

バングラデシュ人民共和国 保健セクタープログラム形成調査 報告書

平成 20 年 9 月
(2008 年)

独立行政法人国際協力機構
南アジア部

地 二
J R
08-016

目 次

目 次

調査対象地域地図

調査写真

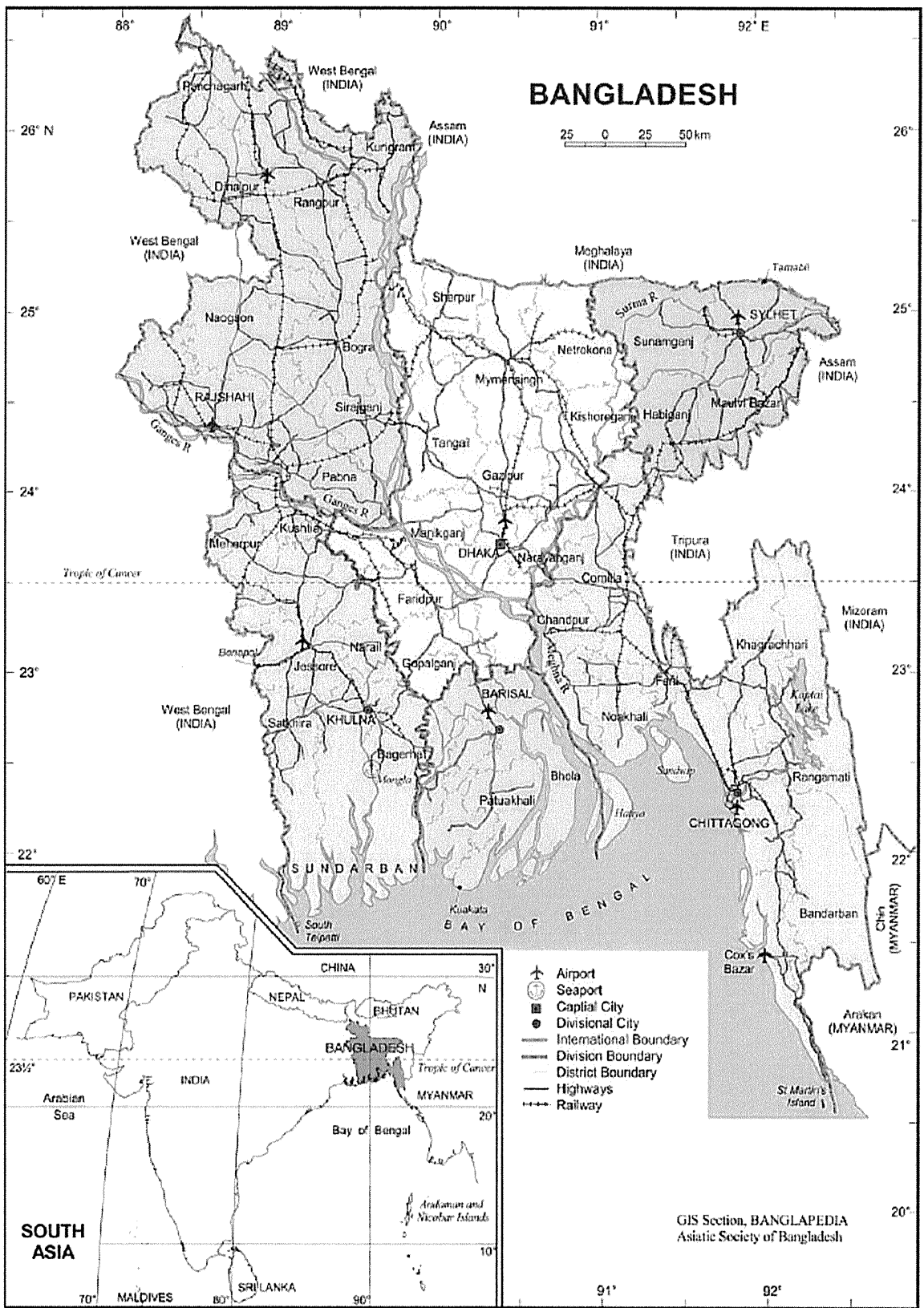
略語表

要 約

第1章 調査の概要	1
1-1 調査の背景と目的	1
1-2 調査団の構成	1
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	4
1-5 調査の枠組み	4
第2章 調査結果	6
2-1 バングラデシュ中長期計画のレビュー	6
2-2 日本の支援のレビュー	7
2-3 ドナー等の動向	8
2-4 バングラデシュ保健セクターの特徴	16
2-5 保健システムの現状と課題	18
2-5-1 サービス提供	19
2-5-2 保健人材	20
2-5-3 情 報	29
2-5-4 技術（施設、機材、医薬品）	33
2-5-5 財 政	37
2-5-6 行政・管理監督（ガバナンス）	41
2-6 保健個別セクターの現状と課題	44
2-6-1 母子保健	44
2-6-2 感染症対策	51
2-6-3 栄 養	56
2-6-4 家族計画	57
2-6-5 非感染症疾患（NCD）	58
2-6-6 学校保健	61
2-6-7 そのほか	62
第3章 提 言	63
3-1 検討の視点	63
3-2 今後の支援方向性	64
3-2-1 中期的展望	64

3-2-2	長期的展望	70
3-2-3	今後に向けたステップ	70
第4章 団長所感		71
付属資料		
1.	HNPSPの結果フレームワーク	75
2.	HNPSP中間評価後の行動計画	77
3.	HNPSP RPIP オペレーショナルプラン	82
4.	バングラデシュにおける医療従事者の教育制度	84
5.	日本の援助実績	88
6.	日本の援助動向の変遷	90
7.	各ドナーの支援状況 マッピング (保健システム)	91
8.	各ドナーの支援状況 マッピング (母子保健)	92
9.	各ドナーの支援事業リスト	93
10.	保健家族福祉省の人材配置	97
11.	MIS システム	98
12.	他のアジア地域と比較したバングラデシュの保健状況	99
13.	面談者リスト	103
14.	収集資料リスト	108
15.	面談録	113

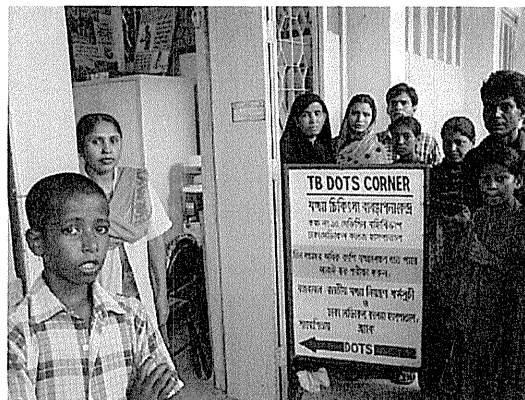
調査対象地域地図



調査写真



MCHTI における研修



BRAC による DOTS センター



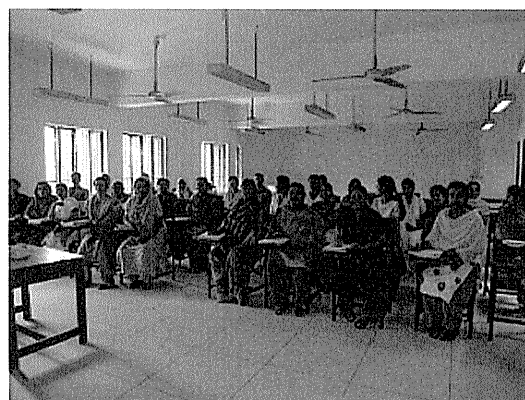
子ども病院



ダッカ医科大学との面談



現地 ODATF との協議



看護学校視察

略 語 表

ADB	Asian Development Bank	アジア開発銀行
AHI	Assistant Health Inspector	アシスタント保健監督員
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
ANC	Antenatal Care	妊婦検診
ARI	Acute Respiratory Infection	急性呼吸器感染症
AusAID	Australian Agency for International Development	オーストラリア国際開発庁
BDHS	Bangladesh Demographic Health Survey	バングラデシュ人口保健統計調査
CAS	Country Assistance Strategy	国別支援戦略
CCM	Country Coordination Mechanism	国別調整メカニズム
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	米国疾病予防対策センター
CDC	Chest Diseases Clinic	胸部疾患クリニック
CIDA	Canadian International Development Agency	カナダ国際開発庁
CmSS	Community Support System	コミュニティ支援システム
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease	慢性閉塞性肺疾患
C-SBA	Community Skilled Birth Attendant	コミュニティ熟練助産師
DDA	Department of Drug Administration	医薬品管理局
DfID	Department for International Development	英国国際開発省
DGFP	Director General of Family Planning	家族計画局
DGHS	Director General of Health Services	保健サービス局
DIMO	District Immunization Medical Officer	県予防接種担当医師
DNS	Director of Nursing Services	看護サービス局
DOTS	Directly Observed Treatment, Short-course	直接監視下短期化学療法
DRGA-CF	Debt Relief Grant Assistance-Counterpart Fund	債務削減無償見返り資金
DSF	Demand Side Finance	需要サイドファイナンス
DST	Drug Sensitivity Test	薬剤感受性試験
ED	Essential Drug	必須医薬品
EmOC	Emergency Obstetric Care	緊急産科ケア
EPI	Expanded Programmes on Immunization	予防接種拡大計画
EQA	External Quality Assessment	外部精度管理
ERD	Economic Relations Division	経済関係局
ESD	Essential Services Delivery	基礎的サービス提供
EU	European Union	欧州連合
FHI	Family Health Inspector	家族保健監督員
FMAU	Financial Management and Audit Unit	財政管理・監査ユニット
FP	Family Planning	家族計画
FPAB	Family Planning Association in Bangladesh	バングラデシュ家族計画協会
FWA	Family Welfare Assistant	家族福祉アシスタント
FWC	Family Welfare Center	家族福祉センター

FWV	Family Welfare Visitor	家族福祉訪問員
FWVTI	Family Welfare Visitors Training Institute	家族福祉訪問員研修所
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization	ワクチンと予防接種のための世界同盟
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
GFATM	Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria	世界エイズ・結核・マラリア基金
GHWA	Global Health Workforce Alliance	世界医療人材連合
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit	ドイツ技術協力公社
HA	Health Assistant	ヘルスアシスタント
HAPP	HIV/AIDS Prevention Program	HIV/AIDS 予防プログラム
HC	Health Center	保健センター
HFPO	Health and Family Planning Officer	保健家族計画員
HIPC	Heavily Indebted Poor Countries	重債務貧困国
HIS	Health Information System	保健情報システム
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HMN	Health Metrics Network	保健指標ネットワーク
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
HR	Human Resources	人 材
HRH	Human Resources for Health	保健人材
icddr,b	International Center for Diarrheal Diseases Research, Bangladesh	バングラデシュ国際下痢性疾患研究センター
IDA	Islamic Development Bank	イスラム開発銀行
IEDCR	Institute of Epidemiology Disease Control Research	疫学疾患対策研究機関
IMCH	Institute of Maternal and Child Health	母子保健機関
IMCI	Integrated Management of Childhood Illnesses	小児疾病統合管理
IMF	International Monetary Fund	国際通貨基金
IMR	Infant Mortality Rate	乳児死亡率
IPHN	Institute of Public Health Nutrition	公衆衛生栄養機関
IST	In-Service Training	継続研修
IUD	Intrauterine Contraceptive Device	子宮内避妊具
JDCF	Japan Debt Cancellation Fund	債務削減相当資金
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊
JS	Joint Secretary	次 官
JSI	John Snow Inc.	ジョンスノー社
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau	ドイツ復興金融公庫
LD	Line Director	ラインダイレクター
LLP	Local Level Planning	ローカルレベルプランニング
MA	Medical Assistant	医療補助員

MACS	Management Accounts Consolidation System	運用口座調整システム
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
MCHTI	Maternity and Child Health Training Institute	母子保健研修所
MCWC	Maternal and Child Welfare Center	母子福祉センター
MDA	Mass Drug Administration	薬剤一斉投与
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
M&E	Monitoring and Evaluation	モニタリング・評価
MIS	Management Information System	管理情報システム
MMR	Maternal Mortality Rate	妊産婦死亡率
MNC	Maternal and Neonatal Care	母性・新生児ケア
MO	Medical Officer	医師
MOE	Ministry of Establishment	人事省
MOF	Ministry of Finance	大蔵省
MOHFW	Ministry of Health and Family Welfare	保健家族福祉省
MOLGRD	Ministry of Local Government, Rural Development and Co-operatives	地方行政・農村開発・協同組合省
MOP	Ministry of Planning	計画省
MP	Master Plan	マスタープラン
MSA	Management Support Agency	運営支援エージェンシー
MTR	Mid-term review	中間評価
NCD	Non Communicable Diseases	非感染症疾患
NGO	Non-Government Organization	非政府組織
NIPORT	National Institute of Population Research and Training	国立人口調査・研修機関
NNP	National Nutrition Program	国家栄養プログラム
NTI/NTC	National TB Institute/Centre	国家結核機関/センター
NTP	National Tuberculosis Program	国家結核プログラム
NTRL	National Tuberculosis Reference Laboratory	国立結核レファレンス試験所
ODATF	ODA Task Force	ODA タスクフォース
OGSB	Obstetric and Gynecological Society of Bangladesh	バングラデシュ産婦人科協会
OP	Operational Plan	活動計画
(R) PIP	(Revised) Programme Implementation Plan	(改訂版) プログラム実施計画
PMA	Performance Monitoring Agency	実施モニタリング機関
PNC	Postnatal Care	産後ケア
PPP	Public-Private Partnership	官民連携
PRGF	Poverty Reduction and Growth Facility	貧困削減成長ファシリティ
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper	貧困削減戦略文書
PSO	Program Support Office	プログラム支援事務所
RNE	The Royal Netherlands Embassy	オランダ王国大使館
SACMO	Sub-Assistant Community Medical Officer	家族計画医師補助者
SBA	Skilled Birth Attendant	熟練助産師

Sida	Swedish International development Cooperation Agency	スウェーデン国際開発協力庁
SMO	Surveillance Medical Officer	サーベイランス担当医師
SMPP	Safe Motherhood Promotion Project	母性保護サービス強化プロジェクト
SOP	Standard Operating Procedures	基本実施方法
SRL	Supranational Reference Laboratory	超国家的基準試験所
SWAPs	Sector Wide Approaches	セクターワイドアプローチ
TA	Technical Assistance	技術支援
TB	Tuberculosis	結核
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
TOR	Terms of Reference	業務実施要綱
TOT	Training of Trainers	研修担当者研修
TTU	Technical Training Unit	卒後研修技術研修室
UH / UHC	Upadzila Health Complex	郡保健施設
UNAIDS	Joint United Nations Programme on AIDS	国連合同エイズ計画
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金（ユニセフ）
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime	国連薬物犯罪事務所
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
VHV	Village Health Volunteers	村落保健ボランティア
WFP	World Food Programme	世界食糧計画
WHO	World Health Organization	世界保健機関

要 約

1. 調査目的

バングラデシュ人民共和国（以下、「バングラデシュ」と記す）政府の保健セクタープログラム及び関連施策の情報収集・分析、及び他ドナー・NGOの動向に係る情報収集・分析を行ったうえで、保健人材の育成の視点を踏まえつつ、既存の母子保健、感染症対策を含むプログラムの整理の方向性を検討し、今後の日本の協力の方向性、方針の検討を行い、提言を取りまとめる。

2. 調査の枠組み

本調査結果は、以下の点を念頭に置き、取りまとめた。

(1) 対象期間

2010年から2015年ごろまでの中期的視野を念頭に置いた協力案の検討を行った。2015年以降の長期的支援については、方向性の提示を試みるとともに、協力の具体化に向けて、今後重点的にフォローすべきエリアの抽出を行った。

(2) 保健システム

本調査においては、保健分野の個別課題（母子保健、感染症等）ごとの分析とともに、横断的かつ構造的な視点からの分析も行うこととし、洞爺湖行動指針にも示された「保健システム」の6つの側面、すなわち、①サービス提供、②人材、③情報、④技術、⑤財政、⑥ガバナンスのそれぞれについて、バングラデシュの現状、課題の分析を行い、今後の協力に向けた提言を抽出した。

(3) 日本による協力経験を踏まえる

本調査においては、これまでにわが国がバングラデシュにおいて実施してきた協力の教訓を生かすと同時に、比較優位があり、日本の存在感を示せる協力をめざすこととした。

3. 調査結果

(1) バングラデシュ中長期計画のレビュー

保健・栄養・人口セクタープログラム（HNPSP）は、バングラデシュの開発政策貧困削減戦略文書（PRSP）と整合性が確保されている。ミレニアム開発目標（MDGs）の達成をその主要な目標とし、3つのコンポーネントに分かれ、様々なサブセクターを網羅した計画である。PRSPにも示される2015年のMDGs達成をバングラデシュの保健セクターの中期的目標ととらえれば、妥当性が高いプログラムといえる。ただし、長期的にみれば、バングラデシュが今後直面するであろう気候変動の影響や、健康転換（生活習慣病等の増加）などの問題は考慮されていない点に留意する必要がある。

(2) 日本の支援のレビュー

バングラデシュ側のJICA事業に対する評価は、過去の技術協力プロジェクト（技プロ）で行った保健医療機関での能力強化という点で依然高い評価を得ていることがバングラデシュ関係者との協議で確認された。一方で、プールファンドアプローチを展開している他ドナーと比較し

て、政策、制度面での中央での政策的介入に関しては、過去に保健家族福祉省（MOHFW）官房に政策アドバイザーの要請がありながら派遣できなかつたこともあり、JICA としての実績、知見、プレゼンスいずれも不十分である。今後生かすべき日本の援助の強みとしては、施設、機材、能力開発といった三位一体の協力、サービスを政府等に肩代わりして実施することなくカタリストとして組織強化・システム強化を念頭に置いていること、現場レベルでの知見、蓄積を政策レベルにフィードバックする働きかけがあげられる。

(3) バングラデシュ保健セクターの特徴

① 課題の所在

MDG 4 : Reduce child mortality（小児死亡の低減）と MDG 6 : Combat HIV/AIDS, malaria, and other diseases（感染症対策）は着実に改善しているものの、MDG 5 : Improve maternal health（母性保健の推進）については改善のペースが遅く、引き続き母子保健分野に課題が多い。

② 富裕層と貧困層、都市部と村落部のギャップ

バングラデシュにおいては保健サービスへのアクセスの面において、富裕層と貧困層、都市部と地方部に著しい格差が存在する。例えば、人口 1 万人当たりの医師数は、都市部においては 18.2 人である一方、村落部においては、1.1 人と 18 倍以上の格差がある。

③ 縦割り行政の弊害

公的保健セクターは、MOHFW レベルでは保健サービス局（DGHS）と家族計画局（DGFP）の 2 つの大きな部署が政策策定、サービス供給を個別に行っており、それは末端の行政機関、医療施設まで縦割りとなっている。このような状況は、効率的なリソース活用の観点から問題があり、同時に患者にとって効果ある受診を妨げる可能性をもはらんでいる。

④ サービス提供者としての NGO の存在

バングラデシュにおいては、政府が NGO との連携のあり方に明確な政策を持たないなか、NGO や二国間協力、あるいは多国間協力機関がそれぞれに保健公共行政を肩代わりする形で、サービス提供が拡大してきたと思われる。このためバングラデシュの開発支援は、パッチワークのように、公的セクターの穴を埋めているように見え、全体を俯瞰し難い状況をつくりだしている。

(4) 保健システムの現状と課題

① 保健サービス提供

人材、施設、機材、ガバナンスとサービス提供に関連する課題は多く、提供されるべき最低限のサービスも提供されていない。特に地方（県、郡レベル）の人材育成は急務。サービス提供するための最低限の環境整備（施設、機材、何らかのインセンティブ等）と行政による管理監督（スーパービジョン）強化が必須である。

② 人 材

医療従事者の人数、配置、人事制度、教育ともに課題が多い。現在 HNPSPP の枠組みにおいて、人材開発戦略を改訂し、これに基づく長期計画（30 年）の作成を準備中である。

③ 情 報

保健人材・サービス・人口情報に関する保健家族福祉省直轄の情報システムはなく、各局が固有の情報システムを確立している。各システムの情報を一括して集約し、政策や計画に反映

するという体制はとられておらず、民間の医療機関の情報が取り込まれていないことから、全体を把握できていない。

(5) 個別セクターの現状と課題

① 母子保健

国としての総合的な戦略、実施体制、アプローチの不在により、パイロット事業と、普及事業が交錯しており、政府、ドナー、NGO 等がそれぞれのアプローチにより一部地域のサービス向上に取り組んでいるにすぎず、開発努力が効率的に生かされていない。あわせて、人材の量、質に課題が多い。

② 感染症対策

結核に関しては、患者発見率、直接監視下短期化学療法（DOTS）による治療完了率とも世界保健機関（WHO）の目標値を達成し、今後 MDGs の目標を達成するレベルまで既に至っており、緊急的な優先度は低い。HIV/AIDS（ヒト免疫不全ウイルス/後天性免疫不全症候群）、マラリアの負荷は低い。予防接種拡大計画（EPI）はサービスの質には課題があるものの、予防接種率は向上している。フィラリアについては潜在的にまだ患者が広く分布していることが予想されるが、他ドナーの支援もなく、青年海外協力隊（JOCV）の活動を中心として、日本のプレゼンスを示しやすい環境にある。

4. 提言

以下に、上記調査結果に基づく、今後の支援方向性に係る本調査団の提言を述べる。なお、協力の具体化にあたっては、ODA タスクフォース（ODATF）による調査結果及び提案のレビュー、議論を経て準備が進められるべきものとする。

(1) 検討の視点

- ① MDGs の重視（中期的展望）
- ② 保健システム強化の重視
- ③ 変化する保健セクターへの対応（長期的展望）
- ④ 日本の比較優位とプレゼンス確保の重視

(2) 今後の支援方向性

1) 中期的展望

- ① 現在の開発課題を網羅した HNPSP、更には MDGs の世界的目標に向けた取り組みを行うことが求められる。
- ② 今後は特に、分野横断的アプローチを強化し、a) 保健人材の確保、質の向上に向けた取り組み、また、b) 地方行政を巻き込んだ保健行政の強化をめざすことで、MDGs 達成に向けた保健システム強化に資する協力を実施していくことができよう。また、サービス提供において NGO が大きな役割を担っていることから、協力実施にあたっては NGO との連携を視野に入れるべきと思われる。
- ③ 感染症分野については、結核対策に係る支援を収束させ、JOCV 派遣を中心とした EPI、フィラリア対策を戦略的に継続することが望ましい。その際、学校保健との連携や、政策レ

ベルへのフィードバックを視野に入れることが重要である。

- ④ 包括的な保健情報システムについては、現時点で支援可能性は低い。将来的にはシステム強化の一環として、人材開発マスタープラン中で導入される予定の各局を統合した人材管理のための人材管理情報システムに対する技術支援の可能性があろう。

2) 長期的展望

MDGs 目標年の 2015 年以降、長期的協力の方向性を検討するにあたっては、バングラデシュ保健セクターをとりまく変化の要因、またこれにより生じる新たな課題（チャレンジ）への対応を支援していくことが重要である。すなわち、気候変動による影響（農業の生産性低下による低栄養や、感染症の拡大可能性など）や、健康転換（生活習慣病等の増加）があげられる。中期的展望で示した保健システム改善に向けた支援をベースとしつつ、例えばバングラデシュ国際下痢疾患研究センター（icddr, b）などを足がかりとし、新たなチャレンジを可能な限り早期に把握し、これに対する対応策を検討するための調査研究の支援などを行い、将来の支援につなげていくことができよう。

(3) 今後に向けたステップ

- ① 現地 ODATF による本調査結果のレビュー（ODATF）
- ② 企画調査員の派遣の検討、業務実施要綱（TOR）の作成（事務所・地域部＋課題部支援）
- ③ 現在進行中の人材開発マスタープランに係る動向の把握と、同動向に応じた協力準備調査の実施検討、準備（事務所・地域部＋課題部支援）

なお、2008 年 9 月以降、job description の整理、carrier path の整理、short term training program の計画作成と実施、公的セクターの HRH Management Information System の構築、Health facility HRHIS（Human Resource for Health Information System）の構築が想定されている。

- ④ 政策アドバイザー専門家派遣に向けた TOR、配属先の検討、要請の取り付け（事務所）
- ⑤ 追加情報収集：本調査は極めて限られた調査期間のなかで、情報の収集を行った。今後現地 ODATF を中心に、次の点についての情報収集を継続願いたい。
 - ・日本の大学、研究機関による学術レベルでの交流、支援の把握
 - ・日本において、保健分野の学位を取得した、又は、研修を受けたバングラデシュの人材の把握やその活用
 - ・ODA を介していない日本の NGO の活動状況の把握、連携の模索

第1章 調査の概要

1-1 調査の背景と目的

バングラデシュ人民共和国（以下、「バングラデシュ」と記す）保健分野においては、バングラデシュ政府及びドナー間でセクタープログラムとして保健・栄養・人口セクタープログラム（Health, Nutrition and Population Sector Program, HNPS : 2003～2010年）が策定され、国連ミレニアム開発目標（MDGs）関連指標の改善を優先課題とした取り組みが行われてきた。これに対し、わが国は①母子保健、②感染症対策を柱とした協力を実施してきた。これまでの協力枠組みは、協力リソースが限られるなか、多様な援助スキームの組み合わせを図ることで協力効果の発現をめざしてきた一方、日本としての協力プログラムの目標設定及び期待される成果達成に向けたシナリオが明確ではなく、戦略性見直しの必要性が指摘されている。

2008年7月わが国において開催されたG8北海道洞爺湖サミットにおいて、「国際保健に関する洞爺湖行動指針」が示された。同指針においては、保健関連のMDGs達成に向けて包括的に取り組むこと、人間の安全保障の視点の重要性などを行動原則とし、これに基づきとるべき行動として、①保健システム強化、②母子保健（妊産婦・新生児・小児の保健）、③感染症、④他分野との連携、⑤資金の支援が示された。このうち「保健システム」については、人材、情報、財政、技術（ロジスティクス）、サービス、ガバナンスといった横断的側面に配慮した支援のあり方として、近年世界保健機関（WHO）などにより、その重要性が強調されている。

