

付 属 資 料

付属資料 ー 1. 予防接種

「バ」国におけるルーチンの予防接種は、乳幼児に対してはBCG、DPT（ジフテリア、百日咳、破傷風）、ポリオ、はしかの6種類が、また妊産婦に対しては破傷風が下記の表のスケジュールで実施されている。

予防接種スケジュール

ワクチン接種	対象年齢	接種回数	接種間隔
BCG	生後1ヶ月～1年	1	—
DPT (3種混合)	生後6ヶ月～1年	3	1ヶ月
ポリオ	生後6ヶ月～1年	3	1ヶ月
はしか	生後9ヶ月～1年	1	—
破傷風	15～49歳の女性	5	1ヶ月-6ヶ月-1年-1年

接種率をみると、過去数年減少傾向にあるものの、1994年頃より、BCGが90%前後、DPTとポリオが70%前後、そしてはしかは60%前後で推移している。一連の接種を途中で止めてしまう人（Dropout）の比率は約10%で、はしかは特にシリーズの最後になるためもっとも接種率が低くなっている。

また妊婦における破傷風の接種率（1998年）は、TT1が92%、TT2が86%、TT3が56%、TT4が39%、TT5が21%で、3回目以降激減している。

付属資料 ー 2. 予防接種を受けなかった理由

EPI本部が1997年に行った調査によると、両親が子供に予防接種を一度も受けさせなかった理由として、比率の高い順に下記の事項があげられている。予防接種に対する認識不足を原因とするものが比率の大半を占めていることがうかがえる。

30.8%	予防接種が必要なことを知らなかった
24.2%	副作用を恐れて
14.3%	予防接種の効果が信頼できない
7.7%	母親が多忙だった
7.7%	病人がいるなど家庭に事情があった
5.5%	接種要員が不在だった
4.4%	接種場所と時間を知らなかった
4.4%	本人（子供）が病気だった
3.3%	次の機会にのぼした
2.2%	接種場所と時間の都合が良くなかった
2.2%	症状に関する誤った理解
2.2%	うわさ

一方、途中でドロップアウトした理由として下記の事項があげられている。

13.9%	母親が多忙だった
11.1%	本人（子供）が病気だった
10.8%	2回目、3回目が必要なことを知らなかった
10.8%	接種場所と時間を知らなかった
9.1%	病人がいるなど家庭に事情があった
8.1%	予防接種が必要なことを知らなかった
7.7%	接種要員が不在だった
7.4%	副作用を恐れて
7.4%	次の機会にのぼした
6.8%	子供が病気と診断され接種を断られた
5.1%	必要なワクチンがなかった
4.1%	症状に関する誤った理解

付属資料 ー 3. 保健人口セクタープログラム (HPSP)

「バ」国政府と世銀を中心としたドナーコンソーシヤムによるHPSP/Health and Population Sector Programme (1998年7月～2003年6月)はスタートしたばかりである。国民の健康と福祉の向上(特に母子および貧困層)を目標とし、目標達成のためにESP(Essential Service Package)の提供をうたっている。期待されるアウトプットとしては下表の8項目があげられていて、保健家族福祉省によるプランを基にした世銀の積算では、必要予算総額は2,895.86百万米ドルとなっている。そのうち約60%がESPの提供に向けられている。

HPSPにおける項目別予算内訳

(単位：百万米ドル)

項目	世銀 (IDA) 積算		
	1999	2000-2003	5年間合計
ESPの提供	263.87	1,360.89	1,624.76
サービス提供システムの再構築(組織改革、地方分権化など)	1.362	2.19	3.55
保健医療環境の整備(人材、施設、機材など)	79.75	549.26	629.01
病院サービスの向上	70.55	277.46	348.00
セクターワイドでのプログラム推進(プログラムのモニター)	4.589	15.392	19.98
質やアクセスの向上(保健政策、NGO、民間医療機関などの見直し)	0.52	6.48	7.00
その他公衆衛生の強化	1.79	7.77	9.56
その他保健・栄養関連の強化	20.76	233.24	254.00
合計	443.19	2,452.67	2,895.86

資料：Project Appraisal Document for HPPP, 1998, World Bank

上記プログラムの実施に必要な資金は「バ」国ならびに下表のコンソーシヤムメンバーによる供出が計画されている。なお世銀負担分のUS\$250百万はすで承認されている。

HPSPのための予定資金源

(単位：百万米ドル)

供出国・機関	「バ」国	IDA	CIDA	EC	KfW	GTZ	行ナ	SIDA	DfID	その他	合計
供出国	2,191.2	250.0	14.5	88.1	25.5	5.4	24.4	32.5	81.8	182.5	2,895.9
比率 (%)	75.7	8.6	0.5	3.0	0.9	0.2	0.8	1.1	2.8	6.3	100.0

資料：Project Appraisal Document for HPPP, 1998, World Bank

付属資料-4. 新生児破傷風とはしかにおける「バ」国の現状

(1) 新生児破傷風

新生児破傷風は出産時に破傷風菌に感染して起こり、非衛生的な分娩の習慣がしばしば感染を増やしている。下記の表に示すように1990年には新生児破傷風の危険がもっとも高い20ヶ国で、約36万人の新生児が破傷風で死亡している。その後各国が対策にのり出し、1997年には22.4万人となり、その3分の1が減少した。ブラジルの99%を筆頭に、バングラデシュでも46%の減少に成功している。しかし一方ナイジェリアでは、犠牲者が62%も増えていて、ワクチンの供給やシステムを維持する必要性と困難さを同時にうかがわせている。

ただし、この死亡者数は報告された数字であり、出生届もしないで死亡した新生児も含めると年間約12万人がバングラデシュ国だけで死亡しているものと推定されている。

新生児破傷風による死亡者数

国	1990年の死亡数	1997年の死亡数	減少率 (%)
ブラジル	5,900	80	99
ヴェトナム	6,200	400	94
中国	75,700	13,700	82
エジプト	4,000	740	82
ウガンダ	7,500	2,200	71
インドネシア	22,800	7,100	69
フィリピン	4,700	1,900	60
ケニア	5,100	2,500	51
バングラデシュ	38,600	20,700	46
ニジェール	4,200	2,400	43
ガーナ	4,000	2,400	40
ミャンマー	4,400	3,200	27
インド	77,700	59,100	24
パキスタン	36,300	29,700	18
ネパール	6,700	5,800	13
モザンビーク	3,900	3,600	8
エチオピア	14,800	15,600	-5
ソマリア	6,500	7,000	-8
コンゴ民主共和国	7,200	8,200	-14
ナイジェリア	23,400	37,900	-62
合計	359,600	224,220	

資料：WHO, 1998年

また、東・南アジアと太平洋諸国（23ヶ国）における15-19才の少女1000人あたりの出産数を比較してみるとの表のようになり、「バ」国が最も多く、地域平均の2倍近くの数値を示している。

