

バングラデシュ人民共和国  
母性保護サービス強化プロジェクト  
事前評価調査報告書

平成 17 年 8 月  
(2005 年)

独立行政法人 国際協力機構  
バングラデシュ事務所

バン 事
J R
05-01

バングラデシュ人民共和国  
母性保護サービス強化プロジェクト  
事前評価調査報告書

平成 17 年 8 月

(2005 年)

独立行政法人 国際協力機構

バングラデシュ事務所

# 地圖





郡病院(ノルシンディ県シブプール郡)



P-C-Mワークショップ議論の様子



サテライトクリニック  
(ノルシンディ県モノホルディ郡)



P-C-Mワークショップ参加者による発表の様子



大蔵省経済関係局 (ERD) においてM/M署名



コミュニティ・クリニック  
(ノルシンディ県モノホルディ郡)

## 略 語 表

ANC	Ante-natal Care	妊婦健診
BCC	Behavior Change Communication	行動変容のためのコミュニケーション
BRAC	(BRAC は、設立時の名称である Bangladesh Rural Advancement Committee を使わず、略語の BRAC に統一している。)	現地 NGO の名称
CBT	Competence-Based Training	実践できる能力を重視した訓練
CS	Civil Surgeon	県衛生部長
DC	Deputy Commissioner	県知事
DDFP	Deputy Director/Family Planning	県家族計画局長
DGFP	Director General/Family Planning	保健家族福祉省家族計画局
DGHS	Director General/Health Services	保健家族福祉省保健局
DH	District Hospital	県病院
EmOC	Emergency Obstetric Care	緊急産科ケア
ERD	Economic Relations Division	大蔵省経済関係局
ESP	Essential Service Package	基礎保健サービスパッケージ
FPAB	Family Planning Association of Bangladesh	バングラデシュ家族計画協会
FPI	Family Planning Inspector	家族計画監督官
FWA	Family Welfare Assistant	家族福祉補助員・助手 (政府職員)
FWC	Family Welfare Center	家族福祉センター
FWV	Family Welfare Visitor	家族福祉訪問員 (政府職員)
FWVTI	Family Welfare Visitor Training Institute	家族福祉訪問員研修所
HA	Health Assistant	保健補助員
HNPSP	Health, Nutrition and Population Sector Programme	保健栄養人口セクタープログラム
HPSP	Health and Population Sector Programme	保健人口セクタープログラム
HRDRH	Project of Human Resource Development in Reproductive Health in Bangladesh	バングラデシュ国リプロダクティブヘルス人材開発プロジェクト
ICMH	Institute of Child and Maternal Health	母子保健インスティテュート (病院・研修所)
JOICFP	Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning	家族計画国際協力財団 (ジョイセフ)
LD-ESD	Line Director/Essential Services Delivery	基礎サービスデリバリー課課長
LD-IST	Line Director/In-Service Training	卒後研修課課長
LD-MCHR	Line Director/Maternal and Child/Reproductive Health	母子保健・リプロダクティブヘルス課課長
LLP	Local Level Planning	県・郡母子保健計画
LTOs	Lead Training Organizations	主要研修機関
MA	Paramedics	メディカルアシスタント
MBBS	Bachelor of Medicine & Bachelor of Surgery	(大卒医の称号)
MCHTI	Maternal and Child Health Training Institute	母子保健研修所 (無償案件 2000 年 9 月完工)

MCWC	Mother and Child Welfare Center	母子福祉センター
MO	Medical Officer	メディカルオフィサー
MOHFW	Ministry of Health and Family Welfare	バングラデシュ政府保健家族福祉省 (家族計画局と保健局がある)
MO-MCH	Medical Officer-Maternal and Child Health	母子保健医務官
NIPORT	National Institute of Population and Training	国立人口問題研究所／国立人口研究研修所 ／国家人口研究訓練機関
PPP	Public Private Partnership	官民連携
RMO	Resident Medical Officer	郡保健局医務官
SACMO	Sub-Assistant Community Medical Officer	家族計画医師補助者
SBA	Skilled Birth Attendant	熟練助産師
Sr. FWV	Senior Family Welfare Visitor	上級家族福祉補助員
TTU	Technical Training Unit	卒後研修技術研修室
UFWC	Union Family Welfare Center	ユニオン家族福祉センター
UHC	Upazlia Health Complex	郡病院
UHFPO	Upazlia Health and Family Planning Officer	郡保健・家族計画課長
UFPO	Upazlia Family Planning Officer	郡家族計画課長
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金

# 目 次

地 図  
写 真  
略語表

第1章 調査概要	1
1-1 調査団派遣の経緯	1
1-2 調査団の目的	1
1-2-1 プロジェクトの計画策定	1
1-2-2 計画内容の評価	1
1-3 調査団派遣期間	2
1-4 調査団の構成	2
1-5 主要面談者	2
第2章 調査結果要約	4
第3章 調査報告	9
3-1 プロジェクト実施の妥当性	9
3-1-1 バ国母子保健分野の開発計画の現状と対象地域・住民のニーズ	9
3-1-2 バ国開発・母子保健政策、他ドナー及びNGOの動向	9
3-2 プロジェクトの協力計画	10
3-2-1 プロジェクトの基本概念	10
3-2-2 プロジェクトの基本計画	11
3-3 プロジェクト実施体制	20
3-3-1 先方政府及びNGO(BRAC)の体制	20
3-3-2 日本側リソース	21
3-3-3 プロジェクト対象地域とプログラム化	22
第4章 評価5項目による事前評価結果	24
4-1 妥当性	24
4-2 有効性	25
4-3 効率性	25
4-4 インパクト	26
4-5 自立発展性	27
第5章 留意事項	28
第6章 団長所感	29

付属資料

1. ミニッツ	33
2. PCM ワークショップ結果	47
3. PDM (和文)	57
4. 参考文献・資料リスト	59



# 第1章 調査概要

## 1-1 調査団派遣の経緯

バングラデシュ人民共和国(以下、「バ国」と記す)政府は、保健栄養人口セクタープログラム[Health, Nutrition and Population Sector Program(HNPSP)/2005年開始予定]の中で妊産婦死亡率(Maternal Mortality Ratio:MMR)と乳幼児死亡率(Infant Mortality Rate:IMR)の軽減を最重要課題として取り上げている。MMRは出生10万対320[Bangladesh Maternal Mortality Survey (BMMS), 2001]、IMRは出生1,000対65、合計特殊出生率3.0と母子保健関連指標は依然として高い[Bangladesh Demographic Health Survey (BDHS), 2004]。MMRが高い原因としては、①妊産婦検診の受診率が低いために異常妊娠を発見することが困難、ひいては治療の遅延を引き起こしている、②妊産婦の約12%のみが助産研修を受けた介助者のもとで出産、③緊急の輸送手段がないなどがあげられる。HNPSPでは、これらの原因に鑑み、地域保健医療サービス提供者〔家族福祉訪問員、家族福祉補助員、熟練助産師〕への研修強化、地方レベルの保健システム強化、NGOとの連携等による母子保健サービスの質向上とサービス利用率の増加に取り組むとしている。

日本は過去、家族計画・人口抑制プロジェクト(70年代)、母子保健研修所建設とリプロダクティブヘルス・人材開発プロジェクト(Human Resource Development in Reproductive Health:HRDRH)(2004年8月終了)等、この分野での様々な協力を続けてきており、政府と他のドナーからも高く評価されている。特に、HRDRHプロジェクトでは、中間評価の結果から助産研修を受けた家族福祉訪問員が研修成果を生かすための環境整備が必要であることがわかった。なかでも、監督者による巡回指導を活性化することで研修の長期的な効果が期待できることから、ノルシンディ県の2郡を中心に活動を広げ、巡回指導・リファラルシステムの強化、人間関係・コミュニケーション研修の実施などを行った。

かかる背景を受け、バ国は日本政府に対し、「母性保護サービス強化プロジェクト」を要請した。バ国の要請を受け、JICAは本案件を採択し、2006年2～4月を目処に実施を予定している。

本案件は地域レベルでの安全な出産と周産期サービスの改善のための技術協力が期待されている。ノルシンディ県を拠点とし、その他2県への波及を目指し、県内全域を対象に巡回指導・リファラルシステムの強化、研修(計画立案、モニタリング、巡回指導、情報管理システムなど)支援、NGO(BRAC等)との連携を中心とした官民連係(Public-Private-Partnership:PPP)のモデル化を目指した活動を実施する予定である。

## 1-2 調査の目的

### 1-2-1 プロジェクトの計画策定

バ国側のニーズ・意向、予算措置の有無、実施体制等を確認のうえ、プロジェクト目標、成果、ターゲットグループ、対象県等、プロジェクトの骨格及び実施体制について、バ国側と協議、合意する。

### 1-2-2 計画内容の評価

評価5項目(妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性)の基準でプロジェクト概要を検証し、事前調査評価表案の作成を行う。

### 1-3 調査団派遣期間

#### (1) 調査期間

2005年8月1日～8月10日（コンサルタント団員は、2005年7月26日から）。

#### (2) 調査日程

	月 日	曜日	官団員	コンサルタント
1	7月26日	火		東京→バンコク
2	7月27日	水		バンコク→ダッカ、JICA 内打合せ
3	7月28日	木		家族計画局、国立人口問題研究所 (NIPORT) 訪問調査
4	7月29日	金		資料整理
5	7月30日	土		現地調査（ノルシンディ県）
6	7月31日	日		PCM ワークショップ準備
7	8月1日	月	東京→バンコク	PCM ワークショップ（第1回：ノルシンディ県）
8	8月2日	火	バンコク→ダッカ、JICA バングラデシュ事務所、家族計画局母子保健課との協議	
9	8月3日	水	在バングラデシュ日本大使館、大蔵省経済関係局(ERD)、保健省表敬	
10	8月4日	木	ノルシンディ県 現地調査	
11	8月5日	金	ミニッツ(M/M)案作成・報告書案作成、ワークショップ準備	
12	8月6日	土	PCM ワークショップ（第2回：ノルシンディ県）	
13	8月7日	日	保健省協議（M/M 協議）、ドナー（母子保健分野）との合同協議	
14	8月8日	月	M/M 署名、BRAC協議、家族計画局長との協議、母子保健研修所 (MCHTI) 訪問、JICA バングラデシュ事務所報告	
15	8月9日	火	在バングラデシュ日本大使館報告、ダッカ→バンコク	
16	8月10日	水	→東京	

### 1-4 調査団の構成

氏 名	担当分野	所属先
花田 恭	団長	JICA 人間開発部課題アドバイザー
倉辻 忠俊	母性保護	国立成育医療センター研究所長
吉村 幸江	地域保健	JICA バングラデシュ事務所 企画調査員
西村 恵美子	協力企画	JICA 人間開発部第四グループ母子保健チーム 職員
島田 俊子	プロジェクト効果分析	アイ・シー・ネット株式会社 コンサルタント

### 1-5 主要面談者

#### (1) バ国側関係者

##### 1) 大蔵省経済関係局(ERD)

Mr. M. Emdadul Haque

Deputy Secretary

Ms. Yeasmin Afsana

Senior Assistant Secretary

##### 2) 保健家族福祉省(MOHFW)

Mr. M. Md. Abdul Mannan

Deputy Chief, Planning, MoHFW

Mr. M. A. Akmall Hossain Azad

Director General/ Family Planning,

Dr. Jafar Ahmed Hakim

Director, Maternal and Child Health, DGFP

- |                         |  |
|-------------------------|--|
| Dr. Tajnin Waris        | Program Manager, Maternal and Child Health, DGFP |
| 3) 母子保健研修所(MCHTI)       |  |
| Dr. Md. Ziaul Karim     | Superintendent                                   |
| 4) ノルシンディ県家族計画局(DDFP)   |  |
| Ms. Afroza Begum        | Deputy Director/ Family Planning                 |
| 5) ノルシンディ県関係機関          |  |
| Ms. Jakeya Jesmeen      | Upazila Family Planning Officer, Monohardi       |
| Dr. S. M. Nahida Akhtar | Gynecologist, Sadar Hospital                     |
| 6) NGO 関係者(BRAC)        |  |
| Mr. Aminul Alam         | Deputy Executive Director, BRAC                  |
| Ms. Kaosar Afsana       | Program Manager, BRAC Health Program             |

(2) ドナー関係者

- |                           |                    |
|---------------------------|--------------------|
| Dr. Bushma B. Alen        | UNFPA (国連人口基金)     |
| Ms. Tahera. Ahmed         | UNFPA (国連人口基金)     |
| Ms. A. Knutsson           | UNFPA (国連人口基金)     |
| Dr. Monira Parveen        | UNICEF (国際連合児童基金)  |
| Dr. Duangvadee Sungkhobol | WHO (世界保健機構)       |
| Mr. Syed Khaled Ahsan     | SIDA (スウェーデン国際開発庁) |
| Mr. M. A. Sabur           | DFID (英国国際開発省)     |
| Dr. Dinesh Nair           | DFID (英国国際開発省)     |
| Ms. Sheri-Nouane Johnson  | USAID (米国国際開発庁)    |
| Mr. Kishan Chakraborti    | USAID (米国国際開発庁)    |
| Mr. Habibur Rahman        | KFW (ドイツ復興金融公庫)    |
| Dr. Guenter Dietz         | GTZ (ドイツ技術協力公社)    |
| Mr. Shahruhk Safi         | GTZ (ドイツ技術協力公社)    |
| Dr. Momena Khatun         | CIDA (カナダ国際開発庁)    |

(3) 日本側関係者

1) 在バングラデシュ日本大使館

- |       |       |
|-------|-------|
| 堀口 松城 | 大 使   |
| 紀谷 昌彦 | 参事官   |
| 松本 曜一 | 一等書記官 |

2) JICA バングラデシュ事務所

- |        |           |
|--------|-----------|
| 新井 明男  | 所 長       |
| 永友 紀章  | 次 長       |
| 小林 美弥子 | 所 員       |
| 吉村 麻香  | ボランティア調整員 |

## 第2章 調査結果要約

<p>1. 案件名：技術協力プロジェクト「母性保護サービス強化プロジェクト」（仮称）</p>
<p>2. 協力概要</p> <p>(1) 協力内容</p> <p>保健家族福祉省は、妊産婦死亡率と乳幼児死亡率の軽減を最重要課題として取り上げ、その戦略として公的保健システムの強化やNGOをはじめとする民間セクターとの連携強化を推奨している。しかし、2001年の政権交代時に保健政策の大幅な変更や組織改編があり、これらの混乱に伴い保健栄養人口セクタープログラム(Health, Nutrition and Population Sector Program: HNPS)の実施が遅れているため、戦略が具体的な活動として実施されていないケースが多い。また、サービス提供現場のニーズや現実に即した戦略やアプローチが未整備で、結果的に、質の高いリプロダクティブヘルスサービスが末端レベルのコミュニティに届いていないのが実態である。</p> <p>したがって本プロジェクトは、保健栄養人口セクタープログラムの枠組みのもと、「<u>対象県の妊娠可能年齢の女性と新生児の健康状態の改善</u>」を目指すため、以下を柱とする。(図2-1参照)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) 保健家族福祉省や他ドナーに対して現場レベルの活動や課題のフィードバック、提言や教訓の共有を積極的に実施し、政策的支援を得るための働きかけをこれらの上位あるいは関係機関に行っていく(成果1)。</li><li>2) 既存の公的リプロダクティブヘルスサービス提供制度を活用して、対象県以下の家族計画局のマネジメント能力の強化を行う。(成果2)</li><li>3) 安全な出産に関するサービスの強化(成果3)</li><li>4) 官民連携を通じたコミュニティ支援(成果4)</li></ol> <p>(2) 協力期間(予定)</p> <p>2006年2月より4年間</p> <p>(3) 協力総額(日本側)</p> <p>3.9億円</p> <p>(4) 協力相手先機関</p> <p>保健家族福祉省家族計画局</p> <p>(5) 日本側実施機関</p> <p>JICA</p> <p>(6) 受益対象者及び規模、等</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) 対象地域住民、特に妊娠可能年齢の女性と新生児</li><li>2) 対象県の家族計画局職員、フィールドスタッフ</li><li>3) 対象県の保健局関係職員</li></ol>
<p>3. 協力の枠組み</p> <p>(1) 協力の目標(アウトカム)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) 協力終了時の達成目標(プロジェクト目標)</li></ol> <p>対象県の妊娠可能年齢の女性と新生児の健康状態が改善される。</p> <p>(Health status of women of reproductive age and neonates is improved in the target district.)</p>

<指標・目標値>

- ・プロジェクト終了時までに対象県の妊産婦死亡数が減少する。
- ・プロジェクト終了時までに対象県の新生児死亡数が減少する。

2) 協力終了後に達成が期待される目標（上位目標）

プロジェクトから抽出されたリプロダクティブヘルスサービスの方法が標準化され他県に適用される。

(Approaches of Reproductive Health services extracted from the Project are standardized and applied to other districts.)

