第２章　調査結果

２－１　総　括

わが国の北部ルソンのコーディレラ行政地域（Cordillera Administrative Region：CAR）における保健分野の技術協力は、「ベンゲット州地域保健システム強化プロジェクト」（2006年3月から5年間）及びイフガオ州3町が対象地域に含まれた「母子保健プロジェクト」（2006年3月から4年間）があり、本案件はこの2つのプロジェクトの成果のシナジー効果をCAR 6州に波及するという構想の下に計画され、策定されたPDMは以下のとおり、この構想に沿ったものとなった。

DOHは、1999年より「保健セクター改革（Health Sector Reform Agenda）」を進めているが、2010年に「保健情報」「保健人材」を従来のフォーミュラ・ワン（FOURmula ONE for Health）政策（2005～2010年）に追加したユニバーサル・ヘルス・ケア（Universal Health Care：フィリピン語ではKalusugan Pangkalahatan。DOHはこちらの呼び方を推奨しているため、以下「KP」と略す）を打ち出した。これを受けて、「ベンゲット州地域保健システム強化プロジェクト」の成果を引き継ぐ成果1「プロジェクト対象サイトの保健のガバナンスと財政が、ILHZの機能を通じて強化される」において、保健情報の質向上の活動をどの程度取り入れるかが要点となった。保健情報に対する協力は、現場でのデータ収集や報告のタイミング、州レベルでの集計、分析結果の計画への反映などであり、策定されたPDMでは明示的に保健情報についての活動は記載されていないが、各活動で保健情報の要素を含む活動は多く、実地研修（On-the-Job Training：OJT）で技術指導する機会は多いと考えられる。

成果 2「プロジェクト対象サイトの母子保健サービス提供の枠組みが強化される」は MNCHN（Maternal, Newborn, Child Health and Nutrition；妊産婦・新生児保健及び栄養）政策に基づき、イフガオ州での「母子保健プロジェクト」の成果を引き継ぎ発展させるものである。

成果3「プロジェクト対象サイトの病院と町保健所が保健省からBEmONCサービスが提供できる施設として認定される一方、町保健所はフィリピン健康保険公社により、MCP施設であると認証される」は、過去の2つのプロジェクトの成果を引き継いでおり、成果1の保健財政の強化にも貢献する。

成果4「プロジェクトの教訓と活動に係る普及活動が国内に向けて行われる」は、地方分権政策の徹底する「フィ」国において、従来のプロジェクトがともすれば対象州での成果にとどまりがちであったのに対して、CHD-CARとDOH本省との協力を通してプロジェクト成果と教訓を周辺地域や全国に普及する効果をねらう。

プロジェクトは、CAR全体を対象とし、CHD-CARを通して各州保健局を支援するが、特定の活動は選択と集中の観点から、選定基準に基づいて選定された対象サイトにおいてのみ実施することで、「フィ」国側との合意に至った。すなわち、第1に過去のプロジェクトの成果を引き継ぐべく、ドナーの投入が比較的少ないベンゲット州が選択された。第2にドナーの活動状況、貧困、保健指標、相手側のコミットメント等を考慮し、アパヤオ州が選択され、アブラ州については2つの自治体間保健ゾーン（Inter-local Health Zone：ILHZ）が選択された。

アブラ州についてはJICAの危機管理基準に抵触する地域があること、各町における保健の優先度にばらつきがあることから、プロジェクト開始までにILHZが再編成され、プロジェクト実施へのコミットメントが確認できることを条件とした。

なお、WHOフィリピン事務所及びCHD-CARとの協議の結果、既にWHOが他地域で試験的に進めている「必須出産・新生児ケア（Essential Intrapartum and Newborn Care：EINC）プログラム」を

本プロジェクトにおいても連携・協力の下、実施することに合意した。

２－２　国家政策の動向

「フィ」国では、1991年の地方分権化により保健行政サービスの地方への権限委譲が進められたが、地方での不十分な保健システムは質の高い保健サービス提供の妨げとなっている。DOHは保健サービスの質的な向上をめざして、1999年より「保健セクター改革」を進め、2005年からは「フォーミュラ・ワン（FOURmula One for Health）政策」の下に、改革をより集中化して実施してきた。ガバナンス、規約、保健サービス、財政の4本柱の下に推進された保健セクター改革は、これまでに健康保険プログラムの推進、自治体レベルの「保健投資計画」の作成と実施、保健財政の向上、保健医療施設の強化、公衆衛生プログラムの実施とモニタリングの強化など、さまざまな領域での効果を発現している。これらの成果を踏まえて新政権は2010年に、新たに「保健情報」「保健人材」を加えたKPを打ち出し、すべての国民が適切な保健サービスを享受できるよう、持続的な保健財政の構築や保健指標の改善などを軸とした、包括的な保健システムの強化を促進している。

DOHはまた、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals：MDGs）の目標4（乳幼児死亡率の削減[1]）と目標5（妊産婦の健康の改善[2]）の実現をめざして、母子保健サービスを向上させるための強化策を打ち出している。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行政令[3]が2008年9月に公布された。これが、MNCHN（Maternal, Newborn, Child Health and Nutrition）行政令として現在の同国保健セクターにおいて重点が置かれている政策である。

●MNCHN行政令

目　標	妊産婦と新生児の死亡を早急に削減する
目標値	・避妊方法の普及が60%に達する ・少なくとも4回の妊婦健診受診率が80%に達する ・施設分娩が80%に達する ・予防接種を完全に受けた子供が95%に達する
基本方針	1．MNCHNにおける活動の単位は州と市である。DOHは地域の文化・慣習を考慮して州と市のMNCHN活動への計画・組織づくり・実施を承認する。 2．妊産婦・新生児死亡削減に向けた地域の参加、公私の保健医療施設パートナーシップの強化を図る。 3．妊娠前から産後までの一連の保健サービス提供ネットワークをつくる。 4．保健サービス提供ネットワークにおける、施設・人材の質向上を継続する。 5．地域住民が適切で安価な保健サービスにアクセスできるよう、効果的な介入を開発し支援する。 6．地域におけるプログラム実施のモニタリング評価方法を開発する。 7．DOHは地域での計画や実施を、資金面、政策面、技術面、調査面などさまざまな側面で支援する。

[1] 2015年までに5歳未満児の死亡率を1990年の水準の3分の1に削減する。

[2] 2015年までに妊産婦の死亡比を1990年の水準の4分の1に削減する。2015年までにリプロダクティブ・ヘルスへの普遍的アクセスを実現する。

[3] Administrative Order No. 2008-029 "Implementing Health Reform for Rapid Reduction of Maternal and Neonatal Mortality"　通称、MNCHN政策として知られる。

実施マニュアル：MNCHNの流れ （　　）内は実施の科学的根拠 〔出所：保健省作成、MNCHN Strategy Manual of Operations〕	1．妊娠前 鉄剤・葉酸剤の投与。家族計画へのアドバイス。避妊薬・避妊具のサービス。感染症・生活習慣病の予防。 （避妊具の効果的供給は、妊産婦の死亡を約20%削減する。） 2．妊娠中 妊娠中少なくとも4回の妊婦健診。鉄剤・葉酸剤の3カ月間の投与。ヨウ素剤投与と2回の破傷風予防接種。健康的な生活と授乳のカウンセリング。感染予防・管理と口腔保健。 （妊婦健診が妊産婦と新生児の緊急事態に寄与するかどうかは明確ではないものの、周産期死亡削減や施設分娩促進への効果はあるといわれている。） 3．出産時 有資格の保健医療従事者（Skilled Health Professional：SHP）による施設での分娩。すべての出産にはリスクが伴うことを考慮し、緊急産科・新生児ケア（Emergency Obstetric and Newborn Care：EmONC）へのアクセスが重要となる。 （ほとんどの妊産婦死亡は、陣痛時か出産後24時間以内に起こっており、これらは予測・予防できないものであることから、緊急ケアへのアクセスは重要である。） 4．産　後 産後72時間以内と7日以内に産後健診。出血または感染のチェック。ビタミンA投与。家族計画カウンセリング。栄養・授乳指導。 5．新生児ケア 生まれて90分以内の清拭。母と子のスキン・トゥ・スキンコンタクト。臍帯結紮。授乳。 6．子供のケア 予防接種、微量栄養素投与。6カ月間の授乳。小児疾病の包括的管理。外傷予防。口腔保健。マラリア予防のための蚊帳。
サービス提供のネットワーク	3つのレベルがある。 （1）コミュニティ・レベル 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）などの施設で提供されるプライマリ・ヘルス・サービスのこと。特にMNCHN行政令では、コミュニティ・ヘルス・チーム（Community Health Team：CHT）がコミュニティ・レベルでの活動実施の主体者となる。その役割として、受け持ち世帯の健康リスクとニーズ把握、交通・通信を含む保健へのアクセス支援、健康保険への加入促進、家族計画支援、地域の妊婦・妊娠可能な年齢の女性・子供の把握、高リスク妊娠の早期発見と適切な保健サービスへの移送、妊産婦・新生児の死亡報告などがある。

