

バングラデシュ人民共和国
母子保健研修所改善計画
事前調査報告書

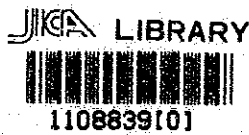
平成3年11月

国際協力事業団



無調一
CR(3)
91-150

バングラデシュ人民共和国
母子保健研修所改善計画
事前調査報告書



平成 3 年 11 月

国際協力事業団



マイクロ
フィルム作成

序 文

日本国政府は、バングラデシュ人民共和国政府の要請に基づき、同国の母子保健研修所改善計画事前調査を行うことを決定し、国際協力事業団がこの調査を実施いたしました。

当事業団は、平成3年9月2日より9月13日まで、国立病院医療センター国際医療協力部部長、我妻堯氏を団長とする事前調査団を現地に派遣しました。

調査団は、バングラデシュ人民共和国政府関係者と協議を行うとともに、計画対象地域における調査及び資料収集等を実施し、帰国後の国内作業を経て、ここに本報告書完成の運びとなりました。

本報告書が、今後予定されている基本設計調査の実施、その他関係者の参考として活用されれば幸いです。

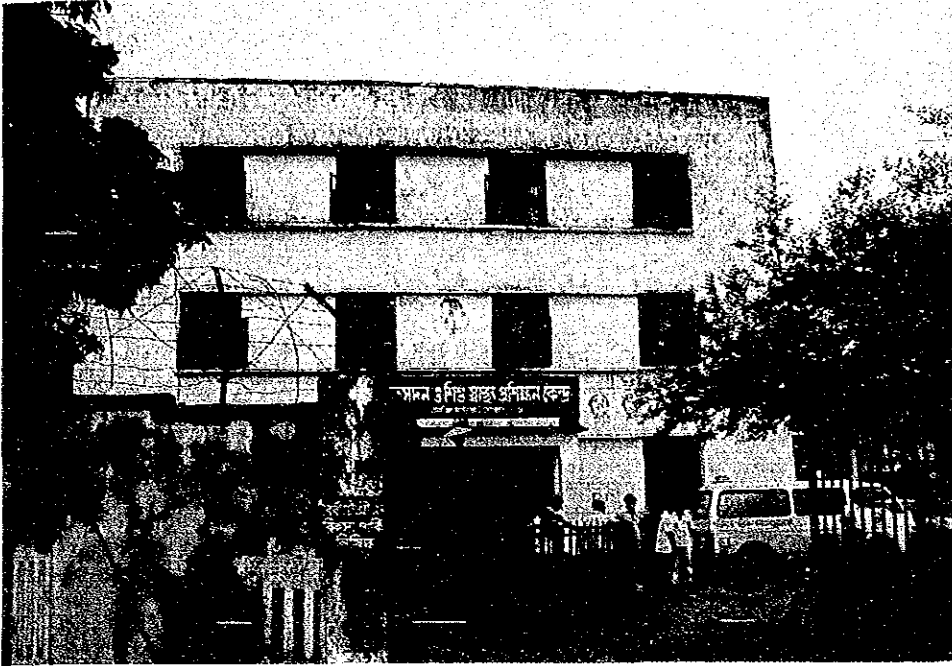
終りに、本件調査にご協力とご支援をいただいた関係各位に対し、心より感謝申し上げます。

平成3年10月

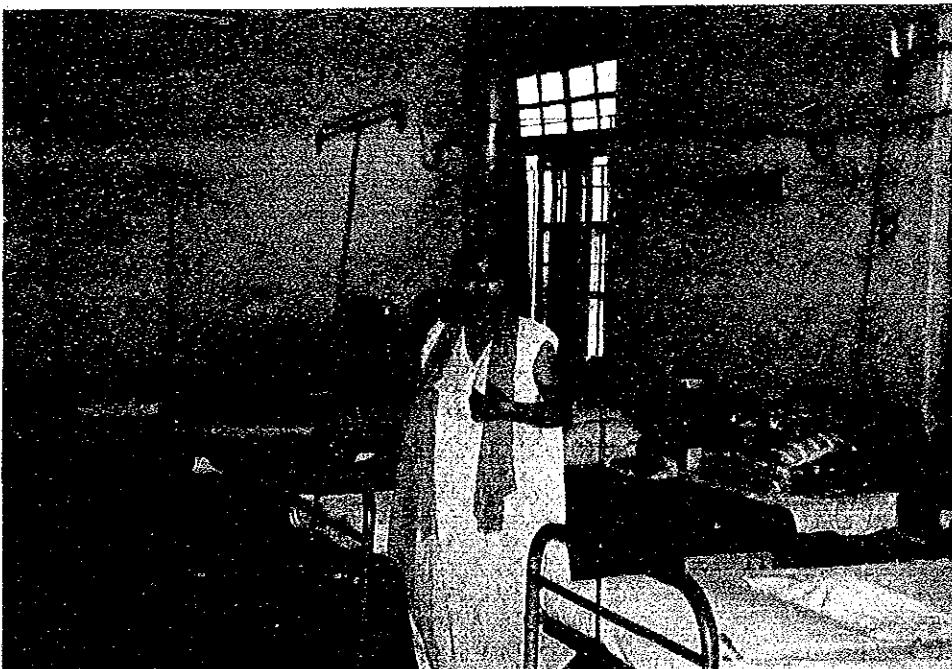
国際協力事業団

理事 数原孝憲

アジンプールメインセンター全景



アジンプールメインセンター病棟



アジンプルメインセンターの戸外の待合室



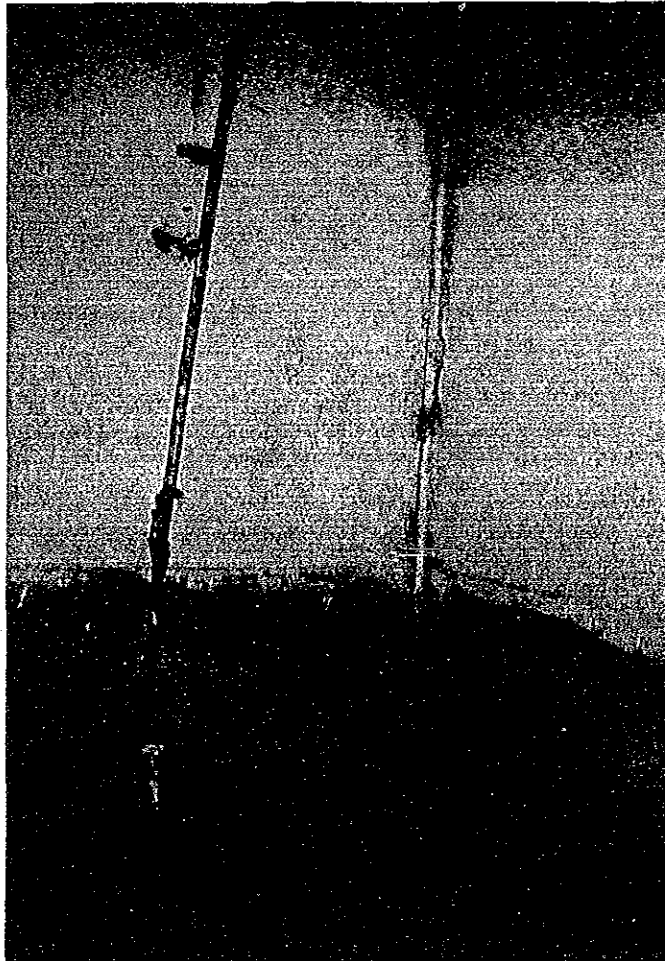
アジンプルメインセンターの調理場



アジンプルメインセンターのトイレ



アジンプルメインセンターのシャワー室



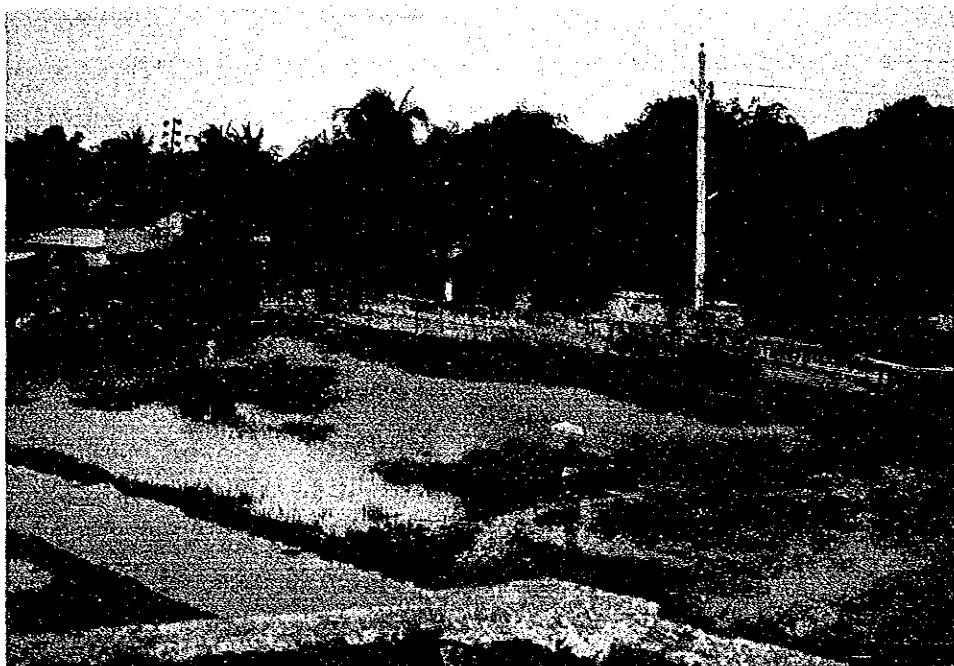
ラルクティサブセンター全景



ラルクティサブセンターの敷地（雨で水浸しになっている）



ラルクティサブセンターの敷地（雨で水浸しになっている）



要 約

バングラデシュ人民共和国は、面積14万3,998平方km、で、北海道の約1.8倍である。南はベンガル湾に面し、東南部丘陵地帯でミャンマーに接するほかは、ほぼインドに囲まれている。英領インド時代には東ベンガルと呼ばれ、現在のインドの西ベンガル州、アッサム州などとともにベンガル管区を構成していた。人口は、1989年7月の推計で、約1億1,030万人、人口密度は756人/km²で、世界で最も人口密度の高い国のひとつである。人口増加率は2.59%（1981～89年推計）と高く、しかも人口構成は14才以下の人口が全体の46.6%（81年統計）を占めている。教育水準、識字率（81年：23.8%）は、共に南アジアの中でも最低で、特に農村部、なかでも女性の識字率は10%強に過ぎない。平均寿命が52才（87年統計）であり、国民一人当たりGNPが191米ドル（90年）であることを鑑みれば、同国は典型的な後発開発途上国の様相を示しているといえよう。

同国に主要保健指標は、1960年から87年の間にかなりの向上が見られるものの、国際的には依然として低水準にある。特に乳幼児の死亡率（新生児死亡率85、乳児死亡率110、5才未満死亡率191）はアジア地域の中ではカンボジア、ネパールと並ぶ最低の水準にある。実数の上でも、毎年の総死亡者のうち約半分は5才未満の子供である。普通出生率の減少は緩慢であり、合計特殊出生率にみる女性一人当たりの平均出産回数は5.4で、いまだ多産社会である。同国の人口は、女性100に対して男性106の比率であり、女性人口が男性人口より少ない。また、平均寿命においても、男性54.2に対して女性は51.1年と低く、各年齢層における平均余命は、40才以下では常に男性の余命が女性のそれを上回っており、これは、男女間の年齢別死亡率の差にほかならない。

妊産婦死亡率の高さは同国の重要な保健問題であり、出生数1,000に対して5.50人の高い妊産婦死亡率は、一人当たりの出産回数の多さを考慮すると、出産可能年齢の女性の死亡数のかなりの部分を占めている。こうした高い妊産婦死亡率は、女性の基礎的健康・栄養状態の不良、母子保健サービスの低普及率と質の悪さ等に起因する。特に施設分娩の比率が極度に低く、訓練を受けていない介助者（ダイと呼ばれるTBA (Traditonal Birth Attendant) の産前産後の不衛生な処理が主に上げられる。

同国の死因の大部分は、感染症である。特に下痢症（コレラ、赤痢を含む）は乳幼児の子供の死亡の主要原因のひとつである。新生児死亡は、その多くが新生児破傷風であり、これは不衛生な出産に伴う感染が原因である。感染症のなかでも、破傷風、結核、麻疹は、ワクチンの接種によって予防可能な感染症であるが、WHO、UNICEFの推進する予防接種拡大計画（EPI）の同国における実施率は、対象人口の10%以下で、接種率は世界で最低のレベルにある。栄養不良も同国の深刻な問題である。同国の家庭の70%以上が栄養摂取においてカロリー不足の状態にあり、5才未満の子供の40%は中・軽度、10%は重度の栄養不良状態にある。出生時の体重が2,500グラム未満の低体重児の割合は30%以上と推定され、これは母体の慢性栄養不良に起因することが多い。栄養不良は、感染症に対する抵抗力を低下させ、感染した場合の発病率・致命率を上昇させることとなる。

保健サービス施設の大部分は、保健家族福祉省によって直接運営されている。人口10万人あたりの病床数は約27床、1床あたり人口3,700人と施設・病床は極度に不足しているが、医療施設の都市集中を考慮すると、農村部における数値はさらに低いものとなる。病院施設は、県病院と医科大学付属病院がダッカと各県主要都市に設置されている。郡以下の農村保健、プライマリー・ヘルス・ケアの実施機関として、

ウパヅラ・ヘルス・コンプレックス（UHC、病床数31床）が、全国のウパヅラのうち約3/4に、人口規模にして平均約20万人に1か所の割合で設置されている。その下部組織としてユニオン保健・家族福祉センター（UHFWC）を、各ユニオンに1か所、15,000～25,000人に対して1か所を目標として整備中である。UHFWCには医療部門を担当する医療助手（HA）1名と、家族計画・母子保健を担当する家族福祉訪問員（FWV）を配置して、地方における保健・医療サービスの普及に努めている。

保健医療政策は、保健家族福祉省が実施しており、保健・医療プログラムを担当する保健局と、家族計画・母子保健プログラムを担当する家族計画局が置かれている。両部門は県レベルまでは別々に活動し、郡レベル以下では機能的に統合されることとなっているが、UHC、UHFWCに配置されているHAとFWVは、それぞれの上位機関である保健局、家族計画局からの指示によって活動しているのが現状である。結果として、いまだに業務上の統合が徹底されているとは言い難く、家族計画と医療サービスが結びついて実施されるべき母子保健や予防医療サービスの分野で諸問題が生じている。

同国は、1976年に開始した第一次開発5か年計画から四次にわたり、母子保健の改善を家族計画の普及とともにその重要課題として取り組んでいる。『西暦2000年までにすべての人に健康を』を達成するため、現在実施中の第四次5か年計画は、第三次5か年計画の目標と戦略を継続している。これは、産前の看護、安全な出産介助、産後の介護、予防接種、下痢性疾患予防、栄養失調からくる失明予防サービス等の対象地域、人口を拡大し、サービスの質を高め、より容易に利用されることを目標としており、様々な戦略が設定された。なかでも、TBAの研修、FWVの雇用と研修、EPI、下痢性疾患予防プロジェクト等は、第四次計画で一層強化されている。

今回の要請の対象である母子保健研修所は、1953年に東パキスタンと、WHO、UNICEFの共同で、地域社会に母子保健サービスを広げることが目標として、ダッカ市南部アジンプル地区に建設され、女性の家庭訪問員の研修と、産科・小児科（5才未満）の医療サービスを行う施設と位置付けられていた。設立当初は20床であったが、増床され、60年には現在の100床になった。併せて、サブセンターが、個人の住宅を利用して市内西部ミルプール地区に10床の規模で建設された。現在は母子保健・家族計画分野におけるパラメディカルスタッフの研修、母子保健・家族計画の主として予防医学的な医療サービス、これらの活動を通じての同国の助産婦死亡・乳幼児死亡の減少を図ることを目的としており、具体的な業務は以下のとおりである。

- 1) 研修活動 ①FWV、Senior FWVの理論講義と実習
②看護婦、ヘルスワーカー、TBA等の臨床実習
③医師の臨床実習
- 2) 医療活動 ①入院 助産（主として正常分娩、帝王切開は施術）
小児科の治療（簡単な疾患のみ）
②外来 妊婦診察
家族計画サービス
予防接種（妊婦、5才未満の子供）
母親への家族計画指導
母親学級（健康教育）

メインセンターは、現在は外来患者数が300人/日、40,000人/年、分娩数3,500件/年と、その必要とされる機能は増大しているにもかかわらず、予算等の不足により施設自身は53年以来全く拡充・修復され

ておらず、設備・機材とも老朽化している。施設内には、外来患者が横溢し、収容能力も限界となり、かつ研修室もないところから、本来期待されていた機能が満足に果たせていない現状である。サブセンターにいたっては、振興住宅地域であり地元のニーズは高いにもかかわらず、個人の住宅を病院に転用した施設で、設備は全く皆無といっても差し支えない状況であり、満足な診療サービスが行い得ず、外来患者数が9,000/年、分娩数300件/年と、そのサービスも限られたものとなっている。

かかる状況を踏まえて、同国政府は、妊産婦死亡率及び乳幼児死亡率の低減化のために、母子保健及び基礎的分娩サービスに係る基礎・臨床訓練を実施して人材を養成すること、母子の健康状況の改善を目的とした予防・治療サービス及び健康教育を通じて、母子保健・家族計画プログラムの組織的・地域的サービスを強化することを目的とした母子保健研修所改善計画を策定し、わが国政府に対し無償資金協力を要請越した。

同国政府は、本計画において以下の目標を設定している。

1. メインセンター

- 1) 外来患者数 500名/日
- 2) 分娩数 5,000名/年
- 3) 家庭内分娩教育数 350名/年

2. サブセンター

- 1) 外来患者数 400名/日
- 2) 分娩数 5,000名/年
- 3) 家庭内分娩教育数 350名/年

3. 研修 (720名/年)

- 4) 医師 180名
- 5) FWV 120名 (再訓練)
- 6) シニアFWV 120名 (再訓練)
- 7) TBA 30名
- 8) FWV 20名 (基礎)
- 9) 看護婦 120名
- 10) 医学生 80名
- 11) 看護学生 50名

