

ミャンマー国  
基礎保健スタッフ強化プロジェクト  
事前調査・実施協議報告書

平成 21 年 2 月  
(2009 年)

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部

人 間
JR
09-088



ミャンマー国  
基礎保健スタッフ強化プロジェクト  
事前調査・実施協議報告書

平成 21 年 2 月  
(2009 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（以下、「ミ」国と記す）の保健医療分野では、高い感染症罹患率、死亡率、妊産婦死亡率、及び乳幼児死亡率が大きな問題とされています。これらの最も大きな原因の一つとしては、保健医療人材、特にコミュニティにおいて公衆衛生や感染症対策等あらゆる保健医療サービスを提供する基礎保健スタッフと呼ばれる医療従事者の量と質の不足が挙げられています。

このため、「ミ」国は基礎保健スタッフの能力向上に向けた現任教育の改善に資する技術協力プロジェクトを我が国に要請しました。これを受けて、独立行政法人国際協力機構（JICA）は、2回の事前評価調査団を派遣し、「ミ」政府及び関係機関との間で協力計画策定のための協議を行いました。第2回評価調査中には「ミ」国内において民主化デモ及びそれに対する政府側との衝突、混乱の事態から現地調査を遂行する十分な治安の確保が困難になったため、現地調査を予定より約1カ月間早めに切り上げ、約半年後に再開となるという事態もありました。

本報告書は、同調査の結果を踏まえ、プロジェクトの要請背景、案件形成の経過及び案件の概略を取りまとめたものであり、今後のプロジェクトの実施にあたり活用されることを願うものです。

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

平成21年2月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 西脇 英隆



# 目 次

序 文

地 図

写 真

略語表

事業事前評価表

第一編 第一次事前評価（2007年1月）	1
第1章 第一次事前調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成	1
1-3 調査日程	1
1-4 主要面談者	3
第2章 保健政策と行政制度	5
2-1 概 要	5
2-2 保健政策	6
2-3 保健行政	8
2-4 保健人材	10
第3章 基礎保健スタッフ（BHS）の養成状況	13
3-1 BHSの定義・区分	13
3-2 継続教育の実施状況	14
3-3 バゴ管区における調査結果	16
3-4 ドナーによるBHSトレーニングの支援状況	20
第4章 技術的観点からの指摘	26
付属資料	31
第一次事前評価 M/M	31
第二編 第二次事前評価（①2007年8月～9月、②2008年2月）	43
第1章 第二次事前調査の目的と基本方針	43
1-1 調査の目的	43
1-2 調査団の構成	43
1-3 調査日程	44
第2章 調査結果概要	46
2-1 団長総括	46

2-2	関連する保健省内の組織図及び関係者の位置づけ	47
2-3	各レベルのトレーニング・チームの構成メンバーと活動状況	48
2-4	その他	49
2-5	技術的観点からの考察	50
第3章 実施協議の概要		52
付属資料		53
1.	第二次事前評価 M/M	55
2.	第二次事前評価コンサルタント現地レポート（和文、英文）	69
3.	R/D、M/M（2009年1月8日署名）	121

地 图





## 現地写真



1. バゴ管区保健オフィス (DHO) の外観。



2. バゴ管区保健局長室 (DHD) での調査風景。



3. バゴ管区 DHO での保健管理情報システム (HMIS) に関するトレーニング風景。



4. 同左：トレーニングは3日間で講師は保健省から来ており、対象は主に Township Medical Officer (TMO) である。



5. バゴタウンシップ保健事務所 (THO) での調査。



6. 同左：THO は District 病院の一角にある。



7. バゴ-THO の講堂で行われていた補助助産師 (AMW) 学生への教育風景。



8. バゴータウンシップにある Inn Ta Kaw 農林保健センター (RHC)。人口約 4 万人をカバーし、5 つのサブ RHC を持つ。



9. 同 RHC での調査風景：講堂にはほぼ全職種の基礎保健スタッフ (BHS) 約 30 名が集合した。



10. 同左：この RHC では英語で書かれた活動統計が壁に掲示してある。



11. 同 RHC が管轄する 5 つのサブ RHC の 1 つである Thar Yar Kone サブセンターの外観。



12. 同サブセンターの内部：住民啓発用の各種ポスターがその時期に併せて掲示されている。

## 略 語 表

略語	正式名称	和訳
3DF	3 Diseases Fund	主要 3 疾病対策基金
AC	Advisory Committee	諮問委員会
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
AMW	Auxiliary Midwife	助産師補
ARI	Acute Respiratory Infection	急性呼吸器感染症
BHS	Basic Health (Service) Staff	基礎保健スタッフ
CHA	Community Health	コミュニティヘルス（地域保健）
CHC	Community Health Care	コミュニティヘルスケア
CHEB	Central Health Education Buareau	中央保健教育支局
CHW	Community Health Worker	コミュニティヘルスワーカー
CME	Continuous Medical Education	継続医学教育
CTT	Central Training Team	中央トレーニングチーム
CTU	Central Training Unit	中央トレーニング室
DHD	Divisional Health Director	管区保健局長
DHO	District Health Office	郡保健事務所
DMS	Department of Medical Science	医療科学局
DOH	Department of Health	保健局
DPT	Diphtheria, Pertussis and Tetanus	三種混合ワクチン（ジフテリア、百日咳、破傷風）
Dy.DG	Deputy Director General	（州管区保健局）副局長
EPI	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大プログラム
FHAM	Fund for HIV/AIDS in Myanmar	ミャンマーH I V/A I D S 基金
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
HA	Health Assistant	保健アシスタント
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HMIS	Health Management Information System	保健管理情報システム
HRD	Human Resource Development	人材育成・人材開発
IMAI	Integrated Management of AIDS & Infectious Diseases	エイズ・感染症統合管理
IMCI	Integrated Management of Child Illnesses	小児疾患統合管理
IMCJ	International Medical Center Japan	国立国際医療センター
IMR	Infant Mortality Rate	乳児死亡率

INGO	International Non Governmental Organization	
JCC	Joint Coordination Committee	合同調整委員会
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
LHV	Lady Health Visitor	女性保健訪問員
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
MDGs	Millenium Development Goals	国家ミレニアム開発目標
MEP	Management Effectiveness Program	(WHO が実施)
MIDC	Major Infectious Disease Control project	主要感染症対策プロジェクト
M/M	Minutes of Meetings	会議議事録
MMR	Maternity Mortality Rate	妊産婦死亡率
MOH	Ministry of Health	保健省
MRC	Medical Resource Center	医療人材センター
MSI	Marie Stopes International	メアリーストープインターナショナル (英国系国際NGO)
MW	Midwife	助産師
NGO	Non-Governmental Organization	非政府機関
NHC	National Health Committee	国家保健委員会
NHP	National Health Plan/Policy	国家保健計画／政策
NHP M&E Committee	National Health Plan Monitoring & Evaluation Committee	国家保健計画モニター・評価委員会
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
PDM	Project Design Matrix	プロジェクトデザインマトリクス
PHC	Primary Health Care	プライマリー・ヘルスケア (基礎医療)
PHS	Public Health Supervisor	公衆衛生監督官
PO	Plan of Operations	活動実施計画表
R/D	Record of Discussions	討議議事録
RHC	Rural Health Center	農村保健センター
S/D TT	State/Division Training Team	州/管区トレーニングチーム
SMO	State Medical Officer	州医務官
TB	Tuberculosis	結核
THA	Township Health Assistant	タウンシップ保健アシスタント
THN	Township Health Nurse	タウンシップ看護師
THO	Township Health Office	タウンシップ保健事務所

TMO	Township Medical Officer	タウンシップ医務官
TOT	Training of Trainers	指導者トレーニング
Tsp	Township	タウンシップ
TT	Training Team	トレーニングチーム
TTBA	Trained Traditional Birth Attendant	訓練を受けた伝統助産者
TTT	Township Training Team	タウンシップトレーニングチーム
TWG	Technical Working Group	
U5MR	Under 5 Mortality Rate	5歳未満児死亡率
UHC	Urban Health Center	都市部保健センター
UN	United Nations	国際連合
UNAIDS	United Nations for AIDS Programme	国連エイズ計画
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
UOCH	University of Community Health	コミュニティヘルス大学
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
VBDC	Vector Borne Disease Control	(蚊など) ベクター媒介疾病対策
VHW	Voluntarh Healty Worker	保健ボランティア
WHO	World Health Organization	世界保健機構
WS	Workshop	ワークショップ



## 事業事前評価表

<p>1. 案件名 ミャンマー国基礎保健スタッフ強化プロジェクト</p>
<p>2. 協力概要</p> <p>(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</p> <p>ミャンマー国（以下、「ミ」国と記す）において、住民に直接的に保健医療サービスを提供している基礎保健スタッフ（Basic Health Staff : BHS）に対する現任教育の効果及び効率を向上させるため、中央、州／管区、タウンシップのトレーニングチーム（Training Team : TT）の再組織化もしくは強化を目指す。</p> <p>*BHS とは、タウンシップ以下のレベルにおいて住民に基礎的な保健医療サービスを提供する保健人材であり、タウンシップの保健行政を担うタウンシップ医務官（Township Medical Officer : TMO）や、助産関連の業務から疾病対策等、数多くの業務を担う助産師（Midwife : MW）といった多数の職種に分かれている。</p> <p>(2) 協力機関 2008年10月から5年間</p> <p>(3) 協力総額（日本側） 約2.9億円</p> <p>(4) 協力相手先機関 保健省保健局</p> <p>(5) 国内協力機関 国立国際医療センター（International Medical Center Japan : IMCJ）等</p> <p>(6) 裨益対象者及び規模、等</p> <p>1) 直接的裨益者 中央、全州／管区（17）パイロットタウンシップ（17）のTTメンバー合計200人程度。</p> <p>2) 間接的裨益者 BHS（2万人程度）、及び「ミ」国すべての国民。</p>
<p>3. 協力の必要性・位置づけ</p> <p>(1) 背景・経緯</p> <p>国際協力機構（JICA）は、IMCJの協力を得て、2000年4月から2005年3月まで「ミ」国保健省とともに「ハンセン病対策・基礎保健サービス改善プロジェクト」を実施した。同プロジェクトの一環として、プロジェクト対象地域において、ハンセン病を中心とした現任研修の専任スタッフ（50人）が指導者として育成され、延べ9,351人のBHSに対して研修を行い、BHSの技能向上に大きく貢献した。この成果は「ミ」国保健省より高く評価されるとともに、BHSによる医療サービスの質の向上に向けて、BHSに対する現任教育の効果・効率の向上の重要性、また研修実績を踏まえた人材マネジメントの重要性が認識されることとなった。</p> <p>一方、同プロジェクトの運営・実施を通じて、JICA及びIMCJには、先方保健省中枢人材との間に良好な関係が構築されるとともに、「ミ」国における当該分野の協力に関する</p>

る知見が蓄積された。かかる経緯のもと、「ミ」国より自国の課題解決に向けて我が国に本協力が要請されたところ、JICA は IMCJ の医師・看護師等の「ミ」国保健人材分野に関する知見及び人的ネットワークを活用しながら、2回の事前調査を実施し（2007年8月、2008年2月）、本案件の形成・実施準備を進めてきた。

なお、本案件の形成にあたり「ミ」国の現状にかんがみて取り入れた仕組みの特徴、及び案件実施において想定されるリスクとしては、特に以下の2点が挙げられる。

- 1) 「ミ」国の特殊な事情としては、移動や集会の実施等に政府の許可を必要とすること、及び首都であるネピドに外国人の居住が認められていないことが挙げられる。そのため、プロジェクトはヤンゴンを拠点とせざるを得ず、ネピドにある保健省とは遠隔からの連絡が基本となり、必要に応じてネピドに赴いて協議等を行うこととなる。こうした制約のため、ネピドの保健省内にプロジェクトの連絡調整のためのデスクの設置（ローカルスタッフの配置）を事前評価時に先方に要請し、許可を得た。これにより、JICA・専門家と保健省との連絡不調整等に起因して、プロジェクトの活動が停滞するといったリスクを下げることを期待される。換言すれば、本案件の円滑な実施のためには、ネピドの連絡調整デスクが機能すること及び、専門家の国内移動の制限が現状よりも強化されないことが、案件実施の前提条件として挙げられる。
- 2) 「ミ」国の保健省の財政難及びすでに投入されている他ドナーからの支援にかんがみ、本プロジェクトでは、類似事業を実施している WHO や UNICEF 等との連携を重視している。特に WHO の実施している MEP（Management Effectiveness Program）は本プロジェクトと同様に中央からタウンシップの TT を対象とし、すでにモジュールを作成し、複数の地域で実施されていることから、これまでの経験を活かすとともに、モジュール等今すでにある資源を活用することを想定している。事前評価時に、保健省からこのような連携の方針を確認するとともに、WHO に対しても本プロジェクトについての情報共有を行い、具体的に連携可能な事項の検討を進めてきた。このような他ドナーとの連携は、プロジェクトの効率と終了後の持続可能性の確保の点で、重要な要素として挙げられる。

## （2）現状及び問題点

「ミ」国の保健医療分野では、高い感染症罹患率、死亡率、妊産婦死亡率、及び乳幼児死亡率が大きな問題とされている。これらの最も大きな原因の一つとして、保健医療人材、特に BHS の量と質の不足が挙げられている。この問題の背景として、下記のように保健省（中央）、州／管区、タウンシップの各 TT における指導者トレーニング（Training of Trainers：TOT）及び現任教育の管理体制や実施能力が大きな問題となっている。以下、各 TT による研修についての定義は次のとおり。

\*中央 TT による研修：州／管区 TT に対する TOT。研修内容は研修マネジメント能力及び指導法やファシリテーションなどの研修実施能力の向上に関するもの。

\*州／管区 TT による研修：タウンシップ TT に対する TOT。研修内容は研修マネジメント能力及び指導法やファシリテーションなどの研修実施能力の向上に関するもの。

