

付 属 資 料

1. HNPSP の結果フレームワーク
2. HNPSP 中間評価後の行動計画
3. HNPSP RPIP オペレーショナルプラン
4. バングラデシュにおける医療従事者の教育制度
5. 日本の援助実績
6. 日本の援助動向の変遷
7. 各ドナーの支援状況 マッピング（保健システム）
8. 各ドナーの支援状況 マッピング（母子保健）
9. 各ドナーの支援事業リスト
10. 保健家族福祉省の人材配置
11. MIS システム
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
13. 面談者リスト
14. 収集資料リスト
15. 面談録

1. HNPSP の結果フレームワーク

プログラム目標	アウトカム指標	(測定に用いられた指標)	APR2006	APR2007	MTR2007	2010 年目標	
利用者中心、有効かつ効率、公平、容易、アクセスしやすい質の高い「保健・栄養・人口(HNP)」サービスの利便性を増加する	<ul style="list-style-type: none"> - 保健家族福祉省の歳出が貧困地域(25%)に振り分けられる割合が増える(40%) 		21%	21%	データなし	40%	
			(a)技術を持った人員によるお産介助 平均	15.5	18.8	18	40
			最下層 1/5	3.3	5.2	N/A	
			第2層	4.3	10.1	N/A	
コンポーネント毎の中間目標	<ul style="list-style-type: none"> - 貧困層(5分位中下層2分位)への基礎的サービス供給(ESD)割合が増える(55%→65%、2010年) 	(b)妊産婦ケアのカバー率 平均	N/A	N/A	60.3		
			最下層 1/5	10.4	23.4	N/A	
			第2層	17.5	37.7	N/A	
コンポーネント1	<ul style="list-style-type: none"> - 適正な技術を持った人による介助の割合(from 25% to 40% by 2010) - 結核の発見率 (from 41 to 70 by 2010) - ビタミンAのサプリメントを6ヶ月間利用する子供(1-5歳)の割合 		15.5	18.8	18	40	
			46	61	72	70	
			81.8	85	88.3	90	
コンポーネント2	<ul style="list-style-type: none"> - 国家歳出に占める保健家族福祉省の予算の割合 (from 5% to 10%) - 非感染性疾患(NCD)戦略の開発と実施(詳細は結果フレームワークに) 		6.5	6.7	7.4	10	
			未開発	開発された 官が承認	未実施	行動計画に 明記	
「保健・栄養・人口」の新興分野の課題への対応			100%(2契約のみ締結)	80	90.6	95%	
			保健サービス局	5	55.5		
コンポーネント3	<ul style="list-style-type: none"> - 初回の入札保障期間内の契約締結割合 (95% from 2006 onwards) - 保健サービス、家族計画、仕様に基づいたマネジメント情報を提供できる保健情報システム - 結果フレームワーク(モニタリング)のスケジュールに則った需要者負担(DSF)の進捗 	<ul style="list-style-type: none"> MIS 未開発 ニーズ調査はGTZのサポートで実施 パウチャープロジェクトのレポート計画開発 	MEユニットを 設置	MEユニット業 務計画の作 成、中間レ ビューの実施	33か所で実 施、9所では 全員対象		
			家族計画局				

結果フレームワークの主要指標

優先指標	APR2006結果	APR2007結果	MTR2008結果	2010年目標
上位目標の指標				
1. 全体の25%にあたる貧困県への予算配分率	21% (2004/05)	21% (2005/06)	データなし	40%
2. 最貧困、貧困層の基礎保健サービス利用率	a) 熟練介助者による出産介助率：国全体15.5%、最貧困層3.3%、貧困層4.3% b) 妊産婦検診受診率：最貧困層10.4%、貧困層17.5% (BDHS 2004)	a) 熟練介助者による出産介助率：国全体18.8%、最貧困層5.2%、貧困層10.1% b) 妊産婦健診受診率：最貧困層23.4%、貧困層37.7% (UESD 2006)	a) 熟練介助者による出産介助率：国全体18% b) 妊産婦健診受診率：国全体60.3% (BDHS 2007)	a) 全出産件数の40%
コンポーネント1の指標				
3. 技術を持った人材による出産介助の	平均15.5% (2004)	平均18.8% (2006)	平均18% (2007)	40%
4. 結核患者発見率	46% (2004)	61% (2005)、71% (2006)	72% (2007)	70%
5. 過去6ヶ月における1-5歳の子どもビタミンA摂取率	81.8% (BDHS 2004)	85% (UESD 2006)	88.3% (BDHS 2007)	90%
コンポーネント2の指標				
6. 政府予算の保健省への配分率	初期配分：6.5% 改定後配分：5.7%	6.70%	7.4% (2007/08)	10%
7. 非感染疾患政策の立案・実施	政策なし	政策立案済み、政府承認待ち	政策承認済み、実施待ち	指標の確定が必要
コンポーネント3の指標				
8. 入札期間内における入札契約完了率	100%	DGHS 80%、DGFP 5% (2005年7月-2006年6月) DGHS 62.5% (2006年7月-12月)	DGHS 90.6%、DGFP 55.5% (2006年7月-2007年6月)	95%
8. 保健サービス局、家族計画局、保健省における情報管理強化	包括的情報管理システム(MIS)が確立されていない。アセスメント待ち	モニタリング・評価ユニット(MEU)設立	MEU活動計画とHNPSP進捗報告書作成	
9. Demand Side Financing (DSF)パイロット実施	パイロット計画立案	21パイロット地域による試行	33郡に拡大、うち9郡は妊婦全員を対象	

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

2. HNPSP 中間評価後の行動計画

行動計画：サービス供給

目的：貧困層の基礎的サービスへのアクセスの増加

領域	SI	行動	責任者	締切	2009/10 の目標
IMCIの拡大	1	施設IMCIの拡大 2007/8:100施設(計274) 2008/9:100施設(計374)	LD EDS	2008年6月 2009年6月	計460
	2	地域IMCIの拡大 2007/8:10地域(計15) 2008/9:21地域(計36)	LD EDS	2008年6月 2009年6月	計86
母性保健	3	母性新生児保健戦略の見直し	DGHS/DGFP	2009年6月	
	4	包括的EmOCの拡大 2008/9:27施設(計132) DSFの迅速評価	LD EDS JS (Hosp), LD IST, DGHS LD EDS,LD Policy Reform JC (Planning)	2009年6月	計162
	5	母子福祉センター(MCWC)の向上 (10→20床へ) 2008/9:16施設(計46)	LD MCRH	2009年6月	計62
	6	保健センター(HC)、家族福祉センター(FWC)の向上(正常分娩、基礎的産科ケアEOCの実施) 2008/9:900施設(計2400)	LD MCRH	2009年6月	計3,300
	7	地域SBAの増加 2007/8:1000名(計4000) 2008/9:1900名(計5900)	DGHS/DGFP LD ESD, LD MCRH, JS(FP), LDIST	2008年6月 2009年6月	計8,000
	8	助産術の向上(増加) 2007/8:600(計1790) 2008/9:600(計2390)	DGHS/DGFP LD ESD, LD MCRH, JS(FP), LDIST	2008年6月 2009年6月	計2,990
家族計画	9	臨床避妊の増加(長期、永久): 1%/年 2008/9:15(計8.3%)	DGFP LD CSDP, JS (FW&Dev), LD ESD,LD PPFSD	2009年6月	9.30%
	10	望まない避妊の減少 2%/年 避妊率(OPR)の増加2%/年 2008/9:2%(計57%)	DGFP LD CSDP, JS (FW&Dev), LD ESD,LD PPFSD	2009年6月	59%
栄養プログラム	11	栄養サービス(NNP)の拡大 2008/9:63(計168)	ED NNP JS (WHO)	2009年6月	計228
	12	ビタミンAとアベンダゾールのカバー率拡大(IPHN,ESD) 2008/9:2%(計94%)	LD Micronutrients, LD ESD, DGHS	2009年6月	96%
ジェンダー行動計画	13	行動の優先順位を明確にするためのジェンダー戦略とジェンダー行動計画の棚卸	JC (HEU), Gender equity vovice task group	2008年12月	

行動計画：計画、予算策定、官民連携

目的：非公的機関との連携を通じた資源の効果的、公平な利用を確保する

領域	SI	行動	責任者	締切
計画、予算策定	1	2008-09年の準備期間を経て 2009-10年の収入を開発予算を 盛り込んだ年間業務計画	Secretary BMC/JS(Ad.)/ JC(Pl.)	2009年3月
	2	6県14郡病院における独立採算経 営のパイロット事業	Secretary PSO/ MSA/ JS (Hos)/ BMC/JS(Ad.)/ JC(Pl.)	2008年6月(決定) 2008年9月(実施)
	3	2008年予算における政府開発予 算の郡や末端へのESDへの配分 を増加	JC (Planning) PSO for TA/ DGHS/ DGFP/ ED (NPN)	2008年6月
	4	6県におけるLLPパイロット事業と 2009年の予算への反映。予算移 行のためのタスクグループを設置	JC (Planning) PSO/ TA, Director (Planning) DGHS/ DGFP	2008年5月 (タスクグループ) 2009年5月(配 分)
	5	鍵となる計画とプログラム目的に 合わせ整理された予算 ・PIPの改訂と必要なTAの供給 ・ベースラインの確立と5大活動 計画の県レベルでの開発予算の 支出報告	JC (Planning) PSO	2009年4月
官民連携	6	PMAの確立と運営	JC (Planning)	2008年8月
	7	MSAのインセプションレポートに おける契約に優先順位の協議 ・HIV/AIDSサービスのNGO契約 形態の合意	Secretary, JC (Planning) PSO, MSA, LD HIV/AIDS, JS (WHO)	2008年5月
	8	138ユニオンのRD・FWC、378コ ミュニティ・クリニックの契約	Secretary, JC (Planning) PSO, MSA	2008年9月

行動計画：将来のための計画とガバナンス

目的：セクターの全ガバナンスを強化するための MOHFW の管理 (Stewardship) の改善

領域	SI	行動	責任者	締切
ガバナンス	1	HNPSPの公表(冊子やメディアを 活用)	JS(Admin) JC(Planning) MEU,MIS(HS&FP)	2008年7月(開始)
	2	非政府団体との連合形成(コミュ ニケーション戦略のTAとともに) 保健利用者フォーラムや関係者 WSなど	JC(Planning) DGHS,DGFP	2008年7月(開始)
	3	MOHFW,DGHS, DHFPによる月次 プログラム実施レビュー	Secretary, J DGHS,DGFP JC (Planning)	2008年4月
	4	HNPフォーラム、の継続と月次調 整・タスクグループ委員会会合	Secretary, JC (Planning) DP, JS (Coordn)	早急に
	5	規制と機能評価システムの強化 のための優先活動の同定とレ ビュー	Secretary, J DGHS/ Dir adm, DNS and others,	2009年12月
将来のための 計画	6	将来プログラム策定に反映する ためのHNPセクターの制度レ ビューと保健政策グループの形 成	Secretary, PSO, JC (Planning) TA support from DP	2009年4月
	7	選択範囲展開のための保健財政 のための公的、非公的機関の対 話の開始(マッピング、知識探求、 パイロット事業のコンセプト開発 など)	Secretary, JC (Planning) DP, HEU, PSO	2008年4月(開始)

行動計画：財務管理

目的：目的に応じた資金活用の確保

SI	行動	責任者	締切
1	HNPSP期間の、監査、経理要員からDS,FMAUの代表任命のためのプロセスの着手	Secretary JS (admin)	2008年7月
2	HNPSPの残余のプール資金(FMAU OP)からLD(必要ベース)とFMAUに獲得された財務スタッフのサービス	JS (FMAU) PSO	2008年9月
3	MACSのLDへの公開とFMDのプログラム実施	JS (FMAU) DFID (TA support)	2009年3月
4	・内部監査の外注継続 ・内部監査のファイディングを実行及びレビューするための報告書作成と監査委員会への提出、FMTGとの共有	JS(FMAU)	2008年9月 内部監査レポート受領後3ヶ月以内
5	・世銀から指摘した外部監査の異議の解決 ・その他、重大な観察結果の解決	Addl. Secretary, Audit committee, JS (FMAU)	2008年6月 2008年12月
6	約1億ドルをカテゴリー3に再配分	世界銀行	2008年4月

行動計画：調達管理

目的：サービス供給の支援サービスおよび物品の適時使用の確保

SI	行動	責任者	締切
1	機能的、運営可能なPLMC	JS (Coordination)	2008年8月
2	機能的、運営可能な調達追跡管理 オンライン調達追跡管理システム導入の技術支援	Addl. Secretary, JS (Coordination) CMSD/ DGFP/ CMMU/ PWD/ DP	2008年6月
3	調達管理実施のための2年間研修計画	JS (Coordination) Concerned LDs	2008年6月
4	24時間体制の主な3コストセンターに対する継続的な長期技術支援	JS (Coordination) CMSD/ DGFP with DP	2008年7月
5	・PPAとWBの要求に合致した不服申し立てプロセスの合意 ・政府、WBによる適時の調達プロセスの標準の確立と共有	Secretary JS Coordination, WB	2008年6月
6	WBの事前レビューのために物価スライドによるDCAの改訂が必要条件となるか、また調達計画の見直しの必要性をレビュー	JS (Coordination), JC (Planning) WB	2008年9月
7	月次調達状況確認会合の運営	Secretary JS Coordination, WB	2008年4月
8	調達の焦点としてCMSD,IHSM, PWD, CMMU, DGFP,ESDの6機関を指定する	Secretary JS Coordination	2008年5月
9	医療機器調査の低減を短期活動を長期戦略でフォローする ・メンテナンス、配布先を含めた入札図書	Addl. Secretary, Steering Committee, CMSD/ IHSM, ESD and other concerned agency	2008年7月 (短期活動) 2008年12月 (戦略策定)
10	貧困者、女性のニーズに合わせた公共事業に向けた調達計画の見直し 適切なモニタリング、監視メカニズム(社会的説明責任)の強化	JS (coordination) CMMU, PWD	2009年4月

行動計画：人的資源

目的：保健サービスの範囲、質改善に向けた人的資源システムの強化

SI	行動	責任者	締切
1	郡および下部組織ならびにサービス困難地域の利益となるプログラムベースの人的資源インセンティブのパイロット事業の決定	Secretary JS (Admin), DGHS, DGSFP, DNS	2008年8月
2	人的資源タスクグループの活性化(TA含む) 長期HR戦略、マスタープラン、業務計画、スキルミックス、業務継続などを含むTORの見直し	Secretary DGHS, DGSFP DNS/ IST/ JS (Admin) DNS/ DGFP/ NIPORT/ LD (HRM)	2008年4月 (タスクグループ) 2008年7月 (TOR)
3	研修往路グラム開発の効果とインパクト調査	Addnl Sec. WB	2008年12月
4	看護師、医療従事者、SBA、助産師などの毎年の増加	JS (Hos), JS (ME), LD(Pre-service), DNS/ DGFP/ NIPORT/ MIS	実施中
5	国際的基準に合致した助産カテゴリーと計画の包含、形成	Secretary DGHS, DGFP	2009年6月
6	看護師やアシスタントなど危機的に空席が多い職種のリクルート	Secretary DGHS, DGFP, DNS, JS (Admin), JS (FP)	実施中
7	鍵となるスタッフの業務継続(アンカー)	Secretary JS (Admin)	実施中

行動計画：モニタリング、評価

目的：根拠に基づく判断の促進

SI	行動	責任者	締切
1	情報ソースの小規模アセスメントを含む結果フレームワークの見直し(DGHS, DGFP, NNP, NIPORT, HEU, BBSと共同)	JC (Planning) M&E task group	2008年5月
2	特定の時限指標を含む結果フレームワークと活動計画のリンク	JC (Planning) M&E task group/ DG's/ LD with support from M&E Unit	2008年6月
3	・政府より委託を受けている業者(時限活動の責任を担っている異なるアクター達)や都市保健、DGFPやDGHS, NNPのMISの調整を含む包括M&Eシステムの的な計画 ・データ管理センターを含む適切な移行取り決めの設置	JC (Planning) M&E unit, GTZ, coordinated with HMN, MIS (DGHS & DGFP)/ M&E task group	2009年3月
4	貧困に向けた成果の測定をモニターするための施設調査	WB coordinaitoted with JC, HEU	2008年12月
5	妊産婦死亡調査の実施	Secretary, DGHS, DGFP, NIPORT, DPs	2009年4月
6	基礎的サービス供給の利用状況調査の実施	JC (Planning), NIPIRT, IEDCR, DP	2009年4月

行動計画：開発パートナー（DP）との協調

目的：政府へのDPサポートの効果的な増強

SI	行動	責任者	締切
1	パラレル、非プール資金DPのDPAへの四半期支出の提出	HNP Chair JS FMAU	四半期
2	HNPコンソーシアムの責務をCCMの一部に移行	JS(WHO) Joint Chief Planning/ HNP consortium Chair	2008年6月
3	世界基金(GFATM,GAVIなど)の承認およびパラレル、非プール資金(WHO,USAID,ADBなど)を反映したPIPやOP	JC (Planning) DGHS/ DGFP/ concerned LD	2008年6月
4	MOHFWと協議した調整プランの開発とドナー協調	HNP Chair	2008年7月

3. HNPSP RPIP オペレーショナルプラン

No.	活動計画名	No.	コンポーネント
1	基礎サービス供給 (ESD), DGHS	1	リプロダクティブヘルス
		2	小児保健
		3	限定的な治療
		4	都市保健サービス
		5	保健廃棄物マネジメント
		6	サポートサービスとコーディネーション
2	感染症管理 DGHS	1	媒介生物感染症管理(マラリア、Kala-azar、デング)
		2	フィラリア撲滅
		3	緊急事態への対応と準備
		4	新興、再興感染症
3	マイコバクテリア感染症(結核、ハンセン病)	1	結核
		2	ハンセン病
4	保健教育、プロモーション	1	学校保健教育
		2	病院保健教育
		3	職業保健教育
		4	環境保健教育、プロモーション
		5	コミュニティ保健教育(Selection/ Vulnerable group)
		6	郡保健教育ユニットの創設
		7	関連組織とのネットワーク技術支援の活用
5	病院サービス管理の改善		
6	代替医療		
7	看護教育、サービス	1	看護教育、研修(含む、修士、博士)
		2	看護サービス
		3	看護態度、行動
		4	看護制度の標準化
		5	人的資源開発と看護師
		6	看護局の役割見直しと人的資源管理
		7	看護分野の国際関係
		8	看護教育、研修の技術支援
		9	調査研究活動
8	公衆衛生と非感染症疾患(NDC)管理	1	NDCの予防と管理
		2	飲料水のヒ素汚染への対応
		3	環境、職業保健
		4	思春期、老齢期の保健
		5	傷害予防と管理
9	国家エイズ管理プログラム(NASP)、安全な輸血プログラム(SBTP)	1	NASP
		2	SBTP
10	新人教育		
11	継続教育		
12	調達、物流、供給管理(DGHS)	1	物流管理
		2	調達と撤去
		3	保管と配送
		4	修理とメンテナンス
13	研究開発 (Health)		
14	マネジメント情報システム(MIS)-Health Services	1	サービス戦略(SS)、疫学情報(EIS)地域サーベイランス(CSS) on ESP
		2	GIS上の保健データベースマッピング
		3	人事管理情報システム(PMIS)
		4	サブシステムのコンピューターネットワーク化
		5	遠隔医療
15	品質保証		
16	薬事管理強化		
17	国家栄養プログラム(NNP)		
18	医学的避妊サービス供給 DGFP		
19	家族計画サービス供給		
20	母子、リプロ保健サービス供給 DGFP		
21	情報、教育、コミュニケーション(IEC) DGFP		
22	マネジメント情報システム(MIS) DGFP		
23	研修、研究開発(DGFP)-NIPORT		
24	調達、物流、供給管理(DGFP)		
25	セクターワイドプログラム(SWAPs) マネジメントMOHFW		
26	SWAPs マネジメント-DGHS		

27 SWAPsマネジメント-DGFP	1 コーディネーション 2 人口サブセクターの活動計画準備 3 政府-NGO連携 4 地方レベル計画(LLP) 5 計画部門の強化	
28 人的資源管理- MOHFW		
29 人的資源管理 (DGHS)		
30 人的資源管理 (DGFP)		
31 施設開発 建設、修繕、メンテナンス		
32 保健経済ユニット (HEU)		
33 改良財務管理- MOHFW		
34 改良財務管理- DGHS		
35 改良財務管理- DGFP	1 プログラム支援オフィス (PSO) 2 マネジメント支援エージェント (MSA) 3 パフォーマンスモニタリングエージェント (PMA) 4 需要サイドファイナンス(DSF) 5 その他技術支援 6 調達、物流、モニタリングセル (PLMC)のコンサルティング 7 調達 8 HNPSP評価のコンサルティング	
36 政策リフォーム		
37 微量栄養素補給 DGHS		1 タンパク質、エネルギー不足の管理
		2 ビタミンA不足障害の管理
		3 鉄分不足貧血の管理
		4 ヨウ素不足障害の管理
		5 微量栄養素添加
	6 調査研究を通じた栄養不足管理の強化	
38 国家眼科ケア		

出所:HNPSP RPIPより抜粋

4. バングラデシュにおける医療従事者の教育制度

「バ」国における主な医療従事者の基礎教育の内訳

	教育機関		施設数	受け入れ可能な生徒数	期間
医師 (MO)	Medical Colleges	公立	15	2260	5年
		民間	34	2556	
医師卒業 教育	Medical University	公立	1	2042	—
	Post-graduate medical Institutes	公立	23		
		民間	5		
公衆衛生 高等教育	NIPSOM	公立	1	MPH : 200	—
	Medical Colleges	公立	5		
		民間	5		
	公衆衛生機関 (IPH, IPHN, IEDCR, NIPORT)	公立	4		
看護師	Nursing Institutes	公立	46	1790	3年
		民間	19	490	
	Nursing Colleges	公立	5	(上記に含まれる)	4年
検査技師	Institutes of Health Technology (IHT)	公立	3	1011	3年
		民間	29	3375	
MA	Medical Assistants Training Schools (MATS)	公立	5 ^{*1}	300	3年
SACMO					
FWV	FWV Training Institutes (NIPORT 管轄)	公立	12	- ^{*2}	1.5年
FWA	NGOs	—	—	—	6か月
HA	NGOs	—	—	—	6か月
cSBA	OGSB, NGOs	—	—	480	18か月