	（２）基礎的緊急産科・新生児ケア（Basic Emergency Obstetric and Newborn Care：BEmONC） 病院、RHU、BHS、産科クリニックで提供可能な基礎的な産科・新生児緊急ケアのこと。医師・看護師・助産師による24時間稼働可能なだけの人材が必要。また、以下の機能が必要とされる。 産婦に対しては①陣痛時のオキシトシン投与、②抗痙攣剤投与、③抗生物質投与、④分娩介助、⑤胎児付属物の除去、⑥胎盤除去。 新生児に対しては①新生児蘇生、②敗血症等感染症治療、③酸素吸引。 （３）包括的緊急産科・新生児ケア（Comprehensive Emergency Obstetric and Newborn Care：CEmONC） BEmONC施設や地域住民の住む地域から2時間以内にあるエンド・リファラル施設。BEmONCの機能に加え、産婦には帝王切開と輸血、新生児には低体重児と未熟児に対応可能。

２－３　対象地域の現状

CARは、アブラ州、アパヤオ州、ベンゲット州、イフガオ州、カリンガ州、マウンテン州の6州と政令都市のバギオ市で構成されており、人口は約150万人である（2007年国勢調査）。地域一帯はコーディレラ・セントラルと呼ばれるルソン島北部の山脈地域で、ルソン島最高峰プログ山（2,929m）を含む2,000m級の山々が連なる。主な産業は鉱業と農業で、さまざまな地元の山岳民族が住む地域として知られている。各州の州都、人口、面積、人口密度を表２－１に示す。

表２－１　CAR各州（バギオ市を含む）概要

州	州都	人口（2007年）	面積（km^2）	人口密度（人/km^2）
アブラ	Bangued	230,953	3,975.6	58.1
アパヤオ	Luna	103,633	3,927.9	26.4
ベンゲット	La Trinidad	372,533	2,599.4	143.3
イフガオ	Lagawe	180,711	2,517.8	71.8
カリンガ	Tabuk	182,326	3,119.7	58.4
マウンテン	Bontoc	148,661	2,097.3	70.9
バギオ市	-	301,926	57.5	5,250.9

注）バギオ市は、本プロジェクトの対象地域ではない。
出所：2007年国勢調査

２－３－１　貧困の状況

CARの世帯の貧困状況は表２－２のとおりである。国内貧困州10州に入っているアブラ州とアパヤオ州が、最も貧困率が高い。

表２－２　州別貧困状況

州	世帯収入のクラス[4]	貧困率（%） (Poverty Incidence)
アブラ	3	50.1
アパヤオ	4	57.5
ベンゲット	2	11.0
イフガオ	2	30.9
カリンガ	3	45.8
マウンテン	4	45.0

出所：National Statistical Coordinating Board, 2003 Poverty Incidence Estimates

また、2011年7月現在の条件付き現金給付（Conditional Cash Transfer：CCT）プログラム対象の割合を町・バランガイ・世帯ごとにみると、前述の貧困率が高いアブラ、アパヤオ両州は、CCTの対象となっている割合が比較的高く、そのほか、カリンガ州も高い（表２－３参照）。

表２－３　州別CCTプログラム対象の割合

州	町			バランガイ			世帯		
	合計数	対象数	割合	合計数	対象数	割合	合計数	対象数	割合
アブラ	27	19	70%	303	191	63%	46,928	7,481	16%
アパヤオ	7	3	43%	134	60	45%	20,600	3,640	18%
ベンゲット	13	4	31%	140	41	29%	69,268	1,881	3%
イフガオ	11	3	27%	179	32	18%	37,538	1,865	5%
カリンガ	8	6	75%	153	96	63%	36,680	5,016	14%
マウンテン	10	5	50%	144	47	33%	30,581	3,057	10%
地域全体	76	40	53%	1,053	467	44%	241,595	22,940	9%

出所：Department of Social Welfare & Development Office, CAR Regional Office, 2010

【Conditional Cash Transfer Program（CCTまたは4Ps-Pantawid Pamilyang Pilipino Program）】

CCTとは、貧困世帯への条件付き現金給付のことで、①14歳までの子どもの健康を向上させ、②妊産婦や乳児の母親の健康を向上させ、③貧困世帯の栄養状態を向上させ、④初等・高等教育への入学を促進し、⑤両親が子どもや地域の発展に寄与することを目的に、社会福祉・開発省（Department of Social Welfare and Development：DSWD）が進めている政策のことである。給付対象の世帯は、0歳から14歳までの子どもと妊婦がいれば月500ペソの給付を受け、さらに子ども1人当たり月300ペソの給付を受ける。ただし給付を受けるには

- 妊婦は妊婦健診を受けること、出産はSHPによって行われること、出産後は産後健診を受けること
- 両親は家族計画のセッションに参加すること

[4] Department Order No. 20-05, 財務省（Department of Finance：DOF）による世帯収入のクラス分け。1が比較的富んだ州、5が比較的貧困の州。

- 0歳から5歳の子どもは健康診断と予防接種を受けること
- 小学生は少なくとも年2回の駆虫を受けること（虫下しを飲むこと）
- 3歳から5歳の子どもは保育園・幼稚園に行き、少なくとも85%出席すること
- 6歳から14歳の子どもは学校に少なくとも85%出席すること

の条件が付いている。

対象世帯は5年間で全国50万世帯である。プログラムは、州や町が選定された後、対象地域の地方自治体（Local Government Unit：LGU）の保健・教育サービスの提供状況への評価が実施され、その後当該地域の世帯の選定が行われる。妊産婦や14歳までの子どもがいる世帯は、同プログラムの対象世帯となったことをバランガイ・ホールなどの掲示板などで知らされる。対象世帯は、Landbank of the Philippines（政府金融機関）のキャッシュカードを受け取り、現金を引き出すことができる。

２－３－２　保健財政

州別の地方交付金とそれに占める保健予算の額と割合の推移を、表２－４に示した。ベンゲット州、イフガオ州、カリンガ州は、全体予算に占める保健予算の割合は過去3年間大きな変化はないものの、保健予算額は上昇している。一方、アブラ州、アパヤオ州、マウンテン州では、保健予算額は過去3年間それほど変化がないが、保健予算が全体予算に占める割合が減少している。

表２－４　州別地方交付金額、保健予算額、保健予算の割合の推移

（上段：地方交付金額－単位ペソ、中段：保健予算額－単位ペソ、下段：保健予算が占める割合）

州	2007年	2008年	2009年	2010年
アブラ	348,086,320	396,277,110	469,218,895	499,187,124
	134,592,580	120,185,100	139,611,066	130,891,883
	39%	30%	30%	26%
アパヤオ	302,885,054	346,175,564	411,821,873	438,825,488
	58,106,537	61,966,760	60,289,352	58,435,393
	19%	18%	15%	13%
ベンゲット	350,940,688	399,725,138	472,083,350	501,826,710
	91,341,683	153,173,264	166,979,199	182,040,733
	26%	38%	35%	36%
イフガオ	288,899,061	328,176,616	387,015,072	411,260,799
	NA	40,842,304	44,326,065	61,270,502
	NA	12%	11%	15%
カリンガ	291,163,428	316,278,020	354,949,006	418,021,564
	NA	110,163,838	114,634,867	138,487,611
	NA	31%	27%	31%
マウンテン	263,302,070	296,400,001	349,846,326	371,913,184
	NA	128,550,107	131,463,312	120,614,313
	NA	43%	38%	32%

