

ミャンマー国
ハンセン病対策・基礎保健サービス改善
プロジェクト
事前調査団報告書

平成11年9月

国際協力事業団
医療協力部

序 文

ミャンマ - 連邦は、感染症が死因および疾患の上位を占め、保健省も第三次国家保健計画において各感染症のプライオリティーを高め、優先的に取り組んでいます。そのなかで、ハンセン病については、患者数が世界で五指に入る多発国となっています。

ハンセン病対策の基礎保健サービスへの一部統合化や多剤療法の試行的な導入により、ある程度有病率は低下しましたが、新患登録数が減少せず、早期発見が適切になされておらず、またハンセン病患者のケア・リハビリテーションも不十分な状況です。その折、平成10年10月に感染症基礎調査団が派遣され、ハンセン病対策を中心とした技術協力の必要性が指摘されました。このような背景のもと、ミャンマー連邦政府はハンセン病を中心とした感染症対策の強化と、住民に直接保健サービスを提供するスタッフの訓練を中心とした基礎保健サービスの強化を目的としたプロジェクト方式技術協力を要請してきました。

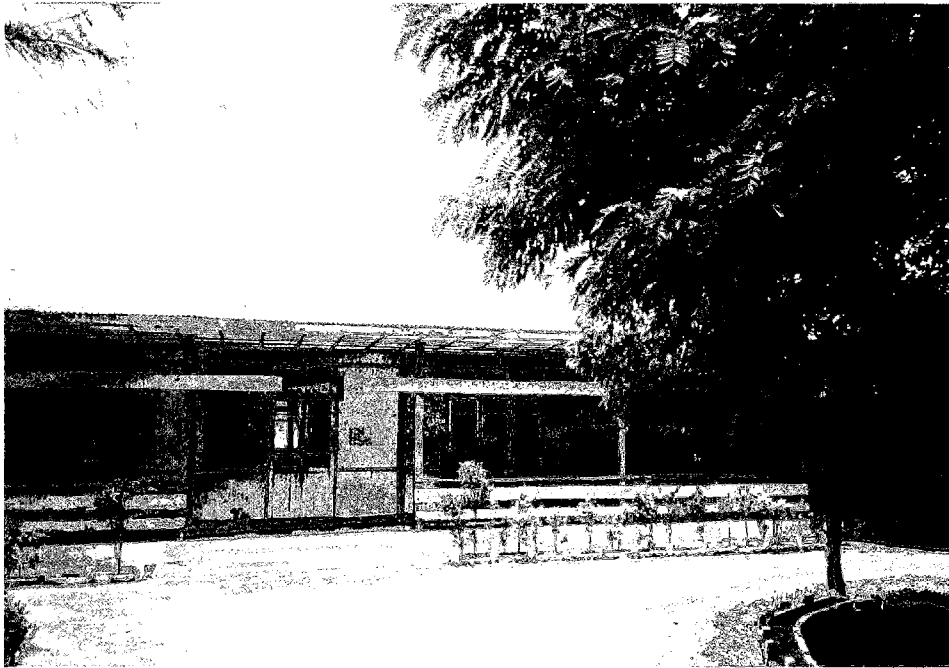
これを受けて、国際協力事業団は、プロジェクト方式技術協力による同プロジェクト実施の可能性について調査すべく、平成11年7月21日から同年8月5日まで国立国際医療センター国際医療協力局長田中喜代史氏を団長として事前調査団を派遣しました。

本報告書は、同調査団の調査結果を取りまとめたものです。ここに本件調査にご協力いただきました関係各位に対しまして、深甚なる謝意を表しますとともに、本プロジェクト実施に向けて、今後ともご指導、ご鞭撻をお願い申し上げます。

平成11年9月

国際協力事業団

理事 阿 部 英 樹



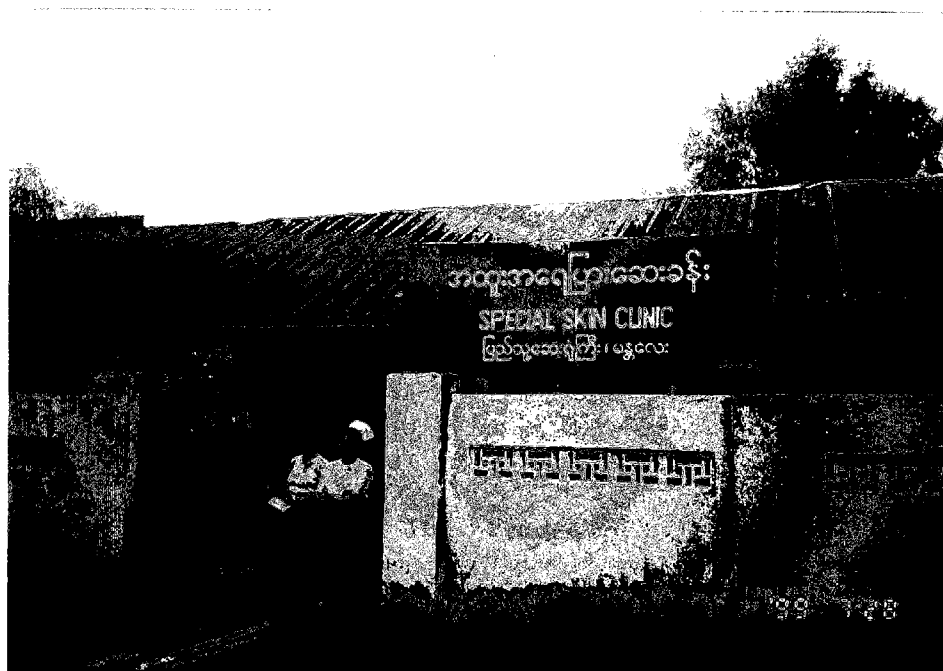
イエナタ国立ハンセン病病院施設の一部



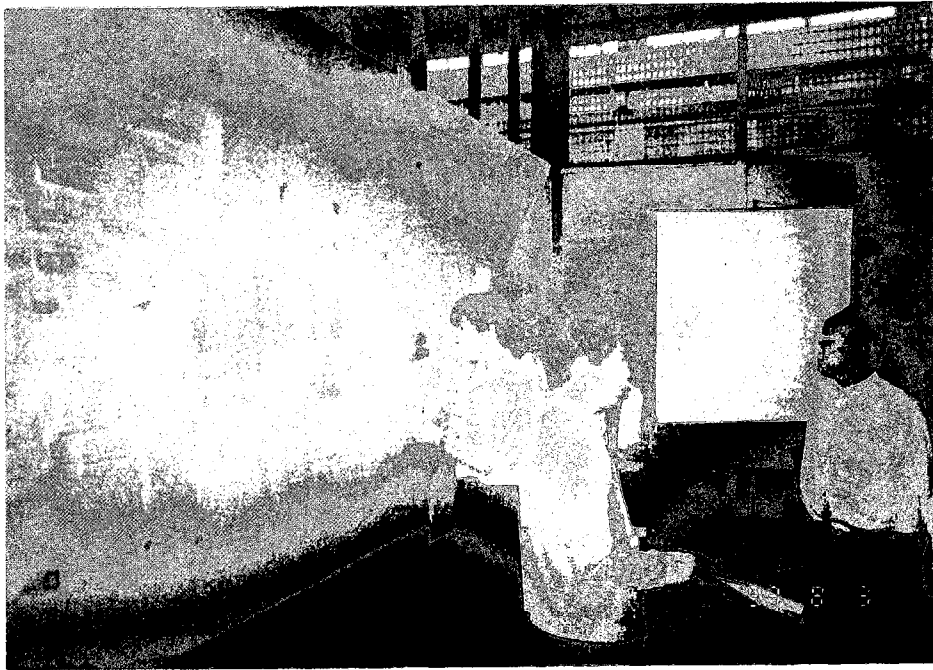
同病院検査室



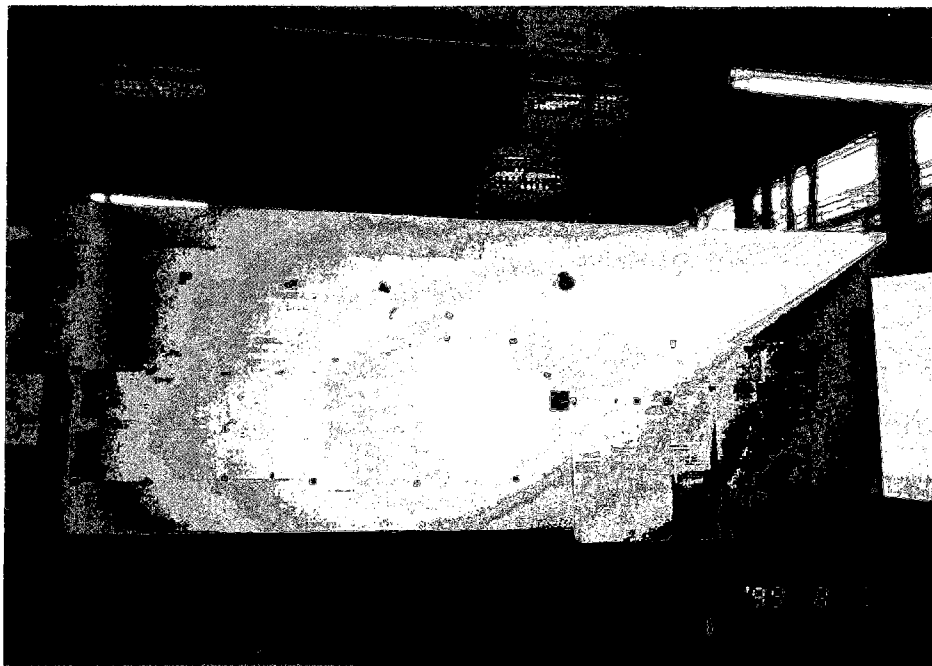
同病院装具製作室



マンダレー総合病院特殊皮膚科外来



PCM ワークショップ風景



同ワークショップ成果品の一部

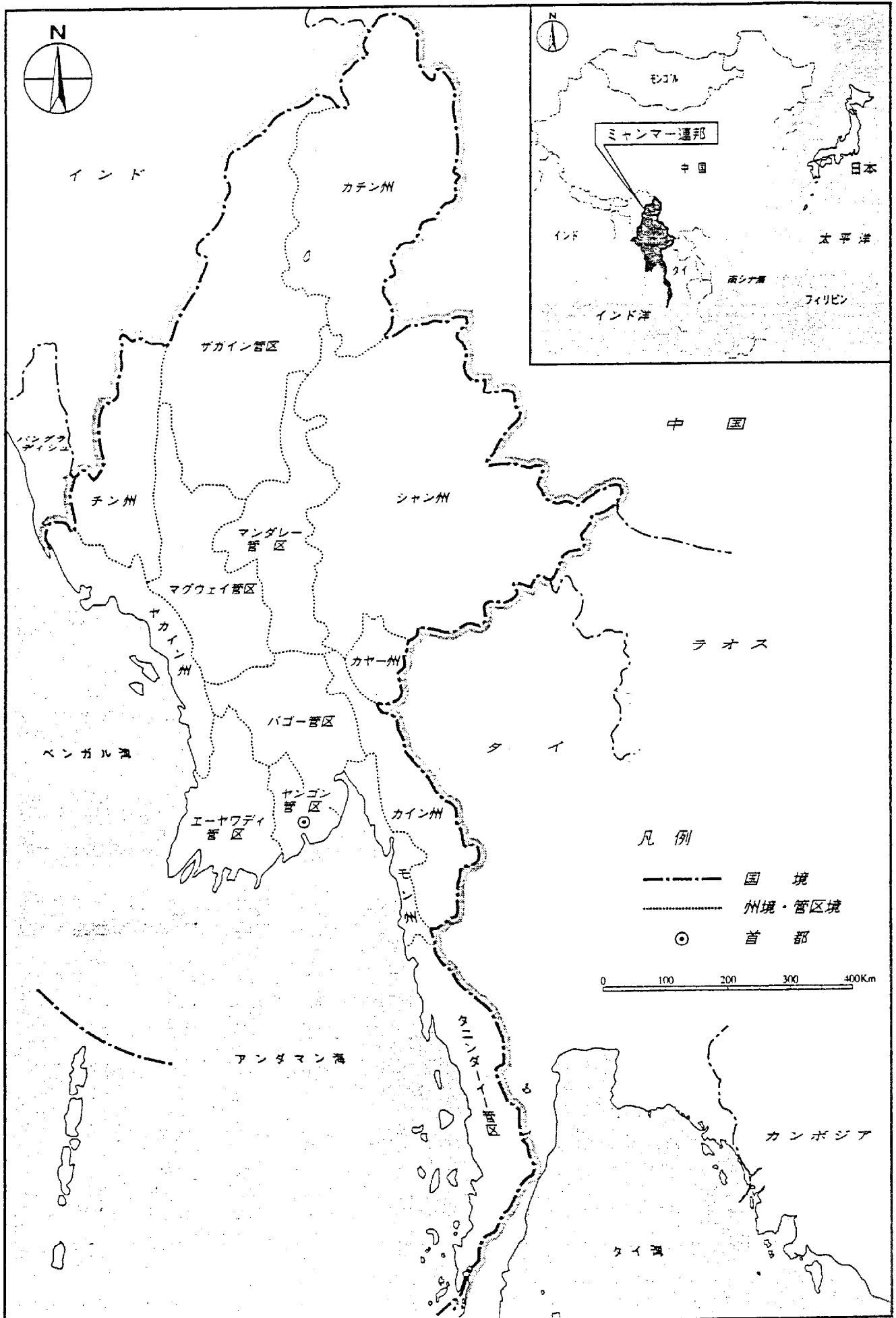


ヤンゴン総合病院特殊皮膚科外来検査室



ミニッツ署名風景

地図：ミャンマー連邦



目 次

序 文

写 真

地 図

1．事前調査団派遣 -----	1
1 - 1 調査団派遣の経緯と目的 -----	1
1 - 2 調査団の構成 -----	1
1 - 3 調査日程 -----	2
1 - 4 主要面談者 -----	3
2．総 括 -----	5
3．要請の背景 -----	6
4．ハンセン病分野の現状と問題点、提言・留意事項 -----	7
4 - 1 ハンセン病対策分野 -----	7
4 - 2 ハンセン病医療分野 -----	8
5．要請の内容 -----	10
6．日本の他の協力との関連 -----	12
7．第三国（国際機関との関係）との協力関係 -----	13
8．PCMワークショップ -----	20
8 - 1 PCMワークショップ実施記録 -----	20
8 - 2 各分析の重要ポイントと成果品 -----	22
8 - 3 ワークショップの評価 -----	27
8 - 4 プロジェクト実施に向けての今後の課題（PCM関連事項） -----	29

9．プロジェクト実施計画	41
9 - 1 協力の方針	41
9 - 2 実施計画概要	41
10．相手国のプロジェクト実施体制	50
10 - 1 実施機関の組織および事業内容	50
10 - 2 プロジェクトの組織および関係機関との組織関連	51
10 - 3 プロジェクトの予算措置	52
10 - 4 建物、施設等計画	54
10 - 5 カウンターパートの配置計画	54
10 - 6 政府関係機関の支援体制	54
11．プロジェクト協力の基本計画	56
11 - 1 協力の方針	56
11 - 2 協力の範囲および内容	57
11 - 3 専門家派遣計画	59
11 - 4 研修員受入れ計画	60
11 - 5 資機材供与計画	60
12．相手国側との協議結果	61
13．技術協力の妥当性	64
14．協力実施にあたっての留意事項	66
附属資料	
協議議事録（ミニッツ）	69
プロジェクトの要請内容	82
ハンセン病対策資料（ミャンマー保健省）	87

1 . 事前調査団派遣

1 - 1 調査団派遣の経緯と目的

ミャンマー連邦（以下、ミャンマー）は、感染症が死因および疾患の上位を占め、保健省も第三次国家保健計画において各感染症のプライオリティーを高め、優先的に取り組んでいる。そのなかで、ハンセン病については、患者数が世界で五指に入る多発国となっている。

同国では、1950年代初頭からWHOの指導を受けてハンセン病対策に取り組み、ハンセン病対策のための専門スタッフが養成され組織化されていたが、1977年から基礎保健サービス（Basic Health Service）のなかに統合された。従来ハンセン病だけをターゲットにして活動してきた専門スタッフと全般の一次医療サービスを行うスタッフとが共存する形となったなかで、ハンセン病の多剤療法（MDT）が試行的に導入され、1991年には全国に広げられていった。その成果としてある程度の有病率の低下がみられたものの、非専門スタッフによる患者発見能力には限界があるため新患登録数の減少がみられない。また、ハンセン病の治療には早期発見が重要であるが、それが適切になされている状況ではなく、またハンセン病患者のケア・リハビリテーションも不十分である。1998年10月に感染症基礎調査団が派遣され、ハンセン病対策を中心とした技術協力の必要性が指摘された。

このような背景のもと、ミャンマー政府はハンセン病を中心とした感染症対策の強化と、住民に直接保健サービスを提供するスタッフの訓練を中心とした基礎保健サービスの強化を目的としたプロジェクト方式技術協力を要請してきた。

本要請を受けて、同国側の要請内容と実施体制および協力実施計画を調査・協議することを目的として、事前調査団を1999年7月21日から同年8月5日まで派遣した。

1 - 2 調査団の構成

担 当	氏 名	所 属
団長 総 括	田中喜代史	国立国際医療センター国際医療協力局長
団員 ハンセン病対策	江川 勝士	国立駿河療養所長
団員 ハンセン病医療	牧野 正直	国立療養所邑久光明園長
団員 感染症対策	疋田 和生	国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力課医師
団員 協力計画	伊藤 賢一	国際協力事業団医療協力部医療協力第一課職員
団員 参加型計画手法	笹尾隆二郎	アイ・シー・ネット株式会社 コンサルティング部シニアアナリスト

1 - 3 調査日程

日順	月 日	曜日	移 動 お よ び 業 務
1	7 / 21	水	移動 関西空港 ヤンゴン (NH-951、疋田・笹尾団員)
2	7 / 22	木	10:00 JICA 事務所打合せ 14:00 海外経済関係省表敬 15:00 保健省表敬
3	7 / 23	金	11:00 保健省で協議 14:00 プロジェクトサイクルマネジメント (PCM) プレワークショプ
4	7 / 24	土	資料整理
5	7 / 25	日	移動 関西空港 ヤンゴン (NH-951、田中団長・江川・牧野・伊藤団員)
6	7 / 26	月	10:00 JICA 事務所表敬 10:45 日本大使館表敬 15:00 保健省表敬
7	7 / 27	火	移動 6:30 ヤンゴン マンダレー 10:30 イエナタ国立ハンセン病病院視察 14:30 マダヤタウンシップ病院視察 15:30 ルーラルヘルスセンター視察
8	7 / 28	水	7:00 マンダレー総合病院特殊皮膚科外来視察 移動 9:30 マンダレー ヤンゴン 14:00 ヤンゴン総合病院特殊皮膚科外来研修室で PCM ワークショプ (開会、PCM 手法説明、参加者分析、問題分析)
9	7 / 29	木	9:00 PCM ワークショプ (問題分析、目的分析)
10	7 / 30	金	9:00 PCM ワークショプ (プロジェクト方式技術協力説明、代替分析、プロジェクトの要約および指標作成)
11	7 / 31	土	資料整理
12	8 / 1	日	資料整理
13	8 / 2	月	10:00 保健省とのプロジェクトデザインマトリックス (PDM) についての協議 (PCM ワークショプ) 14:00 保健大臣表敬 15:30 保健省とのミニッツ案協議
14	8 / 3	火	9:30 保健省と PDM およびミニッツ案最終協議、ヤンゴン総合病院視察
15	8 / 4	水	11:30 ミニッツ署名・交換 移動 19:30 ヤンゴン
16	8 / 5	木	6:30 関西空港 (NH-952) 8:30 関西空港 羽田 (NH-142、田中団長・江川・疋田・笹尾・伊藤団員)

1 - 4 主要面談者

(1) ミャンマー側関係者

1) 保健省

Major General Ket Sein	Minister
Dr. Wann Maung	Director General, Department of Health
Dr. Ohn Kyaw	Director, International Health Division
Dr. Soe Aung*	Director, Disease Control, Department of Health
Dr. Hla Pe	Director, Public Health, Department of Health
Dr. Kyaw Nyunt Sein*	Deputy Director, Leprosy, Department of Health
Dr. Kyaw Sein	Regional Leprosy Officer, Mandalay Division
Dr. Nyunt Hlang*	Medical Superintendent, Yenanthar Leprosy Hospital
Dr. Kyaw Myint**	Assistant Director, Leprosy Control, Department of Health
Dr. Than Htein Win**	Assistant Director, EPI Project, Epidemiology Unit, Department of Health
Dr. Peter Nay Win**	Team Leader, Leprosy Control, Thanlyin Zone
Dr. Htun Lin**	Medical Officer, Leprosy Control, Department of Health
Dr. Oke Soe**	Medical Officer, Leprosy Control, Department of Health
Dr. Kyaw Zay Ya**	Medical Officer, Ministry of Health
Dr. Maung Maung Gyi**	WHO National Consultant (Former Medical Superintendent)
Dr. Myo Tint Hton	Civil Assistant Surgeon, Yenanthar Leprosy Hospital
Dr. Hla Mar Lar	- ditto -
Dr. Zin Thaung	- ditto -
Dr. Myat Thida	- ditto -
Dr. Soe Lwin Nyein*	Deputy Divisional Health Director, Sagaing
Dr. Tin Aung*	Regional Leprosy Officer, Region 3(Sagaing)
Dr. Htay Aung*	Team Leader, Leprosy, Mandalay Zone
Dr. Tin Tun Aung*	Medical Officer, Foreign Relation
Dr. Htin Lin*	Township Medical Officer, Chauk Township
U Khin Zaw*	Leprosy Inspector, Minbu Zone
U Chit Maung*	Health Assistant, Sadaung Rural Health Center, Sagaing
Daw Rose*	Ward Sister, Yananthar Leprosy Hospital, Madaya
Daw Kaung*	Lady Health Visitor, Kyar Kan Rural Health Center

Daw Khin Swe Than* Midwife, Sadaung Rural Health Center, Sagaing
(* はPCMワークショップ参加者、* * はPCMワークショップオブザーバー)

(2) 日本側関係者

1) 在ミャンマー日本国大使館

朝海 和夫	大使
加茂 佳彦	公使
伊藤 直樹	参事官
橋本 雅道	二等書記官

2) JICAミャンマー事務所

吉田 丘	所長
横森 健治	企画調査員

2 . 総 括

本事前調査団の目的は、ミャンマー政府からハンセン病を中心とした感染症対策および住民へ直接保健サービスを提供するスタッフの訓練による基礎保健サービスの強化を目的としたプロジェクト方式技術協力の要請を受け、同プロジェクト実施の可能性を探るということであった。

1999年7月21日から8月5日の日程でミャンマーを訪問し、主としてPCMワークショップを通し、関係者との意見交換を行い、プロジェクトについての合意、共通の認識化を図った。同ワークショップにおいてはプロジェクトの上位目標、プロジェクト目標、成果、活動をまとめ、関係者との協議を行ったうえ、別項で述べるプロジェクトの概要としてまとめた。

また、予定するプロジェクトのなかで重要な役割を果たすこととなるであろう国立ハンセン病病院、タウンシップ病院（Township Hospital）、ルーラルヘルスセンター（Rural Health Center: RHC）およびマングレーとヤンゴンの総合病院特殊皮膚科外来（Special Skin Clinic）の視察も行った。

今回の調査を通じて、中央政府、地方政府ともに疾病対策、とりわけハンセン病のしっかりした組織体制が整備されていることが認められた。このことからハンセン病対策に関しては責任者、指令系統がはっきりしており、スムーズなプロジェクトの進行が期待できるといえる。

一方、タウンシップ病院やミッドワイフ（助産婦。日本でいう助産婦とは異なり、一次医療サービスを担っている）の活動を支援する行政組織は疾病対策とは異なるため、今後どのように連携していくか、責任体制、指導系統をどのようにするか等により、プロジェクトに取り入れる基礎保健サービスへの技術協力の内容が決まっていくものと思われる。これらは引き続き派遣される短期調査で明らかにしていく必要がある。

国立ハンセン病病院、ヤンゴン、マングレーの特殊皮膚科外来などについては、医療機器の更新、整備すべきものなどの問題もあると思われるが、この点についても短期調査で明らかにされ则认为している。

その他の問題点としては、今回はミャンマーの交通・通信事情などから、JICA専門家の事務所、住居、技術協力の対象地域などについて現地視察を行うことができなかったということがあげられるが、これらについても短期調査に期待したい。

ミャンマーは他の途上国と同様に財政力については厳しいものがあり、解決すべき問題は多くあるが、政府組織や問題解決に取り組む熱意は強力であり、わが国とミャンマーの相互の理解を十分図ることにより、本プロジェクトは大きな成果をあげ得るものと思われた。

3．要請の背景

ミャンマーは、感染症が死因および疾患の上位を占め、保健省も第三次国家保健計画において各感染症のプライオリティーを高め、優先的に取り組んでいる。そのなかで、ハンセン病については、患者数が世界で五指に入る多発国となっている。

WHOの協力のもと、ハンセン病専門スタッフと一次医療サービススタッフとが共存する形でハンセン病制圧活動が行われ、以下の成果をあげた。

- (1) 登録罹患率が1万人対で53.4（1987年）から3.1（1998年）に減少した。
- (2) 新患発見が効率的に行われるようになった（1万人対で年間8000から1万）。
- (3) 治癒率の向上
- (4) 多剤併用療法の推進
- (5) 地域により多剤併用療法を100%実施しているところがある。

しかし、いまだ課題として残されている点も多く、今後解決すべき点は概略以下のとおりである。

- (1) 罹患率が高い地域では、隠れている患者・新患を遅れることなく見つけ出し、ハンセン病制圧の大事な活動を継続する必要がある。
- (2) ハンセン病に感染した患者のうち障害をもつ人が多く、ミャンマーでは障害レベルG2の人が30～50%を占めるという調査もある。
- (3) 住民への啓発が十分ではない。
- (4) 障害を予防する薬や機材が十分に供給されていない。

このような課題・制限要因を克服するため、基礎保健サービス・専門サービスの充実、障害予防のための資機材の改善、地域社会におけるリハビリテーションの実施、ハンセン病病院、外来治療の向上が必要となっている。

