3.3 バングラデシュ

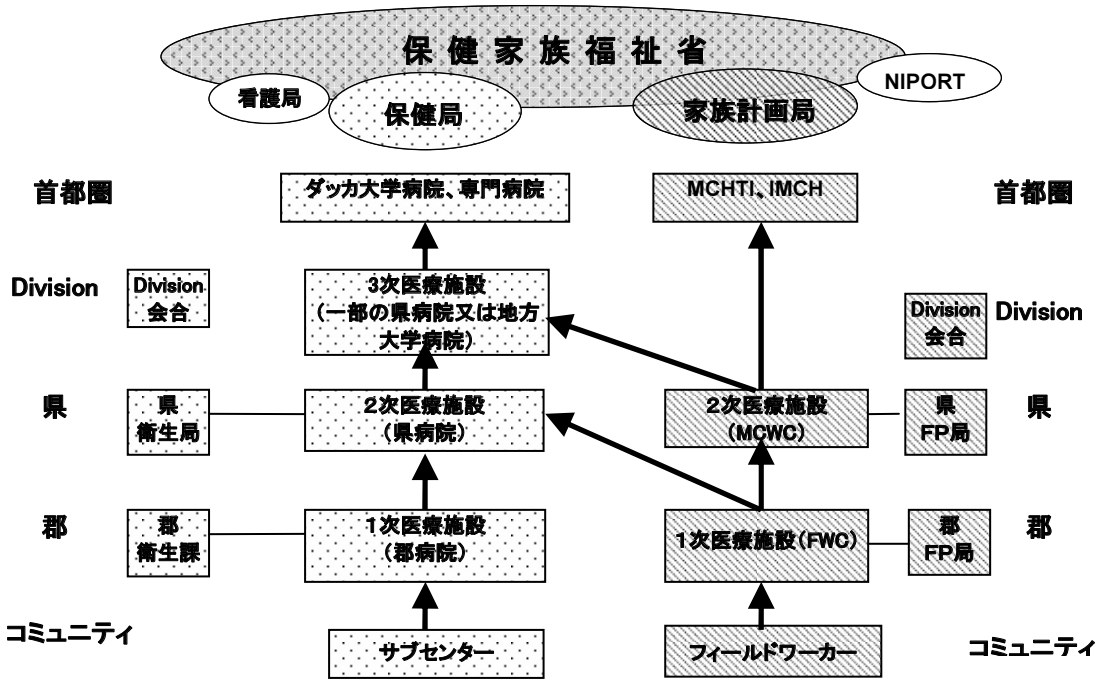
3.3.1 保健リファラル・システムの組織体制

バングラデシュ（以下、バ国）では、保健家族福祉省（以下、MOHFW）の下に「リプロダクティブ・ヘルス、家族計画」を担う家族計画局と、その他の「臨床、予防等公衆衛生サービス」を担う保健局の２系統があり、保健リファラルに関してもそれぞれが独立して機能している。

保健局ラインの医療施設は、地域のコミュニティヘルスセンター、郡病院、県病院が整備されている。家族計画局のラインでは家族福祉訪問員（以下、FWV）やその補助員（以下、FWA）の活動拠点である家族福祉センター（以下、FWC）が１次レベル施設であり、２次レベル施設として県毎に母子福祉センター（以下、MCWC）が設置されている。また、母子保健の専門施設である、中央の母子保健研修センター（以下、MCHTI）及び母子保健センター（以下、IMCH）は、保健局及び家族計画局双方のラインの首都圏のトップリファラル施設と位置づけられている。

保健行政においても、二つのラインそれぞれに、複数の県で構成される Division、県、郡に事務局を設置し、それぞれの医療施設と連携している。

図 3-3-1　バングラデシュの組織体制



出所：評価チーム作成

前述の組織体制を基盤としたリファラル・システムの機能状況とこれまでの変化について、評価の３つの視点からまとめる。

3.3.2 リファラル・システムの機能状況

前述の組織体制を基盤としたリファラル・システムの機能状況とこれまでの変化について、評価の３つの視点からまとめる。

（1）「患者紹介システム」

1）システム管理

ここでは、まず首都圏のトップリファラル、第３次レベルである県病院、その管轄の第２次レベルの郡病院という流れで説明する。

MCHTI はダッカ南西部、アジンプール地区にある 173 床の母子保健専門病院兼研修施設である。ダッカの人口は約 1300 万人(2006 年)、人口増加率は 3.6%、大半は地方からの流入者であり貧困層が多い。MCHTI は特に貧困者が多いダッカ南・西部における母子保健のトップリファラル施設であり、ダッカ近郊の他県からの患者も受け入れている。帝王切開患者の大半は他施設からのリファー患者とのことであるが、リファラル用紙が使用されていないため、リファー件数の記録などはない。また表 3-3-1 からもわかるとおり、MCHTI は 173 床に対して患者数が多いことから本院で妊産婦教育を受けた妊婦を優先的に緊急産科ケアする仕組みを取り入れている。

