

2 事業の目的と概要

| | |
|----------------------|--|
| <p>(1) 事業概要</p> | <p>本事業はシャン州北部地域マイエー地区において、最も発展から取り残されている山間部の 30 村を対象に、母子保健の改善を目指すものである。対象村はいずれも保健医療施設へのアクセスが非常に困難で、雨季の移動手段が徒歩以外にない村が 3 割を超える。また十分な母子保健知識を持たない住民が多数を占め、母子の健康に負の影響を与える慣習や迷信なども存在する。特に、対象村の 7 割を超える 22 村には、山岳少数民族のパラウン族が居住しており、コミュニティ内における慣習や迷信に加え、言語の壁があり、同地区の他村と比べて衛生状態や母子の健康状態が悪く、母子の健康を阻んでいる。また同地域では、耕作可能地の所有者が少なく、十分な食料を生産できないなど、経済的困窮が健康悪化に拍車をかけている。本事業では、こうした状況に一矢を報いるべく、住民の意識や知識の変容を促し、また母子の栄養改善、村の衛生向上、公的保健サービスの利用促進を推進することで、母子の予防可能な病気や死が、効果的に予防される環境を整えることを目指す。そして、これらの活動を円滑に進め持続性を高めるため、各村で栄養や衛生の改善に関わるボランティアを育成し、事業成果が当事業地で維持される土壌を醸成する。</p> |
| | <p>This project aims to improve maternal and child health in the 30 villages of Mongyai Township in Northern Shan State. The township is located in the mountainous area, left behind from human development interventions. All the target villages are classified as hard-to-reach, and more than 30% of these villages can only be reached on foot from the nearest health/medical facility during the rainy season. In addition, the people do not have sufficient knowledge on maternal and child health, and misbelief and custom negatively affect the people's life. In the villages where Palaung ethnic minority reside, the conditions of hygiene and maternal and child health are particularly serious compared to other villages in the township. Most of them are in financial difficulties as only few people have their own land and food security situation is unfavorable. Language barriers, misbelief, and traditional customs have apparently hindered their health status. Such villages account for more than 70% (22 villages) of the target villages.</p> <p>This project aims to create an environment that makes target population enable to prevent “preventable diseases and deaths” by helping to improve the nutritional status of mothers and children, promote the hygiene of villages, and make a cooperative relationship between the target communities and public health service providers, while raising awareness about the risks and current adversities. In such attempts, trained volunteers will involve in activities promoting nutrition, hygiene, and cooperation with health facilities. All these efforts are expected to create a base in each village on which outcomes and impacts of the project be maintained after the end of the project.</p> |
| <p>(2) 事業の必要性と背景</p> | <p>(ア) 事業実施国における一般的な開発ニーズ</p> <p>ミャンマー連邦共和国（以下、ミ国）は、ASEAN 加盟国の中でも特に開発が遅れており、国連により「後発開発途上国」に指定されている。民政移管を終えた 2011 年の直後は、一時的に顕著な経済成長を達成し、貧困率は 2005 年の 48.2%から 2017 年に 24.8%へと、大幅に改善した¹。しかしながら、2020 年以降、新型コロナウイルス感染症および 2021 年 2 月の政変の影響を受けて経済は急速に冷え込み、2022 年には再び最大 48.2%まで悪化する可能性がある²と予測されている²。</p> |

¹ The 2017 Myanmar Living Conditions Survey, 2017, Central Statistical Organization of the Ministry of Planning and Finance, World Bank and the United Nations Development Program (UNDP)

² COVID-19, Coup d'Etat and Poverty: Compounding Negative Shocks and Their Impact on Human Development in Myanmar, United Nations Development Program (UNDP), April 2021

こうした政治経済的な社会変化は、保健医療分野において極めて深刻な影響を及ぼしており、特に母子保健関連の指標の改善ペースを一層遅らせることになった。ミ国政府は2004年以降、母子保健に関する戦略的5か年計画を3次に亘って発表する³など、国家保健政策における重要課題として位置づけてきたが、新生児死亡率（出生1,000対25）、5歳未満児死亡率（出生1,000対50）⁴は近隣諸国と比較して未だに高く、妊産婦死亡率の200（対出生10万）という数字は、ASEAN諸国平均の140を大きく上回っている⁵。

こうした状況を作り出している原因の根底には、母子の栄養不良に関する課題がある。慢性的な栄養不良の結果、発育阻害⁶の5歳未満児は29%、思春期女子は24%といずれも高い割合を示し⁷、また47%の生殖可能年齢の女性及び58%の5歳未満児が貧血とされる⁴。保健スポーツ省は、タンパク質欠乏や鉄欠乏性貧血など栄養不良に起因する疾患の予防に力を入れる一方、2018年に農業畜産灌漑省や教育省など、他セクターとの連携を強化し、小児・思春期女子・母親の栄養改善を目指すマルチセクトラルプラン⁸を発表するなど、本格的な取り組みを開始した。

母子の健康を阻害する要因として、保健医療サービスに係る不十分な提供体制やアクセスの問題も挙げられる。特に農村部では保健医療人材や機材が不足している。さらに保健医療施設までの道のりが困難で、産前産後健診や出産時の公的保健医療サービスの利用割合が低い根本原因の一つになっている。例えば医師・助産師などの専門職が介助する出産の割合は都市部では88%であるのに対し、農村では52%⁴と顕著な差がある。本事業対象地であるシャン州北部地域は、公的保健医療施設の利用者数の割合が国内で最も低く、産前産後健診の受診率も国内最低レベルである⁹。さらに政変以降、公的保健医療サービスに従事する医療職の公務員の多くが、今も不服従運動に参加しており、サービス提供体制の脆弱化に拍車がかかっている。保健スポーツ省から各地域の保健医療施設への薬剤の供給や、社会福祉・救済復興省による母子への現金給付制度等（妊娠期から子どもが2歳になるまで）も長期間滞っており、こうした状況が母子保健に与える負の影響は限りなく大きい。

