

# 添付資料集

---

添付資料1. 現地調査日程表

添付資料2. 参考資料リスト

添付資料3. 結核・マラリア案件群プログラム・アプローチ・ロジック・モデル

添付資料4. プロセス評価調査資料

添付資料5. プログラム(インパクト)評価調査資料

添付資料6. 政府・国際・NGO 等関係諸機関面談者リスト

# 添付資料 1

---

現地調査日程表

調査日程

| 2002年 |       |       |                  |  |
|-------|-------|-------|------------------|--|
| 月日    | 曜     | 時刻    | 地名               | 行程                                       |
| 01/28 | 月     | 9:45  | NRT              | 成田発 (和田団員のみ)                             |
|       |       | 13:25 | MNL              | Manila着 NAIA1                            |
|       |       | 16:00 | Makati           | JICA事務所/現地コンサルタント打合せ                     |
|       |       | 17:00 |                  | JICA事務所次長面接調査                            |
| 01/29 | 火     | am    | Makati           |  |
|       |       | 14:00 | Manila           | 専門家面接調査                                  |
|       |       | 16:00 |                  | 保健省(DOH)国際医療協力局(BIHC)                    |
| 01/30 | 水     | 10:00 | Quezon           | フィリピン結核協会(PTSI)                          |
|       |       |       |                  | 現地コンサルタント打合せ                             |
| 01/31 | 木     |       | Quezon           | Management Service for Health (MSH)      |
| 02/01 | 金     |       |                  | 資料収集                                     |
| 02/02 | 土     |       |                  | 資料整理                                     |
| 02/03 | 日     |       |                  | 資料整理                                     |
| 02/04 | 月     | 9:45  | NRT              | 成田発 (コンサルタント団員を除く)                       |
|       |       | 13:25 | MNL              | Manila着 NAIA1                            |
|       |       | 16:30 | Makati           | JICA事務所・団内打合せ                            |
| 02/05 | 火     | 9:00  | Pasig            | NEDA協議                                   |
|       |       | 11:00 |                  | USAID Philippine Mission協議               |
|       |       | 15:30 | Manila           | DOH本省BIHC協議                              |
|       |       | 18:00 | Manila           | 大使館協議                                    |
| 02/06 | 水     | 9:00  | Manila           | プロ技「エイズ対策」                               |
|       |       | 10:00 |                  | 開発福祉支援「HIV感染者社会復帰訓練施設活動支援」               |
|       |       | 15:30 |                  | WPRO協議                                   |
| 02/07 | 木     | 9:00  | Quezon           | DOH Regional Office IV協議                 |
|       |       | 14:00 | Manilla          | 結核対策プロジェクト                               |
|       |       | 9:45  | NRT              | 成田発 (中澤団員のみ)                             |
|       |       | 13:25 | MNL              | Manila着 NAIA1                            |
|       |       | 14:45 | MNL              | Manila発 NAIA1 (三好団長のみ) 11:00 DOH IV発     |
|       |       | 19:45 | NRT              | 成田着 帰国                                   |
| 02/08 | 金     | 9:00  | Alabang          | 第三国研修「熱帯医学」                              |
|       |       |       |                  | 第三国研修「HIV感染及び日和見感染症の実験室内診断技術」            |
|       |       |       |                  | 現地国内研修「エイズ等診断及び管理」                       |
|       |       | 13:00 |                  | 開発福祉支援「貧困層結核患者救済事業」                      |
|       | 15:00 |       | Quezon Institute |  |
| 02/09 | 土     | 終日    |                  | JOCV「看護師」活動訪問                            |
| 02/10 | 日     | 9:30  | MNL              | Manila発 NAIA2                            |
|       |       | 10:45 | CEB              | Cebu着                                    |
| 02/11 | 月     |       | Cebu             | プロ技/開発福祉支援 (Cebu州サイト)                    |
|       |       | 9:30  |                  | Cebu City Health Center                  |
|       |       | 10:00 |                  | Cebu City QC Center                      |
|       |       | 10:30 |                  | RHUs                                     |
|       |       | 13:00 |                  | Regional Health Director, DOH CHD VII    |
|       |       | 13:30 |                  | Cebu TB Coordinator                      |
|       |       | 14:00 |                  | Cebu Reference Laboratory                |
| 02/12 | 火     | 9:30  | Cebu             | Cebu市公衆衛生診療所(SHC: Social Hygiene Clinic) |
|       |       | 12:00 |                  | Cebu医師会検査室(Cebu Medical Society)         |
|       |       | 14:30 |                  | Cebu TB Pavillion PTS                    |
|       |       | 18:00 |                  | USAID協議                                  |
|       |       | 19:00 |                  | USAID案件視察 (HIV-AIDS 血液採取、NGOの教育活動)       |
|       |       | 11:00 |                  | MNL                                      |
|       |       | 12:45 | DVO              | Davao着                                   |

|       |     |               |          |   |
|-------|-----|---------------|----------|---|
| 02/13 | 水   | 9:00          | CEB      | Cebu発   |
|       |     | 9:55          | DVO      | Davao着  |
|       |     | 13:00         | Davao    | Infectious Disease Survey and Control Project協議 |
|       |     | 15:30         |          | マラリアセンター（無償機材）                                  |
|       |     |               |          | 専門家面接調査   |
|       |     | 19:15         | DVO      | Davao発（喜多団員のみ）                                  |
| 20:55 | MNL | Manila着 NAIA2 |          |   |
| 02/14 | 木   | 10:30         | MNL      | Manila発（喜多団員のみ）                                 |
|       |     |               | FUK      | 福岡着   |
|       |     |               | Davao    | 住血吸虫流行地（参考視察）                                   |
|       |     | 14:00         |          | ダバオメディカルセンター（参考視察）                              |
|       |     | 19:15         | DVO      | Davao発  |
|       |     | 20:55         | MNL      | Manila着 NAIA2                                   |
| 02/15 | 金   | 8:20          | MNL      | Manila着 NAIA2                                   |
|       |     | 9:35          | PPS      | Puerto Princessa着                               |
|       |     | 11:00         | PPS      | DOH CHD IV Extension Office                     |
|       |     | 14:00         |          | マラリア対策サイト                                       |
| 02/16 | 土   |               | PPS      | 流行地訪問（喜多団員を除く）                                  |
| 02/17 | 日   |               | -        | 移動150km/5時間                                     |
| 02/18 | 月   |               | Quezon   | マラリア対策サイト（住民インタビュー・小学校）                         |
|       |     |               |          | マラリア対策サイト（RHU聞き取り）                              |
|       |     |               | -        | 移動150km/5時間                                     |
|       |     |               | PPS      | 夜間蚊張使用状況観察                                      |
| 02/19 | 火   | 10:50         | PPS      | Puerto Princessa発                               |
|       |     | 12:05         | MNL      | Manila着 NAIA2                                   |
|       |     | 14:45         | MNL      | Manila発 NAIA1（中澤団員のみ）                           |
|       |     | 19:45         | NRT      | 成田着 帰国  |
|       |     | 15:00         | Pasig    | PMS-NEDA報告                                      |
|       |     | 18:00         |          | JICA事務所報告                                       |
| 02/20 | 水   |               | Sta Rosa | プロ技「結核対策プロジェクト」（Laguan州サイト）                     |
|       |     |               |          | RHU Cabuyao                                     |
|       |     |               |          | RHU Sta Rosa                                    |
|       |     | 15:00         | Alabang  | 開発福祉支援「貧困層結核患者救済事業」<br>無償資金協力「国立結核研究所設立計画」      |
| 02/21 | 木   | 9:00          | Pasig    | 専門家インタビュー                                       |
|       |     | 11:00         | Pasay    | USAID帰国報告                                       |
|       |     | 14:00         |          | 開発福祉支援「エイズ・性感染症・母子保健対策NGO支援」                    |
| 02/22 | 金   | 9:00          |          | エイズ協会 PNAC Director                             |
|       |     |               |          | IPHC-BIHC DOH                                   |
|       |     |               |          | 感染症対策官とのインタビュー                                  |
|       |     | 14:45         | MNL      | Manila発 NAIA1（平田団員のみ）                           |
|       |     | 19:45         | NRT      | 成田着 帰国  |
| 02/23 | 土   |               |          | 現地コンサルタント打合せ                                    |
|       |     |               |          | マラリア対策官インタビュー                                   |
| 02/24 | 日   |               |          | 資料分析・整理   |
| 02/25 | 月   |               |          | 追加調査  |
| 02/26 | 火   | 11:00         |          | 大使館報告   |
|       |     |               |          | 前保健相 Dr. Quasi Romualdezとのインタビュー                |
| 02/27 | 水   | 9:00          |          | AUSAIDインタビュー                                    |
|       |     | 14:00         | Makati   | CIDAインタビュー                                      |
|       |     | 9:30          |          | Jun Gordornesとのインタビュー                           |
| 02/28 | 木   | 13:30         |          | JICAローカルスタッフとのインタビュー                            |
|       |     | 14:30         |          | 感染症対策官とのインタビュー                                  |
| 03/01 | 金   | 9:00          |          | JICA事務所長報告                                      |
|       |     |               |          | ローカルコンサルタントとの打ち合わせ                              |
|       |     | 14:45         | MNL      | Manila発 NAIA1（和田団員のみ）                           |
|       |     | 19:45         | NRT      | 成田着 帰国  |

# 添付資料 2

---

参考資料リスト

## 資料リスト

| 番号 | 資料の名称  | 形態  | 種類   | 発行機関  |
|----|--|-----|------|---|
| 1  | 最終報告書（フィリピン結核対策プロジェクト長期専門家）  | 資料  | 収集資料 | 大角 晃弘   |
| 2  | 保健医療分野における援助政策立案のための基礎調査   | 図書  | 収集資料 | 国際開発センター  |
| 3  | フィリピンにおける JICA エイズ対策プロジェクト：フィリピン保健省国家エイズ・STD 対策プログラム   | 図書  | 収集資料 | 国際協力事業団   |
| 4  | 結核対策分野における日本の国際協力実績  | 図書  | 収集資料 | 国際協力事業団   |
| 5  | 先進各国援助機関、国際機関の人口・エイズ対策協力の現状に関する調査研究報告書   | 図書  | 収集資料 | 国際協力事業団 国際協力総合研修所   |
| 6  | フィリピンの地方自治「バランガイ」  | URL | 収集資料 | 自治体国際化協会<br><a href="http://www.clair.nippon-net.ne.jp/HTML_J/FORUM/JIMUSYO/125SING/INDEX.HTM">http://www.clair.nippon-net.ne.jp/HTML_J/FORUM/JIMUSYO/125SING/INDEX.HTM</a> |
| 7  | フィリピン結核対策プロジェクト  | 資料  | 収集資料 | プロ技「結核対策」   |
| 8  | フィリピン共和国における HIV/AIDS 流行の疫学  | 資料  | 収集資料 | 三宅 邦明（在フィリピン日本大使館）  |
| 9  | Cebu Center for Infectious Diseases  | 資料  | 収集資料 | Alesna, Evelyn T.   |
| 10 | Governance and HIV: Government-Civil Society Interface: An Aspect of Governance Critical to an Effective Response A Case Study from the Philippines (Abridged Version) | 資料  | 収集資料 | Ateneo Center for Social Policy and Public Affairs  |
| 11 | Country Program Strategy The Philippines 1998/99-2002/03   | 資料  | 収集資料 | AusAID  |
| 12 | Country Development Policy Framework Update for the Philippines  | 資料  | 収集資料 | CIDA  |
| 13 | Indicators for Reproductive Health Program Evaluation: Final Report of the Subcommittee on STD/HIV   | 資料  | 収集資料 | Carolina Population Center  |
| 14 | Annual Report 2000: Quality Health Care  | 資料  | 収集資料 | Center for Health Development 4   |

|    |  |    |      |   |
|----|--|----|------|---|
| 15 | TB Control In Region 4   | 資料 | 収集資料 | Center for Health Development Southern Tagalog                                  |
| 16 | "The National Tuberculosis Program: A Case Study Program Administration", <i>Philippine Journal of Public Administration</i> , 35(2), 1991 | 資料 | 収集資料 | Cordero, Rosa R.  |
| 17 | "Tuberculosis controls In Philippines have failed so far (Abstract)", <i>British Medical Journal</i> , 1998                                | 資料 | 収集資料 | Easton, Adam  |
| 18 | Palawan at the Crossroads: Development and the Environment on a Philippine Frontier  | 図書 | 収集資料 | Eder, James F. and Fernandez, Janet O. (Eds.)                                   |
| 19 | "Four in 10 live on 38 pesos a day", The Foreign Post, Vol.10 No.468   | 新聞 | 収集資料 | Foreign Post, Inc.  |
| 20 | Country Report on HIV/AIDS In the Philippines  | 資料 | 収集資料 | Gender, Sexuality and Reproductive Health Databank                              |
| 21 | Climate Map of the Philippines   | 地図 | 収集資料 | HEAR Enterprise Company   |
| 22 | Republic of Philippines Historical map   | 地図 | 収集資料 | HEAR Enterprise Company   |
| 23 | A Matter of Time: HIV/AIDS and Development In the Philippines  | 資料 | 収集資料 | Health Action Information, National Economic and Development Authority and UNDP |
| 24 | Economic map of the Philippines  | 地図 | 収集資料 | Hayden U. Azul  |
| 25 | Public service reforms and their Impact on health sector personnel In the Philippines  | 資料 | 収集資料 | International Labour Office and World Health Organization                       |
| 26 | Report on Basic Survey and Recommendation for the Educational Package Development  | 資料 | 収集資料 | JICA  |
| 27 | Filipino Social Organization: Traditional Kinship and Family Organization  | 図書 | 収集資料 | Jocano, F. Landa  |
| 28 | Moving from Projects to Programmatic Aid   | 図書 | 収集資料 | Jones, Stephen et al.   |
| 29 | PMRAT Annual Report October1, 2000-September 30, 2001  | 資料 | 収集資料 | Management Sciences for Health  |
| 30 | An Integrated Medium Term HIV/AIDS Communication and Advocacy Plan for the Philippines (2000-2004)   | 資料 | 収集資料 | Members of the Information, Education, Communication and Advocacy Committee     |
| 31 | Ongoing Foreign Assisted Health Sector Projects  | 資料 | 収集資料 | NEDA  |
| 32 | Political Map of the Philippines   | 地図 | 収集資料 | National Book Store   |

|    |   |    |      |  |
|----|---|----|------|--|
| 33 | Field Health Service Information System: Annual Report 2000   | 資料 | 収集資料 | National Epidemiology Center, Department of Health         |
| 34 | Poverty Incidence, Poverty Thresholds, Subsistence Incidence and Subsistence Thresholds 1997 and 2000         | 資料 | 収集資料 | National Statistical Coordination Board                    |
| 35 | 1998 Annual Poverty Indicators Survey (Final Report)  | 資料 | 収集資料 | National Statistics Office, Republic of the Philippines    |
| 36 | 1999 Annual Poverty Indicators Survey: Ranking of Provinces for Selected Poverty Indicators                   | 資料 | 収集資料 | National Statistics Office, Republic of the Philippines    |
| 37 | Results Framework Workshop: Background Documents  | 資料 | 収集資料 | Office of Population , Health and Nutrition (OPHN) (USAID) |
| 38 | Malaria Control and Prevention  | 資料 | 収集資料 | Ortega, Leonard  |
| 39 | State-of-the-Art: Malaria Research In the Philippines   | 資料 | 収集資料 | Philippine Council for Health Research and Development     |
|    | DOTS AREA   | 資料 | 収集資料 | Philippine Department of Health                            |
| 40 | Infectious Disease Surveillance and Control Project   | 資料 | 収集資料 | Philippine Department of Health                            |
| 41 | Manual of Procedures For the National Tuberculosis Control program, 2001                                      | 図書 | 収集資料 | Philippine Department of Health                            |
| 42 | Responding to Questions on Devolution of Health Services: Annexes to Guidebooks                               | 資料 | 収集資料 | Philippine Department of Health                            |
| 43 | Responding to Questions on Devolution of Health Services: Part 1: Health and Development                      | 資料 | 収集資料 | Philippine Department of Health                            |
| 44 | Responding to Questions on Devolution of Health Services: Part 2: Health Planning                             | 資料 | 収集資料 | Philippine Department of Health                            |
| 45 | Responding to Questions on Devolution of Health Services: Part 3: Health Services Management                  | 資料 | 収集資料 | Philippine Department of Health                            |
| 46 | Responding to Questions on Devolution of Health Services: Part 4: The Local Health Boards                     | 資料 | 収集資料 | Philippine Department of Health                            |
| 47 | Results of Monitoring and Evaluation of Social Hygiene Clinics: Clinical Management and Laboratory Components | 資料 | 収集資料 | Philippine Department of Health                            |
| 48 | Strengthening Capacity to Identify and Reduce the Threat of Leading   | 資料 | 収集資料 | Philippine Department of Health                            |



|    |   |        |      |  |
|----|---|--------|------|--|
|    | Infectious Diseases   |        |      |  |
| 49 | The 2000-2004 Medium Term-Plan for Accelerating the Philippine Response to HIV/AIDS                                       | 資料     | 収集資料 | Philippine Department of Health  |
| 50 | Republic Act 8504 The Philippine AIDS Prevention and Control Act of 1998: Implementing Rules and Regulations              | 資料     | 収集資料 | Philippine National AIDS Council   |
| 51 | PTS HISTORY   | 資料     | 収集資料 | Philippine Tuberculosis Society Inc.   |
| 52 | STOP TB   | パンフレット | 収集資料 | Philippine Tuberculosis Society Inc. and JICA  |
| 53 | Political Map of the Philippines 2001 Edition   | 地図     | 収集資料 | Prostyle Grafix  |
| 54 | Malaria Control Program Japanese Grant Aid for Child Health End of Project Report 1999-2000                               | 資料     | 収集資料 | Province of Palawan  |
| 55 | Administrative Order No.10s. 2001 "Guidelines In the Preparation of Work and Financial Plan (WFP) For CY2001"             | 資料     | 収集資料 | Republic of the Philippines  |
| 56 | Republic Act No.7883 "Barangay Health Workers' Benefit and Incentive Act of 1995"   | 資料     | 収集資料 | Republic of the Philippines<br><a href="http://www.doh.gov.ph/ra7883.htm">http://www.doh.gov.ph/ra7883.htm</a>     |
| 57 | Accomplishment Report 2001  | 資料     | 収集資料 | STD/AIDS Cooperative Central Laboratory  |
| 58 | Biosafety Manual  | 資料     | 収集資料 | STD/AIDS Cooperative Central Laboratory and JICA   |
| 59 | HIV Antibody testing Proficiency and other Blood Borne STIs: Training Manual  | 資料     | 収集資料 | STD/AIDS Cooperative Central Laboratory and JICA   |
| 60 | Criteria for Socio-Economic Classification of Households  | 資料     | 収集資料 | Social Weather Stations Inc.   |
| 61 | National Capital Region   | 地図     | 収集資料 | Strax Enterprises  |
| 62 | Republic of the Philippines   | 地図     | 収集資料 | Strax Enterprises  |
| 63 | Republic of the Philippines Economic Map  | 地図     | 収集資料 | Strax Enterprises  |
| 64 | An operations research study of the Impact of decentralization on health care financing In Northern Mindanao, Philippines | 資料     | 収集資料 | Suminguit, Vel J.<br><a href="http://www.insp.mx/ichsri/narra/s9.html">http://www.insp.mx/ichsri/narra/s9.html</a> |
| 65 | Support for HIV/AIDS and STD Actions In the Philippines: Mid-term Review  | 資料     | 収集資料 | Tempongko, Ma. Sandra B. and Porio, Emma   |

|    |   |     |      |  |
|----|---|-----|------|--|
| 66 | Research Methods Knowledge Base   | URL | 収集資料 | Trochim, William M.<br><a href="http://trochim.human.cornel.edu/kb/">http://trochim.human.cornel.edu/kb/</a> |
| 67 | AIDS Surveillance and Education Project: Final Evaluation                                 | 資料  | 収集資料 | USAID  |
| 68 | Special Objective 1 The Threat of HIV/AIDS and Selected Infectious Diseases Reduced       | 資料  | 収集資料 | USAID  |
| 69 | "Tuberculosis ravages Philippine slums (Abstract)", <i>British Medical Journal</i> , 1999 | 資料  | 収集資料 | Wallerstein, Claire  |
| 70 | Evaluation Forum on International Cooperation   | 資料  | 収集資料 | World Bank   |
| 71 | Consensus Report on STI, HIV and AIDS Epidemiology: Philippines 2000                      | 図書  | 収集資料 | World Health Organization  |
| 72 | Guidelines for Conducting a Review of a National Tuberculosis Programme                   | 資料  | 収集資料 | World Health Organization  |
| 73 | Regional Strategic Plan to Stop TB In the Western Pacific                                 | 資料  | 収集資料 | World Health Organization  |
| 74 | Tuberculosis Control In the WHO Western Pacific Region: 2000 Report                       | 資料  | 収集資料 | World Health Organization  |

