

## 2. 事業の目的と概要

This project aims to improve maternal and child health services provided at the health facilities in Myauk Myeik area of Tatkon Township, Nay Pyi Taw. Main activities cover four area as following; 1) construction and renovation of the medical facilities to secure safe environment for childbirth, 2) and 3) capacity enhancement of local midwives in terms of technical skills and health education for villagers with good cooperation between midwives and auxiliary midwives working in the same area in addition to 4) training for maternal and child health promoter who first find pregnant women in their communities and encourage those women to receive continuous care during pregnancy and after delivery and who visit newborn at least for three times to find any abnormalities or illness for referral. Through this project, we would like to achieve that pregnant women and mothers understand the importance of care related to pregnancy, childbirth and after delivery and are willing to receive it at health facilities. In addition, PHJ organizes workshop for project evaluation with stakeholders, particularly health officers of the target area once a year to share the achievement of the project and the planning for the following year. We expect that involving the stakeholders in the planning and evaluation process ensures the sustainability of the project.

### (1) 上位目標

農村地域の女性が適切な母子保健サービスを適切なタイミングで利用することにより母子の健康状態が改善される。

### (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、ミャンマー）は、現在のところ国連が定める「後開発途上国」に分類され、ASEAN 諸国の中でも開発が遅れている国である。2011 年に始まった民主化の動きの中で、諸外国からの注目が集まり、徐々に開発援助や企業による投資が盛んになってきているが、急激な経済成長の恩恵に浴しているのは一部の都市部のみで、農村部ではインフラや公共サービスが十分に整備されていない。

保健・医療分野でも社会開発の遅れに関しては例外ではなく、特に農村部では設備の老朽化、医療人材の不足が顕著にみられる。そのため、表 1 のとおり、ミャンマーは ASEAN 諸国と比較しても妊産婦死亡率、子どもの死亡率が非常に高い国であり、母子保健の改善が国レベルでの優先課題となっている。

表 1：ASEAN 諸国の母子保健指標比較（ブルネイ、シンガポール除く）

国名 (アルファベット順)	妊産婦死亡率 (出生 10 万人につき)	5 歳未満児死亡率 (出生 1000 件につき)	乳児死亡率 (出生 1000 件につき)
カンボジア	161	28.7	14.8
インドネシア	126	27.2	13.5
ラオス	197	66.7	30.1
マレーシア	40	7.0	3.9
<b>ミャンマー</b>	<b>178</b>	<b>50.0</b>	<b>26.4</b>
フィリピン	114	28.0	12.6
タイ	20	12.3	6.7
ベトナム	54	21.7	11.4

参照) World Health Statistics, 2016, WHO

保健スポーツ省発行(2016)の「National Health Plan 2017-2021」内で、過去の政府の医療への投資では、高次医療施設整備(病院)への偏りがあり、ステーション病院以下、地域保健センターなどの一次医療施設はほとんど設備整備がなかったことが指摘されている。基礎保健施設の整備が村レベルでの保健サービス提供には欠かせないとの認識はあるものの、政府単独での達成は困難を極めるとも述べられている。それに相まって、人材育成・配備、基礎医薬品の供給ルートの整備、搬送システム構築など医療保健改善のための課題は多い。

(イ)「持続可能な開発目標(SDGs)」のゴール

2030年までに達成が目指される17目標のうち、目標3が医療保健の改善を目指している。多岐にわたる健康問題を含む目標となっているが、MDGsから引き続き母子保健改善と妊産婦や乳幼児の死亡率低減は優先課題となっている。特に「ターゲット3.1:妊産婦死亡率を出生10万人当たり70人未満に削減する」、「ターゲット3.2:新生児死亡率を出生1000件中12件まで減らし、5歳以下死亡率を出生1000件につき25件まで減らす」にある具体的な数値目標を達成するためには、表1と比較しても、ミャンマーでは早急に効果的な介入を行う必要がある。

表2:ミャンマーの母子保健サービス利用率(%)

SDGs 細分化目標のターゲット	全国平均	農村部
3.1 SBAによる分娩介助	60.2	52.3
3.7 家族計画サービス利用	74.9	73.2
3.8 妊婦健診(最低4回)	58.6	50.8
3.8 子どものワクチン接種	54.8	50.4

参照) Ministry of Health and Sports (MoHS) and ICF. 2017. *Myanmar Demographic and Health Survey 2015-16*. Nay Pyi Taw, Myanmar, and Rockville, Maryland USA: Ministry of Health and Sports and ICF.