表 3-3-1　MCHTI の患者統計

	妊婦検診		出産		入院	
	産前	産後	通常	帝王切開	産婦人科	小児
1999	14,063		2,535	571		
2000	30,885	2,734	3,586	1,155		
2001	48,116	5,670	6,494	2,691		
2002	49,945	4,568	5,104	2,221		
2003	43,148	4,780	5,665	2,851	6,318	2,060
2004	39,420	4,757	5,350	2,499	6,015	2,323
2005	38,516	4,634	5,069	2,752	5,839	2,181
2006	41,311	6,453	5,319	2,963	6,351	2,645
2007	11,413	1,562	1,538	876	1,836	706

注）2007 年は 1-3 月　　出所：MCHTI

JICA の協力の対象地域であったジョソール県は人口約 280 万人、バ国の西部、インド、コルカタとの国境地域に位置し、8 郡から構成されている。７郡に郡病院があるが、緊急産科ケア（EOC）が実施できるのは、ジカルガッチャ、チョーガサ、オボイノゴール郡の３病院のみである。しかしジカルガッチャ郡病院の麻酔科医はジョソール県病院に移動したため、評価調査の時点では帝王切開を実施することはできていなかった。また他に EOC が可

能な施設としては家族計画局傘下の MCWC（20 床）がある。

ジョソール県病院は 250 床の総合病院で、クスティア県病院とクルナ大学病院と並び西部地域のトップリファラル病院である。ベッド占有率は約 145%と、許容範囲を超えている。表 3-3-2 から、患者数が年々増加していることがわかる。下位病院からのリファー件数は 2006 年に 47 件、またダッカへのリファーが 5 件あり、それ以前のデータがないためリファー件数の増減は確認できないが、下位病院で対応できないケースを上位医療施設にリファーするシステムが機能していることは伺える。

表 3-3-2　ジョソール県病院のデータ

	手術件数		患者数		検診			リファー		出産	
	局所麻酔	全身麻酔	入院	外来	初診	再診	産後	UHC/MCWCから	ダッカへ	通常	帝王切開
2004	2,311	1,308	94,942	180,812							
2005	2,283	1,629	102,311	204,513							
2006	2,492	1,997	105,115	206,207	2,876	1,975	165	47	5	901	536

（ 10月まで ）

出所：ジョソール県病院

ジョソール県の北部に位置するチョウガサ郡は人口 23 万人、全 11 の地区に分かれており、年間の出生数は約 4,800 件、医療施設は郡病院が 1、H&FWC が 11、民間クリニックが 3 である。家族計画課は、郡病院に併設されており、各地区に 1 名の FWV が配置されている。EOC に関しては郡病院で実施しており、家族計画課のラインでは実施可能な機関はない。FWV は FWC の所長を兼任しており、その下に数名の FWA が配置されている。FWA は約 1,000 軒/月の訪問サービスを実施している。

チョーガサ郡病院は、２次医療施設として位置付けられている 31 床の総合病院で、緊急産科ケア（EOC）を行える設備、人員を備えている。表 3-3-3 の通り、同病院における分娩数、帝王切開数、初回妊産婦検診数が毎年増加しており、国内で「最も EOC サービスを提供している郡病院（UHC)」として 2004 年から 3 年間、保健家族福祉省より表彰を受けている。リファラル用紙は作成していないが、産科検診の際、妊産婦に支給される妊産婦カード上に情報を記載し、緊急時に妊産婦がそのカードを病院へ持参することによって病院が適切な対応をとる、等の取り組みが行われている。リファラル用紙による患者リファーはされていないものの、県病院へリファーした患者数はデータとして管理している（表 3-3-3)。

表 3-3-3　チョーガサ郡病院の母子保健関連統計

	分娩	帝王切開	県病院へのリファー件数	妊婦検診(初回)
1996	99	1	22	813
1997	151	0	44	1,228
1998	182	0	49	1,631
1999	228	0	59	1,815
2000	312	3	101	2,861
2001	421	11	102	3,509
2002	422	26	167	3,932
2003	661	36	89	4,484
2004	1030	184	54	4,898
2005	1,293	310	76	4,993
2006	1,518	363	115	5,944

出所：チョーガサ郡病院

ジョソール県の西側に位置するジカルガッチャ郡は人口約 29.3 万人、11 の地区に分かれており、郡病院１、サブセンター３、FWC が 10、そして 59 名の FWA が配置されている。11 地区中 1 地区は、NGO が政府との契約のもと、FWA と同等の活動を実施している。家族計画課のラインでは FWA から月 100 件程度 FWC に患者リファーがあり、MCWC や県病院に月 5 件程度リファーしている。ジカルガッチャ郡病院は 31 床の総合病院で、2006 年４月までは EOC サービスを実施していたが、麻酔科医が異動したため、サービスを提供することができなくなっている。月平均 20 件程度の正常分娩があり、麻酔科医が異動する前の 2006 年 4 月には 14 名の帝王切開も実施されていた。保健局側の HA（ヘルス・アシスタント）からも 50 件/月の同病院への患者リファーがあり、14-20 件/月の帝王切開及びその他の疾患で全体として 40-50 件/月が県病院にリファーされている（現地インタビューより）。