15-19才の少女1000人あたりの出産数

順位	国	出産数
1	バングラデシュ	115
2	インド	109
3	パキスタン	89
4	ネパール	89
5	ブータン	84
6	タイ	70
23	日本	4
	地域平均	56

資料：国連人口局「世界人口予測」1997

(2) はしか

はしかは予防接種で防げる病気のなかでもっとも多くの子供の命を奪っており、毎年80万人以上が死亡している。現在、開発途上国の1才未満の乳児のはしかの予防接種率は77%程度で足踏み状態を続けているとみられている。「バ」国は、はしかの予防接種を受けていない1才未満児の比率が41%で、東・南アジアと太平洋諸国（22ヶ国）のなかでも下位に位置している。

1才未満児におけるはしかワクチン未接種率

順位	国	未接種率 (%)
1	バプアニューギニア	56
2	ネパール	55
3	バングラデシュ	41
4	ラオス	39
5	インドネシア	37
23	日本	3
	地域平均	17

資料：ユニセフ1998

付属資料-4. 新生児破傷風とはしかにおける「バ」国の現状

(1) 新生児破傷風

新生児破傷風は出産時に破傷風菌に感染して起こり、非衛生的な分娩の習慣がしばしば感染を増やしている。下記の表に示すように1990年には新生児破傷風の危険がもっとも高い20ヶ国で、約36万人の新生児が破傷風で死亡している。その後各国が対策にのり出し、1997年には22.4万人となり、その3分の1が減少した。ブラジルの99%を筆頭に、バングラデシュでも46%の減少に成功している。しかし一方ナイジェリアでは、犠牲者が62%も増えていて、ワクチンの供給やシステムを維持する必要性と困難さを同時にうかがわせている。

ただし、この死亡者数は報告された数字であり、出生届もしないで死亡した新生児も含めると年間約12万人がバングラデシュ国だけで死亡しているものと推定されている。

新生児破傷風による死亡者数

国	1990年の死亡数	1997年の死亡数	減少率 (%)
ブラジル	5,900	80	99
ヴェトナム	6,200	400	94
中国	75,700	13,700	82
エジプト	4,000	740	82
ウガンダ	7,500	2,200	71
インドネシア	22,800	7,100	69
フィリピン	4,700	1,900	60
ケニア	5,100	2,500	51
バングラデシュ	38,600	20,700	46
ニジェール	4,200	2,400	43
ガーナ	4,000	2,400	40
ミャンマー	4,400	3,200	27
インド	77,700	59,100	24
パキスタン	36,300	29,700	18
ネパール	6,700	5,800	13
モザンビーク	3,900	3,600	8
エチオピア	14,800	15,600	-5
ソマリア	6,500	7,000	-8
コンゴ民主共和国	7,200	8,200	-14
ナイジェリア	23,400	37,900	-62
合計	359,600	224,220	

資料：WHO, 1998年

また、東・南アジアと太平洋諸国（23ヶ国）における15-19才の少女1000人あたりの出産数を比較してみるとの表のようになり、「バ」国が最も多く、地域平均の2倍近くの数値を示している。

15-19才の少女1000人あたりの出産数

順位	国	出産数
1	バングラデシュ	115
2	インド	109
3	パキスタン	89
4	ネパール	89
5	ブータン	84
6	タイ	70
23	日本	4
	地域平均	56

資料：国連人口局「世界人口予測」1997

(2) はしか

はしかは予防接種で防げる病気のなかでもっとも多くの子供の命を奪っており、毎年80万人以上が死亡している。現在、開発途上国の1才未満の乳児のはしかの予防接種率は77%程度で足踏み状態を続けているとみられている。「バ」国は、はしかの予防接種を受けていない1才未満児の比率が41%で、東・南アジアと太平洋諸国（22ヶ国）のなかでも下位に位置している。

1才未満児におけるはしかワクチン未接種率

順位	国	未接種率 (%)
1	バプアニューギニア	56
2	ネパール	55
3	バングラデシュ	41
4	ラオス	39
5	インドネシア	37
23	日本	3
	地域平均	17

資料：ユニセフ1998

付属資料 ー 5. 予防接種における地域格差

「バ」国では、全国的な疾病や死因の報告システムが確立していないため（地方自治体や医療機関レベルで独自に行っているところはある）国レベルや地域別の発症率や死亡件数を示す詳細なデータはない。ほとんどの医療データは地域や期間を限定したサンプル調査による概略的な推定値となっている。

こうした中で唯一EPIにおける接種率（発生件数）は、ヘルスワーカーからタナ、タナから県、県から中央へと毎月報告され集計解析が行われている。WHOの現地EPI事務所によると、地方からの報告に基づく数値と他の機関による調査結果との間には時に大きな格差（一般的に政府の発表値の方が高率）がみられるそうだが、実状をもっとも反映したものとみることもできる。

(1) スラムとそれ以外の都市圏

ICDDR,B（国際下痢症研究所）が1995年にダッカ市内のゾーン3において行った調査によると、スラムとそれ以外の都市圏におけるEPI接種率は下記の表のようになっていて、いずれもスラムにおける接種率が他より低いことを示す調査結果となっている。接種率の差はBCGにおいて13%、DPT3において26%、はしかにおいて19%となっている。

スラムとその他の都市圏におけるEPI接種率（ダッカ市）

都 市	BCG		DPT3		はしか	
	スラム	非スラム	スラム	非スラム	スラム	非スラム
ダッカ市（ゾーン3）	82%	95%	56%	82%	51%	70%

資料：Extending Immunization Services to the Urban Poor in Bangladesh, 1996, BASICS

同じくUSAID/BASICS（NGO）がその他の3大都市において1995年に行った調査によると（次表参照）、ダッカ市より格差は少ないものの、やはりいずれもスラムがその他の都市圏を下回る結果となっている。

スラムとその都市圏におけるEPI接種率（3大都市）

都市	BCG		DPT3		はしか	
	スラム	非スラム	スラム	非スラム	スラム	非スラム
チッタゴン市	88%	97%	56%	68%	75%	78%
クルナ市	98%	100%	83%	84%	83%	94%
ラジシャヒ市	94%	98%	70%	82%	85%	100%

資料：Extending Immunization Services to the Urban Poor in Bangladesh, 1996, BASICS

(2) 新生児破傷風における地域格差

1996/97年に行われた保健家族福祉省とNIPORT（National Institute of Population Research and Training）などの共同調査によると、新生児破傷風における予防接種率には地域差がみられる。

農村部では一度も接種を受けていない者が都市部の2倍以上、また2回以上の接種率でも都市部を大きく下回っている。

省別にみると、シレット省が他省と大きな格差を示していて、一度も接種を受けていない者がクルナ省の2倍以上、また2回以上の接種率でも全国平均を下回っている。

地域別破傷風接種率、1996-97年

（単位：％）

地域	回数	破傷風接種回数		
		0回	1回	2回
居住地別比較				
都市部		10.4	15.7	73.9
農村部		26.4	15.3	58.0
省別比較				
パリサル		23.4	18.0	58.0
チッタゴン		26.8	16.9	55.8
ダッカ		26.0	13.3	60.5
クルナ		14.7	18.2	66.4
ラジシャヒ		22.7	14.5	62.8
シレット		37.3	13.9	48.5