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの観点よりターゲットになっているサービス利用を表2に示す。特に農村部でのSBAによる分娩介助、妊婦健診の受診向上、子どものワクチン接種に注力する必要がある。一方で、妊婦健診を受け始める時期が妊娠中期からという妊婦も多く、各サービス受診の質改善も考慮に入れる支援が必要とされる。

(ウ) 外務省の国別開発協力方針

長らくミャンマーの政治状況を鑑みて経済協力を停止していた日本政府であるが、2012年に経済協力方針を変更し、本格的な支援を開始した。外務省が示したミャンマー支援の方針として、国民の生活向上のための支援、人材育成、インフラ支援の3点が示されている。保健医療分野は、主に国民の生活向上の一環として支援が行われており、病院建設やJICA、NGOを通じた技術移転や人材育成の事業が行われている。PHJの農村部での母子保健サービス向上を目指す事業は外務省の方針と合致する。

	<p>(オ) 対象地域のニーズ</p> <p>対象地域はミャンマーの首都であるネピドー特別管区の北部にあるタッコ ン郡である。人口約 21.7 万人の地方都市で、農業が主産業の農村地域でも ある。郡 100 床病院 1 ヶ所、ステーション病院 1 ヶ所、地域保健センター 4 ヶ所、サブセンター 26 ヶ所で公的保健医療サービスが提供されている。他 地域に変わらず、保健施設の老朽化・設備の未整備と保健人材の不足が課題 となっている。</p> <p>地域保健センター、サブセンターに配置された保健スタッフは、毎日主に サブセンターにて公的保健で提供される母子保健サービスを提供している が、分娩介助は産婦の「自宅」で行われることが多い。対象地域での 2016 年の自宅分娩率は 49.0%となっているが、そのほとんどは助産師・補助助 産師の介助によるものである。一方で、妊婦健診などにおいても医療器具 の不足で十分なアセスメントがされておらず、また農村地域の民家ではほ とんど電気・水道がなく、清潔な水の確保などによる衛生状態保持が難し く、安全な分娩環境下で出産を行うには程遠い現状である。</p> <p>タッコン郡は、マンダレー等の都市部の助産師養成校を卒業した若手助産 師が最初に配属されることが多い地域となっている。経験不足を補うよう な支援体制がなく、それぞれの助産師たちはなんとか一人で仕事をこなし ている状態で、すべての妊産婦が受けるべき質を保ったサービスを十分に 提供できていない。一方で、ミャンマーには助産師数の不足を補うため に、短期育成された補助助産師がおり、助産師の地域での保健活動をボラ ンティアとしてサポートする役割を担っている。タッコン郡のプロジェクト 対象地域では 20 年以上前に育成されたベテランの補助助産師が 83%と多 く、政府より派遣された若手の助産師との協力関係を築くことが非常に難 しい。そのため助産師との連携が乏しい中で補助助産師が自宅分娩を介助 することも起こっている。分娩介助に際しての補助助産師のリスク管理能 力を高めつつも、助産師との協力体制を築いて、地域でのより安全なお産 を推進する必要性が高い。同時に自宅分娩が伝統的に多い地域での、村人 たちの安全なお産に対する意識啓発のための教育も強化される必要があ る。</p> <p>本事業では、タッコン郡のミャウツミエイ地域保健センターの管轄 27 村を 対象として、助産師等の保健スタッフ、村の補助助産師、保健スタッフと 村人をつなぐ役割を持つ母子保健推進員の連携強化によって、母子保健サ ービスが適切に利用され、母子の健康状態の改善を目指す事業である。一 地域保健センターをモデル地区として選び、施設整備・人材育成をともに 進め、対象地域にとってより適切で効果的な改善方法を現地郡保健局と共 に作り上げていくことを目指している。</p>
(3) 事業内容	<p>ミャンマー農村部では、医療設備が整っておらず、かつ人口に対して助産 師数が不足しており、また地域住民の知識不足により妊娠・出産時に適切 なケアを受けに行かないという現状がある。以下の(ア)から(オ)の活 動を通して、対象地に医療設備が整い、その施設あるいは村で助産師が十 分な知識とスキルをもって母子保健サービスが提供できるようになり、か</p>

