録 4. PHC 施設記録	PHC 施設が閉鎖されない 住民が家族計画に反対しない
成果 1. PHC 施設で提供されるリプロダクティブヘルスサービスの質が改善する	[対象郡内の PHC 施設において] 1-1. 定められた開業時間にリプロダクティブヘルスサービスを提供する PHC 施設の数が増加する 1-2. 公的ガイドラインに基づいて正しい産前	1-1. PHC 施設アセスメント 1-2. PHC 施設アセスメント	プロジェクトの研修を受けたスタッフが他の職務担当/部局へ頻繁に異動しない 地域保健活動を行う人材・

<p>2. 女性のリプロダクティブヘルスサービスへのアクセスを阻害する要因が BCC¹によって減少する</p> <p>3. 対象県および郡の計画立案やモニタリング・評価に関する管理運営能力が向上する</p>	<p>産後健診を行う PHC 施設の医療従事者の割合が増加する</p> <p>1-3. 「利用者の権利」を尊重・重視する PHC 施設職員の割合が増加する</p> <p>1-4. PHC 施設におけるリプロダクティブヘルスサービスに満足する利用者の割合が増加する</p> <p>1-5. サポートティブ・スーパービジョンにおいて課題が発見され、課題解決のために方策がとられたケースが増加する</p> <p>[対象郡において]</p> <p>2-1. “not too early, not too close, not too late and not too many^{1b)}”に賛同する男女の割合が増加する</p> <p>2-2. 産前産後健診の重要性を理解している男女の割合が増加する</p> <p>2-3. 近代的避妊具の使用に同意する男性の割合が増加する</p> <p>[対象県・郡において]</p> <p>3-1. 現状調査・分析の結果に基づいた郡レベルの行動計画が策定される</p> <p>3-2. マネジメントおよび医療技術面に対するスーパービジョンを含むモニタリング・システムが構築され、運用される</p> <p>3-3. 定期的に行動計画の見直しと修正が行われる</p>	<p>1-3. PHC 施設アセスメント</p> <p>1-4. PHC 施設アセスメント</p> <p>2-1. KAP 調査</p> <p>2-2. KAP 調査</p> <p>2-3. KAP 調査</p> <p>3-1. プロジェクトの報告書</p> <p>3-2. プロジェクトの報告書</p> <p>3-3. プロジェクトの報告書</p>	<p>組織が存在する</p> <p>県保健局・郡保健事務所が管理運営を担うに十分な人材が配置されている</p>
活動	投入		前提条件
<p>1-1. リプロダクティブヘルスサービスの提供に関し、マネジメント(含「HCと正常分娩センターの連携」)および医療技術面から見たサービスや施設の機能、スタッフの研修ニーズに対するアセスメントを実施し、現状を把握する</p> <p>1-2. 医療従事者の研修を、ニーズに応じて計画・実施する</p> <p>1-3. HC 長のマネジメント研修を、マンベジ郡のリソースを活用して行う</p>	<p>シリア側</p> <p><人材の投入></p> <p>カウンターパート</p> <ul style="list-style-type: none"> 保健省 PHC 局長およびリプロダクティブヘルス課長 対象県保健局 PHC 部長およびリプロダクティブヘルス課長 	<p>日本側</p> <p><人材の投入></p> <ul style="list-style-type: none"> 専門家(保健行政、IEC/BCC、医療器材、助産師、社会調査など) <p><資機材></p> <ul style="list-style-type: none"> PHC 施設が機能するために必要な機材(詳細は施設アセスメントを経 	<p>県・郡のカウンターパートが技術協力の趣旨を理解する</p>

