

**ミャンマー連邦
リハビリテーション強化プロジェクト
事前調査報告書**

平成19年10月
(2007年)

**ミャンマー連邦
リハビリテーション強化プロジェクト
事前調査報告書**

**平成19年10月
(2007年)**

**独立行政法人国際協力機構
人間開発部**

序 文

ミャンマー国では、ポリオ、ハンセン病、トラコーマといった感染症、少数民族地域・紛争地帯における地雷等による外傷、低栄養による栄養失調、保健医療サービスや医薬品・資機材の不足等によって、人口の10%(途上国の障害者比率：WHO推定値)にあたる約500万人もの人々が障害を抱えているとされています。

このような状況の下、ミャンマー政府は、社会福祉省社会福祉局が障害者の特殊教育、職業訓練・雇用等の社会的サービスに、保健省保健局が障害の予防とリハビリテーション等の保健・医療的サービスに取り組んでいますが、サービスの範囲は限られ質も低いなど多くの課題を抱えています。なかでも、障害者の医療リハビリテーションのアクセスの拡大、サービス提供者の技術の向上、またCBR（Community Based Rehabilitation：地域に根ざしたリハビリテーション）に代表される住民を巻き込んだ形でのリハビリテーション活動の推進などの取り組みが急務となっており、この度ミャンマー政府より我が国に対し技術協力の要請がありました。

これを受けて、独立行政法人国際協力機構（JICA）では、2007年2月から3月に第1次事前調査団、同年7月に第2次事前調査団を派遣し、関連行政、リハビリテーション関連施設の現状を包括的に調査分析し、我が国が協力可能な事項および具体的活動内容について、カウンターパート機関である保健省保健局と協議を行いました。

本報告書は、この事前調査団による協議結果を取りまとめたものです。

ここに本調査にご協力いただいた内外関係機関の方々に深い感謝の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19年10月

独立行政法人国際協力機構
人間開発部長 西脇 英隆

地 図

ミャンマー連邦



国立リハビリテーション病院 (National Rehabilitation Hospital : NRH)



リハビリテーションルーム

- ・ 脊髄損傷者のリハビリテーションが行われている
- ・ 歩行訓練の行われる部屋としては床の状態が非常に悪い



小児の作業療法ルーム

- ・ 国内唯一の小児作業療法を実施
- ・ リハビリテーション器具はある程度整備されている



物理療法

- ・ 電気療法装置、牽引器具等が並ぶ
- ・ カーテンにより半個室となる

国立リハビリテーション病院 (National Rehabilitation Hospital : NRH)



外来部門 (OPD)

- ・患者の待合室
- ・奥にカーテンで仕切られた診療室がある



病棟

- ・板張りで、高さのあるベッドが並ぶ
- ・患者のいる病棟はプライバシーの問題上、未掲載



義肢装具クリニック&ワークショップ

- ・国際赤十字 (ICRC) の協力により改修された建物は、バリアフリーで立派な義肢装具ワークショップとなった
- ・切断、奇形等に対応した、最も安価で丈夫かつ簡単な義肢装具が製作されている

ヤンゴン総合病院 (Yangon General Hospital : YGH)



機械療法ルーム

- ・医師の細かい指示を受けたPTが電気療法を実施している
- ・痛みを訴える患者が列をつくられている



運動療法ルーム

- ・1名の患者に対し1名の理学療法士、付き添い家族が同伴する
- ・プラットフォームを利用している理学療法士は少なく、多くは器具を利用している

ヤンゴン整形外科病院 (Yangon Orthopedic Hospital : YOH)



パラフィン浴

- ・温熱療法に何度もリユースされているパラフィン浴
- ・温熱療法にはそのほかに、赤外線によるものが他の病院でもよく見られる

マンダレー総合病院 (Mandalay General Hospital : YGH)



- リハビリテーションルーム
・家族の支援（介助）によるリハビリが行われている

ヤンゴン医療技術大学 (University of Medical Technology, Yangon : UMT)



- 教室
・各学年40名程度の生徒が学ぶ
・1～3年生の学生120名中、男性は1名

難民を助ける会 (Association for Aid and Relief : AAR)



- 職業訓練ルーム
・下肢不自由者と数名の聴覚障害者を対象として職業訓練が行われている
・講師・スタッフの多くは当施設で訓練を受けた障害当事者

保健省保健局

(Department of Health : DOH)



PDM協議

- ・保健局次長 (DDG: Deputy Director General) [医療ケア]、課長 [医療ケア] とのPDM協議の風景



ミニッツ署名

- ・富岡団長が2部サインしたミニッツを保健局次長ティン・ミン (Tin Min) 氏に手渡した

略 語 表

AAR	Aid Association for Relief	特定非営利活動法人 難民を助ける会
APCD	Asia-Pacific Development Center for Disability	アジア太平洋障害者センター
AS	Assistant Surgeon	補助外科医
BHS	Basic Health Staff	保健医療従事者
CBR	Community-Based Rehabilitation	地域に根ざしたリハビリテーション
CBO	Community-Based Organization	地区組織
CAS	Civil Assistant Surgeon	外科研修医
CP	Counterpart	カウンターパート
CP	Cerebral Palsy	脳性小児麻痺
DDG	Deputy Director General	(保健省保健局などの) 副局長
DG	Director General	(保健省保健局などの) 局長
DHP	Department of Health Planning	保健省保健計画局
DOH	Department of Health	保健省保健局
DSW	Department of Social Welfare	社会福祉局
GE	Gastrointestinal Entwines	腸閉塞・腸捻転
HA	Health Assistant	ヘルス・アシスタント (補助医師)
IAEA	International Atomic Energy Agency	国際原子力機構
ICRC	International Committee of Red Cross	国際赤十字
IE	Inclusive Education	インクルーシヴ教育
ILEP	International Leprosy Elimination Program	国際ハンセン病撲滅プログラム
IPD	In Patient Department	
JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
LHV	Lady Health Visitor	訪問保健婦
MDPO	Myanmar Disabled People Organization	ミャンマー障害当事者組織
MDT	Multi Drug Treatment	重複投薬
MGH	Mandalay General Hospital	マンダレー総合病院
MM	Minutes of Meetings	議事録
MMR	Myanmar Medical Association	ミャンマー医師会
MO	Medical Officer	医務官
MOD	Ministry of Defence	国防省
MOH	Ministry of Health	保健省
MOU	Memorandum of Understanding	合意覚書
MRCS	Myanmar Red Cross	ミャンマー赤十字
MS	Medical Superintendent	病院長
MW	Midwife	助産師
NRH	National Rehabilitation Hospital	国立リハビリテーション病院
OT	Occupational Therapist	作業療法士
OPD	Out Patient Department	外来
OPP	Outreach Prosthetic Program	義肢装具アウトリーチプログラム
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PHC	Primary Health Care	プライマリー・ヘルスケア
PO	Plan of Operation	(プロジェクト) のオペレーション計画
P&O	Prosthetic & Orthopedic	義肢装具士
POD	Prevent of Disability	障害の予防
POWD	Prevent of Worsening Disability	障害の悪化予防
PT	Physiotherapist	理学療法士
RHC	Rural Health Centre	地域保健センター
SCI	Spinal Cord Injury	脊髄損傷
SHG	Self Help Group	自助団体
SHO	Self Help Organization	自助組織
ST	Speech Therapist	言語療法士
Sub-RHC	Sub Rural Health Centre	準地域保健センター
THC	Township Health Center	タウンシップ保健所
TMP	Traditional Medicine Practitioners	伝統医療施術師
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金 (ユニセフ)
YGH	Yangon General Hospital	ヤンゴン総合病院
YOH	Yangon Orthopedic Hospital	ヤンゴン整形外科病院
YLH	Yenanthar Leprosy Hospital	イエナダハンセン病病院
	Outreach	アウトリーチ (巡回)
	Referral	(専門医・上位医療機関等への) 照会
	State/Division Hospital	州/管区病院
	Station Hospital	ステーション病院
	Supervisory Committee	監督委員会
	Township Hospital	郡病院/タウンシップ病院

要 約

1 調査の背景

ミャンマー連邦共和国（以下「ミャンマー」と記す。）においては、ポリオ、ハンセン病、トラコーマといった感染症、少数民族地域・紛争地帯における地雷等による外傷、低栄養による栄養失調、保健医療サービスや医薬品・資機材の不足等により、人口の10%（途上国の障害者比率：WHO推定値）にあたる約500万人もの人々が障害を抱えているとされており、政府としては、社会福祉省社会福祉局が障害者の特殊教育、職業訓練・雇用等の社会的サービスに、保健省保健局が障害の予防とリハビリテーション等の保健・医療的サービスに取り組んでいるが、サービスの範囲は限られ質も低いなど多くの課題を抱えている。

特に、障害者の医療リハビリテーションのアクセス拡大、サービス提供者の技術の向上、またCBR（Community Based Rehabilitation：地域に根ざしたリハビリテーション）に代表される住民を巻き込んだ形でのリハビリテーション活動の推進などの取り組みが急務となっており、ミャンマー政府より我が国に対し技術協力の要請があった。

2 第1次事前調査

(1) 調査目的

関連行政、リハビリテーション関連病院およびCBR実施機関の現状を包括的に調査分析し、我が国が協力可能な事項および今後のスケジュールについて、カウンターパート機関として想定されている保健省保健局と協議のうえ、合意を得るとともにPDM案の作成およびこれにかかる協議議事録（M/M）の署名・交換を行うことを目的とした。

(2) 成 果

本プロジェクトの要請内容を確認し、当該分野の現況について調査を行った。また、プロジェクトの実施体制の前提条件、プロジェクトの基本的枠組みについて協議・合意するとともに、PDM案・PO案・R/D案について取りまとめ、ミニッツに添付のうえ、日本側が署名を行い、ミャンマー側に2部手渡した。さらに、5項目の評価を行い、プロジェクトを実施する妥当性について確認した。

3 第2次事前調査

(1) 調査目的

第1次事前調査にて合意された協力内容（PDM・PO・R/Dの修正案、人材育成企画チーム、広報活動、国内外JICAプロジェクトとの連携）と今後の予定について、保健省および関

係諸機関と更に具体的な活動内容について協議し、合意を得ることを目的とした。

また、プロジェクト実施・計画の精緻化に向けて、施設改修・機材供与についても調査を行うこととした。

(2) 成果

1) R/D・PDM・POの修正案

PDM案・PO案を基に、プロジェクトの具体的な活動内容について合意し、M/Mに添付のうえ、保健省保健局長とサインを交わした。また、R/D案の第1次事前調査後に修正された点について、ミャンマー側と協議し、ミャンマー側にR/D修正版2部手渡した。

2) 人材育成企画チーム

機動力の問題とミャンマー国での新規組織設立の困難という理由から設置が難しいことが指摘されたため、PDM案の目標・成果・活動およびそれぞれの指標について再度討議する必要性が生じた。ここで、人材育成企画チーム設置除外の代替手段として、①国立リハ病院内部組織として人材開発チームを設置し、②他の組織（病院・大学等）との連携を成果に挿入した。

3) 広報活動

協議の結果、成果から活動に移すことで合意した。また、広報活動目的として、対象レベルに応じて、リハビリテーションの Awareness 向上、障害の理解、障害の早期発見・早期介入等を想定することで保健局の同意を得た。

4) 国内外JICAプロジェクトとの連携

特に、調査団側からは「基礎保健スタッフ強化プロジェクト」との連携、保健省側からは「伝統医療病院」との連携の提案がなされ、具体的な連携については、プロジェクト開始後に協議することで同意した。

アジア太平洋障害者センター（Asia-Pacific Development Center on Disability：APCD）との連携については、本調査において、APCDの紹介を保健局に行った。具体的な連携については、プロジェクト開始後に検討することとし、APCDのM/Mへの記載はされなかった。なお、ミャンマー側より、局長、大臣への説明にあたっては、APCDがJICAによって支援されている旨の説明が必要とのこと、およびAPCDの視察をしたい旨の発言があった。

なお、社会福祉省との関わりについては、プロジェクトにおいて実施される研修への社会福祉省施設からの参加、および広報活動における情報共有のレベルの連携について同意した。今回のプロジェクトでは医療的リハビリテーションに重点が置かれているが、今後の社会的リハビリテーションの必要性について協議した。

事業事前評価表（技術協力プロジェクト）

作成日：平成19年8月29日

担当部・課：人間開発部第二G社会保障T

1. 案件名：ミャンマー連邦共和国 リハビリテーション強化プロジェクト

2. 協力概要

(1) プロジェクト目標とアウトプットを中心とした概要の記述

本プロジェクトは、ミャンマー国ヤンゴンにおいて、リハビリテーションに特化したサービスを提供する国内唯一の医療機関である国立リハビリテーション病院（以下、「国立リハ病院」と略す）の強化と、医療的・社会的リハビリテーションに関連する機関（各レベルの病院、大学、社会福祉省関連施設、NGO等）の連携促進をとおして、リハビリテーションサービスの質を向上させることを目的とする。その結果として、ヤンゴンを中心としてより広い地域における障害者に対して、質の高いリハビリテーションサービスが提供されていくことが期待される。

(2) 協力期間：2007年11月～2012年11月（R/D締結より5年間）

(3) 協力総額（日本側）：総額約3.4億円

(4) 協力相手先機関：保健省保健局

(5) 国内協力機関：

国立身体障害者リハビリテーションセンター、社団法人日本理学療法士協会、社団法人日本作業療法士協会

(6) 裨益対象者および規模、等：

直接裨益者：

国立リハ病院医療スタッフ（40名）

国立リハ病院連携機関（ヤンゴン総合/整形外科/子ども病院）代表各5名（15名）

伝統医療病院代表（5名）

ヤンゴン市内6総合病院代表各5名（30名）

州・管区病院代表各1名（50名）

医療技術大学理学療法課実習生 [50名×3年]（150名）

社会福祉省関連施設代表（20名）

障害者支援関連NGO代表（20名）

合計：医療リハビリ関係者290名、社会リハビリ関係者40名

※ターゲットグループ（研修対象としてのリハビリテーションサービス関連スタッフ）については、プロジェクト開始後の調査により、決定していくこととする。

間接裨益者：

本プロジェクトにおいては、視覚障害者、聴覚障害者等への裨益も見込まれるが、主要な裨益者は肢体不自由者を中心とした医療的リハビリテーションサービス対象者である。

WHOの推定によれば、途上国では人口の10%がなんらかの障害を持つとされている。また、ミャンマー国保健局の情報によれば、ミャンマー国全障害者の4割が肢体不自由者である。本プロジェクトにおける直接裨益は、ヤンゴン管区内に集中している。よって、ヤンゴン管区人口（約500万人）の4%、すなわち、約20万人が間接裨益者となる。ただし、州・管区病院のスタッフのトレーニングも行う予定であるため、これによる間接裨益者も含めれば、ミャンマー人口（約5,000万人）の4%、すなわち、約200万人となる。

3. 協力の必要性・位置づけ

(1) 現状および問題点

ミャンマーにおいては、ポリオ、ハンセン病、トラコーマといった感染症、少数民族地域・紛争地帯における地雷等による外傷、低栄養による栄養失調（栄養失調児の割合は35%、2000年）、保健医療サービスや医薬品・資機材の不足等により、人口の10%（途上国の障害者比率：WHO推定値）にあたる約500万人もの人々が障害を抱えているとされており、政府としては、社会福祉省社会福祉局が障害者の特殊教育、職業訓練・雇用等の社会的サービスに、保健省保健局が障害の予防とリハビリテーション等の保健・医療的サービスに取り組んでいるが、サービスの範囲は限られ質も低いなど多くの課題を抱えている。

特に、障害者の医療リハビリテーションのアクセスの拡大、サービス提供者の技術の向上、またCBRに代表される住民を巻き込んだ形でのリハビリテーション活動の推進などの取り組みが急務となっており、ミャンマー政府より我が国に対し技術協力の要請があった。

(2) 相手国政府国家政策上の位置づけ

ミャンマー国は社会経済開発の一環として、国民により良い生活をもたらすため保健・健康・教育の底上げを掲げており、リハビリテーション医療の強化もその1つに含まれる。人材の養成には特に力を入れており、2000年代からはコメディカルおよび福祉関連人材の各種養成校を大学に昇格させ、教育体制の強化を図っている。また、社会福祉省によって、包括的な障害者関連法が策定途中の段階にあるが、策定期間については不明である。

(3) 我が国援助政策との関連、JICA国別事業実施計画上の位置づけ

我が国のミャンマー国に対する援助は、現在のミャンマー政府の状況をかんがみ、新規の経済協力案件実施は基本的に見合わせる措置をとっている。しかし、「緊急性が高く真に人道的な案件」など、人道支援および民主化支援に資する案件に関しては、内容吟味のうえ、順次実施する方針としている。本プロジェクトは、この方針に基づき策定されたJICAの援助重点課題の1つである『「人道支援」の社会的弱者を取り巻く社会環境の改善』にも該当している。

4. 協力の枠組み

〔主な項目〕

(1) 協力の目標（アウトカム）

① 協力終了時の達成目標（プロジェクト目標）と指標・目標値

プロジェクト目標：国立リハ病院における質の高いリハビリテーションサービスを提供するためのシステムが強化される。

指 標： 他の病院から国立リハ病院に紹介される障害者の数
国立リハ病院でのリハビリテーションサービスに満足する障害者の数

② 協力終了後に達成が期待される目標（上位目標）と指標・目標値

上位目標： ミャンマーにおけるリハビリテーションサービスの質が向上する

指 標： 病院でリハビリテーションを受ける患者の数

(2) 成果（アウトプット）と活動

成果1 リハビリテーションサービスに関する国立リハ病院の訓練システム¹が向上する

指標 1-1 リハビリテーションサービスのための訓練教材の数

1-2 リハビリテーションサービスの訓練の種類

1-3 国立リハ病院スタッフのリハビリテーションサービスに関する技術と知識が改善される

1-4 国立リハ病院の訓練者の数

活動 1-1 国立リハ病院において人材開発チームを設立する

1-2 訓練のニーズアセスメントを実施する

1 プロジェクト目標の「質の高いリハビリテーションサービスを提供するためのシステム」のサブシステムとする。

- 1-3 リハビリテーションサービスのベースライン調査を実施する
- 1-4 国立リハ病院における訓練計画を策定する
- 1-5 国立リハ病院におけるリハビリテーションサービスに関するTOTの教材を開発する
- 1-6 国立リハ病院においてリハビリテーションサービスのTOTを実施する
- 1-7 国立リハ病院およびリハビリテーションサービス関連病院のスタッフ訓練のための教材を改善する

成果2 国立リハ病院におけるリハビリテーションサービスの質を改善するシステム²が強化される
 指標

- 2-1 国立リハ病院によってオペレーショナル・リサーチが実施される
- 2-2 国立リハ病院で行われるリハビリのアセスメントと診療の記録とレポートが提出される
- 2-3 配布される（広報のための）紙媒体、もしくは視聴覚媒体の種類
- 2-4 リハビリテーションに関する学術会議の数

活動

- 2-1 リハビリテーションサービスに関するオペレーショナル・リサーチを実施する
- 2-2 国立リハ病院をバリアフリー環境に改修する
- 2-3 リハビリテーションサービスの記録・報告システムを改善する
- 2-4 リハビリテーションに関する紙媒体もしくは視聴覚媒体を作成する
- 2-5 キャパシティビルディングと訓練のために必要な機器、器具、設備を提供する
- 2-6 国立リハ病院における継続した医療教育を実施する

成果3 国立リハ病院と、社会福祉省関連施設を含むリハビリテーション関連施設との連携が向上する³

指標

- 3-1 リハビリテーションサービスに関するセミナーもしくはワークショップの数
- 3-2 国立リハ病院と他の施設による共催のリハビリテーションサービスに関する技術会議の数

3-3 リハビリテーションサービスを提供する病院のスタッフに対する訓練の数

活動

- 3-1 リハビリテーションサービスに関するセミナーもしくはワークショップを開催する
- 3-2 リハビリテーションサービスに関するテクニカルミーティングを開催する

(3) 投入（インプット）

1) 日本側（総額3.4億円）

① 専門家派遣

- ・長期2名
（チーフアドバイザー、業務調整）
- ・短期3～4名
（オペレーショナル・リサーチ、リハビリテーション療法等。日本および第三国等からの講師派遣も検討）

② 人材育成のための機材供与・バリアフリー施設改修（総額5,500万円）

③ 本邦研修・第三国研修・国内研修（総額4,400万円）

（医師など指導教官レベル。医療マネジメント分野などの国別研修・集団研修も検討）

④ 現地業務費（総額1,500万円）

2) ミ国側

- ① 保健省のカウンターパート
- ② 指導教官となり得る各種専門家人材数名
- ③ 国立リハ病院内における研修スペースおよび必要な設備機材、等
- ④ 運営費

2 成果2においては、成果1で訓練されたスタッフの活動するハード・ソフト面の環境整備を行うことにより、サービスの質の改善のためのシステムを強化する。よって、プロジェクト目標「質の高いリハビリテーションサービスを提供するためのシステム」のサブシステムとする。

3 成果3においては、関係諸施設との連携の向上により、成果1および2の達成を促進し、普及させることとする。

※本プロジェクトは保健省保健局が実施機関であるが、障害者関連の事業では社会福祉省の協力が必要となることもあるため、関係構築と情報共有の目的でJCCのメンバーに社会福祉省からも1名参加してもらうこととした。

(4) 外部要因（満たされるべき外部条件）

1) 前提条件⁴

- ・関係病院・組織がプロジェクトの支援に同意する
- ・日本とミャンマーの協力関係が維持される

2) 成果の達成に重要な条件

リハビリテーションスタッフの勤務条件が、プロジェクト開始時と同程度に安定している

3) プロジェクト目標の達成に重要な条件

ミャンマーのリハビリテーションに対する国家政策が急激に変化しない

5. 評価5項目による評価結果

(1) 妥当性

本案件は、以下の点から妥当性が高いと判断できる。

1) 我が国の対ミャンマー国援助方針との整合性

我が国のミャンマー国に対する援助は、現在のミャンマー政府の状況をかんがみ、新規の経済協力案件実施は基本的に見合わせる措置をとっている。しかし、「緊急性が高く真に人道的な案件」など、人道支援および民主化支援に資する案件に関しては、内容吟味のうえ、順次実施する方針としている。本プロジェクトは、この方針と合致するほか、JICAの援助重点課題の1つである『「人道支援」の社会的弱者を取り巻く社会環境の改善』に該当し、支援実施について整合性が認められる。

2) APCDプロジェクトとの関連性

ミャンマーはAPCDによるプロジェクトの対象国である。APCDプロジェクトは2007年現在第2フェーズを迎え、その実施方針の1つにはAPCDで研修を受けた人々が自国において活動を展開することが含まれている。また、APCD研修のミャンマーにおける窓口である社会福祉省からは、本プロジェクトの実施に対しコミットメントが得られているため、連携したプロジェクトの実施可能性が認められる。

3) プロジェクトサイトの選定

ヤンゴンに位置する国立リハ病院を中心としてリハビリテーション関連人材の育成を実施することは、ミャンマー国保健省の方針でもある。ヤンゴンは総合病院のほか、整形外科・婦人科・小児科などの各種専門病院があり、国立リハ病院とは連携した治療体制をとっているが、リハビリテーションに関する技術や知識はいずれの病院でも未熟である。国立リハ病院を中心としたリハビリテーション人材育成を実施することにより、これら専門病院とのネットワークを生かした専門研修も行えるため、プロジェクトサイトとしては妥当であると考えられる。また、歴史的・文化的に、ミャンマー国は南部のLowerミャンマーと北部のUpperミャンマーに大きく分けられており、前者の中心がヤンゴンであり、これまで首都が置かれていた人口500万人を越す大都市であるため、ヤンゴンに技術的な協力を行うことで、全国に拡大していくことが見込まれる。

4) ターゲットグループの選定

ヤンゴン市内のリハビリテーションサービスに関わる各組織の現職スタッフに対する人材育成を行うことにより、Lowerミャンマーの代表都市部でのリハビリテーションサービスが強化されるため、Lowerミャンマー全地域から訪れる人々に対し、質の高いリハビリテーションサービスを提供することができる。同時に、プロジェクト実施にあたり教育病院としての機能も強化されるため、ヤンゴン市内だけでなく、他の地域で勤務することとなる医療従事者の技術・知識が向上し、他の地域で提供されるリハビリテーションサービスの質も向上する。さらに、ミャンマーでは保健省管轄の国立病院間で適宜医療人材の異動が行われるため、プロジェクト実施地域としてはヤンゴンが中心となるが、ここで育成された人材が他の地域に異動することによる技術・知

4 次回協議において、「関係病院・組織において、軍による介入および、不正行為がなされない」「ミャンマー国保健省のリハビリテーションに関する政策が一貫している」ことを外部条件として付け加える。

識の波及も見込まれる。一方、社会的リハビリテーションサービスを提供する社会福祉省関連施設、障害者支援関連NGO等に対する研修が行われるため、間接的ながらより多くの障害児者への裨益が見込まれる。

5) 他ドナーとの援助協調

国立リハ病院は、WHOが中心となって実施するCBRにおいて、CBRワーカーに対する、医療的リハビリテーション分野の研修を、定期的にコミュニティーに出向いて行っている。ミャンマー国のリソースの1つである国立リハ病院のリハビリテーションサービスに関する質が高まることにより、CBRワーカーをとおして、コミュニティーにおけるリハビリテーションの質が向上していくことに対して、WHO側の活動にも影響を及ぼす。また、JICA側にとっては、すでにWHOによって行われているCBRを通して、直接的に地域住民への裨益を見込める。一方、ミャンマーでは多くのドナーにより、保健、医療関連のプロジェクトが実施されており、障害の早期発見・介入・予防の分野で、公衆衛生、リプロダクティブ・ヘルス等の分野のプロジェクトとの連携により、住民への裨益の拡大が見込める。

6) 広報活動

本プロジェクトではリハビリテーションサービスに関する広報活動も実施する方針である。広報目的を、リハビリテーションの Awareness 向上、障害の理解、障害の早期発見・介入・予防等とし、広報対象を地域住民、地域の医療機関（ルーラル・ヘルス・センター）を含む各レベルの病院の保健医療スタッフとすることで、障害者の発見から高度なリハビリテーションを受けられる病院へのリファーマにつなぐことが見込まれ、プロジェクトとしての妥当性が高い。また、育成された人材が所属するヤンゴン市内の病院に来たりリハビリテーションを必要とする人々およびその家族への情報提供を行うことで、彼らが居住地に戻った後、彼ら自身によって周囲の人々へ情報を伝達してくれることも見込まれる。

7) 協力実施期間

人材育成の体制整備と実践の両方を行うため、プロジェクト開始2年後までには体制整備をほぼ完了させ、残りの3年間で教育を実施していくこととする。よって、5年間が妥当であると考えられる。

(2) 有効性

本案件は、以下の理由から有効性が見込める。

1) 関係者のコミットメント

実施機関である保健省保健局がリハビリテーション人材の育成と能力向上に意欲的であり、かつプロジェクト実施の拠点となる国立リハ病院を中心としたヤンゴンの主要病院における病院の関係者らの向上意識も高いことから、プロジェクト実施中だけでなく終了後においても継続してリハビリ人材の育成が行われる可能性が高い。

2) プロジェクト目標の指標

プロジェクト目標は「国立リハ病院における質の高いリハビリテーションサービスを提供するためのシステムが強化される」と計画されており、その指標として、「他の病院からリファーマされる患者数」と「国立リハ病院のサービスに満足する障害者数」が設定されている。前者は訓練を受けた人材の地域的な拡大および、他の組織との連携の程度、後者はリハビリテーションの質の高さを測る指標となりえる。これらの指標をモニタリング評価する方法については、プロジェクトの活動のなかに含まれているため、プロジェクト目標の指標は適切に設定されているといえる。

3) プロジェクトの成果と目標

本プロジェクトでは、国立リハ病院におけるリハビリテーションサービスに関する「①訓練システムの向上」に加え、「②質を改善するシステムの強化」を成果とすることによって、国立リハ病院を拠点に「質の高い訓練とサービス」を提供していくことが計画されている。また、医療的リハビリテーションから社会的リハビリテーションへのサービス、都市部から農村部、上位病院から下位病院、への成果の普及をねらい、「③社会福祉省関連施設を含むリハビリテーション関連施設との連携」が成果として設定されている。これら3つの成果から、国立リハ病院を拠点として、人材育成対象としては各レベルの病院、大学、社会福祉省関連施設、NGO等の関係者、直接的サービス提供対象としては国立リハ病院に受診する患者に対する、質の高いリハビリテ

ションサービスを提供することが可能となっていく。よって、プロジェクト目標達成のために十分な成果が計画されているといえる。

4) 指標の入手手段

指標の入手手段としては、すべてプロジェクトの活動を進めていくなかで得られる結果をもとにしており、確認のためにプロジェクトの活動とは別の予算を用意する必要がない。それぞれの活動を計画に沿って進めることで達成度を把握することができるため、目標と現状とを比較することが容易であり、場合により途中で目標達成に向けて計画を調整するなどのフィードバックも可能である。

5) 外部条件

成果に対する外部条件は、「リハビリテーションスタッフの勤務条件が、プロジェクト開始時と同程度に安定している」と設定されている。ミャンマーのリハビリテーション関係職種の勤務条件は、給与に関しては国内のインフレにともない金額の一斉引き上げが行われたばかりである。国立病院の人事は保健省によって管理されており、その保健省の方針の1つとしてリハビリテーション医療の強化があるため、勤務条件が悪化する可能性は低い。

(3) 効率性

本案件は、以下の理由から効率的な実施が見込める。

1) プロジェクトの活動と成果

国立リハ病院におけるリハビリテーションサービスに関する「①訓練システムの向上」という成果については、設置された人材開発チームによって、ニーズアセスメント・ベースライン調査を行い、この結果を踏まえ、訓練計画策定・TOT教材開発を行い、実際に訓練を行っていく計画がなされており、訓練にともない教材の改善も計画されている。よって、訓練システムの向上という成果を成し遂げるための十分な活動が計画されているといえる。

国立リハ病院におけるリハビリテーションサービスに関する「②質を改善するシステムの強化」という成果については、オペレーショナル・リサーチにより、リハビリテーションサービスの質の改善のための戦略を練り、リハビリに関する記録・報告システムの改善、広報媒体の作成、を行ったうえで、医療教育を継続させていく。他方で、訓練参加者に対しバリアフリーの概念を示していくことを主な目的として、バリアフリー環境への改修を進める。これらの活動により、リハビリテーションサービスの質を改善するためのシステムの強化が達成されるといえる。

国立リハ病院と「③社会福祉省関連施設を含むリハビリテーション関連施設との連携」という成果については、リハビリテーションサービスに関するセミナー／ワークショップ、および技術会議の開催という活動により、参加する各レベルの病院、大学、社会福祉省関連施設、NGO等の関係者の専門職としての自覚を促し、主体的な研究姿勢を生み出すことが期待できる。実践場面の技術にも不可欠である学術水準のレベルアップに加え、医療従事者のネットワークの構築は、これらの集いをとおして成し遂げられるものであり、より連携を深めるためにも必要な活動といえる。よって、連携の向上という成果を成し遂げるための十分な活動が計画されているといえる。

2) 成果の指標

国立リハ病院におけるリハビリテーションサービスに関する「①訓練システムの向上」という成果については、教材の数・訓練の種類・訓練者の数という定量データに加え、訓練の拠点となる国立リハ病院のリハビリテーションサービスにかかる技術・知識の改善という定性データが含まれている。2種類のデータを指標として用いることにより、より適切な評価が行えるような対応がなされている。

国立リハ病院におけるリハビリテーションサービスに関する「②質を改善するシステムの強化」という成果については、オペレーショナル・リサーチの実施、リハビリテーションに関する記録と報告の提出がなされたか否かを指標としているが、実際にはそれぞれの指標について、オペレーショナル・リサーチの質、記録・報告の数と質についても、指標の定量データとする。また、配布された広報媒体の種類、学術会議の数という定量データを指標とすることで、リハビリテーションサービスの質を改善するために、国立リハ病院が積極的に活動しているかどうかを測ることができる。

国立リハ病院と「③社会福祉省関連施設を含むリハビリテーション関連施設との連携」という成果については、セミナー／ワークショップ数、技術会議数、訓練の数を指標とすることで、各

レベルの病院、大学、社会福祉省関連施設、NGO等の関係者との連携の程度を測ることができる。

よって、3つの成果に対する指標は、内容を的確にとらえているといえる。

3) 投入のタイミングとコスト

本プロジェクトではベースライン調査、オペレーショナル・リサーチが行われ、この結果を踏まえ、短期専門家の専門分野・派遣時期（期間）、研修の目的・対象・内容等を決定していけるような柔軟な投入が計画されており、効率的な投入を行うための配慮がなされている。

4) プロジェクトサイトの機材と施設

国立リハ病院の機材と施設は人材育成のために必要な最低限の改善と改修を要するが、可能な限り現状のものを利用しつつ、プロジェクト予算の範囲内で実施できる必要最低限の改修を想定している。また、国立リハ病院施設の小規模なバリアフリーの改修に関しては、すでに保健省の合意も得られている。さらに、これに関してはプロジェクトの活動のなかで人材開発チームが改めて計画を策定することとなっており、現状の問題把握と改善策についてマネジメントサイドの研修の一部にもなっている。よって、バリアフリー施設改修・リハビリテーション機材供与はコストに見合ったものといえる。

5) 指標の入手手段

指標の入手手段としては、すべてプロジェクトの活動を進めていくなかで得られる結果をもとにしており、確認のためにプロジェクトの活動とは別の予算を用意する必要がない。それぞれの活動を計画に沿って進めることで達成度を把握することができるため、目標と現状とを比較することが容易であり、場合により途中で目標達成に向けて計画を調整するなどのフィードバックも可能である。

6) 外部条件

成果に対する外部条件は、「国立リハ病院における訓練が継続して実施されること」と、「訓練を受けたスタッフが勤務を続けること」である。国立リハ病院は現在もさまざまな分野の研修生を受け入れている状況であることに加え、保健省の方針として国立リハ病院をリハビリテーション人材育成の中心とすることが示されているため、体制としては訓練を継続して行える可能性が高い。訓練を受けた人材の継続的な勤務に関しては、6カ月以上の長期訓練を海外で受けた場合には、その後も保健省管轄の病院で一定期間の勤務を続ける義務が発生するため、指導者となり得る人材に対して長期海外研修を実施した際はこの外部条件は満たされると考えられる。その他の訓練修了者に関しては、国立病院における勤務のモチベーションを高める、フォローアップ体制を整備するなど、勤務を継続しやすい環境を保つ工夫をプロジェクト実施中に行うことで、条件として満たされる可能性は高くなると考えられる。なお、学術研究等により、自らの専門性について自覚していくことが期待されるため、訓練を受けたスタッフが継続して勤務していく意欲が高まることが予想される。

(4) インパクト

本案件のインパクトは以下のように予想できる。

1) 上位目標の内容

上位目標である「ミャンマーにおけるリハビリテーションサービスの質が向上する」で言う、リハビリテーションサービスの質の向上とは、サービスの種類（サービス対象・サービス内容）の増加を意味するといえる。研修対象を、各レベルの病院、大学、社会福祉省関連施設、NGO等の関係者とする事により、障害種別・地域別・年齢別・性別のサービス対象の拡大と、障害の早期発見・介入・予防から社会的リハビリテーションサービスの提供というサービス内容の拡大を通して、サービスの種類の拡大をねらうことが可能な計画が立てられている。本プロジェクトでは、「国立リハ病院における質の高いリハビリテーションサービスを提供するためのシステムの強化」により、プロジェクト終了後も、継続されたより質の高い研修が行われていくこととなる。国立リハ病院においてTOTを受けた人材および、国立リハ病院で実地研修を受けたヤングン医療技術大学の理学療法科を卒業した理学療法士（年間50名卒業）等が、州管区レベルの病院においてリハビリテーションサービスに関する技術・知識の普及を行っていくことにより、プロジェクト終了5年後までには、ミャンマー国全土におけるリハビリテーションサービスの質が向上していくことが見込まれる。

2) 上位目標の達成を阻害する要因

現実問題として都市圏ではない病院への配属希望者の確保が困難であることがあげられる。ただし、保健省としては今後2～3年のうちに現在ポストが空いている国立病院すべてにリハビリテーション医療人材を配置したい意向である。プロジェクト実施中に保健省の人事動向にも留意しつつ、必要に応じてJCCの議題として取り上げるなど、積極的な対応を保健省に働きかけることも念頭に入れておく必要がある。

3) 外部条件

プロジェクト目標達成のための外部条件である「ミャンマーのリハビリテーションに対する国家政策」については、保健省がリハビリテーション医療の強化を1つの方針としており、実際にヤンゴン・マンダレーの医療技術大学におけるリハビリテーション人材育成等において2004年に修士課程が開始されたり、校舎の改築、新規機材の設置をするなどの動きがみられる。よって、リハビリテーションに対する国家政策が急激に変化する可能性は低い。

4) 国立リハ病院の機能強化による波及効果

本プロジェクトによる国立リハ病院のスタッフの能力強化により、ミャンマー国唯一のリハビリテーション専門病院として、あらゆる障害に対応できる治療体制を備えることが期待できる。さらに、国立リハ病院を実地研修先としている医療系大学の学生（整形外科医・理学療法士・看護師等）にとっても大きな影響をもたらし、プロジェクト開始前よりも適切な技術と正確な知識を学生の間に身につけられることが期待できる。また、リハビリテーション専門病院としての評判が上がることで、一般市民のリハビリテーション医療に対する関心が高まることや、人が集まることによって必然的に障害者に対する情報の蓄積と発信という機能を備えていく可能性も期待できる。その他、WHOが実施するCBRにおける医療的リハビリテーションサービスの協力、社会福祉省関連施設、障害者支援関連NGO等への講義も行っているため、これらの組織をとおして他分野および住民への裨益が期待される。

留意点として、ヤンゴンを中心とした都市部に居住する、移動の問題が少ない、肢体不自由者へのリハビリテーションサービスへと偏ったサービスになる可能性があるが、研修対象と研修内容を拡大することにより、障害種・地域・年齢・性を問わない医療的・社会的リハビリテーションサービスの提供が見込める。

5) 負の影響

本プロジェクトで実施する訓練や導入（整備）される「評価と治療の記録」により、リハビリテーション医療従事者、特に理学療法士の担当業務範囲や種類が増加する可能性があり、これによって患者への対応が雑になるという負の影響が懸念される。これに対しては、彼ら自身の技術を向上させて効率的に治療にあたるようにすることや、マネジメントサイドの研修も実施してリハビリテーション科の全体的な効率アップを目指すこと、セミナー/ワークショップ、技術会議および学術会議等における評価と治療の記録の重要性についての理解促進、また人材開発チームによるモニタリングとフォローアップを行うことなどにより防げるよう対応を考慮しておく必要がある。

また、本プロジェクトでの協力分野であるリハビリテーションは西洋医学に基づくものであるが、ミャンマーにおいては、伝統医学が医療分野において普及している。保健省の方針のなかでも伝統医療の強化が示されており、JICAとしても2006年12月から伝統医療プロジェクトが実施されている。患者の8割～9割が脳卒中患者であるヤンゴンの国立伝統医療病院と、国立リハ病院とはリファラルのシステムが構築されているが、治療・リハビリテーションの方針の違いについては、保健省の方針、患者や家族の意思、伝統医療病院および国立リハ病院の意見を尊重していく配慮が必要とされる。

(5) 自立発展性

本案件の自立発展性は以下のとおり見込める。

1) 相手国関係者の主体性

自立発展性の確保のためには相手国関係者の主体性と参加意識が重要であるが、本プロジェクトではプロジェクトの詳細な計画策定や執行を、国立リハ病院長を中心とする人材開発チームがJICA専門家のアドバイスのもとに行う計画となっており、主体性は十分に確保されている。また、保健省はリハビリテーション医療を強化させるために、理学療法士養成機関を1994年に大学

に昇格させ、2004年には修士課程も設置するなど近年教育体制の確立にも力を入れており、したがって、この方針に沿った現職リハビリテーション医療従事者の能力向上訓練が継続される可能性は高い。本プロジェクトには人材育成の指導官となる専門人材の育成も含まれているため、彼らと人材開発チームを中心として、プロジェクト終了後もミャンマー国内における訓練が継続できる体制は確保できるものと考えられる。

2) 学術会議への発展

必要な資機材・学術資料のないまま、検査・測定に基づく評価が行われておらず、物理的治療を中心とした、偏りのある医療的リハビリテーションが行われているミャンマーにおいては、リハビリテーションサービスに関連するスタッフは断片的な知識と模倣に基づきサービスを提供していると考えられる。しかしながら、これらのスタッフの技術・知識の向上の意欲は高いため、ワークショップ／セミナー、技術会議といった、経験・知識の共有の場をプロジェクトのなかで設定することで、これらが学術会議等に発展して行き主体的に学びあっていくシステムが構築される可能性がある。こういった専門分野での学術会議は、日本のリハビリテーションの歴史のなかでも、リハビリテーションサービスの発展に大きく影響しており、ミャンマー国においても学術会議が定期的開催されていることが期待される。

3) 国内の障害問題に関する動き

社会福祉省による包括的な障害者関連法の設置に向けた動き、MDPO（ミャンマー障害当事者組織）の結成など、ミャンマー国内の障害者に関連する医療的リハビリテーション以外の活動が少しずつ形を成してきている状況もかんがみ、今後ますます医療的・社会的リハビリテーションに対する需要が高まることが考えられるため、リハビリテーション強化対策は自立発展的に継続されていくものと予想される。

4) 指導者育成（Training of Trainers）について

本プロジェクトでは医療リハビリテーションの各専門分野において、指導者となって現場で後進の指導にあたる人材も育成することとしている。対象としては、理学療法士はもちろん、作業療法士や言語聴覚士などミャンマーにはまだ専門家が存在しない分野や、脊髄損傷など特定分野の専門医師やリハビリテーションに特化した看護師などが考えられている。ミャンマー国内に指導者が育つことにより、保健省の主導によって自国内での更なる人材育成が可能となるため、プロジェクト終了後も継続的な人材育成を行えるものと見込まれる。

5) 供与資機材の維持管理

ミャンマー国においては、物を大切にしている慣習があり、リハビリテーション資機材から学術図書等にいたるまで、丁寧に利用されている。また、高度な電子機器以外であれば、修理や複製も可能である。本プロジェクトにおいては、電気を必要とする物理治療というよりはむしろ、機能訓練や生活支援への転換という方向性を目指しているため、供与予定の資機材は電気を利用しない機材を多く導入することが予定されている。また、ヤンゴンにおいては停電が多く発生するため、電気を利用した機材は極力減らすような配慮をする必要がある。