つ助産師一人にかかる負担を軽減するための地域保健の支援組織を既存の補助助産師と新規養成する母子保健推進員とで構築して、妊産婦や産後の女性が必要とされるケアを適切なタイミングで受けられるようなサポート体制が村々に根付くような支援を行う。

本事業を実施するタッコン郡のミャウツミエイ地域保健センター管轄の27村は添付資料③事業対象地27村名称一覧を参照。

(ア) 安全な分娩環境作り支援

タッコン郡では、自宅分娩が伝統的に行われ、現在でも多くの住民は、陣痛が始まると伝統的産婆あるいは助産師を自宅に呼んで自宅分娩を行っている。保健省では分娩によるリスクを軽減するために施設分娩への移行を推奨しているが、施設そのものが老朽化・未整備のため、患者が安心して使える環境となっておらず、伝統的な分娩は維持されたままである。そのため、施設の整備を進めつつ、自宅分娩・施設分娩のそれぞれのメリット・デメリットを理解して、安全な分娩介助推進のために施設分娩が選ばれるように地域の理解を促進するための話し合いを持つことを計画している。ハイリスク妊婦は妊婦健診の時点で早期発見し病院での分娩を勧めるようにするが、健康状態が良好である妊婦であっても自宅が一定の分娩安全基準を満たすことができない妊産婦には、事前に施設での分娩を推奨し、徐々に施設分娩への移行を促す。

対象者：ミャウツミエイ地域保健センター地区の27村の住民（特に村長）、助産師7名、補助助産師6名

① 「施設整備計画の策定」(1年目)

郡保健局と協働で、地域で必要とされる施設の整備計画を作成する。整備計画には、既存の施設の改築・増築等も含む。計画に則り、許可申請を行う。

② 「施設整備計画の実施」(1-2年目)

現時点での必要とされているインバコンサブセンターの分娩室の増築(1棟)、ミャウツミエイ地域保健センターの改築(1棟)、グイ・ピンサブセンターの新築(1棟)とその他リクエストがある設備を支援する。

③ 「施設整備モニタリング」(1-3年目)

郡保健局と協働で、対象地域の新設・既設に関わらず、各施設の利用状況、特に衛生状況・器材や医薬品等の整理状況をモニタリングし、その結果を

地域保健センターで開催される定例会議で共有する。定例会議ではミャウツミエイ地域保健センター所属のヘルスアシスタントがファシリテーター役を務める。

④ 「必須医療機器・医薬品リスト作成」(1年目)

郡保健局と協働で、必須医療機器・医薬品のリストを作成。リストに基づき医薬品を保健省に申請・各医療機関へ配布する部分は郡保健局が責任を持って実施する。

⑤ 「物品供与計画と実行」(1-2年目)

④のリストに基づき、ミヤウツミエイ地域保健センターと5つのサブセンター(アレーションサブセンター、ラパンサブセンター、インバコンサブセンター、ニャオトンアイサブセンター、グイ・ピンサブセンター)に備え付ける物品とアウトリーチ活動に使う物品との整備計画を作り、実行する。必要な機器や物品は、持続性を考慮にいれながら供与する。

⑥ 「供与機器のモニタリング」(1-3年目)

上記リストの機器・物品が各センターで助産師が常に使える状態になっていることを郡保健局が各センターを訪問し、モニタリングすることによって確認する。

⑦ 「安全な分娩環境の基準作成」(1年目)

