

ミャンマー連邦
地域展開型リプロダクティブヘルスプロジェクト
中間評価調査報告書

平成21年6月
(2009年)

独立行政法人国際協力機構
ミャンマー事務所

序 文

ミャンマー連邦では、保健システムの未整備や人材不足などの事情によりリプロダクティブ・ヘルス・サービスを含む保健サービスや情報への住民のアクセスが限られており、妊産婦死亡率および乳幼児死亡率は他のアジア諸国と比較して高い水準にあります。特に地方農村部においては、専門技能者が介助する出産の割合が低く、また望まない妊娠も多い状況にあり、高い妊産婦死亡率が大きな問題となっています。

このため同国政府は、「地域展開型リプロダクティブヘルスプロジェクト」を我が国に対して要請しました。これを受けて独立行政法人国際協力機構（JICA）は、2005年2月より5年間の予定で、本プロジェクトを実施してきました。本プロジェクトは、ミャンマー連邦ナウンチョータウンシップおよびチャウメータウンシップを対象地域として、保健医療従事者およびボランティアへの研修、住民への啓発活動、保健行政のマネジメントの向上などを通して、質の高いリプロダクティブ・ヘルス・サービスの利用が増加することを目標としています。さらに、対象地域で形成されたこれら活動のモデルが、ミャンマー連邦内の他の地域でも適用されることを目標としています。

今般、プロジェクト開始から2年半が経過し、その成果達成度を確認し、今後の活動方針を検討するため、2007年8月26日から9月7日までの日程で調査団を派遣し、ミャンマー連邦政府関係機関との間で、プロジェクトの進捗の確認と今後の方向性に係る協議を行いました。本報告書は、同調査結果を取りまとめたものであり、今後のプロジェクトの展開にあたって活用されることを願っております。

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

平成21年6月

独立行政法人国際協力機構
ミャンマー事務所長 宮本 秀夫

目 次

序 文

略語表

評価調査結果要約表

地 図

写 真

第1章 調査概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査の方法	1
1-3 調査団構成	2
1-4 調査日程	3
1-5 対象プロジェクトの概要	4
第2章 調査の結果	6
2-1 投入実績	6
2-2 活動実績と成果達成状況	7
2-3 現地視察結果	9
2-4 評価5項目による評価	12
2-5 結論および提言	15
付属資料	
1. ミニッツ	19
2. PDM (ver. 03)	75
3. 主要面談者	79
4. 実績グリッド	81
5. 実施プロセスグリッド	97
6. 評価グリッド	99

略 語 表

AMW	Auxiliary Midwife	補助助産師
ANC	Antenatal Care	産前ケア（産前健診）
ARH	Adolescent Reproductive Health	思春期リプロダクティブヘルス
BCC	Behavior Change Communication	行動変容を目的としたコミュニケーション
BHN	Basic Human Needs	ベーシック・ヒューマン・ニーズ
BHS	Basic Health Staff	（政府の）保健医療従事者
BS	Birth Spacing	出産間隔調整（家族計画と同義）
CDK	Clean Delivery Kit	衛生出産キット
CHE	Continuous Health Education	継続的健康教育
CHW	Community Health Worker	（ボランティアの）コミュニティヘルスワーカー
CME	Continuous Married Education	継続的医療教育
CMW	Currently Mother Women	有配偶女性
CPR	Contraceptive Prevalence Rate	避妊実行率
DOH	Department of Health	保健局
EMW	Ever Married Women	結婚歴のある女性
EOC	Emergency Obstetric Care	緊急産科ケア
EPI	Expanded Program on Immunization	予防接種拡大計画
FGD	Focus Group Discussion	フォーカスグループディスカッション
FP	Family Planning	家族計画（ミャンマーではFPの代わりにBS=Birth Spacingが使われることが多い）
GP	General Practitioner	一般開業医
HA	Health Assistant	ヘルス・アシスタント
HBMR	Home-Based Maternal Record	妊産婦手帳
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome	ヒト免疫不全ウイルス／後天性免疫不全症候群（HIV/エイズ）
HMIS	Health Management Information System	保健情報管理システム
ICPD	International Conference on Population and Development	国際人口開発会議（カイロ会議）
IEC	Information, Education and Communication	情報・教育・コミュニケーション
IMR	Infant Mortality Rate	乳児死亡率
INGO	International Non-Governmental Organization	国際NGO（国際非政府組織）
IUD	Intrauterine Device	子宮内避妊器具

JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
JOICFP	Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning	財団法人家族計画国際協力財団 (ジョイセフ)
LHV	Lady Health Visitor	レディーヘルスビジター (訪問保健師)
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
MCHP	Maternal and Child Health Promoters	母子保健推進員
MDG	Millennium Development Goal	ミレニアム開発目標
MMA	Myanmar Medical Association	ミャンマー医師会
MMCWA	Myanmar Maternal and Child Welfare Association	ミャンマー母子福祉協会
MMR	Maternal Mortality Rate	妊産婦死亡率
MO	Medical Officer	医務官
MOH	Ministry of Health	保健省
MW	Midwife	助産師
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織 (NGO)
OBGYN	Obstetrics/Gynecology	産婦人科医師
OC	Obstetric Complication	産科合併症
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
OVI	Objectively Verifiable Indicator	(PDMの) 指標
PCM	Project Cycle Management	プロジェクト・サイクル・マネジメント (PCM)
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM)
PHC	Primary Health Care	プライマリー・ヘルスケア
PHS	Public Health Supervisor	公衆衛生監督官
PNC	Postnatal Care	産後ケア (産後健診)
PSC	Project Steering Committee	プロジェクト運営委員会
RH	Reproductive Health	リプロダクティブ・ヘルス
RHC	Rural Health Center	農村保健センター
RHMIS	Reproductive Health Management Information System	リプロダクティブ・ヘルス情報管理システム
SBA	Skilled Birth Attendant	専門助産技能のある介助者
SDP	Service Delivery Point	(保健) サービス提供場所
SH	Station Hospital	ステーション病院
SMO	Station Medical Officer	ステーション病院長
SP	Service Provider	サービス提供者

SPDC	State Peace and Development Council	国家平和発展評議会
Sub-RHC	Sub-Rural Health Center	準農村保健センター
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的助産師
TMO	Township Medical Officer	タウンシップ医務官
TT	Tetanus Toxoid	破傷風
TTBA	Trained Traditional Birth Attendant	訓練を受けた伝統的助産師
TWG	Township Working Group	タウンシップ・ワーキング・グループ
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）
VHW	Voluntary Health Worker	ボランティア・ヘルスワーカー
VTWG	Village Tract Working Group	村落ワーキング・グループ
WHO	World Health Organization	世界保健機関
WRA	Women in Reproductive Age	出産可能年齢女性

評価調査結果要約表

1. 案件の概要	
国名：ミャンマー連邦	案件名：ミャンマー連邦地域展開型リプロダクティブヘルスプロジェクト
分野：保健医療	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：ミャンマー事務所	協力金額（開始から2006年度までの累積）：2.03億円 全体協力期間の協力金額（計画）：約5.5億円
協力期間	2005年1月～2009年12月（5年間）
	相手先機関：保健省（Ministry of Health：MOH）保健局（Department of Health：DOH）
	国内協力機関： 財団法人家族計画国際協力財団（ジョイセフ）
	他の関連協力：
<p>1-1 協力の背景と経緯</p> <p>ミャンマー連邦（以下、「ミ」国と記す）では、保健医療従事者の技術および人数の不足、保健医療施設へのアクセスの悪さが課題となっており、伝統的習慣や情報不足などにより、住民のリプロダクティブ・ヘルス（Reproductive Health：RH）に対する理解や関心・知識が不足していることが課題として認識されている。</p> <p>同国の妊産婦死亡率（380/10万対）、乳幼児死亡率（74/1000対）はいずれも高い数値を示しており、避妊実施率が低い、避妊を望みながら実行できない個人/カップルの割合が高い、専門技能者が介助する出産の割合が低いという問題が指摘されている。特に、妊産婦死亡原因の約50%を（非合法であるはずの）中絶による合併症が占めているという現状は、「ミ」国でRHを推進するうえで、大きな課題となっている。地域的には、シャン州、なかでも北シャンと東シャンが、妊産婦死亡率が500を超えるなど、国内他地域に比べてRH関連の指標が悪い地域となっている。</p> <p>このような現状を踏まえ、本プロジェクトでは、シャン州チャウメータウンシップおよびナウンチョータウンシップを対象として、安全な妊娠・出産（Safe Motherhood）の推進を目的とした協力を実施することとなった。</p> <p>1-2 協力内容</p> <p>(1) 上位目標</p> <p>ミャンマー連邦内のプロジェクト地区およびプロジェクト拡大地域におけるRHの状態が向上する。</p> <p>(2) プロジェクト目標</p> <p>1) プロジェクト地区における質の高いRHサービスの利用が増加する。</p> <p>2) プロジェクトの成功事例および地域展開型RHのモデルアプローチがミャンマー連邦内の他の地域のRH関連プログラムに適用される。</p> <p>(3) 成果</p> <p>1) プロジェクト地区において、RHサービス、特に安全な妊娠と出産（Safe Motherhood）に関するサービスの質が向上する。</p> <p>2) プロジェクト地区の住民、特に女性のRHに関する意識と知識が向上する。</p>	