6) 遠隔地からの研修への参加

本プロジェクトにおいては、国立リハ病院が研修のサイトとなるため、研修対象外地域的に拡大して行った場合、遠隔地からの研修への参加するための交通費・宿泊費等の費用に関する問題がでる可能性が否定できない。この対処方法として、研修が州・管区レベルにおいて実施されていくように、主要都市の国立病院や州・管区病院の指導者育成を行うこととしている。プロジェクトの実施により、国立リハ病院が質の高い研修先としての著名度が高まれば、研修参加のための予算の確保が、保健省もしくは州・管区レベルの病院によって行われる可能性もある。

6. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮

ミャンマーにおける障害者の問題は貧困問題とも大きく関わっている。今回のプロジェクトにおいては、国立リハ病院での人材育成機能の向上をとおした、各レベルの病院、大学、社会福祉省関連施設、NGO等における医療的・社会的リハビリテーションの質が向上することによって、間接的に貧困層の障害者へ裨益するものと考えられる。また、近々開始予定の基礎保健スタッフ強化プロジェクトとの連携により、パイロットエリアにおいて直接的に貧困層の障害者へ裨益することが見込まれる。

7. 過去の類似案件からの教訓の活用

類似案件の有無：有

本案件は過去に行われたミャンマー国の保健医療関連プロジェクトのほか、以下の類似の技術協力プロジェクトを参考にすることが有用と思われる。

医療リハビリテーション分野：

「中国肢体不自由者リハビリテーション」(1986～1993)

「チリ国身体障害者リハビリテーション」(2000～2005)

「ミャンマー国ハンセン病対策・基礎保健サービス改善プロジェクト」(2000～2006)

リハビリテーションおよび障害者に関する啓発活動：

「ミャンマー国主要感染症対策プロジェクト」(2004～2009)

8. 今後の評価計画

(1) 11月初旬にR/D締結予定（協力期間はR/D締結より5年間）

(2) 評価スケジュール

・ 中間評価 2010年5月頃

・ 終了時評価 2012年11月頃

目 次

序 文

地 図

写 真

略語表

要 約

事業事前評価表

第1章 第1次事前調査	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成	2
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	3
第2章 リハビリテーション関連の政策および省の役割	6
2-1 障害者関連の政策等	6
2-1-1 政策	6
2-1-2 法律	9
2-1-3 医療保険等の福祉制度	10
2-2 保健省	10
2-2-1 保健省の構成	10
2-2-2 保健局 (DOH)	11
2-2-3 医療科学局 (DOMS)	14
2-3 社会福祉省	15
2-3-1 社会福祉省の役割	15
2-3-2 障害者に対する教育および職業訓練	17
2-3-3 障害当事者組織	18
2-3-4 課題と展望	19
2-3-5 本プロジェクトとの連携可能性	19

第3章	ミャンマーにおけるリハビリテーションの現状と課題	20
3-1	医療リハビリテーションの現状	20
3-1-1	一般的な医療事情	20
3-1-2	医療リハビリテーション概要	21
3-1-3	リハビリテーション協会	23
3-1-4	医療従事者の給与	23
3-2	理学療法士の養成	24
3-2-1	ミャンマーにおける理学療法の歴史	24
3-2-2	大学教育	25
3-2-3	大学院教育	26
3-3	主要病院の状況	26
3-3-1	国立リハビリテーション病院	26
3-3-2	ヤンゴン総合病院	31
3-3-3	ヤンゴン整形外科病院	33
3-3-4	マンダレー総合病院	35
3-3-5	イエナダハンセン病院	37
3-3-6	伝統医療病院	39
3-4	NGOによる支援およびCBRの実施状況	40
3-4-1	ミャンマーにおけるCBRの実施概況	40
3-4-2	ワールドビジョン	41
3-4-3	特定非営利活動法人難民を助ける会	42
3-4-4	ココロボランティアグループ	45
3-5	義肢装具製作とICRCの活動	45
3-6	国際機関等による支援の状況	47
3-6-1	WHO（世界保健機関）	47
3-6-2	UNDP（国連開発計画）	47
3-6-3	DFID（英国国際開発省）	48
3-6-4	USAID（米国国際開発庁）	48
第4章	技術協力プロジェクトの基本計画	49
4-1	基本方針	49
4-1-1	プロジェクトの基本構成	49
4-1-2	人材育成	49

4-1-3	プロジェクトサイト	50
4-1-4	機材供与および施設整備	51
4-1-5	社会福祉省との連携	52
4-1-6	APCD 専門家、帰国研修員および JICA 帰国研修員の活用	52
4-1-7	啓発・広報活動	53
4-1-8	義肢・装具に関する技術協力	53
4-2	基本計画	53
4-3	留意事項	55
4-3-1	プロジェクトの指標	55
4-3-2	プロジェクトでの使用言語	56
4-3-3	能力強化研修の実施時間	56
第5章 プロジェクトの評価		57
5-1	妥当性	57
5-2	有効性	58
5-3	効率性	59
5-4	インパクト	60
5-5	自立発展性	61
第6章 団員所感		63
付属資料		
第1次事前調査団ミニッツ		79
第7章 第2次事前調査		95
7-1	調査団派遣の経緯	95
7-2	事前調査の目的	95
7-3	調査団員	96
7-4	調査日程	96
7-5	主要面談者	97

第8章 技術協力プロジェクトの具体的な活動内容	99
8-1 PDM修正の経緯	99
8-1-1 人材育成企画チーム	99
8-1-2 他施設との連携	99
8-1-3 支援対象	100
8-1-4 リハビリテーションサービスの質の向上	101
8-1-5 地域住民への直接裨益とBHS強化プロジェクトとの連携	101
8-2 人材開発チーム	101
8-2-1 概要（設置場所・メンバー等）	101
8-2-2 活動内容	102
8-2-3 他施設との連携	102
8-3 広報活動	103
8-3-1 広報活動の目的	103
8-3-2 広報活動の対象	103
8-3-3 広報活動の内容	103
8-4 他の国内外JICAプロジェクトとの連携	104
8-4-1 国内のJICAプロジェクトとの連携	104
8-4-2 国外のJICAプロジェクトとの連携	105
8-5 人材育成研修	105
8-5-1 研修対象	105
8-5-2 研修内容	106
8-6 社会福祉省とのかかわり	107
第9章 施設改修・機材供与	108
9-1 施設改修	108
9-1-1 施設の状況	108
9-1-2 改修事項	110
9-2 機材供与	114
9-2-1 既存機材の状況	114
9-2-2 供与機材	115
第10章 プロジェクトの評価	118
10-1 妥当性	118

1 0 - 2	有効性	120
1 0 - 3	効率性	121
1 0 - 4	インパクト	123
1 0 - 5	自立発展性	125
第 1 1 章	団員所感	128
1 1 - 1	団長所感	128
1 1 - 2	団員所感	130
1 1 - 2 - 1	リハビリテーション人材育成担当	130
1 1 - 2 - 2	施設改修／リハビリテーション機材担当	134
付属資料		
第2次事前調査団M/M		141
R/D（案）		145

第1章 第1次事前調査

1-1 調査団派遣の経緯と目的

(1) 事前調査の背景

ミャンマー連邦共和国（以下「ミャンマー」と記す。）においては、ポリオ、ハンセン病、トラコーマといった感染症、少数民族地域・紛争地帯における地雷等による外傷、低栄養による栄養失調（栄養失調児の割合は35%、2000年）、保健医療サービスや医薬品・資機材の不足等により、人口の3～5%にあたる約230万人もの人々が障害を抱えているとされており、政府としては、社会福祉省社会福祉局が障害者の特殊教育、職業訓練・雇用等の社会的サービスに、保健省保健局が障害の予防とリハビリテーション等の保健・医療的サービスに取り組んでいるが、サービスの範囲は限られ質も低いなど、多くの課題を抱えている。

特に多くの障害者が必要としている医療リハビリテーションサービスについては、サービスが大都市や管区・州レベルまでにしか及んでおらず、何らかのサービスを受けている障害者の人口は、障害者全体の1.8%に過ぎず、約226万人がサービスを受けられないまま生活していると推定されている。障害者の医療リハビリテーションのアクセスの拡大、サービス提供者の技術の向上、またCBRに代表される住民を巻き込んだ形でのリハビリテーション活動の推進などの取り組みが急務となっており、ミャンマー政府より我が国に対し技術協力の要請があった。

(2) 事前調査の目的

今回の事前調査においては、関連行政、リハビリテーション関連病院およびCBR実施機関の現状を包括的に調査分析し、我が国が協力可能な事項および今後のスケジュールについて、カウンターパート機関として想定されている保健省と協議のうえ、合意を得るとともにPDM案の作成およびこれにかかる協議議事録（M/M）の署名・交換を行うことを目的として、以下の点について調査を行う。

- 1) 本プロジェクトの要請背景を確認し、当該分野の現況について調査を行う。
- 2) プロジェクト実施の前提条件（実施・責任体制、両国の負担事項等）、協力内容（PDM・PO案）について協議し、取りまとめる。
- 3) 評価5項目の観点から協力内容の評価を行い、ミャンマー国側との合意事項を議事録（ミニッツ）に取りまとめる。
- 4) 帰国後、調査結果に基づき、事前調査報告および事業事前評価表を作成する。

1-2 調査団の構成

氏名	担当分野	所属	期間
とみおか のりこ 富岡 詔子	総括	信州大学医学部保険学科 教授 JOCV事務局 技術顧問 (リハビリテーション/保健衛生)	2007/2/20-3/7
やまさき ひろのり 山崎 裕功	リハビリテーション 人材育成	国立身体障害者リハビリテーションセンター病院 診療部長	2007/2/20-3/7
せきぐち すずむ 関口 進	リハビリテーション 機材	国立身体障害者リハビリテーションセンター病院 第一機能回復訓練部理学療法士長	2007/2/20-3/7
いけだ なおと 池田 直人	協力企画	JICA人間開発部 第二G 社会保障チーム Jr. 専門員	2007/2/20-3/7
ほんごう なおこ 本郷 直子	評価分析	元Jr.専門員	2007/2/14-3/8

1-3 調査日程

調査団	本郷団員	月日	移動および業務	宿泊先
	1	2/14(水)	本郷団員 ヤンゴン着	ヤンゴン
	2	2/15(木)	9:00 在JICA ミャンマー事務所 10:30 WHO 13:00 KOKORO ボランティアグループ 15:00 ワールドビジョン	ヤンゴン
	3	2/16(金)	14:00 ILEP (国際ハンセン病撲滅プロジェクト) 事務所	ヤンゴン
	4	2/17(土)	資料整理	ヤンゴン
	5	2/18(日)	資料整理	ヤンゴン
	6	2/19(月)	10:30 国立リハビリテーション病院	ヤンゴン
1	7	2/20(火)	9:00 ヤンゴン総合病院 13:00 PDM協議 (Yangonの病院関係者) 調査団4名 ヤンゴン着	ヤンゴン
2	8	2/21(水)	9:00 在JICA ミャンマー事務所打合せ 10:30 AAR (難民を助ける会) 14:00 在ミャンマー日本国大使館表敬	ヤンゴン
3	9	2/22(木)	9:00 ヤンゴン総合病院 14:00 ヤンゴン整形外科病院	ヤンゴン
4	10	2/23(金)	9:00 国立リハビリテーション病院 15:00 ICRC (国際赤十字)	ヤンゴン
5	11	2/24(土)	資料整理 10:30 ヤンゴン - 11:30 マンダレー	マンダレー
6	12	2/25(日)	9:00 国立イエナダハンセン病病院	マンダレー
7	13	2/26(月)	資料整理	マンダレー
8	14	2/27(火)	9:00 マンダレー総合病院 15:30 マンダレー - 17:30 ネピド	ネピド
9	15	2/28(水)	9:00 保健省保健局 表敬 10:00 保健局 PDM協議 11:00 社会福祉省社会福祉局表敬 13:00 保健省医療科学局表敬 14:00 保健省保健局 PDM・PO・RD協議	ネピド
10	16	3/1(木)	8:30 保健省保健局 PDM・PO・RD協議 13:05 ネピド - 14:05 マンダレー	ヤンゴン
11	17	3/2(金)	資料整理 (農民の日:祝日)	ヤンゴン
12	18	3/3(土)	資料整理	ヤンゴン
13	19	3/4(日)	資料整理	ヤンゴン
14	20	3/5(月)	10:00 在JICA ミャンマー事務所報告 14:00 ヤンゴンパラメディカル大学	ヤンゴン
15	21	3/6(火)	9:00 伝統医療病院 調査団4名 19:45 ヤンゴン→成田 (翌朝着)	ヤンゴン
16	22	3/7(水)	9:00 ヤンゴン福祉訓練学校 本郷団員 19:45 ヤンゴン→成田 (翌朝着)	-

1-4 主要面談者

(1) ミャンマー側関係者

1) 保健省 (MOH)

保健局 (DOH)

Dr. Tin Win Maung	Director General
Dr. Tin Min	Deputy Director General (Medical Care)
Dr. Nyan Win Myint	Medical Officer (Medical Care)

医療科学局 (DOMS)

Dr. Aye Thaung	Deputy Director General
Dr. Than Zaw Myint	Director (Training)
Dr. Tin Tun	Deputy Director General (Post-graduate)
Dr. Mya Myint Zu	Deputy Director (Training)
Dr. Ye Wui	Director (Post-graduate)

(2) 国立リハビリテーション病院 (NRH)

Dr. Moe Aung	Medical Superintendent
Dr. Soe Thein	Consultant
Mr. SanAlfred	P&O Clinic
Dr. Su Su Min	Specialist Assistant Surgery
Dr. Moe Moe Win	Specialist Assistant Surgery

(3) ヤンゴン総合病院

Prof. Daw Khin Myo Hla	Head of Physical Medicine and Rehabilitation
Dr. Khin Maung Myint	Consultant Hand Surgeon
Dr. Myo Thuzar Khin	Department of Physical Medicine and Rehabilitation

(4) ヤンゴン整形外科病院

Dr. Nyunt Hlaing	Medical Superintendent
------------------	------------------------

(5) 国立イエナダハンセン病病院

Myat Thida	Medical Officer
------------	-----------------

(6) マンダレー総合病院

Dr. U Maung Win	Medical Superintendent
Dr. Sai Woon Ma	Head / Consultant, Department of Physical Medicine and Rehabilitation

(7) ヤンゴン伝統医療病院

Dr. Theim Kyaw	Medical Superintendent
----------------	------------------------

- (8) パラメディカルサイエンス研究所
 Dr. Theingi Hlaing Head of Physiotherapy Department
- (9) ヤンゴン医療技術大学
 Dr. Saw Kyaw Aung Rector
 Dr. Swe Swe Win Department of Medical Imaging Technology
 Dr. Thaingi Hlaing Head of Department of Physiotherapy
 Dr. Aye Aye Khin Department of Medical Laboratory Technology
- (10) 社会福祉省 社会福祉局 (MOSW, DOSW)
 Mr. Sit Myaing Director General
 Mr. Myint Thein Director
 Mr. Thein Naing Deputy Director
 Mr. Daw Sarah Win Assistant Director
- (11) 世界保健機構 (WHO)
 Dr. Myo Paing National Professional Officer
- (12) 国際赤十字 (ICRC)
 Max Deneu Head of Orthopaedic Department
 Dr. Michele Jotterand Medical Coordinator
 Eimi Oku Munier Head of Tracing Unit
 Pierre-Jean Montagne Senior Ortho-Prosthetist C.P.O
- (13) 国際ハンセン病撲滅プログラム (ILEP)
 Dr. Tin Shwe ILEP Liaison Officer, Consultant
- (14) ワールドビジョン (WV)
 Dr. Aye Aye Myint Health Coordinator
 Dr. Nyo Minn Ko Health Associate
 Ms. Khaing Khaing Htun Community Development Facilitator
- (15) 難民を助ける会 (AAR)
 Ms. Yuko Yokotobi Resident Representative
- (16) ココロボランティアグループ
 神保 恵一 代表

2) 日本側関係者

- (1) 在ミャンマー日本大使館
 大熊 健 二等書記官

(2) JICA ミャンマー事務所

梅崎 路子	所長
佐藤 公平	次長
馬部 典佳	企画調査員（保健）
Ms. Pa Pa Khin	Assistant

第2章 リハビリテーション関連の政策および省の役割

2-1 障害者関連の政策等

2-1-1 政策

保健省発行の『Health in Myanmar 2006』の中では、包括的な保健政策に関する記述以外にリハビリテーションや障害者に特化した記述は見られない。同書内に記載されている2006年～2011年の国家保健計画（National Health Plan）の主な内容は以下のとおり。

国家保健計画 National Health Plan（2006-2011）

Objectives

1. To implement the national objective of uplifting of health, fitness and educational standards of the entire nation
2. To implement National Health Policy
3. To develop a new health system in keeping with political, economic and social conditions
4. To strengthen rural health services

Main Components of the Plan

1. Community Health Care
2. Disease Control
3. Hospital Care
4. Environmental Health
5. Health System Development
6. Human Resources for Health
7. Health Research
8. Traditional Medicine
9. Food and Drug Administration
10. Laboratory Service
11. Health Promotion
12. Health Information System

Expected Benefits

1. Improved health care coverage
2. Reduction in morbidity
3. Improved Health Status of the people
4. Improved medical education
5. Development of health research
6. Development of traditional medicine
7. Improved health knowledge of the people through effective information, education and communication activities

前表の最新版国家保健計画の詳細情報は入手できていないが、同計画の2001年～2006年版によると、「3. Hospital Care」の中の一項目としてリハビリテーションおよび聴覚障害の予防が含まれているほか、「2. Disease Control」の中にトラコーマの予防と関連して視覚障害の予防が記載されている。また、医療人材の育成については、大学等における基礎人材養成のみでなく、本リハビリテーション強化プロジェクトのターゲットとなり得る医療従事者の能力強化もあげられている。ミャンマーの病院関係者によると、2001年～2006年版の国家保健計画と最新版の同計画とは主要プログラムに若干の変更があるが、基本的な方針に変更はないとのことであるため、参考までに旧版の主要プログラムとそれに含まれる項目を表2-1に記載する。本プロジェクトでは下記各プログラムに横断的に関係する項目が含まれるが、本調査時点で計画されているプロジェクト活動内容と照らし合わせ、特に関係すると考えられる項目については下線を引いた。

表2-1 国家保健計画 National Health Plan (2001～2006)

主要プログラム	記載項目
1. Community Health Care	<ul style="list-style-type: none"> • Strengthening of District Health and Rural Health Development • <u>Primary Medical Care and Referral of Patients</u> • Primary Oral Health • <u>Health Care of the Elderly</u> • Health Care of Adolescent • School Health • Mental Health • Community Health Nursing • Nutrition Development • Maternal and Child Health • Family Health
2. Disease Control	<ul style="list-style-type: none"> • Expanded Programme on Immunization • Epidemiological Surveillance • Health Sector Epidemic Preparedness and Response • HIV / AIDS • Leprosy Control • Prevention of Blindness and Trachoma • Prevention and Control of Common Childhood Diseases • Sexually Transmitted Diseases • Tuberculosis Control • Vector Borne Diseases Control • Viral Hepatitis

	<ul style="list-style-type: none"> • Water and Food Borne Diseases • Zoonosis
3. Hospital Care	<ul style="list-style-type: none"> • Upgrading of Hospitals • Quality of Care in Health Institutions • Medical Social Works • Snake Bite Control • Non-communicable Disease Control (Cardiovascular Diseases, Diabetes, Cancer) • Accident Prevention • <u>Rehabilitation</u> • Prevention of Deafness • Border Area Health Development
4. Environmental Health	<ul style="list-style-type: none"> • Environmental Health Risk Assessment and Control • Occupational Health with Special Emphasize on Control of Industrial Hazards • Healthy Settings • Safe Water and Sanitation • Control of Agricultural Hazard
5. Health Systems Development	<ul style="list-style-type: none"> • Health System Research and Development • Partnership for Health Development • International Health • Health System Development and Alternative Financing for Health • Monitoring and Evaluation of National Health Plan
6. Health Promotion	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion of Healthy Life Styles • Community Health Education and Promotion Services • Community Health Promotion through physical Fitness • Model Township Development • Tobacco Free Initiative
7. Health Management Information System	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Information System • <u>Public Health Information System</u> • Logistics Information System • HRH Information System • Information Network and Technology Development
8. Human Resources for Health Development	<ul style="list-style-type: none"> • Upgrading of Training Institutions • HRH Development of Basic Health Categories • HRH Development of Undergraduate Categories • HRH Development of Postgraduate Medical Education • Development of Nursing Education • <u>Continuing Medical Education</u> • <u>Medical and Health Professional Education Research</u>

9. Health Research	<ul style="list-style-type: none"> • Research on Priority Diseases • Research on Communicable Diseases and Non-Communicable Diseases • Research on Traditional Medicine • Research on Technology Development • <u>Research Capacity Strengthening</u> • Research on Health Problem
10. Laboratory Services and Blood Safety	<ul style="list-style-type: none"> • Upgrading Clinical and Public Health Laboratory • Blood Safety and Transfusion Medicine
11. Food and Drug Administration	<ul style="list-style-type: none"> • Consumer Protection • Food Quality Control • Drug Quality Control • Drug Abuse Prevention and Control
12. Traditional Medicine Development	<ul style="list-style-type: none"> • Strengthening the Capacity of Traditional Medicinal Practitioners • Production of Quality Assured Traditional Drugs • Upgrading the Quality of Herbal Garden • Strengthening the Institutional Capability of Traditional Drug Research • Strengthening the Role of Traditional Medicine in Line with the National Health Care System

出所：National Health Plan（2001～2006）, Ministry of Healthより調査団作成

2-1-2 法律

ミャンマーにおける障害者関連法は、1993年から2002年の「アジア太平洋障害者の10年」に関連して見直しと整備が行われていた。しかし、2007年2月末時点ではまだ立法化の手続き段階であり、管轄の社会福祉省によれば草案は立法の最終段階ともいえるAttorney Officeまで上げられているため、まもなく制定される見通しとのことである。2002年度作成のJICA国別障害関連情報では、この新障害者関連法には「保健・教育・雇用の権利を含む障害者のより幅の広い権利が保証されている」¹とされる。

ミャンマーでは1958年に初めて障害者のリハビリテーションや雇用に関する法律が制定されており、これにともなって現国立リハ病院の前身である障害者病院（Hospital for the Disabled）が社会福祉省の管轄下で開設された²。

1 国際協力事業団『国別障害関連情報 ミャンマー連邦共和国』p.9、2002年3月。

2 Disable Person's Employment Act, No. 33, 1958（国立リハ病院の情報による）

2-1-3 医療保険等の福祉制度

ミャンマーでは基本的な医療サービスに関しては無料であり、国立病院では障害者に限らず誰でも無料で治療・入院・手術などを受けることができる。よって、国家による医療保険等の制度は制定されていない。ただし、治療に関しては無料であっても、入院中の食事はすべて家族が用意しなければならないことや、検査試薬や高価な医薬品の購入など何かとお金がかかるため、一般市民にとって長期の治療はやはり家計への大きな負担となっているとのことである。実際には来院患者の約50%は医薬品等なんらかの費用を支払っているとの情報もある³。国立病院の患者には特に低所得層の人々が多い。そのため、リハビリテーションに限らず長期にわたる入院や遠方からの入院等で家計の負担が大きく、かつ低所得者の場合には、病院独自で設置している救済制度を適用する場合がある。この救済制度は国家（省）の予算ではなく、各病院がそれぞれ寄付者を募り、患者のための救済基金として運営している。寄付がベースとなるため毎年の基金額には変動があるが、計画的な貯蓄を行うことで継続的に患者の支援を行えるように努められている。患者が基金を利用するためには、患者（家族）による申請に加えて、居住地区のコミュニティワーカーなどから現況や生計に関する情報を得て病院内の委員会で協議するという審査過程を経ているとのことであるが、あまり厳密な規定はない（たとえ請求しても低所得者は支払えない）模様である。

2-2 保健省

2-2-1 保健省の構成

保健省は図2-1のとおり、7局（Department）で構成されている。すなわち、保健計画局（Department of Health Planning）、保健局（Department of Health、以下DOH）、医科学局（Department of Medical Sciences、以下DOMS）、伝統医療局（Department of Traditional Medicine）、医学研究局（Department of Medical Research）であり、医学研究局はさらにNay Pyi Tawに拠点を置く中央局（Central）・ヤンゴン拠点の下ミャンマー地域局（Lower）・マングレー拠点の上ミャンマー地域局（Upper）の3局となっている。各局の担当分野は以下のとおり⁴。

- ・保健計画局： 保健大臣の下に直接設置されている（他局は副大臣下に設置）。国家保健計画の策定、実施にかかる監督、モニタリング評価、保健情報の統括と発信、健康教育教材の作成等。
- ・保健局： 各種保健医療サービスの提供、各種対策プログラムの実施。

3 国際協力事業団『ミャンマー連邦ヤンゴン市内病院医療機材整備計画 基本設計調査報告書』p.9、2003年3月。

4 国際協力事業団『ミャンマー連邦保健医療プロジェクト形成調査（第1次；基礎情報収集及び感染症対策）報告書』（2001年9月）より抜粋。保健省内各局の日本語訳も同報告書に従った。

- ・医科学局： 医療従事者の養成。医科大学等はこの管轄化にある。
- ・伝統医療局： 伝統医療サービスの提供、研究開発、伝統医師の養成等。
- ・医学研究局： バイオメディカル分野、臨床研究、ワクチン開発等の医学研究。

7局のうちリハビリテーション医療に深く関係するのは、すべての病院を管轄するDOHと、医療関連の大学教育を管轄するDOMSであり、本プロジェクトではDOHが直接の相手機関となる。DOH下にはさらに8課あり、DOH局長（Director General）の下でその8課が3部門に分けられ、各部門を統括する局次長（Deputy Director General）が3名配置されている（詳細は本章掲載の構成図を参照）。3部門のうちのメディカルケア部門が主に各病院の運営や人材配置を担当しているため、本調査団のR/Dに関する協議はメディカルケア部門局次長（Deputy Director General of Medical Care）を中心に行った。

また、JICA等海外からの援助の受入れは、すべて国際保健課（International Health Division）が窓口となる。ここは上記7局とは別に大臣直轄で存在する課であり、援助の詳細は担当各局と直接協議をすることになるが、その前段階としての受入れ調整を行っている。海外へ保健分野の研修生を派遣する際にもここが窓口となる。

2-2-2 保健局（DOH）

本プロジェクトとの関係性が強いのは、上記のとおりリハビリテーションに直接関わるDOHとDOMSである。DOHは治療セクターを監督し、DOMSは教育セクターを監督する。2003年の保健省資料によれば、各地の医療施設は以下のとおり。

- ・専門病院（Specialist Hospital） 20カ所
（専門かつ高次の医療を提供する。国立リハビリテーション病院はこの1つ）
- ・総合病院（General Hospital） 36カ所
- ・150床病院（150 Bedded Hospital） 4カ所
- ・100床病院（100 Bedded Hospital） 28カ所
- ・50床病院（50 Bedded Hospital） 57カ所
- ・25床病院（25 Bedded Hospital） 95カ所
- ・16床病院（16 Bedded Hospital） 119カ所
（以上は主にタウンシップ病院、第2次医療を担当）
- ・ステーション病院（Station Hospital） 422カ所（第1次医療を担当）
- ・その他に村落レベルの保健センター 約7,400カ所
（Rural Health Center、Sub Health Center、School Health Center）

これらの病院・保健センターは相互に連絡を行っており、リファーマル体制を形成している。特にヤンゴンやマンダレーにある専門病院には、全国から特別な治療の必要な患者が移送され

るなどの対策がとられている。なお国軍にも付属病院があり、こちらは保健省の管轄ではなく国防省の管轄であるが、治療の必要性に応じて保健省下の専門病院や総合病院に転院させることもあるという（国防省管轄の病院は保健省管轄の総合病院ほど設備が整っていないとのこと）。また、宗教省管轄の仏教僧侶のための僧侶病院も存在する。私立病院は5,257カ所となっている。

医療人材の配置・異動を命ずるのもDOHの業務である。理学療法士は上記のうち専門病院と総合病院を中心に、現在50以内の病院に約100名が配属されている。36カ所の総合病院にはすべて理学療法士のポストがあるが、まだそのすべてに配属しきれてはいない（DOHでは2～3年以内にはすべて配属できる見通しとのこと）。特に地方の病院には勤めてくれる理学療法士がほとんどおらず、人員の確保に非常に苦労しているという。

病院従事者の給与額もDOHが決定する。近年のインフレにともない、スタッフの給与額は2006年4月に上げられたばかりであり、平均するとどの職種も4～5倍になった（例えば理学療法士の給与はそれまでの約5倍、トップクラスの医師では6倍程度の金額）とのことである。

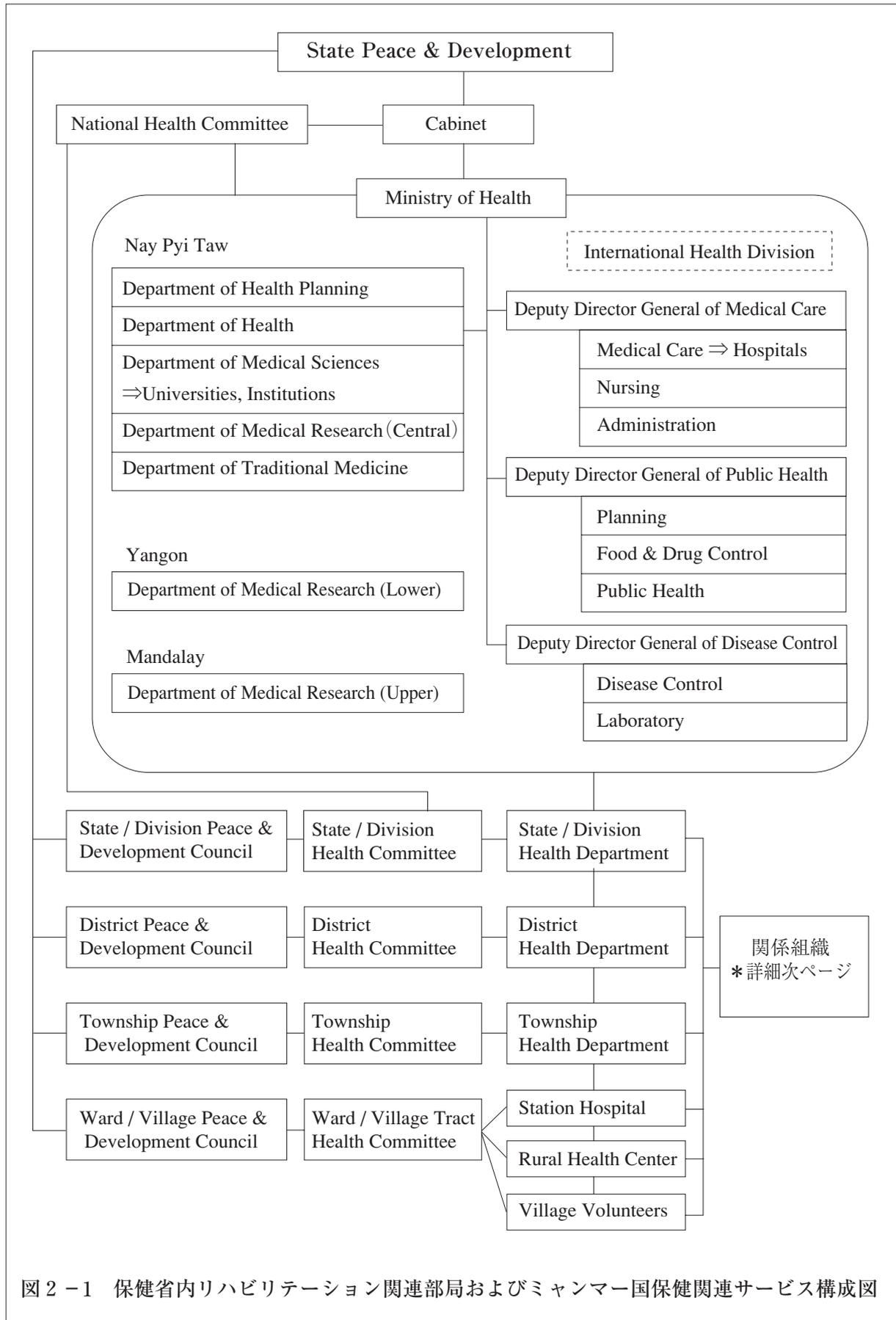


図 2 - 1 保健省内リハビリテーション関連部局およびミャンマー国保健関連サービス構成図

関係組織

(1) 他省 Ministries

保健省によれば、リハビリテーション分野においては特に社会福祉省と緊密な連携体制をとっているとのことであるが、各所での聞き取り調査情報などから、現状では連携は肢体不自由者の職業訓練に関することに限られていると見受けられる。

(2) ミャンマー医師会 Myanmar Medical Association (MMR)

この組織の下にリハビリテーション協会 (Society for the Rehabilitation) がある。調査時の事務局長はヤンゴン総合病院のリハビリテーション部長である Dr. Kin Myo Hla。

リハビリテーション協会には医師のみでなく理学療法士、看護師 (国立リハ病院等、リハビリテーション関連部門に配属されている看護師であると思われる)、義肢装具士も所属している。メンバーは約100名。リハビリテーション医師は月1回程度会合を開催し、レアケースなどに関して情報共有を行っている。

(3) ミャンマー赤十字委員会 Myanmar Red Cross Society (MRCS)

村落レベルでの保健医療活動を行っている。ICRC (国際赤十字委員会) と連携して、肢体不自由者に対する義肢装具提供のための情報収集・入院などの連絡調整も行っている。

(4) Union Solidarity & Development Association (U.S.D.A)

(5) Myanmar Women's Affairs Federation (M.W.A.F)

(6) Maternal & Child Welfare Association (M.C.W.A)

それぞれ NGO というステータスにはいるが、団体の代表は政治家 (および関係者) であり、完全な民間団体ではなく政治色の強い団体である。ミャンマー各地に支部があり、全国規模で展開しているため、CBR 事業等村落レベルの活動では重要なアクターとなる。参考までに2003年のミャンマー保健省による記録では、支部数は U.S.D.A.13,968、M.C.W.A.12,255 となっている。

その他

(7) Dental Association

(8) Nurses Association

(9) Health Assistant Association

(10) Traditional Medicine Practitioners Association

(11) Religious Organization

(12) Parent - Teachers Association

2 - 2 - 3 医療科学局 (DOMS)

DOMS は医療系の大学および養成学校を監督する。近年、養成学校を4年生の大学に昇格させる動きがあり、理学療法士の養成学校も2004年から大学に変更された (詳細は第3章3-2参照)。DOMS 資料によれば2007年2月時点の医療系学校数は以下のとおり。

【大学】

・医科大学	4カ所	(ヤンゴン2、マンダレー、マグウェイ)
・歯科大学	2カ所	(ヤンゴン、マンダレー)
・看護大学	2カ所	(ヤンゴン、マンダレー)
・医療技術大学	2カ所	(ヤンゴン、マンダレー；理学療法士を含む)
・薬科大学	2カ所	(ヤンゴン、マンダレー)
・コミュニティヘルス大学	1カ所	(マグウェイ)

【養成学校】

・看護 (Nursing)	23カ所
・産科学 (Midwifery)	20カ所
・Domiciliary Midwifery	1カ所
・Nurses Field Training	1カ所
・Lady Health Visitor	1カ所

(村落レベルの保健センター等に勤務し、地域住民宅の訪問や予防接種の実施などを担当する人材を養成)

いずれの職種についても、日本で実施されているような資格認定のための国家試験などはなく、大学の卒業をもって資格取得となる。また、登録制度も存在しないため、私立病院等で勤務している医師らの人数は正確に把握できていない。近年は高度医療に備え、修士・博士課程の増・新設も行われている。理学療法学科は医療技術大学 (University of Medical Technology) の一学科であり、2004年から修士課程も設置されるなど力が入れているが、現時点では作業療法や言語療法の学科を設置する計画は未定とのことである。リハビリテーション人材の養成については第3章3-2で詳述する。

2-3 社会福祉省

2-3-1 社会福祉省の役割

社会福祉省 (Ministry of Social Welfare, Relief and Resettlement) は、社会福祉分野の政策策定、サービス提供、教育事業、職業訓練、人材育成などをすべて担当している。Department of Fire-Bridge (消防局)、Department of Social Welfare (社会福祉局)、Department of Relief and Resettlement (救済・定住局) の3局から成る。このうち障害者や子供・女性等の社会的弱者に対する支援は、主に社会福祉局 (Department of Social Welfare、以下DSW) が担当する。DSWは1953年に設置され、現在は青少年課、婦人課、社会開発計画研究訓練課、リハビリテーション課、管理課の6課があり、3名の副局長が統括している。主な事業内容は以下のとおり。

- ・年少児の早期ケアと発育支援
- ・児童青少年福祉サービス
- ・婦人福祉サービス
- ・高齢者福祉サービス
- ・障害者の社会的リハビリテーション
- ・元薬物中毒者リハビリテーション
- ・NGOへの補助金支援
- ・公共福祉

DSWの管轄で、社会福祉関係の教育／福祉施設がミャンマー全国にて運営されている（ただし、その多くは村落部ではなく都市圏にある）。施設の種類と数は以下のとおり（障害者関連施設には下線を引いた）。

・ Residential Nursery	6	
・ Pre-Primary School	63	
・ Training School for Boys / Girls	8	
・ Women's Development Centre	2	
・ Vocational Training Centre for Women	4	
・ <u>School for Disabled Children</u>	1	(ヤンゴン)
・ <u>School for the Blind</u>	2	(ヤンゴン、ザカイン)
・ <u>School for Deaf</u>	1	(マンドレー)
・ Vocational Training School for the Adult Disabled	1	
・ Rehabilitation Centre for Ex-drug addicts	10	
・ Centre for Women's Care	2	
・ Social Care Centre	1	

これらのほか、NGOなど民間団体が運営する施設が多くあり、障害者関連ではVoluntary School for the Blindが5カ所、Voluntary School for the Deafが1カ所ある。社会福祉省の社会的弱者支援事業は、子ども（未就学、早期養育欠如、保護者の不在、低栄養、人身売買等）、青少年（人権擁護、更生）、婦人（人身売買、エイズ、職業訓練）問題などの事業が大部分を占め、障害児者に対する事業はあまり優先度が高いとはいえない。教育的・社会的リハビリテーションとしての障害児者へのサービスは、都市圏でわずかに実施されている規模である。

その他、ミャンマーの子どもたちに深刻な影響を与えていたポリオやヨウ素欠乏症への対策および障害の予防と早期発見のための活動も、保健省との連携（LHVやBHSとの情報共有等）で全国にて実施している。

CBRについては第3章3-4で後述するが、社会福祉省が独自に推進しているプログラムはなく、NGOの活動をサポートするという方法で関わっている状況である。

国際的な活動としては、海外への人材派遣やASEAN諸国との連携（特に児童問題、青少年問題、婦人問題、社会福祉、開発等）に力を入れている。APCDの研修への人材派遣も、社会福祉省が窓口となっている。また、国連の児童憲章に基づき、児童の権利に関する国家委員会が1993年に立ち上げられている。

2-3-2 障害者に対する教育および職業訓練

障害者の教育事業は、教育省ではなく社会福祉省の管轄となっている。上記のとおり、ミャンマーには肢体不自由児用（知的障害も含まれる模様）の小学校がヤンゴンに1校、盲学校がヤンゴンとザカインに2校、聾学校がマンダレーに1校あるのみであり、サービスは不足している。しかし、ミャンマーでは1983年を最後に国勢調査が行われておらず、母子・出産に関する調査はその後実施されているものの、障害者の実態数は不明であるという。よって、社会福祉省では現在いずれかの学校・施設に所属している障害者の数しか把握できていないのが現状である。2007年2月現在、社会福祉省管轄の障害者関連施設在籍者数は以下のとおり。

・身体障害	男81（軽度2、中等度46、重度33） 女14（中等度14）
・視覚障害	男115（中等度30、重度85） 女64（中等度14、重度50）
・聴覚障害	男86（中等度51、重度35） 女52（中等度30、重度22）
・知的障害	男80（軽度14、中等度58、重度8） 女47（軽度1、中等度40、重度6）
・その他	男40（中等度40） 女42（中等度42）

上記の人数からは、障害児者数における性差が大きすぎる（男性が圧倒的に多い）という状況がうかがえる。国立の各種養護学校利用者総数（定員）は490名（2004年）であり、目標としては2010年までに700名、2016年までに800名に増員することがあげられている。また、NGO等による障害児者へのサービス提供可能数は2004年の712名に対し、2010年までに800名、2016年までに950名に増員する目標が掲げられている。公立学校／施設の利用可能者数より民間団体のサービスの利用者可能数が多い現状から、障害者に関するサービスはまだ慈善団体等に頼っている傾向がうかがえる。全国の障害者数が把握できていない以上あくまで推測ではあるが、ごく限られた一握りの障害児者にしか必要なサービスが提供されていない状況であ

り、保健省でもそのことは認識しているとのことであった。

障害児教育は教育省の管轄ではないため、担当する教員は教育系大学の卒業資格を必要としない。いずれかの学部を卒業して学士の資格を持つことが条件であり、教員として採用された際に特別なトレーニングを1カ月程度受ける。障害者に対する教育については専門の学部はまだない。

障害児教育に関しては教育省との連携があり、障害者の普通校へのインテグレーションを推進している（現実的に義務教育でも学校数は足りていない。高学年では障害者用教育施設はなく、中等・高等教育は普通校に通学することが基本である）。

障害者のための職業訓練は、盲学校・聾学校内に併設されているものと、その他の場所に開設されているものがある。各施設の訓練内容は以下のとおり。

- ・ School for the Blind コンピュータ、籐細工、マッサージ、編み物
- ・ School for the Blind コンピュータ、縫製、刺繍、編み物、シルクスクリーン
- ・ School for the Deaf ラジオ、電気関係、縫製、写真、シルクスクリーン、
散髪、コンピュータ
- ・ School for Disabled Children 手工芸などの職業訓練前訓練

その他、上記学校では社会活動として音楽・スポーツ・レクリエーション・展覧会等さまざまな取り組みを行っている。職業訓練校には、怪我で退役した軍人が入学することもある。

なお、ヤンゴンの職業訓練校は肢体不自由児小学校と同じ敷地にあり、国立リハ病院も道路を挟んだ向かいにある。隣には社会福祉省が土地を貸しているAARの職業訓練校があり、これらの施設は互いにスタッフ同士が顔見知りであり、情報の共有を頻繁に行うことで入学の斡旋にもつながっているとのことであった。

2-3-3 障害当事者組織

DSWによると、ミャンマーには全国規模の障害者統一組織はまだ存在していない。障害当事者組織としてMDPO（Myanmar Disabled People's Organization）が2004年に組織されたが、団体としての正式な登録手続きの最中であり、承認されれば本プロジェクトのJCCのメンバーとして代表者に参加してもらうことが可能となる。この団体の詳細は不明であるが、さまざまな障害を持つメンバーが含まれており、中心となるのは22名から成る委員会で委員長は視覚障害者とのことである。

