

フィリピン共和国
東ビサヤ地域母子保健サービス強化
プロジェクト
詳細計画策定調査報告書

平成 21 年 11 月
(2009 年)

独立行政法人国際協力機構
フィリピン事務所

フィ事
JR
09-004

**フィリピン共和国
東ビサヤ地域母子保健サービス強化
プロジェクト
詳細計画策定調査報告書**

平成 21 年 11 月
(2009 年)

**独立行政法人国際協力機構
フィリピン事務所**

序 文

フィリピン共和国では妊産婦死亡と乳幼児死亡を減少させるための取り組みが長年実施されてきています。しかし、2000年に国連で採択されフィリピン共和国を含む189カ国が署名しているミレニアム宣言において設定されたミレニアム開発目標（MDG）のうち目標4（子どもの死亡率の減少）と目標5（妊産婦の健康の改善）の達成も危ぶまれる状況にあります。

このような状況の下、本技術協力プロジェクトは、フィリピン共和国政府の掲げる「保健セクター改革」と「母性の安全（safe motherhood）政策」の下で緊急産科サービスの改善を通じて妊娠・分娩・産褥期における母親と新生児の健康を向上させることを目標に、平成20（2008）年5月フィリピン保健省により要請されました。

プロジェクトの対象地域は東ビサヤ諸州のうちレイテ州及びオルモック独立市で、ともに経済的にも保健医療指標においても課題をかかえており、保健セクター改革の先行実施地域16州から全国展開への流れを受けて、地域保健システムの一層の強化に取り組んでいる地域です。

プロジェクトの実現に先立ち、JICAは対象地域と保健医療施設の状況を調査するとともに、保健省本省・東ビサヤ地域局及び自治体関係者と協議のうえ、めざすべき目標と成果、活動計画、実施体制並びに前身の母子保健プロジェクト（2006～2010年）の成果を着実に引き継ぐ方法を具体化する目的で、詳細計画策定調査を平成21（2009）年10月21日から11月17日まで実施しました。本報告書はその調査結果を取りまとめたものです。

本評価調査の実施にあたりご協力を賜りました保健省、レイテ州、オルモック市政府関係者並びに保健分野援助機関担当者各位ほか、関係者の皆さまに対して深い謝意を表しますとともに、プロジェクト開始へ向けてより一層のご協力をお願いする次第です。

平成21年11月

独立行政法人国際協力機構
フィリピン事務所長 松田 教男

目 次

序 文

目 次

プロジェクトサイト地図

調査訪問時の写真（2009年10～11月）

略語表

事業事前評価表（技術協力プロジェクト）

第1章 詳細計画策定調査の概要	1
1．調査団派遣の経緯と目的	1
2．調査団の構成と調査日程	1
3．主要面談者	1
第2章 調査結果	2
1．国家政策の動向	2
2．対象地域の現状	2
2 - 1 東ビサヤ地域の概要	2
2 - 2 東ビサヤ地域における母子保健（MCH）の現状	3
2 - 2 - 1 主要な母子保健（MCH）指標	3
2 - 2 - 2 サービス提供	3
2 - 2 - 3 サービス利用	4
2 - 3 東ビサヤ地域における母子保健（MCH）分野の課題	6
3．対象地域の選定	7
3 - 1 保健セクター改革（F-1政策）と保健省（DOH）の新母子保健政策 （MNCHN政策）	7
3 - 2 選定のクライテリア	7
4．プロジェクト基本計画	8
5．プロジェクトの実施体制とプロセス	9
5 - 1 実施主体	9
5 - 2 合同調整委員会（Joint Coordination Committee：JCC）	9
5 - 3 地域運営委員会（Regional Management Committee）	10
5 - 4 プロジェクト執行委員会（Executive Committee：EC）	10
5 - 5 プロジェクト実施上の留意点	10
5 - 5 - 1 記録媒体（母子手帳など）の確保	10
5 - 5 - 2 保険還付制度〔妊産婦ケア・パッケージ（MCP）、新生児ケア・パッケージ （Newborn Care Package：NCP）〕の活用	10
5 - 5 - 3 米国国際開発庁（USAID）との連携	11

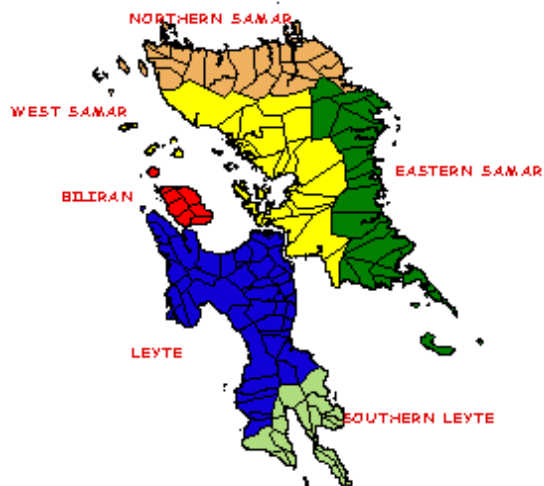
第3章 プロジェクト実施の妥当性	12
1. 妥当性	12
2. 有効性	15
3. 効率性	17
4. インパクト	18
5. 自立発展性	21

付属資料

1. ミニッツ英文	27
2. プロジェクト実施体制図 (Implementation Structure Chart)	34
3. Project Design Matrix (PDM ver.1)	35
4. Plan of Operation (PO ver.1)	41
5. 調査日程表	48
6. MNCHN政策 (Administrative Order No.2008-0029 全文)	50
7. MCP認証と貧困層向けPhilHealth加入について	63
8. 訪問した施設の施設・機材状況	64
9. フィリピンにおける緊急産科・新生児ケアの内容	68
10. 対象地域選定の各クライテリアにおける調査結果	71
11. 目標値のシュミレーション	73
12. 保健省各層の組織図 (保健省全体、国際保健協力局、国際疾病予防管理センター、 地域保健開発局、東ビサヤ地域局、レイテ州保健局、オルモック市保健局)	74
13. 評価グリッド	81
14. 対象となる自治体間保健連携ゾーンと施設・病院名	103

プロジェクトサイト地図

東ビサヤ地域位置図



レイテ州・オルモック市病院・施設位置図



調査訪問時の写真（2009年10～11月）



レイテ州・アランガラン RHU



レイテ州・アランガラン RHU



東ビサヤ地域医療センター
小児保健総合マネージメント研修



東ビサヤ地域医療センター
小児保健総合マネージメント研修



民間助産クリニック



民間助産クリニック



民間助産クリニック



民間助産クリニック



民間助産クリニック



民間助産クリニック



レイテ州・パストラナ RHU



レイテ州・パストラナ RHU



レイテ州・パストラナ BHS(公民館内)



レイテ州・パストラナ BHS(公民館内)



レイテ州・ヒンダン RHU



レイテ州・ヒンダン RHU



レイテ州・ヒンダン RHU



レイテ州・ヒンダン RHU



レイテ州・ヒンダン RHU



レイテ州・バト RHU



レイテ州・バト RHU



レイテ州・バト RHU



レイテ州・パロ母子クリニック



レイテ州・パロ母子クリニック

略 語 表

略 語	正式名称	和 訳
AO	Administrative Order	行政法規の一。省令
BEmOC	Basic Emergency Obstetric Care	基礎的緊急産科ケア
BEmONC	Basic Emergency Obstetric and Newborn Care	基礎的緊急産科・新生児ケア
BHS	Barangay Health Station	バランガイヘルスステーション
BHW	Barangay Health Worker	バランガイヘルスワーカー
BIHC	(Department of Health) Bureau of International Health Cooperation	国際保健協力局
BLHD	(Department of Health) Bureau of Local Health Development	地域保健開発局
BNS	Barangay Nutrition Scholar	バランガイ栄養教育促進員
C/S	Cesarean Section	帝王切開
CEmOC	Comprehensive Emergency Obstetric Care	包括的緊急産科ケア
CEmONC	Comprehensive Emergency Obstetric and Newborn Care	包括的緊急産科・新生児ケア
CH	Community Hospital	コミュニティ病院(10床程度の病院)
CIPH	City-wide Investment Plan for Health	(独立)市保健投資計画
CMMNC	Community Managed Maternal and Newborn Care	コミュニティにおける妊産婦・新生児ケア(研修モジュール名)
CSWDO	City Social Welfare and Development Office	市社会福祉開発局
DH	District Hospital	ディストリクト病院
DHC	District Health Center	独立市の地区保健所(RHUとほぼ同等のサービスを提供)
DOH	Department of Health	保健省
DOH-CHD EV	Center for Health Development Eastern Visayas Office	保健省東ビサヤ地域局
DSWD	Department of Social Welfare and Development	社会福祉開発省
EC(ExeCom)	Executive Committee	プロジェクト執行委員会
EmOC	Emergency Obstetric Care	緊急産科ケア
EmONC	Emergency Obstetric and Newborn Care	緊急産科・新生児ケア
EVRMC	East Visayas Regional Medical Center	東ビサヤ地域医療センター
F-1	FOURmula One	保健セクター改革の通称。フォーミュラ・ワン又はF-1政策
FHSIS	Field Health Service Information System	地域保健サービス情報システム
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit	ドイツ技術協力公社
HBMR	Home-based Mother's Record	妊産婦用の記録カード(通称ピンクカード)

略 語	正式名称	和 訳
ILHZ	Inter-local Health Zone	自治体間保健連携ゾーン
ILHZ-TMC	Inter-local Health Zone Technical Management Committee	ILHZ技術管理委員会
JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
LGU	Local Governmental Unit	地方自治体
LPH	Leyte Provincial Hospital	レイテ州立病院
LSS	Life Saving Skills (Training Course)	助産師技術研修
M/M	Man Month	専門家等の従事期間の単位(人月)
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
MCP	Maternity Care Package	妊産婦ケア・パッケージ
MDG	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MDR	Maternal Death Review	妊産婦死亡症例分析
MHO	Municipal Health Office	町保健局
MLGU	Municipal Governmental Unit	町役場
MMR	Maternal Mortality Ratio	妊産婦死亡比
MNCHN	Maternal, Newborn, Child Health and Nutrition (Policy) or (Health Reform towards Rapid Reduction of Maternal and Neonatal Mortality)	保健省の新母子保健政策。正式には「妊産婦・新生児死亡の早急な削減に向けた保健セクター改革」又は通称MNCHN政策(ムンチャンと発音)
MOOE	Maintenance and Other Operating Expenses	施設・機材の維持管理や医薬品購入に充てる予算項目
MOP	(Health Reform towards Rapid Reduction of Maternal and Neonatal Mortality) Manual of Operations	MNCHN政策の実施要領
MTPDP	Medium-Term Philippine Development Plan (2004-2010)	フィリピン中期開発計画(2004～2010年)
NCDPC	(Department of Health) National Center for Disease Prevention and Control	国家疾病予防管理センター
NCP	Newborn Care Package	新生児ケア・パッケージ
NCSO/NSO	National (Central) Statistics Office	国家(中央)統計局
NDHS	National Demographic and Health Survey	国家人口保健調査
NDR	Neonatal Death Review	新生児死亡症例分析
NEDA	National Economic Development Agency	国家経済開発庁
NMR	Neonatal Mortality Rate	新生児死亡率
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリクス
PhilHealth	Philippine Health Insurance Corporation	フィリピン健康保険公社
PHN	Public Health Nurse	公衆衛生看護師
PHO	Provincial Health Office	州保健局

略 語	正式名称	和 訳
PhP	Philippine Peso	フィリピンペソ
PIPH	Province-wide Investment Plan for Health	州保健投資計画
PO	Plan of Operation	活動実施計画表
POGS	Philippine Obstetrical and Gynecological Society	フィリピン産婦人科学会
PSWDO	Provincial Social Welfare and Development Office	州社会福祉開発局
RHM	Rural Health Midwife	助産師
RHU	Rural Health Unit	町保健所
SBA	Skilled Birth Attendant	熟練出産介助者
SHP	Skilled Health Professional	有資格の保健医療従事者
TBA	Traditional Birth Attendant (Also referred to as “Hilot”)	伝統的産婆
TCL	Target Client List	ターゲット・クライアント・リスト又は(保健所)利用者基本台帳
TOR	Terms of Reference	専門家等への委任事項、外注指示
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
WHSM	Women’s Health and Safe Motherhood	女性の健康と母性保護
WHT	Women's Health Team	女性の健康チーム

事業事前評価表（技術協力プロジェクト）

作成日：平成 22 年 1 月 28 日

担当部・課：JICA フィリピン事務

1. 案件名

(英) Strengthening Maternal and Child Health Services in Eastern Visayas

(和) 東ビサヤ地域母子保健サービス強化プロジェクト

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

本プロジェクトは、その先駆的な役割を果たした母子保健プロジェクト（2006年4月～2010年3月）の成果を継承して、有資格の保健医療従事者（医師、看護師、助産師）の出産立ち会いによる施設分娩が増加し、地域の政策決定者を巻き込んだ住民活動が活性化し、ひいては基礎的緊急産科システムが東ビサヤ地域に拡大展開され、妊産婦死亡の減少に影響を与えることを目標としている。具体的な活動としては、公的保健施設におけるサービス提供の改善（人材研修、機材供与）、行政組織強化（保健省地域局、州/市、保健区域¹、町レベルの制度づくり、モニタリング強化）、コミュニティ・ボランティアの動員（女性の健康チーム設置）、地方自治体への働きかけ等の活動を実施する。施設強化への支援は、基礎的緊急産科・新生児ケア²（BEmONC）に限定し、州病院等における包括的緊急産科・新生児ケア³（CEmONC）についてはフィリピン側で実施することとし、JICAの直接的投入（機材供与等）は実施しない。

(2) 協力期間

2010年7月～2014年6月（4年間）

(3) 協力総額（日本側）

約 4億2,000万円

(4) 協力相手先機関

保健省本省、保健省東ビサヤ地域局
レイテ州保健局、オルモック市保健局⁴

(5) 国内協力機関

特になし

¹ 「自治体間保健連携ゾーン（Inter-Local Health Zone：ILHZ）」、隣接する町と中核病院でゾーンをつくり、連携協力、人材・設備・資金などの資源を共有する仕組みで、それによって保健サービスの質の向上を図るもの。

² Basic Emergency Obstetric and Newborn Care（BEmONC）正常分娩、吸引分娩、鉗子分娩と新生児ケアに対応。

³ Comprehensive Emergency Obstetric and Newborn Care（CEmONC）帝王切開と新生児ケアに対応。

⁴ 保健セクター改革（F1）が州や市を基本単位として保健投資計画を策定のうえ実施されていることを尊重し、本プロジェクトは対象地域を州あるいは市全体を対象とする方針をとることとした。また資源の有効活用の観点から、保健セクター改革（F1）開始当初からの重点州とされた3州（ビラン、東サマル、南レイテ各州）並びに国連合同母子保健プログラム対象州（東サマル、タクロバン市）との重複を避ける方針とした。本プロジェクトは、母子保健サービスの強化と有資格の保健医療従事者の立ち会いによる施設分娩を推進することをめざしていることから、サービスを提供する施設における人材の配置状況はプロジェクトの目標達成に重要な前提条件と判断される。加えて、コミュニティレベルでの継続的な活動の展開を可能とする治安状況も選定上の重要なクライテリアとされる。これらの条件を勘案し総合的に検討した結果、レイテ州とオルモック市を本プロジェクトの対象地域と選定した。レイテ州は177万2,000人（2007年）、広さ6,515m²（2008年）、東ビサヤ地域では人口、広さともに最大。オルモック市は独立市であり、人口17万7,000人（2007年）、広さ613m²（2008年）。

(6) 裨益対象者及び規模等(4年間、概算⁵)

保健省東ビサヤ地域局、レイテ州とオルモック市保健局スタッフ

保健医療従事者340名

レイテ州優先地域及びオルモック市の妊産婦約11万人⁶

レイテ州優先地域及びオルモック市の新生児約8万人⁷

3. 協力の必要性・位置づけ

(1) 現状及び問題点

フィリピンにおいては、約半数のお産が第4子以上であることや前回の出産との間隔が24ヵ月以内であるなど、少なくともひとつのリスク要因を伴うとされている。2006年の家族計画調査によれば妊産婦死亡比は出生10万当たり162となっており、1998年の国家人口保健調査(National Demographic and Health Survey: NDHS)の172と比較して若干減少しているものの⁸、今後減少が大幅に加速されない限り2015年までのMDG達成(出生10万当たり52)は無理であるとの見解が支配的である。一方、5歳未満児死亡率は過去15年の間に出生1,000当たり55(1988~1992年)から34(2003~2007年)へと、又乳児死亡率は同34から25へと減少傾向が認められ(NDHS:2008年)保健省では今後、新生児の死亡を抑えることで、MDG目標である5歳未満児死亡率21が達成可能であるとみている⁹。

東ビサヤ地域は首都マニラの南東に位置し、サマル島及びレイテ島を主とした大小の島々で構成される¹⁰。妊産婦死亡比は7番目、乳児死亡率は5番目に高い。乳児死亡の約半分は生後7日以内の新生児死亡が占めている。リスクの高い出産が多いにもかかわらず、有資格の保健医療従事者による出産介助や施設における分娩の割合は低い水準にとどまっている。こうした現状のなかで、分娩介助、妊産婦健診や産後健診といったサービスを提供する施設の整備、緊急産科・新生児ケアのサービスを提供できる医療従事者の確保は、東ビサヤ地域における母子保健プログラムの優先課題である。

(2) 相手国政府国家政策上の位置づけ

フィリピンの保健セクターでは、地方分権の下に質の高い保健サービスの提供を目標として保健セクター改革が進められている。2005年には「FOURmula ONE(F1)」という保健改革の枠組みが採択され、効率、効果、公平、公正の観点から、財政基盤の強化、アクセスの改善、サービスの質の向上、保健行政の強化の4つの分野で改革が推進されている。保健セクター改革(F1)は当初16の重点州において集中的に開始されたが、2009年には全州において保健投資計画が策定されるに至った。

保健省は、保健セクター改革(F1)の枠組みのなかでも母子保健プログラムを最優先課題として活動の強化を全国において推進すべく、国際保健協力局内にタスクフォースを設け、分娩ケアの質向上に焦点を絞った意欲的な母子保健政策(Maternal, Neonatal and Child

⁵ 数値は目安(妊産婦数を人口の3.5%とし、新生児数を出生数と同数と仮定した。4年間の概算値については、2008年人口統計・人口増加率を基に2010年7月~2014年6月の各値を推計した。

⁶ レイテ州優先地域[BEmONC候補町保健所の保健区域(18自治体)]妊産婦数は約8万300人、オルモック市妊産婦数は約2万7,400人。

⁷ レイテ州優先地域新生児数は約5万6,400人、オルモック市新生児数は約2万1,000人。

⁸ 95%の信頼区間を考慮すれば、減少傾向は統計的に有意とはいえないとされている。

⁹ “Maternal and Child Health Projections(保健省提供資料)”(not dated)

¹⁰ わが国の協力の下に実施中の「母子保健プロジェクト」の対象州であるピラン州を含む6州、2市からなる地域。フィリピン首都マニラの南東約566kmに位置し、サマル島及びレイテ島を主とした大小の島々で構成されており、面積2万3,229km²(関東地方の約0.7倍)の地域に人口約132万人が居住している。

Health and Nutrition : MNCHN政策、AO 0029, series of 2008)¹¹を発表するとともに、実施要領 (Manual of Operations) を作成している。

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

JICAは2006年3月より、母性の安全と新生児の健康改善を目標とし、緊急産科システム導入を中心とした母子保健サービスの質的改善をめざして、「母子保健プロジェクト」¹²を実施している。同プロジェクトはMNCHN政策を現場において実施し、その有効性を初めて実証したという点で高く評価されており、様々なグッドプラクティスを生み出し、州内や地域内など対象地域以外にもインパクトを与えている。

一方、対フィリピン経済協力においては、国別援助計画 (外務省、2008年6月改訂) 並びに国別援助実施方針 (JICA、2009年7月) のなかで、(1) 雇用機会の創出に向けた持続的経済成長 (2) 貧困層の自立支援と生活環境改善 (3) ミンダナオにおける平和と安定への支援を重点開発課題としており、その(2)のなかで、基礎的社会サービスの拡充として母子保健分野への支援を重点課題と位置づけている。

4. 協力の枠組み

〔主な項目〕

(1) 協力の目標 (アウトカム)

協力終了時の達成目標 (プロジェクト目標) と指標・目標値

目 標 : 東ビサヤの対象地域において安全な分娩及び産前産後のケアを受ける妊産婦及び新生児が増加する。

指 標 :

1. レイテ州、オルモック市の有資格の保健医療従事者立会による施設分娩割合が33% (2008年) から50% (レイテ州)、47% (2008年) から65% (オルモック市) となる。
2. 対象地域における妊産婦の70%が、妊娠中に最低4回 [うち1回目は第1期 (妊娠12週まで)] の妊産婦健診を受ける。
3. 対象地域における80%の女性が最低1回の産後健診を受ける。

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

目 標 : 東ビサヤ地域の対象地域における妊産婦死亡比と乳児死亡率が減少する。

指 標 :

1. 東ビサヤ地域における妊産婦死亡比が2008~2018年までの間、年間2.9より早いペースで減少する。
2. 東ビサヤ地域における新生児死亡率/乳児死亡率が2008~2018年までの間、各々年間0.63、1.05より早いペースで減少する。
3. 対象地域における年間の妊産婦死亡数の減少傾向 (レイテ州17、オルモック市11、2008年)
4. 対象地域における年間の新生児死亡数の減少傾向 (レイテ州79、オルモック市18、

¹¹ 正式名称は、Administrative Order No.29 "Implementing Health Reforms for Rapid Reduction of Maternal and Neonatal Mortality" 「妊産婦・新生児死亡の早急な削減に向けた保健セクター改革 (F-1) 実施に係る保健省令」。新政策では、特に施設分娩の普遍化・緊急産科ケアサービス提供体制強化をバックボーンに据えている。

¹² 「母子保健プロジェクト」は2006年3月~2010年3月の予定で、ルソン島北部のイフガオ州3町 (Alfonsolista, Mayoyao, Aginaldo) とレイテ島北部のピリラン州 (全8町) を対象地域として実施中である。

2008年)

5. 対象地域における出産の80%が施設において行われる。

(2) 成果 (アウトプット) と活動

成果 1

基礎的緊急産科・新生児ケア (BEmONC) サービス提供施設、又はMNCHN行政令を実践する施設が増加する。

活 動 :

1. BEmONC候補施設の機材状況を評価し、BEmONC及びフィリピン健康保険公社 (PhilHealth)¹³の妊産婦ケア・パッケージ施設 (MCP)¹⁴と認証されるために必要な機材のギャップを確認する。
2. BEmONC並びにMCP認証に必要とされる機材を候補とされる町保健所/地区保健所 (RHU/DHC) 並びに病院 (Community Hospital) に対して供与する。
3. MCP認証申請と保険金還付申請について町保健所/地区保健所とバランガイヘルステーション (BHS)¹⁵を対象とした事務手続きの支援を提供する。
4. 対象施設の機材維持管理システム¹⁶の確立を支援する。

指 標 :

1. 100%の対象施設 (レイテ州: 18町保健所、2病院、オルモック市: 5地区保健所) が BEmONCサービスを提供している。
2. 100%の対象施設 (レイテ州: 18町保健所、オルモック市: 5地区保健所) がMCP認証を受けている。また、認証を受けたすべての施設が定期的にフィルヘルスの保険還付金を受けている。

成果 2

公共部門の保健医療従事者のBEmONC/MNCHNサービス提供に係る専門技術が向上する。

活 動 :

1. BEmONC研修施設としての東ビサヤ地域医療センター (EVRMC) のキャパシティ・ビルディングと機材供与を行う。
2. 保健省東ビサヤ地域局 (DOH-CHD EV) Family Health Clusterが研修の実施に必要とされる機材を供与する。
3. 保健省東ビサヤ地域局が女性の健康チーム (WHT) の研修の実施に必要とされる教材を作成する。
4. レイテ州とオルモック市のBEmONC候補施設の保健医療従事者を対象としたBEmONC研修を実施する。

¹³ Philippine Health Insurance Corporation

¹⁴ 妊産婦ケア・パッケージ (MCP) は現在見直し中であり、今後 BEmONC の認証に代替する可能性がある。

¹⁵ Barangay Health Station (BHS) バランガイは町 (Municipality) の下位にある最小行政区。

¹⁶ 機材台帳の管理、日常的なメンテナンス、スペアパーツの備蓄など、機材が常に稼働しているために最低限必要な体制整備の支援をすることにより、施設が継続して BEmONC サービスを提供し、MNCHN 行政例を実践することが期待される。

5. 第1次医療施設における妊産婦・新生児ケアのサービス提供マニュアル (Community-Managed Maternal and Newborn Care) に準拠した研修をすべての町保健所/地区保健所の保健医療従事者を対象として実施する。
6. BEmONC候補施設の傘下にあるバランガイヘルスステーション (BHS) の助産師を対象としたBEmONC研修 (助産師版) を実施する。
7. BEmONC研修後の受講者への専門技術レベルを維持するためのアセスメントを実施する。
8. 町保健所/地区保健所と病院において定期的に妊産婦死亡症例検討会 (MDR)/新生児死亡症例検討会 (NDR) を実施する。

指 標 :

1. 対象となるすべての保健医療従事者 (レイテ州 : 26SHPチーム、オルモック市 : 5SHPチーム) がBEmONC研修を受講する。
2. 対象となるすべての助産師 (レイテ州 : 105、オルモック市 : 20) がBEmONC研修 (助産師版) を受講する。
3. 対象となるすべての保健医療従事者 (レイテ州 : 105、オルモック市 : 18) が妊産婦・新生児ケアに係る研修を受講する。
4. 研修の結果、受講者 (保健医療従事者) の80%が満足のいく専門技術レベルを維持する。

成果3

質の高いBEmONC/MNCHN政策サービスを確立・維持するための保健省東ビサヤ地域局及び州・市保健局のマネジメント機能が向上する。

活 動 :

1. 定期的に合同調整委員会と地域運営委員会が開催される。
2. レイテ州とオルモック市においてプロジェクト執行委員会 (Executive Committee) が実施される。
3. レイテ州自治体間保健連携ゾーン技術管理委員会 (ILHZ-TMC) とオルモック市地区保健所 (DHC) 所長に対してプロジェクトに関するオリエンテーションを実施する。
4. レイテ州ILHZ理事会及びオルモック市保健理事会に対してプロジェクトに関するオリエンテーションを実施する。
5. 州・市レベル及びILHZレベルで妊産婦死亡症例検討会 (MDR)/新生児死亡症例検討会 (NDR) を定期的に実施する。
6. MNCHN政策プログラム・マネジメントに係る本邦研修を行う。
7. MNCHN政策/EmONCに係るモニタリング書式を改訂し、活用する。
8. 町保健所や保健医療従事者に対して、正しい保健情報記録 (保健所利用者基本台帳など) 記入方法についての指導を行う。
9. ILHZを通してリファラル・システムの実施を支援する。
10. 地域及び全国レベルでプロジェクト成果と教訓を共有する。

指 標：

1. 妊産婦・新生児死亡症例の80%が州・市レベル及びILHZレベルにて検討され、低減のためのフォローアップが実施される。
2. 町保健所/地区保健所にてMNCHN政策/BEmONCサービス提供を促進するモニタリング・ツールが活用される。
3. 地域及び全国レベルで少なくとも10回プロジェクト成果と教訓についてのプレゼンテーションを行う。
4. 産科緊急ケア（EmONC）に係るリファラル・システムの実施状況について分析が行われる。¹⁷

成果 4

BEmONC候補施設の保健区域において女性の健康チームが組織化され、運営される。

活 動：

1. WHTガイドを作成する。
2. 州・市レベルでWHTの組織化を推進するコア・チームを編成し、活動展開のための戦略を策定する。
3. WHTガイドの活用について指導者向けオリエンテーションを実施する。
4. WHTガイドを活用してBEmONC候補施設の町保健所/地区保健所に対するオリエンテーション/研修を実施する。
5. コミュニティにおけるWHT活動をモニター・支援する。
6. WHTの大会を開催する。
7. WHT活動の有効性を測る調査を実施する。

指 標：

1. 東ビサヤ地域向けのWHTガイドが使用可能となる。
2. 訓練を受けたWHTの指導者数（レイテ州：36、オルモック市：10）
3. 少なくとも50%の優先バランガイ（レイテ州：531、オルモック市：110）のWHTがオリエンテーションを受講する。
4. 優先バランガイの妊産婦の80%が出産計画をWHTとともに作成している。
5. レイテ州及びオルモック市におけるBEmONC候補施設の保健区域内のサンプル調査対象バランガイの80%のWHTが活動を実施している。

成果 5

BEmONC候補施設の保健区域において、妊婦（とその家族）がBEmONC/MNCHNサービスを得るための政策的支援が強化される。

活 動：

1. 母子手帳あるいは妊婦カード（母子手帳の簡易版）の印刷と配布を地方自治体などへ働きかける。
2. MNCHN支援の予算増額の必要性についてILHZを通じて働きかける。

¹⁷ 具体的な分析方法についてはプロジェクト初期に検討する予定。

3. MNCHN支援のためのPhilHealthの経済困窮世帯向け「貧困者プログラム」への加入促進を、ILHZを通じて働きかける。
4. MNCHNサービスの持続に必要な自治体レベルの財政・規約メカニズムの改善に向けてILHZを通じて支援する。

指 標：

1. 100%のBE_mONC候補施設（レイテ州：18町保健所、オルモック市：5地区保健所）が母子手帳あるいは妊婦カードを使用している。
2. オルモック市とレイテ州のBE_mONC候補施設のある町（18）すべてにおいてMNCHN関連の政策（条例、決議）が制定されている。
3. オルモック市とレイテ州のBE_mONC候補施設（レイテ州：18町保健所、オルモック市：5地区保健所）すべてにおいてユーザーフィー制度が実施されている。
4. オルモック市とレイテ州のBE_mONC候補施設のある町（レイテ州：18町）すべてにおいてWHTに係る政策が制定されている。
5. レイテ州/町及びオルモック市によってPhilHealthに加入している貧困層が、各々、70%（2009年、レイテ州）、41%（2009年、オルモック市）から80%へ増加する。
6. オルモック市とレイテ州のBE_mONC候補施設すべてがMCP収入又はユーザーフィーをWHTに配分している。

(3) 投入（インプット）

1) 日本側（総額4億2,000万円）

専門家派遣（76MM）

母子保健、研修管理

研修員受入れ

供与機材

BE_mONC/MCPサービス提供施設に必要な機材

研修用資機材（コンピューター、プロジェクターなど）

その他（プロジェクト活動費）

2) フィリピン側

カウンターパート人件費

施設手配（プロジェクト事務所）

その他（ローカルコスト負担）

(4) 他の開発パートナーなどとの連携

フィリピン保健省が保健セクター改革（F1）の実施にあたりセクターワイドアプローチを採用し、また「援助効果に関するパリ宣言」にのっとり「政府のオーナーシップ」「プロセスの調和化」「アラインメント」「成果に向けた管理」「相互のアカウンタビリティ」を重視しているなかで、保健セクターにかかわるすべての開発パートナーが保健セクター改革（F1）の枠組みの下で協力を実施している。母子保健プログラムは2008年に策定されたMNCHN政策に基づいて保健セクター改革（F1）のなかの最優先プログラムとして、開発パートナーからの協力を得て実施が加速されている。国連はUNICEF、UNFPA、WHOによる合同母子保健プログラムの開始を決め、東ビサヤ地域のなかの東サマール州、北サマール

州、タクロバン市をとの対象地域に選定した。

USAIDは民間セクターの家族計画プログラムをレイテ州にて実施してきたが、今後の東ビサヤ地域における保健セクター支援プログラムについて保健省との協議が進行中である。母子保健と関係の深い課題についてはJICAプロジェクトと補完的な連携を検討する。実施が検討されているプログラムは、地域保健システム強化（HealthGov）、民間セクターの家族計画（PRISM）、ヘルスプロモーション/コミュニケーション（Health PRO）である。

(5) 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

- ・母子保健に係る国家・地方政策が安定する
- ・効果的な家族計画が実施される
- ・危険な中絶が増加しない
- ・CEmONCサービス提供予定施設が質の高いサービスを提供する

2) プロジェクト目標達成のための外部条件

- ・東ビサヤ地域の地方自治体が継続してMNCHNプログラムを支援する
- ・女性の栄養状態が維持される
- ・CEmONCサービス提供予定施設への保健省の支援が確保される
- ・研修を受けた医療従事者による職務が継続される
- ・BEmONC及びCEmONCサービス提供施設への道路が維持・管理される

3) 成果達成までの外部条件

- ・新生児へのサービス内容を把握するデータが整備される
- ・対象地域のリファラル・システムに係るマニュアルが整備される
- ・レイテ州とオルモック市におけるPhilHealthの加入率が維持される

4) 前提条件

フィリピン政府によって新BEmONC研修ガイドライン及び研修モジュールが開発される（2010年前半）

- ・PhilHealthのMCP認証が継続される
- ・東ビサヤ地域医療センターがBEmONC研修施設として認証される（2010年中頃）

5. 評価5項目による評価結果

(1) 妥当性

本協力の内容は、数あるミレニアム開発目標のなかでも達成度の限られた妊産婦死亡の低下に寄与するという点で政策上の優先度も高く、フィリピン政府の母子保健政策や日本の協力方針とも整合性があり、対象地域の選定も適切であり、受益者のニーズとも合致しており、妥当性は高いと考えられる。また、公共性・公益性も確保されており、可能な範囲内で援助協調など援助をとりまく環境にも配慮がなされている。ただし、2008年9月に発表された新たな母子保健政策（MNCHN政策）の実施に向けた体制整備は現在でも継続中であるため、本協力が具体的な活動を実施する際には、随時変更内容を確認しながら実施していく必要がある。

(2) 有効性

本協力の事業デザインは、論理的で達成可能性を考慮している点、妊産婦及び新生児死亡減少の方法として実証されたエビデンスに沿い、東ピサヤ地域のパイロットサイトで効果をあげた先行プロジェクトの教訓を汲んで構成されている点から、有効性が確保されていると判断できる。

本プロジェクトには、サービス提供側の体制整備と強化に資する活動（公的施設の整備、保健医療従事者の技術向上、マネージメント強化）とともに、利用者側の需要と利用を容易にするような支援を喚起する活動（コミュニティレベルで政策決定者と住民が協同して妊産婦や新生児をサポートする仕組みをつくり）が両方含まれており、サービス提供側だけでなく、需要側にも挺入れすることで、結果としてサービスの利用を改善する構造となっている。本プロジェクトは又、先行プロジェクトの教訓を活用し、政治的リーダーの効果的な巻き込み、相互学習やステークホルダーのコーディネーション促進のための地方行政及び保健行政組織の強化、保健システムの複数の層への介入などをプロジェクトのデザインに織り込んでいる。プロジェクトのこうした包括的なデザインは、プロジェクトの目標を達成するうえで有効であると考えられる。

ただし、現時点では分娩施設として整備するのは町保健所 / 地区保健所レベルまでとなっているため、施設分娩率の目標値を達成するためにより住民へのアクセスがよいバランガイヘルスステーションレベルの整備が必要か否かについては、中間レビューの時期に見極めが必要と考えられる。

本プロジェクトの目標値の設定にあたっては、ベースラインと介入活動などを考慮したうえで、達成可能と考えられる目標値を設定しているため、一部の指標は国家の目標達成値より低いものも含まれる。指標の達成にあたって想定される外部条件をモニタリングする必要があるが、保健省はMDG達成へ向けてMNCHNプログラムを最優先課題としていることから、2010年5月の統一選挙によりリーダーシップが交代した場合においても、母子保健に係る国家・地方政策に大きな変更はないと思われ、CEmONCサービス提供予定施設への保健省からの支援も又継続する可能性が高い。

(3) 効率性

本協力では、先行プロジェクトと同様のアウトプットのより広い対象地域で達成をめざしていること、JICAや他の開発パートナーによる先行プロジェクトから得られるリソースやノウハウ（研修講師、経験の共有、ILHZ組織化など）を活用していること、国連組織の介入地域とのデマーケーションやUSAIDとの連携などで、重複を避け相乗効果を狙っていること、などを総合的に考慮して、効率性に配慮したデザインと判断できる。

ただし、本協力では、広域をカバーするために、先行プロジェクトで実施されたバランガイレベルの活動への直接の介入・支援を減らし、その代替として、保健行政やILHZの技術管理委員会や理事会を通じた間接的なアドボカシー活動が据えられている。その変更点が、果たしてアウトプットの創出に有効であるかどうかを見極めるのは現時点では難しい。

本プロジェクトでは、開発パートナーとの連携のほか、保健省によるMNCHN政策実施のための各種基金との資金源の補完などが取り入れられており、効率的なデザインとなっている一方で、複数の資金源を組み合わせた投入が円滑に供給されるためには、保健省、地方自治体（州、市、町）による協力が欠かせないため、保健省東ピサヤ地域局によるステークホルダー間の調整が重要となる。

成果達成までの外部条件について、現状では保健所利用者基本台帳（TCL）からの正し

い保健情報の抽出、産科緊急ケアに係るリファラル・システムの実践に課題はあるが、プロジェクトの活動を通じて改善が期待できる。

(4) インパクト

本協力の上位目標は「対象地域において妊産婦と新生児の死亡が減少すること」であり、プロジェクト目標のめざす「施設分娩の割合や有資格の保健医療従事者による介助率増加」と妊産婦死亡比・新生児死亡率が連動することは既知の域であることから、上位目標に至るロジックは正当なものと考えられる。他方、妊産婦や新生児の死亡の減少には、本協力のめざす基礎的緊急産科・新生児ケアの充実に加えて効果的な家族計画の実施を通じ、リスクの高い妊娠や望まれない妊娠が抑制されることも重要な必要条件である。したがって、対象地域において家族計画分野への支援を展開するUSAIDとの連携効果に期待がかかる。

波及効果の度合いに関しては、プロジェクトはサービス提供内容の拡大に直接介入するため、妊産婦及び新生児に直接便益を届けることができ、4年間でおよそ妊産婦11万人、新生児8万人程度が改善したサービスの恩恵を享受できる試算となる。さらに、東ピサヤ地域の各保健組織によるMNCHN政策の実施能力強化を支援することを通じて上記の受益者数を超えた域内での波及効果や政策への波及効果もある程度期待できる。

一方、負のインパクトを受ける可能性があるグループとして、貧困層、伝統的産婆（TBA又はHilot）、民間の開業助産師などが考えられるが、本協力では公的健康保険の貧困層への適用拡大や施設活用への支援、伝統的産婆の女性の健康チームへの参加とインセンティブの機会付与、民間育成・支援を目的とするUSAID支援との連携など、負のインパクトを最小化するための配慮が組み込まれているといえる。

(5) 自立発展性

政策・制度面においては、中央保健省、保健省東ピサヤ地域局、レイテ州保健局、オルモック市保健局の各レベルにおいて、妊産婦死亡、新生児・乳児死亡削減に対する意欲は高く、自主的なイニシアチブが既に進行しており、2010年5月に予定されている統一選挙の結果も、母子保健推進の方針にはさほど影響はないと考えられる。

財務面では、中央保健省はMNCHN政策実施のために地域局や地方自治体に対してパフォーマンスに応じた資金拠出を行う準備があり、医療物資調達、政策・システム開発・技術サポート、維持管理・運営及び施設・機材などへの資本投資に活用できることになっている。その一方、地方自治体側の予算の状況は依然厳しい状況にあり、ローカルコンサルタントによる基礎調査の結果から施設・機材の維持管理や医薬品購入に充てる予算項目の割合が総じて低いことが分かっている。今回訪問した町保健所/地区保健所においても分娩ケアや妊産婦健診に必要な医薬品・必要物資のストック状況はよいとはいえず、保健省東ピサヤ地域局による管理調整の努力や地方自治体による支援強化（アウトプット5で得られる成果）、PhilHealthの保険還付金の確保（アウトプット2及び3で得られる成果）などが自立発展性の達成の鍵を握るといえよう。

組織・技術的側面では、協力終了後もカウンターパート機関が自立発展的に成果を維持していくために、保健省地域局、レイテ州/オルモック市保健局、州・市の保健行政官のMNCHN政策実施能力を強化する活動が盛り込まれている。保健行政が少人数の技官に頼る運営体制であること、有資格の保健医療従事者（医師、看護師、及び助産師）の人材の転出が成果をあげるために必要な外部条件であることは懸念事項として残っている。

このように、政策・制度、財務、組織・技術の各側面においてある程度の懸念事項は存

在するものの、本協力ではそれぞれの事項において対処方法を講じており、自立発展性が強化されるよう配慮がある計画といえる。

6. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮

母子をとりまく保健サービスの向上は、妊産婦のみならず、その家族を取り込むことでよりよい成果を生むことから、本プロジェクトにおいては活動のなかにできる限り男性を取り込むアプローチを試みる。コミュニティにおいて組織される「女性の健康チーム」に男性メンバーを加えること、各種啓発活動の対象者に男性を加えること、などがその具体例としてあげられる。

また、貧困層の母子保健サービスへのアクセスを向上する観点から、PhilHealthの経済困窮世帯向け「貧困者プログラム」への加入を促進する。

7. 過去の類似案件からの教訓の活用

イフガオ・ピリラン両州において実施している母子保健プロジェクトにおいては、施設分娩を推奨し伝統的産婆の介助を禁止する条例・決議や女性の健康チーム（WHT）活動への地域社会からの支援が住民レベルでの関心の強化やサービス利用の増加を推進した大きな要因であった。このことから本プロジェクトでは、州・市レベルのプロジェクト執行委員会（Executive Committee）議長に州知事・市長を置くとともに、活動レベルにおいても保健行政官から自治体意思決定者への働きかけ（貧困層の社会保険加入、関連の条例・決議採択、保健施設及び出産介助関係者への料金収入の還付等）を活動の柱のひとつに加え、政治的リーダーの支援と関与を得やすい体制をとることとした。