- 3) 保健省保健局 (DOH)、タウンシップDOH、農村保健センター (RHC)、および他の政府/NGO関係機関のマネジメント能力および技術が強化される。
- 4) ミャンマー連邦内のRHプログラムのもとで適用可能な地域展開型RHのアプローチが形成される。

(4) 投入 (評価時点)

1) 日本側

専門家：計56.9人/月

機材供与：助産教材、分娩台、車椅子、ストレッチャー、基礎的医療機材など

研修：本邦研修 8名 (2コース)

第三国研修 (ベトナム) 6名 (1コース)

2) 相手国側

カウンターパート人員の配置：17名

2. 評価調査団の概要

調査者	担当分野	氏名	職位
	小林 尚行	団長・総括	国際協力機構人間開発部人間開発部 母子保健チーム長
	鈴木 琴子	リプロダクティブ・ヘルス	東京学芸大学教育学部 講師
	加藤 綾子	評価計画	国際協力機構人間開発部母子保健チーム 職員
	高橋 佳子	評価分析	(有) Y'sコンサルティングオフィス
調査期間	2007年8月17日～9月7日		評価種類：中間評価

3. 評価結果の概要

3-1 実績の確認

(1) 成果1～5の達成状況は以下のとおりである。

1) 成果1：プロジェクト地域においてRHサービス、特に安全な妊娠と出産に関するサービスの質が向上する。

プロジェクトは、助産師 (MW)、補助助産師 (AMW)、そして母子保健推進員 (MCHP) への研修が実績を上げている。特にMCHPに対しては、計68回の養成研修により本調査時まで1,672名のMCHPが養成された。彼らの知識の水準は、研修の前後の比較において向上している。このことは、彼らの技能の熟練とおそらく質の高いRHサービス提供に関するプラスの方向での行動の変化に貢献したと思われる。養成されたMCHPは高い動機づけがなされたように見受けられ、妊婦のRHサービスへのアクセスの増加に貢献している。

2) 成果2：プロジェクト地域の住民、特に女性のRHに関する意識・知識が向上する。

これまで、成果2のよりの活動はプロジェクト期間の後期部分での一層の展開のための準備に取り組んできた。IEC (Information, Education and Communication)/BCC (Behavior Change Communication) の教材はすでに開発され、IEC/BCCに関する研修も実施されている。MCHPは、地域の妊産婦への家庭訪問の際に、プロジェクトで開発された教材のうち、地域用パンフレットを人々に配布する活動も開始している。

3) 成果3：DOH、タウンシップDOH、RHCおよび関連する政府機関、NGOのマネジメ

ント能力および技術が強化される。

プロジェクトの運営委員会がそれぞれのレベルで設立された。中央レベルではPSC (Project Steering Committee)、タウンシップではTWG (Township Working Group)、そして村落レベルではVTWG (Village Tract Working Group) が、プロジェクトの活動を支援する目的で設立された。彼らは、プロジェクトで作成したTWGおよびVTWGガイドラインに従って各レベルで定例会議を開催している。VTWGによっては、すでにコミュニティでの支援を開始したところもあることが調査で確認されている。なお、モニタリング・システムは、2007年度中に活動計画が策定される予定である。

4) 成果4：ミャンマー連邦のRHプログラムのもとで、適用可能な地域展開型RHのアプローチが形成される。

ベースライン調査IとII、MCHP活動等へのオペレーショナル・リサーチ、研修や教材のレビューが実施されている。プロジェクトでは、アプローチの形成に必要なこれら調査を適切なタイミングで実施し、活動に活かしている。今後、調査結果の分析をもとに、拡大地域への適用が可能な地域展開型RHアプローチの枠組みが策定される計画である。

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性

プロジェクトの上位目標とプロジェクト目標は、ターゲット・グループ（15歳から49歳の出産可能年齢の女性）のニーズ、「ミ」国の保健政策および日本政府の援助政策に照らして、妥当であるといえる。

しかしながら、現在のプロジェクトデザインについては、各成果とその活動、プロジェクト目標と外部条件、さらに上位目標との関係性において整合性を欠く部分があり、また農村・遠隔地域のターゲット・グループの女性たちが置かれている状況は、都市部とは異なるため、厳しい地理的条件に則した指標が検討される必要がある。このため本調査後引き続きJICA、プロジェクト専門家、およびカウンターパートの協議のもと、より適切な指標を検討することとなった。

(2) 有効性

中間評価調査時においては、設定された指標によるプロジェクト目標「質の高いRHサービスの利用が増加する」（プロジェクト目標1）および「プロジェクトの成功事例および地域展開型RHのモデルアプローチが国内他地域のRH関連のプログラムに適用される」（プロジェクト目標2）の達成度を検証することは困難だったが、現時点ですでにプロジェクト目標達成の方向に向けてプロジェクトの成果が発現しつつあることが、指標に替わる件数等で確認できた。例えば、産前ケアを受診した妊婦の人数、訓練を受けた人材の介助によるお産の件数、上位の保健施設へのリファラルケース、そして破傷風の予防接種を受けた妊婦の人数では、プロジェクト開始前との比較においてその増加が確認されている。

(3) 効率性

各投入は、その数量、質、投入したタイミングの観点から、適切であったといえる。

また、各成果の達成度については、投入の総量（計画どおり）から、さらにプロジェクト開始後のプロジェクト地域（シャン州）への立入り制限による活動期間の短さなどから

勘案して、効率性は高かったと思われる。

(4) インパクト

期待されたプラスのインパクトのひとつである上位目標については、通常プロジェクト終了後3年から5年後の達成目標である上位目標の達成見込みの検証は、現時点での判断は難しい。しかし、MWへのインタビュー結果等から、本プロジェクトが妊婦、子ども、母子保健の領域を超えて住民の健康に広くインパクトをもたらす可能性もあり、もうしばらく時間の経過が必要である。

中間評価時においては、プロジェクトの実施によって引き起こされたと思われるマイナスのインパクトは特に認められなかった。とはいえ今後もプロジェクト実施中においては、注意深くプロジェクトによるインパクトについてモニターしていく必要がある。

(5) 自立発展性

1) 組織・制度的自立発展性

地域におけるRHサービスのレベルの向上と持続は、現行の組織と制度でプロジェクト終了後も同様の活動を続け、将来的に地域を拡大するという観点からは十分とはいえない。特に、地域のための公的保健サービスからは、一層の支援が必要とされている。

MCHPのボランティア活動の継続は、プロジェクトによるシステム／モデル構築において、インセンティブのあり方も含めDOHや地域とともに検討すべき重要な課題である。一方、「ミ」国の現状においては、組織・制度的自立発展性の限界は存在し、この現状を踏まえた見通しが必要である。

2) 財政的自立発展性

プロジェクトによって形成される地域展開型RHサービスのアプローチは、「ミ」国内での地域拡大に適用するという観点から、「コスト意識のあるアプローチ」でなくてはならない。

3) 技術的自立発展性

プロジェクトによって訓練された地域のMW（BHS）、AMWそしてMCHPなどの人材の知識と技能は、今後のDOHによる継続的医療教育（CME）利用の可能性と、プロジェクトによる研修と支援的スーパービジョンのシステムづくりによって強化されるであろう。DOHによれば、MWが絶対的に不足している現状から、今後AMWについては、継続的な教育の対象としていく方針であることが確認された。

