

**ミャンマー連邦
ハンセン病対策・基礎保健サービス
改善プロジェクト
終了時評価調査報告書**

**平成17年3月
(2005年)**

**独立行政法人国際協力機構
人間開発部**

目 次

目 次	
序 文	
地 図	
写 真	
略語一覧	

評価調査結果要約表

第1章 終了時評価調査団の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 日本側調査団構成	2
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	3
第2章 終了時評価調査の方法	5
2-1 評価の枠組みと評価基準	5
2-2 評価方法と情報の収集	5
2-3 評価結果の分析と解釈	6
2-4 評価方法の限界	6
第3章 評価結果	7
3-1 プロジェクトの実績	7
3-1-1 投入の実績	7
3-1-2 活動の実績	7
3-1-3 成果の達成状況	13
3-2 プロジェクトの実施プロセス	17
3-3 評価5項目の評価結果	18
3-3-1 妥当性	18
3-3-2 有効性	19
3-3-3 効率性	21
3-3-4 インパクト	22
3-3-5 自立発展性	23
3-3-6 貢献要因	25
3-4 結 論	25
第4章 提言・教訓	26
4-1 提 言	26
4-1-1 プロジェクト並びに保健省に対しての提言	26

4-1-2 保健省、保健局、ハンセン病コントロールプログラムに対しての提言……	26
4-2 教 訓……	27

付属資料

1. ミニッツ（本文、合同評価報告書）……	31
2. 対象地域とサイト……	131
3. 研修対象とレファール……	132
4. ハンセン病対策課によるプレゼンテーション資料……	133

序 文

ミャンマー国においては、感染症が死因及び疾患の上位を占め、保健省は国家計画において各感染症のプライオリティーを高め、優先的に取り組んでいる。その中で、ハンセン病については、患者数が世界で上位に入る多発国となっている。

1998年10月、感染症全般に関する基礎調査団が派遣され、ハンセン病対策を中心とした技術協力の必要性が指摘された。このような背景の下、ミャンマー国政府は、日本国政府に対し、ハンセン病を中心とした感染症対策の強化と、住民に直接保健サービスを提供するスタッフの訓練を中心とした基礎保健サービスの強化を目的とした技術協力を要請した。1999年7月の事前調査団、1999年9月の短期調査員の派遣により、要請について調査・検討した結果、要請内容、実施体制ともに整っており優良案件と判断され、2000年1月の実施協議調査団の派遣を経て、2000年4月1日より5年間の計画でプロジェクトが開始されることとなった。

このたび、本プロジェクトの協力期間が残り2005年3月31日をもって終了するのに先立ち、これまでの協力内容・成果の評価をミャンマー側と共同で行うために、2004年11月14日から12月4日の日程で、終了時評価調査団を派遣した。本報告書は、その調査結果を取りまとめたものであり、今後のプロジェクトのミャンマー国政府による成果の継続に、さらには類似のプロジェクトに活用されることを願うものである。

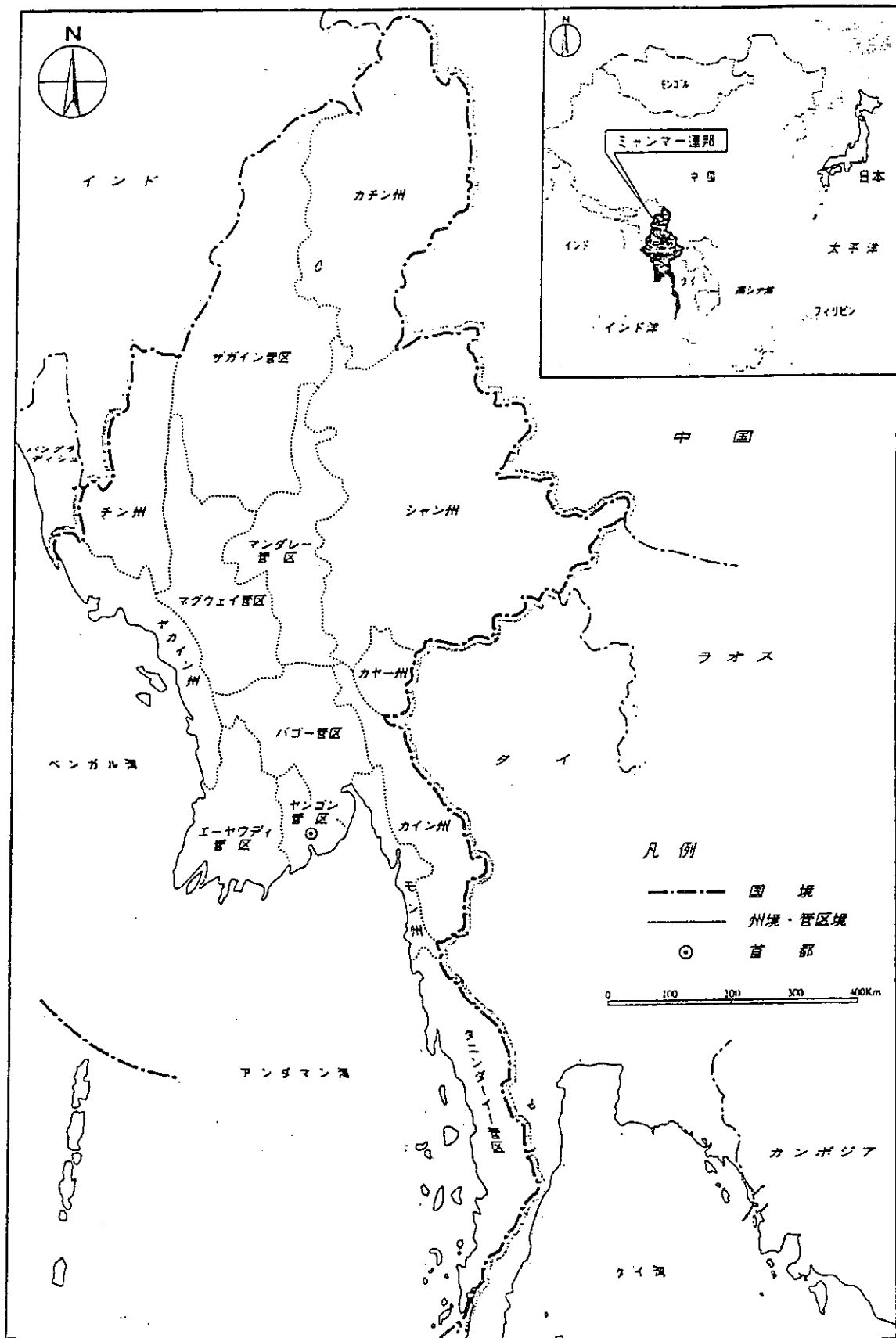
ここに、本調査にご協力をいただいた内外関係者の方々に深い謝意を表するとともに、引き続き一層のご支援をお願いする次第である。

平成17年3月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 末森 満

地図：ミャンマー連邦





障害予防の工夫



セルフケアの啓発ビデオ上映中



MCRサンダルを作製する靴技工士



ハンセン病により潰瘍を負った足



ハンセン病患者の家族支援



イエナダハンセン病病院

略 語 一 覧

略 語	英 文	和 文
BHS	Basic Health Staff	基礎保健スタッフ
CSSC	Central Special Skin Clinic	ヤンゴン総合病院特別皮膚科外来
DOH	Department of Health	保健局
DOTS	Directly Observed Treatment, Short-course	直接監視下短期化学療法
EPI	Expanded Program of Immunization	拡大予防接種計画
FY	Fiscal Year	年度
IEC	Information, Education and Communication	情報・教育・コミュニケーション
ILEP	International Federation of Anti-Leprosy Associations	世界救らい連合
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
LCBHS	Leprosy Control and Basic Health Service	ハンセン病対策・基礎保健サービス
MCR	Micro Cellular Rubber	微孔性ゴム
MDT	Multidrug Therapy	多剤併用療法
MOH	Ministry of Health	保健省
MSSC	Mandalay Special Skin Clinic	マンダレー総合病院特別皮膚科外来
NCDR	New Case Detection Rate	新規患者発見率
NGO	Non Governmental Organization	非政府組織
PAL	People Affected by Leprosy	ハンセン病患者
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
POD	Prevention of Disability	障害予防
POWD	Prevention of Worsening Disability	障害悪化予防
R/D	Record of Discussions	討議議事録
RHC	Rural Health Center	地域保健所
RP	Registered Prevalence	登録有病数
RPR	Registered Prevalence Rate	登録有病率
SRHC	Sub-Rural Health Center	准地域保健所
TCR	Treatment Completion Rate	治療完了率
TER	Terminal Evaluation Report	終了時評価報告
TOT	Training of Trainers	講師養成研修
WHO	World Health Organization	世界保健機関
YLH	Yenanthar Leprosy Hospital	国立イエナダハンセン病専門病院

評価調査結果要約表

1. 案件の概要		
国名：ミャンマー連邦		案件名：ハンセン病対策・基礎保健サービス改善プロジェクト
分野：保健医療		援助形態：技術協力プロジェクト
所管部署：人間開発部		
協力期間	2000年4月1日～2005年3月31日	先方関係機関：保健省保健局 日本側協力機関：国立国際医療センター
1-1 協力の背景と概要 ミャンマー連邦（以下、「ミャンマー」と記す）では、感染症が国民の疾患と死因の上位を占めている。保健省は第三次国家保健計画の中で主要感染症への対策に優先を置いて取り組んできた。ハンセン病も患者数が世界で五指に入る多発国となっていたため、主要感染症の1つとして重点が置かれていた。 ミャンマーは1950年代初頭から世界保健機関の指針に基づいてハンセン症対策に取り組み、専門の組織体制が図られたが、1977年からは基礎保健サービスの中に統合されるに至った。しかし、21世紀を迎えてもその制圧目標である人口1万人対1の登録患者数は達成されていなかった。 このような背景の下、基礎保健サービススタッフの訓練を通じてハンセン病と主要感染症の対策強化に協力することとなった。		
1-2 協力内容 (1) 上位目標 - プロジェクト対象地域でハンセン病制圧（新規患者発見と治療）が達成される。 - プロジェクト対象地域で障害予防・障害悪化予防、リハビリテーションに関するサービスが広く普及する。 - 新規患者発見、治療、リハビリテーションを含む包括的なハンセン病対策プログラムがミャンマー国全域に広まる。 (2) プロジェクト目標 プロジェクト対象地域で、持続的なレファーマルシステムの確立とハンセン病とその他の疾病対策に関する基礎保健スタッフ（Basic Health Staff：BHS）の技術向上に伴い、新規患者発見、治療、障害予防・障害悪化予防、リハビリテーションを含むハンセン対策プログラムが効果的に実施されるようになる。 (3) 期待される成果 - 関連する施設のスタッフ（感染症対策専任スタッフと基礎保健スタッフ）のハンセン病新規患者発見に関する能力が向上する。 - 関連する施設のスタッフ（感染症対策専任スタッフと基礎保健スタッフ）のハンセン病治療（多剤併用療法、副作用、らい反応等）に関する能力が向上する。 - 関連する施設のスタッフ（感染症対策専任スタッフと基礎保健スタッフ）、ハンセン病専門病院スタッフ、タウンシップ病院スタッフの障害予防・障害悪化予防、リハビリテ		