# 添付資料 3

---

結核・マラリア案件群

プログラム・アプローチ・ロジック・モデル

第3章において、エイズ案件群プログラム・アプローチ・ロジック・モデルを作成したものと同様の手法により、結核・マラリア案件群についても同モデルを作成した。

<結核 PLM 1>

|                 | プロジェクト名  | 上位目標                                       | プロジェクト目標                              | 成果  | プロジェクト名<br>略称 | 投入         |           |
|-----------------|--|--|---------------------------------------|---|---------------|------------|-----------|
|                 |  |  |                                       |   |               | 項目         | 量 (千ペソ)   |
| G               | プロ技「公衆衛生プロジェクト」(1992-1997:マニラ・第4・7地域)<br>相手国協力機関:保健省 | モデル地域における結核対策の強化を通じて公衆衛生サービシステムが開発される。     | 患者発見と治療に重点を置いて、公衆衛生モデルとしての結核対策が強化される。 | 1. 結核菌検査技術が向上し、潜在する塗抹陽性患者の65%が発見される。  | プロ技公衆         |            |           |
|                 |  |  |                                       | 2. 結核の治療技術が向上し、治癒率が85%になる。  | プロ技公衆         | 基盤整備費      | 6,258     |
|                 |  |  |                                       | 3. 結核対策に関する統計体系が整備される。  | プロ技公衆         |            |           |
|                 |  |  |                                       | 4. サーベイランス体制が確立する。  | プロ技公衆         |            |           |
|                 |  |  |                                       | 5. 住民に対する情報教育活動が強化される。  | プロ技公衆         | 啓蒙活動費      | 2,296     |
|                 |  |  |                                       | 5. 住民に対する情報教育活動が強化される。  | プロ技公衆         | 貧困対策費      | 392       |
|                 |  |  |                                       | 5. 住民に対する情報教育活動が強化される。  | プロ技公衆         | 公衆衛生普及活動費  | 501       |
|                 |  |  |                                       | 6. 適切な計画実施の方式が定式化される。   | プロ技公衆         |            |           |
|                 |  |  |                                       | (機材関連)  | プロ技公衆         | 機材供与       | 29,815    |
|                 |  |  |                                       | (研修)  | プロ技公衆         | 現地セミナー費    | 226       |
|                 |  |  |                                       | (技術向上)  | プロ技公衆         | 現地研究費      | 268       |
|                 |  |  |                                       | (技術向上)  | プロ技公衆         | 技術交換費      | 505       |
|                 |  |  |                                       | (経常費)   | プロ技公衆         | 一般現地       | 5,237     |
|                 |  |  |                                       | 全般  | プロ技公衆         | 長期専門家合計    | 3名(10人年)  |
| 全般              | プロ技公衆  | 短期専門家合計                                    | 34名(18.4人月)                           |   |               |            |           |
| 全般              | プロ技公衆  | 研修員受け入れ合計                                  | 13名(53人月)                             |   |               |            |           |
| H               | プロ技「結核対策」(1997-2002:マニラ・第4・7地域)<br>相手国協力機関:保健省       | フィリピンにおける結核がコントロールされる。                     | 結核対策計画の拡大についてのマネジメントが向上する。            | 1. セブ州での結核対策新指針政策・戦略が実施され、第7州へ拡大される。  | プロ技結核         |            |           |
|                 |  |  |                                       | 2. 第4地域ラグナ州において、結核対策新指針のデモンストレーション地域が確立される。                                 | プロ技結核         |            |           |
|                 |  |  |                                       | 3. 結核対策新指針政策・戦略の実施が他州へ拡大される。  | プロ技結核         |            |           |
|                 |  |  |                                       | 4. 国立結核リファレンスラボラトリーの機能が確立される。   | プロ技結核         |            |           |
|                 |  |  |                                       | (機材関連)  | プロ技結核         | 機材供与       | 19,206    |
|                 |  |  |                                       | (経常費)   | プロ技結核         | 一般現地業務費    | 7,024     |
|                 |  |  |                                       | (研修・指導・モニタリング等)   | プロ技結核         | 啓蒙活動普及費    | 3,587     |
|                 |  |  |                                       | (研修)  | プロ技結核         | 中堅技術者養成対策費 | 10,239    |
|                 |  |  |                                       | (研修・指導・モニタリング等)   | プロ技結核         | 現地適用化活動費   | 4,328     |
|                 |  |  |                                       | (技術向上)  | プロ技結核         | 技術交換費      | 834       |
|                 |  |  |                                       | 全般  | プロ技結核         | 長期専門家合計    | 4名(9人年)   |
|                 |  |  |                                       | 全般  | プロ技結核         | 短期専門家合計    | 9名(7.5人月) |
| 全般              | プロ技結核  | 研修員受け入れ合計                                  | 6名(21.5人月)                            |   |               |            |           |
| I               | 開発福祉支援「貧困層結核患者救済」(1999-2002:全国)<br>相手国協力機関:フィリピン結核協会 | 当該地域において結核による死亡率を低下させる事により、地域住民の健康様態を改善する。 | 当該地域における結核による死亡率が低下する。                | 1. DOTS(Directly Observed Therapy Using Short-Course Regimen)により結核治癒率が向上する。 | 開福結核          |            |           |
|                 |  |  |                                       | 2. 公的医療機関との間にリファラルシステムが確立される。   | 開福結核          |            |           |
|                 |  |  |                                       | 3. 診療記録及び報告システムが確立される。  | 開福結核          |            |           |
|                 |  |  |                                       | (機材)  | 開福結核          | 機材購入       | 175       |
|                 |  |  |                                       | (IEC教材政策)   | 開福結核          | 啓蒙(IEC)    | 500       |
| (研修・指導・モニタリング等) | 開福結核   |  | 24,597                                |   |               |            |           |
| J               | 現地国内研修「国家結核対策プログラム」(1999-2003) 相手国協力機関:保健省           | 国家結核対策プログラムを前項に普及する                        | データなし                                 | 研修参加者が国家結核対策プログラムについての知識技術を理解・習得する。   | 現国結核          |            | 10,000    |

<結核 PLM 2>

参考資料: WHO: Guidelines for Conducting a Review of a National Tuberculosis Programme (1998), USAID: USAID/Mexico Tuberculosis Program (2001), CDC: Global AIDS Program Technical Strategies (URL).

| 上位目標  | プログラム目標  | 成果   |   | プロジェクト<br>略称                  | 投入            |               |               |
|---|--|--|---|-------------------------------|---------------|---------------|---------------|
|   |  | 中期的成果  | 短期的成果   |                               | 項目            | 量(千ペソ)        |               |
| フィリピン国民の健康状態が向上する。  | 対象地域における結核感染率/死亡率が低下する。<br><br>(PLM1ではOutputのレベルにあったものをOutcomesレベルへ移動・統合)<br>2. 結核の治療技術が向上し、治癒率が85%になる。<br>1. セブ州での結核対策新指針政策・戦略が実施され、第7州へ拡大される。<br>2. 第4地域ラグナ州において、結核対策新指針のデモンストレーション地域が確立される。<br>3. 結核対策新指針政策・戦略の実施が他州へ拡大される。 | 対象地域において公共セクター(政府機関)がカバーする結核患者人口の発見率/治癒率/罹患率/死亡率が改善される | 〈組織の機能整備〉<br>結核対策のための基盤(施設・機材・システム・IEC)が存在する。 | 3. 結核対策に関する統計体系が整備される。        | プロ技公衆         |               |               |
|   |  |  |   | 4. サーベイランス体制が確立される。           | プロ技公衆         |               |               |
|   |  |  |   | 5. 住民に対する情報教育活動が強化される。        | プロ技公衆         | 啓蒙活動費         | 2,296         |
|   |  |  |   | 6. 適切な計画実施の方式が定式化される。         | プロ技公衆         |               |               |
|   |  |  |   | (機材関連)                        | プロ技公衆         | 機材供与          | 29,815        |
|   |  |  |   | 4. 国立結核リファレンスラボラトリーの機能が確立される。 | プロ技結核         |               |               |
|   |  |  |   | (機材関連)                        | プロ技結核         | 機材供与          | 19,206        |
|   |  |  |   | ←Outcomesレベルへ移動               | プロ技公衆         | 基盤整備費         | 6,258         |
|   |  |  |   | ←Outcomesレベルへ移動               | プロ技結核         |               |               |
|   |  |  |   | ←Outcomesレベルへ移動               | プロ技結核         |               |               |
|   |  |  |   | ←Outcomesレベルへ移動               | プロ技結核         |               |               |
|   |  |  |   |                               |               | <b>小計</b>     | <b>57,575</b> |
|   |  | 〈人材の能力向上〉<br>保健医療サービス提供者の結核に関する知識・技術が向上する。             | 1. 結核菌検査技術が向上し、潜在する塗抹陽性患者の65%が発見される。          | プロ技公衆                         |               |               |               |
|   |  |  | (研修)  | プロ技公衆                         | 現地セミナー費       | 226           |               |
|   |  |  | (技術向上)  | プロ技公衆                         | 現地研究費         | 268           |               |
|   |  |  | (技術向上)  | プロ技公衆                         | 技術交換費         | 505           |               |
|   |  |  | (研修・指導・モニタリング等)                               | プロ技結核                         | 啓蒙活動普及費       | 3,587         |               |
|   |  |  | (研修)  | プロ技結核                         | 中堅技術者養成対策費    | 10,239        |               |
|   |  |  | (研修・指導・モニタリング等)                               | プロ技結核                         | 現地適用化活動費      | 4,328         |               |
|   |  |  | (技術向上)  | プロ技結核                         | 技術交換費         | 834           |               |
|   |  | (研修)   | 現国結核  |                               | 10,000        |               |               |
|   |  |  |   | <b>小計</b>                     | <b>29,987</b> |               |               |
|   |  | 〈住民のサービス利用〉<br>住民が結核に関する保健医療サービスを利用する。                 | 5. 住民に対する情報教育活動が強化される。                        | プロ技公衆                         | 貧困対策費         | 392           |               |
|   |  |  | 5. 住民に対する情報教育活動が強化される。                        | プロ技公衆                         | 公衆衛生普及活動費     | 501           |               |
|   |  |  | <b>小計</b>                                     | <b>392</b>                    |               |               |               |
| 対象地域において民間セクター(NGO)がカバーする結核患者人口の発見率/治癒率/罹患率/死亡率が改善される。<br><br>(PLM1ではOutputのレベルにあったものをOutcomesレベルへ移動・統合)<br>1. DOTS(Directly Observed Therapy Using Short-Course Regimen)により結核治癒率が向上する。 | 〈組織の機能整備〉<br>結核プログラム・マネジメントのための基盤(施設・機材・システム・IEC)が存在する。  | ←Outcomesレベルへ移動  | 開福結核  |                               |               |               |               |
|   |  | 2. 公的医療機関との間にリファラルシステムが確立される。                          | 開福結核  |                               |               |               |               |
|   |  | 3. 診療記録及び報告システムが確立される。                                 | 開福結核  |                               |               |               |               |
|   |  | (機材)   | 開福結核  | 機材購入                          | 175           |               |               |
|   |  | (IEC教材作製)  | 開福結核  | 啓蒙(IEC)                       | 500           |               |               |
|   |  |  |   | <b>小計</b>                     | <b>675</b>    |               |               |
|   |  | 〈人材の能力向上〉<br>保健医療サービス提供者の結核に関する知識・技術が向上する。             | (研修・指導・モニタリング等)                               | 開福結核                          | 研修・指導等        | 24,597        |               |
|   |  |  |   |                               | <b>小計</b>     | <b>24,597</b> |               |
|   |  | 〈住民のサービス利用〉<br>住民が結核に関する保健医療サービスを利用する。                 |   |                               | <b>小計</b>     | <b>0</b>      |               |
|   |  |  |   |                               |               |               |               |
| Outputsに振り分けられない投入  | (経常費)  | 全般   | プロ技公衆   | 一般現地業務費                       | 5,237         |               |               |
|   |  | 全般   | プロ技公衆   | 長期専門家合計                       | 3名(10人年)      |               |               |
|   |  | 全般   | プロ技公衆   | 短期専門家合計                       | 34名(18.4人月)   |               |               |
|   |  | 全般   | プロ技公衆   | 研修員受け入れ合計                     | 13名(53人月)     |               |               |
|   |  | 全般   | プロ技結核   | 一般現地業務費                       | 7,024         |               |               |
|   |  | 全般   | プロ技結核   | 長期専門家合計                       | 4名(9人年)       |               |               |
|   |  | 全般   | プロ技結核   | 短期専門家合計                       | 9名(7.5人月)     |               |               |
|   |  | 全般   | プロ技結核   | 研修員受け入れ合計                     | 6名(21.5人月)    |               |               |
|   |  | <b>小計</b>  | <b>12,261</b>                                 |                               |               |               |               |

<マラリア PLM 1>

|    | プロジェクト名  | 上位目標    | プロジェクト目標                                  | 成果  | プロジェクト名略称    | 投入                          |         |
|----|--|---------|---|---|--------------|-----------------------------|---------|
|    |  |         |   |   |              | 項目                          | 量(千ペソ)  |
| K  | 単発専門家「マラリア対策」(1997-1998:パラワン州)<br>相手国協力機関:保健省                        |         | パラワン州におけるマラリア対策能力が向上する。                   | 1. マラリア診断技術(マラリアの検査方法・疫学情報の解析)が向上する。                          | 単発専門マラリア     |                             |         |
|    |  |         |   | 2. マラリア疫学情報の解析能力が向上する。  | 単発専門マラリア     |                             |         |
|    |  |         |   | 全般  | 単発専門マラリア     | 長期専門家合計                     | 1名(1人年) |
| L  | 無償資金協力「マラリア対策計画(子供の健康無償)」(1998:全国・パラワン州・スルー州・タウイタウイ州)<br>相手国協力機関:保健省 |         | 汚染地域住民(特に小児)のマラリア罹患率を年間20%減少させる。          | 1. 殺虫剤含浸蚊帳を配布し、マラリア感染を予防する。                                   | 無償資金マラリア     | 蚊帳、殺虫剤等                     |         |
|    |  |         |   | 2. 保健医療機材の充実により、村落レベルにおいて、マラリアの迅速な診断と適正な治療を促進する。              | 無償資金マラリア     | ヘルスワーカー用キット(クロロキン等)、抗マラリア剤等 |         |
|    |  |         |   | 3. 情報関連機器とサーベイランスシステムの充実により、マラリア流行度と対策を適切に評価する。               | 無償資金マラリア     | GPI/GISシステム、培養システム、エリーザシステム |         |
|    |  |         |   | 4. 輸送機材の充実により、対マラリア保健サービスのカバー範囲を拡大する。                         | 無償資金マラリア     | 車両、モーターサイクル、船外機等            |         |
|    |  |         |   | 全般  |              |                             | 134,000 |
| M  | 個別専門家「マラリア対策」(1999-2002:パラワン州、スルー州、タウイタウイ州)<br>相手国協力機関:保健省           |         | 汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する。                      | 1. マラリア及び動物媒介性疾病対策センターの機能が確立される                               | 個別専門マラリア     |                             |         |
|    |  |         |   | 2. 殺虫剤含浸蚊帳を配布する。  | 個別専門マラリア     |                             |         |
|    |  |         |   | 3. 村落レベル保健ワーカーの、マラリア予防・診断・治療に関する知識・技術が向上する。                   | 個別専門マラリア     |                             |         |
|    |  |         |   | 3. 村落レベル保健ワーカーの、マラリア予防・診断・治療に関する知識・技術が向上する。                   | 個別専門マラリア     | 村落レベル保健ワーカーのためのマニュアル開発      |         |
|    |  |         |   | 4. マラリア流行度と対策を適切に評価するためのサーベイランスシステムが充実する。                     | 個別専門マラリア     |                             |         |
|    |  |         |   | 5. 輸送機材の充実により、対マラリア保健サービスのカバー範囲を拡大する。                         | 個別専門マラリア     |                             |         |
| 全般 | 個別専門マラリア   | 長期専門家合計 | 1名(2人年)                                   |   |              |                             |         |
| N  | 青年海外協力隊「村落開発普及員」(1999-2001:パラワン州)<br>相手国協力機関:保健省                     |         | 汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する。                      | 1. 住民が蚊帳を適切に使用する。   | 協力隊マラリア      |                             |         |
|    |  |         |   | 2. 住民のマラリアに関する知識・態度が改善する。                                     | 協力隊マラリア      |                             |         |
|    |  |         |   | 全般  | 協力隊マラリア      | 協力隊員                        | 1名(6人月) |
| O  | 草の根無償「タウイタウイ州保健局の診療船へのエンジン供与」(1999)<br>相手国協力機関:タウイタウイ州保健局            |         | 遠隔島嶼地域住民のマラリア罹患率が減少する                     | 1. 遠隔地に対する定期的保健サービス(マラリア対策を含む)が可能になる。                         | 草根無償マラリアI    |                             | 1,509   |
| P  | 草の根無償「NGOと自治体提携によるマラリア対策」(2000:パラワン州)<br>相手国協力機関:エル・ニド財団             |         | 汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する                       | 1. 殺虫剤含浸蚊帳を配布し、マラリア感染を予防する。                                   | 草根無償マラリアII   |                             | 749     |
|    |  |         |   | 2. マラリア対策のためのバランガイ保健所施設が充実する。                                 | 草根無償マラリアII   |                             | 757     |
|    |  |         |   | 3. 村落レベルワーカーによるマラリア迅速診断技術が向上する。                               | 草根無償マラリアII   |                             | 1,963   |
|    |  |         |   | 4. 州保健局のマラリア流行評価能力が向上する                                       | 草根無償マラリアII   |                             | 451     |
| Q  | 無償機材供与「マラリア及び動物媒介性疾病対策センター」(2001:ミンダナオ・ダバオ市)<br>相手国協力機関:第11地域保健局     |         | 汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する                       | 1. 子供の健康無償によるマラリア対策のモニタリングの強化                                 | 無償機材供与マラリア   |                             |         |
|    |  |         |   | 2. ミンダナオ地域の巡回検診、モニタリングの実施による効果的マラリア対策の実施                      | 無償機材供与マラリア   |                             |         |
|    |  |         |   | 3. 紛争の影響によるマラリアの突発的流行の発見と阻止                                   | 無償機材供与マラリア   |                             |         |
|    |  |         |   | 4. マラリア突発性流行の早期警戒システム構築による流行予防                                | 無償機材供与マラリア   |                             |         |
|    |  |         |   | 全般  | 無償機材供与マラリア   |                             | 2,820   |
| R  | 草の根モニタリング「パラワン・エルニド財団」(2001:パラワン州)<br>相手国協力機関:NGOエル・ニド財団             |         | 住民のニーズに適合した効果的な住民参加型マラリア対策のための提言・教訓を導き出す。 | 子供の健康無償支援によるマラリア対策対象地域住民のマラリア対策に関する意識の向上・地域内での組織づくりの現状が明らかになる | 草根モニタ・マラリアI  |                             | 643     |
| S  | 草の根モニタリング「パラワン州立大学」(2001:パラワン州)<br>相手国協力機関:パラワン州立大学                  |         | 住民のニーズに適合した効果的な住民参加型マラリア対策のための提言・教訓を導き出す。 | 子供の健康無償支援によるマラリア対策対象地域住民のマラリア対策に関する意識の向上・地域内での組織づくりの現状が明らかになる | 草根モニタ・マラリアII |                             | 338     |
| T  | 短期専門家「マラリア対策」(2002:ミンダナオ・ダバオ市)<br>相手国協力機関:保健省                        |         | 汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する                       | 1. 「マラリア及び動物媒介性疾病対策センター」の機能が確立される                             | 短専マラリア       |                             |         |
|    |  |         |   | 2. 民間セクター保健医療従事者のマラリア突発流行対策血清疫学的モニタリング能力が向上する                 | 短専マラリア       |                             |         |
|    |  |         |   | 3. 公共セクター保健医療従事者のマラリア突発流行対策血清疫学的モニタリング能力が向上する                 | 短専マラリア       |                             |         |
|    |  |         |   | 全般  | 短専マラリア       | 短期専門家合計                     | 1名      |

