

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
中間レビュー調査報告書

平成23年10月
(2011年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人間
JR
11-119

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
中間レビュー調査報告書

平成23年10月
(2011年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

序 文

ミャンマー連邦共和国では、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（栄養失調児に割合は 35%）、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%にあたる約 500 万人が障害を抱えているとされます。このような状況に対し、同国政府は、社会福祉省社会福祉局による障害者の特殊教育、職業訓練・雇用等の社会的サービス、保健省保健局による障害の予防とリハビリテーション等保健・医療サービスを提供していますが、サービスの範囲は限られ、質も低く、多くの問題を抱えています。

特に医療リハビリテーションについては、サービスの範囲が大都市や管区・州レベルに限られており、医療サービスを受けている障害者人口は障害者全体の 1.8%に限られていると推計されています。

このような状況から、障害者が受けられる基本的な医療サービスの機会の増大、サービス提供者の技術力の向上、また、CBR に代表される住民を巻き込んだ活動の推進などへの取り組みが急務となっており、ミャンマー連邦共和国政府からわが国に対し技術協力の要請がなされました。

同要請を受けてわが国は、同国唯一のリハビリテーション専門病院である国立リハビリテーション専門病院を中心に、2008 年 7 月から 5 年間のプロジェクトを開始しました。現在、長期専門家 2 名が現地で活動中であり、同病院のリハビリテーションサービスの強化に取り組んでいます。

今般、同プロジェクトの中間レビュー調査を行うことを目的として、調査団を派遣し、ミャンマー連邦共和国政府及び関係機関との間で、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活用されることを願うものです。

ここに、本調査に御協力頂いた内外関係者の方々に深い謝意を表するとともに、引き続き一層の御支援をお願いする次第です。

平成 23 年 10 月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 萱島 信子

目 次

序 文
目 次
地 図
写 真
略語表

評価調査結果要約表

第1章 中間レビュー調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団構成と日程	1
1-3 プロジェクトの概要	2
1-4 PDM の変遷	3
第2章 評価の方法	4
2-1 中間レビュー調査の方法	4
2-2 主な調査項目	4
2-3 データ収集方法	5
第3章 プロジェクトの実績と現状	6
3-1 投入実績	6
3-2 成果（アウトプット）の達成度	8
3-3 プロジェクト目標の達成度	11
3-4 上位目標の達成度	12
3-5 実施プロセスの状況	12
第4章 中間レビュー結果	16
4-1 妥当性	16
4-2 有効性	17
4-3 効率性	18
4-4 インパクト	19
4-5 持続性	20
4-6 結論	20
4-7 レビュー結果を受けた協議	21
第5章 提言と教訓	22
5-1 提言	22
5-2 教訓	22

第6章 団員所感	24
6-1 久野研二団員（総括）	24
6-2 江藤文夫団員（医療リハビリテーション）	25

付属資料

1. 主要面談者リスト	31
2. 聴取記録	32
3. 署名ミニッツ文書（Minutes of Meetings）	42

地図



プロジェクト・サイト



NRH との協議



本邦研修参加者（YG）へのヒアリング



YGH による自助具作成についての説明



ミニッツ署名



第 5 回合同調整委員会



日本のリハビリテーション事例の紹介

略 語 表

略語	正式名	日本語
ADL	Activities of Daily Living	生活日常動作
CBR	Community-based Rehabilitation	地域に根ざしたリハビリテーション
CP	Cerebral palsy	脳性まひ
C/P	Counterpart	カウンターパート
DAC	Development Assistance Committee	開発援助委員会
DOH	Department of Health	(保健省) 保健局
HRD	Human Resource Development	人材開発
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
JCC	Joint Coordination Committee	合同調整委員会
MGH	Mandalay General Hospital	マンダレー総合病院
MOH	Ministry of Health	保健省
M/M	Minutes of Meeting	協議議事録
MSW	Medical Social Worker	医療ソーシャルワーカー
NGH	Nay Pyi Taw General Hospital	ネピドー総合病院
NRH	National Rehabilitation Hospital	国立リハビリテーション病院
NOGH	North Okkalapa General Hospital	北オカラパ総合病院
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
OR	Operational Research	オペレーショナルリサーチ
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PO	Plan of Operation	活動計画表
P&O	Prosthetist/orthotist	義肢装具士
PWD	Person with disabilities	障害を持った人
QOL	Quality of Living	生活の質
R/D	Record of Discussions	実施協議
SCI	Spinal Cord Injury	脊髄損傷
TOT	Training of Trainers	講師養成研修
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

評価調査結果要約表

1. 案件の概要	
国名：ミャンマー連邦共和国	案件名：リハビリテーション強化プロジェクト
分野：障害者支援	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：人間開発部高等教育・社会保障グループ 社会保障課	協力金額（評価時点）：2億8,729万円
協力期間	R/D 締結：2008年3月31日 プロジェクト期間：2008年7月23日～2013年7月22日
	先方関係機関：保健省 日本側協力機関：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
<p>1-1 協力の背景と概要</p> <p>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%）、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%（WHO推定値）にあたる約500万人が障害を抱えているとされている。このような状況に対し同国政府は、社会福祉省社会福祉局による障害者の特殊教育、職業訓練・雇用等の社会的サービス、保健省保健局による障害の予防とリハビリテーション等保健・医療サービスを提供しているが、サービスの範囲は限られ質も低く、多くの課題を抱えている。特に医療リハビリテーションについては、サービスの範囲が大都市やその近隣に限られており、サービスを受けられる障害者は全体の1.8%に限られると推計されている。</p> <p>このような状況から障害者が受けられる基本的な医療リハビリテーションサービスの機会の増大、サービス提供者の技術力の向上等への取り組みが急務の課題となっており、ミャンマー政府から日本政府に対し技術協力の要請がなされた。</p> <p>これに対し、JICAは保健省をカウンターパート機関として、2008年7月から5年間の予定でミャンマー国唯一のリハビリテーション専門病院である国立リハビリテーション病院（National Rehabilitation Hospital：NRH）を中心に「リハビリテーション強化プロジェクト」を実施することとし、現在2名の長期専門家（チーフアドバイザー、業務調整）が派遣されている。</p>	
<p>1-2 協力内容</p> <p>(1) 上位目標</p> <p><目標></p> <p>全国のリハビリテーションサービスの質が向上する</p> <p><指標></p> <p>リハビリテーションサービスを受けるため入院した患者の数</p>	

(2) プロジェクト目標

<目標>

NRH が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体制が強化される

<指標>

1. 他病院から NRH へリファーされる障害者の数
2. NRH のリハビリテーションサービスに満足している障害者の数
3. 入院期間

(3) 成果

<成果 1>

リハビリテーションサービスに関する NRH の訓練システムが向上する

<成果 1 の指標>

- 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. NRH 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. NRH の講師の数

<成果 2>

NRH のリハビリテーションサービスの質を改善するための体制が強化される

<成果 2 の指標>

- 2-1. 入院時と退院時の患者評価による NRH サービスの改善の明確化
- 2-2. 退院患者のフォローアップ調査体制
- 2-3. 脊髄損傷患者の支援体制
- 2-4. 印刷教材・AV 教材の種類
- 2-5. リハビリテーションに関する学術会議の数

<成果 3>

NRH 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

<成果 3 の指標>

- 3-1. リハビリテーションサービスに関するセミナー・ワークショップの数
- 3-2. NRH 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

(4) 投入

<日本側>

専門家派遣：長期延べ 4 名、短期延べ 8 名（理学療法、リハビリテーション医療、作業療法）

研修員受入れ：16 名

機材供与：37 万 2,454US ドル

現地業務費：3,262 万 9,000 円

<ミャンマー側>

カウンターパート配置

プロジェクトオフィス提供（電話・光熱費含む）

ローカルコスト：約 2,210US ドル

2. 評価調査団の概要

調査団	担当分野	氏名	所属
	総括	久野研二	JICA 国際協力専門員
	医療リハビリテーション	江藤文夫	国立障害者リハビリテーションセンター総長
	協力企画	西村愛志	JICA 人間開発部社会保障課
	評価分析	野口純子	財団法人国際開発高等教育機構
調査期間	2011年9月29日～2011年10月8日		評価種類：中間レビュー

3. 評価結果の概要

3-1 実績の確認

(1) プロジェクトの成果

<成果1> リハビリテーションサービスに関する NRH の訓練システムが向上する

- ・ TOT (Training of Trainers) 教材「脊髄損傷患者のマネジメント (Management of Person with Spinal Cord Injuries for Physiotherapist)」が作成されたほか、脳性まひに関する TOT 教材が作成された。
- ・ 脊損に関する TOT2 回、脳性まひに関する TOT が 1 回開催された。
- ・ TOT 参加者の知識が向上した (テスト平均ポイントは、第 1 回脊損 TOT : 58.3%→70.7%、第 2 回脊損 TOT : 56.9%→73.9%、第 1 回脳性まひ TOT : 51.6%→70.8%)。
- ・ 第 1 回脊損 TOT 参加者が、第 2 回脊損 TOT で講師を務め、参加者大半から高い評価を得た。

<成果2> NRH のリハビリテーションサービスの質を改善するための体制が強化される

- ・ オペレーショナルリサーチ (OR) が実施され、退院患者の生活状況が明らかとなった。ポスト OR ワークショップで 18 の活動計画が査定され、幾つかは既に実施済みである。
- ・ 「脊損患者の退院時評価」に基づいて患者の退院時評価が実施されている。
- ・ 患者教育教材が作成された。患者記録システムが改善された。
- ・ 脳卒中、切断、脊損のパンフレットが作成された。
- ・ 理学療法士のケーススタディが 15 回実施された。

<成果3> NRH 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

- ・ 次のワークショップが開催された—フェノールブロック、義肢、粗大運動機能。第 1 回・第 2 回リハビリテーションセミナー、帰国研修員報告会 (フォーラム) が開催された。
- ・ 医学教育会議と第 7 回リハビリテーション会議でプロジェクトメンバーが講義を行った。
- ・ 第 1 回・第 2 回・第 3 回 NRH リハビリテーションフォーラムが開催された。

(2) プロジェクト目標

- ・ NRH の入院患者は、以下のとおり増加した。
279 名 (2008 年)、291 名 (2009 年)、341 名 (2010 年)
- ・ NRH のサービスに対する患者満足度は、5 点満点中 4.6 点であった。
(2010 年 11 月～2011 年 4 月)
- ・ NRH での患者当たりの平均入院期間は、以下のとおり大きな変化はない。
49 日 (2008 年)、46 日 (2009 年)、47 日 (2010 年)

(3) 上位目標

- ・ ヤンゴン総合病院（YGH）の入院患者は増加した。

168名（2009年）、200名（2010年）、136名（2011年6月まで）。

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性

以下に述べるとおり、プロジェクトの妥当性は高い。

ミャンマーの保健セクター計画「国家保健計画（2006-2011年）」で記されている42の優先疾病の1つが障害である。この計画は12のプログラムを打ち出しており、このうちの1つの「病院ケアプログラム（Hospital Care Program）」のなかに「地域に根ざしたリハビリテーション（Community-Based Rehabilitation : CBR）プロジェクト」がある。このプロジェクトに関する記載として「多くの保健分野の専門職はいまだ、障害関連イシューへの適切な認識がなく」、保健分野の人材が十分に訓練されていないことが「病院等の機関によるサービスの拡大を妨げている」とある。本プロジェクトはこれらの指摘事項に対応する内容となっている。

ミャンマーでは障害者人口は500万人と推計される。国内の大学では理学療法士が養成されているが、国内のニーズをすべて満たすには十分でない。

「ODA データブック 2010」によると、ミャンマーは日本の重要なパートナーであるASEANの加盟国であり、ASEANの繁栄・安定・統合に貢献する国として確立していく観点からも、ミャンマーに対する援助は意義がある。また、ミャンマーに対する援助は意義があるとされ、①緊急性が高く、真に人道的な案件、②民主化・経済構造改革に資する人材育成のための案件、③CLMV諸国（ASEAN新規加盟国。CLMVは、それぞれカンボジア、ラオス、ミャンマー及びベトナムの頭文字）もしくは、ASEAN全体を対象とした案件については、ミャンマーの政治情勢を注意深く見守りつつ、案件内容を慎重に吟味したうえで順次実施するとしており、本プロジェクトは①に該当すると判断される。

(2) 有効性

以下のとおり、特にNRHの人材育成と業務改善を通じて、プロジェクト目標を達成する軌道にある。これまでの活動やプロジェクト運営が継続することで、高い有効性が期待できる。

プロジェクト目標の達成に向けてプロジェクトは順調に進捗している。特に、現行PDMの指標のうち、プロジェクト目標である「NRHの質の高いリハビリテーションサービス」の受益者である患者の満足度（指標2）に注目すると、5点満点中、4.6点と既に高い水準にある。また、入院患者数（指標1）もNRHの収容能力の上限に近づく程度まで増加している。平均入院日数（指標3）については大きな変化はない。

NRHにおける理学療法士を中心としたスタッフの人材育成（成果1）と業務改善のシステム化（成果2）は、3-2で述べたとおり、計画どおりに進捗し、具体的な形で発現している。結果として、これらはプロジェクト目標であるNRHのリハビリテーションサービスの改善につながっている。例えば、理学療法士は本邦研修やTOTでの学びを実際の業務に活用しており、患者評価に基づいた中期・長期のゴール設定や、自助具の作成等を実践

している。医師は患者の痙性緩和のためのフェノールブロックを習得し、実際に診療に用いるだけでなく他病院の医師にも同技術を伝えている。これらにより、患者の移動と訓練が容易になっている。

NRH を中心としたリファーマルシステムの強化は残りの期間でより重点を置かれることが期待される。

プロジェクト活動による C/P の業務が増えたが、本来業務に支障はない。院長と看護師長の定年による交代があったが、業務体制や勤務環境に変更はないとのことである。

(3) 効率性

以下をかながみて、中間レビュー時点までの効率性は中程度と判断される。しかしながら、プロジェクト実施・運営が現在のとおりに行われれば高い効率性は期待できる。

大半の成果が産出されつつある。特に、TOT をはじめとする研修関連の活動が理学療法士、医師、看護師の知識・技術の向上につながっている。患者評価・記録、患者の満足度測定、リスク管理が組織のシステムとして改善されつつあるなか、個人レベルの知識・技術の向上のみならず、組織レベルでも効果が確認できる。

リファーマルシステムの強化については、今後関係機関との協働がより一層求められている。

ミャンマー側、日本側ともに投入は一部の遅れがあったが、途中からコミュニケーション等の運営体制が大きく改善され、投入・活動がスピードアップされた。

投入は成果産出のために効果的に転換されている。例えば、本邦研修の内容は、NRH 内の日常の業務や継続教育の機会でも共有されているほか、報告会として他病院とも共有されている。また、研修に対する満足度も高かった。ただし、プロジェクトに直接かわらない参加者が一部研修に参加していたこともあったが、研修内容等に対する満足度は高かった。供与機材はすべて活用されており、幾つかは故障履歴があるがミャンマー国内にて修繕対応されている。

プロジェクトの成果や目標達成に影響した外部要因はない。

(4) インパクト

上位目標の一部が発現している。なお、負のインパクトはこれまで確認されていない。

ヤンゴン総合病院（Yangon General Hospital : YGH）での入院患者数は 2009 年以降、増加傾向にある。YGH 関係者へのヒアリングによると、プロジェクトの活動に参加した後にサービスが改善され、それにより入院患者が増えたとのことであり、プロジェクトのインパクトであるといえる。

「全国のリハビリテーションの質の改善」について関係者間で共通理解を深める必要がある。NRH は国内唯一のリハビリテーション専門病院であるが、この経験をどのように適用するか保健省は戦略をもつ必要がある。

(5) 持続性

持続性を評価するには時期尚早である。今後、持続性をより担保するための戦略と予算措置が必要である。以下は現時点での、NRH における効果の持続性と NRH の経験の普及

に関する状況である。

既述のように、NRH では TOT や業務改善のシステムが確立されつつある。実際にスタッフ個々の能力やチームアプローチが強化されたことがリハビリテーションサービスの改善につながっている。また、研修の教材準備や講義実施、患者記録の改善・実践等については NRH 自身で運営していくことが可能になっている。また、プロジェクトの供与機材も修繕対応できている。

現時点では、プロジェクトを通じた NRH の経験を基に全国の病院のサービス改善をどのように図っていくか政策として決定しているものはない。プロジェクトの上位目標としても、どの病院を対象としてどのように効果を波及させるのか、そのなかで NRH は具体的にどのような役割を担うのか、保健省、プロジェクト、JICA のなかで共通認識をもつ必要が認識されており、議論が始まったところである。

3-3 効果発現に貢献した要因

(1) 計画内容に関する要因

特になし。

(2) 実施プロセスに関する要因

1) 効果的・効率的な組織化

プロジェクトでは初期から HRD チームと、これに外部コンサルタントを加えたチーム(拡大 HRD チーム)を構成していたが、この2つの役割を NRH 内の活動を主に議論する場と NRH 以外の組織が運営・実施にかかわる活動を主に議論する場として区分した。これにより、より実質的で機能的な議論や判断が行われることとなったと思われる。また、教材開発、患者記録システム開発、リスクマネジメントといった活動テーマごとにタスクチームが結成されている。このように、NRH の各部門の代表者から構成される HRD チームや同様に複数部門のスタッフから構成されるタスクチームにおいて情報共有が十分に行われることは、NRH のチームアプローチをより強化する促進要因となっている。

2) プロジェクト活動における PDCA サイクル

本プロジェクトの活動では、計画して実施するだけにとどまらず、その振り返りが次の活動の計画・改善に活用されている。例えば、TOT 後に研修内容・講義方法・研修運営について評価され、この結果は次回の改善へつながっている。別の例はポスト OR ワークショップやリスクマネジメントの取り組みである。ポスト OR ワークショップでは 18 の活動計画が作成されたが、NRH の独自活動として可能なものから実行に移され、その結果は半年ごとにレビューされることになっている。リスクマネジメントはマニュアルを作成してリスク対応の検討を行うにとどまらず、リスク要因をモニタリングし、情報共有することでその対応がより容易になるものである。

3) プロジェクト活動の記録

プロジェクトでは活動の記録を十分に行っている。例えば、HRD チームの議事録を見

ると、TOT 前であればカリキュラム案がどうであるか、TOT 後には参加者の理解がどのように改善したか、講義や運営はどうであったかを詳細に記録している。また、プロジェクトは PDM を用いて目標設定・活動計画を行っているが、活動実施の進捗は HRD チームの会議で PO に沿って確認されている。また、活動結果は PDM の指標に沿って行われ、JICA 事務所・本部へ報告されている。これにより、事務所・本部からのフィードバックや運営指導を容易に行うことが可能になっている。

4) NRH のコミットメント

NRH 内には HRD チームや複数のタスクチームが組織化され、プロジェクトの活動を実施している。これらの活動は NRH の通常業務の一環に加え、一部エクストラの業務となっているが、不平・不満は一切聞かれなかった。通常業務に支障が出ていることも確認できなかった。このようなコミットメントがあることは、プロジェクトの活動をスムーズに進めるにあたり大きな利点である。

3-4 問題点及び問題を惹起した要因

(1) 計画内容に関する要因

プロジェクトがめざす各成果等の明確化は、関係者間の意思疎通や、効果的・効率的な役割分担を大きく左右するものである。特に、これまでは成果 3 の「連携の強化」と上位目標の「全国のリハビリテーションサービスの質の向上」について、それぞれ何をどこまでどのようにめざすのか必ずしも明確でなかった。活動計画や指標設定もそのように行われていなかった。今後、引き続きこの点に関しての議論が続けられる予定である。

(2) 実施プロセスに関する要因

ビザ発給が遅れたために専門家の派遣が遅れ、プロジェクト開始時期を大幅にずらさざるを得ず、TOT について一部カリキュラムを変更して対応することとなった。

3-5 結論

プロジェクトは開始当初から、その意義を高く保ったまま実施されている。初期に投入・活動の遅れが一部見られたものの、途中からの巻き返しによって現時点では計画どおりに進捗しており、プロジェクト目標の達成に向けた軌道に乗っている。これは、目標や活動内容に関するコミュニケーションが改善され、特に NRH 内の人材育成と業務改善のシステム化が着実に進んでいることによるものである。現在の活動実施やプロジェクト運営の取り組みが継続されれば、プロジェクト終了時には高い有効性と効率性が期待できる。現時点でプロジェクトのインパクトや効果の持続性につき評価することは時期尚早であるが、まずは、上位目標に向けた方向性と戦略の明確化が残る期間の活動実施にとって喫緊の課題となっている。効果の持続性のためには、これらが明確となり、予算措置が行われる必要がある。

3-6 提言・教訓

(1) 提言

1) プロジェクトの持続性のための戦略

プロジェクト目標がプロジェクトの終了時までには達成される見込みは高い。今後は、上位目標の達成に向けての戦略が明確化される必要がある。今後、保健省 DOH の責任の下、プロジェクトの経験を活用して全国の病院のサービス改善をどのように行うか、戦略と実行可能な計画を策定することが求められる。

