

ミャンマー連邦  
リプロダクティブヘルスプロジェクト  
プロジェクト形成調査報告書

平成 15 年 6 月  
( 2003 年 )

国際協力事業団  
医療協力部

医協一

J R

03-13

## 序 文

ミャンマー連邦では、家族計画、リプロダクティブヘルスサービスを含む保健サービスや情報への住民のアクセスが限られており、妊産婦死亡率、乳幼児死亡率ともに高率となっています。

当事業団では、これを踏まえ、平成14年度から採用しているプロポーザル型技術協力プロジェクトによる支援を実施することとし、リプロダクティブヘルスを開発課題として同国で実施することを条件に公示した結果、財団法人 家族計画国際協力財団(ジョイセフ)のプロポーザルを採用することとしました。

本調査団は、上記プロポーザルに基づいて、プロジェクトの実施可能性及び妥当性について検討するため、平成15年4月20日から同年5月3日にかけて派遣されました。

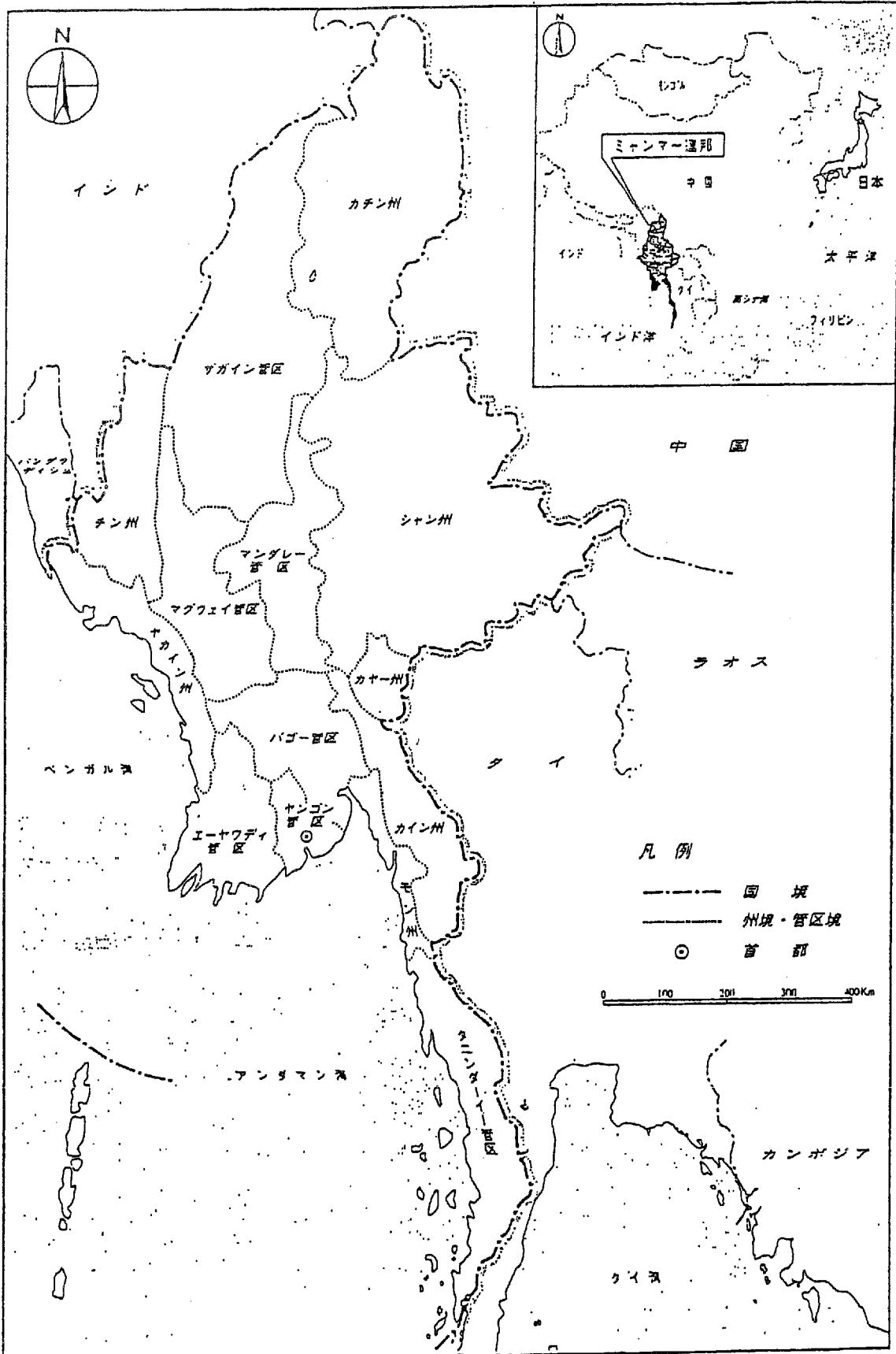
今回の調査結果を踏まえ、今後は本プロジェクトに係る実施計画案を作成することとしています。

終わりに、本調査団の派遣にあたり、調査団員並びにご協力を賜りました関係各位に、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15年6月

**国際協力事業団**  
**理事 隅田 栄亮**

地図：ミャンマー連邦



## 略 語 表

ACF	Action Contre la Faim	(NGO)
AIDS	Acquired ImmunoDeficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群(エイズ)
AMDA	Association of Medical Doctors of Asia	アジア医師連絡協議会
AMW	Auxiliary Midwife	準助産師
ASEAN	Association of South-East Asia Nations	東南アジア諸国連合
BCC	Behavior Change Communication	行動変容を目的とした広報教育
BHS	Basic Health Staff	基礎保健スタッフ
C/P	Counter Part	カウンターパート
CARE	CARE International	国際ケア機構
CPR	Contraceptive Prevalence Rate	避妊実行普及率
DHP	Department of Health Planning	保健計画局
DOH	Department of Health	保健省保健局
EPI	Expanded Program on Immunization	拡大予防接種計画
FP	Family Planning	家族計画
HA	Health Assistant	ヘルス・アシスタント
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
ICT	Information and Communicational Technology	情報通信技術
IEC	Information, Education and Communication	情報・教育・コミュニケーション
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness	包括的小児疾病管理
IMR	Infant Mortality Rate	乳児死亡率
IUD	Intrauterine Device	子宮内避妊装置
JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力事業団
JOICFP	Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning	財団法人家族計画国際協力財団 (ジョイセフ)
LHV	Lady Health Visitor	
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
MMCWA	Myanmar Maternal and Child Welfare Association	(NGO)
MMR	Maternal Mortality Rate	妊産婦死亡率
MOU	Memorandum of Understanding	合意覚書
MSF	Medicins Sans Frontieres	国境なき医師団
MSI	Marie Stopes International	(NGO)
MW	Midwife	助産師(婦)
NGO	Non Governmental Organization	非政府組織
ORT	Oral Rehydration Therapy	経口補水療法

PHC	Primary Health Care	プライマリー・ヘルスケア
PSI	Population Services International	( NGO )
RH	Reproductive Health	リプロダクティブヘルス
RHC	Rural Health Center	地域保健センター
Sub-RHC	Sub-Rural Health Center	副地域保健センター
TB	Tuberculosis	結 核
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的助産師
TOT	Training of Trainers	指導者の養成
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS	国連エイズ対策委員会
UNDP	United Nations Development Plan	国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees	国連難民高等弁務官事務所
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金 ( ユニセフ )
VCCT	Voluntary Confidential Counseling and Testing	
VCT	Voluntary Counseling and Testing	自発的カウンセリング及び検査
WHO	World Health Organization	世界保健機関

# 目 次

序 文

地 図

略語表

第1章 プロジェクト形成調査の概要 .....	1
1 - 1 調査団派遣の経緯と目的 .....	1
1 - 2 団員の構成 .....	1
1 - 3 調査日程 .....	2
1 - 4 調査項目 .....	2
1 - 5 提案プロジェクトの概要(調査前) .....	3
1 - 6 主要面談者 .....	10
1 - 7 調査日誌 .....	12
第2章 総 括 .....	29
第3章 調査結果 .....	30
3 - 1 プロジェクトの基本計画(調査後) .....	30
3 - 2 今後のフォローアップ、実施上の留意点 .....	33
付属資料	
1 . ミニッツ .....	43
2 . 保健行政体系 .....	60
3 . 保健省組織図 .....	61
4 . 保健省プレゼンテーション資料 .....	62
5 . ヤンゴン管区、シャン州視察先パンフレット .....	73
6 . 訪問機関収集資料リスト .....	82

# 第1章 プロジェクト形成調査の概要

## 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」と記す)では、リプロダクティブヘルス(RH)分野が重要な開発課題となっている。

2002年度から開始されたプロポーザル型技術協力において、ミャンマーを対象国として公示された開発課題「リプロダクティブヘルス」に対して、財団法人家族計画国際協力財団(ジョイセフ)から提出されたプロポーザルがおおむね妥当だと判断された。

本調査団は、上記プロポーザルに基づいたプロジェクトの形成を進めるため、以下を目的として、2003年4月20日から同年5月3日までの日程で派遣された。

- (1) 政府関係機関・国際機関・NGO・ドナー等とのインタビュー・視察・協議等を通じ、幅広くRH分野に関する情報収集・意見交換を行い、プロジェクトの実施可能性・妥当性を検討する。
- (2) 政府関係機関にスキーム及びプロジェクトの説明を行い、実施の前提条件となる要請書の提出についても協議を行う。
- (3) 可能であれば、一連の協議結果をミニッツにまとめ、日本・ミャンマー双方が合意する。

## 1 - 2 団員の構成

担当分野	氏名	所属
総括	佐藤 都喜子	JICA 国際協力総合研修所 国際協力専門員 (リプロダクティブヘルス、地域保健)
リプロダクティブヘルス	西田 良子	財団法人 家族計画国際協力財団(ジョイセフ) 海外プロジェクト部長
協力計画	青木 恒憲	JICA 医療協力部 医療協力第一課 職員

### 1 - 3 調査日程

調査期間：2003年4月20日～5月3日

日順	月 日	曜日	移動及び業務	宿泊地
1	4月20日	日	移動 成田 バンコク ヤンゴン	ヤンゴン
2	4月21日	月	JICAミャンマー事務所表敬、在ミャンマー日本大使館表敬、保健省保健局表敬	ヤンゴン
3	4月22日	火	保健省保健局プレゼンテーション、保健省副大臣表敬	ヤンゴン
4	4月23日	水	UNFPA訪問、MMCWA訪問、WHO訪問、UNICEF訪問	ヤンゴン
5	4月24日	木	CARE訪問、Save the Children JAPAN訪問 Save the Children US訪問、World Vision訪問	ヤンゴン
6	4月25日	金	AMDA訪問 ハンセン病対策・基礎保健サービス改善プロジェクト専門家面談 PSI訪問、保健省計画局表敬	ヤンゴン
7	4月26日	土	ヤンゴン近郊視察	ヤンゴン
8	4月27日	日	団内打合せ、資料作成	ヤンゴン
9	4月28日	月	シャン州カロー視察	カロー
10	4月29日	火	シャン州カロー視察	ヤンゴン
11	4月30日	水	保健省保健局との協議	ヤンゴン
12	5月1日	木	団内打合せ、資料作成	ヤンゴン
13	5月2日	金	ミニッツ署名・交換 在ミャンマー日本大使館報告、JICAミャンマー事務所報告 移動 ヤンゴン バンコク	バンコク
14	5月3日	土	移動 バンコク 成田	

### 1 - 4 調査項目

#### (1) 政府・保健省への理解取り付け

NGO委託型プロジェクトの制度及び手続きを説明し、理解を取り付ける。

提案プロジェクトの概要を説明し、理解を取り付ける。

本プロジェクトに係る正式要請書提出の可能性を調査する。

可能であれば、一連の協議結果をミニッツにまとめ、日本・ミャンマー双方が合意する。

#### (2) 政府・保健省の意向・方針調査

##### 1) RH分野の方針・政策

・日本の支援(技術協力)への要望

##### 2) RHプログラムの実施体制

現行の実施体制・課題

将来の技術協力プロジェクト実施の場合の保健省の協力可能性



- ・中央のカウンターパート〔保健局公衆衛生課母子保健ユニット(DOH/MCH)の新規スタッフ配置体制の可能性〕

Project Director、Project Manager、Project Coordinator(専属)

- ・地方のカウンターパート

Township Medical Officerのコミットメントが重要

3) モデルプロジェクトとしてのプロジェクト地域の選定について(選択基準について)

- ・タウンシップ(郡) 1~2か所選択

そのなかで更に保健センター(RHC)及び準保健センター(Sub-RHC)を含む村の選定

(3) 関係機関・他の援助機関との情報交換・意見交換

1) Myanmar Maternal and Child Welfare Association(MMCWA): National NGO

- ・方針・活動内容・対象地域及び協力の可能性。

2) 他の援助機関(国連関係、国際NGOなど)

- ・RH分野の援助方針・活動内容・対象地域
- ・援助機関の調整機関の存在、連携の状況

対象機関: UNFPA、UNICEF、WHO、CARE、Save the Children

3) 日本政府・JICAの他の支援事業について、日本の派遣専門家・NGOとの情報・意見交換

- ・ミャンマーでの日本の支援の現状・課題・今後の方針
- ・保健分野の専門家・NGO(AMDA等)との情報交換(活動内容・対象地域・課題など)

(4) フィールド視察

1) 保健サービスの現状視察・関係者との意見交換

- ・タウンシップ病院、RHC、Sub-RHC訪問

保健サービスシステム、末端の保健サービス従事者の状況など

1 - 5 提案プロジェクトの概要(調査前)

(1) プロジェクト名等

国名	ミャンマー
開発課題	リプロダクティブヘルス
プロジェクト名 (仮称)	(和) 住民の視点に立ったリプロダクティブヘルス推進プロジェクト --- 地域ぐるみで女性の命を守る (英) Community-operated Reproductive Health Project in Myanmar

(2) 開発課題に対する現状分析

1) 現状と問題点

ミャンマーにおけるRHの現状として、特に下記の問題点が指摘される(下記の表 - 1 参照)。家族計画・RHサービスを含む保健サービスや情報への住民のアクセスが限られており、アンメット(未充足)ニーズが高い。

- ・高い妊産婦死亡率(MMR): 170(出生10万対)
- ・高い乳児死亡率(IMR): 87(出生1,000対)
- ・低い避妊実行普及率(CPR): すべての方法 33%、近代的避妊法 28%
- ・家族計画に対する満たされていない高いニーズ(アンメットニーズ(Unmet Needs)): 希望しながら実際には避妊を実行できていない有配偶者女性): 58%(Ministry of Immigration and Population, 1997)
- ・避妊に関する情報とサービスの不足
- ・保健医療従事者の人材不足と教育・再教育の不備
- ・70~80%が自宅分娩(保健省、1996年)
- ・専門技能者の立ち会いでの出産は56%にすぎない(2001年世界人口白書、UNFPA)
- ・妊娠中絶は非合法にもかかわらず、妊産婦死亡の38.3%が妊娠中絶による合併症によるものとの報告(保健省、UNFPA、1999年)。別の調査では、50%との報告もある。また、妊

