

ミャンマー連邦
開発パートナー事業
「母と子のプライマリーヘルスケア
プロジェクト」
終了時評価報告書

平成 17 年 8 月
(2005 年)

独立行政法人 国際協力機構
人間開発部

人 間
J R
05-48

ミャンマー連邦
開発パートナー事業
「母と子のプライマリーヘルスケア
プロジェクト」
終了時評価報告書

平成 17 年 8 月
(2005 年)

独立行政法人 国際協力機構
人間開発部

目 次

序 文
地 図
写 真

終了時評価調査結果要約表

第1章 評価調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成と調査期間	1
1-2-1 調査団の構成	1
1-2-2 調査団の日程	1
1-3 主要面談者リスト	2
1-4 プロジェクトの概要	4
1-4-1 プロジェクトの背景	4
1-4-2 概 要	4
1-4-3 プロジェクトの経緯	5
第2章 評価の方法	6
2-1 PDM（プロジェクト・デザイン・マトリックス）の変遷	6
2-1-1 PDM ₀	6
2-1-2 実施団体による内部中間評価	6
2-1-3 PDM ₁	7
2-1-4 PDM _e	8
2-2 プロジェクト評価の方法	9
2-3 連携に対する評価の方法	9
第3章 プロジェクトの実績	10
3-1 投入実績	10
3-2 成果の達成状況と活動実績	10
3-2-1 「成果1」の達成状況と活動実績	10
3-2-2 「成果2」の達成状況と活動実績	12
3-2-3 「成果3」の達成状況と活動実績	14
3-3 プロジェクト目標の達成状況	14
3-4 上位目標の達成見込み	15
第4章 評価結果	17
4-1 評価5項目の評価結果	17
4-1-1 妥当性	17

4-1-2	有効性	17
4-1-3	効率性	17
4-1-4	インパクト	17
4-1-5	自立発展性	17
4-2	連携の評価結果	18
4-2-1	JICA にとっての連携	18
4-2-2	AMDA にとっての連携	19
4-3	横断的視点の評価	19
4-3-1	住民参加	19
4-3-2	エンパワメント	19
4-3-3	ジェンダー・社会配慮	19
4-4	結論	20
第5章	提言と教訓	21
5-1	提言	21
5-2	教訓	21
付属資料		
1.	ミニッツ及び評価報告書	25
2.	PDM (PDM ₀ 、PDM ₁ 、PDM _e)	57
3.	実績表	60
4.	評価グリッド	75
5.	確認事項リスト	79

序 文

ミャンマー国では、妊産婦死亡率及び乳幼児死亡率は他のアジア諸国と比較して高い水準にあります。特に地方農村部においては、栄養欠乏及び不衛生な水の摂取による病気の発生、基礎保健知識の欠如、基礎保健サービスの不備、ヘルスポストの未整備など、母子保健分野においては依然として多くの課題があります。

独立行政法人国際協力機構(JICA)では、これを踏まえ、2001年に特定非営利活動法人アムダのプロジェクトによる「母と子のプライマリーヘルスケアプロジェクト」を採択し、2002年7月からプロジェクトが開始されました。

2005年6月末をもって3年間の協力期間を終了するにあたり、2005年5月から6月にかけて、同プロジェクトの終了時評価を行うことを目的として終了時評価調査団を派遣し、ミャンマー国政府及び関係機関・関係者との間で、プロジェクトの進捗の確認と評価に関する協議を行いました。本報告書は、同調査結果を取りまとめたものであり、今後の同地域あるいは同分野における協力の実施にあたり、活用されることを願うものです。

ここに、本調査にご協力をいただいた関係者の方々に深い謝意を表するとともに、引き続き一層のご支援をお願いする次第です。

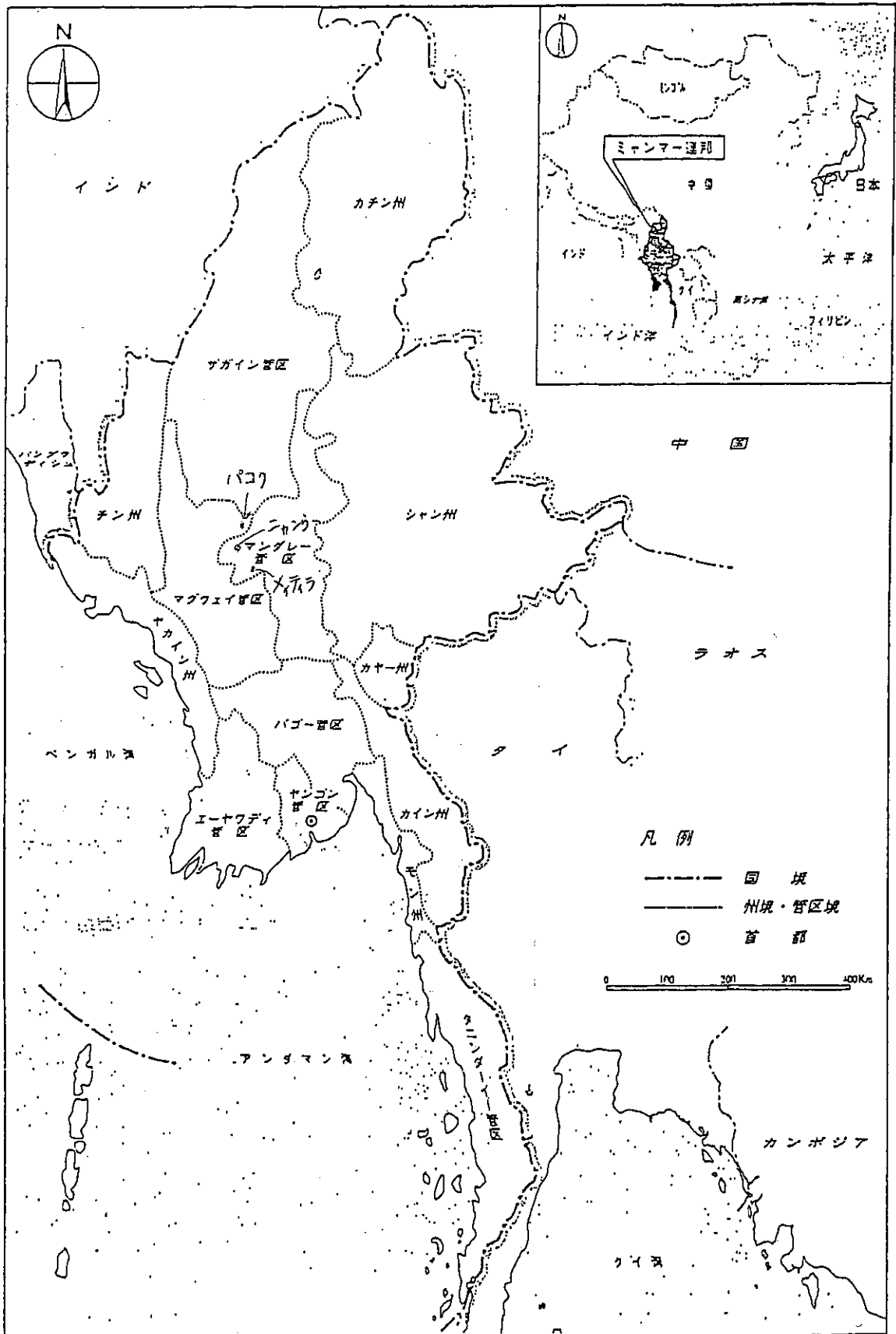
平成 17 年 8 月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部

部長 末森 満

地図：ミャンマー連邦





母親グループへの聞き取りの様子（カントー村）



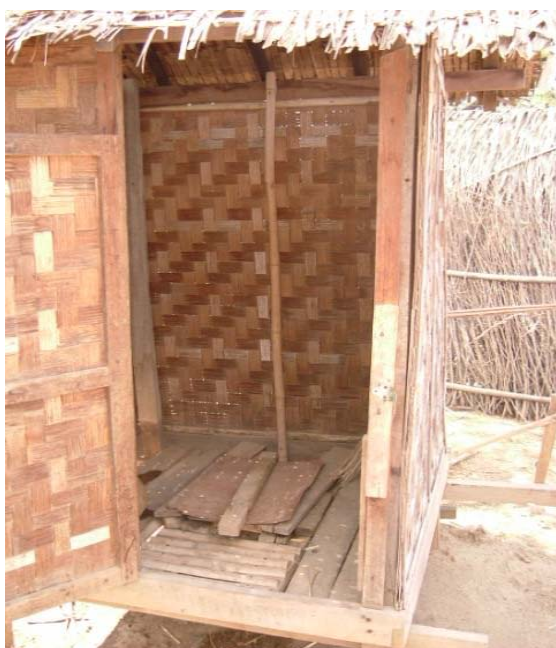
プロジェクトによって建設・整備された補助保健センター（ジザミン村）



補助保健センターに併設された栄養給食センター（ジザミン村）



参加型栄養給食プログラムの様子（チュンキンジー村）



プロジェクトにより設置が促進されたトイレ（クウェンゲ村）



母親グループによる保健衛生教育（ベイジー村）



コミュニティドラッグポストの運営（ベイジー村）



アレイワ地域拠点病院の視察（メィティラ）



投入された医療機材の活用（ニャンウー県立総合病院小児病棟）



井戸設置による水の供給（ミエニ村）

終了時評価調査結果要約表

1. 案件の概要		
国名：ミャンマー		案件名：「母と子のプライマリーヘルスケアプロジェクト」
分野：保健医療		援助形態：開発パートナー事業
所轄部署：人間開発部第四グループ母子保健チーム		協力金額（評価時点）：1億8079万7000円
協力期間	2002年7月1日～ 2005年6月30日	先方関係機関：保健省保健局（MOH/DOH）、ニャンウー・メィティラ・パコク各タウンシップ保健局
		日本側実施機関：特定非営利活動法人アムダ
		他の関連協力：特になし
<p>1-1 協力の背景と概要</p> <p>ミャンマー国における乳幼児死亡率は出生1,000人当たり110であり、栄養欠乏及び不衛生な水による病気の発生、基礎保健知識の欠如、基礎保健サービスの不備、ヘルスポストの未整備など、プライマリーヘルスケア（PHC）が大きな課題となっている。</p> <p>当プロジェクトの対象地域であるドライゾーン（中央乾燥地）は、年間の降水量が500～600mm程度にすぎず、気候環境の影響からミャンマー国の中でも経済的発展が著しく遅れている地域といわれている。呼吸器系疾患や皮膚疾患などが多く見られ、また飲料水や生活用水の不足による下痢や赤痢などの水系感染症も多く、保健衛生環境も悪い。保健医療施設へのアクセスも悪く、診療所（Sub-RHC）がある村でも、人材の不足、基礎的医薬品や施設の未整備などの理由で、保健サービスが十分行き届いていない場合が多い。通信・搬送手段の欠如から緊急時医療施設への搬送も課題であり、また貧困層にとっては、食料の不足、特に母親の栄養に関する知識の不足も問題となっている。</p> <p>当プロジェクトを委託する「特定非営利活動法人アムダ（AMDA）」は、中部乾燥地帯において97年からUNDP及びWHOとの連携による「プライマリーヘルスケアプロジェクト」を、また99年からJICA開発福祉支援事業「メッティラ母子保健プロジェクト」を実施した。その実績はミャンマー国政府からも評価されており、本開発パートナー事業の実施により、これまでの成果をより発展させることが期待されている。</p> <p>(1) 委託団体 特定非営利活動法人アムダ（AMDA）</p> <p>(2) プロジェクト期間 3年（2002年7月1日～2005年6月30日）</p> <p>(3) 予算規模 約1億8000万円</p> <p>(4) 対象地区 マンダレー管区ニャンウー・タウンシップ、メッティラ・タウンシップ、マグウェイ管区パコク・タウンシップから各5村、対象人口約10万人</p> <p>1-2 協力内容</p> <p>(1) 上位目標 事業対象地域における妊産婦・乳幼児の死亡数が減少する。</p>		

(2) プロジェクト目標

事業対象地域における母子の健康状態が改善する。

(3) 成果

1. 事業対象地域において、保健医療サービスの質と診療機会が向上する。
2. 母子の栄養状態及び衛生環境が改善される。
3. 母子保健サービスに従事する保健従事者の知識や技術が向上する。

(4) 投入（評価時点）

1) 日本側：

長期専門家派遣	4名	施設整備・機材供与	3525万6000円
短期専門家派遣	8名	ローカルコスト	4971万1000円
研修員受入れ	0名	その他（研修費用）	347万6000円

2) 相手国側：

保健医療従事者配置	92名	建設作業への住民の労働力提供	約450名
施設建設用土地提供			

2. 評価調査団の概要

調査者	（担当分野 : 氏名 職位）	
	団長 : 力丸 徹（JICA 国際協力専門員）	
	プロジェクト評価 : 田中 一弘（AMDA 海外事業部プログラムオフィサー）	
	評価企画 : 碓井 祐吉（JICA 人間開発部母子保健チーム）	
調査期間	2005年5月29日～2005年6月9日	評価種類：終了時評価

3. 評価結果の概要

3-1 実績の確認

(1) プロジェクト目標の達成度

「事業対象地における母子の健康が維持促進される」というプロジェクト目標は、母親の健康に関しては有効なデータが得られなかったものの、母子の健康を促進するための住民及び保健行政との連携を図る環境が整えられたことに加え、以下4つの指標から判断し、概ね達成できたといえる。

- 1) 事業実施期間中に、子どもの下痢罹患率が減少した。
- 2) 栄養給食プログラムの実施により、子どもの栄養不良のケースが減少した。
- 3) 保健教育活動の実施により、栄養・保健・衛生に関する母親の知識が向上した。
- 4) コミュニティレベルにおける質の高い医療サービスへのアクセスが増加した。

(2) 成果の達成度

1) 成果1：保健医療サービスの質とアクセスが向上する。

保健医療施設の建設・改修及び医療機材の供与による診療環境の整備、協働型巡回診療の実施、及び緊急搬送の機会の拡大を通じて、1次医療施設へのアクセス数が約9倍に増加するなど、保健医療サービスの質とアクセスは著しく向上した。

2) 成果2：母子の栄養状態及び保健衛生環境が改善する。

対象地域の栄養不良の子ども2,435名が栄養給食プログラムに参加し、その56%が標準レベルまで回復した。ただし、地域全体の母親の栄養状態の改善の程度については、有効なデータの欠如のために確認することはできなかった。また、事業実施団体の調査と本評価の間

き取りから、地域住民の栄養や保健衛生に関する知識の向上及び行動変容（トイレの建設普及を含む）が確認された。この成果の達成には、本プロジェクトによって形成された母親グループにより自発的な保健衛生教育が実施されていることが大きく貢献している。

3) 成果3：母子保健従事者の知識や技術が向上する。

577名の保健従事者が、本プロジェクトが実施する研修（助産師研修、伝統医療研修及び機材維持管理研修）を受講した。実施団体のフォローアップ調査や本評価調査における聞き取りから、受講者が研修で習得した知識や技術を保健医療サービスの提供に活用していることが確認された。

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性

ミャンマー国政府保健省の国家保健計画(2001~2006)では、コミュニティヘルスケアが最優先課題の一つとなっている。コミュニティヘルスケアの向上には、1次レベルの保健サービスへのアクセスの拡大及びコミュニティにおける栄養状態や保健衛生環境の改善が重要である。また、住民主体による保健活動の推進は、JICAの「人間の安全保障」のコンセプトとも一致する。さらに、評価時点においても、事業対象者及び関係者への聞き取り調査から、対象地域における質の高い保健サービスへの高いニーズが確認された。以上のことから、本プロジェクトの妥当性は高いといえる。

(2) 有効性

3-1(1)でも述べたとおり、プロジェクト目標は、母親の健康に関して有効なデータが得られなかったものの概ね達成できたと判断され、またプロジェクト目標の達成は、プロジェクト成果の達成と深く結びついているといえる。また、協働型巡回診療を通じて保健行政と住民との結びつきが強まり、母親を含めた自助保健グループなどの住民の自主的な活動が開始・促進されるなど、プロジェクトのそれぞれの成果が相乗効果を上げている点も見られ、これらの要因がプロジェクト目標の達成に貢献しているといえる。以上から、本プロジェクトの有効性は高かったと判断できる。

(3) 効率性

本プロジェクトの投入は、プロジェクト目標達成に対して妥当であったといえる。また、活動は当初の計画通り進められており、投入の時期も適切である。したがって、本プロジェクトの効率性はあったと判断できる。保健医療施設の建設及び改築については、ミャンマー国保健省の基準に則っており、配備された医療機材についてもそれぞれの施設の水準に照らし合わせて、適切な質・量であった。投入された物資は、コスト面とメンテナンスの利便性を考慮し、現地の業者から調達されたものである。しかしながら、新設された地域拠点病院や供与されたトラクターの一部は期待されたとおりの利用は確認できなかった。

(4) インパクト

本プロジェクトは、長期的に「事業対象地域における妊産婦、乳幼児の死亡率が減少する」という上位目標に対して、本終了時評価時点で達成の度合いを測るのは時期尚早であるものの、住民の保健に対する意識が高まり1次レベルでの医療サービスの機会が増大したという意味で、上位目標の達成に貢献することが期待できる。また、母親を含めた自助保健グループなどコミュニティグループの組織化によって、コミュニティのエンパワメントと結束力の強化という正のインパクトをもたらしたものと考えられる。なお、本プロジェクトの対象地域外への

波及効果については、対象地域外の住民が巡回診療に訪れた等の事実が確認された。

(5) 自立発展性

本プロジェクトは、開始当初には自立発展性に関して十分な考慮がなされていなかったものの、実施団体が行った中間評価の結果内容を踏まえ、プロジェクトの後半では、活動実施のアプローチを参加型に移行し、自立発展性の確保に注力した。

協働型巡回診療は基礎保健従事者や住民の協力により持続可能であるが、栄養給食については本プロジェクトの活動と同様のものを継続することは財政的に困難である。患者の緊急輸送の持続性については、トラクターを活用した収入創出活動がメンテナンスの費用を賄えるかにかかっており、多くの村では可能であると見られるものの、一部困難な村も存在する。母親を含めた自助保健グループによる栄養・保健衛生教育などの活動は、コミュニティのイニシアチブが維持されれば、継続可能である。また、地域拠点病院については、その持続性が完全に医師の存在にかかっている。

このように、本プロジェクトの自立発展性は、活動によって異なっており、現時点で判断することは難しいものの、コミュニティのエンパワメントや保健従事者の協力の程度によるところが大きい。

3-3 効果発現に貢献した要因

(1) 計画内容に関すること

開発パートナー事業というスキームのもとで、事業対象地において活動実績のある NGO が本プロジェクトを実施したことが、効果的であったといえる。

(2) 実施プロセスに関すること

実施団体自身で中間評価を行い、下記3-4(1)のような問題点を認識したうえで、その対応策を講じ、実践したことが、本プロジェクトの効果発現に寄与した。

3-4 問題点及び問題を惹起した要因

(1) 計画内容に関すること

計画段階では、「何人に対して医療サービスを提供することができるか」という点を重要視されており、プライマリーヘルスケアの基本となる住民の参加の視点が十分に盛り込まれていなかった。そのことが、自立発展性にマイナスに影響している。

(2) 実施プロセスに関すること

特になし。

3-5 結論

本プロジェクトは、妥当性、有効性、効率性が確認され、また地域住民のエンパワメントといった正のインパクトを発現している。これには、特に本プロジェクトの後半から採用された、現地の保健従事者や住民の積極的な参加を促す手法が有効であったと判断できる。また、こうした手法の実践にあたっては、実施団体の当該地域（あるいは他の国における）活動経験が十分に活かされていると判断される。しかしながら、自立発展性の確保については、現段階において課題となっており、発現された効果をどれだけ持続できるかは、住民組織の成熟度並びに保健行政との協力関係による活動の継続・促進の度合いに負うところが大きい。

3-6 提言（当該プロジェクトに関する具体的な措置、提案、助言）

- (1) 本プロジェクトの自立発展性は、コミュニティのエンパワメントによるところ大きいため、事業終了後、コミュニティ組織の活動が継続的にモニタリングされることが望ましい。
- (2) 本プロジェクトにより得られた経験や教訓は、ミャンマー国の農村地域におけるコミュニティヘルスケアの先行モデルとなり得る。したがって、その経験と教訓が共有できるよう、プロジェクトの実施プロセスが文書化されることが望ましい。
- (3) 本プロジェクトによって建設され、医療機材が供与された遠隔地の一つの地域拠点病院では、ミャンマー国保健省の人材不足により、医師が配属されるまでの間、施設が長期間利用されていなかったという事実があった。したがって、ミャンマー国保健省による保健医療従事者の十分な配置が望まれる。
- (4) 現地で調達され、供与されたトラクターの一部は、性能及び耐久性、現地業者によるメンテナンス体制に不備があり、プロジェクト期間内において、期待されたとおりの利用は確認できなかった。現地での機材調達においては、事前に機材の性能やメンテナンス制度や保証制度等について十分に情報を収集し、確認すべきであったと考えられる。

3-7 教訓（当該プロジェクトから導き出された他の類似プロジェクトの発掘・形成、実施、運営管理に参考となる事柄）

- (1) 本プロジェクトで採用された参加型のアプローチは、医療サービスへのアクセスが非常に限られた状況において、PHC の促進に効果的であると判断できる。
- (2) 栄養給食プログラムの実施過程で形成された母親グループによって、母親たちは保健教育活動を実施すると同時に、コミュニケーションや自主的な活動の機会を持つようになった。これらの活動は、単に知識を向上させるだけにとどまらず、社会的なエンパワメントにも貢献したといえる。
- (3) 本プロジェクトの前半で実施した「サービス提供型の活動」は、結果としてコミュニティが自ら保健サービスを求めていく行動を促したと考えられる。一方で、参加型のアプローチが当初から計画されていれば、より自立発展性が促されていたであろうと推測される。
- (4) 本プロジェクトの目標や成果の達成度は、開始時点でより関連性の高い指標が設定され、かつそのデータが入手されていれば、より正確に判断できたと考えられる。
- (5) 栄養給食プログラムに参加した栄養不良の子どもたちの回復率は必ずしも高かったとはいえない。栄養の専門家との協議に基づいてより適切なアプローチが採用されていれば、同プログラムの効果はより高かったと考えられる。
- (6) 本プロジェクトは、「ドライゾーン」という自然環境が厳しく家庭の食料確保も脆弱な地域で実施された。したがって、こうした状況下においては、たとえプログラム自体の持続性が低くても、人道的な観点から見ると、母親の行動変容や子どもの栄養改善を支援した栄養給食プログラムの意義は大きかったといえる。

第1章 評価調査の概要

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）において、2002年7月1日から2005年6月30日までの予定で実施されてきた開発パートナー事業「母と子のプライマリーヘルスケア」プロジェクトが終了を迎えることから、2005年5月29日から6月9日までの日程で終了時評価調査団が派遣された。同評価調査は、プロジェクトの実績を把握・整理すると同時に、主に評価5項目に基づいた評価を実施することにより、今後のミャンマー側及び日本側の協力のあり方、並びに今後のNGO等との連携のあり方に資することを目的とする。