2) 本邦研修参加者の人選

本邦研修の目的はチームアプローチを通じたリハビリテーションの強化である。本邦研修の効果を最大限に発揮させるため、プロジェクトの主要ターゲットとなっている病院からは、チームを構成する職種に参加者が選定されることが望まれる。

3) プロジェクトの経験の共有

NRH はこれまで人材育成と業務改善に関して結果を生みつつ、経験を積んでいる。これらの成果とプロセスは他病院や関係機関と共有される意義は極めて大きい。プロジェクト終了後に上位目標達成の取り組みとは別に、DOH の主導の下、経験共有の機会が設定されることが望ましい。

(2) 教訓

本プロジェクトでは、R/D 上のカウンターパートとは別に、プロジェクトの活動実施機関 (NRH) を中心として、機能別のチームが複数組織化された。これにより、効率的・効果的に情報共有が可能となった。また、チームの構成を工夫することにより、活動実施を通じて NRH のチームアプローチがより促進されることとなった。組織化だけでなく、活動実施プロセスにおいても、相手側を尊重したコミュニケーション・意思疎通が行われており、結果として効果的な情報共有や記録の蓄積につながっている。

第1章 中間レビュー調査の概要

1-1 調査団派遣の経緯と目的

ミャンマー連邦共和国（以下、「ミャンマー」と記す）においては、人口の10%（WHO 推定値）にあたる約500万人が障害を抱えているとされている。ミャンマー政府は、社会福祉省による障害者の教育、職業訓練、雇用等の社会的サービス、保健省による障害の予防とリハビリテーション等保健・医療サービスを提供しているが、サービスの範囲が限られているほか、質も低く、多くの課題を抱えている。

特に医療リハビリテーションについては、サービスの範囲が大都市やその周辺に限られており、サービスを受けられる障害者は全体の1.8%に限られると推計されている。

このような状況から障害者が受けられる基本的な医療リハビリテーションサービス機会の増大、サービス提供者の技術の向上等への取り組みが急務となっており、ミャンマー政府からわが国に対し技術協力の要請がなされ、技術協力プロジェクトが開始された。

本プロジェクトは保健省をカウンターパート（C/P）機関として、2008年7月23日から2013年7月22日までの5年間の計画で、ミャンマー国唯一のリハビリテーション専門病院である、国立リハビリテーション病院（National Rehabilitation Hospital : NRH）を中心にサービスの向上をめざして実施されている。現在、長期専門家2名（チーフアドバイザー、ネットワーク連携/業務調整）を派遣中である。

今般、プロジェクトの実施期間半ばを迎えたことを踏まえ、中間レビュー調査を実施し、プロジェクトの進捗を確認するとともに、今後の方向性について関係者と協議した。

1-2 調査団構成と日程

(1) 調査団構成：表1-1のとおり。

表1-1 調査団構成

担当分野	氏名	所属
総括	久野研二	JICA 国際協力専門員
医療リハビリテーション	江藤文夫	国立障害者リハビリテーションセンター総長
協力企画	西村愛志	JICA 人間開発部社会保障課
評価分析	野口純子	財団法人国際開発高等教育機構

(2) 現地調査日程：現地調査は2011年9月29日から10月8日までの期間で実施された。調査日程の概要は、以下のとおりである。

表 1-2 現地調査日程

2011年		久野	西村	江藤	野口
9月29日	木				- ヤンゴン着 - 専門家ヒアリング
9月30日	金				- NRH ヒアリング
10月1日	土				- 書類整理
10月2日	日	- ヤンゴン着 - 団内打合せ			
10月3日	月	- JICA ミャンマー事務所打合せ - NRH ヒアリング・協議			
10月4日	火	- YGH ヒアリング・協議 - 移動 (ヤンゴン→ネピドー)			
10月5日	水	- DOH 協議・ミニッツ署名 - JCC			
10月6日	木	- 社会福祉省との協議		- 移動 (ネピドー→ヤンゴン) - リハビリテーション学会ヒアリング	
10月7日	金	- 社会福祉省との協議 - 移動 (ネピドー→ヤンゴン) - JICA ミャンマー事務所報告		- NRH 技術指導 (江藤団員) - ヤンゴン発	
10月8日	土	- ヤンゴン発			

(注) NRH：国立リハビリテーション病院、YGH：ヤンゴン総合病院、DOH：保健省保健局、JCC：合同調整委員会。

1-3 プロジェクトの概要

PDM に示されたプロジェクト概要は以下のとおりである。なお、今次調査は 2010 年 3 月に改定された PDM (第 I 版) に基づいて実施された。

(1) 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。

(2) プロジェクト目標

NRH 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。

(3) 成果

- ① リハビリテーションサービスに関する NRH の訓練システムが向上する。
- ② NRH 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が強化される。
- ③ NRH 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。

1-4 PDM の変遷

本プロジェクトでは最初の PDM (Version 0) が第 2 次事前調査時に作成された (2007 年 4 月)。この後、プロジェクトが開始されてから 2 年経過した 2010 年 3 月に、本邦コンサルタントの調査時に問題分析と目的分析を経て、同コンサルタントを含む HRD チームで、以下の修正案が作成された。この修正案は、上位目標の指標以外が合同調整委員会 (JCC) にて承認され、PDM (Version 1) として改訂された。

	Version 0	Version 1	修正の理由
上位目標の指標	Number of patients treated at hospitals for the rehabilitation services	Number of patients treated at hospitals for the rehabilitation services (YGH, NRH)	保健省に全国の病院に関するデータがまとまっていないことから、全国から患者を受け入れている NRH、YGH のデータをもって傾向を把握する。
		Number of patients treated at hospitals for the rehabilitation services	* 上位目標は全国の病院の改善であるということで、JCC では案は承認されなかった。
プロジェクト目標の指標	1. Number of PWDs being referred to NRH from other hospitals 2. Number of PWDs being satisfied with rehabilitation services at NRH	追加 3. Length of hospitalization period	サービスが改善されると、より効率的な治療が可能となり、入院期間の短縮が予測される。
成果 2	Systems to improve the quality of rehabilitation services in NRH are strengthened	Systems to improve the quality of rehabilitation services in NRH are upgraded	体制の「強化」でなく、体制を「作る」のが目標であるという認識であったが、英語の標記ではミャンマー側は upgraded を強調した。
成果 2 の指標 1	1. OR are carried out by NRH	1. Clarification of improvement of the services of NRH by acquiring patients' evaluation in hospitalization and discharge.	OR の実施実績ではなく、実施により明確化される患者の評価に注目すべきである。
成果 2 の指標 2	2. Record and report on assessment and treatment of rehabilitation carried out at NRH are submitted	2. Follow-up study system for care of discharged patients 3. Supporting system for SCI patients	指標をより具体的にし、SCI 患者を重点的に、退院後の状況調査を行う必要がある。
活動		追加 2-2 Conducting QOL for NRH patients in order to satisfactory level of the patients	患者の入院時・退院時の評価の一環として患者の QOL について調査する必要がある。

(注) NRH : 国立リハビリテーション病院、YGH : ヤンゴン総合病院

第2章 評価の方法

2-1 中間レビュー調査の方法

本調査は、『新 JICA 事業評価ガイドライン：第1版』（2010年6月）に基づいて実施した。すなわち、①プロジェクトの現状把握・検証を行い、②それらを DAC 評価5項目による評価基準から判断し、③提言や教訓を導き出して次の段階にフィードバックするという枠組みの下、中間レビュー（評価）の調査を行った。中間レビューという時期的な性格から、目的は「事業が順調に効果発現に向けて実施されているかを検証し、評価対象事業の計画見直しや運営体制の改善に資する」ことを目的とした。なお、プロジェクト・デザイン・マトリクス（PDM）を事業計画としてとらえ、評価調査のデザインを行った。

評価5項目の定義は表2-1のとおりである。中間レビューであることから、特に妥当性、有効性、効率性に重点を置いた。

表2-1 DAC 評価5項目による評価の視点

評価項目	視点
妥当性	開発援助と、ターゲットグループ・相手国・ドナーの優先度並びに政策・方針との整合性の度合い。
有効性	開発援助の目標の達成度合いを測る尺度。
効率性	インプットに対する成果（定性並びに定量的）を計測する。開発援助が期待される結果を達成するために最もコストのかからない資源を使っていることを示す経済用語。最も効率的なプロセスが採択されたかを確認するため、通常、他のアプローチとの比較を必要とする。
インパクト	開発援助によって直接または間接的に、意図的または意図せずに生じる、正・負の変化。開発援助が、地域社会・経済・環境並びにその他の開発の指標にもたらす主要な影響や効果を含む。
持続性	ドナーによる支援が終了しても、開発援助による便益が継続するかを測る。開発援助は、環境面でも財政面でも持続可能でなければならない。

出所：JICA（2010）『新事業評価ガイドライン：第1版』

2-2 主な調査項目

本調査においては、以下の評価設問を中心に調査を実施した。

- ① 投入、成果、プロジェクト目標、上位目標に関する達成状況あるいは達成見込みはどうか。
- ② 活動は計画どおりに実施されているか。プロジェクト・マネジメントは適切に行われているか。コミュニケーションは適切に行われているか。実施機関の当事者意識は醸成されているか。
- ③ 評価5項目の各視点から見てプロジェクトの状況（見込み）はどうか。後半期間に留意すべき事項は何か。

より詳細な評価設問は、それぞれの必要なデータ、情報源・データ収集方法とともに付属資料4の評価グリッドに示すとおりである。また、現地調査結果概要を記載した評価グリッドは、付

属資料3. ミニッツの Annex 4-1、4-2、4-3 のとおりである。

2-3 データ収集方法

以下の情報源及びデータ収集方法を用いて情報を収集した。

- ① 実施協議記録 (R/D)、PDM、活動計画表 (PO)、協議議事録 (M/M) 等のプロジェクト計画文書のレビュー
- ② 日本人専門家作成の報告書 (活動進捗報告書、長期・短期専門家報告書) のレビュー
- ③ 日本人専門家及びカウンターパートからの質問票回答・ヒアリング
- ④ プロジェクト対象病院 (NRH) の患者へのヒアリング

上記方法で収集されたデータやその分析結果は、日本側のレビュー調査団によってまとめられた後、日本側とミャンマー側関係者により事実確認と協議が行われた。この結果を踏まえ、保健省保健局 (Department of Health : DOH) 局長及びレビュー調査団長が中間レビュー報告書を含む M/M に署名を行った。

第3章 プロジェクトの実績と現状

3-1 投入実績

3-1-1 日本側投入

プロジェクト開始時から 2011 年 10 月の中間レビュー実施までに、専門家は延べ 183.46 人/月、機材供与 37 万 2,454 US ドル（約 2,860 万 1,000 円¹）、研修員受入れ延べ 16 名、現地業務費 3,262 万 9,000 円が投入されている。各投入については以下のとおりである。

(1) 専門家派遣

専門家派遣として、これまで延べ 183.46 人/月が投入されている。長期ではチーフアドバイザーと業務調整が派遣されており、これまで延べ 4 名（78.46 人/月）が派遣されている。初期の長期専門家はビザ発行が遅れたことと、2008 年 4 月に発生した大型サイクロン「ナルギス」の影響があったことから、派遣が遅れた。R/D 署名（2008 年 3 月 31 日）から約 4 カ月経過した同年 7 月に最初の長期専門家（業務調整）が着任した。

短期専門家はこれまで述べ 8 名（105 人/月）が派遣された。分野は理学療法 4 名、リハビリテーション医療 2 名、作業療法 2 名であった。同様にビザ発行の遅延により 2 名が派遣延期となった。なお、活動全体を調整することにより、その影響は最小限に抑えられている。

その他の詳細は、付属資料 3. ミニッツの Annex 4-1、4-2、4-3 のとおりである。

(2) 機材供与

これまでに供与された機材は表 3-1 のとおりである。延べ 37 万 2,454 US ドルである。

表 3-1 供与機材

年度	金額 (USD)	主な機材
2008	112,242	Up-down standing tables, Tilt tables, Gravity center and sway measurement equipment, Interference Low Frequency Therapy Equipment, etc.
2009	44,394	Excellent silent type diesel generator, Desktop and wraptop computers, etc.
2010	86,905	TENS, Knee Exercises, Motorized Intermittent Traction Unit, etc.
2011	128,913	Unweighting system, Tread mill, Bicycle exerciser for child, Ergocycle for upper limbs with table, etc.
合計	372,454	

出所：プロジェクト提供資料より作成。主な機材は金額または数量が比較的多いもの。

(3) 研修員受入れ

表 3-2 のとおり、毎年研修員を受け入れている。2008 年度は「リハビリテーション医療の発展」というテーマの下、保健省、ネピドー総合病院（Nay Pyi Taw General Hospital : NGH）、ヤンゴン総合病院（YGH）からの研修員を受け入れた（一部は中国）。2009 年度

¹ 10 月 5 日付けレートで 1US ドル=76.72 円として換算。http://www.oanda.com/lang/ja/currency/converter/

はNRH（医師、理学療法士）とマンダレー総合病院（Mandalay General Hospital : MGH）から、2010年度はNRH（医師、理学療法士、看護師）とYGHからの研修員を受け入れた。NRHからの参加は2009年度が3名、2010年度が4名であった。

表3-2 研修員受入れ

年度	研修期間	研修員	研修員所属	主な研修先
2008	2009年3月2日～ 3月14日（13日間）	3名	保健省、 NGH、MGH	国際リハビリテーション学会（中国）、 国立障害者リハビリテーションセンター等
2009	2009年11月15日～ 12月1日（17日間）	5名	NRH、MGH	国際医療福祉大学、高木病院、柳川リハビリテーション病院等
2010	2010年11月28日～ 12月23日（26日間）	8名	NRH、YGH	国立障害者リハビリテーションセンター、 吉備高原医療リハセンター、兵庫県 総合リハビリテーションセンター中央 病院
	合計	16名		

出所：プロジェクト提供資料を元に作成。

(4) 現地業務費

現地業務費は2011年8月までで3,262万9,000円が投入されている（付属資料3. ミニッツのAnnex 1-2）。このうち2,198万1,000円は2008年度に投入されたものであるが、これはNRH施設一部のバリアフリー化、リハビリテーション室の塗装等の修繕費を含むためである。

3-1-2 ミャンマー側投入

これまでのところ、以下のとおりの人員配置と業務費の支出（2,210USドル²）（約17万円³）等が投入されている。

(1) 人員配置

正式文書（R/D）上のカウンターパートはプロジェクト・ディレクターとプロジェクト・マネジャーの計3名であり、DOHより任命されている（付属資料3. ミニッツのAnnex 1-1）。

プロジェクトの活動実施や運営のカウンターパートはNRHの主要関係者から構成される人材開発（Human Resource Development : HRD）チームのメンバーである。HRDチームはNRHの院長（医師）、医師、理学療法士、看護師、医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker : MSW）、義肢装具士（Prosthetist/orthotist : P&O）から構成されている。これまで延べ15名が配置されている。定年退職等によりメンバーの交代があったが、現在は7名である。また、NRH以外の題材を議論する際にはYGH、北オカラパ総合病院（North Okkalapa

² 1USドル=834チャットとして換算。ミャンマーでは公定レートと市場レートで100倍近い差があるとされていたが、2011年9月末以降、一部民間銀行が実際の市場レートで外貨両替ができるようになった。

<http://www.jetro.go.jp/world/asia/mm/biznews/4e8bc80ee4840>

³ 1USドル=76.72円として換算。

General Hospital : NOGH) 等の医師と教授計 3 名が加わり、拡大 HRD チームが編成されている。

(2) ローカルコスト

中間レビュー調査時点までで、延べ 2,210US ドルが投入されている。

表 3-3 ミャンマー側による業務費の支出

年度	支出 (US ドル)	支出 (チャット)	備 考
2009		532,800	プロジェクト事務所改装費用等
2010	280	100,000	TOT 参加者交通費等
2011		976,420	フェノールブロック針等。2011 年 9 月までの支出
合計	280	1,609,220	

出所：プロジェクト提供資料。

(3) その他

業務費支出以外に、以下がミャンマー側により負担されている。

- ・日本人専門家及びプロジェクトアシスタントの執務スペースと国内電話料金・光熱費。
- ・ヤンゴン以外の TOT 参加者への宿舎提供 (NRH 職員宿舎内)。

3-2 成果 (アウトプット) の達成度

中間レビュー時点までの、各成果の達成状況は次のとおりである。

(1) 成果 1：リハビリテーションサービスに関する NRH の訓練システムが向上する

NRH 内に講師養成の訓練システムをつくることめざされている。指標には到達目標数値が設定されていないが、プロジェクトによると、現時点ではほぼ計画どおりに教材が作成・改定され、訓練が実施されている。また、養成された講師により訓練が実施されている。事前事後のテスト結果から参加者が知識を向上させたこと、また、参加者による訓練評価の結果から養成された講師も効果的に講義を実施したことがうかがえる。

フェノールブロックについては、専門家による指導後、2010 年 7 月までで、NRH の自主運営により、14 名の患者に対して実施された。また、NRH 以外の病院から延べ 34 名の医師がオブザーバーとしてフェノールブロックの施行に参加しており、NRH 自身により技術の普及を行える能力を身につけたといえる。

	指 標	実績・現状
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	<ul style="list-style-type: none"> ・2種作成された。脊髄損傷のマニュアルは第1回コース後、改定されている。 (1) TOT マニュアル「脊髄損傷患者の管理（理学療法士対象）」 (2) 脳性まひの TOT 教材
1-2	リハビリテーションサービスの訓練の種類	<ul style="list-style-type: none"> ・TOT は3回実施された。 (1) 第1回脊髄損傷コース（2010年7月）・・・参加者20名 (2) 第2回脊髄損傷コース（2011年7月）・・・参加者20名 (3) 第1回脳性まひコース（2011年8～9月）・・・参加者23名
1-3	NRH 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	<ul style="list-style-type: none"> ・上記の3コースとも訓練前後のテスト結果は改善しており、NRH スタッフを含むTOT参加者の知識は向上した。 (1) 第1回脊髄損傷コース（58.3%→70.7%） (2) 第2回脊髄損傷コース（56.9%→73.9%） (3) 第1回脳性まひコース（51.6%→70.8%） ・医師はフェノールブロックのワークショップに参加し、現在フェノールブロックを実施している。 ・看護師は上記TOTで得た知識を基に、尿管理・褥瘡管理の記録方法を改善した。
1-4	NRH の講師の数	<ul style="list-style-type: none"> ・第1回脊髄損傷コースの参加者のうち、NRH スタッフ4名を含む12名が第2回コースで講師を務めた。 ・参加者による評価では、85%が「講義はよく準備され運営されていた」、70%が「活発な参加を促す講義であった」と回答した。

(2) 成果2：NRHのリハビリテーションサービスの質を改善するための体制が強化される

成果2のうち、オペレーショナルリサーチ（OR）は当初、脊髄損傷患者支援を目的とすることになっていたが、実際は退院後の患者を細やかにフォローするのが困難であることが判明し、NRHのサービス改善を目的とすることに変更された。SCI患者支援としては、新規に開発したフォームにより患者の退院時評価を行い、これを再診時評価で用いることが計画された。

次ページの表以外の成果としては、リスク管理システムの構築のため、心肺器系に関する事故防止、事故発生時の処置、事故報告、機器管理に関するマニュアルが作成され、医師、看護師、理学療法士の各部門に配布された。これに関連して、訓練中の事故防止を目的として、理学療法士を対象とした血圧測定の講習会が実施された。

	指 標	実績・現状
2-1	入院時と退院時の患者評価によるNRHサービスの改善の明確化	<ul style="list-style-type: none"> ・OR が実施され、退院患者の生活状況が明らかとなった。 ・OR の結果に基づき、ポストOR ワークショップが実施され、サービス改善のための18項目のアクションプランが作成された。幾つかのアクションプランはNRHの費用により実施されている。 ・患者の満足度評価（「医師により症状や治療の説明が十分にされたか」を含む18項目）が実施され、5点中、平均4.6点であった。
2-2	退院患者のフォローアップ調査体制	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の退院時評価と再診時評価のフォローアップ評価のためのフォーム（Assessment form for patient with Spinal Cord Injuries on discharge）が作成された。
2-3	SCI 患者の支援体制	<ul style="list-style-type: none"> ・患者用教育教材1種を作成中。 ・SCI患者を対象としたカルテシステムが導入された。開発・試行された記録用紙（カルテ）に、毎週金曜日に各スタッフが1週間の患者の経過を記載し、翌月曜日の回診時に医師がこの記録を確認している。
2-4	印刷教材・AV教材の種類	<ul style="list-style-type: none"> ・5種のパンフレットが作成された（脳性まひ2種、脳卒中1種、切断1種、脊髄損傷1種）
2-5	リハビリテーションに関する学術会議の数	<ul style="list-style-type: none"> ・理学療法士ケース会議が15回実施された。 ・マイクロ波ジアテルミーに関する勉強会が実施された。