表 - 1 ミャンマー概況

	ミャンマー	カンボジア	ベトナム
人口(百万人)	49.0	13.8	80.2
都市人口の割合(%)	28	18	25
合計特殊出生率	2.80	4.77	2.25
公的保健支出(%) (GDPに占める割合)	0.2	0.6	0.8
外部からの援助(1,000米ドル)	1,886	21,362	17,039
5歳未満乳児死亡率(出生1,000対)男/女	141/124	110/98	52/37
IMR(出生1,000対)	87	73	34
出生時平均余命(年)男/女	53.8/58.8	53.6/58.6	66.9/71.6
MMR(出生10万対)	170	590	95
15~19歳の少女1,000人当たりの出生数	29	97	20
CPR すべての方法(%)	33	24	75
近代的避妊法(%)	28	19	56
15~24歳のHIV感染率(%)男/女	-	0.97/2.49	0.32/0.17
専門技能者の立ち会いの下での出産(%) (2001年世界人口白書)	56	33	77
15歳以上の非識字率(%)男/女	11/19	20/40	4/8
1人当たりGNP(米ドル)	-	1,440	2,000

出所: 2002年世界人口白書、UNFPA

娠中絶には薬草、漢方薬、マッサージ等が多く使われており、これらは簡単に入手できる。

- ・ 末端の保健施設 (RHC等) の施設及び基礎的資機材の未整備

## 2) 開発の阻害要因等

- ・ 1997年7月にASEANへの加盟を果たしてはいるが、軍事政権下における国際的な孤立化により、これまで近隣諸国と比べて外部からの国際援助が少ない。
- ・ 閉鎖的経済政策により、経済状況の悪化、基本的な経済・社会的なインフラの整備が立ち遅れている。
- ・ 山岳地が多く、アクセスが悪い。
- ・ 多民族国家である。
- ・ 保健サービスの施設、機材、医薬品が不足している。
- ・ 訓練・教育を受けた保健医療従事者の人材が不足している。
- ・ 保健医療従事者の保健医療教育レベルが低い。
- ・ 保健医療サービスシステムが不十分である(末端まで機能していない)。
- ・ 物資の流通システムが欠落している。
- ・ 開発の推進におけるジェンダーの配慮が十分でない。
- ・ 人口及びRHの国家政策が明確に確立されていない。

## (3) プロジェクトの目的、期待する成果等

### 上位目的

プロジェクト地区において、住民の視点に立ったRHの向上を図り、女性の健康を改善する。

### プロジェクトの目的

#### 1. 村をベースとして展開する活動

- 1-1 伝統的助産師 (TBA) と準助産師 (AMW) を通した安全な自宅分娩の推進。
- 1-2 ハイリスクの妊婦の早期発見とRHCへの適切な照会の推進。
- 1-3 危険な中絶を予防するための行動変容を目的とした広報教育 (BCC) 活動及び家族計画サービスの推進。
- 1-4 住民のRHに関する意識と理解の促進。

#### 2. RHCをベースとして展開する活動

- 2-1 RHCにおける安全な施設分娩の推進。
- 2-2 TBAとAMWへの技術的支援の拠点としてのRHCの役割強化。

2-3 中絶後のケアも含むカウンセリングと家族計画サービスの提供。

### 3 . 地域(村レベル)とRHCの連携の強化

### 4 . RHモデルプロジェクトとして位置づけ、その成果を基に国家保健政策のなかでのRH分野の活動指針の確立及び国内の他の地域への経験委譲

プロジェクト目標及び活動は、今後の事前評価調査団、実施協議調査団等を通してミャンマー政府の意向とニーズに応えるかたちで具体化する。

## 期待する成果

### 1 . 村・地域住民レベル

1-1 自宅分娩が安全で、かつ母子にやさしいかたちで行われる。

1-2 自宅分娩を実施するTBA及びAMWの知識・技術の水準が向上するとともに、妊婦の立場に立ったサービスの提供ができるようになる。

1-3 ハイリスク妊婦の早期発見とRHCへの適切な照会が行われる。

1-4 家族計画サービスの提供が可能となり、CPRが上昇する。

1-5 中絶の危険性について保健医療関係者(TBA、AMW含む)や住民の意識が高まる。

1-6 地域のリーダーをはじめ、住民のRH活動への参加が促進される。

### 2 . RHCレベル

2-1 RHCでの家族計画を含む母子保健サービスの質が向上する。

2-2 RHCでの分娩が安全で清潔に、かつ母子にやさしいかたちで行われる。

2-3 RHCの医療機器・設備が改善され、充実されるとともに、維持管理が適切になされる。

2-4 RHCにおける保健医療従事者(MW・保健師)のRHに関する知識・技術の水準が向上するとともに、妊婦の立場に立ったサービス及びカウンセリングの提供ができるようになる。

2-5 RHCがTBA及びAMWへの技術的支援の拠点として稼働する。

2-6 RHCの母子保健・家族計画サービスに対する住民の信頼度が増大する。

### 3 . 地域とRHCの連携

3-1 プロジェクト地区における女性を中心とする住民組織の強化とプロジェクト推進のための住民参加型の組織・機構がつくられる。

3-2 村レベルからRHCへの照会体制ができ、連携が強化される。

3-3 RHCから村レベルの保健推進活動への支援・協力が強化される。

### 4 . 国及びプロジェクト地区レベル

4-1 第4次国家保健計画(2002~2006年)が現在進行中であるが、RHモデルプロジェクト

の成果が第5次国家保健計画に反映され、RHの活動指針が確立する。

4-2 第5次国家保健計画のRH活動実施に向けて、中央レベルの保健省関係機関、プロジェクト地区の地方政府及び保健医療従事者の技術、計画・立案、運営管理、交渉、コミュニケーション(IEC/BCC)能力が強化される。

#### (4) プロジェクトの実施方針

- 1) モデルプロジェクトとして位置づけ、プロジェクトの実施のプロセスと成果を基に、将来的な国のRH戦略モデルを提供するとともに、国の保健政策立案・活動指針策定に反映する。
- 2) プロジェクトの自立発展性をめざし、行政のRHサービス向上に向けての指導能力・運営管理能力の向上を図る。
- 3) 住民の視点に立った、住民を主体とするRHの推進をめざし、予防と教育を重視したプライマリー・ヘルスケア( PHC )のアプローチを推進し、住民一人ひとり、特に女性が主体的に健康向上に向けて行動できるようになることをめざす。
- 4) RHや健康に関して個人の行動変容をめざしたBCC活動を強化・実施するとともに、そのための地域での環境づくりをめざした広報教育活動を行う。
- 5) 地域住民によるプロジェクト支援体制づくりをめざし、中央レベルから村レベルまで既存の組織を生かしつつ、プロジェクト運営委員会を州・管区( State、Division )、県( District )、郡( Township )、村のすべてのレベルに設置し、計画・立案から実施、モニタリング・評価まで住民のニーズや意見を反映する住民参加型プロジェクトを推進する。また参加型アプローチによる地域におけるプロジェクトの自立発展性をめざす。

#### (5) プロジェクトの実施方法

プロジェクト実施にあたっては、下記のプロセス及び方法を通して進める。ミャンマーの保健行政体系については、付属資料2を参照のこと。

- 1) プロジェクト形成調査、実施協議等の協議結果を基に、中央レベルで保健省関係部局及びその他関係機関の参加を得てプロジェクト運営委員会の設置、プロジェクトの運営実施にかかわる方針・枠組み、プロジェクト地域選定基準等を決定する。
- 2) プロジェクト地区の選定に関しては、選定基準を設定し、保健省カウンターパートと協議のうえ、候補地のなかから実地調査をして選定を行う。4年間の実施期間における対象モデル地区は10~15タウンシップを選択、RHCは60~90施設、総対象人口は100万~150万人を想定。対象地域のタウンシップについては、戦略的に地域を決定するとともに、段階的な拡大方式を採用する。

- 3) 初年度の準備段階では、プロジェクト推進のためのプロジェクト事務所を開設し、スタッフの配置も行う。プロジェクト事務所は、中央レベルに総括としての事務所を置くとともに、地方のモデル地区内での拠点となる場所にフィールド事務所の設置も検討する。
- 4) プロジェクト地区の選定とともに、各レベルで既存の組織を活用しつつ、プロジェクト推進委員会を設置する(タウンシップレベルの運営委員会、各村レベルの運営委員会等)。運営委員会にはその地域での保健医療関係者及び地域の行政リーダー、女性組織や地域組織リーダー、その他関連機関・専門家の巻き込みを図り、幅広い支援体制づくりを図る。
- 5) 運営委員会及び地域住民の参加も得て、プロジェクト地区の状況及びニーズ調査を実施する。現地の専門家の協力を得るとともに、必要に応じて日本を含む国外の専門家の協力も得て実施する。方法としては、ベースライン・データの入手のために定量的なサーベイ調査、フォーカスグループディスカッションによる定性的調査等を検討する(別途、外部委託の予定)。
- 6) プロジェクトの具体的な計画づくり、目標設定は、上記の基礎調査の結果を基に、住民参加型によるオリエンテーション及び計画策定ワークショップを開催し、実施する。
- 7) プロジェクト地区の末端レベルにおけるRHC / Sub-RHCのサービス改善のために、人材養成に重点を置き、行政及び保健医療関係者、地域リーダーやボランティアへのトレーニングを強化するとともに、機材の供与、施設の改善、消耗品の供与(薬品など)を行う。
- 8) ミャンマー側カウンターパートの運営管理能力強化のために、ジョイセフの関連プロジェクトとの経験交流をめざし、第三国研修、技術交換研修(JICAフィールド/ジョイセフフィールド)を行う。
- 9) 日本の母子保健推進分野での地区組織活動などの経験を生かし、長期・短期日本人専門家を派遣し、現地の事業に配慮した技術協力を行う。
- 10) ジョイセフのこれまで実施してきた経験に基づき、住民の健康教育のために保健教育用教材の開発・制作及び有効活用を行うとともに、住民主体の広報教育活動を推進する。ジョイセフでは、既にミャンマーにおいて、UNFPA・パッカード財団の協力により、広報教育活動を強化する事業を進めており、そこで制作された教材の有効活用も検討していく。
- 11) 日本政府のマルチバイ協力(UNFPAとの連携)による避妊具(薬)の供与や草の根無償資金協力などとの連携を図る。
- 12) ミャンマーで活動する国際機関(UNFPA、UNICEF、WHOなど)との連携を図る。
- 13) 定期的に日本及び現地JICA事務所から運営指導・モニタリングを実施する。そのためのモニタリング内容(研修事業・供与機材のモニタリングも含む)やチェック項目の整備を行う。さらに、中間評価(関係者)、終了時評価(第三者)を実施する。

## (6) 活動内容

各年次の主な目標は、以下のとおりである。

### 第1年度

プロジェクト実施のための基盤づくりと、基礎調査、ニーズに基づく実施計画づくり

### 第2年度

実施計画に沿った活動(必要に応じた計画の見直し・検討)

### 第3年度

実施計画に沿った活動(必要に応じた計画の見直し・検討)

自立に向けての基盤強化

### 第4年度

自立に向けての基盤強化・成果のまとめと経験委譲

プロジェクトの評価、終了及び現地への引き継ぎ

## (7) プロジェクト実施後の自立発展性

プロジェクト実施後も自立発展していく、あるいは協力効果が持続的に発現されていくことを目標とする。

1) プロジェクトの持続と自立発展への重要な鍵は、訓練を受けた人材の確保であると考えられる。

実施運営面及び技術面については、保健省、地方政府スタッフ、行政保健サービス提供者に対するキャパシティー・ビルディング、第三国研修及び技術交換研修を主体とした本プロジェクトのインプットが生かされることが期待できる。人材養成に大きな力点を置き、またTOTによるリーダー養成をめざして、日本人専門家及び現地専門家による指導に基づく人材養成計画を策定する。さらに、モデル地区で育成された人材が、他の地域から視察・研修に参加するRH関係の人材を教育訓練することにより、広域の人材養成も可能となる。

2) 第4次国家保健計画(2002～2006年)が現在進行中であり、地域に根ざしたRHのモデルプロジェクトを推進することにより、主要分野である地域保健強化への貢献が期待できる。このRHモデルプロジェクトを通して、次期第5次国家保健計画にRH戦略モデルを提供し、RH活動指針を確立することにより、持続的にプロジェクト成果が発現され、また他の地域へと経験が委譲されていくことをめざす。

3) NGOであるジョイセフが全面的に協力することにより、ジョイセフの25年以上の地域に根ざした人口・RH活動の手法と、ジョイセフが現在UNFPA/パッカード財団/ミャンマー保健省と協力して実施しているプロジェクト経験とネットワークに基づいたノウハウを生かし、プロジェクト活動の対象を直接村レベルとすることで、住民(特に女性)に裨益する

ことが目標である。また、プロジェクト運営委員会を設置して住民参加型にすることにより、住民自身がエンパワーされ、住民参加型プロジェクトが維持されることをめざしている。

## 1 - 6 主要面談者

### (1) 保健省

Professor May Oyo	Deputy Minister
Dr. Wann Maung	Director General, Department of Health
Dr. Soe Aung	Deputy Director General, Department of Health
Dr. Hla Pe	Deputy Director General, Department of Health
Dr. San Shwe Win	Director (Public Health), Department of Health
Dr. Moe Moe Khine	Deputy Director (MCH), Department of Health
Dr. Thein Thein Htay	Assistant Director (MCH), Department of Health
Dr. Hal Myat Thway Einda	Medical Officer (MCH), Department of Health
Dr. Wai Wai Lwin	Medical Officer (MCH), Department of Health
Mr. U Aung Kyaing	Deputy Director General, Department of Health Planning
Dr. Per Thet Htoon	Director, International Health Division
Dr. Maung Maung Lin	Deputy Director, International Health Division

### (2) MMCWA(国内NGO)

Dr. Kyu Kyu Swe	President
Dr. Khin Win Shwe	Vice President
Dr. Tin Lin Myint	Secretary
Dr. Htay Nwe	Executive Committee
Dr. New Do	Joint Secretary

### (3) ドナー

Mr. Najib M. Assifi	Chief of Operations, UNFPA
Mr. Khin Ma Ma Aye	Assistant Representative, UNFPA
Ms. Michelle M.P. Gardner	Technical Officer, Reproductive Health, WHO
Mr. J. Bertrand Mendis	Representative, UNICEF
Mr. Robert Jenkins	Chief Planning Section, UNICEF
Mr. Myo Zin Nyunt	Project Officer, Health & Nutrition Section, UNICEF