／ヘルスワーカー

本調査団とバングラデシュ側との間で確認された要請の内容等は以下のとおりである。

1. 計画地

- 1) メインセンター：ダッカ市アジンプル、敷地面積：約2,990m²
- 2) サブ・センター：ダッカ市ミルプール地区ラルクティ、同：約4,145m²

2. 実施機関

保健家族福祉省家族計画局

3. 同研修所の活動

- 1) 診療活動 (1) 分娩
(2) 産前のケア
(3) 産後のケア

- (4) 母親学級／栄養指導
 - (5) 家族計画
 - (6) 小児科（簡単な治療のみ）
 - (7) 予防接種（母親及び5才未満の幼児）
- 2) 研修活動
- (1) 実習（医師、メディカルオフィサー、看護婦、保健、家族計画推進員、シニアFWV、FWV、TBA）
 - (2) 理論（シニアFWV、FWV、TBA）

4. 要請内容

1) 施設建設

- (1) 診療施設（外来部門、入院部門）
- (2) 研修施設（教室、体験室、訓練生宿舎）
- (3) 管理施設

2) 機材の調達

- (1) 診療用機材
- (2) 研修用機材

今回の調査により、本計画の目的は、母子保健・家族計画に係る診療サービスの機能強化を主眼としたものであり、その診療サービスに基づく臨床実習を主体とした研修活動を行うことが判明した。併せて本計画が、同国保健・医療分野における世銀の第4次保健・家族福祉5か年計画にて採択された案件であることから、世銀を中心とした他の援助機関が、本計画実施後、同研修所の維持管理経費及び右研修活動に係るカリキュラム開発等に対して、積極的に協力する方針である点も確認できた。

今後、本計画の実施にあたっては、以下の点に留意すべきである。

1. 同国政府が本計画実施後の運営維持管理費を確保するため、適切な予算配分を行うとともに、他の援助機関から右に係る協力を得られるよう、同国政府より世銀に対して調整を依頼するよう、日本側より申し入れる必要がある。
2. 本計画実施後、所長を含む運営管理体制を整備し、要員の適正配置を行う点に関する同国政府側の担保が必要である。
3. 臨床部門については、維持管理費の低減化を図るため、高度の医療機材を調達せずに本計画の目的に合致した基礎的な医療機材にとどめ、設備等を含めて可能なものは、現地調達ないし第三国調達とする。
4. 研修部門については、研修に必要なカリキュラムの開発、整備及び研修関連機関との調整が重要であり、特にカリキュラム、研修経費に関しては、他の援助機関からの協力の可能性につき、必要に応じて同国政府側から世銀に対して調整を依頼すべきである。
5. 本計画が、世銀の第4次保健・家族福祉5か年計画への協力として位置付けられるため、今後の進捗状況に関し、世銀及びWHOとの密接な連絡が必要である。
6. 母子保健・助産婦教育の専門家ないし同分野の青年海外協力隊員の派遣は、本計画の効果的な実施のために極めて重要である。

目 次

序 文
写 真
調査結果要約

第1章 緒 論	1
1-1 事前調査団派遣の経緯	1
1-2 調査の目的	2
第2章 要 請 の 背 景	3
2-1 バングラデシュ国の母子保健事情	3
2-1-1 一 般 事 情	3
2-1-2 保健医療サービス	7
2-1-3 母子保健サービス	14
2-1-4 家族計画サービス	17
2-1-5 医 療 従 事 者	20
2-1-6 教育制度及び医療従事者教育	21
2-2 バングラデシュ国の母子保健改善計画	23
2-2-1 第4次保健家族福祉5か年計画	23
2-2-2 母子保健改善計画	32
2-3 他の援助機関の協力	36
2-3-1 先進国援助機関	36
2-3-2 国 際 機 関	39
2-4 母子保健研修所の概況	45
2-4-1 運営・維持管理体制	45
2-4-2 財 政	46
2-4-3 活 動 状 況	46
2-4-4 施 設 ・ 設 備	51

2-4-5 機材	52
第3章 要請の経緯・内容と協議の内容	54
3-1 要請の経緯と内容	54
3-2 協議の内容	59
第4章 計画の概要	61
4-1 計画の目的	61
4-2 母子保健研修所改善計画	61
4-2-1 計画の内容	61
4-2-2 事業内容	62
4-2-3 施設・設備内容	66
4-2-4 機材内容	67
4-3 『バ』側実施体制	68
4-3-1 実施体制	68
4-3-2 人員配置計画	68
4-3-3 予算措置	69
4-3-4 要員確保計画	70
4-4 技術協力	70
第5章 結論及び提言	71
5-1 結論	71
5-2 効果	71
5-3 提言	71

第1章 緒 論

1-1 事前調査団派遣の経緯

バングラデシュ国における乳幼児死亡率は、新生児死亡率85、乳幼児死亡率120、5才未満死亡率191と、アジアの中では最高であり、また妊産婦死亡率も、出生数1,000に対して5.96人と非常に高く、一人当たりの出産回数の多さを考慮すると、出産可能年齢の女性の死亡数のかなりの部分を占めている。こうした高い乳幼児・妊産婦死亡率は、女性の基礎的な健康・栄養状態の不良・母子保健サービスの普及率と質の低さ等に起因し、なかでも施設分娩の比率が極度に低く、訓練を受けていない介助者の産前産後の不衛生な処理が主に上げられる。バングラデシュ国政府は、1976年開始の第一次五カ年計画から四次にわたり、母子保健の改善を家族計画の普及とともに、その重要課題として取り組んできた。バングラデシュ国政府は右課題に対し、15,000人から25,000人に一か所の割合でユニオン保健家族福祉センターを設置し、各センターに家族計画・母子保健の普及を担当する家族福祉訪問員（FWV）を配置すべく、FWVの数の増加、質の向上を図ることとし、今後五年間に新たに5,000名のFWVを養成する計画である。

今回要請の対象となっている母子保健研修所は、FWV及びパラメディカルスタッフの臨床実習・母子保健サービス、助産等を実施する目的で、1953年に20床の規模で設立され、60年には100床となり、現在は外来患者数が300名/日、40,000名/年、分娩数3,500件/年（ダッカ市内の施設分娩の1/3）と、その必要とされる機能は増大している。

しかしながら、同研修所は、予算の不足等により病床数は増加したものの、施設自身は53年以来全く拡充・修復されておらず、設備・機材ともに老朽化している。施設内では外来患者が溢れ、収容能力も限界となっており、かつ研修室もないところから、所期の目的が満足に果たせていない現状である。かかる状況の下で、バングラデシュ国政府は、FWV等のパラメディカルスタッフの要請を含む母子保健サービスの拡充並びに施設分娩の普及を推進するため、同研修所のメインセンター及びサブセンターの二か所につき、その施設の改善及び機材の整備に係る無償資金協力を要請越したものである。

国際協力事業団は、本計画の背景、内容、先方の実施体制及び国際機関の援助動向・計画等を確認し、わが国の無償資金協力の対象案件としての妥当性を検討し、協力の可否を含めた協力内容及び範囲を明確にするために事前調査を実施することを決定し、厚生省国立病院医療センター国際医療協力部長我妻堯氏を団長とする調査団を91年9月3日から12日までバングラデシュ国に派遣した。

なお、わが国は、90年4月のバングラデシュ国別援助研究会において、経済成長率（2.2%）が人口増加率（2.6%）で相殺され、高い人口増加率がバングラデシュ国全体の経済成長の阻害要因となっている現状を鑑み、同国の人口家族計画分野に対する援助の重要性を強調した。右を踏まえ、わが国は経済協力ミッションを派遣し政策対話を行い、引き続き90年に10月に、前述の我妻国際医療協力部長を団長とし

て、人口家族計画分野に係るプロファイ調査団を派遣し、その結果、本計画の位置付けを明確にし、優良案件としてバングラデシュ国政府に対し、提言を言った経緯がある。

1-2 調査の目的

バングラデシュ国からわが国に無償資金協力要請のあった母子保健研修所改善計画に関して、本計画の背景、内容、先方の実施体制等を確認し、その妥当性を我が国の無償のスキーム等から検討し、協力の可否を含めた協力内容及び範囲を明確にする。

第2章 要請の背景

2-1 バングラデシュ国の母子保健事情

2-1-1 一般事情

第三次5ヶ年計画では総予算の2.2%が保健分野に振り向けられ、家族計画分野には総予算の3.5%が配分された。保健よりも家族計画に予算配分が多いのは、家族計画が子供の保健水準の向上に寄与する費用効果が高いと考えられているからである。若くない母親の出産回数を減らすことにより、更に出生間隔を2～3年以上にさせることにより、乳幼児死亡率及び妊産婦死亡率がそうでない場合に比べて低下することが実証されている。バングラデシュの保健水準を更に向上させるためには、単に保健・家族計画のサービスのレベルを上げるだけでなく、家庭の収入増及び、教育、特に女性への教育の機会の増加が重要である。

以下はバングラデシュの母子保健を中心とした保健衛生及び生活環境についてのデータである。

(1) 出生率と合計出生率

出生率は徐々に低下しており、1961年に人口1,000対47であった出生率は1987年に33.3まで低下した。1988年の暫定的出生率は33.2と発表されている。これは出生率が1961年から1988年の27年間で29.36%低下したということである。

合計出生率（一人の女性がある年次の年齢別出生率に従って子供を生むとしたときに生涯で生むと推計される子供数）もスピードは遅いが着実に低下を続けており、1961年には6.78とかなり高いレベルであったが、1980年には4.99、1988年には4.39と低下している。

(2) 死亡率と人口増加率

1) 死亡率

年 度	死亡率
1931～41	3.78%
1961～65	1.85%
1988	1.13%

(出所 バングラデシュ人口統計調査・人口動態登録制度1980-88)

2) 総人口

年 度	総人口 (単位1万人)	増加率 (%)
1941	4,199	-
1951	4,416	5.17
1961	5,522	25.05
1974	7,639	38.34
1981	8,991	17.70
1991	11,660	29.69

(バングラデシュ人口調査報告書)

(3) 乳幼児死亡率

バングラデシュは南アジアの中でブータン (142)、ネパール (112)、パキスタン (112) 等と同様に乳児死亡率の高い国の一つである。

毎年約350万人 (1980年は295万人、1985年は352万人、1988年は354万人) の子供が生まれているが、そのうちのおよそ半分は開発途上国ではハイリスクと見なされる体重2,500グラム以下で生まれている。ほとんどの出産は自宅分娩で、近代的分娩についての研修を受けていない。無免許の助産婦 (TBA) が家族に分娩の介助を受けるか、もしくは立会人がいなくて母親自身だけで出産をする。保健婦の付き添いを得た出産の比率は5%に過ぎない。このような状況で生まれる子供が出生後一年未満に死亡する比率は極めて高い。

乳幼児死亡率 (出生後一年未満に死亡する比率)

年 度	死亡率
1970	15.0
1981	13.2
1983	11.8
1988	11.6

こうした乳児死亡のうち、出生1カ月以内の死亡 (新生児死亡) がおよそ半分から3分の2を占めている。新生児死亡の主な原因は破傷風と出生時の外傷性傷害それに呼吸器感染である。

出生1ヶ月後、子供の死亡のパターンが変化して、下痢性疾患 (水性及び赤痢性)、呼吸器感染、破傷風が乳児死亡の主な原因となる。栄養失調そのものは死亡の直接原因ではない。しかし、感染症及び下痢性疾患による死亡も、栄養失調であることに感染症や下痢性疾患が相まって死亡の原因になる場合が多い。

(4) 5歳未満児童死亡率

1960年の5歳未満児童死亡率（出生1,000対）は262であったが、1989年には184に低下した。

(5) 罹患状況

1987及び88年の伝染病の発生件数と死亡数をみると発生数が最も多いのは各々マラリア・赤痢であった。死亡因別に見ると1987年の場合、死因の中で一番目に多い病気は熱病（腸チフス・パラチフス・インフルエンザ等）であった。

伝染病の発生件数と死亡数（1988年）

病名	赤痢	下痢性疾患	マラリヤ	麻疹	ジフテリア
発生件数	2,331,647	504,867	1,888,524	13,200	354
死亡数	436	2,733	10,420	14	3

病名	百日咳	破傷風	小児麻痺
発生件数	29,018	401	358
死亡数	5	24	-

（出所 保健家族省家庭局保健情報）

子供の罹患件数が多い疾患は、呼吸器疾患、下痢性疾患、寄生虫症、皮膚病、耳疾患である。こうした病気は地域の差がほとんどなく全国で蔓延している。しかし地域的蔓延のパターンを示す病気もあり、例えば、マラリアは主としてチッタゴン丘陵地帯、結核と癩病は主として北西部で蔓延している。

(6) 妊産婦死亡率

バングラデシュの妊婦はほとんどが体重50キログラム以下であり、このことは、妊婦に栄養失調が多いことを示している。バングラデシュの女性の高い出生力（多産）の状況を鑑みると、妊婦の栄養失調の問題は深刻である。バングラデシュの女性は平均して4.3回（1988年）妊娠するが、出産毎に妊婦の体重は約1キロ低下するという調査結果もある。

栄養失調状態で感染症に罹患することの多いバングラデシュの女性は、体の抵抗力が弱まっているにも関わらず、多くの女性が何度も肉体的消耗を伴う妊娠・出産を経験する。こうした理由で妊産婦死亡率は極めて高い。妊産婦死亡率の全国統計はないがサンプル調査によると、1986年には出生1,000対6.48、1987年には5.96、1988年には5.72であり、この妊産婦死亡率のレベルは日本の約53倍（1989年の日本の妊産婦死亡率は0.108）の高さである。

1974年の調査によると妊産婦死亡率の80%は産科的原因（子癇や陣痛時及び分娩時に起きる合併症）に直接起因し、20%は感染が原因であるといわれている。

妊産婦死亡の原因調査

原因	1979	1987
子 痛	27%	12%
自分で行なった中絶	26%	18%
陣 痛 遮 断	12%	7%
分娩前敗血症	9%	20%
分娩後敗血症	8%	7%
胎 盤 遺 残	7%	-
子 宮 破 裂	4%	-
分娩後の熱病	3%	-
自然性流産	2%	-
破 傷 風	1%	-
偏 位 妊 娠	1%	-
そ の 他	8%	-

年齢別に見ると、妊婦が死亡する危険度が最も高いのは40-44歳の年齢グループである。バングラデシュ統計局が実施しているサンプル調査によると、1988年の全国農村地区の平均の妊産婦死亡率は5.92で、そのうちの40-44歳の年齢グループの妊産婦死亡率は10.27（平均の1.7倍）で都市部では31.25である。45-49歳の年齢グループでは農村地区は14.93（平均の2.5倍）で都市部ではゼロである。

その次に妊産婦死亡率の高い年齢グループは15-19歳で、1988年の統計では、農村地区で12.84（平均の2.16倍）で都市部で4.74だった。

(7) 栄養失調の問題

バングラデシュでは適切な質と量の栄養ある食事が摂取できるのは全国民のわずか5%といわれている。残りの95%の中で、特に5歳未満児童と妊産婦それに授乳中の女性が栄養失調で深刻な影響を受けている。子供の栄養失調は、胎児として母親の体の中での発育の段階でもう始まっており、栄養失調の新生児は栄養失調の母親から生まれてくる。

母親の栄養失調は低所得の農村地区で特に広範な問題である。例えば、社会経済別に見る妊婦の体重と身長を見ると、低所得の農村では体重が50キロ未満の妊婦が100%で、身長が147センチメートル未満の妊婦は57.1%もいる。そのような栄養失調の母親から生まれる新生児の出生時の体重を見ると、低所得の農村では平均が2.38キロと極めて低体重の新生児が多いことがわかる。一人当たりのカロリー消費量は過去20年の間に低下しており、同時に、主要な栄養物の欠乏が広範囲に及んでいる。葉酸鉄欠乏症は多く、約70%の子供と妊婦のほぼ全員が貧血症にかかっている。人口の30%がヨウ素欠乏症であり、ヨウ素の不足する環境では妊婦及び授乳中の母親の80%にヨウ素欠乏症が起こっている。ビタミンA欠乏症により、失明した人も多い。呼吸器感染症と下痢性疾患の罹

患率も増加して、これが乳児及び児童死亡率を増加させる一因とも思われる。ユニセフによれば6歳未満の子供のうちの90万人が夜盲症や眼球乾燥症にかかっていると推計されている。更に毎年3万人の子供が失明しており、しかも失明した子供の50%が失明してから数か月以内に死亡すると見られている。

(8) 安全な飲料水

安全な飲料水を入手できる人々の全国人口に占める比率

1970年	45%
1980年	38%
1986-88年	46%

(世銀査定報告書)

(9) 飲料水の水源別及び地域別による全世帯の分布

深井戸	53.1%
浅井戸	7.5%
水道	3.6% (都市部では26.2%)

(1981年の国税調査による)

(10) トイレの種類別及び地域別による全世帯の分布

トイレがない家庭	48.91%
水洗(市営下水処理)トイレ使用家庭	0.52%
水洗(浄化槽)トイレ使用家庭	1.04%
公衆トイレ使用家庭	3.55%
その他の方法	44.94%

(出所 1982年サンプリング人口調査)

2-1-2 保健医療サービス

保健医療政策の立案は保健家族福祉省が行っており、主要な機関は2つに分かれている。保健医療サービスについては同省の保健局が、家族計画・母子保健サービスは家族計画局がそれぞれ担当して実施している。(表1参照)

政府の政策では郡以下の農村地方において保健医療サービスと家族計画・母子保健サービスが統合されることになっている。(表2参照)しかし、保健医療サービスと家族計画・母子保健サービスが分岐されて推進される体制の下で、両方のサービスの調整と管理の問題が起きており、施設と要員の

有効な利用が難しい状況になっている。

保健家族福祉省にはおよそ12万9,000人の職員が在籍している。その中に医療・公衆衛生の専門医が約1,200名、一般医と歯科医が約8,000名、看護婦が約1万2,000名、その他のパラメディカル・スタッフ（MA〔Assistant医師補助者〕、薬剤師、検査技師、レントゲン技師等）が約1万2,000名、専門職助手（FWV〔注1参照〕）、FPA〔家族計画指導員〕、保健監督官、公衆衛生検査官、保健監督官助手、家庭福祉指導員助手、HA〔保健助手〕等）が約4万人、健康教育者、保健情報収集・分析者等がいる。

注1) 基礎教育10年を終了した後に、一年間の理論教育と6か月の臨床実地研修を終了したものをFamily Welfare Visitor (FWV) (巡回家庭福祉指導員) と呼び、日本の助産婦兼保健婦に相当するものである。更に5年間の再研修を受けたものはシニアFWVになりFWVの監督・教育、TBA (伝統的助産婦) の監督・教育に当たる。