注）NA：データなし

出所：CHD-CAR Planning Unit

また、2010年の各州における町の地方交付金に対する保健予算の割合は表２－５のとおりである。町レベルの保健予算の割合は、少ないところで5%を切るところがある。中央値を見ると、町レベルでの保健予算の割合もベンゲット州が12%と最も高い。その一方、イフガオ州は中央値が7%にとどまっている。

表２－５　州別　町の保健予算の割合

州	町の数	保健予算割合の範囲	中央値
アブラ	27	5.5－13.7%	7.4%
アパヤオ	7	6.5－16.2%	9.9%
ベンゲット	13	7.0－19.8%	12.3%
イフガオ	11	4.5－15.6%	7.0%
カリンガ	8	7.1－16.5%	10.2%
マウンテン	10	6.8－23.3%	9.0%

出所：CHD-CAR Planning Unit

２－３－３　保健施設の状況

（１）フィリピン健康保険公社による町保健所の認証状況

フィリピン健康保険公社（Philippine Health Insurance Corporation：PHIC / PhilHealth）は、保健医療施設に対し一定水準の保健サービスを保証する認証制度を設けている。RHUの認証は、①外来患者パッケージ（Out-Patient Benefit Package：OPB）、②結核直接服薬確認療法パッケージ（Tuberculosis - Directly Observed Treatment, Short-course Package：TB-DOTS Package）、③妊産婦ケア・パッケージ（Maternal Care Package：MCP[5]）の3種類がある。2010年12月現在、PhilHealthからの認証を受けたRHUの数は表２－６のとおりである。特に母子保健に係るMCP認証をみると、最も進んでいるイフガオ州でも認証を受けたRHUは全体数の半分に満たない状態であり、その次に認証率の高いベンゲット州においても全体数の4割弱にとどまっている。その他の州に至ってはほとんど取得できていない状態である。

表２－６　PhilHealthから認証を受けた施設の数

州	町の数	RHUの数	OPB認証を受けたRHUの数	TB-DOTS認証を受けたRHUの数	MCP認証を受けたRHUの数
アブラ	27	27	11	0	0
アパヤオ	7	7	5	0	1
ベンゲット	13	13	13	9	5
イフガオ	11	11	11	0	5
カリンガ	8	11	10	8	1
マウンテン	10	10	9	6	0
地域合計	76	79	59	23	12

出所：PHIC CAR Accreditation Annual Accomplishment Report 2010

[5] 健康保険加入者には妊産婦健診、出産、産後健診、家族計画、予防接種などのサービスが提供され、加入者を受け入れた認証施設には女性１人につき４人目の子どもまで、出産１件当たり 8,000 ペソの還付金が支払われる。

MCPについて

（2009年6月　PhilHealth Circular, Guidelines for Accreditation of Providers for the Maternity and Newborn Care Package）より抜粋

MCP認証を受けるには、以下の条件を満たす必要がある。

1．以下のサービスが提供可能であること。

　1．妊婦健診　2．通常分娩　3．新生児ケア　4．保健教育（母子保健に関して）5．産後健診

2．施設に関して、以下のことが整っていること。

　1．施設全般に関して（清潔さ、患者用のいす、電灯、プライバシーの確保された診察室、分娩室、トイレ等）

　2．分娩室に以下の基本的な設備があること。

- Neonatal or Pediatric ambubag with neonatal mask
- Adult Ambubag
- Non-mercurial BP apparatus
- Stethoscope
- Delivery table with stirrups
- Kelly pad
- IV stand or its equivalent
- Footstool
- Gooseneck lamp（2）
- Oxygen tank（min. of 5lbs.）with regular and humidifier
- Pail
- Portable emergency light or flashlight
- Suction apparatus
- Rubber bulb suction（min of 2）
- Instrument tray with cover
- Instrument cabinet
- Instrument table or its equivalent
- Wall clock with second hand
- 2 Weighing scales（adult and infant）
- Storage containers with cover（minimum of 3）for dry cotton, cotton balls with povidone-iodine, cotton balls with alcohol
- Receptacles for used cotton balls and gauze
- Containers（minimum of 2）for cotton balls with iodine, one for cord dressing and one for perineal prep
- Sponge holding forceps
- Vaginal speculum
- NSD set（minimum of 2 sets）consisting of 2 haemostatic forceps, 1 needle holder, 1 pick up forceps, 1 tissue forceps, 1 surgical scissors
- Cord dressing set（minimum 2 sets）consisting of 1 surgical scissors, cord clamp or its equivalent
- Other requirements such as fire safety provision, bassinet or newborn resuscitation table, properly labeled, colered garbage containers, separate receptacle for disposing pointed or sharp objects, sterilizer or its equivalent, patient's bed, examining table

　3．基準の薬剤・消耗品があること。

4. 記録が管理されていること。(Admission Register, Patients Clinical Record, Referral forms)
5. 緊急用の交通が確保されていること。
6. PhilHealthの認証を受けた専門職が少なくとも1人存在すること、常勤またはオンコールの職員がいること、オンコールの医師か専門職が存在すること

(2) DOHによるBEmONC認定の現状

次に、DOHが認定するBEmONCサービス提供可能な保健医療施設をRHUと病院に分けて表2－7に示す。BEmONCサービス提供可能とは、①医師・看護師・助産師のチームが存在して全員がBEmONC研修を受けていること、②施設が基準に合致するように整備されていること、③機材が揃っていること（必要機材については次項に記載）、④1日24時間、週7日間稼働していること、⑤必要な医薬品が常に在庫されていること、などの条件が整っているということであるが、当該地域内のRHUでは2011年6月現在、BEmONCサービスを提供している施設は確認されていない。これは、研修は受けたが機材が未整備であるなど、上記の条件のすべてが整っていないことが原因である。州保健局（Provincial Health Office : PHO）などへのインタビューによれば、上記のなかで最も実施が困難な条件は、④1日24時間、週7日間稼働ということである。RHUの現在の基本人員3名（医師・看護師・助産師）で24時間休みなしの交替制を組むことは難しく、またそれだけの金銭的インセンティブも十分ではないことから、④の条件には多くのRHUスタッフからの抵抗があり、実施に至らないとのことである。

表2－7　RHUのBEmONC認定の現状（2011年6月現在）

州	RHUの数	BEmONC対象RHUの数[6]	既にBEmONC研修を受けたチーム数
アブラ	27	10	7
アパヤオ	7	1	1
ベンゲット	13	9	4
イフガオ	11	10	10
カリンガ	11	8	8
マウンテン	10	7	6
地域合計	79	45	36

出所：PHO and PHTL（Provincial Health Team Leader）Accomplishment Report

一方、病院のBEmONC認証の状況は表2－8に示すとおりである。いくつかの病院は設備投資中であったり、機材整備中であったりはするものの、基本的に研修を受講するればBEmONCサービスを提供できる体制になっている。

[6] 今後、CHD-CARにおけるBEmONC対象施設見直しによって、数は変更される可能性がある。

表２－８　病院のBEmONC、CEmONC認定の現状（2011年6月現在）

州	病院数	BEmONCサービス対象病院名	CEmONCサービス対象病院名	既にBEmONC研修を受けたチーム数
アブラ	5	・Bucay MH ・Dolores MCH ・La Paz DH ・Vilaviciosa MCH	・Abra PH（新たに建設中）	3
アパヤオ	7	・Apayao DH ・Flora DH ・Apayao PH ・Amma Jadsac DH ・Sta. Marcela DH	・Conner DH ・Far North Luzon GH and Training Center	7
ベンゲット	6	・Denis Molintas Mem. Hospital ・Abatan EH ・Itogon MH ・Kapangan MCH	・Atok DH ・Benguet GH	4
イフガオ	7	・Aguinaldo People's Hospital ・Potia DH ・Hungduan MH ・Panodpodan DH ・Tinoc DH	・Ifugao GH ・Mayoyao DH	12
カリンガ	6	・Western Kalinga DH ・Kalinga DH ・Juan M. Duyan Mem. DH ・Tanudan MH	・Pinukpuk DH ・Kalinga PH	6
マウンテン	6	・Barlig DH ・Besao DH ・Natonin CH ・Paracelis DH	・Luis Hora Memorial Regional Hospital ・Bontoc GH	5
地域合計	37	26	11	37

注）表中略語 MH：Municipal Hospital, DH：District Hospital, MCH：Medicare and Community Hospital, PH：Provincial Hospital, EH：Emergency Hospital, CH：Community Hospital, GH General Hospital