<p>1-4. PHC 施設に対するサポータティブ・スーパービジョンのシステムを確立し、スーパービジョンを実施する</p> <p>1-5. シリア国の「産前産後健診ガイドライン」(改訂版が2010年初頭より導入される予定)を PHC 施設の現状に照らして確認し、PHC 施設での導入に向けた計画を策定する</p> <p>1-6. HC と正常分娩センターの連携強化をアセスメントの結果に照らして計画・実施する (イドリブ郡)</p> <p>2-1. フェーズ 1 で導入した地域保健ボランティア(CHV)を使ったコミュニティ保健教育活動の現状を分析する(マンベジ郡)</p> <p>2-2. コミュニティ保健教育活動のためのリソースを確認し、各地域の現状にあった手法・アプローチを選択して保健教育システムを設計する</p> <p>2-3. 現状分析・その他の調査結果に基づいてターゲット別(男性、女性、夫の母親、若者など)に IEC/BCCⁱⁱⁱ計画を策定する</p> <p>2-4. IEC/BCC 計画に沿った教材を(追加)作成する</p> <p>2-5. IEC/BCC 計画を実施する</p> <p>3-1. 対象県・郡の参加を得てマンベジでオリエンテーション・ワークショップを開催する</p> <p>3-2. 必要なデータを収集・分析する (ベースライン、エンドライン、PHC 施設現状調査など)</p> <p>3-3. 既存のマネジメント・インフォメーション・システム(MIS)で収集されたデータの分析・活用に係る研修(含 OJT)を実施する</p> <p>3-4. 収集・分析した情報を基に郡レベルの行動計画を策定する</p> <p>3-5. 対象県・郡で情報交換を目的としたプロジェクトレビュー会議を開催する</p> <p>3-6. シリア全 14 県対象の終了時セミナーを開催する</p>	<p>・ 対象郡保健事務所長</p> <p>その他の人材</p> <p>・ 対象郡 PHC 施設における医療従事者</p> <p>・ 対象郡保健教育従事者</p> <p><資機材></p> <p>・ PHC 施設の通常運営のための医薬品・消耗品</p> <p><施設></p> <p>・ 対象県プロジェクト事務所および基本設備</p> <p><必要経費></p> <p>・ プロジェクトオフィス維持管理費(電気、水道、電話など)</p> <p>・ PHC 施設と機材の維持管理費</p> <p>・ 必要に応じた PHC 施設の改修</p> <p>・ スーパービジョンに関する直接経費</p> <p>・ 車両配置に関する経費(燃料、保守メンテナンス等)</p>	<p>て決定)</p> <p>・ プロジェクトオフィスに必要な機材</p> <p>・ IEC/BCC 用機材</p> <p>・ モニタリングのための車両</p> <p><必要経費></p> <p>・ 研修・ワークショップ経費</p> <p>・ 教材作成費</p> <p>・ 現地スタッフ備上費</p>	
--	---	---	--

-
- ⁱ Behavior Change Communication, 行動変容のためのコミュニケーション。健康教育や広報コミュニケーション等、人々の行動変容を促すための活動を指す。
 - ⁱⁱ 若すぎないこと、出産の間隔が短すぎないこと、高齢でないこと、多産でないこと、の意。若年妊娠（18歳未満）、短い出産間隔（36ヵ月未満）、高齢出産（シリアでは40歳以上）、多産（子供の数が4人以上）は出産に係るハイリスクの一部であり、家族計画で回避可能なものである。
 - ⁱⁱⁱ 情報提供や健康教育、広報コミュニケーション等、行動変容を促すための活動全体を指す（IEC: Information, Education, and Communication. ）。

4 . 対象サイトプロフィール

プロジェクト候補地プロフィール (2009年6月現在)