\*タウンシップ TT による研修：BHS に対する現任教育。「ミ」国では継続医学教育

(Continuous Medical Education : CME) を指す。

1) TOT 及び現任教育の管理体制・実施能力の欠如

中央、州／管区、タウンシップの各 TT レベルにおいて、研修ニーズを踏まえて、研修を実施し、研修実施結果を確認した上で、その結果を次期・他研修に活かしていくということがなされていない。加えて、研修実施方法としても指導者から受講者への一方向の知識伝達といった古い教授法が一般的に行われており、研修効果を高められていない。また「ミ」国の現任教育の主流は、ドナーが主導しており、かつそのドナーに依存した研修がほとんどである。したがって、TT としての業務を行う機会が限られており、効果的・効率的な研修を実施するためのノウハウを蓄積する機会がない。特に、中央 TT は組織そのものが機能しておらず、まずは体制構築が必要な状況である。

2) BHS に対する卒前・卒後教育間の連携不足

「ミ」国行政システムは、縦割りがその特徴であり、これは横の連携の弱さ、情報共有の少なさという弊害の要因となっている。保健省内では、BHS の雇用・配置や現任教育を担当する保険局 (Department of Health) と、BHS になるための卒前教育を担当する医療科学局 (Department of Medical Science : DMS) との連携が不足しており、人材育成に関する様々な情報が十分共有されておらず、各局でそれぞれ管理されている。結果として、BHS の現場での業務により見出された課題が、卒前教育の改善に十分活かされていない。

3) 研修情報の集約・活用不足

「ミ」国では、様々なドナーにより疾病対策を中心とした特定分野の研修が実施されているが、それらのドナー主導による研修も、窓口である保健省が十分に管理・調整がなされていない。また、人材配置並びに研修履歴に関する情報が保健省内で十分に集約されていないことから、計画的な BHS の養成・配置計画が立てられず、地域によっては慢性的な人材不足を招いている状況もみられる。

4) BHS のサービスの質の低さ

サービス提供者としての BHS の能力が高くないことに加え、上記管理・調整の不十分さにより、同一 BHS が類似の研修を重複して受講することとなり、基礎保健サービス提供に割く時間が減っており、総体的にサービスの質が低い状況である。

5) BHS の研修ニーズの把握不足

現在は、現任教育の実施にあたり、中央→州／管区→タウンシップというカスケードシステムでの実施とはなっておらず、また適切に下位の TT の具体的研修ニーズも把握できていない。また、BHS に対する研修に関しては、特にドナー主導で実施されることが多く、包括的な BHS の研修ニーズは十分把握できていない。

6) CME の計画性の欠如

タウンシップレベルでは、BHS が毎月の給与受け取りのために集まる機会を活用し、CME と呼ばれる研修を月に一度実施しているが、研修内容は研修主催者である TMO の専門分野や興味に偏っており、この機会を活用した計画的・効果的な研修を実施できている状況ではない。

(3) 「ミ」国政府国家政策上の位置づけ

「ミ」国では、国家開発計画（2006-2011）が策定されており、BHS の強化について具体的な目標と活動が計画されている。具体的計画としては、既存の BHS への現任教育を行うことが挙げられており、本プロジェクトは国家計画、戦略に沿った位置づけとなっている。

(4) 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（プログラムにおける位置づけ）

2005 年度に日本政府が打ち出した「保健と開発に関するイニシアティブ～保健関連ミレニアム開発目標達成への日本の貢献～」において、「具体的取り組み」として挙げられている「保健医療体制の基盤整備に対する支援」の中でも特に、「保健医療システムの強化」及び「保健医療従事者の育成」に寄与するものである。

2006 年度「ミ」国国別事業実施計画において、保健セクターの重点分野である「基礎保健スタッフの強化や伝統医療の拡充」に位置づけられる。

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〕

中央、州／管区、タウンシップの各 TT の BHS 向け現任教育の管理体制・実施能力が強化される。

〔指標〕

1. 各レベルにおいて、モニタリングレポートが上位の TT に定期的に提出される。
2. 各レベルにおいてトレーニング計画に従った研修実施率が xx%以上となる。
3. 中央 TT、州／管区 TT (17)、タウンシップ TT (17)、及び BHS の研修満足度が xx%以上となる。

\* 指標 2、3 において規定されていない具体的な数値（現在、「xx」と表記）については、プロジェクト開始後 1 年程度以内に「ミ」国側と十分協議の上、具体的な指標の入手方法や数値等を確定することとする。

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〕

質が高く、計画に基づいた現任教育が、中央、州／管区、タウンシップの各レベルにおいて必要に応じ実施される。

〔指標〕

1. プロジェクト終了後 5 年までに、全国のタウンシップ TT のうち xx%が、州／管区 TT からの TOT を受ける。
2. 全国レベル及び州／管区レベルの現任教育データベースが更新されている。

\* 上位目標の指標 1、2 では測定できない「現任教育の質の向上」に係る指標については、プロジェクト開始後 1 年程度以内に「ミ」国と協議の上、確定する。

\* 指標 1 において規定されていない具体的な数値（現在「xx」と表記）については、プロジェクト開始後 1 年程度以内に「ミ」国側と十分協議の上、具体的な指標の入手方法や数値等を確定することとする。

## (2) 成果（アウトプット）と活動

### 1) 成果 1

中央 TT が現状を反映した形で、再組織化される。

#### [指標]

1-1. 中央 TT の役割と機能が保健省内で明文化され、承認される。

1-2. 中央 TT が存在する。

#### [活動]

1-1. (保健省が) 旧中央 TT [中央トレーニング室 Central Training Unit : CTU] の体制、機能等を評価する。

1-2. (保健省が) 新中央 TT のメンバー、組織、機能等を明文化する。

\* 指標 1-2「中央 TT が存在する」とは、保健省内で明文化された中央 TT の役割・機能に従い、中央 TT の執務スペースが確保され、人材が配置されている状態であることを指す。

### 2) 成果 2

中央 TT の管理体制・研修能力が強化される。

#### [指標]

2-1. xx%以上の州／管区 TT において研修技術の向上が見られる。

2-2. xx%以上の州／管区に対して、中央 TT から管理・モニタリングが行われる。

\* 指標 2-1、2-2 において規定されていない具体的な数値（現在、「xx」と表記）については、プロジェクト開始後 1 年程度以内に「ミ」国側と十分協議の上、具体的な指標の入手方法や数値等を確定することとする。

\* 指標 2-1「研修技術の向上」についての具体的な測定方法についてはプロジェクト開始後 1 年程度以内に「ミ」国と協議の上、確定する。

#### [活動]

2-1. (中央 TT が) 中央 TT の活動を実施するための予算を保健省に申請する。

2-2. (中央 TT が) ニーズアセスメントに関する検討を行い、ニーズアセスメントメカニズムを開発する。

2-3. (中央 TT が) 州／管区 TT、及びタウンシップ TT に対して、研修マネジメント能力及び研修技術のニーズアセスメントを実施する。

2-4. (中央 TT が) 州／管区 TT、及びタウンシップ TT に対して、研修マネジメント能力及び研修技術向上のための年間研修計画を策定する。

2-5. (中央 TT が) タウンシップレベルにおけるパイロット事業展開（上記年間研修計画の 17 タウンシップでの実施）のために必要な準備作業を行い、保健省・州／管区・タウンシップの同意を取り付ける。

2-6. (中央 TT が) TT 間での TOT の進め方を評価、修正し、研修ガイドや研修ツ-

ルを開発する。

- 2-7. (中央 TT が) 州／管区 TT に対して、研修マネジメント能力及び研修技術向上のための TOT を年間研修計画に沿って実施する。
- 2-8. (中央 TT が) 州／管区 TT に対するサポーターティブ・スーパービジョン（支援要請に対する助言・指導等）を実施する。
- 2-9. (中央 TT が) 「ミ」国全体の現任教育を統括する中央データベースを立ち上げる。
- 2-10. (中央 TT が) 卒前教育担当部局（DMS）への情報共有のため、各レベルの TT を集めた年次会議を行う。
- 2-11. (中央 TT が) 他のドナーと年次協議や、JCC での協議を通じてプロジェクトの進捗や TT の強化等に関する情報の共有をはかり、将来的な活動の展開の際の財政支援への協力を取り付ける。

### 3) 成果 3

州／管区 TT の管理体制・研修能力が強化される。

#### [指標]

- 3-1. xx%以上の州／管区 TT において現任教育のデータベースが整備される。
  - 3-2. xx%以上の州／管区 TT において（パイロットタウンシップ TT に対する）TOT 実施計画が策定される。
  - 3-3. xx%以上の州／管区 TT においてパイロットタウンシップ TT に対する研修マネジメント、及びコミュニケーション技術向上のための研修が実施される。
  - 3-4. 全州／管区 TT からパイロットタウンシップ TT に対するサポーターティブ・スーパービジョンの年間の平均実施数が XX 回以上になる。
  - 3-5. xx%以上のパイロットタウンシップ TT において研修技術の向上が yy%以上となる。
  - 3-6. 州／管区 TT から中央 TT に対するレポートの提出回数、及び州／管区 TT からタウンシップ TT に対するフィードバック回数が xx か月に 1 回以上になる。
- \* 指標 3-1、3-2、3-3、3-4、3-5、3-6 において規定されていない具体的な数値（現在、「xx」「yy」と表記）については、プロジェクト開始後 1 年程度以内に「ミ」国側と十分協議の上、具体的な指標の入手方法や数値等を確定することとする。

#### [活動]

- 3-1. (州／管区 TT が) タウンシップ TT に対する研修マネジメント能力、研修技術に関するニーズアセスメント／ベースラインデータ取得を行う。
- 3-2. (州／管区 TT が) パイロットタウンシップ TT に対する年間 TOT 実施計画を策定する。
- 3-3. (州／管区 TT が) パイロットタウンシップ TT に対する研修マネジメント能力、研修技術向上のための TOT を実施する。
- 3-4. (州／管区 TT が) タウンシップ TT による BHS への CME に関するサポーターティブ・スーパービジョンを実施する。
- 3-5. (州／管区 TT が) 中央 TT に対して、TOT のモニタリング結果及び効果を報告

し、タウンシップ TT に対してフィードバックを行う。

3-6. (州/管区 TT が) 州/管区レベルの現任教育に関するデータベースを構築し、各州/管区において利用を開始する。

3-7. (州/管区 TT が) 毎年、タウンシップ TT の質的部分の評価を行う。

#### 4) 成果 4

タウンシップ TT の管理体制・研修能力が強化される。

##### [指標]

4-1. タウンシップ TT の機能と必要とされる能力が公的に明文化される。

4-2. パイロットタウンシップの BHS によるサービス提供範囲が国で定める基準以上になる。

4-3. パイロットタウンシップにおいて医療サービスのコミュニティ利用率が xx% 上昇する。

4-4. BHS 及びタウンシップ TT の研修項目に関する理解度

\* 指標 4-3 において規定されていない具体的な数値 (現在、「xx」と表記) については、プロジェクト開始後 1 年程度以内に「ミ」国側と十分協議の上、具体的な指標の入手方法や数値等を確定することとする。

\* 指標 4-4 「理解度」についての具体的な内容・測定方法・数値については、プロジェクト開始後 1 年程度以内に「ミ」国側と十分協議の上、具体的な指標の入手方法や数値等を確定することとする。

##### [活動]

4-1. (パイロットタウンシップ TT が) 新規赴任 BHS、及び既存 BHS に対するニーズアセスメントを実施する。

4-2. (パイロットタウンシップ TT が) パイロットタウンシップ TT の活動を支援するための機材や必需品を保健省及び州/管区保健局に請求する。

4-3. 州/管区 TT によってパイロットタウンシップ TT に対して実施される TOT に対して、パイロットタウンシップ TT が州/管区 TT に対してフィードバックを行う。

4-4. (パイロットタウンシップ TT が) パイロットタウンシップの BHS への CME の年間計画を策定する。

4-5. (パイロットタウンシップ TT が) パイロットタウンシップの BHS への CME を計画に沿って実施する。

4-6. (パイロットタウンシップ TT が) パイロットタウンシップで実施する CME のモニタリングを実施する。

4-7. (パイロットタウンシップ TT が) パイロットタウンシップで実施する CME の評価を行う。

4-8. パイロットタウンシップ TT が、州/管区 TT に対して四半期ごとの活動実績報告を行う。

(3) 投入（インプット）

1) 日本側（総額 2.9 億円）

- ① 専門家：チーフアドバイザー、業務調整、マネジメント・研修スキル、情報マネジメント、モニタリング・評価
- ② 供与機材：研修用資機材、研修情報管理用機材、その他
- ③ 研修：国内研修、ワークショップ、視察研修

2) 「ミ」国側

① 人材

- プロジェクト・ディレクター
- プロジェクト・マネージャー
- カウンターパート

② プロジェクト実施に必要な執務室及び施設設備の提供

③ その他

- 運営・経常費用
- 電気、水道等の運営費

(4) 外部要因（満たされるべき外部条件）

1) 前提条件

政治的な安定が維持され、専門家の国内移動の制限が強化されない。

2) 上位目標達成のための外部条件

パイロット地域での活動を他の地域へ展開するための保健省による予算確保や他援助機関の財政的支援が行われる。

(5) 留意事項

以下の指標については、事前段階では「ミ」国の実情を十分に踏まえ、適切な数値等を設定することが困難なことから、プロジェクト開始後 1 年程度以内に「ミ」国側と十分協議の上、具体的な指標の入手方法や数値等を確定することとする。

- 1) 「4. 協力の枠組み」の (1) 1) プロジェクト目標、2) 上位目標、(2) 成果（アウトプット）の指標において規定されていない具体的な数値について（現在「xx」「yy」等と表記）
- 2) 4の(1)の2) 上位目標に係る「現在教育の質の向上」の測定指標について
- 3) 4の(2)の2) 成果2の指標 2-1「研修技術の向上」について
- 4) 4の(2)の4) 成果4の指標 4-4「BHS 及びタウンシップ TT の研修事項に関する理解度」について

5. 評価 5 項目による評価結果

(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判断できる。

- 1) 「ミ」国において、BHS の質の向上は、国民の健康の向上のために必要不可欠であるとの認識が強く、国は BHS に対する現任教育に力を注いでいる。そのため、1980 年代から州／管区、タウンシップ TT を組織化して現任教育を実施しているが、いまだ計画

的で質の高い研修の実施には至っていない。各レベルの TT の管理・調整能力及び研修実施能力向上を目指す本プロジェクトは、国が力を注ぐ BHS に対する現任教育の改善に貢献することが期待でき、ひいては国民の健康の向上に貢献することが期待できる。