<指標・目標値>

- ・プロジェクトのアプローチや経験が他県で採用された事例数

(2) 成果（アウトプット）と活動

1) アウトプット1：プロジェクトの経験・教訓が上位機関と関係機関にフィードバックされ、政策的支援を得るための働きかけがなされる。

(Feedback on lessons learnt from the Project is given to the central level, and necessary actions are put into practice.)

<活動1>

- ①上位機関と関係ドナーとのプロジェクト合同調整委員会を定期的実施、モニタリング結果のフィードバックと提言を行う。
- ②ニューズレターの発行とホームページの開設を通じて、上位機関と関係機関への広報活動を促進する。
- ③プロジェクト活動を基に事例集を作成する。
- ④フィードバック・経験共有を目的としたワークショップ、セミナーを開催する。
- ⑤保健栄養人口セクタープログラムの他ドナーとの情報交換、連携を行う。

2) アウトプット2：対象県において家族計画局のマネージメントが改善される。

(Management of Family Planning Offices at district and upazila level is improved.)

<活動2>

- ①県プロジェクト運営委員会が設置され、定期会議を開催する。
- ②県・郡レベルのマネージメント強化項目のチェックリストを作成し、プロジェクト開始直後と終了時にアセスメントを行う。
- ③県・郡レベル家族計画局職員（郡保健・家族計画課長、母子保健医務官）に対する県・郡母子保健計画(Local Level Planning)研修を実施する。
- ④県・郡レベルの家族計画局職員に対する保健情報管理研修を行う。
- ⑤上記③に基づいて作成された県・郡母子保健計画のモニタリング・評価実施を支援する。
- ⑥県・郡レベルの家族計画局職員による巡回指導を促進・強化する。

3) アウトプット3：安全な出産のためのサービス提供体制が対象県以下で強化される。

(Safe delivery service system is strengthened.)

<活動3>

- ①熟練助産師、家族福祉訪問員に対する研修のフォローアップを行う。
- ②家族福祉訪問員による熟練助産師に対する巡回指導を強化する。
- ③緊急産科施設の体制の整備とフォローアップを行う。
- ④リファラルシステムを強化する。

- ・地域で出産に携わる関係者との会合を行う。
- ・リファーマシー利用を促進する。
- ・医療サービス提供者（NGO、私立病院、伝統治療師、薬局など）との情報交換・連携を促進する。

⑤出産症例検討会を行う。

⑥サテライトクリニックのサービスを強化する。

4) アウトプット4：民間の協力を得て、対象地域住民が主体的にリプロダクティブヘルスサービスを利用できるようになる。

(Reproductive Health services are more utilized by target community people in cooperation with private sectors.)

<活動4>

- ①コミュニティボランティアを選定・育成する。
- ②対象地域住民のリプロダクティブヘルスに関する知識、意識／態度、行動調査を実施する。
- ③住民教育・啓発、行動変容のためのコミュニケーション活動を実施する。
- ④対象地域関係者（NGO、私立病院、住民組織、地元企業、ユニオン評議会など）とのネットワークを構築する。

### (3) 投入（インプット）

#### 1) 日本側

- ・専門家派遣：チーフ・アドバイザー、調整員、地域保健、その他短期専門家
- ・機材供与：車両やオートバイ、緊急産科ケアに関する機材（ただし、機材供与の必要と産科医と麻酔医が配置することを条件とする）、その他必要な機材について供与
- ・海外研修

#### 2) バ国側

- ・カウンターパートの配置：中央、県、郡レベルのそれぞれの家族計画局の職員とフィールドスタッフを主なカウンターパートとする。一部の活動で保健局側との連携が必要なため、保健局の職員もカウンターパートに含める。
- ・土地、建物、施設の提供：保健家族福祉省家族計画局及びノルシンディ県家族計画局は、プロジェクト事務所や付帯施設を提供する（ダッカ及びノルシンディ県で2事務所）。
- ・ローカルコスト（関税負担を含む）

## 4. 今後の対応事項

### (1) プロジェクト・サイト

本プロジェクトは対象県1県で実施するが、他2県で助産師や保健師など新規協力隊の派遣や草の根無償の供与など他スキームとの連携をプログラムアプローチとして戦略的に行い、バ国保健分野での日本の援助協力の相乗効果をねらう。

ノルシンディ県以外の2県の候補地の決定に関しては、保健省、家族計画局、保健局及び日本側にて協議し、討議議事録(Record of Discussion:R/D)締結時まで決定する。

### (2) 青年海外協力隊との連携

助産師、保健師隊員を中心に、プロジェクトとの連携において妥当な活動内容・派遣計画をバ国側、協力隊員とともに検討する。また、保健局関連事業に関しては、感染症対策隊員との連携を予定する。

### (3) 中央政府へのフィードバック

プロジェクト活動の成果の一つとして、保健家族福祉省や他ドナーに対して現場レベルの活動や課題のフィードバック、提言や教訓の共有を積極的に実施し、本案件で得られたグッドプラクティスやノウハウを中央レベルにて標準化するため、政策的支援を得るための働きかけをこれらの上位あるいは関係機関に行っていくこととする（成果1）。また、本プロジェクトは、HNPSの傘下にて母子保健分野のSteering Committeeが設置された場合は、同Committeeを活用し、プロジェクトのプレイアアップを図る。

### (4) 日本人専門家派遣分野

- 1) チーフ・アドバイザー
- 2) 業務調整員
- 3) 地域保健
- 4) 短期専門家
  - ① 新生児専門医
  - ② 産科医
  - ③ 麻酔科医
  - ④ 助産師
  - ⑤ 疫学統計専門家
  - ⑥ 公衆衛生専門家
  - ⑦ 管理栄養士
  - ⑧ 教材開発（IECなど）

本案件では、日本人専門家の人的投入を最小限に抑え、前リプロダクティブヘルス案件のカウンターパート機関（MCHTL、NIPORT等）などを利用し、現地で調達可能なリソースを積極的に活用していくこととする。

### (5) NGOとの連携

NGOへの委託事業の活動内容の一つとして検討してきたコミュニティ・クリニックの運営に関しては、現在、バ国政府とドナー、NGOにて検討中であり、その結論を待つ必要がある。具体的な連携のあり方については、引き続き、NGOと協議を重ねる必要がある。

## 5. 今後の計画

### < 事前評価調査 >

- ・ 2005年8月中旬 帰国報告会
- ・ 2005年9月以降 補足調査、バ国政府との協議

### < 実施協議 >

- ・ 2005年10～11月 JICAバングラデシュ事務所にてR/D署名
- ・ 2005年11月 ベースライン調査
- ・ 2006年2～3月 プロジェクト開始（予定）

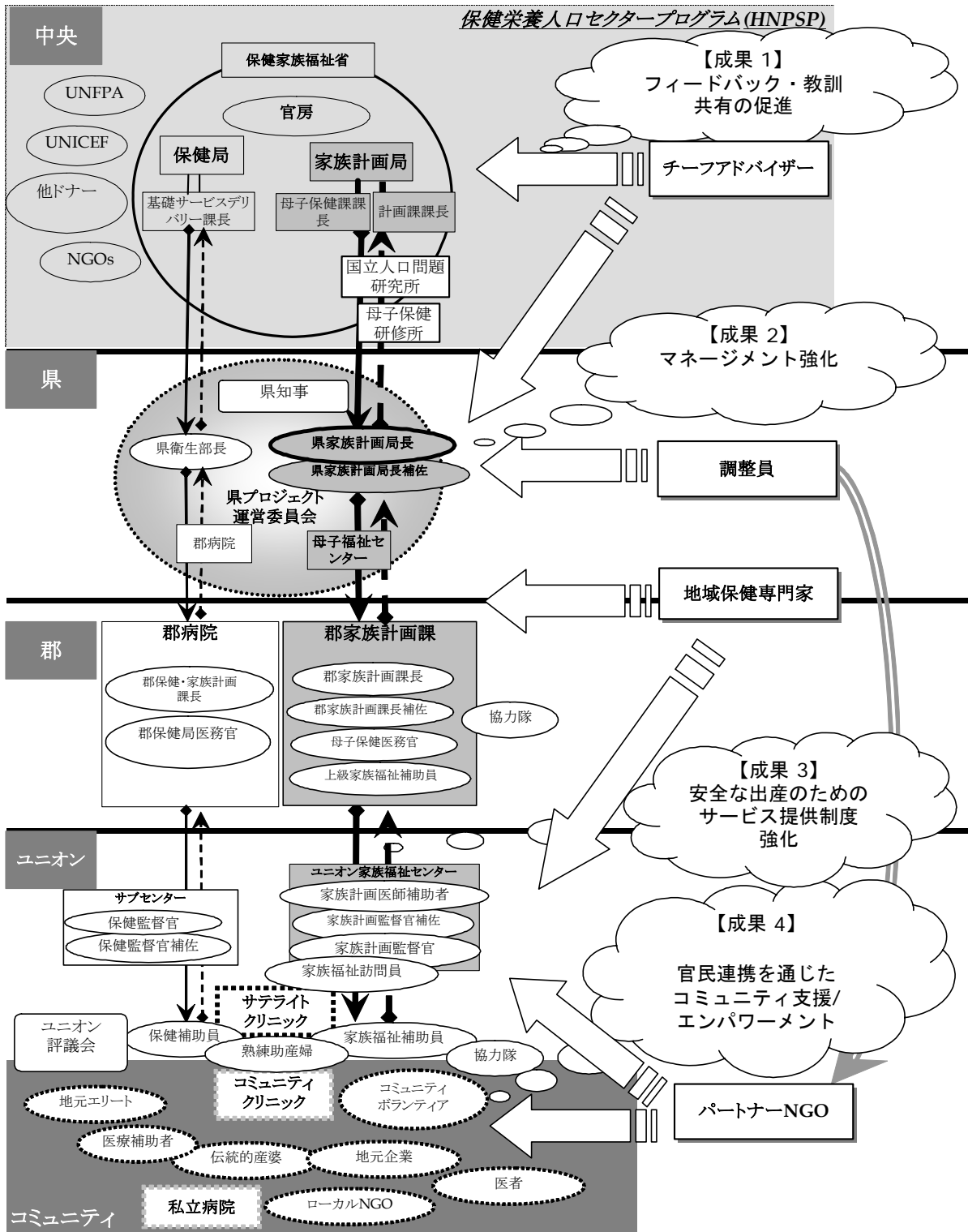


図 2-1 プロジェクトの概念図



## 第3章 調査報告

### 3-1 プロジェクト実施の妥当性

#### 3-1-1 バ国母子保健分野の開発計画の現状と対象地域・住民のニーズ

バ国の母性に関する1999～2003年の保健指標は、妊産婦死亡率（MMR）（出生10万対）322<sup>1)</sup>、新生児死亡率（NMR）（出生1,000対）41<sup>2)</sup>、乳児死亡率（IMR）（出生1,000対）65<sup>2)</sup>、5歳未満児死亡率（U5MR）（出生1000対）88<sup>2)</sup>、合計特殊出生率（TFR）3.0<sup>2)</sup>、妊婦破傷風予防接種（TT）89%<sup>3)</sup>、避妊実行率54%<sup>3)</sup>、出産前検診受診率（ANC）40%<sup>3)</sup>、助産訓練を受けた介助者による立ち会い出産の割合14%<sup>3)</sup>、15歳未満結婚率65%<sup>3)</sup>となっている。保健衛生状態の改善の速度は、乳児死亡率は1960年248、1990年144、2003年88、合計特殊出生率は同じく6.8、4.6、3.0といずれも順調に改善しているが、1994年以降の改善速度は急激に落ち、依然として世界のワースト62<sup>3)</sup>に位置し、Millennium Development Goals 4（乳幼児死亡率の削減）及び5（妊産婦の健康の改善）を2015年までに達成できるかどうかは極めて厳しい状況であるとWHO、UNICEFは述べている<sup>4)</sup>。特に、妊産婦死亡率は高く、また妊産婦の低栄養及び新生児死亡の原因が低出生体重・未熟児、仮死で50%以上を占め、出産前後に関わるリプロダクティブヘルスの状況の改善は急務である。これは2005年に策定された安全なお産、家族計画、新生児保護、栄養問題を統合的に医療政策の中心においたHealth, Nutrition and Population Sector Programme（HNPS）<sup>5)</sup>の方針に合致する。

首都ダッカから50～100kmの範囲に位置するノルシンディ県は、保健家族福祉省から車で2～3時間に位置するにもかかわらず、助産訓練を受けた介助者による立ち会い出産の割合4.4%<sup>6)</sup>、乳児死亡率97.8<sup>6)</sup>、5歳未満児死亡率124.2<sup>6)</sup>はバ国の平均（各14、65、88）より著しく悪い状況にある。したがって、母性保護サービスの需要は非常に高く、改善・強化プログラムを導入し評価することは、対象地域の住民に大きな利益をもたらすことが可能で、その成果を保健医療政策に反映させ、他県へ適用・普及させることを可能にする。

#### <資料>

- 1) Bangladesh Maternal Health Services and Maternal Mortality Survey (BMHSMMS), 2004. NIPORT, ORC, Macro, Johns Hopkins U and ICCDR, B. Dhaka.
- 2) Bangladesh Demographic and Health Survey (BDHS), 2004. NIPORT, Mitra and Associates and Macro International Inc. Dhaka.
- 3) The State of the World's Children 2005, UNICEF, 2005.
- 4) New Child Survival Strategy (Draft), WHO & UNICEF, 2005.
- 5) Health, Nutrition and Population Sector Programme (Draft ver.2), MOHFW, 2005. Dhaka
- 6) Bangladesh District Level Socio-demographic and Health Care Utilization Indicators 2003.

#### 3-1-2 バ国開発・母子保健政策、他ドナー及びNGOの動向

バ国政府は、2005年1月に貧困削減戦略書（Poverty Reduction Strategy Paper:PRSP）案を公開し、関係者との協議を経て、2005年中頃までにはPRSPを策定する予定である。現時点でのPRSP案は、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals:MDGs）を達成することを目標としつつ、①雇用の創出、②栄養の改善、③母子保健、④教育における質の改善、⑤衛生と安全な水、⑥犯罪・司法制度、⑦地方ガバナンスを貧困削減への優先分野としてあげている。保健関連の3つの分野が優先課

題として取り上げられているのは、バ国政府の保健分野の改善に対する強い意思を表している。

バ国における母子保健政策(Bangladesh National Strategy for Maternal Health 2001)は、前記のPRSP、また世界的な目標であるMDGsの達成を念頭に置き作られている。以下、バ国母子保健政策における主な戦略である。

- (1) 妊産婦死亡低減のため緊急産科ケアに焦点を当てる。
- (2) 基礎的産科ケア（主に、家族計画、妊産婦健診、熟練助産師による出産介助、産後健診）の充実。
- (3) 女性のリソースへのアクセス向上（他関連プログラムとの連携、関係者（特に、男性）の参加推進、コミュニケーション、行動変容の促進）。
- (4) サービスの質改善。

母子保健分野は多くの援助機関が関与している。HNPSP参加（Partnership Arrangements署名団体）11援助機関のすべてが、何らかの形で母子保健活動を支援している。本プロジェクト関連では、特に、UNICEF（緊急産科ケア）、UNFPA（緊急産科ケア、熟練助産師プログラム）との連携が重要である。また、現在、HNPSPのサブグループであるTechnical Thematic GroupとしてSafe Motherhoodをはじめとする幾つかのグループを結成するための議論が進行中である。このグループは、技術的な支援以外にも、一つのプロジェクトでは解決できない人事や予算、政策的な問題をバ国政府側と協議する役割を担うことが期待されている。

バ国保健セクターでは政府のガバナンスやプログラム実施能力に対する不安が募り、援助機関の中には直接NGOを支援することで末端レベルまで確実に基礎保健サービスを提供する取り組みを行っている機関もある。USAIDによるNGO Service Delivery Program (NSDP)は、41のローカルNGOと提携しており2200万人を対象としている。ノルシンディ県においても提携NGOが活躍中である。その他、NGOへの委託を中心とした母子保健関連プログラムとして、UNFPA/ECによる青少年を対象としたリプロダクティブヘルス・プログラムなどがある。バ国では、NGOはプロジェクトに欠かせないパートナーといった認識が強く、NGOの貢献はバ国政府も認めるところである。