2-3-4 課題と展望

本調査に先立ち、DSWにお願いした質問表では以下の回答が得られた。

【問題とニーズ】

- ・ 障害者問題への関心を高めること（啓発活動）
- ・ 訓練された人材の不足
- ・ 財政の不足

【障害者に関する今後のサービス計画】

- ・ 情報センターの設立
- ・ 障害者のためのリソースセンターの設立
- ・ 聴覚障害者のためのインターネット利用環境整備

2-3-5 本プロジェクトとの連携可能性

障害者支援では、保健分野のみならず社会分野の支援も重要であることはミャンマーでも認識されている。調査団が面談した社会福祉局担当者からも、社会福祉省管轄の施設整備や人材育成に関する協力を強くリクエストされた。しかし、今回のプロジェクトでは対象範囲をあまり拡大せずに医療分野に重点をおいて実施すること、ただし社会分野の協力も必要不可欠であるため本プロジェクトのJCCメンバーとして参加してほしいことを説明したところ、社会福祉局長からは了解が得られた。今後の協力の発展をかんがみ、本プロジェクト実施中は常に社会福祉省とも情報の共有を行い、関係の構築をしていくことが必要である。

第3章 ミャンマーにおけるリハビリテーションの現状と課題

3-1 医療リハビリテーションの現状

3-1-1 一般的な医療事情

(1) 全 般

ミャンマーの医療機関は、国公立、私立、軍属に大別される。国公立病院における治療と入院は、基本的な医療サービスに関しては無料であり、一般市民の大半は国公立病院を受診する。国公立病院間は相互に連絡があり、患者の病状に合わせて必要な治療が提供できるよう、より専門的な治療のできる医療機関への転院を行うリファール体制が存在している。特にヤンゴンやマンダレーといった大都市に集中する専門病院には、全国各地から専門のケアが必要な患者が移送されてくる。入院する場合、患者には身の回りの世話をするための付き添い人（ほとんどは親族）が付き、患者の食事の世話・着替え・トイレや入浴の介助などをすべて行う（患者と同じ病室に宿泊する）。特に食事は基本的には病院から提供されることはないため、自宅で調理したものを3食運ぶか、病院近くの売店で購入したものを付き添い人が持ってくることになる。X線やCTスキャンなどの検査料や薬代は自己負担となるため、治療や入院費が無料とはいえ、ガンなどで長期の入院治療を必要とする患者を抱える家族の負担は相当なものとなる。そのため、治療費が払えず退院していく患者も存在する。第2章でも述べたとおり、治療費が払えない低所得者には病院独自の救済ファンドが適用される場合があるが、食事も含めすべてを無料で提供してもらえないのは実際にはごくわずかな患者のみであるとの話も聞く。

(2) 緊急対応

救急車のサービスは、一部の大規模な医療機関と私立病院を除き、一般的にはほとんど普及していない。都市圏以外では電話などの通信網も未発達であるため、連絡手段がない。よって、患者の多くは個人でタクシーや乗り合いトラックなどの移動手段を手配して病院まで行く必要がある。通信手段の乏しい村落部では、基礎保健スタッフ（BHS）やレデイ・ヘルス・ビジター（LHV）といった保健スタッフが常時担当地区の情報を把握するよう努めており、応急処置や予防接種などは行えるが、通常村落部の病院や保健センターには常勤の医師が配置されておらず設備もないため、このレベルでは緊急の状況に対応することはできない。

(3) カルテの管理

カルテに関しては、すべての国公立病院で紙ベースの記録と保管を行っている。データ

の管理にコンピュータはまだ導入されていない。カルテは通常10年間は保存されるというが、高温多湿なミャンマーにおいては湿気による紙の損失が激しく、虫害によって過去のデータが消失してしまうこともある。総合病院などの大規模な病院では、カルテ管理専門の職員が配置されており、診療部門ごとにカルテ保管室がある場合もある。

(4) 医薬品

日本と同様に、医師の処方箋が必要なものと一般的に購入可能な医薬品とがある。ミャンマーの薬草などを使った伝統的な薬も愛用者は多く、症状や本人の好みにより使い分けられているとのことである。また、病院に関しても伝統医療による治療を受けたい人は専門の伝統医療病院を受診している。

(5) 制服

看護師とLHVには全国統一の制服があり、ロンジー（巻きスカート）の色で役職の位が決まっている。最高位のSisterは緑色。医師や理学療法士などには制服はなく、通常は私服で治療にあたっているが、必要に応じ白衣を着用している。

3-1-2 医療リハビリテーションの概況

本調査で訪問した医療機関は専門病院と総合病院で、いずれもリハビリテーション専用の治療室と専門スタッフを抱えている。ミャンマーでは、総合病院はベッド数100に対し1名の理学療法士を配置するという基準があるが、各種専門病院では必要に応じてさらに多い人数が配置されている。

機材に関しては、ドナーの支援により新しく導入されたものもあれば、古いタイプで日本ではすでに使用されていないものもある。器具は海外から導入されたものもあるが、病院のスタッフが資料を見て手作りしたものもあり、工夫している様子がうかがえた。ただし、それらの機材・器具を患者の症状や状態に合わせて適切に使用しているかといえば、残念ながら問題がある。理学療法に関する解剖学的な知識と臨床における治療の技術が結びついていないと見受けられる場面や、治療に使われている方法が画一的で患者にとって最良の手段を選んでいるとは考えにくい場面が随所で見られた。

また、ミャンマーの病院での受診は親族同伴が原則であることを先述したが、これはリハビリテーションに関しても同様である。入院患者も通院患者も、治療の間は理学療法室の中に親族も一緒に入り、理学療法士がリハビリテーションを行う様子を横で見ているほか、理学療法士が親族にケアや介助の方法を教える。ミャンマーにおけるリハビリテーションは、障害当事

者の自立を目標とするよりも、身体が不自由になった人に対して自宅でいかに親族が介助するかに重点をおいて行われている様子である。実際にミャンマーのリハビリテーション医療の現場では、ADL（Activities of Daily Living；日常生活活動）の評価と訓練がほとんど行われておらず、痛みの軽減のための物理療法や立ち上がりと歩行の訓練が大半を占めていた。

入院患者一人がリハビリテーションを受ける時間は、症状にもよるが、おおむね午前1時から2時間、午後にも1時間から2時間の範囲であった。理学療法士はその間患者に付き添うこともあるが、患者とその付き添いの親族に方法を教えて訓練を実施させている場合もある。理学療法士が直接患者の身体に触れて運動療法を行っている場面はほとんど見られなかった。

義肢や装具を装着した患者に対しては、理学療法士ではなく義肢装具士が付き添って歩行訓練を実施している様子であった。車椅子はミャンマーの道路（狭く段差が多い）・家屋事情（狭い、村落では高床式、アパートではエレベーターがなく階段のみ）を反映して、一般的にはほとんど使用されていない⁵。

ミャンマーにはまだ作業療法や言語療法の専門家が存在せず、理学療法士が経験をもとにこの分野も担当している。高次脳機能障害に対するリハビリテーション事例はまだあまり多くないようであるが、確実にニーズはあり、専門家の育成が必須であるとの意見がたびたび聞かれた。ただし、両分野の専門家養成校（課程）の設立については、まだ見通しが立っていない。

ミャンマーには現在約300～400名の理学療法士が存在しているといわれる。登録制度がないため、国公立病院に勤務している者以外の資格保有者の数までは正確に把握できていないのが現状である。他の医療職同様に理学療法士も免許があるわけではないが、ミャンマーでは2つの国立大学が正式な養成機関であるため、ここの卒業資格（学士）が理学療法士としての証明となる。ただし、たとえばイエナダハンセン病院など地方の病院では資格を持つ理学療法士の確保がままならず、病院の近隣から希望者を募り、病院にて育成して理学療法士として雇用しているケースもある。大学を卒業した理学療法士のほとんどは地方の病院への配属を希望せず、都市部の国公立病院または給料の良い私立病院や海外での就職を考えているとのことであり、地方病院には理学療法士のポストはあっても空席となっている場所が多数あり、保健局長からもこの点に関して言及がなされた。これは理学療法士に限らず、医師や看護師など他の医療職に関しても同様の状況である。地方では私立の医療機関自体が少ないため、勤務時間以外のアルバイトで副収入を得ることができないことも、地方への就職を希望しない理由の1つであると考えられる。理学療法士や看護師の標準給与（3-1-4参照）だけでは、1人ではなんとか生活できても家族を養うには不十分であり、国公立病院全体の根本的な問題となっている。また、理学療法士の場合は女性が多く、親元を離れて生活することへの抵抗感がある可能

5 参考として、マンダレーのショッピングセンターではマレーシア製車椅子が16万Ks（約130USD）で販売されていた。

性も推察できる。

3-1-3 リハビリテーション協会 (Society for the Rehabilitation)

ミャンマーにはMyanmar Medical Association (以下MMA) という医師会がある。これはミャンマーの各種資料ではNGOという扱いになっているが、医師の組織であり、現職医師に対する研修の実施 (たとえばWHOによる海外派遣) もMMAにより協議されている。MMAの構成は統一事務局の傘下に各専門分野 (例えば婦人科や整形外科等) の医師会が存在しており、そのなかの1つにリハビリテーション協会 (Society for the Rehabilitation) がある。リハビリテーション医師や主にリハビリテーション医療に関わっている整形外科医を中心に、準メンバーとして理学療法士や看護師も所属している。会員は約100名。この組織の2007年2月現在の事務局長は、ヤンゴン総合病院のリハビリテーション部長であるDr. Kin Myo Hlaである。

リハビリテーション協会では、年に一度 (10月頃開催) 2日間程度の会議を実施している。ここでは組織としての話し合いのほか、メンバー医師によるプレゼンテーションなども行われる。その他に毎月のミーティングで情報の共有を行うなど、医師を中心に活動が進められている。理学療法士のための組織はまだ結成されておらず、現段階ではそのような動きもない⁶。看護師協会 (Nurse Association) はすでに存在している。

3-1-4 医療従事者の給与

国立病院に勤務する各職種の給与は表3-1のとおり (2007年2月現在)。参考までに、調査時の対USドル実勢変換レートは1US\$: 1150~1250Ks (チャット)。

表3-1 国立病院に勤務する各職種の給与

職 種	給与額 (単位:チャット) 最低額-(年昇給額)-最高額(上限)	備 考
Professor / Head	160,000 -(2000) -170,000	
Senior Consultant / Lecturer	120,000 -(2000) -130,000	NRHのMSはこの金額
Junior Consultant	100,000 -(2000) -110,000	
Doctor	80,000 -(2000) -90,000	
Specialist Assistant Surgeon (SAS)	80,000 -(2000) -90,000	修士レベルの医師
Civil Assistant Surgeon (CAS)	80,000 -(2000) -90,000	学士レベルの医師
Nurses	39,000 -(1000) -44,000	

6 かなり前には理学療法士のグループがあったらしいが、当時は理学療法士が20人程度しかいなかったため、組織としての活動を行えなかったとのこと (University of Medical Technology 関係者談)。

Physiotherapists	39,000 - (1000) - 44,000	
Prosthetics & Orthotics	39,000 - (1000) - 44,000 27,000 - (1000) - 32,000	⇒ Category 2有資格者 ⇒ 無資格技術者
Office Staffs	33,000 - (1000) - 38,000	
Physio Aids	27,000 - (1000) - 32,000	病院で6カ月間訓練を受けた看護補助
Workers	21,000 - (1000) - 26,000 15,000 - (1000) - 20,000	電気技術者、警備、清掃、 庭師、メッセンジャー等

出所：ヤンゴン総合病院および国立リハビリテーション病院の資料をもとに調査団作成

3-2 理学療法士の養成

3-2-1 ミャンマーにおける理学療法の歴史

表3-2にミャンマーにおける理学療法に関連する歴史を示す。

表3-2 ミャンマーにおける理学療法の歴史

年代	出来事
1899	ヤンゴン総合病院（YGH）開院
1930	YGHに臨床検査や放射線を扱う科ができるが、技師に対する正式な訓練はなし
1953	YGHに理学療法科開設。海外から専門家が雇われミャンマーの医療関係者に技術を伝授し、Physiotherapy Aidが誕生する
1955	コロボプランにより、英国の理学療法士がYGHの理学療法科支援のため配置される
1958	米国で理学療法の訓練を受けたDr. U Hla Pe が帰国し、YGHの理学療法科長に就任ミャンマー初の障害者の雇用に関する法律（法律No.33）が制定される
1959	米国で訓練を受けたDaw Hla Yeeが女性初の理学療法士としてYGHに着任NRHの前身である障害者病院が障害者雇用法のもと社会福祉省によって開院
1963	Institute of Paramedical Sciencesの開設が決定される
1964	11月、YGH内にInstitute of Paramedical Sciencesが開設され、臨床検査技師、薬剤師、放射線技師、理学療法士の養成が始まる
1965	2年の養成課程を終えた上記の学生にDiplomaを授けることを決定
1986	養成課程の受け入れ学生数が20名から40名に増員される
1991	The State Law and Order Restoration CouncilがYGH内の養成校をDiplomaコースからDegreeコースに変更、薬剤師養成課程は独立 Institute of Paramedical Sciencesに名称変更
1992	Bridge Courseが開設される。これは他分野でDiplomaまたはDegreeを取得した者に対する特別養成課程で、学生誘致の一環だった。1回目は3学科各20名、2回目は3学科各10名
1994	高校2年（最終学年）の統一試験合格者 ⁷ を対象とした4年制一般コース開始。
2004	University of Medical Technology に変更。3学科の修士課程が開始される

出所：University of Technologyの資料と聞き取りをもとに調査団作成

7 成績により志願できる大学が決まる。成績最上位は医学部であり、志願者のうち入学定員に漏れた者は第2希望以降の大学に降りてくる。University of Medical Technologyを第1希望にする学生は全体の10%程度であり、第1希望者であってもより成績の良い学生が第2希望で降りてきた場合にはそちらが優先される制度となっている

3-2-2 大学教育

(1) 全 般

理学療法士の正式養成校は、国立大学である University of Medical Technology（ヤンゴン、マンダレー）の2校のみである。この大学には理学療法学科のほか臨床検査学科と放射線学科があり、1学年の学生定員は150名で、1学年目は学科に分かれず共通科目を履修する。2年生に進級する前の10月初旬に試験があり、この成績により上位者から希望の学科を選択できる。最も人気が高いのは放射線学科であり、他の2学科はほぼ同等である。1年次の試験に不合格の場合、6週間後に再試験を受けるか、留年して翌年試験を受けることができるが、この試験に2度不合格になると退学となる。150名が3学科に分かれるため、1学科1学年当たりの学生数は50名前後となる。理学療法学科は特に女子が多く（90%以上）、2007年の2年生は全員女子学生である。

現在の校舎は、以前 University of Community Health だった場所を改築している。後1年程度ですべての改築が終了する予定とのことである。ただし、この校舎で学ぶのは1・2年生のみで、3・4年生は University of Medicine 1⁸の敷地内にある別校舎で授業を受ける体制となっている。

(2) 教 員

理学療法学科には、学科長（医学博士）、Lecturerが1名、Assistant Lecturerが2名、Tutorが8名所属している。Assistant Lecturer 以上は理学療法修士（Master of Medical Technology in Physiotherapy）の有資格者である必要がある。Tutorは理学療法学科を卒業後、大学に残って教師として学生の指導にあたっており、臨床経験はほとんどない人が多い。現在、8名のうち4名は理学療法修士を取得している。大学においてTutorとして7年間の教師経験が修了すると、Assistant Lecturerに昇格できる。さらに3年間の教師経験でLecturerになることができる。ただし、Lecturerになるためには、論文執筆と2年以上の臨床経験も必要とされている。

学内の教師のほか、臨床実習先である国立リハ病院やYGHのスタッフ、University of Medicine 1の整形外科・神経科・心臓科・婦人科・小児科等各専門分野の教授たちも理学療法学科の学生たちに教えている。

(3) カリキュラム（内容の詳細は添付資料参照）

授業は60分で、9時から15時まで午前3限、午後2限行われる。2年生から4年生ま

8 University of Medicine（医科大学）はヤンゴンに1と2の2大学あるが、医科大学としての違いはなく、どちらも同じ編成である。

での専門課程授業時間は計1,300時間、そのうち240時間は病院等における実習である。理学療法学科を卒業すると、理学療法学士（Bachelor of Medical Technology in Physiotherapy）が与えられる。カリキュラムの詳細は添付資料を参照。教科書はすべて英語で書かれたものを大学でコピーして使用しているが、授業自体はミャンマー語で行われている。

臨床実習は、国立リハ病院やYGHをはじめとするヤンゴンの国立病院で行われる。1学年を2グループ（25名ずつ）に分け、教師（Tutor）が引率して実習に行く。実習とはいえ25名もの学生が同じ病院に同時に行くという状況のため、病院側で学生に教える人材が不足しているという。実習には病院のほかにコミュニティーにおける介護（村落を訪問）、高齢者介護（高齢者宅を訪問）なども含まれている。

学生の評価は1科目につき3時間の筆記試験、口頭試問、実技試験、レポート等によって総合的に行われる。

3-2-3 大学院教育

University of Medical Technology（ヤンゴン、マンダレー）には2004年に理学療法の修士課程 Master of medical technology in Physiotherapy が設置された。2006年までの修士学位取得者は10名。現在修士課程1年に4名、2年に2名が在籍している。入学者数は入試成績によるため毎年変わる。受験資格としては2年間の臨床経験または2年間の大学教師経験であり、必ずしも臨床の経験が問われるわけではない。

学生の指導教官は学位 Ph.D の取得者に限られる。修士課程では、理学療法士として各自の専門分野を研究するため、その専門に合った他大学の教授や国立病院の医師らも指導教官となり、修士論文の指導などを行う。カリキュラムの詳細については添付資料を参照。

なお、ミャンマーでは昇進の際には修士号等の学位の有無が考慮される（条件となる役職もある）。たとえば病院長（MS）になるためには医学博士を取得している必要があり、学位がない場合は就任できない。病院内での役職も、学位によって変わることがある。

3-3 主要病院の状況

本調査で訪問した各病院につき、以下に概況をまとめる。

情報については添付資料の病院データも参照のこと。

3-3-1 国立リハビリテーション病院（National Rehabilitation Hospital：国立リハ病院）

(1) 立地および施設全般

本プロジェクトのメインサイトであり、人材育成訓練の中心となる。ヤンゴンの繁華街から車で約30分のところにあり、道路を挟んだ向かい側には身体障害児の養護学校、社

会福祉省の職業訓練校、AARの職業訓練校がある。周囲は新興高級住宅地でもあり、静かな環境である。病院は平屋建て（一部2階建て）で敷地はかなり広く、空き地や沼地なども含まれている。第3次医療を行う専門病院であり、定床は50だが65床まで受入れが可能。リハビリテーション外来と入院および義肢装具製作の3部門に分かれている。入院病棟は男性病棟2、女性病棟1、特別室（有料）3で、特別室は1部屋に4床まで設置可能である。入院患者の食事は基本的には付き添い親族が用意することになっているが、国立リハ病院の入院患者には全国各地から来る人（特に義肢装具製作のための入院患者）が多いため、病院でも食事を提供できるようにしている。その場合は本来実費を徴収するが、低所得者が多く80%は救済措置として無料で提供している現状である。

外来部門と入院部門では、リハビリテーション室は共同使用となっている。理学療法室、物理療法室、成人の作業療法室、小児の作業療法室が各1つある。リハビリテーション病院とはいえ施設内に手すりは設置されておらず、ところどころに段差もあった。床はコンクリートまたは木材で、その一部はコンクリートが剥れているなど、安全面で問題がある。小児の作業療法室にはマットと起立台、ボールなどが用意されているが、遊具や小児用の姿勢保持椅子はない。各室の様子は資料写真を参照。

義肢装具製作部門の建物は2006年に約6,500US\$⁹をかけて改修が完了したばかりであり、製作所、フィッティングルームおよび歩行訓練室がある。

その他にレクチャールーム兼図書資料室が1室ある。しかし機材は乏しく、スクリーンはあるがプロジェクターはない。図書もかなり古い文献（英語）ばかりで、保健省予算では新規購入が難しいため、海外の知人などに頼んで送付してもらうなど情報の更新に努めている。

(2) 略 歴

国立リハ病院は、1958年に「Hospital for the Disabled（障害者病院）」として社会福祉省の管轄下で開院した。当時は25床。1965年に管轄が保健省に移り、1968年には50床の病院へ拡大された。病院の名称は1993年に「Hospital for the Disabled」から「National Rehabilitation Hospital（国立リハビリテーション病院）」に変更された。病院の建物自体は弱冠の建て増しは行われたものの、ほとんど開院当時のものを改修しながら使用している。

9 全額ICRCの支援によるが、建物のオーナーシップは保健省帰属であり、これは保健省の事業である。

(3) スタッフ

国立リハ病院院長（MS）のDr. Moe Aungはリハビリテーション医学修士号を持ち、インドで1カ月間リハビリテーション医学の研修を受けた経歴を持つ（WHOのフェロシップによる）。博士号を取得していないため、給与としてはMSの1つ下のレベルとなっている。国立リハ病院のMSは複数の任務を兼任しており、MSとして病院の運営に関するすべての業務を取り仕切りながら、シニアコンサルタントとして患者の治療にもあたっている。その他のスタッフはコンサルタント医師（2、うち1名はMS）、医師（5）、医師（アシスタント）（3）、理学療法士（9、うち2名は作業療法、1名は言語療法担当）、看護師（8、看護師長[Sister] 1、看護師4、准看護師3）、義肢装具士（18、アシスタント含む）、看護助手（14）、事務員等（23）で、合計79名であるが、空きとなっているポストが22ある。

MSによれば、現在は配置されていない（空きポストとなっている）が、将来的にはソーシャルワーカーや臨床心理士などの専門家も置き、チーム医療としてのリハビリテーション体制を構築したいとの希望がある。

(4) 診療時間

	午前（8:00～12:00）	午後（13:00～16:00）
月	入院患者回診のみ（外来診療なし）	外来・入院患者双方の診療
火	新患受付（外来・入院）	新旧患診療、ヤンゴン整形外科病院からの出張診療、合同診療会議
水	フォローアップ評価（新患なし）、義肢・装具製作のための診察	義肢・装具の引渡し
木	新患受付（外来・入院）	新旧患診療
金	義肢・装具診察（装着）、引渡し	新旧患診療、義肢・装具の引渡し

(5) 患者数と症例

【患者数】

	2004	2005	2006
外来患者	5,669	5,964	6,424
入院患者	441	459	503
平均入院日数	37	33	31

【症状別年間患者数】

	2004		2005		2006	
	新規	継続	新規	継続	新規	継続
切断	353	1,071	272	1,318	315	1,239
先天性欠損	14	138	22	149	31	167
片麻痺	84	131	61	96	77	113
脳性麻痺	169	175	157	258	163	391
ポリオ後遺症	26	147	45	257	32	271
神経筋障害 (脊髄障害含む)	135	187	143	269	162	262
筋疾患 (疼痛、 スポーツ障害等)	995	1,524	1,223	1,765	1,147	1,781
一般診療 (近隣からの外 来。風邪、発熱、外傷等)	323	276	212	235	105	168

出所：以上の表はすべて国立リハ病院作成資料より調査団作成

治療の流れは、たとえば脳性まひの子どもの場合、自己受診後外来でリハビリテーションを週に3、4回、2～3週間集中的に行い、この間に保護者に自宅での家庭訓練プログラムを指導する。その後は2、3カ月に1度受診して医師が状態のチェックを行い、必要ならば再度リハビリテーション方法の指導を行う。遠方からの患者で通えない場合は、住居に近い病院を紹介するなどの手段もとる。

患者は自己受診のほか、ヤンゴン総合病院や整形外科病院、小児科病院など他の病院から、急性期を越えた患者が転院してくることも多い。MRCSの紹介による義肢装具製作のための入院患者もいる。この場合の入院期間は基本的に1～2週間であるが、症状によりさらに長期の場合もある。たとえば大腿切断の成人男性のケースでは、これまでは義足なしで生活していたが、国立リハ病院の義肢製作の話聞き自ら義足装着を希望して来院した。義足の採型・成形と装着訓練に約3週間かかり、義足が適合すれば退院となる。装着後は義肢装具製作所内の歩行訓練室で訓練を行っている。基本的なサービスは無料だが、国立リハ病院（ICRC）では経費補助のため患者側の義足一部負担金として膝下用で10,000ks、膝上用で20,000ksを請求することとしている。

国立リハ病院で用いている患者の評価表（添付資料参照）では、義足の装着訓練の評価は理学療法士が担当するようになっているが、実際にはほとんど行っておらず（義肢装具部門で義肢装具士が行っている）、切断者以外の患者に対する評価表は本調査では入手できていない。

(6) 他機関からの研修生受入れ状況

University of Medical Technologyの理学療法学生（学士・修士）をはじめ、全国の医療系大学の医師・看護師（学士・修士）、LHV、社会福祉省職員の現場研修（1日程度の研修が義務づけられている）、NGOのフィールドオフィサー等を受け入れている。そのほか指導者に対する研修も行っているとのことであるが、これらはいずれも独自の研修コースではなく学生の実習や卒後の臨床実習の一部である。病院内や近隣には研修受講者のための宿泊設備等はない。

(7) リファーマル機能

ヤンゴン総合病院、ヤンゴン整形外科病院、ヤンゴン小児科病院、マンダレー総合病院、イエナダハンセン病院、MRCSなどから、リハビリテーションの必要な患者または義肢装具を製作する患者が紹介されて来院する。ヤンゴンの関係病院との連携は強く、医師が1カ月に1度程度集まって情報の共有を行うほか、整形外科病院からは毎週火曜日の午後に院長が来院してミーティングを行っている。

(8) CBRおよび職業訓練

社会福祉省、WHOおよびWorld VisionなどのNGOと連携し、主にNGOと住民組織が実施するCBRプロジェクトへの協力を行っている。CBRでコミュニティーのボランティアにリハビリテーション方法を指導する際、国立リハ病院の理学療法士がプロジェクトサイトへ出向いて1週間程度の研修を実施する。その後も必要に応じてフォローアップを行うが、国立リハ病院が直接CBRを推進しているわけではない。

職業訓練に関しては、立地の近さもありAARや社会福祉省の職業訓練校とは良好な関係がある。入院中の患者にこれらの学校を紹介し、退院後すぐに入学する者もいるという。

(9) 基金

国立リハ病院には低所得患者のために4種類の基金（Fund for Medicine, Fund for Nutrition & Diet, Fund for General Use, Hospital Trust Fund）があり、国立リハ病院が独自に寄付金を集めて患者の治療目的や病院運営の補助として使用している。

(10) 将来構想

MSによれば、リハビリテーションの強化として、特に脊髄損傷患者や小児に対する専門ケアを充実させていきたい考えがあるとのことである（ミャンマーには脊髄損傷の専門病院はない）。さらに、敷地内の広い空き地を利用してレクリエーションができるグラウ

ンドを整備し、入院患者に限らず障害を持つ人々が集まり楽しめる場所にする構想がある。これに関してはMSが中心となって案を作成し、2008年度予算として保健省に申請する予定とのことであった。

3-3-2 ヤンゴン総合病院 (Yangon General Hospital : YGH)

(1) 立地および施設全般

ヤンゴンの繁華街の中心部にあり、人や車の往来が激しい。1,899年の開院後、1964年には1,500床の病院に拡張されたが、現在は1,350床を利用可能である。建物は開院当時から増改築を繰り返してきたため、長い通路によってさまざまな科がつけられている。全体的に古いことに加え、出入りする人が多く埃っぽい印象であり、今回訪問した病院のなかでは衛生環境については最下位であると感じられた。

リハビリテーション科は外来と入院のセクションが完全に分かれている。外来には物理療法室と理学療法室がある。電気治療器具、平行棒、鏡、訓練用階段、プーリーなどの器具のほか、通常の診察台を並べて治療用マットとして使用していたが、これは台の高さが不揃いで使用しにくいと思われる。車椅子は寄贈されたものが3台あるが、患者の訓練のためではなく病院内の移動介助のために使用されている。外来部門にはレクチャールームもあり、スクリーンとプロジェクターが揃えられていた。隣のリソースルームには参考図書も用意されているが、国立リハ病院同様かなり古いものである。また外来では、経営状態維持のためのCost Sharingの一環として1回の診療につき内容は問わず50Ksを徴収している。

機材は電気治療関係の物が特に多い。日本製の旧式の機器（OG技研や酒井医療機器株式会社製の機器が多い）が多いが、日本メーカーの事務所もヤンゴンにあるためメンテナンスに関してはあまり問題ないとのことである。

(2) スタッフ

リハビリテーション科長のDr. Khin Myo Hlaは、ミャンマーで医学部を卒業後、日本の文部省国費留学生として筑波大学医学部博士課程に5年間留学し博士号を取得した。日本語も堪能である。リハビリテーション科は科長のほかに上級コンサルタント（1）、下級コンサルタント（1）、リハビリテーション専門医（4）の合計7名の医師に加え、リハビリテーション研修医（Specialist Assistant Surgeon）が年間15名ほど配置される。他の診療科からのリハビリテーションに関する依頼はリハビリテーション科の医師が診察し、必要に応じて理学療法士へ指示を出している。常勤の理学療法士は23名配置されているが、経験豊富な人材は少なく、経験3～5年程度の若手が多い。また、理学療法士Aidと呼ばれる無給理学療法士も多い。彼らは大学を卒業後、国公立病院での就職先が決定するまで

の間、自主的に研修としてヤンゴン総合病院に来て業務を手伝っている。毎日来るとは限らないが、常時10名程度はいる模様である。

(3) 治療と症例

理学療法は物理療法が中心であるように見受けられたが、脳卒中の片麻痺の起立訓練、平行棒での歩行訓練、麻痺主の痙性抑制などの運動療法も最低限ではあるが実施している。

総合病院であるためさまざまな患者の臨床経験が得られるため、なかにはここで経験を積んだ後に私立病院に移る、あるいは海外の病院に就職するという理学療法士もいるようである。リハビリテーション科のほかにICU、呼吸器科、心疾患科、皮膚科、神経科、外科・整形外科、一般内科の各病棟にも理学療法士を1名ずつ配置し、病棟やベッドサイドでの治療を行っている。多くの症例を経験するために、担当部署は2・3カ月でローテーションする。

理学療法士の實力はあまり高いとはいえず、医師の指示に応じた訓練・治療内容をただ反復しているようにも見受けられる。医師も、教科書的な指示の範囲を出ていない可能性が懸念される。たとえば、片麻痺患者（表出性失語あり）に右麻痺手の緊張緩和のストレッチングを実施しているだけで、左手（非利き手）に対して利き手交換や書字訓練をしていない例があった。その理由は「constraints療法」（健手を使わせないで麻痺手の使用頻度を増やす手法）とのことであったが、機能訓練と日常生活面での実用性をつなげる発想はほとんど見られなかった。20年前の日本のような「機能回復訓練」（物理療法中心）のみをリハビリテーションの目的としている傾向が強く、本人や家族にとっての希望をつなげることにはなるが、「している日常生活」を改善することには至っていないようである。

科内では医師・理学療法士・看護師のケースカンファレンスが週1回実施されている。継続して専門的なリハビリテーションが必要な患者や義肢装具を製作する必要がある患者は国立リハ病院に転院する。症状により整形外科病院に転院させることもある。また、ヤンゴン総合病院の他の病院にはリハビリテーション専門医が配置されていないため、ヤンゴン市内の他病院に専門医を週1、2日出向させて患者の診療にあたっている。

【治療の流れの事例】

- ① 頭部外傷⇒脳神経外科にて救急医療（術後に依頼があればICUあるいは病棟ベッドサイドでの理学療法を実施）⇒入院を継続してリハビリテーションが必要ならば病棟を移る、または通院できれば外来でリハビリテーション継続。遠隔地出身者で入院の継続が必要であれば居住地近くの病院へ転院手続きをとる。

② 転落脊椎骨折⇒整形外科入院⇒松葉杖使用の必要性があり国立リハ病院へ紹介（転院もしくは外来受診）⇒松葉杖の処方と歩行訓練および家庭での対応の指導⇒退院

(4) 他機関からの研修生受入れ状況

国立リハ病院と同様に、医学部学生、理学療法学生、看護学生などの教育病院となっているほか、卒後研修の場としても多くの人々が配置される。研修生のための宿泊設備はないが、バスなど公共交通網が発達した都心であるため特に問題はないとのことである。

(5) 将来構想

総合病院であり、さまざまな症例に対処することに加えて、リハビリテーション医療において専門分化した技術レベルを向上させることが現在の最大の関心事項である。専門分野としては特に脳卒中患者、整形外科疾患（各種疼痛・腰痛・頸部痛など）、脳外傷（Trauma and Brain Injuries：TBI）があげられた。

(6) 本プロジェクトでの連携可能性

ヤンゴン地域には多数の病院があるとはいえ、ヤンゴン総合病院は治療においても医療系学生の実習においても中心的存在である。本プロジェクトの拠点は国立リハ病院とするが、ヤンゴン総合病院の豊富な人材に対しても早い段階でトレーニングを実施し、指導者になれる人材を育成してリハビリテーション体制を整備し直すことが望まれる。その結果として、実習生にも的確な知識と技術を伝授できる体制が構築され、プロジェクトの波及効果も期待できる。

3-3-3 ヤンゴン整形外科病院（Yangon Orthopedic Hospital：YOH）

(1) 立地および施設全般

第3次医療機関であり、ミャンマー最大の整形外科専門病院である。ヤンゴンの中心繁華街から車で15分ほどのところにある。14.7エーカーの敷地で、点在する平屋造りの病棟の間に手入れされた庭がある。施設は古いですが、治療棟も病棟もよくメンテナンスされているように見受けられた。定床は400だが、現在の受入れ可能数は250床となっている。外来棟と入院棟のほか、ミャンマー唯一の移植組織バンク（Tissue Bank）がある。手術棟は一般の治療とは別棟となっており、厳重に出入りが管理されていた。その他、セミナールームも設置されている。

理学療法に関する機材・器具はあまり揃えられていない状況である。機材はパラフィン浴、頸部牽引など旧式の道具をよく手入れしながら使っているが、マットなど

の基本的な用具はない。木製で手動の起立台は、現在はほとんど使われていなかった。そのほかには平行棒と鏡、物理療法器具などの最低限のものが置かれているのみである。

(2) 略 歴

1895年に英国のミッションにより、ハンセン病患者および障害者のための施設（Home）として開設された。1966年に保健省の管轄となり、1972年からはハンセン病患者は別病院に移動し、その後1976年に国立整形外科病院となった。現在も敷地内には教会があり、病院関係者や一般の信者らが利用している。

(3) スタッフ

MSのDr. Nyunt Hlaingは、整形外科病院に移る以前はイエナダハンセン病院に勤めており、JICAのハンセン病プロジェクトにも関わっていた。先天性股関節脱臼の手術や通常の骨折の手術を得意とするようである。岡山大学で研修を受けた経歴を持つ。コンサルタント医師のDr. Khinは手の外科の専門医 Hand Surgery であり、ボストンで基礎医学教育を受けた後オーストラリアやシンガポールで経験を積み、ミャンマーに戻った。ミャンマーには作業療法士がいないため、医師自身で手の装具を作成して患者に使用するなど、非常に意欲的である。医師は研修医までを含めると15名、理学療法士は9名（うち、1名は経験豊富なチーフであるがまもなく定年退職予定。YGH同様に若手の方が多い）、看護師は71名（うち准看護師レベル50名）。その他総勢244名である（詳細は添付資料参照）。

また、ニューサウスウェールズ大学の整形外科医（手の専門家）が年に1度ここを訪問しているとのこと。

(4) 治療と症例

手の専門医がいるためか、上肢に関する症例が多いように見受けられた。手指のほか、膝や股関節の人工関節置換などの症例もある。移植組織バンクがあるため、骨移植・皮膚移植・人工皮膚組織も行われている。救急医療は行われておらず、急性期を過ぎた患者が専門的な治療を受けるために総合病院などから転院してくることが多い。外来、入院およびICU（フランスのNGO、AMFA¹⁰による支援）がある。手術室は4室あり、1日平均9名の手術が行われている。手術後の手の保護のため、医師がギプス包帯などを利用して（輸入材料は高価なうえに入手困難であるため）自作の機能的プリントを提供している事例もあり、リソースの少ないミャンマーで工夫して対処されているようであった。

10 Association Medical Franco Asiatique という団体。マンガレー総合病院にも寄贈された車両などがある。

(5) 他機関からの研修生受入れ状況

他の病院と同様に、医科大学等からの学生のほか、国防省管轄の医科大学からも研修生を受け入れている。

(6) 将来の展望

整形外科病院としての専門性を高めることはもちろんであるが、特に手に関してさらに専門家を育成するとともに、作業療法士を育成していきたいとの希望があげられた。

(7) 本プロジェクトでの連携可能性

整形外科病院には手の専門医師がいるため、専門分野の人材育成研修の指導者として協力していただくことが考えられる。手の補装具製作についても知識があるため、他の技術者にその知識を伝授してもらい、現在よりも治療に適した補装具を製作できる技術者を育成できる可能性もある。また、この病院では特に優秀な作業療法士が必要であるという意見もあったため、作業療法士育成に関する計画策定や実習での連携も検討すべきである。

3-3-4 マンダレー総合病院 (Mandalay General Hospital : MGH)

(1) 立地と施設全般

マンダレーの市街地に位置する。ミャンマーの北部では最大規模の第3次医療機関であるため、北半分の全地域からの患者を引き受けている病院である。定床は1,000床。病棟の大部分は第2次大戦後に改修されたが、5つの病棟は開院以来使用しているためすでに100年以上経過している。建物は古いが、改修をしてよくメンテナンスされているという印象であった¹¹。病棟内の病室や通路はタイル張りで（一部はコンクリート）、清潔感がある。

リハビリテーション関連では2部門あり、リハビリテーション科とPhysical Medicine科（理学診療科）に分かれている。前者は義足製作部門であり、ICRCの支援のもと、製作所と歩行訓練所（屋根つきで屋外）を設置して、切断と下肢の先天性奇形の義足の製作と装着訓練を実施している（ICRCが運営費用の80%を支援）。ここでは通常1週間から3週間で義足が完成し、装着訓練を経て退院となる人がほとんどである。義足製作のための入院患者用の病室は15床あり、1カ月あたり約30名を受け入れられる。病室は義足製作室が歩行訓練所に隣接している。歩行訓練は、特殊なケースを除き通常は義肢装具士が担当することになっている。

Physical Medicine科（理学診療科）は、その他の全般的なリハビリテーションを行って

11 通常施設の管理は、管理部の職員が常時点検して修理や改修の必要な箇所をMSに報告し、各診療部の責任者（医師）らの会議で検討したあと、保健省に改修計画を提出するという手続きが踏まれる。

いる。起立台（手動）、平行棒、電気治療機材など種類は揃っている方であるが、理学療法室自体は狭く、患者とその親族と医療スタッフで混雑し、満足な移動スペースもない状況であった。また、その入り口には急すぎるスロープと段差があるため、介助者がいたとしても車椅子では移動しづらい構造となっていた。

(2) スタッフ

リハビリテーション関連部門には、コンサルタント医師が3名と医師が1名、理学療法士9名、看護師5名、義肢装具士4名が所属している。義足製作部門の責任者は整形外科医であり、イエナダハンセン病院でHand Surgeryを学んだ経験がある。理学診療科の責任者はリハビリテーション専門医であった。理学療法士9名のうち、1名は20年の経験を持つベテランの女性であり、ヤンゴンのInstitute of Paramedical Scienceで理学療法を学んだあと、インドのムンバイで2カ月間、ニューデリーで2週間のトレーニングを受けた経歴を持つ（WHOのフェローシップ）。そのほかに、ヤンゴン総合病院と同様、大学を卒業したあと就職先が決定されるのを待っている無給のボランティア研修生約10名が、理学療法士補助として働いている。理学療法士の技術レベルはあまり高くないように見受けられた（例として、脊髄損傷と思われる患者の起立台の横で理学療法士が時折脈拍を数えていたが、記録はしておらず、血圧も測定していないなど）。

(3) 治療と症例

理学診療科では、入院患者も外来患者も同じ訓練室でリハビリテーションを受ける。患者1人当たりの理学療法時間は、症状にもよるがおよそ30分～1時間程度である。対象患者は整形外科手術後の患者、脳卒中、疼痛患者などが多い。脊髄損傷の患者は3～5カ月の入院の後に退院となるが、もしも車椅子を必要とする場合には（実際には道路・家屋事情でほとんど使用不可能）自費で購入する¹²。脊髄損傷の手術は高位レベルなら脳外科が担当するなど、損傷レベルによって診療科が異なっている。脳外科病棟では年間約300例の手術が行われており、そのうち80～100例が脳出血／くも膜下出血系で、ほかは喧嘩などの暴力によるもの、自動車事故、椰子の木からの転落（男性）、腫瘍などが原因とのことである。

入院患者の中には、付き添いや費用負担など経済的な理由で退院していく患者も多い。マンダレー近郊では、退院後World Visionがサポートしている無料デイケアサービス¹³に通う人もいるという。

12 参考までに、マンダレーのショッピングセンターではマレーシア製の車椅子が16万チャットで販売されていた。

13 詳細は不明であるが、World VisionのCBRプロジェクトでトレーニングされたボランティアが、障害を持つ人々に対してサービスを行っている模様。

(4) 将来の展望とニーズ

リハビリテーション部門スタッフは、機材の未整備（不足している、旧式のものを利用している）が問題と考えており、調査団員が感じた理学療法部門全体のマネジメントや患者の受入れ体制には、あまり関心が向いていないようであった。

(5) 本プロジェクトでの連携可能性

プロジェクト自体はヤンゴンを中心として研修などを展開する予定であるが、マンダレー総合病院はミャンマーの北半分からの患者を受入れる重要な病院でもあり、本プロジェクトのなかでも人材育成の対象に含めるなどなんらかの対応を検討する必要があると考えられる。ヤンゴンの病院関係者からも、マンダレー総合病院はプロジェクトの対象に入れた方がよいとする意見があげられていた。

3-3-5 イエナダハンセン病院（Yenanthar Leprosy Hospital：YLH）

(1) 立地と施設全般

マンダレーの市街地から車で約1時間（30マイル）の農村地帯にあり、周囲には水田やサトウキビ畑がある。公共バスの便もあるが、本数が少なく常に混雑しているので、患者が利用するには困難である。ここでは過去にJICAのハンセン病対策・基礎保健サービス改善プロジェクトによる技術協力が行われた。定床は、かつては700床であったが、現在は移転ともない300床に縮小となり、調査時の入院患者数は135名であった。現在の入院患者は、移転前から入院していた継続入院患者（permanent）と移転以後の新規入院患者（temporary）に分けて対応している。継続入院患者は52名で、66歳から86歳までの高齢者である。イエナダハンセン病院は、他の病院とは違い、保健省の中でも特に感染症部門との関係が強い。施設は平屋造りで、入院病棟の他に外来棟、手術室、検査棟、義肢・補装具製作所（特にハンセン病患者用の靴製作）などがある。ここでは入院患者に対し、最低限の食事は提供しているが、不足分は自費で購入（または親族が用意）することになる。