PHJは郡保健局と協働で「施設分娩」の場合と「自宅分娩」の場合のメリット・デメリット、またそれぞれの場所での安全性を高める分娩介助環境の基準を作成する。助産師・補助助産師に基準を周知し、どのように対象地域において「施設分娩」「自宅分娩」それぞれの基準が満たされるか、またリスクがあるのかを話し合う。妊婦健診の際に助産師から妊婦に対して「安全な分娩環境」の説明がされ、妊婦の分娩場所を事前に確認するように徹底する。

⑧ 「自宅分娩モニタリング」(1-2-3年目)

自宅分娩の場合の環境について、助産師のセルフチェックシートとサンプルとして抽出した自宅分娩の現場での確認を行い、改善の助言を行う。

(イ) 医療者(特に助産師)のスキル向上支援

対象地域の助産師は、助産師養成校を卒業してすぐに配属される新卒の助産師が多く、知識はある程度あるものの、現場での経験が不足している。一方で、補助助産師は90年代に育成されたベテランが多く、育成後の知識のアップデートがされておらず、知識・スキルの不足を経験のみで補っている状況である。適切な母子保健サービスを地域住民に提供するためには、研修での個々人の助産知識・スキルの強化とともに、助産師・補助助産師の役割分担と協力体制が必須となる。

対象者：ミヤウツミエイ地域で働く助産師7名、補助助産師6名

① 「助産師支援体制会議」(1年目)

郡保健局と助産師・補助助産師が協働できるように任務と役割分担を明確にするための会議を開催する。話し合いに当事者である助産師・補助助産師も参加して、個々人の経験・能力や地域事情を加味した実際的な協力体制を形作る。同時に、助産師・補助助産師の研修内容を話し合い、研修計画を策定する。また、日本から専門家を招聘し、助産師・補助助産師のスキルチェックを行い、研修内容に反映する。

② 「助産師卒後研修」(1-2年目)

助産師がセンターに一人しかいなくても、適切な母子保健サービス(妊婦健診、分娩介助、産後検診、新生児健診、家族計画)を提供できるように母子保健の基礎的な知識を補い、手技を改善する研修を開催する。また、

助産師が日常行っているサブセンター利用者数のデータ管理について、正確に行えるよう研修内容に盛り込む。

③「補助助産師リフレッシュ研修」(1-2年目)

補助助産師が助産師の補助者とした知るべきレベルの母子保健サービスの知識に関する再教育研修を実施する。補助助産師は、国の政策としては一村に対して一人育成されることが望ましいとされているが、知識・技術の面からは育成の限界も指摘されている。PHJは補助助産師の従来の役割に基づき、分娩時に異常があった場合はすぐに助産師に連絡すること、妊婦健診や産後検診時は必ず助産師に診てもらおうように伝えることを強調した上で研修を行う。

④「助産師/補助助産師スキル・モニタリング」(2-3年目)

助産師、補助助産師が実際の母子保健サービスを適切に提供できるか、定期的に助産師を管理監督する立場であるタウンシップ保健師長またはミャウツミエイ地域保健センター所属の婦人保健訪問員がモニタリングし、助言を行う。研修で学んだことの現場での活用を推進する。

⑤「助産師・補助助産師定期会議」の開催(1-2-3年目)

2ヶ月に一度、対象地区の助産師と補助助産師が集まって運営上の問題、村での母子保健問題や保健サービスの問題について話し合う会議開催を支援する。主催は郡保健局とする。

(ウ)村での母子保健教育活動

対象27村で主に妊婦と産後の女性を対象に集団教育を行う活動である。保健施設やアウトリーチ活動の中で、村の妊産婦の積極的な保健サービス受診を促進するために、村の住民たちの保健知識強化を行う。この活動の中で母子保健推進員は、妊産婦や産後の女性、その家族を事前に集めて教育に参加できるようにサポートする役割を担う。