資料：Demographic and Health Survey, 1996-1997

注：調査対象は調査前0-59ヶ月間に出産した女性

付属資料 - 5. 予防接種における地域格差

「バ」国では、全国的な疾病や死因の報告システムが確立していないため（地方自治体や医療機関レベルで独自に行っているところはある）国レベルや地域別の発症率や死亡件数を示す詳細なデータはない。ほとんどの医療データは地域や期間を限定したサンプル調査による概略的な推定値となっている。

こうした中で唯一EPIにおける接種率（発生件数）は、ヘルスワーカーからタナ、タナから県、県から中央へと毎月報告され集計解析が行われている。WHOの現地EPI事務所によると、地方からの報告に基づく数値と他の機関による調査結果との間には時に大きな格差（一般的に政府の発表値の方が高率）がみられるそうだが、実状をもっとも反映したものとみることにもできる。

(1) スラムとそれ以外の都市圏

ICDDR,B（国際下痢症研究所）が1995年にダッカ市内のゾーン3において行った調査によると、スラムとそれ以外の都市圏におけるEPI接種率は下記の表のようになっていて、いずれもスラムにおける接種率が他より低いことを示す調査結果となっている。接種率の差はBCGにおいて13%、DPT3において26%、はしかにおいて19%となっている。

スラムとその他の都市圏におけるEPI接種率（ダッカ市）

都 市	BCG		DPT3		はしか	
	スラム	非スラム	スラム	非スラム	スラム	非スラム
ダッカ市（ゾーン3）	82%	95%	56%	82%	51%	70%

資料：Extending Immunization Services to the Urban Poor in Bangladesh, 1996, BASICS

同じくUSAID/BASICS（NGO）がその他の3大都市において1995年に行った調査によると（次表参照）、ダッカ市より格差は少ないものの、やはりいずれもスラムがその他の都市圏を下回る結果となっている。

スラムとその都市圏におけるEPI接種率（3大都市）

都 市	BCG		DPT3		はしか	
	スラム	非スラム	スラム	非スラム	スラム	非スラム
チッタゴン市	88%	97%	56%	68%	75%	78%
クルナ市	98%	100%	83%	84%	83%	94%
ラジシャヒ市	94%	98%	70%	82%	85%	100%

資料：Extending Immunization Services to the Urban Poor in Bangladesh, 1996, BASICS

(2) 新生児破傷風における地域格差

1996/97年に行われた保健家族福祉省とNIPORT（National Institute of Population Research and Training）などの共同調査によると、新生児破傷風における予防接種率には地域差がみられる。

農村部では一度も接種を受けていない者が都市部の2倍以上、また2回以上の接種率でも都市部を大きく下回っている。

省別にみると、シレット省が他省と大きな格差を示していて、一度も接種を受けていない者がクルナ省の2倍以上、また2回以上の接種率でも全国平均を下回っている。

地域別破傷風接種率、1996-97年

(単位：%)

回数	破傷風接種回数		
	0回	1回	2回
地域			
居住地別比較			
都市部	10.4	15.7	73.9
農村部	26.4	15.3	58.0
省別比較			
バリサル	23.4	18.0	58.0
チッタゴン	26.8	16.9	55.8
ダッカ	26.0	13.3	60.5
クルナ	14.7	18.2	66.4
ラジシャヒ	22.7	14.5	62.8
シレット	37.3	13.9	48.5

資料：Demographic and Health Survey, 1996-1997

注：調査対象は調査前0-59ヶ月間に出産した女性

(2) 小児の予防接種における地域格差

同じく小児における予防接種率にも地域差がみられる。

都市部と農村部の接種率の比較では、6種のワクチン接種とも都市部が農村部を上回り、逆に一度も接種を受けていない小児の数では農村部が都市部の約2倍を示している。

また省別にみると、ダッカとシレットでは全接種を受けた小児の比率が全国平均を下回り、チッタゴン、ダッカ、シレットの3省は一度も接種を受けていない小児の数において他省と大きな格差を示している。

なお全般的にクルナ省は高い接種率を示し、はしかに限ってみるとシレット省がもっとも低い数値となっている。

12-23ヶ月児における地域別予防接種率、1996-97年

地域	接種 BCG	12-23ヶ月児における予防接種率 (%)								
		3種混合			ポリオ			はしか	全接種	無接種
		1	2	3+	1	2	3+			
居住地別比較										
都市部	91.9	91.0	88.1	75.0	92.8	86.2	65.2	79.7	58.2	6.7
農村部	85.7	84.4	78.4	68.8	86.4	79.9	62.1	69.1	53.7	12.4
省別比較										
バリサル	91.1	91.1	86.6	76.4	93.8	86.6	71.8	77.5	62.4	6.2
チッタゴン	82.2	81.2	75.0	63.8	82.8	74.2	58.7	65.5	51.0	15.5
ダッカ	82.7	81.4	75.4	65.9	84.0	78.4	60.1	64.8	49.3	14.9
クルナ	96.9	95.7	92.8	85.5	96.9	95.9	74.0	87.1	68.3	3.1
ラジシャヒ	91.2	89.3	83.7	74.1	91.4	84.8	64.9	74.9	58.0	7.3
シレット	76.5	75.2	65.7	53.8	76.3	65.2	47.8	56.0	41.5	22.4

資料：Demographic and Health Survey, 1996-1997

付属資料-6. 県別人口とタナおよびユニオン数

前回の国勢調査(1991)による県別人口を以下に示す。1995年より行政的には6省となったが、保健分野では今も5省を採用しているケースがある。その場合シレット省はチッタゴン省に入る。なおタナ数とユニオン数は1995年時による。