<マラリア PLM 2> 参考資料: Malaria Foundation International: Work Group Discussions: Relevance of Conference Themes to the Programming Process (URL)

| 上位目標               | プログラム目標  | 成果  |  | プロジェクト略称                                      | 投入                  |         |         |
|--------------------|--|---|--|---|---------------------|---------|---------|
|                    |  | 中期的成果   | 短期的成果  |   | 項目                  | 中期的成果   |         |
| フィリピン国民の健康状態が向上する。 | 対象地域のマラリア死亡率・罹患率が低下する。   | 対象地域において公共セクター(政府機関)がカバーする住民の:<br>・マラリア予防に関する態度が改善する<br>・マラリア患者が治癒する。<br>・マラリア死亡率・罹患率が減少する。 | <組織の機能整備><br>マラリア対策のための基盤(施設・機材・システム・IEC)が存在する。  | 1. 殺虫剤含浸蚊帳を配布し、マラリア感染を予防する。                   | 無償資金マラリア            | 蚊帳、殺虫剤等 |         |
|                    |  |   | 2. 保健医療機材の充実により、村落レベルにおいて、マラリアの迅速な診断と適正な治療を促進する。 | 無償資金マラリア                                      | ヘルスワーカー用キット、坑マラリア剤等 |         |         |
|                    |  |   | 3. 情報関連機器とサーベイランスシステムの充実により、マラリア流行度と対策を適切に評価する。  | 無償資金マラリア                                      | GPI/GISシステム等        |         |         |
|                    |  |   | 4. 輸送機材の充実により、対マラリア保健サービスのカバー範囲を拡大する。            | 無償資金マラリア                                      | 車両、モーターサイクル、船外機等    |         |         |
|                    |  |   | 全般   | 無償資金マラリア                                      |                     | 134,000 |         |
|                    |  |   | 1. マラリア及び動物媒介性疾病対策センターの機能が確立される                  | 個別専門マラリア                                      |                     |         |         |
|                    |  |   | 2. 殺虫剤含浸蚊帳を配布する。                                 | 個別専門マラリア                                      |                     |         |         |
|                    |  |   | 3. 村落レベル保健ワーカーの、マラリア予防・診断・治療に関する知識・技術が向上する。      | 個別専門マラリア                                      | 保健ワーカー教育マニュアル開発     |         |         |
|                    |  |   | 4. マラリア流行度と対策を適切に評価するためのサーベイランスシステムが充実する。        | 個別専門マラリア                                      |                     |         |         |
|                    |  |   | 5. 輸送機材の充実により、対マラリア保健サービスのカバー範囲を拡大する。            | 個別専門マラリア                                      |                     |         |         |
|                    |  |   | 1. 遠隔地に対する定期的保健サービス(マラリア対策を含む)が可能になる。            | 草根無償マラリアI                                     |                     | 1,509   |         |
|                    |  |   | 2. マラリア対策のためのバランガイ保健所施設が充実する。                    | 草根無償マラリアII                                    |                     | 757     |         |
|                    |  |   | 4. 州保健局のマラリア流行評価能力が向上する                          | 草根無償マラリアII                                    |                     | 451     |         |
|                    |  |   | 1. 子供の健康無償によるマラリア対策のモニタリングの強化                    | 無償機材供与マラリア                                    |                     |         |         |
|                    |  |   | 2. ミンダナオ地域の巡回検診、モニタリングの実施による効果的マラリア対策の実施         | 無償機材供与マラリア                                    |                     |         |         |
|                    |  | 3. 紛争の影響によるマラリアの突発的流行の発見と阻止   | 無償機材供与マラリア                                       |   |                     |         |         |
|                    |  | 4. マラリア突発性流行の早期警戒システム構築による流行予防  | 無償機材供与マラリア                                       |   |                     |         |         |
|                    |  | 全般  | 無償機材供与マラリア                                       |   | 2,820               |         |         |
|                    |  | 「マラリア及び動物媒介性疾病対策センターの機能が確立される   | 短専マラリア   |   |                     |         |         |
|                    |  | 全般  | 短専マラリア   | 短期専門家合計                                       | 1名(6人月)             |         |         |
|                    |  |   |  | <b>小計</b>                                     | <b>139,537</b>      |         |         |
|                    |  |   | <人材の能力向上><br>保健医療サービス提供者のマラリアに関する知識・技術が向上する。     | 1. マラリア診断技術(マラリアの検査方法・疫学情報の解析)が向上する。          | 単発専門マラリア            |         |         |
|                    |  |   |  | 2. マラリア疫学情報の解析能力が向上する。                        | 単発専門マラリア            |         |         |
|                    |  |   |  | 全般  | 単発専門マラリア            | 長期専門家合計 | 1名(1人年) |
|                    |  |   |  | 2. 村落レベル保健ワーカーの、マラリア予防・診断・治療に関する知識・技術が向上する。   | 個別専門マラリア            |         |         |
|                    |  |   |  | 3. 村落レベルワーカーによるマラリア迅速診断技術が向上する。               | 草根無償マラリアII          | 1,963   |         |
|                    |  |   |  | 3. 公共セクター保健医療従事者のマラリア突発流行対策血清疫学的モニタリング能力が向上する | 短専マラリア              |         |         |
|                    |  |   |  | <b>小計</b>                                     | <b>1,963</b>        |         |         |
|                    | <住民のサービス利用促進><br>住民がマラリアの保健医療サービスを利用する。  | 1. 住民が蚊帳を適切に使用する。   | 協力隊マラリア  |   |                     |         |         |
|                    |  | 2. 住民のマラリアに関する知識・態度が改善する。   | 協力隊マラリア  |   |                     |         |         |
|                    |  | 子供の健康無償支援によるマラリア対策対象地域住民のマラリア対策に関する意識/が明らかになる   | 草根モニタ・マラリアI                                      | 643   |                     |         |         |
|                    |  | 子供の健康無償支援によるマラリア対策対象地域住民のマラリア対策に関する意識/が明らかになる   | 草根モニタ・マラリアII                                     | 338   |                     |         |         |
|                    |  |   |  | <b>小計</b>                                     | <b>981</b>          |         |         |
|                    | 対象地域において民間セクター(NGO)がカバーする住民の:<br>・マラリア予防に関する態度が改善する<br>・マラリア患者が治癒する。<br>・マラリア死亡率・罹患率が減少する。 | <組織の機能整備><br>マラリア対策のための基盤(施設・機材・システム・IEC)が存在する。   | 1. 殺虫剤含浸蚊帳を配布し、マラリア感染を予防する。                      | 草根無償マラリアII                                    | 749                 |         |         |
|                    |  |   |  |   |                     |         |         |
|                    |  |   |  | <b>小計</b>                                     | <b>749</b>          |         |         |
|                    |  | <人材の能力向上><br>保健医療サービス提供者のマラリアに関する知識・技術が向上する。  | 民間セクター保健医療従事者のマラリア突発流行対策血清疫学的モニタリング能力が向上する       | 短専マラリア  |                     |         |         |
|                    |  |   |  |   |                     |         |         |
|                    |  |   |  |   | -                   |         |         |
|                    |  | <住民のサービス利用促進><br>住民がマラリアの保健医療サービスを利用する。。  |  |   | -                   |         |         |
|                    |  |   |  |   |                     |         |         |
|                    | Outputsに振り分けられない投入   | 全般  | 短専マラリア   | 短期専門家合計                                       | 1名(6人月)             |         |         |
|                    |  | 全般  | 個別マラリア   | 長期専門家合計                                       | 1名(2人年)             |         |         |
|                    |  |   |  |   | -                   |         |         |

# 添付資料 4

---

## プロセス評価調査資料

- インタビュー調査質問ガイドライン
  - － 日本側プロジェクト関係者用
  - － フィリピン側プロジェクト関係者用
  - － 案件関係者以外の組織用
  
- e-mail アンケート調査質問票
  - － JICA 関係者用
  - － 日本人専門家用
  - － 国内支援委員会用
  - － フィリピン側案件直接関係者用
  - － フィリピン側案件間接的関係者用



## インタビュー調査質問ガイドライン①

### 日本側プロジェクト関係者用

#### 一般質問

- 1) 名前：
- 2) 所属：
- 3) 現在のポジション：
- 4) 当時のポジション：
- 5) 当時のポジションに就いていた期間：
- 6) 連絡先：
- 7) 実際に担当した案件と、業務内容：

#### 各案件についての質問

- 1) 案件を選定/形成
  - ① この案件は、なぜ実施されることになったか？
  - ② この案件の初期段階で誰が関わって、どのように案件が形成されたか？
  - ③ 案件を形成する際、JICA 及び他のドナーによる案件で参考にしたものはあるか？
  - ④ 案件名として、なぜ標記のようなタイトルがつけられたか知っているか？誰がタイトルを決めたか？英文・日本語タイトルは同じか？
- 2) 案件の計画/立案
  - ① この案件は、何のために行なわれたか？
  - ② この案件が、誰が関わって、どのように立案（目標・成果・指標等）されたか？
  - ③ この案件は、フィリピンのどのような人々をターゲットとしたか？
  - ④ 案件立案の際、他のドナーと協議したか？
- 3) 案件の実施
  - ① 実際にどのような活動にお金をたくさん使ったか？どのくらい使ったか？
  - ② どのような活動にプロジェクト専門家や時間をたくさん使ったか？
  - ③ 専門家は通常、どのようにリクルートされたか？専門家リクルートに関して、何か問題はあったか？どう解決したか？
  - ④ フィリピンでは近年、地方分権化や保健セクター改革等の政策がとられたが、これらは、案件に影響したか？また影響があった際、どのような対策をとったか？
  - ⑤ 他のドナーとの交流がありましたか？
  - ⑥ 当初計画（案件の目標や対象等）の修正・変更が必要になるようなことがあったか？
  - ⑦ 案件実施中に、どのような指標を追いかけたか（PDM の利用等）？
  - ⑧ 問題が生じたとき誰にコンタクトを取ったか？それはプロジェクトのどのような時期だったか？
  - ⑨ 機材等の投入は、予定どおりに行なわれたか？もし予定よりも遅れてしまった場合は、その原因は何であったか？
- 4) 案件の評価：
  - ① この案件により、どのような良い効果があったか？なぜそう思うか？
  - ② この案件により、より多くの恩恵を受けたのはどのような人々か？
- 5) その他：
  - ① プロジェクトに携わる中で、何かこうすればもっとよかったのではと思われることはあるか？
  - ② フィリピンにおける JICA 感染症分野協力について、又は JICA による協力一般についての提言
- 6) フィリピンにおける感染症分野の現状
  - ① 中央・地方行政システム
  - ② プログラムごとの予算配分

## インタビュー調査質問ガイドライン②

### フィリピン側プロジェクト関係者用（関係者の立場によって、適切な質問項目を適宜選択）

#### 一般質問

- 1) 名前：
- 2) 組織
- 3) 現在のポジション：
- 4) 時のポジション：
- 5) 当時のポジションに就いていた期間：
- 6) 連絡先：
- 7) 実際に担当した案件と、業務内容：

#### 各案件についての質問

- 1) 案件を選定/形成
  - ① この案件は、なぜ実施されることになったか知っているか？
  - ② この案件の初期段階で誰が関わって、どのように案件が形成されたか？
  - ③ 案件を形成する際、JICA 及び他のドナーによる案件で参考にしたものはあるか？
  - ④ 案件名として、なぜ標記のようなタイトルがつけられたか知っているか？誰がタイトルを決めたか？英文・日本語タイトルは同じか？
- 2) 案件の計画/立案
  - ① この案件は、何のために行なわれたか？
  - ② この案件が、誰が関わって、どのように立案（目標・成果・指標等）されたか？
  - ③ この案件は、フィリピンのどのような人々をターゲットとしたか？
  - ④ 案件立案の際、他のドナーと協議したか？
- 3) 案件の実施
  - ① 実際にどのような活動にお金をたくさん使ったか？どのくらい使ったか？
  - ② どのような活動にプロジェクト専門家や時間をたくさん使ったか？
  - ③ 専門家リクルートに関して、何か問題はあったか？どう解決したか？
  - ④ フィリピンでは近年、地方分権化や保健セクター改革等の政策がとられたが、これらは、案件に影響したか？また影響があった際、どのような対策をとったか？
  - ⑤ 他のドナーとの交流があったか？
  - ⑥ 当初計画（案件の目標や対象等）の修正・変更が必要になるようなことがあったか？
  - ⑦ 案件実施中に、どのような指標を追いかけたか（PDM の利用/JPCM の感想等）？
  - ⑧ 問題が生じたとき、誰にコンタクトを取ったか？それは、プロジェクトのどのような時期だったか？
  - ⑨ 機材等の投入は、予定どおりに行なわれたか？もし予定よりも遅れてしまった場合は、その原因は何であったか？
- 4) 案件の評価：
  - ① この案件により、どのような良い効果があったか？なぜそう思うか？
  - ② この案件により、より多くの恩恵を受けたのはどのような人々か？
- 5) その他：
  - ① プロジェクトに携わる中で、何かこうすればもっとよかったのではと思われることはあるか？
  - ② フィリピンにおける JICA 感染症分野協力について、又は JICA による協力一般についての提言
- 6) フィリピンにおける感染症分野の現状
  - ① 中央・地方行政システム
  - ② プログラムごとの予算配分

## インタビュー調査質問ガイドライン③

案件関係者以外の組織（他ドナー等：関係者の立場によって、適切な質問項目を適宜選択）

### 一般質問

- 1) 名前：
- 2) 組織：
- 3) 現在のポジション：
- 4) 連絡先：

### 各案件についての質問

- 1) フィリピンにおける感染症分野の現状
  - ① 中央・地方行政システム
  - ② 予算配分
- 2) 感染症（保健分野）案件の選定/形成
  - ① 案件の選定/形成はどのようなプロセスで行なわれるか？
  - ② 何を基準/証拠に案件の選定/形成が行なわれるか？
  - ③ 案件の選定/形成はどのようなフレームワークの中で行なわれるか？
- 3) 感染症（保健分野）案件の計画/立案
  - ① どのようなプロセスで、案件立案（目標・成果・指標等）されるか？
  - ② 何を基準/証拠に案件の選定/形成が行なわれるか？
  - ③ ロジカル・フレームワークのようなものを使っているか？
  - ④ 案件立案の際、他のドナーと協議するか？
- 4) 感染症（保健分野）案件の実施
  - ① フィリピンでは近年、地方分権化や保健セクター改革等の政策がとられたが、これらは、案件に影響したか？また影響があった際、どのような対策をとったか？
  - ② 案件実施中に、どのようにモニタリングを行なうか（指標を追いかけるか？）
- 5) 感染症（保健分野）案件の評価：
  - ・ 案件の評価はどのようなフレームワークで、だれにより、実施されるか？
- 6) JICAの感染症（保健分野）協力について
  - ・ JICAのスキームについて、どう思うか（専門家派遣・無償協力等）
- 7) フィリピンにおける感染症分野協力全般についての提言

## 案件関係者 e-mail 調査(JICA 関係者用)

ご解答は、この調査用紙に直接パソコンでご記入いただき、それを e-mail の添付ファイルとしてご返送下さいますようお願いいたします。できましたら、2月末日ごろまでにご返送いただけますと幸いです。  
なお、本案件について情報をお持ちの方を他にご存知でしたら、その方に本質問票を転送していただけますでしょうか。

---

---

### 今回の調査対象案件リスト

#### 1. エイズ案件

- 1) 個別専門家「エイズ対策」 1995/02-1996/06
- 2) プロ技「エイズ対策」 1996/07-2001/06
- 3) 特別機材供与「エイズ対策・血液検査特別機材」 1996-97
- 4) 第三国研修「熱帯医学」 1987-1996
- 5) 第三国研修「HIV 感染及び日和見感染症の実験室内診断技術」 1997-2001
- 6) 現地国内研修「エイズ診断及び管理」 1995-1999
- 7) 開発福祉支援「HIV 感染者社会復帰訓練施設活動支援」 1998/12-1999/03
- 8) 開発福祉支援「エイズ・性感染症・母子保健対策 NGO 支援」 1998/12-1999/03

#### 2. 結核案件

- 1) プロ技「公衆衛生」 1992/09-1997/08
- 2) プロ技「結核対策」 1997/09-2002/08
- 3) 開発福祉支援「貧困層結核患者救済」 1999/01-2002/01
- 4) 現地国内研修「国家結核対策プログラム」 1999-2003

#### 3. マラリア案件

- 1) 単発専門家「マラリア対策」 1997/03-1998/03
- 2) 個別専門家「マラリア対策」 1999/04-2002/04
- 3) 無償資金協力「マラリア対策計画（子供の福祉無償）」 1998

## 質 問

### 一般質問

- 1) 記入日：
- 2) お名前：
- 3) 現在所属の組織とポジション：
- 4) 当時のポジションと、そのポジションに就いていらっしやった期間：
- 5) ご連絡先（e-mail, 電話等）：
- 6) 前項調査対象案件のうち、実際にご担当された案件を全てお書きください：

### 各案件についての質問

以下の質問に対して、ご意見をご自由にお書きください。報告書等書かれている一般的なことよりも、あなた様ご自身の主観的なご意見をいただけますと幸いです。もし、ご担当された案件が複数ある場合は、最も深く関わられた案件のみで結構です。あくまで現在覚えていらっしやる範囲のことをお書きいただければ十分ですので、覚えておられない事柄、またはおわかりにならない事柄につきましては、その旨（「覚えていない」「わからない」等）お書きください。ご回答いただくために、わざわざ以前の資料をお調べいただく必要はございません。