また、実施中の母子保健プロジェクトにおいては、プロジェクト活動への地方自治体の積極的な関与によって、母子保健が地域の開発課題の中心に据えられることとなり、このことによってプロジェクトも効果的に進行した。さらに、各レベルの保健セクター関係者間で活発な相互作用や相互学習が起こり、これが国家戦略の基本的方針の下、地域のニーズに応じた、効率的な保健サービスの提供体制をつくりあげた。保健システムの地方分権化が進行するなかで、地方の保健状況の向上をめざすプロジェクトにおいては、複数の階層（中央からバランガイまで）及び複数のセクター（保健行政、地方行政、等）におけるステークホルダーのコーディネーションが重要となる。

8. 今後の評価計画

- | | |
|----------|--------------|
| ・ 中間レビュー | プロジェクト2年次の後半 |
| ・ 終了時評価 | プロジェクト終了前6ヵ月 |
| ・ 事後評価 | プロジェクト終了3年後 |

第1章 詳細計画策定調査の概要

1. 調査団派遣の経緯と目的

東ビサヤ地域母子保健 (Maternal and Child Health : MCH) サービス強化プロジェクトは、イフガオ・ピララン両州のMCHプロジェクト (2006年～2010年3月) の成果を受け、有資格の保健医療従事者 (Skilled Health Professionals : SHP) の出産立ち会いによる施設分娩が増加し、地域の政策決定者を巻き込んだ住民活動が活性化し、ひいては基礎的緊急産科システム強化が東ビサヤ地域に拡大展開され、妊産婦死亡の減少に影響を与えることを目標とし、2008年6月フィリピン共和国 (以下、「フィリピン」と記す) 保健省東ビサヤ地域局 (Center for Health Development Eastern Visayas Care : DOH-CHD EV) により要請された。

本調査団は、2010年7月のプロジェクト開始を見据え、対象地域及び保健医療施設の状況を調査するとともに、DOH-CHD EV及び自治体関係者と協議のうえ、達成されるべき目標と成果、活動計画、実施体制を具体化することを目的とし、詳細計画策定調査を実施した。

2. 調査団の構成と調査日程

< 調査団構成 >

総括	北林 春美	JICA 人間開発部 課題アドバイザー (保健)
評価分析	小川 陽子	グローバルリンクマネジメント株式会社 国際保健スペシャリスト
協力計画	石田 祐子	JICA 人間開発部 母子保健課 ジュニア専門員

< 現地調査日程 >

2009年10月21日～11月17日 (詳細は、付属資料5を参照のこと)。

3. 主要面談者

< 保健省 (Department of Health : DOH) >

DOH省次官 (セクター管理調整担当) マリオ C. ヴィラベルデ氏

DOH・保健省の新母子保健政策 [Maternal, Newborn,
Child Health and Nutrition (Policy) : MNCHN政策]

タスクフォース長 オノラタ L. カティボグ氏

DOH第八 (東ビサヤ) 地域局長 エドガルド M. ゴンザガ氏

< レイテ州 >

州知事 カルロス J. L. ペティリア氏

州保健局 (Provincial Health Nurse : PHO) 局長補佐
エドガルド E. ダヤ氏

< オルモック市 >

市長 エリック C. コディリア氏

市保健局長 ネリタ D. ナバレス氏

第2章 調査結果

1. 国家政策の動向

フィリピンにおいては、約半数のお産が第4子以上や前回の出産との間隔が24ヵ月以内であるなど少なくとも1つのリスク要因を伴うとされている。2006年の家族計画調査によれば妊産婦死亡比 (Maternal Mortality Ratio : MMR) は出生10万人当たり162となっており、1998年の国家人口保健調査 (National Demographic and Health Survey : NDHS) の172と比較して若干減少しているものの¹、今後減少が大幅に加速されない限り2015年までのミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals : MDG) 達成 (出生10万当たり52) は無理であるとの見解が支配的である。一方、5歳未満の子どもの死亡率は過去15年間の間に出生1,000当たり55(1988～1992年)から34(2003～2007年)へと、又乳児死亡率は同34から25へと減少傾向が認められ〔NDHS (2008年)〕、保健省 (DOH) では今後、新生児の死亡を抑えることで、MDGである5歳未満児死亡率21が達成可能であるとみている²。

こうした現状を受けて、DOHは国際保健協力局内 [(Department of Health) Bureau of International Health Cooperation : BIHC] にタスクフォースを設け、以前に増して分娩ケアの質向上に焦点を絞ったより意欲的な保健省の新母子保健政策〔MNCHN政策 (Maternal, Newborn, Child Health and Nutrition (Policy) : MNCHN) (AO 0029, series of 2008)〕³を公表した。その後策定されたMNCHN政策の実施要領 (Manual of Operations : MOP) は、DOH各地域局へのオリエンテーションが終了し、その実施が開始されつつある。

2. 対象地域の現状

2 - 1 東ビサヤ地域の概要

今回要請のあった東ビサヤ地域はフィリピン首都マニラの南東約566km⁴ (空路：片道1時間強)⁵に位置し、サマル島及びレイテ島を主とした大小の島々で構成されており、面積2万3,229km² (関東地方の約0.7倍)の地域に人口約132万人が居住している。行政区分では、人口の多い順にレイテ州、サマル州、北サマル州、東サマル州、南レイテ州、タクロバン独立市、オルモック独立市、ビリラン州の6州2市がある。主な収入源は商業・サービス業であるが、鉱業、農業 (コメ、サトウキビ、コーン等)、漁業やその加工業なども収入源となっている。タクロバン・オルモック両市、レイテ州、サマル州は、所得区分⁶では第1階層に属し、北サマル・東サマル州が第2階層、続いて南レイテ州、ビリラン州がそれぞれ第3、4階層となっている。その一方で、貧困世帯の割合は多く、全国平均27%に対して東ビサヤ地域は41%〔2006年：国家

¹ 95%の信頼区間を考慮すれば、減少傾向は統計的に有意とはいえないとされている。

² “Maternal and Child Health Projections (保健省提供資料)” (not dated)

³ 正式名称は、Administrative Order No.29 "Implementing Health Reforms for Rapid Reduction of Maternal and Neonatal Mortality" 「妊産婦・新生児死亡の早急な削減に向けた保健セクター改革実施に係る保健省令」。新政策では、特に施設分娩の普遍化・緊急産科ケアサービス提供体制強化をバックボーンに据えている。付属資料6 (全文) を参照。

⁴ マニラ～タクロバン間の航路 352 マイル (フィリピン航空資料) を換算。

⁵ 地元の人々は船に乗ることが多い (1 昼夜以上)。

⁶ 過去3年間の平均収入額に応じて第1～第6階層まで区分され、基準は財務省が設定している。基準は州と市で異なり、例えば第1階層基準値は市が3億ペソ以上、州が3億5,000万ペソ、町が5,000万ペソ以上となっている。大部分の州、及び約半数の市は第1、第2階層に分類されるが、半数以上の町は中央政府からの交付金に依存する第4～第6階層に分類される (http://www.nscb.gov.ph/ACTIVESTATS/PSGC/articles/con_income.asp)。

(中央)統計局(National(Central)Statistics Office: NCSO/NSO)]と全国17地域のなかでも5番目に多い状況となっており⁷、都市・農村間格差が存在している。

2 - 2 東ビサヤ地域における母子保健(MCH)の現状

2 - 2 - 1 主要な母子保健(MCH)指標

主要なMCH指標について、全国平均と東ビサヤ地域の数値を以下の表に示した。

主要指標	全 国		東ビサヤ地域	
MMR(2001~2006年)	162		n/a	
乳児/新生児死亡率〔Neonatal Mortality Rate: NMR(2001~2006年)〕	24.1	13.2	28.7	14.5
合計特殊出生率(2003~2006年)/既往出生数	3.2	4.1	3.9	5.0
家族計画実施率(2006年) (うちモダン/伝統的メソッド)	50.6%		49.8%	
	35.9%	14.8%	31.1%	18.7%

Source: 2006 Family Planning Survey (Final Report), NCSO

地域レベルにおけるMMRは全国規模のサンプル調査では算出されていないが、MSCOが人口統計データから作成した「2004年母体死亡特別報告⁸」では、登録された母体死亡は全国で1,833件あり、そのうち東ビサヤ地域は137件(7.5%、全国7位)となっている。過去2年間の母体死亡の原因をみると、胎盤遺残(に伴う出血)、胎盤早期剥離、産褥期の出血/子宮弛緩症、子癇、敗血症が複数見られ、子宮外妊娠や子宮脱による出血などもある⁹。乳児死亡率は全国に比べ高く(全国5位)、新生児死亡がその半分程度を占めている。地域における過去2年間の乳児死亡の原因では、肺炎が1番多く次に先天異常、敗血症(特に新生児敗血症)、急性胃腸炎に伴う脱水症、未熟児障害、呼吸窮迫症候群などがあがっている¹⁰。

こうした死因の背景には、女性1人が生む子どもの数が多い、出産間隔が狭い、若年・高齢出産が多いなど、フィリピンの女性が抱える現状があると考えられる。東ビサヤ地域においても、女性1人当たりが生む子どもの数は多く、合計特殊出生率は全国で2番目に多い3.9、既往出生数は5.0人であった(2006年FP調査)。FPの実施率についても伝統的なメソッドを含んだ実施率は約50%であり、全国平均(約51%)とは微差ながら、伝統的メソッドが19%と全国平均の15%と比較して高い状況となっている。

2 - 2 - 2 サービス提供

東ビサヤ地域では、タクロバン市、オルモック市、カルバヨグ市のように都市化が進み、

⁷ 州別の数値については“A Study on the Maternal and Child Health Situation in the Eastern Visayas Region, 2009, Page 2”を参照のこと。

⁸ “Special Release No. 320. Maternal Death Statistics: 2004, Date released, February 2008” National Central Statistics Office データは2004年1月~2005年3月までの登録を対象としている。ただし、登録漏れや登録の遅れなどの調整はしていない。

⁹ 出所 “Study on Mother and Child Health Situation in Eastern Visayas Region,” The JICA Philippine Office, September 2009

¹⁰ 出所 “Study on Mother and Child Health Situation in Eastern Visayas Region,” The JICA Philippine Office, September 2009

政府の病院と民間の病院・クリニックが複数存在する地域と、政府のディストリクト病院（District Hospital：DH）と町保健所（Rural Health Unit：RHU）のみに頼る地域があり、前者の地域においてはMCHに関するサービスが民間・公的セクター両方によって担われている¹¹。

東ビサヤ地域の6州2市のうち、保健のセクター改革〔FOURmula One：F-1（又はF-1政策）〕の重点サイトとなっていた東サマル、ピリラン、南レイテの3州では、過去数年にわたりUNICEF、国連人口基金（United Nations Population Found：UNFPA）、EU、JICA、ドイツ技術協力公社（Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit：GTZ等）の支援を受けており、フィリピン健康保険公社（Philippine Health Insurance Cooperation：PhilHealth）の妊産婦ケア・パッケージ（Maternity Care Package：MCP）¹²の認証を受け、既に分娩ケアを提供しているRHUも多い。また自治体間保健連携ゾーン（Inter-Local Health Zone：ILHZ）も機能しており、州政府の保健予算の割合もDOHが指導している最低限の水準をクリアしている。

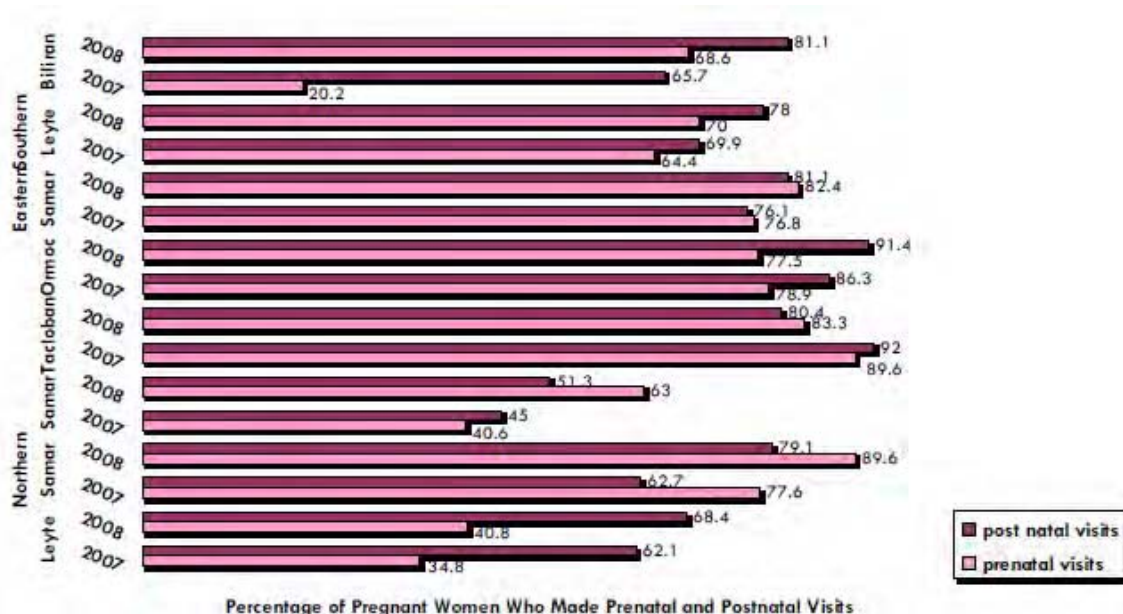
一方、2008年よりF-1政策が拡大された3州2市では、2008年末頃からILHZの組織化がはじめられ、保健施設の合理化計画、リファラル・システム（再）構築計画、緊急産科ケア（Emergency Obstetric Care：EmOC）ネットワークの施設マッピングなどの調査が実施中か、実施が済んでおり、F-1政策の実施が進行している様子が感じられた。今回の現地調査中にも、既にDOHのグラントを受けて病院の拡張・改修工事が始まっている場所があった。また、域内のグッドプラクティスを学んで生かそうとする試みもみられ、施設分娩を急上昇させたピリラン州やILHZの組織化が成功した南レイテ州に見学に行く（った）RHUスタッフに複数出会うことがあった。これらの地域において、MCP認証を受け分娩ケアを提供しているRHUや地区保健所（District Health Center：DHC）はごく少ないものの、州・市政府の独自予算やDOHのグラントによってRHU/DHCのMCP認証をめざす動きがあり、レイテ州では既に認証されたRHUが6件、オルモック市では6件中5件のDHCが認証に向けて施設改修や機材調達を終えた段階に入っていた〔基礎的緊急産科・新生児ケア（Basic Emergency Obstetric and Newborn Care：BEmONC）研修は未実施〕。現地調査で訪問した施設の状況については、付属資料8を参照のこと。

2 - 2 - 3 サービス利用

東ビサヤ地域各州における妊婦健診及び産後健診の利用状況について、過去2年の地域保健サービス情報システム（Field Health Service Information System：FHSIS）の報告によるデータを以下の図に示した。

¹¹ 施設分布の詳細は、“Study on Mother and Child Health Situation in Eastern Visayas Region”，The JICA Philippine Office, September 2009 を参照のこと。また、2008 年末～2009 年初めにかけて、米国国際開発庁（United States Agency for International Development：USAID）の支援する PRISM-II プロジェクトによる母子保健（MCH）サービスの市場調査が実施された。

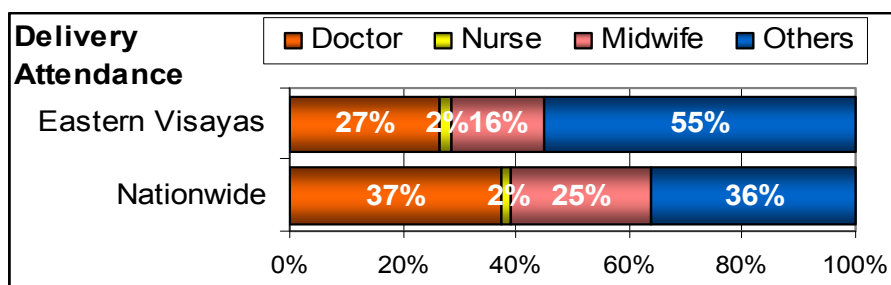
¹² PhilHealth の MCP 認証については、付属資料 7 を参照のこと。



Source: 2007 & 2008 FHSIS Reports, DOH-CHDEV

全体的に、2007～2008年にかけて利用率が増加している傾向がみられる。2008年の実績をみると、特にサマール州及びレイテ州において利用率が低くなっているほかは、70～80%程度の利用が報告されている。RHUでは、住民の妊婦健診、分娩、産後健診などのサービス利用状況の記録をターゲット・クライアント・リスト(利用者基本台帳 (Target Client List: TCL))によって管理しており、このTCLのデータをベースにFHSISの年間報告書が作成されている。分娩台帳や産後健診台帳は、妊婦健診のTCLに載った利用者情報をベースに作成するため、RHU/DHCに妊婦健診に来なかった利用者については台帳から漏れる可能性があり、又今回の現地調査では、妊婦健診・産後健診のサービスの質が十分管理されていない、台帳記入に際してガイドラインが徹底されていないなどの場面も観察されたことから、利用率だけを取って「質のよいサービスが利用されている」と結論づけるのは難しい。

次に、分娩サービスの利用状況について、2006年に実施されたFP調査から全国及び東ビサヤ地域の実績を抜粋したものが以下の図である。

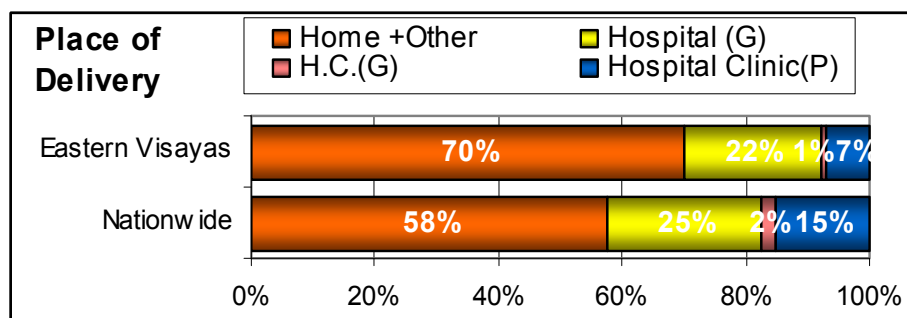


Source: 2006 Family Planning Survey (Final Report), NSCO

分娩の介助者については、医師、看護師、助産師 (Rural Health Midwife: RHM) のほかに、伝統的産婆 (Traditional Birth Attendant: TBA) や近親者などを含むその他の介助者に分けられ、東ビサヤ地域ではTBA・その他の介助が55%と半分以上を占めること、全体的にRHMの介助が少ない(16%)のが特徴である(全国FP調査、2006年)。しかしこれには域内でも異なる

る様相があり、例えばF-1政策重点サイトの3州では、75～93%が有資格の保健医療関係者(医師・看護師・RHM)による介助となっているほか、レイテ州では自宅分娩が多いながらも有資格の保健医療関係者による介助の割合は78%である(数値はFHSIS、2008年)。

分娩の場所については、家・その他が非常に多く70%を占めており、全国平均58%とは10%以上の開きがある。次に政府系の病院が22%、民間の病院・クリニックが7%と続いており、公的部門のRHU/DHCやバランガイヘルスステーション(Barangay Health Station: BHS)のシェアは、いまだ全体の1%程度にとどまっている(全国FP調査、2006年)。分娩場所についても域内での違いは顕著で、タクロバン・オルモック市などの都市部では比較的病院のシェアが大きく、F-1政策重点3州においても施設分娩のシェアが多い傾向がある。



Source: 2006 Family Planning Survey (Final Report), NCSO

2 - 3 東ビサヤ地域における母子保健(MCH)分野の課題

前述のとおり、東ビサヤ地域ではMCHの主要指標が全国平均に比べて低い水準となっており、リスクの高い出産が多いにもかかわらず、特にF-1政策重点サイト以外の3州において、有資格の保健医療従事者による出産介助や施設における分娩の割合がいまだ低い水準にある。こうした地域において、F-1政策や新MNCHN政策実施に向けた動きが観察される一方、今後、一定の挺入れが必要と思われる項目も散見された。

まず、州・町レベルのMCHに係る政策であるが、南レイテ州を除くほぼ全州においてFPの推進を限定する内容の条例が出されている一方で、ビリラン州において発布されたTBA又はHilotの分娩介助の制限や、施設分娩に対するインセンティブ付与等の条例は、他州ではまだみられない¹³。

次に、特にサマール、北サマールにおいて、医師の配置がないRHUが複数見られるほか、今回現地調査対象となったレイテ州においてもBEmONCに格上げ予定のコミュニティ病院(Community Hospital: CH)にBEmONCチームを構成する人員が不足し、包括的緊急産科・新生児ケア(Comprehensive Emergency Obstetric and Newborn Care: CEmONC)に格上げ予定のDHに、麻酔医や産科・小児科の専門医が不足している施設が存在する。また、施設分娩の促進に向けた施設の拡張や機材の整備は一部地域である程度進んでいるものの、EmOC導入に際して必要な技術研修を受けた医療従事者はごく少数であった。なお、BEmONC及びCEmONCのサービス内容については、付属資料9を参照のこと。

¹³ 町レベルでは保健サービス利用料やTBAの分娩介助制限に係る規定がある所も存在するようであるが、これについては追加的に情報が必要である。

さらに、レイテ州及びオルモック市におけるRHU及びDHCにおける聞き取り調査を通じて、地域・州レベルの保健行政組織からの技術的な支援・助言の必要性が示唆される項目が以下のとおり明らかとなった。

- ・ 保健セクター運営予算（特に医薬品・物資調達や医療従事者への手当）の増額や適時の支出・サービス利用料の制度化を含む町長・議会からの支援取りつけ
- ・ MCHに係るTCLの記録やデータの分析と利用
- ・ 妊産婦死亡や乳児死亡の原因追究と教訓の導出
- ・ 妊婦健診や産後健診の質の確保（RHMをはじめとする末端の医療従事者の現職研修の機会やスーパービジョンの拡大実施）
- ・ 保健医療従事者による分娩介助と施設分娩ケアサービスの利用促進（需要喚起）
- ・ 上記サービスへの貧困層によるアクセス確保

保健財政については、レイテ、北サマル、サマル州政府の保健予算配分率は問題ないものの、施設・機材の維持管理や医薬品購入に充てる予算項目（Maintenance and Other Operating Expenses：MOOE）の割合が総じて低い。町レベルの財政については未調査であるが、レイテ州やオルモック市で訪問したRHU/DHCにおいて、分娩ケアや妊婦健診に必要な医薬品・必要物資のストック状況は悪く、避妊具はもとより、母子手帳（Mother and Child Book）やその簡易版〔妊産婦用の記録カード（Home-Based Mother's Record, or Pink Card：HBMR）〕がストックされているRHU/DHCはごくわずかであった。利用者には不足分を近くの薬局・商店などで購買するよう指導しているが、利用者が医薬品を買って服用したかまではモニタリングできていない。

3．対象地域の選定

3 - 1 保健セクター改革（F-1政策）と保健省（DOH）の新母子保健政策（MNCHN政策）

F-1政策は全国16の重点州から始まり、徐々に対象地域を広げ、2009年には全国において保健投資計画が策定されるに至った。前章で述べたとおり、東ビサヤ地域においてF-1政策改革は、南レイテ、ビリラン、東サマルの3州より開始されたが、残るサマル、北サマル、レイテの3州及びタクロバン、オルモック両市においても2009年までに保健投資計画が策定され、2010年より本格的な実施が開始されることが計画されている。

F-1政策に拍車がかかるなかで、MDGの達成に向けて遅れをとるMCHプログラムは最優先課題とされ、MNCHN政策の実施へ向けた活動の強化が全国において推進されている。これを受けて、国連は合同MCHプログラムの開始を決め、東サマル州とタクロバン市をその対象地域に選定した。

3 - 2 選定のクライテリア

F-1政策が州や市を基本単位として保健投資計画を策定のうえ実施されていることを尊重し、本プロジェクトは対象地域を州あるいは市全体を対象とする方針をとることとした。また資源の有効活用の観点から、F-1政策の重点州とされた3州（ビリラン、東サマル、南レイテ各州）並びに国連合同プログラム対象州（東サマル、タクロバン市）との重複を避ける方針とした。

本プロジェクトは、MCHサービスの強化と有資格の保健医療従事者（SHP）の立ち会いによる施設分娩を推進することをめざしていることから、サービスを提供する施設における人材の

配置状況はプロジェクトの目標達成に重要な前提条件と判断される。加えて、コミュニティレベルでの継続的な活動の展開を可能とする治安状況も選定上の重要なクライテリアとされる。これらの条件を総合的に検討した結果、レイテ州とオルモック市を本プロジェクトの対象地域と選定した。

F-1政策の実施が進むなかで、各自治体による施設マッピングは既に行われており、緊急産科施設として格上げされる対象施設が決定している。本プロジェクトでは、基礎的産科救急施設の強化をめざし、キャパシティ・ビルディングと機材供与を中心として支援する計画である。

4. プロジェクト基本計画

プロジェクトの協力期間は、R/D署名（2010年3月頃を予定）を経て、2010年7月～2014年6月頃までの4年間を計画している。

プロジェクトの対象地域は、上述のとおりタクロバン市（独立市）を除くレイテ州（人口約134万人）及びオルモック市（独立市：人口約18万人）である¹⁴。対象地域内の主要介入先については、フィリピン側のカウンターパートとレイテ州・オルモック市内の保健医療施設のうち、プロジェクト支援によってBEmONCの提供が見込まれる2病院（Community Hospital）、23ヘルスセンター（レイテ州内18RHUとオルモック市内5DHC）とした。同時に、地方政権の保健行政、及びコミュニティ主体のMCH活動を梃入れすることで当該地域の基礎的緊急産科システムが一層強化されることをねらいとし、上記対象施設の保健区域を管轄する町役場（Municipal Local Governmental Unit：MLGU）それら保健区域内の村（バラングイ）に属する女性の健康チーム（Women’s Health Team：WHT）を主要対象組織とした。

プロジェクトの具体的な内容は、以下のとおりである。

項目	内容
プロジェクト目標 妊娠から産後ケアまでの母子の安全とケアの確保	東ピサヤの対象地域において安全な分娩及び産前産後のケアを受ける妊産婦及び新生児が増加する。
成果1 保健施設の改善（機材供与）	BEmONCサービス提供施設、又はMNCHN行政令を実践する施設が増加する。
成果2 保健人材の研修	公的部門の保健医療従事者のBEmONC/MNCHNサービスに係る専門技術が向上する。
成果3 保健行政強化	質の高いBEmONC/MNCHNサービスを確立・維持するための保健省東ピサヤ地域局（DOH-CHDEV）及び州保健局（PHO）・市保健局のマネジメント機能が向上する。
成果4 バランガイの「WHT」強化	BEmONC候補施設の保健区域において女性の健康チームが組織化され、運営される。
成果5 地方自治体（Local Governmental Unit：LGU）への働きかけ（予算、条例、貧困層の保険加入など）	BEmONC候補施設の保健区域において、妊婦（とその家族）がBEmONC/MNCHNサービスを得るための政策的援助が向上する。

¹⁴ レイテ州及びオルモック市の人口は、東ピサヤ地域の38%に相当する（2008年統計）。

本プロジェクトにとって先駆的な役割を果たしたMCHプロジェクト（2006年4月～2010年3月）の成果を継承して、プロジェクトの目標はSHP介助による分娩と施設分娩の増加を目的とし、公的保健施設におけるサービス提供の改善（人材研修、機材供与）、行政組織強化（地域、州/市、保健地域、町レベルの制度づくり、モニタリング強化）、コミュニティ・ボランティアの動員（WHT設置）、LGUへの働きかけ等の活動を実施する。施設強化は基礎的緊急産科ケア（Basic Emergency Obstetric Care: BEmOC）に限定し、州病院等における包括的緊急産科ケア（Comprehensive Emergency Obstetric Care: CEmOC）についてはフィリピン側で実施することとし、JICAの直接的投入（機材供与等）は実施しない。

MCHプロジェクト終了時評価（2009年10月）からの教訓として、施設分娩を推奨しTBA又はHilotの介助を禁止する条例・決議やWHT活動への地域社会からの支援が住民レベルでの関心の強化やサービス利用の増加を推進した大きな要因であった。本プロジェクトでは州・市レベルの実施委員会議長に州知事・市長をおくとともに、活動レベルにおいても保健行政官から自治体意思決定者への働きかけ（貧困層の社会保険加入、関連の条例・決議採択、保健施設及び出産介助関係者への料金収入の還付等）を活動の柱のひとつに加えることとした。

5. プロジェクトの実施体制とプロセス

5 - 1 実施主体

プロジェクトは、次の役職のリーダーシップの下に実施される。

1) プロジェクトディレクター：プロジェクト管理と実施全体の責任を負う。

受任者：DOH次官（保健運営協力チーム）

2) プロジェクトマネージャー：プロジェクト運営と技術面での責任を負う。

受任者：DOH/BIHC局長

3) テクニカルコーディネーター：プロジェクトの技術的側面と、MNCHN政策行政令に基づくMCH・栄養にかかわる政策と指針との整合を図る。

受任者：DOH/MNCHN政策タスクフォース長

4) プロジェクトコーディネーター：LGUへの技術運営指導及び調整に対して責任を負い、プロジェクトの円滑な実施を推進する。

受任者：DOH-CHD EV局長

5) LGUコーディネーター：レイテ州又はオルモック市のプロジェクト実施に対して責任を負う。

受任者：レイテ州PHO局長、並びにオルモック保健局長

5 - 2 合同調整委員会（Joint Coordinating Committee：JCC）

プロジェクトの有効かつ確実な実施のため、以下の機能をもつJCCを、プロジェクトディレクター・DOH次官（保健運営協力チーム）を議長とし設置する。委員会の構成については、付属資料2のとおり。

イ) プロジェクト年次計画の承認を行う。

ロ) プロジェクトの見直しと評価を行う。

ハ) プロジェクトが内包し得る問題、又はプロジェクトに影響を及ぼし得る外部要因に対する打開策を講じる。

5 - 3 地域運営委員会 (Regional Management Committee)

プロジェクト実施地域において以下の機能をもつ地域運営委員会を、プロジェクトコーディネーター/DOH-CHD EV局長を議長とし設置する。委員会の構成については、付属資料2のとおり。

ニ) プロジェクト年次計画を作成する。

ホ) プロジェクト年次計画の見直しを行う。

ヘ) プロジェクトが内包し得る問題、又はプロジェクトに影響を及ぼし得る外部要因に対する打開策を講じる。

5 - 4 プロジェクト執行委員会 (Executive Committee : EC)

以下の機能をもつECを、レイテ州・オルモック市の各々の首長を議長とし設置する。委員会の構成については、付属資料2のとおり。

ト) 州/市ごとのプロジェクト年次計画を作成する。

チ) プロジェクト実施過程において生じた問題又は懸念事項について協議し、適切に対応する。

5 - 5 プロジェクト実施上の留意点

5 - 5 - 1 記録媒体 (母子手帳など) の確保

調査当初、東ビサヤ地域内ビリラン州にて既に活用されている母子手帳がレイテ州・オルモック市においても一定の普及をみているものと予測していたが、2-2-3で述べたとおりの実情が明らかとなった。これを踏まえ、プロジェクトの準備段階でDOH-CHD EVがPHOあるいはMLGUを通じ、各町保健局に向けて母子手帳を供給することとなった。今後、供給地域の文化・社会的背景を考慮に入れた書式やイラスト等の開発をサポートするとともに、母子手帳あるいはHBMRの調達や予算確保がMLGUを主体として行われるよう、必要な助言を行っていくこととする。

5 - 5 - 2 保険還付制度〔妊産婦ケア・パッケージ (MCP) 新生児ケア・パッケージ (Newborn Care Package : NCP)〕の活用

MCHプロジェクト (2006~2010年) 終了時評価の結果、PhilHealthのMCP及びNCP¹⁵の施設及び利用者に対する還付率が想定されていたよりも低いことが明らかとなった。本プロジェクトを通じて、PhilHealthによる医療保障制度が機能し、施設及び利用者に必要な利益が還元されるよう、次の点に配慮して協力を行うこととする。

1) 保険利用によって得られる利益が、利用者やヘルスワーカーに十分理解されるよう、保険加入と制度利用の利点について、施設のキャパシティ向上と利用者のニーズに応える視点の双方から、保健医療従事者の意識を高める。

2) MCPとNCPの認証 (保健施設の制度利用申請) を促す。また、複雑な書式利用等によるヘルスセンター職員の業務負担が過剰とならないよう、PHO・市保健局がリーダーシップをとり手続き面でのサポートを併せて行う。PhilHealthから施設への給付手続きが迅速に行

¹⁵ MNCHNの実施要領によれば、RHU/DHC、BHSのレベル (非病院) では、NCPは、MCPに含まれている。

われるよう促す一方、機材・消耗品購入やヘルスワーカーのインセンティブ確保等による施設の運営と維持に向けて必要な助言を行う。

- 3) 利用者の保険利用に際しては、様々な欠格事項(4回目以降の出産である、初回の産前検診を受けていない、保険料未納等)が定められており、保健医療サービスの提供に格差が生じる要因となっている。住民が公平にサービスを利用できるよう、各自治体のユーザーフィー制度の活用や、PhilHealthの被援助世帯に対する自治体予算での保険加入を促す等、利用者の状況に応じて柔軟にサービスを提供できる環境づくりを行う。

5 - 5 - 3 米国国際開発庁 (USAID) との連携

USAIDはJICAの対象地域を含む東ピサヤ地域において保健セクター支援の戦略を策定し、DOHと協議する予定である。実施が検討されている支援は以下のとおりであるが、MCHと関係の深い課題については今後JICAプロジェクトと補完的な連携を検討する。

- 地方保健システム強化 (HealthGov)
- 民間セクターの家族計画 (PRISM)
- ヘルスプロモーション/コミュニケーション (HealthPRO)

第3章 プロジェクト実施の妥当性

1. 妥当性

本協力の内容は、(1) 政策上の優先度も高く、フィリピン政府の母子保健 (MCH) 政策や日本の協力方針とも整合性があり、(2) 対象地域の選定も適切であり、(3) 受益者のニーズとも合致しているといえ、妥当性は高いと考えられる。また、(4) 公共性・公益性も確保されており、(5) 可能な範囲内で援助協調の環境にも配慮されている。ただし、2008年9月に発表された保健省の新たな母子保健政策 (MNCHN政策) の実施に向けた体制整備は現在でも継続中であるため、本協力が具体的な活動を実施する際には、随時変更内容を確認しながら実施していく必要がある。以下に詳細を説明する。

- (1) 本協力の目標 (妊産婦・新生児死亡減少) は、フィリピン政府開発政策・保健政策上の優先度が高く、本協力の内容は、同政策や実施要領に沿った内容である。また、日本の対フィリピン援助計画との整合性がある。

フィリピン政府は、ミレニアム開発目標 (MDG) 中期進捗報告 (2007年)¹⁶のなかで、「全体的に目標達成の可能性が高い」一方で、初等教育と並んで「妊産婦の健康改善に更なる努力が必要」としており、「達成のための努力は最大の国家関心事」としている。こうした状況に対処するため2008年9月9日、保健省 (DOH) はMNCHN政策を打ち出し、妊産婦死亡及び新生児死亡の減少への具体的な施策を示している。

本協力は、上記MNCHN政策にのっとって計画されており、その実施要領¹⁷の内容にも沿った支援である。さらに、本協力は対象地域であるレイテ州政府及びオルモック市政府の保健投資計画¹⁸の内容にも沿ったものであり、本調査期間中実施したステークホルダー会議における協議では、本協力の内容が2010年の年次計画書¹⁹に統合されることが合意された。ただし、実際の活動実施にあたり、母子保健 (MCH) に係る複数の現職研修内容のレビューとモジュール整理、フィリピン健康保険公社 (PhilHealth) の妊産婦ケア・パッケージ (MCP) 認証内容の変更や遠隔地における通常分娩施設の扱いなど、中央DOH内で詳細が詰められていない点もあり、本協力が具体的な活動を実施する際には、DOHの政策の変更・改訂内容を確認しながら実施していく必要がある。

日本政府の国別援助計画では、1) 雇用機会の創出に向けた持続的経済成長、2) 貧困層の自立支援と生活環境改善、3) ミンダナオにおける平和と安定、を3つの重点分野に掲げており、そのうち(2)では地域の視点を重視した生計向上や保健・教育など基礎的社会サービスの拡充に係る支援を行うとしており、本協力はその計画に沿っているといえる。

- (2) 本協力の対象地域及び対象施設の選定は、受益者のニーズや適正な事業実施に必要な条件、開発パートナーとの重複回避などのクライテリアに沿って行った点、選定の協議プロセス

¹⁶ Philippines Midterm Progress Report on the Millennium Development Goals, 2007, Philippine Government

¹⁷ "Implementing Health Reforms for Rapid Reduction of Maternal and Neonatal Mortality: Manual of Operations"

¹⁸ Provincial-wide/City-wide Investment Plan for Health (PIPH、CIPH) と呼ばれる。

¹⁹ 各自治体保健局は上記保健投資計画に沿って年間の具体的活動・予算書を作成しており、Annual Operation Plan: AOP と呼ばれる。

ス、相手側の希望に対応した点において、適切であった。

本協力の対象地域の選定にあたり、JICAフィリピン事務所は対象地域選定のクライテリア案を作成し、調査団とともに必要情報を収集するとともに、中央DOHのMNCHN政策タスクフォース及び保健省東ビサヤ地域局（DOH-CHD EV）と協議を重ねてきた。対象地域選定のクライテリア²⁰（下記）は、受益者のニーズ、適正な事業実施に必要な条件、開発パートナーとの重複回避等が含まれている。

- （ア）対象地域選択の単位は自治体間保健連携ゾーン（ILHZ）とし、州/独立市レベルをカウンターパートとする
- （イ）施設分娩率の低い、又は有債務の保健医療従事者（SHP）による分娩介助率の低いILHZを優先する
- （ウ）町保健所（RHU）と地区保健所（DHC）レベルにおけるMCP認証と基礎的緊急産科・新生児ケア（BEmONC）をサービス向上の主目標とする
- （エ）RHUやDHCにおけるBEmONCチーム〔医師・看護師・助産師（RMH）〕の配置を初期条件とする
- （オ）MCHサービス実施に係る地方自治体（LGU）のコミットメントを重要視する
- （カ）（追加的検討項目）DOHによる施設の改善への投資がある施設を優遇する
- （キ）（追加的検討項目）草の根無償、JOCVの配置など、ほかのJICA支援がある施設を優遇する
- （ク）（追加的検討項目）米国国際開発庁（USAID）との連携可能性がある地域は優遇する
- （ケ）（追加的検討項目）平和と秩序（治安）に係る問題/懸念がある市町村は選択対象外とする
- （コ）（追加的検討項目）ほかの開発パートナーによる強力な支援がある地域は対象外とする

また、DOH側からは、開発パートナーが協力対象地域を選択する際に、数の限られた市町村を選択して活動を集中させる方式ではなく、選択した州・独立市内全域を対象、それが困難な場合にはILHZ単位で選択してほしいとの希望があった。

協力対象となる保健施設の選定については、本協力では先行プロジェクトの経験から末端の出産施設整備を重視し、まずはBEmONCの施設を優先的に支援すると同時に、緊急産科・新生児ケアのリファラルが全体として機能するよう、包括的緊急産科・新生児ケア（CEmONC）の強化はDOHのMNCHN政策基金でカバーされるようDOH-CHD EVと合意している。BEmONC候補施設についても、地方政府の保健投資計画の一部をなす「女性の健康・母性の安全のための施設ネットワーク投資計画」（又は「施設マッピング」）²¹に基づいて選択しており、適切であるといえる。コミュニティに一番近い末端の分娩施設となり得る balan gay health station（BHS）については、BEmONC候補施設（RHC）の傘下にある施設を対象とし、BHSに常駐・巡回するRHMへの技術支援、女性の健康チーム（WHT）強化、政策的支援の確保な

²⁰ 各クライテリアにおける調査結果は付属資料 10 を参照。

²¹ The Women's Health Safe Motherhood Facility Network Investment Requirements²⁷

どの活動が実施される。

- (3) 本協力内容は、ターゲットグループである妊産婦や新生児、又直接的に便益を受ける保健医療従事者のニーズにおおむね合致しているといえる。

東ピサヤ地域では全国平均に比べ、妊産婦死亡、新生児死亡の割合が多く、家族計画（FP）の普及が限定されており、ハイリスク出産が半数を超えていると考えられる²²ことから、緊急産科・新生児ケア（Emergency Obstetric and Newborn Care：EmONC）サービスへのアクセスを高めることが必要とされている。アクセスのよい場所では、妊産婦やその家族は医師が常駐する施設での分娩に安心感をもつ傾向も見られる一方で、交通費、夜の移動、小さな子どもの世話役探しなどの様々な機会費用を伴う施設分娩ではなく、自宅分娩を好む傾向があり、特に貧困層にその傾向が強い²³。したがって、施設分娩を進めるうえでは、妊産婦やその家族の理解と説得を求めつつ、コミュニティや自治体による貧困層への支援が重要となり、本協力では、アウトプット4及び5にそうした活動項目を設けている。

また、本協力により直接的な便益を受ける有資格の保健医療従事者（医師、看護師、RHMを指す）の訓練ニーズも高い。RHU/DHCで通常分娩を扱い始めた施設も複数あるが、緊急産科ケア（Emergency Obstetric Care：EmOC）や新生児ケアなどの訓練は、現時点では極めて限定的である。

- (4) 本協力は、よりコミュニティに近い保健施設においてEmONCサービスが提供されるような体制を整備することに加え、貧困世帯に配慮したコンポーネントが含まれており、総じて公益性が確保されているといえる。

東ピサヤ地域では、分娩を含む母子保健（MCH）サービスを提供する民間の病院・クリニックは主に都市部にあり、それ以外の地域では政府の病院や保健所、及び伝統的産婆（TBA）が主なプロバイダーとなっている。また、こうした民間のサービスは、公的セクターと比べて割高で、社会福祉開発省（Department of Social Welfare and Development：DSWD）/地域局による支払い免除制度の活用も困難であると考えられる。したがって、地理的にも金銭的にも比較的アクセスのよいRHU/DHCを通じて、妊産婦・新生児死亡低下の鍵を握る産科・新生児ケアサービスの提供を強化するものであり、公共性は十分確保されているといえる。