県別人口とタナおよびユニオン数

県名	人口(千)	タナ数	ユニオン数	県名	人口(千)	タナ数	ユニオン数
ダッカ省				ラジシャヒ省			
1 Dhaka	6,163	20	70	33 Rajshahi	1,988	13	71
2 Manikganj	1,217	7	65	34 Nawabganj	1,232	5	46
3 Narsinghdi	1,710	6	70	35 Natore	1,455	6	51
4 Narayanganj	1,819	5	49	36 Naogaon	2,251	11	99
5 Munshiganj	1,229	6	70	37 Pabna	2,016	9	72
6 Gazipur	1,683	5	43	38 Sirajganj	2,374	9	79
7 Tangail	3,108	11	103	39 Bogra	2,799	11	108
8 Faridpur	1,558	8	79	40 Joypurhat	802	5	31
9 Rajbari	865	4	42	41 Rangpur	2,269	8	83
10 Madaripur	1,106	4	58	42 Gaibandha	2,041	7	82
11 Shariatpur	986	6	61	43 Nilphamari	1,416	6	61
12 Gopalganj	1,097	5	69	44 Kurigram	1,681	9	74
13 Mymensingh	4,096	12	146	45 Lalmonirhat	999	5	42
14 Kishoreganj	2,388	13	106	46 Dinajpur	2,371	13	102
15 Netrokona	1,791	10	85	47 Thakurgaon	1,059	5	48
16 Jamalpur	1,942	7	67	48 Panchagarh	746	5	43
17 Sherpur	1,179	5	51	小計	27,499	127	1,092
小計	33,937	134	1,234	クルナ省			
チッタゴン省				49 Khulna	2,130	14	67
18 Chittagong	5,744	20	195	50 Bagerhat	1,489	9	75
19 Cox's Bazar	1,502	7	64	51 Satkhira	1,660	7	77
20 Khagrachhari	365	8	34	52 Jessore	2,192	8	91
21 Rangamati	430	10	47	53 Narail	682	3	37
22 Bandarban	246	7	29	54 Magura	752	4	36
23 Comilla	4,263	12	178	55 Jhenaidah	1,420	6	68
24 Brahmanbaria	2,268	7	97	56 Kushtia	1,563	6	59
25 Chandpur	2,149	7	89	57 Chuadanga	844	4	31
26 Noakhali	2,347	6	82	58 Meherpur	511	2	18
27 Feni	1,158	5	46	小計	13,243	63	559
28 Lakshimpur	1,391	4	48	バリサル省			
小計	21,863	93	909	59 Barisal	2,299	10	86
シレット省				60 Patuakhali	1,323	6	65
29 Sylhet	2,281	8	77	61 Bhola	1,532	7	60
30 Sunamganj	1,802	6	67	62 Pirojpur	1,104	6	53
31 Moulvibazar	1,454	10	81	63 Jhalakati	694	4	32
32 Habiganj	1,611	11	97	64 Barguna	805	5	39
小計	7,148	35	322	小計	7,757	38	335
合計					111,447	490	4,451

資料: Statistical Pocketbook Bangladesh 97

(2) 小児の予防接種における地域格差

同じく小児における予防接種率にも地域差がみられる。

都市部と農村部の接種率の比較では、6種のワクチン接種とも都市部が農村部を上回り、逆に一度も接種を受けていない小児の数では農村部が都市部の約2倍を示している。

また省別にみると、ダッカとシレットでは全接種を受けた小児の比率が全国平均を下回り、チッタゴン、ダッカ、シレットの3省は一度も接種を受けていない小児の数において他省と大きな格差を示している。

なお全般的にクルナ省は高い接種率を示し、はしかに限ってみるとシレット省がもっとも低い数値となっている。

12-23ヶ月児における地域別予防接種率、1996-97年

地域	接種 BCG	12-23ヶ月児における予防接種率 (%)								
		3種混合			ポリオ			はしか	全接種	無接種
		1	2	3+	1	2	3+			
居住地別比較										
都市部	91.9	91.0	88.1	75.0	92.8	86.2	65.2	79.7	58.2	6.7
農村部	85.7	84.4	78.4	68.8	86.4	79.9	62.1	69.1	53.7	12.4
省別比較										
バリサル	91.1	91.1	86.6	76.4	93.8	86.6	71.8	77.5	62.4	6.2
チッタゴン	82.2	81.2	75.0	63.8	82.8	74.2	58.7	65.5	51.0	15.5
ダッカ	82.7	81.4	75.4	65.9	84.0	78.4	60.1	64.8	49.3	14.9
クルナ	96.9	95.7	92.8	85.5	96.9	95.9	74.0	87.1	68.3	3.1
ラジシャヒ	91.2	89.3	83.7	74.1	91.4	84.8	64.9	74.9	58.0	7.3
シレット	76.5	75.2	65.7	53.8	76.3	65.2	47.8	56.0	41.5	22.4

資料：Demographic and Health Survey, 1996-1997

付属資料-6. 県別人口とタナおよびユニオン数

前回の国勢調査(1991)による県別人口を以下に示す。1995年より行政的には6省となったが、保健分野では今も5省を採用しているケースがある。その場合シレット省はチッタゴン省に入る。なおタナ数とユニオン数は1995年時による。

県別人口とタナおよびユニオン数

県名	人口(千)	タナ数	ユニオン数	県名	人口(千)	タナ数	ユニオン数
ダッカ省				ラジシャヒ省			
1 Dhaka	6,163	20	70	33 Rajshahi	1,988	13	71
2 Manikganj	1,217	7	65	34 Nawabganj	1,232	5	46
3 Narsinghdi	1,710	6	70	35 Natore	1,455	6	51
4 Narayanganj	1,819	5	49	36 Naogaon	2,251	11	99
5 Munshiganj	1,229	6	70	37 Pabna	2,016	9	72
6 Gazipur	1,683	5	43	38 Sirajganj	2,374	9	79
7 Tangail	3,108	11	103	39 Bogra	2,799	11	108
8 Faridpur	1,558	8	79	40 Joypurhat	802	5	31
9 Rajbari	865	4	42	41 Rangpur	2,269	8	83
10 Madaripur	1,106	4	58	42 Gaibandha	2,041	7	82
11 Shariatpur	986	6	61	43 Nilphamari	1,416	6	61
12 Gopalganj	1,097	5	69	44 Kurigram	1,681	9	74
13 Mymensingh	4,096	12	146	45 Lalmonirhat	999	5	42
14 Kishoreganj	2,388	13	106	46 Dinajpur	2,371	13	102
15 Netrokona	1,791	10	85	47 Thakurgaon	1,059	5	48
16 Jamalpur	1,942	7	67	48 Panchagarh	746	5	43
17 Sherpur	1,179	5	51	小計	27,499	127	1,092
小計	33,937	134	1,234	クルナ省			
チッタゴン省				49 Khulna	2,130	14	67
18 Chittagong	5,744	20	195	50 Bagerhat	1,489	9	75
19 Cox's Bazar	1,502	7	64	51 Satkhira	1,660	7	77
20 Khagrachhari	365	8	34	52 Jessore	2,192	8	91
21 Rangamati	430	10	47	53 Narail	682	3	37
22 Bandarban	246	7	29	54 Magura	752	4	36
23 Comilla	4,263	12	178	55 Jhenaidah	1,420	6	68
24 Brahmanbaria	2,268	7	97	56 Kushtia	1,563	6	59
25 Chandpur	2,149	7	89	57 Chuadanga	844	4	31
26 Noakhali	2,347	6	82	58 Meherpur	511	2	18
27 Feni	1,158	5	46	小計	13,243	63	559
28 Lakshmipur	1,391	4	48	バリサル省			
小計	21,863	93	909	59 Barisal	2,299	10	86
シレット省				60 Patuakhali	1,323	6	65
29 Sylhet	2,281	8	77	61 Bhola	1,532	7	60
30 Sunamganj	1,802	6	67	62 Pirojpur	1,104	6	53
31 Moulvibazar	1,454	10	81	63 Jhalakati	694	4	32
32 Habiganj	1,611	11	97	64 Barguna	805	5	39
小計	7,148	35	322	小計	7,757	38	335
合計					111,447	490	4,451

