

フィリピン共和国 母子保健プロジェクト 終了時評価調査報告書

平成 21 年 10 月
(2009 年)

独立行政法人国際協力機構
フィリピン事務所

フピ事
JR
09-005

**フィリピン共和国
母子保健プロジェクト
終了時評価調査報告書**

平成 21 年 10 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（MDGs）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）の達成が危ぶまれる状況にありました。

このような状況の下、本技術協力プロジェクトは、フィリピン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18（2006）年3月から4年間の予定で実施されています。

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

プロジェクト終了まで残り半年という地点に差しかかり、JICAは活動の進捗状況、成果の達成状況进行评估するとともに、プロジェクト終了後の持続可能な発展の可能性とその後の留意点等を検討する目的で終了時評価調査を平成21（2009）年10月5日から27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、イフガオ、ビリラン両州政府関係者並びに保健分野援助機関担当者各位ほか、関係者の皆様に対して深い謝意を表しますとともに、プロジェクト終了まで一層のご協力をお願いする次第です。

平成21年10月

独立行政法人国際協力機構

フィリピン事務所長 **松田 教男**

目 次

序 文

目 次

プロジェクト写真

プロジェクトサイト図

略語表

評価調査結果要約表

第1章 終了時評価の概要	1
1-1 終了時評価調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 終了時評価調査団の構成	1
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	2
1-5 評価手法	2
1-5-1 評価調査のプロセス	2
1-5-2 評価の留意点と評価5項目	3
1-5-3 データ収集方法	4
第2章 プロジェクトの概要	5
2-1 プロジェクトの背景	5
2-2 プロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM) の変遷	5
2-3 プロジェクト・デザインの要約	6
2-4 プロジェクトの対象地域	8
2-5 保健セクターの概況	9
第3章 プロジェクトの実績・実施プロセス	10
3-1 投入の実績	10
3-2 成果の達成度	12
3-3 プロジェクト目標の達成度	19
3-4 上位目標の達成見込み	21
3-5 実施プロセス	22
第4章 評価5項目による評価結果	25
4-1 妥当性	25
4-2 有効性	26
4-3 効率性	27
4-4 インパクト	28
4-5 自立発展性	28

4-6	促進要因・阻害要因	29
4-6-1	促進要因	29
4-6-2	阻害要因	31
4-7	結論	31
第5章	提言及び教訓	32
5-1	提言	32
5-2	教訓	33
付属資料		
	ミニッツ及び終了時評価調査報告書（英文）	37
	ANNEX 1：Project Design Matrix（PDM3）	74
	ANNEX 2：評価グリッド	79
	ANNEX 3：聞き取りを実施した関係者リスト	83
	ANNEX 4：評価団の日程詳細	85
	ANNEX 5：日本人専門家リスト	88
	ANNEX 6：本邦研修参加者リスト	89
	ANNEX 7：供与機材リスト	91
	ANNEX 8：フィリピン側カウンターパートリスト	100
	ANNEX 9：フィリピン側コストシェア	102
	ANNEX10：活動実績	104
	ANNEX11：プロジェクトで実施した研修の概要	110
	ANNEX12：自治体間で異なる施設分娩の推移	111
	ANNEX13：PhilHealthと妊産婦ケア・パッケージ	112

本和文報告書は、現地調査時の英文報告書を基に作成したものであるが、内容は必ずしも同一ではない。

プロジェクト写真



ピラン・RHUスタッフ



MCハンドブックを活用する助産師



ピラン・BHS外観



ピラン・BHS分娩台



イフガオ・RHUスタッフ



イフガオ・BHS



イフガオ・RHU機材



イフガオ・地区病院分娩台



BHSで手伝うAYODチーム女性メンバー



AMMAチーム



AYODチームの啓発劇



供与された救急車・モニタリング車両

TARGET CLIENT LIST FOR PRENATAL CARE											
DATE OF BIRTH	NAME	ADDRESS	AGE	SEX	EDUCATION	RELIGION	RELIGIOUS LEADER	RELIGIOUS GROUP	RELIGIOUS ADDRESS	RELIGIOUS PHONE	RELIGIOUS EMAIL
2010/01/01	Anna	Anna	25	F	High School	Catholic	Fr. ...	...	...	...	...
2010/02/01	Maria	Maria	28	F	High School	Catholic	Fr. ...	...	...	...	...
2010/03/01	John	John	30	M	High School	Catholic	Fr. ...	...	...	...	...
2010/04/01	Anna	Anna	22	F	High School	Catholic	Fr. ...	...	...	...	...
2010/05/01	Maria	Maria	26	F	High School	Catholic	Fr. ...	...	...	...	...
2010/06/01	John	John	29	M	High School	Catholic	Fr. ...	...	...	...	...
2010/07/01	Anna	Anna	24	F	High School	Catholic	Fr. ...	...	...	...	...
2010/08/01	Maria	Maria	27	F	High School	Catholic	Fr. ...	...	...	...	...
2010/09/01	John	John	31	M	High School	Catholic	Fr. ...	...	...	...	...
2010/10/01	Anna	Anna	23	F	High School	Catholic	Fr. ...	...	...	...	...
2010/11/01	Maria	Maria	25	F	High School	Catholic	Fr. ...	...	...	...	...
2010/12/01	John	John	28	M	High School	Catholic	Fr. ...	...	...	...	...

妊産婦ケア対象クライアントリスト

PROVINCIAL ORDINANCE	
MINOR SURGICAL SERVICES	
Suturing fee	40 - 100
Excision fee	150
Incision and Drainage	150
Cautery	100
OB GYN	
Normal delivery w/o Episiotomy	350
Normal delivery w/ Episiotomy	500
Dilatation and curettage	300
Caesarian section	1,500
DELIVERY / OPERATING ROOM FEES	
Delivery room Fee	300
Operating Fee	300
ANESTHETIC SERVICES	
Spiral Anesthesia	350
General anesthesia	500
MEDICAL / PEDIATRIC SERVICES	
Nucleation fee	15 - 2000
Oxygen Inhalation	10 - 8
E. C. G.	100
Professional's Fee	80
LABORATORY	
E. C. G.	60
Uric Acid	40
Fasting	30
Malaria Smear	30
Blood smear	30
Hemoglobin / Hemocrit Determination	30
Hepatitis Test	150
Pp63 Smear	150
Pregnancy Test	150
Fasting Blood Sugar	150
Urine Sugar Test (Clonidine)	30
AMBULANCE FEE	
10 / Kilometer to destination and V. Van	100 - 150
MISCELLANEOUS FEES	
Broom / Charity	10 / 200
MEDICAL CERTIFICATES	
Medical	20
Birth	20
Death	20
Medical's Report	20
Autopsy	250

地区病院のユーザーフィー価格表

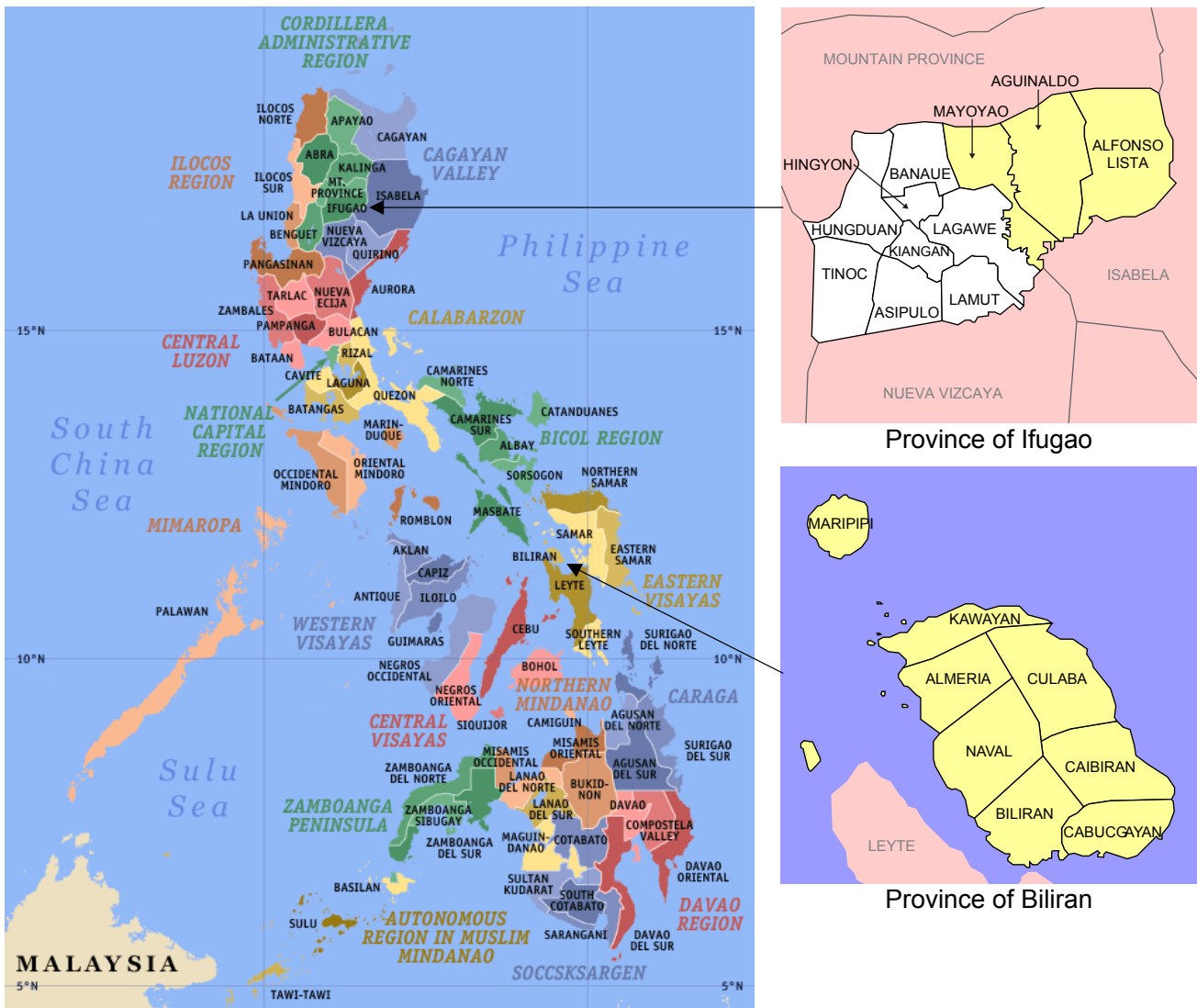


JCC風景



ミニッツの調印式

プロジェクトサイト図



州・町ごとの人口統計、村落（バラングイ）ごとの地図とバラングイの名称については、42-43ページを参照のこと。

略 語 表

略 語	正式名称	日本語名称
AMADHS	Alfonso-Lista-Mayoyao-Aguinaldo District Health System	アルフォンソリスタ、マヨヤオ、アギナルド保健行政地区
AMMA	Active Male's Movement against Violence and for AYOD	AMMAチーム
AYOD	AYOD	(イフガオの現地語で)ハンモックの意
BEmOC	Basic Emergency Obstetric Care	基礎的緊急産科ケア
BHS	Barangay Health Station	バランガイ・ヘルス・ステーション
BHW	Barangay Health Worker	バランガイ・ヘルス・ワーカー
BIHC	Bureau of International Health Cooperation	国際保健協力局
BNS	Barangay Nutrition Scholar	バランガイ栄養教育促進員
BPH	Biliran Provincial Hospital	ビリラン州病院
CAR	Cordillera Administrative Region	コルディレラ行政リージョン
CEmOC	Comprehensive Emergency Obstetric Care	包括的緊急産科ケア
CHD	Center for Health Development	保健省地域局
CMMNC	Community Managed Maternal and Newborn Care	コミュニティにおける妊産婦・新生児ケア
DH	District Hospital	地区病院
DOH	Department of Health	保健省
DSWD	Department of Social Welfare and Development	社会福祉・開発省
EC	European Commission	欧州委員会
EC	Executive Committee	運営委員会
EmOC	Emergency Obstetric Care	緊急産科ケア
EmONC	Emergency Obstetric and Newborn Care	緊急産科及び新生児ケア
F1	FOURmula One for Health	フォーミュラ・ワン
FHSIS	Field Health Services 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
ILHZ	Inter-Local Health Zone	自治体間保健ゾーン
JCC	Joint Coordination Committee	合同調整委員会
LSS	Life Saving Skills (Training)	助産技術(研修)
LGU	Local Government Unit	地方自治体(州、市、町、バランガイ)
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
MCP	Maternal Care Package	妊産婦ケア・パッケージ
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標

略 語	正式名称	日本語名称
MDR	Maternal Death Review	妊産婦死亡症例検討会
MHO	Municipal Health Office	町保健局
MMR	Maternal Mortality Ratio	妊産婦死亡比
MNCHN	Maternal, Newborn, Child Health and Nutrition (Policy)	MNCHN戦略(妊産婦・新生児保健及び栄 耀戦略)
NCDPC	National Center for Disease Prevention and Control	疾病予防管理センター
NDHS	National Demographic and Health Survey	人口・保健統計
NEDA	National Economic and Development Authority	国家経済開発委員会
NMR	Neonatal Mortality Rate	新生児死亡率
PCPNC	Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care	妊娠・出産・産後・新生児ケア
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PHDPF	Public Health Development Program Fund	公衆衛生開発プログラム基金
PHO	Provincial Health Office	州保健局
PhP	Philippine Peso	フィリピン・ペソ
PIPH	Province-wide Investment Plan for Health	州保健投資計画
PO	Plan of Operation	活動実施計画表
R/D	Record of Discussion	討議議事録
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(医師・看護師・助産師)
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
TCL	Target Client List for Prenatal Care	妊産婦ケア対象クライアントリスト
TOT	Training of Trainers	指導者研修
TWG/TMC	Technical Working Group & Technical Management Committee	技術管理委員会
UNFPA	United Nation's Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
WHO	World Health Organization	世界保健機関
WHT	Women's Health Team	女性の健康チーム

1 ペソ = 1.91円 (2009年10月)

評価調査結果要約表

1 案件の概要	
国名：フィリピン共和国	案件名：母子保健プロジェクト
分野：保健医療 / 母子保健	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：JICAフィリピン事務所	協力金額（2009年8月現在）：3億7,172万7,000円
協力期間：2006年3月～2010年3月	先方関係機関：保健省、イフガオ州・ビラン州政府及び州保健局、同2州町役場及び町保健所
	日本側協力機関名：なし
	他の関連協力：個別専門家（母子保健：2003～2005）
<p>1 - 1 協力の背景と概要</p> <p>フィリピン共和国（以下、「フィリピン」と記す）においては、過去、妊産婦死亡比（Maternal Mortality Ratio：MMR）、乳児死亡率とともに着実に低下してきているが、ベトナム、インドネシア等の他アセアン諸国と比較すると近年その改善率は緩慢である。ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals：MDGs）では、2015年までに妊産婦死亡比（出生10万対）（209から52.3へ）と乳児死亡率（出生1,000対）（57から19へ）を低下することが掲げられているが、この達成には更なる取り組みが必要である。保健省（Department of Health：DOH）は国家政策として地方分権による保健セクター改革を進めており、2005年からは改革をより明確にしたフォーミュラ・ワン（FOURmula One for Health：F1）政策を打ち出し、ドナー協調の下に総合的な保健サービス提供強化を進めている。</p> <p>こうした状況の下、国際協力機構（JICA）は2006年3月より4年間の予定で、「母子保健（Maternal and Child Health：MCH）プロジェクト」を開始した。同プロジェクトでは、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改善をめざして、ルソン島北部のイフガオ州の3町（アルフォンソリスタ、マヨヤオ、アギナルド）とレイテ島北部のビラン州（全8町）を対象地域として協力が実施されている。</p>	
<p>1 - 2 協力内容</p> <p>（1）上位目標：フィリピンの母子保健政策の下、中央レベルと州レベルにおいて、母子保健における戦略を効果的に実施するための組織のキャパシティが強化され、母子保健サービスの量と質が向上する</p> <p>（2）プロジェクト目標：活動対象地域において母子保健サービスが強化され、妊娠・分娩・産褥期における母親と新生児の安全性と健康が向上する</p> <p>（3）成果</p> <ol style="list-style-type: none"> 1）中央レベルにおける緊急産科ケア（Emergency Obstetric Care：EmOC）の実施体制が強化される 2）活動対象地域における緊急産科ケアと母子保健サービス供給体制が強化される 3）活動対象地域における母親や新生児への地域住民による支援体制が強化される 4）活動対象地域における「女性健康チーム（Women's Health Team：WHT）」、助産師（Rural Health Midwife：RHM）を支援する運営管理の体制が整備され、サービスの質と仕事環境が向上される 5）母子保健分野における国家政策の策定・実施にプロジェクト活動の教訓が反映される 	

1 - 3 投入 (2009年9月現在)	
日本側 :	
専門家派遣	長期3名 (121.2人月) 短期延べ5名 (6.5人月)
機材供与	約2,413万3,821ペソ
ローカルコスト負担	約4,118万1,000ペソ (上記コストは、2009年8月時点)
研修員受入	18名 (うち7名は集団研修)
その他	N/A
相手国側 :	
カウンターパート配置	22ポスト(延べ33名) 機材購入 N/A
土地・施設提供	プロジェクト事務所3カ所
その他	N/A
ローカルコスト負担	交通費、会議費、事務所通信・光熱費、保健医療施設改善等
2 . 終了時評価調査団の概要	
調査者	団長 / 総括 : 北林 春美 JICA人間開発部 国際協力専門員 評価計画 : 石田 祐子 JICA人間開発部 母子保健課 ジュニア専門員 評価分析 : 駒澤 牧子 株式会社アースアンドヒューマンコーポレーション 調査研究部長
調査期間	2009年10月5日 ~ 27日
	評価種類 : 終了時評価
3 . 評価結果の概要	
3 - 1 実績	
<p>注 : 本プロジェクトのプロジェクト・デザイン・マトリックス (Project Design Matrix : PDM) 指標には目標値が設定されていなかったため、それぞれの指標に沿ってプロジェクト開始以前と現在の定量的、定性的な変化をとらえる形で記述した。</p>	
各成果の達成度	
成果 1 : 中央レベルにおける緊急産科ケアの実施体制が強化される	
<p>プロジェクトが開始される前の2005年8月に、熟練出産介助者 (Skilled Birth Attendant : SBA) に対する「基礎的緊急産科ケア (Basic Emergency Obstetric Care : BEmOC)」研修モジュールとその教材が、保健省・開発パートナーとの共同で開発され (指標 : 1-1)、指導者研修 (Training of Trainers : TOT) が行われた。また、フィリピンにおいてはじめての地域母子保健ケアの概念を取り入れた「コミュニティにおける妊産婦・新生児ケア (Community Managed Maternal and Newborn Care : CMMNC)」の研修モジュールにおいても、保健省と開発パートナーの間で開発され、全国で指導者研修が実施された (指標1-2 : 他ドナーと連携し184名の指導者を養成、うち、約半分がプロジェクトの負担)。さらに研修の質を担保するため、国の中心的な研修センターであるマニラにある国立の「ファベリア記念病院」に機材、研修用ツールを供与し、研修体制を整えた。基礎的緊急産科ケア研修教材は保健省や他の開発パートナーにも有効に活用され、いわば国家標準となっている。</p> <p>モニタリングとスーパービジョンに関しては、既存のツール (例えば、「地域保健サービス情報システム (Field Health Services Information System : FHSIS)」や「妊産婦ケア対象クライアントリスト (Target Client List for Prenatal Care : TCL)」) を利用し、より有効に活用できるよう支援した (指標1-3)。</p> <p>以上より、成果 1 は達成されたと判断される。</p>	
成果 2 : 活動対象地域における緊急産科ケアと母子保健サービス供給体制が強化される	
基礎的緊急産科ケア対象施設の熟練出産介助者に対して基礎的緊急産科ケア研修 (指標	

2-1:全対象者、計60名受講)が、又バラングイ・ヘルス・ステーション(Barangay Health Station: BHS)の助産師に対して通常分娩技術向上のための助産技術(研修)[Life Saving Skills (Training): LSS]研修(指標2-3:計62名受講)が、更にすべての助産に携わる保健スタッフに対してコミュニティにおける妊産婦・新生児ケア研修(指標2-2:計143名受講)が実施され、農村における産科・母子保健技術の向上が図られた。