（イ）事業対象地のニーズと事業内容の選定

事業対象地であるマイエー地区は標高約800mに位置し、250あまりの村に約7万人が居住する。人口の81%がシャン族、16%がパラウン族、その他ラフ族やビルマ族などが約3%を占める¹⁰。北部に隣接する州都ラショー市から続く道路に沿って、主にシャン族の居住エリアが広がるほか、周囲の山岳地帯（標高800～1400m程度）にも村々が点在する。シャン語が共通語として使われることもあるが、多くは各々の民族が独自の言語を使っており、地域内に様々な言語が存在する。また山間部ではインターネットにアクセスできず、情報の入手が困難な村も多い。外部からの支援は少なく、2021年現在、農村開発分野のローカルNGOが1団体活動しているのみである。

³ 保健スポーツ省は、2004～2008年、2009～2013年、2014～2018年と、三次に亘って性と生殖に関する5か年戦略“Strategic Plans on Reproductive Health”を発表した。

⁴ Myanmar Demographic and Health Survey (2015–16), Ministry of Health and Sports and ICF

⁵ Annual Report 2015, UNFPA Myanmar

⁶ 年齢に対する身長が中央値から標準偏差-2未満の児は発育阻害（Stunting）と定義され、SDGsのターゲット2-2にも指標として掲げられている。

⁷ Myanmar Micronutrient and Food Consumption Survey (2017–18) Interim report, National Nutrition Center, Department of Public Health, Ministry of Health and Sports

⁸ Multi-sectoral National Plan of Action on Nutrition (2018/19 – 2022/23), 2018, Republic of the Union of Myanmar

⁹ 産前健診の平均受診頻度および産後健診のカバー率が国内で最も低い（Public Health Statistics (2012), 2014, Ministry of Health and Sports）。

¹⁰ Introduction and Demography of Mongyai Township, Northern Shan State, 2019, Mongyai Township General Administration Department

マイエー地区保健局は、地域の最重要課題は母子保健と認識している¹¹。2019年の地区保健統計では、乳児死亡率（出生1,000対22）、5歳未満児死亡率（出生1,000対27）、妊産婦死亡率（出生10万対202）となっており、国全体の平均^{4,5}と比べても決して悪い数値ではない。しかし、保健局長によると、当地区では自宅出産が多く保健医療施設の受診も少ないため、出生と死亡が統計に反映されていない可能性が極めて高いと判断されている。事実、事前調査¹²では自宅出産率は91%、無資格者（伝統的産婆や家族）の介助で出産した女性は84%に上り、統計から漏れるケースが多数あると想定し得る。

マイエー地区で母子保健が重要課題と認識されている背景には、保健医療機関へのアクセスの悪さに加え、健康を害する迷信や慣習の影響と、知識・意識の不足が挙げられる。

対象村から最寄りの一次保健医療機関である地域保健センター（Rural Health Center、以下RHC）及び地域補助保健センター（Sub-Rural Health Center、以下SRHC）への道路は整備されておらず、特に雨季にはアクセスが非常に困難となる。事前調査では、RHC/SRHCへのアクセスについて乾季（11月～5月）は81%が「良い」と答えたが、雨季（6月～10月）はその数が17%に激減した上、31%の住民は一部または全部の行程を徒歩で移動せざるを得なくなると答えた。また乾季であっても、妊産婦を車などに乗せるとその乗り物の運気が悪くなるなどの迷信があり¹²、妊産婦の受診や搬送には困難が伴っている。

保健サービスの利用率も低く、事前調査では産前健診を一度も受けなかった母親が45%、推奨される産前健診回数について、0～3回または「わからない」と答えた人は90%に上った。産後健診については、57%が「一度も受けていない」、21%が「受けたかどうかわからない」と答えるなど、母子保健サービスに関する知識が不足していることも明らかとなった。2021年4月には、対象村の1つMan Kyaung Pan Sin村で、妊婦が体調不良を訴えたが、病院には行かず、村内の伝統治療を受けた結果、回復せず、後日搬送された病院で死亡したケースもあった。他方、基礎保健スタッフ（Basic Health Staff、以下BHS）¹³への聞き取りを行った結果、ほぼ全ての対象村が予防接種キャンペーン（通称クラッシュプログラム）の対象エリアに含まれているものの、保健スタッフが遠距離を克服して村を訪問しても、副反応などを恐れて予防接種を拒み、家から出てこない住民も少なくないという。このように、誤解や裏付けのない恐怖に基づいて保健サービスを楽しむ機会を失っている現状がある。

保健サービスに係る課題を外部要因と捉えると、母子栄養に係る課題は内部要因と言える。対象村を訪問すると、年齢の割に体格が小さい子どもが目立つ。事前調査では母親の70%が子どもの体重測定を一度も行ったことがなく、身長測定に至っては91%の母親が測定した経験がないと答えるなど、成長の実態が把握されていないことがわかった。また生後1か月の乳児に母乳と並行して水でふやかしたビスケットやお粥を与えるなど、月齢に合わない食べ物が与えられる様子も確認された。さらに、子どもが体調不良に陥った際にはなるべく食べ物を与えてはならない、母親は出産後1か月間お米と塩しか摂取すべきではないなど、母子の健康を著しく害する迷信と慣習が存在することも明らかとなった。特に食のタブーについては、実に79%の母親が、妊娠中及び出産後に特定の食材を避けたと答えている。また対象村の衛生環境が概して悪く、トイレが全くない村も複数存在する。こうした環境下では、水系感染症や土壌伝播回虫感染症、環境性腸機能障害など栄養吸収阻害や発育阻害が起きやすい環境にある。

本事業はこうした母子保健状況を改善するために実施されるが、受益者を妊産婦など特定の属性に絞らず、広く住民にアプローチする。事前調査では、妊産婦の健康に問題が生じた際に本人が受診などの健康行動を決めた割合はわずか16%であり、母や義母が23%、