以上を踏まえ、バングラデシュ政府の保健セクタープログラム及び関連施策の情報収集・分析、及び他ドナー・NGOの動向に係る情報収集・分析を行ったうえで、保健人材の育成の視点を踏まえつつ、既存の母子保健、感染症対策を含むプログラムの整理の方向性を検討し、今後の日本の協力の方向性、方針の検討を行い、提言を取りまとめることを目的とし、調査団が派遣された。

1-2 調査団の構成

調査団は、以下の団員で構成された。

担当	氏名	所属
総括	石井 羊次郎	JICA 人間開発部 次長
保健システム	明石 秀親	国立国際医療センター国際医療協力局 派遣協力課 派遣協力専門官
協力政策	中西 大介	外務省国際協力局 国別開発協力第一課
感染症対策	牧本 小枝	JICA バングラデシュ事務所 所員
協力計画	亀井 温子	JICA 南アジア部南アジア第5課 職員
保健セクター調査・プログラム評価	鈴木 修一	株式会社フジタプランニング
保健行政組織・人材育成	谷垣 佳奈子	アイ・シー・ネット株式会社

1-3 調査日程

日 程			時 間	活 動
1	7/18	F		成田ーバンコク
2	7/19	S	12:00 16:00~18:00	バンコクーダッカ (TG321 10:35 バンコク発 12:00 ダッカ着) 母性保護サービス強化プロジェクト (SMPP) 評価打合せ
3	7/20	S	8:30~ 9:30 10:30~11:30 11:30~12:00 15:00~16:00 16:30~18:30	JICA バングラデシュ事務所 SMPP キックオフミーティング 保健サービス局 (DGHS) インサービストレーニング (IST) 協議 青年海外協力隊 (JOCV、SMPP プロジェクト対象地域) 聞き取り 在バングラデシュ日本大使館表敬・協議
4	7/21	M	10:00~11:00 11:00~12:30 14:00~15:00	Group 1 保健家族福祉省 (MOHFW) 計画局 協議 情報管理システム (MIS) ワークシ ョップ参加 国家 EPI プログラム (予防接種拡大 計画) 協議 Group 2 ノルシンディ県サイト調査 ライプール郡 サテライトクリ ニク ライプール郡 郡病院
5	7/22	T	10:00~11:00 11:30~12:30 14:00~16:00	保健サービス局 (MIS) 協議 家族計画局 (MIS) 協議 MIS ワークショップ参加 ノルシンディ県サイト調査 コミュニティ支援システム (CmSS) 活動 ライプール郡家族福祉センター (FWC) 県保健事務所
6	7/23	W	9:00~10:00 11:30~12:30 14:30~16:30 15:00~17:00	国連児童基金 (UNICEF) 協議 国連人口基金 (UNFPA) 協議 HNPSM モニタリング・評価 (M&E) ユニット協議 ネパール MIS チームに合流して、家 族計画局 (DGFP)・DGHS の MIS 訪問 コミラ県 JOCV (EPI) 活動サイト 調査 ダウドカンディ病院 アウトリーチセンター1 チャンディナ郡病院 コミラ県保健局
7	7/24	T	9:00~10:00 11:30~12:30 16:00~18:00	保健サービス局 (感染症対策課) 協議 ドイツ復興金融公庫 (KfW)・ドイツ技術協力公社 (GTZ) 協議 榛澤フィールド調査員 (FC) より聞き取り
8	7/25	F		内部打合せ・資料整理
9	7/26	S		内部打合せ・資料整理
10	7/27	S	9:00~11:00 11:15~12:15 14:00~15:00 16:00~17:30	保健サービス局 人材 (HRM) 協議 DGHS 公衆衛生栄養機関 (IPHN) 看護サービス局協議 家族計画局 (DG、MCH) 協議

11	7/28	M	9:30~10:15 11:30~12:30 13:00~14:30	Group 1 国家結核プログラム協議 欧州委員会 (EC) 協議 米国国際開発庁 (USAID) 協議	Group 2 10:30~人材開発技術委員会参加 13:45 USAID 協議 15:30 現地コンサルタント (人材育成関係) 聞き取り
12	7/29	T	9:30~10:30 11:30~12:30 12:00 12:30~ 16:00~18:00 18:00~19:30	BRAC 協議 保健サービス局 (病院担当) 協議 <官団員到着> DGHS MIS 団内協議 (ホテル) 団内協議 (JICA)	
13	7/30	W	9:10~11:00 15:30~16:30 17:00~19:00	母子保健研究所 (MCHTI) 訪問 保健サービス局 (局長) 団内協議	MCHTI 訪問 15:30~17:00 人材開発技術委員会 団内協議
14	7/31	T	9:00~10:00 11:00~12:00 13:30~14:30 14:30~15:30 16:00~17:00 17:30~19:00	Group 1 国家結核対策プロジェクト訪問 診断センター訪問 国立結核レファレンス試験所・胸部疾患病院訪問 看護大学訪問 国家結核対策プログラム (NTP) 訪問 団内協議 日本大使館 表敬・協議	Group 2 7:30~16:00 ノルシンディ訪問 (郡病院、CmSS など) 団内協議 日本大使館 表敬・協議
15	8/1	F	15:00~17:00 17:00~19:00	団内協議 JOCV (感染症対策) 月例報告会参加	
16	8/2	S	10:30~11:30 11:30~12:30 17:30~19:00	BRAC DOTS (直接監視下短期化学療法) センター ダッカ看護大学訪問 世界銀行コンサルタント (Dr. Marilyn E. Lorenzo) 聞き取り	
17	8/3	S	10:30~11:30 14:00~15:30 16:30~17:30	Group 1 カナダ国際開発庁 (CIDA) 協議 世界銀行協議 国際下病性疾患研究センター (icddr,b) 協議	Group 2 11:00~12:30 人材開発技術委員会参加
18	8/4	M		団内協議	

19	8/5	T	9:00~10:00 11:00~12:00 14:00~15:00 17:00~19:00 23:55	報道対応 MOHFW（人材関係事務次官、マスタープラン担当） 団内協議 日本大使館報告 <官団員帰国>	Group2 シシュ病院、リウマチセンター訪問
20	8/6	W	9:30~10:30 11:30~12:30 14:00~15:00	オーストラリア国際開発庁（AUSAID）協議 バングラデシュ産婦人科協会協議 保健サービス局ローカルレベルプランニング（LLP）担当協議	
21	8/7	T	9:30~10:30 11:30~12:30 14:00~15:00 16:00~17:00	家族計画局（HRM）協議 Sida 協議 家族計画局計画担当（LLP）協議 山形ダッカ友好病院協議	
22	8/8	F		内部打合せ、資料作成	
23	8/9	S		内部打合せ、資料作成	
24	8/10	S	10:00~11:00 12:00~13:00 14:00~15:00	HNPSP M&E ユニット協議 MOHFW 官房人材開発（HRD）協議 保健サービス局（EPI 学校保健）協議	
25	8/11	M	10:00~11:00 11:00~11:45 12:00~13:00 15:00~16:00 15:30~16:15 23:55	MOHFW M&E ユニット（LLP）協議 保健教育局協議 IPHN 協議 JICA 事務所報告 疫学疾患対策研究機関（IEDCR）・国立インフルエンザセンター ダッカ発	
26	8/12	T	16:15	成田着	

1-4 主要面談者

付属資料 13. のとおり。

1-5 調査の枠組み

本調査結果は、以下の点を念頭に置き、取りまとめた。

(1) 対象期間

2010年に終了する HNPSP に続くセクターワイドアプローチ（SWAPs）プログラムの議論が、2009年以降活発化していくことが予想される。ドナー間の議論の場においては、わが国協力の方向性の提示や支援表明をタイミングよく行うことが重要である。ポスト HNPSP プログラム期間が 2010 年以降 5 年程度のものとなると予想されるので、本調査においては、わが国の中期的支援の枠組み（2010 年からの 2015 年ごろまで）を念頭に置いた協力案の検討を行う。あわせて、2015 年以降の長期的支援については、方向性の提示を試みるとともに、協力の具体化に向けて、今後重点的にフォローすべきエリアの抽出を行った。

(2) 保健システム

本調査においては、保健分野の個別課題（母子保健、感染症等）ごとの分析とともに、横断的かつ構造的な視点からの分析も行うこととし、洞爺湖行動指針にも示された「保健システム」の6つの側面、すなわち、①サービス提供、②人材、③情報、④技術、⑤財政、⑥ガバナンスのそれぞれについて、バングラデシュの現状、課題の分析を行い、今後の協力に向けた提言を抽出した。

(3) 日本による協力経験を踏まえる

本調査においては、これまでにわが国がバングラデシュにおいて実施してきた協力の教訓を生かすと同時に、比較優位があり、日本の存在感を示せる協力をめざすこととした。

第2章 調査結果

2-1 バングラデシュ中長期計画のレビュー

(1) 貧困削減戦略文書 (PRSP) とミレニアム開発目標 (MDGs)

PRSP は、政府のオーナーシップの下、幅広い関係者（ドナー、NGO、市民社会、民間セクター等）が参画して作成する、貧困削減に焦点を当てた3年間の経済・社会開発計画である。同時に、重債務貧困国救済計画（HIPC イニシアティブ）の適用及びイスラム開発銀行（IDA）融資の判断材料として、世界銀行と国際通貨基金（IMF）が途上国政府に作成を要請している文書であり、世界銀行の国別支援戦略（CAS）及びIMFの貧困削減成長ファシリティー（Poverty Reduction and Growth Facility：PRGF）のベースとなる文書である。また近年のPRSPではMDGsの達成も視野に入れ作成されることが多い。

バングラデシュもHIPCイニシアティブによる支援対象となる重債務国及びIDA融資対象国、PRGF実施対象国の72カ国の1つであり、2003年に暫定版（IPRSP）が策定され、2005年10月に正式版PRSPのドラフトが完成した（2005年から7年までの3年間の戦略）。

通常、PRSPの下、セクター別戦略が策定されるか、若しくは既存の開発計画と貧困削減とのリンクを示す目的でPRSPが補完的戦略と位置づけられる。バングラデシュの保健医療分野の場合、PRSP策定以前よりセクターワイドアプローチ（SWAPs）「保健・人口セクタープログラム（HPSP）」が開始されており、現在実施されているSWAPs「保健・栄養・人口セクタープログラム（HNPSP）」策定時にはPRSPは完成していなかった。そのためPRSPはHNPSPの上位政策という位置づけではなくHNPSPと経済・社会開発計画全体との関連を示す形で保健医療分野の課題、方針が示されている。HNPSP、PRSPともにMDGsの達成をめざしている点において、両計画の目標は同一であるといえる。

バングラデシュPRSPでは、貧困そのものは確実に減少しているものの格差、不平等（都市内部、都市と地方）が広がりつつあることが課題として示され、貧困削減の中期戦略として8つの戦略〔①雇用創出、②栄養改善、③教育の質、④地方分権、⑤母子保健、⑥衛生と安全な水、⑦犯罪対策（Criminal Justice）、⑧モニタリング強化〕が掲げられている。また上記、8戦略を軸とした4つの戦略ブロック（①貧困者の経済成長を促進するためのマクロ経済環境、②貧困者の経済成長を促進するための重要分野、③効果的な社会セーフティネットとターゲットプログラム、④人間開発）と4つのサポート戦略（①エンパワーメントと社会参加の確保、②グッドガバナンスの促進、③サービス提供、④持続的発展と環境への配慮）が示されている。

保健医療に関しては戦略ブロック④人間開発、「人間への投資：保健」に4つの課題〔①保健の様々なカテゴリー（母子保健、リプロダクティブ・ヘルス、女性の疾患、思春期保健、感染症、非感染症）、②栄養、③食品の安全、④水と衛生〕に分けて、目標、とるべき行動が掲げられている。特に①保健の様々なカテゴリーと②栄養に関してはMDGs、HNPSPと連動して目標設定されている。

(2) HNPSP

HNPSPは、バングラデシュの開発政策PRSPと整合性が確保されている。MDGsの達成をその主要な目標とし、3つのコンポーネントに分かれ、様々なサブセクターを網羅した計画である。PRSPにも示される2015年のMDGs達成をバングラデシュの保健セクターの中期的目標と

とらえれば、HNPSP は妥当性が高いプログラムといえる。ただし、長期的にみれば、バングラデシュが今後直面するであろう気候変動の影響や、健康転換（Health Transition）などの問題は十分に考慮されていない点に留意する必要がある。

HNPSP の活動はプログラム実施計画（PIP）に基づき 38 の活動計画（OP）ごとに予算を配分し、活動を実施している。PIP は 2005 年 11 月に改訂された。

HNPSP のプログラム目標、コンポーネントの目標は「結果フレームワーク（Result Framework）」にまとめられている。（付属資料 1．結果フレームワーク）

HNPSP による MDGs の進捗状況は表 2-1 のとおりである。

表 2-1 HNPSP による MDGs の進捗状況

MDGs	指 標	1990 年	2004 年	2007 年	2010 年 目標	2015 年 目標
MDG4 5 歳未満 死亡率を 1/3 に削減	1) 乳児死亡率（対出生 1,000）	94	65	52	37	31.3
	2) 5 歳未満死亡率（対出生 1,000）	144	88	65	52	48
MDG5 妊産婦 死亡率を 1/3 に削減	1) 適切なスキルをもった介助者による出産の割合	7%	13.5%	17.8%	43%	2010 年 までに 達成
	2) 妊産婦死亡率（対出生 100,000）	480	320	N. A.	240	120
MDG6 感染症対策	結核患者発見率	29.2% (1993)	46%	72%	80%	同左

HNPSP の内容は年次レビューとともに 2007 年、中間評価が実施された。中間評価の結果、2009-10 年の目標が確認された。中間評価の結果に基づく各分野の行動計画は、付属資料 2. のとおりである。

2-2 日本の支援のレビュー

(1) 支援の流れ

日本の保健セクターに対する援助は、1970 年代から 1980 年代にかけての医科大学、病院、研究所などの医療施設・機材整備、1980 年代から 1990 年代にかけての心疾患及び感染症（リウマチ熱、下痢など）対策及び家族計画への技術協力、機材供与が行われた。1990 年代後半からは、母子保健、家族計画分野の活動が拡大し、中央レベルでの母子保健人材の育成（技術協力・無償）と、地方でのコミュニティ参加型の草の根技術協力、青年海外協力隊（JOCV）活動が活発に展開した。また、日米コモンアジェンダの連携事業としてポリオ対策の無償資金協力並びに JOCV 派遣も行われた。近年においては、母性保護サービス強化プロジェクトによる地域レベルでの母子保健、感染症対策（予防接種拡大計画：EPI、フィラリアの JOCV 派遣、結核に対する短期専門家派遣）などが行われている。これまでの日本の援助実績は付属資料 5. のとおり、また、協力の変遷は付属資料 6. に示されるとおり。

(2) JICA 事業の優位性と課題

バングラデシュ側の JICA 事業に対する評価は、過去の技プロで行った保健医療機関での能力強化という点で依然高い評価を得ていることがバングラデシュ関係者との協議で確認された。一

方で、プールファンドアプローチを展開している他ドナーと比較して、政策、制度面での中央での政策的介入に関しては、過去に保健家族福祉省（MOHFW）官房に政策アドバイザーの要請がありながら派遣できなかったこともあり、JICA としての実績、知見、プレゼンスいずれも弱いといわざるを得ない。

1999 年から 2004 年にかけて実施したリプロダクティブ・ヘルス人材開発プロジェクトは、母子保健研修所（MCHTI）の建設支援とあわせて展開し、現在、同研修所は首都圏での良質な産科、小児科医療を提供する医療機関として評価を得ているほか、小規模ながら母子保健と家族計画に関するインサービストレーニングを提供している。同プロジェクトで目的のひとつとして支援された卒後研修技術研修室（TTU）による全国の母子保健医療関係人材研修の評価・調整機能は、その後の MOHFW の機構改編のなかで十分に機能してはいない。

現在、実施中の母性保護プロジェクトでは、地方レベルでのコミュニティ、NGO と末端保健行政の連携体制のモデル構築を図っているが、行政の分権化が進展していないなかで、地方行政の能力強化を支援することには困難が伴っている。他のドナーが NGO を活用した成果重視型の事業展開をしているのに対して、同プロジェクトでは NGO に対する行政のかかわり方についてサステナブルなモデル形成を図っている。

感染症対策については、1990 年代からポリオワクチンの供与を感染症対策の JOCV 派遣とあわせて実施していたが、2004 年以降は実施していない。そのほか、結核対策、フィラリア対策の派遣は現在も行っている。EPI、ポリオ対策について当国はワクチンと予防接種のための世界同盟（GAVI）ファンドを得て既に大規模な展開をしており、無償資金協力事業としての支援必要性は現時点ではない。一方、フィラリア対策については、国家プログラムも確立されていないなかで他ドナーの資金支援も乏しく、規模としては小さいながら北部ロングプールで複数の隊員が連携してコミュニティレベルでの対策活動を効果的に展開しており、当国内の感染症対策事業のなかでフィラリア対策は日本のみが支援している分野として評価を得ている。

日本の援助の強みとしては、1 つの分野において施設、機材、能力開発といった三位一体の協力が可能であること、その施設を活用・発展させて直接の裨益者となるコミュニティの住民に対する直接的な働きかけへつなげていけること、サービスを政府等に肩代わりして実施してしまうのではなくカタリストとして組織強化・システム強化を念頭に置いていることがあげられる。また、プログラム化を通して政策・中枢部分に対する大枠から住民レベルの意識改革などへの支援を行うことで、国全体のレベル向上と中枢の政策が末端に反映されているか否かの確認、並びに住民の声を政策に反映させる働きかけが可能である。

2-3 ドナー等の動向

(1) HNPSP

HNPSP は SWAPs で実施されており、プール資金、各ドナー資金、各ドナー活動により構成されている。プール資金は支出目的により 6 カテゴリーに分類されており、カテゴリー1 の支出は、プログラム支援事務所（PSO）の設立と運営支援エージェンシー（MSA）との契約が条件となっている。

表 2-2 HNPSP プール資金の内訳

支出カテゴリー		計	IDA	DFID	EU	RNE	SIDA	CIDA	UNFPA	出資割合
カテゴリー1	年次レビューで合意されたアイテム	186.7	75.0	47.1	32.5	13.2	18.65		0.2	年次成果によって決定
カテゴリー2	NGOや民間との契約サービス	112.1	45.0	28.3	19.5	8.0	11.19		0.1	100%
カテゴリー3	物品、作業、サービス、トレーニング、調査 (カテゴリー1, 2に含まれないもの)	236.4	90.0	56.1	39.0	15.9	22.40	12.7	0.3	80%、100%
カテゴリー4	作業	127.1	51.0	32.1	22.1	9.0	12.70		0.2	85%
カテゴリー5A	コンサルタントサービス	37.0	15.0	9.4	6.1	2.7	3.70		0.1	80%
カテゴリー5B	調査、研修	59.8	24.0	15.1	10.4	4.2	6.00		0.1	100%
計		759.0	300.0	188.1	129.6	53.0	74.64	12.7	1.0	

※上記表の「出資割合」は、必要コストのうちプール資金が充当される割合である。

出所：「HNPSP Appraisal Paper」より

中間評価の結果、PSO の設立と MSA との契約が満たされたことから、2008-09 年の業績評価の基準となる指標が表 2-3 のように設定され、MOHFW とプール資金出資者との間で合意された。

表 2-3 2008-09 年度、業績評価の基準となる指標

指 標	2008-09 年度目標
1. 貧困層への予算配分増加 ・ 予算の郡以下への配分の割合 ・ 年間レビュー時に 5 つの主要 OP と県レベルの開発予算支出を評価	3%増加
2. 最貧困の基礎保健サービス利用率 ・ 熟練介助者による出産介助率 ・ 3 回以上の妊産婦検診受診率	3%増加
3. Management Support Agency (MSA) が 378 コミュニティ・クリニックと 138 ユニオンレベルの保健施設の業務を民間委託する	実施済み
4. 保健施設調査結果に基づいた活動計画 (病院食と MSR 改善を含む) 実施 (※MSR: 医療系消耗品、その他必要な日常消耗品など)	実施済み
5. 2009-10 年度に 6 県の活動計画に対し直接予算配分を行う	実施済み

出所：BANGLADESH HNPSP Mid Term Review March - April, 2008 DRAFT AIDE MÉMOIRE

プール資金については、世界銀行の調達監理プロセスの煩雑さ、バングラデシュの調達監理能力不足などにより、物品、サービス調達が遅延している状況がある。

各ドナーの支援を HNPSP にて示されている戦略・活動、世界保健機関 (WHO) が提唱している「保健システム」の視点から整理した [付属資料 7. ドナーの支援状況 マッピング (保健システム)]。母子保健に関しては国連人口基金 (UNFPA) が作成した報告書より引用した。[付属資料 8. ドナーの支援状況マッピング (母子保健)]。なお、本マッピングにおいて、特定のドナーによる支援がない戦略・活動は、HNPSP のプール資金により、バングラデシュ MOHFW が実施している。母子保健への支援は地域、内容、介入度などの差があると思われるが、活動範囲が多岐にわたる支援を実施しているドナーが多い。その他のサービス提供では、三大感染症では HIV/AIDS (ヒト免疫不全ウイルス/後天性免疫不全症候群) への支援、都市保健、EPI などの支

援がある。

また、HNPSP には政府ドナー間の協働枠組みとして、表 2-4 のワーキンググループが設置されている。

表 2-4 HNPSP に設置されているワーキンググループ

HNPSP 政府、開発パートナー、ワーキンググループ (2008-09)

Sl.	タスクグループ名	議長/開発パートナー
1	HNP フォーラム	政府議長： <u>GOB chair</u> ：Secretary 開発パートナー：全パートナー、市民社会団体
2	HNPSP 調整委員会 (Coordination Committee)	政府議長： <u>GOB chair</u> ：Secretary 開発パートナー：コンソーシアム議長：WB
3	モニタリング・評価 Monitoring and Evaluation	政府議長： <u>GOB chair</u> ：Joint Chief (Planning) 開発パートナー： <u>GTZ</u> 、WB、WHO、UNFPA、UNICEF、UNAIDS メインパートナー：GTZ
4	財務管理・経営	政府議長： <u>Additional Secretary</u> 、Joint Secretary FM 開発パートナー： <u>EC</u> 、RNE、DfID、WB、CIDA？ メインパートナー：WB
5	調 達	政府議長： <u>Additional Secretary</u> 、Joint Secretary Coordination 開発パートナー： <u>USAID</u> 、KfW、UNFPA、CIDA、WB メインパートナー：WB
6	栄 養	政府議長： <u>Joint Secretary Public Health</u> 開発パートナー： <u>RNE</u> 、UNICEF、WB、WHO メインパートナー：UNICEF/WB
7	「サービスの多様化」運営委員会	政府議長： <u>Secretary</u> 開発パートナー： <u>KfW</u> 、Sida、WB、EC メインパートナー：KfW
8	人的資源	政府議長： <u>Joint Secretary Admin</u> 開発メンバー： <u>WHO</u> 、WB、JICA、AusAID、GTZ メインパートナー：WHO
9	ジェンダー、平等、ボイス	政府議長： <u>Joint Chief (HEU)</u> 開発パートナー： <u>DfID</u> 、Sida、CIDA、UNFPA、GTZ メインパートナー：CIDA

UNFPA が母性・新生児 (MNC) 保健に関するドナーのサービスのカバー率をまとめた結果を表 2-5 に示す。カバー率の高い地域には多くの支援、低い地域には少ない支援の傾向がみられる。

表 2-5 母性・新生児保健に関するドナーのサービスのカバー率

管区	郡の数	サービスのカバー率			ドナーのカバー率			
		MNCのカバー されていない 郡数	MNCのカバー されている郡 数	郡カバー 率	MNCプロ グラム数	%	MNCの 活動数	%
ポリサル	40	12	28	70%	28	8%	62	5%
チッタゴン	95	26	69	73%	58	16%	187	16%
ダッカ	59	10	49	83%	97	27%	377	31%
クルナ	124	15	109	88%	41	11%	119	10%
ラッチャヒ	120	8	112	93%	98	27%	294	24%
シレット	37	1	36	97%	35	10%	163	14%
計	475	72	403	85%	357	100%	1,202	100%

出所：MNH Mapping (2008)

HNPSP の進捗にかんがみ、保健セクター支援の戦略見直しを行っているドナーもあり、カナダ国際開発庁 (CIDA) は「小児保健」「母子保健」「感染症 (HIV/AIDS)」「保健システム強化 (地方における調達、物流管理)」を今後の対象分野とする方向で検討している。

(2) グローバルファンド (GFATM)

全途上国の三大感染症 (HIV/AIDS、マラリア、結核) 対策を支援している「グローバルファンド (世界エイズ・結核・マラリア基金：GFATM)」は、バングラデシュの三大感染症対策の中核を担っている。マラリア、結核への資金拠出はバングラデシュ政府以外に BRAC が受け皿となり、活動を行っている。ただし結核に関してはバングラデシュ政府への資金拠出は WHO 口座に送金され、活動計画に基づき支出される。HIV/AIDS への資金拠出はバングラデシュ政府に対してであるが、その管理機関として Save the Children USA が管理を担っており、活動は NGO に委託している。

表 2-6 GFATM の支援状況

分野	Round	目的
HIV/AIDS	Round 2 :	1. 若者にHIVの情報、スキル、サービスを提供する 2. 若者のHIV・AIDS予防のためのプログラム、政策に必要なデータを収集する
	Round 6 :	バ国のHIVの波及拡大を制限する
マラリア	Round 6 :	1. 2012年までに高流行13県にて80%のマラリア患者に質の高い診断と効果的な治療を提供する 2. 大流行抑制のための選択的IRSと高流行13県において80%の家庭にLLINの使用を促進する 3. マラリアコントロールのパートナーシップ、調整、プログラム運営能力を強化する
結核	Round 3 :	1. 国家結核プログラム (NTP) の運営能力を強化する
		2. NTPの効果的なパートナーシップと協力を強化する
		3. 診断と治療を拡大する
		4. 喀痰検査の品質保証を計画、実施する
		5. 既存のBCC戦略と実施を調整する
		6. モニタリング、評価を強化する
	Round 5 :	1. 患者発見の増加、高い治療率の維持 2. サービス供給システムの強化 3. 薬剤耐性への取り組み