さらに、本協力には、施設分娩サービス利用の需要を喚起する際に、特に保健施設の利用やアクセスに問題が生じやすい貧困層に対する政策的な支援を確保するためのコンポーネント（アウトプット5）が含まれている。

- (5) 本協力は、援助調整の環境に可能な範囲内で配慮し、政府プログラム（DOHを通じたEU/世界銀行支援含む）及び他開発パートナー（USAID）による支援との相乗効果を想定しており、又国連共同プログラムとも対象地域を分担して実施している。

²² 2006年のFP調査によれば、全国平均では、約半数がハイリスク出産である。

²³ National Demographic and Health Survey (NDHS), 2003

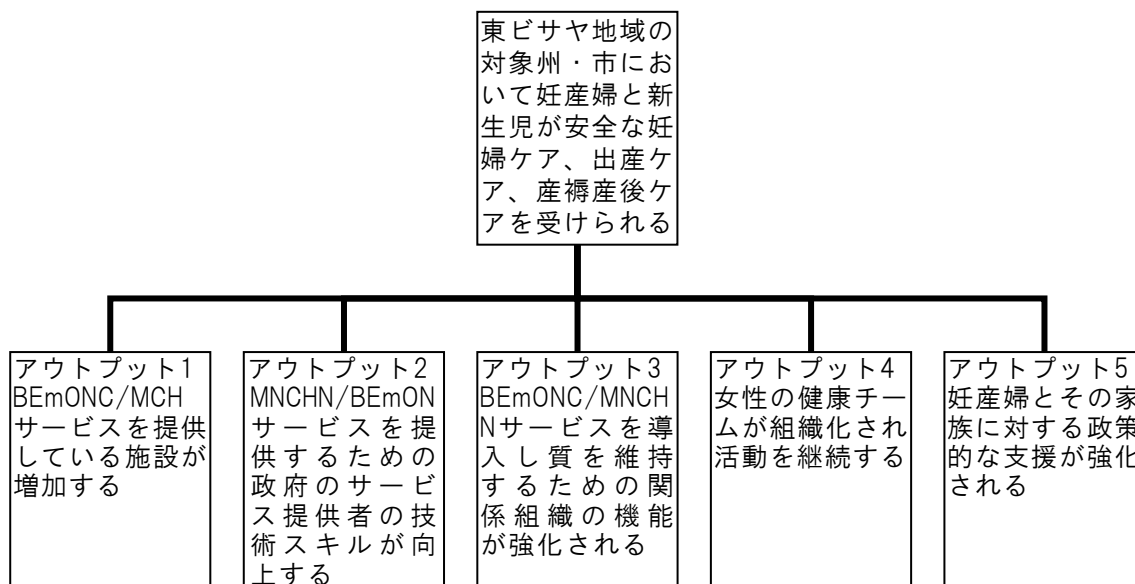
援助協調の進むフィリピン政府の状況において技術協力プロジェクトという形態での協力は実施しにくい環境²⁴にある。本調査では、DOHや地方政府の政策・計画の内容を詳細に至るまで把握し、その計画に統合された形での事業デザインに努め、リソース・シェアの協議を実施した²⁵。また、USAID (PRISM-II、HealthGov) との共同ミッションや連携内容の協議を行い、又国連機関 (UNICEF) や世界銀行への聞き取りからプログラムの重複を避けるなどの配慮を行った。プロジェクト実施中においても、Transaction Costを低下させる配慮 (USAIDとの合同ミッションや合同運営会議、既存のプログラム・レビューへのモニタリング活動の統合など) により、相手側の負担が軽減されるような実施プロセスの実現が期待される。

2. 有効性

本協力の事業デザインは、(1) 論理的で達成可能性を考慮している点、(2) 妊産婦及び新生児死亡減少の方法として実証されたエビデンスに沿い、東ビサヤ地域のパイロットサイトで効果をあげた先行プロジェクトの教訓を汲んで構成されている点から、有効性が確保されていると判断できる。

- (1) プロジェクトの構成は、論理的であり、又プロジェクト目標はプロジェクト実施期間内に達成可能と予測されるレベルに設定されている。

プロジェクトのロジックを示す図を以下に示した。本プロジェクトには、サービス提供側の体制整備と強化に資するコンポーネント (アウトプット1、2、3、及び一部アウトプット4、5) とともに、利用者側の需要と利用を容易にするような支援を喚起するコンポーネント (アウトプット4と5) が両方含まれている。サービスの供給側だけでなく、需要側にも挺入れすることで、結果としてサービスの利用を改善する構造となっている。



プロジェクトのアウトプットからプロジェクト目標へのロジック (外部条件を除く)

²⁴ フィリピンにおけるパリ宣言のモニタリング結果については、「2008 Survey On Monitoring The Paris Declaration: Making Aid More Effective by 2010」, OECD 2008 を参照のこと。

[<http://www.oecd.org/dataoecd/53/59/41952105.pdf>]

²⁵ 前項「妥当性」(1) を参照のこと。

プロジェクト目標は、具体的には以下の項目を達成することをめざしており²⁶、ベースラインと介入活動等スコープなどの条件を考慮したうえで、達成可能と考えられる目標値を設定している。そのため、一部の指標は国家の目標達成値より低いものも含まれる。

- (ア) 50% (レイテ州)/65% (オルモック市) の出産が保健施設で扱われる
- (イ) 70%の妊婦が最低4回産前検診を受ける
- (エ) 80%の妊婦が新生児/乳児を連れて産後健診を最低1回受ける

上記指標 (ア) については、国家目標が80%となっているものの、ベースライン値を使った介入のシミュレーション²⁷をした結果、達成可能と考えられる数値を提示している。ただし、現時点では分娩施設として整備するのはRHU/DHCレベルまでとなっているため、施設分娩率の目標達成にBHSレベルの整備が必要か否かは中間評価の時期に見極めが必要と考えられる。

(イ) に関しては、現時点では妊婦健診3回以上の割合のベースラインしかなく、妊娠初期を含む4回以上に指標を変更した場合に現在の指標値より激減する可能性があるため、国家目標値の80%より低い70%とした。(ウ) は、既にベースライン値が高いものの、データの信頼性に問題があることが推測されるため、80%をめざすこととしている。なお、SHPによる出産介助比率については、施設分娩向上に重点を置くDOH側の希望によりプロジェクト目標指標から外してあるが、モニタリング用の指標として適宜地域保健サービス情報システム (FHSIS) 報告から引用することも有用であろう。

指標の適正度については、(ア) ~ (ウ) までの指標は、すべてFHSISのデータから抽出可能なデータとなっており、コスト・時間・労力の面での負担は最小限にとどめられている。しかしながら、データの信頼性に一部問題があるため、他の開発パートナーとも連携しながら指標の定義などを末端まで徹底させる必要がある。また、新生児へのサービス内容を把握する指標が限定されているため、中央DOHのMNCHN政策タスクフォースによるデータ整備事業の進捗を見ながら、適宜追加していく必要がある。

なお、これらの指標を改善するにあたり、外部条件として以下の4点が考えられ、これらの項目についてモニタリングをする必要がある。

- (エ) MCHに係る国家・地方政策の安定
- (オ) CEmONCサービス提供予定施設へのDOHによる支援確保
- (カ) 訓練を受けた医療従事者による職務継続
- (キ) BEmONC及びCEmONCサービス提供施設への道路の維持・メンテナンス

²⁶ プロジェクト・デザイン・マトリックス (Project Design Matrix : PDM) にある目標値すべて、ステークホルダー会議においてDOH-CHDEV、レイテ州・オルモック市の保健局代表者と合意した内容となっている。

²⁷ シミュレーションの詳細については、付属資料IIを参照のこと。

(2) プロジェクトのアプローチは現在までに蓄積されたエビデンスに沿っており、又、現存する問題に対処しているため適切といえる。

MNCHN政策の内容は、妊産婦死亡・新生児死亡の減少にその有効性が実証されたエビデンスに沿って構成されている。約半数のお産が少なくともひとつのリスク要因を伴うとされるフィリピンにおいて、FPの推進とEmONC整備という政策内容は適切であると判断でき、そのなかで後者の実施体制整備を支援するプロジェクトの内容も適切と判断できる。

より具体的には、本プロジェクトはMNCHN政策で列記された4つのリスクのなかで、リスク2：妊娠中の適切なケアが確保できない、リスク3：SHPの介助や緊急出産ケアへのアクセスがない、リスク4：母親と新生児が適切な産褥期・産後ケアを受けられない、という3つのリスクに対処するものである。リスク1：時期的に好ましくない、未計画である、望まれない、又は周囲からの支援が受けられない妊娠を回避する部分に関しては、同地域で活動が予定されるUSAIDとの連携によって補完される計画となっており、全体として包括的なアプローチとなっている。

また、先行プロジェクトの教訓から1) LGUの政治的リーダーの効果的巻き込み、2) あらゆる保健医療従事者間²⁸の活発な相互作用や相互学習による地域ニーズに対応した効率的な保健サービス提供体制の創出、3) 複数の階層（中央からバラガイまで）及び複数のセクター（保健行政、地方行政、等）におけるステークホルダーのコーディネーションの重要性などが指摘されている。本協力では、こうした教訓を活用し、政治的リーダーの意図的な巻き込み（アウトプット5）や、相互学習やステークホルダーのコーディネーション促進のための地方行政及び保健行政組織の強化（アウトプット3）、そして保健システムの複数の層への介入などをプロジェクトのデザインに織り込んでいる。

上記のとおり、事業デザインは有効性を考慮して構成されているほか、アプローチの有効性に関して、事業実施中に母体死亡・新生児死亡の症例レビューを実施することにより原因をモニタリングし、必要に応じてプロジェクトのアプローチの適切性を再確認する活動が盛り込まれている。

3. 効率性

本協力では、先行プロジェクトと同様のアウトプットをより広い対象地域で達成をめざしていること、JICAや他の開発パートナーによる先行プロジェクトで得られたリソースやノウハウ（研修講師、経験の共有、ILHZ組織化など）を活用していること、国連組織との介入地域のデマークーションや政府プログラム・USAIDとの連携などで、重複を避け相乗効果を狙っていること、などを総合的に考慮して、効率性に配慮したデザインと判断できる。以下に詳細を説明する。

(1) 先行プロジェクトと比較して面積、人口、対象施設の規模が大きくありながら、同様の成果を達成するために、活動項目の内容を一部変更し、バラガイレベルの活動について直接の介入・支援を減らし、保健行政の仕組みに対する介入を増加させている。その変更点が、果たしてアウトプットの創出に有効であるかどうかを見極めるのは現時点では難しい。また、複数

²⁸ 多層にわたる保健医療従事者〔ガイドライン設定組織、州保健局（PHO）・町保健局（Municipal Health Office：MHO）レベルのプログラム実施主体、町・バラガイレベルの活動実施主体である保健所の保健医療従事者〕の間で相互交換・学習が観察されたとある。

の資金源を組み合わせたプロジェクトの投入が円滑に供給されるためには、DOH、LGUによる協力が欠かせないため、DOH-CHD EVによるステークホルダー間の調整が重要となる。

面積では28倍、人口規模では8倍の対象地域において同じ成果を達成するためには、種類の異なる活動を提案せざるを得ず²⁹、それらがアウトプットの創出に有効であるかどうかを見極めるのは現時点では難しい。特にアウトプット5の成果に対し、バランガイレベルでの非保健セクターの関係者を巻き込んだ母子保健推進活動（social mobilization）への直接的な支援を割愛する構成³⁰となり、その代替としてILHZの技術管理委員会（Inter-local Health Zone Technical Management Committee：ILHZ-TMC）・理事会を通じたLGUへの間接的なアドボカシー活動が据えられている。したがって、この代替案（アウトプット5）の成功裏の実施に期待がかかるが、これにはアドボカシーの努力が町レベル、バランガイレベルのsocial mobilizationにつながるような戦略が必要であろうと考えられる。

- (2) DOHのMNCHN政策は、コスト効率に係るエビデンスに応じた内容であり、予算が確保される限りにおいては費用対効果に問題はない。

現在までに蓄積された妊産婦/新生児死亡削減のためのエビデンスによれば、MDG達成のためにはコミュニティ・家族での活動、妊婦検診や自宅分娩などのアウトリーチに加えて、出産時・産後の臨床介入を加えた統合的な実施が不可欠であるとされ、予算が許す範囲内で実施することが望ましいとの見解が主流となっているため、適切であるといえる。

- (3) 本プロジェクトには、以下に述べるような費用対効果を向上させる工夫が織り込まれており、効率性に十分配慮していると判断できる。

本プロジェクトでは、JICAや他の開発パートナーによる先行プロジェクトで得られたリソースやノウハウ（研修講師、経験の共有、ILHZ組織化など）を活用している。また、国連組織との介入地域のデマーケーションや同地域で支援を展開するUSAIDとの連携、及びDOHによるMNCHN政策実施のための各種基金との資金源の補完など、重複を避け相乗効果を狙う構成となっている。さらに、本調査では効率的な事業実施のために、中央DOH、DOH地域局、州・独立市のステークホルダーら相手側と協議を重ね、プロジェクトの実施体制やプロジェクト関連組織の役割を整理し、日本側の機材投入内容等を合意した。

4. インパクト

ここでは、(1) 上位目標と指標設定の適切さ、(2) 外部条件が満たされる可能性、(3) 波及効果の見込み、(4) 負のインパクトの可能性、について検討した。

²⁹ 先行プロジェクトの支出実績を参考にしながら、本プロジェクト対象地域の規模で必要な投入量を試算し、可能な活動項目を査定した。

³⁰ Community mobilization については、各バランガイが自主的・恒常的に実施している保健教育活動など、コミュニティ独自の活動実施を期待。

(1) 上位目標と指標の設定の適切さ

本協力では、上位目標は「妊産婦と新生児の死亡が減少すること」とし、指標は東ビサヤ地域の妊産婦死亡比(MMR)/新生児死亡率(NMR)、及び対象地域であるレイテ州及びオルモック市の妊産婦/新生児死亡数の傾向で設定した。プロジェクト目標の目標指標及びモニタリング指標のレベル(有資格の保健医療従事者による介助率や施設分娩の割合)と上位目標レベルの指標(MMR/NMR)間には開きがあるが、この2つの指標が連動することは世界的にも知られており、プロジェクト介入の直接的な成果がMMR/NMRの低下につながるロジックは正当なものと考えられる。これに加えて、プロジェクト目標の指標でもある「対象地域における施設分娩率」の目標値を上げた指標を設定している(下記参照)。

- (ア) 東ビサヤ地域のMMRが2008～2018年までの間に年間2.9以上のペースで減少する〔ベースラインは2008年国家人口保健調査(NDHS)で入手の可能性有〕³¹
- (イ) 東ビサヤ地域の新生児/乳児死亡率が2008～2018年までの間に年間0.63/1.05以上のペースで減少する(ベースラインは2008年NDHS報告で入手の可能性有)³²
- (ウ) レイテ州及びオルモック市の妊産婦死亡数が、2008年から事後評価時点までに減少傾向に転じる(2008年ベースライン: Leyte 17, Ormoc 11)
- (エ) レイテ州及びオルモック市の新生児死亡数が、2008年から事後評価時点までに減少傾向に転じる(2008 baseline: Leyte 79, Ormoc 18)
- (オ) レイテ州及びオルモック市の施設分娩の割合が、事後評価時点までに80%に増加する(国家政策で設定された目標値)

指標データの有用性について、妊産婦死亡、新生児死亡のデータは業務統計の信頼性に限界があり、数年ごとに入手可能な標本調査(NDHSやFPサーベイ等)の値をとることが望ましい。その一方、こうした標本調査は州・独立市レベルでの数値は算出しないため、3、4の指標は業務指標で入手せざるを得ない。妊産婦/新生児の死亡数は、施設分娩の普及や新生児死亡統計の改善により一時的に増加する可能性が高いが、事後評価時点ではある程度効果の検証が可能であろうことが期待される。

(2) 外部条件が満たされる可能性

妊産婦死亡が低下するためには、EmONCの充実に加えて、効果的なFPの実施を通じリスクの高い妊娠や望まれない妊娠が抑制されることも重要な必要条件である。米国の専門組織“Guttmacher Institute”の調査によれば、フィリピンでは毎年310万件余りの妊娠があるなかでその15%は人工妊娠中絶につながり、31%は望まれない妊娠であると報告されており(2006年)³³、東ビサヤ地域はピコール地域と並んで望まれる子ども数と実際の子どもの数の差が全国で1番大きい地域でもある³⁴。したがって、効果的なFPの欠如は上位目標達成への大きな障害

³¹ 1996～2006年のフィリピン全国のMMRの年平均減少値2.9を上回るものと設定した。

³² 1988～2008年のフィリピン全国の乳児死亡率の年平均減少値1.05を上回るものとし、2003年のNMR/IMR比からNMRの年平均減少値を0.63以上と設定した。

³³ “Unintended Pregnancy and Induced Abortion in the Philippines,” The Guttmacher Institute p.11

³⁴ “Unintended Pregnancy and Induced Abortion in the Philippines,” The Guttmacher Institute p.11

要因ともなり得るため、妊産婦死亡症例分析（Maternal Death Review：MDR）新生児死亡症例分析（Neonatal Death Review：NDR）等を通じ、現状をモニタリングすることが重要である。

その他の外部条件については満たされる可能性が高いと考えられるが、中間評価時期にはその実情を調査する必要がある。

（3）波及効果の見込み

本協力において、最も直接的に裨益を受けるグループは、主要カウンターパートであるDOH-CHD EVのスタッフのほか、対象地域（レイテ州・オルモック市）の保健行政従事者、保健医療従事者と並んで、妊産婦及び新生児である（下記）。

直接・間接的な受益者	受益者の規模（4年間、概算*）
保健行政従事者	DOH-CHD EV、レイテ州・オルモック市保健局スタッフ
保健医療従事者 (Skilled Health Professionals)	340名（対象地域全体の80％に相当）
レイテ州優先地域**妊産婦数	約8万300人（州全体の41％に相当）
レイテ州優先地域新生児数	約5万6,400人/年（州全体の42％に相当）
オルモック市妊産婦数	約2万7,400人
オルモック市新生児数	約2万1,000人

* 数値は目安（妊産婦数を人口の3.5％とし、新生児数を出生数と同数と仮定した。4年間の概算値については、2008年人口統計・人口増加率を基に2010年7月～2014年6月の各値を推計した）** 優先地域とはBEmONC候補RHUの保健区域（18自治体）を指す。

しかしながら、本協力では、東ビサヤ地域の各保健組織によるMNCHN政策の実施能力強化を支援するコンポーネントが入っており、上で述べた受益者を超えた同地域内での波及効果がある程度期待できる。具体的には、DOH-CHD EVによるガイドライン策定、研修実施や教材作成機能の強化だけでなく、東ビサヤ地域医療センター（East Visayas Regional Medical Center：EVRMC）の研修機能の強化によるBEmONC臨床研修の導入が計画されている。また、東ビサヤ地域局はMNCHN政策実施のために、施設・機材・訓練費用にイヤーマークされた予算枠をもっており、したがって、本協力の対象地域とならない州や市へ効果が波及する仕組みとリソースは、ある程度確保されているといえる。

さらに、先行プロジェクトのように、政策や実施要領の改善に有用なレッスンがプロジェクト実施を通じて得られた場合、政策への波及効果も期待できる。例えば、本協力からは、1）比較的地理的に小さな地域において成功した先行プロジェクトの介入パッケージが、面積が大きくアクセスの悪い地域を多く含む州においてどの程度活用可能であるか、2）地域のリソースを効果的に動員したといわれる町・バラングイレベルにおけるsocial mobilization活動は、本プロジェクトのILHZを通じたアドボカシー活動によってどの程度引き出せるのか、などの点で、MNCHN政策の実施に有用な示唆を含んでいる。したがって、こうした示唆が観察された際には、DOH-CHD EVやレイテ州/オルモック独立市によって、他州、他地域に共有される

よう、活動項目が立てられている。また、合同調整委員会（JCC）が中間評価時、終了時評価時に中央DOHレベルで開催される予定となっており、他地域への波及の仕組みを確保している。

（４）負のインパクトの可能性

負のインパクトを受ける可能性があるグループとして、貧困層（公的保健施設へのユーザーフィーの導入による自己負担金の増加）、TBA（出産介助の禁止による収入の喪失）、民間の開業RHM（公的施設への利用者の移動）などが考えられる³⁵が、本協力では、PhilHealthの貧困層加入促進による公的健康保険の適用拡大やコミュニティによる施設活用への支援、TBAのWHTへの参加（とインセンティブ授与）の機会付与、民間育成・保護を目的とするUSAID支援との連携など、負のインパクトを最小化するための配慮が組み込まれている。

５．自立発展性

本協力は、（１）政策・制度面、（２）財務的側面、（３）織・技術的側面のすべてにおいて、自立発展性が強化されるような工夫がなされている。本協力で強化した相手国の組織や構造が、プロジェクトの完了後実際に自立発展的な成長を遂げるか否かは、実際のプロジェクトの成果と実施組織の保健行政官及びSHP（医師、看護師、及びRHM）の定着にかかっていると見える。以下に詳細を説明する。

（１）政策・制度面

ローカル・コンサルタントの調査報告書や現地調査中のカウンターパートとのやり取りなどから判断して、中央DOH、DOH-CHD EV、レイテ州PHO、オルモック市保健局の各レベルにおいて、妊産婦死亡、新生児・乳幼児死亡削減に対する意欲は高いものと考えられる。現場調査中には、施設分娩を増加させるためのイニシアティブや独自の活動が既に実施に移されているケースが観察された。ただし、町や地区（Municipality、District）のレベルにおいては、現地調査で訪問したRHU/DHCでの聞き取りから政策実施への意欲には自治体によって差がみられた。2010年5月に統一選挙を控えてはいるが³⁶、国家レベルの行政令の公布、州・市レベルの中期投資計画の策定が完了しているため国家、州及び独立市レベルにおけるMCH推進の方針にはさほど影響はないと考えられる。

他方で、FPの推進には消極的な姿勢がみられる。南レイテ州を除くほぼ全州においてFPの推進を避妊具・薬を使用しない自然法に限定する内容の条例が出されている。また、ピリラン州において公布されたTBAの分娩介助の禁止や、施設分娩に対するインセンティブ付与等の条例は、他州ではまだみられない。町レベルでは、RHUが分娩サービスを提供している所で利用料の規定やTBAの出産介助禁止が既に条例化されている所もあったが、その利用料をRHUのスタッフに分配することには消極的な自治体も散見された。また、町やバラングイがRHUやBHSの分娩室を整備する背景には、RHU/DHCの運営費確保よりも一般財政への収

³⁵ ただし、一般的に民間の開業 RHM が存在しているのは都市部であり、都市部の RHM サービスは病院（CEmONC）の正常分娩による混雑緩和が期待される。村落部における民間セクターと公的セクターの競合有無、及び相互の影響は不確定である。

³⁶ 大統領、上下院議員、州知事、州議会議員、市町長、市町議会議員等が改選される。

入確保の動機が多い印象を受け、アウトプット5の戦略的实施が肝要となる³⁷。

(2) 財務面

中央DOHは、MNCHN政策実施のために地域局やLGUに対してパフォーマンスに応じた資金拠出を行う準備があり、医療物資調達³⁸、政策・システム開発・技術サポート³⁹、維持管理・運営及び施設・機材⁴⁰などへの資本投資に活用できていることになっている。現地調査中、政策・システム開発・技術サポートの予算やDOHの資本投資予算が東ビサヤ地域で使われはじめている様子が確認できた。DOH-CHD EV局長は、CEmONC提供体制整備に関しては、こうした政府側の予算を使って整備するとの見解を示している。

一方、LGU側の予算配置の状況は、依然厳しい状況にあるといえる。レイテ、北サマール、サマール州政府の保健予算配分率は問題ないものの、施設・機材の維持管理や医薬品購入に充てる予算項目(MOOE)の割合が総じて低い⁴¹。町レベルの財政については未調査であるが、レイテ州やオルモック市で訪問したRHU/DHCにおいて、分娩ケアや妊婦健診に必要な医薬品・必要物資のストック状況は悪く、避妊具はもとより、母子手帳(Mother and Child Book)やその簡易版(HBMR)がストックされているRHUはごく僅かであった。

これらを総合して、協力実施中・終了後に保健施設運営体制を維持する予算を確保できるかどうかは、DOH-CHD EVによる管理調整の努力やLGU支援の確保(アウトプット5で得られる成果)にかかっていると見える。なお、先行プロジェクトで明らかとなった、MCPなどの還付金がRHUで入手できていない問題について、本プロジェクトでは、東ビサヤ地域局や、PHO/市保健局がPhilHealthと協力してMCP認証施設を技術的にサポートすることを盛り込むことで対応している。

(3) 組織・技術面

協力終了後もカウンターパート機関が自立発展的に成果を維持していくために、DOH地域局、レイテ州/オルモック市保健局、レイテ州のILHZ-TMCがMNCHN政策を実施する能力を強化する活動が盛り込まれている。具体的にはWHTガイド及びWHTトレーニングモジュールの開発や、MDR/NDRと結果のフィードバック、サービス提供状況のモニタリング、訓練の成果の確認などを通じて、サービスの質の維持を担保する。

したがって、組織・技術面での自立発展性は、アウトプット3の成果にかかっていると見える。

一転、懸念事項は、保健行政の下位に行くほど人材層が限定されることである。東ビサヤ地域局内にはMCH、EPI、栄養を担当する部署としてFamily Clusterが設置され、医師、看護師等技官7名で構成されているが、レイテ州/オルモック市保健局は、ともに数少ないスタッフで複数のプログラムを兼任しながらMCHプログラムを運営している⁴²。例えば、レイテ州では女性の健康と母性保護(Women's Health and Safe Motherhood: WHSM)及び家族計画(FP)

³⁷ 先行のMCHプロジェクトにおいては、保健施設が得た収入を資機材購入や職員・ボランティアへの手当の支払い等サービス提供のために使用する仕組みが定着し、職員の士気を高めた。

³⁸ Baseline Public Health Commodity Fund

³⁹ Public Health Programs Funds

⁴⁰ Public Health Development Program Fund

⁴¹ 出所 “Study on Mother and Child Health Situation in Eastern Visayas Region,” The JICA Philippine Office, September 2009

⁴² DOH-CHDEV、レイテ州PHO、オルモック市保健局の組織図は、付属資料12を参照のこと。

担当ポストが空席のままEPI担当者（看護師）がWHSM/FP/EPIを兼任しており、栄養士資格をもつ栄養プログラム担当とアシスタントを合わせて3名の技官でMCH関連プログラムを管理している。オルモック市においても栄養プログラム担当とWHSM担当が兼任となっている。ディストリクト病院（DH）やRHUでは、それぞれ看護師長（Nursing Supervisor）やMHO局長がすべてのプログラムを担当している。したがって、プロジェクトを実施するには、できる限り通常業務に統合された形で活動するなど、効率的な運営実施が求められる。また、少人数の技官に頼る運営体制では、人材の転出が大きな外部条件となり得るため、この点は懸念事項である。

付 属 資 料

- 1 . ミニッツ英文
- 2 . プロジェクト実施体制図 (Implementation Structure Chart)
- 3 . Project Design Matrix (PDM ver.1)
- 4 . Plan of Operation (PO ver.1)
- 5 . 調査日程表
- 6 . MNCHN政策 (Administrative Order No.2008-0029 全文)
- 7 . MCP認証と貧困層向けPhilHealth加入について
- 8 . 訪問した施設の施設・機材状況
- 9 . フィリピンにおける緊急産科・新生児ケアの内容
- 10 . 対象地域選定の各クライテリアにおける調査結果
- 11 . 目標値のシュミレーション
- 12 . 保健省各層の組織図 (保健省全体、国際保健協力局、国際疾病予防管理センター、地域保健開発局、東ビサヤ地域局、レイテ州保健局、オルモック市保健局)
- 13 . 評価グリッド
- 14 . 対象となる自治体間保健連携ゾーンと施設・病院名

Detailed Planning Survey Report

Errata

1. **p.XX** Annex 2: Minutes of Meetings

Annex1 Annex 2

2. **p.XX** Annex 4: Plan of Operation (PO ver.1)

Annex3 Annex 4

3. **p.XX** Annex4: Plan of Operation (PO ver.1) 2-6 Expected Results

RHMs in target BEmONC RHUs/DHCs are trained on BEmONC-midwifery
(130RHMs) (125RHMs)


**MINUTES OF MEETINGS
BETWEEN
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY
AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF
THE GOVERNMENT OF
THE REPUBLIC OF THE PHILIPPINES
ON JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJECT FOR
STRENGTHENING MATERNAL AND CHILD HEALTH SERVICES
IN EASTERN VISAYAS**

Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") organized the Detailed Planning Survey Team (hereinafter referred to as "the Team"), headed by Ms. Harumi Kitabayashi from October 21 to November 17, 2009 for the purpose of discussing the framework of the technical cooperation project entitled "Strengthening Maternal and Child Health Services in Eastern Visayas" (hereinafter referred to as "the Project").


The Team had a series of discussions and exchanged views on the Project with the authorities concerned of the Philippines.

As a result of the discussions, the Team and the Philippine authorities concerned agreed on the matters referred to in the document attached hereto.

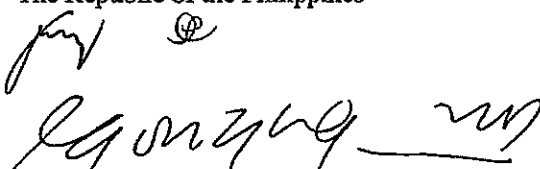
Manila, December 17, 2009



Mr. Kenzo Iwakami
Senior Representative
Japan International Cooperation Agency
Japan



Dr. Mario C. Villaverde
Undersecretary
Department of Health
The Republic of the Philippines



Dr. Edgardo M. Gonzaga
Director
Department of Health
Center for Health Development - Eastern Visayas
The Republic of the Philippines

ATTACHED DOCUMENT

I OBJECTIVE OF THE SURVEY

Japan International Cooperation Agency (JICA) and the Department of Health (DOH) have been implementing Maternal and Child Health Project (MCH) in Ifugao and Biliran Provinces since 2006. With the purpose being "Health and safety of mothers and neonates is improved in the target area," the MCH Project has focused on strengthening Emergency Obstetric Care (EmOC) services in the rural areas. The said project, designed within the framework of Department of Health (DOH) FOURmula ONE health sector reform policy in support of Safe Motherhood policies, achieved a successful increase in facility-based deliveries assisted by Skilled Health Professionals in Biliran Province (90% in Jan-Jun 2009)

With the positive experiences of Biliran MCH project, DOH proposed to expand and improve the effective interventions to other provinces in the Eastern Visayas especially in areas with organized Inter Local Health Zones having poor MCH indicators under the leadership of Center for Health Development (CHD) Eastern Visayas.

In this context, JICA dispatched the detailed planning survey team to assess the feasibility of the proposed project and to work out the preliminary framework of the project design.

In view of the possible collaboration, representatives from USAID joined the survey.

II PRINCIPLES FOR PROJECT DESIGN

1. Basic Strategies and Components

The Project aims to accelerate the implementation of the Maternal, Newborn and Child Health and Nutrition (MNCHN) Strategy of DOH stated in Administrative Order 2008-0029, especially facility-based deliveries assisted by Skilled Health Professionals. The major interventions consist of 1) upgrading service deliveries of Basic Emergency Obstetric and Newborn Care (BEmONC) through skills training and equipment supply, 2) strengthening of managerial capacity of health offices in monitoring and supervision of quality service deliveries, 3) demand creation through Women's Health Teams (WHTs) at community level, and indirectly 4) advocacy for stronger commitment and support from the local government units (LGUs).

2. Selection of Target Areas

The target areas of the project was selected by the following criteria; 1) Inter Local Health Zones (ILHZs) with Rural Health Units (RHUs)/District Hospitals with regular presence of a team of Skilled Health Professionals (a physician, a nurse, and a rural midwife), 2) Infrastructure improvement completed or planned by Philippines side, 3) provinces or cities without assistance from other partners, 4) peace and order situation. After discussion and interview of relevant personnel, it was decided to select Leyte Province and Ormoc City (a chartered city) as the target, for better alignment with Province-wide/ City-wide Investment Plan for Health (PIPH/CIPH).

3. **Lessons Learned from the MCH Project in Biliran and Ifugao**

The terminal evaluation report of the MCH Project in Biliran and Ifugao concludes that the strong commitment and support to MCH program from the LGUs were strong factors that promoted facility-based deliveries. The Project thus will incorporate advocacy toward active engagement of LGUs in terms of governance, regulation and financing for MNCHN activities.

III TENTATIVE FRAMEWORK OF THE PROJECT

1. Project Title

The title of the Project will be “the Project of Strengthening Maternal and Child Health Services in Eastern Visayas”.

2. Term of Cooperation

The duration of the technical cooperation for the Project will be four years from the date to be described in the Record of Discussions (hereinafter referred to as “R/D”).

3. Project Sites

The Project will be implemented in Leyte Province and Ormoc City.

4. Project Purpose

The purpose of the project is “By the end of the Project, pregnant women and newborns receiving the safe pregnancy, safe delivery and postpartum care services in target areas in the Eastern Visayas are increased.”

5. Outputs

The outputs of the project are:

5.1 Facilities providing BEmONC/ MNCHN services are increased.

5.2 Technical skills of government service providers in BEmONC/MNCHN services are enhanced.

5.3 Functions of DOH-CHD Eastern Visayas and PHO/CHO in achieving and maintaining quality BEmONC/MNCHN services are enhanced.

5.4 Women’s Health Teams (WHTs) are institutionalized and in operation in areas covered by the BEmONC facilities.

5.5 Political support for pregnant women (and their families) in accessing EmONC/ MNCHN services are enhanced in areas covered by the BEmONC facilities.

6. Administration of the Project

6.1 Administration

The administration of the Project is as follows:

6.1.1 Project Director who will bear overall responsibility for the administration

and implementation of the Project: Undersecretary for Health of the Sectoral Management and Cooperation Team.

- 6.1.2 Project Manager (who will be responsible for the managerial and technical matters of the Project): Director of the Bureau of International Health Cooperation of the DOH.
- 6.1.3 Technical Coordinator (who will ensure the technical alignment of the Project to the policies and directions of the health sector for Maternal and Child Health and Nutrition Strategy): Head of MNCHN Task Force of DOH.
- 6.1.4 Project Coordinator (who will be responsible for technical and managerial directions and coordination with the local government units to facilitate the implementation): Director, DOH-CHD Eastern Visayas
- 6.1.5 LGU Coordinators (who will be responsible for implementation of the Project at Province of Leyte and City of Ormoc): Provincial Health Officer of the Province of Leyte and City Health Officer of Ormoc City.

6.2 Joint Coordination Committee

For the effective and successful implementation of technical cooperation for the Project, a Joint Coordination Committee (hereinafter referred to as "JCC") will be established whose functions and composition are described as follows:

6.2.1 Functions

- 6.2.1.1 To approve the Plan of Operations of the Project
- 6.2.1.2 To review and evaluate the Project
- 6.2.1.3 To discuss on major issues arising from or concerning the Project

6.2.2 Composition

6.2.2.1 Chairperson: Undersecretary of Health the Sectoral Management Coordination Team

6.2.2.2 Members

Director of the Bureau of International Health Cooperation
Head of the MNCHN Task Force
Director of the DOH-CHD EV
Representative of the FIMO for Visayas and Mindanao
Governor of the Province of Leyte
Mayor of the City of Ormoc
Chief Representative of JICA Philippine Office
JICA experts
JICA Health Program Coordinator

6.2.2.3 Observers

Representative from PhilHealth
Representative form NEDA
Representative from the Embassy of Japan
Representative from USAID

6.3 Regional Management Committee

6.3.1 Functions

6.3.1.1 To formulate the Plan of Operations of the Project

6.3.1.2 To conduct annual implementation review of the Project

6.3.1.3 To discuss on major issues arising from or concerning the Project

6.3.2 Composition

6.3.2.1 Chairperson: Director, Department of Health-Center for Health Development Eastern Visayas

6.3.2.2 Members:

Head of MNCHN Task Force, EV

Chief of Local Health Support Division, DOH-CHD EV

Regional MCH Coordinator, DOH-CHD EV

Representative of EVRMC, Head of OBGYN Dept

Governor-Leyte Province

Mayor of the City of Ormoc

Provincial Health Officer -Leyte

City Health Officer-Ormoc

Chief Representative, JICA Philippines

JICA Project Expert

JICA Health Program Coordinator

3) Observers:

PhilHealth-Region VIII

NEDA-Region VIII

DSWD-Region VIII

Embassy of Japan

USAID

USAID Project Representative

6.4 Executive Committees

Executive Committees (hereinafter referred to as "EC") are established at each LGU whose functions and composition are described as follows:

6.4.1 Functions

1) To formulate the Annual Work Plans for the Province and the City

2) To discuss problems and issues that may arise during project implementation and address them appropriately

6.4.2 Composition

1) Leyte Province

Chairperson: Governor

Co-chair: Leyte Provincial Health Officer

Members:

Provincial Board Member, Chairperson of the Committee on Health

PHO MCH Coordinator

Provincial Health Officer I

DOH Provincial Health Team Leader

Chairpersons of TMCs of ILHZs
Mayors/ MHOs of the 18 Municipalities
DOH-CHD EV MCH Coordinator
Representative from PhilHealth
Representative from JICA Philippines
JICA Project expert
USAID Project representative
Representatives from professional organizations and academic institutions
Other stakeholders nominated by the chairperson

2) Ormoc City

Chairperson: Mayor

Co-chair: Ormoc City Health Officer

Members:

City Councilor, Chairperson of the Committee on Health
City DOH-Rep
CHO MCH Coordinator
Chief of Ormoc District Hospital
DOH-CHD EV MCH Coordinator
Representative from PhilHealth
Representative from JICA Philippines
JICA Project expert
USAID Project representative
Representatives from professional organizations and academic institutions
Other stakeholders nominated by the chairperson

7. Project Design Matrix and Tentative Plan of Operation

A basic framework of the Project is as shown in a Project Design Matrix (hereinafter referred to as "PDM") in Annex II. The tentative Plan of Operation as shown in Annex III.

8. Inputs

The inputs from each side are as follows:

8-1. JICA

(1) Team of experts

(2) Equipment and materials:

- Essential equipment necessary for BEmONC and Philippine Health Insurance Corporation (PHIC) Maternal Care Package (MCP) accreditation
- Training equipment for EVRMC
- Training equipment for DOH-CHD Eastern Visayas
- Essential equipment for project office

(3) Activity cost

- Cost of training in Japan and the Philippines (except for domestic transportation cost of trainees)

-Production cost of training, educational and promotional materials

8-2. Philippine side

(1) Human resources

-Counterpart personnel at regional, provincial, city and municipal levels

(2) Facilities

-Project office space and facilities at DOH-CHD Eastern Visayas, Leyte Provincial Health Office and Ormoc City Health Office

-Infrastructures improvement necessary for BEmONC services and MCP accreditation

(3) Activity Cost

-Utility cost of the project office (electricity,, water, communication, etc.)

