

ミャンマー連邦共和国
保健スポーツ省

ミャンマー連邦共和国
プライマリーヘルスケア拡充に関する
情報収集・確認調査
調査報告書

平成 29 年 5 月
(2017 年)

独立行政法人
国際協力機構 (JICA)

グローバルリンクマネージメント株式会社
公益財団法人ジョイセフ

人間
JR
17-064

要約

【1章】 調査の概要

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC: Universal Health Coverage）を目指すミャンマー連邦共和国（以下、ミャンマー）では、母子保健をはじめとするプライマリーヘルスケアの拡充を通じたサービスの提供体制、質とアクセスの改善を重要課題に掲げている。こうしたなか、本調査は、プライマリーヘルスケアの拡充に現状と課題、他の援助機関の支援動向、支援ニーズなど、今後の協力案件形成に必要な基礎情報収集を行うとともに、効果的な援助アプローチや想定される援助内容のオプションの妥当性を確認し、今後の協力の方向性を検討することを目的に、2016年11月から2017年5月まで実施された。主な調査方法として、二度の現地調査を遂行し、ミャンマー政府の保健政策状況や他の援助機関の実績と今後の支援の方向性を確認したほか、調査対象地域であるマグウェイ地域、バゴー地域、エーヤワデー地域において、プライマリーヘルスケア提供に係る現場の現状と課題を調査した。

【2章】 プライマリーレベルで提供される基礎保健サービスに関する現状と課題（政策、国レベル）

ミャンマーは、近年、出生率・死亡率の低下、それに基づく将来の高齢者人口の増加へと人口構造の転換期を迎えるとともに、疾病構造も、「母子保健」や「感染症」から「非感染性疾患・傷害（交通事故）」への移行期にある。一方で、近年改善してきているものの、妊産婦や子供の死亡率は依然として高いレベルにあり、残された課題となっているため、疾病構造の二重負荷が生じている。また、農村と都市の地域間格差は未だ大きく、社会的状況や基本的な保健サービスへのアクセス環境が大きく影響している。妊産婦や子供の死亡・疾病の原因の多くは、予防可能であり、母子への継続ケア、予防・啓発活動、さらには適切かつタイムリーなリファラル体制の確立などの対応が求められる。加えて、生涯にわたる健康推進には、栄養や糖尿病や高血圧といった非感染性疾患（NCD: Non-Communicable Disease）への対応も求められる。

ミャンマー政府・保健スポーツ省（以下、保健省）は、2030年までに段階的にUHC達成を目指し、新5か年「国家保健計画（NHP: National Health Plan）2017-2021」を策定、2016年12月には最終化された。NHP（2017-2021）は、その第1段階として、2021年までにすべての国民に基礎保健サービスパッケージ（Basic EPHS: Basic Essential Package of Health Services）を届けることを目標としている。すでに2017年度の実行計画が策定され、現在、母子保健分野のみならず、栄養、NCD対策や高齢化に対応するサービスや予防啓発を含むEPHSの内容を策定中である。また、NHP（2017-2021）の特徴として、タウンシップレベルの保健計画（ITHP: Inclusive Township Health Plan）策定の重視、サービス提供の整備体制強化のみならず、コミュニティ参画を通して住民のサービス利用の増加にも焦点を当てている点が挙げられる。

【3章】 プライマリーレベルで提供される基礎保健サービスに関する現状と課題（現地実施状況）

対象 3 地域では、サービス利用関連の指標に改善が見られるものの、妊産婦死亡率や乳児死亡率などの母子保健指標は全国平均を上回る状況である。これを裏付けるように、保健医療施設への訪問と保健従事者に対する聞き取り調査では、人材や施設、機材、リファラル体制の不備のほか、財務管理やモニタリング・スーパービジョン、保健管理情報システムなどのマネジメント体制の不足といった、プライマリーレベルの保健システムに係る様々な課題が抽出された。また、ライフコース・アプローチの観点からは、NCD 対策や思春期保健、高齢者保健のサービスが限定的で、異なる年齢層のニーズに対応できていないサービス提供体制の現状が確認された。

【4章】 開発パートナーの支援動向

民主化への動きから、開発パートナーによるミャンマー保健セクターへの支援は近年で急激な拡大を見せ、援助協調も盛んに行われるようになった。現在は、NHP（2017-2021）を踏まえ、世界銀行、Three Millennium Development Goal Fund（3MDGF）、U.S. Agency for International Development（USAID）、国連機関など主要開発パートナーの多くが今後の支援プログラムを検討中である。今後の支援内容に不確定要素はあるものの、NHP（2017-2021）に即し、EPHS を核にしたプライマリーヘルスケアへの横断的な支援アプローチが重要と見られている。他方、保健課題別では、母子保健への支援が引き続き多い中、新しい動きとしては、母子保健を中心とした栄養対策に焦点を当てる開発パートナーが増えている。他方、NCD 対策や母子保健分野以外での栄養対策への支援は依然限定的である。

【5章】 支援ニーズ及び効果的な援助アプローチ

今後の支援ニーズとして、NHP（2017-2021）の実施と「2030年までのUHC」の達成を目指し、基礎保健サービス（プライマリーヘルスケア）の拡充と、それを可能とする強靱な保健システムの確立が挙げられている。支援の基本的アプローチとしては、すべての年齢層に応じた生涯（ライフコース）を通して切れ目のない保健サービスを提供する体制づくり、健康増進や予防・啓発を通じた健康リスクを回避するための取り組み、そしてコミュニティの参加促進などが含まれる。具体的な介入ポイントとして、母子継続ケア、NCD 対策（特に高血圧、糖尿病に対する予防啓発、早期発見）、栄養改善、ヘルスプロモーションが考えられる。

今後、協力（案）を具体的に進めて行くうえで、例えば、母子手帳の有効活用、母子保健推進員の育成、コミュニティ保健計画の策定、コミュニティ・ヘルス・ワーカー（CHW: Community Health Worker）の活用など、これまでの JICA 事業を含む日本による協力の経験や知見を活用していくことは重要である。

【6章】 今後の協力の方向性

今後の協力の方向性は、次の5つの指針と調査結果に基づき提案された：

- ① UHC を目指した基礎保健サービス提供のためのプライマリヘルスケアシステムの強化支援
- ② 生涯にわたり、すべての人に必要な保健サービスを提供することで、ミャンマーの健康転換に対応したライフコース・アプローチ
- ③ サービスデリバリー（サプライ側）とコミュニティ（デマンド側）の双方支援
- ④ プログラムアプローチから横断的取り組みへ
- ⑤ 日本の予防・公衆衛生活動の経験と教訓の共有

今後の協力の目指す目標（案）として、「XX 地域・州における RHC/SHC（地域保健センター/補助地域保健センター）レベルで、生涯にわたり基礎保健サービスが利用される。」が提案されており、これはタウンシップ以下の基礎保健サービスの提供に重点を置いた協力を想定している。なお、協力対象地域については、保健指標が悪く、また日本の支援実績があるマグウェイ地域が保健省より候補として挙げられている。また、協力対象機関については、総合的な分析・検討の結果、基礎保健サービスを提供する RHC レベル以下の施設及び人材育成の担当課であること、またタウンシップレベル以下の実施体制も整っていることから、BHS 課（Basic Health Service 課）が有力候補として挙げられている。なお、MRH 課（Maternal and Reproductive Health 課）は主要なサービス提供部門で、HLP 課（Health Literacy Promotion 課）はライフコース的アプローチをとるうえで重要な課であり、サブカウンターパートとして密接に関与していくことが求められる。

また、今回調査中に議論された協力の中心的なコンポーネントとして、次の3つが挙げられている。

- ① 基礎保健サービス提供の実施枠組みの策定
- ② RHC/SHC の基礎保健サービスを提供する能力の向上
- ③ コミュニティの参加強化

今後の資金協力については、協力案と連動する形で検討していくことが求められているが、資金協力のシナリオとして、次の3つの可能性を挙げる。

シナリオ A：

今後の協力（技プロ）で NHP（2017-2021）に沿った基礎保健サービス実施・拡充のためのシステム強化支援を行い、実証された実施枠組みをマグウェイ地域並びに全国に面的に拡大普及していくことを目指した資金協力で、基礎保健サービスを提供する施設（SHC、RHC）のハード整備や SHC、RHC、リファラル先の上位施設レベル（タウンシップ、州・

地域病院及び行政組織)の人材を対象とした実施・運営のための研修などが考えられる。

シナリオ B :

今後の協力(技プロ)では、RHC/SHC レベルで NCD 対策(予防・啓発、スクリーニング、早期発見)や母子継続ケアの活動を支援し、資金協力では上位病院での治療や適切な緊急対応を目指し、ステーション並びにタウンシップ病院のハード整備を行う。

シナリオ C :

施設へのアクセス改善を目指した道路整備

なお、一般財政支援型については、世界銀行による有償資金協力「必須保健サービスアクセスプロジェクト」の進捗状況から、ミャンマー政府側の外部資金管理能力に限りがあり、時期尚早と言える。

目次

要約

目次

地図

図表目次

略語表

第1章	調査の概要	1
1-1	調査の背景	1
1-2	調査の目的	2
1-3	調査項目	2
1-4	調査対象地域・郡・タウンシップの選定	4
1-5	調査手法	6
1-6	調査日程	8
1-7	調査団員	9
1-8	報告書の構成	9
第2章	プライマリーレベルで提供される基礎保健サービスに関する現状と課題 【政策、国レベル】	10
2-1	一般概況	10
2-2	人口概況	11
2-3	保健概況	11
2-4	母子保健	13
2-5	保健セクターの概況	23
2-6	ミャンマー保健スポーツ省の政策及び国家計画等における位置づけ	26
2-7	ミャンマー保健スポーツ省による関連事業の実施状況	29
第3章	プライマリーレベルで提供される基礎保健サービスに関する現状と課題 【現地実施状況】	36
3-1	基礎保健サービスの現状	36
3-2	プライマリーヘルスケア・基礎保健サービスの提供体制	39
3-3	マグウェイ地域における基礎保健サービスの課題	42
3-4	バゴー地域とエーヤワーディ地域におけるプライマリーレベルで 提供される基礎保健サービスの課題	59

第4章	開発パートナーの支援動向	62
4-1	保健セクター支援の推移	62
4-2	保健セクター支援の現状と課題	64
4-3	主要開発パートナー別支援内容	67
第5章	支援ニーズ及び効果的な援助アプローチ	76
5-1	プライマリーヘルスケアにおける優先課題とニーズ	76
5-2	支援アプローチ	81
5-3	効果的なアプローチの検討	84
第6章	今後の協力の方向性	90
6-1	今後の協力に関わる指針	90
6-2	協力の重点分野	90
6-3	今後の技術協力の方向性	91
6-4	今後の資金協力の方向性	100
6-5	その他検討すべきポイント	101

添付資料

1：参考文献	添付資料-1
2：現地調査日程表	添付資料-4
3：面談者リスト	添付資料-6

地図¹



出所 : <http://www.un.org/Depts/Cartographic/map/profile/myanmar.pdf>

¹ 現在、DIVISION（管区）は REGION（地域）に変更されている。

図表目次

表

表 1-1	調査項目	2
表 1-2	政府関係者及び保健サービス提供者から収集した情報	3
表 1-3	マグウェイ地域の調査対象サイト選定	5
表 1-4	主な聞き取り先リスト	6
表 1-5	現地調査対象となったマグウェイ地域の対象郡・タウンシップ内施設	7
表 1-6	バゴー地域とエーヤワーディ地域の対象タウンシップと施設	8
表 2-1	ミャンマーの基礎指標	12
表 3-1	調査対象 3 地域の特徴	37
表 3-2	主な母子保健統計の比較	38
表 3-3	母子保健サービスの利用状況	39
表 3-4	各施設における主なサービス、人材、設備状況	41
表 3-5	マグウェイ地域の保健人材	43
表 3-6	マグウェイ地域病院のスタッフ数	44
表 3-7	マグウェイ地域における開発パートナー支援状況	51
表 4-1	保健セクターに対する主要開発パートナーの ODA コミットメント額 (百万米ドル)	62
表 4-2	主要開発パートナーのこれまでのコミットメント額と重要課題	63
表 4-3	主要開発パートナーによる過去と今後の支援内容 (2017 年 3 月時点)	68
表 5-1	基礎保健サービスの現状と支援ニーズ (年齢グループ別サービス)	79
表 5-2	既存のボランティアとその所掌	89
表 6-1	指標案と議論・検討すべき留意点	93
表 6-2	主要開発パートナーの実施方法と今後の支援内容の比較 (2017 年 3 月時点)	102

図

図 1-1	調査対象地域	4
図 1-2	マグウェイ地域の対象 タウンシップ	5
図 1-3	調査全体の業務の流れ	8
図 2-1	人口構造の変化	11
図 2-2	疾病負荷の変化 (2005 年-2015 年)	11
図 2-3	妊産婦死亡率 (出生 10 万対)	14
図 2-4	都市・農村別妊産婦死亡率 (出生 10 万対)	14
図 2-5	妊産婦の死亡要因 (2013 年)	14

図 2-6	産前健診受診率（全体・SBAのみ %）	15
図 2-7	SBAの介助による出産の割合（%）	15
図 2-8	出産介助者の内訳（%）	16
図 2-9	施設分娩の割合（%）	16
図 2-10	産後検診受診率（%）（母親と新生児）	16
図 2-11	乳児死亡率および5歳未満児死亡率（出生1000対）	17
図 2-12	5歳未満児死亡率（出生1000対）（都市・農村別）	17
図 2-13	乳児死亡率（出生1000対）（都市・農村別）	17
図 2-14	5歳未満児の死因（%）（2015年）	18
図 2-15	低体重出生率（2,500g未満、%）	19
図 2-16	6か月未満児の完全母乳育児の割合（%）	20
図 2-17	糖尿病の有病率（男・女、%、2014年）	21
図 2-18	高血圧と診断を受け医療従事者に処方された治療薬を飲んでいる人の割合 （25～64歳の男・女、%、2014年）	22
図 2-19	保健スポーツ省組織図	24
図 2-20	保健省サービス提供体制	25
図 2-21	政府支出に占める医療費の割合（%）	25
図 2-22	総医療費に占める患者の事項負担の割合（%）	26
図 2-23	UHC達成に向けた戦略	27
図 3-1	妊産婦死亡率（出生10万対）	37
図 3-2	乳幼児死亡率（出生1000対）	37
図 3-3	ミャンマー保健行政及び保健医療サービス体制全体と プライマリーヘルスケアサービス体制	40
図 5-1	ライフコース・アプローチに基づく基礎保健サービス （今後の協力への基本的な考え方）	82
図 5-2	ライフコース・アプローチに基づく基礎保健サービス支援ニーズ と介入ポイント	82
図 6-1	ライフコース・アプローチに基づく基礎保健サービス支援ニーズ と介入ポイント	90
図 6-2	協力の方向性概念図	91
図 6-3	マグウェイ地域の地図	99
図 6-4	日本・JICAの対ミャンマー保健分野の支援 （2017年3月現在完了及び実施中案件）	101

略語表

略 語	英 文	和 文
AMW	Auxiliary Midwife	補助助産師
ASEAN	Association of South-East Asian Nations	東南アジア諸国連合
BHS	Basic Health Staff / Basic Health Service	基礎保健スタッフ／基礎保健サービス
BMI	Body Mass Index	ボディマス指数
CDSR	Child Death Surveillance and Response	乳幼児死亡サーベイランスと対策
CHD	Child Health Development	子供保健課
CHW	Community Health Worker	コミュニティ・ヘルス・ワーカー
CSG	Community Support Group	コミュニティ・サポート・グループ
DFID	Department for International Development	英国国際開発省
DHS	Demographic and Health Survey	人口保健調査
DMO	District Medical Officer	郡医務官
DMS	Department of Medical Service	(ミャンマー保健スポーツ省) 医療サービス局
DOPH	Department of Public Health	(ミャンマー保健スポーツ省) 公衆衛生局
EPHS	Essential Package of Health Services	必須保健サービスパッケージ
EPI	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大計画
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization	ワクチンと予防接種のための世界同盟
GF	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria	世界エイズ・結核・マラリア対策基金
HA	Health Assistant	ヘルス・アシスタント
HBMR	Home Based Maternal Record	妊産婦手帳
HLP	Health Literacy Promotion (Division)	健康増進課
HMIS	Health Management Information System	保健管理情報システム
HSS	Health System Strengthening	保健システム強化
IEC	Information, Education and Communication	情報・教育・コミュニケーション
IOM	International Organization for Migration	国際移住機関
ITHP	Inclusive Township Health Plan	インクルーシブタウンシップ保健計画
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
Jhpiego	Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics	ジェパイゴ
KOFIH	Korean Foundation for International Healthcare	韓国国際保健医療財団
LHV	Lady Health Visitor	訪問保健師
LIFT	Livelihoods and Food Security Trust Fund	生計・食糧安全保障信託基金
MCHP	Maternal and Child Health Promoter	母子保健推進員
MCSP	Maternal and Child Survival Program	母子生存プログラム
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標

略 語	英 文	和 文
MDSR	Maternal Death Surveillance and Response	妊産婦死亡サーベイランスと対策
M&E	Monitoring and Evaluation	モニタリング・評価
M-HSCC	Myanmar Health Sector Coordinating Committee	ミャンマー保健セクター調整委員会
MIMU	Myanmar Information Management Unit	ミャンマー情報管理ユニット
MMCWA	Myanmar Maternal and Child Welfare Association	ミャンマー母子福祉協会
MNCH	Maternal, Newborn and Child Health	母子新生児保健
MRH	Maternal and Reproductive Health (Division)	母性課
MSI	Marie Stopes International	マリー・ストープス・インターナショナル
MWAF	Myanmar Women's Affairs Federation	ミャンマー女性問題連盟
NCD	Non-Communicable Disease	非感染性疾患
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NHP	National Health Plan	国家保健計画
NIMU	NHP Implementation and Monitoring Unit	国家保健計画実施モニタリングユニット
NLD	National League for Democracy	国民民主連盟
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development	経済協力開発機構
PEN	Package of Essential Non-communicable disease	必須非感染性疾患パッケージ
PHS	Public Health Supervisor	公衆衛生士 (I と II に分かれる)
PSI	Population Services International	ポピュレーション・サービス・インターナショナル
RH	Reproductive Health	リプロダクティブヘルス
RHC	Rural Health Center	地域保健センター
RMNCAH	Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health	リプロダクティブヘルス・母子・新生児・思春期保健
SBA	Skilled Birth Attendant	助産専門技能者
SDGs	Sustainable Development Goals	持続可能な開発目標
SH	Station Hospital	ステーション病院
SHC	Sub-Rural Health Center	補助地域保健センター
SMO	Station Medical Officer	ステーション医務官
SOP	Standard Operating Procedure	標準手順書
SRH	Sexual Reproductive Health	セクシャル・リプロダクティブヘルス
STEPS	STEPwise approach to surveillance	STEPS サーベイ (非感染性疾患リスク要因)
SUN	Scaling Up Nutrition	栄養への取り組み拡充
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
THN	Township Health Nurse	タウンシップ保健看護師
TMO	Township Medical Officer	タウンシップ医務官
3MDGF	Three Millennium Development Goal Fund	保健関連ミレニアム開発目標基金
UHC	Universal Health Coverage	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ

略 語	英 文	和 文
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
UNOPS	United Nations Office for Project Services	国連プロジェクトサービス機関
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
WHO	World Health Organization	世界保健機関
WFP	World Food Programme	国連世界食糧計画
YIC	Youth Information Center	若者情報センター

第1章 調査の概要

1-1 調査の背景

ミャンマー連邦共和国（以下、ミャンマー）の保健医療セクターにおいては、近年改善が見られるものの、依然として母子保健の状況は悪く、引き続き対策が必要である。5歳未満児死亡率は、高い新生児死亡率及び乳児死亡率が主な要因となっている。新生児の死亡原因としては、低体重出生、仮死（胎児ジストレス）、黄疸、敗血症、乳児の死亡原因は呼吸器感染症、脚気、下痢などがあげられる。これらの死亡率を低減するためには、母子保健サービスを始めとしたプライマリーヘルスケア²の拡充が必要である。

また、ミャンマー保健スポーツ省（以下、保健省）は、2030年までのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC：Universal Health Coverage）達成を戦略として打ち出し、その方針は新政権にも引き継がれ、与党主導のもと、2016年4月にロードマップを策定したところである。その初期段階として、全人口を対象に必須保健サービスパッケージ（EPHS: Essential Package of Health Services）の無償提供を掲げている。プライマリーヘルスケアの拡充は、サービスの提供体制、質とアクセスの改善をはかることで、UHC達成に向けた基盤となる重要課題である。

プライマリーヘルスケアのフロンティアである地域保健センター（RHC：Rural Health Center）、補助地域保健センター（SHC：Sub-rural Health Center）は、アウトリーチ活動も含め末端で基礎保健サービスを提供している。その上位には、タウンシップ病院、ステーション病院、郡病院、州・地域総合病院が医療施設として機能している。

RHC、SHCには、母子保健のほか種々の基礎保健サービス提供を担う公衆衛生士（PHS: Public Health Supervisor）、訪問保健師（LHV: Lady Health Visitor）、助産師などの基礎保健スタッフ（BHS：Basic Health Staff）が配置されるが、欠員となって人材が不足している施設も多い。また、村レベルには保健ボランティアがおり、RHCやSHCの指導のもと住民と保健サービスの橋渡しをする役割を担っている。しかしながら、サービスを提供する側の量的、質的な不足から、住民に広くサービスが届いているとは言い難い。また、緊急時における、RHC、SHCから上位の医療施設であるタウンシップ病院、ステーション病院へのリファラル体制も不十分である。

² プライマリーヘルスケアには以下が含まれる：1) 健康教育（ヘルス・プロモーション）、2) 食糧確保と適切な栄養、3) 安全な飲み水と基本的な環境衛生、4) 母子保健（家族計画を含む）、5) 主要な感染症への予防接種、6) 地方風土病への対策、7) 簡単な病気や怪我の治療、8) 必須医薬品の供給。

一方、サービスを受ける住民の側も、保健の知識不足や医療施設への不信感などからサービスにアクセスしない、道路・経済事情などからアクセスできないという課題を抱えている。ミャンマー政府は、保健セクターのミッションとして、人々が容易にアクセスできるよう保健サービスを提供することとし、「プライマリーヘルスケアの拡充」を最優先事項に掲げている。新保健スポーツ大臣も、マニフェストを受け継ぎ、プライマリーヘルスケア拡充の必要性を強調している。

以上の背景より、独立行政法人国際協力機構（JICA：Japan International Cooperation Agency）は効果的な協力案件形成に向けた基礎情報収集を行うこととした。協力案件としては、第一に、サービス提供のモデル形成を目指す技術協力を想定する。また、サービス拡充・全国展開のための環境整備については、保健支出が十分でなく資金ギャップがあると考えられることから、資金協力による支援を検討する。

1-2 調査の目的

本調査は、母子保健を始めとするプライマリーヘルスケアの拡充を支援するため、現状と課題、他の援助実施機関の支援動向、支援ニーズ等、協力案件形成に必要な情報収集を行い、効果的な援助アプローチ、特に想定される援助内容のオプションの妥当性を確認し、今後の協力の方向性を検討することを目的として実施された。

1-3 調査項目

本調査では、以下の表 1-1 に示す調査項目に沿って、第一回現地調査（2016 年 12 月 11 日～28 日）、及び第二回現地調査（2017 年 1 月 26 日～2 月 25 日）を実施した。

表 1-1 調査項目

調査項目	調査先	調査時期
① プライマリーレベルで提供される基礎保健サービスに関する現状と課題(政策、国レベル)	ミャンマー政府関係者	第 1 回現地調査 第 2 回現地調査
② プライマリーレベルで提供される基礎保健サービスに関する現状と課題(現地実施状況)	保健サービス提供者 ボランティア	第 1 回現地調査 第 2 回現地調査
③ 他の援助実施開発パートナーの支援動向	開発パートナー	第 2 回現地調査
④ 支援ニーズの確認・特定	保健サービス提供者	第 1 回現地調査
⑤ 今後の協力の方向性	ミャンマー政府関係者・ 保健サービス関係者・ 開発パートナー	第 2 回現地調査

表 1-2 に政府関係者と保健サービス提供者から収集した情報のリストを示す。

表 1-2 政府関係者及び保健サービス提供者から収集した情報

保健スポーツ省（中央）・各開発パートナーから収集した情報	
保健政策	国家保健政策・保健計画
	保健セクター戦略、ガイドライン、スタンダード、保健サービス提供に関するプロトコル（標準手順書）（年齢別、レベル別）
	保健人材
保健統計・指標	基礎的な保健統計（2013-2015 年）
	その他関連サービス指標/データ
保健財政	保健スポーツ省の財政管理・調達・報告・監査システム
	EPHS に関する資金の流れ
	健康保険に関する計画
援助協調	援助協調の現状と今後の計画
保健サービス提供者から収集した情報	
利用可能なサービス	各レベルの保健施設で利用可能なサービス
	各年齢層別に利用可能なサービス
保健サービス提供システムと機能	保健人材
	保健インフラ、機材、医薬品、供給システム
	保健情報
	資金メカニズム
	リーダーシップとガバナンス
リファラル	コミュニティからのリファラル体制
地域組織	コミュニティ保健委員会
	保健ボランティア
	地域保健計画等

1-4 調査対象地域・郡・タウンシップの選定

本調査では、マグウェイ地域、バゴー地域、エーヤワーディ地域を対象に現地調査を実施した。同 3 地域は、地理的及び経済的弊害からもミャンマー国内において母子保健関連の指標が悪く支援ニーズが大きいと想定されている（各地域の特徴と指標の状況については、第 3 章を参照）。また、これらの地域では、過去に日本が無償資金協力によって整備済み、あるいは整備予定の一次及び二次施設が存在し、今後の協力にも活用できることから、調査対象地として選定した。このほかに、中央政府に対する調査を実施するため、ネピドーを対象を含めた。

図 1-1 に示す通り、マグウェイ地域及びネピドーでの調査については、本調査団（日本人チーム）が実施した一方、バゴー地域及びエーヤワーディ地域の調査については、ローカルコンサルタントへの再委託によって実施された。

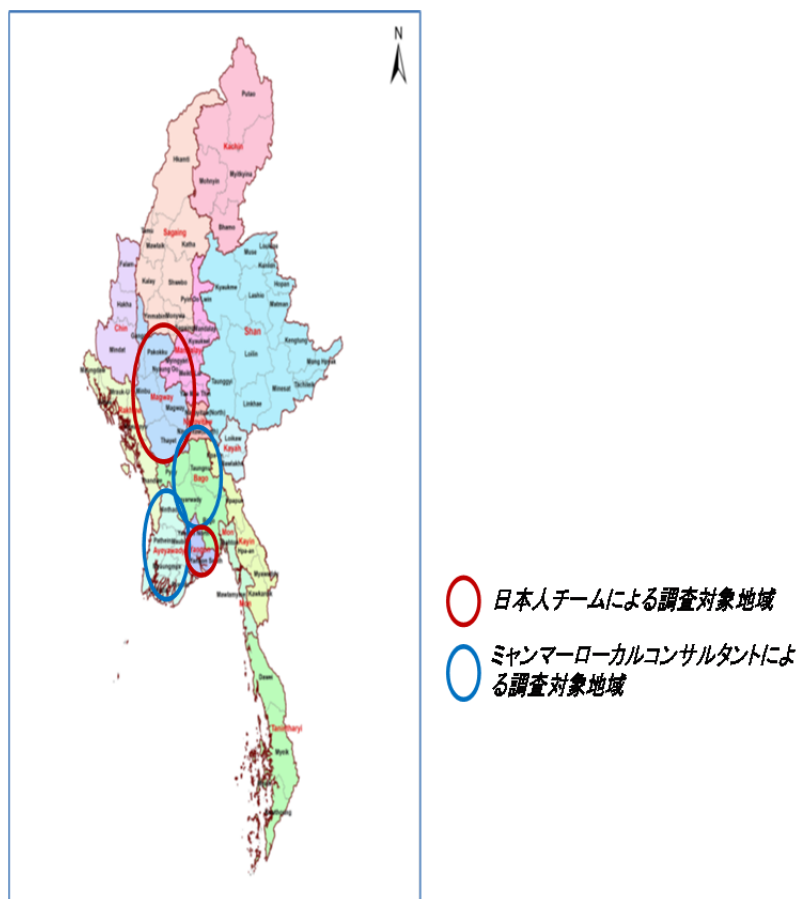


図 1-1 調査対象地域

マグウェイ地域内の調査サイトは、以下の 4 つの条件付けによって、タウンシップ 4 箇所を選定した。

- ① 郡庁所在地 2 箇所とその傘下のタウンシップ 2 箇所
- ② 日本の無償資金協力による支援（施設改修・機材供与）実績の有る場所と無い場所
- ③ JICA と日本の非政府組織（NGO : Non-Governmental Organization）ジョイセフの技術協力事業が導入し、その後保健省により全国で展開された母子保健推進員（MCHP : Maternal and Child Health Promoter）のいる場所といない場所
- ④ 郡内で①～③の条件を満たす場所が複数ある場合は、アクセスのよいところ

それぞれの選定条件に対する各タウンシップの状況は表 1-3 の通りである。ハイライトされた 4 箇所が調査サイトとして選定された。

表 1-3 マグウェイ地域の調査対象サイト選定

郡	タウンシップ	無償資金協力実績(9 箇所)	母子保健推進員(MCHP)(2 箇所)	アクセス 良◎普通○悪x
Pakkoku	Pakkoku	✓	✓	◎
	Seik Phyu	✓		x
	Pauk	✓		○
	Myaing	✓		◎
	Ya Sa Gyo	✓		○
Magway	Natmauk	✓		x
Minbu	Minbu			○
	Salin	✓		x
	Say Toke Ta Yar	✓		x
	Pwint Pyu		✓	x
Gangaw	Saw	✓		x

4 タウンシップの地理的位置は図 1-2 に示すとおりである。

ローカルコンサルタントが調査を行ったバゴー地域及びエーヤワーディ地域については、母子保健指標に基づきニーズが高く優先度が高い地域、社会経済、人口、文化、アクセス、貧困の観点で特徴を持つ代表的地域、政府及び開発パートナーによる既存の介入の存在や好事例がある地域、という選定基準から各地域につき 2 タウンシップを選定した結果、バゴー地域は Yaedashe タウンシップ及び Pandaung タウンシップ、エーヤワーディ地域は Pantanaw タウンシップ及び Mawlamyainegyun タウンシップで調査が行われた。

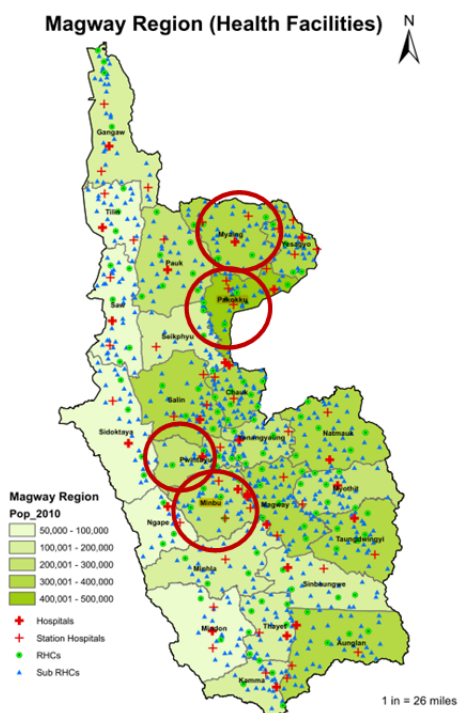


図 1-2 マグウェイ地域の対象タウンシップ

1-5 調査手法

本件調査では、デスクレビューと現地調査による現状分析を行い、JICA の支援の方向性に関する提案を行った。具体的には、政府、開発パートナー、NGO などによる報告書や学術論文のレビュー及び分析を行った。現地調査では、保健省、開発パートナー、NGO 並びにその他関連機関に定性的聞き取り調査を実施した。また、調査対象地域では、各地域並びに郡レベルの公衆衛生局及び医療サービス局の関係者、郡・ステーション病院と RHC/SHC スタッフ、ボランティアに対する定性的インタビュー調査（キー・インフォーマント・インタビュー）を行い、サプライ・サイド（医療提供側）とデマンド・サイド（受益者側）の両面からプライマリーヘルスケアのアクセス状況を明らかにした。このほか、必要に応じて様々なレベルの関連医療機関の視察を行った。主な聞き取り先は表 1-4 の通りである。

表 1-4 主な聞き取り先リスト

聞き取り先	
政府関係	保健省 <ul style="list-style-type: none"> ・ 公衆衛生局基礎保健サービス課 (BHS: Basic Health Service)、母性課 (MRH: Maternal and Reproductive Health)、子供保健課 (CH: Child Health)、健康増進課 (HLP: Health Literacy Promotion)、栄養課、学校保健課、非感染性疾患 (NCD: Non-Communicable Disease) 対策課 ・ 医療サービス局医療課 マグウェイ、バゴ、エーヤワデー地域 ・ 公衆衛生局・医療サービス局・地域病院 マグウェイ、バゴ、エーヤワデー地域 郡/タウンシップ保健局 ・ 郡病院、タウンシップ病院、ステーション病院 ・ RHC、SHC
開発パートナー	国連機関・世界基金 二国間支援機関 NGO
保健サービス従事者	マグウェイ、バゴ、エーヤワデー各地域の BHS 及び政府病院スタッフ <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域公衆衛生局長及び局員 ・ 地域病院長、産婦人科医、小児科医等 ・ 郡医務官 (DMO: District Medical Officer) 兼郡病院長 ・ タウンシップ医務官 (TMO: Township Medical Officer) 兼タウンシップ病院長 ・ タウンシップ保健局員 (タウンシップ保健看護師 (THN: Township Health Nurse) 等) ・ ステーション医務官 (SMO: Station Medical Officer) 兼ステーション病院長 ・ ステーション病院職員 (看護師等) ・ ヘルス・アシスタント (HA: Health Assistant) 兼地域保健センター長 ・ 訪問保健看護師 (LHV: Lady Health Visitor) ・ 助産師 ・ 公衆衛生士 (PHS: Public Health Supervisor)

コミュニティ関係者	保健ボランティア ・コミュニティ・ヘルス・ワーカー (CHW: Community Health Worker) ・補助助産師 (AMW: Auxiliary Midwife) ・母子保健推進員 (MCHP: Maternal and Child Health Promoter) ・若者ボランティア (Youth Information Center Volunteer)
その他	・JICA 事業専門家 (保健システム強化、医学教育強化、マラリア対策等)

対象施設については、マグウェイ地域の対象郡・タウンシップにおいて、表 1-5 に示す通り、①郡またはタウンシップ病院、②ステーション病院、③RHC、④SHC の各 1 箇所調査を実施した。無償資金協力支援実績のあるパコック郡とミヤイン・タウンシップについては、いずれも無償資金協力による支援を受けた施設を含めた。これらに加え、最終リファラル先である地域病院も調査対象とした。

表 1-5 現地調査対象となったマグウェイ地域の対象郡・タウンシップ内施設

	Pakkoku 郡・ タウンシップ	Myaing タウンシップ	Minbu 郡・ タウンシップ	Pwint Phyu タウンシップ
地域病院	Magway Regional Hospital			
郡／タウンシップ 病院	Pakkoku General Hospital	Myaing Township Hospital	Minbu District Hospital	Pwint Phyu Township Hospital
ステーション 病院	Myit Chay Station Hospital	Let Yet Ma Station Hospital	Mon Daung Station Hospital	Kone Zaung Station Hospital
地域保健 センター	Lay Daing RHC	Kyauk Sauk RHC	U Yin RHC	Kyaung Daw Yar RHC
補助地域保健 センター	Myit Phya SHC	Ma Gyi Su SHC	Pa Daung SHC	Min Mae SHC

バゴー地域及びエーヤワーディ地域における調査対象施設は表 1-6 の通りである。

表 1-6 バゴー地域とエーヤワーディ地域の対象タウンシップと施設

	バゴー地域		エーヤワーディ地域	
	Yaedashe タウンシップ	Pandaung タウンシップ	Pantanaw タウンシップ	Mawlamyaingyun タウンシップ
地域病院	Bago Regional Hospital		Ayeyarwady Regional Hospital	
郡／タウンシ ップ病院	Taungoo District Hospital, Yaedashe Township Hospital	Pyay District Hospital, Pandaung Township Hospital	Maubin District Hospital, Pantanaw Township Hospital	Labutta District Hospital, Mawlamyainggy un Township Hospital
ステーション 病院	Swa Station Hospital	Htonbo Station Hospital	Chaung Kalay Station Hospital	Kyaikpi Station Hospital
地域保健 センター	Swa RHC	Htonbo RHC	Chaung Kalay RHC	Kyaikpi RHC
補助地域保 健センター	Kazaung SHC	Thu Yae Tan SHC	Ka Paing SHC	Thit To Seik SHC

1-6 調査日程

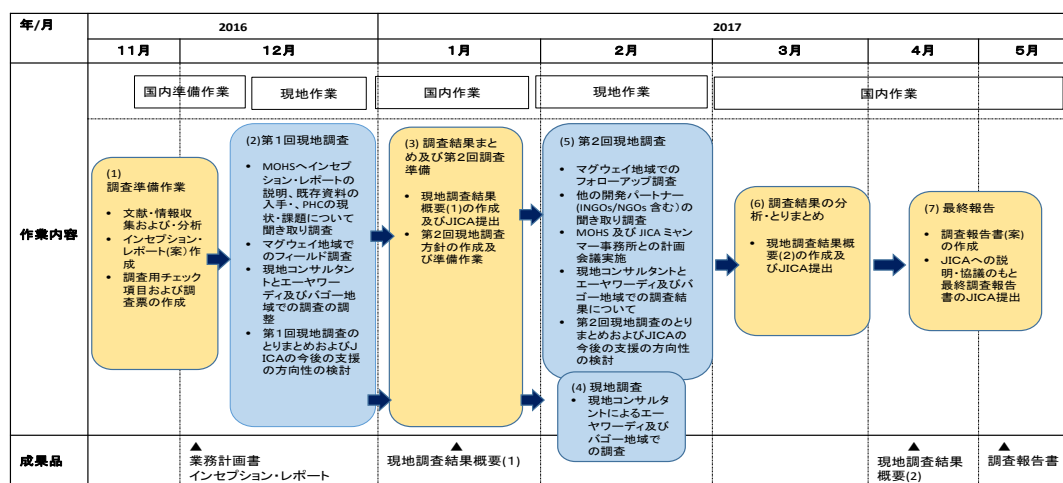


図 1-3 調査全体の業務の流れ

全工程期間（2016年11月から2017年5月）中、2回の現地調査を実施した。調査全体の業務の流れは図1-3に示す通りである。現地調査日程については、添付資料2を参照されたい。

1-7 調査団員

氏名	担当分野	所属
杉下真絹子	総括／ プライマリーヘルスケア 1	グローバルリンクマネジメント株式会社
西田良子	副総括／ プライマリーヘルスケア 2	公益財団法人ジョイセフ
腰原亮子	母子保健 1	公益財団法人ジョイセフ
高志名美	母子保健 2	グローバルリンクマネジメント株式会社

1-8 報告書の構成

本報告書は以下の内容で構成される。

第 2 章では、プライマリーレベルで提供される基礎保健サービスに関する現状と課題について、国・政策の観点から取り纏めた。第 3 章では、調査対象地域の現場で確認された現状と課題を記載した。第 4 章は、保健セクター支援の動向として、他の開発パートナーのこれまでの支援内容と今後の支援方針を取り纏めた。第 5 章では、今後の支援の方向性を検討する上で重要な支援ニーズと効果的な援助アプローチを検証し、第 6 章において、前章までの情報と分析に加え、現地における先方政府機関との協議を踏まえた、今後の支援の重点分野や留意点を述べた。

第2章 プライマリーレベルで提供される基礎保健サービスに関する現状と課題【政策、国レベル】

2-1 一般概況

ミャンマーは、インドシナ半島の西側に位置する南北に長い国土を有し、タイ、ラオス、インド、バングラデシュ、中国と国境を接する。国土は、国内西部と北東部の丘陵地帯、その間の中央乾燥地帯、南部の沿岸地帯、デルタ地帯に大別される。気候は全般的に熱帯モンスーン気候で、大きく、暑季（3月～5月中頃）、雨季（5月中頃～10月）、乾季（11月～2月）の3シーズンに分かれている。また石油、天然ガス、石炭、その他の鉱物資源が豊富な国でもある。

行政区分としては、首都であるネピドー連邦領に加えて14の州（state）/地域（region）があり、74郡（district）があり、以下、330タウンシップ（township）、398町（town）、3,065区（ward）、13,619村区（village tract）、64,134村（village）がある。民族構成で見ると、ビルマ族が約70%を占めるが、135の民族、100以上の言語・方言が存在する。国民の約90%は仏教徒であるが、少数のキリスト教徒、イスラム教徒も含む³。

ミャンマーは、長きにわたる軍事政権の時代を経て、2008年の新憲法が採択され、2011年には民政移管を実現している。2015年の総選挙では国民民主連盟（NLD）が勝利し、2016年3月30日には新政権が発足した。近年の民政移管以降、国外からの援助機関による支援や海外投資が増加しつつあり、2016/17年度の経済成長率は6.3%、一人あたり国内総生産は1,307ドルに達し、2015年にミャンマーは、世界銀行により低中所得国に指定されている⁴。

³ MOH. Health in Myanmar 2014.