かかる背景のもと、同国政府はハンセン病を中心とした感染症対策の強化と、住民に直接保健サービスを提供するスタッフの訓練を中心とした基礎保健サービスの強化を目的としたプロジェクト方式技術協力をわが国に正式に要請してきた。

４．ハンセン病分野の現状と問題点、提言・留意事項

４－１ ハンセン病対策分野

(1) ミャンマーにおけるハンセン病対策の現状と問題点

ある統計によると、人口10万当たりの医師数は2.95（日本169.9）、看護婦数は2.21（日本639.5）であり、保健医療の基盤が弱いと思われる。国立ハンセン病療養所、タウンシップ病院、特殊皮膚科外来などの施設を見た限り、施設、医療機器の整備状況は十分とはいえず、医療スタッフは不足していると思われる。

患者の受診率は通常低く、医療関係機関へのアクセスの困難さ、医療関係者の人手不足と、住民側の、ハンセン病に対する無知と偏見に主な原因を求めることができよう。Leprosy Elimination Campaign (LEC)による一時的な受診率の増加は、かなりの未受診患者があることを想像させる。

PCMワークショップ、施設視察を通じて、保健局をはじめ、医療関係者のハンセン病撲滅にかける熱意を強く感じた。

(2) 提言

医療従事者の不足、医療施設数の少ないこと、医療関係機関等へのアクセスの困難さなど、問題は山積している。当プロジェクトで可能なことは、現在ある資産の有効利用を促すことである。したがって、まず、末端の保健医療の担い手である助産婦の教育が必要である。プライマリーケアが十分に行われるべきであり、これを目的とした教育が入念に行われなければならない。さらに、上のレベルの医療従事者がプライマリーケアの有効性をはっきり意識し、効率のよい診断治療のためのシステムを構築する必要がある。

保健医療資産を有効に利用し、ハンセン病に対する偏見をなくすために、ハンセン病診療と他部門の診療のインテグレーションが求められる。そのためには、レファラルシステムを強化し、医療施設同士、診療部門同士、医療関係者同士の横のつながりを太くしなければならない。縦割り社会のこの国では特に意識的な努力が必要である。

基本的な医療機器が不足しており、また有効利用されていないようである。新しい効率的な医療機器の整備が急がれる。同時に、機器の利用と維持管理に習熟させなければならない。

未受診の患者発見のために、いかなる形であれ強制があってはならない。偏見をますます強くし、ひいてはハンセン病の診療に支障を来すことになる。まずは啓発を心がけるべきである。

4 - 2 ハンセン病医療分野

(1) ミャンマーにおけるハンセン病医療の現状と問題点

ミャンマーに10日間程度滞在して、ハンセン病に関して次のような情報を得た。

ハンセン病に対する強い偏見の存在（ハンセン病に対する正しい医学的知識の普及の必要性）

医療施設、医療機器の老朽化および絶対数の不足

ハンセン病医療従事者の絶対数の不足（特に医師および看護婦）

医薬品、医療用資材の不足

、 についてさらに詳述する。

1) ミャンマーには、ハンセン病にまだまだ強い社会的偏見が存在することがわかった。自国で行われたLECの結果、かなりの数の患者が発見されている。このことは、まだまだ社会の奥に隠れているcase（hidden case）が、予想以上にあるであろうことを示唆している。これらの多くは、社会のもつ偏見のためになかなか表れてこない部分であろう。また、2カ所の特殊皮膚科外来を視察したが、これも大変な場所にある。ヤンゴン特殊皮膚科外来はヤンゴン総合病院の一角にあるが、その建物は最も古く暗い。マンダレーの方は、さらにひどく、中心市街より離れた貧民街のなかにあり、ゴミ処理場の隣に位置しており、（正確かどうか疑問）前を流れる排水溝などはビニールが水中に無数に浮かび悪臭を放っている。ミャンマーのハンセン病の専門家に聞いてみると予想どおり、ハンセン病に対する施策は、感染症のなかでも最下位にランクづけされており、これに社会的偏見も加わり、このような場所になるとのことであった。場所によっては死体処理場の隣にあるところもあると語っていた。

2) 国立ハンセン病病院、タウンシップ病院特殊皮膚科外来、ルーラルヘルスセンター（RHC）など各種の施設を視察したが、どのレベルをとってみても貧しいのひと言に尽きる。病院では、手術室を見たが、古い手術台と无影灯があるのみで手術用の器具も旧型のものが少量あるのみである。そのような手術器具でも大切に使われていた。また一番驚かされたのは、ほとんど滅菌機器がないことであった。シンメルによる煮沸消毒が主流で、滅菌はほとんどされていなかった。

ヤンゴン総合病院も視察したが、中央検査室に設置されている機器はほとんど20～30年前の旧型のものであり、それをどうにか維持しながら使用している状態である。

(2) 提言・留意事項

ハンセン病の医療協力を考える場合、世界的な傾向であるintegration（統合）を念頭に置

く必要がある。これは、ハンセン病に対する偏見を払拭するうえで最もよい手段であると考えられているからである。ヤンゴンとマンダレーにある特殊皮膚科外来の機能を強化し質を向上させ、ハンセン病のレファラルセンター（referral centre）として確実に機能させることも一案であると思われる。以下のことを充実していく必要がある。

1）マンダレー市の特殊皮膚科外来

医師を常駐させること

検査として

スキンスメアー（現在も可能である）、

簡単な血液検査（たとえば簡単な肝機能検査や血球数のデータは投薬の経過をみたうえでも必要である。）、

ができる程度には、最低限機能強化する必要がある。また、環境の整備も重要な課題である。

2）ヤンゴン市の特殊皮膚科外来にミャンマーのレファラルセンターとしての機能をもたせる。

検査室の強化

肝機能検査

血液検査（マンダレー市と同様）

データ貯蓄用のコンピューター

データ保存用カメラ

顕微鏡写真のとれる装置

さらに上位目標として

蛍光顕微鏡

ELISA readerなど

上記のものを設置し、一般検査ばかりでなく、少々研究的要素をも満たせるシステムの構築が必要だと考える。

5 . 要 請 の 内 容

ミャンマー政府からの要請は、以下を主たる内容とするものであった。

- (1) 「主目的：ハンセン病専門スタッフと基礎保健サービス提供スタッフの技術向上のための以下の活動」

基礎保健サービスの強化によるハンセン病制圧
ハンセン病患者のリハビリテーションと障害予防
助産婦の感染症対策技術とハンセン病専門スタッフの知識・技術向上
患者発見、直接監視下における短期化学療法（DOTS）、検査網の充実による結核対策の強化
麻疹対策の強化

- (2) 「具体的な目的」

基礎保健サービス提供スタッフの技術向上
・ 問題発見・解決、モニタリング・評価等のプログラム運営能力の向上
・ 正確な診断、合併症、障害予防等患者に対する治療・ケア能力の向上
・ 住民参加の促進
ハンセン病専門スタッフの技術向上
・ 疫学、プログラム運営手法、研究・リハビリテーション能力の向上
ハンセン病専門スタッフと基礎保健サービス提供スタッフのための機材供与
障害予防、リハビリテーション等の機材の支援
ハンセン病病院、特殊皮膚科外来の機能向上

- (3) 「活動」

ハンセン病および結核・麻疹等、他の感染症の患者発見活動の技術支援
ハンセン病患者へのリハビリテーションへの技術支援
保健従事者への研修
タウンシップレベル、ヘルスセンター、ハンセン病専門チームの機材の改善
ヤンゴン・マンダレーのハンセン病／結核の病院、特殊皮膚科外来の機材の改善
麻疹ワクチン・コールドチェーン機材の供与
ハンセン病・麻疹の統合サーベイランスシステムの開発

(4) 「プロジェクト・サイト」

ハンセン病の流行している以下の地域（３管区内の48タウンシップ）

マグウェイ管区の25タウンシップ（すべてのタウンシップ）

南部サガイン管区の20タウンシップ

マンダレー管区の３タウンシップ

要請書に基づきPCMワークショップの開催および先方との協議を行い、本プロジェクトを以下のような目的とすることでおおむね合意を得た。

- １）各レベルの人員（ハンセン病専門対策員、国立ハンセン病病院医療従事者、ヤンゴンおよびマンダレーの総合病院特殊皮膚科外来医療従事者、タウンシップ病院医療従事者、基礎保健サービス従事者）の患者発見の実施能力が向上する。
- ２）各レベルの人員の治療の実施能力が向上する。
- ３）各レベルの人員の障害予防・リハビリテーションの実施能力が向上する。
- ４）基礎保健サービスに従事する人員の結核・麻疹のようなハンセン病以外の疾病対策の実施能力が向上する。
- ５）中堅人員層のハンセン病対策プログラムの運営能力が向上する。

すなわち、ハンセン病をテーマとした各レベルの人員研修を行い、あわせて他の患者についても可能な範囲で結核・麻疹などの他疾病対策の研修を行うことで合意を得た。また、プロジェクト・サイトについては、短期調査員派遣時に要請サイトの研修実施場所の有無や専門家のアクセス等を調査し選定したうえで、最終的に実施協議調査団で確定することとした。

6 . 日本の他の協力との関連

(1) プロジェクト方式技術協力

これまでにミャンマーに対し実施された保健医療分野のプロジェクト方式技術協力は次のとおりである。

- ・ ウイルス学研究所（1967.7～1973.3）
- ・ 歯科大学（1972.4～1977.3）
- ・ 感染症研究・対策（1980.4～1984.4）
- ・ 製薬研究開発センター（1981.7～1985.7）
- ・ 消化器病診断向上（1984.11～1988.10）
- ・ 消化器感染症研究（1986.3～1991.2）

(2) その他の技術協力

近年のミャンマーに対するその他の保健医療分野の協力は次のとおりである。

1) 単発専門家派遣

- ・ ポリオ対策（1名、1996.12～1997.1および1997.11～1998.11）
- ・ 看護学（2名、1999.3.15～1999.3.23）

2) 研修員受入れ

- ・ ポリオ実験室診断（1997年、1998年各1名）
- ・ 看護学（1998年、1名）

3) 機材供与

- ・ 感染症対策特別機材供与（ポリオワクチン、麻疹ワクチン等、1995年から現在まで）
- ・ 医療特別機材供与（安全キャビネット、顕微鏡等、1996年および1998年）
- ・ 母と子供のための健康対策特別機材供与（医薬品など、1998年から現在まで）

7 . 第三国（国際機関との関係）との協力関係

(1) WHO

最も古いパートナーであり、ミャンマー保健省へ主に技術的援助を続けてきた。ハンセン病コントロール活動はWHOの技術指導を受け、1950年代初頭に始まった。今まで実施した多くのハンセン病に関するプログラムはほとんどWHO主導である。毎年10月、WHOの専門スタッフの評価ミッションが来て、ミャンマー側から全国の集計されたデータが報告される。ミャンマーが経済的に困難な時期にあってもWHOが支持する国際的プログラムは他の援助団体を呼び寄せることができるため、保健のプログラムのなかで優先順位が高い。ハンセン病も疾病コントロールプログラムのなかでは8番目に位置づけられているが、事実上はもっと高位にランクされている。

(2) 国連開発計画（United Nations Development Programme: UNDP）

世界中で展開している人間開発計画（Human Development Initiatives）というプログラムの一環として、ミャンマーではハンセン病対策に援助を行っている。最も代表的なものは1994年から始まったCommunity Based Rehabilitation（CBR）で、患者のリハビリテーションを地域で展開し、社会復帰を促すための教育プログラムである。1997年時点で40タウンシップに拡大された。1997年からは人間開発計画のなかに組み込まれ、CBRが続けられている。

(3) UNICEF

いくつかのプログラムがUNICEF主導で動いている。

1）Universal Child Immunization（UCI）

1996年からワクチン接種活動を強化する目的で始められている。ポリオのような一斉投与方式ではなく、定期接種を広げていく方式で、1歳以下の乳児や新生児破傷風予防のための妊婦接種が中心である。1997年末までに、いくつかの地理的条件の悪いところ以外は、ほぼすべてのタウンシップをカバーした。現在この計画を発展させ、50のタウンシップでワクチン接種率の低いポケット地域をなくす活動が進められている。

以下のような成果と目標が立てられている。

- ・ Immunization coverage

EPIのすべてのワクチンについて、ワクチン接種率を80%以上にする。これは、ほぼ達成した。

- ・ Elimination of Neonatal Tetanus

1997年、TT2の接種率は83%に到達した。妊娠可能年齢の婦人に広く接種されるように

なったが、未接種のポケット地域がまだ多く存在する。

- Reduction in Measles Mortality and Morbidity

1歳以下の麻疹ワクチン接種率は1997年時点で88%に到達した。都市部の貧困層や遠隔地でのワクチン接種はなお困難に直面している。都市部は5歳以下、遠隔地は3歳以下をターゲットにしている。

- Eradication of Poliomyelitis

現在まで4回のNational Immunization Daysが実施され、5歳以下児童約600万人の95%にワクチンが接種された。中国との国境地域での協力体制が維持されている。AFPサーベイランス活動もめざましい成果をあげている。

2) Control of Diarrhoeal Diseases and Acute Respiratory Infections (CDR/ARI)

2つのプログラムを1つのプロジェクトに統合したものであるが、実際の活動はいくつかのPHCプロジェクトと共同させたり、母子保健プロジェクトに組み込んで実施している。ミャンマー保健局は、それらの調整を行っている。末端医療現場の質の向上や家庭介護が5歳以下の児童を下痢や急性呼吸器感染症で死亡させない最も重要な対策であるが、現在なおミャンマーでの死亡率は高い。

3) Women's Health

1996年からの活動として、安全な出産 (Essential Steps for Safe Delivery: ESSD) というプログラムを普及させる目的で、Woman's Healthの問題点についてミャンマーの政策立案者たちにワークショップを行い、必要な計画、ガイドライン、研修用教材をつくるための委員会を発足させた。1998年には、中核になる4病院がプログラム実施の目的で、試験的に選ばれた。また、ミャンマーの専門家を海外研修させたり、医療の末端で働いているMidwife, Auxiliary MidwifeやTraditional Birth Attendant (TBA) を再教育した。現在まで、その数はAuxiliary Midwife約1500人とTBA約1000人であり、必要な機材を支給した。WHOが1996年と1998年に2回、スポンサーになって実施している「青年の健康 (Adolescent Health) 」というプログラムのなかにこのWoman's Healthを位置づけ、国家活動計画のひとつとして準備中である。

4) HIV/AIDS Prevention and Control

オランダ、日本 (Japan National Committees for UNICEF)、AusAIDやロックフェラー基金から援助を受けて1993年12月から始められている。青少年教育や妊娠可能年齢の婦人たちに衛生教育を含めた生活技術 (life-skills) の指導を行い、36タウンシップで2万3000人の若者と65タウンシップで4万1000人の婦人に再教育を行った。実施団体はミャンマー母子福祉協会 (Myanmar Maternal Child Welfare Association: MMCWA) やミャンマー赤十字社 (Myanmar Red Cross Society: MRCS) である。

また、保健局やミャンマー医学協会（Myanmar Medical Association）が中心になって、性感染症（STD）治療の向上が図られている。STD治療薬、必要な検査器具が35のSTD診療所、27のMCHセンター、69のタウンシップ病院に配られ、35人のSTDチームリーダー、27人のMCHスタッフ、1080人の基礎保健サービス（BHS）スタッフと30人の検査室技師がトレーニングを受け、STD治療の質を改善した。STD治療の評価を行う目的で、梅毒検査用の試薬と検査室手引きを配布した。さらに、STDデータベースシステムを検討中である。

青年や婦人の意識改革を通して、HIV/AIDS、家族計画、HIV感染者への生活相談などへの理解を深め、また健康生活（healthy lifestyles）カリキュラムのなかへHIV/AIDSと関連した教材を組み入れて学校教育に使い、児童たちの健全な生活スタイルの指導をめざしている。健康生活カリキュラムについては、1997年12月から1998年5月までに、30タウンシップから71人の指導教官、1080人の地域専門官（zonal managers）、3万3531人の小中高校教師が研修を受けた。1999年までには、全国でこのカリキュラムが開始され、学校での教育活動が地域保健活動を補完し、強固なものにしていくことが期待されている。

5) Nutrition

主にUNICEFが行っている活動は、ヨード欠乏対策、ビタミンA欠乏対策、母乳栄養、児童の体重、身長計測と管理である。特に、WHO、UNDP、UNICEFが中心になって進めているのが、ヨード塩対策（Universal Iodation of Salt: USI）である。2000年までのヨード欠乏症対策に間に合いそうである。ヨード入り塩の増産が順調で、1998年度までの目標量だった9万tが2万1000t増加しそうな勢いである。そのため、人間と動物の全必要量21万tに目標が改定された。

ビタミンAについては、1996～1997年に設定された年2回の「ビタミンAの月」が全国324タウンシップのうち、309タウンシップで実施され、5歳以下の児童に投与された。また、授乳中の母親にも出産後のケアとして投与されている。1998年にビタミンAカプセルが使えるようになったし、鉄欠乏対策として鉄剤も準備されている。

6) Border Area PHC and Development

現在まだ保健省から許可が出ていないが、人材不足を解消する方法としてShan州やKayah州で新しいタイプのヘルスワーカーを養成している。Auxiliary Nurses Midwife (ANMW)と呼ばれ、正式なMidwifeよりも教育レベルは低い、遠隔地の村に自ら生活して医療サービスを提供する最前線のヘルスワーカーである。今まで400人が訓練を受け、現在も200人が研修中である。UNICEFが提唱し、彼らにワクチン接種のための注射を打つ訓練を受けてもらっている。

また、医療サービス向上のために、教材の提供、医療機材セット、ヘルスセンター機材の更新などを行っている。

安全な水の供給や衛生問題についても、ANMWがKayah州で活躍している。さらにKayah州ではマラリア予防とコントロールのための活動が開始されていて、ANMWの活躍が期待されている。

7) Community Health Management and Financing (CHMF)

このプロジェクトは、1994年に日本財団がミャンマー政府と合意してessential drugを供与したことに始まる。以後日本財団はこれらの薬の使用を円滑に進めるため、UNICEFを通して資金を提供している。この資金は下痢症対策や急性呼吸器感染症対策に使われているが、一方でこのプロジェクトの目的であるcommunity cost-sharingの導入のためにも使われている。現在でも日本財団の資金援助が続いており、UNICEFは多くのタウンシップ（1996～1997年実績 72タウンシップ）に薬剤を配布しているし、薬剤の回転資金（Revolving Drugs Funds: RDFs）維持に努力している。

以下にUNICEFの援助総額を示す。（出典 Programme Review）

表7-1 UNICEFの援助総額、1996～1997年

Unit: US\$

Project	Category of Assist.						
	1996			1997			Grand Total
	Cash	Supplies	Total	Cash	Supplies	Total	
Immunization	309,342	2,598,466	2,907,808	227,760	1,744,843	1,972,603	4,880,411
CDR	4,380	155,021	159,401	70,156	279,647	349,803	509,204
Woman's Health	5,877	101,323	107,200	21,172	121,996	143,168	250,368
HIV/AIDS Prevention and Control	167,195	115,412	282,607	394,156	229,570	623,726	906,333
Nutrition	62,414	231,824	294,238	34,427	474,198	508,625	802,863
Border Area PHC Development	6,012	69,333	75,345	52,966	241,834	294,800	370,145
CHMF	41,933	12,267	54,200	47,088	35,028	82,116	136,316
Total	597,153	3,283,646	3,880,799	849,722	3,127,116	3,974,841	7,855,640

(4) 国連人口基金（United Nations Population Fund）

1996年から実施しているBirth Spacing Projectの主要な援助組織であり、UNICEFとも共同して実施している。他の活動に関する情報は無い。

(5) NGOs

1) 笹川記念保健協力財団（Sasakawa Memorial Health Foundation: SMHF）

1989～1990年の政治的混乱時に国際援助機関は一斉にミャンマーから引き上げ、多くのプ

プログラムが頓挫した。ハンセン病コントロールプログラムも多くの援助を国際機関やNGOsに依存していたため、全く活動ができなくなり、患者の薬も払底状態となった。SMHFがその時薬の供給を引き受けてくれたために、ハンセン病対策を中断せずに済んだという経緯があり、現地担当者がSMHFとの良好な関係を強調していた。

多剤療法（MDT）に対する支援活動は、WHOを通して続けられており、ミャンマーにも支給されている。ミャンマー側もWHOからの薬剤供給に完全に依存しており、何かの理由で薬剤の供給が止まれば、プログラムが停止する状態である。ほかに自動車などの機材が供与されている。

2) American Leprosy Mission (ALM)、 Netherlands Leprosy Relief Association (NLRA)

いくつかのINGOが古くからミャンマーのハンセン病コントロールを支援してきた。特に、ALMはMon州にあるLeprosy Mission Hospitalへの資金援助を続けており、事実上のスポンサーである。WHOやUNDPの援助で不足する地域への支援活動がINGOの主な仕事である。プロジェクト・サイトの候補地になっているマグウェイ管区やサガイン管区にもこれらNGOsからの資金が入っている。

International NGOsをミャンマー保健省が公表している順に列記する。

- ・ World Vision International (WVI)
- ・ Adventist Development and Relief Agency (ADRA)
- ・ Artsen Zonder Grenzen (AZG)
- ・ International Committee of Red Cross (ICRC)
- ・ ORBIS international
- ・ Surgical Eye Expedition (SEE)
- ・ Christoffel Blindenmission
- ・ J. B. Memorial (USA)
- ・ International Federation of Eye Bank (IFEB)
- ・ Interplast
- ・ Medicines Du Monde
- ・ Association Medical Franco-Astratique
- ・ Association Francois Xaavier Bagnoud (AFXB)
- ・ Japanese ADIS Foundation
- ・ World AIDS Foundation
- ・ Action International Contre La Faim (AICF)
- ・ Sasakawa Memorial Health Foundation
- ・ American Leprosy Mission (ALM)

- Netherlands Leprosy Relief Association (NLRA)
- The Leprosy Mission International
- China Medical Board

別紙にミャンマー保健省がハンセン病対策として受け取った５年間の援助総額を示す。

**Aids From U. N. Agencies and International NGOs
for Myanmar Leprosy Elimination Programme, 1994~1998 June**

	Agency	Activities	Actual Aids US\$			
			in cash	in kind	Total	%
1	WHO	R.B(94-95)	99,690		99,690	
		R.B(96-97)	80,000		80,000	
		R.B(98-99)	80,000		80,000	
		Ofloxacin Trial	150,000	40,800	190,800	
		R.O.M. Trial	74,020		74,020	
		L.E.C. phase (1)	167,645		167,645	
		Voluntary Fund	168,203		168,203	26.9
2	UNDP	HDI-1 (93-95)	710,000		710,000	
		HDI-2 (96-99)	266,060		266,060	30.4
3	SMHF	Agreement-1.2.&3	48,870	391,127	439,997	13.5
4	ALM*		348,353	105,361	453,714	14.2
5	NLRA**		166,000	316,300	482,300	15.0
TOTAL			2,358,841	853,588	3,212,429	100.0

*) American Leprosy Mission

**) Netherlands Leprosy Relief Association

8 . PCMワークショップ

8 - 1 PCMワークショップ実施記録

- (1) 日 時： 7月28日（水） 午後2時～午後5時半（手法説明、参加者分析、問題分析）
7月29日（木） 午前9時～午後5時（問題分析、目的分析）
7月30日（金） 午前9時～午後5時
（プロジェクト方式技術協力説明、代替分析、PDM作成）
8月2日（月） 午前9時～午後5時（途中、調査団による保健大臣表敬のため、2時間ほど中断）

(2) 場 所：ヤンゴン総合病院特殊皮膚科会議室

(3) 出席者（別紙4参照）：

日 本 側 - 調査団員5名（笹尾団員を除く）、およびJICA事務所員2名

ミャンマー側 - 以下の13名（括弧内は、所属division）

・ Vertical Staff:

Regional Officer (Sagaing)

Team Leader (Mandalay)

Township Medical Officer

Health Assistant (Sagaing)

・ Leprosy Inspector (Magway)

・ Lady Health Visitor (Magway)

・ Midwife (Sagaing)

・ Yenanthar Hospital: Medical Superintendent, Nurse

・ DOH（保健局）： Director of Disease Control, Deputy Director of Leprosy

・ MOH（保健省）： Leprosy related staff

・ Divisional Officer (Sagaing)

モデレーター 笹尾団員

なお、8月2日は、PDM協議の日であり、ワークショップから参加者を大幅に絞り込み、保健局の幹部とPDMの内容を協議した。

(4) 概要

事前準備として、7月23日の午後に保健省保健局の幹部数名¹に対し、PCM手法の概略を説明し、今回のワークショップの進め方につき協議した。この席で、日本側から「貴政府の要望には、ハンセン病に加え、麻疹と結核もプロジェクトの対象に含められているが、全部を同等に議題として取り上げると議論の範囲が広がりすぎるので、ワークショップは主にハンセン病について議論したい。麻疹と結核については、おそらく研修が中心になるとと思われるプロジェクトの活動のなかで取り上げたい。」と申し入れ、了承された。

ワークショップ当日は、モデレーターを司会進行役とし、上記の出席者が主にカードを用いる形で英語でディスカッションを行った。当初は、日ごろ顔を合わせることのない保健省幹部と助産婦など地域の医療従事者が同席して、果たして打ち解けた雰囲気での議論が行えるかが懸念されていたが、冒頭から全参加者により活発な議論が展開された。結果として、ミャンマー側より要請されていたプロジェクトの背景となる問題が確認され、また、プロジェクトの枠組みを示しプロジェクトを今後運営管理していく手段となるPDMの暫定版が作成された。ワークショップの手順と討議時間は以下のとおりである。

- 第1日（7月28日） -

a．手法説明	モデレーター団員が、OHPを使って手法の骨子を説明した。（2時間）
b．参加者分析	日本側で事前に用意した参加者のグルーピングの試案をミャンマー側が確認する形で行った。（20分）
c．問題分析	各参加者が、今回のテーマ（ハンセン病）に関する問題点を英語でカラーカード（7.5 cm×21.5 cm、日本から持参）に1人当たり最低1枚書き出すところまで進めた。（1時間）

- 第2日（7月29日） -

c．問題分析(2)	昨日出された問題カードをモデレーターが整理したうえで、さらに参加者が問題カードを書き足して、問題系図の基本構造を固めた。その後、さらに、3つのサブグループに分かれ、問題系図上に示されたハンセン病に関する3つの大きな問題（リハビリテーション・新患発見・患者治療）のそれぞれについて分析を深め、問題系図を完成させた。なお、各サブグループの代表者が個々のグループの議論に関し、発表した。（4時間）
d．目的分析	問題分析の際に作成した問題系図のなかの問題点を同様にカードを使って、問題が改善された表現に置き換える作業を中心に目的系図を作成した。こうした目的分析の議論も、3つのサブグループごとに行い、やはりグループごとの発表を行った。（3時間）

¹ Director General, Director of Planning, Director of Public Health, Director of Diseases Control, Deputy Director of Leprosy Controlの5名

- 第 3 日 -

e . 代替分析	(議論に先立って、伊藤団員から今回のプロジェクトの形態であるところのプロジェクト方式技術協力について 30 分ほど説明した。) 再びグループ全体で議論し、目的系図を利用してプロジェクトの範囲を特定した。具体的には、目的系図のなかを示された課題のなかでプロジェクト方式技術協力のスキームに沿うものを選び、さらに、そのなかで重要と思われる課題を選んだ。(1 時間)
f . PDM の作成	代替分析を受けて、まず、プロジェクト要約と指標を作成した。これも、参加者に自発的にカードを書かせ、全体のコンセンサスが得られたものを選んだ。(5 時間)

- 第 4 日 (8 月 2 日、PDM 協議) -

f . PDM の作成	ワークショップ終了後、週末に日本側で議論を重ねて空白部分を埋めた PDM の試案を用意し、ミャンマー側との PDM 協議の段階で個々の項目を議論しながら PDM (暫定版) を完成した。この PDM 協議の出席者は、Dr. Kyaw Nyunt Sein, Deputy Director, Leprosy 以下、保健局関係者数名であった。
-------------	--

8 - 2 各分析の重要ポイントと成果品

(1) 参加者分析 (別紙 1 参照)

本分析に関しては、日本側が事前準備として作成したプロジェクト関係者 (プロジェクトにより何らかの影響を受ける組織・団体・個人等) のグルーピング表に基づいて、関係者のプロジェクトにおける立場・役割を明確にした。グルーピング表は、日本側試案に 2、3 項目を追加するだけで、ミャンマー側に了承された。本プロジェクトは、研修が主な活動となることが予想されているため、実施者として数多くの関係者が確認された。なお、当方の要請に従い、プロジェクトへの参加者を統計的に把握した表もミャンマー側から提出された (別紙 2 “ Supplementary Matrix for Participation (Stakeholders) Analysis ” 参照)

(2) 問題分析 (別紙 5 参照)

本分析には、ワークショップのなかで最長の時間を割いた。議論が広がり過ぎるのを避けるため、事前の打合せに従い、議論の主題を「プロジェクト・サイトとして提案されている 48 タウンシップにおけるハンセン病に関する問題」と絞り込んだ。議論の結果、コア・プロブレム (中心問題) としては、

There are a lot of leprosy patients.