出所：Health Workforce in Bangladesh (Bangladesh Health Watch) 2007

*1: MATS は全部で8件あるが、そのうち3件は閉鎖している

*2: 1997年以降、FWVの研修は実施されていない

— : 資料内に記載なし

継続教育（IST）の計画・実施状況（DGHS：2007-2008年）

研修内容	期間	対象	計画	実施
地域研修				
ESP オリエンテーション	6日	補助的サービス提供者	300	150
ESP 継続教育	6日	CHWs	3200	2000
看護師・医療従事者向け RH 研修	10日		200	58
母乳教育カウンセリング	6日	医師、看護師	400	148
喘息予防・管理教育	5日	医学教育卒業生	150	126
ガンの早期発見研修	5日	医師	50	20
子宮頸癌、乳癌オリエンテーション	1日	CHWs	900	200
栄養教育	6日	フィールドサービス提供者(FSPs)	2600	1750
医療生物技術ワークショップ	2日		200	50
母乳教育カウンセリング	3日	HAs、FSPs	800	275
冠疾患集中治療研修	2週間	心疾患医師	122	37
	2週間	看護師	143	18
心疾患予防のための指標についての研修	5日	PHC 医師	100	47
心疾患診断のための生化学検査研修	3日	医療技術者	100	—
精神病学の研修	3日	PHC 医師	150	60
	2日	PHWs	328	90
腎・尿路疾患の管理と予防研修	6日	PHC 医師	70	60
	6日	PHC 看護師	70	60
	6日	PHC 医療従事者	200	120
女性に対する暴力のための研修	6日	医師	240	188
	6日	看護師	240	215
アルコール中毒の管理・予防研修	6日	医師	200	25
	6日	看護師・MA	500	50
法医学研修	2日	CS、DCS、RMO	200	150
法医学研修	6日	医師、RMO など	300	200
産科向け麻酔医研修	1年	麻酔医	10	—
財務管理研修	6日	管理区、県、郡担当、TTU など	500	275
基礎サービス管理研修	15日	医師	200	60
郡レベルの監督・管理研修	2日	HI、AHI、EPI、MA、etc	1800	720
コンピュータ研修	—	コンピュータ担当	30	30
統計研修	—	コンピュータ担当	40	39
コンピュータグラフィック研修	—	コンピュータ担当	24	30
システム・インターネット導入基礎研修	28日	コンピュータ担当	200	89
システム・インターネット導入継続研修	14日	コンピュータ担当	1000	900
人材 MIS 研修	2日	人材 MIS 担当者	400	301
MIS 向け統計研修	2日	MIS 担当者	400	301
標準手法研修	5日	医療従事者	300	180
標準化手法研修	3日	非医療従事者	300	180
DMIS 研修	15日	県・郡レベル DMIS	240	120

研修内容	期間	対象	計画	実施
		担当		
女性専門家開発プログラム	3日	県、国レベルの管理者	50	60
中間管理職マネージメント研修	5日	県レベルマネージャー、UHFPO	100	75
視聴覚教材開発者研修	3日	視聴覚教材開発担当	100	64
県 MIS 継続研修	21日	県 MIS 担当	420	253
英語教育	28日	医療従事者	150	125
保健教育担当研修	—	保健教育担当	120	100
保健教育担当へのジェンダー・貧困緩和研修	6日	PHC 医師	60	25
フィラリア対策活動研修	1日	全レベルの関連医療従事者	500	200
サイクロン被害に対するシミュレーション研修	2日	対象地域の関係医療従事者	100	50
災害対策研修	2日	フィールドスタッフ	75	90
大量死傷者対策研修	—	病院従事者	32	40
サービス統計オリエンテーション	2日	医師、MA、HI、AHI、HA など	125	150
中級保健教育担当・教育者研修	5日	中級保健教育担当・教育者	60	28
保健教育担当・教育者向けプログラム管理研修	2日	保健教育担当・教育者	60	38
BCPS				
TOT プログラム	—	—	240	199
参加者の研修プログラムオリエンテーション	—	—	800	404
IEDCR				
疾患勃発対応研修	1週間	—	480	155
新規・再出現疾患診断研修	1週間	—	300	86
臨床疫学研修	3か月	—	28	15
IPH				
分子生物学研究室研修	—	—	250	304
ICMH				
RH・ESD 臨床技術 TOT 研修	—	医師	50	27
小児医療・ESD 臨床技術 TOT 研修	—	医師	50	23
補助栄養研修	—	—	50	27
母乳教育	—	医療従事者	50	12
栄養プログラムの計画・運営 TOT 研修	—	—	50	12
母乳教育研修	—	医療従事者	100	11
NIPSOM				
ケンブリッジ大学との疫学・生物統計研修の継続	—	—	4バッチ	2バッチ
海外研修	—	—	151	129

出所：Training Achievement of In-Service Training, DGHS for the year of 2007-2008

MCHTI による継続教育 (DGFP : 2008 年 1 月～6 月)

研修内容	施設	対象	人数	期間
助産師研修	FWC、HC	FWV	18名	6か月
緊急産科ケア (EmOC)	MCWC、FWC	FWV	16名	6か月
EmOC	UHC	シニア看護師 (SSN)	13名	6か月
EmOC	県病院、UHC	SSN	13名	6か月
IMCI	UHC、FWC、サブセンター、MCHTI	SACMO SSN FWV	13名	12日
EmOC 向け TOT	研修機関	助教授、医師、SSN	全 45 名 (3 バッチ)	5日
母乳教育	Sadar 病院、UHC、MCHTI 等	医師、SSN、FWV	全 42 名 (2 バッチ)	6日
安全なお産の継続研修	BRAC (NGO)	地域助産師	10名	2か月
臨床実技	JTS (NGO)	医療従事者	10名	1か月
臨床実技	AITEM (NGO)	医療従事者	18名 (2 バッチ)	1か月
PPH オリエンテーションプログラム	ダッカ医大病院、他	医師	105名 (2 バッチ)	1日
出産第三期管理	一般病院	医師、SSN、医療従事者	56名 (3 バッチ)	2日
臨床実技	BSC 看護学生	SSN	29名 (2 バッチ)	3日
臨床実技	BRAC (NGO)	医療スタッフ	277名 (3 バッチ)	1日
ホメオパシーオリエンテーション	ホメオパシー医科大学	ホメオパシー医師	6名	1日

出所 : MCHTI Training Performance January 2008-June 2008

5. 日本の援助実績

表1 技術協力プロジェクト（保健医療分野）および機材供与実績

スキーム	案件名	年
技術協力	経済技術協力評価調査(医療セクター)	1988
技術協力(開発調査)	医療機材整備計画	1984
	必須医薬品製剤工場設立計画	1982-1983
	総合病院設立計画	1982-1983
技術協力(機材供与)	家族計画協会	1988
	国際下痢性疾患センター	1981-1982
	失明対策	1981-1982
	国立眼科研究所	1982-1983
	ソーシャルマーケティング	1984-1987
技術協力(専門家派遣)	心臓病学指導	1977
	眼科学	1981
	国際下痢性疾患センター	1981
	失明対策	1981
	眼科機材整備	1984
	マリア対策	1989
技術協力(プロ技)	家族計画	1974
	感染症研究対策	1983
	保健医療計画	1990
	循環器病対策	1976-1988
	失明対策	1980, 1981
	リウマチ熱・リウマチ性心疾患抑制パイロットプロジェクト	1987-1990, 1992
	リプロダクティブヘルス人材開発	1999-2004
フォローアップ	シシュ病院医療機材	2002
	寄生虫診断にかかるベンガル語マニュアル作成	2003
	母子保健研修所改善計画	2003

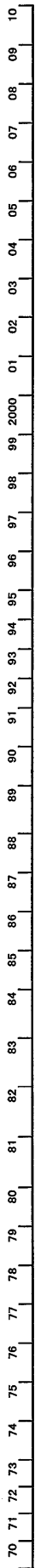
表2 無償資金協力実績（保健医療分野）

スキーム	案件名	年
無償(一般)	循環器病研究所機能強化計画	1979, 1981, 1991
	救急患者輸送サービス拡張計画	1981, 1987
	ダッカ医科研究所病院整備計画	1982
	ダッカ歯科大学機材整備計画	1983
	医療機材整備計画	1984
	必須医薬品製剤センター建設	1983, 1989
	ナラヤングンジ総合病院建設(国債1/3期)	1983, 1991
	ナラヤングンジ総合病院建設(国債2/3期)	1984, 1988, 1991
	ナラヤングンジ総合病院建設(国債3/3期)	1985, 1991
	循環器病センター医療機材整備計画	1986, 1991
	医療機材整備計画	1987
	ポリオ撲滅計画(1/2期)(ユニセフ経由)	1995
	ポリオ撲滅計画(2/2期)(ユニセフ経由)	1996
	第二次ポリオ撲滅計画(1/2期)(ユニセフ経由)	1997
	新生児破傷風・はしか予防接種拡大計画(1/2期)	1998
	第二次ポリオ撲滅計画(2/2期)(ユニセフ経由)	1998
	母子保健研修所改善計画(国債1/3)	1998
	新生児破傷風・はしか予防接種拡大計画(2/2期)	1999
	母子保健研修所改善計画(国債2/3)	1999
	第三次ポリオ撲滅計画(ユニセフ経由)	1999
	ヨード欠乏症対策計画(ユニセフ経由)	1999
	第四次ポリオ撲滅計画(ユニセフ経由)	2000
	母子保健研修所改善計画(国債3/3)	2000
	第五次ポリオ撲滅計画(ユニセフ経由)	2001
	緊急産科医療サービス強化支援計画(1/2期)	2001
	ポリオ撲滅計画(ユニセフ経由)	2002
	緊急産科医療サービス強化支援計画(2/2期)	2003
	ポリオ撲滅計画(ユニセフ経由)	2003

表3 債務削減相当資金（JDCF）、債務削減無償見返り資金（DRGA-CF）援助実績（保健医療分野）

スキーム	案件名	年
DRGA-CF	ローカルイニシアチブプログラム	1997/7-2006
	貧困層への保健改善	継続中(2007年3月)
	既存の機能を活用した緊急産科ケアの改善	DDP準備中(2007年3月)
JDCF	保健教育関連機材(視聴覚機材)購入	2005-2006
	IEDCR検査機能向上	2005-2006
	必須サービス提供支援	2005-2008
	結核対策プログラム支援	2005-2008
	感染症対策プログラム	2005-2008
	安全な輸血の実施支援	2005-2006
	NIPORTの研修、研究、開発能力強化	2006-2008
	病院サービス運営改善	2006-2008
	慢性疾患・公衆衛生改善	2006-2008
	基礎教育支援	2006-2008
	MOHFW SWAPS運営評価	2006-2008
	看護教育拡大・改善	2008-2009

6. 日本の援助動向の変遷



家族計画(プロ技)

家族計画協会機材供与

リプロダクティブヘルス人材開発(技プロ)

リプロ地域展開(開発パートナー)

母子保健研修所 母子保健研修所改善計画

EmOCサービスEmOCサービス(無償)

ESD(緊急産科ケア機材)(JDOF)

母性保健サービス強化プロジェクト

家族計画・リプロ・母子関連

国際下痢性疾患センター(プロ技)

感染症研究施設

リプロ母子兼用消毒薬抑制(プロ技)

マラリア対策(技協)

採り牙機運(無償)

破傷風予防(無償)

リプロ子-関連(JDOF)

補血(JDOF)

TB/マシ生シ氏病(JDOF)

感染病対策(JDOF)

国家保健プロジェクト(JDOF)

結核対策(短期専門家派遣)

感染症対策

循環器病対策(無償、技協)

失明対策(機材)

眼科研究所(機材)

眼科(技協)

緊急患者輸送(無償)

緊急患者輸送(無償)

女子力医科研究所整備計画(無償)

必須医薬品供給センター建設(開調)

必須医薬品供給センター建設(無償)

ナラヤンガンジ総合病院建設(無償)

ラニシアルマーカチンク

循環器病センター医療機材整備計画(無償)

医療機材整備計画(開調) 医療機材整備計画(無償)

経済技術協力評価調査(医療セクター)

地方イニシアチブプログラム(DRGA-CF)

貧困者向けの健康改善(DRGA-CF)

IEDCR能力向上(JDOF)

保健教育・推進(JDOF)

NIPORT研修・研究・開発強化(JDOF)

SWAP管理(JDOF)

病院サービス改善(JDOF)

慢性疾患改善(JDOF)

基礎教育(JDOF)

看護教育(JDOF)

その他

8. 各ドナーの支援状況 マッピング (母子保健)

機関・団体	妊娠				出産				産後、新生児				横断的視点				
	妊産婦 検診	月経、 中絶	緊急産 科ケア	包括的 緊急産 科ケア	緊急産 科ケア	SBA	リファラル システム	産後検診	家族計画	母乳	基礎的 新生児 ケア	基礎的 アイテ ム	ケアの質	女性へ の暴力	貧困層の アクセス	栄養	思春 期保 健
	マルチ																
EC		+				+	+	+	+		+	+	+		+		
UNFPA	+		+	+	+	+	+	+			+	+		+	+	+	+
UNICEF	+++	++	++	++	+	++	++	++	+	+	++	++	++	++	++		
WHO		+				+											
世銀																	
	バイ																
AusAID	++	+	++		+	++	++	+	+	+	++	++	+	+	+		+
CIDA											++	++			+		+
DFID	+	++	++			++	++	++	+	+	++	++	+	+	++	+	+
KFW									+		++	++					
JICA	+		+			+							+				
RNE	+	++	+			+					+		+				
SIDA																	
USAID	++	中絶のみ	+	+	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	+
	NGO																
BRAC	++	+	+			++	++	+	+	+	++	++	+	+	+		+
CARE	++		++			+	+				+				+		
Chemonics	+	中絶のみ	+	+		+	+							+			+
EngenderHealth			+														
Plan Int'l	+					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Save the Children	++						+		+	+	++	++			+	+	

9. 各ドナーの支援事業リスト

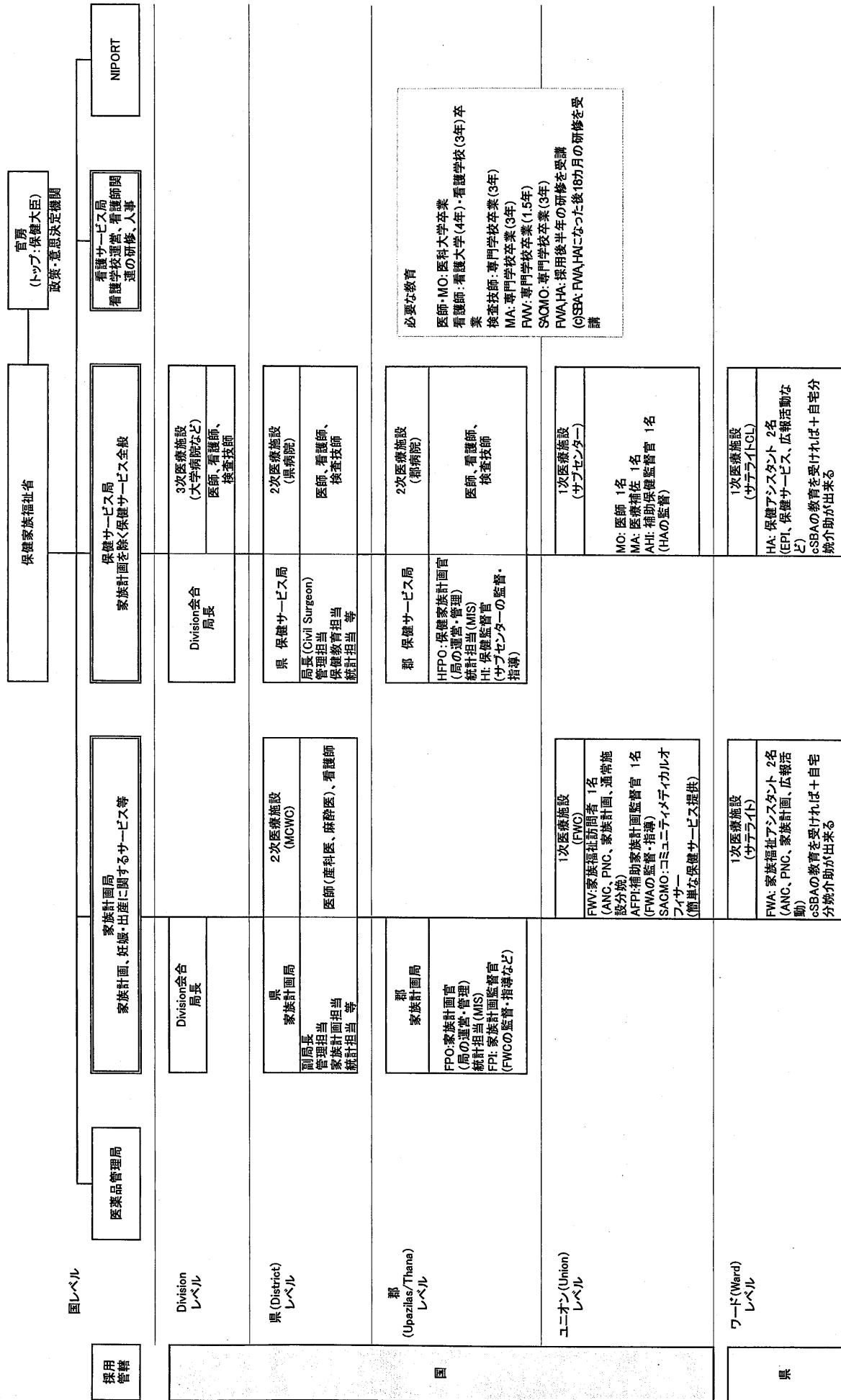
ドナー	プログラム名	時期	総予算 (100万)	通貨	パートナー機関	分野	内容
マルチドナー							
UNICEF	予防接種拡大計画(EPI)	2006-2010	29.00	USD	DGHS, WHO, JICA-JOCV, Rotary International, CIDA, UNF	感染症	定期予防接種の強化による小児死亡率の低減を支援、ポリオ根絶、はしか管理、小児破傷風撲滅の支援
UNICEF	IMCIと新生児保健	2006-2010		USD	DGHS, DGFP, WHO, ICDDR'B, SCF-USA, SCF-UK, Plan International, BRAC, CIDA, CIPRB, CONCERN-Bangladesh, NSDP, USAID, Ad-din, Diabetic Association	小児保健	肺炎、下痢その他の小児疾患の管理を通じた新生児、小児の死亡、疾病の削減
UNICEF	小児傷害予防	2006-2010		USD	DGHS, CIPRB, ICDDR,B, IMCH	小児保健	家庭、学校、地域への介入を通じた小児死亡、疾病の減少
UNICEF	母性保健	2006-2010	15.00	USD	DGHS, DGFP, UNFPA, WHO, OGSB, Rights NGOs, Service Delivery NGOs, LGED, Dfid, EC, UNDP	母性保健	EmOCを通じた妊産婦、新生児死亡の低減、「女性に優しい病院」、HIV/AIDSの母子感染予防
UNICEF	微量栄養素	2006-2010	17.00	USD	BSCIC, BUET, IPHN-DGHS, INFS, NNP	栄養	ビタミンA、ヨウ素を含む微量栄養素不足の低減
UNICEF	貧血と乳幼児、小児の栄養摂取			USD	SBSUAP-LGED, IPHN, ICDP-CHT= Integrated Community Development Project- Chittagong Hill Tracts, BBF,WFP, NGOs	栄養	鉄分欠損貧血の低減、母乳促進
UNICEF	緊急対応			USD	IPHN, BBF, NGOs	HNPSP その他	緊急時の栄養
世界銀行	HNPSP	2006-2010	300	USD	MOHFW/ 非政府保健サービス供給者	プール資金	
世界銀行	HIV/AIDS 予防プロジェクト	2007/12まで		USD		感染症	NGOによるHIV/AIDS支援
UNFPA	リプロダクティブヘルスサービスの強化	2003-2005	4.50	USD	64のMCWCs DGFP	リプロダクティブヘルス・家族計画	リプロ保健の質、包括的産科ケアサービス
UNFPA	リプロダクティブヘルスの能力強化	2003-2005	3.70	USD	13の医科大学、TTU, DGHS	リプロダクティブヘルス・家族計画	リプロ保健の政府職員的能力開発
UNFPA	行動変容コミュニケーション	2003-2005	1.00	USD	BCCU, DGFP	リプロダクティブヘルス・家族計画	リプロ保健サービスの活用、アクセスの増加
UNFPA	都市貧困者へのリプロダクティブヘルスサービスの強化	2003-2005	1.11	USD	MoLGRD 地方政府(6都市)、NGO、Project Director of UPHCP	リプロダクティブヘルス・家族計画	都市のリプロ保健サービス、緊急産科ケアの能力開発強化
UNFPA	アジア若者リプロイニシアティブ (RHIA)(地域プロジェクト)	Sept 2003-June 2006	2.40	USD	NGOs (BDRCS/CWFD/FPAB/MSCS/SC-UK)	リプロダクティブヘルス・家族計画	思春期のリプロ保健への対応
UNFPA	家族計画局を通じたリプロイニシアティブ	2006-2010	5.67	USD	64のMCWCs DGFP	リプロダクティブヘルス・家族計画	リプロ保健サービス、緊急産科ケア
UNFPA	保健サービス局のリプロダクティブヘルスの能力強化	2006-2010	5.67	USD	13の医科大学、TTU, DGHS	リプロダクティブヘルス・家族計画	リプロ保健サービス、緊急産科ケアの政府職員的能力開発強化
UNFPA	ジェンダー、リプロ強化のためのインフォメーション、教育(IEM)の強化	2006-2010	3.19	USD	IEM Unit DGFP	リプロダクティブヘルス・家族計画	IEMユニットの強化を通じた行動変容コミュニケーション戦略の実施支援とリプロ保健の活用、アクセスの増加
UNFPA	都市でのリプロダクティブヘルスサービスの強化	2006-2010	1.47	USD	MoLGRD 地方政府(6都市)、NGO、Project Director of UPHCP	リプロダクティブヘルス・家族計画	都市、NGOの組織的能力強化を通じたリプロ保健、EmOCサービス
UNFPA	HNPSPプール資金	2006-2010	1.00	USD	MOHFW/ WB/ DPs	プール資金	
UNFPA	国立裂傷センター、SBA研修センター	2006-2008	3.60	USD	MOHFW/DB/DGHS/DGFP DMCH/FWVTI	母性保健	妊産婦死亡と安全なお産への対応
UNFPA	妊産婦、新生児の死亡、疾病削減への進捗促進	2006-2010	10.00	£	MOHFW/DGHS/DGFP/DFID/EU	母子保健	妊産婦死亡と新生児死亡の低減
EC	HNPSP	2005-2010	108.000	Euro	バ国政府	プール資金	
EC	地方の貧困女性のMCHサービスへのアクセス改善	2005-2008	1.670	Euro	International Planned Parenthood Federation (IPPF)	母性保健	4県6郡で実施
EC	女性、思春期のリプロ保健(ARSHI)	2006-2009	2.040	Euro	Care International UK	リプロダクティブヘルス・家族計画	シレットデビジョン、Sunamganj 県の思春期女性の妊産婦死亡、疾患の低減
EC	shariatpur, Bhola, Barisal 県における低所得層へのリプロ保健サービスへのアクセス改善	2006-2010	0.743	Euro	Marie Stopes International	リプロダクティブヘルス・家族計画	
EC	Block Grants	2006-2008	0.856	Euro	Marie Stopes International	その他	
EC	栄養調査プロジェクト		Under 10 Million	Euro	バ国政府	栄養	準備中
EC	鳥インフルエンザ			Euro	バ国政府	感染症	世界銀行がプロポーザルを準備中
EC	GFATM		25.800	Euro	バ国政府	感染症	
バイドナー							
GTZ	HNPSPへの技術支援	2005 - 2008	2.00	Euro	MOHFW計画局、保健経済ユニット (Health Economic Unit and Planning Wing)	保健経済	保健システム開発1. モニタリング・評価、2. 保健財政、3. 質管理
GTZ	チッタゴンHIV/AIDS予防プログラム	2004 - 2007	2.10	Euro	地方開発地方自治省、チッタゴン市、NGO/CBO・NGO / CBO	感染症	HIV/AIDS予防、管理、制度開発、能力開発、ネットワーク強化
KfW	HNPSP	2006-2010		Euro	MOHFW/ 非政府保健サービス供給者	プール資金	