現在はハンセン病が終息し、患者数も減少してきたため、一般の病人も多く受け入れるようになってきている（外来患者数は1日平均12名）。一般の患者を受け入れることも、ハンセン病患者に対する偏見をなくすための活動の一助になるという。患者はシャン・バゴー・ザカイン等遠隔地からもやって来るが、イエナダハンセン病院よりもマンダレーに近い患者はマンダレー総合病院を受診する。また、マンダレーとの間にはもう1つマダヤという町のタウンシップ病院も存在している。

(2) 略 歴

1891年にフランスと米国のミッションにより、ハンセン病患者のための療養と居住場所としてマンダレー市内に建設された。その後、1966年に保健省に移管され、700床のハンセン病専門病院となる。1990年にマンダレーの都市計画によって現在の場所（イエナダ）に移転し、300床の病院となった。病院の移転と同時に患者のコロニー（居住村・ナダミヤイン）も移転することになり、移転条件は1家族当たり1エーカーの農地と家屋と3,000チャット／1カ月の手当を支給することとなっていた（マンダレー市内にとどまるか、移転に応じるかは選択可能であった）。この手当は現在も支給が続けられており（額は少なくなっている）コロニーの村役員会を通じて毎月支給されている。

(3) スタッフ

MS（学位がないため、正式にはMSにはなれない）のもと医師が5名、看護師が17名、理学療法士が2名、義肢装具士が7名（うち、有資格者2名、1名はICRCカンボジアで訓練を受けた）、その他にメディカルソーシャルワーカー、放射線技師、臨床検査技師なども配置されている。ただし、理学療法士は先述したとおり正式な有資格者ではなく、地元の志望者（高卒程度）を病院にて指導し理学療法を行えるよう対応している（有資各人材が確保できないため）。医療スタッフのほかには、職業訓練のための講師なども所属しているが、彼らのほとんどは元入院患者である。

(4) 治療と活動

治療としては、障害に限らない一般的な外来・入院治療と、長期入院患者の毎日の生活訓練（自分の健康状態のチェックを行い、月間優秀者は表彰される）などを行う。その他、手先の訓練を兼ねて入院患者や退院した元患者を対象に職業（職能）訓練を行っている。木を使ったケーンワーク（籠や椅子の座面などを編む）、鋳物、縫製等のほか、補装具の製作者として訓練を受けている者もいる。縫製に関しては評判もよく、マンダレー医療技術大学（University of Medical Technology Mandalay）の制服の注文等、外注がとれるまでになっている。

コロニーであるナダミヤイン村は、病院から車で5分ほどのところにある。現在は約1,400軒。ハンセン病患者とその家族が生活しているが、断種政策は行われなかったため、村内には子供も多い。村内には小学校（5年制義務教育）があり、高等学校は3マイルほど離れた場所にあるため、イエナダハンセン病院のバスによる送迎サービスがある。小規模な図書館や診療所などもある。ここから病院が行っている職業訓練やリハビリテーションに通っている人々も多い。

(5) 本プロジェクトでの活用と今後の展望（案）

イエナダハンセン病院は、過去のJICAのプロジェクトにより手術室、研修棟、検査設備、宿泊施設などが整っている。しかし、立地条件から通院には少々不向きであるため、調査団の案としては将来的には国立リハ病院と役割を分けて、長期のリハビリテーションが必要な患者のための専門病院にしていくという活用方法が考えられる。また、補装具の製作もJICAハンセン病プロジェクトで力を入れていた部分であり、上ミャンマーにおける補装具製作人材育成と義肢・補装具の生産、および供給をイエナダハンセン病院が担当し、他の病院と連携していくことも考えられるかもしれない。

3-3-6 伝統医療病院（Yangon Traditional Medicine Hospital）

(1) 立地と施設全般

2006年12月よりJICAの「伝統医療プロジェクト」にて個別専門家が派遣されている。ミャンマー全国に14病院ある伝統医療病院のうちの1つで、ヤンゴンの市街地から車で15分ほどの住宅街にある。

1980年に16床の病院として開院し、翌1981年には25床に拡張された。さらに2000年に50床の第2次医療病院として改築されたばかりであり、2階建ての病棟は新しく清潔感があった。ここは保健省の伝統医療局が管轄となるが、病院の仕組みは他の国立病院とほぼ同じである。ただし、配属されている医療スタッフは、マンダレーにある伝統医療大学（2004年に大学に昇格、5年制Bachelorコースと3年制Diplomaコースがある）を卒業した資格者が中心となる。定床は50床であるが、現在は72床まで受入れ可能。そのうち、20床は有料個室で、1日当たり1,000Ksの料金がかかる。伝統医療病院は人気があることもあり、入院は最大で45日までと決められている。他の病院と同様に基本的な医療サービスは無料であるが、カルテ作成の費用として、初めに50Ksを徴収している。

治療器具としては、薬草からの蒸気を利用した治療器具など、伝統医療独特のものが揃っている。2003年に導入されたばかりの中国の鍼灸マッサージ器などもある。歩行訓練に関する道具はなく、付き添いの親族が介助して歩く練習を行っている。また、ミャンマーの病院はどこでもそうであるが、ベッドの高さが高すぎるため、伝統医療病院では少しずつ低いベッドを導入しているところである。

(2) スタッフ

院長と副院長のほかに伝統医療師（Traditional Practitioner）が6名、准伝統医療師10名、アシスタント伝統医療師15名、看護師10名、看護補助20名、その他事務スタッフなど34名となっている。伝統医療病院における治療はすべて伝統医療師の資格を持つ専門家が

っており、理学療法士など一般病院と同様のリハビリテーション関係者は配属されていない。そのため、歩行訓練に関しては親族付き添いで歩きながら練習をするのみであり、それ以上の専門的なリハビリテーションは国立リハ病院との連携により実施されている。

(3) 治療と症例

男女ともに脳血管障害の患者が多く、70%程度を占める。患者の症状の内訳は片麻痺55%、リウマチ25%、神経筋障害10%、筋疾患5%、脳性麻痺2%、その他2%となっている。急性期の対応はしていないため、他の病院から手術することを避けて、またはリハビリテーションのために転院してくる患者もいる。治療はミャンマーの伝統的な薬草を使ったマッサージ、中国やインドの伝統医療（鍼灸、アーユルヴェーダ等）を利用した治療のほか、伝統薬の投与により行われ、効果はかなり大きいことが実証されている。ただし、発病後なるべく早い段階から治療を行えば回復も早い、6カ月～1年ほど経過してから受診する患者もおり、発病から時間が経過しすぎると治療のスピードも遅くなるという。薬草マッサージは、患者1人に対してプラクティショナー1～2名が付き、1回15分から20分行われる。体温が上がって汗をかいてきたら終了する。言語療法に関してはこの病院では対応できないため、身体が回復した後に国立リハ病院を紹介して対応している。

(4) 本プロジェクトとの連携可能性

治療に関してはすでに国立リハ病院などとのリファーマル体制があるため、プロジェクト開始後も継続して情報の共有と治療協力を行いたい。また、伝統医療病院では過去に広報啓発用テレビ番組（45分）を製作した経験があるため、このノウハウは本プロジェクトの広報活動にも非常に参考になるものと思われる。

3-4 NGOによる支援およびCBRの実施状況

3-4-1 ミャンマーにおけるCBRの実施概況

ミャンマーでは、1995年から98年にかけてUNDPのHuman Development Initiativeプロジェクトの一環¹⁴で、社会福祉省と保健省によってCBRプロジェクトが展開された。しかし、当時はハンセン病患者への対策に主眼が置かれたNational Leprosy Programという名称であった。ただ、支援の現場ではハンセン病患者に限らずすべての障害者を対象としており、彼らに訪問リハビリテーションサービスを提供することが主な活動であった。ヤンゴンやマンダレーの近

14 ミャンマー関係者からの情報であり、UNDP側の資料は入手できず確認できていない。Human Development Initiativeのコミュニティー開発プロジェクトの一環としてCBR要素を含む活動が行われたようであるが、その当時はCBRとは呼ばれていなかったと思われる。

郊のタウンシップにおいて、コミュニティーからボランティアワーカーを募り、Local Trainerとして基礎的なリハビリテーションの知識や技術について訓練し、彼らが各家庭を訪問して家庭内にいる障害者をケアできる体制を構築しようと試みた。ボランティアワーカーに対するトレーニングの講師は現職の理学療法士が務めていた。この医学リハビリテーションベースのプロジェクトがベースとなり、90年代後半からは次第に社会的リハビリテーションを含むかたちでのCBRが実践されるようになってきた。主体となったのは国際NGOであるWorld Vision等であり、村落開発プログラム（Area Development Program）の中に障害者へのアプローチも取り入れる総合的な手法をとった（Visionの活動についての詳細は3-4-2参照）。

現在のところ、社会福祉省や保健省が主導しているCBRプログラムは実施されていないが、NGOや障害当事者による活動は小規模ながら実績をつくりつつある。また、WHOのCBRマニュアル26種類のうち、23マニュアルはすでにミャンマー語に翻訳されているとのことであり、本プロジェクトでも研修用テキストとして利用させてもらえる可能性がある。

3-4-2 ワールドビジョン（World Vision）

日本にも支部がある国際NGO。ミャンマーでは特にCBRに関するプロジェクトを精力的に実施しており、医療面でのケアのみでなく、障害者の社会参加促進の面でもコミュニティー開発を通じた活動（家庭菜園・職業訓練・マイクロクレジットなど）を実施している。

CBRプロジェクトは1994年にマンダレーで開始された。これはUNDPの支援のもと、社会福祉省や保健省も関わって行われたミャンマー初のCBRプロジェクトであった。初めは病院のない村落部の障害者（特にハンセン病患者）に対し医療ケアを提供する目的で、訪問リハビリテーションの体制を構築した。病院からの協力を得て、理学療法士がコミュニティー住民（ボランティア）に家庭におけるケア方法を教え、そのボランティアらが各家庭を回って家族にケア方法を教えた。その活動が軌道に乗ってきた段階で、社会モデルとしてのCBRへ移行し、収入向上（家庭菜園、家畜飼育）・教育・職能訓練・マイクロクレジットなどを実施するようになった。現在はRight Based Approachの段階に入ってきているとのことである。CBRを担当する主なスタッフは、APCDでCBRリーダー養成や障害者自助グループ（SHG）の研修を受講した経歴を持つ。過去にAPCD研修を受けたスタッフは、1名は退職してしまっていたが、他の5名はWorld Visionでの業務を続けている（そのうち1名はCBRプロジェクトマネージャーを務めている）。2007年2月後半から再度タイへ渡り、APCDのリフレッシュズトレーニングコースに参加するとのことである。

CBRを行う際は、コミュニティーの住民組織のほか、地元にある障害者グループとも協力することがある。マンダレーには障害者クラブがあり、肢体不自由者を中心とした障害当事者や家族がメンバーとなっている。コアメンバーは7名で、毎月ミーティングを行い活動について

協議している。活動内容は小規模ローンプログラム、教育斡旋、補助具などの支給、スポーツなどであり、World VisionのCBRプロジェクトとも相互に連携しているとのことである。障害者グループは、World Visionが関わっている団体としては、このほかに聴覚障害者のグループがヤンゴンとマンダレーに各1グループ存在している¹⁵。障害者グループのほか、AARやMRCSとの関係も強く。情報共有や必要な場合はお互いの団体のサービスを利用できるように利用者に紹介するなどしている。

World Visionスタッフは、コミュニティーで直接普及活動を行うわけではない。コミュニティーで活動するのは地元住民のCBRボランティアで、彼らは原則無給（弱冠の経費や祝い事の際の贈答品などが支給される程度）であるが、活動の重要性を認識しているため意識が高く、仕事を続けているとのことである。World Visionスタッフは、そのボランティアスタッフに対して研修を実施したり会合の場所を提供したりするなどのサポート体制で、ファシリテーターとしての役割を貫く姿勢である。マンダレーのCBRプロジェクトサイトで開始したマイクロクレジットも、初めの資金だけはWorld Visionから提供したが、その後は借用者の返済が滞ることもなく、コミュニティーのボランティアスタッフを中心に順調に回しているという。

World VisionスタッフはCBRについて知識とともにミャンマーにおける現場実践経験を積んでいるため、本リハビリテーション強化プロジェクトの人材育成研修において障害者の社会参加やCBRに関する講義を行う際は、講師として適任であると思われる。

3-4-3 特定非営利活動法人難民を助ける会

(Association for Aid and Relief, Japan : AAR JAPAN)

日本のNGOであるAARは、緊急支援、障害者自立支援、地雷対策を三本柱とし、アフガニスタン（地雷対策と障害者支援／理学療法士施設運営）、タジキスタン（医療支援と食糧支援）、ザンビア（エイズ対策）、アンゴラ（地雷対策とマラリア予防）、北朝鮮（絵画展）、カンボジア（地雷被害者と障害者への職業訓練と車椅子製造の技術移転）、ラオス（車椅子製造の技術移転）、ミャンマー（障害者職業訓練と現地NGOとの提携による障害児支援）などにおいて、幅広い活動を継続している。

ミャンマーでは1999年に社会福祉省社会福祉局の正式登録NGOとなり（MOAを締結）、活動を開始した。現在は1人の日本人プロジェクトマネージャーのほかには、主にAAR職業訓練校の卒業生らがスタッフや技術指導者として雇用されている。ミャンマーにおける活動の中心は、障害者の職業訓練校の運営であり、コミュニティーに密着したCBRというよりは障害者の社会参加と自立をサポートするための能力向上支援が中心である。2000年に障害者のための

15 これら各地の障害者グループが集まってMDPO（Myanmar Disabled People's Organization）を形成する計画があり、社会福祉省を通して正式な団体としての登録手続きを進めている（第2章参照）。

職業訓練学校を開校し、2001年からはNGO、EDEN（エデン）¹⁶が運営するハンディキャップセンター「子どもの家」（身体・知的障害児のための通園施設）と連携した障害児里親制度やCBR、インクルーシブエデュケーション推進支援などを実施している。

職業訓練校の敷地は社会福祉省から借りており、隣には養護学校、社会福祉省運営の職業訓練校、道路を挟んだ向かいには国立リハ病院があるという社会福祉関係施設の密集地である。訓練校は訓練教室・セミナールーム・宿泊棟・事務所などから成り、草の根無償資金などを利用して増改築された。開校以来この学校で学んだ障害者の数は、肢体不自由者（男293、女256）、視覚障害者（男4）、聴覚障害者（男6、女8）、重複障害（男2）であり、年齢層は18歳～40歳と幅広い。訓練内容は洋裁（女性中心。ブラウス、シャツ、ズボンの型紙起こしから縫製まで）と理容美容（男性中心）の2コースであり、1コースは3.5カ月間（年3回開講）の完全寄宿制となっている。これは、親元を離れて学校の共同生活を営むことを通じて、身の回りのことを自分で行えるようになることをねらいとしている。さらに、学校のカリキュラムでさまざまなアクティビティを行い、職業スキルのみならず社会スキルも学べるように工夫されている。例えば、毎朝の集会時にテーマを決めた発表を行い、環境問題や公衆衛生に関する意識を高めるような試みを実施しているという。生徒本人はもちろん、彼らがいずれ故郷に帰ったときに、ここで得た知識を少しでも周囲の人々に伝えて広めてもらえるよう、小さな仕掛けを工夫しているとのことであった。授業時間は9時から4時30分までで、課外活動として英語・日本語・コンピュータ等も、楽しむ程度に教えている。

完全寄宿制のため家族の送迎等の負担もなく、地方在住者も入学しやすい。入学者のほとんどは低所得者であり、学費や入寮費はすべて無料（AAR負担）である。クラスは15名編成で、洋裁と理容の2クラス設定で合計30名、1年間に約90名の卒業生が輩出される。入学前の学歴は小学校修了程度から大学卒業までさまざまである。訓練生の募集は新聞広告で告知するが、多くは他のNGOからの紹介や卒業生・関係者の口コミで知った人々が申し込んでくる。国立リハ病院を退院後にすぐAAR職業訓練校に入学して来る人もいる。また、社会福祉省運営の職業訓練校では技術が足りず、そちらを卒業したあとさらにAARに申し込んでくる人もいるという。

2005年に、障害に関する啓発活動の一環、および卒業生への就労機会の提供として、訓練校から少し離れた場所（ヤンゴン市内）に理容室を開店した。ここでは3名の卒業生が働いており、訓練生が実習に行くこともある。あえて訓練校とは離れた普通の街角に開店することでミャンマーの一般市民が顧客となり、障害者も自立して仕事ができることを自然に認識してもら

16 Eden Centre for Disabled Children：マレーシアを拠点とする中国系のNGO。障害者支援、特に身体障害児・知的障害児を対象とした福祉・教育・職業訓練を中心に活動している。2000年にヤンゴンにも事務所を設立した。APCDの研修を受けたスタッフが2名所属している。ダスキンのリーダー研修を受けた障害当事者もスタッフとして活動している。<http://edencentre.org/index.htm>

える場所となっている。この店は、1年目はAARからの資金援助で運営されていたが、2年目からは1年目の売上金を元に経営することができ、すでに固定客も付いているという。

卒業生に対しては、ミシンの購入代金の半額を無利子ローンで提供するなど自宅での開業支援も実施する。また、フォローアップとして卒業生間のネットワーク構築にも力を入れている。これは学校での訓練期間中から意識的にカリキュラムに組み込まれており、障害者問題についてのグループ討論、テーマ別セミナーなどを実施して障害当事者としての能力向上が行われている。その成果として、ヤンゴンでは卒業生中心に当事者自助組織が結成された。

今後は、まず2007年4月から既存CBRの強化として、パートナーNGO（エデン）との連携で医療中心のサービスから包括的なアプローチへ移行した活動を計画している。さらに、ラオスやカンボジアでの経験を生かして、車椅子関連の小規模支援（情報、配布のみで製造は除く）も計画中である。

日本人スタッフの横飛氏は、ミャンマーにおける障害者支援の課題とニーズを以下のようにあげている。

【課題】

- ・ 貧困（受益者モニタリングなどから、障害問題だけでは終わらないと痛感したとのこと）
- ・ ミャンマー国全体の障害者に対する意識の低さ
- ・ 周囲の人の対応（spoil - neglect）
- ・ ネットワークの弱さ

【ニーズ】

- ・ マクロレベルへのはたらきかけ
- ・ 障害理解教育（ただし、障害者が慈悲の対象とってしまわないよう留意しつつ、自然なかたちで一般市民に理解してもらえよう努力をしているとのこと。理容店もそのひとつ）
- ・ 当事者の障害関連知識の強化
- ・ 作業療法

以上のように、課題やニーズは多岐にわたるとのことである。AARではWorld Vision、ICRC（MRCS）等ミャンマーで活動する他のNGOや病院関係者とも連携し、より広範囲に裨益するよう努力している。ミャンマーのリハビリテーション関係者の間ではAARの活動はすでに有名であり、他のNGOのスタッフ、理学療法学生、軍病院の医学生（障害当事者エンパワーメントの重要性を認識するため）などが研修として訓練校を訪問している。本プロジェクトにおいても、AARのスタッフに人材育成研修の講師として協力をお願いすることは可能とのことであった。AARにはAPCDの研修を受講したスタッフが現在も在籍しているため（SHGコース1名、SHOコース1名）、彼ら帰国研修員を活用する目的としても期待できる。

3-4-4 ココロボランティアグループ

日本人のご夫妻が中心となり、1998年12月よりミャンマーにて活動を開始した。スタッフは代表の神保氏ご夫妻のほか、ヤンゴンとマンダレーに1名ずつミャンマー人スタッフがいる。NGOとしてはどこの省ともMOUを結んでおらず、神保氏の活動実績における信頼と人脈により数々の支援活動を行っているとのことである。活動内容は障害者支援分野にとどまらず、初等教育、給水事業、文化交流など、孤児や貧困層の人々に対する支援活動を幅広く行っており、プロジェクトを実施するというよりは物資の寄贈、寄付金や草の根無償資金協力（日本大使館との橋渡し）を利用した資金援助の側面が大きい。

神保氏ご夫妻はミャンマーの孤児を引き取り（これまでに6名。法的には外国人がミャンマーの子供を養子にすることは認められていないので、正式な養子縁組ではない）、テニスを教えて海外の大会でも好成績を取めるまでに育成している。

学校校舎建設支援では、外国人がなかなか入れない村落において、大使館の草の根無償資金を使い31校（30小学校、1盲学校）、他の寄付金にて1小学校を建設し、2005年に教育省通達により外国の支援による学校建設が原則禁止されたあとも、新たに学校建設を支援している。また、生活環境の厳しい村落に井戸・給水タンク・風力発電装置等を寄贈するなどの活動も行っている。

障害者支援分野では、マンダレーの聾学校と協力して聴覚障害児によるコンサートを開催するなど、広報・啓発的な活動を実施している。手話の辞書作成プロジェクトも実施中であるが、ミャンマーには地域によって2種類の手話があることや、資金不足などの理由で中断されている。

本プロジェクトで直接協力を依頼できる機会は少ないかもしれないが、障害者のエンパワーメントという側面では、1つの成果として聾学校の成功事例などを活用させていただく、あるいは障害啓発イベントなどを開催する際にゲストとして参加していただくなどの連携が考えられ、先方からはJICAからの依頼があれば協力していただける意志があることを確認できた。

3-5 義肢装具製作とICRCの活動

ミャンマー国内の義肢製作所は国立リハ病院内、マンダレー総合病院内、イエナダハンセン病院内、ミャンマー赤十字協会（MRCS）のパアン（Hpa-an）リハビリテーションセンター内の4カ所であり、このうち装具も製作できる製作所は国立リハ病院のみとなっている。国立リハ病院の作業所には、フランス人技術者が指導者としてICRCから派遣されていた。パアン以外の製作所は、運営費の多くをICRCに依存してはいるものの、保健省管轄の施設となっている。パアン製作所は、2003年にミャンマー赤十字協会（MRCS）と保健省により設立され、南部地域の地雷被害者を中心に支援を行っている。そのほかには国軍病院に付属する製作所が3カ所あるが、軍人以外は

利用しない。松葉杖の製作は国立リハ病院のほか、新たにヤンゴンの国軍病院でも開始された。

ミャンマーにおける義肢・装具の製作と提供は、国際赤十字委員会（ICRC）の活動の成果によるところが非常に大きい。ICRCはミャンマーにおいて1986年の活動開始以来、約20年にわたって義肢装具士の育成から製作・提供までの一連の支援を実施してきている。本来は緊急支援が中心のICRCでは、ミャンマーの地雷被害者をターゲットとして義足提供を行う予定であった。しかし、地雷被害者だけでなくその他の需要も大きく、結果として20年以上も支援を続けている。1986年から現在までに、全国で2万2,206人に義足が提供されたという。

ミャンマーには義肢装具士の養成所がないため、ICRCの支援でカンボジアの義肢装具士養成所（Cambodian School of Prosthetics and Orthotics：CSPO）に派遣され3年間の勉強を経てCategory 2¹⁷の認定を受けた義肢装具士が、現在のミャンマーにおける義肢装具製作をリードしている。現在Category 2資格を持つ技術者は、一般の病院関係施設に4名、国軍病院に4名いる。過去にはJICAの集団研修により、国立リハ病院の義肢装具士1名が日本に派遣され学んだこともあった。この研修員は、現在も国立リハ病院内の製作所で勤務を続けている。義肢の材料のほとんどは輸入であり、ほぼICRCからの供給に頼っている。基本的に無料での提供となるが、国立リハ病院内の製作所では持続性を考慮して使用者に実費の一部負担をお願いしている（先述したが、参考までに義足の負担金額は膝下用で10,000ks、膝上用で20,000ks）。

義足製作の素材には、ポリプロピレン素材によるサーモプラスチックを使用している。これは低価格での義肢製作を可能にするために開発され、ISPOにて採用されたものである。ミャンマーでは、部品等を含めほとんどの材料を輸入に頼っているが、品質をあまり落とさず、頑丈で使いやすく、かつ安価なものを提供できるよう、膝下用義足の製作費用は150US\$以内に抑えられている。

1990年からはより多くの義足が必要な人々を支援するため、MRCSと連携したOPP（Outreach Prosthetic Program）を開始した。このプロジェクトでは、受診のための交通費・入院費・食費などの費用が支給されるため遠隔地の住民でも義足製作のために入院することができる。1990年以降、MRCSに登録された切断者は約8,000人で、そのうちの80%がすでにOPPのサービスを受けた。2003年実績では、1年間に724人の切断者がOPPのサービスを受けたが、このなかには地雷被害者だけでなく、先天性奇形や糖尿病による切断なども含まれている。先天性奇形のケースは調査団員も見せていただいたが、原則として手術はせず、保存療法による義足装着であった。手術による経済的負担、手術への不安、見かけより機能重視という考えに基づくものと思われる。義足そのものの耐久性は4～5年ということであるが（ICRCでは3年ごとの更新を標準としている）、ミャンマー国内での修理が可能であることから、「より安く、安全に、多く

17 CategoryはInternational Organization for Prostheses & Orthotics（ISPO）の認定による義肢装具士の世界基準。Category 2はDiplomaレベルで、Category 1はDegreeレベルとされる。

の人に義足を」の方針は当分変わらないと思われる。

しかし、20年間にわたって支援を続け、ミャンマーにおける義肢装具製作の基盤を作り上げた功績は大きいですが、ICRC本来の緊急支援という方針からは大きく外れているため、近年中の撤退を考えている。義肢装具製作・供給に関して、支援を継続してくれる後任団体を探すことが現在の課題の1つでもある。

本プロジェクトに関連した具体的な協議は行わなかったが、切断者・義足装着者に関する研修を国立リハ病院で開催するときなどにCategory 2有資格者に講師として協力いただける可能性がある。彼らは保健省所属であるため、ICRC自体が撤退した後でも連携は可能である。

3-6 国際機関等による支援の状況

3-6-1 WHO（世界保健機関）

リプロダクティブヘルスや結核等の感染症対策などに力を入れて支援を行っている。リハビリテーション分野では特化した支援は行われていないが、医療従事者への海外研修フェロシップが関係している。このプログラムでは毎年数人が海外での研修（数週間～3カ月の短期）に送られており、他項に記したとおりリハビリテーション専門医や理学療法士の中にもすでに研修を受けた人材がいる。この研修については、今後も継続して実施される予定とのことであるため、JICAが本プロジェクトを実施する際にはWHOとも調整のうえ、分野や人材の重複が起きないように配慮することも必要である（ただし、WHOの研修も保健省とMMAを通じて行われているため、これら機関との調整ができれば情報の共有は可能と考えられる）。

その他、国立リハ病院やNGOと連携してCBRプロジェクトも実施しているが、WHOの支援範囲は現時点では訪問リハビリテーションに限られており、障害者の社会参加促進などの活動についてはほとんど関与していない。WHOのスタッフ自身はあくまで後方支援が主であり、現場での活動内容については実際に担当しているNGOの方が詳しく把握しているとのことである。

3-6-2 UNDP（国連開発計画）

1993年頃より、Human Development Initiative（HDI）のプロジェクトとして貧困村落におけるコミュニティー開発を実施している。対象地域は主にシャン、ラカイン、チン、カチン、マングレーなど6地域24タウンシップ。貧困削減、ガバナンス、環境、HIV/AIDS、基礎保健、教育訓練、Food Securityなどを目的とする開発プロジェクトを実施してきた。2002年からは、農業と家庭環境の向上を中心とした取り組みを開始している。かつてCBRプロジェクトを支援していたようであるが、詳細については当時の資料が入手できず不明である。

3-6-3 DFID (英国国際開発省)

元宗主国である英国は、現在もミャンマーにとって日本に次ぐ第2位の援助国となっている。支援分野は主に貧困削減 (UNDPのHDIプロジェクトに拠出)、初等教育、ジェンダー、子どもの健康 (基礎保健)、HIV/AIDS、ドラッグ対策など。資金援助と物資支援が主体であり、現地NGOへの支援金拠出額も大きい。BBCの協力により、1,997,513ポンドをかけてHIV/AIDS啓発のためのラジオドラマを制作した実績もある。

3-6-4 USAID (米国国際開発庁)

米国は2003年のミャンマー国内政治事情を受けて対ミャンマー制裁法を制定しているが、同年の実績では英国に次いでミャンマーにとって第3位の援助国となっている。ただし、ミャンマーへの直接支援ではなく、Mekong Regional Program (Greater Mekong Initiative Fund) としてメコン川流域一帯への支援など、間接的に実施されているものが多いようである。Mekong Regional ProgramはHIV/AIDSや感染症に対する支援が主であり、バンコクに事務所がある。USAIDも資金援助活動が中心であり、国際NGOや現地NGO、国連機関などを通じた資金面での援助を行っている模様。

以上のように複数の国連機関や二国間援助機関などがミャンマーに対する支援を行っているが、障害者支援分野はニーズが高いにもかかわらず直接的な支援ははまだ実施されておらず、他の援助機関との重複はない。したがって、JICAが支援を行う意義は大きいと考えられる。

第4章 技術協力プロジェクトの基本計画

4-1 基本方針

4-1-1 プロジェクトの基本構成

本プロジェクトでは、ミャンマー国の医療リハビリテーション関連人材の能力強化を目指し、人材育成のためのシステム構築と訓練を行うと同時に、より多くの人々がリハビリテーションを理解しサービスにアクセスできるよう広報・普及活動を行う。プロジェクトの実施機関は保健省保健局、プロジェクトサイトは管轄の病院中心は国立リハ病院となる。プロジェクト期間は5年間。チーフアドバイザー兼コーディネーターのJICA長期専門家1名と、人材育成の指導者としてリハビリテーション関連職種の短期専門家5～6名を派遣する。プロジェクトの実施主体として、国立リハ病院を中心とするヤンゴン主要病院のリハビリテーション関係者らとJICA専門家で「人材育成企画チーム」を結成し、計画の策定等を行う。プロジェクトでは主に、①リハビリテーション関連人材（主に医療分野）のキャパシティ・ビルディング、②APCDと連携した活動、③社会福祉省との関係構築、④本邦研修および第三国研修、などを実施する。

4-1-2 人材育成

現在ヤンゴンにある国立の主な病院は、Teaching Hospitalとして医療系大学生の実習受入れ先となっている。しかし、プロジェクトで実施する人材育成は大学等の実習生ではなく、すでになんらかの職種でリハビリテーションに従事している者を能力強化することを目的とする。調査時点ではミャンマーにどのような専門職人材がどれほど存在しているのかデータが得られていないため、本プロジェクトでは初めにミャンマー国内の現存人材に関する基礎調査を行い、この結果に基づき保健省やリハビリテーション関係者と人材育成計画を協議することとする。

人材育成の内容とターゲットは、主に以下の3種類に分けられる。

(1) 将来の指導者となる医師・理学療法士の専門訓練

どの分野の専門家を育成するかについてはミャンマー側関係者とさらなる協議が必要であるが、調査時にあげられた特に必要性の高い分野は、ミャンマー国内では研修の機会が得られない作業療法や言語療法などである。これらの専門知識と技術を身につけるため、理学療法士を本邦あるいは第三国に派遣し訓練を行うことが考えられる。医師については、脊髄損傷や小児リハビリテーションに対する専門病院がないことから、この分野を強化していきたいとの提案が国立リハ病院からあげられたが、いずれも詳細については未協議である。

(2) 理学療法士・看護師のリハビリテーション技術向上のための研修

本プロジェクト調査では、現在病院のリハビリテーション科等に勤務している経験3年～5年程度の理学療法士や看護師であっても、技術的な未熟さや不適切な治療をしている場面が見受けられた。大学で専門教育を受けたとはいえ、臨床に出てからの継続的な指導が不足していることも考えられる。また、現役理学療法士からは技術に関して新しい知識を得られる機会がないこと、働きながら参加できるような短期間の上級者研修が必要であることなどの意見が聞かれた。本プロジェクトではこれらの意見も参考に、リハビリテーション技術のブラッシュアップ研修を行う。直接的なリハビリテーション技術ばかりでなく、歩行訓練や物理療法だけではないリハビリテーションの意味や、治療環境の整備、患者の評価方法などに関しても、知識や意識の向上とそれを実践につなげる方法を研修内容に含む必要があると考えられる。

(3) リハビリテーションに関連する仕事に従事する者を対象とした基礎的な研修

医師や理学療法士等の医療従事者のみでなく、リハビリテーションに関係する職、例えば病院内の事務職やGeneral Worker、コミュニティーで障害者と関わる機会のある基礎保健スタッフやタウンシップの職員などに対して、障害に関する理解促進を目的とした研修を行う。特に今後のリハビリテーション人材育成の拠点となる国立リハ病院のスタッフは、全員が研修を受け、障害を持つ人々への接し方の模範となっていけることが望ましい。この研修は他の2種とは異なり、可能な限り多くの人々に受講してもらえるよう、半日程度で実施する。必要に応じて、国立リハ病院以外にも他の病院や各タウンシップ等に会場を移して研修を行うことも検討する。

4-1-3 プロジェクトサイト

リハビリテーション人材の訓練施設として、ヤンゴンの国立リハ病院を中心とした活動を行う。保健省からの提案で、JICA専門家のオフィスも国立リハ病院内に設置予定である。ヤンゴンの病院関係者からは、人材育成の場としてヤンゴン総合病院も整備対象としてほしい旨の提案があったが、医療系大学生のための実習体制整備を目的とするのではないため、本プロジェクトでは国立リハ病院に集中的に投入を行い、リハビリテーションのモデル病院として機能させるべく環境の整備も実施する。現在の国立リハ病院のリハビリテーション室（運動治療室、物理療法室、作業療法室）は、機材の有無よりも衛生面や構造面でまず改善の必要がある。リハビリテーションに関わる人々の意識向上のために、訓練機関として衛生的・機能的かつ患者が受診しやすい環境整備を行うことが必要であると考えられる。

4-1-4 機材供与および施設整備

機材の供与や訓練施設の整備に関しては、基本的に人材育成のために必要な範囲とし、訓練の拠点となる国立リハ病院を中心に投入する。3-1-3で述べたとおり、病院施設の改修は模範となり得る治療環境をつくるためにも必要であるが、これは大規模な改修ではなくプロジェクトの予算内で行うことを想定している。必要な機材や改修計画は、人材育成企画チームが検討する。何を必要とするか、現状の問題を把握し改善につなげることも、ミャンマー側の人材育成の一部と考える。参考として、事前調査の結果を踏まえて調査団がリハビリテーション人材育成のため最低限必要と考えた国立リハ病院の施設改修箇所は以下のとおり。

(1) 作業療法室の改善（作業療法を充実させるため）

- ・床（現状のコンクリートの上に作業療法の行える素材（リノリウム）を貼るなど。なお理学療法室・小児リハビリテーション室の床は木製のため、そのままでも使用可）
- ・練習用トイレ便器の設置（生活スタイルに合わせて工夫できるよう複数のタイプを用意）
- ・調理器具（障害に合わせて使える器具を用意）

(2) 廊下の改修

- ・小さな段差の解消
- ・手すりの設置

(3) トイレと浴室（水浴び場）の改修

- ・車椅子使用者やさまざまな後遺症のある患者も使用できるよう、入り口・広さを変更し手すりを設置

【以下の項目は優先度は低いが、予算があれば実施したほうがよいもの】

- (4) 屋外歩行練習場（スロープ、段差、階段、線路など、練習用の障害物を設置）
- (5) 外来用トイレの改修（車椅子用・子ども用・男女別など）
- (6) 物理療法室の充実
- (7) 室温コントロールのできる病室（脊髄損傷患者への対応。ただしミャンマーの一般家庭では室温コントロールはあまり期待できないため、退院後の一般事情を含め検討する必要あり）

通常、病院の改修は各病院のMSからの要請を受けて保健省内で協議され、許可されれば保健省予算またはドナーからの支援を受けて実施される。国立リハ病院の改修に関しては、保健省との協議の中で2008年度予算での改修の可能性を検討するとのことではあったが、やはりJICAからの支援は大いに期待されているようであった。

国立リハ病院の物理療法や運動療法の機材・器具に関しては、古いとはいえ使用できている

物もあり、新規に購入する必要性のあるものはあまり多くない。また、新しい機材を導入しすぎても、国立リハ病院以外の病院にないのであれば研修を受けてもその成果を実践に生かせず、本プロジェクトの目的から外れてしまうため注意が必要である。機材の充実よりもセラピスト自身の能力不足を補完し、彼らが直接患者と接して治療を行う機会を増やすような指導することの方が、ミャンマーの現段階の医療リハビリテーションには重要であると考えられる。

4-1-5 社会福祉省との連携

リハビリテーション強化の全体像を考えた場合、医療サービスは保健省の管轄であるが、CBRなど障害者の社会参加に関する事項は社会福祉省が管轄となる。本プロジェクトの中心は医療リハビリテーションではあるが、将来的な発展の可能性も視野に入れ、社会福祉省との関係構築にも留意する。具体的には、プロジェクトのJCCのメンバーに社会福祉省からも1名参加してもらうこととし、保健省と社会福祉省双方の了解を得てミニッツ案に記載した。社会福祉省管轄の人材に本プロジェクトで実施する研修が直接裨益する機会はあまりないと思われるが、情報共有や意見交換の機会を設け、必要なときには協力が得られる体制を確保しておく。

4-1-6 APCD 専門家、帰国研修員および、JICA 帰国研修員の活用

ミャンマーには、過去にタイのアジア太平洋障害者センター（APCD）における「CBRグループリーダー養成」や「障害者自助グループ（SHG）人材養成」などの研修を受講した人材が存在している。その多くは、World Vision や AAR といった NGO で現在も活躍中であることが本調査で確認された。また、本プロジェクト開始の土台となった JICA 「ハンセン病対策・基礎保健サービス改善プロジェクト」によって本邦研修を受けた医師もヤンゴンやマンダレーの病院に在籍していることが確認された。これらの帰国研修員は、障害者の社会参加への理解促進や各種専門分野の治療などの研修において、講師として協力を依頼できる可能性があり、積極的な活用を検討したい。また同分野では、APCD から講師として専門家を短期間派遣してもらうなどの連携についても可能性がある。APCD における研修に関しては、ミャンマーでは社会福祉省が派遣の窓口となっているため、この点においても同省との協力関係構築は不可欠である。

APCD に関しては、帰国研修員のみでなく APCD のスタッフや専門家を講師としてミャンマーに招くことも一案であり、保健省との協議では第三国からの短期専門家派遣についても可能性があることを確認した。

4-1-7 啓発・広報活動

リハビリテーションや障害者に対する一般市民の理解を促進することを目的として、紙媒体や音声・映像を利用した啓発・広報活動を実施する。紙媒体では啓発用ポスター、カレンダー、リーフレット等を作成し、病院や各地のタウンシップオフィスなどに配布する。リーフレットは誰でも持ち帰れるようにし、障害の早期発見や医療機関への相談などの情報が少しでも多くの必要な人に届きやすくする。ミャンマーでは障害に関する一般啓発用媒体はまだ作成されていない模様であり、本プロジェクトでこれを行うことには意義がある。さらにミャンマーの識字率は非常に高く、本を読むことが好きな国民が多い傾向もあるため、ポスターやリーフレットが医療情報に接する機会の不足している村落においても効果を発揮できる可能性が期待される。

音声や映像媒体には、ラジオやテレビのスポットCMが考えられる。ミャンマーではテレビは国営の2チャンネルがあり、娯楽としてのテレビ番組の視聴者は非常に多い。ビデオ映画等の映像製作も盛んに行われている模様である。JICAプロジェクトでは、以前に本プロジェクト実施機関と同じ保健省の「主要感染症対策プロジェクト」においてテレビスポットCM等を利用した啓発活動を実施した実績もあるため、過去の好事例を参考にしたい。

4-1-8 義肢・装具に関する技術協力

プロジェクトの要請段階では義肢・装具に関する技術協力もあげられていたが、本調査の結果、義肢装具についてはすでにICRCの協力でレベルの高い技術者が育ちつつあること、製作所の環境もある程度整っていること、過去にもJICAの集団研修で技術者の本邦研修を実施していることなどの理由から、本プロジェクトでは直接的には技術協力を行わないこととした。ただし、病院内の製作所で働くスタッフが、障害理解促進一般研修の受講対象者になることは考えられる。ICRCには、リハビリテーション分野の協力先駆者として情報共有などの協力をお願いした。支援の終了を検討しているICRCとしてはJICAへの業務引継ぎの可能性を検討したい様子もうかがえたが、現在ICRCが実施しているような患者個人に対する義肢装具製作費・入院費等の資金援助はJICAの技術協力方針とは異なるため、引継ぎの可能性はない。

4-2 基本計画

(1) プロジェクト名

和文：ミャンマー連邦共和国 リハビリテーション強化プロジェクト

英文：Project for Strengthening of Rehabilitation in Union of Myanmar

(2) プロジェクト実施期間

本プロジェクトは5年間とする。開始時期はR/D署名の時期にもよるが、2007年度の可能な限り早い段階から開始する。

(3) 実施相手先機関およびカウンターパート

ミャンマー国保健省保健局 (Department of Health) が実施相手先機関であり、中央省内カウンターパートはメディカルケア部門の局次長 (Deputy Director General of Medical Care) および Medical Care 課長 (Director of Medical Care) となる予定。また、実際の業務を行うヤンゴンにおけるカウンターパートは、プロジェクトサイトである国立リハ病院のMSとなる。

(4) 上位目標

ミャンマー国において、質の高いリハビリテーション医療を提供できる体制が整備される。

(本プロジェクトでは、国立リハ病院を中心として特にヤンゴン管区にある主要な国立病院のリハビリテーション関連人材の能力強化を実施することとしている。上位目標としては、ヤンゴン管区から全国規模に発展させ、リハビリテーション医療サービスを提供しているすべての国立病院に少なくとも1人は訓練を受けた人材が配置されることを掲げた。能力向上訓練にはリハビリテーションの技術や知識のみにとどまらず、患者の評価方法の改善、効率的な治療方法、障害に対する理解促進なども含まれていることから、治療の質の高さとそれを提供できる体制が全国規模で確保されることを目標とした)

(5) プロジェクト目標

国立リハ病院を中心とするプロジェクト対象病院において、質の高いリハビリテーション医療を提供できる体制が整備される。

(6) 成果

- ① 国立リハ病院における人材育成および訓練の実施体制が整備される
- ② 国立リハ病院およびプロジェクト対象病院のスタッフの技術が向上し、障害に関する理解が深まる
- ③ リハビリテーションに関する広報活動が実施される

