

2. 事業の目的と概要	
(1)上位目標	事業対象地における保健と衛生に関する環境改善を通じ、地域住民の健康改善(地域の主要疾患罹患数の減少)を目指す
(2)事業の必要性(背景)	(ア)事業実施国における一般的な開発ニーズ ミャンマー連邦共和国(以下、ミ国)は、タイ、中国、インドなどと国境を接する東南アジアの多民族国家¹で人口 5,326 万人、うち約 65%が地方に住む(世界銀行、2013²)。平均余命・教育・所得から人間開発の達成度を計算する「人間開発指標」は 187 カ国中 150 位(国連開発計画、2014³)と低い。開発の遅れは物理的アクセスの悪い農村部や少数民族地域で著しく、収入が貧困ラインを下回る人のうち 85%は地方に居住している(国連開発計画、2011⁴)。また、政府の総支出のうち保健医療分野への支出は 2011 年度に 1.05%、2012 年度に 3.14%(Health in Myanmar, 2013)と非常に少なく⁵、地方では、地図上にあるはずの保健センターが実在しない、センターが存在しても施設が老朽化している、基礎保健スタッフ⁶が配置されていない、必要な医療備品がそろっていない、といった例はめずらしくない。主要な疾患は多い順に下部呼吸器疾患、結核、下痢(WHO、2014⁷)であり、依然多くの人々が予防可能な感染症に苦しんでいる。このように、地方における保健分野を含む住民の生活改善はミ国における喫緊の課題の一つであり、ミ国は国家開発戦略⁸において国際援助機関と連携して国民の生活向上に取り組むことを強調している。 (イ)日本政府の対ミャンマー援助方針 日本国外務省は、2012 年 4 月に発表した対ミ国経済協力方針重点 3 分野の 1 つに「国民の生活向上のための支援(少数民族や貧困層支援、農業開発、地域開発)」を掲げている。ミ国内でも貧困度の高い地方農村部において、保健・衛生分野の改善に寄与する本事業は、外務省の同方針に合致している。 (ウ)申請に至った背景 <u>事業地選定の理由と背景</u> ミ国中央に位置するマグウェ地域は、貧困度、保健施設への距離、妊産婦健診受診率、5 歳未満児の下痢疾患患者のうち適切な処置を受けた割合などから算出される「保健・貧困インデックス⁹」において、チン州、ラカイン州に次いで経済・母子保健指標の低い地域とされている。チン州、ラカイン州は少数民族居住地域であることから、マグウェ地域はビルマ族が多く住む地域では最も経済・保健指標の低い地域ともいえる。 当法人は 2002 年より、マグウェ地域パコク郡の貧困度の高い農村部で、保健医療サービスの向上や住民のエンパワメント(自身の力で課題を解決する力をつけ、取り巻く環境に影響を与えるようになること)を念頭に置いた、住民の生活改善を支援する事業を実施してきた。現行の「マグウェ地域パコク郡西部における「Healthy Village」プロジェクト」(N 連、2012 年～)では、地域住民の組織力の強化や保健知識の向上(開始時調査の正答率 12%から 2 年目終了時 43%)、衛生環境の改善(同ハエ防止型トイレの所有率 12%から 58%)といった成果をあげ、カウンターパートである保健省ならびに県保健局から高い評価を受けている。同事業は 2015 年 2 月に終了を迎えるため、保健省ならびに県保健局から、近隣地域の中で保健状況がさらに悪いパウツ郡(人口約 17.8 万人)において活動するよう要請された¹⁰。 同郡保健局によると¹¹、主要疾病は多い順に下痢、呼吸器系疾患、赤痢、マラリア、結核で、基礎的な保健・衛生環境が整っていれば予防が可能な感染症が目立つ。同郡における 1,000 人あたりの医療従事者は医師 0.02 人、助産師 0.27 人と国際基準の 2.28 人を大きく下回って