2) BHS への現任教育の問題の一つとして、保健省内部局の連携・調整の欠如によりドナー主体で縦割りの現任教育が実施され、教育内容の重複、地域的な偏りが生じていることが挙げられる。この問題を解決するため、保健省による現任教育の計画・調整のための機能として、中央 TT を再組織化することを成果の一つとした本プロジェクトは、現任教育の調整等の効率化に貢献するとともに、さらに卒前と卒後の教育をつなぐ役割を果たすことが可能である。

## (2) 有効性

本プロジェクトは以下の理由から有効性が高いと予測できる。

1) 本プロジェクトは、基本的に新規に TT を設立することなく、既存の TT の管理体制・研修能力の強化を目指すものであり、保健省及び主要ドナー等の理解が得られている。中央 TT は旧 CTU の再組織化を行うものであるが、新規組織を設立することに比べ、組織図上の機構変更等に係る障害は少ない。また、州／管区及びタウンシップの TT では、中央による研修調整能力の向上を強く望んでいることから、本プロジェクトのアプローチは受け入れられやすく、有効性を高めることが期待できる。

2) 本プロジェクトは、現任教育の効率化及び質の向上を目指し、中央、州／管区、タウンシップの各 TT 間の連携を強化するものであり、その成果を広く波及させるための方策として 17 の州／管区、及びそれぞれの州／管区から一つのタウンシップを選択しており、州／管区 TT を核として、各州／管区内にプロジェクトの成果を波及させることが可能である。

## (3) 効率性

本プロジェクトは以下の理由から効率性が高いと予測できる。

1) 「ミ」国特有の事情として、移動や集会の実施等に政府の許可を必要とすること、及び首都であるネピドに外国人の居住が認められていないことが挙げられる。そのため、プロジェクトはヤンゴンを拠点とせざるを得ず、ネピドにある保健省とは遠隔からの連絡が基本となり、必要に応じてネピドに赴いて協議等を行うこととなる。こうした制約のため、ネピドの保健省内にプロジェクトの連絡調整のためのデスクの設置（ローカルスタッフの配置）を先方に要請し、許可を得た。これにより、保健省との連絡調整が向上し、活動の効率を上げることが期待できる。

本プロジェクトでは、日本人専門家の投入を最小限に抑え、その代わりローカルスタッフを活用することで、外国人の活動が制限される「ミ」国の特別な国情下においても、円滑かつ効率的なプロジェクト活動が可能となることが期待される。

2) 本プロジェクトでは、類似事業を実施している WHO や UNICEF 等との連携を重視している。特に WHO の実施している MEP は本プロジェクトと同様に中央からタウンシップの TT を対象とし、すでにモジュールを作成し、複数の地域で実施されていることから、これまでの経験を活かすとともに、モジュール等についても本プロジェクトで活

用、改善の可能性がある。すでに保健省から連携の方針を確認するとともに、WHO に対しても本プロジェクトについての情報共有を行っており、具体的に連携可能な事項の検討を進めている。このように他ドナーとの連携により、効率的な活動実施が可能と期待される。

- 3) 本プロジェクトでは、各 TT の管理・調整能力及び研修実施能力を向上することにより、すでにドナーにより数多く実施されている感染症対策や母子保健分野での技術研修を含む現任教育全体の効率と質の向上に寄与することが期待できる。
- 4) 本プロジェクトでは、現任教育データベースを作成し、保健省及び州／管区において BHS に対する現任教育の実施状況を集約することとしており、それに基づき現任教育実施地域の検討等を行うことが可能となるため、ドナー主導の現任教育を調整し限られたリソースの有効活用を促進することが期待できる。その結果、研修の重複や地域的な偏りを避け、現任教育実施の効率化に寄与することが期待できる。
- 5) 本プロジェクトでは、中央→州／管区→タウンシップの各 TT を用いたカスケードシステムでの研修実施体制を強化するものであり、現在のような中央から出向いて BHS に対する研修を実施するような非効率な研修実施方法を改善することが可能であり、効率性が高いといえることができる。

#### (4) インパクト

本プロジェクトは以下の理由からインパクトが高いと予測できる。

- 1) 本プロジェクトでは、保健省関係部局、TT メンバー、ドナー等、様々なステークホルダーを招聘した年次会議が活動に組み込まれている。これにより、プロジェクトの成果を関係者で共有することが可能となるため、今後の現任教育や TOT の効率及び質へのインパクトが期待できる。
- 2) 本プロジェクトの活動として実施される年次会議等に、BHS の卒前教育を担当する DMS を招聘し、プロジェクトの進捗や現任教育の改善状況に加え、卒前教育の改善すべき点等がフィードバックされ、卒前・卒後一貫した形で、より質の高い人材育成へのインパクトが期待できる。
- 3) 本プロジェクトにより、BHS に対する現任教育が調整された形で実施されることにより、現在では負荷となっている研修の量が軽減され、基礎保健サービスの提供という本来の主要業務に費やす時間が増えるなど、正のインパクトが期待できる。

#### (5) 自立発展性

本プロジェクトは以下の理由から自立発展性が高いと予測できる。

- 1) 本プロジェクトにより、保健省内で中央 TT の役割・機能が明文化され、人材の配置・育成がなされることにより、「ミ」国側のオーナーシップに基づいて、中央 TT の機能維持・促進が持続的になされていくことが期待できる。
- 2) 本プロジェクトが介入の対象としている TT のうち州／管区 TT、タウンシップ TT は現在も活動を行っており、本プロジェクトが終了しても継続していく可能性が高い。また、州／管区レベルにおいては全州／管区を対象に実施するため、例え人事異動があつ

ても他の州／管区において、リソースとして継続的に参画することが十分可能であり、自立発展性が高いと期待できる。

- 3) プロジェクトのデザインに、ドナーコーディネーションのメカニズムが組み込まれており、またプロジェクト終了後にもその機能を中央 TT が担っていくことから、他ドナーによる支援の効果・効率を持続的に高めることが期待できる。

具体的なドナー連携として、本プロジェクトが対象とする研修管理運営能力・研修実施能力が、他ドナーが主導する感染症（HIV、TB、マラリア）、予防接種、母子保健等の分野課題に関する研修実施のための基盤となるスキルであることが挙げられる。また、「(3) 効率性」の2)に記載のとおり、WHO の実施している MEP は本プロジェクトと同様に中央からタウンシップの TT までを対象とし、すでにモジュールを作成し、複数の地域で実施されている。したがって、本プロジェクトにおいて、これまでの経験を活かすとともに、モジュール等についても本プロジェクトで活用、改善の可能性がある。以上のような他ドナーとの連携が重要な要素であるとともに、本プロジェクトにおいては、中央 TT の役割・機能として活動 2-11 のとおり、「(中央 TT が) 他ドナーとの年次協議において、将来的な活動の展開の際の財政支援の協力を取り付ける」という活動を計画していることから、プロジェクトにより高められた中央 TT のドナーコーディネーション能力が持続的に活用されていくことが期待できる。

- 4) 本プロジェクトを通じて強化される TT の研修実施能力に関しては、特定の疾患等に関する技術ではなく、汎用性の高い一般的な研修技術の向上を指しており高額な資機材を必要としないため、TOT 等の機会を用いた実践を通じ、継続的な技術的向上が達成される可能性は高い。

- 5) 多くの BHS が集まる給料日の機会を利用して実施されている CME の効果的活用を目指しており、「ミ」国側の独自予算を用いて継続的に BHS に対する研修を実施していくことが可能である。

#### 6. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮

本プロジェクトの結果、既存の種々の感染症対策や母子保健活動等が強化され、特に貧困層や、母子家庭等社会的弱者に対する正のインパクトが期待できることより、長期的な貧困対策に寄与すると思料される。

#### 7. 過去の類似案件からの教訓の活用

「ミ」国において、関連案件として「ハンセン病対策・基礎保健サービス改善プロジェクト」が実施された。同プロジェクトでは各種活動を実施する中で、保健省内もしくは保健局内の幹部に対する働きかけがプロジェクトの進捗に大きく関わったことを経験している。また、部局間の情報共有・連携も不十分であることから、積極的に保健省内関係部局（主に保健局、DMS）の幹部への情報共有に取り組むこととする。

#### 8. 今後の評価計画

- ・中間評価：プロジェクト開始後 2 年半後

- ・ 終了時評価：プロジェクト終了の半年前
- ・ 事後評価：プロジェクト終了の3～5年後

第一編  
第一次事前評価  
(2007年1月)



## 第1章 事前調査の概要

### 1-1 調査団派遣の経緯と目的

ミャンマー国（以下、「ミ」国と記す）における基礎保健サービスの最前線は、タウンシップ（Township：Tsp）以下のレベルで活動する約2万人の基礎保健スタッフ（Basic Health Staff：BHS）によって担われている。しかし、業務内容の設定・調整不足、業務過多、能力強化のための機会の不足等により、国民に対する適切な保健医療サービスを提供できない状況にある。

BHSは、全国約5200万の国民とコミュニティの健康に直接的に、最も近いところで携わっていることから、保健省は状況の改善の必要性を強く認識し、保健局内にタスクフォースを構成し、BHSの業務分担の見直し、増員（新規採用）、保健センターの増設・整備等に取り組み始めた。しかし、最も取り組みを望むBHSの能力強化（リフレッシャー・トレーニング等）等には手をつけられていない状況にあり、課題が残されたままになっている。

このような状況のもと、「ミ」国政府は、2000年4月から2005年3月まで実施された「ハンセン病対策・基礎保健サービスプロジェクト」を通じ、9,500人近くのBHSの人材育成の実績を残してきた我が国に、BHSの能力強化のためのリフレッシャー・トレーニングの改善、業務内容の適切な設定・調整等、体系的なBHSの改革への支援を要請した。

今回の第一次事前調査では、二度の事前調査を経て協力を開始するという今後の進め方について合意を得るとともに、第二次事前調査実施のために必要とされる情報（保健政策、行政制度、基礎保健スタッフの養成状況、他ドナーの動向等）を収集し、調査対象地域等について協議を行い、合意に至った事項につき協議議事録（Minutes of Meetings：M/M）を署名交換することとする。

### 1-2 調査団の構成

	氏名	担当分野	所属	派遣期間
1	小野 喜志雄	団長	JICA 人間開発部 技術審議役	2007年1月 15日～28日
2	三好 知明	保健人材育成	国立国際医療センター	1月15日～28日
3	高野 晋太郎	協力計画	JICA 人間開発部 保健人材育成チーム	1月15日～31日
4	秋田 一実	保健医療/ 調査計画	有限会社オフィスアルプ	1月9日～28日

### 1-3 調査日程

日付	行動実績	
	小野、三好、高野	秋田
1月9日（火）		10：50 成田－16：05 バンコク（NH953） 18：00 バンコク－18：45 ヤンゴン（TG305）
1月10日（水）		午前：JICA ミャンマー事務所協議、保健局担当 Deputy DG 協議

1月11日(木)		午前：主要感染症オフィス調査 午後：主要感染症オフィス調査
1月12日(金)		午後：JICA ミャンマーオフィス、主要感染症マラリアオフィス調査
1月13日(土)		資料整理
1月14日(日)		資料整理
1月15日(月)	10：50 成田－16：05 バンコク (NH953) 18：00 バンコク－18：45 ヤンゴン (TG305)	午前：JICA ミャンマー事務所 午後：保健局担当 Asst. D 調査
1月16日(火)		午前：JICA ミャンマー事務所協議、在ミャンマー日本国大使館表敬 午後：団内協議
1月17日(水)		午前：UNAIDS 協議 午後：UNICEF 協議、WHO 協議
1月18日(木)		午前：バゴ－管区保健局調査、バゴ－タウンシップ保健オフィス (THO) 調査 午後：Inn Ta Kaw ルーラルヘルスセンター (RHC) 及びサブ RHC 調査
1月19日(金)		午前：主要感染症対策プロジェクトオフィス協議 午後：UNFPA 協議
1月20日(土)		資料整理及び団内会議
1月21日(日)		12：00 ヤンゴン－13：00 ネピド (W9-743) 移動 午後：団内会議
1月22日(月)		午前：保健省 Deputy Minister 表敬訪問、Public Health との協議 午後：Public Health との協議
1月23日(火)		午前：Disease Control の3セクションとの協議 午後：Disease Control の4セクションとの協議
1月24日(水)		午前：Department of Medical Science との協議 午後：ピンマナ市内視察
1月25日(木)		午前：保健省協議 午後：保健省 Public Health でのデータ収集
1月26日(金)		午前：資料整理 午後：保健省 Public Health 協議 17：20 ネピド－18：20 ヤンゴン (W9-744) 移動
1月27日(土)		午前：団内協議 午後：JICA ミャンマー事務所報告、小野・三好・秋田3名 19：45 ヤンゴン－21：25 バンコク (TG 306)、23：55 バンコク発 (NH 916)
1月28日(日)		07：35 成田着 (NH 916)

\*高野団員のみ1月29日から31日まで、別案件に係る協議のため「ミ」国に追加的に滞在。

## 1-4 主要面談者

〈「ミ」国側関係者〉

### (1) 保健省

Professor Dr. Mya Oo

Dr. Hla Hla Aye

Dr. Tin Win Maung

#### 1) Public Health

Dr. San Shway Win

Dr. Thein Thein Htay

Dr. Myint Myint Zin

Dr. Than Lwin

Dr. Theingi Myint

Dr. Thuzar Chit Tin

Dr. Aung Tun

Dr. Kyaw Win

Dr. Wai Wai Lwin

Dr. Myint Lwin

Dr. Aye Aye Thaw

#### 2) Disease Control

Dr. Khin Maung Lwin

Dr. Khin Ohnmar San

Dr. Than Win

Dr. Htan Htan Oo

Dr. Hhin Myein Lin

Dr. Soe Lwin Nyein

Dr. Than Htein Win

#### 3) Dept. of Medical Science

Prof. Dr. Aye Thoung

Dr. Than Zaw Myint

Dr. Daw Nwe Nwe Khim

### (2) バゴ管区保健局

Dr. Htay Aung

Dr. Maun Maun Sein

〈国際機関〉

Prof. Ms. Adik Wibowo

Ms. Margareta P. Skold

Mr. Brian J. Williams

Ms. Anne H. Vincent

Ministry of Health

Deputy Minister

Director, International Health Division

Director General, DOH

Deputy Director General (Public Health), DOH

Director, Public Health, DOH

Deputy Director, Public Health, DOH

Deputy Director, Basic Health Sector, DOH

Deputy Director, Mother & Child Health, DOH

Assistant Director (BHS), DOH

Assistant Director, School Health, DOH

Deputy Director, Environmental Sanitation, DOH

Assistant Director, Woman Health, DOH

Assistant Director, Child Health, DOH

Deputy Assistant Director, Nutrition

Central Health Education Bureau, Deputy Director

Assistant Director

VBDC, Deputy Director

NTP, Assistant Director

Trachoma Control, Deputy Director

Epidemiology Unit, Deputy Director

EPI, Assistant Director

Deputy Director General

Director (Training)