ーションに関する能力が向上する。 4. ハンセン病に関する研修が他の主要感染症とともに統合的に実施される。 5. ハンセン病対策プログラム管理に関するハンセン病地域事務所スタッフ、チームリーダー、郡医務官、タウンシップ医務官の能力が向上する。 6. (ハンセン病専門) 施設のレファーマル・研修機能が強化される。			
2. 評価調査団の概要			
調査者	担当業務	氏 名	所 属
	団 長	佐々木 隆宏	JICAミャンマー事務所 所長
	ハンセン病対策	牧野 正直	国立療養所呂久光明園 園長
	感染症対策	仲佐 保	国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力局 第二課 課長
	評価計画	島田 具子	JICA人間開発部感染症対策チーム
	評価分析	薄田 榮光	アイ・シー・ネット株式会社
調査期間：2004年11月14日～2004年12月 3 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 プロジェクト目標においては、概ねプロジェクト終了時までに達成される見込みである。プロジェクト目標の8指標のうち、登録有病率、新規発見率、治療完了率、多剤併用療法割合の4指標において目標値を達成していることが確認された。一方で、プロジェクト目標のうち、障害予防・障害悪化予防及びリハビリテーションに係る指標に関しては、具体的な目標値が設定されていなかったため、評価をするうえで、代替指標及び保管指標が用いられた。レファーマル施設の機能の向上、及び選定された9つのタウンシップにおける障害予防・障害悪化予防サービスの導入が確認された。また、研修を通じて、セルフケアに関する知識を習得した約3000人のBHSが育成された。 これらのプロジェクト目標の達成度は、成果の達成状況に起因している。プロジェクトの対象地域の48タウンシップで50人の専任スタッフが指導者として育成され、延べ9351人の基礎保健スタッフ（2001年は3091人、2002年は3119人、2003年は3141人）がハンセン病の新規患者発見、治療、障害予防、障害悪化予防と主要感染症に関する研修に参加した。その結果、以下の成果が確認された。 ・成果1 関連する施設のスタッフのハンセン病新規患者発見能力向上 ・成果2 ハンセン病治療に関する能力向上 ・成果3 障害予防・障害悪化予防、リハビリテーションに関する能力向上 ・成果4 ハンセン病に関する研修が他の主要感染症とともに統合される 成果5である「ハンセン病対策プログラム管理に関するハンセン病地域事務所スタッフ、チームリーダー、軍医務官、タウンシップ医務官の能力が向上する」に関しては、効果的な実施のため郡医務官及びタウンシップ医務官の参加はなく、PDM上の活動より小規模のものにはなかったものの、参加したメンバーのワークショップに対する評価は良く、研修内容である疫学統計・プロジェクト管理、ハンセン病の正しい診断に関しては知識が向上したと見られる。 成果6の施設のレファーマル・研修機能の強化においても、施設整備、技術支援、研修を通じ該当施設の検査サービスの質及び量（手術数やレファーマルシステムの有無）において進捗が見られ、レファーマル及び研修機能の強化が確認された。			

一方で、プロジェクトの前半期間においてはハンセン病制圧という国家目標を達成することに先方の意向が集中していたため、障害予防・障害悪化予防に係る活動に関しては、教材開発及び人材育成が達成されるまでの状況にある。今後は、ハンセン病対策課の障害予防・障害悪化予防の主体的実施が求められるとともに、プロジェクトとしては、障害者サーベイの分析を終了し、その結果に基づき、それぞれのタウンシップのアクションプランを作成する活動が実施される予定である。

3-2 プロジェクトの実施プロセス

(1) 「効果発現に貢献した要因」

プロジェクトの前半は、活動の重点の置き方について、カウンターパート（C/P）とJICA専門家との意見の相違が見られたが、運営指導調査後、プロジェクトリーダーの活動拠点をそれまでのマンダレーからヤンゴン事務所に置いて中央とのコミュニケーションを密にしたことによって、問題の解決が図られた。

(2) 「問題点及び問題を隆起させた要因」

プロジェクトの対象地域が広大で、かつ対象レベルとしてプライマリーヘルスケアから第3次予防までカバーするため、プロジェクトの管理とモニタリングの強化が重要な課題であった。

しかし、PDMの指標に沿って全体像を把握するための適切なモニタリング方法が、関係者で共有されておらず、運営指導調査と中間評価のみが、プロジェクトの進捗の全体像を見直す機会となっていた。このことが、あまり現実的でない指標の見直しや追加活動に付随する成果の再解釈など、本来PDMに反映すべき改訂内容がそのままにされる原因となった。

3-3 評価結果の要約

(1) 妥当性

プロジェクトの妥当性は終了時評価時点でも依然高い。

プロジェクトの上位目標であるハンセン病の制圧は世界保健機関が主導する国際的な優先事項であり、またミャンマーの保健計画・ハンセン病対策プログラム、JICAの国別事業実施計画、ハンセン病患者・保健従事者のニーズに合致している。一般医療サービスにハンセン病医療を統合するという方向に則った研修の方法も適切であった。

(2) 有効性

プロジェクトの成果は、プロジェクト目標達成に有効である。

現在までに、全48タウンシップにおいてほぼ成果は成功裏に達成されている。保健スタッフの研修実施を通じてハンセン病新規患者発見に関する能力、ハンセン病治療に関する能力、障害予防・障害予防悪化、リハビリテーションに関する能力が向上し、ハンセン病制圧と医療サービスの向上に貢献した。また、主たる施設のレファールと研修機能の強化も達成しており、プロジェクトの目標は終了時まで十分に達成される見込みである。

(3) 効率性

プロジェクト活動はほぼ効率的に成果につながった。

投入は人材育成の強化のみならず、ハンセン病関連の施設の研修やサービス強化をもたらした。ただ、研修を受けたスタッフの日常的な人事異動やキーパーソンの配置の遅れという点で、活動を遅らせている側面があった。

(4) インパクト

ミャンマー国ハンセン病対策プログラムとプロジェクトとの相乗効果により、想定されていたインパクトがある程度発現した。

上位目標であるミャンマー全国のハンセン病制圧は、その国家目標である1万人に1人以下の割合を全国平均で達成している。当初想定されていなかったインパクトとして、ハンセン病患者や家族に対する関係者の意識が高まったこと、9タウンシップの障害予防・障害悪化予防サービスが国家戦略へ統合されたこと、基礎保健サービススタッフの統合研修の必要性に関する認識が高まったことがあげられる。これは、日本のハンセン病元患者が、プロジェクトを通じてミャンマーハンセン病患者の事情を知り、マヤンジャンにおいて小学校建設費用を寄付し、その動きが日本国内でも新聞に取り上げられるなど、日本国内における意識や認識が高まったことからわかる。ミャンマー側も同様に、ハンセン病の障害予防・障害悪化予防、リハビリテーションへの一般医療スタッフの関与により、一般保健医療スタッフのハンセン病患者・元患者への認識・態度が良くなったことがプロジェクト専門家より報告された。プロジェクトは48タウンシップのうち9タウンシップに障害予防・障害悪化予防を導入し、今後の展開の基礎を築いた。

また、プロジェクトが実施したMCR (Micro Cellular Rubber) サンドル (障害にやさしい履物) の採択で、単純潰瘍を持った20症例のうち60%が治癒し、30%が軽快したことから、普及件数に応じた直接的なインパクトの拡大 (治療と予防効果) が今後予想される。

(5) 自立発展性

ハンセン病対策の新規患者発見や治療に関する持続性は確保されているものの、プロジェクトが導入したほとんどの障害予防・障害悪化予防は新たな資源が確保されなければ自立発展性は難しいと想定される。

レファーマル施設に関しては、プロジェクトで向上した機能とサービスの自立発展には、慢性的なスタッフ不足と頻度が高い人事異動への対策が鍵となる。保健局は基礎保健サービススタッフの統合研修に強い関心を持っているものの、予算の割り当てを含む体制の整備までには至っていない。

(6) 貢献要因

ハンセン病対策プログラムに対する強いミャンマー政府の政治的な関与と支援がプロジェクト実施の促進要因として働いた。

3-5 結 論

プロジェクトの妥当性は依然高く、プロジェクトで産出した成果はプロジェクト目標達成に有効である。プロジェクトの目標は終了時までには十分達成される見込みである。

プロジェクト活動はほぼ効率的に成果につながったものの、研修を受けたスタッフの日常的な人事異動や鍵となる人の配置の遅れという点で、活動を遅らせている側面があった。

上位目標でもあったハンセン病制圧という国家目標は、プロジェクト実施中に目標値を達成した。また、プロジェクトのMCRサンドルの普及がハンセン病患者・元患者の障害予防・治療にある程度のインパクトをもたらすことが想定されること、プロジェクト実施によってハンセン病患者や家族に対する関係者の意識が高まったこと、9タウンシップの障害予防・障害悪化予防サービスが国家戦略へ統合されたこと、基礎保健サービススタッフの統合研修の必要性に関する認識が高まったことなど、直接・間接的なインパクトがすでにある程度発現している。

ハンセン病対策の中で、新規患者発見や治療に関する持続性は確保されているものの、障害

予防・障害悪化予防は資源が確保されることが必要で、自立発展性までに時間を要すると考えられる。

4-1 提言

4-1-1 プロジェクト並びに保健省に対しての提言（短期：プロジェクトの終了まで）

- (1) プロジェクトは障害者サーベイの分析を終了し、その結果に基づき、それぞれのタウンシップのアクションプランを作成する。
- (2) ミャンマー国保健省保健局は、ミャンマーの他地域への拡大を目指しての障害予防／障害悪化予防のアクションプランを作成し、その計画に基づき、2004年12月20日までにJICAミャンマー事務所へフォローアップ計画を提出する。
- (3) ミャンマー国保健省保健局は、効果的な技術協力を維持するために国立イエナダハンセン病専門病院の必須のポスト（院長と看護部長）への人材配置を可及的速やかに実施する。
- (4) プロジェクトは国立イエナダハンセン病専門病院とマンダレー特別皮膚科クリニックをレファール施設として強化する。
- (5) ハンセン病対策課は、ミャンマーで2004年2月に実施予定の障害予防／障害悪化予防国際専門委員会（POD/POWD Consultative Meeting）を主体的に実施し、これをドナーや他国へのプロジェクトの経験を共有する機会とする。

4-1-2 保健省、保健局、ハンセン病コントロールプログラムに対しての提言（長期：プロジェクトの終了後）

- (1) 国レベルのハンセン病の制圧レベルを維持するとともに、タウンシップレベルにおいて制圧を達成するように取組みを強化する。
- (2) 障害予防/障害悪化予防が導入されたタウンシップに靴技工士を配備する。
- (3) プロジェクト活動に関連した基本保健サービススタッフの業務成果評価のための調査を実施し、その結果と成果を基本保健サービススタッフ育成のためのシステム開発のために利用する。
- (4) ハンセン病による障害者のリハビリテーションは、他の障害者と統合された形で進めることが望ましい。
- (5) 国立イエナダハンセン病専門病院の研修施設をプロジェクト終了後も有効活用する。
- (6) 国立イエナダハンセン病専門病院をはじめとするレファール施設（マンダレー特別皮膚科クリニック、中央特別皮膚科クリニック）を強化する。

4-2 教 訓

- (1) ハンセン病対策に関する再研修を予算化し、人事異動によりプログラムの実施運営に支障をきたさないような制度作りを実施する重要性が確認された。
- (2) プロジェクトは、基礎保健スタッフの研修をハンセン病と他の感染症疾患に関する研修と統合させた形式で実施することにより、医療従事者の研修を効果的かつ効率的に行うことができた。
- (3) プロジェクトの実施プロセスの経過中、中央レベルのC/Pは人事の交代もすることなく、継続的にこのプロジェクトに関わるとともに、日本人専門家と良い関係を進めたことが、プロジェクトの効果と効率性を生み出した要因として評価できる。
- (4) プロジェクトは、中央レベルだけでなく、フィールドレベルでも活動を実施し、フィールドレベルからのフィードバックを中央レベルの計画に有効に活用した。また、プロジェクトでは定期的に三管区会議（プロジェクト対象のサガイン管区・マンダレー管区・マグウェイ管区のハンセン病担当官による合同連絡会議）を開催することにより、保健省関係者の中央から中間レベルまでのお互いの理解を促進することができた。
- (5) PDM上の指標が入手困難、もしくは現状に即したものではないことが確認されたときには、適宜をとらえてC/Pと関係者間で協議を行い、現状を適切に反映した形に改定する必要があることを認識した。