出所：GFATM ホームページより作成

ラウンド3及び5に参加している NGO、団体

NGO 名	ラウンド	活動地域
BRAC	3、5	283 郡、大都市の都市部とその周辺、教育病院 (23)、刑務所病院、港湾管理局病院、輸出加工区
Damien Foundation	3、5	101 郡、医科大学 (4)、輸出加工区
TLMB (The Leprosy Mission Bangladesh)	3、5	10 郡
HEED (Health Education and Economic Development) Bangladesh	3、5	25 郡
LAMB (Lutheran Aid to Medicine in Bangladesh)	3、5	3 郡
LEPRA Bangladesh	3、5	24 郡
PIME Sisters	3、5	クルナ市
RDRS (Rangpur Dinajpur Rural Health Services)	3、5	14 郡
NATAB (National Anti-TB Association of Bangladesh)	3、5	64 県 (市民団体の参画)
icddr, b	3、5	オペレーションリサーチ
UPHCP (Urban Primary Care Project) and 10 partner NGOs	3、5	ダッカ市
NSDP (NGO Service Delivery Program) 9 partner NGOs	5	ダッカ市、ラジャヒ市、クルナ市、チッタゴン市

出所：Bangladesh TB Control Program Annual Report July 2006-June 2007

ラウンド3の結果 (2004年8月 - 2007年6月)

目標	指標	ベースライン (年)	2006年7月 - 7年6月		2004年8月 - 7年6月	
			目標値	結果	目標値	結果
1. NTPのマネジメント強化	十分な薬と検査物品にてDOTSを行っている医療施設の数	489 (2002)	31	16	695	703
2. 効果的なNTPパートナーシップの増加	NATABの県委員会やDOTS委員会の会合を通じてDOTSの情報を届けた人数	0 (2003)	57644	27752	79848	95512
3. 診断、治療の拡大	喀痰陽性による推計TB患者発見数とDOTSによる治療数	53618 (2003)	94926	102785	214108	237655
	喀痰陽性TB患者登録数とDOTSによる治療完了数	39288 (2002)	28166	35085	103850	125572
	訓練を受けたコミュニティベースDOTS提供者数	33000 (2003)	10000	9637	50000	48815
4. 顕微鏡検査の品質保証の計画と実施	外部品質保証 (EQA) ラボの数	12 (2002)	5	5	35	33
5. 既存のBCC (行動変容コミュニケーション) 戦略の修正	BCCツール、TV、ラジオの数	0	1TV、1ラジオ スポット	2TV、1ラジオ スポット	4TV、4ラジオ スポット	5TV、4ラジオ スポット
	ポスター、ステッカーなどの作成と配布	0	ポスター 300,000 ステッカー 500,000 冊子 400,000	ポスター 300,000 ステッカー 500,000 冊子 400,000	ポスター 1,100,000 ステッカー 2,000,000 冊子 800,000	ポスター 1,102,910 ステッカー 1,800,000 冊子 1,900,000
6. モニタリング、評価の強化	適時、正確、完全な記録を提出した治療施設数	491 (2003)	58	54	715	752
	TBクラブ会合の参加者数	39480 (2005)	23050	24587	23050	24587

ラウンド5の結果(2006年5月-2007年6月)

目標: 1. 患者発見の増加と高治療率の維持

指 標	ベースライン (年)	2006年5月～2007年6月	
		目標値	結 果
DOTS 訓練を受けた NGO マネージャー、 医師、医療従事者、ボランティアの数	1,306 (2004-05)	2,525	3,525
啓発された薬剤師、村医師数	21,836 (2003)	11,700	11,127
啓発された工場関係者数	0 (2004)	12,900	12,713
TB と HIV の関係の啓発を受けた HIV/AIDS、リプロ活動実施者	898 (2004)	2,340	1,845
社会動員活動を通じて啓発を受けた TB 患者、県等の有力者数	21,365 (2004)	15,000	14,857
社会動員活動数	0	1,688	3,309
追加診断センター設立数	210	41	42

(3) GAVI

予防接種の世界的規模の同盟である「GAVI」は、バングラデシュの EPI への支援を 2001 年より実施している。ワクチンの供与、予防接種活動を強化するための資金を支出している。

表 2-7 GAVI の支援状況

	支援額 (US\$)	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
B型肝炎ワクチン	22,678,000										
5種混合ワクチン DPT3+Hb+Hib	96,612,000										
ワクチン導入資金	1,387,000										
注射の安全性	8,117,000										
予防接種サービ スサポート	21,898,700										

出所: GAVI ホームページより作成

MOHFW は、GAVI の「保健システム強化」コンポーネントに対してプロポーザルを提出したが採用されなかった。そこで 2008 年 9 月を目処に修正プロポーザルの提出を検討しており、関係者、各ドナー等に対してヒアリングを実施している。

目的は人的資源管理、物流管理、コミュニティの参画を通じた母子保健サービス提供の充実であり、MDGs 4、5 の達成への寄与をめざしている。内容は 2009-10 年の第 1 期に 13 県のパイロットエリアでアウトリーチ・サービスからコミュニティ・クリニックを拠点として施設サービスへの転換を支援し、2011-13 年の第 2 期に、コミュニティ・クリニックの活性化並びにそのための周辺環境整備(県や郡レベルの支援体制強化など)が含まれている。

本プロポーザルに支援されている内容は人材管理、ローカルレベルプランニング(LLP)、母

子保健サービス供給にかかわる大きな方針転換（アウトリーチ活動から施設サービスへの転換）であるが、職員の雇用、給与の確保など、各ドナーから現実味が薄いという意見もある。

(4) 主要ドナーの動向

このほか調査団が確認した他ドナーの動向は以下のとおり。また主要なドナーの支援事業を付属資料9、各ドナーの支援事業リストにまとめている。

① 欧州委員会（EC）

バングラデシュでは HNPSP のプール資金への拠出が半分を占め、人的資源、ファイナンスなどに力を入れている。支援は資金の拠出のみで、実際の活動は国連機関や NGO、バングラデシュ政府が実施する。活動のモニタリングは拠出先から報告書を受け取るとともに第三者による監査（Spot Audit）を行っている。

② 国連児童基金（UNICEF）

UNICEF は HNPSP の下、母子保健サービス改善をめざし、施設改善、コミュニティ支援システム（CmSS）、緊急産科ケア、「女性に優しい病院」イニシアティブを展開しており、主に保健サービス局（DGHS）への支援を行っている。単独の支援のみならず、NGO（BRAC）や他のドナー（UN Joint Project）とともにプロジェクトを実施している。

③ UNFPA

UNFPA は HNPSP の下、家族計画、リプロダクティブ・ヘルス、安全なお産に関する活動を行っており、主に家族計画局（DGFP）の活動を支援している。単独の支援のみならず、バングラデシュ産婦人科協会（OGSB）や他のドナー（UN Joint Project）とともにプロジェクトを実施している。

④ 世界銀行

世界銀行はプール資金への拠出とともにプール資金の管理を行っている。また人的資源マスタープラン作成に関しては、コンサルタントを派遣するなど、技術支援も行っている。

⑤ オーストラリア国際開発庁（AusAID）

世界的戦略として MDGs の達成をめざしており、特に母性、新生児保健（MNH）の改善に力を入れている。

日本と同様、ボランティアを派遣しているが、ボランティアを（AusAID の）戦略のなかに位置づけるにはリスクがあると考えている。ただし、戦略全体とリンクすることも検討はしている。

⑥ スウェーデン国際開発協力庁（Sida）

Sida は世界的な支援戦略として「Poverty Reduction」「Primary Education」「Primary Health」に重点を置いており、バングラデシュでは「Reforming Health System」として HNPSP を通じた（プール資金）支援をしている。支援構造を3層に分け、上層部の政策対話、中層部の HNPSP への支援、下層部の NGO を通じた支援（安全な中絶など）を行っている。HNPSP に関しては Sida の主張で「都市保健」が追加された。

⑦ 米国国際開発庁（USAID）

USAID はバングラデシュで 30 年以上の支援実績があるが、HNPSP のプール資金には拠出していない。また HNPSP そのものの支援は行っていない。ただしコンソーシアムには参加している。USAID の支援の目的は MDGs 達成への貢献であり、HNPSP の目的と合致して

いる。現在は①「Smile Sun Franchise Program」、②「Social Marketing Company」を行っている。「Smile Sun Franchise Program」は全国に390のNGOクリニックを設置している（4年間継続）。「Social Marketing Company」では16万のキオスクに避妊具やビタミンAなどの栄養補助品、経口補水塩（ORS）などを供給している。

その他、調査研究に関して技術、資金支援を行っている。

⑧ ドイツ技術協力公社（GTZ）/ドイツ復興金融公庫（KfW）

GTZはHNPSPのなかでモニタリング・評価（M&E）の技術協力、保健財政調査の支援、避妊具避妊薬の供給、DGFPの調達・ロジスティクス支援を行っている。またHIV等の支援も行っているが小規模である。

KfWはHNPSPのプール資金への拠出を行っている。

⑨ 英国国際開発省（DfID）

（DfIDは担当が不在であったため、訪問調査は行ってはいない）

DfIDはHNPSPのプール資金の最大拠出元であり、資金支援が主体である。プール資金のみならず、UN Joint Projectなどの個別資金への拠出を行っている。DfIDの支援の特徴は「汚職防止」が必ず含まれることで、バングラデシュ保健セクター支援においても記載されている。

(5) BRAC

BRACは1972年にFazle Hasan Abed氏が設立したバングラデシュ最大のNGOで、設立当初より保健支援（BRAC保健プログラム：BHP）を行っている。BHPの目的は「貧困削減」と「貧困者のエンパワーメント」であり、活動当初は小規模な活動を実施していたが1980年代に小児下痢対策を大規模で支援し成功を収め、1990年代には母子保健、家族計画、感染症対策など包括的なサービス供給支援、その後サービス供給と地域のエンパワーメントをセットにした支援を母性、新生児保健、感染症対策に展開するなど、活動を水平、垂直両方向に広めつつある。BRACによる支援の裨益人口は9,200万人を数え、国家結核対策においてはフィールドレベルでの患者発見、直接監視下短期化学療法（DOTS）実施機関としてGFATMの資金の受入機関となっている。

表 2-8 BRAC 保健プログラム (BHP) の活動 (2007 年)

プログラム名	対象エリア	対象人口
基礎的保健ケア (EHC)	64 県	9,200 万人
最貧困層への EHC	21 県	50 万人
水、下水、衛生 (WASH)	150 郡	3,750 万人
地方の母性新生児保健	1 県	150 万人
都市の母性新生児保健	ダッカ市の都市スラム	100 万人
結核対策	42 県	8,600 万人
マラリア対策	4 県	140 万人
HIV/AIDS	チッタゴン市 バリサル市	1 万人の性産業女性
保健ボランティア (研修)	12 県	30 センター
BRAC 義肢装具センター	2 県	2 センター
パイロット事業		
老眼対策	4 郡	13 万人
小規模健康保険	2 郡	6 万人
栄養主流化	ニルファマリ県 6 郡	17 万人
学校保健と栄養	3 校	1,373 名
縫製業従事者への保健	1 工場	485 名

出所：BRAC BHP Annual Report 2007

2-4 バングラデシュ保健セクターの特徴

(1) 課題の所在

南アジアは、アフリカと並び保健状況が悪い地域である。バングラデシュは、MDGs で撲滅をめざすとされる三大感染症のうち、結核は世界の 22 の結核高負担国中 6 位 (WHO) に位置づけられている一方、HIV/AIDS、マラリアの負荷はアフリカと比べ低い。

合計特殊出生率は 1990 年の 4.4 から 2.7 (2006 年) まで低下し (WHO)、家族計画の成果がみられるが、アジアの諸国に比べ、依然として高い (インドネシア 2.2、スリランカ 1.9)。

乳児死亡率、5 歳未満児死亡率は途上国平均を下回っているものの、妊産婦に関する項目は、改善に向けてより一層の努力が必要である。前項 2-3 において、MDGs の達成状況を俯瞰したが、これにおいても、MDG 4: Reduce child mortality (小児死亡の低減) と MDG 6: Combat HIV/AIDS, malaria, and other diseases (感染症対策) は着実に改善しているが、MDG 5: Improve maternal health (母性保健の推進) については改善のペースが遅いことが確認できる。

表 2-9 MDG4-6 の達成状況

	項目	バングラデシュ	南アジア平均	途上国平均
乳幼児	5歳未満児死亡率(1,000人当たりの死亡者数)	73	84	83
	乳児死亡率(出産1,000当たりの死亡者数)	54	63	57
妊産婦・ リプロ	合計特殊出生率(人)	3.1	3.1	2.8
	妊産婦検診受診率	49	53	71
	専門介助者による出産率	13	37	60
	妊産婦死亡率(妊産婦10万に対する死亡者数)	380	560	440
感染症	HIV感染率(成人15歳以上)	<0.1	0.7	1.1

出所：UNICEF 子供白書 2007 より引用

付属資料 12. に、バングラデシュの保健状況について、他のアジア地域の各国と比較した詳細を示す。

(2) 富裕層と貧困層、都市部と村落部のギャップ

2004年から2007年にかけての基礎的「保健・栄養・人口」のサービスカバー率を図2-1に示す。最富裕層ではすべてのサービスのカバー状況が改善しているのに対し、最貧困層では特に妊産婦に対するサービスのカバー率・改善状況がともに低い。

同様に、バングラデシュにおいては保健サービスへのアクセスの面において、都市部と地方部に著しい格差が存在する。例えば、医療従事者の割合は都市部で顕著に高く、農村部では医師、看護師ともに対人口比に対する値が非常に低いといった医療従事者の偏在がある(人口1万人当たりの医師数は、都市部においては18.2人である一方、村落部においては、1.1人と18倍以上の格差がある)。

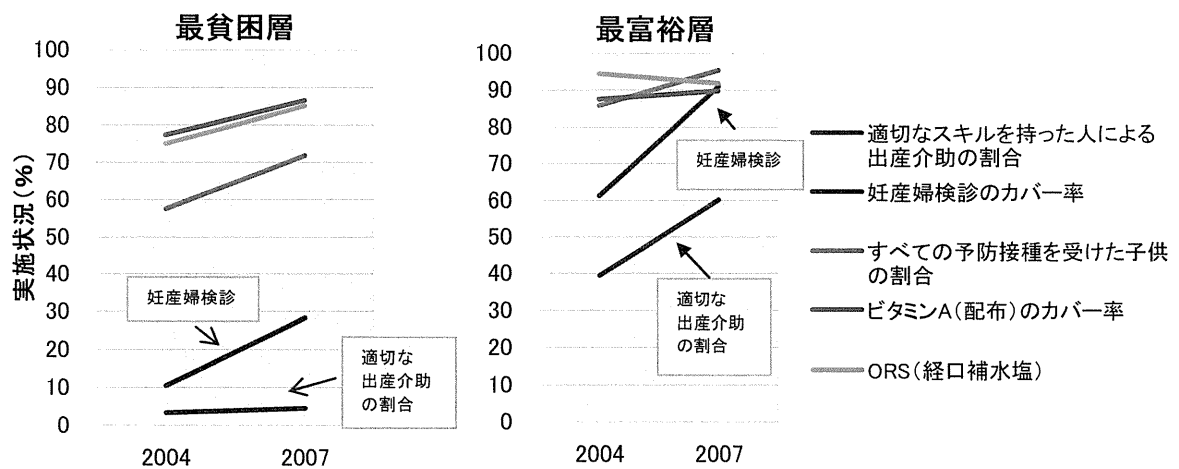


図 2-1 「保健・栄養・人口」のサービスカバー率

(3) 縦割り行政の弊害

公的保健セクターは、保健家族福祉省(MOHFW)レベルでは保健サービス局(DGHS)と家族計画局(DGFP)の2つの大きな部署が政策策定、サービス供給を個別に行っており、それは末端の行政機関、医療施設まで縦割りである。保健医療サービスのうち医療サービスに関しては、

保健家族福祉省（MOHFW）保健サービス局（DGHS）傘下の病院にて臨床医療サービス並びにヘルスアシスタント（HA）を通じた予防接種が提供され、家族計画局（DGFP）傘下の家族福祉センター（FWC）並びに家族福祉アシスタント（FWA）により家族計画、基礎的母子保健サービスが提供されている。このため、末端レベルでいえば、EPI や家族計画（FP）など戦略がはっきりした活動は縦割りで実施可能である一方、産科ケアなど包括的な活動に関しては重複が見られ、それにより施設（FWC、DGHS ラインのサブセンター）も両ラインが個別に所有、運営しているとともに、個別に固有の保健医療人材（HA と FWA）を雇用している。かかる状況は、効率的なリソース活用の観点から問題があり、同時に患者の効果ある受診を妨げる可能性をもはらんでいる。

（4）サービス提供者としての NGO の存在

すべての保健医療サービスを公的セクターだけでは賄うことができない現実があることは、DGHS の総局長（DG）も認識している。地方行政〔特に県（District）や郡（Sub-district＝ウパジラ）レベル〕が弱体であるがために、あるいは地域住民まで十分にいきとどいていないために、保健医療サービスの提供においては、NGO などの非政府、民間（Private）セクターに頼らざるを得ない現状がある。地方保健行政やその他のサービスの NGO 委託そのものは多くの国で行われているものであり、例えばカンボジアやアフガニスタンでは、政府保健省は制度化を意図して導入してきた。一方、バングラデシュにおいては、政府が NGO との連携のあり方に明確な政策をもたないなか、NGO や二国間協力、あるいは多国間協力機関がそれぞれに開発努力をするなかで、保健公共行政を肩代わりする形で、NGO によるサービス提供が拡大してきた経緯があると思われる。このためバングラデシュの開発支援は、パッチワークのように、公的セクターの穴を埋めているように見える（表 2-4、及び付属資料の 7・8、参照）。この一部分を日本の援助も担っているため、全体を俯瞰したうえでの位置づけが見えにくい状況をつくりだしている。

2-5 保健システムの現状と課題

保健分野における諸課題は、様々な要因に起因しており、改善に向けては横断的かつ構造的な視点が重要である。本調査では、洞爺湖行動指針にも示された「保健システム」を構成する 6 つの側面、すなわち、①サービス提供、②人材、③情報、④技術、⑤財政、⑥ガバナンスに対して、HNPSP 枠組みにおいてどのような戦略、活動が示されているかを分析し、また本調査団が把握した現状を整理した。図 2-2 に「保健システム」の枠組みを示す。

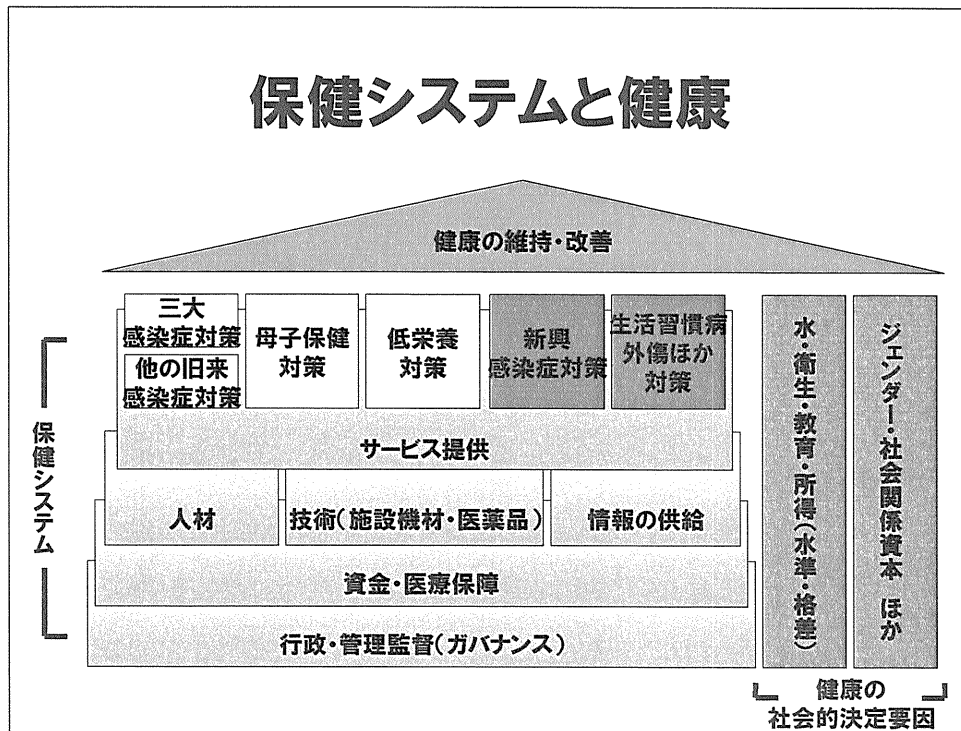


図 2-2 「保健システム」の枠組み

2-5-1 サービス提供

バングラデシュの末端の保健医療サービスは家族計画と EPI を中心に実施されてきたが、近年、MDGs の達成に向けて HNPSP の下、母子保健サービスの強化に力を入れている。

保健医療サービスのうち医療サービスに関しては、DGHS 傘下の病院にて臨床医療サービス並びに HA を通じた予防接種が提供され、DGFP 傘下の FWC 並びに FWA により家族計画、基礎的母子保健サービスが提供されている。

またバングラデシュ保健セクターでは NGO の役割が重要であることは前述のとおりであり、ドナーやバングラデシュ政府との契約を通じてサービス供給を行っている。国家結核プログラム、国家栄養プログラムはサービス供給そのものを NGO に委託して実施している。

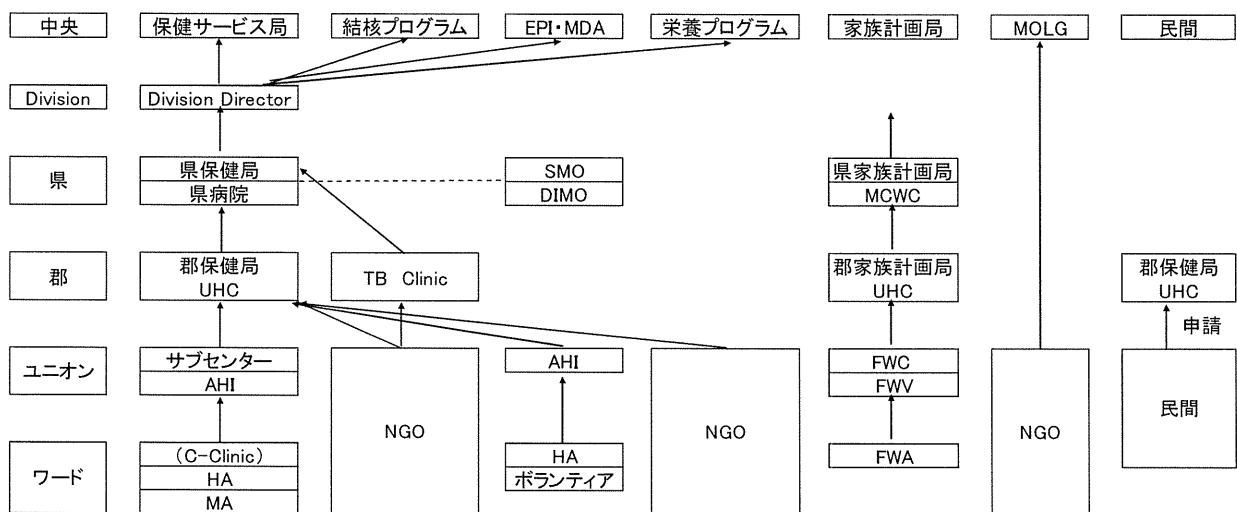


図 2-3 保健医療サービス提供フロー

HNPSP では、妊産婦への適切なケアに対する需要を喚起する目的で「需要サイドファイナンス (DSF)」という取り組みを実施している。DSF は貧困層の女性にバウチャーを発行し、妊婦検診 (ANC)、産後ケア (PNC) の受診、出産の際にそのバウチャーを持参すると、規定の金額がサービス利用者、提供者共に支払われるシステムである。利用者には別途交通費も支給される。現在、21 郡でパイロット事業が進行中でうち 9 郡は全女性が対象である。2008 年末までに 33 郡に拡大する予定である。

上記に述べたような制度、取り組みのなかで、人材、施設、機材、ガバナンスとサービス提供に関連する課題は多く、提供されるべき最低限のサービスも提供されていない。

保健サービスの多くは、資格のない人材に特定のサービスに特化した短期研修を行うことによって提供されている。保健システムのなかで、DGHS が指摘したように、地方 (県、郡レベル) の人材育成は急務と思われる。しかしながら、このレベルには人員も少なく、また郡レベルでは病院の臨床医療従事者と兼務していることから、保健医療行政に人手を回せるのか、といった危惧がある。

サービスを提供するための最低限の環境整備 (施設、機材、何らかのインセンティブ等) と行政による管理監督 (スーパービジョン) 強化が必須である。

2-5-2 保健人材

バングラデシュの保健人材 (HRH) は、DGHS、DGFP で働く人員については各局が、看護師については看護サービス局 (DNS) が採用、人員配置を行っているが、横断的に医療従事者の必要数や実際の数を把握できていない。以下に各局が把握しているポスト・在籍者数と空席率を示す。

表 2-10 DGHS 管轄下の医療従事者数の内訳

スタッフ	ポスト	在籍	空席	空席率
全スタッフ	104,700	79,027	25,673	24.5%
医師	16,845	11,615	5,230	31.0%
看護師	13,380	11,714	1,666	12.4%
検査技師	6,124	4,770	1,354	22.1%
医療補助	5,251	3,282	1,969	37.5%