いずれの地域においても、リファラル・システム運営のみに係る定例会などは実施されていないが、Division、県、郡レベルにおいて毎月開催される各医療施設のトップが集まる会議では、全ての業務についての報告および問題の話し合いが行われるため、患者リファーに関して問題がある場合は、この定例会において話し合いが行われる。

患者を上位へリファーする際には、以前は MCHTI において、患者情報を記載するためのリファラル用紙が作成されていたが、現地調査時点では、リファラル用紙は印刷されておらず、必要に応じてメモ用紙に医師がリファー先病院名などを記入して患者に手渡しているのが現状である。

救急システムに関し、各医療施設に救急車が設置してあるが、燃料費の不足などの問題で、現在ジカルガッチャ郡病院では救急車の運用を停止している。救急車は有料であるため、患者は安価な交通機関を利用することが多いことが、現地調査で確認された。

２）資源整備

MCHTI は 1953 年に WHO により設立された産院で、当初は 20 床の入院病棟と外来での母子

保健予防活動およびそれらの研修を行う施設であった。1960 年に病棟を 100 床に拡張し、ダッカで唯一の産院兼研修施設として寄与してきた。その後、増改築が行われ、現在では 173 床となり、質の高い産科ケアを実施できる医療機材も整備されている。全国の多くの県、郡病院や FWC においても、産科ケアに係る機材の設置基準があり、産科ケアの麻酔機器や帝王切開に係る医療器具などが整備されているが、現地調査から、必ずしも全ての機材が稼動しているとはいえないようである。

３）財政分野

政府の病院は基本的に無料であるが、臨床検査やエコー検査、入院の二人部屋などは有料であり、それらから得た基金はすべて国庫に入る仕組みとなっている。その 50%は担当医師、担当者に還元されることになっているが、MCHTI においてはその配分に関する検討は行われておらず、還元を受けていないことが専門家報告書から確認されている。また、エコー検査の収入はすべて社会福祉ファンドに入れられ、貧しい患者のための医薬品代、輸血購入、検査費用などに充てられる仕組みとなっているが、現地調査では、実際は無料で提供されるはずの医薬品などが貧困層の人々の手元に届かない状況も見受けられた。

４）適切なサービス提供

MCHTI では、24 時間対応の救急産科ケア（EOC）サービスを提供しており、緊急時の患者受入れ態勢が整っている。また、医師や看護師も、産科のトップリファラル施設としての技術を備えていることから、通常分娩、帝王切開ともにつねに患者が多く、適切なサービス提供が可能となっている。(表 3-3-1)。

地方においては、コミュニティレベルで活動する FWA や FWV、そして地域から選出されたコミュニティボランティアが、地域住民を巡回して保健医療サービス提供を行っている。またこの活動によりリファーが必要な患者の同定も行っている。妊産婦登録制度があることから、FWA と FWV が担当地域の妊産婦を登録し、情報の把握と１次医療施設での情報管理を行っている。また、FWA や FWV が不足している地域では、政府が NGO と契約して、サービス提供を行っているケースもあり、全ての地域に保健医療サービスが提供される体制が整備されている。

５）サービス利用者側の視点

母子保健にかかる１次医療施設のサービスは、社会的習慣から、女性が家の外へ出て医療施設にかかることを望まない傾向があるため、FWV や FWA が家庭訪問をして家族計画、母子保健活動を実施している。前項４）に記述している通り、家庭訪問による妊産婦登録を通して、適時適切に妊産婦検診などの情報およびサービス提供を可能にしている。

バ国の医療費は原則無料だが、インフォーマルな謝礼の習慣があり、コミュニティレベルでは、FWA や FWV に対して現金、もしくは貧困層は米や野菜で謝礼していることが現地調査

で聞かれた。謝礼は社会習慣であるため、謝礼する側もされる側も抵抗がないようである。

（２）「農村部・遠隔地の人々への保健サービスのアクセス確保」

バングラデシュの農村部・遠隔地における保健医療のファーストコンタクト先は、HA や FWV、FWA などの地域巡回保健従事者である。FWV や FWA が家庭訪問をして家族計画、母子保健活動（妊産婦検診、正常分娩）を実施し、HA が予防接種拡大計画（EPI）やその他の公衆衛生活動を、村落を巡回しながら実施している。前述の通り社会的習慣から女性が医療施設にかかることを望まない傾向があることから、地域巡回が１次医療サービスの大半を担っており、巡回診療は人々のアクセス確保に大きく貢献している。なお、診療費は原則無料である。

また、地方村落においては、現在も公的資格を有しない村医者や伝統的祈祷師、また伝統的助産師（TBA）による医療サービスを受ける人々も多い。さらに、FWV や FWA が不足している地域では、政府と契約した NGO が活動している地方が多数存在する。

（３）「情報・知識・技術の伝達」

MCHTI は毎年政府や NGO の要請を受けて研修を実施している。MCHTI で研修を受けたリプロダクティブ・ヘルスサービス提供者の数は 1999 年から 2004 年の 5 年間で 3,647 名（政府関係者 1,770 名、NGO 関係者 1,877 名）に上っている[8]。