対象者：助産師(7名)、公衆衛生スーパーバイザーⅡ(6名)、補助助産師(6名)、母子保健推進員(約130名)、村の妊婦や産後の女性またその家族

①村での母子保健教育年間計画策定(1-2-3年目)

助産師と補助助産師が、村の妊婦と産後の女性を対象とした母子保健教育年間計画を年度ごとに策定するのを支援する。

②公衆衛生スーパーバイザーⅡへのファシリテーションスキル研修(1年目)

ミャウツミエイ地域保健センター管轄下の公衆衛生スーパーバイザーⅡである6名を対象とし、母子保健教育が行えるようファシリテーションスキル研修を行う。現状では助産師はマルチタスクのため、サブセンターに助産師と一緒に常駐する公衆衛生スーパーバイザーⅡが母子保健教育の役割を担うことができれば、村での母子保健教育の開催回数も担保されることが期待される。

③サブセンターや各村での母子保健教育を実施(1-2-3年目)

①で策定した計画に沿って母子保健教育の実施を支援する。サブセンターでは、助産師が毎月妊婦や産後の女性を集めて教育を行う。加えて、補助助産師が機能している村では補助助産師がその村での教育を行い、それ以外の村では助産師、公衆衛生スーパーバイザーⅡが一村につき一年に4回教育を実施する。内容は、妊娠期と産後に分かれている。妊娠期では「妊婦健診の重要性と受診の時期、妊娠中の日常生活、妊娠中の栄養、妊娠・出産中の危険兆候、出産準備、母乳栄養」について教育する。産後の教育内容は「産後検診の重要性と受診の時期、産後の日常生活の注意点と栄養、予防接種、家族計画、母乳栄養」である。教育は1回につき1時間であり、妊娠期と産後の教育を交互に各村で行う。教材は、保健省推奨のものを使用し、助産師、補助助産師、公衆衛生スーパーバイザーⅡに配布する。

参加者には、事前・事後テストを実施して、知識の定着を確認する。

#### (エ) 村のボランティア育成と連携強化

村での母子保健活動に従事するボランティアとして「母子保健推進員」を育成する。本事業での母子保健推進員の役割は担当する世帯のうち、妊婦や産後の女性がいる家庭を把握し、助産師に情報を伝えること、妊婦健診、産後検診、家族計画指導を推奨し、サービスの利用を促進すること、母子保健教育開催の際は参加者を集めることである。さらに、母子保健推進員に「新生児ケアボランティア」の機能をもたせ、新生児健診が母子保健推進員によって、生後早期に受けられるような体制を確立する。

1人の母子保健推進員が各村で妊婦5人を受け持つように村を区分し、対象地域で約130名が母子保健推進員に任命される予定である。

対象者：母子保健推進員130名

#### ① 「母子保健推進員を選定」(1年目)

保健省が定めるボランティアの一形態である「母子保健推進員」を各村で選出する。選出法としては、すでにボランティアになっている人や立候補、村長や助産師による任命方式、村人による推薦選挙の順に実施し、必要人数を集める。

母子保健推進員の選抜要件は女性で、読み書きができ、母子保健推進員として活動する意欲と時間があることである。各村を訪問し、村長に母子保健推進員に関して説明し、村長や助産師の任命だけで決定しなければ、状況に応じて村人に説明会を行い、適任者を推薦してもらい選定を進める。

#### ② 「保健省による養成者研修」(1年目)

保健省の「母子保健推進員」担当者を招き、対象地域の婦人保健訪問員(LHV)と助産師を対象に養成者としての研修を実施する。地域の医療者が母子保健推進員の働きを監督指導できるように育成する。