- 7) **具体的にどのような業務を担当されたか簡単にご説明ください：**
- 8) 案件を選定するにあたって、以下のような点がどのように考えられたか教えてください。
  - ① この案件は、なぜ実施されることになったと思われますか？
  - ② この案件の初期段階でどなたが関わって、どのように案件が形成されたかご存知ですか？
  - ③ 案件名として、なぜ標記のようなタイトル（例：「公衆衛生プロジェクト」）がつけられたかご存知ですか？また、どなたがタイトルを決められたかご存知ですか？
- 9) **案件の計画立案にあたって、以下のような点がどのように考えられたか教えてください。**
  - ① この案件は、何のために行なわれたと思われますか？
  - ② この案件立案には、どなたが関わって、どのように立案（目標・成果・活動等）されましたか？
  - ③ この案件は、フィリピンのどのような人々をターゲットとして計画されましたか？
  - ④ 案件立案の際、他のドナーと協議されましたか？
  - ⑤ 民間組織（NGO等）に対する活動として何か計画されましたか？その理由は何ですか？
- 10) **案件を実施するにあたって、以下のような点がどのように行なわれたか教えてください。**
  - ① 実際にどのような活動にお金をたくさん使いましたか？どのくらい使いましたか？（おおよそ）
  - ② どのような活動にプロジェクト専門家や活動時間をたくさん使いましたか？
  - ③ 専門家の方々は、どのようにリクルートされましたか？専門家リクルートに関して、何かお困りになったことはありますか？その際、どのように対応されましたか？
  - ④ フィリピンでは地方分権化や保健セクター改革等の政策がとられましたが、これらは案件に影響しましたか？また影響があった際、どのような対策をとられましたか？
  - ⑤ 案件実施中に、他のドナーとの交流がありましたか？
  - ⑥ 案件実施中に、モニタリングとして、どのような指標をおいかけましたか？
  - ⑦ 案件実施に際し、PDMのようなものが導入されていた場合、現実にはどのような使い方をされましたか？また、カウンターパートの方の、PDMに対する理解/関わりは如何でしたか？
  - ⑧ 当初計画（案件の目標や対象等）の修正・変更が必要になるようなことがありましたか？
  - ⑨ もし、当初計画の修正・変更が必要となるような問題が生じた時、どなたに連絡を取られましたか？それは、プロジェクトのどのような時期でしたか？
  - ⑩ 資材・機材等の投入は、予定どおりに行なわれましたか？もし予定よりも遅れた場合、その原因は何であったと思われますか？
  - ⑪ 民間組織（NGO等）に対して、何か活動をされましたか？その理由は何ですか？
- 11) **案件について、以下のような点をどのようにお考えになりますか？**
  - ① 案件を実施して、どのような良い効果があったと思われますか？なぜそうと思われますか？

- ② 案件により、より多くの恩恵を受けたのはどのような人々ですか？
- ③ 案件の効果は、今後も持続していくと思われませんか？ どうしてそのように思われますか？

1 2) その他：

- ① 案件を立案する際に、何かこうしておけばもっとよかったのでは、と思われることはありますか？
- ② 派遣された専門家の方々の、開発分野における適性について、どのように評価されますか？
- ③ 派遣専門家が途上国で活動する際に必要な適性/技術/知識とは、どのようなこと（もの）だと思いますか？
- ④ 今後のフィリピンにおける JICA 感染症分野協力について、または JICA による協力一般について、何かご意見がありましたらお書き下さい。

**本案件について情報をお持ちの方を他にご存知でしたら、その方に本質問票を転送して下さい。**

**ご協力どうもありがとうございました。**

## 案件関係者 e-mail 調査(日本人専門家用)

ご解答は、この調査用紙に直接パソコンでご記入いただき、それを e-mail の添付ファイルとしてご返送下さいませようお願いいたします。できましたら、2月末日ごろまでにご返送いただけますと幸いです。  
なお、本案件について情報をお持ちの方を他にご存知でしたら、その方に本質問票を転送していただけますでしょうか。

---

---

### 今回の調査対象案件リスト

#### 1. エイズ案件

- 1) 個別専門家「エイズ対策」 1995/02-1996/06
- 2) プロ技「エイズ対策」 1996/07-2001/06
- 3) 特別機材供与「エイズ対策・血液検査特別機材」 1996-97
- 4) 第三国研修「熱帯医学」 1987-1996
- 5) 第三国研修「HIV 感染及び日和見感染症の実験室内診断技術」 1997-2001
- 6) 現地国内研修「エイズ診断及び管理」 1995-1999
- 7) 開発福祉支援「HIV 感染者社会復帰訓練施設活動支援」 1998/12-1999/03
- 8) 開発福祉支援「エイズ・性感染症・母子保健対策 NGO 支援」 1998/12-1999/03

#### 2. 結核案件

- 1) プロ技「公衆衛生」 1992/09-1997/08
- 2) プロ技「結核対策」 1997/09-2002/08
- 3) 開発福祉支援「貧困層結核患者救済」 1999/01-2002/01
- 4) 現地国内研修「国家結核対策プログラム」 1999-2003

#### 3. マラリア案件

- 1) 単発専門家「マラリア対策」 1997/03-1998/03
- 2) 個別専門家「マラリア対策」 1999/04-2002/04
- 3) 無償資金協力「マラリア対策計画（子供の福祉無償）」 1998

## 質 問

### 一般質問

- 1) 入日：
- 2) お名前：
- 3) 現在所属の組織とポジション：
- 4) 当時のポジションと、そのポジションに就いていらっしやった期間：
- 5) E-mail 以外のご連絡先：
- 6) 前項調査対象案件のうち、実際にご担当された案件名をお書きください：

### 各案件についての質問

以下の質問に対して、ご意見をご自由にお書きください。報告書等書かれている一般的なことよりも、あなた様ご自身の主観的なご意見をいただけますと幸いです。あくまで現在覚えていらっしゃる範囲のことをお書きいただければ十分ですので、覚えておられない事柄、またはおわかりにならない事柄につきましては、その旨（「覚えていない」「わからない」等）お書きください。ご回答いただくために、わざわざ以前の資料をお調べいただく必要はございません。

- 7) **あなたの担当業務について教えてください。**
  - ① 派遣前に、どのような業務内容（TOR）を指示されましたか？
  - ② 派遣後に、担当された実際の業務はどのような活動が中心でしたか？
  - ③ もし、派遣前の TOR と実際の業務とが異なっていた場合、なぜそうなったと思われますか？また異なっていたことで、お困りになったことがありますか？その際、どう対処されましたか？
- 8) **案件を選定するにあたって、以下のような点がどのように考えられたか教えてください。**
  - ① この案件は、なぜ実施されることになったと思われますか？
  - ② この案件の初期段階でどなたが関わって、どのように案件が形成されたかご存知ですか？
  - ③ 案件名として、なぜ標記のようなタイトル（例：「公衆衛生プロジェクト」）がつけられたかご存知ですか？また、どなたがタイトルを決められたかご存知ですか？
- 9) **案件の計画立案にあたって、以下のような点がどのように考えられたか教えてください。**
  - ① この案件は、何のために行なわれましたと思われますか？
  - ② この案件立案には、どなたが関わって、どのように立案（目標・成果・活動等）されましたか？
  - ③ この案件は、フィリピンのどのような人々をターゲットとして計画されましたか？
  - ④ 案件立案の際、他のドナーと協議されましたか？
  - ⑤ 民間組織（NGO 等）に対する活動として何か計画されましたか？その理由は何ですか？
- 10) **案件を実施するにあたって、以下のような点がどのように行なわれたか教えてください。**
  - ① 実際にどのような活動にお金をたくさん使いましたか？どのくらい使いましたか？（おおよそ）
  - ② どのような活動にプロジェクト専門家や活動時間をたくさん使いましたか？
  - ③ 専門家の方々は、どのようにリクルートされましたか？専門家リクルートに関して、何かお困りになったことはありますか？その際、どのように対応されましたか？
  - ④ フィリピンでは地方分権化や保健セクター改革等の政策がとられましたが、これらは案件に影響しましたか？また影響があった際、どのような対策をとられましたか？
  - ⑤ 案件実施中に、他のドナーとの交流がありましたか？
  - ⑥ 案件実施中に、モニタリングとして、どのような指標をおいかけましたか？
  - ⑦ 案件実施に際し、PDM のようなものが導入されていた場合、現実にはどのような使い方をされましたか？また、カウンターパートの方の、PDM に対する理解/関わりはどうでしたか？
  - ⑧ 当初計画（案件の目標や対象等）の修正・変更が必要になるようなことがありましたか？
  - ⑨ 当初計画の修正・変更が必要となるような問題が生じた時、どなたに連絡を取られましたか？それは、プロジェクトのどのような時期でしたか？
  - ⑩ 資材・機材等の投入は、予定どおりに行なわれましたか？もし予定よりも遅れた場合、その原因は何であったと思われますか？
  - ⑪ 民間組織（NGO 等）に対して、何か活動をされましたか？その理由は何ですか？



1 1) 案件について、以下のような点をどのようにお考えになりますか？

- ① 案件を実施して、どのような良い効果があったと思われますか？なぜそうと思われますか？
- ② 案件により、より多くの恩恵を受けたのはどのような人々ですか？
- ③ 案件の効果は、今後も持続していくと思われますか？どうしてそのようにと思われますか？

1 2) その他

- ① 案件を立案する際に、何かこうしておけばもっとよかったのでは、と思われることはありますか？
- ② あなたのご専門分野以外に、途上国開発問題に取り組むための知識/技術について何か訓練/教育を受けたことがありましたか？
- ③ 途上国で活動するという事に関し、派遣前にこういう知識/技術を身につけておけばもっと良い活動ができたのでは、と思われることが何かありますか？
- ④ 今後のフィリピンにおける JICA 感染症分野協力について、または JICA による協力一般について、何かご意見がありましたらお書き下さい。

**本案件について情報をお持ちの方を他にご存知でしたら、その方に本質問票を転送して下さい。**

**ご協力どうもありがとうございました。**

## 案件関係者 e-mail 調査(国内支援委員会)

ご解答は、この調査用紙に直接パソコンでご記入いただき、それを e-mail の添付ファイルとしてご返送下さいますようお願いいたします。できましたら、2月末日ごろまでにご返送いただけますと幸いです。なお、本案件について情報をお持ちの方を他にご存知でしたら、その方に本質問票を転送していただけますでしょうか。

---

---

### 今回の調査対象案件リスト

#### 1. エイズ案件

- 1) 個別専門家「エイズ対策」 1995/02-1996/06
- 2) プロ技「エイズ対策」 1996/07-2001/06
- 3) 特別機材供与「エイズ対策・血液検査特別機材」 1996-97
- 4) 第三国研修「熱帯医学」 1987-1996
- 5) 第三国研修「HIV 感染及び日和見感染症の実験室内診断技術」 1997-2001
- 6) 現地国内研修「エイズ診断及び管理」 1995-1999
- 7) 開発福祉支援「HIV 感染者社会復帰訓練施設活動支援」 1998/12-1999/03
- 8) 開発福祉支援「エイズ・性感染症・母子保健対策 NGO 支援」 1998/12-1999/03

#### 2. 結核案件

- 1) プロ技「公衆衛生」 1992/09-1997/08
- 2) プロ技「結核対策」 1997/09-2002/08
- 3) 開発福祉支援「貧困層結核患者救済」 1999/01-2002/01
- 4) 現地国内研修「国家結核対策プログラム」 1999-2003

#### 3. マラリア案件

- 1) 単発専門家「マラリア対策」 1997/03-1998/03
- 2) 個別専門家「マラリア対策」 1999/04-2002/04
- 3) 無償資金協力「マラリア対策計画（子供の福祉無償）」 1998

## 質 問

### 一般質問

- 1) 記入日：
- 2) お名前：
- 3) 現在所属の組織とポジション：
- 4) ご支援されていた案件名と、支援期間：
- 5) ご連絡先（e-mail, 電話等）：

### 各案件についての質問

以下の質問に対して、ご意見をご自由にお書きください。報告書等書かれている一般的なことよりも、あなた様ご自身の主観的なご意見をいただけますと幸いです。あくまで現在覚えていらっしゃる範囲のことをお書きいただければ十分ですので、覚えておられない事柄、またはおわかりにならない事柄につきましては、その旨（「覚えていない」「わからない」等）お書きください。ご回答いただくために、わざわざ以前の資料をお調べいただく必要はございません。

- 6) **件を選定するにあたって、以下のような点がどのように考えられたか教えてください。**
  - ① この案件は、なぜ実施されることになったと思われませんか？
  - ② この案件の初期段階でどなたが関わって、どのように案件が形成されたかご存知ですか？
  - ③ 案件名として、なぜ標記のようなタイトル（例：「公衆衛生プロジェクト」）がつけられたかご存知ですか？また、どなたがタイトルを決められたかご存知ですか？
- 7) **案件の計画立案にあたって、以下のような点がどのように考えられたか教えてください。**
  - ① この案件は、何のために行なわれたと思われませんか？
  - ② この案件立案には、どなたが関わって、どのように立案（目標・成果・活動等）されましたか？
  - ③ この案件は、フィリピンのどのような人々をターゲットとして計画されましたか？
  - ④ 案件立案の際、他のドナーと協議されましたか？
  - ⑤ 民間組織（NGO等）に対する活動として何か計画されましたか？その理由は何ですか？
- 8) **案件を実施するにあたって、以下のような点がどのように行なわれたか教えてください。**
  - ① どのような活動に、お金がたくさん使われましたか？どのくらい使われましたか？（おおよそ）
  - ② どのような活動にプロジェクト専門家や活動時間がたくさん使われましたか？
  - ③ 専門家の方々は、どのようにリクルートされましたか？専門家リクルートに関して、何かお困りになったことはありますか？その際、どのように対応されましたか？
  - ④ フィリピンでは地方分権化や保健セクター改革等の政策がとられましたが、これらは案件に影響しましたか？また影響があった際、どのような対策をとられましたか？
  - ⑤ 案件実施中に、他のドナーとの交流がありましたか？
  - ⑥ 案件実施中に、モニタリングとして、どのような指標をおいかけましたか？
  - ⑦ 案件実施に際し、JICAによるProject Design Matrix（PDM）のようなロジカル・フレームワークが導入されていた場合、現実にはどのような使い方をされましたか？また、カウンターパートの方の、PDMに対する理解/関わりはどうでしたか？
  - ⑧ 当初計画（案件の目標や対象等）の修正・変更が必要になるようなことがありましたか？
  - ⑨ もし、当初計画の修正・変更が必要となるような問題が生じた時、支援委員会として、どのように対応されましたか？それは、プロジェクトのどのような時期でしたか？
  - ⑩ 資材・機材等の投入は、予定どおりに行なわれたと思われませんか？もし予定よりも遅れた場合、その原因は何であったと思われませんか？
  - ⑪ 民間組織（NGO等）に対して、何か活動がされましたか？その理由は何ですか？
- 9) **案件について、以下のような点をどのようにお考えになりますか？**
  - ① 案件を実施して、どのような良い効果があったと思われませんか？なぜそう思われますか？
  - ② 案件により、より多くの恩恵を受けたのはどのような人々ですか？
  - ③ 案件の効果は、今後も持続していくと思われませんか？どうしてそのように思われますか？

10) その他：

- ① 案件を形成・立案する際に、何かこうしておけばもっとよかったのでは、と思われることはありますか？
- ② 派遣専門家が途上国で活動する際に必要な適性/技術/知識とは、どのようなこと（もの）だと思いますか？
- ③ 実際に派遣された専門家の方々の、開発分野における適性について、どのように評価されますか？
- ④ 今後のフィリピンにおける JICA 感染症分野協力について、または JICA による協力一般について、何かご意見がありましたらお書き下さい。

**本案件について情報をお持ちの方を他にご存知でしたら、その方に本質問票を転送して下さい。**

**ご協力どうもありがとうございました。**

**<フィリピン側 直接案件関係者用>**

**E-mail Questionnaire on JICA Project**

**Please write the answer directly in this questionnaire, and send it back to us.  
In case you don't have the answer to any particular questions, please simply write, "I don't know,"  
and go to the next question.**

**Your personal opinions are most welcomed, rather than the general ones. Thank you very much.**

**<General questions>**

- 1) Today's Date:
- 2) Your Name:
- 3) Name of the JICA project you were involved:
- 4) Present organization and position:
- 5) Position when you were involved in JICA project (only if it is different from the present position):
- 6) Contact information: e-mail, telephone...etc.:

**<Questions on JICA project>**

*Please answer the following questions freely. We appreciate it very much if you could frankly give us your own opinions or describe us your own experiences, rather than the general opinion.*

- 1) Do you know why JICA implemented the project?
- 2) Do you know who designed JICA project? (objectives, outcomes, activities...etc.)
- 3) Do you know how JICA project was designed? (objectives, outcomes, activities...etc.)
- 4) Were there any discussions or collaborations between JICA project and other donors?
- 5) What do you think was the main focus of the project?
- 6) Do you have any knowledge about the budget spent on JICA project?
- 7) For which activity was the money spent most?
- 8) For which activity was the time/manpower spent most?
- 9) Did health sector reform or decentralization of the Government of Philippines affect JICA project? If so, how did you cope with the changes?
- 10) How did you monitor the progress of JICA project? Were there any specific indicators you monitored?
- 11) Are you familiar with Japanese Project Design Matrix (PDM), a sort of logical framework? If so, how did you use PDM while you were implementing JICA project? What are your frank opinions about Japanese PDM?
- 12) What did you think about Japanese experts? What were their advantages and disadvantages which need to be improved?
- 13) Did donated equipment or materials arrive on time? If not, what were the reasons for the delay?
- 14) What are the major impacts (both positive and negative) of JICA project?
- 15) What are the key issues to sustain the impact of JICA project? How feasible is it to sustain the impact?
- 16) If you were given a chance to redesign JICA project from the begging, how would you like to design?
- 17) Do you have any more comments or suggestions regarding to JICA activities in the field of infectious diseases control?

***If you know someone who also has information on JICA project,  
please forward this questionnaire to her/him through e-mail.***

**Thank you very much for your cooperation and kindness.**

<フィリピン側 間接的関係者用>

**E-mail Questionnaire  
on JICA's interventions in the field of infectious disease control in the Philippines**

**Please write the answer directly in this questionnaire, and send it back to us.  
In case you don't have the answer to any particular questions, please simply write, "I don't know,"  
and go to the next question.**

**Your personal opinions are most welcomed, rather than general comments. Thank you very much.**

**<General questions>**

- 1) Today's Date:
- 2) Your Name:
- 3) Present organization and position:
- 4) Contact information: e-mail, telephone...etc.:

**<Questions on JICA project>**

*Please answer the following questions on JICA's interventions in the field of infectious disease control in the Philippines. We appreciate it very much if you could frankly give us your personal opinions rather than general comments. In case you don't have the answer to any particular questions, please simply write "I don't know," and go to the next question.*

- 1) Have you heard / are you aware of any impacts (both positive and negative) created by JICA's interventions in the field of infectious disease control (TB, Malaria, STD/HIV...etc) in the Philippines? If yes, what are they?
- 2) If you are aware of any positive impacts created by JICA's interventions in the field of infectious disease control, what are the key issues to sustain their positive impact? How feasible is it to sustain the impact?
- 3) If you were given chances to redesign any **JICA's interventions** on infectious disease control (TB, Malaria, HIV/AIDS...etc.) from the begging, how would you like to design?
- 4) Do you think JICA's interventions on infectious disease control were affected by health sector reform or decentralization of the Government of Philippines? If so, how were they affected?
- 5) What is your frank opinion about overall strategy of JICA's interventions in the field of infectious disease control in the Philippines?
- 6) What is your frank opinion towards JICA's intervention schemes in the field of infectious disease control in the Philippines? What are their advantages and disadvantages which need to be improved?
  - Project type cooperation scheme (combination of: dispatch of JICA experts; donation of equipment; and counterpart trainings in Japan)
  - Grant Aid scheme (construction of facility / equipment)
  - grassroots grant scheme (small grant aid for NGOs/local government)
- 7) What is your frank opinion about JICA Philippines office? What are their advantages and disadvantages which need to be improved?
- 8) What is your frank opinion towards Japanese experts? What are their advantages and disadvantages which need to be improved?
- 9) Are you familiar with JICA's Project Design Matrix (PDM), a sort of logical framework which JICA applies? If so, what is your frank opinion about JICA's PDM?
- 10) Do you have any comments or suggestions regarding to JICA's interventions on infectious diseases control in the Philippines?