資料: Statistical Pocketbook Bangladesh 97

付属資料 一 7. EPIサイト

政府管轄のEPIサイトには常設のものと巡回のものがある。常設のものはEPI本部や県病院やタナ総合保健施設、それに都市部のディスペンサリー内などにおかれている。通常医師や薬剤師が常勤し、それぞれのレベルで地域住民に対して一般の医療サービスも提供している。

一方巡回のものは月に1度から数度、公共の施設や個人の家屋などを借りて実施されている。通常ヘルスワーカーと呼ばれる保健補助員と家族福祉補助員がチームを組んで巡回していて、予防接種以外に母親や子供における健康管理から家族計画まで担当している。

予防接種においては、最初問診が行われ、子供においては黄色、大人の破傷風においては緑色の記録カードが個人に発行されている。

EPIサイトには政府が運営するもの以外にNGOが運営するものもある。1974年よりダッカ市内で活動しているRADDA BURNEN (10, MIRPUR, DHAKA) というNGOを例にとると、他に2カ所医療施設を持ち、4カ所にサテライトセンターと呼ばれる巡回施設を有している。EPIを含む母子保健、伝統的産婆のトレーニング、一般市民の保健教育などを主な活動内容としていて、一日の平均患者数1,100人の内約3分の1がEPI関連である。接種スケジュールや患者登録や記録は政府の方式に準じて行われていて、コールドチェーン機材は自前のものであるが、ワクチンは「バ」国から供給を受けている。この他に、活動を維持するために少額（子供が12TK¹⁵、大人が20TK）が接種に課せられているのが、政府系と異なる点である。

所属するサテライトセンターはスラム内の民間の家屋などを借りて医師とヘルスワーカーにより週に3日開かれている。EPIを含む母子保健と家族計画が主なサービス内容で、ワクチンは本部よりワクチンキャリアーで運ばれている。この他に一般検査や血液検査も行っていて、本部では簡単な検査のできる体制ができている。

¹⁵ TK(タカ)：「バ」国通貨の単位で、1998年9月現在、1TKは約2.93円

付属資料 - 8. キャンペーン事業費の詳細

日本分担分のワクチンとコールドチェーン機材を除く本キャンペーンに要する事業費の詳細を以下に示す。それぞれの出費項目と単価（金額）は過去のNIDsを参考に採用されている。

項目	単価 (US\$)	第一回		第二回		第三回		3回合計		備考
		数量	金額	数量	金額	数量	金額	数量	金額	
トレーニング										
農村部	2	450×10=4,500	9,000	—	—	4,500	9,000	9,000	18,000	注1
都市部		110×10=1,110	2,220	—	—	1,110	2,220	2,220	4,440	注2
								小計	22,440	注3
広報活動										
会議	12	450+110=560	6,720	—	—	560	6,720	1,120	13,440	注4
テレビ放送		1スポット	11,350	—	—	1スポット	11,350	2スポット	22,700	
ラジオ放送		1スポット	3,000	—	—	1スポット	3,000	2スポット	6,000	
マイク放送	6	560	3,360	560	3,360	560	3,360	1,680	10,080	
ポスター作成	0.11	100,000	11,000	—	—	100,000	11,000	200,000	22,000	
								小計	74,220	注5
体制整備										
トレーニング			10,000	—	—	—	—	—	10,000	
モニタリング			10,000	—	—	—	10,000	—	20,000	
								小計	30,000	注6
キャンペーン評価		2	20,000	—	—	2	20,000	4	40,000	注7
運営費										
補充接種要員	5	560×1×8日	22,400	4,480	22,400	4,480	22,400	13,440	67,200	注8
付加価値税			79,047		54,855		75,148		209,050	
輸送費			25,000		25,000		25,000		75,000	注9
荷物運搬人費	2	560×8日	8,960	4,480	8,960	4,480	8,960	13,440	26,880	注10
監理費	3	560×2日	3,360	1,120	3,360	1,120	3,360	3,360	10,080	
								小計	388,210	
予備費			10,000		10,000		10,000		30,000	
								合計	584,870	

資料：EPI本部

注1：ヘルスワーカーのトレーニングで、1タナにつき10名、450タナが対象となる。

注2：同じく110の地方都市 (Municipality)、1都市につき10名が対象となる。

注3：UNICEFが15,000ドル、USAIDが7,440ドルを分担予定

注4：450タナと110地方都市の合計560カ所で催される予定

注5：UNICEFが50,000ドル、USAIDが24,220ドルを分担予定

注6：サーベイランス要員のトレーニングとモニタリング費で、現在分担者未定

注7：キャンペーンの評価費用で、都市部と農村部に分けて実施。「バ」国とUSAIDが各20,000ドル供出

注8：補充接種要員の費用で、560カ所のタナと地方都市につき各1名、8日間（準備、後片づけ日を含む）

注9：ワクチンと機材の輸送費（中央-県-タナ）

注10：ワクチンの輸送費（タナ-地方都市-ユニオン）

付属資料-9. 調査団員氏名、所属

氏名	担当	所属
(1) 武井 耕一	総括	国際協力事業団 無償資金協力業務部 業務第二課
(2) 中谷 泰治	機材計画	(財) 日本国際協力システム
(3) 長谷川 庄司	調達計画	(財) 日本国際協力システム

付属資料-10. 調査工程表

No	月日	日 程		宿泊	
		武井団長	長谷川、中谷団員		
1	98.07.25	土	11:00 成田発 (TG641) → 15:30 バンコク着		バンコク
2	98.07.26	日	11:25 バンコク発 (TG321) → 12:50 ダッカ着 15:30 JICA事務所表敬・打合せ 16:30 日本大使館表敬・打合せ		ダッカ
3	98.07.27	月	09:30 大蔵省ERD表敬 10:30 保健家族福祉省保健局 Joint Secretary 表敬・協議 14:00 保健局EPI Director と協議		ダッカ
4	98.07.28	火	09:30 UNICEFとの協議 11:00 保健省EPIとの協議 15:30 WHOとの協議		ダッカ
5	98.07.29	水	09:30 世銀との協議 11:30 SIDAとの協議 14:00 保健省EPIとの協議・ミニッツ提示 16:00 USAIDとの協議		ダッカ
6	98.07.30	木	ゼネスト (ハルツール) により調査活動中止		ダッカ
7	98.07.31	金	過去の無償案件視察		ダッカ
8	98.08.01	土	市場調査、資料収集		ダッカ
9	98.08.02	日	09:30 EPIにて協議 10:30 ダッカ市内の予防接種場所視察 (NGO、保健省施設) 14:00 関係機関におけるジョイント会議 (ERD: 調査団は参加せず) 15:00 EPIにてミニッツの最終協議		ダッカ
10	98.08.03	月	10:00 協議議事録署名 (大蔵省ERD) 14:00 JICA事務所報告 16:00 日本大使館報告		ダッカ
11	98.08.04	火	14:00 ダッカ発 (TG322) → 17:20 バンコク着	保健局EPIとの協議 市場調査 データ収集	バンコク/ ダッカ
12	98.08.05	水	08:45着バンコク (JL708) → 16:35 成田着	サイト調査 (ワクチン倉庫、予防接種対象サイト: District and Thana Level)	ダッカ
13	98.08.06	木	保健局EPIとの最終協議 17:00 JICA事務所報告		ダッカ
14	98.08.07	金	14:00 ダッカ発 (TG322) → 17:20 バンコク着		バンコク
15	98.08.08	土	10:50 バンコク発 (TG640) → 19:00 成田着		