(6) 効果発現に係る貢献・阻害要因

1) 貢献要因

プロジェクトで養成されたMCHPが、それぞれの村で毎週の家庭訪問活動を開始したこと、約2か月の間に1,672人のMCHPに研修を実施したことにより、対象地域の全620か村をカバーできるMCHPが養成（1村平均ではMCHP2.7人）され、地域全体で一人平均30世帯を担当するMCHPが誕生したことは、成果1の貢献要因と考えられる。

成果2のプロジェクト目標への貢献要因のひとつは、RHサービスの提供側と地域とのリンケージができつつあることである。プロジェクトによって養成されたMCHPの活動とVTWGなど地域が支援する移動手段の提供によって、緊急ケースの妊婦が地域から保健施設、あるいは上位の医療施設への移送がされたケースがすでに報告されている。

また、関連の国際機関との連携および協力は、AMW再研修の早期実施に貢献した要因のひとつである。

2) 阻害要因

2つのタウンシップにおけるRHサービスの利用者数はここ数か月で急激に増加しているものの、山岳や遠隔地域の村で活動するMCHPの間では、毎週の家庭訪問や活動記録の記入が困難な状況であることが、2007年7月にプロジェクトで実施した「MCHPの活動状況調査」で明らかになっている。

3-3 結論および提言

(1) 自立発展性について

RHCおよびSub-Rural Health Center (Sub-RHC) における保健医療サービスの提供と、住民からRHCおよびSub-RHCにアクセスしていくような行動変容を図り、施設分娩やBHSによる出産介助を増加していくことを本プロジェクトでは狙っているが、保健医療サービスと住民の双方の「橋渡し役」を担うのが主にMCHPと位置づけられている。この活動を継続性のあるものとしていくためには、RHCおよびSub-RHCと住民の協働を図り、MCHPを支援していく現場レベルでの組織体制（保健委員会の設置など）が重要である。現在、プロジェクトでは、TWG、VTWGなどがその体制の一部を担うものとして結成されているが、今後は既存の保健委員会の活用、平和発展委員会（PDC）から村落に対する支援強化などを検討し、本プロジェクトにより開発される「地域展開型RHアプローチ」を継続的に支える手段として、最適な体制を検証、確立していくことが必要である。

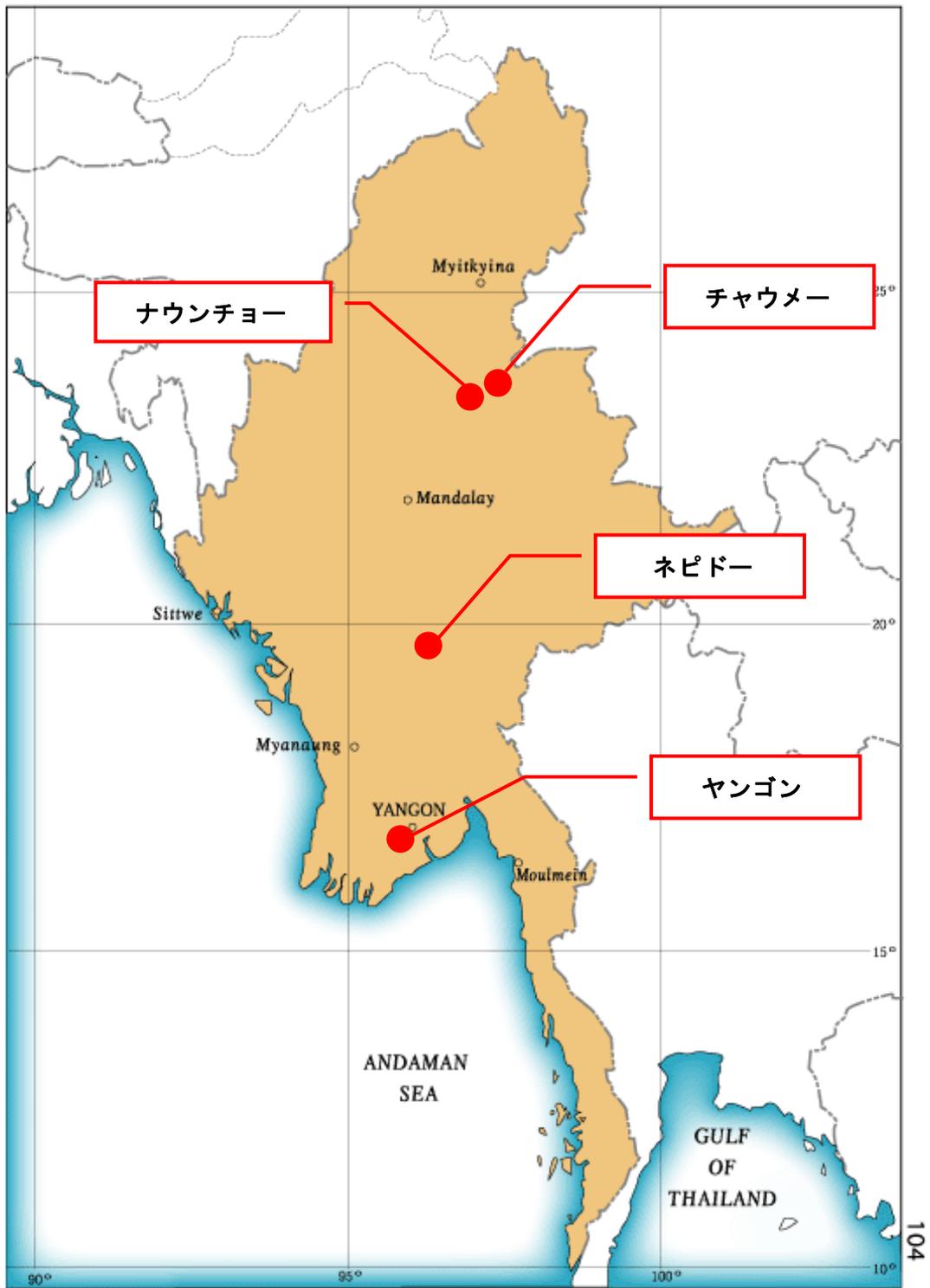
(2) 質の高いRHサービスを提供するためのチーム・ワークの必要性について

国際的潮流をみても、出産介助はあくまでSkilled Birth Attendant (SBA、専門技能の資格のある医療従事者) により行われるべきという方向である。「ミ」国においては、AMW（1980年代に6か月の訓練を受けたボランティアベースの補助助産師で、SBAではない人材）という同国特有の制度が存在するが、あくまでSBA（助産師）の指導のもとに出産介助を行うのが基本である（保健省によれば、SBAの存在しない地域においてはAMWがSBAより委任されたと位置づけているとのこと）。また、MCHPの役割もSBAへの「橋渡し役」であり、推進員以上の役割を期待することは論外である。質の高いRHサービスを確保していくためには、AMWおよびMCHPの役割を限定したうえで、SBA（MW）が指導していく体制をつくっていくことが必要とされる。その観点から、SBA（MW）とAMW、MCHPがチームとして総合力を発揮していけるように、それぞれの役割を明確にし、かつSBA（MW）の指導者としての能力強化を行っていくことが必要であり、これらについて今後のプロジェクト活動に含めていくことが必要である。

(3) 「地域展開型RHアプローチ」の確立に向けてのロードマップの作成について

「地域展開型RHアプローチ」をわかりやすいようにコンセプト化し、より詳細に内容を検証・確立していくことが本プロジェクトでは求められている。そのためにはそれぞれの活動が相乗効果（活動間の連携による効果）を発現していけるように、今後の活動の段取りについて保健省と調整し、視覚的にわかりやすい形で示していくことにより、保健省側の役割の認識を高め、かつ関係者間において意識の共有を図ることが可能であると思われる。

調査対象位置図





農村保健センター（RHC）に集まった母子保健推進員（MCHP）



初産を迎える妊婦の家庭にて。妊婦を担当するMCHPにインタビューを行った。



IEC/BCCの研修を実施する助産師



今後のプロジェクト計画を検討するミャンマーのカウンターパート



プロジェクト供与機材の車椅子とストレッチャー。ナウンチョータウンシップ病院にて。



新生児用の手作りのベッド。新生児の体温を下げないように電灯を取り付けて毛布でカバーされており、現地で入手可能な材料を用いた工夫がなされている。ナウンチョータウンシップ病院にて。