また、保健省が「施設マッピング」によって選定した町保健所(Rual Health Unit: RHU)とバラングイ・ヘルス・ステーションに対して、フィリピン健康保険公社(以下、「PhilHealth」と記す)の妊産婦ケア・パッケージ(Maternal Care Package: MCP)認証のガイドラインに沿って、必要な産科機材を供与した。その結果、すべての対象町保健所(指標2-4:ピリラン8カ所、アルフォンソリスタ、マヨヤオ、アギナルド保健行政地区[Alfonso Lista-Mayoyao-Aguinaldo District Health System: AMADHS]3カ所)が妊産婦ケア・パッケージ認証を受け、更にピリランで7カ所、又アルフォンソリスタ、マヨヤオ、アギナルド保健行政地区で8カ所のバラングイ・ヘルス・ステーションが同認証を受けた。これによって、基礎的緊急産科ケアを提供する医療施設が、ピリラン州で9カ所、アルフォンソリスタ、マヨヤオ、アギナルド保健行政地区で6カ所、確保されるようになった(指標2-5)。また、普通分娩サービスを提供するバラングイ・ヘルス・ステーションもピリラン州で15カ所、アルフォンソリスタ、マヨヤオ、アギナルド保健行政地区で6カ所となった。

他方、自治体の条例や決議によって、ユーザーフィーを運用する基金設立とその収入の適切な運用が定着してきている。全体としては、医療技術の向上、サービス提供のためのハード面の向上、自治体による規制、ユーザーフィーによる職員の待遇面の改善などによって、町保健所やバラングイ・ヘルス・ステーションの医療スタッフのモチベーションが高まり、24時間体制でより質の高いサービスを提供できるようになってきており、施設分娩への移行と母子保健サービスのアクセス向上を後押ししている。しかしながら、妊産婦ケア・パッケージの保険適用が進んでいない実態が明らかになり、その原因の解明の必要性が認識された。

以上のような改善の結果、最も注目される指標である「熟練出産介助者による分娩率」(指標2-7)はピリラン州で44%(2005年)から92%(2008年)へ、又アルフォンソリスタ、マヨヤオ、アギナルド保健行政地区でも54%から71%へと大きく向上した。また、「施設分娩率」(指標2-8)は、ピリラン州で25%(2005年)から89%(2008年)へ増加し顕著な上昇をみせ、アルフォンソリスタ、マヨヤオ、アギナルド保健行政地区でも19%から34%へ増加するなど改善しており、成果2は達成されたと判断される。

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

バラングイの既存の保健人材資源を再編成して、全バラングイに「女性の健康チーム」を結成した。ピリランにおいては374チーム(1,122メンバー)、アルフォンソリスタ、マヨヤオ、アギナルド保健行政地区では96チーム(321メンバー)が結成された(指標3-1)。女性の健康チームはバラングイ・ヘルス・ステーションの助産師のスーパービジョンの下で、担当地域の新規妊婦の把握、妊婦の産前産後のトラッキング、妊婦への保健情報提供、妊産婦健診の徹底、施設分娩の推奨、出産施設への付き添い、それら一連の活動の助産師への報告等の活動を行っている。また、ピリラン州では女性の健康チームと助産師によって「両親学級」をほぼ毎週開催、又アルフォンソリスタ、マヨヤオ、アギナルド保健行政地区では父親学級を全11回開催している(指標3-2)。また、地域の男性リーダーの参加により、各妊婦の緊急時の対応計画である「出産計画」の策定や、バラングイ全体の「緊急対応計画」に緊急妊産婦支援体制を盛り込むなどのコミュニティの支援体制整備も進んでいる(指標3-3)。イフガオ州ではアルフォンソリスタ、マヨヤオ、アギナルド保健行政地区にとどまらず州

全体で、男性を巻き込んだ「AYOD地域保健チーム〔以下、「AYODチーム」と記す、(イフガオの現地語で)ハンモックの意〕」の活動が広がっている。さらに、2008年よりAYODチームの男性メンバーを対象に、「AMMAチーム(Active Male's Movement against Violence and for AYOD:AMMA)プログラム」と呼ばれる地域の男性へのピアエデュケーターの育成が始まり、既に500名以上がピア研修を受講している。

このように成果3は、地域住民の母子の健康に関する意識の高揚や妊婦に対する地域ぐるみの支援体制の強化などに貢献している。

成果4：活動対象地域における女性の健康チーム、助産師を支援する運営管理の体制が整備され、サービスの質と仕事環境が向上する

成果4では、成果2と成果3で構築したコミュニティにおける母子保健サービスと妊産婦の支援体制が強化され、地域全体の支援環境が向上することをめざした。 balanガイ・ヘルス・ステーションにおいてほぼ毎週助産師と女性の健康チームとの会合をもっており、女性の健康チームは担当の妊婦のトラッキング(体調～健診受診状況～出産結果)について助産師に報告し、問題があれば相談するといった支援体制が確立している(指標4-1)。町保健局(Municipal Health Office:MHO)は balanガイ・ヘルス・ステーションに勤務する助産師との月例会議を実施し、女性の健康チームによる報告結果は町保健局と共有されている。このような活動に参加している女性の健康チームの満足度は90%以上である(指標4-4)。

町保健局は定期会合や不定期のスーパービジョンによって、 balanガイ・ヘルス・ステーションの助産師のすべての活動をモニタリングしつつ、サポートティブ・スーパービジョンを行っている(指標4-3)。また州保健局(Provincial Health Office:PHO)は「妊産婦ケア対象クライアントリスト」によって妊産婦ケアの状況を統計的にモニタリングするとともに、町保健局を不定期に訪問することによってサポートティブ・スーパービジョンを行っている。さらに、妊産婦死亡が発生した場合は、ただちに「妊産婦死亡症例検討会(Maternal Death Review:MDR)」を実施することが定着している(指標4-2)。

以上のように、各対象地域内で女性の健康チームと助産師に対する支援体制が強化され、より質の高いサービスの提供が行われるようになっている。

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

プロジェクトの成功経験はプロジェクトの対象地域以外にも様々な形で伝達されている。例えば、女性の健康チームやAYODチームの成功例については、保健省地域局が開催するワークショップや研修を通じてリージョン内のすべての balanガイに伝達されている。さらに中央レベルの開発パートナー会合にはプロジェクト側からも参加し、母子保健政策の協議に参加している(指標5-1)。

またプロジェクトが開発した教材や研修用ツールは、全国のフォーミュラ・ワンの対象地域やUSAIDに提供され、活用されている(指標5-2)。

プロジェクトでは2009年10月までに計12回の主要会議に参加・主催し、プロジェクトの成果を発表してきた(指標5-3)。特筆すべき点として、2008年『安全な母性のためのティームング・アップ(TEAMING UP for Safe Motherhood)』と名づけられた冊子を刊行し、地方自治体(Local Government Unit:LGU)レベルの各関係機関による具体的な取り組みの事例や活動のプロセスを紹介したことである。同冊子の紹介セミナーが、リージョン8とコルディレラ行政リージョン(Cordillera Administrative Region:CAR)の保健省地域局(Center for Health Development:CHD)によって開催され、リージョン内のすべての州保健局、町保健局及び

関連する開発パートナーに周知された（指標5-3）

このような成果から、中央保健省は、本プロジェクトを2008年に発表された施策「MNCHN戦略（妊産婦・新生児保健及び栄養戦略）〔Maternal, Newborn, Child Health and Nutrition（Policy）：MNCHN〕」を先取りして実施され施設分娩への移行が可能であることを実証したグッドプラクティスとして評価している。

プロジェクト目標の達成度

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

プロジェクト目標のなかでも最も重要な指標である「熟練出産介助者立ち会いの下での分娩率」は、ビリランにおいてはベースラインの44%（2005年）から92%（2008年）と劇的に上昇しており、アルフォンソリスタ、マヨヤオ、アギナルド保健行政地区でも54%（2005年）から71%（2008年）へと改善している。また、国家の重要な目標である施設分娩率についても、ビリランにおいてベースラインの25%（2005年）から89%（2008年）に、又アルフォンソリスタ、マヨヤオ、アギナルド保健行政地区も19%（2005年）から34%（2008年）へと上昇しており、全国平均よりも高い伸び率となっている。

プロジェクト目標のもう1つの指標である「妊産婦健診」については、地域保健サービス情報システムのデータが妊産婦健診の回数（3回以上と4回以上）に一貫性がないことや州のデータと全国のデータに大きな乖離があることなどからデータの信憑性が低いと判断され分析を行うのは困難であるが、仮に2008年のデータが正しいと仮定すると、2対象地域において「2010年までに、産前健診を4回以上受診する割合が80%に達する」という国家目標よりもかなり低い水準であり、更なる努力が必要な状況である。なお、その他の指標である妊産婦死亡比及び新生児死亡率（Neonatal Mortality Rate：NMR）は、対象地域における死亡数そのものが少なく1例の増減によって大きく変動することから、この指標をもって状況の改善の有無を判断するのは難しい。

上位目標の達成見込み

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

上位目標の達成の見込みを判断する全国レベルのデータが2007年までしかなく判断は難しいが、2010年までに、「熟練出産介助者立ち会いの下での施設分娩率が80%」という国家ゴールの達成のためには、大規模な国家レベルでの施策の強化が必要な状況である。また、妊産婦と新生児死亡についても入手可能な2006年データでみると、ミレニアム開発目標のゴールにはほど遠い水準であり早急な幅広い対策が求められる。

3 - 2 評価結果の要約

(1) 妥当性

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

プロジェクトの上位目標は、フィリピンにおけるミレニアム開発目標の目標や、2000年以降母子保健行政の基調となってきた「母性の安全政策」（2000年）や、2008年の行政令、通称「MNCHN戦略」の方針・アプローチが合致しており、プロジェクトの妥当性は高い。

また、日本国の「対フィリピン国別援助計画」（2008年）においても妊産婦死亡の減少と

乳幼児死亡の減少への支援に重点を置いていることから、日本の政府開発援助戦略にも合致している。

プロジェクトの協力対象地域の選定においては、保健セクター改革「フォーミュラ・ワン」の先行実施地域のなかから、社会経済状況や保健指標を勘案し、他開発パートナーとの棲み分けをする形で実施されており適切であった。

(2) 有効性

プロジェクト目標の指標の重要な部分は改善を示していることから、プロジェクト目標は達成されていると判断される。以下に、プロジェクト目標を達成した主な要因を考察する。

まず、医療従事者への明確な方針と技術的なスタンダードを作成した点、更にそれらに基づく研修教材作成、指導者養成、研修拠点の整備が、プロジェクト目標の達成に貢献している。その際、フィリピン産婦人科学会や国の中核的周産期医療病院「ファベリア記念病院」及び同分野における開発パートナーと連携したことによって、これらの研修教材は全国標準となっている点は特筆に価する。

2点目として、基礎的緊急産科ケア研修、助産技術研修、コミュニティにおける妊産婦・新生児ケア研修など各種研修を町保健所の熟練出産介助者やバランガイ・ヘルス・ステーションの助産師に提供したことによって、産前産後ケア、助産に関する知識と技術の向上が図られた点が指摘される。また、基礎的緊急産科ケア施設やバランガイ・ヘルス・ステーションでは質の高い妊産婦ケアや新生児ケア・サービスを提供できる機材が供与された。さらに、24時間サービスのための職員ローテーションの改善、スタッフの増員やユーザーフィーによるスタッフへの待遇面での改善など、自治体の主体的な努力も評価される。

3点目として、バランガイレベルでの地域総動員による妊産婦支援体制の強化があげられる。女性の健康チームの組織化、地域と第1次医療施設（バランガイ・ヘルス・ステーションと町保健所）との関係強化、バランガイの地域リーダーの女性の健康チームやバランガイ・ヘルス・ステーションへの支援、妊産婦のトラッキングの強化などによって、妊産婦健診の受診や施設分娩が促進されている。

(3) 効率性

本プロジェクトは、フォーミュラ・ワンの枠組みの下、母子保健分野で支援する他の開発パートナー〔国連人口基金(United Nation's Population Fund: UNFPA)、国連児童基金(United Nations Children's Fund: UNICEF)、世界保健機関(World Health Organization: WHO)、欧州委員会(European Commission: EC)/ドイツ技術協力会社(Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit: GTZ)〕と緊密な対話を図りながら、デザイン・実施されている点、及びプロジェクト対象サイトを棲み分けている点において、プロジェクトの効果的・効率的な成果の産出に寄与している。さらに、プロジェクト開始前から、他の開発パートナーと連携して基礎的緊急産科ケア研修モジュールを開発していた点、ファベリア記念病院を研修センターとして整備した点も、短期間でプロジェクトの効果をあげることに貢献している。

(4) インパクト

上位目標の重要な指標である施設分娩及び熟練出産介助者による出産の割合が全国レベルにおいてもゆっくりではあるが着実に増加している。しかし、国家ゴールである施設分娩率80%の達成に向けては、2008年施行のMNCHN戦略の更なる推進が必要である。現時点で入手できるデータによって、プロジェクト終了後3～5年以内に上位目標が達成されるかどうかを予測するのは難しいが、プロジェクトがグッドプラクティスとしてみせた包括的な母子保健パッケージが、今後のフィリピンの国家母子保健プログラムの進展に大きな影

響を与えることは間違いない。

様々なグッドプラクティスが保健省地域局（リージョン8及びコルディレラ行政リージョン）によって注目され、プロジェクト対象外の地域へも拡大された。例えば、女性の健康チームの結成とその活動の活発化は、イフガオ州におけるAYODチームへの発展と拡大、イフガオ州内での「家族健康ダイアリー」の開発と普及において確認された。プロジェクト対象地域以外で、プロジェクトの成果が活用されていることは、正のインパクトといえる。

負のインパクトは特に確認されなかった。

(5) 自立発展性

政策的側面：すべての保健行政レベルにおいて、妊産婦死亡、新生児死亡の低下というミレニアム開発目標達成のための政策が継続される可能性は高い。ただし来年の首長選挙を控え、州・町行政レベルにおいては、MNCHN戦略へのコミットメントが継続されるかどうかはやや懸念されるところである。

組織的側面：プロジェクトは、既存の地域保健システムを活用し、強化する形で実施された。その過程で「保健省—保健省地域局—州保健局—医療サービス提供者—コミュニティ」といった多層な保健セクターの軸と地方行政の複雑な構造間でのコーディネーションメカニズムが機能し、強化された。このメカニズムは維持されると予想される。

財政的側面：保健省の「公衆衛生開発プログラム基金（Public Health Development Program Fund：PHDPF）」や「保健施設強化プログラム」の財源によって、各州自治体の「州保健投資計画（Province-wide Investment Plan for Health：PIPH）」（2005～2010年）の施行や、自治体による出産施設の拡充や既存施設の機材の更新に弾みがつくものと期待される。また、PhilHealthやユーザーフィーの適切な運用によって、施設の運営・維持管理や人材へのインセンティブの支払いは維持されると思われる。

技術的側面：MNCHN戦略のサービスパッケージを提供するために必要な知識と技術は、医療従事者に移転されている。今後、MNCHN戦略の枠組みの下、州保健局や保健省地域局の主導で、継続した研修やサポーター・スーパービジョンが行われるならば、技術的側面での自立発展性は高いと考えられる。

3 - 3 促進要因・阻害要因

促進要因：プロジェクトの効果発現を促進した主な要因として、複層的なステークホルダーをコーディネートする包括的メカニズムの形成が考えられる（本文図4 - 1参照）。そのなかで、医療サービス提供者と政治的リーダーという重要なプレイヤーの働きが相乗効果をなし、最大限の成果を引き出したといえる。また、地方自治体において熟練出産介助者による分娩の義務化や地域の保健チームの結成に関する条例や決議など各種政治的決定がなされたことも大きい。

阻害要因：プロジェクトの成果は各町によって格差があることが確認されている。成果の発現が停滞した町では、医療サービス提供者の絶対的不足に加えて職員の短期間での交代が、プロジェクトの効果が低下する要因となったことは否定できない。

3 - 4 結論

プロジェクトは、MNCHN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、総合的にみて目的を達成したと結論づけることができる。また、様々なグッドプラクティスを生み出し、州内やリージョン内など対象地域外にもインパクトを与えている。

総じて高い自立発展性が期待されるため、プロジェクトは計画どおり終了することが適切と判断される。

3 - 5 提 言

(1) ガバナンスについて

- ・ **地方自治体首長に対して**：地方自治体におけるプロジェクトの成果を維持するためには、継続した政治的支援が不可欠である。たとえ選挙によって首長が交代しても、新体制において現在と同様の支援は継続されるべきである。

(2) サービス提供について

- ・ **地方自治体首長に対して**：地域と保健サービス提供者との緊密な関係を創出し効果的なサービスを提供するために、地方自治体は助産師の雇用、理想的には派遣される地域からの雇用、に対して努力を払うべきである。さらに1つの balan-gai・ヘルス・ステーションに対して1人の助産師を配置することが望まれる。
- ・ **州保健局と町保健局に対して**：質の高い基礎的緊急産科ケアサービスの継続した提供のためには、施設と機材の維持管理が不可欠となる。そのためには、技術的及び財政的観点から州保健局のスーパービジョンの下、維持管理システムの確立が必要である。
- ・ **保健省と保健省地域局に対して**：モニタリング・評価機能の強化のために、既存のツール、例えば地域保健サービス情報システムや妊産婦ケア対象クライアントリストを見直し、更に効果的に活用すべきである。例えば、町保健所や balan-gai・ヘルス・ステーションにおけるデータの収集や分析、州保健局における取りまとめのプロセスは、保健省地域局や保健省によってスーパーバイズされ、問題点が発見された場合には時機を得た形で現場にフィードバックされるべきである。このような既存のモニタリングシステムの強化によって、よりよいエビデンスベースのアクションプランの策定につながる。
- ・ **州保健局と保健省地域局に対して**：妊産婦死亡症例検討会に関して、プロジェクトの対象地域においては機能するようになってきたが、以下の点においてまだ強化されるべき課題が残っている。すなわち、迅速な検討会の開催、医療記録と検討結果の文書化、 balan-gai 住民への結果のフィードバックである。これらの改善によって、より実効性のある妊産婦死亡症例検討会になる。さらに、評価調査団は、妊産婦死亡ゼロに向けて、妊産婦ケアサービスの継続的な拡充のために、州保健局が、中央保健省の技術的アシスタントの下で、保健省の指針に基づく妊産婦死亡症例検討会の有効的実施を促進し、検討結果を現場で活用するよう提言する。

(3) 財源について

- ・ **保健省地域局に対して**：妊産婦ケア、出産、新生児ケアを施設で受けることを推進するために、プロジェクトが活用した重要な戦略のひとつとして、PhilHealthのスキームの下で出産サービスに対する施設への保険還付金を得るため、妊産婦ケア・パッケージ認証を進めたことがある。しかしながら、本終了時評価時点において、協力対象地域の住民はもろんのこと施設のスタッフすらそのメリットに対する認識が低く、保険還付金の利用率も低いことが明らかとなった。そのような状況の背景には何か根本的な制度上の問題が横たわっていると考えられる。そこで、評価調査団は保健省地域局に対して中央保健省のサポートの下、PhilHealthの妊産婦ケア・パッケージ利用が進まない理由について調査を実施することを提言する。

- ・ **PhilHealthに対して**：PhilHealth事務所に対して、以下の3点を強く提言する。1) PhilHealthメンバーシップへの加入と妊産婦ケア・パッケージのメリットについて医療サービス提供者及び地域住民に対して認識を高める努力を行うこと、2) 保健施設がもっと積極的に妊産婦ケア・パッケージの還付申請を行うよう支援すること、3) 町保健所やバランガイ・ヘルス・ステーションに対して迅速な還付手続きを行うこと。
- ・ **地方自治体に対して**：妊産婦ケア・パッケージの利用を促進するために、地方自治体は貧困世帯への継続的なPhilHealth加入支援を行うこと（必ず毎年更新すること）。また、地域住民、特に女性の健康チームやAYODチームメンバーによる活動が継続的に実施されかつ発展していくためには、地方自治体はこれらのメンバーへの活動経費（特に交通費の実費支給など）の補填などなんらかの金銭的支援も考慮する必要があるだろう。