付属資料-11. 主要面談者リスト

日本側

在バングラデシュ日本国大使館

山内 洋一

二等書記官

石田 樹

二等書記官

JICAバングラデシュ事務所

岡崎 有二

所長

松島 正明

所員

バングラデシュ側

大蔵省ERD

Mr. M.A. Aziz Sarkar

Deputy Secretary

表 伸一郎

経済協力調整アドバイザー

Mr. Fakrul Ahsan

Deputy Chief

Mr. Abul Hossain

Senior Assistant Secretary

保健家族福祉省

Mr. Khondaker Mizanur Rahman

Joint Secretary

Mr. Md. Abdur Rouf

Deputy Secretary

Dr. Shamsul Hoque

Director, EPI

Dr. Mozammel Hoque

Deputy Director, EPI

Mr. M. Hamidul Islam

Senior Cold Chain Engineer

Dr. Johan Alroz

Medical Officer

Dr. Md. Abul Hossain Khan

Medical Officer

Gazipur District

Dr. Taher Ahmed Khan

Civil Surgeon

Dr. Hayat Mahmud

Medical Officer

Mr. Md. Muslem Uddin

EPI Supervisor

Mr. Md. Maniruzz Aman

EPI Assistant Store Keeper

Sreepur Thana

Dr. Md. Nazib

Thana Health & Family Planning

Dr. Abdus Samad

Resident Medical Officer

援助機関

UNICEF

Dr. Kamrul Islam

Project Officer, Health & Nutrition
Section

Dr. Rownak Khan

Assistant Project Officer,
Health & Nutrition Section

WHO

Dr. David H. Sniadack

Medical Officer, EPI

World Bank

Dr. Humayun K.M.A. Hye

Consultant

Embassy of Sweden

Mrs. Bie Granbom

Counselor

USAID

Ms. Margaret A. Neuse

Team Leader,
Population and Health Team

Radda MCH-FP Center (NGO)

Mr. Iqbal Jillul Majid

Programme Head, Health Education

MINUTES OF DISCUSSIONS
THE STUDY ON THE PROJECT FOR GRANT AID FOR CHILD HEALTH
EXPANDED PROGRAMME ON IMMUNIZATION PLAN OF ACTION FOR
NEONATAL TETANUS ELIMINATION
AND CONTROL OF MEASLES (FOR HIGH RISK AREAS)
IN
PEOPLE'S REPUBLIC OF BANGLADESH

In response to the request from the Government of People's Republic of Bangladesh (hereinafter referred to as "Bangladesh"), the Government of Japan decided to conduct a Study on the Project for Grant Aid for Child Health, Expanded Programme on Immunization Plan of Action for Neonatal Tetanus Elimination and Control of Measles (for High Risk Areas) in Bangladesh (hereinafter referred to as the "Project") and entrusted the study to Japan International Cooperation Agency (JICA).

JICA sent the Study Team (hereinafter referred to as "the Team"), headed by Mr. Koichi TAKEI, Second Grant Aid Project Management Division, Grant Aid Project Management Department, JICA to Bangladesh from July 25 to August 8, 1998.

The Team had a series of discussions with the officials concerned of the Government of Bangladesh and conducted a field survey.

As a result of discussions between both sides and the joint field survey, the Team has confirmed that it will convey the requested main items as attached for consideration by the Government of Japan.

Dhaka, August 3, 1998

高井 朝一

Mr. Koichi TAKEI
Leader,
Study Team,
JICA

Fakrul Ahsan

Mr. Fakrul AHSAN
Deputy Chief
Economic Relations Division,
Ministry of Finance
Government of Bangladesh

Md. Abdur Rouf

Mr. Md. Abdur ROUF
Deputy Secretary
Ministry of Health and Family Welfare
Government of Bangladesh

ATTACHMENT

1. Objective

The objective of the Project is to eliminate neonatal tetanus and to control measles in high risk areas, by increasing the coverage of vaccination through the provision of necessary vaccine and equipment.

2. Target Sites of the Project

The target sites for Measles and Neonatal Tetanus Campaign will be urban slums in four City Corporations (Dhaka, Chittagong, Khulna, Rajshahi) and the 10% of Unions in the entire country which have the lowest coverage of Routine Vaccination, and/or the highest rate of incidence. The specific areas will be finalized by the Government of Bangladesh two months prior to the Campaign and shall be reported to JICA Bangladesh Office.

3. Responsible and Executing Agency

Responsible Agency: Ministry of Health and Family Welfare
Executing Agency: Directorate General of Health Services,
Ministry of Health and Family Welfare

4. Items Requested by the Government of Bangladesh

(1) After discussions with the Team, the Government of Bangladesh made a final request to the Government of Japan to consider providing the items described in Annex 1 as part of the Project.

However, items to be included in the Project will be decided after further study in Japan.

(2) The Government of Bangladesh assigned in Annex 1 their own Priorities on the equipment.

Note: A = 1st Priority / Essential B = 2nd Priority / Necessary
 C = 3rd Priority / Desirable

5. Japan's Grant Aid System

(1) The Government of Bangladesh has understood the system of Japan's Grant Aid on Annex 2 as explained by the Team.

(2) The Government of Bangladesh will take necessary measures, as described in Annex 3 for the smooth implementation of the Project on the condition that the Grant Aid is extended to the Project by the Government of Japan.

6. Schedule of the Study

JICA will prepare a study report on the Project and send it to the Government of Bangladesh around November 1998.

7. Other relevant issues

(1) The Government of Bangladesh will allocate the necessary budget and personnel for execution of the Project.

(2) The Ministry of Health and Family Welfare will monitor and evaluate the Action for Neonatal tetanus Elimination and Control of Measles for high risk areas and the effect of the Project on the aforesaid action.

The results of monitoring and evaluation should be reported biannually to the JICA Office in Dhaka.

U.K.K.

↓

List of Equipment

Item	Quantity	Priority
1. TT Vaccine	9,540,000 doses	A
2. Measles Vaccine	1,465,000 doses	A
3. Auto destruct syringe with Safety Box	11,006,000	A
4. Cold chain equipment		
4-1 Cold Box		
for EPI Head Quarter	75	B
for District EPI Office	330	C
4-2 Icelined Refrigerator	20	B
4-3 Freezer	20	B
4-4 Voltage Regulator	40	B

M. Roberts

June 40

JAPAN'S GRANT AID PROGRAM

1. Japan's Grant Aid Procedures

(1) The Japan's Grant Aid Program is executed by the following procedures.