第1章 終了時評価調査団の概要

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）においては、感染症が死因及び疾患の上位を占め、保健省は国家計画において各感染症のプライオリティーを高め、優先的に取り組んでいる。その中で、ハンセン病については、患者数が世界で上位に入る多発国となっている。同国では、1950年代初頭からWHOの指導を受けてハンセン病対策に取り組み、ハンセン病対策のための専門スタッフが養成され組織化されていたが、1977年から基礎保健サービスの中に統合され、従来ハンセン病だけをターゲットにして活動してきた専門スタッフと全般の一次医療サービスを行うスタッフとが共存する中で、ハンセン病の多剤療法が試行的に導入され、1991年には全国に広げられた。その成果としてある程度の有病率の低下が見られたが、ハンセン病の早期発見が適切になされている状況ではなく、またハンセン病患者のケア・リハビリテーションも不十分な状況にあった。

1998年10月、感染症全般に関する基礎調査団が派遣され、ハンセン病対策を中心とした技術協力の必要性が指摘された。このような背景の下、ミャンマー国政府は、日本国政府に対し、ハンセン病を中心とした感染症対策の強化と、住民に直接保健サービスを提供するスタッフの訓練を中心に基礎保健サービスの強化を目的とした技術協力を要請した。1999年7月の事前調査団、1999年9月の短期調査員の派遣により、要請について調査・検討した結果、要請内容、実施体制ともに整っており優良案件と判断され、2000年1月の実施協議調査団の派遣を経て、2000年4月1日より5年間の計画でプロジェクトが開始されることとなった。

協力終了を2005年9月に控え、これまでの活動のレビューを行い、評価5項目の観点からプロジェクトを評価するとともに、プロジェクト終了後のミャンマー国政府による成果の継続に向けた提言を行うことを目的とし、終了時評価調査を実施した。

終了時評価調査団の主な活動は以下のとおり。

- (1) プロジェクト関係者との意見交換、並びに活動現場の視察により、プロジェクトの実績把握と成果の確認を行った。
- (2) ワークショップ・協議を通じて、現在までの活動状況を合同でレビューするとともに、評価5項目の観点から、プロジェクトの評価を行った。
- (3) 評価結果から教訓を導き出した。プロジェクト終了までの活動に対する短期的な提言と、プロジェクトの終了後のミャンマー政府による成果の継続に向けた長期的な提言を行った。
- (4) 調査、協議結果を協議議事録（ミニッツ）に取りまとめ、合同調整委員会にて承認した。

1-2 日本側調査団構成

氏 名	分 野	所 属	期 間
佐々木 隆宏	団長（現地参団）	JICAミャンマー事務所 所長	11.24～12.3
牧野 正直	ハンセン病対策	国立療養所邑久光明園 園長	11.23～12.4
仲佐 保	感染症対策	国立国際医療センター国際医療協力局派遣 協力局第二課 課長	11.23～12.4
島田 具子	評価計画	JICA人間開発部感染症対策チーム 職員	11.23～12.4
薄田 榮光	評価分析	株式会社アイ・シー・ネット	11.14～12.4

1-3 調査日程

日順	月 日	曜 日	薄田団員	佐々木団長／牧野団員／ 仲佐団員／島田団員
1	11月14日	日	薄田団員・バンコク経由ヤンゴン着 JL717 (10:55～15:55) TG305 (18:00 ～18:45)	
2	11月15日	月	JICAミャンマー事務所&プロジェクト 事務所打合せ 保健省保健局 (DOH) 訪問 専門家からのブリーフィング	
3	11月16日	火	Leprosy課へのインタビュー 専門家へのインタビュー	
4	11月17日	水	専門家へのインタビュー PM 移動 (ヤンゴン→マンダレー)	
5	11月18日	木	サガイン管区 Divisional Health Office, District Hospital, RHC, SRHC, Amarapura TS Hospital	
6	11月19日	金	マンダレー特殊皮膚科外来 (MSSC) 国立イエナダハンセン病専門病院	
7	11月20日	土	PM 移動 (マンダレー→ヤンゴン)	
8	11月21日	日	資料整理	
9	11月22日	月	AM WHO、ILEPへのインタビュー PM C/P、専門家へのインタビュー	
10	11月23日	火	AM 専門家へのインタビュー PM ヤンゴン特殊皮膚科外来 (CSSC) インタビュー 調査進捗報告	牧野団員、仲佐団員、島田団員、 バンコク経由ヤンゴン着 JL717 (10:00～15:55) TG305 (18:00～18:45)
11	11月24日	水	8:30 JICAミャンマー事務所にて意見交換 11:00 CSSC訪問	

			13:00 保健省国際課表敬訪問 14:00 在ミャンマー日本大使館表敬訪問 15:30 保健局長表敬訪問
12	11月25日	木	9:00 マヤンジャン病院訪問 14:00 C/Pとの意見交換（保健省保健局、ハンセン病対策課）
13	11月26日	金	13:00 専門家との意見交換
14	11月27日	土	10:00 C/PとのDiscussion 合同評価報告書案作成
15	11月28日	日	合同評価報告書案作成 AM 移動（ヤンゴン→マンダレー）
16	11月29日	月	合同評価報告書案作成 国立イエナダハンセン病専門病院 MadayaT/S Hospital, RHC 16:55 移動（マンダレー→ヤンゴン） 合同評価報告書案検討
17	11月30日	火	8:30 JICAミャンマー事務所への中間報告 13:00 合同評価検討会
18	12月1日	水	9:00 C/Pとの協議、合同評価報告書案作成
19	12月2日	木	AM 合同調整委員会 PM 合同評価報告書最終確認 19:00 DOH主催夕食会 ミニッツ署名・交換
20	12月3日	金	AM 国立リハビリテーション病院視察 PM 調査団主催昼食会 在ミャンマー日本大使館報告、JICAミャンマー事務所報告 ヤンゴン発バンコク着（夜行便でバンコク発） TG306(19:45-21:25) JL704(22:55-06:35)

1-4 主要面談者

(1) ミャンマー側関係者

Dr. Tin Win Maung	Director General, DOH
Dr. Ye Myint	Deputy Director General (Disease Control/ Public Health)
Dr. Hla Pe	Deputy Director General (Medical Care), DOH
Dr. Hla Hla Aye	Director, International Health Div., MOH
Dr. Kyaw Nyunt Sein	Director, Disease Control, DOH
Dr. SanShwa Wynn	Director, Public Health, DOH
Dr. Tin Min	Director, Medical Care
Dr. Kyaw Myint	Deputy Director, Leprosy Control
Dr. Zaw Win	Assistant Director, Leprosy Control
Dr. Kyaw Kyaw	Leprosy Specialist, CSSC

Dr. Nilar Tin	BHS Section, Public Health
Dr. Myat Thida	National Yenanthar Leprosy Hospital

Dr. Tin Myint	National Consultant on Leprosy Control Program, WHO
Dr. Kyaw Lwin	National Consultant on Leprosy Control Program, WHO
Dr. Maung Maung Gyi	National Consultant on Leprosy Control Program, WHO

Dr. Saw Lwin	Consultant on Leprosy Control & BHS Project
--------------	---

(2) 日本側関係者

Mr. Yuji Kimura	2 nd Secretary, Embassy of Japan
Mr. Tsunenori Aoki	Project Formulation Officer, JICA Myanmar Office
Mr. Kazato Saeki	Assistant Resident Representative, JICA Myanmar Office

Dr. Yutaka Ishida	Chief Advisor, Expert Team, LCBHS Project
Mr. Hiedemoto Tanaka	Coordinator, LCBHS Project
Dr. Yuko Tada	Expert on Leprosy Control, LCBHS Project
Ms. Mika Fujita	Expert on Nursing, LCBHS Project
Mr. Takeshi Yamaguchi	Short Term Expert, LCBHS Project
Mr. Itsuki Nagato	Short Term Expert, LCBHS Project
Ms. Eiko Sagae	Short Term Expert, LCBHS Project

第2章 終了時評価調査の方法

2-1 評価の枠組みと評価基準

JICA事業評価では、「JICA事業評価ガイドライン-改訂版」を指針に、プロジェクトの実績と実施プロセスを把握し、プロジェクトの妥当性、効率性、有効性、インパクト、自立発展性を総合的に検証する。

終了時評価調査はプロジェクト終了間際実施する。終了時評価調査チームは、調査の前に、実施協議調査の討議議事録（R/D）とプロジェクトの目標や主な活動、達成指標、リスクなどが記載されているPDMの内容を確認し、評価方法を定める。

以下に評価5項目の基準を示した。終了時評価調査では、妥当性、効率性、有効性の検証に重点を置く。インパクトと自立発展性は終了時評価時点での見込みである。

（1）妥当性

妥当性は、プロジェクトの上位目標やプロジェクト目標が、ミャンマーの保健計画や日本の政府開発援助の方針、ターゲットグループのニーズに合致しているかどうか、プロジェクトの戦略としての適切さを判断する評価の視点である。

（2）有効性

有効性は、プロジェクトによって産出された成果により、どの程度プロジェクト目標が達成されたのか、あるいは達成が見込まれるのかという視点に立脚する。

（3）効率性

効率性は実施過程の中で、様々な投入がいかに効率的に成果に結びつけられたか、もっと効率的な手段がなかったかを判断する評価の視点である。

（4）インパクト

インパクトとはプロジェクト実施の結果、起こる影響や変化を評価する視点である。インパクトには、上位目標に対する影響のほか、直接的・間接的な影響・変化、望ましい、あるいは望ましくない影響・変化など様々な視点が含まれる。

（5）自立発展性

自立発展性は、外部からの支援がなくなった場合でもプロジェクトの便益が持続するかどうかという視点に立脚する。

2-2 評価方法と情報の収集

2000年2月に署名されたR/Dと2003年2月の中間評価時に改訂されたPDMver 1（参照：付属資料1. Joint Evaluation Report（JER）-Appendix 1）を基に、終了時評価調査の評価方法を検討した。この検討の結果は、主な調査項目ごとに、必要なデータ・情報入手先や情報収集手段などをマトリックス形式に表した評価グリッド（参照：JER-Appendix 2）にまとめられている。

情報の信頼性を高めるために、既存の報告書のほか、プロジェクトからの提供資料や質問票（参

照：JER-Appendix 3）への回答、面談者リストにある（参照：JER-Appendix 4）複数の関係者へのインタビュー、保健局ハンセン病課との協議、活動現場の直接視察など、異なる方法によるデータ・情報入手の方法を併用した。

2-3 評価結果の分析と解釈

事前の調査と現地調査で得られた情報を評価設問ごとに回答を整理・分析したものが評価結果表（参照：JER-Appendix 5）である。これらの情報と関係者との協議を基に終了時評価時点でのプロジェクトの実績と評価5項目の視点からプロジェクトの評価を行った。また、阻害・貢献要因の分析や提言・教訓を評価結果から抽出し、それらについて関係者との合意形成を行った。