⁴ 外務省. ミャンマー連邦共和国基礎データ. <http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/myanmar/data.html>
世界銀行. <https://blogs.worldbank.org/opendata/new-country-classifications>

2-2 人口概況

ミャンマーの総人口は、5,390 万人（2015 年）であり、うち 66%は農村に住む。2014 年に国勢調査が実施され、1983 年国勢調査と比較すると、出生率の低下により、人口全体に見る子供人口（0～9 歳）の割合に減少がみられる。年間人口増加率は、推計 0.7%（2015-2030 年）であり、合計特殊出生率は 2.2（2015 年）、出生時平均余命は男女全体で 66 歳となっている。図 2-1 の通り、依然として若い人口は大きい（0 歳～14 歳人口 27%、15 歳～64 歳人口 67%、65 歳超人口 6%）、既に人口ピラミッドの底辺（0～4 歳人口の割合）は減少しており、1973 年及び 1983 年の国勢調査と比較すると人口ピラミッドが釣鐘型に変化しつつあり、今後の人口構造の変化が予測される。また、同調査によると 15 歳以上の識字率は 89.5%であり、他の東南アジア諸国連合（ASEAN：Association of South-East Asian Nations）諸国と比べても高いレベルにある⁵。

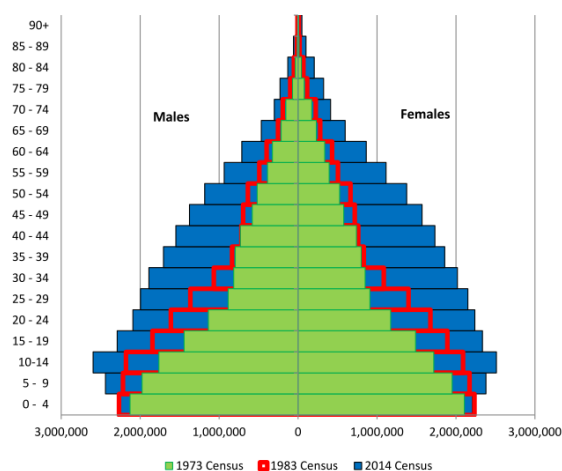


図 2-1 人口構造の変化

出所：2014 年ミャンマー国勢調査

2-3 保健概況

2005 年と 2015 年の疾病負荷を比較すると、近年「母子保健」や「感染症」から「非感染性疾患・傷害（交通事故）」へと疾病構造の移行期にある（図 2-2）。

一方で、近年改善してきているものの、妊産婦や子供の死亡率は依然として高いレベルにあり、課題となっているため、疾病構造の二重負荷が生じている。

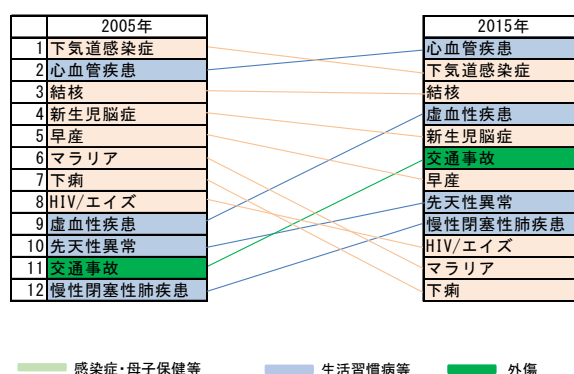


図 2-2 疾病負荷の変化（2005 年-2015 年）

出所：WHO. Global Burden of Diseases, 2015

ミャンマーの保健分野にかかわる基礎的データを表 2-1 に示す。これに基づく、予防接種、産前健診率、専門技能者立会いの下での出産率、安全な飲料水や衛生的トイレへのアクセスという点では比較的高いレベルが見られるが、死亡率は依然として高い状況が見られ、以下の項で詳しい状況を考察する。他に、携帯電話の普及は、約 5 割に至っている。

⁵ 2014 年ミャンマー国勢調査

表 2-1 ミャンマーの基礎指標

項目	(単位)	(年・期間)	全国
総人口	1000人	2015	53,897
年間人口増加率	%	2015-2030	0.7
都市人口	%	2015	34
都市人口の増加率	%	2015-2030	2
合計特殊出生率		2015	2.2
年間出生数	1000人	2015	944
5歳未満児死亡率	出生1000対	2015	50
乳児死亡率	出生1000対	2015	40
新生児死亡率	出生1000対	2015	26
出生時平均余命		2015	66
成人識字率	%	2009-2014	93
3種混合予防接種率(1歳児・3回)	%	2014	75
BCG予防接種率(1歳児)	%	2014	86
HIV陽性率(成人) 推計	%	2014	0.7
避妊実行率	%	2010-2015	46
産前健診率(少なくとも1回)	%	2010-2015	83
産前健診率(4回以上)	%	2010-2015	73
専門技能者立会いの下での出産率	%	2010-2015	71
施設分娩率	%	2010-2015	36
妊産婦死亡率(報告)		2010-2015	280
妊産婦死亡率(調整)		2015	178
改善された飲料水の利用率:全体(都市・農村)	%	2015	81 (93 / 74)
衛生的なトイレ施設利用率:全体(都市・農村)	%	2015	80 (84 / 77)
携帯電話・インターネット利用	%	2014	54 / 2
出生登録率(5歳未満児):全体(都市・農村)	%	2010-2015	72 (94 / 64)

出所 : UNICEF. The State of the World's Children 2016、
 ミャンマー政府. 2014 年国勢調査、
 UNICEF. A Snapshot of Child Wellbeing 2014

2-4 母子保健

2-4-1 妊産婦死亡率及び妊産婦ケア関連指標

妊産婦死亡率は、1990年から2015年までの間に、出生十萬対453から178まで減少している。2015-2016年ミャンマー人口保健調査（DHS：Demographic and Health Survey）によると、産前健診率は87.2%、また専門技能をもつ出産介助者（SBA：Skilled Birth Attendant）による出産は60%まで改善してきたものの、妊産婦死亡率はミレニアム開発目標（MDGs：Millennium Development Goals）には達して依然として高いレベルにある。つまり、産前健診やSBAによる出産が必ずしも妊産婦死亡の軽減につながっているとは言えない。

前述の調査では、TBAによる出産は29%と報告されており、また農村の施設分娩率も28%と低く、出産時のリスクに対応できる人材が出産に関わっていないケースも見られた。妊産婦死亡に至る3つの遅れとして、第1の遅れ（ケアを受診することが必要であるとの認識と決定の遅れ）が非常に高い（46%）。また、妊産婦死亡が生じた場所は、病院（47%）について、自宅（30%）や搬送途中（16%）などが挙げられている。こうした死亡に至る要因は予防可能なものであり、住民の啓発、リスクの認識と早期の受診決定、リファラル体制の確立とともに、保健システム側の受け入れ態勢や質の高いサービスも必須である。

(1) 妊産婦死亡率

妊産婦死亡率は、1990年から2015年までの間に、出生十萬対453から178まで減少しているが、2015年のMDGs目標値である130には程遠い（図2-3）。さらに、2014年に実施されたミャンマー国勢調査では、妊産婦死亡率は282と国連推計値よりはるかに高い数値が報告されている。また、妊産婦死亡率の最も高いチン州（357）と最も低いタニンダーリ地域（157）では2倍近い差があり、ことに都市部と農村部では大きな格差が報告されている⁶（図2-4）。

⁶ 2014年ミャンマー国勢調査

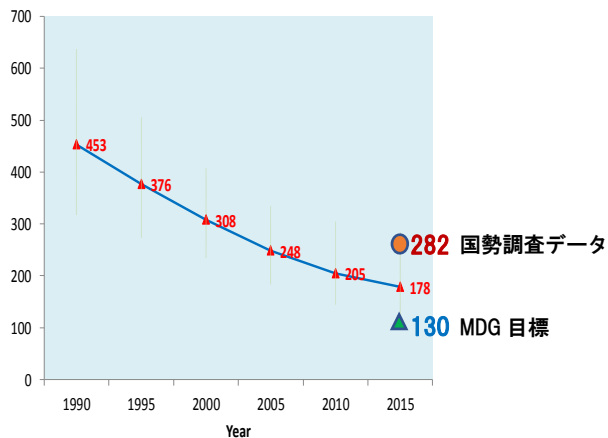


図 2-3 妊産婦死亡率（出生 10 万対）
出所：WHO 他, Trends in Maternal Mortality, 1990-2015

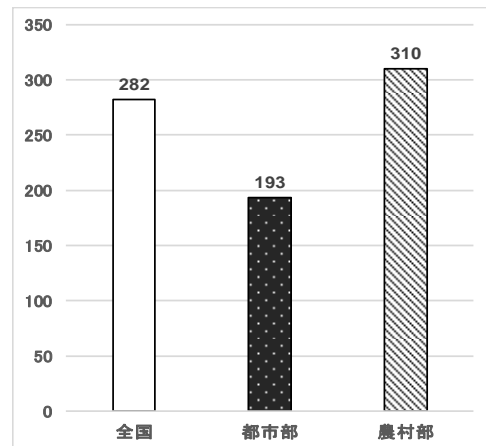


図 2-4 都市・農村別妊産婦死亡率（出生 10 万対）
出所：DHS, 2015-2016

(2) 妊産婦の死亡要因

保健省の妊産婦死亡症例分析（2013 年）によると 3 大死因は、図 2-5 の通り、産後異常出血（38%）、妊娠高血圧症（21%）、人工妊娠中絶（12%）である。また、同調査では、妊産婦死亡に至る、3つの「遅れ」のタイプについても調査している。3つの「遅れ」の中では、

- 第 1 の遅れ（ケアを受診することが必要であるとの認識の遅れ）は 46%と非常に高く、
- 第 2 の遅れ（サービス受診への到着が遅れること）は 5%、
- 第 3 の遅れ（保健サービス側の対応の遅れ）は 10%

である。

また、同調査によると、妊産婦死亡が生じた場所は、47%は病院で、30%は自宅で、16%は搬送途中で起こっている⁷。

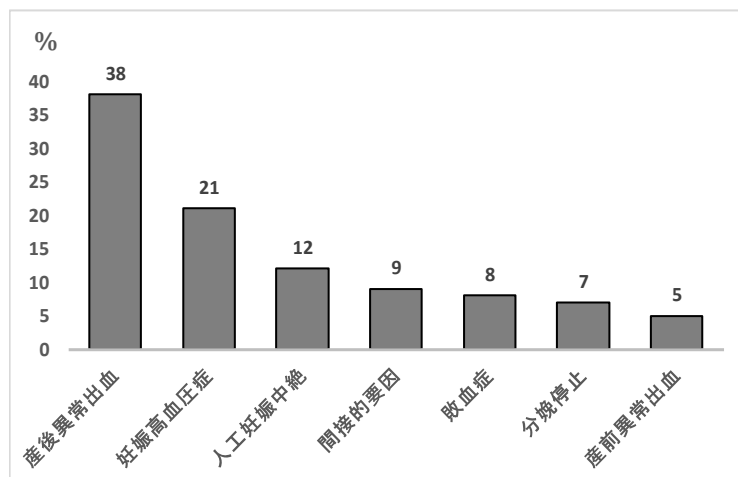


図 2-5 妊産婦の死亡要因（2013 年）
出所：保健省 Maternal Death Review in Myanmar, 2013

⁷ Maternal Death Review in Myanmar, 2013.

(3) 産前健診受診率

保健省の保健情報システム (HMIS) によると、産前健診受診率 1 回以上は 2005 年の 63.1% から、2016 年には 83.5% までに達しており増加傾向である⁸。2015-2016 年 DHS によると、SBA による産前健診受診率(一回以上)は 80.7% に達している⁹。また、都市部の産前健診受診のほとんどが SBA により提供されているのに対し、農村部では、SBA 以外による産前健診受診を受けているケースが 7.9% を占める (図 2-6)。

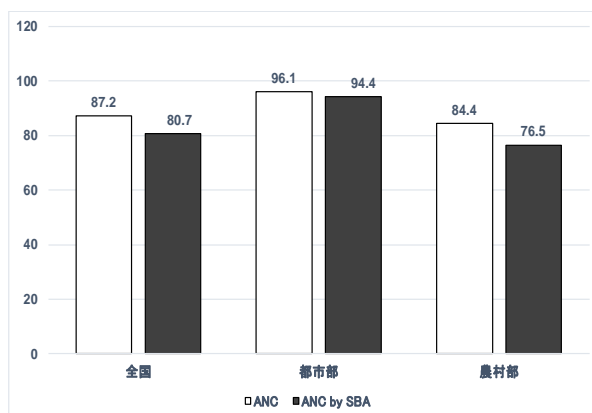


図 2-6 産前健診受診率 (全体・SBA のみ %) 出所: DHS 2015-2016

また、産前健診受診率を州別にみると、シャン州、ラカイン州、カレン州において約 70% と低く、ヤンゴン地域、カヤー州、モン州では 93% 以上と高い状況である。特に、バゴー地域とエーヤワデー地域では、SBA 以外による産前健診が約 15% と他地域と比較し多い。バゴーで CHW (7.9%)、エーヤワデーでは AMW (8.2%) と伝統的産婆 (TBA: Traditional Birth Attendant) (6.5%) による産前健診の割合が高い。

(4) SBA による出産及び保健施設における出産

① SBA による出産

HMIS によると、SBA による出産の割合は、2005 年以降現在まで継続的に増加しており、57.9% (2005 年) から 76.4% (2015 年) に増加している¹⁰。しかし、2015-2016 年 DHS の数値は 60.2% であり、HMIS の数値 (76.4%) とは 16% 以上もの開きがある (図 2-7)。

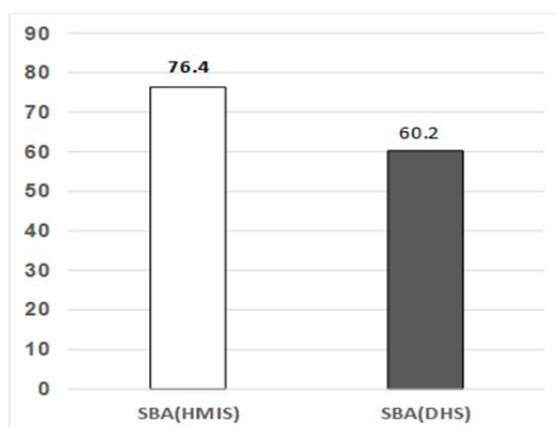


図 2-7 SBA の介助による出産の割合 (%) 出所: 保健省 HMIS、保健省母性課提供資料、DHS, 2015-2016

⁸ 保健省 HMIS、保健省母性課提供資料

⁹ DHS 2015-2016.

¹⁰ 保健省 HMIS、保健省母性課提供資料

② 出産介助者の内訳

図 2-8 の通り、出産の介助者をタイプ別にみると、医師（32%）が最も大きな割合を占め、次が看護師・助産師・LHV によるもの（28%）であり、専門技能者による出産は 6 割を占める。しかし、依然として、TBA によるものも 29%と多い。これまで AMW の養成をしてきているが、わずかに 6%と低い値である。

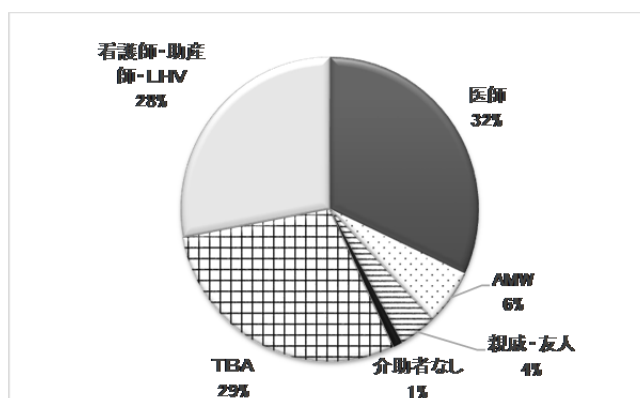


図 2-8 出産介助者の内訳 (%)

出所：DHS 2015-2016

③ 施設分娩の割合

農村部での施設分娩は 28%と都市部（70%）に比べ低い（図 2-9）。また妊婦の教育レベルや経済レベルによる差も大きく中等以上の教育レベルが 82.6%、に対し初等教育レベルは 29.3%、無教育は 12.8%となり、レベル間での差が見られる¹¹。

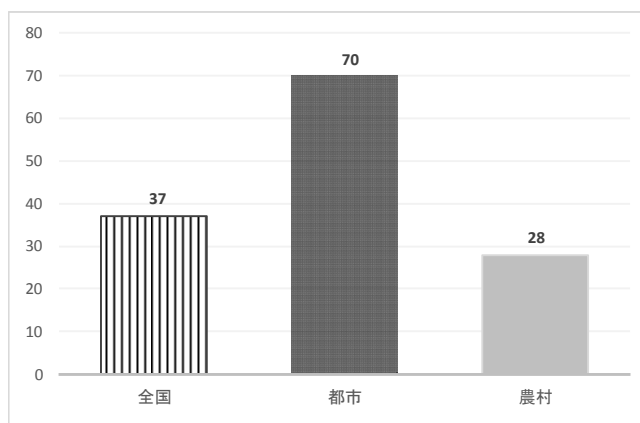


図 2-9 施設分娩の割合 (%)

出所：DHS 2015-2016

(5) 産後健診受診率

産後健診受診率は、母親が 71.2%、新生児が 36.4%で、特に新生児の産後健診受診率の低さが大きな問題となっている。新生児の産後健診受診率は全国的に低く、都市と農村の差はほとんど見られない。母親の方は、都市部と農村部で 13.3%の開きがあり、地域間格差も非常に大きい（図 2-10）。なお、全国で最も受診率が高いのはマグウェイ地域（92.3%）、最も低いのはチン州（21%）で、4 倍以上もの開きがある。新

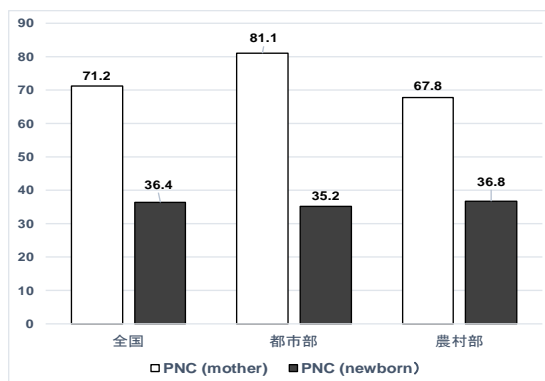


図 2-10 産後健診受診率 (%) (母親と新生児)

出所：DHS 2015-2016

¹¹ DHS 2015-2016.

生児の産後健診受診率も、全国で一番低いのがチン州（5.2%）、高いのはカヤー州（62.2%）とネピドー連邦領（61.5%）である。地域間格差は母親の産後健診よりさらに大きく、約12倍に達する¹²。

2-4-2 5歳未満児死亡率及び乳児死亡率

5歳未満児および乳児の死亡率は、都市・農村間や地域間の格差も大きく、農村部は都市部の1.5倍以上指標が悪い。これらの背景には、質の高い基礎的保健サービスがすべての人々に公平に届いていないという現状があり、プライマリーヘルスケアの拡充は喫緊の課題である。子どもの死亡要因の多くの疾患は、予防することが可能なものであり、母子への継続的なケア、予防や啓発活動、適切かつタイムリーな対応が求められる。

(1) 5歳未満児死亡率及び乳児死亡率

5歳未満児死亡率は、2014年国勢調査では、出生千対72、乳児死亡率は同62と依然として高く、妊産婦死亡率同様、MDGs達成には至らなかった(図2-11)。

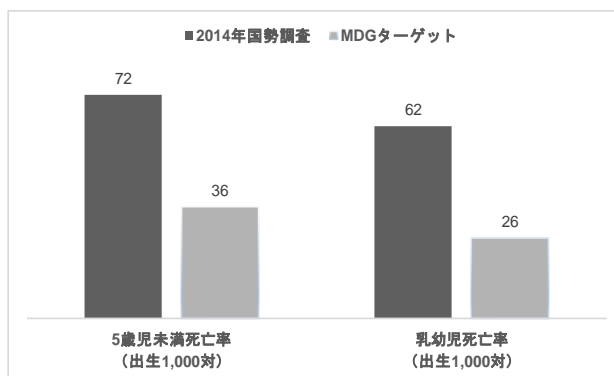


図 2-11 乳児死亡率および5歳未満児死亡率 (出生1000対)
出所：2014年国勢調査

都市・農村間の格差も大きく、農村部は都市部の1.5倍以上指標が悪い(図2-12及び図2-13)。また地域格差も大きく、最も指標の悪いエーヤワディ地域(5歳未満児死亡率104、乳児死亡率86)、指標の良い地域であるモン州(同47、42)では2倍以上の開きがある。

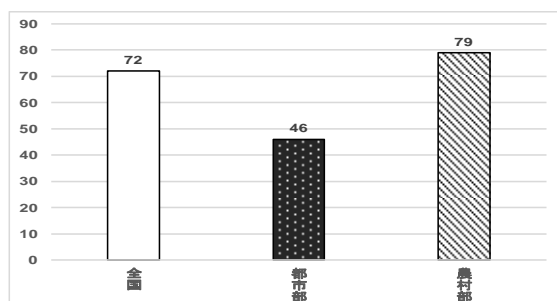


図 2-12 歳未満児死亡率 (出生1000対)
(都市・農村別)
出所：DHS 2015-2016

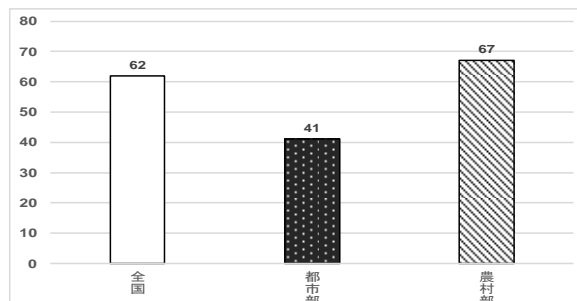


図 2-13 乳児死亡率 (出生1000対)
(都市・農村別)
出所：DHS 2015-2016

¹² DHS 2015-2016.

(2) 5歳児未満児の死亡要因

図 2-14 は、5歳未満児の死因を示したものである。保健省の調査（2015年）によると、5歳未満児の死亡の48%は新生児期（生後28日未満）に生じている。最も大きな死因は、早産、仮死、横断などであり、新生児期以降でも肺炎や下痢症などが原因となっている。

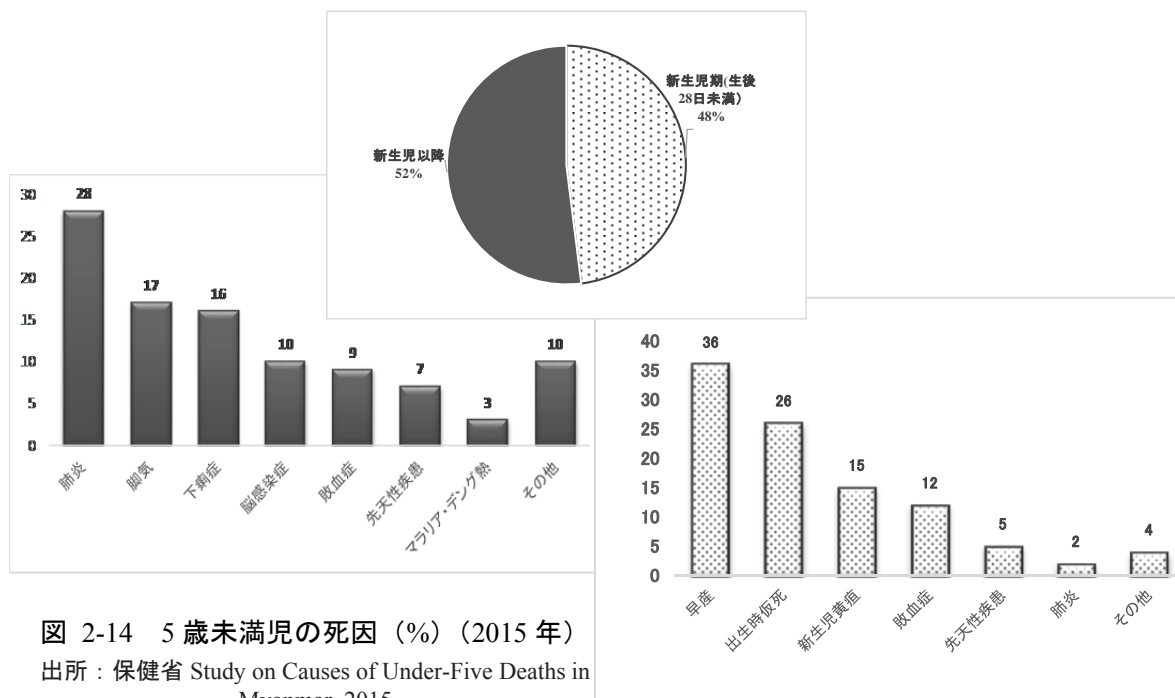


図 2-14 5歳未満児の死因 (%) (2015年)
出所：保健省 Study on Causes of Under-Five Deaths in Myanmar, 2015

2-4-3 栄養分野

5歳未満児の発育阻害や消耗症、さらには貧血の課題は依然として存在し、子どもの死亡の背景には栄養の不良が関係しているという報告もあり、栄養不良の予防・啓発活動は重要である。女性の貧血の割合も、全国平均46.5%と非常に高く、大きな課題である。また、完全母乳育児（6か月未満児への6か月完全母乳育児）の割合は、51%にとどまっております、さらなる改善が必要である。

(1) 子供の栄養

2015-2016年 DHSによると、5歳未満児のうち、29%は発育阻害（stunting：年齢に比して背が低い）、7%は消耗症（wasting：身長に比して痩せている）の状況である。また貧血に関しては、6~59か月の子供の5人に3人の58%が貧血状況である。

① 5歳未満児の発育阻害

5歳未満児の発育阻害の割合は、国連統計によると1997年の55%から、2003年は41%、2009年は35%にまで減少し¹³、2015-2016年DHSでは29.2%となっている。国内ではチン州とカヤー州の割合が約40%と高く、最も低いヤンゴン地域とは2倍近い差がある。全世界では、1990年から2015年の間に40%から23%に減少しており、ミャンマーの発育阻害の率は国内全体として過去20年間でほぼ半減しているものの、世界平均に比べるとまだ高く、未だに40%と高い地域が存在しているなど、地域格差は喫緊の課題となっている。

② 5歳未満児の消耗症

5歳未満児の消耗症の割合は7%¹⁴で、世界平均値（8%、2010-2015年）とほぼ同じであり、また2009-2010 Multiple Indicators Cluster Surveyによる8%から大きな改善はない¹⁵。国内ではラカイン州が最も高く13.9%、カヤー州が最も低く2.6%である。

③ 低体重児の出生割合（2,500g未満）

低体重（2,500g未満）出生の割合は9%であり、近隣国のカンボジア、ラオス、タイの状況に比べて良い¹⁶（図2-15）。ただし新生児の体重が記録される率は全国平均で45.4%¹⁷と低い点に留意が必要である。低体重出生に関しては、他の母子保健関連指標に比べ、都市部と農村部の差は少ない方だが（8.5%と7.5%）、地域間格差は大きく、最も高いラカイン州で20%、最も低いタニンダーリ地域で3.3%と約6倍の開きがある。

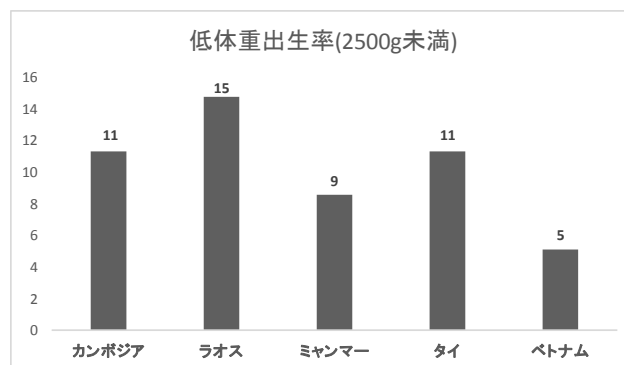


図 2-15 低体重出生率（2,500g 未満、%）

出所：UNICEF. Global Databases

¹³ UNICEF, WHO & World Bank. 2014. Global Nutrition Report 2014 Nutrition Country Profile, Myanmar.

¹⁴ 2015-2016 DHS.

¹⁵ UNICEF, The State of the World's Children, 2016.

¹⁶ UNICEF, The State of the World's Children 2016. 2015-2016 DHSによれば、低体重出生の割合は8.1%。

¹⁷ DHS 2015-2016.

④ 母乳育児及び補助食の摂取

ほとんどの子供が母乳を経験している（98%）が、完全母乳育児（6 か月未満児まで）の割合は、51%にとどまっておらず、まだ改善の余地がある（図 2-16）。また、6 か月から 23 か月の子供の中で、最低レベルの食事摂取基準を満たしているのは 16%に過ぎないとの報告がある¹⁸。

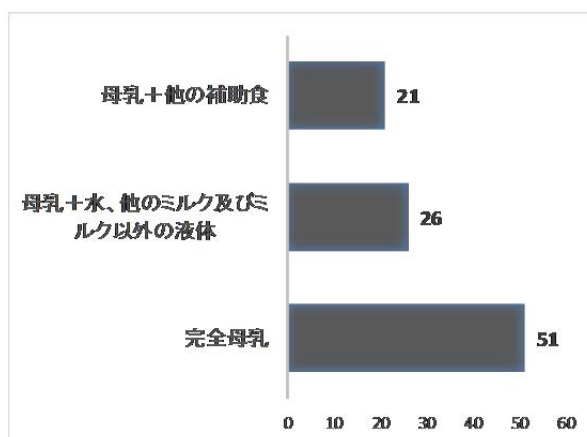


図 2-16 6 か月未満児の完全母乳育児の割合 (%)
出所：DHS 2015-2016

(2) 女性の栄養

2015-2016 年 DHS に基づく、女性（15 歳から 49 歳）の栄養状態に関しては、貧血、低身長、ボディ・マス指数（BMI：Body Mass Index）の数値に関して以下の通りまとめられる。

① 貧血¹⁹

- 貧血の割合は全国平均 46.5%と非常に高く、大きな課題である。そのため、産前健診ではすべての妊婦に対する鉄剤供与が保健省によって推進されている。
- 貧血は、都市・農村間、地域間、または教育や経済のレベルによって割合に大きな差が見られないことが、他の保健関連指標と違う点である。
- 貧血が中程度（ヘモグロビン値<7.0-9.9g/dl）に進むと、教育や経済状況による差や地域間格差に影響する傾向があり、最も高いラカイン州やマグウェイ地域では約 14%、最も低いカチン州で 5.7%と差が大きい²⁰。

② 低身長（身長 145cm 未満）

- 身長 145cm 未満の女性の割合は、全国平均で 6.4%だが地域間格差が大きく、最も高いチン州が 14.3%、最も低いヤンゴン地域が 3%と、ほぼ平均 5~8%の間におさまっている他の地域と比べると突出した数値を示している。
- この指標は都市・農村間の差が約 1.5 倍（4.6 と 7.2）、経済レベルで 2.5 倍（9.3 と 3.7）、教育レベルで約 4 倍（11.3 と 2.9）となっており、女性を取り巻く経済社会状況が影響を与えていることが考えられる。

¹⁸ DHS 2015-2016.

¹⁹ 貧血は、ヘモグロビン値<12.0g/dl、妊婦の場合は<11.0g/dl で示す。

²⁰ DHS 2015-2016.

③ BMI 値

- BMI 値で見ると、やせすぎ (<17) が 10.5%、過体重 (25.0-29.9) が 19.2%、肥満 (≥ 30.0) が 5.5%である。
- 15-49 歳の女性のうち、25%は過体重、6%は肥満となっている。
- 肥満は富裕層になるにつれて割合が高くなり、農村部より都市部で多い。糖尿病をはじめとする非感染性疾患 (NCD : Non-Communicable Disease) リスクにつながる肥満や過体重の女性の割合が多いことは、ミャンマーが今後 NCD 対策に取り組む重要性を示すものである。

2-4-4 NCD

疾病構造の変化に伴い、疾病負荷では、2015 年時点で心血管疾患が増加し第 1 位となっている。糖尿病や高血圧など非感染性疾患に対し、国民への幅広い啓発活動や知識の普及を行いつつ、プライマリーレベルの保健施設での検査実施体制を整え (例えば、保健人材への標準手順書 (SOP: Standard Operating Procedure) の周知やトレーニングも含む)、全国的に早期発見・早期治療の取り組みを行うことが非常に重要である。

NCD の中でも、プライマリーレベルでの啓発活動や早期発見治療が可能であり、また今後対応が求められる疾病である糖尿病と高血圧に関する現状は以下の通りである。

① 糖尿病

2014 年の保健省及び世界保健機関 (WHO : World Health Organization) の調査によると、血糖値を測ったことがない人の割合が男性で 89.1%、女性で 82.4%、全体で 85.8%と非常に高い。一方で、同調査によると、糖尿病の有病率は男性 9.1%、女性 11.8%、全体で 10.5%に達している (図 2-17) ²¹。この数字は、WHO による世界の糖尿病有病率の平均値 8.5%よりも高い数字である。²²また、耐糖能異常 (糖尿病予備軍) の割合も、男性で 15.2%、女性で 23.9%、

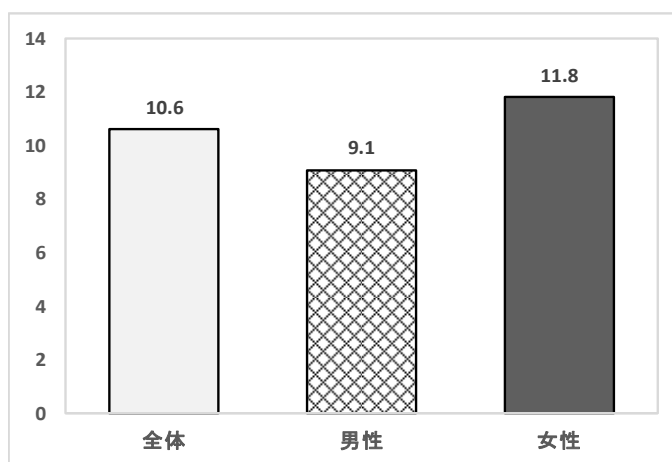


図 2-17 糖尿病の有病率 (男・女、%、2014 年)
出所 : MOH, WHO & WDF. 2014. Report on National Survey of Diabetes Mellitus and Risk Factors for NCD in Myanmar

²¹ 25 歳から 64 歳の男女のうち、血糖値の上昇 (空腹時血糖 7 mmol/L 以上、または上昇した 2 時間血糖 11.1 mmol/L (200 mg/dl)) あるいは糖尿病として治療を受けている男女の割合を示す。

²² WHO. 2016. Global Report on Diabetes. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>

全体で 19.5%である²³。

この調査結果に基づき、2015 年 12 月 22 日付 Myanmar Times で、ミャンマーの 25 歳～65 歳人口の 10.5%（約 500 万人）が糖尿病状態（約 250 万人）または前糖尿病状態（約 250 万人）であるとするヤンゴン第二医科大学の報告を報じている。

② 高血圧

2014 年の同調査では、血圧を測ったことがない人は、成人男女(25 歳～64 歳)の男性で 43.5%、女性で 30.3%、全体で 36.9%という結果が出ており（図 2-18）、女性の検査機会はまだ低いと言える。高血圧と診断された人のうち、医療従事者に処方された薬を飲んでいる人の割合は 34.9%、薬草などの伝統療法を試している人は 15.7%で、これは男女どちらも年齢層が高い人ほど、伝統療法に頼る傾向があった²⁴。

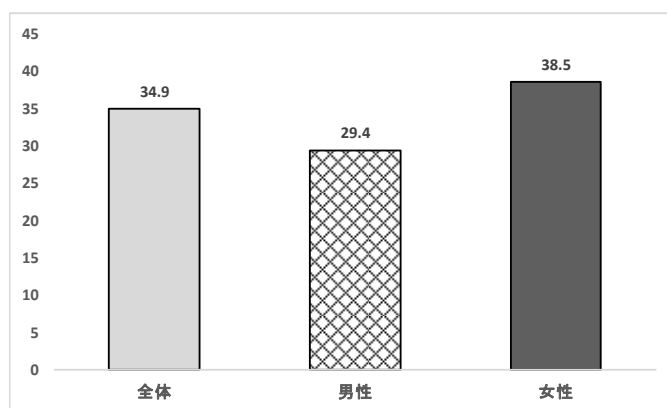


図 2-18 高血圧と診断を受け医療従事者に処方された治療薬を飲んでいる人の割合
(25～64 歳の男・女、%、2014 年)

出所：MOH, WHO & WDF. 2014. Report on National Survey of Diabetes Mellitus and Risk Factors for NCD in Myanmar

²³ MOH, WHO & WDF. 2014. Report on National Survey of Diabetes Mellitus and Risk Factors for NCD in Myanmar

²⁴ MOH, WHO & WDF. 2014 Report on National Survey of Diabetes Mellitus and Risk Factors for NCD in Myanmar

2-5 保健セクターの概況

2-5-1 保健行政

2011年3月に軍事政権に代わり、新政権が発足後、急速に民主化が進められてきている中、保健セクターにおいても様々な保健システム改革が進められてきた。2015年には、保健省は保健スポーツ省と名称を変更し、その下に7つの局が配置された（図2-19）。公衆衛生局の下に4つの部署があり、その一つの公衆衛生部署はタウンシップ以下のプライマリーヘルスケア及び基礎保健サービスを担当しており、医療サービス局は、効果的な治療やリハビリサービスを担当し、ステーション病院レベル以上の施設を管轄している。

保健省が掲げる目的とその戦略は以下の通りである²⁵。

目的

1. すべての国民が十分に寿命を全うし、長寿を保つことを可能にする。
(To enable every citizen to attain full life expectancy and enjoy longevity of life.)
2. すべての国民が病気から自由になることを可能にする。
(To ensure that every citizen is free from diseases.)