	おり、十分な保健医療サービス提供が困難な状況である。さらに、交通の便が悪い地域が多く、郡内の北部・西部は山がちで車両通行できない道が多いほか、南部・東部は川からの増水による洪水被害で頻繁に通行が妨げられ、そうした際には医療従事者による村への訪問や急患の迅速な病院搬送も非常に困難になる。地域住民が医療従事者から保健衛生教育を受ける機会も限られており、例えば当法人が活動をしている隣のパコク郡では1年間に3,658回の保健教育が実施され、対総人口比で45%の住民が参加しているのに対し、パウツ郡の実施回数は1,027回とその3分の1に過ぎず、参加人口も24%に留まっている¹²。 当法人は、事業の効率性から雨期でも最低週に1回はアクセスできる地域が多い同郡南部において予備調査を実施し、特に保健衛生状況が悪く、かつ本事業への参加に意欲的な21村(計2,570世帯、人口12,822人)を対象村として選定した。 事業目標・内容設定の背景と理由 当法人が対象村で実施した調査¹³によると、過去1年間にあった1,006件の出産のうち妊産婦5人が死亡(対1,000人あたりの妊産婦死亡率はミ国平均2人、世銀2013)、子どもが1歳になるまでに亡くなった経験がある人が27%、産前産後健診を一度も受けたことがない人が37%、トイレ普及率が35%(ミ国平均77%、UNICEF2014)など、保健衛生状況がミ国平均に比べ悪い状況が判明した。 その大きな要因として、保健医療サービスと情報へのアクセスが困難であることが挙げられる。例えば、対象村近隣の道は十分整備されておらず、雨が降ると泥がぬかるむ悪路となって通行が妨げられる。また、村々が点在しており、公的保健医療施設がある村には、隣村からも徒歩で20分、施設の管轄地域のうち最も遠方の村からは徒歩で2時間以上を要する。31%の人々は生涯で1度も公的保健医療施設へ行ったことがないと答えており、対象村の住民にとって公的な保健医療サービスを受けることは身近な選択肢でない。ミ国の保健政策では、基礎保健スタッフがこのようなアクセスの悪い村々を巡回し、予防接種などの基礎保健医療サービスや保健教育を提供することを義務付けているが、雨期には悪路に阻まれて村を訪問できない場合が少なくない。また、村を訪問した際にも、優先順位が高い予防接種を済ませるのに精いっぱい(ワクチンを保冷するアイスバッグが溶けないうちに複数の村を巡回する)であり、保健教育の機会と時間は限られていることがほとんどである。保健知識の低さは、人々の行動様式に現れており、例えばトイレの普及率は35%とミ国平均77%¹⁴の半数以下に留まっているほか、53%の人が家庭ゴミを川に投げ捨てて処分している。また、「蛇に咬まれた場合、咬傷箇所を土に数時間埋めておく」といった医学的に誤った知識が流布しており、毒蛇が多い
--	---

¹ 70%を占めるビルマ族のほか、およそ130の民族がいるとされている。

² <http://data.worldbank.org/country/myanmar>

³ <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-en-1.pdf>

⁴ UNDP (2011), Integrated Household Living Conditions Survey in Myanmar (2009-2010).

http://www.mm.undp.org/content/myanmar/en/home/library/poverty/publication_1/

⁵ 例えば2012年の日本は19.4%、タイ14.2%、中国12.5%、カンボジア6.7%、ラオス7.1%。

⁶ 助産師や保健師、補助医師といった、ミ国の公的保健医療センターの職員。地域住民に対し、手術を伴わないけがや病気の治療、予防接種、出産の介助、薬の処方、保健教育といったサービスを提供する

⁷ WHO (2014), The Republic of the Union of Myanmar health system review (Health Systems in Transition, Vpl4 No.3 2014)

⁸ National Level Workshop on Rural Development and Poverty Alleviation held in May 2011

⁹ Markus Buhler (2012), Inception phase of the 3 MDG Fund / MNCH selection criteria for townships

¹⁰ カウンターパートのミ国保健省保健局は、限られた援助団体が各々の蓄積した経験知見を活かし、かつ過剰な管理費を投入せずに効率的・効果的に事業を実施するよう、援助団体が事業地を拡大する場合、既存事業地の近隣地への拡大・実施を強く推している。