出所：PHO and PHTL Accomplishment Report

BEmONC認定のために必要な機材リストは、以下のとおりである。

表２－９　BEmONC 機材リスト

	機材	数
1	Bassinet	2
2	Cervical Inspection Set	1
3	Cut Down or Minor Surgical Set	1
4	Delivery Table/ OB Chair Stainless	1
5	Drop Light（Examining Light）	2
6	Emergency Light	1
7	Fetal Doppler	1
8	IV Stand	2
9	Kelly Pad	2
10	Manual Resuscitator Adult w/ mask	1
11	Manual Resuscitator Neonatal w/ mask	1
12	Mechanical Bed w/ Mattress	2
13	Mucus Extractor（Manual Suction Bulb）	2
14	Nebulizer	1
15	NSD Set（Normal Spontaneous Delivery） Artery forceps or clamp, dissecting forceps needle holder, scissors, sponge forceps absorbable sutures, Vaginal speculum, disposable sterile cord clamp, plastic disposable sheet, sterile disposable gloves, urinary catheter	2
16	NSV（No Scalpel Vasectomy）Set	1
17	Oxygen Tank（50L） w/ Oxygen Therapy Set	2
18	Pediatric Stethoscope	1
19	Revolving Stool	1
20	Spare Oxygen Therapy Set	1
21	Sphygmomanometer w/ stand- Mercury free adult	2
22	Stethoscope	1
23	Suction Machine 2L Capacity portable	1
24	Thermometer-Mercury free	3
25	Weighing Scale	1
26	Microscope	1

出所：保健省

２－３－４　ILHZ

各州のILHZの状況は表２－10のとおりである。ILHZ編成のための合意書（Memorandum of Agreement : MOA）はすべての州において締結済みであった。しかしながら実際に機能しているのはベンゲット州のみといえる。

表２－10　各州ILHZの状況

州	ILHZ名称	組織している町	組織年	機能しているか*	共同保健信託基金（CHTF）	活動・財政計画承認	町からの支援	州からの支援	リファラルマニュアル	照会先病院
アブラ	SVP	San Isidro	07	N	なし	承認されていない	各町は20万ペソずつを要請に応じて	要請があればその都度対応	改訂中	Villaviciosa Medicare & Community
		Villaviciosa								
		Pilar								
	Dolasan	Dolores	08	N					改訂中	Dolores Dist. Hosp.
		Langangilang								
		San Juan								
	Ladagala	Lapaz	09	N					改訂中	La Paz Dist. Hosp.
		Danglas								
		Lagayan								
アパヤオ	Pudtol-Luna	Luna	02	Y	なし	承認されている	要請があればその都度対応	要請があればその都度対応	あり	Far North Luzon Gen. Hosp.
		Pudtol								
	Flora-St.Marcela	Flora	05	Y					あり	Flora Dist. Hosp. or Sta. Magdalena Dist. Hosp.
		Sta.Marcela								
	(名称なし)	Kabugao	?	N					NA	NA
		Conner								
	独立	Calnasan	—	独立		—	—	—	NA	NA
ベンゲット	Mt. Trail	Atok	99	Y	あり	承認されている	20%の年間開発ファンドの1%ずつ	20%の年間開発ファンドの1%ずつ	あり	Atok Dist. Hosp.
		Bakun								
		Bugias								
		Mankayan								
	BLIISTT	Itogon	06	Y					あり	Benguet General Hosp. or Itogon Municipal Hosp.
		La Trinidad								
		Sablan								
		Tuba								
		Tublay								
	3K	Kapangan	03	Y				20万ペソ	あり	Kapangan Medicare Community Hosp.
		Kibungan								
	BKD	Bokod	98	Y			年間最低5万ペソずつ	必要に応じて	あり	Denis Mollintas Memorial Hosp.
		Kabayan								
イフガオ	AMADHZ	Aguinaldo	99	Y	なし	承認されている	各町年間10万ペソずつ	年間20万ペソを各ILHZへ	あり	Aguinaldo Dist. Hosp. or Mayoyao Dist. Hosp. or Potia Dist. Hosp.
		Alfonso Lista								
		Mayoyao								
	Terreces	Banaue	09	N					あり	Hungduan Dist. Hosp. or Ifugao Gen. Hosp.
		Hingyon								
		Hungduan								
		Lagawe								

	Kiastila	Kiangan	09	N					あり	Tinoc Dist. Hosp. or Panodpodan Dist. Hosp.
		Asipulo								
		Tinoc								
		Lamut								
カリンガ	Binulawan	Pasil	09	N	なし	承認されていない	出資用意はある	各ILHZへ100万ペソずつの出資用意はある	改訂中	Kalinga Dist. Hosp
		Lubuagan								
		Tinglayan								
	Lin-awa	Tabuk	09	N			出資用意はある		改訂中	Kalinga Provincial Hosp.
		Rizal								
		Tanudan								
	Pumiyaan	Balbalan	09	N			出資用意はある		改訂中	Pinukpuk Dist. Hosp.
		Pinukpuk								
マウンテン	Eagle	Barlig	01	Y	なし	承認されていない	2001年各町12万5千ペソずつ	なし	あり	Barlig Dist. Hosp. or Notanin Community Hosp.
		Natonin (western)								
	Chico river	Bontoc	00	Y			なし		あり	Bontoc Gen. Hosp.
		Sadanga								
		Tinglayan (Kalinga)								
	SABATA	Bauko	02	Y			10万ペソを各町持ち回りで		あり	Luis Hora Memorial Regional Hosp.
		Sabargan								
		Tadian								
	Parana	Paracelis	?	Y			なし		なし	Paracelis Dist. Hosp.
		Natonin (eastern)								
	独立	Besao	—	—			—	—	なし	Basao Dist. Hosp.
	独立	Sagada	—	—			—	—	なし	St. Theodore's Hosp.

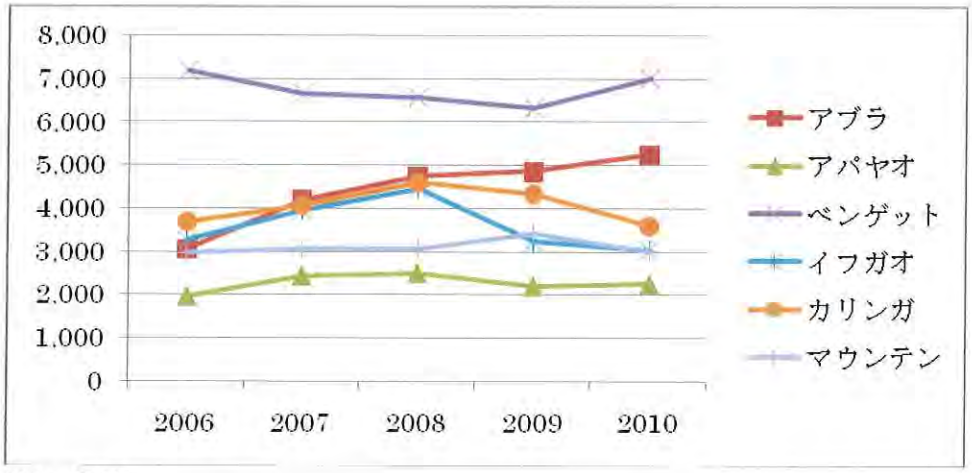
注）*機能しているか　Y：している、N：していない、NA：未回答
出所：詳細計画策定調査による（回答者はPHOやPHTL）

２－３－５　母子保健の現状

母子保健の現状を、地域保健サービス情報システム（Field Health Service Information System：FHSIS）と呼ばれる、現在「フィ」国で唯一の公式保健情報システムのデータを基に、主な項目を記す。ただし、FHSISのデータ精度はしばしば疑問視されており、このデータのみですべてを語ることはできない。

（１）出生数の推移

以下のグラフは、各州の過去5年間の出生数の推移である。アブラ州は出生数が年々増加しているが、その他の州は横ばい状態か減少状態である。



出所：FHSIS

図２－１　各州出生数の推移

（２）妊産婦死亡数

表２－11は、各州での過去5年間の妊産婦死亡数と出生10万当たりの妊産婦死亡比である。どの州も安定的に減少しているとはいえず、年によって突然増加することがあり傾向がつかみにくい状態ながらも、イフガオ州は過去5年間比較的安定しているといえる。