表1 保健家族福祉省の組織図

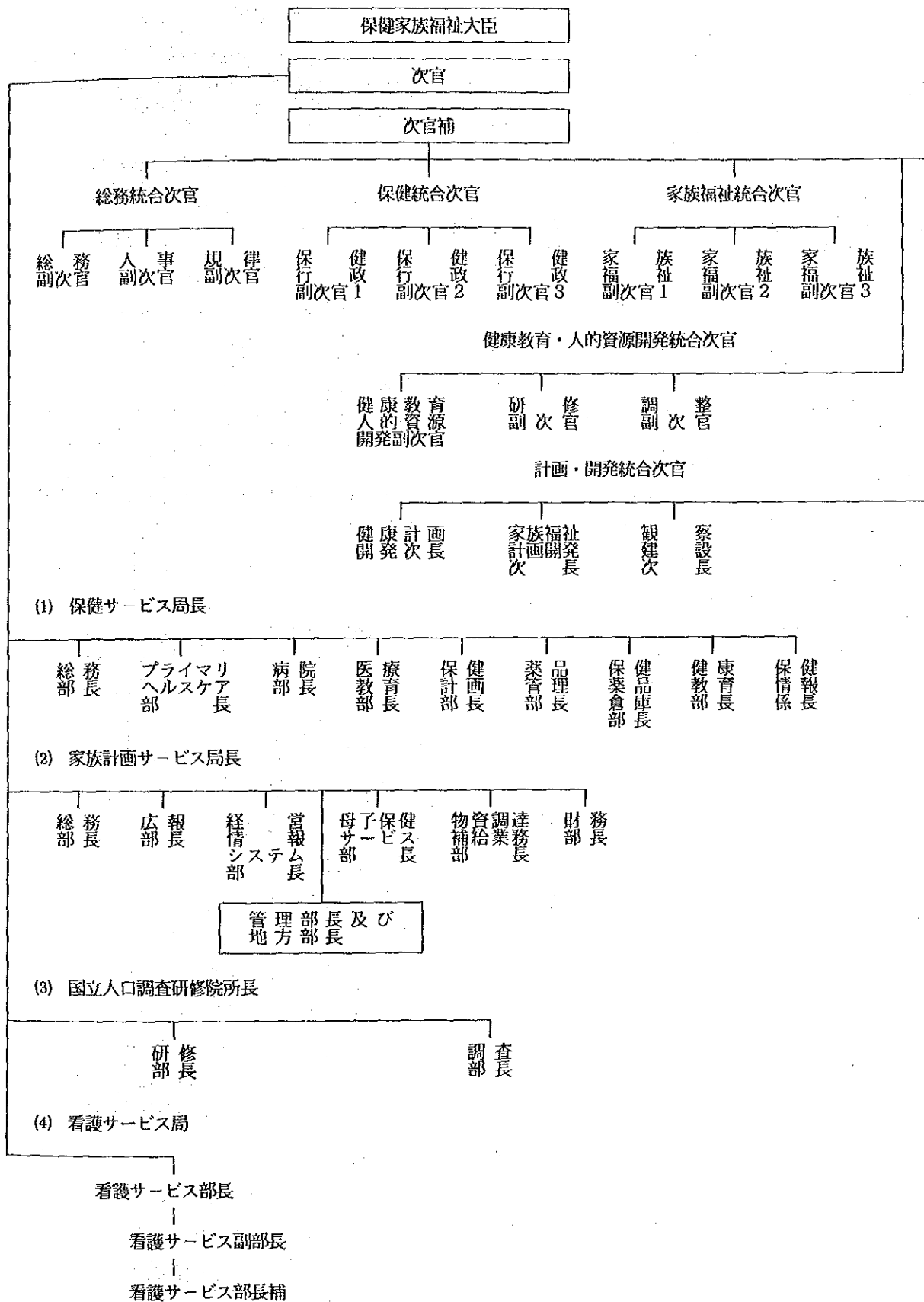
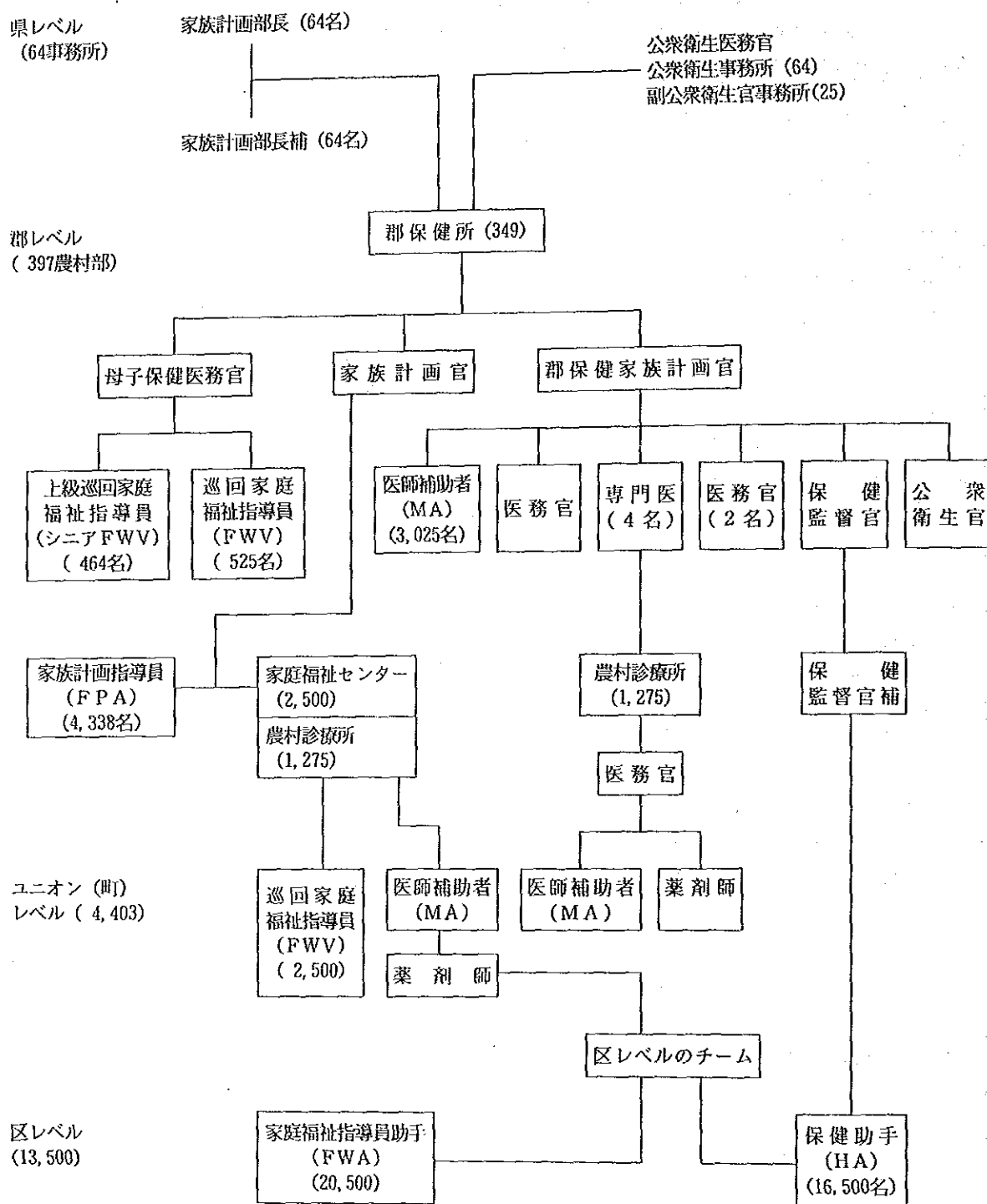


表2 農村保健家庭福祉プロジェクトの組織図



(1) 体 制

1) 町における保健医療行政

a) 保健医療

保健医療行政の中での最小のサービス施設は町（ユニオン）に設置されている家庭福祉センターと農村診療所である。全国に4,403町があるがその町の平均人口は2万人（1981年の人口調査時）である。

1991年現在、全国の4,403町の中で2,500町に家庭福祉センターが、1,275町には農村診療所が設置されている。（460町に郡保健所が所在している。）こうした保健医療サービス施設のおよそ60%の所では医師が所長となっており、その下でFWVを始めとする準医療従事者（パラメディクス）が母子保健家族計画等のサービスを行なっている。

第4次5ヶ年計画中に100ヶ所の家庭福祉センターが新たに設置される予定である。よって家庭福祉センター等の保健医療施設が全く設置されていない町は68町になる。更に500ヶ所の農村診療所の施設等が拡充強化されて家庭福祉センターに格上げされる予定である。

b) 家族計画

FPAが各町に一人配置されており、その下で3人の家庭福祉指導員助手が働いている。家庭福祉指導員助手の仕事は各家庭を巡回して母子保健・家族計画についての情報提供をするとともに家族計画の実行者に避妊具・薬品の配布をすることである。更に子宮内避妊器具（IUD）や不妊手術等の医師のサービスを必要とする方法を希望する人に、近くの町や郡等での適切な専門病院にレファレルする業務も行なっている。

2) 郡における保健行政

a) 保健医療

全国の487郡の中で397郡が農村地方にある。そうした農村の郡の中の352郡に郡保健所が設置されている（1988年）。大概の郡保健所には診察室、手術室、歯科治療室、分娩室、調剤室、病棟、当直要員の住居等が備わっている。医療機材や医薬品も、家庭福祉センターよりは整備されている。郡保健所では最大9名の医師が勤務して保健医療サービスを実施している。最も数の多い郡保健所（31床）での標準的な要員構成は、所長以下、行政管理要員が6名、医療要員が40名である。医療要員は医療専門家が7名（うち外科医、婦人科医、歯科医が各1名）、準医療従事者（うち5名は看護婦）から成る。

郡保健所は入院患者への治療ができる最も小さい保健施設として位置づけられてはいるが、郡の人口は平均33万人なので1床当たり約1万人となり、郡保健所は本質的には外来患者への治療を志向しているといえよう。

第4次5ヶ年計画では母子保健サービスの強化が計画されており、その一環として、同計画中に建設予定の10ヶ所の郡保健所では、病床の少なくとも70%が女性と子供用に割り当てられるように計画されている。

なお、郡保健所で治療できない患者は県病院か大都市の専門病院レファレルされる。

b) 家族計画

郡保健所に家族計画官がいて、郡全体の家族計画の推進を担っている。家族計画官の下には

町での家族計画の推進を担っている男性のFPAがいる。

3) 県 レ ベ ル

全国の64県の中で59県に県病院が設置されている。県の平均人口は150万人である。病床数は50から200の範囲である。内科医と外科医が勤務しており、手術室もあるが、50-100床の小規模の県病院には男性用の病棟1棟と女性用の病棟1棟のみしか設置されていない。女性用病棟のみの県病院もあり、そこには陣痛室、分娩室も設置されていない。県病院は老朽化が進んでおり、修繕を要するものが多い。

(2) 改善すべき事項

郡保健所、家庭福祉センター、農村診療所の利用率は低い。その主とした理由は保健施設の運営が劣っていてサービスの質が悪いためである。住民も貧窮で忙しい生活の中で、治療に出掛ける時間がなく、政府の保健医療サービスを利用することを妨げるような社会文化的要因（例えば女性の低い地位、疾病の早期症状についての理解の欠落）等のために、治療を求めるのは重病になってからのことが多い。病気の予防対策の必要性が十分に理解されておらず、予防接種等に地域住民が積極的に参加していない。この改善策としては郡保健所及び家庭福祉センター等が、保健医療、家族計画・母子保健分野で最優先となっているサービスを実施する職務能力を高めて、更にそうしたサービスの効率的な運営を推進する必要性が増大している。

政府及び民間の病院等の数の推移

年 度	病 院 数		政府農村 診 療 所	病 床 数	
	政 府	民 間		政府病院	民間病院
1978	388	36	1,752	16,853	2,685
1983	560	164	1,493	20,286	4,774
1988	608	267	1,310	26,871	6,463

出所 Director - General of Health Services (Health Information Unit)
Ministry of Health and Family Welfare

保健施設数の推移

年 度	1978	1983	1988	年 度	1978	1983	1988
郡 保 健 所	253	319	352	感 染 症 病 院	5	5	5
農 村 保 健 所	12	12	12	ハ ン セ ン 病 院	3	3	3
家庭福祉センター	1,275	1,275	1,275	都 市 診 療 所	35	35	35
大 学 院 病 院	3	5	5	結 核 ク リ ニ ッ ク	44	44	44
県 病 院	37	43	59	学 校 保 健 ク リ ニ ッ ク	25	25	25
結 核 病 院	4	4	4	母 子 福 祉 セ ン タ ー	91	96	96
結 核 隔 離 病 院	8	8	8				

保健家族福祉省保健局及び家族計画局
管轄別の病院数と病床数の現状 (1988)

		病院数	病床数
1.	保 健 局 管 轄		
	県 病 院	59	3,850
	教 育 病 院	13	7,329
	そ の 他 の 大 病 院	3	525
	結 核 病 院	4	406
	結 核 隔 離 病 院	8	160
	ハ ン セ ン 病 院	3	130
	感 染 症 病 院	5	180
	精 神 病 院	1	400
	郡保健所・農村保健所	364	11,032
	小 計	460	24,012
2.	家 族 計 画 局 管 轄		
	産 科 病 院	96	612
3.	鉄 道 局 管 轄		
	鉄 道 病 院	6	476
4.	刑 務 所 局 管 轄		
	刑 務 所 病 院	19	1,003
	警 察 病 院	20	768
	小 計	39	1,771
5.	任 意 の 寄 付 に よ り 運 営 さ れ る 病 院	267	6,463
6.	総 計	604	33,334

出所 保健家族福祉省

2-1-3 母子保健サービス

(1) 体制

母子保健サービスの実施は保健家族福祉省次官の下で前述の表1のような組織で運営されている。

母子保健・家族計画サービスは地域（村）、町、郡、県における保健医療・家族計画の連結したサービス施設で保健医療・家族計画のスタッフにより実施されている。

地域においては、そこに配置されているFWVと居住しているTBAが家庭訪問による母子保健・家族計画サービスを実施している。こうした母子保健・家族計画サービスの強化は、地域において家族計画等の動機づけを行ったり、避妊具の供給を恒常的に実施することを要請されている村防衛党（VDP）や物資集積所管理者の支援により可能である。なお、町に配置されているFWVの協力により、村に配置されているFWVは衛星クリニックと予防接種拡大プロジェクトを通して村における諸々のサービスを実施している。

町においては、母子保健・家族計画の臨床サービスが家庭福祉センターで利用できる。そこで勤務しているスタッフは女性で、通常の母子保健・家族計画のニーズに対応している。

郡保健所では、母子保健担当医務官（MO/MCH）とシニアFWVの臨床サービスも利用できる。県病院では他の病気を併発しているハイ・リスクの母子保健・家族計画の病気の治療を行っている。

(2) 第3次5ヶ年計画の反省

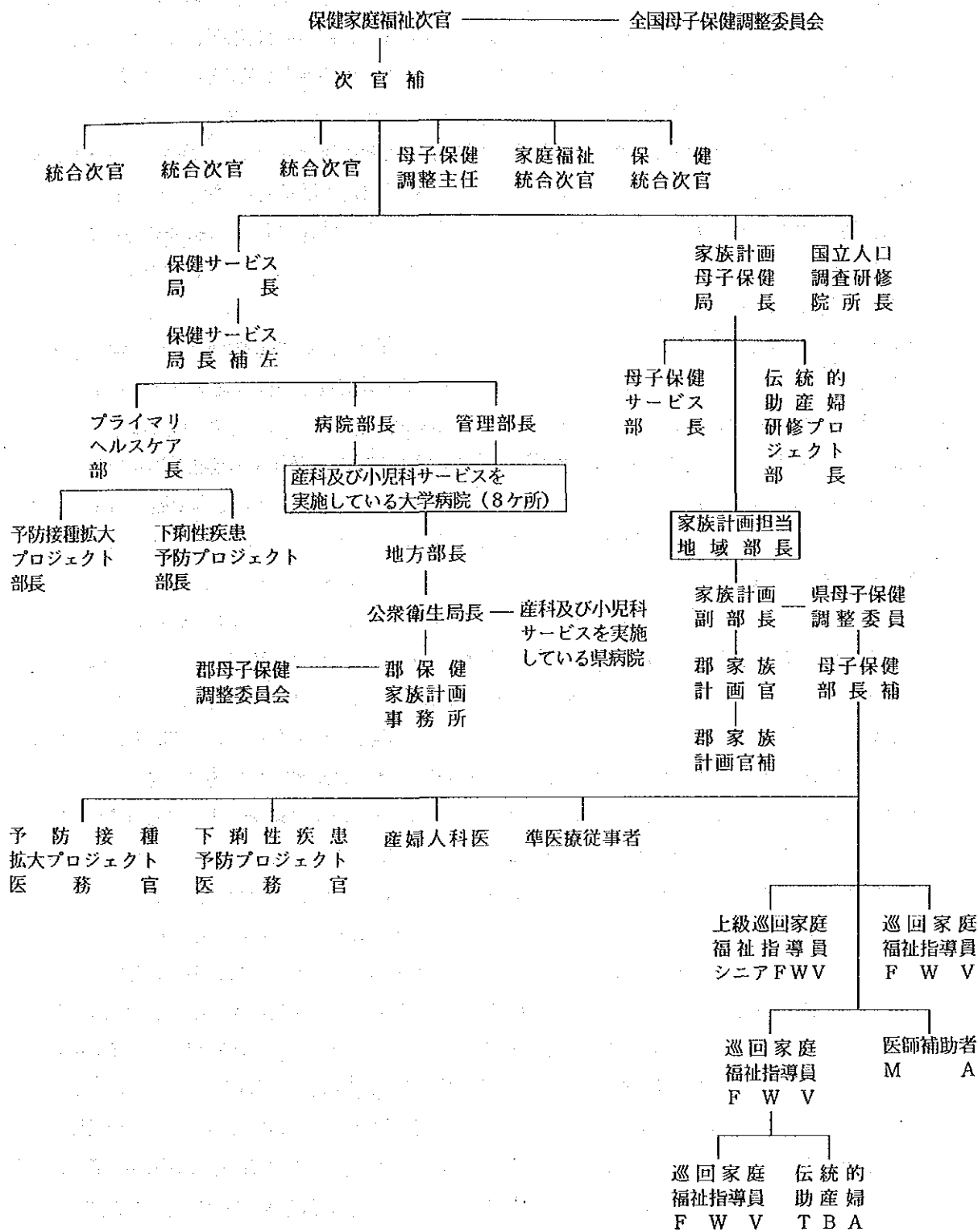
第3次5ヶ年計画中に母子保健分野の中で、産前の看護、安全な出産介助、産後の看護、予防接種、下痢性疾患予防、栄養失調からくる失明予防サービス等の対象地域・対象人口の拡大、更にこうした母子保健サービスの質を高め、もっと容易に利用されるようにするために特別な戦略が採用された。