-Maintenance and repair of equipment supplied

-Expenses for routine supervisory visits to the project sites by DOH-CHD Eastern Visayas personnel

- Transportation cost of trainees within the country

-Logistics and commodities necessary for service delivery

IV NEXT STEPS

<Target Month>

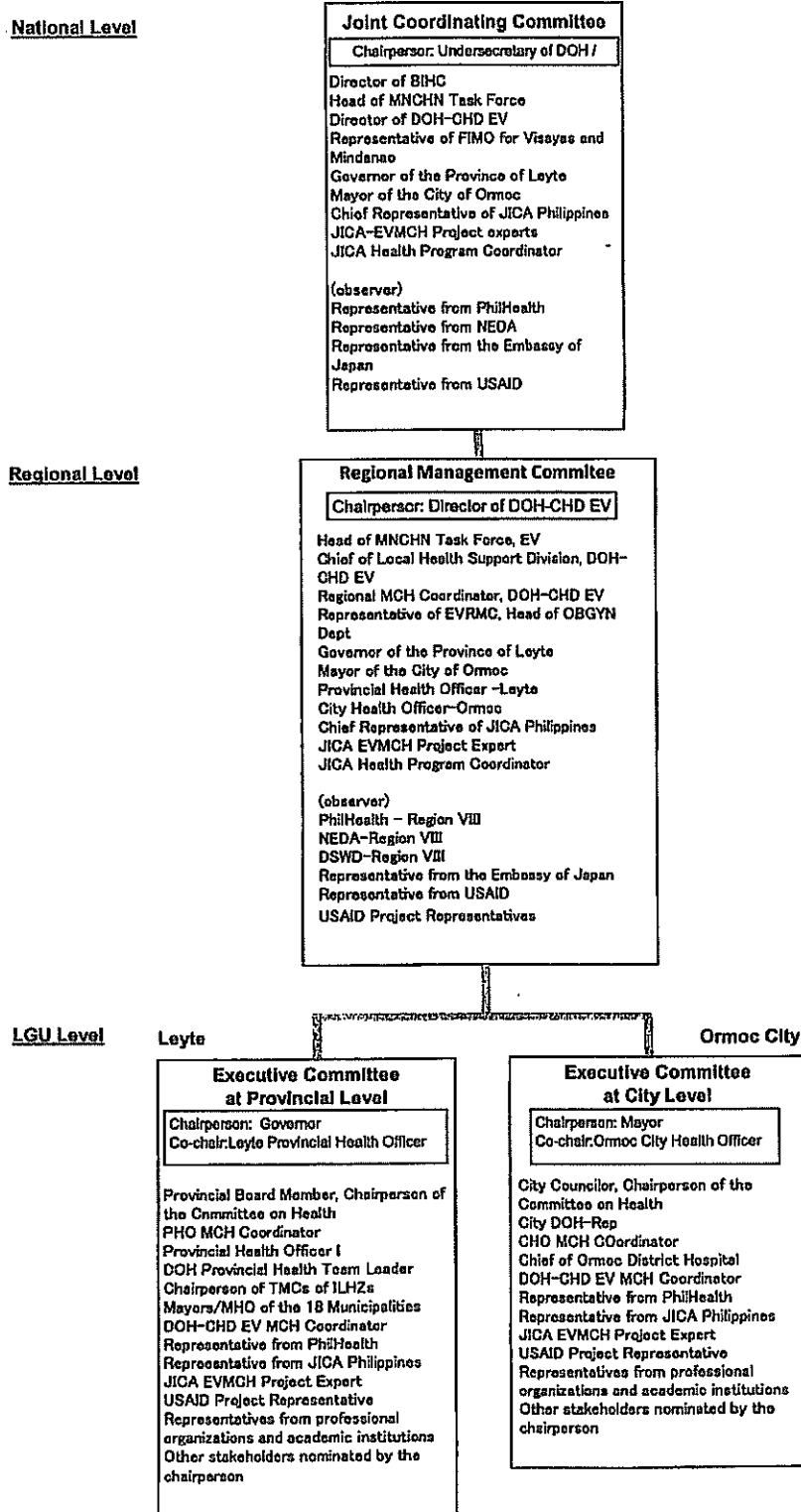
- | | |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| January 2010 | -Approval of the results of the preparatory mission of the Project by JICA |
| February 2010 | -Finalization of 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 DOH |
| March 2010 | -Signing of the Record of Discussions (R/D) between DOH-CHD Eastern Visayas and JICA
-Receiving official request for Japanese experts and equipments (A1 and A4 form) from the government of the Philippines
-Procurement of expert services for the Project by JICA |
| July 2010 | -Commencement of the Project |

LIST OF ANNEXES

- | | |
|-----------|--------------------------------------------|
| Annex I | Implementation Structure Chart |
| Annex II | Project Design Matrix (PDM) Version 0 |
| Annex III | Tentative Plan of Operation (PO) Version 0 |

2. プロジェクト実施体制図 (Implementation Structure Chart)

Annex I Implementation Structure Chart



Handwritten signature/initials

Handwritten mark

Handwritten signature/initials

PROJECT DESIGN MATRIX

Project Title: Strengthening Maternal and Child Health Services in Eastern Visayas

Duration : Four (4) years (July 2010~ June 2014)

Target Area : Leyte Province and Ormoc City

Date modified: December 16, 2009

Target Groups : Pregnant women and newborns

OVERALL GOALS	MEASUREMENT INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	EFFORTS
<p>OVERALL GOAL: Maternal mortality and infant mortality in target areas of the Eastern Visayas are reduced.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Maternal Mortality Ratio in the Eastern Visayas is reduced faster than the 2.9-per-year cases from the 2008 to 2018 (baseline may be available in 2008 NDHS report) 2. Neonatal Mortality Rate/Infant Mortality Rate in the Eastern Visayas is reduced faster than the 0.63-per-year/1.05-per-year cases from the 2008-2018 (baseline may be available in 2008 NDHS report) 3. Trend of reduction in number of maternal deaths/year in the target area (2008 baseline: Leyte 17, Ormoc 11) 4. Trend of reduction in number of neonatal deaths in the target area (2008 baseline: Leyte 79, Ormoc 18) 5. 80% of birth deliveries are handled at health facilities in the target area (national MNCHN goal) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. PHO annual reports, Family Planning Survey 2006, NDHS 2013, 2018 2. PHO annual reports, NDHS 2013, 2018 3. PHO annual reports 4. -- 5. PHO annual reports 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Any changes at national and local policies and system for health sector does not affect the project implementation 2. Family Planning coverage will be maintained or improved 3. Unsafe abortion will not increase 4. The proposed CEmONC hospitals provide quality services
<p>PROJECT PURPOSE: By the end of the Project, pregnant women and newborns receiving the safe pregnancy, safe delivery and postpartum care services in the target area in the Eastern Visayas are increased.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 50% and 65% of birth deliveries are handled at health facilities in Leyte Province and Ormoc City, respectively (2008 baseline: Leyte 33%, Ormoc 47%) 2. 70% of pregnant women received prenatal care at least 4 times during pregnancy in the target areas (including once in 1st trimester) (no baseline in 2008) 3. 80% of women had at least 1 postpartum visit in the target areas (baseline: 2008 check later) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. CHO/PHO annual reports 2. CHO/PHO annual reports, FHSIS (2009~)/TCL FHSIS (2009~)/TCL 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Any changes at national and local policies and system for health sector does not affect the project implementation 2. Family Planning coverage will be maintained or improved 3. Unsafe abortion will not increase 4. The proposed CEmONC hospitals provide quality services

Note: As a proxy indicator for monitoring the progress, "increased percentage of birth deliveries by Skilled Health Professionals (SHPs)," one of the indicator enlisted in A.O. No. 29 (September 2008) of DOH, may be used. (2008 baseline: Leyte 78%, Ormoc City 49%)

[Handwritten signature]

PROJECT DESIGN MATRIX

OUTPUT/IMPACT SUMMARY	LOGIC MODEL/INTERMEDIATE INDICATORS	KEY PERFORMANCE INDICATORS	MONITORING AND EVALUATION	ASSUMPTIONS
<p>Output 1: Facilities providing BEmONC/ MNCHN services are increased.</p>	<p>1-1. 100% of facilities out of targeted (Leyte 18 RHUs; 2 CHs, Ormoc 5 DHCs) offering BEmONC services 1-2. 100 % of BEmONC proposed RHUs/DHCs out of targeted (Leyte 18, Ormoc 5) with PhiHealth-accredited Maternal Care Package (MCP) 100% of MCP-accredited RHUs (out of targeted 18 RHUs/5DHCs) with regular reimbursement from PhiHealth</p>	<p>1-1. CHO/PHO annual reports 1-2. -- 1-3. RHU/DHC reports</p>	<p>Continuous LGU support to MNCHN in the Eastern Visayas Nutrition status among women does not deteriorate</p>	<p>✓</p>
<p>Output 2: Technical skills of government service providers in BEmONC/MNCHN services are enhanced.</p>	<p>2-1. 100 % of Skilled Health Professionals out of targeted (Leyte 26, Ormoc 5 teams of doctor/nurse/midwife) trained on BEmONC 2-2. 100 % of midwives out of targeted (Leyte 105, Ormoc 20 midwives) trained on BEmONC-midwifery 2-3. 100 % of Skilled Health Professionals out of targeted (Leyte 105, Ormoc 18 nurses or midwives) trained in maternal and newborn care** 2-4. 80% of the ex-trainees (Skilled Health Professionals) score more than "satisfactory" in technical assessment</p>	<p>2-1. EVRMC reports 2-2. Project Progress reports 2-3. -- 2-4. Technical Assessment report</p>	<p>The proposed CEmONC hospitals are provided with necessary equipment, facility upgrade, human resources and technical training by the government Health workers who received training continue their service in the area Roads to BEmONC and CEmONC facilities are maintained or improved.</p>	<p>✓ ✓ ✓</p>
<p>Output 3: Functions of DOH-CHD EV and PHO/CHO in achieving and maintaining quality BEmONC/MNCHN services are enhanced.</p>	<p>3-1. 80% of maternal/neonatal death cases reviewed each year at ILHZ and Provincial/City level with follow-up actions taken 3-2. Availability of updated monitoring and supervisory tool for MNCHN and BEmONC at RHU/DHC level 3-3. At least 10 presentations on lessons learned made at regional and national levels during the Project period 3-4. Situation analysis produced on referral system especially in BEmONC</p>	<p>3-1. Case review documentation 3-2. Updated monitoring tool 3-3. Documentations 3-4. Situation analysis report</p>		<p>✓</p>
<p>Output 4: Women's Health Teams (WHTs) are institutionalized and in operation in areas covered by the proposed BEmONC facilities</p>	<p>4-1. Availability of WHT guide for the Eastern Visayas 4-2. Number of WHT trainers oriented (target: 36 in Leyte, 10 in Ormoc from BEmONC facilities) 4-3. At least 50% of prioritized barangays receiving WHT orientation out of target (531 brgy in Leyte; 110 brgy in Ormoc) 4-4. 80% of expectant mothers who have their own birth plan in</p>	<p>4-1. WHT guide 4-2. CHO/PHO annual reports 4-3. RHUs/BHSs reports 4-4. Project Survey</p>		<p>✓</p>

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

PROJECT DESIGN MATRIX

ARRANGEMENT NUMBERS	OBJECTIVES/VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	EVIDENCE OF SUCCESS
<p>(see NOTES below for the name list of facilities).</p>	<p>4-5. 80% of WHTs active in sampled barangays in municipalities covered by BEmONC RHUs in Leyte Province and districts by BEmONC DHCs in Ormoc City</p>	<p>4-5. Project Survey</p>	
<p>Output 5: Political support for pregnant women (and their families) in accessing BEmONC/ MNCHN services are enhanced in areas covered by the proposed BEmONC facilities.</p>	<p>5-1. 100% of BEmONC proposed RHUs/DHCs giving out copies of the pink card or the Mother and Child Book to pregnant mothers 5-2. Ormoc City and 100% of municipalities with BEmONC proposed RHUs in Leyte having MNCHN-related local policies, i.e. ordinances/resolutions in facility delivery and user fees 5-3. 100% of BEmONC proposed RHUs in Leyte and DHCs in Ormoc City are implementing user fees 5-4. Ormoc City and 100% of municipalities with BEmONC proposed RHUs in Leyte having local policies for WHTs i.e. ordinances/ resolutions in incentives for WHTs 5-5. 80% of indigent households are enrolled to PhilHealth by Leyte Province/MLGU and Ormoc City (2009 baseline: around 70% in Leyte, 41% in Ormoc) 5-6. 100% of BEmONC proposed RHUs in Leyte and DHCs in Ormoc City share either MCP revenue or users fee with WHTs</p>	<p>5-1. Project Survey 5-2. Local resolutions/ Project progress reports 5-3. RHU/DHC reports 5-4. Local resolutions/ Project progress reports 5-5. PhilHealth records 5-6. RHU/DHC reports</p>	

[Handwritten signature]

PROJECT DESIGN MATRIX

ACTIVITIES	INPUT	OUTPUT
<p>[Activities under OUTPUT 1] 1-1. Assess equipment of BEmONC proposed facilities and Community Hospitals against BEmONC/ MCP Accreditation* and identify the gap 1-2. Provide required medical equipment to selected RHUs/DHCs and Community Hospitals for BEmONC services and MCP accreditation* 1-3. Assist RHUs/DHCs and BHSS applying for the PhilHealth MCP accreditation* and reimbursement 1-4. Assist establishment of maintenance system of equipment at target facilities *to be changed to BEmONC accreditation when in place.</p>	<p>Japanese side: (1) Team of experts (2) Equipment and materials: - Essential equipment necessary for BEmONC and the Philippine Health Insurance Corporation (PhilHealth) MCP accreditation* - Training equipment for EVRMC - Training equipment for DOH-CHD EV - Essential equipment for project office (3) Activity cost - Cost of training in Japan and the Philippines (except for domestic transportation cost of trainees) - Production cost of training, educational and promotional materials</p>	<p>✓ Data on Neonatal services can be generated from TCLs as special report ✓ Manual of referral system in place in target areas ✓ PhilHealth coverage in Leyte Province and Ormoc City is maintained.</p>
<p>[Activities under OUTPUT 2] 2-1. Provide capacity building and equipment support to the Eastern Visayas Regional Medical Center (EVRMC) as a BEmONC training institution 2-2. Provide equipment to the DOH-CHD EV Family Health Cluster necessary for training 2-3. Produce training materials at the DOH-CHD EV for WHT training 2-4. Provide BEmONC training for Skilled Health Professionals from target BEmONC facilities and two district hospitals in Leyte and Ormoc City 2-5. Provide maternal and newborn care training** for Skilled Health Professionals from all the RHUs/DHCs **As the contents of MNCHN-related training are under review by DoH Central, adequate training module(s) will be identified after the review. 2-6. Provide BEmONC-midwifery training for midwives covering barangays under the BEmONC facilities 2-7. Conduct technical assessment on skills of sampled</p>	<p>Philippine side: (1) Human resources - Counterpart personnel at regional, provincial, city and municipal levels (2) Facilities - Project office space and facilities at DOH-CHD EV - Infrastructures improvement necessary for BEmONC services and MCP accreditation** (3) Activity Cost - Utility cost of the project office (electricity, water, communication, etc.) - Maintenance and repair of equipment supplied - Expenses for routine supervisory visits to the project sites by DOH-CHD EV personnel - Transportation cost of trainees within the country - Logistics and commodities necessary for service delivery</p>	<p>✓ Data on Neonatal services can be generated from TCLs as special report ✓ Manual of referral system in place in target areas ✓ PhilHealth coverage in Leyte Province and Ormoc City is maintained.</p>

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

PROJECT DESIGN MATRIX

PROPOSED ACTIVITIES	KEY ASSUMPTIONS	REMARKS
<p>2-8. Conduct regular MDR/NDR at RHUs/DHCs</p> <p>[Activities under OUTPUT 3]</p> <p>3-1. Conduct regular Joint Coordinating and Regional Management Committee meetings including Project Implementation Review (PIR)</p> <p>3-2. Conduct Provincial and City Project Executive Committee (ExeCom) meetings at Leyte and Ormoc</p> <p>3-3. Conduct project orientation to ILHZ-TMCs in Leyte and District Medical Officers in Ormoc</p> <p>3-4. Conduct project orientation to ILHZ Boards in Leyte and to the Ormoc City Local Health Board</p> <p>3-5. Conduct regular Maternal Death Review and Neonatal Death Review at ILHZ and Province/City Level</p> <p>3-6. Provide capacity building training in Japan on the MNCHN program management</p> <p>3-7. Update and use the MNCHN and EmONC monitoring form</p> <p>3-8. Identify gaps between information and reporting practices and provide technical training/assistance to RHUs/Skilled Health Professionals as necessary</p> <p>3-9. Assist implementation of referral system at all levels through ILHZ as needed (e.g. conduct referral audits)</p> <p>3-10. Disseminate/report project accomplishments and lessons learned at regional and national level health summits/conferences/ meetings</p>	<p><i>NOTES: The proposed BEmONC facilities are those identified by facility mapping exercises conducted by the Leyte Provincial Health Office and the Ormoc City, which include the following:</i></p> <p>[Leyte Province]</p> <p>A) BEmONC Rural Health Units (x18)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mabalinhil ILHZ; Bato and Hindang 2) Mainbay ILHZ; Mahaplag and Inopacan 3) Kanamao ILHZ; Albuera and Merida 4) Leyte Gulf ILHZ; Tanauan, Tolosa and Dulag 5) Golden Harvest ILHZ; Pastrana and Alangalang 6) Goodwill ILHZ; Jaro and San Miguel 7) Calesan ILHZ; Leyte-Leyte 8) Leyte Plains ILHZ; Tabon-Tabon 9) Leyte West Coast ILHZ; Isabel 10) Maharlika ILHZ; Javier and Macarthur <p>B) BEmONC Hospitals (x2)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tabango Community Hospital 2) Kanaunga Community Hospital <p>[Ormoc City]</p> <p>C) BEmONC District Health Centers (x5)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) San Pablo District Health Center 2) Linao District Health Center 3) Valencia District Health Center 4) Curva District Health Center 5) Ipil District Health Center 	<p>ex-trainees of BEmONC</p>
<p>[Activities under OUTPUT 4]</p> <p>4-1. Develop and produce a WHT guide</p> <p>4-2. Establish Core Team to implement WHT organization at Province and City and formulate strategies to roll out WHT activities</p> <p>4-3. Conduct orientation of trainers using the WHT guide</p> <p>4-4. Conduct WHT orientation/training from BEmONC</p>		

my or k

my

PROJECT DESIGN MATRIX

ACTIVITIES	IMPLEMENTATION STRATEGIES	INDICATORS
<p>RHUs/DHCs using the WHT guide</p> <p>4-5. Monitor and support as needed WHT activities in their communities (home visits, and counseling, pregnancy and post-partum tracking, birth planning, taking part in maternal and neonatal death review.)</p> <p>4-6. Hold WHT conventions including awards for best practices</p> <p>4-7. Conduct a study (e.g. questionnaire survey or focus group discussion) to assess functionality of WHTs</p>		
<p>[Activities under OUTPUT 5]</p> <p>5-1. Lobby to ensure the reproduction and distribution of pink cards and/or Mother and Child book</p> <p>5-2. Advocate for increased budget in support for MNCHN through the ILHZ</p> <p>5-3. Advocate for the increased PhilHealth indigent enrollment in support for MNCHN through the ILHZ</p> <p>5-4. Assist on improving finance and regulatory mechanism to ensure continuous/ sustainable MNCHN services at the local level-through ILHZ</p>		<p>PRECONDITIONS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ The new BEmONC training guidelines and the new training modules will be available by early 2010. ✓ PhilHealth's MCP accreditation** will continue. ✓ EVRMC will be recognized as a training institution of BEmONC by mid 2010.

Abbreviations:

MNCHN	Maternal, Neonatal, Child Health and Nutrition	TCL	Target Client List	MCP	Maternal Care Package
FHSIS	Field Health Service Information System	PHO	Provincial Health Office	CHO	City Health Office
CEmONC	Comprehensive Emergency Obstetric and Newborn Care	WHT	Women's Health Team	RHU	Rural Health Unit
BEmONC	Basic Emergency Obstetric and Newborn Care	DHC	District Health Center	ILHZ	Inter-local Health Zone
ILHZ-TMC	ILHZ-Technical Management Committee	MDR	Maternal Death Review	NDR	Neonatal Death Review
NDHS	National Demographic and Health Survey	BHS	Barangay Health Station	Brgy	Barangay
EVRMC	Eastern Visayas Regional Medical Center	CH	Community Hospital		
EVRMC	Eastern Visayas Regional Medical Center	LGU	Local Government Unit		
DOH-CHD EV	Department of Health, Center for Health Development, Eastern Visayas				

[Handwritten signatures]

Annex 3. Plan of Operations

Project Title: Strengthening Maternal and Child Health Services in Eastern Visayas

Duration : Four (4) years

Target Area : Leyte Province (Population 1,337,616), Ormoc City (Population 180,989)

Date modified: 16 Dec. 2009

Target Groups : Pregnant women and newborns

PROJECT PURPOSE: By the end of the project, pregnant women and newborns receiving the safe pregnancy, safe delivery and postpartum care services in target areas in Eastern Visayas are increased.

ACTIVITIES (A-Details)	SCHEDULE	RESPONSIBLE PERSONNEL	BUDGET
[Activities under OUTPUT 1: Facilities providing BEmONC/MNCHN services are increased.]			
1-1. Assess equipment of BEmONC-proposed facilities and Community Hospitals against BEmONC/MCP Accreditation* and identify the gap * To be changed to BEmONC accreditation when in place.	1 st yr Facility mapping done in 2008	PHO/CHO JICA experts	LGUs
1-2. Provide required medical equipment to selected RHUs/DHCs and Community Hospitals for BEmONC services and MCP accreditation*	1 st and 2 nd yr	PHO CHO JICA experts	JICA LGUs
1-3. Assist RHUs/DHCs and BHSs applying for the PhilHealth MCP accreditation* and reimbursement	1 st and 2 nd yr	PHO CHO (PhilHealth)	PHO CHO
1-4. Assist establishment of maintenance	2 nd to 3 rd yr	PHO/CHO	LGUs

Annex 3. Plan of Operations

ACTIVITIES (As in the main table)	EXPENSES	SCHEDULE	RESPONSIBLE BODY	SOURCE OF FUNDS
system of equipment at target facilities	and Community Hospitals have maintenance system and budget		MHO	CHD EV
Activities under OUTPUT 2: Technical skills of government service providers in BEmONC/MNCHN services are enhanced.				
2-1. Provide capacity building and equipment support to the Eastern Visayas Regional Medical Center (EVRMC) as a BEmONC training institution	<ul style="list-style-type: none"> EVRMC provides BEmONC training for health personnel in DOH-CHD EV 	Training done in Feb. 2010 Equipment 1 st yr	DOH (POGS) JICA experts	
2-2. Provide equipment to the DOH-CHD EV Family Health Cluster necessary for training	<ul style="list-style-type: none"> DOH-CHD EV able to conduct training courses Equipment maintained by DOH-CHD EV 	1 st yr	CHD JICA experts	CHD
2-3. Produce training materials at the DOH-CHD EV for WHT training	<ul style="list-style-type: none"> Training materials produced and in use 	1 st and 2 nd yr	CHD JICA experts	JICA CHD
2-4. Provide BEmONC training for Skilled Health Professionals from target BEmONC facilities and two district hospitals in Leyte and Ormoc City	<ul style="list-style-type: none"> 31 teams of Skilled Health Professionals in BEmONC facilities are trained on BEmONC (5 teams from Ormoc, 18[RHU] + 2x2 [C.H.] + 2x2 [D.H. Level I] teams from Leyte) 	1 st and 2 nd yr	EVRMC	LGUs JICA
2-5. Provide maternal and newborn care training** for Skilled Health Professionals from all the RHUs/DHCs **As the contents of MNCHN-related training are under review by DoH Central, adequate training module(s) will be identified after the review.	<ul style="list-style-type: none"> 123 persons receive maternal and newborn care training [1 doctor, 1 nurse & 1 midwife per RHU/DHC] 	1 st and 2 nd yr	CHD PHO/CHO	LGUs JICA CHD (in kind)

Handwritten signature

Handwritten signature

Annex 3. Plan of Operations

ACTIVITIES TO BE IMPLEMENTED	EXPECTED RESULTS	SCHEDULE				RESPONSIBLE BODY	SOURCE OF FUNDS
		1 st yr	2 nd yr	3 rd yr	4 th yr		
2-6. Provide BEmONC-midwifery training for midwives covering barangays under the BEmONC facilities	<ul style="list-style-type: none"> RHMs in target BEmONC RHUs/DHCs are trained on BEmONC-midwifery (130RHMs) 		2 nd to 4 th yr			EVRMC CHD	LGUs JICA
2-7. Conduct technical assessment on skills of sampled ex-trainees of BEmONC	<ul style="list-style-type: none"> Report of assessment submitted to ExeCom and JCC 		3 rd and 4 th yr			CHD EVRMC	CHD
2-8. Conduct regular MDR/NDR at RHUs/DHCs	<ul style="list-style-type: none"> 100% of maternal and neonatal recorded deaths documented at RHUs/DHCs and reported to PHO/CHO, then to CHD 		1 st to 4 th yr			MHO DHO	LGUs
[Activities under OUTPUT 3: Functions of DOH-CHD EV and PHO/CHO in achieving and maintaining quality BEmONC/MNCHN services are enhanced.]							
3-1. Conduct regular Joint Coordinating and Regional Management Committee meetings including Project Implementation Review (PIR)	<ul style="list-style-type: none"> At least 2 per year Minutes of meeting 		1 st to 4 th yr			CHD	CHD
3-2. Conduct Provincial and City Project Executive Committee (ExeCom) meetings at Leyte and Ormoc	<ul style="list-style-type: none"> At least 2 per year each in 2 sites (could be integrated into joint ILHZ meeting for Leyte) Record of meetings Provincial and City MNCHN Plan is formulated for implementation 		1 st to 4 th yr			PHO CHO	PHO CHO
3-3. Conduct project orientation to ILHZ-TMCs in Leyte and District Medical Officers in Ormoc	<ul style="list-style-type: none"> At least 8 of ILHZ-TMCs and 6 DHOs are oriented on the Project 		1 st yr: integrated in TMC later			PHO/CHD CHO	CHTF

[Handwritten signatures and initials]

Annex 3. Plan of Operations

ACTIVITIES (as per log frame)	EXPECTED RESULTS	SCHEDULE	RESPONSIBLE BODY	SOURCE OF FUNDS
3-4. Conduct project orientation to ILHZ Boards in Leyte and to the Ormoc City Local Health Board	<ul style="list-style-type: none"> At least 8 ILHZ Boards in Leyte and Ormoc City Local Health Board are oriented on the Project 	1 st yr: integrated in Board meeting later	PHO/ILHZ-TMC CHO	CHTF
3-5. Conduct regular Maternal Death Review and Neonatal Death Review at ILHZ and Province/City Level	<ul style="list-style-type: none"> 100% MDC/NDC reported to ILHZ-TMC 100% of MDR/NDR reported to CHO 	2 nd to 4 th yr Quarterly at ILHZ-TMC City-wide/province wide report	PHO/CHO/CHD	CHTF
3-6. Provide capacity building training in Japan on the MNCHN program management	<ul style="list-style-type: none"> At least 1 MNCHN Trainer or manager per year is trained in Japan 	1 st to 4 th yr	JICA experts	JICA
3-7. Update and use the MNCHN and EmONC monitoring form	<ul style="list-style-type: none"> Monitoring and Supervisory Tool is revised and used 	2 nd to 4 th yr	CHD	CHD
3-8. Identify gaps between information and reporting practices and provide technical training/assistance to RHUs as necessary	<ul style="list-style-type: none"> All RHUs/DHCs abide with the FHSIS guideline 	2 nd to 4 th yr	PHO/CHO JICA experts	JICA
3-9. Assist implementation of referral system at all levels through ILHZ as needed (e.g. conduct referral audits)	<ul style="list-style-type: none"> At all ILHZs, DHCs and Ormoc DH, two-way referral system is adopted and implemented 	2 nd to 4 th yr	CHD PHO/CHO JICA experts	JICA
3-10. Disseminate/report project accomplishments and lessons learned at regional and national level health summits/conferences/meetings	<ul style="list-style-type: none"> Project accomplishments and lessons learned are being reported at regional and national levels 	3 rd to 4 th yr	CHD/PHO/CHO	JICA (materials) CHD
[Activities under OUTPUT 4: Women's Health Teams (WHTs) are institutionalized and in operation in areas covered by the proposed BEmONC facilities.]				
4-1. Develop and produce a WHT guide	<ul style="list-style-type: none"> WHT guide for Eastern Visayas is developed and used 	1st yr	CHD	CHD/JICA

[Handwritten signatures]

Annex 3. Plan of Operations

ACTIVITIES (As per DoP Form)	SCHEDULE			RESPONSIBLE BODY	SOURCE OF FUNDS
	EXPENSE RESULTS	Timeline	PHASES		
4-2. Establish Core Team to implement WHT organization at Province and City and formulate strategies to roll out WHT activities	<ul style="list-style-type: none"> Core teams established at Province and City Level Strategies for the rollout of WHT training are in place 	2 nd yr		PHO/CHO/CHD	
4-3. Conduct orientation of trainers using the WHT guide	<ul style="list-style-type: none"> At least 2 trainers per BEmONC RHU (18) and DHC (5) 	2 nd to 3 rd yr		PHO/CHO	JICA
4-4. Conduct WHT orientation/training from BEmONC RHUs/DHCs using the WHT guide	<ul style="list-style-type: none"> 50% of 641 barangays in accordance with the rollout strategies 	2 nd to 4 th yr		PHO/CHO/CHD	Materials by JICA/CHD
4-5. Monitor and support as needed WHT activities in their communities (home visits, and counseling, pregnancy and post-partum tracking, birth planning, taking part in maternal and neonatal death review.)	<ul style="list-style-type: none"> 100% of WHTs are monitored and supervised 	2 nd to 4 th yr		MHO/PHN/RHM	
4-6. Hold WHT conventions including awards for best practices	<ul style="list-style-type: none"> Conventions held per ILHZ, and Ormoc City wide 	3 rd to 4 th yr		PHO/CHO/CHD	JICA LGUs
4-7. Conduct a study (e.g. questionnaire survey or focus group discussion) to assess functionality of WHTs	<ul style="list-style-type: none"> Survey report submitted to ExeCom and JCC 	4 th yr		PHO/CHO/CHD JICA experts	JICA

[Handwritten signatures and initials]

Annex 3. Plan of Operations

ACTIVITIES (As per the proposed BEmONC/ MNCHN)	EXPENDITURES (\$)	SCHEDULE	RESPONSIBLE PERSON	SOURCE OF FUNDS
[Activities under OUTPUT 5: Political support for pregnant women (and their families) in accessing BEmONC/ MNCHN services are enhanced in areas covered by the proposed BEmONC facilities.]				
5-1. Lobby to ensure the reproduction and distribution of pink cards and/or Mother and Child book	<ul style="list-style-type: none"> Use of the pink card or the Mother and Child book by all pregnant mothers 	1 st to 4 th yr	CHD/PHO CHO	CHD LGUs
5-2. Advocate for increased budget in support for MNCHN through the ILHZ	<ul style="list-style-type: none"> Inclusion in the agenda of ILHZ Board and Ormoc Local Health Board meetings 	1 st to 4 th yr	CHD/PHO/ CHO	CHTF
5-3. Advocate for the increased PhilHealth indigent enrollment in support for MNCHN through the ILHZ	<ul style="list-style-type: none"> Inclusion in the agenda of ILHZ Board and Ormoc Local Health Board meetings 	1 st to 4 th yr	CHD/PHO/ CHO/ILHZ-TMCs	CHTF
5-4. Assist on improving finance and regulatory mechanism to ensure continuous/ sustainable MNCHN services at the local level-through ILHZ	<ul style="list-style-type: none"> Exchange visits to invite Biliran province personnel to share experiences Inclusion in the agenda of ILHZ board meetings and Ormoc local health board meetings 	2 nd to 4 th yr	CHD/PHO/ CHO/ILHZ-TMCs	CHTF

[Handwritten signatures and initials]

Annex 3. Plan of Operations

Abbreviations:

MNCHN	Maternal, Neonatal, Child Health and Nutrition	TCL	Target Client List	MCP	Maternal Care Package
FHSIS	Field Health Service Information System	PHO	Provincial Health Office	CHO	City Health Office
CEmONC	Comprehensive Emergency Obstetric and Newborn Care	WHT	Women's Health Team	RHU	Rural Health Unit
BEmONC	Basic Emergency Obstetric and Newborn Care	DHC	District Health Center	ILHZ	Inter-local Health Zone
ILHZ-TMC	ILHZ-Technical Management Committee	MDR	Maternal Death Review	NDR	Neonatal Death Review
NDHS	National Demographic and Health Survey	BHS	Barangay Health Station	Brgy	Barangay
EVRMC	Eastern Visayas Regional Medical Center	CH	Community Hospital		
		LGU	Local Government Unit		
DOH-CHD EV	Department of Health, Center for Health Development, Eastern Visayas				

R

[Handwritten signatures]

5 . 調査日程表

	日程	業務
1	10月21日 (水)	【コンサルタント】 マニラ着 【全団員】 JICA 事務所にて打合せ
2	10月22日 (木)	【コンサルタント】 タクロバンへ移動 保健省東ビサヤ地域局と面談 東ビサヤ地域医療センター訪問 レイテ州保健局長と面談 レイテ州立病院訪問
3	10月23日 (金)	【コンサルタント、USAID 職員】 レイテ州ゴールデンハーベスト自治体間保健連携ゾーン 訪問
4	10月24日 (土)	民間開業助産師訪問 (USAID 支援サイトのひとつ) 評価分析作業
5	10月25日 (日)	評価分析作業
6	10月26日 (月)	フィールド調査 (レイテ州レイテガルフ自治体間保健連 携ゾーン訪問) マニラへ移動
7	10月27日 (火)	【全団員、JICA 事務所】 現行母子保健プロジェクト合同調整委員会 保健省国際保健局長と面談 / MNCHN タスクフォース長 と面談 USAID と面談
8	10月28日 (水)	【全団員、JICA 事務所、USAID 職員】 タクロバン～オル モックへ移動 保健省東ビサヤ地域局、オルモック市保健局、オルモッ ク市立病院等の参加者とオリエンテーション オルモック市立病院、オルモック市保健局訪問
9	10月29日 (木)	フィールド調査 (オルモック市)
10	10月30日 (金)	フィールド調査 (レイテ州北部カレッサン自治体間保健 連携ゾーン) タクロバンへ移動
11	10月31日 (土)	PDM 案、PO 案作成
12	11月1日(日)	PDM 案、PO 案作成

13	11月2日(月)	PDM案、PO案作成
14	11月3日(火)	保健省東ビサヤ地域局にてPDM案、PO案検討 GTZと面談
15	11月4日(水)	フィールド調査(レイテ州南部マバヒンヒル自治体間保健連携ゾーン)
16	11月5日(木)	PDM案、PO案作成
17	11月6日(金)	保健省東ビサヤ地域局にてPDM案、PO案検討 ミニッツ案検討
18	11月7日(土)	PDM案、PO案、実施体制案作成
19	11月8日(日)	PDM案、PO案、実施体制案作成
20	11月9日(月)	ステークホルダーミーティング開催 ミニッツ案説明、内容の協議 マニラへ移動
21	11月10日 (火)	ミニッツ案作成
22	11月11日 (水)	世界銀行と面談 ミニッツ案作成
23	11月12日 (木)	ミニッツ案作成
24	11月13日 (金)	USAIDと面談 ミニッツ案作成
25	11月14日 (土)	ミニッツ案、報告書作成
26	11月15日 (日)	ミニッツ案、報告書作成
27	11月16日 (月)	在フィリピン日本大使館に報告書提出 保健省MNCHNタスクフォース、国際保健協力局と面談 JICAフィリピン事務所に報告書提出
28	11月17日 (火)	国家経済開発省(NEDA)と面談 マニラ発



Republic of the Philippines
Department of Health
OFFICE OF THE SECRETARY
2/F, Bldg. # 1, San Lazaro Compound, Rizal Avenue, Sta. Cruz, 1003 Manila
Telefax: (632) 743-1829; 743-1786 Trunkline: 743-8301 local 1125-32 Directline: 711-9501
URL: <http://www.doh.gov.ph> ; E-mail: osec@doh.gov.ph



September 09, 2008

ADMINISTRATIVE ORDER
No. 2008 - 0029

SUBJECT : Implementing Health Reforms for Rapid Reduction of Maternal and Neonatal Mortality

I. BACKGROUND AND RATIONALE

Despite previous efforts and improvement in general health status indicators, the rates of decline in maternal and neonatal mortality have decelerated in the past decade to a point where Philippine commitments to the Millennium Development Goals (MDGs) of lowering maternal mortality ratio (MMR) and infant mortality rate (IMR) may not be achieved.

However, with pregnancy and childbirth continuing to pose risks to Filipino mothers and their newborn, rapid reduction in these risks must be realized as quickly as possible while considering that variations in health outcomes and program performance across localities and population groups warrant targeted and locally-customized interventions in order to meet the rapid reduction goal.

The risk of maternal and neonatal deaths for a given population group is magnified with critical accumulation of the following four risks. First, is the risk of having mistimed, unplanned, unwanted and unsupported pregnancy. Secondly, having become pregnant exposes the mother and the fetus to the risk of not securing adequate care during the course of the pregnancy. Third, is the risk of delivering without being attended to by skilled birth attendants, namely: skilled midwives, nurses and physicians, and of not having access to emergency obstetric and neonatal care services. Lastly, there is the risk of not securing proper postpartum and postnatal care for the mother and neonate, respectively.

Long term control of mortality and morbidity and improvement in the equality of life require provision and use of a continuum of health services spanning each of the life cycle stages. Provision and use of these services would require informed decisions by mothers and their families (demand side), as well as a health system (supply side) that is responsive to their needs.

This Order applies the *Formula One for Health (F1)* approach for the local implementation of an integrated Maternal, Neonatal and Child Health and Nutrition (MNCHN) Strategy. It outlines specific policies and actions for local health systems to systematically address health risks that lead to maternal and, especially neonatal deaths, which comprise half of reported infant mortalities.

II. STATEMENT OF POLICY

An integrated MNCHN Strategy is hereby formulated and implemented pursuant to the priorities of F1 or Administrative Order No. 0023 series of 2005; the National Objectives for Health (NOH) 2005-2010; the Philippine commitments to the Millennium Development Goals (MDG) for 2015; the lessons obtained from various maternal and child health projects; National Health Sector Meeting Resolution No. 2008-01-02; DOH Executive Committee (Execom) resolution dated February 4, 2008 with a subsequent reiteration in DOH Execom resolution dated June 10, 2008 which was supplemented by DOH Execom resolutions dated July 21 and 30, 2008; as well as in compliance with the 1992 Philippine Midwifery Act or Republic Act (RA) 7392; the Early Childhood Development Act (RA 8980) of year 2000; the Newborn Screening Law (RA 9288) of 2004; Executive Order 286 on the Bright Child Program, 2004; Executive Order 51 on the Milk Code, 1986; the Rooming-In and Breastfeeding Act (RA 7600) of 1992; and, other related laws.

This strategy shall guide the development, implementation and evaluation of various programs aimed at women, mothers and children, with the ultimate goal of rapidly reducing maternal and neonatal mortality in the country. It shall also serve as guide in the engagement, assistance and empowerment of local government units (LGUs) and other partners in rapidly achieving the maternal and neonatal mortality reduction goal.

III. GENERAL PRINCIPLES

The goal of rapidly reducing maternal and neonatal mortality shall be achieved through effective population-wide provision and use of integrated MNCHN services as appropriate to any locality in the country.

Reforms, improvements and changes in local health systems shall, among other results, create the following *intermediate results* that can significantly lower the risk of dying secondary to pregnancy and childbirth:

1. Every pregnancy is wanted, planned and supported;
2. Every pregnancy is adequately managed throughout its course;
3. Every delivery is facility-based and managed by skilled birth attendants; and
4. Every mother-and-newborn pair secures proper postpartum and postnatal care with smooth transitions to the women's health care package for the mother and child survival package for the newborn.

The above four intermediate results shall be achieved by:

1. *Health Service Delivery*—Addressing the direct causes of mortality during childbirth by managing deliveries in either a basic emergency obstetric and newborn care (BEmONC) or comprehensive emergency obstetric and newborn care (CEmONC) facility. Moreover, public health services that reduce the risk of dying and improve the well-being of women, mothers and their children shall be made available. A core list of high priority interventions shall be promoted and supported by DOH for implementation by province-wide or city-wide health systems.
2. *Health Regulation*—Enforcement of regulatory measures and guidelines related to the establishment and operations of health facilities, as well as the capacity building of an

adequate health staff through competency-based standards that are linked with suitable performance-based incentive mechanisms;

3. *Health Financing*—Application of combined financing strategies using instruments available through DOH and LGU budgets, PhilHealth payments and other funding sources. These sources shall finance the acquisition of additional capacities and maximize utilization of services particularly in areas or population groups where maternal and neonatal mortality is most severe; and
4. *Governance for Health*—Establishment of governance mechanisms that secure the political commitment of local stakeholders and exact accountability for results. These mechanisms shall have broad-based participation, non-partisan leadership and sustained popular support to assure continued local effort regardless of different political, economic and socio-cultural conditions.

IV. GOAL AND OBJECTIVES

Goal

Rapidly reduce maternal and neonatal mortality through local implementation of an integrated MNCHN strategy.

Objectives

1. Develop, adopt, promote, implement and evaluate an integrated MNCHN strategy for the rapid reduction of maternal and neonatal mortality;
2. Engage all province-wide or city-wide health systems to adopt and implement the integrated MNCHN strategy;
3. Provide targeted support to province-wide or city-wide health systems and specific population groups where the maternal and neonatal mortality problem is most severe; and
4. Achieve national MNCHN program targets for the following key indicators by 2010:
 - a. Increase modern contraceptive prevalence rate from 35.9% (Family Planning Survey, 2006) to 60%;
 - b. Increase percentage of pregnant women having at least four antenatal care visits from 70% (National Demographic and Health Survey (NDHS), 2003) to 80%;
 - c. Increase percentage of skilled birth attendance and facility-based births from 40% (NDHS, 2003) to 80%; and
 - d. Increase percentage of fully immunized children from 70% (NDHS, 2003) to 95 percent.

V. DEFINITION OF TERMS

1. **Basic Emergency Obstetric and Newborn Care (BEmONC) facilities** are capable of performing six signal obstetric functions, which include: (i) parenteral administration of oxytocin in the third stage of labor; (ii) parenteral administration of loading dose of anti-convulsants; (iii) parenteral administration of initial dose of antibiotics; (iv) performance of assisted deliveries; (v) removal of retained products of conception, and (vi) manual removal of retained placenta. BEmONC facilities are also capable of providing neonatal emergency interventions which include at the minimum: (i) newborn resuscitation, (ii) treatment of

neonatal sepsis/infection; and (iii) oxygen support. It shall also be capable of providing blood transfusion services on top of its standard functions.

2. Community level providers refer primarily to Barangay Health Stations (BHS) and its health staff (e.g. midwife) and volunteer health workers (e.g. barangay health workers, traditional birth attendants) that typically comprise the Women's Health Team (or Barangay Health Team). These teams implement integrated MNCHN services identified for the community level. Their functions include advocating for birth spacing and counseling on family planning services; the tracking and master listing of pregnant women; assisting pregnant women and their families in formulating a birthing plan; early detection and referral of high-risk pregnancies; and reporting maternal and infant deaths. The teams shall also facilitate discussions of relevant community health issues, particularly those affecting women and children.

3. Comprehensive Emergency Obstetric and Newborn Care (CEmONC) facilities can perform the six signal obstetric functions of a BEmONC and in addition, perform cesarean section and provide blood banking and transfusion services along with other highly specialized obstetric services. It is also capable of providing the following neonatal emergency interventions, which include at the minimum: (i) newborn resuscitation, (ii) treatment of neonatal sepsis/infection, (iii) oxygen support for neonates, and (iv) management of low birth weight or premature newborn, along with other specialized neonatal services.

4. MNCHN service delivery network refers to the network of facilities and providers within the province-wide or city-wide health system offering integrated MNCHN services in a coordinated manner. It also includes the communication and transportation system supporting this network. The facility, provider type and service standards for the network shall be described in the MNCHN Operations Manual.

5. Integrated MNCHN services refer to a package of services for women, mothers and children that cover the continuum of the following:

1. Known appropriate clinical case management services in preventing direct causes of maternal and neonatal deaths, and which are within the capacity of the health system to routinely provide, and;
2. Known cost-effective public health measures capable of reducing exposure to and the severity of risks for maternal and neonatal deaths, that are within the capacity of the health system to routinely provide.

6. Province-wide or city-wide health system refers to the default catchment area for delivering integrated MNCHN services. It consists of public and private providers organized into configurations such as interlocal health zones (ILHZ) or health districts for provinces and integrated urban health systems for highly-urbanized cities. Service arrangements with other LGUs may be considered if provision and use of integrated MNCHN services across provinces, municipalities and cities become necessary.

VI. SCOPE AND COVERAGE

This Order shall apply to the whole hierarchy of the DOH and its attached agencies, as well as LGUs, other public and private providers of health care and development partners implementing the MNCHN strategy.