*If you know someone who also has information on the project,  
please forward this questionnaire to her/him through e-mail.*

**Thank you very much for your cooperation and kindness.**

# 添付資料 5

---

## プログラム(インパクト)評価調査資料

プログラム(インパクト)評価は、本評価調査団スーパーバイズの下、ローカルコンサルタントに委託して実施した。

- ・ 結核案件群インパクト調査
  - － 保健医療施設利用者出口調査
  - － 保健医療施設施設観察調査
  - － 保健行政オフィスデータ調査
  - － 保健医療施設利用者とのフォーカス・グループ・ディスカッション
  
- ・ エイズ案件群インパクト調査
  - － 保健医療施設利用者出口調査
  - － 保健医療施設施設観察調査
  - － 保健行政オフィスデータ調査
  - － 保健医療施設利用者とのフォーカス・グループ・ディスカッション

**Thematic Evaluation on Population and Health Sectors in the Philippines  
under JICA/USAID Collaboration, Part 2**

*Exit Interview of Beneficiaries of National Tuberculosis Control Program  
February 2002*

| IDENTIFICATION        |       |   |             |
|-----------------------|-------|---|-------------|
| CITY:                 |       | BARANGAY:   |             |
| RHU/CLINIC NAME:      |       | OWNERSHIP: <input type="checkbox"/> Government <input type="checkbox"/> NGO/PTS |             |
| Respondent No.        |       | Gender of Respondent:   |             |
| Name of Respondent:   |       |   |             |
| Address of Respondent |       |   |             |
| Interviewer:          | Date: | Time Started:   | Time Ended: |
| Editor:               |       | Date:   |             |
| Coder:                |       | Date:   |             |

**A. BACKGROUND INFORMATION**

| NO. | QUESTION   | RESPONSE   |
|-----|--|--|
| 1   | Can you tell me when you were born?  | Year:                      Month:                      Day:  |
| 2   | How old are you now?   |  |
| 3   | Are you married?   | <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Widow(er)   |
| 4   | What is your present occupation?   |  |
| 5   | What is your highest level of education?   | <input type="checkbox"/> Elem. <input type="checkbox"/> H.S. <input type="checkbox"/> Coll. <input type="checkbox"/> Post Grad.<br><input type="checkbox"/> Others, specify:   |
| 6   | Where do you usually go when you are sick or injured?  | <input type="checkbox"/> Drug store <input type="checkbox"/> BHS <input type="checkbox"/> RHU <input type="checkbox"/> Hosp.<br><input type="checkbox"/> Traditional Healer <input type="checkbox"/> Others: _____   |
| 7   | When did you first come to this RHU for TB diagnostic and/or treatment services? What services did you first avail of? | Mo/Year of first visit: _____ <input type="checkbox"/> Consultation<br><input type="checkbox"/> Sputum Exam. <input type="checkbox"/> Diagnostic X-ray Services<br><input type="checkbox"/> routine X-ray for employment purposes <input type="checkbox"/><br>Others, spec.                    |
| 8   | How did you know about the availability of TB diagnostic & treatment services in this RHU?                             | <input type="checkbox"/> Referred by private M.D. <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> TV<br><input type="checkbox"/> Recom. by friend/relative <input type="checkbox"/> BHW/MW visit<br><input type="checkbox"/> Newspaper/magazine <input type="checkbox"/> Others: _____ |
| 9   | How many times have you visited this RHU for TB related info or treatment?   | No. of times: _____ Were these all follow-up visits to the first? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N  |
| 10  | What other TB-related services have you availed of in this clinic?   | <input type="checkbox"/> Attend Seminar <input type="checkbox"/> Counselling and Advice<br><input type="checkbox"/> Drug supply <input type="checkbox"/> IEC materials <input type="checkbox"/> Others, specify:   |



**B. IMPACT ON AVAILABILITY & USE OF SERVICES PROVIDED**

| NO. | QUESTION  | RESPONSES   |           |           |        |    |        |
|-----|---|---|-----------|-----------|--------|----|--------|
| 11  | To your knowledge, does this RHU offer regular microscopy/ sputum exam for TB?  | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If N, proceed to Question No. 15  |           |           |        |    |        |
| 12  | Have you ever availed of sputum exam services in this RHU? If Y, how long after you experienced signs and symptoms did you come for exam?   | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If N, proceed to Question No. 15<br><input type="checkbox"/> 2weeks <input type="checkbox"/> 1 mo. <input type="checkbox"/> 2 mos. <input type="checkbox"/> 3-4 mos<br><input type="checkbox"/> 4-6 mos. <input type="checkbox"/> over 6 mos <input type="checkbox"/> over 1 year |           |           |        |    |        |
| 13  | How long did you have to wait for the results of the sputum exam?   |   |           |           |        |    |        |
| 14  | Who informed you about the result of the sputum exam?   | <input type="checkbox"/> M.D. <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Med Tech <input type="checkbox"/> Midwife<br><input type="checkbox"/> Others, specify: _____  |           |           |        |    |        |
| 15  | Have you ever been diagnosed as sputum positive for TB? X-ray positive?   | For sputum: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N<br>For X-ray: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N   |           |           |        |    |        |
| 16  | How many sputum exams were needed to confirm positive diagnosis?  | <input type="checkbox"/> once <input type="checkbox"/> twice <input type="checkbox"/> three times<br><input type="checkbox"/> others, specify: _____  |           |           |        |    |        |
| 17  | Was the diagnosis and treatment protocol explained to you by the person who made the diagnosis? Do you have your treatment card with you now? Can I see it?                                     | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N<br>Treatment Card: <input type="checkbox"/> On-going treatment<br><input type="checkbox"/> Completed treatment <input type="checkbox"/> No card shown   |           |           |        |    |        |
| 18  | Were you given medicines or prescription for your treatment?  | <input type="checkbox"/> Y, given medicines <input type="checkbox"/> prescription only<br><input type="checkbox"/> N. If N, proceed to Question No. 20  |           |           |        |    |        |
| 19  | Do you know about DOTS? Who is your treatment partner?  | Know DOTS: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Treatment Partner:<br><input type="checkbox"/> MW <input type="checkbox"/> BHW <input type="checkbox"/> Others, spec. _____  |           |           |        |    |        |
| 20  | What problems, if any, did you encounter in your treatment?   | <input type="checkbox"/> Lack of drugs <input type="checkbox"/> Lack money to buy drugs<br><input type="checkbox"/> Side effects, specify _____<br><input type="checkbox"/> Others, specify _____   |           |           |        |    |        |
| 21  | Were you advised to submit yourself to periodic sputum follow-up exams while undergoing treatment? When (month of treatment) did you actually submit to sputum exams and what were the results? | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N, If Y, how many times? _____  |           |           |        |    |        |
|     |   | 1st follow-up   | 2nd ff-up | 3rd ff-up |        |    |        |
|     |   | Mo  | Result    | Mo        | Result | Mo | Result |
|     |   |   |           |           |        |    |        |
| 22  | Were you given adequate supply of drugs for your treatment?   | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N, If Y, how many? _____ and how often were you re-supplied? _____  |           |           |        |    |        |
| 23  | Were you able to complete the treatment as advised?   | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> On-going treatment. If N, what were the reasons: <input type="checkbox"/> no drugs supplied <input type="checkbox"/> felt well and stopped <input type="checkbox"/> experienced side effects, specify: _____   |           |           |        |    |        |
| 24  | Have you been declared cured of TB?   | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N, failed treatment<br><input type="checkbox"/> N, Still undergoing treatment   |           |           |        |    |        |

**C. IMPACT ON SERVICE SATISFACTION**

| NO. | QUESTION   | RESPONSE  |   |   |   |
|-----|--|---|---|---|---|
| 25  | <i>Based on your experiences, how would you rate this clinic on the following, using the following grades: 4 - Excellent; 3 - Satisfactory; 2 - Not satisfactory; 1 - Not applicable</i> | <i>Please check the appropriate column</i>  |   |   |   |
|     |  | 4   | 3 | 2 | 1 |
|     | Distance from home/workplace   |   |   |   |   |
|     | Waiting time for service   |   |   |   |   |
|     | Diagnostic facilities and procedures   |   |   |   |   |
|     | Staff attitudes and responsiveness   |   |   |   |   |
|     | Quality/effectiveness of treatment   |   |   |   |   |
|     | Availability of drugs  |   |   |   |   |
|     | Information and advice given   |   |   |   |   |
|     | Availability of laboratory services  |   |   |   |   |
|     | Availability and quality of information materials  |   |   |   |   |
| 26  | Would you recommend this clinic to your friends and relatives who need services?   | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N   |   |   |   |
| 27  | Would you continue to seek services and information from this clinic in the future?  | Seek services: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N<br>Seek info : <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N   |   |   |   |
| 28  | What deficiencies, if any, do you see in this clinic?  | <input type="checkbox"/> Inadequate service space/furniture<br><input type="checkbox"/> Inadequate drugs/medicines<br><input type="checkbox"/> Inadequate staff<br><input type="checkbox"/> Unfriendly staff<br><input type="checkbox"/> Long wait for services<br><input type="checkbox"/> Others, specify: _____                              |   |   |   |
| 29  | What services offered in this clinic do you find most useful? most satisfactory?   | Most useful: _____<br>Most satisfactory: _____  |   |   |   |
| 30  | What information materials on TB available in this clinic have you actually used or perused?   | <input type="checkbox"/> Posters <input type="checkbox"/> Brochures <input type="checkbox"/> Flyers<br><input type="checkbox"/> Comics <input type="checkbox"/> Magazines <input type="checkbox"/> Others, specify: _____   |   |   |   |
| 31  | What is your preferred mode of getting information on TB control and treatment?  | <input type="checkbox"/> One-on-one Q&A session <input type="checkbox"/> Poster<br><input type="checkbox"/> Attend seminar <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> TV<br><input type="checkbox"/> Magazine <input type="checkbox"/> Brochure <input type="checkbox"/> Primer<br><input type="checkbox"/> Others, specify: _____ |   |   |   |
| 32  | On a scale of 1 to 5, where 5 is the most satisfactory and 1 is the least satisfactory, how would you rate the services of this clinic?  |   |   |   |   |

**D. IMPACT ON BENEFICIARY KNOWLEDGE, ATTITUDE, BEHAVIOR AND PRACTICE**

| NO. | QUESTION  | RESPONSE   |
|-----|---|--|
| 33  | To your knowledge, how is TB transmitted?                                       | <input type="checkbox"/> Coughing <input type="checkbox"/> Sneezing <input type="checkbox"/> Sputum Expectoration<br><input type="checkbox"/> Others, specify: _____   |
| 34  | To your knowledge, what are the signs and symptoms of tuberculosis?             | <input type="checkbox"/> Cough for 2 weeks + <input type="checkbox"/> fever<br><input type="checkbox"/> Sputum expectoration <input type="checkbox"/> hemoptysis<br><input type="checkbox"/> Significant weight loss <input type="checkbox"/> chest/back pains                   |
| 35  | How do you prevent spreading TB?  | <input type="checkbox"/> Cover mouth when coughing or sneezing<br><input type="checkbox"/> Burn sputum<br><input type="checkbox"/> Strictly comply with treatment  |
| 36  | What would you do if a member of your family exhibits signs and symptoms of TB? | <input type="checkbox"/> Submit for sputum exam <input type="checkbox"/> Submit for X-ray<br><input type="checkbox"/> Seek treatment from RHU<br><input type="checkbox"/> Monitor treatment compliance<br><input type="checkbox"/> Others, specify _____                         |
| 37  | How soon after exhibiting signs and symptoms would you seek treatment from RHU? | <input type="checkbox"/> less than 2 weeks <input type="checkbox"/> 2-3 weeks <input type="checkbox"/> 1 mo.<br><input type="checkbox"/> 2-4 mos. <input type="checkbox"/> 5-6 mos. <input type="checkbox"/> over 6 mos. <input type="checkbox"/> over 1 year                    |
| 37  | What treatment is available for TB and how is it administered?                  | <input type="checkbox"/> 6 month SCC drug combination with DOTS<br><input type="checkbox"/> 12 month SR  |
| 38  | Where can you obtain correct information on TB control and treatment?           | <input type="checkbox"/> Health Center <input type="checkbox"/> Private M.D. Clinic <input type="checkbox"/> Books<br><input type="checkbox"/> Mass media <input type="checkbox"/> Magazines <input type="checkbox"/> Friends<br><input type="checkbox"/> Others, specify: _____ |

**Thematic Evaluation on Population and Health Sectors in the Philippines  
under JICA/USAID Collaboration, Part 2**

***Facility Observation and Document Survey: National Tuberculosis Program (NTP)  
February 2002***

| <b>IDENTIFICATION</b> |  |
|-----------------------|--|
| Name of Facility:     | Location:  |
| Chief of Facility:    | Ownership Category: <input type="checkbox"/> Government <input type="checkbox"/> NGO |
| Catchment Area:       | Catchment Population Size:   |
| Respondent (s):       | Designation of R:  |
| Observer/Interviewer: | Time Started:                      Time Completed:                                   |
| Date of Observation:  | Editor:                                      Date:                                   |
| Coder:                | Date:  |

| <b>SERVICE FACILITIES</b>   |   |                  |                        |       |       |       |         |       |            |       |                    |       |              |       |   |                |        |       |       |       |       |         |       |           |       |                    |       |              |       |
|---|---|------------------|------------------------|-------|-------|-------|---------|-------|------------|-------|--------------------|-------|--------------|-------|---|----------------|--------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|-----------|-------|--------------------|-------|--------------|-------|
| Service Area (in sq.m.):  | Seating Capacity of Waiting Area (no.):   |                  |                        |       |       |       |         |       |            |       |                    |       |              |       |   |                |        |       |       |       |       |         |       |           |       |                    |       |              |       |
| Average no. of clients served per day:<br>Source of Information:  | No. of patients in waiting/service area at time of observation:   |                  |                        |       |       |       |         |       |            |       |                    |       |              |       |   |                |        |       |       |       |       |         |       |           |       |                    |       |              |       |
| Condition of Waiting/Service Area at Time of Observation: Date: _____ Time: _____<br><input type="checkbox"/> Empty <input type="checkbox"/> Half Full <input type="checkbox"/> Full <input type="checkbox"/> Overcrowded <input type="checkbox"/> Others, specify: _____   |   |                  |                        |       |       |       |         |       |            |       |                    |       |              |       |   |                |        |       |       |       |       |         |       |           |       |                    |       |              |       |
| Information materials available in waiting area:<br><input type="checkbox"/> Posters <input type="checkbox"/> Brochures <input type="checkbox"/> Flyers <input type="checkbox"/> Comics<br><input type="checkbox"/> Others, specify: _____  | Info materials used by waiting clients at time of observation: <input type="checkbox"/> Posters <input type="checkbox"/> Brochures <input type="checkbox"/> Flyers<br><input type="checkbox"/> Comics <input type="checkbox"/> Others |                  |                        |       |       |       |         |       |            |       |                    |       |              |       |   |                |        |       |       |       |       |         |       |           |       |                    |       |              |       |
| Staff Available for NT Program<br><table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Staff Category</th> <th style="text-align: left;">Number</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>M.D.</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Nurse</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Midwife</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Med. Tech.</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Bar. Health Worker</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Others _____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table> | Staff Category  | Number           | M.D.                   | _____ | Nurse | _____ | Midwife | _____ | Med. Tech. | _____ | Bar. Health Worker | _____ | Others _____ | _____ | Staff on Duty at service area at observation time:<br><table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Staff Category</th> <th style="text-align: left;">Number</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>M. D.</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Nurse</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Midwife</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Med. Tech</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Bar. Health Worker</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Others _____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table> | Staff Category | Number | M. D. | _____ | Nurse | _____ | Midwife | _____ | Med. Tech | _____ | Bar. Health Worker | _____ | Others _____ | _____ |
| Staff Category  | Number  |                  |                        |       |       |       |         |       |            |       |                    |       |              |       |   |                |        |       |       |       |       |         |       |           |       |                    |       |              |       |
| M.D.  | _____   |                  |                        |       |       |       |         |       |            |       |                    |       |              |       |   |                |        |       |       |       |       |         |       |           |       |                    |       |              |       |
| Nurse   | _____   |                  |                        |       |       |       |         |       |            |       |                    |       |              |       |   |                |        |       |       |       |       |         |       |           |       |                    |       |              |       |
| Midwife   | _____   |                  |                        |       |       |       |         |       |            |       |                    |       |              |       |   |                |        |       |       |       |       |         |       |           |       |                    |       |              |       |
| Med. Tech.  | _____   |                  |                        |       |       |       |         |       |            |       |                    |       |              |       |   |                |        |       |       |       |       |         |       |           |       |                    |       |              |       |
| Bar. Health Worker  | _____   |                  |                        |       |       |       |         |       |            |       |                    |       |              |       |   |                |        |       |       |       |       |         |       |           |       |                    |       |              |       |
| Others _____  | _____   |                  |                        |       |       |       |         |       |            |       |                    |       |              |       |   |                |        |       |       |       |       |         |       |           |       |                    |       |              |       |
| Staff Category  | Number  |                  |                        |       |       |       |         |       |            |       |                    |       |              |       |   |                |        |       |       |       |       |         |       |           |       |                    |       |              |       |
| M. D.   | _____   |                  |                        |       |       |       |         |       |            |       |                    |       |              |       |   |                |        |       |       |       |       |         |       |           |       |                    |       |              |       |
| Nurse   | _____   |                  |                        |       |       |       |         |       |            |       |                    |       |              |       |   |                |        |       |       |       |       |         |       |           |       |                    |       |              |       |
| Midwife   | _____   |                  |                        |       |       |       |         |       |            |       |                    |       |              |       |   |                |        |       |       |       |       |         |       |           |       |                    |       |              |       |
| Med. Tech   | _____   |                  |                        |       |       |       |         |       |            |       |                    |       |              |       |   |                |        |       |       |       |       |         |       |           |       |                    |       |              |       |
| Bar. Health Worker  | _____   |                  |                        |       |       |       |         |       |            |       |                    |       |              |       |   |                |        |       |       |       |       |         |       |           |       |                    |       |              |       |
| Others _____  | _____   |                  |                        |       |       |       |         |       |            |       |                    |       |              |       |   |                |        |       |       |       |       |         |       |           |       |                    |       |              |       |
| Observed waiting time for 3 randomly selected clients:  |   |                  |                        |       |       |       |         |       |            |       |                    |       |              |       |   |                |        |       |       |       |       |         |       |           |       |                    |       |              |       |
| Client's Name   | Arrival Time  | Time Seen/Served | Time Completed Service |       |       |       |         |       |            |       |                    |       |              |       |   |                |        |       |       |       |       |         |       |           |       |                    |       |              |       |
| _____   | _____   | _____            | _____                  |       |       |       |         |       |            |       |                    |       |              |       |   |                |        |       |       |       |       |         |       |           |       |                    |       |              |       |
| _____   | _____   | _____            | _____                  |       |       |       |         |       |            |       |                    |       |              |       |   |                |        |       |       |       |       |         |       |           |       |                    |       |              |       |
| _____   | _____   | _____            | _____                  |       |       |       |         |       |            |       |                    |       |              |       |   |                |        |       |       |       |       |         |       |           |       |                    |       |              |       |