3 - 6 教 訓

本プロジェクトの活動を通じて、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。

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。

フィリピンの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。

Summary of the Evaluation Results

1. Outline of the Project	
Country: The Philippines	Project title: Mother and Child Health Project
Issue/Sector: Health/Mother and Child Health	Cooperation scheme: Technical Cooperation
Division in charge: JICA Philippine Office	Cooperation expenditure: 372 million yen as of end of August 2009
Period of Cooperation: March 2006 ~ March 2010	Partner Country's Implementing Organization: Department of Health (DOH) , Local Government Units, Provincial Health Offices of Ifugao and Biliran Provinces
	Japanese Cooperating Organization (s) : None.
	Related Cooperation: Expert in Mother and Child Health: 2003~05)
<p>1-1 Background of the Project</p> <p>The Republic of Philippines (hereinafter referred to as “the Philippines”) has reduced its Maternal Mortality Ratio (MMR) and Infant Mortality Rates (IMR) over the last several decades. However, compared with neighboring ASEAN countries, like Vietnam and Indonesia, the Philippines' rate of improvement has been slower. To achieve the Millennium Development Goals (MDGs) , of reducing MMR from 209 to 52.3 and IMR from 57 to 19, the country is required to make further efforts. Under the decentralization policy in the Philippines, the Department of Health (DOH) has implemented the Health Sector Reform. In 2005 DOH enforced FOURmula one strategy with clear direction and procedures for strengthening comprehensive health services provision with strong harmonization with development partners.</p> <p>It was in the above conditions that JICA launched the technical cooperation project named, "Maternal and Child Health Project (MCH project) " for a four year period beginning in March 2006. The Project aims at improvement of maternal and child health and focuses on introducing an emergency obstetric care system and improving general MCH services quality. The MCH project targets two project areas: AMADHS-Inter Local Health Zone covering 3 municipalities (Alfonsolista, Mayoyao, Aguinaldo) in Ifugao province (CAR) and Biliran province (Region VIII) covering 8 municipalities.</p> <p>1-2 Outline of the Project</p> <p>Overall Goal:</p> <p>In the framework of the National Goal of Improving Women’s and Children’s Health, organizational capacity at the central and provincial levels to implement effective MCH strategies is strengthened; and the quality and quantity of MCH services is enhanced.</p> <p>Project Purpose:</p> <p>In the project target areas, the health and safety of mothers and neonates in the pre-natal, during delivery and post partum periods is improved through improving the quality of care and increasing the utilization of service provided.</p> <p>Outputs:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Implementation mechanism and capacity of the central level to enhance Emergency Obstetric Care (EmOC) in all levels is strengthened (2) The MCH services and EmOC are strengthened in the project target areas (3) Supportive mechanisms for mothers and babies in the communities are strengthened 	

- (4) Management and supportive mechanisms are in place for Women's Health Teams (WHTs) and Rural Health Midwives (RHMs) to improve quality of service and their work environment in the project target area
- (5) Lessons learned from the MCH project implementation contribute to dialogues at the national and the provincial levels and in MCH policy discussions, and are reflected to the MCH policy formulation
- 1-3 Inputs (as of September 2009)
- Japanese side:

Japanese Experts	Long-term 3 persons (121.2 MM)	Equipments	24,133,821 peso
	Short-Term 5 persons (6.5 MM)	Local Costs	41,181,000 peso (Costs above were as of August 2009)
Training in Japan	18 persons (including 7 for group trainings)	Others	N/A
<u>Philippine side:</u>			
Counterparts	22 positions (33 in total)	Equipments	N/A
Land/Facilities	Project Offices (3 offices)	Cost Sharing	Travel Allowance, Meetings, Telephone/Electricity, Upgrading of healthcare facilities, etc.
Others	N/A		

2. Outline of the Terminal Evaluation

Evaluation Team	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leader, Harumi Kitabayashi, Visiting Senior Advisor, JICA 2. Cooperation Planning, Yuko Ishida, Associate Expert, Health Systems and Reproductive Health Group, Human Development Department, JICA 3. Evaluation Analysis, Makiko Komasaawa, Specialist in International Health, Earth and Human Corporation 		
Period	October 5 ~ 27, 2009	Type of Evaluation:	Terminal

3. Summary of Evaluation Results

3-1 Achievements

NB: The indicators of the Project in the Project Design Matrix ver.3 (PDM3) did not have target values. Thus, we have assessed achievement levels based on the changes in values recorded in each of the indicators.

Degree of Achievements: Outputs

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

Output 1 has been achieved. A series of training materials on Basic Emergency Obstetric Care (BEmOC) was developed (Indicator 1-1). "Community-Managed Maternal and Newborn Care (CMMNC)" was also developed and became ready to be used in order to improve the clinical skills of MCH service providers and introduce the community based MCH care just before and after the project commencement. Development of these materials was initiated by DOH and collaboratively supported by development partners and the Philippine Obstetrics and Gynecology Society. By using the developed materials, trainers for BEmOC and CMMNC trainings were trained nationwide (Indicator 1-2: 184 trainers were trained with collaboration of other development partners, half of all expensis were contributed by the Project) . The project also supported "Dr. Fabella Memorial Hospital" to set-up a core national training institute. BEmOC training materials have been widely utilized and became the national standard.

Regarding the monitoring and supervision tools, the Project utilized existing tools, such as “Field Health Services Information Statistics (FHSIS)” and “Target Clients List (TCL),” instead of developing a new tool (Indicator 1-3) .

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

Output 2 has been achieved. Skilled Birth Attendants (SBAs) at the district hospital and RHU levels in the target areas were trained for both BEmOC (Indicator 2-1: all target, 60 SBAs in total) and CMMNC (Indicator 2-2: 143 persons trained) . Then, 143 Rural Health Midwives (RHMs) of BHSs in target areas were also trained to upgrade their midwifery skills in local settings (Indicator 2-3: 62 persons trained) . This led to the strengthening of the MCH services and EmOC at municipal and barangay levels.

Increased accessibility of facility-based delivery in rural areas has been achieved, both RHUs and BHSs which were selected by the DOH, have been equipped with the obstetric equipment in accordance with the PhilHealth Guideline for Maternity Care Package (MCP) accreditation. As a result, all designated facilities (8 RHUs in Biliran and 3 RHUs in Ifugao) obtained PhilHealth MCP accreditation (Indicator 2-4) . Then, numbers of BEmOC facilities became 9 in Biliran province and 6 in AMADHS (Indicator 2-5) . Further, numbers of facility providing normal delivery centers became 15 in Biliran province and 6 in AMADHS. Some municipalities adopted ordinances or resolutions which decided introduction of user fees, creation of trust fund and how to make use of the fund. Improved skills, working environment, and incentives from LGUs and the trust funds motivated the staffs and enabled them to offer better services on a 24 hour-basis. These improvements made possible the transition of facility-based delivery and higher accessibility to better MCH services. However, it was recognized that claims and reimbursements of MCP benefits had not been accelerated and necessity of exploration of its reasons.

Based on the improvement of above, the most important indicator “Percentage of deliveries assisted by a SBA” (Indicator 2-7) was drastically improved, from 44% (2005) to 92% (2008) in Biliran and from 54%(2005) to 71% (2008) in AMADHS. “Percentage of facility deliveries”(Indicator 2-8) also improved from 25% (2005) to 89% (2008) in Biliran and from 19% (2005) to 34% (2008) in AMADHS.

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

Output 3 encouraged community-based health activities and raised community people’s awareness towards healthy motherhood and further supporting environment for pregnant women. Women’s Health Teams (WHTs) were formed from the existing barangay human resources in health field, including barangay health workers, barangay nutrition scholars, and hilots (traditional birth attendants) . In Biliran, 374 WHTs were organized and 1,122 persons joined from all 132 barangays. In AMDHS, 96 WHTs were organized with 321 members from all 63 barangays (Indicator 3-1) . Under the supervision of midwives of BHSs, WHT members provided MCH information to pregnant women, encouraged pre/post natal care and facility delivery, accompanied to a delivery place, tracking all progress of pregnancy and delivery in communities. In Biliran, “Parent class” was held by WHTs and midwives almost weekly and in AMADHS “Fathers class” was held 11 times for far (Indicator 3-2) .

WHT and male leaders together made birth planning for each pregnant woman and emergency support plans for a whole community were prepared in each barangay (Indicator 3-3) .

In AMADHS, the WHT evolved into AYOD community health teams including male member and expanded into province-wide. Since 2008, a new training program named “Active Male’s Movement against Violence and for AYOD ”(AMMA) was introduced in Ifugao province and AYOD male members were trained as peer trainers and provided health education sessions for over 500 male community members.

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

Output 4 succeeded to improve the quality of services and to encourage community support of activities based

on the results of Output 2 and Output 3. At BHS weekly meetings between midwives and WHTs (or AYOD in Ifugao) are conducted in which they share the pregnant women's tracking results and discuss issues they are facing (Indicator 4-1). Municipal health offices (MHOs) hold a monthly meeting with all staff including midwives assigned to BHSs and share the results of WHT reports (Indicator 4-1). Over 90% of WHT members are satisfied with working as a member (Indicator 4-4).

MHOs conducted regular meetings as well as irregular supportive supervision and monitored all midwives' activities (Indicator 4-3). The Provincial health office (PHO) monitored MHO and BHS through TCL and made supportive supervision visits to rural health units (RHUs). MHO also set-up maternal death review (MDR) procedures and implemented them soon after incidents were reported (Indicator 4-2).

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

Overall, it is acknowledged by DOH that the project made possible an effective translation of the "Maternal, Neonatal and Child Health and Nutrition" (MNCHN) policy into practices. The Project shared its experiences in successful establishment of WHTs and AYODs in all barangays with other provinces in Region VIII and CAR, through the Centers for Health Development (CHDs). Furthermore, the Project member participated in the meeting between DOH and development partners in order to discuss the MCH policies and issues at central level (Indicator 5-1).

Various textbooks and teaching materials that were developed were provided to the FOURmula One for Health convergence sites (provinces and municipalities) and USAID sites, outside the Project target areas for replication of activities (Indicator 5-2) and utilized.

The Project conducted/participated in various meetings and conferences, 12 times in total up to October 2009 (Indicator 5-3). It is worth mentioning that document titled "TEAMING UP for Safe Motherhood" was produced, which described step-by-step process of Project implementation including actions taken by the various stakeholders such as DOH-central, LGUs, PHOs, and the communities. This document was distributed to all PHOs and MHOs of CAR and Region VIII at the occasion of a regional meeting organized by CHDs. It was also shared with development partners active in health sector reform at the launching ceremonies held in Ifugao and Biliran in 2008 (Indicator 5-3).

Degree of Achievements: the Project Purpose

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

One of the important indicators of the Project Purpose "percentage of deliveries assisted by the SBAs in target areas" has rapidly increased from 44% in 2005 to 92% in 2008 in Biliran and 54% in 2005 and 71% in 2008 in AMADHS. The other indicator, "percentage of facility-based deliveries", has dramatically increased in Biliran from 25% (2005) to 89% (2008), which exceeded the national goal, and moderately increased in AMADHS, from 19% (2005) to 34% (2008).

Regarding the indicator of receiving prenatal care, it should be pointed out that there are huge differences between the number of the national FHSIS and the provincial FHSIS. Inconsistency was observed in terms of frequency of visits (3 or 4) in national statistic for Ifugao. Thus, the Evaluation Team concluded these data are less likely reliable. However, if we assume the numbers in 2008 are reliable, they are considerably lower than the national goal (2010) of 80% set by Administrative Order (No.2008-0029). Further effort is required to increase prenatal visits starting from the 1st trimester. It is not possible to judge that there are any significant changes in maternal and infant mortality because the number of deaths is so small in target areas.

Achievement of the Overall Goal

Overall goal: In the framework of the National Goal of Improving Women's and Children's Health, the central and provincial levels of organizational capacity to implement effective MCH strategies is strengthened and the

quality and quantity of MCH services is enhanced.

It is difficult to foresee exact achievement of overall goal due to unavailability of appropriate data. However, it can be said that the national goal of 80 percent of facility-based deliveries assisted by SBA will hardly be achieved and it requires intensified nationwide implementation of MNCHN strategy. The FHSIS data for maternal and neonatal mortalities indicates the situations are far from achieving MDGs goals and require urgent and wide interventions.

3-2 Results as per the Five Evaluation Criteria

(1) Relevance

According to the following view points, the project is judged to be high in relevance.

The Government of the Philippines committed to attaining its MDGs targeted to reduce the maternal and neonatal mortality and DOH adopted the Administrative Order (No. 79 s. 2000) known as Safe Motherhood Policy. In 2008, DOH updated the previous administrative order and set MNCHN strategy. It emphasized its community-based approach including enhancement of conveniently located health facilities as birthing places. The project purpose and design is consistent with the Philippine policies and strategy.

The project concept and strategy are also consistent with Japan's Country Assistance Program (2008) . The Project target areas (AMADHS and Biliran ILHZ) were selected from 16 F1 convergent provinces as a first stage of the Health Sector Reform implementation and by consideration of socio-economic and health status. The selection of the Project sites is appropriate.

(2) Effectiveness

The Project was effective because it produced the targeted result which is represented as the increase of facility-based deliveries.

First, the project developed and standardized training courses and instruction materials which gave clear direction and technical backstop for service delivery and trained trainers for it. It is worth mentioning that collaboration with Dr. Jose Fabella Memorial Hospital and the Philippines Obstetrics and Gynecology Society in the development and provision of qualified trainings contributed to the training module and these materials became national standards.

Second, the project activities contributed to the enhancement of delivery services and quality of services at primary care facilities. Provision of trainings in BEmOC, LSS and CMMNC contributed to improvement in knowledge and skills of SBAs at RHUs and midwives and BHSs. The project provided equipments for BEmOC services. In addition, LGU made efforts to improve staff rotation and increase staff numbers and also to introducing a user-fee system.

Third, the project realized the community mobilization and strengthened the community support system. Establishment of WHT, strengthening linkage between the communities and primary care facilities, and community leader supports for WHT and BHSs, as well as tracking of pregnant women.

Rigorous mobilization of communities at the barangay level through organization of the WHT strengthened the cooperative relationship between communities and primary health care facilities (RHUs and BHSs) . Orientation and monitoring by staff of RHUs together with active involvement of local chief executive officers promoted rapid launching of WHTs. Members of WHT facilitated behavioural change of mothers and utilization of services through pregnancy tracking, birth plan, personal support and assistance to pregnant women such as escorting them to health facilities.

(3) Efficiency

Under the FOURmula One (Health Sector Reform Agenda) and based on the discussion on the MCH program with other development partners (UNFPA, UNICEF, WHO, EU, GTZ) , JICA designed and developed the project. Even before the Project launching, JICA and other development partners assisted DOH to develop the BEmOC training module in 2005 as a national training program. In addition, training tools were

provided to the Fabella hospital in Manila as one of the national training centers. Having the established BEmOC training program as the national standard enabled the Project to have an immediate and smooth start to the activities right after the launching.

(4) Impact

There is a slow but steady increase in facility-based delivery attended by skilled birth attendants at the national level. To achieve the national goal of 80 percent facility-based deliveries, intensified nationwide implementation of MNCHN strategy is required. Available data could not tell that the overall goal can be achieved in 3-5 years after the project termination. At least the project provided good practices in improving mother and family health status and influenced the national MCH program.

Various good practices such as WHT, AYOD community health teams, Family Health Diary, were taken up by the CHDs (Region VIII and CAR) and were expanded to other areas outside target Project areas. These are positive impacts.

No negative Impacts have been observed.

(5) Sustainability

1) Political aspect

Political commitment at all levels towards achieving MDGs on maternal and infant deaths is likely to be sustained irrespective of administration changes. Some concerns remain regarding continuing commitment and support to MNCHN programs by the LGUs if there is change in political leadership.

2) Organizational Aspect

The Project was implemented by the existing local health system at region and province levels. Through the implementation of the Project to provide quality MNCHN services, the coordination mechanism of stakeholders became functional, and the capacity of the respective members engaged in the Project was enhanced for coordination of the complex structure of DOH-CHD-PHO-public health service providers-community as well as the LGUs.

At the moment of the Project terminal evaluation, this integrated mechanism is effectively working. The mechanism will be sustainable with encouragement from the central DOH.

3) Financial Aspect

As for the financial sustainability, the Public Health Development Program Fund (PHDPF) and “Health Facilities Enhancement Program” budget of DOH are expected to add a major capital contribution to implement the PIPH (2005~2010) , and significantly boost the expansion and upgrading of facilities and equipment. PhilHealth MCP reimbursement and user fees, if enforced appropriately, would contribute to sustaining operation and maintenance of facilities and motivating health workers and communities.

4) Technical Aspect

Knowledge and skills required to provide MNCHN service package were well standardized in the training modules (BEmOC, CMMNC and LSS) , and proven effective in the rural settings of the Philippines. Technical sustainability will be high with systematic implementation of continuous re-training and supportive supervision by PHOs/CHDs.

3-3 Promoting and Inhibiting Factors

(1) Promoting Factors

Integrated coordination mechanism of complex stakeholders can be considered as one of the promoting factors of the project's success. There are two important players, namely health care providers and political leaders. Coordination of these two players created synergetic effects and maximized outcomes. Regarding the LGU

side, the project activities have been promoted by various political commitments. Their most outstanding commitment is adoption of political decisions including provincial executive orders and resolutions and municipal and barangay resolutions.

(2) Inhibiting Factors

There is a gap among municipalities in terms of increases of SBA-assisted deliveries and facility-based deliveries. Municipalities with less improvement are facing a lack of health staff and frequent staff turn-over. These conditions lessened the effectiveness of the project.

3-4 Conclusion

In general, the Project accomplished its objectives. It is acknowledged as an effective translation of MNCHN policy into practice. Various good practices produced in the target areas were disseminated nationwide. Considering that high sustainability can be expected, the Evaluation Team concluded the Project can be successfully terminated as planned.

3-5 Recommendations

1) Governance

To LGU Executives: Continuous political supports are urged to sustain the Project outcomes in LGUs. Even if the executives are changed the supports should be taken over by new administration.

2) Service delivery

To LGU Executives: To provide effective services and create closer relationship with community, it is recommended LGUs make efforts to recruit midwives, preferably from the assigned community. Furthermore, assigning one midwife per BHS is desirable.

To PHOs and MHOs: Maintaining facility and equipment is essential for keeping better EmONC services. To do so, maintenance systems should be established under the supervisions of PHOs from the technical and financial view points.

Increasing facility-based deliveries were successfully achieved, but more attention should be paid to enhancing other MNCHN services, such as promotion of prenatal care, postnatal care, nutrition and family planning.

To DOH and CHDs: For strengthening the monitoring and evaluation function, existing tools, such as FHSIS and TCL, should be improved and effectively utilized. The process of data collection and analysis at BHSs and RHUs and compilation at PHOs should be supervised, and appropriate and timely feedback should be provided when the weakness is found in order to formulate better evidence-based action plans.

To PHOs and CHDs: Regarding maternal death reviews, even though it was strengthened in the Project target areas, there still remains some weakness in the following aspects: holding a timely review session, documentation of medical records and the findings, and feedback of the results to community members.

The Evaluation Team recommends PHOs with the CHD technical assistance enforce the DOH procedure of MDR thoroughly and utilize the analysis for continuous improvement of services to prevent further maternal mortality.

3) Finance

To CHDs: One of the important strategies the Project took was promoting MCP accreditation of facilities and health personnel under the PhilHealth scheme in order to accelerate access to better facility based-services, including prenatal care, delivery and newborn care. However, at this evaluation moment women and even health facility staffs were not well aware of the benefits, and the utilization rate was quite low in the target sites. There might be fundamental problems behind such circumstances. Thus, it is recommended that CHDs with DOH assistance should conduct a study to explore reasons for low usage of PhilHealth MCP (See Annex 13 for details) .

To PhilHealth: It is strongly recommended to PhilHealth offices i) to raise awareness of health workers and communities about PhilHealth membership and MCP benefits, ii) to facilitate MCP claims to be made by health facilities, iii) to fast-track reimbursement procedures for RHUs and BHSs.

To LGUs: To increase MCP utilization, sustained enrollment of indigent families in PhilHealth needs to be ensured by LGUs.

To sustain and encourage the activities by community actors, especially WHT/AYOD members, some kinds of compensation for transportation expenses related to WHT activities should be taken into consideration.

3-6 Lessons Learned

Through the experiences of the Project, active involvement of LGUs in project implementation was proved effective in mainstreaming the maternal and child health in local development agenda.

Rigorous interaction and mutual learning by health officers at all levels streamlined local health service deliveries responding to community needs in a consistent manner with the national strategy.

Under the decentralized health systems of the Philippines, a project which aims at improvement of health status of the rural population should be designed taking into consideration coordination of multi-layer and multi-sector stakeholders.