ドナー	プログラム名	時期	総予算 (100万)	通貨	パートナー機関	分野	内容
KFW	プール資金		35.30	Euro		プール資金	
KFW	個別資金		10.00	Euro		個別資金	避妊具の調達と品質管理、物品の配布の監督、官民連携(PPP)
KFW	個別資金		1.30	Euro		個別資金	コンサルティングサービス、研修、保健財政および平等に関する分野の財政支援
CIDA	国家栄養プログラム	2000/1-2006/7	8.80	CAD	MoHFW, Breastfeeding Foundation	栄養	栄養
CIDA	ハンセン病管理	2000/1-2006/7	0.642	CAD	Dhaka Leprosy Control, MoHFW	感染症	ハンセン病
CIDA	地域による保健ケア	2001/2-2006/7	5.00	CAD	Plan, GK, Lamb, BWHC, MoHFW	小児保健	子供を中心とした地域管理
CIDA	貧困者支援	2002/3-2006/7	1.74	CAD	BRAC, MoHFW		保健の気づき、最貧困者への基礎的サービス
CIDA	基礎的保健物品	2003/4-2006/7	20.00	CAD	UNFPA, UNICEF, MoHFW	基礎的サービス供給(ESD)	調達
CIDA	微量栄養素	2003/4-2006/7	2.734	CAD	MI, MoHFW	栄養	微量栄養素
CIDA	ビタミンA	2003/4-2006/7	1.613	CAD	UNICEF	栄養	ビタミンA
CIDA	需要に基づいたリプロダクティブ保健	2003/4-2007/8	20.00	CAD	UNFPA, NIPORT, MoHFW, NGOs	需要サイドファイナンス(DSF)	家族計画の調査
CIDA	ICDDR'B	2003/4-2007/8	8.00	CAD	ICDDR'B, MoHFW	感染症	コア資金供出
CIDA	Acid Survivors Foundation	2004/5-2008/9	1.25	CAD	ASF, MoHFW		Acid victims
CIDA	ヒ素低減(III)	2005/6-2009/10	15.01	CAD	OCETA, LGD, UNICEF, BCSIR		ヒ素
CIDA	南アジアのHIV/AIDS	2006/7	0.05	CAD	Legislators, WHO, UNAIDS	感染症	HIV/AIDSの政策対話
CIDA	ビタミンA調査	2006/7	0.077	CAD	John Hopkins University	栄養	ビタミンA
CIDA	保健物品	2006/7-2010/11	45.00	CAD	UNFPA, UNICEF, MoHFW	基礎的サービス供給(ESD)	調達
CIDA	ジェンダーと保健人材(出版)	2005/6-2006/7	0.006	CAD	University Grants Commission		政策
CIDA	結核: DOTs, 都市、質管理	2005/6-2006/7	0.70	CAD	WHO	感染症	結核
CIDA	MCHサービス供給(政策ペーパー)	2005/6-2006/7	0.005	CAD	Population Council, MoHFW	感染症	政策
CIDA	HNPSPプール資金	2006/7-2010/11	5.00	CAD	MoHFW, WB, DPs	プール資金	プール資金
CIDA	ライフサイクルプロジェクト	2006/7-2010/11	15.00	CAD	NGOs, MoHFW	リプロダクティブヘルス・家族計画	リプロダクティブヘルス
CIDA	保健セクターガバナンス	2006/7-2010/11	15.00	CAD	MoHFW, WB, DPs	マネジメント	市民の声、調達、サーベイランス
CIDA	思春期リプロダクティブヘルス	2006/7-2010/11	5.00	CAD	Cdn./Bangladesh NGOs, MoHFW	リプロダクティブヘルス・家族計画	思春期リプロダクティブヘルス
CIDA	ジェンダー平等主流化	2005/6-2007/8	0.10	CAD	MoHFW, PLAGE	ジェンダー	ジェンダー平等主流化
CIDA	貧困者支援	2006/7-2010/11	3.60	CAD	BRAC, MoHFW		保健の気づき、最貧困者への基礎的サービス
DFID	ポリオ根絶	2002-2007	7.00	GBP	WHO	感染症	ポリオ
DFID	ICDDR'B	2001-2006	5.00	GBP	ICDDR'B	個別資金	コア資金供出
DFID	ICDDR'B	2004-2006	0.50	GBP	ICDDR'B	感染症	HIVオペレーション調査
DFID	HNPSP	2006-2010	100.00	GBP	WB, MoHFW	プール資金	
DFID	都市基礎保健(PHC)プロジェクトII	2005-2010	15.00	GBP	ADB, MoLG	PHC	都市の基礎的保健
DFID	HIV/AIDS 予防プロジェクト	2001-2007	4.45	GBP	WB, MoHFW	感染症	HIV予防
DFID	ICDDR'B	2006-2011	7.00	GBP	ICDDR'B	個別資金	コア資金供出
DFID	安全なお産と新生児保健	2006-2011	10.00	GBP	Planned with UN agencies, MoHFW	母性保健	MDG5の達成
DFID	HIV予防の質、カバー拡大	2006-2010	12.00	GBP	未定	感染症	HIV予防
DFID	貧困への挑戦	2007-2011	Not yet agreed	GBP	BRAC		最貧困層へコミュニティベースの支援
RNE	国家栄養プログラム	2000-2006	12.50	USD	WB	栄養	
RNE	NSP/HKI	2002-2006	2.64	USD	HKI	栄養	
RNE	ポリオ根絶	2002-2005	2.43	USD	WHO	感染症	ポリオ
RNE	ICDDR'B	2003-2006	4.00	USD	ICDDR'B	個別資金	コア資金供出
RNE	Acid Survivors Foundation	2004-2009	1.56	USD	ASF		Core funding
RNE	HNPSP	2006-2010	45.00	USD	WB	プール資金	
RNE	安全な中絶支援	2006-2010	3.00	USD	WHO	リプロダクティブヘルス・家族計画	(安全な中絶)
RNE	ICDDR'B	2007-2010	6.00	USD	ICDDR'B	個別資金	コア資金供出
RNE	男性の性保健	2006-2009	0.50	USD	Bandhu	リプロダクティブヘルス・家族計画	
RNE	安全なお産と新生児保健	2006-2011	12.50	USD	BRAC	母性保健	MDG5の達成
USAID	NGO サービス供給プログラム(NSDP)	2002-2007	10.01	USD	Pathfinder International	基礎的サービス供給(ESD)	NGOを通じた基礎的サービスパッケージ(ESP)の供給
USAID	家族保健リサーチプロジェクト(FHPR)	2002-2006	-	USD	ICDDR,B	PHC	調査研究
USAID	社会マーケティング(Social Marketing Company)	1997-2006	-	USD	Social Marketing Company		非営利団体を通じた家族計画、保健物品のソーシャルマーケティング
USAID	避妊具の調達		7.60	USD	USAID and GOB	リプロダクティブヘルス・家族計画	物品、薬品、注射など
USAID	パ国AIDSプログラム(BAP)	2006-2008	3.60	USD	Family Health International (FHI)	感染症	ハイリスクグループのHIV/AIDSリスク低減

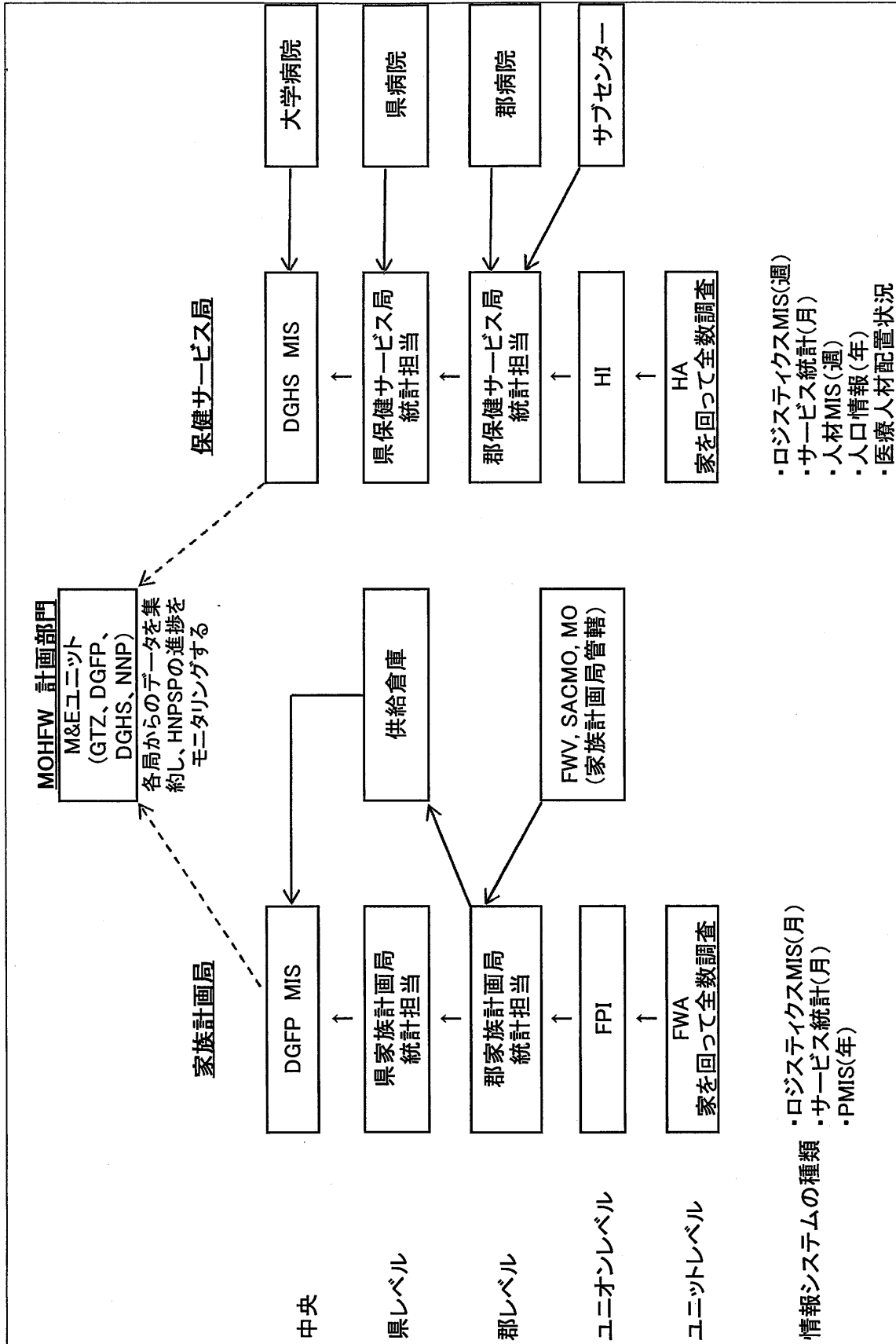
ドナー	プログラム名	時期	総予算 (100万)	通貨	パートナー機関	分野	内容
USAID	DELIVER	1997-2006	1.00	USD	John Snow Inc.	マネジメント	政府の調達、物流、マネジメント改善
USAID	保健コミュニケーションパートナーシップ (HCP)	Until 2007	-	USD	BCCP/CCP/JHU	リプロダクティブヘルス・家族計画	パイロット思春期リプロ保健サービスパッケージ
USAID	保健リサーチプログラム (HaRP)		-	USD	JIV/A/JHSB/JHU	マネジメント	調査研究
USAID	保健、緊急対応サポート	2004-2008	0.80	USD	WHO-EPI	HNPSP その他	ポリオ根絶、予防接種活動
USAID	MEASURE Evaluation, Phase II	2000-2006	0.50	USD	Carolina Population Center	マネジメント	人口ベースの国家社会開発計画調査
USAID	Child Survival and Health Grants Program	2005-2009	-	USD	CRWRC and CONCERN	小児保健	妊産婦死亡と新生児死亡の低減
USAID	MEASURE DHS+, Phase II	2003-2008	0.50	USD	ORC Macro International	マネジメント	BDHSへの技術的支援
USAID	安全なお産と新生児ケア /ACCESS	2006-2008	2.60	USD	JHPIEGO/Save the Children-USA	母性保健	母性、新生児保健の改善
USAID	リプロ保健へのアクセス、質と利用 (ACQUIRE)	2003-2008	1.68	USD	EngenderHealth	リプロダクティブヘルス・家族計画	永久、長期の避妊法増加支援
Japan	Safe Motherhood Promotion Project	2006-2010	4.08	USD	DGFP, DGHS, NGOs	Maternal Health	Maternal & Child Health
Japan	Communicable Diseases Control (EPI, Filariasis, TB)	2006	0.54	USD	DGHS, NGOs	Communicable Diseases	Procurement of drug, Lab Strengthening, Volunteer program (JOCV)
Japan	Strengthen Emergency Obstetric Care Services	2006-2009	1.50	USD	DGHS(Reproductive health)	Maternal Health	Repair/Maintenance of EOC equipment
Japan	Improved health for the Poor: Health, Nutrition and Population Research Project	2004-2007	6.70	USD	ICDDR,B, MOHFW		Child Health, Nutrition, New Vaccines Development, poverty and Health, STI/RTI, Infectious Diseases, Reproductive health, Safe Water
Japan	Sector Governance	2006-2007	0.16	USD	MOHFW, DPs, NGOs	Management	Coordination with MoHFW, DPs and private sector Health Sector reform support
Japan	Japan Debt Cancellation Fund (JDCF)	2005-2007	14.00	USD	GOB, MOHFW		EPI, TB, Safe Blood, Health Education, Reproductive health, CDC
Japan	Grass Roots Human Security Grant	2005-2006	0.80	USD	NGOs, Private institutions		Small-scale project assistance
Japan	EPI (Measles Control and neonatal tetanus elimination)	2005-2006	2.30	USD	UNICEF	Communicable Diseases	Procurement of vaccine and related goods, Communication
Japan	Training	2006	0.14	USD	MOHFW, GOB	Reproductive / Family Planning	Reproductive Health, Infectious Diseases Control, Management (8 courses)
AusAID	豪州開発奨学制度(ADS)	July 2004 - June 2006	0.688	Australian Dollar	ICDDR,B	保健人材開発	保健人材開発
AusAID	豪州開発奨学制度(ADS)	2004-2005	1.901	Australian Dollar	バ国市民(民間セクター)	保健人材開発	保健人材開発
AusAID	ICDDR'B Core Funding	1978-2007	9.524	Australian Dollar	ICDDR'B	個別資金	コア資金供出
AusAID	ICDDR,Bを通じた調査研究 男性薬物注射ユーザーコーホート調査 生産業女性のコンドーム使用 性感染症、HIVのパートナーへの通知 男性の性意識など	2001-2007	1.220	Australian Dollar	ICDDR'B	マネジメント	HIVオペレーション調査
AusAID	生産業女性のコンドーム使用 Understanding and overcoming barriers to condom use by sex workers in Bangladesh (2005-07)			Australian Dollar		Communicable Diseases	
AusAID	Evaluation of partner notification (PN) for STI/HIV among service providers (2006-07)			Australian Dollar		Communicable Diseases	
AusAID	A study on male sexuality and masculinity and MSM: implications for STI/HIV and sexual health interventions in Bangladesh (2001-04)			Australian Dollar		Communicable Diseases	
AusAID	Installation of Fluorescent Activated Cell Sorter (s) at the Centre (2001-03)			Australian Dollar		Communicable Diseases	
AusAID	CAPGAN Conference (2006)			Australian Dollar		Communicable Diseases	
AusAID	ドラッグ利用者のHIV感染予防 (SAARC各国)	Jan to Dec 2006	0.090	Australian Dollar	UNODC Regional Office - South Asia (UNODC-ROSA)	感染症	地域HIVプログラム
AusAID	Dissemination of SARAMP outcome (Arsenic and Water Quality Issues)	Dec 2005 to June 2007	0.045	Australian Dollar	WHO SEARO (estimated allocation for Bangladesh)		Water Quality & Arsenic

ドナー	プログラム名	時期	総予算 (100万)	通貨	パートナー機関	分野	内容
AusAID	World Bank – Water Sanitation Program South Asia	2005-2006	0.215	Australian Dollar	World Bank – Water Sanitation Program South Asia (WSP-SA) (estimated allocation for Bangladesh)		Water-Sanitation and systemic reform
AusAID	Regional Arsenic Mitigation Program	2001-2005	3.300	Australian Dollar	GHD Pty Ltd and Australian National University- ANU (estimated cost for Bangladesh)		Arsenic Mitigation
AusAID	豪州ボランティアプログラム	Sept.'05 – Sept.'06 (information as of July 6, 2006)	0.320	Australian Dollar		その他	技術移転
AusAID	豪州保健セクター開発奨学制度(ADS)	2006-2007	0.500	Australian Dollar		マネジメント	保健人材開発
AusAID	注射利用者のHIV・AIDS感染	2006-2007	0.192	Australian Dollar	UNAIDS-Regional Support Team – UNAIDS-RST (Bangkok)	感染症	地域HIVプログラム
AusAID	ドラッグ利用者のHIV感染予防(SAARC各国)	2006-2007	0.233	Australian Dollar	UNODC-ROSA	感染症	地域HIVプログラム
AusAID	World Bank – Water Sanitation Program South Asia	2006-2007	0.050	Australian Dollar	World Bank – Water Sanitation Program South Asia (estimated allocation for Bangladesh)		
SIDA	HNPSP	2005-2010	500	SEK	WB	プール資金	
SIDA	都市のPHCプロジェクト	2005-2011	40	SEK	Ministry of Local Government through ADB	HNPSP その他	
SIDA	国家(安全な中絶)プログラム	2004-2007	18	SEK	NGOs; RH STEP, BWHC and BAPSA	個別資金	
SIDA	CHT Health Initiative	2007-?	45	SEK	UN joint project(EC, RNE, Sida)	個別資金	

10. 保健家族福祉省の人材配置



11. MIS システム



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

バングラデシュ人民共和国（以下、「バングラデシュ」と記す）の保健状況について、東南・南アジア地域〔世界保健機関（WHO）：SEARO 及びパキスタン〕の各国との比較を以下に示す〔各データは WHO 統計情報システム（WHOSIS）より抜粋〕。

(1) 母子保健

新生児死亡率は 12 カ国中、パキスタン、ミャンマー、インドに次いで高く 9 位、乳幼児死亡率はパキスタン、ミャンマー、ブータン、インドに次いで高く 8 位、5 歳未満死亡率は、ミャンマー、パキスタン、インド、ブータンに次いで高く 8 位である。しかし 2000 年から 2006 年にかけての改善の割合は乳幼児死亡率で 14%減、5 歳未満死亡率で 23%減と順調に改善が進んでいる様子が見えてくる。妊産婦死亡率はネパールに次いで高く 11 位、小児保健の改善と比較して母性保護の遅れが現れている。