**NTP STAFF TRAINING AND EXPERIENCE**

*(Include only staff deployed for NTP)*

| Name of Staff | Designation | Years in Service | Pertinent Training (Course/Skills)<br>A = DOTS<br>B = TB Microscopy<br>C = Case Finding & Diagnosis<br>D = Case Holding<br>E = TB counselling & education<br>F = Others, specify | No. of Hours Trained |
|---------------|-------------|------------------|--|----------------------|
|               |             |                  |  |                      |
|               |             |                  |  |                      |
|               |             |                  |  |                      |
|               |             |                  |  |                      |
|               |             |                  |  |                      |
|               |             |                  |  |                      |
|               |             |                  |  |                      |
|               |             |                  |  |                      |
|               |             |                  |  |                      |
|               |             |                  |  |                      |
|               |             |                  |  |                      |
|               |             |                  |  |                      |
|               |             |                  |  |                      |
|               |             |                  |  |                      |
|               |             |                  |  |                      |
|               |             |                  |  |                      |
|               |             |                  |  |                      |
|               |             |                  |  |                      |
|               |             |                  |  |                      |
|               |             |                  |  |                      |
|               |             |                  |  |                      |
|               |             |                  |  |                      |

*Notes on Pertinent Observations Re Staff Attitudes and Skills:*

*Staff Attitudes Toward Persons with TB:*

| <b>EQUIPMENT FOR TUBERCULOSIS SCREENING, DIAGNOSIS, AND TREATMENT</b> |        |               |  |   |   |
|---|--------|---------------|--|---|---|
| Type of Equipment   | Number | Date Acquired | <i>Condition</i><br><i>A = Good/Functional</i><br><i>B = Need Repair</i><br><i>C = Not serviceable/<br/>Need replacement</i> |   |   |
|   |        |               | A  | B | C |
| X-ray   |        |               |  |   |   |
| Microscope  |        |               |  |   |   |
|   |        |               |  |   |   |
|   |        |               |  |   |   |
|   |        |               |  |   |   |
|   |        |               |  |   |   |
| IEC Equipment   |        |               |  |   |   |
| Overhead Projector  |        |               |  |   |   |
|   |        |               |  |   |   |
|   |        |               |  |   |   |
|   |        |               |  |   |   |
|   |        |               |  |   |   |
|   |        |               |  |   |   |
|   |        |               |  |   |   |
|   |        |               |  |   |   |
|   |        |               |  |   |   |
|   |        |               |  |   |   |

*Notes on Pertinent Observations Re Equipment:*

| <b>ESSENTIAL SUPPLY &amp; CONSUMABLE (NTP)</b>         |                                    |   |
|--|------------------------------------|---|
| Name & Type of Supply<br>(e.g., reagents, drugs, etc.) | Average<br>consumption per<br>week | Buffer Stock Level<br>at time of survey (in<br>no. of equiv. weeks) |
| Diagnostic & Laboratory supplies:                      |                                    |   |
| AFB reagent  |                                    |   |
| Sputum cups  |                                    |   |
| Glass slides   |                                    |   |
|  |                                    |   |
| Anti-TB drugs:   |                                    | <i>(in no. of patients)</i>   |
| Type I   |                                    |   |
| Type II  |                                    |   |
| Ethambutol, in blister packs                           |                                    |   |
| Streptomycin Sulfate                                   |                                    |   |
|  |                                    |   |
|  |                                    |   |
|  |                                    |   |
| X-ray Supplies:  |                                    |   |
| X-ray plates, large                                    |                                    |   |
| Photo fluorography                                     |                                    |   |
| Solution, powder                                       |                                    |   |
| developer + fixer (box)                                |                                    |   |
| X-ray envelope   |                                    |   |
|  |                                    |   |
|  |                                    |   |
|  |                                    |   |
|  |                                    |   |
|  |                                    |   |

*Notes on Pertinent Observations re Supplies and Consumable*

| <b>ESSENTIAL SUPPLY &amp; CONSUMABLE (NTP)</b>         |                                    |   |
|--|------------------------------------|---|
| Name & Type of Supply<br>(e.g., reagents, drugs, etc.) | Average<br>consumption per<br>week | Buffer Stock Level<br>at time of survey (in<br>no. of equiv. weeks) |
| IEC materials:   |                                    |   |
| Manual of Procedures for NTP, 2001                     |                                    |   |
| Mga Katotohanan Tungkol sa TB                          |                                    |   |
|  |                                    |   |
|  |                                    |   |
|  |                                    |   |
|  |                                    |   |
| Recording Forms:                                       |                                    |   |
| Symptomatics Masterlist                                |                                    |   |
| NTP Lab Request Form for Sputum Exam                   |                                    |   |
| NTP Laboratory Register                                |                                    |   |
| NTP Treatment Card                                     |                                    |   |
| NTP Identification Card                                |                                    |   |
| NTP TB Register  |                                    |   |
| NTP Referral/Transfer Form                             |                                    |   |
|  |                                    |   |
|  |                                    |   |
|  |                                    |   |
|  |                                    |   |
|  |                                    |   |
|  |                                    |   |
|  |                                    |   |
|  |                                    |   |
|  |                                    |   |

*Notes on Pertinent Observations re Supplies and Consumable*



| <b>SERVICE AND ADMINISTRATIVE STATISTICS</b> |  |      |      |
|--|--|------|------|
| <i>Particulars</i>                           | <i>Value in Past 3 Years<br/>(number, rate, or amount)</i> |      |      |
|  | 1999   | 2000 | 2001 |
| Beneficiaries Served, by Type of Service     |  |      |      |
| TB Symptomatics Registered                   |  |      |      |
| Sputum Smear Examinations Done               |  |      |      |
| X-ray Exams Done                             |  |      |      |
| Initiated Treatment                          |  |      |      |
| Smear Positive                               |  |      |      |
| Smear Negative, Xray Positive                |  |      |      |
| Completed Treatment                          |  |      |      |
| Cured  |  |      |      |
| Died   |  |      |      |
| Treatment Failures                           |  |      |      |
| Educated on TB prevention & control          |  |      |      |
| Positivity rate                              |  |      |      |
| Cure rate                                    |  |      |      |
| False negative rate                          |  |      |      |
| False positive rate                          |  |      |      |
| TB prevalence rate in catchment area         |  |      |      |
| TB death rate in catchment area              |  |      |      |
| Treatment Partners:                          |  |      |      |
| Health worker                                |  |      |      |
| Family member                                |  |      |      |
|  |  |      |      |
|  |  |      |      |
| Annual Budget for NTP                        |  |      |      |
| Annual Expenditures for NTP                  |  |      |      |

*Notes on Pertinent Observation Re Service & Administrative Statistics:*

**OTHER PERTINENT INFORMATION**

Source of Electricity: \_\_\_\_\_ Availability:  24 hours  Others, specify  
Water Supply Source: \_\_\_\_\_ Availability:  24 hours  Others, specify

Assistance received from JICA:

- training, specify \_\_\_\_\_
- equipment, specify \_\_\_\_\_
- IEC support, specify \_\_\_\_\_
- Others, specify \_\_\_\_\_

Please describe freely the following:

1. What do you think is the positive outcome of JICA intervention in the program?

---

---

---

---

---

2. Were there any negative outcomes of JICA intervention in the program? Please describe fully.

---

---

---

---

3. Do you think you could have gotten better outcome if JICA designed the support for your organization in a different way?

---

---

---

---

---

**Extra Page:**

| Staff Available for NTP Program |                 | Staff on Duty at Service Area at Time of Survey |                 |
|---------------------------------|-----------------|---|-----------------|
| Staff Category                  | Number of Staff | Staff Category                                  | Number of Staff |
| M.D.                            |                 | M.D.  |                 |
| Nurse                           |                 | Nurse   |                 |
| Midwife                         |                 | Midwife   |                 |
| Med.Tech.                       |                 | Med. Tech                                       |                 |
| Health Educator                 |                 | Health Educator                                 |                 |
| Counsellor                      |                 | Counsellor                                      |                 |
| Pharmacist                      |                 | Pharmacist                                      |                 |
| X-ray Technician                |                 | X-ray Technician                                |                 |
| Clerk                           |                 | Clerk   |                 |
| Utility                         |                 | Utility   |                 |
|                                 |                 |   |                 |
|                                 |                 |   |                 |
|                                 |                 |   |                 |
|                                 |                 |   |                 |
|                                 |                 |   |                 |
|                                 |                 |   |                 |
|                                 |                 |   |                 |
|                                 |                 |   |                 |
|                                 |                 |   |                 |
|                                 |                 |   |                 |
|                                 |                 |   |                 |
|                                 |                 |   |                 |

**Thematic Evaluation on Population and Health Sectors in the Philippines  
under JICA/USAID Collaboration, Part 2**

**Administration Office Observation and Document Survey: National Tuberculosis Program  
February 2002**

| <b>IDENTIFICATION</b> |  |
|-----------------------|--|
| Name of Office:       | Address:   |
| Chief of Office:      | Ownership: [ ] Government [ ] NGO                  |
| Catchment Area:       | Catchment Population Size:                         |
| Respondent:           | Designation of R:                                  |
| Observer/Interviewer: | Time Started:                      Time Completed: |
| Date of Observation:  | Editor:                                      Date: |
| Coder:                | Date:  |

| <b>PROGRAM INFORMATION</b>                  |                                      |
|---|--------------------------------------|
| No. of TB Clinics Supervised (Attach List): |                                      |
| Annual TB Program Budget, 2002:             | Actual TB Program Expenditure, 2001: |
| Personal Services:                          | Personal Services:                   |
| MOOE:                                       | MOOE                                 |
| Capital Outlay:                             | Capital Outlay                       |

**STATISTICAL REPORTS AVAILABLE AT OFFICE**

|                                | 1999 | 2000 | 2001 |
|--------------------------------|------|------|------|
| TB prevalence rate             |      |      |      |
| TB death rate                  |      |      |      |
| TB symptomatics screened       |      |      |      |
| Sputum smear examinations done |      |      |      |
| Patients initiated treatment   |      |      |      |
| Patients completed treatment   |      |      |      |
| Positivity rate                |      |      |      |
| Cure rate                      |      |      |      |
| False negative rate            |      |      |      |
| False positive rate            |      |      |      |
| Treatment failures             |      |      |      |



**LIST OF PROGRAM SUPPLIES AVAILABLE AT OFFICE**

| List of Supplies | Number/Volume | Intended Use/Distribution |
|------------------|---------------|---------------------------|
|                  |               |                           |
|                  |               |                           |
|                  |               |                           |
|                  |               |                           |
|                  |               |                           |
|                  |               |                           |
|                  |               |                           |
|                  |               |                           |
|                  |               |                           |
|                  |               |                           |
|                  |               |                           |
|                  |               |                           |
|                  |               |                           |
|                  |               |                           |

**IEC MATERIALS CLEARLY DISPLAYED IN OFFICE**

| Type of Material | Subject Matter/Title | No./Vol. |
|------------------|----------------------|----------|
|                  |                      |          |
|                  |                      |          |
|                  |                      |          |
|                  |                      |          |
|                  |                      |          |
|                  |                      |          |
|                  |                      |          |
|                  |                      |          |
|                  |                      |          |
|                  |                      |          |
|                  |                      |          |



**Thematic Evaluation on Population and Health Sectors in the Philippines under JICA/USAID Collaboration, Part 2**

**Background Characteristics of Discussants and Focus Group Discussion Guide, National Tuberculosis Program**

**City:** \_\_\_\_\_ **Facility:** \_\_\_\_\_ **Moderator:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_ **Time:** \_\_\_\_\_  
**Category:**  Gov't  NGO **Discussants:**  Males  Females

**Introduction:** *Thank you for participating in this focus group discussion today. We are here to ask you a few questions, and to listen and learn from your experiences and thoughts about the services and benefits you have received from this clinic. In this discussion there are no right or wrong answers. All comments, both negative and positive, are welcome. We are only interested in knowing what you think about the services offered, what your experiences have been, and what you think is beneficial to all. First, let me introduce myself. My name is \_\_\_\_\_, and I will be moderating this discussion. We will be recording our discussion, but you have our assurance that everything we discuss today will be held in strict confidence. We would like to give everyone a fair chance to speak and express his/her views on the questions we will be asking, so please feel free to speak and wait for your turn.*

*First, may we ask you to introduce yourselves, and give us a few background information about yourself to help us to know you better.*

| <i>Ref. No.</i> | <i>Please give us your name &amp; how you want to be called</i> | <i>Sex</i> | <i>Religion</i> | <i>Marital Status</i> | <i>Education</i> | <i>Occupation</i> | <i>How long a resident of this community</i> | <i>How long availing of services from this clinic</i> |
|-----------------|---|------------|-----------------|-----------------------|------------------|-------------------|--|---|
| 1               |   |            |                 |                       |                  |                   |  |   |
| 2               |   |            |                 |                       |                  |                   |  |   |
| 3               |   |            |                 |                       |                  |                   |  |   |
| 4               |   |            |                 |                       |                  |                   |  |   |
| 5               |   |            |                 |                       |                  |                   |  |   |
| 6               |   |            |                 |                       |                  |                   |  |   |
| 7               |   |            |                 |                       |                  |                   |  |   |
| 8               |   |            |                 |                       |                  |                   |  |   |



May I now ask you what specific services you have availed of in this clinic and what you think of those services? Tell us of your experiences, whether good or bad, or so so. Let's start with (ref. no. 1) and move around. We want everyone to share his/her experiences and views. I will name the most common services and you tell me whether or not you have used this service and what your experiences and views about this service are:

| Ref. No. | Sputum examination for screening TB |                           | Getting the result of sputum examination |                        | Treatment Protocol (DOTS) |               | Health Education/Counselling |              |
|----------|-------------------------------------|---------------------------|--|------------------------|---------------------------|---------------|------------------------------|--------------|
|          | Ever Used?                          | Describe your experiences | Who Informed                             | How were you informed? | Negative Exp              | Positive Exp. | Negative Exp                 | Positive Exp |
| 1        |                                     |                           |  |                        |                           |               |                              |              |
| 2        |                                     |                           |  |                        |                           |               |                              |              |
| 3        |                                     |                           |  |                        |                           |               |                              |              |
| 4        |                                     |                           |  |                        |                           |               |                              |              |
| 5        |                                     |                           |  |                        |                           |               |                              |              |
| 6        |                                     |                           |  |                        |                           |               |                              |              |
| 7        |                                     |                           |  |                        |                           |               |                              |              |
| 8        |                                     |                           |  |                        |                           |               |                              |              |

Continuation of previous page

| Ref. No. | Getting info on TB Control & Treatment |                             | First Consultation & Follow-Up Visits |                      | Referral/Followup of Contacts |               | Others, specify _____ |              |
|----------|--|-----------------------------|---------------------------------------|----------------------|-------------------------------|---------------|-----------------------|--------------|
|          | Type of info                           | Usefulness of info/how used | Negative Exp                          | Positive Experiences | Negative Exp                  | Positive Exp. | Negative Exp          | Positive Exp |
| 1        |  |                             |                                       |                      |                               |               |                       |              |
| 2        |  |                             |                                       |                      |                               |               |                       |              |
| 3        |  |                             |                                       |                      |                               |               |                       |              |
| 4        |  |                             |                                       |                      |                               |               |                       |              |
| 5        |  |                             |                                       |                      |                               |               |                       |              |
| 6        |  |                             |                                       |                      |                               |               |                       |              |
| 7        |  |                             |                                       |                      |                               |               |                       |              |
| 8        |  |                             |                                       |                      |                               |               |                       |              |

*We will now talk about your problems, if any, in dealing with your illness or condition and in getting appropriate treatment and care.*

| Ref. No. | Social Stigma.<br>How did friends & relatives react to your disease? | Cost of Treatment |   | Side Effects of Treatment |                           | Treatment Failure   |                        | Others, specify |
|----------|--|-------------------|---|---------------------------|---------------------------|---------------------|------------------------|-----------------|
|          |  | Amt. Spent        | Availability and cost, if any, of drugs in clinic | What side effects?        | How did you deal with it? | Reasons for failure | Remedies taken, if any |                 |
| 1        |  |                   |   |                           |                           |                     |                        |                 |
| 2        |  |                   |   |                           |                           |                     |                        |                 |
| 3        |  |                   |   |                           |                           |                     |                        |                 |
| 4        |  |                   |   |                           |                           |                     |                        |                 |
| 5        |  |                   |   |                           |                           |                     |                        |                 |
| 6        |  |                   |   |                           |                           |                     |                        |                 |
| 7        |  |                   |   |                           |                           |                     |                        |                 |
| 8        |  |                   |   |                           |                           |                     |                        |                 |

How would you rate the services in this clinic, based on your own personal experiences? Please use the following grades as rating: 4 = excellent; 3 = satisfactory; 2 = not applicable; 1 = not satisfactory. Please explain or give us the reason for your rating.

| Ref. No. | Accessibility of Facility to Patients |                    | Promptness & Efficiency of Service, |                    | Staff competence, accuracy of diagnosis & effectiveness of Treatment |                    | Availability of supply, info, and other support services |                    |
|----------|---------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|--------------------|--|--------------------|--|--------------------|
|          | Rating                                | Reasons for Rating | Rating                              | Reasons for Rating | Rating   | Reasons for Rating | Rating   | Reasons for Rating |
| 1        |                                       |                    |                                     |                    |  |                    |  |                    |
| 2        |                                       |                    |                                     |                    |  |                    |  |                    |
| 3        |                                       |                    |                                     |                    |  |                    |  |                    |
| 4        |                                       |                    |                                     |                    |  |                    |  |                    |
| 5        |                                       |                    |                                     |                    |  |                    |  |                    |
| 6        |                                       |                    |                                     |                    |  |                    |  |                    |
| 7        |                                       |                    |                                     |                    |  |                    |  |                    |

*I will now ask you whether and how your experiences, both with your illness and your interaction with this clinic, have resulted in any changes in your knowledge, attitudes, and habits. Please tell us your reasons for those changes, if any, and whether you think the change is for the better, or worse, or no change at all.*

| Ref. No. | Recognizing signs and symptoms of TB & knowing what to do when they appear |       | Knowledge on how TB is transmitted and Proper disposal of sputum/discharges |       | Seeking Prompt and Correct Treatment & Attention, Visit clinic for screening |       | Having children immunized against TB (BCG) |       |
|----------|--|-------|---|-------|--|-------|--|-------|
|          | Before   | After | Before  | After | Before   | After | Before                                     | After |
| 1        |  |       |   |       |  |       |  |       |
| 2        |  |       |   |       |  |       |  |       |
| 3        |  |       |   |       |  |       |  |       |
| 4        |  |       |   |       |  |       |  |       |
| 5        |  |       |   |       |  |       |  |       |
| 6        |  |       |   |       |  |       |  |       |
| 7        |  |       |   |       |  |       |  |       |
| 8        |  |       |   |       |  |       |  |       |

Continuation of previous page

| Ref. No. | Importance of Treatment Compliance |       | Attitudes and Relations with Clinic & Staff |       | Willingness to Pay for Treatment |       | Other Observed Changes, specify |       |
|----------|------------------------------------|-------|---|-------|----------------------------------|-------|---------------------------------|-------|
|          | Before                             | After | Before                                      | After | Before                           | After | Before                          | After |
| 1        |                                    |       |   |       |                                  |       |                                 |       |
| 2        |                                    |       |   |       |                                  |       |                                 |       |
| 3        |                                    |       |   |       |                                  |       |                                 |       |
| 4        |                                    |       |   |       |                                  |       |                                 |       |
| 5        |                                    |       |   |       |                                  |       |                                 |       |
| 6        |                                    |       |   |       |                                  |       |                                 |       |
| 7        |                                    |       |   |       |                                  |       |                                 |       |
| 8        |                                    |       |   |       |                                  |       |                                 |       |