(7) 活 動

- ①-1 国立リハ病院を拠点とする人材育成企画チームを結成する（保健省、病院、その他関係機関およびJICA専門家）
 - ①-2 人材育成に関するニーズと人的資源の実態調査を行う
 - ①-3 訓練計画・プログラム・予算案を作成する
 - ①-4 指導者研修を実施する（国内研修、第三国研修、本邦研修等）
 - ①-5 国立リハ病院における人材育成に必要なインフラを整備する（設備、機材、教材等）
 - ①-6 リハビリテーション医療の評価・治療記録用紙を作成する
-
- ②-1 国立リハ病院におけるスタッフの訓練計画を作成する
 - ②-2 国立リハ病院のスタッフを対象とした訓練を実施する
 - ②-3 他病院のスタッフおよびリハビリテーション関連機関／団体のスタッフに対する訓練を実施する
 - ②-4 訓練修了者に対するフォローアップを実施する
-
- ③-1 障害者のリハビリテーションに関するパンフレット、ポスター、カレンダー等を作成する
 - ③-2 障害者のリハビリテーションに関する視聴覚教材を作成する

4-3 留意事項

4-3-1 プロジェクトの指標

本調査段階で保健省と協議したPDM（案）では、上位目標およびプロジェクト目標の指標の目標数値については定められていなかった。調査団の帰国後、JICA担当部と調査団員が協議した結果、上位目標とプロジェクト目標を若干変更し（プロジェクト目標の対象範囲を限定したのみで、基本的な実施方針に変更はない）、指標についてもプロジェクト実施段階で得やすい指標に変更した。そのためプロジェクトの効果を外から測る客観的な指標が含まれていないが、これはミャンマーの人口動態やリハビリテーション人材の状況に関する基本的な情報が少なく、目標数値を決定するにあたり現時点では十分な根拠を得られないためである。保健省との協議では、ミニッツに添付されるPDMバージョン1はあくまでドラフトとして、基本的なプロジェクト設計については合意し、指標についてはプロジェクトで実施する人材基礎調査などの結果も踏まえて、必要に応じ追加していくこととした。

4-3-2 プロジェクトでの使用言語

保健省のカウンターパートや医師のほとんどは英語によるコミュニケーションが可能であるが、理学療法士や看護師、その他事務職員等のスタッフおよび患者はミャンマー語によるコミュニケーションの必要がある。病院内の文書も、理学療法評価用紙等一部英語で記述されているものもあるが、ほとんどはミャンマー語である。よってJICA専門家にはミャンマー語の通訳をつけ、業務を円滑に行える体制を整えることが不可欠である。

4-3-3 能力強化研修の実施時間

ミャンマーでは、国立病院に勤務する医師や理学療法士らが時間外に他の医療機関で働くことが認められている。現実的に1カ所からの給料だけでは家族を支えられるだけの十分な収入が得られず、多くの医療スタッフは時間外に私立病院で働く、あるいは自宅で開業するなどの副収入の手段を持っているのが現状である。よって、彼らに対する研修を実施する場合は、本来の所属である国立病院の業務時間内に行うなどの配慮が必要である。研修の実施がかえって勤労の機会を妨げ、生活を圧迫するような結果を招いてしまえば、研修への参加意欲の低下にもつながりかねないことが懸念される。

第5章 プロジェクトの評価

5-1 妥当性

本プロジェクトは、以下の理由から妥当性が高いと考えられる。

(1) 我が国の対ミャンマー国援助方針との整合性

我が国のミャンマー国に対する援助は、現在のミャンマー政府の状況をかんがみ、新規の経済協力案件実施は基本的に見合わせる措置をとっている。しかし、「緊急性が高く真に人道的な案件」など、人道支援および民主化支援に資する案件に関しては、内容吟味のうえ、順次実施する方針としている。本プロジェクトは、この方針と合致するほか、援助重点課題の1つである「教育と保健・医療改善による人的資源開発」に該当し、支援実施について整合性が認められる。

(2) APCD（アジア太平洋障害者センター）プロジェクトとの関連性

ミャンマーはAPCDによるプロジェクトの対象国である。APCDプロジェクトは2007年現在第2フェーズを迎え、その実施方針の1つにはAPCDで研修を受けた人々が自国において活動を展開することが含まれている。本プロジェクトでは、APCDにおいて過去にトレーニングを受けたNGOスタッフ等を、リハビリテーション人材育成のための講師として活用できる可能性を検討しており、エンパワーメントの観点からAPCDプロジェクトの実施方針にも合致している。また、APCD研修のミャンマーにおける窓口である社会福祉省からは、本プロジェクトの実施に対しコミットメントが得られているため、連携したプロジェクトの実施可能性が認められる。

(3) プロジェクトサイトの選定

ヤンゴンにある国立リハ病院を中心としてリハビリテーション関連人材の育成を実施することは、ミャンマー国保健省の方針でもある。ヤンゴンは総合病院のほか、整形外科・婦人科・小児科などの各種専門病院があり、国立リハ病院とは連携した治療体制をとっているが、リハビリテーションに関する技術や知識はいずれの病院でも未熟である。国立リハ病院を中心としたリハビリテーション人材育成を実施することにより、これら専門病院とのネットワークを生かした専門研修も行えるため、プロジェクトサイトとしては妥当であると考えられる。

(4) ターゲットグループの選定

本プロジェクトで訓練対象となるのは、すでにリハビリテーション関連の職に就いている人材であり、更なる知識と技術を導入することによる能力向上に加え、すぐに実践に反映させることができるため、患者への直接の裨益が期待される。

また、本プロジェクトで訓練対象となる主な国立病院は医療系学生の実習の場でもあるため、スタッフの能力が向上することで実習生への波及効果も期待できる。さらに、ミャンマーでは保健省管轄の国立病院間で適宜医療人材の異動が行われるため、プロジェクト実施地域としてはヤンゴンが中心となるが、ここで育成された人材が他地域に異動となることによる技術・知識の波及も見込まれる。

(5) 広報活動

本プロジェクトでは障害に関する広報活動も実施する方針である。ここでいう情報とは、リハビリテーションサービスに関する情報だけではなく、障害の理解や予防（感染症・公衆衛生分野とも関連）等に関する情報が含まれるため、ターゲットグループ以外のより多くの人々への障害の発生予防および障害の悪化予防の促進も見込まれ、プロジェクトとしての妥当性が高い。また、プロジェクト対象病院に来たりハビリテーションを必要とする人々やその家族への情報提供を行うことで、彼らが居住地に戻ったあと、彼ら自身によって周囲の人々へ情報を伝達してくれることも見込まれる。

なお、ハンセン病対策・基礎保健サービス改善プロジェクトから提言されたもう1つの技術協力プロジェクトである基礎保健スタッフ強化プロジェクトとの連携により、基礎保健スタッフによる情報の提供が行われることが望まれる。

(6) 協力実施期間

人材育成の体制整備と育成の両方を行うため、ある程度の時間が必要となる。よって、5年間の期間が妥当であると考えられる。

5-2 有効性

本プロジェクトは、以下の理由から有効性が見込める。

(1) 関係者のコミットメント

実施機関である保健省がリハビリテーション人材育成と能力向上に意欲的であり、かつプロジェクト現場である病院の関係者らの向上意識も高いことから、プロジェクト実施中だけでなく終了後においても継続してリハビリテーション人材の育成が行われる可能性が高い。

(2) プロジェクト目標

「国立リハ病院およびプロジェクト対象病院において、質の高いリハビリテーション医療を提供できる体制が整備される」と計画されており、それらの病院における治療のマネジメント体制とスタッフ自身の技術の向上が指標として設定されている。これらの指標をモニタリング評価する方法についてはプロジェクトの活動にも含まれているため、プロジェクト目標の設定は明確である。

(3) 外部条件

外部条件であるミャンマーのリハビリテーション関係職種の勤務条件は、給与に関しては国内のインフレにともない金額の一斉引き上げが行われたばかりである。国立病院の人事は保健省によって管理されており、その保健省の方針としてリハビリテーション医療の強化があるため、勤務条件の安定は今後も保たれる可能性が高い。

5-3 効率性

本プロジェクトは、以下の理由から効率的な実施が見込める。

(1) プロジェクトの成果

本プロジェクトでは「①人材育成の実施体制」が整備されることで、「②人材育成の実施」がなされること、および「③広報活動」の実施により障害の理解と病院受診者増加を目指すことという活動計画がなされており、プロジェクト実施期間5年間の間に段階的に達成し得る計画となっている。また、それぞれの成果が相互に関連してはいるものの、活動自体には独立性もあるため、一部の活動の遅れによってすべての計画が遅延してしまうことがなく、効率的な実施が見込める。

(2) プロジェクトサイトの機材と施設

国立リハ病院の機材と施設は人材育成のために必要な最低限の改善と改修を要するが、可能な限り現状の物を利用しつつ、プロジェクト予算の範囲内で実施できる必要最低限の改修を想定している。また、国立リハ病院施設の小規模な改修を行うことに関しては、すでに保健省の合意も得られている。さらに、これに関してはプロジェクトの活動の中で人材育成企画チームが計画を策定することとなっており、現状の問題把握と改善策についてマネジメントサイドの研修の一部にもなっている。

(3) 外部条件

成果に対する外部条件は、国立リハ病院における訓練が継続して実施されることと、訓練を受けたスタッフが国立リハ病院およびプロジェクト対象病院で勤務を続けることである。国立リハ病院は現在もさまざまな分野の研修生を受入れている状況であることに加え、保健省の方針として国立リハ病院をリハビリテーション人材育成の中心とすることが示されているため、体制としては訓練を継続して行える可能性が高い。訓練を受けた人材の継続的な勤務に関しては、6カ月以上の長期訓練を海外で受けた場合には、その後も保健省管轄の病院で一定期間の勤務を続ける義務が発生するため、指導者となり得る人材に対して長期海外研修を実施した際はこの外部条件は満たされると考えられる。その他の訓練修了者に関しては、国立病院における勤務のモチベーションを高める、フォローアップ体制を整備するなど、勤務を継続しやすい環境を保つ工夫をプロジェクト実施中に行うことで、条件として満たされる可能性は高くなると考えられる。

(4) 指標の設定

指標の入手手段としては、すべてプロジェクトの活動を進めていくなかで得られる結果をもとにしており、確認のためにプロジェクトの活動とは別の予算を用意する必要がない。それぞれの活動を計画に沿って進めることで達成度を把握することができるため、目標と現状とを比較することが容易であり、場合により途中で目標達成に向けて計画を調整するなどのフィードバックも可能である。

5-4 インパクト

本プロジェクトのインパクトは以下のように予測できる。

(1) 上位目標の実現

上位目標である「ミャンマー国において質の高いリハビリテーション医療を提供できる体制が整備される」に関しては、現職のリハビリテーション医療関係者を訓練して能力を向上させることと、訓練を受けた人材が全国のリハビリテーション医療を行っている国立病院に最低1人ずつは配置されることによって、プロジェクト終了5年後（プロジェクト開始から10年後）までには実現できることが見込まれる。

リスクとしては、現実問題として都市圏ではない病院への配属希望者の確保が困難であることがあげられる。ただし、保健省としては今後2～3年のうちに現在ポストが空いている国立病院すべてにリハビリテーション医療人材を配置したい意向である。プロジェクト実施中に保健省の人事動向にも留意しつつ、必要に応じてJCCの議題として取り上げるなど、積

極的な対応を保健省にはたらきかけることも念頭に入れておく必要がある。

(2) 国立リハ病院の機能強化による波及効果

本プロジェクトによる国立リハ病院のスタッフの能力強化により、ミャンマー国唯一のリハビリテーション専門病院として、あらゆる障害に対応できる治療体制を備えることが期待できる。さらに、ここをTeaching Hospitalとしている医療系大学の学生にとっても大きな影響をもたらし、プロジェクト開始前よりも適切な技術と正確な知識を学生の間にも身につけられることが期待できる。

また、リハビリテーション専門病院としての評判が上がることで、一般市民のリハビリテーション医療に対する関心が高まることや、人が集まることによって必然的に障害者に対する情報の蓄積と発信という機能を備えていく可能性も期待できる。

(3) ターゲットグループ以外への波及効果

人材育成や広報は、効果の発現までに時間のかかる活動ではあるが、現職者への実践的な能力向上訓練はすぐに患者への対応に適用できるものも多いため、本プロジェクトはターゲットグループであるリハビリテーション医療の提供者側だけでなく、受診者側に対しても確実に裨益することが見込まれる。

(4) 負の影響

本プロジェクトで実施する訓練や導入（整備）される「評価と治療の記録」により、リハビリテーション医療従事者、特に理学療法士の担当業務範囲や種類が増加する可能性があり、これによって患者への対応が雑になるという負の影響が懸念される。これに対しては、彼ら自身の技術を向上させて効率的に治療にあたるようにすることや、マネジメントサイドの研修も実施してリハビリテーション科の全体的な効率アップを目指すこと、また人材育成企画チームによるモニタリングとフォローアップを行うことにより防げるよう対応を考えておく必要がある。

5-5 自立発展性

本プロジェクトによる効果は、以下のとおり相手国政府によりプロジェクト終了後も継続されるものと見込まれる。

(1) 相手国関係者の主体性

自立発展性の確保のためには相手国関係者の主体性と参加意識が重要であるが、本プロジ

エクトではプロジェクトの詳細な計画策定や執行を保健省・病院長などを含む人材育成企画チームがJICA専門家のアドバイスのもとに行う計画となっており、主体性は十分に確保されている。また、保健省はリハビリテーション医療を強化させるために、理学療法士養成機関を大学に昇格させ修士課程も設置するなど近年教育体制の確立にも力を入れており、従ってこの方針に沿った現職リハビリテーション医療従事者の能力向上訓練が継続される可能性は高い。本プロジェクトには人材育成の指導官となる専門人材の育成も含まれているため、彼らと人材育成企画チームを中心として、プロジェクト終了後もミャンマー国内における訓練が継続できる体制は確保できるものと考えられる。

(2) ミャンマー国の方針と国内の障害問題に関する動き

ミャンマー国は社会経済開発の一環として、国民により良い生活をもたらすため保健・健康・教育の底上げを掲げており、リハビリテーション医療の強化もその1つに含まれる。包括的な障害者関連法の設置やMDPO（障害当事者グループ）の結成など、ミャンマー国内の障害者に関連する活動が少しずつ形を成してきている状況もかんがみ、今後ますますリハビリテーションに対する需要が高まることが考えられるため、リハビリテーション強化対策は自立発展的に継続されていくものと予想される。

(3) 指導者育成（Training of Trainers）について

本プロジェクトでは医療リハビリテーションの各専門分野において、指導者となって現場で後進の指導にあたる人材も育成することとしている。対象としては、理学療法士はもちろん、作業療法士や言語聴覚士などミャンマーにはまだ専門家が存在しない分野や、脊髄損傷など特定分野の専門医師やリハビリテーションに特化した看護師などが考えられている。ミャンマー国内に指導者が育つことにより、保健省の主導によって自国内での更なる人材育成が可能となるため、プロジェクト終了後も継続的な人材育成を行えるものと見込まれる。

第6章 団員所感

JICA協力隊事務局技術顧問（リハビリテーション・保健衛生部門）
富岡詔子

はじめに

ミャンマー連邦共和国（以下「ミャンマー国」と記す。）は、かつてはビルマという国名で親しみを感じていた国ではあるが、協力隊派遣の締結がなされていないこともあり、リハビリテーションや障害者支援に関する具体的な情報が少なく、事前にイメージ化することが困難であった。ミャンマー国ハンセン病対策・基礎技術保健サービス改善プロジェクトの終結にあたって提言された「ミャンマーにおいてODA（政府開発援助）で支援可能な障害者支援プログラム」と関連する資料と「要請書」の内容が貴重な情報源として役立った。諸般の事情で、実施時期が遅れていた調査団の派遣は、やや急ごしらえの陣容を取らざるを得ず、団長をはじめ団員は全員初めての任務であったが、各団員の旺盛な好奇心と持久力に富む体力に助けられて、ミニッツの作成を含む全調査日程を完了することができたことに心から安堵している。また、調査開始にあたって、所長から説明されたミャンマー国の文化的な背景である「障害児を家庭に隠す事は無い／家族が面倒を見る／勤勉／約束・時間は守る」こと、さらに一般的な実務能力は比較的良好であることなどを、ある程度実感できたことは、プロジェクトの今後を考えるうえで、大きな収穫であった。

6-1 ミャンマー国の医療状況の印象（特に国立総合病院や専門病院に関して）

今回調査したのはミャンマー国の主要都市にある第3次病院である。各病院の起源は古く19世紀末から20世紀初頭にかけて英国系ミッションにより創設され、第2次大戦後から1960年代にかけて拡大整備されてきた歴史をもつ。なかには100年以上も経た建物もあり、改修を重ねて近代化してきているが、病院の改修や維持管理に関しては、病院間の格差も否定できない。全体的には、建物の配置や動線が迷路的な構造をもち、道路のインフラが未整備なこと、裸足・上下足を分けない生活習慣、開放的な病棟の構造などから、砂ぼこりが入りやすく、病院の持つ「清潔感」はやや希薄である（院長の清潔さへのこだわりいかによるともいわれている）。

入院治療は、家族による看護を基盤にしてなりたち、入院中の身の回りの世話（朝昼晩の食事の提供も含めて）は家族の役割である。医療費は無料であっても（入院代や手術費用などの技術料の部分）、薬剤（手術時の麻酔や点滴）費用や包帯などの消耗品は個人負担となるので、入院治療は経済的にも時間的にも家族に大きな負担を強いるものとなっている。経済的困窮者や身寄りがないなどで家族が食事を提供できない場合は、病院基金（さまざまな寄付金や補助金）からある程度の補助はあるが、公立病院ですらある程度の余裕がある家族でないと利用できないので

はないかと思われる。都市部であるため、経済的に余裕のある層は「私立病院」に入院する人が多いとのことである。

6-2 医療技術者（理学療法士）の現状と教育制度について

ミャンマー国におけるリハビリテーション医療の先駆者は不明であるが、英国統治時代に英国人の整形外科医や理学療法士が基盤を築き、医師教育も含めた医療技術者教育は英国型のシステムや伝統が基盤となって発展してきたものと思われる。医療技術者は規定の養成課程を卒業すれば、資格がもらえる（diploma）が、全国统一試験による資格試験（我が国のような国家試験）はない。

ミャンマー国での理学療法士教育は10年前に各種学校としてのdiploma制から4年制大学での教育課程に昇格し、学士号取得が可能になり（ヤンゴンおよびマンダレーの医療技術大学 University of Medical Technology:臨床検査学科・理学療法学科・放射線学科の3学科で定員は各50名）、現在まで400人程度の学士号を有する理学療法士が卒業している。さらに2003年には修士課程（Master of medical technology）が設置され、高等教育制度も整備された。こうした背景を考慮すると、今回のプロジェクト要請時に「人材養成よりは器材整備」が強調された根拠が理解できるが、本調査時に見聞した臨床現場での理学療法風景は、とても大学教育を受けた理学療法士の実践内容とは思われない（医師が細部まで指示し、理学療法士自身による評価や治療計画の欠如、理学療法手法も物理療法が主流、など）。そこが最大の謎でもある。

いくつかの背景要因が可能性として考えられる。1つはミャンマー国におけるトップダウンの仕事の仕方が医療場面に過剰に持ち込まれ、医師が絶対的権威者として位置づけられている可能性（パターナリズム過剰な役割関係）、2つには基礎教育における臨床技術教育の欠如（知識優先の詰め込み教育）、3つには臨床現場で働らく理学療法士の伝統的職業観（医師の指示と権威を重視する医療技術職に共通する1950年代の価値観の重視）、4つにはミャンマー国の縦割り行政を反映した教育と臨床の乖離があることへの当事者（医師・理学療法士・政策担当）の自覚の欠如（教育は医学科学局、医療は保健局）、5つにはチーム医療による問題解決手法の不在（各理学療法士も医師も基本的には現状肯定派?）、などである。こうした点については、文化的な差異を相互理解するためにも、プロジェクトの初期段階には現場レベルでの率直な意見交換が必要なテーマと思われる。

ミャンマー国における理学療法士の社会的地位は今までは必ずしも高いとはいえず、公務員としての給料は理学療法士、看護師、義肢装具士は、横並びでおおよそ専門外科研修生（special assistant surgery）の約半分程度に格付けされている（理学療法士他は約3,900円から4,400円で年に100円の昇給：後者は年8,000円から9,000円で年200円昇給）。今後、大学卒の学士号保持者が増えることで、社会的な位置づけも徐々に改善していくと思われるが、プロジェクトで実施

する研修プログラムへの参加動機を高めるには、理念だけでなく、現実の処遇面でのなんらかのインセンティブを考慮することが必要となろう。

なお、作業療法は国立リハ病院で1名の理学療法士が作業療法士として小児プログラムを実施している以外は、ミャンマー国には職種としては存在していないが、今回の調査で面談したリハビリテーション医や整形外科医の多くは作業療法士や言語聴覚の存在は知っており、養成課程の必要性も理解していた。両職種とも長期的にはミャンマー国のリハビリテーション医療の進展には世界的にみても必ず必要となる職業であり、当面は理学療法士もしくは看護師の資格者のなかから、代替作業療法士として働く意欲的な人材をリクルートし、将来の正規の養成課程の立ち上げに今から準備していく視点をもったプロジェクトの実施が必要となる。言語聴覚士に関しては、脳卒中のリハビリテーションがほとんどの病院で行われていないため、現時点での専門家派遣の職種としては明記しなかったが、他の専門家派遣も含めて臨機応変の対応が望まれる。

6-3 リハビリテーション医療の現状

リハビリテーション医療の施設面や器材といったハード面は、見学したどの病院においても確かに貧弱であり老朽化している。しかし、リハビリテーション関連だけでなく、病棟を含む病院全体のハードやインフラ全体（電話設置は少なく内線はないなど）が未整備であり、リハビリテーション関連の設備の充実は病院全体の整備計画の中で考えることが基本戦略となることを銘記しておくことが重要である。

ソフト面としては、リハビリテーション医療の関連部門のマネジメントが統合されていない点があげられる。一言で「医療リハビリテーション」といっても、一方には整形外科医と義肢装具士のペアによる（ICRC国際赤十字委員会による義肢装具製作支援事業）下肢切断者や先天性奇形に対する義足製作・適合・装着訓練プログラムがあり、他方にはそれ以外の身体障害（骨折・脊髄損傷・脳卒中・腰痛などの疼痛）に対するリハビリテーション医と理学療法士チームによるリハビリテーションプログラム（といっても物理療法主体であり、運動療法や機能訓練プログラムは稀）とが、同一病院内でまったく別々の場所で行われていることも稀ではなく、医療施設における総合的なリハビリテーションサービスとして実施されていない（マンダレー総合病院・国立リハ病院）。したがって、医師・義肢装具士・理学療法士の連携による義肢装着訓練プログラムやADL（日常生活）指導は不在であり、脳卒中患者のSLB（短下肢装具）や上肢のスプリント作成に義肢装具士が協力して機能訓練や日常生活指導につなげることもほとんどないに等しい。

いわば病院内での縦割りの医療リハビリテーションを統合するのは組織変更をとまなうことになるが、チーム医療によるマンパワー・設備・器材の有効活用のためにも、継続的な人材育成システムを構築するうえでも、避けては通れない課題と思われる。ICRCによる義肢装具製作部

門をもっている病院は、おそらく同じような課題をもっているのではないかと推測される。

6-4 ミャンマー国の障害者福祉の現状とNGOの活動について

今回のプロジェクトはリハビリテーションの入り口である医療リハビリテーションの強化に焦点を当てているが、出口というか社会参加への入り口ともいえる社会福祉局関連のリハビリテーション強化がいずれ必要とされるのは必須である。社会福祉局の訪問時に得た情報からは、ミャンマー国における社会的弱者支援は貧困に由来する子ども・青少年・女性の支援で手一杯であり、障害者支援は緒についたばかりである。ヤンゴン地区のホテル周辺でも、子どもの物乞い、絵葉書売り、露店で夜遅くまでウロウロしている裸足の子どもたちを見かけるたびに、ミャンマー国が当面している社会的弱者支援の深刻さを思い知らされた（貧困による子どもや女性の人身売買が社会的問題となっている）。

福祉局直轄の障害者支援事業は公立養護学校（4校）と障害者訓練校（1校）を運営しており、MNPAC（Myanmar National Plan of Action for Children 2006～2015）による数値目標では、公立養護学校の入所者数（2004年：490名）を10年後（2015年）に800名に、また、NGOによる障害児ケア総数（2004年：712名）を同じく10年後には930名と見込んでいる。また、義務教育年齢（5～9歳）の就学率は81%であるが、修了率は71%であることを考慮すると、障害児の教育を受ける機会は10年後でもたかだか $(800 + 930) \times 0.7 = 1,211$ 名であり、人口5千万を超えるミャンマー国では「焼け石に水」のような障害児教育の状況といえよう。障害児者の社会参加の観点からも、二次障害の予防の観点からも、障害の早期発見と治療・教育サービスの機会均等は、今後のミャンマー国にとっては大きな課題となっている。しかしながら、障害児者の総合的リハビリテーションや社会参加を進めるうえでの根拠法律ともいえるべき「障害者基本法」は（法制局に上程されたと聞くが）、まだ存在していないし、正確な障害者数の把握や登録もなされていない。

障害児者の社会参加を考えるうえでは、ミャンマー国では今後もNGOによる活動の拡大が重要な役割を占めると思われるが、今回の調査で訪問した「難民を助ける会」（AAR JAPAN：Association for Aid and Relief, Japan）は、1999年に社会福祉局の正式登録NGOとなり（MOAの締結）、2000年には現地に障害者のための職業訓練学校（洋裁と理容）を開講し、現在までの6年間の利用者総数は男性293名と女性256名の総数506名の実績をもち、リハビリテーション病院との連携もあり着実な成果をあげている。今回のプロジェクトとの連携はもちろん可能であり、医療リハビリテーション関係者の研修先としての協力実績もあることから、JICAと連携した障害児教育に関連する新たな事業展開を検討することも可能ではないだろうか？

6-5 プロジェクト予定サイト（国立リハビリテーション病院）の特徴

1958年に身体障害者雇用法（No.33）が制定され、社会福祉省管轄の身体障害者病院として設立された（25床）。1965年に保健省へ移管され、1968年に50床（65床まで入院可能）となる。1993年に病院名を国立リハ病院と変更したがベッド数は変更なしで据え置かれた。第3次の医療機関で教育病院でもある。病棟は男性病棟2、女性病棟1、特別（有料ベッド）3室（一部屋に4名）、食費は無料で提供される。平均入院患者数43名、外来患者数33名、ベッド稼働率86%、平均在院日数31日である。職員総数は79名で、現在22名の欠員がいる。研修医（リハビリテーション医学・整形外科・小児科・病院管理学）や理学療法士実習生や大学院生（整形外科理学療法）のほかにも、看護学生や社会福祉局関連のNGOの見学者も多く受け入れている。

前述したICRCとの連携事業は1986年に開始され（ミャンマー国では最初）た。2005年には義肢装具製作所を全面改修し（総費用は約5,000万円）、職員総数36名の陣容を擁し、院長の直接の管理下にある。年間（2006年度実績）で1,600人強の切断・先天性奇形、他の義肢装具の新規製作および補修（装着訓練を含む）を行っている。本来の対象者であった地雷被害者は年間製作義足数416の約50%を占めるにすぎない。義肢装具の新規製作・装着訓練および補修に関しては、ヤンゴン管区のほか病院やマンダレー総合病院、イエナダハンセン総合病院から、またアウトリーチプログラムに関してもミャンマー赤十字病院（MRCS）やNGOとの連携もとれている。

理学療法部での対象患者は、義肢装具の製作・装着訓練のための入院・外来患者を除くと、その他（頸部・肩・腰背部・膝の疼痛やスポーツ障害）が圧倒的に多く（延べ2,928名）、脳性まひ393、ポリオ後遺症271、神経筋障害262（脊椎カリエス・墜落による脊髄不全麻痺・整形外科的疾患）、脳卒中113の順となっている。外来も入院も短期集中訓練が原則で、家族指導が完了すると退院あるいは外来終了となる。脳性まひや脳卒中をのぞくと、理学療法対象者の外来・入院患者の多くは疼痛と整形外科疾患の（他の病院で手術した）術後の後療法を目的とした物理療法を受けている。

6-6 国立リハビリテーション病院の立地条件・設備・器材整備の状況

総合病院より市街中心部から外れており、利用者はバス・通勤フェリー・自家用車でアクセスする。一般外来は診療しているが利用者は近隣の風邪・その他の日常的な疾病であり、それほど多くない。疼痛疾患などの外来通院可能な人以外は、義足製作・装着訓練患者を含めて入院するが多い。脳性まひ児も母親が連れてくるのが大変なので入院し、集中的に訓練と母親指導を実施して退院させる（週に3-4回×2~3週間で終了するもので、日本のかつての母子入院に近いが、母親の付き添い入院はできないので経済的な負担がかさむ）。

広大な敷地に古い平屋の建物がコンクリート通路でつながれているが、敷地と通路との段差が高い。建物内、敷地内も含めて、物理的なバリアが多く、車椅子での自力移動はかなり困難であ

る。病院の入り口が診察室であり、待合室との区別もなく、医師の問診、理学療法士の計測評価や看護師の問診などがホールで雑然と行われている。近代的なインフラをもつのは、昨年ICRCで改修された義足・補装具製作部門のみで、病院の正面左側に建っており、きれいで何かすごいことをしてもらえそうな印象を与える。総合病院に比べると人の出入りが少ない分、病棟部門はやや清潔という印象を受ける。トイレはバーを取り付ける、コモードで補高する、などの改造がなされていたが、車椅子での利用は困難である。

病棟に隣接した理学療法室には、電気治療室と平行棒があり起立訓練や歩行訓練のスペースになっている。日本の酒井機器やOG技研の古い機材が今も使われている。車椅子は使用不可能なものも含めて数台おいてあるが、実際に使用している患者は見当たらなかった。理学療法室と少し離れた別の棟に作業療法室があるが（歩行訓練）、床面自体のコンクリートがはげてわずかな段差になっており、包帯のまま裸足で起立訓練・歩行訓練をするなど、セキュリティ面、衛生面においても危険である。かつて（30年前？）は見本として使われたと思われる手の装具が壁に埃をかぶったまま垂れ下がっているなど、治療訓練室というより、倉庫室に平行棒がおいてあるというほうが近い。別室の小児作業療法室は唯一治療室らしく整備されており、マットと起立台、ボール・遊具・手の装具・訓練用ブロックなどが置いてある。

リハビリテーション強化プロジェクトのための人材育成プロジェクトサイトとしての国立リハ病院は、病院全体・リハビリテーション設備・器材ともにならないづくしではあるが、ミャンマーで唯一のリハビリテーションを標榜した専門病院であること、ICRCの活動により、切断のリハビリテーション専門病院として全国に知れ渡り、義足製作事業推進に構築したリフェラルシステムが利用可能であること、現在は職種としては存在しないが、ミャンマーでは唯一「作業療法」（小児作業療法）を実施している病院であること、比較的小規模病院であり、職員全体・あるいは専門家を対象とした研修プログラムが導入しやすいこと、院長自身が切断・小児・脊髄損傷に特化したリハビリテーション病院への脱皮を考えていること（調査団としてはヤンゴン管区には脳卒中にも特化したリハビリテーションが必要と考える）、ヤンゴン管区のリハビリテーション関連病院との医師レベルでのつながりがあり、リハビリテーション医の人的資源が活用可能であることなどからプロジェクトサイトとしての適切性は高いといえる。

しかしながら、設備・器材面での最小限の整備は不可欠であり、プロジェクト立ち上げ後に、保健局としてのリハビリテーション病院の今後の方向性（他病院との医療リハビリテーションの機能分担と連携、特に長期的な人材育成のベースキャンプとしての役割や対象とする障害の種類やステージ）を明らかにしながら、病院全体の施設整備計画・改修計画と連動したりハビリテーション部門の器材・インフラ整備を具体化することがプロジェクトの成否を左右するとも思われる。たとえば、脊髄損傷に特化するとしても、現在の病院設備では非常に軽症の患者しか入院できないし、軽症の患者はわざわざリハビリテーション病院に入院する必要はないから、研修サイ

トとしては出番がなくなることも生じうる。院長は病院正面の空き地に、入院者のレクリエーション設備を作りたいといていたが、そのプランも含めて、10年後を見据えたりハビリテーション専門病院としての、治療・看護・リハビリテーション機能がどうあったらよいかをリハビリテーション病院の関係者間で明らかにするプロセスが、プロジェクト初動期の大きな課題となる。

おわりに

今回の調査範囲はヤンゴン管区とマンダレー管区、しかも国立病院に限定されていることもあり、ミャンマー国のリハビリテーションの概略の一端を把握しえたに過ぎない。調査・分析ともに不十分な点が多々あると思われるが、今後のプロジェクトの立ち上げが、ミャンマー国のリハビリテーションの発展に向けた貴重な一歩になることを願っている。任務の遂行にあたってお世話になった現地事務所の梅崎所長はじめ企画調査員の馬部さん、通訳の労をとってもらった張さんやパパさんに、団員一同を代表して心から感謝の意を表したい。

ミャンマー連邦国のリハビリテーションの現状と当面の課題

－国立リハビリテーション病院を中心に－

国立身体障害者リハビリテーションセンター病院・医師
山崎裕功

1. リハビリテーション医療の現状

ミャンマーにおけるリハビリテーション医療は、medical science 専攻として教育された理学療法士が、各総合病院やリハビリテーション病院で患者の治療・家族への指導にあたり、疼痛緩和目的の物理療法に多くの時間を割いている。作業療法訓練や指導も兼務として行っていて、残存機能の強化や耐久力向上などの、理学療法士本来の業務はとくになく、歩行訓練も義足装着目的で入院した患者の起立歩行を手がけている義肢装具士を補佐する程度の内容にとどまっている。また、患者・家族指導のための、医師、看護師、理学療法士、義肢装具士などのケース会議はない。役割分担が進んでいるようにみえるマンダレー総合病院でも、2つのDepartmentとしてPhysical MedicineとRehabilitationに分けられ、前者がstroke患者の機能訓練、後者が切断者や脊髄損傷者のリハビリテーションとして機能させていて、理学療法士がリハビリテーション長期計画を立案したり、リハビリテーション訓練の指導的役割を担うシステムは存在しない。それ故、リハビリテーション医療の主体である理学療法士が患者の長期フォローをしたり、国内の理学療法士の間で技術向上を図っていくような環境づくりには、多くの制約がある。

2. 国立リハビリテーション病院の役割と課題

国立リハ病院は、Yangonにおける教育病院を兼ねた第3次治療の病院として位置づけられ、入院は下肢切断（義足作成目的）が大半で、回復期の整形外科疾患や脊髄損傷、strokeの一部、小児疾患になるものと推定される。つまり急性期を越えた症例や上肢損傷以外の整形外科疾患、小児疾患を主要な治療対象とすることから、現在のリハビリテーション医療水準のレベルアップを図るには、まず全職員の意識改革が必要になると思われる。

3. リハビリテーション治療・訓練形態の現状

ミャンマーでは、medical rehabilitationの主要な対象が、肢体不自由の障害者か、疼痛緩和目的の外来患者であるという背景があって、リハビリテーション治療の大半は、下肢切断に対する義足製作と装着を実施する義肢装具士主導のリハビリテーションと、疼痛緩和を希望する牽引や温熱などの物理療法主体のリハビリテーションであるといえる。そのため、リハビリテーション知識や技術を習得している理学療法士が就労する現場では、患者の病態、訓練形態は、専門

職としての医療技術を駆使できる状態にはほど遠く、経験の蓄積、技術の向上を図る機会は、明らかに制約されている。

4. リファーマル機能の現状

国立病院間の依頼や紹介は実施されているが、近隣の医療施設やCBRとの情報交換や診療依頼などは、一部を除いて、ほとんど機能していない。

5. リハビリテーション機材の現状・使用状況

これまでJICAより寄贈されたリハビリテーション機材は、確かに老朽化しているものの、温熱治療用の電気機器（SWD, RH=infrared radiation）や電気刺激機器（TENS等）は、不断に活用されていた。他方、マッサージ機のような電気機器やleg curl machine、起立訓練台（tilting table）のような理学療法訓練のベースになるものは使用されないまま、放置された状態であった。さらに、歩行訓練は、主に平行棒内に限られ、義足装着やstrokeの起立歩行用として平行棒は不断に活用されていた。

このことから、リハビリテーション機材の新たな支援は、十分見直されてよいと考える。

6. 医療リハビリテーション人材育成の課題

国立病院のリハビリテーション人材育成を考えるには、現状のリハビリテーション医療における、専門職の就労環境や各職種間の連携、リハビリテーション訓練内容などを考慮して行う必要がある。下肢切断が義足製作で、病院業務の大半を占めている事情を考慮しても、義肢装具士業務を補佐する、ないしは、それ以外の物理療法に向けられて、本来の理学療法業務を実践することや、看護師や義肢装具士とともに患者の総合的ケアを実践していく就労環境にないことが問題になる。こうした点に留意して、リハビリテーション人材育成を考えると、理学療法士本来の業務である運動療法の場の確保、平行棒から離れた歩行移動訓練の実現を目指した、関係者のPhysical Medicineとしての意識改革が、まずもって必要である。それには、病院内で、患者の総合的ケアを図る気運が必要であり、現場の理学療法士リーダーが率先して他職種に協力を呼びかけるのが現実的である。それ故、医療リハビリテーションには、意識の高い理学療法士リーダーを育成することである。

7. チーム医療としての提言

院長は、リハビリテーション医療がチーム医療であることを強調されており、国立の第3次医療としての拠点病院づくりを目指している。同時に、院長はミャンマーのmedical care unit研修チェックの窓口として活動されていて、保健省への提言が可能な方である。国立リハ病院の改革

を考えれば、

- ① 義肢装具士主導の義肢作成・装着のリハビリテーションと平行して、肢体不自由な障害者へのリハビリテーションをチーム医療として行える土壌をつくること
- ② チーム医療を通じて、総合的ケアの土壌をつくること
- ③ 理学療法士本来の業務である運動療法の場合、flatな運動訓練場の確保
- ④ 理学療法士の技術的向上には、国立病院間の情報が迅速に交換できること
などが必要であろう。

院長には国立リハ病院内のチーム医療のあり方をリハスタッフ、看護師等に説明していただくとともに、病院間の意見交換の場で、総合的ケアの実現に向けての情報交換にご尽力いただくことが、最善かつ現実的な方法と思われる。

今回の調査では訪問先はいずれも準備をして待機していたようであり、見学場面での理学療法実習中の患者の数が少なく、見せたい患者を配置したような印象も皆無ではない。普通の日の普通の訓練風景とは違うのではないかと思われるが、以下、特に理学療法に重点をおいて印象を整理してみた。

1. 理学療法士の養成状況

ミャンマー国では免許制度はなく大学を卒業すると理学療法士として仕事を行え、開業することも可能である。大学での4年制教育であるが1年次生は全学生の共通科目を履修し、2年次生へ進級時に試験があり、成績の良い者から臨床検査技師、放射線技師、理学療法士のいずれかを選択することができる。しかしミャンマー国では大学は国立大学であることから、一度大学を卒業すると再度入学することができないため、大学を卒業した社会人が理学療法士になりたくてもなれないという制限がある。今後作業療法士、言語療法士ができて大学を卒業まで時間がかかるし、理学療法士など他職種から作業療法士、言語療法士へ移るにはどうするかなどの検討すべきことが多いのではないかと思われる。

また、病院の理学療法室には‘理学療法士ボランティア’（新卒の理学療法士）が、正規職員の脇で見ている場面がしばしばみられたが、どの程度の理学療法士業務を行えるのか、職員や患者・家族の負担にならないのか、このプロジェクトで実施予定の人材育成プログラムの対象者に含めるのか、卒後研修プログラムはそれぞれの病院にあるのかどうかも含めて検討する必要があると思われた。医療技術大学（University of medical technology）では実習に25名が同じ病院に同時期に行く、患者が自立するにはどうしたらよいかではなく最初から家族の介助を考えて家族指導を教えている、屋内の移動は構造上かなりの困難がある。聞いたところ明確な返答はないことから卒業後の臨床での研修プログラムの必要性が感じられた。

2. 理学療法の実現場面

見学したほとんどの病院で、リハビリテーション部門の部長（医師）からPhysical Therapistの長（日本での理学療法士長や技師長にあたる）と紹介されたが、病院によっては‘リハビリテーション’の見学場所が異なっていたりしていた。ミャンマー国では‘リハビリテーション’は義足および義足での歩行練習を指し、義肢装具士が行っており、Physical Therapyは、physical medicine and rehabilitation（リハビリテーションの専門医）の指示のもとで理学療法士が行う疼

痛、脳血管障害、脊髄損傷その他の所謂理学療法を指しているようである。1人の患者に対する理学療法士の訓練時間と頻度は；

- ・ヤンゴン総合病院：1日5時間、週7日行い理学療法士が交代で出勤している。
- ・国立リハ病院：子どもは朝から夕まで昼食時間を除いて2週間毎日行い母親のホームエクササイズを指導する。脊髄損傷・切断などは、午前2時間、午後1から1.5時間、週5日実施する。
- ・国立イエナダハンセン病病院：義足は2週間毎日指導して2週から1カ月後に義足を製作する。手の障害は1日2回、1回30分の訓練とパラフィン浴を毎日3～4回
- ・マンダレー総合病院：脊髄損傷：毎日30分から1時間訓練室で3カ月間実施する。

各病院共に入院期間は目標に達成したので退院するという話は聞かれなかった。また、外来訓練では物理療法のセットを理学療法士が行い、1人の患者が終わるまでほかの患者の順番がこないまで、外来患者は廊下にあふれて順番を待っている。患者の1人ひとりの治療時間やほかの治療を組み合わせる場合の患者サービスや理学療法士の治療手順からみたスケジュール管理という視点はないようだ。

また、病院へのアクセスは、家族が車で連れて来るようだが、将来的に1人で来院する方法はあるのかが気になった。たとえば自分で車を運転する、公共機関を利用する（電車OR汽車は日に5本程度、バスは日本製の中古が主で車椅子利用のマーク付きが走っていたが）、庶民の通勤足である‘中型トラックフェリー’にはとても自力では乗降できないなど、理学療法以前の医療施設へのアクセス自体が大きなバリアーになっている。

3. 理学療法室の整備や器材について

理学療法訓練室自体のレイアウトが悪く、歩行練習を主に行うにしても狭く、使いづらいように見えるし、各病院共に訓練室は狭く、暗く、器機は古い。また、今回見学したなかではマット(P/F)上にてROM等を行っている場面はなかったが、裸足でそのままマットなどに上がるのであれば衛生面での問題になると思われるが、屋外から訓練室、病院内と裸足で歩くことは日常化しているようだ。

物理療法関連はやや古い器機を使用しており、牽引、平行棒、階段以外の器機はないが歩行練習を主に行っているのであれば最小限の機材はあるといえる。車椅子は数台あるが、いずれも介助用で病院のものであり、患者の個人使用のものはない。個人の使用には、運がよく寄付がもらえれば手に入り、そうでなければ買うことになる（デパートで見た車椅子は60,000Ksで介護用）。

4. 装具の作製について

ヤンゴン総合病院ではCVAの装具はNRCで作製しているとの話あったが、CVAの患者さんは、布状のもので足部を吊っている装具をつけている人や何も使用せずに歩行練習をしている人が見られた。SCI（脊髄不全麻痺）の患者さんで立位・歩行をしている人は、どこの病院でも、後方に当木（包帯で巻いてあるので中身は不明）をしてその上から包帯を巻いて行っている場面が多く見られた。SHB, LLB、上肢のスプリント等の作製を依頼があれば行う関係はできているのか、あるいは他の病院では必要な作製はどのように行うのか、医師・理学療法士・義肢装具士との連携システムについて質問してみたが、明確な説明は得られなかった。

5. ADL面での指導

家族の絆が強いこともあるが、入院中の日常生活は原則として家族（1人ではなく数名）が面倒をみているし、訓練中はずっと傍についていて、理学療法士に教えられた訓練をやっている。治療費は無料だが遠方より入院している方は、家族の滞在費の負担が大きくなり、付き添い切れなくなって退院する方が多いとのことであった。退院後も家族が介護をする。今回は時間の都合で、都市部での一般庶民の家屋構造を見る機会は得られなかったが、一般的には床に寝ることが多い、浴室は外で汲み置きしてある水を桶でかける、トイレは洋式だが、家屋への入るのは段がある、家そのものが狭いとのことであった。

障害者が退院後の生活をどのように送るのかを考えゴールを決めていくとすれば、当面は背髄損傷者が車椅子で自立することは家屋構造から見ても難しく、介助量の軽減が目標になるのではないかと思われる。また、各病院でのADL検査（評価）用紙は入手できなかったが（使用していないため）、日本との生活様式（ベッド、浴室、トイレ、整容、家屋の改造等）、習慣、環境等の違いを踏まえたうえでの検査項目の選定した評価手法の導入が必要と思われる。

6. 理学療法士と医師、看護師、義肢装具士等関連職種との関係

日本ではリハビリテーションが導入されてからも、考え方や意味が我が国の状況に応じて変化してきたが、関連職種や患者、家族、社会がリハビリテーションを理解するにはかなりの時間が必要とされた。日本で蓄積してきたリハビリテーションに対しての考え方や技術が、すぐにミャンマーの病院職員だけでなく、患者や家族も理解してもらうには難しいであろうが、ミャンマーで可能なゴールをどこにおくのか、そのためには何をしなくてはならないのか、どのようなリハビリテーションサービスのシステムが必要なのか、といった基本的な考え方や方法論を見直していくことが、器機や設備の面の改善よりも、重要なのではないかと思われる。

付 属 資 料

第1次事前調査団ミニッツ

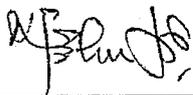
MINUTES OF MEETING
BETWEEN THE JAPANESE PROJECT PREPARATORY STUDY TEAM
AND
THE DEPARTMENT OF HEALTH,
THE MINISTRY OF HEALTH OF
THE UNION OF MYANMAR
ON THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
THE STRENGTHENING OF REHABILITATION PROJECT

The Japanese Project Preparatory Study Team (hereinafter referred to as “the Team”), organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”) and headed by Dr. Noriko Tomioka visited the Union of Myanmar from February 20, 2007 to March 6, 2007, for the purpose of working out the details of the technical cooperation based on the Application proposed by the Government of Myanmar for the Strengthening of Rehabilitation Project (hereinafter referred to as “the Project”).