戦略

1. 健康管理に関する情報や教育を村落地域まで広く普及する。
(Widespread disseminations of health information and education to reach the rural areas.)
2. 疾病予防活動の強化
(Enhancing disease prevention activities.)
3. 一般的な疾病のための効果的治療の提供
(Providing effective treatment of prevailing diseases.)

ミャンマーでは、保健行政について地方分権化の重要性について議論はなされているものの、実際には中央集権色が濃く、州・地域の保健局に対する中央レベルの保健省の影響は大きい。なお、民間セクターに関して情報は少ないものの、医療サービスの提供主体はやはり保健省管轄下の公的保健施設となっている。

²⁵ 保健省ホームページ。

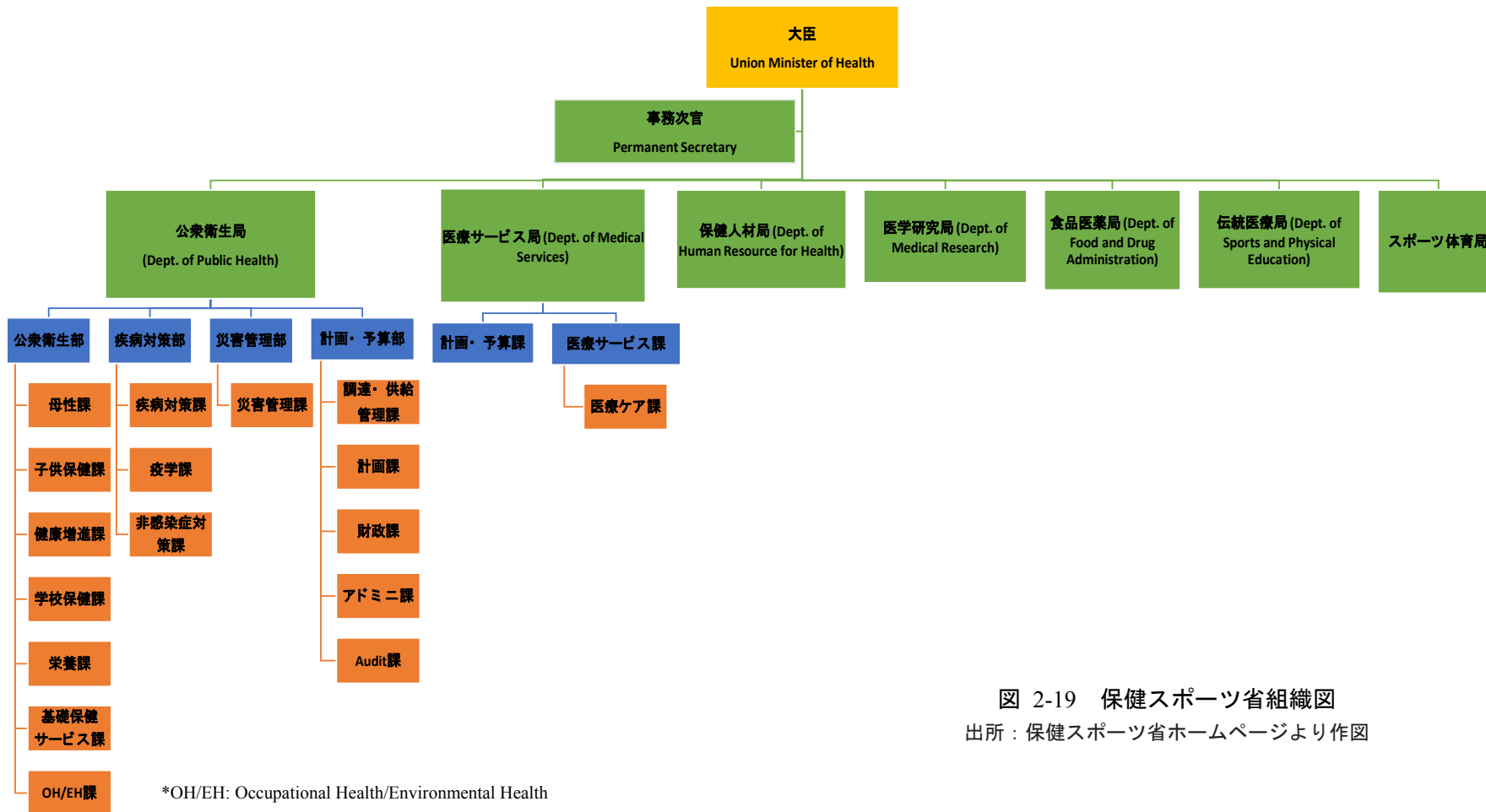


図 2-19 保健スポーツ省組織図
出所：保健スポーツ省ホームページより作図

サービス提供体制について、図 2-20 に示されるように、2015年4月以降、本省保健局が医療サービス局と公衆衛生局の2局に分離したため、病院部門（三次・専門病院からステーション病院レベルまで）は、医療サービス局の管轄、公衆衛生サービス（州・地域レベルから RHC/SHC レベルまで）は公衆衛生局の管轄となっている。

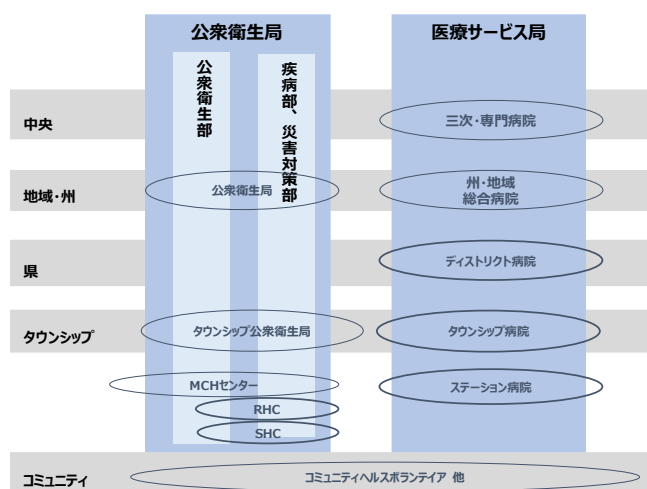


図 2-20 保健省サービス提供体制
出所：JICA 作成のパワーポイントを元に調査チーム作成

基礎保健サービスについては、主に公衆衛生局ラインの地域住民に最も近い RHC/SHC レベルで提供され、必要に応じて医療サービス局が管轄するタウンシップ病院レベル以上で提供されることになっている。

2-5-2 医療財政

ミャンマー新政権発足後、保健医療分野への政府予算は増加傾向にあり、政府支出に占める医療費の割合は、2010年の1.8%から2014年には3.6%と改善されたものの、国際レベルにはほど遠く、他の ASEAN 諸国に比べても、低い傾向にある（図 2-21）。

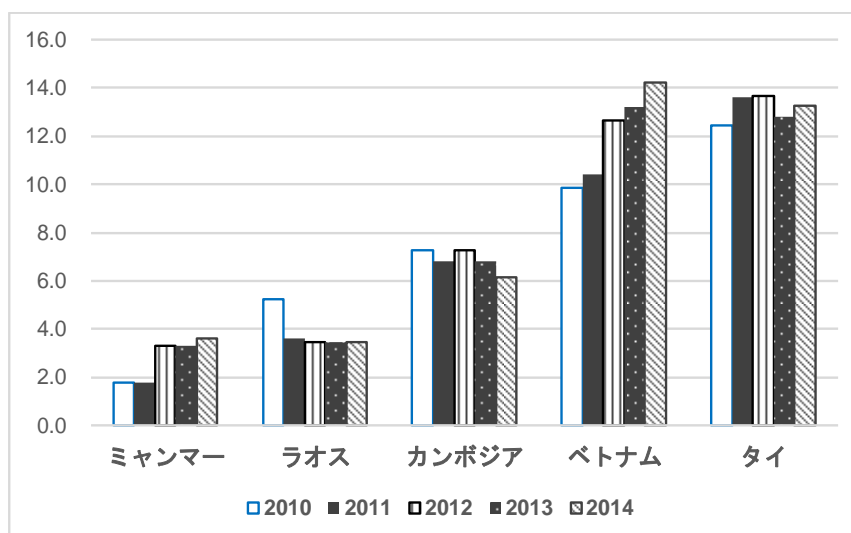


図 2-21 政府支出に占める医療費の割合 (%)
出所：WHO, National Health Account

2010年から2014年のミャンマーの総医療費に占める患者の自己負担の割合は、2011年の78.8%から2014年は51%と減ったものの依然高く、世界でも最も悪いレベルにあるカンボジアと並んでいる。このような高い医療費による家計破綻から貧困に陥るケースが見られ（図 2-22）、医療費の負担が保健サービスへのアクセスの障壁となっているのが現状である。

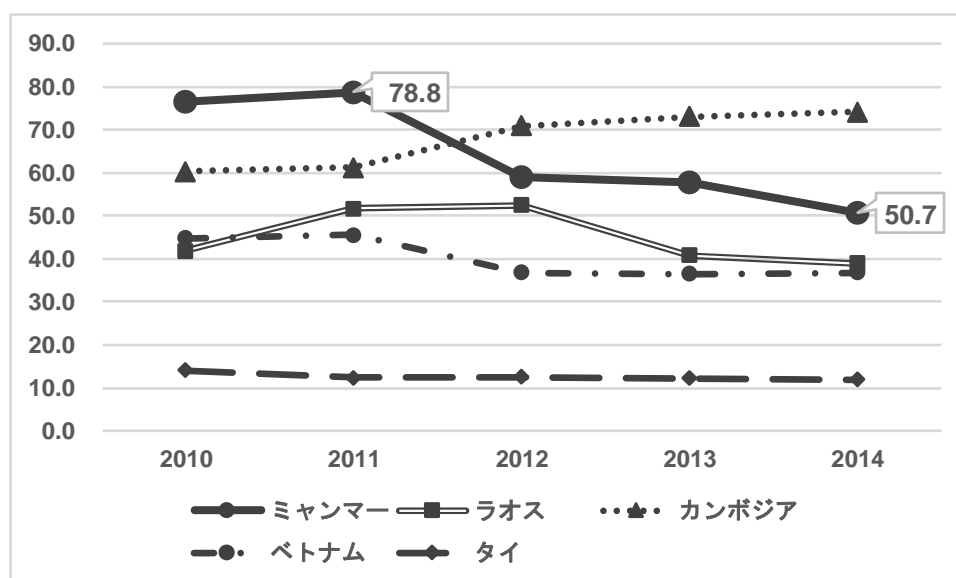


図 2-22 総医療費に占める患者の事項負担の割合 (%)

出所：WHO, National Health Account

2-6 ミャンマー保健スポーツ省の政策及び国家計画等における位置づけ

ミャンマーでは、2012年にミャンマー政府、開発パートナー（主要援助機関、国連機関、国内外のNGO）、民間セクター等が参加するミャンマー保健セクター調整委員会（M-HSCC：Myanmar Health Sector Coordinating Committee）が発足し、以来、UHC達成を目指し、様々な取り組みに関する議論がなされている。こうしたプロセスを経て、ミャンマー政府・保健省は、UHCを重要な戦略として位置付けるとともに、NLDのマニフェストにも明記し、2016年3月には、発足した新政権のもと、「保健行政改革－2030年までのUHCへ向けてのロードマップ（Programme of Health Reforms – A Roadmap Towards Universal Health Coverage in Myanmar（2016-2030））」としてとりまとめて発表している。新体制下では、これまでの保健省の掲げる「ミャンマー保健ビジョン2030（Myanmar Health Vision 2030）」が引き継がれ、それに基づいて新5か年「国家保健計画（NHP：National Health Plan）2017-2021」が策定され、2016年12月には最終化された。

NHP（2017-2021）の主たる目的は、2020年までに社会保障制度の整備を行いつつすべての国民に基礎保健サービスを届けることであり、図 2-23 の第一段階にあたる。第二、第三段

階を経て 2030 年には UHC の達成、つまり「全ての人々が、健康増進・予防・治療・機能回復のための十分な質の保健サービスを、必要な時に負担可能な費用で受けられる」ことを目指している。このことは、これまで主要な課題として取り上げられてきた結核、エイズ、マラリア、母子保健といった、特定の疾病や保健課題だけではなく、「健康であるという権利」を人々の生涯（ライフコース）を通して実現していくことを意味する。また、現在ミャンマーは、前述のとおり、疾病構造の変化に伴いこれまでの感染症に加えて、慢性疾患に移行する疫学転換期にあるため、これまで優先度が低いとされていた NCD 対策や高齢化に対応するサービスや情報なども今後、UHC の達成に向けた取り組みとして組み込まれると思料される。

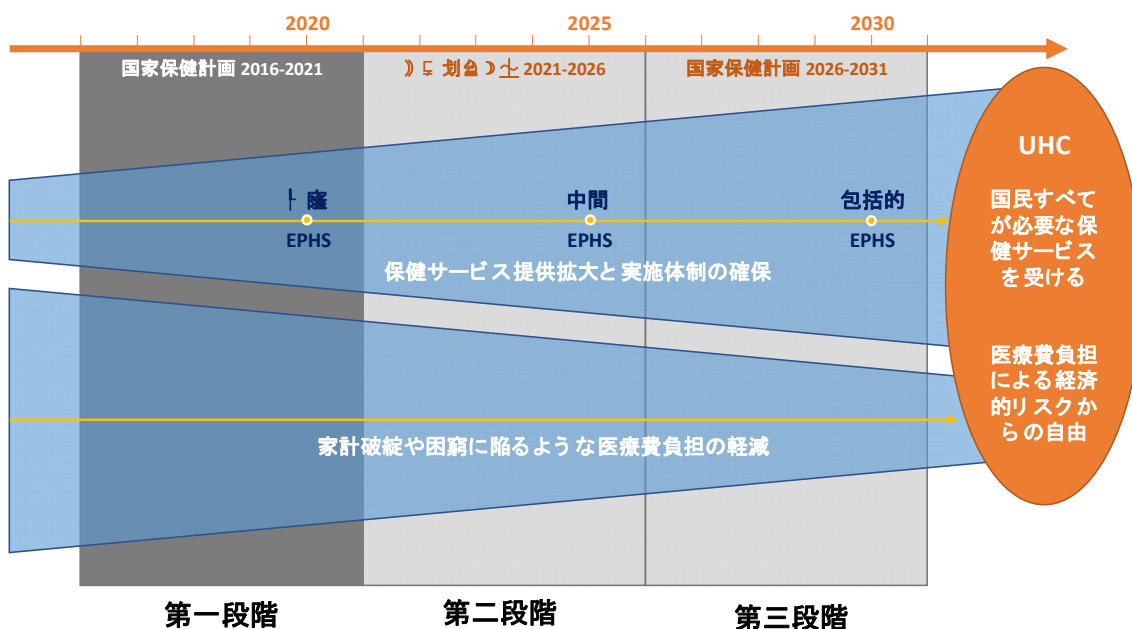


図 2-23 UHC 達成に向けた戦略

出所：NHP (2017-2021)

NHP（2017-2021）を実施する上での主な戦略を以下に挙げる。

- ◆ 地域的優先度を設定し、フェーズに分けて NHP（2017-2021）を実施
- ◆ 2030 年の UHC 達成に向けて、3 段階（第一次、第二次、第三次段階）でそれぞれ基礎、中間、包括的必須保健サービスパッケージを導入
- ◆ インクルーシブタウンシップ保健計画（ITHP：Inclusive Township Health Plan）の導入
- ◆ 保健システム強化（人材育成、インフラ、サービス提供、保健財政）に焦点
- ◆ NHP（2017-2021）実施に係る政策支援環境の整備（リーダーシップ、アカウンタビリティ）
- ◆ コミュニティ参画の重要性

第一段階である NHP（2017-2021）の特徴としては、従来の NHP に比べてサービス提供の整備体制強化のみならず、コミュニティ参画を通して住民のサービス利用を増やすことに焦点を当てている点である。

これまでに、保健省主導で開発パートナー、実施団体（国際・ローカル）の協力のもと現在進行中も含め、NHP（2017-2021）実施に向けて以下の作業が進められている。

- 基礎必須保健サービスパッケージ（基礎 EPHS²⁶）の最終化
- 基礎 EPHS のコスト計算
- ターゲットタウンシップの選定

330 タウンシップのうち、初年度集中的に投入する 70 タウンシップが Health Input Scoring Index 及び Health Output Scoring Index に基づいて選定され²⁷、正式に 3 月下旬ごろに発表される予定である。ちなみに、マグウェイ地域は 6 タウンシップが選定される予定。保健省関係者によると 25 床タウンシップ病院があるタウンシップが優先されるとのことである。

ターゲットタウンシップには、次のようなパッケージが投入される：①35 種の医療機材（ステーション病院用）、②救急車 1 台（タウンシップ病院用）、③C タイプのラボ、④既存の RHC1 か所と管轄下の SHC4 か所の再建と機材・必須医薬品等の供与、⑤RHC5 か所の管轄下 SHC の改修。ちなみに①と②はすでに調達済みである。

²⁶ 基礎 EPHS（Basic Essential Package of Health Services）とは、プライマリーヘルスケアを重視し、コミュニティを含むタウンシップレベル以下での必須保健サービスを対象とし、母子・新生児ケア、栄養、主たる感染症および非感染性疾患を含む

²⁷ Health Input Scoring Index: 人口と面積に基づいて定義した全国基準と比較し、保健インフラと保健人材に関するタウンシップの現状を要約したインデックス
Health Output Scoring Index: 選択した主たるアウトプット指標について、タウンシップのパフォーマンスを基準点をもとに測ったインデックス

- ITHP の策定準備
既存のタウンシップ計画のレビューが行われ、その後「one system-one plan」を目指して統一テンプレートが最終化され、全国に配布される。ITHP 策定は初年度ターゲットの 70 タウンシップに限らず、全タウンシップで同時に開始される。
- 初年度の 2017 年 NHP 実施計画（Operational Plan）の策定
- NHP 実施のためのモニタリング・評価（M&E：Monitoring and Evaluation）枠組み及び指標の設定
特に「公正（equity）」の視点で指標をモニタリングしていく。そのため、健康状態、サービス利用、アクセス、財政支援の公正性、さらには社会経済やジェンダーの視点からみた公正性などを考慮に入れた指標が設定される。
- エビデンスに基づく政策策定を目指した NHP（2017-2021）に関連する調査研究の実施

NHP（2017-2021）が最終化された後に開かれたミャンマー保健セクター調整委員会の会議（2017年2月27日）の中でも、保健省は、基礎保健サービスパッケージ（Basic EHPS）をプライマリーレベルで提供する必要性を強調しており、開発パートナーに対して「NHP サービスデリバリーモデル」構築への協力を求めている。

2-7 ミャンマー保健スポーツ省による関連事業の実施状況

保健省の各課は NHP（2017-2021）に沿ってそれぞれの実施計画と戦略及び基礎保健サービスパッケージを策定中である²⁸。特に今後の協力に関連してくる 5 つの課（MRH 課、HLP 課、子供保健課、栄養課、NCD 課）の(1) 現行の取組み、(2) 今後の優先分野及び活動計画について以下に述べる。

2-7-1 基礎保健サービス課（Basic Health Services: BHS）

(1) 現行の取組み

BHS 課は、新たに配属されたスタッフの管理・監督及び、RHC 以下の施設の管理と整備を担当しており、州・地域、県、タウンシップ以下すべてのレベルに、担当官が配置されている。また、2015 年より始まったコミュニティクリニック²⁹も BHS 課の管轄である。現在、同課でも NHP（2017-2021）に合わせた戦略を各レベルで策定中であるが、中でも「コミュ

²⁸ 保健省開取り（2016 年 12 月、2017 年 2 月）

²⁹ コミュニティクリニックとは、これまで週に 3 日だった RHC 拠点のサービス（Facility-based service）の実施日を毎日（＝週 5 日）に増やして、これまで妊産婦保健サービスと予防接種メインで提供していたサービスの幅を、高齢者対象ケア・一般成人のケアにも広げるという構想で、EPHS の流れにも合致しているコンセプトである。

ニティの巻き込み」(Community Engagement)は優先度が高い。例えば、RHC/SHC レベルで策定する保健マイクロプランは、これまで計画・実施・評価の各段階においてコミュニティの巻き込みが弱いとされてきているが、今後よりコミュニティのニーズを反映させたプラン作りが課題である。

(2) 優先分野及び活動計画

プライマリーレベルでの基礎的保健サービス提供における課題として、BHS 課長が挙げた点は次の通りである。

- 保健人材の確保（給与を含む待遇の改善や、医科大学への地方出身者優遇入学措置などの手段がとられているが、さらなる工夫をして、医師・BHS の農村へき地への定着率を向上させる必要がある。）
- 基礎的薬品や機材の不足
- NCD や高齢者ケアのサービス提供が質・量とも不十分（これらの分野のサービスに関する研修を受けた基礎保健スタッフが少ない。）
- 基礎保健スタッフの患者や住民に対するコミュニケーション能力の不足
- リファラル強化と持続性担保（3MDGF などが、搬送費の支援をしているが、これらの支援が終了した後の持続性が課題である）。

2-7-2 母性課 (Maternal and Reproductive Health: MRH)

(1) 現行の取組み

現在、「リプロダクティブヘルス 5 か年戦略 2014-2018 年」(Five-year Strategic Plan for Reproductive Health 2014-2018) を実施中である。

(2) 優先分野及び活動計画

MRH 課が 2016 年後半に技術検討ワーキング・グループ (MRH プログラム) で発表した今後の計画には以下が含まれる。

- コミュニティクリニックや MCH センターでの MRH 分野の活動を強化
- 家族計画サービスの向上を目指した全国レベルでのインプラント実践研修を実施
- 子宮頸がんスクリーニングの実施・展開
- すべての州・地域レベルで、妊産婦死亡サーベイランスと対策 (MDSR : Maternal Death Surveillance and Response) の必要性に関するアドボカシー会議と研修を実施
- すべての助産師対象に基礎的緊急産科ケア

- Learning and Performance Improvement Centre をマグウェイ及びエーヤワーディの2地域でオープン
- 各種ガイドライン（家族計画、産前健診など）の見直し及び改定

同計画を踏まえ、MRH 課の重点課題であり、かつ日本に対して協力を期待している活動は以下のとおり³⁰。

- ① 母子保健ボランティアの育成強化とコミュニティ住民の意識向上
- ② 思春期保健
- ③ 家族計画普及のためのタスクシフティング
- ④ 保健施設改修
- ⑤ RHC/SHC レベルでの標準的な分娩室の設置
- ⑥ 施設分娩の推進と妊婦待機場所の設置

2-7-3 健康増進課 (Health Literacy Promotion: HLP)

(1) 現行の取組み

健康教育・健康増進分野は、NHP（2017-2021）の5つの重点分野の一つであり、保健大臣はスピーチの中で³¹、健康増進や健康教育の重要性を強調している。新政策に合わせた組織再編により、2017年1月から Health Education 課は、課名が HLP 課に変更された。同課の職員は、本省に28人が配置されており、州/地域レベルでは、これまで医師資格を持つスタッフが健康教育担当官として配置されていなかったが、今後、新たに医師50人が採用され、新たに必要な研修が行われる予定である。

(2) 優先分野及び活動計画

今後、保健省はますます健康増進分野に焦点を当て、住民が健康面において適切な意思決定をするために必要な基本的健康に関する情報や予防・啓発活動を推進し、その結果地域住民が健康増進に向けて行動変容していくことを目指している。

HLP 分野の国家政策やガイドラインはまだ策定されていないが、課が打ち立てた戦略としては以下のとおり³²。

- HLP 分野における人材育成・能力強化
- 行動変容に関する研究及びアセスメント

³⁰ MRH 課長聞き取り（2016年12月）

³¹ The 9th Global Conference on Health Promotion: Shanghai（2016年11月21-24日）

³² 2016年12月時点では、保健大臣から内諾を受けている。

- 情報技術やマスメディアを活用した新しい広報教育
- 教材制作
- 優秀な BHS に対する褒賞制度の導入

具体的な今後の活動分野として、ラジオなどのメディアを通して必要な保健メッセージを広く国民に届ける、「標準保健メッセージ集」(Standardized Message Book) の改訂などがある。本課を直接支援・協力するパートナーは、例えば MRH 課や子供保健課などに比べると資金規模的にも依然少なく、WHO は技術支援のみ、国連児童基金 (UNICEF : United Nations Children's Fund) は子供保健分野のメディア活用の支援、国連人口基金 (UNFPA : United Nations Population Fund) はモバイルアプリの開発、3MDGF はビデオクリップの開発などが挙げられる。

2-7-4 子供保健課 (Child Health Development : CHD)

(1) 現行の取組み

子供保健の主な政策・戦略文書は、「新生児及び子供保健国家戦略計画 2015-2018 年」(National Strategic Plan for Newborn and Child Health Development 2015-2018) と予算計画、そして Myanmar Every Newborn Action Plan 2014-2020 が挙げられる。

(2) 優先分野及び活動計画

同課が掲げる優先分野は以下のとおり

- 病気の新生児ケアのための早期必須ケアマネージメント
- 小児死亡サーベイランス
- 早期幼児開発
- 必須医薬品の供給

なお、直面している課題としては、各プログラムや保健省内及び他セクター間における継続ケアのアプローチの相違、クオリティケアにかかる標準化の未整備、リソース不足、エビデンス不足、コミュニティにアプローチした介入策の欠如などである³³。

³³ 子供保健課のプレゼンテーション資料 (2016 年 10 月)

今後、NHP（2017-2021）に合わせた基礎保健パッケージの最終化を行い、パッケージを実施するためのリソースの動員を積極的に行っていくと同時に、省内にとどまらず、マルチセクター間で子供保健の改善に取り組んでいく方針である。

2-7-5 栄養課

(1) 現行の取組み

国家栄養事業として、以下5つのプログラムが展開されている。

- ① Protein Energy Malnutrition Control Program（成長モニタリング、Community Nutrition Center、Village Food Bank 等含む）
- ② Iron Deficiency Anemia Control Program（妊婦や思春期の女子生徒へのマルチ栄養カプセルの供与、栄養教育、寄生虫駆除、栄養強化補助食品の供与等）
- ③ Iodine Deficiency Disorders Elimination Program（ヨード添加塩の普及）
- ④ Vitamin A Deficiency Elimination Program（妊産婦と5歳未満児へのビタミンAカプセル支給）
- ⑤ Vitamin B1 Deficiency Elimination Program（ビタミンB1欠乏症対策プログラム）

(2) 優先分野及び活動計画

栄養課が取り組んでいる優先課題・分野は以下のとおり³⁴。

- 乳児・幼児の食に関する行動変容コミュニケーションの向上
- 栄養サーベイランスシステムとラボの強化
- 貧血対策プログラムの強化（鉄分補助食品の供与、微量栄養素ふりかけの普及）
- マルチステークホルダー・プラットフォーム及び栄養への取り組み拡充（SUN : Scaling Up Nutrition）ネットワークの強化³⁵
- 栄養士など栄養専門家の養成
- 強化米の開発と普及
- 乳幼児のための栄養強化食品のマーケティング

また、特に RHC/SHC やコミュニティレベルで実施されている栄養分野の活動は次のものが挙げられるが、子供保健課や MRH 課などと連携しながら進められている。

- 「乳幼児の食に関する戦略」の実施
- 適切な母乳育児の推進

³⁴ 栄養課長への聞き取り（2017年2月）

³⁵ SUN: 栄養失調・不良を解決に向けての国際的運動ネットワーク、59か国が参加。

- 適切な離乳食の推進
- 妊産婦栄養指導
- 成長モニタリングとプロモーション
- 補助食品や栄養剤の供与等
- 栄養強化食品のマーケティング
- Community Nutrition Center：料理教室、補助所食品の供与、栄養教育、栄養不良の子供へのケア等
- Village Food Bank：栄養不良の子供への治療とケア

2-7-6 NCD 課

(1) 現行の取組み

非感染性疾患分野は、NHP（2011-2016）及びNHP（2017-2021）の中でも、優先課題の一つに位置づけられている。2015年には、公衆衛生局の下に新たにNCD課が設置され、主なNCD（循環器疾患、糖尿病、癌、慢性呼吸器疾患）の他に、蛇咬症、外傷、精神保健などの課題に取り組んでいる。人員に関しては、中央レベルから地域・州、タウンシップレベルで従事するNCDオフィサーの必要数は64人だが、定員を満たしていない状況である³⁶。

これまでに、保健省はWHOのNCDリスク要因サーベイ（STEPS Survey：STEP wise approach to surveillance）（2004年、2007年、2014年）³⁷を3回実施し、グローバルユースタバコサーベイ（2001年、2004年、2007年、2015年）を4回実施した。2017年には、NCD課では、「ミャンマー国家包括的癌対策計画（2017-2021）」を策定し、7つの戦略（第一次予防、癌早期発見、効果的な診断・治療、癌患者のための質の高い生活の確保、癌患者に関する情報収集、サーベイランスとリサーチ、放射線治療の安全管理）が打ち出された。

(2) 優先分野及び活動計画

保健省は、2012年より高血圧と糖尿病を含む必須NCDパッケージ（プライマリーレベルのPEN：Package of Essential Non-communicable disease）をヤンゴンの2タウンシップで実施してきたが、今後すべてのタウンシップに拡大する予定である。

2017年2月には「NCD国家戦略計画（2017-2021）」策定ワークショップが開かれ、UNFPA、WHO、3MDGF、People Health Foundationなどの開発パートナーが出席した。NCD課は今後、

³⁶ NCD課の聞き取り（2017年2月）

³⁷ WHO STEP survey: National Survey of Diabetes Mellitus and Risk Factors for Non-Communicable Diseases in Myanmar

Help Age International が雇用したコンサルタントと共にドラフト作成を行い、最終化していく予定である。Help Age International は WHO と共に NCD 課の主要なパートナーとして、TOT、スーパービジョン、M&E を支援してきている。

今後の計画としては、以下の活動が挙げられている。

- 住民ベースの癌登録制度の実施・展開
- EPHS における NCD 対策のサービスの特定
- マルチセクター連携の強化
- NCD 関連の研究とサーベイランス実施
- 2019 年の STEP サーベイの準備

第3章 プライマリーレベルで提供される基礎保健サービスに関する 現状と課題【現地実施状況】

本章では、ミャンマーにおけるプライマリーヘルスケアの現状と課題を、主に調査対象地域の医療施設への訪問と保健従事者への聞き取りから得られた結果を基に説明する。

3-1 基礎保健サービスの現状

3-1-1 調査対象地（マグウェイ地域、バゴ地域、エーヤワディ地域）の特徴

調査対象地であるマグウェイ地域、バゴ地域、エーヤワディ地域の特徴及び関連指標（表 3-1）を以下に挙げる。

マグウェイ地域：

ミャンマーの中央乾燥地帯に位置し、気候（高温・乾燥・水不足）が厳しいエリアであり、住民の健康問題にも影響を与えている。道路等のインフラの未整備や起伏の多い地形から、保健施設へのアクセスは非常に困難である。また、保健施設の未整備も課題である。石油が採れる地域でもあり、鉱業や農業などが主な産業となっている。

バゴ地域：

石油やチーク材などの天然資源が豊富で、また稲作に向けた肥沃な土地を有することから、全国で二番目の稲作生産量を誇る。バゴ地域の中央部分にある高地を中心に西地域と東地域に分かれている。幹線道路が通っており、ある程度経済活動が活発であるが、東地域は起伏が激しい丘陵地帯であるため、貧困率も西に比べ高い。保健状況は、概ね全国平均に近いが、バゴ東地域のほとんどの保健指標が西地域と比べて悪い。

エーヤワディ地域：

デルタ流域の穀倉地帯で、二期作、場所によっては三期作も可能な、水田地帯が広がる平坦な地域であり、ミャンマーで最大の稲作地帯である。2008年のサイクロン・ナルギスの被害が大きかった地域で、雨季にはエーヤワディ川とその支流からあふれた水による洪水被害も多く、毎年避難民も多い。そのため、保健施設へのアクセスも雨季にはボートがなければ難しい。貧困率は、全国平均（26%）に比べ高く 32.2%となっている。

表 3-1 調査対象 3 地域の特徴

	全国	マグウェイ	バゴ	エーヤワデー	
人口	51,486,253	3,917,055	4,867,373	6,184,829	
タウンシップ数	330	25	28	26	
平均寿命	66.8	60.6	66.7	61	
貧困率	26%	27%	16% (西)	20.2% (東)	32.2%
安全な水	69.5%	76.6%	73.6%	50.3%	
改良トイレ	74.3%	68.4%	74.6%	74.9%	
電化率	32.4%	22.7%	27.7%	12%	

出所：① Magway: A Snapshot of Child Wellbeing, Bago: A Snapshot of Child Wellbeing, Ayeyarwaddy: A Snapshot of Child Wellbeing 2014. Myanmar Population and Housing Census A Changing Population: Magway Region Figures at a Glance, Bago Region Figures at a Glance, Ayeyarwaddy Region Figures at a Glance

② UNICEF, The Republic of the Union of Myanmar: A Snapshot of Child Wellbeing

3-1-2 調査対象地の保健指標

(1) 母子保健指標

下記表 3-2 及び図 3-1、3-2 にあるように、調査対象 3 地域は母子保健関連指標が全国平均を上回る状況である。妊産婦死亡率はいずれも 300 以上に及び、他地域と比較しても（図 3-1）大きな問題を抱えていることが分かる。特にエーヤワデー地域は、妊産婦死亡率、乳児死亡率、5 歳未満児死亡率に関して 3 地域の中で最も高くなっている。また、乳幼児死亡率（図 3-2）については、マグウェイ地域とエーヤワデー地域が全国で最も悪い状況にある。こうした状況から、これらの地域は、保健省が母子保健や基礎保健のサービス提供において優先的に取り組むべき地域であり、これまでに一定の開発パートナーの支援を受けてきた。

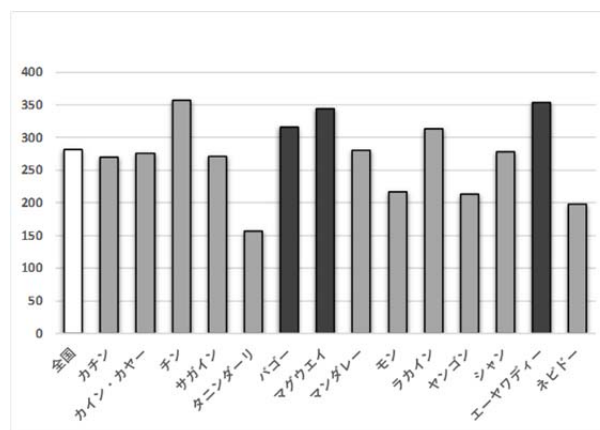


図 3-2 妊産婦死亡率（出生 10 万対）

出所：2014 年国勢調査

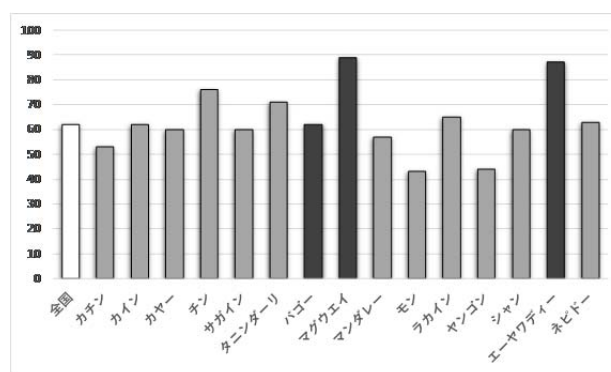


図 3-2 乳幼児死亡率（出生 1000 対）

出所：2014 年国勢調査

表 3-2 主な母子保健統計の比較

	全国	マグウェイ	エーヤワーディ	バゴ
妊産婦死亡率(出生10万対)	282.0	344.0	354.0	316.0
新生児死亡率(出生1000対)	25.0	28.0	36.0	43.0
乳児死亡率(出生1000対)	61.8	83.9	86.2	61.9
5歳未満児死亡率(出生1000対)	71.8	100.6	103.6	72.0

出所： 2014 年国勢調査

(2) サービス利用率の指標

同 3 地域の保健指標は依然全国平均を上回る一方で、直近(2017年3月)に発表された DHS (2015-2016年)のサービス利用関連指標を見ると、全国平均に比べ良い結果が出ている地域も見受けられる。表 3-3 では、全国平均に対し、各地域でサービス指標が全国平均を下回る数値をハイライトした。

例えば、マグウェイ地域においては、SBA による出産の割合や産後健診受診率は全国平均を大きく上回る結果が出ている。また、産前健診受診率や施設分娩率はわずかながらではあるが全国平均を上回っている。

エーヤワーディ地域は、施設分娩率及び SBA による出産率ともに、全国平均や他の 2 地域と比べて低い。出産介助者として習慣的に TBA を選ぶ女性がいまだ多く(TBA による出産率は全国平均 29.2%に対してエーヤワーディは 42.9%)³⁸、施設分娩率や SBA による出産率が低くなっていることが一因と考えられる。

バゴ地域は、マグウェイ及びエーヤワーディの 2 地域に比べ、良い数値が見られる。他方、バゴ地域内の東と西で保健指標やサービスの利用状況についての格差が見られるのが特徴である。

³⁸ DHS 2015-2016.