表２－11　各州妊産婦死亡数の推移

（　）内は対十万出生比

州/年	2006	2007	2008	2009	2010
アブラ	1　(32.8)	1　(23.8)	5 (105.4)	0　(0.0)	1　(19.0)
アパヤオ	4 (204.2)	4 (164.3)	2　(80.0)	2　(91.2)	7 (310.6)
ベンゲット	1　(13.9)	4　(60.1)	3　(45.7)	1　(15.8)	1　(14.3)
イフガオ	1　(30.6)	3　(75.9)	3　(67.2)	3　(92.5)	1　(32.9)
カリンガ	3　(81.2)	1　(24.5)	7 (151.5)	8 (184.0)	3　(83.5)
マウンテン	2　(67.4)	3　(98.3)	3　(97.8)	3　(87.6)	6 (199.5)

出所：FHSIS

（３）乳児死亡数

各州での過去5年間の乳児死亡数と出生千当たりの乳児死亡率を表２－12に示す。アパヤオ州、ベンゲット州、マウンテン州はほぼ横ばいの状態であるが、イフガオ州では2006年の乳児死亡率が5.2（対千出生率、以下同様）であったものが年々増加し、2010年には14.8にまで上昇している。カリンガ州も2010年の乳児死亡率が15.3と6州のなかで最も高い。

表２－12　各州乳児死亡率の推移

（　）内は対千出生率

州/年	2006	2007	2008	2009	2010
アブラ	18　(5.9)	25　(6.0)	28　(5.9)	0　(0.0)	18　(3.4)
アパヤオ	35 (17.9)	45 (18.5)	59 (23.6)	16　(7.3)	24 (10.7)
ベンゲット	48　(6.7)	37　(5.6)	32　(4.9)	62　(9.8)	52　(7.4)
イフガオ	17　(5.2)	35　(8.9)	27　(6.1)	28　(8.6)	45 (14.8)
カリンガ	31　(8.4)	50 (12.3)	52 (11.3)	37　(8.5)	55 (15.3)
マウンテン	48 (16.2)	48 (15.7)	56 (18.3)	43 (12.6)	43 (14.3)

出所：FHSIS

（４）妊婦健診と産後健診の受診率

以下の2つの表は（表２－13と２－14）それぞれ過去5年間の、州別妊婦健診受診率の推移と州別産後健診受診率の推移を示すものである。イフガオ州が妊婦健診においても産後健診においても、受診率はそれぞれ地域で最も高い割合である。一方で、アパヤオ州とベンゲット州については、2010年の方が2006年に比べて妊婦健診、産後健診いずれの受診率もかなり低下している。

表２－13　州別妊婦健診受診率の推移

（単位：%）

州/年	2006	2007	2008	2009	2010
アブラ	NA	50.3	36.1	34.0	44.2
アパヤオ	50.7	50.5	33.8	19.7	44.2
ベンゲット	72.8	56.5	58.9	48.5	50.7
イフガオ	67.3	63.2	65.2	64.7	71.0
カリンガ	45.7	47.1	47.6	45.9	45.5
マウンテン	32.3	33.6	29.5	37.2	40.0

出所：FHSIS

２－14　州別産後健診受診率の推移

（単位：%）

州/年	2006	2007	2008	2009	2010
アブラ	NA	43.6	44.4	35.6	42.5
アパヤオ	63.8	58.2	40.8	31.0	52.9
ベンゲット	64.8	58.6	57.8	50.3	49.5
イフガオ	62.9	62.5	60.4	62.3	66.3
カリンガ	55.8	58.4	78.2	62.7	100.0[7]
マウンテン	54.3	56.5	40.2	53.5	53.4

出所：FHSIS

[7] 2010 年のカリンガ州の産後健診のデータは 100%を示しているが、このデータの信憑性は未確認。

（5）施設分娩の割合

州ごとの施設分娩割合について過去5年間の傾向をみると、アブラ州、アパヤオ州で順調に施設分娩の割合が上昇してきているのが分かる。ベンゲット州とカリンガ州も増加がみられる。

表２－15　州別施設分娩割合の推移

（単位：%）

州/年	2006	2007	2008	2009	2010
アブラ	26.0	43.1	47.5	43.5	61.4
アパヤオ	24.1	25.5	36.3	43.8	60.7
ベンゲット	56.5	58.8	61.7	63.2	66.4
イフガオ	20.5	31.1	28.8	35.9	34.2
カリンガ	21.7	30.3	28.8	35.9	34.2
マウンテン	41.4	43.8	49.7	58.1	55.5
地域合計	31.7	38.8	42.1	46.7	52.1

出所：FHSIS

【参考：LGUスコアカードでの州別施設分娩割合】

LGUスコアカードでのデータを見てみると、FHSISのデータとは違いがみられる。LGUスコアカードは、その指標と同じものがFHSISにあれば、データはFHSISから入手するよう指示されているのであるが、それでもこのような違いはみられる。

表２－16　LGUスコアカードによる州別分娩割合の推移

（単位：%）

州/年	2006	2007	2008	2009	2010
アブラ	43.0	41.8	11.0	32.0	67.4
アパヤオ	24.1	25.5	37.0	52.0	NA
ベンゲット	57.0	59.1	55.0	33.0	NA
イフガオ	38.2	32.8	35.0	36.0	NA
カリンガ	23.0	28.9	23.0	30.0	NA
マウンテン	40.0	44.0	48.0	58.0	NA
地域合計	37.6	38.7	34.8	40.2	NA

２－３－６　保健人材

（1）医師・看護師・助産師の数

表２－17は、2010年の州別の医師・看護師・助産師の数と人口当たりの割合を示したものである。アブラ州、アパヤオ州、イフガオ州、カリンガ州において、医師の数は国家水準を満たしている。その一方で全体的にどの職種も不足しているのはマウンテン州である。

表２－17　州別・従事先別　医師・看護師・助産師の数と人口当たりの数
（注：民間保健医療機関に勤務する者は含まない）

州	公衆衛生に従事（PHOスタッフを除く）						病院勤務					
	医師		看護師		助産師		医師		看護師		助産師	
	人数	人口当たり	人数	人口当たり	人数	人口当たり	人数	人口当たり	人数	人口当たり	人数	人口当たり
アブラ	21	11,679	28	8,721	98	2,492	28	8,721	43	5,679	3	81,400
アパヤオ	7	17,657	11	11,236	56	2,207	20	6,180	41	3,015	1	123,600
ベンゲット	14	29,687	23	18,070	146	2,847	47	8,843	80	5,195	0	-
イフガオ	11	17,591	11	17,591	78	2,481	26	7,442	66	2,932	2	96,750
カリンガ	11	19,973	20	10,985	109	2,016	27	8,137	62	3,544	3	73,234
マウンテン	10	97,692	14	69,780	91	10,735	37	24,403	140	6,978	6	162,819
地域合計	74	29,372	107	20,313	578	3,760	185	11,749	432	5,031	15	144,902

出所：FHSIS
（参考）国家水準によれば、医師・看護師はそれぞれ人口2万人に1人、助産師は5千人に1人必要とされている（出所：Magna Carta for Health Workers Rule III item 45）。

（２）CHTの存在

母子保健分野のコミュニティ・レベル（「フィ」国ではバランガイ・レベル）での活動に大きな役割を果たすCHTであるが、その組織率は多くの州でほぼ100％を達成している。表２－18は州別の2010年のCHTの数と、バランガイ数に対するCHT数の割合、CHT数に対する世帯数の割合を示したものであるが、アパヤオ州を除きほぼ100％組織されているといえる。ただし、ベンゲット州は現在、1つのCHTがカバーする世帯数が他州より多い。

表２－18　州別2010年CHTの数と割合

州	バランガイ数	世帯数	CHT数	地域での名称	バランガイ数に対するCHT数の割合	世帯数に対するCHT数の割合
アブラ	303	46,928	303	Community Health Team	1	155
アパヤオ	134	20,600	112	Community Health Team	0.84	184
ベンゲット	140	69,268	135	Efficient Barangay Assistance Maternal and Child health Team（EBAMCH）	0.96	513
イフガオ	179	37,538	179	AYOD Community Health Team	1	210
カリンガ	153	37,231	153	Community Health Team	1	243
マウンテン	144	30,581	144	Mt. Province Pinagpagan Community Health Teams	1	212
地域	1,053	242,146	1,026		0.97	236