¹¹ 当法人が実施したマイエー地区保健局長及び職員へのインタビュー（2021年5月）による。

¹² 当法人が実施した事業対象地での事前調査（2021年5月、6月）による。

¹³ 公的保健センターに勤務する補助医師、保健師、助産師、公衆衛生士などの保健スポーツ省職員。

夫や父親などの男性が 55%を占めた。また対象地では 10 代の出産が半数以上を占めるため、思春期世代からの積極的な参画も望まれる。そこで、性別や年齢に関わらず、活動への参画機会を提供する。さらに事業終了後の成果継続に配慮し、事業側から改善点を指摘して人々を動かすのではなく、住民自身の振り返りを通じて母子保健の課題に気づき、改善意欲を高める手法を採用する。また改善に向けた行動に必要な手段や環境を、村内で利用・維持可能にすることで自立発展性は高まる。本事業はこうした点を強調しつつ活動を実施する。

●「持続可能な開発目標(SDGs)」との関連性

新生児死亡率および 5 歳未満児死亡率が高い少数民族居住地域において、妊産褥婦と 2 歳未満児の健康改善に取り組む本事業は、「持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」の中で発表された 17 の持続可能な開発のための目標 (SDGs) の目標 3「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」に合致している。また目標 2「飢餓を終わらせ、食料安全保障及び栄養改善を実現し、持続可能な農業を促進する」及び目標 6「すべての人々の水と衛生の利用可能性と持続可能な管理を確保する」の達成にも貢献する。さらに、SDGs 全体を貫くスローガンである「誰一人取り残さない」は、貧困度が高く、保健医療サービスを十分に享受できない少数民族を対象とする本事業の取り組みと、方向性を同じくするものであると考える。

| | | | | | |
|---------|-------|----------------|----------|----------|-------|
| ジェンダー平等 | 環境援助 | 参加型開発/ 良い統治 | 貿易開発 | 母子保健 | 防災 |
| 9:不明/未定 | 0:目標外 | 0:目標外 | 0:目標外 | 2:主要目標 | 0:目標外 |
| 栄養 | 障害者 | 生物多様性 | 気候変動(緩和) | 気候変動(適応) | 砂漠化 |
| 2:主要目標 | 0:目標外 | 0:目標外 | 0:目標外 | 0:目標外 | 0:目標外 |

●外務省の国別開発協力方針との関連性

日本政府は、対ミ国経済協力方針(2012年)の中で「国民の生活向上のための支援」を掲げ、その具体的施策として「少数民族地域への支援」「保健医療」を挙げている。また、日ミャンマー協力プログラム¹⁴(2016年)では「IX 国民生活に直結する保健医療分野の改善」の中で「1.保健システムの強化」、「2.保健医療人材の能力強化」に取り組むと明記されている。当事業は、貧困度が高く保健医療サービスが十分に行き届かない少数民族居住地域で、母子の健康改善を目指すものであり、政府の方針と一致している。

●「T I C A D VIおよびT I C A D 7における我が国取組」との関連性

該当なし

(3) 上位目標

事業対象地域における妊産褥婦及び 2 歳未満児の健康状態が改善する。

(4) プロジェクト目標

プロジェクト目標：事業対象地域の住民が、母子保健サービスの提供者と協力して、妊産褥婦及び 2 歳未満児の予防可能な疾患や死を予防するための環境を整える。

(今期事業達成目標)

今期事業達成目標：事業対象地域の住民が、栄養・衛生・母子保健サービス利用の重要性、及び各村における課題を認識し、改善に向けた意欲を高める。

¹⁴ 今後の国づくりに不可欠な重要テーマについて、日本が行う支援・取組の方向性と具体的なプロジェクトを整理して、日緬両国政府間で認識を共有し、効果的な協力を実施していくために作成されたもの。

(5) 活動内容

本事業は、達成を目指す4つの成果ごとに以下の活動を実施する。

成果1に係る活動：住民が現状と課題を認識し、母子保健の改善に向けて行動する土台をつくる

・活動1-1：アドボカシーミーティング開催（1年次）

事業開始時に、マイエー地区保健局でアドボカシーミーティングを開催する。地区保健局職員、行政局職員、同地区で活動する援助団体職員、対象村を管轄する村区長らを招き、本事業の目標や活動内容について共有する他、相互連携・協力体制の構築について協議する。その後、同様のミーティングを全対象村で開催する。各村の村長、キーパーソン、思春期および生殖可能年齢の男女、出産介助の経験を持つ住民など、幅広い対象者に参加を呼び掛ける。事業対象村の中には複数の集落に分かれている村もあるため、集落間の距離が遠い場合には集落単位での開催とするなど、子育て中の住民なども参加しやすくなるよう配慮する。なお地区レベルのアドボカシーミーティングの参加者は識字者であるため、各参加者に事業概要や対象村等を印刷した紙や、コメント等を書き込むためのボールペンを配布する。集落単位でのアドボカシーミーティングでは、事前に本事業スタッフが事前調査の内容などを模造紙に図示するほか、状況分析（活動1-3）のために必要な集落の地図作成等のための模造紙・ペン・テープなどを購入する。

・活動1-2：事業評価の実施（1～3年次）

まず事業開始時に、住民の保健衛生行動や母子保健に関する知識レベル、母子保健サービスの利用状況等のベースラインを把握することを目的とした量的調査を全対象村で実施する。すべて訪問面談調査であり、対象は309世帯（対象世帯数1,572世帯に対し、信頼区間95%、有効水準5%で算出）を想定している。また同様の調査を各年次終了前に行い、事業開始時と比較することで事業成果の達成度を明らかにする。調査実施に先立って住民から調査ボランティアを10人程度募り、調査法、記録方法等に関する3日間の研修を1回行うほか、現地の習慣にならぬ、かつ、効果を高めるため、調査に必要な鉛筆、消しゴム、ファイルなどの文房具を配布する。研修では、調査未経験の地元住民にゼロから調査手法を学んでもらうため、できる限り正確な知識を統一して学べるよう、プロジェクター等を活用できる会場を使用する。さらに3年事業の中間評価（2年次の半ば）と終了時（エンドライン）評価を実施する。当法人及び本事業スタッフがインタビューによる質的調査を行い、その結果に基づいて事業が住民に与えた影響を明らかにする。なお、こうした調査や評価の結果は対象地の住民やBHSにも還元し、状況分析（活動1-3）や計画策定（活動1-4）に役立てる。