	Al Bab/Aleppo	Kahn Shikhun/Idleb***	Maadan/Raqqa****	Data Source
Name of the main city where Health District Office is located	Al Bab	Khan Shikhun	Maadan	
Distance from the Governorate Capital	40km to east	75 km to south	67km to east	DHO
Distance between DAM-Gov.Capital	347km	320km	542km	map
Total land area	2,034km ²	750 km ²	2,500km ²	fax to JICA - April 09+ PHD/DHO
Total population	430,736	77,164	107,300	fax to JICA -April 09 + PHD/DHO (Idleb)
Female of reproductive age	98,812	17,370	?	PHD/DHO
Literacy rate	80%*	?	40.7%	fax to JICA -April 09
Main livelihood	agriculture animal husbandry	agriculture animal husbandry	agriculture animal husbandry	PHD/DHO
Total Fertility Rate	3.7	5	5.7	fax to JICA – June 15
CPR	35% (DHO) 59.8% (governorate)	57% (governorate)	33.7% (governorate)	fax to JICA - April 09 + PHD/DHO
Any method				
Maternal Mortality Rate	61.7 (governorate)	61(governorate)	81 (governorate)	fax to JICA -April 09
Facility deliveries	approx. 25 %	no data	15% by DHO	PHD/DHO
Birth with skilled attendant	91 % (governorate)	90 % (governorate)	85 % (governorate) 50% of all births by TBAs (DHO)	fax to JICA -April 09
% women not receiving ANC	25% (governorate)	33% (governorate)	21% (governorate)	fax to JICA -April 09
ANC ("HC coverage")	19% (75% for whole governorate)	57% (67% for whole governorate)	4% (15% by DHO) (79% for whole governorate)	fax to JICA -April 09
PNC	?	23% (DHO)	?	DHO
Infant Mortality Rate	16	16	15 (for the eastern region)	fax to JICA -April 09
Number of Health Centres	20	7 (of which 2 not functional)	7	DHO A-C categorisations to be provided by MoH
Type A	15	2	2	
Type B	3	4	1	
Type C	2	1	4	
% population whose nearest HC is >6km away)	n.a.	25% (DHO)	n.a.	
List of hospitals providing RH-related services (both public & private)**	Al Bab Hosp.(200 bed)	Al maara public hospital	no hospitals	fax to JICA -April 09 + PHD+DHO
	13 private hospitals	Al emad private hospital	1 normal delivery centre	
		khan Shikhun central hospital (private)		
		Dar al Shifa'a private hospital		
		Al Iman private hospital		

	Al Bab/Aleppo	Kahn Shikhun/Idleb***	Maadan/Raqqa****	Data Source
# of private clinics (if available)	20 midwifery services in Al Bab city (+ doctors use hosp. facilities for delivery)	27 doctors and 17 dentists	10	PHD/DHO
DHO staff	20 staff incl. Director - 5MD (3 supervisors, 1 head of dental dept.+ 1 Dir.) - 5 in mobile vaccination team (1 MW, 3 male nurses, 1 driver) - 1 MW as RH supervisor - 3 nurses in charge of vaccin., TB and Leishmania - others for accounts, filing, referral, etc. (DHO)	Proposed team: Dr.Musa'ab al Qitayni (head of HC-KSH) Dr. Nidal Al Osman (Dir.Supervision, DHO) + 3 midwives (DHO)	The Maadan HC doubles as the sub-district Health Office with 33 staff. The normal delivery centre in the same building has additional 15 staff. (PHD)	PHD/DHO
Strategies/priorities identified by PHD/DHO	Management capacity development of the heads of HCs + community-level health education by midwives	Situation analysis (on access to RH services) + strategy development	Provision of equipment (by the head Maadan HC) and staff motivation (by PHD)	PHD/DHO
Remarks	Making good progress on client-friendly HC environment and systematic supervision of HCs. The district has enough providers due to its proximity to Aleppo.	PHC Dept. is looking into the issue of lack of public transport for some remote areas. Needs of migrating population in the eastern part of the governorate are high but the Governor agreed on KSH.	No HC reported problems with absenteeism, while it's a major issue acc. to PHD. Doctors at HC with private practice may resist HC improvement which could lead to reduction of their private clients.	PHD/DHO

* 80% of the population is educated. Out of the 80%, 10% attain university education, 30% stop at the primary.