#### ③ 「母子保健推進員養成研修」(1年目)

養成者研修を受けた婦人保健訪問員と助産師による母子保健推進員を対象とした研修を実施する。

#### ④ 「新生児ケアボランティア養成研修」(1年目)

	<p>母子保健推進員が出生後1日目から1週間までの新生児がいる家庭を訪問し、新生児ケアが行えるように5日間の研修をタッコン郡保健局にて実施する。</p> <p>⑤「助産師と母子保健推進員の定期会議」(1-2-3年目) 2ヶ月に一回、地域保健センターあるいはサブセンターにて助産師と母子保健推進員の定期会議を開催支援する。母子保健推進員がサポートする助産師の活動(主に村でのアウトリーチ活動と保健教育)の打ち合わせと調整、村の母子保健に関する情報共有を行う。会議進行については、最初はPHJスタッフが行うが、徐々に助産師が進行を行えるようにファシリテーションスキルを養うサポートを行う。</p> <p>(オ) 政府職員との連携強化(1-2-3年目) ①政府職員との事業モニタリング評価ワークショップの開催 毎年、年に一回、ネピドー保健局、タッコン郡保健局、ミャウツミエイ地域保健センターの主たるスタッフを招き、PHJの活動の結果や成果を共有し、次年度のタッコン郡保健局の年間計画に反映できるような働きかけを行う。</p> <p>直接裨益者： タッコン郡ミャウツミエイ地域の妊産婦 約565人/年と乳児560人/年 対象地域で働く助産師7名、公衆衛生スーパーバイザーⅡ(PHS-2)6名、補助助産師6名、地域の母子保健推進員130名 間接裨益者： ミャウツミエイ地域27村の住民 37,174人 タッコン郡の人口 約21.7万人</p> <p style="text-align: right;">添付資料②：各活動の詳細説明 添付資料③：事業対象地27村名称一覧</p>
<p>(4) 持続発展性</p>	<p>(ア) 対象地域をモデル地区として、事業後は他地域へ拡大できるような支援モデルを作る。そのため、全ての計画策定はカウンターパートのネピドー評議会、タッコン郡保健局と協働で行い、活動の計画・実施・評価の段階での関係者の参画、情報共有を積極的に推進する。</p> <p>(イ) 助産師の異動・交代があっても活動が継続されるような地域の体制を構築する。</p> <p>(ウ) 施設・物品の供与のみでなく、その後の利用についてモニタリングを行い、地域の保健行政機関である郡保健局が管理監督を行うようなモニタリング体制を構築する。</p>
<p>(5) 期待される成果と成果を測る指標</p>	<p>上位目標の達成度は一定の質を保った保健サービスの提供とその利用率で測定する。特に、事業終了後には、施設(病院・センター含む)でのSBA(訓練を受けた医療者)による分娩介助率が60%以上に増え、自宅分娩が40%未満に減少することを目指す。(2015年ミャウツミエイ地域 施設分娩率49.8%、自宅分娩率50.2%)また、妊娠から産後までに妊産婦と新生児が最低限受けるべき継続ケアとよばれる一連の保健サービスのカバー率が目標値(以下参照)に達する。目標値は以下括弧内の2015年PHJベースライン調査結果と2016年ミャウツミエイ地域保健センターのデータを基に設定</p>

している。

- ・妊婦健診 4 回以上受診率 80% (現状値 54%)
- ・産後検診 3 回 80% (現状値としての産後検診と新生児健診をあわせてのミヤウツミエ地域の平均受診回数は 5.1 回で目標値を上回っているように見えるが、産後検診の内容はきちんとした規定がなく、助産師個人のスキルも不足しているため、十分な検診が受けられているとはいえない。助産師が産後の女性の自宅を訪問し、適切な検診を最低でも 3 回は受けられることを実現可能な目標値として設定している。)
- ・新生児健診 5 回 80% (現状値 上記同様)
- ・乳児健診 1 回 80% (現状値 なし) ※乳児健診は現在のところ体重計測のみのため、適切な健診が行われていない
- ・予防接種率 95% (現状値 90%)
- ・避妊実行率 75% (現状値 69%)

(ア) から (オ) の活動実施を通して、それぞれ以下の成果が得られると期待されている。それぞれの成果は、以下に述べる指標をもって確認する。

#### **期待される成果**

- (ア) 安全な分娩環境が整備される。
- (イ) 助産師・補助助産師が協力して適切な母子保健サービスを提供できる。
- (ウ) 地域の妊婦と産後の女性が母子保健サービスについて十分理解し、サービスを適切なタイミングで利用する。
- (エ) -1 地域の母子保健推進員が妊婦と産後の女性の数を的確に把握し、助産師へ知らせることができる。
- (エ) -2 母子保健推進員によって新生児ケアが行われる。
- (オ) 地域の保健行政関係者に事業成果が共有される。