この特別な戦略は郡以下のレベルの地方で活動する保健・家族計画スタッフの機能的統合、政府と民間公益団体との調整、サービスの受益者である地域住民と地方自治団体との関与を高める枠組みの中で推進された。

第3次5ヶ年計画中に母子保健サービスはかなりの実績を上げたが、当初に掲げた目標は完全に達成出来なかった。その理由としては次の要因が指摘されている。

- 1) 母子保健スタッフの職場研修が不十分であった
- 2) 利用出来る母子保健サービスの内容及びその恩恵について地域住民を対象に実施した情報・教育活動が適切でなかった
- 3) 郡以下のレベルの地方において医療機材、薬品及び車両が不足していた
- 4) 現存の母子保健スタッフ、物資、資金等の管理・運営が不適切であった
- 5) 新規スタッフの雇用と研修が遅延した
- 6) FPAの役割を拡大させて母子保健サービスも担当させることに関して、計画と管理が不適切であった。

母子保健プログラム組織図



母子保健サービスの業績が期待通りに上がらなかった理由の一つには保健スタッフが実施した母子保健サービスの、特に産科看護に関する報告が実際以下であったことがあげられる。母子保健スタッフの機能の統合、更に研修内容・方法の改善を通して彼らの役割を拡充することにより、母子保健サービスの質を上げて、その対象地域を広げられる可能性がある。

(3) 第4次5ヶ年計画の目標と戦略

第4次5ヶ年計画の目標と戦略は第3次5ヶ年計画のものを継続している。しかし第3次5ヶ年計画で推進された伝統的助産婦の研修、FWVの雇用と研修、予防接種拡大プロジェクト、下痢性疾患予防プロジェクト等は第4次5ヶ年計画においてますます強化されている。町におけるアウトリーチ（住民の居住地域における）サービスを更に改善するためにFWVの追加雇用や衛星クリニックの強化も実施されている。

第4次5ヶ年計画では患者のレファレル制度の確立、臨床サービス管理の向上、職場研修の改善にも特別の配慮がなされている。その一環として、母親・新生児の保健看護プロジェクト、レファレル制度、急性呼吸器疾患（ARI）プロジェクト、保健家族福祉省内に設置された母子保健調整班の創設による管理の改善、保健局及び家族福祉局の合同庁舎建設が計画・実施されている。

なお、種々の保健医療・母子保健サービスのプログラムが実施されている中で最も重要であるといわれているのが下記の母子保健サービスのプログラムである。

1) 予 防 注 射

予防接種拡大プログラムによるワクチンで予防できる病気（破傷風、ジフテリア、百日咳き、麻疹、ポリオ、結核）が原因で、1986年の5歳未満児童の推定死亡数87万7,700人の中のおよそ32%が死亡した。破傷風だけで、25万5,600人が、麻疹で1万7,000人が死亡した。百日咳はおそらく1,000人の乳児の内の30に感染して、そのうちの4,800人が死亡した。毎年9,900人の児童がポリオで身体マヒを起こす。結核は人口1,000に対して7人が感染している。

予防接種で予防できる病気で死亡する27万7,400人の95%は1歳未満である。破傷風で25万2,800人が、麻疹で6,000人が、百日咳で4,800人の乳児が死亡した。ポリオウイルスで身体がマヒする児童のおよそ22%が乳児である。麻疹の25%は9-12ヶ月の乳児に起きている。

しかしながら、予防接種率は極めて低い。1985年と比較して予防接種率は2倍になったが、1986年の1歳未満の乳児の予防接種受容率は3回接種のジフテリアと3回経口吸入のポリオワクチンは4.3%と3.9%であった。1回接種の麻疹とBCGワクチンは2.4%と5.4%であった。一方、妊婦のわずか3.9%、15-45歳女性の3.5%が破傷風の接種を2回受けたにすぎなかった。1986年、政府は段階的に実行する詳細な包括的な児童予防接種5ヶ年計画を開始した。その計画では1990年までに1歳未満児童の85%及び15-45歳女性全員に予防接種を行い、それ以後もその水準を維持する目標をたてた。同計画の準備期間中に、460郡内の8郡で準備が完了した。その8郡での1986年の接種率の平均は、1歳未満の乳児の場合は35%、妊婦は17.1%、非妊婦は51.9%であった。1987年に更に67郡が同予防接種計画に参加した。1988年の第一四半期までに更に120郡が参加した。

1988~89年の完全な予防接種を受けた比率は、結核が89%、3種混合が49%、ポリオが49%、麻疹が52%、（妊婦に対する）破傷風が57%であった。

2) 安全な分娩介助

保健家族福祉省及び民間公益団体は、衛生的で安全な出産介助を普及するために妊婦及び出産介助者を対象にして、衛生的な出産介助についての研修を実施している。なかでも、シニアFWV及びFWVに対し安全な出産介助のトレーナーになるための研修を実施している。こうした研修に参加した人には安全出産介助キットを配布している。

政府の推計によると、バングラデシュで安全な出産介助法の研修を受けた人に介助される出生数は総出生数の僅か5%である(1983-88年)。第3次5ヶ年計画中に1万人のTBAを対象にして衛生的な出産介助についての研修を実施したが、研修カリキュラムと運営上の問題で期待していた成果を上げていない。

3) 下痢性疾患

1975年5月に全国経口補水プロジェクトが開始されて以来、政府は経口補水療法の普及に関与してきた。当初、全国経口補水プロジェクトは全国下痢性疾患予防プログラムの基礎として考案され、経口補水塩パックの生産と配布に加えて研修と健康教育も実施していた。しかし、1981年から全国経口補水療法プロジェクトは経口補水塩パックの生産に専念している。

1983年から実施された下痢性疾患予防戦略の下で経口補水療法、経口補水塩の配布と観察(モニタリング)、伝染病予防、水及び衛生についての教育が実施されている。1987年の経口補水塩パックの使用率は32%であった。

なお、国際下痢性疾患研究所はバングラデシュに事務所を設置している。

4) 栄 養

栄養失調予防の政府プログラムには多数の省が取り組んでいる。その中には農業省、食糧省、保健家族福祉省、文部省、情報省等が含まれる。国家栄養会議は栄養活動開発の色々な面で援助してきたが、未だ政策の立案と戦略の開発に大きな役割を果たしていない。

公衆衛生栄養院は郡保健所に児童栄養室の設置の普及を担当しており、あわせて保健分野での種々の栄養活動に技術的支援を供与している。現在までのところ、20ヶ所の郡保健所に児童栄養室が設置されたが、わずか6ヶ所のみしか完全に機能していない。また公衆衛生栄養院は栄養失調からくる失明予防プログラム(ビタミンAのカプセルの配布、栄養教育のメッセージと教材の開発、保健職員の栄養に関する研修)を推進し、郡保健所巡回職員と共同で村落でのヨウ素欠乏症リピオドル接種計画の実施と塩のヨウ素化活動の観察と評価の仕事も担当している。

2-1-4 家族計画サービス

(1) 人 口 政 策

1976年に国家人口政策の要綱が承認された時よりバングラデシュの人口政策は変更していない。人口政策では、自然人口増加率が加速度をつけて低下することが必要であると指摘して、その上で人口抑制と家族計画プログラムを国家開発計画にとって不可欠な一部として推進することを提案している。この人口政策の枠組みに沿って、第2次5ヶ年計画(1980~85)及び第3次5ヶ年計画(1985~90)において出生力の低下の目標がそれぞれ設定され、その実現のために種々のプログラムが推進された。家族計画サービスを実施するネットワークも大幅に強化された。しかし、第2次

5ヶ年計画及び第3次5ヶ年計画における出生力低下の目標は達成できなかった。

なお、これまでのプログラムの成果としては次のようなことが上げられる。

- 1) 基礎的なインフラストラクチャーが整備された。
- 2) 家族計画要員が多数養成されて僻地の農村でサービスを行なっている。
- 3) 郡におけるサービスが拡充した。
- 4) 不妊手術及び子宮内避妊具挿入のための臨床施設が町と郡に設置された。
- 5) 避妊具・薬品を住民の居住地域で頒布するネットワークが広範に作られた。
- 6) 避妊具・薬品の商業販売が政府による家族計画サービスの補完的役割を果たすようになった。
- 7) 民間公益団体が住民へのサービスを行なうようになった。
- 8) 結婚最小年齢を上げる法律が制定された。
- 9) 小家族を奨励する社会的規範が推進されている。

現在、人口政策は国家人口抑制審議会が担当している。同審議会は大統領が議長で、委員は全閣僚、全省の次官、国立人口調査研修研究所所長、国会議員、その他著名人等からなり、その数は約350名である。審議会は3-6月毎に開催される。主な役割としては、政策の指針の立案と提示、戦略と新機軸のプログラムの承認、省庁間の調整、実施上の障害となるものの識別とそうした障害を矯正するため行動の企画である。

なお、国家人口抑制審議会の下に大統領を長とする全閣僚が委員である執行委員会が設置されている。執行委員会は月例会議で、実施中のプログラムの審査等を行なう。

(2) 実施体制

保健家族福祉省の家族計画局がプログラム実施の責任を担っている。

実施の組織は、地方 (Division) においては地方家族計画・母子保健部長 (Divisional Director for FP/MCH) がいる。主な職務は県のスタッフの監督と調整である。

県では家族計画部長が責任者となっている。県病院は64ヶ所あり、その他に母子福祉センターが84ヶ所ある。母子福祉センターは通常10病床で二人のFWVと補助職員が勤務している。

郡では郡保健所の家族計画官と母子保健・家族計画担当医務官 (Medical Officer in Charge of the MCH/FP Unit) がサービスを行っている。

町では、家庭福祉センターが家族計画保健サービスの中心施設である。家庭福祉センターの所長はMAの下で一人のFWVと一人の薬剤師が勤務している。しかし、大抵の家庭福祉センターでは薬剤師のポストは空席になっている。

家庭福祉センターでは、女性のFWAと男性のHAの二人でチームを結成して、区レベルで約4,000人の住民を対象にしてサービスを行なっている。

家族計画プログラム推進の中心的役割を担っているのは2万人いる女性のFWAである。彼女たちの主な仕事は住民に対する家族計画についての教育と家族計画の実行を動機づけることである。そのためにFWAは保健要員、教師、農業改良普及員、民生委員、協同組合員の協力で、住民を集めて会合や討論会を開催している。家庭巡回要員の仕事は家庭福祉センターで月例会議を通して調整されている。しかし、FWAの仕事はFPAを通じて郡保健所の家族計画官により行政上の監督を受けている。HAは保健監督官補を通じて郡保健所の保健監督官によって行政上の

監督を受けている。

第4次5か年計画では、村防衛党（VDP）の女性会員を家族計画の普及に活用する予定である。

家族計画プログラムの実施に携わっているスタッフの人数は次の通りである。

表1 家族計画プログラムの実施に携わっているスタッフの人数

地方のレベル	ス タ ッ プ	人 数
地 方	地方家族計画・母子保健部長	4
県	家族計画部長	64
	家族計画部長補	64
郡	家族計画官	349
	家族計画官補	349
町	家族計画指導員（FPA）	4,403
区	家庭福祉指導員助手（FWA）	20,000

出所 1991年世界銀行バングラデシュ第4次人口保健5ヶ年計画スタッフ評価報告書

(3) 家族計画サービス

郡保健所、母子保健センター、県病院、大学病院、その他民間の施設や政府機関の病院等では不妊手術が受けられる。不妊手術を実施している病院や家庭福祉センター、診療所等では子宮内避妊具（IUD）の挿入サービスを行っている。また、郡保健所と幾つかの母子福祉センターにおいて避妊用注射サービスが受けられる。

表2 50才以下の既婚女性の避妊方法別家族計画実行率

避妊方法	1975	1989
近代的方法（小計）	4.7%	25.8%
*ピル	2.7%	9.1%
*コンドーム	0.7%	3.1%
*子宮内避妊具	0.5%	1.7%
*女性不妊手術	0.3%	9.0%
*男性不妊手術	0.5%	1.6%
*注射法	—	1.1%
*発泡錠剤	—	0.2%
伝統的方法（小計）	3.0%	7.0%
*禁欲	1.1%	—
*リズム法	1.0%	—
*性交中絶法	0.6%	—
*その他	0.3%	—
合計	7.7%	32.8%

2-1-5 医療従事者と準医療従事者

(1) 医療従事者

1) 医師

バングラデシュの人口1億1,660万人(1991年)に対して登録医療従事者(医師)は1万8,837人(1988年)しかいない。医師一人当たりの人口は6,190人である。

なお、医師には大学院大学卒業の医師と大学卒医師の2種類がある。1988年の場合、大学院大学卒業の医師は1,362名で大学卒業の医師は1万7,475名である。(表1参照)。

表1 卒業学校別の登録医師数の推移(1978~88年)

年度	大学院大学卒業医師		大学卒業医師 (M.B.B.S & L.M.F.)		合計
	新規登録数	累積登録数	新規登録数	累積登録数	
1978	53	291	527	7,035	7,326
1983	142	700	1,163	11,496	12,196
1988	279	1,362	1,046	17,475	18,837

(出所 保健家族福祉省保健サービス局)

医師人口の少なさに相まって、医師の都市集中(90%)が地方における医療普及の障害になっている。

2) 歯科医

表2 登録歯科医数の推移(1978~88年)

年	歯 科 医	
	新規登録数	累積登録数
78	8	129
83	25	327
88	20	555

(出所 保健家族福祉省保健サービス局)

(2) 準医療従事者

表3 登録正看護婦・助産婦の推移(1978~88年)

年	累 積 登 録 数	
	登録正看護婦数	登録正助産婦数
78	2,012	1,041
83	5,164	3,424
88	7,390	6,556

(出所 保健家族福祉省保健サービス局)

看護婦不足については、宗教上の理由の他に低い社会的地位が大きな原因となっており、この認識が変わらない限り看護婦不足の解消は困難と指摘されている。

表4 その他のメディカルスタッフ数

メディカルスタッフ数	1984	1989/1990(目標)
FWV	2,471人	-
TBA	-	62,000人
医師補助者 (MA)	3,600人	4,600人
検査技師	1,350人	2,000人
レントゲン技師	350人	700人
薬剤師	5,800人	8,500人
公衆衛生検査官 (HI)	1,265人	1,500人
公衆衛生検査官補 (AHI)	1,870人	4,500人
公衆衛生補助者 (HA)	15,000人	16,500人
FWA	20,000人	-

出所: Population and Family Planning Programs :

A Compendium of Data through 1981 by Dorothy L. Nortman,

Published by the Population Council

世界第4次人口保健プロジェクト・スタッフ評価報告書

An Analysis of the Situation of Children

in Bangladesh Published by UNICEF in 1987

2-1-6 教育制度及び医療従事者教育

(1) 教育制度

1987~88年の成人(15才以上人口)の識字率は29.2%であった。就学率については、1987~88年には小学校(5~9才)の場合87%、中等学校(10~14才)は24%、高等教育(15~24才)は3.51%であった。

1990年に初等教育が義務教育化された。また、女子教育の普及を強化するために女子は8年間の義務教育が無償で受けれることが決まった。一方、男子は5年間の義務教育が無償である。

1987~88年における主な教育施設の数は、小学校が4万4,202校、中等学校は9,177校、一般教育大学は886校、医科大学は9校、歯科大学は1校、工業大学は4校、法科大学は22校、農業大学は3校、総合大学は7校、教員養成大学は10校であった。

(2) 医療従事者教育

1) 医師

a) 医科大学

現在、全国に8校の医科大学がある。それはシルヘットM.A.G.オスマニ医科大学、ミメンシン医科大学、チッタゴン医科大学、ラングプール医科大学、サー・サリムラ医科大学、シェーイバングラ医科大学、ラジシャヒ医科大学、ダッカ医科大学である。

1987～88年、上記の医科大学の教師数は688名（男性539名、女性149名）で、在籍学生数は7,369名（男性5,300名、女性2,069名）であった。

1986年の卒業生総数は761名で、1987年は843名、1988年は883名であった。

b) 大学院医科大学

大学院医科大学は6校ある。それは大学院医学調査研究所、胸部疾患研究所・病院、リハビリテーション研究所・身体障害者病院、国立予防科学（医学）調査研究所、眼科研究所、心臓血管疾患研究所である。

上記6校の大学院医科大学の1986年の卒業生総数は139名で、1988年の卒業生は279名である。（1987年は卒業生が出ていない。）

2) 医師以外の医療従事者

	機 関	卒 業 生 数		
		1986	1987	1988
医師補助者	医師補助者養成学校（8校）	155	87	0
看護婦	看護婦養成学校（21校）	187	773	390
助産婦		968	213 (養成数)	0
歯科教育	ダッカ歯科大一校のみ	85	49	50

2-2 バングラデシュ国の母子保健改善計画

2-2-1 第4次保健家庭福祉5ヶ年計画（1990～95年）

(1) 政策の枠組み

保健家庭福祉政策の主眼は、全ての関係者の協調の下で、予防接種や母子保健サービス等の質を改善して更に対象人口も拡大させ、小家族の規範が自発的に社会に受け入れられる状況を作り出して、人口抑制を推進することである。

長期的な保健人口政策の目標は、2005年までに純再生産率（一人の女性がある年次にみられた年齢別出生率及び年齢別死亡率に従って子供を生むとしたとき、生涯に生むと推計される女兒数。純再生産率が1.00%であるときには、母親世代は娘世代と同数になり、人口がちょうど置き変わる。）を1.00%にまで低下させることである。更に、バングラデシュの国情にあった形で「2000年までに全ての人に健康を与える」ことである。このことは国民が自分の家庭に出来るだけ近い場所で保健サービスを受けられるようにすることを意味しており、しかもそうした保健サービスの料金は手頃で、適正技術に基づくものであり、しかも国民が真に必要とするものでなければならない。

(2) 現在の問題点

保健家庭福祉プログラムの中で母子保健のコンポーネントは弱体化している。母子保健水準の向上は遅々として進んでいない。栄養問題対策も進んでおらず、栄養失調や微小栄養素欠乏症で苦しんでいる人が多い上に、伝染病や様々な非伝染病の疾病率も高い。

第3次5ヶ年計画終了年の家族計画実行率の目標は40%であったが、その数字は達成されなかった。2000年までに純再生産率を1.00%にまで低下させるという目標も達成不可能である。妊産婦死亡率及び乳児死亡率を低下させる目標も達成できなかった。そうした第3次5ヶ年計画中の目標が達成されなかった根本的原因是に需要と供給の双方に見出だすことが可能である。その中の主な要因は下記のとおりである。