2-4 評価方法の限界

評価調査は、計画された評価方法に沿って実施されたが、プロジェクトの特徴として、次のような限界があることを指摘しておく。

- （1）プロジェクトが対象とする地域とサイト（参照：付属資料2. 対象地域とサイト）は広大であり、対象とする研修・技術協力分野は基礎医療から第3次医療レベルまでと広範囲にわたる（参照：付属資料3. 研修対象とレファラール）。48タウンシップ¹のリスト（参照：JER-Appendix 6）に示されているように面積は7万2500平方キロメートルと北海道程度の地域を対象としている。9つの選ばれたタウンシップまでマンダレーからそれぞれ一往復するとしても、全行程で4480キロメートルになる。プロジェクト活動サイトもヤンゴン・マンダレーに分かれている。このような制約の中で、評価調査による情報の収集先とサンプル数は、限られたものにならざるを得なかった。
- （2）中間評価でPDMは改訂されたものの、実際に行われた活動とPDMで示されていた内容が一致していない部分があった。設定された指標の一部は、その代表性に問題があった。また、一部の指標は目標設定が難しいにもかかわらず、そのままにされていた。プロジェクト目標の達成に関連する活動が実施されていると思われるにもかかわらず、「成果」として記載されていない部分もあった。評価期間中にこれを検討したため、評価調査の効率性に影響を及ぼした。

¹ 地方行政機構として14の州・管区の下に人口10万人程度の324のタウンシップ（町区）がある。保健サービス体制はこのタウンシップを中心にタウンシップ病院があり、都市部には都市保健センターや母子保健センターが置かれている。また、地方には地域保健センター（RHC）、サブ地域保健センター（SRHC）が置かれている。このほか、タウンシップ3～5をまとめた郡があり、郡病院（District Hospital）がある。

第3章 評価結果

3-1 プロジェクトの実績

3-1-1 投入の実績

2000年4月のプロジェクト開始から2005年3月までに、プロジェクトの活動に対してそれぞれ日本側、ミャンマー側から次のような投入が行われた（計画を含む）。

（1）日本側の投入

プロジェクト開始以来、日本人長期専門家と33人の短期専門家がプロジェクトに派遣された。2005年3月までには専門家の数は、300人／月に達する見込みである。プロジェクトに参加した専門家の名前と専門分野のリストは派遣専門家リスト（参照：JER-Appendix 7）に記載されている。

プロジェクト開始以来、10人のカウンターパート（C/P）が日本の様々な機関で研修を受けた。2005年3月末までにさらに7人が派遣される予定なので、2005年3月までには派遣C/Pの数は、40人／月に達する見込みである。派遣C/Pの名前と役職、主な受入先のリストは研修員受入れリスト（参照：JER-Appendix 8）に記載されている。

日本から供与された主な機材と供与先、品数、金額は提供機材リスト（参照：JER-Appendix 9）に記載されている。1万1247品数の機材が48タウンシップの病院とヤンゴンの特別皮膚科クリニック（Central Special Skin Clinic：CSSC）とマンダレーの特別皮膚科クリニック（Mandalay Special Skin Clinic：MSSC）、国立イエナダハンセン病専門病院（Yenanthar Leprosy Hospital：YLH）などに、診断検査機材、再建手術機材、研修機材等として供与された。

日本側ローカルコスト負担として2004年10月末までに1億4600万円が支出された（参照：JER-Appendix 10）。これらには、国立イエナダハンセン病専門病院の研修センターや検査室の改修、マンダレーとヤンゴンの特別皮膚科クリニックの改修が含まれている。

（2）ミャンマー側の投入

ミャンマー側のハンセン病対策にかかる予算は、2000年から2004年まで、計2億9500万チャット（1640万円）が計上され、支出された。2000年から2002年までは年約5200万チャットだったが、2003年と2004年には連続して24%以上増加した（参照：JER-Appendix 11）。

このほか、ミャンマー側から次のような投入があった。

- ・C/Pの配置
- ・ヤンゴンとマンダレーのプロジェクト事務所の提供
- ・プロジェクト供与機材の国内輸送費
- ・プロジェクト供与機材の維持・管理費
- ・プロジェクトによって建設・改修された施設の維持・管理費

3-1-2 活動の実績

プロジェクトは、成果を出すために、ほぼ必要な活動を実施した。しかし、実際の活動は、PDMに沿った形で整理されていなかった。PDM上に記載された活動について詳細実施計画が作

成されておらず、個々の活動を成果ごとに分離できないものもあった。ここでは、PDMに記載されている計画に沿ってできる限り実際に行われた活動を分離した。どのカテゴリーにも当てはまらない活動は、欄外に追記した（3-xのように活動番号に「x」が付けてある）。

（1）新規患者発見への支援

PDM上の活動		実際の活動実績
1-1	情報・教育・コミュニケーション（IEC）教材・資材作成への支援を行う。	・ IEC冊子と教育用教材・教科書リスト（参照：JER-Appendix 12）に示されているように、ハンセン病啓発キャンペーンの冊子をはじめ、新規患者発見を支援する必要なIEC教材・冊子が作成された。
1-2	教材を作成する。	・ IEC用の冊子と教育用教材・教科書リスト（参照：JER-Appendix 12）に示されているように、新規患者発見のみならず、治療や障害予防・障害悪化予防を含めた教材が作成された。
1-3	訓練を行う。	・ 2001から2003年の間、ヤンゴンの中央特別皮膚科クリニック（CSSC）の研修棟で専任スタッフ²を対象とした教育者研修（TOT）を毎年実施した。 ・ 2001から2003年の間、TOTを受けた専任スタッフは48タウンシップの基礎保健スタッフ（BHS）³を対象に、3～4日間のBHS研修を各タウンシップで毎年実施した。BHS研修（参照：JER-Appendix 13）に示されているように、新規患者発見は、ハンセン病治療と障害予防・障害悪化予防、マラリア、結核など他の主要感染症に対する研修の一部としてカリキュラムに組み込まれた。
1-4	ハンセン病地域事務所を通じてデータ保存を行うことによって情報システムを改善する。	・ 疫学情報システム（Epi-info）を含めた研修がハンセン病専任スタッフに実施された。
1-5	サーベイランスシステムを構築する。	・ 実施されていない。

² ミャンマー保健省保健局の保健組織では、6つの疾病対策（結核、昆虫媒介性感染症、拡大予防接種、ハンセン病、トラコーマ・失明予防、エイズ）に従事するそれぞれの疾病対策専任のスタッフが中央レベルから、州・管区、さらには各タウンシップレベルまで配置されている。英語ではVertical staffとなっている。「専任スタッフ」とした場合は、これら6つの疾病に従事する専任スタッフを指し、「ハンセン病専任スタッフ」とした場合は、ハンセン病対策に配置されている専任スタッフをここでは指している。

³ Health Assistant, Public Health Supervisor I, Lady Health Visitor, Midwife, Public Health Supervisor II, Multipurpose Worker / Vaccinatorらを指している。

(2) 治療のための研修を提供する

PDM上の活動		実際の活動実績
2-1	計画とカリキュラムを作成する。	・保健局の各疾患対策部門を巻き込んだ合同BHS研修プログラムがハンセン病対策部門によって調整され、計画された。 ・IEC冊子と教育用教材・教科書リスト（参照：JER-Appendix 12）に示されているように、治療のみならず、新規患者発見や障害予防・障害悪化予防を含めた教材が準備された。
2-2	教育資料・教材を準備する。	
2-3	訓練・研修に必要な機材を提供する。	・48タウンシップ・病院にBHS研修のための研修・プロモーション機材、検査器具、外科用器具等が提供された。
2-4	講師教育訓練を実施する。	・2001から2003年の間、ヤンゴンの中央特別皮膚科クリニック（CSSC）の研修棟で専任スタッフを対象とした教育者研修（TOT）を毎年実施した（1-3と同じ）。 ・2001から2003年の間、TOTを受けた専任スタッフは48タウンシップの基礎保健スタッフ（BHS）を対象に、3～4日間のBHS研修を各タウンシップで毎年実施した。BHS研修（参照：JER-Appendix 13）に示されているように、治療は、ハンセン病新規患者発見と障害予防・障害悪化予防、マラリア、結核など他の主要感染症に対する研修の一部としてカリキュラムに組み込まれた。
2-5	教育訓練コースを開く。	
2-6	研修参加者の理解度を測る。	・48タウンシップのうち、8タウンシップの86人に対してBHS研修内容の理解に関する実施前・実施後の評価試験を実施した。

(3) 障害予防・障害悪化予防とリハビリテーションのための訓練・研修を提供する

PDM上の活動		実際の活動実績
3-1	計画とカリキュラムを作成する。	・保健局の各疾患対策部門を巻き込んだ合同研修プログラムがハンセン病対策部門によって調整され、計画された（2-1と同じ）。 ・IEC冊子と教育用教材・教科書リスト（参照：JER-Appendix 12）に示されているように、障害予防・障害悪化予防とリハビリテーション、新規患者発見や治療を含めた教材が準備された（2-2と同じ）。 ・イエナダ病院にて、再建手術と履物職⁴実技研修を実施する。
3-2	教育資料・教材を準備する。	

⁴ 英語ではshoe makerとしている。しかし、研修対象となったのは病院の一般職員で、技能そのものは、足底保護・足底潰瘍治療サンダルなど、障害にやさしい履物の作製、スプーンや工具など生活・仕事に必要な日常器具の改良による障害予防器具の作製である。

3-3	訓練・研修に必要な機材を提供する。	・ IEC冊子と教育用教材・教科書リスト（参照：JER-Appendix 12）に示されているように、障害予防・障害悪化予防のみならず、新規患者発見や治療面を含めた教材が準備された（2-3と同じ）。 ・ 再建手術に必要な医療機材が9つのタウンシップに提供された。 ・ 履物職に必要な道具が9つのタウンシップに提供された。
3-4	講師教育訓練を実施する。	・ 2001から2003年の間、ヤンゴンのCSSCの研修棟で専任スタッフを対象とした教育者研修（TOT）を毎年実施した（1-3と同じ）。
3-5	教育訓練コースを開く。	・ 2001から2003年の間、TOTを受けた専任スタッフは48タウンシップの基礎保健スタッフ（BHS）を対象に、3～4日間のBHS研修を各タウンシップで毎年実施した。BHS研修（参照：JER-Appendix 13）に示されているように、障害予防・障害悪化予防は、ハンセン病新規患者発見と治療、マラリア、結核など他の主要感染症に対する研修の一部としてカリキュラムに組み込まれた。 ・ 国立イエナダハンセン病専門病院にて4回の再建手術研修が実施された。 ・ 専任スタッフに対して2回の障害予防・障害悪化予防に関する研修を実施した。 ・ 3回の履物職に関する実施研修が行われた。
3-6	研修参加者の理解度を測る。	・ 48タウンシップのうち、8タウンシップの86人に対してBHS研修内容の理解に関する実施前・実施後の評価試験を実施した（2-6と同じ）。
3-x		・ 9つの選定されたタウンシップの関係者に対して、障害予防・障害悪化予防に関するアドボカシーミーティングを実施した。
3-x		・ 障害予防・障害悪化のパッケージサービス（障害サーベイ、セルフケア、リアクション管理、障害にやさしい履物⁵の改良サービス、再建手術、足底部潰瘍の管理、レファラールシステム）を9つの選定されたタウンシップに導入した。
3-x		・ ハンセン病による身体的障害や社会的な影響を受けている当事者や家族（PAL）に対する裁縫研修を通じた安全な仕事モデル開発が実施された。