**Thematic Evaluation on Population and Health Sectors in the Philippines  
under JICA/USAID Collaboration, Part 2**

*Exit Interview of Beneficiaries of National HIV/AIDS/STI Program  
February 2002*

| IDENTIFICATION        |  |                       |  |
|-----------------------|--|-----------------------|--|
| CITY:                 |  | BARANGAY:             |  |
| SHC NAME:             |  | SHC LOCATION:         |  |
| Respondent No.        |  | Gender of Respondent: |  |
| Name of Respondent:   |  |                       |  |
| Address of Respondent |  |                       |  |
| Interviewer:          |  | Date:                 |  |
| Time Started:         |  | Time Ended:           |  |
| Editor:               |  | Date:                 |  |
| Coder:                |  | Date:                 |  |

**A. BACKGROUND INFORMATION**

| NO. | QUESTION  | RESPONSE  |
|-----|---|---|
| 1   | Can you tell me when you were born?   | Year:            Month:            Day:   |
| 2   | How old are you now?  |   |
| 3   | Are you married?  | <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Widow(er)  |
| 4   | What is your present occupation?  |   |
| 5   | What is your highest level of education?  | <input type="checkbox"/> Elem. <input type="checkbox"/> H.S. <input type="checkbox"/> Coll. <input type="checkbox"/> Post Grad.<br><input type="checkbox"/> Others, specify:  |
| 6   | Where do you usually go when you are sick or injured?   | <input type="checkbox"/> Drug store <input type="checkbox"/> BHS <input type="checkbox"/> RHU <input type="checkbox"/> Hosp.<br><input type="checkbox"/> Traditional Healer <input type="checkbox"/> Others:  |
| 7   | When did you first come to this Clinic for HIV/AIDS/STI services? What services did you first avail of? | Mo/Year of first visit: _____ <input type="checkbox"/> Consultation<br><input type="checkbox"/> Blood test for HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Treatment of other STI, specify: _____ <input type="checkbox"/> STI screening for employment purposes <input type="checkbox"/> Others, spec. |
| 8   | How did you know about the availability of HIV/AIDS/STI services in this Clinic?                        | <input type="checkbox"/> Referred by CHO/RHU <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> TV<br><input type="checkbox"/> Recom. by friend/relative <input type="checkbox"/> Health worker<br><input type="checkbox"/> Newspaper/magazine <input type="checkbox"/> Others:          |
| 9   | How many times have you visited this Clinic for HIV/AIDS/STI related services?                          | No. of times: _____ Were these all follow-up visits to the first? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N   |
| 10  | What other HIV/AIDS/STI services have you availed of in this clinic?                                    | <input type="checkbox"/> Attend Seminar <input type="checkbox"/> Counselling and Advice<br><input type="checkbox"/> Condom supply <input type="checkbox"/> IEC materials<br><input type="checkbox"/> Others, specify:   |

**B. IMPACT ON AVAILABILITY & QUALITY OF SERVICES PROVIDED**

| NO. | QUESTION   | RESPONSES   |
|-----|--|---|
| 11  | To your knowledge, does this clinic offer blood test for screening HIV/AIDS& STIs?                                   | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If N, proceed to Question No. 15  |
| 12  | Have you ever availed of blood testing services in this clinic?  | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If N, proceed to Question No. 15  |
| 13  | How long did you have to wait for the results of the blood test?   |   |
| 14  | Who informed you about the result of the blood test?   | <input type="checkbox"/> M.D. <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Med Tech <input type="checkbox"/> Midwife<br><input type="checkbox"/> Others, specify: _____  |
| 15  | Have you ever been diagnosed as positive for HIV/AIDS or other STI?  | For HIV/AIDS: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N<br>For other STI: <input type="checkbox"/> Y, specify _____ <input type="checkbox"/> N  |
| 16  | Was the diagnosis explained to you by the person who made the diagnosis?   | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N   |
| 17  | Were you given treatment or prescription for treatment for your infection?   | <input type="checkbox"/> Y, given medicines <input type="checkbox"/> Given prescription<br><input type="checkbox"/> N. If N, proceed to Question No. 20   |
| 18  | Was the treatment effective in curing or controlling the progress of your infection?                                 | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N   |
| 19  | What problems, if any, did you encounter in your treatment?  | <input type="checkbox"/> Lack of drugs <input type="checkbox"/> Lack money to buy drugs<br><input type="checkbox"/> Side effects, specify _____<br><input type="checkbox"/> Others, specify _____   |
| 20  | Were you asked to bring your partner to the clinic for evaluation and treatment?                                     | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N   |
| 21  | Were you able to bring your partner to the clinic for evaluation & treatment?  | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If N, why not? <input type="checkbox"/> Refused to come<br><input type="checkbox"/> Visited a private facility <input type="checkbox"/> Could not contact partner <input type="checkbox"/> Others, specify: _____ |
| 22  | Were you advised to use condom?  | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N, If Y, were you taught how to use it properly? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N  |
| 23  | Were you given supply of condom for your use?  | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N, If Y, how many? _____ and how often were you re-supplied? _____  |
| 24  | Can you demonstrate to me the proper use of condom?  | <input type="checkbox"/> Correctly demonstrated <input type="checkbox"/> Incorrect use<br><input type="checkbox"/> Refused to demonstrate   |
| 25  | Other than the use of condom, what other instructions/info were given to you to prevent further transmission of STI? | <input type="checkbox"/> Abstinence <input type="checkbox"/> Have only 1 partner<br><input type="checkbox"/> No to casual sex <input type="checkbox"/> Inform/Treat partner<br><input type="checkbox"/> Others  |
| 26  | What signs and symptoms of STI have you experienced? How long after signs and symptoms did you visit clinic?         | <input type="checkbox"/> discharges <input type="checkbox"/> itchinness <input type="checkbox"/> sores <input type="checkbox"/> pelvic inflammation <input type="checkbox"/> others, specify: _____<br>Time lag bet. symptoms and visit: _____                          |



## C. IMPACT ON SERVICE SATISFACTION

| NO. | QUESTION   | RESPONSE  |   |   |   |
|-----|--|---|---|---|---|
| 27  | <i>Based on your experiences, how would you rate this clinic on the following, using the following grades: 4 - Excellent; 3 - Satisfactory; 2 - Not satisfactory; 1 - Not applicable</i> | <i>Please check the appropriate column</i>  |   |   |   |
|     |  | 4   | 3 | 2 | 1 |
|     | Distance from home/workplace   |   |   |   |   |
|     | Waiting time for service   |   |   |   |   |
|     | Diagnostic facilities  |   |   |   |   |
|     | Staff attitudes and responsiveness   |   |   |   |   |
|     | Quality/effectiveness of treatment   |   |   |   |   |
|     | Availability of drugs  |   |   |   |   |
|     | Information and advise given   |   |   |   |   |
|     | Availability of condoms  |   |   |   |   |
|     | Availability of information materials  |   |   |   |   |
| 28  | Would you recommend this clinic to your friends and partners who need services?  | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N   |   |   |   |
| 29  | Would you continue to seek services and information from this clinic in the future?  | Seek services: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N<br>Seek info : <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N   |   |   |   |
| 30  | What deficiencies, if any, do you see in this clinic?  | <input type="checkbox"/> Inadequate service space/furniture<br><input type="checkbox"/> Inadequate supply of condoms<br><input type="checkbox"/> Inadequate drugs/medicines<br><input type="checkbox"/> Inadequate staff<br><input type="checkbox"/> Unfriendly staff<br><input type="checkbox"/> Long wait for services<br><input type="checkbox"/> Others, specify: _____ |   |   |   |
| 31  | What services offered in this clinic do you find most useful? most satisfactory?   | Most useful: _____<br>Most satisfactory: _____  |   |   |   |
| 32  | What information materials available in this clinic have you actually used or perused?   | <input type="checkbox"/> Posters <input type="checkbox"/> Brochures <input type="checkbox"/> Flyers<br><input type="checkbox"/> Comics <input type="checkbox"/> Magazines <input type="checkbox"/> Others, specify: _____   |   |   |   |
| 33  | What is your preferred mode of getting information on HIV/AIDS/STI?  | <input type="checkbox"/> One-on-one Q&A session <input type="checkbox"/> Poster<br><input type="checkbox"/> Attend seminar <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> TV<br><input type="checkbox"/> Magazine <input type="checkbox"/> Brochure <input type="checkbox"/> Primer<br><input type="checkbox"/> Others, specify: _____                             |   |   |   |
| 33  | On a scale of 1 to 5, where 5 is the most satisfactory and 1 is the least satisfactory, how would you rate the services of this clinic?  |   |   |   |   |

**D. IMPACT ON BENEFICIARY KNOWLEDGE, ATTITUDE, BEHAVIOR AND PRACTICE**

| NO. | QUESTION   | RESPONSE  |
|-----|--|---|
| 34  | To your knowledge, how is STI & HIV/AIDS transmitted?  | <input type="checkbox"/> Unprotected sex with infected person<br><input type="checkbox"/> Blood transfusion <input type="checkbox"/> Infected Syringe/needles<br><input type="checkbox"/> Others, specify: _____  |
| 35  | How do you prevent STI or HIV/AIDS transmission?   | <input type="checkbox"/> Use condom <input type="checkbox"/> Blood Screening of Partner<br><input type="checkbox"/> Others, specify: _____  |
| 36  | What treatment is available for STI? For HIV/AIDS?   | <input type="checkbox"/> Anti-biotics, specify: _____<br><input type="checkbox"/> Others, specify: _____  |
| 37  | Where can you obtain correct information on STI? HIV/AIDS?   | <input type="checkbox"/> Health Center <input type="checkbox"/> Social Hygiene Clinic <input type="checkbox"/> Books<br><input type="checkbox"/> Mass media <input type="checkbox"/> Magazines <input type="checkbox"/> Friends<br><input type="checkbox"/> Others, specify _____ |
| 38  | Do you use condom regularly?   | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Sometimes  |
| 39  | Do you have more than 1 sex partner?   | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N   |
| 40  | Do you seek periodic check-up or screening for STI/HIV/AIDS?   | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If Y, how often? _____  |
| 41  | What would you do if someone you had intimate relations with has STD? HIV/AIDS?  | <input type="checkbox"/> Seek blood testing <input type="checkbox"/> Always use condom<br><input type="checkbox"/> Abstain from further contact<br><input type="checkbox"/> Advise partner to seek treatment  |
| 42  | When you experience signs and symptoms of STI, how long would you wait before confirming diagnosis or seeking treatment? | <input type="checkbox"/> Immediately <input type="checkbox"/> after 2-3 days <input type="checkbox"/> after 4-5 days<br><input type="checkbox"/> After 1 week <input type="checkbox"/> over 1 week  |
| 43  | What would you do if you were diagnosed as STI positive? HIV/AIDS positive?  | <input type="checkbox"/> Seek confirmation of diagnosis at SHC<br><input type="checkbox"/> Seek treatment<br><input type="checkbox"/> Inform partner (s) and advise to seek treatment<br><input type="checkbox"/> Use condom  |

**Thematic Evaluation on Population and Health Sectors in the Philippines  
under JICA/USAID Collaboration, Part 2**

**Facility Observation and Document Survey: National HIV/AIDS Program  
February 2002**

| <b>IDENTIFICATION</b> |  |
|-----------------------|--|
| Name of Facility:     | Location:  |
| Chief of Facility:    | Ownership Category: <input type="checkbox"/> Government <input type="checkbox"/> NGO |
| Catchment Area:       | Catchment Population Size:   |
| Respondent (s):       | Designation of R:  |
| Observer/Interviewer: | Time Started:                      Time Completed:                                   |
| Date of Observation:  | Editor:                                      Date:                                   |
| Coder:                | Date:  |

| <b>SERVICE FACILITIES</b>   |   |                  |                        |
|---|---|------------------|------------------------|
| Service Area (in sq.m.):  | Seating Capacity of Waiting Area (no.):   |                  |                        |
| Average no. of clients served per day:<br>Source of Information:  | No. of patients in waiting/service area at time of observation:   |                  |                        |
| Condition of Waiting/Service Area at Time of Observation: Date: _____ Time: _____<br><input type="checkbox"/> Empty <input type="checkbox"/> Half Full <input type="checkbox"/> Full <input type="checkbox"/> Overcrowded <input type="checkbox"/> Others, specify: _____   |   |                  |                        |
| Information materials available in waiting area:<br><input type="checkbox"/> Posters <input type="checkbox"/> Brochures <input type="checkbox"/> Flyers <input type="checkbox"/> Comics<br><input type="checkbox"/> Others, specify: _____  | Info materials used by waiting clients at time of observation: <input type="checkbox"/> Posters <input type="checkbox"/> Brochures <input type="checkbox"/> Flyers<br><input type="checkbox"/> Comics <input type="checkbox"/> Others _____   |                  |                        |
| Staff Available for HIV/AIDS Program<br>Staff Category                      Number<br>M.D.                                      _____<br>Nurse                                      _____<br>Midwife                                      _____<br>Med. Tech.                                      _____<br>Counsellor/Educator                      _____<br>Others _____                      _____ | Staff on Duty at service area at observation time:<br>Staff Category                      Number<br>M. D.                                      _____<br>Nurse                                      _____<br>Midwife                                      _____<br>Med. Tech                                      _____<br>Counsellor/Educator                      _____<br>Others _____                      _____ |                  |                        |
| Observed waiting time for 3 randomly selected clients:  |   |                  |                        |
| Client's Name   | Arrival Time  | Time Seen/Served | Time Completed Service |
| _____   | _____   | _____            | _____                  |
| _____   | _____   | _____            | _____                  |
| _____   | _____   | _____            | _____                  |



| EQUIPMENT FOR HIV/AIDS SCREENING, DIAGNOSIS AND CARE |        |               |   |   |   |
|--|--------|---------------|---|---|---|
| Type of Equipment                                    | Number | Date Acquired | Condition   |   |   |
|  |        |               | A   | B | C |
|  |        |               | <i>A = Good/Functional</i><br><i>B = Need Repair</i><br><i>C = Not serviceable/<br/>                     Need replacement</i> |   |   |
| Bed for vaginal exam                                 |        |               |   |   |   |
| Vaginal speculum                                     |        |               |   |   |   |
| Autoclave  |        |               |   |   |   |
| Incubator  |        |               |   |   |   |
| Microscope   |        |               |   |   |   |
| HIV Antibody Detection Kit                           |        |               |   |   |   |
| IEC Equipment (specify)                              |        |               |   |   |   |
|  |        |               |   |   |   |
|  |        |               |   |   |   |
|  |        |               |   |   |   |
|  |        |               |   |   |   |
|  |        |               |   |   |   |
|  |        |               |   |   |   |
|  |        |               |   |   |   |
|  |        |               |   |   |   |
|  |        |               |   |   |   |
|  |        |               |   |   |   |

*Notes on Pertinent Observations Re Equipment:*

| <b>ESSENTIAL SUPPLY &amp; CONSUMABLE (HIV/AIDS PROGRAM)</b> |                                    |   |
|---|------------------------------------|---|
| Name & Type of Supply<br>(e.g., reagents, drugs, etc.)      | Average<br>consumption per<br>week | Buffer Stock Level<br>at time of survey (in<br>no. of equiv. weeks) |
| Diagnostic & Laboratory supplies:                           |                                    |   |
| Slides for blood test                                       |                                    |   |
| Grog stain solution   |                                    |   |
| Condoms   |                                    |   |
| STI drugs:  |                                    |   |
|   |                                    |   |
|   |                                    |   |
|   |                                    |   |
| IEC materials:  |                                    |   |
| Syndromic Management Chart (posted)                         |                                    |   |
| National STD Case Management Guidelines                     |                                    |   |
|   |                                    |   |
|   |                                    |   |
|   |                                    |   |
| Reporting Forms:  |                                    |   |
|   |                                    |   |
|   |                                    |   |
|   |                                    |   |
|   |                                    |   |
|   |                                    |   |
|   |                                    |   |
|   |                                    |   |

*Notes on Pertinent Observations re Supplies and Consumable*

| <b>SERVICE AND ADMINISTRATIVE STATISTICS</b>        |  |      |      |
|---|--|------|------|
| <i>Particulars</i>                                  | <i>Value in Past 3 Years<br/>(number, rate, or amount)</i> |      |      |
|   | 1999   | 2000 | 2001 |
| Beneficiaries Served, by Type of Service            |  |      |      |
| Condom Use Education                                |  |      |      |
| HIV/STI prevention counselling/seminar              |  |      |      |
| HIV/AIDS communication materials                    |  |      |      |
| Basic care for HIV infected person                  |  |      |      |
| Psychosocial support for HIV infected               |  |      |      |
| Regularly supplied with condoms                     |  |      |      |
| HIV seroprevalence rate in catchment area           |  |      |      |
| STI prevalence in catchment area                    |  |      |      |
| Annual Budget for HIV/AIDS program                  |  |      |      |
| Annual Expenditures for HIV/AIDS program            |  |      |      |
| HIV/AIDS Prevalence Monitoring System coverage      |  |      |      |
| % STI cases treated according to national standards |  |      |      |
| STD Cases Treated: Male                             |  |      |      |
| Female  |  |      |      |
|   |  |      |      |
|   |  |      |      |
|   |  |      |      |

*Notes on Pertinent Observation Re Service & Administrative Statistics:*

**OTHER PERTINENT INFORMATION**

Source of Electricity: \_\_\_\_\_ Availability:  24 hours  Others, specify  
Water Supply Source: \_\_\_\_\_ Availability:  24 hours  Others, specify

Assistance received from JICA:  
 training, specify \_\_\_\_\_  
 equipment, specify \_\_\_\_\_  
 IEC support, specify \_\_\_\_\_  
 Others, specify \_\_\_\_\_

Please describe freely the following:

1. What do you think is the positive outcome of JICA intervention in the program?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Were there any negative outcomes of JICA intervention in the program? Please describe fully.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Do you think you could have gotten better outcome if JICA designed the support for your organization in a different way?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Extra Page:**

| Staff Available for HIV/AIDS Program |                 | Staff on Duty at Service Area at Time of Survey |                 |
|--------------------------------------|-----------------|---|-----------------|
| Staff Category                       | Number of Staff | Staff Category                                  | Number of Staff |
| M.D.                                 |                 | M.D.  |                 |
| Nurse                                |                 | Nurse   |                 |
| Midwife                              |                 | Midwife   |                 |
| Med.Tech.                            |                 | Med. Tech                                       |                 |
| Health Educator                      |                 | Health Educator                                 |                 |
| Counsellor                           |                 | Counsellor                                      |                 |
|                                      |                 |   |                 |
|                                      |                 |   |                 |
|                                      |                 |   |                 |
|                                      |                 |   |                 |
|                                      |                 |   |                 |
|                                      |                 |   |                 |
|                                      |                 |   |                 |
|                                      |                 |   |                 |
|                                      |                 |   |                 |
|                                      |                 |   |                 |
|                                      |                 |   |                 |
|                                      |                 |   |                 |
|                                      |                 |   |                 |
|                                      |                 |   |                 |
|                                      |                 |   |                 |