1-2 調査団の構成と調査期間

1-2-1 調査団の構成

担当事項	氏名	所属
総括／団長	力丸 徹	JICA 国際協力専門員
プロジェクト評価	田中 一弘	AMDA 海外事業本部 プログラムオフィサー
評価企画	碓井 祐吉	JICA 人間開発部母子保健チーム 職員

1-2-2 調査団の日程

日程		時間	行程	宿泊
5月29日	日		ヤンゴン着	ヤンゴン Traders Hotel
5月30日	月	午前	JICAミャンマー事務所にて打合せ	
		午後	保健省保健局公衆衛生課長表敬・打合せ 保健省保健局長表敬 保健省国際局長表敬	
5月31日	火	午前	移動（ヤンゴン→ニャンウー） AMDAニャンウー事務所訪問 移動（ニャンウー→パコク） AMDAパコク事務所訪問 ベイジー村訪問、活動視察・住民へのインタビュー	ニャンウー Thante Hotel
		午後	カントー村訪問、活動視察・住民へのインタビュー 移動（パコク→ニャンウー） レップンチェーポウ RHC (Rural Health Center) 訪問、 供与機材視察	
6月1日	水	午前	移動（ニャンウー→メイティラ） アレイワ station hospital 訪問、視察、インタビュー メイティラ保健局訪問	メイティラ Winzin Hotel
		午後	クウェング村訪問、活動視察・住民へのインタビュー	
6月2日	木	午前	ニャウンザ村訪問、活動視察・住民へのインタビュー	ニャンウー Thante Hotel
		午後	移動（→ニャンウー） ニャンウー県立総合病院訪問、DMO (District Medical Officer) 訪問、打合せ ニャンウー県立総合病院小児病棟視察、聞き取り	

6月3日	金	午前	ジザミン村訪問、活動視察・住民へのインタビュー Leave for Kyun Khin Gye village 移動 (→チュンキンジー村)	ニャンウー Thante Hotel
		午後	チュンキンジー村訪問、活動視察・住民へのインタビュー	
6月4日	土	午前	ミエニ村訪問、活動視察・住民へのインタビュー	ヤンゴン Traders Hotel
		午後	団内打合せ、移動 (ニャンウー→ヤンゴン)	
6月5日	日		団内打合せ・評価報告書作成	
6月6日	月	午前	JICA ミャンマー事務所打合せ、評価報告書作成	
		午後	保健省保健局打合せ、評価報告書作成	
6月7日	火	午前	評価報告書作成	
		午後	保健省保健局打合せ	
6月8日	水		JICA ミャンマー事務所報告 在ミャンマー日本大使館報告 ミニッツ署名 (日本側) 移動 (ヤンゴン→バンコク→成田)	(機中泊)
6月9日	木		日本着	

1-3 主要面談者リスト

(1) ミャンマー

1) 保健省保健局(MOH/DOH)

Dr. Tin Win Maung	Director General
Dr. Ye Myint	Deputy Director General
Dr. San Shway Wynn	Director (Public Health)
Dr. Thein Thein Htay	Deputy Director (MCH)
Dr. Hla Hla Aye	Director (International health)
Dr. Nyo Nyo Kyaing	Assistant Director (PHC)

2) Bei Gyi 村 (パコク)

U Tin Win	Village SPDC Chairman
U Kyin Maung	Chairman, Health Committee
U Kyaw Than	Tractor Committee Member
Daw Ye Htay	CDP Member

3) Kan Taw 村 (パコク)

Daw Chaw Thi	Midwife
Daw Htway Kyi	Nutrition Group Member
Daw Moe Moe Khine	Nutrition Group Member

4) Ahle Ywar Station Hospital (メイティラ)

Dr. Kyaw Min Htay Aung	Station Medical Officer
Daw San San Aye	Senior Nurse
Daw Nwe Yee	Lady health Visitor (LHV)

- 5) Kwet Nge 村 (メイティラ)
- | | |
|-----------------|------------------------------------|
| Daw Khin San Ye | Lady Health Visitor |
| Daw Cho Cho Aye | Auxiliary Midwife |
| Daw Than Soe | Nutrition Group Member |
| U Myint Aung | Collaborative Mobile Clinic Member |
| U Kyaw Oo | Tractor Committee Member |
- 6) Nyaung Sauk 村 (メイティラ)
- | | |
|-------------------|------------------------------------|
| U Aung Hein | Health Assistant |
| Daw Aye Myat Thin | Midwife |
| U Ko Aung Win | Collaborative Mobile Clinic Member |
| U Myo Thai | Collaborative Mobile Clinic Member |
- 7) Nyaung-Oo District Hospital (ニャンウー)
- | | |
|-----------------------|--------------------------------|
| Dr. MG MG Myint | District Medical Officer (DMO) |
| Dr. Daw Thi Thi Win | Pediatrician |
| Dr. Daw Mya Mya Thein | Obstetric Gynecologist |
- 8) Zee Sa Myin 村 (ニャンウー)
- | | |
|---------------|------------------------------------|
| U Hla Myint | Village Chairman |
| U Soe Kyaw | Clinic Chairman |
| U Pyu | Health, Nutrition Committee Member |
| Daw Than Ngwe | Nutrition Group Member |
- 9) Kyun Khin Gye 村 (ニャンウー)
- | | |
|--------------|---------------------------|
| U Kyi Hlaing | Clinic Committee Chairman |
| Daw Aye Chit | Nutrition Group Leader |
| Daw Nyo Nyo | Mothers' Group Member |
| U Thein Win | Tractor Committee Member |
| U Myo Myint | CDP Member |
- 10) Myar Ni 村 (ニャンウー)
- | | |
|-------------------|-----------------------------------|
| Daw Khin Htwe Ye | Midwife |
| Daw May Than Nwe | Auxiliary Midwife |
| Daw Khin Mya Lwin | Auxiliary Midwife |
| U Zaw Shwe | Water Management Committee Member |
| U Than Htun | Tractor Committee member |

(2) 日本側

1) AMDA

鈴木 俊介	海外事業本部長 (短期専門家)
山上 正道	プロジェクトマネージャー
藤田 真紀子	プロジェクト調整員

2) 在ミャンマー日本大使館

大熊 健	二等書記官
------	-------

3) JICA ミャンマー事務所

山下 誠	次 長
正永 能久	所 員
青木 恒憲	企画調査員

1-4 プロジェクトの概要

1-4-1 プロジェクトの背景

ミャンマーにおける乳幼児死亡率は、出生 1,000 人当たり 110 であり、ミャンマーが含まれる人間開発中位国（UNDP 人間開発報告書による）の平均（乳幼児死亡率出生 1,000 人当たり 62）よりも高い。その原因としては、栄養欠乏及び不衛生な水の摂取による病気の発生、基礎保健知識の欠如、基礎保健サービスの不備、ヘルスポストの未整備などがあげられる。ミャンマー保健省は、これらの問題に対処するため、第 3 次国家保健計画において、プライマリーヘルスケア (PHC) によって「地域保健ケアプログラム」を進めることで保健衛生環境の改善を進める方針を採っている。プライマリーヘルスケアを推進する当プロジェクトは、ミャンマーの国家開発計画及び JICA 国別事業実施計画との整合性が高い。

当プロジェクトの対象地域は、ドライゾーン（中央乾燥地）に位置するメイティラ市、パコク市、ニャンウー市である。ドライゾーンは、年間の降水量が 500～600mm 程度にすぎず、気候環境の影響からミャンマーのなかでも貧困地域と言われており、呼吸器系疾患や皮膚疾患などの原因となっている。また、飲料水や生活水の不足による下痢や赤痢などの水系感染症も多く、保健衛生環境も悪い。保健医療施設へのアクセスも悪く、村に診療所 (Sub-RHC) がある場合でも、人材の不足、基礎的医薬品や施設の未整備などの理由で、保健サービスが十分行き届いていない場合が多い。通信・搬送手段の欠如から緊急時医療施設への搬送も課題であり、また貧困層にとっては、食料の不足、特に母親の栄養に関する知識の不足も問題となっている。以上の理由からプライマリーヘルスケアのニーズは高く、特に幼い子どもや産前産後の母親に焦点を当てる必要がある。

また、当プロジェクトを委託する「特定非営利活動法人アムダ (AMDA)」は、ミャンマーにおいて JICA 開発福祉支援事業「メイティラ母子保健プロジェクト」、UNDP 及び WHO との連携による「プライマリーヘルスケアプロジェクト」を実施し、その実績はミャンマー政府からも評価されており、当プロジェクトの実施により、これまでの成果をより発展させることが期待される。

1-4-2 概 要

(1) 協力期間

2002 年 7 月 1 日から 2005 年 6 月 30 日（3 年間）

(2) 予算規模

約 1 億 8000 万円（3 年間）

(3) 日本側実施機関

特定非営利活動法人アムダ (AMDA)

(4) 相手国側実施機関

ミャンマー保健省保健局、ニャンウー市、メイティラ市、パコク市(Township)各保健局

(5) プロジェクト対象地区

ニャンウー市、メイティラ市(以上マンダレー管区)、パコク(マグウェイ管区)各市(Township)から5村、対象人口約10万人

(6) 上位目標

プロジェクト対象地域における妊産婦、乳幼児の死亡率が減少する。

(7) プロジェクト目標

プロジェクト対象地域における母子の健康が維持促進される。

(8) 成果

- 1) 事業対象地域において、より質の高い医療保健サービスを受ける機会が拡充する。
- 2) 事業対象地域において、母子の栄養状態及び保健衛生環境が改善される。
- 3) 事業対象地域において、母子保健従事者の知識や技術が向上する。

1-4-3 プロジェクトの経緯

1995年～	AMDAがメイティラにおいて事業開始
1997年～1999年	AMDAがメイティラにおいて、プライマリーヘルスケアプロジェクトを、UNDP/WHOとともに実施
1999年～2002年	AMDAがメイティラにおいて、JICA開発福祉支援事業「母子保健ケアプロジェクト」を実施
2001年度	開発パートナー事業「母と子のプライマリーヘルスケア」採択
2002年1月21日	討議議事録(R/D)署名・交換(保健省保健局DGとJICA事務所長)
2002年7月1日	プロジェクト開始
2004年2月	AMDAによる内部評価(中間評価)
2004年4月	JICAアジア一部インドシナ課から人間開発部母子保健チームに所管変更
2005年5月～6月	終了時評価調査
2005年6月末	プロジェクト終了

第2章 評価の方法

2-1 PDM（プロジェクト・デザイン・マトリックス）の変遷

2-1-1 PDM₀

本プロジェクトは当初、PDM₀に基づいて開始された。PDM₀は成果が6つに分かれており、16の活動内容が設定された。PDM₀の成果・活動内容は以下のとおり。

(1) 成果

1. より質の高い医療サービスを受ける機会の拡大
2. 遠隔地で医療サービスを得る機会の拡大と基礎保健知識の普及
3. 浄水供給と衛生教育の実施による疾病予防
4. 子供達の栄養状態の改善、母親の栄養管理知識の向上
5. 遠隔地に住む村民の医療サービスへのアクセスの確保、緊急時の患者輸送手段の確保
6. 母子保健に関する医療・看護技術の向上

(2) 活動

- 1-1. 地域医療施設の改修、整備
- 1-2. 医療機材の導入、医療消耗品の供給
- 1-3. 小児病棟基盤整備
- 1-4. 医療施設の利用者数を調査
- 2-1. 遠隔地住民へ医療サービス（巡回診療）の提供
- 2-2. 保健教育による基礎保健知識の普及
- 2-3. 巡回診療／AMDA診療所／緊急ファンドの利用者数を調査
- 3-1. 井戸建設と衛生教育
- 3-2. 新設した井戸の利用者数の調査
- 4-1. 栄養不良の子どもに給食の提供
- 4-2. 母親への栄養指導セミナー実施
- 5-1. 小型トラクター配給による巡回バス
- 5-2. 資機材管理委員会の設立
- 6-1. セミナー実施による医療・看護技術の指導
- 6-2. 技術指導後、受講生へアンケートの実施

2-1-2 実施団体による内部中間評価

事業開始後1年7か月時点（平成15年度末）に、実施団体（AMDA）内部において、内部中間評価が実施された。この時点で、PDM₀の活動の進捗に関しては順調に推移しており、一定の成果を上げているとの評価があった（具体的には、巡回診療活動と診療所活動による遠隔地の住民の診療機会の拡充、栄養給食プログラムの実施による小児の栄養状態の改善、小型トラクター導入による緊急時搬送事例など）。しかしながら、事業の持続性や住民の主体性を考えた場合に、活動内容とその方法論に関して修正が必要であると判断された。主な指摘事項は、以下のとおり。

- (1) 事業従事者による一方通行的な保健医療サービス、特に巡回診療活動の実施（事業実施者＝サービス提供者、裨益者＝患者という構図の固定。本来、プライマリーヘルスケアの奨励は、住民の参加と自立を促し、事業実施過程において住民組織や住民個々人の Capacity Building を考慮しなければならない。）
- (2) 事業計画における「事業終了時の exit 戦略」の欠如（事業終了後にプロジェクト成果を持続させるために必要な自立発展性を確保する担保が、仕組みとして存在していない。）
- (3) PDM0 の論理構成の不十分さと合理的な指標の必要性

また、以上の指摘事項をもとに、以下の提言がなされた。

- 1) PDM1 の作成（論理的かつ実現可能な枠組み・指標の設定と、「参加型」要素の取り入れ）
- 2) 住民の参加による保健維持活動を支援する取り組みへの移行
- 3) 住民組織の機能強化、特に母親の自己能力開発支援
- 4) 住民との協議による「事業終了時の exit 戦略」の確立

2-1-3 PDM1

上記（2-1-2）内部中間評価における提言事項をもとに、PDM1 が作成された。PDM1 では、プロジェクトの成果が3つに整理された。根本的な活動内容に変更はないが、主な活動内容への変更事項は、ミャンマー政府の保健医療スタッフ（上位病院のヘルス・アシスタント等）との協働型巡回診療、住民参加型栄養給食プログラム、コミュニティ・ドラッグ・ポストの設置、母親を含む自助保健グループの設立などである。

PDM1 の成果及び活動内容は、以下のとおりである。

(1) 成果

1. 事業対象地域において、より質の高い医療保健サービスを受ける機会が拡充する。
2. 事業対象地域において、母子の栄養状態及び保健衛生環境が改善される。
3. 事業対象地域において、母子保健従事者の知識や技術が向上する。

(2) 活動

- 1-1. 遠隔地の医療保健施設を改修、整備する。
- 1-2. 地域病院の小児科関連施設を改修、整備する。
- 1-3. 医療機材、医療消耗品を既存の医療施設へ供与する。
- 1-4. 各対象村の医療保健関係者と住民の参加を促し巡回診療を実施する。
- 1-5. 各県事業事務所に診療所を併設し、診療活動を実施する。
- 1-6. 事業対象村にコミュニティ保健基金を設置し、その運営管理を支援する。
- 1-7. 医療緊急用の小型トラクターを事業対象村に供与し、利用を促進する。
- 2-1. 栄養不良の幼児を対象に住民参加型の給食プログラムを実施する。
- 2-2. 給食プログラムに参加する幼児の母親を対象に栄養セミナーを実施する。
- 2-3. 住民、特に女性や患者を対象とした保健衛生教育を実施する。

- 2-4. 飲料用の水源を新規開発、又は改修する。
- 2-5. 母親を含めた自助保健グループを設立、その運営支援を行う。
- 3-1. 医療保健従事者を対象にセミナー・研修を実施する。

2-1-4 PDM_e

本終了時評価調査を実施するにあたり、PDM₁における指標について協議したところ、PDM₁のプロジェクト目標及び各成果の指標について再検討する必要があると判断されたため、調査団と実施団体の打合せのあと、指標に関して見直しを行い、PDM_eを作成することについて決定した。PDM_eのプロジェクト目標及び各成果の指標の見直しに関する経緯は以下のとおり。

(1) プロジェクト目標

PDM₁では、「母子の健康が維持促進される」というプロジェクト目標に対して、「保健サービスが提供される」、あるいは「グループ活動が開始される」という活動の実施そのものが指標になっており、また、別な指標として「母子の罹患率が4割減少」とあったが疾病名が不明であったため、母子の健康維持促進の指標としてより適切な指標として、「母子の罹患率(特に下痢症)」「母子の栄養状態」「保健サービスのアクセス」をあげた。罹患率全般を村単位で測ることは困難であると思われたので、プロジェクトの中でも特に衛生教育や、衛生環境改善に力を入れていた点を考慮して、子どもの下痢症を重要な指標とした。「母子の栄養状態」は、成果の中でその改善が期待されている項目でもあり、母子の健康維持促進の指標として適切であると判断された。「保健サービスのアクセス」は、母子の健康維持促進の直接的な指標とは言えないものの、本プロジェクトの成果として、保健医療サービスの拡充があげられていたため、これらが達成された場合、母子の健康維持促進に貢献しうると判断して採用した。いずれの指標に関しても、具体的な目標値は設定しなかったが、これはプロジェクトの期間が短いことと、設定値の根拠が不明瞭であったためである。したがって、これらの指標値が、プロジェクト開始時と比較して、終了時に明らかに改善していれば、目標は達成されたと判定することとした。

(2) 成果

成果の達成を判定する指標に関しても、PDM₁からPDM_eに修正が加えられた。基本的には、PDM₁を尊重したが、指標として適切な表現とする点と、それぞれの成果に対応した活動の達成度をカバーできるようにする点を考慮して指標を設定した。本来は、1つの期待される成果に対して1つの指標が設定されるのが明快であるが、実際には、個々の成果が非常に大きな目標を含んでおり、かつ多様な活動を包含しているために、単純な指標の選択は不可能であると判断された。つまり、母子の栄養改善とか、保健衛生環境の改善などは、非常に大きな課題であり、これらを達成するためには様々な取り組みがなされる必要があり、限られた活動からこれらの成果が達成されることは困難であると想像された。しかし、本プロジェクトが草の根タイプの支援であり、活動にも限界があることを考慮に入れて、成果そのものに重点をおいた指標ではなく、対応する個々の活動の達成度を見る指標を設定して、それらの指標から成果を判定する方法を採用することにした。成果達成に関連する重要な指標値も含まれており、これらの指標設定には十分合理性はあると考えられる。

2-2 プロジェクト評価の方法

本調査では、終了時評価を行うにあたって、PDM₁の指標を修正し作成したPDM_e（上記2-1-4のとおり）に基づき、評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）の観点から、情報を収集・分析し、提言・教訓を導出した。調査にあたっては、評価5項目に基づいた評価グリッド及びPDMの各成果と評価5項目に対応した「確認事項リスト」を作成し、現地での聞き取り調査等において使用した（付属資料5参照。）

2-3 連携に対する評価の方法

本プロジェクトは、1999年から2002年までの間に導入された「開発パートナー事業」の一つとして、JICAとAMDAの連携により実施されている。連携によるプロジェクトの実施が、JICA並びにAMDAにとって有効であったかという観点から、連携によるメリットや課題について、今後のJICAとNGO等との連携のあり方にかかる教訓を得ることを念頭に、双方においてレビューを行った。

また、本終了時評価調査においては、実施団体から、本プロジェクトに直接従事していない職員が1名調査団員として参団し、協同でプロジェクト評価を実施した。

第3章 プロジェクトの実績

3-1 投入実績

プロジェクトの投入実績は、表3-1のとおりである。詳細は付属資料3を参照。

表3-1 プロジェクトの投入実績

	日本側	ミャンマー側
人員配置	<u>AMDA</u> 長期専門家派遣 61.64M/M プロジェクトマネージャー 30.14M/M 村落開発/評価 31.50M/M 短期専門家派遣 38.44M/M 医療専門家（小児医療） 11.10M/M 医療専門家（母子保健） 7M/M 医療専門家（伝統医療） 5.57M/M 医療専門家（看護） 6.10M/M 医療専門家（薬剤） 3M/M 社会配慮・評価専門家 4.20M/M 調整員（日本側） 1.47M/M （M/Mは、現地作業期間）	<u>保健省・保健局</u> 保健医療従事者配置 92名 <u>住民</u> 建設作業の労働力提供 約450名
機材	施設整備・機材供与	施設建設用土地提供 建設資材の提供
研修員受入れ （本邦研修）	カウンターパート(C/P)研修3名	
支出額	1.8億円	ローカルコスト負担なし

3-2 成果の達成状況と活動実績

3-2-1 「成果1」の達成状況と活動実績

<p>成果1 「保健医療サービスの質とアクセスが向上する。」</p> <p>活動1-1 遠隔地の医療保健施設を改修、整備する。</p> <p>活動1-2 地域病院の小児科関連施設を改修、整備する。</p> <p>活動1-3 医療機材、医療消耗品を既存の医療施設へ供与する。</p> <p>活動1-4 各対象村の医療保健関係者と住民の参加を促し巡回診療を実施する。</p> <p>活動1-5 各県事業事務所に診療所を併設し、診療活動を実施する。</p> <p>活動1-6 事業対象村にコミュニティ保健基金を設置し、その運営管理を支援する。</p> <p>活動1-7 医療緊急用の小型トラクターを事業対象村に供与し、利用を促進する。</p>

(1) 成果の達成状況

成果1：保健医療サービスの質とアクセスが向上する。

以下の活動の結果、保健医療施設の建設・改修及び医療機材の供与による診療環境の整備、協働型巡回診療の実施、及び緊急搬送の機会の拡大によって、1次医療施設へのアクセス数が、プロジェクト実施前と実施中を比較して約9倍に増加するなど、保健医療サービスの質とアク

セスは著しく向上した。したがって、成果 1 は達成できたと判断される。

(2) 活動実績

1) 活動 1-1 遠隔地の医療保健施設を改修、整備する。

事業対象村 15 村のうち、建物がない、あるいは適切でないと判断された 13 か所の補助保健センターを建設・改修し、家具を配備した。建設工事は、2002 年 11 月から 2003 年 9 月にかけて実施された。その施設を活用して協働型・巡回診療や保健教育などが実施された。2004 年度は、保健省の基準に従った医薬品が各補助保健センターに供与された。

保健省からの要請を受け、64 村、人口 2 万 9,000 人を管轄地域とするアレイワ地域拠点病院（保健省標準タイプ A）を新規建設した。工期は、2002 年 12 月に着工、2003 年 9 月に終了した。施設は整備されたものの、2005 年 5 月に保健省から常勤医師が配置されるまでの間、十分な利用がなされていなかった。

2) 活動 1-2 地域病院の小児科関連施設を改修、整備する。

ニャンウー県立総合病院小児病棟が改修された。併行して、同病棟のトイレが改修され、ナースステーション、集中治療室、新生児室も設置された。工期は 2002 年 12 月に着工、2003 年 3 月に終了した。床や壁がタイル張りとなり、清潔な環境が整えられた。