邦訳：数多くのハンセン病患者がいる。

ということが確認された。今回の問題分析は、この中心問題が山形の系図の上部に位置せず、確認された以下の 3 つの問題領域をつなげる点に位置するのが特徴的である。

問題系図の基本構造

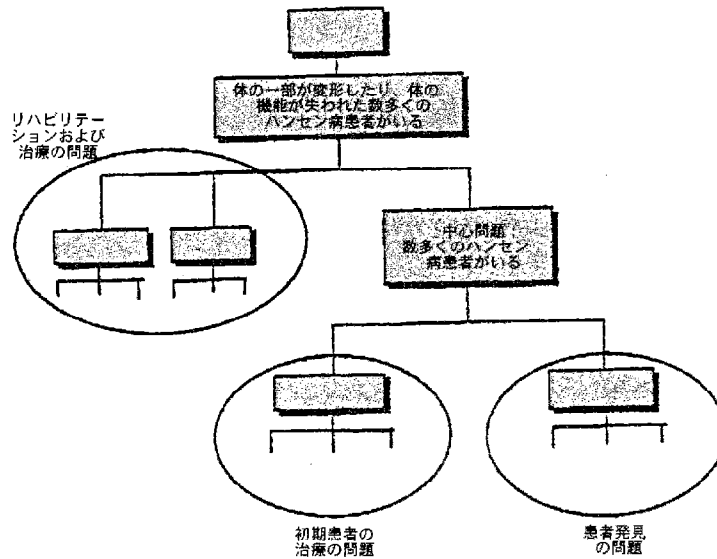


図8-1

上記の3つの問題領域を代表する問題カードは、それぞれ以下のとおりである。

a. リハビリテーションおよび治療の問題

Leprosy patients do not receive rehabilitation sufficiently.

(ハンセン病患者は、十分にリハビリテーションを受けていない。)

Late diagnosis and inadequate treatment have been done.

(診断が遅く、また治療が不十分である。)

b. 患者発見の問題

Leprosy patients are hidden at home.

(ハンセン病患者が家に潜んでいる。)

c. 初期患者の治療の問題

Leprosy patients do not take treatment sufficiently.

(ハンセン病患者が十分な治療を受けていない。)

なお、ワークショップ後にミャンマー側から「地方の中堅管理者のハンセン病対策プログラムの運営能力が不十分である」という3つの問題領域すべてにかかわる重要問題が指摘されたため、問題系図に加えられた。全体で問題カードは63枚に達し、かなり包括的な分析が行われた。

(3) 目的分析 (別紙6 参照)

3つのサブグループがそれぞれ、問題分析の際と同じ部分を担当し、問題系図の内容を「問

題が緩和された状態」・「状態が改善された状態」の表現（＝目的カード）に置き換える作業から始め、必要に応じて項目の追加／削除を行い、目的系図を完成した。目的系図の中心的な課題としては、問題系図の中心問題に対応する形で、

There are only a few cases of leprosy patients.

邦訳：ハンセン病患者がわずかしかない。

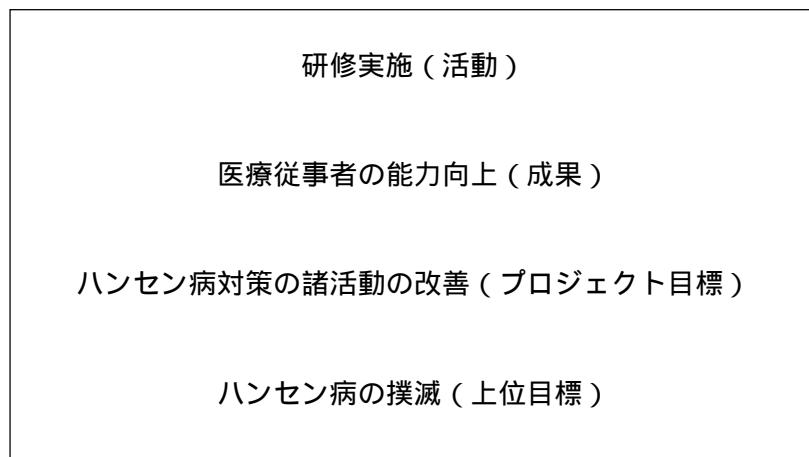
ということが設定された。カードの数はさらに68枚まで増えたが、部分的には、議論が尽くされていない箇所やカード間の関係が目的－手段関係になっていない箇所が見受けられる。

(4) 代替分析（別紙 6 参照）

ここでは、目的系図を利用して、本プロジェクトの範囲を明確にした。代替分析では、主要な課題の実現のために効果の大きさ・効率性（費用対効果）・技術的妥当性・社会文化的受容度・裨益の平等性等々、複数の観点から最も適当なアプローチを選定するのが理想である。ただ、本件では、すでにプロジェクトのスキームは「プロジェクト方式技術協力」に限定されているため、先にプロジェクト方式技術協力に含め得る課題を選び、選ばれた課題のなかで重要度の判定（大・小）を行った。実際には、重要度にかかわらず、選ばれた課題はすべて、何らかの形でプロジェクトで対応可能と思われるが、課題の重要度の区別は、今後より具体的な活動計画を立てる際の参考になるものと思われる。

(5) PDM作成（附属資料 参照）

1) プロジェクトの要約：全体の構成としては、以下のような形になっている。



a) プロジェクト目標

問題分析・目的分析において確認された3つの問題領域を念頭に、以下のように設定された。

Leprosy control program including 1) new case finding, 2) treatment and 3) prevention of disabilities (POD) and prevention of worsening disabilities (POWD) and rehabilitation is conducted effectively, together with the technical improvement in the control programs of other diseases such as tuberculosis and measles in the project sites.

邦訳：1) 新患の発見、2) 治療、3) POD、POWDとリハビリテーションを含むハンセン病対策プログラムがプロジェクト・サイトにおいて効果的に実施され、結核・麻疹等の他の疾病対策プログラムも技術的に改善される。

b) 上位目標

上位目標は、やはり目的分析の結果を参考に、プロジェクト目標の効果を考慮して以下のように2本立てで設定された。

Elimination of leprosy is achieved and sustained and rehabilitation is improved in the project sites. (プロジェクト・サイトにおいて、ハンセン病制圧が達成・維持され、リハビリテーションが改善される。)

Leprosy control system is strengthened in other areas of Myanmar. (ミャンマーの他地域において、ハンセン病対策のシステムが強化される。)

設定された2項目の上位目標には、性格の違いがある。1番目は、本プロジェクトの結果として半ば自動的に達成され得るものであるが、2番目の項目の実現のためには、本プロジェクトの終了後、その成果を普及するという意図的な行為が必要であり、それが将来の保健省の活動に何らかの形で組み込まれる必要がある。

c) 成果

目的分析および代替分析の結果を生かしながら、プロジェクト目標に直接貢献する成果5項目を設定した。各成果の概要は、以下のとおりである。

異なるレベルの医療従事者（ハンセン病専門対策員、国立ハンセン病病院医療従事者、ヤンゴンおよびマンダレーの総合病院特殊皮膚科外来医療従事者、タウンシップ病院医療従事者、基礎保健サービス従事者など、以下省略）の患者発見能力が向上する。

異なるレベルの医療従事者の治療（MDT、副作用対策など）能力が向上する。

異なるレベルの医療従事者のPrevention of Disabilities (POD)、Prevention of Worsening Disabilities (POWD)、およびリハビリテーションを実施する能力が向

上する。

基礎保健サービス従事者が結核や麻疹などの他の疾病コントロールを実施する能力が向上する。

ハンセン病専門対策員・チームリーダー・地区およびタウンシップレベルのメディカルオフィサーがハンセン病対策プログラムを運営管理する能力が向上する。

上記5項目のうち、第4の項目は、目的系図のなかには根拠はないが、「本プロジェクトではハンセン病以外の疾病コントロールも取り上げる」との事前の合意に基づいて、つけ加えられたものである。

なお、目的分析の結果に基づき、「コミュニティ（地域住民）がハンセン病についてよく理解し、ハンセン病コントロールに協力する」という成果項目の候補もあったが、これは、上記の各種能力向上の結果であり、レベルとしてはこれら成果項目より一段上と思われるため、プロジェクト目標の指標に利用することとした。また、ほかに「機材面での医療施設の機能が向上する」という成果項目の候補もあったが、「内容的に活動に近く、また本件における機材供与の主目的は、医療施設の機能改善というよりも、研修実施による能力向上である」という理由により、最終的に削除された。

d) 活動

ワークショップでの議論により、各成果を実現するための具体的な活動5項目とモニタリング活動などプロジェクト運営に関する1項目の計6項目を詳細に記述した。麻疹や結核についても、上記成果項目の に対応した1項目が含まれている。また、研修内容に関しては、ワークショップのサブグループによる議論を参考に、対象者別の詳細がPDMへの補足資料（2枚）にまとめられている。

2) 指標

目標や成果の内容を明確化するために、ワークショップの場で具体的な項目を設定した。従来、ハンセン病のコントロールにおいては、さまざまな指標が使われているため、比較的容易に案が出された。ただ、プロジェクト目標の指標候補のうち、「新規患者の発見率」については、プロジェクト終了時に下がるはずとの見方とむしろその時点では上がるだろうとの見方に意見が分かれたため、最終的に除外された。

3) 指標データ入手手段

ワークショップの時間内に議論できなかったため、PDM協議の場でミャンマー側から情報を得て、作成した。

4) 外部条件

やはり、ワークショップの時間内に議論できなかったため、日本側で目的・代替分析の結果やPDMの「プロジェクトの要約」部分をもとに試案をつくり、PDM協議の場でミャン

マー側より承認された。

8 - 3 ワークショップの評価

(1) モデレーターによる評価

1) 成果

プロジェクトの枠組みの明確な設定

4日間（PDM協議を含む）にわたり、積極的な議論が交され、分析の手順をきちんと重ねたうえでプロジェクトの骨子が形成された。活動の中心となる研修についても、PDMの補足資料に詳細がまとめられたため、今後具体的な活動計画を立てるうえで非常に参考になると思われる。また、予期せぬ効果としては、今回の一連のワークショップの開催により、ミャンマー側がPCM手法になじみ、本プロジェクト以外の場でも、同手法を利用した計画立案を試みたい旨の意思表示があった。

幅広い関係者の意見の反映

本ワークショップは、実施機関である保健省だけでなく、実際にハンセン病患者に接する助産婦やハンセン病病院の医師も参加したため、最終受益者である患者や地域住民の意向をより反映した議論および成果品がまとめられた。プロジェクトの質を高めるうえで、こうした受益者に近い人々の意見の反映は非常に重要である。²

2) 問題点・課題

ワークショップ参加者間のコミュニケーションの充実

今回は、出席者はおおむね英語でのコミュニケーションができるという前提のもと、ほとんど通訳なしに、英語での議論を行ったが、ミャンマー側参加者の一部は必ずしも十分に議論についていけたとはいえないようである。

PCMワークショップの開催時期・方法の検討

PCMワークショップの主要な目的は、あるプロジェクトの必要性・妥当性の検証と具体的なプロジェクトの枠組み・計画づくりである。

こうした目的を満たすため、参加者分析からPDM作成まで一貫して行うのがPCMワークショップの基本型のようにとらえられているが、今回のようにすでにプロジェクトの青写真として研修事業が事実上決まっているにもかかわらず最初の段階から分析を始め、仮にワークショップのなかで、相手国の抱える問題の解決に向けて、当初の要請内容よりも効果があり、かつ実施可能と思われるアプローチが提案されたとしても、プロジェクト全体のスケジュールからすれば、採用され難いと思われる。また、1回のワークショップで

² ただし、ミャンマー側のワークショップ参加者の一部からは、最終の受益者である地域住民の代表者も参加者に含めるべきであったとの意見も出された。

きわめて短期間のうちに参加者分析からPDM作成まで一貫して行うことにも多少無理があるように思われる。

よって、事前調査でのPCMワークショップの形骸化を防ぎ、さらに実のあるものとするためには、よりJICA業務の実態・手順に合った方法を工夫することも必要ではないかと思われる。すなわち、基礎調査／形成調査の段階でPCMワークショップを開催し、大所高所の観点から問題分析、できれば目的分析までを行ってみるのもよいと思われる。

(2) ワークショップに関するアンケート結果の分析

本事前調査では、ワークショップ終了時点で、出席者に対するアンケートを実施した。（アンケート用紙の書式は、別紙3）これに対しては、日本側とミャンマー側の計22名からの回答があった。

アンケート結果を要約すると、回答者はPCM手法は理論として有用であり、また、実際にワークショップが役に立ったと感じている。

アンケートは、PCMワークショップの理論面と実践面の2つの角度からなっている。理論面では、PCM手法そのものの理解度と有用性について質問した。まず、理解度については、22名全員が「よく」もしくは「ある程度」わかったと答えている。また、PCM手法の有用性に関しては、全員が「非常に有用」（11名）または「有用である」（11名）と答えている。その理由としては、「論理的である」「参加者のオーナーシップが高まる」「科学的である」「実践的である」「普遍性がある（他のサブジェクトにも活用できる）」等があげられている。

次に、PCMワークショップの実践面であるが、「あまり役に立っていない」と回答した1名以外、21名が、「非常に役立った」（7名）もしくは「役に立った」（14名）と答えている。ワークショップのよかった点としては、上に述べられた手法としての長所と同様に「さまざまな問題を分析できる」「問題の所在がよくわかり、それへの取り組み方もわかる」「他のテーマにも使える」「計画の立案に役立つ」等の点があげられた。また、ワークショップが実際に「参加型」になっていたかとの問にも、全員がイエスと答えており、そのうち「非常に参加型である」が10名に達している。

反省あるいは改善すべき点としては、「時間が不足していた（複数回答）」「カードが読みにくい」「コミュニケーションのギャップがあった」「詳細計画が立てられなかった」「ワークショップに地域住民やそのリーダーなど受益者も含めるべきであった」「分析に不完全な点がある」等の意見が出された。

このうち、「詳細計画が立てられなかった」の指摘は、PDM作成の後に活動計画書（Plan of Operations: PO）の作成があるということがしっかり認識されていなかったためと思われ

る。「コミュニケーションのギャップがあった」「ワークショップに地域住民やそのリーダーなど受益者も含めるべきであった」「分析に不完全な点がある」の指摘は、うなずけるところである。

ただ、「時間が不足していた（複数回答）」については、基本的に通訳者なしで2日半（PDM協議を含めると、3日半）ワークショップを行えたこと、ワークショップ参加者は多忙であり、地域からの出席者もあったこと等を考慮すると、今回のスケジュールでやむを得なかったと思われる。

最後のモデレーターの評価は、「非常に満足している」が17名、「満足している」が4名、「あまり満足していない」が1名であった（ちなみに「あまり満足していない」という回答者の理由は、不明）。

8 - 4 プロジェクト実施に向けての今後の課題（PCM関連事項）

(1) PDMの改良・改訂

ミニッツ協議のなかでも確認されているように、今回作成されたPDMは、あくまで暫定的なものであり、たとえば、プロジェクトの指標については、年度ごとの細かな数値目標などの詳細は未定である。よって、本件の協力開始以後半年以内に、PDMを完全に仕上げる必要がある。その際、できればPDMの根拠となる問題系図・目的系図についても、議論の不十分な点や誤りはないかをレビューすることが望ましい。また、全体のスケジュールが予定どおりに進んだとしても、外部環境の変化もあり得るため、その場合にも、PDMの内容も適宜見直し、改訂すべきである。

(2) より具体的な活動計画の作成

PDMの完成を受けて詳細なPOをつくる必要がある。その際、PCMワークショップでの代替分析の結果も反映して、活動項目間の重点度や投入配分などを検討することが望ましい。また、それと同時に「モニタリング・評価計画書」や「実績記入表」を作成して、モニタリングの体制と準備を整えておくことが望ましい。

参加者分析・グルーピング表

(日本側で作成した試案にミャンマー側の意見を受けて修正した。下記の太字部分がミャンマー側からの追加意見である。)

1. Beneficiaries (受益者) : local residents and patients (mainly of leprosy)
2. Decision Maker (決定者) : Department of Health, Ministry of Health
3. Implementers (実施者)
 - 1) State/Division level : Health Department, Regional Leprosy Officer
 - 2) District level : District Health Department, District/Township Medical Officer grade I, Team Leader
 - 3) Township level
 - ・ Township Health Department: Township Medical Officer grade II, Leprosy Inspector, Assistant Leprosy Inspector
 - Special Skin Clinics: doctors and nurses
 - Township Hospitals: doctors and nurses
 - ・ Rural Health Centers
 - Health Assistant
 - Public Health Supervisor grade I
 - Station Medical Officer
 - Lady Health Visitor
 - Junior Leprosy Worker
 - Volunteer Health Worker
 - ・ Rural Sub-Health Centers
 - Midwives
 - Public Health Supervisor grade II
 - Multipurpose Health Worker
 - 4) National Leprosy Hospital: doctors and nurses
 - 5) JICA experts
4. Financial Supporters (財政負担者) : JICA and Ministry of Health
5. Collaborators (協力者) : Other donors

Supplementary Matrix for Participation (Stakeholders) Analysis

	Stakeholders Category	Proposed Project Sites		
		1. Magway Division (all 25 townships)	2. Sagaing Division (Lower 20 townships)	3. Mandalay Division (3 townships)
1.	Beneficiaries			
	- number of population	4374,945	3566,287	460,241
	- major ethnic groups	Myanmar	Myanmar	Myanmar
	- major religion	Buddhist	Buddhist	Buddhist
2.	Implementors			
	1) State/Division level : Regional Leprosy Officer (number)	1	1	1
	2) District level : District/Township Medical Officer grade I (number)	4	3	2
	3) Township level :			
	a. Township Health Department : Township Medical Officer grade II	25	20	3
	b. National Leprosy Hospital :			
	- Number of Doctors (existing/posts)	NIL	NIL	5/6
	- Number of Nurses (existing/posts)	NIL	NIL	18/17
	c. Special Skin Clinics :			
	- Number of clinics	25	20	1
	- Number of Doctors (existing/posts)	4	3	0/1
	- Number of Nurses (existing/posts)	-	-	1/1
	d. Township Hospitals :			
	- Number of Hospitals	25	20	3
	- Number of Doctors (existing/posts)	203	162	5/6
	- Number of Nurses (existing/posts)	346	277	11/11
	e. Rural Health Centers			
	- Number of Centers	148	107	17
	- Number of Health Assistant (existing/posts)	156	113	13/13
	- Number of Public Health Supervisor grade I (existing/posts)	59	43	7/7
	- Number of Station Medical Officer (existing/posts)	35	24	3/4
	- Number of Lady Health Visitor (existing/posts)	156	112	15/19
	f. Rural Sub-Health Centers			
	- Number of Centers	604	430	68 (85)
	- Number of Midwives (existing/posts)	858	516	92/92
	- Number of Public Health Supervisor grade I (existing/posts)	86	61	16/16
	- Number of Multipurpose Health Workers (existing/posts)	246	175	12/12

QUESTIONNAIRE CONCERNING PCM

A participatory workshop based on PCM method was held for the detailed planning of a project this time. Please answer the following questions for our reference.

1. Theory of PCM method

(1) How was your understanding of PCM method? (Please choose one alternative and put a circle on a letter.)

- a. understood well.
- b. understood to a certain degree.
- c. did not understand well.

(2) If your answer is "c" above, what is the reason?

Please explain it below.

(3) What do you think about the usefulness of PCM method in general?

- a. very useful
- b. useful
- c. not very useful

(4) Please explain the reason of your answer in (3) regardless of your choice.

2. Practice of PCM method

(1) Do you think the use of PCM method including the workshop was actually useful to the detailed the planning of a project?

- a. very useful
- b. useful
- c. not very useful

(2) Please explain the reason of your answer in (1) regardless of your choice.

(3) In your opinion, was the workshop actually "participatory"? (e. g. , in the aspect of reflection of various standpoints and interest)

- a. very participatory
- b. participatory
- c. not very participatory

(4) Please write any points to be improved when we use PCM method for this project or another.

3. Moderator

1) How do you feel about the moderators' skill in general?

- a. very satisfactory
- b. satisfactory
- c. not very satisfactory

2) When your answer is b. or c. above, please state any points to be improved concretely (Please briefly describe).

3) Please state other comments on moderator's performance, if any.

* * * THANK YOU VERY MUCH * * *

LIST OF ATTENDENTS

WORKSHOP ON PCM

(28th to 30th July 1999)

PARTICIPANTS

1. Dr. Soe Aung
Director (Disease Control), Department of Health.
2. Dr. Kyaw Nyunt Sein
Deputy Director (Leprosy), Department of Health.
3. Dr. Nyunt Hlaing
Medical Superintendent, Yenanthar Leprosy Hospital (Madaya)
4. Dr. Soe Lwin Nyein
Deputy Divisional Health Director, (Sagaing).
5. Dr. Tin Aung
Regional Leprosy Officer, Region - 3. (Sagaing)
6. Dr. Htay Aung
Team Leader (Leprosy), Mandalay Zone.
7. Dr. Tin Tun Aung
Medical Officer (Foreign Relation)
Ministry of Health.
8. Dr. Htin Lin
Township Medical Officer
Chauk Township.
9. U Khin Zaw
Leprosy Inspector, Minbu Zone.
10. U Chit Maung
Health Assistant, Sadaung RHC, Sagaing.
11. Daw Rose
Ward Sister, Yenanthar Leprosy Hospital, Madaya.
12. Daw Kaung
Lady Health Visitor, Kyar Kan RHC, Magway Township.
13. Daw Khin Swe Than
Midwife, Sadaung RHC, Sagaing.