表 3-3 母子保健サービスの利用状況

	全国	マグウェイ	エーヤワ ディ	バゴ
産前健診率	80.7	82.5	78.3	79.5
破傷風予防接種率(2回以上完了率)	69.9	64.7	69.2	68.8
施設分娩率	37.1	37.5	34.0	39.3
専門技能者による出産の割合(SBA)	60.2	68.4	50.0	62.9
産後健診受診率(産婦)(出産後48時間以内)	71.2	92.3	70.8	80.0
産後健診受診率(新生児)(出産後1時間以内)	10.8	20.7	16.3	1.7
産後健診未受診率(産後41日以降に初めて受診した女性を含む)	23.7	6.8	26.0	14.8
産後健診未受診率(生まれて7日以降に初めて受診した新生児を含む)	59.9	62.7	55.4	51.5
低体重出生率(2500g未満)	8.1	4.9	11.4	7.7
5歳未満児の年齢身長比(-3以下)	8.2	10.1	9.1	4.3
同(-2以下)	29.2	23.0	37.2	23.0
5歳未満児の身長体重比(-3以下)	1.3	1.3	0.0	2.2
同(-2以下)	7.0	6.2	3.9	6.1
5歳未満児の年齢体重比(-3以下)	3.7	3.3	3.1	3.4
同(-2以下)	18.9	21.8	24.6	17.6
6-59か月の子どもの貧血の割合	57.8	59.5	61.9	54.0
15-49歳女性の貧血の割合	46.5	52.2	43.0	47.6

出所：DHS 2015-2016

3 地域のなかでも、特にマグウェイ地域では、2014年の国勢調査の結果を受けて、過去2年間に Three Millennium Development Goal Fund (3MDGF) を始め開発パートナーと保健省が集中的に母子保健分野の支援投入を行ったため、上記のようなサービス利用率向上の成果が表れ始めた可能性が示唆される。他方、この成果を一時的なものに終わらせず、今後も持続させていくための取り組みと対策を行うことで、いまだ全国平均以下となっている保健指標に正のインパクトを与えることが必要である。

3-2 プライマリーヘルスケア・基礎保健サービスの提供体制

ミャンマー保健医療のサービス提供体制は、図 3-3 に示すとおりである。ステーション病院(16床)レベル以上は、保健省医療サービス局の管轄であり、他方、農村部の RHC と SHC 及び都市部の都市保健センター他は同省公衆衛生サービスの管轄となっている。なお、全国における各医療施設の総数は括弧内に示すとおりである。

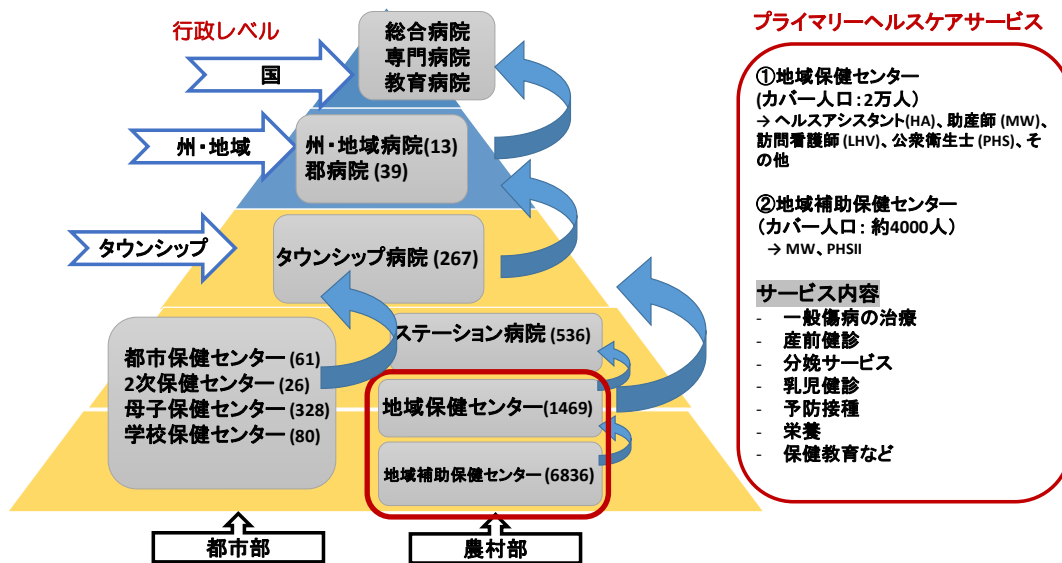


図 3-3 ミャンマー保健行政及び保健医療サービス体制全体と
プライマリーヘルスケアサービス体制

出所：JICA 2014「保健システムに係る情報収集・確認調査報告書」に
基づき調査チームが作成

公衆衛生/基礎保健サービスを提供する RHC は、通常 4~5 か所の SHC を管轄下に置き、一般傷病の治療、産前産後健診や乳児健診を含む母子保健サービス、予防接種や感染症予防、栄養、健康教育などが主なサービス内容である。RHC/SHC は今後 EPHS を提供する上で重要な位置づけである。

以上を踏まえ、マグウェイ地域、バゴー地域、エーヤワデー地域で調査団が収集した情報を基に、各施設で提供される主な保健医療サービス・人材・設備を表 3-4 に整理した。

表 3-4 各施設における主なサービス、人材、設備状況

施設レベル	主な専門科診療	治療的措置（手術等）	検査技術	母子保健サービス	医療人材体制（マグウェイ地域の例）
地域病院 (200床以上)	内科、外科、産婦人科、小児科、眼科、耳鼻咽喉科、整形外科、精神科、歯科、リハビリテーション科、放射線科、病理科、脳神経外科、麻酔科など	●手術室 ●ICU室 脳外科等の特殊分野以外は広範囲の疾病に対応	●CT ●X線 ●血球計数器 ●化学分析装置	緊急産科ケア全般 新生児ケア全般	<マグウェイ地域病院> 専門医を含む医師 80名 看護師 200名 検査技師および事務職 60名 補助職も含めて合計389名
郡病院 (100床~200床)	内科、外科、産婦人科、小児科、眼科、耳鼻咽喉科、整形外科、精神科、歯科、放射線科、病理科、麻酔科など	●手術室 ●ICU室 独立した救急処置室/救急処置対応チームを有しているとは限らない。ICU室のない病院もあり	●X線 ●血球計数器 ●化学分析装置	緊急産科ケア全般 新生児ケア全般	<ミンブー病院> 病院長1名 専門医（産科、小児科等）5~6名 外科助手（AS）50名 看護師約100~120名 検査技師約30名 補助職も含めて合計297名
タウンシップ病院 (25床以上。最近 は50床以上の病院 も増えている)	内科、外科、産婦人科	●手術室（モニターなし、麻酔医なし） ✕ICU室なし	●X線 血球計数器や 化学分析装置 を有す病院も あり	緊急産科ケア全般 新生児ケア全般	タウンシップ医務官（TM0）1名 **専門医なし 外科助手（AS）3~4名 看護師 10名~15名 検査技師 1名 合計約 20名
ステーション病院 (16床)	内科	●手術室 ●分娩室	●X線	帝王切開 基礎的な緊急産科ケア	SM0（医師・施設長）1名 **専門医なし 看護師 5~6名 LHV 1名 検査技師 1名またはなし 合計 7名
RHC	一般傷病（血糖値測定、蛇咬傷対応、血圧測定も行う）	●分娩室（ただし殆どは水・電気未整備から使用されておらず）	なし	普通分娩、各種予防接種（ワクチン保管設備あり）、下記SHCの提供するサービスすべて	HA1名（施設長） **医師なし LHV 1名 MW 5~6名 PHS II 4~6名
SHC	一般傷病（血圧測定以外の健診はなし）	✕分娩室なし	なし	産前産後検診、家族計画、予防接種、感染症対策（マラリア血液検査）、環境衛生、健康教育	MW 1名 PHS II 1名 （PHS IIIは新しい職種でまだ欠員が多い）

出所：現地調査結果に基づき調査チームが作成

地域病院及び郡病院とも様々な専門科診療が可能となっている。他方、タウンシップ病院及びステーション病院では専門医がおらず、医師は1名のみで、サービス内容は内科、外科、産婦人科関連に限定されている。母子保健サービスでは、ステーション病院レベル以上で緊急産科ケアへの対応が可能である。医師のいないRHC及びSHCレベルは、一般傷病への対応のほか、アウトリーチ活動を含めた各種予防接種や産前産後健診が主なサービス内容となっている。RHCでは分娩室のあるところも多く確認されたが、開発パートナーによる支援のない施設では水・電気の未整備などから実際は殆どが使用されておらず、代わりに助産師は自宅での普通分娩の介助を行っている。非感染症対策に関しては、RHC・SHCとも血圧や血糖値の測定など限定的な取り組みに留まっている。



日本の無償資金協力によって施設と機材が改善されたミヤイン・タウンシップのチャウソーRHC

3-3 マグウェイ地域における基礎保健サービスの課題

本項では、マグウェイ地域におけるプライマリーレベル（RHC 及び SHC）の基礎保健サービスの課題を分析する。

主な課題としては、保健人材の絶対数とキャパシティの不足及び助産師の業務過多、保健施設や機材、リファラル体制の未整備、保健活動におけるコミュニティの参加と関与不足、財務や保健情報を含めたマネジメント体制全般の不備が挙げられる。また、ライフコース・アプローチから概観すると、NCD、思春期保健、高齢者保健の分野でサービス提供体制の脆弱さが見受けられた。

これら課題の詳細について、下記の2つの項目に分けて記述する。

① 保健システムに関する課題

【保健人材、保健施設・機材・調達、リファラル、財務管理、モニタリング/スーパービジョン、HMIS】

② サービス課題分野ごとの課題

【母子保健/リプロダクティブヘルス、栄養、NCD など】

3-3-1 保健システムに関する課題

(1) 保健人材

公的保健サービスに従事する保健人材が慢性的に量・質ともに不足しており、公衆衛生サービス提供に大きな影響を及ぼしている様子が見受けられた。人材能力に関しては、保健データ・情報管理、ロジスティックス（薬品・物品在庫管理）、地域住民の意見を反映した参加型保健計画の策定・実施等の面で課題が確認された。また、保健ボランティアの課題として、開発パートナー支援頼りの構造や持続可能性の問題、ボランティアの質の問題等を含む課題が挙げられる。

基礎保健スタッフ：BHS

① プライマリーレベルの保健人材不足と助産師の業務過多

保健省は助産師の業務過多に対し公衆衛生士 II（PHS II：Public Health Supervisor II）のポジションを新たに作り、SHC は2名体制になった。しかし、PHS II の経験と能力の不足が主な原因で、助産師の業務量はさほど軽減されていない状況が観察された。調査団が訪問した SHC では、PHS II 全員が従事年数3年以内であり、例えば、保健データの集計に関する

調査団からの質問に対応するのは多くが助産師であり、PHS II の業務の一つは保健データであるにも関わらず、依然助産師が取り組んでいる様子が伺えた。また、PHS II が新たに配属された SHC で働く助産師は、聞き取りの中で、環境衛生活動等の業務については PHS II の業務であるため軽減された面もある一方で、PHS II の監督指導が必要なため、全体として業務量の軽減には繋がっていない、PHS II が独立して業務が出来るようになるためにはもう少し時間が必要だと回答している。

また、表 3-5 にあるように、ステーション病院及び RHC に所属する LHV の欠員率は 10% を超えており、この点も助産師の負担増に繋がっていることが推察される。RHC に配属された LHV は、助産師の指導監督役を務める。上長となる LHV が長く欠員状態だという RHC の助産師の場合、LHV の欠員により、主に保健統計報告書の作成等の日常業務に負荷がかかっている。

表 3-5 マグウェイ地域の保健人材

職種	配属数	従事者数	欠員数	欠員率(%) *欠員数/配属数
医師(DR)	72	39	33	45.8%
看護師(N)	57	51	6	10.5%
ヘルスアシスタント(HA)	179	177	2	1.1%
訪問保健看護師(LHV)	215	181	34	15.8%
公衆衛生士 I(PHS I)	115	42	73	63.5%
公衆衛生士 II(PHS II)	1112	589	523	47.0%
助産師	1329	1270	59	4.4%

出所：マグウェイ地域公衆衛生プロファイル 2015 年版

② リファラル病院の保健人材不足と搬送受け入れ体制

人材不足は、プライマリーレベルだけでなく、リファラル先である病院レベルでも確認された。表 3-6 にある通り、タウンシップ病院やステーション病院に配属される医師も、半数近く（45.8%）が欠員となっている。特にステーション病院医務官（SMO: Station Medical Officer）が不在の病院では、RHC/SHC やコミュニティからの搬送数が少ない傾向にある。

表 3-6 マグウェイ地域病院のスタッフ数

職種	配属数	従事者数	欠員数	欠員率(%) *欠員数/配属数
病院長 (Medical Superintendent)	1	0	1	100.0%
上級専門医 (Senior Consultant Specialist)	17	9	8	47.1%
副病院長	1	1	0	0.0%
ジュニア専門医 (Junior Consultant Specialist)	17	5	12	70.6%
医務官 (外科助手) (Medical Officer (Assistant Surgeon))	77	64	13	16.9%
看護師	289	195	94	32.5%
技師・事務職	116	62	54	46.6%
その他	76	53	23	30.3%
合計	594	389	205	34.5%

出所：マグウェイ地域病院プロフィール 2017 年版

保健ボランティア

保健ボランティアには、政府系大衆組織であるミャンマー母子福祉協会 (MMCWA : Maternal and Child Welfare Association) とミャンマー女性問題連盟 (MWF : Myanmar Women's Affairs Federation) のメンバーの他に、保健省が公認するものとして、①コミュニティ・ヘルスワーカー (CHW/公衆衛生局 BHS 課管轄)、②補助助産師 (AMW/MRH 課管轄)、③母子保健推進員 (MCHP/MRH 課管轄)、④若者情報センターボランティア (Youth Information Center (YIC) Volunteer/ HLP 課管轄) などが存在する。他にも、主要感染症 (HIV/エイズ、結核、マラリア) 対策を中心に、多くの保健ボランティアが政府関係機関や開発パートナーによって育成されてきた。本調査で明らかになった保健ボランティアの課題、背景と原因について以下に挙げる。

① 保健ボランティアの開発パートナー依存体質と体制の非標準化

保健ボランティアの活動の多くは開発パートナー支援に依存しており、事業終了後は活動が停止・停滞しているケースが見受けられた。例えば、プインピュータウンシップには YIC ボランティアが UNFPA によって支援されていたが、支援終了後の現在に至っては、ボランティアの人数が減り、活動はほぼ停止していた。また、YIC ボランティアの活動拠点として建設されたセンターは既に取り壊されており、住民配布用の教材も十全には配布されていないため、住民の協力や理解を得ることは難しい状況である。こうしたボランティア活動の停滞の主な原因としては、①開発パートナーからの金銭的インセンティブの供与がなくなったこと、②継続的な研修が行われていないこと、③保健ボランティアと BHS やコミュニティ住民との密接な協力関係がなくボランティア活動継続への支援が得られていないこ

と、などが挙げられた。

また、異なる開発パートナーが支援分野によって縦割り式にボランティア養成を行っていたため、同じコミュニティでも様々なボランティアが併存し、異なる課題（マラリア、HIV/エイズ、母子保健ボランティアなど）に不統一に取り組んでいる状況が確認された。中には、MCHPとして養成された人材を RHC スタッフが CHW と誤認しているケースも存在した。それぞれのボランティア育成には開発パートナー毎に異なる養成・研修アプローチ及びインセンティブのメカニズムが存在する。例えば、リファラルへの交通費や日当宿泊費の支給や研修などインセンティブの有無が挙げられる。



YIC ボランティアによって作成された教材だが、現在は使用されていない様子であった。

② ボランティア活動時間の問題

インセンティブは感染症対策など一部のボランティアに対しては支払われるとのことだが、多くは研修以外に金銭的なインセンティブは受け取っていない。このため、聞き取りを行った多くのボランティアは、活動停滞の理由として、収入を得るため稼業（主に農業）が忙しく、ボランティア活動に充てる時間も経済的余裕もないとの回答であった。特に収穫期は多忙であるため、ボランティアの活動計画策定にあたっては、こうした状況を配慮する必要があると言える。

③ 継続的なスキルアップや教材の不足

CHW として現在も活動を継続している者の中には、助産師の健康教育活動のフォローアップとして村人を個別訪問し、質問などに対応するなど、独自の効果的なアプローチを行っているケースも確認された。こうしたアクティブなボランティアは、村人の健康ニーズに沿って、例えば NCD 等の新しい知識を増やしたいという意欲を持っている。他方、CHW の具体的な役割を助産師や CHW 自身に確認すると、健康教育や予防接種活動時の住民の動員に限られていることが多く、健康教育の担い手（Health Educator）として、村人に知識を伝達し、教育活動を行うまでに至っていない様子が見受けられた。また、彼らの教育活動を促進する教材も、RHC や SHC では殆ど見かけず、あっても、政府から支給されるパンフレットや小型ポスターなどのみという回答であった。このように、活発なボランティアが存在するコミュニティでも、ニーズに合ったトレーニングやツールが提供されず、効果的に人材が活用されていない状況であった。

④ AMW の課題

通常分娩を介助する役割を負う AMW については、3MDGF による集中的な支援が行われインセンティブが与えられているミヤイン・タウンシップを除くと、十全には機能していない現状であることが確認された。AMW は着任後 6 か月間の研修を受けるが、そのような投資にも関わらず、研修後の 4 年間、一度も自身で出産介助を行ったことがなく、コミュニティの動員だけ手伝う、という AMW も存在した。自宅分娩が未だに多く行われている中、このような AMW のいるコミュニティにおいては、依然助産師の負担は大きく、助産婦ケアが十分でないことが示唆される。

(2) 施設・調達

マグウェイ地域では、保健省の標準図面に沿って建設された RHC と SHC が全体の 15%のみであり、RHC での通常分娩など期待されるサービスが十分に提供できない体制にある。また、BHS の調達管理能力および調達体制が整備・強化されておらず、長期間にわたる医薬品の在庫切れが見られることから、患者の自己負担が喫緊の課題として指摘される。

① 基準を満たさない RHC/SHC の施設整備状況

マグウェイ地域保健局の情報によると、同地域で保健省の標準図面に沿って建設された RHC と SHC が全体の 15%のみとのことで、RHC での通常分娩など期待されるサービスが十全に提供できない体制にある。

本調査で訪問した RHC と SHC では、2015 年以降、世界銀行とミャンマー政府による全国規模支援により、タウンシップ保健局を通じた小規模な補修/改修費用が初めて供与されるようになったが、それぞれの資金拠出のタイミングが異なるために、同じ SHC でも小規模な改修が五月雨式に行われている様子であった。標準図面に沿った大規模な改修を行うには、タウンシップレベルで選択集中的に改修を行う必要があると思われるが、小規模な予算が無計画に振り分けられるため、最終的に効果的な施設の改善に繋がっていない状況が確認された。このため、例えば、RHC の標準図面では通常分娩が行えるように分娩室を備える決まりであるが、分娩室や分娩用ベッドは整備されているにも関わらず、電気・水供給システムの不備により、実際には稼働していない RHC が殆どであった。

また、日本政府の無償資金協力によって改修され、電気・水供給システムや必要機材も揃い、安全な出産介助サービスを提供できる体制になっている RHC においても、発電機が稼働していないことやコミュニティの施設分娩に対する理解が十分に得られていないことが理由で、分娩施設が十分活用されていないケースがあった。このことから、例えば、パコック郡レイダイン RHC の施設分娩は年 5 件程度と依然非常に少ない状況にある。



分娩室と分娩用ベッドが設置されているものの、水・電気など基本的な環境が整備されていないため一度も使用されたことがないという、**プインピュータウンシップにある RHC**

更に、保健省の基準に満たない RHC・

SHC では、スタッフ住居が併設されていないことが多く、BHS の業務に影響を与えている様子が伺えた。聞き取りした BHS の中には、施設内に住居がないため、他人の家を下宿しなければならない、様々な面で負担になっていると語る者も存在した。

その他、自然災害によって施設が被害を受け、サービスが停滞したという SHC も確認された。2015 年に洪水被害にあったプインピュー・タウンシップでは、被害からの復旧が遅れており、2016 年 12 月から 2017 年 1 月にかけて改修が行われたが、2 月の聞き取り時でも未だ改修工事継続中とのことであった。

② 調達管理能力と患者自己負担の課題

BHS の調達管理能力については、これまで政府に代わって開発パートナーが医薬品や機材の調達・供給を行ってきたため、依然として弱い。RHC・SHC では、タウンシップないし地域保健局での調達が遅れ、医薬品の在庫切れが長期化しているケースが確認された。なかには、基礎医薬品が約 4 か月間在庫切れになっている施設も存在した。施設に在庫がない場合、患者が自費購入せねばならず、このことは、プライマリーレベルでのサービス強化、及び UHC の達成にとって大きな阻害要因となっていると言える。

(3) リファラル

リファラル関連の主な課題としては、コミュニティから RHC およびステーション病院への搬送体制の不備、公的保健医療サービス無償化による病床利用率の上昇に対応できる医療スタッフの不足、リファラル・フォームの欠如や患者の自己負担率の高さが挙げられる。

① 医師不足によるステーション病院のリファラル体制の不備

医師が常駐する施設としては、ステーション病院が最も下位にあたり、ここには SMO が 1 名常駐することになっているが、若手医師の配置が多いこともあって、異動・欠員が多い。例えば、パコック郡のミチャイ・ステーション病院の SMO は地元住民からの強い慰留によって例外的に通常任期より長く同じ病院に留まっている（5 年）とのことだが、通常は 3 年程度で異動・昇進する。SMO が不在のステーション病院も存在し、そこでは下位施設やコミュニティからリファラルを受けても対応できないため、更に上位の病院（タウンシップ病院や郡病院）に搬送せざるを得ない。このため、医師が不在の間は、患者数が減少するとのことである。

② 医療サービス無料化に伴う利用増加への対応の不備

近年、公的保健医療サービスが無償化されたことにより、搬送・リファラル先となる病院の利用者が急増し、病床利用率が 100%を超えているところも多い。マグウェイ地域病院の割り当て病床数（200 床）に対する利用率は 180%と 2 倍近くに達するため、実床数を 380 床に増加して対応している。他方、医療スタッフは 594 名の割り当てに対して、205 名の欠員がある。つまり、欠員率は 34.5%に達しており、増加する利用者に対して病院の人員が大幅に不足している。このため、病院スタッフに業務負荷がかかり、末端施設からのリファラル対応を含め、診断・治療が十分にできていないとのことである。

③ リファラル・フォームの欠如

地域病院と郡病院が下位レベルからの搬送を受け入れる際、リファラル・フォームを使用していないことが明らかになった。このため、受け入れ先の病院では、患者の搬送元に関する情報を把握しておらず、扱ったリファラル件数はデータとして残っていない。治療する医師も、患者の搬送元に関して、毎回正確に把握しているわけではないことから、例えば合併症のため地域病院で出産した女性に対して、その後下位施設での適切なフォローアップができない問題が示唆される。

④ 患者搬送手段・体制不備と患者自己負担の現状

タウンシップ病院では少なくとも 1 台の救急車を所有しているが、ステーション病院では救急車を持たないところも見受けられた。また、いずれの場合も、救急車の使用目的は、

コミュニティからの搬送ではなく、上位病院へのリファラルに限られているケースが多い。

RHC 及び SHC スタッフへの聞き取りでは、病院への患者搬送手段が確立していないため、搬送が必要な時には親せきや隣人からの寄付あるいは借金をして車を手配することが多く、費用は片道数十ドルという回答であった。

搬送費用（交通費）以外の患者の自己負担として、在庫切れの医薬品の購入費（ロジスティクスについては後述）、及び入院した場合の付き添いにかかる費用が主に挙げられた。ミャンマーでは、看護師数の不足もあり、入院患者1名につき家族親類から1名が付き添うことが慣例となっている。このため、例えば、妊婦が搬送・入院となった場合、交通費や付き添い人の食事代も含め、通常分娩で50～100ドル、帝王切開で数百ドルがかかる。また、借金を現金では返せず、収穫した農作物等で返済しているケースもある。



パコック郡では、高名な仏教僧の呼びかけに地元パームオイル会社が応じて寄付をし、半数の村に救急車輛を配備している。開発パートナー支援のないエリアではこのようなコミュニティ・イニシアティブの例が多く見受けられた。

これらの現状を踏まえて、マグウェイ地域では、ワクチン予防接種世界同盟（GAVI：Global Alliance for Vaccines and Immunization）、PACT、Marie Stopes International（MSI）、3MDGF（Three Millennium Development Goal Fund）などの複数の開発パートナーが、特に妊産婦と幼児を対象に、自己負担軽減のための支援を実施している。例えば、GAVIによるヘルスエクイティファンドや、PACTによる出産費用の定額払い戻しが挙げられる。しかし、いずれも開発パートナーが直接支援を終了した後の持続可能な自己負担軽減に繋がっていないと思われる。

(4) 財務管理

中央集権型の予算管理と配分による影響や、開発パートナー毎の縦割り予算体制などの弊害が、地域保健局レベルとプライマリーレベルの双方に影響を及ぼしている。

① 中央集権型の予算管理体制と配分による影響

保健予算の配分は、①中央政府から地域、②中央政府からタウンシップの二つのチャンネルで資金が流れるため、地域保健局は、地域内の各タウンシップの予算状況をすべて把握できていない。また、中央省庁で、かつては保健局というひとつの部局であったものが、公衆衛生局と医療サービス局の二つに分かれた影響を受け、地域レベルでも地域公衆衛生

局と地域医療サービス局・地域病院ではお互いの活動について把握ができておらず、情報共有が十分になされていない状況が伺えた。

政府予算管理体制についても、地域及びタウンシップ以下の計画策定プロセスは未だ確立しておらず、自ら計画・申請した予算を受け取るのではなく、中央からアドホックに配分されている状況である。今後展開される NHP では、包括的な計画プロセス「ITHP」で機能していくことが重視されており、保健省は開発パートナーに対しても機能的なモデルを構築・実証するための支援を期待している。

② 開発パートナー支援によるオーナーシップの欠如

マグウェイ地域局より入手したこれまでの開発パートナー支援状況（2016年12月時点）を下記表 3-7 に示す。マグウェイ地域における主要な開発パートナーは、JICA（無償資金協力）以外に、国連プロジェクトサービス機関（UNOPS：United Nations Office for Project Services）、セーブ・ザ・チルドレン、Population Services International（PSI）、MSI を実施機関とした 3MDGF と GAVI が挙げられる。3MDGF は MSI とセーブ・ザ・チルドレンを通じて、主に母子保健分野における施設改善、人材強化、計画・モニタリング・スーパービジョン支援などを行ってきた。これらの支援は 2017 年 6 月に終了する予定である（詳細は次章開発パートナー情報を参照）。GAVI は保健システム強化プロジェクトのフェーズ 1 が終了し、2017 年からは予防接種拡大計画（EPI：Expanded Programme on Immunization）に特に焦点を当てたフェーズ 2 が開始される予定である。

表 3-7 マグウェイ地域における開発パートナー支援状況

組織名	支援分野	支援活動	対象タウンシップ
Save the Children	HIV、マラリア、MCH	SHC建設	Ngape, Mindon, Sedoktarya, Saw
		HIVプロジェクト（研修、会合、コンドームの配布、リファールなど）	Magway, Pakkoku
		3MDG基金支援によるMCH・保健システム強化プロジェクト（計画・調整、スーパービジョン・モニタリング、妊婦・乳幼児死亡フォローアップ訪問、BHSとVHW研修、EPI、保健システム強化）	Ngape, Gangaw
		マラリアプロジェクト（ステークホルダー会合、CHWに対するBCC及びコミュニティ・ケースマネジメント研修）	Ngape, Saw, Mindone, Sidotaya
UNOPS		SHC建設	Ngape, Seik Phyu, Myaing, Gan Gaw
JICA		RHC建設	Netmauk, Salin, Sidotaya, Pakokku, Yesagyo, Myaing, Pauk, Seik Phyu, Saw
GAVI	HSS	保健システム強化プロジェクト（移動型クリニック、病院エキティファンド、AMW/CHW研修、BHSリーダーシップ研修、医薬品などの提供）	Saw, Salin, Aung Lan, Chauk, Yesagyo, Pakkoku, Pwintphyu, Net Mauk, Sedoktarya, Htilin
MSI	HIV、MCH、RH	HIVプロジェクト（STI治療）	Magway
		3MDG基金支援によるMCH・保健システム強化プロジェクト（啓発、保健教育、家族計画サービス、リファール、STI治療、保健システム強化）	Pauk, Myaing, Seik Phyu, Ngape, Gan Gaw
		リプロダクティブヘルスプロジェクト（産前検診、STI治療とリファール、家族計画サービス）	Magway
PSI	HIV、結核、マラリア、RH	HIVプロジェクト（ドロップインセンター、RH/STIサービス提供、HIVと結核のカウンセリング/検査/リファール、HIVとSTIの啓発活動）	Magway
		結核プロジェクト（SUNクリニック、コミュニティ保健サービス提供、ケース発見）	Magway, Myaing, Ngape, Seik Phyu, Salin, Pwint Phyu
		マラリアプロジェクト（SUNクリニック、コミュニティ保健サービス提供、マラリアAMTR）	Ngape, Salin, Seik Phyu, Pwint Phyu
		リプロダクティブヘルスプロジェクト（コミュニティ保健サービス提供）	Myaing, Ngape, Seik Phyu
Shae Thot	MCH	MSI支援によるMCHプロジェクト（移動型クリニック、保健教育、ボランティア育成、AMW能力強化、GPへの継続的医療教育）	Magway, Salin, Yeananchaung, Aung Lan
		PACT支援によるMCHプロジェクト（啓発、コミュニティ活動、ボランティア育成）	Yenanchaung, Yesagyo, Sinbaungwe
WFP	栄養	栄養プロジェクト（HIVと結核患者に対するビスケット/栄養パウダー/コメ/油などの配布、灌漑及び交通改善）	Pakkoku
World Vision	栄養	栄養プロジェクト（子供の身長・体重測定と手洗い、配給、ヘルシー料理デモンストレーション、母子保健教育、ハエ防止仕様トイレ、啓発）	Yenanchaung, Chauk
TDH	MCH、栄養	MCHプロジェクト（安全な出産及びヘルスプロモーションに係るワークショップ）	Yenanchaung
		栄養プロジェクト（妊産婦授乳婦と2歳未満に対する栄養支援、保健教育、MUAC、配給）	Netmauk, Yenanchaung
UNICEF	栄養	Scaling Up Nutrition	
PC Myanmar	栄養	栄養プロジェクト（コメ/油/塩などの配布、結核/HIV/MAM患者に対する栄養パウダーの配布）	
UNFPA & JOICFP	RH	リプロダクティブヘルスプロジェクト（産前検診、出産サービス支援、安全な出産に係る啓発）	Taungdwingyi, Aung Lan, Myaing (2015年)

出所：マグウェイ地域保健局（2016年12月入手）

こうした開発パートナー支援の課題としては、GAVI、3MDGF など各開発パートナーがそれぞれの活動を支援する上で異なる会計・計画・モニタリングプロセスを規定・要求しているため、主要カウンターパートであるタウンシップ医務官はじめタウンシップ保健局にとって業務が煩雑になっていることが挙げられる。このため、彼らにとって複数の会計・計画・モニタリングの規則や仕組みを学ぶことは、自身の能力強化のためというよりは、あくまで開発パートナーによる支援を受けるために必要なプロセスとの認識があり、オーナーシップが欠如しているように見受けられた。

③ 世界銀行の借款プロジェクト進捗の遅れと現場での混乱

世界銀行のローンは、プライマリーレベルの保健サービス提供に画期的な変化をもたらすことが期待されているが（詳細は次章開発パートナー情報を参照）、現場ではタウンシップへの拠出が大幅に遅れ、2016年度（2016年4月～2017年3月）の予算を、2017年1月下旬に受領した等の課題も確認された。そのため、タウンシップ以下で働くBHSの中には、世界銀行の予算は1年分ではなく、3～4か月分だと誤解している者もいた。更に、ローンに伴う実施ガイドラインの共有が遅れたことから、実質2か月弱で活動を完了せねばならず、各種調達をはじめとする実施手続きに追われ、アドホックに予算を消化している現状がある。また、TMOを含むタウンシップ保健局のスタッフの一部は、事前に財務管理研修を受講しているにもかかわらず、物品調達などの手続きについて混乱している様子も見られた。不明点があっても地域保健局からは助言を得られないとのことで、継続的な研修とスーパービジョンの必要性が示唆される。

(5) モニタリング・スーパービジョン及び保健計画策定

モニタリング・スーパービジョンは、保健省や開発パートナーに課せられた一定の書式があるものの、主に在庫管理を目的とした機械的なものにとどまり、サービスの質の向上を目指す内容にまで至っていない。また、保健計画策定に関しては、コミュニティの巻き込み（コミュニティ・エンゲージメント）が狭義に理解されており、広義の住民参加型保健計画策定・実施がなされていない。

① モニタリング・スーパービジョンの頻度と内容の課題

RHC及びSHCで働くBHSに対するスーパービジョンは、TMO、SMO、THN、HA等が行っている。頻度は四半期に1回程度とのことだが、SHCによっては、1年以上スーパービジョンがないと回答したところもあった。

また、モニタリング用のチェックリストをRHCやSHCで確認したところ、在庫管理を目的にGAVIによって作成された物品/薬品の出入りを記録する台帳と、訪問台帳（Inspection Register Book）が施設スタッフによって提示された。しかし、彼らがモニタリング・チェックリストと理解する訪問台帳の内容は、訪問日時とスーパーバイザーの氏名と職位の他に、短いコメントが書かれているのみであった。このように、プライマリーレベルで働くBHSの技能の向上や、彼らが提供するサービスの質の向上に繋がる具体的な助言や指導が十分に行われている状況は確認できなかった。

② タウンシップレベル以下の保健管理運営能力の課題

タウンシップ保健計画

マグウェイ地域では、これまでに、3MDGF と世界銀行を中心にタウンシップレベルの保健計画策定強化が図られてきたが、実践的な成果には繋がっていない様子が見受けられた。原因としては、TMO をはじめとする BHS にとって、人手不足から、従事する医療サービスの業務量が多く、保健計画と実施モニタリングに十分な時間を割きにくいという実務的な問題以外に、前述したように開発パートナーによって保健計画策定プロセス（例：テンプレート）が異なること、並行して実施される BHS への能力強化支援が一時的な研修に留まり、継続的な職場内での教育が欠如していること等が考えられる。また、例えば世界銀行のローン支援では、RHC のヘルス・アシスタントは実質 2 か月以内に予算を使い切らなければならないことから、計算機の購入やビニールポスターの作成等、短時間で支出納品が可能なもので消化しており、計画的に資金が活用されていない。

RHC/SHC レベルのマクロプラン

RHC と SHC は毎年の保健活動計画として「マクロプラン」を作成している。しかし、現行のマクロプランは三疾病（マラリア、結核、HIV/エイズ）と EPI を中心に課題別に策定されており、両施設で提供されるべき全てのサービスを網羅する計画になっていない点が課題として挙げられる。また、BHS への聞き取りによると、マクロプランに活動予算の項目は含まれておらず、他の類似の保健計画（世界銀行、GAVI 等）とも連動していないことから、ツールの有効性に課題がある。

コミュニティ参加

コミュニティの保健状況を改善するには、取り組みへのコミュニティ自身の参加が不可欠である。しかし、聞き取りを行った BHS によると、これまでに行われてきたコミュニティの巻き込みとは、村落行政官（Village Administrator）やそれに類するコミュニティ・リーダーと保健ボランティアの参加に限定されることが明らかになった。つまり、村で一定の地位を保持する人物が主な参加者であり、広義での住民参加型保健計画・実施・モニタリングを推進する特定の支援が入っていないコミュニティでは、多くの住民が取り残されている可能性が示唆される。

今後、NHP（2017-2021）を推進していく上で、タウンシップ病院以下の施設で働く BHS、とりわけ、RHC や SHC で働く BHS には、コミュニティ住民との信頼関係を築き、コミュニティのニーズを汲みとりながら保健活動を計画・推進していくことが強く求められているが、現状の保健サービス提供体制では、住民の意見が保健計画に反映されるような仕組みにはなっていない。コミュニケーション技能や参加型保健計画に関する技能を強化する研修に関しては、タウンシップレベルでの実績は少ない。

(6) 保健管理情報システム (HMIS)

HMIS 分野では、BHS の保健データ収集記録能力が不足しているほか、HMIS 項目が不十分であることから、各タウンシップの保健概況を明確に把握しにくい等の課題が見られた。

① BHS の能力不足

訪問した RHC 及び SHC では、HMIS と連動した保健プロフィールにおける記載ミスが多く見られたことから、BHS のデータ計算・処理・記録能力に課題があることが浮き彫りになった。例として、中絶率の分母を間違えて異常に高い率が計算されている、妊産婦死亡率等をパーセント表記している（本来は出生 10 万対）、パーセント表記で小数点を打つ位置を間違えている等の簡単な記載ミスが多く見られた。このようなミスは、調査団の訪問に合わせて各施設の BHS が 2016 年の数値を計算し、タウンシップ保健局等、しかるべき場所で検算しないまま提示してきたことも一因として考えられるが、いずれにしても RHC と SHC レベルで内容を確認できる人材が不足している。

② HMIS 項目の問題

保健省が各施設レベルを通じて収集・管理を行う HMIS だが、その項目や計算方法には多くの問題があることが指摘される。例えば、RHC や SHC ではすべての妊娠・出産数を収集しておらず、特に母子保健分野の記載項目に関しては、妊産婦の状況を知る重要な情報である施設分娩数・率や TBA による出産数・率が含まれていない（助産師と補助助産師の自宅分娩介助率のみ記載されている）。このため、妊産婦死亡率を下げるために施設分娩を推進していく活動を行う際には、HMIS 以外のデータ源を確保しなければならないという課題がある。また、産前産後健診受診率や SBA による出産率等は、すべて分母を「推定妊娠件数」としており（推定妊娠件数は、前年度総人口に一定の割合をかけて算出する）、そのため、時に産前健診受診率が 100%を超える等、信ぴょう性が疑われかねない数値が記載されている。更に、RHC/SHC の保健プロフィールでは、対象人口が小規模であることから、通常妊産婦死亡数や乳児死亡数を掲載すべきであるが、妊産婦死亡率や乳児死亡率が記載されているため、実態が把握しにくい。こうした課題から、収集したデータは実用性に乏しく、分析し対策を講じるツールとなっていないことが推察される。

3-3-2 サービス課題分野ごとの課題

本セクションでは、ライフコース・アプローチの観点からプライマリーヘルスケアをサービス種別ごとに分析した現場の課題を説明する。

(1) リプロダクティブヘルス及び妊産婦/新生児/子供/思春期保健

(RMNCAH : Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health)