・活動1-3：状況分析ファシリテーション（1～3年次）

アドボカシーミーティング（活動1-1）や保健研修（活動2-2, 3-1, 4-1）など、各村における住民との対話の機会を活用し、住民が自村の母子保健の現状を認識・分析し、課題を見出せるようファシリテーションを行う。具体的には、本事業スタッフが住民に対し、母子の健康や衛生行動などに関する過去の実体験を振り返る質問を投げかけ、その時の状況や対応について分析を促す手法を活用する。こうした現状認識及び分析の結果は、母子保健に関する計画策定及び修正（活動1-4）の際に活かされる。また本活動を通し、村の現状や改善の必要性に気づいた住民らが主体性をもって事業に参画することが期待できる。

・活動1-4：母子保健の改善に向けた計画策定・見直しワークショップ開催（1～3年次）

母子保健の現状を改善するための活動計画を、各村住民が自身で作成する。各種の調査（活動1-2, 2-1）や、住民による状況分析（活動1-3）の結果を参加者で共有・確認したの

ち、本事業スタッフのファシリテーションに基づいて、母子保健の改善に向けた活動計画を作成する。1年次は2回開催し、2回目では改善が不十分な項目についてその要因を分析して活動計画の修正を行う他、改善した項目があれば、その成果を維持するために必要な取り組みを新たに組み込む。村長、キーパーソン、思春期及び生殖可能年齢の男女、出産介助の経験がある住民など、男性を含むあらゆる立場の住民に参加を呼び掛ける。なお活動計画は模造紙に記入し、村長の家や村の入り口等、目につきやすい場所に掲示する予定であり、このために必要な模造紙やペン、テープなどを併せて支援する。

・活動 1-5：保健研修ボランティアの募集（1～3年次）

毎回の保健研修（活動 2-2, 3-1, 4-1）に先立って、住民への講師役となる研修ボランティアを募り、本事業スタッフが ToT（Training of Trainers, 指導者養成研修）を実施する。識字能力や年齢・性別等を問わず、各村より平均 4 人程度のボランティアを募集する。ボランティアには比較的学歴の高い住民が選出されやすい傾向にあるが、そのような住民は都市部に流出する可能性が高いため、研修効果の持続性に不確実性が残る。そこで、受講するボランティアが毎回変わっても研修が適切に実施されるシステムとカリキュラムを構築する。なお、ボランティアの人選については研修内容に関する前提知識は必要とせず、また対象村の住民にとって理解が難しい高度な内容の扱いは避けるよう努める。

・活動 1-6：保健研修ボランティアへの ToT 実施（1～3年次）

保健研修（活動 2-2, 3-1, 4-1）の実施前に、対象村の保健研修ボランティア（活動 1-5）に対し、ToT を行う。事業対象地域を 4 つに分け、4 会場で実施する。各研修のトピックについて IEC（Information, Education and Communication 教材）を用いて説明するほか、村のすべての住民が参加する機会を得られるよう、必要に応じた場所や回数、時間帯などを工夫するよう伝える。例えば複数の集落をもつ村は集落ごとの実施を基本とし、農繁期に女性の参加が蔑ろにならないよう、研修開催時間は柔軟に決めることができるなど、誰もが研修に参加できる環境を準備する。また各村における研修終了後の、本事業への報告方法なども併せて指導する。なお保健研修ボランティアは基本的に識字者を想定しているため、ノートやペン等を配布して ToT の重要箇所についてメモをとってもらい、帰村後により適切な内容で研修が行われるよう支援する。

・活動 1-7：IEC 教材作成（1～3年次）

保健研修（活動 2-2, 3-1, 4-1）で使用する教材を作成する。8 割以上の住民はビルマ語・シャン語ともに読むことができないため、文字は極力使わず、イラストや写真など視覚に訴えるビニール製ポスターなどを活用する。さらに研修後に自宅で復習したり、研修に参加できない家族や近隣住民らに研修内容を伝達したりできるよう、ポスターの内容に対応するプリント教材も配布する。

・活動 1-8：PR ツールの作成（1～3年次）

事業内容を記載したパンフレット、事業内容や母子保健に関する知識を記載した年間予定表やポロシャツ等の広報ツールを作成する。各ツールには本事業が日本国民からの支援である旨（ODA ロゴの表記や説明書き）を明記し、ボランティアが活動する際に使用することで本事業の広報に活用する。

成果 2 に係る活動：対象村で妊産婦及び 2 歳未満児の栄養改善に向けた行動が促進される

・活動 2-1：世帯の食の多様性調査の実施（1～3年次）

食糧確保が最も困難で、栄養状態の悪化が危惧される乾季の終わり（5 月）頃に、世帯

訪問による食の多様性調査¹⁵を実施する。得られた結果は事業目標の達成度を測定するために使うほか、対象地域で摂取が不足しがちな栄養素を明らかにし、栄養に関する保健研修（活動 2-2）に反映させる。

・活動 2-2：栄養に関する保健研修の実施（1～3 年次）

各対象村で栄養に関する保健教育を実施する。参加者の性別や年齢等には制限を設けず、全住民に均等に機会を提供することで、村全体として栄養改善への意識を高める。本事業では特に妊娠前から 2 歳になるまでの 1,000 日間に焦点を絞り、生殖可能年齢及び授乳期の女性の栄養と、0～2 歳児までの適切な母乳育児・離乳食について扱う。さらに栄養摂取の偏りを改善するため、栄養価の高い野菜の種を配り、自宅で育てて離乳食や食事に利用するなど、経済状況に関わらず実践可能な方法で多様性を高める取り組みも実施する。種の提供にあたっては、対象地の気候条件や食習慣に適した野菜を選定するとともに、収穫後の種を保存することで翌年以降も継続して栽培を続けるよう働きかける。なお研修ではビニール製ポスターの他、本事業スタッフが文房具を用いて栄養に関する調査（活動 1-2, 2-1）の結果等を図示することで、住民らが現状を認識し、課題を見出せるよう働きかける。