行政と医療施設間では、Division、県、郡の衛生局（課）、家族計画局（課）を通じた医療施設への指導体制があり、それぞれの月例会議において、必要に応じて症例検討会が実施されることもある。

前述のとおり、リファラル用紙を作成していないことから、患者がリファーされる際の患者情報は、医師によってはメモ用紙に必要事項を記入して患者に渡すケースがある程度である。

また、農村部や遠隔地域では、TBA と FWA や FWV が連携を強化して、TBA が分娩介助の際に問題が発生した場合は、地域の FWC へ連絡するような体制をとっているが、地理的アクセスが悪い場合は、必ずしも連絡が円滑にいかないことも多い。緊急時に備え、FWV や FWV は妊産婦の登録台帳を常にアップデートし、FWC でデータを管理することで情報を把握するようにしている。

3.3.3　JICA の協力

バングラデシュにおける保健医療分野の協力は、主に母子保健およびリプロダクティブ・ヘルスの分野である。中央の MCHTI を母子のトップリファラル及び産科の研修施設としての強化を図った「リプロダクティブ・ヘルス人材開発プロジェクト」では、地方で母

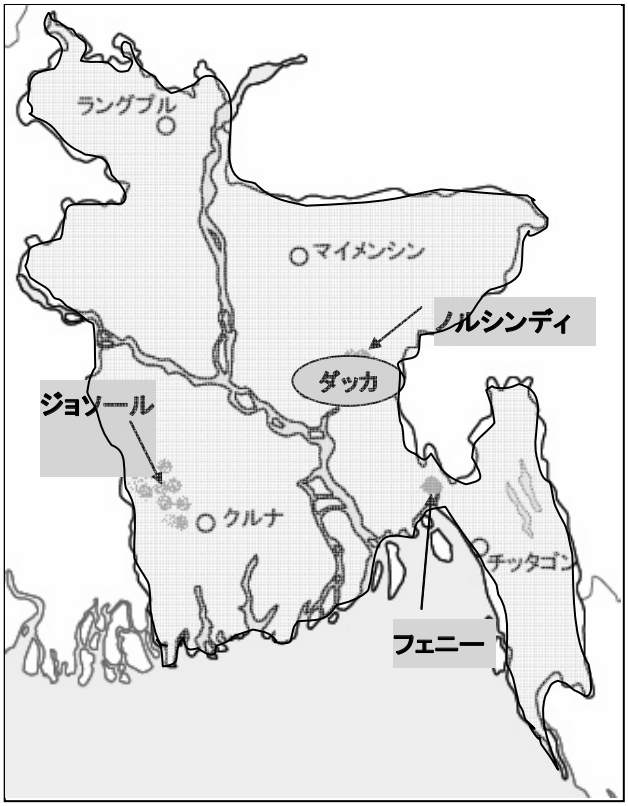
---

8 リプロダクティブ・ヘルス人材開発プロジェクト」終了時評価報告書

子保健活動を行う FWV および FWA に研修を実施し、その後の研修の成果を地方でモニタリングするという協力を実施した。それを踏まえ、中央で研修を受けた人材が地域で適切に活動し、住民により良い保健医療サービスを提供していくために、「リプロダクティブ・ヘルス地域展開プロジェクト」および「住民参加型家族計画」プロジェクトが、実施された。これらは、地域保健の向上のために、コミュニティで活動するボランティアを育成し、FWV や FWV との連携により活動を展開することを目指している。そして、現在実施中の協力「母性保護サービス強化プロジェクト」では、郡レベルから中央までの母子保健に係るシステム強化によるサービスの改善を目的としている。その他に、「フロントライン母子保健活動計画プロジェクト」は、青年海外協力隊のチーム派遣による母子保健活動の改善を図っている。産科ケア強化のために、EOC 機材の供与もユニセフや UNFPA などとの連携で実施されている。

このように、バングラデシュにおける協力は、中央での人材育成機関の強化および研修の実施を中心に、次に地域保健の改善を図るために地方での人材育成やモニタリング活動などを行い、現在では中央と地域を結ぶシステム構築により、母子保健の強化を図っている。対象案件群は表 3-3-4 のとおり。