Application (Request made by a recipient country)

Study (Preliminary Study / Basic Design Study conducted by JICA)

Appraisal & Approval (Appraisal by the Government of Japan and Approval by the Cabinet of Japan)

Determination of Implementation (Exchange of Notes between the both Governments)

Implementation (Implementation of the Project)

(2) Firstly, an application or a request for a project made by the recipient country is examined by the Government of Japan (the Ministry of Foreign Affairs) to see whether or not it is suitable for Japan's Grant Aid. If the request is deemed suitable, the Government of Japan entrusts a study on the request to JICA (Japan International Cooperation Agency).

Secondly, JICA conducts the Study (Basic Design Study), using a Japanese consulting firm. If the background and objective of the requested project are not clear, a Preliminary Study is conducted prior to a Basic Design Study.

Thirdly, the Government of Japan appraises the Project to see whether or not it is suitable for Japan's Grant Aid Program, based on the Basic Design Study Report prepared by JICA and the results are then submitted to the Cabinet for approval.

Fourthly, the Project approved by the Cabinet becomes official when pledged by the Exchange of Notes signed by the both Governments.

Finally, for the implementation of the Project, JICA assists the recipient country in preparing contracts and so on.

2. Contents of the Study

(1) Contents of the Study

The purpose of the Study (Preliminary Study / Basic Design Study) conducted on a project requested by JICA is to provide a basic document necessary for appraisal of the project by the Japanese Government. The contents of the

M. R. K.

A.

AC

Study are as follows:

- a) to confirm background, objectives, benefits of the project and also institutional capacity of agencies concerned of the recipient country necessary for project implementation,
- b) to evaluate appropriateness of the Project for the Grant Aid Scheme from a technical, social and economical point of view,
- c) to confirm items agreed on by the both parties concerning a basic concept of the project,
- d) to prepare a basic design of the project,
- e) to estimate cost involved in the project.

Final project components are subject to approval by the Government of Japan and therefore may differ from an original request.

Implementing the project, the Government of Japan requests the recipient country to take necessary measures involved which are itemized on Exchange of Notes.

(2) Selecting (a) Consulting Firm(s)

For smooth implementation of the study, JICA uses (a) consulting firm(s) registered. JICA selects (a) firm(s) through proposals submitted by firms which are interested. The firm(s) selected carry(ies) out a Basic Design Study and write(s) a report, based upon terms of reference made by JICA.

The consulting firm(s) used for the study is (are) recommended by JICA to a recipient country after Exchange of Notes in order to maintain technical consistency and also to avoid possible undue delay in implementation caused if a new selection process is repeated.

(3) Status of a Preliminary Study in the Grant Aid Program

A Preliminary Study is conducted during the second step of a project formulation & preparation as mentioned above.

A result of the study will be utilized in Japan to decide if the Project is to be suitable for a Basic Design Study

Based on the result of the Basic Design Study, the Government would proceed to the stage of decision making process (appraisal and approval).

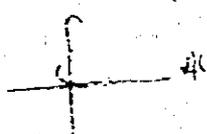
It is important to notice that at the stage of Preliminary Study, no commitment is made by the Japanese side concerning the realization of the Project in the scheme of Grant Aid Program.

3. Japan's Grant Aid Scheme

(1) What is Grant Aid?

The Grant Aid Program provides a recipient country with non reimbursable funds needed to procure facilities, equipment and services for economic...

1/10/10-1



social development of the country under the following principles in accordance with relevant laws and regulations of Japan. The Grant Aid is not in a form of donation or such.

(2) Exchange of Notes (E/N)

The Japan's Grant Aid is extended in accordance with the Exchange of Notes by both Governments, in which the objectives of the Project, period of execution, conditions and amount of the Grant etc. are confirmed.

(3) "The period of the Grant Aid" means one Japanese fiscal year which the Cabinet approves the Project for. Within the fiscal year, all procedure such as Exchange of Notes, concluding a contract with (a) consulting firm(s) and (a) contractor(s) and a final payment to them must be completed.

(4) Under the Grant, in principle, products and services of origins of Japan or the recipient country are to be purchased.

When the two Governments deem it necessary, the Grant may be used for the purchase of products or services of a third country origin.

However the prime contractors, namely, consulting, contractor and procurement firms, are limited to "Japanese nationals". (The term "Japanese nationals" means Japanese physical persons or Japanese juridical persons controlled by Japanese physical persons.)

(5) Necessity of the "Verification"

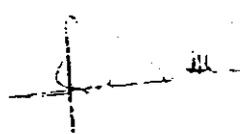
The Government of the recipient country or its designated authority will conclude into contracts in Japanese yen with Japanese nationals. Those contracts shall be verified by the Government of Japan. The "Verification" is deemed necessary to secure accountability to Japanese tax payers.

(6) Undertakings required to the Government of the recipient country

In the implementation of the Grant Aid, the recipient country is required to undertake necessary measures such as the following:

- a) to secure land necessary for the sites of the project and to clear and level the land prior to commencement of the construction work,
- b) to provide facilities for distribution of electricity, water supply and drainage and other incidental facilities in and around the sites.
- c) to secure buildings prior to the installation work in case the Project is providing equipment

14/12/77



- d) to ensure all the expenses and prompt execution for unloading, customs clearance at the port of disembarkation and internal transportation of the products purchased under the Grant Aid,
- e) to exempt Japanese nationals from customs duties, internal taxes and other fiscal levies which will be imposed in the recipient country with respect to the supply of the products and services under the Verified Contracts,
- f) to accord Japanese nationals whose services may be required in connection with the supply of the products and services under the Verified Contracts, such facilities as may be necessary for their entry into the recipient country and stay therein for the performance of their work.

(7) Proper Use

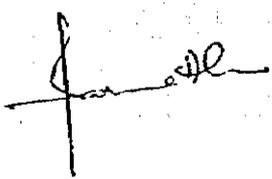
The recipient country is required to maintain and use facilities constructed and equipment purchased under the Grant Aid properly and effectively and to assign staff necessary for their operation and maintenance as well as to bear all expenses other than those to be borne by the Grant Aid.

(8) Re-export

The products purchased under the Grant Aid shall not be re-exported from the recipient country.

(9) Banking Arrangement (B/A)

- a) The Government of the recipient country or its designated authority shall open an account in the name of the Government of the recipient country in an authorized foreign exchange bank in Japan (hereinafter referred to as "the Bank"). The Government of Japan will execute the Grant Aid by making payments in Japanese yen to cover the obligations incurred by Government of the recipient country or its designated authority under the contracts verified.
- b) The payments will be made when payment requests are presented by the Bank to the Government of Japan under an Authorization to Pay issued by the Government of the recipient country or its designated authority.

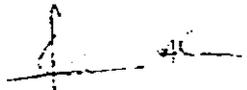
M. R. V. 