第1章 調査概要

1-1 調査団派遣の経緯と目的

ミャンマー連邦（以下、「ミ」国と記す）における妊産婦死亡率（380/10万対¹）や乳幼児死亡率（74/1000対²）は近隣諸国に比べると高く、その背景には、医療従事者の不足、専門技能者が介助する出産の割合が低い（全体の57%³）、医療施設への困難なアクセスなどがあり、特に遠隔地域における妊娠や出産、新生児ケアに関する課題は多い。

このような状況を改善するため、「ミ」国政府は我が国に対して「地域展開型リプロダクティブヘルスプロジェクト」を要請し、これを受けてJICAは2005年2月より5年間の計画で本プロジェクトを実施してきた。

プロジェクト開始後、「ミ」国では政府がヤンゴンからネピドーに移動し、日本人専門家の移動も9か月間凍結される事態が発生し、プロジェクトの実施に大幅な遅延を余儀なくされたものの、その後の日本人専門家および「ミ」国カウンターパートの尽力により画期的にプロジェクト活動が実施され、プロジェクト開始から2年半が経過するに至った。

本調査団は、プロジェクト期間の中間地点において、「ミ」国政府とともにこれまでの活動のレビューを行うとともに、後半の活動計画方針を検討・確認することを目的として、中間評価調査を実施した。

1-2 調査の方法

本評価調査は、『JICA事業評価ガイドライン改訂版（2004年3月）』に基づき、Project Cycle Management（PCM）手法の考え方をを用いた評価手法に則して実施した。この手法は、ログフレーム（Logical Framework）／Project Design Matrix（PDM）に現されたプロジェクトの計画と現状とを比較し評価するものであり、プロジェクトの現状は①実績の検証により目標の達成度、成果の産出状況、投入の実施状況を計画時の目標値と比較し、②実施プロセスの検証で実施過程全般を把握したうえで、目標の達成とプロジェクト実施との③因果関係の検証を行った。さらに、④評価5項目の「妥当性」「有効性」「効率性」「インパクト」「自立発展性」という総合的な視点からプロジェクトの評価を行った。

（1）ログフレーム

本評価で活用するログフレームは、PDM latest version（Ver.03）とする。

（2）プロジェクトの現状把握と検証

- ・実績の検証
- ・実施プロセスの検証
- ・因果関係の検証

¹ 出典：WHO（2005年）

² 出典：WHO（2006年）

³ 出典：「人間開発報告書」国連開発計画（2007/2008年）

(3) 評価5項目による評価

評価5項目	評価の主な視点
1. 妥当性 Relevance	プロジェクト目標や上位目標が受益者のニーズに一致しているか、問題や課題の解決策として適切か、プロジェクトの戦略・アプローチは妥当であったか、相手国の開発課題との整合性、日本の援助政策との整合性、プロジェクトのログフレームは妥当かといった「援助プロジェクトの正当性・必要性」を問う視点
2. 有効性 Effectiveness	プロジェクトの実施により、直接的に受益者に便益がもたらされているのか（あるいはもたらされるのか）を問う視点
3. 効率性 Efficiency	成果の達成度は目標値に照らして適切か。成果の達成度は投入（コスト）に見合っていたかを問う視点
4. インパクト Impact	プロジェクト実施によってもたらされる、長期的、間接的効果や波及効果をみる視点
5. 自立発展性 Sustainability	援助が終了しても、プロジェクト目標、上位目標などプロジェクトがめざしていた効果は持続する見込みがあるかを問う視点

(4) 主な調査項目

評価グリッド（付属資料4、5、6）参照。

1-3 調査団構成

氏名	担当業務	所属
小林 尚行	団長・総括	JICA人間開発部母子保健チーム チーム長
鈴木 琴子	リプロダクティブ・ヘルス	東京学芸大学教育学部 講師
加藤 綾子	評価計画	JICA人間開発部母子保健チーム 職員
高橋 佳子	評価分析	(有) Y'sコンサルティングオフィス

1-4 調査日程

	月 日	活 動	場 所
1	8/17	金 ヤンゴン着（高橋）	ヤンゴン
2	8/18	土 資料整理	
3	8/19	日	
4	8/20	月 ヤンゴン → チャウメータウンシップ移動	チャウメータウン シップ
5	8/21	火 チャウメータウンシップHealth OfficeにてTownship Medical Officer (TMO) を含むカウンターパートインタビュー	
6	8/22	水 Mine Teen Sub-RHC視察 助産師（MW）、補助助産師（AMW）、母子保健推進員（MCHP）、 Village Tract Working Group（VTWG）インタビュー	
7	8/23	木 ナウンチョータウンシップHealth OfficeにてTMOを含むカウンターパー トインタビュー Bant Bwe、Kaing Ga Naing 視察 MW、AMW、MCHP、VTWGインタビュー	ナウンチョータウ ンシップ
8	8/24	金 マンダレー発、ヤンゴン着（W9-116）	ヤンゴン
9	8/25	土 収集資料分析	
10	8/26	日 ヤンゴン着（TG305）（小林、鈴木、加藤）	
11	8/27	月 JICAミャンマー事務所打合せ UNFPAミャンマー事務所打合せ UNICEFミャンマー事務所打合せ	ナウンチャー
12	8/28	火 ヤンゴン発、マンダレイ着（W9-009） ナウンチョータウンシップHealth OfficeにてInformation, Education and Communication（IEC）/ Behavior Change Communication（BCC）活 動の視察	
13	8/29	水 合同評価ワークショップ（小林、加藤、高橋） Naung Pain RHCにて活動現場視察（鈴木）	
14	8/30	木 ナウンチョータウンシップ病院にて活動現場視察 RHC視察	ナウンチャー
15	8/31	金 マンダレー発、ヤンゴン着（W9-116）	ヤンゴン
16	9/1	土 団内打合せ、報告書作成	
17	9/2	日	
18	9/3	月 JICAミャンマー事務所打合せ ヤンゴン発、ネピドー着（6T-607） 保健省からの進捗状況発表	ネピドー
19	9/4	火 調査団からの発表 今後の活動方針に関する協議	
20	9/5	水 プロジェクト調整会議	
21	9/6	木 ミニッツ署名 ネピドー発、ヤンゴン着（W9-132）	ヤンゴン
22	9/7	金 JICAミャンマー事務所報告 在ミャンマー日本大使館報告 ヤンゴン発、バンコク着（TG306）	
23	9/8	土 バンコク発、成田着（TG642）	

1-5 対象プロジェクトの概要

本プロジェクトは、シャン州ナウンチョータウンシップおよびチャウメータウンシップを対象として、「プロジェクト地区における質の高いReproductive Health (RH) サービスの利用が増加する」ことをプロジェクト目標のひとつとしており、また、対象地域における成功事例が他の地域にも適用されるよう、二つ目のプロジェクト目標として、「プロジェクトの成功事例および地域展開型RHのモデルアプローチがミャンマー連邦内の他の地域のRH関連プログラムに適用される」を設定している。

具体的には、①末端の保健医療施設である農村保健センター（Rural Health Center：RHC）および同準保健センター（Sub-Rural Health Center：Sub-RHC）における保健医療従事者（助産師を含む）の技術力の向上等を通じて質の高いRHサービスを提供するとともに（成果1）、②住民レベルにおいては、母子保健推進員（Maternal and Child Health Promoters：MCHP）を新たに育成することにより、MCHPを通じて村落における妊産婦が保健医療従事者（Basic Health Staff：BHS）による介助を得て出産できるようにしていく（成果2）という2つのアプローチをもって質の高いRHサービスの活用を増加させる取り組みを行っている。また、③本プロジェクトを運営していくための体制強化を行い（成果3）、④これらの成果をベスト・プラクティスやガイドとして取りまとめ、「ミ」国国土のRHサービスに活用されていくこと（成果4）をめざしている。これらの活動は図1-1のように表される