OBSERVER

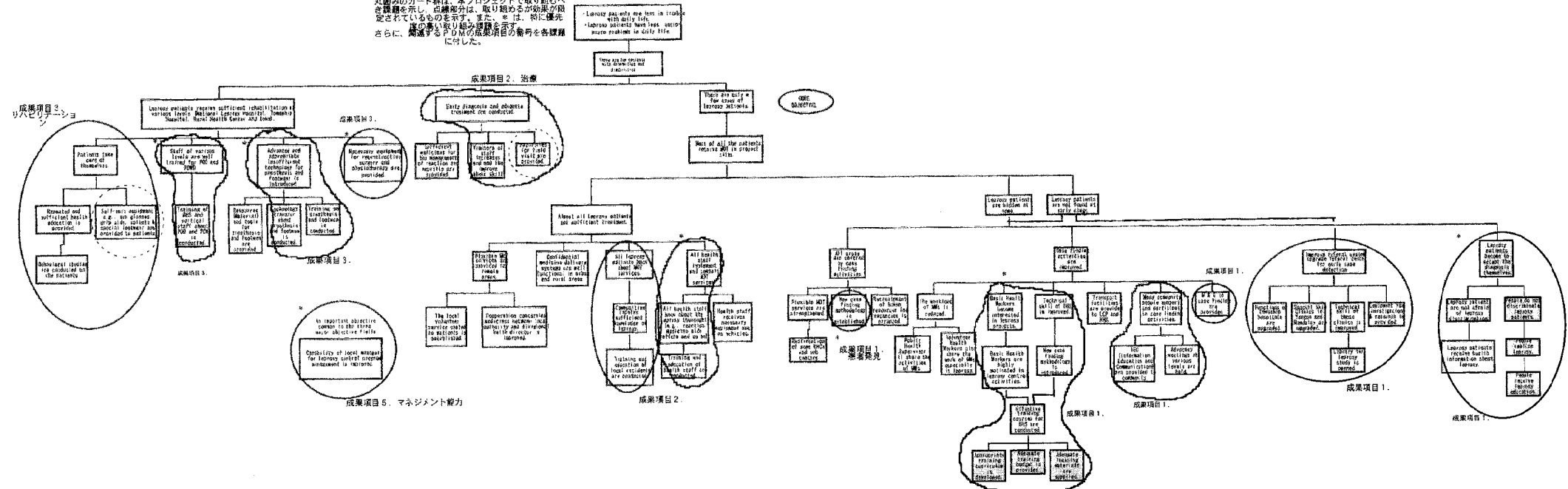
1. Dr. Kyaw Myint
Assistant Director (Leprosy)
Department of Health.
2. Dr. Than Htein Win
Assistant Director, EPI Project,
Epidemiology Unit, Department of Health.
3. Dr. Kyaw Zay Ya
Medical Officer
Ministry of Health.
4. Dr. Peter Nay Win
Team Leader (Leprosy)
Thanlyin Zone.
5. Dr. Htun Lin
Medical Officer (Leprosy), D.O.H.
6. Dr. Oke Soe
Medical Officer (Leprosy), D.O.H.
7. Dr. Maung Maung Gyi
M. S. (Retired)
Leprosy Hospital
(WHO National Consultant)

ハンセン病患者のりハセリ
テーションおよび治療の問題



丸囲みのカード群は、本プロジェクトで取り組むべき課題を示し、点線部分は、取り組めるが効果が限定されているものを示す。また、* は、特に優先度の高い取り組み課題を示す。

さらに、関連するPDMの成果項目の番号を各課題に付した。



９．プロジェクト実施計画

９ - １ 協力の方針

本プロジェクトの目的はミャンマー保健省が国家プログラムとして実施しているハンセン病対策に協力することである。

地域のなかでひっそりと隠れて暮らしている患者を見つけ出し、適切な治療と病気の進行を予防し日常生活のアドバイスをする活動を担っているのが、Midwife（助産婦）を中心にした基礎保健サービス従事者である。この人たちの保健活動の質を向上させることが、結果的に地域住民の信頼を得ることにつながり、ハンセン病患者を見つけ出す活動を効率のよいものにすることができる。ハンセン病以外の多くの保健プログラムをこなす基礎保健サービス従事者に対して、定期的なトレーニングコースを実施し、可能な限り新鮮な医療情報を提供して、彼らの活動をサポートする。

また、ハンセン病のレファラルシステムを強化する。マンダレー管区にある唯一の国立ハンセン病病院とヤンゴン市、マンダレー市の２カ所にある特殊皮膚科外来は、ミャンマー国内のハンセン病専門施設であり、日本からの技術移転が最も期待される組織である。また、ヘルスセンターから紹介されるタウンシップ病院は地域の中核病院であるが、ここで簡単な医療上のハンセン病対策が実施できるようにするため、医師、看護婦、検査室技師、補助具作製技師に、国立ハンセン病病院で研修を受けることができるようにする。ヘルスセンター、タウンシップ病院、国立ハンセン病病院へつながるハンセン病レファラルシステムを活性化させる。

９ - ２ 実施計画概要

ミャンマーのハンセン病コントロールは患者発見、治療、リハビリテーションに大きく分類される。治療はMDTだけではなく合併症やリアクションに対する治療を含み、リハビリテーションは障害の予防（Prevention of Disability: POD）や障害悪化の予防（Prevention of Worsening Disability: POWD）を含む。これらハンセン病コントロールのトータルな活動に対して技術移転や支援活動を行う。

また、ハンセン病コントロールはそれ自体独立に行われている訳ではなく、基礎保健サービス（Basic Health Service: BHS）に統合されていて、他の保健活動とともに末端のヘルスワーカーがその多くを担っている。したがって、特に患者発見や治療は彼らの一次医療や保健活動の一部であり、毎日の日常活動のなかで行われなければならない。マラリアや結核など多くの疾病がコントロールされていないミャンマーにとって、基礎保健サービスを強化することは重要な保健課題であると同時に、ハンセン病をコントロールするうえにも欠かせない要素である。本プロジェクトは、BHSの強化を行う過程で実施するトレーニングコースのなかに、他の疾病コントロール

プログラムを取り込むことにした。また、BHSスタッフを指導することになっているハンセン病専門スタッフ（Vertical Staff）に対してハンセン病プログラムマネジメントの教育コースを組み込む。さらに、ミャンマー唯一の国立ハンセン病病院（Yenanthar Leprosy Hospital）、総合病院特殊皮膚科外来（ヤンゴン、マングレー）は本プログラムの技術的中核をなす組織であり、治療やリハビリテーションの機能強化のために技術移転を行う。また、これらの組織はプロジェクト・サイトにおけるタウンシップ病院の医師、看護婦、技師に対して技術指導をしなければならない位置づけにあり、そのトレーニングコースの実施を支援する。

(1) トレーニングコース

ハンセン病コントロールプログラム（患者発見、治療、リハビリテーション）を推進させるための手法として、トレーニングコースを実施する。トレーニング対象者はハンセン病コントロールに携わるすべてのスタッフにわたる。最も重要なのはヘルスワーカー（特に助産婦）に対して行うトレーニングコースである。現地に専門スタッフがあり、彼らと共同して実施するが、住民教育、患者教育、患者発見、予防、MDT、リアクションや合併症によるタウンシップ病院への患者紹介、日常管理、フォローアップ、患者報告制度、などがトレーニングコースの内容になる。このトレーニングコースはインフラの悪い地域に対しても実施する必要があるため、現地に直接出向いて実施する移動型トレーニングを考えている。

また、末端のヘルスワーカーが行う一次医療では手に負えない患者に対し、最寄りのタウンシップ病院が医療ニーズに応える必要がある。紹介されてきたハンセン病患者に適切な対応がなされる必要があるため、タウンシップ病院の医師や看護婦に対して治療、リハビリテーションのトレーニングを行う。また、患者診断や治療経過をみるためにスキンスメアの診断ができる必要があるため、検査技師がいればトレーニングの対象にすべきである。これらは国立ハンセン病病院や特殊皮膚科外来が主に担当すべき分野であり、プロジェクト・サイト内にあるタウンシップ病院の医師、看護婦、技師を国立ハンセン病病院内にあるトレーニングセンターに集めて専門教育セミナーを実施する。

BHSスタッフ、タウンシップ病院のスタッフ、さらに国立ハンセン病病院や特殊皮膚科外来のスタッフの活動が高められて初めて、この国のハンセン病コントロールにおけるレファラルシステムが完結する。

(2) 報告制度

「患者発見」から報告、集計、問題整理、対策実施まで一貫したシステムが必要である。発見された患者情報がヘルスセンターのスタッフ（主に助産婦）によって、タウンシップ政府の専門スタッフに届けられ集計され、さらに地区（District/Zone）レベルの専門スタッフが患者

情報を集め、州政府（Regional Leprosy Officer: RLO）が州の統計データとして処理する。この過程で患者情報はエッセンス部分だけに集約されてしまい、政府レベルにまで集められた時は、WHOが必要としているインディケータが計算できるデータだけになっている。毎年見つかると1万人を超える新患と登録患者を常時フォローする集計システムがないため、WHOが要求しているインディケータ（6指標）を計算するだけで終わっている。患者に関するおおよそすべての情報が常時データベース化されていなければ、何か問題が生じた時に問題分析をしたり、対策を考えたりする根拠を失う。患者情報が可能な限り正確に、できればそのままの形でデータベース化され、州政府や国レベルで分析される必要がある。統一された患者記録用紙の作成と州単位のデータ処理能力の向上が不可欠である。それら集計された処理データは常時保健省に報告されるばかりでなく、現地にフィードバックされなければならないため、月報か旬報を作成してヘルスセンターに配ることが必要になると思われる。ハンセン病や他の疾病コントロールに関する最新情報をプロジェクト・サイト内のすべての医療施設に定期的に知らせることができる程度の情報処理能力が必要である。

(3) 新患発見

現在使われている手法を以下に示す。

- 1) Passive Case Finding (PCF)
- 2) Active Case Finding (ACF)
 - Contact Survey
 - School Survey
 - Mass Survey
- 3) Community Based Rehabilitation (CBR)
- 4) Leprosy Elimination Campaigns (LEC)
- 5) Special Action Projects for the Elimination of Leprosy (SAPEL)
- 6) Sentinel Monitoring Survey

これらの手法はWHOやUNDPの指導のもとに実行されていて、多くの成果をあげている。特にLECは現在最も効果的な手法であり、新患発見に寄与している。しかし、キャンペーンに必要な経費が潤沢でないため、毎年援助組織から提供される資金を全国に分散させて、少しずつLEC実施地域を増やしている状態である。この流れを無視して、プロジェクト・サイトの全域でLECを実施するような計画は、ミャンマーの現状を考慮していないあまり現実的な計画ではないと思われる。むしろLECに関しては現在まで援助し続けてきた援助組織の計画に従って、LECの効果をさらに高めるような支援活動を実施することが穏当な方法であると思われる。予算が付けばいつでもLECが実施できるような体制づくりに時間と費用をかけて

おくほうがよい。

1) Passive Survey

最も一般的な新患発見方法である。日常診療のなかでハンセン病患者を見つけ出す方法で、ミャンマーでは非常に重要な患者発見の手法だが、農村部に住む患者にとって、病院とはSub-rural Health Center (SRHC)、Rural Health Center (RHC)、Township Hospitalであり、日常診療に忙しい医療スタッフがまったく別の愁訴で受診した初期症状患者からハンセン病を見落とさずに診断するのは大変難しい。SRHCやRHCの助産婦を再教育するのはもちろんだが、タウンシップ病院の医師や看護婦にも国立ハンセン病病院で行う研修コースに参加してもらい、患者発見や報告制度に関する情報を教育するようにする。常に新鮮な情報がこれらの組織に流されていないければ、日常業務のなかに忙殺されて、Passive Surveyの効率が維持できないと思われる。

2) Active Case Finding (ACF)

Contact Survey

ミャンマーでは、家族内共同生活者だけを対象にしている。最も効率のよい調査法のはずだが、それでも発見率は全国平均で1000人当たり3～4人程度である。思ったほど効率がよいわけではない。もう少し対象を広げて調査する必要があるのかもしれない。

School Survey

1年に1度、最寄りの学校で皮膚科検診をする。これも多くの患者を発見する方法のひとつだが、決して効率のよいものではない。しかし、児童に患者がいれば、その児童の住む近くに排菌者 (Cases of Consequence) がいる可能性がきわめて高くなる。ハンセン病コントロールにおいても排菌者の発見が最も重要なことのひとつであり、ヘルスワーカーの活動内容になっていなければならない。また、この学校検診を利用してハンセン病対策教育を児童たちに行う必要がある。ハンセン病は地域社会で心配しているような病気ではないこと、早く見つければ何事もなく治癒することを児童に教えることが重要である。学校教育の一環としてハンセン病対策を実施する必要があるため、簡単な学童用教材が準備されなければならない。

Mass Survey

定期に実施しているかどうか不明である。Sentinel Monitoring Surveyが実質的にMass Surveyなので、その対象人口が調査数として報告されている可能性がある。また、LECもMass Surveyとしてカウントされているのかもしれない。

一般に、開発途上国では、患者報告がないことは患者がいなくなったことを意味しない。疾病コントロール活動の評価を行う場合に、通常の患者報告数だけで判断することは危険である。1年に1度のMass Surveyを対象地域の全域で実施することができないまで

も、可能な限り大きな集団で偏りなく実施されれば、新患発見活動の正しい評価になるものと思われる。Sentinel Monitoring Surveyを対象地域の数や集団をできるだけ広げて実施したい。どのようにMass Surveyを行うかという統一した基準が必要であり、ヘルスワーカーに共通の認識がなければならない。

3) Community Based Rehabilitation (CBR)、Human Development Initiatives (HDI)

病院がレファラルシステムを形成している国と違って、ミャンマーのようにBHSスタッフが医療の末端を支えている国では、ハンセン病コントロールにおいてもCBRは末端医療の大切な業務である。日本ではハンセン病患者のニーズをすべて全国のハンセン病療養所が担っているが、ミャンマーの場合はマングレー管区にある国立ハンセン病病院とMon州にあるミッション病院の2病院しかなく、ミャンマー国内に広く分布する患者のニーズに応えられていない。自ずと地域にあるタウンシップ病院やBHSスタッフが日常の患者ニーズに対応する必要があり、リハビリテーションやMinor Operationは地域が担当することになる。タウンシップ病院の医師にMinor Operationの技術指導がなされるべきであり、看護婦に初歩的なリハビリテーションの技術、患者教育や住民教育の指導が行われるべきである。これは主に国立ハンセン病病院で行われる専門家研修コースが担う仕事である。また、合併症の予防やリハビリテーションの継続はBHSスタッフが担当しなければならない。トレーニングコースに組み込む予定である。

4) Special Action Projects for the Elimination of Leprosy (SAPEL)

現在、プロジェクト・サイトと考えられているマグウェイ管区の西端は山岳地帯である。現地調査をしていないので状況は不明だが、マグウェイ管区の都市部でも電気や通信などのインフラが悪く、山岳地帯はなおさらである。そういったリモートエリアにも調査によっては患者が多く見つかる国や地域があり、マグウェイ管区も調査されなければならない。RHCがあって一次医療がすでに届いているところではあまり問題がないが、医療のネットワークから外れ、アクセスのきわめて悪い地域がもしあれば、SAPELを考慮しなければならないと思われる。SAPELの医療隊を編成する場合に注意しなければならないことは、フォローアップの問題である。診断しただけで患者のフォローができないのでは医療隊の効果が半減する。見つかった患者数によっては、RHCの建設を地方政府に提案しなければならない場合があるかもしれない。

(4) 住民教育

住民教育は新患発見のなかで、最も重要だと思われ、助産婦やヘルスワーカーに対するトレーニングだけでは解決しない多くの問題を含んでいる。実際には、ヘルスワーカーに「住民教育活動をやりなさい。」と説いたり、ビラやチラシを村に配ったりすることしかできない。

時にはコミュニティーのリーダーを集めて疾病の理解を求めたり、ラジオなどでキャンペーンを実施したりすることが可能かもしれない。また、時間が少々かかるが、小学校や中学校の学校教育に組み込んでもらうことなどが考えられる。しかし、きわめて間接的な方法のため自覚症状のあまりない患者や症状のきわめて進行している患者を自発的に受診させることができるかどうかははっきりしない。可能な限りいくつかの手法を組み合わせる住民教育を行う。そのことはヘルスワーカーが行う住民教育を間接的にサポートすることになるはずである。住民教育プログラムの成果は、自発的に受診を希望して見つかった患者とヘルスワーカーが発見した患者を登録のなかで区別すれば、住民教育プログラムの成果を評価できると思われる。

(5) 検査室診断

一般的にハンセン病コントロールにとって、スキンスメアーは必須の検査法である。しかし、ミャンマーでは医療施設へのアクセスの悪さや簡単な検査器具を揃えることができなかったり、スタッフが不足していたりなど種々の理由で、スキンスメアーは後述するヤンゴンとマングレーの2カ所にある特殊皮膚科外来（総合病院皮膚科に所属）で行っているだけである。診断をし、治療経過を観察するうえで必須の検査項目にもかかわらず、全国にいる患者のごく一部にしか実施されていない。スキンスメアーは十分指導を受ければ難しい手技ではない。ヘルスセンターに消毒されたカッターとスライドガラスがあって、タウンシップ病院に顕微鏡と染色器具があり、染色技術の指導を受けた検査技師がいれば可能である。すべての患者でハンセン菌を確認できるわけではないが、スキンスメアーの技術を広く安全に普及させることは、ミャンマーの患者データを飛躍的に信頼度の高いものにすることができる。ヘルスワーカーにはスライド採取の訓練とタウンシップ病院の医師や検査技師には染色法の指導をトレーニングコースのカリキュラムのなかに組み入れればよい。また、現地の技師たちによる指導のほか、日本からの技術移転を考えている分野である。タウンシップ病院の検査室には、顕微鏡がないところや単眼の古い顕微鏡があるだけのところが多く、本プロジェクトで供与したい機材のひとつである。

(6) Vertical Staffのトレーニングコース

Vertical Staffのトレーニングとは、ハンセン病の専門官とディストリクトレベルやタウンシップレベルの医療行政スタッフの再教育を意味している。テクニカルな部分だけでなく、ハンセン病コントロールプログラムの目的達成のためにプログラム全体をマネジメントしていく必要がある。今何が問題で、どうすれば問題が解決できるか考え、対策を立てて実行する能力を養成したいという趣旨である。一般的な能力開発研修ではなく、プロジェクト・サイトにおいて具体的な問題点の把握、対策立案、実施をサポートする。この際データ分析は必須であ

り、可能な限り正確なデータベースが蓄積されていなければならない。中堅技術者養成のスキームで行うか、特別に専門家研修コースをつくって実施するか、とにかくBHSスタッフ、特に助産婦を対象にしたトレーニングコースとは区別して考えている。

(7) 予防とリハビリテーション

予防は、障害の予防（Prevention of Disability: POD）と障害悪化の予防（Prevention of Worsening Disability: POWD）を含んでいる。また、リハビリテーションはすべてのレベルのリハビリテーションを含んでいて段階に応じて考慮すべきである。足底潰瘍、皮膚疾患、眼科疾患の多くは日常生活の患者教育を通して予防できる疾患であり、ヘルスワーカーの仕事である。廉価で、機能的なサンダルの斡旋もヘルスワーカーの人たちをお願いしたい。また、程度の軽い足底潰瘍はタウンシップ病院で治療できるし、障害に対する再建手術もタウンシップ病院で実施可能なものを整理し、一般の外科医に研修を受けてもらい現地で再建手術を行う。わざわざ国立ハンセン病病院まで転院しなくて済むようにしなければならない。術後のリハビリテーションも同様である。タウンシップ病院の医師や看護婦、技師への研修は国立ハンセン病病院が担当する。現在未定だが、プロジェクト・サイトのタウンシップ数は48であり、外科、内科、看護婦、技師と分けて実施しても十分な研修期間が設定できると思われる。ただ、問題なのはタウンシップ病院の医師の数が2名程度であり、研修を受ける時間を日常業務のなかで都合をつけることができるかどうか危惧される。可能なら、すべてのタウンシップ病院のスタッフが何らかの形でトレーニングコースに参加してもらいたいが、どうしても駄目な時は拠点病院として指定させ、研修義務を課してでも参加してもらうようにしたい。ハンセン病のレファラルシステムはこういった一般病院を巻き込む方式で実施しなければ実現しない。

(8) 教材作製、その他

このプロジェクトの中核をなすものは、トレーニングコースの実施によってハンセン病関連の医療スタッフに再教育を行うことである。したがって教材作製は最も重要な仕事のひとつである。全国で使っている教材やパンフレットが現在でもあるが、患者の写真部分や絵の部分がきわめて貧弱である。患者診断、治療、リハビリテーションなどの項目について、簡潔に書かれた教材が必要であり、ハンセン病を疑ってその教材を読めば対処法がわかる程度のものを提供すべきである。また、教材用ビデオテープは英語のものはあるが、実際に助産婦のトレーニングに使えるようなミャンマー語のものが無い。

ビラやパンフレット、ポスター類は各NGOが援助して作ったものがあり、新規に作る必要があるかどうか検討する。

Vertical Staffやタウンシップ病院の医師、看護婦を対象にしたハンセン病専門家研修に使

うものは、やや内容の専門的な教材が必要である。教科書に相当するような教材は当面、現在使われているものを採用するしかないが、プロジェクト経過中に改善していけばよいと考えている。

(9) 国立ハンセン病病院 (Yenanthar Leprosy Hospital : イエナタハンセン病病院)

ハンセン病コントロール中核施設として位置づけられている唯一の国立病院である。300床、医師4名。病棟は10あり、患者の状態で使い分けている。長期患者病棟と呼ばれているのは5病棟あって、ほぼハンセン病患者専用病棟になっていた。

検査室はあるが検査技師がおらず、機材がなくて機能していない。一般検査は必要な場合、マンダレー総合病院のほうに依頼するという有様だった。リハビリテーションについても基本的な機材がなく、十分なリハビリテーション施設になり得ていないように思われた。30~50人程度の研修室があり、設備は不十分だが研修機能は果たせそうだった。研修生用宿舎はないようだった。この病院がこのハンセン病コントロールの中核として指導的立場で機能するためにはどうしたらよいのか。今回の事前調査で概略が示されると思われる。

(10) 特殊皮膚科外来 (ヤンゴン、マンダレー)

ヤンゴンとマンダレーにある総合病院の皮膚科に所属し、ほぼ同市のハンセン病患者の外来業務を担っているのが特殊皮膚科外来 (Central Special Skin Clinic in Yangon、Special Skin Clinic in Mandalay) である。ハンセン病診断、MDT治療、外来で可能な合併症治療、フォローアップなどを行っている。重症の患者は総合病院の入院施設を利用して治療している。ヤンゴンの特殊皮膚科外来は外来施設のほか、研修用教室や検査室をもっている。研修用教室はトレーニングコース用に使われているし、検査室はスキンスメアーを上手に染色していた。これら施設はハンセン病レファラルシステムの頂点にあって、日常診療のほか教育訓練機能を果たし、BHSスタッフの指導的立場になければならないので、相応なサポートが必要であると思われる。

(11) 結核、麻疹、その他の疾病コントロール

1998年10月に実施された感染症基礎調査の際は結核、麻疹といった具体的な要請はなかったが、1999年に届いたミャンマーからの要請書に初めて記載された。「ハンセン病コントロールを中心にプログラムを組むが、他疾患についてはこのプログラムで共有できるトレーニングコースのみで協力する。結核や麻疹はそれぞれ独立したコントロールプログラムであり、それぞれの目的を達成するのに独立して協力することは日本側に限界がある。」とミャンマー側に繰り返し説明してきた。このことは、本プロジェクトの最も重要な争点だった。結核、麻疹の

コントロールプログラムのなかで、トレーニングコースと共有できない部分についてはミャンマー政府の責任で実行しなければならない。今回の事前調査でこのことが確認された。

結核の場合、1994年からコントロール活動が始まり、1996年からやっと国家プログラム（National Tuberculosis Control Programme）になったばかりである。エイズの問題とも絡んだミャンマーの保健問題のなかで最重要課題のひとつである。基本はWHOプログラムを忠実に実行しようとしており、結核菌排菌者の診断とDOTSが中核をなしている。肺結核の疑診患者をタウンシップ病院レベルの病院で診断し、排菌の有無を確認してから、患者を村に戻し、ヘルスセンターでDOTSを行う。排菌者を完全に治療して伝播を止めようというプログラムである。また、エイズはタイの国境あたりから進入し始めており、ミャンマー保健省が大変憂慮する事態になってきている。その対応策のひとつとしても結核のコントロールは重要である。

また、全世界で進められている小児麻痺根絶計画がPAHOとWPROで目途がつき、他の地域でも確実に進んでいることを反映して、ポリオ根絶活動で強化したネットワークを使って、麻疹を次のコントロール（eradicationを視野に入れた）ターゲットにしようとしている。WPROの構成メンバーである中国、ヴィエトナム、タイ、ラオスなどで活動が開始されようとしている。このきわめて伝染力の強いウイルス疾患は、一国のコントロール活動だけで対応できず、やはり地球規模の協力と調整が必要である。日本でさえ流行を完全に抑えきれておらず、ミャンマーに対してどのような支援活動が可能か不明だが、麻疹制圧キャンペーンに協力するというより、定期接種活動の底上げにハンセン病コントロールトレーニングコースを利用してもらいたい。本来、ワクチン接種拡大計画（Expanded Programme on Immunization: EPI）のなかに組み込まれていた麻疹コントロールであるから、定期接種強化ということになれば他のワクチン接種活動にも協力しなければならない。実際問題として、コールドチェーン整備の問題、麻疹流行の確認に血清診断をしなければならないこと、ワクチン力価の問題などが山積しており、ハンセン病コントロールと一緒に実施する難しさがある。トレーニングコースでワクチン接種の実施方法を丁寧に教えても、実際に接種を行うインフラが整っていなければ成果があがらない可能性があるからである。また、WHO、UNICEFがすでに麻疹キャンペーンを始めており、日本側が何をするのか調整する必要がある。特に他の疾病コントロールに協力する場合は、WHO、UNDP、UNICEFや他のNGOsとの関係調節がきわめて重要で、いたずらな混乱を避ける必要がある。結核、麻疹についてはミャンマーから要請書が提出されて初めて具体化された疾患名だったので、本格的な調査活動はまだ不十分であり、次回の短期調査で具体的な協力内容が絞られるはずである。

10. 相手国のプロジェクト実施体制

10-1 実施機関の組織および事業内容

国家最高機関は、1997年月11月15日に改称された国家法秩序回復評議会（The State Peace and Development Council: SPDC）である。この下に国家計画を策定する国家保健委員会（National Health Committee）があり、保健計画の実施機関として保健省（Ministry of Health）が存在する。

以下に保健省の組織図を示す。

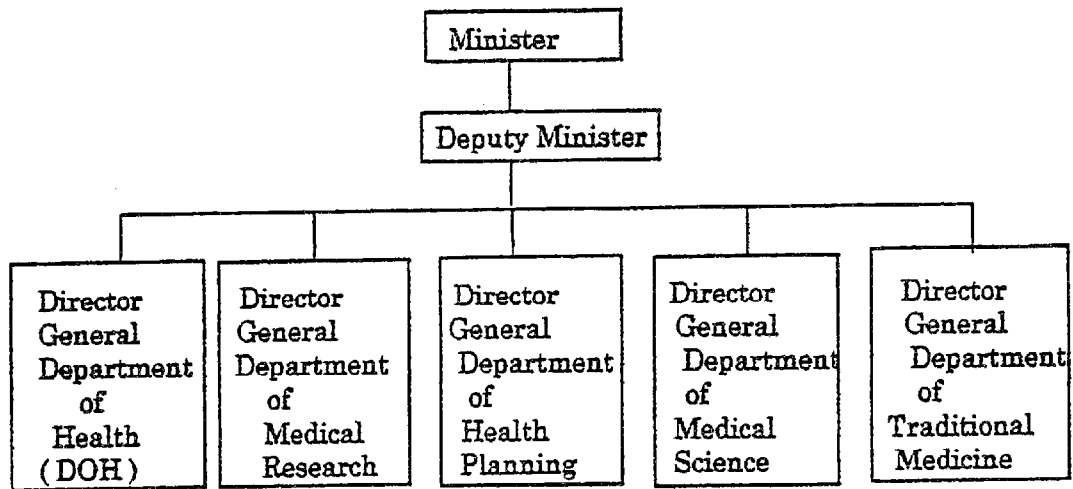


図10-1

保健省は上図のように、5局に分かれている。特に疾病コントロールの実施部署は、保健局（Department of Health, Director General Dr. Wann Maung）である。この部局は各局長（Director）が管轄する8部署に分かれており、PHCの手法を使って、草の根レベルまで医療サービス（予防、治療、リハビリテーション）を提供する実施機関である。