** Maara District for Khan Shikhun,

*** Expected to become a district in a few months. At the moment it is a sub-district of Maara district.

**** Maadan is a sub-district within Raqqa district, one of three districts of Raqqa Governorate

5. 保健センタープロファイル

Health Centre Services Al Bab

	1	2	3	4	5	6
Name	Al Bab	Suran	Abu Jabbar	Tadef	Deir Hafer	Kweres
Category	A	B	B	B	BorC	B
Opening hours	800-1500	7 hours	NA	8 hours	800-1500	800-1530
# villages covered	25	20	12	5	14	30
distance to the farthest village	5km	8km	10km	7km	3km	20km
population covered	93,443	8,259	13,874	17,796	70,035	27,815
women of reproductive age	21,436	1,895	3,183	1,895	16,066	6,381
average # clients a day	125	NA	50	10	na	50
Services (# clients 2008)						
ANC	○	○	○	○(180)	○(50-75/day)	○(960)
Delivery	X	X	X	X	○	X
PNC	○	X	○	○	○	300
POP	○	○	○	○(705)	○	150 (450?)
COC	○	○	○		○	450
IUD	?	○	?		○	120
Injectable	X	○	○	○	○	150
Norplant	X	X	X	X	○	X
Condom	○	○	○	○	○	150
Permanent (M)	X	○	○	○	○	X
Permanent (F)	○	○	○	○	○	X
diaphragm	X	X	○	X	○	X
spermicide	○	X	○	○	?	X
others	NA		○			
Pap smear	○	○	○	○	○	150
Breast exam	○	○	○	○	?	2300
STI	X	X	X		?	X
diagnosis	X	X	?		?	X
syndromic	X	○	○		○	X
Lab	X	X	X	X	?	X
treatment	X	X	○		○	X
HIV-VCT/PITC	X		?	X	?	X
pre-marital checkup	X	X	X		○	X
adolescent RH	X	○	X		○	X
Lab. Services		X	X		X	X
blood group				leishmania		
hemoglobine						
urine test						
??						
Regular outreach		NA	NA			
HV*(1/wk)				HV	HV(4/wk)	HV(48/Y)
VC**						VC (5/Y)
health ed.(4/wk)						
Most utilised services		?	?		?	
RH(350)				leishmania (25)		vaccin.(10550)
Leishmania (2500)				G.consult(32)		FP (1200)
diabetis (700)				RH (40)		ANC
internal med. (1300)						
vaccination (2000)						
Staff (total)	19	(1)	5	11	11	17***
MD	4	0	1	1	1	1
Dentist	2	0	0	2	1	2
MW	3	1 (2/wk)	1	2	4	?
Nurse (M)	4	0	2	1	2	?
Nurse (F)	2	0	0	0	1	?
Others	4	0	1	5	2	?

* HV=home visit

** VC=vaccination

*** no position was supplied for some staff

Health Centre Services
Al Bab

	7	8	9	10	11	12	13
Name	Al Raei	Qibaseen	Biza'a	Susian	Al Jabul	Al Yalani	Hmemeh Kabeera
Category	B	B	B	C	C	C	C
Opening hours	8.5 hours	7 hours	?	8 hours	800-1500	6 hours	830-1530
# villages covered	17 or more	20	6	12	3	1	5
distance to the farthest village	15km	20km	8km	5km	8km	6km	7km
population covered	7,503	14,871	18,969	2,551	8,000	1,584	4,846
women of reproductive age	1,721	3,411	4,352	585	1,835	363	1,112
average # clients a day	25	50	60	?	75-150 on vacc. Day	6-8	45
Services (# clients 2008)							
ANC	○	400	○	○	44	○	○
Delivery	○	X	x	x	x	x	o
PNC	○	250	o	o	x	o	o
POP	○	200	o	o	58	o	o
COC	○	200	o	o	48	o	o
IUD		120					
Injectable	○	120	o	o	7	o	o
Norplant	X	X	x	?	X	x	x
Condom	○	150	o	o	5	o	o
Permanent (M)	○	X	o	x	x	x	?
Permanent (F)	○	X	o	x	x	o	?
diaphragm	○	?	o	x	x	o	x
spermicide	○	35	o	x	x	x	?
others							
Pap smear	○	80	o	o	x	x	o
Breast exam	○	400	o	o	13-15	xo	o
STI	X	x	x	x	x	x	x
diagnosis	X	x	?	x	x	x	x
syndromic	X	x	o	x	x	x	o
Lab	X	x	x	x	x	o	x
treatment	X	x	o	x	x	o	x
HIV-VCT/PITC	X	x	?	x	x	x	x
pre-marital checkup	X	x	x	x	x	o	o
adolescent RH	X	x	x	x	x	x	o
Lab. Services	X	x	x	x	x	x	x
Regular outreach			?		x	x	
	HV(10/M)	HV(5/M)		HV (4/M)			HV(20/M)
	VC	school-based health ed.(4/M)					
Most utilised services		?	?		?	?	
	G. consult.(55/M)			HV			vaccin.
	RH(35/M)			vaccin.			FP/ANC
	vaccin.						int.M
	dental						care for the aged
	internal M.						
Staff (total)	8***	12	9	6	3	2	5
MD	1	1	1	1	1	1	1
Dentist	1	2	1	0	0	0	0
MW	1	1	2	1	0	1	2
Nurse (M)	1	3	2	2	0	0	0
Nurse (F)	?	2	3	1	2	0	2
Others	?	3	0	1	0	0	0