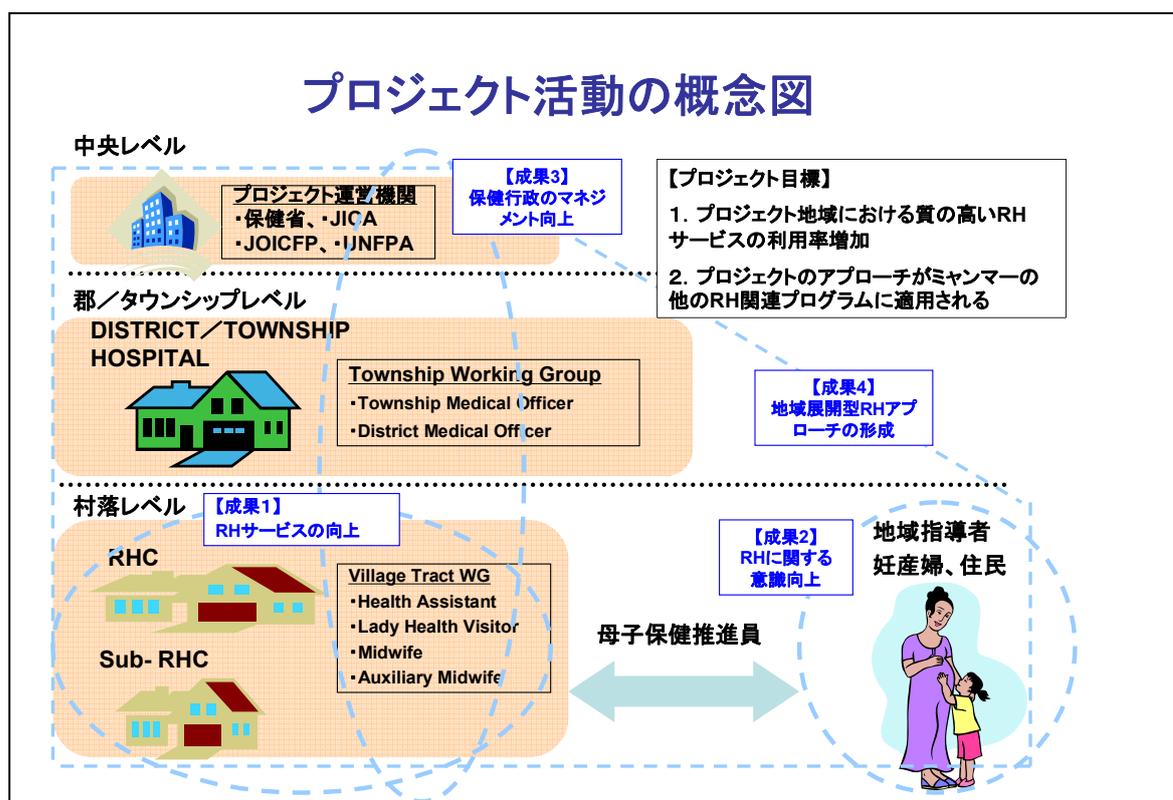


図1-1 プロジェクト活動の概念図

「ミ」国における特にプロジェクトとの関わりがある保健医療従事者、保健医療施設をまとめると以下のとおりになる。

表1-1 「ミ」国における主な保健医療従事者とプロジェクトとの関わり

プロジェクトでの役割		職種	略称	解説
タウンシップレベルのプロジェクト運営グループ (TWG) のメンバー		District Medical Officer	DMO	郡病院 (District Hospital) に勤める医師
		Township Medical Officer	TMO	タウンシップ病院 (Township Hospital) に勤める医師
村落レベルのプロジェクト運営グループ (VTWG)	政府職員	Health Assistant	HA	スタッフの監督指導を務めるRHCの長
		Public Health Supervisor	PHS	TMOやHAのもとで、他の保健スタッフの監督指導にあたる。
		Lady Health Visitor	LHV	母子保健に関する業務に就いており、MWを監督指導する立場にある。
		Midwife	MW	妊娠、出産、新生児ケアのみならず、感染症対策や予防接種など多種の業務に携わる。
	ボランティア	Auxiliary Midwife	AMW	規定上は、MWの監督のもとでなければ分娩介助をすることができないボランティアだが、村落部では圧倒的にMWが不足しているため、実際はAMWが単独で出産介助するケースも多い。
なし		Traditional Birth Attendant	TBA	専門的な訓練は受けていないが、伝統的に地域における出産介助の役割を担ってきた存在

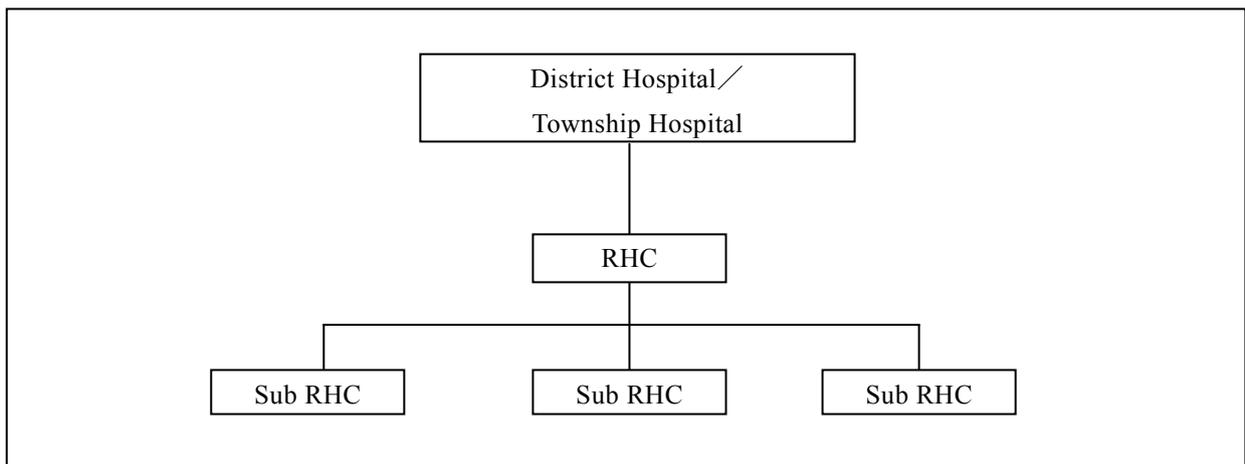


図1-2 郡/タウンシップ以下の保健医療施設

第2章 調査の結果

2-1 投入実績

本プロジェクトではプロジェクト開始時から2006年度末までに、日本側から専門家延べ56.9MM、研修員受入れ14名（ベトナム技術交換を含む）、機材供与18,682千円、ローカルコスト（現地活動費）22,673千円、総額約203,522千円の投入がなされた。他方、「ミ」国側からは、カウンターパート延べ17名の配置がなされている。

プロジェクト開始時（2005年1月）から、2006年度末までの期間中に派遣された専門家の分野構成、氏名、派遣期間は下表のとおりである。

派遣年度	指導分野	専門家氏名	派遣期間（日）
2004年度	総括	西田 良子	22
	運営管理	腰原 亮子	26
	地域保健	尾形 直子	26
	調査	角井 信弘	9
	小計		83
2005年度	RH／総括	西田 良子	119
	運営管理／人材養成	腰原 亮子	232
	地域保健	尾形 直子	278
	PCM	平川 貴章	22
	IEC/BCC	船橋 周	15
	情報管理・統計	山田 智康	15
	助産教育	久米 美代子	13
	調査	角井 信弘	8
	プロジェクト管理	鈴木 良一	18
	小計		720
2006年度	RH／総括	西田 良子	173
	運営管理／人材養成	腰原 亮子	288
	地域保健	尾形 直子	301
	IEC/BCC	船橋 周	74
	助産教育	久米 美代子	15
	プロジェクト管理	鈴木 良一	54
	小計		905
合計		1,708（約56.9MM）	

プロジェクト開始時から本調査実施時までの期間中に、本邦及びベトナムにおける研修に参加したカウンターパートの参加研修コース、人数、受入期間は下表のとおりである。

年度	研修コース名	人数	受入期間
2004年度	コミュニティ展開型リプロダクティブ・ヘルス	4名	2004年5月1日～5月10日
2005年度	ベトナム技術交換	6名	2005年5月1日～5月10日
2006年度	リプロダクティブ・ヘルス運営管理	4名	2006年7月18日～8月5日

プロジェクト開始時から、本調査実施時までの期間中に供与した機材の概要は下表のとおりである。

年度	金額（千円）	主な機材
2004年度	409	ノートパソコン、デジタルカメラ
2005年度	13,248	衛生分娩キット、車椅子、ストレッチャー、マグネルキット、妊娠シミュレーター、事務用品
2006年度	5,025	健康教育キット、分娩台、血圧測定器、発電機、衛生分娩キット