- 1) 住民の居住地区で実施されている新しい保健家庭福祉サービスについての教育とそうしたサービスの利用を促す動機づけの努力はそうした新しい保健家庭福祉サービスの受け入れに頑強に抵抗する住民に未だ目に見える効果を及ぼしていない。郡評議会を通じた地方分権行政は未だ十分に効果的に機能していない。
- 2) 人口抑制効果と開発の推進との関連が住民が納得できるほど強くない。
- 3) 多様な保健家庭福祉要員の活動の監督が緻密でなく、しかも彼らの仕事の責任範囲が明確でなく業務調整も十分でない。
- 4) 保健施設が諸々の理由で十分に利用されていない。例えば町保健家庭福祉センターでは生命に係わるような外科手術ができる体制でない。その他の専門医によるサービスの質も不適切である。基礎的な健康診断さえも適切に行なえない現状である。このような理由で住民は同センターの保健サービスの利用を躊躇している。
- 5) 県病院の中には外科、産婦人科、小児科、輸血、麻酔等の専門医、看護婦が不在であり、主要医療機材と薬品が極度に不足しているために、保健医療サービスがしかるべき水準に達していない所が多い。

- 6) 現在の管理方法・手順・システムでは、保健・家族計画サービスの質を向上させ、保健・家族計画施設と要員の生産性を最も望ましい水準に上げるのは可能ではない。
- 7) 医薬品及び避妊具の調達システムが未整備である。
- 8) 保健・家族計画分野に充当される財源が限られている。

(3) 目 標

1) 人 口

人口分野における具体的な目標は次の通りである。

- a) 家族計画実行率を1990～91年の38.3%から1994～95年に50%に増加させる。
- b) 合計出生率は1989～90年の4.8から1994～95年には3.45%に低下させる。

上記の目標が達成された時点における自然人口増加率は1.91%と推計されている。1994～95年の総人口は1989～90年より1,500万人増加して1億2,600万人になると見られている。

- c) 避妊方法については1989～90年において避妊実行者総数の15.2%が伝統的方法を使用しているが、1994～95年には1.0%にまで低下させることを目標にしている。1994～95年におけるその他の避妊具・薬品の使用率は、不妊手術は33%、子宮内避妊具は18%、注射法は14%、ピルは20%、コンドームは13.5%になると予測されている。

2) 保 健

保健分野における具体的目標は次の通りである。

指 標	単 位	1984～85 (実際)	1989 (基準)	1995 (目標)
乳児死亡率	出生1,000対	125	111.0	80.0
児童死亡率	1～4歳の児童 人口1,000対	22	11.5	8.0
妊産婦死亡率	出生1,000対	6	5.6	4.5
出生率	人口1,000対	39	36.3	27.0
死亡率	人口1,000対	15	13.0	10.0
自然人口増加率	年率 (%)	2.4	2.25	1.91
平均余命	出生時における平均年齢	50.0	56.0	60.0
病院のベッド	累計	2万 7,637	3万 4,196	3万 9,487
a) 政府			2万 6,913	2万 9,000
b) 民間			7,283	1万 0,487
郡保健所	(各郡に) 1ヶ所	341	351	397
町保健家庭福祉センター及び農村診療所	(各町に) 1ヶ所	2,329	3,700	4,325
予防接種				
a) B.C.G	普及率 (%)	60	88	85
b) ジフテリア		2	68	80
c) 麻疹		0.8	50	80
d) ポリオ		2	68	80
e) 破傷風		-	45	75

指 標	単 位	1984~85 (実際)	1989 (基準)	1995 (目標)
下痢性疾患予防	下痢性疾患患者 100名当りに利 用できる経口補水 塩のリットル数	-	25	50
結核予防	発見率 (%)	13	25	60
研修を受けた要員 の付き添いによる 出産	出産全体に占める 比率 (%)	5	25	50
産前看護	妊婦に占める比率 (%)	15	35	60
栄養状況	大人の平均摂取カ ロリー	-	1,900	2,050
失明予防	ビタミンAカプセ ルを受取る6歳以 下児童に比率 (%)	76	87	90
甲状腺腫	普及率 (%)	30	90	100
プライマリ・ヘル ス・ケア		30	50	70

(4) 戦 略

上記の目標を達成するために以下の戦略を実施する。

- 1) 人口プログラムを国民の社会運動に変化させる。そうした社会運動を社会のあらゆるレベルとあらゆる階層において実施して行く上で、広範な分野にわたるオピニオン・リーダーや専門家等が委員を務める国家人口抑制審議会が担う指導的役割を強化させる。
- 2) 地方自治体、国民の代表、オピニオン・リーダー等の関与を拡充することにより、地域住民の動員と地域住民の参加をより活発にさせる。
- 3) 母子保健を強化して家族計画プログラム推進の重要な基礎にする。その一環として妊産婦保健の推進を奨励する。予防接種はほぼ100%の普及を目指し、安全な分娩、質の高い産前・産後の看護サービスを確実にこなえるようにする。栄養状況も向上させる。
- 4) 保健家庭福祉サービスの実施体制の構造的再編成を行なって、機能的に統合した方法による管理及びサービス実施を確実なものとする。
- 5) 衛星クリニックと町レベルにおける保健サービス支所が行なう保健家庭福祉サービスを受けている人口を増大させる。
- 6) 家族計画と母子保健に関する新規の需要を生み出すために、そして現在の潜在需要を具体化させるために、現在の動機づけをねらった努力を強化させる。その一環として色々な分野の政府機関の関与を更に拡充させる。サービス対象の住民の中での特殊グループそれに潜在的なサービス対象者をねらった特別のプログラムを開発する。避妊方法を越えた多様な手段をとり、家族計画の新規の需要を生み出す。そのような対策は主に、教育の普及と雇用機会の拡大、結婚年齢の遅延等を通じた女性の地位の改善・向上に集中させる。

- 7) 保健家庭福祉サービスの強化を次の方法によって行なう。
- a) 巡回指導員の活動を支援するための管理を実施させる。
 - b) すべての巡回指導員を対象に適正で実地的な研修を実施させる。
 - c) 施設と巡回指導員を最大に活用させる。
 - d) ボランティアやパート・タイマーの配置、保健医療奉仕活動要員の十分な活用等で人件費をあまり増大させずに現在の保健家族計画スタッフと人口の比率を改善させる。
 - e) 家族計画実行の希望者にもっと適切な避妊方法の紹介、避妊方法についての親切的なカウンセリングの実施、継続した看護（世話）の徹底化で家族計画サービスの質を向上させる。
 - f) 現在の調達体制と資金不足の問題を改善して適正な品質の避妊具・薬品及び必需薬品それに医療機材等の安定した供給を確保する。
 - g) 家族計画実行者が避妊に失敗した時に効果の信頼性が高い月経調整サービス（吸引方式による早期妊娠中絶手術）が利用できるように月経調整サービス実施施設を拡充させる。
- 8) 民間公益団体活動の奨励する。その一環として民間公益団体に刷新的で費用効果が高くかつ全国的に拡大できる母子保健家族計画の需要創出及びサービスのモデル開発させる。
- 9) 要員養成は、すべての保健・家族計画要員を対象にした適正なカリキュラムの開発と実施及び基礎的で実務的な研修を通して行なう。その中で重きをおくのは専門家（技術及び管理）と中堅要員及び巡回指導員の養成である。現在の医科大学は大学院レベルの医科教育と調査を行なうように昇格させる。
- 10) 家族計画・母子保健は最優先のプログラムとし、適正な予算の配分と上級職員の配置を実施させる。
- 11) 第3次5ヶ年計画中に機材、薬品等の調達等における問題でプログラムの実施に制約があったことが明確になっているが、第4次5ヶ年計画ではそうした問題に適切に対処させる。このようなプログラム実施の制約につながる問題への取組について援助機関と継続的な討議を実施させる。
- 12) 栄養状況を改善する独創的なプログラムを開始させる。

(5) 予 算

第4次5ヶ年計画における開発予算の中で、人口抑制・家族計画及び保健分野の予算が占める比率はこれまでよりも多くなってきた。これは同分野の地位が相対的に上昇していることを反映している。

人口抑制・家族計画分野に171億タカ（約500億円）が配分されているが、これは第4次5ヶ年計画中の総開発予算の4.5%に相当する。第3次5ヶ年計画における支出額は総開発予算の3.48%であった。一方、保健分野では第4次5ヶ年計画中に106億7,000万タカ（約320億円）が配分されており、総開発予算の2.8%に相当する。第3次5ヶ年計画では2.2%であった。つまり、第3次5ヶ年計画では総開発予算の5.68%が人口抑制・家族計画及び保健分野に配分されたが、第4次5ヶ年計画では、総開発予算の7.3%が人口抑制・家族計画及び保健分野に配分されることになっている。第3次5ヶ年計画に比べて28%の増大である。

(6) 各プロジェクトの優先順位

開発予算に占める比率が増大したとはいえ、広範な人口抑制・家族計画及び保健の問題に取り組むには予算は依然として不十分である。従って限られた予算の枠の中で対応するために、保健家族福祉省は実施を希望するプロジェクトを、援助機関別及び分野別に分けて、それぞれの経費を積算した上でそれぞれに優先順位をつけた。

このようにして優先順位が付けられたプロジェクトは四種類に分けられた。

- 1) 世界銀行（国際金融公社）借款団が支援する家族計画プロジェクト 表1参照
- 2) 世界銀行（国際金融公社）借款団が支援する保健プロジェクト 表2参照
- 3) 世界銀行借款団以外の援助機関が支援する家族計画プロジェクト 表3参照
- 4) 世界銀行借款団以外の援助機関が支援する保健プロジェクト 表4参照

表1 世界銀行借款団の資金援助対象プロジェクト「家族計画分野」

プロジェクト名称	項目	総支出額（百万ドル）
家族計画サービス事業	FWA・FWV・シニアFWV等の 給料等	153.14
	避妊具・薬品の購入	44.18
	車両の購入	1.47
自発的不妊手術	医療・外科用品等	8.82
母子保健サービス	医薬品及び規定食扶助キット等	21.47
	母子保健研修所（アジンプールの本部とラルクティの支部）改築	
	給料及び機材	
国立人口調査研修研究所 地方研修所、巡回家庭 福祉指導員研修所	中堅管理者・FPA・FWA・ 健康監督官・FWV等の 研修費用調査	5.59
家庭福祉センターの建設	家庭福祉センターの建設	31.76
経営情報システム事業	給料・調査・機材・顧問	1.18
モニタリング室		
ノープラントと腹ちつ鏡	研修・機材・モニタリング等	0.59
検査法技術の導入		
コンドーム及びピル	機械・補修部品・原材料等	4.41
製造工場の建設		
子宮内避妊具製造工場	機械・補修部品	1.47
a) 全国事業計画の強化	顧問・機材	0.56
b) 管理開発室	交通費	0.88
c) 家族計画臨床監視団	調査	0.58
女性事業	女性の協同組合・母親センター 女性の職業訓練	13.23
家族計画母子保健サービスに地域住民を 動員		5.29
ラジオの人口プログラム		0.88
テレビの人口プログラム		1.47
人口開発評価班		0.94

プロジェクト名称	項目	総支出額 (百万ドル)
		0.88
保健家族福祉省再編成・構造改革		0.59
保健の普及を通じた家族計画の推進		4.41
家族計画母子保健の刷新事業		1.47
不妊管理と避妊による合併症の治療	建設・機材・研修等	4.70
多分野にまたがる事業		
a) 戸籍・人口統計調査		
b) 女性教育支援事業 (信託資金)		
c) 人口活動に農業指導システムの活用		
d) 大規模農園における家族計画活動		
e) 工場労働者への家族計画普及活動		
合計		3億1000万ドル

表2 世界銀行借款団の資金援助対象プロジェクト「保健分野」

プロジェクト名称	総支出額 (百万ドル)
18N T Cの設置	6.741
20郡保健所の建設	12.647
下痢性疾患予防	0.094
郡保健所の修繕	4.412
予防接種拡大事業	29.412
健康教育事業	0.294
経口補水塩の生産配布	2.103
栄養失調対策事業	2.059
妊産婦・新生児健康管理	5.001
県病院の近代化と昇格	14.706
医師補助者養成学校を始めとする既存の研修機関での多様な保健要員の研修	1.176
保健サービス推進のための管理情報システムの開発	0.588
保健サービス局に企画開発班の設置	0.147
郡保健所の職員増員、機材及び設備の改善	15.147
医科大学の構造的機能的改善	4.706
既存の専門研究所と専門病院の拡充	2.353
ダッカ市に500床の総合病院を建設	14.706
国立医科情報参考図書館の設置	2.941
基礎的医科外科機具製造工場の建設	2.235
ワクチン、血清、化学薬品、その他の生物学的薬剤の国内製造	1.471
クルナに製薬工場の建設	2.941
国立腎臓病泌尿器科病研究所	2.059
看護大学の強化	0.588
ダッカとカシナスプールとフェニに交通事故負傷者専用病院を各一か所建設	3.235
フェリドプールに200床の病院を建設	2.941
ガン調査研究所と付属病院の設置	1.176
母子研究所と付属病院の設置	10.294
ダッカに心臓血管病研究所の設置	2.794
ダッカにシャヒド・ショワデイ病院の建設	9.118

プロジェクト名称	総支出額 (百万ドル)
マラリヤ予防事業	7.353
郡保健所の設置	13.559
県病院の近代化	6.471
RIHDの開発	2.941
国立予防社会医学研究所 (NIPSOM) の拡充	0.882
5県で公衆衛生官の事務所と住宅の建設	0.882
保健研究所の調査	0.103
合計	1億9,001万ドル

表3 世界銀行借款団以外の援助機関が支援するプロジェクト「家族計画分野」

プロジェクト名称	支出額 (百万タカ)
家族計画サービスの事業	8,983
母子保健サービスの強化	1,390
自発的不妊手術事業	996
子宮内避妊具強化事業	137
FWVの地方研修所	120
FWVの研修事業	150
国立人口調査研修研究所	120
経営情報システムの強化	75
TBAの研修	70
事業活動モニタリング室	20
モハマドプール妊娠サービス研修所	50
家族計画母子保健事業用の倉庫	100
町保健家庭福祉センター (100ヶ所) の建設及び農村診療所 (900ヶ所) の建設	2,050
保健家族計画の広報教育活動の強化	300
保健家族福祉省の再編成及び構造改革	30
全国事業計画の強化	20
家族計画母子保健と品質管理サービスの運営の改善	70
人口住居調査	260
バングラデシュ農村開発委員会の女性事業	180
人口活動に母親のセンターを活用	170
人口活動に女性職業訓練の活用	165
農村協同組合を通じた家族計画と福祉と教育	10
ラジオ・バングラデシュに人口計画室の設置	30
人口活動にバングラデシュ・テレビを活用	50
チッタゴンに倉庫を建設	20
郡保健家族計画倉庫の建設	160
保健、母子保健、家族計画の刷新的事業	150
事業融資室	12
家庭福祉センター、の研修所及び地方、研修所の水害後の復旧	130

プロジェクト名称	支出額 (百万タカ)
保健の普及を通じた家族計画の推進	20
母子保健調整室	20
ラジシャヒ地方の統合家庭保健事業	70
家族計画母子保健への地域住民の動員	180
保健家族福祉省にコンピューターの設置	60
人口開発評価班	52
コンドーム製造工場の建設	100
県の家族計画部長用事務所 (64ヶ所) を建設	50
ノーブラント及び腹ちつ鏡検査法による不妊手術の導入	20
ビル製造工場の建設	50
子宮内避妊具と注射法避妊具製造工場の建設	50
人口保健ビルの建設	200
不妊管理と避妊方法による合併症の治療	50
多分野にまたがる事業	160
a) 戸籍・人口統計調査	
b) 女性教育支援事業 (信託資金)	
c) 人口活動に農業指導システムの活用	
d) 大規模農園における家族計画活動	
e) 工場労働者への家族計画普及活動	
総計	17億タカ

表4 世界銀行借款団以外の援助機関が支援するプロジェクト

保 健 分 野

プロジェクト名称	支出額 (百万タカ)
拡大予防接種事業	2,000
健康教育事業の強化	30
栄養失調対策事業	70
下痢性疾患予防	10
妊産婦新生児保健事業	264
急性呼吸器感染症予防	20
災害準備対策事業の強化	50
結核・ハンセン病対策の強化	30
マラリヤ予防事業	250
結核・ハンセン病対策事業の拡充	20
精神及びネオロジカル異常の予防と治療	10
肝炎予防	30
黒熱病およびその他の寄生虫病の予防	20
職場の保健と安全サービスの強化	20
黒性病・エイズの予防対策事業	10
都市におけるプライマリ・ヘルス・ケア	20
50ヶ所に郡保健所の建設	830

プロジェクト名称	支出額 (百万タカ)
郡保健所の職員増員及び機材と施設の改善	415
郡保健所の修繕	150
27ヶ所の郡保健所、1ヶ所の看護大学、1ヶ所のモデル・クリニックの修理・保全	16
45ヶ所の郡保健所の修理	95
郡保健所の建設	461
74ヶ所の郡保健所の水害後の復旧	600
県病院 (District Hospital) の近代化と昇格	500
県病院 (Sub - Divisional Hospital) の近代化	220
フェリドプールに200床の病院建設	70
ディナジプール病院の近代化	34
マダリプールに100床の病院建設	43
クルナに250床の病院建設	60
キショレガンジ病院の改築と近代化	42.5
シルヘットの南スルマに50床の病院建設	24.7
バンダルバンに50床の病院建設	3
50床のジャマルプール病院を100床に増築	5
ジハラカチに50床の病院建設	2.5
ナヤバザールに50床のスラマジビ病院建設	17
10床のディギナラ病院を31床に増築	20.5
コミラに250床の病院建設	18
ラングプールのハラガチャに31床の病院建設	17.4
ダバグラムに10床の病院建設	8
300床のシャヒド・スラワデイ病院建設	530
母子研究所病院建設	200
テジガオン保健所を60床の麻薬中毒患者の社会復帰治療施設に改造	9.4
ダッカとカシナスプールとフェニに交通事故負傷者専用病院を一つずつ建設	110
既存の専門研究所と専門病院を拡充	80
二つの歯科病院を建設	100
大学院医科調査研究所の設置	100
ガン調査研究所と付属病院の建設	80
ラングプール婦人病院の改造	23
ダッカのチャクバザールにシシュ病院の建設	24
保健サービス局に企画開発班の設置	5
保健サービス推進の管理情報システムの開発	20
保健サービス管理開発	20
地方 (Division) に公衆衛生実験所の設置	80
伝染病監視システムの強化	20
医師補助者養成学校を始めとする既存の研修期間における多様な保健要員の研修	40
看護大学の強化	20
12ヶ所のNTCの建設	60
18ヶ所のNTCの建設	400
RIHDの開発	100
ダッカの眼科研究所の拡充	50
医科大学付属病院の拡充	240
クルナに医科大学の設置	80
ダッカの準医療従事者研究所の強化	20