¹¹ Pauk Township Health Profile, 2013 January-October

¹² Pakokku Township Health Profile 2011, Pauk Township Profile 2013

¹³ 2014年5月と7月に実施した対象村210人の住民に対する聞き取り調査

¹⁴ UNICEF 世界子ども白書2014統計編

	本事業地では命取りになる。 このように公的な保健医療サービスと情報へのアクセスが困難であるなか、村内でそれを補う人材や仕組みも十分でない。ミ国の保健システムでは各村に公的ボランティアの准助産師と保健ワーカーがそれぞれ 1 人は育成されているはずであるが、報酬や医薬品の支給はなく、対象村では過去に研修を受けたボランティアはいるものの活動していないケースが多い。また、対象村には宗教行事や施設の管理委員会、学校の管理委員会、青年会といった住民組織があるが、保健に関する組織は存在しないか、公的保健医療施設の維持管理の機能に留まっている。他にも、貧困層住民にとって医療費は大きな負担となるものの（日雇い労働者の賃金が 1,000～2,500 チャットであるなか、病院へ行くには交通費だけで 20,000～60,000 チャットが必要である）、対象村にはそのような人々を助ける仕組み（保険や基金など）もない。 以上の状況を鑑みると、本事業地で地域の保健衛生にかかる状況を改善するには、地域の中に保健衛生環境の改善を推進する人材を育成（仕組みを構築）すること、それによって住民自身が病気の予防行動や初期対応に取り組む能力を備えることが必要である。
(3)事業内容	本事業は 2 年間の実施期間中に、対象村内に保健衛生状況の改善に積極的に取り組む人材（地域保健委員）を育成し、住民全体の保健衛生に関する関心や知識の向上に取り組むことによって、地域の保健衛生にかかる状況を改善することを目指す。1 年目は対象村で地域保健委員会を結成し、地域保健委員（以下、委員）が各村における地域保健の課題を分析し、その改善のための活動計画を策定する過程を支援する。委員に対しては研修や救急処置キット（61 セット）などを提供し、委員による地域保健活動（保健教育、救急処置、衛生活動）が効果的に実施されるようサポートする。また、ハエ防止型トイレの普及を推進し、全対象世帯のうち約半数がトイレを設置することを目指す。2 年目は、委員による地域保健活動とハエ防止型トイレの普及をさらに進めるほか、住民の病院搬送や村の救急処置キットの補充などに使う保健基金の設立、対象村内の公立学校における学校トイレ建設に取り組む。1 年目の活動内容は、下記の通りである。 <u>(ア)保健衛生を改善するための体制の構築と強化</u> 対象 21 村で、幅広い住民参加のもと地域保健に関する問題分析ワークショップを開催する。同ワークショップでは村の保健衛生に関する課題を分析し、その課題解決の担い手となる地域保健委員会の委員を選出する。人数は 1 村 8 人（全体の指揮や統括をする村長と准助産師ほか、2 人が保健担当、4 人が衛生担当）を予定しているが、村の世帯数に合わせ柔軟に対応する。また、委員の 4 割以上を女性とすることで、ジェンダーバランスに配慮する。 その後、委員を対象に、保健衛生状況の改善に向けた活動計画策定ワークショップを開催する。同ワークショップでは、問題分析ワークショップで明らかになった課題の改善策を検討し、具体的な実施計画（役割分担、実施時期、必要物など）を策定する。なお、当法人による予備調査から、同地で特に高いニーズが確認された保健教育、救急処置、ハエ防止型トイレの普及、環境衛生活動（村内清掃など）、保健基金の設立については全村で実施を推奨し、その他のニーズについては、村ごとの状況を勘案し柔軟に対応する。 活動計画が策定できた村から順次、委員に対する能力開発研修を開催する。1 年目は、「基礎保健（主要疾患の基礎知識など。半日の研修を各村で 6 回、計 77 人（人数は見込み）の保健担当委員と准助産師を対象に行う）」、「個人衛生・環境衛生（不衛生な環境と感染症の関連性、ハエ防止型トイレの建設方法など。1 日間の研修を計 93 人（人数は見込み）の衛生担当委員を対象に行う）」、「救急処置（救急処置の基礎知識と実技訓練。3 日間の研修を 77 人の保健担当委員と准助産師を対象に行う）」の 3 テーマについて研修を実施する。