図 3-3-2　バングラデシュでの協力展開



1. 医療従事者の研修機能強化
　＋母子保健の三次病院整備

2. 地方の母子保健人材の育成

3. 地方の母子保健サービス強化

4. 緊急産科システムの機材整備

出所：評価チーム作成

表 3-3-4　対象案件の概要

	バングラディシュ						
	ダッカ	ダッカ/ノルシンディ県(一部)	ノルシンディ県(一部)	ジョソール県(一部)	ナルシンディ県(一部)/フェニ県	ジョソール県(一部)	全国
	母子保健研修所改善計画	リプロダクティブヘルス人材開発プロジェク	母性保護サービス強化プロジェクト	フロントライン母子保健活動計画プロジェクト	リプロダクティブ・ヘルス地域展開プロジェクト	地域住民参加型家族計画	緊急産科医療サービス強化支援計画
	無償資金協力	技術協力プロジェクト	技術協力プロジェクト	JOCVチーム派遣	開発パートナーシップ	開発福祉支援	無償資金協力
	2000	99 /8-04 /7	06/11-10/10	94/8-99/6	01/3-04/3	98/3-01/3 01/12-04/12	03/04
T/G	MCHTI	MCHTI / FWV	対象地域の母子	対象地域の医療機関、保健行政、住民	プロジェクト地域の女性	プロジェクト地域の女性	郡病院
上位目標		リプロダクティブヘルスサービスが改善される。	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。	乳幼児。妊産婦死亡率の低下	プロジェクト地域の女性のRHの改善を図る		妊産婦が安心して診断、検査できる環境が整う
プロジェクト目標	母子保健研修所(MCHTI)の機能強化	母子保健従事者が母子保健研修所(MCHTI)と関連機関において、リプロダクティブヘルス分野でのニーズに基づいた研修を受けたあとに、よく技術を修得し、職務を遂行できるようになる。	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。	母子保健サービスの向上	エッセンシャル・サービス・パッケージ(ESP)の政府政策に沿ったリプロダクティブ・ヘルス・家族計画(RH/FP)サービスの利用向上を図る	ジョソール県において、草の根レベルの母子保健従事者が育成、能力向上され持続的な地域母子保健サービスが向上する。	EOCサービスに必要な資機材の整備
成果	産科病院機能の強化 母子保健従事者の研修機能強化	1)母子保健研修所(MCHTI)の臨床機能が改善される。 2)母子保健研修所(MCHTI)の研修機能が改善される。 3)地域に戻った研修修了者が業務の中で研修成果を発揮できるようサポートされる。 4)人材養成を通じたリプロダクティブヘルス向上への取り組みからの教訓を、技術的提言として研修実施者へフィードバックする機構ができる。	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。 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。 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。 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。	・乳幼児の栄養状態の改善 ・妊産婦検診の向上 ・スタッフ(TBAも含む)への助言とトレーニング ・健康教育普及 ・基本保健統計資料の収集とその整備、助言指導 ・医療、保健関連施設の充実 ・母子保健行政機関の調整	1)包括的な地域展開型RH/FPサービスの強化が図られる 2)プロジェクト地区の女性が自らの健康のためのよりよい選択を得るための知識と能力を備えるようになる 3)FPABと他のプロジェクト関係機関のプログラム自立へ向けたインスティチューショナルキャパシティの強化が図られる	・CHP、FWA、HAの訓練 ・地域組織のマネジメント能力の改善 ・地域インフラの有効活用	C-EOC施設の整備 B-EOC施設の整備
主な活動		臨床基準の作成 看護管理、検査、病院管理などの確立 研修技術者の訓練、研修会議の開催 FWVの現地活動への支援 関係機関との連携強	他機関、ドナーとの調整 県プロジェクト運営委員会の設置 リファラルシステムの強化 コミュニティボランティアの育成		RH/FPサービスの提供 職業訓練、マイクロクレジット 識字教室 保健教育研修		
主な投入	約12億円	専門家(長期12、短期26) 研修員18 名 機材供与 約1億円 現地業務費 約0.5億	専門家(長期2、短期) 研修員 機材供与	JOCV(14名) シニア隊員(2名) 機材供与　約5千万円	専門家(短期4) 宿泊施設の増設 機材供与	研修費用	約8.4億円

出所：評価チーム作成

3.3.4　保健リファラル・システム整備の協力アプローチとその効果

対象案件群における保健リファラル・システム整備に係る協力を、本評価におけるリファラル・システムの定義に基づいて抜粋した（表 3-3-5)。バングラデシュでのリファラル・システム整備に係る協力は、母子保健、リプロダクティブ・ヘルスの観点から、主に資源の整備とサービス提供を通じた協力地域のリファラルの改善を目指している。具体的には中央 MCHTI での研修体制強化による③「情報・知識・技術の伝達」を行い、FWC や FWA、CHP といったフィールドワーカーの能力向上による妊産婦検診や通常分娩など 1 次医療機能の強化による②「農村部・遠隔地の人々の医療サービスへのアクセス確保」がアプローチの中心である。現在実施中の「母性保護サービス強化プロジェクト」では、母子保健に関する中央から郡レベルまでの連携体制強化を実施する中で、①「患者紹介システムの確立」

に間接的に寄与するアプローチがとられている。すなわち、バングラデシュでは、トップリファラルを中央に確保し、その研修能力を強化させた上で、地方における人材養成を通じて地域の末端の人々の医療サービスへのアクセス確保を重点に、リファラル・システムの整備を図る取り組みが行われている。