プロジェクト名称	支出額 (百万タカ)
医科大学の構造的機能的改善	160
国立予防社会医学研究所 (NIPSOM) の拡充	30
サリムラ医科大学を本格的な医科大学に昇格	10
医大生およびその他の大学生への奨学金	30
国立腎臓病泌尿器科病研究所	70
ラジシャヒ及びミメンシング医科大学の拡充	14
歯科大学の設置	105
ダッカに心臓血管病研究所の設置	95
国立医科情報参考研究所の設置	100
保健科学図書館の拡充	20
経口補水塩の生産と配布	100
ワクチン、血清、化学薬品、試薬、その他の生物学的薬剤、点滴、透析液の国内製造	50
基礎的医科及び外科器具の製造工場の建設	80
クルナに製薬工場の建設	100
郡における薬品管理システムの改善	50
点滴・透析製造班の拡大	42.5
既存の薬品管理研究所の強化	20
中央医療薬品倉庫及び7医科大学と2特別研究所に設置されている電子医科作業所の強化それに19の県に電子作業所の設置	120
クルナにある医科用品貯蔵所の拡充	10
同種療法システムの開発	40
土着の医療システムの強化	60
保健システム調査と開発 (臨床と運営)	20
看護班の設置	100
リュウマチ熱疾病予防の実験プロジェクト	55
国立栄養審議会	10
5県で公衆衛生官の事務所と住宅の建設	30
建設企画デザイン班の強化	7
保健研究所の調査	3.5
腸管内寄生虫予防	20
糖尿病の調査と研修とリハビリテーション及び内分泌・新陳代謝異常の地方研究所	50
合計 106億7,000万タカ	

2-2-2 母子保健改善計画

妊娠や出産に係わる合併症はバングラデシュでは重要な問題になっている。妊娠と出産の合併症で毎年2万3,000人の妊産婦が死亡していると推計されている。その主な死亡原因は妊娠中絶（流産）、妊娠子癇、出血、感染、閉鎖分娩等である。その他に死亡数の15倍の妊産婦が深刻な後遺症（慢性骨盤感染、重度の貧血、糞管等をつけた生活）で苦しんでいる。

母子保健状況が劣悪な理由には、先ず女性の社会経済的地位が低いこと、それに妊娠と出産に関して誤った伝統的な考えが浸透しており、しかもそうした考えに基づく非衛生的な慣習が今でも行なわれていることがある。栄養失調の蔓延、根強い早婚の風潮、母親が自分が出産する子供の数も決定出

来ない状況も大きな理由である。古い風習が残っている地域社会の人たちの間では、妊産婦及び授乳中の母親が抱えている健康上の危険や、必要としている栄養・看護等を十分に理解している人は少ない。

乳児死亡（生後一年未満の死亡）のほとんどは新生児の期間（生後28日未満）に発生する。乳児死亡の主な原因は破傷風と呼吸器感染症と下痢性疾患である。多くの新生児は生れながら栄養失調（出産時に低体重で生まれる子供が多い）により体の抵抗力が少ないため、そうした病気に感染すると病状が容易に悪化して死亡することが多い。

(1) 目 標

1) 全 般 的 目 標

母子保健・家族計画プログラムの全般的目標は以下の通りである。

- a) 1990年に出生1,000当たり5.6であった妊産婦死亡率を1995年には4.5に低下させる。
- b) 1990年に出生1,000当たり110であった乳児死亡率を1995年に80に低下させる。
- c) 1990年に出生1,000当たり80であった新生児死亡率を1995年に60に低下させる。
- d) 1989年に32.8%であった家族計画実行率を1995年までに50%に増加させる。

2) 個 別 目 標

- a) 妊娠中と出産時と産後に近代的な検診看護の研修を受けた保健要員に看護を受ける妊婦の比率を高める。
- b) ハイ・リスクな妊娠と出産及び出産後の合併症の早期発見率を向上させる。
- c) 郡保健所及び県病院での異常妊娠と産科緊急事態に対処する能力を向上させる。
- d) 乳児予防接種を100%普及させる。
- e) 下痢性疾患関連の死亡率及び栄養失調率を低下させる。
- f) ビタミンAカプセル配布事業を通して子供の失明率を低下させる。
- g) 子供の呼吸器感染症の診療能力を向上させる。
- h) 子供の少ない家庭では出生間隔を開ける（スペーシング）ように、子供の多い家庭とハイ・リスクな妊娠を（したことがある）すると予測される夫婦には不妊手術を薦める。
- i) 母子保健家族計画サービスの信頼性を向上させる。
- j) レファレル制度の充実化と研修と管理の改善により保健家族福祉省の保健局及び家族計画局の現在の要員と施設を最大限に活用する。
- k) 増大する保健家庭福祉サービスの需要に応えるために高度の技術を有する上級要員と中級の技術を有する要員を配置する。

(2) 戦 略

上記の目標を達成するために次の戦略を実施する。

- 1) FWAとHAの家庭訪問の回数を多くするとともに、彼らが村の伝統的助産婦や村で行なわれている母子保健家族計画サービス補給所の管理人との連携を高めるようにする。村で実施されている母子保健家族計画サービスには、例えば（妊婦と子供を対象にした）予防接種、経口補水塩とビタミンAカプセルの配布、急性呼吸器感染症対策、妊産婦・新生児保健看護がある。
- 2) 衛星クリニックを拡充させて母子保健家族計画のサービス地域と対象人口を拡大する。

- 3) 村のリーダーに母子保健家族計画サービスの特定の事項についての監督と責任を担ってもらう。
- 4) 保健家庭福祉サービス施設の拡充（施設の建設と既存の施設の改善それに新規施設の賃借）
- 5) 保健家族計画サービスを実施する全ての施設において、ハイ・リスクな妊娠、出産の合併症、避妊具・薬品の使用による合併症を始めとする母子の異常状態等を発見する検査システムの改善によりレファレル制度を強化する。
- 6) 郡保健所で実施されている母子保健家族計画サービスを強化する。
- 7) レファレルされた産科患者の治療をする郡保健所と県病院の能力を向上させる。
- 8) 母子保健家族計画サービスの向上のために母子福祉センターの復旧工事をする。
- 9) 診療と診療支援活動の管理を強化する。
- 10) 母子保健家族計画と栄養に関する教育を強化する。
- 11) 地方（Division）、県、郡、町のそれぞれのレベルにおける母子保健家族計画サービスの推進及び全国的な母子保健家族計画サービス推進に効果的な調整体制を確立する。
- 12) 母子保健家族計画サービスにおける民間公益団体の役割を強化する。
- 13) TBA 研修プロジェクトを継続実施する。
- 14) 母子保健プログラムを指導、調整、評価する母子保健調整室を設置する。

(3) 予 算

母子保健家族計画サービスに関連した17プロジェクトの内、4プロジェクトは保健プロジェクトで残りの13が家族計画計画のプロジェクトである。総費用は4億7,970万5,000ドルと見積もられている。各プロジェクト毎の費用は表1を参照。

表1 母子保健家族計画サービス・プロジェクトの費用

名 称	金額 (百万ドル)
予防接種拡大	58.823
下痢性疾患予防	0.294
研 修	2.058
a) 5万2,000人のTBAに対する近代的分娩介助講習	
b) 3,500人のFWVへの再教育講習	
c) 460人のシニアFWVへの再教育講習	
急性呼吸器感染症	0.588
妊産婦新生児保健看護プロジェクト	7.764
母子保健サービスの強化	40.882
a) 66母子福祉センター（MCWC）の強化	
b) ダッカ市の母子保健研修所（MCHTI）の強化	
c) 医薬品等の供与	
家庭福祉センター（FWC）と農村診療所の改築	60.294
県家族計画計画事務所及び宿泊施設の建設	1.470

名 称	金額 (百万ドル)
自発的不妊手術プログラム	29.294
子宮内避妊具と注射法プログラム	4.029
不妊症と避妊具・薬品使用による合併症の治療	1.470
家族計画サービス・プロジェクト	264.205
モハモドプール受胎サービス研修センター	1.470
家庭福祉センター、巡回家庭福祉指導員研修所、地方研修所の水害後の復旧工事	3.823
保険の普及を通じた家族計画の推進	0.588
ラジシャヒ地方における統合家庭保健プロジェクト	2.588
ノープラント手術と腹腔鏡を使用した不妊手術の導入	0.588
合計	4億7,970万5,000ドル

2-3 他の援助機関の協力

2-3-1 先進国援助機関

(1) 米国国際開発庁 (USAID)

USAIDは1981年に家族計画サービス・プロジェクトへの支援を開始した。同プロジェクトの目的は家族計画サービスの利用を高めて家族計画実行率を増加させることである。その目的を実現させるための種々の事業への支援として、USAIDは、バングラデシュ政府及び民間公益団体(NGO)に対して避妊具・薬品や医療機材等の供与と研修事業等への資金・技術協力を実施した。その結果、家族計画実行率は1983年の21.70%が1986年には29.80%へと増加した。1990年には33%へと更に伸びた(表1参照)。同プロジェクトは1990年9月に終了した。総予算は1億5,986万ドルであった。

1987年からは総予算1億7,600万ドルの6ヶ年プロジェクトとして家族計画保健サービス・プロジェクト(FPHSP)が始められた。USAIDは同プロジェクトの次の四つのコンポーネントへの支援をしている。

- 1) 政府が実施している家族計画サービス
- 2) 家族計画社会マーケティング(補助金の交付による避妊具・薬品の廉価販売)
- 3) 民間の公益団体(NGO)が実施している家族計画サービス
- 4) 母子保健サービス(経口補水塩の普及による下痢性疾患の予防、経口補水塩の補助金の交付による廉価販売それに都市部での予防接種普及事業等)

同プロジェクトの長期目的は、持続した開発の推進を制約している今日の高い出生力と死亡率を低下させることである。その目的の実現のために、現在の劣悪な家族計画・母子保健の状況を向上させることが重要であり、家族計画・母子保健のサービスの質を向上させ、更にそうしたサービスの実施地域を拡大する事業が推進されている。

なお、同プロジェクトの家族計画・母子保健の改善目標は次の通りである。

- 1) 家族計画実行率に関しては、1986年の29.80%を1991年には40%までに増加させる。
- 2) 経口補水塩を使用した下痢性疾患の治療率については、1986年の20%を1991年には60%に上げる。
- 3) 都市部における予防接種については、1986年の乳児予防接種率と女性の予防接種率はそれぞれおよそ5%と低いレベルであったが、1991年までに乳児予防接種率については65%に、女性の予防接種率については60%にとそれぞれ増加させる。

表1 避妊手法別の家族計画の実施状況

手法	1983	1984	1985	1986
男性不妊手術	2.50	2.91	3.34	3.80
女性不妊手術	6.21	6.81	7.37	7.89
注射剤	0.22	0.30	0.40	0.51
I U D	1.00	1.13	1.26	1.39
ピル	3.00	3.86	4.45	5.08
コンドーム	2.69	3.11	3.54	3.99
伝統的手法	0.31	0.31	0.30	0.28
性交中絶	5.49	5.98	6.44	6.85
合計	21.70	24.00	27.11	29.80

出所：USAID, Family Planning and Health Service
Project Research and Evaluation Findings,
August 1988.

しかし、1991年に家族計画保健サービス・プロジェクトは1997年まで延長されることとなり、1987年から1997年までの総プロジェクト予算は3億ドル（年間3000万ドル）と拡大された。

そのうちの90%が家族計画に10%が保健に割り当てられている。なお、家族計画保健サービス・プロジェクトの予算はUSAIDのバングラデシュ向け援助資金の50%に相当する。

家族計画保健サービス・プロジェクトの予算の内、政府事業には25%しか交付されず、民間公益団体（NGO）には32%とより大きな配分をしている。予算の交付先別に見る支援事業の内容は下記の通りである。

- 1) 政府：総予算の25%が交付される。
 - a) 物資供与
 - b) 地方におけるサービスの拡大
 - c) 臨床サービス
 - d) 調査
 - e) 建設
 - f) 都市部における拡大予防接種
- 2) 民間公益団体（PVO）：総予算の32%が交付される。
 - a) 120民間公益団体が種々のサービスを供与
 - b) 避妊具・薬品の居住地区での頒布
 - c) 家庭婦人への働きかけ
- 3) 社会（補助金交付による廉価頒布）マーケティング：総予算の18%が交付される
 - a) ピルとコンドームと経口補水塩の居住地区における非営利事業従事者による小売り頒布
 - b) 商業販売店（薬局等）による販売
 - c) 男性への働きかけ
- 4) 避妊具・薬品：総予算の25%が交付される
 - a) 上記の3資金交付先を通じて配布するピルやコンドームと臨床用の医薬品等の供与

(2) ドイツ技術協力庁 (GTZ)

1979年から1987年にかけてGTZはムンシンガンジ県における人口プロジェクトを支援した。総経費は2,100万マルクであった。同プロジェクトの目的は、保健人口抑制（現在は保健家族福祉）省との協力により、国家人口事業を改善するためのモデルを開発をすることであった。GTZが支援した同プロジェクトは次の四つのコンポーネントから構成されていた。

- 1) 家庭福祉センター (FWC) における保健家族サービスとFWV等が家庭訪問時に実施する保健家族計画サービス。
- 2) 家族計画保健サービスの利用を高めるための国民一般を対象にしたキャンペーン。
- 3) 民間公益団体が実施する諸々の動機づけ事業。この動機づけ事業の中には住民が家族計画を受入れるのを促進するために居住地区で行なう活動の推進や各地で女性の組合等の連合の結成を勤めるための一環として行なう副収入作り運動への助成、予防医学的対応策も含む保健家族計画サービスの利用等に関する広報活動などがある。
- 4) 保健家庭福祉省が全国の家族計画事業で必要とする避妊用ピルの供与。

1986年から1990年の期間において、GTZは5,320マルク（約3,200万ドル）相当の協力を行なった。その協力内容は、首都ダッカに所在する国立人口調査研修研究所 (NIPORT) の建設と修復費用の供与、NIPORT 職員の人件費の支給、NIPORT で使用する教材の供与、NIPORT 及び12カ所の巡回家庭福祉指導員養成所 (FWVTI) と20ヶ所の地方研修所 (RTC) を通じての保健家庭福祉省の中堅管理者と医師にパラメディカル・スタッフ及びFWVを対象にした研修の実施（およそ計5万人が受講した）等である。GTZはNIPORTの活動の全てを支援していることとなる。

なお、上記プロジェクトは1991年12月まで延長されることが合意されているが正式な国家間の協定は未だ締結されていない。

1990年7月～1995年6月の第4次5ヶ年計画において、GTZは県（ディストリクト）及び郡（ウパジラ）で活動している家族計画・母子保健スタッフを対象とする諸々の研修に協力する予定である。NIPORTを通じて行なわれるさまざまな研修（医師を対象とした不妊手術や調達体制管理等の研修も含む）に6万7,000名（その中には9,100名のプログラム・マネージャーや2,000名の新人のFWVが含まれる）が参加する予定である。NIPORTは、更に移動研修隊を郡保健所（UHC）に派遣してそこで家族計画推進員（FPA）や公衆衛生検査官補（AHI）を合計8,000名ほど研修する予定を立てている。現在、県と郡を含む全てのレベルにおけるプログラム・マネージャーとスタッフを対象とした集団研修を効率よく実施するために、NIPORTと12ヶ所のFWVTIと20ヶ所のRTCを一つの研究所として統合することが提案されている。

なお、12ヶ所のFWVTIでは外来診療部を設置する予定である。それぞれの外来診療部では、FWVが一人、看護婦兼助産婦が一人、その他職員が二人勤務する予定である。

NIPORTの機能を更に一層強化するために、第4次5ヶ年計画中には研究所の職員を90名ほど増員する予定である。宿泊施設も拡張の予定である。消耗の激しい34台の車両を買い替え、その他に、8台のジープを追加購入する計画もある。現在、3人の外国人コンサルタントが勤務しているが、研修に関連した調査及び評価の専門家一人雇用する計画がある。

NIPORTは家族計画保健についての調査を実施している。第4次5ヶ年計画中には、家族計画保健のサービスと研修に関する調査を25件実施することが計画されている。

第4次5ヶ年計画におけるGTZが実施する上記の協力の総予算は1,240万ドルであると見積られている。

2-3-2 国際機関

(1) 国連人口基金 (UNFPA)

第3次5ヶ年計画 (1985~1990) 中に、UNFPAは2,367万ドルの資金・技術協力を実施した。その協力の対象であるプロジェクトの名称と形態 (技術協力・資金協力) と予算は下記の通りである。

名 称	形 態	予算 (ドル)
1) 調達 (物流) システムの改善及び物資の適切な供給により統合した母子保健家族計画サービスを強化	技 術 ・ 資 金	13,153,319
2) 人口プログラムの調達 (物流) システムのモニタリング	技 術	619,502
3) 広報・動機づけプログラムの強化	技 術 ・ 資 金	1,890,507
4) 農村開発協同組合を通じた家庭福祉の教育及び動機づけとサービス	技 術	603,108
5) 家族計画分野で活動する民間公益団体の経営能力の改善	技 術	337,874
6) 管理開発部の設置	技 術	2,745,549
7) 人口プログラム管理調査センターの能力開発	技 術	29,685
8) 識字向上プログラムに人口教育の統合	技 術	24,670
9) 技術支援サービス	技 術	117,046
10) 県における人口プログラム実施の効果調査	技 術	182,779
11) 1991年人口・家庭調査	技 術	2,767,195
12) 巡回家庭福祉指導員への支援	資 金	1,200,000
	総 計	23,671,234

第4次5ヶ年計画におけるUNFPAの協力計画の内容は未だ最終的に決定していないが、すでに予算が組まれているプロジェクトの名称及びその予算額は以下のとおりである。

名 称	予 算
1) 母子保健家族計画	252,000
a) 母子保健顧問の給料 (36ヶ月分)	1,000,000
b) 1,000名のFWVの給料 (1年分)	250,000
c) 母子保健教材	4,000,000
d) ラジシャヒ地方における14ヶ所の母子福祉センターへの支援	2,500,000
e) 避妊具の自国生産	2,500,000
f) 子宮内避妊具工場の建設	500,000
g) 子宮内避妊具用の原材料	1,000,000
h) 不妊治療等	700,000
i) 県の家族計画部長等の研修	2,000,000
j) ラジシャヒ地方の衛生診療所で勤務するFWVの研修	
2) 広 報	2,300,000
a) 家族計画局が実施する広報活動への協力	2,300,000
b) 学校において実施されている人口教育への協力	400,000
c) 協同組合を通じた広報活動	
3) 基礎データの収集	400,000
a) 1991年人口調査のデータ分析とその利用	
b) バングラデシュ人口調査・出生死亡届制度への協力	
4) 女性と人口と開発	3,000,000
a) 女性のプログラムへの協力 (主要な民間公益団体が実施している女性のプログラムへの協力も含む)	
5) 人口政策に関する情報と実施	700,000
6) 人口動態調査等	600,000
7) 準 備 資 金	3,300,000
	合計 28,000,000