Deputy Director (Nursing)

Bago Divisional Health Department

Divisional Health Director 管区保健局長

Township Health Department, THO タウンシップ保健課長

UN & Donor Agency

Representative, WHO

Public Health Administrator, WHO

Country Coordinator, UNAIDS

Chief, Health & Nutrition Section, UNICEF

Mr. Yasuda Tadashi  
Mr. Daniel B. Baker  
Ms. Khin Ma Ma Aye

Project Officer (HIV/AIDS), Health & Nutrition, UNICEF  
Representative, UNFPA  
Assistant Representative, UNFPA

〈日本側関係者〉

(1) 在ミャンマー日本国大使館

小川 正史  
大熊 健

参事官  
二等書記官

(2) JICA ミャンマー事務所

梅崎 路子  
馬部 典佳

所 長  
企画調査員 (保健)

(3) JICA プロジェクト関係者

雲見 昌弘  
田中 秀統  
中村 正聡  
宮本 英樹  
鈴木 良一  
野木 美早子

主要感染症対策 (MIDC) プロジェクトリーダー  
同プロジェクト調整専門家  
同プロジェクトマラリア対策  
同プロジェクト HIV/AIDS 対策  
財団法人ジョイセフ、理事・事務局次長  
財団法人ジョイセフ、アシスタント・プログラム・オフィサー

## 第2章 保健政策と行政制度

### 2-1 概要

「ミ」国の人口は2004年時点で約5,400万人と推計されており、その約70%が地方の農山村に住んでいるといわれている。このため「ミ」国の保健政策は長年プライマリー・ヘルスケア（Primary Health Care : PHC）を保健・医療サービス提供の基盤に置いてきている。

このことから、「ミ」国民の健康状態の向上に責任を持つ保健省は、都市から農山村に至るすべての地域と行政レベルにおいて、その地域の実情に応じてBHSの能力を向上させることに力を注いできた。第2章では、本調査の対象である基礎的保険サービス（Basic Health Service : BHS）の枠組みともなる「ミ」国全体の保健政策や行政組織、また保健人材について調査した結果の概要を示す。表2-1に2004年時点での「ミ」国の人口と保健の概況についての統計を示す。

表2-1 保健状況（2004年）

区分	統計値	区分	統計値
国土面積	676,578 km <sup>2</sup>	人口増加率	1.3
人口	54,299,493	IMR	23.0
都市人口	13,813,193	U5MR	39.0
農山村人口	40,486,300	MMR	1.6
州・管区数	14	疾病上位5位	1. マラリア
タウンシップ数	321		2. 下痢
総合病院数	37		3. ARI
MCH	284		4. 赤痢
Urban Health Center	61		5. 結核 (疑いを含む)
Rural Health Center	1,351	死亡上位5位	1. マラリア
Sub Health Center	5,679		2. ARI
医師数（公共セクター）	3,942		3. 蛇咬
看護師数（公共セクター）	7,209		4. 下痢
HA数	1,275		5. 狂犬病
LHV数	1,577	予防接種カバー率	
PHS-1数	528		BCG 87%
PHS-2数	1,230		DPT.3 79%
NW数	8,705		OPV.3 84%
CHW数	27,895		TT.2 79%
Ax-MW数	21,624		

注1) : 医療職数は Public Sector の数であり、Private は含まない。2) : 「ミ」国では人材数や施設数など同じ保健省の統計であっても出所によって異なることが多く、例えば IMR はこの表では 23.0 であるが、“Health in Myanmar 2006” では 2001 年 59.7 となっている。

出所 : Health Profile 2004, MOH

公私合わせた医師数は 2004 年時点で 17,500 人（Health in Myanmar 2006 より）であることから人口 10 万当たり医師数は 32 であり、これはベトナム 53、ラオス 59、インド 60 など近隣国と比べ半分程度の低い水準である。看護師数も医師数とほぼ同数の 17,864 人（同）で人口 10 万当たり 33 であり、ベトナム 56、インド 80、タイ 282 と比べても低い水準にとどまる。また、「ミ」国では公共セクターの医療職はポスト数に対して欠員が多く、医師や看護師の絶対数の少なさがこれと相まって保健医療の現場では医療スタッフ不足が慢性化している状況にある。今回の現地調査で訪問したバゴータウンシップにあるバゴータウンシップは、人口 491,000 人に対し公共セクターで働く医師は 10 人であり、これは人口 10 万に対し医師数 2 という極めて低い水準にしかすぎない。民間セクターを含めてもバゴータウンシップではこの比率が 5 を超えることはないと推察される。このような保健医療職の不足を補うためコミュニティヘルスワーカー（Community Health Worker : CHW）や助産師補（Auxiliary Midwife : AMW）など保健医療ボランティアの養成に力が注がれているが、養成数に対する実働数は 60%程度といわれている。農山村になれば医師や看護師など医療職の不足は更に顕著であり、BHS が村落では唯一の医療職として保健医療サービスを提供するのが日常の状況となっている。BHS の強化が必要性的背景としてこのような現実がある。

## 2-2 保健政策

### 2-2-1 政策の体系

「ミ」国の保健政策は、1993 年の国家保健政策（National Health Policy : NHP）に示されている基本方針に基づき、表 2-2 に示す長期及び短期の保健計画と 14 の法律が策定されている。

表 2-2 「ミ」国の保健計画の枠組み

<p>〈国家保健政策（National Health Policy : NHP）〉</p> <p>1993 年に NHC の指導により制定され、PHC アプローチに基づき国民に健康をもたらすことを中心目的として、保健に関する各種計画の従うべき 15 の方針を定めている。</p> <p>①PHC アプローチに基づき国民の身体・精神両面での健康を増進すること</p> <p>②国民政策の国家方針に従うこと</p> <p>③長期的な視点で自国の努力により豊富な保健人材を産み出すこと</p> <p>④無料医療を補助する保健財源システムを開発すること</p> <p>⑤その他</p>	<p>〈ミャンマー保健ビジョン（Myanmar Health Vision 2030）〉</p> <p>中・短期計画の指針となることを目的とする以下の 30 年の長期ビジョンと到達目標を示している。</p> <p>①国民の健康水準を向上させる</p> <p>②伝染病の脅威を完全に取り除き、それ以外の健康問題の深刻さを軽減する</p> <p>③すべてのカテゴリーの保健人材を国内で確保する。他</p> <p>2030 年の到達目標として</p> <p>①出生時平均余命：現状 60～64 歳→目標 75～80 歳</p> <p>②IMR：現状 59.7→2010 年 40、2020 年 30、最終 22</p> <p>③U5MR：現状 77.77→2010 年 52、2020 年 39、最終 29</p> <p>④妊産婦死亡率：現状 2.55→2010 年 1.7、2020 年 1.3、最終 0.9</p>
--	--

	<p>〈国家保健計画（National Health Plan : NHP）（2006-2011）〉</p> <p>国家開発計画や経済計画ともリンクした保健分野の5カ年計画であり、Health Vision 2030の最初の5カ年をカバーする中期計画と位置づけられている。最新版の英語バージョンはまだ公表されていない。</p>
	<p>〈地方保健開発計画（Rural Health Development Plan）（2001-2006）〉</p> <p>2007年以降の更新版が策定されているか不明</p>
	<p>〈病院向上プロジェクト（Project for Upgrading of Hospitals）（2001-2006）〉</p> <p>2007年以降の更新版が策定されているか不明</p>
	<p>〈保健関連法律（Health Legislation）〉</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Public Health Law (1972)</li> <li>2. Law relating to the Nurse &amp; Midwife (1990)</li> <li>3. その他 12 法律がある</li> </ol>

出所：Health in Myanmar 2004, 2006, MOH

#### 2-2-2 国家開発計画（2006-2011）におけるBHSの強化

本5カ年計画の英語版はまだ公表されていないため、今回の調査では保健省にBHSの強化に関する部分の英訳を依頼し入手できたことから、それをもとに「1次医療と患者紹介プロジェクト（Primary Medical Care and Referral of Patients Project）」の中でBHSの強化についてどのような目標と行動が計画されているかをみる。（2）にその要約を示す。このプロジェクトでは、2011年時点でPHC目標カバー率を地方人口2万人に1か所のRHCと4,000人に1名の助産師（Midwife : MW）と設定している。BHSの数を増やし能力を向上させることは農林保健センター（Rural Health Center : RHC）やサブセンター（Sub Center）の増設と並ぶ主要戦略の一つであり、そのために既存の職員へリフレッシュ・トレーニングを行うこと、及び新規に保健ボランティア（Voluntary Health Worker : VHW）を採用することが具体的な行動として上げられている。

##### （1）総合目的

- 1) PHCサービスの質を高め患者を適切にレファールすること
- 2) 訓練を受けたVHWを動員してコミュニティでの健康促進活動を行うこと
- 3) 全国にPHCを行き渡らせるためにすべての州／管区でCHWを新規に募集すること

##### （2）個別目的と目標

	個別目的	5年間の目標増加数	年増加割合
1	人口増に追いつくように毎年新しいRHCを開設する	RHC : 300 Sub RHC : 1,500	60 300
2	新しく開設するRHCに基礎保健人材を配置する	BHS : 3,900	780

3	VHW の更新と新規採用により PCH サービスへのアクセスを維持する	TOT for VHWs : 750 For new VHWs : 5,000	150 1,000
4	RHC を基本に段階的に患者をレファールすることで医療サービスの質を向上させる	25 townships	5 townships
5	コミュニティでコストを負担しあう新しい保健財源システムを作り上げる	Conduct of research and workshops	—
6	保健サービスの質を向上させるためにすべてのタウンシップで BHS や VHW への refresher training を行う	HA : 250 Package Study Tour : 100 TMO management : 250 For old VHWs : 5,000 BHS & VHW modules production : 25,000	50 20 50 1,000 5,000
7	INGO や NGO との協力や協働を進める	Co-ordinated efforts among the gocts, NGOs and communitiy	—

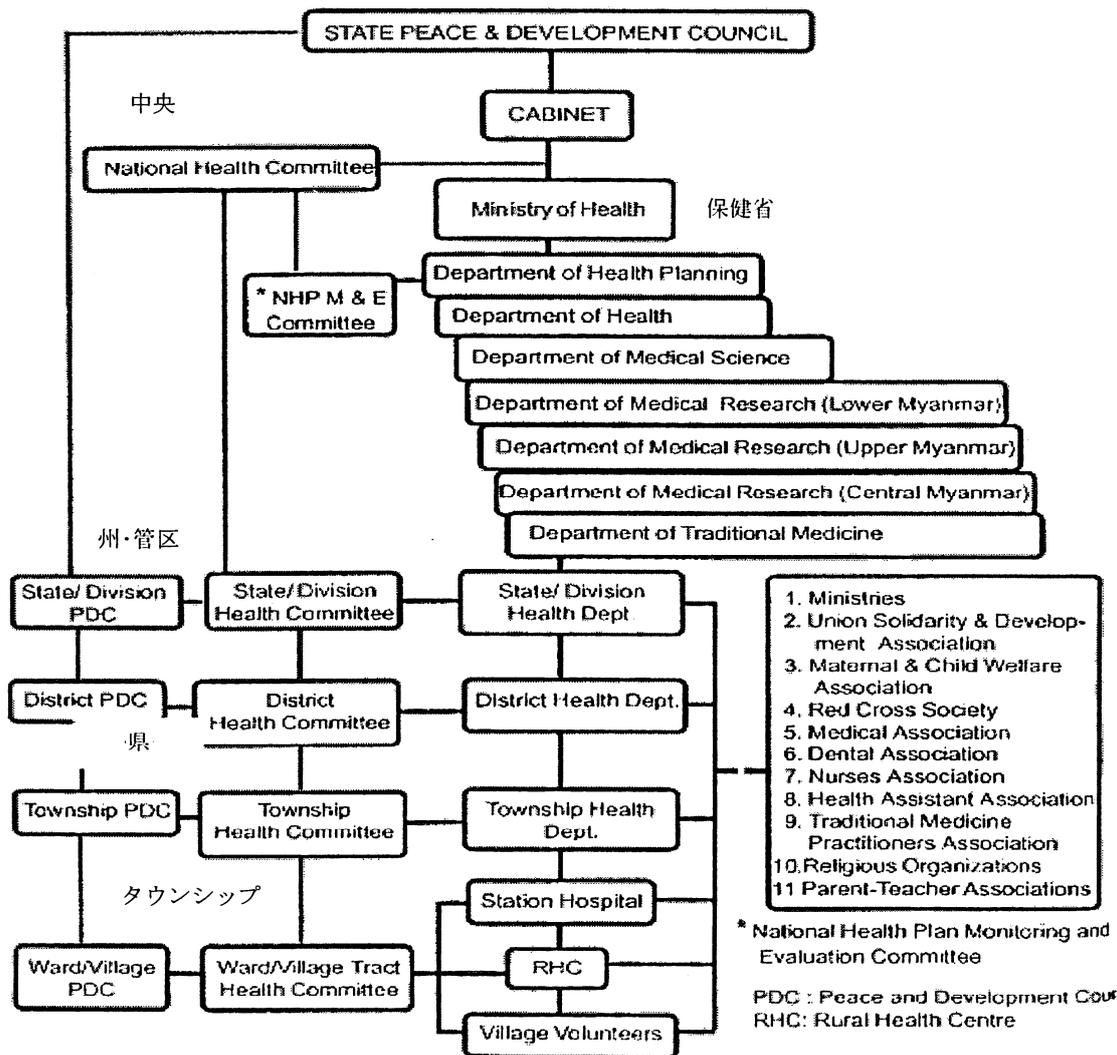
出所：NHP（2006-2011）の“Primary Medical Care and Referral of Patients Project”からの要約、MOH