保健局の組織図を以下に示す。

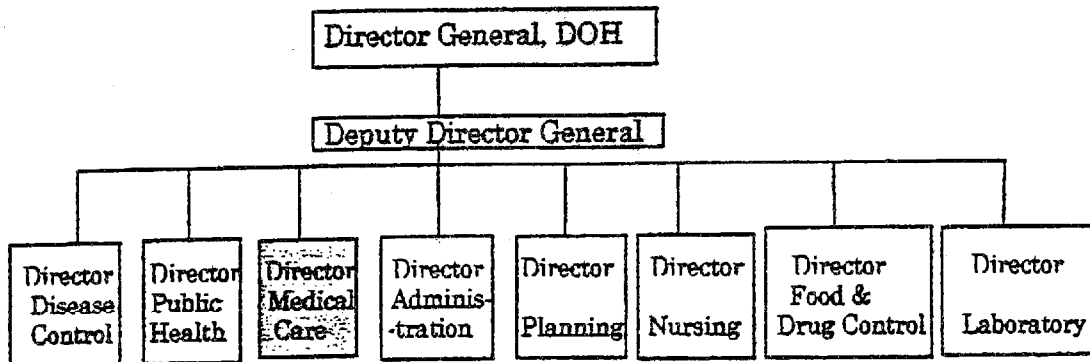


図10-2

ハンセン病コントロールを実施している部署は、Disease Control Division (Director Dr. Soe Aung)である。1993年に示された国家保健計画のなかで、疾病コントロールのターゲットとして16疾患があげられており、それぞれに専門官Deputy Directorがいて、担当した疾病コントロールプログラムの責任を負っている。Control of Diarrhea Disease、Vector Borne Disease Control、EPI、Leprosy Control、Trachoma Control and Prevention of Blindness、AIDS Controlの6疾患とProject Managementを含めた7部署に専属のDeputy Directorが配置され、他の10疾患については、大学や病院の教授クラスが責任者に選任されて、Deputy Directorを兼務している。ハンセン病コントロールのDeputy DirectorはDr. Kyaw Nyunt Seinで、1997年までBago管区のハンセン病コントロールの責任者 (Regional Leprosy Officer: RLO) だった人である。本プロジェクトはこのハンセン病コントロールを管轄する部署を直接の窓口として活動することになる。しかし、実際にトレーニングコースを企画する場合、施設の利用や研修生の募集に当たって、ヘルスセンターを管轄しているPublic Health Division (Director Dr. Hla Pe)とタウンシップ病院、国立ハンセン病病院のスタッフや施設を管轄しているMedical Care Divisionの協力がなければ順調に計画を進めることができない。したがって、この2部署も間接的なプロジェクト関連機関といえる。結核、麻疹のコントロールに関連する内容は、Disease Control Division (Director Dr. Soe Aung)が管轄しているため、十分な了解がとれており問題はない。

10 - 2 プロジェクトの組織および関係機関との組織関連

本プロジェクトの組織は、最終的には短期調査のなかで決定されると思うが、現在考えられる可能性を以下に概説する。

プロジェクト・サイトは、マグウェイ管区全域、サガイン管区南部とマンダレー管区の国立ハンセン病病院に隣接する3タウンシップ、合計48タウンシップになる予定である。首都ヤンゴン市から遠く、通信手段が乏しいためサイト内に直接プロジェクトオフィスを設置することは難しかったが、今回の事前調査のなかで、保健局からヤンゴン市とマンダレー市の2カ所にプロジェクトオフィスを提供する用意がある旨提案があった。したがって、2カ所のオフィスを前提に、以下のような関係図を考えている。

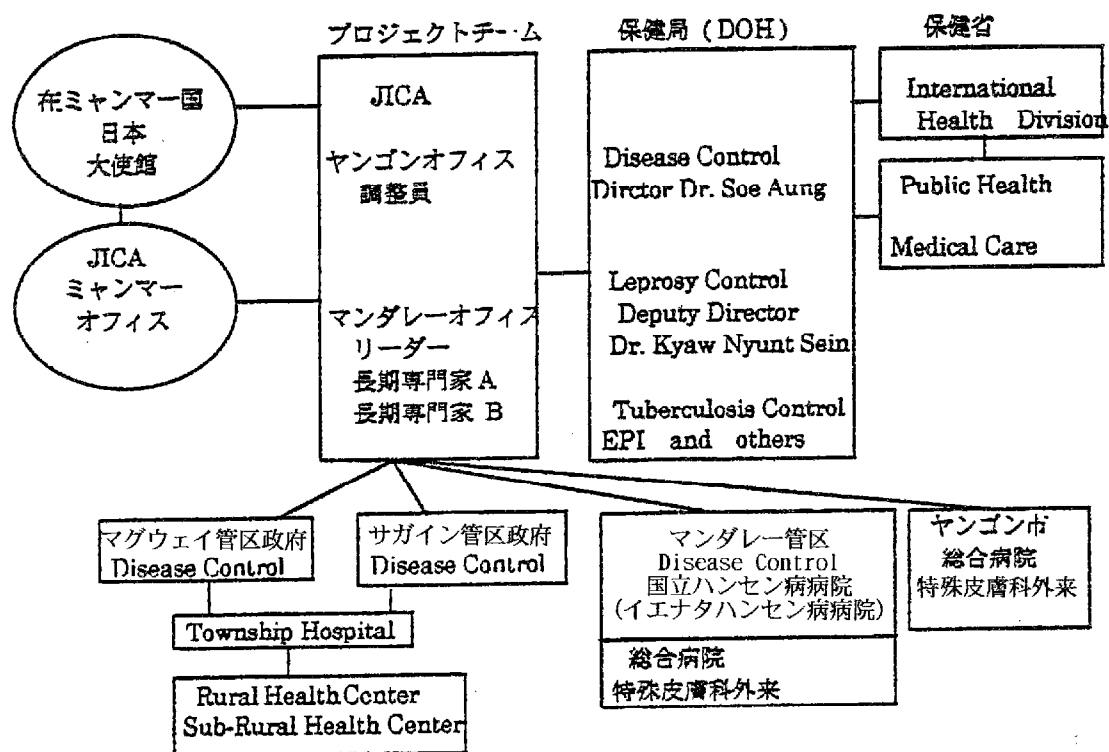


図10-3

上図に示すように、ヤンゴンオフィスは原則的に調整員が常駐し、現地大使館、現地JICAオフィスと業務連絡をとり、ミャンマー保健局との調整を行う。

長期専門家はマンダレーオフィスに常駐し、ここからサイトに出かけることになる。マンダレーからマグウェイやサガインまでの交通機関は自動車だが、今の時点では通信状況がはっきりしない。国立ハンセン病病院へは自動車で1時間くらいかかるため、長期、短期専門家にかかわらず出張目的が完了するまで、現地に宿泊してもらうようにするつもりである。

10-3 プロジェクトの予算措置

(1) ミャンマー側予算措置について

7章の別紙で示したように、ハンセン病コントロールにかかる経費の多くは、外部の援助団体が提供した資金や物品で賄っている。他の疾病コントロールに関してもほぼ同様で、ドナーがついていない保健プログラムは、ほとんど活動ができない状態である。ハンセン病コントロールプログラムが5年間で320万ドルの援助が得られるのは、このプログラムが国際的に認知されていて、ハンセン病制圧という目標をもっているからである。患者が多く、コントロール活動が遅れている国に援助団体が支援をしてくれるからにほかならない。ポリオ根絶や新生児破傷風なども定期的にドナー会議が開かれている。それ以外のプログラムは、独自に支援団体

を呼び込むか、WHOやUNICEFなどの国際機関が提案するプログラムを実施することで、活動経費を援助団体に依存しているのが現状である。ハンセン病コントロールの場合も年末に開かれるドナー会議を経て、活動予算が援助され、全国の必要な地域にミャンマー政府から分配される仕組みである。したがって、日本が入るプロジェクト・サイトには外部援助団体から集められた資金が分配されない可能性があり、事前にローカルコスト負担についてはプロジェクト・サイトの地方政府関係者に十分説明されていなければならない。また、現地政府側に過剰な負担を強いるような活動は慎まなければならない。

現在判明しているミャンマー側負担については、プロジェクトオフィスの提供、日本側が供与する機材についての維持費その他、トレーニングコースにかかる経費や教材、宣伝活動経費の一部負担などである。

(2) プロジェクト実施予算推計額

概算を以下に示す。

表10-1

国立ハンセン病病院設備、機材改善費	2000 年度～2004 年度	300 万円
ヤンゴン、マンダレー：特殊皮膚科外来設備、機材改善費	2001 年度～2004 年度	2000 万円
中堅技術者養成対策費	2000 年度～2004 年度	500 万円
各レベルトレーニング用経費	2000 年度～2004 年度	2500 万円
トレーニング用教材、宣伝用ビラ、チラシ類製作費	2000 年度～2004 年度	2000 万円
トレーニング用機材	2000 年度～2004 年度	1000 万円
教材用ビデオ製作費(ハンセン病 3 本、結核 1 本、EPI 1 本)	2000 年度	500 万円
顕微鏡など検査室機材費	2000 年度～2004 年度	2500 万円
情報処理関連機材費	2000 年度～2004 年度	1000 万円
バイク、自転車など	2000 年度～2004 年度	5000 万円
計		20000 万円

出張費等の一般業務費は除く

(3) プロジェクト年間運営予算推計額（事業費、管理費、資機材購入費等）

現時点では計算できない。

(4) 予算措置の展望

ミャンマー政府は、次の経費を負担するために必要な措置をとる旨を表明し、議事録に記載した。

機材のミャンマー国内における輸送、据え付け、操作および維持に必要な経費

機材のミャンマー国内で課される関税、国内税およびその他の課徴金
プロジェクト実施に必要な運営費

10 - 4 建物、施設等計画

本プロジェクトが直接施設を建設する予定は、現在ない。しかし、国立ハンセン病病院の施設や研修施設を改修する可能性は残っている。次回短期調査で検討する。

10 - 5 カウンターパートの配置計画

カウンターパートは以下のように配置する。ほぼ以下の3名でプロジェクト全体の対応が可能である。

表10-2

レベル	役 職	経験年数	員数	備 考
Medical Officer	Director General Department of Health	20 年以上	1	Dr. Wann Muang
Medical Officer	Director Disease Control, DOH	20 年以上	1	Dr. Soe Aung
Medical Officer	Deputy Director Leprosy Control, DOH	15 年以上	1	Dr. Kyaw Nyunt Sein

地方政府カウンターパートは、プロジェクト・サイトが決定されていないので列記できないが、州政府疾病対策部のDirectorとハンセン病コントロールの責任者であるRegional Leprosy Officer (RLO)が担当することになる。

10 - 6 政府関係機関の支援体制

本プロジェクトを支援するための構成メンバーを議事録に記載し、ミャンマー側の確認をとった。

< プロジェクト支援委員会（ミャンマー側） >

Chairperson	Director General, Department of Health
Members	Director of International Health Division, Ministry of Health
	Director of Disease Control
	Director of Public Health
	Director of Medical Care
	Deputy Director of Leprosy Control

したがって、政府機関との関係は前述したように、保健省、保健局（疾病対策部 - ハンセン病対策、公衆衛生部、医療部）、プロジェクト・サイトの地方政府疾病対策部 - ハンセン病対策が政府側の支援組織となる。

ヘルスセンター、タウンシップ病院、国立ハンセン病病院、総合病院（ヤンゴン、マンダレー）特殊皮膚科外来はこれらの政府機関に所属しており、調整可能である。

11．プロジェクト協力の基本計画

11 - 1 協力の方針

前述したように、ミャンマーのハンセン病コントロールプログラムに協力することがこのプロジェクトの目的である。この疾患は長い歴史のなかで、顔、手足に著しい変形を生じるうえ、治療できない危険な伝染病として社会に定着した。病気そのものが社会差別の対象とされ、患者や家族がその地域社会から排除された。多くは家族の庇護からも離れ、善意の慈善団体に保護されるか、同類の患者同士で貧しい共同生活をするか、死ぬまで乞食をするしかなかった。現在、WHOが主導して実施している世界戦略は、できるだけ早期に患者を発見し、MDTを使って病気の進行を止めると同時に、患者からの排菌を止め感染ルートを遮断して、長く人類を苦しめてきたハンセン病を世界規模で制圧しようというものである。WHOの世界戦略は、新患の発見とMDTを施すことで公衆衛生上の問題としてハンセン病を制圧することが目的であるが、実際はハンセン病の進行が原因で著しい障害をもつ患者がなお多く存在し、リハビリテーションの必要性が叫ばれている。

本プロジェクトはWHOの世界戦略に沿いながら、現存の障害をもつ患者にも医療サービスが届けられるように配慮したプロジェクトである。

(1) トレーニングコース

ハンセン病患者を早期に発見し、予防と治療を行い、簡単な日常生活の注意事項を患者に指導する能力をヘルスワーカー（特に助産婦）に指導する。

1) ヘルスセンターレベルの一次医療で対応できないときは、最寄りのタウンシップ病院に患者を紹介して治療を施すことができるようにする。そのためには、一般診療で忙しい医師や看護婦、その他医療スタッフにもハンセン病対策に対する医療技術を身につけてもらう必要がある。

2) さらに、重症な患者や種々の解決できない問題を抱える患者は、国立ハンセン病病院に紹介して、対応してもらうようにする。

3) 上述のハンセン病レファラルシステムを完結させていく過程は、各レベルで実施するトレーニングコースで行う。タウンシップ病院のスタッフに対しては国立ハンセン病病院の研修センターで実施する。

ヘルスワーカーは最寄りのタウンシップ病院やヘルスセンターの施設を利用して、トレーニングコースを実施する。

4) これらのトレーニングコースに合わせて、結核やEPI活動についてのトレーニングを実施する。

(2) 国立ハンセン病病院、総合病院特殊皮膚科外来（ヤンゴン、マンダレー）

- 1) それぞれがハンセン病コントロールのトップレファラルであるため、患者に十分な医療サービスが提供できるように機能向上を図る。ハンセン病医療における技術移転は、機材の供与を含めてこれらに対して行う。

(3) その他

患者報告制度の整備

トレーニングコース用教材作製

教材用ビデオテープの作製

検査室診断の向上（顕微鏡、染色法の技術指導）

患者補助具作製のための機材供与と技術移転

住民教育用パンフレット、ビラ、チラシ、ポスター等の作製

ヘルスセンタースタッフの活動支援に関する機材等の供与

11 - 2 協力の範囲および内容

年次計画はおおよそ以下のとおりである。

表11 - 1

ヘルスワーカー トレーニング	タウンシップ病院 医師、看護婦、技師 トレーニング	国立ハンセン病病院 CSSC、SSC 整備計画	ハンセン病 専門官 Vertical Staff
初年次			
研修コース準備 カリキュラム準備 教材作製 (結核、麻疹を含む) 研修実施 遠隔地研修計画作成	研修コース準備 カリキュラム準備 教材作製 短期専門家派遣 研修実施	改善計画作成 機材リスト作成 皮膚科 眼科 形成外科 理学療法 その他短期専門家派遣	マネジメント研修準備 患者報告制度整備 マネジメント研修 (中堅技術者研修に 組み込む)
2 年次			
研修実施 遠隔地研修実施	研修実施	長期専門家、短期専門家 技術移転継続	マネジメント研修 (中堅技術者研修に 組み込む)
3 年次			
研修実施 遠隔地研修実施	研修実施	長期専門家、短期専門家 技術移転継続	マネジメント研修 (中堅技術者研修に 組み込む)
4 年次			
研修実施 遠隔地研修実施	研修実施	長期専門家、短期専門家 技術移転継続	マネジメント研修 (中堅技術者研修に 組み込む)
5 年次			
研修実施 遠隔地研修実施	研修実施	長期専門家、短期専門家 技術移転継続	マネジメント研修 (中堅技術者研修に 組み込む)

本プロジェクトの対象は上表に示す4つのグループに分けられる。ハンセン病専門官は中央、地方政府行政官を含んでいる。国立ハンセン病病院と特殊皮膚科外来は直接の技術協力が必要であるが、ヘルスワーカー、医師、看護婦、検査技師、補助具技師、ハンセン病専門官に対しては、それぞれが課せられた役割が異なるため、各々別途にトレーニングコースが組まれていなければならない。すべて研修コースで対応する。それぞれに研修用教材や研修内容が違いため、日本側も長期、短期専門家を編成して対処するし、現地からも適任の専門家をリクルートする予定である。おおよそ軌道に乗せるのに1年間程度は必要であろう。また、アクセスのきわめて悪い地域が含まれており、そういう場所でのトレーニングコース開催には特別の配慮が必要である。初年度は遠隔地をあらかじめ選択し、現地の事情にあった実施プログラムをつくる予定である。

11-3 専門家派遣計画

長期、短期専門家の派遣計画を以下のように予定している。

表11-2

分野別	年次	1年次	2年次	3年次	4年次	5年次
長期専門家						
リーダー		●	●	●	●	●
調整員		●	●	●	●	●
病院部門		●	●	●	●	●
看護/サーベイランス部門		●	●	●	●	●
短期専門家						
病院部門/皮膚科		●	●	●	●	●
病院部門/形成外科		●	●	●	●	●
病院部門/眼科		●	●	●	●	●
病院部門/歯科		●	●	●	●	●
病院部門/リハビリ		●	●	●	●	●
病院部門/理学療法		●	●	●	●	●
病院部門/検査室		●	●	●	●	●
病院部門/補助具作成		●	●	●	●	●
疾病対策/結核		●	●	●	●	●
疾病対策/EPI		●	●	●	●	●
疾病対策/BHS		●	●	●	●	●

分野	専門分野／資格および業務
1) リーダー	ハンセン病コントロールの情報処理について技術移転を行う。トレーニングコースの実施を含めたプロジェクト全体を統括し、実施運営の責任者となる。
2) 調整員	プロジェクトの業務整理を専門とし、事務の統括を行う。会計管理を含めリーダーの補佐役を務める。
3) 病院部門	国立ハンセン病病院、特殊皮膚科外来、タウンシップ病院への技術移転やトレーニング実施の総轄を行う。
4) 看護/サーベイランス部門	助産婦等へのトレーニングコースの企画と指導。サーベイランス活動等の全体の統括を行う。
5) 短期専門家	個々の短期専門家は、国立ハンセン病病院、特殊皮膚科外来、タウンシップ病院への技術移転やトレーニングコースに参加して技術指導を行う。

11 - 4 研修員受入れ計画

プロジェクト開始初年度から管理部門、疾病コントロール、ハンセン病専門官に分けて毎年3名ずつ日本または第三国研修に参加させる予定である。

表11-3

分野 \ 年次	1 年次	2 年次	3 年次	4 年次	5 年次
保健衛生管理部門					
疾病コントロール	1	1	1	1	1
ハンセン病専門官	2	2	2	2	2
計	3	3	3	3	3

11 - 5 資機材供与計画

機材の一つ一つについて現地状況を考慮して十分に検討されていないが、概略以下のような要望がある。

国立ハンセン病病院	手術用機材 リハビリテーション用機材 トレーニングコース用機材 検査用機材 コンピュータ
ヤンゴン / マンダレー 特殊皮膚科外来	リハビリテーション用機材 検査用機材 トレーニングコース用機材 コンピュータ
タウンシップ病院 ヘルスセンター	顕微鏡その他検査用機材、輪転機 自転車、バイク その他診療用機材
政府 / 地方政府	コンピュータ (Zone level 以上)

個別に、数、配置場所、メンテナンス等について次回短期調査で検討する。

12．相手国側との協議結果

(1) PCMワークショップおよびプロジェクト計画の概要について

保健省および地方でハンセン病対策にかかわる人員を集め、プロジェクトの内容を計画するためのPCMワークショップを通算約3日間にわたり開催し、参加者分析・問題分析・目的分析・代替分析を経てPDMの作成を行った。参加者は、日本側が調査団6名・ミャンマー事務所1名、ミャンマー側が末端で保健サービスを担う助産婦（Midwife）等の代表者を含む13名の計20名であり、関係者の意見を幅広く取り込むことができ、活発な議論が行われた。問題分析はハンセン病を主体として進めたが、目的分析によりハンセン病患者の発見、治療およびリハビリテーションの3つの分野での課題が主として確認された。代替分析を経て、活動を「人員の研修」、成果を「人員の実施能力の向上」、プロジェクト目標を「ハンセン病対策等の効果的な実施」とし、「研修実施 能力向上 対策実施の改善」と段階的に整理することにより、プロジェクトの計画を明確化することができた。ワークショップ最終日にプロジェクトの要約（上位目標・プロジェクト目標、成果、活動）を固めた後、先方関係者との協議を行ってプロジェクトの内容についての調整を行い、以下のようにプロジェクトの概要をまとめた。

上位目標

- ・プロジェクト・サイトにおいてハンセン病制圧が達成・維持され、リハビリテーションが改善される。
- ・ミャンマーの他の地域でハンセン病対策のシステムが改善される。

プロジェクト目標

ハンセン病対策プログラムが効果的に実施され、結核・麻疹等の疾病対策プログラムも改善される。

成果

各レベルの人員（ハンセン病専門対策員、国立ハンセン病病院医療従事者、ヤンゴンおよびマングレーの総合病院特殊皮膚科外来医療従事者、タウンシップ病院医療従事者、基礎保健サービス従事者）の患者発見の実施能力が向上する。

各レベルの人員の治療の実施能力が向上する。

各レベルの人員の障害予防・リハビリテーションの実施能力が向上する。

基礎保健サービスに従事する人員の結核・麻疹のようなハンセン病以外の疾病対策の実施能力が向上する。

中堅人員層のハンセン病対策プログラムの運営能力が向上する。

活動

- ・ 上記成果 ～ に対応する研修の計画・実施
- ・ ～ の研修の機会を利用した成果 に対応する研修の計画・実施
- ・ 成果 に対応する研修の計画・実施
- ・ 計画・モニタリング等のプロジェクト運営活動の実施

懸案となっていたハンセン病以外の疾病対策、特に結核と麻疹については、PCMワークショップによって行われた保健省幹部との協議の結果、基礎保健サービスに従事する医療従事者に対しハンセン病対策の研修を行う際に、結核と麻疹を取り入れる等の手法を用いることにより、基礎保健サービスレベルの向上をめざすことで合意した。ミャンマー側との最終協議の場では、さらに投入・指標・指標入手手段・外部条件を議論したうえでPDM草案を完成させ、ミニッツに添付した。なお、後述するプロジェクト・サイトの選定も含め、今後のプロジェクト詳細計画の議論のたたき台として今回のPDMを作成したことを先方に確認した。

(2) プロジェクト・サイトの選定について

先方から要請されていた3管区48タウンシップのプロジェクト・サイトについては、今回の調査で右サイトにおける専門家のアクセス・連絡基盤等の状況を把握することができないため、選定・確約することは避け、短期調査員派遣時に要請サイトの研修実施場所の有無や専門家のアクセス等を調査し選定したうえで、最終的に実施協議調査団で確定することとした。

(3) 先方の実施体制および実施にあたっての措置について

本プロジェクトでは、ハンセン病を主体とした疾病対策の強化を主眼としつつも、結核・麻疹等、他の感染症も扱うためハンセン病対策責任者（Deputy Director, Leprosy）のみならず全体の疾病対策の責任者（Director, Diseases Control）を巻き込み、さらに地方の病院・基礎保健サービスの人員の研修実施により全体としての底上げを図ることを目玉としているため病院等施設を管理する責任者（Director, Medical Care）、基礎保健サービスを管理する責任者（Director, Public Health）を巻き込む必要がある。そこで、疾病対策の責任者（Director, Diseases Control）をプロジェクト実施上の責任者（Project Manager）とし、右に掲げたDirectorを所轄する最終責任者の保健局の局長（Director General, Department of Health）をトップの責任者（Project Director）として据えることとした。

また、今回は相手国のとるべき措置を討議議事録（R/D）に準拠した形で提示して先方の理解を得ることとし、あわせて日本側の措置としてプロジェクト方式技術協力の3要素に加えて中堅技術者養成対策事業、プロジェクト基盤整備事業についても説明し、ミニッツに盛り込ん

だ。また、専門家執務場所の提供については、ヤンゴンとマンダレーの2カ所を提供する用意がある旨先方から発言があった。先方のとるべき措置のなかで、日本人専門家の内国移動手段および日当の確保、日本人専門家の住居の提供について難色を示されたため、最近ミャンマーで結ばれたR/D（灌漑技術センター・フェーズ2）に準拠して、日本人専門家の住居の提供のみ「assistする」文言を付した。

(4) 短期調査員の派遣について

短期調査員については、現時点で考えられる調査員の派遣分野を先方に示しミニッツに記載することにより、受入手続きが円滑に進むようにした。派遣時期については、先方から9～10月は国際会議やハンセン病制圧キャンペーン（Leprosy Elimination Campaign: LECと呼ばれる）の実施などで多忙となるため、それ以降の派遣にしてほしい旨の打診があった。国内での人選等に要する期間もあることから、大筋10月中旬以降の派遣とすることを口頭で伝え、今後調整していくこととした。

13. 技術協力の妥当性

以下に、ミャンマー保健省企画統計局がまとめた国家保健計画（1996～2001）に記載されている39疾患の疾病優先順位（Priority Diseases of National Health Plan 1996-2001）を示す。

表13-1 疾病優先順位

順位	疾 病	順位	疾 病
1	Malaria	21	Plague
2	Tuberculosis		Complications of Pregnancy, Child Birth and Puerperium
3	Acquired Immune Deficiency Syndrome	22	
4	Diarrhea and Dysentery	23	Iodine Deficiency Diseases
5	Protein Energy Malnutrition	24	Acute Respiratory Tract Infection
6	Sexual Transmitted Diseases	25	Diphtheria
7	Drug Abuse	26	Occupational Diseases
8	Leprosy	27	Oral Diseases
9	Abortion	28	Tetanus
10	Anemia	29	Cancer
11	Snake bite	30	Whooping Cough
12	Eye diseases	31	Poliomyelitis
13	Viral Hepatitis	32	Meningitis
14	Neonatal Tetanus	33	Accidents
15	Measles	34	Enteric Fever
16	Cholera	35	Handicaps
17	Dengue Hemorrhagic Fever	36	Disaster
18	Rabies	37	Mental Illness
19	Cardiovascular Disease	38	Filariasis
20	Worms Diseases	39	Diabetes