Dr. Deepak Bajracharya	Acting Chief, Health & Nutrition, UNICEF
Dr. Sid Naing	Health Program Coordinator, CARE Myanmar
Mr. U Tin Aung Win	Field Coordinator/Project Manager, CARE Myanmar
Dr. Win Win Sue	Health Manager, Myanmar Field Office, Save the Children US
Dr. Tun Win	Project Coordinator, Myanmar Field Office, Save the Children US
Dr. Tun Wai	Project Assistant, Myanmar Field Office, Save the Children US
Mr. Roger J. Walker	Country Representative, World Vision Myanmar
Dr. Rebecca Htin	Ministry Support Coordinator, World Vision Myanmar
Dr. Ivan	Border Area Manager, World Vision Myanmar
Mr. Toshiharu Okayasu	Country Representative, Program Director, AMDA
Ms. Makiko Fujita	Deputy Country Representative/Expert in Rural Development, AMDA
Dr. Tin Mauna Win	Deputy Country Director, PSI
Dr. Kyaw Win Sein	Manager Franchising Department, PSI

(4) 在ミャンマー日本大使館

道井 緑一郎	参事官
木村 祐二	二等書記官

(5) JICAミャンマー事務所

佐々木 隆宏	所 長
籌 満彦	次 長
佐藤 俊也	所 員
渡邊 恵子	企画調査員

## 1 - 7 調査日誌

訪問・面会時は、冒頭、調査団側より訪問の趣旨、プロポーザル(案)を説明した。

### 4月21日

#### JICAミャンマー事務所

事務所側から、以下の説明があった。

- ・ NGOによるミャンマーでの活動は、MOU取得が前提となるので、この点の確認が必要である。
- ・ JICA事業の展開地域に関し、事務所としてはドライ・ゾーン、シャン州を重点としたいとの考えもある。特にシャン州東北部では、ソバプロジェクトを実施中であり、これに加えて、道路、水などの事業展開も考えている。シャン州は中国の影響が大きいことにも留意が必要である。
- ・ 案件形成については、タテとヨコ、すなわち、中央と地方の行政体系、VerticalとHorizontalのプログラムといった軸を、いかに組み合わせながら活動の広がりとインパクトをもたせていくかという視点が重要である。特に中央レベルの政策へのインパクト、反映を念頭に入れておくことが大切である。
- ・ 今回はシャン州のカローへの視察が予定されているが、保健省の担当官は、カローでは既に他ドナーがいろいろ展開しており、シャン州で行うのであれば北部の国境地域も一案だと話している。参考までにシャン州とは違った地域にも行ってはどうかとの同担当官の提案もあり、今回の視察ではカローに加え、ヤンゴン近郊のタウンシップの視察もアレンジしている。
- ・ 治安については、最近、ヤンゴン、シャン州チタレク、カヤー州で事件が起きたようである。シャン州のコウカン、ワ族のエリアは麻薬の問題などがあり、外国人は立ち入ることができない。またカイン州の国境地帯は危険である。カチン州は今は沈静化している。
- ・ プロジェクト地域選定では、他の援助国・機関の対象地域の確認が必要である。また雨期の間はアスファルトが崩れるなど、道路事情が悪くなる。電気事情も悪く、油代なども必要となってくるので、こういった事情にも注意すべきだと思われる。

#### 保健省DOH / MCH表敬訪問

調査団からの説明を受け、保健省側からは検討のうえ、翌日のプレゼンテーションの際に改めてコメントしたい旨の回答があった。現在、国家保健計画の一環として、国家RH政策を策定中であり、保健省内部での承認は既に出ており、国家保健委員会に提出が予定されている旨、説明が

あった。また、IEC / BCC分野については、保健計画局との協議が必要であるとのコメントもあった。

#### 在ミャンマー日本大使館

日本大使館側から、以下の説明があった。

- ・保健医療分野の事業は、趣旨・内容ともに分かりやすいものである。これまでの活動の経験、成果を生かし、政策を変えていくことが重要である。地域としては、ヤンゴンも重要であるが、ここが重要だと思われるところから活動を積み上げていくことも必要である。
- ・ハンセン病対策・基礎保健サービス改善プロジェクトが成功していることを踏まえ、経験・教訓の活用も大切である。研修については、中央と地方、Verticalなところとそうでないところの関係、また村レベルのMW、AMW、TBAのリンクのなさなどに留意が必要かと思う。
- ・実施地域については、適正規模の検討が必要だと思われる。別件だが、これから始まるマラリアのプロジェクトでは、バゴー管区、マグウェイ管区、ヤカイン州、シャン州が候補にあげられているようである。
- ・ミャンマーに対する援助方針については、付かず離れずではなく、建設的関与を今後進める予定である。保健医療といった人道支援分野の協力に必ずしも限定しないこと、コウカン、ワといった麻薬地帯を改善していくこと、経済構造調整プランによる農業区(米どころのデルタ地帯や高原野菜で有名なシャン州等)、輸出に関する特区づくりなどを検討していくことなども重要になってこよう。プロジェクトを若干重ね合わせて行う包括的な協力アプローチ、またAll Japanの考え方も重要である。
- ・UNDPの人づくり基金(HIV / AIDS向け)が2003年度でなくなったため、人間の安全保障基金があるだけである。保健セクターについては、全体の枠組みに基づくプログラムのアプローチが重要であり、機材等の投入も含めた総合的なRHの投入が期待される。保健省の活動には優先順位があると思うが、草の根無償資金協力などの活用を通じた事業展開も有益かと思われる。
- ・コウカン、ワでの活動については国境省と調整が必要となってくる。コウカンについてはSub-RHCやRHCがないとの話で、国境近くということもあり、オペレーションは困難かもしれない。

## 4月22日

保健省保健局

Dr. Thein Thein Htay( Assistant Director of MCH )より、ミャンマーのRHに関する政策、サービス、行動計画、課題等の説明があった。詳細は付属資料4のとおりである。

Dr. Soe Aung( Deputy Director General )より、以下のとおりコメントがあった。

- ・RHは重要な課題である。特に、望まない妊娠の問題は大きく、また妊娠中及び出産にかかわる伝統的な慣習や進め方、技術について改善が必要である。
- ・農村の女性の状態は都市ほどよくない。
- ・報告制度( Reporting System )もよくない( 特に農村や僻地 )。データをよいものに、具体的に必要がある。活用しやすいベースライン調査が必要である。
- ・病院とモデル村の強化が大切である。
- ・4、5年間のプロジェクトと考えると、中間、終了時の評価のために指標の設定を考えておくといよい。
- ・グローバルな傾向かと思われるが、働く女性・母の増加など、女性のライフスタイルが変わってきており、この点が各種報告書でも指摘されている。
- ・農村地域への必須医薬品が必要である。
- ・すべてのレベル( 中央から末端まで )の組織のキャパシティー・ビルディングとスタッフの技術を高めることが重要である。
- ・2001年に政府により農村開発計画( Rural Development Plan )が定められており、JICAの計画がこれを強化できるのではないかと思う。
- ・ジェンダー平等も重要である。RH活動への男性の参画及び男性の暴力からの女性の保護が大切である。
- ・より多くのMWの育成は課題であり、Department of Medical Scienceではこの活動の促進を図っている。

さらに、Dr. Soe Aungより、プロポーザル( 案 )内容について、以下のとおりコメントがあった。

- ・内容は適当で、問題ない。
- ・ただし、適切なベースライン調査と、適切な指標を設定することが必要である。
- ・モデルサイトの選定にあたってはCriteriaを検討すべきである。RHの状況がより困難な状況にあるところ、MMR・IMRが高いところなど、例をあげることができる。

調査団側より、以下のとおり説明した。

- ・適切なベースライン調査についてはプロジェクトの初期に、また適切な指標の設定についてはプロジェクトの開始前に実施する予定である。モニタリングと評価を共に実施することは効果的なことである。
- ・モデルサイトの選定にあたってのCriteriaについては、指摘のあった、RHの困難な状況にあるところ、MMR・IMRが高いところに加え、アクセスの可能性、地方政府の高いコミットメント、保健に対する高いコミットメントが必要だと現時点では考えている。また、他の支援プロジェクトとの関連性の検討も必要である。

保健省副大臣表敬

Professor May Oyo( Deputy Minister )より、以下のとおりコメントがあった。

- ・我々の基本方針は人々の健康である。
- ・Equal Partnership( 対等なパートナーシップ )が重要である。共に働くこと( Working Together )が我々の基本方針である。
- ・新規の事業については、ミャンマーにおけるニーズを反映したものでなければならない。
- ・「インパクト」は重要であり、定量的に示すことが可能な指標を設定することが必要である。

さらに、Professor May Oyoより、プロポーザル(案)内容について、以下のとおりコメントがあった。

- ・活動にはMOUが必要であると思うが、JICA事業は案件開始までに2年間かかることもあるということを知っている。早めに実施が可能か。
- ・成果1、2はこれでよい。
- ・Safe Motherhood、安全な分娩が盛り込まれているが、これらは重要であり必要である。特に妊産婦に対する教育は重要である。
- ・バース・スペーシング( Birth Spacing : 出産間隔をあける )は最低2年間という方針だが、中華人民共和国のように強制はしない。思春期保健、早期出産、中絶予防、性感染症なども重要である。
- ・最優先される重要な分野は母親に関する領域である。本来は施設分娩がよいが、ミャンマーでは自宅での出産がほとんどである。
- ・評価と結果のアセスメントも重要である。
- ・成果3については、是非AMWのための研修に活動資金を使ってほしい。MWの育成については学校でもやっていることである。
- ・地域については、高死亡率( MMR・IMR )のところで展開してほしい。モデルの共有を考え

ると、District Health Officerへの働きかけも重要であろう。またモニタリングと評価活動を考えると、アクセス可能なところがよいであろう。

- ・カウンターパートの配置については柔軟な対応が可能である。きちんと配置する。

## 4月23日

### UNFPA

UNFPA側より、以下の説明があった。

- ・ミャンマーでの事業については、3つの柱、すなわち、Skilled Providers、Commodities、Network of Infrastructureを覚えておくべきである。UNFPAは に参画している。 はUNFPAのMandateではないので実施していない/できないが、ミャンマーでは取り組みが必要な課題である。
- ・ については、保健医療従事者向けとして、研修を通じて数多くの人材を育ててきている。技術の質の水準を保つ観点を重要視し、水準を保つべく、チェックリストやマニュアルを作成・導入するなどしている。また住民向けの活動も進めている。
- ・州・管区レベルではオペレーションが困難なため、タウンシップ単位で活動しており、現在86タウンシップで展開している。
- ・新しいタウンシップでの活動には困難が伴う。他のドナー団体等が同じタウンシップでRH分野の活動をしているのであれば、活動の重点を外すことが必要になる。
- ・避妊に関しては、ピル、注射、子宮内避妊装置(IUD)、コンドームなどを使用している。Emergency Contraceptiveも2つのタウンシップで導入中である。
- ・活動はタウンシップレベルのマネージメントで可能な範囲としている。
- ・避妊具・薬についての問題は、住民にはわずかな知識しかなく、RHCで入手可能なことを知らない人が多数いることにある。他方、RHCでは避妊具・薬を鍵をかけてしまったままにしているところがある。保健医療従事者と住民の認識には、大きなギャップがある。
- ・UNFPAの活動は、活動範囲も予算もこれまでは限られていた。今後は、サービス提供者と住民のギャップがあることを踏まえ、僧や村のリーダーなどの協力を得ながら、これらのギャップをうめるような方策を考えつつある。
- ・1つのタウンシップには4～7のRHCがあり、1つのRHCに4～5のSub-RHCがある。コミュニティー・アプローチの活動を展開するのであれば、Sub-RHCを対象にするのもよい。RuralでPoorなコミュニティーでの活動が望ましい。
- ・活動地域については、ヤンゴン管区、マンダレー管区、川沿いと中央中心部で始めた。Criteriaはアクセス可能なところに求めていた。現在は、活動地域を拡大している。

- ・ HIV / AIDSへの取り組みも行っている。主な活動内容は、コンドームの使用奨励、母子感染の予防、及び自発的カウンセリング及び検査 (VCT、あるいは最近はVCCT) であり、対象は、10タウンシップである。
- ・ ミャンマー人の教育レベルは高く、他国への移住なども増えている。
- ・ 政府内でのカウンターパートは不足しており、先方(保健省)から人件費についての負担要望があれば、政府がリクルートし、我々が費用を負担する考えでいる。ただし、配置されるカウンターパートの仕事や権限は、プロジェクトのみではなく、政府の活動に關与するものでなくてはならない。
- ・ 国連のなかでもそれぞれの組織がミャンマーに対して異なる方針をもって活動をしているが、HIV / AIDS、保健、ジェンダー、モニタリング・評価などでは、国連チームとして取り組んでいる。この分野は人道的な課題として考えることができる。特にHIV / AIDS分野では 最近、二国間援助も含めて合同プログラムとして、コモン・バスケット基金づくりを進めている(日本はこの合同資金調達メカニズムには不参加)。
- ・ 今後、互いの活動に関する調査報告書や研究論文( Research Paper )などを共有していきたい。また、UNFPAとの連携の可能性についても検討していきたい。

#### MMCWA

MMCWA側より、以下の説明があった。

- ・ MMCWAは、草の根レベルまでの協力組織があり、また保健省とは協力関係にある。母子保健の向上、中絶への対応についても関心があり、単体、又は様々な組織と協力して活動を実施している。優秀な保健医療従事者の表彰などのイベントも実施している。

MMCWA側より、プロポーザル(案)内容について、以下のとおりコメントがあった。

- ・ 活動内容については、これでよいと思われる。
- ・ タウンシップの選定については、Criteriaをつけることが重要であろう。保健省(保健局)との協議が必要。
- ・ ニーズアセスメントも重要であり、プロジェクトのデザインを考える段階では指標づくりも重要になってくると思われる。
- ・ 活動については、可能な限り協力、サポートをしていきたい。