出所：DGHS より入手

表 2-11 DGFP 管轄下の医療従事者数の内訳

	レベル	ポスト	在籍	不足	空席率
医師	中央	36	36	0	0%
	県	89	0	89	100%
	ユニオン	250	141	109	44%
	郡	716	589	127	18%
	全数	1,091	766	325	30%
Assistant Family Planning Officer (AFPO)	郡	480	245	235	49%
Family Welfare Inspector (FWI)	ユニオン	4,500	3,744	756	17%
家族福祉訪問員 (FWV)	郡 (シニア)	464	304	160	34%
	県	62	62	0	0%
	郡	632	632	0	0%
	ユニオン	5,694	5,153	541	10%
	全数	6,388	5,847	541	8%
FWA	ワード	23,500	21,379	2,121	9%
局長 (UFPO)	郡	503	318	185	37%
局長補 (UFPA)	郡	1,440	498	942	65%
家族計画医師補助者 (SACMO)	ユニオン	2,500	2,070	430	17%

表 2-12 DNS 管轄下の医療従事者数の内訳

スタッフ	ポスト	在籍	空席	空席率
看護師	16,033	13,673	2,360	14.7%

出所：DNS より入手

(1) 医療従事者の雇用・ポスト

バングラデシュで保健人材を採用する場合、ユニオンレベルで働く人材までは国レベルで採用を実施しており、それ以下のワード、コミュニティレベル向けの人材は県レベルで採用を行っている。採用は計画に基づいて毎年行われるのではなく、不足したらそれに応じて大量雇用している。採用の際には、Ministry of Establishment (MOE)、大蔵省 (Ministry of Finance : MOF) の許可を取る必要があり、許可を得るまでに1年近くかかる。医療従事者のポストを増やすためにも同様に MOE、MOF の許可が必要となってくるため、病院の規模や地域の人口増減に応じたポスト数の変更もなされていない。そのため、卒業しても公共機関の職に採用されなければ、職に就くことができず、現在数千人の看護師が採用開始を待っているといた話もある。現在、検査技師 (1,139 人)、医療補助 (3,136 人) の募集を実施しているが、医療補助などは採用人数が大量であるため1度の採用で必要数を満たす人材の応募がなく、何度も募集をかけ

ているとのことである。教育機関の卒業者数と雇用とがリンクしていないため、適切な人材を適切な時期に配置することが難しくなっている。

(2) 医療従事者の配置

人口1万人当たりの医療従事者の分布を表2-13に示す¹。

人口当たりの医療従事者数は都市部で顕著に高く、農村部では医師、看護師共に非常に低いといった医療従事者の偏在が確認された（表2-13）。また、へき地に配属された場合、ポストには就いていることになっているが、実態としてそこで働いていないといったことも散見されるようである。へき地赴任等に対するインセンティブや昇進などの規則は現在のところなされていない。

表2-13 人口1万人に対する医療従事者の分布

区 分		医 師	看 護 師	歯 科 医 師
地理別	ボリサル	1.7	0.9	0.3
	チッタゴン	4.8	3.6	0.3
	ダッカ	10.8	2.8	0.5
	クルナ	1.3	1.9	0.05
	ラジヤヒ	2.1	1.1	0
	シレット	2.2	0.4	0
都市部/ 農村部	農村部	1.1	0.8	0.08
	都市部	18.2	5.8	0.8
性 別	男 性	4.5	0.2	0.2
	女 性	0.8	1.8	0.03
	全 体	5.4	2.1	0.3

出所：Health Watch (2007)

(3) 医療従事者の配置転換

人員の頻繁な異動も問題の1つとしてあげられている。郡レベル以上の医療従事者は2～3年の頻度で配置転換がなされているため、研修・教育等を行ってもそれが現場に反映されずに異動するということが起こっている。また、官僚内でも、例えば医療関係者が教育省など、他の省庁に配置転換されるなど、人材の専門性に応じた人員配置がされていない。この点については、他の省庁からも問題が指摘されており、現在、MOHFWはMOEに対し、同一省庁内に限定した配置転換を行うよう申し入れをしている。

(4) 各医療従事者の職務内容

特にコミュニティレベルの医療従事者に対する職務負荷が大きい。コミュニティの医療従事者（ヘルスアシスタント：HA、家族福祉アシスタント：FWA）は、自分が担当する全戸（4,000～6,000人）を回って人口動態のデータを収集したり、予防接種や妊産婦検診、家族サービス

¹ The State of Health in Bangladesh 2007

実施の案内を行うとともに実際に各地区にあるサテライトクリニックを回ってこれらのサービスを行う。HA や FWA の人材がいない場合は、その上位レベルの人が代わりにする。これらの人材が、保健管理情報システム (MIS) の元になるデータを集約するため、適切な人材配置がなされていないと適切な情報を収集することも困難である。

(5) 昇進システム

すべての医療従事者レベルについて必ず問題としてあがるのが昇進システムの脆弱さである。各医療従事者はすべて等級が決められているが、例えば医師の場合、医師全体 (約 1 万 7,000 人) から次の等級である 6 等級に相当する人数はわずか 500 人 (全体の 3%) であり、医師が昇進するには平均的に約 26~28 年かかるといわれている。また、昇進は基本的に年功序列により決定されており、上位機関が業務内容や成果に応じて評価するシステムがないため、仕事に対するモチベーションを維持するのが困難な状況である。

(6) 民間セクターの監督機能

バングラデシュ保健セクターにおける民間機関の役割は非常に重要であるが、政府はこれらの民間機関の人材数、給与体系、医療従事者の質、サービスの内容 (質と量)などを把握する仕組みを確立していない。民間医療機関の登録制度はあるが、評価項目は施設の広さ、人員数、廃棄物処理の状況、清潔な水の確保、といった物理的要因がメインでサービスの質は確認されていない。また、いったん登録されるとその後の活動状況を監督するシステムがないため、保健セクター全体のサービス実施状況やその質を管理する体制がない。

伝統医療を提供する医療従事者 (Village doctor や村の薬局などを含む) は全医療従事者のうち約 67%を占めている一方で、正式な教育を受けた医師・看護師・歯科医師は全医療従事者のわずか 5%にすぎない。特に農村部で伝統医療を利用するケースが多い。これだけ多くの住民が、このような伝統医療を利用する状況であるので、これらの人材に必要なトレーニングを行い、質を確保したうえで活用することが望ましい。

(7) 医療従事者の海外流出

医療従事者 (医師・看護師) の海外流出は確認されているが、公式に統計をとるシステムは確立されていない。2001 年までに海外から集めたデータによると、海外²で働くバングラデシュ人医師の数は 1,794 人と報告されている。看護師については、1991 年から 2007 年までの海外流出は 1,655 人と報告されている。別のデータでは、バングラデシュで新たに卒業した医師のうち、65%は海外に就職したという報告もある。なお、政府は、バングラデシュの外貨獲得の一環として、看護師輸出 (海外での出稼ぎ) の可能性も念頭に入れているが、ドナー間では自国の看護師確保が先決との声があがっている。

ただし、保健人材の分野の海外流出は、近年 WHO 総会などで何度も取り上げられているように、国によっては国内で養成した医療従事者の半数以上が欧米などの先進国に流出して、自国内の人員不足から当該国の国民が保健医療サービスに満足にかけられない状況が生じている。

² 海外は米国、カナダ、英国、オーストラリア、ニュージーランド、サウジアラビアからのデータ

(8) 看護教育

バングラデシュでは看護師不足が問題とされており、看護大学・看護学校の建設が進められている。現行の看護大学の数は、ディプロマコースが公立 48 校、私立 19 校、学士コースが公立 4 校、私立 2 校で、全体として 1 年に約 2,000 人の看護師が育成可能である。ただし、政府が新たに建設したが、教員不足のために開校できない学校が 2 校あるなど、教職員確保の問題があるとともに、応募が定員を下回るといった問題、また卒業したが、政府による看護師採用が行われないため、採用されずに募集を待っている看護師も数千人いるといった報告もある。

(9) 医療従事者教育制度

バングラデシュにおける医療従事者教育制度を、付属資料 4. に示す。従事内容により必要な教育年限が定められているほか、職務開始後の継続教育 (In-service) のための研修が、多くの機関により実施されている。

(10) 人材に係る HNPSP とドナーの支援動向

バングラデシュの保健人材については様々な問題があげられているが、これまでの HNPSP の活動でほとんど手をつけられておらず、中間評価のなかでもそのことが指摘されている。その結果を受けて、主に世界銀行の支援を得ながら保健人材開発の技術委員会を開催し、**Bangladesh Health Workforce Strategy Paper** を準備するとともに、同 **Strategy Paper** に基づく長期 (30 年) マスタープラン策定に向けての活動を開始した。マスタープランの内容は以下のとおりであるが、2008-09 年には、職務内容の整理、昇進制度の整理、短期研修プログラムの計画作成と実施、公的セクターの **HRH** マネジメント情報システムの構築 (NGO、民間にも拡大)、**Health facility HRHIS** (Human Resource for Health Information System) の構築などが予定されている。

表 2-14 Bangladesh Health Workforce Strategy Paper に基づく長期マスタープラン

フェーズ	内 容
準備期間 (2008-2009)	HRH マスタープランの準備 HNPSF の中間レビューコミットメント 深刻な人材不足を見極めるための情報システムの導入 HRH 運営グループの組織化 人材の不足状況の確認 職務分析 中核スタッフの引きとめとへき地への人員配置 昇進制度の導入 HR 戦略の承認 (済)
フェーズ I (短期: 2010-2015)	マスタープラン実施の開始 人材システムの強化と確立 (MIS と関連) HRH 開発支援の政策とプログラム作成 モニタリング・評価 (年次レビューと再計画)
フェーズ II (中期: 2016-2025)	追加のシステムの確立と強化 進捗のモニタリングと評価 HRH 開発の政策・プログラム支援 年次レビューと計画
フェーズ III (長期: 2026-2040)	追加システムの確立と強化 HRH 開発の政策・プログラム支援 年次レビューと計画

MOHFW は省庁の人事異動 (アドミニカドレ) について省内だけで動かす政策を、関係省庁と交渉中である。現在 DGHS や DGFP が進めている人材開発の方向性とマスタープランの整合性確保は実際困難であるが、人材問題の対処を入り口にして、2局に分かれている各種保健システムの実務上の統合や整理が進むことになる。さらに、同マスタープランにおいて、政府・NGO だけではなく、民間病院 (private hospital) をどう組み込めるかが課題となる。

人材開発のマスタープラン支援については、世界銀行が短期コンサルタント派遣による技術支援並びに財政支援を行っているほか、WHO が 2 万 9,000 米ドル分 (技術協力に係る費用も含む) を支援している。それ以外に現時点では支援を表明しているドナーはいない。MOHFW の官房 (人材開発担当) は、現在関係者と準備期間 (2008-2009 年) の活動計画について、内容、責任者、かかる費用などを協議しているところである。今後のマスタープラン策定までの進め方や、ドナーに支援を求める内容などは決まっていない。DfID の意向は未確認、CIDA は 2008 年度の当分野への支援は行わないことを表明している。

Human Resource Strategic Plan は依然内容を検討中である。MOHFW 内関係者の方了承はおおむね得たが、今後は他の省庁からの承認が必要になる。これらの承認は、技術面というより政治的意味合いが強い。

マスタープラン達成に向けて、マスタープラン委員会 (Additional Secretary が議長) と国家タスクフォース委員会 (Secretary が議長) を設立している。マスタープラン委員会は、MOHFW

関係+支援ドナー、国家タスクフォース委員会は MOE、MOF、Ministry of Planning (MOP)、地方行政・農村開発・協同組合省 (Ministry of Local Government, Rural Development and Co-operatives : MOLGRD) などがメンバーである。その下に政策、財政、官民連携 (PPP) などのサブコミッティが設置されている。

HRHMIS は、新しく情報システムを設置するつもりではなく、既存の各ライン (DGHS、DGFP、DNS) からの情報を中央で集約する機能として MOHFW の人材開発に設置する予定である。現在の DGHS の MIS は Class1 に該当する人材しか登録されていないが、今後は全医療従事者を ID にて識別し、教育レベルや研修の受講状況なども確認できるようにしたいと考えている。

調査団が確認したマスタープランに係る各ドナー・その他の機関の意向は次のとおり。

- OGBS

人材マスタープランに関しては、政権が変わると方針が変わるので長期計画は砂上の楼閣になりやすいと認識している。自分たちは、人材マスタープランに参画するつもりはなく、今後もこれまでのように政策への提言を行っていく。現在提言しているのは、助産専門看護師 (認定助産師) の設置と育成。

- AusAID

HNPSP はプログラム自体が、“Too Ambitious” である。人的資源の課題、マネジメント能力、調達能力、地方分権化が進んでいないなど、問題が山積している。人的資源のマスタープランに関してもアイデアは良いが、取り組むべき課題が多すぎて実現するのが難しい印象を受ける。AusAID が支援するかどうかは、計画の内容次第。

なお、バングラデシュにおいては 2008 年 12 月には総選挙が予定されているが、マスタープランの策定と実施には政治的コミットメントが必要であることから、政治動向を見極める必要がある。

以上の点を踏まえ、バングラデシュにおける保健人材について、世界医療人材連合 (GHWA) 行動計画と GHWA に示される視点を踏まえた評価を表 2-15 に示す (本調査団による)

表 2-15 GHWA 行動計画の確認と、GHWA に示される視点を踏まえた評価

GHWA ³		バンブラデシユの状況	評価
戦略 1	保健人材確保のた めの首尾一貫した リーダーシップの 確立	<ul style="list-style-type: none"> 保健人材確保（採用・ポスト増設など）に他の省庁が深く関与しており、そのための適切な人材確保が困難な状況となっている。 政府が必要ポストの算定や人員計画を立てていないため、大量退職や大量雇用が起こっている。 	<ul style="list-style-type: none"> × 保健人材確保の円滑化を推進するためには、他の省庁との連携を協議したうえで、MOHFW が主導権をもてる枠組みが必要である。 × MOHFW 全体を横断的にとらえた人材ポスト、雇用、配置計画が必要。
戦略 2	根拠と共同学習に 基づいた見識ある 対処能力の確保	<ul style="list-style-type: none"> 現在、世界銀行の技術支援を受けて保健人材の枠組みづくりのマスタープラン作成を検討中。 大学・教育機関との連携は行われておらず、主にドナー支援に頼っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ドナーの協力を得て、現状改善に向けてマスタープランを作成中。 △ 実施可能な内容にするとともに、他の関係省庁への協力の働きかけが必要。
戦略 3	保健人材教育・研修 の拡大	<ul style="list-style-type: none"> 医療従事者の指導者不足が問題とされている。特に看護師養成機関ではその問題を重要視している。 雇用や配置転換に基づいた計画的な研修は行われていない。 予算の有無に応じて単発で研修を行っている。 政府の指定する研修機関は決められており、ある程度画一化された研修が行われている。ただし、民間医療機関の医療従事者に対する研修は把握していない。 	<ul style="list-style-type: none"> △ 看護大学建設、高学歴の看護師育成などを検討している。看護師不足は指導者のみならず看護師の希望者不足もあるため、その側面からのアプローチも必要。 × 研修を受けないまま現場で実務を行っている。 × 同上の問題とともに、キャリアアップにつながらない。 △ 民間医療機関の質の確保も必要。

³ The Kampala Declaration and Agenda for Global Action (Global Health Workforce Alliance) より引用

戦略 4	効果的・適切かつ公平に配置された保健人材の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・保健人材はすべてのレベルで不足しているが、特にコミュニティレベルとへき地での人員不足は深刻である。 ・コミュニティレベルの医療従事者に対する業務負荷が大きく、現実的でない。 ・昇進は年功序列のみで決定され、業務内容や成果は判断材料とされない。 ・医療従事者の異動が多く、教育を受けたことが生かされないまま別の場所に異動してしまう。 ・人材確保に向けて、キャリアパスやへき地赴任等を盛り込んだ計画策定の必要性は認識している。現在世界銀行を中心に支援を受けつつ、マスタープラン策定に取り組んでいる。 	<ul style="list-style-type: none"> × × × × ○ 	<p>大量雇用が検討されているが、本来は計画的に実施されるべき。</p> <p>医療従事者の業務実施要綱（TOR）の見直しと明確化が必要。</p> <p>医療従事者がモチベーションを確保できる監督・昇進システムが必要。</p> <p>各人のキャリアアップと適材適所を考慮した人材配置計画が必要。</p> <p>今後の取り組みをフォローし、実現可能かつ持続可能な枠組みの策定が検討されるべき。</p>
戦略 5	国際人材市場への流出の影響の管理	<ul style="list-style-type: none"> ・国際人材市場への流出状況をモニターできるシステムは確立されていない。 ・実態として、中近東や米国、英国などへの医療従事者（医師、看護師等）の海外流出は確認されている（5～10%程度。ただし正確な数字ではない）。 ・政府が看護師の輸出を示唆している。 	<ul style="list-style-type: none"> × × 	<p>医療従事者流出の影響を把握できる体制確立が必要。</p> <p>医療従事者海外流出防止のための方策。</p> <p>自国内の看護師確保が先決。</p>
戦略 6	保健人材への付加価値的かつ生産的な投資の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・看護教員育成のために、大学建設や海外留学といった投資を行っている。 ・キャリアパス、医療従事者の質の確保、へき地への人材派遣への投資はなされていない。 	<ul style="list-style-type: none"> △ × 	<p>大学建設や海外留学の投資は評価できるが、上記項目を考慮に入れた計画が不可欠。</p> <p>今後のマスタープランに盛り込む必要がある。</p>

2-5-3 情報

(1) 情報システム (MIS) の現状

現在、保健人材・サービス・人口情報に関する MOHFW 直轄の情報システムはなく、各局が固有の情報システムを確立している。DGHS 管轄の MIS、DGFP 管轄の MIS、国家栄養プログラム (NNP) 管轄の MIS が主要の情報システムである。加えて、各プログラムも独自の MIS をもち、結果を中央レベルで集約して管轄の局に報告している。DGHS は、新たなコンピュータシステムを導入しはじめたところで、2008 年から体制を整えていく計画である。

過去に DGHS と DGFP の統合が試みられていたときに、UMIS という家族計画局と保健サービス局が統合された形での情報収集が行われていたが、統合に失敗したあとは、統合以前と同様に各局それぞれが情報システムをもつ形をとっている。現在のところ、各 MIS の情報を一括して集約し、政策や計画に反映するという体制はとられていない。また、主なプログラムは DGHS の管轄下にあるが、DGHS で各プログラムのデータを取りまとめて情報を包括的に管理するという事は行われていなかった。

各局の管理している情報を表 2-16 に示す。

表 2-16 MOHFW 各局の情報管理の状況

	DGHS			DGFP		DNS	
	実施	頻度	計画	実施	頻度	実施	頻度
サービス提供	○	月	月	○	月	×	
ロジスティクス	○	四半期	週	○	月	×	
人材情報	○	年	週	○	年	○	年
人口動態	○	年	半年	○	年	×	
各種疾患	※			×		×	

※各種疾患のデータは DGHS 下の疫学疾患対策研究機関 (IEDCR) が担当している。

民間の医療機関は、これらの情報システムには含まれておらず、多くの人々は民間の医療機関を使っていることから、全体を把握することができていない。しかし、結核などのように、国として報告すべき情報が標準化されており、その枠組みに沿う形で NGO 等が自分の活動をモニタリング・評価する体制を整えて、プログラムに報告する体制が整っているなど、プログラムによっては民間の活動も含めて管理しているケースもある。

主要 3 機関の MIS のうち、DGFP は既存の紙ベースの MIS を運用中。3 年に 1 回の頻度で内容を改訂している。過去に GTZ やジョンスノー社 (JSI) が支援していた。今後、特に新たなシステムを導入したり、他のドナーの支援を受ける予定はない。

DGHS については、2008 年 7 月に新しい MIS を導入。まだ実態は伴っていないが、MIS の長は 2008 年中には郡レベルまでコンピュータを導入してネットワーク化し、将来的には現場の HA に端末を配って各人がホームページにアクセスし、情報を適宜更新していく体制をここ 1~2 年でつくることを計画している。計画は壮大であるが、あまり細かい箇所は考慮されていないため、実現に向けてはかなり詳細な検討が必要と予想される。

(2) 保健管理情報システム

保健管理情報システムとしてサービスの提供情報を収集するシステムが DGHS、DGFP それぞれに設置されている。DGHS はこれまで、紙ベースで各公的医療機関より月単位でサービス実施情報が報告されていたがデータ管理がうまくなされていなかった。現在新しく作成しているシステムでは、データベースを作って MIS のホームページから情報を更新し、モニタリングもそれらのデータで行っていく予定である。将来的には公的医療機関だけではなく民間医療機関からのサービスデータも収集することを計画しているが、パソコンやシステムの提供をどうするかといった具体的な方策は今後の検討課題である。

DGFP でも同様のサービス統計を収集している。これは、コミュニティで働く FWA や DGFP 管轄の医療機関から月ごとにあがってくる避妊具・避妊薬の使用状況、母子保健サービスの利用状況などをまとめて報告書を作成し、関連する部署に配布している。

医療施設で働く医療従事者のデータについて、DGHS はこれまでコンピュータベースの管理システムを用いていたが、クラス I の人材しかカバーされておらず、更新するのが難しいなど、使いにくいシステムであったようである。こちらの項目についても同様に、今後はコンピュータシステムを使って各人の登録による週単位の管理を検討している。人材管理システムも将来的には民間医療機関の取り込み、GIS（地理情報システム）導入による地理的分布の把握も検討している。

DGFP も、DGFP 管轄の医療機関で働く医療従事者の個別データを年に 1 回更新する形で管理している。こちらのデータは既にコンピュータ化されており、年に 1 回更新しているとのことであるが、人員のデータは郡レベルまでの管理になっている。

(3) 疾患サーベイランスシステム

疾患のサーベイランスシステムは、DGHS 管轄の調査機関である IEDCR が担当している。IEDCR は、MIS のうち、各種疾患の罹患状況を把握するための MIS（Diseases MIS : DMIS）を担当している。これまでの DMIS では、HA が集めたデータを郡レベルで紙に取りまとめ、郡から直接提出されたデータを IEDCR で入力していたが、最近、米国疾病予防対策センター（CDC、アトランタ）の財政支援でウェブベースのサーベイランスシステムを構築したため、今後は県が郡からあがってきたデータを電子ファイル上に入力することになる。また、各プログラムで集めているデータについては、集約された基本的なデータをフォーマットに従って収集している。

サーベイランスやサーベイの内容は表 2-17 のとおりである。

表 2-17 疾病サーベイランス内容

サーベイランス項目	報告頻度
センチネルサイト (8カ所)	月
疾患	月
優先度の高い感染症疾患 ⁴	年2回
HIV/AIDS	年
ニパウイルス	月
鳥インフルエンザ	週
日本脳炎	月

(4) 人口保健動態調査

人口動態のデータについては地理的調査 (Geographical Reconnaissance : GR) と呼ばれ、原則的に DGHS ラインが担当している。これまでは年に1回、1月から2月にかけて HA が担当する地域の住宅全戸を回って情報を集めていたが、データ収集に関する監督力の弱さ、データ入力に携わる人員がわずか12人で、予定どおりにデータ入力ができずに、2004年に公開した情報が最後である。今後は新しいフォーマットを用いて半年に1回の頻度でデータを収集し、データ管理は郡レベルで行う計画である。新しいシステムでもデータは HA が各家庭を回って集約する。集めるデータは、各家庭の構成人員の名前、誕生日、年齢、性別、妊娠しているかどうか、教育、慢性疾患、死亡日、死因などを調査し、各家族、各個人に ID 番号を付けて管理することとしている。

GR は基本的には DGHS が担当することになっているが、DGFP でも類似のデータ (出生登録、死亡登録、人口動態など) を収集し、報告している。これも同様に、DGFP 管轄のコミュニティワーカーである FWA が全宅訪問したデータを報告している。また、国家栄養プログラム (NNP) でも同様に、コミュニティ栄養プロモーター (Community Nutrition Promoter : CNP) が出生登録や2歳未満児登録などを収集しているなど、異なる組織でそれぞれ個別に重複した情報を収集している。

(5) 保健施設調査

保健施設調査については、DGHS、DGFP それぞれの管轄の保健施設について、それぞれが管理している。ただし、定期的な情報収集や施設調査などは行っていない。

(6) ロジスティクス MIS

DGHS の現行のロジスティクスシステムは、四半期ごとに車両と主要な機材の活用状況を紙ベースで報告する形をとっている。それ以外の個別の資機材の分配・管理については各プログラムで実施している。こちらについても、将来インターネット上のシステムを開発し、ネット上で週単位に在庫情報を更新できるシステムを検討するとのことである。

DGFP のロジスティクスシステムは、各レベルの倉庫並びに郡レベルの避妊具・避妊薬の在庫状況 (受け取った数量、配布数、在庫切れなど) について、コンピュータ上で月単位の管理

⁴ 優先度の高い感染症は、①EPI 疾患、②急性弛緩性麻痺 (AFP)、③予防接種の副作用、④肝炎、⑤肺炎、⑥デング熱、⑦下痢性疾患、⑧マラリア、⑨内臓性リーシュマニア症、⑩結核、⑪ハンセン氏病、⑫脳炎、⑬その他不明疾患、などである。

を行っている。一部、報告のあがっていない郡もある。

(7) NNP

NNP については、独自のマネジメント情報システムを設置しており、データはプログラム内で集約している。コミュニティレベルに CNP が配置されており、CNP が主にデータを収集する。NNP で収集している主な情報は、出生記録、2 歳未満児登録、妊婦・授乳、青少年登録、新規結婚登録、BCC（行動変容コミュニケーション）登録、ビタミン A・鉄剤、駆虫薬登録などのほか、サービスの実施状況を集約している。

(8) 各プログラム

今回は、各種プログラムのうち国家結核プログラム（National Tuberculosis Program : NTP）のモニタリングシステムを確認できた。NTP の活動のうちコミュニティでの活動は全域 NGO が深くかかわって実施しており、NGO が独自のモニタリングシステムを構築して NTP（郡レベル・県レベル・中央レベル）への定期的な活動報告を行っている。結核対策が世界標準にのっとって実施されていること、NGO による運営管理体制が整っていることにより、NTP はより正確な情報を収集することが可能である。その他のプログラムについても、基本的には各プログラムにて情報を収集し、中央レベルでプログラムがデータを集約してから DGHS に報告する。