上表には一般に開発途上国で問題となっているほとんどすべての疾患が網羅されている。この疾病優先順位は、それらの疾患に対するミャンマー保健省の政策意図が表現されていると解釈することができる。疾病コントロールプログラムのなかで、マラリア、結核、エイズは優先順位トップ3の位置にあり、ミャンマーの保健医療行政上の最重要課題である。

マラリアはミャンマーの全州にわたって流行しており、毎年55万人が罹患し、罹患率は1000人中10人を超え、死亡は10万人中8～10人である。結核患者も全州に広がっていて、罹患率に州ごとの差があまりない。慢性に経過する疾患であり、治療が遅れば患者数は次第に累積していく。10万人の結核患者がいるだろうと推測されていて、毎年1万5000人以上の患者が見つかる。HIV感染者数は、登録者だけでも1万人にきわめて近く、未報告者を含めると何人の患者がいるのかわからない。決定的な治療法が確立していないだけに公衆衛生的なアプローチが重要であり、患者が国境地帯に集中している間に有効な対策を講じなければならないため、優先順位を高くしているものと思われる。国家保健計画（1996～2001）は、他の疾患コントロールに比べて多くの

ページをこの3疾患に割り、細かい計画を立てて対応しようとしている。

ミャンマーのように後発開発途上国に分類される国では、莫大な資金を必要とする病院のネットワークは存在せず、農村地帯に生活する多くの人々は近くにあるヘルスセンターを利用するしかない。上表に記載された多くの疾病プログラムも結局は、このヘルスセンターのスタッフが患者診察、治療、フォローアップ、コントロールプログラムの実施などそのほとんどを担わされている。各プログラムはこれら基礎保健サービスシステム（Basic Health Service System）に統合されなければ、実際に対策を進めていくことができない。つまり、莫大な数の疾病プログラムを村のヘルスセンターやサブヘルスセンターに勤めるヘルスワーカーが担わなければならない。タイやインドネシアの医療事情のように、この基礎保健サービスシステムが今まで担ってきた機能の多くを、急速に充実してきた病院のネットワーク（レファラルシステム）へ移していくことができるようになるまで、ミャンマーの医療は既存の地域病院と密接に連携をとったヘルスワーカーの活躍に期待するしかない。

個々のプログラムを推進していくためには、たとえば、パンフレット、教材などの製作、配布、教育活動、セミナーやトレーニングコースなどの情報伝達手段を通じて、常に最も新しい情報をヘルスワーカーの人たちに提供する必要がある。それによって、ミャンマー政府が今彼らに何を期待し、彼らが今何をしなければならないかをできる限り簡潔に伝えていくことができれば、彼らの仕事の効率を高め、結果として彼らと地域住民との信頼関係を維持していくことに役立つものと思う。この信頼関係が、ハンセン病コントロール活動にとってもきわめて重要な役割を果たす。ハンセン病のような著しく社会的差別の強い疾病コントロールでは、患者と接触する初期の段階で厚い信頼関係がある人や地域の医療関係者を介してしか、治療やリハビリテーションに対する適切なアドバイスを行い得ないからである。

本プロジェクトは、WHOの基本的活動指針を守りながら、ミャンマーの末端で一次医療を担当するBHSスタッフに、いくつかの疾病コントロールと組み合わせたハンセン病トレーニングコースを実施する。その内容は、彼らに何をやってもらいたいのかかわかる具体的なものでなければならないし、患者や地域住民のニーズに応えたものでなければならない。さらに、重要なことはハンセン病に罹患した患者に対する対応である。つまり、ハンセン病患者に対する医療のレファラルシステムであり、リハビリテーションである。発見された患者の症状に従って適切な医療サービスが施されるためには、各レベルの医療機関に正しい情報が届けられる必要がある。基礎保健サービスの上位組織であるタウンシップ病院、国立ハンセン病病院、特殊皮膚科外来（ヤンゴン、マンダレー）は、日本からの専門技術移転が最も必要な医療機関であり、リハビリテーションや検査室診断技術の導入を行い得る。

14．協力実施にあたっての留意事項

(1) 現在最も重要な懸案は、プロジェクト・サイトとプロジェクトオフィスの問題である。ミャンマー側が希望しているプロジェクト・サイトは、マグウェイ管区、サガイン管区南部、マングレー管区の国立ハンセン病病院に接続する3タウンシップ、合計48タウンシップである。詳しい現地調査ができていない現段階では専門家の宿泊施設や通信手段などについて、正確な判断ができない。状況によっては、タウンシップの数を縮小する可能性もある。

また、プロジェクト・サイトの中心となるマグウェイ管区にプロジェクトオフィスを設置することができないため、マングレー市に置くことになる可能性が高いが、他州の世話をマングレー市のスタッフに依存することになり、業務上煩雑な問題を抱えることになるだろう。強力な調整が必要である。

(2) 国際援助機関やNGOsとの関係

ハンセン病における国際協力は多くの援助団体が絡んでいる。それぞれのNGOに地域割りして分担させ、活動のすべてを任せてしまっている国もあるくらいで、実績のあるNGOsもある。American Leprosy Mission (ALM)やSasakawa Memorial Health Foundation (SMHF)はミャンマーの保健分野に大きな影響力をもっている。実際問題として、ALMはMon州にあるハンセン病病院の中心的支援組織であり、MDTの薬の供給はSMHFの支援なくては続けられない状態である。また、UNICEFをはじめとする国際機関が多くの保健プログラムを動かしているが、そのほとんどはミャンマーの保健事情から、基礎保健サービスシステムを活用し活性化させる方法をとっている。これらいずれの組織においても本プロジェクト活動と重なり合う共通部分をもっていて、個々に調整が必要である。

附 属 資 料

協議議事録（ミニッツ）

プロジェクトの要請内容

ハンセン病対策資料（ミャンマー保健省）

① 協議議事録（ミニッツ）

MINUTES OF DISCUSSIONS
BETWEEN THE JAPANESE PRELIMINARY STUDY TEAM
AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE UNION OF MYANMAR
ON THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
LEPROSY CONTROL AND BASIC HEALTH SERVICES PROJECT

The Japanese Preliminary Study Team (hereinafter referred to as "the Team") organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Dr. Kiyoshi Tanaka visited the Union of Myanmar for the Japanese technical cooperation concerning the Leprosy Control and Basic Health Services Project (hereinafter referred to as "the Project").

During its stay in Yangon, the Team had a series of discussions with the Myanmar authorities concerned on the matters related to the Project and conducted site visits.

As a result of the discussions, both sides agreed to record the matters in the document attached hereto.

Yangon, August 4th, 1999

田中喜代史

Dr. Kiyoshi Tanaka

Leader

Japanese Preliminary Study Team

Japan

Wann Maung
1999

Dr. Wann Maung

Director General, Department of Health

Ministry of Health

Union of Myanmar

ATTACHED DOCUMENT

I. FRAMEWORK OF THE PROJECT

1. TITLE OF THE PROJECT

Leprosy Control and Basic Health Services Project (tentative title)

2. DURATION OF THE PROJECT

The duration of the technical cooperation under the Project is expected to be 5 years from the date given in the Record of Discussions (R/D).

3. PROJECT SITE

The following 48 townships have been already proposed by the Myanmar side as the project sites.

- 25 townships of Magway Division
- 20 townships of lower Sagaing Division
- 3 townships of Mandalay Division

Selection of the project sites will be examined in the Supplementary Study through the observation and survey of these areas and finalized in the Implementation Study Team.

4. SUMMARY OF PROJECT CONTENT

Both sides conducted the Project Cycle Management (PCM)* Workshop for the participatory planning of the Project and made a summary table called Project Design Matrix (PDM)** as attached. The matrix is formulated tentatively on the assumptions that the necessary budget will be acquired by both sides and is subject to change when the necessity arises in further discussions, so that this matrix is made as a tentative idea for the detailed plan for further investigation.

* PCM: A method consisting of Participatory Planning, Monitoring and Evaluation which manages a project via identification, formulation, implementation, monitoring and evaluation.

** PDM: A summary table of a project content which describes necessary Inputs, Activities, Outputs, Project Purpose, Overall Goal, Assumptions, Means of Verifications with the logical relationship between and among them.

The summary of the Project Content is as follows:

(1) OVERALL GOAL (the ultimate and long term objective of the development impact that is expected to be attained after the project purpose is achieved)

1) Elimination of leprosy is achieved and sustained and rehabilitation is improved in the project sites.

2) Leprosy control system is strengthened in other areas of Myanmar.

- (2) PROJECT PURPOSE (the effect which a project is expected to achieve in five years if the activities are completed successfully and appropriately)

Leprosy control program including 1) new case finding, 2) treatment and 3) prevention of disabilities (POD) and prevention of worsening disabilities (POWD) and rehabilitation is conducted effectively, together with the technical improvement in the control programs of other diseases such as tuberculosis and measles in the project sites.

- (3) OUTPUTS (the results that should be achieved by the project as a consequence of its activities)

- 1) Capabilities of staff of various levels (Vertical Staff, Staff of National Leprosy Hospital, Central Special Skin Clinic in Yangon, Special Skin Clinic in Mandalay and Township Hospitals and Basic Health Staff) to conduct leprosy case finding are increased.
- 2) Capabilities of staff of various levels (Vertical Staff, Staff of National Leprosy Hospital, Central Special Skin Clinic in Yangon, Special Skin Clinic in Mandalay and Township Hospitals and Basic Health Staff) to conduct treatment (Multi Drug Therapy, side effects, reactions and so on) are increased.
- 3) Capabilities of staff of various levels (Vertical Staff, Staff of National Leprosy Hospital, Central Special Skin Clinic in Yangon, Special Skin Clinic in Mandalay and Township Hospitals and Basic Health Staff) to conduct POD, POWD and rehabilitation are increased.
- 4) Capabilities of Basic Health Staff to conduct control of other diseases such as tuberculosis and measles are improved.
- 5) Capabilities of Regional Leprosy Officers, Team Leaders and Medical Officers of district and township levels to manage leprosy control program are improved.

- (4) ACTIVITIES (actions taken within a project in order to transform inputs such as funds, personnel, goods into outputs)

- 1-1) To prepare various kinds of training plan for case finding by improving or developing training curriculum, making training materials and procuring training equipment
- 1-2) To conduct various kinds of training for case finding for medical personnel such as Vertical Staff, Staff of National Leprosy Hospital, Central Special Skin Clinic in Yangon, Special Skin Clinic in Mandalay, Township Hospitals and Basic Health Staff
- 2-1) To prepare various kinds of training plan for treatment by improving or developing training curriculum, making training materials and procuring training equipment
- 2-2) To conduct various kinds of training for treatment for medical personnel such as Vertical Staff, Staff of National Leprosy Hospital, Central Special Skin Clinic in Yangon, Special Skin Clinic in Mandalay, Township Hospitals and Basic Health Staff
- 3-1) To prepare various kinds of training plan for prevention of disabilities and worsening disabilities by improving or developing training curriculum, making training materials and procuring training equipment
- 3-2) To conduct various kinds of training for prevention of disabilities and worsening disabilities for medical personnel such as Vertical Staff, Staff of National Leprosy Hospital, Central Special Skin Clinic in Yangon, Special Skin Clinic in Mandalay,

Township Hospitals and Basic Health Staff

- 4) To prepare and conduct training for Basic Health Staff by fully utilizing the above training opportunities
- 5-1) To prepare various kinds of training plan for leprosy control program management by improving or developing training curriculum, making training materials and procuring training equipment
- 5-2) To conduct various kinds of training for leprosy control program management for medical personnel such as Regional Leprosy Officers, Team Leaders and Medical Officers of district and township levels
- 6) To conduct activities necessary for the project management such as planning and monitoring of the entire project and administration

II. MEASURES TO BE TAKEN BY THE JAPANESE SIDE

The Team explained to the Myanmar side that the Japanese Technical Cooperation under the Project will be implemented through the following three basic components.

1. Dispatch of Japanese experts

The Japanese side will provide the services of the Japanese experts as listed below.

- a. Chief Advisor (long-term)
- b. Coordinator (long-term)
- c. Long and short term experts in the following fields (the detail will be discussed in further studies):
 - Leprosy Control
 - Laboratory Technology
 - Nursing
 - Rehabilitation
 - Other fields mutually agreed upon as needed

2. Provision of machinery and equipment

The Japanese side will provide machinery, equipment and other materials (hereinafter referred to as "the Equipment") necessary for the implementation of the Project except consumables (such as medicine) and big facilities. The items of the Equipment will be discussed in further studies. The Equipment will become the property of the Government of the Union of Myanmar upon being delivered C.I.F. (cost, insurance and freight) to the authorities concerned of the Government of the Union of Myanmar at the ports and/or airports of disembarkation.

3. Training of Myanmar personnel in Japan

The Japanese side will receive Myanmar personnel connected with the Project for technical training in Japan.

Other than these three components, the Team explained the following special measures.

4. Special Measures for training of middle-level manpower

(1) To ensure the smooth implementation of the Project, the Japanese side will take special measures for the purpose of supplementing a portion of the following local expenditures necessary for the training programs of middle-level manpower conducted in the Union of Myanmar.

(a) Travel allowances to and from the place of training for training participants.

(b) Expenditures for preparation of teaching materials.

(c) Travel allowances for field trips by training participants.

(d) Expenditures for the purchase of supplies and equipment necessary for training programs.

(e) Travel allowances for instructors when they accompany training participants on field trips.

(f) Fees for instructors invited from institutions other than those directly connected with the Project.

(2) Support for the above-mentioned expenditures will be reduced annually. The reduced portion of the expenditures will be replaced by the Myanmar side.

5. Special measures for the Physical infrastructure

To ensure the smooth implementation of the Project, there may be a possibility for the Japanese side to take, within the limitation of budget, special measures for the purpose of supplementing a portion of the local cost expenditures necessary for the execution of the establishment of some facility.

III. MEASURES TO BE TAKEN BY THE MYANMAR SIDE

The Myanmar side should take the following measures for the successful implementation of the Project.

1. The Myanmar side will take necessary measures to ensure that the self-reliant operation of the Project will be sustained during and after the period of Japanese technical cooperation, through full and active involvement in the Project by all related authorities, beneficiary groups and institutions.

2. The Myanmar side will ensure that the technologies and knowledge acquired by the Myanmar nationals as a result of the Japanese technical cooperation will contribute to the economic and social development of the Union of Myanmar.

田
中

Lo

3. The Myanmar side will grant in the the Union of Myanmar privileges, exemptions and benefits to the Japanese experts referred to in II-1 above and their families no less favorable than those accorded to experts of third countries working in the Union of Myanmar.
4. The Myanmar side will ensure that the Equipment referred to in II-2 above will be utilized effectively for the implementation of the Project in consultation with the Japanese experts .
5. The Myanmar side will take necessary measures to ensure that the knowledge and experience acquired by Myanmar personnel from technical training in Japan will be utilized effectively in the implementation of the Project.
6. The Myanmar side will take necessary measures to provide at its own expense:
 - (1) Services of the Myanmar counterpart personnel and administrative personnel as listed below:
 - Head of the Project
 - Leprosy Control Staff (Vertical Staff)
 - Staff of Central Special Skin Clinic in Yangon and Special Skin Clinic in Mandalay
 - Staff of National Leprosy Hospital;
 - (2) Land, buildings and facilities as listed below:
 - Offices and/or office spaces for the Chief Advisor and other Japanese Experts at each level
 - Facilities including electricity, telephone lines, gas, water, sewage system and others
 - Coordination of the Ministry of Health for inter-agency and local government units regarding smooth project implementation;
 - (3) Supply or replacement of machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the Equipment provided through JICA under II-2 above;
 - (4) Means of transport and travel allowance for the Japanese experts for official travel within the Union of Myanmar; and
 - (5) Assistance to suitably furnished accommodations for the Japanese experts and their families.
7. The Myanmar side will take necessary measures to meet:
 - (1) Expenses necessary for the transportation within the Union of Myanmar of the Equipment referred to in II-2 above as well as for the installation, operation and maintenance thereof ;
 - (2) Customs duties, internal taxes and any other charges, imposed in the Union of Myanmar on the Equipment referred to in II-2 above ; and
 - (3) Running expenses necessary for the implementation of the Project.

IV. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

1. Director General, Department of Health, Ministry of Health will bear overall responsibility for the administration and implementation of the Project as the Project Director.
2. Director of Diseases Control, Department of Health, Ministry of Health will be responsible for the managerial and technical matters of the Project as the Project Manager.
3. The Japanese Chief Advisor will provide necessary recommendations and advice to the Project Director and the Project Manager on any matters pertaining to the implementation of the Project.
4. The Japanese experts will give necessary technical guidance and advice to Myanmar counterpart personnel on technical matters pertaining to the implementation of the Project.
5. For the effective and successful implementation of technical cooperation for the Project, a Joint Coordinating Committee will be established at the start of the Project whose functions and composition are described as follows

(1) Functions of the Committee

The Joint Coordinating Committee will meet at least once a year and whenever needed, and work to:

- formulate the annual plan of the Project within the framework of the Record of Discussions.
- review and monitor the progress of the Project as well as the achievements of the above mentioned annual plan
- evaluate the activities of the Project
- discuss other matters relevant to the Project.

(2) Composition of the Committee

- Chairperson:

Director General of the Department of Health

- Members :

Myanmar side

Director of International Health Division

Director of Disease Control

Director of Public Health

Director of Medical Care

Deputy Director of Leprosy Control

Other personnel mutually agreed upon as needed

Japanese side

Chief Advisor

Coordinator

Japanese experts

Other personnel dispatched by JICA

Resident Representative of JICA in the Union of Myanmar

(Official(s) of the Embassy of Japan may attend the Committee as observer(s).)

V. FORMULATION OF THE PROJECT DETAILS


The details of the Project will be decided through further discussions. The Japanese side will dispatch Japanese specialists for supplementary study in the fields as follows as soon as possible prior to the exchange of the Record of Discussions (R/D) in order to discuss and survey the details of the Project.

- Infectious Diseases Control
- Cooperation Planning
- Equipment Planning
- Leprosy Control
- Nursing
- Occupational Therapy
- Physiotherapy
- Prosthesis Engineering
- Laboratory Technology
- Management of Planning
- Other necessary fields

VI. DISPATCH OF THE IMPLEMENTATION STUDY TEAM

The Japanese side will send an implementation study team to confirm the cooperation activities, duration, each responsibility, etc and to conduct signing and exchange of R/D so that technical cooperation can be initiated.

田中



Draft of Project Design Matrix (PDM) (1/3)

1. Project period: 5 years 2. Project sites: to be decided among proposed 48 townships in the Divisions of Magway, Mandalay and Sagaing by the Supplementary Study after the Preliminary Study 3. Number of beneficiaries: (figures to come) 4. Implementing agency: Department of Health, Ministry of Health, Union of Myanmar 5. The way to formulate the PDM: PCM workshop including 13 medical personnel from Myanmar side and Japanese mission members held between July 28 and August 2, 1999 (3.5 days)

Narrative Summary	Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<u>Overall Goal</u> 1. Elimination of leprosy is achieved and sustained and rehabilitation is improved in the project sites. 2. Leprosy control system is strengthened in other areas of Myanmar.	(For both of 1. and 2. on the left) A few years after the end of the project, 1. Registered prevalence rate is sustained below a certain level. 2. A certain number of Patients Affected by Leprosy (PALs) are covered by rehabilitation activities. 3. New case detection rate is lowered to a certain level.	1. Monthly and annual reports of Leprosy Control Program (LCP) of Dept. of Health (DOI) 2. Special reports of DOI 3. Annual reports of LCP (or sample surveys in independent evaluation)	
<u>Project Purpose</u> Leprosy control program including 1) new case finding, 2) treatment and 3) prevention of disabilities (POD) and prevention of worsening disabilities (POWD) and rehabilitation is conducted effectively, together with the technical improvement in the control programs of other diseases such as tuberculosis and measles in the project sites.	At the end of the project, 1-1. MB proportion among new cases is lowered to a certain level. 1-2. Single lesion PB ratio among new cases is increased to a certain level. 1-3. Good referral system is developed. 1-4. Proportion of volunteers reporting among new cases increases as the result of community education. 2. MDT coverage is sustained at 100%. 3. Rehabilitation rate among G2 Patients is increased up to a certain level.	1-1. Monthly and annual reports of LCP 1-2. the same as above 1-3. Annual reports of LCP 1-4. Annual reports of LCP 2. Monthly and annual reports of LCP 3. Special reports of DOI	1. Technological achievement of the project is transferred to other areas. 2. Governmental and other international support to the medical sector is not weakened.
<u>Outputs</u> 1. Capabilities of staff of various levels (Vertical staff, staff of National Leprosy Hospital, Central Special Skin Clinic in Yangon, Special Skin Clinic in Mandalay, and Township Hospitals and Basic Health Staff) to conduct leprosy case finding are increased. 2. Capabilities of staff of various levels to conduct treatment (MDT, side effects, reactions and so on) are increased. 3. Capabilities of staff of various levels to conduct POD, POWD and rehabilitation are increased.	For the 1, 2, 3 on the left, training activities are effectively carried out with the following scale. 1. types of training 2. number of training 3. duration of training (number of days) 4. number of staff trained	Record of the project gathered from various sources	1. Myanmar counterpart personnel (C/P) remain in the related medical institutes after the completion of training. 2. Articles of consumption such as medicines are provided sufficiently. 3. Medical staff in the project sites does not decrease in number. 4. Medical facilities are maintained in the project sites.

Draft of PDM (2/3)

<u>Outputs</u> 4. Capabilities of Basic Health Staff to conduct control of other diseases such as tuberculosis and measles are improved. 5. Capabilities of Regional Leprosy Officers, Team Leaders and Medical Officers of district and township levels to manage leprosy control program are improved.	For the 4,5 on the left, training activities are effectively carried out with the following scale. 1. types of training 2. number of training 3. duration of training (number of days) 4. number of staff trained	Record of the project gathered from various sources	
<u>Activities</u> 1. New Case Finding a. Preparation Stage (1) To formulate training plan and to improve curriculum for case finding and surveillance system by JICA experts and Myanmar C/P (2) To make training materials by JICA experts and Myanmar C/P (3) To procure training equipment by both Japanese and Myanmar sides (4) To develop more effective methods and strategies of case finding by JICA experts and Myanmar C/P b. Implementation Stage (1) To conduct various kinds of training shown in the attached supplementary sheet (2) To improve information system by the data storage at Regional Leprosy Offices, Team Leaders' offices, National Leprosy Hospital, Special Skin Clinics by JICA experts and Myanmar C/P (3) To establish surveillance system for leprosy by JICA experts and Myanmar C/P	<u>Inputs</u> Japanese Side: 1. Dispatch of experts a. Chief Advisor (long-term) b. Coordinator (long-term) c. Long and short term experts in the following fields - Leprosy Control - Laboratory Technology - Rehabilitation - Other necessary fields 2. C/P training in Japan 3. Provision of necessary equipment 4. Financial support for the local operation Myanmar Side: 1. Assignment of C/P 2. Provision of facilities for project activities including the offices for the Japanese experts 3. Financial support for the operation cost such as cost of equipment transportation and running cost		Equipment procured from Japan smoothly pass the customs. <u>Preconditions</u> 1. Support from central and local government of Myanmar is available in terms of finance, personnel and facilities. 2. Basic infrastructure such as water, electricity, tele-communication and roads is established in project sites.

Draft of PDM (3/3)

<p><u>Activities</u></p> <p>2. Treatment</p> <p>a. Preparation Stage</p> <p>(1) To formulate training plan and curriculum by JICA experts (short-term) and the staff of DOI</p> <p>(2) To prepare training materials by both sides</p> <p>b. Implementation Stage: To conduct various kinds of training shown in the attached supplementary sheet</p> <p>3. Prevention and Rehabilitation</p> <p>a. Preparation Stage</p> <p>(1) To formulate training plan and curriculum by JICA experts and Myanmar C/P</p> <p>(2) To prepare necessary materials for training</p> <p>(3) To procure necessary equipment and materials for training</p> <p>b. Implementation Stage: To conduct various kinds of training shown in the attached supplementary sheet</p> <p>4. Other diseases: To prepare and conduct training for Basic Health Staff by fully utilizing the above training opportunities</p> <p>5. Program Management</p> <p>a. Preparation Stage: To formulate training plan and curriculum for leprosy control program management by JICA experts and Myanmar C/P</p> <p>b. Implementation Stage: To conduct training shown in the attached supplementary sheet</p> <p>6. Other necessary activities</p> <p>(1) To formulate overall and annual plans of operations</p> <p>(2) To carry out monitoring of the entire project regularly</p> <p>(3) To carry out administration such as financial management and personnel management of the project</p>		
--	--	--

Supplementary Sheet for PDM : Content of Training Activities and Trainers (1/2)

Trainees subject	Vertical Staff (RLO, TL, LI, ALI and JLV*1)	National Leprosy Hospital	Township Hospitals	Basic Health Staff (RHC and RSIC)	Others
1. New Case Finding	1. Training of diagnosis, classification and charting by JICA experts and Myanmar C/P 2. Case finding methods and strategies by JICA experts and C/P 3. Training of Senior Leprosy officers on epidemiological studies and advanced technologies by C/P training in Japan 4. Leprosy surveillance system by JICA experts and Myanmar C/P(*2)	1. Training of diagnosis, classification and charting by JICA experts and Myanmar C/P	1. Training of diagnosis, classification and charting by JICA experts and Myanmar C/P 2. Case finding methods and strategies by JICA experts and Myanmar C/P	1. Training of diagnosis, classification and charting by JICA experts and Myanmar C/P 2. Conducting information session at village levels by Myanmar side 3. Leprosy surveillance system by JICA experts and Myanmar C/P	
2. Treatment	1. Laboratory training of Team Leaders by JICA experts 2. Training of TL, LI and ALI on management of reactions, neuritis and other complications by JICA experts	1. Laboratory training of lab technicians by JICA experts 2. Training on management of reactions, neuritis and other complications by JICA experts	1. Laboratory training of lab technicians by JICA experts 2. Training on management of reactions, neuritis and other complications by JICA experts	1. Medicine supply and distribution management by RLO/TL 2. Defaulter management by TL, RLO at township levels 3. Management of reactions, neuritis and other complications by TL, LI and ALI	Laboratory training of lab technicians (two Special Skin Clinics) by JICA experts
3. Prevention and Rehabilitation	1. RLO : management and program for rehabilitation 2. TL : surgical training 3. LI, ALI : POD and POWD by short-term Japanese experts	1. MO:surgical training(*3) 2. Nurses and Physiotherapy workers : physiotherapy and rehabilitation training 3. Prosthesis maker and Shoe maker : advanced technology by JICA experts	1. Training of TMO, SMO and THO (*3) on basic leprosy surgical training and rehabilitation 2. Training of nurses on POD, POWD and rehabilitation by National Leprosy Hospital	POD, POWD, rehabilitation and shoe making by National Leprosy Hospital	Psychological rehabilitation (under consideration)

*1. RLO:Regional Leprosy Officer, TL:Team Leader, LI:Leprosy Inspector, ALI:Assistant Leprosy Inspector, and JLV:Junior Leprosy Worker

*2. Initially, Japanese experts instruct a small group of C/P and then these C/P instruct other C/P.