## 2-3 保健行政

### 2-3-1 概要

「ミ」国の保健医療サービスの全体機構を図2-1に示す。保健行政は、国家レベルの保健省から州／管区、県、タウンシップの各保健局を経て村落の RHC に至る5段階の垂直的（vertical）な機構で構成されており、それと同じ5段階の垂直的な構造を持つ保健委員会（Health Committee）を通して Peace & Development Council という政治機構に組み込まれている。保健行政の日常的な実施は、前述の垂直的な構造に沿って地方分権化されており、村落の CHW はその末端（あるいは最前線に）で働く人達ということになる。また保健医療分野には保健省が運営する病院やヘルスセンターだけでなく、防衛省や労働省のように自らも医療機関を持つ他の省や国内の NGO も関わっている。

保健行政を実施する主体は保健省であるが、保健医療に関する国としての基本政策は国家保健委員会（National Health Committee : NHC）が策定し、保健省はこの基本政策に沿って行政を行うことになる。保健省のパフォーマンスは国家保健計画モニター・評価委員会（National Health Plan Monitoring & Evaluation Committee : NHP M&E Committee）によって監督され、その結果が NHC に報告される。この NHC は 1989 年に作られた「ミ」国で最高レベルの保健医療政策の決定機関であり、州平和開発評議会（State Peace and Development Council）次官を議長として保健省を含む各省の大臣など総勢 14 名のメンバーから構成される。



出所 : Health in Myanmar 2006, MOH

### 2-3-2 保健省 (Ministry of Health : MOH)

保健省は図 2-1 にも示されているように 7 つの局、計画局 (Department of Health Planning : DHP)、保健局 (Department of Health : DOH)、医学科学局 (Department of Medical Science : DMS) 3 つの地域 (南部、北部、中部) ごとの医学研究局 (Department of Medical Research) 及び伝統医療局 (Department of Traditional Medicine) からなる。BHS に関しては、このうち医学教育局がその養成を、計画局がその財政や計画を、そして保健局がコミュニティでのサービス提供を担当している。

保健局は図 2-2 に示すように局長 (DG) のもとに 4 人の副局長 (Deputy Director General : Dy. DG) が置かれ、この 4 人が全体として 9 人の課長 (Director) を管理している。BHS は保健局内のすべての課に関係する職種であるが、この 9 課の中で特に計画 (Planning)、疾病対策 (Disease Control) 及び公衆衛生 (Public Health) の 3 つの課とつながりが強い。公衆衛生課には基礎保健サービス全般を管理する基礎保健係 (Basic Health Section : BHS) が置かれている。

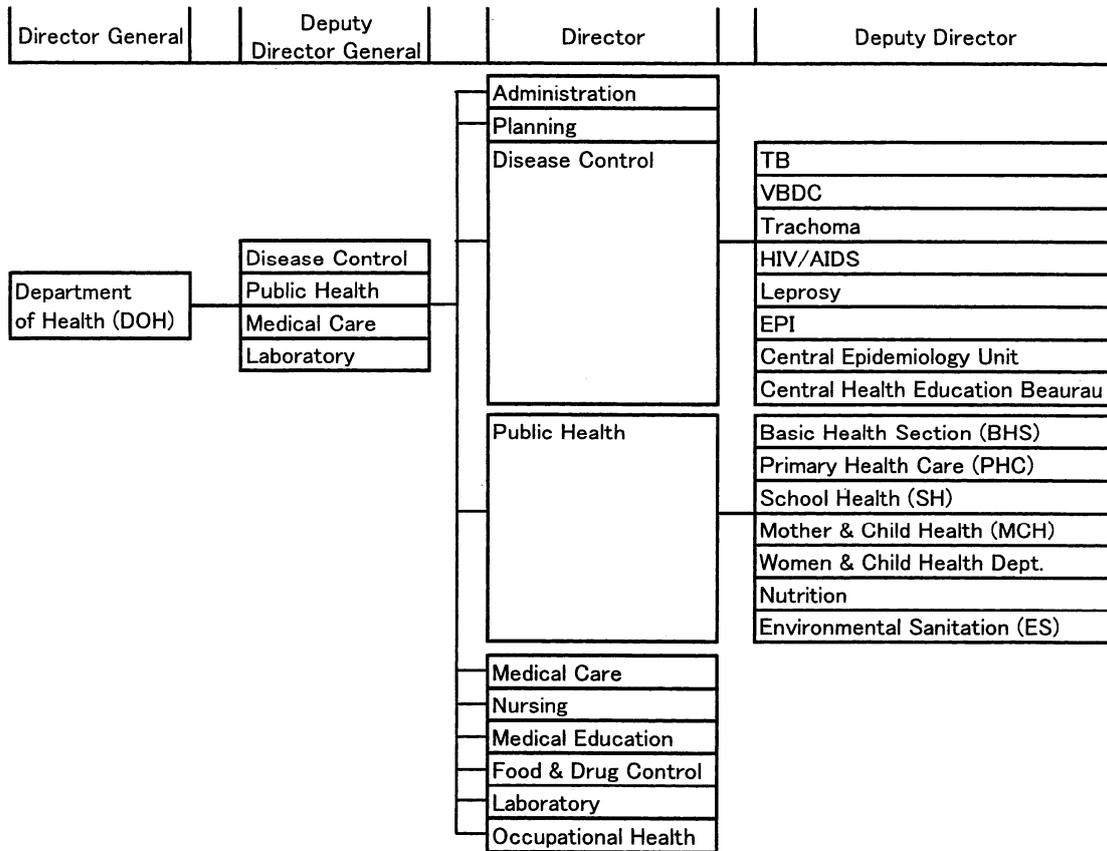


図 2 - 2 保健局の組織図

## 2 - 4 保健人材

### 2 - 4 - 1 養成機関

保健人材の育成は DMS の管掌であり表 2 - 3 に示す 13 の大学と 46 の養成校を運営している。2000 年から 2005 年にかけて実施された国家教育促進特別 4 カ年計画 (Special (4) Year Plan for Promoting National Education) の結果、卒業生数の増加やカリキュラムの見直しによる教育の質の向上が図られたとされているが、例えば医科大学の卒業生が何人かなどの具体的な数値は公表されていない。

大学の多くはヤンゴンとマンダレーの 2 都市に置かれているが、養成校は全国の州/管区にある主要都市に配置されている。コミュニティヘルス大学 (University of Community Health : UOCH) は以前は養成校であったが、1996 年に大学に格上げされ、2000 年にヤンゴンからマグウェに移転したもので、ここでは公衆衛生監督官 (Public Health Supervisor : PHS) - 1 と PHS-2 (各延べ 6 か月間) を目指す学生の教育と併せて、キャリア開発の一環として保健アシスタント (Health Assistant : HA) を目指す LHV と PHS-1 のための 1 年間集中課程 (one year HA condensed course) が設けられている。この課程を修了するとコミュニティヘルス (Community Health : CHA) に昇進できる。

表 2-3 DMS が運営する大学と養成校

大学			養成校		
種別	数	年数	種別	数	年数
医科大学	4	5 + 1 年	看護学校 (Diploma)	23	3 年
歯科大学	2	5 + 6 / 12 年	助産師学校	20	18 か月
看護大学 (Graduate)	2	4 年	Domiciliary 助産師校	1	
医療技術大学	2	4 年	看護師臨床訓練校	1	9 / 12 か月
薬科大学	2	4 年	LHV 養成校	1	9 か月
コミュニティヘル ス大学	1	6 / 12 か月			
計	13		計	46	

出所： Department of Medical Science 資料、MOH

DMS はこれらの学校とは別にヤンゴンに医療人材センター (Medical Resource Center : MRC) を持っており、ここには医学教育センター、医学博物館、電子図書館及び技術開発ラボの 4 機能を有している。また、DMS は WHO の協力を得て医科大学に公衆衛生修士課程 (Institute of Public Health) を開設する計画を持っている。この計画は具体的しつつあるとのことであるが、開設時期などの情報は得られていない。

#### 2-4-2 BHS 職種の育成数

上記の DMS が運営する大学と養成校での BHS の養成数を表 2-4 に示す。看護師は 2 大学で年間 300 人、全国 23 の看護学校と Field training 機関で年間 1,200 人の合計 1,500 人が輩出されている。また BHS の中心である MW は 800~1,000 人が、CHA は 70~100 人が毎年輩出されている。LHV 及び PHS については今回の調査では情報が得られていない。

表 2-4 医学教育局が運営する大学と養成校

種別	施設数	職種	年間卒業数
看護大学 (Graduate)	2	看護師	300 人
看護学校 (Diploma) + 訓練コース	23	看護師	1,200 人
コミュニティヘルス大学	1	Condensed HA	70~100 人
		PHS- 1	
		PHS- 2	
助産師学校	20	MW	800~1,000 人
Domiciliary 助産師校	1	MW	上記に含む
看護師臨床訓練校	1	看護師	上記に含む
LHV 養成校	1	LHV	不明

出所： Department of Medical Science インタビュー結果及び IMCJ 資料

#### 2-4-3 保健人材の現況

医師・看護師など医療職の数や人口当たりの充足水準については本章「2-1 概要」で記した。ここでは基礎的保健サービスに従事する BHS の数及び 2006 年に終了した地方保健

開発計画（2001-2006）での BHS 育成計画の達成状況を調査しその充足状況を概観する。

表 2-5 に地方保健開発計画での 2000 年時点のベースライン、目標数及び 2006 年末時点の数を示す。全体として目標数に達していないことは明らかであるが、特に RHC は期間中に 500 施設増加する予定がその約 10%にしかすぎない 54 施設しか増えておらず、サブ RHC でも 46%の達成でしかない。人材面では、LHV と MW は達成率がそれぞれ 97%、73%と高いが HA と PHS-2 はそれぞれ 33%、12%と極めて低い達成率である。

表 2-5 地方保健開発計画（2001～2006 年）の達成状況

No.	施設・BHS のタイプ	2000 Base	Target Number in 2006		2006.12
1	Rural Health Center (RHC)	1,402	+500	1,902	1,456
2	Sub-rural Health Center (Sub-RHC)	5,657	+2,000	7,657	6,581
3	Health Assistant	1,198	+500	1,698	1,364
4	Lady Health Visitor	1,209	+500	1,709	1,694
5	Midwife	7,059	+2,500	9,559	8,890
6	PHS-1				651
7	PHS-2	1,105	+2,500	3,605	1,424
8	Multipurpose Worker				920
9	CHW*	39,847			46,937
10	AMW*	25,799			29,686
11	TTBA*	16,792			19,118

注：\* CHW、AMW、TTBA のベースラインは 2001 年の数値である。

## 第3章 基礎保健スタッフ（BHS）の養成状況

### 3-1 BHSの定義・区分

#### 3-1-1 BHSの職種と業務

BHS という用語は、基礎保健サービス（Basic Health Services）あるいは基礎保健サービス従事者（Basic Health Staff あるいは Basic Health Service Staff）の略語として使われる両方のケースがある。また後者の場合でも、基礎保健サービスを行う職種のうちどこまでを指すかについて2つの定義があり、表3-1に示すタウンシップレベルで医療サービスと保健対策を担うすべての職種を指す講義の解釈と、表3-1で HA や PHS-1 以下の RHC やサブ RHC をベースに働く職種のみを指す狭義の解釈がある。本報告では BHS とは基礎保健サービス従事者を指し、かつそこにはボランティアも含むすべての職種が含まれるものと規定する。

表3-1 BHSの職種と主要業務

身分	略称	英文名	主要な業務
政府職員	TMO	Township Medical Office	医師でタウンシップ（Tsp）病院長、Tsp の保健・医療・疾病対策の責任者
	THO*	Township Health Officer	医師で Tsp の公衆衛生と疾病対策の責任者
	SMO	Station Medical Officer	医師で Station 病院長、TMO の監督下で同様の業務を担当
	THA/HA-1	Township Health Assistant	RHC 長として TMO を補佐し、保健活動を行い BHS を監督する。
	THN	Township Health Nurse	Tsp 病院の婦長であり、Tsp の看護師、LHV、MW の業務を監督指導する。
	HA	Health Assistant	RHC 長として TMO を補佐し、保健活動を行い BHS を監督する。
	PHS-1	Public Health Supervisor-1	RHC に所属し TMO や HA を補佐し保健衛生活動を行う。
	LHV	Lady Health Visitor	MW、AMW や CHW の業務を監督指導し、彼らの教育を行う。
	MW	Midwife	サブ RHC の長として週1回の外来と VHW の監督指導を行う。
	PHS-2	Public Health Supervisor-2	村落に居住し主に保健衛生活動を行い MW 業務を支援する。
	MPW/Vaccinator	Multipurpose Worker	MW や PHS-2 の指導の下で PHS-2 に類似した保健衛生活動を行う。
ボランティア	CHW	Community Health Worker	MW や PHS-2 の監督の下で保健活動を行う。
	AMW	Auxilliary Midwife	MW や PHS-2 の監督の下で助産師業務を行う。
	TTBA	Trained Traditional Birth Attendant	MW の監督の下で助産師業務を行う。新規の養成は行われていない。

注：\* THO が不在の Tsp では TMO が兼務する。

多くのタウンシップでは THO のポストがなかったり、あっても欠員の場合が多いため TMO がその役割も兼務しており、医療サービスだけでなく公衆衛生や保健活動の責任者となっている。このため TMO が BHS 強化のタウンシップにおけるキーパーソンと見なされている。

### 3-1-2 BHS のキャリア・ラダー

なお表 3-2 に示す多くの職種のうち、MW 以下のものは村落におけるサービスの直接の実施者であり、LHV 以上はその実施者の業務を指導監督する管理者として区分できる。これらの職種は同時に BHS にとってのキャリア・ラダーも示しており、サービスの実施者である MW と PHS-2 の2つの職種にとってのキャリア・ラダーは表 3-2 に示すようになっている。HA-1 と LHV の上位職種はそれぞれ THA、THN であることから、THA と THN という職位はタウンシップにおける BHS のキャリアの頂点ということになる。