国名	新生児死亡率 (1,000出生当たり)	乳幼児死亡率 (1,000出生当たり)			5歳未満死亡率 (1,000出生当たり)			妊産婦死亡率 (100,000出生当たり)
	2004	1990	2000	2006	1990	2000	2006	2005
バングラデシュ	36	100	66	52	149	92	69	570
ブータン	30	107	77	63	166	100	70	440
北朝鮮	22	42	42	42	55	55	55	370
インド	39	82	66	57	115	89	76	450
インドネシア	17	60	36	26	91	48	34	420
モルジブ	24	78	43	26	111	54	30	120
ミャンマー	49	91	78	74	130	110	104	380
ネパール	32	99	64	46	142	86	59	830
スリランカ	8	26	16	11	32	19	13	58
タイ	9	26	11	7	31	13	8	110
東ティモール	29	133	85	47	177	107	55	380
パキスタン	53	100	85	78	130	108	97	320

出所：WHOSIS より抜粋

(2) 感染症

結核の発症率は、東ティモールに次いで高く 11 位、DOTS（直接監視下短期化学療法）下の結核発見率は東ティモール、パキスタン、インド、ネパールに次いで低く 8 位、DOTS 下の結核治療成功率は地域トップタイである。発症率の高さが発見率の低さにつながっていると思われるが、治療成功率は高く、DOTS の成果が高いことがうかがえる。WHO では、ミレニアム開発目標（MDGs）の目標として結核発見率 70%以上、治療成功率 85%以上を推奨しており、東南・南アジア地域では東ティモールを除き順調に推移している。

国名	結核発症率(人口100,000)			DOTS下の結核発見率			DOTS下の結核治療成功率		
	1990	2000	2006	1995	2000	2006	1995	2000	2006
バングラデシュ	621	499	391	6	24	65	71	83	91
ブータン	244	128	96	99	108	112	97	90	91
北朝鮮	431	368	180		25	97		91	89
インド	568	464	299	0	12	64	79	84	86
インドネシア	438	327	253	1	20	73	91	87	91
モルジブ	147	86	54	105	77	87	97	97	86
ミャンマー	411	289	169		49	109	66	82	85
ネパール	625	311	244		57	64		86	88
スリランカ	108	107	80	62	67	85	79	77	86
タイ	340	237	197		47	73		69	75
東チモール	1208	1111	789			33			82
パキスタン	428	416	263	1	3	50	70	74	83

出所：WHOSIS より抜粋

(※DOTS 下の結核発見率は、「喀痰陽性患者の報告数÷喀痰陽性患者の年間推計数」にて求められパーセントで表され、>100%は推計値より報告値が多かったことを意味する)

HIV/AIDS (ヒト免疫不全ウイルス/後天性免疫不全症候群) の発症率 (15 歳以上) は、12 カ国中、9 カ国のデータしかないが、タイを除き 1%未満と推計されており、バングラデシュもハイリスクグループ以外の一般市民への介入が必要な段階ではない。またアフリカ諸国と比較して、HIV/AIDS の負荷は現状では高くない。

国名	15歳以上のHIV/AIDSの 発症率(100,000当たり)
	2005
バングラデシュ	<100
ブータン	<100
インド	747
インドネシア	106
ミャンマー	982
ネパール	447
スリランカ	<100
タイ	1144
パキスタン	86

アフリカ:15歳以上のHIV/AIDSの発症率			
下位10ヶ国		上位10ヶ国	
アルジェリア	82	スワジランド	34,457
モーリシャス	437	ボツワナ	23,624
マダガスカル	451	レソト	22,684
モーリタニア	629	ジンバブエ	19,210
セネガル	837	ナミビア	17,676
ニジェール	998	南アフリカ	16,579
シエラレオネ	1,361	ザンビア	15,819
ギニア	1,475	モザンビーク	14,429
マリ	1,572	マラウイ	12,528
ベニン	1,635	中央アフリカ	9,990

出所：WHOSIS より抜粋

DPT3 (3 種混合ワクチン) 接種率は、1990 年はネパール、パキスタン、インドネシアに次いで低かったが、2000 年には北朝鮮、インド、ミャンマーよりも高くなり、2006 年では 12 カ国中 7 番目に高い。インド、インドネシア、ミャンマーの接種率が低下しつつある状況でバングラデシュは順調に増加している。

国名	1歳児のDPT3接種率		
	1990	2000	2006
バングラデシュ	69	83	88
ブータン	96	92	95
北朝鮮	98	56	89
インド	70	56	55
インドネシア	60	75	70
モルジブ	94	97	98
ミャンマー	88	82	82
ネパール	43	72	89
パキスタン	54	61	83
スリランカ	86	99	99
タイ	92	97	98
東ティモール			67

出所：WHOSIS より抜粋

ポリオによる小児まひは WHOSIS 上、バングラデシュでは報告されていない。しかしポリオは隣国のインド、ミャンマーからの輸入株による発生が国境地域で報告されており、現在も撲滅宣言ができない状況である。統計にも表れているとおり、インドやミャンマーでポリオが増加しつつある。

国名	小児麻痺件数	
	2001	2007
バングラデシュ	0	0
インド	268	756
インドネシア	0	0
ミャンマー	0	14
ネパール	0	2
パキスタン	119	31

出所：WHOSIS より抜粋

(3) 家族計画

出生率は、1990 年はパキスタン、モルディブ、ブータン、東ティモール、ネパールに次いで高く“4.4”、2006 年は東ティモール、パキスタン、ネパールに次いで高くインドと同じ“2.9”と低下しつつあるが依然高い水準にある。人口増加率は、1990 年はパキスタン、モルディブ、東ティモール、ネパールに次いで高く“2.3”、2006 年は東ティモールに次いで高く、ブータン、パキスタンと同じ“1.8”と出生率と同様低下しつつあるが、人口抑制策を実施している国としては依然高い水準にある。

国名	出生率			人口増加率(年)		
	1990	2000	2006	1990	2000	2006
バングラデシュ	4.4	3.3	2.9	2.3	1.9	1.8
ブータン	5.9	3.5	2.3	1	2.8	1.8
北朝鮮	2.4	2	1.9	1.5	0.9	0.4
インド	4	3.3	2.9	2.2	1.7	1.5
インドネシア	3.1	2.5	2.2	1.7	1.4	1.2
モルジブ	6.2	3.2	2.6	3.1	1.7	1.7
ミャンマー	3.4	2.4	2.1	1.6	1.1	0.9
ネパール	5.2	4	3.4	2.4	2.3	2
パキスタン	6.3	4.4	3.6	3.1	2.2	1.8
スリランカ	2.5	2.1	1.9	1.3	0.5	0.5
タイ	2.1	1.9	1.8	1.2	1	0.7
東ティモール	5.3	7.1	6.7	2.7	1.2	4.3

出所：WHOSIS より抜粋

(4) 保健医療サービス供給

看護・助産師の割合、医師の割合は国によりデータの年度が異なるため単純に比較はできないが、看護・助産師の場合、バングラデシュ、ブータンが“3”と最も低く、医師の場合ブータン、東ティモール、インドネシア、ネパールに次いで低い。通常は医師よりも看護・助産師の割合の方が高くなるが、バングラデシュは同じ、パキスタンは医師の割合の方が高い。どちらにしてもバングラデシュの看護・助産師並びに医師の割合は域内で低い部類に属する。

国名	看護・助産師の割合(人口10,000あたり)					医師の割合(人口10,000あたり)				
	2000	2003	2004	2005	2007	2000	2003	2004	2005	2007
バングラデシュ				3					3	
ブータン					3					<1
北朝鮮		41					33			
インド			13					6		
インドネシア		8					1			
モルジブ			27					9		
ミャンマー			10					4		
ネパール			5					2		
パキスタン				5					8	
スリランカ			17					6		
タイ	28					4				
東ティモール			22					1		

出所：WHOSIS より抜粋

保健医療サービスの差異は、数値が大きいほど差があることを表している。しかしデータは5カ国しかなく、年次が一致していない。それでもバングラデシュは都市と地方の差異、教育レベルによる差異、富裕レベルによる差異ともに大きいことがうかがえる。

国名	技術を備えた人員による出産介助の割合：都市/地方の差異				技術を備えた人員による出産介助の割合：教育レベルによる差異				技術を備えた人員による出産介助の割合：富裕レベルによる差異			
	1991	2003	2004	2006	1991	2003	2004	2006	1991	2003	2004	2006
バングラデシュ			3.3				6.5				11.6	
インド				2				3.5				4.6
インドネシア		1.4				2.6			2.3			
ネパール				2.8				4.7				12
パキスタン	5.2				5.7				12			

出所：WHOSIS より抜粋

13. 面談者リスト

(1) バングラデシュ側

1) 保健家族福祉省 (MOHFW)

a) 人材開発部門

Md. Ayubur Rahman Idnan, Mr.	Joint Secretary
Mafreha Sultaau, Ms.	Deputy Secretary
Md. Abdul Hakmin, Mr.	Deputy Chief
Khaled Shamsul Islam, Mr.	Senior Assistant Chief

b) 計画部門 (Planning Unit)

Md. Helal Uddin	Deputy Chief
Nazrul Islam Sarker Md, Mr.	Deputy Chief
Saifur Rahman, Mr.	Assistant Chief

c) モニタリング・評価部門 (M&E Unit)

Md. Badiuzzaman, Dr.	Core member (DGHS)
Md. Zalidul Islam, Dr.	Core member (DGFP)

d) 保健サービス局 (DGHS)

Md. Abul Faiz, Dr.	Directorate General
Tazul Islam Md, Dr.	Deputy Director (EPI & Surveillance) Program Manager (Child Health & Curative Care)
Saizuddin (Kabir) Md, Dr.	Program Manager (In-Service Training)
Moazzem Hossain, Prof. Dr.	Director (Disease Control) & Line Director (CDC)
Abul Kalam Azad, Prof. Dr.	Director (MIS)
Nazneen Anwar, Dr.	Deputy Program Manager (Research and Development)
Norul Islam Prodhan, Dr.	Additional Deputy Program Manager (School Health)
Md. Amanullah, Dr.	Medical Officer (School Health)
Md. Anowarul Islam Khan, Mr.	Chief, Bureau of Health Education, Line Director Health Education and Promotion
Md. Sazzadur Rahman, Mr.	Deputy Chief (Admin. & Training), Program Manager HEP

e) 家族計画局 (DGFP)

Gulnar Nazmun Nahar, Ms.	Director (MIS) & Line Director (MIS)
MD. Ashraf Ali, Dr.	Program Manager (CA&SS)
Abdulllah Al Monsur, Mr.	Line Director (HRM)
Jhlal Uddin Ahmed, Mr.	Deputy Program Manager (HRM)
Dipor Kumar Saha, Mr.	Deputy Program Manager (HRM)
Mir Sajedur Rahman, Mr.	Assistant Chief

Md. Motiur Rahman, Dr.	Director (Planning)
Muhammod Jasim Oddin Bhuiyan	FPO (Planning Unit)
Md. Mizamur Rahmou, Mr.	FPO (Planning Unit)
Sayma Reza, Ms.	FPO (Planning Unit)
Pijudh Ksnyi Dalta, Mr.	Research Officer (Planning)

2) বাংলাদেশি産婦人科協会 (OGSB)

Abdul Bayes Bhuiyan, Dr.	Project Director
--------------------------	------------------

3) 国立人口調査・研修機関 (NIPORT)

Nasimul Ghani, Dr.	Director General
Ahmed AL Sabir, Dr.	Director (Research)

4) 疫学疾患対策研究機関 (IEDCR)・国立インフルエンザセンター

Mahmudur Rahman, Dr.	Director
----------------------	----------

5) 公衆衛生栄養機関 (IPHN)

Mahmudur Rahman, Prof.	Director
A. M. M. Anisul Awwal, Dr.	Deputy Director

6) 国家結核対策プログラム (NTP)

Pravat Chandra Barua, Dr.	Director
Muksud Ahmud, Dr.	Senior Consultant

7) 国家結核対策プロジェクト (NTBCP)

Mohammad Emamul Haque, Dr.	Office-In-Charge
----------------------------	------------------

8) 国立胸部疾患機関・病院

Md. Jamshed H. Siddique, Dr.	Professor & Head, Dept of Pathology
Asif Mujtaba Mahmud, Dr.	Associate Professor, Respiratory Medicine

9) 国立結核レファレンス試験所

S. M. Mostafa Kamal, Dr.	Co-ordinator
--------------------------	--------------

10) 母子保健研修所 (MCHTI)

Md. Serajul Islam, Dr.	Superintendent
------------------------	----------------

11) 看護大学 (College of Nursing)

Azizun Nahar, Ms.	Principal
Selina Chowdhury, Ms.	Lecturer

- 12) ダッカ医科大学病院 (Dhaka Medical College Hospital : DMCH)
- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| Faruque Ahmed Khan, Dr. | Deputy Director |
| Md. Faizullahkha, Dr. | Assistant Director, DMCH |
| Shajibur Rahman, Dr. | Assistant Director, DMCH |
| Ahmedul Kizir, Dr. | Resident Physician |
| Musarrat Sulfan, Dr. | Resident Surgeon |
- 13) ダッカ看護大学
- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| Tahtun Nakar Siddizwa, Dr. | Medical Officer, Principal |
| Afrun Sultana, Dr. | Medical Officer |
- 14) ノルシンディ県 保健局
- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| Birendra Nath Siha, Dr. | Civil Surgeon, Narsingdi |
|-------------------------|--------------------------|
- 15) ノルシンディ県 ライプール郡
- | | |
|-------------------------|--|
| S.M. Alam, Mr. | Upazila Nirbahi Officer & Coordinator, UPIC |
| Rouseli Haq, Dr. | Upazila Health & Family Planning Officer (UHFPO) |
| S. M. Khairul Amin, Mr. | Upazila Family Planning Officer (UFPO) |
- 16) コミラ県 保健局 (Civil Surgeon Office)
- | | |
|-----------------------|------------------------|
| Zahangir Alam Dr. | District Civil Surgeon |
| Sugata Barua Md, Mr. | EPI Technician |
| Rafiqul Islam Md, Mr. | EPI Technician |
- 17) コミラ県 ボリプール郡 (Bolipule) ダウドカンディ病院 (UHC, Daudkandi)
- | | |
|---------------------------------|--|
| Abdur Rashid Moooah Md, Dr | Director |
| Jainal Abedin Chowdhury Md, Dr. | Chief Medical Officer |
| Jassin Akter, Ms. | Primary Health care Coordinator (WHO consultant) |
- 18) コミラ県 チャンディナ郡病院 (UHC, Chandina)
- | | |
|-----------------------|----------|
| Faziur Rahman Md, Dr. | Director |
|-----------------------|----------|
- 19) 山形ダッカ友好病院
- | | |
|--------------------------|----------|
| Md. Ekhlasur Rahman, Dr. | Director |
|--------------------------|----------|
- (2) ドナー・NGO・国際機関等
- 1) 国連人口基金 (UNFPA)
- | | |
|-------------------|--------------------------|
| Tahera Ahmad, Ms. | Assistant Representative |
|-------------------|--------------------------|

- 2) 国連児童基金 (UNICEF)
S. M. Asib Nasim, Dr. Health Manager, Health and Nutrition Section
- 3) ドイツ技術協力公社 (GTZ)
ABM Kamrul Ahsan, Mr. Technical Team Leader, M&E Unit, HNPSP
Atia Hossain Senior Adviser (Health Economics), HNPSP
- 4) ドイツ復興金融公庫 (KfW)
Dirk Gehl, Mr. Project Manager, KfW Office Dhaka
- 5) カナダ国際開発庁 (CIDA)
Momena Khatun, Dr. Health Advisor
- 6) 世界銀行 (World Bank)
Tania Dmytraczanko, Ms. Senior Health Economist
Lynn R. Brown, Ms. Food & Nutrition Policy Economist
Marilyn E. Lorenzo, Dr. Consultant (Professor, University of Philippines)
- 7) オーストラリア国際開発庁 (AusAID)
Jennifer Finch Senior Sector Manager, Health and Volunteer Program
- 8) スウェーデン国際開発協力庁 (Sida)
Syed Khaled Ahsan, Mr. Senior Programme Officer
- 9) バングラデシュ国際下痢性疾患研究センター (icddr, b)
Steve Luby, Dr. Head, Programme on Infections Diseases and Vaccine Science
- 10) CARE
Jahangir Hossain, Dr. Health Advisor
- 11) BRAC
Md. Akramul Islam, Dr. Program Coordinator, BRAC Health Program
- 12) BRAC DOTS センター (ダッカ医科大学病院内)
Sefali Baidya, Mr. Program Organizer
Selina Akter, Ms. Program Organizer
Sajeda, Ms. Lab Program Organizer

(3) 日本側

1) 在バングラデシュ日本国大使館

井上 正幸	特命全権大使
福田 米蔵	公 使
田村 政美	参事官
吉田 明美	一等書記官 経済協力・経済班

2) JICA バングラデシュ事務所

萱島 信子	所 長
長 英一郎	次 長
駒走 拓三	協力隊調整員
榛澤 完	フィールド調整員
Salma, Akter Ms.	Program Officer
南川 真理子	結核対策 短期専門家

3) 母性保護サービス強化プロジェクト

吉村 幸江	チーフアドバイザー
遠藤 亜貴子	地域保健
横井 健二	調整員
Tajul Islam Md, Dr.	Technical Advisor

4) 青年海外協力隊

永野 絵美	18年度3次隊 村落開発普及員 (ノルシンディ県、モノホルディ郡)
安部 礼子	19年度2次隊 看護師 (同県、ライプール郡)
岩崎 三佳	19年度2次隊 助産師 (同県、ポラシュ郡)
岩本 径恵	19年度3次隊 助産師 (同県、ショドール郡)
高長 美幸	18年度3次隊 感染症対策 (EPI) (プラモンバリア県)
住谷 美奈	18年度3次隊 感染症対策 (EPI) (コミラ県)
桑島 恵	19年度1次隊 感染症対策 (EPI) (フェニー県)
信田 真知子	19年度2次隊 感染症対策 (EPI) (チッタゴン県)
水谷 裕子	18年度3次隊 感染症対策 (EPI) (シレット県)
森岡 翠	18年度2次隊 感染症対策 (フィラリア) (ニルファマリ県)
井上 愛	18年度2次隊 感染症対策 (フィラリア) (ラルモニルハット県)
齋藤 深雪	18年度2次隊 感染症対策 (フィラリア) (ポンチョゴル県)

14. 収集資料リスト

番号	資料の名称	発行元/著者	発行年	原/複/形態
1	<i>Accelerating Progress towards Maternal and Neonatal Mortality and Morbidity Reduction</i>	UN Joint Project	2007年	Copy
2	2007 Annual report BRAC Health programme	BRAC	2007年	Book
3	<i>Annual Report July 2006 – June 2007 NGO Component</i>	NTP	2007年3月	Copy
4	A brief presentation on current HMIS of Nepal	Nepal MoHP	2008年7月	PPT
5	Accelerating actions to achieve millennium development goals 4 and 5 in Bangladesh, An Integrated package of Maternal, Neonatal and child survival (MNCS) Interventions	UNICEF	2007年12月	Copy
6	Action Plan for planning and Budgeting and Public Private Partnership	MOHFW	2008年	Copy
7	Annual Report July 2006-June 2007 Bangladesh Tuberculosis Control Programme: NGO Component	BRAC	2007年11月	Book
8	Application GAVI Alliance Health System Strengthening Applications	GAVI	2008年8月	Word
9	Bangladesh Demographic and Health Survey 2007	NIPORT, others	2007年12月	Copy
10	Bangladesh Health Workforce Strategy 2008 (Draft)	HRD, MOHFW	2008年8月	Copy
11	Bangladesh Interim Country Assistance Plan	DFID	2007年	Copy
12	Bangladesh in 2030 A DFID Horizon Scan	DFID	2007年	Copy
13	Briefing of NTRL, NIDCH	NTRL	2008年7月	PPT
14	Conceptual Model of Safe Motherhood Promotion Project	SMPP	記載なし	Copy
15	Data management & Information System (DMIS)	GTZ	2008年7月	PPT
16	Dhaka Medical College Hospital	Dhaka Medical College Hospital	1905年6月	Copy
17	Draft Roadmap for developing Bangladesh HRH Master Plan (2010-2040) 1	WB Consultant	2008年7月	PPT
18	Draft Roadmap for developing Bangladesh HRH Master Plan (2010-2040) 2	WB Consultant	2008年7月	PPT
19	Draft Roadmap for developing Bangladesh HRH Master Plan (2010-2040) 3	WB Consultant	2008年7月	PPT
20	<i>DSF Protocol Fourth Draft</i>	WHO	2007年	Copy
21	Executive Summary 1 (看護大学関連資料－現地事務所より入手)	出典記載なし	記載なし	Copy
22	Executive Summary 2 (看護大学関連資料－現地事務所より入手)	出典記載なし	記載なし	Copy
23	Findings of Mid-Term Evaluation for Safe Motherhood Promotion Project	SMPP 調査団	2008年7月	PPT