* HV=home visit
*** no position was

Health Centre Services
Al Bab

	14	15	16	17	18	19
Name	Tal Al-Hawa	Eran	Seen	Aysheh	Al Eremeh	Al Imam
Category	C	C	C	C	C	C
Opening hours	7 hours	8 hours	6 hours	8 hours	830-330	800-1500
# villages covered		5	4	13	16	12
distance to the farthest village	5km	10km	3km	20km	10km	15km
population covered	91,598	6,382	1,800	3,361	6,235	11,345
women of reproductive age	21,012	1,464	413	771	1,430	2,603
average # clients a day	10-15	30	20	15	20	10
Services (# clients 2008)						
ANC	o	o	o	48	o	o
Delivery	x	x	x	x		o
PNC	o	x	x	o	o	o
POP	o	o	o	o	o	o
COC	o	o	o	o	o	o
IUD			o			
Injectable	o	o	o	o	o	o
Norplant	x	x	x	x	x	x
Condom	o	o	o	o	o	o
Permanent (M)	o	o	x	x	o	o
Permanent (F)	o	o	o	x	o	x
diaphragm	o	o	o	x	o	x
spermicide	x	o	x	o	o	x
others						
Pap smear	x	o	x	o	o	x
Breast exam	o	o	o	o	o	x
STI	o	x	x	x	x	x
diagnosis	o		x	x		x
syndromic	x	o	x	o		x
Lab	x	x	x	x		x
treatment	x	x	x	x		
HIV-VCT/PITC	x	?	x	x		
pre-marital checkup	x	?	x	x		x
adolescent RH	x	?	o	x		x
Lab. Services	x	x	x	x	x	x
Regular outreach	x		?	x		
		HV(2/wk)			HV(>20)	HV(1/wk)
					school-based vaccin.(2/Y)	
Most utilised services	?		?			?
		G.consult(15)		vaccin.	vaccin.	
		RH		check up	FP	
				FP	ANC	
				ANC	check up	
Staff (total)	?	6	3	4	5	6
MD		1	1	1	1	1
Dentist		0	0	0	0	0
MW		1	1	1	2	2
Nurse (M)		1	1	2	1	1
Nurse (F)		1	0	0	0	1
Others		2	0	0	1	1

* HV=home visit

*** no position was

Health Centre Services
Khan Sheikhoun - Idleb

Khan Shikhun - Idleb

	1	2	3	4	5	6	7	8
Name	Khan Shikhun	Tamana'a	Hbeit	Heesh (Kahr Sakhbeh?)	Kafarsegna Kafr Sahneh	Alteh	Al Khawen	Sinjar*
Category	C	A	B	B	B		C	C
Opening hours	8 hours (24 for NDC)	8 hours	7 hours	7hours	7 hours		7 hours	7 hours
# villages covered	4	3	7	10	5		25	63
distance to the farthest village	40km	7km	5km	10km	10km		15km	30km
population covered	77,164	9,357	17,000 11,533	18,000 10,024	15,000 10,158	9,784	4,000 2,381	40,000
women of reproductive age	17,370	2,106	781	4,008	2229			
average # clients a day	100	25	45	33	30		10	30
Services (# clients 2008)								
ANC	328	98	160	240	60		30	500
Delivery	103(in 8 months)	x	x	x	x		x	x
PNC	x	x	?	361	x		x	o
POP	642(cycle?)	938(cycle?)	500	800	800		36	120
COC	4363(cycle?)	358(cycle?)	30	100	250		20	220
IUD	156	37						
Injectable	115	33	140	30	36		36	30
Norplant	x	x	x	x	x		x	x
Condom	447 dozens	48 dozens	250	200 D	100		20	90
Permanent (M)	?	x	x	x	x		x	x
Permanent (F)	?	x	x	x	x		x	x
diaphragm	?	x	x	x	x		x	x
spermicide	?	x	x	x	x		x	o
others								o
Pap smear	288	79	40	250?	200		o	100
Breast exam	205	3	20	30?	x		o	13
STI	x	x	x	x	x		x	x
diagnosis	o	o	x	?	x		x	x
syndromic	o	o	x	x	x		x	x
Lab	o	x	x	x	x		x	x
treatment	o	x	o	o	o		o	o
HIV-VCT/PITC	x	x		?				
pre-marital checkup	x	x	x	?	x		x	x
adolescent RH	x	x	x	?	x		x	x
Lab. Services		x		x	x		x	
	Leishmania320		Diabetes 940					leishmania300
	blood glucose, hemoglobin, blood grouping 1815		Leishmania 225					
Regular outreach		x	?	x	x		x	x
	vaccin.(1/M/village) + communicable diseases control with vaccin. mobile							
most utilised services	?	?	?	x	?		?	?
Staff (total)	44	7	13 incl. 2 part time	5	7	4	4	9
MD	4	1	1		1			1
Dentist	2	2	2		0			2
MW	9	0	1		1			2
Nurse (M)	4	1	0		1			1
Nurse (F)	18	1	1		0			
Others	7	2	8		4			3