### 3-2 プロジェクトの協力計画

本調査では、プロジェクト・サイクル・マネージメント(Project Cycle Management:PCM)手法を用いた参加型計画立案ワークショップを、プロジェクト対象地域であるノルシンディ県で2日間実施した(付属資料2を参照)。その結果を反映したプロジェクトの基本計画について、保健家族福祉省をはじめとするプロジェクト関係者と協議した。基本計画の内容は以下のとおりである。

#### 3-2-1 プロジェクトの基本概念

保健家族福祉省は妊産婦死亡率と乳幼児死亡率の低減を最重要課題として取り上げており、その戦略として公的保健サービスシステムの強化やNGOをはじめとする民間セクターとの連携強化を推奨している。しかし、2001年の政権交代時に保健政策の大幅な変更や保健家族福祉省の組織改編があり、これらの混乱に伴いHNPSP<sup>1</sup>の実施が遅れている。そのため、保健サービス提供現場のニー

<sup>1</sup> 保健人口セクタープログラム (Health and Population Sector Programme 1998年7月～2003年6月) の途中、政権交代やプールファンドの融資一部凍結など混乱が続き、2004年3月にバ国政府が同プログラムの後継プログラム (2003年7月～2006年6月) として承認した。しかし、これをドナーは一時的な承認として認めず、暫定期間が1年近く続いた。政府との協議の結果、世界銀行を中心とするドナーはようやく2005年4月同プログラムを承認し、保健家族福祉省は2005年8月現在、同プログラムの戦略ペーパー (Programme Implementation Paper, 2003年7月～2010年6月) を改訂中で、今月中には正式に改訂が承認される予定である。

ズや現実に即した人材育成、サービス提供制度強化のための戦略やアプローチが未整備で、結果的に質の高いリプロダクティブヘルスサービスが末端レベルのコミュニティに届いていないのが実態である。

したがって本プロジェクトは、HNPSPの枠組みのもと、既存の公的リプロダクティブヘルスサービス提供制度を活用して、サービス提供者側である対象県以下の家族計画局のマネジメント能力の強化（成果2）と安全な出産に関するサービスの強化（成果3）を行う。同時にサービス利用者側の支援として、官民連携を通じたコミュニティ支援（成果4）を実施する。これらを柱に、「対象県の妊娠可能年齢の女性と新生児の健康状態の改善」を目指す。さらに、プロジェクトの波及効果の拡大を目指すため、現場レベルの成果や課題のフィードバック、提言や教訓の共有を保健家族福祉省や他ドナーに対して積極的に行うこととする（成果1）。「図2-1 プロジェクトの概念図」を参照。

なお、本プロジェクトはノルシンディ県1県のみを対象に集中投入するが、他2県で助産師や保健師など新規協力隊の派遣や草の根無償の供与など他スキームとの連携をプログラムアプローチとして戦略的に行い、バ国保健分野での日本の援助協力の相乗効果をねらう。

### 3-2-2 プロジェクトの基本計画

#### (1) 協力期間

2005年2月～2010年1月（4年間）

#### (2) プロジェクト名

母性保護サービス強化プロジェクト（仮称）  
(Safe Motherhood Promotion Project)

今回の事前評価調査時は、上記プロジェクト名が仮称であることをバ国側と日本側で確認した。R/D締結時には双方で正式な名称を協議・決定すること、広報活動の観点から、地域住民や関係者に覚えやすく親しまれるプロジェクトの略称や愛称を開始直後に決めることが望まれる。

#### (3) 対象地域

ノルシンディ県  
(ショドール郡、ベラボ郡、モノホルディ郡、ポラシュ郡、ライプーラ郡、シブプール郡の全6郡)

対象地域について、バ国側は要請書で6県を対象とするよう依頼していた。これに対してJICAバングラデシュ事務所では当初ノルシンディ県を含む3県を対象にする案を保健家族福祉省と協議していたが、事前評価調査団は以下に示す理由から本プロジェクトの対象県はノルシンディ県1県（全6郡）にするべきだと提案し、協議の結果、最終的にバ国側、日本側ともこれに同意した。

1) 本プロジェクトは、中央の母子保健研修所を拠点にした人材育成を柱とする先の「リプロダクティブヘルス人材開発プロジェクト」（1999～2004）とは異なり、サービス現場が活動の

中心となるプロジェクトである。具体的には、保健サービス提供者への実地訓練やモニタリング、フォローアップをはじめサービス利用者側への保健教育や啓発活動など、現場でのきめ細やかな対応が求められる活動が多い。また、2001年の統計によるとノルシンディ県だけでも全人口約200万人、生殖可能年齢の女性人口約41万人で、カウンターパート機関である県家族計画局は6郡すべてを対象にしなければならない。4年間という限られた実施期間内に限られた投入で他2県を対象とするのは業務過多と思われ、期待されている効果を上げることが困難と予想される。

- 2) 概念図2-1のとおり、対象県1県のみでも県家族計画局以下のカウンターパートをはじめ、関係者・関係機関が多いプロジェクトであり、調整業務が多くなることが予想される。ノルシンディ県以外の2県も対象県に含めた場合、これら2県とは関係を構築することから始めなければならない、この点からも調整を含む業務全般が多くなるということが予想される。
- 3) 当初、ノルシンディ県以外の他2県で一部の成果を切り離して部分的に実施する案があった。しかし、成果（アウトプット）はプロジェクト目標を達成する手段であり、また本プロジェクトは複数の成果（アウトプット）が相互に関連しているデザインのため、このような一部の成果や活動の実施のみではプロジェクト目標を達成できる見通しが低い。
- 4) 本プロジェクトをノルシンディ県から開始し段階的に他2県で実施が可能かどうかについても検討したが、これら2県でプロジェクト終了時まで活動が終了する可能性は低く、結果的にプロジェクト目標を達成することは困難と予想される。

ノルシンディ県が対象県として選定された理由は以下のとおりである。

- 1) 首都ダッカから車で約2時間と近郊にも関わらず、助産教育を受けた介助者による出産の割合や乳児死亡率、5歳未満死亡率、避妊実行率、合計特殊出生率などの保健指標が全国平均より悪い水準である（詳細は、第4章 評価5項目による事前評価結果の「4-1 妥当性」を参照）。
- 2) JICA 旧プロジェクト方式技術協力（現在の技術協力プロジェクト）「リプロダクティブヘルス人材開発プロジェクト」（1999～2004）の後半から、ノルシンディ県ショードール郡の11ユニオンとボラッシュ郡の5ユニオンで助産研修を受講した保健医療サービス従事者への巡回指導、リファラルシステムの強化など一部の活動を実施したため、県家族計画局をはじめ同県の関係機関からの本プロジェクトへの期待や熱意が高い。JICAの技術協力に対する理解も比較的高く、プロジェクトの運営管理を円滑に行えることが予想される。

バ国の保健セクターでは、プールファンドの設置などドナー間の援助協調の動きが活発化しており、セクタープログラムであるHNPSFが暫定期間を経て2005年から本格的に始動する予定である。本プロジェクトもこのHNPSFの枠組みのもとで、同プログラムの戦略やアプローチに沿って実施していくことが強く求められている。また、このようなセクタープログラムが進行するなか、保健家族福祉省から日本の保健セクターでの援助協力を面的に拡大することが期待されている。そのため、本プロジェクトでは既述のとおりノルシンディ県1県で実施するが、他2県で助産師や保健師など青年海外協力隊の新規派遣や草の根無償資金協力をはじめとする他スキームとの連携をプログラムアプローチとして戦略的に行い、保健分野での日本の援助協力の相乗効果をねらう。なお、他2県の選定については選定基準を含め、保健家族福祉省、家

族計画局、保健局と日本側で協議し、本プロジェクトのR/D締結時までに決定することで双方が合意した。

#### (4) 対象グループ

- 1) 対象地域住民、特に生殖可能年齢の女性<sup>2</sup>と新生児
- 2) 対象県の家族計画局職員、フィールドスタッフ
- 3) 対象県の保健局関係職員

本プロジェクトは母性保護サービス強化のプロジェクトであるため、参加型計画立案ワークショップの参加者からは、地域住民の中でも特に妊産婦と乳幼児を優先的な対象グループ 1) にすることが提案された。これを基に事前評価調査団内で検討して、保健家族福祉省と協議した結果、妊産婦については妊産婦ケアのみならず出産前後の家族計画も一部プロジェクトの活動に含まれるため、「生殖可能年齢の女性」と明示することにした。また、①6歳未満の乳幼児を対象とすると、予防接種など主要カウンターパート機関の家族計画局ではなく保健局側の業務を多く含む必要性があり、プロジェクトの対象範囲が広がりすぎる懸念があること、②改善の余地があるにも関わらず、新生児ケアを対象にしたプロジェクトが極端に少ないこと、③本プロジェクトで保健サービス提供者側の能力向上の柱となる助産教育では、妊産婦ケアのみならず新生児ケアを含めて包括的に実施した方が効果的であること——が議論され、最終的には生後1か月以下の「新生児」を対象グループとして設定することを確認した。

また、本プロジェクトでは保健サービス提供者側の能力向上が含まれるため、対象グループ 2) に主要カウンターパート機関である対象県の家族計画局職員と、家族福祉補助員や熟練助産師などのフィールドスタッフを明示した。このほか保健家族福祉省側から、プロジェクトが計画している緊急産科施設の体制整備とフォローアップでは保健局側の協力が必要不可欠なので、対象グループ 3) として明記することが提案され、この案に日本側は同意した。

#### (5) 上位目標

プロジェクトから抽出されたリプロダクティブヘルスサービスの方法が標準化され他県に適用される

(Approaches of Reproductive Health services extracted from the Project are standardized and applied to other districts.)

指標 1

プロジェクトのアプローチや経験が他県で採用された事例数

プロジェクト終了後、3～5年後に発現するであろう間接的、長期的な効果やインパクトを上位目標と位置づけ、内容について関係者間で協議した。既に述べたとおり、本プロジェクトはHNPSPの枠組みに沿って、保健家族福祉省はもちろんのこと他ドナーと協調したプロジェクトにすることが求められている。したがってプロジェクト期間中から、後述する成果1でノルシンディ県の現場での成果や課題を中央レベルにフィードバックし、経験や教訓、提言を共有

<sup>2</sup> 15～49歳を指す。

していく予定である。プロジェクトの波及効果拡大のためにはアプローチの標準化が必要不可欠という結論にいたり、この点を明示した上位目標を設定した。

なお、ノルシンディ県以外の他2県では日本の別スキームを活用したプログラムアプローチで、ノルシンディ県の効果を同時並行で波及させることも予定している。

上位目標の指標は、プロジェクトのアプローチや経験が他県で採用された事例数と定めた。具体的な事例数の目標値については、プロジェクト開始後1か月を目処に関係者間で協議・決定することが望まれる。

#### (6) プロジェクト目標

対象県の生殖可能年齢の女性と新生児の健康状態が改善される (Health status of women of reproductive age and neonates is improved in the target district.)
---

指標 1	プロジェクト終了時までに対象県の妊産婦死亡数が減少する
指標 2	プロジェクト終了時までに対象県の新生児死亡数が減少する

参加型計画立案ワークショップで、対象グループが直面している包括的な問題、いわゆる中心問題を当初「リプロダクティブヘルスサービスが不十分である」と設定していた。しかし、分析を進めるうちに、問題はサービス提供者側の問題のみならず、リプロダクティブヘルスに関する意識・知識が不足しているなどサービス利用者側の問題が多く提示されるようになった。これを踏まえて、参加者間で議論して、中心問題はサービス提供者側と利用者側の双方の問題を包括的に捉えた「対象グループである妊婦や新生児の健康状態が悪い」という表現がよりの確に内容を表しているという結論に至った。

プロジェクト目標を設定する際にも同様の議論がなされた。当初、「対象県におけるリプロダクティブヘルスサービスが官民連携の能力開発によって改善される」が、プロジェクト目標の原案としてあげられていた。しかしこの案では、サービス提供者側の改善の結果としての望ましい状況しか捉えておらず、プロジェクトで協力の対象とするサービス利用者側の支援の結果が抜け落ちているため、本プロジェクトの目標を「対象県の生殖可能年齢の女性と新生児の健康状態が改善される」に設定することで最終的に合意した。

#### (7) 成果

成果 1	プロジェクトの経験・教訓が上位機関と関係機関にフィードバックされ、政策的支援を得るための働きかけがなされる (Feedback on lessons learnt from the Project is given to the central level, and necessary actions are put into practice.)
指標 1	プロジェクト終了時まで具体的に課題に関して上位機関へ提言した項目数
指標 2	プロジェクト終了時まで作成した事例集の数
指標 3	プロジェクト終了時まで開催した各種会議、セミナー、ワークショップの数
指標 4	プロジェクト終了時まで発行したニュースレターの回数とホームページアクセス数

保健セクターではHNPSPの枠組みのもと、保健家族福祉省や関係ドナーが様々な戦略を検討しているが、中央で策定される戦略とサービス現場との乖離が大きな課題になっている。同様のことは、JICAの「リプロダクティブヘルス人材開発プロジェクト」(1999～2004)にもみられた。このプロジェクトでは助産教育を通じた人材育成に力を入れてきたが、研修を受講した家族福祉訪問員が施設分娩や自宅での分娩介助をほとんど行っていないことが中間評価時点でわかり、研修や訓練計画自体がサービス提供者とクライアントである妊産婦双方の現状に即していないことが判明した。こうした問題の背景には、サービス現場が抱える個別の課題や対処方法、優良事例が上位機関に確実にフィードバックされていないうえ、同じ課題に取り組む保健家族福祉省やドナー、NGOなど関係機関同士で互いの経験や教訓が十分共有されていないことがあげられる。

上記を踏まえ、本プロジェクトでは現場から上位機関や関係機関への経験と教訓のフィードバックや働きかけが継続的に重要であると考え、成果1として設定した。このほかHNPSPと協調して、上位目標を常に見据えてプロジェクトを実施することが重要で、これを担保するためには具体的な活動内容をプロジェクトの計画に含めるべきだという意見が関係者からあげられたので、成果1として明示することになった。

指標のうち直接指標として、具体的課題に関して上位機関へ提言した項目数が設定された。また、経験や教訓を共有する具体的な手段として、事例集の作成や各種会議をはじめセミナー、ワークショップの開催、ニューズレターの発行、ホームページの開設が考えられるため、これらの数を補足指標として設定することになった。具体的な指標の目標値については、プロジェクト開始後1か月後を目処にカウンターパート機関と協議のうえ、設定する。

成果2	対象県において家族計画局のマネージメントが改善される (Management of Family Planning Offices at district and upazila level is improved.)
指標1	プロジェクト終了時までにはマネージメントの改善度合いが向上する
指標2	プロジェクト終了時までには実施された県プロジェクト運営会議の回数と参加者数
指標3	プロジェクト終了時までには実施されたマネージメント研修と保健情報管理研修の回数と参加者数

成果2の「マネージメント」の具体的な内容について議論した。バ国側からは、保健家族福祉省が推進する県・郡母子保健計画(Local Level Planning)の研修が県家族計画局職員に行われているが、実際の計画立案、計画に基づいた実施とモニタリング、評価は未実施なので、これらに重点を置いて活動したい意向が示された。さらに、ノルシンディ県家族計画局から、リプロダクティブヘルス関連の基礎データの不備が多いため、県家族計画局以下で保健情報の管理を優先的に改善したいとの意見が出された。

したがって本プロジェクトでは、県家族計画局以下のマネージメントの改善を成果2に設定した。成果2を測るためには、プロジェクト開始後にまず具体的なマネージメントの強化分野や項目を絞り込み、能力強化の対象となるサービス提供者向けにアセスメントを実施する必要がある。同じアセスメントをプロジェクト終了時前にも実施し、プロジェクト実施直後からの変化を比較することで改善の度合いを測定できるだろう。なお、プロジェクト開始1か月後

目処に、カウンターパート機関と協力してアセスメントを作成し目標値を設定する必要がある。

成果 3	安全な出産のためのサービス提供体制が対象県以下で強化される (Safe delivery service system is strengthened.)
指標 1	プロジェクト終了時までには熟練助産師による出産介助件数が増加する
指標 2	プロジェクト終了時までには妊産婦健診率と産後健診率が増加する
指標 3	プロジェクト終了時までには妊娠合併症を持つ妊産婦の搬送件数が増加する
指標 4	プロジェクト終了時までには妊産婦健診カードの利用者数が増加する
指標 5	プロジェクト終了時までには家族福祉補助員、熟練助産師による搬送件数が増加する