⁵ 後遺症による障害を持ち、傷つきやすい足底部に対して、軽い材質とフィットした改良型サンダルを導入することにより、潰瘍や障害の悪化を予防する。

(4) ハンセン病以外の主要感染症に関する訓練・研修を行う

PDM上の活動		実際の活動実績
4-1	ハンセン病以外の主要感染症に関する教育カリキュラムを準備する。	・ IEC冊子と教育用教材、教科書リスト（参照：JER-Appendix 12）に示されているように、マラリア、結核、HIV/エイズ、予防接種、トラコーマに関する教材がハンセン病の新規患者発見や治療、障害予防・障害悪化予防とリハビリテーションを含め準備された（2-2と同じ）。
4-2	講師教育訓練を実施する。	・ 2001から2003年の間、ヤンゴンのCSSCの研修棟で専任スタッフを対象とした教育者研修（TOT）を毎年実施した（1-3と同じ）。
4-3	ハンセン病関連の研修コースの一部分として他の疾患についての訓練・研修を実施する。	・ 2001から2003年の間、TOTを受けた専任スタッフは48タウンシップの基礎保健スタッフ（BHS）を対象に、3～4日間のBHS研修を各タウンシップで毎年実施した。BHS研修（参照：JER-Appendix 13）に示されているようにマラリア、結核、予防接種のほか、2003年にはHIV/エイズとトラコーマが研修の一部としてカリキュラムに組み込まれた。 ・ 専任スタッフへのTOTを含め、計6回の顕微鏡研修をハンセン病の皮膚標本を含む、結核、マラリアの標本作成・鏡検の研修を国立イエナダハンセン病専門病院研修センターで実施した。
4-4	研修員の理解度を測る。	・ 48タウンシップのうち、8タウンシップの86人に対してBHS研修内容の理解に関する実施前・実施後の評価試験を実施した（2-6と同じ）。 ・ 2004年に顕微鏡の研修成果に関する2回のフィールド評価を実施した。
4-x		・ BHS研修についてBHSを含めた、専任スタッフ、関係者でBHS研修評価ワークショップを2004年9月に実施した。

(5) プログラム管理に関する訓練・研修を実施する

PDM上の活動		実際の活動実績
5-1	計画とカリキュラムを作成する。	・ 必要な準備が実施された。
5-2	教育資料・教材を準備する。	・ 地域ハンセン病事務所職員、ハンセン病専任スタッフのチームリーダーに対して、(1)疫学・情報、(2)プロジェクト管理、(3)ハンセン病診断に関する能力向上ワークショップを実施した。
5-3	訓練・研修に必要な機材を提供する。	
5-4	講師教育訓練を実施する。	
5-5	教育訓練コースを運営する。	・ ブラジルのハンセン病国際会議に出席した。
5-6	研修員の理解度を測る。	・ 実施されていない。

(6) ハンセン病病院の機能を強化する

PDM上の活動		実際の活動実績
6-1	YLHに訓練・研修センターを建設する。	・マンダレーから100キロ離れた国立イエナダハンセン病専門病院（YLH）敷地内に、顕微鏡研修・再建手術研修を行う研修棟と宿泊棟が建設された。 ・必要な研修機材・家具等が整備された。
6-2	YLHの検査室を改善する。	・YLHの検査室が改修された。 ・研修機能をも加えた検査機材が整備された。
6-3	YLHの手術室を改善する。	・YLHの手術室が改修された。 ・手術室に必要な手術器具や医療機材が提供された。
6-x		・YLHの義肢装具・履物製作室、リハビリテーション室、病棟に製作器具、リハビリテーション器具を提供した。 ・YLHにて外来と入院患者⁶に対する標準記録システムが導入された。 ・YLHにて手術前のチェックリストなど、手術看護ケアが導入された。 ・YLHにて履物職の研修が実施された。 ・YLH検査室にて検査技術に関する技術移転が実施された。
6-4	MSSCの建物を改築する。	・マンダレー特殊皮膚クリニック（MSSC）が改築された。 ・必要な医療機材が整備された。 ・皮膚科学、組織病理学、生理学、看護に関する指導・技術支援が行われた。
6-x		・ヤンゴン特殊皮膚クリニック（CSSC）の施設が部分的に改修された。 ・必要な研修機材と医療機材が整備された。 ・皮膚科学、病理学、生理学、看護、履物の改善に関する指導・技術支援が行われた。
6-x		・ヤンゴンから54マイル（86キロメートル）離れたマヤンジャンステーション病院（ハンセン病専門病院）⁷に障害予防・障害悪化予防に関する技術支援を行った。 ・必要な病院施設の改善と医療機材が提供された。

⁶ ハンセン病は皮膚と末梢神経の病気で、その治療はらい菌の排除にある。しかし、診断や治療が遅れると、主に指、手、足等に知覚マヒや変形をきたす後遺症が障害として残ることがある。WHOが定義するハンセン病制圧（新規患者発見と治療）は前者を指しているが、プロジェクトは後者の障害予防や障害悪化予防、機能回復も対象としている。前者の観点から見た「患者」も「元患者」も気づかないうちにケガや火傷などを負い障害となりうることから、これらへの予防的な対処や潰瘍などの悪化を防ぐ障害悪化予防、社会復帰のためのリハビリテーションが有効な対策となる。

⁷ マヤンジャン病院（Mayanchaung Station Hospital, Hlegu Township, Yangon Division）は、中間評価時に追加された。それまでYLHが唯一のハンセン病専門病院として公開されていたが、マヤンジャン病院もハンセン病患者とともに病院周辺に移転した背景がプロジェクト実施中に明らかになった。

3-1-3 成果の達成状況

以下の表は、成果ごとの達成状況を示したものである。PDM上の成果指標と実際の活動実績が必ずしも一致しない部分があり、必要に応じて既存指標に補完指標を追加するか、既存指標に代わる代替指標⁸を設定し、成果の達成状況を把握した。

成果の有効性を検討した結果、次のような変更を行うことについて関係者の同意を得た。

- (1) 成果4については、「BHSのハンセン病並びにEPI、マラリア、結核を含む、その他の疾患対策に関する能力が向上する」から「ハンセン病に関する研修が他の主要感染症とともに統合的に実施される」に変更した。研修の成果の第一義の目的は、差別を緩和するために一般の保健医療サービスにハンセン病に関する保健医療サービスが統合される⁹という方向を促進することであった。
- (2) 事前調査のPCMワークショップでは、「施設の改修と機材供与で施設機能が強化される」という成果が設定されていたが、施設・機材整備は投入であり成果とは見なせないとされた。しかし実際のところ、施設機材の供与のみならず、専門家の技術指導や日本でのC/P研修が実施されており、施設の機能強化につながっている。「(ハンセン病専門)¹⁰施設のレファール・研修機能が強化される」を成果6として追加した。

表 3-1 成果の達成状況

1	関連する施設のスタッフ（専任スタッフとBHS）のハンセン病新規患者発見に関する能力が向上する。	(1) 成果指標 PDM上の成果指標に対する達成状況は次のとおり。 1. 研修タイプ：ハンセン病の新規患者発見に関するBHS研修（TOTとBHS）。 2. 研修数：6回（TOTとBHS研修）。 3. 研修期間：計12.5日間（TOTとBHS研修）。 4. 研修参加者数：48タウンシップで50人の専任スタッフ、9351人のBHS（2001年3091人、2002年は3119人、2003年は3141人）。 5. 知識・技術の向上：8タウンシップの86人のBHSに対するフィールド評価では、すべてのカテゴリーのスタッフがハンセン病・その他の感染症を含めて知識・技術の向上に関して統計的な有意差を示した（P value:0.000）。 (2) 結 論 関連する施設のスタッフ（専任スタッフとBHS）のハンセン病新規患者発見に関する能力は向上した。指標の目標値は設定されていないが、48タウンシップのスタッフ全員の約3200人が平均3回の研修を受けたことになる。
---	---	---

⁸ 補完指標は、定量的な指標に質的な指標を追加する、あるいは指標の代表性に問題があるときに補完的に追加する指標である。代替指標は、既存指標に問題がある場合、それに代わるものとして適用する。

⁹ 世界的には、一般診療の中に統合することが推進されている。

¹⁰ 国立イエナダハンセン病専門病院もマヤンジャン病院も地域病院としての役割と機能も担っている。英文では関連ある「Respective Institute」となっているが、ここではわかりやすいように「ハンセン病専門」とした。

2	関連する施設のスタッフ（専任スタッフとBHS）のハンセン病治療（MDT¹¹、副作用、らい反応等）に関する能力が向上する。	(1) 成果指標 PDM上の成果指標に対する達成状況は次のとおり。 1. 研修タイプ：ハンセン病の治療に関するBHS研修（TOTとBHS）。 2. 研修数：成果1と同じ。 3. 研修期間：成果1と同じ。 4. 研修参加者数：成果1と同じ。 5. 知識・技術の向上：成果1と同じ方法で測定した結果、知識は向上した。 (2) 結 論 関連する施設のスタッフ（専任スタッフとBHS）のハンセン病治療（多剤併用療法：MDT、副作用、らい反応等）に関する能力は向上した。指標の目標値は設定されていないが、48タウンシップのスタッフ全員が約平均3回の研修を受けたことになる。
3	関連する施設のスタッフ（専任スタッフとBHS）、ハンセン病専門病院スタッフ、タウンシップ病院スタッフの障害予防・障害悪化予防、リハビリテーションに関する能力が向上する。	(1) 成果指標 PDM上の成果指標に対する達成状況は次のとおり。 1. 研修タイプ：ハンセン病の障害予防・障害悪化予防に関するBHS研修（TOTとBHS）、再建手術研修（カテゴリー¹²Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、とフォローアップ）、ハンセン病専任スタッフ研修、履物職研修、元患者・家族に対する裁縫研修。 2. 研修数：成果1と同じ。加えて4回の再建手術研修、2回の専任スタッフ研修、3回の履物職研修、2回の裁縫研修。 3. 研修期間：成果1と同じ。加えて延べ90日間の再建手術研修（術後の物理療法研修を含む）、12日間の裁縫研修、7日間の障害サーベイ研修（ハンセン病専任スタッフ）、10日間の特殊染色（ハンセン病専任スタッフ）、20日間の履物職研修。 4. 研修参加者数：成果1と同じ。加えて延べ141人の医師・看護婦（再建手術研修）、91人のハンセン病専任スタッフ、15人の元患者・家族が裁縫研修に参加。 5. 知識・技術の向上：BHS研修のみ実施した。成果1と同じ方法で測定した結果、知識は向上した。 6. 障害予防・障害悪化予防に関するIEC教材・冊子などの数：12種類のIEC教材・冊子が作成された。そのうち、2種類はセルフケアを目的としたもの。合計は約20万枚に上った。 7. MCR¹³サンダルの作製数：2004年3月以来、訓練を受けた履物職によって1810の改良MCRサンダルが9つのタウンシップで作製され、1416が障害を持つ患者や元患者に配布された。

¹¹ ハンセン病ではリファンピシン、DDS（スルホン薬）、クロファジミンの3種類の抗生物質を併用した多剤併用療法（Multidrug Therapy：MDT）を行う。