表 3-2 MW と PHS-2 のキャリア・ラダーの例

MW のキャリア・ラダー		PHS-2 のキャリア・ラダー	
THN		THA	
↑	10 年以上の LHV としての実務経験＋看護学校での 3 か月間課程の修了	↑	3 年以上の HA-1 としての実務経験＋面接試験
HA-1		HA-1	
↑	10 年以上の CHA としての実務経験＋面接試験	↑	10 年以上の CHA としての実務経験＋面接試験
CHA		CHA	
↑	3 年以上の LHV としての実務経験＋UOCH で 15 か月間課程を修了	↑	1 年以上の PHS-1 としての実務経験＋UOCH での 15 か月間課程を修了
LHV		PHS-1	
↑	2 年以上の MW としての実務経験＋LHV 養成校で 9 か月間課程を修了	↑	3 年以上の PHS-2 としての実務経験＋UOCH での 9 か月間課程を修了
MW		PHS-2	

注：MW は HA の他に看護師を目指す道もある。

## 3-2 継続教育の実施状況

### 3-2-1 実施体制

BHS への継続教育は、図 3-1 に模式的に示す中央からタウンシップまでの 3 つのレベルで編成された TT により行われている。

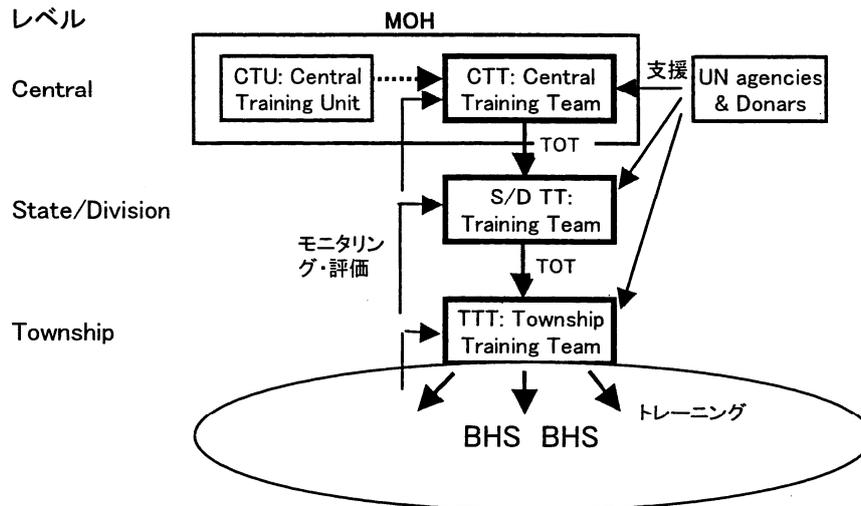


図 3 - 1 BHS への継続教育の流れ

これは中央の保健省内に設置された中央トレーニングチーム（Central Training Team : CTT）が州／管区のトレーニングチーム（Statel/Division Training Team : S/DTT）に、次いで S/DTT がタウンシップ・トレーニングチーム（Township Training Team : TTT）に保健・医療に関する新しい知識や技術、あるいはマネジメント技術をトレーニングし、最終的に TTT がそのタウンシップで働く BHS にトレーニングを通して知識や技術の伝達を行うというものである。UN 機関や INGO を含むドナーは、保健省あるいは州／管区、タウンシップの TT（のうち特定のメンバーに）に対し TOT とともに資機材や資金の援助を行っている。保健省にはトレーナーをプールし、関係する機関との調整を行う中央トレーニング室（Central Training Unit : CTU）という専門部署が設けられることになっていたが、実際には存在していない。したがって、図 3 - 1 は多分に理想的な流れを示しており、中央レベルの CTT さえ現実には機能しているとはいえない状態にあり、トレーニングは Vertical program（例えばマラリア対策や HIV/AIDS 対策、EPI など）相互の調整も不十分なまま行われている。必然的にタウンシップで実際に行われたトレーニングについても、指導やモニタリングはほとんど行われていないとされている。

### 3 - 2 - 2 保健省によるマネジメント能力強化トレーニング

保健省が BHS に対して行っている継続教育は、大別すると疾病対策や母子保健（Maternal and Child Health : MCH）等特定のプログラムに関するものと横断的なマネジメント能力の向上に関するものの二種類からなっている。プログラム別の分野では該当する UN 機関（UNICEF、UNAIDS、UNFPA 等）の技術的及び資金上の支援を受けており、マネジメント能力の向上の分野では WHO の支援を受けている。前者については「3 - 4 ドナーによる BHS トレーニング支援状況」で述べることから、ここでは後者のトレーニング状況について、表 3 - 3 に WHO が支援しているマネジメント能力の向上に関する支援を要約する。

表 3-3 Public Health 分野での BHS の能力開発に関連したトレーニング

分 野	内 容
1. 州/管区 TT のメンバーに対するリフレッシャー・トレーニング	2004 年に州/管区 TT の状況分析を行い、CTT が 15 章からなるモジュールを開発し、州/管区 TT (副局長及びチームメンバー) にリフレッシャー・トレーニングを行った。なお、15 モジュールの内容は、NHP・NHC の役割、保健活動の計画・実施・評価、訓練方法、医学教育、健康推進活動、統計指標など。
2. TMO へのマネジメント・トレーニング	TMO は Tsp トレーニングチームのリーダーであり BHS の能力向上に決定的な役割を果たすことから、そのマネジメント能力向上のために、保健局の医療サービス課と公衆衛生課が協働して毎年トレーニングを行っている。
3. HA 及び HA-1 へのリフレッシャー・トレーニング	いずれの職種も Tsp TT のメンバーであり、RHC の長としての役割を持ち BHS の日常業務を監督指導する重要な立場にある。CTT が WHO の協力を得てリフレッシャー・トレーニングを毎年行っている。
4. VHW へのトレーニング	S/D 及び TTT が 3 分野で VHW (CHW 及び AMW) へのトレーニングを行っている。 1. S/D レベルでの TOT トレーニング 2. 新 CHW へのトレーニング 3. 旧 CHW へのリフレッシャー・トレーニング
5. Management Effectiveness Program (MEP) のモジュラー・トレーニング	MEP アプローチによるタウンシップレベルでの基礎保健サービスの改善を目指して、2004 年 5 月に開始し現在まで 11 の州/管区にある 12 タウンシップ分を完了した。トレーニング内容は、 1) Orientation Workshop for MEP 2) TOT for facilitators 3) Continuous personal and professional development 4) Team building and leadership 5) Community development

出所：質問書への回答

なお、これらの情報は調査団の質問書に対する保健省の公衆衛生 (Public Health) 課からの回答によって得られたものであり、同課の基礎保健係が実施しているトレーニングだけを取り上げている。

### 3-3 バゴ-管区における調査結果

本調査では、バゴ-管区 (東) Health Office (DHO)、バゴ-THO、Inn Ta Kaw RHC 及びサブ RHC 1 か所を訪問し、トレーニングチームの活動状況と実際に行われているトレーニングの状況を調査した。

#### 3-3-1 保健体制の状況

バゴ-管区 (東) は首都ヤンゴンから車で 1 時間半の距離にある人口 312 万人を擁している。表 3-4 に示すように、バゴ-タウンシップはバゴ-管区にある 7 つのタウンシップの 1 つで人口 49 万人が住み、これは管区人口の 15.7% に相当し、また公共セクターの医療従事

者数は 124 人でこれが管区全体の 8.5%を占めている。疾病構造はマラリアや下痢、急性呼吸器感染症（Acute Respiratory Infection : ARI）などの感染症が大半であり、都市部と農村部で大きな違いは見られない。

表 3-4 バゴ-管区とタウンシップの保健医療指標

項目	バゴ-管区 (東)		バゴ-Township	
人口		312 万人		49 万人
Township 数		14		1
Village 数		2,737		51
医療施設	200 床病院	1	—	—
	150 床病院	1	—	—
	Township 病院	12	Township 病院	1 (150 床)
	Station 病院	30	Station 病院	3
	MCH	17	MCH	1
	UHC	3	UHC	2
	RHC	85	RHC	5
	Sub HC	390	Sub HC	38
保健医療従事者数	医師	235	TMO, M. O	10
	THN/ナース	356	THN	1
	THA	5	THA	1
	HA- 1	14	HA- 1	1
	HA	71	HA	5
	LHV	91	LHV	11
	MW	497	MW	66
	PHS- 1	35	PHS- 1	6
	PHS- 2	84	PHS- 2	12
	Vac.	76	Multipurpose	11
	総 数	1,464	総 数	124
上位 5 位疾患名 2005 年 (患者数/死亡数)	1. マラリア	23,118/95	1. マラリア	262/2
	2. ARI	20,499/118	2. 下痢	222/0
	3. 下痢	18,593/37	3. 赤痢	109/0
	4. 赤痢	8,186	4. TB	53/0
	5. TB	5,822	5. ARI	30/0

出所：質問書へのバゴ-管区での回答

### 3-3-2 トレーニングチームの活動状況

#### (1) TT の状況

バゴ-管区及びタウンシップという 2つのレベルの保健オフィスで作られている TT について、その構成及びその活動状況を表 3-5 に示す。

管区 TT は 12 名のチームメンバーの中で半数が vertical staff と呼ばれる結核 (Tuberculosis : TB) など特定プログラムの担当者であり、全員が管区保健局長 (Divisional Health Director : DHD) オフィスに所属している。

表 3-5 バゴ-管区とタウンシップにおけるトレーニングチームと活動状況

	Divisional Health Office	Township Health Office
1. チームメンバー数	1. Deputy DHD 2. Regional Officer (Leprosy) 3. Regional Officer (TB) 4. Regional Officer (VBDC) 5. Regional Officer (Trachoma) 6. Township Health Officer 7. Team Leader (Nutrition) 8. Team Leader (STD/HIV) 9. Team Leader (SDCU) 10. Nursing Officer (Nursing) 11. Health Education Officer (HE) 12. Statistics Officer (Statistic)	1. TMO 2. Team Leader (MCH) 3. Medical Officer (MCH) 4. Medical Officer (UHC) 5. Health Assistant- 1 6. Township Health Nurse
2. メンバーの所属先	全員 DHD オフィス	TMO オフィス 3 名、MCH 3 名
3. トレーニング内容 (2006 年)	1. TMO や TT メンバーを対象とする TOT : 2006 年 8 回開催、各 6 ~ 60 名参加 2. BHS への疾病対策 (TB、HIV 等) 対策 (バゴ-及び Tsp への出張研修) : 2006 年 5 回開催、各 18 ~ 93 名参加	1. 全 BHS 対象に毎月末に Tsp 病院で行う CME* (12 回/年) : 各 77 ~ 93 名参加 2. BHS や CHW を対象に DHD オフィスや Tsp 病院で行う疾病別・分野別のトレーニング・2006 年 10 回開催、各 2 ~ 5 日間で 10 ~ 109 名参加
4. 活動概要 (上記 3 の内容)	1. Job Orientation, AEFI, B&D Reg, Survey Training, Facilitator Training 2. Management of TB, Health Talk BCC	1. AEFI, Reproductive Health, TB, PMCT counseling, Goitre Survey 等 2. Leprosy, EPI, New AMW training, New CHW training, PCPNC, TB 等
5. トレーニングを行う場所	1. DHD オフィスのトレーニングホール 2. 出張トレーニングを行うそれぞれのタウンシップ	1. CME はタウンシップ病院のホール 2. DHD オフィスのトレーニングホール 3. その他ヤンゴンなど研修出張先

注 : \*CME Continuous Medical Education の略で、BHS が月給を受け取りに TMO オフィスを訪れる毎月末を利用して行われる保健・医療教育を指す。

出所 : 質問書へのバゴ-管区での回答

(2) DHD オフィスでのヒヤリング結果

分野	聴取事項
1. トレーニング実施上の問題点	1. 問題点は① リソース不足 (教育用の機材がないなど)、② タウンシップのトレーニングを監督したりモニターできないという 2 点である。トレーニングのための予算は (ドナーが支援する) プロジェクトから出ており、DHO にトレーニング用の予算はない。 2. 中央レベルでのトレーニングはヤンゴンよりネピドで行われることが多い。ネピドは交通費に加えホテル代が高いことから、現在はネピドの病院を宿泊所として使っている。
2. 内容についての留意点	1. 職員は人事異動により定期的に入れ替わるため、特定分野に偏らない総合的な能力開発 (トレーニング方法・技術等に関する)

	<p>を行う必要がある。</p> <p>2. トレーニングが職員に均等に行き届くよう計画的に行う必要がある。</p>
3. トレーニング計画の作成	<p>1. DHO のトレーニング計画はこのオフィスで作成し、タウンシップレベルでは TMO が作成している。トレーニング計画は自分たちで作成できるしトレーニングメソッドも知っており、この面での支援は特別なトピックを除き不要である。</p> <p>2. DHO が中央に期待するのはトレーニングを行うための予算付けである。</p>

なお訪問した当日は、DHO のトレーニング・ホールにおいて保健省から来たトレーナー (Assistant Director) が 1月 17、18、19 日の 3 日間かけて保健管理情報システム (Health Management Information System : HMIS) のトレーニングを 28 人の THO/HA を対象に行っていた。トレーナーは全国の州/管区を巡回して HMIS のトレーニングを行い、その費用は WHO が支援しているということである。

### (3) バゴ- TMO オフィスでのヒヤリング結果

分野	聴取事項
1. トレーニング上の強み	<p>1. ヤンゴンに隣接しており幹線道路もあるため交通の便が良い。</p> <p>2. インフラが整っている。</p> <p>3. 職員の研修記録がよく整備されている。(2001 年以降の記録は完備している)</p>
2. 弱点	<p>1. 教育用機材がプロジェクターと白板しかなく不足している。</p> <p>2. 職員が頻繁に辞める。</p>

この TMO オフィスはディストリクト病院の施設の中に置かれており、視察した当日は 16 ~26 歳の 9 名の女性が AMW になるためのトレーニングを受けていた。

### 3-3-3 BHS 現場調査

#### (1) バゴータウンシップの Inn Ta Kaw RHC

このヘルス・センターは 6 つのサブ RHC を管轄し、人口約 4 万人をカバーしている。RHC の建物は 200 人以上が入れる広い講堂を持ち、来訪者のために英語で書かれた活動記録が壁に貼られている。調査当日は BHS、助産師養成校の学生、村長及びボランティアなど約 27 名が講堂に集まっていた。出席者の意見を要約すると以下のとおりである。

対象	聴取事項
TMO	<p>1. BHS はサービスをするために移動するのは多くは自転車を使い、それ以外はバスや徒歩であり、バス代は BHS が自己負担している。</p> <p>2. BHS の提供するサービスを良くするためには、①移動手段の確保、②保健教育のための機材や教材、③能力向上、④医薬品の補給、の 4 点がポイントであり、優先順位は③、④、①、②の順である</p>