(9) M&E

HNPSP の結果フレームワークにてモニタリング・評価する項目は、MOHFW 直下の計画ユニットである M&E ユニットにて収集することとなっており、GTZ が M&E ユニットの支援している。M&E ユニットの主な業務は MOHFW の計画局への支援、中間評価、年次レビューのサポート、次の SWAPs のためのデータ収集などである。

現時点の課題は、各ラインで集約した情報を基に、HNPSP の進捗管理、予算配分の決定などを行っているため、HNPSP にて求められている指標のすべてが網羅されているわけではない点である。M&E では、各プログラム経由で MIS にあがってきたサービス提供に関するデータ及び疾患に関するデータを HNPSP の結果フレームワークの項目に落とし込むという作業をしている。また、現在作成中の 2008 年から 2010 年の改訂版実施計画（RPIP）に結果を提供して反映させたり、中間評価（Mid-term review : MTR）や Achieve Progress Implementation Report（APIR）を行うために必要となる情報を提供している。その他、各ラインダイレクターに対してガイドラインやツール、フォーマットなどを提供して、HNPSP の成果を測るために必要なデータを取得できるように働きかけている。必要なデータがない場合は、関係者間で協議して代替案を考える。将来的には HNPSP の終了する 2010 年を目途に MOHFW 直下の機関として国の政策や計画などに反映させる体制とすることを目標としている。

(10) 保健指標ネットワーク（Health Metrics Network : HMN）

バングラデシュでは、上記 M&E における MOHFW 間の情報集約と評価・政策反映への動きのほかに、WHO の支援を受けて HMN プロジェクトが開始されている。これは、DGHS 下の 19 のラインダイレクター、DGFP、NNP などの縦割りの情報システムに加えて、MOHFW

以外で統計情報を扱っている国家統計局、地方自治体、教育省等を含めた包括的な情報システムネットワーク構築への動きである。

現時点では、WHO の支援の下に関係省庁、ドナー、その他ステークホルダーで委員会が設置されたところである。今後はそれぞれの機関が集約した情報を調整して活用していくことを検討している。今後の予定としては、HMN 委員会で現行の保健情報システムのアセスメントのプロポーザルを作成し、WHO の HMN に提出する。承認されたら半額のファンドが出されるので、それを活用してアセスメントを実施、その後ネットワーク構築計画を策定して再度プロポーザルを提出する計画である。HMN にかかわる人のなかで共通認識になっているわけではないが、将来的には DGHS と DGFP の情報システムの統合構想も念頭に入れるべきと考える関係者もいる。

(11) 政府機関以外の個別調査

BRAC (BRAC 大学を通して) やバングラデシュ国際下痢性疾患研究センター (icddr, b) などの諸機関が様々なトピックについて調査を実施している。例えば、USAID の資金援助により NTP が icddr, b に委託する形で 2007 年から結核のサーベイ (実態調査) を実施中であり、2009 年には調査を終了する予定である。また、バングラデシュ人口保健統計調査 (BDHS) の実施を資金面・技術面より支援している。また今後、UNFPA による医療施設の調査や USAID による妊産婦死亡率 (MMR) の実態調査などが実施される予定といった情報がある。

2-5-4 技術 (施設、機材、医薬品)

(1) 医療技術

バングラデシュの保健医療においては、中央部には研究機関や三次医療施設が設置されており、そこでは積極的に治療、研究がなされている。また、県レベルでも DGFP 直下の産科施設である母子福祉センター (MCWC) において緊急産科ケアの対応が可能となっている。

ただし、患者に対するサービスの質は検討の余地がある。今回の聞き取り調査で確認したところ、例えば帝王切開を例にとった場合、その適用ガイドラインやルールは規定のものがあるものの、ガイドラインに基づいて適切に判断できない、ガイドラインの順守状況を監督する機能がない、順守することのインセンティブがないといった理由により、ガイドラインどおりに行われていないことがうかがわれる。また、家庭出産において、訓練を受けていない Village Doctor などが教育研修を受けないままオキシトシンを不適切に投与して、子宮破裂に至るケースも多いという情報もある [ダッカ医科大学 (Dhaka Medical College)]。さらに、貧困層の妊産婦に対するバウチャーシステム (Demand Side Financing : DSF) が試験的に導入され、帝王切開を行うと医療従事者に高額のお金が支払われるため、帝王切開の件数が増えているのではないかといった懸念が指摘されるなど、手技手法を治療に適用するためのガイドラインやルールが適切に適用される環境が確保されていない。政府は、UNICEF と共同で、医療従事者が患者 (特に女性) に対するサービスの提供のしかたや接し方などを改善するための活動を県レベル・郡レベルのパイロット施設で実施しており、今後より広く展開することを計画している。

政府関係者間では、民間の医療機関は質の悪いサービスを提供しているという認識であったが、他方、民間医療機関で働く医師の約 95% は公的医療機関に所属する医師であるという情報もあり、ほぼ同一の医療従事者から提供されている医療サービスの質に差があるとは考えに

くい。政府関係者は民間医療機関の登録条件は設定しているが、登録条件にサービスの質を測る項目は含まれておらず、また定期的にモニタリングする体制をとっていないため、MOHFWで民間医療機関の提供するサービスの質や内容を把握できていないのが実態であろう。

多くのドナーが支援している分野に関する技術レベルや知識は向上しているが、ドナーが支援していない分野などの技術レベルは改善の余地がある。例えばフィラリアの場合、撲滅に必要なステップについて国の上層部が把握していないなど、計画を策定する国の上層部が国際的な基準を把握していない、といった問題もみられた。

(2) 施設

バングラデシュの保健医療施設は、ケアのレベルに応じて区分されており、「一次受入医療レベル」は医療施設ではなく、地域の巡回指導を行っているヘルスアシスタント（HA）、家族福祉アシスタント（FWA）である。巡回指導員は EPI や妊産婦検診などを主に行い、臨床的治療に関しては一次紹介レベルである郡病院に紹介される。ユニオンレベルに設置されている一次保健医療施設である「UH/FWC」は、家族計画、基礎的母子保健サービス並びに一次治療サービスを提供する施設であるとともに、巡回 FWA の活動の拠点となっている。

表 2-18 バングラデシュの保健医療施設

ケアのレベル	行政区分	保健医療施設	対象人口
三次レベル	管区(6)、県	教育病院(16) 250-1050	10-15 百万人
二次レベル	県(64)	県病院 (59) 50-150 床	1-2 百万人
	郡(460) 地方(地域): 397	郡病院 31床 Upazila Health Complex (UHC)	200,000- 450,000
	都市部	なし	
一次レベル	ユニオン(Union) (4403) (UHCがある397のUnionにはUH & FWCはない)	UH/FWC(Union Health and Family Welfare Centre)	21,000
巡回サービス	ワード(Ward)(13,209)	地域ベース FWA(Family Welfare Assistant) : 1名 HA(Health Assistant) : 1名	7,000 (FWA: 22,795名) (HA: 19,524名)
その他	村: Village (68,000)	伝統的産婆: TBA(Trained Birth Attendants) VHV(Village Health Volunteers)	1,000-1,500

出所: MOHFW ホームページより

MOHFW、DGHS 以外の病院は表 2-19 のとおりである。保健医療サービスの多くは民間で提供されており、特に地方の方が民間医療サービス、特に民間薬局の割合が高い。また都市部では民間医療機関の 95%に公的医療機関の医師が勤務しているという話もあり、民間医療サービスの多くも公的医療機関の医師により提供されている。

表 2-19 MOHFW、DGHS 以外の病院

Sl.No.	病院名	病院数	ベッド数
家族計画局傘下			
1	母子病院	96	748
他の省庁傘下			
1	鉄道病院	9	476
2	刑務所病院	19	1,003
3	警察病院	20	768
4	中毒センター (Madakashakti)	1	50
非政府			
1	NGO/ クリニック	613	11,371
計		758	14,416

出所：MOHFW ホームページより

表 2-20 医療サービス供給者別利用割合

(単位：%)

	全体	都市部	地方
政府巡回指導員	1.1	0.7	1.2
NGO巡回指導員	0.3	0.2	0.3
公的機関で公的機関の医師	7.6	10.6	6.7
民間機関で公的機関の医師	15.1	27.6	11.5
NGOの医師	0.5	1.1	0.3
民間医師	24.4	18.3	26.1
民間薬局	38.7	29.8	41.3
非医療従事者(伝統療法)	6.3	6.5	6.2
その他	6.2	5.3	6.4

出所：HNPSF 中間評価より

病床利用率は県病院の方が高く、外来患者数における県病院と郡病院の比率は 2 : 1 程度である。郡病院の入院能力が不十分であるか、レファラルがうまく機能していない可能性が高い。

表 2-21 県病院と郡病院の病床利用率・外来患者数の比較

	2005 年	2007 年
県病院：病床利用率	102.79%	130%
郡病院：病床利用率	77.22%	66%
県病院：1 日平均外来患者数	287 人	485 人
郡病院：1 日平均外来患者数	149 人	204 人

なお、各施設によるサービス提供の改善に向けた取り組みとして、政府は UNICEF と共同で Women Friendly Hospital プログラムを実施している。このプログラムでは、7 件のパイロット病院（県病院 4 件、郡病院 3 件）を選定し、設備やサービスの質を改善して評価し、合格すれば認定するという活動である。目的は、女性の医療サービスへのアクセスの向上、女性にサービスの違いを理解してもらう、適切なサービス供給などを目的とした、女性にターゲットを絞った病院づくりの活動で、母子サービスパッケージ、質の高いケア、暴力のマネジメント、

ジェンダーの平等などを提供している。定期的にチェックが入り、2年間問題がないことが確認できれば、最終的に **Women Friendly Hospital** として認可される。

具体的なチェック項目は基礎的な項目で、①座席設置、②保健教育、③個別登録、④プライバシーを確保した行動、⑤労働時間の短縮、⑥緊急産科ケア、⑦乳幼児ケア、⑧安全な水の確保、などである。また、母乳センターなども設置している。暴力に対する心理的サポートなども実施している。今後は更に 13 施設（7 県、6 郡）に拡大する予定である。民間医療機関の認可も DGHS が担当している。認可する際に確認する事項は、水、廃棄物処理、施設、座席の有無、ガイドラインの活用状況、研修のライセンス取得などである。

(3) 機 材

一次受入レベルである HA や FWA はもともと巡回指導であり、FWA は家族計画や妊産婦検診に必要な基礎器具を携行しサービスを行うこととなっているが、必ずしも全員が携行してはならず、十分なサービスを実施できない状況にある。

一次紹介レベルの UH/FWC は妊産婦検診、通常分娩の実施拠点であり、検診器具、分娩台等の機材が設置されている。しかし電気や水道などのインフラが整備されておらず、機能していない FWC もある。

郡病院では内科、外科などの基礎的医療サービスの提供を行っている。MOHFW は郡レベルでの緊急産科ケア（EmOC）の充実を目的に帝王切開に必要な資機材の整備、産婦人科医、麻酔医の配置を進めている。現在、105 郡で EmOC に必要な人材・機材が配置され、産科医、麻酔科医の研修コース（1 年間）が開始されたことにより、機材の適正使用を通じた緊急産科ケアを提供している。

すべての公的機関の調達には中央調達技術ユニット（CPTU）の指導の下“Public Procurement Regulation 2003, ACT”に沿って実施される。機材のメンテナンスは、DGHS 内の国家電機医療機器ワークショップ（NEMEW）が行っているが、故障やメンテナンスの際の修理にかかる費用を病院が賄えないでそのまま放置されている例もある。機材修復のために、各局に修理の費用の申請を行っても、その予算が承認されるために数ヶ月、長ければ1年近くかかるため、病院のスタッフは修理を諦めてしまうなど、機材の維持管理や病院運営にかかる費用を捻出するのが難しい。

(4) 医薬品

バングラデシュ医薬品政策（National Drug Policy）は、1982年に発布され、市場からの有害、無効果、不必要な医薬品の排除及び基礎的医薬品（ED）を手頃な価格で提供することをめざしている。バングラデシュの 207 の医薬品製造業者のうち 6 社は多国籍企業である。医薬品の 95%はバングラデシュ国内で生産されており、約 7,000 の医薬品が商標登録されている。

バングラデシュの医薬品部門の管理責任は MOHFW 医薬品管理局（DDA）であり、DDA は薬事法を実行するための認可、取締機関である。

DGHS の医薬品、医療材料の調達、各医療機関への供給はラインダイレクター・中央医薬品倉庫（CMSD）が担っている。ただし EPI のワクチンや注射、コールドチェーン資機材は EPI が、結核薬に関しては NTP が供給している。

DGFP ではラインダイレクター・調達・物流・供給管理（PLSM）の下、中央及び地方に倉

庫があり、そこから供給されている。

2-5-5 財政

(1) 保健財政

Bangladesh の GDP に占める保健支出の割合は 3.4% (2003 年) であり、1 人当たりの保健支出は 14 米ドルである。このうち約 4 米ドルが公的機関の支出でありその 1/3 はドナーが支援している。総保健支出の 65% は個人支出でその大半は民間薬局、非公的機関での支出である。公的医療機関のサービスは原則無料であるが、薬品や検査薬、X 線フィルムなどが不足しているため、患者が購入する場合もある。

MOHFW の予算は表 2-22 のとおり、經常予算 (非開発予算) は増加しているが開発予算は低減している。財政年度は 7 月から翌年 6 月までであり、予算配分は積み上げ式ではなく、各省庁に割り当てられたのち、省内各部局内に振り分けられる。

表 2-22 MOHFW の予算

(単位：1,000 万タカ)

年 度	2007/8	2007/8 (修正)	2008/9
非開発予算	2,864	2,898	3,423
開発予算	2,606	2,363	2,439
計	5,470	5,261	5,862

出所：Bangladesh MOF ホームページより

(2) HNPSP

現在の保健セクターの施策の大半は、HNPSP そのものとして実施されている。HNPSP の枠組みの活動の主な財源はプール資金であり、その他の活動費用は政府予算、又は二国間のドナーの支援を利用している。

プール資金は、HNPSP の枠組みに基づいて毎年の活動計画が策定され、その内容に応じて算定された額が承認される。ただし、予算の支払いは実績ベースとなるため、予定された活動の実施状況に応じて支払われることとなる。

表 2-23 HNPSP の予算

(単位：100 万米ドル)

	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	計
HNPSP 支出計画 (計)	601.6	615.2	676.5	739.5	804.1	869.3	4,306.2
経常費用	468.5	525.2	571.9	626.0	681.0	734.8	3,607.4
主な HNP サービス	468.5	492.4	527.8	571.6	619.2	670.7	3,350.2
加速されたサービス		18.9	20.8	20.5	20.0	23.7	103.8
戦略投資		13.8	23.4	33.9	41.9	40.5	153.4
資本投資費用	133.1	90.0	104.6	113.5	123.1	134.5	698.7
主な HNP サービス	133.1	88.4	102.5	111.5	121.2	131.8	688.4
加速されたサービス		0.87	1.41	1.45	1.47	1.55	6.8
戦略投資		0.77	0.61	0.59	0.44	1.14	3.6
資金供与元	361.6	615.2	676.5	739.5	804.1	856.3	4,053.2
IDA からの借款及び財政 支援者からの無償		100.2	131.1	157.1	181.6	190.2	760.2
ノンプール資金及びその 他のプロジェクト支援		113.2	113.3	113.3	113.3	113.2	566.4
バングラデシュ政府	361.6	401.7	432.1	469.1	509.2	552.9	2,726.6
(不足分)	(240.0)					(13.0)	(253.0)

出所：HNPSP Appraisal Paper

MOHFW の直下に財政管理を行う財政管理・監査ユニット (FMAU) が設置されており、そこがプールファンド全体の管理を行っている。FMAU 及び DGHS、DGFP、栄養総局 (DGN) には MACS (運用口座調整システム) が導入されており、予算管理を行っている。

表 2-24 HNPSP の出資元 (開始時)

(単位 : 100 万ドル)

出資元	内 貨	外 貨	合 計
借款 (バングラデシュ)	2,726.00	0.00	2,726.00
IDA	200.00	100.00	300.00
USAID	115.00	95.00	210.00
ADB	33.00	17.00	50.00
CIDA	11.17	50.00	61.17
DfID	117.95	100.00	217.95
EC	62.46	80.00	142.46
ドイツ	5.67	10.00	15.67
日 本	30.00	30.00	60.00
オランダ	22.23	30.00	52.23
Sida	45.36	35.00	80.36
UNICEF	32.50	16.00	48.50
UNFPA	23.00	12.00	35.00
WHO	31.00	15.00	46.00
(不足分)	250.88	10.00	260.88
計	3,706.22	600.00	4,306.22

出所 : HNPSP Appraisal Paper

HNPSP のプール資金支出の承認は、GTZ の支援している M&E ユニットのモニタリング結果に併せて実際の予算配分を決定している。GTZ は財政管理の技術支援も実施しており、最終的なプールファンドの支払いの承認は世界銀行が行っている。2008 年 3 月時点での HNPSP の支出状況は表 2-25 のとおりである。

表 2-25 HNPSP の支出状況 (2008 年 3 月)

支出カテゴリー		割当額	支出額	未支出額	支出割合
カテゴリー1	(物品、作業、サービス、トレーニング、調査)	130,626,660.80	0.00	130,626,660.80	0.00%
カテゴリー2	NGO や民間との契約サービス	78,313,571.60	9,645,123.03	68,668,448.57	1.82%
カテゴリー3	物品、作業、サービス、トレーニング、調査 (カテゴリー1,2に含まれないもの)	165,225,531.19	180,367,784.20	- 15,142,253.01	34.10%
カテゴリー4	作業 (カテゴリー1, 2に含まれないもの)	84,962,582.40	983,580.00	83,979,002.40	0.19%
カテゴリー5A	コンサルタントサービス	26,756,152.00	369,280.00	26,386,872.00	0.07%
カテゴリー5B	調査、研修	43,101,372.80	15,096,448.40	28,004,924.40	2.85%
	指定勘定	0.00	71,472,026.25	- 71,472,026.25	13.51%
計		528,985,870.79	277,934,241.88	251,051,628.91	52.54%

出所：BANGLADESH HNPSP Mid Term Review March - April, 2008 DRAFT AIDE MÉMOIRE

プール資金、カテゴリー1の支出の条件である PSO の設立並びに MSA の契約が実施されなかったため、カテゴリー1の支出はない。その代わりに、カテゴリー3が割り当てを超えた支出となっており、中間評価でカテゴリー3に1億ドルが再配分されることとなった。PSO の設立並びに MSA の契約は 2008 年の中間評価直前に行われ、中間評価以降、プール資金から支出されることが確認された。プールファンド化により、活動の重複を防ぎ、適切な財政支出が図られることが期待されているが、一方、支出の遅延や手続きの煩雑さから、実際の活動が滞るといったことが起きているという報告もある。

HNPSP としては、財務への取り組みとして「需要サイドファイナンス (DSF)」と MOHFW の「財務管理能力向上」がある。

DSF は前述のとおり、貧困層の妊婦にバウチャーを発行し、周産期ケアの費用を賄う仕組みであるが、同時にサービス提供者に対してサービスに対する対価を与えている (Pay by Action)。DSF は現在、パイロットとして実施されているが、需要喚起の効果がある一方、不必要なサービス提供が行われる可能性があること、全国規模で実施する際の財源確保などの課題がある。

財務管理能力向上は、各医療機関や地方自治体のニーズに基づく計画に応じて予算配分する方法の導入を柱としており、各局 (DGHS、DGFP) では、HNPSP の改訂版実施計画 (RPIP) のなかで、財政支援・配分の強化、コンピュータシステムの導入、職員の能力強化、内部監査制度の強化などの実施を計画している。

(3) グローバルファンド (GFATM)、GAVI

GFATM による支援額は表 2-26 のとおりである。結核に関しては Round5 のフェーズ II の政府 [財務省経済関係局 (ERD)] ポーションの支出は WHO のフェーズアウトが条件として付加された。これは、本来 WHO の役割は NTP の技術的サポートであるが、実際は NTP の活

動の大半を賄っていたことによる。GFATM の勧告は WHO が本来の業務（技術支援）に回帰し、バングラデシュ政府が主体的に NTP を運営することを促している。

表 2-26 GFATM による支援額

(単位：米ドル)

		受入機関	リクエスト	承認限度額	フェーズ1	フェーズ2	拠出額
HIV/AIDS							
2004/3	Round 2 :	財務省ERD	19,711,030	19,711,030	6,010,140	13,700,890	16,044,411
-	2009/2						
2007/5	Round 6 :	財務省ERD	40,002,451	13,998,843	13,998,843		3,850,724
-	2009/4						
計 :			59,713,481	33,709,873	20,008,983	13,700,890	19,895,135
マラリア							
2007/5	Round 6 :	BRAC	39,062,586	18,587,179	18,587,179		14,266,909
-	2009/4	財務省ERD					
計 :			39,062,586	18,587,179	18,587,179		14,266,909
結核							
2004/9	Round 3 :	財務省ERD	42,466,601	42,466,601	16,643,074	25,823,527	30,679,763
-	2009/8	BRAC					
2006/5	Round 5 :	BRAC	43,762,567	43,762,567	10,126,015	33,636,552	7,831,866
-	2008/4	財務省ERD					
計 :			86,229,168	86,229,168	26,769,089	59,460,079	38,511,629
		総計	185,005,235	138,526,220	65,365,251	73,160,969	72,673,673

出所：GFATM ホームページより作成

GAVI の支援額は 1 億 5,069 万 2,835 米ドル (2001-2010) であり、2009 年より 5 種混合ワクチンの供与を予定している。しかし 5 種混合ワクチンは依然高価であり、2 年間で約 1 億ドルもの支出が予定されている。

2-5-6 行政・管理監督 (ガバナンス)

(1) 制度

MOHFW 下で保健サービス局 (DGHS) と家族計画局 (DGFP) の二大部局に分かれている都合上、同様の活動を異なる部局で行うこととなり、重複や類似業務の調整、協力体制が構築されるのが望ましい。現在の計画部局や官房は、その役割を果たしているとはいえず、それぞれの局がそれぞれの思惑で計画・実施しており、MOHFW を包括的に運営、管理できる体制にはなっていない。また、各局の中で更にプログラムや内容ごとに局が分かれており、それらの局の間の連携もとられていないようである。また、他の省庁間との調整も必要となる。

(2) マネジメント

HNPSP では、MOHFW の人的資源管理、調達・物流、モニタリング・評価、財務管理の脆弱性を強化する必要性が掲げられた。例えばバングラデシュの物品やサービスの調達管理は“Public Procurement Regulation 2003, ACT”にのっとって実施されるが、調達に遅延が生じている。また再入札などが頻繁に発生するなどの課題がある。そこでマネジメント強化のための

活動計画（OP）が策定され、実施されているが、統合された計画とはなっておらず、人的資源管理を含め多数の項目で官房、DGHS、DGFPの3セクションで個別の改善計画が策定されている。HNPSPの中間評価の結果では上記改善計画の進捗は芳しくないと報告されている。

表2-27 重複する活動計画

	官房	DGHS	DGFP
小児保健		○	○
リプロ保健		○	○
MIS		○	○
調達、物流、供給管理		○	○
SWAPs マネジメント	○	○	○
人的資源管理	○	○	○
改良財務管理	○	○	○

出所：HNPSP RPIP より抜粋

(3) 官民連携（PPP）

HNPSPでは、サービス提供の多様性を政策のひとつとして位置づけ、サービス提供者からサービスの購入者への転換を検討している。その一環としてNGOへの委託拡大を検討しており、その委託を公平、公正に実施するため外部機関〔MSA、実施モニタリング機関（PMA）〕と契約して実施することとなっている。しかしMSAの契約は2008年2月に締結されたが、PMAに関してはいまだ契約に至っていない。そのためHNPSPのめざす官民連携は実施されていない。

国家結核プログラム（NTP）や国家栄養プログラム（NNP）では末端のサービス供給をNGOに委託している。しかし委託先の質管理、定期的な監督などの仕組みが不十分であり、“丸投げ”の状態ですべてが供給されている。

(4) 地方分権（ローカルレベルプランニング：Local Level Planning：LLP）

HNPSPにおいては、地方分権化を進めることとしているものの、地方への権限委譲は実際には行われてこなかった。そのため改めて試験的に6県に対して予算を配分し、県レベルでの計画策定、財政管理能力の強化を試みている（LLP）。またDfID、ECの財政支援を受けUN（UNFPA、UNICEF、WHO）Joint Projectとして、県、郡レベルの母性、新生児保健計画の策定を通じた母性、新生児保健の向上をめざすプロジェクトを計画している。なお、UN Joint Projectにおいては、NGOに住民参加やその他のコンポーネントを動かすための役割は期待しているものの、NGOと公的セクターをつなぐ仕組みについては含まれていない。

LLPはHNPSP以前の保健・人口セクタープログラム（HPSP、1998～2003年）の時代より計画されたが、2003年の政権交代で中断され、その後HNPSP内で新たに活動計画として実行されることとなった。LLPは、Planning Wing、DGHS、DGFPの3ラインで実行されており、DGHSでは既に全県（64県、460郡）に導入、DGFPでは2007年から10県でパイロットが始まり、2008年は29県（231郡で実施）に拡大して実施中である。DGHSとDGFPのLLPは個別に実施されており、統合はされていない。

DGHS と DGFP における LLP の基本コンセプトはほぼ変わらず、「地方組織、関係者の保健計画」への参画である。計画づくりの参画はあってもそれに伴う財源移譲はない。またプログラム別に予算が施行される現行システムを踏襲しているため、LLP で作成された計画は各 DGHS (29)、DGFP (9) のラインダイレクター別の計画に分類されたのち、各ラインダイレクターが予算を配分する。

