# 事業事前評価表（技術協力プロジェクト）

作成日：平成 22 年 1 月 28 日
担当部・課：JICAフィリピン事務

**1．案件名**

（英）Strengthening Maternal and Child Health Services in Eastern Visayas
（和）東ビサヤ地域母子保健サービス強化プロジェクト

**2．協力概要**

（1）プロジェクト目標とアウトプットを中心とした概要の記述

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

（2）協力期間

2010年7月～2014年6月（4年間）

（3）協力総額（日本側）

約　4億2,000万円

（4）協力相手先機関

保健省本省、保健省東ビサヤ地域局
レイテ州保健局、オルモック市保健局[4]

（5）国内協力機関

特になし

---

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

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

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

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

（6）裨益対象者及び規模等（4年間、概算[5]）

保健省東ビサヤ地域局、レイテ州とオルモック市保健局スタッフ

保健医療従事者340名

レイテ州優先地域及びオルモック市の妊産婦約11万人[6]

レイテ州優先地域及びオルモック市の新生児約8万人[7]

**3．協力の必要性・位置づけ**

（1）現状及び問題点

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

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

（2）相手国政府国家政策上の位置づけ

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4．協力の枠組み

〔主な項目〕

（1）協力の目標（アウトカム）

① 協力終了時の達成目標（プロジェクト目標）と指標・目標値

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

指　標：

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

② 協力終了後に達成が期待される目標（上位目標）と指標・目標値

目　標：東ビサヤ地域の対象地域における妊産婦死亡比と乳児死亡率が減少する。

指　標：

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

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

[12] 「母子保健プロジェクト」は2006年3月～2010年3月の予定で、ルソン島北部のイフガオ州3町（Alfonsolista, Mayoyao, Aguinaldo）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中である。

2008年）

5. 対象地域における出産の80%が施設において行われる。

（2）成果（アウトプット）と活動

〈成果１〉

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

活　動：

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

指　標：

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

〈成果２〉

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

活　動：

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

---

[13] Philippine Health Insurance Corporation

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

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

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

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

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

〈成果３〉
質の高いBEmONC/MNCHN政策サービスを確立・維持するための保健省東ビサヤ地域局及び州・市保健局のマネージメント機能が向上する。

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

指　標：

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

〈成果４〉

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

活　動：

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

指　標：

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

〈成果５〉

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

活　動：

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

[17] 具体的な分析方法についてはプロジェクト初期に検討する予定。

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

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

（3）投入（インプット）

1）日本側（総額4億2,000万円）

① 専門家派遣（76MM）
　母子保健、研修管理
② 研修員受入れ
③ 供与機材
　BEmONC/MCPサービス提供施設に必要な機材
　研修用資機材（コンピューター、プロジェクターなど）
④ その他（プロジェクト活動費）

2）フィリピン側

① カウンターパート人件費
② 施設手配（プロジェクト事務所）
③ その他（ローカルコスト負担）

（4）他の開発パートナーなどとの連携

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

州、タクロバン市をとの対象地域に選定した。

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

（5）外部要因（満たされるべき外部条件）

1）上位目標達成のための外部条件

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

2）プロジェクト目標達成のための外部条件

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

3）成果達成までの外部条件

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

4）前提条件

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

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

**5．評価５項目による評価結果**

（1）妥当性

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

（2）有効性

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

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

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

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

（3）効率性

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

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

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

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

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

（4）インパクト

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

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

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

（5）自立発展性

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

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

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

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

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

**６．貧困・ジェンダー・環境等への配慮**

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

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

**７．過去の類似案件からの教訓の活用**

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

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

**８．今後の評価計画**

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