(3) 成果3：NRH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

中間レビュー時点までの活動は、関係機関のリハビリテーションに関する理解と関係者間の相互理解を深める活動が中心となって行われた。以下のとおり、多数・多職種の関係者に対して、プロジェクトの直接への投入として短期専門家による講義が行われたほか、プロジェクトの研修の参加者の知識・技術共有や、プロジェクトの経験を踏まえたNRH主導による知識の波及が行われた。

PDMの指標や上述のような経験共有のための活動実績の指標としては有効である。しかし、今後、リハビリテーションサービスの強化（そのための関係機関の連携の強化）が明確となった時点で、これらの活動の結果を検証する指標が必要となる。

	指 標	実績・現状
3-1	リハビリテーションサービスに関するセミナー・ワークショップの数	<ul style="list-style-type: none"> ・次のワークショップが開催された。 (1) フェノールブロック (NRH 内外の医師 19 名が参加) (2) 義肢装具 (集団研修「補装具制作技術」参加研修員が講師となり、25 名の義肢装具士が参加) (3) 粗大運動機能測定 (gross motor function measure) のワークショップが開催された。 ・第 1 回リハビリテーションセミナーが実施された (医師・理学療法士 92 名が参加)。 ・第 2 回リハビリテーションセミナーが実施された (医師・理学療法士 132 名が参加。「脳性まひの理学療法・作業療法」について講義) ・帰国研修員報告会が実施された (医師、理学療法士、看護師、義肢装具士、MSW142 名が参加)
3-2	NRH 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	<ul style="list-style-type: none"> ・延べ 12 回の医療教育会議 (Medical Education Meeting)、第 7 回リハビリテーション医療会議に参加し、技術的観点からコメントを行った。
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	<ul style="list-style-type: none"> ・第 1 回、第 2 回、第 3 回 NRH リハビリテーションフォーラムを開催した。第 3 回は TOT テーマ (脊髄損傷) のもと、医療、福祉、障害者団体から講師を招へいし、脊髄損傷に対する各分野の役割と連携につき議論を行った。OR の結果や、本邦研修の結果について報告を行った。

3-3 プロジェクト目標の達成度

(NRH が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体制が強化される)

指標 1 の患者数は増加傾向にある。ただし、NRH 関係者へのヒアリングによると、スタッフやベッドの数から現状でほぼ許容範囲の上限に近く、これ以上の増加は見込めないということである。なお、「リファーラル」には他病院からの紹介、医師が個人的に行う紹介のほか、セルフリファーラル (自主的に受診すること) があるということだが、本調査ではこれらの詳細について確認できなかった。

指標 2 は、今回が初めての満足度調査であり、プロジェクト以前との比較はできないが、平均 4.6 点と高い得点であった。満足度調査は 16 の項目についての質問であったが、項目別に最高得点 (4.7) であったのは、「医師による診療」「理学療法士による対応」「理学療法士による処置」「理学療法士による訓練の指導」「NRH のケアとサービスの全体の質」の 5 項目であった。一方、4.2 点、4.3 点と低い点数であったのは「看護師による褥瘡^{じよくそう}の処置」「P&O ワークショップのサービス」の 2 項目であった。

指標 3 の入院期間は大きな増減はない。なお、例は数件と少ないが、退院が決定しても受入れ

家庭の準備が整っていなかったり、職業訓練のプログラムに空きがなかったりして退院が長くなる場合や、ベッド数の関係から早期に退院が勧奨される場合がある。

指 標		実績・現状			
1	他病院から NRH へリファーされる 障害者の数	・NRH の入院患者、他病院からリファーされた患者は増加している。			
			2008 年	2009 年	2010 年
		入院患者	279 人	291 人	341 人
	他病院からのリファーラル	62 人	77 人	91 人	
2	NRH のリハビリ テーションサービ スに満足している 障害者の数	・患者の満足度評価（退院時）の平均結果は 5 点満点中、4.6 点であ った（対象期間は 2010 年 11 月～2011 年 4 月）。			
3	入院期間	・入院期間に大きな増減はない。			
			2008 年	2009 年	2010 年
	入院期間	49 日	46 日	47 日	

3-4 上位目標の達成度

（全国のリハビリテーションサービスの質が向上する）

上位目標の範囲はミャンマー全体のリハビリテーション病院であるが、本調査では YGH の情報のみ入手可能であった。YGH 関係者へのヒアリングによると、プロジェクトによる TOT や本邦研修に参加した後にリハビリテーションサービスが改善され、それにより入院患者が増えたとのことであった。なお、2009 年以降、増加傾向にあるが 2009 年と 2010 年以降の集計区分が異なるため、今後のデータ集計には留意が必要である。

YGH の入院患者数以外の情報としては、YGH やヤンゴン整形外科病院（Yangon Orthopedic Hospital : YOH）では、プロジェクトの TOT に参加した理学療法士が、自身の病院に戻った後、自助具を作成して訓練に用いている。

指 標		実績・現状			
1	リハビリテーション サービスを受けるた め入院した患者の数	・YGH の入院患者数は増加傾向にある。			
			2009 年	2010 年	2011 年（6 月現在）
		入院患者	168 人	200 人	136 人

3-5 実施プロセスの状況

3-5-1 活動の実施状況

中間レビュー調査の時点では、予定されていた活動はほぼ計画どおりに実施されているといえる。

しかしながら、プロジェクトの初期においては活動実施の遅れがあった。ビザ発行の遅れや保健省本庁のカウンターパート主要メンバーとの連絡の難しさ及びサイクロンの影響により長

期専門家の着任が遅れたことも要因の1つであるが、プロジェクトの到達目標や活動範囲に関する情報共有がプロジェクト関係者間でスムーズに行われなかったことがより大きな要因である。JICA 本部からの運営指導も行ったが、プロジェクト開始後しばらくの間、プロジェクト内及びカウンターパートとの情報共有が十分に行われていたとは言い難い。

プロジェクト3年目以降は、この点は大きく改善された。情報共有、活動実施ともにスピードアップし、現在に至っている。この巻き返しは、長期専門家が交代する時点で「情報共有が明確化されていない事項⁴」を明確化してその改善に努めたことと、カウンターパートを尊重したコミュニケーションに留意していることに加え、3-5-4 で述べる運営上の工夫を含む促進要因による部分が大きいと思われる。

3-5-2 モニタリング

プロジェクトでは、PDM の活動部分をブレイクダウンする形で PO が作成されている。この PO では各詳細活動の計画・実績が対比されて表示されている。チーフアドバイザーがアップデートし、HRD チームの会議で活動進捗の把握に利用されている。また、PDM の指標データの集計も行われている。TOT の評価結果や患者の満足度調査は実施後に集計され、直近の HRD 会議で共有されているほか、JICA 事務所・本部へは事業進捗報告書の形で報告がなされている。データ収集は、NRH のサービスに関するデータは NRH の HRD チームのメンバーが収集し、それ以外は日本側の専門家やプロジェクトアシスタントが担当している。

3-5-3 プロジェクトの軌道修正

1-5 で述べたように、プロジェクトでは事前調査で作成された PDM (Version 0) が、プロジェクトが開始されてから2年経過した2010年3月に、関係者の現状分析ワークショップを経て PDM (Version 1) にして改訂された。これはプロジェクトの活動がスピードアップする直前に行われたものである。今回の中間レビュー実施前から、PDM の再改定の議論がプロジェクト内外で行われ、これを踏まえて今回の中間レビューに合わせて開催された JCC にて PDM の改定が承認された。これも後半期間に向けた戦略の再策定を狙ったものであり、いずれも適時の改定であるといえる。

3-5-4 プロジェクト実施の促進要因・貢献要因

(1) 効果的で効率的なプロジェクトメンバーの組織化

プロジェクトでは初期から HRD チームと、これに外部コンサルタントを加えたチーム(拡大 HRD チーム)を構成していたが、この2つの役割を、NRH 内の活動(成果1と2)を主に議論する場と、NRH 以外の組織が運営・実施にかかわる活動(成果1と3)を主に議論する場として区分した。コミュニケーション上の困難があった初期においてもこれら2つのチームが制度として存在したことで最低限の議論が定期的に行われた。中盤以降は、これらのチームにより、より実質的で機能的な議論や判断が行われることとなったと思われる。

⁴ リハビリテーションサービス向上に必要な病院機能評価に係る情報、OR 実施に向けた認識、QOL 調査の具体案、患者記録改善に向けた方向性、TOT の方針、理学療法士以外の専門職に対する研修の方針、2010年度 A4 機材の内容、成果3に対する解釈。

また、教材開発、患者記録システム開発、リスクマネジメントといった活動テーマごとにタスクチームが結成されている。原則として HRD チームを核としつつも、HRD 以外にも必要なメンバーが加わっており、活動の実施レベルで効率的に作業が進められている。

このように、プロジェクトの TOT や本邦研修では、チームアプローチによる取り組みが勧められているが、NRH の各部門の代表者から構成される HRD チームや同様に複数部門のスタッフから構成されるタスクチームにおいて情報教諭が十分に行われることは、NRH のチームアプローチをより強化する促進要因となっている。

(2) プロジェクト活動における PDCA サイクル

本プロジェクトの活動では、計画して実施するだけにとどまらず、その振り返りが次の活動の計画・改善に活用されている。例えば、TOT はプロジェクト期間中に、3 テーマでそれぞれ 2 回ずつ実施されることになっているが、TOT 後に研修内容・講義方法・研修運営について評価されている。この結果は外部コンサルタントを含めて HRD チームでレビューされ、次回の改善へつながっている。また、すべての TOT ではほぼ同様の様式で評価することにより、各回の特徴を踏まえたレビューが可能となっている。

別の例はポスト OR ワークショップやリスクマネジメントの取り組みである。ポスト OR ワークショップでは 18 の活動計画が作成されたが、NRH の独自活動として可能なものから実行に移され、その結果は半年ごとにレビューされることになっている。リスクマネジメントはマニュアルを作成してリスク対応の検討を行うにとどまらず、リスク要因をモニタリングし、情報共有することでその対応がより容易になるものである。リスクマネジメントについては開始されたばかりであるが、モニタリングは既に計画されている。

(3) プロジェクトの活動実施の記録

プロジェクトでは活動の実施記録を十分に行っている。例えば、HRD チームの議事録を見ると、TOT 前であればカリキュラム案がどうであるか、TOT 後には参加者の理解がどのように改善したか、講義や運営はどうであったかを詳細に記録している。活動実施に直接かかわった関係者でなくともその様子が的確に把握・理解できるように整えられている。

また、プロジェクトは PDM を用いて目標設定・活動計画を行っているが、活動実施の進捗は HRD チームの会議で活動計画表 (PO) に沿って確認されている。また、活動結果は PDM の指標に沿って行われ、JICA 事務所・本部へ報告されている。これにより、事務所・本部からのフィードバックや運営指導を容易に行うことが可能になっている。

(4) NRH スタッフのコミットメント

既述のとおり、NRH 内には HRD チームや複数のタスクチームが組織化され、プロジェクトの活動を実施している。これらの活動は NRH の通常業務の一環に加え、一部エクストラの業務となっている。日本人専門家から見ても、実際に業務量は増えたとのことであり、NRH スタッフ数名へのヒアリングでも同様であったが、(外部の評価者への回答ということもあったかもしれないが) 不平・不満は一切聞かれなかった。また、通常業務に支障が出ていることは確認できなかった。このようなコミットメントがあることは、プロジ

ェクトの活動をスムーズに進めるにあたり大きな利点である。

3-5-5 プロジェクト実施の阻害要因・留意点

前述のように、初期に遅れがあったものの、中間レビューの時点ではほぼ計画どおりに活動が実施されている。現時点において活動を阻害する大きな要因は指摘されなかったが、今後も次のようなプロジェクト内外の要因に留意して活動を実施する必要がある。

(1) 目標の明確化

プロジェクトの到達目標の明確化は、関係者間の意思疎通や、効果的・効率的な役割分担を大きく左右するものである。特に、これまでは成果3の「連携の強化」と上位目標の「全国のリハビリテーションサービスの質の向上」について、それぞれ何をどこまでどのようにめざすのか必ずしも明確でなかった。活動計画や指標設定もそのように行われていなかった。

ただし、これらの点は中間レビュー以前にも、長期専門家と JICA 本部の間や HRD チームのなかでも既に議論が始まっている。

(2) ビザ承認の遅れ

特に短期専門家の派遣においては、ビザ発行が遅れたために、しばしば出発日を変更せざるを得ないことがあった。これに伴って、TOT については一部カリキュラムを変更して対応したことがある。

ビザ承認・発行についてはプロジェクトや保健省のコントロールが及ばない部分が大きく、改善は容易ではない。

第4章 中間レビュー結果

4-1 妥当性

以下のとおり、プロジェクトの目標はミャンマーの保健セクター政策、リハビリテーション分野の人材育成のニーズ、日本の ODA 方針と合致しており、妥当性は高い。

(1) ミャンマー保健セクター政策との整合性

ミャンマーの保健セクター政策である「国家保健計画(2006～2011年)(National Health Plan 2006-2011)」には42の優先疾病・健康状況が記載されている。このうちの1つが障害である。この計画は12のプログラムを打ち出しており、このうちの1つの「病院ケアプログラム(Hospital Care Program)」のなかに「地域に根ざしたリハビリテーション(CBR)プロジェクト」がある。このプロジェクトに関する記載として「多くの保健分野の専門職はいまだ、障害関連イシューへの適切な認識がなく」、保健分野の人材が十分に訓練されていないことが「病院等の機関によるサービスが拡大するのを妨げている」とある。本プロジェクトはこれらの指摘事項に対応する内容となっている。

(2) リハビリテーション分野の人材育成のニーズとの合致

ミャンマーでは障害者人口は500万人と推計される。国内の大学では理学療法士が養成されているが、国内のニーズをすべて満たすには十分でない。2010年2月のデータでは、リハビリテーション病院17カ所で理学療法士の定員195名のうち、充足されていたのは131名であった(定員の67%)。その後、理学療法士の新規配置が全国的に行われたが、十分な水準にあるといえない。

(3) NRH を実施機関及びターゲットグループとすることの適切性

NRH はリハビリテーションを専門とし、教育機能も併せもつ唯一の国立病院である。これらことから、他病院の人材育成の中核となるスタッフの能力強化という意味でカウンターパート機関として適切である。また、理学療法を学ぶ学生や他病院からの研修生も受け入れており、これらの人材への効果波及も期待できる。

(4) 日本の ODA 政策との整合性

「ODA データブック 2010」によると、ミャンマーは日本の重要なパートナーである ASEAN の加盟国であり、ASEAN の繁栄・安定・統合に貢献する国として確立していく観点からも、ミャンマーに対する援助は意義がある。

2003 年以降は新規の経済協力は基本的に停止となっているが、「緊急性が高く、真に人道的な案件」を含めて少数の案件が実施されてきた。2011 年 6 月の外務政務官のミャンマー訪問を契機に、同国の状況に留意しながら、民衆に直接裨益する基礎生活分野の案件を中心に実施されることが再確認された。また、ミャンマーに対する援助は意義があるとされ、①緊急性が高く、真に人道的な案件、②民主化・経済構造改革に資する人材育成のための案件、③CLMV 諸国(ASEAN 新規加盟国。CLMV は、それぞれカンボジア、ラオス、ミャンマー及びベトナムの頭文字)もしくは、ASEAN 全体を対象とした案件については、ミャンマー

の政治情勢を注意深く見守りつつ、案件内容を慎重に吟味したうえで順次実施するとしており、本プロジェクトは①に該当すると判断される。

4-2 有効性

本プロジェクトは、以下のとおり、特に NRH の人材育成と業務改善を通じて、プロジェクト目標を達成する軌道にある。これまでの活動やプロジェクト運営が継続することで、高い有効性が期待できる。

(1) プロジェクト目標の達成見込

3-3 で述べたとおり、プロジェクト目標の達成に向けてプロジェクトは進捗している。特に、現行 PDM の指標のうち、プロジェクト目標である「NRH の質の高いリハビリテーションサービス」の受益者である患者の満足度（指標 2）に注目すると、5 点満点中、4.6 点と既に高い水準にある。また、入院患者数（指標 1）も NRH の収容能力の上限に近づく程度まで増加している。平均入院日数（指標 3）については大きな変化はない。

PDM では到達目標が数値で表されていないため、指標数値を用いた目標達成の判断は難しいが、NRH のリハビリテーションサービスは改善傾向にあることは確認できる。

(2) プロジェクト目標達成に対する活動・成果の寄与

NRH における理学療法士を中心としたスタッフの人材育成（成果 1）と業務改善のシステム化（成果 2）は、3-2 で述べたとおり、計画どおりに進捗し、具体的な形で発現している。結果として、これらはプロジェクト目標である NRH のリハビリテーションサービスの改善につながっている。例えば、理学療法士は本邦研修や TOT での学びを実際の業務に活用している（患者評価に基づいた中期・長期のゴール設定や、自助具の作成等）。また、医師は患者の痙性緩和のためのフェノールブロックを習得し、実際に診療に用いるだけでなく他病院の医師にも同技術を伝えている。

このほか、PDM 上では指標となっていないが、プロジェクトの活動が NRH のサービス改善、ひいては患者の満足度向上につながっている事項として、施設の修繕によりバリアフリー化が進み、理学療法室が整備されたことが挙げられる。これらにより、患者の移動と訓練が容易になっている。

上述のように、業務改善をシステムとして動かすため、機能や役割分担が明確化されるだけでなく、システムを動かす NRH スタッフの個々の能力強化とチームアプローチ醸成が進められている。個人レベルと組織レベルの相乗効果によるサービス改善が期待できる。

NRH を中心としたリファーマルシステムの強化（成果 3）は、中間レビューまでは関係機関間の相互理解・知識向上が主目的となっていた感がある。NRH のリハビリテーションサービスの改善に具体的につなげるための方向性の明確化と活動の再計画が、プロジェクト側で既に開始されているところである。

(3) プロジェクト目標達成に影響する外部要因

NRH のリハビリテーションサービスの改善を担うスタッフの勤務状況の変化が外部条件として懸念されていたが、これに関する報告や指摘はされていない。HRD チームのメンバー

全員が、プロジェクト活動による業務が増えたが、本来業務に支障はないと回答している。また、2011年3月に院長と看護師長の定年による交代があったが、業務体制や勤務環境に変更はないとのことである。

4-3 効率性

以下のとおり、中間レビュー時点までの効率性は中程度と判断される。しかしながら、プロジェクト実施・運営が現在のとおりに行われるのであれば高い効率性が期待できる。

(1) 成果の産出度

各成果とも PDM では到達目標が数値で表されていないため、指標数値を用いた目標達成の判断は難しいが、成果1と成果2については、ほぼ計画どおりに活動が実施され、結果についても現時点では満足度の高いものであると判断できる。

成果1については、3-2(1)で述べたとおり、ほぼ計画どおりに教材が作成・改定され、訓練が実施されている。また、養成された講師により訓練が実施されている。事前事後のテスト結果から参加者が知識を向上させたこと、また、参加者による訓練評価の結果から養成された講師も効果的に講義を実施したことがうかがえ、成果1でめざした訓練のシステムは確立されつつあるといえる。また、訓練の結果としても、TOTをはじめとする研修関連の活動が理学療法士、医師、看護師の知識・技術の向上につながっているのは4-2で述べたとおりである。

成果2の関連でも、3-2(2)で述べたとおり、患者評価・記録、患者の満足度測定、リスク管理が組織のシステムとして改善されつつある。3-5でも述べたように、NRHではPDCAサイクルが定着し、業務結果の記録が適切に行われていることも、成果2の産出度を高めている要因となっている。成果1と2はNRHのサービス改善のための両輪となっているのが特長であるといえる。

成果3のリファーマルシステムの強化については、今後関係機関との協働がより一層求められる段階である。

(2) 成果に向けた投入

ミャンマー側、日本側ともに一部の遅れを除いて、ほぼ計画どおりに実施されている。初期の投入の遅れについては、3-5-1で述べたとおり、途中からコミュニケーション等の運営体制が大きく改善され、活動がスピードアップされたことにより、中間レビュー時点までに問題点はおおむね解消されているといえる。

行われた投入は、成果産出のために効果的な影響を与えている。例えば、本邦研修は3回の合計で16名（うちNRHから7名）が参加しており、NRH内の日常の業務や継続教育の機会において日本で学んだ知見が共有されているほか、報告会として他病院も含めて142名に共有されている。また、研修に対する参加者の満足度も高かった。プロジェクトでは、2010年の研修参加者に対して、帰国から半年後に設定した目標に対する達成度の自己評価をしている。8名全員が一部項目を除いて5段階中、4（よく達成した）と自己評価を行っている。研修への参加者も2010年度間では効果発現に結びつく適切な人員であった。別の例として、TOTも参加者の満足度が高い内容であるほか、業務でも実践されていることから、投入（活