3) 活動 1-3 医療機材、医療消耗品を既存の医療施設へ供与する。

様々な医療機材・器具、医薬品・医療消耗品などが、ニャンウー県立総合病院、地域拠点病院 4 か所（上記アレイワ地域病院含む）、及び地域保健センター 2 か所に対して供与された。それらは、各施設の水準から見て必要不可欠なものであり、保健医療サービスが提供される際、実際に活用されている。

4) 活動 1-4 各対象村の医療保健関係者と住民の参加を促し巡回診療を実施する。

保健医療従事者が、事業対象 15 村の補助保健センターや地域保健センターを巡回して、診療活動を実施し、そのなかで妊産婦検診や家族計画の促進も行われてきた。当初は、事業スタッフである医療従事者が直接診療を行っていたが、2004 年度より、地元の保健医療関係者と住民の参加を促し、「協働型巡回診療」が行われるようになった。また、2005 年からはコミュニティドラッグポストが設置され、巡回診療以外の日にも医薬品が提供できるようになった。これらの活動により、対象 15 村において、活動開始前と開始後で診療サービスへのアクセス数が月平均 661 人から 6,236 人へと約 9 倍以上に増加した。また、2005 年 3 月までに妊産婦 6,047 人が検診を受けた。

5) 活動 1-5 各県事業事務所に診療所を併設し、診療活動を実施する。

メイティラ、ニャンウー、パコクの各プロジェクト事務所に併設された診療所において、診療活動が実施された。これにより 2005 年 3 月までに延べ 7 万 4,605 人に診療サービスを提供できたとともに、現地住民の間で本プロジェクトについての理解が深まったと考えられる。

6) 活動 1-6 事業対象村にコミュニティ保健基金を設置し、その運営管理を支援する。

活動 1-4 及び 1-5 の診療活動における薬代をもとに、対象村 15 村にコミュニティ保健基金が設置された。2005 年 3 月までに 790 人の緊急患者の搬送・手術に対して同基金が利用された。その他、補助保健センターの補修、井戸の修理、医薬品の購入などにも充てられている。

7) 活動 1-7 医療緊急用の小型トラクターを事業対象村に供与し、利用を促進する。

事業対象 15 村のうち、10 村に小型トラクター、5 村に大型トラクターが供与され、緊急患者の搬送に利用された。トラクターの利用を含め、2005 年 3 月までに 1,434 人の緊急患者が保健医療施設へ搬送された。トラクターは、住民の運営委員会により管理されており、貨物輸送などにより捻出された収入でメンテナンス費用を賄っている。

なお、現地調達により供与されたトラクターの一部は、性能及び現地でのメンテナンス体制に問題があり、期待されたとおりの活用が確認できなかった。

3-2-2 「成果 2」の達成状況と活動実績

成果 2 「母子の栄養状態および保健衛生環境が改善する。」

活動 2-1 栄養不良の幼児を対象に住民参加型の給食プログラムを実施する。

活動 2-2 給食プログラムに参加する幼児の母親を対象に栄養セミナーを実施する。

活動 2-3 住民、特に女性や患者を対象とした保健衛生教育を実施する。

活動 2-4 飲料水の水源を新規開発、又は改修する。

活動 2-5 母親を含めた自助保健グループを設立、その運営支援を行う。

(1) 成果の達成状況

成果 2：母子の栄養状態及び保健衛生環境が改善する。

対象地域の栄養不良の子ども 2,435 名が栄養給食プログラムに参加し、その 56%が標準レベルまで回復した。また、事業実施団体の調査と本評価の聞き取りから、地域住民の栄養や保健衛生に関する知識の向上及び行動変容が確認された。よって、成果 2 は達成されたといえる。この成果の達成には、本プロジェクトによって形成された母親グループにより自発的な保健衛生教育が実施されていることが大きく貢献している。

(2) 活動実績

1) 活動 2-1 栄養不良の幼児を対象に住民参加型の給食プログラムを実施する。

事業対象村のうち 12 村において、補助保健センターに併設するかたちで、栄養給食センター（簡易施設）が建設され、同センターを利用した栄養給食プログラムが実施された。2002 年 11 月から 2005 年 3 月までの間に、2,435 人の栄養不良児が同プログラムに参加し、うち 56%が標準レベルまで回復した。

当初、同プログラムは、給食の準備や子どもの身長・体重及び栄養状態の測定を事業スタッフが行っていたが、2004 年 6 月からは、これを母親や地域住民が主体的に行えるようにアプローチを変更し、「参加型栄養給食プログラム」を実施した。これにより、子どもの栄養・健康管理に対する母親と地域住民の意識向上・行動変容を促すこととなった。

一方で、栄養給食プログラムに参加した栄養不良の子どもの回復率は必ずしも高かったとはいえず、栄養分野の専門家との協議に基づいてより適切なアプローチが採用されていれば、

同プログラムの効果はより高かったのではないかという点が指摘された。

2) 活動 2-2 給食プログラムに参加する幼児の母親を対象に栄養セミナーを実施する。

栄養給食プログラムに併せて、母親を対象に栄養指導セミナーが実施された。同セミナーでは、三色食品群（三種類の基礎食品）とその栄養素、バランスの良い献立及びその調理方法についての教育が行われた。また、母乳哺育の方法とその重要性や家族計画なども含まれた。同セミナーでは、母親が理解をより深めることができるよう、グループワーク、ロールプレイ、ゲームなどを活用した参加型教育の手法が採用された。

本プロジェクトによる調査、及び本評価調査の聞き取りによって、ほとんどの母親が三色食品群について理解し、かつそれに配慮した食生活を行うようになったことが確認された。

3) 活動 2-3 住民、特に女性や患者を対象とした保健衛生教育を実施する。

プロジェクト開始当初より、事業対象 15 村において、地域住民に対して保健衛生教育が行われた。活動 1-4 の巡回診療実施前などに、地域医療従事者、健康保健委員会や保健ボランティアと協力して、ポスター、フリップチャート、パンフレット等の IEC 教材を利用して、保健衛生教育が定期的に行われてきた。また 2005 年 1 月には、保健促進委員会、保健ボランティアと、栄養給食プログラムの母親グループが協力し、地域の各家庭を訪問し保健教育を実施するかたちの「訪問教育」も開始された。本プロジェクトが実施した 2005 年 5 月の調査によると、対象村内の 6 割の世帯において、少なくとも一人の成人が主要疾患の予防と治療について理解したとの結果が出て、上記活動の効果が発現したものと結論づけられる。

2004 年 5 月より、健康保健委員会や保健ボランティアが主体となって、衛生教育を実施してきた。本プロジェクトが実施した中間調査（2004 年 2～3 月）と終了時調査（2005 年 5 月）を比較すると、サンプル 3 村において、トイレ使用後及び調理・食事の手洗いをを行う母親と子どもの割合が 2～4 倍増加したという結果が得られた。

さらに、衛生環境を改善し、下痢症などを予防するためにトイレ設置を促進してきた。プロジェクトからはトイレパンとパイプが提供され、建物や汚水溜めは住民が負担した。これにより、2005 年末現在で、全村平均で、トイレのある世帯が 30%から 60%まで増加し、普及率 100%を達成した村もあった。

4) 活動 2-4 飲料水の水源を新規開発、又は改修する。

対象地域のうち、ニャンウー市ミエニ村において、2003 年 1 月から 3 月に井戸が掘削された。結果、同村の約 70%（650 世帯中 450 世帯）の住民が安全な水へのアクセスを確保できるようになった。この井戸設置には、地域住民が計画段階から参加しており、その中で住民が井戸設置場所を選定し、また、組織された井戸管理委員会が利用料金の徴収、エンジンポンプのメンテナンスや燃料の購入などを管理している。工期中には、技術者に対して宿泊場所や食事を提供したり、一方においてコミュニティ保健基金（活動 1-6 参照）と住民負担により井戸水を溜めるタンクを建設するなど、住民からのコストシェアが確認された。

また、同市カンマ村において、2003 年 10 月から 2004 年 3 月に溜め池の改修が行われた。その結果、雨季には周辺 8 村を含めた 5,000 人以上の住民に水の供給が可能となった。計画段階から、本プロジェクトのワークショップや他村での溜め池改修見学を通じて、住民が主

体的に活動した。また、補助保健センターに雨水タンクが設置され、周辺住民や栄養給食プログラムに利用されている。

5) 活動 2-5 母親を含めた自助保健グループを設立、その運営支援を行う。

事業対象村のうち 12 村において、母親グループが組織され、様々な保健活動を行っている。地域での保健衛生教育を行ったり、緊急患者などの搬送・治療に利用できる緊急基金や保健活動に利用できる健康促進基金を管理したりしている。これにより、母親や女性たちは、保健衛生に関する知識を深めるだけでなく、地域活動の推進や基金の管理に関する力もつけた。本評価の聞き取り調査においても、グループが組織されたことで、コミュニケーションの機会も増え、地域の結束が強まったとの声が多く聞かれた。以上のことから、この活動が彼女らのエンパワメントに大きく貢献したといえる。

3-2-3 「成果 3」の達成状況と活動実績

成果 3 「母子保健従事者の知識や技術が向上する。」

活動 3-1 母子保健従事者を対象にセミナー・研修を実施する。

(1) 成果の達成状況

成果 3：母子保健従事者の知識や技術が向上する

577 名の保健従事者が本プロジェクトが実施する研修（助産師研修、伝統医療研修及び機材維持管理研修）を受講した。実施団体のフォローアップ調査や本評価調査における聞き取りから、受講者が研修で習得した知識や技術を保健医療サービスの提供に活用していることが確認された。よって、成果 3 は達成されたといえる。

(2) 活動の実績

1) 活動 3-1 母子保健従事者を対象にセミナー・研修を実施する。

2002 年 12 月から 2004 年 9 月までの間に、本プロジェクトの短期専門家によって 38 回のセミナーや研修が実施され、577 人の母子保健従事者が受講した。研修の内容には、母子保健、助産、外科手術、応急処置、保健教育手法、伝統医療及び健康理解などが含まれる。

本評価による聞き取り調査では、助産師・補助助産師から、研修で身に付けた知識と技術が保健医療サービスを提供する際にとっても有効であるとの意見が聞かれた。また、本プロジェクトが実施したフォローアップ調査によると、伝統医療の研修受講者のうち 90% が習得した技術を活かして、実際に指圧を施したとの結果が得られた。また、医療機材使用の研修によって、本プロジェクトが配備した医療機材は適切に利用されている。

3-3 プロジェクト目標の達成状況

プロジェクト目標 「事業対象地域における母子の健康が維持促進される。」

指標 1 母子の罹患率（特に子どもの下痢発生状況）

指標 2 母子の栄養状態（身長・体重）

指標 3 保健サービスへのアクセス頻度

下記3つの指標に加え、本プロジェクトにおいて、母子の健康を促進するための住民及び保健行政との連携を構築する環境が整えられたことが、プロジェクト目標の達成を導いた根本的な成果として評価される。

これらを総合的に判断すると、「事業対象地域における母子の健康が維持促進される」というプロジェクト目標は、概ね達成できたと結論づけることができる。

1) 指標1 母子の罹患率（特に子どもの下痢発生状況）

本プロジェクトが実施した中間調査（2004年2～3月）と終了時調査（2005年5月）を比較すると、事業対象村のうちサンプルとなった3村において、調査実施前の2週間以内に子どもが下痢をした比率が平均17.7%から4.3%に減少した。

巡回診療時の妊産婦検診の受診、保健衛生知識向上、トイレ設置などの衛生環境改善などが、母親の疾病予防に貢献したことは認められるものの、母親の罹患率については、これをデータで確認することはできなかった。

2) 指標2 母子の栄養状態（身長・体重）

活動2-1で述べたとおり、事業対象地域の栄養不良児2,435人が栄養給食プログラムに参加し、栄養状態の改善を見せ、そのうち56%が標準レベルまで回復した。栄養給食プログラムに参加した幼児の母親については、栄養状態が改善したと推測される。また、栄養に関する知識が向上し、それを日々の食生活の中でも配慮していると理解できる。しかしながら、母親の栄養状態が改善したことを明確に示すデータは確認できなかった。

3) 指標3 保健サービスへのアクセス頻度

活動1-4で述べたとおり、事業対象村において母子を含めた地域住民の質の高い保健サービスへのアクセスは著しく増加した。また、妊産婦検診や、家族計画についての情報やサービスへのアクセスも増加した。

3-4 上位目標の達成見込み

上位目標 「事業対象地域における妊産婦、乳幼児の死亡率が減少する。」

指標 妊産婦・乳幼児死亡率

下記の指標及び成果・プロジェクト目標達成状況の考察から、本プロジェクトは、長期的に、上位目標である「事業対象地域における妊産婦、乳幼児の死亡率が減少する」に貢献すると期待できる。本評価時点においてその貢献度合いを計ることは時期尚早であるものの、プロジェクト目標の達成が上位目標の達成に正のインパクトを与えているといえる。

1) 指標 妊産婦・乳幼児死亡率

事業対象地域の保健医療施設のデータによると、本プロジェクトの実施期間中である2002年～2004年にかけて、事業対象地域の妊産婦・乳幼児死亡率は全体的に減少傾向にあることが確認できる。しかしながら、本プロジェクトの効果がこれらの死亡率に影響を及ぼすまでには一定の時

間を要すると考えられ、このデータは参考程度にとどめるべきであると判断する。

第4章 評価結果

4-1 評価5項目の評価結果

4-1-1 妥当性

ミャンマー政府保健省の国家保健計画(2001~2006)では、コミュニティヘルスケアが最優先課題の一つとなっている。コミュニティヘルスケアの向上には、1次レベルの保健サービスへのアクセスの拡大及びコミュニティにおける栄養状態や保健衛生環境の改善が重要である。

また、住民主体による保健活動の推進は、JICAの「人間の安全保障」のコンセプトとも一致する。実施団体であるAMDAは、本プロジェクトの対象地域において既に活動実績を有しており、受益者のニーズを把握していたと理解できる。

本評価時点においても、事業対象者及び関係者への聞き取り調査から、対象地域における質の高い保健サービスへの高いニーズが確認された。

以上のことから、本プロジェクトの妥当性は高いといえる。

4-1-2 有効性

3-3でも述べたとおり、プロジェクト目標は概ね達成できたといえる。また、成果とプロジェクト目標達成との因果関係も認められる。さらに、協働型巡回診療を通じて保健行政と住民との結びつきが強まり、母親を含めた自助保健グループなどの住民の自主的な活動が開始・促進されるなど、プロジェクトのそれぞれの成果が相乗効果を上げている点も見られ、これらの要因がプロジェクト目標の達成に貢献しているといえる。以上から、本プロジェクトの有効性は高いと判断できる。

4-1-3 効率性

本プロジェクトの投入は、プロジェクト目標達成に対して妥当であったといえる。また、活動は当初の計画通り進められており、投入の時期も適切であり、本プロジェクトの効率性は高いと判断できる。

しかし、日本側より派遣された長期・短期専門家については、当初計画された分野・時期・期間に沿って実施されているが、一部専門分野（栄養給食と伝統医療）の専門家派遣にその必要性和重要性の点で不一致が見られた。

保健医療施設の建設及び改築については、ミャンマー保健省の基準に則っており、配備された医療機材についてもそれぞれの施設の水準に照らし合わせて、質・量ともに適切なものであった。投入された物資は、コスト面とメンテナンスの利便性を考慮し、現地の業者から調達されたものである。しかしながら、新設された地域拠点病院や供与されたトラクターの一部については期待されたとおりの利用は確認できなかった。

4-1-4 インパクト

3-4でも述べたとおり、本プロジェクトは、長期的に、上位目標である「事業対象地域における妊産婦、乳幼児の死亡率が減少する」に貢献すると期待できる。本評価時点においてその貢献度合いを計ることは時期尚早であるものの、プロジェクト目標の達成が上位目標の達成に正のインパクトを与えているといえる。また、母親を含めた自助保健グループなどコミュニティグループの組織化によって、コミュニティのエンパワメントと結束力の強化という正のインパクトをもたらした。

これが、住民からの保健サービスを求める行動(Health Seeking Behaviors)を促した。また、本プロジェクトの対象地域外への波及効果に関しては、補助保健センターなどの医療施設の患者記録の中で、巡回診療に訪れる患者の中に事業対象村以外の住民が多く含まれていた箇所もあり、一定レベルの波及効果が認められた。

4-1-5 自立発展性

本プロジェクトは、開始当初には自立発展性に関して十分な考慮がなされていなかったものの、実施団体が行った中間評価の結果内容を踏まえ、プロジェクトの後半では、活動実施のアプローチを参加型に移行し、自立発展性の確保に注力した。

協働型巡回診療は、基礎保健従事者や住民の協力により持続可能であるが、栄養給食については本プロジェクトの活動と同様のものを継続することは財政的に困難である。患者の緊急輸送の持続性については、トラクターを活用した収入創出活動がメンテナンスの費用を賄えるかにかかっており、多くの村では可能であると見られるものの、一部困難な村も存在する。母親を含めた自助保健グループによる栄養・保健衛生教育などの活動は、コミュニティのイニシアチブが維持できれば、継続可能である。また、地域拠点病院については、その持続性が完全に医師の存在にかかっている。

このように、本プロジェクトの自立発展性は、活動によって異なるものの、総合的に判断すると、今後のコミュニティのエンパワメントや保健従事者の協力の程度によるところが大きい。

4-2 連携の評価結果

4-2-1 JICA にとっての連携

(1) 連携の利点

JICA は本事業を AMDA との連携事業として実施することにより、第一には、以前から当該地域において事業を実施してきた AMDA の過去の経験、知識、ノウハウを有効活用することが可能となり、地域住民（コミュニティ）への裨益度が高いプロジェクトを実施することができた。ミャンマーの保健行政の基準（保健医療施設の建設基準や供与機材内容等）に沿いつつ、地域住民と保健行政の連携を促進し、1次レベルでの保健医療サービスのアクセスを改善させることを目的とした本プロジェクトの取り組みは、コミュニティヘルスケア推進のモデルの一つとして、ミャンマー保健省からも認知されており、他の地域への経験・教訓の活用が検討されている。

(2) 連携の問題点

連携の問題点としては、まず、プロジェクト開始時に、プロジェクトの自立発展性を十分考慮したプロジェクトデザインがなされていなかった点がある。この点については、開発パートナー事業の位置づけについての整理が十分でなかったことが背景としてあげられる。プロジェクトのより早い段階から自立発展性が考慮されるよう、プロジェクト開始時に、JICA と実施団体との間でより綿密な協議によるプロジェクトデザインがなされる必要があったと考えられる。また、JICA と実施団体とのコミュニケーションがより密に図られ、合同調整委員会などの場で先方政府への働きかけがより早期に行われていれば、本プロジェクトへの先方政府のコミットメントがより高まった可能性があると考えられる。

4-2-2 AMDA にとっての連携

(1) 連携の利点

開発パートナー事業というスキームを活用することで、他の案件に比べ、規模（インパクト）の大きなプロジェクトを実施することが可能となった。

本プロジェクトの実施を通じて、JICA のシステムについての理解が深まり、他の JICA 連携案件において、そのノウハウが活かされた。

PDM、PCM の手法についても、その利用が本格化されはじめた時期に本プロジェクトが実施されたこともあり、その活用方法について実践から学ぶという機会が得られた。

(2) 連携の問題点

プロジェクト運営の柔軟性についていくつかの課題が見受けられた。契約が年度ごとであるため、年度をまたいで建設等が認められなかったり、効率的な物資の調達ができなかったりといったケースがあった。

実施期間中に、合同調整委員会 (Joint Coordination Committee: JCC) などにおいて JICA、AMDA、カウンターパート (C/P) 間でプロジェクトについての情報共有はされていたものの、事業の現場を視察する機会などをより多く設けることができれば、本プロジェクトについての理解が深まり、より一層の連携による効果が期待できたと考えられる。同様に、事業評価の方法や事業終了後の計画についても、もう少し早い段階から両者による協議がなされる必要があったのではないかと考えられる。

4-3 横断的視点の評価

4-3-1 住民参加

本評価の対象村での聞き取り調査、本プロジェクトスタッフと住民との対話の様子から、プロジェクトの活動の意義、目標などを住民が明確に認識しているという様子が確認された。これはプロジェクトの実施にあたって、スタッフが住民との対話を重ねたことを示すものであると判断できる。

本プロジェクトの前半では、住民が建設の労働力を提供する形の参加が見られた。しかしながら、より深い意味における住民参加を考えたとき、プロジェクト後半の活動が注目に値すると考える。ここでは、住民組織が形成され、保健衛生教育の実施、コミュニティ保健基金の運営、トラクターや井戸などの維持・管理が行われた。そのなかで、住民が自らの意思に基づいて活動を進めているという点が確認できた。

4-3-2 エンパワメント

4-3-1 で述べた住民組織の形成、そして様々な活動を進めていくなかで、住民のエンパワメントがなされたといえる。特に、活動対象が貧困層などであることから、社会的弱者のエンパワメントにつながったと考えられる。

ローカルスタッフについても、本プロジェクトにおいて、日本の専門家からの研修や活動の実践を通じて、エンパワメントがなされたといえる。

4-3-3 ジェンダー・社会配慮

本プロジェクトでは、女性、男性ともに活動への参加があった。特に、母親グループから聞き取りによって、社会活動に対する参加が増えるなどの効果が発現したことも確認できた。また、そう

した女性の活動について、男性からの理解があることもうかがえた。

さらに、本プロジェクトの対象者（特に栄養給食プログラム、母親グループの活動）は意図的に低所得者層を対象としたが、彼女らへの差別がされないよう住民の理解を促すといった配慮があったことが、報告書などの資料から確認できた。

活動の対象者の選定は、Wealth Ranking など参加型調査ツールを用いて、住民によって行われた。栄養給食プログラムなどの活動がどういう人たちに対して必要なのかということを住民が認識し、対象者を選定できるようにした。本プロジェクトは、この方法を通じて、住民が社会配慮をできるよう促したといえる。

4-4 結論

本プロジェクトは、妥当性、有効性、効率性ともに高く、また様々な正のインパクトを発現している。これには、特に本プロジェクトの後半から採用された、現地の保健従事者や住民の積極的な参加を促す手法が有効であったと判断できる。また、こうした手法の実践にあたっては、実施団体の当該地域（あるいは他の国における）活動経験が十分に活かされていると判断される。しかしながら、自立発展性の確保については、現段階において課題となっており、発現された効果をどれだけ持続できるかは、住民組織の成熟度並びに保健行政との協力関係による活動の継続・促進の度合いに負うところが大きい。

第5章 提言と教訓

5-1 提言

本プロジェクトの自立発展性は、コミュニティのエンパワメントによるところ大きいため、事業終了後、コミュニティ組織の活動が継続的にモニタリングされることが望ましい。

本プロジェクトにより得られた経験や教訓は、ミャンマーの農村地域におけるコミュニティヘルスケアの先行モデルとなり得る。したがって、その経験と教訓が共有できるよう、プロジェクトの実施プロセスが文書化されることが望ましい。

本プロジェクトによって建設され、医療機材が供与された一つの地域拠点病院では、医師が不在であったため、その施設が長期間利用されていなかった。したがって、ミャンマー保健省による保健医療従事者の十分な配置が望まれる。

また、現地で調達され、供与されたトラクターの一部は、性能及び耐久性、現地業者によるメンテナンス体制に不備があり、プロジェクト期間内において、期待されたとおりの利用は確認できなかった。現地での機材調達においては、事前に機材の性能やメンテナンス制度や保証制度等について十分に情報を収集し、確認すべきであったと考えられる。

5-2 教訓

本プロジェクトで採用された参加型のアプローチは、医療サービスへのアクセスが非常に限られた状況において、プライマリーヘルスケアの促進に効果的であると判断できる。

栄養給食プログラムの実施過程で形成された母親グループによって、母親たちは保健教育活動を実施すると同時に、コミュニケーションや自主的な活動の機会を持つようになった。これらの活動は、単に知識を向上させるだけにとどまらず、社会的なエンパワメントにも貢献したといえる。

本プロジェクトの前半で実施した「サービス提供型の活動」は、結果としてコミュニティが自ら保健サービスを求めていく行動を促したと考えられる。一方で、参加型のアプローチが当初から計画されていれば、より自立発展性が促されていたであろうと推測される。

本プロジェクトの目標や成果の達成度は、開始時点でより関連性の高い指標が設定され、かつそのデータが入手されていれば、より正確に判断できたと考えられる。

栄養給食プログラムに参加した栄養不良の子どもの回復率は必ずしも高かったとはいえない。栄養の専門家との協議に基づいてより適切なアプローチが採用されていれば、同プログラムの効果はより高かったと考えられる。

本プロジェクトは、「ドライゾーン」という自然環境が厳しく家庭の食料確保も脆弱な地域で実施された。したがって、こうした状況下においては、たとえプログラム自体の持続性が低くても、人道的な観点から見れば、子どもの栄養改善と母親の栄養に関する知識の向上や行動変容を促した栄養給食プログラムの意義は大きかったといえる。

付 属 資 料

1. ミニッツ及び評価報告書
2. PDM (PDM0、PDM1、PDMe)
3. 実績表
4. 評価グリッド
5. 確認事項リスト

THE MINUTES OF THE MEETING
BETWEEN THE JAPANESE EVALUATION TEAM
AND THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF
THE UNION OF MYANMAR
O N
THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION FOR THE PROJECT FOR PRIMARY
HEALTH CARE FOR MOTHERS AND CHILDREN IN MYANMAR

The Japanese Evaluation Team (hereinafter referred to as "the Team"), organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Dr. Toru Rikimaru, Senior Advisor of JICA, visited the Union of Myanmar from May 29 to June 8, 2005, for the purpose of evaluating the technical cooperation program named "The Project for Primary Health Care for Mothers and Children in Myanmar (hereinafter referred to as "the Project")".