・活動 2-3：栄養ボランティアグループの形成（1 年次）

成長モニタリング（活動 2-4）及び家庭訪問による食習慣の観察（活動 2-5）の実施主体となる栄養ボランティアグループを全 30 村で形成する。対象村には、保健スポーツ省や他の援助団体等で保健ボランティアとして活動した経験のある人材がほとんどいない。そのため、毎日家庭で母子の食事を作ったり食べさせたりしている乳幼児の親世代、活動への積極的・持続的な参加が見込める思春期世代などを中心に、各村でメンバーを募る。1 年次は本事業スタッフより各グループに最大 3 回ずつの指導を行い、2 年次以降は各グループで自立して活動を実施することを目指す。なおグループ毎の人数は村の集落数や世帯数に応じて異なるが、最少世帯（14 世帯）の村であっても 2 人以上とし、持続性を担保する。なお栄養ボランティアは識字者を想定しており、グループ形成にあたっては活動内容や目標等についてのディスカッションの内容を紙に書き出し、活発な議論と統一した理解を促す。このための模造紙やペン、テープ等も併せて支援する。

・活動 2-4：成長モニタリング（GMP: Growth Monitoring and promotion）の実施（1～3 年次）

事業対象地の乳幼児の成長発達を支援するため、5 歳未満児¹⁶を対象に 3 か月ごとに身長・体重の測定を行う。対象地の 5 歳未満児は 950 名前後であり、年間 900～1,000 人の成長モニタリングを想定している。成長に鈍化が見られる時は、カウンセリングを行うことで、子どもの発育に対する両親の意識や意欲が向上することが期待される。1 年次には、本事業スタッフが栄養ボランティア（活動 2-3）に、測定技術や成長モニタリングシートへの記録方法を指導し、ボランティアと共に 3 回の GMP を行う。このため、各栄養ボランティアには知識を学ぶ過程でメモをとるためノートや、成長モニタリングの記録に必要なボールペン等を支援する。2～3 年次も 3 か月ごとのモニタリングを継続し、最終的に事業終了後も新たに生まれる子どもの成長がモニタリングされ得る土壌をつくる。

・活動 2-5：家庭訪問による食習慣の観察（1～3 年次）

¹⁵ 国連食糧農業機関（FAO）が定めた基準である Household Dietary Diversity Score（HDDS）の質問票を用いた調査を行う。HDDS とは、対象世帯の調査前日の食事を 24 時間思い出し法にて聴取し、食品の多様性をスコア化したもの。

¹⁶ ミャンマーの母子手帳の成長曲線は 5 歳まで記載するようになっている。

各対象村の栄養ボランティア（活動 2-3）が 2 歳未満児のいる家庭を訪問し、離乳食の内容や調理方法、子どもの摂食の様子などを観察して、優れた点や改善すべき点を見出す。ポジティブアプローチ¹⁷を積極的に用い、発見された工夫や実践を、栄養に関する保健研修（活動 2-2）や離乳食教室（活動 2-6）に反映させることで、対象村で実践可能な取り組みが広がることが期待できる。加えて 2 年次以降は、成長モニタリング（活動 2-4）で栄養不良と判定された子どものいる世帯も訪問し、本事業が知識を提供する栄養改善の取り組みがどのように実践されているかを観察する。本活動の主要な担い手である栄養ボランティアには、観察方法や記録方法などを共有し、記録用紙やペン、ファイル等を配布する。記録された結果は本事業スタッフに共有され、行動変容の障壁となる慣習などが特定された場合などには、保健研修（活動 2-2）へ反映するなど、改善策を検討する。

・活動 2-6：離乳食教室の開催（2～3 年次）

適切な離乳食の形態・量について理解を促すため、年に 2 回離乳食教室を開催する。参加者は制限しないが、成長モニタリング（活動 2-4）において発育不良と判定された子どもの家族、特に離乳食を準備する役割を担う母親や祖母に積極的な参加を促す。栄養に関する保健研修（活動 2-2）で種を配った野菜を利用するほか、家庭訪問（活動 2-5）にて発見された好事例を紹介するなどして、経済状況等にかかわらず、どの世帯でも実践可能な内容を提供する。

成果 3 に係る活動：対象村の衛生環境が改善する

・活動 3-1：衛生に関する保健研修の実施（1～3 年次）

各対象村で衛生に関する保健教育を実施する。栄養研修（活動 2-2）と同様、参加者には制限を設けず、幅広い層からの参加を呼びかける。1 年次は、ハエ防止型トイレの建設（活動 3-2, 3-3）の導入も兼ねて、水系感染症の感染経路や野外排泄の影響などのトピックを扱う。2 年次以降は、正しい手洗いの方法や下痢の対処法、食品衛生などを研修テーマとする。

・活動 3-2：モデルトイレ（ハエ防止型トイレ）の建設（1 年次）

ハエ防止型トイレの建設（活動 3-3）及び使用を促進するため、各村にモデルトイレを 1 基ずつ建設する。本事業スタッフが住民を直接指導しながら建設することで、後日、住民自身が主体的に建設するプロセスを後押しする。モデルトイレの建設場所は各世帯からのアクセスや公平性などを考慮し、僧院等の公共スペースを勧める。

・活動 3-3：ハエ防止型トイレの建設（1～3 年次）

子どもの下痢は、脱水や栄養不良など直接生命に関わるリスクとなるだけでなく、下痢を繰り返すことによって腸管の栄養吸収能が阻害され、栄養改善（成果 1）の効果の発現も妨げられる。対象村ではハエ防止型トイレのある世帯は 4 分の 1 程度に過ぎず、野外排泄で汚染された土壌に触れた手足や、ハエにより糞便中の細菌が媒介された食物などを通し、住民らは常に下痢性疾患のリスクにさらされている。このように村の環境に起因する疾患を予防するためには、村全体の衛生状態を改善し、集団としてリスクを下げる必要がある。そこで本事業ではトイレのない世帯及び簡易トイレ（いわゆるポットン便所など）を使用する約 1,200 世帯に、ハエ防止型トイレの建設を支援することで、村全体の衛生環境を改善

¹⁷ Positive Deviance Approach。ある環境のもとで周囲と同じ課題をかかえているにもかかわらず、その課題をよりうまく解決している実践例、つまり良い意味での逸脱（Positive deviance）を、同じ境遇にある当事者が見出し、その行動を広めていくアプローチ。