動)は効果的に成果に結びついているといえる。

日本側による機材供与は合計 37 万 2,454US ドル行われている。幾つかは故障履歴があるがミャンマー国内にて修繕対応されており、すべての機材が有効活用されている。

ミャンマー側の投入のうち、人員配置については適切であるとチームで協働する長期専門家からも評価されている。

(3) 成果産出に影響する外部要因

NRH が研修を継続することとスタッフが継続して勤務することが、成果 1~3 の産出に影響する外部条件として懸念されていた。しかし、研修の継続についてはプロジェクトの活動として TOT が実施されていること、継続学習も行われていることから影響はない。プロジェクトで研修を受けたスタッフも全員が勤務を続けており、プロジェクトの成果や目標達成への影響は低い。

4-4 インパクト

以下のとおり、収集できたデータは非常に限られているが、他病院 (YGH) での入院患者数の増加と業務改善が生じており、上位目標が一部発現している。なお、負のインパクトはこれまで確認されていない。

(1) 上位目標の達成度

3-4 で述べたとおり、YGH での入院患者数は 2009 年以降、増加傾向にある。また、PDM の指標以外では、実際にプロジェクトの活動にスタッフが参加した病院では、自助具を自ら作成するようになった (YGH、YOH)。YGH 関係者へのヒアリングによると、プロジェクト活動に参加した後にサービスが改善され、それにより入院患者が増えたとのことであり、これはプロジェクトのインパクトであるといえる。

なお、上位目標は全国のリハビリテーションサービスの質を改善することと設定されているが、本調査では、YGH のみのデータが収集可能であった。他病院についてもデータを用いて上位目標達成の検証を行う必要がある。

(2) 上位目標達成に影響する外部要因

現行 PDM では、ミャンマーのリハビリテーション政策に変更がないことが上位目標達成に影響する外部条件として挙げられている。現時点では政策変更については特に確認できなかった。このほか、今後注視すべき外部要因として、NRH での人材育成と業務改善の内容を全国展開する戦略や役割分担を明確にする必要があること、TOT 等に参加した理学療法士が自身の病院で研修内容を活用できるよう組織の理解・支援があることが挙げられた。なお、2 点目について YGH では効果発現を阻害する要因とはなっていない。

(3) 上位目標以外の効果発現

上記以外の効果として、第一に、プロジェクトの TOT に参加した医療技術大学のスタッフが大学内で経験共有するだけでなく、ミャンマー国リハビリテーション学会で発表を行い、効果を波及させている。第二に、NRH の理学療法士からの報告によると、退院時の SCI への

指導を改善させた結果、自宅でも運動を効果的に継続させており、フォローアップの再診時にその状況の改善が確認できたということであった。

このほか、プロジェクトとの直接的な関係を確認することは難しいが、NRHではスタッフの部門間の異動間隔が4か月から6か月に変更された。時間的な余裕ができ、プロジェクトとしても、これによりリハビリテーションサービスをより組織的に提供することが可能となった。また、NRHを含めて理学療法士の新規配置が最近行われたが、これはリハビリテーションに対する認知度が向上したためという見解もある。また、NRHにおいても作業療法士、言語聴覚士、義肢装具士などの他職種専門家の養成の要望が生じていることもプロジェクト実施の影響といえる。

4-5 持続性

プロジェクト期間の中間時点で持続性を評価するには時期尚早である。今後、持続性をより担保するための戦略と予算措置が必要である。

以下は現時点での、NRHにおける効果の持続性とNRHの経験の普及に関する状況である。

(1) 技術面

既述のように、NRHではTOTや業務改善のシステムが確立されつつある。実際にスタッフ個々の能力やチームアプローチが強化されたことがリハビリテーションサービスの改善につながっている。また、研修の教材準備や講義実施、患者記録の改善・実践等についてはNRH自身で運営していくことが可能になっている。また、プロジェクトの供与機材も修繕対応できている。

このように、NRH内での効果の持続性や、他病院への効果波及にあたってのNRHの支援体制は技術的に十分備わっていると思われる。

(2) 組織・財政面

上記のように、NRHでは能力強化が個人レベルと組織レベルで着実に進んでいる。他病院への経験の普及に関しても、予算措置が行われればという条件付きながら、研修を実施していく意欲がNRHの院長他から表明されている。予算が限定される場合、宿泊費用を伴わないヤンゴンの人材のみを対象とした研修であれば可能であるという見込みもある。

(3) 政策・体制面

現時点では、プロジェクトを通じたNRHの経験を基に全国の病院のサービス改善をどのように図っていくか政策として決定しているものはない。プロジェクトの上位目標としても、どの病院を対象としてどのように効果を波及させるのか、そのなかでNRHは具体的にどのような役割を担うのか、保健省、プロジェクト、JICAのなかで共通認識をもつ必要が認識されており、議論が始まったところである。

4-6 結論

プロジェクトは開始当初から、その意義を高く保ったまま実施されている。

初期に投入・活動の遅れが一部見られたものの、途中からの巻き返しによって現時点では計画

どおりに進捗しており、プロジェクト目標の達成に向けた軌道に乗っている。これは、目標や活動内容に関するコミュニケーションが改善され、特に NRH 内の人材育成と業務改善のシステム化が着実に進んでいることによるものである。現在の活動実施やプロジェクト運営の取り組みが継続されれば、プロジェクト終了時には高い有効性と効率性が期待できる。

現時点でプロジェクトのインパクトや効果の持続性につき評価することは時期尚早であるが、まずは、上位目標でめざす「ミャンマー全体のサービスの改善」に向けた方向性と戦略の明確化が、残る期間の活動実施にとって極めて喫緊の課題となっている。効果の持続性のためにはこれらが明確となり、予算措置が行われる必要がある。

4-7 レビュー結果を受けた協議

4-7-1 プロジェクト期間

2008年3月31日に署名されたR/Dでは、プロジェクトの実施機関はR/D署名日から5年間と記載されていた。R/Dは毎年更新する旨も明記されていたが、現在までR/Dの更新は行われていない。最初の長期専門家の着任が2008年7月23日であることから、この日時をプロジェクト期間の開始として、実施期間は2013年7月22日までとすることが確認された。

4-7-2 PDMの改訂

本調査で指摘された事項（特に、指標の具体化、成果3と上位目標の方向性と戦略の明確化）の多くについては、既に長期専門家とJICA本部の間で、またHRDチームでも協議が開始されていたことである。本レビュー結果を基に、保健省と評価チームはプロジェクトの合同調整委員会にPDMの改訂を提案することとした。PDMの改定案と改訂ポイントはそれぞれ、付属資料3のミニッツのAnnex2、3のとおりである。

4-7-3 NRHのリファーマルシステムの強化

上記に関連することでもあるが、成果3のリファーマルシステムの強化については、これまで関係機関間の知識向上と相互理解を主目的としていた。今後はリファーマルの具体的な状況として、NRHへの患者のリファーマル（入口）とNRHから職業訓練プログラム等へのリファーマル（出口）のための戦略が必要であり、プロジェクトでも既に同様の認識をもっている。今般、保健省と評価チームでのこの点の重要性について改めて確認した。

第5章 提言と教訓

5-1 提言

本レビュー調査の結果に基づいた提言は次のとおりである。

5-1-1 プロジェクトの持続性のための戦略

プロジェクト目標（NRHのリハビリテーションサービスの改善）がプロジェクトの終了時まで達成される見込みは高い。今後、上位目標（ミャンマー国リハビリテーションの質向上）の達成に向けての戦略が明確化される必要がある。今後、保健省 DOH の責任の下、プロジェクトの経験を活用して全国の病院のサービス改善をどのように行うか、戦略と実行可能な計画を策定することが求められる。

5-1-2 本邦研修参加者の人選

本邦研修の目的はチームアプローチを通じたリハビリテーションの強化である。本邦研修の効果を最大限に発揮させるため、プロジェクトの主要ターゲットとなっている病院からは、チームを構成する職種の参加者が選定されることが望まれる。

2010年度はNRHとYGHからそれぞれ、理学療法士2名、医師1名、看護師1名がチームとなって選定され、研修効果も高いものであったことがうかがえる。

2011年度は医師2名が、理学療法士及び看護師とは異なる病院から選出された（ただし、1名はコンサルタントとしてプロジェクト運営にかかわってきた医師である）ため、チームアプローチの点では、2010年度同様の研修効果を得ることは難しい可能性があり、帰国後の研修効果を留意してモニタリングするとともに、今後の対応を保健省と協議する必要がある。

5-1-3 プロジェクトの経験の共有

NRHはこれまで人材育成と業務改善に関して結果を生みつつ、経験を積んでいる。これらの成果とプロセスが他病院や関係機関と共有される意義は極めて大きい。プロジェクト終了後に上位目標達成の取り組みとは別に（重複は避けつつ）、DOHの主導の下、経験共有の機会が設定されることが望ましい。

プロジェクト側からもアドボカシーを目的に情報発信されることが望まれる。ミャンマー国保健分野には母子保健や感染症等の課題も多くあるが、リハビリテーション分野の重要性を表明することは、中長期的に、国家戦略のなかでの同分野の優先度が増し、予算措置につながると思われる。

5-2 教訓

3-5で述べたように、本プロジェクトでは初期に投入・活動の遅れがあったものの、その後の巻き返しにより現時点ではほぼ計画どおりに成果を生み出すまでとなった。これを可能にしたのは、コミュニケーション方法の改善（情報共有と記録）を中心としたプロジェクト運営上の工夫であったと思われる。これはプロジェクトの分野や実施国に限らず、参照されるべき事項である。

5-2-1 情報共有

プロジェクトで共有が必要とされる情報のうち、最も重要なものの1つはプロジェクトの方向性と役割分担であるといえる。本プロジェクトでは、R/D上のカウンターパートとは別に、プロジェクトの活動実施機関（NRH）を中心として、機能別のチームが複数組織化された。これにより、効率的・効果的に情報共有が可能となった。また、チームの構成を工夫することにより、活動実施を通じてNRHのチームアプローチがより促進されることとなった。

情報共有のベースとなるのが日常的なコミュニケーション（人間関係）であるが、この点でも中間レビュー時のプロジェクトの専門家はミャンマー側メンバーを尊重しつつ、意思疎通を行うことに重要性を置いている。当然あるべきことかもしれないが、組織化や活動実施の進め方でもこの点が具現化されていることで、結果として効果的な情報共有や記録につながっている。

第6章 団員所感

6-1 久野研二団員（総括）

本文で報告しているとおり、中間レビューの時点において、本プロジェクトは専門家、カウンターパート機関、国内関係機関、及び在外事務所の協力によって順調に成果をあげつつあり、後半においても同様な展開がなされればプロジェクト目標の達成は十分に期待できる状況にあると思われる。またレビューを通して、本プロジェクトが医療と福祉の両面においてサービスや人材の向上に寄与している点が明らかになり、人々の健康と生活という開発のもっとも基本的かつ重要な課題に対して重要な役割を担っていることが再確認された。

他方、実施においては、本プロジェクトの前半期間はなかなかプロジェクトとしての活動が軌道に乗らず、在外事務所や本部からプロジェクト運営という点に対して支援が必要であった。私自身も本プロジェクトの開始初期から運営指導などのかたちでかかわってきたが、この初期の課題やその対応からも学ぶべきと考えており、この所感においては、プロジェクト前半部分の点と、報告書本文への補足としてプロジェクト後半に留意すべきと思われる2点をまとめたい。

(1) プロジェクトの「実施・運営」という点

本プロジェクトの初期においてプロジェクト運営が軌道に乗らなかったのは、その背景にはミャンマーの行政上の特徴があることは誰もが認めるであろう。しかし、今回はそれだけが理由ではなく、プロジェクトの運営と実施という点において関係者・機関それぞれの理解や関心の違いから集約的な協力が十分になされなかったこと、また、主要関係者が運営という点において果たすべき役割を十分に担ってこなかったことにある。

主要関係者の分野専門性やその資質についてはなんら疑うべきところはない。しかし、JICAのプロジェクトを実施していくには、関係者・機関との意思統一を進めることや協力関係を樹立すること、プロジェクト目標に沿ってプロジェクトの枠組みや活動内容を明確にし、協力という方法によってそれを計画に沿って実施していくことなど、分野の専門性や資質とは異なるプロジェクト運営の能力や役割、またその責任を担うことが求められる。

例えば、プロジェクト当初顕著であったのは、プロジェクトの枠組みが明確に共有されず、「プロジェクト＝カウンターパート機関全体」、もしくは、「プロジェクト＝ミャンマーの医療リハビリテーション全体」という理解が続き、それぞれの興味や利害のもと、プロジェクトが向かうべき具体的な方向やそのステップも明確に共有することが困難な状況が続いた。このような状況はできるだけ早い段階で改善していくことが必要であるが、改善に相当時間がかかったことは事実であり、その責任の一端は、もちろん私自身にも課せられる。

しかし、関係者の努力により、中間レビュー時点では、それらの遅れを取り戻すほどの協力体制によってプロジェクトが進められるに至っており、現時点ではこの初期の課題は解決したといえるだろう。プロジェクトの実施においてはその内容の点は当然であるが、運営の点に対しても、必要な支援や介入が適切に行われるべきであろう。

(2) プロジェクト後半に留意すべきこと

後半において留意すべきは、上位目標を見据えた時に生じうるプロジェクトの枠組みの共有と、現実的な持続性担保のための戦略形成であろう。

上記したようにプロジェクト前半はプロジェクトの枠組みが広がり過ぎていたが、現在やっとリハビリテーション病院の機能強化というプロジェクト本来の枠組みが共有されている。しかし、上位目標がミャンマー国全体のリハビリテーションサービスの質的向上となっていることから、プロジェクト目標を上位目標へとつなげていく戦略形成のなかで、せっかく共有されているプロジェクトの枠組みがまた拡散してしまう可能性がある。この点はそうならないようしっかりとプロジェクト主要関係者の理解を明確にしておく必要がある。

また、レビュー調査前の協議において、リハビリテーション病院での取り組みをパイロットモデルとし、それを他の病院に拡大していくという戦略についてもプロジェクト内では議論されていたことが調査団にも共有されている。しかし、予算や人的資源などの点でも制限が大きいミャンマーにおいてパイロットモデルの普及という戦略が現実的であるのか、それとも、リハビリテーション病院の機能が強化され、それを活用する制度を整備することでミャンマー全体のリハビリテーション医療に貢献することが現実的であるのか、持続性の戦略をめぐっては現実を見据えた戦略形成が必要であろう。

以上、2点に絞り総括所感としたが、改めてプロジェクトという案件の運営・実施上の課題を理解するとともに、協力という体制が関係者の努力によって築かれることでプロジェクトが効果的に実施されていく事実も確認できた。繰り返しになるが、本プロジェクトは人々の健康と生活に直結するものであり、ミャンマーの医療や福祉のサービスの向上に大きく寄与するものである。それゆえ、現実に持続しうる戦略を見据えたプロジェクトの実施を期待したい。

6-2 江藤文夫団員（医療リハビリテーション）

2年前に訪問した時に比べて、NRHやYGHのリハビリテーションスタッフが積極的に活動している印象を受け、このプロジェクトが順調に進捗しつつあることを実感した。

リハビリテーションは医療面においても、さまざまな考え方がある。YGHの診療科名がPhysical Medicine & Rehabilitation (PM&R)であり、米国を中心に専門医をPhysiatristと呼ぶが、私のようにRehabilitation Physicianと呼んだり、あるいは診療科名をRehabilitation Medicineとしたりする所もあり、リハビリテーションとなると更にイメージはさまざまに拡大する。

(1) 上位目標が「ミャンマーのリハビリテーションサービスの向上」にあり、全国の病院にとどまらないもので、より国や保健省の施策の影響を受ける。そこで、NRHのリファーマルシステムの強化は大切な課題である。

① NRHのリファーマルの現状に関する情報の整理

入院にいたるルート：病院から、診療所から、その他施設から、直接受診から（受診の経緯—紹介者の有無と職種、情報入手源）、地域（NRHの具体的医療圏）

退院の決定：退院時の患者情報、決定の経緯

退院にかかわる紹介：病院、サナトリウム、診療所、学校等教育機関、就労先人事担当者、生活訓練等リハビリテーション施設（かつての日本風には更生訓練施設）、職業訓練施設（入所、通所）、地域サービス機関（CBR活動との関連団体含む）

② 退院（転院含む）に伴い、当該患者のリハビリテーションに関する情報提供の徹底

③ 上記情報整理に基づき、全国研修会や研究会の企画

(2) 国家的に、障害者施策を重視してもらうために、今年 WHO と世界銀行により刊行されたワールドレポートの Recommendation を利用することは、課題意識を喚起するために有用と思われる（障害統計を国勢調査に導入するなどを含めて）。

(3) 診療における個別リハビリテーション計画表作成の徹底—評価会議、再評価会議を通じて分業化の準備（必要な治療手技・手法を誰が担当するか、の指名*）

*評価会議の司会（議長）、コーディネータを誰、どの職種にするか等

(4) 医療から福祉へ？

① 職業前訓練を行う施設があれば、紹介や情報交換を随時から定例に

*障害者の雇用促進の施策はどのようになっているか？

（例えば、1955年のILO99号勧告に対して、日本では財政的事情からと称して、障害者のカテゴリーはいわゆる3障害を含むものであったにもかかわらず、1960年に身体障害者のみを対象とした雇用促進法を制定した。精神障害がその対象とされるのはごく近年になってからである。）

② 障害児の就学に向けたモデル的取り組みの実践

*教育機関における「インクルーシブ」への配慮と関心の程度は？

特別支援学校における医療対応のニーズと医療支援体制は？

（肢体、視覚、聴覚、知的など障害の種類によっても異なる）

患者の入院、転院、退院といった医療の枠ではその国の医療の供給システムに依存しているが、通常は医師同士、医師と看護師、看護師同士といった医療職の個人的ネットワークが基本である。病院や診療所が十分に各地に存在し、医療機関の機能分化を生じてくると、情報を整理して適切にリファーするためのスタッフや部署が必要となる。医療に限らず、ほとんどの領域での活動はチームアプローチが基本だが、そうした時代に分化し生まれてきたリハビリテーション医療ではチームアプローチの意義や職能が理解されやすい分野といえる。

しかし、ニーズがあって活動が展開する間に分業化を生じるのが一般的とすると、日本のように国家が専門家を養成して全国への普及を図るというスタイルは少数派と考えるべきである*。しかし一方で、後進国にとって必要なシステムを早期に普及するには有用なやり方といえる。国家的に、障害者施策を重視してもらうために、今年 WHO と世界銀行によるワールドレポートの Recommendation を利用できると思う。

就労に向けたサービス、就学に向けたサービス、地域でのケアに向けたサービスに関してほどの程度の社会資源が存在し、NRHはどのようにかかわってきたかの情報の整理からはじめる必要がある。日本のNRCDでは更生訓練所で職業前訓練や、生活訓練を行い、一方で職業訓練校や職業リハセンターで、より一般就労に向けた訓練が行われ、一方医療リハビリでは作業療法士(OT)がかかわって職業準備評価や職業前訓練も実施してきた。

これだけ職能分化したりハの時代では、各種職種をそろえる方向ではなく20年以上前からTransdisciplinary Teamの考え方が生まれており、中国などは様子を見ながら理学療法士(PT)/OTの個別教育システムを保留しているように、ミャンマーも英国風の影響が強ければ、OT学校をつくる以前に、仕事をする人材を育成することを企図すると思料される。国家的に先に資格を制

定する日本式ではないため、日本ではいまだにこうした行き方は理解されづらい。

*日本では律令制度の下に福祉サービスを規定し、障害者の認定のために中央で養成した医師（従 7 位程度の下級官吏の職名）を地方に派遣し、障害の認定に当たり、同時に地方の医師の教育に当たり、以来 1300 年以上の歴史を重ねてきた。それでも江戸時代にかけて、プロの医師が育ちかけていたが、明治になって国家的に西洋医学のみを医師資格に条件付けし、大昔の手法で普及を図った。

日本にリハビリを導入しようという強い意志が政府にできると、欧米人教師を招いて PT/OT の学校をつくり、国家試験を行い、卒業生が増えた頃、保険の診療報酬体系で利益誘導して、急速に普及が図られた。一方、福祉に関しては生活保護法や身体障害者福祉法などの法体系は整備されたものの、病院と同じく日本人の好きな施設内保護を推進したため、今日の困難な状況の要因となっている。

なお、国家的に資格を統制する際、通常は移行措置を設けて、実際関連業務にかかわっていた集団に配慮を要するので、PT においてはそのように対応された。しかし一方で、OT は無視されたようである。

付 属 資 料

1. 主要面談者リスト
2. 聴取記録
3. 署名ミニッツ文書 (Minutes of Meetings)