#### **成果を測る指標**

(ア) -1 地域保健センター1 棟の改築と、サブセンター1 棟が新築され、医療機器が搬入される。(2 年目に達成予定；確認方法：活動記録)

(ア) -2 サブセンター 1 棟で分娩室が増築・整備される。(1 年目に達成予定；確認方法：活動記録)

(ア) -3 既存・新規各センターの衛生・器材管理等のチェックリストの結果が 90 点以上となる。(確認方法：チェックリスト)

目標値	1 年目	2 年目	3 年目
衛生・器材管理チェックリストの平均点	75 点	85 点	90 点以上

(ア) -4 自宅分娩の環境整備チェックリストを作成する。(1 年目；確認方法：活動記録)

(ア) -5 自宅分娩の環境整備チェックリストの結果が 90 点以上となる。(1-3 年目；確認方法：チェックリスト)

目標値	1 年目	2 年目	3 年目
-----	------	------	------

自宅分娩の環境整備チェックリスト	平均 70点	平均 80点	90点 以上
------------------	-----------	-----------	-----------

(イ) - 1 助産師が提供するサービス（妊婦健診、分娩介助、産後検診、新生児健診、家族計画サービス）に関する知識テストとスキル・モニタリングチェックの結果が90点以上となる。（確認方法：助産師へのテスト、チェックリスト）

目標値	1年目	2年目	3年目
知識テスト	平均70点	平均80点	90点以上
スキルチェックリスト		80点	90点以上

(イ) - 2 補助助産師が提供するサービス（妊婦健診、分娩介助、産後検診、家族計画サービス）の基本的な知識テストの結果が90点以上となる。専門教育レベルの違いから、助産師とは異なる知識テストを使用する。スキルチェックに関しては、助産師と同じチェックリストを使用するが、補助助産師は助産師と異なり、もともと基礎教育レベルも低く、助産師と同等のパフォーマンスを期待できないことから、スキル・モニタリングチェックリストの目標を80点に定めた。（確認方法：補助助産師へのテスト、チェックリスト）

目標値	1年目	2年目	3年目
知識テスト	平均70点	平均80点	90点以上
スキルチェックリスト		70点	80点以上

(イ) - 3 助産師・補助助産師の会議への参加率が3年間を通して75%以上となる。（確認方法：会議記録）

(イ) - 4 助産師が毎月アウトリーチ活動を行う際にその村に住む補助助産師と協力して3種類以上（予防接種、妊婦健診、ビタミン投与キャンペーン、感染症予防等）の保健サービスを提供できる。（確認方法：助産師・補助助産師会議での報告）

目標値	1年目	2年目	3年目
保健サービスの種類	2種類以上	3種類以上	3種類以上

(ウ) - 1 教育を受けた妊産婦の知識テストの結果が80点以上となる。村人なので、助産師のテスト結果よりも低く設定している。（確認方法：テスト）

目標値	1年目	2年目	3年目
知識テスト	平均60点	平均70点	80点以上

(エ) - 1 - 1 母子保健推進員を130人育成する。（1年目；確認方法：活動記録）

(エ) - 1 - 2 母子保健推進員が同じ村の妊産婦数をすべて把握して助産師へ報告し、その80%以上を村での保健教育に連れてくることのできる。（2-3年目；確認方法：活動記録）

(エ)-2 母子保健推進員が担当する村の生後一週間以内の新生児がいる全家庭を最低でも3回訪問し、新生児ケアを行うことができる。(2-3年目；確認方法：活動記録)

(オ)-1 事業モニタリング評価ワークショップが年一度開催され、関係者との協働でモニタリング評価を実施する。(1-3年目；確認方法：活動記録、郡保健局へのインタビュー)