番号	資料の名称	発行元/著者	発行年	原/複/形態
24	GAVI HSS Projected Budget 2008	GAVI	2008年8月	Word
25	Governance, Management and Performance in Health and Education Facilities in Bangladesh (Draft)	FMRP	2007年1月	Copy
26	Health & Rights Working for Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR)	BAPSA	2008年1月	Leaflet
27	Health Human Resources Development Roadmap Matrix for Bangladesh (Draft for Discussion only)	HRD, MOHFW	2008年7月	Copy
28	Health Workforce in Bangladesh Who constitutes the healthcare system?	Bangladesh Health Watch	2008年5月	Book (Copy)
29	HNPSP Mid-term Review Final	HNPSP Independent Review Team	2008年7月	Text
30	<i>HNPSP Midterm Review Volume I</i>	HNPSP Independent Review Team	2008年3月	Copy
31	<i>HNPSP Midterm Review Volume II</i>	HNPSP Independent Review Team	2008年3月	Copy
32	<i>HNPSP Revised Program Implementation Plan</i>	MOHFW	2005年	Copy
33	<i>HNPSP Mid Term Review March - DRAFT AIDE MÉMOIRE</i>	HNPSP Independent Review Team	2008年4月	Copy
34	HR development/HRH Master plan, activities, timeline and budget (Draft)	HRD, MOHFW	2008年7月	Copy
35	HRH Master Plan Road Map Next Steps (For Discussion Only)	HRD, MOHFW	2008年7月	Copy
36	Human Resource Strategy for Health & Population Sector of Bangladesh (Draft)	HRD, MOHFW	2008年7月	copy
37	Improving Maternal, Neonatal and Child Survival	UNICEF, BRAC	2008年1月	Copy
38	Inception Report on Consultancy Services towards Formulation of Bangladesh HNPSP Monitoring and Evaluation Plan	JSI Bangladesh	2005年6月	Copy
39	Institute of Epidemiology, Disease Control and Research (IEDCR)	IEDCR	記載なし	Leaflet
40	IPM (Individual Performance management)	HRD, MOHFW	2008年7月	PPT
41	Issue Brief (UNFPA)	UNFPA	2005年3月	Copy
42	Learning from the first rollout phase of IPM	MOHFW	記載なし	Copy
43	List of Nursing College/Institutes including Private and their strength	記載なし	記載なし	Copy
44	List of Human Resources under Directorate of Nursing Services	DNS	記載なし	Copy
45	List of Nursing Institutes Under Directorate of Nursing Services	DNS	記載なし	Copy

番号	資料の名称	発行元／著者	発行年	原/複/形態
46	Management Information system (MIS) National Nutrition Program (NNP)	NNP, MOHFW	2008年7月	PPT
47	MNH Mapping: A Mapping of Maternal and Neonatal health Interventions in Bangladesh	Robin Martz, Consultant (for UNFPA)	2008年2月	PDF
48	Maternal & Child Health Training Institute Training Performance January to June 2008	MCHTI	2008年7月	Copy
49	<i>National Guideline and Operational Manual for Tuberculosis Control Third Edition</i>	NTP, DGHS, MOHFW	2005年	Copy
50	<i>National Strategy for Accelerated Poverty Reduction</i>	Planning Commission, GOB	2005年	Copy
51	National Tuberculosis Control Programme, Bangladesh <i>Joint Review 12-28 October 2007</i>	WHO	2007年10月	Book
52	Nursing Management Country Report / Job report (現地事務所より入手)	JICA バングラデ シュ事務所	記載なし	Copy
53	Operational Plan In-service training for July 2003 to June 2010 under HNPS	DGHS, TTU	2006年4月	Copy
54	Out migration of Health professionals from Bangladesh: Prospects of Diaspora Formation for Homeland Development	Center for Health Population and development, Independent University, Bangladesh	2007年2月	Copy
55	Overview NIPORT	NIPORT	2004年6月	Book
56	Overview of HMN Project in Bangladesh	HMN Consultant	2008年7月	PPT
57	Parallel Projects in HNPS	MOHFW, HNPS	2007年	Excel
58	Present situation of Nursing in Bangladesh (First Draft)	DNS, MOHFW	2007年6月	Copy
59	Program Implementation report for mid-term review (MTR)-2008 (Draft for Comment)	DGFP, MOHFW	2008年	Copy
60	<i>Project Information Document (PID) for HNPS</i>	World Bank	2005年	Copy
61	<i>Project Appraisal Document for HNPS</i>	World Bank	2005年	Copy
62	PRSP 1st Draft Policy Matrix	Planning Commission, GOB	2008年	PDF
63	PRSP 1st Draft Text	Planning Commission, GOB	2008年	PDF
64	<i>Quarterly Report First quarter 2007</i>	NTP, DGHS, MOHFW	2007年	Copy

番号	資料の名称	発行元/著者	発行年	原/複/形態
65	<i>Quarterly Report Third quarter 2007</i>	NTP, DGHS, MOHFW	2007年	Copy
66	Questions to the Bangladeshi government in Human Resource development in Nursing	JICA バングラデシュ事務所	2007年6月	Copy
67	Report on N/M Workforce	WHO	記載なし	Copy
68	Reporting Flow Chart of MIS-FP (LMIS)	DGFP, MOHFW	不明	Copy
69	Safe Motherhood Promotion Project (SMPP) Quarterly Progress Report April 2007 - June 2007	SMPP project	2007年	Copy
70	Safe Motherhood Promotion Project (SMPP)	MOHFW	2008年7月	PPT
71	School health Program in Bangladesh	DGHS, MOHFW	不明	Copy
72	Strategies and Operational Guidelines for Diseases Surveillance in Bangladesh	WHO	2004年6月	Copy
73	<i>Strengthening Health Systems to Improve Health outcome</i>	WHO	2007年	Copy
74	Summary of activities of the National Institute of Diseases of the Chest & Hospital (NIDC&H)	NIDC&H	2008年7月	PPT
75	Summary sheet of manpower at DGFP	DGFP, MOHFW	不明	Copy
76	Table 6.2 Action Plan for Planning and Budgeting and Public Private partnership (From the draft of RPIP 2008)	MOHFW	未定	Copy
77	Targets and achievements up to December 2007 of SMPP as per PDM	SMPP project	2007年	Copy
78	The Global Elimination of Lymphatic Filariasis 2007	DGHS, MOHFW	2007年4月	Book
79	The Global Fund, Grant Score Card (BRAC)	Global Fund	2008年	PDF
80	The Global Fund, Grant Score Card (GOB)	Global Fund	2008年	PDF
81	The management information System (MIS) Unit of DGFP	MIS, DGFP	2008年7月	PPT
82	The state of health in Bangladesh 2006	Health Watch	2007年12月	Book
83	The strategic Plan for TB Control 2006-2010	NTP, DGHS, WHO	2006年	book
84	The Suggestions to Improve RH/MNH in Bangladesh	OGSB	記載なし	Copy
85	Together Building the Future MIS	MIS, DGHS	2008年7月	PPT
86	Training Module Individual Performance Management	DGHS, MOHFW	記載なし	Copy
87	Training Achievement of In-service Training, DGHS	DGHS, MOHFW	2008年	Copy
88	Tuberculosis Control in Bangladesh Annual Report 2007	NTP, DGHS, WHO	2007年	book

番号	資料の名称	発行元/著者	発行年	原/複/形態
89	UNFPA Bangladesh Country Office Country Programme 2006-2010	UNFPA	2006年	PPT
90	UNFPA Bangladesh Towards better reproductive health and gender equity and equality	UNFPA	2005年7月	book
91	<i>UN Joint Initiative on Safe Motherhood</i>	UN Joint Initiative	2003年	Copy
92	USAID Bangladesh	USAID	2008年6月	Copy
93	<i>WHO Country Cooperation Strategy 2008-2013 Bangladesh</i>	WHO	2007年3	Copy
94	YEAR BOOK 2007	MIS, DGHS, MOHFW	2008年5月	Book
95	看護教育の拡大と質改善計画(無償候補案件)	大使館・ JICA バングラデ シュ事務所	2007年7月	Copy
96	調整員業務(中間)報告書(榛澤 完 FC)	JICA バングラデ シュ事務所	2008年4月	Copy
97	平成20年度要望調査 無償資金協力「看護教 育拡充・質改善計画」に対する考え方の整理 (案)	JICA バングラデ シュ事務所		Copy
98	「バングラデシュ保健セクター援助方針」現 地 ODA タスクフォース保健セクター 2006 年	ODA タスクフォ ース	2006年	Copy
99	バングラデシュ国リプロダクティブヘルス人 材開発プロジェクト終了時評価報告書	JICA	2004年	Copy
100	バングラデシュ人民共和国母性保護サービ ス強化プロジェクト事前評価調査報告書	JICA バングラデ シュ事務所	2005年	Copy
101	課題別指針 看護教育	JICA	2005年	Copy
102	特定テーマ評価「保健リファラルシステム」	JICA	2008年	Copy
103	パキスタン国保健管理情報システム整備計画 調査最終報告書 要約	システム科学コ ンサルタantz株 式会社	2007年	Copy
104	青年海外協力隊感染症対策(ポリオ/EPI)隊員 活動評価報告書	JICA バングラデ シュ事務所 保 健医療タスク	2007年	Copy
105	青年海外協力隊フィラリア対策隊員派遣につ いて	JICA バングラデ シュ事務所 保 健医療タスク	2008年	Copy
106	バ国感染症対策アドバイザー短期専門家派遣 業務完了報告書	JICA バングラデ シュ事務所 (南川専門家)	2008年	Copy
107	結核対策の概要	JICA バングラデ シュ事務所 (南川専門家)	2008年7月	Copy
108	貧困削減戦略書 (PRSP) とは — 「貧困削減に関する基礎研究」報告書から —	国際協力研究 Vol.17 No.2 (通巻34号)	2001年10月	Copy

15. 面談録

I. 保健家族福祉省 (MOHFW)	115
計画部門 (Planning Unit)	115
保健サービス局 DGHS (局長)	115
家族計画局 DGFP (局長、母子担当)	116
第2回 人材開発技術委員会 (MOHFW カンファレンスルーム)	117
第3回 人材開発技術委員会 (MOHFW カンファレンスルーム)	118
官房 人材開発	119
官房 人材開発2	120
DGHS (人材管理)	120
DGFP (人材管理)	121
MOHFW M&E ユニット1	122
MOHFW M&E ユニット2	123
DGHS MIS (Management Information System) 1	124
DGHS MIS (Management Information System) 2	125
DGFP MIS (Management Information System)	125
MOHFW 計画部門 (LLP)	126
DGHS (LLP)	126
DGFP (LLP)	127
DGHS EPI サーベイランスプログラム	128
DGHS インサービストレーニング (IST)	128
DGHS CDC (Communicable Diseases Control)	129
DGHS (病院担当)	130
DGHS Bureau of Health Education	131
DGHS School Health (EPI)	132
DGHS 公衆衛生栄養機関 (Institute of Public Health Nutrition : IPHN) 1	132
DGHS 公衆衛生栄養機関 (IPHN) 2	133
DGHS 疫学疾患対策研究機関 (IEDCR)・国立インフルエンザセンター	134
DGHS 国家結核プログラム	135
看護サービス局 (DNS)	136
バングラデシュ産婦人科協会 (OGSB)	137
II. 医療・教育機関	139
National TB Control Project (Chest Clinic)	139
国立結核レファレンス試験所 (モハカリ結核施設) & 胸部疾患病院 (NIDC&H)	139
母子保健研修所 (MCHTI)	140
看護大学 (College of Nursing)	141
BRAC DOTS センター (ダッカ医科大学病院内)	142
ダッカ医科大学病院	142

ダッカ看護大学	143
山形ダッカ友好病院	143
III. ドナー・NGO・国際機関関係	144
国連児童基金（UNICEF）	144
国連人口基金（UNFPA）	144
ドイツ技術協力公社（GTZ）・ドイツ復興金融公庫（KfW）	145
欧州委員会（EC）	146
米国国際開発庁（USAID）	147
カナダ国際開発庁（CIDA）	148
世界銀行	150
オーストラリア国際開発庁（AusAID）	150
スウェーデン国際開発協力庁（Sida）	152
Bangladesh International Centre for Diarrhoeal Disease Research (icddr, b)	153
BRAC	153
現地個人コンサルタント（人材関係）	156
世界銀行 短期コンサルタントー人材開発	156
IV. フィールド調査	158
ノルシンディ（SMPP 対象地域）	158
コミラ〔JOCV 感染症対策（EPI）活動県〕	159
V. 日本の関係機関	162
榛澤フィールド調整員からの聞き取り	162
JOCV（感染症隊員）	163

I. 保健家族福祉省 (MOHFW)

計画部門 (Planning Unit)

2008年7月21日 10:00～11:00

Nazrul Islam Sarker Md, Mr. Deputy Chief

Saifur Rahman, Mr. Assistant Chief

1. 計画部門 (Planning Unit) の役割

計画部門は保健・栄養・人口セクタープログラム (HNPSP) のプログラム実施プラン (PIP) に基づき各活動計画 (OP) の書類作成、モニタリング、フォローアップを行う。

2. PSO と MSA との関係

プログラム支援事務所 (PSO) は OP の作成、モニタリング、フォローアップなどの技術的支援を行う。運営支援エージェンシー (MSA) は NGO との契約や活動実施の準備を行う。

3. OP の作成、承認プロセス

OP の作成は各実施機関〔各 OP には Program Manager (PM) が任命されており、PM の下で作成する〕が行い、計画部門が内容を確認し、財務措置の方法を決定する。そして運営委員会 (Steering Committee) にて承認される。OP は毎年見直し、必要があれば改訂する (プロセスは前述のとおり)。

4. HNPSP の活動、リソース

世界銀行の Appraisal Document から抜粋した HNPSP のコンポーネントを基に各セグメントを実施しているドナー、リソースを確認した。ほとんどの活動はバングラデシュ政府が実施しており、そのリソースの大半は HNPSP のプール資金から拠出されている。

保健サービス局 DGHS (局長)

2008年7月21日 10:00～11:00

Md. Abul Faiz, Dr. Director General

Nazneen Anwar, Dr. Deputy Program Manager (Research and Development)

MD. Dhajedul Husain Deputy Program Manager (SWPM)

MD. Nazrul Islam, Dr. Director

Humayu Kaleeb, Dr. Research Officer, Planning Department

- ・ HNPSP の進捗に関して、毎月、省内でレビューしている。パフォーマンスが良いサブセクターとして、乳幼児死亡率、予防接種、結核、HIV/AIDS (ヒト免疫不全ウイルス/後天性免疫不全症候群) がある。課題があるサブセクターは新生児死亡率 (NMR)、妊産婦死亡率 (MMR) がある。NMR に関しては、トレーニングセンターでの活動を通じて小児疾病統合管理 (IMCI) の強化を行っている。MMR に関しては、死亡は地方で発生しておりコミュニティ熟練助産師 (C-SBA) を増やして安全なお産を増やすことを行っている。また施設分娩を 40% にしたい。
- ・ 緊急産科ケア (EmOC) に関して、訓練された人材がないことが課題。麻酔医のリクルートが重

要。

- ・感染症に加え非感染症疾患も課題となってきたが、これらに関しても人材のトレーニングが重要である。
- ・人材育成では看護技術の強化を行っており、看護学士（Bsc）コースを初めて設置した。（ナースのなり手がいないのではという質問に対して）看護師の社会的地位が低かったことが要因なので学士コースは重要。今後、修士や博士の看護師も増加させたい。
- ・保健マネジメントシステムに関して、郡レベルに PC を設置した。運用はこれから。
- ・保健サービスは原則、公的機関が提供すべき。特に民間、NGO は外来、簡易な疾患へのサービスが主なので、それ以外の入院、三次医療などは公的機関しか提供できない。
- ・官民連携に関して、NGO、民間との連携は重要である。現在、登録、認証システムがあるが（Division レベル）、措置に関する確認は行われていないし、責任者もいない。また医療者の学校も卒業者の質が十分かは分からない。
- ・県レベルのマネジメントの課題は、担当エリアが広いのでサービス提供が追い付かないこと。
- ・政府職員の「Stewardship」の強化が必要であり、日本がモデルをつくってくればそれをスケールアップして標準化したい。「Management」強化の方法としては職務内容を明確にして各職務に合ったスキルの向上を図るべきである。対象分野としては EmOC、救急医療などが考えられる。
- ・ローカルレベルプランニング（LLP）に関して、外部リソースを用いてパイロット中。県、郡レベルで運営委員会を設立し実施している。担当（PM）は Joint Chief of Planning である。この運営委員会にて NGO の監督をすることも検討中。
- ・2011 年以降のセクターワイドアプローチ（SWAPs）の議論は既に介しており、現在、コンセプトを検討中。懸念材料として、現在、選挙管理内閣であることから選挙の実施、結果による影響（次回は 3 年計画になるかもしれない）。
- ・人材の配属に関して、〔ヘルスアシスタント（HA）の代わりに〕 Medical Assistant のリクルートを実施中。
- ・学校保健に関して、現在、24 ヲ所に「School Clinic」があり、今後、拡大していきたい〔担当は Deputy Program Manager ESD（基礎的サービス提供）〕。
- ・日本の母性、新生児保健の経験を提供してほしい。特に県、郡レベルのマネジメント能力を強化してほしい。

家族計画局 DGFP（局長、母子担当）

2008 年 7 月 27 日 16:00～17:30

Parveen Haque Chowdhury, Dr. Line Director

Chowdhury, Dr. Deputy Director, MCH

MD. Ashraf Ali, Dr. Program Manager Child and Adolescent health: CA & Support System: SS

- ・母性保護サービス強化プロジェクト（SMPP）には 2 つの側面があり、1 つが「Awareness Building」でもう 1 つが「Community Involvement」である。女性がコミュニティの一員となり、妊産婦が適切なサポートを受けられるようになった。
- ・C-SBA が 51 人養成され、適切に包括的産科ケアセンター〔郡病院、母子福祉センター（MCWC）〕に妊産婦をリファーすることが可能となった。

- ・母子保健 (MCH) 分野での主なドナーの協力としては、国連人口基金 (UNFPA) が MCWC の EmOC のサポート (DGFP ライン) 並びに C-SBA の養成 (DGHS ライン) を支援している。国連児童基金 (UNICEF) は DGHS ラインの EmOC の支援を行っている。世界保健機関 (WHO) は 4 県で C-SBA の養成を支援している。しかし大半の活動はプール資金を元に実施されている。
- ・現在の MCH の問題として「調達」の遅延などがある (調達は Director of Logistics and Supply の担当)。
- ・SMPP の教訓である C-SBA の養成やコミュニティ支援システム (CmSS) は全国展開することが望ましい。2011 年の新しい SWAPs に載せることも可能と思う。
- ・2011 年からの新しいセクタープログラムの協議はまだ始まっていない。いつから開始されるかも不明。
- ・保健人材に関して、家族福祉アシスタント (FWA) のリクルートを開始した (5,000 の空席すべてに対して)。家族福祉訪問員 (FWV) のリクルートは現在、Ministry of Establishment との協議を含め進行中であり、6 ヶ月以内には開始できると思う (トータル 1 年間かかる)。
- ・FWV の養成機関は現在 12 あり、リクルートされた人員が 18 ヶ月間学び、FWV として赴任する。FWA はリクルート後、1 ヶ月間の訓練を受けて配属される。
- ・もともと人口 5,000 人に 1 人の割合で FWA の配置が決定されたが、現在、FWA1 人で 1~1.2 万人をカバーしており、定員が満たされても十分なサービスができない。
- ・現在、FWA が足りない地域は NGO 等がサービスを行っている。NGO は政府ではなくドナーから資金を得ており、MOHFW は政府の基準にのっとり審査し、許可を与えている。

第 2 回 人材開発技術委員会 (MOHFW カンファレンスルーム)

2008 年 7 月 28 日 10:30~12:00

WHO のコンサルタントから HRH (Human Resource for Health) マスタープラン (2010-2040) 作成に向けての方向性の案が提示された。これまで、アセスメントによる課題の抽出が行われ、その結果を踏まえてマスタープランを作成する。マスタープランは、WHO の枠組み (WHO Framework) に沿って準備期間 (2008-2009)、短期 (2010-2015)、中期 (2016-2025)、長期 (2026-2040) の計画を策定する。

フェーズ	内 容
準備期間 (2008-2009)	HRH マスタープランの準備 HNPSP 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留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)	マスタープラン実施の開始 人材システムの強化と確立 (Management Information System : 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)	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)	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

説明のあとの討論のなかで、①他の省庁との調整が必要、②栄養分野も保健の一環として考慮すべき、③どの職種が中心になってサービスを提供しているのか、そしてどの職種が深刻な人材不足なのか見極める必要がある、④継続可能なマスタープランを策定すべき、⑤ジェンダー、公平性なども含めた戦略や政策が必要、といった意見が述べられた。

また、郡レベルの運営管理能力の向上をめざして、6 県 53 郡の医療施設等に対して IPM (Individual Performance Monitoring) を実施し有効であったことが報告された。

第 3 回 人材開発技術委員会 (MOHFW カンファレンスルーム)

2008 年 7 月 30 日 15:30～17:00

世界銀行のコンサルタントから、現状分析 (SWOT 分析) の結果と保健人材マスタープランの実施の方向性について紹介され、その内容について議論された。

- ・ SWOT 分析の結果として、強みとしては、人材開発に対するリーダーやスタッフのコミット、HNPSP ファンドが利用可能であること、人材開発の必要性の認識が高いこと、既に問題解決のための動きがなされていること、HR 戦略ペーパーが既に作成・承認されていること、人材計画・管理の構造の仕組みの一部が既に設置されていること。弱みとしては、保健サービス提供者や管理者育成能力 (質・量ともに) が限られていること、仕事に対するインセンティブが限定的である、ポストと実際に必要な人材数との比率が適切でないこと。脅威としては、政府の支援は政府

系の医療機関のみであること、質の確保されていない医療従事者が大量に（138/人口1万人）いること、多くの重要な政策の策定と実施に時間がかかること、人事異動のため2～3年で担当者が代わること、特に女性の保健従事者はステータスやイメージが低いこと。好機としては、80%の人口へ保健サービスを提供する医療従事者の95%が公式に認められていない保健サービス提供者であること、世界的に人材開発に焦点が集まっていること、どの人材が保健サービスにおいて必要になるのか、若年層がなりたいたいと思う環境づくりの重要性などがあげられた。それに続き、前回の会議と同じ内容のアセスメントの結果、今後の進め方などについての説明があった。