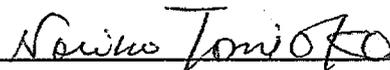
During its stay, the Team exchanged views and had a series of discussions with the Department of Health, the Ministry of Health of the Union of Myanmar concerned with respect to measures to be taken by both governments for the successful implementation of the above-mentioned project.

As a result of the discussions, both parties have agreed to record the matters in the documents attached hereto. Both parties will convey the contents of the Minutes of Meetings to their respective governments.

Nay Pyi Taw, March 1, 2007



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



Dr. Noriko Tomioka
Leader of Preparatory Study Team
Japan International Cooperation Agency
Japan

The Attached Document

1. The Draft of the PDM (Project Design Matrix)

The Team conducted series of discussions including PDM with the responsible personnel from DOH. Based on the outcome of the meetings, both parties agreed the Draft of the PDM (Project Design Matrix) attached in Annex 1.

2. The Draft of the PO (Plan of Operation)

Both parties agreed the Draft of the PO (Plan of Operation) of the Project attached in Annex 2.

3. The Draft of the Record of Discussions

Both parties agreed the Draft of the Record of Discussions attached in Annex 3.

4. Steps to be taken for the Project Implementation

The Project will be initiated after the Record of Discussions based on the developed project design is signed.

Annex 1: Draft of the PDM (Project Design Matrix)

Annex 2: Draft of the PO (Plan of Operation)

Annex 3: Draft of the Record of Discussions

Note: These drafts are subjected to any revisions if necessary.

bc

Monon

Name of the Project : Project for Strengthening of Rehabilitation in Myanmar
 Project Area : Yangon
 Duration : Five years
 Target Group : Staffs related medical rehabilitation
 Date : March 1, 2007
 Ver. 2

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumption
<p>Overall Goal Quality of rehabilitation services in Myanmar is improved.</p>	<p>The percentage of patients treated at hospitals for the rehabilitation medicine is increased 00% in three years since the project ended.</p>	<p>1. Annual record of hospitals for department of rehabilitation or physical medicine. 2. Follow-up survey by the coordination committee</p>	<p>The national policy of Myanmar toward rehabilitation is not changed radically.</p>
<p>Project Purpose The system of providing excellent medical rehabilitation for more people is developed.</p>	<p>00% of staffs of selected hospitals that required to be trained by the coordination committee completes the training until the end of the project.</p>	<p>1. Progress report of the project 2. Monitoring report by the coordination committee</p>	<p>The National Rehabilitation Hospital and other relevant organizations continue to be committed.</p>
<p>Outputs 1. The system of the capacity building and training at the National Rehabilitation Hospital is improved.</p>	<p>1-1 The plan of the capacity building and training for rehabilitation is completed by the coordination committee in one year since the project started. 1-2 The plan of improvement of infrastructure for training in the National Rehabilitation Hospital is completed in eighteen months since the project started.</p>	<p>1-1 Report of the survey and the plan of rehabilitation for human resource development 1-2 Plan of the improvement of infrastructure for the training in NRH</p>	<p>The working conditions of rehabilitation staffs are stable when the project started.</p>
<p>2. Rehabilitation technique and knowledge of staffs of National Rehabilitation Hospital and other hospitals are improved.</p>	<p>2-1 80% of trained staffs of the National Rehabilitation Hospital and other hospitals will complete the training with satisfactory accomplishment by 4th years since the project started. 2-2 80% of trained staffs exploit the contents of training to their work.</p>	<p>2-1 The result of final assessment of training 2-2 Monitoring and follow-up survey for ex-trainees by the coordination committee</p>	
<p>3. Public awareness on rehabilitation is increased.</p>	<p>3-1 Leaflets, posters and calendars are distributed to hospitals and relevant places in three years since the project started. 3-2 Programs regarding disability are broadcast by TV or radio of Myanmar in four years since the project started.</p>	<p>3-1 Progress report of the project regarding public relations. 3-2 Progress report of the project regarding public relations and broadcast report.</p>	

<p>Activities</p> <p>1-1 Form a coordination committee for the capacity building and training based in the National Rehabilitation Hospital (ministries, hospitals, JICA experts etc.)</p> <p>1-2 Implement a survey for finding the needs and actual conditions of human resource for rehabilitation.</p> <p>1-3 Make a training plan, contents and budget plan of the training.</p> <p>1-4 Implement training of trainers (at Myanmar, Japan or other countries)</p> <p>1-5 Prepare the infrastructure of the capacity building and training in National Rehabilitation Hospital.</p> <p>2-1 Make a plan for training of staffs at the National Rehabilitation Hospital.</p> <p>2-2 Train staffs of the National Rehabilitation Hospital.</p> <p>2-3 Train staffs of another hospitals and rehabilitation related organizations.</p> <p>2-4 Implement follow-up survey of trainees.</p> <p>3-1 Produce audio-visual materials about rehabilitation.</p> <p>3-2 Produce leaflets, posters and calendars about rehabilitation.</p>	<p>Inputs</p> <p>Myanmar side</p> <ul style="list-style-type: none"> -Counterparts from Ministry of Health -Specialists (as instructors of training) -Rooms and facilities for training in the National Rehabilitation Hospital -Running cost <p>Japan side</p> <ul style="list-style-type: none"> -Long-term expert (1) -Short-term experts (5-6) (As trainers of rehabilitation doctor, PT, OT etc.) -Machinery and equipment -Infrastructure renovation for PT and OT services -Running cost for the project -Training in other countries including Japan (training of trainers, hospital management etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • The National Rehabilitation Hospital keeps running the training. • Trained staffs of the National Rehabilitation Hospital and another hospital continue their work. <p>Pre-conditions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relevant hospitals and organizations agree to support the project. • Japan-Myanmar cooperation is maintained
---	--	---

Handwritten signature

Plan of Operation (Draft) Strengthening of Rehabilitation Project in Myanmar

Activities	Duration	2007			2008			2009			2010			2011			2012	
		Q3	Q4		Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
1. Improve the system of the capacity building and training at the National Rehabilitation Hospital																		
1-1 Form a coordination committee for the capacity building and training based in the National Rehabilitation Hospital	6 months																	
1-2 Implement a survey for finding the needs and actual conditions of human resource for rehabilitation.	11 months																	
1-3 Make a training plan, contents and budget plan of the training.	9 months																	
1-4 Implement training of trainers (in Myanmar, Japan or other countries)	42 months																	
1-5 Prepare the infrastructure of the capacity building and training in National Rehabilitation Hospital	21 months																	
2. Training of staffs of the National Rehabilitation Hospital and other hospitals.																		
2-1 Make a plan for staff training at the National Rehabilitation Hospital.	6 months																	
2-2 Train staffs of the National Rehabilitation Hospital.	30 months																	
2-3 Train staffs from another hospitals and rehabilitation-related organizations	36 months																	
2-4 Implement follow-up survey of trainees.	33 months																	
3. Implementation of public awareness on rehabilitation																		
3-1 Produce leaflets, posters and calendars about rehabilitation.	24 months																	
3-2 Produce audio-visual materials about rehabilitation.	24 months																	

k

N.Tonker

(Draft)
**RECORD OF DISCUSSIONS
 BETWEEN
 JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY
 AND
 THE DEPARTMENT OF HEALTH,
 THE MINISTRY OF HEALTH OF
 THE UNION OF MYANMAR
 ON THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION FOR
 THE STRENGTHENING OF REHABILITATION PROJECT**

The Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") exchanged views and had a series of discussions with Myanmar authorities concerned with respect to desirable measures to be taken by JICA and the Department of Health, the Ministry of Health (hereinafter referred to as "DOH") of the Union of Myanmar for the successful implementation of the Project for Strengthening of Rehabilitation.

As a result of the discussions, JICA and the relevant Myanmar authorities concerned agreed to recommend to their respective Governments the matters referred to in the document attached hereto.

Nay Pyi Taw, XX, XX, 2007

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

Ms. Michiko Umezaki
 Resident Representative,
 Myanmar Office,
 Japan International Cooperation Agency

THE ATTACHED DOCUMENT

I. COOPERATION BETWEEN JICA AND DOH

1. DOH will implement the Project on Strengthening of Rehabilitation (hereinafter referred to as "the Project") in cooperation with JICA.
2. The Project will be implemented in accordance with the MASTER PLAN, which is given in Annex I.

II. MEASURES TO BE TAKEN BY JICA

In accordance with the laws and regulations in force in Japan, JICA will take, at its own expense, the following measures according to the normal procedures under the Colombo Plan Technical Cooperation Scheme.

1. DISPATCH OF JAPANESE AND OTHER COUNTRY'S EXPERTS

JICA will provide the services of the Japanese and other country's experts as listed in Annex II.

2. PROVISION OF MACHINERY AND EQUIPMENT

JICA will provide such machinery, equipment and other materials (hereinafter referred to as "the Equipment") necessary for the implementation of the Project as listed in Annex III. The Equipment will become the property of DOH, upon being delivered C.I.F. (cost, insurance and freight) to the Myanmar authorities concerned at the ports and/or airports of disembarkation.

3. TRAINING OF MYANMAR PERSONNEL IN OTHER COUNTRIES INCLUDING JAPAN

JICA will receive the Myanmar personnel connected with the Project for technical training in other countries including Japan.

III. MEASURES TO BE TAKEN BY DOH

1. DOH will take necessary measures to ensure that the self-reliant operation of the Project will be sustained during and after the period of Japanese technical cooperation, through full and active involvement in the Project by all related authorities, beneficiary groups and institutions.
2. DOH will ensure that the technologies and knowledge acquired by the Myanmar nationals as a result of Japanese technical cooperation will contribute to the economic and social development of the Union of Myanmar.
3. DOH will grant in the Union of Myanmar privileges, exemptions and benefits to the Japanese experts referred to in II-1 above and their families, which are no less favorable than those accorded to experts of third countries working in the Union of Myanmar under the Colombo Plan Technical Cooperation Scheme.
4. DOH will ensure that the Equipment referred to in II-2 above will be utilized effectively for the implementation of the Project in consultation with the Japanese experts referred to in Annex II.
5. In accordance with the laws and regulations in force in the Union of Myanmar, DOH will take necessary measures to provide at its own expense:
 - (1) Services of the Myanmar counterpart personnel and administrative personnel as listed in Annex IV;
 - (2) Land, buildings and facilities as listed in Annex V; and
 - (3) Supply or replacement of machinery, equipment, instruments, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the Equipment provided by JICA under II-2 above;
6. In accordance with the laws and regulations in force in the Union of Myanmar, DOH will take necessary measures to meet:
 - (1) Expenses necessary for transportation of the Equipment referred to in II-2 above

within the Union of Myanmar as well as for the installation, operation and maintenance thereof;

- (2) Customs duties, internal taxes and any other charges on the Equipment referred to in II-2 above, imposed in the Union of Myanmar; and
- (3) Running expenses necessary for the implementation of the Project.

IV. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

1. Director General, DOH as the Project Director, will bear overall responsibility for the administration and implementation of the Project.
2. Deputy Director General, DOH as the Project Manager, will be responsible for the managerial and technical matters of the Project.
3. The Japanese experts will provide necessary recommendations and advice to the Project Director and the Project Manager on any matters pertaining to the implementation of the Project.
4. The Japanese experts will give necessary technical guidance and advice to the Myanmar counterpart personnel on technical matters pertaining to the implementation of the Project.
5. For the effective and successful implementation of technical cooperation for the Project, a Joint Coordinating Committee will be established whose functions and composition are described in Annex VI.

V. JOINT EVALUATION

Evaluation of the Project will be conducted jointly by JICA and DOH during the last six months of the cooperation term in order to examine the level of achievement.

VI. CLAIMS AGAINST JAPANESE EXPERTS

DOH undertakes to bear claims, if any arises, against the Japanese experts engaged in

technical cooperation for the Project resulting from, occurring in the course of, or otherwise connected with the discharge of their official functions in the Union of Myanmar except for those arising from the willful misconduct or gross negligence of the Japanese experts.

VII. MUTUAL CONSULTATION

There will be mutual consultation between JICA and DOH on any major issues arising from, or in connection with this Attached Document.

VIII. MEASURES TO PROMOTE UNDERSTANDING OF AND SUPPORT FOR THE PROJECT

For the purpose of promoting support for the Project among the people of the Union of Myanmar, DOH will take appropriate measures to make the Project widely known to the people of the Union of Myanmar.

IX. TERM OF COOPERATION

The duration of the technical cooperation for the Project under this Attached Document will be five years from _____.

ANNEX I	MASTER PLAN
ANNEX II	LIST OF JAPANESE EXPERTS AND OTHER COUNTRY'S EXPERT
ANNEX III	LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT
ANNEX IV	LIST OF MYANMAR COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL
ANNEX V	LIST OF LAND, BUILDINGS AND FACILITIES
ANNEX VI	JOINT COORDINATING COMMITTEE

MASTER PLAN

OVERALL GOAL

Quality of rehabilitation services in Myanmar is improved.

PROJECT PURPOSE

The system of providing excellent medical rehabilitation services for more people is developed.

OUTPUTS

1. The system of the capacity building and training at the National Rehabilitation Hospital is improved.
2. Rehabilitation technique and knowledge of staffs of National Rehabilitation Hospital and other hospitals are improved.
3. Public awareness on rehabilitation is increased.

ACTIVITIES

1. Improve the system of the capacity building and training at the National Rehabilitation Hospital
 - 1) Form a coordination committee for the capacity building and training based in the National Rehabilitation Hospital (ministries, hospitals, JICA experts etc.)
 - 2) Implement a survey for finding the needs and actual conditions of human resource for rehabilitation
 - 3) Make a training plan, contents and budget plan of the training
 - 4) Implement training of trainers (at Myanmar, Japan or other countries)
 - 5) Prepare the infrastructure of the capacity building and training in National Rehabilitation Hospital
2. Training of staffs at the National Rehabilitation Hospital and other hospitals
 - 1) Make a plan for training of staffs at the National Rehabilitation Hospital
 - 2) Train staffs of the National Rehabilitation Hospital
 - 3) Train staffs from other hospitals and rehabilitation-related organizations
 - 4) Implement follow-up survey of trainees
3. Implementation of public awareness on rehabilitation
 - 1) Produce audio-visual materials about rehabilitation
 - 2) Produce leaflets, posters and calendars about rehabilitation

**LIST OF JAPANESE AND
OTHER COUNTRY'S EXPERTS**

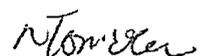
1. Experts on Medical Rehabilitation
 2. Experts on Physiotherapy
 3. Experts on Occupational Therapy
- * Other experts mutually agreed upon as necessary

LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT

1. Equipment for Rehabilitation-related Staff Training in lecture and seminar
(Computers, Projectors, White Board, etc)
2. Equipment for clinical technique in practical demonstration
(Basic physiotherapy and occupational therapy equipment)
3. Minimum renovation of facilities for the capacity building and training
4. Other equipments mutually agreed upon as necessary

**LIST OF MYANMAR COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE
PERSONNEL**

1. Director General, DOH
2. Deputy Director General (Medical Care), DOH
3. Director (Medical Care), DOH



LIST OF LAND, BUILDING AND FACILITIES

1. Land, buildings and facilities necessary for the Project
2. Office spaces and facilities necessary for the Japanese experts
3. Rooms and spaces necessary for installation and storage of the equipment
4. Other facilities mutually agreed upon as necessary

JOINT COORDINATING COMMITTEE

1. Functions

The Joint Coordinating Committee meeting will be held at least once a year and whenever necessity arises. Its functions are as follows:

- (1) To formulate the annual work plan of the Project;
- (2) To review the progress of the annual work plan;
- (3) To review and exchange opinions on major issues that may arise during the implementation of the Project;
- (4) To discuss any other issue(s) pertinent to the smooth implementation of the Project.

2. Members

- (1) Chairperson: Director General, DOH
- (2) Members of DOH
 - a. Deputy Director General (Medical Care)
 - b. Director (Medical Care)
 - c. Deputy Director (Medical Care)
 - d. Medical Superintendent, National Rehabilitation Hospital
- (3) Member of Department of Medical Science
 - a. Deputy Director General
- (4) Member of Department of Social Welfare, Ministry of Social Welfare, Relief and Resettlement
 - a. Deputy Director General
- (5) Members of Partner Associations
 - a. One representative of Society of Rehabilitation Medicine, Myanmar Medical Association
 - b. One Representative of Disabled People Organization
- (6) Members of JICA:
 - a. Resident Representative of JICA Myanmar Office
 - b. Japanese experts and other country's experts
 - c. Other personnel concerned, to be assigned by JICA, if necessary

Note: Official(s) of the Japanese Embassy in Myanmar and others may be invited at the Joint Coordinating Committee meeting as observer(s).

第7章 第2次事前調査

7-1 調査団派遣の経緯

ミャンマー連邦共和国（以下「ミャンマー」と記す。）においては、ポリオ、ハンセン病、トラコーマといった感染症、少数民族地域・紛争地帯における地雷等による外傷、低栄養による栄養失調（栄養失調児の割合は35%、2000年）、保健医療サービスや医薬品・資機材の不足等により、人口の3～5%にあたる約230万人もの人々が障害を抱えているとされている。ミャンマー国政府としては、保健省保健局が障害の予防とリハビリテーションなどの保健・医療的サービスに、社会福祉省社会福祉局が障害者の特殊教育、職業訓練・雇用等の社会的サービスに取り組んでいるが、サービスの範囲は限られ質も低いなど、多くの課題を抱えている。こうした現状を踏まえ、リハビリテーション技術の向上とサービスの拡充を目的に、ミャンマー国政府から我が国に対して「リハビリテーション強化プロジェクト」に関する技術協力の要請があった。

この要請に基づき、JICAは2007年2～3月に第1次事前調査を行い、ミャンマー国政府とプロジェクト実施の前提条件（実施・責任体制、両国の負担事項等）、協力内容（PDM案、PO案およびR/D案）について協議し、プロジェクトの基本的枠組みについて合意した。

7-2 事前調査の目的

今回実施するリハビリテーション強化プロジェクト第2次事前調査においては、第1次事前調査にて合意された以下の活動項目について、保健省および関係諸機関と更に具体的な活動内容について協議し、合意を得ることを目的とする。

- 1) R/D、PDM、POの修正案
- 2) 人材育成企画チーム
- 3) 広報活動
- 4) 国内外JICAプロジェクトとの連携
- 5) 今後の予定

また、プロジェクト実施・計画の精緻化に向けて、以下の点についても調査を行う。

- 1) プロジェクト内で実施予定の施設改修にかかる調査
- 2) プロジェクト内で供与予定の機材・教材にかかる調査

7-3 調査団員

氏名	担当分野	所属	期間
小野 喜志雄	総括	JICA人間開発部 技術審議役	2007/7/1-7/7
奈良 進弘	リハビリテーション 人材育成	国際医療福祉大学 リハビリテーション学部 教授	2007/7/1-7/7
池田 直人	協力企画	JICA人間開発部 社会保障T Jr. 専門員	2007/7/1-7/7
長谷川 正	施設改修／リハビリ テーション機材	株式会社フジタプランニング 海外調査部 次長 コンサルタント	2007/7/1-7/13

7-4 調査日程

	日付	訪問先	宿泊先
1	7/1(日)	調査団員ヤンゴン到着	Yangon
2	7/2(月)	10:00 在JICAミャンマー事務所 11:00 国立リハビリテーション病院 14:00 在ミャンマー日本国大使館	Yangon
3	7/3(火)	9:00 ヤンゴン総合病院 12:00 Yangon - 12:50 Nay Pyi Taw 14:00 保健省保健局	Nay Pyi Taw
4	7/4(水)	10:00 保健省国際保健課 10:30 保健教育課 11:00 社会福祉省社会福祉局 13:00 医療科学局 14:00 保健省保健局	Nay Pyi Taw
5	7/5(木)	13:00 保健省保健局 署名 13:30 保健省国際保健課 17:00 Nay Pyi Taw - 18:00 Yangon	Yangon
6	7/6(金)	9:00 国立リハビリテーション病院 14:00 WHO 15:30 在JICAミャンマー事務所報告 コンサルタント以外調査団員帰国	Yangon
7	7/7(土)	資料整理	Yangon
8	7/8(日)	資料整理	Yangon
9	7/9(月)	9:00 国立リハビリテーション病院	Yangon
10	7/10(火)	9:00 ヤンゴン総合病院 13:00 ヤンゴン整形外科病院	Yangon
11	7/11(水)	9:00 国立リハビリテーション病院	Yangon
12	7/12(木)	9:00 国立リハビリテーション病院	Yangon
13	7/13(金)	9:00 国立リハビリテーション病院 13:00 在JICAミャンマー事務所報告 コンサルタント帰国	-

7-5 主要面談者

1) ミャンマー側関係者

(1) 保健省 (MOH)

① 保健局 (DOH)

Dr. Tin Min	Deputy Director General (Medical Care)
Dr. Win Myint	Director (Medical Care)
Dr. Kyee Mying	Deputy Director (Medical Care)
Dr. Thida Hla	Assistant Director (Medical Care)
Dr. Kyw Soe Min	Medical Officer (Medical Care)

② 医療科学局 (DOMS)

Dr. Daw Tin Tin Mya	Director General
Dr. Aye Thaung	Deputy Director General
Dr. Than Zaw Myint	Director (Training)
Dr. Tin Tun	Deputy Director General (Post-graduate)
Dr. Mya Myint Zu	Deputy Director (Training)
Dr. Ye Wui	Director (Post-graduate)

③ 保健教育課 (CHEB)

Dr. Khin Thar Oo	Director
------------------	----------

④ 国際保健課 (International Health Division)

Dr. Kyaw Khin	Assistant Director
---------------	--------------------

(2) 国立リハビリテーション病院 (NRH)

Dr. Moe Aung	Medical Superintendent
Dr. Soe Thein	Consultant
Mr. San Alfred	P&O Clinic
Dr. Su Su Min	Specialist Assistant Surgery
Dr. Moe Moe Win	Specialist Assistant Surgery

(3) ヤンゴン総合病院

Prof. Daw Khin Myo Hla	Head of Physical Medicine and Rehabilitation
------------------------	--

(4) 社会福祉省 社会福祉局 (MOSW, DOSW)

Mr. Sit Myaing	Director General
Mr. Myint Thein	Director (Rehabilitation Section)
Mr. Daw Tin Tin Mya	Deputy Director (Rehabilitation Section)

(5) 世界保健機構 (WHO)

Dr. Myo Paing

National Professional Officer

2) 日本側関係者

(1) 在ミャンマー日本大使館

大熊 健

二等書記官

(2) JICA ミャンマー事務所

梅崎 路子

所長

佐藤 公平

次長

馬部 典佳

企画調査員 (保健)

Ms. Pa Pa Khin

Assistant

第8章 技術協力プロジェクトの具体的な活動内容

8-1 PDM修正の経緯

8-1-1 人材育成企画チーム

「人材育成企画チーム (Coordinating Committee)」は、本プロジェクト実施において重要な役割を担う組織として、第1次事前調査の保健省保健局と調査団の間で議論がされてきた。しかしながら、本調査においては、ミャンマー国における「新規組織設置の困難」「組織横断的な委員会の機動力」の問題について議論がされた。結果として、国立リハ病院およびリハビリテーション関連組織による組織横断的な人材育成企画チームの設置を取りやめ、その代替手段として、国立リハ病院の内部組織として「人材開発チーム (Human Resource Development Team)」を設置することで、保健局の同意を得た。

「新規組織設置の困難」については、合同調整委員会 (JCC) の設置に加え、プロジェクトの中で新たに委員会をつくることに対する保健局の反対意見があがったが、これは第1次事前調査時に人材育成企画チームについて、その活動の拠点・メンバー・目的・内容が不明確であり、保健局側が十分に理解できていなかったため、本調査に指摘されたと考えられる。また、人材育成企画チームの英語表記がCoordinating Committeeであったため、合同調整委員会と混合して理解していた可能性も否定できない。

「組織横断的な委員会の機動力」については、人材育成に関するプロジェクトのさまざまな活動に関し、国立リハ病院外の組織のメンバーが委員として活動するには、負担が大きすぎることで、本調査団側から指摘された。その理由として、1次調査時に想定していた人材育成企画チームメンバーには、ヤンゴン総合病院、ヤンゴン整形外科病院等の教育病院としての役割も果たす病院の代表者、およびヤンゴン医療技術大学等の多くの学生が在籍する大学の代表者、などの業務に多忙な者が多く含まれており、この点については、第1次事前調査のプロジェクト実施の留意事項として「4-3-3 能力強化研修の実施時間」のなかでも記述されているとおりである。人材開発チームメンバーを国立リハ病院のスタッフとしたことにより、会議時間の設定から研修の実施にいたるまで、柔軟な対応が可能となりえる。

8-1-2 他施設との連携

人材開発チームが国立リハ病院の内部組織となったために、外部とのつながりを残すために、1次事前調査時のPDM案の成果3「広報活動」の代わりに「他施設との連携」を入れ込んだ（「広報活動」については、2-3を参照のこと）。また、医療的リハビリテーションだけでなく、社会的リハビリテーションを配慮するために、連携する他施設の中に、社会的リハビリテーションサービス提供組織（社会福祉省関連施設、NGO等）を含めることとした。

なお、連携のための具体的活動内容はセミナー／ワークショップおよびテクニカルミーティングの開催であり、連携機関とは、①情報・技術・経験等の共有、②人材育成研修への助言、③人材育成研修の講師としての依頼、④人材育成研修への研修生の推薦、⑤各機関所属の研修修了生の評価、等が想定されるが、連携先の詳細とともに、プロジェクト開始後にJICA専門家が検討していくこととする。また、連携が想定される組織や個人の負担が大きくなるよう、セミナー／ワークショップ／ミーティングおよび研修の日時の設定は留意すべき点である。

8-1-3 支援対象

第1次事前調査においては、支援対象は国立リハ病院およびターゲット病院としていた。ここでいうターゲット病院とは、プロジェクト実施初期に予定されている「リハビリテーションに関する実態調査」の中で決定されることとしていた。また、この実態調査においては、リハビリテーション人材育成の対象病院、対象者、目指す技術レベル等を明確にすることを目的としていた。なお、リハビリテーション人材育成の対象者は国立、州・管区立病院のスタッフを想定しており、地域住民への直接裨益が見込まれないため、これをプロジェクト内で目指すために、成果として広報活動を挿入した経緯がある。本調査においては、国立リハ病院における、患者へのサービス、人材育成研修、教育病院としての活動および、CBRに関連する活動等のすべてのリハビリテーション活動に関する質の向上をプロジェクトの中で目指すこととし、支援対象を国立リハ病院に集中させながらも、リハビリテーションサービスを提供する幅広い機関に対する波及を見込んでいる。なお、第1次事前調査においては、現職のリハビリテーションスタッフの技術向上を目指していたが、本調査では、国立リハ病院が現在実施している教育病院としての活動、CBRに関連する活動等（表8-1を参照）を含め、医療的・社会的リハビリテーションの両分野における教育病院としての質の向上を図ることとした。

表8-1 国立リハビリテーション病院の教育病院としてのサービス

教育対象	所属／コース名	頻度・人数・時間
整形外科医等	すべての医科大学	1カ月／年・3名程度・9～12時
理学療法士3・4年生	医療技術大学	2カ月／2年・30～50名・9～12時
看護師・Midwife	看護学校基礎コース	1カ月／年・25名程度
基礎保健スタッフ	WHOのCBR	50名程度／NRHからCBR側に人材派遣
義肢装具士	－	予算によるが4～6カ月
社会福祉関係者	社会福祉局のコース	NRHからCBR側に人材派遣
NGOスタッフ	NGO（AAR等）	NRHからCBR側に人材派遣

8-1-4 リハビリテーションサービスの質の向上

第1次事前調査時のPDM案においては、プロジェクト目標のレベルでのみ「リハビリテーションの質の向上」の記述があり、研修により質が向上していくことを想定していた。今回のPDM案では、成果のレベルにおいて「質を改善するシステムが強化される」という記述に変更することにより、プロジェクト終了後もリハビリテーションサービスの質が改善されていくよう、具体的活動を示していくかたちをとった。

具体的活動としては、初めのステップとして、リハビリテーションサービスの質の向上のためのオペレーション・リサーチの実施があげられる。ハード面での支援として、リハビリテーション人材育成研修先として、モデル病院として、入院・通院患者のために、バリアフリーの環境整備を行うことにより、研修参加者、国立リハ病院スタッフおよび入院・通院患者に対するバリアフリーを紹介し、理解促進を図る。また、リハビリテーションサービスに関する記録・報告システムを改善することにより、サービス提供側において情報が蓄積・共有されることを目指す。さらに、より地域住民に近い医療保健機関におけるリハビリテーションサービスに関する理解を促進させ、リファーマルシステムの整備を行う。以上の活動の後に、人材育成研修、教育病院としての活動（整形外科医・理学療法士等の実習）、CBRにおける医療リハビリテーション研修を行うことにより、プロジェクト終了後もリハビリテーションサービスの質が改善されていくようなハード面・ソフト面の活動を行っていく。

8-1-5 地域住民への直接裨益とBHS強化プロジェクトとの連携

第1次事前調査後にJICA本部内で議論されていた「基礎保健スタッフ強化プロジェクトとの連携」（注釈入れる）の方法については、調査団内での話し合いのなかで、基礎保健スタッフ強化プロジェクトのキーパーソンであるタウンシップ・メディカル・オフィサーの研修参加について議論された。本調査においては、前述の「地域住民への直接裨益」および「基礎保健スタッフ強化プロジェクトとの連携」を考慮し、JICAの支援を国立リハ病院に集中させ、国立リハ病院を質の高い研修先として強化することにより、国、州・管区から地域の地域保健センター等のリハビリテーションスタッフの技術・知識の向上を目指し、より地域住民に近い研修対象を含めることで、住民への直接裨益の拡大をねらった。

8-2 人材開発チーム

8-2-1 概要（設置場所・メンバー等）

前述のとおり、人材開発チーム（Human Resource Development Team）は国立リハ病院の内部組織、チームリーダーは病院長（Medical Superintendent：MS）とし、設置場所は国立リハ病院とする。チーム立ち上げについては、プロジェクト開始後にJICA専門家が行うこととする。

8-2-2 活動内容

第1次事前調査時に想定していた活動と同様に、PDM案の中の活動はチームが行い、JICA 専門家がチームをサポートするかたちをとることとする。具体的には、各種調査、研修準備（環境整備、教材開発、計画策定）・実施、セミナー／ワークショップ／ミーティングの開催が主な活動となる。それぞれの活動は、関連施設・組織との連携（連携方法については次項を参照）により、進めていくこととする。

8-2-3 他施設との連携

連携施設は医療的リハビリテーションおよび社会的リハビリテーションの幅広い分野を想定しており、連携施設によってさまざまなレベルの連携が予想される。予想される連携施設と連携内容については、表8-2にまとめる。

表8-2 連携施設と連携内容

運営母体	連携施設	連携内容
保健省 保健局	ヤンゴン総合病院 ヤンゴン整形外科病院 その他のヤンゴン市内の総合病院 伝統医療病院	研修講師としての招聘 研修講師としての招聘 情報共有／研修参加 患者のリファーラル
保健省 保健局 保健省 医療科学局	保健教育課 ヤンゴン医療技術大学	広報活動に関する情報共有 研修講師としての招聘
社会福祉省社会福祉局	養護学校 職業訓練所	情報共有／研修参加 情報共有／研修参加
WHO	-	情報共有／研修参加
NGO	ワールドビジョン AAR（難民を助ける会） Eden Center for Handicapped	研修講師としての招聘 研修講師としての招聘 研修講師としての招聘
JICA	主要感染症プロジェクト 基礎保健スタッフ強化プロジェクト 社会福祉行政官育成プロジェクト	広報活動に関する情報共有 情報共有／研修参加 情報共有／研修参加

8-3 広報活動

8-3-1 広報活動の目的

第1次事前調査においては、広報（パブリックアウェアネス）についての重要性を調査団と保健局の間で議論されたが、帰国報告会では広報の目的、対処、および内容についてあいまいな点が多いことが指摘され、また、広報の効果についても議論がなされた経緯がある。

本調査においては、医療的・社会的リハビリテーションの両分野でのサービスの質の向上を目指す方針のなかで、広報の対象を地域住民へのリハビリテーションサービスに関する情報提供だけでなく、対象を地域の保健医療スタッフに拡大する方向性について保健局と議論がなされた。対象の拡大により、都市部から地域レベルにおけるリハビリテーションサービスに関する情報提供を目指し、地域住民が必要なときに必要なリハビリテーションサービスを受けられることができるような環境を整備することを目的とした。

8-3-2 広報活動の対象

拡大する広報対象としては、都市部のリハビリテーションサービス提供機関（国立病院、州・管区病院）と県病院（整形外科医在院）・タウンシップ病院（一般医在院）、および地域のステーション病院（一般医在院）・地域保健センター（Rural Health Center：RHC）・サブ地域保健センター（Sub-RHC）等があげられる。広報活動対象は、数の多い地域レベルの保健医療機関と一般の地域住民であるため、紙媒体（新聞・雑誌・ポスター・カレンダー・リーフレット等）もしくは視聴覚媒体（テレビ・ラジオ等）による広報活動の効果が期待される。また、それぞれの対象に対し、それに合わせた広報媒体を準備することにより、目的にあった広報活動が実施できる。

8-3-3 広報活動の内容

広報活動の内容としては、広報対象と目的に合わせて設定されることとなるが、基本となるのは、医療的、社会的リハビリテーションサービスに関する情報である。広報活動の対象および内容については、プロジェクト開始後にJICA専門家と人材開発チームによって決定されるが、想定される内容を表8-3にまとめる。

表8-3 広報活動の対象と内容

広報対象	広報内容
地域住民	リハビリテーションサービス紹介（サービス内容）
保健医療機関 （地域・都市）	リハビリテーションサービス紹介（サービス内容／サービス提供機関） 患者への対応方法（応急処置・リファーラル）
リハビリテーション サービス提供機関	患者への対応方法（応急処置・リファーラル）

8-4 他の国内外JICAプロジェクトとの連携

8-4-1 国内のJICAプロジェクトとの連携

ミャンマー国内で実施中もしくは実施予定の保健医療・リハビリテーション関連のJICAプロジェクトとして、「主要感染症対策プロジェクト（実施中）」「伝統医療プロジェクト（実施中）」「基礎保健スタッフ強化プロジェクト（実施予定）」「社会福祉行政官育成プロジェクト（実施予定）」の4プロジェクトがあげられる。本調査においては、連携案（表8-4を参照）を保健局に提示し、プロジェクト開始後に具体的な連携について検討していくことで保健局と同意した。特に、医療科学局においては、国立リハ病院と伝統医療病院（プロジェクト実施中）との連携について提案があった。

表8-4 国内のJICAプロジェクトとの連携案

プロジェクト名	連携案
主要感染症対策プロジェクト	<ul style="list-style-type: none"> - 当プロジェクトが実施する研修への <ul style="list-style-type: none"> { 講師としての召喚 { 感染症対策プロジェクト関係者の受講 - 広報活動に関する情報共有 - リファーマルシステムについての情報共有
伝統医療プロジェクト	<ul style="list-style-type: none"> - 当プロジェクトが実施する研修への <ul style="list-style-type: none"> { 講師としての召喚 { 伝統医療プロジェクト関係者の受講 - 広報活動に関する情報共有 - リファーマルシステムについての情報共有
基礎保健スタッフ強化プロジェクト	<ul style="list-style-type: none"> - 当プロジェクトが実施する研修への <ul style="list-style-type: none"> { 講師としての召喚 { 基礎保健スタッフ強化プロジェクト関係者の受講 - 保健・医療関連スタッフ育成についての情報共有 - 州・管区病院、県病院、タウンシップ病院、ステーション病院、地域保健センター等に関する情報共有
社会福祉行政官育成プロジェクト	<ul style="list-style-type: none"> - 当プロジェクトが実施する研修への <ul style="list-style-type: none"> { 講師としての召喚 { 社会福祉行政官プロジェクト関係者の受講 - 社会福祉関連の情報共有

8-4-2 国外のJICAプロジェクトとの連携

ミャンマーは、APCDプロジェクトの協力重点対象国の1つとして戦略的に社会福祉省の政府高官のAPCDへの前向きな理解を図り協力関係の醸成が試みられてきた。APCDプロジェクトは、以下のとおり、社会福祉省社会福祉局をフォーカルポイントとし、10組織との提携により、社会的リハビリテーション分野における協力を行い、これらの組織から計40名以上の関係者（障害当事者を含む）に対し研修を行ってきた。

- 社会福祉省社会福祉局 Ministry of Social Welfare Department of Social Welfare
- 難民を助ける会 Association for Aid and Relief : AAR
- 障害児のためのエデンセンター Eden Center for Disabled Children
- ミャンマークリスチャン盲フェロシップ Myanmar Christian Fellowship of the Blind
- ミャンマー障害者団体 Myanmar Disabled Peoples' Organization MDPO
- ミャンマー全国盲協会 Myanmar National Association of the Blind MNAB
- 国立リハビリテーション病院 National Rehabilitation Hospital NRH
- ライズアップ障害者開発グループ Rise up PWDs Development Group
- 障害者職業訓練センター Vocational Training Center for Adult Disabled
- ワールド・ビジョン ミャンマー World Vision Myanmar
- ヤンゴン聾協会 Yangon Deaf Association

本調査においては、保健局に対しAPCDプロジェクトの紹介を行い、本プロジェクトにおける連携案の提示を行った。保健局側のAPCDプロジェクトへの関心は高く、本プロジェクトにおける連携について積極的な意見が得られたものの、APCDプロジェクトについて保健局長および大臣に紹介するために、APCDに訪問し、より詳細な情報を入手したあとで、連携について議論・検討する必要があるとの意向が示された。

なお、本調査において保健局と同意したPDM案の成果3「国立リハ病院と、社会福祉省関連施設を含むリハビリテーション関連施設との連携が向上する。」によって、社会福祉省関連施設という名目で、APCD提携機関との連携が可能となっており、間接的にAPCDとの連携が可能な記述がPDM案のなかでなされている。

8-5 人材育成研修

8-5-1 研修対象

国立リハ病院における研修対象としては、第1次事前調査における国立、州・管区立病院に加え、県病院、タウンシップ病院、および地域のステーション病院、地域保健センター等の保健医療スタッフを含め、より地域住民に近い存在への研修を行うこととした（図8-1参照）。また、医療的リハビリテーションだけでなく社会的リハビリテーションに関する研修を盛り込

むために、研修対象の中に障害者支援NGOを含む社会福祉省関連施設の関連スタッフを含めることとした。医療的リハビリテーションと社会的リハビリテーションを1つのリハビリテーションとしての認識を高めるために、研修コースの対象内容の検討が必要とされる。なお、研修対象の選択に関しては、プロジェクト開始後に行われる実態調査・基礎調査等の中で決定していくこととする。一方、パイロットエリアを限定した基礎保健スタッフプロジェクトとの連携については、エリアを限定したスタッフへの研修をモデル的に行っていくこととする。