し乳幼児の下痢の発症リスクを低減させる。事業からはプラスチック製の便器やパイプなど、必要最低限の資材提供と建設技術の指導を行い、床や壁に使用する木材の収集、及びトイレの建設は住民の自助努力によって行ってもらおう。当初の支援対象はハエ防止型トイレを建設する意欲のある世帯とし、事業を通じて衛生改善への意識を高めることで、建設意欲のある世帯を増やしていく。なお、事業対象村は家屋が離れて点在する山岳地帯であるため、世帯ごとの設置支援を基本とするが、距離や血縁関係等に応じて、複数の世帯が共同でトイレを建設するケースも考えられる。1年次に計200基分、2～3年次に計1,000基分の資材を提供する。建設時及び建設後の維持管理についてのモニタリングは、本事業スタッフが直接指導した住民（活動3-2）と協力して行う。

・活動3-4：水濾過器の設置（1～3年次）

安全な飲料水を確保できる環境を整備するため、水を濾過するフィルターを、対象地域の全世帯及び学校などの公共施設に、3年間で1,630個（1年次：200個、2年次700個、3年次：730個）設置する。ハエ防止型トイレと同様、家屋間の距離が離れた山岳地帯であることを考慮し、設置・管理ともに各世帯単位で行う。主にセラミック製の水濾過機を支援するが、道路状況が非常に悪い11村では搬送の際にセラミックが割れるなどのトラブルが起きる可能性が高いため、プラスチック製濾過機の設置を支援する。なお、設置後の維持管理方法については、事業スタッフが直接実演して指導する。

成果4に係る活動：必要に応じた母子保健サービスの利用率が向上する

・活動4-1：母子保健サービスに関する保健研修の実施（2～3年次）

各対象村で衛生に関する保健教育を実施する。他の研修（活動2-2,3-1）と同様、参加者には制限を設けず、幅広い層からの参加を呼びかける。RHC/SRHCで受診可能な母子保健サービスの内容に加え、どのような場合に受診すべきか（母子の危険兆候）や、予防接種によって予防できる疾患等について学ぶ。サービス利用の必要性について理解を深めることで、サービス提供側との連携強化（活動4-2）の必要性に住民自らが気づき、主体的な取り組みにつながる事が期待できる。

・活動4-2：連携強化ミーティングの開催（2～3年次）

対象村は保健医療施設までのアクセスが困難な上、言語の壁もあるため、母子保健サービスの利用を促すためには、住民と保健医療施設、双方の理解と工夫が不可欠である。そこでRHC/SRHCで母子保健サービスを提供するBHSと、各RHC/SRHCが管轄する対象村の住民が、定期的に顔を合わせ、意見交換を行う場として6か月ごとに連携強化ワークショップを開催する。住民が公的母子保健サービスを利用する際の障壁、サービス利用を促進するために各自が果たすべき役割等について、本事業スタッフによるファシリテーションを介して話し合い、状況改善に向けた活動計画を村ごとに作成する。

・活動4-3：マイエー地区病院への医療資機材の供与（1年次）

ミャンマーにおける母子の死亡原因の1位である産後出血過多や出生時仮死などは予防が困難であり、公衆衛生的な取り組みだけでなく、緊急医療体制の整備が必須である。そこでマイエー地区の中核病院であり、対象村を管轄する二次医療機関であるマイエー地区病院に、出産および出産前後の緊急対応に必要な医療資機材（帝王切開術用キット、吸引分娩用の吸引カップ、酸素濃縮器等）を供与する。なお、マイエー地区病院における医療機器の管理責任者は地区保健局長（医師）であり、機器が故障した場合は車で2時間半離れたラショー市もしくは6時間ほど離れたマンダレー市で修理を行う。

| | |
|---------------------------|--|
| | <p>・活動 4-4：小規模インフラの建設（2～3 年次）</p> <p>保健医療サービスへのアクセスが困難で、母子保健サービスの利用や母子の搬送に特に大きな制約がある村及び集落において、アクセスを改善するための活動を行う。具体的には 1 年次に各村で実施する計画策定・見直しワークショップ（活動 1-4）の結果や、住民のニーズ、維持管理能力などを勘案して決定する。現時点では、道路の修繕や架橋のほか、村での母子健診等の会場として機能するコミュニティセンターの建設などを想定している。住民の計画を事業がサポートすることによって、住民らのオーナーシップを高め、事業終了後も長期に亘り維持される土壌をつくる。建設時は本事業の技師の指示のもと、対象村の住民も土や砂利などの採取、資材の運搬などを通じて建設に貢献する。また建設後は、住民が形成する管理委員会を中心に維持管理される。</p> <hr/> <p><u>直接裨益人口：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 事業対象 30 村の全人口 7,180 人（1,572 世帯） - 事業対象村を管轄する RHC（2 施設）と SRHC（5 施設）配属の BHS 21 人（2021 年 6 月現在、21 人中 13 人は不服従運動により業務に就いていない） <p><u>間接裨益人口：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 事業対象村を管轄する RHC（2 施設）と SRHC（5 施設）が管轄する、事業対象外の村（52 村）の住民を含めた 12,656 人（2,884 世帯） |
| <p>（6）期待される成果と成果を測る指標</p> | <p>本事業によって期待される成果の達成度は、プロジェクト目標及び今期事業達成目標、それぞれにおいて、以下の指標をもって測定する。ただし前者については 1 年次の事業開始時調査の結果、達成が想定より非常に容易または困難と考えられる場合には、目標数値を適切な値に修正する可能性がある。</p> <p>【プロジェクト目標】 事業対象地域の住民が、母子保健サービスの提供者と協力して、妊産婦及び 2 歳未満児の予防可能な疾患や死を予防するための環境を整える。</p> <p><u>成果 1：住民が現状と課題を認識し、母子保健の改善に向けて行動する土台をつくる。</u></p> <p>指標 1) 住民の栄養・衛生・母子保健に関する知識や行動が、事業開始時と比較して 70% 改善する。</p> <p><根拠> 外部からいかに有益な情報が提供されても、住民の母子保健に関する現状や課題の認識や、正の行動変容を可能にする環境がなければ、知識や保健行動は十分に改善され得ない。そのため、住民の知識・行動の改善度を測ることにより、その前提条件である住民の意識や環境等の土台が整ったことを確認できると考えた。約 6 割の住民に就学経験がなく、8 割以上がシャン語やミャンマー語の読みに困難があるなどの状況に鑑み、3 年間で 70% の向上を目指す。</p> <p><達成度の確認方法> 事業開始時調査及び終了時調査（知識や行動を問う複数の質問の正答率を比較する）</p> <p>・成果 1 に係る 1 年次の成果</p> <p>保健ボランティアが継続的に育成され、各村の研修で保健知識が伝達される体制が整う。</p> <p>・成果 1 に係る 1 年次の指標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎回の ToT に各村から 2 人以上の保健研修ボランティアが参加する。 ・ToT 後の研修内容の理解度テストの結果が 90% 以上になる。 |