プロジェクト開始時から、本調査実施時までの期間中に支出したローカルコスト（現地活動費）の概要は下表のとおりである。

年度	金額（千円）	主な活動
2004年度	251	運営委員会、勉強会、研修
2005年度	7,635	ローカルコンサルタント委託、MCHP研修、BHS技能研修、VTWG、勉強会
2006年度	14,787	ローカルコンサルタント委託（施設改修調査、基礎調査）、RHCおよびSub-RHC改修工事費、MCHP研修、MW再研修、VTWG、TWG

2-2 活動実績と成果達成状況

プロジェクトのPDMに沿った成果1～4の達成状況及びプロジェクト目標の達成予測は以下のとおりである（各活動の実績については、付属資料4「実績グリッド」を参照）。

- (1) 成果1：プロジェクト地区において、RHサービス、特に安全な妊娠と出産に関するサービスの質が向上する。

チャウマーおよびナウンチョータウンシップでは、保健医療施設へのアクセスが物理的に困難なこと、保健医療従事者の人数が限られていることなどが課題として認識されている。このような状況に対し、プロジェクト対象地域では保健サービスへのアクセスを改善す

ることを目的としてMCHP制度を導入している。これは、本邦研修で日本の母子保健推進員⁴を知った「ミ」国側カウンターパートが、自国に導入しようとしたことがきっかけであり、プロジェクトではBHSである医師、Health Assistant、訪問保健師（Lady Health Visitor : LHV）、助産師（Midwife : MW）らを対象として、MCHPを育成するための指導者養成研修が実施された。研修に参加したBHSはMCHP養成研修の講師としての役割を担い、本調査実施時まで計68回のMCHP養成研修が行われた。この結果、本調査時まで1,672名のMCHPが養成され、そのうち554名に対して再研修が実施された。MCHPは一人が約30世帯を担当しており、妊産婦と5歳以下の子どもがいる家庭を対象として、週に1回の家庭訪問を開始している。インタビューや現地調査から、MCHPのモチベーションの高さが観察されている。

また、「ミ」国では6か月間の研修により養成された補助助産師（Auxiliary Midwife : AMW）が存在しており、プロジェクトでは233名のAMWを対象とした再研修が実施された。

これらの活動の結果、産前ケアを受診する妊産婦数はプロジェクト開始前と開始後で増加し（チャウメー20%増、ナウンチョー11%増）、訓練を受けた出産介助者（BHS、AMWを含む）による出産介助数も増加したことが認められており、達成度そのものについては測定は困難であるものの、RHサービスの活用が高まっている点において、成果達成の適切な方向に向かっていると考えられる。

（2）成果2：プロジェクト地域の住民、特に女性のRHに関する意識・知識が向上する。

プロジェクトで養成されたMCHPは、妊産婦と5歳以下の子をもつ母親のいる家庭を週に一度訪問しており、母子の健康向上のための知識を提供している。MCHPを通じた住民への啓発活動は本調査実施時のわずか6か月前に開始されたばかりであり、現時点でその効果を測定することは困難なものの、妊産婦のみならず周囲の住民もMCHPの話を聞いている様子が観察されており、以前と比較して、住民が母子の健康向上により関心をもつようになっていることが推測される。

またプロジェクトでは、妊娠カレンダー（妊娠周期を測定するチャート）の作成、妊産婦手帳の改訂、人工妊娠中絶やRHに関する正しい知識を記載したパンフレットをUNFPA、UNICEF、JOICFPとの協力のもとに作成した。これらの教材は、BHS、AMW、MCHPらを通してプロジェクト対象地域の保健施設（病院、RHC、Sub-RHC等）に配布され、施設への訪問者が自由に持ち帰れるように設置されている。

また、Township Working Group（TWG）およびVillage Tract Working Group（VTWG）といった委員会が、母子保健センター（Maternal and Child Health : MCH）やRHC、Sub-RHCを中心に設立されており、地域ぐるみで母子の健康向上を支援しようとする動きが見られている。

（3）成果3：保健省保健局（Department of Health : DOH）、タウンシップDOH、RHCおよび関連する政府機関、NGOのマネジメント能力及び技術が成果1と成果2達成のため強化さ

⁴ 母子保健推進員：日本では、市町村長の委嘱を受けた母子保健推進員が、保健行政と住民をつなげる橋渡し役として地域における母子保健の向上のために活動している。

れる。

プロジェクトの運営委員会が各地域レベルで設立された。中央レベルではPSC（Project Steering Committee）、タウンシップではTWG、そして村落レベルではVTWGが、プロジェクトの活動を支援する目的で設立され、あるVTWGでは地域による母子保健支援活動を開始したところもあることが確認されている。なお、モニタリング・システムは、2007年度中に活動計画が策定される予定である。

- (4) 成果4：ミャンマー連邦のRHプログラムのもとで、適用可能な地域展開型RHのアプローチが形成される。

ベースライン調査ⅠとⅡ、MCHP活動等へのオペレーショナル・リサーチ、研修や教材のレビューが実施されている。プロジェクトでは、アプローチの形成に必要なこれら調査を適切なタイミングで実施し、活動に活かしている。今後、調査結果の分析をもとに拡大地域への適用が可能な地域展開型RHアプローチの枠組みを策定する計画である。

2-3 現地視察結果

2007年8月29日と30日の両日、2つのプロジェクトサイトにおいて現地視察を行った。視察により得た結果および考察を以下に記す。

(1) 視察先

1) チャウメータウンシップ

- ・ Naung Pein RHC
- ・ Naung Pein Station Hospital
- ・ Home Visit (Naung Pein)
- ・ チャウメーMCHセンター
- ・ Man Kyaung Sub-RHC

2) ナウンチャータウンシップ

- ・ ナウンチャータウンシップ病院
- ・ Kangyi RHC
- ・ Home Visit (Kangyi)

(2) 結果および考察

1) MCHPの活動について

チャウメーで6名、ナウンチャーで6名の計12名のMCHPから話を聞くことができた。MCHPの活動についてたずねると「MCHPの活動は楽しい」「子どものためになるし、地域の利益になる」など肯定的な意見が返ってきた。活動により地域の人々の健康にかかわる意識が変わった、もしくは向上したので良いという意見も聞かれた。特に予防接種については、今まで否定的だった人が予防接種を受けにくるようになったと話していた。このような意見は村長からも聞くことができた。村自体の支援として、妊産婦を上位の医療施設へ搬送する際に、貯めておいた資金から費用を出すなどのシステムをつくって

いるところもあることがわかった。

またMCHPの活動によって、MCHP自身が勉強できるという利点もあげられ、さらに研修を続けてほしいという意見も聞かれた。チャウメーのMCHPからはMCHPの活動に興味をもち、MCHPになりたい人がほかにもいるので、ぜひ再度の養成研修を開催してほしいとのリクエストもあった。

母子保健推進活動を続けていくうえで、特に家族のことや自分の仕事上で困ったことがあるか聞いたところ、「家庭訪問をするときなど、子どもを一緒に連れて行ける」「夫が不満を言うことはない」など、家族との軋轢は聞かれなかった。しかし、チャウメーでは、研修を受けたときに小さい子どもは連れて行けないため、1日1,000チャットほどで他人に預けたといい、そういうことに対して補助が出ると良いのではないかという意見もあった。

MWやAMWとの連携については以下にも記すが、妊娠中に異常があった妊婦を医療サービスへつなぐことができた例も聞き取れた。ナウンチョーのLHVは予防接種、MWによる訪問などが行きやすい状況になったことや病気の場合にRHCに来ることが多くなった、村人が健康に関する知識をもつようになったなど、MCHPの活動による改善点をあげ、良い評価をしている状況がわかった。

どのプロジェクトサイトにおいてもMCHPたちの意欲は高く、村の健康度の向上に寄与していることに満足している様子が見えられた。また、地域においてもMCHPの導入により、健康への関心が促進されるなどの効果があることがわかった。そのため、成果1の質の高いサービスへの橋渡しとして、成果2のRHに関する知識の向上には、人々が関心を払うようになったという点で非常に評価できる。