DGHS ではまず Local Management Committee が計画案を策定しそれを地域の Stakeholder meeting (40 人程度が参加) で協議する。その結果、まとまった計画案を中央 (郡は県に、県はディビジョンに、ディビジョンが中央に) に提出する。県、郡の予算は 1 ベッド (人件費は除く) で決まっており (2 万 1,000 タカ/Bed)、各県、郡はその予算内で計画を立てる。職員数は現員で、中央からは計画にのっとった物資とサービスが供給 (お金は送金されない) される。上記供給とは別に、県病院は患者負担分を県の計画に使用することができる。そのため各郡の予算規模は同じである。しかし計画内で 10 のキー活動を選択することができ、その 10 のキー活動に優先的に予算を振り分けることが可能である。

DGFP では、まず各郡が、ツールキットに示されている情報を収集し、ツールキットに記入する。その後中央よりファシリテータを派遣しセミナーを開催し (地域のステークホルダーが参加)、郡の計画を決める。その後県が取りまとめ、本 LLP に送られ、各計画を 9 つのラインダイレクターに振り分け、予算配分等を依頼する。ツールキットには、郡の Profile、Man power、母子保健 (MCH) の指標、研修、物品の使用在庫情報、予算の情報が昨年度、今年度の 2 年分記入され、その傾向から来年度の目標、必要物品などが決められる。予算は物品やサービスという形で提供され、お金は (少額を除き) 送金されない。4 つの優先活動を選び、その活動に対して重点的に予算配分するが、その活動目標の妥当性を県、中央レベルで検討して最終的な予算が確定する。

UN Joint Project は母性、新生児保健の改善を目指す包括的な活動で、2007~2011 年の 5 年間、計 20 県で実施される。その目的は県、郡レベルの計画策定、実施を通じた供給、需要サイド双方への介入を行い、母性、新生児保健サービスの質を改善することである (DGFP によると現在 4 県で実施されている)。本プロジェクトは DGFP の MCH、DGHS の基礎的サービス提供 (ESD) とともに実施されており、各総局の LLP 部門は関知していない。

また AusAID は調達、ロジスティクスの改善を支援しており、中央のみならず地方の調達担当者への研修を支援している。

上記に対して Planning Wing では、地方での研修や計画づくりは実施されているが、実際にはその計画どおりに予算が配分されていないなど、現状に懐疑的である。Planning Wing の LLP は、一次レベル (コミュニティ・クリニック、UH/FWC など) を NGO と委託契約するというもので、現在 6 県 15 郡で計画している。

バングラデシュの地方分権の動向は地方への権限移譲、財政移譲ではなく、計画に対する地方の参画、地方の能力強化を中心に実施されているとともに、中央の縦割り行政がそのまま反映された形で実行されている。また各部局、ドナーとの調整が行われていないので方向性が異なるパイロットプロジェクトが乱立している状態である。

2-6 保健個別セクターの現状と課題

2-6-1 母子保健

母子保健に係る指標は、MDGs に示されるとおり、妊産婦死亡率（MMR）以外は順調に低減している。MOHFW では、情報が収集されていないだけで MMR も低減していると考えている。これはバングラデシュの保健システム全体が「母子の健康」をめざして構築されていることが大きい。

DGHS では保健医療サービスを提供するという立場から母子保健サービスを実施し、DGFP は家族計画の促進という立場から、その延長として母子保健サービスを提供している。そのため医療サービス（出産、緊急産科ケア）における重複が発生している。

表 2-28 家族計画プログラムの系譜

フェーズⅠ：1953-1965年	「自主的（家族計画協会）並びに公的活動の開始」
フェーズⅡ：1965-1971年	「フィールドベースの家族計画プログラム」
フェーズⅢ：1972-1974年	「統合された保健家族計画プログラム」
フェーズⅣ：1975-1980年	「MCH ベースのマルチセクタープログラム」
フェーズⅤ：1980-1985年	「機能的統合プログラム」
フェーズⅥ：1985-1990年	「集中的家族計画プログラム」
フェーズⅦ：1990-1998年	「集中的なサービス供給と地域参画を通じた急激な人口成長の抑制」
フェーズⅧ：1998-2003年	「保健・人口セクタープログラム（HPSP）」
フェーズⅨ：2003-2010年	「保健・栄養・人口セクタープログラム（HNPSP）」

出所：MOHFW ホームページより抜粋

前述のとおりバングラデシュの保健サービスは主に DGHS 並びに DGFP が供給している。DGHS 並びに DGFP の各 MIS にて公表されている母子保健サービス並びに保健指標は以下のとおりである。

表2-29 DGHS の MIS が公表しているデータ

	2006	2007
人口(推定値)	139,640,305	141,564,585
出生数(期待値)	2,792,806	2,831,292
合併症(期待値)	418,921	424,694
入院	236,740	310,951
合併症	95,587	115,383
正常分娩	94,485	121,838
吸引分娩	2,621	2,634
その他	2,715	2,240
帝王切開	43,860	62,632
出産計	143,668	189,344
出生数	133,215	176,985
死産数	11,494	13,874
リファラル数	9,122	14,162
妊産婦死	1,417	1,735
新生児死	1,478	1,706
EmOC施設での出産割合	5.14%	6.69%
EmOCの必要数	22.82%	27.17%
帝王切開の割合(対出産数)	1.57%	2.21%
ケース出生率	1.48%	1.50%

出所：Voice of MIS –Health, MIS, DGHS より抜粋

表2-30 DGFP の MIS が公表しているデータ

母子保健サービス	(年間推計)	2007年7月	2007年8月	2007年9月	2007年10月	2008年3月	2008年4月
妊婦数(FWAによる登録数)		795,914	784,853	775,586	750,416	697,663	706,577
(うちハイリスク妊婦数)		13,502	13,885	13,940	13,481	12,707	12,905
ハイリスクの割合		1.70%	1.77%	1.80%	1.80%	1.82%	1.83%
妊産婦検診:1回	1,960,804	171,734	168,155	159,252	147,885	168,867	164,509
妊産婦検診:2回	1,350,084	120,893	113,962	111,878	105,791	110,642	111,876
妊産婦検診:3回以上	1,074,536	94,636	89,638	97,214	85,966	84,870	84,944
出産(DGFPの施設分娩)	323,430	26,823	26,512	27,609	28,247	26,804	25,720
帝王切開(同上)	28,754	2,356	2,251	2,587	2,518	2,391	2,274
産後検診(施設での検診)	1,203,182	97,861	98,482	97,887	100,483	106,083	100,795
自宅出産(C-SBAのFWAの介助)	927,534	73,387	76,560	79,145	84,305	77,915	72,455
自宅出産(C-SBAでないFWAの介助)	300,014	23,685	25,749	26,045	27,682	24,374	22,472
死産	2,142	234	139	190	149	193	166
新生児死亡数(4週間以内)	14,346	1,166	1,674	1,100	1,106	1,000	1,127
乳児死亡数(4週間以上1歳未満)	10,146	650	1,562	654	655	837	715
小児死亡数(1歳～5歳)	10,694	921	1,031	993	981	715	706
妊産婦死亡数	1,982	150	160	154	212	166	149

出所：Report 2008, MIS, DGFP より作成

(※DGFP の MIS 公表データは年間データの入手ができなかったため、年間推計値を計算)

DGHS のデータは郡病院、県病院、大学病院等、DGHS が管轄する医療施設からのデータであり、緊急産科ケア (EmOC) の統計データを収集していることから力を入れていることが分かる。DGFP のデータは巡回スタッフ並びに FWC といった DGFP が管轄する医療施設からのデータである。よって妊産婦検診、自宅分娩等のデータが網羅されている。

これらのデータから MOHFW にてサービス供給を行っている出生数を計算すると約 172.6 万件であり、出生数の期待値との差は 110 万件、約 40%の出生 (出産介助) には MOHFW が関与していないとともに情報が収集されていないという現状がある。

表 2-31 出生数の期待値と実数

情報源	項目	件数
DGHS	出生数(期待値)	2,831,292
DGHS	出生数	176,985
DGFP	出産 (DGFPの施設分娩)	323,430
DGFP	自宅出産 (C-SBAのFWAの介助)	927,534
DGFP	自宅出産 (C-SBAでないFWAの介助)	300,014
DGFP	死産	2,142
	出生計	1,725,821
	期待値との差異	1,105,471

(1) BDHS からみたバングラデシュの母子保健状況

バングラデシュ人口保健統計調査 (BDHS) は 3 年に 1 度実施されている人口・母子保健の状況調査であり、USAID 等の支援により国立人口調査・研修機関 (NIPORT) が実施している。BDHS は大規模サンプル調査であり、国際人口保健調査プログラム (MEASURE DHS) の一環として “Macro International Inc.” が技術支援をしており、バングラデシュの人口・保健状況を把握するための有益なデータである。

最新 2007 年版によると、新生児死亡率、乳幼児死亡率、5 歳未満児死亡率とも順調に改善しつつある。

表 2-32 新生児死亡率、乳幼児死亡率、5 歳未満児死亡率の推移

(1,000 出生当たり)	1993-94	1996-97	1999-20	2004	2007
新生児死亡率	52.0	48.0	42.0	41.0	37.0
乳児死亡率	87.4	82.2	66.3	65.0	52.0
5 歳未満児死亡率	133.1	115.7	94.0	88.0	65.0

出所：BDHS2007

ところが母性保健に関してはいまだに問題が多い。妊産婦検診では検診受診者が 60%程度、うち医学的に訓練を受けた人材による検診を受けている人は 40%程度である。高年者、多産者、地方、低教育レベルの者の未受診割合が高い。また都市部よりも地方の方が巡回スタッフによる検診割合が高く、医師による検診の割合が低い。さらに、中学卒業以上の教育レベルの者は医師による検診の割合が 81%と飛び抜けて高く、富裕層であるという要因も大きいと考えられる (表 2-33)。

表 2-33 妊産婦検診の受診状況

妊産婦検診		妊産婦検診を受診										未受診	不明	サンプル数	
		計	医学的に訓練を受けた人材				医学的ではないが訓練された人材		訓練を受けていない人材						
			医師	看護/助産師/FWV	CSBA	MA/SACMO	HA/FWA	介助者	介助者	無資格者	その他				
年齢	20歳未満	65.4	36.6	18.6	0.0	0.6	3.6	0.1	0.1	2.0	3.8	34.6	0.0	1,517	
	20-34	59.7	36.3	14.7	0.1	0.4	3.2	0.1	0.0	2.2	2.8	40.2	0.1	3,095	
	35歳以上	39.9	21.8	11.9	0.0	0.4	2.0	0.0	0.0	1.2	2.6	59.5	0.7	294	
出産回数	1回	74.4	48.1	18.5	0.0	0.6	2.9	0.0	0.1	1.3	2.9	25.6	0.0	1,566	
	2-3回	60.6	14.7	15.6	0.0	0.6	3.6	0.2	0.0	2.4	3.5	39.2	0.1	2,141	
	4-5回	45.4	23.4	12.8	0.2	0.2	3.2	0.1	0.0	2.9	2.6	54.6	0.0	843	
	6回以上	31.2	13.4	10.9	0.0	0.1	2.9	0.2	0.0	1.6	2.1	68.3	0.6	355	
地域	都市	75.7	55.8	15.3	0.0	0.2	1.0	0.3	0.1	1.3	1.7	24.1	0.2	1,039	
	地方	56.1	30.0	15.8	0.0	0.5	3.9	0.1	0.0	2.3	3.5	43.8	0.1	3,866	
	なし	37.0	15.2	13.1	0.1	0.4	3.3	0.1	0.0	2.1	2.7	62.9	0.2	1,282	
教育	小学校中退	51.7	23.5	17.1	0.0	0.6	4.2	0.2	0.2	2.9	3.1	48.0	0.3	1,065	
	小学校卒業	61.6	32.1	17.0	0.0	1.1	2.9	0.0	0.0	3.8	4.7	38.4	0.0	452	
	中学校中退	74.1	47.2	18.2	0.0	0.4	3.2	0.1		1.5	3.5	23.9	0.0	1,642	
	中学校卒業以上	94.0	81.0	10.0	0.0	0.2	1.4	0.0	0.0	0.7	0.7	6.0	0.0	464	
	計	60.3	33.5	15.7	0.0	0.5	3.3	0.1	0.0	2.1	3.1	39.6	0.1	4,905	

出所：BDHS2007

また出産場所は 85%以上が自宅分娩であり、年齢、出産回数、地域、教育レベル、妊産婦検診回数のどの切り口から見ても自宅分娩が第1位である（表 2-34）。出産介助で見れば医学的に訓練を受けた人材による介助の割合は 18%で、訓練を受けた人材による介助の総割合は 30%に満たない。高年者、多産者では介助なしの割合が 5%前後もある。妊産婦検診と同様、都市部よりも地方の方が医師による介助割合が低く、中学卒業以上の教育レベルの者は医師による介助割合が 48.7%と飛び抜けて高い（表 2-35）。

表 2-34 出産場所

出産場所		公的医療機関	民間、NGOの医療機関	家	その他	不明	サンプル 出産数
年齢	20歳未満	7.6	6.5	85.7	0.2	0.0	2,015
	20-34	7.0	8.2	84.3	0.3	0.1	3,726
	35歳以上	4.0	6.9	88.3	0.1	0.6	316
出産回数	1回	11.3	12.6	75.8	0.3	0.0	2,050
	2-3回	6.4	6.6	86.7	0.3	0.0	2,577
	4-5回	2.5	2.7	94.3	0.3	0.2	1,010
	6回以上	1.6	0.9	96.6	0.0	0.9	420
地域	都市	13.3	17.4	68.8	0.6	0.0	1,249
	地方	5.5	5.0	89.2	0.2	0.1	4,809
	なし	1.2	1.4	97.0	0.1	0.3	1,658
教育	小学校中退	4.5	2.1	93.2	0.1	0.1	1,343
	小学校卒業	6.3	3.0	90.4	0.3	0	566
	中学校中退	10.2	10.7	78.6	0.4	0.0	1,963
	中学校卒業以上	21.0	34.3	44.2	0.5	0.0	526
	なし	2.2	1.0	96.7	0.2	0.0	1,944
妊産婦検診	1回	5.5	2.6	92.0	0.0	0.0	773
	2回	6.1	7.3	86.7	0.0	0.0	638
	3回	11.5	10.0	78.4	0.1	0.0	533
	4回以上	18.2	27.9	52.9	1.0	0.0	1,011
	中央値の訪問回数	5.2	3.3	90.7	0.2	0.6	1,158
	計	7.1	7.6	85.0	0.3	0.1	6,058

出所：BDHS2007

表 2-35 出産時の介助

出産時の介助	医学的に訓練を受けた人材			医学的ではないが訓練された人材			訓練を受けていない人材				介助者なし	不明	サンプル 出産数
	医師	看護/助産師/FWV	CSBA	MA/SACMO	HA/FWA	介助者	介助者	親戚/友人	その他				
年齢													
	20歳未満	12.0	5.7	0.0	0.0	0.5	11.6	63.4	5.7	0.0	1.2	0.0	2,015
	20-34	13.2	5.2	0.1	0.1	0.2	10.4	62.1	6.2	0.1	2.2	1.0	3,726
	35歳以上	10.2	2.1	0.2	0.0	0.2	10.2	63.6	7.7	0.0	5.2	0.6	376
出産回数													
	1回	20.8	7.4	0.0	0.0	0.4	10.8	55.7	3.9	0.0	0.9	0.0	2,050
	2-3回	11.1	5.1	0.2	0.1	0.4	11.2	63.8	6.8	0.1	1.3	0.0	2,577
	4-5回	4.6	2.8	0.1	0.0	0.0	10.7	70.2	6.6	0.0	4.7	0.3	1,010
	6回以上	1.9	1.4	0.1	0.0	0.0	8.9	70.0	11.9	0.0	4.9	0.9	420
地域													
	都市	26.1	10.4	0.1	0.0	0.2	11.5	46.1	3.8	0.0	1.7	0.0	1,249
	地方	9.2	3.9	0.1	0.1	0.3	10.6	66.9	6.7	0.0	2.1	0.1	4,809
	なし	2.6	1.9	0.1	0.0	0.2	10.4	71.6	8.9	0.0	4.0	0.3	1,658
教育													
	小学校中退	4.9	3.0	0.2	0.2	0.2	12.3	70.6	6.4	0.0	2.0	0.2	1,343
	小学校卒業	7.3	5.3	0.0	0.0	0.4	8.1	70.0	7.2	0.0	1.8	0.0	566
	中学校中退	18.4	7.9	0.1	0.0	0.5	10.9	56.7	4.8	0.0	0.7	0.0	1,963
	中学校卒業以上	48.7	11.4	0.0	0.0	0.5	10.6	27.6	0.5	0.2	0.5	0.0	526
	計	12.7	5.2	0.1	0.0	0.3	10.8	62.6	6.1	0.0	2.0	0.1	6,058

出所：BDHS2007

出産時の合併症の割合は 14.5%で、うち「陣痛遷延」と「大量出血」の割合が高い（表 2-36）。合併症は 42%が訓練を受けた人材によって管理、対処されているが、村医師等、無資格医師による対処の割合も大きい。サンプル数が多くないが、高年者、多産者、地方、低教育レベルの者の未対処の割合が高い。伝統的産婆（TBA）は訓練を受けていない TBAの方が合併症に対処している割合が高く、訓練を受けた TBAの割合が低いことがうかがえる（表 2-37）。

表 2-36 出産時の合併症

陣痛遷延	6.6
大量出血	4.7
発熱を伴う悪露（おろ）	2.6
痙攣（子痙）	1.9
逆子	1.1
癒着胎盤	3.2
上記のうち1つのみ	14.5
上記のうち2つ以上	4.1
合併症なし	85.5
サンプル数	4,905

出所：BDHS2007

表 2-37 出産時合併症の管理

出産時合併症の管理		医学的に 訓練を受けた人材				医学的ではないが 訓練された人材			訓練を受けていない人材			サポート なし	サンプル 出産数
		医師	看護/助 産師 /FWV	CSBA	MA/ SACMO	HA/ FWA	TBA	無資格 医師	TBA	親戚/ 友人	その他		
年齢	20歳未満	40.5	6.0	0.0	0.0	0.7	0.3	24.7	9.5	0.2	3.1	15.0	187
	20-34	34.0	6.3	0.1	0.8	0.2	3.3	22.5	8.8	0.8	3.8	19.5	478
	35歳以上	24.5	6.8	0.0	0.0	2.7	2.4	22.6	3.2	3.4	3.9	30.5	47
出産 回数	1回	49.7	5.7	0.0	0.0	0.5	1.8	21.7	9.0	0.2	2.0	9.4	234
	2-3回	31.6	5.9	0.0	1.0	0.1	2.7	24.6	10.2	0.8	3.4	19.8	277
	4-5回	24.3	7.7	0.2	0.0	0.5	4.5	22.1	6.7	1.1	6.4	26.3	132
	6回以上	19.9	6.8	0.0	0.9	1.9	0.0	23.6	4.1	2.3	4.6	35.8	68
地域	都市	51.5	11.5	0.0	0.0	0.2	1.2	11.8	6.0	0.7	1.9	15.2	141
	地方	31.0	4.9	0.0	0.7	0.6	2.8	25.9	9.2	0.8	4.1	20.0	570
教育	なし	19.4	6.9	0.1	0.3	0.7	3.1	25.7	7.5	0.6	3.9	31.8	193
	小学校中退	19.0	8.0	0.0	1.0	0.8	0.8	28.1	10.8	1.9	7.2	22.4	156
	小学校卒業	37.3	3.4	0.0	0.0	0.3	1.5	18.4	9.6	0.0	2.8	26.8	77
	中学校中退	49.4	6.1	0.0	0.8	0.3	2.5	22.2	8.0	0.7	1.7	8.3	220
	中学校卒業以上	67.9	4.3	0.0	0.0	0.0	5.3	12.2	7.4	0.0	2.0	1.1	56
	計	35.1	6.3	0.0	0.6	0.5	2.5	23.0	8.6	0.8	3.6	19.1	711

出所：BDHS2007

産後検診は 6 週間以内に受診することが推奨されているが、受診者は 22%である。しかし通常、出産後 2 日以内では産後検診ではなく、産後ケアの一環と考えられることから、実質的な産後検診は 1%前後に過ぎない（表 2-38）。

表 2-38 産後検診のタイミング

産後検診のタイミング	母 親	小 児
出産後 2 日以内	19.5%	19.4%
3~6 日後	0.61%	0.7%
7~41 日後	1.2%	1.8%
42 日以内（小計）	21.3%	21.9%
未受診	78.7%	78.1%
サンプル数	4,905	4,905

出所：BDHS2007

(2) 標準的アプローチの不在

母子保健には、医療施設や助産技術のほか、“Three delay” と呼ばれているように①受診しようとするものの遅れ、②医療施設にたどり着くまでの遅れ、③医療施設内で適切な医療サービスにたどり着くまでの遅れ、に対する様々な要素やシステムが必要とされるが、例えば、バングラデシュには大量出血に対応するための輸血システムがあるわけでもなく、また救急搬送システムがあるわけでもない。また、感染症対策と異なり、世界的に標準の介入手順が確立されているわけでもない。ただ、世界的に推奨されている標準的な介入手法としては HNPSP に示されているとおり、妊産婦検診、適正な出産介助、緊急産科ケア、小児疾病総合管理（Integrated Management of Child Illness : IMCI）、微量栄養素補給、母乳促進、EPI などがあるが、各国が自国の状況に合わせて試行錯誤を繰り返している。

そこで JICA を含め様々なドナーがバングラデシュに適したモデルづくりのためのパイロット

ト事業を展開しているが、推奨されるモデルが確立されていないうえに、モデルを標準化し、拡大するための仕組みがバングラデシュにはない。国としての総合的な戦略、実施体制、アプローチが不在である結果、パイロット事業と普及事業が交錯しており、政府がドナーや各種団体の進める事業をコントロールできておらず、各ドナーや NGO の活動のしかたも、それぞれのアプローチにより一部地域のサービス向上に取り組んでいるにすぎず、開発努力が効率的に生かされていない。

(3) 人材の不足

助産（Midwifery）の不足は、HNPSP の中間評価（Mid-term review）でも示されているが、その解決は容易ではない。その主たる理由のひとつは、人材の不足にある。地域における人材は、郡保健施設（UHC）では医師（Dr.）や助産看護師（Ns-MW）が帝王切開や正常分娩に携わっており、FWC では FWV が正常分娩にかかわっていることから、これらの保健医療人材を増やすことが、地域のコミュニティ熟練助産師（C-SBA）を増やすことになる。しかしながら Ns-MW や FWV の人員数そのものが不足していることから、研修対象者がいないということになる。

また、地方に行けば行くほど自宅分娩が多いことから、C-SBA を増やせないなら、それに代わるシステム提案がなされる必要があるが、なかなかそれも難しい。このようななかで C-SBA の次の養成対象となり得るのは、NGO の雇用者か、住民のなかにいるある程度教育を受けた女性であり、現在実施中の母性保護サービス強化プロジェクト（SMPP）では、中洲地域での対応として、女性住民を養成予定とのことである（C-SBA の研修先としては、DGHS 系の施設になる可能性が高い）。なお、SMPP ではこれらの C-SBA のサポート、及び監督（スーパービジョン）などの活動も“Monthly Safe Delivery Meeting”を通じて実施する予定であり、その活動成果を確認し、C-SBA に係る有効なアプローチの確立をめざしていくべきである。

(4) 人材の研修

母子保健医療人材（特に助産）育成に関する MOHFW の担当部局は TTU であり、MCHTI、IMCH、NIPORT 等が研修を実施している。過去に日本が支援を行った MCHTI は、現在でも多くの患者と研修生を受け入れており、その機能は最大限に活用されているが、研修後のフォローアップ予算が配分されていないため、研修成果の活用については確認できる体制がない。

緊急産科ケア（EmOC）については、UNICEF や WHO による支援を受けて、ダッカ医科大学など全国の医科大学で 1 年のコースとして、主として UHC などの産科医師（年間 20 人ほど）と麻酔科医師に対して行われ、産科医師と麻酔科医師のチームによる対応が少しずつ増加している。しかしながら、本来であれば 24 時間体制ができる 3 組のチームが必要であるが、まだ 1 組で対応せざるを得ない状況にあり、依然として数的に足りていない。ダッカ医科大学では、研修実施の 2~3 ヶ月後に研修講師が受講者の現場を訪問し、研修成果の活用是非を確認している。

(5) 母子手帳

また、母子手帳に関しては、バングラデシュ内の産婦人科協会（OGSB）を核にノルシンディ県を中心にパイロットが行われ、改訂版が作成され、民間医療機関で販売する方向で検討さ

れている。しかしながら、母子手帳については政治的な対立をはらんだ問題もある（専門家談）ようで、現時点では介入すべきではないと思われる。

2-6-2 感染症対策

(1) 結核

結核に関しては、バングラデシュは世界の22の高負担国のうちの第6位であり、多くの結核患者を抱えている国である（10万人対の罹患率は225、有病率は391）。政府は1993年にDOTS戦略を採用し、普及に努めてきた。喀痰陽性新規患者発見率70%、DOTSによる治療完了率85%というWHOの目標値に対し、バングラデシュはこれを達成し、今後MDGsの目標を達成するレベルまで既に至っており、緊急的な優先度は低くなっている。2007年の合同レビューで確認された課題は、塗抹陰性結核・肺外結核の発見率の向上、小児結核の対応、再治療患者と新規患者の区別の徹底、薬剤管理・供給〔基本実施方法（SOP）の不在、研修、保管施設〕、啓発活動のモニタリング体制、胸部疾患クリニック（CDC）・郡病院（UHC）のポストの空席、全国薬剤耐性検査、都市部や民間（企業）セクターとの連携、結核・HIV重複感染や小児結核の実態解明と方針作成、スーパービジョン計画の調整（NTP、NGO、WHO）等で、今後の課題は現状の対策の継続並びにその質の向上である。

結核対策にはGFATMの資金が大規模に投入されている。GFATMの資金は2つのポーションがあり、1つは直接サービスを供給するBRACを中心とするNGOへの拠出、もう1つはWHOを通じて国家結核対策（NTP）に拠出されている（2006年に第5ラウンドの拠出が開始）。しかし中央NTPの実務の大半はWHOに雇用されたローカル・コンサルタント（中央NTPの14人の政府医師ポストに対して、WHOは17人の医師を追加雇用）が行っている。つまり、WHOの現体制は、結核対策強化による結核削減のシステムづくりよりも、結核対策への直接投入・推進による結核削減の努力をしているといえる。それに対してGFATMは2007年、中央NTPの活動が進捗していないことを理由に拠出を延期し、今後WHOがフェーズアウトし、本来の技術支援に専念することを条件として拠出を再開している。また中央NTPによるNGOの活動を含めた結核対策の質管理、監督など仕組みは脆弱である。