第1章 終了時評価の概要

1 - 1 終了時評価調査団派遣の経緯と目的

フィリピン共和国（以下、「フィリピン」と記す）においては、過去、妊産婦死亡比（Maternal Mortality Ratio：MMR）、乳児死亡率（IMR）ともに着実に低下してきているが、ベトナム、インドネシア等の他アセアン諸国と比較すると近年その改善の度合いは緩慢である。ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals：MDGs）では、2015年までにMMR（出生10万対）（209から52.3へ）と乳児死亡率（出生1,000対）（57から19へ）を低下することが目標として掲げられているが、この達成には更なる取り組みが必要である。保健省（Department of Health：DOH）は国家政策として地方分権による保健セクター改革を進めており、2005年からは改革をより明確にしたフォーミュラ・ワン（FOURmula One for Health：F1）政策を打ち出し、ドナー協調の下に総合的な保健サービス提供強化を進めている。

こうした状況の下、国際協力機構（JICA）は2006年3月より4年間の予定で、「母子保健（Maternal and Child Health：MCH）プロジェクト」を開始した。同プロジェクトは、母性の安全と新生児の健康改善を目標とし、緊急産科ケア（Emergency Obstetric Care：EmOC）システム導入を中心としたMCHサービスの質の向上をめざして、ルソン島北部のイフガオ州の3町（アルフォンソリスタ、マヨヤオ、アギナルド）とレイテ島北部のビリラン州（全8町）を対象地域として、実施されている。

本終了時評価調査は、2010年3月の協力終了を控え、これまでのプロジェクトの活動実績・実施プロセスを確認し、成果及び目標の達成度や評価5項目の観点からプロジェクトを総合的に評価したうえで、プロジェクト終了までの運営方針や終了後の成果継続に向けた提言、及び今後の類似案件への教訓を導き出すことを目的として実施された。

1 - 2 終了時評価調査団の構成

終了時評価調査団（以下、評価調査団）の構成は以下のとおり。

団長／総括	北林 春美	JICA人間開発部 国際協力専門員
評価計画	石田 祐子	JICA人間開発部 母子保健課 ジュニア専門員
評価分析	駒澤 牧子	株式会社アースアンドヒューマンコーポレーション 調査研究部長

1 - 3 調査日程

現地調査は、2009年10月5日～27日の期間で実施された。現地調査の全体の流れと日程については、図 1 - 1 に示した。より詳細な日程については、付属資料 Annex 4 を参照のこと。

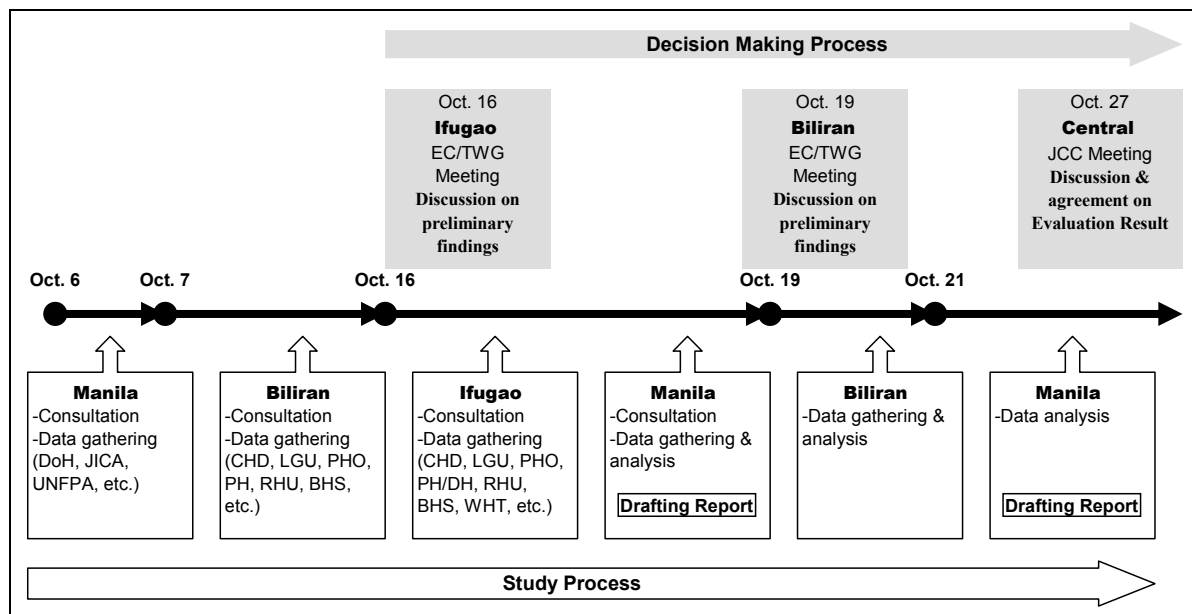


図 1 - 1 現地調査の流れと日程

1 - 4 主要面談者

本評価調査では、プロジェクトの実質的な運営管理にかかわる専門家及びプロジェクトの直接のカウンターパートや直接技術移転を受けた自治体職員である医療従事者に加えて、プロジェクトを組織的に支援するに至った州・町レベルの関係者からも広く情報を収集した。また、今後の自立発展に重要な役割を担うと考えられる、中央や地域（リージョン）の DOH 担当官や、ともに援助協調を進めてきたパートナーである他援助機関などの関係者とも面談し、情報収集・意見交換を行った。詳細は、付属資料 Annex 3 を参照のこと。

1 - 5 評価手法

1 - 5 - 1 評価調査のプロセス

本評価調査は、「JICA 事業評価ガイドライン改訂版（2004年3月）」に基づき、評価設問等を「評価グリッド」（付属資料 Annex 2 参照）に整理し、同グリッドを用いて、以下のプロセスに従って実施した。

第1段階：現時点でプロジェクトが使用しているプロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix：PDM、付属資料 Annex 1 参照）及びプロジェクト開始時の討議議事録（Record of Discussion：R/D、2006年1月、付属資料 Annex 2 参照）を、プロジェクトの「計画」ととらえ、投入に関しては、同R/Dで定められた内容と「実績」を比較し、活動、成果、プロジェクト目標に関しては、PDMの指標に照らして「実績」を把握する。

第2段階：効果の発現を促進した要因、阻害した要因についての分析を行う。

第3段階：評価5項目（「妥当性」「有効性」「効率性」「インパクト」「自立発展性」）に沿ってプロジェクトの評価を行う。なお、各項目の定義については、表 1-1を参照のこと。

第4段階：評価団の調査結果について、各対象地域（2カ所）の運営委員会（Executive Committee:EC）・技術管理委員会（Technical Working Group & Technical Management Committee: TWG/TMC）において発表・討議し、そこで得られた内容も評価結果に反映させる。

第5段階：プロジェクト終了まで及び終了後のプロジェクト成果の継続に対する提言を中央レベルのプロジェクト合同調整委員会（Joint Coordination Committee: JCC）において発表・討議する。

1-5-2 評価の留意点と評価5項目

本終了評価調査では、以下の3点を評価実施上の重要な留意点として設定した。

本プロジェクトは、中央政府〔DOH、保健省地域局（Center for Health Development:CHD）〕、地方自治体（Local Government Unit: LGU）、地方保健行政、及び地域社会組織が実施主体として参画する複合的な組織となっており、各アクターの権限、プロジェクト実施上の役割、成果指標達成への寄与について具体的に確認する。

PDMに設定された数値目標の達成度に加えて、成果をもたらした要因やプロセスについて考察する。

今後実施予定のフィリピンにおける同様の技術協力プロジェクトに向けた、具体的な教訓を導き出す。

JICAの評価ガイドラインに基づき、表 1-1に示した評価5項目の視点で、評価を実施した。なお、終了時評価においては、妥当性、有効性、効率性の視点に重点をおき、インパクトは必要性・可能性に応じて検証し、又自立発展性は見込みでみることとなっている。

表 1-1 評価5項目の主な視点

5項目	主な視点
妥当性 （Relevance）	プロジェクト目標と上位目標が援助受入国の政府政策や日本のODA政策・戦略に沿っているかどうか、ターゲット・グループや最終受益者のニーズに合致しているかどうかを確認する。
有効性 （Effectiveness）	プロジェクト目標の達成状況やプロジェクト戦略の妥当性、特にプロジェクト目標と成果の相関関係を確認する。
効率性 （Efficiency）	プロジェクトの投入の種類・時期・質の適切性や、投入がどの程度成果に転換されたかを見ることで、プロジェクト実施の効率性を分析する。
インパクト （Impact）	プロジェクトの介入によって、プロジェクト対象地域に正・負の影響が出ていないかどうかを確認する。
自立発展性 （Sustainability）	それぞれ、政策、組織、財政、技術的な側面から、プロジェクトで得られた実績がプロジェクト終了後も継続していくかどうかを確認する。

出所：JICA 事業評価ガイドライン（2004年1月）JICA

1 - 5 - 3 データ収集方法

本評価調査では、以下の手法で定量・定性データを収集した。

(1) 文書・報告書等のレビュー

- ・ R/D (2006年1月10日締結)
- ・ プロジェクト中間評価報告書 (2007年)
- ・ プロジェクト年報 (2006、2007、2008年)
- ・ プロジェクト実施運営総括表
- ・ 州保健投資計画 (Province-wide Investment Plan for Health : PIPH)
- ・ 地域保健サービス情報システム (全国版) (Field Health Services Information System : FHSIS) 2005 ~ 2007年版
- ・ FHSIS (各州版) (ビリラン・イフガオ) 2005 ~ 2008年版
- ・ 保健政策文書
- ・ その他プロジェクト成果品、報告書等
- ・ その他関連文書

(2) 関係者へのインタビュー (付属資料Annex 3参照)

- ・ JCCメンバー [DOH、CHD、州知事、州保健局 (Provincial Health Office : PHO) 等]
- ・ EC (運営委員会) メンバー (州知事、PHO、町長等)
- ・ TWG/TMCメンバー [PHO、町保健局 (Municipal Health Office : MHO)、公衆衛生看護師等]
- ・ 医療従事者 [州病院 (PH)、地区病院 (District Hospital : DH)、町保健所 (Rural Health Unit : RHU)、バランガイ・ヘルス・ステーション (Barangay Health Station : BHS)]
- ・ 女性の健康チーム (Women's Health Team : WHT) 及びバランガイ・ヘルス・ワーカー (Barangay Health Worker : BHW)、バランガイ長、等
- ・ プロジェクト専門家、アシスタント・プロジェクト・マネージャー
- ・ 援助機関 [国連人口基金 (United Nation's Population Fund : UNFPA)、欧州委員会 (European Commission : EC)、ドイツ技術協力会社 (Deutsche Gesellschaft fur Technische Zusammenarbeit : GTZ)]

(3) プロジェクト・サイトにおける視察

- ・ イフガオ州の2DH、ビリラン州病院 (Biliran Provincial Hospital : BPH)
- ・ RHU (イフガオ州3カ所、ビリラン州3カ所)
- ・ BHS (イフガオ州2カ所、ビリラン州2カ所)

第2章 プロジェクトの概要

2 - 1 プロジェクトの背景

前述したとおり、フィリピンはこれまで保健状況全般の向上に向けて努力し改善傾向にあるが、母子保健（MCH）においては妊産婦死亡や乳児死亡に見る限り改善の度合いはここ10年、緩慢である。ミレニアム開発目標（MDGs）の重要な目標である、妊産婦死亡比（MMR）や乳児死亡率（IMR）は想定されている目標値を達成できないのではないかと予想されている¹。現在においてもフィリピンの妊産婦や新生児にとって周産期におけるリスクは高く、早急な改善が必要とされている。

MDGsの達成に向けて、フィリピン保健省（DOH）は妊産婦及び新生児ケアに対する質の高いケアの提供のための一連の政策、指針を打ち出してきている。そのなかでも特に緊急産科ケア（EmOC）プログラム²の拡充に力を入れてきた。

このような状況のなか、JICAはフィリピン政府の要請に応える形で、技術協力プロジェクトの実施を検討し、2006年3月より技術協力プロジェクト「MCHプロジェクト」を4年間の予定で開始した。本プロジェクトは、EmOC政策を中心とした、人材の研修、地域保健施設の整備、コミュニティの参加を主たるコンポーネントとして企画された。プロジェクトの対象地域は、ビリラン州（人口約15万人、リージョン8）及びイフガオ州のアルフォンソリスタ、マヨヤオ、アギナルド保健行政地区（Alfonso Lista-Mayoyao-Aguinaldo District Health System：AMADHS）自治体間保健ゾーン（Inter-Local Health Zone：ILHZ）（人口約5万人、コルディレラ行政リージョン（CAR））の2カ所となっている。

なお、JICAは関連する協力として、本プロジェクトの立上げまでに、DOHに個別専門家（MCH）を派遣した（2003～2005年）。またその後の具体的な企画段階ではフィリピン事務所に企画調査員を置き、DOH及び開発パートナーとの入念な政策対話を積み重ねてきた。その過程で、オールJICAとしてフィリピンにおける保健セクター改革や今日のMCH戦略策定プロセスや教材開発に参加している（詳細は3 - 2参照）。

2 - 2 プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）の変遷

本プロジェクトでは、2007年9月までの間にPDMの見直しが2回行われた。プロジェクトの要約（上位目標、プロジェクト目標、成果）の変遷を図2-1にまとめた。なお、それぞれの比較が容易になるよう図中では実際の表記内容よりも表現をシンプルにしている点に留意されたい。

¹ 『Administrative Order No.2008-0029』（2008年9月）による。

² DOHは、2008年9月に発表した、『Administrative Order No.2008-0029』によって、従来の「EmOC」プログラムに新生児ケアの分野を追加し、「緊急産科及び新生児ケア（Emergency Obstetric and Newborn Care：EmONC）」をMCHの中核的プログラムとして位置づけている。

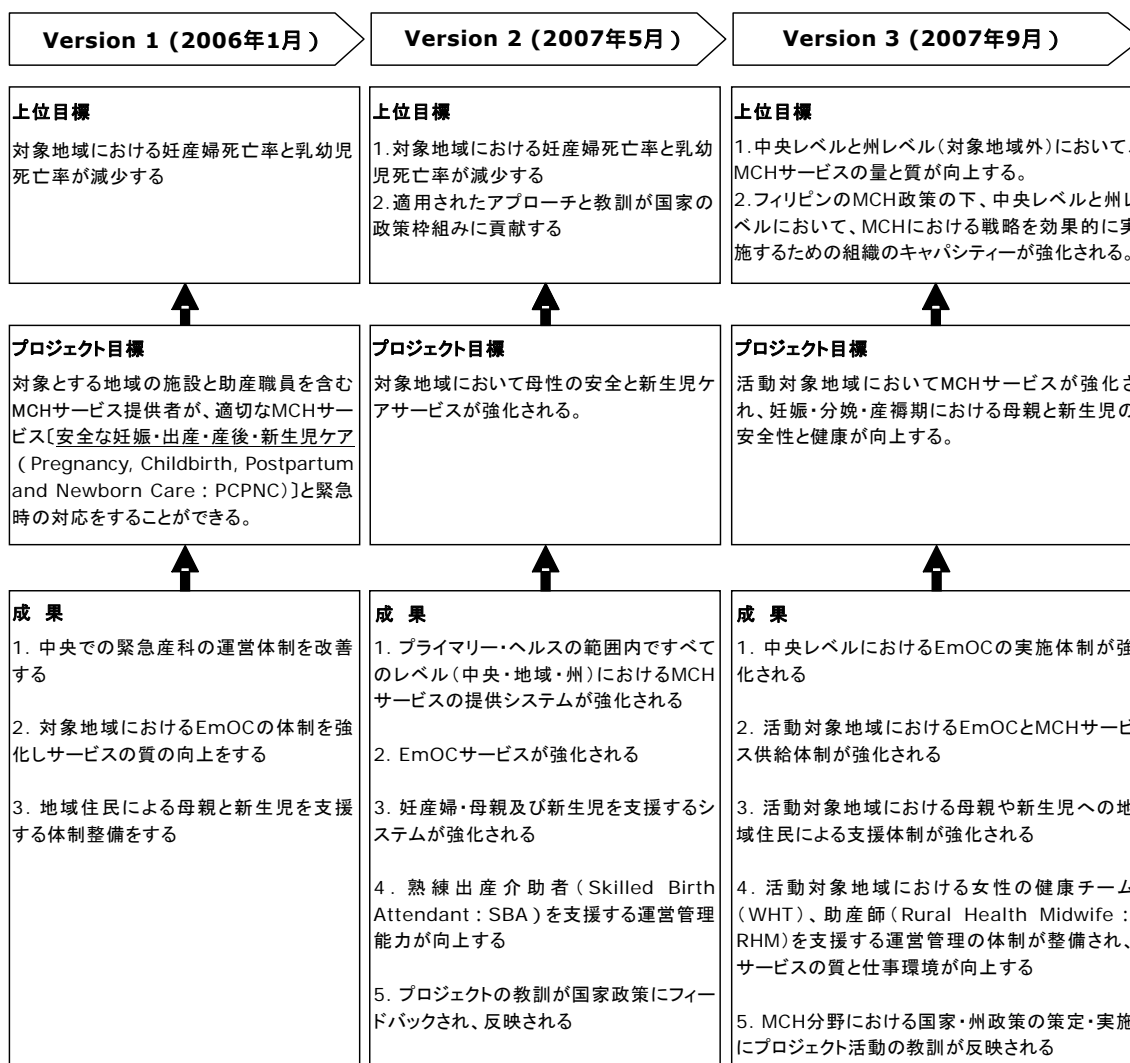


図 2 - 1 PDM プロジェクト要約の変遷

2 - 3 プロジェクト・デザインの要約

2007年9月に改定された現行PDMバージョン3(以下、「PDM3」と記す)によれば、プロジェクト・デザインの要約は以下のとおりである(詳細は、付属資料 Annex1 を参照のこと)。

(1) 上位目標

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

(2) プロジェクト目標

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

(3) 成果及び主要な活動

成果、及びその効果が発現すべきレベルと対象グループ、介入の種類、主な活動をまとめたものが、表 2 - 1 である。また、プロジェクトの成果と、それぞれの実施関係者(カウン

ターパート)、保健行政システムのレベル、調整のメカニズムなどとの関係について図式的にまとめたものが、図2-2である。

表2-1 プロジェクトの成果とその概要

成 果	レベル/対象	介入の種類	主な活動
成果 1: 中央レベルにおける EmOC の実施体制が強化される	中央/DOH、EmOC 研修機関	組織の能力強化	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 中央での EmONC の研修能力強化 ▪ モニタリングのシステムづくり
成果 2: 活動対象地域における EmOC と MCH サービス供給体制が強化される	州・町/州病院 (PH)、地区暴飲 (DH)、町保健所 (RHU)、バランガイ・ヘルス・ステーション (BHS)、及びそこで仕事に従事する SBA	施設の強化、人材の能力強化	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 基礎的緊急産科ケア (Basic Emergency Obstetric Care: BEmOC) 研修の実施 ▪ コミュニティにおける妊産婦・新生児ケア (Community Managed Maternal and Newborn Care: CMMNC) 研修の実施 ▪ 助産技術 (Life Saving Skills: LSS) 研修の実施 ▪ 機材供与
成果 3: 活動対象地域における母親や新生児への地域住民による支援体制が強化される	町/RHUのSBA及び村の保健ボランティア、母親、住民	地域の動員、組織化、教育・啓発活動	<ul style="list-style-type: none"> ▪ WHT の組織化と活動 ▪ 村でのマルチセクトラル・グループの組織化、緊急移送体制整備
成果 4: 活動対象地域における WHT、RHM を支援する運営管理の体制が整備され、サービスの質と仕事環境が向上する	町/RHUのSBA及び村の保健ボランティア、住民	サポーター・スーパービジョンを通じた能力強化、自立発展性のための財政メカニズムづくり	<ul style="list-style-type: none"> ▪ WHT、熟 SBA のための支援的巡回指導 ▪ RHU のマネージメント能力の向上 ▪ RHU での月例会議、及びケースカンファレンス ▪ 妊産婦死亡症例検討会 (Maternal Death Review: MDR) の実施
成果 5: MCH 分野における国家政策の策定・実施にプロジェクト活動の教訓が反映される	中央/MCH技術管理委員会	政策対話・議論	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MCH 技術委員会の活性化 ▪ 政策・運営体制の見直し ▪ MCH 教育機材の普及