表 3-3-5　対象案件における保健リファラルのアプローチ

		国	バングラデシュ						
		地域	ダッカ	ダッカ/ノルシンディ県(一部)	ノルシンディ県(一部)	ジョソール県(一部)	ナルシンディ県(一部)/フェニ	ジョソール(一部)	全国
評価設問			母子保健研修所改善計画（無償資金協力）	リプロダクティブヘルス人材開発プロジェクト	母性保護サービス強化プロジェクト	フロントライン母子保健活動計画プロジェクト	リプロダクティブ・ヘルス地域展開プロジェクト	地域住民参加型家族計画	緊急産科医療サービス強化支援計画
大項目	中項目	アプローチ	2000	99 /8-04 /7	06/11-10/10	94/8-99/6	01/3-04/3	98/3-01/3 01/12-04/12	03/04
①「患者紹介システムの確立」という観点から有効な協力であったか	(1)システム管理の観点から有効であったか？	1) 連携プロトコル(システム)の整備				○			
		2) 患者搬送体制(システム)の整備							
		3) 地域の調整委員会(システム)の整備			(○)				
		4) 地域の情報(収集・分析)システムの整備			(○)	△			
	(2)資源整備という観点から有効であったか？	1) 3次医療施設の整備							
		a 施設整備	○						
		b 機材整備	○	○					
		2) 2次医療施設の整備							○
		a 施設整備				○			
		b 機材整備		○					
		3) 1次医療施設の整備							
		a 施設整備							
		b 機材整備		○	(○)	○			○
		4) 地域の医療機器維持体制の整備							
		5) 通信・連絡手段の整備				△			
		6) 患者搬送手段の整備							
		7) 連携プロトコル実施のための研修							
	(3)財政分野への協力は有効であったか？	1) 施設の財務面の強化							
		a 3次医療施設							
		b 2次医療施設				△			
		c 1次医療施設							
		2) 患者搬送に掛かる財務面の強化							
		3) 地域連携に掛かる財務面の強化							
	(4)適切なサービス提供という側面から有効であったか？	1) 3次医療施設の整備							
		a 診療機能強化		○					
		b 管理機能強化							
		2) 2次医療施設の整備							
		a 診療機能強化			(○)	○			
		b 管理機能強化				○			
		3) 1次医療施設の整備							
		a 診療機能強化			(○)	○		○	
		b 管理機能強化							
		4) 患者搬送サービスの実施支援							
	(5)サービス利用者側から見て有効であったか？	1) リファラルへの住民理解の支援				△	△	△	
②「農村部・遠隔地の人々の医療サービスへのアクセス確保」という観点から有効な協力であったか？		1) 物理的障害への支援(医療サービスの近接化)							
		a 予防活動の支援		○	(○)	○	○	○	
		b 啓蒙活動の支援		○	(○)	○	○	○	
		c 移動診療の支援		○	(○)	○		○	
		2) 財務的障害への支援							
		a 診療費減免措置の支援							
		b 住民の収入向上の支援					○		
		3) 心理的障害への支援							
		a 医療従事者の意識変革への支援		△		△	△		
		b 地域医療への住民参画に対する支援							
③「情報・知識・技術の伝達」という観点から有効な協力であったか？	(1)人材育成の観点から保健リファラルシステムに有効であったか？	1) 連携に関する研修の(継続)支援							
		2) 施設間研修の支援		△					
		3) 教材開発		△					
		4) 研修施設整備	△				△		
		5) NGO、TBAの人材育成			(△)	△	△	△	
	(2)技術的支援の観点から保健リファラルシステムに有効であったか？	1) 図書、文献の整備							
		2) 学会、ワークショップおよびセミナー開催に対する支援	△		(○)				
		3) 症例検討会への支援			(○)				
		4) 遠隔診療への支援							
		5) 検査リファラルへの支援							

出所：評価チーム作成

以下に、表 3-3-5 に抜粋した 協力アプローチが、リファラル・システム整備にどのように寄与したか、その効果について３つの視点からとりまとめる。

（1）「患者紹介システム」

1）システム管理

・ **リファラル・システムの導入**

「リプロダクティブ・ヘルス人材開発プロジェクト」では、中央政府及びノルシンディ地方政府関係者と検討し、妊産婦のためのリファラル・システムを整備するためにリファラル用紙を作成、各関係施設にオリエンテーションを実施した。プロジェクト実施中においては、郡病院から県病院へのリファラル用紙を利用したリファー件数が１年目、2 年目と増加しており、コミュニティレベルにおいても、指導を受けた TBA が適切に地域の FWA や FWV に出産介助の報告を行い、TBA と FWV 間の連携が確認されていた。しかし今回の現地調査時点では、リファラル用紙も印刷されておらず、自立発展性がみられなかった。現在実施中の「母性保護サービス強化プロジェクト」では、再度ノルシンディ県を対象にリファラル・システム強化の活動が組み込まれていることから、今後の成果が期待される。

・ **村医者への研修**

また、「フロントライン母子保健活動計画プロジェクト」においても、ジョソール県チョウガサ郡の村医者を対象に、リファラル・システムに係る研修を実施している。プライマリ・ヘルス・ケアなどの研修の一部として行い、ハイリスク出産ケースや対応しきれない病人は、すみやかにチョウガサ郡病院への搬送を徹底するように指導している。その結果として郡病院長からは、結核、ハンセン病、ハイリスク妊産婦、重症患者を郡病院へ送るようになったとの報告が上げられている。このような過去の協力の成果が、2004 年から 3 年間、チョウガサ郡病院が「最も EOC サービスをしている郡病院（UHC)」として、保健家族福祉省から表彰を受けていることに繋がっているのではないかと考えられる。