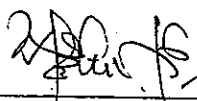
During its stay in the Union of Myanmar, the Team exchanged views and had a series of discussions with the Myanmar authorities concerned about the final evaluation and the future prospect of the Project.

As a result of the discussions and consultations, both parties agreed upon the matters referred to in the document attached hereto.

Yangon, June 8, 2005



Dr. Toru Rikimaru
Leader
Japanese Evaluation Team
Japan International Cooperation Agency
Japan



Dr. Tin Win Maung
Director General
Department of Health, Ministry of Health
Union of Myanmar

EVALUATION REPORT
ON
THE PROJECT FOR PRIMARY HEALTH CARE FOR MOTHERS AND
CHILDREN
IN
MYANMAR

JICA
AMDA
DOH

7 June 2005

1

h

1 INTRODUCTION

1.1 Background of the Evaluation

The Japanese Evaluation Team (hereinafter referred to as "the Team"), organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") visited the Union of Myanmar from May 29 to June 8, 2005, for the purpose of evaluating the technical cooperation program named "The Project for Primary Health Care for Mothers and Children in Myanmar (hereinafter referred to as "the Project")".

Through field research and interviews with persons and organizations concerned, the Team summarized its findings in this report.

1.2 Objectives of Evaluation

Objectives of the final evaluation are as follows.

- (1) To grasp the results and effects of each activity of the project through collecting data and hearing from related persons/organizations, based on the PDMe (Project Design Matrix for evaluation. Referring to ANNEX 1).
- (2) To evaluate the results and effects of the Project based on the 'Five Criteria of Evaluation', Relevance, Effectiveness, Efficiency, Impact and Sustainability.
- (3) To conclude the results of the Study and to make suggestions for future sustainability of the project.
- (4) To exchange the Minutes of Meetings, in which the Summary of the results of the Study is attached, with Myanmar authorities after discussions.

1.3 Member of the Japanese Evaluation Team

Dr. Toru Rikimaru	Senior Advisor, JICA
Mr. Yukichi Usui	Staff, Reproductive Health Team, 4 th Group (Health II), Human Development Department, JICA
Mr. Kazuhiro Tanaka	Program Officer, AMDA (Association of Medical Doctors of Asia)

1.4 Methodology of Evaluation

Both sides agreed to use the PDMe as the basis of evaluation. Using the PDMe, achievement of the narrative summary and process of the Project were reviewed. Then the both sides assessed the Project based on the following 'Five Criteria of Evaluation':

1) Relevance	Relevance of the Project plan is reviewed by the validity of the Project purpose and the overall goal in connection with the development policy of the Government of the Union of Myanmar and needs of the beneficiaries and also by the logicity of the plan.
2) Effectiveness	Effectiveness is assessed by evaluating to what extent the Project has achieved its purpose and clarifying the relationships between purpose and outputs.
3) Efficiency	Efficiency of the Project implementation is analyzed with emphasis on the relationships between outputs and inputs in terms of timing, quality, and quantity.
4) Impact	Impact of the Project is assessed by measuring either positive or negative influences made by the Project, which are not originally expected in the Project plan.
5) Sustainability	Sustainability of the Project is assessed in organizational, technical and financial aspects by the extent to which the achievements of the Project are sustained or expanded after the Project is completed.

2 BACKGROUNDS OF THE PROJECT

The mortality rates of mothers and children under the age of 5 in Myanmar are high. This tendency is particularly remarkable in remote areas where the access to basic medical services is difficult.

In order to mitigate constraints, the Ministry of Health of the Union of Myanmar has given first priority to the 'Community Health Care Program' in its National Health Plan, which aims to create an enabling environment for the improvement of health and sanitation through the promotion of 'Primary Health Care.'

AMDA (Association of Medical Doctors of Asia) had implemented its 'Primary Health Care Project' in collaboration with the UNDP and WHO from 1997 to 1999, and also 'Mother and Child Health Care Project' from 1999 to 2002 in Meiktila Township with assistance from JICA.

The Project for Primary Health Care for Mothers and Children in Myanmar began in July 2002 on the basis of the Record of Discussions (hereinafter referred to as the "R/D") signed on January 21 2002, in 3 Townships namely Nyaung-Oo and Meiktila Township in Mandalay Division and Pakokku Township in Magway Division (in the Middle Area of Myanmar called 'Dry Zone'). This Project has been conducted by AMDA under the JICA Development Partnership Programme with NGOs.

3 EVALUATION RESULTS

3.1 Achievement and Implementation Process of the Project

3.1.1 Inputs

3.1.2 Performance of Activities

3.1.3 Implementation Process of the Project

Refer to the ANNEX 2

3.1.4 Achievement of the Outputs

(1) Outputs:

Output 1

Output	“Opportunities for quality health services are widened in the target area”
Achievement	<ul style="list-style-type: none"> -Thirteen sub-rural health centers (SRHC) and one station hospital were newly constructed or renovated and one pediatric ward of a district hospital was renovated. -A variety of medical equipment and tools were provided to one district hospital, 4 station hospitals, and 2 rural health centers. -The number of access to SRHCs was increased more than 8 times after the project started. -A total of 1,434 patients were transferred to the referral facilities by various means of transportation including tractors provided by the project.
Conclusion	Opportunities for health services have been significantly increased at primary level.

Output 2

Output	“Nutritional conditions of mothers and children and environmental sanitation are improved”
Achievement	<ul style="list-style-type: none"> -A total of 2,435 undernourished children participated in the feeding program and 56% of them recovered to the standard level, while nutritional status of mothers cannot be determined due to unavailability of the data. -Enhanced knowledge and behavior change were confirmed through interviews with mothers who had participated in the feeding program. -The proportion of the community population who practiced disposal of children’s stool by sanitary means was increased twice (from 26.1% to 54.3%) from the mid-term to the final term of the project. In addition, the proportion of mothers who practiced hand washing with soap and water after toilet was increased twice (from 36.5% to 74.5%). -It was confirmed that, in 12 out of 15 villages, the activities of

Handwritten marks: a checkmark and the letters 'TD'.

	mothers' groups had been carried out.
Conclusion	Nutritional status of children and health and sanitary environment were improved in the target area.

Output 3

Output	"Knowledge and skills of health personnel engaged in MCH services are enhanced."
Achievement	-A total of 577 health personnel participated in 38 training and workshop courses. -The result of interview with Midwives (MWs) and Auxiliary Midwives (AMWs) in the target area suggested that the acquired knowledge and skills were quite useful for the provision of health care. The follow-up survey found that 90% of the trainees who had attended the traditional medicine training course applied acupressure (<i>Shiatsu</i>) ¹ , although other skills were not very much used. Training of the use of medical equipment helped the proper use of medical equipment supplied in this project.
Conclusion	Knowledge and skills of health personnel were improved.

3.2 Evaluation by Five Criteria

(1) Relevance

The relevance of this project is high.

According to the 'National Health Plan (2001-2006)' developed by the Ministry of Health, Community Health Care is given the first priority. To improve community health, it is essential to widen opportunities for health services at primary level and to improve nutritional status and sanitary environment in the communities.

Promotion of health activities with community initiatives also accords with the concept of 'Human Security'² which JICA adopts.

¹ Acupressure is an oriental healing method that involves applying pressure to specific meridian points (acupoints) on the body to treat pain and illness.

² Regarding the concept of 'Human Security', see attached paper.

W T D

And the Team confirmed that the need for quality health services remained high in the target area through the interviews.

(2) Effectiveness

The project purpose "To improve and enhance the health condition of mothers and children in the target areas" is generally achieved for the following reasons.

- 1) The episode cases of diarrhea of children were reduced during the project.
- 2) The prevalence of undernutrition in children was decreased by the feeding program.
- 3) The mothers' knowledge of nutrition, health and hygiene was expanded through education activities.
- 4) The access to quality medical services was increased at the community level.

(3) Efficiency

Efficiency of the project is considered to be high in terms of the cost against the size of beneficiary. Timing of the inputs was appropriate, because the project activities were carried out according to the planned schedule. All the health facilities have been constructed or renovated in accordance with the standard of the Ministry of Health of Myanmar. Medical equipment and tools are essential and suitable for the level of the respective facilities. The project utilized the local resources and procured goods from local companies, considering the cost-effectiveness and maintenance. However, some of the inputs such as the newly constructed station hospital and a few tractors were not fully utilized.

(4) Impact

The achievement of the project purpose was expected to contribute to the attainment of the overall goal "to reduce maternal and child mortality in the target area" in the long term, although it was too early to judge the extent at the time of this final evaluation. Organization of community groups, such as mother self-help groups, considerably made a positive impact on the empowerment and unity of the communities. This led to the promotion of health seeking behaviors of the communities. However, the spread of effect to the non-target area was not confirmed.

(5) Sustainability

The project put emphasis on sustainability, adopting a participatory approach, in the latter half

of the project period, although it had not been considered sufficiently at the beginning of the project.

The collaborative mobile clinic activities at primary levels can be sustainable with the cooperation of BHS and the volition of communities.

Regarding the transportation of emergency patients by tractors, the activity can be sustainable when tractors can be used to generate incomes enough for maintenance, but the situation differs among the target villages.

A similar type of feeding program is considered to be financially difficult to sustain for many of the villages in the present condition.

The function of self-help mothers group and its activities such as health education, nutrition education and disease prevention has the possibility to be sustained when the initiatives of the communities are maintained.

It was observed that the newly constructed station hospital had not been utilized for the last several months due to the absence of a medical doctor. The sustainability of the hospital fully depends on the availability of a medical doctor.

3.3 Conclusion

The relevance of the project is high because its objective accords with the National Health Plan and the concept of Human Security adopted by JICA, and the needs of the target area.

The project purpose is generally achieved due to the increased opportunities for quality health services, improved nutritional status of children and public health environment, and enhanced knowledge and skills of health personnel.

Efficiency of the project is considered to be high in terms of the quality, quantity and timing, although in a few cases, the inputs such as station hospital facility and some tractors were not utilized as much as expected.

It is expected that the project impacts lead towards the overall goal in the long term, although it is still too early to judge the extent at the time of this final evaluation. The empowerment of the communities created an impact on health seeking behaviors that are related with the achievement of the overall goal.

Handwritten signature T 10

The achievement of the project will be sustained if collaboration of concerned parties including health authorities, health personnel and communities is maintained.

4. RECOMMENDATIONS

- The sustainability of the project largely depends on the empowerment of the communities. Therefore, it is encouraged that the community group activities after the end of the project be monitored to ensure sustainability.
- Documentation of the project process is strongly recommended for sharing the experiences and lessons gained from the project that can be a leading model to promote community health care in the rural area of the Union of Myanmar.
- In one station hospital constructed and equipped by this project, the facilities were not utilized for a long period owing solely to the absence of a medical doctor. Ministry of Health is recommended to ensure the assignment of health personnel.
- There was a case that a few tractors provided by the project did not function well owing to its poor quality. In the selection and procurement of machine and equipment, the quality and durability of items should be considered as well as convenience of procurement and availability of repairing parts. Taking local conditions into account, procurement of secondhand items should be considered.

5. LESSONS LEARNED

- The Team has found that the participatory approach employed in this project is effective for the promotion of PHC in the similar settings where access to medical service is quite limited.
- Mothers groups were established through the feeding program and had opportunities of frequent communication, organizing community activities and managing health promotion fund. These activities were considered to contribute not only to enhance their knowledge but also to promote their social empowerment.
- The provision of health services conducted by this project especially in the first half of the project contributed to promoting the health seeking behaviors of the community people. On the other hand, if the participatory approach had been planned at the beginning of the project, the sustainability of the project could have been more certain.

bk *→*

- The achievements of the project could have been assessed more accurately if more relevant indicators had been designed at the planning stage of the project, and the supporting data had been available. (For instance, morbidity rates of major diseases, etc.)
- The recovery rate of undernourished children who participated was not high during the feeding program. If the feeding programs had been started and organized with a more appropriate approach according to a consultation from a nutrition expert, the effectiveness of the program could have been higher.
- The project was conducted in the dry zone area, where people reside in a severe natural environment, and the household food security is quite vulnerable. Therefore, from the humanitarian point of view, the feeding program was very important for undernourished children to recover their health status even if the program itself is not sustainable.

Project Name: Primary Health Care for Mothers and Children Target Area: Meiktila, Pakokku, Nyaung U Township Prepared by: The Association of Medical Doctors of Asia (AMDA)		Duration: 3 years (July 2002 to June 2005) Target Group: Community people in the target area especially for mothers and children (100,000 people) Date: 2005/5/19		PDM	
Narrative Summary		Objectively Verifiable Indicators		Means of Verification	
Overall Goal: To reduce maternal and child mortality in the target area		MMR and USMR		Government medical statistics, MOH Annual Report	
Project Purpose: To improve and enhance the health conditions of mothers and children in the target area		1. Morbidity rate of mothers and children (especially, diarrhea among children) 2. Nutritional status of mothers and children 3. Access to health services		1. Consultation record, Referral record 2. Community survey, Nutrition record 3. Direct Observation, Consultation record	
Outputs		1.1. Medical/health facilities established/renovated 1.2. Medical equipment in place and use 1.3. Access to medical services 1.4. Convenience in emergency transportation of patients 2.1. Reduction of undernutrition rate among target group 2.2. Knowledge and behavior change on nutrition among mothers 2.3. Knowledge and behavior change on hygiene among community population 2.4. Quality of drinking water and number of users 2.5. Activities of self-help health group 3.1. Knowledge and skills of trained health personnel and provision of services by utilizing them		1.1. Direct observation 1.2. Direct observation, equipment inventory and use 1.3. Consultation record 1.4. Direct observation, referral record 2.1. Direct observation, Nutritional record 2.2. Community survey, Health seminar report 2.3. Community survey, Health seminar report 2.4. Water management report, direct observation 2.5. Activity report, survey 3.1. Direct observation, consultation record, post training questionnaire	
Activities		Input from Japanese side		36 M/M 15 M/M 12 M/M 4 M/M 3 M/M 36 M/M 5 M/M	
1-1. Rehabilitate medical and health facilities in the remote communities		Personnel		5 medium size, 10 small size	
1-2. Rehabilitate/reform pediatric facilities of district and rural hospitals		Project Manager		11	
1-3. Supply medical tools, equipment and consumable items to existing medical facilities		Specialist (Medical Doctor)		13	
1-4. Operate, in a participatory manner, mobile clinic services jointly with health personnel and community members		Specialist (Nurse, Midwife, Public Health Nurse)		1	
1-5. Mix a health clinic to each project office and carry out consultation services		Specialist (Pharmacist)		1	
1-6. Help establish community health fund and support its management		Specialist (Acupuncturist)			
1-7. Provide small tractors for emergency referral and facilitate their effective use		Specialist (Participatory Community Development)			
2-1. Facilitate "a participatory feeding program" for undernourished children		Specialist (Evaluation and Training)			
2-2. Conduct "a series of nutrition seminars" for mothers whose children are participated in the feeding program.		Equipment			
2-3. Carry out health education for community people especially women and patients		Tractor			
2-4. Identify, develop, and help maintain/rehabilitate new/existing water sources for safe drinking water		Facilities			
2-5. Help establish self-help groups among mothers for better health management		Sub Rural Health Center			
3-1. Organize training courses and seminars for medical and health personnel		Feeding Center			
		Rural Hospital			
		District (General) Hospital Pediatric Unit (Renovation)			
		Fund for Local Consumption			
		Input from Myanmar Human Resources			
		Medical personnel (Medical Doctor, Health Assistant, Nurse, Midwife)			
		Land			
		Land for Construction of Medical/Health Facilities			
				Preconditions	
				Myanmar government accept humanitarian activities funded by the Japanese government	

3.1 Achievement of the Project

3.1.1 Inputs

1) Inputs from Japanese side

a. Experts

A total of 11 experts (Total 122 M/M) in the nine fields, namely project management, rural development and evaluation, pediatric care, maternal and child health, traditional medicine, nursing, pharmacy, monitoring and evaluation, were dispatched to the project between July 2002 and March 2005 (Annex I). Each expert carried out their missions, trying to enhance capacity of the basic health staff and the communities for sustainable health development. A variety of seminars and workshops were conducted by those experts accordingly.

b. Equipment

In order to achieve quality health services in the target area, various medical equipments were purchased and provided to the health facilities. Other equipment such as tractors and furniture were also purchased and provided to the communities so that they can carry out their health development activities. (Annex II)

c. Construction and renovation of facilities

Several health facilities were constructed and/or renovated during the project. The pediatric ward of the district hospital in Nyaung Oo Township was renovated, and the station hospital in Meiktila Township was newly constructed. Thirteen sub-rural health centers were constructed or renovated in Meiktila, Nyaung Oo and Pakokku townships. (Annex II)

d. Local cost

A total amount spent locally during the project is USD 436,860.

e. Others

A variety of IEC materials were procured as well as produced for effective health education during the project. A set of furniture and stationeries were also provided to the health facilities.

la TR

3.1.2 Performance of Activities

The project implemented a series of activities to generate three outputs as described in the PDM;

- 1) opportunities for quality health services are widened in the target area;
- 2) nutritional conditions of mothers and children and the environmental sanitation are improved and;
- 3) knowledge and skills of health personnel engaged in MCH services are enhanced.

Seven activities were carried out to achieve the above Output 1, five and one activities were conducted to achieve the Output 2 and 3, respectively.

The project aims at improving the target community's access to quality health services by upgrading existing health facilities. However, it is equally important to promote community-based health care system to ensure availability of both preventive and curative aspects of health care in their vicinity. The project has introduced the concept of community participation through which villagers cherish ownership and demonstrate initiatives to create such health care system. This endeavor is stipulated in the Alma-Ata Declaration on Primary Health Care and has been tested worldwide.

Further details of the activities are shown as follows and all the activities have been implemented according to the planned schedule as shown in the Annex III.

Details of the Activities

- 1) Opportunities for quality health services are widened in the target area

PDM	Activities	Details
1-1.	Rehabilitate medical and health facilities in the remote communities	<p>1-1-1. Construction of Sub-rural Health Centers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thirteen sub-rural health centers (4 in Meiktila, 5 in Nyaung Oo and 4 in Pakokku) were newly constructed/renovated. • The construction work took place between November 2002 and September 2003. <p>1-1-2. Construction of Ahle Ywar Station Hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ahle Ywar Station Hospital in Meiktila was constructed according to the standard given by the health department (type A). • The construction was completed in March 2003. • The water and electricity supply system was installed with the support from Felissimo Corporation between March and September 2003.
1-2.	Rehabilitate and renovate pediatric facilities of district and rural hospitals	<p>1-2-1. Rehabilitation of Pediatric Ward of Nyaung Oo District Hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> • The pediatric ward of Nyaung Oo District Hospital was renovated and an intensive care unit (ICU) and nurse station were annexed to it.