実際のDOTSによる治療や全国800カ所以上に及ぶ診断センターでの検査などのサービス提供は、BRACを中心とするNGOによる公的医療施設への支援も含めNGOネットワークがカバーしている。

末端診断センターの検査技師あるいはNGOが雇う医療知識のない要員への技術研修はダッカの3カ所の施設に集約されている。喀痰塗抹検査の精度評価は、33カ所の検査外部精度評価センターが末端診断センターに行う体制が確立されているが、中央レベルからこれら検査外部精度評価センターへのモニタリング体制は脆弱である。喀痰塗抹検査の精度評価ネットワークとは別に、培養検査機能を備えた検査施設（結核レファレンスラボ）の整備（中央1カ所、地方3カ所）が始まっているが、地方の3施設に関しては現在のところ培養検査機能以外のレファレンス機能（研修、外部精度評価の監督など）の付加は具体化していない。

バングラデシュには結核対策の普及や研修を技術的に支援し統括する専門機関〔National TB Institute/Center (NTI/NTC) など〕はない。中央NTPがそれらの役割を兼務しているが、臨床施設に検査研修を委託したり、その他の対策分野では研修担当者研修（TOT）を中央で実施後NGOに研修を任せたりしている。また地域のレファラル臨床施設である胸部疾患クリニック

(CDC) は国内に 44 ヶ所あり、その地域の結核対策を監督する役割もあるが、実際は不十分である。

中央 NTP は、Research Institute of Tuberculosis (仮称) を建設中で、臨床部門に加え教育、研究部門も併設する計画である。しかし中央 NTP には当該施設のグランド・デザインがないように思われる。例えば、現 NTP に欠如あるいは弱いとされる機能を新規施設にもたせるのか、NTP とどのような協力あるいは連携の関係を構築するのかなどは不明瞭である。

表 2-39 バングラデシュにおける結核の現状

バングラデシュの結核 (WHO、2005)

	患者数	人口 10 万人当たり	
		推計値	95%信頼区間
結核患者数	321,936	227	166-294
新規結核患者数	144,658	102	73-135
結核有病者数	575,797	406	286-542
結核死亡率	66,656	47	33-64
HIV 陽性の結核患者数(大人)	N/A	0.10%	0-0.1
新規患者の多剤耐性結核数	5,800	1.8%	0.3-9.7

出所：WHO

表 2-40 結核対策活動

結核活動

活 動	2007 年目標	結 果
患者発見率	70%	72%
DOTS による治癒率	85%	95%
DOTS センター数	700	754
サービスの質改善のための能力開発	40,000	34,000
TB 対策事業の契約 (MOU) 数	5	7
喀痰顕微鏡検査の品質検査数	44	34
有病率調査	1	実施中

出所：HNPSP 中間評価より

(2) HIV/AIDS

バングラデシュにおける HIV 感染率は公式データでは 0.1%未満と非常に低い。1989 年の最初の HIV 感染者症例以降、累積で 1,000 症例程度である。7,500 程度の未発見症例があると推定されている。VCT (自発的カウンセリングと検査) サービスへのアクセスがないため、HIV 感染の有無を知っているのは感染者の 5%以下である。

1%が一般人口への拡大の目安といわれているように、バングラデシュではまだ限定的な人口 [静脈注射薬物利用者 (Injection Drug User)、コマーシャルセックスワーカー等の感染リスクにさらされている人口] に感染範囲は限られていると考えられるが、実態が十分把握できておらず、近年は増加の懸念がメディア等で取り上げられている。現在の対策としては、青少年

やリスクにさらされている人口への啓発、母子感染予防、サーベイランスの強化などが行われている。感染率は低い一方で GFATM からはラウンド2 及びラウンド6 として、合計で1,989 万5,135 ドルが想定されている。2006 年からは、国別調査メカニズム (CCM) の下、HIV Technical Sub-committee を設立し、プロポーザルの作成や、日々の事業実施の支援を行っている [国連合同エイズ計画 (UNAIDS)、UNICEF、WHO、icddr, b、家族保健監督員 (FHI)、HIV+ network、バングラデシュ家族計画協会 (FPAB) 等]。JICA は参加していない。GFATM は、政府が Principal Recipient となっているが、Save the Children USA が Management Agency としてその管理を担い、国内の NGO が事業を実施するという形態をとっている。

GFATM のほか、世界銀行が HIV/AIDS 予防プログラム (HAPP) を UN Joint Team にコントラクトアウトし、130 を超える NGO に大規模・小規模の資金提供を行っているのが大きな介入で、それ以外はごく小規模な投入と考えられる。

表 2-41 HIV/AIDS 対策の対象人口

グループ	推定人数	カバー人口	%
注射薬物使用者	20,000	10,082	51
ヘロイン使用者		28,259	
売春婦 (売春宿ベース)	3,600	3,817	100
売春婦 (路上ベース)	37,000	6,708	18
売春婦 (ホテルベース)	14,000	12,740	90
買春者	1,882,080	100,559	
MSM/MSW	40,000	6,175	15
ユニセックス (Transgender)	10,000	1,000	10

出所：Year Book 2007, DGHS, MOHFW

(3) マラリア

マラリアは南東部のチッタゴン高原が流行地である。状況は悪化していると考えられており、13 の県が重点地域に定められている。薬剤浸潤蚊帳の配布による予防、早期診断、適切な治療、治療失敗の把握、病院での重症患者や複雑なケースの管理、サーベイランスを行っている。年間5 万数千人の患者が発生していると報告されているが、蚊帳の配布枚数が集計されていないなど、実態については十分な情報がない。薬剤耐性も発生してきており、薬剤耐性の患者用のレジメンも開始されている。トレーニングを受けた医療従事者が少ない、30~40% が民間医によって治療されているなど、人材面の課題もある。

GFATM に関しては、2006 年からは、HIV と同様、Technical Sub-committee をつくっている。感染症対策課長を委員長として、臨床、疫学、事業マネジメント、財務管理の専門家が参画している (JICA は参加なし)。

(4) EPI

EPI は GAVI によりワクチン購入資金が支援されている。さらに、現場で予防接種を行う人員が不足していることから、ボランティア雇用費用も供出されている。EPI により予防接種率は向上しているが、サービスの質には課題があり、また、ドナー等の監視のない状態で与えら

れた仕事をこなせるかという点、また、GAVI に予算を、WHO 等にサーベイランス体制の整備やモニタリング等の技術的な面を頼っている現状をかんがみると、自立性は低いと思われる。

表 2-42 EPI の現状

保健システム指標	値
DPT3 : 80%以上のカバー率の県の割合	80%
DPT3 : 50%以下のカバー率の県の割合	0%
DPT1→DPT3 : 脱落率	13%
オートディスポ注射器が十分に供給されている県の割合	100%

出所 : GAVI ホームページより作成

予防接種率は順調に向上しており、2007 年にはすべての必要な予防接種を受けている 1~2 歳児の割合は 80%を超えている。

表 2-43 1~2 歳児の予防接種率

(単位 : %)

1~2 歳児の予防接種率	1993-94	1996-97	1999-20	2004	2007
BCG	85.4	86.2	91.0	93.4	96.8
DTP3	66.0	69.3	72.1	81.0	91.1
ポリオ 3	66.8	62.3	70.8	82.3	90.8
はしか	68.9	69.9	70.8	75.7	83.1
すべて	58.9	54.1	60.4	73.1	81.9

出所 : BDHS2007

バングラデシュ EPI プログラムでは、ワクチンの自国内製造（破傷風ワクチン）を検討しており、その支援を日本に求めたいと考えている様子である。製薬は海外に輸出するなど、一定のレベルにあると考えられるが、ワクチン製造については、単にプラントを造ればよいという話ではなく、バングラデシュの公共セクターにおいては最高レベルにあると思われるダッカ医科大学病院（Dhaka Medical College Hospital）の臨床検査室のレベルを見ても、現状では早計であると思われる。

(5) 急性呼吸器感染症（ARI）

下痢性疾患は全体的に減少してきているということであるが、小児を中心に肺炎はいまだ大きな問題であるといわれている。これに対して IMCI が実施されているが、その活動が有効であるかについては未検証である。これについては Hand-Washing（手洗い遂行）などのアプローチもあり、この場合、学校保健を通じたアプローチもあり得る。ただしこの分野は UNICEF が既を開始したという情報もある。

(6) その他感染症

バングラデシュでは、フィラリア症、内臓リーシュマニア症 (Kala-azar)、髄膜炎などの感染症がある。

バングラデシュは 33 県がフィラリア汚染地域で北西部と西部、そして南部の県に分布しているが、その間の県においても感染がないとはいききれない。感染者は 10～20%と推計され、うち 5～10%に症状が現れているといわれている。感染者がいなかった地域住民に対しての試験的な検査でも感染者が見つかってきていることから、潜在的にまだ患者が広く分布していることが予想される。また地域によっては、フィラリア感染により発症する象皮病の割合も多い。

フィラリアは、2020 年までに全世界のリンパ系フィラリア症根絶をめざす WHO のプログラムが進められている。MOHFW は 2001 年より AusAID と WHO の支援の下、フィラリア撲滅プログラムを開始し、2006 年には 13 県に拡大した。その後リバプール大学熱帯医療学部、ゲイツ財団、グラクソ・スミスクライン (製薬会社)、JICA などの支援を受けながら活動している。2003 年には日本の支援 (草の根無償) によりフィラリア病院が建設された。

フィラリア対策としては、1 年に 1 度の薬剤一斉投与 (Mass Drug Administration : MDA) を 4～6 年連続して行うことで、現在行っているもののほかに、タイのマヒドン大学の支援を通じて象皮病の新しい治療法の導入が検討されている。フィラリア撲滅のためのステップ

は非常に厳しい条件であり、しかも MOHFW もそのステップを理解していないことから、資機材不足などと相まって終了できない状況である。また県 (District) 以下の保健局に MDA に関連する担当者はいるものの、常にフィラリアを扱っているわけではない。さらに死亡 (Mortality) に直結しない分、アクターが限られている。このようななか、フィラリア症に携わる JOCV は保健家族福祉省感染症対策課 (CDC) に現場経験からの意見を具申できる立場におき、JOCV の投入は日本のプレゼンスを高めている。

表 2-44 フィラリアの現状

公的医療施設におけるフィラリア疾病対策サービス

	03/7-04/6	04/7-05/6	05/7-06/6
脚部の瘻	205	521	820
腕部の瘻	34	544	425
胸部の瘻	53	267	491
陰囊瘻	184	467	2318
手術(陰囊瘻、ヘルニア)	272	200	443

出所: The Global Elimination of Lymphatic Filariasis Bangladesh 2007

フィラリア病院の患者数

	2003	2004	2005	2006
総外来患者数	2009	2289	4301	5611
フィラリア患者	893	1475	2581	3009
その他患者	1116	814	1720	2502
男性	883	1163	2051	2618
女性	906	953	1902	2192
小児	220	173	348	443
総入院患者	49	234	516	256
陰囊瘻	31	185	442	165
その他	18	49	74	91

出所: The Global Elimination of Lymphatic Filariasis Bangladesh 2007

内臓リーシュマニア症（Kala-azar）はマラリア撲滅プログラムの最盛期、DDT の散布により媒介生物である蚊が激減したが 1970 年代後半から再興しており、1981～1985 年では 8 郡のみであった汚染地域が 2004 年には 105 郡まで拡大し、主に北西部地域で流行している。報告数は 1993 年の 3,978 件から 2005 年には 8,505 件に増加している。4 万 5,000 人が感染していると推計されており、年間 1 万人が治療を受けている。

2-6-3 栄養

バングラデシュにおける栄養に係る国家戦略は以下のとおり。

(1) 「新生児、小児の栄養摂取に関する国家戦略：National Strategy for Infant and Young Child Feeding in Bangladesh」（2010 年までの達成目標）

- ・ 出産後 1 時間以内に母乳を受ける新生児の割合を 24% から 50% に増加させる（早期の母乳開始）
- ・ ほぼ母乳のみで栄養を摂取している 6 ヶ月未満児割合を 42% から 60% に増加させる〔母乳（回数）増加〕
- ・ 20～23 ヶ月児の母乳割合を 90% に維持する（母乳の継続）
- ・ 適切な補助食と共に母乳を受ける 6～9 ヶ月児の割合が 50% に増加する（補助食摂取）

(2) 「貧血予防対策国家戦略：National Strategy for Anaemia Prevention and Control in Bangladesh」（2015 年までの達成目標）

- ・ ハイリスクグループの貧血症を 3/4 にする
- ・ 微量栄養素の補助、寄生虫症対策などを通じてハイリスクグループの 60% に貧血予防対策パッケージを提供する
- ・ 貧血症予防に必要な微量栄養素や鉄分の添加食品の増加
- ・ 食糧生産、収穫の多様性、バイオテクノロジーなどを通じた微量栄養素を多く含んだ食品の摂取増加

栄養に係る事業については、国家栄養プログラム（NNP）が担当している。NNP は、前述のとおり、NGO と契約を結び、具体的なサービス提供の活動は NGO に委託している。実際の活動の内容は、①栄養サービス（適切なケアと栄養をとるための行動変容への働きかけ）、②母乳育児、③微量栄養素の添加、④コミュニティに対する栄養サービスパッケージの提供、⑤補完的栄養補充サービスなどがあげられる。これらの活動は、2008 年度までに 226 郡、最終的には 2015 年に全郡を網羅する計画である。政府から、コミュニティ・クリニックにおいて EPI 活動と併せて栄養活動を実施するよう指示があり、既存の 2,383 のコミュニティ・クリニックのうち 31 郡 250 のコミュニティ・クリニックでサービスが提供されている（現時点では、NGO のサービスの質の確認、活動の監視、監督、助言などに関してはどのように実施されているか不明である）。

長期的に考えると、バングラデシュの場合、地球温暖化により耕作面積が減少し、農業生産が減少した場合、人口の多さからみても低栄養が問題となり得る半面、健康転換がこの国でも起きてくるとすると生活習慣病なども協力対象疾患として入ってくる可能性もある。

フィールドレベルの栄養改善活動は NNP の下、NGO が実施しているが、その政策的取りま

とめは公衆衛生栄養機関（IPHN）が行っている。IPHNはMOHFW、DGHSの一部局で、栄養政策の策定、栄養教育や研修、施設レベルでの栄養改善活動（微量栄養素補助）をとり行っている。全国に20の小児栄養ユニット（CNU）が県レベルに配置されており、今後、拡大予定。将来的には栄養総局（DGN）への昇格をめざしている。

表2-45 新生児の栄養状態の推移

栄 養	(単位：%)			
	1994	1999	2004	2007
発育阻害	55	45	43.0	36.0
(重度なケース)			17.0	18.1
体重不足	18	10	13.0	16.0
低体重児	56	48	48.0	46.0
(重度なケース)			12.8	11.8

出所：HNPSF 中間評価より

表2-46 小児・女性の甲状腺腫発症率とヨウ素不足の人の割合の推移

		(単位：%)		
		1993	1999	2004-05
甲状腺腫発症率	小児（6～12歳）	49.8	17.2	6.2
	女性（15～44歳）	55.6	24.2	11.2
ヨウ素不足	小児（6～12歳）	71.0	42.5	33.8
	女性（15～44歳）	70.2	45.6	38.6

出所：Year Book 2007, DGHS, MOHFW

2-6-4 家族計画

家族計画は、主に DGFP のラインでサービスが提供されている。家族計画の指標である合計特殊出生率（TFR）は、1980年代は顕著に低下したが、ここ数年は避妊具・避妊薬の利用率が上がっているにもかかわらず、低下傾向が鈍っている。

表2-47 合計特殊出生率の推移

	1971-75	1984-88	1986-88	1989-91	1991-93	1994-96	1997-99	2001-03	2004-06
合計特殊出生率	6.3	5.1	4.8	4.3	3.4	3.3	3.3	3.0	2.7

出所：BDHS2007

DGFPは、2010年の目標達成に向けて、IUD（子宮内避妊具）、手術、ホルモン注射といった長期的な避妊法利用者を増やしていきたい考えである。2004年では全体の7%の利用率であったが2008年では33.1%まで増加している。HNPSFでも避妊施術など永久避妊法を拡大する方向であり、USAIDなどはその活動を推奨しているが、強制的、非人道的な側面もある。

表 2-48 DGFP の家族計画サービスデータ

家族計画	2008年4月時点
対象夫婦数(市当局が担当分を除く)	24,430,375
避妊適用品(市当局が担当分を除く)	17,124,551
CAR(避妊適用品率)	70.10%
永久法(男性)	426,617
永久法(女性)	1,717,933
永久法(計)	2,144,550
IUD利用者	630,796
注射利用者	2,899,786
経口ピル利用者	9,886,550
コンドーム利用者	1,221,760
インプラント利用者	341,109

出所：Report 2008, MIS, DGFP より抜粋

避妊具・避妊薬の配布や処方については、NGO（Engender Health：LLP、BRAC など：NGO クリニックでの施術）の協力や UNFPA の研修や機材供与といった支援を受けている。簡易な避妊具・避妊薬（ピル・コンドームなど）のサービス提供については主に FWA によって行われており、農村部では FWA が全家庭を訪問して家族計画サービスを提供しているが、都市部では FWA による活動ができていないため、都市部のスラム地区などでは避妊の利用率が低くなっているといった課題がみられる。DGFP ではサテライトクリニックの活性化や FWC などの維持管理を強化したり、NGO との活動を強化することで、避妊具・避妊薬へのアクセス向上をめざしている。避妊を行うカップルの割合は 1990 年代は顕著な増加がみられたが 2000 年代は 50%前後で停滞している。

表 2-49 避妊法別実施割合の推移

(単位：%)

避妊法	1975	1983	1985	1989	1991	1993-94	1996-97	1999-20	2004	2007
近代的手法	5.0	13.8	18.4	23.2	31.2	36.2	41.5	43.4	47.3	47.5
伝統的手法	2.7	5.4	6.9	7.6	8.7	8.4	7.7	10.3	10.8	8.3
すべての手法	7.7	19.2	25.3	30.8	39.9	44.6	49.2	53.7	58.1	55.8

出所：BDHS2007

2-6-5 非感染症疾患 (NCD)

バングラデシュにおいても、ガン、高血圧、循環器疾患、慢性閉塞性肺疾患 (COPD)、糖尿病などの非感染症 (生活習慣病や慢性疾患など) が問題となりつつある。

バングラデシュにおける非感染症や生活習慣病リスクなどを示すデータは限られるが、WHO 等のデータベースから以下のような項目が確認できた。

表 2-50 成年層を対象とした血圧調査結果 (2002 年)

全国、男女含む

年齢層	最高血圧			最低血圧			脈差
	サンプル数	平均値	標準誤差	サンプル数	平均値	標準誤差	
25-34	2,971	113.6	0.2	2,971	74.5	0.2	39.1
35-44	2,872	116.8	0.3	2,872	77.0	0.2	39.8
45-54	2,817	121.5	0.4	2,817	78.8	0.2	42.7
55-64	2,746	127.4	0.4	2,746	79.2	0.2	48.2
25-64	11,406	119.7	0.2	11,406	77.3	0.1	42.4

都市部、男女含む

年齢層	最高血圧			最低血圧			脈差
	サンプル数	平均値	標準誤差	サンプル数	平均値	標準誤差	
25-34	574	117.9	0.5	574	75.8	0.3	42.1
35-44	535	124.9	0.6	535	80.4	0.4	44.5
45-54	529	131.4	0.7	529	82.5	0.4	48.9
55-64	528	139.0	0.8	528	82.7	0.5	56.3
25-64	2,166	128.1	0.4	2,166	80.3	0.2	47.8

都市部、男性

年齢層	最高血圧			最低血圧			脈差
	サンプル数	平均値	標準誤差	サンプル数	平均値	標準誤差	
25-34	278	122.2	0.6	278	77.9	0.4	44.3
35-44	260	126.9	0.8	260	81.3	0.5	45.6
45-54	262	131.8	0.8	262	83.0	0.5	48.8
55-64	274	137.9	0.9	274	82.9	0.5	55.0
25-64	1,074	129.7	0.4	1,074	81.2	0.2	48.5

都市部、女性

年齢層	最高血圧			最低血圧			脈差
	サンプル数	平均値	標準誤差	サンプル数	平均値	標準誤差	
25-34	296	114	0.6	296	73.9	0.5	40.1
35-44	275	123	0.9	275	79.5	0.6	43.5
45-54	267	131	1.1	267	82.0	0.7	49.0
55-64	254	140.1	1.4	254	82.6	0.9	57.5
25-64	1,092	126.5	0.6	1,092	79.3	0.4	47.2

出所：Behavioural risk factors of non-communicable diseases in Bangladesh (STEPS survey) -WHO data base より作成

2002 年のデータではあるが成年層を対象とした血圧調査の結果、全国では最高血圧、最低血圧は高い値ではなく（WHO の基準では最高血圧 140 未満、最低血圧 90 未満が正常血圧）、脈差（最高血圧と最低血圧の差）も 50 前後あり問題はない。ただし都市部の高齢者、特に高齢女性の最高血圧は高い。

表 2-51 肥満度調査結果 (2002 年)

BMI25%以上の割合：全国

年齢層	男女		男性		女性	
	サンプル数	割合(%)	サンプル数	割合(%)	サンプル数	割合(%)
25-34	2,958	20.2	1,431	16.4	1,527	24
35-44	2,861	28.6	1,396	23.6	1,465	33.6
45-54	2,805	32.0	1,404	26.2	1,401	37.9
55-64	2,742	26.3	1,376	20.9	1,366	31.7
25-64	11,366	26.7				

BMI25%以上の割合：都市部高所得者層

年齢層	男女		男性		女性	
	サンプル数	割合(%)	サンプル数	割合(%)	サンプル数	割合(%)
25-34	570	38.9	277	37.6	293	39.9
35-44	531	56.5	259	55.2	272	57.7
45-54	527	62.1	262	56.9	265	67.5
55-64	527	57.4	274	47.8	253	67.5
25-64	2,155	53.4				

出所：Behavioural risk factors of non-communicable diseases in Bangladesh (STEPS survey) -WHO data base より作成

BMI (Body Mass Index) は 25 を超えると生活習慣病になる確率が 2 倍になるといわれている。全国平均では 26.7%と成年層の 1/4 程度であるが、都市部の 35 歳以上の男女では 50%を超えている (表 2-51)。

表 2-52 非感染症・生活習慣病によるリスク

項目	値	調査年
60 歳以上人口の割合	6.0%	2006
感染症による生存年損失の割合	60.0%	2002
傷害による生存年損失の割合	12.0%	2002
非感染症による生存年損失の割合	28.0%	2002
大人 (15 歳以上) の喫煙者の割合 (全体)	25.6%	2005
大人 (15 歳以上) の喫煙者の割合 (女性)	3.8%	2005
大人 (15 歳以上) の喫煙者の割合 (男性)	47.0%	2005

出所：WHOSIS (WHO 統計情報システム) より作成

2002 年時点では非感染症の負荷は 28%とそれほど大きくはない。また 60 歳以上人口も 6% (2006 年) と慢性疾患の多い年齢層はそれほど大きくない。しかし前述のように都市部の高血圧症、BMI の割合が高いこと、男性の喫煙率が高い〔日本の喫煙率は男性 41.3%、女性 12.4% (OECD Health Data 2007)〕 ことなどは生活習慣病の大きなリスク要因となっている。

これらの疾患対策として、非感染症調査の実施、専門人材の開発、予防活動、主要非感染症の管理能力改善、NCD 情報データベースの設置を検討している。また HNPSP では 2008 年に「非感染疾患政策の立案・実施」が結果フレームワークの主要指標の 1 つに挙げられており、2008 年の中間評価時点で政策が承認され、実施を待っている状況である。

2-6-6 学校保健

学校保健は教育省と連携して実施しており、MOHFW 内では DGHS の ESD の一環としての学校保健と DGHS 管轄の保健教育局 (Bureau of Health Education) が個別にプロジェクトを実施している。

ESD の一環としての学校教育は、2007 年度に WHO (SEARO : 南東アジア) の技術支援を受けながら開始された。具体的には、①学校保健クリニックの設置による小中学校での保健・衛生教育と健康診断、応急処置対応、②学校教師の保健・衛生教育などを実施している。これらの活動予算は、2007 年度分が 37.5 万タカ、2008 年度分が 150 万タカとなっている。

学校保健クリニックは、全国 19 県 23 ヲ所にあり、全国の学校の 5~6% に相当する小・中学校約 1,600 校をカバーしている。各クリニックには 2 人の医師と 1 人の薬剤師、1 人の事務 (警備) が配置されている。2 人の医師はクリニックでの診療業務と、各学校に出向いて巡回保健教育を交代で実施しているほか、年 1 回の健康診断もとり行う。クリニックでの診療は一次診療の役割を担っており、重傷者は高次医療施設に搬送される。これらの活動は、現在は都市部のみで実施しているが、今後は地方にも広めていきたいと考えている。

表 2-53 学校保健クリニック (SHC) の概況

学校保健クリニック (SHC)		23 件
SHC がカバーしている学校数		1,599 校
カバー率 (%)	初等教育	2%
	中等教育	6%
SHC がカバーする生徒数		634,905
SHC1 件当たりがカバーする学校数		67 校

出所 : School Health Program in Bangladesh

教師への保健教育は 2007 年度にジョソール県の全教師 618 人に対して実施された。具体的には、保健衛生、安全な水、感染症、性感染症、栄養などの知識や簡単な治療・対処方法を教えるとともに、救急箱を送って簡単な処置は教師が行える体制にしている。教師は生徒への指導だけでなく、コミュニティの権威者などを中心に住民に対しても教育を行っている。また、中央から各学校にスタッフを派遣し、学校の衛生状況や活動内容などについてチェックリストを基に確認している。今後はクミラ県、ボグラ県に拡大する計画である。その他、教師への指導については、保健教育担当、郡保健・家族計画担当、医師、県保健担当などに加え、教育省管轄の人材である郡教育担当なども行っている。