#### WHO

WHO側より、以下の説明があった。

- ・ RH分野では、ここ数年、UNFPAとともにRHサービス及び避妊具・薬に関する研修を実施

している。

- ・研修は保健局と協力しており、MW、AMW、LHV( Lady Health Visitor )+ CHWを対象としているが、TBAは含んでいない。
- ・保健省の政策・方針には留意が必要。特に、AMWの育成を推進していく方向で政策が進んでいるが、動向は分からず、またAMWのキャパシティーと役割の明確化の問題もあり、留意した方がよい。
- ・ミャンマーでは施設分娩は多くない。保健施設やサービスは十分活用されていない。
- ・研修及び再訓練は必要だが、適切な管理、監督システムが課題である。
- ・プロジェクトのモデル化については、マネージメント、意思決定など、中央への反映、具体的には国家プログラムへの反映などが重要であろう。
- ・活動レベルについては、タウンシップレベルのテコ入れが重要である。
- ・活動に伴う困難な点は、予算と意思決定がすべて中央レベルで進められる点である。
- ・活動としては、バゴ管区とシャン州でのRH罹病率についての調査( WHO本部、Population Council(保健局が協力して実施)、4つのタウンシップでのプログラム、マニュアル作成などの技術支援などをあげることができる。
- ・モデル化と中央への教訓反映については、強化すべき事柄だと考えている。これまで、様々な援助機関・団体によってプロジェクトが実施されてきており、政府の事業はすべてプロジェクト資金で賄われてきている。今後は「プロジェクト」メンタリティーから「プログラム」メンタリティーへの移行を進めることが必要であるが、なかなか難しい面がある。
- ・WHOでは、“ Skilled Birth Attendants ”の養成を方針としており、TBAへの研修については、効果がないので行わないという考えである。
- ・国レベルのカウンターパートは必要である。これはオーナーシップの問題と表裏一体である。

## UNICEF

UNICEF側より、以下の説明があった。

- ・ミャンマーでのUNICEFの活動は50年近くにも及ぶ歴史がある。
- ・現在は、2001～2005年度までの5年間のカントリープログラムに沿って活動を展開しており、これから簡単に概要を説明していくが、詳細は“ Master Plan of Operations ”、ノウハウは“ Handbook on Area Focused Township Approach ”の冊子( 入手済み )どおりである。2003年7月に中間評価を実施する予定である。
- ・プログラムは5つ、すなわち、保健・栄養( 最も大きい分野 )、基礎教育及び特別な保護を必要とする子ども、水・環境衛生、アドボカシー・情報・コミュニケーション、計



画とモニタリングのキャパシティー・ビルディングから成り、横断的な内容である。

- ・活動は3つのレベル、すなわち、National/Central Level - アドボカシー及び他機関との調整、National Wide Activities、Disadvantaged Townshipで実施している。については5つの活動、すなわち、Immunization、Sanitation、Core Life Saving Message( Basic Life Skills )、Iodization of Salt、Vitamin Aを実施している。全予算の70~75%はここに充当している。については61の遠隔地で実施している。Area-Focused Townshipsとして、すべてのプログラムのインプットを組み入れて集中的な( intensiveな )支援を行っている。
- ・政府、NGO、国際NGO、他国政府ドナー、民間セクターなどとパートナーシップを結んでおり、それぞれはプログラムごとのパートナーである。MMCWAはベトナムのWomen's Unionのような役割を担っており、アウトリーチでは重要である。MMCWAと協力するときには、特定の活動を限定してコントラクト・ベースで進めている。
- ・RH分野でみるとバース・スペーシング( 家族計画 )、Post-Abortion Care( 中絶後のケア )を除くと、他のRHコンポーネントは、それぞれのプロジェクトに組み込まれている。
- ・包括的小児疾病管理( IMCI )を取り上げたい。代表的なものとして、女性と子どもの保健開発プロジェクトを紹介したい。このプロジェクトでは3つのコンポーネントがある。すなわち、基礎保健スタッフ( BHS )の研修( 61の重点地域タウンシップ向け )、必須医薬品及び機材の整備、コミュニティー意識の向上である。については、ヘルス・アシスタント( HA )、タウンシップのスタッフ、MW、AMW、TBAなどを対象として、RH、マラリアなどを、またコミュニティー活動、研究活動等も含めて展開している。
- ・カウンターパートは、中央は保健局だが、現場ではタウンシップレベルの調整機関として、重点のタウンシップにはTownship Child Development Committeeがある。
- ・活動に伴う困難については、コミュニティーの意識向上がなかなか進まないことにある。村のHealth Committee、BHS、ボランティア・ワーカーへのアプローチを図って取り組んでいる。
- ・参考までに、HIV / AIDSに関連した活動について説明すると、250万~400万米ドルがHIV / AIDS対策に投じられており、UNAIDSとともに戦略を練っている。また保健局、MMCWA、赤十字、民間セクターと協力している。若年層がターゲットグループで、Life Skill Approachをとっており、宗教、教育、民間セクターからのかわりが必要だと考えている。性感染症センターへの支援、また、母子感染の予防には、在宅カウンセリング・VCTを進めている。
- ・水と衛生については、地域住民の参加促進を重視しており、IEC / BCCと関係している課題である。保健計画局がかかわっている。学校及び地域において衛生教育キャンペーンを実

- 施しており、衛生を促進するように手洗いの運動を働きかけている。寄生虫感染率は高い。
- ・学校給水プログラムにも取り組んでおり、教師の参加も取り付けている。アプローチは教育とコミュニティーに求められ、調査するときには私立学校を対象とすることが望ましい。また、メディアとのパッケージ化も必要である。
  - ・ミャンマーでの活動について、一般的なアドバイスとして、国内に存在する不均衡 (disparity) を基にバランスを考えた方がよい、保健システムは十分ではないものの、キャンペーン活動が効果的である、UNICEFでは、High Risk Pregnancyという考えはもはや取り扱っておらず、すべてのPregnancyはリスクを伴うという考えで活動している、施設の改善や機材の調達については機材の基準やそのための研修マニュアルがあり、UNICEFの調達・協力は可能、の4点をあげたい。

## 4月24日

### CARE

CARE側より、以下の説明があった。

- ・ミャンマーでの活動は、“ CARE Myanmar( Information Kit )”( 入手済み )どおりである。
- ・CARE MyanmarはCARE Australiaの支援で動いている。
- ・ミャンマーには1995年に入り、最初に取り組んだ課題は、保健であった。HIV / AIDSをエントリーポイントとして活動を開始し、PHCのプログラムへ拡大してきた。ヤカイン州で実施中のプログラムがあるが、RH状況は悪く、アクセス、宗教( イスラム教と仏教 )、政治、治安などの問題がある。また、Rural Livelihood Programにも取り組んでいる。農業と林業から始まり、収入創出や健康教育の活動へと拡大している。
- ・保健局は国境地帯の特に少数民族の紛争地区での活動には関心が低く、RHを行わない。
- ・RHのプログラムはSafe Motherhoodに重点を置いて行っている。シャン州で実施しているが、民族、文化の違いなどがあり、活動に困難が伴う。また活動地域の拡大をめざして、マングレー管区での事前調査を実施したが、今後の活動資金に目処が立たず、活動は始めている。
- ・シャン州での活動は2003年で3年目になる( 2004年1月には終了予定 / パッカード財団の支援終了のため )。Sustainabilityを考え、プログラムは2年単位で実施しており、3年目は保健局を巻き込み、保健局とコミュニティーへの引き渡しをめざしてSocial Mobilizationを進める予定である。
- ・UNHCRがヤカイン州では調整機関の役割を担っており、この地域には、MSF、ACF、CARE、Bridge AsiaなどのNGOが関係している。

- ・ シャン州のプロジェクトには、コミュニティーベースで、26人のOutreach Worker、97人の若者ボランティアをリクルートした。なお、若者のボランティアには、男性のみならず女性もリクルートした。
- ・ ボランティアには、一般的なRH、思春期保健、HIV / AIDS、基本的なコミュニケーション・スキル、プロジェクトマネジメント(モニタリングと評価を含む)、Social Mobilizationについて研修を実施している。
- ・ 基本的保健医療従事者(BHS)に対する研修を保健局と協力して実施している。対象はタウンシップ病院からAMWまでで、また開業医に対しても実施している。
- ・ AMWには、リフレッシュ・トレーニングを実施している。TBAには行っていない。国境地域では人手不足ということもあり、AMWとMWの合同研修を国境地域で行っている。
- ・ 保健局との関係は良好である。
- ・ 研修の内容はWHOのガイドラインに沿ったものになっている。
- ・ 活動のモニタリングについては、遠隔地(ムセー：マンダレーから車で最短12時間)ということもあるが、定期的に、中央からスタッフを派遣している。詳細に述べれば、プロジェクトマネージャーは、半年はヤンゴン、残りは現地。副プロジェクト・マネージャーはムセー駐在。フィールド・コーディネーターは2か月に1回、保健コーディネーターは1年に2回、代表は1年に1回、現地を訪れている。
- ・ Sustainabilityについては、Project Committeeが村レベルで設置されており、プロジェクト終了後の実施をめざしている。
- ・ Outreach Workerには1か月20～30米ドルを支給している。Outreach Workerには2種類あり、9、10人のセミスタッフと、一時的に働くその他のスタッフがいる。若者ボランティアには謝金の支給はない。
- ・ 活動への男性の参画は重要である。ムスリムの住民に活動への反発などはみられないが、避妊やセクシャリティーについては取り扱いに注意すべき面もある。
- ・ 活動に必要な避妊具(コンドーム、その他)については、PSIを通じて国内調達している(保健省を通しての調達は困難)。
- ・ 活動への試練は言語の問題である(活動地域では4つの言語が話されている)。
- ・ モニタリングにはOutreach Workerを動員している。
- ・ MMCWAは我々の活動地域ではそれほどパワフルではない。協力関係も築いており、全く問題はない。
- ・ 活動地域については、保健局や国連等と重複しないように調査して決めてきた。HIV / AIDS対策については、ミャンマーの南部地域とマンダレー管区が重要になると考えている。

- ・ドナー間のコーディネーションについては、あらゆる分野を含むINGO Coordination MeetingとHIV / AIDSに特化したHIV / AIDS Coordination Meetingがある。共に、国連や二国間援助ドナーには呼びかけていない。

#### Save the Children JAPAN

Save the Children JAPANより、以下の説明があった(和田代表は出張のため不在)。

- ・2001年より活動開始。2002年12月27日にMOUを取得した。
- ・ミャンマーでの活動においては、政府とのコーディネーションとコミュニティーレベルの活動に留意する必要がある。
- ・MOU取得のプロセスは困難で、取得に1年を要した(2004年12月までの2年間となっている)。
- ・保健局のDirectorレベルは多忙なので、その下のレベルがキーとなる。
- ・Save the Childrenは構成国ごとに動いており、ミャンマーでも独自に展開している。Save the Children UKは児童人身売買、HIV / AIDS、Early Children Care Development (ECCD)、水と衛生プロジェクトを実施、Save the Children USは栄養、RH、ECCD、マイクロファイナンスのプロジェクトを実施している。
- ・Save the Children JAPANでは、バゴー管区のゼゴン(Zigon)及びテゴン(Thegon)の2タウンシップで、コミュニティー参加型の母子保健活動の推進や保健衛生教育、保健基金設置、医薬品・保健資機材の供与などを展開する予定である。費用は、日本の会員の寄付、郵便局のボランティア基金、外務省からの基金で賄っている。

#### Save the Children US

Save the Children US側より、以下の説明があった。

- ・IEC / BCC教材・資料を通じ、ジョイセフをよく知っている。ジョイセフ制作のマギーエプロン(エプロン型RH教材)を65個取り寄せて使用している。
- ・RHプロジェクトは、2000年4月から上ビルマのマグウェイ管区のKamma、Pakokku Townshipで、2001年9月からは下ビルマのタニンダーイー管区のDawie、Laurg Love Townshipで、それぞれ3年間の予定で展開している。
- ・活動は主に5つあり、女性のみならず男性も含めてコミュニティー全体をエンパワーするという視点から、Women Care、Birth-Spacing、Drug Shop、Revolving Fund(回転資金)、Emergency Referral System(緊急の際に対応する回転資金)設置に取り組んでいる。
- ・RHプロジェクトはコミュニティーレベルのRHを改善するもので、BCCに特化しつつ、

Safe Motherhood、 バース・スペーシング、 HIV / AIDSについて実施している。

- ・具体的な活動としては、プロジェクト事務所や村で、IEC教材を活用しながら、村向けの研修を実施している。プロジェクトでは、Village Health TeamやWomen Group Teamを設けており、村には1人の女性リーダーがいる。また村ではVillage Health Volunteerを養成している。研修の段取りとしては、最初にTOTを実施し、次にWomen Group Teamを招いて村レベルの研修を実施している。
- ・活動にあたってのプロセスとしては、ベースライン調査、チームの結成、研修(マネジメント・技術)、コミュニティアクションプランの作成、そのためのワークショップの実施、回転資金の設置へと展開してきている。
- ・各プロジェクト地区には、Project Coordinator、Project Officer、Project Assistant、Community Development Officerが配置されており、プロジェクトコーディネーターは月に1回、ヤンゴンに来ている。
- ・村のボランティアには手当を払っていないが、研修を通じて、文房具を提供することはしている。ボランティアとの問題はない。
- ・KammaのプログラムオフィスではSafe Motherhoodの研修を実施している。保健局の保健サービスと連動させつつ、資機材の提供はしないが、PSIのソーシャルマーケティングとの協力を図っている。
- ・コミュニティの活動に必要なイニシャルキャピタルは、様々なかたちで提供しており、回転資金として活用されるべく取り組んでいる。
- ・政府のサービスは質が低い。AMWのニーズアセスメントや研修を実施したが、保健局はこれらについて取り組んでいない。

## World Vision

World Vision側より、以下の説明があった。

- ・ミャンマーでのRH分野の活動に関しては、“REPORT ON STUDY OF REPRODUCTIVE HEALTH SITUATIONS IN DAGON MYOTHIT(SOUTH TOWNSHIP)”(入手済み)を参照されたい。
- ・1993年より、ヘルスケアの分野で活動を開始した。当初は、Primary Medical Care、Mother & Child Health Care、拡大予防接種計画(EPI)、Environmental Sanitation、School Health、Community-based Rehabilitationについて取り組んでいた。現在は、～を母子保健及びRHプロジェクトとして認識している。
- ・ミャンマーではArea Development Projectを実施しており、これには教育や経済活動も含まれる。

- ・RHについては、コミュニティーを基盤としたパイロットプロジェクトを実施しており、ヤンゴン管区では4つのタウンシップで、また、シャン州では2つ、イラワジ管区では2つ、カレン州では1つと、全国で9つのタウンシップで活動を展開している。なお、HIV / AIDSについては他の3つの地域で実施している。
- ・プロジェクトでは、コミュニティーチームをつくり、コミュニティーレベルでMMCWAと協力している。
- ・250人のOfficerを雇っており、Management & Leadership Group、Technical Group ( Education、Computer、Water Sanitation、Medical Doctor、Nurse、Health Assistant ) Administrative Groupを設けている。
- ・カウンターパートは、保健局である。
- ・World Visionヤンゴン本部にはNational Officerを配置し、中央レベルで保健局等との調整、他機関とのネットワーキングを実施している。地区タウンシップレベルでは、プロジェクトマネージャーを配置し、地域レベルでの活動は、BHSと協力している。プロジェクトにはCommunity Development Officerを、コミュニティーにはCommunity VolunteerとCommunity Development Groupを設けている。
- ・ボランティアに対する手当については、丸1日協力する場合は、地域によって支払っている。1日500チャットぐらいである。
- ・状況とニーズによるが、国境近くのプロジェクト本部より1年に4回( 四半期に一度 ) 巡回視察を行っている。
- ・機材については、草の根ベースの機材を入れることとし、MWに自転車、MWキット( 助産キット )や太陽光電のコールドチェーン機材など提供している。コンドームの促進を進めており、コンドームはPSIを通じて調達し、導入地域についてはハイリスク地域を優先している。
- ・HIV / AIDSについては、Awareness Campaignやカウンセリングに取り組んでいる。