BHS	<p>MW：CME は毎月、リフレッシュャー・トレーニングは年に3～4回受けており有用である。もっと多く受けてたい。</p> <p>LHV：仕事が忙しくトレーニングを受けても時間が経つと学んだことを忘れてしまう。したがって、リフレッシュャー・トレーニングを受けたい。</p> <p>地域のリーダー：BHS のサービスは良く、彼女たちがトレーニングを受けることはレベルが上がることに伴い村人にとっても有益なことである。</p>
-----	--

## (2) Inn Ta Kaw RHC 管轄の Thar Yar Kone Sub-RHC

このサブセンターの職員は訪問前に行った RHC でのインタビューに参加していたことから、ここでは施設の視察と活動状況の簡単なインタビューをするにとどまった。

- 1) カバーする人口は約1万人で8つの村が含まれる。職員は MW-1 AMW-3 及び CHW-1 という構成で計5名である。オープンするのは週1日で5時間（電気が来るのが1日5時間ということである）であり、他の曜日は職員が村に出かける。出産はほとんど自宅分娩であり、このサブセンターでお産に立ち会うことはないとのことである。
- 2) ヤンゴンへ通じる幹線道路沿いにあるにもかかわらず電話設備がなく、これはサブセンターに共通しているとのことである。

## 3-4 ドナーによる BHS トレーニング支援状況

調査した次の4つの UN 機関のいずれも、それぞれの分野で保健省が行う BHS へのトレーニングを支援しており、いくつかのプログラムではその成果を評価する調査も行われている。どの機関も、BHS へのリフレッシュャー・トレーニングを計画的・継続的に行う必要があること、Vertical Program ごとに行われるトレーニングを保健省のどこかで調整する必要があることなどは共通して認識しており、本プロジェクトの実施には非常に興味を示している。

なかでも WHO が支援する基礎保健サービスに携わるスタッフに対するマネジメント能力向上計画 (Management Effectiveness Programme : MEP) は、本 BHS 強化プロジェクトで想定される活動内容と関連する部分が多いと考えられる。

### 3-4-1 WHO

WHO が現在保健省を支援して行っているマネジメント能力向上のトレーニングは、次の2つの計画である。

- (1) 病院での院内感染防止のための看護と助産の TQC システムの導入
- (2) タウンシップでの基礎保健サービスのマネジメント能力向上

このうち (2) のマネジメント能力向上計画は、タウンシップレベルで働く BHS に対し特定の疾病対策ではなく日常業務の遂行能力を向上させることでサービスの質を高めることを目的とするものであり、表 3-6 に示す3つのコンポーネントからなっている。この内容が前出の表 11 と対応するものである。

表3-6 タウンシップでの基礎保健サービスのマネジメント能力向上計画の概要

コンポーネント	経常予算 (US \$)		活 動
	2006	2007	
1. PHC サービスの強化	181,000	42,000	1. RHC への必須トレーニング教材、資機材の供給 2. Tsp・S/D レベルで行われている CHC 事業の評価 3. HA へのリフレッシュャー・トレーニング：様々な Tsp の HA (50 名) へ 14 日間のコース
2. 村落へのボランティア保健活動と自助ケアの強化	41,500	28,500	1. VHW (CHW と AMW) へのトレーニング及びリフレッシュャー・トレーニングの実施：12 州/管区の 60Tsp の BHS60 名に 3 日間のコース
3. Tsp における MEP の拡大	209,000	120,500	1. MEP モジュール開発のワークショップの開催 2. 訓練資材の供給 3. MEP レビューワークショップの開催、その他

MEP はこの3つのコンポーネントの中核をなすもので、WHO によると現時点での MEP の進捗状況や効果及び今後の予定は次のとおりである。

- 1) 農山村で基礎保健サービスの提供に関わっているすべての職種のマネジメント能力を向上させることを目的としており、参加型・問題解決指向のアプローチを通して BHS が日常直面する状況に的確に対応できるように知識・技術・行動を身に付ける。
- 2) 2006 年に6タウンシップでトレーニングを実施しており、2007 年に新たに6タウンシップを予定する。その後は予算次第ということになるが、保健省は 2008 年以降も継続し全国のタウンシップに MEP を拡大したいとしている。
- 3) 現段階で確認できる成果として、MEP が個人とチームの問題解決能力の向上に力を入れていることから、トレーニングを受けた BHS の働き振りに次のような前向きの変化が見られる。なお、チームで問題解決に当たるというアプローチを現場に応用することは、実際のところ非常に難しい面があると WHO オフィスでは認めている。

対 象	MEP による効果
個人レベル	2) 保健活動を行う上で、また上司と討論する際に自信が持てるようになる。 3) 言葉によるコミュニケーション技術が向上する。 4) 学んだトレーニング手法を住民教育に応用できる。 5) NGO とより良く協働できるようになる、など。
チームレベル	1) Tsp レベルでのリーダーシップとチーム作り能力に向上が見られる。

### 3-4-2 UNICEF

UNICEF は、MW を対象に主に 5 つの分野（EPI、IMCT、Nutrition、HIV/AIDS、Micro-stratification）でリフレッシュ・トレーニングを行っている。また、AMW に対してはプレサービス・トレーニング（6 カ月間）を資金と教材の面で支援している。この AMW へのトレーニングに関しては、2006 年に UNICEF が行った AMW のパフォーマンス評価調査の結果、①約半数の AMW が目標レベルの技術と知識を身に付けていないこと、②出産に立ち会う経験が少なく（年間 10 件にも満たないケースが多い）、必要なスキルを維持することができないこと、及び③建前では MW の監督指示を受けることになっているがそれがないことなどがわかった。このような問題を解決するために、UNICEF では現在 AMW へのリフレッシュ・トレーニングを行う必要があることを保健省と話し合っているとのことである。

また、UNICEF では本 BHS 強化プロジェクトについて、「保健省は予測に基づいてプランニングする能力が弱く、新プロジェクトでこの点をコーディネートし支援することは有益である。BHS の間では MW の仕事内容が著しく多く過重になっており、他の職種の Job Description を見直して均等化する試みもやるに値する。保健省のトレーニングはシステムという面で弱く、トレーニングのやり方も講義中心の保守的なもので改良の余地が大きく、これらに新プロジェクトが貢献するのは意味がある。」と助言している。

### 3-4-3 UNFPA

UNFPA は人口政策の観点から保健省の Reproductive Health に関わる BHS の能力強化トレーニングを支援している。UNFPA が 2002～2006 年に行った地方保健のためのミャンマー支援特別プログラムは、AMW を含む BHS を対象とする 5 つのコンポーネントからなっていた。

- (1) Reproductive Health Service の強化：保健局の Public Health（MCH）が実施
- (2) 行動を変えるための情報と教育：Central Health Education Bureau が実施
- (3) ターゲット層の間での HIV/AIDS の予防：国家エイズ計画と PSI が実施
- (4) 青年層 Reproductive Health の向上：Marie Stopes International が実施
- (5) 出産・Reproductive Health に関するデータ分析

これらのトレーニングを行った累積のタウンシップ数は、表 3-7 に示すように毎年 12 タウンシップ期間中に合計で 40 タウンシップ増加した結果、最終的に 112 タウンシップに達している。

表 3-7 UNFPA が支援したトレーニングの対象タウンシップ数の推移

年次	累計のタウンシップ数
1991 to 1997	20
1997 to 2001	72
2002	79
2003	86
2004	93
2005	100
2006	112

出所：質問書への回答資料

AMW に対しては Birth Spacing のリフレッシュャー・トレーニング（3日間コース）を 2002 年から毎年累計 72 タウンシップで行ってきている。これを含め BHS に対し UNFPA が支援するトレーニング計画の全体概要は次のとおりである。

- 1) 4 種類の Birth Spacing 方法のトレーニング（1991～2001 年）
- 2) 質の高い Reproductive Health Service に関するトレーニング（2002 年以降）
- 3) PCPN 5 日間トレーニング
- 4) Reproductive Health Management Information System (RH/MIS) のトレーニング（2002 年以降）
- 5) マネジメント・チームのためのプログラム管理のトレーニング
- 6) その他

UNFPA は、これまでの保健省に対して行ってきたトレーニング支援活動を通し、次の点を留意すべき点として挙げている。

- a) TMO は 2 年半から 3 年で移動して入れ替わるが、着任する際に何らかの訓練や教育を受けるわけではない。このため、TMO によっては公衆衛生に関する知識を全く持っていなかったり、避妊方法を教えるトレーニングを受けていないことがある。
- b) BHS によるサービスの質を高めるためにはその能力強化に加えて、①士気・やる気、②訓練用資機材（フリップ・チャート、白板、機材等）、③時間、④移動する手段（移動するための費用）が必要である。また医薬品や材料などの不足も深刻であり、保健省がタイムリーに供給する必要がある。

#### 3-4-4 UNAIDS

UNAIDS は HIV/AIDS 対策を通して保健省が行う BHS のトレーニングを支援している。UNAIDS はミャンマーHIV/AIDS 基金（Fund for HIV/AIDS in Myanmar : FHAM）として 2003～2006 年で総額 2600 万ドルを支援している。HIV/AIDS 対策に関しては、UNICEF が母子感染防止対策で支援しているほか、WHO が計画している 2 年計画のエイズ・感染症統合管理（Integrated Management of AIDS & Infectious Diseases : IMAI）では BHS を対象に TOT を行う予定である。また近く始まる EU の主要 3 疾病対策基金（3 Diseases Fund : 3DF）は、「ミ」国の HIV/AIDS、TB 及びマラリア対策のためにタウンシップに直接資金を投入する計画であり、BHS に対するトレーニングは重要なコンポーネントとして含まれている。UNAIDS は現在国家エイズ計画の監督の下で AIDS チームが 43 のタウンシップで STD/AIDS に関するトレーニングを支援している。

なお、日本が予定する BHS 強化プロジェクトに関して、意義のあるプロジェクトであり、すでにあるストラクチャーを使うことが重要であるという旨の発言があった。

#### 3-4-5 JICA「主要感染症プロジェクト」

日本が支援する技術協力プロジェクトであり、マラリア、HIV/AIDS 及び TB の 3 分野を対象に 2005 年 1 月に開始されている。3 分野のうちタウンシップレベルで BHS に対しトレーニングを行っているのはマラリアだけであり、大別すると次のとおりである。

(1) タウンシップレベルでのマラリア対策実施能力強化

1) BHS と病院スタッフに対する住民参加型マラリア対策のトレーニング

西バゴ管区にある 28 タウンシップのうち 15 タウンシップにおいて、2004～2006 年の 3 年間で延べ 698 人の BHS を対象として、表 3-8 に示すような知識向上と実施に関するガイドラインの指導を実施している。

表 3-8 MIDC プロジェクトのマラリア対策の BHS トレーニング状況

項目	概要
研修対象者	BHS、病院スタッフ及び CHW (CHW は 1 Tsp のみ)
研修期間	2 日間
講師	バゴ管区マラリアチームリーダー、プロジェクトスタッフ、 2 名/研修
場所	各タウンシップ病院
教材	国家マラリア対策プログラムが 2005 年に作成した標準 BHS テキスト
研修の成果評価	研修前及び研修後テスト

出所：質問書への回答

2) プロジェクト地域の BHS に対する補完的トレーニング

ロジスティックマネジメントに関するトレーニングを月末の給料日に実施している。

3) 顕微鏡検査トレーニング

4TS の 12 人の BHS (RHC 勤務) 及び病院スタッフに 4 週間の導入研修と 5 日間のリフレッシュコースを実施している。

(2) VBDC スタッフ (Central 及び S/D の VBDC チーム) へのトレーニング

昆虫学、GIS Inter country 研修 (WHO との共催) 及び GIS 国内研修

(3) 他ドナーとのコーディネーション

1) 地域的な重複を避ける調整は、国家マラリア対策プログラムの TWG (Technical Working Group) 及び VBDC と協議して行う。

2) 研修内容に関する調整は、研修に国家マラリア対策プログラムが作成した標準テキストを使用するため行う必要がない。

3-4-6 3 Diseases Fund (3DF)

3DF は、「ミ」国の HIV/AIDS、TB 及びマラリア対策を支援するために、オーストラリア、EC、オランダ、ノルウェイ、スウェーデン及びイギリスからなるドナー・コンソーシアムがその資金をコモンバスケット方式で拠出する新しい援助メカニズムであり、5 年間で 9950 万ドルの拠出金が予定されている。これは 2005 年 8 月に GFATM が「ミ」国から引き揚げることを決定したことと 2006 年末に EC によるミャンマー HIV/AIDS 基金 (Fund for HIV/AIDS in Myanmar: FHAM) が終了したことを受けて行われるものである。資金の流れは図 3-2 に示すように、保健省本省を通すことなく UNOPS をファンドマネージャーとし UN 機関や国際 NGO、タウンシップ保健局などを実施パートナーとして直接資金を投入し、これらのパートナーが保健省の National Program が作成した 3D Operational Plan を実行する形を取るようになる。

3DF の事業では、タウンシップレベルでの TOT や BHS へのトレーニングが重点的に行われることが予想されていることから、保健省の中央トレーニングチームが BHS 強化プロジェクトとの調整を行う必要が生じると予想される。このような調整を行う場合は、図 3-2 で言えば National Program グループの最高機関に当たる Coordinating Body (保健省が Chair) になると予想される。