(2) 国連児童基金 (UNICEF)

UNICEFがバングラデシュに対して実施している協力内容は、時代の要請に従って大きく変化している。バングラデシュが独立した後の1971～74年に実施した協力は救済と復興に関するものが主であったが、1975年からの協力は多方面にわたっている。今日、UNICEFは母子保健、栄養、安全な水の供給、環境衛生、初等教育や学校外教育・識字教育、地域開発、社会福祉サービス、女性の開発、都市開発等のプログラムの推進に積極的な協力をしている。近年は予防接種や経口補水療法の普及に力をいれている。

UNICEFはバングラデシュの独立後の6年間に約6,500万ドル相当の協力を実施した。その後、第1次及び第2次のバングラデシュ協力計画を策定し、1978年から1982年の間に、およそ5,300万ドルの協力を実施した。

第3次バングラデシュ協力計画 (1982年7月から1985年12月) 中にUNICEFは4450万ドル相当の協力を実施した。この第3次協力プログラム中に予定されていた事業の中には種々の理由で実施が

遅れたものがあつたので、第3次プログラムの期間は1988年6月まで延長された。この延長された期間にUNICEFは新たに3,800万ドルの予算を組んで協力を更に拡大した。

第4次バングラデシュ協力計画(1988年7月から1993年6月)中にUNICEFは、初等教育及び学校外教育・識字教育、女性と開発、保健と栄養、広報、事業企画、事業開発、農村及び都市貧困者への統合された基礎保健サービス、水と環境衛生、事業支援サービス、事業のモニタリング、事業成果の評価等に対して協力を実施する予定である。その総予算は1億3,550万ドルで一般財源から6,500万ドルと補正予算から7,050万ドルが配分される予定である。

なお、第4次バングラデシュ協力計画中のプログラム別及び財源別の予算額は下記の通りである。

単位(1,000ドル)

プログラム	財源別予算		合計
	一般	補正	
1) 教育	14,072.0	12,500.0	26,572.0
2) 女性と開発	2,250.0	150.0	2,400.0
3) 保健	25,235.0	20,498.0	45,733.0
4) 栄養	3,221.0	3,914.0	7,135.0
5) 広報	1,200.0	0.0	1,200.0
6) 事業開発	334.0	0.0	334.0
7) 事業支援サービス	7,920.0	0.0	7,920.0
8) 統合された基礎保健サービス	8,408.0	4,000.0	12,408.0
9) 水と環境衛生	1,300.0	29,482.0	30,782.0
10) 準備金	1,060.0	0.0	1,060.0
	65,000.0	70,544.0	135,544.0

(3) 世界銀行

世銀は1975年からバングラデシュの保健家族計画プログラムの支援を他の援助機関と連携して実施している。

第一次人口プロジェクト(1975-82)で4,570万ドルの総予算の内の1500万ドルを世銀が融資した。第二次人口プロジェクト(1979-84)では総予算1億1,000万ドルの内の3,200万ドルを融資した。

第三次プロジェクト(1986-1990年)では総予算2億1,380万ドルの内の7,800万ドルを世銀が融資した。なお、第三プロジェクトのその他の主な資金提供はオーストラリアの720万ドル、カナダの2,350万ドル、西ドイツの2,870万ドル、オランダの610万ドルノルウェーの2,360万ドル、イギリスの1,030万ドルである。

第三次プロジェクトの目的は以下のとおりであった。

- 1) 家族計画実行率を38-40%にする。
- 2) 合計出生率を4.8に低下させる。

3) 乳幼児死亡率を低下させる。

4) 妊産婦死亡率を低下させる。

第三次プロジェクトの下で支援を受けた主なプロジェクトを下記に列挙する。

- 1) 家族計画保健要員及びその監督官の研修費用と給料
- 2) 家庭福祉センターの建設と修復
- 3) 第一及び第二プロジェクトで建設された施設の保全
- 4) 医薬品、機材、備品の供与
- 5) 管理開発班、監督局、臨床避妊具・薬品監視チームの運営費用
- 6) 車両の供与（監督官に4輪駆動車もしくはオートバイ、巡回指導員には自転車）
- 7) 家族計画普及及び母子保健向上のメッセージの開発と広報
- 8) 民間公益団体への補助金の供与
- 9) 管理情報サービス及び評価研究
- 10) 女性の所得増強活動
- 11) 新機軸の活動推進への支援
- 12) プロジェクト運営支援の技術協力
- 13) 主要プロジェクト管理事務所の運営
- 14) 保健分野の財務調査

第4次人口保健プロジェクト（1992-97）には、世銀の他にオーストラリア、ベルギー、カナダ、欧州協同体（EEC）、ドイツ、日本、オランダ、ノルウェー、スウェーデン、イギリスが資金提供をする予定である。総予算は6億140万ドルで、世銀はその内の1億8,000万ドル（内訳：国内費用が1億2,400万ドル、外国為替分が5600万ドル）を融資する。バングラデシュ政府は1億6,510万ドルを負担する。

なお、第4次人口保健プロジェクトの目的は以下のとおりである。

- 1) 家族計画実行率を45～50%に増加させて出生力を低下させる。
- 2) 5才以下児童の疾病率と死亡率を低下させる。
- 3) 母親への保健医療を改善して安全分娩を普及させる。その結果、現在の出生1,000当たり6～8の妊産婦死亡率を4～5に低下させる。
- 4) 貧困に関連した疾病による障害発生率、罹患率、死亡率を低下させる。
- 5) 女性と子供の栄養状態を向上させる。
- 6) 家族計画保健サービスの企画と実施を更に効果的にかつ効率的にする。

上記の目的を遂行する第4次人口保健プロジェクトは、次の四つの大きな項目から構成されている。

- 1) 家族計画サービスの強化
- 2) 保健サービスの強化
- 3) 家族計画保健サービスの支援活動の改善
- 4) 女性と栄養プログラム

世銀の1億6,510万ドルの融資を上記のコンポーネント別に見た場合、1)家族計画サービスの強

化に6860万ドル、2)保健サービスの強化に7,480万ドル、3)家族計画保健サービスの支援活動の改善に2,830万ドル、4)女性と栄養プログラムに830万ドルが支出される。なお、その詳細は以下のとおりである。

表1 項目別に見る、第4次人口保健プロジェクトの融資・資金供与額

(単位 百万ドル)

項目 / プロジェクト	プロジェクト 予 算 額	国際開発協会の 融 資 予 算 額
1) 家族計画サービスの強化	200.9	16.4
a) 家族計画サービスへのアクセスを改善		7.0
b) 母子保健サービスの強化	43.7	13.6
c) 臨床サービスの改善と家族計画母子保健水準の向上	34.7	
d) 県と郡の要員に家族計画母子保健の実務研修を行う	18.8	
e) 家族計画母子保健施設の建設と修復	47.5	31.6
f) 民間機関による避妊具・薬品の販売	14.4	
小 計	359.9	68.6
2) 保健サービスの強化		
a) 総合的母親新生児保健看護実験プロジェクト	2.3	
b) 看護医療教育の強化	46.6	18.2
c) 医療調査の支援	1.6	0.8
d) 疾病予防	56.8	34.4
e) 都市のプライマリヘルスケアの開発	2.4	0.9
f) 学校保健プログラムの継続・拡大	1.2	1.2
g) 保健施設の改善	23.4	19.2
h) 郡保健所及び家庭福祉センターの改善	23.0	0.2
小 計	157.2	74.8
3) 家族計画保険サービスの支援活動の改善		
a) 情報システムの強化	5.8	1.7
b) 家族計画と保険の組織化、管理、融資の改善	25.0	12.6
c) 広報プログラムの拡大	16.6	7.3
d) 民間公益団体の支援	8.5	
e) 新機軸のプロジェクトの開発	5.3	1.1
f) 技術支援プロジェクトの支援	10.8	5.7
小 計	71.9	28.3

項目 / プロジェクト		プロジェクト 予 算 額	国際開発協会の 融 資 予 算 額
4) 女性と栄養プログラム			
a)	3件の女性プロジェクトの継続	9.8	5.8
b)	国立栄養審議会の栄養プログラムの調整	2.6	2.6
小	計	12.4	8.3
総	計	601.4	180.0

出所 世界銀行発行バングラデシュ第4次人口保健プロジェクトスタッフ評価報告書

2-4 母子保健研修所の概況

2-4-1 運営・維持管理体制

表1参照

表1 MCHTIにおける要員配置

職 位	人 員 数		総人員数
	現 状	計 画	
<u>Officers</u>			
所長	1	-	1
シニアコンサルタント	-	2	2
外科医助手	5	-	5
小児科医	1	-	1
病理学者	1	1	2
麻酔専門医	-	1	1
医務官	-	2	2
栄養部門担当官	-	1	1
医療社会福祉員	-	1	1
行政官	-	1	1
Sister Tutor	4	-	4
看護婦長補	-	1	1
O.T.Sister	-	1	1
Sr.Staff Nurse	4	-	4
薬剤師	2	-	2
速記者	1	-	1
会計員	-	1	1
F.W.V	20	10	30
給仕	-	1	1
倉庫番	1	-	1
検査助手	1	-	1
U.D. Assistant	1	-	1
出納員	1	-	1
メイド	1	-	1
タイピスト	4	1	5
病棟長	1	-	1
運転手	3	2	5
料理人	6	-	6
M.L.S.S.	8	-	8
ガードマン	8	4	12
Mail	1	-	1
Mail Attendent	5	-	5
Aya	30	-	30
Dai	9	-	9
掃除人	17	6	23
合 計	136	36	172

2-4-2 財 政

バングラデシュの政府予算は通常予算と開発予算から成り立っている。本研修所過去3年間の歳出状況は以下のとおりである。

年 度	通 常 歳 出	開 発 歳 出	歳 出 合 計 額
1988-1989	TAKA 4,548,806.-	TAKA 1,907,285.-	TAKA 6,456,091.-
1989-1990	TAKA 5,055,903.-	TAKA 2,033,426.-	TAKA 7,089,329.-
1990-1991	TAKA 5,226,204.-	TAKA 1,893,602.-	TAKA 7,119,806.-

2-4-3 活 動 状 況

(1) アジンプールメインセンター

1) 研 修 活 動

メインセンターの活動の主なものとして、まず、FWVおよびシニアFWV、ヘルスワーカー、TBA等の各種パラメディカルスタッフおよび医師・看護婦の現地訓練があげられる。1989年度は400名、1990年度は745名（表2）の訓練が行われた。訓練の際の指導員は、訓練校から付き添って来ているが、院内のスタッフも適宜指導している。いずれの訓練も講義は各訓練校でおこなっているため、院内には特別な講義室が存在せず、教育用の器材は何も置いていない。座席が必要な際には生活指導用の部屋の一面を利用している。

表2 アジンプールメインセンターで行われている研修一覧表 (1990年)

職 種	実施時期	研修人数	期 間	実 施 機 関
TBA	2月		3日	アガ・カーン
	2月		3日	ナリ・マイトリ
	3月		3日	アガ・カーン
	4月		3日	アガ・カーン
	6月		3日	アガ・カーン
	7月		3日	ラッタ・バーネン
	11月		3日	ラッタ・バーネン
	12月		3日	ラッタ・バーネン
	12月		3日	アガ・カーン
小 計				
ヘルスワーカー	3月	10	1日	BAVs注1)
	5月	20	1日	ダッカ大学栄養学部
	5月	17	1日	CDS注1)
	6月	15	1日	CDS
	6月	6	1日	モデル診療所
	7月	25	1日	ダッカ大学栄養学部
	8月	23	1日	CDS
	9月	20	1日	ダッカ大学栄養学部
	9月	25注2)	15日	BRAC注1)
	12月		21日	BRAC
小 計		217		
FWV (再教育コース)	10月	16	2週間	FWV訓練校グリーンロードダッカ
	11月	20	3週間	FWV訓練校グリーンロードダッカ
	12月	22	1ヶ月	FWV訓練校グリーンロードダッカ
小 計		58		
シニアFWV (再教育コース)	10月	9	2週間	FWV訓練校グリーンロードダッカ
	11月	9	15日	FWV訓練校グリーンロードダッカ
	12月	17	6日	FWV訓練校グリーンロードダッカ
小 計		35		
助産婦・看護学生 (4年次)	2月	15	15日	ミットフォルト看護学校
	7月	14	1ヶ月	ミットフォルト看護学校
	8月	15	1ヶ月	ミットフォルト看護学校
	10月	56	1ヶ月	ダッカ医大病院付属看護学校
	11月	27	15日	ダッカ医大病院付属看護学校
小 計		127		

職 種	実施時期	研修人数	期 間	実 施 機 関
上級看護婦注3)	2月	2	5週間	モデル診療所モハガッドノールダッカ
	6月	14注4)	1週間	IPGMRIダッカ注5)
小 計		16		
看護婦卒後教育 母子保健における 訓練。 看護及び公衆衛生 グループ	5月	64	1ヶ月	モハカリ・ダッカ看護大学
	6月	84	1ヶ月	モハカリ・ダッカ看護大学
小 計		148		
医 師	4月	14	5日	NIPSOM
	5月	14	5日	NIPSOM
	10月	25	1日	NIPSOM
小 計		53		
総 計		745		

- 注1) NGO
 2) TBA指導員も含む
 3) Senior staff nurse
 4) 小児専門コース
 5) 医師卒後教育機関

研修期間毎の研修人数

期 間	研修人数
1日	161
3日	91
5日	28
6日	17
1週間	14
2週間	25
15日	76
3週間	20
21日	56
1ヶ月	255
5週間	2
計	745

2) 外 来 診 療

外来診療は、産科と小児科を隔日交代で行っている。新患と再診は、1日あたりそれぞれ約100人の外来患者がおとずれる。なお、診療時間は午前8時から午後2時までである。診療録（カルテ）は、1989年に作り直され、外来棟の一画のカルテ棚に置いてあるが、それ以前のカルテも倉庫に保管されている。

a) 産 科 外 来

妊婦検診がほとんどであり、問題のない限り、産後検診は行われていない。妊婦検診では、診察の前に、全員、数名ずつの単位で生活指導が行われる。これは、看護婦、栄養士、医療ケースワーカー等、FWV以外のスタッフが担当している。指導内容は栄養、生活一般および家族計画であるが、家族計画については、小さな2つ折りのカードが渡され、妊婦歴、生児の数、家族計画の方法の希望、夫の署名を記入するようになっている。このカードに基づいて、経口避妊薬、コンドーム、避妊用ホルモン剤（ノリステラット）注射、IUD（Copper T）、卵管結紮、MR（月経調節）のいずれかの方法がとられることになる。外来棟の一室がIUD用に充ててあり、ごく簡便にIUDの装着および抜去が行われている。

妊婦検診の項目は、体重、血圧、尿検査（アルブミン、糖）、子宮底長、胎位、児頭固定の有無、胎児心拍の有無であるが、子宮底長は触診のみで測られ、相当妊婦週数で記載されている。また、胎児心拍も聴診は行われず、胎動の有無のみで判断している。

カルテおよび検診手帳（2つ折り1枚カードで、中に検診結果を記入するようになっている）には、日付、妊婦週数、上記各項目、次回検診予定日、検診担当者の署名が記入される。

新患は、FWVが問診を行い、簡易血色素測定法により、血色素（ヘモグロビン）が測定され対照表に基づいて推定された血球容積（ヘマトクリット値）が記載される。その後、医師が問診および触診を行う。外来棟では、内診は行わず、不正性器出血等のために内診が必要な患者は、入院棟1階へ回される。

この簡易血色素測定法は、指尖部より抹消血をろ紙にとり、肉眼で比較するという、きわめて簡便な方法である（USAID製）。

再診患者は、FWVが全項目を検査し、問診上も問題がなければ医師の診察なしに、そのまま帰宅させている。貧血が明らかな場合等、簡単な薬の処方もFWVが行っている。難治性の乳腺炎、精神病合併妊婦、妊娠中毒症妊婦等が、医師の診察に回されている。重度の合併症などのため、当病院では対応しきれないと判断すれば、患者はダッカ医科大学に紹介されている。

b) 小 児 科 外 来

5才以下の小児を対象としているが、各種予防接種が主な業務である。一般の診察も行われているが、主な疾患としては、皮膚疾患、上気道感染、下痢、発熱がある。当病院では対処しきれない患児や5才以上の患児は、大学病院・小児専門病院・一般総合病院等へ転送される。小児科も、再診で大きな問題のない者は、FWVの診察のみで帰らされている。小児用病床数は10床である。

3) 入院診療

a) 分娩管理

陣痛発来、破水などがあれば、妊婦病室へ入院させられる。適宜、浣腸した後、経過観察するが、分娩監視装置による検査はもちろんのこと胎児心拍の有無も確認せずに、経過観察されている。しかし90%以上は正常経膈分娩であり、誘発分娩、鉗子分娩、帝王切開術などは極めて少ない。しかし、分娩中の重篤なトラブルである子宮破裂などもしばしば見られる。妊娠中毒症合併で誘発分娩、遷延分娩で鉗子分娩、死産の既往および前期破水を伴った遷延分娩の妊婦で帝王切開術も行われている。

分娩介助は、正常経過を辿る限り、FWV以下のスタッフの手によって行われ、医師が立ち会うことはない。会陰切開および縫合もFWVが行う。分娩前の処置である浣腸や精神的介護、妊婦の移動の際の介助はDAIと呼ばれる人々（日本での看護助手に相当する）が行っている。1989年の分娩数は3,359件であった。原則として異常分娩は病院に転送される。正常分娩後入院は24時間である。

分娩室での清潔操作は、厳密でなく、清潔ガウンの着用が行われない。サリーを着たまの状態で、消毒された手袋（再生使用されている）が使用されているだけである。局所の消毒にはクロルヘキシジンが用いられる。

b) 新生児管理

児娩出後、臍帯は清潔な鉗で断され、消毒が施されている。また児側の臍帯断端は、太めの紐で結紮されている。

木浴は行われず、パラフィン液での清拭が行われている。出生時体重の平均は約2,800gである。

c) 妊婦管理

妊婦の場合の合併症で最も入院治療の対象となりやすいものは、妊娠中毒症であるが、低栄養状態が症状の悪化に拍車をかけているものと考えられる。

d) 褥婦管理

褥婦管理の大きな問題点としては、産褥大量出血があげられる。出血大量の場合には輸血が行われるが、輸血用血液は、患者の付添人（多くの場合は、患者の家族）が院外で交差試験を行った上で購入し、医師が輸血用静脈内留置針を刺すといったシステムで行われている。