## **4月25日**

### AMDA

AMDA側より、以下の説明があった。

- ・1995年よりミャンマー入り。もともとは巡回医療を実施。
- ・MOUは1996年に取得、所要8か月。
- ・保健関係は中央乾燥地帯のメッティーラで活動。
- ・1999年よりJICAの開発福祉のスキームを活用し、3年間活動を展開。

- ・開発パートナー事業では2年目(開始まで2年間待機)、3つのタウンシップで活動を展開している。5歳未満の子どもを主なターゲットとしている。水関係も含むPHCプロジェクトであり、活動は広い。
- ・ステーション病院1か所(25床)の設置と機材供与、District Hospitalには技術支援と小児病棟への医療・電器関連の機材供与を実施(草の根無償資金協力による導入)。村で活動する際には、Village Committeeを活用。RHC/Sub-RHCレベルでは研修を実施している。
- ・RH関連では、2003年から衛生教育を、また試験的ではあるが妊産婦検診を展開予定。
- ・活動には、ミャンマーの社会・地理的な状況を踏まえ、伝統医療のような東洋的要素も入れていきたいと考えている。日本人の漢方医が来たこともある。
- ・HIV/AIDSについては、中央乾燥地帯でUNDPやUNAIDSが活動しているので、連携・協力が可能かと思われる。
- ・カウンターパートは、中央はDr. San Shwe Win( Director of Public Health )、地方はDistrict Medical Officer( DMO )、合同調整委員会( JCC )はPublic Healthのセクション以外も招いて実施している。
- ・活動上困難な点は、地方活動をするにしても、活動実施にあたってはすべて中央の了解が必要なこと、また、移動許可証の取得など諸手続きが煩雑かつ時間を要するものであることにある。
- ・ミャンマー人スタッフについては、1年間契約で雇用している者もいる。契約後、解雇されることをミャンマー人スタッフは認識しており、また国際協力関連の国連・NGOの人材マーケットがあることから、契約後について特に問題が発生するとは考えていない。
- ・資機材については、供与先は病院で、調達方法は現地調達。調達手続きについては、通貨(米ドル、FEC、チャット)のレート、納品、タイミング(年度末に注意)に留意して実施することが求められる。現地調達は、扱っているところは2か所である。また、現地調達では輸入許可証が必要であり、仮に現地の業者と購入の約束をしても、売却済み、在庫がないなど、なかなか手に入らないこともある。携行機材の同時携行が、手続き上スムーズだと思われる。
- ・チャットのレートはJICA事務所の方針どおり、政府両替レートは1米ドル=450チャットである。

さらに、AMDA側より、プロポーザル(案)内容について、以下のとおりコメントがあった。

- ・地域をもしシャン州とするのであれば、北部がよいと思われる。カローはUNDPが実施している。
- ・期間(4年間)は適当だと思うが、活動や期間も絞り込みすぎでは大変である。

- ・州・管区に対する中央の協力の仕方にはギャップがあるので留意されるのがよい。特に州にすると、保健医療従事者が絶対的に少ないこともあり、保健局が本腰を入れて協力するか疑問がわく。
- ・他のドナー / NGOが実施・協力しあっていることがあるので、この点、調整の必要性に留意されるのがよい。
- ・プロジェクト目標に関し、サイトから、地域、中央への反映が鍵となっているが、このモデル型の適用については検討を要する必要があるかもしれない。モデルプロジェクトにどれだけコストがかかるのか、今の時代、いかにコストをかけないで実施するかということ念頭に置いてプロジェクトを動かしていく必要がある。また、地域への適用方法、例えば経験や活動の情報提供だけで広まるのか、といった問題もある。モデル主体、また地方での展開で考えるのであれば、モデルの普及におけるAccessibility、汎用性に注目する必要がある。さらに、4年間という期間ではモデル化は困難な印象を受ける。
- ・MWの業務量が多いため、MWの負担を考えつつプロジェクトを計画することが必要である。またBHSに対して系統だてた研修が必要であり、AMWとTBAの底上げは必要である。

## PSI

PSI側より、以下の説明があった。

- ・本部はアメリカ(ワシントン)。ミャンマーには1994年末に事務所を設置。
- ・1995年末より環境、経口補水療法(ORT)、HIV / AIDSの分野でプロジェクトを開始。Social Marketing Programのアプローチにて実施。
- ・今後は、マラリア、VCCT、性感染症、結核(TB)分野のプログラムを実施する予定。
- ・RH関係では、1998年より現在までパカード財団の支援を受けてRHプログラムを実施中。民間の一般医と組み、一般医には参加型のアプローチで研修を実施し、中絶減少、コンドーム、Injection(注射法)、IEC、ピル、また最近ではIUDを含めたプログラムを展開中。
- ・プログラムの進め方としては、研修を受けた一般医にメンバーシップを与え、フランチャイズ方式で拠点を増やし、Social Marketingを展開して事業を拡大。現在62タウンシップで254のメンバーシップがあるが、2008年までに11州・管区、160タウンシップで1,000のメンバーシップを目標にしている。
- ・モニタリングと評価は4年ごとに実施。
- ・IECとして、プログラムのPromotion Materialとしてパンフレット、ブックレットを作成し、メンバーシップのある会員に渡している。
- ・医薬品の価格構成については、Injectionを例にあげれば、市場価格が400~500チャットのところ、製品そのものを100チャット、客 / 患者に対するメンバーシップがある会員のコン



サルテーション料を200チャットとして、計300チャットで、市場価格より安く、かつメンバーシップがある会員にも恩恵があるものになっている。

- ・組織は、本部、中央倉庫、フィールド事務所の3つに大別され、フィールド事務所は10か所ある。そのうち、7か所は駐在/定着型であり、3か所は川に浮かぶLove Boatsと呼ばれる移動型である。
- ・200人の常勤スタッフと、50人の非常勤スタッフがいる。
- ・すべての避妊薬は海外からの輸入。パッキングは国内で実施。
- ・パートナーとして、MSI、UNICEF、Save the Children US、World Vision、UNFPAなどがある。
- ・活動、製品のパンフレットは無料で配布しており、英語・ビルマ語版(入手済み)がある。また、ミャンマーPSIにはIECユニット(制作室)があり、独自でビデオや印刷資料を制作している。

#### 保健省保健計画局

Mr. U Aung Kyaing(Deputy Director General)より、以下の説明があった。

- ・プロジェクト形成にあたっては、国として人口が多くないこともあり、ミャンマー政府はPopulation Controlは奨励しないということ、家族計画は、国民の保健と福祉の観点から受け入れられている点を基本認識として留意願いたい。
- ・現在、保健省より国家RH政策を政府に提出しており、承認されることを望んでいる。
- ・RHを考える際には、母子保健の観点を強調すべきだと考えている。
- ・現在86のプログラムタウンシップがあり、2005年には100タウンシップにしたいと考えている。これで人口の半分はカバーできるはずだと試算している(これはUNFPAの協力によるカントリープログラムの対象地域のこと)。
- ・RHプログラムの対象人口、特に家族計画サービスの利用状況を分析することが必要。重要な対象は、子どもや非常に若い年代、貧しい者や教育レベルの低い者とすべきである。
- ・バース・スペーシングは2年間を標準と考えている。
- ・プログラムの評価などを考える際に、指標として避妊実行普及率(CPR)のみをみることがあるが、これだけでは一面的であり、他の指標の設定も重要である。
- ・RHはNational Health PlanのCommunity Healthのなかで重要な分野として位置づけられている。PHCの8つぐらいの要素を実施したいが困難である。RHについては、Resource Availabilityが重要な課題である。

さらに、Mr. U Aung Kyaingより、プロポーザル(案)内容について、以下のとおりコメントがあった。

- ・ミャンマー全体としてみれば、プロジェクトエリアの拡大か、それとも 特定地域での活動の増加か、といった見方ができる。
- ・86のタウンシップがUNFPAのサポートを得ており、これ以外の場所での活動や、追加としての活動を試みるのもよいと思う。この点、UNFPAのNeeds Assessment Reportを活用するのもよい。機材供与が必要となろう。
- ・出産についてはほとんどが自宅分娩であり、そのうち訓練を受けた介助者による出産は5～10%である。技術訓練・研修を受けた者(Trained AMW / TBA)による安全な分娩は重要である。
- ・更に安全な分娩への課題は、妊産婦検診の最低3回の実施、遠隔地での医療サービス・スタッフへのアクセスの問題(AMW / TBA、地域の参加、緊急の際の対応 レファラルシステム の設置)。
- ・プロポーザルの内容については基本的に同意できる。しかし、研修については、既に研修を受けた者ではなく、研修を受けていない者か、再研修(リフレッシャー研修)者を対象としてほしい。
- ・カウンターパートの配置は可能である。
- ・健康教育については、タウンシップレベルは不要である。またミャンマーは地域によっては多くの民族がいるので、使用言語については留意されたい。現地ローカル言語への翻訳が必要である。
- ・保健省のスタッフの給料日は、各種レポートの報告日である。アクセスが悪くとも必ず特定の場所に来ることから、この給料日 / 報告日という日をプロジェクト活動のモニタリングや指導等の機会として活用するのも一案である。

#### **4月26日**

- ・ヤンゴン近郊のタウンシップの施設(Let Yetsan RHC、Myaing Thaya RHC等)を訪問。施設概要は付属資料5のとおりである。

#### **4月28日**

- ・シャン州カロータウンシップの施設(Kalaw District Hospital、Kalaw RHC)を訪問。施設概要は付属資料5のとおりである。

## 第2章 総括

提案プロジェクトはミャンマーのRHのニーズに呼応しており、ミャンマー側からも喜ばれた。低開発国であるうえに、極端なトップ・ダウンの行政組織であるために、実施上、多くの困難と問題を抱えているものの、本プロジェクトを実施することは、ミャンマー国民に、とりわけRHの知識とサービスを必要とする住民に大いに貢献すると考える。しかし、現状を改善するには長期的な展望を伴う大きな努力が必要であり、RH分野での活動を開始するにあたっては、JICAも腰を据えて構える必要がある。

ミャンマー政府は、家族計画は「子どもの出生を抑えようとする考え方」という認識をもっており、家族計画という言葉には否定的な態度を示す。しかし、母子の健康を守るという目的で、パース・スペーシング(出産間隔をあける)という言葉を使うことは、広く受け入れられている。最近の動きでは、政府指導者層の人口増加・出産奨励への方針を受けて、「パース・スペーシング」という言葉自体も政治的に回避するという状況がみられる。1994年に台頭したRHの概念は、家族計画に限定せず、ライフ・サイクルの視点から健康を考えるという点で、ミャンマー政府側から好意的に受け入れられている。さらに、「子どもの数を決めるのは当事者である」というリプロダクティブ・ライツの考え方も重要だと認識している。このような状況にあって、ミャンマー政府保健省は、既にRH政策を策定・承認済みであり、現時点では、National Health Committee(NHC)の承認を待つばかりとのことである。そのせいか、保健省のスタッフ間には、既にRHに関する共通認識ができており、ニーズについても、更には活動のプライオリティーについても明確な考えをもっていたといえる。したがって、保健省関係者との話し合いは円滑に進んだ。さらに、活動内容について、緊急な対応を必要とする活動項目に絞り込むことができたのは、プロジェクト形成の初期段階から相手を巻き込み、相手側の関心を高めるうえで有意義であった。

本プロジェクトの目玉は、プロジェクトの活動をモデルと位置づけ、活動成果をミャンマーのRH政策及びプログラム開発に適応することを明確に打ち出していることである。したがって、プロジェクトが地方で活動を展開する際、活動が単に点的なもので終わることなく、面的な広がりのあるものに発展していくためには、プロジェクトの活動に専念しつつも、視点をプロジェクトからプログラムに転換する必要がある。そのためには、活動初期にプロジェクトの経験と教訓がRH政策と戦略並びにプログラム設定と戦略構築にフィードバックできるようなプロセスづくりをすることが重要だと考える。

## 第3章 調査結果

日本・ミャンマーが合意した協議結果は付属資料1 ミニッツのとおりである。調査前の提案プロジェクトの基本計画は第1章1 - 5のとおりであったが、一連の調査や協議を通じてこれを変更し、以下の3 - 1のとおりとなった。なお、今後のフォローアップ、実施上の留意点については、3 - 2にまとめた。

### 3 - 1 プロジェクトの基本計画(調査後)

#### (1) プロジェクト名

ミャンマー・リプロダクティブヘルス・プロジェクト(仮称)

#### (2) 実施機関(カウンターパート機関)

保健省保健局

#### (3) プロジェクトの背景

ミャンマーでは、RH分野、特に母子保健の分野でのニーズは依然として高い。MMRやIMRは高く、国民は、この分野における質の高いサービスや情報・教育を十分に受けているとはいえない状況である。MMRは、出生10万対255(1999年、中央統計局)であり、その主な原因は、出血、敗血症、中絶の合併症、弛緩、分娩停止である。妊娠中絶は非合法にもかかわらず、妊娠中絶による合併症は広く報告されている(1999年のUNFPA、保健省によるニーズアセスメントに基づく)。CPRは、1991年の16.8%から2001年の33%まで上昇し、そのうち近代的避妊法は28%を占める。

上記の現状を踏まえ、ミャンマー政府は、住民主体のRHの考え方に基づいて、上記の課題に取り組み、特に中絶合併症の予防、母性保護の推進を進め、ミャンマー国民、特に女性のRHを向上するためのプロジェクトの実施を提案する。本提案プロジェクトの主な柱は下記の3点である。

住民の参加促進を通して、村レベルの地域住民とRHC / Sub-RHCとの連携強化

末端の保健スタッフやボランティアの能力の強化

RHサービスの質の向上とサービスの利用度の向上をめざした末端の保健施設の改善

#### (4) プロジェクトの概要(PDM要約案)

##### 上位目標

ミャンマーにおける女性(妊娠可能年齢)のRHが向上する。

## プロジェクト目標

- ・プロジェクト地区における質の高いRHサービスの利用が向上する。
- ・プロジェクト地区での成果・経験・教訓が国内の他地域へ適用される。

## 成 果

- 1) RH・家族計画サービスが強化される。
- 2) プロジェクト地区の住民、特に女性のRHに関する意識と知識が向上し、RH活動への参加が促進される。
- 3) 保健省保健局、タウンシップ保健局、RHC / Sub-RHCをはじめ、プロジェクト地区の保健行政やその他の関係政府機関・NGOのRHプログラム実施者の能力( マネージメント及び技術面でのキャパシティー )が強化される。
- 4) 将来の政策やプログラムへの適応をめざした住民主体のRHのモデルプロジェクトとして確立される。