伝統的産婆による自宅出産が多く占めているが伝統的産婆の危機対処能力が低いこと、緊急時の輸送手段が確保しにくいことため患者を医療機関に搬送できないことが、妊産婦死亡率が高い原因の一つと考えられている。このため保健家族福祉省は、2003年よりWHOとUNFPAの支援で、家族福祉補助員と女性の保健補助員に6か月の助産訓練を実施し、熟練助産師の育成に力を入れている。ノルシンディ県では、現在家族福祉補助員が360人、保健補助員が164人で、このうち41人が熟練助産師として認定されている。本プロジェクトの成果3は、この既存の熟練助産師育成制度の強化を軸に、安全な出産に関する制度強化とすることで関係者が合意した。

熟練助産師による出産介助件数を、制度強化を測る直接的な指標として設定した。これ以外に、妊産婦健診率や産後健診率、妊娠合併症を持つ妊産婦の搬送件数、妊産婦健診カードの利用者数、家族福祉補助員や熟練助産師による搬送件数を補足指標として設定した。なお、具体的な指標の目標値は、現在派遣中の企画調査員がプロジェクト開始前に実施するベースライン調査の結果を基に、プロジェクト開始後1か月後を目処にカウンターパート機関と協議して決める予定である。

成果 4	民間の協力を得て、対象地域住民が主体的にリプロダクティブヘルスサービスを利用できるようになる (Reproductive Health services are more utilized by target community people in cooperation with private sectors.)
指標 1	プロジェクト終了時までには対象地域住民の意識・行動が向上する
指標 2	プロジェクト終了時までには実施した住民対象の保健教育・行動変容のためのコミュニケーション活動の回数

ノルシンディ県で実施した参加型計画立案ワークショップでは、妊産婦や新生児の健康の改善のためには、サービス提供者側のみならず利用者側への支援や介入が必要不可欠という意見が大勢を占めた。その理由としては、早婚の習慣から母子への健康へのリスクが高くなることや、男尊女卑の考え方から妊産婦の栄養が軽視されること、若い女性が付き添いなしで外出することを忌避する文化規範から産前・産後の医療機関の受診の遅滞を招くこと、コミュニティ



住民全体がリプロダクティブヘルスや保健医療サービスに関する十分な知識や意識を持っていないことなどがあげられた。

現在、保健家族福祉省はコミュニティレベルで保健サービスを効率的・効果的に提供するために、地元NGOや民間医療機関、薬局など民間セクターとの連携、いわゆる官民連携を積極的に推進している。バ国には組織力があり現場に精通したローカルNGOが多く、特にコミュニティに対する直接的な支援を得意としている。保健家族福祉省とノルシンディ県家族計画局の協議では、本プロジェクトにもこのようなNGOをはじめとする民間セクターを有効に活用して、コミュニティ住民に対する保健教育や啓発活動を実施すべきだという意見が多く出された。これらの議論を反映して、上記成果4を設定した。

成果4の効果は、対象地域住民に対するリプロダクティブヘルスやサービスに関する知識、態度、行動、いわゆるKAP(Knowledge, Attitude and Practice)調査をプロジェクト開始直後と終了直前に行い、その変化をみることで測定できるだろう。また、住民の意識向上や行動変容喚起のための活動回数を補足指標として設定した。

## (8) 活動

成果ごとの活動は以下のとおりである

成果1：プロジェクトの経験・教訓が上位機関と関係機関にフィードバックされ、政策的支援を得るための働きかけがなされる

活動：

- 1) 上位機関と関係ドナーとのプロジェクト合同調整員会を定期的実施、モニタリング結果のフィードバックと提言を行う
- 2) ニュースレターの発行とホームページの開設を通じて、上位機関と関係機関への広報活動を促進する
- 3) プロジェクト活動を基に事例集を作成する
- 4) フィードバック・経験共有を目的としたワークショップ、セミナーを開催する
- 5) 保健栄養人口セクタープログラムの他ドナーとの情報交換、連携を行う

成果1の活動の主体は、3)は主に現場のカウンターパート機関であるノルシンディ県家族計画局であるが、それ以外の活動は保健家族福祉省家族計画局になるだろう。中央レベルで家族局と密に連携し、HNPSPのドナーと協調していくためには、日本人専門家のチーフアドバイザーが同局に執務室を構え業務にあたるのが望ましい。

HNPSPの傘下に母子保健分野の運営委員会(Steering Committee)が設置された場合は、活動1)の合同調整員会の役割と機能を見直し、可能であればHNPSPの運営委員会を積極的に活用していくことを検討すべきだろう。

## 成果2：対象県において家族計画局のマネジメントが改善される

### 活動：

- 1) 県プロジェクト運営委員会が設置され、定期会議を開催する
- 2) 県・郡レベルのマネジメント強化項目のチェックリストを作成し、プロジェクト開始直後と終了時にアセスメントを行う
- 3) 県・郡レベルの家族計画局職員に対する県・郡母子保健計画(Local Level Planning)研修を実施する
- 4) 県・郡レベルの家族計画局職員に対する保健情報管理研修を行う
- 5) 上記3)に基づいて作成された県・郡母子保健計画のモニタリング・評価実施を支援する
- 6) 県・郡レベルの家族計画局職員による巡回指導を促進・強化する

ノルシンディ県以下のカウンターパートをはじめ関係機関が非常に多いので、まず活動1)にあるように県知事を長とした県プロジェクト運営委員会の設置が必要である。成果2の活動主体のほとんどが、ノルシンディ県家族計画局になるだろう。日本人専門家はマネジメント強化や関係者間の調整面については調整員が中心となり、リプロダクティブヘルスの技術面ではチーフアドバイザーと地域保健専門家がフォローしていく体制が望ましい。

## 成果3：安全な出産のためのサービス提供体制が対象県以下で強化される

### 活動：

- 1) 熟練助産師、家族福祉訪問員に対する研修のフォローアップを行う
- 2) 家族福祉訪問員による熟練助産師に対する巡回指導を強化する
- 3) 緊急産科施設の体制の整備とフォローアップを行う
- 4) リファラルシステムを強化する
  - 地域で出産に携わる関係者（熟練助産師、伝統的産婆、家族福祉訪問員、家族福祉補助員、家族）との会合を行う
  - リファラシート利用を促進する
  - 医療サービス提供者（NGO、私立病院、伝統治療師、薬局など）との情報交換・連携を促進する
- 5) 出産症例検討会を行う
- 6) サテライトクリニックのサービスを強化する

成果3の活動主体は主なカウンターパート機関であるノルシンディ県家族計画局である。しかし、活動3)については、日本の無償資金協力で供与された緊急産科施設のフォローという位置づけで、施設を管理している県保健局の積極的な関与も必要になってくるだろう。活動2)や4)は、JICAの「リプロダクティブヘルス人材開発プロジェクト」(1999～2004)でも一部実施されていた活動だが、プロジェクト終了後は継続していないという事例も報告されているため、現状を把握することから行う必要がある。活動5)は、本プロジェクトで新たに取り入れる活動の目玉の一つで、妊産婦死亡症例やハイリスク出産の成功例などの症例検討会を県家族計画局以下の関係者で行うことは、確実に成果3ひいてはプロジェクト目標の達成につながってくるものと期待される。症例検討会を制度として導入、定着させ、妊産婦死亡の減少という

成果が上がれば、他県への波及効果も狙えるだろう。活動6)のサテライトクリニックは移動式クリニックのことで、現在、ユニオン家族福祉センターの年間計画や毎月のスケジュールで決められた日に、無償で間借りした特定の民家で、家族福祉訪問員と家族福祉補助員が家族計画に関するサービスや妊婦ケアのサービスの提供を行っている。同じ日に同じ場所で保健補助員が、予防接種拡大計画プログラムや栄養指導を実施するときもある。これらサテライトクリニックは、機材や器具をきちんと設置できるスペースがないことや、上位医療機関との連携やリファラルがうまくいっていないなど、運営面で改善の余地があるため、本プロジェクトでは活動6)に組み込んである。成果3はリプロダクティブヘルスサービスの提供現場での活動なので、地域保健専門家が中心になって技術指導することが適切だろう。

成果4：民間の協力を得て、対象地域住民が主体的にリプロダクティブヘルスサービスを利用できるようにする

活動：

- 1) コミュニティボランティアを選定・育成する
- 2) 対象地域住民のリプロダクティブヘルスに関する知識、意識・態度、行動調査を実施する
- 3) 住民教育・啓発、行動変容のためのコミュニケーション活動を実施する
- 4) 対象地域関係者（NGO、私立病院、住民組織、地元企業、ユニオン評議会など）とのネットワークを構築する

成果4に関する活動はすべて、プロジェクト開始後、カウンターパート機関と協議のうえ、ローカルNGOに委託する予定である。日本人専門家のうち調整員が中心になって、パートナーとなるNGO（以下、パートナーNGOと記す）の運営監理を担うべきだろう。今後、パートナーNGOに委託すべき業務指示書案や選考方法を保健家族福祉省、ノルシンディ県家族計画局と十分協議して検討するべきだが、中心業務は上記の内容になるだろう。パートナーNGOは、類似業務経験が豊富で対象コミュニティあるいは類似した特性を持つコミュニティでの業務経験があることが望ましい。

なお、前政権が末端レベルの保健医療施設として導入したコミュニティ・クリニックを官民連携によって活性化する取り組みを英国の国際開発省（Department for International Development: DFID）が主要なローカルNGOと行っており、保健家族福祉省もこれを後押しする方針をHNPSFで打ち出している。しかし現在、すべてのNGO委託関連業務を行う機関をHNPSF傘下に設置することが検討されているために実際のNGOへの委託業務が遅れていることや、前政権の導入した施設のため保健家族福祉省内部でこのコミュニティ・クリニックの活性化に懐疑的な関係者もみられることから、現時点では本プロジェクトの成果4の中心的な活動とはしないことを関係者間で合意した。今後の状況次第でカウンターパート機関やパートナーNGOと協議を重ね、必要であればプロジェクト開始後、あるいはパートナーNGOと毎年契約を更新する際に、パイロット活動として追加すればいいだろう。

最後に、バ国のNGOの中には既に保健家族福祉省の業務を一部受託している団体もあるが、官民連携よりもNGOが独自の制度や手法を柱に活動を展開しているケースも報告されている。本プロジェクトでNGOに期待する役割は、NGO独自の新しい制度の構築や導入ではなく、あくまでも既存の公的保健サービス制度を柱に、県家族計画局をはじめとする行政側との連携を通

じて、コミュニティ支援に関する活動を展開していくことである。この点に十分理解・賛同した団体をパートナーNGOとして選定するよう留意すべきだろう。

## (9) 投入

1) 日本側の投入は次のとおりである。

専門家派遣	長期専門家は、チーフアドバイザー、地域保健、調整員の3人を予定している。短期専門家は年間4人程度の派遣とする。
機材供与	車両やオートバイ、緊急産科ケアに関する機材（ただし、機材供与の必要と産科医と麻酔医の配置を条件とする）、その他必要な機材について供与する。詳細は日本人専門家とプロジェクトのカウンターパートとの協議によって決定する。
研修員受入れ	第三国研修と年間4人程度の本邦研修を実施する。
調査団派遣	必要に応じて派遣する。
現地業務費	プロジェクトの実施に必要な経費を負担する。

2) バ国側の投入を以下に示す。

カウンターパートの配置	中央、県、郡レベルのそれぞれの家族計画局の職員とフィールドスタッフを主なカウンターパートとする。一部の活動で保健局側との連携が必要なため、保健局のスタッフもカウンターパートに含める。
土地、建物、付帯施設の提供	保健家族福祉省家族計画局とノルシンディ県家族計画局はプロジェクト事務所や付帯施設を提供する。
ローカルコスト（プロジェクト運営費）の負担	プロジェクト事務所の光熱費や関税などを負担する。

### 3-3 プロジェクトの実施体制

#### 3-3-1 先方政府及びNGO(BRAC)の体制

母子保健関連事業は、保健家族福祉省の中でも保健局（基礎的サービス課：Line-Director Essential Service Delivery）、家族計画局（母子保健・リプロダクティブヘルスサービス課：Line-Director Maternal and Child/Reproductive Health Service Delivery）の両者にまたがっている。本プロジェクトは、家族計画局を主要協力機関としながらも保健局側の協力が欠かせない。

先方政府側からはプロジェクト実施責任者としてプロジェクトダイレクター、マネージャーを家族計画局中央事務所から、その他カウンターパートとして対象県下の家族計画局職員を配置する。

コミュニティレベルの活動は現地NGOに依頼を行う。現在、有力な依頼先としてBRACを検討中である。BRACは国家栄養プログラム、結核プログラムでバ国政府から実施を受託しており、バ国政府とは良好な関係にある。また、ノルシンディ県においても基礎保健活動、栄養活動を実施中であり、その実績とスタッフの能力、組織力の点で評価は高い。

なお、本案件では日本からの人的投入を最小限に抑え、代わりに現地で調達可能なリソースを積極的に活用していく。以下は、数ある現地組織の中でも本案件に技術的な支援が可能と考えられる団体である。

(1) Maternal & Child Health Training Institute (MCHTI)

前リプロ案件の主要カウンターパート。病院機能だけではなく、実習施設も備えた研修機関の役割を担っている。国立人口問題研究所から助産研修における実習の部分の依頼を受けている。日本でのカウンターパート研修を受けた指導員（産婦人科1名、新生児科3名、看護ケア及び助産師訓練1名、麻酔科1名）が存在する。

(2) Institute of Child and Maternal Health (ICMH)

前リプロ案件のカウンターパートの一つ。1999年2月設立。臨床・研究・研修の3部門を持つ。研修の質には定評があり、海外からも研修員を受け入れている。MCHTIの指導医・一般医などもToTや各種医療技術研修を受講。講師陣は大学教授レベルも多数。

(3) National Institute of Population and Research, Training (NIPORT)

前リプロ案件のカウンターパートの一つ。人口家族計画に関するフィールドスタッフの人材養成と研究で中心的な役割を果たしてきた。全国12の研修所と20の地域研修センターを所有する。家族福祉訪問員研修、Behavior Change Communication (BCC) 研修、マネジメント研修なども実施。質的評価は大きく割れる。

(4) Obstetrical and Gynaecological Society of Bangladesh (OGSB)

産婦人科を専門としたProfessional Association。UNFPAへの技術支援や熟練助産師研修の技術顧問的役割を担っている。登録メンバー約700名。熟練助産師プログラムのモニタリングを目的とし巡回型Quality Assurance Teamの運営を委託されている。

今後は、以上の団体との関係を構築し、それぞれの団体の組織的な能力や保有する人材に関する情報を収集する。また、これら以外の現地協力団体についても情報収集を行う。

### 3-3-2 日本側リソース

(1) チーフ・アドバイザー

(2) 業務調整員

(3) 地域保健

(4) 短期専門家

- ・ 新生児専門医
- ・ 産科医
- ・ 麻酔科医
- ・ 助産師
- ・ 疫学統計専門家
- ・ 公衆衛生専門家
- ・ 管理栄養士
- ・ 教材開発 (IECなど)

### 3-3-3 プロジェクト対象地域とプログラム化

本プロジェクトは対象県1県で実施するが、他2県で助産師や保健師など新規協力隊の派遣や草の根無償の供与など他スキームとの連携をプログラムアプローチとして戦略的に行い、バ国保健分野での日本の援助協力の相乗効果をねらう（図3-1）。

#### (1) 対象県を1県とした理由

当初、バ国政府から要請があった3県で実施する案に関して、以下の理由により困難と判断。  
 ①ノルシンディ県以外の2県はプロジェクトとの関係を構築することから始めなければならず、現在の成果案と活動案を実施・運営するのは業務過多、②ノルシンディ県ですべての成果レベルの活動を開始するにしても、成果（アウトプット）案はプロジェクト目標を達成する手段として互いにリンクしているため、他2県で一部の成果のみ切り離して部分的に実施することは困難であり、プロジェクトのデザイン上、妥当性が低い。また、これら2県に対しても説明根拠が弱い。③段階的に実施した場合、後発の2県は、プロジェクト終了時において活動半ばである可能性が高く、自立発展性は低い。