¹² 手術の難易度をⅠ、Ⅱ、Ⅲとカテゴリー分けし、研修を行った。

¹³ 履物の底にMicro Cellular Rubber（MCR）を使うため、軽い。

		8. 再建手術の数：YLHでの43例と9タウンシップで数例。 (2) 補完指標 成果3の達成度を示す指標としてPDM上の指標のみでは不十分なので、以下のような補完指標を設定し、把握した。 1. 「3つのレファerralセンター（YLH、CSSC、MSSC）の障害予防・障害悪化予防、リハビリテーションに関する機能」（参照：JER-Appendix 14）に示したように、3つの施設の能力は期待どおり向上した。 2. 「9つの選定されたタウンシップの障害予防・障害悪化予防に関する進捗状況」（参照：JER-Appendix 15）に示したように、7項目の障害予防・障害悪化予防サービスは、レファerralシステムを除いてほぼ導入された。 3. セルフケアの研修を受けたBHSと専任スタッフは約48タウンシップに3200人となった。 (3) 関係者の評価 ハンセン病対策課は、BHSと専任スタッフの障害予防・障害悪化予防に関する理解は向上したと考えている。特に靴技工に関するサービスは飛躍的に向上したと考えている。 (4) 結 論 関連する施設のスタッフ（専任スタッフとBHS）、ハンセン病専門病院スタッフ、タウンシップ病院スタッフの障害予防・障害悪化予防、リハビリテーションに関する能力は、今後実施される活動を含めると向上したといえる。
4	ハンセン病に関する研修が他の主要感染症とともに統合的に実施される（旧：BHSの、ハンセン病並びにEPI、マラリア、結核を含む、その他の疾患対策に関する能力が向上する）。	(1) 成果指標 PDM上の成果指標に対する達成状況は次のとおり。 1. 研修タイプ：教育方法、結核、拡大予防接種、マラリア、HIV/エイズ、トラコーマに関するBHS研修（TOTとBHS）と結核、マラリア、ハンセン病診断のための染色標本に関する顕微鏡研修（TOTと検査技師）。 2. 研修数：6回のBHS研修（TOTとBHS）。加えて6回の顕微鏡研修（TOTと検査技師）。 3. 研修期間：延べ30.5日のBHS研修（TOTとBHS）に加え、68日間の顕微鏡研修。 4. 研修参加者数：成果1と同じ。加えて42人の専任スタッフとタウンシップ病院から46人の検査技師が参加。 5. 知識・技術の向上：成果1と同じ方法で測定した結果、結核、マラリア、拡大予防接種、HIV/エイズ、トラコーマに関する知識は向上した。標準チェックリストを用いた結核、マラリアに関する顕微鏡検査のフィールド評価では、技術は向上したとされる（2004年8月実施）。 (2) 補完指標 成果3の達成度を示す指標としてPDM上の指標のみでは不十分なので、以下のような補完指標を設定し、把握した。

		1. BHS研修の実施を通じて、ハンセン病は特殊な病気ではなく、他の感染症と同じように扱われるべき病気だとうメッセージが専任スタッフとBHSに共有された。 2. ハンセン病と主要な感染症を含む合同研修の実施と研修評価ワークショップが、保健局に「統合研修」¹⁴の必要性を認識させる契機となった。 (3) 結 論 成果4を、「主要感染症に関するBHSの知識・技術の向上」とすれば、対象48タウンシップの3000人以上のBHSに対し、主要感染症に関する研修と事後テストのみを実施したこととなり、活動は他の成果に比して少なかった。しかし、成果の第一義の目的は、ハンセン病が他の主要感染症と同じように一般診療に統合されることにあった。この意味から、ハンセン病に関する研修が他の主要感染症とともに統合的に実施されたことにより、ある程度成果は達成されたといえる。
5	ハンセン病対策プログラム管理に関するハンセン病地域事務所スタッフ、チームリーダー、郡医務官、タウンシップ医務官の能力が向上する。	(1) 成果指標 1. 研修タイプ：疫学・統計、プロジェクト管理、ハンセン病の正しい診断に関する能力開発ワークショップ。 2. 研修数：1回。 3. 研修期間：11日間。 4. 研修参加者数：44人の参加者（ハンセン病地域事務所スタッフとチームリーダー、中央のハンセン病対策課からのみ）。 5. 知識・技術の向上：評価は実施していない。 (2) 関係者の評価 PDM上に記載されている活動よりも想定していた活動は小規模のものだったとC/Pのハンセン病対策課は証言している。参加者によるワークショップに対する評価は良かった。 (3) 結 論 ワークショップの効果的な実施には参加者数の制限が必要だったため、郡医務官とタウンシップ医務官の参加はできなかった。ハンセン病地域事務所スタッフとチームリーダー、中央のハンセン病対策課の参加により、3つのトピックについての知識は向上したと見る。
6	(ハンセン病専門) 施設のレファーマル・研修機能が強化される。	(1) 指 標 施設の整備や機材の提供、技術支援、日本での研修により、次のような機能強化が認められた。 1. 「強化された関連施設のレファーマルと研修機能」（参照：JER-Appendix 16）に示したように、YLHとCSSC、MSSCでハンセン病における診断・治療、障害悪化予防、リハビリテーション医療が強化された。YLHとCSSCの研修機能が強化された。

¹⁴ 「合同研修」は、同じ対象者に対する研修期間にハンセン病と他の主要感染症の研修が、それぞれ専門の異なる講師によって時間を分けて実施されていた。その意味では参加者と実施者双方の時間を節約した。ここでいう「統合研修」とは、ハンセン病と他の感染症のカリキュラムの取捨選択が検討され、同じ講師によって統合的に実施されることを指す。

	2. CSSCは、診療を求めて来る患者が国内の広範囲にわたっている。新規患者の診断、合併症の管理、リアクション管理などが、開業医や病院からレファールされている。組織病理標本の技術移転により、診断機能が向上した。 3. ヤンゴン管区のレグータウンシップにあるマヤンジャンステーション病院がプロジェクトの対象として加えられ、周辺地域に住む患者や家族へのケア、上位機関へのレファールが可能になった。 4. YLHでは、看護に、患者記録の標準化システムが導入され、術前術後の管理をチェックリストで行うよう看護技術が向上した。手術室を含めた一連の技術支援の結果、例えば目の手術数が1999年の4件から2003年には54件に増えた。検査サービスの質と量ともに増加した。プロジェクト前は1種類の検査のみだったが、9種類の検査が可能になった。 (2) 結 論 (ハンセン病専門) 施設のレファール・研修機能が強化された。
--	---

3-2 プロジェクトの実施プロセス

(1) プロジェクトの運営とモニタリング

プロジェクトの対象地域が広大で、かつ対象レベルとしてプライマリーヘルスケアから第3次予防までカバーするため、プロジェクトの管理とモニタリングの強化が重要な課題であった。

しかし、PDMの指標に沿って全体像を把握するための適切なモニタリング方法が、関係者で共有されておらず、運営指導調査と中間評価のみが、プロジェクトの進捗の全体像を見直す機会となっていた。このことが、あまり現実的でない指標の見直しや追加活動に付随する成果の再解釈など、本来PDMに反映すべき改訂内容がそのままにされる原因となった。

一方、プロジェクトは、保健局感染症対策課ハンセン病対策部門と年1回開催される3管区の合同会議がプロジェクトの活動の推進に中心的な役割を果たした。プロジェクトの初期段階では、ミャンマー側のハンセン病制圧が国家目標であったことから新規患者発見と治療に関する研修はハンセン病対策プログラムに組み入れられる形で進められた。しかし、ハンセン病制圧が優先されていたため、障害予防・障害悪化予防の活動が十分に行われず、ミャンマー政府による2003年1月のハンセン病制圧宣言まで、それらは待たねばならなかった。それ以降は、むしろハンセン病対策部門の障害予防・障害悪化予防に対する関心が高まり、活動への関与が積極的になった。

(2) C/Pとの関係、ターゲットグループとの関係

ミャンマー側のC/Pはハンセン病の制圧に優先を置いていたが、プロジェクトは障害予防・障害悪化予防をも視野に入れた活動を思い描いていた。プロジェクトの前半は、活動の重点の置き方について、C/PとJICA専門家との意見が完全に一致していたとはいえず、コミュニケーションも少なかった。ハンセン病対策部門もプロジェクト全体に関わる意欲を持つ

ていたが、ハンセン病制圧へ課された重責のため、プロジェクトの進捗状況を共有する時間がなかった。プロジェクト事務所をマンダレーとヤンゴンに分散させていたことが、活発なコミュニケーションの障害となっていた。運営指導調査後、プロジェクトリーダーの活動拠点をヤンゴン事務所に置いて中央とのコミュニケーションを密にしたことによって、問題の解決が図られた。

ミャンマー側のハンセン病対策部門がプロジェクト実施の中心的な役割を果たしたが、他の関連ある疾病部門の関与や交流を調整する十分な責任と決定権を持っていなかった。

現在は、ハンセン病対策部門と日本側専門家との密な交流がある。毎年実施される3管区合同会議は中央、管区、郡など実務レベルのコミュニケーションの機会となっている。

BHS研修の評価ワークショップは、統合的研修に関する接点を、研修対象者であるBHSや専任スタッフ、そして研修を企画・実施するそれぞれの部門にもたらしした。

3-3 評価5項目の評価結果

3-3-1 妥当性

プロジェクトの妥当性は評価時点でも依然高い。理由として次の点があげられる。

- ・ハンセン病の制圧は世界保健機関が主導する国際的な優先事項であり、ミャンマーは国際ハンセン病制圧連盟の一員としてこれを尊重している。
- ・ミャンマー国家保健計画とハンセン病対策プログラムの戦略に合致している。
- ・JICAの国別事業実施計画と整合性がある。
- ・ハンセン病患者や元患者、家族、医療従事者のニーズに合致している。

世界保健機関は、ハンセン病の登録有病率（Registered Prevalence Rate：RPR）を人口1万人対1に減らす国際的な目標を設定した。ミャンマーは14カ国から成る国際ハンセン病制圧連盟の一員として、ハンセン病制圧を国家目標としてきた。プロジェクト期間中に国家レベルのハンセン病の登録有病率は人口1万人対1以下となり、2003年1月にハンセン病の制圧を宣言したが、タウンシップレベルでは、1万人対1になっていない地域もある。

ミャンマーの国家保健計画では、ハンセン病は優先疾患の13番目に位置づけられている。既述のとおり、ミャンマーは2003年1月に国家レベルのハンセン病制圧宣言を行ったが、地域レベルでは制圧は達成されておらず、減少傾向をさらに維持する必要がある。また、ミャンマー政府は2005年以降のハンセン病対策にハンセン病による障害を減少させる戦略を採択した。プロジェクトで障害予防・障害悪化予防の先導地域として選択された9つのタウンシップは、その戦略地域として正式に認められた。この地域のBHSや病院スタッフの能力形成は優先事項でもある。

日本政府のミャンマー政府に対する経済協力政策に基づき、JICAは人道支援を行っている。プロジェクトは、他の主要感染症（HIV/エイズ、マラリア、結核）や母子保健分野とともに、人々の便益に直接寄与する人道支援の優先分野の1つと位置づけられている。

ハンセン病の患者や元患者は一般医療のサービス対象と見なされていなかった。プロジェクトは障害予防や障害悪化予防を通じて間接・直接的に患者や元患者を支援した。プロジェクトの狙いは、一般医療にハンセン病医療を統合することをさらに推進することにあった。BHS研修や顕微鏡研修、再建手術研修のアプローチは、保健医療スタッフの患者や元患者に対する壁を打ち破ったといえる。

3-3-2 有効性

プロジェクト目標は、終了時までには十分達成できる見込みである。理由は次のとおり。

- ・ハンセン病対策の主要課題だった新規患者発見と治療（MDT）が効果的に実施された（3管区の登録有病率の平均が目標値の10万人対1をすでに下回り、2005年には0.5と予測されている）。
- ・障害予防・障害悪化予防サービスが一般医療の中に導入される見込みである（障害予防・障害悪化予防サービスパッケージが9つのタウンシップに導入される見込み。障害予防の1つであるセルフケアを48タウンシップの3000人のBHSが習得した）。
- ・ハンセン病専門施設のレファールと研修機能が強化された（国立イエナダハンセン病専門病院、ヤンゴンの中央特別皮膚科クリニック、マンダレーの特別皮膚科クリニックの診断・治療、障害悪化予防、リハビリテーションの機能の強化）。