1. 主要面談者リスト

組織	氏名	役職
MOH	Dr. Htun Naing Oo	Director General of DOH
NRH	Dr. Win Zaw	Medical Superintendent, Senior Consultant
	Dr. Moe Aung	Former Medical Superintendent of NRH, Consultant for HRD Team
	Dr. Aye Aye Myint Tun	Specialist Assistant Surgeon
	Daw Aye Aye Mar	Chief PT
	Daw Ngun Hlaing	Sister
	Daw Aye Aye Maw	Sister
	Daw Sabei Mon	MSW
	Mr. Saw Alfred	Chief P&O
	(患者・家族等 4 名)	
YGH	Prof. Dr. Khin Myo Hla	Head of the Department of Physical Medicine & Rehabilitation
	Ms. Thus Zar Aung	PT
	Ms. New Ni Toe	PT
	Ms. Thanda Tun	Nurse
	Ms. Daung Kyi	PT
JICA	田中雅彦	事務所長
	横森佳代	企画調査員
(プロジェクト)	大澤諭樹彦	チーフアドバイザー
	横飛裕子	ネットワーク/業務調整
	U Kyaw Nyein	プロジェクトアシスタント
	Daw Naw Hmwe Hmwe	プロジェクトアシスタント

2. 聴取記録

日時	2011年9月29日(木) 16:00~17:30
場所	NRH
ヒアリング相手	大澤専門家、横飛専門家
記録(野口)	<p>1. プロジェクトの実績データの解釈・補足</p> <p>(1) 上位目標</p> <ul style="list-style-type: none"> • YGHで入院患者は2010年に増加、外来患者も2011年まで増加を続けている。プロジェクトによる効果かどうか検証は難しいが、Dr. Khim Myo Hlaが強調していたのは、2010年のTOT、本邦研修受講によりサービス改善が行われ、認知度が上がったことにより、患者が増えたのではないかということ。YGHでは独自に研修後に勉強会を開催したり、他病院へのアピールのほか、院内の周知もしており、それにより、患者数が増え、また、院内の他科からのリファerralも増えたということ。ミャンマーでは、YGHに限らず、各科で患者を管理したがる傾向もあり、院内のリファerralはなかなかされていなかった。 • YOHでも、元々SCI患者の多い病院だが、TOT後に情報共有が進んでいると聞いている。また、パティンの病院でもTOT(SCI)が臨床で活用されている。これらの病院で患者数が増えたかどうかの情報は無いが、業務サービスの改善は行われている。 <p>(2) プロジェクト目標</p> <ul style="list-style-type: none"> • NRHの入院患者、NRHへのリファerral患者数は2008年以降増加している。どこまで増加すれば、プロジェクトの効果として満足いくレベルなのか、議論したことはないが、MSによると、ベッド数の限界もあるので、収容できる範囲での増加が望ましい。今くらいの増加で適切なのではないかと思う。 • TOT、本邦研修後に入院患者は増加している。また、外来患者の増加には機材の充実が理由となっていると思われる。 • 平均入院日数が減ったり、増えたりしている。患者の中には、退院時期が来ても、家庭の受け入れが困難であったり、装具作成に時間がかかったりして、時期が延びる患者がいる。また、ミャンマーでは告知が十分にされていない。精神的な部分も含めて退院後のフォローができないことがその要因にある。こういった文化的な背景から、重度な患者はやむを得ず、入院が長引くこともある。これらの例を除いて、このデータは集計されるべき、という意見がHRD with Consultantsからも出ている。 • 以前は、リハのゴールはすべての患者に共通して(不可能な場合であっても)「歩行できる」ことであった。今は、ゴールの設定にあたり、患者のADL(生活日常動作)能力の向上につながる内容も設定され、患者が帰宅後にできることが増えた。 <p>(3) 成果</p> <ul style="list-style-type: none"> • 教材作成・TOTはこれまで計画どおりの実施、今後についても、期間が2013年7月まで延長されれば、問題なく実施できる。3月までであると、ややきつい実施になる。 • TOTはプロジェクト期間中に、3テーマを2回ずつやることになっている。その後の展開は協議中。 • 現行PDMの指標の2-1から2-3は、元々はSCI患者を対象としてORを実施し、退院後のフォロー体制をつくるというものだったが、退院後のフォローまではなかなか難しいことが判明した。よって、ORは院内で対処すべき改善事項の洗い出し、SCI患者に対しては退院時の評価により指導を行う・再診時にその評価結果を利用する、というような形に落ち着いた。カルテの改善の対象はSCI患者だけである。 • ORの結果を受けて、ポストワークショップでは院内で6カ月間のアクションプランを作成した。プロジェクトはアクションプラン実施には関与していない。アクションによっては、外から寄付金を集めて実施済みのものもある。ベッドの害虫の駆除、カルテのシステムの共有、天

- 井のファンの修繕等。寄付は患者個人からであったり、その家族であったり、さまざまである。
- リスクマネジメントは CSI に限ったものではない。プロジェクトではマニュアルを作成し、血圧計・心電図の機材とともに各科に設置した。今後は 1 カ月ごとに（院内会議）、予防・対応状況の情報共有があり、プロジェクトには HRD ミーティングで情報が共有されることになっている。運用は NRH だけで進められるものと思われる。
- AV 教材は、プロジェクト前半であまり使われていなかった AV 機材をもっと使いたいというのものもある。今後の予定は、TOT やセミナーをビデオで撮っており、それを CD に焼いて、資料室で NRH スタッフが見に来られるようにしておく。
- 成果 3 のリファールのための連携の活動は、後半期間に本格化する。課題となりそうなのは、MSW の強化。現在、MSW は NRH のリファールシステムに乗り切っていない。仕事のし易さ・早さもあり、MSW 個人の判断でどのプログラムと患者をつなぐかが決定されているが、プロジェクトでは、成果 3 でめざすネットワークを活用して MSW のリファール先を広げたいという狙いがある。現在は、他科との状況共有がされていない、お互いの状況をあまり知らない。ただし、MSW は HRD ミーティングのメンバーであり、プロジェクトがめざそうとしているリファールがどのようなものかは理解している。MSW の機能を効果的に活用できるように、リファールシステムのなかで強化していきたい。

2. プロジェクトの終了後

- TOT（成果 1）を通じて、参加者による伝播を通じて YGH 等でサービス改善が行われている。成果 2 をどのように他病院に普及するかについてはまだ議論されていない。元々、PT をメインターゲットにした TOT では業務改善のシステムまで含むことは難しい。PT ができる範囲に限られている、ということもある。また、カルテのシステムは病院の文化もあり、ひな形を NRH がその普及の音頭を取るのには難しいと思われる。やるならば DOH。ただし、YGH（Dr. Khin Myo Hla）のように、システムを見直したうえで導入しようとしている例もある。
- プロジェクトとして、終了時に DOH に対して成果品として一式を渡し、提言を行う、という対応も考えられる。DOH が現時点でどう思っているかは不明。

3. 活動への影響要因

- ビザ申請の遅れは保健省の範疇でもなく、書類申請の手続きが 2 カ月前から行われるよう、プロジェクトとしては、前広に動くようにしているが、それでもダメな時がある。
- プロジェクト活動により、NRH スタッフの業務が増えたのは確かである。TOT 講師は TOT 前は資料作成等、準備が忙しい。基本的にはお昼休みを使って作業しているが、それでも業務時間にずれ込むことはある。また、カルテを作成するにあたり、金曜の記入作業は増えたと聞いている。一方で、研修やカルテにより業務がしやすくなっているのも事実（そう聞いている）。

その他

* JICA 事務所に到着報告をする際、専門家 2 名から JICA 事務所への月例報告が行われていたの
で、途中参加させてもらった。以下、専門家からの報告と事務所とのやり取りから。

- （事務所からの質問で、先回の TOT 短期専門家の評価のところ、研修理解度について、あまり高い数値でなかったのはなぜか？ ミャンマー側の自己謙遜によるものか？ 言語によるものか？）→短期専門家は英語を使っただけの講義だったが、やはり言語の問題もあり、頭に入ってくるまでに時間がかかった様子である。ただし、内容等についての理解は高い。来年は講師が英語を使う際も念のため、通訳を入れるようにしたい。
- （ミャンマーのリハ水準はどうか？ リハの特徴は？）→人材育成は行われているがまだ不足している。2008 年のデータでは PT が 200 余名。都市レベルに集中し、タウンシップで不足する傾向がある。ミャンマーに多いリハ疾患は、SCI、CP、脳卒中、切断。切断は交通事故による

ものが多い。イスラエルが Road Safety Project として、YGH のリハ部門を強化する予定あり。これと関連するものではないが、日本から、YGH、NRH、UMT に対して、東北大学が開発した足こぎ車いすが供与される予定。

- (ミャンマーの今後の発展状況に応じてリハのニーズも変わるのでは?) → 発展に応じてニーズも大きくなっていくと思われる。Dr. Khim Myo Hla は PT 配置を DOH にプッシュしている。彼女はリハ協会の会長でもあり、今後の展開、リハ分野の発展にキーとなる人である。
- (他のドナーの活動状況は?) → WHO が NRH を通して CBR の協力を行っている。また、海外に研修員を送っている。以前は赤十字国際委員会も活発であったが、政府との関係が悪化し、NRH からは撤退した。
- (プロジェクトが終了して、日本人が全くいなくなった時にどうなっているか。専門家としては、どのレベルまでもっていきたいか?) → プロジェクトの活動内容は NRH に集中している。NRH ではプロジェクト期間に活動をやって終わり、ではなく、それがシステムとして残るよう留意している。TOT を例に言えば、教材はすべて揃っており、予算措置ができれば (または参加者をヤンゴンに限定すれば)、自分たちで行っていくことが可能な状況になっている。他機関との連携は後半強化するところ。これは流れとして一度できれば、それは続くと思われる。他病院へどのように普及するかについては、DOH と確認しながら考えていく。

日時	2011年9月30日（金）9:10～10:10
場所	NRH
ヒアリング相手	Dr. Moe Aung
記録（野口）	<p>1. プロジェクト形成</p> <ul style="list-style-type: none"> • 自分は事前調査時からプロジェクトにかかわっている。ミャンマーではWHO、カナダ大使館、UNDPがCBRの支援を行っているが、病院レベル（institutional level）での技術協力はこのプロジェクトが初めてである。単に技術訓練でなくて、サイクロンからの復興もあり、バリアフリーや、リファーマル強化の要素も入れるよう提言した。 • プロジェクトの以前は、病院間の定期会合のなかで情報や知識の共有を行っていた。既存の会合であり、これは今後も続くもの。ミャンマー人は、自分の経験を積極的に話すか、ためらい（恥ずかしさ）があるか、というと後者であるが、ルーティンとして順番を割り当てて発表してもらっている。少なくとも自分の病院ではそうである。 • チームアプローチが以前になかったわけではないが、今ほど皆が集まる時間や情報共有の時間はなかった。 <p>2. 政府からの支援</p> <ul style="list-style-type: none"> • すべてのニーズに対して十分というわけではない。予算が不足する分は、基金（Hospital Supervisory Committee Fund）でカバーする。 • セクター全体ではリハビリテーションの優先度は高くないが、以前よりは、国際的な動きもあり、認知度は上がってきている。 <p>3. プロジェクトの効果</p> <ul style="list-style-type: none"> • 資料室の書籍やインターネットにより、効率的に情報収集ができるようになった。 • プロジェクト活動によりNRHスタッフの作業量は増えたが、ミーティングや作業は忙しくない時間帯を選ぶなどして影響を少なくしている。 • 記録の改善はSCIに限らない（*1）。他の症例でもフォーマットの改善はCSIが中心だが、行われている。評価会議（ケースカンファレンス）では、SCIに限らず行われる。 <p>4. プロジェクト終了後の展開</p> <ul style="list-style-type: none"> • 他病院のスタッフの研修は、MRHの義務ではない。交通費を含む予算面での問題もあり、難しい。研修を提供しても、該当する症例の患者がいなくてもあり、注意が必要である。 • 成果3のリファーマル強化について。これまでNRHがリファーマルの関係にある組織とは定期的に会合をもつようなことはなかった。リファーマルの強化はMSW個人の強化ではなくて、MSWを含むチームの強化である。MSWの活動は病院によってはMSによるところが大きい。 • 関係機関の意識の向上が必要である。
その他	

日時	2011年9月30日(金) 10:20~11:45
場所	NRH
ヒアリング相手	Dr. Win Zaw
記録(野口)	<p>1. プロジェクトの効果・影響</p> <ul style="list-style-type: none"> • 研修で得た新しい技術を業務に使っている。 • 研修受講者は、自分のセクションで情報共有をしている。 • プロジェクト活動により追加作業は増えたが、業務内容はこれまでと変わったことをしているわけではなく、設備が整い、知識が増えたり、チームアプローチがより進んだり、共通フォーラムができたりしたことで、大きな問題ない。 • 記録システムはSCIのみならず他症例でも改善がある。Drの勘違いもなくなり、準備も少なくなった。 <p>2. プロジェクト目標の達成度</p> <ul style="list-style-type: none"> • 入院日数については、少ないが稀な例がある。例えば、患者の退院先の調整がつかず、遅れることもある。2008年からのデータの推移は、特に変化はないということ。 • リファーされた患者の数だが、厳密にカウントするのが難しいケースもある。例えば、他病院からリファーされても(または患者が自らNRHに来て)、NRHで対応する症例として判断されなければ受け入れはしない。また、リファーといっても、レターを持って来るわけではなく、医者から口頭で紹介された、そうでなくても自分で来たというケースもある。 • 入院患者数については、ベッドが60であること、スタッフの数(Dr3名、PT13名)の限界もあり、今の水準が適切だと考える。 <p>3. リファーラルの強化</p> <ul style="list-style-type: none"> • 各病院とも、MSWの活動はMSの方針によるところが大きい。NRHでは、患者を受け入れ先につなぐことが役割であるが、MSWを能力強化するとしてもこの部分だけである。 • 患者は、MPHA (Myanmar Physically Handicapped Association)か、財団(Shweminthar Foundation)のメンバーになっていないと、職業訓練校(政府系、NGO)へ送り出しができない(*1)。 • ネットワークの拡大のためには、CBRのNGOとのつながりも広げる必要がある。 <p>4. プロジェクト終了後</p> <ul style="list-style-type: none"> • 研修の継続は予算面の措置があるかどうかによる。 • ネピドーでWHOがPTのリフレッシャー研修を2、3年ごとに実施している。それをヤンゴンでやる場合、できる協力はしたい。 • 業務改善の継続についても希望はあるが、予算による。寄付金を募れば行いたい。実際は難しい。例えば、水道が出るのは朝6時から夕方6時であり、夜間の貯水タンクが壊れている。保健省には4月に報告済みであり、修繕の許可が出たが、必要資金の100万チャット(←500万チャットの聞き間違いの可能性あり:野口)のうち20万チャットしか集まっていない。 • 保健省からNRHへの予算は毎年変わらない。人件費、患者の食費の一部、光熱・水道費、その他少額である。追加で申請するものがあれば、3月決算の半年前の9月に申請することができる。 • リスクマネジメント等は他病院に普及するものという理解はない。 <p>5. その他</p> <ul style="list-style-type: none"> • 患者への告知は難しい。これ以上はこうできない、というのは患者本人には言えない。家族に言うこともある。以前、ある男性が入院してきて、今後の歩行の可能性がないことを妻に告げ

ると、離婚することとなった。子どもがいればまた別だったと思うが、こういったこともあって告知がためられる。

- Myanmar Health Plan 2006-2011 にある優先疾病の handicapped はリハビリテーションに関連するもの。また、CVD（脳血管障害）も、この結果にリハビリの必要を伴うものであれば、関連していると言える。

その他

(*1) 職業訓練校は政府府系（社会福祉局）、NGO（AAR）ともに、上記 2 団体のメンバーでなくとも、MSW がつないだり、自分で申し込んだりできる。このつながりも MSW の役割である。

日時	2011年9月30日(木) 15:00~16:30
場所	NRH
ヒアリング相手	Daw Aye Aye Mar (Chief PT), Dr. Aye Aye Myint Tun (Specialist Assistant Surgeon), Mr. Saw Alfred (Chief R&O), Daw Ngun Hlaing (Sister), Daw Sabei Mon (MSW)
記録(野口)	<p>1. TOTの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> • 計画どおりに実施できた。 • 講義の内容がよかった。理論と実践を合わせたものであり、よかった。 • 全国からのPTが参加するということが、(教材の)準備が少し心配であったが、問題なくできた。3回めがあるとしても問題なくできそうである。(Chief PT) • TOTの内容については、大学の講義で受けたこともあり知っている。Refreshingとしてよい内容だと思う。(Dr) • PT向けのTOTであり自分は参加していないが、準備の段階で看護関係の部分でインプットした。(Sister) • かかわっていない。(MSW) <p>2. TOTの効果</p> <ul style="list-style-type: none"> • 研修受講後のPTは知識が増加した。講義の内容はこれまで知らないことが多かった。以前は、新しい技術に関して情報交換する機会が特になかったということもある。Physical treatmentが向上した。その例として、車いすへの乗降り、運転の指導。 • 患者の評価がうまくなった。P&Oから見て、PTから提示される患者の情報が以前より詳しくなり、作業がし易くなっている。 • OT的作業は以前はなかったが、今は、患者に合わせて、食べ方や書き方等について対応している。 • PTの記録の仕方を見習って(見よう見まねで)、尿の管理の記録を工夫している。以前より正確に管理できるようになった。 • MSWから見て、PTのやっていることは専門的にはわからないが、例えば、患者を職業訓練にリファーするにあたり、患者の状態(握力の強さ、はさみが持てるかどうか等)についてのPTからの回答が詳しくなった。 • 患者の退院時の記録を読むと、満足度が上がっていることがうかがえる。 <p>3. プロジェクト活動</p> <ul style="list-style-type: none"> • HRDメンバーとして、また他のスタッフもプロジェクト活動により以前なかった仕事が増えたのは確かであるが、重荷とは感じていない。しかし、時間が足りないと思う。家で仕事をすることもある。 <p>4. チームアプローチ</p> <ul style="list-style-type: none"> • カルテを共有することにより、判断材料がより詳しくなり、間違いが減った。(Dr) • かつては自分で記録したものを自分で使うものであったが、今は1つのファイルになっている。すぐに参照できるものがある。 • SCIのTOT後に、SCI患者については、カルテシステムを作った。金曜日に記入したものを、月曜日の回診に活用している。現在はSCIだけだが、CPについても同様に取り組みたいと考えている。また、SCI以外の症例も、記録を改良していないわけではなく、各種フォーマットは改良したのものもある。 <p>5. TOT以外の部分の普及</p>

- カルテシステムやリスクマネジメントシステムについては、病院それぞれに進め方があり、また、体制も違う（P&O がない病院等）。全く同じものを伝えるのがよいわけではない。
- TOT 研修を通じて研修を行おうとしても、その TOT が病院でどの程度動けるか、上司がそれをよしとするか、どうかで異なる。
- しかし、全く不可能ではなく、YGH は既に似たような記録システムをもっており、Dr と PT がともに回診している。

6. リファーマル

- （退院後のリファーマルがもっとスムーズに行くためにはどうしたらよいか?）→職業訓練の活動をもつ NGO の組織の数、受け入れ定員の数が増えるといい。また、車いすの数が増えるとよい。また、例えば、受け入れを待つ患者のために、NRH に職業訓練の講師が来て指導が受けられるとよい。
- MSW だけの情報共有の機会はある。ただし、他病院の MSW は病院全体の MSW であり、リハの MSW というわけではない。ヤンゴンの MSW は 15 名で、毎月の最終木曜に定例会議（評価会議）があるが、自分は NRH での評価会議があるので（MS もそちらに出るように指示するので）、最近はほとんど出席していない。

7. その他

- 自分の目で日本のリハに関する技術を見て、業務に適用できるのは価値がある。
- P&O 部門では、自分は海外で訓練を受けたが、スタッフは OJT の機会しかない。仕事が多すぎて、theoretical knowledge が入らない状況ということもある。PT のように研修の機会があるとよい。
- リハ病院では、他の病院に比べて、患者が死亡する危険があるケースは少ない。が、たまにある。ECG が供与されたのは大変助かっている。X-ray もあるとよい。