成果 2：対象村で妊産婦及び 2 歳未満児の栄養改善に向けた行動が促進される。

指標 2) 世帯の食の多様性スコア (HDDS) において、3 年次の調査対象世帯全体のスコアが 1 年次の調査の上位 33%の平均値と同等になる

<根拠> 当法人が過去にパラウン族の村で事業を行った経験では、パラウン族の村では年間を通じて米と限られた野菜のみの食事を摂る世帯が多い。摂取される栄養素の数(本スコアの数値)の増加は、世帯全体の栄養改善、ひいては貧血など栄養不良に起因する症状や低出生体重児の発生率にも正の変化を与える。目標値は、FANTA 発行のガイドライン¹⁸にて示された目標値設定方法を参考にした。

<達成度の確認方法> 世帯の食の多様性調査

指標 3) 50 %以上の母親が完全母乳育児を実施する。

<根拠> 適切な母乳育児は乳幼児の感染症などを予防し¹⁹、5 歳未満児死亡率を低下させる手法としては最大の効果をもつとされる²⁰。さらに母親の産後の回復や出生間隔の調整にも役立つ。事前調査では 6 か月未満児の母親のうち、直近の 3 日間で子どもに母乳のみを与えた母親は 3 割程度しかおらず、改善が必要と考えた。目標値はミャンマーの人口保健調査 (Demographic and Health Survey、以下 DHS²¹) における同指標の、農村部の平均値と同程度とした。

<達成度の確認方法> 事業開始時調査及び終了時調査

・成果 2 に係る 1 年次の成果

住民の栄養改善行動を促進する栄養ボランティアグループが各村で形成され、2 年次以降に自立して活動できる知識と技術が備わる。

・成果 2 に係る 1 年次の指標

各村の栄養ボランティアに対し、当団体職員による成長モニタリング及び食習慣の観察・記録の実地研修が少なくとも 2 回行われる。

成果 3：対象村の衛生環境が改善する。

指標 4) 受益者の 70% がハエ防止型トイレを使用する。

<根拠> 事業対象地域は、トイレが全くない村が複数あるなど下痢や土壌伝播回虫感染症、環境性腸管機能障害への罹患リスクが高い環境である。DHSによると、ミャンマーにおける 5 歳未満児の死因の 16%を下痢が占める。さらに小児の低栄養の原因の約半数が不十分な衛生状態に起因するという報告もあり²²、衛生的な環境を整えることは急務である。ただし受益者の中には、遠方の田畑での農作業等のため村内に設置したトイレを利用できない場合もあると考え、目標値は 70%とした。

<達成度の確認方法> 事業開始時調査及び終了時調査

¹⁸ Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide, Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2006

¹⁹ 適切な母乳育児により、乳児の下痢の約半数、呼吸器感染症の約 3 分の 1 を予防できる。なお DHS によると、前者はミャンマーにおける 5 歳未満児の死亡原因の第 3 位 (死因の 16%)、後者は第 1 位 (同 28%) である。

²⁰ Nurturing the Health and Wealth of Nations: The Investment Case for Breastfeeding, UNICEF, 2017

²¹ Myanmar Demographic and Health Survey 2015-2016, Ministry of Health and Sports and ICF, 2017

²² Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks, WHO, 2016

・ 成果 3 に係る 1 年次の成果

住民が、水と衛生環境の向上が下痢等の感染症を予防し、子どもの健全な成長発達に寄与することを理解する。

・ 成果 3 に係る 1 年次の指標

下痢の予防方法に関する正答数が、事業開始時と比較して 30%上がる。(フォローアップ調査の正答率で確認)

成果 4：必要に応じた母子保健サービスの利用率が向上する。

指標 5) 50%の妊婦が産前健診を 4 回以上受診する。

＜根拠＞ 産前健診では診察や検査だけでなく、鉄剤の配布や破傷風ワクチンの接種、母子手帳の配布、BHS による保健指導などが実施されるため、受診率の改善は母子の健康に対する非常に大きな効果がある。世界保健機関（WHO）は 8 回以上の産前健診を推奨している。しかし事前調査では、対象村で産前健診を 4 回以上受診した母親はわずか 14%であり、事業期間内の推奨値達成（8 回受診）は困難と考えられる。そのため、まずは 50%以上の妊婦が 4 回以上受診²³することを目指す。目標値は、DHS における同指標の農村部の平均値と同程度とした。

＜達成度の確認方法＞ 事業開始時調査及び終了時調査)

指標 6) 50%の出産が、有資格技能者²⁴の立ち会いのもと行われる。

＜根拠＞本事業のように保健医療施設へのアクセスが困難な地域において、自宅出産を選択せざるを得ない場合でも、訓練を受け資格を有する技能者の介助により妊産婦死亡率は有意に低下する²⁵。ミャンマーの妊産婦死亡の 38%は分娩後の異常出血によるが、技能者が子宮収縮剤の投与や緊急搬送の判断を適切に行った場合、致命的な状態は回避し得る。また新生児死亡の約 3 分の 1 が生後 24 時間以内に起きているが、これも出生後の適切なケアや緊急搬送により一定程度防ぐことができる。事前調査では、実に 84%の母親が無資格の者（伝統的産婆や家族）の介助で出産しており、当事業地の母子の死亡率に負のインパクトを与えていると予測される。目標値は DHS における同指標の、農村部の平均値と同程度とした。