当該分野では、特に母子保健において、開発パートナーからの支援が多く入っている。しかしながら、いまだ施設分娩率の低さ、思春期保健活動の弱さといった課題が確認された。

① 低い施設分娩率と出産介助への SBA の不足

前述した通り、マグウェイ地域の調査対象地では、施設分娩は依然として少なく、平均して約半数から過半数の妊婦が、SBA による自宅分娩を行っていた。例えば、2015 年にはミンブー郡で 50.4%、フィンピュー・タウンシップで 54.8%が SBA による自宅分娩を行っている³⁹。PACT や 3MDGF の支援対象地では、施設分娩をした女性に金銭的インセンティブが支払われるため、ステーション病院での施設分娩が増えてきたという SMO もいたが、そのような外部支援のない地域では、直近 3 年間で顕著な増加傾向は見られなかった。特に RHC のレベルでは、施設分娩数は増加していない。例えば、ミンブー郡 Oo Yin RHC では、分娩室があっても水不足で分娩介助サービスはほぼ提供できていないと回答し、フィンピュー郡の Kyaung Daw Ya RHC でも PACT の支援によって SBA による出産介助件数は増えているが、その多くは自宅分娩であり、分娩室があっても RHC は利用しない。このように、依然として施設分娩が普及しない要因として、設備・機材・水・電気の不足というハード面と、妊産婦自身が（金銭的インセンティブがない限りは）費用がかからず家族に見守られた自宅分娩を好むというソフト面の双方の要因があると考えられる。



タウンシップ病院で出産した女性

通常分娩の介助者として訓練を受けた AMW は、自宅分娩から施設分娩への移行期にあるミャンマーで、助産師が常駐しない地域では住民に最も身近なところにいる出産への介助者となっている。しかしながら、6 か月間の訓練を受けて村に帰った後、スーパーバイザー

³⁹ Minbu/Pwint Phyu Township Health Profile 2015

となる助産師や地域住民との関係性をうまく構築できなければ、経験を積めないまま、出産介助者としての役割を果たせないケースが確認された。また、原則として無給ボランティアである AMW は（出産介助をすれば産婦や家族から相応の謝金を受け取れることも多い）、出産介助に従事する時間的・金銭的余裕がないということから、定着率にも課題がある。3MDGF の対象地域では、AMW に対して、現任研修の実施や交通費等のインセンティブ支給の支援を行っているため、AMW の定着率が高いと言われているが、他方、支援終了後の持続可能性については疑問が残る。

なお、TBA による出産介助（安全でない出産介助）は、今回の調査対象地域ではほとんど聞かれなかったが、僻地では依然として行われている。

② 母子手帳の活用にあたっての課題

母子手帳は、特に妊産婦の緊急搬送時に、正しく記録された手帳を携行していれば、迅速で適切な治療・ケアの提供に有用であると、複数の医療従事者が指摘している。その一方、母子手帳は主に妊産婦ケアのために使われ、子供のケア（予防接種や成長モニタリング）については別の記録カードを使う、との回答があった。母子手帳は母子継続ケアの目的に準じたデザインになっているにもかかわらず、一部の BHS と母親は、母子手帳が子供のケアについての情報も継続的に記載できるようになっているとの認識を持っていない問題が指摘される。現場で母子手帳が最大限に活用されるには、その目的が十分に理解される必要があると言える。



保健スポーツ省が全国に配布している母子手帳

また、母子手帳は、妊娠出産時の危険兆候や栄養バランス等、妊産婦と母親に有益な情報が記載され、教材として活用することもでき、母と子の健康に関するデータが 1 冊に集約され、母親の手元に残るというメリットを持つ。しかし、助産師への聞き取りでは、教育ツールとしての活用は現状では限定的であることが確認された。その理由として、助産師が母子手帳を教育ツールとして認識していない、母親の関心が薄く自発的に読むことをしない、などが指摘された。

③ 思春期保健サービスの欠如

思春期保健については、UNFPA による YIC ボランティア支援が入っている地域を除くと、後述する学校保健活動があるのみで、それ以外に、思春期の男女を対象とした特定の保健サービス提供は公的保健施設で確認されなかった。

YIC は、ピアエデュケーターとして同世代の男女に家族計画/セクシュアルヘルスを含むリプロダクティブヘルスの知識・情報伝達を行うトレーニングを受けている。活動拠点は、RHC 及び人が集まるスポーツイベント等の屋外であり、学校に通っていない子供にもアクセスできるようになっている。しかし、調査団が訪問した施設では、支援終了後は、スーパーバイザーとなる BHS の適切な監督指導もなく、ボランティアも定着しないため、活動が停滞していた。

(2) NCD 対策

保健省内で独立した NCD 課が設立されてからまだ日が浅く、限定的な開発パートナー支援の中、政策策定や SOP の作成が急ピッチで進められている。

現場の NCD 課題を聞いたところ、プライマリーレベルでは、高血圧と糖尿病の症例が多いと BHS が回答しており、またマグウェイ地域特有の NCD として、蛇咬傷の多さが指摘された。他方、国レベルの対策が追い付いていないことから、プライマリーレベルでの NCD に係るサービスは非常に限定的である。唯一存在する高血圧と糖尿病対策については、SHC レベルで提供できるサービスは血圧測定、RHC レベルでは血圧測定と血糖検査のみで、予防啓発活動や健診はほとんど実施されていないことが確認された。なお、蛇咬傷については、2016 年以降、RHC レベルにも一部蛇毒に効く血清が配給され、RHC レベルでの措置も可能になった。

NCD 対策に必要な BHS の能力強化については、月例会議で NCD に係る情報共有が行われるのみで、系統的な研修は今まで実施されていない。BHS をはじめ、保健ボランティアも NCD の知識をほぼ有しておらず、一般住民に対する適切な情報提供は行われていないと推察される。また、NCD 課では、SOP を作成したが、資金不足で各州/地域に 1 コピーずつしか配付できなかったため、プライマリーレベルの施設には行き渡っていないことが確認された。

(3) 栄養

栄養に係るサービスでは、これまでに、母子を対象とした微量栄養素の供与や完全母乳の推進、子供の成長モニタリングなどの活動が行われてきた。他方、過剰栄養等、それ以外の栄養課題について BHS の知識・活動は不足しており、母子以外の性別年齢層に対するサービスは、プライマリーレベルでは提供されていないことが確認された。

また、子供の成長モニタリングは、月 1 回各村で実施されているが、出席率は EPI やビタミン剤の配布があるとき以外はターゲット数の半分程度の参加に留まり、効果的な啓発活動や教育活動が必要であることを示唆している。

(4) 学校保健

① 学校保健プログラムの現状

学校保健プログラムは、全てのタウンシップ保健局において実施されている。活動内容としては、歯科検診を含む健康診断（小学生のみ）、駆虫活動、栄養カプセルの供与（鉄やマルチビタミン等）、校内美化活動、感染症予防を含めた衛生的・健康的な習慣を身に着けるための健康教育等が挙げられる。小学校は、RHC と SHC に勤務する BHS によって、中学校以上はタウンシップ保健局の BHS も加わって、このような学校保健活動を各学校で年一回実施している。マグウェイ地域で調査対象とした 4 タウンシップいずれも、実施率は 2013 年以降ほぼ 100% を達成している。

② プログラムの課題

課題としては、全校をカバーするための日程・時間調整が難しい、医薬品（駆虫薬や栄養剤も含む）が不足することがある、という点が BHS から挙げられた。学校保健プログラムは、学校側のスケジュールの都合上、7 月～10 月に集中的に実施しなければならないため、この期間には BHS が労働過多になってしまうとのことである。

また、学校内での思春期保健/性教育/ライフスキル教育については、保健省公衆衛生局学校保健課が担当課となっているが、現在、教育カリキュラムの全面的な見直しが行われている最中で、その中にどれだけ思春期保健の情報が組み込まれるかが、学校内での取り組みを推進していく上で鍵になると言える。

(5) コミュニティ・クリニック

① コミュニティ・クリニックの現状

現政権の優先的政策の一つとして、コミュニティ・クリニックの推進が挙げられる。現在全国 2,000 箇所の RHC においてコミュニティ・クリニックが稼働している⁴⁰。コミュニティ・クリニックは、これまで母子保健サービスに焦点を当ててきた RHC 及び SHC において、高齢者や若年層などのニーズに対応した予防・治療サービス提供を強化することを目的とし、コミュニティ全体の健康改善を目指している。例えば、訪問した RHC 及び SHC には、高齢者ケアに注力するため、高齢者用クリニック (Elderly Clinic) を週数回実施している所も確認された。

② 不明確なコミュニティ・クリニックの定義と役割

中央レベルや開発パートナーによると、現段階ではコミュニティ・クリニックに係る具体的な政策やガイドラインがないことが確認された。この問題から、現場の実務者の理解度に差が生まれていると言える。施設や個人によってコミュニティ・クリニックの役割について認識に違いが見受けられた。多くの BHS は、コミュニティ・クリニックとは、年齢や性別を問わず誰でもサービスを受けられるという意味で、活動自体は以前から行われていると理解し、特に新しい試みをしていないとのことであった。また、コミュニティ・クリニックはアウトリーチ活動が含まれない施設ベースのサービスであるため、通常業務時間内に常に施設にいないと必要アウトリーチ活動を業務時間外や休日に行わざるを得ないため負担であると回答した助産師も存在した。



バゴック郡ミチャイ・ステーション病院医務官の
イニシアティブで毎週火曜日に実施されている
Elderly Clinic の様子

3-4 バゴー地域とエーヤワーディ地域におけるプライマリーレベルで提供される基礎保健サービスの課題

本項では、バゴー地域とエーヤワーディ地域のプライマリーレベルで提供される基礎保健サービスの課題を要約する。これら地域の調査結果としては、それぞれが地理的特性を有する一方で、マグウェイ地域と概ね類似しており、課題は地域間で共通している。

⁴⁰ Dr. Myint Htwe, Union Minister for Health and Sports. November 2016. 9th Global Conference on Health Promotion.

3-4-1 保健システムに関する課題

マグウェイ地域同様、2地域においても、プライマリーヘルスケアの人材不足、医療サービス無料化による病床利用率の増加、リファラル対応の不備などの課題が確認された。人材不足については、それに伴う RHC 及び SHC の助産師の業務過多も明らかになっており、十分なサービスを提供できていないことが大きな課題となっている。地域住民にとっては、地理的課題、交通手段の欠如、経済負担、劣悪なインフラ状況などがサービスへのアクセスの障壁となっている。例えば、エーヤワーディ地域は支援の行き届きにくいエリアが多く、特に雨季は道路がふさがれてしまう。こうした環境要因の改善がさほど進まず、施設利用率（特に施設分娩）は依然低いことが確認された。

また、患者や妊産婦は、費用の自己負担を恐れてリファラルを拒否するケースも聞かれた。RHC や SHC でも、医薬品の在庫欠品から、経口薬、注射器などの自己負担が生じている。こうした自己負担軽減を促す支援として、国際移住機関（IOM : International Organization for Migration）による患者への 3,000-5,000 チャットの支給、3MDGF による妊産婦への食費手当（3,000 チャット/日）の支給などがあるほか、3MDGF と対象村の村保健委員会がコストシェアによって妊産婦の自己負担軽減支援を行っている。病院レベルでは、GAVI や IOM による病院エクイティファンドや寄付金制度による患者の入院費や交通費の支援が挙げられるが、マグウェイ地域と同様、開発パートナーへの依存が指摘され、支援終了後の持続性が懸念される。

更に、中央集権型の予算管理体制のため地域及び郡保健局の役割が限定的であるほか、保健計画策定プロセスが開発パートナー（世界銀行や 3MDGF）によって異なることから開発援助の負の効果が生じているなどの類似した状況が見受けられた。保健計画策定については、BHS の関与が確認されたものの、彼らに予算編成の権限はないことから、活動実施において予算不足の場合は自己負担で実施することもある。また、両地域とも、コミュニティの保健計画策定への実質的な参加は見られなかった。

世界銀行のローン支援は保健局関係者によると、マグウェイ地域と同じく予算受領が大幅に遅れているほか、予算ラインやガイドラインの制約が問題点として挙げられている。例えば、スーパービジョン活動に必要な燃料費の対象はオフィス所有の車両に限られるため、所有しないオフィススタッフにとっては支給を受けることが難しい。また、タウンシップ保健局によると、各 SHC の 1 か月の交通費（10,000 チャット）は、全ての活動に充てるには不十分と指摘されている。

HMIS に関しても、RHC 及び SHC ではマニュアル式に記入する非効率的なシステムである

ため多くの時間を要するほか、その他開発パートナーのプロジェクト各々にデータ収集・報告が個別に課されているため、特に助産師の業務負担になっていることが確認された。

3-4-2 サービス分野ごとの課題

マグウェイ地域同様、2地域においても、一般傷病（風邪、下痢、高血圧、頭痛、熱、貧血など）への対応、家庭内での普通分娩の介助、健康教育、保健データ収集、家族計画、産前産後健診、予防接種などが課題分野として挙げられた。

そのうち、母子保健分野の課題としては、2地域とも自宅分娩が施設分娩を上回っており、コミュニティによっては自宅分娩の半数がTBAによるものに及ぶとのことである。TBA利用が多い理由としては、費用が安い、24時間体制でサポートしてくれる、施設分娩の利点について知識が不足している、文化的にTBAが定着している、などが挙げられる。また、施設分娩を選ばない理由として、自己負担が重い、アクセスが悪い、サービスの質が悪い（機材設備が十分でないなど）、看護師に怒られるのが怖い、などの理由がボランティアやBHSから指摘されている。他方、一部の病院などでは施設分娩の増加が見られた。その要因として、BHSやボランティアによる教育活動の効果、アクセスの向上、妊産婦の保健サービス知識の向上、開発パートナーによる施設分娩の推進支援などが挙げられている。母子保健手帳については、母子の情報が的確に分かるツールとしての有用性が指摘される一方、郡・ステーション病院では母子手帳ではなく外来課による手帳が使用されているほか、母親の関心の低さが知識の向上に繋がっていないと考えられる。

他方、ライフコース・アプローチから鑑みた、高齢者ケア、NCD対策、異なる年齢層に対する栄養サービス、学校保健に関しては、RHC及びSHCにおけるサービスと能力のギャップが保健関係者からも指摘されており、高まるニーズに対する体系的な取り組みが求められている。

第4章 開発パートナーの支援動向

4-1 保健セクター支援の推移

2011年頃までのミャンマーに対するODA支援は、軍事政権への経済制裁から、特に欧米諸国による開発援助は極めて限定的で、保健セクターに対するODAコミットメント総額は、2010年は7,500万米ドル、2011年は3,500万米ドル程度で推移していた⁴¹。しかしながら、2010年後半に始まった民主化への動きを皮切りに、開発パートナーのコミットメント総額は、2012年は1億2500万米ドル、2014年は2億4300万米ドルに増加し、ここ数年間で急激な拡大を見せている。経済協力開発機構（OECD：Organization for Economic Cooperation and Development）データを開発パートナー別に見ると、2013年以降は日本が二国間援助機関では最大であるが、近年は英国のDepartment for International Development（DFID）、米国のUSAID（U.S. Agency for International Development）も主要ドナーになってきた（表4-1）⁴²。また、多国間援助機関では、世界銀行、GAVI、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（GF：Global Fund）による支援が多くを占めている。

表 4-1 保健セクターに対する主要開発パートナーの ODA コミットメント額(百万米ドル)

	二国間				多国間				
	オーストラリア	デンマーク	日本	イギリス	GAVI	GF	世界銀行	UNICEF	WHO
2011年	7	1.2	2.8	5	5.6	-	-	3.5	3.2
2012年	20.5	6.3	20	1.4	21.1	9.2	-	3.7	1.7
2013年	15.4	-	16.4	8.8	9	153.5	30.9	2.4	3
2014年	21.5	7.1	49.9	-	44.5	-	100	5	3

出所：Creditor Reporting System (CRS), OECD on 2016.10.18

Myanmar Information Management Unit（MIMU）の作成した援助マッピングによると、セクター別援助状況では、保健セクターが最も多く、全体の41%に及ぶ（合計86機関⁴³、212プロジェクト）。他方、国民一人当たりの保健分野のODAコミットメント額を近隣諸国と比較すると、2010年の時点でカンボジアは10.54米ドル、ラオスは6.51米ドルであったのに対し、ミャンマーは2.78米ドルに留まっている⁴⁴。

⁴¹ OECD, October 18 2016, Creditor Reporting System.

⁴² 米国は2011年～2013年までの記録はないが、2014年に880万ドルをコミットしている。

⁴³ 二国間援助機関、多国間援助機関、国連、国際NGO、ローカルNGOなどが含まれる。ただし、MIMUの情報は自主的に報告を行う機関に限られており、特にNGOが多くなっている。

⁴⁴ <http://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-78>、
http://www.who.int/gho/governance_aid_effectiveness/countries/en/#C

過去数年間に亘り主要開発パートナーが支援してきた保健分野の重点課題は表4-2の通り。経済制裁時代から3MDGF⁴⁵を中心に三大感染症（HIV、マラリア、結核）への支援が続く一方、近年は母子保健とミャンマー政府が掲げるUHCに向けた保健システム強化への協力が目立つ。

表 4-2 主要開発パートナーのこれまでのコミットメント額と重要課題

		コミットメント額	重点課題
ファンド	世界銀行	①IDA:1億米ドル(2015-2019年) ②技術協力、能力強化、リーダーシップ: 300万米ドル(2013-2017年)	UHC、保健システム強化(保健財政、必須保健サービス、財政リスク保障)(全タウンシップと地域対象)
	GF	①UNOPS:3.1億米ドル(2011-2016年) ②Save the Children:1.76億米ドル(2011-2016年)	マラリア、HIV、結核(全地域対象:SCは251タウンシップ、UNOPSは330タウンシップ)
	3MDGF	2.72億米ドル(2012-2017年)	母子保健、HIV、マラリア、結核、保健システムとコミュニティー強化
	GAVI	9500万米ドル(2011-2015年)	管理能力向上、必須保健サービス強化など
国連	WHO	6530万米ドル(2014-2017年)	UHC、保健システム、NCD、感染症など
	UNICEF	3770万米ドル(2016-2017年)	母子新生児保健、栄養、WASH、HIV/AIDS
	UNFPA	7170万米ドル(2015年)	リプロダクティブヘルス、若年層の健康(SRH含む)、家族計画など
二国間	日本	1.25億米ドル(2012-2015年)	保健システム強化(インフラなど)、感染症、保健人材拡大など
	イギリス	9000万ポンド(2012-2016年)	3MDGFへの拠出、民間セクターのマラリア薬剤、ヤンゴン総合病院など
	米国	3100万米ドル(年間)	保健システム強化、母子保健、マラリア・HIV・結核(3MDGFへの拠出)、流行病など
	スウェーデン	2800万米ドル(2013-2017年)	3MDGFへの拠出、セクシャル・リプロヘルスとライツ、GAVI・世界基金・国連・世界銀行などへの拠出
	スイス	1500万米ドル(2013-2017年)	3MDGFへの拠出、PHC、世界基金・国連・NGOなどへの拠出

出所：ミャンマー保健セクター調整委員会（2015年12月）

保健分野別の支援状況は、母子保健が最も多く（55プロジェクト）、次いで、HIV/エイズ（50プロジェクト）、基礎保健ケア（29プロジェクト）となっている⁴⁶。なお、地域別支援状況では、ヤンゴンとエーヤワディ地域が最も多く、マグウェイ地域は7番目となっている⁴⁷。

経済制裁時代は開発パートナー間の援助協調は困難であったが、民政移管を果たし民主化

⁴⁵ GFが2005年に対ミャンマー支援を停止したため、一部の欧州ドナーが三疾患対策基金（Three Disease Fund）を設立し、HIV、マラリア、結核への支援を開始。後に Three Millennium Development Goal Fund（3MDGF）に改名した。

⁴⁶ MIMU. September 2016. “3W – Countrywide Overview.”

⁴⁷ MIMU. September 2016. “3W – Countrywide Overview.”

が進められる中、開発援助が盛んになると共に、保健セクターにおいても援助協調が進んできた。2012年には保健大臣が議長を務めるミャンマー保健セクター調整委員会 (M-HSCC) が設置され、ドナー機関、NGO、民間組織など36機関が参加し⁴⁸、保健システム強化を図る保健省に対して助言や情報共有を行うほか、開発パートナーの調整機関として機能している。M-HSCCの傘下には、HIV/エイズ、結核、マラリア、母子保健、保健システム強化など8つの技術戦略委員会が設置され、それぞれの課題について技術的な政策提言を行っている。

4-2 保健セクター支援の現状と課題

2016年12月に策定されたNHP (2017-2021) を基本理念に、2017年は多くの開発パートナーが2018年以降の新規プログラムあるいは戦略を策定中であり、ミャンマーの保健セクター支援は転換期を迎えている。例えば、3MDGFは2017年に終了するため後継基金の枠組みを設計している。USAIDはミャンマー初の国別開発協力計画の策定と並行し、母子保健を中心とした保健システム強化プログラムを年内に開始する予定である。世界銀行は、2015年に開始した必須保健サービスアクセスプロジェクト (有償) の第二次支援を準備中であるほか、新しい信託基金「Global Financing Facility」をミャンマーへ投入予定である。また、国連機関では、UNICEF、UNFPA、WHOなどが新規プログラムを作成中である。

他方、これらの開発パートナーは、保健省のNHP 1年次実施計画の策定や、基礎EPHSの最終化、NHP1年次の対象タウンシップの特定、タウンシップ保健計画ガイドラインの作成など、NHP (2017-2021) 実施に伴い保健省が現在取り組み中であるプロセスの結果を基に具体的な支援対象や活動内容の調整を行う考えである。このため、2017年2月現在、各開発パートナーの支援内容は未だ流動的で、不確定部分が多い。こうした制約を踏まえながらも確認した開発パートナーによる支援の現状と課題は、下記の通りである。

4-2-1 ミャンマー政府の事業運営管理への関与とオーナーシップの確保

経済制裁時代、多くの開発パートナーはミャンマー政府に対する「Zero Cash Flow (一切の資金を政府に供与しない方針)」を掲げ、資金管理や調達を開発パートナー自身あるいは実施パートナーのNGOが行ってきた。しかしながら、民主化が進むにつれ、国連機関は資金の一部を政府に直接供与し、世界銀行は2015年に有償事業を開始するなど、援助形態を徐々に変更する動きが見受けられる⁴⁹。他方、2017年に新規支援フェーズに入るGFは、UNOPS

⁴⁸ 2015年12月現在 (Development Assistance for Health in Myanmar: <http://www.myanmarhssc.org/images/stories/pdf/files/developmentassistantinmyanmar.pdf>)

⁴⁹ GAVIは2017年に開始する新規保健システム強化プロジェクト (HSS2) において、5200万ドルの約半分を保健省が直接管理する計画もある。現在ミャンマー政府の財務管理アセスメントを実施し、実現可能であるかを検討している。

及びセーブ・ザ・チルドレンを資金受入責任機関に⁵⁰、NGO に再委託する実施体制をこれまで同様、継続する。また、3MDGF の後継基金も UNOPS をファンドマネジャーとする可能性が濃厚であるなど、依然政府が直接実施・運営管理を行わない体制を維持する開発パートナーも存在する。世界銀行の有償事業が開始されて以降、政府の資金吸収力の問題が浮き彫りになったこと（前章を参照）も、政府への資金供与を躊躇させているとのコメントが、他の開発パートナーから聞かれた。

ミャンマー特有の協力形態がある一方で、NHP 策定を契機に、開発パートナーのプログラム/プロジェクトの設計、計画、運営管理にミャンマー政府を十分に巻き込む援助アプローチが強調されている。つまり、政府のロードマップが欠如し、開発パートナーが資金・機材調達やサプライシステム、ガバナンス、実施体制、対象地域などを各自の方針で進めた経済制裁時代の名残がある中、政府にオーナーシップを持たせるプロセスが不可欠となっている。これまではそのプロセスが十分に取り入れられず、開発パートナー間及び政府の方針との不整合で開発パートナーが支援する保健医療サービスの現場では様々な問題が生じていた。例として、3MDGF や GAVI、世界銀行が取り組んできたタウンシップの運営管理能力強化は、それぞれの開発パートナーがタウンシップ保健局に対し異なる保健計画・予算申請プロセスを導入したため、元来人材不足に喘ぐタウンシップ関係者に煩雑な手続きやレポーティングの負担を与えてきたことが挙げられる。保健関係者にとって、これらのプロセスは「各開発パートナーから資金を得るため」であり、オーナーシップが欠如していることは、他の援助機関及びマグウェイ地域の保健局関係者への聞き取り調査で確認された。NHP では、「ITHP」として一律に計画策定・運営管理プロセスを統合し、全ての開発パートナーがそれに基づく支援を行う予定である。

また、これまでのプロジェクトは保健課題別（母子保健、HIV、マラリア、結核など）に縦割り式にデザインされていたことから、例えば啓発活動に必要なボランティアの育成についても、一つの村にボランティアが開発パートナー毎、あるいは課題毎に混在する状況が生じている⁵¹。更に、ミャンマーでは医療費自己負担が大きいことから、3MDGF、GAVI、GF らが負担を軽減する様々なスキーム⁵²を通じてリファラルに必要な交通費や入院関連費を支援し、施設利用を促進してきたが、プロジェクト終了と同時にこれら支援も終了することから、持続性が欠如していることが問題点として浮き彫りになった。NHP (2017-2021)

⁵⁰ 聞き取り調査によると、GF は 2012 年に Zero Cash Flow ポリシーを解除したことから、当時のミャンマー政権は新規フェーズで資金受入責任機関の役割を果たすことに関心を示していたが、その後誕生した現政権は、次期フェーズ（2021 年以降）までは時期尚早という判断を下したとのことである。政府と共同の資金受入責任についても検討されたが、実現しなかった。

⁵¹ インセンティブについても、母子保健関係のボランティアはインセンティブがないのに対し、三疾患を扱うボランティアにはインセンティブが提供されるなど、異なる制度が存在する。

⁵² 病院エクイティ・ファンド、現金返済、ボランティアや施設分娩を行った母親に対するインセンティブなど（詳細は前章を参照）。

では経済的リスク保護政策・制度を確立する計画であるが、実現には時間を要することから、今後の開発パートナー支援には、持続性を確保した経済的保護メカニズムを考案することが求められている。

4-2-2 保健分野における優先付け

保健分野における優先的課題として、多くの開発パートナーの取り組みは、三大感染症（マラリア、結核、HIV/エイズ）と母子保健に集中していた。支援の成果として、例えば母子保健分野では、助産師の能力強化や人材制度の構築、「妊産婦死亡サーベイランスと対策（MDSR：Maternal Death Surveillance and Response）」及び「乳幼児死亡サーベイランスと対策（CDSR：Child Death Surveillance and Response）」のシステム構築、サプライシステムの構築、緊急リファラルの支援、家族計画の推進、AMWの育成などが実施されてきた。

他方、今後はNHP（2017-2021）との整合性を加味し、保健課題別の縦割り式プログラムでなく、EPHSとして横断的に取り組むこと、なかでも、まずは基礎EPHSに基づくプライマリーヘルスケアの改善が重視されると、多くの開発パートナーが指摘していた。横断的取り組みには、これまで支援が特に限定的であったNCD対策や栄養対策が含まれることになる。栄養対策は、母子保健分野で微量栄養素の供給や完全母乳の推進などへの取り組みは行われてきたが、現ミャンマー政府の重点課題のひとつであり、また英国政府（DFID）など主要援助機関も優先的課題に掲げていることから、開発パートナー支援の拡大が予想される。他方、NCD対策については、重要性が徐々に認識されつつあるが、2015年に保健省に新たに設置されたNCD課を支援する開発パートナーはWHOとHelp Age Internationalに止まり、今後プライマリーヘルスケアで積極的に取り組むとする開発パートナーは見受けられなかった⁵³。その他の支援分野では、UNFPAの資金不足や米国の新政権による援助方針の転換から、今後家族計画やセクシュアルヘルスへの支援が激減することが危惧されている。

4-2-3 支援効果の維持

対象地域においては、今後の開発パートナーの援助は、紛争地域や少数民族が居住するサービスへのアクセスが困難な地域及び州により焦点を当てた支援に移行することが予想される⁵⁴。一方で、これまで支援されてきたマグウェイ地域などは、「安定した」地域と捉えられ、保健指標は依然悪いにもかかわらず、支援が減少し、母子保健分野などで得たこれまでの成果が失われることが懸念される。

⁵³ 唯一 KOFIH は非感染症疾患対策への支援も視野に入れているが（本章最後を参照）、支援対象は1タウンシップのみである。

⁵⁴ ラカイン州、チン州、シャン州など。

4-2-4 セクター・コーディネーション

NHP（2017-2021）の実施準備が最終段階にある中、各開発パートナーは今後の支援の詳細を詰める上で、ミャンマー政府及び他開発パートナーとの整合性を確保する必要がある。しかしながら、援助協調のプラットフォームである M-HSCC はネピドーで限定的に招集され⁵⁵、それ以外はヤンゴンで開発パートナー同士がアドホックに会合を開くため、定期的な情報交換は困難であるとの指摘が一部の開発パートナーから聞かれた。こうした中、効率的且つ相乗効果の高い NHP（2017-2021）実施支援に向け、特に転換期である 2017 年中は、JICA を含め各機関が積極的に協議・調整を行っていくことが求められる。また、今後は保健政策として地方の能力強化（特に地域・州及びタウンシップレベル）にも焦点が当たることから、開発パートナー同士の協調は、国レベルだけでなく、地域・州レベルでも重要になることが予想される。

4-3 主要開発パートナー別支援内容

本調査との関連性が特に高い開発パートナーの従来及び今後の資金規模・支援内容を表 4-3 に取り纏めた。資金規模では、世界銀行と 3MDGF 及びその後継基金がこれまで同様、今後とも主要となっている。国連機関及び DFID はこれまでの規模をある程度維持する模様である。USAID については、近年、3MDGF の援助機関としてのみならず独自のプログラムを拡大し主要援助機関としての存在をアピールしてきたが、2017 年以降は米国新政権の ODA 政策が大きく変更される可能性もあり、今後の動きを見極める必要がある。また、支援内容を見ると、多くが EPHS を核にした保健システム強化に移行していることが分かる。特に世界銀行や 3MDGF 後継基金は政策レベルのリーダー的機関として、NHP（2017-2021）の実施に伴う EPHS 最終化や、ITHP ガイドラインの作成、モニタリング支援などを行っていく。対象地域についてはアクセスの困難な地域に優先的に取り組む機関が多く、サブセクター別では母子保健への支援が引き続き多い一方、感染症よりも栄養を重点にする機関が増えてきている。他方、NCD 対策への支援は依然限定的であり、また、USAID の撤退から家族計画のニーズとのギャップが深まることも懸念されている。

⁵⁵ GF に関しては、M-HSCC がプロポーザル作成などプログラム管理に直接関与している。

表 4-3 主要開発パートナーによる過去と今後の支援内容（2017年3月時点）

		これまでの支援額	今後の支援額	これまでの支援分野	今後の支援分野
ファンド	世界銀行	1億ドル (2015-2017年) * 必須保健サービスプロジェクトのみ	1億ドル (2017-2019年) * 必須保健サービスプロジェクトのみ	全国における保健システム強化(母子保健を中心としたEPHS、保健財政)	全国における保健システム強化(RMNCAHと栄養を中心としたEPHS)、NHP支援(EPHS最終化など)
	3MDG基金	2.72億ドル (2012-2017年)	1.2-1.5億ドル (2018-2022年)	全州・地域における母子保健、HIV、マラリア、結核、保健システム強化	アクセスの困難な地域における保健システム強化(EPHS、経済的リスク保護など)、NHP支援(ITHPガイドライン作成、NIMU支援など)
国連	WHO	6530万ドル (2014-2017年)	不明	保健システム強化、母子保健、NCD、感染症など	EPHSを中心にした保健システム強化、母子保健、NCD、マルチセクター栄養対策など
	UNICEF	3770万ドル (2016-2017年)	5600万ドル (2018-2022年)	母子保健、栄養、WASH、HIV/AIDS	EPHSを中心にした母子保健、栄養、HIV
	UNFPA	717万ドル (2015年)	2000万ドル (2018-2022年)	セクシュアル・リプロダクティブヘルス(若年層含む)、家族計画など	セクシュアル・リプロダクティブヘルス(助産師の育成、家族計画、若年層のリプロなど)
二国間	DFID	9000万ポンド (2012-2016年)	2000万ポンド(年間)	3MDG基金への拠出、民間セクターのマラリア薬剤、ヤンゴン総合病院支援など	3MDG後継基金への拠出、家族計画、マラリア、栄養
	USAID	3100万ドル (年間)	2000-3000万ドル (2017-2022年) * MNCH-HSSプログラムのみ	3MDG基金への拠出、保健システム強化、母子保健・リプロダクティブヘルス(家族計画など)、マラリア、結核、HIVなど	3MDG後継基金への拠出、アクセスの困難な地域における保健システム強化(母子保健中心のEPHS) * 家族計画からは撤退

出所：調査チーム作成

本調査との関連性が特に高い開発パートナーの詳細の動向は下記の通りである。

4-3-1 多国間援助機関

(1) 世界銀行

世界銀行は、ミャンマー国別パートナーシッププログラム（2015-2017年）の中で「人と人に効果的な施設への投資」を戦略的柱の一つに設定し、保健セクターを重点的に支援している。UHC達成を後押しするため、地域に根差す効率的なサービス提供に向けた公共支出レビューの実施や保健財政システムへの技術支援のほか、特に母子保健分野において必須保健サービスの拡充と質向上を推進している。なかでも2015年から開始した有償プロジェクト「必須保健サービスアクセスプロジェクト」は、妊婦、新生児、子供を主対象に必須保健サービスへのアクセスを全国レベル（全330タウンシップ）で拡充する目的で、最初の2年間で1億米ドルが拠出された。2017年以降に更に1億米ドルが拠出される計画である⁵⁶。同プロジェクトのコンポーネントは、プライマリーヘルスケアのサービス提供強化、制度と能力の強化、プロジェクト運営管理支援などで構成されている。これまでに、タウンシップ保健局を通じ、プライマリーレベルの施設に対して設備・機材の改善やBHSのルーティン業務に必要な資金を供与する（各RHCに対して月おおよそ300米ドル）とともに、タウンシップ保健関係者とBHSに対して、参加型タウンシップ保健計画・予算策定を含む公共財政管

⁵⁶ 第二次支援はRMNCAHと栄養が焦点となる。

理の研修を実施した。本プロジェクトの成果として、スーパービジョンに必要な旅費や施設管理費をBHSが確保することで、プライマリーヘルスケアの強化に繋がっているとの声が、他開発パートナーや現場での聞き取りで聞かれた。他方、政府による意思決定の遅れや資金管理能力の欠如から、タウンシップレベルへの資金の流れが大幅に遅れたため⁵⁷、実施一・二年次とも各施設は平均3-4か月間で支出を行わなければならない混沌とした状況であることが、マグウェイ地域の施設関係者への聞き取りで明らかになった。

この他、世界銀行は3MDGFの資金を通じたEPHSの最終化を支援するほか、信託基金「Global Financing Facility」をミャンマーに呼び込んだ。本基金は、NHP実施の中でも、リプロダクティブヘルス、母子保健、新生児並びに思春期の健康（Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health）の分野を効率的且つ優先的に支援すべく、世界銀行の管理下で800-1,000万米ドルを拠出する予定である。

(2) 3MDGF

ミャンマーでは、HIV/エイズ、結核、マラリア対策を支援する世界基金が経済制裁時代に撤退したことから、2006年にThree Diseases Fundが立ち上げられた。その後継として2012年に設立されたThree Millennium Development Goal Fund（3MDGF）は、オーストラリア、デンマーク、EU、スウェーデン、スイス、英国、米国の7つの二国間援助機関が資金を集約し、HIV・結核・マラリアの三疾患、母子新生児保健（MNCH: Maternal, Newborn and Child Health）、並びに保健システム強化の三つのコンポーネントを支援している。これまでに総額約2.9億米ドルを拠出し、ミャンマー保健セクター最大の基金となっている。UNOPSがファンドマネジャーの役割を担い、国連機関やNGOによって実施される体制であるが、2014年以降はミャンマー保健省も基金役員会のメンバーに入っている。

保健システム強化分野では、保健財政政策策定支援、サプライチェーンの強化、保健人材への研修、一次レベル医療施設の建設と改修などを支援してきた。また、MNCH分野では、母子新生児保健、予防接種、栄養、健康増進の課題に対し、基金全体の43%が充てられるなど⁵⁸、最大のコンポーネントとなっている。具体的には、最貧困層と脆弱層の必須母子保健サービスへのアクセスと利用をタウンシップレベルで改善するため、必須母子保健サービスパッケージの提供、タウンシップの保健計画策定、民間セクターとの協力によるコミュニティ活動やサービス提供の実施を支援している。このうち、マグウェイ地域では、セーブ・ザ・チルドレンとMSIを実施機関に、「Supporting Implementing Maternal Newborn and Child

⁵⁷ ローン資金の流れは従来の政府のシステムに倣い、中央からタウンシップへ直接供与している。

⁵⁸ <http://www.3mdg.org/en/about-the-3mdg-fund>

Health Services in the Magway Region」プロジェクトが2017年6月まで実施されている⁵⁹。5タウンシップを対象に⁶⁰、サプライ・サイドでは施設サービスとアウトリーチの強化（施設改修、機材提供、タウンシップ保健計画能力強化、BHSの能力研修と活動への資金支援、タウンシップ及びRHCの定期会合への資金支援など）、デマンド・サイドではコミュニティベースの保健サービス提供（AMWやCHWの研修、機材提供、スーパービジョン、Village Health Committeeの強化など）、並びに緊急リファラルシステムの強化に注力してきた。マグウェイ地域では、その他に、コミュニティ参加型保健サービスを目指すプロジェクト「Collective Voices」を現地NGOであるCharity Oriented Myanmarを実施パートナーに支援している。同プロジェクトでは、コミュニティのニーズ調査や啓発活動を行うほか、コミュニティ参加を推進する「Community Engagement Approach」研修マニュアルを保健省と作成し、保健省関係者やBHSに対して行うタウンシップ・マイクロプランの研修の一環として実施された⁶¹。

これら3MDGFプロジェクトの成果としては、施設整備や母子に対する緊急リファラル支援を通じた施設アクセスの改善が実施機関から挙げられている⁶²。他方、課題として、①MNCHや保健システム強化の各コンポーネントが縦割り式に取り組みられた、②他開発パートナーと異なる独自のタウンシップ保健計画プロセス（Comprehensive Township Health Plan）を導入した、③緊急リファラルやスーパービジョンへの資金支援は持続性が欠如している、④デマンド・サイドとサプライ・サイドのプロジェクト対象地域が異なっているため施設利用の向上に繋がっていない⁶³、などの点が関係者から指摘された。