その他

*所感

- 「5. TOT 以外の部分の普及」に関しては、特に決まったものがあるような印象はなく、それぞれが自分の意見・感想を述べているようであった。

日時	2011年9月30日(木) 13:20~13:45
場所	NRH
ヒアリング相手	Myo Heen Khart (患者)、ティン・ティン・ヌエ (患者の母親)
記録(野口)	<p>1. Myo Heen Khart 君</p> <ul style="list-style-type: none"> 7歳。小学校には行っていない。座位を保つことができないので小学校には行けないだろうと思っていた。 マンダレーのバガン近くの村に住んでいる。 家族は5人。他に、夫(まあ協力的)、長男(13歳で僧侶見習い)、二男(10歳、小学校)。 <p>2. 入院</p> <ul style="list-style-type: none"> 2011年5月、近所でポリオワクチン接種の機会があった。接種は5歳までだと聞いていたが、7歳でも効果はあるのではないかと思い、連れて行った。それまで、わが子はポリオだと思っていたが、その場で、ポリオではないと言われ、NRHを紹介された。NRHのことは知らなかった。 それ以前は、リハ関係の機関にはどこにも連れて行ったことはない。 NRHまでの交通費は自費。入院後の食費は無料になっている。 8月4日から入院。退院することになっていたが、発熱し、結核の疑いがあるということで他クリニックで検査を受けるように言われ、受けた。費用は医者からの寄付で支払った。結核ではないだろうということだが、抗生物質を処方され、10日後に再度受診することになっている。それで問題がなければ、自宅に帰る。 入院中はリハビリと服薬(自費)。リハビリをした結果、これまで座れなかったが、それができるようになった。また手はいつも握った状態であったが、指が開いた状態にもなるようになった。 NRHでは、こういう道具があるとこういうことができる、ということがわかり、よかった。 ペンを持たせると何かを書きたいような態度を見せたり、自分の言うことがわかっているような態度を見せることができるようになった。 変化を自分の目で見ることができ、嬉しい。生活面も含め、NRHのサービスには大変満足している。 <p>3. 退院後</p> <ul style="list-style-type: none"> バギーが欲しいが、それを買うお金がないので心配している。 小学校には座れないから行かせてなかったが、今後はわからない。(←行かせたい、とは言わなかった：野口) <p>4. その他</p> <ul style="list-style-type: none"> 以前、デング熱でタウンシップの病院に連れて行ったことはあるが、NRHのような病院については紹介されなかった。医者が知らなかったのか、それとも行くのが難しいと思ったから紹介してくれなかったのかは、わからない。
その他	<p>*通訳からの情報</p> <ul style="list-style-type: none"> 「4. その他」に関しては、医者は費用面も考えて、NRHを紹介しなかったのではないかと自分は思う、とのこと。ミャンマーではそういうふうにも慮ることもある。

日時	2011年9月30日(木) 13:50~14:20
場所	NRH
ヒアリング相手	Tin Soe Myiet (患者)、モン・モン・トン (介助者)
記録(野口)	<p>1. 入院</p> <ul style="list-style-type: none"> ある晩熱が出て倒れた。その際に首の骨を折り、手術を受けた後、NRHに来た。手術を受けた病院からNRHを紹介されたわけではなく、自分の親戚(Dr)のアドバイスでNRHに来た。 入院は2010年11月から。 入院後、リハビリをして、以前は全身が動かなかったが、今は胸から上と腕が動くようになった。指はまだ。リハビリの効果だと思う。 自分の経験でも、他の人を見ている、指示どおりにやっていたら動けるようになるというのがわかるので、NRHのリハビリには満足している。NRHに角度を変えられるベッドを2台寄付したが、もう少しあるとよいかな、というくらいで、不満なことはない。 入院生活も不便なことはない。食事は、自分はヤンゴン出身なので、無料の食事を食べることで他の人の分が減るのに遠慮して、外から弁当を買っている(1食1,500チャット)。介助者の食費も払っている。 リハビリ時間以外は、体が動かないこともあり、瞑想している。 <p>2. 退院に向けて</p> <ul style="list-style-type: none"> 歩けるようになるまでは狙っていない。車いすに乗れるようになったら一旦やめて退院したい。その後のことはそれから考えたい。 <p>3. 介助者について</p> <ul style="list-style-type: none"> 2月から今の介助者。2人目。親戚ではない。
その他	

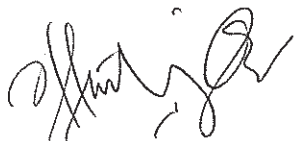
3. 署名ミニッツ文書 (Minutes of Meetings)

MINUTES OF MEETING
BETWEEN
THE JAPANESE MID-TERM REVIEW TEAM
AND
THE DEPARTMENT OF HEALTH,
MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF THE UNION OF MYANMAR
ON THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJECT ON
STRENGTHENING OF REHABILITATION OF MYANMAR

The Japanese Mid-term Review Team (hereinafter referred to as "the Japanese Team") organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Dr. Kenji Kuno, visited the Republic of the Union of Myanmar (hereinafter referred to as "Myanmar") from 29th September to 8th October 2011.

During its stay in Myanmar, the Japanese Team had a series of discussions with the Department of Health, the Ministry of Health of the Republic of the Union of Myanmar (hereinafter referred to as "the Department"), jointly reviewed the achievement of the Project on Strengthening of Rehabilitation of Myanmar (hereinafter referred to as "the Project") and exchanged views on the project activities to fulfill the Record of Discussions (hereinafter referred to as "R/D") signed on 31st March 2008.

Both sides also discussed revision of the project design and the plan of activities. As a result of the discussions, the Japanese Team and the Department concerned agreed the matters referred in the document attached hereto.



Dr. Htun Naing Oo
Director General
Department of Health
Ministry of Health,
Republic of the Union of Myanmar

Nay Pyi Taw, 5th October 2011



Dr. Kenji Kuno
Leader
Japanese Mid-term Review Team
Japan International Cooperation Agency

TABLES OF CONTENTS

1. Introduction	2
1-1. Preface	
1-2. Objectives of the Review	
1-3. Schedule of the Japanese Team	
1-4. Members of the Japanese Team	
1-5. Methodology of the Review	
2. Achievement of the Project	4
2-1. Outputs	
2-2. Project Purpose	
2-3. Overall Goal	
2-4. Inputs	
2-5. Promoting and Hindering Factors for Project Implementation	
3. Evaluation by Five Criteria	8
3-1. Relevance	
3-2. Effectiveness	
3-3. Efficiency	
3-4. Impact	
3-5. Sustainability	
4. Conclusion	11
5. Summary of Discussions	11
6. Recommendations	12

ANNEXES

ANNEX 1. Inputs to the Project	
1-1. Inputs by the Myanmar Side	
1-2. Inputs by the Japanese Side	
ANNEX 2. PDM ver.2 (Draft)	
ANNEX 3. Table of Points of Revision of the PDM	
ANNEX 4. Evaluation Grid	
4-1. Project Achievement	
4-2. Project Implementation Process	
4-3. Evaluation by Five Criteria	

1. Introduction

1-1. Preface

The five-year Project was launched with the R/D signed on 31st March 2008. With the remaining period of the Project, JICA dispatched the Japanese Team to Myanmar from 29th September to 8th October, 2011 for the purpose of evaluating the achievement of the Project. The Mid-term Review has been undertaken jointly by the Japanese Team and the Department concerned.

1-2. Objectives of the Review

Objectives of the Mid-term Review are as follows:

- i) to review and evaluate the inputs, activities and achievements of the Project;
- ii) to clarify the problems and issues to be addressed for the successful implementation of the Project for the remaining period;
- iii) to assess the rationale for the continuation of the Project based on the review;
- iv) to make recommendations for activities in the remaining period; and
- v) to review and revise the Project Design Matrix (hereinafter referred to as "PDM") if needed.

1-3. Schedule of the Japanese Team

		Dr. Kuno	Mr. Nishimura	Dr. Eto	Ms. Suzuki
Sep. 29	Thu.				Arrival at Yangon. PM: Interview with JICA experts
Sep. 30	Fri.				Interview with National Rehabilitation Hospital (hereinafter referred to as "NRH")
Oct. 1	Sat.				Report preparation
Oct. 2	Sun.	Arrival at Yangon			Report preparation
Oct. 3	Mon.	AM: Meeting at JICA Myanmar Office PM: Interview and discussion with NRH			
Oct. 4	Tue.	AM Discussion with Yangon General Hospital (hereinafter referred to as "YGH") PM: Move from Yangon to Nay Pyi Taw			
Oct. 5	Wed.	AM Discussion with the Department PM: Joint Coordination Committee and Signing of the Minutes of Meeting			
Oct. 6	Thu.	Meeting with Department of Social Welfare, Ministry of Social Welfare, Relief and Resettlement (hereinafter referred to as "DSW")		Move from Nay Pyi Taw to Yangon	
Oct. 7	Fri.	Meeting with DSW Move from Nay Pyi Taw to Yangon Report to JICA Myanmar Office		AM: Report preparation Departure from Yangon	
Oct. 8	Sat.	Departure from Yangon			

1-4. Members of the Japanese Team

No.	Name	Job title	Occupation	Period
1	Dr. KUNO Kenji	Leader	Senior Advisor for Social Welfare, JICA	2 nd Oct – 8 th Oct
2	Dr. ETO Fumio	Medical Rehabilitation	President, National Rehabilitation Center for Persons with Disabilities	2 nd Oct – 7 th Oct
3	Mr. NISHIMURA Megushi	Cooperation Planning	Social Security Division, Human Development Department, JICA	2 nd Oct – 8 th Oct
4	Ms. SUZUKI Junko	Review and Analysis	Senior Researcher, Foundation for Advanced Studies on International Development	29 th Sep – 7 th Oct

1-5. Methodology of the Review

In accordance with the JICA Project Evaluation Guideline, the Mid-term Review of the Project was conducted. The definition of the five evaluation criteria that were applied in the analysis for the review is given in the table below.

Five Evaluation Criteria	Definition as per the JICA Evaluation Guidelines
1. Relevance	Relevance of the Project is reviewed by the validity of Project Purpose and Overall Goal in connection with the Government development policy and the needs of the target group and/or ultimate beneficiaries in Myanmar.
2. Effectiveness	Effectiveness is assessed to what extent the Project has achieved its Project Purpose, clarifying the relationship between Project Purpose and Outputs.
3. Efficiency	Efficiency of the Project implementation is analyzed with emphasis on the relationship between Outputs and Inputs in terms of timing, quality and quantity.
4. Impact	Impact of the Project is assessed in terms of positive/negative, and intended/unintended influence caused by the Project.
5. Sustainability	Sustainability of the Project is assessed in terms of institutional, financial and technical aspects by examining the extent to which the achievement of the Project will be sustained after the Project is completed.

Data collection methods used for the review by the Japanese Team was as follows:

- (i) Literature/Documentation Review (Progress Reports, Reports of JICA experts, other relevant papers, etc.);
- (ii) Questionnaires (JICA experts and Myanmar counterpart personnel);
- (iii) Interviews (JICA experts, Myanmar counterpart personnel, patients in NRH, etc.); and
- (iv) Observation (NRH and YGH).

2. Achievement of the Project

Project achievement and current status verified by set indicators in the PDM (ver. 1) are shown in the following.

2-1. Outputs

Output 1	Training systems of NRH for rehabilitation services are improved.
Indicators	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.
Achievement	1-1 A manual book for the Training of Trainers (hereinafter referred to as "TOT") entitled "Management of person with spinal cord injuries (hereinafter referred to as "SCI") for Physiotherapist (hereinafter referred to as "PT")" on SCI developed, and another material for TOT on cerebral palsy (hereinafter referred to as "CP") was developed. 1-2 Three TOT were conducted on 1 st SCI (July 2010), 2 nd SCI (July 2011), 1 st CP (Aug-Sep 2011). 1-3 Participants of the above TOTs improved scoring in the exam: (i) pre 58.3% to post 70.7% for 1 st SCI, (ii) pre 56.9% to post 73.9% for 2 nd SCI, (iii) pre 51.6% to post 70.8% for 1 st CP. 1-4 12 Myanmar's personnel trained at TOT including 4 PTs of NRH gave lecture in TOT on 2 nd SCI and more than 85% of the participants evaluated preparation and organization of lectures and 70% were encouraged to participate actively.

Regarding TOT, manuals were prepared as schedules and the one for SCI was revised for the second TOT. So far, 40 were trained on SCI and 23 were trained on CP. Trained PTs gave lecture successfully as shown above (1-3), and one of them tells that she could prepare for the lecture with enough support from the Project and gave lecture without problems. In all TOTs, participants improved knowledge as the indicators 1-3 shows. Thus, TOTs have succeeded in both training the trainers and increasing the participants' knowledge and skills.

Besides PTs, doctors mastered phenol block, and nurses improved recording of urine and bed sore management at NRH.

Output 2	The systems to improve the quality of rehabilitation services in NRH are upgraded.
Indicators	2-1 Clarification of improvement of the service of NRH by acquiring patients' evaluation in hospitalization and discharge. 2-2 Follow-up study system for care of discharged patients. 2-3 Supporting system for SCI patients 2-4 The varieties of distributed printed-materials or broadcasted AV-materials 2-5 The number of academic conference for rehabilitation

Achievement	<p>2-1 The Operational Research (hereinafter referred to as "OR") was conducted to investigate living conditions of discharged patients. Based on the result of the OR, 18 action plans were made. Some were already resolved, such as sharing improved forms. These activities and patients' satisfaction are to be monitored six months later.</p> <p>2-2 Assessment has been conducted on discharge based of the developed material entitled "Assessment form for Patients with SCI on Discharge."</p> <p>2-3 A patient educational material was developed. Also, some medical record forms were developed; the forms are recorded on Fridays by PTs and shared with doctors on following Mondays.</p> <p>2-4 Pamphlets were developed (2 on CP, 1 on stroke, 1 on amputation, and 1 on SCI).</p> <p>2-5 15 PT case studies and a medical education on pulsed microwave diathermy were conducted.</p>
-------------	--

Indicators 2-1 to 2-3 are used to verify whether follow-up is conducted systematically based on the result of the OR for SCI patients. However, it turned out to be difficult to make follow-up discharge patients, so OR's objective was modified to identify any issues within NRH. To support discharged SCI patients, assessment is to be conducted to evaluate them on discharge and this result is used also in evaluation when they return to NRH.

Besides the above listed outputs, a manual for Risk Management was developed and shared among NRH staff. NRH itself monthly monitors risk factors and responses. Another output is the improved recording and reporting system on SCI patients. Staff makes a weekly record in a standardized format on Fridays and this information is used for doctors' round on Mondays. This record is shared among doctors, PTs, nurses, prosthetist/orthotist (hereinafter referred to as "P&O"), and a medical social worker (hereinafter referred to as "MSW").

Output 3	The collaboration between NRH and rehabilitation related institutions including institutions from the Ministry of Social Welfare, Relief and Resettlement is enhanced.
Indicators	<p>3-1 The number of seminars or workshops on rehabilitation services</p> <p>3-2 The number of technical meetings on rehabilitation services jointly conducted by NRH and other institutions.</p> <p>3-3 The number of training for staff at hospitals providing rehabilitation services</p>
Achievement	<p>3-1 Workshops were held: on phenol block; P&O; and on Gross Motor Function Measure. First and 2nd Rehabilitation Seminars were held. Also the forum of study visit was held to share the participants' experience.</p> <p>3-2 Project members gave lecture or made comments at: (i) Medical Education meetings (so far conducted 12 times) and (ii) 7th Rehabilitation Medicine Conference.</p> <p>3-3 First, 2nd and 3rd NRH rehabilitation forum were held.</p>

Regarding the Output 3, the Project has so far focused on activities for mutual understanding among relevant stakeholders, by inviting them to the above workshops and

seminars and by participating in external forums with the intention to raise recognition of NRH.

These indicators are appropriate as long as they verify how the activities are implemented. However, the Project now recognizes necessity for clarifying an objective of collaboration and set relevant indicators to measure a result of the activities for collaboration.

2-2. Project Purpose

Project purpose	The system for providing quality rehabilitation services in NRH is strengthened.
Indicators	<ol style="list-style-type: none"> 1. The number of PWDs being referred to NRH from other hospitals 2. The number of PWDs being satisfied with rehabilitation services at NRH 3. Length of hospitalization period
Achievement	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patients hospitalized increased: 279 (2008), 291 (2009), and 341 (2010). Also more patients were referred to NRH: 62 (2009), 77 (2009), 91 (2010). 2. Patients' satisfaction was 4.6 on average out of 5 (Patients' QOL survey during Nov. 2010 to Apr. 2011). 3. Average days of hospitalization were stable: 49 (2008), 46 (2009), 47 (2010).

There has been an increase in the number of patients hospitalized and referred to NRH. Although numerical targets were not established in advance, the figures have come close to the upper limit of NRH's accommodation capacity, considering the number of staff and bed. As for the average days of hospitalization, these may include extraordinary cases such as a patient who cannot be discharged because the family is not ready to receive him or her. Excluding such rare cases, the average days of hospitalization have been stable according to NRH.

Two interviewed patients comment that they are very happy and satisfied with NRH services as they see with their own eyes and realize that they are actually recovering some functions after rehabilitation exercises.

2-3. Overall Goal

Overall Goal	Quality of rehabilitation services in Myanmar is improved
Indicator	The number of patients treated at hospitals for the rehabilitation services.
Achievement	At YGH, inpatients in Physical Medicine and Rehabilitation Ward increased from 168 (2009) to 200 (2010). It is 136 (as of June 2011).

Data was available only from YGH. Numerically the figures have been increasing. According to YGH, the number of SCI patients has increased because of its improved services after participating in TOT and the study visit to Japan.

Besides the above indicators, several cases have been reported about improved services of rehabilitation after participating in TOT at NRH. For example, PTs of YGH and Yangon Orthopedic Hospital (Hereinafter referred to as "YOH") have made assistive devices after participating in TOT.

2-4. Inputs

Inputs to the Project since its inception till September 2011 are shown in ANNEX 1.

2-5. Promoting and Hindering Factors for Project Implementation

2-5-1. Promoting Factors

(1) Effective and Efficient Organization of the Project Members

The Project has organized and operated the Human Resource Development (hereinafter referred to as "HRD") Team with those who are substantially in charge of the Project activities. One of its principal duties is monitor the project progress. As the members are representatives from all related sections of NRH, in addition to the medical superintendent and JICA experts, so they can discuss issues and make right judgment on the project progress from comprehensive view points. Also, a team approach has been enhanced since HRD members have shared information and worked together. This team occasionally invites rehabilitation professionals from other institutions in order to discuss the Project activities which need to involve external organizations. The Project also organizes task groups by function, such as the patients' recording system, risk management and booklet development.

Thus, the Project organizes several functional groups depending on each objective. This has not only promoted communication and information sharing within the Project but also helped members concentrate on the group theme and work together comprehensively and efficiently.

(2) PDCA Cycle applied in the Project Activities

Feedback functions effectively in the Project. For example, when the training is finished, the Project conducts an evaluation to review that training and prepare for a better next training. The Project uses the same evaluation sheet for TOTs, so several training can be compared from common perspectives. Second example is the OR. After making action plans, relevant groups works for them, and have a review. Third, after a risk management manual was developed, risk factors and responses, if any, continue to be monitored. Thus, activities are implemented in the Plan-Do-Check-Action cycle. This helps activities to be established firmly as a system

(3) Effective Recording of the Project Progress

The Project has recorded the Project implementation process and results. For example, the minutes of HRD meetings include a training curriculum when it is near, result of training evaluation by participants after is, result of pre- and post-exams of the participants when the training finishes, etc. Besides, the Project monitors its progress by collecting data and related information based on the indicators set in the PDM. These records help the Project members understand the progress precisely.

This indicator-based monitoring has been reported to JICA regularly. Reporting has been precise, so the readers can easily understand the situation and give concrete feedback if

necessary.

(4) NRH's Commitment

As describe above in (1), NRH organized several functional teams and groups to discuss issues and implement activities. The fact is that the Project activities have produced extra work to them, but every member has fulfilled its responsibilities. No complaints were made when interviewed. It is very advantageous that the Project has such commitment so as to carry the activities forward during the project period and continue them even after the Project.

2-5-2. Hindering Factors

(1) Precisely Defined Objectives Needed

Actually, there have not been severe concerns or hindering factors for the project implementation. In the remaining period the Project intends to strengthen NRH's referral function in collaboration with other organizations and thinks of strategies to achieve the Overall Goal in a sustainable way. If the Project does not have a clear definition and understanding on "collaboration for referral" and "improvement of rehabilitation services in other hospitals," it may be hinder effective planning of detailed activities or assignment of the responsibilities.

(2) Delay of Visa Approval

Dispatch of two JICA short-term experts was delayed or canceled because the timing of visa approval was not corresponded appropriately. As a result, part of TOT curriculum had to be modified and a training course was postponed.

3. Evaluation by Five Criteria

3-1. Relevance

As explained below, the Project has been relevant with Myanmar's health sector policy, needs of human resource development in rehabilitation, as well as Japan's ODA policy; therefore its relevance is high.

- As a Myanmar's health sector policy, the "National Health Plan (2006-2011)" mentions 42 priority diseases and health conditions, one of which is handicapped. This plan suggests 12 programs, and under the Program of "Hospital Care Programs" the project of community based rehabilitation is identified. Related to this project, it is described that "many health professional are still not adequately aware of the disability related issue" and insufficient trained health personnel "hampers the proper expansion of the institutional services." This Project aims to tackle with these issues.
- In Myanmar, persons with disabilities are estimated to be 1.5 to 2.5 million. Several universities provide opportunities to develop PT professionals but it is still insufficient to cover

the needs in the country.