*3. MO:Medical Officer, TMO:Township Medical Officer, SMO:Station Medical Officer, and THO:Township Health Officer

7 13

Supplementary Sheet for PDM : Content of Training Activities and Trainers (2/2)

trainees subject	Vertical Staff (RLO, TL, LI, ALI and JLV)	National Leprosy Hospital	Township Project Managers (TMOs)	Basic Health Staff (RHC and RSHC)	Others
4. Program Management	training of trainers (RLO and TL) on leprosy control program management by JICA experts and Myanmar C/P		training on leprosy control program management by RLO and TL		

12

② プロジェクトの要請内容

THE GOVERNMENT OF THE UNION OF MYANMAR
MINISTRY OF NATIONAL PLANNING AND ECONOMIC DEVELOPMENT
FOREIGN ECONOMIC RELATIONS DEPARTMENT
OFFICE OF THE MINISTERS
YANGON

D.O.No. Na Sa/Za/2/97(5214)

Dated, the 30 December 1998

Dear Mr. Yoshida,

Subject : Technical Cooperation on Infectious Diseases
mainly Leprosy Control

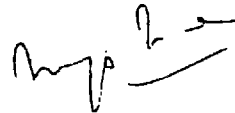
With reference to the above subject, we have been requested by the Ministry of Health to forward to you the Project Proposal for Leprosy Control Programme to be implemented under the JICA Technical Cooperation of the Government of Japan.

In this regard, I am forwarding herewith two copies of Proposals for favour of necessary action.

Your kind transmittal of the proposals to the authorities concerned in Tokyo would be much appreciated.

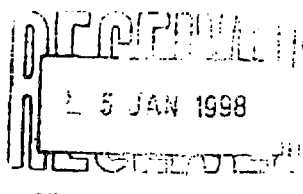
With warm regards,

Yours sincerely,



for Director General
(Nyo Nwe - Director)

Mr. T. Yoshida,
Head, Technical Cooperation Section,
Embassy of Japan.



U. R. NO.	GROUP	P. R.	DR. IN	OFFICER
	MPG		fu	
	P G			
TO INFORM	HQA. PWD. ED.			
TO ARRANGE	HOTEL. CAR. APPOINTMENTS			
TO CHECK				
OTHERS				

PROJECT PROPOSAL OF THE MINISTRY OF HEALTH,
UNION OF MYANMAR TO THE GOVERNMENT OF JAPAN

Project Title : Technical Co-operation on Infectious Diseases mainly Leprosy Control.

I. Introduction

In Myanmar, Leprosy had been a Public Health Problem for many years. The Government of the Union of Myanmar at various times had been fighting to eliminate the disease. Now due to the effective implementation of leprosy elimination activities, the following achievement and the impact were observed;

- (a) Marked reduction in Registered Prevalence Rate (from 53.4/10,000 in 1987 to 3.1/10,000 in June 1998),
- (b) Effective new case finding (8,000 to 10,000 new cases/year),
- (c) Increased cure rate and patients,
- (d) Integrated MDT service to patient,
- (e) 100% MDT coverage by area. etc;.

Although there were many achievements within the time frame, but there were also some constraints encountered, for example :-

- (1) High prevalent areas still need to flush-out the hidden cases and fresh cases without delay, and to sustain the essential activities for the elimination.
- (2) High disability rate among persons affected by leprosy (PALs); some survey showed that 30% to 50% of PALs have disability grade 2.
- (3) Inadequate public awareness,
- (4) Inadequate supply of supportive drugs and equipments for the prevention of disability, etc;.

To overcome these constraints, it needs to improve the capacity of health staffs, both campaign staffs and basic health staffs, support of equipments and drugs for Prevention of Disability (POD), Prevention of Worsening of Disability (POWD) and Community Based Rehabilitation (CBR) and up-grading of the functions of leprosy hospitals and Special Skin Clinics.

II. General Objectives

According to National Health Plan*(1996-2001) of the Government of the Union of Myanmar, Ministry of Health request the project of the technical type co-operation from the Government of Japan for the Leprosy Control and Basic Health Services as follows :-

- (1) Support the elimination programme of leprosy in Myanmar, especially decreasing the infection sources of leprosy, by means of strengthening Basic Health Services.

- (2) Transfer technical (including equipment) of Rehabilitation and prevention of disability for leprosy patients from Japan in order to :
 - (a) Uplift the function and activities of National Leprosy Hospitals and Special Skin Clinics (Yangon, Mandalay)
 - (b) Uplift the knowledge and activities of field health staffs.
- (3) In order to carry out above purposes:
 - (a) Uplift Infectious Disease Control Activities of Midwives in Rural and Sub-rural Health Centers throughout training courses.
 - (b) Uplift the knowledge and skills of leprosy control staffs.
- (4) Support the tuberculosis control programme in Myanmar by means of strengthening case finding, directly observed treatment (DOTS) strategy, monitoring, supervision and quality control of laboratory net work for sputum microscopy.
- (5) To reduce measles deaths by 95% and measles cases by 90% of 1990. Level in all townships by the year 2000.

III. SPECIFIC OBJECTIVES

III.1. Strengthening of the Capacity of Health Staffs

III.1.A. Basic Health Staffs

- (1) To improve the capacity of programme management, especially.
 - Identification of the problems and formulation of solutions.
 - Monitoring, supervision and evaluation of the programme.
- (2) To improve the quality of patients' care.
 - Accuracy of diagnosis, especially early cases and classification.
 - Managing the reactions and other complications.
 - Conducting the Prevention of Disabilities (POD) and Prevention of Worsening of Disabilities (POWD).
- (3) Promoting the community involvement.

III.1.B. Leprosy Control Staff

To strengthen the capacity of leprosy control staffs in the field of epidemiology, programme management, research and HSR and Rehabilitation.

- III.2.** Support of some equipment for BHS and LCP staff to improve knowledge, skills and supervision.
- III.3.** Support of equipment for Prevention of Disability (POD), Prevention of Worsening of Disability (POWD) and Community Based Rehabilitation (CBR).
- III.4.** Upgrading of the functions of leprosy hospitals and special skin clinic to become the tertiary referral center, training and research center.

IV. Co-operation Scheme

- (1) Technologies transfer to counterparts.
- (2) Dispatch Japanese experts.
- (3) Receive counterpart trainees in Japan.
- (4) Supply equipment necessary for the transfer of technologies to counterparts.

V. Activities

- Technical assistance to the case-finding activities of leprosy and other infectious diseases in model areas. e.g. Tuberculosis and Measles.
- Technical assistance to the rehabilitation of the leprosy cases.
- Training the health workers in model areas.
- Improvement of the equipment of the township level, health center and leprosy team in model areas.
- Improvement of the equipment of leprosy and tuberculosis hospitals and special skin clinics. (Yangon & Mandalay).
- Provision of measles vaccines and cold chain equipments.
- Development of Integrated Disease Surveillance Systems for Leprosy and Measles.

VI. Project Period

5 years (from 2000 to 2004)

VII. Project Site

The proposed project sites are as follows :-

- (1) 25 townships of Magway Division (all townships)
- (2) 20 townships of lower Sagaing Division.
(Sagaing, Monywa and Shwebo districts)
- (3) 3 townships of Mandalay Division
(Madaya, Patheingyi and Singu townships for Yenanthar Leprosy Hospital)

These 48 townships are most leprosy hyper-endemic townships of the country, easily accessible and continuous or adjacent areas, good health infrastructure (both vertical and basic health) and not far from Yenanthar Leprosy Hospital.

VIII. Expected Out Put

- Capacity of BHS staff and Leprosy Control Programme staff will be improved.
- Quality of care for PALs will be definitely improved.
- Community involvement will become more visible in control of leprosy and other infectious diseases.
- Disease Surveillance system will become well-defined based on integrated approach through PHC.

IX. Conclusion

By carrying out the technical co-operations on infectious diseases, the technical capacity of the persons concerned between the two countries will improve, facilitate the elimination of leprosy, diminishing the disease burdens of leprosy and other infectious diseases. Not only these, but also strengthen the relationship and mutual understanding of the countries.

C:ITCID-LCP (Ym)

PROGRESS TOWARDS LEPROSY ELIMINATION

LEPROSY CONTROL
PROJECT

(MYANMAR)

"PROGRESS TOWARDS LEPROSY ELIMINATION"

Leprosy Control Project

Myanmar

I. Introduction

Leprosy is one of the oldest diseases on this earth, and it had been depriving both the patient and his family of physical pleasures, causing socio-economic problems and many other problems, due to the physical disabilities, resulting from the disease.

The efforts made by the governments of various countries, non-governmental voluntary organizations and religious organizations all over the world, to escape from this dreadful disease is seen in the annals of health.

In Myanmar, Leprosy had been a public health problem for many years. The Government of the Union of Myanmar at various times, with the expertised help and advice of the World Health Organization (WHO), had been fighting to eliminate the disease.

II. Leprosy in Myanmar

Leprosy has been mentioned in many Myanmar literatures, but Leprosy was documented as early as Bagan dynasty in AD 1044. The earliest nation wide finger on leprosy prevalence was published in 1893 by Leprosy Commission in India, which recorded 6464 leprosy cases in a population of 7½ million, (a prevalence rate of 8.6 per 10,000), however the diagnosis was left to enumerators without proper knowledge of leprosy.

There were some Leprosy Homes & Colonies in the country. The Christian Leprosy Hospital in Mawlamyine was one of the earliest institute started in 1898.

III. The Developmental Phases of Leprosy Control Activities in Myanmar.

Knowing the magnitude of the problem of leprosy and the consequences due to the disease, it was one of the public health priorities and the Government of Union of Myanmar started to launch Anti-Leprosy Campaign as early as 1950-51. During these day Dr. Tha Saing (a Public Health Medical Officer) with keen interest in leprosy, carried out Surveys in Myingyan and Shan State.

During these early days Dapsone monotherapy distributing from some fixed treatment center and encouraging voluntary attendance, in addition there were some isolation homes and colonies.

The following are the developmental phases of Myanmar Leprosy Control Project since 1950/51 to date.

Developmental Phase of Leprosy Control Programme

Sr.	Phase	Period	Main Activities
a.	Initial Phase	1951-56	WHO Consultant visited and campaign started.
b.	Trial Phase	1956-64	Pilot Trial in six endemic districts
c.	Expansion Phase	1964-69	Expansion to cover the whole country.
d.	Maintenance and Consolidation Phase	1969-77	Surveillance, Education and Treatment Capacity Building Integration Trials
e.	Partial Integration Phase	1977-88	Partial Integration with People's Health Plan Implementation of National Rifampicin
f.	MDT Initiation Phase	1988-91	MDT was started in six hyper-endemic regions.
g.	MDT Expansion Phase (Integrated)	1991-96	MDT Expansion to cover the whole country.
h.	Leprosy Elimination Phase	1996-2001	- Intensification of case finding and consequence of leprosy by LEC - SAPEL - Sustain 100% MDT coverage - Implementation of CBR activities especially in Physical disabilities.

As mentioned above the leprosy control in the country progress were with Government inputs and support of WHO, UNICEF and some other International NGOs. With the implementation of People's Health Plan (PHP) in 1977/78 UNICEF which was supporting mainly with the drugs, trainings, and transport facilities started to phased out as its major contribution is diverted to Primary Health Care Activities.

During this period many noted projects proposals were submitted through WHO to many NGOs. Sasakawa Memorial Health Foundation (SMHF) started to support the project with some drugs and transport facilities.

IV.(a). The Leprosy Elimination Era

Leprosy was also a problem for Medical Science for there was no cure. The discovery of Dapsone as a treatment agent brought in a bright hope for curing individual patient and to interrupt the chain of transmission so as to control disease. But the occurrence of dapsone resistant bacilli and long treatment duration over shadow the bright hope.

The first recommendation of present standard Multi-Drug Therapy (MDT) regimens made by WHO study group on Chemotherapy in 1981, began as

era of Optimism. Due to this regimens the impossibilities ten years ago have become a reality. This simple relatively in expansive, well tolerated accepted by patient highly effective in curing the disease interrupting transmission and makes elimination of this dreadful disease a possibility.

In 1991 the member states of WHO through a resolution in World Health Assembly declared their intention to eliminate the leprosy as a Public Health Problem by the year 2000. The elimination of Leprosy as a public health problem means reducing the prevalence of leprosy to below one case per ten thousand population.

IV. (b). Myanmar Leprosy Elimination Activities

MDT activities started in small scale during 1986/87 in some selected areas but a nationwide programme was planned and initiated during 1988 in six hyper- endemic divisions (Sagaing, Mandalay, Magway, Ayeyarwaddy, Bago and Yangon) which constitutes about 85% of the registered cases in the country by the specialized the leprosy control units. In 1991 this MDT activity was integrated to the Basic Health Services (BHS) in addition to their routine leprosy control activities.

In 1993 Plan of Action for Leprosy Elimination in Myanmar (POA) was formulated in accordance to National Health Plan (NHP) (1993-96). This PoA was presented to the National Health Committee (NHC) in 1994 and in the First International Conference for Leprosy Elimination in Hanoi Vietnam July 1994. The problems, constraints and resource needs were identified and discussed. H.E the Deputy Minister of Health, Union of Myanmar attended this meeting. The International NGOs who were present in this meeting started to discuss to participate as partners in Myanmar Leprosy Elimination Project.

After this meeting representative of SMHF, American Leprosy Mission (ALM), Netherlands Leprosy Relief Association (NSL) visited country reviewed the project at the field level during 1994.

In April 1995, First Donor's Meeting was organized in Yangon by Ministry of Health (MOH) Union of Myanmar and WHO. This meeting was attended by the representatives of SMHF, ALM, NSL, TLMI together with Dr. S. K. Noordeen Director Action Programme for Leprosy Elimination WHO Geneva and Dr. A. A. Louhenapessy M.O (Lep) SEARO. In this meeting a plan of action covering a period of 1993-2001 was presented which is as follows.

V. Plan of Action for 1993-2001

The General Objectives

To eliminate leprosy, as one of the major public health problem of the country by achieving the global goal of reducing the prevalence rate to a level of less than one case per 10,000 population by the year 2000 and to promote medical and social rehabilitation.

The Specific Objectives

To reduce the endemicity of disease and interrupt the chain of transmission,

- (a). To reinforce and sustain the political will and government commitment.
- (b). To increase public awareness and community involvement for leprosy elimination through health education.
- (c). To intensify case finding activities and put on MDT to all newly detected cases.
- (d). To give refresher and reorientation training to all health workers involved in leprosy control and to increase the care and management of the patients at the peripheral level.
- (e). To sustain and strengthen community based rehabilitation activities in the whole country.
- (f). To reduce disability Grade II rates among new cases not more than 5 %.
- (g). To reduce and prevent disabilities among persons affected by leprosy (PALs).
- (h). To strengthen and upgrade training centers in Yangon and Mandalay.
- (i). To improve the supervisory system.
- (j). To accelerate the MDT coverage by the following system.

(i) MDT expansion phase	-	1994-1996
(ii) Consolidation phase	-	1997-1998
(iii) Maintenance phase	-	1999 onwards.

VI. The Strategies

(i) Broad Strategies

The main strategy for leprosy elimination is to reduce the endemicity of the disease of the community and interrupting the chain of transmission with the available potent tools for the prompt, effective and adequate chemotherapy to all known cases. To be more meaningful and to bring epidemiological impact within the shortest period is also crucial. It is also important as a mean of prevention of disabilities among the patients. The WHO recommended MDT regimen with fixed duration serves the above purpose. Therefore full MDT coverage with intensified case finding is the main strategy to attain the above mentioned objectives.

The impractical isolations and legislations are not be practiced nor enforced.

(ii) Implementation Strategies

- a). Intensive case finding
- b). Effective treatment with MDT
- c). Cases holding
- d). Assessment
- e). Prevention of disability
- f). Capacity building
- g). Information, Education and Communication (IEC)
- h). Rehabilitation
- i). Research
- j). Reporting

To achieve above objective the plan is to be phased in three phases.

(1) The Expansion Phase (1994-1996)

- To expand LEC activities to all health facilities in the country by capacity building of the local Basic Health Services and specialized Leprosy Control Unit Staff.
- To intensify new case finding, improve patient care quality at periphery, prevent disability and strengthen supervisory system.

(II) Consolidation Phase (1997-1998)

- To further intensify new case finding both by conventional methods and new innovative approaches.

- To increase the community awareness of leprosy through social marketing approach and to get community involvement in elimination activities.
- To sustain high MDT coverage and increase the cure rate.
- To intensify Physical and Social Rehabilitation by community based approach.

(III) Maintenance Phase (1999-2001)

- (a) To sustain high MDT coverage
- (b) To intensify passive surveillance through community involvement by Social Marketing.
- (c) To improve the quality of patient care and rehabilitation services at the peripheral level.

This meeting was held for two days (3rd & 4th April). Immediately after this meeting representative of partners NGOs went to the field down to the level of villages and review the projects.

In July 1995 SMHF held its drug advisory meeting in Yangon, during which three sets of agreements were signed between the department of health (DOH) and SMHF to support the leprosy control project for the period of two years. These agreements amounted to (US \$ 107,950) in cash and US \$ 360,897 in kinds.

In December 1995 NSL signed another memorandum of understanding (MOU) for the same period contributing a sum of (US \$ 181,000) in cash and US \$ 316,300 in kinds.

ALM on its behalf and as well as coordinator signed a MOU for the same period totally (US \$ 571,575) in cash and US \$ 105,361 in kinds during the year 1995 to 1998.

In addition to these partner's support UNDP assisted the programme to established a community based rehabilitation (CBR) in 36 townships during 1993-96 and 4 townships during 1997-1998. World Vision International (WVI) participated in upgrading central office and Urban CBR of PALs in Mandalay Divisions. ADRA another NGO took keen interest for equipping the only leprosy hospital in Yenanthar Hospital, Mandalay Division and providing POD kits for PALs. The Leprosy Mission International sent partners for health workers.

VII. Implementation Status

The implementation of leprosy elimination activities during 1996-1997 is summarized in tables.

VIII. Achievements and Impacts

Due to the effective implementation of leprosy elimination activities during the above mention period the following achievement and the impact were observed.

(a) Marked Reduction in Registered Prevalence Rate

From 53.4/10,000 in 1987 and 9.3 in 1993 to 2.5/10,000 in end of December 1998.

(b) Effective New Case Finding

At an average of 8,000 to 10,000 new cases were detected every year, but there was marked reduction in both children proportion and disability grade (2) proportion. An innovative approach by increasing community awareness to detect the hidden cases especially cases of consequences (LEC) was initiated in 19 districts by WHO support and 23 districts by ALM support. Due to intensification of case finding activities by means of Leprosy Elimination Campaigns, more new and hidden cases were detected.

(c) Increased Cure Rate & Patients

A total of (183,731) leprosy patients have been cured since the initiation of MDT up to the end of December 1998.

(d) MDT Service to Patient

All registered leprosy patients were treated with MDT at the villages in a domiciliary approach by the Basic Health Staff. This integrated approach proved to be very effective and sustainable.

(e) MDT Coverage by Area

All basic health staff serving at periphery and health staff from the border areas were trained on leprosy and MDT blister packs were distributed to all health facilities available all over the country; hence MDT been reached to every village making the geographical coverage 100%.

(f) Intensified IEC

Community awareness towards early signs of leprosy, curability and availability of MDT service at all facilities have been intensified through the production of IEC material and social marketing.

(g) Capacity Building

Technical capacity for different categories of health staff were strengthened through refresher training, orientation training and on-job training according to their prescribed tasks.

(h) Community Based Rehabilitation (CBR)

In addition to be existing institutional rehabilitation activities and minimum out reached of activities community based rehabilitation was introduced in 36 townships during 1993 and increased to 40 townships at the end of 1997. This programme benefited about 250 PALs in reconstructive surgery, more than 1000 PALs in Social Economic Support and 5000 PALs with Self Care Educational Activities. This programme was supported by UNDP as a part of HDI.

(i) Participation in Research Activities

Two multi-drug regimens trails have been implemented in the country as one of the multi center trial of WHO (THEMYC).

One HRS study on effectiveness of LEC in Bago division was jointly conducted by Department of Preventive and Social Medicine, Institute of Medicine (I) and Leprosy Control Project, Department of Health supported by Netherlands Leprosy Relief.

Some more HSR studies will be conducted especially in fields of acceleration and sustainability of National LEP, improving the integration of BHS leading to ownership, identification of problems areas and pockets, improving the monitoring and supervision, creation of community involvement, maintenance of elimination and post elimination, establishment of sentinel centres, formulation of epidemiological modules, etc.

(j) Adequate Drug Supply

An adequate uninterrupted timely, drug flow system was established and maintained throughout the period for MDT drugs which was contributed by SMHF through WHO HQ.

(k) Intensified Supervision

Supervision at all levels were improved, due to the contribution of transport facilities by the partner NGOs to appropriate level of staff both of LCP and BHS.

(l) Independent Evaluation

Two Independent Evaluations were under taken (1993 & 1997) by MOH/ WHO including some representatives from partner NGOs. These evaluations identified and highlighted the above mentioned impact and achievements.

IX. Myanmar Leprosy Epidemiology in Relation to Elimination

With fixed duration and effective MDT, elimination of leprosy was hoped for when there was a well organized health structure with motivated workers.

In a leprosy hyperendemic country like Myanmar a cautious review of achievements since introduction of MDT with special consideration of epidemiological pattern is essential.

It was quite satisfactory to see good geographical coverage and patient coverage with MDT, a reduction of prevalence from 40/10,000 (1988 year of start of MDT) to 2.5/10,000 (1998) and cumulative RFT cases 183731.

But a slower reduction of prevalence from 5.5/10,000 (1994) to 2.5/10,000 (1998) was seen while NCDR was increased from 19.7/100,000 (1994) to 30.1/100,000 (1998) because of special campaigns like LEC. By townshipwise analysis it was found out that NCDR due to LEC was 2-3 times higher than NCDR by routine method. It points out the hidden case load problem which cannot be solved with routine method.

Among new cases detected, MB proportion trend was more or less unchanged 48% in 1994 and 51.5% in 1998, children proportion trend was also a little similar 11.1% in 1990 and 9.3% in 1998 while disability grade (II) proportion trend was a little increased from 8% in 1994 to 13.4% in 1998.

With experiences gained from 19 LEC teams of Phase (I) (June 97 - June 98) 21 LEC teams of Phase (II) (Nov. 98 - June 99) it was so obvious that there might be a lot of hidden cases (7067 cases in 55 townships in Phase (I) and 4569 cases in 37 townships out of 63 in Phase (II)) which can be flushed out with intensive case finding activities. The NCDR after LEC was 2-3 times higher than NCDR before.

Under 14 years proportion among new cases about 10%, and MB proportion 40%, showed unchanging epidemiological pattern.

There might be a lot of discussion about MB proportion and disability grade (II) but children proportion among new cases was kept about 10% for decades should be thought more seriously from the epidemiological point of view.

Without doubt about effectiveness of MDT for individual patient, a good coverage of hidden cases, especially cases of consequences, should be encouraged to the utmost to see the impact of intervention and a change of epidemiological pattern.

Therefore, the main areas of activities are to flush out all hidden cases before 2000 and coverage with MDT and to maintain that situation afterwards. For that in addition to methods practiced at present in Myanmar like intensification of routine method, capacity building of health staff by workshops and training, intensification of community awareness by IEC including research and HSR, other methods which are recommended by LEAG etc have to be conducted.

So for the fruitful outcome, appropriate external and internal inputs might be needed to conduct such activities so that elimination goal can be reached in time more meaningfully and can be maintained afterwards.

X. RECENT APPROACHES

Plan of Action for 1999-2000

THE CHALLENGE TODAY

The main challenges for national programmes are,

1. To reach geographical areas and population which have not yet benefited from MDT services.
2. To detect the delay in detecting and diagnosing the disease and
3. To continue to provide patients with good quality services.

The followings are the plan of activities for the year 1999 and 2000 to ensure the success of the elimination goal.

1. To conduct the National Leprosy Elimination Campaign to flush out all hidden (untreated) cases and to increase the geographical coverage by intensification of community awareness through media campaign and capacity building of BHS staff and conducting Information session at village level.
2. To integrate LEC into BHS as their routine activities for the sustainability of the Leprosy elimination.
3. To concentrate and initiate the elimination activities in urban areas and special groups by SAPEL.
4. To intensify IEC to sustain and vitalize the community awareness and their involvement through media campaign such as pamphlets, posters, radio, TV, newspapers and journals both by Health Departments as well as by private sectors.
5. To improve the capacity of health staffs especially clinical, epidemiology and programme management for different levels by conducting workshops and organized the effective training programme.
6. To strengthen the monitoring, supervision and evaluation to solve the problem effectively and without delay, including LEM and independent Evaluation.
7. A Technical Core Group for Leprosy Research (multidisciplinary) was formed to conduct in the fields of :
 - Acceleration and sustainability of National LEP
 - Improving the integration of BHS leading to ownership
 - Identification of problem areas and pockets.
 - Improving the monitoring and supervision
 - Creation of community demand and improvement of community involvement.
 - Formulation of epidemiological modules
 - Preparation for the maintenance of elimination and post elimination
 - Establishment of sentinel centers (units)
 - Basic knowledge about clinical, epidemiology and immunology etc.
8. To improve the quality of patient care by POD and POWD etc, by production of guide books for the health staff and volunteers and instruction pamphlets for PALs, training for self care and management of reactions and complications as well as support with availability of drugs, equipments and self care kits.
9. To accelerate the co-ordination activities with local administrative bodies, local NGOs and International NGOs.