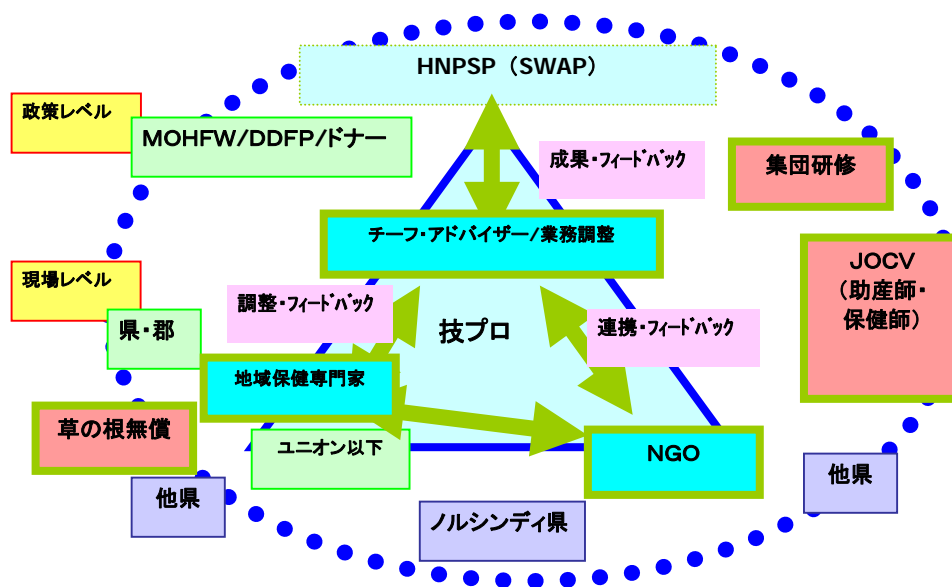


図3-1 母子保健プログラム案

#### (2) 他2県の候補地

保健省、家族計画局、保健局及び日本側にてノルシンディ県以外の2県に関し協議し、R/D締結時まで決定する。候補地選定条件案は以下のとおりである。

- 1) 基礎データ（主に保健指標、貧困指標）
- 2) プロジェクト実施の効果・効率（インパクト波及効果、プロジェクト管理）
  - ・ノルシンディ県からのアクセス：近隣県のキショルゴンジ県、ブラモンバリア県、マイメイシン県など。
  - ・JICA他案件実施地、協力隊派遣地：マイメイシン県、タンガイル県、ジョソール県、その他感染症対策協力隊員派遣県
- 3) インフラ整備状況

#### 4) 援助機関、NGOの存在

⇒候補県として、キショルゴンジ県、ブラモンバリア県、マイメイシン県、タンガイル県を想定。

#### (3) プログラム化における青年海外協力隊との連携

助産師、保健師隊員を中心に、プロジェクトとの連携において妥当な活動内容・派遣計画をバ国側、協力隊員とともに検討し、次期協力隊員要請時（平成18年度春募集）までに、各対象県における派遣人数・職種を明確にする。

- 1) ノルシンディ県では、現在、助産師（2007年4月まで）、保健師（2005年12月まで）を派遣中。一つの郡を拠点に、地域レベルの活動を展開。特に、サテライトクリニックの強化、リファラルシステムの強化、地域で助産に関わる関係者の連携促進といった活動への貢献が期待される。
- 2) 保健局関連事業に関しては、感染症対策隊員を中心に、県Civil Surgeon Officeを配属先とし、通常の感染症対策活動を通して保健局側との良好な関係構築と情報収集が期待される。
- 3) その他の職種候補として、村落開発普及員、青少年活動、システムエンジニア（統計）などがあげられる。
- 4) 他2県においては、助産師または保健師隊員を派遣。一つの郡家族計画局事務所に配属となり、郡を中心とした活動が期待される。プロジェクトとの連携として、プロジェクトチームとの定期会合参加、情報交換、及びプロジェクト成果物の普及が期待される。ただし、プロジェクト対象地域内・外の隊員の間での格差が生じないように、事務所、プロジェクトチームにおける配慮が必要である。

## 第4章 評価5項目による事前評価結果

事前評価調査では、まず評価すべき項目のチェックリストである評価グリッドを作成し、これを基に質問票調査、聞き取り調査、現地踏査、参加型計画立案ワークショップの開催、関係者との協議を行った。事前評価では、以下に示す評価5項目（①妥当性、②有効性、③効率性、④インパクト、⑤自立発展性）の視点に沿って行ったが、妥当性以外の4項目については、すべて予測と見込みに基づいて検証した。

表4-1 評価5項目の視点

①妥当性	プロジェクトが目指している効果（プロジェクト目標や上位目標）が対象グループのニーズと合致しているのか、対象分野・セクターの問題や課題の解決として適切か、援助国側の政策や日本の援助政策等との整合性はあるのかといった「援助プロジェクトの正当性・必要性」を問う視点。
②有効性 （予測）	プロジェクトの実施により、ターゲットグループに便益がもたされる見通しがあるかを検証し、当該プロジェクトが有効であるかどうかを問う視点。
③効率性 （予測）	アウトプットの達成に見合う活動・投入が計画されているかどうかを問う視点。
④インパクト （予測）	プロジェクト実施によりもたらされる、より長期的、間接的効果や波及効果が発現する見込みがあるかどうかを問う視点。
⑤自立発展性 （予測）	援助が終了後、プロジェクトで発現した効果が持続する見込みがあるかどうかを問う視点。

表4-2 評価5項目とPDMの関係

プロジェクトの要約	評価5項目				
上位目標	妥当性			インパクト	自立発展性
プロジェクト目標					
成果		有効性	効率性		
投入・活動					

### 4-1 妥当性

本プロジェクトは以下の理由から妥当性が高いと判断できる。

- (1) バ国では、妊産婦死亡率（出生10万対）322、新生児死亡率（出生1,000対）41、乳児死亡率（出生1,000対）65と依然として高く、HNPSPでは出産前後に関わる妊産婦と新生児、乳幼児のリプロダクティブヘルスの状況の改善を優先課題として取り上げている。このほか2005年に出された貧困削減戦略ペーパーのドラフトにおいても母子保健は優先分野として認識されている。



- (2) 対象県であるノルシンディ県は首都ダッカから中心部まで車で約2時間、距離にして50～100Kmに位置するにも関わらず、助産教育を受けた介助者による出産が全国平均11.6%に対して4.4%と低く、乳児死亡率（対1,000）と5歳未満死亡率（対1万）は前者が全国平均71.5に対して97.8、後者が95.2に対して124.2と著しく悪い。また、避妊実行率も全国平均50.1%に対して40.6%と低く、結果として合計特殊出生率は全国平均3.22を上回って4.11となっている。このため、妊産婦ケアと新生児ケア、出産前後に関わる家族計画の強化が急務となっている。
- (3) 本プロジェクトでは、これらバ国のニーズや優先課題と合致するものである。また、母子保健をはじめとする保健医療分野への協力を重視する外務省の国別援助計画とJICAの国別事業実施計画に一致しており、必要性和妥当性ともに高く、生殖可能年齢の女性と新生児の健康状況の改善手段としても適切である。

#### 4-2 有効性

本プロジェクトは以下の理由から有効性が認められる。

- (1) プロジェクト目標である妊娠可能年齢の女性と新生児の健康状況を改善するためには、まずサービス提供者側である対象県以下の家族計画局のマネジメント能力の強化（成果2）と熟練助産師育成研修のフォローアップやリファラルシステム、巡回指導の強化など安全な出産のためのサービス提供制度の強化（成果3）が必要である。また、サービス利用者であるコミュニティ住民が成果2と成果3を裨益するよう、リプロダクティブヘルスに関する意識向上や主体的にサービスを利用できる仕組みづくりをコミュニティレベルで活動するNGOや私立病院、薬局など民間セクターとの連携・協力を通じて推進していくこと（成果4）が重要である。さらに、これら現場で得られた知見や経験、教訓を中央レベルの上位機関や関係機関に対して各種会議や広報活動、セミナー等の開催を通じて定期的にフィードバック、提言していくことが不可欠である。また、最終的にはノウハウや手法を標準化し事例集として取りまとめ、HNPSの枠組みのもと、他県へ普及するための準備を整えることが重要である（成果1）。このように、プロジェクト目標を達成するために必要な成果が、目的と手段との関係を重視してプロジェクトに直接携わる関係者の話し合いによって計画されていることから、プロジェクト目標達成の可能性が高い。
- (2) プロジェクトの計画立案段階から、対象県のノルシンディ県以下の家族計画局の職員らが積極的に議論に参加している。また過去に、JICAの「リプロダクティブヘルス人材開発プロジェクト」（1999～2004）が一部活動を同県で実施していたため、プロジェクトに対する理解とコミットメントが高く、プロジェクトを円滑に実施できる可能性が高い。

#### 4-3 効率性

本プロジェクトは、以下の理由から効率的な実施が見込める。

- (1) ノルシンディ県以下家族計画局のマネジメント能力向上と安全な出産に関する制度強化、コミュニティ支援、上位機関・関係機関に対するフィードバックと標準化された手法を共有するために必要不可欠な活動と投入が過不足なく計画されている。

- (2) 既述のとおり、本プロジェクトの対象地域であるノルシンディ県の一部（ショードール郡の11ユニオンとポラッシュ郡の5ユニオン）では、JICAの「リプロダクティブヘルス人材開発プロジェクト」（1999～2004）が、また一部のユニオンで開発パートナー事業「リプロダクティブヘルス地域展開プロジェクト」（2001～2004）も行われていた。このほか一部の病院施設に基本緊急分娩設備や高度緊急分娩設備が日本の無償資金協力として供与されている。現在は、同県に助産師と保健師の青年海外協力隊が1人ずつ配置されている。本プロジェクトでは、日本側のこれら協力との連携やフォローアップも一部活動に組み込んでおり、これまでの投資効果を損なわないよう工夫がなされている。また過去の協力実績があるため、県家族計画局をはじめとする現場関係者との関係性が既に築けており、プロジェクト開始後、即座に計画されている活動を効率的に実施することが見込まれる。
- (3) 本プロジェクトの成果2と3として計画されているサービス提供者側の能力強化と制度強化は、基本的に既存制度や資源を有効活用することを想定している。特に、マネージメント強化の点では、県・郡レベルの母子保健計画(Local Level Planning:LLP)の実施支援を既存の研修プログラムやツールを活用あるいは改善しながら実施する。また、リプロダクティブヘルスサービスの質の向上の要となる熟練助産師の育成については、現在WHOとUNFPAの支援で実施されている研修と連携し、本プロジェクトでは研修後のフォローアップを現場の実地訓練を通じて強化する。このように既存制度を有効に活用・強化するデザインとなっており、プロジェクトの効率性を高めることができる。
- (4) 日本側の人材投入については、基本的にチーフアドバイザー、調整員、地域保健の3名の専門家を首都ダッカとノルシンディ県に派遣する予定で、残りは数名の短期専門家やローカルNGO、ローカルコンサルタントの活用など、日本側からの人的投入を最小限に抑え、代わりに現場のリソースを最大限活用していく。特に、成果4のコミュニティへの支援、啓発活動等はローカルNGOへの委託を想定しており、この点でもプロジェクトの効率性を高めることが見込まれる。

#### 4-4 インパクト

本プロジェクトのインパクトは以下のように予測できる。

- (1) 本プロジェクトでは、HNPSPの枠組みのもと、保健家族福祉省や他ドナーに対して現場レベルの成果や課題を積極的にフィードバックし、他地域への普及を前提とした教訓や提言を共有していくことが成果1として組み込まれている。このように上位目標——プロジェクトから抽出されたリプロダクティブヘルスサービスの方法論が標準化され他県に適用される、を達成するための仕組みがプロジェクト・デザインの中に担保されていることから、本プロジェクトの成果がノルシンディ県以外の他県でも波及することが期待できる。
- (2) プロジェクトの対象地域はノルシンディ県1県だが、プロジェクトと平行して他2県を選択し、助産師や保健師などの協力隊の新規派遣や草の根無償資金協力など他スキームとの連携をプログラムアプローチとして行う。したがって、本プロジェクトを含め複合的な日本の援助協力をHNPSPの枠組みの中で行うことで、母性保護強化を実現するためのインパクトを一層もたらすことが見

込まれる。

#### 4-5 自立発展性

本プロジェクトの自立発展性の見込みは、以下のように予測できる。

- (1) 技術移転の中心となる県以下家族計画局のマネージメントの強化や安全な出産のためのサービスの向上は、基本的に保健家族福祉省が推進する既存の制度や手法を有効に活用あるいは改善することによって目指している。このためプロジェクト終了後も同省の方針あるいは戦略に従って全国に適用可能な技術であり、技術面での本プロジェクトの自立発展性が見込める。
- (2) 対象コミュニティに対しては、行政や民間セクターの協力を得て、コミュニティの住民自身が主体的にサービスを利用できることを目指したプロジェクト・デザインとなっている。具体的には保健教育や啓発活動、行動変容のためのコミュニケーション活動を通じて住民の意識向上と行動変容を促し、コミュニティボランティアの育成や地域関係者とのネットワーク構築など、住民が自立発展的に活動を継続していける仕組みが組み込まれていることから、現時点での技術面での自立発展性は見込める。
- (3) 既述のとおり、協力終了後もプロジェクトの効果を持続・波及できる制度面での仕組みを成果1として担保している。また、本プロジェクトでは中央レベルでは合同調整委員会、県レベルでは県プロジェクト運営委員会の設置を予定しており、これらの組織もプロジェクトの効果を持続・波及するための牽引役として機能することが期待できる。
- (4) 本プロジェクトでは、HNPSPが推奨しているローカルNGOなど民間セクターとの連携強化をプロジェクト・デザインに取り入れ、財政面での自立発展性を担保する工夫がなされている。しかしながら、公的サービス提供現場では慢性的な資金不足と人材不足に直面しているのが現状であり、プロジェクトの財政面での自立発展性を確保していくためには、プロジェクト実施中から保健家族福祉省をはじめとする上位機関やHNPSPに参加している他ドナーとの政策協議が必要不可欠である。

## 第5章 留意事項

- (1) 合同調整委員会は、ドナー・保健家族福祉省の合同委員会が設置された場合は、それに統合される。
- (2) 広報誌及びホームページ（英文）は、ドナー・保健家族福祉省の統一されたものに、コスト・シェアリングするとともに合流されるべきである。
- (3) LLP研修等の標準化されているものは利用する。
- (4) 官民連携は効率化に資するが、公平性を損なう場合がある。公平性でのパブリックの役割は保持されるべきである。
- (5) ODAタスクフォース保健セクターワーキンググループ（在バングラデシュ日本大使館、JICAバングラデシュ事務所）とプロジェクトが、プログラム協力でオールジャパンとして対外的に見えること。
- (6) チーフ・アドバイザー、調整員、長期専門家は、ベンガル語は要件ではないが、習得に励むこと。
- (7) 長期専門家（地域保健）は、ノルシンディ県に居住することが推奨される。
- (8) 保健省は、本省官房部分と実施局レベルが分離されている。チーフ・アドバイザーのメインのカウンターパートは家族計画局長であるが、官房との連絡・協議を密に維持する必要がある。

## 第6章 団長所感

本案件は、JICAバングラデシュ事務所主導で案件形成が図られてきたものであり、これまでの我が国のこの分野での協力、保健家族福祉省のHNPSPへの政策転換の実態、他ドナーのプールファンドの動向、全国及びノルシンディ県の保健データ等の十分な情報が収集されてきている。さらに、本調査団、JICA本部人間開発部と現地事務所で2回のテレビ会議のほか、メールでの照会等を含め、十分な事前準備ができ、調査の効率化、円滑化に寄与した。

調査団のバ国滞在中に、ノルシンディ県のフィールドを視察し、各医療保健施設を訪問し、家族福祉訪問員及び家族福祉補助員の活動の実際を見ることができた。2005年8月6日にPCMワークショップをノルシンディ県で開催し、参加型による関係者の熱心な討議により妥当なプロジェクト・デザインが得られた。これに基づき7日に保健家族福祉省とプロジェクトの概要につき合意を得て、8日に大蔵省対外経済局エマダドゥル・ハック課長とミニッツの署名にいたった。さらに、評価5項目による事前評価を実施し、プロジェクト実施が妥当であるとの結論を得た。

本案件の主要なねらいは3点あると考えられる。第一に、2004年に終了した「リプロダクティブヘルス人材開発プロジェクト」をはじめ、JOICFPに委託した開発パートナー事業、2002～2004年の緊急産科機材無償資金協力、保健分野の青年海外協力隊派遣及び草の根無償資金協力、並びに本邦等での研修事業等、これまでの我が国のバ国への健康分野への投資を有効活用することである。また、バ国政府が建設したコミュニティ・クリニックなどと、UNFPA/WHOが実施中の熟練助産師育成事業等の有効活用の方策を確立することである。