VII. GENERAL GUIDELINES

- 1. Recognize the province-wide or city-wide health system as the unit for planning, organizing and implementing the MNCHN strategy.** The province-wide or city-wide health system shall be the basic unit for planning, organizing and implementing MNCHN activities. The DOH shall advocate and promote the standards of a stable and mature service delivery network to local stakeholders. It shall also ensure that the standards are flexible enough to adapt to local conditions, and are appropriate to the local area and population.
- 2. Engage local stakeholders and strengthen public-private partnerships to support the goal of rapidly reducing maternal and neonatal mortality.** Local stakeholders shall be engaged to review the current functionality of their respective local service delivery network. Functionality includes, among other things, the level and quality of coordination across the various activities and functions of public and private providers. Based on this assessment, all local stakeholders shall be enjoined to take part in activities that address maternal and newborn health.
- 3. Mobilize the service delivery network to deliver the integrated MNCHN services as a continuum.** Universal access to and utilization of integrated MNCHN services in its full continuum spanning the pre-pregnancy, pregnancy, delivery and postpartum/postnatal care phases shall be ensured in all localities, and shall be backed-up by pertinent laws and accessible operational resources. A core list of MNCHN services include those from the women's health and child survival packages developed by the DOH.
- 4. Pursue improvements in the delivery of various component services in the maternal and neonatal service package.** In order to mount rapid response capacity in local health systems, the MNCHN strategy shall build on existing service capacities and utilization patterns. Targeted quality improvements in facilities and human resources, together with measures to facilitate utilization by clients, shall be carried out to achieve rapid mortality reduction with minimal effort and investment in the immediate and medium term. Over time, improvements in the current delivery system configuration and services shall be introduced as standards improve, as demand increases, as local health systems acquire additional capacity, as legal and resource constraints are addressed and as the nature of the maternal and neonatal mortality problem evolves.
- 5. Develop and support implementation of appropriate demand-side interventions.**
The DOH shall develop schemes to support local health systems in designing, implementing and evaluating appropriate demand-side interventions to improve health seeking behavior and service utilization patterns in localities. Demand-side measures shall be given due emphasis in local applications of the MNCHN strategy as life saving and cost saving interventions. These measures shall also be crafted and directed at specific target areas and populations (e.g. mothers, poor households) whichever is most appropriate and effective in a given locality.
- 6. Develop monitoring and evaluation systems for the MNCHN strategy.** The DOH shall develop and support the establishment, operation and maintenance of monitoring and evaluation mechanisms for local implementation of the MNCHN strategy. Appropriate methodologies (e.g. maternal and perinatal death reviews) shall be employed to establish baseline, track progress and assess the impact of various interventions to improve the delivery of services in a local health system. The monitoring and evaluation system shall be developed incrementally and may begin with a limited set of readily available and verifiable indicators. It is also desired that these monitoring and evaluation mechanisms are transparent, have established dissemination channels that feed into formal feedback mechanisms to policy and management that is sustainable given local constraints and conditions.

7. Provide national support to local planning and development in support of the MNCHN strategy. The DOH shall develop and apply various instruments to help localities develop customized MNCHN strategies, strengthen their service delivery networks, secure critical goods and commodities and improve monitoring and evaluation. These instruments shall include a mix of grant assistance schemes, policy issuances, technical assistance, institutionalized training, research and development, development of new standards, provision of specialized services, financing mechanisms through PhilHealth, and regulatory measures.

VIII. SPECIFIC GUIDELINES

The following are specific guidelines for implementing the general guidelines mentioned above:

1. The province-wide or city-wide health system shall be delineated by the politico-geographic jurisdictions of its component LGUs. Other providers and LGUs outside the catchment area may also be engaged within this health system should it be necessary for the effective provision and use of integrated MNCHN services. This may be recommended if the required service capacities are not accessible within the catchment area and/or if utilization patterns by constituents and neighboring populations overlap in these jurisdictions. To sustain operations, DOH shall also facilitate compliance of these facilities with DOH licensing and PhilHealth accreditation requirements.
2. The operations of the MNCHN service delivery network shall be organized as follows:
 - a. **Third Tier**—CEmONCs are public or private facilities designated as the end-referral facility for integrated MNCHN services. The default CEmONC in a given locality shall be the provincial hospital or similarly capable DOH/LGU hospital or private hospital. *Designation of the CEmONC facility shall be based primarily on its service capacity.* However, other criteria such as pricing, service load, quality of care, location, topography, transport system, utilization patterns and other similar parameters may be used to determine the designation of a CEmONC facility. In case of multiple CEmONC facilities (as in large or highly-populated provinces or cities), the catchment area may be divided further into specific areas of responsibility for each facility, based on criteria mentioned above.

Ideally, the CEmONC facility shall be accessible within two hours travel from any residence/referring facility within the province/city. However, in anticipation of possible delays during referral, CEmONC facilities are recommended to be accessible within one-hour travel time. A CEmONC facility shall operate on a 24-hour basis with emergency standby capacity. At least one obstetrician/surgeon, a pediatrician, an anesthesiologist, six nurses, a medical technologist and six midwives staff the typical CEmONC.
 - b. **Second Tier**—The default BEmONC facility shall consist of the core district hospital or similarly capable public or private facility assigned to serve an ILHZ or health district. In certain cases, such as in geographically isolated and disadvantaged areas or in densely-populated areas, rural health units (RHUs), health centers, BHS, lying-in clinics or birthing homes capable of performing the six signal obstetric functions and neonatal emergency care may also be designated as BEmONC facilities.

Designation of the BEmONC facility shall be based primarily on service capacity. However, other criteria such as pricing, service load, quality of care, location, topography, transport system, utilization patterns and other similar parameters may be used to determine to upgrade and designate a facility as a BEmONC facility. In case of multiple BEmONC facilities serving a particular ILHZ or health district the catchment area may be divided further into specific areas of responsibility for each facility, based on criteria mentioned earlier.

Ideally, the BEmONC facility shall be accessible within one-hour travel from any residence/referring facility within the ILHZ, health district or city. However, in anticipation of possible delays during referral, BEmONC facilities are recommended to be accessible within 30 minutes of travel time. A BEmONC facility may have a minimum staff complement of at least one physician, a nurse and a midwife. The BEmONC facility shall operate on a 24-hour basis and shall have access to communication and transportation facilities to facilitate referrals.

Public and private clinics, lying-in clinics, birthing homes and other similar facilities currently managing deliveries but have no capacity to provide the six signal obstetric functions and neonatal emergency services may acquire new capacities to qualify and be designated as BEmONCs. Acquisition of these additional capacities shall be supported by DOH in terms of addressing legal and resource constraints, with resources focused mainly in areas where the maternal and neonatal mortality problems are most severe.

- c. **First Tier**—Community level service providers such as RHUs, health centers, BHS or similar private facilities shall have Women's Health Teams or Barangay Health Teams led by a nurse or a midwife organized to provide the identified MNCHN services along with other functions deemed necessary in their communities. These teams shall vigorously campaign for proper birth spacing, complete required antenatal care visits, facilitate the shift from home deliveries to facility-based births attended by skilled professionals, provide postpartum and postnatal care, and ensure smooth transitions to other health care packages for women and children.

The RHUs, health centers and private outpatient clinics in the network shall provide MNCHN services other than managing deliveries. These services shall include family planning, prenatal services and postpartum and postnatal care aside from other public health and clinical services deemed necessary in their localities, including organizing of outreach activities;

3. The province-wide or city-wide health system shall be supported by an adequate emergency communication and transportation system. This communication system shall facilitate consultation, referral and coordination from and by peripheral facilities all the way up to the end referral facility level. LGUs are encouraged to invest in modern communication systems available in and suitable to their localities. The transportation system is intended to bring patients to and from facilities during referrals and transfers. This may be done through an organized ambulance network that services the whole breadth of the province-wide or city-wide health system or a mix of facility-based ambulances and locally available transportation with explicit arrangements for use and financing during referrals and transfers.

Appropriate measures shall be taken to facilitate the shift from home-based deliveries to facility-based births attended by skilled birth attendants. In order to facilitate the shift, schemes can be developed to provide traditional, non-skilled attendants with incentives to refer deliveries to appropriate facilities. Aside from enjoining them to join barangay health teams, qualified TBAs may be provided educational assistance to become midwives.

4. The integrated MNCHN services shall consist of clinical and public health interventions for women and children that shall be delivered through a seamless continuum of care that shall include pre-pregnancy care, antenatal care, care during delivery and postpartum and postnatal care. The minimum standard services are:
 - a. Pre-Pregnancy Services
 - i. Provision of correct information and responsive counseling for fertility awareness, maternal nutrition, birth spacing and adolescent reproductive health;
 - ii. Active identification and servicing of population segments with unmet needs for family planning and referral to alternative sources of services and supplies when these are not available in one's service outlet or facility;
 - iii. Assurance of a safety net of free family planning services and supplies for indigent potential users; and
 - iv. Provision of other basic and essential services for young females and women in the reproductive age.
 - b. Antenatal Care
 - i. Consistent coverage of all eight essential antenatal care functions (monitoring height and weight, taking blood pressure, blood testing, urine testing, iron and folate supplementation, tetanus toxoid immunization, malaria prophylaxis where appropriate and birth planning);
 - ii. Focused attention to individualized birth preparedness counseling about the place of delivery and transport arrangements to increase the mother's readiness to deliver in health facilities; and
 - iii. Discussion with household member/s and preparation for childbirth with partner support and involvement in care-seeking decisions.
 - c. Care during Delivery
 - i. Proper channeling of patient workloads with aggressive promotion of shifting from home-based deliveries to delivery in either a BEmONC or a CEmONC, especially for women with medical conditions and other special needs by classifying them as priority for transport and servicing by the appropriate delivery/birthing facility;
 - ii. Deliberate planning and special provisions for hard-to-reach segments of the population within the province-wide or city-wide system to promote facility-based deliveries;
 - iii. Active conversion and mobilization of traditional birth attendants into advocates and agents of facility-based deliveries; and
 - iv. Correct and updated monitoring and reporting of the number and proportion of facility-based births.
 - d. Postpartum and Postnatal Care
 - i. Provision of proper postpartum/postnatal care for mothers and neonates; and
 - ii. Provision of the whole range of women's health care services for mothers and of the child survival package for children.

5. The DOH shall support universal local implementation of the MNCHN strategy. However, local conditions and capacities shall be considered in the adoption of MNCHN services in the different LGUs. The DOH shall periodically determine the appropriateness and responsiveness of the comprehensive and core components of the integrated MNCHN package in order to adapt to the evolving nature of the maternal and neonatal mortality problem.
6. The assessment of coordination across the various MNCHN-related activities and functions within and outside the health service system shall be in accordance with specific criteria, and made part of a local monitoring and evaluation system. The assessment shall cover coordination within the province-wide or city-wide system, between public and private service providers, and between each tier of the 3-tier service delivery network.

IX. ROLES AND RESPONSIBILITIES

For purposes of this Order, the various DOH instrumentalities, partners and other stakeholders shall have the following roles and functions:

1. **Office of the Undersecretary for Policy Standards and Development Team-Service Delivery**
 - a. Provide overall leadership in the implementation of the MNCHN strategy;
 - b. Mobilize and coordinate resources for implementation of the MNCHN strategy;
 - c. Monitor overall progress of implementing the MNCHN strategy; and
 - d. Regularly report progress of implementing the MNCHN strategy to the Secretary of Health, Execom and similar oversight bodies.
2. **National Centers for Disease Prevention and Control (NCDPC)**
 - a. Reorganize its systems and processes to ably support the delivery of the integrated MNCHN services;
 - b. Re-align relevant programs and services into the MNCHN framework and strategy;
 - c. Provide technical leadership and assistance in the delivery of integrated MNCHN services to CHDs, LGUs and other stakeholders;
 - d. Identify resources necessary to efficiently assist partners in their implementation of MNCHN;
 - e. Develop service standards for MNCHN interventions; and,
 - f. Coordinate monitoring and evaluation of the implementation of the MNCHN strategy.
3. **National Center for Health Facilities Development (NCHFD)**
 - a. Assist designated facilities to comply with technical standards and requirements for providers in the service delivery network;
 - b. Develop facility standards for MNCHN providers and other facilities within the service delivery network;
 - c. Strengthen the MNCHN functions of hospitals and other facilities, including public health services; and,
 - d. Assist in monitoring the progress of implementation of the MNCHN strategy.

4. **National Center for Health Promotion (NCHP)**
 - a. Develop effective mechanisms to promote the MNCHN goals and strategies;
 - b. Design and assess communication and health promotion schemes addressing various groups of stakeholders involved in MNCHN; and
 - c. Provide technical assistance to CHDs, LGUs and other stakeholders in developing locally-specific communication and health promotion packages.
5. **Health Human Resources Development Bureau (HHRDB)**
 - a. Identify mechanisms to meet human resource requirements to operate province-wide or city-wide health systems;
 - b. Develop strategy and program to retool national and local personnel in order to facilitate delivery of integrated MNCHN services;
 - c. Facilitate integration and updating of existing training modules on maternal-neonatal health and other related programs;
 - d. Develop training standards as part of civil service deployment and promotion criteria for local health officials.
6. **Bureau of Local Health Development (BLHD)**
 - a. Develop guide/criteria for designing the province/-wide or city-wide health system providing integrated MNCHN services;
 - b. Assist CHDs in the engagement of LGUs;
 - c. Facilitate mainstreaming of the MNCHN strategy into the PIPH and AOPs of the F1 sites; and,
 - d. Assist in monitoring local implementation of the MNCHN strategy.
7. **Health Policy Development and Planning Bureau (HPDPB)**
 - a. Link MNCHN strategy implementation with DOH budget
 - b. Facilitate the review and updating of policies and plans for consistency with the MNCHN strategy;
 - c. Provide support in the enhancement of laws/IRRs in support of the MNCHN strategy; and
 - e. Institutionalize mechanisms for the use of accurate, timely and reliable evidence for policy decisions, strategic actions and prioritization of resources and efforts.
8. **Bureau of International Health Cooperation (BIHC)**
 - a. Manage external resources to support implementation of the MNCHN strategy;
 - b. Influence the formulation by development partners of their country assistance package or assistance framework so that these are harmonized with the Philippine Health Sector Reform Program, in general, and the MNCHN strategy in particular; and
 - c. Facilitate access to information on international experience and best practices to enhance MNCHN as necessary.
9. **National Epidemiology Center (NEC)**
 - a. Provide accurate, timely and complete data as basis for policy decisions, strategic actions and prioritization of resources and efforts;
 - b. Enhance FHSIS as source for tracking maternal mortality and the other childhood health outcomes;

- c. Design tools to improve data collection and skills of regional/local health managers/staff, including development of compliance monitoring mechanisms; and,
 - d. Coordinate overall measurement of MDG-related goals on maternal-neonatal health including the conduct of national surveys and special studies.
- 10. Finance, Procurement and Materials Management Services**
- a. Assist in the development of guidelines for granting assistance to groups of stakeholders involved in the implementation of the strategy;
 - b. Facilitate process in transferring financial resources to the regions and LGUs as part of the overall grants approach to local health system development; and
 - c. Enhancing procurement and supply chain management system of essential MNCHN logistics.
- 11. Office of Special Concerns, Field Implementation and Management Office and Centers for Health and Development**
- a. Reorganize/staff to support the delivery of the integrated MNCHN services, in the context of the health sector reform elements and goals;
 - b. Promote the adoption of the MNCHN Policy Framework and Strategy to their catchment LGUs;
 - c. Advocate for the participation of multi-sectoral partners and work for the establishment of a coalition of advocates to reduce maternal and neonatal deaths in the region;
 - d. Promote the establishment of province-wide or city-wide health systems in the region;
 - e. Assist DOH-retained hospitals to qualify to serve as CEmONC facilities in their respective networks;
 - f. Assist LGUs in applying and qualifying for MNCHN and related grants;
 - g. Manage regional implementation of MNCHN and related grants facilities; and
 - h. Provide technical assistance to LGUs and providers implementing the MNCHN strategy.
- 12. Local Government Units**
- a. Adopt and implement the MNCHN strategy;
 - b. Reorganize staff to deliver the integrated MNCHN services, in the context of the health sector reform elements and goals;
 - c. Invest in the development of facilities and staff to improve implementation of MNCHN services;
 - d. Ensure adequate financing of MNCHN service inputs by allocating budgets and actively sourcing alternative financing sources such as grants;
 - e. Monitor and supervise local implementation of the MNCHN; and
 - f. Ensure sustainability of quality MNCHN services in the locality.
- 13. Philippine Health Insurance Corporation (PhilHealth)**
- a. Intensify enrollment campaigns in localities implementing the MNCHN strategy;
 - b. Facilitate the accreditation of facilities involved in the MNCHN service delivery network;
 - c. Assist facilities in improving the management of claims, payments and reimbursements; and
 - d. Strengthen existing benefit packages in support of the MNCHN strategy.

14. **Commission on Population (PopCom)**
 - a. Reorganize staff to support the delivery of the integrated MNCHN services, in the context of the health sector reform elements and goals;
 - b. Coordinate and intensify efforts at promoting family planning, especially natural family planning methods in localities implementing the MNCHN strategy; and
 - c. Mobilize local population workers including barangay population workers/volunteers (Barangay Service Point Officers) and other community-based volunteers to support the MNCHN strategy in the localities.

15. **National Nutrition Council (NNC)**
 - a. Reorganize staff to support the delivery of the integrated MNCHN services, in the context of the health sector reform elements and goals;
 - b. Coordinate multisectoral efforts on nutrition in support of the MNCHN strategy (i.e. consolidating efforts targeted to mothers and children below two years old); and
 - c. Mobilize Barangay Nutrition Scholars to support MNCHN strategy in their localities

16. **Philippine National AIDS Council (PNAC)**
 - a. Coordinate multisectoral efforts on HIV/AIDS and STI prevention in support of the MNCHN strategy; and
 - b. Mobilize Local HIV/AIDS Councils (LACs) to support MNCHN strategy in their localities.

17. **Development Partners**
 - a. Align country programs and support to facilitate the adoption and implementation of the MNCHN strategy, in the context of the health sector reform elements and goals; and
 - b. Provide technical assistance and other forms of support to LGUs in implementing the MNCHN strategy.

18. **Professional Societies/Groups**
 - a. Support the implementation and continuing development of the MNCHN strategy;
 - b. Assist in the review and updating of MNCHN facility and practice standards;
 - c. Assist in the development and implementation of compliance monitoring strategies for the MNCHN strategy; and
 - d. Promote the adoption of the MNCHN strategy among members and component societies.

X. MANUAL OF OPERATIONS

The Undersecretary for Policy Standards and Development Team-Service Delivery shall organize and oversee the technical working group that shall draw up the Manual of Operations for the MNCHN Strategy, in consultation with maternal and child health experts and other sectoral and development partners. The Manual shall contain, among other necessary details, the following components of the MNCHN strategy:

- a. Key indicators to measure progress in intermediate results
- b. Integrated list of MNCHN services

- c. Core list of MNCHN interventions
- d. Budget execution guidelines for the MNCHN grants facility
- e. Facility and service standards for the MNCHN network
- f. Capacity building requirements for the MNCHN strategy
- g. Coordination mechanisms within and with other province-wide or city-wide health systems
- h. Monitoring and evaluation systems and implementation guide
- i. Reporting and documentation

XI. REPEALING CLAUSE

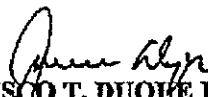
Provisions from previous issuances that are inconsistent or contrary to the provisions of this Order are hereby rescinded and modified accordingly.

XII. SEPARABILITY CLAUSE

In the event that any provision or part of this Administrative Order be declared unauthorized or rendered invalid by any court of law or competent authority, those provisions not affected by such declaration shall remain valid and effective.

XIII. EFFECTIVITY

This Order shall take effect immediately.


FRANCISCO T. DUQUE III, M.D., MSc.
Secretary of Health

添付資料 7：妊産婦ケア・パッケージ（Maternity Care Package: MCP）認証と貧困層向けフィルヘルス加入について

フィリピン健康保険公社（フィルヘルス）は、質のよい保健医療サービスを普及するために、インセンティブを含む様々な規定を適用しており、MCP 認証の制度もそのひとつといえる。MCP 認証制度では、保健施設が a) 妊婦健診、b) 通常分娩、c) 新生児ケア、d) 家族計画を含む母子保健教育、e) 妊婦への産後ケアサービス、を提供した場合、同施設に対し保険加入患者 1 人当たり 4,500 ペソの還付金¹を支払う仕組みがある。そして、フィルヘルスの加入者は、妊産婦ケアを含む各種保健医療サービスが無料で受けられる。ただし、加入者や施設がその恩恵を受けるためには、保健施設が各種サービスについてフィルヘルスによる認証を受ける必要があり、認証についても年間更新される必要がある。

先行プロジェクトにおいては、主に町保健所の MCP 認証取得を支援し、この仕組みを利用して町保健所による妊産婦ケアサービスの利用促進を試みており、本協力においても同様のアプローチを取る計画となっている。

この仕組みがうまく機能するためには、当然ながら保険加入者が一定の割合で確保される必要があり、又便益が偏った分配とならないような配慮も必要となる。この点に関し、フィルヘルスは、所得階層下位 25%を占める貧困世帯の加入を目的とした公的プログラム（The Sponsored Program）を設けている（囲み 5.）。

囲み：フィルヘルスの加入者の種類

1. 海外で就労するフィリピン人登録労働者（年間保険料 900 ペソ）
2. 政府若しくは加入会社職員（給料に応じた保険料を支払い、雇用主負担有）
3. 個人加入者（月 100 ペソを四半期、半期若しくは年間ベースで支払い）
4. 一定の条件を満たした退職者などの終身加入者
5. 政府・地方自治体による被援助世帯（The Sponsored Program 又は Indigent Program）

出所：<http://www.philhealth.gov.ph>

各自治体は、社会福祉開発省の年間統計データを基に援助が必要な人口を割り出し、更に公的プログラムによって加入すべき世帯を特定し、自治体予算からフィルヘルスの保険料を捻出する努力をしている。本調査で訪問した RHU での聞き取りから、実際の被援助世帯カバー率は、自治体によってばらつきがあることが分かっている。

¹ 町保健所やバランガイヘルスセンターなどに対する設定額。還付金は 2 段階に分けて支給され、(a) ~ (c) までのサービスに対し 3,650 ペソ、(d)、(e) のサービスに対し 850 ペソとなっている。保健所やヘルスセンターレベルでは、新生児ケア・パッケージ（NCP）は、MCP に含まれている。なお、還付金額は 2009 年 10 月より 6,000 ペソに増額された。なお、病院には別の設定額有り。

施設分類	施設名	人材配置	MCP認証	制度運用状況	記録保持状況	他の提供サービス	分娩立会い実績	分娩利用料	MDR, IDR実施状況	インフラ	設備配置	機材利用	備考
DHC (District Health Center)	サンバプロ地区ヘルスセンター	医師(1)、看護師(1)、助産師(4)、検査技師(巡回1)	MCP申請中	N/A	母子カード在庫なし	TB, OPB	2008年9月～2009年10月36件(パルトグラフ利用で3～4件は病院移送)	新生児検診600ペソ(フィルヘルス加入者は無料)	N/A	分娩室(1)、回復室(1)、女性用トイレ(1)(外来患者と共用、直接アクセスなし)、助産師の着脱スペース、ミニキッチン(1)、廃棄設備(注射針用1、胎盤用1)、公用提供車(1)	分娩台(1)、母子用ベッド(1)、新生児用ベッド(1)、回転いす(1)、スタンドライト(1)、非常用蛍光灯(1)、点滴用スタンド(1)、エアコン(1)	標準機材のうち10アイテムを使用	同じ建物内に警察と社会福祉開発事務所あり 公用提供車は主に霊柩車として利用しているため救急車は別の車を希望
DHC	バレンシア地区ヘルスセンター	医師(1)、看護師(1)、助産師(5)、検査技師(巡回1)	MCP申請中 MHO認証済み	N/A	母子カード在庫なし(代替の記録カードを使用)	OPB	2008年～介助開始 今年3件のみ	1500ペソ、新生児検診は600ペソ	・MDRIはDHOが実施 ・新生児破傷風の場合、ディストリクト病院の看護長とCHOの感染症対策担当の産科でNDR実施	分娩室(1)、トイレ(1)へのアクセスつき回復室(1)、ミニキッチン(1)水タンク接続(1)、廃棄設備(注射針用1、胎盤用1)、公用提供車(1)	分娩台(1)、母子用ベッド(1)、プラスチックいす(1)、スタンドライト(1)、非常用蛍光灯(1)、点滴用スタンド(1)、エアコン(1)	標準機材のうち15アイテムを使用	・診察記録のためPC(データベースソフト)を使用。機材・家族計画用品などよく整理されている。 ・酸素ボンベ、救急車、人材が不足しているためDHC分娩に消極的? ・抗生剤など医薬品がない場合は利用者に購買指示
DHC	リナオ地区ヘルスセンター	医師(1)、看護師(1)、助産師(2+JO2)、検査技師(巡回1)	MCP申請中	N/A	母子カード在庫なし(コピーを使用)、パルトグラフ利用	Sentrong Sigla	2009年1月より53出産を介助(2009年10月は11出産を介助)	無料(1500ペソのドネーション要請有)	・MDRIはディストリクト病院とCHOの担当と協力してNDR実施	分娩室(1)、トイレ(1)、ミニキッチン(1)、廃棄設備(注射針用1、胎盤用1)	分娩台(1)、新生児用ベッド(1)、スタンドライト(1)、非常用蛍光灯(1)、点滴用スタンド(1)、エアコン(1)	標準機材のうち14アイテムを使用	助産師は私立病院での助産を兼務。既存の機材を駆使し、頻繁な出産介助をこなしている。
DHC	クルバ地区ヘルスセンター	看護師(1)、助産師(2+JO2)、うち3名は地域巡回	MCP申請中	N/A	母子カード在庫なし(コピーを使用)	歯科	2008年7月より2出産を介助うち1件は病院へ移送	無料	担当助産師に調査を要請	分娩室(1)、トイレ(1)へのアクセスつき回復室(1)、ミニキッチン(1)水タンク接続(1)、廃棄設備(注射針用1、胎盤用1)、公用提供車(1)	分娩台(1)、母子用ベッド(1)、回転いす(1)、スタンドライト(1)、非常用蛍光灯(1)、点滴用スタンド(1)、エアコン(1);	標準機材のうち9アイテムを使用	・24時間体制ができず、救急車がないためDHCでの出産に消極的? ・母子用ベッドの配置がよくないために回復室・分娩室へのドアの開閉がさえぎられている。
DHC	イビル地区ヘルスセンター	医師(1)、看護師(1+JO1)、助産師(4)	MCP申請中	N/A	母子カード在庫なし	特になし	月平均1出産を介助	無料	死亡届がないので実施していないが、登録漏れの可能性も大きい	分娩室(1)、トイレ(1)へのアクセスつき回復室(1)、ミニキッチン(1)水タンク接続(1)、廃棄設備(注射針用1、胎盤用1)、公用提供車(1)	分娩台(1)、母子用ベッド(1)、新生児用ベッド(1)、回転いす(1)、スタンドライト(1)、非常用蛍光灯(1)、点滴用スタンド(1)、エアコン(1)	標準機材のうち12アイテムを使用	・自宅分娩を好む文化、村人の現代医療への不信心、村からDHCへのアクセスの悪さ等からDHCでの出産には消極的? ・家族計画用品:コンドーム、ピル、自然家族計画グッズを常備。
DHC	コゴン地区ヘルスセンター	医師(1)、看護師(JO1)助産師(3+JO1)、検査技師(巡回1)	仮設診療所のため未申請	/	/	/	/	/	/	検診・家族計画用の小スペース(1)	ベッド(1)	/	現在バランガイ青少年センターの建物を間借りし、DHCとして開設できる場所を探している。医師の話によると、近親者等による性的虐待やレイプ被害者多数。地区内のBabunbunhaiでは伝統産婆が多く、毎月訪問のう会合を開催している。
BHS (Barangay Health Station)	リロアンバランガイヘルスステーション	助産師(1)、BHW(バランガイヘルスワーカー:訪問時5-10名)	/	/	家族計画等、TCL一式を記録	/	/	/	/	検診・家族計画用の小スペース(1)、ミニキッチン(1)	ベッド(1)	/	・TBAを許容(衛生、出血の目安、予防接種推進、産後ケア訪問などを指導) ・BHWは伝統産婆(現役、引退含)もメンバーに含む。パルトグラフ記入のワークショップを開催。 ・ポイント制を導入して施設分娩を推進
BHC (Barangay Health Center)	カップハンギンバランガイヘルスセンター	巡回助産師(1)、BHW(訪問時1名)	/	/	アルファベット順に母子の検診記録を保管	/	昔は分娩介助していた	/	/	分娩室(1)、トイレ(1)	分娩台(1)、回転いす(1)	/	幹線道路に面す。水道はあるが電話回線なし。

施設分類	自治体間保健連携ゾーン名	施設名	人材配置	MCP認証	制度運用状況	記録保持状況	他の提供サービス	分娩立会実績	分娩利用料	MDR/IDR実施状況	インフラ	設備配置	機材利用	備考
RHU	Golden Harvest	アランアランヘルスセンター	医師(1)、看護師(1)、助産師(8)、検査技師(JO1)	未	N/A	N/A	Sentrong Sigla取得、OPB取得	有 2009年11月まで288件	無料 (助産師はOxytocyn, IV fluidなど実費徴収)	全RHUスタッフ産科で症例があった次の月確定例会で実施。	(MCP認証には要施設拡張) 分娩スペース、スタッフと共用 回復室、トイレ、ミニキッチン、救急車(1) 胎盤は家族が処理	分娩台(1)、新生児用ベッド(1)、回転いす(1)、スタンドライト(1)、非常灯(1)、点滴用スタンド、スタッフと共用回復用ベッド(2)、酸素ボンベなど	N/A	・利用料規定はないが、助産師が個人的に物資購入費を請求する例はある ・避妊具は民間の薬局で購入することを指導
RHU	Golden Harvest	パストラナヘルスセンター	医師(1)、看護師(1)、助産師(3)、検査技師(1)	未	N/A	N/A	2009年10月にOPB申請書提出	2009年3月から開始 2009年9月まで138件	2000ペソ (500ペソは助産師手当) (条例なし)	N/A	2009年中に回復室、分娩室拡張計画あり 胎盤は家族が処理	分娩台(1)、新生児用ベッド(1)、回転いす(1)、スタンドライト(1)、非常灯(1)、点滴用スタンド、回復用ベッド(1)など 吸引機、酸素ボンベはなし	N/A	利用料規定はないが非貧困世帯から2000PhP徴収し、1500PhPを助産師(夜勤手当代用)、500ペソをRHUに利用
RHU	Leyte Gulf	タナウアンヘルスセンター	医師(1)、看護師(4+JO2)、検査技師(1)	未	N/A	N/A	Sentrong Sigla有	無	N/A	定期的実施しているか疑問	現在草の根無償により施設建設進行中。 廃棄設備(注射針用1)* 胎盤は妊産婦の家族が持ち帰る。	MCP認証用機材はほぼ草の根無償で購入予定	N/A	・2年間(2009年6月)協力隊受入実績有 ・2009年11月より新規協力隊受入予定
RHU	Leyte Gulf	トロッサヘルスセンター	医師(1)、看護師(1)、助産師(3)、検査技師(1)	未	N/A	N/A	Sentrong Sigla有、OPB有、TB-DOTS申請済	有 先月3件	無料	実施予定	(MCP認証には要施設拡張) 分娩スペース、回復室、トイレ、ミニキッチン、救急車(1) 胎盤は家族が処理	分娩台(1)、スタンドライト(1)、非常灯(1)、点滴用スタンド、回復用ベッド(2)、酸素ボンベなど 滅菌機、回転いす、新生児用ベッドなし	N/A	・利用料規定なし
RHU	Leyte Gulf	ドウラグヘルスセンター	医師(1)、看護師(2)、助産師(6+JO3)、検査技師(1)	未	N/A	年間の達成度を指標をベースにフィリップチャート化して保健委員会等に発表 (Neonatal Death Data有)	Sentrong Sigla有、OPB有、TB-DOTS申請中	有 2008年3月~12月 399件	通常 300ペソ+医薬品・消耗品実費	MDR/IMR実施には訓練が必要	分娩室(処置室Infirmaroyと共有)、回復室、トイレ(保健従事者用(1)、患者用(1)、ミニキッチン(1)、廃棄設備(注射針用1)、救急車(2) *胎盤は妊産婦の家族が持ち帰る。	分娩台(1)、スタンドライト(1)、非常灯(1)、点滴用スタンド、回復用ベッド(4)、酸素ボンベ、滅菌機、回転いす、新生児用ベッドなど	N/A	・利用料規定(1995年)300ペソを1500ペソに改訂要請 ・BEmOC相当のサービスを既に提供 ・Hilotはおそらく1,500PhP程度
RHU	Leyte Gulf	パロヘルスセンター及び母子クリニック (非BEmOC候補)	医師(1)、看護師(2)、助産師3名	未申請準備中	N/A	母子手帳コピーで利用在庫あり	OPB有、TB-DOTS申請中 分娩のみ半民間のMaternity Clinicで実施	有 2009年9月 41件	1500PhP(一部は助産師の手当)	N/A	分娩スペース(2)、回復室(1)、患者用トイレ(1)、スタッフ用(1)、廃棄設備、救急車(1)	分娩台(1)、分娩用ベッド(1)、スタンドライト(1)、非常灯(1)、点滴用スタンド、回復用ベッド(5)、酸素ボンベ、滅菌機、回転いす、新生児用ベッドなど	N/A	・RHUではなく、フィリピン大学分校により運営されている ・Maternity Clinicで分娩を扱う ・Maternity Clinicの3人の助産師は、市の職員 ・近く所有が市に移る予定
DH(District Hospital)	カレッサン(Calesan)	ノースウエスタン・レイテ地区病院	医師(4)、看護師(8)、検査技師(1)、放射線技師(1) *要確認	認証済み	出産介助料1,000ペソ	N/A	OPB、歯科、放射線科、検査室(週2日)	有 麻酔医がいなくても緊急の場合はC/Sも行う	N/A	N/A	分娩室(1)水供給はあるもエアコンなし、分娩室近くには回復室なし・トイレなし、診察室の一角に検診・家族計画スペース(1)、救急車(1)、ジェネレーター(ディーゼルエンジン)2機、合計出力11.5kV/220kW)、専用室にガス式オートクレーブ1x0.5x1.5m(1)	分娩台(1)、新生児用ベッド(2)、回転いす(1)、スタンドライト(1)、点滴用スタンド(1)、蚊帳(10-20) エアコンなし	標準機材のうち14アイテムを使用	病院規模: ベッド数75、アクセス: 病院周囲の道路は約20Kmにわたり未舗装、搬送先のタクロバン病院まで75km、ビラン州からの外来患者あり(ナバルからポートで約20分)

RHU (Rural Health Unit)	カレスサン (Calesan)	カルピアンヘルスセンター (非BEmONC候補)	医師(巡回1)、看護助産師(1)、検査技師(巡回1)、助産師(4 全て居住)	未	N/A	母子カード在庫あり	TB	出産施設として機能していない。	N/A	スタッフ全員(衛生検査員も)で実施。自宅分娩の場合はMHO、看護師、助産師、BHWが自宅訪問で事情を徴取	家族計画用スペース(1) 廃棄設備なし	家族計画用ベッド(1)、ワクチン用冷蔵庫(1)	標準機材のうち3アイテムを使用	洗面台やドアノブが失われており、受診スペースに私物?と思われる食料を置いていたりなど、受診環境がよいとはいえない。妊産婦死亡ケースのチーム訪問実績あり
RHU	カレスサン (Calesan)	レイテ・レイテヘルスセンター	医師(1)、看護師(1)、助産師(3+JO8)、検査技師(巡回1)	未	N/A	母子カード在庫なし	OPB、検査室(週2日) *2008年非更新	有 RHIUIは僅か?	無料(ただし尿検査等は実費負担、助産師には謝礼を請求する人有	MHO、介助に関わった助産師、担当BHWで実施している	待機、回復室兼、分娩スペース(1)トイレへの直接アクセスあるが保健従事者と共用(1)、ミニキッチン(1)、廃棄設備(注射針用1) *胎盤は妊産婦の家族が持ち帰る。救急車なし	分娩台(1)、ベッド(2)、新生児用ベッド(1)、スタンドライト(1)、非常用蛍光灯(1)、点滴用スタンド(1)	標準機材のうち10アイテムを使用	以前は救急車保持していたが、州病院に移動したまま戻ってこない。
BHS	カレスサン (Calesan)	パラオバランガイヘルスステーション (非BEmONC候補)	助産師(1)、BHW (21名:訪問時5-10名在)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	無料 (Hilotは 600~1000ペソ)	N/A	分娩兼回復室(1)、トイレ(1) 段差あり。	分娩台(1)、ベッド(1)、乳児体重計(1)	RHUと機材共用	Health Plus薬局運営、経口保水液を常備
RHU	マバヒンヒル (Mabahihil)	ヒンダンヘルスセンター	医師(1)、看護師(1)、助産師(5)、検査技師(1)	認証済み	MHOが書類作成。MCP選付金は町役場の一般会計に一度振込が40%が技術費としてRHUIに戻り、後は(一度徴収した利用料?)クライアントに返金する。町役場から必要に応じて追加予算を請求することができ、不便を感じたことはない。	母子カード在庫あり、コピーも活用	OPB、検査室	月平均10出産を介助 2008年168件40%をRHUIで扱う。自宅22%、病院38%	全て1000ペソ	1件をディストリクト病院と共に実施	分娩室(1)、妊産婦用トイレ(1)、スタッフ用トイレ(1)、家族計画室(1)、ミニキッチン(2)、廃棄設備(注射針用1) *胎盤は妊産婦の家族が持ち帰る。	分娩台(2)、新生児用ベッド(1)、回転いす(2)、スタンドライト(1)、点滴用スタンド(2)、家族計画兼回復用ベッド(2)、小型ジェネレーター(1)、エアコン(1)	標準機材のうち20アイテムを使用	・全てのIndigentsが加入済み ・施設分娩促進、Hilot罰金500ペソの条例有(罰金は未徴収) ・カルテの整理等、効率よくマネジメントされている。同じ敷地内に町役場と消防署 ・新たにBHS1件の建設が完了し、州政府に ・通常分娩のための機材等を要請中。他のBHSも分娩施設への格上を計画。 ・BEmONCに近いサービスを提供 (MHOの妻がOB&GYN)
RHU	マバヒンヒル (Mabahihil)	バトヘルスセンター	医師(1)、歯科医師(2)、看護師(5+JO3)、検査技師(1)、薬剤師(1)	認証済み	MHOが書類作成。条例はないが、MCP選付金は20%が技術費(10%MHO、10%RHUIスタッフMSWDで公平分配)、80%がPhilHealth加入者用医薬品、施設、器具購入 Capitation Fundは施設拡張(検査室建設)、貧困層への医薬品・試薬購入、その他市長/SB/経理担当、RHUIスタッフなどで分配。	母子カード在庫なし、コピーを使用	OPB、歯科、検査室	2008年は分娩の45%をRHUIで扱う。自宅41%、病院14% 2009年10月の出産介助18、5ケースをDHIに搬送	第1子500ペソ 第2子以降300ペソ (条例有) (Hilotは第一子500~1000ペソ、通常500~800ペソ)	N/A	分娩室(1)、回復室(1)、トイレ(保健従事者用1、屋外に患者用1)、廃棄設備(注射針用1) *胎盤は妊産婦の家族が持ち帰る。救急車(1)町内で共有	分娩台(2)、新生児用ベッド(1)、スタンドライト(1)、非常用蛍光灯(1)、家族計画兼回復用ベッド(1)、エアコン(1)	標準機材のうち18アイテムを使用	・WHTはまだ活動していないが、Hilotが妊婦に付き添いで施設に来ると妊婦側が支払う慣習有 ・天井の修理が必要な状態。待合スペースでPop-shop(家族計画用品)を販売 MCP認証はないが、4つのBHSが通常分娩施設として機能。 ・BEmONCに近いサービスを提供中。
RHU	マバヒンヒル (Mabahihil)	ヒロンゴス(#1)ヘルスセンター(非BEmONC候補)	医師(1)、看護師(3)、助産師(6+JO2)、検査技師(1)	認証済み	MHO付のClerkがMCH関連書類を担当。特に条例はないが、MCP選付金は、40%がインセンティブで分娩立会者による公平分配、60%を医薬品・物資購入や施設拡充に使用。OPBは医師とその他の人材で折半。	母子カード在庫なし、コピーを使用	OPB、検査室	2008年実績373件 2009年10月の出産介助27	0円 (Hilotは第1子1500ペソ、通常1000ペソ)	IDRをディストリクト病院と共に実施。2008年はMDなし。2009年からは、MDRをILHZやProvinceと共に4半期ごとに実施予定。	分娩室(1)、回復室(1)、家族計画室(1)、ミニキッチン(1)、廃棄設備(注射針用1) *胎盤は妊産婦の家族が持ち帰る。	分娩台(2)、出産が複数並行する際のベッド兼回復用ベッド(3)、新生児用ベッド(1)、スタンドライト(1)、非常用蛍光灯(1)、点滴用スタンド(2)、エアコン(1)	標準機材のうち18アイテムを使用	・MHOが条例導入に反対(現状維持を希望) ・複数の部屋で機材が使用されている。助産師が妊婦に必要な薬と日用品のリストを渡し、出産前に購入準備しておくよう助言している。