* not listed in the "Information: Al Mouraa district/Idleb" supplied by MoH via JICA Syria office

Health Centre Services
Maadan-Raqqa

Maadan-Raqqa

	1	2	3	4	5	6	7
Name	Maadan	Al Sabkha	Mouqla Kabeera	Ghornada	Al Ekershy	Albu Hamad	no name
Category							
Opening hours	7 hours	8 hours	8 hours	8 hours	7 hours	?	8 hours
# villages covered	10	5	2	3	4	6	2
distance to the farthest village	12km	10km	4km	7km	4km	5km	5km
population covered (acc. to MoH)	50000 (37621)	22908 (23908)	5000 (6493)	8000 (8442)	?	12800 (12987)	6000 (2164)
women of reproductive age							
average # clients a day	70	40	8	20	25	20-Oct	10
Services (# clients 2008)							
ANC	300	o	500/M	o	o	3200	o
Delivery	150	x	x	x	x	o	x
PNC	100	x	x	o	x	1500	x
POP	600	o	o	o	o	4000	o
COC	650	o	o	o	o	2000	o
IUD							
Injectable	120	o	o	o	o	x	o
Norplant	x	x	x	x	x	x	x
Condom	120	o	x	o	o	300	x
Permanent (M)	x	x	x	o	x	o	x
Permanent (F)	x	o	x	o	x	o	x
diaphragm	x	x	x	o	x	o	x
spermicide	x	x	x	x	x	o	x
others							
Pap smear	x	o	o	no answer	x	x	o
Breast exam	50	o	x	o	o	x	x
STI	o	x	x		x		o
diagnosis		x	x	x	x	x	x
syndromic	o	o	x	x	x	x	x
Lab	x	o	x	x	x	x	x
treatment	o	o	x	x	x	x	x
HIV-VCT/PITC		x	x	x	x	x	x
pre-marital checkup	x	x	x	x	x	o	x
adolescent RH	x	x	x	o	x	x	x
Lab. Services							
	blood glucose(1000)	blood group		urin deposits			
	pregnancy(800)	hemoglobin		blood group			
	urine deposits(240)	pregnancy		pregnancy			
	hemoglobin(120)	urin deposit		hemoglobin			
	blood grouping(50)						
Regular outreach	?	?	?	?	?	?	?
						ANC(1/M)	
						referral(1/M)	
						gen. health (1/M)	
most utilised services							
	vaccination	FP	diarrhea				thoracic control
	general	general	child thoracic				diarrhea
	dental	pediatric	FP				FP
	ANC/FP		anemia				anemia
# ANC per client			2				
Staff (total)	37	22	6	19	8	?	11
MD	5	2	2	2	2		2
Dentist	2	3	0	2	2		3
MW	7	1	1	5	0		2
Nurse (M)	2	11	2	2	1		2
Nurse (F)	4	1		3	2		0
Others	17	4	1	5	1		2