出所：Provincial Annual Health Report

２－３－７　治　安

2011年7月にJICAフィリピン事務所が実施した「フィ」国治安調査によれば、プロジェクト該当地域における中程度の危険地として、アブラ州のMalibcong町、Tubo町、Lacub町、カリンガ州のPinukpuk町、Lubuagan町、マウンテン州のBontoc町が挙げられた。一方、ほかの州や町においては、危険はないとされた。

２－３－８　他の開発パートナーの協力

CARには代表的な開発パートナーとして、国連人口基金（United Nations Population Fund : UNFPA）と国連児童基金（United Nations Children's Fund : UNICEF）がイフガオ州とマウンテン州で母子保健を実施している。イフガオ州では具体的な金額データは収集できなかったが、マウンテン州にはUNFPAからMNCHN活動のために年間500万ペソの支援と、UNCEFからは主に予防接種促進のために年間400万ペソの支援がある。そのほかにも、マウンテン州では、欧州委員会からKPに係る活動（特に施設拡充）への支援がある。

２－４　対象サイトの選定

本プロジェクトの対象地域はCAR全域であるが、特定の活動については対象サイトを選定することとした。調査団は収集した情報を基に、対象サイト選定のための選定基準案を作成し、CHD-CARと協議を重ねた。選定基準としては、貧困の割合が比較的高いこと、ILHZが比較的機能していること、母子保健を表す指標が良くないこと、人材が確保されていること、治安が良いこと、他ドナーとの重複がなく、効果的なドナー協調が期待できること、などが挙げられた。以下に選定基準作成に用いた指標一覧を示す。

カテゴリー	指標（すべて最新のデータを使用）
貧困	・CCTプログラムの対象となる町の割合　・貧困率
ILHZ	・ILHZ組織率　・MOA締結率 ・共同保健信託基金利用　・条例の議決 ・活動・財政計画承認率
母子保健	・妊産婦死亡比　・乳児死亡率 ・妊婦健診受診率　・産後健診受診率 ・施設分娩率
人材	・RHUに医師が存在する割合　・バランガイ数に対するCHTの組織率
治安	・JICAフィリピン事務所の調査結果で中程度危険地とされた町はプロジェクト対象サイトにしない
他ドナー	・母子保健分野で他ドナーが協力している州は、重複を避けるため、優先地域とはしない

このほか、CHD-CARの「今まで支援を受けられなかった州、すなわちアブラ州、アパヤオ州、カリンガ州を優先的に」という意向と、「過去の案件の経験を生かすためにベンゲット州かイフガオ州を対象サイトに」という意向も考慮された。

以上を検討した結果、プロジェクト対象サイトとしてアブラ州の2つのILHZ[8]・アパヤオ州・ベンゲット州が選定された。ただし、プロジェクト実施に万全を期すため前提条件を設け、その条件がR/D締結までにクリアできなければプロジェクトは当該州を対象サイトとしないことが決定された。これら前提条件を、以下に列記する。

・ILHZでMOAが締結または更新される。
・州政府とCHD-CARで、プロジェクト実施に関するMOAが締結される。
・ILHZの活動・財政計画が承認される。
・CHD-CARとPHOは、MNCHNに係る活動・財政計画を策定する。
・CHD-CARとPHOは、DOH「保健施設拡充プログラム」計画を策定する。

２－５　プロジェクト基本計画

プロジェクトの協力期間は、R/Dの署名（2011年11月頃を予定）を経て、2012年2月から2017年1月までの5年間を予定している。

本プロジェクトの基本計画は、先行した「ベンゲット州地域保健システム強化」と「母子保健」の両プロジェクトの成果と教訓を生かして策定された。すなわち、①計りにくい保健システムの成果を母子保健の指標によって計ること、②保健システムのみならずプロジェクトの自立発展性の確保には地方政府の協力が必須であること、③地域での活動モニタリングや調整の役割を担うCHDの能力強化が必要であることを十分踏まえ、計画の基本とした。したがって本プロジェクトは、母子保健サービスの質的な向上を図りつつ、地方自治体のリーダーシップを取り込み、保健システムの強化を行うことによって自立発展性を向上させることを目指す。さらに本プロジェクトは、KPの全国展開を支援し、地方自治体レベルの成果を地域や国内へ展開する際の技術支援の担い手としてのCHDの能力向上も活動の一部として取り込んでいる。

プロジェクトの対象地域はCAR、対象サイトとしては前述のとおり、アブラ州の2つのILHZ、アパヤオ州、ベンゲット州を予定している。アブラ州の対象ILHZ、アパヤオ州についてはすべての活動を、ベンゲット州については後述する成果2と3の活動のみをもって介入する。

プロジェクトの実施機関は、CHD-CAR、PHO、対象サイトの町保健課であるが、そのなかでも鍵を握るのはCHD-CARである。CHD-CARが研修やプロジェクト日本人専門家との活動実施を通して能力強化を図ることが、それぞれの成果を産出する基礎となる。CHD-CARにはプロジェクト実施を通して、PHOや町保健課を指導、支援する能力を強化し、CAR地域における保健プログラムの効果的な実施に貢献することが期待される。

本プロジェクトの成果は、KPの6つの要素に沿って策定された。成果1で保健のガバナンスと財政、成果2でサービスと人材、成果3で規約に寄与するものとして分類される。ただし、保健情報はプロジェクトの構成要素には入っていない。保健情報は、本調査時において問題分析を実施した際に問題のひとつとして出てきたが、活動にかかる時間や人材や予算が莫大なことから、プロ

[8] Dolasan（Dolores、Lagangilang、San Juan の 3 つの町で構成）ILHZ と、VPP（Vilaviciosa、Penarrubia、Pilar の 3 つの町で構成）ILHZ が対象サイトに選定された。これら 6 町で州の人口の約 4 分の 1 をカバーする。

ジェクトのスコープには入れず外部条件とした。

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		対象サイト	内　容
目標	母子保健サービスが効果的・効率的に提供されるための保健システムの強化		プロジェクト対象サイトにおいて、安全な分娩及び産前産後のケアを受ける妊産婦と新生児が増加するよう、保健システムを強化する。
成果1	ILHZの機能を通じた、プロジェクト対象サイトの保健のガバナンスと財政の強化	アブラ州の2つのILHZ アパヤオ州	地域保健システムの研修モジュールを作成し、ILHZ機能を活性化し、保健予算の割合や地方政府からの支援が増加し、健康保険加入者が増加する。
成果2	プロジェクト対象サイトの母子保健サービス提供の枠組みの強化	アブラ州の2つのILHZ アパヤオ州 ベンゲット州	MNCHNマニュアルの研修を実施し、妊産婦死亡症例検討会を含むMNCHNのモニタリングを定期的に実施するなどして、母子保健サービス提供が向上する。
成果3	プロジェクト対象サイトの病院・町保健所のBEmONC認定と、町保健所のMCP認証	アブラ州の2つのILHZ アパヤオ州 ベンゲット州	BEmONC認定とMCP認証のために必要な機材・研修を提供し、サービス提供施設が増加する。
成果4	プロジェクトの教訓と活動に係る普及活動の実施		プロジェクトが全国的に広報され、成果や教訓が認識される。