基礎的緊急参加サービス提供に必要な基本機材リスト

No.	機材名	詳細
1	膾検鏡 6セット	<p>キット構成: 動脈鉗子またはクランプ、解除用鉗子、持針器、はさみ、無菌の使い捨て手袋、尿カテーテル、スポンジ鉗子、膾検鏡、無菌の刃、抜糸不要の縫合糸、無菌のコードクランプ、無菌の妊産婦用使い捨てプラスチックシート</p> <p>持ち運び式、容量2L</p> <p>(Non Scalpel Vasectomy: 非メス精管切除) (Intra-Uterine Device: 子宮内避妊器具)</p> <p>(ゴム球状吸入器具)</p>
2	NSDキット	
3	Adult ambubag	
4	Pediatric ambubag + mask	
5	シンプソン式鉗子	
6	吸入器	
7	ゲージつき酸素ポンベ	
8	酸素ポンベ用ゲージの予備	
9	ケリーパッド	
10	新生児用ベッド	
11	子宮頸部検査セット	
12	NSVセット	
13	IUDキット	
14	簡易外科セット	
15	顕微鏡	
16	ネビュライザー	
17	小児科聴診器	
18	ドップラー	
19	乳児用体重計	
20	非水銀小児科血圧計	
21	非水銀体温計	
22	粘液抽出器	
23	滅菌装置	
インフラ		
a	分娩室	
b	トイレ付き待合室、回復室	
c	ミニキッチン(適切な設備つき)	
d	トイレ、シャワー室(適切な設備つき)	
e	保健従事者用仮眠室	
f	胎盤処理槽を含む廃棄物設備	
設備配置		
1)	足台つき分娩台	
2)	新生児ベッド	
3)	回転いす	
4)	スタンドライト	
5)	非常用蛍光灯	
6)	手すり付きベッド	
7)	点滴用スタンド	

出所: Implementing Health Reforms Towards Rapid Reduction in Maternal and Neonatal Mortality, Department of Health, 2009

注記: 機材No.20、21: 血圧計、体温計は、水銀タイプであっても使用状況が認められれば、機材利用アイテムとしてカウントした。
機材No.23: 出所マニュアルにはリストアップされていないが、基本的に必要な機材としてチェック項目に追記した。

基礎的緊急産科・新生児ケア(Basic Emergency Obstetric and Newborn Care: BEmONC)

<p>1. 妊娠前のサービス</p>	<p>a. 微量栄養素のサプリメント（鉄分、亜鉛、ヨード、カルシウム、ビタミン A）</p> <p>b. 破傷風予防接種</p> <p>c. 家族計画</p> <p>d. 口腔保健</p> <p>e. STI/HIV/AIDS、栄養、衛生、人工妊娠中絶の影響などのカウンセリング</p> <p>f. STI スクリーニング</p> <p>g. 若者の健康に関するカウンセリング</p> <p>h. 生活習慣の促進</p> <p>i. 生活習慣病の管理</p> <p>j. その他結核、マラリア、住血吸虫、貧血などの予防・治療</p>
<p>2. 妊娠中（出産前）のサービス</p>	<p>a. 妊婦健診サービス（主要 8 項目）</p> <p>b. 母乳保育、新生児スクリーニング、BCG / B 型肝炎等予防接種の奨励</p> <p>c. カウンセリング（現代的な避妊方法、避妊手術など）</p> <p>d. STI/HIV 検査</p> <p>e. 健康な生活習慣に関するカウンセリング</p> <p>f. 早期の出血への対処</p> <p>g. ステロイド負荷投与（早産の危険性への対処）</p> <p>h. 妊娠合併症の早期発見と対処</p> <p>i. 子宮底長測定による胎児成長モニタリング</p> <p>j. その他疾病等の予防対処（高血圧、貧血、糖尿、結核、マラリア、住血吸虫、STI/HIV/AIDS など）</p> <p>k. その他の支援サービス（WHT による妊婦健診の早期受診促進、出産計画、訪問、安全な血液確保、交通手段・通信など）</p>
<p>3. 出産ケア・サービス</p>	<p>母親に対するケア：</p> <p>a. パートグラフを使用したバイタルサインのモニタリング</p> <p>b. 異常の早期の兆候・症候発見と対処</p> <p>c. 分娩第三期の積極管理の実施</p> <p>d. 産褥期のケア・サービス（会陰部分の洗浄、血圧・脈拍・呼吸・体温測定など）</p> <p>新生児へのケア・サービス</p> <p>a. 乾拭による体温の低下予防</p> <p>b. カンガルーケア、室温管理など</p> <p>c. 出産一時間以内の母乳の開始</p> <p>d. 余裕を持った臍帯結紮</p> <p>産科緊急時の以下の対応</p> <p>a. 分娩第三期におけるオキシトシン投与</p> <p>b. 抗痙攣剤の投与</p> <p>c. 抗菌剤の初期量投与</p>

	<ul style="list-style-type: none"> d. 骨盤位の経膈分娩の補助 e. 胎盤の用手剥離や胎盤残存物の除去 l. ステロイドの負荷投与（早期分娩への対処） f. 静脈点滴、代用血漿増量剤、輸血 g. 新生児蘇生 h. 新生児敗血症の治療 i. 新生児への酸素補給
4. 産後ケア・サービス	<p>母親へのケア</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 産褥期合併症の有無の確認（出血、感染や高血圧など早期兆候のチェック） b. 微量栄養素のサプリ提供（鉄分、葉酸） c. カウンセリング（栄養、母乳保育、スキンコンタクト、必須新生児ケア） d. STI/HIV スクリーニング検査室と合併症の管理 e. 家族計画サービス及び避妊具の提供 f. その他の疾病の予防・対処（高血圧、糖尿、貧血、結核、マラリア、住血吸虫、STI/HIV/AIDS） <p>新生児 / 乳児へのケア：</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 24 時間以内の産後ケア（臍帯の適切な処理、母乳、ビタミン K 接種、抗生物質による眼のケア、産後 6 時間以降の沐浴、BCG / B 型肝炎予防接種、新生児スクリーニング、産褥・産後ケアに関するカウンセリング） <p>その他の支援サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 出産登録 b. 安全な輸血 c. 交通・通信手段

包括的緊急産科・新生児ケア (Comprehensive Emergency Obstetric and Newborn Care: CEmONC) の内容

1. 妊娠前のサービス	a. BEmONC と同様の対応
2. 妊娠中（出産前）のサービス	a. BEmONC と同様の対応
3. 出産ケア・サービス	<p>母親に対するケア：</p> <ul style="list-style-type: none"> a. BEmONC と同様の対応 b. 未熟児の場合の新生児集中治療室での処置と母乳育児指導 <p>産科緊急時の以下の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> c. BEmONC と同様の対応 d. 帝王切開術 e. 輸血 f. 新生児合併症の処置

<p>4. 産後ケア・サービス</p>	<p>母親へのケア：</p> <p>g. BEmONC と同様の対応</p> <p>新生児 / 乳児へのケア：</p> <p>b. BEmONC と同様の対応</p> <p>d. 低体重児の救命処置</p> <p>e. 未熟児の救命処置</p> <p>f. 以下の症状の新生児の救命処置（敗血症、胎児性アルコール症候群、新生児仮死、重度分娩時外傷、重度黄疸など）</p> <p>その他の支援サービス</p> <p>g. 出産登録</p>
---------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

出所： Implementing Health Reforms towards Rapid Reduction in Maternal and Neonatal Mortality, Department of Health, 2009

Selection Criteria proposed by JICA and Basic Data per Province/Charter City

Principle Criteria proposed by JICA	Tacloban City	Ormoc City	LEYTE	N. SAMAR	SAMAR	(F1) E. SAMAR	(F1) S. LEYTE	(F1) BILIRAN
1) The unit of selection: ILHZ w/ the provincial government & District hospitals	Support from UN/WHO (to be arranged probably from 2010~)	<ul style="list-style-type: none"> Leyte Province Ormoc D.H.(II) 5 District Health Centers 1 Main Health Center/City Health Office 	<ul style="list-style-type: none"> 10 ILHZs, 3 already functional, 7 signed MOA 1 Provincial H./PHO 8 D.H. 3 Community H. 3 non-LGU (EVMC, Schistosomiasis Control & Research H., Tacloban City H.) 	<ul style="list-style-type: none"> 6 ILHZs 1 Provincial H./PHO 7(8) D.H. 	<ul style="list-style-type: none"> 6 ILHZs 1 Provincial H./PHO 3 D.H. 1 Station H. 1 Community H. 	Received Support from UNICEF/AusAid (2005~2009, extended up to 2011)	Received Support from GTZ (2005~2009)	Support from GTZ and JICA MCH Project (2006~2009)
2) ILHZs w/ lower % of facility-based deliveries and/or deliveries with SBA		<ul style="list-style-type: none"> Facility-based: 47%(2008) SBA-assisted: 49%(2008) 	<ul style="list-style-type: none"> Facility-based: 22%(2008) SBA-assisted: 78%(2008) 	<ul style="list-style-type: none"> Facility-based: 17%(2008) SBA-assisted: 50%(2008) 	<ul style="list-style-type: none"> Facility-based: 26%(2008) SBA-assisted: 60%(2008) 			
3) MCP accreditation and Functional BEmOC services at RHUs are the main goals of upgraded services.		<ul style="list-style-type: none"> 2 out of 5 D.H.C =Sentrong Sigla 5 D.H.C. =BEmONC upgrade 	<ul style="list-style-type: none"> 1 P.H. & 4 D.H. =CEmONC upgrade 2 C.H. & 18 RHUs =BEmONC upgrade 	<ul style="list-style-type: none"> All H. Mother & Baby Friendly 4 Newborn Screening facilities 11 RHUs =OPB No TB/MCP 6RHUs & 1 D.H. already BEmONC 2 D.H. & 6 RHUs =BEmONC upgrade 	<ul style="list-style-type: none"> P.H. Newborn Screening All H. Mother & Baby Friendly 2 out of 25 RHUs w/MCP 4/25 OPB 1 TB-DOTS 1 P.H. & 1 D.H. =CEmONC upgrade 3 D.H. & 8RHUs & 3 MCHs =BEmONC upgrade 			
4) Presence of a team of physician, nurse and midwife for BEmOC services at RHU: prerequisite		<ul style="list-style-type: none"> At least 1 MHO per DHC (8) Nurse (8) Midwife (24) 	<ul style="list-style-type: none"> Doc (44*)~10 out of 26 RHUs w/o MHO Nurse (59) Midwife (282) 	<ul style="list-style-type: none"> Doc (22*) ~5 out of 24 RHUs w/o MHO Nurse (26) Midwife (149) 	<ul style="list-style-type: none"> Doc (13*)~10 out of 25 RHUs w/o MHO Nurse (25) Midwife (116) 			
5) LGU commitment for supporting of MCH services (Ordinances in support of MCH).		<ul style="list-style-type: none"> Not yet for MCH but can be considered Ordinances on user fees, etc. not issued as yet (after election) 	<ul style="list-style-type: none"> CSR policy for contraceptive commodities No MCH policy at provincial level yet 	<ul style="list-style-type: none"> Prohibiting Doctors perform FP/birth control (May 2005) 	<ul style="list-style-type: none"> Non-formal CSR policy No MCH policy 			

Selection Criteria proposed by JICA and Basic Data per Province/Charter City

Additional Criteria proposed by JICA	Tacloban City	Ormoc City	LEYTE	N. SAMAR	SAMAR	E. SAMAR	S. LEYTE	BILIRAN
6) Presence of DOH investment to upgrading physical facilities of RHU	Support from UN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Already upgraded for MCP accreditation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PIPH has a plan to improve facilities for MCP accreditation ▪ 6 RHUs already have MCP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Check PIPH (not confirmed) ▪ Some upgrade made by DOH & UN support 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Check PIPH (not confirmed) 	Support from UNICEF/AusAid	Support from GTZ	Support from GTZ and JICA MCH Project (2006~2009)
7) Plans or presence of JICA/EOJ's other related cooperation favorable		<ul style="list-style-type: none"> ▪ N/A 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Several JOCV to be dispatched to Leyte RHUs ▪ Tanauan RHU facility/equipment upgrade with the Grassroots Grant 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N/A 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N/A 			
8) Possible Cooperation by the USAID (PRISM II, Health Gov) positive		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definitely. PRISM-II, HealthGov, HealthPRO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definitely. PRISM-II, HealthGov, HealthPRO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maybe. PRISM-II, HealthGov, HealthPRO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maybe. PRISM-II, HealthGov, HealthPRO 			
9) Municipalities w/ security clearance for project staff to travel		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Some “medium security threat” areas in bordering areas and access roads from Tacloban 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Six municipalities classified as “medium security threat” ▪ From Jan 2009, only 3 violent incidents recorded. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Two active guerrilla fronts of the National People’s Army posing threats ▪ 84 brgys affected 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Four active guerrilla fronts of the National People’s Army posing threats ▪ 65 brgys affected. 			
10) Provinces yet to have strong support from other donor agencies		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Global Fund-STI/HIV/AIDS & TB ▪ USAID/CDC, World Vision – TB DOTS ▪ Private Public Mix DOTS (PPMD) ▪ Healthy City Initiative 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GTZ – logistics, TA for OPB ▪ LEFADO – logistics in FP/RH ▪ World Vision -logistics, advocacy, social mobilization 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UNICEF – ARH, MCH, sanitation, nutrition ▪ PLAN Phil - Child (selected Muni.) ▪ LEFADO - FP/RH ▪ PCWS - sanitation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PLAN Phil – Child (selected Muni.) ▪ LEFADO - FP/RH ▪ GTZ – logistics & TA (pilot ILHZs) 			

Source : “Selection Criteria proposed by JICA,” *The JICA Philippine Office, September 2009; A Study on the Maternal and Child Health Situation in the Eastern Visayas Region, The JICA Philippine Office, September 2009.*

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
人口数									
東ビサヤ人口増加率年間平均	東ビサヤ地域	3,962,630	3,962,630	3,962,630	3,962,630	3,962,630	3,962,630	3,962,630	
	レイテ州	1,337,616	1,352,731	1,368,017	1,383,476	1,399,109	1,414,919	1,430,907	
レイテ州人口増加率年間平均	オルモック市	180,989	184,518	188,116	191,785	195,524	199,337	203,224	
	レイテ州(優先地域)	548,423	554,620	560,887	567,225	573,635	580,117	586,672	
	対象地域全体	1,518,605	1,537,249	1,556,133	1,575,260	1,594,633	1,614,256	1,634,132	
東ビサヤ地域に占める割合									
オルモック州人口増加率年間平均	Leyte+Ormoc	38%	39%	39%	40%	40%	41%	41%	
	Leyte Pilot Area+Ormoc	18%	19%	19%	19%	19%	20%	20%	(2010年7月~2014年6月合計)
妊産婦(3.5%)									
	レイテ州	46,817	47,346	47,881	48,422	48,969	49,522	50,082	27,381
	オルモック市	6,335	6,458	6,584	6,712	6,843	6,977	7,113	80,317
	レイテ州(優先地域)	19,195	19,412	19,631	19,853	20,077	20,304	20,534	107,698
	対象地域全体								
新生児(出生数)									
	レイテ州								-
	オルモック市	4,862	4,957	5,053	5,152	5,252	5,355	5,459	21,016
	レイテ州(優先地域)	13,487	13,639	13,794	13,949	14,107	14,266	14,428	56,433
	対象地域全体	18,349	18,596	18,847	19,101	19,359	19,621	19,887	77,449

12. 保健省各層の組織図（保健省全体）



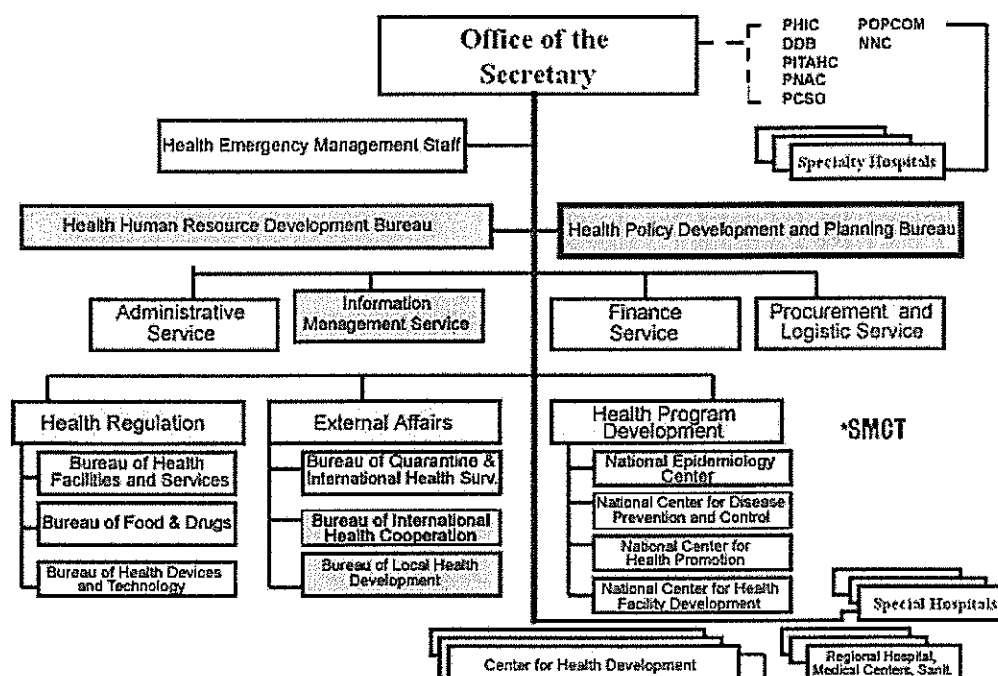
Published on Department of Health (<http://www.doh.gov.ph>)

DOH Organizational Chart

by rhissa

Created 2007-11-13 14:09

NEW ORGANOGRAM OF THE DOH



Source: http://www.doh.gov.ph/doh_org_chart

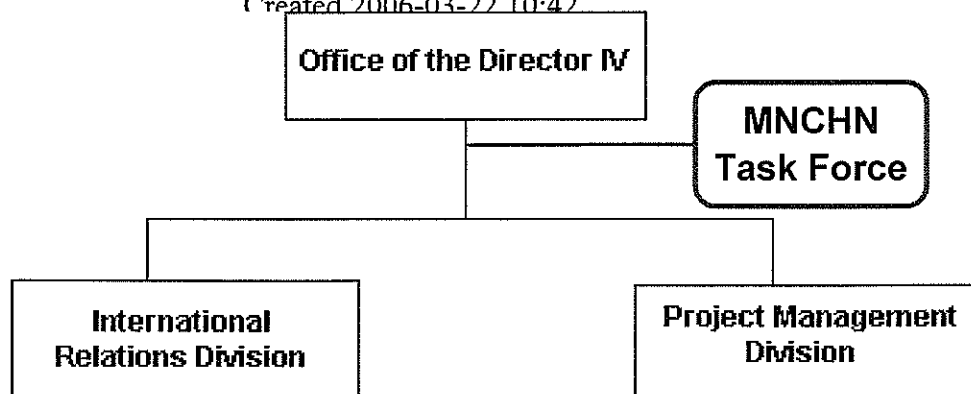


Published on Department of Health (<http://www.doh.gov.ph>)

Bureau of International Health Cooperation

By rhissa

Created 2006-03-22 10:42



General Functions

- a. Develops standards, mechanisms and procedures for international health cooperation.
- b. Provides services related to mobilization, coordination, management and assessment of externally supported health projects and initiatives
- c. Provides services related to promotion, coordination and mobilization of health sector support for international initiatives in health
- d. Advises the Secretary and Undersecretary of Health on matters pertaining to international health programs, projects and initiatives and externally supported national and local health projects.

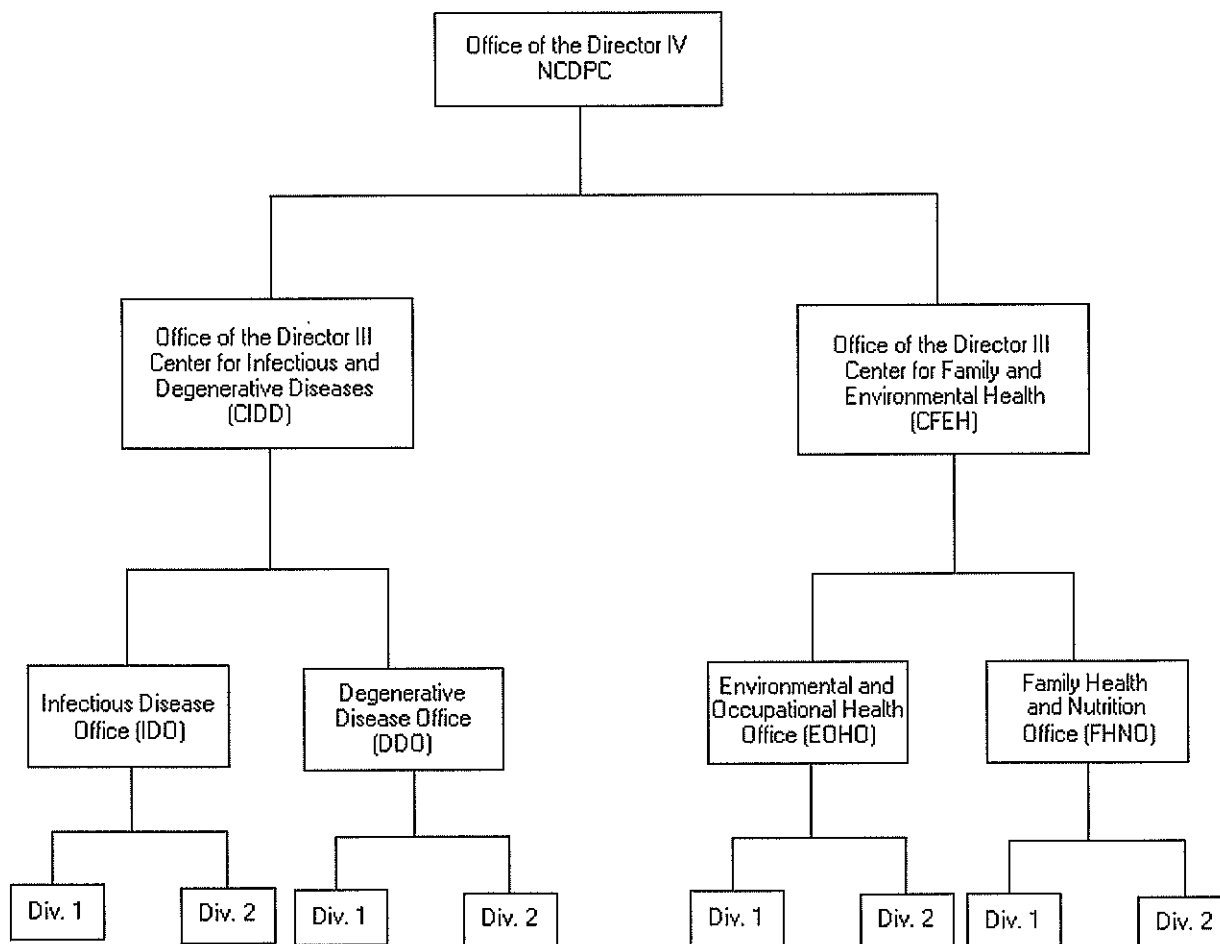
Source: http://www.doh.gov.ph/doh_org_chart



National Center for Disease Prevention and Control

By rhissa

Created 2006-03-22 15:23



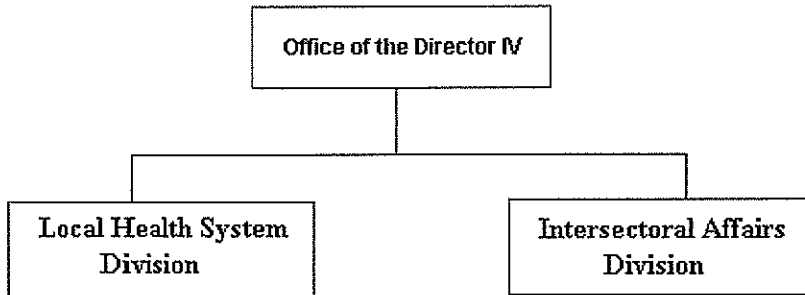
Source: http://www.doh.gov.ph/doh_org_chart



Bureau of Local Health Development

By rhissa

Created 2006-03-22 10:43

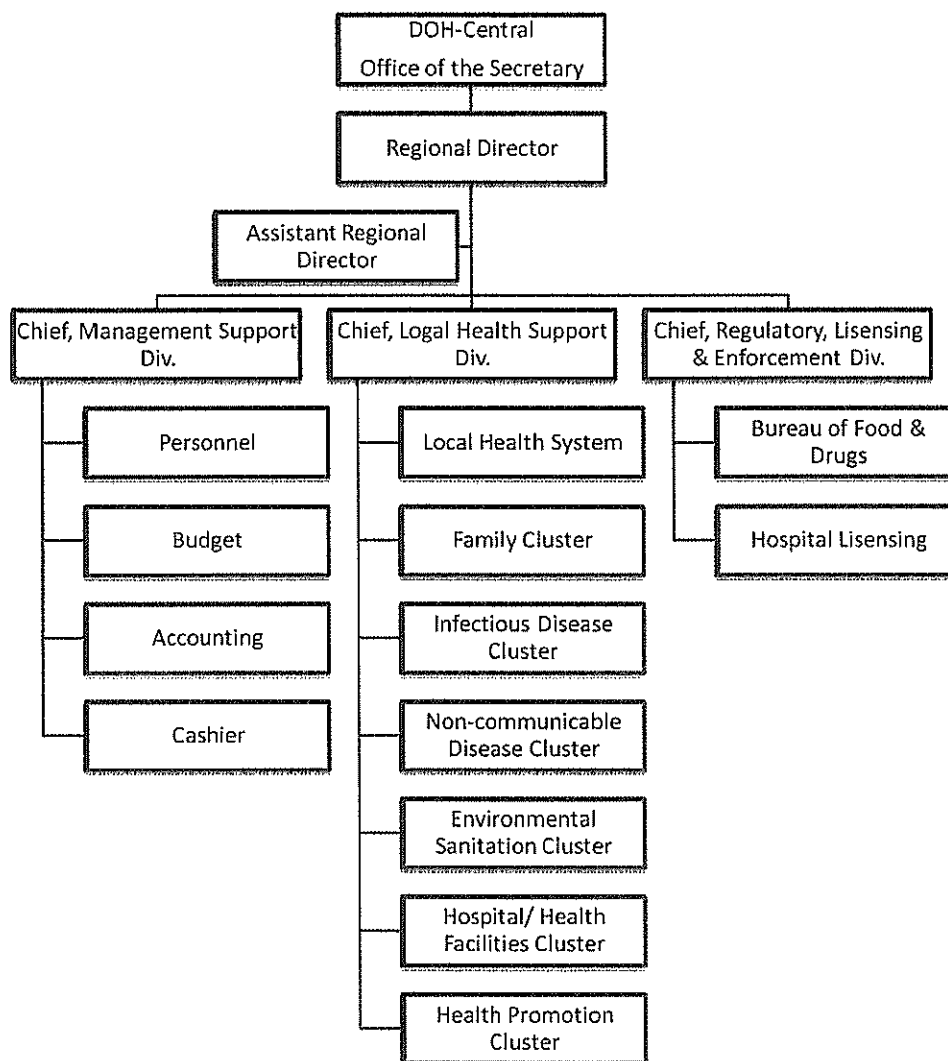


General Functions

- a. Provides frameworks, standards, systems and procedures for local health systems development
- b. Strengthens regional capacities to support and assist local health systems
- c. Strengthens public and private sector collaboration and networking to develop and support local health systems
- d. Develops mechanisms to sustain local health systems
- e. Advises the Secretary and the Undersecretary of Health on matters pertaining to local health coordination development and local health systems

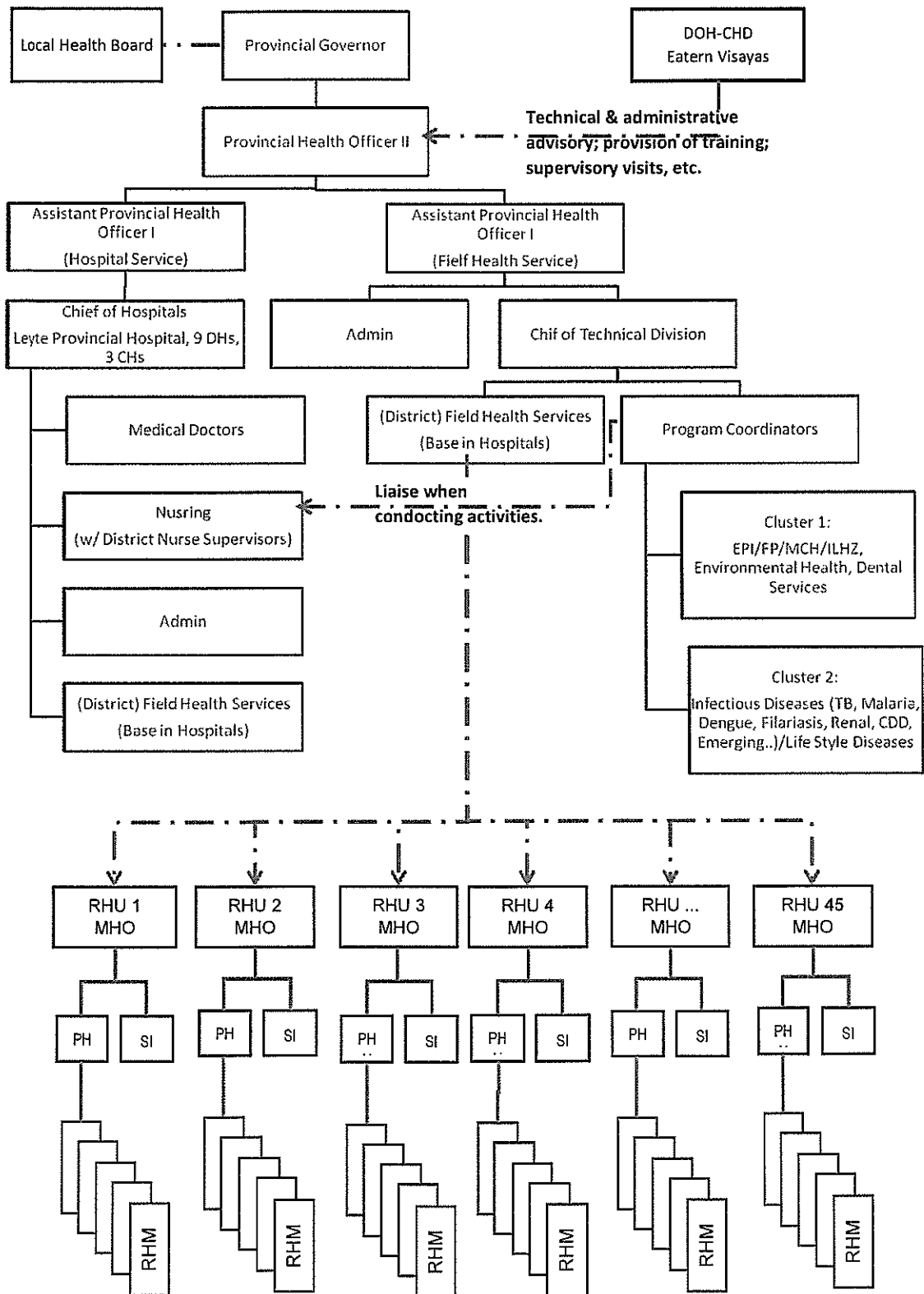
(東ビサヤ地域局)

Organization Chart (Department of Health-Center for Health Development Eastern Visayas)



Source: CHD Eastern Visayas Staff

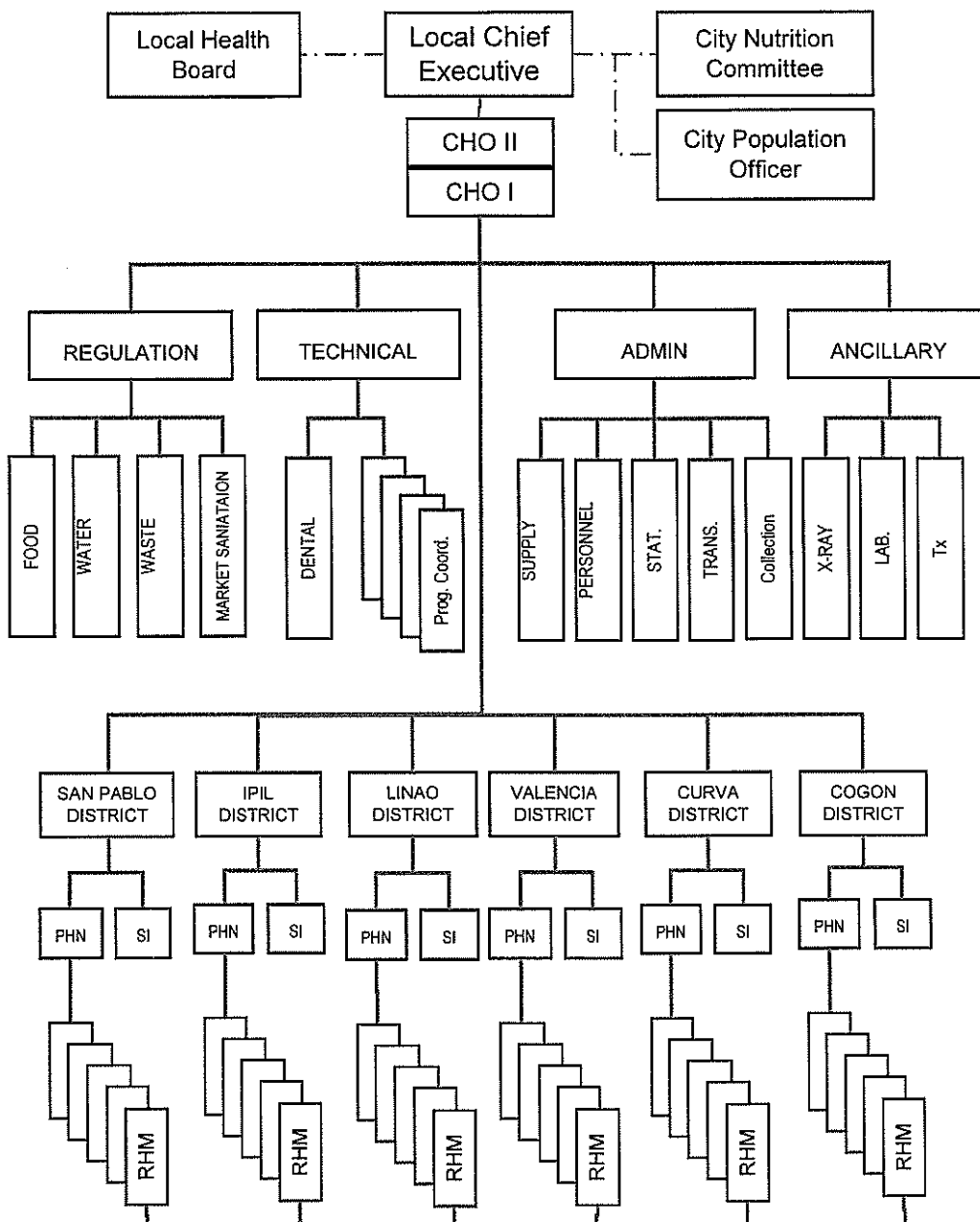
Organization Chart (Leyte Provincial Health Office)



Source: Leyte Provincial Health Office Staff

(オルモック市保健局)

Organization Chart (Ormoc City Health Office)



Source: Ormoc City Health Officer

1. 実施プロセス (Implementation Process) * 予測

プロジェクトがどのように実施されるか？その実施体制や実施過程で留意するポイントについて見ます。

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項	検討事項・必要なデータ	データ入手先	入手方法	備考
C P の 組 織 体 制		プロジェクトマネジメント体制(モニタリングの仕組み、意思決定過程など)に問題はないか？	プロジェクト体制 (JCCメンバ、意思決定メカニズム、JICAとCPの役割分担など) の的確性と現実性	<ul style="list-style-type: none"> 保健省中央 CHD-VIII, LGUs 母子保健関係者 	インタビュー	
		実施機関やカウンターパートのプロジェクトに対する参加度や認識は高いか？もしくは高まることが期待されるか？	実施機関やカウンターパートの妊産婦死亡、新生児・乳幼児死亡削減事業に向けた意欲は高いか？	<ul style="list-style-type: none"> DOH-NCDPC、DOH-BHIC CHD-VIII PHO/CHOs、LGUs代表 	インタビュー	
		適切なカウンターパートが配置されるか？	原案の確認: ・TWG members ・SBA Teams at DH, RHUs at proposed BEmONC facilities	<ul style="list-style-type: none"> DOH-NCDPC、DOH-BHIC CHD-VIII PHO/CHOs、LGUs代表 	インタビュー	
		活動を計画通りに行うための投入は保証されているか？	<ul style="list-style-type: none"> ・BPHCF,PHPF,PHDPF稼働見通し、人材配置の見通し、プロジェクト事務所設置、プロジェクト事務所運営費確保の見通し 	<ul style="list-style-type: none"> ・DOH-BLHD? ・母子保健関係者 ・CHD-VIII ・PHO/CHOs、LGUs代表 	インタビュー	
プ ロ ジ エ ク ト の 実 施 体 制		実施体制は適切か？	原案の確認(関係者の合意がとれているか？)	<ul style="list-style-type: none"> ・DOH-NCDPC、DOH-BHIC ・CHD-VIII ・PHO/CHOs、LGUs代表 	インタビュー	
			中央JCCの役割は明確か？ 地域事務所とLGUの関係性は明確か？	実施体制最終案(各構成組織のTOR)	二次資料レビュー	
そ の 他		その他、プロジェクトの実施過程で留意しなければならない事柄や阻害する要因はあるか？	<ul style="list-style-type: none"> ・人材確保へのコミットメントはあるか？ ・他開発パートナーとの連携の形は？ ・地域事務所とLGUの関係性は選挙後に変化するか？ 	<ul style="list-style-type: none"> ・DOH-NCDPC、DOH-BHIC ・CHD-VIII ・PHO/CHOs、LGUs代表 	インタビュー	

2. 妥当性 (RELEVANCE)

PDMに示されたプロジェクトの目標・上位目標が、ターゲットグループ（CHDリージョン8の6PHO/CHO2市、母子保健対策関係者、伝統的産婆、妊産婦・母子とその家族）のニーズと合致しているか、援助国側の政策や日本の援助政策との整合性はあるか、公的資金であるODAで実施する必要があるか、といった援助プロジェクトとしての正当性を見ます。

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項	検討事項・必要なデータ	データ入手先	入手方法	備考
被援助国のニーズとの整合性	開発の枠組みとの整合性	フィリピン政府(国家・地域)の開発政策、母子保健対策の政策との整合性はあるか？	MEDIUM-TERM PHILIPPINE DEVELOPMENT PLAN 2004-2010	・フィリピン政府HP	二次資料レビュー	
		フィリピン政府の保健セクターにおける母子保健対策戦略に沿っているか？	フィリピン母子保健戦略	・保健省政令(Administrative Orders) ・妊産婦・新生児死亡早期削減に向けた改革実施要領(Manual of Operations)	二次資料レビュー	
		フィリピン政府の保健セクターにおける母子保健対策戦略に沿っているか？	母子保健戦略内容詳細の確認	・DOH-MNCHN ・DOH-BIHC	インタビュー	
		ターゲットエリア・対象施設の選定は適正か？	ターゲットエリア選定のクライテリアは適切か？ ターゲットエリア選定のプロセスは適正か？ ターゲットエリアの範囲は適切か？	・保健省中央 ・CHD-VIII関係者 ・保健省F1政策文書等	インタビュー 二次資料レビュー	
	ターゲットグループのニーズに合致しているか？ ターゲットグループの選定は適正か？	対象施設の選定は、保健省の規制と適合しているか？	・妊産婦・新生児死亡早期削減に向けた改革実施要領(Manual of Operations)	二次資料レビュー		
日本の援助事業としての妥当性	策対合とンフ性支イ整援リ	日本の援助政策・国別事業実施計画との整合性はあるか？	対フィリピン国別援助計画の内容？ JICA事業実施計画(セクターペーパー?)内容	・外務省HP ・JICAフィリピン事務所	二次資料レビュー	
	公性公益・共性	民間セクターの保健・医療組織・団体との競合はあるか	・公的セクターと民間セクターの分布・利用状況	・PHO/CHO(母子保健担当)	インタビュー 二次資料レビュー	
	術日性優の位技	日本の同様の支援実績、日本の経験の有用性などはどうか？	日本による過去の母子保健プロジェクトの経験(ピリランPHO/CHO、イフガオPHO/CHO終了時評価結果)	・JICAリプロ・母子保健関連出版物 ・終了時評価報告	二次資料レビュー	
その他	ナバ他連携とのト発	援助協調の進むフィリピン政府の状況において、どのようなドナー協調の相乗効果があるか？	各ドナーとの連携、財政支援および活動のデマケ WHO, USAID (PRISM-II, HealthGov), UNICEF, UNFPA, EU	・ドナー協力内容が示された資料類	二次資料レビュー	

3. 有効性 (EFFECTIVENESS) * 予測

PDMに示された成果とプロジェクト目標の関連性の上で、アウトプット・プロジェクト目標が適正に設定されているか、計画に論理性があるか、をみます。

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項	検討事項・必要なデータ	データ入手先	入手方法	備考
計画の論理性	プロジェクト目標の設定	プロジェクト目標はプロジェクト実施期間内に十分達成可能なものか？	プロジェクト目標は、プロジェクトを実施したことによる直接的な効果として期間内に達成されるか(ロジックの確認)	・PDM ・カウンターパートとの協議内容	協議を通じた情報収集 二次資料レビュー	
		プロジェクト目標の指標は目標の内容を的確にとらえているか？	【原案・最終案】の確認	・PDM ・カウンターパートとの協議内容	協議を通じた情報収集 二次資料レビュー	
		プロジェクト目標の指標は適切か？	コスト・時間・労力の面で負担が大きすぎないか。モニタリングの手段として活用できるか。	・現状調査等 ・プロポーザル by CHD-VIII	二次資料レビュー	
			コスト・時間・労力の面で負担が大きすぎないか。モニタリングの手段として活用できるか。	・保健省(CHD-VIII)情報担当 ・JICA専門家、他開発パートナー保健担当官など	インタビュー	
	プロジェクト目標はアウトプットによって引き起こされる効果となっているか？	母子保健プロジェクトにおける各アウトプットのプロジェクト目標達成への貢献度合い	終了時評価結果	二次資料レビュー		
	プロジェクトの適切なアプローチの	プロジェクト目標に対し必要なアウトプットが網羅されているか？他の代替手段を考え比較検討されたか？	【原案・最終案の確認】	・終了時評価結果 ・保健省(CHD-VIII) ・JICA専門家、他開発パートナー保健担当官など	二次資料レビュー インタビュー	
		プロジェクトのアプローチの適切性 EmONC体制の強化は、フィリピン国の妊産婦・新生児死亡率低下につながるか？	プロジェクトのアプローチは何か？ 現存する問題に対処しているか？ 他の方法と比較して問題を効果的に解決出来るか？	・学術、国際機関技術報告等 ・協議内容	二次資料レビュー 協議を通じた情報収集	
			現存する問題に対処しているか？ 他の方法と比較して問題を効果的に解決出来るか？	・CEmOC対象施設スタッフ ・PHO/CHOスタッフ(母子保健担当)	インタビュー	
	外部条件	アウトプットからプロジェクト目標に至る迄の外部条件は適切に認識されているか？	外部条件的確性 外部条件が満たされる可能性	・FHSIS/TCL ・ドナーによる報告書等	二次資料レビュー	
				・中央DOH関係者 ・LGU関係者 ・NGO関係者 ・CHD-VIII情報担当官	インタビュー	
	阻害要因	プロジェクト目標を達成する阻害要因はあるか？	阻害要因とプロジェクトの対処方法	・中央DOH関係者 ・LGU関係者 ・NGO関係者 ・CHD-VIII情報担当官 ・JICA母子保健事業担当者	インタビュー	