3MDGFは2017年に終了するため、現在は、2018年以降の後継基金の名称や新たな重点支援分野が検討されている。これまでに、英国、米国、スイス、スウェーデンが参加を表明し、5年間（2018年－2022年）で1.2～1.5億米ドル程度が拠出される予定である。支援内容の詳細は2017年内に決定する予定だが、一部は3MDGF時代の活動を継続するものの、NHP（2017-2021）とのアラインメントを意識し、優先課題や地域を新たに設定する方針である。継続が想定される支援対象としては、紛争影響地域などサービスアクセスが困難で

⁵⁹ エーヤワディ地域およびチン州でも同様の母子保健プロジェクトが実施されている。なお、2017年3月、医療サービス施設がない地方での保健サービス提供を目的にエーヤワディ管区で建設された保健センター15カ所がミャンマー政府に引き渡されたとの報告がある。センターの設計、建設はUNOPSが調整した。センターには、分娩室、救急室、水タンク、太陽光パネルが整備されている。

⁶⁰ 2014年以降、MSIがSeik Phyu, Pauk, Myaingの3つのタウンシップ、Save the ChildrenがNgape, Gangawの2つのタウンシップでプロジェクトを実施している。マグウェイ地域以外に、エーヤワディ地域およびチン州でも展開している。

⁶¹ 3MDGFは、Charity Oriented Myanmar 含め6つのNGOを実施パートナーに2015年から2017年までCollective Voicesプロジェクトを実施している。対象地域・州は、チン州、モン州、シャン州、マグウェイ地域、エーヤワディ地域、ヤンゴンで、合計19のコミュニティが含まれる。

⁶² 3MDGFでは、プログラム評価ではなくLessons Learnedとして成果を取り纏めるプロセスが2017年初旬に実施された。

⁶³ コミュニティの健康追究行動を高めることを目的としたCollective Voicesプロジェクトと、サービス改善を目的としたMNCHプロジェクトの対象地域が異なるとのことであった。

支援の行き届かない地域（チン州、シャン州、ラカイン州など）や、セクシュアルヘルスやリスク行動（例えば薬物依存）など取り扱いの困難な問題が挙げられている。なお、マグウェイ地域については、対象タウンシップへの全般的なプライマリーヘルスケア強化支援は、2017年で終了する予定である⁶⁴。他方、後継基金の新しいアプローチとして、これまでのように課題別の縦割り式なプロジェクト実施ではなく、保健システム強化を通じた基礎保健サービスの向上（特に MNCH）と、タウンシップだけでなく地域保健局を巻き込んだ能力強化支援を想定している。また、国レベルでは、3MDGF が NHP（2017-2021）実施に係る国家保健計画実施・モニタリング部署の設置、世界銀行との協力による EPHS の最終化、ITHP のテンプレート作成などを支援している、あるいは支援予定であることから、後継基金もこうした政策レベルでの取り組みを継続する模様である。なお、後継基金の資金管理体制についても検討中だが、UNOPS が引き続きファンドマネジャーとなる可能性が濃厚とのことであった⁶⁵。

(3) WHO

WHOは、過去に、ミャンマー保健人材戦略計画（2012-2017年）の策定、UNICEFとUNFPAとの母子保健共同プログラムの実施、母子保健バウチャースキームなどを通じた保健システム強化を行ってきた。2014年以降は、WHO国別協力戦略にある、保健システム強化、NCD対策、ライフサイクルを通じた健康増進、感染症対策、緊急リスク管理とサーベイランスの強化を重点分野としている。母子保健（主にこどもの栄養と成長モニタリング）分野では、母子保健サービスの質改善、家族、コミュニティ並びに政策立案者の啓発、女性と子ども対象のコミュニティベース栄養プログラムへの技術協力を戦略に掲げている。最近では、妊産婦死亡の原因解明と適切な対応を可能にすべく、UNFPAと共同で「妊産婦死亡サーベイランスと対策システム」を構築し、今後全国的に啓発活動と研修を実施していく予定である。NCD対策では、NCDリスク要因サーベイ（STEPサーベイ）やプライマリーヘルスケアに係る必須NCDパッケージ（PEN：Package of Essential Non-communicable Disease）の実施と、国家マルチセクターNCD戦略計画の策定に対する技術支援を提供した。PENは2タウンシップで実施され、プライマリーヘルスケアにおける高血圧及び糖尿病の検査やカウンセリング、啓発などの活動の効果が確認されたことから⁶⁶、Help Age Internationalの支援で教材が開発され、現在では10対象タウンシップでも研修が行われており、政府は今後全国展開を計画しているとのことである。更に、WHOは、GAVIへの技術支援、研修、データ管理などを担当しており、2017年から199タウンシップを対象に開始されるEPIにフォーカス

⁶⁴ ただし、緊急レファラールおよび家族計画へのニーズは依然残ることから、後継基金でも部分的に支援が検討される予定とのことである。

⁶⁵ UNOPSが次期ファンドマネジャーとして適当であるかを調査する Benchmarking Mission が2017年内に実施される予定である。

⁶⁶ <http://www.asean-endocrinejournal.org/index.php/JAFES/article/view/263/665>

を置いたGAVI保健システム強化事業（HSS2）にも取り組んでいく。なお、WHOの現国別協力戦略は2018年までの計画であったが、NHP（2017-2021）とのアラインメントを確保すべく、現在、EPHSに重点をおいた新規国別戦略を策定中である。

(4) UNICEF

2011年から2017年まで実施されている国別プログラムは、母子保健、栄養、水と公衆衛生、HIV/エイズを重点課題に置き、幼児の生存と発達、水と環境衛生、基礎教育とジェンダー平等、HIVと子供などをプログラムコンポーネントに設定している。幼児の生存と発達プログラムのなかでも、子供と母親の栄養改善、子供の疾患の予防と治療サービスの拡充、対象タウンシップにおける母子保健関連の政策策定と質の高い母子保健サービスの拡充に取り組んでいる。2015年の活動では、対象1390万人の子供の95%に対する麻疹と風疹キャンペーン、95%の子供に対するビタミンA補給と駆虫剤供与、マグウェイ州など対象タウンシップのおよそ238万人の子供に対する微量栄養素補給などを実施した。マグウェイ州は特に水不足の問題が深刻であるため、清潔な水の確保にも注力している。その他、UNICEFのこれまでの実績として、国家新生児・子供の保健開発戦略計画（2015-2018年）の作成、「幼児死亡サーベイランスと対策システム」の確立⁶⁷、新生児と子供ケアに関する病院職員の能力強化（エーヤワーディ地域とマグウェイ地域の郡病院が対象）、予防接種に係るワールドチェーンの拡大、母親やその他保護者に対する新生児と子供ケアに関する意識の向上と行動の変容などが挙げられる。また、UNICEFはWHO同様、GAVIに対する運営管理支援を提供しており、HSS2でもワクチンの調達管理や現金管理の役割を担っていく予定である。更に、2017年4月からチン州で開始される妊婦と2歳児以下の子供に対する栄養補助とLIFT（Livelihoods and Food Security Trust Fund）による資金提供（1日500チャット）を支援する計画である。

UNICEFは、現在、2018年から2022年までの次期国別プログラムの策定プロセスに入っている。次期プログラムは、プライマリーヘルスケアにフォーカスを当て、対象地域に関しては、現状分析の結果を基に、シャン州、カチン州、チン州、ラカイン州、エーヤワーディ地域、ヤンゴン都市周辺部など特にニーズの高い地域に重点をおいた支援を展開する予定である。保健分野は、母子保健、栄養、HIVのコンポーネントで構成され、通常資金は5年間で合計1,600万米ドル、その他の資金は4,000万米ドルが想定されている。

⁶⁷ 本システムの Training of Trainers が 2016 年に実施され、最初のロールアウトが 3MDGF と WHO の対象タウンシップで展開される予定である。

(5) UNFPA

UNICEF同様、UNFPAの現行国別プログラムは2011年から2017年まで実施されている。リプロダクティブヘルスプログラムのなかでも家族計画の満たされないニーズへの対策として、特にロジスティック管理・情報システムを使ったリプロダクティブ関連用品供給システムを72タウンシップで展開することに注力している⁶⁸。国レベルでは、2014年に約30年ぶりの国勢調査を支援したほか⁶⁹、2015年にはセクシュアル・リプロダクティブヘルス、母子保健、青年期の若者の健康を取り扱う保健医療従事者の労働力アセスメント（Myanmar SRMNAH Workforce Assessment）を実施した。本アセスメントの結果を踏まえ、保健省と共に助産師基準ガイドラインを開発し、助産師の質と量の改善に向けた支援を提供している（給与補助、研修実施、学士号の開発など）。そのほか、WHOと共同で「妊産婦死亡サーベイランスと対策システム」を構築し、技術ガイドラインと研修マニュアルの開発と、地域・州レベルの啓発活動を支援した。今後はタウンシップレベルでの研修などシステムの実施が展開される。また、リプロダクティブヘルスプログラムの一環として、青年期の若者のセクシュアル・リプロダクティブヘルスを改善すべく、若年層の健康に関する戦略計画（2016－2020年）の策定や、BHS向けの若年層に優しい保健サービスに関するマニュアルの開発を支援した。

他の国連機関同様、UNFPAは現在次期プログラムを策定中である。聞き取り調査では、次期プログラムで重点的取り組まれる課題として、家族計画（特にサプライチェーンの強化とBHSの能力強化）、助産師（政策策定とカリキュラムの改善）、若年層のセクシュアル・リプロダクティブヘルス（教育とサービスアクセスの改善）が挙げられた。なお、UNFPAの資金は減額傾向にあり、またUSAIDが今後家族計画への支援を撤退する模様である中、JICA支援には家族計画サービスへのアクセス改善についても取り込んでほしいとのリクエストがあった。

4-3-2 二国間援助機関

(1) USAID

ミャンマーの民主化が進んだことを受けて、米国政府は2012年にUSAIDの現地ミッションをヤンゴンに開設し、2013年以降、保健分野を含めた開発援助を拡大してきている。2015

⁶⁸ なお、USAIDも独自のロジスティックス管理・情報システムを79タウンシップで展開している。現在保健省はこれら異なるシステムの統合に取り組もうとしている。

⁶⁹ 国勢調査のデータは各地域・州まで公開されているが、2017年にはすべてのタウンシップレベルのデータも公開されるとのことである。

ー2016年度の予算は、3MDGFへの拠出を含め550万米ドルに及ぶ⁷⁰。支援プログラムでは、HIV/エイズ、マラリア、結核と並び、母子保健を重点課題として位置づけている⁷¹。具体的には、AMWの能力強化や、家族計画サービスの改善、SBAに対する能力研修、看護大学などにおける看護研修、米国とミャンマーのプロフェッショナル協会同士のネットワークづくりを通じた助産師、産科医、小児科医の能力強化、農村地帯での移動型クリニックへの支援などに取り組んできた。USAIDが世界規模でも展開するプログラム「Maternal and Child Survival Program (MCSP)」では、Save the Children、Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics (Jhpigo)、John Snow Inc.を実施団体に、助産師の規定・能力に基づく免許交付の制度化やBEmOCやその他に関する研修モジュールとカリキュラムの標準化に取り組んだほか、マグウェイ地域を含めた5地域・州において特に助産師の育成を目指すスキルラボ「Learning and Performance Improvement Center」を設置している⁷²。3MDGFが主に助産師の養成の基礎教育に取り組むのに対し、USAIDはインサービス(現任)教育に傾倒している。また、USAIDは国レベルにおいて世界銀行らと共にNHP (2017-2021) 策定を支援したほか、人口保健調査 (2015-2016年) を実施した。

このほか、USAIDの「Feed the Future」プログラムでは、デルタ地域、南シャン州、中央乾燥地域において、貧困・栄養対策として栄養と農業とのリンケージを強化すべく、農業の生産性と効率性を高めると共に、農業と栄養の政策改善を働きかけている。また、USAIDはLIFTに対する主要援助機関でもある。

今後、USAIDはMCSPや3MDGFの成果とNHP (2017-2021) の方針を踏まえ、EPHSのシステム強化に特化したプログラムを新たに実施する予定である。特にタウンシップレベル以下のMNCH分野にフォーカスを当て (人材育成、サポーターズスーパービジョン、データ管理、コミュニティ意識向上など)、アクセスが困難で支援の行き届かない地域を優先的に支援する⁷³。本プログラムは、2017年3月に公示 (実施団体の特定) を行い、8月には2,000-3,000万ドル規模 (5年間) で開始される予定である。また、USAIDの国別開発協力戦略は、これまでは政治的制約から存在しなかったが、現在、ミャンマー初めての戦略を策定中とのことである。なお、現米国共和党政権の方針から、母子保健の中でも家族計画への支援は撤退するとの情報がUSAID関係者から得られた。

⁷⁰ JICA ミャンマー事務所の情報による。USAID の 3MDGF への拠出は 2013 年以降。

⁷¹ 2016 年 6 月に USAID 本部が出版した「Acting on the Call」において、ミャンマーは USAID の母子保健援助のなかで最新の重点国 (25 番目) として位置づけられている。なお、保健分野では、Ethnic Health Organization との協力の下、紛争影響地域におけるプライマリーヘルスサービス改善にも取り組んでいる。

⁷² 2017 年 2 月時点では建設中とのこと。

⁷³ 具体的な対象地域は未定であるが、指標の悪い地域以外に、今後決定する NHP (2017-2021) の対象地域やタウンシップも踏まえて特定するとのことである。また、特にアクセスが困難で公共医療サービスの行き届かない地域は、Community-based Organization や Ethnic Health Organization、NGO との協力によるサービスデリバリーシステムも視野に入れている (紛争影響地域では人道支援とのリンケージを確保する)。

(2) DFID

DFIDはミャンマーにおいて、防災、農業、ガバナンスなどへの支援のほか、保健サービスのアクセス改善にも優先課題として取り組んできた。2011年から2016年までの業務計画の下、家族計画とマラリアを重点的に扱い、3MDGFへの拠出が主であった⁷⁴。2016年には、2020年までの新規ミャンマー業務計画が策定されたが、今のところ非公開となっている。他方、聞き取り調査で得られた情報として、保健セクター支援は、各年2,000万ポンド規模を維持し、これまでの家族計画とマラリアに加え、栄養も新規重点分野に掲げられているとのことである。栄養分野では、3MDGFを通じた亜鉛、微量栄養素の供給や完全母乳の推進、LIFTへの拠出を行うほか、Scaling Up Nutrition (SUN) のフォーカルポイントとしてマルチセクター調整の主導的役割を担っている。また、3MDGFに引き続き、プライマリーヘルスケア (EPHS) を焦点にした後継基金には最大ドナーとして資金を拠出予定である。その他に、英国とミャンマーの医療機関を繋ぎ、ヤンゴン一般病院との協力の下、医療教育システムの強化を図っている。

(3) KOFIH

Korea Foundation for International Healthcare (KOFIH) は韓国保健福祉省の下、発展途上国の保健セクター開発支援を専門とした政府組織である。KOFIHは、ミャンマー保健省との合意に基づき、基礎保健サービス強化を目指した「Primary Health Care System Strengthening in Hlegu Township at Yangon Region」プロジェクトをヤンゴン地域のHleguタウンシップで支援している。2014年から2019年までの実施で、合計800万米ドルが拠出される計画である。コミュニティ参加の推進、サービス提供の改善、能力強化をプロジェクト戦略に掲げ、母子保健改善に重点的に取り組んできた。サプライ・サイドへの具体的な支援としては、BHSへの研修、施設改修、機材・医薬品調達、病院エクイティ・ファンド、ボランティア (AMW やCHW) 育成、HMIS支援などを実施し、デマンド・サイドでは、Village Health Committeeの活性化や、コミュニティ活動 (水供給システムの設置など) の促進が行われてきた。母子保健に加え、NCD対策にも徐々に取り組んでおり、これまでにBHSに対するNCD研修が実施された。主に予防 (ヘルスプロモーションとスクリーニング) への取り組みが中心で、今後は高齢者ケア、学校保健などへの支援も視野に入れている。また、対象タウンシップ (Hlegu) では、2017年からPENのパイロットとしてNCD治療にも支援がなされるとのことである。

⁷⁴ ミャンマー政府への資金の直接供与は行っていない。

第5章 支援ニーズ及び効果的な援助アプローチ

5-1 プライマリーヘルスケアにおける優先課題とニーズ

5-1-1 MDGs から SDGs へ：UHC の達成と NHP の方向性

国際社会では、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals: MDGs）の後継として、2015年、「持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals: SDGs）」が2016年から2030年までの国際目標として国連で定められている⁷⁵。

「誰一人取り残さない No one left behind」社会の実現を基本的指針とし、保健分野では、目標3において「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進すること」を目指している。そのターゲットの一つとして、すべての人々に対する医療費負担による経済的リスクからの保護、そして質の高い基礎的な保健サービスへのアクセスを保障するUHCの達成を掲げている。また、目標3のターゲットには、それ以外にこれまでの課題である妊産婦や新生児・5歳未満児の死亡削減、エイズ、結核、マラリア、その他の感染症による死亡の削減、そしてすべての人々の性と生殖に関する保健サービスへのアクセスに加えて、新しい課題としてNCD、薬物乱用やアルコール、交通事故、環境汚染などにかかる削減・予防も含まれている。

こうしたUHCの達成を含むSDGs目標3の実現のためには、特定の疾病に対する対応を超えて、ライフコース・アプローチの観点⁷⁶により、すべての年齢層に応じた切れ目のないケアを提供し、一人一人の人々の生涯（ライフコース）を通して健康を実現することがこれまで以上に重視されてきている。胎児期・幼少期の健康や環境状態が、数十年後の本人の健康に大きく影響を与えるという観点から、生涯を通じた様々な健康リスクを特定し、これに対応した人びとの健康への投資を行っていくという考え方がライフコース・アプローチである。そのため、生涯にわたる健康の実現には、胎児、幼少期、思春期、青年期など早期の段階から疾病を予防し、健康になるまたは健康を維持するための行動変容を促し、健康のリスクへの予防啓発・健康増進を行うことが必要である。

⁷⁵ MDGsの残された課題（例:保健、教育）や新たに顕在化した課題（例:環境、格差拡大）などを含め、新たに17の目標、169のターゲットからなり、2030年までに達成すべき国際社会全体の目標として設定されたものである。

⁷⁶ Kuh等よって「胎児期、幼少期、思春期、青年期およびその後の成人期における物理的・社会的暴露による慢性疾患リスクへの長期的影響に関する学問」との定義がある。Kuh D, Ben-Shlomo Y. *A Life course approach to chronic disease epidemiology; tracing the origins of ill-health from early to adult life*. London: Oxford University Press; 1997.

第2章でも述べたとおり、ミャンマー政府が策定を進めている NHP（2017-2021）は、上記の国際的な潮流を踏襲するものであり、「2030年までの UHC」を達成し、第一段階としてすべての国民に「基礎保健サービス（EPHS）」を届けることを目指している。その達成に向けて、NHP（2017-2021）では、タウンシップ・レベル以下における基礎保健サービス（プライマリー・ヘルス・ケア）の拡充、それを可能とする強靱な保健システムの確立を打ち出している。また、それを実現し持続可能なものとするには、コミュニティの主体的な参画（Community Engagement）が不可欠であるため、NHP（2017-2021）では、コミュニティ（デマンド・サイド）への働きかけも重視している。

5-1-2 基礎保健サービスの現状及び支援ニーズ

第3章で述べた現地調査結果を踏まえ、主な課題と支援ニーズは以下の5項目にまとめられる。

(1) すべての年齢グループに合った保健サービス提供の強化

- リプロダクティブヘルス及び妊産婦、新生児、子供への継続ケアの確保
- 思春期保健、栄養及びNCD対策、高齢者保健分野でのサービス提供体制の強化

(2) 基礎保健サービス提供を促進するための保健システムの強化

- 保健省の基準を満たさない保健施設（RHC/SHC、分娩可能な施設）・機材など保健施設インフラの改善
- プライマリーレベルの保健人材の確保や能力向上、助産師の業務過多の軽減
- 中央政府や支援機関に頼らない保健行政（地域・州・タウンシップ）の主体的な財務管理を含むマネジメント能力の向上
- 医薬品などの調達管理能力の向上
- 患者自己負担の軽減
- 患者の緊急搬送手段を含むリファラル体制の整備

(3) コミュニティ参加による RHC でのマイクロプラン策定及び実施の促進（BHS の運営管理能力強化、HMIS 及びスーパービジョンの改善）

- タウンシップ以下の保健管理運営能力の強化
- コミュニティ参加による RHC でのマイクロプラン策定の確立
- RHC/SHC 及びコミュニティへのモニタリング及びスーパービジョンの強化
- BHS による保健データ収集・記録管理能力（HMIS）の改善

(4) 基礎保健サービス提供を促進するためのコミュニティの意識の向上と保健省管轄ボランティアの活性化を通したヘルスプロモーション活動の推進

- それぞれの年齢グループのニーズに即した予防・啓発活動の推進
- 保健ボランティア体制の標準化と持続可能性の確保
- ヘルスプロモーション推進のための保健ボランティアの継続的なスキルアップや教材の確保

(5) 政府及びコミュニティのリソースを活用した持続可能な住民の経済的リスク軽減メカニズムの構築

- 依然として高い医療費自己負担による家計破綻リスクへの公的及びコミュニティにおけるセーフティネットづくり

また、年齢グループ（Age Cohort）別にみた基礎保健サービスの現状及びその支援ニーズについて、第2章（政策レベル）、第3章（現場レベル）、第4章（開発パートナー支援）の内容を要約すると表5-1のように纏められる。

表 5-1 基礎保健サービスの現状と支援ニーズ（年齢グループ別サービス）

年齢グループ (コホート)	保健課題	既存のサービス及び介入	現行の実施機関・支援等	NHP/UHC 達成へのニーズ (保健システムの観点から)
妊娠（胎児含む）・出産	<ul style="list-style-type: none"> 妊産婦死亡率の改善・MDSR の確立 SBA・施設分娩の向上 産前健診の質の確保 基礎的・包括的緊急産科ケアの拡充 栄養改善（例 貧血） 	<ul style="list-style-type: none"> 1 次レベル（一部 RHC/SHC）での施設分娩及び SBA による産前健診・分娩サービス リファラル先として 2 次・3 次施設（ステーション・タウンシップ・地域病院）への緊急搬送 保健ボランティアの養成・住民との橋渡し・啓発活動 産前健診における栄養サプリメント（栄養素・鉄剤）の提供 母子継続ケアと啓発への母子健康手帳の活用 	<ul style="list-style-type: none"> RHC/SHC アップグレード/施設改善への開発パートナーの支援（JICA 含む） 緊急搬送体制の整備への開発パートナーの支援及び地域の慈善団体の支援 保健ボランティアの育成（例：MCHP）へ国際 NGO・開発パートナーの支援 栄養補助品への開発パートナー（UNICEF、国連世界食糧プログラム（WFP）、国際 NGO 等）の支援 保健省による母子手帳の印刷配布 	<ul style="list-style-type: none"> 施設改善 RHC/SHC レベルの人材の確保（特に LHV と助産師）及び能力の向上 SBA 及び施設分娩にかかわる住民の意識・知識の改善 住民レベルのヘルスプロモーション及び啓発活動の推進 リファラル・カウンターリファラル体制の確立 地域ボランティア体制、標準化及び持続性の確保 HMIS の改善
新生児・子供 (9 歳以下)	<ul style="list-style-type: none"> 新生児死亡率/5 歳未満児死亡率の改善 CDSR の確立 6 か月完全母乳 完全予防接種 栄養改善（貧血及び成長障害） 	<ul style="list-style-type: none"> 1 次レベル新生児ケア・産後健診及び 2 次・3 次レベルへ緊急搬送 定期的成長モニタリング（特に 1 次レベル） 予防接種（特に 1 次レベル、アウトリーチ含む） 完全母乳の推進 微量栄養素・ヨウ素等栄養サプリメントの提供 母子継続ケアと啓発への母子健康手帳の活用 	<ul style="list-style-type: none"> RHC/SHC 施設改善への開発パートナーの支援 緊急搬送体制の整備への開発パートナーの支援及び地域の慈善団体の支援 保健ボランティアの育成（例：CHW）へ国際 NGO・開発パートナーの支援 予防接種、栄養補助品への開発パートナー（UNICEF、WFP、国際 NGO 等）の支援 保健省による母子手帳の印刷配布 	<ul style="list-style-type: none"> 施設改善 RHC/SHC レベルの人材の確保（特に LHV と助産師）及び能力の向上 産後健診への対応が不十分 保健ボランティアによる住民へのヘルスプロモーション及び啓発活動の必要性（例：完全母乳、栄養改善、予防接種） リファラル・カウンターリファラル体制の確立 地域ボランティア体制、標準化及び持続性の確保 HMIS の改善
子供 (10 歳～19 歳)	<ul style="list-style-type: none"> 家族計画含むセクシャル・リプロダクティブヘルス（SRH）・思春期保健 栄養改善 	<ul style="list-style-type: none"> 学校保健プログラム（各年次に各学校レベルにおける健診、衛生教育、学校の環境衛生チェック） 一部の地域での援助機関による HIV/SRH に関わる啓発活動 	<ul style="list-style-type: none"> 学校保健プログラムは、タウンシップ保健局及び RHC/SHC の BHS によって実施 思春期保健にかかわる活動は、主に UNFPA や国際 NGO などの支援によって限定的に実施 	<ul style="list-style-type: none"> 学校保健実施への BHS 人材の確保（特に 7-10 月の主たる実施時期） 学校保健の健診の際の医薬品（マルチビタミン、駆虫薬、鉄剤など）の確保 5 歳以上の子供と思春期の若者（特に学校に行っていない子供や若者）のニーズに対応したサービスの実施

年齢グループ (コホート)	保健課題	既存のサービス及び介入	現行の実施機関・支援等	NHP/UHC 達成へのニーズ (保健システムの観点から)
成人(20歳～)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族計画含む SRH の改善 ・ NCD の予防管理 ・ 栄養改善 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族計画含む SRH、HIV、マラリア、結核、栄養等のプログラムごとのサービスの実施 ・ プログラムごとの保健ボランティアの育成、住民への啓発活動の実施 ・ NCD に関しては、SHC レベルでは血圧測定、RHC レベルでは血圧測定と血糖値検査に限定して実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各プログラムの実施では、保健省との連携により開発パートナーが支援 ・ 開発パートナーにより異なるアプローチ(研修、インセンティブ、スーパービジョンなど)によるボランティア育成(持続性に問題あり) ・ NCD には、WHO の PEN 及び Help Age International、KOFIH が支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 開発パートナー支援後のサービス持続性の確保 ・ 今後の家族計画及びセクシュアルヘルス分野への支援の減少への対応 ・ NCD に関わるスクリーニング・健診の提供実施 ・ NCD 関連人材の確保—BHS や保健ボランティアへの能力研修 ・ NCD のガイドラインや SOP の RHC・SHC レベルへの提供 ・ NCD に関する予防活動の実施。ヘルスプロモーションに関わる教材などの制作・整備
高齢者(60歳～)	<ul style="list-style-type: none"> ・ NCD の予防管理 ・ 栄養改善 	<ul style="list-style-type: none"> ・ コミュニティ・クリニックの観点から、一部の RHC・SHC における Elderly Clinic を開始。 ・ NCD に関しては、SHC レベルでは血圧測定、RHC レベルでは血圧測定と血糖値検査に限定して実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健省は機材等の供与、WHO の PEN 及び Help Age International、KOFIH による支援 ・ 地元の SMO や篤志家を通じた Elderly Clinic の推進事例あり 	<ul style="list-style-type: none"> ・ NCD に関わるスクリーニング・健診 ・ NCD 関連人材の確保—地域・州レベルの人材確保、BHS や保健ボランティアへの能力研修を NHP(2017-2021)の EPHS の一環で実施検討 ・ NCD ガイドラインや SOP の RHC・SHC レベルへの提供 ・ NCD に関する予防活動の実施。ヘルスプロモーションに関わる教材確保
各グループ共通	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健サービスへの平等なアクセスと質の確保 ・ コミュニティの参加 ・ 住民主導の保健計画策定 ・ 持続発展性の確保 	<ul style="list-style-type: none"> ・ すべての年齢グループに対するプライマリーヘルスケアサービスの提供(RHC/SHC レベル及びコミュニティアウトリーチを通して) ・ タウンシップレベルの運営管理能力強化(計画策定・実施管理・モニタリング) ・ RHC・SHC のマイクロプラン(年次計画)—3 疾病と EPI を中心に策定(MRH は含まず) ・ 保健ボランティアの育成を通じたコミュニティの参加及び啓発活動の促進 	<ul style="list-style-type: none"> ・ インフラ改善及び BHS の能力強化への保健省と開発パートナーの協力 ・ 世界銀行及び他の開発パートナーによるタウンシップレベルの能力強化の推進(持続的な研修、on the job training の面では課題あり) ・ 各開発パートナーは、それぞれのプログラムごとに保健ボランティア育成(標準化・持続性の課題あり) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ NHP(2017-2021)に基づき、基礎 EPHS の確立 ・ 住民主体・住民参加によるマイクロプラン策定及び ITHP との連動 ・ 地域及び州保健局の支援体制(スーパービジョン)の確立 ・ Community Engagement の在り方確立 ・ 保健ボランティアの体制標準化、能力強化、持続性の確保

5-1-3 援助機関の支援動向を踏まえた支援ギャップ

第4章で述べたとおり、調査時点で、多くの開発パートナーはNHP（2017–2021年）の第1年次の実施計画や基礎EPHSの最終化に沿って、新規プログラムや支援内容の検討プロセス段階にある。従って、今後の支援形態や支援内容については不確定要素が多い。他方、現時点では、主な開発パートナーは一様にEPHSへの支援を重視しており、今後は基礎EPHSに基づくプライマリーヘルスケアへの横断的な支援が重要となる。世界銀行の借款及び3MDGF後継基金の無償資金協力支援の規模が最も大きく、特に保健システム強化（保健人材・保健施設への支援含む）への投資が主となっている。

現時点で把握されたニーズと支援のギャップとしては、優先課題において、NCD対策及び全ての年齢層に対する栄養対策など、ライフコースを鑑みた支援は未だ限定的であることが挙げられる。特に、NCD対策は、2015年に保健省に担当課が設置されたばかりであり、開発パートナーによる支援はWHOやHelp Age International、KOFIHに留まっている。なお、米国の新政権の援助方針の転換による撤退もあり、家族計画・リプロダクティブヘルス分野への支援への減少も予想される。

また、支援対象地域について各開発パートナーの具体的な絞り込みはまだ行われていないが、3MDGF後継基金やUSAIDなどはアクセスの困難な地域を焦点にする方針である。全国比では物理的アクセスに困難は見られず、紛争の影響もないマグウェイ地域などは、保健ニーズは依然高いにも関わらず、これまでの開発支援の持続性が十分に確保されないまま支援が減ってしまうことが懸念される。

5-2 支援アプローチ

5-2-1 基本的アプローチ：ライフコースとコミュニティの参加

ミャンマーにおける現在のプライマリーヘルスケアにおける優先課題と支援ニーズや支援ギャップを考慮すると、基本的な考え方としては、特定の疾病に対する縦割りのアプローチを超えて、すべての年齢層に応じた生涯（ライフコース）を通じた切れ目のない保健サービスを提供する体制づくり（「横断的なアプローチ」）が重要となってくる。図5-1に示すとおり、今後の協力への基本的な考え方としては、ライフコース・アプローチに基づく基礎保健サービスの確立を目指し、NHP（2017-2021）が目標とするタウンシップ以下のレベルにおけるEPHSの確立に向けて横断的に取り組むことが取り上げられる。こうしたアプローチは、まだ他の開発パートナーが具体的な支援を行っていない分野でもある。



図 5-1 ライフコース・アプローチに基づく基礎保健サービス
 (今後の協力への基本的な考え方)
 出所：調査チーム作成

さらに、NHP（2017-2021）では、コミュニティ参加の重要性が強調されており、EPHS を提供するサプライ・サイドの拡充のみならず、デマンド・サイドへの投資が重要となる。なかでも、あらゆる年齢層の地域住民に対するヘルスプロモーションや、コミュニティの参加促進が求められる。つまり、年齢層に合った保健サービスを提供し（縦軸）、同時にあらゆる年齢層に共通する取り組みとして、その他、栄養が挙げられ、ライフコース（横軸）で横断的に支援していくことが今後求められると考えられる。次に、その具体的かつ効果的な介入活動を述べていく。

5-2-2 効果的な介入ポイント

基本的な考え方である「ライフコース・アプローチ」と「コミュニティの参加」に対し、効果的な介入ポイント（レバレッジポイント）として、日本のこれまでの取り組み実績も踏まえて、母子保健継続ケアとNCD（特に高血圧、糖尿病）のほかに、全ての年齢別グループに共通した横断的な取り組み分野（Cross-cutting issues）として、栄養改善とヘルスプロモーションが考えられる（図 5-2）。

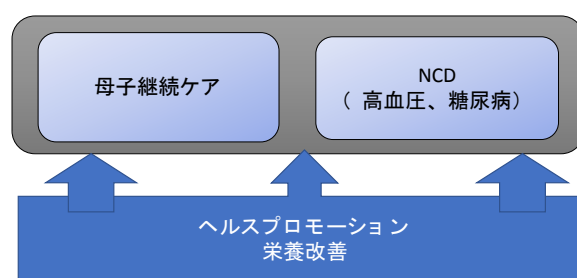


図 5-2 ライフコース・アプローチに基づく基礎保健サービス支援ニーズと介入ポイント
 出所：調査チーム作成

(1) 母子継続ケア

妊産婦や新生児・5歳未満児の死亡は依然として望ましいレベルに低下していない。妊娠から出産、子供の発達モニタリングまでの継続的なケアの利用を保障する基礎保健サービスの強化は引き続き重要な課題であり、日本がこれまでミャンマー及び他の国々で支援を進めてきた実績をもとに協力していくことが可能である。具体的な分野としては、安全な出産の確保、新生児ケアなどの母子継続ケアの促進、モニタリング・スーパービジョン、リファラル体制の強化が挙げられる。保健省では継続ケアのツールとして母子手帳の導入を図ってきており、同省の予算によって全国レベルで印刷・配布を進めており、その活用の検証も必要である。

(2) NCD 分野：生活習慣病の健診・予防、特に、高血圧、糖尿病への対応

WHO の推計によると、NCD による死亡（循環器疾患、がん、糖尿病など）は、全死亡の 59%を占めている⁷⁷。NHP（2017-2021）では、こうした疾病構造の変化に伴い全年齢層に対する基礎的な保健サービスの提供を目指しているが、RHC/SHC レベルでの体制は十分に整っていない。RHC/SHC レベルにおいて、特に、基本的な NCD に対する早期発見、初期的な治療の提供体制の強化が今後さらに必要になってくるため、保健スタッフやボランティアの能力向上が求められている。なお、この分野に関しては、日本の知見と教訓を活かした貢献が可能である。

(3) 栄養改善：栄養にかかわる啓発

栄養改善は、あらゆる年齢層に共通の課題であり、横断的な取り組みが必要である。具体的な取り組み課題としては、妊娠期からの母親及び子供の栄養（貧血など）、完全母乳栄養の推進、子供の成長モニタリング、食と健康のかかわりを重視したヘルスプロモーション「食育」の推進、ライフコースを通しての栄養教育、マルチセクターアプローチ（例：農業セクターとの連携）などが挙げられる。日本での乳幼児から子供まで学校保健を通じた「食育」の実践、栄養に関する様々な啓発活動を共有することも可能である。

(4) ヘルスプロモーション

住民側の健康への意識や知識の低さは大きな課題として指摘されている。保健省内の部署も健康教育課から新しく「健康増進課（HLP）」と名前を変更し、生涯を通して健康を維持するための予防や健康増進を目指したヘルスプロモーションは保健大臣も重視している分野である。また、保健スタッフの住民へのコミュニケーションや健康教育にかかわる能力強化も重要な課題であるとともに、栄養や NCD の予防も含む健康教育活動推進への戦略づくり、教材の開発等などへのニーズは高い。日本の生活習慣病に対する予防・啓発の経験を共有・活用していくことも可能である。

⁷⁷ WHO. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014.