- NRH is an only national hospital specialized in rehabilitation and one of the teaching hospitals. Functionally, NRH is much appropriate as a counterpart hospital. Also, fringe effects are expected through NRH. For example, university students or other trainees who do internship may be benefitted from upgraded techniques.
- The Project has accordance also with the Japanese ODA policy. One of the priority areas is emergent and humanitarian assistance, which includes support for socially vulnerable people. Also, Myanmar, as an ASEAN member, is an important partner to Japan.

3-2. Effectiveness

The Project is on the right track to achieve the Project Purpose (more patients who receives more improved services at NRH) especially through trained personnel and improved services at NRH. High effectiveness will be expected by making additional efforts for strengthening NRH's referral function.

- As described in 2-2, the Project has been achieving objectives steadily. Verifying them with indicators in the PDM, the number of patients hospitalized and referred to NRH there has been an increase to an acceptable extent for NRH. The average days of hospitalization have been almost stable. Patients' satisfaction was high scoring 4.6 on average out of 5.
- As for the Outputs, training of rehabilitation staff (mainly PTs) and improvement of the systems for rehabilitation have been realized as scheduled, and these Outputs have turned to be further Outcomes. For example, trained PTs have applied many of the learning, such as development of assistive devices, setting goals based on the patient's evaluation, more PT techniques, etc. Doctors mastered the phenol block which eases patient's spasticity. Besides, improved facility (barrier-free buildings, PT equipment, etc.) has eased patients' mobility and exercises. Another example is the improved recording system, which has promoted a team approach and effective and efficient treatment of patients. Examining these changes brought by the Project, it is not difficult to assume these improvements may have contributed to an increase of patients and their satisfaction.
- Referral system, which the Project will make particular efforts in the remaining period, is expected to increase of referred patients to and from NRH.
- The Project has been caused extra duties for HRD members but all of them answer that they do not realize the extra work as a burden but can manage it. The change of the medical superintendent and Sister has not influenced the working conditions of NRH staff.

3-3. Efficiency

Considering the following points holistically, overall, efficiency of the Project is evaluated as fair for the moment. However, high efficiency will be expected by the end of the Project if efforts of the current members are continued.

- So far, most Outputs have been produced as planned. Especially, TOT-related activities have resulted in improvement of knowledge and techniques of PTs, doctors and nurses. Outputs have been achieved not only at the individual level, but also institutional level. In other words, through efforts for systematizing rehabilitation services such as recording and reporting, risk management and material development, the team approach has been enforced and the services became more comprehensive.
- As for the Output related to enhancement of the referral system, more efforts are needed to realize a referral system.
- With regard to the inputs, there were a few delays in the early period. However, inputs and activities have been speeded up to make up for the delay by improved communication and project management.
- Most inputs have been converted to Outputs effectively. For example, participants of the study visit have not kept their learning only within themselves but utilized it in the section they work and also shared the experience in various opportunities, although it should be pointed out that some participants were not directly involved in the Project. Equipment provision has been appropriate, as all have been utilized including some repaired.
- No particular factors have influenced the Outputs to be produced.

3-4. Impact

There has been an increase in the number of patients at YGH, based on the indicators set in the PDM. And, PT services have been improved at other hospitals as well as NRH through participation in trainings in NRH or Japan. No negative impacts have been reported so far.

- As described in 2-3, trained PT have contributed to improvement of PT services at YGH and YOH. This can be easily assumed as an impact brought by project activities.
- The definition and scope of “improvement of rehabilitation services in other hospitals” have not necessarily been shared in common among the Project members. NRH is an only national hospital specialized in rehabilitation and one of the teaching hospitals. The Department will need have a strategy how to apply the Project experiences to other hospitals in the country.
- The scope of the Overall Goal has not been very clear; (i) whether or not other hospitals need only training opportunities on SCI, CP or stroke., (ii) whether or not they need to learn from the Project experiences regarding risk management, recording and reporting, etc; (iii) If they need to strengthen these systems, how the Project experiences should be disseminated.

3-5. Sustainability

It is too early to evaluate sustainability of the Project for the moment. To ensure the sustainability, strategies and financial measures are needed.

- As mentioned repeatedly, NRH staff increased knowledge and techniques and trainers were trained to an extent that they can successfully give lecture. Also, NRH has systematically improved its services, such as a reporting and recording system, risk management system, service improvement with action plans etc. Most of these activities are already operated by NRH itself. Thus, NRH has been enough empowered especially from technical viewpoints, although it has a concern related to financial measures.
- Regarding horizontal sustainability, agreement still has to be made among the Project, the Department and JICA about which hospitals the Project experiences should be extended to, who should be the responsible for the extension, what role NRH should have for the extension, etc. Thus, several uncertainties still remain for ensuring sustainability, in technical, institutional and financial aspects.

4. Conclusion

The Project is on the right track to achieve the Project Purpose (more patients treated by improved services at NRH) through efforts of developing human resources and establishing systems for providing services at NRH, which may be ensured by promoting factors identified earlier. The Project has kept its relevance in terms of policies and needs of both Myanmar and Japan's sides. Efficiency of the Project has been fair and is expected to be high by the end of the Project. Regarding its impact and sustainability, these will be enhanced if the Overall Goal is more clearly defined and necessary activities are planned for the remaining period. It is too early to evaluate sustainability for the moment. To ensure the sustainability, strategies and financial measures are needed.

5. Summary of Discussions

Based on the results of the review, the Japanese Team and Myanmar authorities discussed the following.

(1) Project Duration

Both the Japanese Team and the Department confirmed the project period will be modified to be from 23th July 2008 to 22th July 2013 in consideration of the arrival date of the first JICA expert as the beginning of the Project. Both sides also agreed that the R/D should be revised based on this common understanding.

(2) Revision of the PDM

Both the Japanese Team and the Department agreed to propose revision of the PDM as attached in ANNEX 2 to the Joint Coordination Committee. Points of revision are shown in

ANNEX 3.

(3) Enhancement of the Referral System at NRH

Regarding the Output related to the referral system at NRH, activities have been mainly for mutual understanding among relevant stakeholders in the first half. The Project has been discussing plans for the remaining period to strengthen referral system for incoming and outgoing patients. Similarly, both the Japanese Team and the Department confirmed the importance of these plans for improvement of total quality of rehabilitation.

6. Recommendations

Based on the results of the review, the following recommendations were made by the Japanese Team.

(1) Strategy for the Project Sustainability

The Project Purpose is highly expected to be achieved by the end of the Project. In order to achieve the Overall Goal, it is recommended that the Department shall be responsible for developing strategies and feasible plans to improve quality of rehabilitation services in the country, by utilizing the Project's experiences.

(2) Selection of Appropriate Participants for Trainings in Japan

Since the counterpart trainings in Japan aim to strengthen team approach, in order to maximize effects of the trainings, a team which consists of appropriate professions should be selected from each of the target hospitals.

(3) Sharing of the Project Experiences

NRH has improved its services through human resource development and various systems for services. These fruits including the process are worthy to be shared widely with other hospitals and related organizations with initiatives of the Department.



ANNEXES

ANNEX 1. Inputs to the Project

- 1-1. Inputs by the Myanmar Side
- 1-2. Inputs by the Japanese Side

ANNEX 2. PDM ver.2 (Draft)

ANNEX 3. Table of Points of Revision of the PDM

ANNEX 4. Evaluation Grid

- 4-1. Project Achievement
- 4-2. Project Implementation Process
- 4-3. Evaluation by Five Criteria

ANNEX 1-1. Inputs to the Project by the Myanmar's Side (as of September 2011)

A. Counterpart Personnel

Name	Title	Role in the Project
Dr. Htun Naing Oo	Director General, DOH	Project Director
Dr. Min Than Nyunt	Deputy Director General, DOH	Project Manager
Dr. Than Win	Director (Medical Care), DOH	

B. HRD Team Members (with Consultants)

Name	Title	Role in the Project
Dr. Win Zaw	Medical Superintendent, NRH	HRD Team Leader (March 2011-)
Dr. Moe Aung	Medical Superintendent (retired), NRH	HRD Team Leader (-March 2011)
Dr. Aye Aye Myint Tun	Specialist Assistant Surgeon, NRH	HRD Team Member (Aug. 2010-)
Dr. Moe Moe Win	Specialist Assistant Surgeon, NRH	HRD Team Member (-Sep. 2009)
Dr. Soe Thein	Junior Consultant, NRH	HRD Team Member (-July 2009)
Daw Aye Aye Mar	Chief PT, NRH	HRD Team Member
Daw Ngun Hlaing	Sister, NRH	HRD Team Member (Feb. 2011-)
Daw Aye Aye Maw	Sister, NRH	HRD Team Member (June 2011-)
Daw Khin Than New	Sister, NRH	HRD Team Member (-July 2010)
Daw Htar Htar Mon	Sister, NRH	HRD Team Member (-Dec. 2010)
Daw Sabei Mon	MSW, NRH	HRD Team Member
Saw Alfred	Chief P&O, NRH	HRD Team Member
Prof. Khin Myo Hla	Professor, YGH	HRD Team Consultant
Prof. Than Than Htay	Professor/Senior Consultant, YGH	HRD Team Consultant
Prof. Thaingi Hlaing	Professor, UMT	HRD Team Consultant

C. Project Expenditure by DOH

Year	Amount (USD)	Amount (MMK)
2009		532,800
2010	280	100,000
2011		976,420

D. Others

- (1) Domestic phone bills and electricity expenses in the Project Office have been borne by NRH.
- (2) TOT participants from outside Yangon are permitted to stay for free at NRH staff quarters during the training.

ANNEX 1-2. Inputs to the Project by the Japanese Side (as of September 2011)

A. Dispatch of Experts

(1) Long-term

Name	Area	Period
Mr. Nobuhiro Nara	Chief Advisor	2008.8.7 - 2010.8.6
Ms. Ayumi Kawahara	Project Coordinator	2008.7.22 - 2010.7.21
Mr. Yukihiro Osawa	Chief Advisor	2010.5.5 - 2012.5.4
Ms. Yuko Yokotobi	Network / Project Coordinator	2010.8.23 - 2012.8.22

(2) Short-term

Name	Area	Period
Mr. Yukihiro Osawa	Physiotherapy	2009.8.24 - 2009.9.19
Mr. Takashi Isaji	Rehabilitation Medicine	2010.2.14 - 2010.2.27
Mr. Takashi Isaji	Rehabilitation Medicine	2010.7.12 - 2010.7.23
Mr. Susumu Sekiguchi	Physiotherapy	2010.7.19 - 2010.7.25
Mr. Yoshihiko Yabunaka	Physiotherapy	2011.1.6 - 2011.1.13
Ms. Miho Yoshida	Occupational Therapy	2011.1.6 - 2011.1.13
Mr. Yoshihiko Yabunaka	Physiotherapy	2011.8.28 - 2011.9.8
Ms. Miho Yoshida	Occupational Therapy	2011.8.20 - 2011.9.5

B. Provision of Equipment and Machinery

Year	Amount	Major equipment and machinery
2008	112,242USD	Up-down standing tables, Tilt tables, Gravity center and sway measurement equipment, Interference Low Frequency Therapy Equipment, etc.
2009	44,394USD	Excellent silent type diesel generator, Desktop and wraptop computers, etc.
2010	86,905USD	TENS, Kee Excercisers, Motorized Intermittent Tranction Unit, etc.
2011	128,913USD	Unweighting system, Tread mill, Bicycle exerciser for child, Ergocycle for upper limbs with table, etc.

C. Training in Japan and the Third Country

Year	Period	Place	Trainees	Title
2009	2009.3.2 - 2009.3.14	China, Japan	3	Medical Rehabilitation Development
2009	2009.11.15 - 2009.12.1	Japan	5	Rehabilitation Service for Acute to Chronic Phase
2010	2010.11.28 - 2010.12.23	Japan	8	Study visit and workshop for Spinal Cord Injury

D. Management Cost

Year	Amount (thousand)	Remarks
2008	21,981JPY	Cost for the facility construction included.
2009	4,432JPY	
2010	4,845JPY	
2011	1,371JPY	As of August 2011.

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumption
Overall Goal Quality of rehabilitation services in Myanmar is improved	1. Satisfaction of patients to rehabilitation services at Mandalay general hospital (MGH), Nay Pyi Taw general hospital (NGH), Yangon general hospital (YGH) is increased. 2. The number of patients treated for the rehabilitation service at MGH, NGH, YGH is increased.	1. Follow-up survey by DOH. 2. Annual record of hospitals for department of rehabilitation or physical medicine.	
Project Purpose The system for providing quality rehabilitation services in NRH is strengthened.	1. Satisfaction of patients to rehabilitation services at NRH exceeds 4 in five grade evaluation. 2. Health and Mental condition of discharged patients are improved. 3. Hospitalization period at NRH is shortened.	1. Patients' satisfaction survey report. 2. The assessment report of discharged patients. 3. Record of patients	• TOT participants remain working in their hospitals. • The national policy of Myanmar toward rehabilitation is not changed radically.
Outputs 1. Training systems of NRH for rehabilitation services are improved. 2. The systems to improve the quality of rehabilitation services in NRH are upgraded. 3. The collaboration between NRH and rehabilitation related institutions including institutions from the Ministry of Social Welfare, relief and resettlement is enhanced	1-1 Training materials for TOT are developed based on the training needs. 1-2 Techniques and knowledge on rehabilitation service of participants of TOT are improved. 1-3 Physiotherapists trained in TOT are able to train other staff. 1-4 The capacity of NRH staff to plan and conduct training is strengthened. 2-1 Monitoring and evaluation system for rehabilitation service is developed in NRH. 2-2 Monitoring and evaluation are regularly conducted and activities to improve services are planned and carried out based on the result. 2-3 Rehabilitation service in NRH are delivered by team approach among each specialty. 2-4 Recording of rehabilitation service is shared among all the departments of NRH. 2-5 Risk management system is developed and maintained in NRH. 2-6 Printed-materials or AV-materials are developed based on the needs. 2-7 Physical accessibility of NRH is improved. 3-1 The number of patients being referred to NRH from other hospitals and NGOs increases. 3-2 The number of the referral programs in MSW section is increased. 3-3 The number of patients being referred to other sectors from NRH is increased.	1-1 Developed training materials 1-2 Training report (Initial score and final score of assessment of participants of 1st TOT). 1-3 Training report (Initial score and final score of assessment of participants of 2nd TOT). 1-4 Training evaluation report (Satisfaction of participants of trainings planned and conducted by NRH staff). 2-1 Minutes of HRD meeting and hospital record. 2-2 Minutes of HRD meeting and hospital record. 2-3 Minutes of HRD meeting (Number of cases in which service is delivered by team approach). 2-4 Minutes of HRD meeting (Situation of operation of recording system). 2-5 Minutes of HRD meeting (Situation of operation of risk management system) 2-6 Developed printed or AV materials 2-7 Patients' satisfaction survey report 3-1 Record of patients 3-2 Record of patients from MSW section 3-3 Record of patients	The working conditions of rehabilitation staff are stable when the project started.
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 TOT and other training plans. 1-5 Developing and improving materials for TOT and other training. 1-6 Implementing TOT and other training at NRH. 2-1 Conducting operational research on rehabilitation services. 2-2 Conducting patient satisfaction survey to NRH patients. 2-3 Developing assessment system of patients. 2-4 Improving recording and reporting system for rehabilitation services. 2-5 Developing risk management system of NRH 2-6 Renovating NRH into barrier-free environment. 2-7 Providing necessary machinery equipment and facilities for capacity building and training 2-8 Conducting continuing medical education at NRH. 2-9 Making printed or AV materials for rehabilitation. 3-1 Holding seminars or workshops on rehabilitation services jointly with other institutions. 3-2 Holding forum to develop referral network between NRH and related rehabilitation services. 3-3 Developing database of referral programs. 3-4 Offering referral programs to patients.	Inputs Myanmar side -Counterpart and administrative personnel(Director General, Deputy Director General [Medical Care], Medical superintendent of NRH etc.) -Land, building and facilities in NRH -Local Running cost Japanese side -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) -Machinery, equipment and facilities for capacity building and training -Running cost for the project -Training in other countries including Japan (training of trainers, hospital management etc.)	•NRH keeps running the training. •Trained staff continue their work.	Pre-conditions •Relevant hospitals and organizations agree to support the project. •Japan-Myanmar cooperation is maintained

ANNEX 3. Table of Points of Revision of the PDM

	Summary (PDM)	Indicators (Original)	Indicators / Activities (Revised)	Reason of Revision
Overall Goal	Quality of rehabilitation services in Myanmar is improved	The number of patients treated at hospitals for the rehabilitation service	1. Satisfaction of patients to rehabilitation services at Mandalay general hospital (MGH), Nay Pyi Taw general hospital (NGH), Yangon general hospital (YGH) is increased. 2. The number of patients treated for the rehabilitation service at MGH, NGH, YGH is increased.	• Satisfaction to be added since there are various factors in the number of patients such as economic condition of patients. • Area of data collection to be added so that achievement of overall goal can be verified.
Project Purpose	The system for providing quality rehabilitation services in NRH is strengthened.	1. The number of PWDs being referred to NRH from other hospitals	1. Satisfaction of patients to rehabilitation services at NRH exceeds 4 in five grade evaluation.	• "1" of original version to be moved to the indicator of Output 3.
		2. The number of PWDs being satisfied with rehabilitation services at NRH	2. Health and Mental condition of discharged patients are improved.	• Indicator on discharged patients to be added since the project will conduct activities to strengthen referral system for discharged patients in Output 3.
		3. Length of hospitalization period	3. Hospitalization period at NRH is shortened	• Achieved condition to be clarified.
Output 1	Training Systems of NRH for rehabilitation services are improved	1-1 The number of training materials for rehabilitation services	1-1 Training materials for TOT are developed based on the training needs.	• Contents of training materials to be clarified according to the planned activities.
		1-2 The varieties of training of rehabilitation services	1-2 Techniques and knowledge on rehabilitation service of participants of TOT are improved.	• Target of indicator to be changed according to the planned activities.
		1-3 Techniques and knowledge on rehabilitation services of staff of NRH are improved.	1-3 Physiotherapists trained in TOT are able to train other staff.	• Indicator to verify achievement of TOT to be added.
		1-4 The number of trainers at NRH.	1-4 The capacity of NRH staff to plan and conduct training is strengthened.	• The capacity to plan and conduct training to be added since it is essential to improve "training system".
Output 2	The systems to improve the quality of rehabilitation services in NRH are upgraded.	2-1 Clarification of improvement of the service of NRH by acquiring patients' evaluation in hospitalization and discharge.	2-1 Monitoring and evaluation system for rehabilitation service is developed in NRH.	• Indicator to be revised since system to conduct continuous improvement is essential for output 2.
		2-2 Follow-up study system for care of discharged patients	2-2 Monitoring and evaluation are regularly conducted and activities to improve services are planned and carried out based on the result.	• Same as above.
		2-3 Supporting system for spinal cord injury patients.	2-3 Rehabilitation service in NRH are delivered by team approach among each specialty.	• Indicator on team approach to be added since it is an important achievement of the activity.
		2-4 The varieties of distributed printed-materials or broadcasted AV-materials	2-4 Recording of rehabilitation service is shared among all the departments of NRH.	• Indicator on recording system to be added since it is an important achievement of the activity.
		2-5 The number of academic conference for rehabilitation	2-5 Risk management system is developed and maintained in NRH.	• Indicator on team approach to be added since it is an important achievement of the activity.
			2-6 Printed-materials or AV-materials are developed based on the needs.	• Indicator to be revised since to develop needs oriented materials is more important than the varieties of materials.
			2-7 Physical accessibility of NRH is improved	• Indicator on physical accessibility to be added since it is an important achievement of the activity.
Output 3	The collaboration between NRH and rehabilitation related institutions including institutions from the Ministry of Social Welfare, relief and resettlement is enhanced.	3-1 The number of seminars or workshops on rehabilitation services	3-1 The number of patients being referred to NRH from other hospitals and NGOs increases.	• Indicator on referral system for incoming to NRH to be added. "3-1" of original version shall be verified in record of activity.
		3-2 The number of technical meetings on rehabilitation services jointly conducted by NRH and other institutions.	3-2 The number of the referral programs in MSW section is increased.	• Indicator on referral system for outgoing from NRH to be added.
		3-3 The number of training for staff at hospitals providing rehabilitation services.	3-3 The number of patients being referred to other sectors from NRH is increased.	• Indicator on referral system for outgoing from NRH to be added.
Activities	1-1 Establishing Human Resource Development Team at NRH.		1-1 Establishing Human Resource Development Team at NRH.	• Same as original version.
	1-2 Implementing training needs assessment		1-2 Implementing training needs assessment.	• Same as original version.
	1-3 Implementing baseline survey of rehabilitation services.		1-3 Implementing baseline survey of rehabilitation services.	• Same as original version.
	1-4 Making training plans at NRH.		1-4 Making TOT and other training plans.	• TOT to be mentioned clearly since major part of the training is TOT.
	1-5 Developing materials for training on rehabilitation services at		1-5 Developing and improving materials for TOT and other training.	• "1-7" of original version to be combined with "1-5".
	1-6 Implementing training on rehabilitation services at NRH		1-6 Implementing TOT and other training at NRH.	• TOT to be mentioned clearly since major part of the training is TOT.
	1-7 Improving materials for training for staff at NRH and hospitals related to rehabilitation services			• "1-7" of original version to be combined with "1-6".
	2-1 Conducting operational research on rehabilitation services		2-1 Conducting operational research on rehabilitation services.	• Same as original version.
	2-2 Conducting QOL for NRH patients in order to satisfactory level of the patients		2-2 Conducting patient satisfaction survey to NRH patients.	• Activity on patient satisfaction survey to be added based on the needs of NRH.
	2-3 Improving recording and reporting system for rehabilitation services		2-3 Developing assessment system of patients.	• Activity on assessment system to be added based on the needs of NRH.
	2-4 Making printed or AV materials for rehabilitation.		2-4 Improving recording and reporting system for rehabilitation services.	• Same as original version.