## 活 動

- 1) RH・家族計画サービスの強化を図る。
  - 1-1 RHC及びSub-RHCの医療施設・設備を改善する( 例：RHCへの分娩室設置の可能性 )。
  - 1-2 サービスの質の強化のため、RHC / Sub-RHCの保健医療関係者( 助産師( MW )・保健師等 )の研修及び再研修を行う。
  - 1-3 安全な自宅分娩を推進するため、AMW及びTBAの研修及び再研修を行う。
  - 1-4 RHC / Sub-RHC及びアウトリーチの双方を通じて基本的なRHサービスの提供を強化する。
  - 1-5 中絶後のケアを含むカウンセリングを強化する。
  - 1-6 ハイリスク妊婦の早期発見とRHC / Sub-RHCへの適切な照会を行う。
- 2) プロジェクト地区の住民、特に女性のRHに関する意識と知識が向上し、RH活動への参加が促進される。
  - 2-1 適切な行動変容を促す広報教育( IEC / BCC )実施者( 地域ボランティアやリーダー )の養成及び研修を行う。
  - 2-2 IEC / BCC教材を制作する。
  - 2-3 RH・家族計画や危険な中絶を予防するためのIEC / BCC活動を実施する。
  - 2-4 地域リーダーをはじめとする住民が、保健推進活動への支援・協力を行う体制をつくる。

3) 保健省保健局、タウンシップ保健局、RHC / Sub-RHCをはじめ、プロジェクト地区の保健行政やその他の関係政府機関・NGOのRHプログラム実施者の能力( マネージメント及び技術面でのキャパシティー )が強化される。

3-1 中央レベルからプロジェクト実施地域レベルまで、プロジェクト推進運営委員会を設置する。

3-2 運営委員会メンバー及びプロジェクト関係者のマネージメント技術向上のためのオリエンテーション及び研修を行う。

3-3 事例視察による技術指導・研修( 第三国・本邦における )を行う。

4) 将来の政策やプログラムへの適応をめざした住民主体のRHのモデルプロジェクトとして確立される。

4-1 経験移転を目的とした経験交流セミナーを開催する。

4-2 モデルプロジェクト推進のためのマニュアルやガイドラインを作成する。

4-3 プロジェクト活動の成果・経験・教訓を文書化する。

4-4 中央レベルでプロジェクトの年次報告会議を定期的に行い、計画策定・活動成果の報告を行う。

4-5 政府関係機関に対して情報提供や提言を行う。

#### (5) 実施スケジュール

実施期間( 案 ): 4年間

できるだけ早い時期に開始する。予算、スタッフ等は、今後、ミャンマー政府及び日本政府との協議によって決定する。

#### (6) プロジェクトの受益者

##### 1) 直接受益者

住民、特に出産可能年齢( 15 ~ 49歳 )の女性

##### 2) 間接受益者

保健医療スタッフ( 中央・地方 )、MWを含む保健医療サービス提供者、保健ボランティア( AMW、TBA含む )

#### (7) その他( プロジェクト地域の選択 )

本プロジェクトでは、下記のとおりモデル地域を選定し、プロジェクト活動の対象とする。

##### 1) プロジェクト対象地域の選定条件

- ・RHのニーズが高い( MMRが高い、専門技能者による出産介助の率が低いなど )
- ・アクセスがよい

- ・ローカル地方行政関係者の支援が得られる

## 2) 対象規模

- ・期待されるインパクト及び投入の最大限の活用を考慮し、1、2の郡(タウンシップ)から数か所を選択。

## 3) 選択へのその他の検討要因

- ・プロジェクト地域での政府とNGOとの良好な関係の存在
- ・その他の関連プロジェクトとの協力・連携について活動の補完性の可能性も考慮

### 3 - 2 今後のフォローアップ、実施上の留意点

#### (1) 目標、ねらい

##### 1) 政策への反映

「プロジェクト・マインド」と「プログラム・マインド」

--- 経験・教訓の国内他地域への適応 ---

提案プロジェクトを実施するうえで、地方で活動を展開する際、プロジェクトが単に点的な活動で終わることなく、面的な広がりのある活動となっていくためには、本プロジェクト関係者及びプロジェクトの専門家とカウンターパートが「プロジェクト・マインド」と「プログラム・マインド」双方の認識を常にもっている必要がある。具体的には、プロジェクトの経験と教訓がRH政策と戦略並びにプログラム設定と戦略構築にフィードバックできるようなプロセスづくりが重要となろう。

##### 2) 基本認識

ミャンマー側の人口、RHに関する認識

ミャンマー政府は、家族計画は「子どもの出生を抑えようとする考え方」という認識をもっており、家族計画という言葉には否定的な態度を示す。しかし、母子の健康を守るという目的で、バース・スペーシングという言葉を使うことに対しては広く受け入れられている。しかし、最近の動きでは、政府指導者層の人口増加・出産奨励への方針を受けて、「バース・スペーシング」という言葉自体も政治的に回避するという状況がみられる。

1994年に台頭したRHの概念は、家族計画に限定せず、ライフ・サイクルの視点から健康を考えるとという点で、ミャンマー政府側から非常に好意的に受け入れられている。さらに、「子どもの数を決めるのは当事者である」というリプロダクティブ・ライツの考え方も、重要だと認識している。このような状況にあって、ミャンマー政府保健省は、既にRH政策を策定・承認済みであり、現時点では、National Health Committee(NHC)の承認を待つばかりとのことである。そのせいか、保健省のスタッフ間には、既にRHに関する共通認識ができており、ニーズについても、更には活動のプライオリティーについて

も明確な考えをもっているといえる。

したがって、人口・RH・家族計画に関する認識はセンシティブな面を有しているため、プロジェクトの形成、実施にあたっては、以上のような認識とその動向・変化に留意しつつ、進めていく必要がある。

## (2) 活 動

### 1) 内 容

#### ドナーの協力(国連型、NGO型)の経験・教訓活用

ドナーとの情報収集・意見交換を通じ、NGOは地方でボランティアを有効に活用して草の根できめ細かい活動を展開し、一方、国連機関は住民への啓発・IECの活動が弱く、技術指導(例、MW向け)は強いといった特徴が見受けられた。今後更にプロジェクトのデザインを磨いていくうえで、このような特徴を念頭に置きつつ、今回調査を通じて得た各ドナーの活動情報、そこから得られる教訓・ノウハウ等を活用することは有意義だと思われる。

#### 地域展開型の活動重視

保健局から、RHCの機能強化の一環として、プロジェクトの対象地域に位置するRHCに分娩室を設けてほしいとの要望があった。これは、保健省の最近の「施設分娩推進」の考え方に基づくものと考えられる。しかし、分娩室を設けるとなると、それなりの機材の導入と、入院施設などの設置まで念頭に入れた施設の改修と増築まで必要となる。提案プロジェクトは地域展開型プロジェクトであり、ここまでプロジェクトが介入する必要があるのかという疑問が残る。また、高い自宅分娩率の現状を踏まえ、その面での地域活動の展開をめざしていることを考えると、既に盛りだくさんとなっている活動内容に、施設分娩への対応まで含めるだけの余力がプロジェクトにあるのかという懸念もある。次回のミッションでは、この問題に言及する必要がある。

#### ジェンダー意識、配慮

保健省の高官・決定者、現場のサービス提供における責任者は、圧倒的に男性が多い。一方、実際のサービス提供者の中心は、MW、女性ボランティアである。プロジェクトの具体的な活動計画の策定(住民へのIEC活動、支援体制づくりなど含む)では、ジェンダー意識の現状把握、活動立案の際のジェンダー配慮が望まれる。



## 2) 協力組織

### MMCWAの活用

地域レベルで活動を展開する場合、MMCWAのような地方で組織力のある機関を戦略的に活用することは重要である。しかし、地域レベルでは、MMCWAと保健省(母子保健センター等)が必ずしも友好でない地域もあるようである。したがって、対象地域の選定にあたっては、保健省と有効な連携を図っていけるようなMMCWA(地方組織)が存在する地域を選定することが賢明である。今後、MMCWAと保健省の関係が比較的問題ない地域を注意深く探りあてる必要がある。またMMCWAとコミュニティー・住民の関係についても留意しておく必要がある。なお、これら保健省・MMCWA・コミュニティー・住民の関係について実態を把握するには、時間を要すると思われる。

### 保健省保健計画局の巻き込み

保健省の保健局と話をしている段階では、本プロジェクトの活動は、保健省そのものが実施機関と位置づけられ、ミニッツのドラフトもこのスタンスに立って用意された。しかし、保健省の国際保健局長がこのドラフトをレビューしたときに、ミャンマー政府の行政機構における規定という理由で変更した文章がある。それは下記のとおりである。この変更で懸念されるのは、IECの活動の責任部署である保健計画局の位置づけがなくなり、プロジェクトの目玉ともなる住民を対象としたIEC活動を実施する際に、果たして保健計画局が気持ちよく協力してくれるのか、という点である。次のミッションでは、プロジェクト内での保健計画局の位置づけを明記することが望まれる。

- ・保健局との合意時における文章

The mission requested allocating the project counterparts at the central and project area levels as an essential requirement by the Government of Myanmar, with which the Ministry of Health agreed.

- ・国際保健局長による変更後の文章

The mission requested allocating the project counterparts at the central and project area levels, and the Department of Health agreed to the request.

- ・保健局との合意時における文章

The Government of Myanmar will prepare the “APPLICATION FOR JAPAN’S TECHNICAL COOPERATION” and submit it to the Embassy of Japan within 3 months after the signing of the Minutes of Meetings.

- ・国際保健局長による変更後の文章

The Department of Health will prepare the “APPLICATION FOR JAPAN’S

TECHNICAL COOPERATION” and submit it to the Embassy of Japan within 3 months after the signing of the Minutes of Meetings.

### (3) 対象地域

プロジェクト対象地域の選定にあたっては、Criteria(日本・ミャンマー合意済み)、Non-Program/Program Area、日本大使館/JICAの意向、MMCWAの活用など、多面・総合的に検討したうえで実施することが望ましい。

のCriteriaについては、以下ミニッツ記載のとおり、日本・ミャンマーは合意した。

#### 3) Selection of model project areas

Both parties mutually agreed on the following.

##### a. Criteria for the selection of model project areas

- High needs for reproductive health (high MMR, low delivery coverage by skilled personnel, etc.)
- Accessibility
- Support from local authorities

##### b. Area coverage

Some selected areas in one or two townships, in consideration of visible impact as well as maximum utilization of input.

The following factors for consideration were also discussed.

- The project areas should have good cooperation and collaboration with related government sectors and non-government organizations.
- Consideration will be made for cooperation and coordination with other related projects for complementing the activities.

については、他機関が既に実施している地域を選定し、補完的な関係で、活動を実施するという考え方と、他のRHプロジェクトが介入していない全くの手付かずの地域を選定するという、2つの考え方がある。後者の手付かず地域を選定する方が、より多くの住民にRHの恩恵がとどき、かつプロジェクトのインパクト評価も単純化できるという点で望ましいとは思いますが、同時に、ではいったい避妊具の供給をどうするのかといった問題や、また、統一された研修プログラムの実施といった点についてクリアしないと、先に進むことはできない。この点では、資機材の投入といった要素もよく検討しておく必要がある〔(4) 投入の3) 資機材の欄を参照のこと〕。

については、「(2)活動の2)協力組織、MMCWA」の欄を参照のこと。

#### (4) 投 入

##### 1) 人 材

###### ミャンマー側のカウンターパート配置

大槻専門家(指導科目:母子保健システム、配属先:保健省DOH/MCH、期間:1年)から、本プロジェクトを実施するうえで予想される課題として、保健省の人材不足によるプロジェクトへのカウンターパート配置の困難さが提示されていた。今回の訪問では、保健省関係者と話す機会があるたびにこの問題に触れ、ミニッツにも人材配置の合意を記載したが、「The mission requested allocating the project counterparts at the central and project area levels and the Department of Health agreed to the request.」で、残念ながら、安心できる回答は得られなかった。JICA事務所レベル及び今後の調査団レベルで粘り強く交渉する必要がある。なお、交渉にあたっては、ミニッツの記載に加え、調査中に保健省副大臣からカウンターパートを配置するとの発言があったことも念頭に置きつつ、引き続き保健省による問題解決をめざすというスタンスを保つことが望まれる。他方、人材・財源の不足という厳しい現実、また人数に差はあるものの、ほぼすべてのドナーが何らかのかたちで人材を雇用しているという実態から、カウンターパートの雇用についても検討を加えておく(そもそも活動上、望ましいか否か、制度的・予算的に可能か、だれを・どのように雇用するか、等々)必要があると思われる。

###### 日本側の投入計画

今後、ミャンマー側のカウンターパートの配置(人数・レベル)及び活動範囲・対象地域の広がりに応じた日本側(ジョイセフ)の人的配置(長期・短期専門家の派遣に係る人数・レベル・期間)と国内の支援体制、また予算措置について検討を加える必要がある。

##### 2) 資 金

###### ミャンマー側の予算措置

上記の大槻専門家から、本プロジェクトを実施するうえで予想される課題として、ミャンマー政府からプロジェクトの経費負担を期待できないことが提示されていた。今回の訪問では、保健省関係者と話す機会があるたびにこの問題に触れはしたが、残念ながら、安心できる回答は得られなかった。保健省関係者と忌憚のない話し合いをもったが、ここから分かったことは、国は保健医療従事者の給料は出すが、活動費は一切出さないという、低開発国ではあたり前の現実であった(多分、水、電気、オフィススペースといったいわゆるin-kind contributionといわれるものは負担するであろう)。国連機関から得た情報

を加味しても、今後派遣される調査団が粘り強くプロジェクトへの予算措置を要求しても、簡単に解決できる問題とは思われない。もし、どうしてもミャンマーからの金銭的な予算措置を必要とするということであれば、高いレベルでの話し合いが必要となろう。

#### 対象地域内のプロジェクト事務所設置

中央レベルのみならず対象地域でもプロジェクト事務所の設置が必要となろう。したがって、プロジェクトは、中央と地方の2か所に設置する事務所を維持するために、それなりの経費を負担しなければならないことを覚悟する必要がある。

### 3) 資機材

#### 避妊具の調達、RHC、Sub-RHCの建設・改修とモデル地域の選定

プロジェクトの対象地域選定にあたっては、既述のように、他機関が既の実施している地域を選定し、補完的な関係で活動を実施するという考え方と、他のRHプロジェクトが介入していない全くの手付かずの地域を選定するという、2つの考え方がある。後者の手付かずの地域を選定する方が、より多くの住民にRHの恩恵がとどき、かつプロジェクトのインパクト評価も単純化できるという点で望ましいとは思いますが、後者を選択するには、避妊具の供給をどうするのかといった点をクリアしないと先に進めないという課題がある。