また、各成果に係る活動の項目は、以下のとおりである。

成　果	活　動
〈成果1〉 プロジェクト対象サイトの保健のガバナンスと財政が、ILHZの機能を通じて強化される。	1 CHD-CARは、KPの枠組みと母子保健政策に沿った地域保健システムの研修モジュールを作成する。 2 CHD-CARは対象サイトにおいて、ILHZ再編のためのオリエンテーション・ワークショップを開催する。 3 対象サイトにおいて、ILHZの共同保健信託基金（Common Health Trust Fund：CHTF）に関して、手続きの改善を図るなど、活用の仕組みを構築する。 4 対象サイトにおいて、母子保健政策を反映したILHZ計画を策定する。 5 対象サイトにおいて、地方自治体に対し、フィリピン健康保険公社の経済困窮世帯向け「貧困者プログラム」加入を働きかける。
〈成果2〉 プロジェクト対象サイトの母子保健サービス提供の枠組みが強化される。	1 CHD-CARは、MNCHNマニュアルをコーディレラ地域向けに改訂する。 2 対象サイトにおいて、ベンゲット州のリファラルマニュアルを適用したリファラルを強化する。 3 CHD-CARは州保健局に対しMNCHNマニュアルの研修を実施する。 4 妊産婦死亡症例検討会のための研修をCHD-CARに対して実施する。 5 対象サイトにおいてCHD-CARは、妊産婦死亡症例検討会を含めたMNCHN政策全般に係るモニタリングを定期的に行う。 6 CHT活動実施のマニュアルをコーディレラ地域向けに改訂し、州レベルに適用する。 7 CHD-CARは、地域の文化に適した母子保健プログラム促進のための教育ツール（視聴覚教材など）を作成する。 8 対象サイトにおいてCHD-CARは、州保健局と町保健課に対し、「バランガイの保健に関する緊急事態に備えるための計画」を策定しモニタリングする方法を研修する。
〈成果3〉 プロジェクト対象サイトの病院と町保健所が保健省からBEmONCサービスが提供できる施設であると認定される一方、町保健所はフィリピン健康保険公社により、MCP施設であると認証される。	1 CHD-CARは、対象サイトの機材ニーズについて既存の施設マッピングを再評価する。 2 対象サイトにおいて、BEmONC施設のBEmONCチームに対し研修を実施する。 3 対象サイトにおいて、助産師を対象として助産師版BEmONC研修を実施する。 4 対象サイトにおいて、BEmONC施設に医療機材を供与し、機材保守管理の体制を整備する。 5 対象サイトの町保健所に対し、フィリピン健康保険公社のMCP認証申請と保険金還付申請のための支援を行う。
〈成果4〉 プロジェクトの教訓と活動に係る普及活動が国内に向けて行われる。	1 CHD-CARに対し、プロジェクト実施を通じて得られた知見や教訓を広く共有するための技術研修を実施する。 2 プロジェクトの広報資料を作成し、配布する。 3 保健省の年次総会やドナー会議などの場を通じて、プロジェクトの教訓や活動を広く共有する。 4 プロジェクトの成果や教訓を広く共有する目的で、全国セミナーを開催する。

日本側、「フィ」国側のプロジェクトへの投入は、以下のとおりである。

日本側投入	フィリピン側投入
① 専門家派遣 ・保健システム、母子保健、その他必要に応じて ② 機材供与 ・医療機材、研修機材、プロジェクトオフィス用機材、他必要機材 ③ 活動費 ・本邦研修、国内研修、教材など	① カウンターパート人材配置 ・プロジェクト・ディレクター、プロジェクト・マネジャー、プロジェクト・コーディネーター、地域・州・町保健局 ② 施設 ・プロジェクト執務室（CHD-CAR、アブラ州、アパヤオ州） ・BEmONCやMCP認証に係る施設拡充費用 ③ 活動費 ・プロジェクト・オフィス電気代、水道代、電話代、インターネット代など ・対象サイト以外のBEmONC認証に必要な機材 ・CHD-CARスタッフのモニタリングやフィールド訪問に必要な交通費 ・ワークショップや会議開催のコスト・シェアリング ・CHTメンバーのキャパシティ・ビルディングに必要なコスト ・研修員の国内移動交通費と日当 ・保健サービス提供に必要なロジスティックと必需品

また、プロジェクト目標達成・成果達成・上位目標達成のためのそれぞれの外部条件は以下のとおりである。

①プロジェクト目標達成のための外部条件

・研修を受けた人材が大量に流出しない。

・FHSISが維持される。

②成果達成のための外部条件

・特に対象サイトにおいて、政治状況が安定する。

・地方交付金が減少しない。

・DOH「保健施設拡充プログラム」が計画どおり遂行される。

③上位目標達成のための外部条件

・国家及び地域の保健政策が変わらない。

・家族計画の普及率が変わらないか、向上する。

・予防接種率が変わらないか、向上する。

・CEmONC施設が質の高いサービスを提供する。

・母子の死亡を引き起こすような疾患が大流行しない。

２－６　プロジェクトの実施体制とプロセス

本プロジェクトは、以下の表が示すリーダーシップの下に実施される。

●プロジェクト実施体制

プロジェクトにおけるタイトル	保健省内におけるタイトルの日本語和訳	保健省内におけるタイトル
プロジェクト・ディレクター	保健省次官（セクター財政・政策技術部門）	Undersecretary of Health, Sector Finance and Policy Technical Cluster
プロジェクト・マネジャー	保健省国際保健協力局長	Director, Bureau of International Health Cooperation
技術コーディネーター（地域保健システム）	地域保健開発局長	Director, Bureau of Local Health Development
技術コーディネーター（母子保健）	国家疾病予防管理センター長	Director, National Center for Disease Prevention and Control
プロジェクト・コーディネーター	保健省コーディレラ地域局長	Director, CHD-CAR
LGUコーディネーター	アブラ州・アパヤオ州・ベンゲット州のPHTL	PHTLs of Abra, Apayao, and Benguet

また、プロジェクトの有効かつ確実な実施のため、合同調整委員会（Joint Coordinating Committee：JCC）を、プロジェクト・ディレクターである保健省次官を議長として設置する。委員会の構成と機能は、以下に示すとおりである。

●合同調整委員会（Joint Coordinating Committee）

機　能	・プロジェクト年次計画を承認する。 ・プロジェクトの見直しと評価を行う。 ・プロジェクトが内包し得る問題、また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。
議　長	DOH次官（セクター財政・政策技術部門）
メンバー	DOH国際保健協力局長
	DOH地域保健開発局長
	国家疾病予防管理センター長
	CHD-CAR局長
	保健セクター開発クラスター（ルソン地域・首都地域担当）
	プロジェクト対象サイト知事（ベンゲット、アパヤオ、アブラ）
	JICAフィリピン事務所代表
	JICA専門家
	JICA保健プログラム・コーディネーター
オブザーバー	フィリピン健康保険公社代表
	WHOフィリピン事務所代表
	国家経済開発庁代表
	日本国大使館代表

さらに、プロジェクト実施地域であるCARにおいて、地域統一プロジェクト管理委員会を、プロジェクト・コーディネーターであるCHD-CAR局長を議長として設置する。委員会の構成と機能は、以下のとおりである。

●地域統一プロジェクト管理委員会（Regional Unified Project Management Committee）

機　能	・プロジェクト年次計画を作成する。 ・プロジェクト年間活動の見直しを行う。 ・プロジェクトが内包し得る問題、また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。
議　長	議長：CHD-CAR局長 副議長：CHD-CAR副局長
メンバー	CHD-CAR　地域保健支援課長
	CHD-CAR　MCHコーディネーター
	CHD-CAR　地域保健システムコーディネーター
	CHD-CAR　FHSIS コーディネーター
	CHD-CAR　計画官
	各州のPHTL
	JICAフィリピン事務所代表
	JICA 専門家
	JICA 保健プログラム・コーディネーター
オブザーバー	フィリピン健康保険公社CAR代表
	社会福祉開発省CAR代表
	国家経済開発庁CAR代表
	国家栄養審議会CAR代表
	内務・地方自治省CAR代表
	人口委員会CAR代表

プロジェクトの対象州においても、下記のとおり、各々州知事を議長とするプロジェクト運営委員会を設置する。

●州運営委員会（Provincial Executive Committee）

機　能	・州ごとのプロジェクト年次計画を作成する。 ・プロジェクト実施過程において生じた問題または懸念事項について協議し、適切に対応する。
議　長	議長：知事 副議長：副知事
メンバー	対象ILHZの町長
	州委員会メンバー（保健議長）
	PHTL
	州保健局長 II
	ILHZ技術管理委員会議長
	JICAフィリピン事務所代表
	JICA専門家

	PHICサービス地域事務所代表
	州社会福祉開発省代表
	内務・地方自治省、フィールドオフィス代表
	州住民事務官
	州計画開発コーディネーター

また、プロジェクトの対象州であるアブラ州、アパヤオ州、ベンゲット州には各々技術委員会を設置し、州運営委員会を技術的に支援する。各州の技術委員会の構成委員は以下のとおり。