5-3 効果的なアプローチの検討

5-3-1 日本・JICA 事業のこれまでの経験・知見の活用

ミャンマーにおけるこれまでの日本・JICA の協力の経験の中から、特に、今後の協力にかかわる事例として以下にいくつかを取り上げ、その妥当性や可能性について検討する。

(1) 母子手帳の活用

① 背景

ミャンマーにおける「母子手帳」の導入は、WHO ガイドラインに基づいて 2000 年に「妊産婦手帳：Home Based Maternal Record (HBMR)」が開発されたことに始まる。その後、保健省関係者が日本での研修を通して日本の母子手帳について学ぶ機会があり、2002 年に大阪大学のモデルをもとに HBMR に子供の健康についての情報が追加された。JICA 支援によるシャン州における「地域展開型リプロダクティブヘルス (RH) プロジェクト」(2005 年 2 月－2010 年 1 月)においても安全な妊娠出産推進ツールとして HBMR の活用・普及を実施した。2008 年には、母子手帳として普及を開始し、当初は UNFPA の支援による RH プロジェクト対象地域 (72 タウンシップ) で活用が実施され、2010 年には母子手帳を改訂、2013 年には保健省にとって唯一の母子手帳として全国的な適用を開始した。2014 年には保健スタッフに対して母子手帳の活用に関する研修も実施された。

現行の母子手帳には、母と子供の健康、栄養、HIV/エイズ、結核、マラリア及び予防接種の項目が統合されており、助産師・補助助産師を通じて、妊産婦健診の際にすべての妊産婦に対して無料で配布されることになっている。2014 年の保健省 HMIS では、妊産婦及び 5 歳未満児での普及率は 74%と報告されている。保健省では、母子手帳の配布を予算化し、年間の出生に合わせて部数を印刷しており、母性課長との聞き取り調査では、2016 年には推計妊娠数 90 万件に対し政府予算で 70 万冊の母子手帳を印刷している (2015 年には 120 万冊を制作し、予算 US ドル 144,000 (一部 US ドル 0.12) が拠出された)⁷⁸。

② 妥当性・課題

母子手帳の活用については、保健省関係者及び現場での聞き取り調査においても、妊娠・出産・産後・5 歳未満児の母子継続ケア推進のツールとして、母親やその家族にとっての教育ツールとして、また保健スタッフのカウンセリングやコミュニケーションのツールとして活用されている。さらに、母と子供の健康に関して、妊娠・出産、子供の成長をはじめ、予防接種、HIV/エイズ、結核、マラリアなどの異なるプログラムの受診について統合的に記録することが可能となる点でも有意義である。しかし、使いやすさや手帳の普及方法についての課題も指摘されている (第 3 章参照)。

⁷⁸ 第 10 回母子手帳国際会議 (2016 年 11 月 23 日～25 日、東京) におけるミャンマー代表の発表、*Myanmar Experience in Implementation of MCH Handbook* および調査団による現地聞き取り調査に基づく。

(2) 母子保健推進員の養成・配置

① 導入の背景及び仕組み

母子保健推進員は、JICA の協力により実施された「地域展開型リプロダクティブヘルス (RH) プロジェクト」(2005 年 2 月～2010 年 1 月)において導入され、さらに、「農村地域における妊産婦の健康改善のためのコミュニティ能力強化プロジェクト」(2014 年 2 月～2016 年 9 月)を通じて母子保健推進員の強化・活性化が推進されている。両事業は、保健省及び対象地域の保健局をカウンターパートとして、前者はシャン州 2 タウンシップ (チャウマー・ナウンチャー)、後者はエーヤワーディ地域 1 タウンシップ (チャウンゴン) で (公財) ジョイセフが実施に携わった⁷⁹。

母子保健推進員制度は、上記「地域展開型 RH プロジェクト」開始以前、2004 年 11 月に保健省代表が本邦研修に参加した際に、和歌山県で活動する母子保健推進員について学び、この制度をミャンマーに導入したい (ミャンマー化したい) という強い要望があったため、当事業の戦略の一つとして採用された。具体的な導入に際しては、ミャンマーの実情に合わせてその仕組みやガイドラインが策定された。その内容は以下の通りである。

- 目的: 地域の母子保健のサービス提供者である助産師や補助助産師と妊産婦を結ぶ「橋渡し役」として、RH サービスの利用を促進する。
- 母子保健推進員の役割: 約 30 世帯に 1 人の割合で養成。妊婦や 5 歳未満の子供とその母親がいる家庭を把握し助産師に知らせること、週に 1 回を目安に該当世帯を訪問し健康上の問題があれば助産師に知らせること、産前産後健診や予防接種を勧奨、RH サービスの利用を促進、助産師からの保健関連のメッセージや知識を伝達することなど。
- 選抜要件・養成: 女性で子育ての経験があり、保健ボランティアとして活動する意欲と時間があること、読み書きができること。助産師が推薦し地域のリーダー (村長) が承認し、1 日の養成研修を実施。母子保健推進員には、ハンドブック、広報教材 (パンフレット)、筆記具、バッジを含むキットを提供。簡易な活動のレポートフォーマットも利用。

② 妥当性・課題

「地域展開型 RH プロジェクト」を通じて得られた母子保健推進員導入を含む経験や教訓は、「実施ガイド」として取りまとめられ、他の地域に共有されており、保健省の主導により全国 34 タウンシップ (各地域・州に 2 タウンシップ) へと拡大し、総計 30,000 人の母子保健推進員がこれまでに養成されている。

これまでの評価の結果及び聞き取り調査によると、成果としてプロジェクトの導入前後で見ると、保健スタッフや母子保健推進員によって実施される健康教育の回数、参加人数の増加、産前健診・子供の予防接種、妊婦の破傷風予防接種、助産師や上位保健施設へのリ

⁷⁹ 「地域展開型リプロダクティブ・ヘルス・プロジェクト」は、提案型技術協力 (PROTECO (プロテコ)) のスキーム、「農村地域における妊産婦の健康改善のためのコミュニティ能力強化プロジェクト」は草の根技術協力のスキームで実施。両事業の完了報告書および終了時評価表を参考とした。

ファラル件数などの増加が見られた。コミュニティの住民と保健施設・保健スタッフ（助産師）をつなぐ役割を母子保健推進員が果たしていることが考えられる。また、コミュニティで選抜された母子保健推進員を 1 日の研修で効果的に養成することが可能である点と考えると費用対効果が高いともいえる。今後の全国的な展開を考えるうえでの課題としては、母子保健推進員の維持・持続の仕組みづくり、スーパービジョンや支援体制づくりが挙げられている。今後の検討事項としては以下の点があげられる。

- ① 母子保健推進員の活動の維持・持続の仕組みづくり：継続的な研修実施、保健スタッフによるスーパービジョン体制の確立により、継続的に母子保健推進員の活動を推進・維持する。
- ② 母子保健推進員の役割：母子保健をエントリーポイントとして、その他の公衆衛生上の課題（NCD 対策や予防など）の分野でのコミュニティの役割を担う要員として育成していくことによって、推進員自身のモチベーションや地域での認知度の向上をはかる。
- ③ インセンティブ・支援体制づくり：優秀な母子保健推進員の表彰や認定、他の地域との経験共有など、金銭的でない効果的なインセンティブの仕組みを検討する。また、行政（地域の指導者）、保健スタッフと母子保健推進員による 3 者の連携体制、チームワークの確立により、母子保健推進員の活動を地域ぐるみで支援していく体制を確立する。RHC やコミュニティレベルでの住民参加型保健計画づくりでの母子保健推進員の役割の位置づけも重要である。
- ④ 他のスキームとの調整：コミュニティレベルでは、他の開発パートナーやプログラムごとの保健ボランティアが存在し、異なるインセンティブの仕組みや研修が行われている。今後は、保健省による標準化・統一化に向けての取り組みが必要である。

(3) 保健システム強化プロジェクトとの連携

JICA の技術協力「保健システム強化 (HSS: Health System Strengthening) プロジェクト」(2014 年 11 月－2018 年 11 月) は、ミャンマー政府保健省の UHC 達成に向けての国家保健計画の策定と実施戦略に合わせて、中央レベルの計画管理や実施能力向上と州公衆衛生局・医療サービス局（カヤー州）での保健計画・保健医療サービスのマネジメント能力の向上を連携させて実施していく事業である。中央レベルでの国家保健計画に基づく年間保健計画の策定・実施に向けたモニタリング・評価体制の構築とマネジメント能力の強化、またカヤー州では、具体的な州保健計画の策定やマネジメントに関するマニュアル作成をすともにも州レベル・タウンシップレベルでの保健サービスの管理体制の改善を目指している。

こうした、州レベル及びタウンシップレベルでの取り組み、及び中央レベルの政策や実施枠組みへの裨益などの実施プロセスや教訓は、今後の協力支援の方向性を最終化し、また具体的な実施に移していく際にも有効である。

HSS プロジェクトは、国家の UHC 戦略達成へ向けて、中央レベル及びカヤー州における保健計画を管理する能力の向上を目指していることから、これまでの事業を通じた州レベル

の行政能力強化に関する経験と教訓、さらには他機関との連携や調整の工夫などは、協力の対象地域にも活用することで、JICA のプロジェクト・レベルの連携が可能となる。同様に、タウンシップ以下、特に RHC/SHC レベルの基礎保健サービスの強化に焦点をおく協力の成果やグッドプラクティスをカヤー州と共有し適応することを通じて、JICA 事業の相乗効果が期待される。

(4) 継続医療教育の活用

JICA の技術協力のひとつとして、「基礎保健スタッフ（BHS）強化プロジェクト」（2009 年 5 月－2014 年 5 月）が実施された。ミャンマーの基礎保健サービスは、タウンシップ以下のレベルで活動する約 2 万人の BHS が最前線を担っている。しかし、十分な BHS への能力強化（現任教育など）が実施されていなかったため、同プロジェクトでは、保健省 BHS 課をカウンターパートとして、効率的な研修実施に向けて、トレーニングチームの研修管理・実施能力の向上を目指したものである。

本事業の経験・教訓は、今後の協力支援の形成においても有意義であると考えられる。終了時評価結果によると、その一例として継続医療教育（Continuing Medical Education : CME）の活用が挙げられる。CME は毎月の給与支払い日に BHS が集まる機会を利用して提供される現任研修で、日当や交通費といった多額の経費を必要としないうえ、財政面や体制面で持続性が確保されて、CME を活用した再研修や新しい分野の研修を継続的に取り入れることは有意義である。さらに、CME やプログラム別の研修等 BHS に対する様々な現任研修がタウンシップレベルで実施されている中で、現場レベルで横断的に研修管理を行うというアプローチは今後参考になる。

(5) コミュニティ保健計画の策定

JICA 草の根技術協力「農村地域における妊産婦の健康改善のためのコミュニティ能力強化プロジェクト」（2014 年 2 月－2016 年 9 月）では、妊産婦による保健サービスの利用増加を目指して、コミュニティの能力強化を戦略の一つとしている。BHS や村落行政官がコミュニティ参加型の保健計画の策定・実施・見直しのプロセスを学び、対象地区内の RHC ごとに「コミュニティ・アクションプラン」の作成を推進した。こうしたプロセスと実践により、コミュニティの参加による「コミュニティ・アクションプラン」の作成が出来るようになったほか、BHS、村落行政官、保健ボランティア（地域で養成された母子保健推進員）、地域の指導者との連携が強化され、アクションプランを通して地域福祉基金や緊急搬送支援システムが設立されるようになっている。

保健省の NHP（2017-2021）において、コミュニティ参加及び ITHP を大きな柱としていることから、上記の経験を踏まえ、ITHP と連動させたコミュニティ保健計画策定の実践は今後の協力においても検討に値する。

(6) CHW の活用—マラリア対策の事例

JICA の技術協力「マラリア対策（排除）モデル構築プロジェクト」2016 年 3 月—2020 年 3 月）では、マラリア対策において保健省管轄 CHW を活用している。

JICA は、これまで「主要感染症対策プロジェクト・フェーズ 1 及び 2(2005 年から 2015 年)」を実施してきており、特にマラリア分野では、コミュニティでのマラリア対策のモデル（CHW による早期診断・早期治療、薬剤・資機材ロジスティックスシステム、疫学情報解析・突発流行警戒システム等）の構築・普及に貢献してきている。さらに、2008 年の無償資金協力「マラリア対策計画」では治療薬・迅速診断キット等の整備、2014 年には「マラリア対策機材整備計画」を実施している。現在は、バゴー地域を対象として、2016 年 3 月から 4 年間、全国に適用可能な効果的なマラリア排除モデルを構築し、その有効性を実証することによりモデルの全国的な導入を目指している。

こうしたモデルの構築と実証、及び政策やプログラムへの導入プロセス、また中央レベルから地域・タウンシップ・保健スタッフ・住民レベルまでの連携協力の進め方など、本プロジェクトの経験や教訓は、新規協力を活かしていくことが可能である。また、コミュニティレベルでは、保健省が養成している CHW をフロントラインの活動の担い手としているが、本プロジェクトでは持続性を考慮して保健省管轄の CHW の活用と強化を行っており、その継続率は高い。RHC のスタッフによる CHW へのスーパービジョンというヒエラルキーを作らず、タウンシップレベルが CHW 活動現場への訪問や月 1 度のモニタリング会議を実施することで CHW のモチベーションを高めていることが、高い定着率に貢献しているという。こうした取り組み事例などの経験も検討に値する。

5-3-2 住民ボランティアの育成・活性化

地域住民（デマンド・サイド）に対するヘルスプロモーションは今後の協力の大きな柱となり、その中で、重要な役割を期待されているのが保健ボランティアである。

ミャンマーの保健セクターでは様々な保健ボランティアが育成され、活動している。保健省管轄の主なボランティアは表 5-2 の通りであり、多くは、開発バーナーの支援によって育成された保健課題別の縦割りの配置となっている。

表 5-2 既存のボランティアとその所掌

ボランティア	所掌	研修期間
CHW	BHS 課	1 か月間(再研修数日間)
AMW	MRH 課	6 か月間
MCHP	MRH 課	1 日間(再研修 1 日間)
YIC ボランティア及び Community Support Group (CSG)	HLP 課	YIC ボランティア 5 日間、CSG 1 日間

なお、疾病対策課内の結核やマラリアプログラムにも各プログラムが所掌する保健ボランティアが存在するほか、国際 NGO が支援対象地域で養成している目的別のボランティアも存在する。

こうした課題やニーズに対して、保健省管轄の保健ボランティアの標準化・統一化が必要となっている。また、ボランティアに対するタスク・シフティング（権限移譲）の動きもみられ、ボランティアの育成にかかわる研修の在り方や費用対効果の検証も重要な検討事項となっており、今後の協力にあたっては、保健ボランティアの育成・活性化に関して持続性や自立発展性を考慮し、保健省や他の開発パートナーとの調整・連携が必須であり、コミュニティの参加と支援体制に基づく仕組みづくりが重要である。

第6章 今後の協力の方向性

6-1 今後の協力に関わる指針

今後の協力を具体的に検討する際の方向性として、以下5つの指針を挙げる。

1. UHC を目指した基礎保健サービス提供のためのプライマリヘルスケアシステムの強化支援
2. 生涯にわたり、すべての人に必要な保健サービスを提供することで、ミャンマーの健康転換に対応したライフコース・アプローチ
3. サービスデリバリー(サプライ側)とコミュニティ(デマンド側)の双方支援
4. プログラムアプローチから横断的取り組みへ
5. 日本の予防・公衆衛生活動の経験と教訓の共有

6-2 協力の重点分野

第5章で述べた効果的な介入ポイントを踏まえ、今後の協力の重点分野は、右図で示されるとおり、以下の3つに焦点を当て、ライフコースを通じてすべての年齢層に応じた適切な保健サービスを提供していくことが重要である(図6-1)。

- ① MDGsより残された課題として母子継続ケア
- ② 新たに取り組むべき課題として高血圧や糖尿病などのNCD
- ③ さらにその課題解決のために横断的に実施するヘルスプロモーションや栄養改善

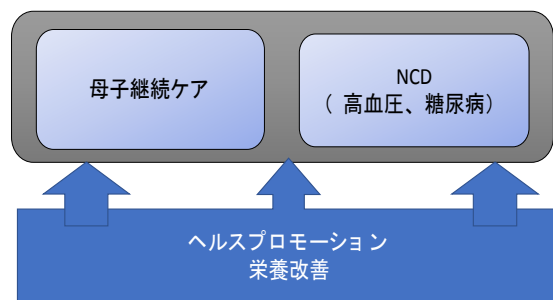


図 6-1 ライフコース・アプローチに基づく基礎保健サービス支援ニーズと介入ポイント

出所：調査チーム作成

6-3 今後の技術協力の方向性

6-3-1 今後の技術協力の目標（案）

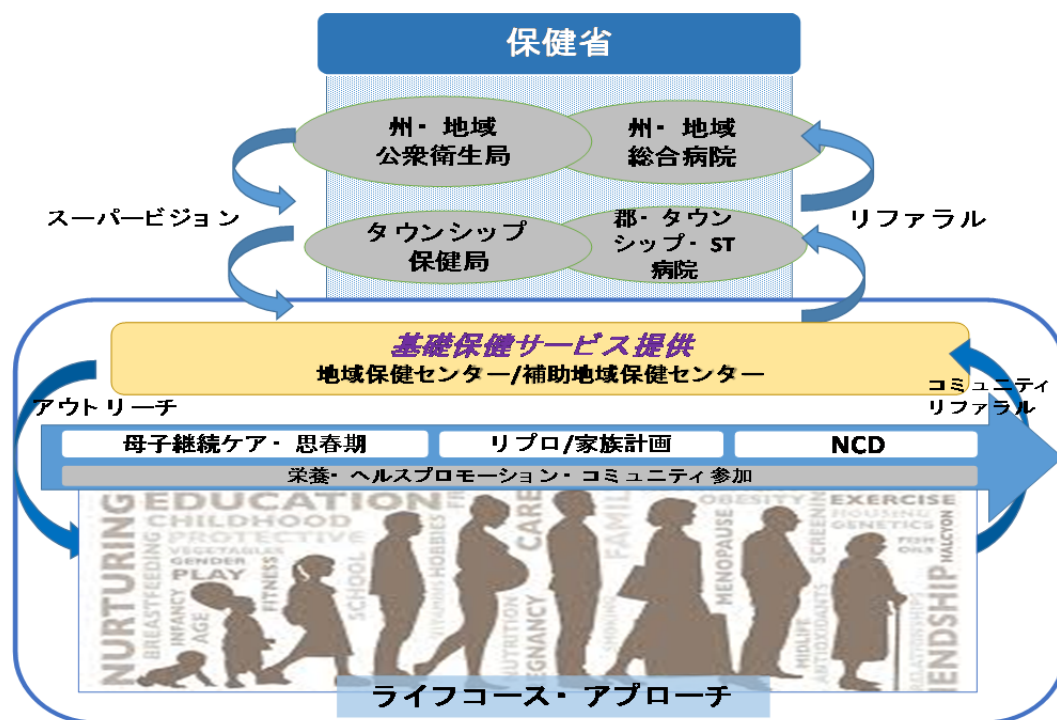


図 6-2 協力の方向性概念図

今後の技術協力は、UHC が目指す、すべての人々に対して質の高い基礎的な保健サービスへのアクセス及び医療費負担による経済的リスクからの保護を確保するために、サービスデリバリー（サプライ側）とコミュニティ（デマンド側）双方から取り組みを行っていくことに主軸を置く。

従って、今後の技術協力の目指す目標（案）として、以下を提案する。

XX 地域・州における RHC/SHC レベルで、生涯にわたり基礎保健サービスが利用される。
 (Basic health services are utilized throughout life course at RHC/SHC level in XX Region/State)

図 6-2 の協力の概念図が示す通り、協力自体はタウンシップ以下の基礎保健サービスの提供に重点を置くことを提案する。同時に、協力案は施設分俵の推進やリファレル体制強化などの活動も入る可能性があるため、上位施設への連携並びに支援も重要であるとの見解から、「RHC/SHC レベルを重点として」とし、包括的に支援を想定した形とすることも検討が必要と考える。

6-3-2 協力対象機関について

協力案の柱となる「基礎保健サービス提供の強化」に関連する、保健省内部の各課との面談と協議をとおり、協力対象機関（部署）候補の洗い出しや絞り込みの作業を行った。キーパーソンである公衆衛生局長、医療サービス局長に加え、聞き取り先は、以下の 7 課である。

- 基礎保健スタッフ（BHS）課
- 健康増進課（HLP）課
- 妊産婦保健/リプロダクティブヘルス（MRH）課（母性課）
- 子供保健（CHD）課
- 栄養（NU）課
- 非感染症（NCD）課
- 学校保健（SH）課

協力部署候補の選定作業は、右の 9 つの基準に基づき聞き取りなどから得られた情報を参考にした。

総合して検討した結果、今後の協力で中心的な部署になる候補としては、BHS 課、HLP 課、MRH 課の 3 つの課が残った。これら 3 つの課をさらに絞り込むために、中心となる部署としての「強み」と「弱み」の検討を行った。

分析の結果、今後の協力の方針を固めていく際に重要な役割を果たす課として、BHS 課が有力候補として挙げられる。主な理由は以下の通り。

- 基礎保健サービスを提供する RHC レベル以下の施設及び人材育成の担当課が BHS 課であり、またタウンシップレベル以下の実施体制も整っている。
- 課長の意欲と JICA に対する期待が高く、また JICA の過去のプロジェクトのカウンターパートであった実績から、日本/JICA への理解度が高い。

MRH 課は主要なサービス提供部門で、HLP 課にはライフコース・アプローチをとるうえで重要な課であり、サブカウンターパートとして密接に関与していくことが求められる。

- ① 他ドナーとの競合
- ② 日本の比較優位性
- ③ 支援の必要性(ガイドラインの有無、新体制等)
- ④ 過去のミャンマーでの日本支援実績
- ⑤ CP の意欲
- ⑥ 成果/指標の測りやすさ
- ⑦ 国家政策との整合性(保健大臣/NLD の意向)
- ⑧ 政策立案への反映度
- ⑨ 日本国内関係者への説明責任

6-3-3 協力の目標を測定する指標候補

協力の目標にかかる指標案を以下に示す。これらの指標は、BHS 課を含む今後の協力に関係する各課が掲げる成果・目標を踏まえ、調査団内で関連する指標を重点的に抽出した結

果、候補として挙げられたものである。各指標に関し、今後、協力の枠組みを具体化していく中で、さらに議論及び検討していくべき留意点についても表 6-1 に記す。

表 6-1 指標案と議論・検討すべき留意点

指標案	理由	今後議論・検討すべき留意点
SBA（助産専門技能者）の立ち合いの下での出産及び施設分娩率	MRH 課管轄の指標。課としても優先度の高い指標であり、またデマンド・サイドとサプライ・サイド両方の環境が揃って初めて可能となる指標であるため、プロジェクトが目指す関連指標と言える。	<ul style="list-style-type: none"> • 施設分娩ができる RHC が調査地域では 2 割にも満たないため、それを実現するには、施設整備も同時に行う必要がある。各協カスキーム（有償、無償、プロジェクト予算、保健省予算等）の中から、協力期間中のタイミングに合わせた形で計画していく必要がある。 • 緊急搬送先の病院での施設分娩数なども関連指標に入れる場合、どこまで上位病院施設に対して支援すべきかについても検討する必要がある。また、上位施設の整備が進むと、RHC を飛び越え、上位施設に行く住民が増える可能性も出てくる。 • 将来的には HMIS で精度の高いデータを拾えることを目指す必要があるものの、現時点で施設分娩に関するデータは、HMIS で収集できるものではなく生データから計算する必要がある。また、データの信ぴょう性についても課題があるため、データ管理能力強化と連動しながら、データ収集を行わなければならない。さらに、リファラルシステムが（ほぼ）存在していない現状では、リファラル体制確立までに長期間を要するため、リファラル数を指標に入れるのは困難である。 • 最終的に目指すところが妊産婦死亡率（MMR）の減少だとすると、SBA の介助出産を増やしつつ、そのほかの要因も改善する必要がある。例えば、緊急搬送システムや施設への道路アクセス改善も含めた環境整備、住民の意識及び対応、SBA の技術向上、上位施設での対応能力向上も MMR 改善の貢献要因になる。 • ここに挙げた 4 指標候補以外に、代替案として産前健診や産後健診の受診率などが挙げられる。ただ、その場合 HMIS から産前・産後健診データを手にするだけでなく、産前・産後健診活動の内容並びに質についても確認できるようベースライン・エンドライン調査により指標を手に入ることを提案する。
完全母乳率	子供保健課、栄養課、HLP 課が関係する指標。デマンド・サイドであるコミュニティの巻き込みがあって初めて成果が見える指標であり、今後の協力関連の適切な指標となりえる。	<ul style="list-style-type: none"> • ベースラインとエンドラインでサンプリング調査をかけて測る必要があり、効果検証の在り方と合わせて検討が必要である。

指標案	理由	今後議論・検討すべき留意点
成長モニタリング	子供保健課と栄養課が管轄の指標。	<ul style="list-style-type: none"> 成長モニタリングに参加した子供の数などを指標として助産師台帳から入手する。 (完全) 予防接種率なども成長モニタリング活動に関係する指標となり得る。 ただし、栄養関係の成果指標は変化が現れるまでに時間がかかるだけでなく、測定が難しい場合があるため、「参加者数」などの活動レベルの指標になってしまう傾向がある。
NCD スクリーニングを受けた数	NCD 課管轄の指標。	<ul style="list-style-type: none"> 現在 RHC ではグルコースチェック(血糖値測定器)や血圧計など基礎的な機材は揃っており、糖尿病や高血圧等のチェックは可能である。しかし、現在行っているチェックは外来の一部として行っており、スクリーニングが目的ではないため、ルーティンの記録としては(HMIS に)入っていない。 RHC の必須医薬品リストの中に高血圧の薬などが入っており、スクリーニング後の最低限の対応は可能であるが、同時に重度と思われる患者に対する上位病院へのリファラル体制を整えることも重要である。 NCD 対策の SOP が州レベルで配布されたが、RHC レベルにまで SOP が行き渡っていないのが現状である。 栄養関係指標同様、活動レベルの指標である。 コミュニティ・ボランティアのほとんどは、NCD スクリーニング・予防啓発活動に関する研修を受けておらず、適切な情報・教育・コミュニケーション(IEC: Information, Education and Communication)教材もないのが現状である。

特記事項として、上記に挙げられた指標案のほとんどは、BHS 課以外の関連課の指標であり、中心的な役割を果たす BHS 課管轄の成果指標が抽出されていない。今後、以下に提案するコンポーネントに関し、保健省と協議していく際には、BHS 課が直接関係する重点分野において、目標達成を測る指標について考察していく作業が必要である。

6-3-4 協力の主なコンポーネントについて

保健省及び関係機関・関係者との協議を含む本調査結果に基づき、協力における中心的な3つのコンポーネントを提案する。

コンポーネント 1：基礎保健サービス提供の実施枠組みの策定

具体的な活動としては、実施枠組み⁸⁰策定へ向けての保健省でのタスクフォースの立ち上げ、実施フレームワークの策定、投入する活動やアプローチの効果検証（コスト計算も含む）、投入した活動に基づく教訓や経験のタスクフォースやフォーラム等を通じた協力対象地域内外や他の開発パートナーとの共有、などが考えられる。

<今後の検討ポイント>

(1) 保健省内でのタスクフォースの立ち上げ

保健省との協議では、今後の協力における保健省内（具体的には公衆衛生局内疾病対策部側に所属する NCD 課も含めた関係各課）の調整については、公衆衛生担当局次長（Deputy Director/Public Health）のリーダーシップのもと行う方向である。また、保健省内のみならず、州レベル以下の実施体制を構築していくことも重要である。

(2) 「実施枠組み」について

第二回現地調査前の段階では、新体制後の保健省が導入したコミュニティ・クリニックの強化と制度化の支援についての検討を試みたが、時期尚早と判断し、保健省と協議した結果、今後 NHP（2017-2021）の基礎保健サービス提供のための実施枠組みを構築していくことで、概ね方向性の合意ができた。

今後の検討を進める上での留意事項は以下のとおり。

- 「実施枠組み」について、現在のところ保健省としても具体的な方策はないため、今後、その具体的な内容についても保健省と話し合いながら検討していくことが不可欠である。
- 「実施枠組み」は、協力対象地域の特性に合ったものだが、他地域に普及し全国展開すべく標準化を目指すのか、についても検討が必要である。一つのシナリオとして、協力で目指す基礎保健サービスを実施していく体制（コミュニティ参加も含む）及びその実施枠組みを策定→保健省に提示→承認→標準化に向けて協力期間中に地域内で適応、その後他地域にも共有→最終的には全国展開を目指す、を想定することが考えられる。
- 構築していく「実施枠組み」とは他機関の支援と比べてどのような比較優位性、特徴、さらには独自性があるのかといった費用対効果、有効性、持続発展性等の側面から議論が必要となる。

⁸⁰ NHP（2017-2021）で提起された Basic EPHS を RHC/SHC レベルで実施・展開するための枠組みがない。

(3) 投入活動やアプローチの効果検証

DHS や国勢調査を含む既存のデータの活用と共に、必要に応じてベースライン・エンドライン調査によるデータ収集を通して効果検証の調査実施方法を検討し、協力期間内に投入の効果を示し、そのエビデンスを活かすことが重要である。

調査の実施においては、結果を保健省内のみならず公に発表することを想定し、倫理審査を通すことを提案するが、審査にかかる時間を考慮して、協力開始前に（可能であれば協力案件詳細計画時に）調査項目をある程度絞り込んでいく方が賢明である。

コンポーネント 2：RHC/SHC の基礎保健サービスを提供する能力の向上

具体的な活動としては、基礎保健スタッフ（BHS）の人材能力強化（研修）、資機材供与、モニタリング・スーパービジョン、リファラル体制強化など、保健省との協議を通してこれらの活動が提案された。また、重点分野としては、母子保健（安全な出産、新生児ケア、継続ケア推進）、栄養（完全母乳指導、成長モニタリング）、NCD 予防（健診及び健康教育）を対象として挙げられている。

具体的には、以下のような活動が考えられる。

- 人材養成・研修事業：マネジメント能力向上（保健計画づくりとの連携含む）、リーダーシップ及びコミュニティ活動推進、ヘルスプロモーション（栄養・生活習慣含む）
- 基礎保健サービス提供の強化（施設レベル及びアウトリーチ）：母子保健に関わる継続ケア推進（例：施設分娩を含む安全な妊娠出産と危険兆候の予防、完全母乳育児と子供の栄養等への対応、母子手帳の活用や緊急搬送支援体制の強化への啓発活動）
- データ管理の能力強化（データ収集、分析、レポート）

<今後の検討ポイント>

(1) 重点分野の活動内容

- サービス提供及びヘルスプロモーションにおける人材育成（研修）及び、母子保健分野の研修については既存の研修の有無や現地のニーズに留意しつつ重点項目を設定するとともに、栄養・NCD 対策など新たな課題に関しては優先して研修内容を検討し、実施していくことが必要である。
- NCD 対策に関する IEC 教材については、いまだ発展途上であることから、今後 HLP 課と連携して支援を行うことが可能かどうか、その内容や方法について検討していかなければならない。
- 基礎的緊急産科ケアなどの助産師能力強化研修に関しては、すでに USAID の支援を受けた団体が実施しているため、重複を避け、協力ではコミュニティ参加に重点を置き、医療従事者対象にコミュニケーションスキル研修などを実施していくことで、他機関・事業との相乗効果を図ることが可能となる。

(2) 母子手帳にかかわる取り組み

- 既存の母子手帳は、予防接種や身長体重などの記録も含めた包括的な手帳になっている。母子手帳というツールを媒体として、母性課、子供保健課、予防接種課、栄養課が管轄する活動記録が統合化され、今後基礎保健サービス提供に関わる保健省内の連携強化が期待できる可能性がある。また、保健省内だけでなく、UNICEF や WHO など予防接種記録や成長モニタリングカードを導入した他の開発パートナーと新規プロジェクト・チームが積極的に協議し、開発パートナー間の連携・協調を進めることでも母子手帳活用の加速化が進むと思われる。
- 本調査に基づき、母子手帳の内容及びメッセージに関しては、現状分析・効果検証を実施し、見直しを行う必要がある。まず、関係者間で母子手帳活用の目的（何のために、誰のために、何を目指して等）について理解し共有していく場を持つことを提案する。利用者にとって使いやすい内容の手帳になるだけでなく、上述した記録の統合化の理解促進にもつながることが期待できる。
- 母子手帳電子化の可能性の検討が保健省から出されているが、ミャンマーにおいても今後情報通信技術化が進むことを想定すると、一部の協力対象地域で試験的に導入を試みることも検討の余地があると考えられる。

(3) データ管理

- MDSR については、制度構築されたものの、現場レベルでの本格導入はされていない。今後、協力でどのように MDSR の実施支援ができるかについても検討する余地はある。また、CDSR との関連も検討が必要である。
- 基礎保健スタッフのデータ管理能力の向上もニーズの高い重要な分野であるが、広範囲の活動分野や内容を含む可能性があるため、協力の方向性の中で具体的にどこまで絞って支援するのか検討する必要がある。

(4) 地域・タウンシップレベルの保健計画策定

- タウンシップ保健計画の計画策定及び実施支援は、RHC/SHC 及びコミュニティのニーズを反映・統合させるうえで非常に重要な活動ではあるが、具体的な支援範囲を見極めたうえで進めていくべきである。
- タウンシップ保健計画策定の際は、コミュニティのニーズに対応した RHC レベルにおけるマイクロ計画を確実に反映させることを提唱することで協力の意義と比較優位性を発揮できると考える。

(5) リファラル体制強化

- 産科緊急搬送やNCDスクリーニング後の治療リファラル先である上位病院の受け入れ体制や治療内容についても、協力の支援範囲を確認しつつも、他実施団体や開発パートナーとの連携の可能性も具体的に検討していく必要がある。

(6) 資機材供与

- 協力対象地域の 80%強の RHC 施設は分娩可能な環境ではないため、施設改修及び機材供与のニーズは非常に高い。そのため、供与機材の抽出と優先順位付けにかかる検討が必要である。仮に、協力指標の一つを前述した「施設分娩率」とする場合、協力期間中に対象の RHC の施設整備が行われ分娩サービスが可能となる期間を考慮して、準備を始める必要がある。もしくは、保健省が 1 年目に NHP (2017-2021) 対象地域として選択したタウンシップを協力対象として選定することで、保健省による施設整備及び機材供与が可能となる⁸¹。

(7) コミュニティの参加

- 施設を改修しても住民がサービスを利用しないといたリスクを回避するため、今後の協力では、サービス提供側のみならず、住民の「サービスを利用したい」という需要側のニーズに着目し、コミュニティ参加、ライフコースに基づくヘルスプロモーションも重視した支援が重要である。

コンポーネント 3：コミュニティの参加強化

具体的な活動としては、コミュニティ・ボランティア（MCHP や CHW、MCWA メンバー等）の活性化、住民の声を反映した保健計画づくり、緊急時交通手段の確保、健康教育・予防啓発活動が挙げられる。

また、次のような活動項目も、今後、保健省や関係機関で検討していくことを提案する。

- コミュニティレベルのガバナンスの強化：コミュニティ保健委員会の設立あるいは既存委員会の強化等
- ローカルリソースを活用した地域参加型保健推進活動の仕組み作り：コミュニティ基金の設置、無償保健ボランティアへのインセンティブの仕組み

<今後の検討ポイント>

(1) コミュニティ・ボランティアの活性化

- 保健ボランティア体系の標準化、統一化が求められるなか、協力を具体的に策定する上で、保健ボランティアに対する支援範囲、方法などを考慮していく必要がある。その場合、統一化・標準化に向けての作業を実施枠組みの策定と連携して行っていくことが必要である。
- AMW の活用については、3MDGF 支援により活性化が図られたものの、AMW 活動に対して経済的インセンティブが伴っているため、3MDGF 終了後の持続・自立発展性の確保が課題である。また、母性課への聞取りによると、6 か月の研修に対

⁸¹ 世界銀行ファンドには施設分娩を可能にするような RHC のアップグレードの支援額はない。

して、費用対効果が確保できない等の理由から前向きでない意見もある。協力対象にするかどうかは、今後検討しなければならない。

(2) 住民の声を反映した保健計画づくり

- コミュニティ参加型の RHC マイクロ計画作りは、保健省が NHP（2017-2021）で重点戦略の一つとしている ITHP に沿って策定していくように常にタウンシップと連携をはかる体制整備が肝要である。
- BHS 課長から提案があったコミュニティフィードバックシステムの導入について、協力の中でも検討し、住民の声を反映した保健計画づくりに役立てるようにしていく。

(3) コミュニティのガバナンス強化

- 2008年にミャンマーを襲ったナルギス災害時に村落保健委員会が機能していたところでは災害時対応で活躍し実効性を発揮していることから、村落保健委員会などのコミュニティ・ガバナンスの強化は持続可能な基礎保健サービス提供システムの確保を目指すためには重要である。

6-3-5 協力対象州・地域の検討



図 6-3 マグウェイ地域の地図

出所：2014 Magway Region Census Report Vol. 3-H

以下の理由並びに保健省の意向から、マグウェイ地域が協力対象地域の候補として挙げられている。

- ① 保健関連指標が最も悪い州・地域のひとつ（2014年国勢調査）
- ② 日本による保健分野支援の有効活用

加えて、これまでタウンシップ以下を支援していた3MDGFが2017年7月をもって終了する予定であり、今後の支援の見通しはまだ立っていないことから新規協力が介入する余地はある。

協力では、地理的に隣接する2郡（計10タウンシップ程度）を対象とし、その後域内の残りの郡、さらには域外にどのように展開していくかについて、資金協力も含め効果的な普及計画を検討していくことを提案する。

6-4 今後の資金協力の方向性

今後の資金協力の方向性に関しては、上述の協力案と連動する形で検討していくことが求められる。資金協力のシナリオ案を以下に挙げる。

シナリオ A:

今後の協力（技プロ）で NHP（2017-2021）に沿った基礎保健サービス実施・拡充のためのシステム強化支援を行い、実証された実施枠組みをマグウェイ地域並びに全国に面的に拡大普及していくために、次のような分野に資金協力を活用する。

① 基礎保健サービスを提供する施設（SHC、RHC）のハード整備

- 基礎保健サービスが提供・運営されるために必要な資材・機材の提供（水・電気・太陽光発電含）
- 基礎保健サービスが提供・運営されるための施設の改修、建設
- リファラル先であるタウンシップ及び上位病院の設備投資、施設改修（オプションル）

ハード整備のプロセスの考え方として、第一段階は政府の投資計画と連携しながら対象地域内の 2 郡のみを対象に協力を行い、第二段階として対象地域内の残りの郡への拡大を行う。第三段階に入り、他の州・地域に展開する。

② SHC、RHC、リファラル先の上位施設レベル（タウンシップ、州・地域病院及び行政組織）の人材を対象とした実施・運営のための研修

シナリオ B:

今後の協力（技プロ）では、RHC/SHC レベルで NCD 対策（予防・啓発、スクリーニング、早期発見）や母子継続ケアの活動を支援し、資金協力では上位病院での治療や適切な緊急対応を目指し、ステーション並びにタウンシップ病院のハード整備を行う。

シナリオ C:

施設へのアクセス改善を目指した道路整備

なお、一般財政支援については、第 4 章で述べたとおり、世界銀行による有償資金協力「必須保健サービスアクセスプロジェクト」の進捗状況から、ミャンマー政府側の外部資金管理能力に限りがあり、時期尚早と言える。

6-5 その他検討すべきポイント

6-5-1 オールジャパンとしての連携の可能性

(1) 日本・JICA の事業のこれまでの経験・知見の活用

日本の対ミャンマーの保健分野及び関連分野への支援は、資金協力（無償）、技術協力プロジェクト・草の根技術プロジェクト、課題別本邦研修、外務省 NGO 連携無償資金協力、円借款（インフラ整備）、官民連携事業など多岐にわたっており、2017年3月現在完了及び実施中案件は、図 6-4 のとおりである。コミュニティレベルの支援では、草の根技術協力に加えて、外務省の NGO 連携無償資金協力でいくつかの日本の NGO がマグウェイ地域やその周辺で活動している。こうした経験や教訓を今後の協力を活かしていくことによって、日本としての支援の相乗効果を図ることが求められる。そのために、ミャンマーに対する既存及び今後計画されている協力について、具体的な計画の策定にあたり、5章でも述べたように、例えば JICA 「HSS プロジェクト」との相互の有機的な連携の可能性を検討し、相乗効果を図っていくことは重要である。