出所：2007 年 MCH プロジェクト年報より改訂

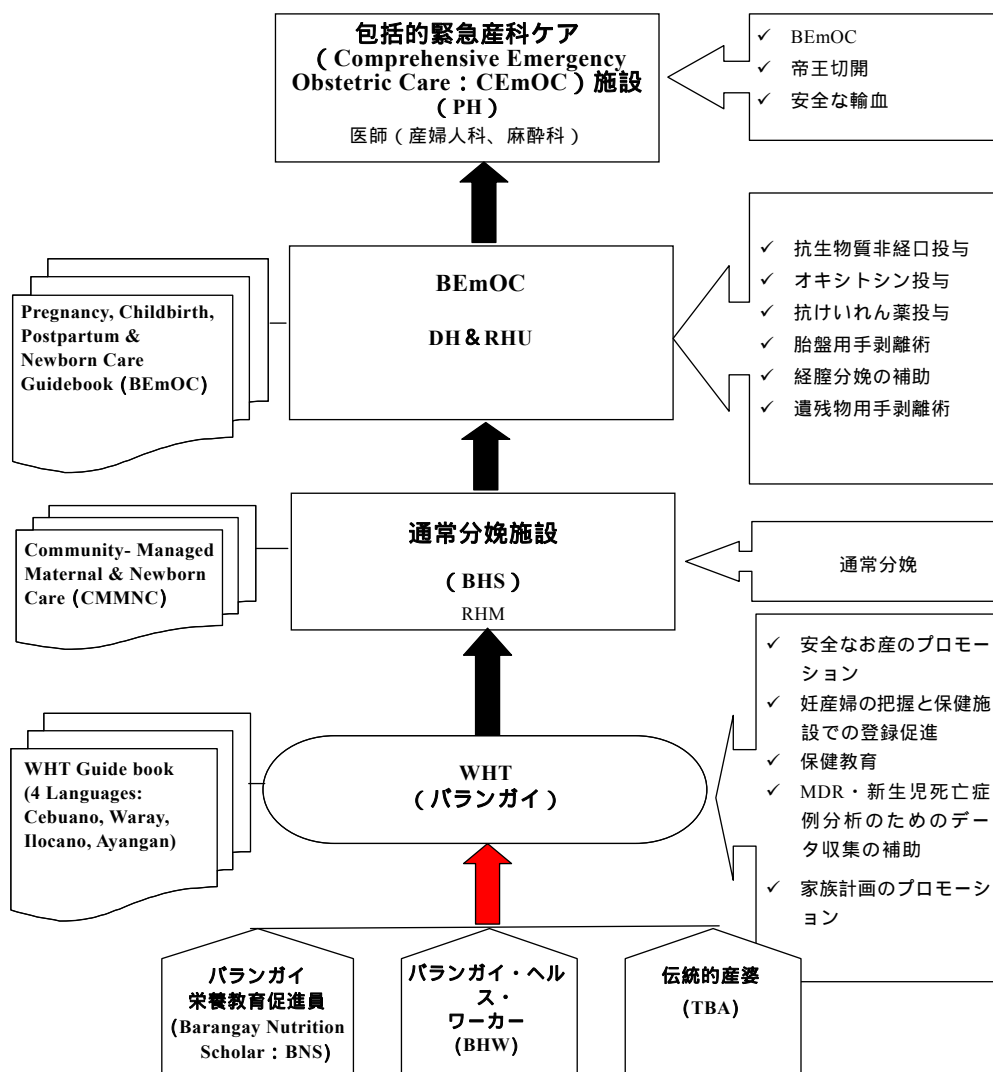


図2 - 2 プロジェクトが支援する EmOC 実施体制のコンセプト図

2 - 4 プロジェクトの対象地域

本プロジェクトは、リージョン8及びコルディレラ行政リージョン（Cordillera Administrative Region：CAR）という2つの保健省地域局（CHD）管轄地域のなかの、ピリラン州³とイフガオ州のAMADHS/ILHZを協力対象地域とした。それぞれの地域の概要を表2 - 2 に示す。

表2 - 2 協力対象地域

CHD 管轄地域	州	ILHZ	対象の町	バラングアイ数	人口	主な保健施設（施設数）
リージョン8	ピリラン（全8町）	ピリラン（8町）	アルメリア、ピリラン、アブカガヤン、カイピラン、クラバ、カワヤン、マニビビ、ナバル（州都）	132	150,031人（2007年国勢調査）	PH（1） RHU（8） BHS（35、うち分娩施設*15）
CAR	イフガオ（全11町）	AMADHS（3町）	アルフォンソリスタ、マヨヤオ、アギナルド	63	59,276人（2007年国勢調査）	DH） BHS（34、うち分娩施設*6）

注：*は、DOHが実施した「施設マップ」によって、分娩機能を設置すべきとされたBHS数。

³ 通常は、1州に複数のILHZがあるが、ピリラン州は面積・人口等が小さいため1つの州で1つのILHZをなす。なおピリラン州は近年レイテ州から独立した。

2 - 5 保健セクターの概況

本プロジェクトを理解するうえで、フィリピンの保健セクターの概況、特に地方分権化と保健セクター改革の2点について、理解しておくことが重要である。以下にそれぞれを概説する⁴。

(1) 地方分権化

フィリピンでは、1991年の地方自治法の制定に伴い地方分権化が進められた。保健セクターは施設、人員、予算のすべての側面で最もドラスティックに分権化が進められた分野である。地域保健サービスの提供にかかわる人員の地方公務員化（州及び市町職員への身分の変更）、保健施設の自治体への移管が進んだ。したがって、国家戦略である保健セクター改革の下でMCHを含むサービスの提供に責任を有するのは、地方自治体（州、市、町、バラングイ）（LGU）である。本プロジェクトの場合は、イフガオ州と州内の3町、ビラン州と州内の全8町という、それぞれに人事、予算、施設運営に責任と権限を有するLGUがプロジェクトの実施機関となっている。フィリピン側の人員配置、予算措置という場合、DOH中央のインプットは限定的であり、事業実施経費負担の大部分はLGUによって行われている。

(2) 保健セクター改革

次に、フィリピンDOHが現在推進している保健セクター改革についてである。セクター改革の実施戦略として2005年に「フォーミュラ・ワン（FOURmula One for Health：F1）」が採択された。F1は、州を単位として1）財政（諸財源からの持続的財源確保）、2）規制（品質保証、適正価格）、3）サービス提供（アクセスビリティとアベイラビリティ）、4）ガバナンス（保健システム改善）の4側面から改革を実施するための枠組みである。DOHはF1の実施にあたって、セクターワイドアプローチをとり、「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。現在、保健セクターにかかわるすべての開発パートナーがF1の枠組みの下で、協力を実施している状況である。また、MCH施策については、F1枠組みの下で、2008年に新たな戦略である「MNCHN戦略（妊産婦・新生児保健及び栄養戦略）〔Maternal, Newborn, Child Health and Nutrition（Policy）：MNCHN〕」が発表され、すべてのMCHプログラムはこの戦略に基づいて実施されている。

⁴ 本節は、「中間評価調査報告書」（2007年10月）の団長所感（p.41）より抜粋した。

第3章 プロジェクトの実績・実施プロセス

本章では、本終了評価時点までのプロジェクトの実績（投入、成果、プロジェクト目標の達成度等）を確認する。また、プロジェクトの開始から評価時点までの実施プロセスを把握する。

3 - 1 投入の実績

(1) 日本側

本プロジェクトの日本側の投入計画〔2006年1月締結の討議議事録（R/D）によるもの〕と、本評価時点までの投入実績は、表3 - 1のとおりである（詳細は、付属資料 Annex5～7 参照）。

表3 - 1 日本側の投入

計画（2006年1月のR/Dによる）	実績（2009年9月現在）
[日本人専門家] ・チーフ・アドバイザー / 母子保健（MCH）計画 1名 ・MCH 分野 2名 ・その他必要と判断された分野の専門家	・チーフ・アドバイザー / MCH 計画 長期 1名 ・公衆衛生 / プログラム調整 長期 1名 ・プロジェクト調整員 / 研修モニタリング 長期 1名 ・プロジェクト調整員 長期 1名 （計 121.2 人月） ・MCH 分野 短期専門家 延べ 3名 ・モニタリング・評価分野 短期専門家 延べ 2名 （計 延べ 5名） ・ローカルスタッフ〔配置先：ピリラン州保健局（PHO）、イフガオ州 PHO、アリフォンソリスタ、マヨヤオ、アギナルド保健行政地区（AMADHS）事務所〕 3名
[本邦研修] ・特に記載なし	・2006 年度：6 名 ・2007 年度：10 名 ・2008 年度：2 名 （計 18 名、うち 7 名は集団研修への参加）
[機材供与] ・緊急産科ケア（EmOC）用機材 ・MCH 用機材 ・健康教育用機材 ・救急車 ・その他技術協力に必要な機材	・EmOC 用機材 ・妊産婦ケア・パッケージ（Maternal Care Package：MCP）認証用機材 ・健康教育用機材 ・救急車（3 台） ・モニタリング用車両（3 台） ・2005 年度：320 万 3,900 ペソ ・2006 年度：926 万 6,408 ペソ ・2007 年度：872 万 1,553 ペソ ・2008 年度：236 万 3,960 ペソ ・2009 年度：57 万 8,000 ペソ （計 2,413 万 3,821 ペソ）（2009 年 8 月現在）

計画（2006年1月のR/Dによる）	実績（2009年9月現在）
[現地活動費] ・特に記載なし	<ul style="list-style-type: none"> ・2005年度: 354万 6,046ペソ ・2006年度: 1,146万 2,932ペソ ・2007年度: 1,219万 4,411ペソ ・2008年度: 1,109万 7,175ペソ ・2009年度: 288万 436ペソ (計 4,118万 1,000ペソ)(2009年8月現在)

出所：R/D、プロジェクトモニタリング資料、JICA フィリピン事務所資料

(2) フィリピン側

R/Dによる本プロジェクトのフィリピン側の投入計画と、本評価時点までの投入実績は、表3-2のとおりである（詳細は、付属資料 Annex 9 参照）。

表3-2 フィリピン側の投入

計画（2006年1月のR/Dによる）	実績（2009年9月現在）
[カウンターパート] ・プロジェクト・ディレクターとして疾病予防管理センター（National Center for Disease Prevention and Control：NCDPC）長 ・プロジェクトの准ディレクターとして州知事 ・プロジェクト・マネージャーとしてPHO局長及び自治体間保健ゾーン（Inter-Local Health Zone：ILHZ）議長 ・プロジェクト・スタッフとして保健省（DHO）専門医レベル担当官、PHO局長、町保健所（RHU）所長、コルディレラ行政リージョン（CAR）及びリージョン8担当官 ・事務支援スタッフ（秘書・運転手）	<ul style="list-style-type: none"> ・プロジェクト・ディレクターとしてNCDPCセンター長 ・プロジェクトの准ディレクターとして2州の知事 ・プロジェクト・マネージャーとしてPHO局長及びILHZ議長 ・プロジェクト・スタッフとしてDOH専門医レベル担当官、CHD担当官、PHO局長、RHU所長 ・事務支援スタッフ（秘書・運転手）
[管理運営組織] ・国家レベルのプロジェクト運営委員会としてTCG-HSRA（Technical Coordination Group of Health Sector Reform Agenda）がプロジェクト管理を担当する	<ul style="list-style-type: none"> ・2007年3月に設置されたプロジェクト合同調整委員会（JCC）の運営費
[州レベルEC（運営委員会）] ・州プロジェクトEC（運営委員会）を設置し、年最低2回開催、ワークプラン作成、モニタリング実施、問題の協議・対応を行う	<ul style="list-style-type: none"> ・州プロジェクトECの運営費
[土地、建物、施設] ・DOH・PHOにおける事務所スペース及び設備 ・その他合意の上必要とされるスペース	<ul style="list-style-type: none"> ・DOH、PHO、マヨヤオ地区病院（DH）における事務所スペース及び設備 ・研修用施設
[現地活動費負担] ・特に記載なし	<ul style="list-style-type: none"> ・事務関連費用: JCC会議費、プロジェクト訪問・モニタリングのための交通費、光熱費、電話代、事務機器、研修参加者用交通費・日当（一部） ・人件費: 州レベル配置の運転手・秘書給与 ・活動費のコストシェア: 各レベルの地方自治体（LGU）及びCHD予算より、活動費や物資支給

出所：R/D（2006年1月締結）、プロジェクトモニタリング資料、その他、終了時評価のために収集された資料

3 - 2 成果の達成度

プロジェクト目標を達成するために、PDM3 では 5 つの成果から構成されている。まず PDM3 の指標に基づく成果の達成度合いを検証した。また、評価調査におけるインタビューや視察の結果などを踏まえて総合的に成果の達成状況を分析し、更に今後の課題についても言及した。

(1) 成果 1 : 中央レベルにおける緊急産科ケア (EmOC) の実施体制が強化される。

成果 1 においては、産婦人科医療サービスを提供するスタッフの妊産婦ケア、産科に関する医療知識・技術の向上を図るために、各種研修モジュールや教材を開発するとともに、研修実施体制の基盤を整備した。表 3 - 3 は、成果 1 の指標に基づき、その達成状況を示したものである。

まず、プロジェクトが開始される前の 2005 年 8 月に、施設分娩の促進をめざして、熟練出産介助者 (SBA) に対する「BEmOC」研修モジュールとその教材が国家標準として、DOH・開発パートナーとの共同で開発された。引き続き、全国のフォーミュラ・ワン (F1) の対象地域において同研修の指導者を養成するために指導者研修 (Training of Trainers : TOT) が行われた。

他方、地域における統合的な MCH 環境の整備といったフィリピンにおいてはじめての概念を取り入れた「コミュニティにおける妊産婦・新生児ケア (CMMNC)」の研修モジュールが、プロジェクト開始前より DOH と開発パートナーの間で開発され、プロジェクト開始直後の 2006 年 3 月に完成した。その後 2006 年 10 月に指導者用ガイドラインが作成され、全国で TOT が実施された。対象地域における CMMNC 研修は、2007 年に、BEmOC 対象施設とバランガイ・ヘルス・ステーション (BHS) のすべての医療サービス提供者に対して実施された。

これらの教材開発においては、DOH の主導の下、フィリピン産婦人科学会と MCH 分野の開発パートナー〔国連人口基金 (UNFPA)、国連児童基金 (United Nations Children's Found : UNICEF)、世界保健機関 (World Health Organization : WHO)、NGO・PLAN International〕が共同して、フィリピン母子 MCH の一元的な取り組みとして進められたところに大きな特徴がある。

プロジェクトは、更に研修の質を担保するため、国の中心的な研修センターであるマニラにある国立の「ファベリア記念病院」に機材、研修用ツールを供与し、研修体制を整えた。同病院を国の BEmOC 研修センターとして、又開発された研修教材は国家標準としたことなどにより、BEmOC 研修モジュールや教材は DOH や他の開発パートナーにも有効に活用され、広く全国的に活用されている⁵。

モニタリングとスーパービジョンのためのツールに関しては、プロジェクトは新規にツールを開発するのではなく、既存のツール(例えば、「地域保健サービス情報システム (FHSIS)」や「妊産婦ケア対象クライアントリスト (Target Clients List for Prenatal Care : TCL)」) を利用し、より有効的に活用できるよう支援した。

⁵ ただし、DOHでは2008年に施行された行政令 (Administrative Order No.2008-0029) に基づき、現在、新生児ケア分野の強化を進めており、研修内容の見直しを行っている。

表 3 - 3 成果 1 の達成状況

指 標	達成状況
1) BEmOC 及び CMMNC 研修マニュアルの開発と確保	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト開始前の 2005 年 8 月、JICA と DOH 及び他の開発パートナーとの協働によって、BEmOC 教科書『妊娠・出産・産後・新生児ケア (PCPNC): A Guide for essential practice in Philippine setting』が開発された。プロジェクト開始後の 2006 年 9 月に、同教科書が印刷・配布された (500 部)。 BEmOC/TOT が 2005 年に実施された。 『SBA のための CMMNC 教科書』が開発され (2006 年 3 月)、プロジェクトによって印刷・配布された (2006 年 5 月、3 万 2,000 部)。 『CMMNC 研修マニュアル (研修講師用指針)』が作成・配布された (300 部、2006 年 10 月)。 助産師 (RHM) の正常分娩のための医療技術向上のための『助産技術 (LSS) 教科書』が、他の開発パートナーとの共同で開発された (2006 年)。
2) CMMNC の TOT を受けた研修生数	<ul style="list-style-type: none"> CMMNC/TOT (4 日間) によって、184 名の指導者を育成 (2006 年 11 月)。同研修は、UNFPA、UNICEF、WHO、NGO・PLAN International とのコストシェアリングで実施され、全国 19 の F1 のサイト×3 名+17 の保健地域×2 名からの指導者候補生を招聘、そのうち 91 名分が本プロジェクトの負担であった。
3) モニタリングとスーパービジョンのためのツールの開発と確保	<ul style="list-style-type: none"> モニタリングとスーパービジョン体制の強化のために、「TCL」の利用強化の指導を RHU レベルで行った。 BHS と RHU におけるレファラルカードの正しい利用を促進した。 州側の要請によって、保健情報システム強化のために、2006 年 9 月、ビリランにおいて保健情報研修を実施。RHU から 16 名の熟練出産介助者が参加。

出所：プロジェクト年報 2006～2008 年版、その他、終了時評価のために収集された資料

(2) 成果 2：活動対象地域における緊急産科ケア (EmOC) と (MCH) サービス供給体制が強化される。

成果 2 においては、対象地域における町及びバランガイにおける MCH サービス体制全般の強化と、DH 及び RHU における BEmOC の強化をめざし、各種研修が実施された。表 3 - 4 は、成果 2 の指標に基づき、その達成状況を示したものである。

2006 年 7 月に、プロジェクト対象地域において BEmOC 対象施設 (全 DH 及び RHU) の SBA チーム (医師・看護師・RHM) 全員に対して BEmOC 研修が実施された。また、既存の研修教材を活用して、2007 年に BHS の RHM に対して通常分娩技術向上のための LSS 研修が実施された。さらに農村における産科・母子保健技術の向上を図るために、すべての助産に携わる保健スタッフに対して CMMNC 研修が実施された。

また、農村地域において質のよい BEmOC サービス提供を開始し、施設分娩へのアクセスを促すために、DOH が 2007 年に実施した「施設マッピング」によって選定した RHU と BHS に対して、フィリピン健康保険公社 (以下、「PhilHealth」と記す)⁶ の MCP 認証のガイドラインに沿って、必要な産科機材を供与した。その結果、すべての対象 RHU (ビリランで 8 カ所、AMADHS で 3 カ所) が MCP 認証を受けた。さらに BHS に関しても、ビリランで 7 つの BHS が、AMADHS でも 8 つの BHS が認証を受けた。これによって質のよい妊産婦ケアが

⁶ PhilHealth とはフィリピンの公的医療保健制度。国民皆保険をめざすとともに医療の質の向上を図ることを目的としている。PhilHealth は基本的に感染症等の短期疾患に対応するものであるが、MCH ケアに対して一部対象となっている。MCP 提供施設として認証を受けると、PhilHealth 加入世帯は、一定の基準の MCP を受診した場合、通常分娩サービス利用が無料となり、RHU は 4,500 ペソの保健還付金が受けられる。なお、LGU と中央政府が PhilHealth に登録されている貧困層のために保険料の支払いを肩代わりする制度がある。

担保されると同時に、PhilHealth の条件に合致したサービスを受けた加入者の見合った分だけ、保険から還付金が自治体に入り、そこから各自治体の規則に沿って現場に再分配される仕組みになっている。しかしながら、終了時評価調査団はこの PhilHealth の MCP プログラムがほとんど活用されていない実態を把握した。その理由として、1) PhilHealth の加入率が低い、2) MCP のメリットが住民はもちろん保健スタッフにも周知されておらず MCP 還付申請がほとんどなされていない、3) MCP 申請条件が厳しい、4) 申請手続きが面倒、などの理由が聞かれたが、詳細な実態は把握できなかった。

一方で、PhilHealth の還付金以外に、州議会や町議会が条例や決議で、SBA 立ち会いによる出産の義務化やユーザーフィー導入やその活用方法等を規定したことによって（詳細は 4 - 6 - 1 参照）ユーザーフィーを運用する基金設立とその収入の適切な運用が定着してきている。このように、医療技術の向上、サービス提供のためのハード面の向上、自治体の規制、ユーザーフィーによる職員の待遇面の改善などによって、RHU や BHS の医療スタッフのモチベーションが高まり、24 時間体制でより質の高いサービスを提供できるようになってきており、施設分娩への移行と MCH サービスのアクセス向上を後押ししている。

以上のような改善の結果、最も注目される指標である「SBA による分娩率」や「施設分娩率」は、2 対象地域においていずれも顕著な増加をみせている（詳細は、3 - 4 プロジェクト目標の達成度の節で後述）。