	2-5 Renovating NRH into barrier-free environment.		2-5 Developing risk management system of NRH	*Activity on risk management system to be added based on the needs of NRH.
	2-6 Providing necessary machinery equipment and facilities for capacity building and training		2-6 Renovating NRH into barrier-free environment.	*Same as original version,
	2-7 Conducting continuing medical education at NRH.		2-7 Providing necessary machinery equipment and facilities for capacity building and training	*Same as original version,
			2-8 Conducting continuing medical education at NRH.	*Same as original version,
			2-9 Making printed or AV materials for rehabilitation.	*Same as original version,
	3-1 Holding seminars or workshops on rehabilitation services.		3-1 Holding seminars or workshops on rehabilitation services jointly with other institutions.	*Activity "3-1" and "3-2" of original version to be combined.
	3-2 Holding technical meetings on rehabilitation services.		3-2 Holding forum to develop referral network between NRH and related rehabilitation services.	*Activity to strengthen referral system for incoming to NRH be added
			3-3 Developing database of referral programs.	*Activity to strengthen referral system for outgoing from NRH to be added.
			3-4 Offering referral programs to patients.	*Activity to strengthen referral system for being discharged from NRH to be added.

7/10

ANNEX 4-1. Evaluation Grid (with information collected): Project Achievement

	Summary (PDM)	Indicators / targets	Achievement as of September 2011
Overall Goal	Quality of rehabilitation services in Myanmar is improved	The number of patients treated at hospitals for the rehabilitation service	1) Inpatients in Physical Medicine and Rehabilitation Ward at YGH: 168 (2009), 200 (2010), 136 (2011). 2) Outpatients at Physical Medicine and Rehabilitation Ward and Outpatient Department: 1,695 (2008), 2,269 (2009), 6,921 (2011).
Project Purpose	The system for providing quality rehabilitation services in NRH is strengthened.	1. The number of PWDs being referred to NRH from other hospitals	1) Patients hospitalized: 279 (2008), 291 (2009), 341 (2010). 2) Patients referred to NRH: 62 (2008), 77 (2009), 91 (2010).
		2. The number of PWDs being satisfied with rehabilitation services at NRH	Patients' satisfaction was 4.6 on average out of 5 (Patients' QOL survey during Nov. 2010 to Apr. 2011).
		3. Length of hospitalization period	49 (2008), 46 (2009), 47 (2010).
Output 1	Training Systems of NRH for rehabilitation services are improved	1-1 The number of training materials for rehabilitation services	1) A manual book for TOT on SCI developed: "Management of person with SCI for Physiotherapist" 2) A material for TOT on CP was developed.
		1-2 The varieties of training of rehabilitation services	1) 1st TOT on SCI was conducted in July 2010. 2) 2nd TOT on SCI was conducted in July 2011. 3) 1st TOT on CP was conducted in Aug-Sep. 2011.
		1-3 Techniques and knowledge on rehabilitation services of staff of NRH are improved.	1) 20 trained PTs improved knowledge on SCI (pre-test 58.3% to post-test 70.7%) thru 1st TOT on SCI. 2) 13 PTs of NRH were trained as OJT. 3) 20 trained PTs improved knowledge on SCI (pre-test 56.9% to post-test 73.9%) thru 2nd TOT on SCI. 4) 23 trained PTs improved knowledge on CP (pre-test 51.6% to post-test 70.8%) thru 1st TOT on CP.
		1-4 The number of trainers at NRH.	1) All instructors were from the Myanmar side in the second TOT on SCI (NRH: 4 out of 12 instructors). 2) Myanmar instructors received "good evaluation" from the participants at 2nd TOT on SCI.
Output 2	The systems to improve the quality of rehabilitation services in NRH are upgraded.	2-1 Clarification of improvement of the service of NRH by acquiring patients' evaluation in hospitalization and discharge.	1) OR was conducted to show living conditions of discharged patients. 2) At the post OR workshop, the action plan was prepared, of which some have been implemented by NRH itself.
		2-2 Follow-up study system for care of discharged patients.	1) A Material entitled "Assessment form for patient with SCI on discharge" was prepared.
		2-3 Supporting system for spinal cord injury patients.	1) A patient educational material was developed. 2) Some medical record forms were developed; the forms recorded on Fridays by staff are shared with doctors on following Mondays.
		2-4 The varieties of distributed printed-materials or broadcasted AV-materials	Five kinds of pamphlet were developed (2 kinds of CP, stroke, amputation, and SCI).
		2-5 The number of academic conference for rehabilitation	1) 15 PT case studies have been conducted. 2) Medical education on pulsed microwave diathermy was held.

Output 3	The collaboration between NRH and rehabilitation related institutions including institutions from the Ministry of Social Welfare, relief and resettlement is enhanced.	3-1 The number of seminars or workshops on rehabilitation services	1)The workshop on phenol block was held. 2) The 1st. and 2nd. Rehabilitation Seminars were held. 3) The workshop on prostehsis and orthosis was held. 4) The forum of study visit was held. 5) Workshop on Gross Motor Function Measure was held.
		3-2 The number of technical meetings on rehabilitation services jointly conducted by NRH and other institutions.	Project members gave lecture and comments on : 1) Medical Education meetings conducted continuously (12 times). 2) The 7th Rehabilitation Medicine Conference.
		3-3 The number of training for staff at hospitals providing rehabilitation services.	The 1st. 2nd. and 3rd NRH rehabilitation forum were held.



ANNEX 4-2. Evaluation Grid (with information collected): Project Implementation Process

Question	Sub-question	Major Findings
Activity implementation	Were they implemented as scheduled? (Promoting factors) (Hindering factors)	<p>> Project activities have been speeded up to make up for the delay of the first period, and now most activities have been conducted as planned.</p> <p>> Doctors of hospitals other than NRH are involved in the Project and give advices to improve activities.</p> <p>> Being able to work at the Project site together with counterpart personnel is a big advantage to forward project activities, compared to other projects which cannot enjoy the same situation.</p> <p>> To mitigate unexpected events, the Project tries to start the necessary process of important activities as early as possible.</p> <p>> Working groups are organized by function (e.g. HRD team, HRD team with Consultants, Task groups) so that each can focus on its responsibility.</p> <p>> Dispatch of two short-term experts were postponed due to delayed visa approval.</p>
Project Management	How is the monitoring system?	<p>> PDM has been revised in March 2010, based on the suggestion made by a short-term expert.</p> <p>> Based on the revised PDM, a detailed Plan of Operation was developed and this is used to check the progress of each sub-activities. The progress is shared with HRD members. HRD meetings are held every month and HRD meetings with Consultants are held every two months or depending on necessity.</p> <p>> Indicators in PDM don't have numerical targets, but data has been collected and shared at HRD meetings. Data from training and seminar evaluations is collected mainly by Japanese side, and those related to NRH are collected by NRH counterpart personnel in charge.</p> <p>> Project progress is reported to MOH in JCC, which is held every six month.</p>
	How are problems (if any) resolved?	<p>> When a problem raises, CA and MS of NRH discuss it or HRD members (if necessary with Consultants) discuss it. Or, first it is discussed by a task group and then reported to HRD. And, solutions are discussed.</p>
	How is communication within the Project?	<p>> Besides HRD meetings (with Consultants), task groups have been organized by function: Patients' recording system, risk management, booklet development. HRD Team members include representatives of each department, such as doctor, sister nurse, chief PT, P&O, and Social Medical Worker. This helps information to be shared across the departments.</p> <p>> All interviewed project members answer that communication is sufficient within the Project and within HRD with Consultant members, appreciating good relationship.</p> <p>> The Project have received enough information from MOH and from JICA.</p> <p>> Currently no particular problems regarding information sharing are identified by both Myanmar and Japanese sides.</p> <p>> Japanese experts place much importance in enough and careful communication with Myanmar's counterpart personnel. For more effective communication within the Project, meetings became regular and divided into two types depending on the theme; Activities within NRD are discussed at HRD meetings and those which involve participation of other organizations are discussed at HRD with Consultants.</p>
Commitment of the Myanmar's side (MOH, NRH, etc.)	How is the project received (appreciated)?	<p>> MOH shows an interest in the Project, for example, inclusion of TOT participants from hospitals other than NRH was an idea of DOH. Also DOH suggested a booklet on SCI.</p>

ANNEX 4-3. Evaluation Grid (with information collected): Five Evaluation Criteria

Criteria	Evaluation Question		Major Findings
	Question	Sub-question	
Relevance	Is there necessity of implementing the Project?	Is the Project in line with the needs of Myanmar?	<p>> In Myanmar, it is estimated that there are 1.5 to 2.5 million PWDs (National Health Plan (2006-2011)).</p> <p>> In 2009, rehabilitation doctors were 23, PTs were 131 (out of 195 necessary posts), rehabilitation nurses were 168, and P&Os were 28.</p> <p>> PT-degree holders are increasing, but not all the posts are not covered. PTs tend to concentrate on the city level, but there are few at the township level.</p>
		Is the Project in line with the need of the target group?	> At present, there are no OT and ST, and in such situations PT's role is expected big for providing comprehensive rehabilitation services.
	Does the Project remain political priority?	Are the objectives of the Project consistent with development policy of Myanmar?	> The National Health Plan (2006-2011) shows 42 country's priority diseases and health conditions, and one of them is handicapped. This plan includes 12 programs, and under the Program of "Hospital Care Programs," the project of community based rehabilitation is identified. With regard to this, it is described that "many health professional are still not adequately aware of the disability related issue" and insufficient trained health personnel "hampers the proper expansion of the institutional services." One of the objectives of the CBR is to strengthen the existing tertiary referral service in rehabilitation and has an activity of "capacity building to the physiotherapy units of NRH." This Project is in line with these descriptions.
		Are the objectives of the Project consistent with aid policy of Japan?	<p>> Myanmar is one of the ASEAN members which Japanese government regards as an important partner.</p> <p>> The government's priorities in assistance for Myanmar include projects which are emergent and truly humanitarian.</p>
	Is the Project appropriate as measures?	Is NRH appropriate as counterpart agency?	<p>> NRH is a only national rehabilitation hospital and the Myanmar government considers NRH as a center hospital for human resource development in rehabilitation. However, NRH does not necessarily have a official mandate to train rehabilitation personnel in the country.</p> <p>> NRH, like other major hospitals, receives interns from the university or other trainees. Upgrading the service of NRH will bring positive impact on these interns.</p> <p>> NRH is a principal hospital in lower Myanmar and many people in this region come to NRH, so improvement of NRH services will benefit such many people, especially poor people.</p>
		Does Japan have there comparative technical superiority in rehabilitation services?	<p>> There are some techniques including phenol block which Japan has more experience.</p> <p>> Japanese techniques have been appreciated. For example, a PT commented that "Japanese techniques are to focus on patients to be able to do ADL independently, on the other hand Myanmar's custom is to rely on family members and not have tendencies to do ADL by patients themselves".</p> <p>> This Project is the first international technical cooperation project which aims to strengthen rehabilitation services at the institutional level.</p>
Effectiveness (prospect)	Will Project Purpose be achieved by the end of the project?	(As the Project's effects, besides the indicators set in PDM, how NRH has improved its services?)	<p>> Equipment for treatment help ease off patients' pain, which may increase their satisfaction.</p> <p>> SCI patients have become more able to ride on and off a wheelchair.</p> <p>> There more stroke patients at the sub acute stage.</p>

		Will Project Purpose be expected to be achieved by the end of the project?	> Patients referred and hospitalized, and days of hospitalization have increased and reached almost a maximum level which NRH can accommodate physically.
		Are the working conditions of NRH staff stable?	> No change in working conditions has been reported. Project activities have been extra duties for HRD members but they answer they somehow manage it. > Change of MS and Sister has not influenced Project activities.
		Are there any hindering factors?	> Not identified in particular.
	Are the Outputs enough to achieve Project Purpose?	Are the Outputs enough to achieve Project Purpose?	> NRH staff realize importance in working together with other organizations to strengthen rehabilitation further.
		Are there any other "important assumptions"?	> (In case the targets are set more demanding, more staff, more bed and expanded PT room will be needed.)
Efficiency	Have the Outputs been produced as scheduled?	Have the Outputs been produced as scheduled?	> At this moment, all planned Outputs 1 and 2 have been produced. A few were delayed, but after speeding up activities they were made up for. > Output 3 needs more specific indicator, and efforts will be needed to strengthen collaboration among relevant stakeholders.
		(As the Project's Outputs, besides the indicators set in PDM, how has NRH strengthened human resources and improved its management?)	> TOT participants utilized the learning in the actual services. For example, evaluation sheets introduced are applied at NRH, and also physical therapy techniques are used at the bedside. > PT strengthened assistance for ADL (sitting up, move from the bed to the wheelchair, etc.). > Self-assistance devices are developed by PT themselves. They also improved physical therapy. > PT have come to set short-term and long-term goals with an approach to help patients to go back home, not only to treat them.
		(i) Changes and effects brought by TOT	> Doctors, nurses, PTs, medical social worker, and prosthetist work together in a team approach. As they have opportunities to work together, mutual understanding about each others functions has increased. > TOT participants commented that "he changed the approach to patients and now give interventions according to patient's and parents' needs and also physiotherapy point of view." > "I am more confident than before and I can give more services to patients and set goals, providing some assisted devices for SIC patients with advices for modification at home."
		(ii) Trainers trained	> Four PTs gave lectures in 2nd TOT on SCI. One says that he had enough support before the lecture, and could do it well although he was worried before the lecture. Now she can do it by himself as far as he is familiar with the theme. And he can update materials with his chief PT or with other advisors if necessary.
		(iii) Others	> After the workshop, phenol block is conducted by doctors. Now doctors can do it by themselves. They share the techniques with doctors of other hospitals who come to observe it at NRH. > Nurses applied their learning for recording of bed sore management, urine management . > Team work reporting and recording system are applied in ward rounds. Staff from different departments fill in the same format on Fridays and on next Mondays doctors refer to it in rounds.
		Are there any hindering factors?	> Visa approval was delayed for some experts. > Only one Medical Social Worker is available. > MS and Sister retired from NRH in March 2011 but activities have not been influenced by those changes. Other staff have remained at NRH.

7/2

Were the inputs appropriate in quality, quantity in timing?	(By Myanmar side)	<ul style="list-style-type: none"> > Assignment of HRD personnel is appropriate because they are representatives of each section of NRH. > Budgets which once agreed have been disbursed timely, for example, travel cost for TOT participants, needles for phenol block, wall-paints . > Learning from TOT have been shared with other staff through case studies. > Other organizations have been involved in activities such as TOT and seminars, and this is appreciated. > Some participants were selected from organizations not directly related to the Project Purpose for the training in Japan.
	(By Japanese side)	<ul style="list-style-type: none"> > Requested budgets have been disbursed as planned. > Dispatch of some short-term experts were delayed due to delayed visa approval. > Trainees for Japan were selected mostly as intended and sent to Japan as planned. > All machineries were procured as planned, with only one exemption. > Participants in the training in Japan self-evaluated their learning 6 months after the training, comparing with the objectives set in advance, and the achievement level was 4 out of 5. > They shared experience at forums where 160 doctors and PT were invited. > Within NRH, sessions were held to disseminated trainees' experience. At YGH, the learning were shared with doctors, PT and nurses. > All asked participants answered that the training was practical and they apply what they learned, for example, preparation of "hand OT devices" and "modified self help devices." Also, they modified assessment forms. > Equipment for treatment are used enough easing off patients' pain, which may increase their satisfaction.
Are the activities enough to achieve the Outputs?	Are the activities enough to achieve the Outputs?	> Necessary activities have been planned to produce each Output. There is no major influence of external factors on production of Outputs.
	Are there any other "important assumptions"?	> Not identified in particular.
Impact (prospect)	Will Overall Goal be achieved after the Project?	<ul style="list-style-type: none"> > It is a theme which HRD member need to discuss from now on. It is necessary to define clearly the coverage of extension of the Project experiences to other hospitals to improve rehabilitation services in those hospitals other than NRH. > In hospitals where trained PTs are working, services have been improved. For example, after the training YGH has developed assistive devices and even shared then with other hospitals.
	Are there any hindering factors?	> It is pointed out that how trained PT can apply the learning to actual services may depend on the understanding of his or her boss.

	Are the Project contents enough to achieve Overall Goal?	Are the Project activities and Outputs enough to achieve Overall Goal?	<p>> As it is a theme which HRD member need to discuss from now on, it is necessary to define clearly the coverage of extension of the Project experiences to other hospitals to improve rehabilitation services in those hospitals other than NRH.</p> <p>> If the extension means conducting training to PT on SCI, CP and stroke, it will be done without major difficulties if a necessary fund is provided to NRH. And then, rehabilitation services will be improved based of what the training participants learn and apply in their hospitals.</p> <p>> If the extension means not only conducting training of PT but also dissemination of 'systems' such as recording system, risk management, referral system with other relation institutions, it requires careful consideration to fit the systems to each hospital's culture and experiences. These cannot be included easily in the training for PT.</p>
	Are there other impacts than Overall Goal?	Does the Project give impact on the policy or programs in rehabilitation in Myanmar?	> Recently more PTs are assigned to hospitals including NRH. Also, PTs have been newly assigned to rural hospitals.
		Have TOT participants improved their services in hospitals or organizations other than NRH?	<p>> At YGH, PT developed self-help devices and distribute them to outside.</p> <p>> A participant from the University of Medical Technology applied his/her learning from TOT and shared with others at a session organized by the Myanmar Rehabilitation Society.</p>
		Are project activities not producing burden to NRH staff?	> Work volume of NRH staff has increased, due to an increase of the Project activities and of patients. However, they regard as extra duties, and there is no negative influence on their service providing.
		Are there any changes in the life of the discharged patients and/or their family?	> According to a PT's report, some SCI patients who were discharged from NRH after trained exercise programs, when they came back to NRH for follow-up, they were improved by continuing exercise at home.
		Are there any positive or negative impacts by the Project?	<p>> At NRH, a period of 4 sections rotations changed from 4 months to 6 months, so that rehabilitation services can be delivered in an organized way.</p> <p>> Rehabilitation is now recognized more than before. For example, recently PTs have been additionally assigned to hospitals including NRH, and newly assigned to rural hospitals.</p> <p>> PT have come to be interested in OT, speech therapy, advanced techniques for PT, techniques for making assistive devices, etc.</p>
		Are Project effects sustainable?	Does the Myanmar's government continue support in the rehabilitation area?
Sustainability (prospect)	(Political and institutional aspects)	How is collaboration among NRH and other institutions expected after the project?	> Regarding the referral system from and to NRH, once collaborative referrals are done, they will be established and continue to function.
	(Organizational and financial aspects)	Does NRH expect to continue TOT related to rehabilitation?	<p>> NRH hopes to continue trainings as much as possible.</p> <p>> Through PT case studies, NRH is expected to continue human resource development.</p> <p>> NRH's MS and HRD members consider that If trainings are held for participants only in Yangon, it may be possible to organize it by NRH itself.</p>

(Technical aspects)	Has NRH got enough skills for TOT related in rehabilitation?	<ul style="list-style-type: none"> > Regarding TOT, NRH staff have acquired necessary skills to manage it by themselves (according to observation of Japanese experts). Materials are prepared in Myanmar language. > Some activities such as risk monitoring and implementation of action plans have been conducted only by NRH. > PTs continue to brush up their skills through books or internet, or by discussing with chief or colleagues.
	Is NRH able to maintain the procured equipment?	<ul style="list-style-type: none"> > Equipment can be repaired by a technician in Yangon (as it was done once). > NRH staff utilize equipment carefully and its durable period is long compared to other countries (according to observation of JICA experts.)
(Other factors)	Are there any hindering factors for sustainability?	> Not identified in particular.

Handwritten mark

Handwritten mark