第二に、現地NGOをはじめ民間医療機関、薬局などのプライベート・セクターとの連携によるパブリック・プライベート・パートナーシップにより、住民のエンパワーメントによる効率化を図ることである。

第三には、本年度中に実施が見込まれるHNPSPに沿った他ドナーと協調したプロジェクトにすることである。これにより、対象地域のノルシンディ県で得られたグッドプラクティスやノウハウを本省で標準化し、全国に普及させることである。さらに、他2県を選定し、協力隊事業や草の根無償その他のスキームを活用し、ノルシンディ県の成果を同時並行で波及させ標準化された手法が全国で適用可能なことを実証する。

第一のねらいについては、これまでの協力実績のあるノルシンディ県をターゲットとし、助産師の専門家を派遣し、6か月の研修で速成された熟練助産師をOJTで育成する。実際、視察した限り、郡家族計画担当官らはこれまでの協力の成果を一定程度保持し、モラルが高いようであった。また、緊急産科機材では1985年に無償資金協力で供与された機材がいまだ活用され、帝王切開がなされていた。OJTによる育成では、これまでのように家族福祉訪問員による叱責と命令によるのではなく、支援的指導や熟練助産師グループでのQCサークルのような自発的向上を促す手法が実施されなければならない。活動の要素は、対象地域が広大なことから焦点を絞り、安全な出産、新生児ケア、及び、産前産後の家族計画指導とする。また、何より妊産婦死亡症例とハイリスク出産の成功例などの症例検討会がそれぞれのレベルで開催される必要がある。

第二のねらいについては、NGOへの委託事業の具体的枠組みは、R/Dまでに固めることとされた。他ドナーが進めてきたコミュニティ・クリニックの運営などが考えられるが、現在、保健家族福祉省

とドナー、NGOで再検討中であり、その結論を待つ必要があるためである。ともあれ、これまでの医療従事者が家庭訪問をすることから、住民が保健施設に来る、また、協力する効率的な体制としなければならない。

第三のねらいは、プールファンドなどドナー協調が進むなかで、我が国の母性保護での協力のプレゼンスを高めることである。このためには、保健家族福祉省にチーフ・アドバイザーがプロジェクト事務所を構え、政策決定レベルで助言をする。それは現場からの知見をフィードバックする事実に基づいた説得力のあるものとなる。関係ドナーの会合には、在バングラデシュ日本大使館、JICAバングラデシュ事務所とともに参画していく。現場での活動から得られた成功事例、テキスト等は、本省の標準として出版していく。定期刊行物やホームページの開設で即時に広報する。また、何よりも必要なことは、チーフ・アドバイザーがプロジェクトのみならず、他の2県も含めたプログラムのチーフ・アドバイザーとして、バ国側に認知される必要がある。このためには、在バングラデシュ日本大使館、JICAバングラデシュ事務所とプロジェクトが一体となって、プログラム協力を実施していることをバ国側に示すことが、スケールアップに効果的であると考える。

バ国において定期的に行われている人口保健調査によれば、妊産婦死亡率も乳児死亡率も以前よりも低下してきてはいる。しかしながら、経済開発の早さに比較して、保健水準の改善は遅かったといえよう。WHOの報告によれば、日本の産婆及び助産師制度による妊産婦死亡率の改善は順調であった。日本及び東南アジアでの熟練助産師による母性保護の経験が、バ国に移植され始めたところである。MDGsのうちの妊産婦死亡率と乳児死亡率の低減に向けて、我が国の貢献は必ず大きな成果をあげると確信する。

## 付 属 資 料

1. ミニッツ
2. PCM ワークショップ結果
3. PDM (和文)
4. 参考文献・資料リスト

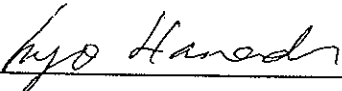
MINUTES OF MEETING BETWEEN  
THE JAPANESE PRELIMINARY STUDY TEAM  
AND  
THE GOVERNMENT OF THE PEOPLE'S REPUBLIC OF BANGLADESH  
ON  
JAPANESE TECHNICAL COOPERATION  
FOR  
SAFE MOTHERHOOD PROMOTION PROJECT


The Japanese Preliminary Study Team (hereinafter referred to as "the Team") organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA"), headed by Mr. Kyo HANADA visited the People's Republic of Bangladesh from August 2 to August 9, 2005 for the purpose of preliminary study of the technical cooperation concerning Safe Motherhood Promotion Project (hereinafter referred to as "the Project").

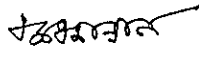
During their stay in Bangladesh, the Team exchanged their views and had a series of meetings with concerned government officials.

As a result of the meetings, both sides agreed the matters referred to in the documents attached hereto.

Dhaka, August 8, 2005

  
\_\_\_\_\_  
Kyo Hanada  
Leader  
The Japanese Preliminary Study Team  
Japan International Cooperation Agency

  
\_\_\_\_\_  
M. Emadatul Haque  
Deputy Secretary  
Economic Relations Department  
Ministry of Finance

  
\_\_\_\_\_  
M. Md. Abdul Mannan  
Deputy Chief, Planning  
Ministry of Health and Family Welfare



## ATTACHED DOCUMENT

### I. Purposes of the Study

The study was conducted with a view to achieve the following purposes;

- To collect basic information and data on the situation of Reproductive Health (hereinafter referred to as "RH") in Narsingdi district and also in the whole country
- To confirm the real needs of Bangladesh through field visits and a participatory workshop
- To agree on a basic framework of the Project including project purpose, implementation system and necessary measures both by Japanese side and Bangladeshi side
- To evaluate the expected achievement of the Project

### II. PCM Workshop

For the purpose of identifying and clarifying the design of the Project, the Team and the Bangladeshi side held Project Cycle Management (hereinafter referred to as "PCM") workshops on August 1 and 6, 2005 in Narsingdi district. Through the workshops, the participants identified the target groups, the problems related to RH, and the feasible solutions.

#### 1. Findings from the Workshop

The participants analyzed the problems related to RH, identified the tentative target groups and the feasible solutions and created consensus on the outline of the Project. These findings were incorporated into the design of the Project.

#### 2. Draft of the Project Design Matrix

The Team has shown a draft of the Project Design Matrix (hereinafter referred to as "PDM") as attached in Annex 1 to the Bangladeshi side at the joint meeting held in Dhaka on August 7, 2005. The PDM indicates the entire Project components, such as the Project purpose, the outputs, the activities and the necessary inputs, as well as the important assumptions and the pre-conditions of the Project. The Bangladeshi side and Japanese side agreed the draft of the PDM, although it will be finalized before signing the Record of Discussions (hereinafter referred to as "R/D").

### III. Framework of the Project

For the formulation of the master plan of the Project, both sides confirmed the followings as the major items of the plan. This plan was examined based on the

“Application for Technical Cooperation from the Government of Japan in the field of Reproductive Health in Bangladesh” submitted by the Government of Bangladesh in June 2004.

1. The Title of the Project

Safe Motherhood Promotion Project

2. Duration of the Project

The duration of the Project will be four (4) years from 2006. The date of the Project's commencement will be clarified in the R/D to be agreed by the both sides.

3. Project Target

1) Target area

Narsingdi District, six (6) Upazilas

※For the dissemination of the lessons learnt in the Project, the cooperation will be implemented in other two (2) districts under other schemes such as dispatch of Japan Overseas Cooperation Volunteers (hereinafter referred to as “JOCVs”) and provision of grassroots grant aid as mentioned in VI. The other two districts will be selected through joint consultation between MOHFW, Directorates and JICA Bangladesh during negotiation process.

2) Target groups

- Community people, particularly women of reproductive age and the neonates
- Medical officers, Family planning officers and field staffs under Deputy Director, Family Planning (hereinafter referred to as “DDFP”), Upazila Family Planning (hereinafter referred to as “UFP”) office and Union Health Family Welfare Center (hereinafter referred to as “UHFWC”)
- Upazila Health and Family Planning Officers (hereinafter referred to as “UHFPOs”) of concerned upazilas

4. Overall goal

Approaches of RH services extracted from the Project are standardized and applied to other districts.

5. Project purpose

Health status of women of reproductive age and the neonates is improved in the target



district.

## 6. Expected outputs

- 1) Feedback on lessons learnt from the Project is given to the central level, and necessary actions are put into practice.
- 2) Management of Family Planning Offices at district and upazila level is improved.
- 3) Safe delivery service system is strengthened.
- 4) RH services are more utilized by target community people in cooperation with the private sector.

## 7. Activities

- 1-1) To hold regular Joint Coordination Committee meeting to give feedback on the Project experiences and to make recommendations
- 1-2) To promote experience sharing among Ministry of Health and Family Welfare (hereinafter referred to as "MOHFW") officials and concerned agencies through publication of newsletters and setting up website
- 1-3) To compile case studies/management based on the Project experiences
- 1-4) To organize workshops and seminars for sharing experiences and giving feedback
- 1-5) To collaborate with other development partners in Health, Nutrition and Population Sector Program (hereinafter referred to as "HNPSP") by sharing information and experiences
  
- 2-1) To establish District Project Implementation Committee (hereinafter referred to as "DPIC") and hold regular meetings
- 2-2) To make a checklist and conduct the assessment of managerial skills of concerned officers at district and upazila level
- 2-3) To organize Local Level Planning (hereinafter referred to as "LLP") Training for concerned officers at district and upazila level
- 2-4) To organize District Management Information System (hereinafter referred to as "DMIS") Training for concerned officers at district and upazila level.
- 2-5) To support for monitoring and evaluation of annual plan by concerned officers at district and upazila level
- 2-6) To provide supportive supervision of government field staffs by concerned officers at district and upazila level

*ben*

*h*

*26*

- 3-1) To support for follow-up of Family Welfare Visitor (hereinafter referred to as "FWV") training and Skilled Birth Attendant (hereinafter referred to as "SBA") training
- 3-2) To promote supportive supervision of SBA by FWV
- 3-3) To improve existing Emergency Obstetric Care (hereinafter referred to as "EmOC") facilities
- 3-4) To strengthen referral system
  - 3-4-1) To hold meetings among maternal health service providers
  - 3-4-2) To promote the use of referral sheet
  - 3-4-3) To establish cooperative relationship with private health service providers
- 3-5) To hold delivery case study meetings
- 3-6) To strengthen services of satellite clinics
  
- 4-1) To select and train community volunteers
- 4-2) To conduct Knowledge, Attitude and Practice survey for targeted community people
- 4-3) To promote health education, awareness raising and Behavior Change Communication activities regarding RH
- 4-4) To establish supporting network among local stakeholders at the targeted communities

IV. Measures to be taken by the both sides

For the implementation of the Project, both sides agreed to take necessary measures mentioned below.

1. Japanese side

The Japanese side shall take the following measures within the budget allocated for the Project.

- 1) Dispatch of experts  
A list of experts is attached in Annex 2.
- 2) Overseas training
- 3) Provision of equipment  
A tentative list of equipment is attached in Annex 3.
- 4) Expenses necessary for implementation of the Project

2. Bangladeshi side

The Bangladeshi side shall take the following measures at its expense.

*ky* *h* *sk*

1) Assignment of counterpart personnel

The Bangladeshi side shall ensure the counterpart personnel for the Project in Annex 4.

2) Land, building and facilities

The Bangladeshi side shall ensure that it would provide sufficient office space to the Project in Annex 5.

3) Allocation of necessary budget

3-1) Remuneration and other allowances for the counterpart personnel

3-2) Bearing running expenses for the office space such as electricity and water

3-3) Custom Duties and Value Added Tax (CD-VAT), cost for custom clearance, storage and domestic transportation for the equipment provided by the Japanese side

3-4) Other contingency expenses related to the Project

V. Joint Coordination Committee

Both sides agreed to establish Joint Coordination Committee during the Project period so that it can give guidance on activities of the Project and coordinate activities among concerned stakeholders. A draft members' list and other details are mentioned in Annex 6.

VI. Others

1. The Project shall be implemented under the framework of HNPS. The Project is a component of the Operation Plan titled, "Maternal, Child and Reproductive Health Service Delivery" under DGFP.

2. JICA will take a program approach in RH field. The target area of the program will be three districts including Narsingdi. The program will be composed of Safe Motherhood Promotion Project in Narsingdi, and other schemes such as dispatch of JOCVs and provision of grassroots grant aid in other two districts\*.

\* The other two districts will be selected in joint consultation between MoHFW, Directorates and JICA Bangladesh during negotiation.

3. The total estimated cost of the Project will be Taka 25 (twenty-five) crores.



- Annex 1: Draft PDM
- Annex 2: Tentative list of Japanese experts
- Annex 3: Tentative list of equipment
- Annex 4: List of Bangladeshi counterpart personnel
- Annex 5: List of buildings and facilities
- Annex 6: Joint Coordination Committee



ANNEX 1

Draft Project Design Matrix (PDM)

Project Name: Safe Motherhood Promotion Project  
Target Area: Narsingdi District (6 Upazilas)

Target Groups: ①Community people, particularly women of reproductive age and neonates ②Medical officers, family planning officers and field staffs under DDFP, UFP office and URFWC ③UHFFOs of concerned upazilas

Project Period: February 2006-January 2010 (4years)  
Date: August 8, 2005  
PDM Version\_0

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p><b>Overall Goal</b> Approaches of Reproductive Health (RH) services extracted from the Project are standardized and applied to other districts</p>	<p>1 Number of approaches and experiences of the Project applied to other districts</p>	<p>1 Documents of MoHFW, date of National Survey, statistics</p>	<p>1 The political, economic, and social situation will not be worse than commencing time of the Project</p>
<p><b>Project Purpose</b> Health status of women of reproductive age and neonates is improved in the target district</p>	<p>1 Number of maternal death 2 Number of neonatal death</p>	<p>1 Date of National Survey, statistics 2 Date of National Survey, statistics</p>	<p>1 The policy in the health sector is not dramatically changed</p>
<p><b>Outputs</b> 1 Feedback on lessons learnt from the Project is given to the central level, and necessary actions are put into practice</p>	<p>1-1 The number of topics related to RH recommended by the Project to upper level organizations 1-2 The number of case studies compiled by the Project 1-3 The number of meetings, seminars and workshops organized by the Project 1-4 The number of newsletters and visitors of website by the Project</p>	<p>1-1 Record of meeting minutes 1-2 Case studies/management 1-3 Record of meeting minutes, seminar and workshop reports 1-4 Newsletters</p>	<p>1 Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW) continues to implement Health, Nutrition and Population Sector Program (HNFPSP)</p>
<p>2 Management of Family Planning Offices at district and upazila level is improved</p>	<p>2-1 The number of DPIC held by the Project and the number of its participants 2-2 The extent of improving management skills 2-3 The number of LLP and DIMS training conducted by the Project and the number of its participants</p>	<p>2-1 Record of meeting minutes 2-2 Results of assessment conducted before and after the intervention 2-3 Record of training</p>	<p>2 The policy change in the health sector does not greatly affect the concept and approaches of Project that were agreed</p>
<p>3 Safe delivery service system is strengthened</p>	<p>3-1 The number of delivery assisted by SBA 3-2 The number of ANC/PNC 3-3 The number of complicated pregnancy referral cases 3-4 The number of users of ANC card 3-5 The number of referral by FWA/SBA</p>	<p>3-1 Record of Union Health Family Welfare Center 3-2 Record of Union Health Family Welfare Center 3-3 Record of Union Health Family Welfare Center 3-4 Record of Union Health Family Welfare Center 3-5 Record of Union Health Family Welfare Center</p>	<p>3 Natural disaster such as flood does not greatly affect the implementation of the Project</p>
<p>4 Reproductive Health (RH) services are more utilized by target community people in cooperation with the private sector</p>	<p>4-1 The extent of improving awareness and KAP among target community people 4-2 The number of health education, raising awareness and BCC activities</p>	<p>4-1 Results of KAP Survey 4-2 Reports on Partner NGO's activities</p>	
<p><b>Activities</b> 1-1 Hold regular Joint Coordination Committee meetings to give feedback on the project experiences and to make recommendations 1-2 Promote experiences sharing among MoHFW officials and concerned agencies through publication of newsletters and setting up website 1-3 Compile case studies/management based on the project experiences 1-4 Organize workshops and seminars for sharing experiences and giving feedback</p>	<p><b>Inputs</b> Japanese Side 1 Dispatch of experts (1) Chief Adviser (2) Community Health (3) Coordinator (4) Short-term experts 2 Provision of equipment 3 Training of counterparts</p>	<p>Bangladeshi Side 1 Assignment of counterpart personnel 2 Provision of land, building, and other necessary facilities 3 Allocation of operational costs for the Project</p>	<p>1 Frequent transfer of trained counterpart personnel does not occur</p>