(1) プロジェクト目標の達成

次の表はプロジェクト目標の達成に関する根拠を要約したものである。PDMに記載されているプロジェクト目標の8指標に対して、登録有病数（Registered Prevalence：RP）、新規患者発見率（New Case Detection Rate：NCDR）、治療完了率（Treatment Completion Rate：TCR）、多剤併用療法割合の4指標が目標値を達成している。残りの4指標は、障害予防・障害悪化予防、リハビリテーションの指標として考案されたものだったが、目標値は設定されていなかった。この課題を解決するために、質的な変化の観点から代替指標と補完指標を適用し評価を行った。

表3-2 プロジェクト目標の達成

プロジェクト対象地域で、持続的なレファールシステムの確立とハンセン病とその他の疾病対策に関する基礎保健スタッフ（BHS）の技術向上に伴い、新規患者発見、治療、障害予防・障害悪化予防、リハビリテーションを含むハンセン病対策プログラムが効果的に実施されるようになる。	(1) プロジェクト目標指標 PDM上のプロジェクト目標の指標に対する達成状況は次のとおり。 1. 登録有病数（RPR）はプロジェクト終了時には、プロジェクト地域の3管区で人口1万人対0.5となると予想されている。対象48タウンシップのうち、8タウンシップのみが2004年6月時点で対人口1万対1以上となっている（目標値：3管区のRPR<1/10,000）。 2. 新規患者発見率（NCDR）は2005年には10万人対7.5と見込まれている（目標値：NCDR<15/100,000）。 3. 治療完了率（TCR）は終了時まで98～99%が維持されると見込まれる（目標値：TCR>90～95%）。 4. 多剤併用療法を受ける割合は終了時まで100%維持されると見込まれる（目標値：100%）。 (2) プロジェクト目標の指標5-8に対する代替指標 PDMの指標5-8は、障害予防・障害悪化予防という新規開発分野に対するミャンマー側の対応の遅れ、当初の指標設定時の十分な検討の不足、プロジェクトモニタリングの方法と内
--	--

	容が関係者間で共有されていなかったこと等により、既存の指標で達成状況を把握することは難しいことがわかった。先方実施機関を含め関係者で検討した結果、代替指標として次のような質的な指標を適用した。 1. 「3つのレファーマルセンター（YLH、CSSC、MSSC）の障害予防・障害悪化予防、リハビリテーションに関する機能」（参照：JER-Appendix 14）に示したように、3つの施設の能力は期待どおり向上した。 2. 「9つの選定されたタウンシップの障害予防・障害悪化予防に関する進捗状況」（参照：JER-Appendix 15）に示したように、7項目の障害予防・障害悪化予防サービスは、レファーマルシステムを除いてほぼ導入された。サービスが運用レベルになるまでの支援活動が残っている。 3. BHS研修を通じてプロジェクト対象地域である48タウンシップのプライマリーレベルに、セルフケアに関する知識を習得した約3000人のBHSが育成された。 （3）補完指標 プロジェクト目標の達成度を示す指標としてPDM上の指標のみでは不十分なので、以下のような質的な補完指標を関係者で検討した。 1. ハンセン病の障害予防・障害悪化予防、リハビリテーションへの一般医療スタッフの関与により、一般保健医療スタッフのハンセン病患者・元患者への認識・態度が良くなった。 2. プロジェクトの障害予防・障害悪化予防のアプローチが患者や元患者にある程度受け入れられた。いくつかの再建手術に関して患者の評判によりレファーマされてくる事例が認められた。 3. BHS研修を通じて、ハンセン病は他の主要感染症と同じように一般医療の1つとして見るというメッセージが専任スタッフとBHSで共有された。 4. ハンセン病と他の主要感染症について集中的に研修を行う合同研修の実施は、保健局に「統合研修」の必要性を認識させる契機となった。その実施を支える専任スタッフがTOT研修を通じて育成された。
--	---

（2）プロジェクト目標に対する成果の貢献度

プロジェクト目標の実現には成果の1－3が主として貢献した。

それはプロジェクトの実施のみならず、全国レベルで展開されたハンセン病制圧プログラムの成功との相乗効果によって達成されたともいえる。すなわち、プロジェクトはBHS研修によりハンセン病対策に間接的に貢献したものの、プロジェクト目標にある新規患者発見とMDTの指標は、全国に展開された学校保健キャンペーンやマスメディアを活用した社会的動員によるところも大きかったと見られる。しかしながら、ミャンマー政府がハン

セン病の制圧を2003年1月に発表して以来、障害予防・障害悪化予防、リハビリテーションに関する活動が加速され、プロジェクトの後半部分の主要コンポーネントとなった。

(3) 貢献・阻害要因

貢献要因として以下が確認された。

- ・ハンセン病対策とプロジェクトに対してミャンマー側の強い政治的なコミットメントがあった。
- ・大規模なキャンペーンを含むハンセン病対策がプロジェクト地域にも展開され、プロジェクトの新規患者発見と治療分野を後押しした。

阻害要因として以下が確認された。

- ・研修を受けたBHSや鍵となる専任・専門スタッフの異動と配置の遅れがプロジェクトに影響を及ぼした。

3-3-3 効率性

プロジェクト活動は、ほぼ効率的に成果につながった。

投入は、人的資源の能力の向上のみならず、ハンセン病医療を提供する施設のサービスの質の向上とその機能強化に結びついた。しかし、研修を受けたBHSスタッフや鍵となる専任スタッフ・医師のたび重なる異動や配置の遅れによって、一部の活動に遅れが生じた。洪水でも一部の活動に遅れが生じた。

改修された施設と供与機材は共に適切なものだった。専門家の能力も全体的には適切だった。大部分のIEC教材や教育用パンフレット、テキストブックは、既存のものを再印刷するなど現地に合った方策が取られた。

(1) 投入の適切さ

全体的に、成果を産出するためのC/PとJICA専門家、供与機材の質と量は適切だった。研修施設を含め改修された施設と供与機材は共に適切なものだった。

大部分のIEC教材や教育用パンフレット、テキストブックは、既存のものを再印刷して活用するなど現地に受け入れられやすい方策が取られた。

JICA派遣専門家の能力と期間も、全体的に適切だった。

(2) 投入のタイミング

投入のタイミングは、全体的に成果の産出に深刻な負の影響を及ぼさなかった。しかしながら、顕微鏡の配送の遅延により、研修参加者は顕微鏡の実習が十分にできず、研修の実施に影響を及ぼした。C/Pは概ね配置されたが、プロジェクトが開始されてからもMSSCに医師が数年の間、任命されなかった。YLHの病院長は現在、空席となっている。

(3) 貢献・阻害要因

貢献要因として以下が確認された。

- ・ハンセン病と戦う世界救らい連合（International Federation of Anti-Leprosy Associations : ILEP）が実施するピー郡での障害者ケアのパイロットプロジェクトの協力を得て、プ

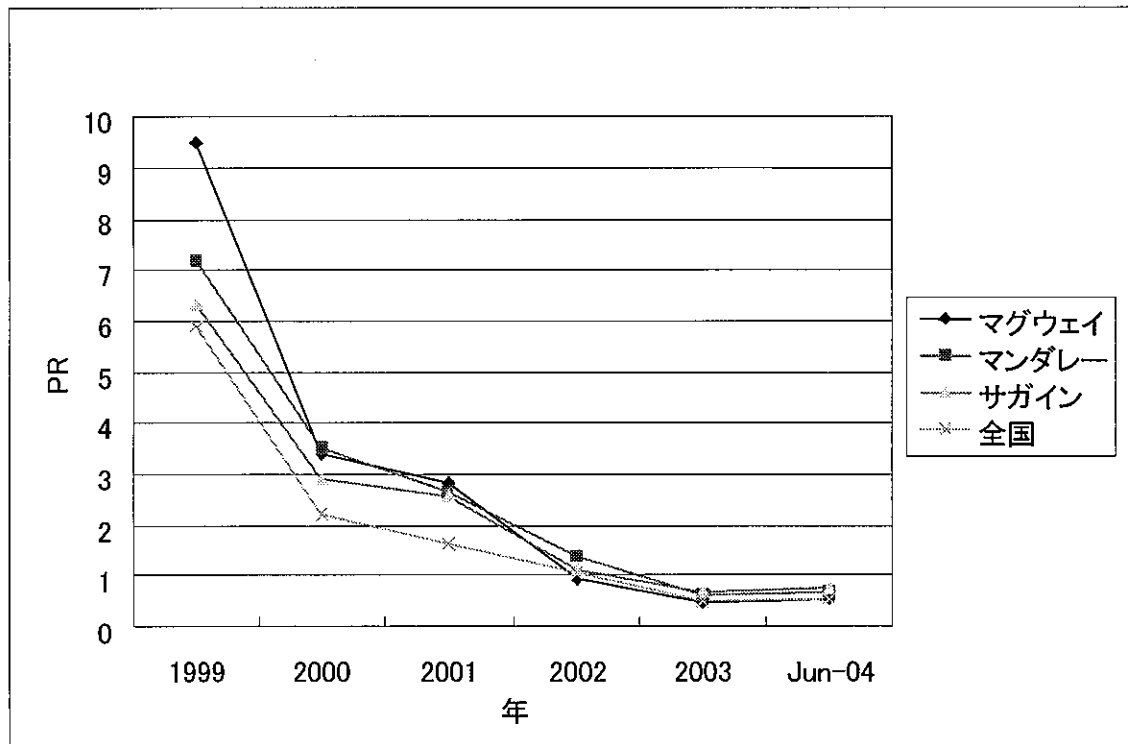
プロジェクトは障害予防・障害悪化予防のサービスパッケージを9つのタウンシップに効果的に導入することができた。プロジェクトはILEPが先行して実施していた神経機能アセスメントやリアクション管理、セルフケア、障害にやさしい履物の普及、潰瘍の治療をパッケージに組み入れている。このことにより、障害予防・障害悪化予防サービスの開発にかかる時間が短くなり効率性に貢献した。

3-3-4 インパクト

ハンセン病対策プログラムとプロジェクトとの相乗効果により、想定されていたインパクトがある程度発現した。上位目標であるミャンマー全国のハンセン病制圧は、その国家目標値を達成した。当初から想定されていなかったインパクトも認識された。

(1) 上位目標

プロジェクト対象地域の1999年の登録有病率（対1万人）は、下図に示すように3管区ともに6から10の間にあったが、2003年にはマグウェイが0.48、マンダレーが0.63、サガインが0.67となり、また、ヤンゴンも0.67といずれの管区も制圧レベルの1.0を下回った。このほか、プロジェクト対象地域以外のバゴー管区とエーヤワディー管区も1.0を下回り、ミャンマー政府は、2003年の1月にハンセン病の制圧を宣言した。



出所：LCBHSPプロジェクト¹⁵

図3-1 登録有病率の年次変化

¹⁵ このセクションにある図と数値の元の出典は、保健局の「Situation Analysis of Leprosy Control Programme Myanmar- Submitted at Workshop on Strategy for Leprosy Control beyond 2005」である。

新規患者発見率（NCDR）と15歳以下の子供の新規患者発見率はともにコンスタントに減少している。新規患者発見率は、1999年には10万人対61.8だったが、2003年には7.61まで減少した。15歳以下の子供の新規患者発見率も、1999年には10万人対4.8だったのが、2003年には0.5まで減少した。プロジェクト実施前の関係者の予想を超えて、すでに2003年の時点で、設定されていた指標の目標値を達成し、「プロジェクト対象地域でハンセン病制圧が達成される」という上位目標は達成されていたことになる。

「プロジェクト対象地域で、障害予防・障害悪化予防、リハビリテーションに関するサービスが広く普及する」という上位目標に関して、プロジェクトは48タウンシップのうち9タウンシップに障害予防・障害悪化予防を導入し、今後の展開の基礎を築いた。