Handwritten signature/initials: A TP

		<ul style="list-style-type: none"> • A neonatal unit was newly fixed to the female ward. • The renovation was completed in March 2003.
1-3.	Supply medical tools, equipment and consumable items to existing medical facilities	<p>1-3-1. Pediatric Ward of Nyaung Oo District Hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> • The pediatric ward of Nyaung Oo District Hospital was furnished with medical equipment and instruments in March 2003. • The list of equipment is attached <p>1-3-2. Ahle Ywar Station Hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ahle Ywar Station Hospital was furnished with generator, furniture, equipment and instruments in September 2003. • The list of equipment is attached <p>1-3-3. Rural Health Centers in Nyaung Oo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tae Pin Taw and Let Pan Che Paw Rural Health Centers were provided with refrigerators connected to an electricity supply from solar batteries in March 2003 to keep snakebite serums against cobras and vipers. <p>1-3-4. Station Hospitals in Pakokku</p> <ul style="list-style-type: none"> • Myit Chay, Kain and Kanma Station Hospitals were supplied with medical tools and equipment in March 2003. • The list of equipment is attached <p>1-3-5. Sub-rural Health Centers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thirteen sub-rural health centers (4 in Meiktila, 5 in Nyaung Oo and 4 in Pakokku) were furnished with furniture and essential drugs between March 2003 and September 2004.
1-4.	Operate, in a participatory manner, mobile clinic services jointly with health personnel and community members	<p>1-4-1. Mobile Clinic</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobile clinic services were offered once a week at 15 sub-rural health center villages in Meiktila, Nyaung Oo and Pakokku Townships utilizing newly constructed sub-rural health centers. • Five diseases such as diarrhea, dysentery, tuberculosis, malaria and acute respiratory infection that are prevalent among children were particularly targeted for treatment and health education. • A total of 296,057 outpatients were consulted and treated between July 2002 and March 2005. <p>1-4-2. Collaborative Mobile Clinic (CMC)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seminars and workshops were conducted to train health volunteers from among the concerning communities. • CMC was introduced to achieve a sustainable model for primary health care services at the community level. • Basic health staff such as health assistants, lady health visitors, midwives, auxiliary midwives, health committee members, and volunteers collaborate each other to operate the clinic. <p>1-4-4. Community Drug Post (CDP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Community Drug Post" was established to strengthen the function of 15 sub-rural health centers in Meiktila, Nyaung Oo and Pakokku Townships. • Essential drugs are available at costs and can be sold as long as they were prescribed by health professionals. • CDP provides easier and timely access to basic drugs. <p>1-4-5. Antenatal Care Services</p> <ul style="list-style-type: none"> • A total of 6,047 expectant mothers received antenatal care services between October 2002 and March 2005.

b TR

		<ul style="list-style-type: none"> • A maternity health record book was produced and used to follow up the results of every antenatal check-up. <p>1-4-6. Birth Spacing</p> <ul style="list-style-type: none"> • Several options of birth spacing including condoms, pills, and injectable contraceptives were provided to women who had health problems after childbirths and economical difficulties. • Counseling services were also available while providing such birth spacing options
1-5.	Affix a health clinic to each project office and carry out consultation services	<p>1-5-1. Office Clinic</p> <ul style="list-style-type: none"> • An office clinic was affixed to each project office. • Consultation services including antenatal care and birth spacing services were carried out for the marginalized and the poor regardless of their residential base.
1-6.	Help establish community health fund and support its management	<p>1-6-1. Community Health Fund (CHF)</p> <ul style="list-style-type: none"> • CHF was established on the AMDA side by using the income from the clinic services. • Patients in need of immediate referral and/or operation are supported by the fund. • A total of 723 patients benefited from the fund between July 2002 and March 2005. • CHF was partially diverted into two new community-based funds; Emergency Fund (EF) and Health Promotion Fund (HPF). • EF and HPF were introduced in the 15 project villages to support emergency referral and health promotion activities being managed by the health committees and/or self-help groups.
1-7.	Provide small tractors for emergency referral and facilitate their effective use	<p>1-7-1. Ambulance Services by Tractors</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ten small tractors and five big tractors with carts substituted for ambulance were provided to the 15 villages. • Tractors were utilized and fully managed by the communities to send patients and their families to the health facilities. • They were used for the business purpose, too. • The income from tractor operation was utilized to help communities fulfill their felt-needs in health development. <p>1-7-2. Emergency Referral and Coordination with District Hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emergency cases found in the villages were transported to an allied hospital. • Communication among health facilities was facilitated by referral slips or card and medical records, which help physicians gain hands-on information about patients and prompt treatment. • A total of 1,434 patients were transported and treated in the referral facilities.

2) Nutritional conditions of mothers and children and the environmental sanitation are improved

PDM	Activities	Details
2-1.	Facilitate "a participatory feeding program" for undernourished children	<p>2-1-1. Construction of Feeding Centers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thirteen feeding centers were constructed to provide appropriate venues for effective feeding program at the

W TR

		<p>community level.</p> <ul style="list-style-type: none"> The construction work took place between November 2002 and September 2003. <p>2-1-2. Supplementary Feeding Program (SFP)</p> <ul style="list-style-type: none"> A total of 2,187 children were served with supplementary feeding program between November 2002 and November 2004, including 1st, 2nd and 3rd batches of children. The nutritional survey was carried out to screen children by the weight-for-height reference. SFP participants were selected according to the result from the survey. Undernourished children were provided with 6 meals per week (2 meals per day, three times per week) for 4 months. <p>2-1-3. Participatory Feeding Program (PFP)</p> <ul style="list-style-type: none"> A "participatory" feeding program was introduced to enable mothers to play a leading role in the feeding program, raising the effectiveness of the program. In addition to the nutritional survey, social and economic aspects were also considered in the selection. Participants were selected by the community people including basic health staff, health committee members and mothers. Mothers take part in the decisions and implementation of the program. Health monitoring of children, including health check-up, scaling, weighing and plotting the weight curve on the growth chart, are also carried out by mothers. A total of 248 children have participated in PFP between July 2004 and March 2005, including 4th and 5th batches of children. A feeding program with the 6th batch of children is been conducted in three villages of Meiktila, Nyaung Oo and Pakokku Townships since April 2005, and expected to be finished in June 2005.
2-2.	Conduct "a series of nutrition seminars" for mothers whose children are participated in the feeding program	<p>2-2-1. Nutrition Seminars</p> <ul style="list-style-type: none"> A series of seminars on nutrition and health are conducted to enhance mothers' capacity for providing nourishing foods and having comfortable and sanitary environment for children. Mothers are encouraged to learn more about their health through a participatory approach that includes enjoyable role-play, games and songs. <p>2-2-2. Nutrition Campaign Week</p> <ul style="list-style-type: none"> Nutrition campaign is conducted in accordance with the National Nutrition Center of the department in Meiktila, Nyaung Oo and Pakokku townships. Activities related to de-worming and vitamin supplement are carried out to the under five children in cooperation with the basic health staff.
2-3.	Carry out health education for community people especially women and patients	<p>2-3-1. Health Talks and Seminars</p> <ul style="list-style-type: none"> Health talks and seminars were held periodically to prevent community people especially women and patients from common diseases such as diarrhea, dysentery, tuberculosis, malaria, acute respiratory infection and malnutrition. Furthermore skin infection, eye infection.

dx *70*

		<p>and snakebite were also focused for health education.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unique approaches such as video show, drama, demonstration and game utilizing a various forms of IEC (Information, Education and Communication) materials and audio-visual aids were adopted to relay messages effectively to the audience. • IEC materials such as pamphlet indicating the prevention of common diseases, flip chart showing how to give first aids, and poster demonstrating three groups of nutrient were produced. • Maggie Apron and other tools were utilized to enable the participants to experience how an expectant mother feel during her pregnancy period. <p>2-3-2. Outreach Health Education</p> <ul style="list-style-type: none"> • Outreach health education was carried out adopting a community-to-community approach, enabling the community to share and appreciate health education. • Knowledge especially on home management of diarrhea, first aid skills and women's health were enhanced through health education. <p>2-3-3. Sanitation Seminars and Construction of Fly Proof Latrine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construction of fly proof latrines was promoted to prevent diarrheal diseases, and health education especially on water and sanitation was given to the communities in the 15 target villages. • Plastic pans and pipes were provided for those who had completed pits and superstructure in their compounds.
2-4.	Identify, develop, and help maintain/rehabilitate new/existing water sources for safe drinking water	<p>2-4-1. Construction of Tube Well</p> <ul style="list-style-type: none"> • A tube well was constructed in Myae Ni village of Nyaung Oo Townships in 2003. • The community participated in planning, implementation and management of the tube well. <p>2-4-2. Renovation of Community Pond</p> <ul style="list-style-type: none"> • A pond was renovated to expand its water storage capacity in Kanma Village of Nyaung Oo Township in 2003. • The community participated in planning, implementation and management of the community pond. <p>2-4-3. Construction of Rain Water Collection System</p> <ul style="list-style-type: none"> • A water storage tank with rain water collection system was constructed in the compound of sub-rural health center in Kanma Village of Nyaung Oo Township in 2003.
2-5.	Help establish self-help groups among mothers for better health management	<p>2-5-1. Women Group -</p> <ul style="list-style-type: none"> • Women groups were organized to promote health promotion activities in 2 villages in Meiktila. • Each group manages health promotion fund to organize health promotion activities. <p>2-5-2. Self-help Groups among Mothers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Self-help groups were organized to promote health promotion activities in 13 villages in Meiktila, Nyaung Oo and Pakokku Townships.

h 7.0

		<ul style="list-style-type: none"> • Emergency fund and health promotion fund were managed by each group, enabling the people to have better access to enhance an emergency referral system and health promotion activities.
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3) Knowledge and skills of health personnel engaged in MCH services are enhanced

PDM	Activities	Details
3-1.	Organize training courses and seminars for medical and health personnel	<p>3-1-1. Seminars and Workshops for Medical Personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • As a whole, a total of 577 participants attended to any of training courses, seminars and workshops. (See Annex IV) • The capacity of medical personnel in the area of technical knowledge and skills that can be applied at the hospitals were enhanced. • Seminars on the utilization of medical equipment for infants and children and the seminars on special intensive care practiced at the pediatric ward were held at the hospitals. <p>3-1-2. Seminars and workshops for midwives</p> <ul style="list-style-type: none"> • A series of seminars on midwifery, childbirth and communication skills were conducted to promote safer delivery and care. • Training courses on oriental medicine for health development were carried out. <p>3-1-3. Seminars and workshops for community health workers and volunteers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Workshops were held to enhance capacity of community health workers and volunteers for effective implementation of health promotion, health service management and community development.

6 TD

3.1.3 Implementation Process of the Project

1) Stakeholders

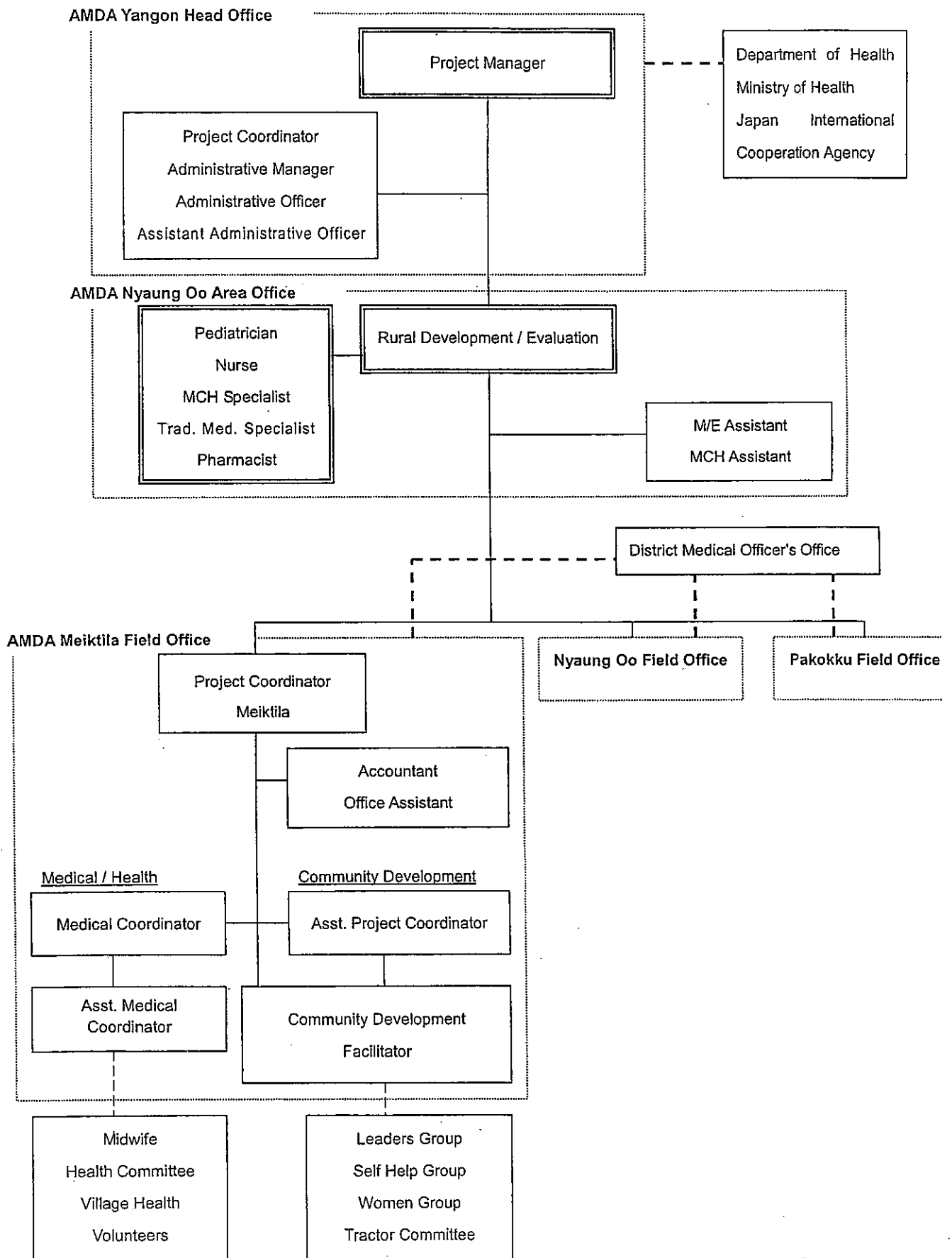
The stakeholders of the project are as follows.

Category	Stakeholders
Implementing agencies	The Association of Medical Doctors of Asia Japan International Cooperation Agency Department of Health, the Ministry of Health of Myanmar
Counterparts	Director General Deputy Director General Director (Public Health) Deputy Director (Basic Health) Deputy Director (National Nutrition Center) Assistant Director (Tuberculosis Disease Control) Assistant Director (Maternal and Child Health Care) Deputy Director (Women and Child Health Development) Assistant Director (Environmental and Sanitation) Medical superintendent in Pakokku township District Medical Officers in Meiktila and Nyaung Oo townships
Institutions concerned	Meiktila District Hospital Nyaung Oo District Hospital Pakokku General Hospital Mandalay Children's Hospital Station Hospitals, Rural Health Centers, and Rural Sub-health Centers in Three Townships
Target groups	<ul style="list-style-type: none"> • Community people in the target area especially mothers and children • Health volunteers including auxiliary midwives and community health workers • Basic health staff including health assistants, public health supervisors I and II, lady health visitors, midwives • Traditional medicine practitioners • Medical personnel of the institutions concerned

2) Operational Structure

The project was operated in the three townships in the dry zone; Meiktila, Nyaung Oo and Pakokku townships. Three field offices were set up in the three townships and managed the activities at the field level. All the outputs and information from the field offices were reported to the area office in Nyaung Oo, which supervised and administered the project at the field level. The area office in Nyaung Oo reported them to the head office in Yangon, which supervised and administered the whole project. Whereas the area office and field offices had close contact with such counterparts and stakeholders in the field level as the divisional and district health offices, the head office coordinated with those in the central level such as Department of Health, Ministry of Health.

Handwritten marks: a checkmark and the number 710.



3) Project Monitoring

Project monitoring has been conducted in the three levels. In the field, the project field office and its staff closely monitored the project activities in the target villages in each township including Meiktila, Nyaung Oo and Pakokku. The area office, then, monitored the field offices, and the staff members, both national and international, periodically inspected the project activities of the three townships. The head office in Yangon monitored the field offices and their activities through the area office. A monthly meeting with coordinators and technical staff was held to verify and share progress as well as difficulties, and discuss each other for solutions.

The project organized a Joint Coordination Committee (JCC) inviting the counterparts, especially DOH and JICA and the project staff including the coordinators and experts in the central level. JCC meetings were held three times between July 2002 and May 2005, to share the achievements and challenges of the project among the JCC members. The field monitoring tour was also conducted in 2003. A representative from the health department joined the tour and the information collected during his visit was later shared at the central level, and also discussed in the JCC meeting. At the field level, project staff in each township closely coordinated with the counterparts including medical superintendents, district medical officers, and representatives from other governmental institutions.

In March 2004, AMDA HQ conducted an internal midterm evaluation. The evaluation team was organized and dispatched to the field to evaluate the project. According to the result of the evaluation, the project shifted its approach geared towards more participatory approach for sustainable health development. Before the end of the project, AMDA conducted the 2nd internal evaluation ahead of the final evaluation in May 2005 and investigated the outputs and their impacts comparing with the results from the 1st internal evaluation.

4) Coordination with Counterparts in Myanmar

Since the beginning, the project closely coordinated with the counterparts both at the central and field levels. At the central level, a policy of the project was mapped out and the activities were designed in cooperation with DOH. At the field level, the target villages and field activities were decided in cooperation with the district-level health offices.

Such activities conducted by the project as collaborative mobile clinic and community drug post could be operated successfully because of the good relation with those counterparts both at the central and field levels.

5) Participation of Community People (Beneficiaries)

As being noted in the Alma-Ata declaration, the project recognized the importance of community participation as one of the indispensable components for effective primary health

care. Since 2002, the project had worked with the health department and communities to promote sustainable health care system at the community level. In 2004, the project attempted to facilitate full participation from among the community members in particular mothers and members of various committees to tap local resources and help attain a degree to which community-managed health care is materialized.

Having been introduced, a sustainable model of health services was intended to eventually achieve mitigation of maternal and child mortality. The project applied this model to three out of fifteen target villages in 2004. A variety of participatory methods were adopted to meet the needs of the community people. Soon after, the project confirmed a strong potential of the communities; innovative ideas were evolved through the facilitation process and tremendous achievement was made by the communities which was even far beyond the project's expectation. Thus, the model was extended to the rest of twelve villages at the later stage. This model, in which the community members actively participate in planning and management, will enable them to have better access to appropriate, timely and affordable medical and health services. Consequently, the project expects that these communities will initiate and maintain the process of health development even after the project ends in June 2005.

6) Ownership of Counterparts in Myanmar

The project was operated in cooperation with the counterparts both at the central and field levels in terms of planning and implementation. The project activities were carried out in accordance with the national health guideline in Myanmar. Since the beginning, the project tried to enhance the quality of medical/health services as well as the capacity of health personnel; the project tried to strengthen the existing health service system and adopted it to the target villages in a participatory manner. The health facilities and medial equipment were handed over to the counterparts, and the health services were provided together with the basic health staff; thus, the project recognized that the counterparts held the ownership during the project and that it would be maintained even after the project termination.

Gr TD

Annex I:

Table: Input Experts, fy2002 - fy2004

Expertise		M/M	
		Myanmar	Japan
Project Manager	planned	30.81	2.50
	actual	30.14	3.06
Rural Development/Evaluation	planned	31.47	1.50
	actual	31.50	1.30
Pediatric Care	planned	11.10	0.50
	actual	11.10	0.00
Maternal and Child Health	planned	7.00	0.00
	actual	7.00	0.00
Traditional Medicine	planned	5.50	0.50
	actual	5.57	0.43
Nurse	planned	6.10	0.50
	actual	6.10	0.50
Pharmacist	planned	3.00	0.00
	actual	3.00	0.00
Monitoring and Evaluation	planned	3.70	2.00
	actual	4.20	1.67
Coordinator(Japan-side)	planned	2.00	15.00
	actual	1.47	15.00
Total	planned	100.68	22.50
	actual	100.08	21.96
	planned	123.18	
	actual	122.04	

k T n

Annex II: Construction and Renovation of Facilities, Medical Equipment

Township	Health facilities provided with medical equipment	Medical Equipment	Unit	Con./Ren.
Meiktila	Ahle Ywar Station Hospital	1 Generator 2 Surgical Kit 3 Autoclave 4 Nebulizer 5 Suction Machine	1 1 1 1 1	Construction
	Sut Khin Pauk Sub-Rural Health Center	-	-	Construction
	Aung Thar Sub-Rural Health Center	-	-	Construction
	Nyaung Sauk Sub-Rural Health Center	-	-	Construction
	Kyauk Phoo Sub-Rural Health Center	-	-	Construction
Nyaung-U	Pediatric Ward of Nyaung Oo District Hospital	1 Incubator 2 Phototherapy 3 Haemetric Centrifuge 4 Bilirubin Meter 5 Infusion Pump 6 Pulse Oximeter 7 Autoclave 8 Oxygen Concentrator 9 Suction Machine 10 Nebulizer	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Renovation Water Sysytem Electric System
	Myae Ni Sub-Rural Health Center	-	-	Renovation
	Dan Sub-Rural Health Center	-	-	Renovation
	Zee Sa Myin Sub-Rural Health Center	-	-	Renovation
	Kyun Khin Gyee Sub-Rural Health Center	-	-	Construction
	Kanma Sub-Rural Health Center	-	-	Construction

Township	Health facilities provided with medical equipment	Medical Equipment	Unit	Con./Ren.
Nyaung-U	Let Pan Che Paw Rural Health Center	1 Solar-power electric	1	-
		2 Refrigerator	1	
	Tea Pin Taw Rural Health Center	1 Solar-power electric 2 Refrigerator	1 1	-
Pakokku	Myit Chay Station Hospital	1 Oxygen Concentrator	1	-
		2 Nebulizer	1	
		3 Suction Machine	1	
	Kain Station Hospital	1 Nebulizer	1	-
		2 Suction Machine	1	
	Kanma Station Hospital	1 Nebulizer	1	-
	Khin Mon Khar Sub-Rural Health Center	-	-	Construction
	Kan Taw Sub-Rural Health Center	-	-	Construction
Bei Gyi Sub-Rural Health Center	-	-	Construction	
Ku Sub-Rural Health Center	-	-	Construction	
Htan Ta Pin Sub-Rural Health Center	-	-	*Renovation	
AMDA Clinic	AMDA Office Clinic (Nyaung Oo, Pakokku)	1 Oxygen Concentrator 2 Suction Machine 3 Minor Surgical Set 4 Nebulizer 5 Generator	2 2 2 2 2	-

*Renovation by Community Health Fund and Contribution from the Community

Annex III

Progress of the Project - Plan and Achievement

Outputs	Activity	Achievement															
		Year 1 (2002)				Year 2 (2003)				Year 3 (2004)				Year 4 (2005)			
		I Apr-Jun	II Jul-Sep	III Oct-Dec	IV Jan-Mar	I Apr-Jun	II Jul-Sep	III Oct-Dec	IV Jan-Mar	I Apr-Jun	II Jul-Sep	III Oct-Dec	IV Jan-Mar	I Apr-Jun	II Jul-Sep	III Oct-Dec	IV Jan-Mar
Rehabilitate medical and health facilities in the remote communities	1-1-1	Construct/renovate sub-rural health centers I															
	1-1-2	Construct/renovate sub-rural health centers II															
	1-1-3	Construct Ahle Ywar station hospital															
	1-2-1	Rehabilitate/pediatric ward of Nyauung Oo district hospital															
	1-3-1	Furnish the pediatric ward of Nyauung Oo district hospital with medical equipment															
Opportunities for quality health services are widened in the target area	1-3-2	Furnish Ahle Ywar station hospital with furniture and equipment															
	1-3-3	Provide refrigerators connected to an electrically supply from solar batteries to rural health centers															
	1-3-4	Supply medical tools and equipment to station hospitals															
	1-3-5	Furnish sub-rural health centers with furniture and medicines															
Operate, in a participatory manner, mobile clinic services jointly with health personnel and community members	1-4-1	Operate mobile clinic															
	1-4-2	Develop human resource for collaborative mobile clinic (CMC) and community drug post (CDP)															
	1-4-3	Operate collaborative mobile clinic															
	1-4-4	Operate community drug post															