しかしながら、今後MCHPが医療サービスへの橋渡しという活動の範囲を超えて、自ら保健指導などをしてしまうとすることも予測できる。このたびのインタビューでは、妊産婦からわからない質問があったときには自分で答えるのではなく、BHSにつないでいるとのことであったが、住民にとっては身近な存在であり、さらに多少の医療知識をもつために、役割以上の期待をされる可能性もありうる。また、MCHP自身の熱意もあるため、役割以上の活動をすることも考えられる。そのためには、あくまでもボランティアとしてのMCHPの役割を、MCHP自身および住民、医療行政側に対しても徹底周知し、母子保健行政のラインによる監督のもと（具体的にはMW/LHVということになるであろう）、活動を行っていくのが望ましいと思われた。

(3) AMWの活動について

チャウメーでは4名、ナウンチョーでは2名の計6名のAMWにインタビューをした。またチャウメーでは、AMWの家庭訪問に同行し、実際の活動を視察する機会を得た。

AMWへのインタビューでは、難しい出産になるであろうと予測されるケースの判断基準や対応などについて訊ねたところ、高血圧や出血、24時間以上の分娩、胎盤の娩出が困難な場合などについて病院への搬送を行うと回答していた。また、妊娠中の貧血や産後の出血の程度などを確認していると答えていた。MWと共同で対応するケースとしては、初産・双胎・高齢出産をあげていた。今回の聞き取りをしたAMWにおいては、再トレーニングで指導された内容をおおむね理解していると思われた。

ナウンチョーのAMW（それぞれ8年間活動している）へのインタビューでは、分娩開始以前の出血があった妊婦の情報をMCHPから受け、タウンシップの病院へ搬送したケースや陣痛開始後に血圧が上昇し、経過観察を続けていたが、さらに上昇したためRHCに搬送したケースなどを聞き取ることができた（血圧計については、自費で購入しているケースが多かった。以前供与された血圧計が壊れたが、再研修以後に新しいものを購入したというAMWもいた。購入費は12,000チャット程度とのことであった）。MCHPの活動については、予防接種のときに広報し、人を集めてくれるので良いといったことが聞かれ、MCHPとの連携も取れていることが推測された。

家庭訪問では、AMWによる実際の産後健診と保健指導を視察した。健診前の手洗いなどは、日本人専門家や研修の指導者が立ち会っているため、教えられたとおりにやらなければならないの思いからか、かなりオーバーな動作とも見受けられたが、これも研修の内容を理解しているためとも取れるであろう。

AMWは、母子保健行政においては6か月の研修を受けたボランティアという位置づけであるものの、実際にはMWの不足を補うべく、母子保健サービスの担い手として重要な役割を果たしているという実感を得た。今後、サービスの質およびRHの向上のためには、AMWの助産技術も含めた能力の向上のための研修、および医療行政における位置づけを考えていくべきであろう（再研修を行い、正規の医療職として引き上げる案もあることは、保健省との話し合いの際に話題にのぼっていた）。

（4）MW/LHVの活動について

各プロジェクトサイトのRHC、Sub-RHC、チャウメーのMCHセンターにおいてMW/LHVの活動を視察した。MCHセンターでは健診の様子を視察できたが、妊産婦手帳を使いながら指導をしている様子や衛生出産キットなどをきちんと説明している様子が見えた。センターの内部も清潔であり、診察台は手作りのカバーなどできちんと整えられており、地域母子保健の担い手としては十分な活動をしていることが推測できた。MCHPについては、予防接種などの地域活動を行いやすくなったと答え、地域住民との橋渡しとして肯定的に評価していた。また、今後MCHPに対する再研修が行われない場合、MCHPの知識を維持するためのQ&A形式の研修は自分たちで実施可能と答えており、MCHPを地域保健向上のためのひとつの役割として認識している様子が見えた。

母子保健の向上のために重要な役目を担うMW/LHVにおいては、AMWとMCHPに対して実質的に監督をする能力の向上ができるような研修などの機会が有益であろう。

（5）施設および医療機材について

プロジェクトの支援により改修が予定されているチャウメーのMan Kyaung Sub-RHCの視察を行った。センターとMWの宿舎が併設されているが、センターは錆びたトタン屋根と竹で編んだ壁であり、雨風を凌ぐにはかなり厳しい状況のため調査時には使用されていなかった（しかし、ゴミなどが落ちていることもなく、掃除はされている様子であった）。代わりにMWの宿舎を妊婦健診の際には使用しているとのことであった。そのMWの宿舎も高床式になっている階段部分や入口部分の床が老朽化しており、ところどころ抜け落ちて、歩くのには危険な状態であった。宿舎内は清潔であり、供与された棚や本などもきちんと並べられ

ていた。今後センター本体が改修され、きれいになれば村人によるセンターの利用の増加が見込めるとMWは話していた。

Naung Peinステーション病院やナウンチョータウンシップ病院において、供与した医療機材については、非常に丁寧で使用されている状況が見られた。

今後、施設改修や機材供与をした場合でも、有効に利用されると予測できた。

(6) 現地視察結果のまとめ

現行のプロジェクトが、厳しい社会情勢の中で、日本人専門家の努力により、良好に遂行されていることがよく理解できた。保健省側による本プロジェクトに対する誠実な姿勢も理解できた。また、プロジェクトサイトに滞在する地域保健専門家の指導のもと移動の制限や通信手段の困難ななか、ローカルスタッフや行政側との密な関わりを通して、短期間に様々な研修を実施できたことは特筆に値するであろう。

今後は、それぞれの医療サービスの担い手の役割を確認しつつ、具体的にRHの向上のための能力強化をしていくのが望ましいと思われた。このことは、さらに本プロジェクトの手法を広く他地域で展開していくうえでも、重要な視点になると考えられる。

2-4 評価5項目による評価

(1) 妥当性

「ミ」国では“Health in Myanmar 2006”において、重点課題として「母と新生児のための質の高い継続ケア」「緊急産科ケアと新生児ケアの強化」を掲げている。プロジェクトの上位目標である「ミャンマー連邦内のプロジェクト地区およびプロジェクト拡大地域におけるRHの状態が向上する」は、プロジェクトの成果1「安全な妊娠と出産に関するサービスの質が向上する」などを通して実現されるものであり、“Health in Myanmar 2006”において重点課題とされている「母と新生児のための質の高い継続ケア」と内容が一致している。また、プロジェクトで導入しているMCHPの活動は、妊婦を病院に緊急搬送する際にも貢献していることが確認されており、“Health in Myanmar 2006”で掲げられている緊急産科ケアにも貢献するものである。

日本政府は、「ミ」国への協力基本方針として人道支援を掲げている。遠隔地域における住民を対象として、なかでも社会的立場が弱い妊産婦および新生児を対象としている本プロジェクトの協力は、人道的観点に即したものである。

しかしながら、現在のプロジェクトデザインについては、各成果とその活動、プロジェクト目標と外部条件、さらに上位目標との関係性において整合性を欠く部分があり、また農村・遠隔地域のターゲット・グループの女性たちが置かれている状況は、都市部とは異なるため厳しい地理的条件に則した指標が検討される必要がある。このため本調査後引き続きJICA、プロジェクト専門家、およびカウンターパートの協議のもと、より適切な指標を検討することとなった。

(2) 有効性

プロジェクト目標「プロジェクト地区における質の高いRHサービスの利用が増加する」と「プロジェクトの成功事例および地域展開型RHのモデルアプローチがミャンマー連邦内

の他の地域のRH関連プログラムに適用される」の達成度を、設定された指標によって検証することは本調査時では困難であったものの、プロジェクト開始前と比較して、現時点ですでにいくつかの数値（代替指標の）には増加の傾向がみられたことから、目標達成の方向にあることが確認された。

例えば、産前ケアを受けた妊婦の人数、訓練を受けた人材の介助によるお産の数、上位の医療施設へ移送された妊婦の数、破傷風予防接種を受けた妊婦の数などは改善が認められる。

成果1の貢献要因のひとつとして考えられるのは、プロジェクトで養成されたMCHPがそれぞれの村で毎週の家庭訪問活動を開始したことである。

成果1「プロジェクト地区において、RHサービス、特に安全な妊娠と出産に関するサービスの質が向上する」の貢献要因としては、プロジェクトが2つのタウンシップすべての村をカバーする68か所において、わずか2か月足らずの間に1,672人のMCHPに対して研修を実施したことである。これにより、地域の全620か村をカバーできるMCHPが効率的に養成され、MCHP一人が平均30世帯を担当する体制が整備された。