**Thematic Evaluation on Population and Health Sectors in the Philippines  
under JICA/USAID Collaboration, Part 2**

*Administration Office Observation and Document Survey: HIV/AIDS/STI Program  
February 2002*

| <b>IDENTIFICATION</b> |   |
|-----------------------|---|
| Name of Office:       | Address:  |
| Chief of Office:      | Ownership: <input type="checkbox"/> Government <input type="checkbox"/> NGO |
| Catchment Area:       | Catchment Population Size:  |
| Respondent:           | Designation of R:   |
| Observer/Interviewer: | Time Started:                      Time Completed:                          |
| Date of Observation:  | Editor:                                      Date:                          |
| Coder:                | Date:   |

| <b>PROGRAM INFORMATION</b>                              |                                    |
|---|------------------------------------|
| No. of Social Hygiene Clinics Supervised (Attach List): |                                    |
| Annual HIV/AIDS/STI Budget, 2002:                       | Actual HIV/AIDS Expenditure, 2001: |
| Personal Services:                                      | Personal Services:                 |
| MOOE:   | MOOE                               |
| Capital Outlay:   | Capital Outlay                     |

**STATISTICAL REPORTS AVAILABLE AT OFFICE**

|   | 1999 | 2000 | 2001 |
|---|------|------|------|
| HIV Seroprevalence rate                       |      |      |      |
| STI prevalence rate                           |      |      |      |
| STI screening tests done                      |      |      |      |
| STI cases treated                             |      |      |      |
| HIV/AIDS cases given basic care               |      |      |      |
| HIV/AIDS counselling seminars conducted       |      |      |      |
| Beneficiaries regularly supplied with condoms |      |      |      |
|   |      |      |      |
|   |      |      |      |
|   |      |      |      |







**Thematic Evaluation on Population and Health Sectors in the Philippines under JICA/USAID Collaboration, Part 2**

**Background Characteristics of Discussants and Focus Group Discussion Guide, HIV/AIDS/STI Program**

**City:** \_\_\_\_\_ **Facility:** \_\_\_\_\_ **Moderator:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_ **Time:** \_\_\_\_\_  
**Category:**  Gov't  NGO **Discussants:**  Males  Females

**Introduction:** *Thank you for participating in this focus group discussion today. We are here to ask you a few questions, and to listen and learn from your experiences and thoughts about the services and benefits you have received from this clinic. In this discussion there are no right or wrong answers. All comments, both negative and positive, are welcome. We are only interested in knowing what you think about the services offered, what your experiences have been, and what you think is beneficial to all. First, let me introduce myself. My name is \_\_\_\_\_, and I will be moderating this discussion. We will be recording our discussion, but you have our assurance that everything we discuss today will be held in strict confidence. We would like to give everyone a fair chance to speak and express his/her views on the questions we will be asking, so please feel free to speak and wait for your turn.*

*First, may we ask you to introduce yourselves, and give us a few background information about yourself to help us to know you better.*

| Ref. No. | Please give us your name & how you want to be called | Sex | Religion | Marital Status | Education | Occupation | How long a resident of this community | How long availing of services from this clinic |
|----------|--|-----|----------|----------------|-----------|------------|---------------------------------------|--|
| 1        |  |     |          |                |           |            |                                       |  |
| 2        |  |     |          |                |           |            |                                       |  |
| 3        |  |     |          |                |           |            |                                       |  |
| 4        |  |     |          |                |           |            |                                       |  |
| 5        |  |     |          |                |           |            |                                       |  |
| 6        |  |     |          |                |           |            |                                       |  |
| 7        |  |     |          |                |           |            |                                       |  |
| 8        |  |     |          |                |           |            |                                       |  |

May I now ask you what specific services you have availed of in this clinic and what you think of those services? Tell us of your experiences, whether good or bad, or so so. Let's start with (ref. no. 1) and move around. We want everyone to share his/her experiences and views. I will name the most common services and you tell me whether or not you have used this service and what your experiences and views about this service are:

| Ref. No. | Blood Test for Screening HIV/AIDS & STI |                           | Getting the result of blood test |                        | Basic Care or Treatment of Condition |               | Psycho-social Counselling |              |
|----------|---|---------------------------|----------------------------------|------------------------|--------------------------------------|---------------|---------------------------|--------------|
|          | Ever Used?                              | Describe your experiences | Who Informed                     | How were you informed? | Negative Exp                         | Positive Exp. | Negative Exp              | Positive Exp |
| 1        |   |                           |                                  |                        |                                      |               |                           |              |
| 2        |   |                           |                                  |                        |                                      |               |                           |              |
| 3        |   |                           |                                  |                        |                                      |               |                           |              |
| 4        |   |                           |                                  |                        |                                      |               |                           |              |
| 5        |   |                           |                                  |                        |                                      |               |                           |              |
| 6        |   |                           |                                  |                        |                                      |               |                           |              |
| 7        |   |                           |                                  |                        |                                      |               |                           |              |
| 8        |   |                           |                                  |                        |                                      |               |                           |              |

Continuation of previous page

| Ref. No. | Getting information on HIV/AIDS/STI |                             | First Consultation & Follow-Up |                      | Referral/Followup of Contact/Partner |               | Others, specify _____ |              |
|----------|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------------------------------|---------------|-----------------------|--------------|
|          | Type of info                        | Usefulness of info/how used | Negative Exp                   | Positive Experiences | Negative Exp                         | Positive Exp. | Negative Exp          | Positive Exp |
| 1        |                                     |                             |                                |                      |                                      |               |                       |              |
| 2        |                                     |                             |                                |                      |                                      |               |                       |              |
| 3        |                                     |                             |                                |                      |                                      |               |                       |              |
| 4        |                                     |                             |                                |                      |                                      |               |                       |              |
| 5        |                                     |                             |                                |                      |                                      |               |                       |              |
| 6        |                                     |                             |                                |                      |                                      |               |                       |              |
| 7        |                                     |                             |                                |                      |                                      |               |                       |              |
| 8        |                                     |                             |                                |                      |                                      |               |                       |              |



*We will now talk about your problems, if any, in dealing with your illness or condition and in getting appropriate treatment and care.*

| Ref. No. | Social Stigma.<br>How did friends & relatives react to your illness? | Cost of Treatment |   | Side Effects of Treatment |                           | Others, Specify: |  |  |
|----------|--|-------------------|---|---------------------------|---------------------------|------------------|--|--|
|          |  | Amt. Spent        | Availability and cost, if any, of drugs in clinic | What side effects?        | How did you deal with it? |                  |  |  |
| 1        |  |                   |   |                           |                           |                  |  |  |
| 2        |  |                   |   |                           |                           |                  |  |  |
| 3        |  |                   |   |                           |                           |                  |  |  |
| 4        |  |                   |   |                           |                           |                  |  |  |
| 5        |  |                   |   |                           |                           |                  |  |  |
| 6        |  |                   |   |                           |                           |                  |  |  |
| 7        |  |                   |   |                           |                           |                  |  |  |
| 8        |  |                   |   |                           |                           |                  |  |  |

How would you rate the services in this clinic, based on your own personal experiences? Please use the following grades as rating: 4 = excellent; 3 = satisfactory; 2 = not applicable; 1 = not satisfactory. Please explain or give us the reason for your rating.

| Ref. No. | Accessibility of Facility to Clients |                    | Promptness & Efficiency of Service, |                    | Staff competence, accuracy of diagnosis & effectiveness of Treatment |                    | Availability of supply, info, and other support services |                    |
|----------|--------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|--------------------|--|--------------------|--|--------------------|
|          | Rating                               | Reasons for Rating | Rating                              | Reasons for Rating | Rating   | Reasons for Rating | Rating   | Reasons for Rating |
| 1        |                                      |                    |                                     |                    |  |                    |  |                    |
| 2        |                                      |                    |                                     |                    |  |                    |  |                    |
| 3        |                                      |                    |                                     |                    |  |                    |  |                    |
| 4        |                                      |                    |                                     |                    |  |                    |  |                    |
| 5        |                                      |                    |                                     |                    |  |                    |  |                    |
| 6        |                                      |                    |                                     |                    |  |                    |  |                    |
| 7        |                                      |                    |                                     |                    |  |                    |  |                    |
| 8        |                                      |                    |                                     |                    |  |                    |  |                    |

*I will now ask you whether and how your experiences, both with your illness and your interaction with this clinic, have resulted in any changes in your knowledge, attitudes, and habits. Please tell us your reasons for those changes, if any, and whether you think the change is for the better, or worse, or no change at all.*

| Ref. No. | Recognizing signs and symptoms of STI & knowing what to do when they appear |       | Knowledge on how STI/HIV transmitted and Proper use of condoms/protective devices |       | Seeking Prompt and Correct Treatment & Attention, Visit clinic for screening |       | Safe Sex Practices (Specify) |       |
|----------|---|-------|---|-------|--|-------|------------------------------|-------|
|          | Before  | After | Before  | After | Before   | After | Before                       | After |
| 1        |   |       |   |       |  |       |                              |       |
| 2        |   |       |   |       |  |       |                              |       |
| 3        |   |       |   |       |  |       |                              |       |
| 4        |   |       |   |       |  |       |                              |       |
| 5        |   |       |   |       |  |       |                              |       |
| 6        |   |       |   |       |  |       |                              |       |
| 7        |   |       |   |       |  |       |                              |       |
| 8        |   |       |   |       |  |       |                              |       |

Continuation of previous page

| Ref. No. | View of Self/Society (dealing with stigma) |       | Attitudes and Relations with Clinic & Staff |       | Other Observed Changes, specify |       | Others, specify |       |
|----------|--|-------|---|-------|---------------------------------|-------|-----------------|-------|
|          | Before                                     | After | Before                                      | After | Before                          | After | Before          | After |
| 1        |  |       |   |       |                                 |       |                 |       |
| 2        |  |       |   |       |                                 |       |                 |       |
| 3        |  |       |   |       |                                 |       |                 |       |
| 4        |  |       |   |       |                                 |       |                 |       |
| 5        |  |       |   |       |                                 |       |                 |       |
| 6        |  |       |   |       |                                 |       |                 |       |
| 7        |  |       |   |       |                                 |       |                 |       |
| 8        |  |       |   |       |                                 |       |                 |       |

## 添付資料 6

---

政府・国際・NGO 等関係諸機関面談者リスト

## 主要面談者リスト

国家経済開発庁 National Economic Development Authority (NEDA)

|                     |  |
|---------------------|--|
| Jose Montero        | Assistant Director, NEDA- PMS          |
| Arlene Ruiz         | Chief, HNFP Division SDS-NEDA          |
| Ellaine Grace Viray | Economic Division Specialist, PMS-NEDA |
| Amy Benjamin        | Economic Division Specialist, NEDA-PIS |
| M. Lourdes Eudela   | Economic Division Specialist, PMS-NEDA |
| Michael Pravido     | Economic Division Specialist, NEDA-SDS |

保健省国際保健協力局 BIHC & Infectious Diseases Cluster

|                        |  |
|------------------------|--|
| Dr. Flavonte Trinidad  | Medical Officer VII, DOH-BIHC              |
| Dr. Lunengniog Villa   | MS IV, DOH-CID-NCDPC                       |
| Dr. Florence Apule     | MS IV, DOH-CFEH-NCDPC                      |
| Cecilia T. Hugo        | SHPO-CID-MCP                               |
| Dr. Angilis M. Dunandy | CHPO-DOH-CIO-TBunit                        |
| Dr. Rosalind Vionzon   | MS IV-TBunit-IDO-NCDPC                     |
| Ms. Brenda Panganilow  | SHPO-DOH-BIHC                              |
| Remedios Paulino       | Dir III OIC, DOH-BIHC                      |
| Dr. Heidi Kawi         | SUP, Health Program Officer, UPMD-DOH-BIHC |
| Dick Manuel            | HEWSPECS                                   |
| Dr. Dorothy Agdaniag   | MS III, SLH-SACCL                          |
| Dr. Elizabeth O. Telan | MS I, SLH-SACCL                            |

保健省 Department of Health (DOH), Regional Office IV

|                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| Dr. Rosario Famaran | Director DOH Regional Office IV |
|---------------------|---------------------------------|

DOH Regional Office CEBU

|                                |                                    |
|--------------------------------|------------------------------------|
| Rosario Marilyn Benabaye, M.D. | Regional Director                  |
| Dr. Rosariomarilyn S. Benabaye | Director III, DOH-CHD-CEBU         |
| Ms. Lucy B. Aguilan            | Medical Technologist, DOH-CHD-CEBU |
| Irina K. Lopez                 | Nurse II, DOH-CHD-CEBU             |
| Dr. Elaine Teleron             | Regl. TB Coordinator               |

熱帯医学研究所 Research Institute of Tropical Medicine (RITM)

|                     |   |
|---------------------|---|
| Dr. Olveda          | 所長  |
| Dr. Aib Pasay       | Supervising Science Res Spec, RITM                    |
| Rossana Ditangeo    | ICTP/TCTP coordinator, RITM                           |
| Ann A. Castro       | ICTP/TCTP overall coordinator, RITM                   |
| Ferdinand E. Foquiz | Medical Technologist, Pasay Chest Clinic & Dispensary |

### Pasay Chest Clinic

|                     |  |
|---------------------|--|
| Ferdinand E. Foquiz | Medical Technologist,Pasay Chest Clinic&Dispensary |
| Daisy C. Martinez   | Staff Nurse  |
| Felisa B. Tahir,MD  | Chief  |

### Quezon Institute

|                      |                           |
|----------------------|---------------------------|
| Norlie R. Reynoso    | Medical Technologist,PTSI |
| Veronica S. Delacruz | Staff Nurse,PTSI          |
| Alex Pes             |                           |
| Ferdi Bardullaz      | OIC-DSU,PTSI              |
| Visolite M. Pauz,MD  | DSU,PTSI                  |
| Arvin G. Kalaw       | Medical Technologist,PTSI |
| Cynthia Eligado      | Field Supervisor,PTSI     |

### IOCV Zambaless, Malaria Control

|                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| Syla Candule          | Barangay Captain |
| Genoveva P. Exala     |                  |
| Elenor C. Salenga     | Kgud             |
| Lynn A. De Sm Agustea | RHU-Nurse        |

### City Health Department,CEBU CITY

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Dr.Susan T. Adcawan   | CITY NTP Coordinator,City Health Department,CEBU CITY |
| Ma Dorotea M. Bacalsu | Lab. Medical Technologist,City Health Department      |

### Cebu Medical Society

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Anna Marie Heredia            | Medical Technologist,Cebu Center for Infections Diseases |
| Mabel Ruiz                    | Medical Technologist,Cebu Center for Infections Diseases |
| Verginia Raessla              | Biologist, CCID-PSMID                                    |
| Corazen Tar-Mereser           | Treasurs, CCID-PSMID                                     |
| Helen Tuditud                 | Pathologist, PSMID, CCID                                 |
| Lydia Bigernia                | Pathologist, PSMID, CCID                                 |
| Teresita Dy                   | Vice President-CMS, CMS-PAFP                             |
| Virginia S. Paradela          | Board Member, CMS  |
| Cora L. Quijano               | Secretary-CMS, CMS-POGS                                  |
| Tomas Polloso,Jr.             | CMS(unknown title organization)                          |
| Josefina L.Poblete            | Adviser PSMID  |
| Lleborah Limchuu              | VP-PSMID, Board-CMS, PPS, PSMID                          |
| Ronaldo Ranon T. Bigonnia, MD | EMIF/CMS   |
| Kageyama Seiji                | JICA Expert, SACCL DOH, SACCL/SLH/DOH/JICA               |
| Peter Gotiong                 | I.D. Internist   |
| Mario C. Mabalay              | Director(unknown organization)                           |
| Leonard C. Cimafranca         | Director, CMS(Cebu Medical Society)                      |
| Josemar A. MERCADO            | Board Member, CMS  |

|              |               |
|--------------|---------------|
| Jane Galang  | CMS President |
| Shawn Espina | CMS Director  |

#### TB Pavillion/ Cebu PTS

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Dr. Purita Gil        | Officer in-charge, Philippine tuberculosis Society |
| Mercenia D. Mollanido | Domiciliary Nurse, Cebu TB Pavillion               |

#### Orientation on the USAID Infectious Diseases Surveillance and Control Project

|                      |                                     |
|----------------------|-------------------------------------|
| Onofre Merilles Jr.  | Project Area Manager, IDSCP/NEC-DOH |
| Sheri-Nouane Johnson | President Advisor, CDC              |
| Vivian Lufranco      | Project Manager, IDSCP              |
| Socorro P. Lupisan   | Head, Lab Research Division, RITM   |
| Cora Manolon         | PHA, USAID                          |

#### CHO Davao City

|                               |                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| Dr. Bemellie Bernolitte Sabry | Medical Specialist II, DOH-CHO XI |
| Dr. Route Cueto               | Social Hygiene Clinic             |
| Anna Fe B. Torres             | Medical Technologist II, CHO      |
| Vialita R. Nano               | Medical Technologist II, CHO      |

#### Malaria Collaborating Center

|                            |   |
|----------------------------|---|
| Jennifer Luchavez          | Science Res. Spec., Collaborating Gender-CHD XI |
| Francisco B. Alivio, MD    | MS II   |
| Cemellie Besselete V. Saba | MON, Bpes-CHD DOH XI                            |
| Eloisa uymn. Seeuna        | MS II, CHD                                      |
| Cefilia S. Poliquit        | Specialist III, Health Operation                |

#### Schistosomiasis Prevalent Area (Carmen Davao del Norte)

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Jun Leo Donalvo         | Med-Tech II, Provincial Health Office, Carmen Davao del Norte |
| Dr. Reynaldo Villanueva | Provincial Health Officer II, Carmen Davao del Norte          |
| Irenn C. Mantilla       | Malacologist II, DOH-Provincial Health Team Office            |
| Estela T. Mantilla      | Med. Tech. II DOH-Provincial Health Team Office               |
| Dr. Francisco Alivio    | MS II   |

#### Davao Medical Center

|                    |  |
|--------------------|--|
| Jean S. Tay        | Chief of Clinics, Davao Medical Center |
| Narinda Alecha     | Nurse III, Davao Medical Center        |
| Alicia Vayug       | DMC (title unknown)                    |
| Marle Ylette Barez | DMC (title unknown)                    |

#### DOH CHD IV Extension Office

|                      |   |
|----------------------|---|
| Manuel R. Biligilin  |   |
| Dr. Enilia P. Ajevco | Coordinator, Department of Health Control for ? , Region IV |



Dr. Peter Hew Auraueny                      MO IV/Provincial Malariologist  
Wohddl B. Magalet

Malaria Control Project Site (FGD in Isugod)

Arlene Lambiguit                      Student Teacher  
Rudyline O. Ramos                      Student Teacher  
Ma-Divina Gracia R. Gabinete                      Student Teacher  
Adelaida J. Forones                      Student Teacher  
Jesslie O. Samson                      Student Teacher  
Vivian Pagutayao                      Prof.  
Corazon P. Cabili

Laguna PHO

Alsaneo Lagos                      Director  
Dane H. Atayan, MD                      Medical Officer IV, PHO,Laguna  
Danilo B. Sellza                      A.U.N,PHO, Laguna  
Dasel F.Magelba                      PHO I,Laguna

Rural Health Unit of Cabuyao

Ana Liza B. Galang                      TB Coordinator  
Ofelia S. Canceran                      PHN III,Cabuyao II

RHU of Sta Rosa District II

Angelina B. Balisna                      Nurse III,RHU II Sta.Rosa, Lag  
Annie Solihan                      Med Tech,RHU II Sta.Rosa, Lag

PNAC

Dr. Loreto Roquero, Jr.,                      PNAC Director

IPHC-BIHC DOH

Dr. Florante Trinidad                      Chief, IPhC-BIHC

日本大使館

JICA フィリピン事務所

JICA 専門家

AUSAID

CIDA