8-5-2 研修内容

研修内容としては、プロジェクト開始後にJICA専門家と人材開発チームが、リハビリテーション関連組織とのテクニカルミーティングをとおして、決定していくこととなる。各レベルの保健医療機関のスタッフへの研修が想定されているために、研修内容についても各レベルにあった研修の設定が必要とされる。また、社会的リハビリテーションに関してもさまざまなレベルの研修コースを準備することが必要とされる。また、プロジェクト側から依頼し、招聘した国立病院、大学、NGO等からの研修コースの講師に対しては、コースに関するJICA専門家からの技術的アドバイスを提供することで、彼らの能力向上を図ることとする。

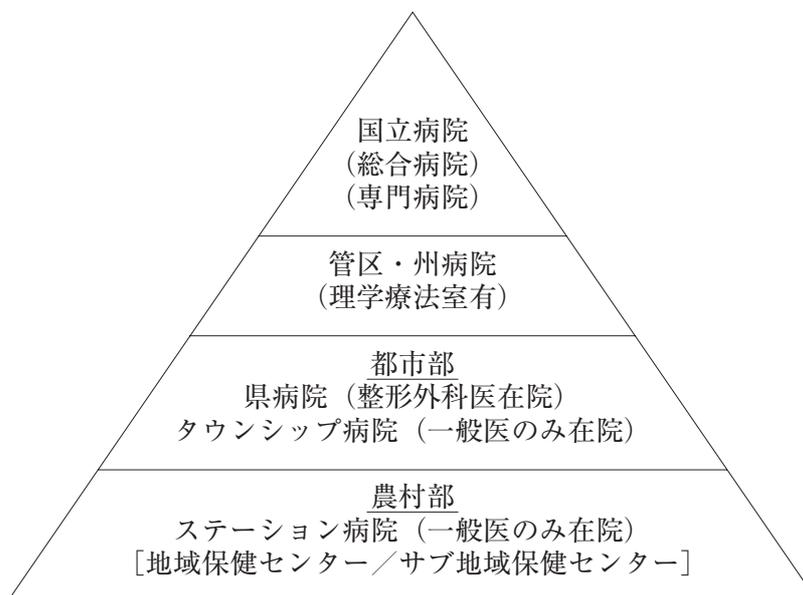


図8-1 保健医療サービス機関

8-6 社会福祉省とのかかわり

保健局および社会福祉局において、リハビリテーションは医療と社会の両側面において重要であることは、第1次事前調査時から指摘されていたが、第1次事前調査時のPDM案の中では、医療的リハビリテーションに重点がおかれた内容となっていた。本調査においては、社会福祉局から社会的リハビリテーションの重要性が指摘されると同時に、本プロジェクトの中に社会的リハビリテーションの要素を組み込むように強い要請があった。調査団としても医療的リハビリテーションに偏らないリハビリテーション全般についてのサービスと質の向上を目指す方向で保健局と協議を進めていたため、PDM案の成果3として「国立リハ病院、社会福祉省関連施設を含むリハビリテーション関連施設との連携が向上する」を記述した。なお、この点については保健省も同意している。

本プロジェクトと社会福祉省との具体的な連携案として、①社会的リハビリテーション（広報活動を含む）に関する情報の共有、②本プロジェクトが実施する研修への講師としての招聘、③本プロジェクトが実施する研修への参加、の3案を社会福祉局に提案したが、社会福祉局側からは③について強く要望があった。特に、社会福祉省関連施設に所属する医師・看護師およびソーシャルワーカーの研修参加が望まれた。なお、①については同意が得られているが、②についてはプロジェクト開始後に検討する必要がある。

他方、本プロジェクトは肢体不自由者を対象としたプロジェクトであり、視覚障害・聴覚障害・知的障害をもつ人々が対象から外れているとの指摘もあった。本プロジェクト実施の際は、できる限り肢体不自由者に裨益が偏らないよう、研修対象・内容、広報等の活動において十分な配慮が必要とされる。特に聴覚障害分野では、JICAの社会福祉行政官育成プロジェクトが開始予定であり、本プロジェクト開始後に、情報の共有と研修参加のレベルにおける連携を検討していく必要がある。

第9章 施設改修・機材供与

9-1 施設改修

9-1-1 施設の状況

(1) 施設の立地と形態

国立リハ病院は、ヤンゴン市の中心・ヤンゴン中央駅から北北西方向、約9km郊外の新興地に位置している。敷地は、約2.6haの広さで、施設本体と職員宿舎等の付属棟をともなっており、養護学校・職業訓練校等の関連施設が周囲に隣接している。地盤は緩やかな起伏をなし、施設は前面道路から敷地奥手の小高いその高い部分に位置している。

病院の施設は、配置図・平面図に示すとおり、外来部門・各種診療（療法）部門・病棟・管理部門が平屋の独立棟を成し、それぞれの部門が半屋外の廊下で結ぶといったパビリオン形式で構成されている。例外的に、レクチャー・カンファレンス室のみが小児作業訓練室の直下階に位置し、唯一この部分が2階建てとなっている。

義肢装具棟は、これら一群の棟とは距離を置き、独立した一棟を構えている。

(2) 部屋の構成

各部屋の構成は次のとおり。

部門・棟	広さ (㎡)	部屋構成
A. 外来棟	163	待合・4診察室・注射処置室・薬局・診療記録室
Ba. 小児作業療法棟	134	療法室・スタッフ室・便所
Bc. レクチャー・カンファレンス棟	134	レクチャー・カンファレンス室・便所
Ca. 理学療法棟 a	86	物理療法室・水治療室
Cb. 理学療法棟 b	164	運動療法室・療法小室・スタッフ室
D. 病棟（赤十字管理）	91	
E. 管理事務棟	54	
F. 作業療法棟	94	療法室・スタッフ室
G. 女性病棟	145	ナイチンゲール式病棟・便所・水浴場
H. 看護勤務棟	84	
I. 食堂・厨房棟	80	入院患者の食堂およびティールーム・厨房
J. 男性病棟	349	ナイチンゲール式病棟・便所
K. 院長室・玄関棟	164	
M. 義肢装具棟	843	義肢装具装着室・製作工房
計	2,585	(宿舎等、付属棟を除く診療に関わる部分の床面積合計)

外来者は、4診察室からなる外来棟に導かれ、それから必要に応じて渡り廊下を通じて小児作業療法棟・成人の理学療法棟・作業療法棟に振り分けられる。現在の外来者数は、施設の規模には不似合の1日当たり30数人と少人数である。

病棟は、男女別に区分され、英国統治時代の流れを組むナイチンゲール式の見渡しの良い大部屋となっている。認定病床数は50であるが、実病床数は65床。病床利用率は、認定病床数ベースで80%台を推移している。

(3) 構造と設備

構造の主体はコンクリート造で、コンクリートの柱・梁の軸組み（ラーメン構造）にレンガを積んだ壁で形成し、内部外部共モルタルの左官で仕上げている。床は、土間コンクリートにモルタルコテ押さえが基本となっているが、運動療法室のみが、用途に配慮した木のフローリングが敷かれている。建具は木製、屋根は木造の小屋組に長尺の石綿波板を葺いている。例外として、運動療法棟・赤十字管理病棟・作業療法棟の3棟は木造の柱・梁構造をとっている。

当施設は、古く築後ちょうど半世紀を経ている。その間における施設の改造・改修を重ねるなかで、施設構成の統一性を損なう部分や、障害者施設とはいえバリアフリーの概念のないまま展開してきたため、床の段差棟の障害者に対するさまざまな不具合を生み出している。

電力は、300KWの大容量で敷地に引き込まれているが、当施設の実際の電力消費量はその15～20%の50～60 KW/hにとどまっている。電力の供給事情は良くなく、10～15%の電圧変動と日に数度の停電に見舞われる。雨季においてはその度が顕著である。

給水は公共の水道管から、排水も公共下水道に放流されているが、し尿は浄化槽を介した排水システムをとっている。

(4) 施設の維持管理

病院の施設は、古く、老朽化が進んでいる。病院には、施設の維持管理をする基盤はない。施設に痛みを発見したらその管理機関である保健省保健局に申請し、その手当てを待つといった具合であるが、円滑な運びになっておらず、そうした痛みが内外装のいくつかで放置されている。その切実な1つに、屋根の傷みがあげられる。運動療法室では、雨漏りの症状が出ている。維持管理費として、昨年2006年には給水管・電気系統の修理費160万Ks、その前年2005年には190万Ksが支出された。

そうしたなか、義肢装具棟は国際赤十字の援助のもとに施設の内外装の改修を最近行い、施設の近代化を果たしている。

9-1-2 改修事項

(1) 施設の改修方針

本プロジェクトの活動を進めて行くうえで、最低限必要な施設の改善を目指す。

施設の状況から次の改善をする。

1) 「バリアフリー」の環境整備

当施設は、障害者施設とはいえバリアフリーの概念のないなかで管理されてきたため、障害者に対する配慮がなされていない。身障者施設としての基本的条件である最低限の「バリアフリー」の環境を確立する必要がある。

障害者に対して、

- ① 移動し易くするための手すり
- ② 障害のない床
- ③ 車椅子対応の使いやすい洗面・便所

に向けた改善をする。

洗面・便所は、障害者の生活レベルで身近な存在であり、施設内の改善は勿論、家庭に戻った時の家屋改善に向けたモデルになるようなことも視野に入れた対応をする。

2) プロジェクトの活動に必要な整備

プロジェクト活動を進めるうえで、

- ① 障害者の屋外歩行訓練施設の確保
- ② 専門家事務室の確保

に向けた整備をする。

3) 外装補修の緊急措置

施設の外装の傷みで、雨漏りなどで放置できない部分を改善する。

雨漏りなどの外装補修については、当改修の「プロジェクト活動に最低限必要な」とする趣旨に外れる向きもあるが、現場の実情を知り、保健省保健局のこれまでの緩慢な対応を考えあわせると避けて通れず、当改善に含めざるを得ないと判断した。

(2) 施設改修の内容

1) 工事項目

① 手すり設置

施設内で、外来・入院の障害者の移動にともなう通路に手すりを設置する。

該当場所	規模
a. 外来棟	12m
b. 廊下 A (・外来・物理療法・運動療法・作業療法周辺)	60m
c. 廊下 B (・病棟周辺)	76m
仕様・工法 ・手すりの材質は、当国で調達でき、維持管理もしやすいステンレスを採用する。 ・取り付け下地を確認し、堅牢な固定となるようにする。	

手すりには、障害者の体重が掛かっても壊れない堅牢な取り付けが要求される。同国では障害者に対するバリアフリーの施設基準がいまだなく、工事実績も乏しい。手すりの取り付けなどに対する仕様の確認と工事監理には、十分な配慮が必要と思われる。

② 床改修

障害者の関わる床で、床面の破損部分を改善する。

対象箇所	改善事項	規模
a. 小児作業療法室	[床張替え] ビニール敷物→寄木張り ・小児特有のお座りの比重が高く、現在のめくれやすいビニールの敷物を止め、肌触りの良い木質にする。	140 m ²
b. 物理療法室	[床塗替え] モルタルコテ押さえ→テラゾー ・仕上げ材のはく離、磨耗が発生している。	90 m ²
c. 作業療法室	[床塗替え] モルタルコテ押さえ→テラゾー ・仕上げ材のはく離、磨耗が発生している。	90 m ²
d. 廊下	[床塗替え] モルタルコテ押さえの破損部塗替え仕上げ材のはく離、磨耗が以下部分に発生している。 ・管理事務棟廊下・病棟（赤十字管理）廊下 ・物理療法棟、運動療法棟連結廊下 ・作業療法棟廊下・女性病棟廊下 ・男性病棟廊下 計6カ所	合計 100 m ²

当調査で段差部分のスロープによる障害解消は、一定の内容で施されていた。

③ 車椅子対応の使いやすい洗面・便所に向けた改造

障害者の関わる水場で、障害者配慮の改修をする。

対象箇所	改善事項	規模
a. 外来棟	[床段差解消] [取っ手の設置] (3ブース、洗面スペース)。	7.5 m ²
b. 小児作業療法棟	[床段差解消] [取っ手の設置] (2ブース、洗面スペース)	9.3 m ²
c. 男性病棟	[狭いブースの拡張] ・ 6ブースを4ブースに削減し、1つは車椅子 対応のスペースを確保する。出入りは吊戸 [床段差解消] [取っ手の設置]	28 m ²
d. 女性病棟	[狭いブースの拡張] ・ 4ブースを3ブースに削減し、2つは車椅子 対応のスペースを確保する。出入りは吊戸 [床段差解消] [取っ手の設置]	26 m ²

④ 屋外歩行訓練場の整備

管理棟玄関ポーチの通路協造営する。

該当場所	規模
a. 歩道 ・ 復員2.5m長さ30m、アスファルト舗装	75 m ²
b. 階段 ・ 復員3m長さ7m、コンクリート造、両側手すり	21 m ²
c. 休憩スペース ・ アスファルト舗装、ベンチ設置、植え込み	150 m ²

⑤ 専門家事務室の改修

レクチャー・カンファレンス室脇に専門家事務室を設ける。

該当場所	規模
a. 間仕切り壁工事 ・ 既存壁撤去の上、新しい壁・扉の設置	18 m ²
b. 電気工事 ・ 空調機設置 ・ 照明器具設置 ・ 電話器設置	
c. 洗面所改修 ・ 便器取替え	

⑤ 雨漏り修繕

該当場所	規模
a. 運動療法室	50 m ²

雨漏り修繕の際、既存屋根材の石綿波板に切断等の加工を加える場合、健康上有害とされる石綿粉塵が飛散しない対策を十分施す必要がある。

2) 工事予算

現地工事業者の見積もりから、次の金額が算出された。

工事項目	金額
① 手すり設置	US\$ 4,000.-
② 床改修	US\$ 11,000.-
③ 車椅子対応の使いやすい洗面・便所に向けた改造	US\$ 17,000.-
④ 屋外歩行訓練場の整備	US\$ 8,000.-
⑤ 専門家事務室の改修	US\$ 8,000.-
⑥ 雨漏り修繕	US\$ 2,000.-
合計	US\$ 50,000.- 日本円 6,000,000.-

※米ドルと日本円換算数値は、US\$ 1. = 日本円 120.とした。

3) 工期

約4カ月を確保する。

工事の影響による診療の妨げは、最小限に抑えるようにする。物理療法室・作業療法室の床工事、病棟便所改造等は、工事を2分して片側ごとに繰り返す工夫が必要である。

4) 工事業者の選定

当改修工事は、内装工事・金物工事が主体となるが、見積もりの協力依頼をした現地工事業者の手応えから、邦人の施工業者を介さず現地施工業者で十分応えられることを確認した。

5) 施設の維持管理

義肢装具部門の工房では、多くの技能士によって障害者のためのさまざまな製作ものを手掛けており、彼らは工夫と幅広い技術を身につけている。施設の維持管理が思うようにならない現状において、施設の維持管理に対し彼らにできる分野で協力してもらえば、多少状況は改善に向かうものと思われる。この協力について提案するのも一案と考える。

9-2 機材供与

9-2-1 既存機材の状況

(1) リハビリテーション機材の活用

リハビリテーション部門では、外来や病棟からの障害者を受け入れているが、当病院の構えからすると少なく、診療の活気は見られない。一方、当病院のリハビリテーション機材のほとんどは、建物同様、型式においても、耐久年限においても限度を越えた古いもので、辛うじて稼動している状況である。

1) 理学療法部門

(物理療法)

物理療法では、痛みを除去するための電気治療関連機材が多くを占める。次いで牽引装置も4台が配置されている。どれも、辛うじて稼動しているものばかりである。患者は多い。水治療では、パラフィン浴のために、手作りの桶を代用している。部分浴装置は、故障している。

(運動療法)

診療を受ける障害者は少ない。障害者に理学療法士と家族等の付き添いが混在して関わっている。活気はない。運動マット、平行棒が運動療法室の中央部をややそれて配置され、それ以外のチルトテーブル・滑車運動器等が壁に沿って並んでいる。どれも、やっと稼動しているものばかりである。

2) 作業療法部門

部屋の壁伝いに作業台を設け、台置きの訓練用小物類が置かれている。診療を受ける障害者は少ない。

3) 小児作業訓練部門

小児専門の作業訓練部門である。大人と体格が変わらないほどの少年期の障害者も稀に見るが、大半は、乳幼児期の障害児で、母親を伴っての診療である。小児特有の機材で占めている。立位維持装置は、木製の現地生産品を活用している。

(2) 機材の維持管理

1) 維持管理体制

施設と同様、医療機材の維持管理をする基盤はない。簡単な故障に対応する技術者もない。機材の不具合が発生したら、病院長の権限でその機材に関わるメーカーに修理に出す。修理費は施設と同じく保健省保健局が負担する。機材の定期点検を外部業者に委託する仕組みもない。

2) 機材の管理

診療機材の管理は、各部門にそれぞれ任せられており、病院長直轄の中央管理の仕組みはない。ただし、施設内の備品に対する病院長直轄の財産台帳はあり、診療機材の存在確認程度の最低限の管理はされている。

9-2-2 供与機材

(1) 機材構成

案件要請時の要請機材リストを基盤に、基礎的機材の範囲に限定した内容で病院長との協議をしたうえで、下記の機材を供与候補として取りまとめた。既存機材の大半は、モデルが古く、辛うじて稼動しているものばかりで、当要請では、既存機材の主だったものはほとんど網羅されている。

供与の優先度は、病院の現状と本プロジェクトの活動方針に沿って、A・B・Cの判定をした。運動療法と作業療法に関わる機材については、その活動において積極的に活用すべき位置づけにあるため、優先度は高い。

A：診療に不可欠で、使用頻度高
 B：診療に必要ではあるが、使用頻度はそれほど高くない
 C：診療に不可欠とは言えない。

No.	Item	項目	優先度	数量	既存機材台数および状況
-----	------	----	-----	----	-------------

① Heliotherapy (Heat) 物理療法

1	Ultra Sound	超音波治療器	C	2	2 1台故障
2	Short Wave Diathermy	短波治療器	C	2	2 両機古く、辛うじて稼動
3	Infra-red	赤外線治療器	C	0	3 すべて稼動。1つは古い。
4	Parafin Wax Bath	パラフィン浴槽	B	1	1 古く、ほとんど機能していない。
5	Ultra Violet Lamp	紫外線治療器	B	1	0
6	Micro Wave	マイクロ波治療器	B	1	0
7	hot pack (wet)	湿式ホットパック装置	B	1	0
8	Wagon for packs	パック用台車	B	1	0

② Hydrotherapy Unit & Apparatus 水療法

1	Whirl Pool Bath	温浴療法用装置	B	2	2 古く、両器共故障
2	Hubbard's Tank	多機能運動浴装置	C	0	0

③ Electrotherapy 電気療法

1	Electrical Stimulator	電気刺激装置	C	2	2 老朽化、辛うじて稼動、使用頻度高
2	TENS	低周波治療器	B	2	1 古く、故障、使用頻度高
3	Laser Tens	レーザー式低周波治療器	C	0	0
4	E.M.G. (Diagnosis Unit)	筋電計	A	1	0
5	Uro Dynamic Study Unit	尿流量測定装置	C	1	0
6	Reflexologist	下肢電気刺激装置	C	1	2 両機共稼動

*5.Uro Dynamic Study Unitは、下半身不随障害者の診断に不可欠との理由で要請。ただし、その操作管理できるスタッフなし。

④ Manipulation & Traction 牽引療法

1	Pelvic & Cervical Traction	腰椎・頸椎用牽引装置	B	2	2	老朽化、辛うじて稼動
2	Traction Table	牽引台	B	2	2	同上
3	Cervical Traction	頸椎用牽引装置	B	2	2	同上

⑤ Occupational Therapy 作業療法

1	Shoulder Wheel	肩関節回旋運動器	C	1	1	老朽化、辛うじて稼動、使用頻度高
2	Shoulder Wheel (Sitting tipe)	座式肩関節回旋運動器	C	1	1	同上
3	Weight and Pulley System	滑車重錘運動器	B	1	2	稼動
4	Overhead Pulleys Unit	多機能滑車運動器	A	2	1	同上
5	Spring for Strengthening of Upper Limb	上肢強化用バネ	B	4	2	稼動、使用頻度高
6	Dumbel of Assorted Weight (Set)	ダンベル (各種セット)	A	4	8	
7	Wall Climbing Apparatus	助木運動器	B	2	1	古く、故障
8	Shoulder R.O.M. Exercise Board	肩腕挙上運動梯子	A	2	1	
9	Sanding Board	サンディング台	A	2	1	古く、故障
10	Rqlyan Incline Board	サンディングトレーニング装置	A	1	2	
11	Muscle Activity Analytical System	筋力測定装置	B	0	0	
12	Standing table	立位保持装置	A	2	1	稼動
13	Working Table (rise and fall)	昇降テーブル	A	1	0	
14	Stabilometer	重心動揺計	A	1	0	
15	Pinch Meter	ピンチメーター	A	1	0	
16	Splint Making set	スプリント製作セット	A	1	0	
17	Purdue Pegboard test	パーデュペグボードテスト	A	1	0	
18	Shower Chair	シャワー用椅子	A	4	2	老朽化、辛うじて稼動
19	Shower Bench	シャワー用洗い台	A	4	1	同上
20	Portable hand CPM Machine	携行式手指運動装置	A	1	0	
21	Hand and Wrist CPM Machine	手指・手首運動装置	A	1	0	
22	Up-Down Kitchen	昇降式キッチンユニット	A	1	0	

⑥ Hand Function 上肢機能

1	Hand Dynamometer	握力計	A	1	0	
2	Back & Leg Dynamometer	背筋力計	A	1	0	
3	Finger Goniometer	手指用ゴニオメーター	B	1	1	国産品、稼動

⑦ Coordination Exercise プレイ療法

1	Assorted Shape of Wooden Pieces and Board (Set)	はめ絵セット	A	4	1	国産品で使いにくい。
2	Peg Board (Set)	ペグボード	A	4	2	国産品、不揃い。
3	A.D.L. Function Exercising Material (Set)	ADL訓練セット	A	1	0	

⑧ Gymnaesium 運動療法

1	Physical Training (Exercise Mat)	運動マット	A	10	5	老朽化、辛うじて使用
2	Tilt Table (Adult)	傾斜式テーブル (大人用)	A	3	1	同上
3	Over Bed Fram Exerciser	万能牽引枠	A	1	1	稼動
4	Tread Mill	トレッドミル	A	2	1	古く、故障
5	Exercise Pulley Weights	滑車重錘運動器	A	2	0	
6	Triplex Exerciser	三重式滑車重錘運動器	B	0	0	
7	Bicycle Exerciser	エルゴメーター	A	1	1	老朽化、辛うじて稼動
8	Up-Down Parallel Bars	昇降式平行棒	A	4	6	老朽化、辛うじて稼動
9	Elgin Exerciser	運動療法用器具	B	0	0	
10	Knee Exerciser	大腿四頭筋運動器	A	2	1	古く、故障
11	Hydraulic Rowing Exerciser	手漕ぎ装置	A	1	0	

12	Parallel Bar (adjustable) for Amputee	肢体欠損者対応平行棒	B	0	0	
13	platform 1,800cm×1,200cm	運動療法用台	A	2	0	
14	Posture Mirror	姿勢矯正鏡	B	4	2	老朽化、辛うじて稼動

⑨ Children Occupational Therapy Unit 小児作業療法

1	Tilt Table (Child)	傾斜式テーブル (子ども用)	A	1	1	稼動
2	Wedge Sofa	ウェッジ (くさび型遊具)	A	2	2	同上
3	Exercise Ball	ボディボール	A	4	2	同上
4	Bicycle Exerciser (Child)	エルゴメーター	A	2	1	同上
5	Crawling Exerciser	ほふく運動器	A	2	0	
6	Standing Table	立位保持装置	A	5	6	木製箱として
7	Paraller Bar (adjustable) for Child	小児用昇降式平行棒	A	2	2	老朽化、辛うじて稼動
8	Walker	歩行器	A	4	2	
9	Triangular Chair for CP child	三角形椅子、子ども用	C	6	0	
10	Working Table child type (rise and fall)	昇降テーブル	A	1	0	

⑩ Lecture,Conference 講義・会議用機材

1	Personal Computer	パソコン	A	4	0	
2	Projector	プロジェクター	A	1	0	
3	White Board	ホワイトボード	A	1	0	
4	Video Camera	ビデオカメラ	A	1	0	
5	degital Camera	デジタルカメラ	A	1	0	
6	DVD Player	DVDプレイヤー	A	1	0	
7	Television	テレビ	A	1	0	
8	Desk and Chair	事務机・椅子	A	4	0	

(2) 機材予算

機材予算は、以下3段階で次のとおり。

機材構成	A	US \$ 263, 195.-	日本円 31, 583, 000.-
	A + B	US \$ 406, 625.-	日本円 48, 795, 000.-
	A + B + C	US \$ 454, 367.-	日本円 54, 524, 000.-

※米ドルと日本円換算数値は、US \$ 1. = 日本円 120.とした。

(3) 機材の納入期間

供与候補の機材には、発注後生産の特注品、また、機材設置に関わる設置工事やエネルギー系統の付帯工事もともなわない。その納入期間は、輸入品の多いことを考慮して機材納入契約後、生産国の船積み・海上輸送・ヤンゴンにおける通関・国立リハ病院の機材設置の全工程をとおして約4カ月を要する。

(4) 機材のメーカー選定

機材の生産国は、大半が日本・欧州等の外国となる。機材の維持管理を考えると当然ながらヤンゴンに代理店を置く製品が望まれるが、一般の医療機材のように試薬・消耗部品を必要とするものはないため、代理店を厳密に条件付けるほどのことはないと思われる。

第10章 プロジェクトの評価

10-1 妥当性

本案件は、以下の点から妥当性が高いと判断できる。

(1) 我が国の対ミャンマー国援助方針との整合性

我が国のミャンマー国に対する援助は、現在のミャンマー政府の状況をかんがみ、新規の経済協力案件実施は基本的に見合わせる措置を取っている。しかし、「緊急性が高く真に人道的な案件」など、人道支援、民主化支援に資する案件に関しては、内容吟味のうえ、順次実施する方針としている。本プロジェクトは、この方針と合致するほか、JICAの援助重点課題の1つである『「人道支援」の社会的弱者を取り巻く社会環境の改善』に該当し、支援実施について整合性が認められる。

(2) APCD（アジア太平洋障害者センター）プロジェクトとの関連性

ミャンマーはAPCDによるプロジェクトの対象国である。APCDプロジェクトは2007年現在第2フェーズを迎え、その実施方針の1つにはAPCDで研修を受けた人々が自国において活動を展開することが含まれている。本プロジェクトでは、APCDにおいて過去にトレーニングを受けたNGOスタッフを、リハビリテーション人材育成のための講師として活用できる可能性を検討しており、エンパワーメントの観点からAPCDプロジェクトの実施方針にも合致している。また、APCD研修のミャンマーにおける窓口である社会福祉省からは、本プロジェクトの実施に対しコミットメントが得られているため、連携したプロジェクトの実施可能性が認められる。

(3) プロジェクトサイトの選定

ヤンゴンに位置する国立リハ病院を中心としてリハビリテーション関連人材の育成を実施することは、ミャンマー国保健省の方針でもある。ヤンゴンは総合病院のほか、整形外科・婦人科・小児科などの各種専門病院があり、国立リハ病院とは連携した治療体制をとっているが、リハビリテーションに関する技術や知識はいずれの病院でも未熟である。国立リハ病院を中心としたリハビリテーション人材育成を実施することにより、これら専門病院とのネットワークを生かした専門研修も行えるため、プロジェクトサイトとしては妥当であると考えられる。また、歴史的・文化的に、ミャンマー国は南部のLower ミャンマーと北部のUpper ミャンマーに大きく分けられており、前者の中心がヤンゴンであり、これまで首都が置かれていた人口500万人を越す大都市であるため、ヤンゴンに技術的な協力を行うことで、全国に拡大していくことが見込まれる。

(4) ターゲットグループの選定

ヤンゴン市内のリハビリテーションサービスに関わる各組織の現職スタッフに対する人材育成を行うことにより、Lower ミャンマーの代表都市部でのリハビリテーションサービスが強化されるため、Lower ミャンマー全地域から訪れる人々に対し、質の高いリハビリテーションサービスを提供することができる。同時に、プロジェクト実施にあたり教育病院としての機能も強化されるため、ヤンゴン市内だけでなく、他の地域で勤務することになる医療従事者の技術・知識が向上し、他の地域で提供されるリハビリテーションサービスの質も向上する。さらに、ミャンマーでは保健省管轄の国立病院間で適宜医療人材の異動が行われるため、プロジェクト実施地域としてはヤンゴンが中心となるが、ここで育成された人材が他地域に異動することにより技術・知識の波及も見込まれる。一方、社会的リハビリテーションサービスを提供する社会福祉省関連施設、障害者支援関連NGO等に対する研修が行われるため、間接的ではあるがより多くの障害児者への裨益が見込まれる。

(5) 他ドナーとの援助協調

国立リハ病院は、WHOが中心となって実施するCBRにおいて、CBRワーカーに対する、医療的リハ分野の研修を、定期的にコミュニティーに出向いて行っている。ミャンマー国のリソースの1つである国立リハ病院のリハビリテーションサービスに関する質が高まることにより、CBRワーカーを通し、コミュニティーにおけるリハビリテーションの質が向上していくことに対して、WHO側の活動にも影響を及ぼす。また、JICA側にとっては、すでにWHOによって行われているCBRを通して、直接的に地域住民への裨益を見込める。一方、ミャンマーでは多くのドナーにより、保健、医療関連のプロジェクトが実施されており、障害の早期発見・介入・予防の分野で、公衆衛生、リプロダクティブ・ヘルス等の分野のプロジェクトとの連携により、住民への裨益の拡大が見込める。

(6) 広報活動

本プロジェクトではリハビリテーションサービスに関する広報活動も実施する方針である。広報目的を、リハビリテーションの Awareness 向上、障害の理解、障害の早期発見・介入・予防等とし、広報対象を地域住民、地域の医療機関（ルーラル・ヘルスセンター）を含む各レベルの病院の保健医療スタッフとすることで、障害者の発見から高度なりハビリテーションを受けられる病院へのリファーにつながるが見込まれ、プロジェクトとしての妥当性が高い。また、育成された人材が所属するヤンゴン市内の病院に来たりハビリテーションを必要とする人々やその家族への情報提供を行うことで、彼らが居住地に戻ったあと、彼ら自身によって周囲の人々へ情報を伝達してくれることも見込まれる。

(7) 協力実施期間

人材育成の体制整備と育成の両方を行うため、プロジェクト開始2年後までには体制整備をほぼ完了させ、残りの3年間で教育を実施していくこととする。よって、5年間で妥当であると考えられる。

10-2 有効性

本案件は、以下の理由から有効性が見込める。

(1) 関係者のコミットメント

実施機関である保健省保健局がリハビリテーション人材の育成と能力向上に意欲的であり、かつプロジェクト実施の拠点となる国立リハ病院を中心としたヤンゴンの主要病院における病院の関係者らの向上意識も高いことから、プロジェクト実施中だけでなく終了後においても継続してリハビリテーション人材の育成が行われる可能性が高い。

(2) プロジェクト目標の指標

プロジェクト目標は「国立リハ病院における質の高いリハビリテーションサービスを提供するためのシステムが強化される」と計画されており、その指標として、「他の病院からリファーされる患者数」と「国立リハ病院のサービスに満足する障害者数」が設定されている。前者は訓練を受けた人材の地域的な拡大、および他の組織との連携の程度、後者はリハビリテーションの質の高さを測る指標となりえる。これらの指標をモニタリング評価する方法については、プロジェクトの活動のなかに含まれているため、プロジェクト目標の指標は適切に設定されているといえる。

(3) プロジェクトの成果と目標

本プロジェクトでは、国立リハ病院におけるリハビリテーションサービスに関する「①訓練システムの向上」に加え、「②質を改善するシステムの強化」を成果とすることによって、国立リハ病院を拠点に「質の高い訓練とサービス」が提供されていくことが活動されている。また、医療的リハビリテーションから社会的リハビリテーションへのサービス、都市部から農村部、上位病院から下位病院、への成果の普及をねらい、「③社会福祉省関連施設を含むリハビリテーション関連施設との連携」が成果として設定されている。これら3つの成果から、国立リハ病院を拠点として、人材育成対象としては各レベルの病院、大学、社会福祉省関連施設、NGO等の関係者、直接的サービス提供対象としては国立リハ病院に訪れる患者に対する、質の高いリハビリテーションサービスを提供することが可能となっていく。よって、プロジェクト目標達成のために十分な成果が計画されているといえる。

(4) 指標の入手手段

指標の入手手段としては、すべてプロジェクトの活動を進めていくなかで得られる結果をもとにしており、確認のためにプロジェクトの活動とは別の予算を用意する必要がない。それぞれの活動を計画に沿って進めることで達成度を把握することができるため、目標と現状とを比較することが容易であり、場合により途中で目標達成に向けて計画を調整するなどのフィードバックも可能である。

(5) 外部条件

成果に対する外部条件は、「リハビリテーションスタッフの勤務条件が、プロジェクト開始時と同程度に安定している」と設定されている。ミャンマーのリハビリテーション関係職種の勤務条件は、給与に関しては国内のインフレにともない金額の一斉引き上げが行われたばかりである。国立病院の人事は保健省によって管理されており、その保健省の方針の1つとしてリハビリテーション医療の強化があるため、勤務条件が悪化する可能性は低い。

10-3 効率性

本案件は、以下の理由から効率的な実施が見込める。

(1) プロジェクトの活動と成果

国立リハ病院におけるリハビリテーションサービスに関する「①訓練システムの向上」という成果については、設置された人材開発チームによって、ニーズアセスメント・ベースライン調査を行い、この結果を踏まえ、訓練計画策定・TOT教材開発を行い、実際に訓練を行っていくことが計画されており、訓練にともない教材の改善も計画されている。よって、訓練システムの向上という成果を成し遂げるための十分な活動が計画されているといえる。

国立リハ病院におけるリハビリテーションサービスに関する「②質を改善するシステムの強化」という成果については、オペレーショナル・リサーチにより、リハビリテーションサービスの質の改善のための戦略を練り、リハビリテーションに関する記録・報告システムの改善、広報媒体の作成、を行ったうえで、医療教育を継続させていく。他方で、訓練参加者に対しバリアフリーの概念を示していくことを主な目的として、バリアフリー環境への改修を進める。これらの活動により、リハビリテーションサービスの質を改善するためのシステムの強化が達成されるといえる。

国立リハ病院と「③社会福祉省関連施設を含むリハビリテーション関連施設との連携」という成果については、リハビリテーションサービスに関するセミナー／ワークショップ、および技術会議の開催という活動により、参加する各レベルの病院、大学、社会福祉省関連施設、NGO等の関係者の専門職としての自覚を促し、主体的な研究姿勢を生み出すことが期

待できる。実践場面の技術にも不可欠である学術水準のレベルアップに加え、医療従事者のネットワークの構築は、これらの集いをとおして成し遂げられるものであり、より連携を深めるためにも必要な活動といえる。よって、連携の向上という成果を成し遂げるための十分な活動が計画されているといえる。

(2) 成果の指標

国立リハ病院におけるリハビリテーションサービスに関する「①訓練システムの向上」という成果については、教材の数・訓練の種類・訓練者の数という定量データに加え、訓練の拠点となる国立リハ病院のリハビリテーションサービスにかかる技術・知識の改善という定性データが含まれている。2種類のデータを指標として用いることにより、より適切な評価が行えるような対応がなされている。

国立リハ病院におけるリハビリテーションサービスに関する「②質を改善するシステムの強化」という成果については、オペレーショナル・リサーチの実施、リハビリテーションに関する記録と報告の提出、がなされたか否かを指標としているが、実際にはそれぞれの指標について、オペレーショナル・リサーチの質、記録・報告の数と質についても、指標の定量データとする。また、配布された広報媒体の種類、学術会議の数という定量データを指標とすることで、リハビリテーションサービスの質を改善するために、国立リハ病院が積極的に活動しているかどうかを図ることができる。

国立リハ病院と「③社会福祉省関連施設を含むリハビリテーション関連施設との連携」という成果については、セミナー／ワークショップ数、技術会議数、訓練の数を指標とすることで、各レベルの病院、大学、社会福祉省関連施設、NGO等の関係者との連携の程度を図ることができる。

よって、3つの成果に対する指標は、内容を的確にとらえているといえる。

(3) 投入のタイミングとコスト

本プロジェクトではベースライン調査、オペレーショナル・リサーチが行われ、その結果を踏まえ、短期専門家の専門分野・派遣時期（期間）、研修の目的・対象・内容等を決定していただけるような柔軟な投入が計画されており、効率的な投入を行うための配慮がなされている。

(4) プロジェクトサイトの機材と施設

国立リハ病院の機材と施設は人材育成のために必要な最低限の改善と改修を要するが、可能な限り現状の物を利用しつつ、プロジェクト予算の範囲内で実施できる必要最低限の改修を想定している。また、国立リハ病院施設の小規模なバリアフリー改修を行うことに関し

ては、すでに保健省の合意も得られている。さらに、これに関してはプロジェクトの活動の中で人材開発チームが改めて計画を策定することとなっており、現状の問題把握と改善策についてマネジメントサイドの研修の一部にもなっている。よって、バリアフリー施設改修・リハビリテーション機材供与はコストに見合ったものといえる。

(5) 指標の入手手段

指標の入手手段としては、すべてプロジェクトの活動を進めていくなかで得られる結果をもとにしており、確認のためにプロジェクトの活動とは別の予算を用意する必要がない。それぞれの活動を計画に沿って進めることで達成度を把握することができるため、目標と現状とを比較することが容易であり、場合により途中で目標達成に向けて計画を調整するなどのフィードバックも可能である。

(6) 外部条件

成果に対する外部条件は、「国立リハ病院における訓練が継続して実施されること」と、「訓練を受けたスタッフが勤務を続けること」である。国立リハ病院は現在もさまざまな分野の研修生を受入れている状況であることに加え、保健省の方針として国立リハ病院をリハビリテーション人材育成の中心とすることが示されているため、体制としては訓練を継続して行える可能性が高い。訓練を受けた人材の継続的な勤務に関しては、6カ月以上の長期訓練を海外で受けた場合には、その後も保健省管轄の病院で一定期間の勤務を続ける義務が発生するため、指導者となり得る人材に対して長期海外研修を実施した際はこの外部条件は満たされると考えられる。その他の訓練修了者に関しては、国立病院における勤務のモチベーションを高める、フォローアップ体制を整備するなど、勤務を継続しやすい環境を保つ工夫をプロジェクト実施中に行うことで、条件として満たされる可能性は高くなると考えられる。なお、学術研究等により、自らの専門性について自覚していくことが期待されるため、訓練を受けたスタッフが継続して勤務していく意欲が高まることが予想される。

10-4 インパクト

本案件のインパクトは以下のように予想できる。

(1) 上位目標の内容

上位目標である「ミャンマーにおけるリハビリテーションサービスの質が向上する」で言う、リハビリテーションサービスの質の向上とは、サービスの種類（サービス対象・サービス内容）の増加を意味するといえる。研修対象を、各レベルの病院、大学、社会福祉省関連施設、NGO等の関係者とするにより、障害種別・地域別・年齢別・性別のサービス対

象の拡大と、障害の早期発見・介入・予防から社会的リハビリテーションサービスの提供というサービス内容の拡大をとおして、サービスの種類の拡大をねらうことが可能な計画が立てられている。本プロジェクトでは、「国立リハ病院における質の高いリハビリテーションサービスを提供するためのシステムの強化」により、プロジェクト終了後も、継続されたより質の高い研修が行われていくこととなる。国立リハ病院においてTOTを受けた人材や国立リハ病院で実地研修を受けたヤンゴン医療技術大学の理学療法科を卒業した理学療法士（年間50名卒業）等が、州・管区レベルの病院においてリハビリテーションサービスに関する技術・知識の普及を行っていくことにより、プロジェクト終了5年後までには、ミャンマー国全土におけるリハビリテーションサービスの質が向上していくことが見込まれる。

(2) 上位目標の達成を阻害する要因

現実問題として都市圏ではない病院への配属希望者の確保が困難であることがあげられる。ただし、保健省としては今後2～3年のうちに現在ポストが空いている国立病院すべてにリハビリテーション医療人材を配置したい意向である。プロジェクト実施中に保健省の人事動向にも留意しつつ、必要に応じてJCCの議題として取り上げるなど、積極的な対応を保健省に働きかけることも念頭に入れておく必要がある。

(3) 外部条件

プロジェクト目標達成のための外部条件である「ミャンマーのリハビリテーションに対する国家政策」については、保健省がリハビリテーション医療の強化を1つの方針としており、実際にヤンゴン・マンダレーの医療技術大学におけるリハビリテーション人材育成等において2004年から修士課程が開始されるにあたり、校舎の改築、新規機材の設置をするなどの動きがみられる。よって、リハビリテーションに対する国家政策が急激に変化する可能性は低い。

(4) 国立リハ病院の機能強化による波及効果

本プロジェクトによる国立リハ病院のスタッフの能力強化により、ミャンマー国唯一のリハビリテーション専門病院として、あらゆる障害に対応できる治療体制を備えることが期待できる。さらに、国立リハ病院を実地研修先としている医療系大学の学生（整形外科医・理学療法士・看護師等）にとっても大きな影響をもたらす、プロジェクト開始前よりも適切な技術と正確な知識を学生の間に身につけられることが期待できる。また、リハビリテーション専門病院としての評判が上がることで、一般市民のリハビリテーション医療に対する関心が高まることや、人が集まることによって必然的に障害者に対する情報の蓄積と発信という

機能を備えていく可能性も期待できる。その他、WHOが実施するCBRにおける医療的リハビリテーションサービスの協力、社会福祉省関連施設、障害者支援関連NGO等への講義も行っているため、これらの組織をとおした他分野や住民への裨益が期待される。

留意点として、ヤンゴンを中心とした都市部に暮らす、移動の問題が少ない、肢体不自由者へのリハビリテーションサービスへと偏ったサービスになる可能性があるが、研修対象と研修内容を拡大することにより、障害種・地域・年齢・性を問わない医療的・社会的リハビリテーションサービスの提供が見込める。

(5) 負の影響

本プロジェクトで実施する訓練や導入（整備）される「評価と治療の記録」により、リハビリテーション医療従事者、特に理学療法士の担当業務範囲や種類が増加する可能性があり、これによって患者への対応が雑になるという負の影響が懸念される。これに対しては、彼ら自身の技術を向上させて効率的に治療にあたるようにすることや、マネジメントサイドの研修も実施してリハビリテーション科の全体的な効率アップを目指すこと、セミナー／ワークショップ／技術会議および学術会議等における評価と治療の記録の重要性についての理解促進、また人材開発チームによるモニタリングとフォローアップを行うことにより防げるよう対応を考えておく必要がある。