4. 効率性(EFFICIENCY) *予測

PDMIに示された投入とアウトプットの関連性の上で、プロジェクトの資源が有効活用されるか、投入に見合う成果ができるか、をみます。

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項	検討事項・必要なデータ	データ入手先	入手方法	備考
費用対成果・結果	アウトプットの設定	アウトプットは、プロジェクトの中で十分に達成可能なものか？	プロジェクト期間中に達成可能か？	・終了時評価の結果 ・PIPH ・Facility Mapping ・現状調査等	二次資料レビュー 関係者との協議	
		アウトプットの指標は測定可能か？入手可能か？	必要な指標を測定しているか、コストがかかっているか、モニタリングが可能か	・CHD-VIII情報担当官など	インタビュー	
	投入に見合う成果・結果ができるか？	成果に対し、必要な活動が網羅されているか？	【原案・最終案の確認】	・要請内容 ・終了時評価の結果 ・他開発パートナーの支援内容	二次資料レビュー	
		設定された成果は投入予定の資源量に見合ったものか？	・投入予定の資源量 ・設定された成果	・要請内容、最終案 ・母子保健プロジェクトの介入単価 ・対象地域の現状	二次資料レビュー	
		予定されている投入を十分に活用するための、専門家のTOR、カウンターパートのTORは明確か？(明確になるメドはたつか？)	専門家のTOR、各プロジェクト関連組織、CPのTORの確認	・団内の協議内容	関係者協議からの情報収集	
		活動からアウトプットに至るまでの外部条件は適切に認識されているか？	外部条件が満たされる可能性 その他に外部条件はないか？ - 保健従事者(特に医師/看護師)の転出 - 保健従事者の適正配置(内部？) - 機材の窃盗が心配される地域での対策は十分か？	・PDM ・要請内容 ・終了時評価結果 ・セキュリティ報告 ・保健セクター関連文書 ・PHO/CHOs ・LGUs代表	二次資料レビュー インタビュー	
	費用検証効果の	投入の規模、質、タイミングはプロジェクトの戦略を考えた上で適切に設定されているか？	PO案で活動を円滑に実施できるよう、投入の時期が計画されているか。	・PO案 ・プロセス・ドキュメンテーションの内容	二次資料レビュー	
		他の代替手段を考え(類似プロジェクトと)比較検討された上での投入計画か？	過去の協力や、他国での協力との比較からの適切性 代替手段の可能性	・他開発パートナー関連文書 ・終了時評価結果	二次資料レビュー	
	既存の活動が重なりか	過去・現在受けた他開発パートナーの支援の内容	UNICEF, PLAN-Phil, LEFADO, PCWS, GTZ, UNFPA, EC-TA, World Visionの支援内容	・他開発パートナー関連文書	二次資料レビュー	
		過去・現在受けた日本の支援は活かされるか？	母子保健プロジェクトその他で育成された人材や供与された機材の活用の可能性	・団内協議内容 ・終了時評価結果	協議を通じた情報収集	
	有効去利用の投入して・教訓を	過去の支援で得られた成果は、本プロジェクトにどれだけ活用される予定か？	母子保健プロジェクトで創出されたリソースは？ その中で活用可能・活用が望ましいものはあるか？	・団内協議内容 ・終了時評価結果	協議を通じた情報収集 二次資料レビュー	
		他のプロジェクトの教訓は生かされているか？	母子保健プロジェクトの教訓は？ UNICEF, UNFPAプロジェクトの教訓は？	・団内協議内容 ・終了時評価結果 ・他開発パートナー評価報告等	関係者協議からの情報収集 二次資料レビュー	

5. インパクト (IMPACT) *予測

プロジェクトの実施によって、より長期的、間接的な効果や、波及効果の可能性を見ます。

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項	検討事項・必要なデータ	データ入手先	入手方法	備考
上位目標		上位目標はプロジェクト終了後3-5年に達成されるようなレベルに設定されているか？	目標値はベースライン、データに照らし合わせて妥当か、事後の評価で効果が検証できるか	・人口健康サーベイ(DHS) ・FHSIS ・母子保健関係者	二次資料レビュー インタビュー	
		上位目標の指標は目標の内容を的確にとらえているか？	上位目標の指標的的確性は？	・終了時評価結果 ・関係者との協議	二次資料レビュー 協議を通じた情報 収集	
		上位目標の指標は測定可能か？	必要な指標を測定しているか、コストがかかっているか、モニタリングが可能か	・人口健康サーベイ(DHS) ・FHSIS ・母子保健関係者	二次資料レビュー インタビュー	
因果関係		上位目標はプロジェクトの効果として発現が見込まれるか？	上位目標はプロジェクトを実施したことによる直接的な効果として達成されるものか(ロジックの確認)	・終了時評価結果 ・母子保健関係者 ・WHO、UNFPA技術報告等		
		上位目標と開発課題の関連性・理論は明確か？	フィリピンのセクター開発課題と上位目標の関連性	・PDM ・保健省政策文書等	二次資料レビュー	
		上位目標に至るまでの外部条件は満たされる可能性が高いか？	プロジェクト目標達成後、上位目標が達成されるために必要な外部条件がすべて認識されているか 外部条件が満たされる可能性	・母子保健現況調査 ・人口健康サーベイ(DHS) ・WHO、UNFPA技術報告等 ・母子保健関係者	二次資料レビュー インタビュー	
波及効果		直接的・間接的に裨益をうける集団はどのくらいの規模か、その裨益効果はいつごろ受けるか？(郡、コミュニティレベルへの影響)	・各地域の人口 ・各地域の出産推定数	・母子保健現況調査 ・人口健康サーベイ(DHS) ・WHO、UNFPA技術報告等	二次資料レビュー	
		直接的・間接的な技術移転対象者の数はどの程度か(地域のどの程度をカバーできるのか？)	・BEmONC指定を受けた施設数、SBAの数等 ・直接的な技術移転対象者の数 ・地域全体の技術者の数	・母子保健現況調査	二次資料レビュー	
		政策へ何らかの影響を及ぼすか？	・政策策定に有用なレッスンはプロジェクト実施を通じて得られるか？ ・政策策定に影響を与える組織との接点が活動・実施体制に組み込まれているか？	・母子保健関係者 ・DOH-NCDC ・要請書 ・PDM	二次資料レビュー インタビュー	
		負のインパクトはないか？	・個人開業している助産師、Hilotへの影響？ ・母体死亡、新生児死亡が報告されないリスク？ ・その他？	・母子保健関係者 ・PHO/CHO保健情報担当 官 ・MHO, WHTメンバー ・個人開業助産師	インタビュー	
		ジェンダーや貧富などの社会経済的格差に配慮はあるか？	・施設分娩にかかる費用は？ ・全ての世帯で準備できる額か？ ・嫁の施設分娩に対して親族の理解が得られるか？	・PHO/CHO母子保健担当 官 ・MHO, WHTメンバー ・人口保健サーベイ	インタビュー 二次資料レビュー	
		貧困層による医療施設利用パターンに配慮はあるか？	・社会経済層間で医療施設利用パターンに違いがあるか？ ・貧困層のPhilHealth加入割合は？ ・医療保険の利用率は？	・人口保健サーベイ ・PHO/CHO保健情報担当 官 ・LGU, PHO/CHO, MHO	二次資料レビュー インタビュー	
		対象地域・ターゲットグループ(東ピサヤ地域CHD)以外への波及効果はあるか？	対象外のPHO/CHO、研修対象外のサービス従事者、妊婦・母親に効果を波及させるシナリオはあるか？	・CDH-VIII ・PDM ・団内協議	二次資料レビュー インタビュー	・市町村は訓練費用をねん出できるか？

6. 自立発展性(SUSTAINABILITY) *予測

援助が終了したあとも、プロジェクトで発現した効果が持続し得るかどうか、または、プロジェクトで移転された技術を被援助国側が、自力で継続的に効果的な事業に適用できるか、を見ます。

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項	検討事項・必要なデータ	データ入手先	入手方法	備考
政策 策 度 面		フィリピンの母子保健対策に関する政策はプロジェクト終了後も継続実施されるか？	中央、地域、LGUのレベルで継続実施にかかる意思があるか？	・DOH中央 (NCDPC) ・CHD-VIII ・LGUs/PHO/CHOs	インタビュー	・地方「不満」の原因を追及
		協力終了後も、効果を上げていくための活動を実施する組織能力はあるか？	条例や予算配置が実施された場合の継続可能性(異なる政権による母子保健にかかる政策の違いはあるか？)	・PHO/CHO母子保健関係者	インタビュー	
財 務 面		経常経費を含む予算の確保は行なわれているか、フィリピン国側の予算措置は十分に講じられるか？	CEmOC、EmONCサービス提供体制の維持や非対象地域に波及するための活動予算の見通し ・LGU ・DOH (Performance-based Grant) ・PHDPF拠出 ・P100、PopShop	・CHD-VIII ・LGUs/PHO/CHOs	インタビュー	
		将来当該運営体制を維持する予算が増える可能性はどの程度あるか？	・LGUによる予算配置(経常、User Fee等)見通し ・PhilHealth-MCP/NCPのCapitation Fund獲得可能性	・MCP取得済RHU ・LGUs/PHO/CHOs	インタビュー	
組 織 面		CP機関は協力終了後も、効果を上げていくための活動を実施する運営管理体制はあるか？(人材配置、実施体制の確立)	・CHD-VIIIの人材配置、新政策実施の具体計画 ・CHD-VIIIとLGUとの関係現状	・組織体制にかかる文書 ・CHD-VIII、PHO/CHO母子保健担当官	二次資料レビュー インタビュー	
		実施機関は組織的・制度的・法的に確立された組織か？	・CHD-VIIIのTOR ・LGUによる保健組織運営の現状	・組織のTOR文書 ・LGU運営保健施設	二次資料レビュー インタビュー	・キャパと新政策による要求事項とのギャップは？
		プロジェクトを開始する前から実施機関のプロジェクトに対するオーナーシップは十分に確保されているか？	・CHD-VIIIは自らの役割をどのように見ているか ・LGUのオーナーシップ促進、維持のための戦略はあるか	・CHD-VIII ・LGUs	インタビュー	
技 術 面		プロジェクトで用いられる技術移転の手法は受容されるか？	・新母子保健政策の対象地域での受容度合い	・PHO/CHO母子保健関係者 ・WHTメンバー	インタビュー	
		プロジェクトで導入予定の資機材の維持管理計画は妥当か？	・MOPとの齟齬はないか？ ・資機材盗難の可能性、防止策の有効度合い	・ミニッツ内容	二次資料レビュー	
		実施機関がサービスの質や普及を維持できる可能性はどの程度あるのか？	・技術普及のメカニズムはあるか？ ・サービスの質の維持の可能性と質低下にかかる対策はあるか？	・CHD-VIII ・保健省政策文書等	二次資料レビュー インタビュー	
環 境 文 社 会 面		女性、貧困層(移民も含む)、社会的弱者への配慮不足により持続的効果を妨げる可能性はないか？	・女性、貧困者、アクセスの悪い地域への配慮？ ・Indigent世帯のPhilHealthカバー率維持？	・保健省政策文書等 ・PhilHealth担当官	二次資料レビュー インタビュー	

○:調査済み、△:ほぼ調査済み、?:調査は済んだが調査結果からは断言困難な項目、×:調査できなかった項目

1. 実施プロセス(Implementation Process) * 予測

プロジェクトがどのように実施されるか?その実施体制や実施過程で留意するポイントについて見ます。

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項	検討事項・必要なデータ	調査結果	入手方法	備考
プロジェクトの実施体制	プロジェクトの実施体制	プロジェクト管理体制(モニタリングの仕組み、意思決定過程など)に問題はないか?	○ プロジェクト体制(JCCメンバー、意思決定メカニズム)の的確性と現実性	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト実施管理体制は、フィリピンの保健行政の構造を鑑みて中央レベルのJCC、地域レベルの調整委員会、プロジェクトの実施を担う州・独立市レベルの執行委員会の三層構造になっている。これは、国外からの支援を受けた事業の「プロジェクト・ディレクターは保健省国際協力局次官とする」という保健省の規定(Administrative Order)に依るものである。 一方、要請書の提出は保健省東ビサヤ地域事務所であり、またコストシェアを必要とする事業活動の殆どは州/独立市のカウンターパートが主体となって実施するため、地域・州/独立市両レベルにおける事業調整・執行委員会の設置は必須である。従って、三層構造で州/独立市側に負担が多いなど効率性に欠ける部分もあるが、相手側の行政に呼応した適切な体制といえる。 	MNCHN Task Force, DOH-BIHC, DOH-CHD EV, PHO, CHOとの協議やコメント交換	
		実施機関やカウンターパートのプロジェクトに対する参加度や認識は高いか?もしくは高まることが期待されるか?	○ (一部?)	<ul style="list-style-type: none"> 現地調査期間中、中央保健省、地域保健省、レイテ州保健局、オロモック市保健局の各レベルにおいて、妊産婦死亡、新生児・乳幼児死亡削減に向けた多くのイニシアチブや独自の活動が既に実施に移されていることが観察された。このことから、実施機関やカウンターパートの意欲は高いものと考えられる。 但し、現地調査で訪問したRHUでの聞き取りから、municipalityには、意欲の高低に差があると見られた。 	MNCHN Task Force, DOH-CHD EV, PHO/CHO, MHO/DHOへのインタビュー及び現地調査時の観察	
		適切なカウンターパートが配置されるか?	○ (一部?)	<ul style="list-style-type: none"> ・JCC & ExeCom members ・EVRMC trainers ・SHP Teams at Community Hospitals, District Hospitals, RHUs/DHCs at proposed BEmONC facilities ・WHTs(Barangay Health Workers, Barangay Nutrition Scholars, Hilots) 	<ul style="list-style-type: none"> 本プロジェクトは、保健省の新MNCHN政策の実施活動の一部として、また、対象となる州及び独立市の保健投資計画の活動の一部として、現地のシステムの中で統合された形で実施されるものであるため、カウンターパート配置というよりは、MNCHN実施にかかる人材配置の整備を検証する必要がある。 ・JCC, ExeComに関しては、協議の上合意された内容であるため、問題はないと考えられる。 但し、州/市保健局では多くのプログラムを専任で担当するだけのスタッフ数が確保できていないため(例:レイテ州保健局ではEPI/FP/Safe Motherhood, ILHZ)を一人で扱うなど兼任が多く、この点については留意すべきである。 ・EVRMCについても、産科・婦人科・小児科に関連する複数の訓練を受け入れており、東ビサヤ地域のEmONC訓練ニーズを迅速に満たすためには、スタッフ数が不足する可能性がある。 有資格者の熟練助産者(医師・看護師・助産師)の配置については、現時点においてレイテ州・オロモック市のRHU/DHCでは問題はないが、Community HospitalではBEmONCチームを3チーム構成するのは難しい。 WHTを構成し活動を始める際に、バラガイレベルでの容認が必要となる可能性があるが、協力が得られるかどうかは今回の調査では吟味できなかった。Hilotについては、現地調査で訪問したRHUには、スタッフと関係が良いところもあれば、悪いところもあった。 	MNCHN Task Force, PHO/CHO, MHO/DHOへのインタビュー及び現地調査時の観察

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項	検討事項・必要なデータ	調査結果	入手方法	備考
		活動を計画通りに行うための投入は保証されているか?	○ (一部?) ・BPHCF, PHPF, PHDPF 稼働見直し、人材配置の見直し、プロジェクト事務所設置	・保健省によって設置されたLGUに対するPerformance-based Grants (施設・機材・訓練の目的で使用可能。資金源はEUやWorld Bankによるセクター支援資金など)は、政府の調達システム整備の遅れ等の理由により長く拠出が開始されなかったが、今回の現地調査によって、少なくとも病院の施設拡張や新MNCHN政策実施のためのオリエンテーションや関連訓練実施などの形で資金が東ビサヤ地域で支出されていることが確認できた。 ・資金・物資・人材の投入については、事業実施中も継続して(常勤職員の雇用など)条件付き訓練供与やマッチングファンドという形で活動費提供など、工夫をしながら相手側のコミットメントを引き出ししていく必要がある(保健省BIHC/NEDAによるアドバイス)。 ・プロジェクト事務所は、DoH-CHD EV, Leyte PHO, Ormoc CHOの3カ所について設置をすることで、相手側の合意を得た。	MNCHN Task Force, NEDA, DoH-CHD EV, PHO/CHO, MHO/DHOへのインタビュー及び現地調査時の観察	
その他		その他、プロジェクトの実施過程で留意しなければならない事柄や阻害する要因はあるか?	○ (一部?) ・人材確保へのコミットメントはあるか? ・他開発パートナーとの連携の形は? ・地域事務所とLGUの関係性は選挙後に変化するか?	・他開発パートナーとの連携について、UNICEF, UNFPA, WHOはUN Joint Programとして、東サマル州、北サマル州で母子保健を含む支援を実施してきており、今後、F-1の全国実施に伴い、タクロバン市にも支援を拡大する予定である ・地方分権が進んだフィリピンでは、保健省地域事務所が、州/独立市政府の一部である州/市保健局に対して法的権限を持たないため、州知事と協力関係を築くことが肝要であるが、現在の関係は良好であるとのことであった。州・市の首長は、現在第2期目で時期の再選を目指しており、市民の人気も確保できており、強力な対立候補も見られないため、再選の可能性が高い。従って、現在の良好な関係が保たれると考えられる。レイテ州の下部の municipality/Municipalities に関しては、保健センターに協力的な自治体と協力が限定的な自治体とが混在しているようである。	UNICEF, NEDA, DoH-CHD EV, PHO/CHO, MHO/DHOへのインタビュー及び現地調査時の観察	

2. 妥当性 (RELEVANCE)

PDMに示されたプロジェクトの目標・上位目標が、ターゲットグループ (CHDリージョン8の6州/市2市、母子保健対策関係者、伝統的産婆、妊産婦・母子とその家族) のニーズと合致しているか、援助国側の政策や日本の援助政策との整合性はあるか、公的資金であるODAで実施する必要があるか、といった援助プロジェクトとしての正当性を見ます。

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項	検討事項・必要なデータ	調査結果	入手方法	備考
		フィリピン政府 (国家・地域) の開発政策、母子保健対策の政策との整合性はあるか?	○ MEDIUM-TERM PHILIPPINE DEVELOPMENT PLAN 2004-2010	第2次アロヨ政権によって発表された中期開発計画(2004~2010)は、以下10項目のアジェンダに沿って実施されているが、特に保健医療に目立った内容ではない。①雇用創出、②万人のための教育、③財政均衡、④デジタル・インフラの整備、⑤全バランガイ電化・上水整備、⑥地方拠点都市整備、⑦クラーク・スービック回廊開発、⑧選挙事務の電算化、⑨全反政府組織との和平達成、⑩ピープルパワーによる国内分裂の終結。 一方、MDG達成という観点からは、全体的に達成可能性が高い一方で、初等教育と並んで妊産婦の健康改善がさらなる努力が必要となっている。これを受けて、保健省は新たな母子保健政策 (新MNCHN政策) を打ち出し、妊産婦死亡及び新政治死亡の減少に向けたコミットメントを示している。	比国援助実施方針の資料レビュー	
		フィリピン政府の保健セクターにおける母子保健対策戦略に沿っているか?	○ フィリピン母子保健戦略	当該プロジェクトは、2008年9月9日に保健省によって公表されたAdministrative Order No.29 "Implementing Health Reforms for Rapid Reduction of Maternal and Neonatal Mortality" またはMNCHN戦略に則って計画されており、その実施要領である "Implementing Health Reforms for Rapid Reduction of Maternal and Neonatal Mortality: Manual of Operations" の内容にも沿った支援である。 さらに、本プロジェクトの支援内容は、対象地域であるレイテ州政府及びオロモック市政府の保健投資計画に沿ったものであり、また投資計画の一部を成す「女性の健康・母性保護のための施設ネットワーク投資計画」"the Women's Health Safe Motherhood Facility Network Investment Requirements" に応じた施設改善計画を基に対象となる施設を選択している。	保健省A.O.及び実施要領、レイテ州及びオロモック市の保健投資計画、施設マッピング等の資料レビュー	

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項		検討事項・必要なデータ	調査結果	入手方法	備考
被援助国のニーズとの整合性	開発の枠組みとの整合性	フィリピン政府の保健セクターにおける母子保健対策戦略に沿っているか？	△	母子保健戦略内容詳細の確認	<p>・保健省では、2008年9月に公表された新MNCHN政策の実施体制を整備する努力が続けられており、主な変更点として以下の2点がある。 (1)母子保健に関する複数の研修内容のレビューとモジュール整理、(2)PhilHealthのMCP認証内容の変更。 ・(1)について、本プロジェクトの活動で支援する研修には4種類があり、変更予定の内容について、今回の調査で確認できた点は以下の通りである。 あ) BEmONC研修モジュールが、DocNurse用とMidwife用に分かれること い) POGS-LSS研修実施については中止し、新BEmONC (Midwifery)に一本化する。 う) CMMNC研修については、自然分娩を自宅でとるような印象を与える部位があるため、自然分娩と分娩のサードステージにおけるアクティブ・マネージメントを除く(含む?)形で改訂するか、CMMNC自体をキャンセルし、内容の一部をBEmONC (Midwifery)もしくはWHT TOTIに統合させて実施する方向で検討している。 ・(2)について、保健省では今後、EmONCのネットワークにつながらない形でのStand aloneの分娩施設が増えないよう指導してゆく方であるため、PhilHealthのMCP認証制度について、認証を一時的に中止するよう要請しているとのこと。今後は、MCP認証ではなく、BEmONC認証もしくはMCPプラス認証として、BEmONCの施設へのリファラルが出来る体制にある分娩施設のみが認証されるような制度を導入してゆく。 ・今回の調査で以上のような今後の変更点を確認したものの、研修方針にかかるガイドラインの正式発表はまだなされておらず、研修の新モジュールの完成するまでには一定の時間が必要であることから、本プロジェクトでは、旧モジュールを想定した活動項目を残し、「研修の新モジュールが入手可能となった際にモジュールの切り替えをする」という但し書きを加えた形でPDM・POの内容を修正した。</p>	MNCHN Task Force, DoH-BIHC, DOH-CHD EVとの協議やコメント交換による	
		ターゲットエリア・対象施設の選定は適正か？	△	対象地域選定のクライテリアは適切か？ 対象地域選定のプロセスは適正か？ 対象地域の範囲は適切か？ 対象施設の選定は、保健省の規制と適合しているか？	<p>・対象地域選定のクライテリアは、保健省の戦略実施枠組み、受益者のニーズ、適正な事業実施に必要な条件等が含まれており、内容として適切といえる(クライテリアは別紙参照のこと)。 ・プロセスに関しても、JICA事務所と保健省MNCHNタスク・フォース及び保健省第8地域事務所との間で協議の上合意されたもので、適正であったといえる。 ・先行プロジェクトの対象地域(イフガオ州AMADHS自治体間保健連携ゾーン、ピラン州)は、面積規模で1,679sq.km、人口規模で約20万9000人、出生数規模で4,800あった。今回、レイテ全州とオロモック市全域を対象とすると、面積では28倍、人口では8倍、出生数規模では7倍、BEmONC施設数では2倍、RHU数では4倍、BHS数では5倍、バランガイ数では8倍の規模となる。保健省側は、右に加えて当初国連や他開発パートナーでカバーされないサマル州も対象としてほしいという意向があったが、同時に、州の中で幾つかのILHZを選択して州の数を増やすよりは、州全体を対象として欲しい希望もあった。本プロジェクトの予算を考えると、広いサマルとレイテ州全域には支援がいきわたらないとの試算であったため、選定のクライテリアに沿って、人材の配置が既にあり、セキュリティの問題が少ないレイテ州を選択した。</p>		
	ターゲットと適切性とグループの整合性	ターゲットグループのニーズに合致しているか？	?	母子保健サービス従事者(SHP)のニーズは？	<p>・RHUは、通常の分娩を扱い始めた場所も多いが、緊急対応(BEmONC)やNewborn Care, Newborn Screeningなどの訓練は未だ限定的にしか提供されていないため、訓練を必要としている。 ・RHUでは、件数増加や夜中の分娩に対応するために、職務環境の整備(施設拡充、手当など)が必要となっている。また、都市部の助産師は、保健センター外でクライアントから謝礼をもらっている例があり、クライアント側の支払いを利用料として制度化することに対する抵抗がある可能性もある。</p>		

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項		検討事項・必要なデータ	調査結果	入手方法	備考
		ターゲットグループの選定は適正か?	?	妊産婦・家族・コミュニティのニーズは? 伝統的産婆のニーズは?	<ul style="list-style-type: none"> ・妊産婦やその家族には、交通費、夜の移動、小さな子どもの世話役探しなどの機会費用を伴う施設分娩に対し、自宅分娩を好む傾向もみられるが、医師が在籍する施設での分娩に安心感を感じる傾向も同時に見られる。 ・伝統的産婆のニーズに関しては、現状では妊婦へのカウンセリングや出産助が収入源となっている。社会的な役割として尊敬されている、などの要素があるため、施設での分娩促進でその役割や収入源が損なわれないような対応が必要とされる。 		
日本の援助事業としての妥当性	対フィリピンの整合性支援	日本の援助政策・国別事業実施計画との整合性はあるか?	○	対フィリピン国別援助計画の内容 JICA事業実施方針内容	日本の国別援助計画及び国別援助実施方針では、①雇用機会の創出に向けた持続的経済成長、②貧困層の自立支援と生活環境改善、③ミンダナオにおける平和と安定、を3つの重点分野に掲げており、そのうち②では地域の視点を重視した生計向上や保健・教育など基礎的社会的サービスの拡充に係る支援を行うとしている。さらに、保健医療改善の分野においても、保健セクター改革の支援、地方部の保健システム強化・サービス拡充によるMDG達成の実施、基礎医療に係る施設整備・能力開発を重点支援する方針となっている。	比国援助実施方針の資料レビュー	
	公共公益性	民間セクターの保健・医療組織・団体との競合はあるか	?	・公的セクターと民間セクターの分布・利用状況	<ul style="list-style-type: none"> ・東ビサヤ地域における民間施設での分娩は出産件数全体の5%程度 (NDHS, 2003) となっており、2006年の調査では7%へと増加している。施設での出産だけを取り出して民間・公的施設の割合を見ると、全体の25.7% (NDHS, 2003) に上り、施設分娩を選択した利用者の4分の1が民間を選んだことになる。 ・レイテ州において、民間病院は5件 (うち2件は母子専門: Tacloban Maternity Hospital, Polo Mother and Child Clinic) あり全てが分娩サービスを提供しており、その他クリニックは6件ある。また、LEFADOが支援した個人開業助産師21名がサービスを提供している。 ・オロモック市において、民間病院は3件、民間のクリニックは17件ある。 ・病院以外の民間の助産師は、USAIDによる支援を受けた場合、MCP認証を含めたパッケージで質がある程度確保されるため、「熟練助産師による施設分娩」の促進に沿った動きであり、また、今後、現在80%程度の自宅分娩件数が施設へと転じた際に、Overloadを引き起こし兼ねないため、公的セクターと競合するというよりは、補完しあう関係になると予想される。 ・LEFADOの担当官によれば、民間で開業したCarigara Municipality (Goodwill ILHZ)の助産師は、(USAIDによる支援であること、家族計画サービスも提供していることから) 宗教指導者の訪問を受け、開業を説得されたケースがある。(しかし、Carigaraには3名の開業助産師が存在する) また、現地調査中、民間助産師とmunicipalityの保健センターが競争相手としてお互いのサービスを尊重しない例が2件見られたため、民間とのパートナーシップがお互いの利害を守る形で進捗するよう、介入が必要と思われた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・NDHS, Facility Mapping報告、PIPHなど二次資料レビュー ・PHO, CHOへ確認 	
	日本の技術の優位性	日本の同様の支援実績、日本の経験の有用性などはどうか?	○	日本による過去の母子保健プロジェクトの経験 (ビリラン州/市、イフガオ州/市終了時評価結果)	・JICA母子保健プロジェクト (2006~10) の終了時評価による以下の経験が活用された		
				各ドナーとの連携、財政支援および活動のデマケ WHO, UNICEF, UNFPA, EU	<ul style="list-style-type: none"> ・国連は、WHO, UNICEF, UNFPAがUN Joint Programを実施しており、東ビサヤ地域においては、F-1重点サイトであった東サマル州で母子保健に関連した支援を展開してきた。その他F-1重点サイトであったビリラン州及び南レイテ州には、GTZが保健システム関連の支援をしてきた。 ・F-1が全国展開したのを受けて、国連の合同プログラムは北サマル州にも同様の支援を展開し始めている。 ・基本的に、国連合同プログラムとは、対象地域のデマケと、CHDを通じた実施経験のシェアという形での共存が見込まれる。 		

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項		検討事項・必要なデータ	調査結果	入手方法	備考
その他	他開発パートナーとの連携	援助協調の進むフィリピン政府の状況において、どのようなドナー協調の相乗効果があるか?	?	各ドナーとの連携、財政支援および活動のデマク USAID (PRISM-II, HealthGov)	<p>・USAIDは、東ビサヤ地域に支援を拡大する予定となっており、複数のプログラムの中から、TB-LINC, PRISM-II, HealthGov, HealthPROなどがその候補として挙げられている。各プロジェクトの内容は別紙資料に依るが、USAIDのプログラムの重点は、結核、HIV/AIDSの他に家族計画の普及がある。つまり、高い妊産婦死亡への対策として、本プロジェクトが直接もしくは主題として扱わない家族計画の普及を戦略として取り上げているため、相乗効果が期待できる。</p> <p>・具体的には、家族計画を含む新政策実施のための地方行政へのアドボカシーや体制整備 (HealthGov)、コミュニティレベルにおけるプロモーション (HealthPRO)、民間セクターによる家族計画サービス提供 (PRISM-II) のプロジェクトを通じて家族計画実施率を目指している。</p> <p>・USAIDとの東ビサヤ地域への2回の Joint Mission と PRISM-II, HealthGov, HealthPRO の関係者を含めた協議の結果、HealthGov による州・市町村・独立市による保健投資計画策定能力強化、物資・医薬品調達、アドボカシー、保健情報システム改善などの支援、PRISM-II による公的・民間セクターの連携協力への支援、HealthPRO による助産師のコミュニケーション能力強化は、全て本プロジェクトの目標達成に寄与する内容であることが確認され、今後も情報交換を重ねながら具体的な連携の形を協議してゆくことが合意された。また、USAID 側からは、JICA の事業の中で公的セクターによる家族計画サービス提供の強化に繋がる活動 (研修やスーパービジョン、WHT ガイド作成など) をきちんと実施して欲しいとの希望が上がった。</p> <p>・USAID の PRISM では、民間の助産師開業を支援したが、公共セクター機関とのリンクが弱いことが分かったため、PRISM-II が開始されてからは、統計報告、物資調達、訓練など様々な側面で民間と公的セクターの協力関係を構築してゆくことが提言として出された。PRISM-II では、東ビサヤ地域における母子保健サービスのマーケット調査を行い、民間をサービスの担い手として視野に入れたうえで東ビサヤ地域におけるサービス提供体制の構築に DOH-CHD EV と協議する予定であるため、本プロジェクトもそのプロセスから恩恵を受けることができると考えられる。</p>	USAID 担当官、USAID Project 関係者、UNICEF との協議	

3. 有効性 (EFFECTIVENESS) * 予測

PDM に示された成果とプロジェクト目標の関連性の上で、アウトプット・プロジェクト目標が適正に設定されているか、計画に論理性があるか、を見ます。

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項		検討事項・必要なデータ	調査結果	入手方法	備考
			○	プロジェクト目標は、プロジェクトを実施したことによる直接的な効果として記述されているか (ロジックの確認)	<p>[2014 年までに保健第四地域の事業対象エリアにおいて、安全な妊娠、分娩、産褥期の母親・新生児ケアサービスが強化され、訓練され認証された熟練助産師による妊産婦・新生児へのサービスの質とアクセスが全てのレベルで拡充されることにより、妊娠・分娩・産褥期における母親と新生児の健康が改善する。]</p> <p>・上記、プロジェクト目標の記述 (要請書案) は、3段階もしくは2段階のロジックで構成されている。すなわち:</p> <p>(1) 安全な妊娠、分娩、産褥期の母親・新生児ケアサービスが強化され⇒(2) 訓練され認証された熟練助産師による妊産婦・新生児へのサービスの質とアクセスが全てのレベルで拡充されることにより⇒(3) 妊娠・分娩・産褥期における母親と新生児の健康が改善する。</p> <p>(1) は (2) の言い換えととることもできるが、アクセスと質の拡充という意味が (2) に含まれているため、(1) の発展段階が (2) と考えることができる。(1) はサービスの強化で、どちらかといえればアウトプットの記述と同レベルととらえることができ、プロジェクト目標のレベルがサービスが利用されている状態と整理することを提案する。また (3) はどちらかと言えば上位目標レベルの記述といえる。</p>		

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項	検討事項・必要なデータ	調査結果	入手方法	備考
	プロ 目 標 の 設 定	プロジェクト目標はプロジェクト実施期間内に十分達成可能なものか？	△ プロジェクト目標は、期間内に達成されるか	<p>[プロジェクトの終了時まで、東ピサヤ地域におけるプロジェクト対象地域において妊産婦と新生児(newborns) が安全な妊婦ケア、出産ケア、産褥/産後ケアを受けられるようになる。]</p> <p>プロジェクト目標の記述は、要請書を基にレイテ州・オロモック市・東ピサヤ地域の保健関係者との協議によって合意された内容となっている。具体的には、以下を達成することを目指している。</p> <p>(1) 70%の出産が有資格者の熟練助産者によって扱われること。 (2) 50% (レイテ州) / 65% (オロモック市) の出産が保健施設で扱われること。 (3) 70%の妊婦が最低4回産前検診を受けること。 (4) 80%の妊婦が新生児/乳児を連れて産後検診を最低1回受けること</p> <p>上記(1)(2)については、国家目標が80%となっているものの、ベースライン値を使った介入のシミュレーションをした結果、達成可能な数値を提示し、カウンターパートと合意した。しかしながら、オロモック市は助産師の数が少なく、SHPによる介助率も低いいため、再度精査が必要になる可能性がある。(2)については、DOHのコメントでオロモック市の目標値が増加したため、オロモック市保健局を通じて確認中だが、CIPHでは70%となっているため、問題はないと史料(3)に関しては、現時点では妊婦健診3回以上の割合のベースラインしかなく、妊娠初期を含む4回以上に指標を変更した場合に現在の指標値より激減する可能性があるため、国家目標値の80%より低い70%とした。(4)は、既にベースライン値が高いと考えられるものの、データの信頼性に問題(BHWによる訪問をカウントするなど)があることが推測される。しかしながら、施設分娩が進めば自動的に産後検診が進むことを見込んで、PHO/CHOとの協議の結果、80%を目指すこととした。</p>		
		プロジェクト目標の指標は目標の内容を的確にとらえているか？	<p>【要請書案】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・妊産婦死亡率 ・新生児死亡率 ・70%の出産がSHPによって扱われる ・70%の出産が保健施設で扱われる ・70%の妊婦が妊婦健診を最低4回受診する ・50%の妊婦が妊娠初期に最初の検診を受ける ・70%の出生児が28日以内に新生児ケアを受ける ・15のRHUがBEMOC施設として機能する ・5のBHSが出産施設として機能する ・3の病院がCEMOC施設として機能する 	<p>・要請書の指標は、上位目標レベル、プロ目レベル、アウトプットレベルの指標が混在しているため、以下のとおり整理した:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 原案の妊産婦死亡率と新生児死亡率は、プロジェクトが4年間で目指す指標として適切とはいえず、上位目標のものと重複しているため、削除。 - 15のRHUが...機能する、は、どちらかと言えばアウトプット指標となるため、アウトプットレベルに移動。 - その他の指標は上欄のとおり整理した。 <p>-(4)は、新生児が産後のケアを受けることをモニタリングするとの意図があったが、通常報告されているFHSISには、新生児関係の指標が限られており、産後ケアの指標で代替した。保健省では、新生児の健康にかかる指標の改善を検討しているため、より適切な指標が取得でき、通年でデータが入手可能であれば、変更が望ましい。</p>		
		プロジェクト目標の指標は適切か？	○ コスト・時間・労力の面で負担が大きすぎないか。モニタリングの手段として活用できるか。	<p>(1) 70%の出産が有資格者の熟練助産者によって扱われること。 (2) 50% (レイテ州) / 65% (オロモック市) の出産が保健施設で扱われること。 (3) 70%の妊婦が最低4回産前検診を受けること。 (4) 80%の妊婦が新生児/乳児を連れて産後検診を最低1回受けること</p> <p>(1)~(4)までの指標は、すべて地域保健サービス情報システムFHSISのデータから抽出可能なデータとなっており、コスト・時間・労力の面での負担は最小限に留められている。しかしながら、データの信頼性に一部問題があるため、USAIDとも連携し、指標の定義などを末端まで徹底させる必要がある。(3)については、2008年では最低3回との報告で、2009年から最低4回移行する予定となっている。最低4回に妊娠初期の検診1回が含まれていなければならないという定義が末端まで徹底されれば、モニタリングの手段として十分使用可能であるが、検診の質に関しては他の手段で確認する必要がある。(4)については、現時点で報告されている指標はレイテ州で68%、オロモック市で91%となっているが、BHWによる産後訪問で1回と数えている例が見られたため、実際の産後ケアの内容に疑問が残るものの、有資格者による産後ケアの提供に限定して記録を徹底すれば、指標として有用な可能性があるため残した。新生児への産後ケアの内容を捉える指標としては適用できないため、他の方法を模索する必要がある。SHPの出産に関しては、保健省のコメントにより目標指標としてではなくモニタリング指標とすることが適切。</p>		

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項	検討事項・必要なデータ	調査結果	入手方法	備考
計画の論理性	プロジェクトの適切性アプローチの	プロジェクト目標に対し必要なアウトプットが網羅されているか？他の代替手段を考え比較検討されたか？	<p>【要請書案】</p> <p>1) 全てのレベルにおいて質の高いEmOC/MCH サービスがアクセスに問題なく提供される</p> <p>2) 地方政府のサービス提供者が質の高いMCH/EmOC サービス提供に必要な技術・管理のスキルを向上させる</p> <p>3) 自身・新生児のために医療ケアを求める妊婦・母親の決断能力が改善する</p>	<p>・右要請書案を、以下のように変更した。</p> <p>(1) BEmOC/MCH サービスを提供している施設が増加する。</p> <p>(2) MNCHN/BEmOC サービスを提供するための政府のサービス提供者の技術スキルが向上する。</p> <p>(3) BEmOC/MNCHN サービスを導入しその質を維持するための保健省東ピサヤ地域及び州/市保健局の機能が強化される。</p> <p>(4) BEmOC サービス提供施設がカバーする地域において、女性の健康チーム (Women's Health Teams: WHTs) が組織化され活動を継続している。</p> <p>(5) BEmOC サービス提供施設がカバーする地域において、妊産婦とその家族に対する政治的な支援が強化される。</p> <p>・保健改革 (F-1政策) の4本の柱である、ガバナンス、制度、保健財政、サービス提供</p>		
		プロジェクトの適切性アプローチの	<p>？ これまでに検証されたEvidenceに沿った戦略か？</p>	<p>・1999年WHO, UNFPA, UNICEF, WBによって発された共同声明「全ての女性が熟練従事者 (医師・看護師・助産師) による妊婦・助産・産後ケアを受ける」、及び2004年のWHO報告「一次施設からレファラルレベルのクリニックまたは病院までの交通手段を含む、継続ケアを実施するための機能的な保健システム」を妊産婦に提供することによって最大限の成果を上げるという方針にも一致している。また、2006年Lancet紙の特集"Maternal Survival Series"の学術論文では、これまでのEvidenceに基づき「一次医療施設による分娩の促進と搬送可能なレファラル病院によるバックアップ」という唯一戦略を訴えており、保健省のMNCHN戦略は、この戦略を具体化したものとなっている。</p> <p>・新生児死亡削減のための費用対効果が高い介入に関する研究 (Lancet Neonatal Survival Series 2005) では、出産時のケアと産後ケア (産褥婦・新生児両方) が90%のカバー率で提供された場合、妊産婦検診の提供と比べて新生児の死亡に対し2~3倍の効果があるとしている。その反面、出産ケアのランニング・コストは産後ケアのそれと比較して2倍程度であり、決して安価な代替戦略ではない。</p>		
		プロジェクトの適切性アプローチの	<p>○ 現存する問題に対処しているか？</p>	<p>・フィリピンにおいては、約半数のお産が少なくとも一つのリスク要因を伴うとされている。本プロジェクトでは、アウトプット (1)~(5) を通じて、妊産婦・新生児死亡早期削減に向けた保健改革実施に関する行政令で挙げられた4つのリスクの中で、リスク2) 妊娠中の適切なケアが確保できないことによるリスク、リスク3) 熟練助産師の介助や緊急出産ケアへのアクセスがないというリスク、4) 母親と新生児が適切な産褥期・産後ケアを受けられないというリスク、の3つに対処するものである。</p> <p>・上記戦略のうち、CEmONCの部分とEmONCのうち施設改善、人材配置等は保健省及び地方政府側がその体制を整備することになっており、JICAはEmONCの機材や訓練に対する技術支援を担当するという分担になっている。</p> <p>・上述の4つのリスクの中で、リスク1: 時期・計画・希望・家族等による支援が不適切な妊娠に伴うものに対する対処方法が外部条件となっている。→USAIDの民間FPサービス拡充への支援に期待。</p> <p>・本プロジェクトのアプローチが有効であるか否かは、実施中にMaternal Death Reviewを通じて母体死亡の原因をモニタリングし、必要に応じてプロジェクトのアプローチの適切性を確認する必要がある。</p> <p>・一方、新生児死亡は全国で乳幼児死亡の半分以上を占め (NMR 17/1,000LB, IMR 29/1,000LB: 2003NDHS)、東ピサヤ地域では2/3 (NMR24/1,000LB, IMR 36/1,000LB: 2003NDHS) を占める。五歳未満の子どもの死亡率は過去15年間の間に出生千あたり55 (1998~92年) から34 (2003~07年) へと、また乳児死亡率は同34から25へと減少傾向が認められ (NDHS: 2008)、保健省では今後、新生児の死亡を抑えることで、MDG目標である五歳未満児死亡率21が達成可能であると見ている。一方、新生児死亡に対処する戦略として、妊産婦へのケア (特に出産時のケアから産後ケアへの継続ケアの考え) 強化はWHOの取りまとめたEvidenceに沿っており、適切と言える。</p>	<p>妊産婦・新生児死亡早期削減に向けた保健改革実施に関する行政令、2004年WHO世界保健報告、Lancet、WHO, UNFPA, UNICEF, WB (1999)</p>	