今後は、例えば、他ドナーによるサポートは可能か、人口家族計画特別機材供与（UNFPA連携、マルチ・バイ案件）の制度を利用できるのか、プロジェクトの供与機材として供与してよいかといった具体的な検討をする必要がある。さらに、後者を選定した場合には、インフラ整備にあまり力を入れないとしても、その必要性は必ず生じるであろうから、草の根無償資金協力といった、日本大使館の支援と協力を仰ぐことができるのかどうかということも、確認しておく必要がある。

#### 調達方法（本邦、現地、第三国）

一般的に現地調達といえども輸入品が多いミャンマーの事情から、現地の調達事情をよく確認し、また機材計画策定の際には、コスト、質、迅速性等の観点から、本邦、第三国調達についてもよく検討しておく必要がある。

### (5) 前提条件

#### MOUの必要性

活動の実施にあたって、MOU取得が必要となるかどうか、確認が必要である。申請しなくても、また申請中でも活動している団体が存在するという実態もあり、取得の必要性、判

断基準には不明な点がある。申請が必要となる場合、取得まで時間を要するため、案件形成に係る諸手続きとの進捗を見計らいながらタイミングよく申請し、また政府側への働きかけのチャンネルを確保しておくことが望ましい。

#### (6) 手続き

##### 煩雑さ、時間

ミャンマーでの活動においては、諸手続きが煩雑であり、かつ時間がかかるので留意が必要である。例として、専門家の移動に関する移動許可証取得、銀行口座の開設手続き、また通貨の問題(米ドル、FEC、チャットの3つの通貨。チャットは公的、両替、実勢(闇)レート)の3つが存在)などをあげることができる。



## 付 属 資 料

- 1 . ミニッツ
- 2 . 保健行政体系
- 3 . 保健省組織図
- 4 . 保健省プレゼンテーション資料
- 5 . ヤンゴン管区、シャン州視察先パンフレット
- 6 . 訪問機関収集資料リスト



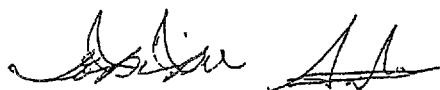


MINUTES OF MEETINGS  
BETWEEN THE JAPANESE PROJECT FORMULATION STUDY TEAM  
AND  
THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF  
THE UNION OF MYANMAR  
ON JAPANESE TECHNICAL COOPERATION  
FOR  
THE REPRODUCTIVE HEALTH PROJECT

The Japanese Project Formulation Study Team (hereinafter referred to as "the Team"), organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Ms. Tokiko SATO visited the Union of Myanmar from April 20, 2003 to May 2, 2003, for the purpose of conducting the study regarding the technical cooperation based on the proposal by JOICFP for the Reproductive Health Project (hereinafter referred to as "the Project") .


During its stay, the Team exchanged views and had a series of discussions with the authorities of the Union of Myanmar concerned. As a result of the discussions, both parties have reached common understandings concerning matters referred to in the documents attached hereto. Both parties will convey the contents of the Minutes of Meetings to their respective governments.

Yangon, May 2, 2003



---

Ms. Tokiko SATO, Ph.D.  
Leader  
Project Formulation Study Team  
Japan International Cooperation Agency  
Japan



---

Dr. Wann Maung  
Director General  
Department of Health  
Ministry of Health  
The Union of Myanmar

## The Attached Document

### 1. The Tentative Framework of the Project

Both parties agreed the tentative framework of the Project attached in Annex.

### 2. Key Issues Discussed

Both parties agreed the importance and the framework of the proposed project. Further discussion was made on the following issues for more clarification and understanding.

#### 1) Key reproductive health components to be covered in the project

Maternal health, especially promoting safe motherhood, and prevention and management of abortion complications.

#### 2) Areas of reproductive health services to be focused in the model project areas

Focus will be placed on the community-operated reproductive health programme through strengthening the linkage between the community and the health facilities.

#### 3) Selection of model project areas

Both parties mutually agreed on the following.

##### a. Criteria for the selection of model project areas

- High needs for reproductive health  
(high MMR, low delivery coverage by skilled personnel, etc.)
- Accessibility
- Support from local authorities

##### b. Area coverage

Some selected areas in one or two townships, in consideration of visible impact as well as maximum utilization of input.

The following factors for consideration were also discussed.

- The project areas should have good cooperation and collaboration with related government sectors and non-government organizations.
- Consideration will be made for cooperation and coordination with other related projects for complementing the activities.

#### 4) The mission requested allocating the project counterparts at the central and project area levels and the Department of Health agreed to the request.



### 3. Steps Taken for the Project Implementation

- 1) The Department of Health will prepare the "APPLICATION FOR JAPAN'S TECHNICAL COOPERATION" and submit it to the Embassy of Japan within 3 months after the signing of the Minutes of Meetings.
- 2) The Japanese Government and JICA will review the application.
- 3) After the project proposal is adopted by the Japanese side, JICA will dispatch the Preparatory Study Team to discuss the detailed design of the Project, including PDM (Project Design Matrix), Plan of Operation, and Project Documents, and so on.
- 4) The Project will be initiated after the Record of Discussions is signed based on the project design developed.

Annex: TENTATIVE FRAMEWORK OF THE PROJECT



## TENTATIVE FRAMEWORK OF THE PROJECT

### 1. Project Title

Reproductive Health Project in Myanmar (Tentative)

### 2. Implementing Agency

Department of Health, Ministry of Health

### 3. Background of the Project

In Myanmar, there continues to be a high unmet need regarding reproductive health, particularly mother and child health. Maternal mortality and infant mortality rates remain high, and the people have inadequate not only quality services, but also information and education regarding these matters. The maternal mortality rate is 255 per 100,000 live births (Central Statistical Organization, 1999). The major reasons for maternal deaths are hemorrhage, infection, abortion complications, eclampsia and obstructed labour. Despite the fact that abortion is illegal in Myanmar, abortion complications are quite prevalent according to the Reproductive Health Needs Assessment in Myanmar undertaken by the Ministry of Health and UNFPA in 1999. The contraceptive prevalence rate (CPR) has risen markedly from 16.8% in 1991 to 33.0% in 2001, modern methods accounting for 28.0%.

In response to the above situation, the Government of the Union of Myanmar proposes to tackle these problems and improve the reproductive health status of the community people in Myanmar, especially for women, by promoting safe motherhood, especially prevention and management of abortion complications based on the concept and strategy of community-operated reproductive health. The main pillars of the proposed project are placed on: (1) strengthening the linkage between the community at the village level and health facilities with enhanced community involvement, (2) building capacity of health personnel and volunteers at the village level and health facilities (Rural Health Center (RHC) and sub-RHCs), and (3) upgrading such health facilities in order to improve the quality of reproductive health services as well as increasing utilization of RH services.

#### 4. Outline of the Project

##### (1) Overall Goal

Reproductive health of women in reproductive age improves in the Union of Myanmar.

##### (2) Project Purpose

Utilization of quality reproductive health services increases in the project areas.

- Experiences, output and lessons learnt of the project are applied to other areas in Myanmar.

##### (3) Outputs

1. Reproductive health services are strengthened in the project areas.
2. Awareness and knowledge on reproductive health issues among community people, particularly women in reproductive age, improve in the project areas.
3. Management and technical capacity of Department of Health (DOH), Township Health Department, Rural Health Center (RHC) and other related government and non-government organizations is enhanced to achieve Output 1 and 2.
4. A model project for community-operated reproductive health is established for future programme and policy application.

##### (4) Project Activities

###### For Output 1

- 1.1 Upgrade health facilities in RHCs and Sub-RHCs, for example, establishment of delivery room attached to RHCs.
- 1.2 Train and re-train basic health staff (Health Assistance and Midwife, etc.) in RHCs and Sub-RHCs for strengthening quality RH services at RHCs and Sub-RHCs.
- 1.3 Train and re-train the Auxiliary Midwives (AMWs) and Traditional Birth Attendants (TBAs) for safe home-based delivery.
- 1.4 Upgrade key reproductive health services both at RHC-based and through outreach activities.
- 1.5 Upgrade counseling services including post-abortion care.
- 1.6 Strengthen the system for early detection of high risk pregnancy and establish an effective referral system for such risk cases from the community to the first referral level.

## For Output 2

- 2.1 Provide Information Education and Communication / Behavior Change Communication (IEC/BCC) training to IEC/BCC implementers including community health volunteers and community leaders.
- 2.2 Produce appropriate IEC/BCC materials.
- 2.3 Conduct IEC/BCC activities on reproductive health issues including the prevention of abortion and its complications.
- 2.4 Establish a supportive environment and mechanism in the community for promoting the community-operated reproductive health activities.

## For Output 3

- 3.1 Formulate project steering committees at all levels.
- 3.2 Provide orientation and on-the-job training to steering committee members and project personnel on the skills for planning, implementation, management and coordination, and monitoring of the project.
- 3.3 Provide technical assistance and training through study visits/observation tours on model cases in Japan and other countries.

## For Output 4

- 4.1 Conduct exchange seminars/visits for RH programme personnel between the project areas and other areas for sharing and transferring of experiences gained through the model project.
- 4.2 Develop manuals/guidelines for the promotion of the RH model project.
- 4.3 Document process, experiences, outcomes and lessons learnt of the RH model project.
- 4.4 Organize regular annual meetings on the model project at the central level to review and report project progress and outcome and plan for next year.
- 4.5 Provide information and recommendations on RH-related policies and programmes to the concerned government bodies based upon the model project.

## (5) Input from the Recipient Government

1. Government staff as counterpart personnel, and project staff
2. Office space, facilities, equipment and materials
3. Administrative and operational costs
4. Land, buildings and other facilities necessary for the Implementation of the project

## **(6) Input from the Japanese Government**

1. Experts (technical, management and coordination)
2. Equipment and materials
3. Training of project personnel in Japan and in other countries

### **5. Implementation Schedule**

To be initiated as early as possible.

Tentative duration: 4 years

### **6. Implementation Schedule (Budgeting, staffing, etc.)**

To be finalized based upon further discussion between the Government of Myanmar and the Government of Japan.

### **7. Related Activities**

See attached (Annex).

### **8. Beneficiaries**

- Primary: Community people, particularly women aged 15-49
- Secondary: Health personnel including managers, health service providers, and health volunteers (including AMWs, TBAs) in the project areas

### **9. Security Conditions**

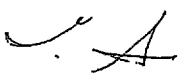
The Government of Myanmar will ensure the security of the project.

### **10. Others**

1. Criteria for the selection of model project areas
  - High needs for RH  
(high MMR, low delivery coverage by skilled personnel, etc.)
  - Accessibility
  - Support from local authorities

#### **2. Area coverage**

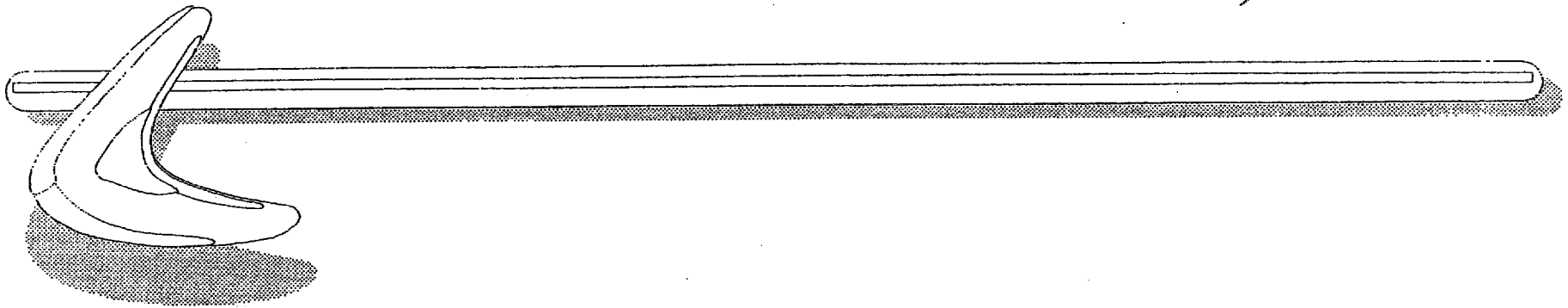
Some selected areas in one or two townships, in consideration of visible impact as well as maximum utilization of input.



A

# REPRODUCTIVE HEALTH ACTIVITIES (INTERNATIONAL NON- GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS)

-50-



Maternal and Child Health  
Section  
Department of Health

T



### Action Contre la Faim

Domain	Location	Areas of RH	Type of activities	Funding sources
Primary Health Care	Yakhine (3) townships	Obstetric care	Health education, training, supplies provision	Embassy of Japan Government of France

### Artsen Zonder Grenzen (AZG)

Domain	Location (townships)	Areas of RH	Type of activities	Funding sources
HIV/AIDS Education and Prevention and Care for People with AIDS	Chin (1) Yakhine (8) Kachin (7) Yangon (2)	STI/HIV/AIDS,	Information /education, service provision	MSF Holland project funds, ECHO, UNOPS

### Artsen Zonder Grenzen (AZG)

Domain	Location (townships)	Areas of RH	Type of activities	Funding sources
Reproductive Health and STD Management	Kachin (2) Yakhine (2) Yangon (1)	STI/HIV/AIDS, birth spacing, obstetric care	Service provision, training, supplies provision	MSF Holland project funds, ECHO, UNOPS

### CARE International in Myanmar

Domain	Location (township)	Areas of RH	Type of activities	Funding sources
Primary Health Care/ Community Health	Sagaing (1)	General	Training, health education, basic services	AusAID

## ENGENDER HEALTH ( Thru Population Council)

Domain	Location (Township)	Areas of RH	Type of activities	Funding sources
Post Abortion Care	Bago (all townships)	Post abortion care	Technical assistance, supplies	Packard Foundation

## CARE International in Myanmar

Domain	Location (township)	Areas of RH	Type of activities	Funding sources
Repro- ductive Health	Shan North (1)	STI/HIV /AIDS, birth spacing, obstetric care, ARH	Health education, training, supplies, research	AusAID Packard Foundation

## Family Planning International Assistance

Domain	Location (Township)	Areas of RH	Type of activities	Fundi g source
Public- Private Partnerships to Expand Reproductive Health Choices and Services	Yangon(2) Ayeyarwaddy (1)	Adoles- cent reproduc- tive health, birth spacing, post abortion care	Technical /financial assistance ,contra- ceptive supplies	Packar d Found -tion and FPIA