Outputs	Activity	Activity Period															
		Year 1 (2002)			Year 2 (2003)			Year 3 (2004)			Year 4 (2005)						
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1 health services are widened in the target area	1-4 Operate, in a participatory manner, mobile clinic services jointly with health personnel and community members																
	1-4-5 Provide antenatal care services																
	1-4-6 Provide birthspacing and counseling services																
	1-5-1 Operate office clinic																
	1-6-1 Help establish community health fund and support its management																
	1-7-1 Carry out ambulance service by tractors																
	1-7-2 Support emergency referral and coordinate with district hospital																
Nutritional conditions of mothers and children and the environmental sanitation are improved	2-1-1 Construct feeding center																
	2-1-2 Operate supplementary feeding program																
	2-1-3 Operate participatory feeding program																
2 environmental sanitation are improved	2-1-4 Conduct nutrition seminars																
	2-1-5 Conduct nutrition campaign in accordance with National Nutrition Center																
	2-3-1 Carry out health talks and seminars																
	2-3-2 Carry out outreach health education																
	2-3-3 Carry out sanitation seminars and promote construction of fly proof latrine																

Annex IV: Seminars and Workshops for Medical and Health Personnel

Year	Start	End	Seminars/workshops	Participants	No.	Resource Person
2002	3-Dec	7-Dec	Capacity building for community health management and first aid skills	Health volunteers in the target villages in Meiktila, Nyaung Oo and Pakokku townships	28	Junko SUGAYA
	11-Dec	13-Dec	Capacity building for medical equipment skills	Medical personnel at district hospitals in Meiktila, Nyaung Oo and Pakokku townships	6	Junko SUGAYA
2003	27-May	29-May	Capacity building for medical equipment skills	Medical personnel at district hospitals in Meiktila, Nyaung Oo and Pakokku townships	13	Hidetoto YOSHIOKA Junko SUGAYA
	14-Jul	15-Jul	Safe motherhood and childbirth	Medical/health personnel (AMDA staff) in Meiktila, Nyaung Oo and Pakokku townships	15	Michiko OGURO
	21-Jul	23-Jul	Safe motherhood and childbirth	MWs and AMWs in the target villages in Meiktila, Nyaung Oo and Pakokku townships	26	Michiko OGURO
	25-Jul	27-Jul	Safe motherhood and childbirth	MWs and AMWs in the target villages in Nyaung Oo township	20	Michiko OGURO
	29-Jul	31-Jul	Safe motherhood and childbirth	MWs and AMWs in the target villages in Pakokku township	16	Michiko OGURO
	14-Aug	15-Aug	First aid and effective health education	MWs and AMWs in the target villages in Meiktila township	19	Junko SUGAYA
	16-Aug	17-Aug	First aid and effective health education	ditto	19	Junko SUGAYA
	19-Aug	20-Aug	First aid and effective health education	MWs, AMWs and health volunteers in the target villages in Nyaung Oo township	24	Junko SUGAYA
	21-Aug	22-Aug	First aid and effective health education	ditto	18	Junko SUGAYA
	25-Aug	26-Aug	First aid and effective health education	MWs, AMWs and health volunteers in the target villages in Pakokku township	20	Junko SUGAYA
	27-Aug	28-Aug	First aid and effective health education	ditto	14	Junko SUGAYA
	13-Oct	24-Oct	Special intensive care for children	Medical personnel in Mandalay children's hospital	6	Hidetoto YOSHIOKA
	12-Nov	13-Nov	Special intensive care for children	Medical personnel in Mandalay children's hospital	6	Hidetoto YOSHIOKA
	23-Nov	26-Nov	Special intensive care for children	Medical/health personnel (AMDA staff) in Nyaung Oo township	1	Hidetoto YOSHIOKA
	17-Nov	22-Nov	Special intensive care for children	Medical/health personnel (AMDA staff) in Pakokku township	5	Hidetoto YOSHIOKA
2003	1-Dec	End of May	AMW training	AMW candidates in Pakokku	15	DOH Michiko OGURO
	20-Dec	20-Dec	Special intensive care for children in the remote communities	Medical/health personnel (AMDA staff) in Meiktila, Nyaung Oo and Pakokku township	9	Hidetoto YOSHIOKA
	29-Dec	30-Dec	Special intensive care for children	Medical personnel in Mandalay children's hospital	6	Hidetoto YOSHIOKA

Year	Start	End	Seminars/workshops	Participants	No.	Resource Person
2004	23-Feb	27-Feb	AMW training and safer birth	AMW candidates in Pakokku	15	Michiko OGURO
	28-Mar	End of Sep	AMW training	AMW candidates in Nyaung Oo	15	DOH Michiko OGURO
	29-Mar	30-Mar	Safer birth with AMW kit (Kobe Konan Lions Clubs)	MWs and AMWs in Meiktila	15	Michiko OGURO
	5-Apr	6-Apr	Safer birth with AMW kit (Kobe Konan Lions Clubs)	MWs and AMWs in Nyaung Oo and Pakokku	20	Michiko OGURO
	19-May	23-May	Oriental medicine for health development Advanced course of fire cup	Basic health staff (HA, MW), AMW and traditional medicine personnel in Pakokku	19	Kazuhiya MIYAKE
	12-May	16-May	Oriental medicine for health development Basic course of fire cup	Basic health staff (HA, MW), AMW and traditional medicine personnel in Nyaung Oo	11	Kazuhiya MIYAKE
	26-May	30-May	Oriental medicine for health development Advanced course of fire cup	Basic health staff (HA, MW), AMW and traditional medicine personnel in Meiktila	7	Kazuhiya MIYAKE
	1-Jun	6-Jun	Oriental medicine for health development Basic course of fire cup - Ahle Ywar station hospital	Basic health staff (HA, MW), AMW and traditional medicine personnel in Meiktila	5	Kazuhiya MIYAKE
	10-Jun	15-Jun	AMW training and safer birth	AMW candidates in Nyaung Oo	15	Michiko OGURO
	22-Jul	23-Jul	Safer birth with AMW kit	MWs and AMWs in Meiktila	12	Michiko OGURO
	26-Jul	27-Jul	Safer birth with AMW kit	MWs and AMWs in Nyaung Oo	15	Michiko OGURO
	30-Jul	31-Jul	Safer birth with AMW kit	MWs and AMWs in Pakokku	7	Michiko OGURO
	9-Aug	13-Aug	Oriental medicine for health development Acupuncture, acupressure, massage and moxibustion	Basic health staff (HA, MW), AMW and traditional medicine personnel in Meiktila	24	Takehiro KIMURA
	16-Aug	20-Aug	Oriental medicine for health development Acupuncture, acupressure, massage and moxibustion	Basic health staff (HA, MW), AMW and traditional medicine personnel in Nyaung Oo	24	Takehiro KIMURA
	23-Aug	27-Aug	Oriental medicine for health development Acupuncture, acupressure, massage and moxibustion	Basic health staff (HA, MW), AMW and traditional medicine personnel in Pakokku	26	Takehiro KIMURA
	2004	6-Sep	10-Sep	Oriental medicine for health development Acupressure, massage, fire cup and moxibustion	Traditional medicine personnel, AMWs and community health workers in Meiktila	18
13-Sep		17-Sep	Oriental medicine for health development Acupressure, massage, fire cup and moxibustion	Traditional medicine personnel, AMWs and community health workers in Nyaung Oo	22	Takehiro KIMURA
20-Sep		24-Sep	Oriental medicine for health development Acupressure, massage, fire cup and moxibustion	Traditional medicine personnel, AMWs and community health workers in Pakokku	21	Takehiro KIMURA
Total					577	

Seven Focuses: Development Assistance with a "Human Security" perspective

..

..

1. • Using a human-centered approach to reach those in need.

A focus on human security redirects and revitalizes the conventional modes of ODA in order to achieve the long-standing goal of human-centered development.

2. • Perceiving people not only as recipients of assistance but also as future leaders of development, and empowering them accordingly.

It is not enough to only protect people who are at risk and provide them with the services necessary for survival, livelihood and dignity. Equally important is supporting the empowerment of people and local communities to help them become self-reliant.

3. • Placing emphasis on the most vulnerable people, whose survival, livelihood and dignity are at risk.

From the viewpoint of traditional development aid focused more on economic growth, assistance to vulnerable people is sometimes considered inefficient since this group is not as capable of fully benefiting from the assistance. In comparison, "Human Security" adopts a human-centered approach and focuses on the most vulnerable or those at risk of becoming vulnerable.

..

4. • Focusing on both "freedom from want" and "freedom from fear."

Protecting people in developing countries requires addressing both "freedom from want" (an approach to poverty) and "freedom from fear" (an approach to peacebuilding, post conflict reconstruction and conflict prevention). In most cases, these approaches are inter-connected, and thus, assistance based on "Human Security" focuses on both approaches in order to comprehensively protect people from threats.

5. • Using comprehensive and inter-sectoral approaches to analyze and resolve threats.

"Human Security" focuses on resolving the threats and problems affecting people. First, the root-causes and structure of these problems should be analyzed. Then, to respond correctly, desirable modalities of assistance and professional expertise should be selected.

6. • Working with both government (central and local) and local communities/people to realize sustainable development for their countries.

In certain situations, assistance channeled through only authorities might not reach the targeted people-in-need. On the other hand, if assistance is only designed to meet the immediate needs of a targeted group without building a self-reliance mechanism, the intervention would be temporary and confined to a specific local situation. Therefore, the assistance should be provided in a comprehensive way at all the various levels (central/local government and communities). A mechanism for empowering the local community and people will be built through this approach.

7. • Cooperating with various actors, donors and NGOs in developing countries to achieve a higher impact from assistance.

It is essential to share information, strategies and objectives with other actors, including other donor agencies and NGOs. Through collaboration, assistance will have more of an impact, causing real sustainable change in developing countries.**

**

プロジェクト名：母と子のプライマリーヘルスケアプロジェクト

期間：2002年7月1日～2005年3月31日

対象地域：ミャンマー連邦 メッティエラ市、パコック市、ニャンウー市

ターゲットグループ：左記3市の医療従事者及び地域住民（特に母子）

作成日：2001年6月5日

プロジェクト計画一覧表

プロジェクトの要約	指 標	指標データ入手手段	外部条件
上位目標 ミャンマー中部乾燥地域における母子保健の向上	メッティエラ、パコック、ニャンウー3市における乳幼児死亡率、妊産婦死亡率が、プロジェクト開始年と比較し大幅に減少する	メッティエラ、パコック、ニャンウー各市保健局の記録	ミャンマー政府による保健政策が現状維持されること
プロジェクト目標 メッティエラ、パコック、ニャンウー各市の活動実施地域における母子保健の向上	プロジェクト開始年に比べ2005年3月までに、活動実施地域における 1. 乳幼児死亡率、妊産婦死亡率が50%減少する。 2. 乳幼児の下痢、赤痢患者数が50%減少する。 3. 栄養不良の子供数が70%減少する。 4. 子供の平均体重が20%増加する。 5. マラリア、結核、呼吸器系疾患患者数が30%減少する。	メッティエラ、パコック、ニャンウー各市の活動実施地域における地域保健センター、補助センターの記録	・甚大な自然災害が発生しないこと ・活動地域における治安状況が維持されること
成 果 1. より質の高い医療サービスを受ける機会の拡大 2. 遠隔地で医療サービスを得る機会の拡大と基礎保健知識の普及 3. 浄水供給と衛生教育の実施による疾病予防 4. 子供達の栄養状態の改善、母親の栄養管理知識の向上 5. 遠隔地に住む村民の医療サービスへのアクセスの確保、緊急時の患者輸送手段の確保 6. 母子保健に関する医療・看護技術の向上	1. 改修した医療施設の利用者数 保健施設アンケート 2. 巡回診療、AMDА診療所利用者数 302,400人 緊急ファンドの利用者数、保健教育アンケート 3. 新設した井戸の利用者数 6,000人 4. 幼児給食を「卒業」した児童数 6,750人 5. 輸送手段の利用者数 108,000人 6. 技術指導の受講者数 150人	1-1 各市保健局の記録 1-2 AMDА活動報告（改修した医療施設の利用者数/保健施設アンケート） 2 AMDА活動報告（巡回診療/AMDА診療所の利用者数、緊急ファンドの利用者数、保健教育アンケート） 3 AMDА活動報告（新設した井戸の利用者数） 4 AMDА活動報告（幼児給食を「卒業」した児童数） 5-1 管理委員会報告書 5-2 AMDА活動報告（輸送手段の利用者数） 6 AMDА活動報告（技術指導の受講者数/技術指導アンケート）	・当プロジェクトへの住民参加がミャンマー政府により認められること ・保健省による協力が得られること
活 動 1-1. 地域医療施設の改修、整備 1-2. 医療機材の導入、医療消耗品の供給 1-3. 小児病棟基盤整備 1-4. 医療施設の利用者数を調査 2-1. 遠隔地住民へ医療サービス（巡回診療）の提供 2-2. 保健教育による基礎保健知識の普及 2-3. 巡回診療/AMDА診療所/緊急ファンドの利用者数を調査 3-1. 井戸建設と衛生教育 3-2. 新設した井戸の利用者数の調査 4-1. 栄養不良の子供に給食の提供 4-2. 母親への栄養指導セミナー実施 5-1. 小型トラクター配給による巡回バス 5-2. 資機材管理委員会の設立 6-1. セミナー実施による医療・看護技術の指導 6-2. 技術指導後、受講生へアンケートの実施	投 入 日本 人材 長期専門家 プロジェクト・マネージャー 1名 36M/M 医療専門家（医師）1名 25M/M 短期専門家 医療専門家（看護婦）6名 18M/M 開発評価担当 3名 2M/M 機材 巡回診療車（2台） 小型トラクター ミャンマー 保健省カウンターパート 保健省カウンターパートのための業務費 地域住民による建築労働力提供 地域医療ボランティア		前提条件 ・AMDА ミャンマー支援日本国内委員会及びミャンマー国内委員会が従来通り支援すること ・地域医療施設のために、ミャンマー政府より土地が提供されること

プロジェクト名: 母と子のプライマリーヘルスケア

事業期間: 3年(2002年7月～2005年6月)

事業対象地域: ミャンマー中部乾燥地域(メッティラ、パコク、ニャンウー県内の各5村及び周辺村)

事業対象裨益者: 事業対象地域の住民約10万人(特に母子3万人)

作成者: 特定非営利活動法人AMDA

作成日: 2004/2/1 PDM₁

プロジェクトの要約	指標	入手手段	外部条件
上位目標 事業対象地域における妊産婦、乳幼児の死亡率が減少する。	同死亡率が20%程度減少する。	政府医療統計、保健省年次報告	
プロジェクト目標 事業対象地域における母子の健康が維持促進される。	事業対象15村で、医療保健及び搬送サービスが提供される。 事業対象15村において罹患率が4割程度減少する。 事業対象15村において母子健康促進グループによる活動が開始される。	実地観察、診療記録、搬送記録 住民アンケート、巡回診療記録 実地観察、活動記録、グループ議事録	コレラ、結核、赤痢などの感染症が蔓延しない。
成果 1. 事業対象地域において、より質の高い医療保健サービスを受ける機会が拡充する。	事業対象の各村において医療保健従事者が、住民に対して医療保健サービスを提供する。 住民の8割が適時に適切な診療を受けることができる。 県総合病院(ニャンウー)の小児関連施設における診療件数が2割増加する。 供与されたトラクターが当初の目的通り活用される。	診療記録、予防接種記録、訪問診療記録 住民アンケート、巡回診療記録、搬送記録 病院の入院記録、機材利用記録 運行記録、搬送記録	配属された医療従事者が定着する。 燃料等の価格に変化がない。
2. 事業対象地域において、母子の栄養状態及び保健衛生環境が改善される。	栄養不良と判定された幼児の7割が給食プログラムを卒業する。 事業村における6割の家族のうち、少なくとも一人の成人が、一般的な疾病に関する知識を得、罹患した場合の対処方法を知り得る。 建設又は改修された水源が利用され、住民により管理される。	実地観察、栄養記録 住民アンケート、保健衛生セミナー報告書 給水管理記録	下痢、呼吸器感染症などが蔓延しない。 例年の降雨量が確保される。
3. 事業対象地域において、母子保健従事者の知識や技術が向上する。	研修を受け、病院施設に勤務する母子保健関連分野の医療従事者が、事業によって供与された医療機材を活用し、適切なサービスを提供する。 各事業村において、研修を受けた母子保健関連分野の保健従事者が、研修によって得られた技術や知識を活用し、適切なサービスを提供する。	実地観察、研修後アンケート 実地観察、診療記録、研修後アンケート	
活動 1-1 遠隔地の医療保健施設を改修、整備する。 1-2 地域病院の小児科関連施設を改修、整備する。 1-3 医療機材、医療消耗品を既存の医療施設へ供与する。 1-4 各対象村の医療保健関係者と住民の参加を促し巡回診療を実施する。 1-5 各県事業事務所に診療所を併設し、診療活動を実施する。 1-6 事業対象村にコミュニティ保健基金を設置し、その運営管理を支援する。 1-7 医療緊急用の小型トラクターを事業対象村に供与し、利用を促進する。 2-1 栄養不良の幼児を対象に住民参加型の給食プログラムを実施する。 2-2 給食プログラムに参加する幼児の母親を対象に栄養セミナーを実施する。 2-3 住民、特に女性や患者を対象とした保健衛生教育を実施する。 2-4 飲料用の水源を新規開発、又は改修する。 2-5 母親を含めた自助保健グループを設立、その運営支援を行う。 3-1 医療保健従事者を対象にセミナー・研修を実施する。	投入 日本側投入 人材 プロジェクトマネージャー 36 M/M 医療専門家(医師) 15 M/M 医療専門家(看護師・助産師・保健師) 12 M/M 医療専門家(薬剤師) 4 M/M 医療専門家(鍼灸師) 3 M/M 開発一般専門家 36 M/M 社会配慮・評価専門家 5 M/M 資機材 医療機材 トラクター 中型5台・小型10台 施設 補助保健センター(新築・改築) 11件 給食センター(新築・改築) 13件 地域拠点病院 1件 総合病院小児病棟改修 1件 資金 現地活動費 ミャンマー側投入 人材 医療従事者(医師、準医師、看護師、助産師) 土地 施設建設用		政府医療施設における診療体制に変更がない。 農産物の不作等、住民の経済生活に大きな変化がない。 現地生産品であるトラクターなどが健全な商品であること。 他のNGOや国連機関と競合しない。
			前提条件 ミ国政府が日本のODAによる活動を認める。

プロジェクト名: 母と子のプライマリーヘルスケア

事業期間: 3年(2002年7月～2005年6月)

事業対象地域: ミャンマー中部乾燥地域(メティラ、パコク、ニャンウー県内の各5村及び周辺村)

事業対象裨益者: 事業対象地域の住民約10万人(特に母子3万人)

作成者: 特定非営利活動法人AMDA

作成日: 2005/5/19 PDMc

プロジェクトの要約	指標	入手手段	外部条件
上位目標 事業対象地域における妊産婦、乳幼児の死亡が減少する。	妊産婦・乳幼児死亡率	政府医療統計、保健省年次報告	
プロジェクト目標 事業対象地域における母子の健康が維持促進される。	母子の罹患率(特に子どもの下痢発生率の変化) 母子の栄養状態(身長、体重) 保健サービスへのアクセス頻度	診療記録、アンケート 住民アンケート、栄養記録 実地観察、診療記録、住民アンケート	コレラ、結核、赤痢などの感染症が蔓延しない。
成果 1. 保健医療サービスの質とアクセスが向上する	保健医療施設の整備・改修状況 保健医療施設の資機材の整備・利用状況 保健医療サービスへのアクセス頻度	実地観察 実地観察、資機材在庫表、機材利用記録 診療記録 運行記録、搬送記録	配属された医療従事者が定着する。 燃料等の価格に変化がない。
2. 母子の栄養状態および保健衛生環境が改善する	対象集団(参加型給食)の栄養不良率(の低下) 母親の栄養知識と行動変化 住民(母親)の衛生知識と行動変化 飲料水へのアクセス向上(使用者数) 自助保健グループの活動実績	実地観察、栄養記録 住民アンケート、保健衛生セミナー報告書 住民アンケート、保健衛生教育報告書 給水管理記録、実地観察 活動報告書、アンケート	下痢、呼吸器感染症などが蔓延しない。 例年の降雨量が確保される。
3. 母子保健従事者の知識や技術が向上する	保健従事者の知識と技術の向上およびそれを活用したサービスの提供	実地観察、診療記録、研修後アンケート	
活動 1-1 遠隔地の医療保健施設を改修、整備する。 1-2 地域病院の小児科関連施設を改修、整備する。 1-3 医療機材、医療消耗品を既存の医療施設へ供与する。 1-4 各対象村の医療保健関係者と住民の参加を促し巡回診療を実施する。 1-5 各県事業事務所診療所を併設し、診療活動を実施する。 1-6 事業対象村にコミュニティ保健基金を設置し、その運営管理を支援する。 1-7 医療緊急用の小型トラクターを事業対象村に供与し、利用を促進する。 2-1 栄養不良の幼児を対象に住民参加型の給食プログラムを実施する。 2-2 給食プログラムに参加する幼児の母親を対象に栄養セミナーを実施する。 2-3 住民、特に女性や患者を対象とした保健衛生教育を実施する。 2-4 飲料用の水源を新規開発、又は改修する。 2-5 母親を含めた自助保健グループを設立、その運営支援を行う。 3-1 医療保健従事者を対象にセミナー・研修を実施する。	投入 日本側投入 人材 プロジェクトマネージャー 36 M/M 医療専門家(医師) 15 M/M 医療専門家(看護師・助産師・保健師) 12 M/M 医療専門家(薬剤師) 4 M/M 医療専門家(鍼灸師) 3 M/M 開発一般専門家 36 M/M 社会配慮・評価専門家 5 M/M 資機材 医療機材 トラクター 中型5台・小型10台 施設 補助保健センター(新築・改築) 11件 給食センター(新築・改築) 13件 地域拠点病院 1件 総合病院小児病棟改修 1件 資金 現地活動費 ミャンマー側投入 人材 医療従事者(医師、准医師、看護師、助産師) 土地 施設建設用	政府医療施設における診療体制に変更がない。 農産物の不作等、住民の経済生活に大きな変化がない。 現地生産品であるトラクターなどが健全な商品であること。 他のNGOや国連機関と競合しない。	
			前提条件 ミ国政府が日本のODAによる活動を認める。