・ **妊産婦カードによる患者リファラル**

さらに、「フロントライン母子保健活動計画プロジェクト」で作成した妊産婦カードが現在もジョソール県チョーガサ郡病院で活用され、異常事態発生時や医療施設にリファーされた際、適切な対応を可能とすることに繋がっていることは、大きな成果と言える。当該プロジェクトは青年海外協力隊のチーム派遣であることから、隊員の地道な活動の成果として、現在の活動継続に繋がっているのではないかと考えられる。

２）資源整備

・ **MCHTI の増改築と医療機材整備**

無償資金協力によって建設され、必要機材が供与された MCHTI が、現在は首都圏のトップリファラルとして機能している。3.3.2 の表 3-3-1 からわかる通り、MCHTI への協力開始時である 1999 年から出産数、入院数が急激に増加している。また、研修機関としても政府やドナーから多くの要請を受けて研修を実施しており、リファラル・システムを整備する上で医療従事者の技術向上が重要であることからも、研修機関としての機能向上は、大きな役割を果たしているといえる。母子保健分野の改善が求められているバングラデシュにおいて、同分野に係る施設整備の協力をしたことが、リファラル・システム整備に貢献しているといえる。

・ **活動現場でのフォーカスグループディスカッション**

JICA の協力では、MCHTI で研修を受けた FWA や FWV が地域で適切に研修の効果を発揮し、サービス提供ができるように、妊産婦情報の記録用紙やリファラル用紙などの供給物資、血圧計などの医療機器を提供した。これによって、地域巡回の際のサービスが改善している。これは、FWA と FWV に対して行ったフォーカスグループディスカッションを通して、活動現場において必要な物資を確認して供与したものであり、現場のニーズを把握した上で支援したことが効果的であったといえる。

・ **EOC（緊急産科ケア）機材の供与**

「緊急産科医療サービス強化支援計画」協力において、ユニセフや UNFPA 等と共同で全国の県病院、郡病院に対して、EOC 機材を供与している。供与機材は概ね活用されていることが現地調査で確認できたが、ジョソール県ジカルガチャ病院の例のように機材を活用するための専門医が配置されていないなどの問題も見られた。現地調査では、産科医あるいは麻酔科医のいない施設で帝王切開が必要になった場合、近隣の郡病院で融通し、両者を揃えて帝王切開を実施することもあるとの説明もあったが、母子保健に係るリファラル・システム運営には、迅速な対応が求められることから、今後患者対応の効率化を図るための対応策が必要であるといえる。

３）財政面

・ **（予算確保支援の協力の必要性）**

財政管理に係る協力は特に実施していないが、プロジェクトにおいて MCHTI にリファラル用紙を導入しているのに関わらず、プロジェクト終了後はリファラル用紙の印刷がされていなかった。自立発展性の観点から、リファラル・システム整備に係る予算確保の支援も必要であったことが示唆される。経済的アクセスが困難な人々にも、医療サービスの提供を目指すリファラル・システムでは、このような財政の仕組みが適切に機能

するような支援も必要であると考えられる。

４）適切なサービス提供

・ **臨床・検査技術の研修**

MCHTI の機能を強化するために、「リプロダクティブ・ヘルス人材開発プロジェクト」では、次の専門分野の専門家が派遣され、研修を行った。

－（長期専門家）助産師研修、看護管理、産婦人科、臨床検査、母体ケア、栄養、健康教育

－（短期専門家）産婦人科、臨床検査、医療機材管理、医療情報管理、人的資源開発、助産技術、麻酔技術、新生児科、超音波診断技術、母体ケア、看護管理、手術看護、新生児看護、人間関係トレーニング

これら専門分野の技術向上を通して、より良い医療サービスの提供を目指した。その結果、MCHTI の評価が高まり、首都圏からのリファー患者を含む外来・入院患者数が増加し、首都圏の産科のトップリファラルとして成長した。

・ **医療施設の環境改善**

MCHTI では「女性に優しい病院」を目指し、１．ケアの質、２．母子パッケージ、３．女性に対する暴力防止のための戦略、４．保健医療サービス提供に関する男女間の平等及び資源の公正な分配の 4 項目に配慮することによって、女性があまり外出しないイスラム社会において、女性自らが病院にアクセスしやすい環境整備を図った。ワークショップを開催し、患者グループと医療従事者間で「『女性に優しい病院』とは何か？」について話し合いの場を設けたが、専門家からは、もっと具体的な状況設定に基づいて話し合う必要性があったと報告されている。

さらに、MCHTI では、「アヤ」と呼ばれ妊産婦や患者に近い存在である清掃・助手要員の役割を重要視し、識字教育などを通じたエンパワメントを試み、患者にとって居心地の良い環境作りに努めた。