●州技術委員会（Provincial Technical Working Group）

	アブラ州	アパヤオ州	ベンゲット州
機　能	年間計画を作成して、州の運営委員会を支援する。 州の運営委員会を技術的に支援する。 プロジェクト実施過程において生じた問題または懸念事項について協議し、適切に対応する。		
議　長	PHTL（共同議長）PHO II	PHO II（共同議長）PHTL	PHO II（共同議長）PHTL
メンバー	PHO技術サービス長	PHO　MCH　コーディネーター	PHO I
	PHO　MCHコーディネーター		PHO技術サービス長
	PHO　FHSIS　コーディネーター		PHO　MCHコーディネーター
	PHO　栄養活動実施官		PHO　栄養担当
			PHO　FHSIS　コーディネーター
			PHO　栄養活動実施官
			PHO　EPI　コーディネーター
	州予算課代表		
	州計画開発課代表	州計画開発課代表	
	COH・ILHZ技術管理委員会議長	COH・ILHZ技術管理委員会	COH・ILHZ技術管理委員会
	対象サイトのMHOもしくは保健師	対象サイトのMHO	対象サイトのMHO
	DOH-Rep	DOH-Rep	DOH-Rep
	JICA専門家	JICA　専門家	JICA　専門家
	PHICサービス地域事務所代表	PHICサービス地域事務所代表	PHICサービス地域事務所代表
			国家経済開発委員会地域代表

●プロジェクト実施のプロセス

本プロジェクト実施のプロセス、各活動の責任者と資金源を以下に示す。

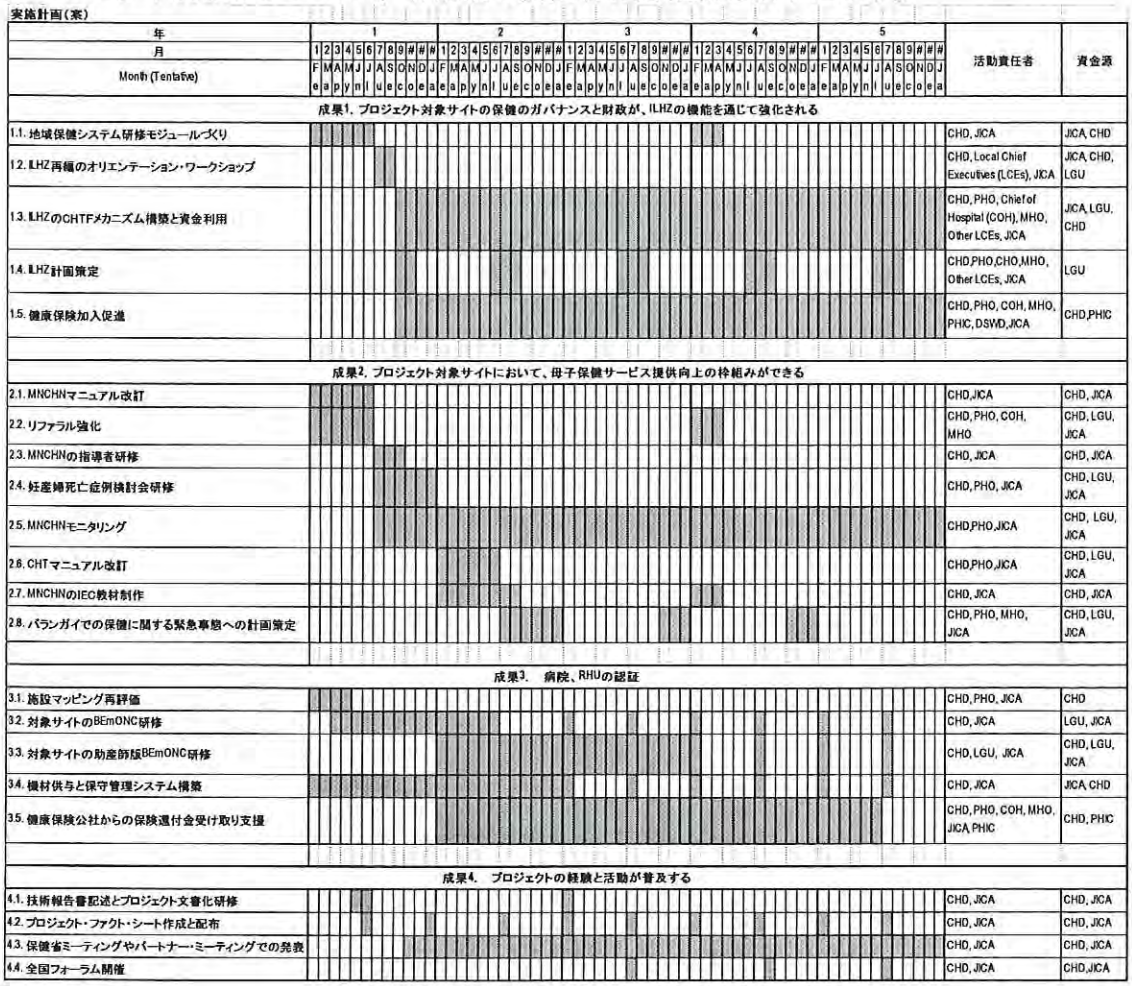


図２－２　プロジェクト実施プロセス

1年目は主として、研修マニュアルやモジュールを作成する過程を通してCHD-CARスタッフの能力強化を行い、1年目の後半で今後実施する研修の指導者研修（Training of Trainers：TOT）を実施する。

2年目以降は、定期的なモニタリング活動を通じて、プロジェクト活動の見直しを行い、次年次の活動計画につなげていく。また、プロジェクトの開始時に作成した研修マニュアルやモジュールも、プロジェクトの活動と教訓を踏まえてプロジェクト期間中に改訂する一方で、本地域での成果と教訓を積極的にDOH年次総会などの場を通して広報していく。

２－７　プロジェクト実施上の留意点

２－７－１　指標について

本プロジェクトにおいて全体目標である保健システム強化は、母子保健をとりまく状況が改善されたことを示す指標に基づき評価する。これら母子保健に関する指標は、「フィ」国としての現在の数値と目標値をCARのそれらと照らし合わせ、同様の伸び率をとるという仮定で設定された。ただし、指標1の施設分娩率の増加については、CARのベースラインが国家平均より高

いため、理論値の上限100%までの改善割合を国家平均と同一として算出した。すなわち、国家平均の目標値80%とベースライン値44.2%の差を、理論値の上限100%とベースライン値44.2%の差で除した0.64を改善割合とし、これと同様の改善割合をとると仮定してベースライン61.4%であるCARの目標値（86.1%≒85%）を算出した。すべての指標に係るデータの収集は、基準値を含めてFHSISのデータを使用して行う。

FHSISのデータ精度についてはその信憑性が問われるところであり、プロジェクト実施の過程において、データの精度を上げるための工夫や活動を取り上げていく必要は現時点でも十分に想定される。保健情報システムの整備に特化した活動はプロジェクトの基本計画上はないことから、データ精度の向上のための大がかりな活動の実施は見込めないが、データの記入や検証などが正確に行われているかなどについて、CHD-CARと協議しつつモニタリングする必要がある。

なお、一部の指標には目標値が設定されていないものもある。これらは基準値データが本調査期間内に収集できなかったものであるが、プロジェクト初期にデータを収集し、目標値を設定する予定である。

２－７－２　対象サイトでの活動について

本報告書に掲載した地図からも分かるように、CHD-CARがあるバギオ市からプロジェクト対象サイトのアブラ州、アパヤオ州まではかなりの距離がある。バギオ市からアブラ州までは車で片道6時間程度、アパヤオ州へは2日間かかる。このため、日本人専門家の対象サイトでの活動は、移動時間を考慮して十分な日程を組む必要がある。日程的に頻繁に両州を訪れることが困難な場合は、ローカルコンサルタントを雇うなど、プロジェクトが効率よく実施できるような工夫が必要である。また、アブラ州には治安が懸念される地域が存在するため、常に治安状況に配慮しつつ行動することも必要とされる。

２－７－３　対象サイト以外での活動について

プロジェクトとしての対象サイト以外の州や町を対象とした活動はTOTなどが中心となるが、CHD-CARはこれらの地域での活動を責任をもって実施することが期待される。プロジェクトとしては、CAR内での保健水準に州による格差が生じないよう、対象サイト以外の状況にも十分配慮しながら、CHD-CARと協力の下に活動を実施していく必要がある。