**Draft Project Design Matrix (PDM)**

**ANNEX 1**

1-5	Collaborate with development partners in HNPPSP by sharing information and experiences	4	Dispatch of study team when necessary
		5	Allocation of operational costs for the Project
2-1	Establish District Project Implementation Committee (DPIC) and hold regular meetings		
2-2	Make a checklist and conduct the assessment of managerial skills of concerned officers at district and upazila level		
2-3	Organize Local Level Planning (LLP) Training for concerned officers at district and upazila levels		
2-4	Organize District Management Information System (DMIS) Training for concerned officers at district and upazila level		
2-5	Support for monitoring and evaluation of annual plan by concerned officers at district and upazila level		
2-6	Provide supportive supervision of government field staff by concerned officers at district and upazila level		
3-1	Support for follow-up of Family Welfare Visitor (FWV) training and Skilled Birth Attendant (SBA) training		
3-2	Promote supportive supervision of SBA by FWV		
3-3	Improve existing Emergency Obstetric Care (EmOC) facilities		
3-4	Strengthen referral system		
3-4-1	Hold meetings among maternal service providers		
3-4-2	Promote the use of referral sheet		
3-4-3	Establish cooperative relationship with private health service providers		
3-5	Hold delivery case study meetings		
3-6	Strengthen services of satellite clinics		
4-1	Select and train community volunteers		
4-2	Conduct Knowledge, Attitude and Practice (KAP) survey for target community people		
4-3	Promote health education, awareness raising and Behavior Change Communication (BCC) activities regarding RH		
4-4	Establish supporting network among local stakeholders at the target communities		

**Pre-conditions**

- 1 Project concept, and roles and responsibilities of project stakeholders is shared and clearly understood among them

Abbreviation: ANC (Ante-Natal Care), BCC (Behavior Change Communication), DDFP (Deputy Director Family Planning), DMIS (District Management Information System), DPIC (District Project Implementation Committee), EmOC (Emergency Obstetric Care), FWV (Family Welfare Assistant), FWV (Family Welfare Visitor), KAP (Knowledge, Attitude and Practice), HNPPSP (Health, Nutrition and Population Sector Program), LLP (Local Level Planning), MoHFW (Ministry of Health and Family Welfare), NGO (Non-Government Organization), PNC (Post-Natal Care), RH (Reproductive Health), SBA (Skilled Birth Attendant), UFP (Upazila Family Planning), UHFWC (Union Health and Family Welfare Center)



TENTATIVE LIST OF JAPANESE EXPERTS

1. Chief Advisor
2. Project Coordinator
3. Community Health Expert
4. Other short term experts will be assigned when necessary for smooth and effective implementation of the Project

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

TENTATIVE LIST OF EQUIPMENT

1. Vehicles including motorcycles
2. Equipment for Comprehensive-Emergency Obstetric Care (hereinafter referred to as "C-EmOC") (1) \*
3. Other materials and equipment necessary for developing capacity of stakeholders will be provided based on the mutual agreement.

\*If an obstetrician/ gynecologist and an anesthetist are properly posted, the equipment for C-EmOC is to be provided.

Notes: The contents, specifications and quantity of equipment to be provided each year will be discussed in principle every year between the Japanese experts and the Bangladeshi counterpart personnel based on the annual plan of the Project, within the allocated budget of the Japanese fiscal year.



LIST OF BANGLADESHI COUNTERPART PERSONNEL

I . Central Level

1. Joint Chief, Planning, Ministry of Health and Family Welfare
2. Line Director, Maternal, Child and Reproductive Health (MCRH), DGFP
3. Line Director, Planning, DGFP
4. Line Director, Essential Service Delivery (ESD), DGHS

II . District Level

1. Deputy Director/ Family Planning (DDFP)
2. Assistant Director Clinical Contraception (ADCC)
3. Medical Officer (Clinic), Mother and Child Welfare Center (MCWC)
4. Civil Surgeon (CS)

III. Upazila Level

1. Medical Officer- Maternal and Child Health (MO-MCH)
2. Upazila Family Planning Officer (UFPO)
3. Assistant Upazila Family Planning Officer (AUFPO)
4. Senior Family Welfare Visitor (Sr. FWV)
5. Upazila Health and Family Planning Officer (UHFPO)



LIST OF BUILDINGS AND FACILITIES

1. Project offices and facilities at Narsingdi DDFP Office and DGFP Office
2. Other facilities mutually agreed upon as necessary for the implementation of the Project



## JOINT COORDINATION COMMITTEE

The Joint Coordination Committee, which consists of both the Japanese side and the Bangladeshi side, will be established for the smooth and effective implementation of the Project.

### 1. Functions

The Joint Coordination Committee will meet at least once a year or whenever necessity arises in order to fulfill the following functions;

- 1) To formulate the Annual Plan of Operation of the Project
- 2) To review the overall progress and achievement of the Project
- 3) To exchange views on major issues arising from or in connection with implementation of the Project and to give guidance to the Project and the Bangladeshi counterparts if necessary

### 2. Composition

#### 1) Chairperson

Joint Chief, Planning, Ministry of Health and Family Welfare

#### 2) Co-chairperson

Resident Representative, JICA Bangladesh Office

#### 3) Members

##### - Bangladeshi side

Deputy Secretary, Japan Branch, Economic Relations Division

Director Planning, DGHS

Director Planning, DGFP

Line Director, Maternal, Child and Reproductive Health, DGFP

Line Director, Essential Service Delivery, DGHS

Director Training, NIPORT

Superintendent, MCHTI

##### - Japanese side

Official(s) in charge, JICA Bangladesh Office

Experts of the Project

Note: Official(s) of Embassy of Japan to Bangladesh may attend the Joint Coordination Committee as observer(s).



## 2. PCM ワークショップ結果

事前評価調査期間中、プロジェクトの対象県であるノルシンディ県で関係者を招いて参加型計画立案ワークショップ（通称PCMワークショップ）を8月1日と8月6日の2日間にわたって開催した（別紙1のスケジュール参照）<sup>1</sup>。以下、ワークショップの概要結果について述べる。

### 1. ワークショップの目的とプロセス

プロジェクトの枠組みを参加型で立案することを目的に、主要カウンターパート機関であるノルシンディ県家族計画局以下の職員、関係NGO職員、中央から保健家族福祉省、事前評価調査団、JICA バングラデシュ事務所関係者、青年海外協力隊員の参加を得て、PCM（Project Cycle Management）手法を用いたワークショップを実施した（詳細は、別紙2の参加者リストを参照）。1日目の冒頭、来賓の挨拶の後、プロジェクトの概念とプロジェクト管理、PCM手法の説明を行った。その後、関係者を複数のグループに分け関係者分析と問題分析を行った。2日目は来賓の挨拶の後、1日目のレビューを行い、問題分析の続きと目的分析を行った。両日ともファシリテーターの進行の下、グループごとに分かれた各参加者は自分の意見をポストイットに記載・提示するやり方で分析を進め、各セッションの最後にグループ発表、質疑応答を行い、参加者全員の共通理解を図りながら合意形成を行った。

### 2. 関係者分析

プロジェクトにより影響を受けると考えられる対象グループをはじめ、すべての利害関係者を特定するための関係者分析を行った。この関係者分析では、ワークショップの参加者を6つのグループに分け、1) 予定されているプロジェクトの対象グループ（受益者を含む）、2) 意思決定者、3) 実施機関、4) 協力機関、5) 資金提供機関、6) 潜在的な反対者の6つのカテゴリーについて、各グループ1つずつを担当して分析した。分析後にグループ発表を行い、それぞれのカードの的確性、適切性について整理・議論を行った。

対象グループについては様々な意見が出されたが、特に①15～49才の妊産婦、②0～5才の乳児が対象グループとして特定された。このほか母子保健サービス提供者や青少年、地域住民などが挙げられた（詳細は、別紙3の関係者分析マトリックスを参照）。

### 3. 問題分析

問題分析では、まず関係者分析で特定された対象グループが直面している包括的な問題、いわゆる「中心問題」を設定するために、ブレインストーミングして参加者からカードを出してもらった。出されたカードを問題の「原因」と「結果」に分けて議論して、「リブ

---

<sup>1</sup> 時間的制約から2日間の開催とはいえ実質的な議論や分析の時間には1日強しか時間を割けないことが明らかだったので、最初からワークショップは関係者からプロジェクト立案に必要な情報を提供・分析してもらうことや課題を特定する機会という位置づけで行われた。

「ロダクティブヘルスサービスが不十分である」というカードが中心問題ではないかという意見が出された。しかし分析を進めるうちに、問題はサービス提供者側の問題のみならず、リプロダクティブヘルスに関する意識・知識が不足しているなどサービス利用者側の問題もあるという意見が出され、最終的には「対象グループである妊産婦や新生児の健康状態が悪い」というカードが、対象グループの問題をより包括的かつ的確に表現しており、中心問題として適切だろうという結論に至った。中心問題の直接原因として「スタッフの数、技術が不十分である」、「マネジメントが不十分である」、「固定したサービス提供の場の不足」が挙げられ、参加者は3つのグループに分かれ原因と結果の關係に留意しながらそれぞれの問題分析を行った。1日目の最後、分析が途中でも話し合ったところまでをグループごとに発表を行った。2日目は上記の直接原因に「サービス利用者がリプロダクティブヘルスサービスに関する意識が不足している」も加え、分析の続きを各グループで行った（詳細は、別紙4の問題系図を参照）。

#### 4. 目的分析

目的分析は、問題の解決によって得られる望ましい状況と、その望ましい状況を実現するための現実的な手段を検討するプロセスである。中心問題が解決された望ましい状態、「中心目的」を参加者全員で検討し、「対象グループである妊産婦や新生児の健康状態が改善される」というカードを選ぶことになった。問題分析と同様、この目的分析では参加者はグループに分かれて、今度は「手段」と「結果」の關係に留意しながら各グループの分析を進め、最後にグループ発表を行った（詳細は、別紙5の目的系図を参照）。

<別紙 1 >

---

ワークショップのスケジュール

---

**Pre-workshop on August 1 (Monday)**

- 9:30 - 10:00 Registration
- 10:00 - 10:15 Opening-Welcome Remarks
- 10:15 - 10:45 Introduction of Project Management, PCM method, and Participatory Planni
- 10:45 - 12:00 Stakeholder Analysis
- 12:00 - 12:15 Tea Break
- 12:15 - 13:30 Problem Analysis
- 13:30 - 13:45 Closing Remarks
- 13:45 - 15:00 Lunch

**Workshop on August 6 (Saturday)**

- 9:30 - 10:00 Registration
- 10:00 - 10:15 Opening-Welcome Remarks
- 10:15 - 10:30 Review of Pre-workshop
- 10:30 - 11:45 Problem Analysis
- 11:45 - 12:00 Tea Break
- 12:00 - 13:30 Objective Analysis
- 13:30 - 13:45 Closing Remarks
- 13:45 - 15:00 Lunch




<別紙 2 >

ワークショップ参加者リスト

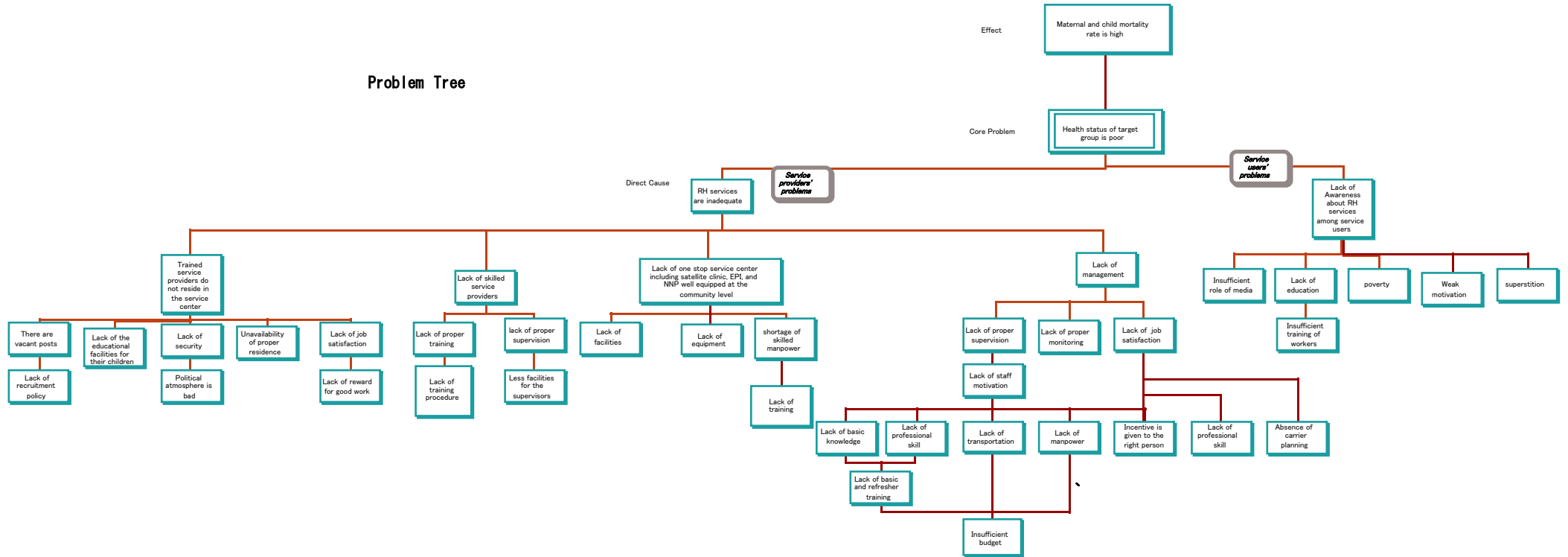
SL.	Name	Organization	1st day (Aug.1)	2nd day (Aug.6)
	<b>GO</b>			
1	A.F.M.Arafat Hossain	UFPO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Alea Khatun	FWV	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Anisur Rahman	FDSR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Aysha Akter	SFWV	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Chandan Shaha	PSTC, NSDP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Dr. Jahanara Akter	MCWC, Narsingdi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Dr. A. B. M Saiful Alam	PM, BAVS	<input checked="" type="checkbox"/>	
8	Dr. Ahsan Habib	MO( MCH-FP)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Dr. Ashutosh	AD (C.C), Narsingdi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Dr. Bilkis Khanam	MCH-FP,Palash	<input checked="" type="checkbox"/>	
11	Dr. M. A. Faiz	MCH-FP, Shibpur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12	Dr. Md. Obaidul Islam	MCHFP-Shibpur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13	Dr. Nizam Uddin Mazumder	Mo( MCH-FP), Raipura	<input checked="" type="checkbox"/>	
14	Ishrat Jahan	ATFPO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15	Jakeya Jesmeen	UFPO, Shibpur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16	Kohinoor Begum	Upazilla Sadar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17	M.D. Rashed Hasan	PSF-FDSR-Raipur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18	Marjina Begum	URC,Palas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19	Matiur Rahman	Paribarik Sashtha Clinic	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20	Md. Anwa Hossain	Family Planning Dep.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21	Monika Bagchi	BWHC,Palash	<input checked="" type="checkbox"/>	
22	Narima Banu	URC,Shibpur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
23	Ramiz Uddin Ahmed	UFPO, Sadar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
24	Shahida Islam	CORHP, FPAB, Pachdona	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
25	Sultana Aysha Akter	Raipur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
26	Md. Shamsul Islam	CM NSDP, Monohordi		<input checked="" type="checkbox"/>
27	Pijush Kanti Datta	Research Officer, Directorate General of Health Service		<input checked="" type="checkbox"/>
28	Dr. Md. Mahfuzur Rahman,	Regional Supervisor, FPCST and QAT, Dhaka Region		<input checked="" type="checkbox"/>
	<b>JICA</b>			
29	Miyako Kobayashi	JICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
30	Kyo Hanada	JICA		<input checked="" type="checkbox"/>
31	Dr. Tadatoshi Kuratsuji	JICA		<input checked="" type="checkbox"/>
32	Yukie Yoshimura	JICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
33	Toshiko Shimada	JICA/Facilitator	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
34	Emiko Nishimura	JICA		<input checked="" type="checkbox"/>
35	M.S. Alam	JICA/Interpreter	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
36	Mr. Parvez	JICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
37	Ummee Saila	JICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
38	Chikako Toda	JOCV/JICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
39	Hiroko Uchikado	JOCV/JICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
40	Masao Koda	JOCV/JICA		<input checked="" type="checkbox"/>
41	Mako Yoshimura	JOCV Coordinator		<input checked="" type="checkbox"/>
	<b>NGO</b>			
42	Dr. Barun Kumar Das	BRAC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
43	Sultana Akter	BRAC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
44	Md. Moazzem Hossain	BRAC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
45	Md. Abdul Baten	BRAC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
46	M. A. Rob	Marie Stopes	<input checked="" type="checkbox"/>	
47	Dr. Afia	BRAC		<input checked="" type="checkbox"/>
	<b>Guests</b>			
48	Dr. Ashraf Ali	Program Manager, DGFP	<input checked="" type="checkbox"/>	
49	Ms. Afroza Begum	DDFP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
50	Mr. Md. Munsur Ali	Civil Surgeon		<input checked="" type="checkbox"/>
51	Dr. Jafar Ahmed Hakim	Direcor, DGFP		<input checked="" type="checkbox"/>
52	Md. Feroz Salah Uddin	District Commissioner		<input checked="" type="checkbox"/>