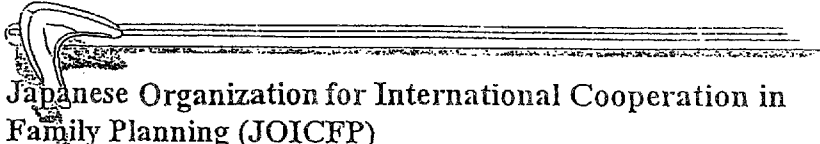
## CARE International in Myanmar

Domain	Location (township)	Areas of RH	Type of activities	Funding sources
HIV/AIDS Prevention and Care	Mandalay (6) Mon (5) Sagaing(1) Shan North (1) Yangon(2)	HIV/ AIDS	Health education, advocacy, training, research, care, counselling and compassion	AusAID CARE Australia



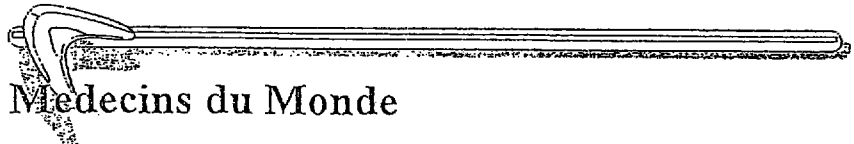
## Marie Stopes International

Domain	Location (Township)	Areas of RH	Type of activities	Funding sources
Reproductive Health Care	Ayeyarwaddy (1) Mandalay (2) Mon (1) Yangon (2)	RTI/STI /HIV/ AIDS, birth spacing, obstetric care	Health education, service provision	European Union  Packard Foundation



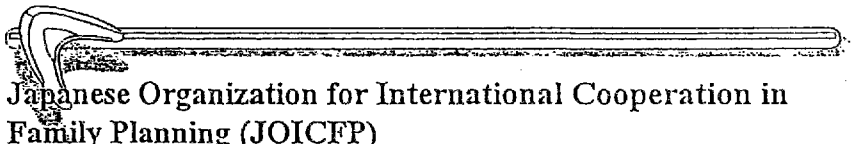
## Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning (JOICFP)

Domain	Location (Township)	Areas of RH	Type of activities	Funding sources
Strengthening IEC for Reproductive Health/Birth Spacing Programme in Myanmar	UNFPA (72)	Birth spacing	Technical /financial assistance	Packard Foundation



## Medecins du Monde

Domain	Location (Township)	Areas of RH	Type of activities	Funding sources
HIV/AIDS and STD Prevention	Kachin (2) Yangon	STI/ HIV/ AIDS	Health education, service provision	



## Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning (JOICFP)

Domain	Location (Township)	Areas of RH	Type of activities	Funding sources
Strengthening of National Capacities of IEC and Advocacy through Community-based Reproductive Health/Birth Spacing Programmes	2 townships to be selected	Birth spacing	Technical /financial assistance	UNFPA Asia Regional Programme

### Population Council

Domain	Location (Township)	Areas of RH	Type of activities	Funding sources
A. Township Model for Improving the Quality of Post-Abortion Care Services in Myanmar	Bago (28)	Post Abortion Care	Technical/financial assistance	Packard Foundation Population Council
Expanding Youth-oriented Reproductive Health Services and Information	Ayeyarwaddy (1)	Adolescent reproductive health	Technical/financial	Packard Foundation Population Council

### Population Council

Domain	Location (Township)	Areas of RH	Type of activities	Funding sources
Monitoring and Evaluation of PMCT Activities	Eastern Shan (1) Tanintharyi (1)	HIV/AIDS, obstetric care	Evaluation	Rockefeller Foundation and Population Council
Research Training and Pilot Research Projects	To be decided	General	Technical/financial assistance, training	Rockefeller Foundation and Population Council

### Population Council

Domain	Location (Township)	Areas of RH	Type of activities	Funding sources
The Prevalence of Reproductive Tract Infections at the Mandalay General Hospital, Myanmar: A Cross-Sectional Prevalence and Cost-Analysis Study	Mandalay	RTI/STI	Technical/financial assistance	Rockefeller Foundation and Population Council
User Perspective's Research on Dual Protection and Emergency	To be decided	Birth spacing, STI/HIV/AIDS	Research	Packard Foundation and Population Council

### Population Council

Domain	Location (Township)	Areas of RH	Type of activities	Funding sources
Technical Assistance to Improve Quality of Reproductive Health Services	Bago (1) Shan (South) (1)	Birth spacing, RTI/STI	Technical assistance	WHO

## SAVE THE CHILDREN (US)

Domain	Location (Township)	Areas of RH	Type of activities	Funding sources
Improving Reproductive Health at the Community Level in Myanmar	Magway (1) Tanintharyi	Birth spacing, obstetrics, HIV/AIDS	Health education, training	Packard Foundation

## Population Services International / Myanmar

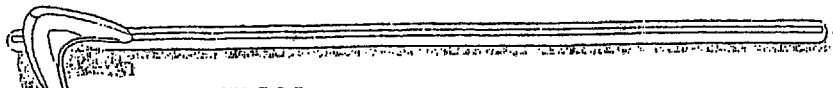
Domain	Location (Township)	Areas of RH	Type of activities	Funding sources
HIV/AIDS Prevention	All states and divisions (229)	STI/ HIV/ AIDS	Social marketing, behaviour change communication	
Reproductive Health	To be decided	Birth spacing, safe motherhood	Social franchising of reproductive health clinics, social marketing of reproductive health commodities, behaviour change communication	

## WORLD CONCERN

Domain	Location (Township)	Areas of RH	Type of activities	Funding sources
Community Health Development	Kachin (8) Mon (3) Shan North (3)	Birth spacing, obstetrics care	Health education, service provision, training	AusAID TEAR Australia US Government

## SAVE THE CHILDREN (UK)

Domain	Location (Township)	Areas of RH	Type of activities	Funding sources
HIV/AIDS	Kayin (5) Mon (6) Shan North (20) Yangon	Adolescent reproductive health, HIV/AIDS	Health education, training, research	Parthenon Trust, UNOPS and SCF/UK



# WORLD VISION

Domain	Location (Township)	Areas of RH	Type of activities	Funding sources
Community-based Action Research and Reproductive Health	Yangon (1)	Birth spacing, maternal health	Training, research, health education	Foundation for International Development and Relief (Japan)
HIV/AIDS Prevention and Care	Kayin (3) Mandalay (2) Shan East (4) Tanintharyi (3) Yangon (1)	HIV/AIDS	Health education, training, supplies, care and support, service	Foundation for International Development and Relief

10

Fin

CURRENT REPRODUCTIVE HEALTH ACTIVITIES

GOVERNMENT SECTOR

7

Government Departments	Location	Areas of Reproductive Health	Types of Activities	Funding Sources
Ministry of Health Department of Health	-hospitals in Yangon and Mandalay, and other S/D	-Infertility	-Service Provision	Government of Myanmar
	-National	-General	-Dissemination of RH Information	-Government of Myanmar, UNFPA, UNICEF, WHO, Population Council
	-Yangon (3) townships, Ayeyarwaddy (1) township	-Adolescent RH	-Health Education	-Government of Myanmar, WHO, UNDP, Population Council
	-Various	-Various	-Research Service Provision	-WHO/HRP, WHO regular budget, Population Council
	->60 townships	STD/HIV/AIDS	-Service Provision, health education and counseling	-Government of Myanmar, UNICEF, WHO
	-National	-RTI/STI	-Service Provision	-Government of Myanmar, UNFPA
-National	-STD/HIV	-Condom Promotion	-Government of Myanmar, UNFPA, WHO	

Government Departments	Location	Areas of Reproductive Health	Types of Activities	Funding Sources
Ministry of Health Department of Health	-27 Sentinel surveillance sites	-HIV/AIDS	-Sentinel surveillance activities	-Government of Myanmar, WHO, UNDP, UNOPS
	-Seven townships	-HIV/AIDS	-Reduction of Mother to Child Transmission of HIV/AIDS	-Government of Myanmar, UNICEF, WHO
	-Seven townships	-HIV/AIDS	-Peer education Service Provision	-Government of Myanmar, UNDP, UNOPS
	-Four townships	STD/HIV/AIDS	-Condom Promotion thru 100% condom use project	-Government of Myanmar, WHO, UNAIDS
	-Yangon, Mandalay	-HIV/AIDS	-Hotline for Information and counseling	-Government of Myanmar, UNAIDS
	-High prevalence border areas	-HIV/AIDS	-Care and support	-Government of Myanmar, UNDP, UNOPS

Government Departments	Location	Areas of Reproductive Health	Types of Activities	Funding Sources
Ministry of Health Department of Health	National	General	Training	-Government of Myanmar, WHO, UNICEF, UNFPA, UNDP, Population Council, FPIA, UNAIDS
	National	Birth Spacing	Service Provision	-Government of Myanmar, UNFPA, UNDP, JICA, FPIA
	National	Obstetrics	Service Provision	-Government of Myanmar, UNICEF, WHO, UNDP, Government of Japan, Engender Health
	Major Tertiary Hospitals	Menopause	Service Provision	-Government of Myanmar
	State/Divisional Hospitals	Gynaecological cancers	Service Provision	-Government of Myanmar

## Current Projects

- WHO funded Reproductive Health Project
- UNFPA funded Strengthening of Reproductive Health Care through Primary Health Care
- FPIA assisted Public Private Partnership to Expand Reproductive Choices and Services
- WHO HRP funded Township Model for Improving Quality of Care in Reproductive health Services in Myanmar
- Population Council funded Township Model for Improving the Quality of Post Abortion Care Services in Myanmar
- As supported Activity: WHO funded Standards Protocol for Midwifery Practices for Safe Motherhood
- UNICEF funded ESSD project
- UNICEF funded WCHD project
- WHO funded Women's Health Project



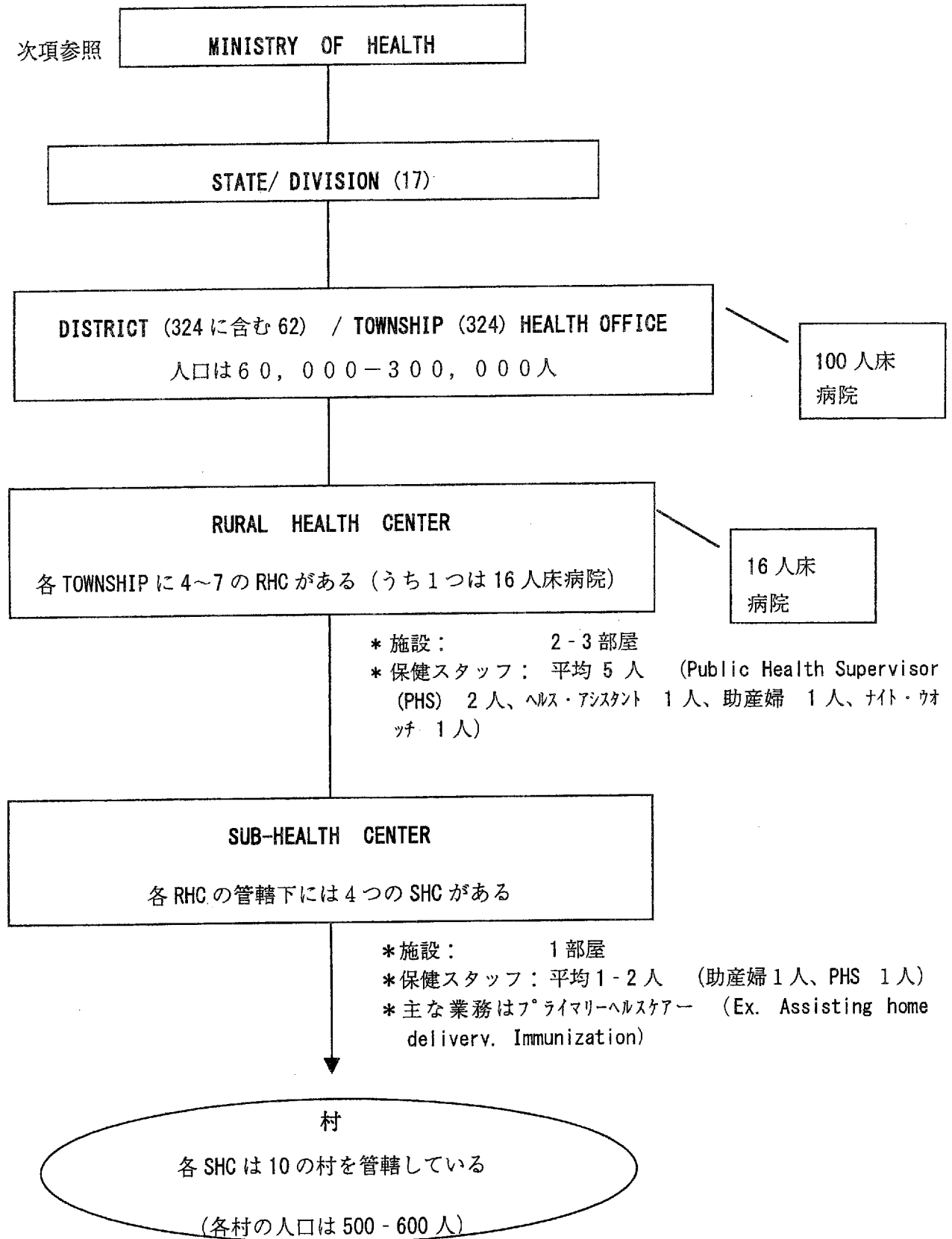
Handwritten mark

Government Departments	Location	Areas of Reproductive Health	Types of Activities	Funding Sources
Ministry of Health Department of Health Planning	Various	Birth Spacing, RTI/STI/HIV/AIDS	Production and dissemination of information material	Government of Myanmar, UNICEF, UNFPA
	National	General	-Monitoring of Management Information System	Government of Myanmar, UNFPA
	Various	Various	-Research and research training	Government of Myanmar, Population Council
	Various	Various	-Research and research training	WHO, Population Council
ပြည်ထောင်စုဝန်ကြီးဌာန ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာန	National	General	-Fertility and Reproductive Health Survey	UNFPA

Government Departments	Location	Areas of Reproductive Health	Types of Activities	Funding Sources
Ministry of Education Department of Training, Planning and Education	-National	-HIV/AIDS, Adolescent Reproductive Health	-Health Education	-Government of Myanmar, UNICEF

Handwritten mark

## 2. 保健行政体系



(ジョイセフ作成資料より転載)

### 3. 保健省組織図

Minister
Professor Kyaw Myint

Deputy Minister
Professor May Oyo

Department of Health (DCH)
Director General (DG)
Dr. Wann Maung
Deputy Director General (DG)
Dr. Soe Aung
Deputy Director General (DG)
Dr. Hla Pe

Public Health
Director
Dr. San Shwe Win (Mr)

Mother and Child Health
Deputy Director
Dr. Moe Moe Khine
Assistant Director
Dr. Thein Thein Htay
Medical officer
Dr. Hal Myat Thway Einda
Medical officer
Dr. Wai Wai Lwin
Medical officer
Dr. Theigi Myint