年	開始月日	終了月日	研修名	対象者・参加者	人数	講師
2002	12月3日	12月7日	地域保健マネージメント兼応急処置	メッティラ、ニャンウー及びパコクの巡回診療実施村の保健ボランティア	28	菅谷純子
	12月11日	12月13日	医療機器	メッティラ、ニャンウー及びパコクの総合病院の医療従事者	6	菅谷純子
2003	5月27日	5月29日	医療機器	メッティラ、ニャンウー及びパコクの総合病院の医療従事者	13	吉岡秀人 菅谷純子
	7月14日	7月15日	安全な妊娠・出産のための母子保健	メッティラ、ニャンウー及びパコクのプロジェクトスタッフ	15	小黒道子
	7月21日	7月23日	安全な妊娠・出産のための母子保健	メッティラのAMDA活動実施地域の助産師と補助助産師	26	小黒道子
	7月25日	7月27日	安全な妊娠・出産のための母子保健	ニャンウーのAMDA活動地域の助産師と補助助産師	20	小黒道子
	7月29日	7月31日	安全な妊娠・出産のための母子保健	パコクのAMDA活動地域の助産師と補助助産師	16	小黒道子
	8月14日	8月15日	応急処置と効果的保健教育	メッティラのAMDA活動地域の助産師、補助助産師、保健ボランティア	19	菅谷純子
	8月16日	8月17日	応急処置と効果的保健教育	同上	19	菅谷純子
	8月19日	8月20日	応急処置と効果的保健教育	ニャンウーのAMDA活動地域の助産師、補助助産師、保健ボランティア	24	菅谷純子
	8月21日	8月22日	応急処置と効果的保健教育	同上	18	菅谷純子
	8月25日	8月26日	応急処置と効果的保健教育	パコクのAMDA活動地域の助産師、補助助産師、保健ボランティア	20	菅谷純子
	8月27日	8月28日	応急処置と効果的保健教育	同上	14	菅谷純子
	10月13日	10月24日	外科手術の技術向上プログラム	マンダレー子供病院の医師、看護師	6	吉岡秀人
	11月12日	11月13日	外科手術の技術向上プログラム	マンダレー子供病院の医師、看護師	6	吉岡秀人
	11月23日	11月26日	外科手術の技術向上プログラム	ニャンウーのAMDA医療スタッフ	1	吉岡秀人
	11月17日	11月22日	外科手術の技術向上プログラム	パコクの現地医師及びAMDA医療スタッフ	5	吉岡秀人
	12月1日	5月末日	補助助産師育成研修	パコクのAMDA活動地域の候補者	15	保健省 小黒道子
	12月20日	12月20日	薬の処方と縫合の仕方について	AMDA医師、看護師、医療補助	9	吉岡秀人
	12月29日	12月30日	外科手術の技術向上プログラム	マンダレー子供病院の医師、看護師	6	吉岡秀人
2004	2月23日	2月27日	補助助産師育成研修 出産前後のケア	パコク補助助産師研修に参加している研修生	15	小黒道子
	3月28日	9月末日	補助助産師育成研修	ニャンウーのAMDA活動地域の候補者	15	保健省 小黒道子
	3月29日	3月30日	助産師及び補助助産師に対する出産キット活用法と出産介助に関する研修（甲南ライオンズクラブ）	メッティラの助産師、補助助産師	15	小黒道子
	4月5日	4月6日	助産師及び補助助産師に対する出産キット活用法と出産介助に関する研修（甲南ライオンズクラブ）	ニャンウー、パコクの助産師、補助助産師	20	小黒道子
	5月19日	5月23日	伝統医療と吸い玉の理論と実践（応用編）	パコクの補助医師、助産師、補助助産師、伝統医療師他	19	三宅和久
	5月12日	5月16日	伝統医療と吸い玉の理論と実践（基礎編）	ニャンウーの補助医師、助産師、補助助産師、伝統医療師他	11	三宅和久
	5月26日	5月30日	伝統医療と吸い玉の理論と実践（応用編）	メッティラの補助医師、助産師、補助助産師、伝統医療師他	7	三宅和久
	6月1日	6月6日	伝統医療と吸い玉の理論と実践（基礎編）、メッティラ市アレイワ地域拠点病院	メッティラの補助医師、助産師、補助助産師、伝統医療師他	5	三宅和久
	6月10日	6月15日	補助助産師育成研修 出産前後のケア	ニャンウー補助助産師研修に参加している研修生	15	小黒道子
	7月22日	7月23日	第2期助産師キット配布に伴う「より安全な出産のためのワークショップ」	メッティラの助産師、補助助産師	12	小黒道子

年	開始月日	終了月日	研修名	対象者・参加者	人数	講師
2004	7月26日	7月27日	第3期助産師キット配布に伴う「より安全な出産のためのワークショップ」	ニャンウーの助産師、補助助産師	15	小黒道子
	7月30日	7月31日	第4期助産師キット配布に伴う「より安全な出産のためのワークショップ」	パコクの助産師、補助助産師	7	小黒道子
	8月9日	8月13日	伝統医療と健康理解(指圧・灸・吸い玉・刺 コース)	メッティラの補助医師、看護師、助産師など医療従事者	24	木村剛裕
	8月16日	8月20日	伝統医療と健康理解(指圧・灸・吸い玉・刺 コース)	ニャンウーの補助医師、看護師、助産師など医療従事者	24	木村剛裕
	8月23日	8月27日	伝統医療と健康理解(指圧・灸・吸い玉・刺 コース)	パコクの補助医師、看護師、助産師など医療従事者	26	木村剛裕
	9月6日	9月10日	伝統医療と健康理解(指圧・灸・吸い玉コース)	メッティラの伝統医療師、補助助産師、コミュニティヘルスワーカーなど有資格者	18	木村剛裕
	9月13日	9月17日	伝統医療と健康理解(指圧・灸・吸い玉コース)	ニャンウーの伝統医療師、補助助産師、コミュニティヘルスワーカーなど有資格者	22	木村剛裕
	9月20日	9月24日	伝統医療と健康理解(指圧・灸・吸い玉コース)	パコクの伝統医療師、補助助産師、コミュニティヘルスワーカーなど有資格者	21	木村剛裕
合計					577	





プロジェクトの成果	活動内容	活動期間											
		第1年次(平成14年度)				第2年次				第3年次			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	
1 より質の高い医療サービスを受ける機会の拡大	1-1 地域医療施設の改修、整備	← 今回契約分 準備・調整、地域病院(メッティエラ市)/補助保健センター(3市)建設・改修・整備				各施設整備・補修 I				各施設整備・補修			
	1-2 医療機器の導入、医療消耗品の供給	準備・調査、地域保健センター(メッティエラ、ニャンウー市)の医療機器の導入・設置、医療消耗品の供給											
	1-3 小児病棟基盤整備	準備・調整、ニャンウー市立病院小児病棟の改修工事、医療機器の導入・設置											
	1-4 医療施設の利用者数を調査	ベースライン調査、利用者数集計											
2 遠隔地で医療サービスを得る機会の拡大と基礎保健知識の普及	2-1 遠隔地住民へ医療サービス(巡回診療)の提供	事務所改修整備機器購入、自動車と医療機器の購入、巡回診療・AMDA診療実施、医薬品供給・補充											
	2-2 保健教育による基礎保健知識の普及	企画・機材購入、教材作成、パイロット実施・評価修正、保健教育の実施・評価											
	2-3 巡回診療・AMDA診療所・緊急ファンド利用者数の調査	過去の記録分析、利用者数集計											
3 浄水供給と衛生教育の実施による疾病予防	3-1 井戸建設と衛生教育	調査・準備・調整、井戸建設、衛生教育の実施											
	3-2 新設した井戸の利用者数の調査	利用者数集計				利用者数集計				利用			
4 子供達の栄養状態の改善、母親の栄養管理知識の向上	4-1 栄養不良の子どもに給食の提供	準備・調整、栄養教育の実施											
	4-2 母親への栄養指導セミナー実施	準備・調整、パイロット実施・評価・修正、栄養・保健衛生教育の実施											
5 遠隔地に住む村民の医療ビジネスへのアクセスの確保、緊急時の患者輸送手段の確保	5-1 小型トラクター配給による巡回バス	トラクター購入、巡回バスの実施、使用状況の管理調査											
	5-2 資機材管理委員会の設立、運営	トラクター利用の各村社会・経済的分析とパイロット村委員会設立、評価修正、委員会による管理											
6 母子保健に関する医療・看護技術の向上	6-1 セミナー実施による医療・看護技術の指導	セミナー開催・看護指導等実施、個別指導実施											
	6-2 技術指導後、受講生へアンケートの実施	アンケート実施				アンケート実施				アンケート実施			

Input Experts, fy2002 - fy2004

Designation		M/M	
		Myanmar	Japan
Project Manager	plan	30.81	2.50
	achivement	30.14	3.06
Rural Development/Evaluation	plan	31.47	1.50
	achivement	31.50	1.30
Pediatic Care	plan	11.10	0.50
	achivement	11.10	0.00
Maternal and Child Health	plan	7.00	0.00
	achivement	7.00	0.00
Traditional Medicine	plan	5.50	0.50
	achivement	5.57	0.43
Nurse	plan	6.10	0.50
	achivement	6.10	0.50
Pharmacist	plan	3.00	0.00
	achivement	3.00	0.00
M&E	plan	3.70	2.00
	achivement	4.20	1.67
Coordinator(Japan-side)	plan	2.00	15.00
	achivement	1.47	15.00
Total	plan	100.68	22.50
	achivement	100.08	21.96
	plan	123.18	
	achivement	122.04	





Input Experts of fy2002

Designation	Name	fy2002										M/M		
			7	8	9	10	11	12	1	2	3	Myanmar	Japan	
Project Manager	Tetsuya Kobayashi	plan											8.47	0.50
		achivement	7/1									4.10	0	
Project Manager	Toshiharu Okayasu	plan												
		achivement	11/1									4.37	0.50	
Rural Development/Evaluation	Makiko Fujita	plan											9.13	0
		achivement	7/1									9.13	0	
Nurse	Jyunko Sugaya	plan											6.10	0.50
		achivement	7/10									6.10	0.50	
M&E	Shunsuke Suzuki	plan											0.70	1.00
		achivement											0.47	1.00
Coordinator(Japan-side)	Yoshimi Mae	plan											0	5.00
		achivement	7/1									0	5.00	
Total		plan											24.40	7.00
		achivement											24.17	7.00
		plan											31.40	
		achivement											31.17	

 activity in Myanmar-side
 activity in Japan-side
 activity by AMDA own fund
 activity for other projects





Input Experts of fy2003

Designation	Name	fy2003													M/M	
		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	Myanmar	Japan	
Project Manager	Toshiharu Okayasu	plan	[Bar chart: 11/5~12/1, (335), (30)]											11.17	1.00	
		Achivement	4/1	[Bar chart: 11/4, 12/2, 3/27, 3/28, (218), (27), (117)]											11.17	0.90
Pediatric Care	Hideto Yoshioka	plan	[Bar chart: 3/29, (333), (15)]											11.10	0.50	
		Achivement	4/22	[Bar chart: 3/19, 3/20, (333)]											11.10	0.00
Rural Development/Evaluation	Makiko Fujita	plan	[Bar chart: 3/29, (335), (15)]											11.17	0.50	
		Achivement	4/1	6/5	6/6~6/20	7/3	[Bar chart: 3/27, 3/28, (66), (15), (269)]								11.17	0.50
Maternal and Child Health	Michiko Oguro	plan	[Bar chart: (90)]											3.00	0.00	
		Achivement	4/22	7/20	7/21	10/19	[Bar chart: (90)]								3.00	0.00
M&E	Shunsuke Suzuki	plan	[Bar chart: (15), (15)]											0.50	0.50	
		Achivement	[Bar chart: 3/16~3/30, (1/30~2/13), (2/14~2/18), (15), (15)(5)]											0.50	0.50	
Coordinator(Japan-side)	Masahiro Kageyama	plan	[Bar chart: (150)]											0	5.00	
		Achivement	4/1	[Bar chart: 8/29, (150)]											0	5.00
Total														Plan	36.94	7.50
														Achivement	36.94	6.90
														Plan	44.44	
														Achivement	43.84	

 activity in Myanmar-side
 activity in Japan-side
 activity by AMDA own fund
 activity for other projects

Input Experts of fy2004

Designation	Name	fy2004												M/M		
		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	Myanmar	Japan	
Project Manager	Seido Yamagami	Plan	[Gantt chart: 4/1 to 3/31]												11.17	1.00
		Achivement	[Gantt chart: 4/1 to 3/31]												10.50	1.66
Traditional Medicine	Kazuhiisa Miyake	Plan	[Gantt chart: 4/1 to 6/30]												2.50	0.50
		Achivement	[Gantt chart: 4/1 to 6/30]												2.57	0.43
Traditional Medicine	Takehiro Kimura	Plan	[Gantt chart: 8/5 to 11/5]												3.00	0.00
		Achivement	[Gantt chart: 8/5 to 11/5]												3.00	0.00
Maternal and Child Health	Michiko Oguro	Plan	[Gantt chart: 4/1 to 8/31]												4.00	0.00
		Achivement	[Gantt chart: 4/1 to 8/31]												4.00	0.00
Pharmacist	Yoko Ichikawa	Plan	[Gantt chart: 5/20 to 9/30]												3.00	0.00
		Achivement	[Gantt chart: 5/20 to 9/30]												3.00	0.00
Rural Development/Evaluation	Makiko Fujita	Plan	[Gantt chart: 4/1 to 7/28]												11.17	1.00
		Achivement	[Gantt chart: 4/1 to 7/28]												11.20	0.80
M&E	Shunsuke Suzuki	Plan	[Gantt chart: 4/10 to 7/9]												2.50	0.50
		Achivement	[Gantt chart: 4/10 to 7/9]												3.23	0.17
Coordinator(Japan-side)	Yoshie Takehisa	Plan	[Gantt chart: 4/11 to 3/14]												2.00	5.00
		Achivement	[Gantt chart: 4/11 to 3/14]												1.47	5.00
Total		Plan													39.34	8.00
		Achivement													38.97	8.06
		Plan													47.34	
		Achivement													47.03	

 activity in Myanmar-side
 activity in Japan-side
 activity by AMDA own fund
 activity for other projects

Annex: Construction and Renovation of Facilities, Medical Equipment

Township	Health facilities provided with medical equipment	Medical Equipment	Unit	Budget*	Con./Ren. Budget*	
Meiktila	Ahle Ywar Station Hospital	1 Generator	1	Total: 7,432	Construction	28,097
		2 Surgical Kit	1			
		3 Autoclave	1			
		4 Nebulizer	1			
		5 Suction Machine	1			
	Sut Khin Pauk Sub-Rural Health Center	-	-	-	Construction	Total: 6,222
	Aung Thar Sub-Rural Health Center	-	-	-	Construction	
	Nyaung Sauk Sub-Rural Health Center	-	-	-	Construction	Total: 6,444
	Kyauk Phoo Sub-Rural Health Center	-	-	-	Construction	
Nyaung-U	Pediatric Ward of Nyaung Oo District Hospital	1 Incubator	1	Total: 25,254	Renovation Water Sysytem Electric System	17,463
		2 Phototherapy	1			
		3 Haematic Centrifuge	1			
		4 Blirubin Meter	1			
		5 Infusion Pump	1			
		6 Pulse Oximeter	1			
7 Autoclave	1					
8 Oxygen Concentrator	1					
9 Suction Machine	1					
10 Nebulizer	1					
	Myae Ni Sub-Rural Health Center	-	-	-	Renovation	946
	Dan Sub-Rural Health Center	-	-	-	Renovation	944
	Zee Sa Myin Sub-Rural Health Center	-	-	-	Renovation	1,558
	Kyun Khin Gye Sub-Rural Health Center	-	-	-	Construction	3,842
	Kanma Sub-Rural Health Center	-	-	-	Construction	3,842

Nyaung-U	Let Pan Che Paw Rural Health Center	1 Solar-power electric 2 Refrigerator	1 1	Total: 9,093	-	-
	Tea Pin Taw Rural Health Center	1 Solar-power electric 2 Refrigerator	1 1		-	-
Pakokku	Myit Chay Station Hospital	1 Oxygen Concentrator 2 Nebulizer 3 Suction Machine	1 1 1	Total: 5,830	-	-
	Kain Station Hospital	1 Nebulizer 2 Suction Machine	1 1		-	-
	Kanma Station Hospital	1 Nebulizer	1		-	-
	Khin Mon Khar Sub-Rural Health Center	-	-	-	Construction	3,645
	Kan Taw Sub-Rural Health Center	-	-	-	Construction	3,645
	Bei Gyi Sub-Rural Health Center	-	-	-	Construction	3,645
	Ku Sub-Rural Health Center	-	-	-	Construction	3,645
	Htan Ta Pin Sub-Rural Health Center	-	-	-	Renovation	**
AMDA Clinic	AMDA Office Clinic (Nyaung Oo, Pakokku)	1 Oxygen Concentrator 2 Suction Machine 3 Minor Surgical Set 4 Nebulizer 5 Generator	2 2 2 2 2	Total: 8,910	-	-

*US\$

**Renovation by Community Health Fund
and Contribution from the Community

ANNEX: Equipment

	Item	Purpose	Quantity	Year	Place	Budget
4WD Car / Bike						
1	4WD Car	Mobile Clinic	1	2002	AMDA PKK Office	21,457
2	4WD Car	Mobile Clinic	1	2002	AMDA NYU Office	23,841
3	Bike	Office Use	1	2002	AMDA MTL Office	1,950
4	Bike	Office Use	1	2003	AMDA PKK Office	2,375
5	Bike	Office Use	1	2003	AMDA NYU Office	3,421
6	Bicycle	Office Use	1	2002	AMDA NYU Office	59
7	Bicycle	Office Use	1	2002	AMDA PKK Office	56
TV & VCR						
1	Television and Video Cassette Recorder	Health Promotion	1 each	2002	AMDA NYU Office	487
2	Television and Video Cassette Recorder	Health Promotion	1 each	2002	AMDA PKK Office	487
Medical Equipments for AMDA Office Clinic						
1	Table & Chair for Consultaion	for AMDA Office Clinic	1	2002	AMDA PKK Office Clinic	27
2	Chair for Consultation		1	2002	AMDA NYU Office Clinic	36
3	Invertor & Battery		1 each	2002	AMDA NYU & PKK Clinic	519
4	Refrigerator		1	2002	AMDA NYU Office Clinic	271
5	Bed & Table		1	2002	AMDA NYU Office Clinic	46
6	Electrocardiogram (E.C.G.)		1	2002	AMDA NYU Office Clinic	1,057
7	Tabe & Medicine Shelf		1	2002	AMDA NYU Office Clinic	26
8	Electrocardiogram (E.C.G.)		1	2002	AMDA PKK Office Clinic	1,057
9	Autoclave		1	2002	AMDA PKK Office Clinic	170
10	Drum		1	2002	AMDA NYU Office Clinic	235
11	Stethoscope and Other Medical Kit Set		1	2002	AMDA NYU Office Clinic	34
12	Medicine Shelf		1	2002	AMDA NYU Office Clinic	67
13	Medicine Shelf		1	2002	AMDA PKK Office Clinic	84
14	Medicine Storage Box		1	2002	AMDA PKK Office Clinic	23
15	Table		1	2002	AMDA NYU Office Clinic	17
16	Suction Machine		1 each	2002	AMDA NYU & PKK Office Clinic	970
17	Oxygen Concentrator		1 each	2002	AMDA NYU & PKK Office Clinic	3,520
18	Nebuliser		1 each	2002	AMDA NYU & PKK Office Clinic	220
19	Generator		1 each	2002	AMDA NYU & PKK Office Clinic	2,700
20	Minor Surgical Set		1 each	2002	AMDA NYU & PKK Office Clinic	1,500
21	Battery for Generator		1 each	2002	AMDA NYU & PKK Office Clinic	49
22	Baby Scale		1 each	2002	AMDA MTL & NYU Office Clinic	53
23	Obstetrics and Gynecology Kit		1 each	2002	AMDA NYU & PKK Office Clinic	254
24	Otoscope		1	2002	AMDA NYU Office Clinic	40
25	Baby Scale		5	2003	AMDA PKK Office Clinic	180
26	Medicine Shelf		5	2003	AMDA NYU Office Clinic	198
27	Medicine Shelf		1	2003	AMDA PKK Office Clinic	9
28	Shoes Box for Patients		1	2003	AMDA NYU Office Clinic	41
29	Chairs for Waiting Room		5	2003	AMDA MTL Office Clinic	78
30	Medicine Shelf		1	2003	AMDA MTL Office Clinic	11
31	Medicine Shelf		2	2003	AMDA MTL Office Clinic	32
32	Chairs for Waiting Room		5	2003	AMDA NYU Office Clinic	78
33	Pediatric Surgery Kit		1 set	2003	AMDA MTL Office Clinic	6,753
34	Catheter (Tracheal tube)		1	2003	AMDA MTL Office Clinic	17
35	Blood pressure		1	2003	AMDA MTL Office Clinic	63