その他の活動として、学校保健を通じて 6 歳から 12 歳の生徒を対象に、5 月と 11 月の年に 2 回、駆虫薬のアルベンダゾールの配布、微量栄養素 (ビタミン A、鉄分) などの補給も行う予定である。これらの活動は、諸事情により通学できない子どもも対象に含めることとしている。

保健教育局で実施している学校保健プログラムの内容は、①県レベルへの保健教育担当の配置と、担当による学校での衛生教育活動、②教師に対する保健・衛生教育活動である。これらの活動のモニタリング・評価、監督などの責任は教育省にあり、当局は提言と調整を行っている。既に教師指導用のカリキュラムは策定されており、教育省主体で県レベルに設置された教育機関 (Primary School Teacher Training Institute) を利用して、教師に対する衛生教育を実施している。ただし、こ

これらの教育は定期的に行われているわけではない。また、モニタリングも教育省が本来行うべきであるが、実施されていない。予算等が十分でないためあまり拡大できていないとのことである。

本来、各県に2人の保健教育担当（Health Education Promoter : HEP）を置くことになっているが、人員不足のために1人しか配置できていないところが多い。HEPは県内の学校を回って保健衛生教育を行うことになっているが、他の業務もあるためすべての学校を巡回することはできない。HAも時々、担当のコミュニティの学校を訪問して衛生教育を実施することになっているが、彼らも多数の仕事をもっているので現実的ではない。これまでWHOの支援でHEPに対し、年に20～30回分の1日コースのオリエンテーションを実施しているが、予算不足のため十分な教育ができていない。

保健教育局のその他の活動としては、個々人の保健衛生・予防活動に対する動機づけ（public awareness）のための活動を実施している。具体的な活動は、学校保健のほかに、保健教育・推進に向けてのキャンペーン（感染症、慢性疾患）、動機づけのためのキャンペーン、メディアを活用したキャンペーン、関係者やコミュニティを対象にしたオリエンテーション、保健課題の調査、要望調査、IEC（情報・教育・コミュニケーション活動）教材作成、ソーシャルモビライゼーションなどである。

このように、学校保健の活動は、同じDGHS管轄下でESDの一環としての活動と保健教育局の活動がほとんど連携せずに実施されている。保健教育局は、ESDの学校保健の活動に対して学校保健委員会でアドバイスをする程度であり、ESD活動の一環で学校保健クリニックをつくっているのは知っているが、そこの医師も予定どおりの人員を配置できない、交通費の予算がないなどで、実質うまく活動できていないと認識している。どちらの学校保健活動もともにプログラム実施の財政不足を訴えており、今回の調査の際には日本に対して財政支援を含めた支援を希望していた。

その他、DGHS管轄下の感染症対策課（CDC）は、寄生虫予防の学校保健の調査研究と医薬品供与を計画しており、日本に対して支援要請を提出している。ドナーや民間団体の支援としては、P&G、ユニリーバ、コルゲートによる歯磨き推進を中心とした学校保健プログラムの実施、WHOの支援による手洗い遂行のパイロットスタディ、UNICEFやSave the Childrenのマスメディアを活用した手洗いの推進などがあげられる。

2-6-7 そのほか

その他の課題として、HNPSPでは救急システムの整備、都市（スラム）保健、環境・職業保健、外傷、災害時保健などといった問題があげられる。その取り組みは戦略やガイドラインの策定など、実質的な活動の準備段階である。

第3章 提言

以下に、第2章に述べた調査結果に基づく、今後の支援方向性に係る本調査団の提言を述べる。なお、協力の具体化にあたっては、ODA タスクフォース (ODATF) による調査結果、提案のレビュー、議論を経て準備が進められるべきものとする。

3-1 検討の視点

(1) ミレニアム開発目標 (MDGs) の重視 (中期的展望)

MDGs の達成は、世界的にも、またバングラデシュにとっても最重要開発課題である。2015年の目標年まであと7年を残すなか、バングラデシュ全体の保健指標は改善されつつあるとはいえ、達成までに取り組むべき課題は依然多い。したがって、日本がバングラデシュに対する保健協力を考える際には、MDGs 達成の支援を目標とすることが妥当である。MDGs において、特に MDG 4 : Reduce child mortality (小児死亡の低減) と MDG 5 : Improve maternal health (母性保健の推進) について、改善に向けた課題が多いことを考慮すれば、母子保健の改善を重点の分野とすることが妥当である。また、感染症についても指標の改善は確認されるものの、注視していく必要がある。

(2) 保健システム強化の重視

当国保健分野の重大な課題として保健行政体制の強化があげられる。政策、財政面でのドナー依存が高いうえに、さらにサービス提供面では NGO 組織への委託、依存度が高い。感染症、母子保健等の個々の保健課題 (縦軸) を改善する際には、保健人材、サービス提供体制、管理監督体制等、特に公的セクターを中心とした保健分野全体を横断する構造 (保健システム) 自体を改善、強化する必要がある。その際には保健家族福祉省 (MOHFW) の政策中枢から末端の地域保健行政サービスに至る一貫性のある支援が必要である。これは、政策アドバイスから草の根の医療活動にまでヒトを展開している JICA 事業の強みを生かせるアプローチでもある。このため、保健システムを構成する6つの側面のうち、特にサービス強化、人材、ガバナンスに働きかける支援をめざす。その際には、現場をもつドナーの強みを生かし、コミュニティレベルにおける取り組みを政策・中枢部分にフィードバックする協力をめざす。

(3) 変化する保健セクターへの対応 (長期的展望)

長期的にバングラデシュにおいて生じる保健セクターの課題として、気候変動による影響 (農業の生産性低下による低栄養や、感染症の拡大可能性など) や、健康転換 (生活習慣病等の増加) があげられる。MDGs 目標年である2015年以降の長期的協力の方向性を検討するにあたっては、バングラデシュ保健セクターをとりまく変化の要因を考慮することが重要である。

(4) 日本の比較優位とプレゼンス確保の重視

日本がもつ人材、技術の比較優位を考慮するとともに、限られた投入のなかで、プレゼンス確保を図ること、保健システム改善に貢献することを重視する。

3-2 今後の支援方向性

3-2-1 中期的展望

中期的には、現在の開発課題を網羅した保健・栄養・人口セクタープログラム（HNPSP）、更には MDGs の世界的目標に向けた取り組みを行うことが求められよう。今後は特に、分野横断的アプローチの強化を図ることにより、MDGs 達成に向けた保健システム強化に資する協力をめざしていくことが重要である。すなわち、①保健人材（特に母子保健分野）の確保、質の向上に向けた取り組み、また②地方行政を巻き込んだ保健行政の強化をめざすことで、MDGs 達成に向けた保健システム強化に資する協力を実施していく視点である。

前者①保健人材（特に母子保健分野）の確保においては、HNPSP の中間評価を受け、中長期的マスタープランを策定するタイミングにあることから、JICA としても積極的にこのプロセスに関与し、母子保健分野の人材計画づくり、研修育成支援などの協力具体化に向けて、協力準備調査などのツールを用いて継続したフォローを実施していくことが必要である。

後者の②地方行政を巻き込んだ保健行政の強化については、ローカルレベルプランニング（LLP）に係る情報を本調査後に追加して行うと同時に、現在実施中の母性保護サービス強化プロジェクト（SMPP）の活動成果を見極め、フィールドでのプラクティスを今後の支援にどのように取り込むことができるか、検討を進める必要がある。

すなわち、母子保健を中心としたプログラムを現在の協力とすれば、2010 年ごろには、上記①、②の動きを踏まえ、以下のパターンのいずれかに移行していくイメージである。協力の展開イメージを図 3-1 に示す。

- ① 保健システム強化〔保健人材、ガバナンス（地方行政強化）のいずれか or 組み合わせ〕を軸
- ② 母子保健と保健システムを軸
- ③ 母子保健における保健システムを軸

なお、感染症分野については、結核対策に係る支援を収束させ、青年海外協力隊（JOCV）派遣を中心とした予防接種拡大計画（EPI）、フィラリア対策を、戦略的に継続することが望ましい。

以下、保健システム各側面、主要サブセクターごとに、中期的な支援可能性について述べる。

(1) 人材

人材問題については、政府が人材雇用・配置・計画などといった枠組みを抜本的に改善することが最重要課題である。現在、バングラデシュはドナーと共同で中長期的な保健人材開発マスタープランの策定に取り組んでおり、JICA も技術委員会の一員である。バングラデシュの傾向として、計画を実施に結び付ける能力が脆弱であるため、マスタープランの策定から実施に至るまでを支援する体制を構築するか、若しくはマスタープランの策定に参画したうえで、実施段階において、具体的な計画に対して支援することも可能性としてあげられる。支援の具体化をめざす場合には、動向把握が必須であるとともに、このプロセスに早い段階から主要なアクターとして、かかわっていく必要がある。マスタープランの策定プロセスに技術協力(TA)支援も含めて対応することで、人材に限らない中長期的課題やアプローチのしかたもより見えてくると思われる。

なお、母子保健の改善がバングラデシュにおいて急務である現状を踏まえれば、コミュニティレベルでサービスを提供する人材(特に助産分野)育成を重視すべきである。

過去に協力を実施した母子保健研修所(MCHTI)の経験を生かし、母子保健に係る人材育成の制度強化を支援するという考え方はあり得ようが、MCHTIのほか、母子保健機関(IMCH)、国立人口調査・研修機関(NIPORT)、卒後研修技術研修室(TTU)それぞれの機関を相手にするのは困難が想定される。MOHFW内のTTU(MOHFWの一部署)を相手にして、研修機能全体を強化する形はあるかもしれないが、その場合でも保健サービス局(DGHS)と家族計画局(DGFP)の2系統あることに注意しておく必要がある。

また、マスタープラン中で導入される予定の、各局を統合した人材管理のための人材管理情報システムに対する技術支援の実施も考えられる。

【協力のインプット】

- ・協力準備調査の活用：マスタープラン作成プロセスへのTA実施(ローカル・コンサルタントによる支援のほか、規模と内容に応じ、開発調査や案件形成促進調査的な支援)
- ・全体の動きをフォローし、協力準備調査実施を担当する企画調査員の配置
- ・アドバイザー型専門家の派遣：マスタープラン策定の動向、協力準備調査の実施状況を踏まえ、効果的な派遣環境が確認されれば、計画ユニットの人材育成担当をカウンターパートとするアドバイザー型専門家を投入

(2) ガバナンス：地方分権化の推進

今後、地方分権化が更に促進されていくと予想されるが、その過程においてSMPPプロジェクトの経験を生かして、県レベルにおける地方分権化強化の支援がひとつの可能性としてあげられる。現在、DGHS、DGFPの各ラインでLLPのパイロットプロジェクト実施が計画されていることから、その動向を注視しながら、必要があれば協力準備調査を実施し、地方分権計画策定支援の具体化を図る。

【協力のインプット】

- ・協力準備調査の活用：本プログラム形成調査終了までの追加情報収集。その結果に応じ、追加の協力準備調査を実施

- ・全体の動きをフォローし、協力準備調査実施を担当する企画調査員の配置
- ・アドバイザー型専門家の派遣：効果的な派遣環境が確認されれば、アドバイザー型専門家を投入

(3) 母子保健

バングラデシュにおいては、依然母子保健のニーズが高いことから、支援の継続が妥当である。現在実施中の「母性保健サービス強化プロジェクト」の推移を見守り、本プロジェクトで試行されている諸活動がバングラデシュに普及する可能性があるかを見極める必要がある。また本プロジェクトの活動の良否は第三者から確認しにくいことから広報に工夫が必要であり、そのための活動強化を行っていく必要がある。

●現在の協力から今後につなげるプラクティス

－SMPP から母子保健サービス提供・ガバナンス強化に向けての示唆－

現在実施中の SMPP による取り組みのなかには、例えば以下の側面において保健システム強化に貢献できる可能性がある。

① コミュニティでの保健サービスに対するデマンドの醸成とサービスデリバリーの強化を両輪としたアプローチ

一次保健施設で提供できるサービスは限られており、妊産婦の緊急時には、コミュニティと緊急産科ケアを提供できる施設（帝王切開の可能な県レベルあるいは郡レベルの病院の一部）を直接つなぐのが現実的である。このため、SMPP では、CARE Bangladesh を通じ、コミュニティ自体が妊娠・出産関連の危険な兆候や必要な準備〔栄養、過剰労働の回避、妊婦検診（ANC）の定期的受診、貯金等〕を理解し、緊急時に迅速に緊急産科ケア施設に妊産婦を移送できるシステムをつくるとともに、県・郡レベルの医療施設が緊急産科ケアを提供できるよう整備した。その結果、整備された施設の分娩数は大きく伸びている。

② 保健サービス強化へのユニオン評議会の取り込み

ユニオン評議会が中心となって住民と保健医療従事者も参加して、ユニオンの現状分析と妊産婦・新生児死亡の削減に効果があると考えられる取り組みを活動計画として取りまとめ、それぞれ役割分担して取り組む試みを開始している。住民とサービスデリバリー側の 2 者では率直なコミュニケーションが困難であったり、リソースに限りがあるが、ユニオン評議会という地域行政を巻き込むことにより、2 者をつなぎ、後押しする地域内の体制が期待される。今後、世界銀行のブロックグラントや中央政府からのユニオン評議会への予算が増える方向であることから、保健サービス強化においてユニオン評議会を取り込むモデルとして確立されることが期待される。

③ 行政とリンクした CmSS アプローチの確立

“CmSS (Community Support System)” は SMPP 以外のプロジェクトでも実施されているアプローチであるが、SMPP においては特に CmSS 活動に外部資金を投入していないこと、また地方行政（ユニオン評議会）によるかかわりを重視していることが特徴である。プロジェクトの今後の活動において本 CmSS の有効性を確認し、バングラデシュの中央レベルやほかのドナー、NGO を積極的に巻き込んで、CmSS の標準モデル確立に向けたイニシアティブをとっていくことが期待される。

④ 中洲・遠隔地域での人材確保のツール

バングラデシュにおいて自宅分娩が依然大半を占める現状を踏まえれば、コミュニティ熟練助産師（C-SBA）に相当する人材の確保が急務である。行政のスタッフが確保できないなか、養成対象となり得るのは、NGO の雇用者か、住民の中にいるある程度教育を受けた女性であるが、SMPP ではチョール地域（中洲で保健サービスの提供がない地域）の対応として、地域から女性住民を選出させて養成するとともに、地域として女性住民をサポートするアプローチを予定している。その活動成果を確認し、中洲・遠隔地域での C-SBA 確保に係る有効なアプローチとして確認できれば、今後のバングラデシュ人材マスタープラン策定にフィードバックしていくことができよう。

⑤ 公的セクターと NGO との協働関係の構築

バングラデシュ保健サービスの相当の部分を NGO が担っている現実があるが、実際にはそれぞれ独自に活動しており、公的セクターが NGO により提供されているサービスを適切に管理、モニタリング、評価していく仕組みづくりが重要である。SMPP は地域でサービス提供している主要 NGO をウパジラレベルのプロジェクト運営委員会のメンバーとして取り込み、情報や経験の共有を進めている。この経験を生かし、行政による NGO やプライベートセクターのパートナーシップに係る経験を蓄積し、行政による監理能力強化に向けた取り組みを抽出し、政策にフィードバックすることは有効である。

⑥ LLP

今後 LLP を含む地方行政強化の支援を実施する場合には、既に SMPP において実施した LLP（ただし、ノルシンディ県は LLP のパイロットとならなかったため、計画策定にとどまった）の経験を生かすことがでよう。

(4) 感染症

1) 結核

結核については、日本は、これまで国立結核レファレンス試験所（NTRL）設立のための改築支援、地方の検査室への機材供与などを債務削減相当資金（JDCF）等で支援するとともに、短期専門家による検査分野の技術協力、日本での研修への受入れを行ってきた。総体としては一定規模の協力となっているが、グローバルファンドが大規模に投入され、BRAC によるサービス提供と世界保健機関（WHO）による技術支援が展開され、またカウンターパート機関のオーナーシップが弱く、必ずしも効率的な活動ができる状況ではないなか、短

期ベースの技術指導では継続は困難かつ日本のプレゼンスも確保しにくい。現在支援中の EQA（塗抹検査外部精度管理）に課題はあるものの、2007 年の外部レビューでも全国的な普及が図られているとしてあまり大きな課題としては取り扱われていない。新たな課題である肺外結核や検査〔培養・薬剤感受性試験（DST）〕施設拡充、薬剤耐性調査は世界エイズ・結核・マラリア基金（GFATM）の予算化もされており、比較的小さなインプットで成果を出すことができるが、①超国家的基準試験所（SRL）であるタイと WHO の技術協力の確認、②日本の人材確保、③現在整備中の NTRL、Regional Tuberculosis Reference Laboratory（RTRL）の技術レベルの確認、が必要。これらニッチのニーズを細々と支援するよりは、現在実施中の協力をもっていったん終了することが妥当であろう。

2) ポリオ・EPI

ワクチンと予防接種のための世界同盟（GAVI）による支援が続く限りは、JOCV による活動がなくても事業は回るという意味では、結核と同様である。ワクチンその他必要資材も最低限のものは現場まで届いている。JOCV は質の管理の面で貢献しているが、その範囲は限定的。バングラデシュ中央レベルにおいては、JOCV の貢献についての認識が低い。今後アドバイザーが政策レベルに入れば（どんな分野でもよい）、現場の課題やグッドプラクティスを伝えていくことは可能であろう。母子保健との関連性を念頭に置いたうえで、戦略的な個別投入として継続することが妥当。

3) フィラリア対策

フィラリアについては、他の支援ドナーがいないことから、日本のプレゼンスも確保しやすく、戦略的な個別投入として JOCV グループ派遣を継続することが妥当である。ただし、JOCV の技術的バックアップは必須であり、現在はフィールド調整員により支援が行われているが、個人頼みになっており、バングラデシュ側にフィラリア対策について十分サポートできる人材がいないことから、技術的バックアップ体制〔日本人を専門家として置く必要はないが、日本国内有識者、WHO、バングラデシュ国際下痢性疾患研究センター（icddr, b）等〕をつくるとともに、JICA 事務所やフィールド調整員からバングラデシュ MOHFW による予算確保やフィラリア制圧に向けた戦略明確化を中央レベルで働きかけていくことが必要と考えられる。

フィラリア制圧のための同じ治療薬を使う土壌伝搬性寄生虫症を切り口とする学校保健（この場合、大人を中心とするフィラリア症とは異なり、子どもが直接の対象者）という切り口もあることから、今夏 2 人の要請開拓が行われている。MOHFW 内には School Health Clinic（各学校内にある）を統括する部署があるが、これは一部の地域に過ぎず、しかも実際にはあまり機能していない（JOCV 談）。当面は、学校保健に関し、MOHFW の体制とともに、教育省の意向も十分に確認し、しかも両者の協力体制がとれるのかについても確認をとり、フィラリア対策と組み合わせて行っていくのか、学校保健の投入を強化していくのか検討していくことが必要である。

なお、MOHFW 内のフィラリアの統括部署は気候変動対応や鳥インフルエンザ（これに関しては別のドナーが入り始めている）も管轄しており、今後これらの分野の重要性がこの国でも増す可能性もあることから、この部署との関係をつないでいくという視点でも有効と

いえる。

(5) そのほかの事項（情報システム）

包括的な保健情報システムについては、現時点での支援可能性は低い。理由は以下による。

- ・ DGHS、DGFP をはじめとする各ラインの情報システムを統合する計画が当面はない。
- ・ DGFP は現行の情報システムの改善を検討していない。
- ・ DGHS で新たに導入したコンピュータシステムは、コンピュータやモバイルなど機材投入や研修が必要になってくるが、その進捗を見定める必要がある。
- ・ リソースの確保において、日本の比較優位が高くない。

ただし、(1) 人材の項で述べたように、今後可能性があるエリアとしては、人材開発マスタープラン中で導入される予定の各局を統合した人材管理のための人材管理情報システムに対する技術支援があげられる。

3-2-2 長期的展望

MDGs 目標年の 2015 年以降、長期的協力の方向性を検討するにあたっては、バングラデシュ保健セクターをとりまく変化の要因、またこれにより生じる新たな課題（チャレンジ）への対応を支援していくことが重要である。すなわち、気候変動による影響（農業の生産性低下による低栄養や、感染症の拡大可能性など）や、健康転換（生活習慣病等の増加）があげられる。中期的展望で示した保健システム改善に向けた支援をベースとしつつ、例えば icddr, bなどを足がかりとし、新たなチャレンジを把握し、これに対する対応策を検討するための調査研究の支援などを行い、将来の支援につなげていくことができよう。

3-2-3 今後に向けたステップ

- (1) 現地 ODATF による本調査結果のレビュー（ODATF）
- (2) 企画調査員の派遣の検討、業務実施要綱（TOR）の作成（事務所・地域部＋課題部支援）
- (3) 人材マスタープランに係る動向の把握と、この動向に応じた協力準備調査の実施検討、準備（事務所・地域部＋課題部支援）

なお、2008 年 9 月以降、job description の整理、carrier path の整理、short term training program の計画作成と実施、公的セクターの HRH（保健人材）Management Information System の構築、Health facility HRHIS（Human Resource for Health Information System）の構築が想定されている。

- (4) 政策アドバイザー専門家派遣に向けた TOR、配属先の検討、要請の取り付け（事務所）
- (5) 追加情報収集：本調査は極めて限られた調査期間のなかで、情報の収集を行った。今後現地 ODATF を中心に、次の点についての情報収集を継続願いたい。
 - ・ 日本の大学、研究機関による学術レベルでの交流、支援の把握
 - ・ 日本において、保健分野の学位を取得した、又は、研修を受けたバングラデシュの人材の把握やその活用
 - ・ ODA を介していない日本の NGO の活動状況の把握、連携の模索

第4章 団長所感

JICA 人間開発部 石井羊次郎

今回のプログラム形成調査について私は、母性保護向上プロジェクト中間評価調査とあわせて7月28日から8月5日までの期間、現地調査に参加した。短期間ではあったが他の団員の精力的な調査活動、関係機関との集中的な協議を通じて、バングラデシュの保健課題の現況と課題、わが国保健協力の活動成果と今後の支援事業のあり方を確認することができた。

(1) ダッカ市街の変革とプロ形調査結果の共通性

私は1991年から3年半にわたり JICA バングラデシュ事務所に勤務した経験があるが、今回の現地調査でまず真っ先に実感したのが、ダッカ市街の大気がかつてと比べはるかに清浄になったこと、それと高層のビル群が立ち並んだことである。

前者は市内を走り回るベビータクシーをはじめ、多くの車両が燃料をガソリンから天然ガスに換えたことが大きな要因といわれている。車両の数自体は15年前より一段と多くなっているが、排気ガスが圧倒的にクリーンなのである。車の持ち主が天然ガス車に換えたのは燃料代が安いという単純な理由であり、それを支える国の政策があったからである。絶望的に思われていた大気汚染も政策ひとつで劇的に改善できること、バングラデシュにも大きなチャンスと可能性がまだ十分にあることを感じた。後者のビル群であるが、確かに立派だが、街並み自体を見ると基本的なインフラ、道路は15年前とあまり変わっていない。都市基盤を整備しないまま上物だけ化粧しているようで、都市機能の発展性には大いに不安を感じた。実は今回のプロ形調査結果はこうした劇的な改善の可能性と脆弱で不安な社会基盤の2つの印象と類似した結論となった。

(2) NGOによる社会セクターの向上

バングラデシュは近隣の南アジア諸国と比較して、保健指標が急速に改善されている。その原動力となっているのが国内にしっかりとネットワークを張り巡らした BRAC などの NGO で、保健分野でもコミュニティレベルの保健活動の主要な部分を担っている。当国の NGO は、設立初期には国外の国際的 NGO の下部組織として機能していたが、現在では自立性も高く、先に述べた BRAC 等は国内 NGO として政府をも上回る組織体制を構築している。またコミュニティレベルで地元 NGO が活発に活動し、こうした NGO が保健、教育、女性自立等の活動を支え、脆弱な中央、地方政府の体制を強力に補完している。

(3) 脆弱な政府、行政体制

一方で、政府、行政体制は中央省庁、地方行政共に政策的継続性に乏しく、また行政管理能力の面でも弱体である。地方分権化も遅延しており、中央、地方の効果的な結びつきも見られない。多くの NGO が地方レベルであげている成果も政策として一体化していくことが図られておらず、国としての強固な保健政策の方向性が見いだせていない。プールファンド型支援を展開している欧州ドナーも政府のプールファンド支出執行の遅延に不満を募らせ、各自が独自の平行予算でプロジェクト型事業を実施しているのが現状である。行政人材が省庁横断的に異動することが、専門性が乏しく、また継続性のない行政体制を生む原因とみなされている。また、保健家

族福祉省（MOHFW）では古くからの保健サービス局（DGHS）と家族計画局（DGFP）の2局体制が中央から末端まで、それぞれの連携がないままに継続している点が、保健行政の非効率化に拍車をかけている。

(4) 保健セクター支援の要点：政策支援とコミュニティレベルの活動支援の連携

バングラデシュの弱点はガバナンスの脆弱性にいい尽くされるといえる。個人やコミュニティレベルでの組織力では大きな潜在的可能性を有しており、こうした資源を開発に結びつけるには、明確な政策方針に基づく行政体制の強化が重要と思われる。政策マスタープラン等をドナー連携で取り組むことが適切と思われる。さらに、各地で展開されているNGOによる社会開発事業を行政システムとつなげることにより、コミュニティでの優良な事業を全国展開させたり、効率的な統一性のある保健システムを構築することにつなげることが可能となる。JICAとしては、MOHFW本省での政策立案の支援を他ドナーと連携して展開し、行政の能力強化を図りつつ、現行母性保護サービス強化プロジェクト（SMPP）事業や青年海外協力隊（JOCV）保健関連隊員活動を連携させて、現場感覚のある政策支援を展開していくことが重要と感じた。