産後検診の件数が全体として増加しているのは（表 3-3-1）、出産の際の入院時にそのような改善された環境が影響しているとも考えられる。

（２）「農村部・遠隔地の人々の医療サービスへのアクセス確保」

・ **保健ボランティアの育成**

「リプロダクティブ・ヘルス地域展開プロジェクト」で育成した保健ボランティアが、現在も地域の妊産婦ケアや分娩介助をしていることの促進要因は、ボランティアを地域の中から選定し、地域の女性たちを対象に活動を行ったことを通じて、女性たちと信頼関係を構築し、社会的地位の向上にも繋がったことにあると考えられる。また、無料のサービスに対しても、なんらかの謝礼をする習慣があるバングラデシュでは、分娩介助

などによって謝礼を受け取ることが、ボランティアの継続的な活動へのインセンティブになっている。JICA の協力で安全な分娩介助や母子保健の研修を実施したことで、知識や技術が習得され、それが外部からのインセンティブにより活動の継続が促進され、自立発展性が確保されたといえる。

・ **研修実施後、地域での活動フォローアップ**

「リプロダクティブ・ヘルス人材開発プロジェクト」では、ノルシンディ県において、JICA 専門家が地域の監督指導担当官を伴って、研修を終了した FWV の職場を訪問し、技術的な指導を実施した。FWV に対するフォーカスグループディスカッションでは、このような支援により FWV と指導担当者の間の交流が促進され、巡回指導の頻度が増加した、という報告があった。

・ **TBA（伝統的助産師）への研修**

出産を医療施設ではなく、自宅で行うことが主流のバングラデシュの地方では、現在も TBA が活躍している。そのような TBA を対象に、自宅分娩で問題があった場合の対処方法など、より安全な分娩介助の研修を行うことによって、TBA が活動する地方のコミュニティと医療施設間の連携の改善に繋がったといえる。

・ **NGO との連携**

「リプロダクティブ・ヘルス地域展開プロジェクト」は、日本の NGO とローカル NGO との共同実施事業であった。地域保健を改善する上では、現地の状況や文化・社会的背景などを考慮することが重要であることから、状況を把握しているローカル NGO と共に事業を実施したことが、地域住民のニーズに合致したサービスの提供に繋がったといえる。また、プロジェクトで育成された NGO のボランティアは、プロジェクト終了後も習得した技術と知識を活用し、引き続き分娩介助にあたっており、地域の母子保健活動に貢献していることが確認できた。

（３）「情報・知識・技術の伝達」

・ **ガイドライン、マニュアルの開発・作成**

MCHTI における研修を実施する際、産婦人科の臨床基準（ガイドライン）が作成され、さらに看護および助産ケア基準がそれぞれ標準化されている。新生児ケアマニュアル、助産技術に関する学習要領や指導要領も作成され、FWV や NGO ヘルスワーカーを対象とした EOC 研修で活用された。「リプロダクティブ・ヘルス人材開発プロジェクト」終了時評価報告書によると、MCHTI で研修を受けたリプロダクティブ・ヘルスサービス提供者の数は 1999 年から 2004 年の 5 年間で 3,647 名（政府関係者 1,770 名、NGO 関係者 1,877 名）に上っている。また、医師・臨床検査技師等用に病理学室用のオペレーションマニ

ュアルが開発・作成されたことにより、実施手順が標準化され、サンプル収集方法、検査手順、検査機材の利用および維持の基準が確立された。研修実施にあたっては、このようなガイドラインが作成・配布されることによって、研修後の自立発展性が確保されるといえる。その結果として、MCHTI の強化に繋がったと考えられる。

・ **研修手法の統一**

MCHTI における研修活動は、リプロダクティブ・ヘルスのカリキュラムのすべてについて研修手法を統一することによって、研修の効率性を高めた。また、研修生からのフィードバックの仕組みを取り入れ、常に研修の改善を図った。さらに、人間関係トレーニングの導入は、研修生と研修指導員が交流・意思疎通をするうえで役立ち、研修終了後も、構築された信頼関係を基盤に医療施設間の連携強化に繋がっている。

・ **カウンターパートの日本国内研修**

「リプロダクティブ・ヘルス人材開発プロジェクト」においては、MCHTI 研修部の研修指導者の技術を向上させるために、18 名のカウンターパートが日本国内で研修を受け、産婦人科、新生児科、看護ケア、麻酔科、超音波診断、そして病院管理などの分野で技術の向上を図った。指導者としての技術向上を図ったことで、帰国後も MCHTI で指導にあたっていることが確認された。

・ **研修のフィードバック体制**

「リプロダクティブ・ヘルス人材開発プロジェクト」では、人材養成を通じたリプロダクティブ・ヘルス向上への取り組みから得られた教訓を技術的提言として研修実施関係者へフィードバックするため、年 1 回のワークショップを含む様々なフィードバックの取り組みがなされた。研修を実施するだけでなく、改善を図るために、その後のモニタリングとフィードバック体制を強化したことで、MCHTI が中央レベルの研修機関として確立されたといえる。