39	Blood pressure & Stethoscope		1	2003	AMDA MTL Office Clinic	19
40	Ohters				-	106
Furniture and small equipment for AMDA Office Clinic						
1	Cilnic Furniture		-	2002	AMDA PKK Office Clinic	501
2	Invertor	for AMDA Office Clinic	1	2002	AMDA PKK Office Clinic	125
3	Clinic Furniture		-	2002	AMDA NYU Office Clinic	753
4	Electric Fun	for AMDA Office Clinic	2	2002	AMDA NYU Office Clinic	89
5	Clinic Furniture	for AMDA Office Clinic	-	2002	AMDA MTL Office Clinic	98
Office Equipments for the Myanmar-side Use						
1	Photocopy Machine	office use	1 each	2002	AMDA NYU & PKK Office	2,300
2	PC	office use	1 each	2002	AMDA NYU & PKK Office	2,632
3	Printer	office use	1 each	2002	AMDA NYU & PKK Office	380
4	Fax	office use	1 each	2002	AMDA NYU & PKK Office	560
5	PC	office use	1	2002	AMDA MTL Office	1,217
6	Photocopy Machine	office use	1	2002	AMDA MTL Office	1260
7	Camera	office use	1	2002	AMDA NYU Office Clinic	66
8	Safe Box	office use	1 each	2002	AMDA NYU & PKK Office Clinic	288
9	PC Peripherals and Degital Camera	office use	1	2004	AMDA YGN Office	66,180
10	Hard Disk	office use	1	2004	AMDA YGN Office	
11	Degital Camera	office use	1	2004	AMDA YGN Office	
12	Documents Shelf	office use	2	2004	AMDA YGN Office	314
13	USB Cable	office use	1	2004	AMDA YGN Office	176
14	Generator	office use	1	2004	AMDA YGN Office	914
15	Safe Box	office use	2	2004	AMDA YGN Office	366
Other Machines for the Japan-side Use						
1	PC	office use for on-site doctor	1	2002	HQ office, JPN	176,800
2	Degital Camera	office use for on-site doctor	1	2002	HQ office, JPN	52,759
3	PC Card	office use for coordinator	1	2002	HQ office, JPN	7,670
Furniture/Cooking Equipments for Feeding Programme						
1	Table Ware Set	for feeding programme	-	2002-03	MTL Feeding Villages	757
2	Funiture Set	for feeding programme	-	2002-03	MTL Feeding Villages	231
3	Dishes and Cutlery Set	for feeding programme	-	2002-03	MTL Feeding Villages	175
4	Information Board for Health Promotion	for feeding programme	-	2002-03	MTL Feeding Villages	112
5	Weight for Hight Chart	for feeding programme	-	2002-03	MTL Feeding Villages	30
6	Water Tank	for feeding programme	-	2002-03	MTL Feeding Villages	22
7	Scale	for feeding programme	-	2002-03	MTL Feeding Villages	37
8	Cupboard	for feeding programme	-	2002-03	MTL Feeding Villages	196
9	Funiture Set	for feeding programme	-	2002-03	PKK Feeding Villages	500
10	Dishes and Cutlery Set	for feeding programme	-	2002-03	PKK Feeding Villages	89
11	Cooking Equipment	for feeding programme	-	2002-03	PKK Feeding Villages	907
12	Weight for Hight Chart	for feeding programme	-	2002-03	PKK Feeding Villages	41
13	Scale	for feeding programme	-	2002-03	PKK Feeding Villages	25
14	Cupboard	for feeding programme	-	2002-03	PKK Feeding Villages	434
15	Table Ware Set	for feeding programme	-	2002-03	NYU Feeding Villages	19
16	Funiture Set	for feeding programme	-	2002-03	NYU Feeding Villages	637
17	Dishes and Cutlery Set	for feeding programme	-	2002-03	NYU Feeding Villages	33
18	Cooking Equipment	for feeding programme	-	2002-03	NYU Feeding Villages	882
19	Information Board for Health Promotion	for feeding programme	-	2002-03	NYU Feeding Villages	18

23	Water Tank	for feeding programme	22	2003	Feeding Programme Villages	240
Trawlergies & Tractors						
1	Trawlergies	expanding the access to the health services	10	2002	Kwaung Village, MTL Sat Kin Pauk Village, MTL Aung Thar Village, MTL Nyaung Sauk Village, MTL Kyun Khin Gye Village, NYU Ku Village, PKK Bei Gyi Village, PKK Htan Ta Pin, PKK Kan Taw, PKK Kin Mon Khar, PKK	15,510
2	Tractors	expanding the access to the health services	5	2002	Ahle Ywar Village, MTL Dan Village, NYU Kanma Village, NYU Zee Sa Myin, NYU Myae Ni, NYU	12,500

Currency Unit=US\$

* mark currency unit is JPY

ANNEX: Construction (Feeding Center)

Township	Village	Budget
Meiktila	Nyaung Sauk, Cyauk Phoo	Total: 5,789
Nyaung-U	Myae Ni, Dan, Zee Sa Myin Kyun Khin Gyee, Kanma	Total: 14,050
Pakokku	Kan Taw, Kin Mon Khar, Ku Htan Ta Pin, Bei Gyi	Total: 12,314

*Currency Unit=US\$

ANNEX: Local Cost

Category	sub-category	fy2002	fy2003	fy2004	sub-total by category
Local Cost	Consumption	48,380	74,543	49,106	172,029
	Rental	6,283	12,217	9,822	28,322
	Printing	952	1,989	1,897	4,838
	Domestic transportation	1,467	5,328	5,725	12,520
	Communication	606	3,829	4,258	8,693
	Local Personnel	40,515	71,228	76,885	188,628
	Miscellaneous	4,031	8,365	9,434	21,830
Infrastructure Cost	Infrastructure Cost	105,384	19,347	0	124,731
Training Cost	Training Cost	7,223	20,389	2,509	30,121
Equipment Cost	Equipment Cost	155,135	15,667	0	170,802
Sub-Total by fiscal year		369,976	232,902	159,636	
Total		762,514			

*Currency Unit, USD

ANNEX: Others

	Contents	Purpose	Year
IEC Material			
1	Fripchart	First Aid Training	2002
2	T-shirt	for Health Committee members	2002
3	Poster	Health Promotion	2003
4	Toilet pan	Sanitation Campaign	2003
5	Projet Pamphlet	MCH promotion	2004
6	Safe Motherhood Kit	Safe Motherhood Training for MW & AMW	2004
7	Stethoscope for Safe Motherhood Kit	Safe Motherhood Training for MW & AMW	2004
8	Apron Display	Health Promotion	2004

Furniture for Sub-Rural Health Centers (SRHCs)			
1	Furniture	improving consultation room	2002
2	Furniture	improving consultation room	2002
3	Furniture	improving consultation room	2002

Essential Stationary Set and Furniture for Village			
1	Essential Stationary Set	starting Collaborative Mobile Clinic	2004
2	Essential Stationary Set	starting Collaborative Mobile Clinic	2004
3	Essential Furniture Set	starting Collaborative Mobile Clinic	2004
4	Essential Stationary Set	starting Collaborative Mobile Clinic	2004
5	Essential Furniture Set	starting Collaborative Mobile Clinic	2004
6	Essential Stationary Set	starting Collaborative Mobile Clinic	2004
7	Essential Furniture Set	starting Collaborative Mobile Clinic	2004
8	Essential Furniture Set	starting Collaborative Mobile Clinic	2004
9	Essential Furniture Set	starting Collaborative Mobile Clinic	2004
10	Essential Furniture Set	starting Collaborative Mobile Clinic	2004
11	Essential Furniture Set	starting Collaborative Mobile Clinic	2004
12	Essential Furniture Set	starting Collaborative Mobile Clinic	2004
13	Essential Furniture Set	starting Collaborative Mobile Clinic	2004
14	Essential Furniture Set	starting Collaborative Mobile Clinic	2004
15	Essential Furniture Set	starting Collaborative Mobile Clinic	2004

母と子の PHC プロジェクト評価グリッド

5項目	大項目	小項目	判断基準・方法	必要なデータ	情報源	収集方法
妥当性	必要性	対象地域での活動経験を有効に活用して、対象地域の特性を熟知し、受益者のニーズを的確に捉えていたか？	AMDA の対象地域の活動経験および熟知度を報告書などから確認する		計画書、報告書 プ関係者意見	既存資料 インタビュー
			受益者のニーズは、これまでの報告書と現地訪問時の聞き取り調査で確認する		報告書 プ関係者・住民の意見	既存資料 インタビュー
		ターゲットグループの選定は適切だったか？	これまでの報告書と現地訪問時の聞き取り調査で確認する		報告書 プ関係者・住民の意見	既存資料 インタビュー
		選定の過程でグループの意見を反映していたか？	対象住民から直接意見聴取を行ったか、住民およびプロジェクト関係者から確認する		報告書 プ関係者・住民の意見	既存資料 インタビュー
	優先性	対象国の開発政策との整合性？	ミ国の保健政策資料（5ヵ年計画など）を収集し、本プロジェクトの活動との整合性を確認する		ミ国の保健政策資料	ミ国政府から
		日本の援助政策と、JICA 国別事業実施計画との整合性？	わが国の援助政策および JICA ミ国事業実施計画との整合性を確認する		ODA 大綱 JICA 資料	MOFA, JICA ウェブなど
	適切性	プロジェクト計画策定、計画内容、協力手段、アプローチはニーズに即しているか？	過去の失敗事例などの教訓が計画に生かされていたか確認する		計画書、報告書 プ関係者意見	既存資料 インタビュー
			現地のレベルにあった協力形態であったか確認する		現地活動視察 住民の意見	視察とインタビュー
		途中計画が変更された場合、それは妥当であったか？	途中計画変更の理由とその変更がポジティブな効果をもたらしたかどうか確認する		報告書、プ関係者 住民意見	既存資料 インタビュー
		他のドナーとの類似事業での協力の重複はないか？	他のドナーの活動を事前に把握していたかどうか確認する		計画書、報告書 プ関係者意見 政府関係者意見	既存資料 現地インタビュー

有効性	目標達成	受益者がプロジェクトの実施により期待された効果が得られているか？	PDMプロジェクト目標に達したかどうか統計資料やプロジェクト調査資料から判断する	母子の疾病罹患率 栄養状態 保健サービスのアクセス	ミ国統計資料 プ調査データ	プ関係者から
	因果関係	プロジェクトの目標の効果はアウトプットによって引き起こされたものか？	プロジェクトの裨益を受けなかった住民に関するデータを確保して、プロジェクト対象住民のそれと比較する(プ対象地域外のあるいはサービスのアクセスのない住民などの状況)	母子の疾病罹患率 栄養状態 保健サービスのアクセス	ミ国統計資料 プ調査データ	プ関係者から
	外部条件	プロジェクト目標に至るまでの外部条件は受益者にどんな影響を与えたか？	大きな影響を及ぼす外部条件の発生有無の確認		報告書 プ関係者および住民の意見	既存資料 インタビュー
	阻害・貢献要因	目標達成の阻害と貢献要因は何であったか？	地域の特性や既存の体制の把握、NGO独自の創意工夫、効果を波及させる仕組みがあったか確認する		報告書 プ関係者 政府関係者	既存資料 インタビュー
プロジェクトスタッフに受益者の立場を共有できる人材が含まれていたか確認する				報告書、プ関係者 住民	既存資料 インタビュー	
効率性	投入の質、量、タイミング	投入はアウトプットを達成するために適正であったか？	投入機材、整備施設の汎用性や妥当性を確認する 投入金額と受益者住民の人口を比較し、常識から逸脱していないか確認する	機材リスト 活動投入金額 対象住民人口 施設の利用状況 参加状況	報告書 人口動態資料 プ調査データ プ関係者および住民の意見	既存資料 インタビュー
		施設、設備の改善や機材搬入のタイミングは適切か	投入実施に遅れはなかったかを確認する		報告書 プ関係者・利用者の意見	インタビュー
		専門家の派遣分野や派遣のタイミング実施は適切であったか？	派遣分野はプロジェクト目標達成と整合性があったか確認 専門家派遣の遅れはなかった確認する		報告書 プ関係者・利用者・参加者の意見	既存資料 インタビュー

		JICA、実施機関、受益者や他の機関からどのようなコストシェアがあったか？	受益者を含め、他の機関からのコストシェアの有無を確認するとともにその有効性を見る		報告書 プ関係者・利用者・参加者の意見 政府関係者意見	既存資料 インタビュー
	投入の現地適用性と現地リソースの有効活用	より効率的な投入の代替手段が検討され活用されたか？	より効率的な代替手段の有無およびその活用の有無を確認する		報告書 プ関係者・利用者・参加者の意見 政府関係者意見	既存資料 インタビュー
		ローカル人材、現地で入手可能な資器材が活用されたか	現地リソースの活用の有無を確認する			
		JICAのネットワークリソースを有効活用したか？	JICAのネットワークリソースを活用の有無を確認する		プ関係者 JICA 事務所	インタビュー
インパクト	上位目標達成見込み	上位目標はプロジェクトの効果として発現が見込まれるか？	上位目標の設定とプロジェクト投入の関係が適切であるかどうか確認する		PDM	既存資料
			上位目標とプロジェクト目標の指標データの相関性を確認する	乳幼児死亡率 妊産婦死亡率 疾病罹患率 栄養状態 保健サービス アクセス率	ミ国保健統計 プ調査データ	ミ国政府 プ関係者
	波及効果	受益者へのインパクトは？	プロジェクト実施は受益者の各階層に対してどのような影響を及ぼしているか確認する	住民の食生活 改善 衛生環境 衛生行動の変化	プ調査データ 住民意見	既存データ インタビュー
		受益者以外へのインパクトは？	プロジェクト対象地域以外の住民や組織に影響があったか確認する 政府・行政の制度や条例・規定への影響はあったか確認する		報告書 プ関係者 政府関係者	既存資料 インタビュー
自立発展性	事業の自立発展性	現地実施機関の組織面、技術面、財政面の自立発展性はあるか？	整備改修保健医療施設のサービス活動の自立発展性を確認する 巡回診療活動の継続の自立発展性を確認する	診療記録 巡回記録	プ調査データ 施設利用視察 プ関係者意見 政府関係者意見	既存データ 視察 インタビュー

			緊急時搬送システムの継続の自立発展性を確認する	搬送記録	プ調査データ 住民意見	既存データ 視察 インタビュー	
			参加型給食プログラムの継続の自立発展性を確認する	栄養記録			
	受益者の 便益の継 続性	受益者が活動を継続する意欲 や計画があるか		整備改修保健医療施設のサービス活動の継続の意欲と計画		活動の視察 関係者の意見 計画書 住民意見	視察 インタビュー
				巡回診療活動の継続の意欲と計画			
				緊急時搬送システムの継続の意欲と計画			
				参加型給食プログラムの継続の意欲と計画			
		受益者が活動を継続するための 資金は確保されているか		整備改修保健医療施設のサービス活動の継続性と資金確保		活動の視察 関係者の意見	視察 インタビュー
				巡回診療活動の継続性と資金確保			
				緊急時搬送システムの継続性と資金確保			
				参加型給食プログラムの継続性と資金確保			
		プロジェクト活動の便宜を確保、促進するためにプロジェクトはどのような工夫をしているか？	(必要ないように思われる)		報告書 プ関係者の意見	既存資料 インタビュー	
	横断的 視点	住民参加					
エンパワ ーメント							
ジェンダ ー・社会配 慮							
国民参加 の促進							
NGO 連携 評価		JICA 側の評価					
	NGO の評価						

評価調査のための確認事項

2005年__月__日 地域名（

） 施設名（

成果	活動	評価項目	確認事項	対象	結果
成果1	遠隔地の医療保健施設を改修整備する 地域病院の小児科関連施設を改修、整備する 医療機材、医療消耗品を既存の医療施設へ供与する	全	現地施設の改修、整備（資器材供与を含む）の実情を視察し、その活用状況などを確認する		
		妥	改修・整備・供与の必要性はあったのか	AMDA C/P	
		妥	対象となった施設、地域を選択した理由は何か	AMDA	
		妥	実施した改修・整備・供与のアプローチが適切だったか。他に適切な方法はなかったか。	AMDA C/P	
		妥	改修・整備・供与のために事前にどのような話し合いが行われたか。	AMDA C/P	

	妥当	改修・整備・供与後、サービス活動に変化があったか。もしあればどのような変化か。	AMDA C/P	
	妥当	この活動は、ミ国、本邦の方針と整合性はあるか。	AMDA C/P	不必要
	妥当	本活動に関して、過去の失敗例などを考慮に入れた取り組みを行ったか。	AMDA C/P	
	妥当	改修・整備・供与のレベルは、現地のレベルに即応したものであるか。	AMDA C/P	
	妥当	他のドナーがこれらの施設改修整備供与に関わっているか。いるとすれば、その内容とドナー名を確認する。	AMDA C/P	
	有効	サービスの質とアクセスの向上の目標達成に貢献したか。	C/P データ	
	効率	改修・整備・供与によって、利用者に対して新たな影響や効果が現れた点があるか。利用者の増減など	C/P データ 利用者	

	効率	各々の医療施設のカバーする利用対象者人口はどのぐらいか。	C/P	
	効率	予定通り改修・整備・供与ができたか。もし出来ていなとすればどのような問題があったか。	AMDA C/P	
	効率	専門家がどのように関わったか。専門分野は適切であったか。	AMDA C/P	
	効率	改修・整備・供与に対して、施設(政府、自治体)がどのような貢献をしたか。	AMDA C/P	
	効率	改修・整備・供与に必要な資器材の調達は、どこからか。	AMDA	
	効率	工事(あるいは納入)を実施した業者はどこ の会社か。	AMDA	
	インパクト	この活動が、母子の健康改善(特に乳幼児死亡率や妊産婦死亡率の減少)に影響を与えていると思われるか。	AMDA C/P データ	

	イ ン パ ク ト	改修・整備・供与に 関して、対象地域外の住 民に対して何らかの影 響を与えていることが 考えられるか。	AMDA C/P	
	自 立	整備・改修・納入の状 況を維持していくこと は可能か。	C/P	
	自 立	この施設の活動を今後 どのように発展させて いく予定であるか。	C/P	
	自 立	改修・整備・供与の結 果に関して、何か問題 を抱えているか。もし あるとすれば、その問 題をどのように解決す るつもりであるか。	AMDA C/P	

評価調査のための確認事項

2005年__月__日 地域名（

） 施設名（

）

成果	活動	評価項目	確認事項	対象	結果
成果1 ～ 2	住民参加型 巡回診療		本活動現場を視察して、活動の状況を確認する。		
	診療所併設 と診療活動	妥当	本活動の必要性はあったのか。住民からの要望はあったのか。	C/P 住民	
	保健基金 緊急移送	妥当	活動の対象の選定はどのようにしたか。どのような話し合いがあったのか。	AMDA C/P	活動
	参加型給食 プログラム	妥当	本活動の促進は、ミ国および本邦の指針と合致するのか。		
	母親対象栄養 セミナー	妥当	過去の失敗例などの教訓を生かしたプログラムとなっているか。	AMDA	
	母親保健衛生 教育	妥当	活動のレベルは現地のレベルに即応するものであったか。	C/P 住民	
	飲料水源の 開拓改修	妥当	活動内容に変更があったか。あれば、その理由は何か。変更は適切であったか。どのような討議がなされたか。	AMDA C/P 住民	
	自助保健 グループ支援				

	妥当	他のドナーの類似活動は存在するか。	AMDA C/P	
	有効	活動は当初の目標を達成しているか。	AMDA C/P	
	有効	この活動により、どのような効果、影響があったか。	AMDA C/P 住民	
	有効	この活動に問題があるとすれば何か	AMDA C/P 住民	
	有効	NGO としての創意工夫はあるか。	AMDA	
	有効	活動スタッフは誰か。	AMDA C/P	
	効率	受益者人口は何人か。	AMDA C/P	
	効率	本活動の総予算は。	AMDA	
	効率	当初計画どおり活動が実施されたか。遅れがあればその理由。	AMDA C/P 住民	
	効率	この活動にどのような本邦専門家、ミ国専門家が関わったか。適切な専門分野だったか。	AMDA C/P 住民	
	効率	専門家以外にどのような人材がこの活動に関わったか。	AMDA C/P 住民	

	効率	関係者、他組織からお コストシェアリングは あったか。	AMDA C/P 住民	
	効率	問題が発生していると すればその要因は何 か。	AMDA C/P 住民	
	効率	サービスの提供を受け ていない人はどのよう な人たちか。	AMDA C/P 住民	
	効率	この活動に住民はどの ように関わっている か。	AMDA C/P 住民	
	効率	プロジェクト対象外の 地域で同じような活動 を行っているか。	AMDA C/P 住民	
	効率	活動を実施することに よって、他の保健活動 へのしわ寄せなどはな いか。	AMDA C/P 住民	
	イン パク ト	この活動が、地域の乳 幼児死亡率や妊産婦死 亡率の低下に貢献した と思われるか。	AMDA C/P 住民	
	イン パク ト	サービスへのアクセス 数（参加者、利用者な ど）はどのように変移 しているか。	AMDA C/P 住民 データ	

	インパクト	活動によりどのような効果、影響があったか。	AMDA C/P 住民	
	インパクト	この活動は、対象地域外に何らかの影響を及ぼしていると思われるか。	AMDA C/P 住民	
	自立発展	この活動を今後継続することが可能であるか。自立発展性の可能性を確認する。	AMDA C/P 住民	
	自立	継続の意欲と計画はあるか。	AMDA C/P 住民	
	自立	もし、プロジェクト終了後は継続が困難であるとすれば、その理由は何か。	AMDA C/P 住民	
	自立	この活動は、何か問題を抱えているか。もしあるとすれば、その問題をどのように解決するつもりであるか。	AMDA C/P 住民	

トラクターの代わりに牛馬の選択はありえないのか。

給食の栄養価は計算されているのか。

身体計測は適切か。

身体計測の標準値は何か。

水質検査は実施されたかのか。

評価調査のための確認事項

2005年__月__日 地域名（

） 施設名（

）

成果	活動	評価項目	確認事項	対象	結果
成果3	保健医療従事者を対象とした母子保健および伝統医療に関する研修		本活動現場を視察して、活動の状況を確認する。		
		妥当	本活動の必要性はあったのか。保健従事者からの要望はあったか。	C/P 参加者	
		妥当	参加者の選定はどのようにしたか。	AMDA C/P	
		妥当	本活動の促進は、ミ国および本邦の指針と合致するのか。		
		妥当	過去の失敗例などの教訓を生かしたプログラムとなっているか。	AMDA	
		妥当	研修のレベルは現地のレベルに即応するか。	C/P 参加者	
		妥当	活動内容に変更があったか。理由は何か。変更は適切であったか。	AMDA C/P 参加者	
		妥当	他のドナーの類似活動は存在するか。	AMDA C/P	
		有効	研修は当初の目標を達成しているか。	AMDA C/P	

	有効	研修によるは効果、影響は何か。	AMDA C/P 参加者	
	有効	この研修に問題があるとすれば何か	AMDA C/P 参加者	
	有効	NGO としての創意工夫はあるか。	AMDA	
	有効	活動スタッフは誰か。	AMDA C/P	
	効率	参加者数は何人か。	AMDA C/P	
	効率	本活動の総予算は。	AMDA	
	効率	当初計画どおり実施されたか。遅れがあればその理由。	AMDA C/P 参加者	
	効率	この研修にどのような本邦、ミ国専門家が関わったか。適切な専門分野だったか。	AMDA C/P 参加者	
	効率	専門家以外にどのような人材がこの活動に関わったか。	AMDA C/P 参加者	
	効率	関係者、他組織からコストシェアリングはあったか。	AMDA C/P 参加者	

	効率	問題が発生しているとするならばその要因は何か。	AMDA C/P 参加者	
	効率	参加者は成果をどのように生かしているか。	C/P 参加者	
	インパクト	研修成果が、地域の乳幼児死亡率や妊産婦死亡率の低下に貢献したと思われるか。	AMDA C/P 参加者	
	インパクト	研修によりどのような効果、影響があったか。	AMDA C/P 参加者	
	インパクト	この活動は、対象地域外に何らかの影響を及ぼしていると思われるか。	AMDA C/P 参加者	
	自立発展	この活動を今後継続することが可能であるか。	AMDA C/P 参加者	
	自立	継続の意欲と計画はあるか。	C/P 参加者	
	自立	プロジェクト終了後は継続が困難であるとすれば、その理由は何か。	AMDA C/P 参加者	

		自立	この活動は、何か問題を抱えているか。もしあるとすれば、その問題をどのように解決するつもりであるか。	AMDA C/P 参加者	
--	--	----	---------------------------------------------------	--------------------	--