（2）その他のインパクト

以下のような予期しなかった¹⁶ 正の直接的なインパクトが認められた。

- ・プロジェクトが実施した障害にやさしい履物の導入により、単純潰瘍を持った20症例のうち60%が治癒し、30%が軽快したことから、普及件数に応じた直接的なインパクトの拡大（治療と予防効果）が今後予想される。

間接的なインパクトとして以下が認められた。

- ・プロジェクトがヤンゴン管区のマヤンジャン病院に隣接するハンセン病患者・元患者の移住地をプロジェクト対象として加えたことにより、日本のNGO、マスメディア、ハンセン病患者などを含めた人々の、患者や元患者に対する関心を引き、外部による実質的な支援につながった（日本のNGOによる診療所建設、日本のハンセン病患者による小学校建設費寄付など）。
- ・プロジェクトが障害予防・障害悪化予防を開始した9タウンシップは、ILEPの2つのタウンシップで実施する障害ケアとともに、2005年以降に取り組むべき障害ケアの戦略地域として指定され、今後のハンセン病対策に政策的な影響を与えた。
- ・プロジェクトが実施した合同研修の方法が保健局にBHS向け統合研修の必要性を認識させた。
- ・プロジェクトの再建手術研修やBHS研修を通じて、ハンセン病患者と元患者、家族に対する医療従事者の偏見がある程度緩和された。あまり知られていなかったマヤンジャンステーション病院などへのプロジェクトの活動支援により、ハンセン病の障害予防・障害悪化予防への社会的関心を関係者・一般に広めた。

3-3-5 自立発展性

ハンセン病対策の新規患者発見や治療に関する持続性は確保されているものの、プロジェクトが導入した障害予防・障害悪化予防については、追加的な技術支援が必要である。

レファール施設に関しては、プロジェクトで向上した機能とサービスの自立発展には、慢性的なスタッフ不足と頻繁に行われる人事異動への対策が鍵となる。保健局はBHSの統合研修に強い関心を持っているものの、予算の割り当てを含む研修計画策定や体制の準備までには至

¹⁶ 「予期しなかった」とは、PDMの上位目標として記載しなかったということであり、関係者の間でまったく予想もできなかったということではない。

っていない。

（１）新規患者発見と治療

ハンセン病の新規患者発見と治療の分野はハンセン病対策プログラムの中に組み入れられているものであり、それらに関する人的資源、専門と職務制度、予算の割り当ては、現在の組織体制に組み入れられている。したがって、研修を受けた専任スタッフは、ハンセン病対策プログラムの中で、学んだ内容を実践していくことになる。同じように、研修を受けたBHSも現保健サービス体制の中で、ハンセン病の新規患者発見と治療に関して学んだことをそれぞれの職場で実践していくことになる。

（２）障害予防・障害悪化予防

プロジェクト開始当初は、国のハンセン病対策プログラムの中で障害予防・障害悪化予防は優先課題ではなく、明確な位置づけがなされていなかった。しかし、プロジェクトの実施の過程で、保健省は、プロジェクト対象地域の９タウンシップのみならず、全国に適切な障害予防・障害悪化予防を広げることの重要性を認識した。2005年以降の国のハンセン病対策の戦略の中に、明確に障害予防・障害悪化予防が課題として位置づけられ、政策面での継続性が確保された。

障害予防・障害悪化予防は、48タウンシップを対象としたBHS研修と9つのタウンシップを対象とした障害予防・障害悪化予防を通じて、専任スタッフとBHSの能力が強化された。この点から見れば、知識・技術を獲得した人的な能力は、ある一定期間、持続するものと見られる。特にセルフケアの実践や障害にやさしい履物の普及¹⁷は、日常的に入手できる材料で実践できる領域であり、自立発展の可能性が高いと見られる。

しかし、追加的な資源の確保や、保健省によるモニタリング体制等が整備されなければ、セルフケアと障害にやさしい履物以外の持続的な発展は見込めない。日々の医療従事者の活動をタウンシップの専任スタッフがモニタリングし、保健省に結果を報告し、保健省が必要な対策をタウンシップレベルにフィードバックする体制を構築する必要がある。このような体制の整備により、専任スタッフの異動があっても、さほど大きな影響を受けずに障害予防・障害悪化予防の活動を継続することができると考えられる。保健省とプロジェクトの間で検討が進められているように、プロジェクト終了までに、プロジェクトが選定した9つのタウンシップでモデル的に体制を構築することがまず必要となる。

（３）レファーマル施設

一般的に、レファーマル３施設（YLH、CSSC、MSSC）は、保健局医療課の管轄下であり、他の病院と同じように、スタッフの人事と配置、職制、予算の割り当ては、現在ある病院組織体制の中で運営されている。プロジェクトで獲得した機能や人的な能力の向上は、今後、基本的には保健局医療課の管理下に置かれ、維持されることになる。しかし、定期的な人事異動、特に医師の異動と慢性的な人員の空席は、施設機能の維持と発展の阻害要因となっており、何らかの対応が取られなければならない。

¹⁷ 障害にやさしい履物については、一件につき原価割れ最低限の500チャットを課金し、材料購入の回転資金にあてている。

CSSCとMSSCの研修は、学部生や卒後教育の場として今後も活用される。YLHに敷設された研修施設の今後の運営は、管轄課にこだわらない様々な主体による多目的運営によって維持していくことが必要になる。

(4) BHS研修

新規に配置されたBHSや継続的なBHS教育・研修については、毎月の給与日に全BHSが集まる機会を利用して、それぞれのタウンシップごとに研修が行われている。この研修は毎回1つのトピックのみを対象とするものだが、プロジェクトで支援した研修機材を用いてTOTを受けた専任スタッフがこの教育機会を活用していくものと想定される。保健局としては、実施の必要性を認めながらも、BHSに対する統合的・体系的な研修を担う独立した組織体制・予算はなく、今後の課題となっている。

3-3-6 貢献要因

ハンセン病対策プログラムに対するミャンマー政府の強い政治的な関与と支援がプロジェクト実施の促進要因として働いた。

3-4 結 論

ハンセン病に対する世界保健機関をはじめとした国際的な指針やミャンマーの保健計画・ハンセン病対策、JICAの国別実施計画、ハンセン病患者・保健従事者のニーズに、プロジェクトの目的は現在も合致している。一般医療サービスにハンセン病医療を統合するという方向で実施された研修の方法も適切だった。プロジェクト実施の妥当性は依然高い。

プロジェクトは保健スタッフの研修実施を通じてハンセン病制圧の効果を上げること、9つの選定されたタウンシップに障害予防・障害悪化予防サービスを導入すること、主たる施設のレファールと研修機能を強化するという成果を通じて、プロジェクトの目標は終了時までには十分達成される見込みである。

投入は人材育成の強化のみならず、ハンセン病関連の施設の研修やサービス強化をもたらした。この点からプロジェクト活動はほぼ効率的に成果につながった。ただ、研修を受けたスタッフの日常的な人事異動や鍵となる人の配置の遅れという点で、活動を遅らせている側面があった。

上位目標でもあったハンセン病制圧という国家目標は、プロジェクト実施中に目標値に達成した。加えて、プロジェクトの活動である障害にやさしい履物の普及がハンセン病患者・元患者の障害予防・治療にある程度のインパクトをもたらすことが想定されること、プロジェクト実施によってハンセン病患者や家族に対する関係者の意識が高まったこと、9タウンシップの障害予防・障害悪化予防サービスが国家戦略へ統合されたこと、基礎保健サービススタッフの統合研修の必要性に関する認識が高まったことなど、直接・間接的なインパクトがすでにある程度発現している。

ハンセン病対策の中で、新規患者発見や治療に関する持続性は確保されているものの、障害予防・障害悪化予防は資源が確保されなければ自立的発展の実現は難しいと考えられる。

レファール施設に関しては、プロジェクトで向上した機能とサービスの自立発展には、慢性的なスタッフ不足と頻度が高い人事異動への対策が鍵となる。保健局は基礎保健サービススタッフの統合研修に強い関心を持っているものの、予算の割り当てを含む体制の整備までには至っていない。

第4章 提言・教訓

4-1 提言

4-1-1 プロジェクト並びに保健省に対しての提言（短期：プロジェクトの終了まで）

- (1) プロジェクトは障害者サーベイの分析を終了し、その結果に基づき、それぞれのタウンシップのアクションプランを作成する。
- (2) 保健省保健局は、ミャンマーの他地域への拡大を目指しての障害予防／障害悪化予防のアクションプランを作成し、その計画に基づき、2004年12月20日までにJICAミャンマー事務所へフォローアップ計画を提出する。
- (3) 保健省保健局は、効果的な技術協力を維持するためにYLHの必須のポスト（院長と看護部長）への人材配置を可及的速やかに実施する。
- (4) プロジェクトは国立イエナダハンセン病専門病院とマンダレー特別皮膚科クリニックをレファール施設として強化する。
- (5) ハンセン病対策課は、ミャンマーで2004年2月に実施予定の障害予防／障害悪化予防国際専門委員会（POD/POWD Consultative Meeting）を主体的に実施し、これをドナーや他国へのプロジェクトの経験を共有する機会とする。

4-1-2 保健省、保健局、ハンセン病コントロールプログラムに対しての提言（長期：プロジェクトの終了後）

- (1) 国レベルのハンセン病の制圧レベルを維持するとともに、タウンシップレベルにおいて制圧を達成するようにする。
- (2) 障害予防／障害悪化予防が導入されたタウンシップに靴技工士を配備する。
- (3) プロジェクト活動に関連した基本保健サービススタッフの業務成果評価のための調査を実施し、その結果と成果を基本保健サービススタッフ育成のためのシステム開発のために利用する。
- (4) ハンセン病による障害者のリハビリテーションは、他の障害者と統合された形で進めることが望ましい。
- (5) 国立イエナダハンセン病専門病院の研修施設をプロジェクト終了後も有効活用する。
- (6) 国立イエナダハンセン病専門病院をはじめとするレファール施設（マンダレー特別皮膚科クリニック、中央特別皮膚科クリニック）を強化する。

4-2 教 訓

- (1) 本プロジェクトは、ハンセン病患者という貧困と差別に最も苦しんでいる弱者に陽をあて、その結果、日本のNGO、マスコミ、日本のハンセン病患者という様々な人からの興味を引き、協力を得た。
- (2) プロジェクトの実施プロセスの経過中、中央レベルのC/Pは人事の交代もすることなく、継続的にこのプロジェクトに関わるとともに日本人専門家と良い関係を進めたことにより、プロジェクトの効果と効率性を生み出した。
- (3) プロジェクトは、中央レベルだけではなく、フィールドレベルでも活動を実施し、フィールドレベルからのフィードバックを中央レベルの計画に有効に活用した。また、プロジェクトで定期的実施した三管区会議（プロジェクト対象のサガイン管区・マングレー管区・マグウェイ管区のハンセン病担当官による合同連絡会議）は、保健省関係者の中央から中間レベルまでのお互いの理解を促進した。
- (4) プロジェクトは、基礎保健スタッフの研修をハンセン病と他の感染性疾患への研修と統合された形式で実施した。これは、医療従事者の研修を効果的かつ効率的に行う1つのモデルを示した。
- (5) 障害予防／障害悪化予防サービスに用いられた材料（サンダルなど）は、安価であり、その地域で入手可能であり、これらのサービスの効果や自立発展性を可能にしている。
- (6) PDM上の指標が入手困難、もしくは現状に即したものでないことが確認されたときには、時宜をとらえてC/Pと関係者間で協議を行い、現状を適切に反映した形に改定する必要がある。