また、本プロジェクトでの協力分野であるリハビリテーションは西洋医学に基づくものであるが、ミャンマーにおいては、伝統医学が医療分野において普及している。保健省の方針のなかでも伝統医療の強化が示されており、JICAとしても2006年12月から伝統医療プロジェクトが実施されている。患者の8割～9割が脳卒中患者であるヤンゴンの国立伝統医療病院と、国立リハ病院とはリファーマルなシステムが構築されているが、治療・リハビリテーションの方針の違いについては、保健省の方針、患者および家族の意思、伝統医療病院および国立リハ病院の意見を尊重していく配慮が必要とされる。

10-5 自立発展性

本案件の自立発展性は以下のとおり見込める。

(1) 相手国関係者の主体性

自立発展性の確保のためには相手国関係者の主体性と参加意識が重要であるが、本プロジェクトではプロジェクトの詳細な計画策定や執行を、国立リハ病院長を中心とする人材開発チームがJICA専門家のアドバイスのもとに行う計画となっており、主体性は十分に確保されている。また、保健省はリハビリテーション医療を強化させるために、理学療法士養成機関を1994年に大学に昇格させ、2004年には修士課程も設置するなど近年教育体制の確立に

も力を入れており、従ってこの方針に沿った現職リハビリテーション医療従事者の能力向上訓練が継続される可能性は高い。本プロジェクトには人材育成の指導官となる専門人材の育成も含まれているため、彼らと人材開発チームを中心として、プロジェクト終了後もミャンマー国内における訓練が継続できる体制は確保できるものと考えられる。

(2) 学術会議への発展

必要な資機材・学術資料のないまま、検査・測定に基づく評価が行われておらず、物理的治療を中心とした、偏りのある医療的リハビリテーションが行われているミャンマーにおいては、リハビリテーションサービスに関連するスタッフは断片的な知識と模倣に基づきサービスを提供していると考えられる。しかしながら、これらのスタッフの技術・知識の向上の意欲は高いため、ワークショップ／セミナー／技術会議といった、経験・知識の共有の場をプロジェクトの中で設定することで、これらが学術会議等に発展することで主体的に学びあっていくシステムが構築される可能性がある。こういった専門分野での学術会議は、日本のリハビリテーションの歴史の中でも、リハビリテーションサービスの発展に大きく影響しており、ミャンマー国においても学術会議が開催されることが期待される。

(3) 国内の障害問題に関する動き

社会福祉省による包括的な障害者関連法の設置に向けた動き、MDPO（ミャンマー障害当事者組織）の結成など、ミャンマー国内の障害者に関連する医療的リハビリテーション以外の活動が少しずつ形を成してきている状況もかんがみ、今後ますます医療的・社会的リハビリテーションに対する需要が高まることが考えられるため、リハビリテーション強化対策は自立発展的に継続されていくものと予想される。

(4) 指導者育成（Training of Trainers）について

本プロジェクトでは医療リハビリテーションの各専門分野において、指導者となって現場で後進の指導にあたる人材も育成することとしている。対象としては、理学療法士はもちろん、作業療法士や言語聴覚士などミャンマーにはまだ専門家が存在しない分野や、脊髄損傷など特定分野の専門医師やリハビリテーションに特化した看護師などが考えられている。ミャンマー国内に指導者が育つことにより、保健省の主導によって自国内での更なる人材育成が可能となるため、プロジェクト終了後も継続的な人材育成を行えるものと見込まれる。

(5) 供与資機材の維持管理

ミャンマー国においては、物を大切にする慣習があり、リハビリテーション資機材から学

術図書等にいたるまで、丁寧に利用されている。また、高度な電子機器以外であれば、修理や複製も可能である。本プロジェクトにおいては、電気を必要とする物理治療というよりむしろ、機能訓練や生活支援への転換という方向性を目指しているため、供与予定の資機材は電気を利用しない機材を多く導入することが予定されている。また、ヤンゴンにおいては停電が多く発生するため、電気を利用した機材は極力減らすような配慮が必要である。

(6) 遠隔地からの研修への参加

本プロジェクトにおいては、国立リハ病院が研修のサイトとなるため、研修対象外地域的に拡大して行った場合、遠隔地からの研修への参加するための交通費・宿泊費等の費用に関する問題がでる可能性が否定できない。この対処方法として、研修が州・管区レベルにおいて実施されていくように、主要都市の国立病院および州・管区病院の指導者育成を行うこととしている。プロジェクトの実施により、国立リハ病院が質の高い研修先としての著名度が高まれば、研修参加のための予算の確保が、保健省もしくは州・管区レベルの病院によって行われる可能性もある。

第11章 団員所感

11-1 団長所感

JICA人間開発部 技術審議役
小野 喜志雄

ミャンマー国のリハビリテーション強化事前調査に訪問前の印象は、この国で障害者施策に対し、どの程度の関心を持っているのか、疑問に思うところは多々あった。しかし、今回、第2次事前調査団としてミャンマー国を訪問し、プロジェクトの開始に向けて関係者の関心が高まっていることに気づく。住民の普及啓発について、その重要性をミャンマー保健省から指摘された時は、驚きを隠せなかった。それが単なるリハビリテーションということだけでなく、障害者のことに関する普及啓発についても高い関心を示していたからである。しかし、保健省全体がそのように関心が高いわけではないことは、いろいろな部署を回るうちにわかってきた。基本的に、保健省は予防を中心に住民への普及啓発を行ってきたことから、障害者へのリハビリテーションなど予防と異なる観点で普及啓発を行う必要があり、今まで実施してきたことのない事例であるというような説明であった。しかし、今回の訪問で、われわれの考えを説明し、一定の理解を得たように思う。

事前調査において、保健人材養成に関する大学を管轄している Department of Medical Science を訪れた。その際に、リハビリテーション関連の人材は毎年300名ほど養成されているが、国におけるポストは限られており、ミャンマー国における大きな課題であることが指摘された。ミャンマー国において、Basic Health Staffなどの保健人材のポストも十分な増加が見られないなかで、リハビリテーション関連のポストを増やしていくことは大変困難なことであることは容易に想像できる。なお、200床以上の病院には、リハビリテーション関連の人材を配置することになっているとの説明もあり、徐々にそのポストを埋めていくようにするだけでもミャンマー国におけるリハビリテーション体制は強化されることが期待される。

また、Department of Medical Scienceでは研修の講師の派遣やOperational Researchの実施の際の協力について要請を行い、快諾が得られたことは大きな収穫であると考えている。

一方、人材養成企画チームについては、当初からその設置の困難さが予測されていたところであるが、実際にDepartment of Healthを訪問した際に、複数のCommitteeを設置することは困難であること、実際に設置したとしても、皆が出席できる日の設定が困難で、必要な時に開催できない危険性がある旨の説明があり、人材養成企画チームは国立リハ病院内のチームとして設置することとして、当初、Coordinating Committeeの機能として考えていたことについては「リハビリテーション関連機関の連携の強化」ということで、その活動が確保されるようにした。なお、

Coordinating Committeeが研修の予算や機材供与などの企画調整機能をもつことについては、ミャンマー国の現在の体制を考えると極めて困難であると考えられることから、国立リハ病院と保健省の判断で決定していくこととした。

また、Target Hospitalの定義などがあいまいであったこと、並びに質の高いリハビリテーションを提供システムやCapacity Buildingのためのシステムなど、その内容が必ずしも明確でない表現があったことから、ミャンマー側ともプロジェクトデザインの修正について協議を行い、双方の合意を得た。この修正により、リハビリテーションサービス（研修や教育病院としての活動、CBRサービスなど国立リハ病院にて実施しているすべてのサービスを含む）の質の向上に向けてOperational Researchなどの活動を実施することとした。このことにより、リハビリテーション関連の大学との連携もプロジェクト活動の中で強化できるようになったとともに、将来のCBR等の活動への展開も図ることができるようにした。なお、現在、国立リハ病院にて、WHOの支援を受けて、CBRのための研修などを実施している。さらに、伝統医療プロジェクトや実施予定のBHS強化プロジェクトなどのJICAプロジェクトとの連携により、より大きな波及効果が得られる可能性が出てきたと考えている。

APCDについては、その紹介を行い、関心を得ることはできたが、局長や大臣に説明するには、APCDでの活動内容の説明に加え、JICAが支援している機関であることを説明しないと理解してもらえないとの話があった。また、保健省職員のAPCDへの視察をしたい旨の発言もあった。今回は、APCDとの連携についてPDM等に記述することを避けたが、国立リハ病院との連携のなかで社会福祉省の施設を加えたことにより、国立リハ病院の職員などが社会福祉省の施設とAPCDとの連携した会議や研修などに参加できるようになった。今後は、プロジェクトを展開するなかで、保健省と社会福祉省の連携が推進されることを図っていく必要があるかもしれない。

ミャンマー国の障害者対策は緒についたばかりの印象は強いが、今後の発展に期待したいところである。ただし、保健省予算は極端に少ないことから、リハビリテーションの材料などの供与の要請も強くなることが予想される。また、プロジェクトの展開において留意すべき点は多く、プロジェクトの管理は大変であることが予想される。

1 1 - 2 団員所感

1 1 - 2 - 1 リハビリテーション人材育成担当

国際医療福祉大学 リハビリテーション学部 教授
奈良 進弘

【ミャンマーにおけるリハビリテーションの現状】

国立リハ病院およびヤンゴン総合病院（YGH）を訪問し、関係者から話を聞いた。いずれの施設でもリハビリテーション治療室では、物理治療のための設備・備品が中心で、その他は運動療法の設備が散見する程度で、日常活動の訓練のための設備・備品は見る事ができなかった。

医学的リハビリテーションの対象としては、外傷などによる身体障害（脊髄損傷や上下肢運動障害、切断など）が中心であり、頭部外傷などによる中枢性の身体障害、脳血管障害、あるいは脳性麻痺なども対象とされていることが、治療室の状況からうかがえる。このような中枢性運動障害例に対しては、他動的運動と姿勢保持・移動訓練が中心に行われており、運動療法や動作・活動習得のための援助のための設備や機器はほとんど見あたらなかった。

国立リハ病院には、「小児作業療法」と呼ばれる一室があり、そこでは、脳性麻痺児の機能訓練が行われていた。脳性麻痺の初診年齢はおおむね2～3才であるとのことであり、脳性麻痺の早期診断・早期治療の体制は未確立であることが示唆された。また、「小児作業療法」室と呼ばれてはいるが、実際に行われているのは、理学療法そのものであり、どのような経緯で「作業療法」とされたのかは定かではないが、断片的な知識あるいは見学経験に基づき、このようなかたちになったのかもしれない。

医学的リハビリテーションでは、評価の重要性が常に強調されるが、今回の見学では、評価のための検査・測定の実施状況は適切に掌握できなかった。YGHには、関節可動域検査で用いる諸関節の模式図が壁に掲げられており、国立リハ病院では握力計などが置かれているのは確認はできたが、それ以外の評価測定に関わる機器や検査用紙などは見出すことができず、評価の実施、プログラム作成という医学的リハビリテーションの流れは、まだ不十分ではないかと推測された。

医療機関の見学や保健省訪問のなかで、言語療法士や作業療法士の必要性を主張する意見が複数の方から聞くことができた。現状では運動障害に対する治療が中心課題であり、その対応に終始しているが、脳性麻痺、頭部外傷あるいは脳卒中などの中枢神経系障害による言語障害やさらには認知障害などを合併する対象者も一部に対象となり始めている可能性があり、そのため、運動障害だけではなく、言語障害や認知障害などへの対応の必要性が認識されだしてき

ているものと考えられた。

国立リハ病院では、医師、大学院レベルからBHSレベルにいたる幅の広いリハビリテーション医学の研修が提供されている旨の説明を受けた。これらの臨床・実地研修がどのようなカリキュラムに基づき行われているかは、不明である。医師・大学院あるいは学士課程レベルの臨床研修の施設としては、図書や学術情報なども不足しているなか、十分な効果を引き出すことができているとは考えにくい状況だった。

また、保健省では、ヤンゴンとマンダレーにそれぞれある「医療技術大学」では、理学療法士の養成が学士課程で行われ、さらに修士課程も設置されている旨の説明を得た。一方、リハビリテーション看護の教育については、整形外科看護のなかでカバーしている旨の回答があり、リハビリテーション医の教育も実施されているとのことだが、その詳細は不明だった。また、言語療法士や作業療法士の教育も必要との意見もあり、一般的な医学的リハビリテーションに関わる情報はあがるが、これらのリハビリテーションチームを構成する専門職種の具体的な役割についての理解がどの程度なされているのか、判断はできなかった。

以上より、ミャンマーにおける医学的リハビリテーションの現状を以下のように考えた。

- ・後療法や物理的治療が中心である
- ・検査・測定に基づく評価が徹底されていない
- ・機能評価に基づく機能維持や改善のアプローチのための機器設備は少なかった
- ・「活動と参加」を促すはたらきかけのために機器設備は少なかった
- ・断片的な知識と模倣に基づきサービスが行われている可能性がある
- ・教育病院として学術資料の不足と教育システムに改善の余地がある

【国立リハ病院におけるリハビリテーション・サービス「強化」に必要なこと】

以上のような現状の認識をもとに、同国におけるリハビリテーション・サービスを「強化」するための戦略について、リハビリテーション科学の発展過程をもとに考察する。

1. 物理治療から生活支援モデルへの転換

身体障害へのリハビリテーションでは、現在の物理治療中心から、機能訓練を拡充し、さらに生活動作獲得へのアプローチを導入し、実際的な応用動作の定着を目指し、実際の生活を支援するはたらきかけが必要となる。このような物理治療中心のアプローチから生活支援への転換が浸透してくれば、退院後のフォローアップの枠組みの中で、地域における自立生活を支援するアプローチも可能となり、そのなかで地域の支援リソースとの連携の必要性も生じてくると考える。

1) 生活支援機器の紹介

現在、義肢装具のワークショップでの義肢あるいは一部の装具の提供が行われているが、杖や車椅子、自助具などの生活支援機器などの紹介を行うことによって、リハビリテーション・サービスにおける生活支援の役割を示すことが可能となり、生活支援モデルへの転換を促す要因となる。

2) 実践技術指導

基本的概念は、理解されているものと思われるが、具体的なはたらきかけを実際的に学んだ経験が乏しい可能性があり、そのために、機能訓練や生活動作訓練の導入を対象者に示すことができずにいる可能性がある。その解決として、機能訓練、生活動作訓練についての技術紹介が必要である。

3) 評価・測定法の導入

対象者の機能を適切に評価し、リハビリテーションの目標を明確化したアプローチの実践を進める。

2. リハビリテーション科学領域への技術協力

障害やリハビリテーションなどにかかわる学術水準のレベルアップは、実践場面の技術向上にも不可欠であり、これらのリハビリテーションの考え方を広く啓発していくためにも必要であり、国立リハ病院を中心とするリハビリテーション関連機関との技術協力を通じて、学術水準の向上を目指す。リハビリテーション領域において指導者の役割を演じる人たちの学術水準の向上は、それに関わる職種の教育水準を向上させ、サービスにおける内容の物理治療から多様な生活援助への拡大をもたらす。そのことが一般的臨床医に浸透し、身体、認知、言語、知的、精神といった多様な障害へのリハビリテーションの必要性が生じ、リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語療法士など）の専門分化とさまざまな障害を持つ人々の活動と参加を支援するリハビリテーション・サービスが生じるものと考えられる。

1) 学術情報の紹介

学術図書や学術雑誌などを紹介するとともに、研究活動の推進を図る。

2) 研究会議の開催

部門内・部門間、院内、関連病院間などといったレベルでの研究会議の開催は、リハビリテーション・サービス従事者の専門性についての自覚を促し、主体的な研究姿勢を生み出すことが期待できる。専門職としての自覚を持つことによって、リハビリテーシ

ヨンの意義を認識し、それをリハビリテーション領域外の関係者に伝えていくことも可能となる。

3. リハビリテーションについての啓発活動

障害当事者や関係者だけではなく、医療や福祉の関係者への啓発も必要となる。

1) 医療関係者への啓発

早期リハビリテーションの重要性は広く認識されているにもかかわらずリハビリテーション開始が遅れる理由は、医療関係者のリハビリテーションの認識にあることが指摘されている。同国においても、このような医療関係者（脳神経外科や神経内科、小児科など）への啓発活動が必要であり、そのためには、積極的にリハビリテーション実践に関わる学術情報を提供していく必要がある。

脳性麻痺や発達障害の早期発見や早期治療の観点からは、地域において乳幼児の健康に関わる職種への啓発活動も必要であり、リプロダクティブ・ヘルス領域の活動との連携なども視野に入れるべきである。

2) 障害当事者とその関係者への啓発

地域での生活自立の成功例の紹介がもっとも効率的な啓発活動と考える。生活支援機器などの活用事例の紹介が必要と考える。

3) 地域における関係者への啓発

地域生活を支える関係者への啓発活動を行う。

1. 施設関連

(1) 改修工事の方針にあたって

当改修工事においては、本プロジェクトの活動を進めていくうえで、最低限必要な施設の改善にとどめるとする内容で臨んだ。各改修部位の内容については、本調査報告書に記述したとおりである。ここでは、その内容に至った経緯、または意義と言ったものを記述する。

1) 手すり

手すりについては、ステンレスパイプを選択している。ステンレスパイプは、同国で容易に調達可能であり、メンテナンスにおいても拭き取りだけで済む。しかし、手すりには、障害者の体重が掛かっても壊れない堅牢な取り付けが要求される。同国では障害者に対するバリアフリーの施設基準がまだなく、工事実績も乏しい。手すりに対する仕様の確認と工事監理には、十分な配慮が必要と思われる。車椅子便所に設置される可動手すりには、品質と取り付けの確かさが要求されるので、慎重な対応を要するところである。こうして、通路の腰部に手すりが新設される。当初は、少々戸惑いがあるかも知れないが、身障者が施設に対して身近に触れる部分だけに、施設内移動に対する安全性・円滑性に直ぐ気付き、馴染んでいく。

2) 床の改修

床の改修は、小児作業療法室・大人の作業療法室・廊下破損部の修繕の3カ所とした。小児作業療法室では、お座りや寝転ぶ状態の乳幼児が多い。現在の簡易な敷物は小単位の重ね敷きであり、めくれ易く、不安定である。木質の寄木に張替え、肌さわりが良く清掃もし易いものにした。

3) 便所等の水場の改修

施設の中で、一番触れたくないのが不衛生な水場である。しかし、避けては通れないし、身障者施設としては切実で重要な部位である。特に、使い勝手のうえで問題を多く抱えている男女病棟それぞれの水場に対しては、ブースの十分なスペース確保のために一部の壁を造り替え、ブースの数を減らす方策をとった。当初、車椅子対応の便所を障害者の利便性とそうした存在の重要性をアピールするための「モデルルーム」を外来・リハビリテーション診療の通路に計画する方針であったが、それに相応しい

場所がなかった。その代わりに、男女病棟それぞれの水場に車椅子対応のブースも設けることとした。こうして、水場も見違える程に広く使いやすくなる。男女それぞれの病棟の水場では、車椅子便所も設けられ、車椅子障害者の水場の対応は格段に向上する。

4) 専門家事務室の確保

レクチャー・カンファレンス室と階段室に隣接した旧放射線撮影室に設けることとした。現状では部屋が狭いので、放射線隔壁を撤去して、新たに間仕切りを作り、18㎡の広さを確保できるようにした。当室がレクチャー・カンファレンス室に隣接することで、本プロジェクトの活動の管理に効果をもたらすものと思われる。

5) 工事費のコストパフォーマンス

当改修工事は、内装工事・金物工事が主体となるが、見積もりの協力依頼をした現地工事業者の手応えから、邦人の施工業者を介さず現地施工業者で十分応えられることを確認した。当改修工事の価格は、現地業者の発注により、我が国の建設物価と比較すると少なくとも1/4～1/5の数値で済む。対費用効果は高い。

6) その他

ICRCによる義肢装具棟の改修では、当初65,000米ドル（780万日本円）で施設全体の内外装工事に取り掛かった。しかし、屋根などの傷みが予測を超えてひどかったため、工事完了時には、20,000米ドルを上乗せした85,000米ドル（1,020万日本円）の出費となり、帳尻合わせに苦労したことを担当のピエール氏から聞かされた。そうしたことから、当改修工事でも屋根の修繕には注意を払う必要がある（そのピエール氏は、義肢装具部門を本調査の現地最終日7月13日付けで任期切れとなった）。

(2) 義肢装具部門との連携

義肢装具部門の工房では、多くの技能士によって障害者のためのさまざまな製作物を手掛けている。新しい物づくりにも対費用効果を考えながら、積極的に挑戦している。

当病院のバリアフリー工事後において、その都度、気が付く取っ手類の補助具・補助装置の設置は、こうした技能士によって十分可能と思われる。当病院では、施設に対するバリアフリーの概念がなかったため、彼らには建物の補助具・補助装置の発想を持ち合せていなかったためである。施設のバリアフリーを一層改善していくうえで、彼らの手を借りる方策を考えても良いと思う。

(3) 当病院の建替え

1) 施設の老朽化

報告書で述べたとおり、当施設は古いうえ、施設の維持管理が行き届いておらず、その結果、建物はいたるところでほころんでいる。そうしたなかで、雨漏りについては、見過ごすことのできない問題だ。この状況を目の当たりにして、前回調査で無償による建替案が持ち出されたのも当然であると思う。

2) 建替え条件の難しさ

しかし、この案に突き進むには少々難しい問題がある。新しい施設を計画するためには、少なくとも15～20年のスパンで当施設の将来像を見定めなければならない。どのような診療形態で、どのような規模になるかを施設の設計と条件として明快にする必要があるのである。しかし、現在の停滞したの運営現状では、そうした方向性を設定するには、時期尚早ではなかろうか。本プロジェクトが本格化すれば、当病院の診療内容がレベルアップされ、運営規模も拡大され、リハビリテーションのナショナルセンターとしての輪郭ができてくると思われ、少々辛いですが、その手応えを掴むまで粗末な施設で辛抱せざるを得ないことと考える。

3) 施設更新の検討

その手応えを掴んだ段階で、建替えの必要性を吟味する必要がある。もし、その規模が現施設とそれ程変わらない内容であれば、現施設を改修する方法がある。最近の国際赤十字の援助による義肢装具棟の改修がそれである。当施設は古くて傷んでおり、施設全体が寿命を来たしているかの如くとらえられがちであるが、決してそうではない。建築構造体は簡単に傷むものではなく未だ健在であり、単に維持管理が良くないために内外装の傷みが顕著であるということなのである。一般に、施設の建替えの理由として

① 施設規模を変えたく、現施設の増築等では対応しきれない。

② 時代の変化で、施設の形態・設備に不都合を来たしている。

等の事情があげられる。建替えと改修では、対費用効果の全く異なるものであり、その手応えを掴んだ時点でこうした視点を十分検討する必要があると思う。なお、建替えにした場合の候補地として、現施設の敷地内であれば、現施設と前面道路に挟まれた空地、または義肢装具棟と池の脇に散在する付属棟の部分があげられる。

(4) 施設前空地の庭園計画

本調査の後半に、病院敷地の現施設と前面道路に挟まれた広大な空地に、来院者が診療の待ち時間を快適に過ごすための娯楽施設を含む庭園計画のあることがわかった。こ

の庭園計画は、国立リハ病院病院長が国際赤十字の助言のもとに計画し、保健省に提出した。保健省は当計画を我が国に草の根無償による協力として要請したとのことである。ちなみに、その予算は概算で1.2億日本円であると病院長から説明があった。

当病院の施設改修に対して必要最低限の内容で検討しているなかで、その庭園計画の唐突とした内容に戸惑った。当施設改修に猫の額ほどの屋外歩行訓練場工事を計画しており、その庭園計画と少々の部分で重複する。しかし、その庭園計画の実現性を考えると、当屋外歩行訓練場を当施設改修に含めて問題ないと判断している。

(5) 病棟におけるリハビリテーション

同国の病院の病棟は、英国統治時代の流れを組むナイチンゲール式の見渡しのよい大部屋となっている。ヤンゴン総合病院のリハビリテーション病棟も、同じ大部屋の形態であるが、同じ形をした大部屋が病棟専用のリハビリテーション訓練室として隣接していた。病棟とその訓練室は混然一体に運営されているように見えた。

リハビリテーション診療は、基本的に急性期医療を済ましてからなので、入院している障害者の病状は安定しているため、少々落ち着かない雰囲気はあるものの、こうした病棟におけるリハビリテーションがあってもおかしくない自然な形ちであると感じた。

我が国の病院では、発症直後からの早期リハビリテーションに重点がおかれ、病棟のベッドサイドリハビリテーションと称して狭い病室で大変苦勞している。それに比べると、同国においては大部屋のメリットを生かした、病棟に密着したリハビリテーションの可能性を秘めていると思われる。

2. 機材関連

(1) 機材の現地調達

要請機材の中で、稀に作業療法・プレイ療法の小物類においてミャンマー国産に向けられるものはあるが、それ以外の大半は、日本・欧州等からの輸入製品となる。ヤンゴンに代理店を置くメーカーは、以下のとおり。日本では、オージー技研のみ。酒井医療・ミナト医科学等の代表的リハビリテーション機器メーカーに確認したところ、過去に代理店を置いたが、最近ではミャンマーから撤退しているとのことである。欧州では、ベルギーのFISIOMEDが進出している。本調査の現地見積もりにおいては、オージー技研とFISIOMEDが主だったメーカーとなった。機材の維持管理を考えると、輸入ものであれば、当然ながらヤンゴンに代理店を置く製品が望まれるが、一般の医療機材のように試薬・消耗品を必要とするものはないため、代理店を厳密に条件づけるほどのことはないと思われる。

(2) 要請機材の選定

調査後半に、病院長との協議で要請機材の協議をした。それぞれの必要性を短時間の内に確認していったわけであるが、ともするとその必要性について厳しい追求をし、必要性が高いにもかかわらず、病院長には明快な説明ができないで、一步二歩退いた部分があったように、あとになって感じている。同国の人々には、駆け引きのない正直な人柄が多いと映った。病院長もその1人であるとする、正確な確認とはならなかったアイテムもあったかと思われる。機材発注前には、再度病院側との確認作業をされる。その時の見直しを期待したい。

付 属 資 料

第2次事前調査団M/M

R/D (案)

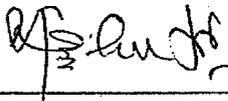
**MINUTES OF MEETING
BETWEEN THE JAPANESE PROJECT 2nd PREPARATORY STUDY TEAM
AND
THE DEPARTMENT OF HEALTH,
THE MINISTRY OF HEALTH OF THE UNION OF MYANMAR
ON THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
THE PROJECT ON STRENGTHENING OF REHABILITATION**

The Japanese Project 2nd Preparatory Study Team (hereinafter referred to as “the Team”), organized by Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”) and headed by Dr. Kishio Ono visited the Union of Myanmar from July 1, 2007 to July 6, 2007, for the purpose of working out the details of the technical cooperation based on the application proposed by the Government of Myanmar for the Project on Strengthening of Rehabilitation (hereinafter referred to as “the Project”).

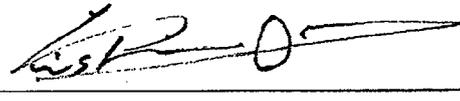
During its stay, the Team exchanged views and had a series of discussions with the Department of Health, the Ministry of Health of the Union of Myanmar concerned with respect to measures to be taken by both governments for the successful implementation of the above-mentioned project.

As a result of the discussions, both parties have agreed to record the matters in the documents attached hereto. Both parties will convey the contents of the Minutes of Meetings to their respective governments.

Nay Pyi Taw, July 5, 2007



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



Dr. Kishio Ono
Leader of 2nd Preparatory Study Team
Japan International Cooperation Agency
Japan

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumption
<p>Overall Goal Quality of rehabilitation services in Myanmar is improved</p>	<p>The number of patients treated at hospitals for the rehabilitation service</p>	<p>1. Annual record of hospitals for department of rehabilitation or physical medicine. 2. Follow-up survey by the Human Resource Development Team.</p>	
<p>Project Purpose The system for providing quality rehabilitation services in NRH is strengthened.</p>	<p>1. The number of PWDs being referred to NRH from other hospitals 2. The number of PWDs being satisfied with rehabilitation services at NRH</p>	<p>1. The record and report about the project 2. Questionnaire and interview to patients and their family members.</p>	<p>The national policy of Myanmar toward rehabilitation is not changed radically.</p>
<p>Outputs 1. Training systems of NRH for rehabilitation services are improved.</p>	<p>1-1 The number of training materials for rehabilitation services 1-2 The varieties of training of rehabilitation services 1-3 Techniques and knowledge on rehabilitation services of staff of NRH are improved. 1-4 The number of trainers at NRH</p>	<p>1-1 The record and report about the project 1-2 The record and report about the project 1-3 The result of final assessment of training for NRH staff 1-4 The record and report about the project</p>	<p>The working conditions of rehabilitation staff are stable when the project started.</p>
<p>2. The systems to improve the quality of rehabilitation services in NRH are strengthened.</p>	<p>2-1 Operational researches are carried out by NRH. 2-2 The record and report on assessment and treatment of rehabilitation carried out at NRH are submitted. 2-3 The varieties of distributed printed materials or broadcasted AV materials 2-4 The number of academic conference for rehabilitation</p>	<p>2-1 The plans and results of operational researches 2-2 The record and report about the project 2-3 Progress report of the project about rising public awareness for rehabilitation services 2-4 The record about the project</p>	
<p>3. The collaboration between NRH and rehabilitation related institutions including instructions from the Ministry of Social Welfare, relief and resettlement is enhanced</p>	<p>3-1 The number of seminars or workshops on rehabilitation services 3-2 The number of technical meetings on rehabilitation services jointly conducted by NRH and other institutions. 3-3 The number of training for staff at hospitals providing rehabilitation services</p>	<p>3-1 The record and report about the project 3-2 The record and report about the project 3-3 The record and report about project</p>	

So

Name of the Project : Project on Strengthening of Rehabilitation in Myanmar
 Project Area : Mainly in Yangon

Duration : Five years
 Target Group : Staff related rehabilitation services

Ver. 0
 Date : July 4, 2007

Activities	Inputs	Outputs
1-1 Establishing Human Resource Development Team at NRH.	Myanmar side -Counterpart and administrative personnel (Director General, Deputy Director General [Medical Care], Medical superintendent of NRH etc)	NRH keeps the running training.
1-2 Implementing training needs assessment.	-Land, building and facilities in NRH	Trained staff their work.
1-3 Implementing baseline survey of rehabilitation services.	-Local Running cost	Pre-conditions
1-4 Making training plans at NRH.	Japanese side	Relevant hospitals and organizations agree to support the project.
1-5 Developing materials for training of trainers on rehabilitation services at NRH.	-Two Long-term experts (Chief Adviser, Project Coordinator) -Short term experts (As trainers of rehabilitation doctor, PT, OT, Rehabilitation Nurse, Team Rehabilitation etc from Japan and other countries)	Japan-Myanmar cooperation is maintained
1-6 Implementing training for trainers on rehabilitation services at NRH.	-Machinery, equipment and facilities for capacity building and training -Running cost for the project	
1-7 Improving materials for training for staff at NRH and hospitals related to rehabilitation services.	-Training in other countries including Japan (training of trainers, hospital management etc.)	
2-1 Conducting operational research on rehabilitation services.		
2-2 Renovating NRH into barrier-free environment.		
2-3 Improving recording and reporting system for rehabilitation services.		
2-4 Making printed or AV materials for rehabilitation.		
2-5 Providing necessary machinery equipment and facilities for capacity building and training		
2-6 Conducting continuing medical education at NRH.		
3-1 Holding seminars or workshops on rehabilitation services.		
3-2 Holding technical meetings on rehabilitation services.		

h

Plan of Operation (Draft) Project on Strengthening of Rehabilitation

Activities		Duration	2008				2009				2010				2011				2012			
			Q1	Q2	Q3	Q4																
1. Improve the training systems of NRH for rehabilitation services																						
1-1	Establishing Human Resource Development Team at NRH.	2months																				
1-2	Implementing training needs assessment.	9months																				
1-3	Implementing baseline survey of rehabilitation services.	18months																				
1-4	Making training plans at NRH.	12months																				
1-5	Developing materials for training of trainers on rehabilitation services at NRH.	15months																				
1-6	Implementing Training for Trainers on rehabilitation services at NRH.	39months																				
1-7	Improving materials for training for staff at NRH and hospitals related to rehabilitation services.	24months																				
2. Strengthening the systems to improve the quality of rehabilitation services in NRH																						
2-1	Conducting operational research on rehabilitation services.	24months																				
2-2	Renovating NRH into barrier-free environment.	24months																				
2-3	Improving recording and reporting system for rehabilitation services.	12months																				
2-4	Making printed or AV materials for rehabilitation.	48months																				
2-5	Providing necessary machinery equipment and facilities for capacity building and training.	24months																				
2-6	Conducting continuing medical education at NRH.	36months																				
3. Enhancing the collaboration between NRH and rehabilitation related institutions including institutions from the Ministry of Social Welfare, relief and resettlement																						
3-1	Holding seminar or workshop on rehabilitation services.	54months																				
3-2	Holding technical meetings on rehabilitation services.	48months																				

Handwritten signature

~~(DRAFT)~~
**RECORD OF DISCUSSIONS
BETWEEN
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY
AND
THE DEPARTMENT OF HEALTH,
THE MINISTRY OF HEALTH OF
THE UNION OF MYANMAR
ON THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION FOR
THE PROJECT ON STRENGTHENING OF REHABILITATION**

Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”) exchanged views and had a series of discussions with the Department of Health, the Ministry of Health (hereinafter referred to as “DOH”) with respect to desirable measures to be taken by JICA and DOH of the Union of Myanmar for the successful implementation of the Project on Strengthening of Rehabilitation.

As a result of the discussions, JICA and the DOH agreed to recommend to their respective Governments the matters referred to in the document attached hereto.

Nay Pyi Taw, XX, XX, 2007

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

Ms. Michiko Umezaki
Resident Representative,
Myanmar Office,
Japan International Cooperation Agency

THE ATTACHED DOCUMENT

I. COOPERATION BETWEEN JICA AND DOH

1. DOH will implement the Project on Strengthening of Rehabilitation (hereinafter referred to as “the Project”) in cooperation with JICA.
2. The Project will be implemented in accordance with the MASTER PLAN, which is given in Annex I.

II. MEASURES TO BE TAKEN BY JICA

In accordance with the laws and regulations in force in Japan, JICA will take, at its own expense, the following measures according to the normal procedures under the Colombo Plan Technical Cooperation Scheme.

1. DISPATCH OF JAPANESE AND OTHER COUNTRY’S EXPERTS

JICA will provide the services of the Japanese and other country’s experts as listed in Annex II.

2. PROVISION OF MACHINERY AND EQUIPMENT

JICA will provide such machinery, equipment and other materials (hereinafter referred to as “the Equipment”) necessary for the implementation of the Project as listed in Annex III. The Equipment will become the property of DOH, upon being delivered C.I.F. (cost, insurance and freight) to the Myanmar authorities concerned at the ports and/or airports of disembarkation.

3. TRAINING OF MYANMAR PERSONNEL IN OTHER COUNTRIES INCLUDING JAPAN

JICA will receive the Myanmar personnel connected with the Project for technical training in other countries including Japan.

III. MEASURES TO BE TAKEN BY DOH

1. DOH will take necessary measures to ensure that the self-reliant operation of the Project will be sustained during and after the period of Japanese technical cooperation, through full and active involvement in the Project by all related authorities, beneficiary groups and institutions.
2. DOH will ensure that the technologies and knowledge acquired by the Myanmar nationals as a result of Japanese technical cooperation will contribute to the economic and social development of the Union of Myanmar.
3. DOH will grant in the Union of Myanmar privileges, exemptions and benefits to the Japanese experts referred to in II-1 above and their families, which are no less favorable than those accorded to experts of third countries working in the Union of Myanmar under the Colombo Plan Technical Cooperation Scheme.
4. DOH will ensure that the Equipment referred to in II-2 above will be utilized effectively for the implementation of the Project in consultation with the Japanese experts referred to in Annex II.
5. In accordance with the laws and regulations in force in the Union of Myanmar, DOH will take necessary measures to provide at its own expense:
 - (1) Services of the Myanmar counterpart personnel and administrative personnel as listed in Annex IV;
 - (2) Land, buildings and facilities as listed in Annex V; and
 - (3) Supply or replacement of machinery, equipment, instruments, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the Equipment provided by JICA under II-2 above;
6. In accordance with the laws and regulations in force in the Union of Myanmar, DOH will take necessary measures to meet:
 - (1) Expenses necessary for transportation of the Equipment referred to in II-2 above within the Union of Myanmar as well as for the installation, operation and

maintenance thereof;

- (2) Customs duties, internal taxes and any other charges on the Equipment referred to in II-2 above, imposed in the Union of Myanmar; and
- (3) Running local expenses necessary for the implementation of the Project.

IV. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

1. Director General, DOH as the Project Director, will bear overall responsibility for the administration and implementation of the Project.
2. Deputy Director General, DOH as the Project Manager, will be responsible for the managerial and technical matters of the Project.
3. The Japanese experts will provide necessary recommendations and advice to the Project Director and the Project Manager on any matters pertaining to the implementation of the Project.
4. The Japanese experts will give necessary technical guidance and advice to the Myanmar counterpart personnel on technical matters pertaining to the implementation of the Project.
5. For the effective and successful implementation of technical cooperation for the Project, a Joint Coordinating Committee will be established whose functions and composition are described in Annex VI.

V. JOINT EVALUATION

Evaluation of the Project will be conducted jointly by JICA and the Myanmar authorities concerned, at the middle and during the last six months of the cooperation term in order to examine the level of achievement.

VI. CLAIMS AGAINST JAPANESE EXPERTS

DOH undertakes to bear claims, if any arises, against the Japanese experts engaged in technical cooperation for the Project resulting from, occurring in the course of, or

otherwise connected with the discharge of their official functions in the Union of Myanmar except for those arising from the willful misconduct or gross negligence of the Japanese experts.

VII. MUTUAL CONSULTATION

There will be mutual consultation between JICA and DOH on any major issues arising from, or in connection with this Attached Document.

VIII. MEASURES TO PROMOTE UNDERSTANDING OF AND SUPPORT FOR THE PROJECT

For the purpose of promoting support for the Project among the people of the Union of Myanmar, DOH will take appropriate measures to make the Project widely known to the people of the Union of Myanmar.

IX. TERM OF COOPERATION

The duration of the technical cooperation for the Project under this Attached Document will be five years from signing of the Record of Discussions.

ANNEX I	MASTER PLAN
ANNEX II	LIST OF JAPANESE EXPERTS AND OTHER COUNTRY'S EXPERT
ANNEX III	LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT
ANNEX IV	LIST OF MYANMAR COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL
ANNEX V	LIST OF LAND, BUILDINGS AND FACILITIES
ANNEX VI	JOINT COORDINATING COMMITTEE

MASTER PLAN

OVERALL GOAL

Quality of rehabilitation services in Myanmar is improved.

PROJECT PURPOSE

The system for providing quality rehabilitation services in National Rehabilitation Hospital (NRH) is strengthened.

OUTPUTS

1. Training systems of NRH for rehabilitation services are improved.
2. The systems to improve the quality of rehabilitation services in NRH are strengthened.
3. The collaboration between NRH and rehabilitation related institutions including institutions from the Ministry of Social Welfare, relief and resettlement is enhanced.

ACTIVITIES

- 1-1 Establishing Human Resource Development Team at NRH.
 - 1-2 Implementing training needs assessment.
 - 1-3 Implementing baseline survey of rehabilitation services.
 - 1-4 Making training plans at NRH.
 - 1-5 Developing materials for training of trainers on rehabilitation services at NRH.
 - 1-6 Implementing training for trainers on rehabilitation services at NRH.
 - 1-7 Improving materials for training for staff at NRH and hospitals related to rehabilitation services.
-
- 2-1 Conducting operational research on rehabilitation services.
 - 2-2 Renovating NRH into barrier-free environment.
 - 2-3 Improving recording and reporting system for rehabilitation services.
 - 2-4 Making printed or AV materials for rehabilitation.
 - 2-5 Providing necessary machinery, equipment and facilities for capacity building and training.
 - 2-6 Conducting continuing medical education at NRH.
-
- 3-1 Holding seminars or workshops on rehabilitation services.
 - 3-2 Holding technical meetings on rehabilitation services.

LIST OF JAPANESE AND OTHER COUNTRY'S EXPERTS

Long-term Experts

1. Chief Adviser
2. Project Coordinator

Short-term Experts

1. Experts on Rehabilitation Therapy
 2. Experts on Operational Research
- * Other experts mutually agreed upon as necessary

LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT

1. Equipment for Rehabilitation-related Staff Training in lecture and seminar
(Computers, Projectors, White Board, etc)
2. Equipment for clinical technique in practical demonstration
(Basic physiotherapy and occupational therapy equipment)
3. Minimum renovation of facilities for the capacity building and training
4. Other equipment mutually agreed upon as necessary

**LIST OF MYANMAR COUNTERPART AND
ADMINISTRATIVE PERSONNEL**

1. Project Director: Director General, DOH
2. Project Manager: Deputy Director General (Medical Care), DOH
3. Director (Medical Care), DOH
4. Medical Superintendent, NRH
5. Other personnel as necessary

LIST OF LAND, BUILDING AND FACILITIES

1. Land, building and facilities necessary for the Project
2. Office spaces and facilities necessary for the Japanese experts
3. Rooms and spaces necessary for installation and storage of the equipment
4. Other facilities mutually agreed upon as necessary

JOINT COORDINATING COMMITTEE

1. Functions

The Joint Coordinating Committee meeting will be held at least once a year and whenever necessity arises. Its functions are as follows:

- (1) To formulate the annual work plan of the Project;
- (2) To review the progress of the annual work plan;
- (3) To review and exchange opinions on major issues that may arise during the implementation of the Project;
- (4) To discuss any other issue(s) pertinent to the smooth implementation of the Project.

2. Members

Chairperson: Director General, DOH

- Myanmar Side

- (1) Members of DOH
 - a. Deputy Director General (Medical Care)
 - b. Director (Medical Care)
 - c. Deputy Director (Medical Care)
 - d. Medical Superintendent, National Rehabilitation Hospital
- (2) Member of Department of Medical Science
 - a. Deputy Director General
- (3) Member of Department of Social Welfare, Ministry of Social Welfare, Relief and Resettlement
 - a. Deputy Director General
- (4) Members of Partner Associations
 - a. One representative of Society of Rehabilitation Medicine, Myanmar Medical Association
 - b. One Representative of Disabled People's Organization

- Japanese Side

- (1) Members of JICA:
 - a. Resident Representative of JICA Myanmar Office
 - b. Japanese experts and other country's experts
 - c. Other personnel concerned, to be assigned by JICA, if necessary

Note: Official(s) of the Japanese Embassy in Myanmar and others may be invited at the Joint Coordinating Committee meeting as observer(s)