成果2の貢献要因のひとつとしては、保健行政サービスと地域とのつながりができつつあることである。プロジェクトによって養成されたMCHPの活動とVTWGなど地域グループが保健医療施設への移動手段の確保を支援したことによって、緊急ケアを必要とする妊婦が地域からRHCや病院へ迅速に移送されたケースが報告されている。

また、関連の国際機関との連携および協力は、AMWの再研修が早期に開始できたという点において、貢献要因のひとつとなっている。プロジェクトでは第1回AMW再研修の実施において、保健省とWHOが開発したAMW研修マニュアルを活用した。プロジェクトではこのマニュアルを研修のレビューに基づいて改訂し、現在では多くのイラストが盛り込まれた最新版を他の援助機関が活用している。

(3) 効率性

プロジェクトによる投入は、効率的にプロジェクト成果およびプロジェクト目標の達成に貢献しており、適切であると判断される。

カウンターパートの配置については、ほぼすべてのタウンシップレベルのカウンターパートは計画どおり配置されたが、プロジェクトを直接担当する保健省の母子保健課の職員数は3名であり（そのうち1名は2007年6月からの増員）、彼ら3名で「ミ」国の母子保健関連のすべてのプログラムやプロジェクトを担当している。このような現状から、中央政府からのカウンターパートによるプロジェクトへの関与度合いは限定的にならざるを得ないが、この背景には保健省職員の総数が少ないことにあるため、プロジェクトで改善できる類のものではない。

供与機材、カウンターパート研修、在外事業強化費は必要最低限のものが計画どおりに投入された。

ほぼすべての日本人専門家は、その専門性および派遣のタイミングにおいて適切であった。しかしながら、2004年度から2006年度までの日本人専門家の投入は計56.9MMであり、めざす成果を考えれば、投入が少なかったことが懸念される。また、2005年度9か月間にわたり日本人専門家の移動許可が下りなかった点と、保健省を含め政府がヤンゴンからネピド

一へ移転したことにより、保健省のカウンターパートとの物理的な距離による隔たりから連絡が困難になった点は、効率性を阻害した要因と考えられる。しかし、専門家が現地に滞在できるようになったあと、約2か月弱の期間で1,672人のMCHP研修を集中的に実施したことなどは、効率性に大きく貢献した。

活動から成果達成のために必要な外部条件のひとつである「避妊具および必須薬品の供給がプロジェクト地域で確保される」については、本調査時点では満たされていない状態となっている。プロジェクト目標達成のために不可欠であれば、外部条件ではなく、投入欄（「ミ」国側）の計画に追加すべきと思われる。

（4）インパクト

プロジェクトの中間評価時点では、「ミャンマー連邦内のプロジェクト地区およびプロジェクト拡大地域におけるRHの状態が向上する」（上位目標）の達成見込みを検証するのは困難であった。しかしながら、MWへのインタビュー結果によれば、MCHPは妊婦に対してのみ保健施設での受診を勧めているだけでなく、その家族に病気の人があれば必要に応じて保健施設で受診することも勧めていることが報告された。またさらに地域に栄養失調の子どもがいれば、彼らをSub-RHCに連れてきて、栄養プログラムで実施している週1回の給食サービスを受けさせることもあると回答していたため、本プロジェクトは妊婦、子ども、母子保健の領域を超えて住民の健康に広くインパクトをもたらす可能性がある。

本調査時までには、プロジェクト地域におけるマイナスのインパクトは認められなかった。

（5）自立発展性

1）組織・制度的自立発展性

地域におけるRHサービスのレベルの向上と持続は、現行の組織と制度でプロジェクト終了後も同様の活動を続け、将来的に地域を拡大するという観点からは十分とはいえない。特に、地域のための公的保健サービスからは、一層の支援が必要とされている。

MCHPのボランティア活動の継続は、プロジェクトによるシステム／モデル構築において、インセンティブのあり方も含めDOHや地域とともに検討すべき重要な課題である。一方、「ミ」国の現状においては、組織・制度的自立発展性の限界は存在し、この現状を踏まえた見通しが必要である。

2）財政的自立発展性

プロジェクトによって形成される地域展開型RHサービスのアプローチは、「ミ」国内での地域拡大に適用するという観点から、「コスト意識のあるアプローチ」でなくてはならない。

3）技術的自立発展性

プロジェクトによって訓練された地域のMW（BHS）、AMWそしてMCHPなどの人材の知識と技能は、今後のDOHによる継続的医療教育（Continuous Medical Education：CME）利用の可能性と、プロジェクトによる研修と支援的スーパービジョンのシステムづくりによって強化されるであろう。DOHによれば、MWが絶対的に不足している現状から、今後AMWについては継続的な教育の対象としていく方針であることが確認された。

(6) 効果発現に係る貢献・阻害要因

1) 貢献要因

プロジェクトで養成されたMCHPがそれぞれの村で毎週の家庭訪問活動を開始したこと、約2か月の間に1,672人のMCHPに研修を実施したことにより、対象地域の全620か村をカバーできるMCHPが養成（1村平均ではMCHP2.7人）され、地域全体で一人平均30世帯を担当するMCHPが誕生したことは、成果1の貢献要因と考えられる。

成果2のプロジェクト目標への貢献要因のひとつとして、RHサービスの提供側と地域とのリンケージができつつあることである。プロジェクトによって養成されたMCHPの活動とVTWGなど地域が支援する移手段の提供によって、緊急ケースの妊婦が地域から保健施設、あるいは上位の医療施設への移送がされたケースがすでに報告されている。

また、関連の国際機関との連携および協力は、AMW再研修の早期実施に貢献した要因のひとつである。

2) 阻害要因

2つのタウンシップにおけるRHサービスの利用者数はここ数か月で急激に増加しているものの、山岳や遠隔地域の村で活動するMCHPの間では、毎週の家庭訪問や活動記録の記入が困難な状況であることが、2007年7月にプロジェクトで実施した「MCHPの活動状況調査」で明らかになっている。

2-5 結論および提言

(1) 自立発展性について

RHCおよびSub-RHCにおける保健医療サービスの提供と、住民からRHCおよびSub-RHCにアクセスしていくような行動変容を図り、施設分娩やBHSによる出産介助を増加していくことを本プロジェクトでは狙っているが、保健医療サービスと住民の双方の「橋渡し役」を担うのが主にMCHPと位置づけられている。この活動を継続性のあるものとしていくためには、RHCおよびSub-RHCと住民の協働を図り、MCHPを支援していく現場レベルでの組織体制（保健委員会の設置など）が重要である。現在プロジェクトでは、TWG、VTWGなどがその体制の一部を担うものとして結成されているが、今後は既存の保健委員会の活用、平和発展委員会（PDC）から村落に対する支援強化などを検討し、本プロジェクトにより開発される「地域展開型RHアプローチ」を継続的に支える手段として、最適な体制を検証、確立していくことが必要である。

(2) 質の高いRHサービスを提供するためのチーム・ワークの必要性について

国際的潮流をみても、出産介助はあくまでSBA（専門技能の資格のある医療従事者）により行われるべきという方向である。「ミ」国においては、AMW（1980年代に6か月の訓練を受けたボランティアベースの補助助産師で、SBA外の人材）という同国特有の制度が存在するが、あくまでSBA（MW）の指導のもとに出産介助を行うのが基本である（保健省によれば、SBAの存在しない地域においてはAMWがSBAより委任されたと位置づけていること）。また、MCHPの役割もSBAへの「橋渡し役」であり、MCPH以上の役割を期待することは論外である。質の高いRHサービスを確保していくためには、AMWおよびMCHPの役割を限定したうえで、SBA（MW）が指導していく体制をつくっていくことが必要とされる。

その観点から、SBA（MW）とAMW、MCHPがチームとして総合力を発揮していけるように、それぞれの役割を明確にし、かつSBA（MW）の指導者としての能力強化を行っていくことが必要であり、これらについて今後のプロジェクト活動に含めていくことが必要である。

（3）「地域展開型RHアプローチ」の確立に向けてのロードマップの作成について

「地域展開型RHアプローチ」をわかりやすいようにコンセプト化し、より詳細に内容を検証・確立していくことが本プロジェクトでは求められている。そのためには、それぞれの活動が相乗効果（活動間の連携による効果）を発現していけるように、今後の活動の段取りについて保健省と調整し、視覚的にわかりやすい形で示していくことにより、保健省側の役割の認識を高め、かつ関係者間において意識の共有を図ることが可能であると思われる。