異常の無い限り、通常、分娩後は48時間で退院するため、管理内容は殆ど皆無に等しいが、FWVの再教育の実習の対象となっている。

e) 手術

手術は、不妊手術（卵管結紮）と子宮内容清掃術、帝王切開が主であり、まれに乳腺腫瘍切除術なども行われている。

麻酔科医は一人常勤しており、勤務時間帯以外の緊急手術にも、全身麻酔が必要であれば来院する。

卵管結紮は、通常、静脈麻酔下で行われ、上下肢のそれぞれ遠位に抑制帯を付けられた状態におかれる。麻酔が不十分になると、鎮痛剤が何度も追加される。

手術室の清潔度は分娩室よりも良好で、手術前の手指の消毒も行い、清潔なガウンも着用しているが、通勤時のサリーの上に直接着用しているような状態である。

術後の消毒、清潔布の使用は、十分に行われている。

手術には通常、執刀医1人とFWV1人の計2人で行われている。手術台は、頭部と下肢部がそれぞれ1/3の部位で下方に折れ下がるようになっているが、台全体に上下や傾斜をとることはできない。

手術室には全身麻酔用の麻酔器一台と、吸引装置、緊急用薬剤が常備されている。

f) 病棟管理

日本の病院とは異なり、看護婦による病棟管理はあまり厳格ではない。2階と3階を合わせて、2階にスタッフの詰め所があり、薬剤の管理、血圧等の記録管理が行われている。

4) 母親に対する家族計画指導、母親学級などの健康教育。

1989年一年間で、1万3,061件の新患1万8,401件の再来患者を扱った。子供は新患9,424件、再来患者1万315件。

以上が主な医療サービスである。高度の専門医療は行っていない。

(2) ラルクティサブセンター

サブセンターには10床ほどの小さな病棟と狭い外来部門がある。数人のFWVが常駐しているが、医師は、週3回交代制で訪れるだけである。分娩は月20例ほどで、外来もそれに見合った数の患者の来院があるだけである。

なお、サブセンターでは、研修活動は行われていない。

(3) メインセンターとサブセンターの位置関係および両者間の連絡

メインセンターは、バングラデシュ市内南部、サブセンターは、市内西部に位置し、両者の間は車輻で約20分(約10km)の距離である。但し雨量の多い場合には、路面が水没することもあり、またラッシュアワーの際には、40分以上の時間がかかることもある。特に、サブセンター周辺は、路面幅が狭く、大型車の侵入は困難である。

なお、現在のところ、両センター間を結ぶ公的交通機関は存在しない。

2-4-4 施設・設備

メインセンターは、2階建ての外来棟と3階建ての病棟からなり、サブセンターは1階建ての外来棟からなる(平面図は、別紙参照)。各部屋の広さに関しては、メインセンターの外来棟医師室および病棟医療スタッフ詰め所、サブセンター外来診察室が狭く、業務にも影響している。

いずれの建物も、老朽化は著しい。

(1) メインセンター

施設・設備はほとんど何もない。病床数100床、分娩室は3床、手術室一つで、帝王切開、女性の不妊手術に用いる。IUD挿入とMRのための処置室(4床)がある。すべて粗末な診察台のみ。高価な医療機器は一切おいていない。手術室に簡単な麻酔器一台のみである。

1) 外来棟

現在の外来患者数に比して明らかに狭く、外来患者が建物の外のあちこちで待っており、現在

は一日おきに母親と子供の日を設けて交替で外来を実施している。各部屋の棚、机、椅子、診察用ベッドに過不足は認められない。建物の老朽化は認められるものの、掃除は非常に行き届いており、清潔に保たれている。ベッドは金属パイプ製、他は木製である。

2) 入院棟

手術室の手術台に著しい老朽化は認められるが、他は各部屋の棚、机、椅子、診察・処置用ベッド、病室内ベッドに過不足や破棄の必要性は認められない。なお、一部病室に備品置き用の台として使われているベッドもある。入院施設は病床占有率が60%と高くはないが正常分娩後に24時間（仕様）か収容しないためであろう。ちなみに手術後は一週間収容する。手術用ベッド数は10床である。

(2) サブセンター

敷地は非常に広くすべて空き地である。外来に用いられている建物は元個人の家であったもので非常に狭い。

入院病床は10床のみで別棟になっており地域の人の寄付でできたものである。

入院棟内に、全く使用されていないと考えられるベビーベッドが3台あるが、他は、各部屋の棚、机、椅子、ベッドに過不足は認められない。老朽化は認められるものの、特に使用に困難は認められない。ベッドは金属パイプ製、他は木製である。

2-4-5 機材

主な機材およびその稼動状況は、下記のとおりである。

(1) メインセンター

1) 外来棟

体重計（天秤式およびバネ式）：正確度は未確認であるが、特に過不足なく、十分に使用されている。

2) 病棟

a) 診察室

体重計（天秤式およびバネ式）：正確度は未確認であるが、特に過不足なく、十分に使用されている。

MR用機材：特に過不足なく使用されている。

b) 分娩室

分娩介助用機材（鑷子、鉗、消毒用機器等）：特に過不足なく使用されている。

c) 新生児室

体重計（天秤式およびバネ式）：正確度は未確認であるが、特に過不足なく、十分に使用されている。

酸素吸引器：特に問題なく使用されている。

吸引器：一台あるが、機能については未確認

冷蔵庫：特に問題なく使用されている。

d) 手術室

手術器具：特に問題なく使用されている。

麻酔器（1台）：特に問題なく使用されている。

吸引器：特に問題なく使用されている。

(2) サブセンター

体重計（バネ式）：正確度は未確認であるが、特に問題なく、十分に使用されている。

分娩介助用機具：特に問題なく使用されている。

MR用器具：特に問題なく使用されている。

第3章 要請の経緯・内容と協議の内容

3-1 要請の経緯と内容

3-1-1 要請の経緯

バングラデシュ国における乳幼児死亡率は、新生児死亡率85、乳児死亡率120、5才未満死亡率191と、アジアの中ではカンボディア、ネパールと並んで最高であり、また妊産婦死亡率も、出生数1,000に対して5.96人と非常に高く、一人当たりの出産回数の多さを考慮すると、出産可能年齢の女性の死亡数のかなりの部分を占めている。こうした高い乳幼児・妊産婦死亡率は、女性の基礎的な健康・栄養状態の不良、母子保健サービスの普及率と質の低さ等に起因し、なかでも施設分娩の比率が極度に低く、訓練を受けていない介助者の産前産後の不衛生な処理が主に上げられる。『バ』国政府は、1976年開始の第一次五カ年計画から四次にわたり、母子保健の改善を家族計画の普及とともに、その重要課題として取り組んできた。

バングラデシュ国政府は右課題に対し、1万5,000人から2万5,000人に一か所の割合でユニオン保健家族福祉センターを設置する計画を実施中であり、その各センターに家族計画・母子保健の普及を担当するFWVを配置すべく、FWVの数の増加、質の向上を図ることとし、今後五年間に新たに5,000名のFWVを養成する計画である。

本研修所は、FWV及びパラメディカルスタッフの臨床実習、母子保健サービス、助産等を実施する目的で、1953年に東パキスタンとWHO、UNICEFと共同で20床の規模で設立され、60年には100床となり、現在は外来患者数が300名/日、4万名/年、分娩数3,500件/年（ダッカ市内の施設分娩の半）と、その必要とされる機能は増大している。

しかしながら、同研修所は、予算の不足等により病床数は増加したものの、施設自身は53年以来全く拡充・修復されておらず、設備・機材ともに老朽化している。施設内では外来患者が溢れ、収容能力も限界となっており、かつ研修室もないところから、所期の目的が満足に果たせていない現状である。かかる状況下、バングラデシュ国政府は、FWVの要請を含む母子保健サービスの拡充並びに施設分娩の普及を推進するため、同研修所のメインセンター及びサブセンターの二か所につき、その施設の改善及び機材の整備に係る無償資金協力を要請越した。

なお、わが国は、90年4月のバングラデシュ国別援助研究会において、経済成長率（2.2%）が人口増加率（2.6%）で相殺され、高い人口増加率がバングラデシュ国全体の経済成長の阻害要因となっている現状を鑑み、同国の人口家族計画分野に対する援助の重要性を強調した。右を踏まえ、わが国は経済協力ミッションを派遣し政策対話を行い、引き続き人口家族計画分野に係るプロファイ調査団を派遣し、その結果、本計画の位置付けを明確にし、優良案件としてバングラデシュ側に提言を行った経緯がある。

3-1-2 要請の内容

(1) 目的

先方受入機関の母子保健研修所の前所長名による要請書に基づく本研修所の目的は、妊産婦死亡率及び幼児死亡率の低減化のために

- 1) 母子保健及び基礎的分娩サービスに係る基礎・臨床訓練を実施し、人材を養成すること
- 2) 母子の健康状況の改善を目的とした予防・治療サービス、健康教育を通じて、母子保健家族計画プログラムの組織的・地域的サービスを強化することである。

(2) 目標

- 1) メインセンター
 - a) 外来患者数を350人/日から500人/日へ増加させる
 - b) 施設分娩数を年3,500人から5,000人/年へ増加させる。
 - c) 家庭分娩教育を350人/年に実施する。
- 2) サブセンター
 - a) 外来患者数を200人/日から400人/日へ増加させる。
 - b) 施設分娩数を200人/年から5,000人/年へ増加させる。
 - c) 家庭分娩教育を350人/年を実施する。
- 3) 医師を含むパラメディカルスタッフに対し、母子保健に係る研修を720人/年に実施する。
本研修所の研修目標は別添1のとおりである。
以上の活動を実施するために、下記の施設及び機材の整備が要請されている。

(3) 施設内容 (延べ床面積1万900㎡)

- 1) メインセンター
 - a) 2階建の倉庫と、2階建別館の仮設部分を取り壊す。但し、別館本体は現状のまま使用する
 - b) 3階建の本館を取り壊し、別館に診療機能を移す
 - c) 4階建の診療・研修施設(4,000㎡)を建設する
 - 1階：外来、管理部門
 - 2階：分娩/手術部
 - 3階：病棟 4階：教室、講堂
- ア) 臨床サービス部門
 - ・外来部 一日 500人
診察室(産科、小児科)、処置室(産科、小児科)、薬局、待合室
教室(母親学級用40人：1部屋)
 - ・入院部 250床 産科 170床
小児科 50床
新生児 30床
 - ・分娩/手術部
分娩室、手術室、陣痛室、婦人科診察室、新生児室ほか
 - ・中央材料部

- 中央材料室、滅菌室ほか
 - ・検査部
 - ・放射線部
 - イ) 研修サービス部門
 - ・教室 (20人: 4部屋)、家庭分娩教育用教室 (1室)、講師室、教材室ほか
 - ウ) 管理部門
 - ・所長室、職員室ほか
 - 2) サブセンター
 - a) ブリキ屋根の分娩病棟は現状のまま使用する
 - b) 2階建の産科診療室及び職員住宅は取り壊す
 - c) 現状の分娩病棟の前に、3階建の訓練生の宿泊施設 (1,500㎡) 及び3階建の診療・研修施設 (5,400㎡) を建設する。

診療・研修施設

 - 1階: 外来、管理部門
 - 2階: 分娩/手術部、病棟
 - 3階: 教室、講堂 - ア) 臨床サービス部門
 - ・外来部 一日 400人
診察室 (産科、小児科)、処置室 (産科、小児科)、薬局、待合室
教室 (母親学級用40人: 1部屋)
 - ・入院部 250床 産科 170床
小児科 50床
新生児 30床
 - ・分娩/手術部
分娩室、手術室、陣痛室、婦人科診察室、新生児室ほか
 - ・中央材料部
中央材料室、滅菌室ほか
 - ・検査部・放射線部
 - イ) 研修サービス部門
 - ・教室 (20人: 6部屋)、講堂 (100人)、家庭分娩教育用教室 (1室)
講師室、教材室ほか
 - ウ) 管理部門
 - ・所長室、職員室ほか
訓練生宿泊施設 (40人: 二人一部屋)
- 3) 上記施設に係る医療機材及び研修用機材

母子保健研修所の研修目標

別添1

対象者	研修の種類	期間	1990年		1991年		1992年		1993年		1994年		1995年		備考
			目標	実績	目標	実績	目標	実績	目標	実績	目標	実績	目標	実績	
1. 大学院医師 ①母子保健家族計画 (NIPSOM) ②小児保健 (IPGMR)注1参照 ③地域医療 (NIPSOM) (小児科医)	母子保健・家族計画の 実務 母子保健・家族計画の 実務 母子保健・家族計画の オリエンテーション	1週間	-	35	40	-	40	40	-	40	-	40	-	40	継続中の研修
2. 医務官 (MO) ①母子保健 ②CC ③郡保健所	母子保健のオリエンテーション 技術指導 婦人科	3日間 21日間 3-6月間	-	30	-	-	40	40	-	60	-	60	-	60	常設コース
3. 医科大学学生	母子保健・医療計画	3日間	-	40	40	-	40	40	-	60	-	80	-	80	
4. 大学院看護婦	母子保健・家族計画のオリ エンテーションと実務	1週間													
5. 上級看護婦	1) 母子保健認定コース 2) 小児科特別コース (実務)	6週間 1週間													
6. 4年生の看護婦	助産婦・産婦人科の実務	3週間													
7. 関連組織の保健要因	母子保健・家族計画のオリ エンテーションと実務	10週間 7日間													

8. Senior FWV	1) 基本コース 2) 再教育コース	10週間 7日間	-	104	120	-	120	-	120	-	120	-	120	-	120	-	120	-	継続
9. FWV	1) 基本コース 2) 再教育コース	18週間 3週間	-	65	110	-	110	-	80	-	50	-	40	-	新設 継続	-	40	-	新設 継続
10. TBA	1) 基本コース	21日間	-	64	30	-	30	-	30	-	30	-	30	-	都市部居住のTBA コースは新設	-	30	-	都市部居住のTBA コースは新設
合計人数			-	714	720	-	720	-	720	-	720	-	720	-		-	720	-	

注 1) I P G M R : 大学院医科調査研究所

3-2 協議内容

3-2-1 保健家族福祉省及び母子保健研修所関係者との協議

(1) 本計画の妥当性

母子保健サービスの地方への普及のために、郡保健所、家族福祉センターに配置される医師、看護婦等の母子保健分野における質の向上、FWVの数の増加、質の向上は重要な責務となっている。FWVは主としてNIPORTの下部組織であるFWVTIを通じて研修を行っているが、FWVTIは実地指導を行う施設を有しておらず、実地指導をその付属病院で実施し得る当該研修所の、FWVの研修における重要性は高い点を確認した。併せて、本研修所の診療施設は老朽化が著しく、手狭であるにもかかわらず、診療・分娩サービスを受けられる施設が絶対的に不足しているため、患者が本研修所に多数来院し、施設内に横溢している状況で、診療はもとより十分な研修を行い得る状況には程遠く、本計画実施に係る妥当性は認められた。

(2) 診療内容・施設利用率

本研修所（メインセンター）の診療内容は、産科、小児科（5才未満の幼児のみ）、予防接種、母親への栄養指導、家族計画指導等を行っている。本計画実施後もその診療内容には大幅な変更はない点を確認した。

サブセンターについては、現在バラック建ての建物に15床のベッドがあるのみで、メインセンターの活動と同様の活動内容であるとのバングラデシュ側の説明はあるが、十分な診療サービスは行い得ていないと判断される。

メインセンター、サブセンターとも人口密集地にあり、分娩施設の絶対数がダッカ市内全体でも極度に不足しているため、本計画実施後も両施設の利用率は高いものと判断される。

(3) 研修内容

ダッカ医科大学、NIPSO M等よりの医学生（大学院）の産科実習、看護婦の産科実習、シニアFWV及びFWVの再研修を実施している。本計画実施後は、右に併せて、メディカル・オフィサー（郡保健所に配置される医師）、医学生、シニア看護婦、TBA（産婆）等の実習を計画しており、年間720名を研修目標数としている。しかしながら、研修計画については、先方の計画に不十分な点があり、なかでもそれぞれのセンターでの研修コースが明確に分けられていないため、各コースの年間の訓練生数・月別計画等は理解できても、具体的に、どちらのセンターが、どのコースの、年間何名の研修を実施するのか等が判明しなかった。研修のデマケについての日本側試案を基本設計調査時に提示し、先方と協議する必要もあろう。

本研修計画については、多数の機関から訓練生を受け入れる計画となっているところ、本研修所における研修の円滑な実施、研修施設の有効活用のため、各関係機関代表者から構成される研修調整委員会の設置を日本側より申し入れ、バングラデシュ側もこれを了承した。

(4) 運営管理体制

本計画の実際の実施機関である当該研修所の運営管理体制が弱体である点が、今後本計画を進めていく上で、大きな問題となろう。本研修所所長に最近人事異動があったことにのみ起因するものとも思われませんが、所長代行は本研修所全体を統括しているとは言いがたく、今回の調査時にも前

所長が出席し、調査団の質問に対し回答するケースも多く見受けられた。幸いにも実施監督する保健家族福祉省は人材を有し、本計画に対しても、非常に積極的に取り組んでいるため、今後は、保健家族福祉省を中心に、本計画の内容につき協議・検討を重ねていく必要がある。

また、サブセンターについては、病床数では、15床を250床と拡充し、現状では実施していない訓練も実施するという、診療・研修の機能を増大させる計画をバングラデシュ側は有しているだけに、運営管理体制の一層の強化が緊要である。日本側からも、本計画の実施における右の重要性につき、今後十分バングラデシュ側に強調する必要がある。

(5) その他

本計画に係る要請内容については、詳細において不明瞭な点が多くあり、本調査時に確認した際にも、バングラデシュ側が明確な案を有していない部分が見受けられた。本計画の詳細については保健家族福祉省内部での検討が不足しているとの印象を受けた。

3-2-2 他の援助機関との協議

本計画の背景に、世銀コンソーシアムに日本が初めて参加し、本計画に関心表明を行った経緯があることから、世銀、WHOを始めとする他の援助機関が本計画の実施には大きな関心を持ち、かつ協力の姿勢を示している点を各援助機関との協議を通じて確認した。特にWHOでは、本研修所における研修について、バングラデシュ国政府から要請があれば、カリキュラム作成、研修計画の調整等に関し協力する旨の回答があった。日本側よりも、日本の無償資金協力の仕組みを説明し、リカレントコスト及び研修費用については、日本側は協力できない点を強調したところ、世銀からは、バングラデシュ国政府からの要請があれば、右費用につき他の援助機関の協力が得られるよう世銀が調整を行う意志がある点を確認した。