- 保健人材マスタープランの枠組みや進め方については、事前に政府関係者とプールファンドの出資者の間で議論がなされ、決定されており、この委員会はその内容を共有・承認する場である。
- 保健人材育成に関しては、研修、人材計画、情報システムなども関与してくるが、これらもマスタープランに合わせて進捗・改善していく必要がある。また、その際には DGFP、DGHS の情報を統一して検討していくのが望ましい。
- 看護師の輸出については、他の省庁機関などからも話が出ていることではあるが、ドイツ技術協力公社（GTZ）などからはバングラデシュ自身の看護師が少ない状況で他国がバングラデシュの看護市場に手を出すべきではない、とコメントがあった。
- 保健人材を考える際には民間の保健サービス機関の状況や人材の質と量も考慮すべきである。政府は規則や戦略を策定して、民間機関を監督する体制を強化する必要がある。
- 医療人材が不足しているというなかで、教育機関を卒業したあと、雇用を待っている人材も大勢いるため、適切なポスト数の設定と採用が必要である。
- FWV 不足が問題としてあがっていたが、その一方で HA、FWA は全部で13万人ぐらいいて、1コミュニティに対して1人以上いる計算となる。患者がそれでも公的機関を利用せずに伝統医療の方に行ってしまうのは、サービスの質の問題もある。
- 看護サービス局は、助産師育成を検討中。既存の看護師については追加で6ヵ月の教育を行って助産師となれる。新規の看護教育の場合は2年の看護教育に加えて2年の助産師教育を行う計画。

官房 人材開発

2008年8月5日 11:00～12:00

Md. Ayubur Rahman Idran, Mr. Joint Secretary
Mafreha Sultaua, Ms. Deputy Secretary
Md. Abdul Hakmin, Mr. Deputy Chief
Khaled Shamsul Islam, Mr. Senior Assistant Chief

- 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 がコンサルタントによる技術協力を希望しているが、現時点では支援を表明しているドナーはいない。
- 今後のマスタープラン策定までの進め方や、ドナーに支援してほしい内容などについては決めていない。まずはマスタープラン策定までにかかる予算額の見積りが必要である。
- 現在ある予算（2万9,000米ドル）はWHOの支援によるものである。プールファンドの予算は、大蔵省の許可が必要であるが、これまで活動を実施していなかったため実績ベースの予算請求において予算を得るのは難しい。担当部局のイニシアティブとコミットメント、説得力のある予算計画

が必要である。プールファンドはなかなか予算が下りてこないで、バイのドナーからの直接支援がほしい。

- ・今年度の採用計画として、DGHS ラインでは 1 万 8,000 ポスト、DGFP ラインでは 4,500 ポストの採用を予定している。

官房 人材開発 2

2008 年 8 月 11 日 12:00～13:00

Khaled Shamsul Islam, Mr. Senior Assistant Chief

- ・人材開発マスタープラン（HRDM/P）作成のための分析は既の実施済みである。既にタイ、スリランカ、フィリピン、中国などを訪問し、各国の特徴、長所、短所などを調査してきた。
- ・今後、5～7 のサブコミッティで話し合いをし、業務実施要綱（TOR）を決め、リーダーを選出し、詳細活動を決めて予算をつけてゆく。
- ・バングラデシュはトップダウンの風潮が強いので郡レベルを強化する必要がある。また NGO の質管理を含めた包括的な HRD が必要。
- ・HRHMIS では、DGHS、DGFP、看護サービス局（DNS）それぞれの PMIS を活用して中央で統合することを検討している。HRD では PMIS の各人に ID をつけ、履歴（研修歴や異動歴など）の情報を追加したシステムが必要と考えている。
- ・HRDM/P の作成に日本の経験を生かしたい。そのためには日本人専門家から日本の経験を語ってもらうことが重要。私が語っても上層部には響かない。
- ・過去のドナー支援は、WHO が技術支援を含め 2 万 1,000 米ドル、世界銀行が技術協力（TA）のみ、オランダ政府は、以前はミーティングに参加していたが現在は参加していない。

DGHS（人材管理）

2008 年 7 月 27 日 9:00～11:00

Khaleda Begum Deputy Program Manager, Human Resources Management

- ・現在、HR 戦略 2007 を策定中である。この戦略は、MOHFW の承認と WHO の合意が必要であるが、現在のドラフトは、内容が大きすぎるとの理由で WHO が合意していない。
- ・もともと HNPSP の前段階の保健・人口セクタープログラム（HPSP）において、1994 年に人口保健プログラムを作成し、WHO のコンサルタントとして情報収集を行ったが、政権交代によりそのプログラムが途中終了した。その際には、民間医療機関を含めてかなり大がかりのデータ収集を行ったが、そのデータは活用されず、その後、人材に関する対策はほとんど行われなかった。
- ・ドナーのうち、人事関係を支援しているのは WHO のみで、コンサルタントとして HR 戦略 2007 の策定支援等を実施している。それ以外のドナーの支援はない。
- ・医療従事者のうち、医師、パラメデカル（臨床検査技師、薬剤師、放射線技術士など）、統計担当、MA（Medical Assistant：医療補助員）までの採用は中央の DGHS で実施し、HA の採用は県レベルで行っている。
- ・現在、MA を採用中である。3,136 のポストに対して 1,710 人の応募があり 1,670 人を採用、再度残りの 1,179 の採用をかけたところ、400 人の応募があり 325 人を採用したところである。募集は新

聞広告等に掲載し、掲載から採用まで約2ヵ月を要する。MAになるためには、中学を卒業したのち3年間、専門の養成機関で教育を受け、ディプロマを取る。MAの養成は4つの公立養成校で行われるほかに民間の養成校があるが、数は把握していない。

- ・通常、特に系統立った採用計画があるわけではなく、現場から人が足りないという不満の声が大きくなってきたら採用を行う。
- ・各医療従事者の必要数は病院の規模によって異なり、それらを基にポストが決定される。
- ・人材関連で重要な問題は、昇進である。MO (Medical Officer : 医師) は30年近く昇進していない。医師の場合、グレード1~6とそれ以下の階級で昇進を定めているが、全体の医師数1万8,000人に対し、グレード6が500人、グレード5が188人、グレード4が82人、グレード3が46人、グレード2が6人、グレード1は0である。DGHSはグレード2とのこと。このようなヒエラルキーのグレードとその定数を設定しているため、昇進が容易ではないとのこと。90%の医療従事者が昇進なしのままである。現在、委員会からポストを増やすよう、MOHFWにプロポーザルを提出している。
- ・各医療従事者の昇進については、医師、歯科医師はBMDC (Bangladesh Medical Council)、看護師は看護カウンシルが決定する。
- ・現在、パイロットで5ヵ所の県 (マニゴンチ、ガジプール、カグラチェリ、バンドルボン、パブナ) で個々のパフォーマンス管理トレーニングを実施している。これは、職階やレベルの違う従事者間でも対等に自分の意見を述べたりできる環境を整える一チームとして業務を行うための態度を学ぶ研修である。各郡レベルに1人のトレーナーを送って一緒に働きながら指導する。将来は全国展開したいと考えている。
- ・今後JICAの支援が得られるのであれば、昇進システム、インセンティブの計画、人事計画 (雇用、配置など) といったことがあげられる。

DGFP (人材管理)

2008年8月7日 9:30~10:30

MD. Ashraf Ali, Dr.	Program Manager (CA&SS)
Jhlal Uddin Ahmed, Mr.	Deputy Program Manager (HRM)
Dipor Kumar Saha, Mr.	Deputy Program Manager (HRM)

- ・DGFPのラインでは、5万2,000人のHealth workerが従事しており、7,000人が空席、4,000人を10月までに雇用 [FWA、FWV、ドライバー、薬剤師 (3年のディプロマ) など含む] する予定である。
- ・非医療部門はFP Inspector (FPI) が家族計画活動を監督し、医療部門では家族計画医師補助者 (SACMO) がFWA活動を監督する。
- ・郡レベルでは、郡家族計画局に局長 (UFPO) の下、局長補 (AUFPO、UFPA) と倉庫番が配置されている。
- ・家族計画やMCHに関連する医療サービスはMCWCのMOMCH (Medical Officer MCH) や家族福祉センター (FWC) のFWVが提供する。
- ・県レベルではDDFP (Deputy Director Family Planning)、ADFP (Assistant DFP)、ADCC (Assistant Director, Clinical Contraception) が配置されている。

- ・三次レベルは DGHS のラインで提供されている。
- ・人のリクルートに関して、常勤職員は中央（Ministry of Establishment : MOE、Ministry of Finance : MOF）の許可が必要で、許可ののち、実際のリクルートは、フィールド職員（FWA）であれば県の責任。
FWV : 定員 4,975、現状 4,434、541 が空席
FWA : 定員 2 万 3,500、現状 2 万 1,379、2,121 が空席
FWA : 当初、500 家族をカバーする予定であったが、現在、2,100 家族をカバー。
FWC に 2 名の FWV を配置することを計画しており、現在、アセスメント中。
FPI : 定員 4,500、現状 3,744、766 が空席
SACMO : 定員 2,500、現状 2,070、430 が空席（FWC にて職務するが FWC がいない場合もある）
- ・FWV は FP を、SACMO（Medical Assistant Training 3years : Diploma 取得）は MCH の臨床を担当する。
- ・FWV が昇進すると Senior FWV になるが、特にトレーニング等はない。
- ・今後 SBA 研修（6 ヶ月コース）を FWA 全員に受けさせる予定。研修後は Refreshment Training の実施を計画中。
- ・定員は過去の施設数と人員配置規定で計算したものであり、その後の施設の増加に合っていないため見直しが必要。
- ・採用数は空席数のうち、MOHFW から許可が出た数となる。FWV は採用したあと教育をするので、実際に FWV となるまでには 2 年ほどかかる。
- ・ドナー等からの支援は特に受けていない。

MOHFW M&E ユニット 1

2008 年 7 月 23 日 14:30～16:30

ABM Kamrul Ahsan, Mr.

GTZ Technical Team Leader, M&E Unit, HNPSP

- ・GTZ は、HNPSP の M&E を支援しており、現在は GTZ 並びに各 DG（総局）からの人員 4 人によるユニットを立ち上げて、HNPSP における M&E 機能を果たすとともに、2010 年ごろまでには各 DG 下にある MIS からあがってくる情報を集約し、政府の政策や計画策定に活用する MOHFW 直下の機関にすることをめざしている。HNPSP の中間レビューでは、すべての指標をモニターした。今後も、M&E で集約した情報を基に、HNPSP の進捗管理、計画、予算配分などを行っていく予定である。
- ・各 DG 下の MIS については、既に確立されたシステムがあるため、必要に応じて改良は行うが特に積極的に支援をする予定はない。ただし、既存の MIS には民間機関、NGOs に関連するデータは一切含まれていない。
- ・DGHS の MIS は、これまで機能していなかった。また、他のプログラムからの情報は、コピーが DGHS の管轄に送られてきたが、それが活用されていなかったため、今年 7 月に新しい情報システムを導入して今後トレーニングを実施していく予定である。
- ・DGFP については、サービスデリバリーに関する情報システム、ロジスティクス情報システム（LMIS）、PMIS の 3 種類の情報を収集している。FWA に対し、3 年分のレポート用紙の入った冊子を渡し、その用紙を基に手書きで情報収集したものを上にあげていく。FWA が不在の場合は、

近隣の FWA が代わりに情報収集を行う。

MOHFW M&E ユニット 2

2008 年 8 月 11 日 10:00～11:00

ABM Kamrul Ahsan, Mr. GTZ Technical Team Leader, M&E Unit, HNPSP

Nazrul Islam Sarker Md, Mr. Deputy Chief

Saifur Rahman, Mr. Assistant Chief

- M&E Unit は 3 年前から業務を開始した。主な業務は Planning Wing 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。
- 過去に他のドナー（世界銀行、UNICEF、カナダ国際開発庁：CIDA など）の支援により類似の機関がいくつかつくられたが、それらの機関と今回のユニットの違いは、これまでの機関は収集した情報を計画策定に活用するのみであったが、現行のユニットでは M&E の機能も有していることである。
- Planning cell は各部署（各ラインダイレクター）にあり、各活動計画（OP）の Monitoring Data は各部署がもっている。そのデータを収集するとともに APIR（Achieve Progress Implementation Report）の作成を依頼し、OP のモニタリングデータ以外のデータ収集も定期的に行っている。
- すべての活動はラインダイレクターの下に位置づけられている。各活動がどのようにリンクしているかを確認するためのワークショップ（WS）を実施した（先日、開催されたワークショップ）。
- M&E では、各プログラム経由で MIS に上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（MTR）や APIR を行うために必要となる情報を提供している。また、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。
- 2010 年から 2011 年の間に、各 MIS からのデータを統合できるシステムを確立する予定である。DGFP、DGHS、Planning Wing が参加して GTZ がサポートすることになると思う。
- HNPSP の進捗を活動計画レベルで測るのはアウトプットレベルの指標（アウトカムの Proxy データとして）となる。アウトカム指標は各活動との関連を明確にすることが困難なので無理。具体的なデータとしては、予防接種拡大計画（EPI）カバー率、ビタミン A カバー率、急性呼吸器感染症（ARI）発見率、妊産婦検診率など。
- （マラリアのデータが公表されていないことに関して）ラインダイレクターが適切な指標を設定すべき（流行地、13 県の指標として）
- 現在、DGHS では民間病院からポリオ（AFP）など 30 疾患のデータ収集を計画している。しかしどのようにするかは未定。
- MTR が結果フレームワークの指標を減らすように勧告されたことを受けて、減らしたがそれでも 30 の指標がある。様々なステークホルダーとデータソースがあるのでそれを整理して協議し、コンセンサスを得た。

1. MIS に関して

- DGFP では PMIS、LMIS（ロジスティック）（米国国際開発庁：USAID の支援で避妊具のみ）、SMIS（サービス供給）の MIS が稼働している。
- DGHS では物流情報は無い。
- 保健指標ネットワーク（HNM）は 1 年前に事務局をつくって活動を開始した。現時点ではアセスメントが終わったところで、今後報告書を準備して計画を立てていくことになる。

2. 調達、物流に関して

- DGFP では、ラインダイレクターPLSM（調達・物流・供給管理）の管理の下、中央倉庫、地域倉庫が設置されている。
- DGHS では、ラインダイレクターCMSD（中央医薬品倉庫）が仕切っている。
- 全政府の調達管理ユニットとして、中央調達技術ユニット（CPTU）があり、“Public Procurement Regulation 2003, ACT” に基づき管理する。
- DGHS のメンテナンスは国家電機医療機器ワークショップ（NEMEW）が担当。

3. サーベイに関して

- サーベイは計画ユニットの責任で国立人口調査・研修機関（NIPORT）等が実施する。
- 来年の APIR に向けて、今年度は、①ESD の利用状況、②医療施設の調査（数、サービスの質、効率性など。世界銀行が実施）、③MMR の調査（NIPORT）を計画している。

DGHS MIS (Management Information System) 1

2008 年 7 月 22 日 10:00～11:00

Abul Kalam Azad, Prof. Dr. Line Director, MIS, DGHS

- これまでの保健サービス局の情報システムは、コミュニティで働く HA が 1 月から 2 月にかけて自分の担当する全家庭を回って必要な情報を収集し、それを上位機関にあげ、上位機関がデータを集約して更に上にあげていくという方法をとっていた。これらのデータは国レベルまですべて手書きのフォーマットで報告され、DGHS の MIS 担当が入力する必要があったが、それ自体不可能であり、ほぼ使われずに放置されていた。
- 一方、HNPS (2003-2011) の中間レビューのなかでも情報システムの重要性が取り上げられている。PIR (Progress Implementation Report) 2008 のなかで問題として、①多種多様の報告様式、②不適切なタイミングでのプログラムデータの収集、③MIS の研修計画の欠如、④意思決定過程における情報の活用の欠如、等があげられている。
- そこで、2008 年 7 月から新しい HIS（健康情報システム）を導入した。このシステムは、すべての県・郡レベルにコンピュータを導入してネットワーク接続し、インターネットを使って情報を更新していくとのことである。また、各郡保健施設（UHC）には携帯電話を配布し、電話や電話を通したインターネットネットワークを通して情報を報告したり、コンサルテーションをする予定である。また、来年にはフィールドワーカーに携帯情報端末（PDA）を配布し、すべてをネットワークでつなぐという計画を立てている。
- 新しい MIS にて収集する情報は、人口データ（GR）、保健サービス情報（SS）、保健人材（HMIS）、

財政管理、ロジスティクス情報 (LMIS)、HNPSP 進展状況などである。

- これまでの情報システムは、公共医療機関しか含んでいなかったが、今後は民間医療機関にも広がっていく方針である。
- この計画予算は、プールファンドからの資金を活用して実施している。ドナー等の技術支援は入っていない。
- 経費については、コンピュータ投入分の初期投資はかかるが、実際の運営費は安くすることができると見積っている。
- DGHS で日本の支援が得られるのであれば、来年予定している HA 向けの PDA 購入を協力してほしい。

DGHS MIS (Management Information System) 2

2008 年 7 月 29 日 12:30～

Abul Kalam Azad, Prof. Dr. Line Director, MIS, DGHS

- HMN とは、DGHS 下の 19 のラインディレクター、DGFP、国家栄養プログラム (NNP) などの縦割りの情報システムや、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である。
- WHO の支援を元に、関係省庁、ドナー、その他ステークホルダーで委員会を設置し、それぞれ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。
- HMN の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提出し、承認されたら半額のファンドが出されるので、アセスメントを実施する。アセスメント実施後、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。
- DGHS の MIS としては、本来予定されていた今年度予算が 26 クロルタカから 15 クロルタカに減額、また、昨日世界銀行から連絡があって、プールファンドから入るはずの予算も下りないこととなった。今年度は郡レベルまでコンピュータを導入する予定であったが、購入資金が不足する見込みなので支援してほしいといった話があった。

DGFP MIS (Management Information System)

2008 年 7 月 22 日 11:30～12:30

Gulnar Nazmun Nahar, Ms. Director (MIS), Line Director (MIS), DGFP

- DGFP では、FWA 全員に情報システム用の冊子 (3 年分を 1 冊の冊子にしたもの。3 年に 1 回改訂する) を配布し、毎月報告をあげるシステムをとっている。
- 報告内容は、避妊具・避妊薬の配布状況の報告 (LMIS)、サービス提供に関する実施記録を毎月、DGFP 管轄の人材情報 (郡レベルのオフィサーまで)、人口データを年に 1 回の頻度で報告している。データの収集状況としては、FPI (ユニオンレベル) の監督下で FWA が自分の管轄する全戸 (600～1000 戸程度) を回る際に情報を記録し、それを FPI に報告、その後 FPI→UFPO→DDFP→MIS へと情報が報告される。
- 収集したデータは、避妊具・避妊薬の配布状況とサービス提供情報は月報として、人材情報は HMIS として年報を作成している。

- ・ 300 の郡家族計画事務所に、県以上はすべての機関にコンピュータが配布されており、統計担当者がデータの集約をしている。ただし、ネットワークで情報のやりとりをできるのは LMIS のみである。
- ・ HNPSP のオペレーションプランを基に、今後は UFPO すべてにコンピュータを導入し、コンピュータの使い方のトレーニングをする予定である。
- ・ 今後のドナーの支援としては、WHO から上記トレーニングの支援を受ける予定である。

MOHFW 計画部門 (LLP)

2008 年 8 月 11 日 9:30～10:30

Sajedul Hasan, Dr. Deputy Program Manager

Nazneen Anwar, Dr. Deputy Program Manager, Research and Development

- ・ DGHS や DGFP の LLP は地方に計画はつくらせるがそれだけで、実際に予算やお金が付くわけではない。トップダウンの制度であり、訓練はするが実践的ではない。
- ・ 本来の LLP は中央からお金が流れるのではなく、地方政府からお金が流れる仕組み (USAID からの説明を受けた?)。
- ・ Planning Wing では 2009 年から 6 県 15 郡で LLP のパイロットを実施する予定。計画局の考えている LLP は、DGHS や DGFP のそれとは異なり、ユニオンのコミュニティ・クリニック、FWC の運営・管理を NGO に委託する (2 年間) 予定である。これにより一次レベル (プライマリー・ヘルス・ケア : PHC) のサービスの独立採算 (Autonomy) をめざす。今後、うまく機能すればこの体制を広げていきたいと考えている。
- ・ センターの物品は基本的には NGO が揃える。ただし EPI や避妊具など国家プログラムで供給されるものは政府が供給する。既存のセンターの職員は政府職員のままでが給与は NGO が支払う。また必要があれば NGO が人員を雇用する。情報収集 (MIS のデータ収集) は今までどおりフォーマットにのっとして収集される。
- ・ 郡レベル以上の医療サービスについては、これまでどおり政府が所有し運営する。
- ・ DGHS、DGFP の LLP との関連づけや調整は行われていないようである。

DGHS (LLP)

2008 年 8 月 6 日 14:00～15:00

Sajedul Hasan, Dr. Deputy Program Manager

Nazneen Anwar, Dr. Deputy Program Manager, Research and Development

- ・ LLP は 2001 年、HPSP のときに開始された。しかし 2003 年の政権交代で方針が変更された。
- ・ LLP では県レベル、郡レベルでトレーニングを行い、各レベルの計画策定を支援している。既に全県に導入されたが、ここ 2 年間、資金がなくトレーニングは行っていない。
- ・ LLP は DGHS、DGFP、個別に行っている。
- ・ LLP の仕組みはまず、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に提出し、中央はそれに見合った物資やサービスの供給を行う。

- ・今年は 6 県 8 郡に対して実施する予定。
- ・各県、郡の予算はベッド数で決まっており（2 万 1,000 タカ）、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され（お金は送金されない）今後、患者負担分（県病院で取っている）は県で活用可能な形にできるよう、Ministry of Finance に申請、許可を待っている。

DGFP (LLP)

2008 年 8 月 7 日 14:00～15:30

Md. Matiur Rahman, Dr.	Director (Planning)
Muhammod Jasim Oddin Bhuiyan	FPO Planning Unit
Md. Mizamur Rahmou	FPO Planning Unit
Sayma Reza, Ms.	FPO Planning Unit
Pijudh Ksnyi Dalta, Mr.	Research Officer (Planning)

- ・2005 年から LLP の事業を開始、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。2010 年までには全県に導入したい意向である。ノルシンディ県には 2007 年に導入したとのことである。
- ・LLP の活動は、ボトムアップの活動である。特に上位機関の目標設定に基づいて郡の目標や活動計画を定めるのではなく、郡がそれぞれ独自に計画を立て、上位機関はそれを集約する。例えば目標が過大・過小であったり、予算額が前年度額と目標設定に比較して著しく異なる場合はフィードバックする。
- ・LLP の実施にはまず各郡が、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。各郡の計画を県が取りまとめ、DGFP の LLP に提出、各計画を 9 つのラインダイレクターに振り分けて予算配分等を依頼する。よって LLP が予算を決めるのではなく、予算はあくまでも個別プログラムが決める。
- ・LLP は、各郡 5 人の職員を集め各県で研修（オリエンテーション）を実施し、ツールキットの記入方法を指導、また LLP 実施のためのツールキットを開発、各県、郡に配布している。
- ・ツールキットには、郡の Profile、人材、MCH の指標、研修、物品の使用在庫情報、過去の予算の情報が過去 2 年分記入され、その傾向から本年度の目標、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 つの緊急課題を選び、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。
- ・DGHS も同様のツールキットを用いて実施している。
- ・モニタリングは MIS で収集されている情報（指標）で検証する。
- ・LLP の計画策定は 2 ヶ月ほどかかり、提出後中央で 3～4 ヶ月かけて検討し、次年度の予算執行前に各地方に発表する。
- ・UN Joint Program はこれから実施される。4 県にて実施する Maternal Neonatal Health のプログラムであり、そのなかに LLP も含まれているかもしれないが分からない。本プログラムは DGFP の MCH と DGHS の ESD に対する支援である。

DGHS EPI サーベイランスプログラム

2008年7月21日 14:00～15:00

Tazul Islam Md, Dr.