## Stakeholder Analysis

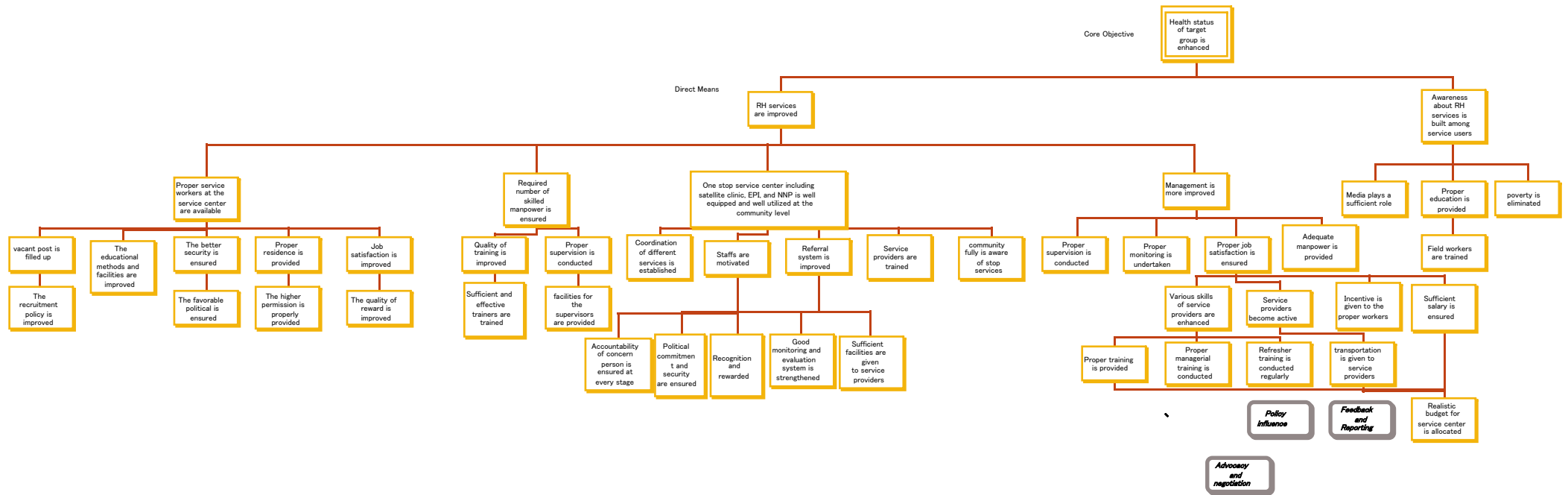
Target group (major beneficiaries of the Project)	Decision makers	Implementing agencies	Collaborating agencies	Fund (sources)	Potenti
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 16-49 years women specially pregnant women and delivered women</li> <li>- 0-5years children</li> <li>- 10-12 years adolescent</li> <li>- Health service providers</li> <li>- Husband</li> <li>- local quack</li> <li>- parents</li> <li>- target villagers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministry of Health and Family Welfare</li> <li>- Ministry of Finance and Planning</li> <li>- Ministry of women and children</li> <li>- Ministry of Religion</li> <li>- Donor agency</li> <li>- NGO</li> <li>- DGHS</li> <li>- DGFP</li> <li>- District Administration</li> <li>- Civil surgeon</li> <li>- DDFP</li> <li>- UH&amp; FPO</li> <li>- UHPO</li> <li>- Mo (MCH-FP)</li> <li>- Elected members</li> </ul>	<p><i>District level</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DDFP</li> <li>- ADFP</li> <li>- ADCC</li> </ul> <p><i>Upazila level</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UFPO</li> <li>- AUFPO</li> <li>- MOMCH-FP</li> <li>- Sr. FWV</li> </ul> <p><i>Union level</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FPI</li> <li>- FWV</li> <li>- SACMO</li> </ul> <p><i>Local level</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Public Representative</li> <li>- NGO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NGO (BRAC, NSDP, B/AVS, BWHC, FPAB, Marie Stopes)</li> <li>- Women Union Prashad</li> <li>- Union Prashad Chairman</li> <li>- Gram Sarkar</li> <li>- Marriage neighbors</li> <li>- Private reactionaries</li> <li>- Members of "Anser"(gurd)/Village Defense Police</li> <li>- Local elite</li> <li>- Skilled Birth Attendant</li> <li>- Youth clubs</li> <li>- Local pharmacy holder</li> <li>- Mass media</li> <li>- Religious leaders</li> <li>- Village doctors</li> <li>- Teachers</li> <li>- Members of cooperative society</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Government</li> <li>- JICA</li> <li>- NGO</li> <li>- Family</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Untrained</li> <li>- Implement: similar proj</li> <li>- General pr</li> <li>- Religious L</li> </ul>

 : Main groups

# Problem Tree



# Objective Tree



暫定プロジェクトデザインマトリックス(PDM)

プロジェクト名:母性保護強化プロジェクト(仮称)  
対象地域:ノルシンディ県(6郡)

対象グループ: 対象地域住民(特に妊娠可能年齢の女性と新生児)、 対象県の家族計画局職員、フィールドスタッフ、 対象県の保健局関係職員

プロジェクト期間: 2006年  
PDM作成日: 2005年8月8日  
PDM Version\_0

要約	指標	指標入手手段	外
<b>上位目標</b>			
プロジェクトから抽出されたリプロダクティブヘルスサービスの方法が標準化され他県に適用される	1 プロジェクトのアプローチ・経験が他県で採用された事例数	1 保健家族福祉省の文書、県・郡の保健統計、記録	1 国の政治、経済、社会状況化しない
<b>プロジェクト目標</b>			
対象県の妊娠可能年齢の女性と新生児の健康状態が改善される	1 プロジェクト終了時までに対象県の妊産婦死亡数が減少する	1 県、郡の保健統計、記録	1 保健政策が大幅に変更し
	2 プロジェクト終了時までに対象県の新生児死亡数が減少する	2 県、郡の保健統計、記録	
<b>成果</b>			
1 プロジェクトの経験・教訓が上位機関と関係機関にフィードバックされ、政策的支援を得るための働きかけがなされる	1-1 プロジェクト終了時まで具体的に課題に関して上位機関へ提言した項目数	1-1 会議議事録	1 保健栄養人口セクターで 2 政権交代などにより国の保合、合意されたプロジェクト 3 洪水などの天災によりプロい
	1-2 プロジェクト終了時まで作成した事例集の数	1-2 事例集	
	1-3 プロジェクト終了時まで開催した各種会議、セミナー、ワークショップの数	1-3 各種会議、セミナー、ワークショップの記録	
	1-4 プロジェクト終了時まで発行したニューズレターの回数とホームページアクセス数	1-4 ニューズレター、ホームページの記録	
2 対象県において家族計画局のマネジメントが改善される	2-1 プロジェクト終了時までマネジメントの改善度合いが向上する	2-1 アセスメントの結果(開始時と終了時)	
	2-2 プロジェクト終了時まで実施された県プロジェクト運営会議の回数と参加者数	2-1 会議議事録	
	2-3 プロジェクト終了時まで実施された県・郡母子保健計画研修と保健情報管理研修の回数と参加者数	2-3 研修記録	
3 安全な出産のためのサービス提供体制が対象県以下で強化される	3-1 プロジェクト終了時まで熟練助産師による出産介助件数が増加する	3-1 ユニオン家族福祉センターの記録	
	3-2 プロジェクト終了時まで妊産婦健診率と産後健診率が増加する	3-2 ユニオン家族福祉センターの記録	
	3-3 プロジェクト終了時まで妊娠合併症を持つ妊産婦の搬送件数が増加する	3-3 ユニオン家族福祉センターの記録	
	3-4 プロジェクト終了時まで妊産婦健診カードの利用者数が増加する	3-4 ユニオン家族福祉センターの記録	
	3-5 プロジェクト終了時まで家族福祉補助員、熟練助産師による搬送件数が増加する	3-5 ユニオン家族福祉センターの記録	
4 民間の協力を得て対象地域住民が主体的にリプロダクティブヘルスサービスを利用できるようになる	4-1 プロジェクト終了時まで対象地域住民の意識・行動が向上する	4-1 住民意識・行動変容調査の結果	
	4-2 プロジェクト終了時まで実施した住民対象の保健教育・行動変容のためのコミュニケーション活動の回数	4-2 NGOの活動報告書	
<b>活動</b>	<b>投入</b>		
1-1 上位機関と関係ドナーとのプロジェクト合同調整委員会を定期的に実施し、モニタリング結果のフィードバックと提言を行う	日本側 1 専門家の派遣	バングラデシュ側 1 カウンターパートと事務管理職員の配置	1 研修を受講した主要なカウこらない
1-2 ニューズレターの発行とホームページの開設を通じて、上位機関と関係機関への広報活動を促進する	(1) チーフアドバイザー (2) 地域保健	2 土地、建物、付帯施設の提供	
1-3 プロジェクト活動を基に事例集を作成する	(3) 調整員	3 プロジェクト管理にかかる現地業務費	
1-4 フィードバック・経験共有を目的としたワークショップ、セミナーを開催する	(4) 短期専門家 2 機材の供与		
1-5 保健栄養人口セクタープログラムの他ドナーとの情報交換、連携を行う	3 カウンターパート研修員の受入 4 必要に応じて、調査団の派遣		
2-1 県プロジェクト運営委員会が設置され、定期会議が開催する	4 現地業務費		

<p>2-2 県・郡レベルのマネージメント強化項目のチェックリストを作成し、プロジェクト開始直後と終了時にアセスメントを行う</p> <p>2-3 県・郡レベルの家族計画局職員に対する県・郡母子保健計画 (Local Level Planning)研修を実施する</p> <p>2-4 県・郡レベルの家族計画局職員に対する保健情報管理研修を実施する</p> <p>2-5 2-3に基づいて作成された県・郡母子保健計画のモニタリング・評価実施を支援する</p> <p>2-6 県・郡レベルの家族計画局職員による巡回指導を促進・強化する</p>		
<p>3-1 熟練助産師、家族福祉訪問員に対する研修のフォローアップを行う</p> <p>3-2 家族福祉訪問員による熟練助産師に対する巡回指導を強化する</p> <p>3-3 緊急産科施設の体制の整備とフォローアップを行う</p> <p>3-4 リファラルシステムを強化する</p> <p>3-4-1 地域で出産に携わる関係者(熟練助産師、伝統的産婆、家族訪問福祉員、家族訪問補助員、家族)との会合を行う</p> <p>3-4-2 リファーマシット利用を促進する</p> <p>3-4-3 医療サービス提供者(NGO、私立病院、伝統治療師、薬局など)との情報交換・連携を促進する</p> <p>3-5 出産症例検討会を行う</p> <p>3-6 サテライトクリニックのサービスを強化する</p>		<p style="text-align: center;">前</p> <p>1 プロジェクトの概念、各関係共有され、確実に理解され</p>
<p>4-1 コミュニティボランティアを選定・育成する</p> <p>4-2 対象地域住民のリプロダクティブヘルスに関する知識、意識/態度、行動調査を実施する</p> <p>4-3 住民教育・啓発、行動変容のためのコミュニケーション活動を実施する</p> <p>4-4 対象地域関係者(NGO、私立病院、住民組織、地元企業、ユニオン評議会など)とのネットワークを構築する</p>		

#### 4. 参考文献・資料リスト

##### (1) 日本語文献・資料

文献・資料名	出版元	出版年
開発課題に対する効果的アプローチ -リプロダクティブヘルス-	国際協力機構 国際協力総合研修所	2004
帰国報告発表資料	国際協力機構 梅谷恒行	2004
対 Bangladesh 国別評価調査最終報告書	株式会社コーエイ総合研究所	2002
Bangladesh 国別援助計画	外務省	2000
Bangladesh 国別援助研究会報告書	国際協力事業団	1990
Bangladesh 共和国 リプロダクティブヘルス人材開発プロジェクト終了時評価調査団報告	国際協力機構	2004
Bangladesh 共和国 リプロダクティブヘルス人材開発プロジェクト実施協議調査団報告書	国際協力事業団 医療協力部	2004
Bangladesh 人民共和国 業務完了報告(母子保健)	国際協力機構 梅谷恒行	2004
Bangladesh リプロダクティブヘルス人材開発プロジェクト中間評価調査団報告	国際協力事業団	2002
平成14年度 Bangladesh 国開発パートナー事業リプロダクティブ・ヘルス地域展開プロジェクト年次報告書	鈴木良一	2002
平成16年度版 JICA 国別事業実施計画 Bangladesh 国	国際協力機構	2004
リプロダクティブヘルス人材開発(HRDRH)プロジェクト専門家業務完了報告書	国際協力機構 鈴木良一	2004
重点課題別支援委員会(開発とジェンダー) Bangladesh 国現地調査報告	国際協力事業団/企画・評価部環境・女性	2002
第二次人口と開発援助研究-日本の経験を活かした人口援助の新たな展開-2003年	国際協力事業団/国際協力総合研修所	2003

## (2) 英語文獻・資料

文獻・資料名	出版元	出版年
Hospital Autonomy and Decentralization Case Study in Bangladesh—Methodology and Work Overview	F Bitran & Associates NIPOORT/MOHFW	2005 2004
Report on Country Fact File on Maternal, Newborn and Child Health Situation in Bagladesh	Ahmed Al-Kabir/WHO	2005



### (3) 参考WEBサイト

#### WEB アドレス

#### 団体名・テーマ

---

<a href="http://www.adb.org/Bangladesh/">http://www.adb.org/Bangladesh/</a>	アジア開発銀行 バングラデシュ
<a href="http://www.dfidbangladesh.org/">http://www.dfidbangladesh.org/</a>	英国開発庁 バングラデシュ
<a href="http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/">http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/</a>	外務省 バングラデシュ国別援助計画
<a href="http://www.ppp-bangladesh.org/">http://www.ppp-bangladesh.org/</a>	基礎保健のための官民連携(Public Private Partnership for essential health)
<a href="http://www.iica.go.jp/bangladesh/">http://www.iica.go.jp/bangladesh/</a>	国際協力機構 バングラデシュ
<a href="http://www.unfpa-bangladesh.org/">http://www.unfpa-bangladesh.org/</a>	国連人口基金
<a href="http://www.unicef.org/infobycountry/bangladesh_bangladesh_latest.ht">http://www.unicef.org/infobycountry/bangladesh_bangladesh_latest.ht</a>	国連児童基金
<a href="http://www.bd.emb-japan.go.jp/bdmodel/">http://www.bd.emb-japan.go.jp/bdmodel/</a>	ジョイセフ バングラデシュ
<a href="http://www.whoban.org/who_we_are.html">http://www.whoban.org/who we are.html</a>	世界保健機構 バングラデシュ
<a href="http://www.worldbank.org/bd">http://www.worldbank.org/bd</a>	世界銀行 バングラデシュ
<a href="http://www.lcgbangladesh.org/default.php">http://www.lcgbangladesh.org/default.php</a>	バングラデシュ支援国会合(LCG)
<a href="http://www.bangladeshgov.org/">http://www.bangladeshgov.org/</a>	バングラデシュ政府機関
<a href="http://www.lcgbangladesh.org/prsp/index.php">http://www.lcgbangladesh.org/prsp/index.php</a>	バングラデシュ貧困削減戦略ペーパー
<a href="http://banglapedia.search.com.bd/HT/L_0123.htm">http://banglapedia.search.com.bd/HT/L_0123.htm</a>	ローカルレベル計画(LLP)