＜達成度の確認方法＞ 事業開始時調査及び終了時調査

・ 成果 4 に係る 1 年次の成果

マイエー地区病院に、分娩に係る医療器材が新たに供与され、適切に管理されることで、質の高い分娩環境が整う。

・ 成果 4 に係る 1 年次の指標

マイエー地区病院の責任者と共に器材のチェックリストを作成し、それに沿って毎月チェックが行われ、適切に維持管理されていることが確認される。

【今期事業達成目標】 事業対象地域の住民が、栄養・衛生・母子保健サービス利用の重要

²³ 妊婦健診を 4 回に減らしても、子癇、出血多量に伴う重症貧血、尿路感染症、低出生体重児出産の発生に有意差はないと報告されている (WHO systematic review of randomized control trials of routine antenatal care, Lancet, 2001)

²⁴ 必要な助産技術の訓練を受け、単独で分娩介助ができる医師、看護師、保健師、助産師のこと。

²⁵ Safe Motherhood Strategies: a Review of the Evidence, V. De Brouwere and W. Van Lerberghe, 2001

| | |
|-----------|---|
| | <p>性、及び各村における課題を認識し、改善に向けた意欲を高める。</p> <p>成果 1：住民が母子保健に関して改善すべき事項を発見する。</p> <p>指標 1) 全 30 村における母子保健の現状を改善するための行動計画の策定を通じ、住民の協働によって改善できる課題が 2 つ以上明らかになる。</p> <p>＜根拠＞ 1 年次は状況分析（活動 1-3）等を通じて、住民に自村や集落の母子保健の現状を認識するよう働きかけ、計画策定ワークショップ（活動 1-4）で改善すべき事項を自ら考えるよう促す。この際、住民が自助努力によって改善できる取り組みを見出すことで、母子保健改善に向けた主体性が高まることが期待できる。</p> <p>＜達成度の確認方法＞ 本事業スタッフによるモニタリング</p> <p>指標 2) 住民の栄養・衛生・母子保健サービスに関する知識や行動が、事業開始時と比較して 20%改善する。</p> <p>＜根拠＞ 住民が改善すべき事項を認識することにより、母子保健の知識や行動に正の変化が表れることが期待できる。本指標は 3 年間の事業を通じて 70%の改善を目指すものであるが、1 年次の保健研修等で扱われるトピックは限られるため、20%向上すれば 1 年次としては順調な改善と言える。</p> <p>＜達成度の確認方法＞ 事業開始時調査及び終了時調査</p> <p>※今期の成果 1 に係る活動：活動 1-1～1-7、活動 2-1～2-2、活動 3-1</p> <p>成果 2：住民の母子保健の改善に対する意欲が高まる。</p> <p>指標 3) 対象村の 5 歳未満児の 50%が、身長・体重を少なくとも 2 回測定する</p> <p>＜根拠＞ 子どもの健康な発育に対する意識の向上を、それに伴う行動の発現により確認する。事前調査では、7 割が体重を、9 割が身長を一度も測定したことがないため、GMP への参加により意識向上の程度が推測可能と考えた。単回の測定では発育の評価ができないため、継続の必要性を実感してもらう目的で、少なくとも半数が 2 回測定することを目指す。</p> <p>＜達成度の確認方法＞ 本事業スタッフ及び栄養ボランティアによる GMP 記録</p> <p>指標 4) 対象地の 15%の世帯が、ハエ防止型トイレを建設することに意欲を示す。</p> <p>＜根拠＞ 衛生に関する保健研修やモデルトイレの建設を通じて、これまで野外排泄したり簡易トイレを利用したりしていた住民の、ハエ防止型トイレ建設への意欲を高める。事業から提供されるのは必要最低限の資材と建設技術であり、実際のトイレ建設には住民の一部負担と自助努力が必須である。にもかかわらず建設への意欲の高い世帯が増加するのは、衛生改善への意識の高まりを反映していると言える。</p> <p>＜達成度の確認方法＞ 本事業スタッフによるアンケート調査</p> <p>※今期の成果 2 に係る活動：活動 1-8、活動 2-3～2-5、活動 3-2～3-4、活動 4-3</p> |
| (7) 持続発展性 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 住民が研修を通じて習得した知識は、事業終了後も母子の健康を維持・増進するために役立つ。またイラストを多く使った配布用教材は、世帯内で世代を超えて知識・情報が共有されるためのツールとなる。 |

- ・ 住民の中から保健研修ボランティア及び栄養ボランティアを選出して研修機会を提供し、事業期間中は主体的な活動を支援することにより、保健に知識や関心を持つ人材を人的資源として地域に残す。特に栄養ボランティアによる成長モニタリングは、身長計・体重計を供与するだけでなく、ボランティアへ測定技術を指導し、さらに事業期間を通じて3か月に1回実施し続けることで定着を促す。なお1年次のGMPは、事業スタッフがボランティアの活動を手取り足取り指導するが、2年次以降、事業スタッフは活動をモニタリングするにとどめ、最終的にボランティアのみで実施しているよう支援する。
- ・ 栄養に関する保健研修では、栄養の知識のみならず野菜の種を配布し、さらに2年次には収穫した野菜を使い離乳食の調理を行うことで、事業期間内に住民らに食の多様化、栄養状態の改善を経験してもらう。種を翌年用に保存することで、事業終了後も継続して栄養改善できる環境が村内に残り、継続が可能となる。
- ・ ハエ防止型トイレは本事業が建設するのではなく、事業で提供する On the Job Training (OJT)を受けた住民が主体となって建設する。これにより、村内に維持管理できる人的資源が育成され、事業終了後も長期にわたり使用される条件が整う。
- ・ 連携強化ワークショップを通して住民と地方行政とが課題や改善策を議論し、共に取り組むことにより双方の関係性が強化され、地域の自立発展性が高まる。