Deputy Director, EPI & Surveillance / Program Manager, Child Health & Curative Care

1. HNPSPにおけるEPIの位置づけ

OP「基礎的サービス供給 (ESD)」内の「小児保健」の1コンポーネント (全6コンポーネント) と位置づけられている。HNPSPには38のOPがあるが「基礎的サービス供給 (ESD)」がHNPSP予算の30～40%を占めており、「基礎的サービス供給 (ESD)」のうち70～75%が「小児保健」、更にそのうちの約60%がEPIに割り当てられている。

2. EPIの支援ドナー、リソース

まずHNPSPの40%はバングラデシュ政府の予算で賄われている。ポリオワクチンはプール資金から購入している。その他のワクチンの大半はワクチンと予防接種のための世界同盟 (GAVI) の支援 (計4,600万米ドル) である。GAVIは「ワクチン供給」「安全な注射」「情報・教育・コミュニケーション活動 (IEC)」を支援している。

トレーニングに関してはWHOやUNICEFからの支援があるが、費用の40%は政府が支出している。

ワクチン接種の実施は地方ではすべて政府機関 (保健サービス局) が実施している。都市部のワクチン接種の責任は地方政府にあるので、各地でNGOを雇用して実施している。

3. EPIのビジョン

Hib (Hインフルエンザb型) のワクチン接種拡大を計画。[Hibは小児肺炎や脳炎の主原因 (1/3) といわれている菌で、アジアにおける小児の主死因である。GAVIのHPより]。

4. 日本に期待する支援内容

青年海外協力隊 (JOCV) による支援は地域において感謝されている面もあるが技術支援としてはそれほど効果がない。

今後、ワクチンプラントを支援してほしい。現在、ワクチンはすべて輸入品なので高価である。国産で賄えれば予算を削減できる。

DGHS インサービストレーニング (IST)

2008年7月20日 11:30～12:00

Saizuddin (Kabir) Md, Dr.

In-Service Training, Program Manager

訪問目的: In-service Training 実施状況の確認

- DGHSのIn-Service Trainingでは、DGHS管轄の公共医療機関で働く医療従事者 (アドミを含む) に対する研修の計画、促進、関連省庁の許可の取得、調整、実施、モニタリング・監督・評価を行っている。研修計画は、WHO、JICA、UNFPA、UNICEFなどの予算支援を受けながら自分たちで策定している。

- 研修を実際にとり行うのは、Technical Training Unit と 5 つの関連機関（Institute of Child and Mother Health : ICMH、Institute of Public Health : IPH、College of Physicians and Surgeons : BCPS、疫学疾患対策研究機関 : IEDCR、National Institute of Preventive and Social Medicine : NIPSOM）並びに政府の監督下にある 5 つの研究機関（NKD、NICVD、NIT、NIO、NIMH）である。
- 研修の成果については、研修実施前後に試験を行い、その成績で評価する。成績を満たせば修了証が発行される。ただし、修了証を取っても昇進等に影響はない。
- 昇進は基本的には年功序列で行われる。昇進の手続きでは、コミッティ、保健セクレタリー、選択コミッティの 3 ヲ所の承認を得る必要があるため、時間がかかる。年功と過疎地勤務により昇進する。
- 研修に関する要望調査は 1995 年に実施されたあとは実施されていなかったが、昨年実施して現在印刷中である。
- DGHS の IST が研修を担当する医療従事者は以下のとおりである。

クラス	職 種
クラス I	医師 (Doctor) 家族計画担当 (Family Planning Officer) 保健教育担当 (Health Education Officer) 看護師長 (Nursing Superintendent) 統計担当 (Statistic Officer)
クラス II	管理担当 (Administrative Officer) 上級看護師 (Matron Nurse) 上級家族福祉登録担当 (Senior Family Welfare Registrar) 会計担当 (Accounts Officer)
クラス III	看護師 (Nurse) 医療技術者 (Medical Technologist) 家族福祉訪問者 (Family Welfare visitor) 統計アシスタント (Statistical Assistant) 事務支援スタッフ (Office Supporting Staff) 保健アシスタント (Health Assistant) 家族福祉アシスタント (Family Welfare Assistant)

DGHS CDC (Communicable Diseases Control)

2008 年 7 月 24 日 9:00~10:00

Moazzem Hossain, Prof. Dr. Director (Disease Control) & Line Director, CDC

- CDC は DGHS の下で主にプログラムに入っていない感染症関係（フィラリア、マラリア、Kala-azar : 内臓リーシュマニア症、デング病等）を扱っている。
- 組織としては、Director の下に 2 人の Deputy Director、2 人のプログラムマネジャーが配置され、その下にそれぞれ 3 人のアシスタントディレクター、副プログラムマネジャーが配置されている。
- 下位機関として、DGHS のラインの Division、District、Sub-district、Upazila と縦のラインとなり、

実際のサービス提供は HA (Health Assistant) が行っているが、HA のみではできないので地域のボランティアを活用しながら実施している。

- これまでの日本の協力として、JOCV (フィラリア隊員)、フィラリア病院の建設 (NGO が運営) 並びに 2005 年と 2006 年の 2 度にわたってフィラリア対策用医薬品 (DEC) 供与が実施された。
- 本年度は日本に対して、寄生虫予防の学校保健の調査研究支援、医薬品支援 (DEC、アルベンダゾール) の要請を提出し、現在マネジメント教育と臨床検査技師に対する研修のプロポーザルを作成中である。
- その他、日本に依頼したい事項としては、①フィラリア・内臓リーシュマニア症診断用の試薬、簡易検査キットの供与、②医師の高等教育 (修士、博士課程)、③専門家派遣 (長期、短期)、④マネジメント GIS (地理情報システム) 導入、⑤災害対策支援 (災害対策用車両を含む) などがある。
- 2002 年に債務削減相当資金 (JDCF) によりフィラリア病院を設立し、政府のファンドによって NGO により運営されているが、非常に好評である。将来、同様に内臓リーシュマニア症病院の新設、フィラリア病院の拡大を検討したい。
- 臨床検査技師はサブディストリクトレベルまで配置されている (郡のサブセンターには検査室が配備されている)。
- CDC 管轄の疾患のうち、マラリアについてはグローバルファンドからの資金で賄っている。その他重要な疾患としてはフィラリア、内臓リーシュマニア症、鳥インフルエンザやその他の新興感染症対策があげられる。
- 研修計画は、他の機関とは調整はせずに独自で作成する。研修の方法は、サブディストリクトレベルまでのスタッフに対する研修は中央でワークショップ形式にて実施、HA に対する研修は医薬品等の一斉投与前にユニオンレベルで実施している。
- 民間医療機関についての情報はなく、民間機関で提供している医療の質やサービスの内容、それに掛かる費用等は把握していない。
- 疾患数などの患者情報については、これまで HMIS が機能していなかったため、信頼できるデータがなかった。新しい MIS のディレクターが HMIS の立て直しを行う予定であるため、情報の精度については改善されると思われる。
- これまでの活動の実績等を確認できる資料の提示を求めたが、具体的な内容のものは提示されなかった。また、今年度の活動計画についても、予算が決まらないと何が出来るか分からないとのことで、具体的なものは提示されなかった。

DGHS (病院担当)

2008 年 7 月 29 日 11:30~12:30

Sajma Musa, Dr.	Deputy Program Manager, Training / Hospital & Clinics Line Director Improved Hospital Service Management
Fanida Akhta, Dr.	Deputy Director Hospital / Program Manager
Md. Momtez Uddin Bhuiyan, Dr.	Assistant Director WBPC
Yasmin Rahman, Dr.	Deputy Program Manager (Hospital) DGHS

- Women Friendly Hospital (UNICEF と政府のプログラム : JAGU) 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。プロトコールを作成し、病院の能力開発と地方行政の計画と実施能力の構築をめざしている。その後、承認のためのモデルを作成し、星の数で評価を行っている。現時点は評価を行っているところで、評価を行って合格すれば、**Women Friendly Hospital** と認められるが、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件、6郡）に拡大する予定である。
- 民間医療機関の認可も担当している。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。
- 現在の問題としては、①人材（量と質）、②予算、③医療従事者へのインセンティブ、④給与体系、⑤地方分権化の進捗遅延、⑥機材の維持管理がよくない、といった点があげられた。

DGHS Bureau of Health Education

2008年8月11日 11:00～11:45

Md. Anowarul Islam Khan, Mr. Chief, Bureau of Health Education

Md. Sazzadur Rahman, Mr. Deputy Chief (Admin. & Training)

- DGHS 管轄の保健教育・推進を担当する部署で、学校保健のほか、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、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教材作成、ソーシャルモビライゼーションなどを実施中である。
- HNPSPP では“School Health Education Program”を行っており既に小学校（Primary School）で教師が保健、衛生を教えるためのカリキュラムを開発している。これを普及していきたいがサポートが必要（財政、マンパワー）。
- 学校保健の責任〔事項、モニタリング、評価、監督（SV）〕は教育省にあり MOHFW は提言と調整（Suggestion & Coordination）を行う。既に教師指導用のカリキュラムは策定されており、教育省主体で教師に対する衛生教育を県レベルにて実施している（県レベルに教育機関がある）。ただし、研修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。
- 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、1人しかいないことが多い。HEP は県内の学校を回って保健衛生教育を行っているが、他の業務がありすべての学校を回ることはできない。HA も時々学校を訪問しているが、彼らも多数の仕事をもっている所以で現実的ではない。
- これまで WHO の支援で年に20～30回分のオリエンテーション（1日）を実施したが、十分ではない。

- ・ DGHS の ESD 担当のなかにも学校保健のプロジェクトを実施しているところはあるが、連携はしておらず、学校保健委員会でアドバイスをする程度である。ESD の学校保健の活動として、学校保健クリニックをつくっているのは知っているが、その医師も人員を予定どおり配置できない、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。
- ・ これまで JICA とは仕事をした経験はないが、日本からは見返り資金を活用して2年前に子ども用の教育機材などを購入した。JOCV の件はまだ聞いていない。予算が十分でないため、JICA から予算支援と教員指導の支援をしてもらいたい。

DGHS School Health (EPI)

2008年8月10日 14:00～15:00

Md. Amanullah, Dr. Medical Officer (School Health)

Norul Islam Prohdan, Dr. Additional Deputy Program Manager (School Health)

- ・ “School Health” は ESD のなかの小児保健の1コンポーネントに位置づけられている (ARI、IMCI、EPI と同列)。
- ・ 主な活動は “School Health Clinic” の運営、拡大と教師への保健教育である。
- ・ “School Health Clinic” は全国 19 県 23 カ所あり、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 Medical Officer と1人の薬剤師、1人の事務 (警備) が配置されている。Medical Officer はクリニックでの診療業務と、巡回保健教育 (各学校にて) を分担している。また年1回の健康診断も執り行う。クリニックでの診療はファーストエイドであり、重傷者はリファーされる。現在は都市部のみであり、今後は地方にも広めていきたい。
- ・ 教師への保健教育は、ジョソール県の全教師 618 人に実施された。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う。教師への研修は、2007年に開始し、2008年6月まで実施された。また、中央から各学校に人を派遣し、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。今後はコミラ県、ボグラ県に拡大する計画である。
- ・ これらの活動は教育省と共同で実施されている。DGHS と DG Education とで共同で学校教育に関する推薦状を提出した。また、教師への指導は、保健教育担当、郡保健・家族計画担当、MO、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。
- ・ これらの活動予算は、昨年度分が 3.75 ラクタカ、2008 年度分が 150 万タカである。
- ・ また学校保健を通じて 6 歳から 12 歳の生徒を対象に、5 月と 11 月の年に 2 回、ア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。
- ・ WHO (SEARO) の技術支援を得ている。

DGHS 公衆衛生栄養機関 (Institute of Public Health Nutrition : IPHN) 1

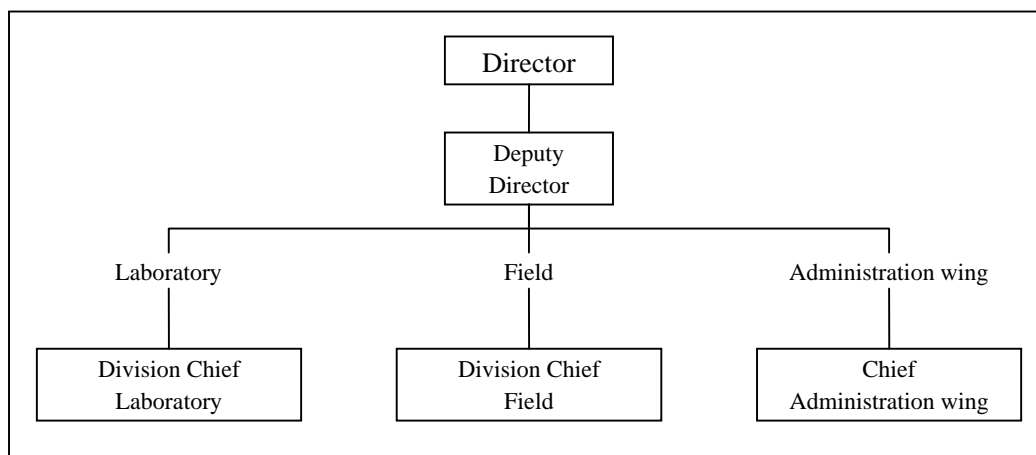
2008年8月11日 12:00～13:00

Fatima Parveen Chowdhury, Prof. Director

- ・ IPHN はバングラデシュの栄養政策の策定と技術支援、MOHFW の施設での栄養改善活動を実施し

ている機関で、NNP は IPHN の政策に基づいて、NGO 委託の下、コミュニティでの栄養改善活動を実施している。栄養には様々な分野、機関が関与することから栄養政策は MOHFW のみならず他省庁や民間セクターの動向も踏まえて検討される。将来的には栄養総局 (DG Nutrition) にしたいと考えている。IPHN は NNP の活動そのものや NGO との契約には関与していない。

- 主な活動は①栄養失調 (ビタミン A 不足) による失明対策支援、②貧血対策支援、③栄養不足 (総合たんぱく不足) 対策支援 (医療従事者への研修、パラレル資金による支援)、④母乳促進 (戦略、ガイドライン作成)、⑤粉ミルク (母乳代替品) の推進、⑥ヨード添加塩の促進 (UNICEF による支援) などであるが、最近⑦食糧安全保障 (Food Security) の調査を行っている。活動を類別すると、戦略・ガイドライン策定、研修、施設レベルでの微量栄養素の配布であり、食料の配布や末端での微量栄養素の配布など、直接的な栄養改善活動は行っていない。
- DGHS の機関であるが、活動には DGHS、DGFP 両者の機関や職員を活用している。
- IPHN の活動データは DGHS の MIS に集約される。NNP のデータは IPHN では把握していない (収集や集約に関与していない)。
- IPHN は 20 県に CNU (Child Nutrition Unit) を設置している。CNU は県保健局の監督下となるが IPHN の地方組織という位置づけであり、将来は全県に CNU を設置したいと考えている。
- バングラデシュでは乳幼児死亡率 (IMR) は低下したが、栄養失調は依然として大きな課題である。
- 以前世界食糧計画 (WFP) が食糧提供などの支援を実施していたが、現在はしていない。
- バングラデシュの「栄養師」養成はダッカ大学など 4 大学に専門課程があり、それらの教育修了者に対して IPHN が証明書を発行する。



IPHN 組織図

DGHS 公衆衛生栄養機関 (IPHN) 2

2008 年 7 月 27 日 11:15~12:15

A. M. M. Anisul Awwal, Dr. Deputy Director, Institute of Public Health Nutrition (IPHN), DGHS

- HNPSP は「Health」「Nutrition」「Population」の 3 セクターのプログラムであるが、予算の 65% が「Health」、30% が「Population (Family Planning)」で「Nutrition」の予算は 5% (170 億タカ) しかない。
- また「Nutrition」の予算の大半 (160 億タカ) は国家栄養プログラム「NNP」に使用され、IPHN には 8 億タカしか配分されていない。

- NNP の Administration は「栄養学」を知らない者で占められており、また活動は NGO が実施している。また IPHN の人事も 17 人の職員のうち「栄養学」を学んだものは 2 人のみである。
- IPHN と NNP の関係は、研修、技術支援などを時々行うのみである。
- ビタミン A の補給は、新生児に対してはカバー率 90% を超え、失明も 1.6% 以下になったが、妊産婦や母乳を与えている母親に対するビタミン A 補給は行われていないため、失明が 2.6% と高い。
- 多数の微量栄養素を 1 つの錠剤にして配布するパイロットプロジェクトを計画中。
- 近年、ミレニアム開発目標（MDGs）の指標は停滞している。その要因として物価の高騰がある。発育不全の子どもが 7.2% から 14.6% に増加した。また、バングラデシュの全人口の半分（7,200 万人）が栄養失調とみなされている。
- 「Nutrition」への支援として、国民栄養調査を 2 年に 1 度実施したいのでその資金を支援してほしい。

DGHS 疫学疾患対策研究機関（IEDCR）・国立インフルエンザセンター

2008 年 8 月 11 日 15:30～16:15

Mahmudur Rahman, Dr. Director

- EDCR は DGHS の調査機関かつ病院の機能も有しており、サーベイランス、サーベイなどの疫学調査のほか、研修、研究、臨床検査も行っている（PCR 検査なども実施）。また国立インフルエンザセンターでもある。
- IEDCR は、MIS のうち、各種疾患の罹患状況を把握するための MIS（DMIS）を担当している。これまでは、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、今後は郡のデータを県が集約し、県が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、基本データをフォーマットに従って収集している。
- 調査研究資金の大半は HNPSP より支給されている。その他 WHO や CDC（アトランタ）、IANPHI（国立公衆衛生機関国際連盟）などからの資金、UNICEF からの研修依頼などもある。日本からは過去 JDCF による支援があった。
- 研修の大半は In-Service 研修であるが臨床疫学に関しては Pre-Service 研修も実施している
- サーベイランスやサーベイの内容は以下のとおりである。

サーベイランス項目	報告頻度
センチネルサイト（8 ヲ所）	月
疾患	月
感染症疾患	年 2 回
HIV/AIDS	年
ニ パ	月
鳥インフルエンザ	週
日本脳炎	月

- ・鳥インフルエンザについては、12 の病院（各管区より公立、民間病院を各 1 選定）にてサーベイランスを実施しているほか、都市部の鶏を扱う市場でのサーベイランスをもうすぐ始める予定である。
- ・リーシュマニアについては、経口薬のフェーズⅣの治験がもうすぐ終了するほか、フェーズⅢの治験をもうすぐ開始する。
- ・HIV サーベイランスについては、血清学的サーベイランスをバングラデシュ国際下痢性疾患研究センター (icddr, b) と共同で実施予定。ハイリスクグループからの血液サンプルを直接集めて調べる。また、妊婦の HIV 感染状況を把握するため、全国で妊婦からの血液採取を実施している。
- ・その他、下痢、サルモネラなどの調査や主要な慢性疾患へ影響する行動要因の調査などを実施している。

DGHS 国家結核プログラム

第 1 回：2008 年 7 月 28 日 9:30～10:30

Paravat Chandra Barua, Dr. Director MBDC
 Nd. Inhaque Ali, Dr. Deputy Director MBDC
 MD. Abdul Awal Miah, Dr. Program Manager, NTP

- ・昨年、JDCF でデジタル X 線装置を 4 台購入した。現在、64 県すべての県病院に整備したいと考えている。
- ・結核研究所の石川先生の協力により教材やマニュアル等を作成した。現在全国に 700 の検査室（結核の）があり、8,000～1 万 1,000 人いる検査技師の技術向上、監督能力の向上を行いたいと考えている。
- ・国家結核プログラムにより、ケース発見率や直接監視下短期化学療法（DOTS）による完治率は上がったが、質に関しては疑問がある。現在、検査室の強化、多剤耐性結核のサーベイランスが重要と考えており、日本が支援してくれれば幸いである。

第 2 回：2008 年 7 月 31 日 14:30～15:30

Paravat Chandra Barua, Dr. Director MBDC
 MD. Abdul Awal Miah, Dr. Program Manager, NTP
 Erwion Coorema, Dr. Medical Officer (TB & Leprosy), WHO
 Vikarunnessa Begum, Dr. National Consultant, WHO