表 3 - 4 成果 2 の達成状況

指 標	達成状況
1) 基礎的EmOCの研修を受けたSBAの数	・ 2006、2007、2008 年、SBA の全対象者に対して BEmOC 研修を実施。計 60 名（ピリラン 27 名、AMAHDS 33 名）
2) CMMNCの研修を受けたSBAの割合	・ 2006 年、全 SBA に対して CMMNC 研修実施。計 143 名（ピリラン 70 名、イフガオ州 73 名、AMADHS 以外の 25 名含む）
3) LSSの研修を受けたRHMの数	・ 2007 年と 2008 年、主に BHS の RHM に対して LSS 研修実施。計 62 名（ピリラン 38 名、AMADHS 24 名）
4) PhilHealthのMCPに認定されたRHUの数	・ ピリラン州：全 8 RHU。さらに 15 BHS が申請済で認証待ち。 ・ AMADHS：全 3 RHU。さらにアルフォンソリスタ町の 1BHS が申請中で認証待ち。
5) BEmOCサービスを提供している医療施設の数	・ ピリラン州：全 8RHUs 及び 1 州病院（PH）で提供中。 ・ AMADHS：全 3DH 及び全 3RHU で提供中。
6) 普通分娩サービス提供しているBHSの数	DOH の施設マッピングの指定による対象施設で達成。 ・ ピリラン州：対象の 15BHS ・ AMADHS：対象の 6BHS
7) SBA介助による分娩率 ⁷	・ ピリラン州：44%（2005 年） 49%（2006 年） 83%（2007 年） 92%（2008 年） ・ AMADHS：54%（2005 年） 59%（2006 年） 57%（2007 年） 71%（2008 年）
8) 施設分娩率（イフガオ州、AMADHS/ILHZ）	・ ピリラン州：25%（2005 年） 24%（2006 年） 79%（2007 年） 89%（2008 年） ・ AMADHS：19%（2005 年） 17%（2006 年） 23%（2007 年） 34%（2008 年）

出所：プロジェクト年報 2006～2008 年版、全国 FHSIS.2005～2007 年版、ピリラン/イフガオ州 FHSIS 2005～2008 年版、その他、終了時評価のために収集された資料

⁷ 通常分娩・EmOC分娩サービス提供施設数が数少ないイフガオ州の状況を勘案した結果、プロジェクトは「熟練出産介助者による出産介助率」を「施設分娩率」の補助的な指標として使用することを提案した。伝統的産婆による分娩介助が圧倒的に多い状況のなか施設分娩への移行には大きな溝があり、経過的な措置が必要との判断で、この指標を追加したPDM3は、2007年9月、保健省事務次官及びプロジェクト・ディレクターであるNCDPCセンター長の承認を受けた。

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

成果3においては、MCHの強化のための地域の参加体制を推進するために、プロジェクトは、「女性の健康チーム(WHT)」を結成し、地域の支援体制と含めてその機能を強化した。表3-5は、成果3の指標に基づき、その達成状況を示したものである。

WHTは、バラングイの既存の保健人材資源である「バラングイ・ヘルス・ワーカー(BHW)」「バラングイ栄養教育促進員(BNS)」「TBA」⁸等を再編成して結成されている。ビリランにおいては、132バラングイで374チーム(1,122メンバー)が結成された。AMADHSでは、63バラングイで96チーム(321メンバー)が結成された。WHTはBHSのRHMとのスーパービジョンの下で、担当地域の新規妊婦の把握、妊婦への保健情報提供、妊産婦健診の徹底、施設分娩の推奨、出産施設への付き添い、それら一連の妊婦のトラッキング(捕捉)とRHMへの報告、等の活動を行っている。メンバーは基本的に女性であるが、両対象地域において一般住民向けの保健教育活動や施設分娩の推進に関して、WHTを支援する男性ボランティアも活動に参加している。

評価調査団によるフィールド調査を通じて、ビリランにおいては、WHTと地域リーダー(バラングイ長⁹やバラングイ議会議員)が担当地域の妊婦を確実にトラッキングし、妊産婦への産前・産後健診や安全なお産のための施設分娩推奨の重要な役割を担っていることが確認された。また、地域の男性リーダーとの協働により、各妊婦の緊急時の対応計画である「出産計画(Birth Plan)」の策定¹⁰や、バラングイ全体の緊急対応計画(Emergency Preparedness Plan)に緊急妊産婦支援体制を盛り込むなどコミュニティの支援体制整備が進んでいる。

イフガオ州ではプロジェクト対象地域のAMADHSにとどまらず州全体で、男性を巻き込み、更により広い保健課題を扱う「AYOD地域保健チーム〔以下、「AYODチーム」と記す(イフガオの現地語で)ハンモックの意〕へと発展している。さらに、2008年よりAYODチームの男性メンバーを対象に、地域の男性へのピアエデュケーターの育成が始まった。これは、『AMMAチーム(Active Male's Movement against Violence and for AYOD: AMMA)』という研修プログラムであるが、この研修を受けた男性メンバーは「AMMAメンバー」と呼ばれ、彼らがピア研修を行う活動などを総称して「AMMAプログラム」と呼ばれている。この活動は、2008年より社会福祉・開発省(Department of Social Welfare and Development: DSWD)の暴力防止プログラムとの連携でスタートし、UNICEFの支援も受けている。終了時評価時点で33名の男性AYODメンバーが既にAMMA研修を受け、地元で男性向けピア研修を精力的に実施している¹¹。AMMAプログラムでは、MCHだけでなく、広くリプロダクティブヘルス課題を取り上げ、そのなかには家族計画やジェンダーのテーマが入っており、AMADHSでは土地柄¹²のせい家族計画に対する関心が高いという。

このような地域における保健活動は、地域住民の母子の健康に関する意識の高揚や妊婦に

⁸ 通称、ヒロットと呼ばれることも多い。なお、ビリランにおいては、州及び各町の決議によって、TBAは完全に助産活動を禁止された。

⁹ 通称、バラングイキャプテンと呼ばれることも多い。

¹⁰ 例えば、緊急時の搬送手段(イフガオの山奥ではハンモックでの搬送協力者)や緊急時の出費に対する貯金計画の支援、留守宅の子どもの面倒を見る人、等。

¹¹ 2009年10月20日時点で、非公式なデータによるとAMADHSで531名が、又その他のイフガオ州で171名が、このピアエデュケーションを受講している。

¹² 宗教的にプロテスタントが主流で、その他土着信仰なども多く、一方で家族計画に反対するカトリック教徒が少ないという背景がある。

対する地域ぐるみの支援体制の強化などに貢献している。

表 3 - 5 成果 3 の達成状況

指 標	達成状況
1) WHTの結成数(目標値: 1/ バラングイ以上)	<ul style="list-style-type: none"> ・ピリラン州: 374 WHT (1,122 メンバー) が結成された (全 132 バラングイをカバー)。 ・AMADHS: 96 WHT (321 メンバー) が結成された (全 63 バラングイをカバー)。その後 AYOD となり、イフガオ全州 (11 町) へ拡大、182 の AYOD チーム (2,436 メンバー) が結成されている。
2) 母親学級の開催数/WHT/月	<ul style="list-style-type: none"> ・ピリラン州: リージョン 8 の CHD との協議により、「両親学級」として実施。2008 年 1 月に、CHD と共同でマニュアルを開発し、全リージョン用として 1,100 部印刷・配布。現在、このマニュアルを利用して WHT と BHS の RHM がほぼ毎週、両親学級を開催。 ・イフガオ州 (AMADHS 以外も含む): 母親学級に代わり、父親対象に AMMA 研修を実施中。2009 年 9 月末までに、33 名の AMMA 研修員が育成され、アギナルドで 9 回、アルフォンソリスタで 2 回の父親学級を実施した。
3) 緊急産科支援体制構築のための コミュニティでの計画の有無	<ul style="list-style-type: none"> ・ピリラン州: 全 132 バラングイが、緊急対応計画 (Emergency preparedness plan) を策定し、PHO に提出している。また、すべての妊婦が地域と相談して自分の緊急時のために「出産計画」を作成している。 ・AMADHS: 全 63 バラングイが、AYOD と共同で、緊急対応計画を策定し、PHO に提出している。 ・イフガオ州において、妊婦の緊急時対応の計画づくりを含む「AYOD 男性ボランティアのための AMMA マニュアル」を開発して提供 (2009 年)。
4) WHTに対する母親の満足度	<ul style="list-style-type: none"> ・2009 年にプロジェクトが PHO と共同で実施した「妊産婦健診を受診した妊婦に対する出口調査」の暫定結果によると、WHT のサービスを知っていて、他の妊婦にもサービスを受けることを推薦する割合は、ピリランで 91% (N=150)、AMADHS で 89% (N=47) となっている。

出所: 終了時評価のために収集された資料、終了時評価のために実施された調査 (暫定結果)、フィールド調査におけるインタビュー

(4) 成果 4: 活動対象地域における女性の健康チーム (WHT)、助産師 (RHM) を支援する運営管理の体制が整備され、サービスの質と仕事環境が向上する。

成果 4 では、成果 2 と成果 3 で構築したコミュニティにおける MCH サービスと妊産婦の支援体制が強化され、地域全体の支援環境が向上することをめざした。表 3 - 6 は、成果 4 の指標に基づき、その達成状況を示したものである。

本評価調査団のフィールドにおけるインタビュー調査では、BHS において毎週 (一部チームでは毎月) RHM と WHT との会合をもっており、WHT は担当の妊婦の捕捉状況 (体調 ~ 健診受診状況 ~ 出産結果) について RHM に報告し、問題があれば相談するといった体制が確立しており、バラングイレベルにおいて、BHS の RHM と WHT (イフガオでは AYOD) の関係が緊密になっていることが確認された。

他方、町保健局 (MHO) は BHS に勤務する RHM を含むすべてのスタッフとの月例会議を実施しており、WHT による報告結果が町 MHO と共有されている。つまりすべての妊婦の産前産後の状況が町レベルでもトラッキングされている状況をつくりあげている。それらのトラッキング状況は、TCL¹³に詳細に記録されている。このような活動に参加している WHT の満足度は、終了時評価のために実施した調査 (暫定結果) から、90%以上の WHT メンバーが満足していることがうかがえる (詳細は、表 3 - 6 の 4) 参照)。

¹³ 記載内容は、「登録日、世帯シリアル番号、氏名、住所、年齢、出産予定日、トリメスターごとの健診受診日、破傷風予防接種接種日、微量栄養素摂取日、リスクの有無、出産日、新生児性別・体重・出産場所、立会い者、備考」。

MHO は定期会合や不定期のスーパービジョンによって、BHS の RHM の活動をモニタリングしつつ、サポートティブ・スーパービジョンを行っている。また PHO は TCL によって妊産婦ケアの状況を統計的にモニタリングするとともに、MHO を不定期に訪問することによってサポートティブ・スーパービジョンを行っている。さらに、妊産婦死亡が発生した場合は、現場からただちに PHO に通知され、PHO は担当者を派遣し関係者から情報を収集し、その結果を基に可能な限り早急に「妊産婦死亡症例検討会 (MDR)」を実施することが定着している。MDR はビリランにおいては ILHZ レベルで、AMADHS においては町レベルで実施されている。これらの検討結果は、MHO を通じて BHS や地域にまでフィードバックされることになっているが、その実態は本調査では明らかにできなかった。またビリラン ILHZ では、リージョン 8 の CHD と共同で MDR の結果に関するレビューが実施され、更なる技術面の向上をめざしている。

表 3 - 6 成果 4 の達成状況

指 標	達成状況
1) RHUにおけるWHTとの月例会議の開催数・ケースカンファランスの数	<ul style="list-style-type: none"> ・ビリラン州：MHO は毎月（一部の局では毎週）、BHS の RHM を含むすべてのスタッフとの定期会合をもっている。また BHS 担当の RHM は WHT と毎週会議をもち、バランガイ内のすべての妊産婦の状況を WHT を通じて把握している。 ・AMADHS：MHO は毎月、BHS の RHM を含むすべてのスタッフとの定期会合をもっている。また BHS 担当の RHM は WHT と毎週会議をもち、バランガイ内のすべての妊産婦の状況を WHT を通じて把握している。
2) 妊産婦死亡症例の検討のための会合の開催数	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡例の報告後、ビリランでは 1 ヶ月以内に、AMADHS では規定はないが可能な限り早急に、全関係者と地域ベースの会合 (MDR) を開催することが定着している。 ・これまでの実績は、ビリラン州で 計 10 回 (2008 年 6 回、2009 年 4 回) 開催、AMADHS で計 2 回 (2007～2008 年は死亡例なし、2009 年 2 回) 開催。 ・ビリラン州では、2006 年と 2007 年に RHU の SBA を対象に「妊産婦死亡症例検討」研修を実施した。その後、リージョン 8 の CHD と共同で、東ビサヤ地域妊産婦センターの専門医も招いて、2 例の MDR の結果をレビューした。
3) PHO/MHOによるサポートティブ・スーパービジョンの開催数	<ul style="list-style-type: none"> ・ビリラン州：PHO の MCH コーディネーターがすべての RHU を四半期に 1 回巡回し、主に統計数値を基にしたスーパービジョンを実施。MHO は、毎月（一部では毎週）全スタッフを集めた定例会議を開催、BHS では RHM が毎週 WHT を集めて定例会議を開催。また一部の BHS では WHT が当番制で BHS に通い WHT を支援する体制をとっているところもある。 ・AMADHS：PHO は年 2 回すべての RHU といくつかの BHS へのスーパービジョンを実施。MHO は、毎月全スタッフを集めた定例会議を開催、BHS では RHM が毎週 WHT を集めて定例会議を開催。また、アルフォンソリスタ町では公衆衛生看護師（看護師スーパーバイザー）が独自に「BHS のためのモニタリングチェックリスト」を開発し、BHS 訪問時にチェックしている。 ・両地域とも、TCL を活用して、BHS の RHM と WHT を通じて得た妊産婦のトラッキング情報をモニタリングしている。これらの情報は MHO に RHM や WHT の活動状況を伝える情報源を伴っている。
4) WHTメンバーの満足度、RHM の満足度	<ul style="list-style-type: none"> ・プロジェクトと PHO が共同で実施した、終了時評価のための調査の暫定的結果 (2009 年 6～8 月実施) によると、ビリラン州の WHT の 100% (N=841 名)、AMADHS の 94% (N=683 名) が、WHT としての活動に満足している。また活動を継続したいという者は、ビリランでは 99%、AMADHS では 97%となっている。

出所：終了時評価のために収集された資料、終了時評価のために実施された調査（暫定結果）、フィールド調査におけるインタビュー

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

成果5では、プロジェクトでの経験を他地域や国家政策にフィードバックされることをめざした。表3-7は、成果5の指標に基づき、その達成状況を示したものである。

プロジェクトの成功経験はプロジェクトの対象地域以外にも様々な形で伝達されている。例えば、WHTやAYODチームの成功例については、CHDを通じて、ワークショップや研修を通じてリージョン内のすべてのバラングイに伝達されている。またプロジェクトが開発した教材や研修用ツールは、プロジェクト対象外の他州や町に提供されている。

また、中間評価における提言の1つである「透明性の更なる向上と今後のプロジェクト経験の普及のためにプロジェクトの活動の記録を集積すること」という助言に応える形で、2008年『安全な母性のためのティーミング・アップ（TEAMING UP for Safe Motherhood）』と名づけられた冊子を刊行した。同冊子では、プロジェクトの全容がプロセスを追って紹介され、中央DOH、LGU、PHO・MHO、コミュニティ等の各アクターの果たした役割についても詳述されている。この冊子は、リージョン8とCARのCHDによって、リージョン内のすべてのPHO、MHO及び関連する開発パートナーを集めてお披露目のセレモニーが行われ、周知された。

このような成果から、中央DOHは、本プロジェクトを2008年に発表された施策「MNCHN」を先取りして実施され、施設分娩への移行が可能であることを実証したグッドプラクティスとして評価している¹⁴。

表3-7 成果5の達成状況

指標	達成状況
1) MCH技術管理委員会（TWG/TMC）(中央レベル)の開催数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2007年に2回開催された。2008年以降はMCH/TWG/TMCとしては実施されていないが、DOHが主催するMCHタスクフォースにプロジェクトからも2008年1回出席している。また、その他、中央レベルの開発パートナー会合には随時出席している。
2) 配布されたMCH研修マニュアルの数	<ul style="list-style-type: none"> ・ CMMNC講師用ガイド及び研修キット（300部）がF1対象19州及び17地域に配布され、CD版はフィリピンRHM協会とUSAID関係NGOsに配布された。 ・ WHT活動実施ガイド（600部、アヤガン語&英語版、イロカノ語&英語版）がAMADHSに、又AYOD活動実施ガイド（3,000部）がイフガオ州に、700部（ワライワライ語&英語版、セブアノ語&英語版）がピリラン州に配布された。 ・ CMMNC講師用ガイド（5,000部）が増刷され、CARに3,000部、リージョン8に2,000部配布された。 ・ 2008年『安全な母性のためのティーミング・アップ』（500部）が刊行、配布された。
3) プロジェクトが参加・主催したMCH関連会合の数	<ul style="list-style-type: none"> ・ プロジェクトが参加した主要な会議は、2009年10月まで計12回。 ・ 中央レベル：2回 ・ CAR/CHDレベル：5回 ・ リージョン8/CHDレベル：4回 ・ ミンダナオリージョン：1回

出所：プロジェクト年表2006～2008年版、終了時評価のために収集されたモニタリング資料、終了時評価のために実施された調査（暫定結果）、全国版FHSIS2005～2007年版、ピリラン/イフガオ州FHSIS2005～2008年版

¹⁴ DOH母子保健タスクフォースメンバーのインタビューによる。また、同様のコメントは、リージョン8CHD/MCH担当、UNFPA/MCH担当者からも聞かれた。

3 - 3 プロジェクト目標の達成度

本プロジェクトのプロジェクト目標は、「活動対象地域において MCH サービスが強化され、妊娠・分娩・産褥期における母親と新生児の安全性と健康が向上する」である。

PDM3 の指標に基づくプロジェクト目標の達成度を、以下の表 3 - 8 ~ 3 - 10 及び図 3 - 1 に示す。まず、表 3 - 8 はフィリピン DOH の掲げる重要な目標でもある「SBA 立ち会いの下での出産率」と「施設分娩率」の傾向である。「SBA 立ち会いの下での出産率」は、両対象地域において上昇している。特に、ビリランにおいてはベースラインの 44% (2005 年) から 92% (2008 年) と劇的に上昇しており、現地でのヒアリング結果と合わせて総合的に考察すると、SBA 立ち会いの下での出産が住民に定着している状況といえる。

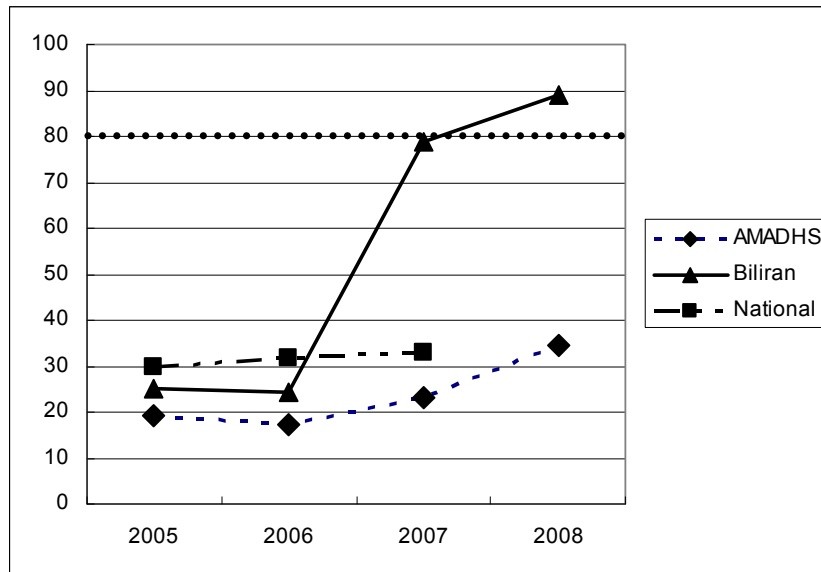
表 3 - 8 プロジェクト目標の達成度

指 標	ベースライン		達成度			データ入手手段
	2005年		2006年	2007年	2008年	
SBA立ち会いの下での 出産率	ビリラン州	44%	49%	83%	92%	州FHSIS
	イフガオ州	68%	68%	63%	73%	
	AMADHS	54%	59%	57%	71%	
施設分娩率	ビリラン州	25%	24%	79%	89%	州FHSIS
	イフガオ州	37%	37%	32%	49%	
	AMADHS	19%	17%	23%	34%	