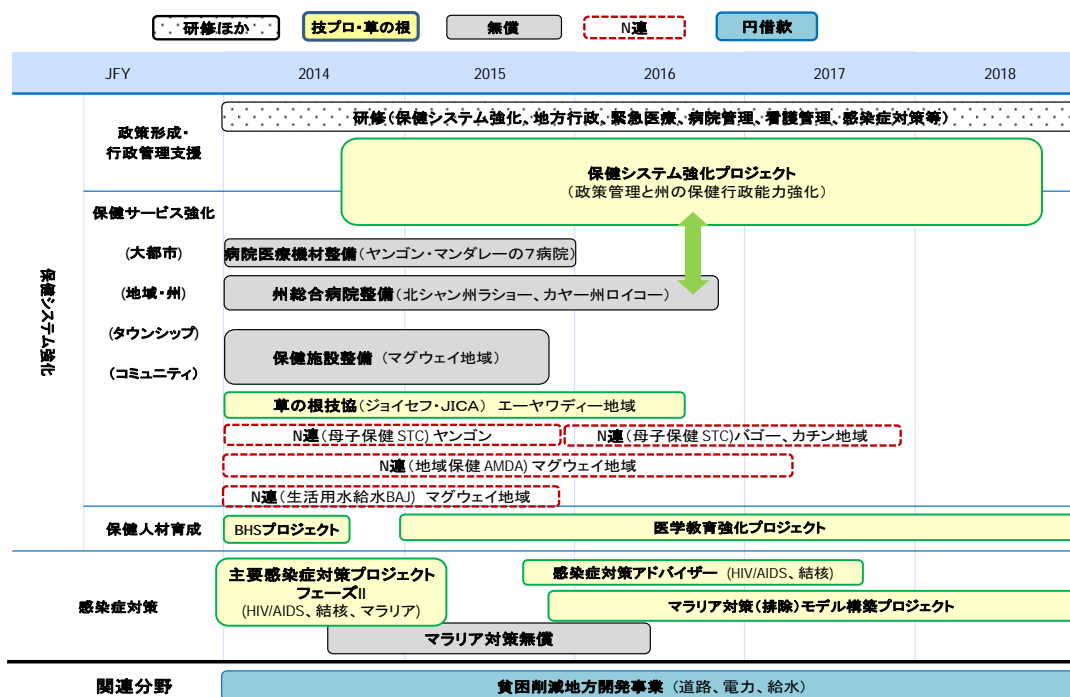


図 6-4 日本・JICA の対ミャンマー保健分野の支援(2017年3月現在完了及び実施中案件)

出所：JICA ミャンマー事務所、JICA 及び外務省ホームページをもとに調査チームが作成

6-5-2 RHC/SHC レベルのカバレッジを上げるための工夫

今後の協力案が RHC/SHC を中心としたタウンシップ以下の施設及び村落をターゲットにしているため、協力期間内に如何にして広範囲のエリアと施設数をカバーしていくのか、今後詳しく吟味する必要がある。末端レベルの一部の地域または活動を現地の NGO に再委託して行うなどの可能性も検討する余地がある。

6-5-3 他の開発パートナーとの効率的かつ有機的な連携

主要開発パートナーの今後の支援の方向性と JICA とのデマケ及び連携の可能性を、表 6-2 に示す。各関係機関は、資金規模や期間、支援分野やレベル、スキームや実施方法の違いはあるものの、それぞれの強みを活かした形で、効率的かつ有機的な連携は可能である。今後の協力方向性を具体化していく中で、主要開発パートナーや実施団体と引き続き協議していく必要がある。

表 6-2 主要開発パートナーの実施方法と今後の支援内容の比較 (2017 年 3 月時点)

機関名	主な実施方法と資金の流れ	今後の支援額	今後の支援分野						
			EPHS	母子保健	リプロダクティブヘルスと家族計画	栄養	非感染症	感染症	ヘルスプロモーション
3M DGF 後継基金	UNOPS を資金管理機関に (未確定)、国連や NGO への業務委託	1.2-1.5 億ドル (2018年-2022年)	○	○	○	○		○ (マラリア・結核・HIV)	○
世界銀行	ミャンマー政府へのローン	1 億ドル (2017-2018年) * EHSAP のみ	○	○		○ (新規)			
USAID	NGO への業務委託と 3M DGF 後継基金と LFT への拠出	2000-3000 万ドル (2017-2022年) * NCHADSIS プログラムのみ	○	○	(撤退)			○ (マラリア・結核・HIV)	○
DFD	3M DGF 後継基金と LFT への拠出	2000 万ポンド (年間)	○	○	○	○		○ (マラリアのみ)	○
WHO	技術支援	不明	○	○	○	○	○	○	○
UNFPA	ミャンマー政府への直接資金供与及び NGO への業務委託	2000 万ドル (2018-2022年)	○	○	○				○
UNICEF	ミャンマー政府への直接資金供与及び NGO への業務委託	5800 万ドル (2018-2022年)	○	○		○		○ (主に HIV)	○

主なスキーム	技術支援中心
	グラント中心
	借款中心

第 5 章で述べた通り、今後の支援分野に関しては、全ての開発パートナーが NHP に倣い EPHS に焦点を当てている。サブセクターとしては、依然母子保健を重点分野とする開発パートナーが多いが、栄養対策を重視する開発パートナーも増えている。他方、NCD 分野を支援する開発パートナーはいまだ少なく、ギャップの大きい分野である。

地域保健局とタウンシップ保健局の計画策定能力強化にあたっては、ITHP ガイドラインの作成や研修を支援する世界銀行及び 3M DGF 後継基金 (及びその主要援助機関である DFD と USAID) との連携が重要である。また、JICA 協力によって検討される実施枠組みがミャンマー政府だけでなく他開発パートナーからも受け入れられるよう、国レベルの政策の主導的役割を担うこれら開発パートナーと連携していくことは、成果を確保するために必要なステップである。世界銀行については、借款プロジェクトの第二次支援が開始される段

階にあり、基礎保健サービスの中でも RMNCAH と栄養に焦点をあてることが決定している。これに対し JICA の活動が相乗効果を生むことが期待される。

また、WHO や UNFPA、UNICEF とは、技術的面での連携が期待される。例えば、PEN を開発した WHO、MDSR を開発した UNFPA、CDSR を開発した UNICEF の知見やツール（ガイドラインや研修マニュアルなど）を活用する他、これらシステムが JICA 協力によって現場で実施された際は、その課題や教訓を彼らにフィードバックすることは有効な政策提言になると言える。そのほかに、USAID がマグウェイ地域で建設中であるスキルラボなど、特に母子保健分野については、これまでにかなりの能力強化支援がマグウェイ地域で行われてきたことから、それらを十分に活用して、残されたギャップに優先的に取り組むことが肝要である。

6-5-4 新 NHP の投資計画との連携について

保健省では、新しい NHP を実行に移すべく、投資計画が策定され、2017 年 4 月から第 1 年次 70 のタウンシップを対象に投入が実施される予定である。その内容は、インフラの整備、基礎医薬品提供など、サービス供給体制（Service Readiness）の確保への支援となっており、協力対象候補であるマグウェイ地域は、5 タウンシップが対象となっている⁸²。そのため、今後の協力の方向性を具体化していくプロセスは、保健省の投資計画の方向と進捗を確認しながら進めていくことが必須である。また、世界銀行の第二次支援の動向とも合わせて、連携・デマケの調整を行うことで相乗効果が期待できる。また、新 NHP のとりまとめの担当部署は、大臣官房下の NIMU（NHP Implementation and Monitoring Unit）であるが、実務を行う現業局との連携が十分に行われていない模様である。EPHS の内容もまだ固まっていない⁸³。投資計画と合わせて、年間実施計画の動向にも留意が必要である。

最後に、NHP（2017-2021）の年次計画（Annual Operational Plan）の最終化が進められている中で、保健省主導のもとに各開発パートナーもその進捗に合わせて新規支援戦略及び計画の調整・連携を図っていくことが求められている。そのため、今後より綿密に保健省を含む関係機関と連絡を取り、協力の方向性を明確化していくと同時に、中央政府レベルのみならず協力対象地域関係者の参加による詳細計画策定及び彼らのオーナーシップの醸成を意識した協力の形成プロセスを経ることが重要である。

⁸² 現時点で最終決定ではない。

⁸³ 2017 年 3 月末時点での情報

添付資料

添付資料 1 : 参考文献

- Development partners. 2015. *Development Assistance for Health in Myanmar*, Available at: <http://www.myanmarhsc.org/images/stories/pdffiles/developmentassistantinmyanmar.pdf>
- Euro Health Group, ITAD and MOHS. 2016. *Independent Evaluation Services of the 3 MDG Fund, Study Brief: Auxiliary Midwives Performance Assessment*, Euro Health Group.
- Kuh, D. and Ben-Shlomo, 1997, *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology; Tracing the Origins of ill-health from early to Adult Life*, London, Oxford University Press
- Magway Region. 2015, *Regional Public Health Profile*.
- Ministry of Health and Sport, MOHS. 2017. National Health Plan 2017-2021, *Input for Formulation Workshop Annual Operational Plan 2017-2018*, NPT, MOHS.
- Ministry of Health and Sport (MOHS). 2016. *Myanmar Demographic and Health Survey 2015-2016*. NPT, MOHS, Available at: http://www.themimu.info/sites/themimu.info/files/documents/Survey_Demographic_Health_Survey_2015-16.pdf
- MOHS. 2016, *National Health Plan 2017-2021*, NPT, MOHS.
- MOHS. 2016. “Myanmar experience in implementation of MCH Handbook,” (An unpublished presentation material at the 10th International Conference on MCH handbook held in Tokyo, November 2016.)
- MOH, *Health in Myanmar 2014*, NPT, MOH.
- MOH. 2014. *Maternal Death Review (MDR) in Myanmar (2013)*, NPT, MOH.
- MOH. 2014. *Five-Year Strategic Plan for Reproductive Health (2014-2018)*, NPT, MOH.
- MOH, 2000, *Myanmar Health Vision 2030*, MOH
- 2016, *Myanmar experience in implementation of MCH Handbook*, (An unpublished presentation material at the 10th International Conference on MCH handbook held in Tokyo)
- Myanmar Information Management Unit (MIMU) , 2016, *Countrywide Overview*, Available at: http://www.themimu.info/states_regions/country-wide
- Ministry of Immigration and Population, MOIP and UNFPA. 2016. *The 2014 Myanmar Population and Housing Census, Thematic Report on Maternal Mortality*, NPT, MOIP.
- Ministry of Immigration and Population and UNFPA. *The 2014 Myanmar Population and Housing Census*, Available at: [http://myanmar.unfpa.org/publications?title=&field_thematic_area_tid=All&field_publication_date_value\[value\]=](http://myanmar.unfpa.org/publications?title=&field_thematic_area_tid=All&field_publication_date_value[value]=)
- National Health Network. 2016. *Program of Health Reforms: A Roadmap Towards Universal Health Coverage in Myanmar (2016-2030)*, National Health Network

OECD, Creditor Reporting System, Available at:
<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CRS1>

Tandon, A, *et al.*, *Measuring Overall Health System Performance for 191 Countries*, WHO GPE Discussion Paper Series: No. 30, Available at: <http://www.who.int/healthinfo/paper30.pdf>

3MDG: Map and Database, Available at: <http://www.3mdg.org/en/where-we-work>

3MDG Fund, About 3MDG, Available at: <http://www.3mdg.org/en/about-the-3mdg-fund>

Tint Swe Latt, *et al.* 2015. Myanmar Diabetes Care Model: Bridging the Gap between Urban and Rural Healthcare Delivery, *Journal of the ASEAN Federation of Endocrine Societies*, Vol 30, No.2 (2015), Available at: <http://www.asean-endocrinejournal.org/index.php/JAFES/article/view/263/665>

UNFPA. 2016. *The 2014 Myanmar Population and Housing Census*, Available at:
[http://myanmar.unfpa.org/publications?title=&field_thematic_area_tid=All&field_publication_date_value\[value\]=](http://myanmar.unfpa.org/publications?title=&field_thematic_area_tid=All&field_publication_date_value[value]=)

UNFPA. 2016. *2015 Health Facility Assessment for Reproductive Health Commodities and Services*. UNFPA.

UNICEF. 2016. *The State of the World's Children 2016*, UNICEF.

UNICEF, 2014, A Snapshot of Child Wellbeing: Ayeyarwaddy, Bago, Magway, Available at:
http://www.unicef.org/myanmar/children_22389.html

UNICEF, 2014, A Snapshot of Child Wellbeing: The Republic of the Union of Myanmar, UNICEF, Available at:
https://www.unicef.org/myanmar/Myanmar_Profile_30-07-15.pdf#search=%27Snapshot+of+Child+Welbeing++Myanmar+2014%27.

WHO. 2014. *STEP survey: National Survey of Diabetes Mellitus and Risk Factors for Non-Communicable Diseases in Myanmar*, NPT, MOH.

WHO, 2014, Non-communicable Diseases (NCD) Country Profiles, WHO.

WHO. *National Health Account*, <http://apps.who.int/nha/database>.

WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank, 2015, *Trends in Maternal Mortality 1990 to 2015: WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank estimates*, Geneva, WHO, Available at:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf?ua=1

WHO, 2015, *Global Burden of Disease*.

WHO, 2010, *Development Assistance for Health in Myanmar*, Geneva, WHO, Available at:
http://www.who.int/gho/governance_aid_effectiveness/countries/mmr.pdf#search=%27WHO+Development+Assistance+for+Health++Myanmar%27

World Bank. *New Country Classifications*, Available at:
<https://blogs.worldbank.org/opendata/new-country-classifications>.

外務省. ミャンマー連邦共和国基礎データ. ホームページ：
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/myanmar/data.html>

JICA、2017. 「農村地域における妊産婦の健康改善のためのコミュニティ能力強化プロジェクト終了時評価表」, JICA.

JICA, 株式会社国際テクノ・センター. 2014. 「ミャンマー連邦共和国保健システムに係る情報収集・確認調査報告書」, JICA

JICA、株式会社コーエイ総合研究所、タック・インターナショナル、2012. 「保健セクター情報収集・確認調査：ミャンマー連邦共和国保健セクター分析報告書」, JICA

JICA. 2011. 「ミャンマー連邦母子保健課題に関する情報収集・確認調査報告書」, JICA.

JICA、公益財団法人ジョイセフ. 2010. 「PROTECO 地域展開型リプロダクティブ・ヘルス・プロジェクト完了報告書」, JICA

田村克己、松田正彦編. 2013. 「ミャンマーを知るための 60 章」, 株式会社明石書店

添付資料 2 : 現地調査日程表

第一回現地調査日程

	Date	Itinerary	Route	Mode of Transportation	MS	RN	RK	NT
1	12/11 Sun	Leave Tokyo for Yangon	NRT - YGN	Flight				1
2	12/12 Mon	9:00 JICA Myanmar Office PM: Briefing to local consultancy firm		Taxi				1
3	12/13 Tue	Briefing to local consultancy firm 14:00 Embassy of Japan		Taxi				1
4	12/14 Wed	AM: Move to NPT (7:00-7:35) 9:30 Meeting with Dr. Thuzar Chit Tun, Director, BHS	YGN - NPT	Flight	1			1
		Leave Tokyo for Yangon (11:00-16:30)	NRT - YGN	Flight				
5	12/15 Thu	Move to NPT (7:00-7:35)	YGN - NPT	Flight	1			1
		10:30 Dr. Yin Thandar Lwin, DyDG (PH) 11:45 Dr. Than Win, Acting DG, DOPH 15:00 HSS Project 17:00 Prof. Myint Han, DG, DMS		Car				
6	12/16 Fri	08:30 Dr. Phyu Phyu Aye, Director, Health Education 10:00 Dr. Sandar, Director, School Health		Car	1			1
7	12/17 Sat	AM: Move to MGY PM: Documentation	NPT - NYU	Car	1			1
8	12/18 Sun	Documentation			1	1	1	
		Leave Tokyo for Yangon (11:00-16:30)	NRT - YGN	Flight				
9	12/19 Mon	Magway (Day 1) Pakkoku Township -Pakkoku District Hospital -Myit Chay Station Hospital		Car	1	1	1	1
		AM: Leave YGN for Nyaung U (6:45-8:05) / Meeting within Assessment Team	YGN - NYU	Flight				
		PM: Leave NYU (17:05-18:25) for Tokyo via YGN(22:10-6:45)	NYU - YGN - NRT	Flight				
10	12/20 Tue	Magway (Day 2) Pakkoku Township -Lay Daing RHC -Myit Phya Sub-Rural Health Center -Interview with AMW, CHW and some MCHP at Sub-Rural Health Center Arrive in Tokyo		Car	1	1	1	1
11	12/21 Wed	Magway (Day 3) Magway Regional Health Dept & Hospital 11:00 Meeting with Regional Health Officer <Public Health> 12:00 Meeting with MS, Magway General Hospital	NYU-MGY	Car	1	1	1	1
12	12/22 Thu	Magway (Day 4) Myaing Township -Myaing Township Hospital -Let Yet Ma Station Hospital Leave NYU for Tokyo via YGN	MGY-NYU	Car		1	1	1
13	12/23 Fri	Magway (Day 5) Myaing Township -Kyauk Sauk RHC -Ma Gyi Su Sub-Rural Health Center		Car		1	1	1
		Arrive in Tokyo						
14	12/24 Sat	AM: Move to NPT PM: Documentation	NYU - NPT	Car		1	1	1
15	12/25 Sun	Documentation				1	1	1
16	12/26 Mon	11:00 Dr. Hnin Hnin Lwin, Dy Director (MRH) 14:00 Prof Myint Han, DG (MS)		Car		1	1	1
		Move from NPT to YGN (17:40-18:15)	NPT - YGN	Flight				
		Leave Yangon for Tokyo (22:10-6:45)	YGN - NRT	Flight				
			NPT - YGN	Flight				
17	12/27 Tue	Move from NPT to YGN (08:10-08:45) Leave Yangon for Tokyo (19:10-21:35)	YGN - NRT	Flight		1	1	1
		Arrive in Tokyo						
18	12/28 Wed	Arrive in Tokyo						1
					8	10	18	0
					MS: Makiko SUGHISHITA			
					RN: Ryoko NISHIDA			
					RK: Ryoko KOSHIHARA			
					NT: Nami TAKASHI			

第二回現地調査日程

Date	Itinerary 1	Itinerary 2	Route	Stay	MS	RN	RK	NT
1/26 Thu	Leave Tokyo for Yangon		NRT-YGN	YGN				1
1/27 Fri	10:00 Meeting with Myarma Perfect Research 14:00 Interview with Ms. Tomita, Chief Adviser, JICA PEME			YGN				1
1/28 Sat	Documentation			YGN				1
1/29 Sun	Documentation			YGN				1
1/30 Mon	9:00 Meeting with Ms. Nakatani, JICA Myanmar 10:00 Meeting with GFATM 15:00 Interview with UNAIDS 17:00 Interview with UNFPA 17:30 Meeting with Ms. Nakatani, JICA Myanmar	Leave Tokyo for Yangon	NRT - YGN	YGN			1	1
1/31 Tue	10:00 Interview with Save the Children 14:00 Interview with Jpigo	Move to NPT	YGN-NPT	YGN			1	1
2/1 Wed	9:30 Interview with Myanmar Medical Association 11:30 Web conference with JICA HQ 14:00 Interview with Charity Oriented Myanmar 16:00 Andrew Cassels, 3MDG Fund Consultant	10:00 Interview with Myanmar Maternal and Child Welfare Association (MMCWA) 11:30 Web conference with JICA HQ 13:30 Interview with Dr. Khin May Thant, Director, MOHS Nutrition 15:00 Meeting and interview with Dr. Thazar Chit Tin, Director, MOHS BHS		YGN/NPT				1 1
2/2 Thu	9:00 Interview with UNICEF 14:00 Interview with KOFI	13:00 Meeting with Dr. Hnin Hnin Lwin, Deputy Director, MOHS MRH		YGN/NPT			1	1
2/3 Fri	9:30 Interview with USAID 11:00 Interview with UNOPS 13:30 Interview with Dr. Nakamura, Chief Adviser, JICA Malaria Project 16:00 Interview with Dr. Nan Naing Naing Shein, Deputy Director, MOHS NCD	9:00 Meeting with Dr. Than Win, Director General, MOHS Department of Public Health 10:30 Meeting and interview with Dr. Myint Myint Than, Director, MOHS CHD	NPT-YGN	YGN			1	1
2/4 Sat	Documentation			YGN			1	1
2/5 Sun	Documentation	Move to Magway via Nyaung U	YGN - NYU NYU-MGY	YGN/MGY			1	1
2/6 Mon	10:00 Interview with DFID 14:00 Phone interview with WHO	10:00 Meeting and interview with Dr. Tun Aung Kyi, Director, Regional Department of Public Health, Magway Regional Health Department 13:30 Meeting and interview with Dr. Paw Tun, Medical Superintendent cum Director for Regional Department of Medical Services and Dr. Ohmar Aye, Township Medical Officer, Magway Township		YGN/MGY			1	1
2/7 Tue	Move to Magway via Nyaung U	Mon Daung Station Hospital, Minbu Township Minbu District General Hospital	YGN-NYU NYU-MGY	MGY			1	1
2/8 Wed	Oo Yin RHC, Minbu Township			MGY			1	1
2/9 Thu	Pa Daung SHC, Minbu Township NSI Clinic, Magway			MGY			1	1
2/10 Fri	Pwint Phyu Township General Hospital Kone Zang Station General Hospital			MGY			1	1
2/11 Sat	Documentation			MGY			1	1
2/12 Sun	Documentation			MGY			1	1
2/13 Mon	Kyaung Taw Yar RHC, Pwint Phyu Township			MGY			1	1
2/14 Tue	Nan Myae SHC, Pwint Phyu Township			MGY			1	1
2/15 Wed	Move from Magway to Nay Pyi Taw by car		MGY-NPT	NPT	1		1	1
2/16 Thu	10:00 Meeting with Dr. Kyaw Khaing, Assistant Permanent Secretary, IRD, MOHS AM/First Consultative Workshop for Development of National Strategic Plan on NCDs 13:00 Meeting with Myarma Perfect Research			NPT	1		1	1
2/17 Fri	11:00 Meeting with Dr. Thazar Chit Tin, Director, MOHS BHS 16:30 Meeting with Dr. Mya Shein, Director, and Dr. Nan Nandar Shein, Deputy Director, MOHS NCD			NPT	1		1	1
2/18 Sat	Internal Meeting			NPT	1		1	1
2/19 Sun	Internal Meeting			NPT	1		1	1
2/20 Mon	9:00 Meeting with Dr. Hla Mya Thwe Einda, Director, MOHS MRH 11:00 Meeting with Dr. Than Zin Htoo, Assistant Secretary, Planning and Statistics, Permanent Secretary Unit, Dr. Ye Nan Htwe, Deputy Director, International and National Relations and Information Division, Dr. Min Yu Aung, Assistant Director, State Public Health Department 15:00 Meeting with Dr. Phyu Phyu Aye, Director, MOHS Health Literacy Promotion 16:30 Meeting with Dr. Ishii, Chief Adviser, Ms. Omachi, Coordinator, JICA HSS Project			NPT	1		1	1
2/21 Tue	10:00 Meeting with Dr. Thazar Chit Tin, Director, MOHS BHS 13:30 Meeting with Dr. May Khin Thant, Director, MOHS National Nutrition Center 15:00 Interview with ADB			NPT	1		1	1
2/22 Wed	9:30 Reporting back to Dr. Yin Thandar Lwin, Deputy Director, MOHS DoPH 13:00 Reporting back to Dr. Myint Myint Than, Director, MOHS, CHD 13:30 Reporting back to Director General, DoPH			NPT	1		1	1
2/23 Thu	Move to Yangon Documentation		NPT - YGN	NPT/YGN	1		1	1
2/24 Fri	9:00 Debriefing at JICA Myanmar Office 14:00 Debriefing at Embassy of Japan Leave Yangon for Tokyo		YGN-NRT	Onflight	1		1	1
2/25 Sat	Arrive in Tokyo							1
					10	0	27	27
					MS: Makiko SUGIYAMA			
					RN: Ryoko NISHIDA			
					RK: Ryoko KOSHIMURA			
					NT: Nami TAKASHI			

添付資料 3 : 面談者リスト

第一回現地調査

Date		Name	Title / Organization
2016/12/13	Tue	① 松尾秀明	在ミャンマー日本国大使館 参事官
		船井雄一郎	在ミャンマー日本国大使館 一等書記官
2016/12/14	Wed	② Dr. Thuzar Chit Tun	Director (BHS), DOPH
2016/12/15	Thu	③ Dr. Yin Thandar Lwin,	Dyputy Director General(DyDG) (Public Health), DOPH
		④ Dr. Than Win	Acting Director General (cum Dy DG, Disease Control), DOPH
		石井羊次郎	Chief Advisor (HSS project)
		⑤ 大町 権	Expert on Health Service Delivery, Prj coordinator (HSS project)
		⑥ Prof. Myint Han	Director General, Department of Medical Service
2016/12/16	Fri	Dr. Phyu Phyu Aye	Director (Health Education), DOPH
		⑦ Dr. Nilar Than	Deputy Director (Health Education), DOPH
		Dr. Myat Hus Paing Thaw	Deputy Director (Health Education), DOPH
		⑧ Dr. Sanda	Director (School Health (SH))
		Dr. Hnin Aye Kyu	Assistant Director (SH)
		Dr. Win Lae Htut	Assistant Director (SH)
2016/12/19	Mon	Dr. Phone Maw	Medical Superintendent cum Acting District Medical Officer (DMO), Pakokku General Hospital
		Dr. Theint Ei Thu	Deputy Township Medical Officer (Deputy TMO), Public Health, Pakokku Township
		⑨ Dr. Su Mon Naing	Team Leader (Child Health), Public Health, Pakokku Township Health Department
		Dr. Zin Wai Cho	Team Leader (Maternal Health), Public Health, Pakokku Township Health Department
		Daw Paw Tun Tin Khaing	Township Health Nurse, Public Health, Pakokku Township Health Department
		Dr Ye Khaung	Station Medical Officer (SMO), Myit Chay Station Hospital/Station Health Unit (SHU), Pakokku Township
		⑩ Daw Toe Kyi	Lady Health Visitor (LHV), ditto
		Daw Khaing Swe Lwin	Midwife (Thae Yeataw SHC), under Myit Chay Station Health Unit, Pakokku Township
		Daw Khin Lay Myint	Midwife (Nyaung Pin SHC), ditto
		Daw Thu Thu Win	Midwife (Scabe SHC), ditto
Daw Thein Thein Swe	Midwife (Ba Gyi SHC), ditto		
2016/12/20	Tue	U Aung Soe Lwin	Health Assistant, Lay Daing RHC, Pakokku Township
		Daw Mie Mie Kyaw	Midwife, Lay Daing RHC, ditto
		⑪ U Soe Tint	Village Tract Administrator, Lay Daing
		U Swe Chaw	Chair, Elderly Care Support Organization
		U Mya Khaing	Chair, Village-level Charity Organization
		Daw Khin Htay Min	Midwife, Myit Phya SHC under Lay Daing RHC, Pakokku Township
		Daw Mar San	MCHP cum CHW
		⑫ Daw Nwe Nwe Win	MCHP
		Daw Mar Naing	MCHP
		Daw Cho Win	MCHP
Daw Nu Yu Aye Aung	MCHP		

2016/12/22	Thu		Dr. Thura Zaw	Township Medical Officer (TMO), Myaing Township Hospital
		⑮	Daw Moh Moh Myint	HA1 (Health Assistant 1), ditto
			Dr. Su Hlaing Myint	Medical Officer (MO) (MCH), ditto
			Daw Swe Win Maung	MO (BC), ditto
			Daw Saw Yu	Health Assistant (HA), Kyauk Sauk RHC, Myaing Township
			Daw Ei Ei Htwe	Lady Health Visitor (LHV), ditto
		⑯	Daw Swe Win	Midwife (MW), ditto
			Daw Ei Mon Mon Kyaw	Public Health Supervisor II (PHS II), ditto
			Daw Nwe Ni Myint	MW, ditto
				other 7 MWs and 4 PHS II attended (from 7 SHC under Kyauk Sauk RHC, Myaing Township)
2016/12/23	Fri	⑰	Dr. Aung Naing Tun	Station Medical Officer (SMO), Let Ya Ma Station Hospital/Station Health Unit (SHU), Myaing Township
		⑱	Daw Moh Moh Kyu	Midwife, Ma Gyi Su SHC, Myaing Township
2016/12/26	Mon	⑲	Dr. Hnin Hnin Lwin	Deputy Director (Maternal and Reproductive Health), DOPH
		⑳	Dr. Thuzar Chit Tun	Director (BHS), DOPH
		㉑	Dr. Phyu Phyu Aye	Director (Health Education), DOPH
		㉒	Prof. Myint Han	Director General, Department of Medical Service
			Dr. Moe Khaing	Director, Department of Medical Services

第二回現地調査

Date		Name	Title / Organization	
2017/1/27	Fri	1 富田明子	ミャンマー医学教育強化プロジェクト(PEME) チーフアドバイザー	
2017/1/30	Mon	2	Global Fund (GFATM mission's briefing meeting)	
		3	Krittayawan Tina Boont	UNAIDS Investment and Efficiency Adviser
		4	Dr. Hla Hla Aye	UNFPA Assistant Representative
2017/1/31	Tue	5	Aung Zaw Lin	Save the Children Head of Program (3MDG)
		6	Leah Thayer	Jhpiego Country Director
2017/2/1	Wed	7	Professor Rai Mra	President, MMA
		8	Dr. Pe Win	Senior Manager of Programme Management Department, MMA
		9	Thazin Aung	Programme Director, Charity Oriented Myanmar (COM)
		10	Andrew Cassels	Senior Fellow, Global Health Centre, The Graduate Institute Geneva
		11	Dr. Nu Nu Tha	President, Myanmar Maternal and Child Welfare Association (MMCWA)
		12	Dr. Thet Naing Oo	Executive Committee Member, MMCWA
		13	Dr. May Khin Than	Director / Programme Director, National Nutrition Center, Department of Public Health (DOPH), MOHS
		14	Dr. Lwin Mar Hlaing	Assistant Director, National Nutrition Center, DOPH
2017/2/2	Thu	15	Penelope Campbell	Chief, Young Child Survival and Development Section, UNICEF
		16	Young Hee Min	Country Representative, KOFIH
		17	Kang Hyunggu	Deputy Country Representative, KOFIH
		18	Dr. Hnin Hnin Lwin	Deputy Director, Maternal and Reproductive Health (MRH), DOPH
2017/2/3	Fri	19	Karen Cavanaugh	Director of Office of Public Health, USAID
		20	Ben Zinner	Deputy Director, USAID
		21	Ma Myo Aye	Project Management Specialist (Maternal and Child Health), USAID
		22	Oren Ginzburg	Director, The Three Millennium Development Goal Fund
		23	Panna Erasmus	MNCH Team Leader, The Three Millennium Development Goal Fund
		24	中村正聡	マラリア撲滅プロジェクト チーフアドバイザー
		25	Dr. Nan Naing Naing Shein	Deputy Director of NCD, MOHS
		26	Dr Than Win	Acting Director General, Department of Public Health (DOPH), MOHS
		27	Dr. Thuzar Chit Tun	Director, Basic Health Service (BHS), DOPH
		28	Dr. Myint Myint Than,	Director, Child Health (CH), DOPH
		29	Dr. Hnin Hnin Lwin	Deputy Director (MRH), DOPH
2017/2/6	Mon	30	Mya Maw	Health Advisor, DFID
		31	Alaka Singh	WHO
		32	Dr Paw Htun	Medical Superintendent Director, Magway Regional General Hospital (MRGH)
		33	Prof: NweMar Tun	Professor Head, OBGYN, MRGH
		34	Prof: Thi Tar	Professor Head, Pediatrics, MRGH
		35	Prof: Thin Thin Nwe	Professor Head, Department of Medicine, University of Medicine
		36	Dr Cho Cho Win	Senior Consultant, Pediatrics, MRGH
		37	Dr Myo Mo Mo	Senior Consultant, OG, MRGH
		38	Dr Myo Thinn	Senior Consultant, Department of Medicine, MRGH

2017/2/7	Tue	39	Hnin Hnin Pyne	World Bank Senior Health Specialist
		40	Dr Ye Moe Aung	Station Medical Officer, Mon Daung Station Hospital (MDSH)
		41	Dr Me Me Aung Win	Assistant Surgeon, MDSH
		42	U Myint Oo	Health Assistant, MDSH
		43	Daw Htet Htet Lwin	Senior Nurse, MDSH
		44	Daw Khin Khat Khat Kyaw	Trained Nurse, MDSH
		45	Daw Zin Mar Htay	Trained Nurse, MDSH
		46	Dr Myat Soe	Medical Superintendent, Minbu District Hospital (MDH)
		47	Dr Hla Win Myint	Association Professor/Child Health, MDH
		48	Dr Zin Mar Win	Specialist Assistant Surgeon, Pediatrician, MDH
		49	Dr Ye Htut	Specialist Assistant Surgeon, Pediatrician, MDH
		50	Dr Aung Ko Min	Junior Consultant Dental Surgeon, MDH
		51	U Than Tun Aung	Township Health Assistant, MDH
52	Dr Ni Ni Khaing	Senior Consultant, OG, MDH		
2017/2/8	Wed	53	U Thet Mon Hlaing	Health Assistant, Oo Yin RHC, Minbu Township
		54	Daw Hnin Ei Hlaing	PHS-II, Oo Yin RHC, Minbu Township
		55	Daw Khin Thuzar Nyein Zaw	PHS-II, Phayar SC, Minbu Township
		56	Daw Thae Su Hlaing	PHS-II, Padaung SC, Minbu Township
		57	Daw Nu Htay	PHS-II, Padaung SC, Minbu Township
		58	Daw San Mu	Midwife, Min Hla Kyin SC, Minbu Township
		59	U Phyo Thu Aung	Midwife, Min Hla Kyin SC, Minbu Township
		60	Daw Hlaing Thwe Oo	Midwife, Than Payar Gai SC, Minbu Township
		61	Daw Zar Zar Nyein	Midwife, Than Payar Gai SC, Minbu Township
		62	Daw Thi da Nyein	Midwife, Oo Yin RHC, Minbu Township
2017/2/9	Thu	63	Daw Nu Htay	Midwife, Padaung SC, Minbu Township
		64	Daw Thae Su Hlaing	PHS-II, Padaung SC, Minbu Township
		65	Daw Nyo	Axillary Midwife, Padaung SC, Minbu Township
		66	U Soe Win	Community Health worker, Padaung SC, Minbu Township
2017/2/10	Fri	67	Dr Moe Myint Zaw Win	Township Medical Officer, Township General Hospital, Pwint Phyu Township
		68	Daw Kay Thi Khaing	Lady Health Visitor, Township General Hospital, Pwint Phyu Township
		69	Daw Hlaing Thandar Ohn	Clerk, Township General Hospital, Pwint Phyu Township
		70	Daw Zin Mar Hlaing	Clerk, Township General Hospital, Pwint Phyu Township
		71	Daw Thi Thi Khaing	Clerk, Township General Hospital, Pwint Phyu Township
		72	Dr Thi Thi Aye	Station Medical Officer, Kone Zaung SHU, Pwint Phyu Township
		73	Daw Khin Khin Win	Lady Health Visitor, Kone Zaung SHU, Pwint Phyu Township
		74	Daw Thein Htay Kyi	Staff Nurse, Kone Zaung SHU, Pwint Phyu Township
		75	Daw NweNwe	Staff Nurse, Kone Zaung SHU, Pwint Phyu Township
		76	U Zaw Win	PHS-I, Kone Zaung SHU, Pwint Phyu Township
		77	Daw Thae Nu Aye	Midwife, Kone Zaung SHU, Pwint Phyu Township
		78	Daw Shwe Ye Lin	Train Nurse, Kone Zaung SHU, Pwint Phyu Township
		79	Daw Khin Shwe Hnaung	Train Nurse, Kone Zaung SHU, Pwint Phyu Township
		80	Daw Aye Mya Thu	Train Nurse, Kone Zaung SHU, Pwint Phyu Township

2017/2/13	Mon	81	U Khaing Myo Min	Health Assistant, Kyaung Taw Yar RHC, Pwint Phyu Township
		82	Daw Mai Thein Kyin	Lady Health Visitor, Kyaung Taw Yar RHC, Pwint Phyu Township
		83	Daw Chaw Su Su Win	PHS II, Kyaung Taw Yar RHC, Pwint Phyu Township
		84	Daw Phyu Phwe Kyaw	PHS II, Kyaung Taw Yar RHC, Pwint Phyu Township
		85	Daw Myo Myo Thin	PHS II, Min Myae Sub Center, Pwint Phyu Township
		86	Daw Sandi Maw	Mid wife, Kyaung Taw Yar RHC, Pwint Phyu Township
		87	Daw Sandar Moe	Mid wife, Kyaung Taw Yar RHC, Pwint Phyu Township
		88	Daw Sandar Win	Mid wife, Min Myae Sub Center, Pwint Phyu Township
		89	Daw Than Than Win	Mid wife, Inn Daung Sub center, Pwint Phyu Township
		90	Daw Khin Aye Thwe	Mid wife, Phalan Taw Sub center, Pwint Phyu Township
2017/2/14	Tue	91	Daw Sandar Win	Mid wife, Min Myae Sub Center, Pwint Phyu Township
		92	Daw Myo Myo Thin	PHS II, Min Myae Sub Center, Pwint Phyu Township
		93	U Htay Lwin	Community Health Worker, Min Myae Sub Center, Pwint Phyu Township
		94	Daw Khin Thant Zin	Axillary Mid wife, Min Myae Sub Center, Pwint Phyu Township
2017/2/16	Thu	95	Dr. Kyaw Khaing	Director, International Relations Department (IRD), MOHS
2017/2/17	Fri	96	Dr. Thuzar Chit Tin	Director, BHS, DOPH
		97	Dr. Myint Shwe	Director, NCD Department
		98	Dr. Nan Naing Naing Shein	Deputy Director, NCD Department
2017/2/20	Mon	99	Dr. Hla Mya Thwe Einda	Director, MRH
		100	Dr. Thant Sin Htoo	Assistant Secretary/Director
		101	Dr. Ye Min Htwe	Deputy Director, International Relations Division
		102	Dr. Min Yu Aung	Assistant Director, State Public Health Dept
		103	Dr. Phyu Phyu Aye	Director (Health Literacy Promotion)
		104	Ms. Ei Ei Su	Assistant Director (AD)
		105	Ms. Su Su Naing	AD
		106	石井羊次郎	HSSプロジェクトチーフアドバイザー、JICA
107	大町 権	HSSプロジェクト専門家、JICA		
2017/2/21	Tue	108	Dr. Thuzar Chit Thin	Director (Health Promotion / BHS), DOPH
		109	Dr. May Khin Than	Director / Programme Director, National Nutrition Center, DOPH
		110	Dr. Kada Kyaw	Medical Officer, National Nutrition Center, DOPH
		111	Dr. Hnin Darli Win	Medical Officer, National Nutrition Center, DOPH
		112	Mr. Chirs Spohr	Principal Social Sector Specialist, Myanmar Resident Mission (MYRM), ADB
		113	Dr. Yin Thandar Lwin	Deputy Director (Public Health), Department of Public Health
2017/2/22	Wed	114	Dr. Than Win	Director General, DOPH
		115	Dr. Myint Myint Than	Director (CH), DOPH
		116	Dr. Hnin Hnin Lwin	Deputy Director (MRH), DOPH
		117	Dr. Mya Lay New	Deputy Director (BHS), DOPH
2017/2/24	Fri	118	船井 雄一郎	在ミャンマー日本国大使館 一等書記官
		119	西形 康太郎	JICA ミャンマー事務所次長
		120	中谷 香	JICA ミャンマー事務所 企画調査員