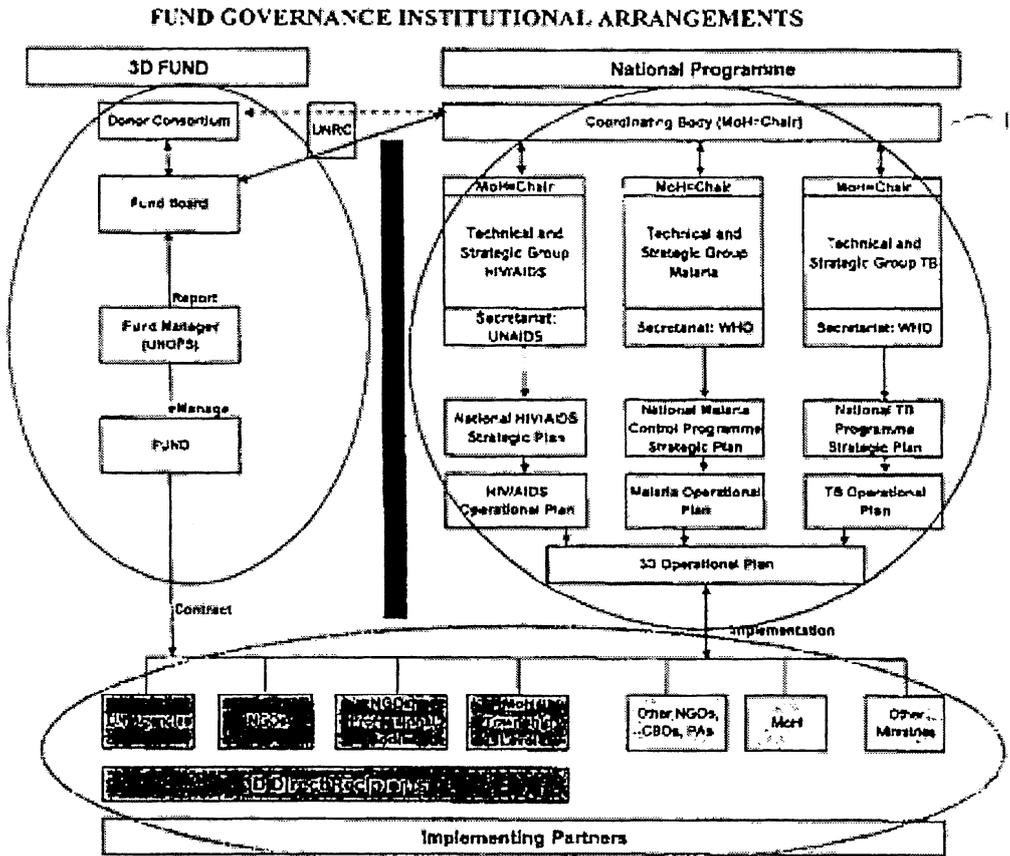


図 3-2 3DF 運営の組織的な構成

## 第4章 技術的観点からの指摘

(1) 本プロジェクトは BHS に対するトレーニングシステム改善プロジェクトであることを説明し一定の理解が得られたが、保健省には組織改変や人事異動があり不十分であり、プロジェクト開始までにこれをさらに徹底する必要がある。

- 1) 「ミ」国側：実際の BHS に対するトレーニングを期待しているのではないか（副大臣はいくつのタウンシップをカバーするかが最大の関心事のようであった）。
- 2) 日本側も再確認が必要：CTU 機能（トレーニング調整をどのように含めるか）、BHS トレーニングをタウンシップレベルでも行うのか、モデルタウンシップを選択するのか。

(2) 中央（保健省）を相手とするプロジェクト実施には、ネピドへの移転に伴う重大な困難が伴うことが想定される。

- 1) ネピドに長期派遣は不可。また、オフィスも困難（一方、ヤンゴンの保健局ビルも売却の予定で、第二次調査時も確保は保証されていない。）
- 2) ヤンゴン周辺の管区／州、タウンシップでの活動を含めるほうが無難である。

(3) CTU の設置自体やその機能が不明瞭であり、プロジェクト開始までにまず解決すべき問題である。

M/M で示された CTT のメンバーは、公衆衛生部の下にある BHS、PHC、School Health、MCH 等の各課 Deputy Director、Assistant Director が中心であるが、疾病対策課（Disease Control）、計画課（Planning）も含まれており、将来的には研修内容や横断的調整機能を有することは可能と思われるが、やはり専属でトレーニングに当たる部署がカウンターパートとして必要と考えられる。

(4) トレーニングに関する卒前教育機関などの国内リソースの活用が重要と思われた。

〈利用可能と考えられた機関〉

- ・保健局
- ・ Central Health Education Bureau
- ・ Central Epidemiology Unit
- ・ DMS
  - － University of Community Health
  - － Nursing/MW schools

(5) 以上の点をかんがみると、まず、第一次事前調査結果を基に実施可能な具体的プロジェクト概要（イメージ）を作り、第二次事前調査項目を綿密に詰めていく必要がある。

〈プロジェクト活動案の具体例〉

- 1) 中央：TOT トレーニング（トレーニング手法等）
- 2) 中央：TMO に対するトレーニング
- 3) 中央：トレーニング調整

- 4) モデル州／管区:トレーニングサイクルの実施
- 5) モデルタウンシップ:BHS トレーニングの実施  
新 Job Description の実施

\* TMO へのアプローチについて

TMO は TTT のリーダーであり、CME のテーマを決めるなど、BHS のトレーニングにおいて重要な地位を占めている。しかしながら、2.5～3 年ごとに交代し、その場合、公衆衛生の知識が全くない医者が来ることもあり、問題が大きい。また、TMO 赴任（特に新任時）にあたってのトレーニングはない。（EPI では新任 TMO リストより、トレーニングを実施している。）

こうした状況下、プロジェクトによって CTT が新任 TMO に対してトレーニングモジュールを開発するとともに、そのトレーニングを他のプログラムと調整しつつ行うことは重要と考えられる。その場合、実際に TMO に対するアプローチがどの程度有効か、すなわちどの程度 MW など BHS の保健サービス改善に裨益するか検討する必要がある。

\* トレーニング手法

「ミ」国側は教授法などトレーニング手法についての期待が高いが、どのような手法が適切か、これに対して日本側は対応が可能かどうかなど、さらに検討が必要である。また、専門家派遣、研修受入れ双方について日本側のリソースについても検討すべきである。さらに、「ミ」国側のリソースについても活用すべきである。



## 付 属 資 料

第一次事前評価 M/M



MINUTES OF MEETINGS  
BETWEEN THE JAPANESE PRIMARY PREPARATORY STUDY TEAM  
AND  
THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF  
THE UNION OF MYANMAR  
ON THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION  
FOR  
THE PROJECT FOR STRENGTHENING OF BASIC HEALTH STAFFS

The Japanese Primary 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. Kishio ONO visited the Union of Myanmar from January 9<sup>th</sup> to 27<sup>th</sup>, 2007 for the purpose of conducting a preparatory study on the requested project entitled “Strengthening of Basic Health Staffs”.

During its stay in the Union of Myanmar (hereinafter referred to as “Myanmar”), the Team had a series of discussions with the Myanmar authorities concerned on the matters related to the project.

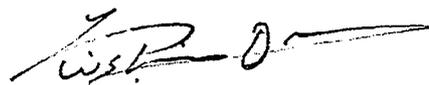
As a result of discussions, both sides reached common understanding concerning the matters referred to in the document attached hereto.

Nay Pyi Taw, January 31, 2007



---

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



---

Dr. Kishio ONO.  
Leader of the Primary Preparatory Study Team,  
Japan International Cooperation Agency (JICA)

## **I. INTRODUCTION**

In Myanmar, the Ministry of Health (hereinafter referred to as "MOH") is concerned with in-service training for all kinds of health professionals. Although Basic Health Staffs, who serve the greater share of the total population of the country and provide all primary health care services under the township level, are expected to develop their capacity to deliver better basic healthcare service, the training system is not well established. At the moment, State/Division and Township Training Teams are functioning, however, Central Training Team at MOH is not. Thus the trainings are not well coordinated and the trainers are not well trained.

In view of the situation, MOH requested the technical cooperation to Japan which focusing on the training system development from Central to Township level.

## **II. PROPOSED OVERALL GOAL AND PURPOSES OF THE PROJECT**

### **(1) Overall Goal**

To improve Basic Health Care Service at community by strengthening capacity building of Basic Health Staffs.

### **(2) Project Purposes**

- 1) To develop well-established Central Training Team at the Department of Health
- 2) To strengthen State/Divisional Training Teams and Township Training Teams
- 3) To strengthen connection between training and services

## **III. PROCESS FOR THE PROJECT**

JICA and MOH agreed to take a following process for starting the Project.

### **(1) Secondary Preparatory Study Implementation**

JICA will conduct Secondary Preparatory Study for designing more effective and feasible project plan in collaboration with MOH. Outputs, Project Activities, Inputs, etc. will be specifically designed. The detailed scope of study is shown on IV.

### **(2) Signing on Record of Discussions**

### **(3) Project Implementation**

## **IV. SCOPE OF SECONDARY PREPARATORY STUDY**

JICA and MOH agreed the scope of Secondary Preparatory Study as follows.

### **(1) Objective of the Secondary Preparatory Study**

To work out the Project Implementation Plan, which includes Project Purposes, Scope, Schedule, Inputs and Implementation Organization etc. in collaboration with MOH.

### **(2) Study Area**

- 1) At the Central level, an overview study will be done through interviewing and sending questionnaires to relevant program officers in MOH and donor agencies.



- 2) At the State/Division and Township levels, detailed studies will be done at four (4) selected places shown in Appendix 1 through interviewing and sending questionnaires.

**(3) Advisory Committee and Working Group**

JICA and MOH agreed to establish the Advisory Committee and Working Group. The members of the committee and group are shown in Appendix 2.

**(4) Central Training Team**

JICA and MOH agreed to re-organize the Central Training Team before starting the Secondary Preparatory Study. The members of the Central Training Team are shown in Appendix 3.

**(5) Study Process**

- 1) Survey and Situation Analysis\*  
\*Detailed Study Items are shown in Appendix 4
- 2) Identifying issues
- 3) Seminar and Project Cycle Management (PCM) workshop
- 4) Preparing Study Report
- 5) Project Designing

**(6) Undertaking of the Government of Myanmar**

- 1) To facilitate the smooth conduct of the Study, the Government of Myanmar shall take necessary measures:
  - a. To permit the members of the Team to enter, leave and sojourn in Myanmar for the duration of their assignments therein and exempt them from foreign registration requirements and consular fees;
  - b. To exempt the members of the Team from taxes, duties and any other charges on equipment, machinery and other material brought into Myanmar for the implementation of the Study;
  - c. To exempt the members of the Team from income tax and charges of any kind imposed on or in connection with any emoluments or allowances paid to the members of the team for their services in connection with the implementation of the Study;
  - d. To provide necessary facilities to the Team for the remittance as well as utilization of the funds introduced into Myanmar from Japan in connection with the implementation of the study;

2) The Government of Myanmar shall bear claims, if any arises, against the members of the Team resulting from, occurring in the course of, or otherwise connected with, the discharge of their duties in the implementation of the Study, except when such claims arise from gross negligence or willful misconduct on the part of the team.

3) MOH shall, at its own expense, provide the Team with the following :

- a. Required information as well as measures to ensure the safety of the Team;
- b. Information and support in obtaining medical service;
- c. Available data (including maps and photographs) and information related to the Study;
- d. Suitable seminar and workshop space at Nay Pyi Taw with necessary equipment;

**(7) Consultation**

JICA and MOH shall consult with each other in respect of any matter that may arise from or in connection with the Study.



**Appendix 1**  
**Study Areas for the Secondary Preparatory Study**

	Name of State/Division	Name of Township
State	Mon State	Paung Township
	Shan State (South)	Pindaya Township
Division	Bago Division	Daikoo Township
	Mandalay Division	Tadaoo Township

*Jan*

**Appendix 2**  
**Study Organizations for the Secondary Preparatory Study**

**Japanese Side**

1) Japanese Study Team

Role: To carry out the study in collaboration with the related organizations in Myanmar

**Myanmar Side**

1) Advisory Committee

Role : To advise the study execution by the working group

Members:

- |  |             |
|--|-------------|
| 1. Dr. Tin Win Maung<br>Director General<br>Department of Health     | Chairperson |
| 2. Dr. San Shway Wynn<br>Deputy Director General<br>Public Health    | Member      |
| 3. Dr. Kyaw Nyunt Sein<br>Deputy Director General<br>Disease Control | Member      |
| 4. Dr. Tin Min<br>Deputy Director General<br>Medical Care            | Member      |
| 5. Dr. Thein Thein Htay<br>Director<br>Public Health                 | Secretary   |
| 6. Dr. Saw Lwin<br>Director<br>Disease Control                       | Member      |
| 7. Dr. Win Myint<br>Director<br>Medical Care                         | Member      |
| 8. Dr. Nilar Tin<br>Director<br>Planning                             | Member      |
| 9. Dr. Khin Than Oo<br>Director<br>Health Education Bureau           | Member      |



## 2) Working Group

Role :To assist the study execution by the Japanese Study Team

### Members:

- |   |              |
|---|--------------|
| 1. Dr. Thein Thein Htay<br>Director<br>Public Health                  | Group Leader |
| 2. Dr. Than Lwin<br>Deputy Director<br>Basic Health Services          | Member       |
| 3. Dr. Theingi Myint<br>Deputy Director<br>MCH                        | Member       |
| 4. Dr. Aung Tun<br>Assistant Director<br>School Health                | Member       |
| 5. Dr. Thuzar Chit Tin<br>Assistant Director<br>Basic Health Services | Member       |

*gv*

**Appendix 3**  
**Member list of Central Training Team**

1	Dr. San Shway Wynn Deputy Director General Public Health	Chair-person
2	Dr. Thein Thein Htay Director Public Health	Member
3	Dr. Saw Lwin Director Disease Control	Member
4	Dr. Win Myint Director Medical Care	Member
5	Dr. Nilar Tin Director Planning	Member
6	Dr. Khin Than Oo Director Health Education Bureau	Member
7	Dr. Than Lwin Deputy Director Basic Health Services	Member
8	Dr. Theingi Myint Deputy Director MCH	Member
9	Dr. Myint Myint Zin Deputy Director Nutrition	Member
10	U Kyaw Win Deputy Director Environmental Health	Member
11	Dr. Aung Tun Assistant Director School Health	Member
12	Dr. Thuzar Chit Tin Assistant Director Basic Health Services	Secretary

*Dr*

**Study Items for the Secondary Preparatory Study**

**1. Current situation on health**

- 1.1 Vital statistics
- 1.2 Health administration and Healthcare delivery system
- 1.3 Health policy and Development plan
- 1.4 Health budget
- 1.5 Health Management Information System (HMIS)
- 1.6 Health staff education (pre-service training)
- 1.7 Donor agencies and main projects for health staff training

**2. Current situation of training for BHS including Training of Trainers**

- 2.1 Central level
- 2.2 State/Division level
- 2.3 Township level

*Qsm*