10. To continue and expand the rehabilitation including CBR by expansion of townships, training of health staff for septic and minor surgery at local levels and arrangement of earning jobs for PALs.
11. To prepare for the maintenance of elimination status and post elimination by surveillance system and research.

XI. PARTICIPATING BODIES AND ACTIVITIES

As mentioned above, to reach Elimination Goal in time, activities like accelerating routine activities, intensification of IEC and community participation etc; are to be carried out effectively and efficiently. For that we are starting to get active participation of different bodies like Inter-Departmental Co-ordination Local Administrative Bodies, Local NGOs and Private Sectors etc; to work hand in hand with Government of Myanmar, UN Agencies, Ministry of Health, Department of Health, International NGOs, LCP & BHS Staff.

XII. EXPECTED OUTCOME AT THE END OF 2000

1. A meaningful elimination in time

- by 100% coverage with MDT the smallest unit being subcenter in rural areas.
- coverage of most or all of hidden cases (backlog cases) with MDT within one year.
- reduction of registered prevalence less than 1/10,000 population at the end of year 2000. (RFT of all MDT completed patients)

2. Sustainability of Post Elimination Status.

- by increasing community awareness about leprosy knowledge and control activities.
- by strengthening a good surveillance system for early case detection.
- by expansion of CBR programmes for PALs.
- by transferring ownership responsibility to BHS staff.
- by capacity building of LCP staff for suitable functions in post elimination period.

X III. Conclusion

So far, Myanmar is on the road to the leprosy elimination. Our accomplishments are, indeed, backed-up by

- (1) Strong political commitment of the Government of the Union of Myanmar and guidance of the National Health Committee.
- (2) Essential supports from WHO for the success of National Leprosy Elimination Programme collaboration with International NGOs, Technical Assistance, Financial Supports and etc.
- (3) Strong determination of the Ministry of Health and close supervision, monitoring, advice and encouragement of the Department of Health.
- (4) Involvement, participation and rendering of necessary action of the local administrative bodies.
- (5) Enthusiastic participation and involvement of local NGOs and community members.
- (6) Highly motivated and committed staff members of LCP and Basic Health Staff involve in the project.
- (7) Timely availability of MDT drugs in adequate quantity which is effective within the short fixed duration.
- (8) Generous contributions of partner International NGOs in terms of materials, cash, advice and encouragement and understanding.

We hope that the goal of leprosy elimination is attainable with full-thrust fulfillment of BHS & LCP staff in addition to these complements.

X IV. Acknowledgment

We would like to extend our gratitudes to NHC, MOH and DOH for all the action they provided, to make this project an effective and faithful one.

Our regards are also due to WHO HQ, SEARO Office, UNDP and other UN Agencies, WR Myanmar Office, Leprosy Units in these offices for their untiring continuous help advice inputs to the project from the beginning till now without which the out comes could have been less marked.

Our heartfelt thanks to all generous partners (INGOs) whose inputs have enhanced the capacity, accelerated the momentum towards the elimination and to achieve real tangible impacts within the short period.

Our congratulations to the staff members of BHS (Red Angles), Leprosy Control Staff who have made this impact in the community with their heart and soul efforts.

To the community and local NGOs are our regards for their keen interest and enthusiastic participation.

Here again, we like to express our thanks for consideration, your intimate coordination and cooperation in our tripartite relationship and your generous contribution in terms of suggestion and supports.

BASIC INFORMATION ON MYANMAR.

(a) Location between.

9 ° 31 ' N and 28 ° 32 ' N Latitude and
92 ° 10 ' E and 101 ° 11 ' E Longitude

(b) Administration : Divided into.

- State / Division	- 7 State & 7 Division	=	14
- District		=	52
- Township		=	326
- Village Tracts		=	13762
- Villages		=	65325

(c) Area.

= 6,765,775 Sq / Km

(d) Total Population.

= 48 Millions

(e) Population Density.

= 64 persons / Sq Km

2. HEALTH FACILITIES.

TYPE OF HEALTH FACILITIES.

1. Specialist Hospitals	=	24
2. State / Divisional Hospitals	=	28
3. Township Hospitals	=	326
4. Station Hospitals	=	650
5. Rural Health Centres	=	1376
6. Rural Sub-health Centres	=	5550
7. Urban Health Centres	=	84
8. School Health Centres	=	80
9. Maternal and Child Health Centres	=	384

HEALTH MANPOWER.

1. Doctors	=	13702
2. Health Assistants	=	1175
3. Lady Health Visitors	=	1594
4. Midwives	=	8603
5. Public Health Supervisors I	=	609
6. Public Health Supervisors II	=	1122
7. Multipurpose Health Workers	=	1361
8. Auxiliary Midwives	=	23796
9. Community Health Workers	=	39238
10. Trained Traditional Birth Attendants	=	15954
11. Ten Household Health Workers	=	41643

**3. PRESENT SITUATION OF LEPROSY CONTROL ACTIVITIES
AS ON DECEMBER 1998.**

(a) Disease Situation.

1. Prevalence rate / 10,000 population	=	2.5
2. New Cases Detection Rate / 100,000 population	=	30.1
3. Disability Proportion among New Cases %	=	13.3
4. Relapse Rate %	=	0.001
5. Number of person cured with MDT (Cumulative)	=	183731

(b) Operational Situation.

1. MDT coverage		
a). By area	=	320 Townships (100 %)
b). By patients	=	11906 patients (100 %)
2. Leprosy Elimination Campaign	=	20 Teams
3. SAPEL	=	1 Team (Paletwa)
4. CBR programme in HDI-E	=	40 Townships

(c) Manpower Situation of Leprosy Control Programme.

1. Deputy Director. (Project manager)	1
2. Regional Leprosy Officer / Specialist Leprosy	8
3. Team Leaders (Medical Officer)	42
4. Leprosy Inspectors / Assistant Leprosy Inspectors	102
5. Junior Leprosy Workers	465
6. Others	304
Total	= <u>922</u>

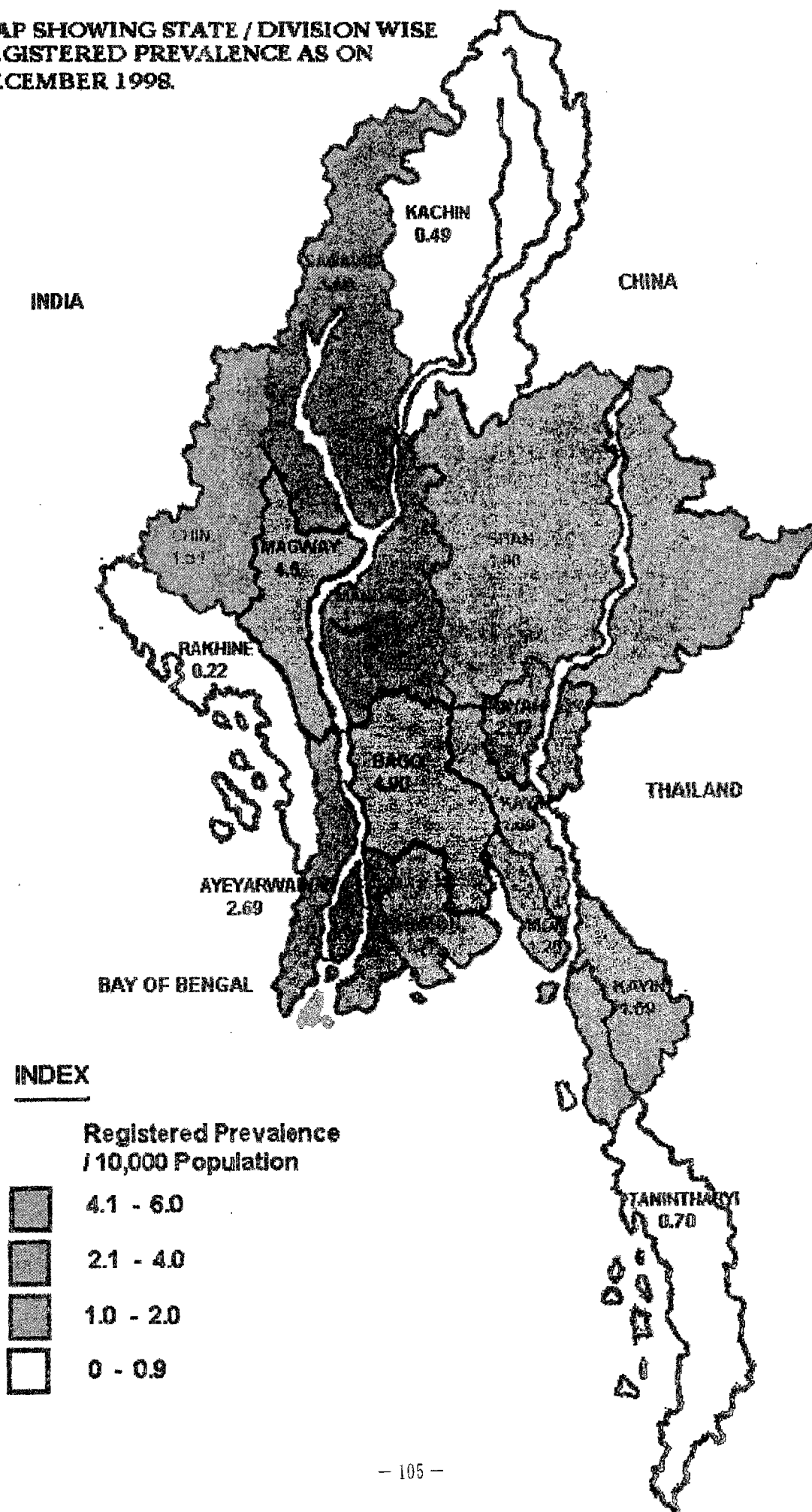
(d) Government inputs for LCP during the year 1998.

= Ks 19,800,000

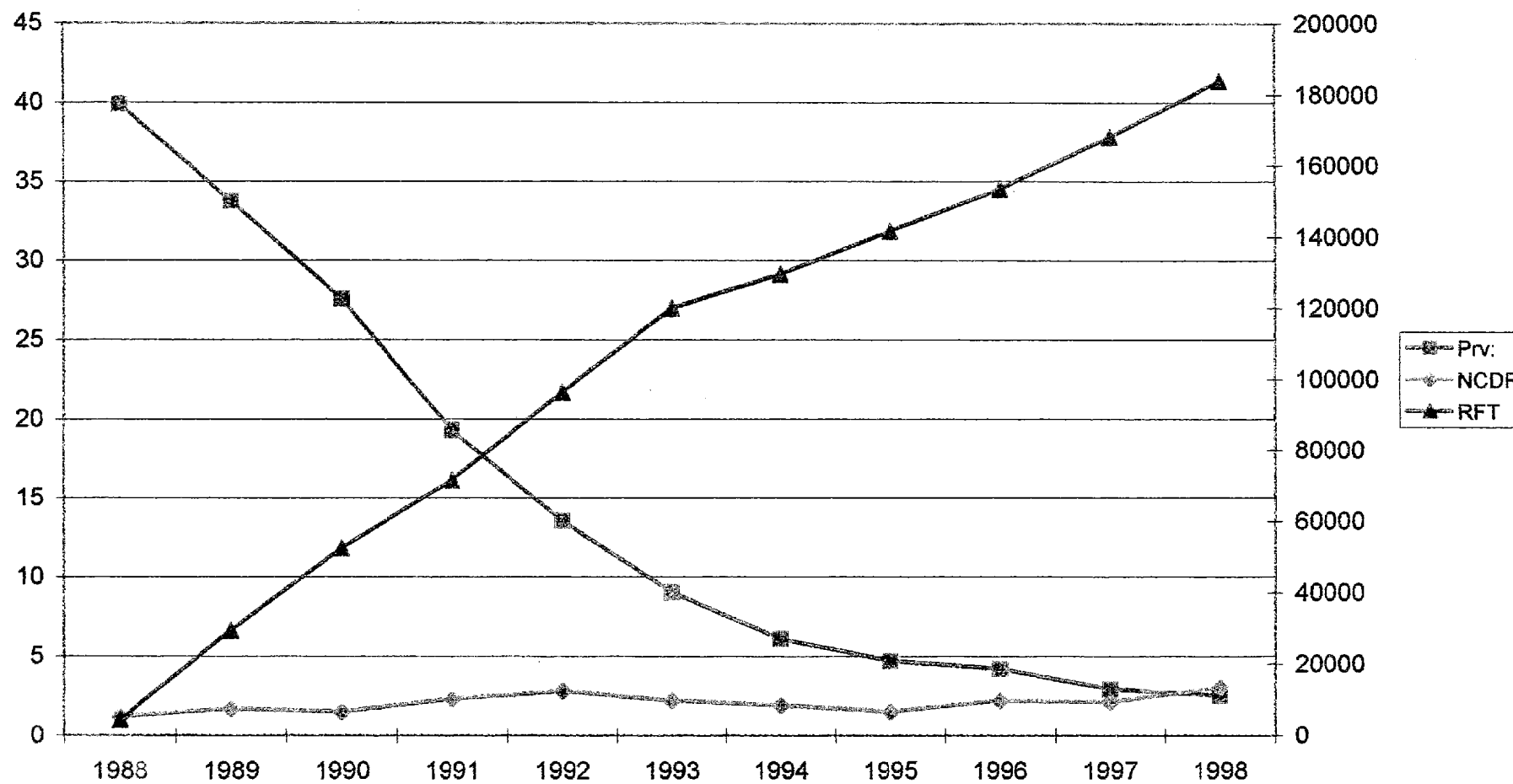
4. Six Essential Indicators of Leprosy in Myanmar (1990 - 1998)

		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
1	A. Registered patient	112,129	79973	57275	40254	26889	21071	18243	13357	11906
	B.Prevalence(per 10,000)	27.6	19.3	13.5	9.0	6.1	4.7	4.1	2.9	2.5
2	A. New Cases	6204	9632	11814	9669	8665	6577	9558	10005	14357
	B. NCDR (per 100,000)	15.3	23.2	27.9	22.4	19.7	14.7	20.9	21.1	30.1
3	MDT coverage	22.1	59.0	55.2	56.1	70.1	100	100	100	100
4	Disability among New	16.2	14.1	13.2	10.1	9	9.3	9.1	9.9	13.3
5	A. RFT (During)	23023	19103	24638	23750	9375	12229	11731	14557	15782
	B. RFT Cumulative	52566	71669	96307	120057	129432	141661	153392	167949	183731
6	Relapse	-	-	-	1	1	1	2	2	2

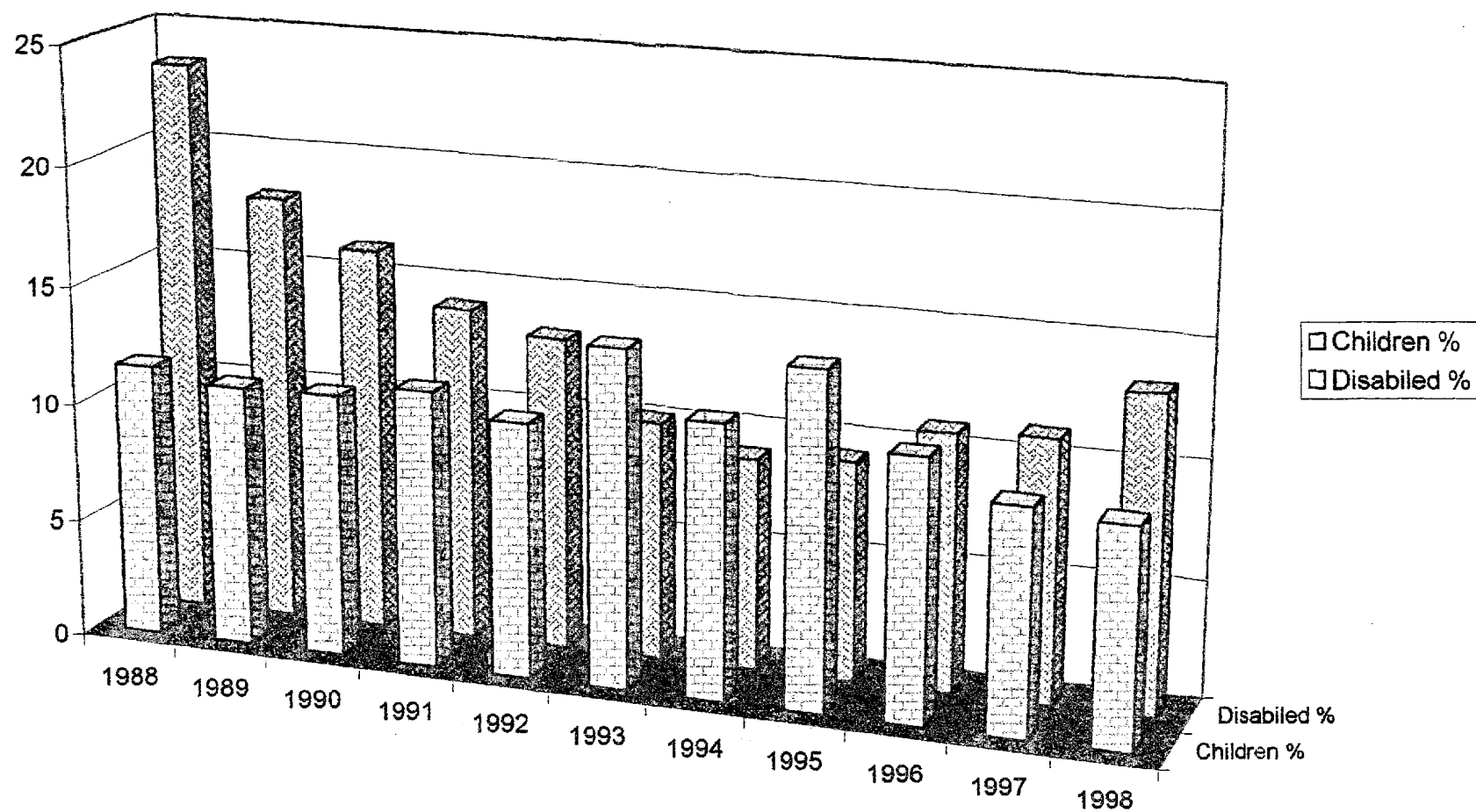
5. MAP SHOWING STATE / DIVISION WISE
REGISTERED PREVALENCE AS ON
DECEMBER 1998.



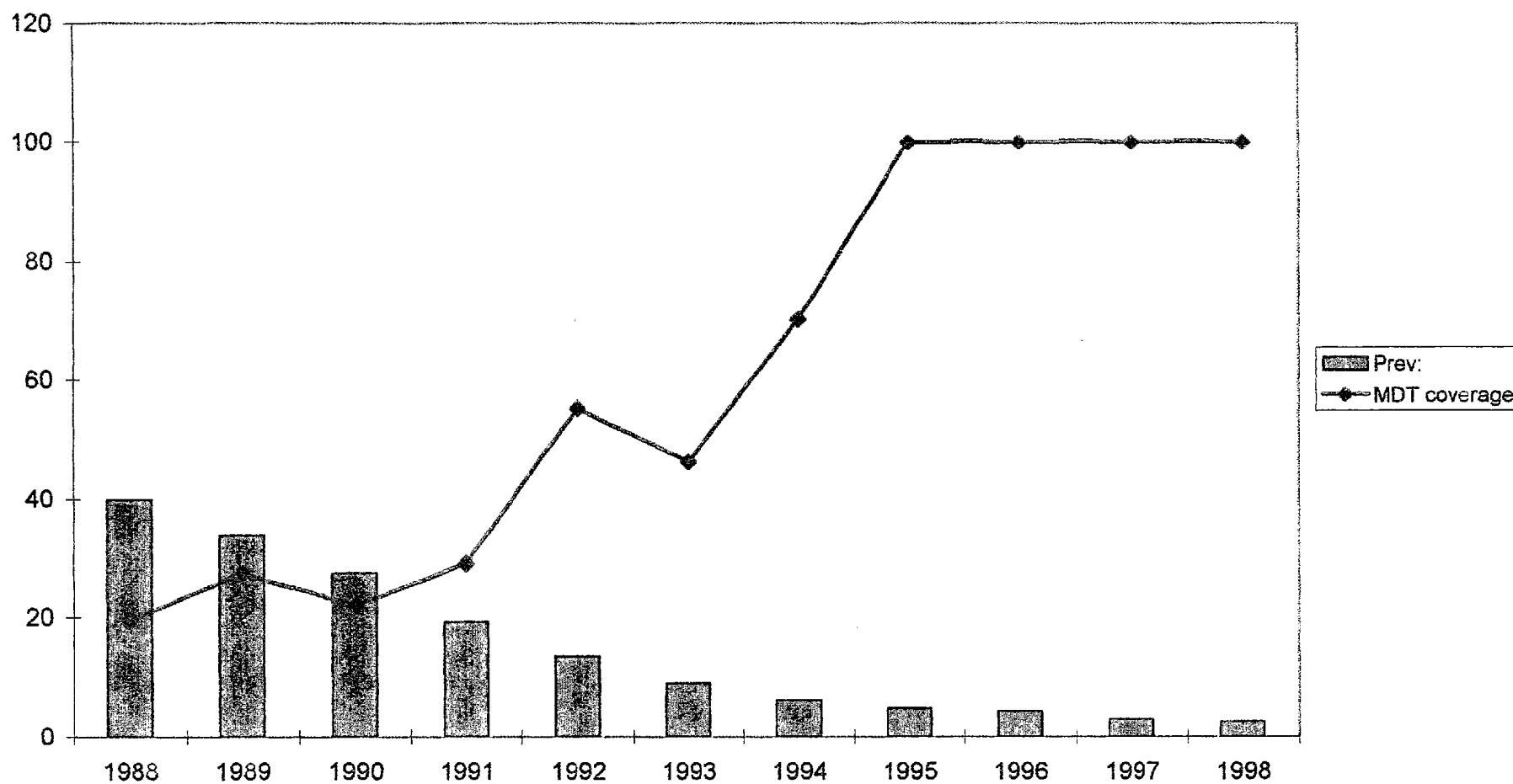
I. GRAPH SHOWING THE TRENDS OF REGISTERED PREVALENCE RATE,
NEW CASE DETECTION RATE & CUMULATIVE RFT FROM 1988 TO 1998.



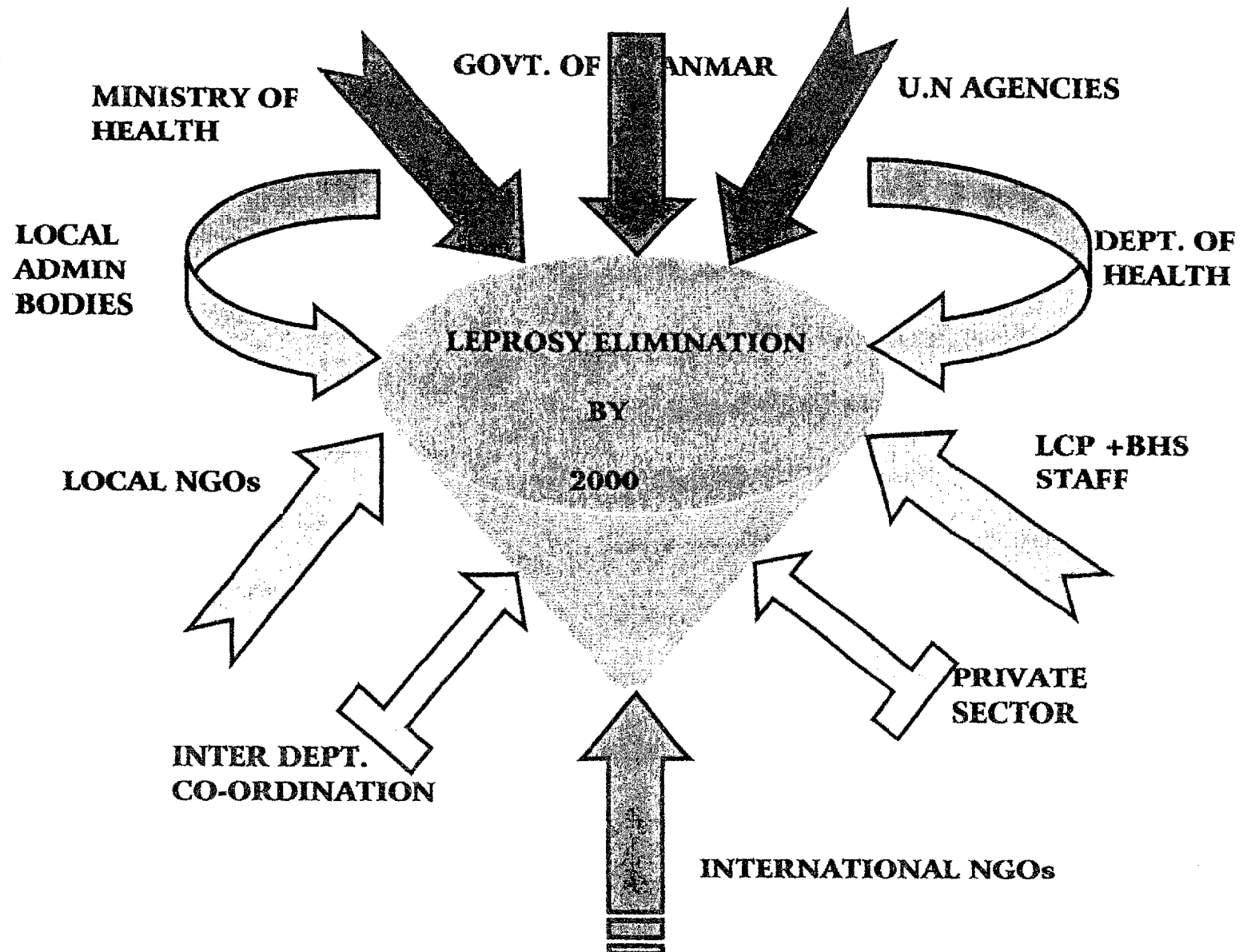
II. GRAPH SHOWING PROPORTION OF THE CHILDREN & DISABILITY G II
AMONG NEW CASES FROM 1988 TO 1998.



III. GRAPH SHOWING THE REGISTERED PREVALENCE & MDT COVERAGE FROM 1988 TO 1998



PARTICIPATING BODIES FOR LEPROSY ELIMINATION



ACTIVITIES FOR LEPROSY ELIMINATION