出所：ビリラン/イフガオ州 FHSIS 2005～2008 年版

図 3 - 1 は、施設分娩率の推移を図示したものであるが、やはりビリランにおいてベースラインの 25% (2005 年) から 89% (2008 年) と劇的に上昇しており、その後更に上昇し 2008 年現在で 90% に達している。この上昇傾向は 2009 年の RHU における統計などによって、さらに向上していることが確認された。ここで特筆すべき点は、DOH 行政令 (2008 - 0029) で国の目標と定めている「2010 年までに SBA 立ち会いの下での施設分娩が 80%」というゴールを、ビリラン州ではプロジェクト開始後わずか 1 年後にほぼ達成している点である。一方、AMADHS も 19% (2005 年) という全国平均 (30%) よりも低いレベルであったものが、3 年間で 34% (2008 年) へと上昇 (15 ポイントの上昇、上昇率 179%) しており、全国平均よりも高い伸び率¹⁵となっている。

¹⁵ 全国平均の2008年の値が未発表のため、2005年と2007年の伸び率で比較すると、AMADHSが121%であるところ、全国平均は110%となっており、その差は更に拡大しているものと予測される。



注： FHSIS のデータ収集方法の改訂により、2005 年と 2006 年のデータには病院出生のみが含まれ、2007 年と 2008 年には病院、RHU、BHS が含まれている。
出所：FHSIS2005-2007、ビリラン/イフガオ州 FHSIS2008

図 3 - 1 施設分娩の推移

プロジェクト目標のもう 1 つの指標である「妊産婦健診」の推移を表 3 - 9 に示す。ここで最初に指摘しておかなければならないのは、全国 FHSIS (表中のカッコ内の値) と州 FHSIS の数値が大きく異なることである。また、イフガオの全国 FHSIS のデータでは妊産婦健診の回数 (3 回以上と 4 回以上) に一貫性がない。このような状況から、評価調査団としては妊産婦健診に関するデータの信憑性が低いと判断した。しかし、仮に 2008 年のデータが正しいと仮定すると、2 対象地域において、行政令 (2008 ~ 2009) で設定された「2010 年までに、産前健診を 4 回以上受診する割合が 80% に達する」という国家目標よりもかなり低い状況である。また、DOH として 2009 年から FHSIS の統計に加えた「第 1 トリメスター (妊娠 12 週まで) に少なくとも 1 回、健診を受診する」という目標については FHSIS では収集していないため、プロジェクトが参考までにイフガオの RHU から収集したデータによると 2008 年の実績は 31% とまだ低い水準であり、更なる努力が必要な状況である。

表 3 - 9 妊産婦健診の推移

指 標	ベースライン	達成度				データ入手手段
		2005	2006	2007	2008	
妊娠中4回以上妊産婦健診を受けた妊婦の割合	ビリラン州	67%*3 (65%)*3	59%*3 (64%)*3	59%*3 (22%)*3	69%*3	州 FHSIS, () 内は全国 FHSIS
	イフガオ州	99%*4 (36%)*4	96%*4 (64%)*3	90%*4 (64%)*4	65%*4	
	AMADHS*	88%*4	93%*4	91%*4	65%*4	
第 1 トリメスター (妊娠 12 週まで) で妊産婦健診を受けた妊婦の割合	ビリラン州	N/A	20%	26%	31%	プロジェクトが各 RHU より収集
	イフガオ州	N/A				

注： *3 は「健診回数 3 回以上」、*4 は「同、4 回以上」を示している。DOH の妊産婦健診回数の定義は 2008 年に 3 回以上から 4 回以上に改訂された。しかし、評価調査団の視察によると現場ではまだその定義が浸透しておらず、データ収集に混乱がみられた。

出所：FHSIS 2005-2007、州 FHSIS2008

表3 - 10 は、妊産婦死亡及び新生児の死亡についての推移を示したものである。妊産婦死亡比（MMR） 新生児死亡率（Neonatal Mortality Rate：NMR）ともに死亡数そのものが少ないことから、1 例の増減によって大きく変動するため、この指標をもって状況の改善の有無を判断することは難しい。

表3 - 10 妊産婦死亡及び新生児死亡の推移

指 標	ベースライン		達成度		データ入手手段	
	2005	2006	2007	2008		
MMR(出生1,000対) ¹⁶	ビラン州	2.89 (#: 10)	2.80 (#: 10)	1.15 (#: 4)	1.57 (#: 6)	州 FHSIS
	イフガオ州	0.85 (#: 1)	1.20 (#: 5)	1.32 (#: 3)	0.67 (#: 3)	
	AMADHS*	0.85 (#: 1)	0.87 (#: 1)	0 (#: 0)	0 (#: 0)	
NMR (出生1,000対)	ビラン州	4.3 (#: N/A)	7.43 (#: N/A)	3.8 (#: 13)	9.4 (#: 36)	プロジェクトが各RHUより収集
	イフガオ州	5.1 (#: 34)	3.92 (#: 40)	- (#: 12)	- (#: 11)	
	AMADHS*	5.12 (#: 6)	4.34 (#: 5)	- (#: 8)	- (#: 7)	
<参考> 乳児死亡率（IMR） （出生1,000対）	ビラン州	16.8 (#: 58)	19.0 (#: 68)	13.3 (#: 49)	19.1 (#: 73)	州 FHSIS
	イフガオ州	8.5 (#: 34)	10.3 (#: 40)	10.9 (#: 35)	12.9 (#: 53)	
	AMADHS*	9.0 (#: 11)	9.6 (#: 12)	11.8 (#: 11)	11.8 (#: 12)	

注： #は死亡数を示す。

出所：州 FHSIS 2005～2008。新生児死亡に関するデータは FHSIS にはないため、プロジェクトによって RHU データより収集された。

3 - 4 上位目標の達成見込み

上位目標は、「フィリピンの MCH 政策の下、中央レベルと州レベルにおいて、MCH における戦略を効果的に実施するための組織のキャパシティが強化され、MCH サービスの量と質が向上する」である。JICA の評価ガイドラインによれば、上位目標とはプロジェクト終了後 3～5 年以内に達成されるゴールと定義されている。

PDM3 の指標に基づき、国全体の現在の達成状況を示したのが表3 - 11 である。国全体の統計は 2007 年分までしか発表されていないため、ここではプロジェクト開始前の 2005 年をベースラインとして 2007 年までの 3 年間で比較した。「施設分娩率」及び「SBA による出産率」ともに、ゆっくりではあるが着実な上昇傾向をみせている。しかし、2010 年までの国家ゴールである、SBA 立ち会いの下での施設分娩率 80% という目標達成のためには、MNCHN(DOH 令 2008 - 0029)(4 - 1 で詳述) の国家規模による更なる強化策が必要な状況である。

妊産婦死亡と新生児死亡についても、入手可能なデータは 2006 年の「家族計画調査 (Family Planning Survey)」のみとなっており、このデータで上位目標の達成見通しを推測するのは困難である¹⁷。

¹⁶ 通常、MMRは出生10万対で表すが、フィリピンのFHSISではMMRは出生1,000対で表されるため、本数値を使用。

¹⁷ DOHのFHSISのデータは2008年までであるが、「人口・保健統計 (National Demographic and Health Survey : NDHS)」(5年ごとに実施) のデータと比較すると総じて少なく見積もられており、DOHとしても採用していない。なお、NDHS2008年版は近日中に発表される予定。

表3 - 11 国家レベルの上位目標の達成度 (2005 ~ 2007年)

	2005年	2006年	2007年
施設分娩率	30%	32%	33% (44%)***
熟練出産介助者立ち会いの下での分娩率	68%	70%	73% (62%)***
妊娠中4回以上妊産婦健診を受けた妊婦の割合	61%	59%	58%
MMR (出生10万対)	-	(162)**	-
NMR (出生1,000対)	(17: 1998 -2003)*	-	-
乳児死亡率 (出生1,000対)	-	(24)**	(25)***

注： 全国版 FHSIS は 2007 年までしか発表されていない。

出所： FHSIS2005-2007。*は NDHS2003 年、**は家族計画調査 2006 年、***は NDHS2008 年暫定版

3 - 5 実施プロセス

(1) プロジェクト活動の進展

図3 - 2はプロジェクト期間中の活動の進展を示したものである。PDMに規定された研修や機材供与などの活動のほとんどは中間評価時点までに完了している。さらに中間評価時点において、ビリランではプロジェクト開始からわずか18ヵ月間で「施設分娩率」が80%近くに達しているなど、早いスピードでプロジェクト目標の一部に関して目に見える成果が現われた。

また、地域での支援体制の強化をめざす成果3と成果4では、両対象地域におけるWHTの結成と推進に関する活動が2007年より加速されるなどこの頃から全国的にも注目を集めるようになり、関係者のモチベーションを更に高める要因となった。同時に、様々な対象地域でのアプローチ(保健分野と行政、住民活動)が統合され、保健従事者とLGUの強いコミットメントの下、ひとつの統合的なメカニズムを形成するようになっていった。

それら各地でのグッドプラクティスはCHD(リージョン8とCAR)でも取りあげられ、リージョン、州によるスタディツアーや各種会合でプロジェクトの経験を発表する機会が増え、同地域局管轄の他州へもプロジェクトの経験が拡散していくようになった。

年度	JFY2005	JFY2006				JFY2007				JFY2008				JFY2009			
四半期	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	
	◆P開始				中間評価								終了時評価				
成果1	BEmOC・CMMNC教材 BEmOC-TOT CMMNC教材 研修体制整備			CMMNC-TOT													
成果2			BEmOC研修		CMMNC研修	LSS研修											
						機材供与 (RHU, DH)								機材供与 (BHS)			
						MCP承認 (ビリラン)								MCP承認 (AMADHS)			
成果3・4	WHT	イリン		WHT-TOT		WHT結成・活動実施						AYOD設立			AMMA開始		
															FHD作成		
															SV・WS		
	条例等	ビリラン			アルメリア				イフガオ				AFL				
成果5	教材等	CMMNC教材 (F1地域)				WHTガイドブック (R8)					AYODガイドブック (イフガオ州)						
	会合	<中央>					保健セクター会合にて発表					Teaming-UP (DOH, リージョン, ドナー)					
		<地域>					ミンダナオ母性安全サミットにて発表					MNCHNフォーラム Teaming-up発表会 (R8, CAR) R8保健サミットにて発表					
		<州>										CAR&イフガオ州セレモニー (含ビリラン) R8セレモニー FHD発表会					

：自治体の条例or決議

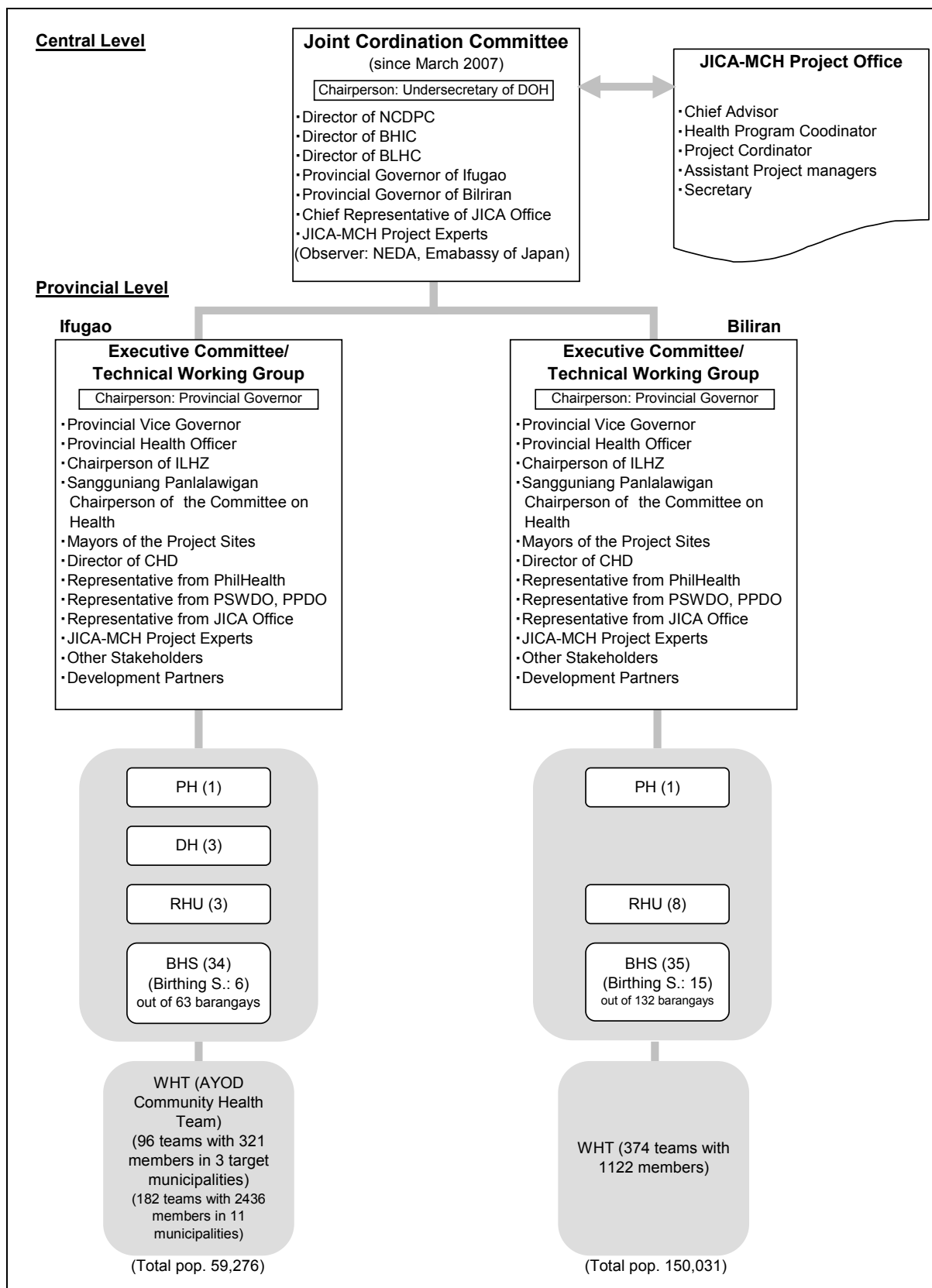
図3 - 2 プロジェクトの進展

(2) プロジェクトのモニタリング活動

プロジェクトの活動は、「州保健投資計画 (PIPH)」及び州の年間計画のなかに統合されている。また、プロジェクトの計画策定やモニタリングは州保健政策の策定と施行に完全に一体化している。州の EC 及び TWG/TMC で定期的に行われているモニタリング会議では、PDM の指標が活用され、活動の進捗状況はすべてのプロジェクト関係者と開発パートナーの間で共有されている。

(3) プロジェクトの実施体制

プロジェクトは、図 3 - 3 に示す実施体制の下で実施されている。中央 DOH、州、町、バランガイまですべての階層の関係者が明確に位置づけられているこの包括的な実施体制が、プロジェクトの成果の達成に効果的な役割を果たしたといえる。



出所：プロジェクト年報2008、2007年国勢調査、TEAMING UP for Safe Motherhood 2008.

図3 - 3 プロジェクト実施体制図

第4章 評価5項目による評価結果

実績と実施プロセスの調査結果を踏まえ、評価5項目(妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性)の視点で評価を行った。さらに、促進要因・阻害要因についても考察した。それらの結果は以下のとおりである。

4-1 妥当性

本プロジェクトの目標及びデザインは、フィリピン政府及び地方政府の政策と合致し、協力対象地域のニーズとも合致している。また、日本の対フィリピン援助政策とも整合している。さらに、妊産婦死亡や新生児死亡の低下をめざすための方法論としても妥当性は高いと判断される。以下に、主な論点を示す。

(1) フィリピン政策及び保健省(DOH)の政策との整合性

フィリピン政府はミレニアム開発目標(MDGs)の達成のために強いコミットメントを示している。妊産婦死亡及び新生児死亡の削減はMDGsの目標4と5であり、重要な国家目標となっている。妊産婦死亡及び新生児死亡の削減のために、フィリピンDOHは2000年7月に、「母性の安全(Safe Motherhood)政策」として知られる「行政令(Administrative Order No.79s.2000)」を採択し、妊婦の死亡と疾病の低下を大きく目標として掲げた。以降、2008年の新しい政策(以下、詳述)が発表されるまで同行政令が、(MCH)行政の基調となってきた。

その後、プロジェクトの実施期間の2008年9月、DOHは2000年の行政令を更新した形で、新しいMCHの指針となる「行政令(Administrative Order No.2008-0029)」を採択した。これは通称「MNCHN」と呼ばれる。同戦略も引き続き、妊産婦死亡及び新生児死亡の2つを大きなゴールとして掲げ、地方レベルでの実施は保健セクター改革の戦略「フォーミュラ・ワン(F1)」のフレームワークの下で行うことが明記されている。MNCHN戦略では、出産施設としてアクセスが容易な保健施設の強化を含む、コミュニティベースのアプローチが強調されている点に特徴がある。

このように、プロジェクトの目標及びデザインは、フィリピン政府の政策と戦略を基に形成されている。

(2) 日本政府の対フィリピン援助方針との整合性

日本の外務省の「対フィリピン国別援助計画」(2008年)において、MDGsの達成を支援する立場から、フィリピンで特に問題とされている高い妊産婦死亡比(MMR)と乳児死亡率(IMR)の改善をMCH分野の優先援助分野として位置づけている。本プロジェクトのコンセプトや戦略はフィリピンに対する日本政府の援助方針にも合致している。

(3) 協力対象地域の選定の適切性

プロジェクトの協力対象地域2カ所〔ピラン州とアルフォンソリスタ、マヨヤオ、アギナルド保健行政地区(AMADHS)・自治体間保健ゾーン(ILHZ)〕は、保健省及び他開発パートナーとの対話を通じて、F1において保健セクター改革の第1期先行実施地域(Convergence

sites)として指定された16の対象州から、他の開発パートナーと棲み分けする形で選定された。またそれらの優先協力地域のなかで、社会経済的状況や、保健指標を勘案し、全国平均より貧困率が高くかつMMRが高い地域のなかから選定された。したがって、協力対象地域の選定は適切であった。

4 - 2 有効性

プロジェクトは、精力的な各セクター並びに中央からバランガイまでの各階層に対するコーディネーションによって、包括的な介入を行い、これがフィリピン側の自発的行動を引き起こした。その結果、国家目標としても重要な「施設分娩率」及び「熟練出産介助者(SBA)による出産率」など、プロジェクト目標の指標の重要な部分は改善を示していることから、プロジェクト目標は達成されたと判断される。したがって、プロジェクトの有効性も高いと評価される。以下に、プロジェクト目標を達成した主な要因について考察する。

(1) 医療従事者への基本方針と技術的指針の策定・研修教材の開発・国家標準化

プロジェクトでは、基礎的緊急産科ケア(BEmOC)、地域に根ざしたコミュニティにおける妊産婦・新生児ケア(CMMNC)、及び助産師(RHM)の通常分娩助産技術向上の明確な方針と医療技術指針を示す研修コースを開発し、関連する教材を作成し、プロジェクト対象地域はもちろんのこと、ほぼ全国レベルに提供した。また、研修コースや教材の開発の過程では、国の中核的周産期医療病院であるファベリア記念病院及びフィリピン産婦人科医学会と協力し、また主な研修はファベリア記念病院で実施することを通じて、研修の質を担保した。また、BEmOCの研修コンテンツ及び教材は本プロジェクトのみならず、他開発パートナーにも利用され、ファベリア記念病院はその研修の拠点となっている。このように、国の中核的周産期医療病院であるファベリア記念病院と産婦人科医学会が連携し、他開発パートナーとも成果を共有することによって、これらの研修内容はいわば国家標準となったといえる。

BEmOC研修を受講したBEmOC施設〔主に地区病院(DHO)と町保健所(RHU)〕所属のSBA(医師、看護師、RHM)チームやバランガイ・ヘルス・ステーション(BHS)の助産師は、助産に関する高い技術を習得し、自信をもって質の高いサービスを提供できるようになっている。

このように、助産技術(研修)(LSS)に関する医療技術研修の開発と標準化はプロジェクト目標の達成の根幹部分をなす。

(2) 第1次医療施設におけるサービス提供の強化

2008年に採択されたMNCHN戦略では、女性、母親、子どもに対して、1)医療サービスのマネジメント、2)費用対効果の高い公衆衛生手法、を継続的に提供できるサービスパッケージを示している。BEmOC施設(主にDHとRHU)で働くSBA(医師、看護師、助産師)は、助産に関する医療技術をBEmOC研修で、又周産期に関する地域に根ざした公衆衛生活動(地域組織、リファラル、計画とモニタリング、地元財源等)についてはCMMNC研修で、適切な技術、知識を習得している。その後、BHSで1人で働くRHMに対しても基礎的なLSSの向上の必要性が認識され、LSS研修コースが提供された。評価調査団は、研修に参加したほとんどの医療従事者は日常の妊産婦・新生児ケアサービスにその知識と技術を活用してい