Necessary Measures to be taken by the Government of Bangladesh

Following necessary measures should be taken by the Government of Bangladesh on condition that the Grant Aid by the Government of Japan is extended to the Project:

1. To provide data and information necessary for the Project;
2. To bear commissions to the Japanese foreign exchange bank for its banking services based upon the Banking Arrangement, namely the advising commission of the "Authorization to Pay" and payment commission;
3. To ensure prompt unloading, tax exemption, customs clearance before entering in Bangladesh and prompt internal transportation therein of the materials and equipment for the Project purchased under the Grant Aid;
4. To exempt Japanese juridical and physical nationals engaged in the Project from customs duties, internal taxes and other fiscal levies which may be imposed in Bangladesh with respect to the supply of the products and services under the verified contracts;
5. To accord Japanese nationals whose services may be required in connection with the supply of the products and the services under the verified contract such facilities as may be necessary for their entry into Bangladesh and stay therein for the performance of their work;
6. To provide necessary permissions, licenses and other authorizations for implementing the Project, if necessary;
7. To assign appropriate budget and staff for proper and effective use of equipment and instruments provided under the Grant Aid;
8. To maintain and use properly and effectively the equipment and instruments provided under the Project; and
9. To bear all the expenses, other than those to be borne by the Japan's Grant Aid within the scope of the Project.

in reply



付属資料-13. 当該国の社会・経済事情

国名	バングラデシュ人民共和国 People's Republic of Bangladesh
----	---

1997.03 1/2

一般指標				
政体	共和制	*1	首都	ダッカ
元首	President Abdur Rahman BISWAS	*1	主要都市名	チッタゴン、クッチ、ミンシ
独立年月日	1971年12月16日	*1	経済活動可人口	59,000千人 (1994年)
人種(部族)構成	ベンガル人98%	*4	義務教育年数	5年間 (1996年)
			初等教育就学率	70.0% (1994年)
言語・公用語	ベンガル語、英語	*1	初等教育終了率	47.0% (1990年)
宗教	回教33%、ヒन्द教16%	*1	識字率	37.0% (1993年)
国連加盟	1974年09月	*2	人口密度	956.57人/Km ² (1995年)
世銀・IMF加盟	1972年08月	*3	人口増加率	2.32% (1995年)
			平均寿命	平均55.46 男55.69 女55.22
			5歳児未済死亡率	117/1000 (1994年)
面積	144.0千Km ²	*4	加給-供給量	2,019.0cal/日/人 (1992年)
人口	128,094.9千人 (1995年)	*4		

経済指標				
通貨単位	タカ	*1	貿易量	(1995年)
為替レート(US\$)	1US\$= 42.45 (1月)	*6	輸出	3,173.0百万ドル
会計年度	7月~ 6月	*1	輸入	6,496.0百万ドル
国家予算		*6	輸入増加率	7.9% (1994年)
歳入	- 百万ドル	*6	主要輸出品目	衣服、麻、皮革、海老
歳出	- 百万ドル	*6	主要輸入品目	資本財、石油、食品、繊維
国際収支	691.3 百万ドル (1994年)	*6	日本への輸出	146.0百万ドル (1995年)
ODA受取額	1,757.00 百万ドル (1994年)	*8	日本からの輸入	347.0百万ドル (1995年)
国内総生産(GDP)	26,164.00 百万ドル (1994年)	*8		
一人当たりGNP	220.0 ドル (1994年)	*8	外貨準備総額	1,834.6百万ドル (1996年)
GDP産業別構成	農業 30.0% (1994年)	*3	対外債務残高	653.0百万ドル (1994年)
	鉱工業 18.0% (1994年)		対外債務返済率	15.1% (1994年)
	サービス業 52.0% (1994年)		インフレ率	0.2% (1993年)
産業別雇用	農業 65.0% (1990年)	*5		
	鉱工業 16.0% (1990年)		国家開発計画	第4次開発5カ年計画 1990年~1995年
	サービス業 18.0% (1990年)			
経済成長率	4.2% (1994年)	*8		

気象(年~ 年平均) 場所: Dacca (標高 3m)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	平均/計
最高気温	25.0	28.0	33.0	35.0	34.0	32.0	31.0	31.0	31.0	31.0	29.0	26.0	30.5℃
最低気温	12.0	13.0	16.0	12.0	15.0	16.0	16.0	16.0	16.0	14.0	18.0	13.0	14.7℃
平均気温	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0℃
降水量	18.0	31.0	58.0	103.0	194.0	321.0	437.0	305.0	254.0	169.0	28.0	2.0	1,920.0 mm
雨期/乾期	乾					雨	雨	雨	雨	雨			乾

*1 CIA World Fact book(1993)
 *2 States Member of the United Nations
 *3 World Bank Fax(1994)
 *4 CIA World Fact Book(1996-1997)
 *5 Human Development Report(1996)
 *6 International Financial Statistics
 *7 Statistical Yearbook 1996

*8 World Development Report(1996)
 *9 World Debt Tables (1996)
 *10 世界の国一覽(外務省外務報道官編集)(1996)
 *11 最新世界各国要覽(1996)
 *12 理科年表1997(丸善)

国名	バングラデシュ人民共和国
	People's Republic of Bangladesh

1997.03 2/2

*13

項目	年度	1990	1991	1992	1994
技術協力		2,382.47	2,515.30	2,699.97	3,087.67
無償資金協力		1,989.63	2,050.70	2,194.95	2,456.48
有償資金協力		5,676.39	7,364.47	5,852.05	4,352.21
総 額		10,048.49	11,930.47	10,746.97	9,896.36

*14

項目	歴 年	1991	1992	1993	1994
技術協力		22.11	28.48	34.01	35.93
無償資金協力		122.41	163.59	207.51	204.71
有償資金協力		-29.53	-28.63	-56.48	-13.05
総 額		114.99	163.44	185.04	227.59

*13

	贈 与 (1)		有償資金協力 (2)	政府開発援助 (ODA) (1) + (2) = (3)	その他政府資金及び民間資金 (4)	経済協力総額 (3) + (4)
		技術協力				
二国間援助 (主要供与国)	871.10	58.00	-17.80	853.30	8.00	861.30
1. 日本	192.10	28.50	-28.60	163.50	0.00	163.50
2. アメリカ	118.00	58.00	12.00	130.00	0.00	130.00
3. カナダ	108.90	15.30	0.00	108.90	0.00	108.90
4. イギリス	102.90	35.10	-0.90	102.00	5.10	107.10
多国間援助 (主要援助機関)	238.90	98.30	729.80	968.70	-22.10	946.60
1. ASDB	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2. IDA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
そ の 他	13.30	0.00	-0.70	12.60	0.00	12.60
合 計	1,123.30	156.30	711.30	1,834.60	-14.10	1,820.50

*15

技術	計画省経済関係局 (ERD)
無償	計画省経済関係局 (ERD)
協力隊	計画省経済関係局 (ERD)

*13 Geographical Distribution of Financial Flows of Developing Countries(1996)

*14 Japan's Official Development Assistance Annual Report (1995)

*15 国別協力情報(JICA)

JICA



LIB