	この他、基礎保健スタッフと地域保健委員の意見交換の場を設けたり、全村の委員が一堂に会して自身の活動を発表する年次総会を開催したりして、保健行政と村、村と村の連携と相互学習を深める。 <u>(イ)地域住民に対する保健衛生改善の啓発活動</u> 委員は研修で学んだ知識を生かし、活動計画に基づいて各自の村で①保健知識を住民に伝達する保健教育活動、②啓発イベント、③村内のけが人や病人への救急処置、④ハエ防止型トイレの普及、⑤環境衛生活動(村内清掃など)を実施する。対象は全世帯(2,570世帯)とするが、実際の動員目標ならびに活動頻度などは、活動計画策定の際に各村の状況に応じて設定する。本事業スタッフは、その実施状況をモニタリングし、技術(保健教育における聴き手の興味を引く話し方、救急処置、トイレ建設の指導・助言など)と物資(啓発ツールの作成と配布など)の両面から支援する。トイレ普及については、研修の一環として各村に建設したハエ防止型トイレ 35基をモデルに、委員がトイレを所有しない住民に対して啓発活動を行い、本事業からはトイレ建設に必要な最低限の資機材(700基分)を投入する。 対象村では土地なし小作農がおおよそ半数を占め、近隣の郡と比べて日雇い労働の賃金が低く¹⁵、出稼ぎ労働者が各村に人口の10%から20%みられる状況から日々の生活に余裕がない状況がうかがえ、人々の動員は容易でないと予想される。この点については、地域の事情に沿った保健教育教材(地域でよく見られる疾病を重点的に扱う、絵や写真を多く用いてわかりやすく印象に残りやすい内容にする、劇や歌、ゲームなど楽しみながら学ぶことができる手法も用いる、など)を作成するほか、保健省の栄養強化月間と連携してのイベント、住民が仕事をしていない時間を狙った夜間の啓発映像上映会などを企画し、活動が住民の興味を一層ひきつけるものになるよう工夫して動員に結びつける。
(4)持続発展性	・ 地域保健委員はじめ住民が身につける知識や技術は、事業の終了と同時になくなるものではなく、継続して地域の健康増進に役立つ。 ・ 地域住民の保健・衛生知識が向上し、住民が健康を希求する行動をとるようになることで、事業の終了後も住民の健康が継続的に維持改善される。 ・ 次フェーズで設立する予定の保健基金は使い切りとならないよう、一部を低利子の商業融資とするなど継続性を持たせる工夫をする。それにより地域住民は、事業終了後も継続して保健基金の恩恵を受けることができる。 ・ 地域保健委員会はハエ防止型トイレの建設方法だけでなく修繕技術も学ぶため、本事業で建設するトイレは事業終了後も引き続き、委員を中心に地域で適切に維持管理される。 ・ 住民と基礎保健スタッフとの会合や、全村の委員会が参加して経験の共有や情報交換をする年次総会によって、地域保健に携わる人々の間に連携がうまれる。こうした連携が、事業の終了後も継続して村の人々の健康増進に寄与することが期待される。
(5) 期待される成果と成果を測る指標	(ア) 裨益者数 直接受益者: 対象21村の地域保健委員会メンバー約190人 間接受益者: 対象21村に住む住民約12,800人(直接受益者含む) (イ) 期待される効果 本事業により、対象村で保健と衛生に関する環境が改善することが期待される。その達

¹⁵ 日当額は性別によって差があるが、おおよそ1,000～2,500チャット(約100円～250円相当)。隣のパコク郡では2,000～3,000チャット。

	成度については、1 年次にあたる本事業終了時に、下記の指標によって測る。確認方法は【】内に記す。 1. 全村の地域保健委員会が、保健衛生状況を改善するための具体的な活動計画（役割分担、実施時期、必要物など）を策定できる【活動記録】 2. 1 年次に実施する研修の事前事後テストにおいて、地域保健委員が正答率を 25 ポイント向上させ、かつ事後テストでは 60%の正答率を得る【研修の事前・事後テスト】 3. 1 年次に実施する地域保健活動に、60%以上の地域保健委員が参加する【活動記録、モニタリング】 4. ハエ防止型トイレの普及率が、35%から 50%に増加する【事業開始調査、活動記録、モニタリング】 なお、2 年次が終了した際には、下記の目標が達成されることを目指す。 1. 地域保健サービス（保健委員会による救急処置、公的保健医療サービス、保健基金）へのアクセス数が増加する【事業開始・終了時調査】 2. ハエ防止型トイレの普及率が事業開始前の 35%から全国平均値（77%）以上に増加する【事業開始・終了時調査】 3. 80%以上の世帯が、終了時調査で「事業開始前より村内の衛生環境が改善された」と答える【事業開始・終了時調査】
--	---