ることを確認した。

SBA チームが働く BEmOC 施設 (DH や RHU) には、質の高い妊産婦ケアサービスや新生児ケアを提供できる機材が供与され、身につけた技術を提供できる環境が整備された。これらの施設では、基本的に医師及び RHM がオンコールで待機している。ただし、ビリラン州の RHU ではより万全の助産介助サービスのために RHM が 24 時間体制で駐在している。そのために BHS 所属の RHM も RHU のシフトにローテーションで入るようになっている。協力対象地域の DH 病院や RHU では、現在 24 時間体制で BEmOC サービスが提供できるようになり、住民にも周知されている。2007 年の中間評価時点では、このようなサービスの向上につれて負荷が増す医療スタッフからの不満がひとつの問題点として指摘されたが、今回の評価時点ではビリラン州においては町役場の支援によってスタッフが増員 (契約職員又は臨時雇用職員として 9RHM と 2 看護師) されるなどの改善が図られていることが確認された。またユーザーフィー制度の定着と適切な運用によって、勤務に応じた報酬が手当てされるようになり、待遇面でも満足度が高まっていることが明らかとなった。

(3) バランガイレベルでの地域総動員・地域と第1次医療施設との関係性の強化

女性の健康チーム (WHT) の組織化を通じてバランガイレベルにおける積極的な地域住民の動員が図られ、更にそれによって地域と第 1 次医療施設 (RHU と BHS) との協力関係が強化された。RHU の職員とバランガイ長やバランガイ議会議員など地域リーダーと一緒にあって、WHT プログラムのオリエンテーションやモニタリングを実施することによって、WHT プログラムが素早く地域に浸透していった。また WHT メンバーによる活動 (妊婦のトラックキング、出産計画策定、個人的相談役、出産時の付き添い等) によって妊産婦の行動変容 (妊産婦健診の受診) や施設分娩が促進されている。

4 - 3 効率性

効率性とは、投入された資源量に見合った成果が実現しているか、プロジェクトが効率的に運営されているかを検討する評価項目である。本プロジェクトでは、各成果がおおむね達成されており、効率よく実施されたといえることができる。

本プロジェクトでは、他の開発パートナーとの調和とアライアンスによる棲み分けと協働を進めたことが効率性に大きく寄与した。本プロジェクトは、F1 の枠組みの下、MCH 分野で支援する他の開発パートナー [国連人口基金 (UNFPA)、国連児童基金 (UNICEF)、世界保健機関 (WHO)、欧州委員会 (EC)・ドイツ技術協力公社 (GTZ)] と緊密な対話を図りながら、デザイン・実施されている点、及びプロジェクト対象サイトを棲み分けている点において、プロジェクトの効果的・効率的な成果の産出に寄与している。

さらに、プロジェクト開始前から、JICA は他の開発パートナーと連携して DOH を支援し、2005 年には国家標準として BEmOC 研修モジュールを開発していた。また関連する研修ツールは、国の研修センターの 1 つであるマニラの「ファベリア記念病院」に供与された。このように国家標準としての BEmOC 研修プログラムをプロジェクト開始前に開発し、研修センターを整備したことによって、プロジェクト開始直後から効果的な研修を展開することができ、短期間でプロジェクトの効果をあげることに貢献している。その結果、プロジェクト対象地域外にも効果を広げることが可能となったといえる。

4 - 4 インパクト

インパクトとは、予期された正負のインパクトと、予期されなかった正負のインパクトが発現しているかどうかを検討する評価項目である。上位目標は予期された正のインパクトのひとつであるが、今後の発現可能性を予測することは難しい。しかし、その他の正のインパクトが発現している。負のインパクトは特に確認されなかった。

(1) 上位目標の達成の見込み

上位目標については、3 - 5の「上位目標の達成の見込み」で詳述したように、現時点で入手できたデータによって、プロジェクト終了後3～5年以内に上位目標が達成されるかどうかを予測することは難しい。しかし、上位目標の重要な指標である、SBA 立ち会いの下での施設分娩の割合は、全国レベルにおいてもゆっくりではあるが着実に増加しているものの、2010年までの国家ゴールである施設分娩率80%の達成や、MDGsの目標4（乳児死亡率を3分の2へ削減）と目標5（MMRの4分3への削減）が2015年までに達成される見込みは少ないという認識は既に広く共有されており¹⁸、2008年施行のMNCHNの全国規模での更なる推進が必要である。ただし、プロジェクトが2つの対象地域において実施した包括的なMCHパッケージや様々なグッドプラクティスが、今後のフィリピンの国家MCHプログラムの進展に大きな影響を与えることは間違いないであろう。

(2) その他の正のインパクト

様々なグッドプラクティスが保健省地域局（CHD）〔リージョン8及びコルディレラ行政リージョン（CAR）〕によって注目され、他地域へ拡大された。例えば、WHTの結成とその活動の活発化の経験は、イフガオ州において、地域の実情に合わせたWHTプログラムのローカル化やAYODチームへと発展した。折りに触れ地域内においてAYODチームの活動を紹介する活動をしたところ、AYODチームの成功がマウンテン州の担当官の目にとまり、同州においても2008年より導入されるようになった。また、イフガオ州を管轄するDOH CAR地域局では全国標準の母子手帳をより地域のニーズに合った形¹⁹のものとして「家族健康ダイアリー」という形に発展させ、CAR域内の他州でも活用が始まっている。このように、プロジェクト対象地域以外で、プロジェクトの成果が活用されていることは、正のインパクトといえる。

4 - 5 自立発展性

自立発展性では、政策的側面、組織的側面、財政的側面、技術的側面から検討された結果、総じて、自立発展性は高いと判断できる。

(1) 政策的側面

たとえ政権や行政当局が変わっても、すべての保健行政レベルにおいて、妊産婦死亡や乳児死亡の低下というMDGsの達成のためのコミットメントは継続される可能性は高い。ただし2010年の首長選挙を控え、州・町行政レベルにおいては、今後もこれまで同様MNCHNへの強いコミットメントと支援が継続されるかどうかはやや懸念される場所である。

¹⁸ 行政令（2008-0029）のp.1において明記されている。

¹⁹ 健康指導中の病気や食品の名前を地域言語で表現する、地域の文化に即したイラストや表紙にするなどの改定が加えられている。

(2) 組織的側面

プロジェクトは、CHD 地域局及び州レベルにおいて既存の地域保健システムを活用してそれらを強化する形で実施された。プロジェクトによるより質の高い MNCHN の下でのサービスパッケージを提供するという実現を通じて、「DOH CHD 州保健局 (PHO) 医療サービス提供者 コミュニティ」といった多層な保健セクターの軸と地方行政の複雑な構造間でのコーディネーションメカニズムが機能し、強化された。

プロジェクトの終了評価時においては、この包括的なメカニズムが効果的に働いている。中央 DOH の積極的な働きかけがあれば、このメカニズムは継続されていくことが予想される。

(3) 財政的側面

財政的側面からは、DOH の「公衆衛生開発プログラム基金 (Public Health Development Program Fund: PHDPF)」や「保健施設強化プログラム (Health Facilities Enhancement Program)」の財源で、各州自治体の「州保健投資計画 (PIPH)」(2005~2010年)の施行や、自治体による出産施設の拡充や既存施設の機材の更新に弾みがつくものと期待される。

また、PhilHealth の妊産婦ケア・パッケージ (MCP) からの還付金やユーザーフィーの適切な運用によって、施設の維持管理や保健スタッフ、地域のサービス提供者のモチベーションを維持に寄与するものと思われる。

(4) 技術的側面

MNCHN のサービスパッケージを提供するために必要な知識と技術は、BEmOC²⁰、CMMNC、LSS の各研修モジュールによって大筋では標準化されており、その内容はフィリピンの農村地域において有効であることが証明されている。したがって、MNCHN の枠組みの下、PHO や CHD の主導で、継続した現任研修やサポーター・スーパービジョンが行われるならば、技術的側面での自立発展性は高いと考えられる。

4 - 6 促進要因・阻害要因

ここでは、プロジェクトの効果の発現を促進した要因と阻害した要因について考察する。

4 - 6 - 1 促進要因

複層的なステークホルダーをコーディネートする包括的メカニズムの形成が、プロジェクトの成功を導き出したひとつの重要な促進要因であると考えられる(図4-1)。そのなかには、2つの重要なプレイヤーが存在する。すなわち医療サービス提供者と政治的リーダーである。これら2つのサイドのプレイヤーの積極的な働きが相乗効果をなし、最大限の成果を引き出したといえる。

²⁰ MNCHN戦略によって栄養の要素が加えられ、現在、見直し作業が行われているが、2009年に発表されたMNCHNマニュアルによると、本質的な理念や内容はそれほど変更されていない。

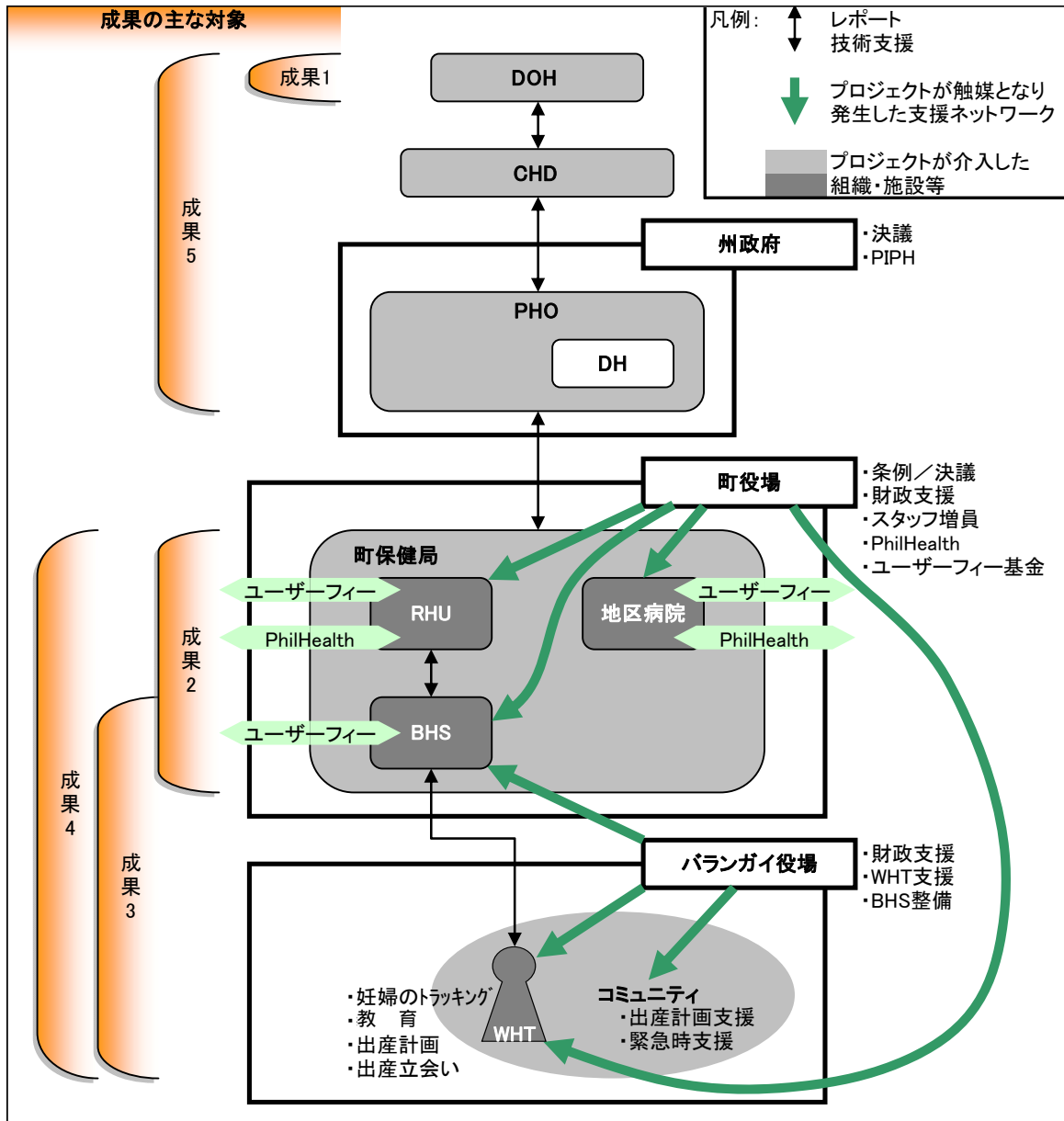


図4-1 複層的・包括的メカニズム

プロジェクト対象地域の地方自治体（LGU）において、様々な政治的コミットメントがプロジェクトの活動を更に活発化したことが指摘される。そのなかでも特筆すべき点としては、以下のような条例や決議など各種政治的決定がなされたことがある。

ピリラン州決議（Resolution No.166）：2006年8月、安全なお産と子どもの健康に関するプログラムに関する、SBAの立ち会いによる出産の義務化に関する規制。

アルメリア町決議（Resolution No.15, S-2007）：2007年2月、アルメリア町のRHUにおけるMCH・乳児保健の医療費に関するユーザーフィー徴収に関する規定及びその収入で基金を創設し、その配分は周産期施設の運営とWHTへのインセンティブのみに限る規定。なお、ピリラン州の他7つの町議会も2007年中に同様の決議を採択した。

イフガオ州条例（Executive Order No.22）：2008年、既存の条例（No.19）を改正し、従来の

WHT をイフガオ AYOD チームとして再編成し、州全体で組織化することを決定した条例。さらにプロジェクトの経験を生かし、2009 年に同条例を改正し、MCH サービスの強化を盛り込む内容を追加した。

バランガイ決議 (Resolution): 2009 年、AMADHS のアルフォンソリスタ町の 2 つのバランガイ (サンマルコスとピント) では、施設分娩を奨励する決議を採択した。さらにアルフォンソリスタ町でも、町決議案の準備を進めており、2009 年 10 月中には採択される予定である。

このような地方分権化における、LGU における政治的コミットメントがプロジェクトの成功を加速させた大きな要因になったことは確かであるが、プロジェクトにおける様々な成功事例がなければここまで積極的な政治的コミットメントは発現しなかったと考えられる。

4 - 6 - 2 阻害要因

プロジェクト全体では施設分娩や SBA による出産が進んだといえるが、一方でそれらの成果は各町によって格差があることが確認されている (付属資料 Annex 12 参照)。成果の発現が停滞した町では、DH、RHU、BHS での医療サービス提供者の頻繁な交代が見られる。そのような頻繁な交代の理由として、1) 職員自身の個人的理由による辞職、2) 契約職員が町役場の事情により継続雇用されない場合、3) 町役場によるスタッフの定期的な配置転換、などがあげられる²¹。このような頻繁な医療サービス提供者の交代やバランガイレベルでの短い任期は、地域住民と医療施設をつなぐ信頼関係の構築を阻害し、地域の WHT 活動のモニタリングにも支障をきたす。また、研修を受けた医療サービス提供者の自然減は、新たなスタッフが研修を受けるまで適切な BEmOC サービスを提供できない状況を生み出す。また、ある LGU 職員は、現在の DOH の規定では非常勤の職員は研修を受ける機会が与えられないこともあるという問題を指摘している。医療サービス提供者の絶対的不足に加えて、職員の短期間での交代は、プロジェクトの効果が低下する要因となったことは否定できない。

4 - 7 結 論

プロジェクトは、MNCHN 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、総合的にみて目的を達成したと結論づけることができる。また、様々なグッドプラクティスを生み出し、州内やリージョン内など対象地域外にもインパクトを与えている。総じて高い自立発展性が期待されるため、評価調査団はプロジェクトは計画どおり終了されることが適切と判断する。

²¹ AMADHS/ILHZ の例では、2006 年以来 33 名の SBA が研修を受けているが、そのうち既に 10 名が同 ILHZ 内で勤務していない。その内訳は、医師 2 名は他地域への転勤、看護師 2 名は海外転出、RHM1 名は契約が更新されなかったケース。

第5章 提言及び教訓

5 - 1 提言

評価調査団は、プロジェクト終了後に向けて、サービスの質の更なる向上と活動の持続性のために、以下の諸点を提言する。

(1) ガバナンスについて

- ・ **LGU首長に対して**：LGUにおけるプロジェクトの成果を維持するためには、継続した政治的支援が不可欠である。たとえ選挙によって首長が交代しても、新体制において現在と同様の支援は継続されるべきである。

(2) サービス提供について

- ・ **LGU首長に対して**：地域と保健サービス提供者との緊密な関係を創出し効果的なサービスを提供するために、LGUは助産師（RHM）の雇用、理想的には派遣される地域からの雇用に対して努力を払うべきである。さらに1つの balan g ai ・ヘルス・ステーション（BHS）に対して1人のRHMを配置することが望まれる。
- ・ **州保健局（PHO）と町保健局（MHO）に対して**：質の高い基礎的緊急産科ケア（BEmOC）サービスの継続した提供のためには、施設と機材の維持管理が不可欠となる。そのためには、技術的及び財政的観点からPHOのスーパービジョンの下、維持管理システムの確立が必要である。
- ・ **保健省（DOH）と保健省地域局（CHD）に対して**：モニタリング・評価機能の強化のために、既存のツール、例えば地域保健サービス情報システム（FHSIS）や妊産婦ケア対象クライアントリスト（TCL）を見直し、更に効果的に活用すべきである。例えば、町保健所（RHU）やBHSにおけるデータの収集や分析、PHOにおける取りまとめのプロセスは、CHDやDOHによってスーパーバイズされ、問題点が発見された場合には時機を得た形で現場にフィードバックされるべきである。このような既存のモニタリングシステムの強化によって、よりよいエビデンスベースのアクションプランの策定につながる。
- ・ **PHOとCHDに対して**：妊産婦死亡症例検討会（MDR）に関して、プロジェクトの対象地域においては機能するようになってきたが、以下の点においてまだ強化されるべき課題が残っている。すなわち、迅速な検討会の開催、医療記録と検討結果の文書化、balan g ai 住民への結果のフィードバックである。これらの改善によって、より実効性のあるMDRになる。

さらに、評価調査団は、妊産婦死亡ゼロに向けて、妊産婦ケアサービスの継続的な拡充のために、PHOが、中央DOHの技術的アシスタントの下で、DOHの指針に基づくMDRの有効的实施を促進し、検討結果を現場で活用するよう提言する。

(3) 財源について

- ・ **CHDに対して**：妊産婦ケア、出産、新生児ケアを施設で受けることを推進するために、

プロジェクトが活用した重要な戦略のひとつとして、PhilHealthのスキームの下で出産サービスに対する施設への保険還付金を得るため、妊産婦ケア・パッケージ（MCP）認証の推奨を進めたことがある。しかしながら、本終了時評価時点において、協力対象地域の住民はもちろんのこと施設のスタッフすらそのメリットに対する認識は低く、利用率も低いことが明らかとなった（詳細は、付属資料ANNEX13参照）。そのような状況の背景には何か根本的な制度上の問題が横たわっていると考えられる。そこで、評価調査団はCHDに対して中央DOHのサポートの下、PhilHealthのMCP利用が進まない理由について調査を実施することを提言する。

- ・ **PhilHealthに対して**：PhilHealth事務所に対して、以下の3点を強く提言する。1）PhilHealthメンバーシップとMCPのメリットについて医療サービス提供者及び地域住民に対して認識を高める努力を行うこと、2）保健施設がもっと積極的にMCPの還付申請を行うよう支援すること、3）RHUやBHSに対して迅速な還付手続きを行うこと。
- ・ **LGUに対して**：MCPの利用を促進するために、LGUは貧困世帯への継続的なPhilHealth加入支援を行うこと（必ず毎年更新すること）。また、地域住民、特に女性の健康チーム（WHT）やAYODチームメンバーによる活動が継続的に実施されかつ発展していくためには、LGUはこれらのメンバーへの活動経費（特に交通費の実費支給など）の補填などなんらかの金銭的支援も考慮する必要があるだろう。

5 - 2 教 訓

本評価結果より、今後の類似案件に対して、以下の教訓が導き出された。

本プロジェクトの活動を通じて、LGUの積極的な関与によって、母子保健（MCH）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。

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。

フィリピンの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。