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項	検討事項・必要なデータ	調査結果	入手方法	備考
	外部条件	アウトプットからプロジェクト目標に至る迄の外部条件は適切に認識されているか？	○ 外部条件のアセスメント	要請書のPDMにあった外部条件について、以下のとおり対応した。 1) 危険な・・・に関して: プロ目から上位目標のレベルに移動 2) 国家・地域政策・・・に関して: 前回のプロジェクトでの経験から、また大統領選挙が近く現時点ではアキノ候補が優勢ということもあり、政策の変更はあり得る状況であるため、外部条件に残してモニタリングをする必要がある。 3) 母子の安全・健康・・・に関して: 現在の政権は、レイテ州・オロモック独立市両方において協力的であり、今年の選挙で再選される可能性が大きいものの、市町村レベルの協力見通しが推測できないため、外部条件に残してモニタリングをする必要がある。 4) 家族計画のカバー率・・・に関して: プロ目から上位目標のレベルに移動 5) 新生児へのサービス・・・に関しては、阻害要因というよりはプロジェクトの成果を測るための手段であると共に、プロジェクト戦略の見直しが必要である場合の重要な情報源であるため、プロジェクト内部の活動とすることが望ましい。		
	阻害要因	プロジェクト目標を達成する阻害要因はあるか？	○ 阻害要因とプロジェクトの対処方法	・上記以外に、以下の上位目標の達成に必要な要素を外部条件に追加した。 (1) CEmONC サービス提供予定施設への支援が確保される。(本プロジェクトの支援対象とはならなかったため) (2) 訓練を受けた医療従事者が同地域において職務を継続する (3) BEmONCサービス提供施設及びCEmONCサービス提供施設への道路の維持・メンテナンスが実施されるか、改善される		

4. 効率性(EFFICIENCY) *予測

PDMIに示された投入とアウトプットの関連性の上で、プロジェクトの資源が有効活用されるか、投入に見合う成果ができるか、をみます。

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項	検討事項・必要なデータ	調査結果	入手方法	備考
		アウトプットは、プロジェクトの中で十分に達成可能なものか？	○ プロジェクト期間中に達成可能か (1) BEmOC/MCHサービスを提供している施設が増加する。 (2) MNCHN/BEmOCサービスを提供するための政府のサービス提供者の技術スキルが向上する。 (3) BEmONC/MNCHNサービスを導入しその質を維持するための保健省東ピサヤ地域及び州/市保健局の機能が強化される。 (4) BEmONCサービス提供施設がカバーする地域において、女性の健康チーム(Women's Health Teams: WHTs)が組織化され活動を継続している。 (5) BEmONCサービス提供施設がカバーする地域において、妊産婦とその家族に対する政治的な支援が強化される。	1) レイテ州のBEmONC対象施設は、病院2件とRHU18件、Birthing StationとしてBHS格上げが5件と計画されている。オルモック市については、Health Center5件がBEmONC施設格上げ予定である。先行プロジェクトの2倍のBEmONC施設数という規模であり、LGUによる施設改修が遅延なく実施され、調達過程における関係機関(NEDA, LGU、保健省)との調整が成功裏に実施されれば、達成可能と考えられる。 2) 同上で、上記規模で訓練JICA予算の確保は可能であるが、研修受講者の国内交通費、保健センターにおける代替要員の配置など地方自治体による負担分が確保できれば、達成可能と考えられる。但し、訓練を受けた者が職務に戻らないもしくは退職した場合、効果が限定される(外部条件) 3) 対象地域面積が先行プロジェクトの28倍であるゆえ、コスト効率の良いサービスの質の管理への工夫が課題となる。 4) 全てのバランガイごとにWHTチームが一つ作られるとすれば、バランガイ数では8倍、BHS数では6倍、対象地域面積では28倍の規模となるため、先行プロジェクトと同様の介入は不可能。従って、BEmONCサービス提供施設がカバーする地域(レイテ州18市町村531バランガイ、オロモック市全110バランガイ)に限定し、その中から50%のバランガイに絞って実施することにより、達成可能性を高めた。 5) これら政治的支援を獲得するための活動は、既に機能しているILHZ(7程度)を通じて実施される予定であるが、特にBEmONCサービス提供施設がカバーする市町村に重点を置いて効果発現を目指す。プロジェクトによって一定程度の投入が入る市町村では、自治体のコミットメントが引き出しやすいという根拠から、達成可能性は十分ある。	先行プロジェクトの経費実績による試算結果、市町村レベルの現地調査収集情報による分析	
		アウトプット1:	○ 1-1. 対象施設の100%がBEmONCサービスを提供している(Leyte 18 RHUs; 2 CHs, Ormoc 5 DHCs) 1-2'3. BEmONC対象施設の100%がPhilHealthのMCP認証を受け、定期的に還付金を受けている。	指標1-1は「BEmOC/MCHサービスを提供している施設が増加した」状態を直接測定し、指標1-2, 3はそのサービスが継続するための一条件を測定している。		

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項	検討事項・必要なデータ	調査結果	入手方法	備考
	アウトプットの設定	アウトプットの指標は内容を的確にとらえているか？	<p>アウトプット2:</p> <p>2-1. 訓練受講対象者の100%が BEmOC 訓練受講 (Leyte 26, Ormoc 5 teams)</p> <p>2-2. 訓練受講対象者の100%が BEmOC Midwifery 訓練受講 (Leyte 105, Ormoc 20 助産師)</p> <p>2-3. 研修受講対象者の100%が maternal and neonatal care 研修受講 (Leyte 105, Ormoc 18 名)</p> <p>2-4. 訓練受講者の80%が技術査定スコアが "satisfactory" レベル</p>	<p>指標2-1~2-3までは、活動レベルの指標(プロセス指標)。2-4は訓練受講者の技術レベルを査定することによって、アウトプット2の達成度をより直接的に測る指標。</p>		
			<p>アウトプット3:</p> <p>3-1. 年間にILHZ及び州/市レベルにおいて80%の母体死亡・新生児死亡の症例検討が実施され、フォローアップが実施される</p> <p>3-2. MNCHN およびEmONC のモニタリング・指導ツールがRHU/DHC で入手可能である</p> <p>3-3. プロジェクト期間中に、プロジェクトの経験が最低10回地域・全国レベルの会合で共有される。</p> <p>3-4. 緊急参加ケアのリファラル現状調査報告が作成される</p>	<p>指標3-1~3-4 は、それぞれDOH-CHD, PHO, CHOIに期待される複数の機能の活動が実施されているかどうかを確認するプロセス指標となっている。これら保健行政組織の管理能力そのものを測る指標ではないため、モニタリング・評価時には適宜定性的な測定で補完することも一案。</p>		
			<p>アウトプット4:</p> <p>4-1. 東ビサヤ地域においてWHTガイドが出版</p> <p>4-2. オリエンテーションを受けたWHTのトレーナー数(目標: BEmONC 施設カバー地域より36 in Leyte, 10 in Ormoc)</p> <p>4-3. 対象バラングイ(531 brgys in Leyte; 110 brgys in Ormoc)のうち、最低50%が優先的にWHTのオリエンテーションを受ける</p> <p>4-4. 上記優先バラングイ(266 brgys in Leyte, 55 brgys in Ormoc)の標本調査において、妊婦の80%が自身の出産計画を持つ</p> <p>4-5. 上記優先バラングイ(266 brgys in Leyte, 55 brgys in Ormoc)の標本調査において、80%のWHTsが活発に活動している</p>	<p>指標4-1~4-3までは、このアウトプットを得るための活動が実施されているかどうかを確認するプロセス指標となっている。</p> <p>指標4-4~4-5までは、上記の活動の結果、得られるべき成果をより直接測るものであるが、対象バラングイの数が大きく、標本調査などで収集する必要がある。</p>		
			<p>アウトプット5:</p> <p>5-1. BEmONC サービス提供施設 (RHU/DHC) の100%が妊婦カードまたは母子健康手帳を妊婦に配布</p> <p>5-2. オロモック市全域とレイテ州のBEmONC サービス提供施設 (RHU) でカバーされた地域100%が母子保健関連の条例を施行(施設分娩推奨と利用料規定)</p> <p>5-3. BEmONC サービス提供施設 (RHU/DHC) 100%が利用料を徴収</p> <p>5-4. オロモック市全域とレイテ州のBEmONC サービス提供施設 (RHU) でカバーされた地域100%が女性の健康チーム関連の条例を施行 (WHT へのインセンティブ)</p> <p>5-5. 貧困世帯の80%が州・市・市町村による予算配分によりPhilHealthでカバーされている(2009 baseline: around 70% in Leyte, 41% in Ormoc)</p> <p>5-6. BEmONC サービス提供施設 (RHU/DHC) 100%が利用料かMCPの還付金をWHTとシェア</p>	<p>5-1、5-2、5-4、5-5については、「政治的な支援」が条例や予算配置などの形となって現れた状態を測る指標であり、5-3、5-6は条例がきちんと施行されているかどうかを確認する指標となっている。「妊産婦とその家族に対する政治的な支援」には様々な形が考えられるが、その一部を選択的に指標化したもので、アウトプットの達成状況を判断するために適切な根拠を提示すると考えられる。</p>		

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項	検討事項・必要なデータ	調査結果	入手方法	備考	
費用対成果・結果	投入に見合う成果・結果がでるか？	アウトプットの指標は測定可能か？入手可能か？	○ 必要な指標を測定しているか、コストがかかっていないか、モニタリングが可能か	一部、研修後のフォローアップ調査や標本調査を実施する必要がある指標があるものの、それ以外は低コストで入手も容易い指標が多い。			
		成果に対し、必要な活動が網羅されているか？	?	・活動項目は、先行プロジェクトの実績を参考にしながら、可能な投入量を調整しつつ調査団によって提案され、DOH-CHD EV、PHO、CHOカウンターパートと協議の上決定された。 ・対象地域の規模が先行プロジェクトと比較して大きいため、特にアウトプット5の成果に対し、先行プロジェクトでは活発に実施されたバランガイ・レベルでの母子保健推進活動を割愛する構成となっている。その代替として、ILHZの技術管理委員会・理事会を対象として、地方自治体に政策支援を直接働きかける活動を主体とした。同じ成果に到達するために種の異なる活動を提案しているため、現時点で必要な活動が網羅されているかを見極めるのは困難である。			
		設定された成果は投入予定の資源量に見合ったものか？	○	・EmONC体制強化に向けたプロジェクトの介入内容は？ ・対象地域は？	・対象地域の選択や、各アウトプット・コンポーネントの介入スコープは、本詳細計画調査に先立ち、先行プロジェクトの介入単価の試算を行い、どの程度の対象地域をカバーし得るかを検討した結果、決定されたものである。 ・対象地域及び介入スコープが決定された後、その投入を以ってプロジェクト目標の達成が可能であるかどうかを、FHSISのベースラインを使用してシミュレーションで確認した。		
		予定されている投入を十分に活用するための、専門家のTOR、カウンターパートのTORは明確か？(明確になるメドはたつか？)	×	専門家のTOR、各プロジェクト関連組織、CPのTORの確認	・先行プロジェクトでは、長期専門家は2.5名体制(チーフ・アドバイザー、調整員/研修管理、JICA事務所配置の公衆衛生/プログラム調整)で、プロジェクトサイトに現地雇用のアシスタント・マネージャーが常に2~3名配置されていた。短期専門家は主に運営指導、モニタリングや特定調査の支援を行った(5名、計6.5MM)。 ・本プロジェクトでは、専門家数や分野は現時点では特定されていない。 ・プロジェクトの実施体制は、調整・管理・執行委員会のTORは、MM案に記述されたとおり。各プロジェクト関連組織(DOH-BIHC、MNCHN Task Force、DOH-CHD、PHO/CHO)と詳細計画調査団との間で協議の結果作成されたものである。MM案は、JICA事務所に引き継がれ、12月上旬にサインされる予定である。		
		活動からアウトプットに至るまでの外部条件は適切に認識されているか？	○	外部条件が満たされる可能性	要請書にあった外部条件、「全ての医療従事者がコミットメントを持っている」は、恐らく、国外移住などによる転出や勤務を指すと思われるため、表現を変えた。この条件は、先行プロジェクトにおいても阻害要因となっていたため、外部条件として残し、アウトプットからプロ目レベルへの外部条件に移動した。		
		△	その他に外部条件はないか？	以下の外部条件を追加した。 新生児サービスのデータがTCLから抽出され特別報告としてまとめられる >>>新生児ケアにかかるサービスの現状や問題点を把握する必要があるが、データが欠如している。プロジェクト内部でもある程度支援が可能な部分であるが、中央保健省レベルでデータ確保や報告の仕組みが作られる必要性があり、その部分には介入が限定されるため、外部条件として残した。 リファラル・システムのマニュアルが配布される >>>現地調査では、リファラルがスムーズに行っていない状況が示唆される状況が観察され、これはEmONCリファラルにも影響する。マニュアル策定は保健施設の合理化計画と共に進行中であり、その実施状況をモニタリングする活動が本プロジェクトで支援される予定であるため、外部条件に含めることとした。 レイテ州、オロモック市において、PhilHealthのカバー率が維持される >>>これは、貧困世帯だけでなく、PhilHealth全体のカバー率である。MCP認証を取得した組織において還付金によるサービス継続が促進されることが重要であるため、外部条件として追加した。			

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項	検討事項・必要なデータ	調査結果	入手方法	備考	
費用 対 証 効果 の		投入の規模、質、タイミングはプロジェクトの戦略を考えた上で適切に設定されているか？	?	PO案で活動を円滑に実施できるよう、投入の時期が計画されているか。	<ul style="list-style-type: none"> 先行プロジェクトの経験を纏めた「Teaming UP」や、終了時評価報告書の内容、及び保健省側の希望（BEmONC研修の最優先実施）を加味し、まず、詳細計画調査団が、PO案の活動、実施時期、実施主体、資金拠出先など詳細にいたる項目をまとめた。 そのPO案を、まずはDOH-CHDとの協議で確認し、さらに、PHO、CHOの主要スタッフ及びDOH-REPの参加のもと、すべての項目について綿密に確認を取った。 PO案に記載された活動、実施時期、資金出先など項目について、1年目に実施する部分に関しては、PHO、CHOが策定するAnnual Operation Plan(2010年版)に内容を統合するよう調査団側が要請し、カウンターパート側の了承を得た。 		
		費用対効果のエビデンスを考慮しているか？	○	費用対効果のエビデンス(妊産婦死亡減少、新生児死亡減少)	<ul style="list-style-type: none"> 2006年Lancet紙の特集"Maternal Survival Series"の学術論文では、これまでのEvidenceに基づき「一次医療施設による分娩の促進と搬送可能なリファラル病院によるパックアップ」という唯一戦略を訴えており、保健省のMNCHN戦略は、この戦略を具体化したものとなっている。 介入により獲得できるDALYに対しコストの最も低い介入には、「母乳保育促進」や「破傷風接種」、「コミュニティにおける新生児肺炎の管理」などが挙げられ、CEmONCやBEmONCの医療介入は効果的でありながら安価ではない介入の部類に入るものもある(BMJ Volume331)。しかしながら、MDGの達成にはコミュニティ・家族レベルでの活動、妊婦検診や自宅分娩などのアウトリーチの他に、臨床介入を加えたパッケージ実施が不可欠であり、学術論文の多くは予算が許す範囲内で実施することが望ましいとの見解が記されている。 2005年Lancet紙の特集"Neonatal Survival Series"の学術論文の「Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save?」では、新生児死亡削減のための費用対効果が高い介入の中に、出産時のケアと産後ケア(産褥婦・新生児両方)が90%のカバー率で提供された場合、妊産婦検診の提供と比べて新生児の死亡に対し2~3倍の効果があるとしている。その反面、産後ケアのランニング・コストは産後ケアのそれと比較して2倍程度であり、決して安価な代替戦略ではない。 	"Neonatal Survival 2: Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save?," Lancet 2005; 365: pp. 977-988. "Achieving the millennium development goals for health: Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries," BMJ volume 331, 12 November 2005, pp. 1107-1110.	
		既存の活動や努力と重複がないか	△	UNICEF, PRISM-II,GTZ, UNFPAの支援内容	<p>以下のとおり、UN JOINT PROGRAMとは対象州のデマケを行うこと、USAIDでは同じ対象地域において補完的な連携を念頭に情報交換を継続する方向を確認したため、支援内容の重複はない。</p> <ul style="list-style-type: none"> UNICEF/UNFPA/WHOは、UN JOINT PROGRAMの中で、北サマール州およびサマール州に支援してきており、母子保健分野の支援も含まれている。今後2年間は同様の支援を同地域で継続する予定。 GTZは、南レイテ州及びビリラン州において、保健システム強化のための支援を実施してきたが、2009年12月で引き上げの予定。 USAIDは、東ビサヤ地域の一部でPRISM-I(民間セクターの家族計画・母子保健サービス提供)への支援を展開してきており、今後も対象地域を拡大した形でPRISM-IIへの支援を展開する予定。今後は、PRISM-IIに加え、HealthGov、HealthPROの活動も東ビサヤ地域に展開を予定している。今回の詳細計画調査では、合同調査を2回と連携内容の協議の機会を1回持ち、こちら側の支援内容を共有し、連携の可能性について協議した。 		
	既存の地方政府による母子保健プログラムの内容	○	既存の母子保健プログラムの活動や努力と重複がないか？	<ul style="list-style-type: none"> 本プロジェクトは、外部から異なるプログラムや活動を持ち込むのではなく、比国の新MNCHN政策の実施を側面支援するものであるため、重複はない。 			

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項	検討事項・必要なデータ	調査結果	入手方法	備考
	過去利用投し・教訓の有効	過去の支援で得られた成果は、本プロジェクトにどれだけ活用される予定か？	○ 母子保健プロジェクトで創出されたリソースは？ その中で活用可能・活用が望ましいものはあるか？	・CMMNCのTOTが全国的に実施されたため、DOH-CHD EVやPHOにリソースパーソンが存在しており、CMMNCのモジュールを使用して訓練を実施するのであれば、有効活用が可能。 ・先行プロジェクトにおけるビラン州の経験は、東ビサヤ地域で既知の例となっており、現在までも多くの関係者の訪問がある。本プロジェクトにおいても、その経験がビラン州の負担にならないような形で共有されるよう、活動項目が立ててある。		
		他のプロジェクトの教訓は生かされているか？	△ 母子保健プロジェクトの教訓は？ 他開発パートナーの援助の教訓は？			

5. インパクト (IMPACT) *予測

プロジェクトの実施によって、より長期的、間接的な効果や、波及効果の可能性を見ます。

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項	検討事項・必要なデータ	調査結果	入手方法	備考
上位目標		上位目標はプロジェクト終了後3-5年に達成されるようなレベルに設定されているか？	○ 目標値はベースライン・データに照らし合わせて妥当か、事後の評価で効果が検証できるか	目標値は、以下のように設定された。 1. 東ビサヤ地域の妊産婦死亡比が2008年から2018年までの間に年間2.9以上のペースで減少する(ベースラインは2008 NDHS 報告で入手の可能性有) 2. 東ビサヤ地域の新生児/乳児死亡率が2008年から2018年までの間に年間0.63/1.05以上のペースで減少する(ベースラインは2008 NDHS 報告で入手の可能性有) 3. レイテ州及びオロモック市の妊産婦死亡数が、2008年から評価時点までに減少傾向に転じる(2008年ベースライン: Leyte 17, Ormoc 11) 4. レイテ州及びオロモック市の新生児死亡率が、2008年から評価時点までに減少傾向に転じる(2008 baseline: Leyte 79, Ormoc 18) 5. レイテ州及びオロモック市の施設分娩の割合が、評価時点までに80%に増加する(国家政策で設定された目標値) 1. の妊産婦死亡比は、地域レベルで計算されることは稀であるため、入手は困難であろうことが予想されるが、MDG達成のための支援であるため、上位の目標に残した。必要に応じてスーパーゴールに持つてくるという判断も可能であるし、データ入手が出来る場合、目標値で記載のある減少ペースは、1990~2006年の期間の実績値データから保健省が算出した値であり、3-5年後に検証できる指標でもある(この点は、2.についても同様:減少ペースの実績値データは1988~2008年)。 3. 4.の指標は、施設分娩の普及や新生児死亡統計の改善により、一時的に増加する可能性が高いが、事後評価時点では、効果の検証が可能であろうと考えられる。 5. は、プロジェクト終了時に使用する指標と同じものを目標値を上げて提示したものであり、効果の検証は十分可能。		
		上位目標の指標は目標の内容を的確にとらえているか？	○ 上位目標の指標の的確性	・「妊産婦死亡と新生児死亡を減少させる」目的に対し、死亡比・死亡率、死亡数で測定しているため、的確と言える。		
		上位目標の指標は測定可能か？	○ 必要な指標を測定しているか、コストがかかっていないか、モニタリングが可能か	1. の妊産婦死亡比は、地域レベルで計算されることは稀であるため、入手は困難であろうことが予想される。2. は、NDHSやFamily Planning Surveyより入手可能。 3・5の指標は、FHSISの業務統計や、Family Planning Survey等より入手可能。		
		上位目標はプロジェクトの効果として発現が見込まれるか？	○ 上位目標はプロジェクトを実施したことによる直接的な効果として達成されるものか(ロジックの確認)	世界的にも熟練助産者による介助率や施設分娩の割合と妊産婦死亡比・新生児死亡率が連動することが知られており、プロジェクト介入の直接的な成果が妊産婦死亡比・新生児死亡率の低下に繋がるロジックは正当なものと考えられる。	WHO報告2005年	
		上位目標と開発課題の関連性・理論は明確か？	○ フィリピンのセクター開発課題と上位目標の関連性	MDG達成に直結しているため、明確と言える。		

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項	検討事項・必要なデータ	調査結果	入手方法	備考
因果関係		上位目標に至るまでの外部条件は満たされる可能性が高いか？	○ 外部条件が満たされる可能性	<p>要請書のPDMにあった外部条件について、以下のとおり対応した。</p> <p>1) 危険な・・・に関して: フィリピンでは、毎年310万件余りの妊娠がある中で、その15%は人工妊娠中絶に繋がり、31%は望まれない妊娠であるといわれる(2006, Guttmacher Institute)。つまり、半数に近い143万件は人工妊娠中絶に繋がる望まれない妊娠であることになる。さらに、東ビサヤ地域はビコール地域と並んで望まれる子ども数と実際の子どもの数の差が全国で一番大きい地域である。実際の人工妊娠中絶率は全国平均より低いものの、プロ目から上位目標のレベルでの阻害要因に十分なり得るため、移してモニタリングする必要がある。</p> <p>2) 国家・地域政策・・・に関して: 前回のプロジェクトでの経験から、また大統領選挙が近く現時点ではアキノ候補が優勢ということもあり、政策の変更はあり得る状況であるため、外部条件に残してモニタリングをする必要がある。</p> <p>3) 母子の安全・健康・・・に関して: 現在の政権は、レイテ州・オロモック独立市両方において協力的であり、今年の選挙で再選される可能性が大きいものの、市町村レベルの協力見通しが推測できないため、外部条件に残してモニタリングをする必要がある。</p> <p>4) 家族計画のカバー率・・・に関して: 東ビサヤ地域では、州・独立市レベルでの条例が家族計画の実施を限定する内容のものが多く、伝統的なメソッドの割合が高い地域である。家族計画実施率(特にモダンメソッド)を上げるための支援をUSAIDのプログラムが同地域で実施する予定ではあるものの、(1)で述べた現況も加味し、外部条件に残してモニタリングをする必要がある。</p> <p>5) 新生児へのサービス・・・に関しては、阻害要因というよりはプロジェクトの成果を測るための手段であると共に、プロジェクト戦略の見直しが必要である場合の重要な情報源であるため、プロジェクト内部の活動とすることが望ましい。</p>		
			? プロジェクト目標達成後、上位目標が達成されるために必要な外部条件がすべて認識されているか	<p>・上記以外に、以下の上位目標の達成に必要な要素を外部条件に追加した。</p> <p>(1) CEmONC サービス強化。(本プロジェクトの支援対象とはならなかったため)</p> <p>(2) 保健施設までのアクセス(道路等)</p> <p>(3) 妊婦の栄養状況</p>		
		直接的・間接的に裨益をうける集団はどのくらいの規模か？	○ ・各地域の人口 ・各地域の出産推定数	<p>[直接的な裨益を受ける集団] 保健行政従事者: DOH-CHD、PHO、CHOスタッフ 医療従事者: アウトプット指標参照 レイテ州妊産婦(出産推定数3.5%): 46,817 新生児(出生数): 32,111 レイテ州妊産婦(18の自治体のみ): 19,012 新生児(出生数): 13,027 [42%] オロモック市妊産婦(出産推定数3.5%): 6,335 新生児(出生数): 4,862</p> <p>[間接的な裨益を受ける集団] レイテ州全人口: 1,337,616 (うち18自治体のみ: 555,537 [42%]) オロモック市全人口: 180,989</p>		
		直接的・間接的な技術移転対象者の数はどの程度か	△ ・BEmONC指定を受けた施設数、SHPの数等 ・直接的な技術移転対象者の数	<p>・BEmONC指定を受けた施設数は、45RHUのうち18施設(カバーする人口は全州の41%)</p> <p>・BEmONC訓練受講対象(Leyte 26, Ormoc 5 teams=93名)、LSS訓練受講(Leyte 105, Ormoc 20 助産師=125名)、CMMNC研修受講(Leyte 105, Ormoc 18名=123名) 全体で、93+125+123=341名</p> <p>・地域全体のSkilled Health Professionals【医師(LeyteFSS44、Ormoc:8)、看護師(LeyteFSS59、Ormoc 8)、助産師(Leyte 282、Ormoc 24)】は425名。全体の80%が訓練を受けることになる。</p> <p>・参考までに、BHWは(Leyte 4,785、Ormoc 254名)、TBAは(Leyte 783、Ormoc 87名、BNS(Leyte ?, Ormoc 90名)。</p>		

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項	検討事項・必要なデータ	調査結果	入手方法	備考
波及効果		政策へ何らかの影響を及ぼしているか？	△ 政策策定に有用なレッスンがプロジェクト実施を通じて得られるか？そのポイントは何か？ 政策策定に影響を与える組織との接点が活動・実施体制に組み込まれているか？	<ul style="list-style-type: none"> 本プロジェクト実施に際し得られる有用なレッスンとして以下の点に可能性があろう。 <ol style="list-style-type: none"> 1) 施設分娩率向上に有効な要素は何か？(WHTは本当に有効か) 2) ILHZ経由のアドボカシーはどの程度の効果を生むか？(バランガイにおける活動への直接介入を限定したことによるプロジェクトの成果への影響) 3) ビラランの経験はどの程度他の東ビサヤ地域(アクセスの悪い地域)に適用可能か？ 4) MCPの還付金や利用料の徴収は、BEmonCサービスの提供のための財政的な自立発展性を高められるか？ 得られたレッスンがある場合、CHD EVやPHO/CHOによって、他州、他地域に発表されるように活動項目が立ててある他、JCCが中央保健省レベルで開催される予定となっている。 		
		負のインパクトはないか？	？ ・個人開業している助産師、Hilotへの影響はどのようなものか？ ・母体死亡、新生児死亡が報告されないリスクはあるか？ ・その他？	<ul style="list-style-type: none"> 本プロジェクトでは、Hilotに対し、出産の介助は禁止する方向で行くが、WHTへの参加を通じてインセンティブ受領の機会が与えられる予定であり、経済的損失やコミュニティにおける役割の損失などに配慮がされている。 都市部では、民間の病院・クリニックや個人開業助産師、RHUやBHS付の助産師、Hilotなどが出産介助サービスを提供している。公的セクターで利用料が設定されていない市町村では、RHU/BHS付の助産師も個人的にサービス利用料を受け取っている例がある。 		
		ジェンダーや貧富などの社会的経済的格差に配慮はあるか？	？ ・施設分娩にかかる費用はいくらか？ ・全ての世帯で準備できる額か？	<ul style="list-style-type: none"> 現地調査で訪れた施設では、公的セクターにおける施設分娩(通常分娩)の費用は、無料、消耗品のみから2500ペソまで様々であった。自宅から遠い場所での出産にはこれ以外に、交通費や食費など機会費用が必要となる。 PhilHealthでカバーされている貧困世帯では、MCP認証をとっている施設での出産は無料となり、また、DSW事務所にて支払い能力がないと判断されれば、医療費の支払いは免除される。さらに、自治体の首長に嘆願して、医療費の肩代わりをもらうというオプションもあるため、貧困層に対する配慮はある程度確保されている。 		
		貧困層による医療施設利用パターンに配慮はあるか？	△ ・社会経済層間で医療施設利用パターンに違いがあるか？ ・貧困層のPhilHealth加入割合は？ ・医療保険の利用率は？	<ul style="list-style-type: none"> 最貧層(第1、第2分位層)の自宅分娩の割合は89%、74.3%と高く、Hilotによる出産介助も68.9%、45.4%と高い傾向がある(全国平均:NDHS2003)。従って、自宅から施設へと分娩場所を移すための介入は、貧困層に経済的な負担がかかることとなるため、アウトプット5の活動の実施が重要となる。 貧困層のPhilHealth化の加入割合は、レイテ州で約70%、オルモック市で41%程度となっている。選挙の前後に大きく変動する傾向がある。 医療保険の利用率については、調査が出来なかった。 		
		対象地域・ターゲットグループ(東ビサヤ地域CHD)以外への波及効果はあるか？	△ 対象外の州/市、研修対象外のサービス従事者、妊婦・母親に効果を波及させるシナリオはあるか？	<ul style="list-style-type: none"> アウトプット3では、保健省地域事務所の新MNCHN政策実施能力を側面支援する予定となっており、具体的には開発予定のWHTガイドやWHTトレーニングモジュールは、地域の他州・他市に適用可能である。 本プロジェクトによって得られたレッスンがある場合、CHD EVやPHO/CHOによって、他州、他地域に発表されるように活動項目が立ててある。保健省には、MNCHN政策実施のために、施設・機材・訓練費用にイヤーマークされた予算枠があり、対象外の州・市に効果が波及する仕組みとリソースはある程度確保されている。 		

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項	検討事項・必要なデータ	調査結果	入手方法	備考
------	-------	------------	-------------	------	------	----

6. 自立発展性(SUSTAINABILITY) *予測

援助が終了したあとも、プロジェクトで発現した効果が持続し得るかどうか、または、プロジェクトで移転された技術を被援助国側が、自力で継続的に効果的な事業に適用できるか、を見ます。

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項	検討事項・必要なデータ	調査結果	入手方法	備考
政策 策度 面		フィリピンの母子保健対策に関する政策はプロジェクト終了後も継続実施されるか？	？ 中央、地域、LGUのレベルで継続実施にかかる意思があるか？	<ul style="list-style-type: none"> ・現地調査期間中、中央保健省、地域保健省、レイテ州保健局、オロモック市保健局の各レベルにおいて、妊産婦死亡、新生児・乳幼児死亡削減に向けた多くのイニシアチブや独自の活動が既に実施に移されていることが観察された。このことから、実施機関やカウンターパートの意欲は高いものと考えられる。2010年5月に統一選挙を控えてはいるが、家族計画を含む母子保健政策にはさほど影響しないと考えられる。 ・但し、現地調査で訪問したRHUでの聞き取りから、municipalityには、意欲の高低に差があると見られた。 ・何れにしてもアウトプット5の戦略的実施が肝要となる。 		
		協力終了後も、効果を上げていくための活動を実施する組織能力はあるか？	？ 条例や予算配置が実施された場合の継続可能性	<ul style="list-style-type: none"> ・RHUでの聞き取りから、分娩サービスを提供しているRHUでは利用料の規定が既にある所もあったが、その利用料のRHUのスタッフへの分配には消極的なmunicipalityも散見された。また、出産サービス提供に向けてRHUやBHSを整備している背景には、同サービスがmunicipalityの所得創出の一として位置づけられていることがあり、アウトプット5の戦略的実施が肝要となろう。 		
財務 面		経常経費を含む予算の確保は行なわれているか、フィリピン国側の予算措置は十分に講じられるか？	？ ・CEmONC、BEmONCサービス提供体制の維持や非対象地域に波及するための活動予算の見通し	<ul style="list-style-type: none"> ・病院の改修・拡張費用について、DOHによる予算がレイテ州で使われ始めていた。EUのGrantは、EmONC提供体制整備にむけた支援を優先的に行うとの合意がある(世銀談)。保健省東ビサヤ地域局長は、CEmONC提供体制整備に関しては、こうした政府側の予算を使って整備するとの見解を示した(局長談)。 ・今回、JICA支援を期待していたものの非対象地域となったサマル州については、ドナーの目処が今のところ立っていない。 		
		将来当該運営体制を維持する予算が増える可能性はどの程度あるか？	○ ？ ・LGUによる予算配置(経常、User Fee等)見通し ・PhilHealth-MCP/NCPの還付金獲得可能性	<ul style="list-style-type: none"> ・レイテ、北サマル、サマル州政府の保健予算配分率は問題ないものの、施設・機材の維持管理や医薬品購入に充てる予算項目(Maintenance and Other Operating Expenses: MOOE)の割合が総じて低い。 ・Municipalityレベルの財政については未調査であるが、レイテ州やオロモック市で訪問したRHUにおいて、分娩ケアや妊婦健診に必要な医薬品・必要物資のストック状況は悪く、避妊具はもとより、母子手帳(Mother and Child Book)やその簡易版(Home-Based Mother's Record, or Pink Card)がストックされているRHUはごく僅かであった。ストックアウトの医薬品を民間から購入する際の負担は利用者側にかかる。アウトプット5の戦略的実施が肝要となろう。 ・先行プロジェクトで明らかとなった、MCPなどの還付金がRHUで入手できていない問題について、本プロジェクトでは、DOH-CHD EVや、PHO、CHOがPhilHealthと協力してMCP認証施設を技術的にサポートすることを盛り込んだ。 		

調査項目	調査小項目	調査の視点/調査事項	検討事項・必要なデータ	調査結果	入手方法	備考
組織面	プロジェクト継続へのコミットメント	CP機関は協力終了後も、効果を上げていくための活動を実施する運営管理体制はあるか？	<ul style="list-style-type: none"> ・DOH-CHD EVの組織体制(人材配置、新政策実施のための具体計画) ・DOH-CHD EVとLGUとの関係現状 ・LGUによる保健組織運営の現状 	<ul style="list-style-type: none"> ・DOH-CHD EVの組織図は、別添のとおり。Chief of Local Health Support Division Dr. Sydiongoのもとに7つのクラスターがあり、うちFamily Clusterの下にEPI、Nutrition、WHSM (Dr. Sabulao)など母子保健/家族計画関係の事務官が居る。Family Clusterは、医師、看護師等技官7名で構成されており、保健省の政策にかかるオリエンテーションや、FHSIS報告作成のための技術支援、各プログラム分野の技術支援、複数の研修(WHT-TOT、CMMNC、MDR/NDR)等を実施している。Paloにある事務所外のサイトに、同じ保健省職員であるDOH-REPが派遣されており、オロモック市・レイテ州保健局やRHUIに駐在しており、彼らの人数、配置、TORについては、調査が必要である。 ・F-1重点サイトの時とは異なり、新MNCHN政策実施の予算は地域事務所にもまず分配され、そこから州・独立市へ支出されるため、同政策実施においてより大きな役割を期待されている。 ・DOH-CHD EVとレイテ州、オロモック市保健局の関係は良好に見受けられた。 ・レイテPHO、オロモックCHO共に、数少ないスタッフで運営しており、プログラム兼任が多い。レイテPHOのWHSM/FP担当者は、数ヶ月前にニュージーランドに引越し、後任が指名されないままとなっている。従って、EPI担当者(看護師)がWHSM/FP/EPIを兼任しており、DietitianのNutrition担当とアシスタントを合わせて3名の技官が母子保健関連プログラムを管理している(EPI担当者は年に最低1回は予防接種のデリバリーでRHUを訪問する機会があるものの、モニタリングではめったに出られない)。各プログラム実施やILHZとのコミュニケーションには、District Hospitalsに勤務しているDistrict Nurse Supervisorsと連携している。オロモック市では、CHOのあるメインセンターと6つのDHCを管理しており、どれも至近距離にあるため訪問は容易に出来る状態である。 		
		プロジェクトを開始する前から実施機関のプロジェクトに対するオーナーシップは十分に確保されているか？	<ul style="list-style-type: none"> ・CHD-VIIIは自らの役割をどのように見ているか ・LGUのオーナーシップ促進、維持のための戦略はあるか 	<ul style="list-style-type: none"> ・CHD EVは、新MNCHN政策実施のための予算執行の役割を受けたこともあり、政策の実施に意欲的であるものの、実質的に活動を実施するには、医療従事者の人材が必要である。 		
技術面		プロジェクトで用いられる技術移転の手法は受容されるか？	<ul style="list-style-type: none"> ・新母子保健政策の対象地域での受容度合い (CEmONC、EmONC施設配置に伴う合理化、Hilotlによる出産介助禁止、自宅分娩禁止) 			
		実施機関がサービスの質や普及を維持できる可能性はどの程度あるのか？	<ul style="list-style-type: none"> ・MOPとの齟齬はないか？ ・資機材盗難の可能性、防止策の有効度合い 	<ul style="list-style-type: none"> ・本プロジェクトによって得られたレッスンがある場合、CHD EVやPHO/CHOによって、他州、他地域に発表されるように活動項目が立ててある。保健省には、MNCHN政策実施のために、施設・機材・訓練費用にイヤーマークされた予算枠があり、対象外の州・市に効果が波及する仕組みとリソースはある程度確保されている。 ・アウトプット3では、保健省地域事務所の新MNCHN政策の実施能力を側面支援する予定となっており、具体的にはWHTガイドやWHTトレーニングモジュールの開発や、妊産婦死亡・新生児死亡の症例レビュー、サービス提供状況のモニタリング、訓練の成果の確認などを通じて、サービスの質の維持を担保する計画となっている。 		
環境面	文 社 化 面	女性、貧困層(移民も含む)、社会的弱者への配慮不足により持続的効果を妨げる可能性はないか？	<ul style="list-style-type: none"> ・女性、貧困者、アクセスの悪い地域への配慮があるか？ ・Indigent世帯のPhilHealthカバー率は高い水準で維持されるか？ 	<ul style="list-style-type: none"> ・貧困世帯、アクセスの悪い地域への配慮については、アウトプット5の活動を通じて、地方自治体の政策的支援を引き出す戦略となっている。詳細計画の時点では、救急車の供与は予定されていない。 ・本プロジェクトでは、まずはBEmONC候補施設の保健区から介入を始める予定となっている。プロジェクト実施中にアクセスの悪い地域における施設分娩が伸び悩んだ際には、その計画を見直す必要がある。 ・Indigent世帯のPhilHealthカバー率は、レイテ州で70%程度、オロモック市で47%(2008年実績)となっている。地方選挙の実施される年に急増し、選挙の翌年に減少する傾向があるため、2009年には高い水準で維持されると考えられるが、その後はアウトプット5の活動を通じて自治体による支援を確保する必要がある。 		

List of the proposed BEmONC facilities

[Leyte Province]

- A) BEmONC Rural Health Units (x18)
B) BEmONC Hospitals (x2)

1. Mabahinhil ILHZ	1-1. Bato RHU 1-2. Hindang RHU
2. Mainbay ILHZ	2-1. Mahaplag RHU 2-2. Inopacan RHU
3. Kammao ILHZ	3-1. Kananga Community Hospital 3-2. Albuera RHU 3-3. Merida RHU
4. Leyte Gulf ILHZ	4-1. Tanauan RHU 4-2. Tolosa RHU 4-3. Dulag RHU
5. Golden Harvest ILHZ	5-1. Pastrana RHU 5-2. Alangalang RHU
6. Goodwill ILHZ	6-1. Jaro RHU 6-2. San Migue RHU 1
7. Calesan ILHZ	7-1. Leyte-Leyte RHU
8. Leyte Plains ILHZ	8-1. Tabon-Tabon RHU
9. Leyte West Coast ILHZ	9-1. Tabango Community Hospital 9-2. Isabel RHU
10. Maharlika ILHZ	10-1. Javier RHU 10-2. Macarthur RHU

[Ormoc City]

- C) BEmONC District Health Centers (x5)

<ol style="list-style-type: none">1) San Pablo District Health Center2) Linao District Health Center3) Valencia District Health Center4) Curva District Health Center5) Ipil District Health Center

Source: "Northern Leyte Women's Health and Safe Motherhood Facility Network: Investment Requirements," Leyte Provincial Health Office, April 2, 2009; "Women's Health and Safe Motherhood Facility Network: Investment Requirements," Ormoc City, 2009