- ・[WHO のサポートに関して世界エイズ・結核・マラリア基金（GFATM）より「WHO の関与が大きすぎるのでフェーズアウトすべきである」と提言されたことに関して] WHO がフェーズアウトするのではなく、バングラデシュ政府がフェーズインすべきである。WHO の支援方針は“Co-Business”であり、WHO による支援は必要な結核対策に合わせた支援であり、それに合わせたバングラデシュ政府の関与が重要（Dr. Coorema）。
- ・National TB Control Project（NTBCP）でも、バングラデシュ側がもっとフェーズインすべきと考えており、現在の GFATM からの資金供与プロセスを変え、WHO に供与されたあとに NTBCP が要請し、活動を実施するのではなく、NTBCP に供与され、NTBCP が実施する事業を WHO がサポー

トする形態に変更したいと考えている。

- ・バングラデシュ政府がフェーズインするのは大変な挑戦である。そのためには様々な制約があり、その支援を JICA をお願いしたい。具体的には人材配置と育成、各地域のインフラ整備（アップグレード）である。
- ・NGO の監督（SV）に関して、郡レベルで保健局長、ユニオンレベルで TB（結核）クリニックの TB 医などが適宜行っており、サービスの質向上のサポートは必要であるが、SV に関して問題はない（本部の認識としてはそうであるが、レポートや他の聞き取り結果などからは、SV の課題は多くあげられている）。
- ・現在、「Research Institute of TB (RITB)」を設立中（250 床病院、研究、研修機関）。National TB research Center (NTRI) との違いは、NTRI は National Chest Diseases Hospital (NCDH) の傘下であり、Post Graduate 教育、学位を出す機関であるが、RITB はオンザジョブ・トレーニング（OJT）や短期コースの研修を行う機関である。
- ・USAID は今までもアセスメントへの協力があつたが、先日、都市部の結核対策に関して話し合いをもった。
- ・検査精度管理に関して、現在、外部精度検査（EQA）と培地（Culture）はリンクしていない。EQA は新規事業、培地は地域検査室が 1 つ稼働したばかりなのであまり負荷は変えられない。今後は統合を考えていきたい。

看護サービス局（DNS）

2008 年 7 月 27 日 14:00～15:00

Jahanara Begum Ms.	Director
Sufia Begeew Ms.	Assistant Director (Education)
Farida Khatm Ms.	Assistant Director (Administration)
Awal Hossaeen.	Coordinator

- ・現在、看護サービス局として、NHSP の枠組みのなかで取り組んでいるのは看護師の大学課程プログラムである。看護師をもっと増やすことを目的としており、カリキュラム作成に WHO の支援を受けるとともに、看護大学建設に日本の見返り資金を使用している。
- ・現在、看護師養成学校は公立機関が 48、民間機関が 19、看護大学は公立が 4 校、私立が 2 校である。看護師学校への入学条件を現行の 10 学年終了時から 12 学年終了時とし、ディプロマは 4 年から 3 年、大学は 4 年のカリキュラムとしている。カリキュラムは同一のものを使用している。
- ・公立の看護大学/学校は授業料が無料である。運営費は政府予算を使用している。
- ・公立の看護大学を新たに 5 校建設したが、そのうち 2 校は教職員が見つからないため開設していない。
- ・看護大学の教職員になるためのクライテリアは、大学卒業資格をもっていることとある程度の経験（Seniority）があることである。
- ・看護師の海外流出について、MOHFW の上層部（事務次官レベル）は看護師の輸出も考えている。
- ・看護師の給与は DGHS が支払っているが、採用は DNS が実施している。
- ・2015 年までの人員計画と 2040 年までの計画を現在、世界銀行、WHO と策定中である。まだ、議論を始めたところであるので、書面になっているものはない。

- ・現在のところ助産師という職種はないが、今後助産師を育成する計画がある。看護学校と共同で育成することを模索中。WHO が働きかけているようである。
- ・学校や医療施設も公的機関の方が質が高く、民間機関は問題が多い。
- ・看護サービス局も独自に人材管理のための PMIS を立ち上げた（紙ベース）。内容は、教育レベル、研修、配属、個人情報など。
- ・来年度以降に、4つの短期研修（メンタルヘルス、白血病、トラウマ、ICU）を計画している。
- ・看護師の必要数は、医療機関のサイズに合わせて算定している。病院の規模が 31 床で 9~10 人、50 床で 15 人、100 床で 30 人の看護師を配置することとなる。また、ユニオンレベルでは 1 人の医師と 2 人の看護師を配置する。
- ・日本の支援が得られるのであれば、修士・博士課程の設立に協力してほしい。

バングラデシュ産婦人科協会（OGSB）

2008 年 8 月 6 日 11:30~12:30

Abdul Bayes Bhuiyan, Dr. Project Director

OGSB は全国に 800 人の会員がいる産婦人科医の団体。産婦人科を含め保健政策に関する政策提言も行っている。1993 年の EmOC の実施、2003 年の地域産科ケア（COC）の実施などもその政策の骨子は OGSB が提言し、それを政府が承認して開始された。

1. C-SBA の研修

- ・41 県に研修施設を設置（27：UNFPA、3：WHO、11：イスラム開発銀行の支援）し、1 研修 18 人、年 2 回の研修を実施していることから、年間 1,476 人の C-SBA を輩出している。2015 年までに 1 万 3,500 人を育成する予定（研修は 2003 年より実施、これまで 3,500 人を育成）。
- ・（SMPP のモデル地域の）ライプーラにはチョーエリア（中洲）があること、政府の職員は高齢であることから、NGO へのトレーニングを依頼された。今後、NGO への研修も行ってきたい。

2. EmOC 研修

- ・産科医と麻酔医の研修であるが、研修そのものは OGSB が請け負っているわけではなく、委員の 1 人として参加。
- ・UNFPA と UNICEF が支援しており、現在 104 郡の UHC にて終了（産科医と麻酔医の研修終了）、来年度は 280UHC に拡大する予定。対象郡は、県病院や三次病院のない郡を選定した。
- ・280 の UCH のうち 130 は研修に加えて機材の導入と施設の改修を行う。
- ・研修は 14 の医科大学で実施されており、産科医、麻酔医各 10 人の定員で年 2 回実施されるので、年間、各 280 人研修可能（計 560 人）。

3. その他の活動

- ・看護師の教育に関して、現在の看護師は助産の実務に携わることが少なく、技術をあげていくことができないため、助産師を育成する必要がある。現在、WHO のサポートの下、コアグループで検討を行っている。案としては 3 年間の看護教育に加えて 1 年の助産師コースの設置、現在の助産看護師に 6 ヶ月の研修を行い、認定助産師とすることが検討されている。

- ・現在、助産師協会はない。看護協会は労働組合のようであり、専門家集団となるべきである。
- ・人材マスタープランに関して、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。

II. 医療・教育機関

National TB Control Project (Chest Clinic)

2008年7月31日 9:00～10:00

Md. Enamul Haque, Dr. Officer-in-Charge

- ・1963年に国家TB管理プロジェクトが開始された。ダッカには本院のほかにもう1つ「Chest Clinic」がある。地方には150床病院が2、100床病院及び75床病院が各1、20床病院が8ある。本院には4人の医師と2人の検査技師、1人の看護師が勤務している。本院の患者数は2万5,067人（2007年）で、うち結核患者は1万1,951人であった。
- ・結核病院は胸部疾患病院と名称を変更し、結核以外の胸部疾患も取り扱っている。
- ・ダッカには120のDOTSセンター、44の検査センター（南川専門家によると80以上）があり（NGOが運営）、本院での診断後、患者の自宅に近いDOTSセンターに紹介され、治療を行い、定期的に検査センターで病状を確認している。
- ・地方の結核治療は郡病院（UHC）に登録されたDOTSセンターにて治療を行っている。
- ・結核患者の情報は、各患者のIDへの記載、治療カード、紹介フォームなどに記載され、患者、本院、DOTSセンター、検査センターが情報共有できるようになっている。
- ・本院は研修施設でもあり、昨年結核検査の研修を70回、187人に対して実施した。
- ・現在の結核対策の課題として①DOTSの質：監督が適時、適正に行われていない、そのための研修が必要、②多剤耐性結核対策：地方レベルで危険性をもっと認識する必要がある、③“気づき”の必要性：結核患者の30%は政府職員、ホームレス等への対策の必要性、がある。

国立結核レファレンス試験所（モハカリ結核施設）&胸部疾患病院（NIDC&H）

2008年7月31日 11:00～12:00

S. M. Mostafa Kamal, Dr. Co-ordinator

NIDC&Hは国で唯一の三次機関のレファレンス病院である。人材は、医師100人、看護師255人、事務スタッフが101人、その他スタッフが225人である。活動の中心は、患者ケア〔診断、外来、救急、DOTSセンター、国立喘息センター、入院（685、+75の予定）〕、教育及び調査などを実施している。治療については、結核（多剤耐性結核も含む）の入院病棟もある。診断サービスとして、喀痰検査、喀痰培養、レントゲン、CTスキャン、気管支造影法、循環機能検査、肺活量測定などが行われている。喀痰検査の実施数は2004年のDOTSセンター導入後に顕著に増加し、2007年は約6万検体を検査、そのうち約8.6%の2,897件が陽性であった。教育として、結核・胸部疾患のディプロマ（DTCD）、MD（胸部疾患）、MS（胸部外科の修士コース）、研修、オリエンテーション・短期研修、喘息オリエンテーションコースなどを実施している。

日本に支援してほしいこととして、診断・医療機器、視聴覚機材、ICUトレーニング、肺疾患リハビリテーション、看護ケアの技術支援、看護ケアを除く前述の項目の機材供与などがあげられた。

国立結核レファレンス検査室は、2007年6月から始まった結核プログラム用の検査室ネットワークの中央検査室である。検査室の技術人材は、顕微鏡使用者2人、臨床検査技師5人、臨床検査補佐3人である。ケース2（過去に治療経験のある症例）に喀痰検査と喀痰培養を行い、どの医薬品に耐性

があるかを判断して治療に生かす。品質保証、医療廃棄物処理、生物安全性などの観点からも対応をしている。困難な点としては、人材の数と異動、ロジスティクス体制などがあげられた。また、将来は、既存の機能を強化するとともに、活動の拡大（補完的な生化学検査の実施、自動結核菌培養、DOTS プラスパイロットプロジェクト、他のレファレンスラボの監督と訓練による支援、EQA 支援、オペレーショナルリサーチなど）を行っていく予定である。

日本に支援してほしいこととしては、運搬用車両、研修、新規の機材購入、研究支援、動物舎の設置などがあげられた。

ドナーの支援としては、WHO の技術支援が入っているほか、バンコクの研究機関とネットワークをつくり、研修や連携を行っている。

母子保健研修所 (MCHTI)

2008 年 7 月 30 日 9:10~11:00

Md. Serajul Islam, Dr. Superintendent

1. JICA との関係

SMPP の OFFICE が上の階にあったが移動したのでそれ以降は関係が薄れた。ここで JICA がトレーニングをするなら地方とのリンクがあるが、それ以外では地方とのリンクはない。

2. 主な機能

- ・産婦人科
- ・小児科
- ・麻酔科
- ・トレーニング

患者数は年々、増加している

3. 機材の供与

日本から。一部は動いていない。

4. 財 源

患者負担、6 タカ (1 人)、ベッドは差額ベッドがある。60%は free ベッド、40%はペイベッド (ペイベッドの場合、薬があれば無料だが、ない場合、外で買ってくるのでその分負担)。手術は、free ベッドは無料、ペイベッドは有料。収入は一度、国庫に入り、MCHTI の運営費は政府より支給される。貧困者の費用は、Social Welfare Department が一部を支払う。

5. 病床利用率

産婦人科：100%以上

小児病棟：ペイベッドは空いていることもある。

6. トレーニング部門

研修者は全国から来る。国 (DGHS や DGFP) がセレクションして研修の対象者を決める。政府

研修の場合、MCHTIはトレーニングをするのみで、企画や募集、フォローはここでは行わない。研修部門はオーバーワーキング：時々研修をキャンセルすることも。

フォローアップ、モニタリングのためのメカニズムがあり、トレーニングの効果を確認している。研修参加者の費用は政府が負担。公的機関のみならず、NGO、民間からも参加する者もいる（民間は費用負担するが、それはMHCTIにではなく、政府に払う）。

NGOからの依頼は、話し合いながらモジュールを決める。講師は、MCHTIの医師が多いが、外部からも呼ぶ。

7. どのような支援が必要か？

- ・インプラント（避妊）のFP（家族計画）のトレーニングが必要
- ・研修者の宿泊施設

8. その他

- ・研修参加者はトレーニング後、そこにとどまらなければならないという規則はない。
- ・HRDプロジェクト時、IMCH、卒後研修技術研修室（TTU）、ICMH、NIPORTと協力していた（現在は特に関係はない）。IMCHはベストの病院。研修も行っている（国際研修コースも実施している）オートノマス病院。
- ・他の協力：UNICEF、WHO、UNFPAから間接的にサポートを受けている（プール資金を通じて）。
- ・昔、NIPORTのドミトリーを借りていたが今は借りていない（ドミトリーは日本が支援して建てた）。
- ・人材不足に関して、もっと保健人材を輩出すべき（でも我々の仕事ではない）。看護師の非就職率が高い。政府の看護師のポストが少ない。

看護大学（College of Nursing）

2008年7月31日 13:30～14:30

Azizun Nahar, Ms. Principal

Selina Chowdhury, Ms. Lecturer

- ・当学校は看護サービス局の管轄で、看護学校終了後、3年以上の実務経験を積んだ人に対して2年間の看護師学士課程を行い、卒業すればダッカ大学の看護学士又は公衆衛生学士が取得できる。学位を取得したあとは、もとの医療機関に戻ることにしている。学士取得は昇進に必須である。
- ・教員は、学長1人の下に10人の講師、4人の教師がいる。定員は120人+海外からの学生枠5人となっているが、今年度は87人である。学費は無料。
- ・以前、1980年代にコミュニティ看護師と教師不足のため、看護教育コース、管理コース、コミュニティ保健看護コースのディプロマコースを行っていたが、現在は実施していない。
- ・教師不足で学校が開けない施設があると聞いたところ、教師になれる人材はいるがポストがないとのこと。いったん学校を開いたあと、ポストは増えないが学生が増えてうまく機能しなくなる。
- ・カリキュラムについてはダッカ大学に提出し、承認を得る。2～3年前にWHO支援の下、バングラデシュ政府が修士課程設立に向けてフィージビリティ調査を実施したが、博士号（Ph. D.）をもっている人材がいなかったため設置できないと判断された。現在、政府はタイのPh. D.コースに2人、

マスターコースに 30 人送っており、その生徒が戻ってきてからマスターコースの設立を再検討する予定である。

- ・過去に英国国際開発省（DfID）から財政支援とカリキュラム作成の支援が入っていた。
- ・日本に期待することとして、学校の教育教材、図書館の整備強化などがあげられた。
- ・学校の中を見学した印象としては、建物自体はしっかりしており、維持・管理等をしっかり行えば問題なく使用できる。ただし、図書館や機材等については、高等教育を行うには書物や機材が古いといった問題も見られる。

BRAC DOTS センター（ダッカ医科大学病院内）

2008 年 8 月 2 日 10:30～11:30

Sefali Baidya, Mr.	Program Organizer
Selina Akter, Ms.	Program Organizer
Sajeda, Ms.	Lab Program Organizer

- ・BRAC は全国で 288 カ所の DOTS センターを運営しており、うち 8 カ所がダッカ市内にある。BRAC 以外の DOTS センターを含めるとダッカ市内には約 120 の DOTS センターがある。病院内に検査室もあり、そこで喀痰検査を行っている。
- ・本センターでのケース発見数は 4 半期で 500 件（年間 2,000 件）程度だが、DOTS 治療者は年間 30 人程度である。ダッカ医科大学は三次医療施設なので全国から人が集まるので、DOTS は患者の居住地の DOTS センターで行う。そのための紹介フォームがある。
- ・EQA は月に 5 検体、BRAC の EQA センターに送っている。

ダッカ医科大学病院

2008 年 8 月 2 日 11:30～12:30

Faruque Ahmed Khan, Dr.	Deputy Director
Md. Faizullahkha, Dr.	Assistant Director, DMCH
Shajibur Rahman, Dr.	Assistant Director, DMCH
Ahmedul Kizir, Dr.	Resident Physician
Musarrat Sulfan, Dr.	Resident Surgeon

- ・1940 年建設を開始し、1947 年に完成、当初は 600 床であったが現在は 1,700 床である。
- ・年間約 4,000 件の通常分娩、3,000 件の帝王切開が行われている。
- ・EmOC のトレーニングコースを OGSB と実施しており、1 年間のコースに毎年各 20 人（産科医、麻酔医）が参加。本研修は WHO と UNFPA がサポートしており、研修を受けた UHC の医師は 2 年以上、派遣元で働く必要がある。
- ・上記、EmOC 研修は（12 ある医科大学のうち）8 医科大学で実施されている。ダッカ医科大学には 17 の県から参加者が来ている。

ダッカ看護大学

2008年8月2日 11:30～12:30

Tahtun Nakar Siddizwa, Dr. Medical Officer, Principal

Afrun Sultana, Dr. Medical Officer

- ・本年より Diploma コースから B. Sc. (理学士) コースに変更した。しかし 180 人 (1 学年) の定員が 100 人に削減された。
- ・入学試験は 3 看護大学合同で行い、200 人の定員 (ダッカ看護大学以外は定員 50 人) に対して 300 人程度の受験者があった。

山形ダッカ友好病院

2008年8月7日 16:00～17:00

Md. Ekhlalur Rahman, Dr. Director

- ・民間病院に勤める医師の協会 (Private Doctor Association) はあるが、あまり機能していない。
- ・バングラデシュの医療の問題は、民間や政府ということではなく、政府病院で働いている医師が民間病院で働いているが、その際の患者負担額がそのまま医師の収入になること。そのため例えば公的施設で十分に治療が受けられなかった患者が、その治療をした医師の民間診療所で治療を受け、その後また公的施設に来た場合、他の医師はその患者を診ない (既に 1 人の医師が治療しているのでお金を取れない?)。民間病院では患者数に応じて収入が決まってしまうため、例えば公立の患者を自分の民間病院に送ったりする。民間病院も給与制にすれば、患者の取り合いなどにはならない。
- ・民間病院の質は悪くない。現に政府の役人は公的病院にはかからない。みな民間病院で治療を受けている。
- ・民間病院で働く医師の 95% は公的機関の医師であるため、民間機関の方が公的機関に比べて質が低いというのはおかしい。政府は表面的なことしかとらえておらず、実態を把握していない。
- ・実際、医療サービスの 70% は民間が提供している。
- ・公的施設では長時間待たされ (整形外科で 1 週間待たされた患者が結局治療を受けられず、ギブスのみで本病院に来たとのこと)、院内感染率も高い。
- ・地方では医師がいない、医師は地方に行きたがらないので村医師や薬局で治療を受ける人が多い。
- ・理想としてはダッカに三次病院をつくり、そこで処置後地方に返す (逆紹介) するようにし、地方で抜糸や経過措置が可能な診療所をつくる。そして医師はその三次病院と地方診療所で交互に働くようにする (研修を兼ねて)。給料を同じにすれば可能。

Ⅲ. ドナー・NGO・国際機関関係

国連児童基金（UNICEF）

2008年7月23日 9:00～10:00

S. M. Asib Nasim, Dr. Health Manager, Health and Nutrition Section

1. UNICEF の HNPSP における活動

- ① BRAC パートナーシップ：4 県で実施中。来年以降、追加で 6 県に拡大予定。
- ② 母子サービス（全国 191 施設）
- ③ UN joint Project-Local level planning：現在 4 県→来年以降、追加で 16 県に拡大
- ④ Prevention of Parent to Child Transmission（PPTCT）
- ⑤ 緊急産科ケア：44 県（医学部や看護大学を活用して看護師を対象とした 6 ヶ月の緊急産科ケアの研修を実施）
- ⑥ CmSS：6 県
- ⑦ Women Friendly Hospital Initiative：4 件の県病院と 7 件のサブ県病院についてアセスメントを実施。適合した医療機関はなし

2. HNPSP の枠組みのなかで日本に期待すること

- ・資機材支援
- ・能力開発
- ・研修・人材育成、サービス提供の支援（母子保健研修所：MCHTI）

3. これまでの活動で学んだこと、留意点等

既存の FWC のうち 90% はきちんと機能していない。MOHFW はコミュニティ・クリニックを活性化しようとしている。人材は数の問題ではなく配置の問題である。貧困者層にターゲットを絞り、チャールなどにもリソースが投入されるよう、NGO 等を活用していく必要がある。NGO 活用の計画はあるが、まだ開始されていない。CmSS のようなコミュニティレベルの活動もスケールアップされるべきである。政府、NGO、開発パートナー、民間医療機関など、様々なステークホルダーが存在するため、その調整が必要である。

国連人口基金（UNFPA）

2008年7月23日 11:30～12:30

Tahera Ahmad, Ms. Assistant Representative

1. HNPSP の枠組みにおける活動の現状

- ① UN Joint program：4 県で実施中。
- ② UPHCP (Urban Primary Health Care Project)- II
- ③ リプロダクティブ・ヘルス（RH）能力強化：
ダッカ医科大学、9 ヶ所の県病院の医師、麻酔医、看護師に対して瘻孔修復の研修等を実施。
また、DGFP 管轄では、EOC（Essential Obstetric Care）研修、機材供与等を 64 ヶ所の MCWC に

対して行うとともに、FWV の助産師研修を行った。

- ④ C-SBA のトレーニング：FWA、女性の HA に対して 9 ヶ月の研修を実施して C-SBA を養成。毎年 1,000 人、これまで 3,000 人を育成。UNFPA が OGSB に依頼して、看護大、Family Welfare Visitors Training Institute (FWVTI)、MCWC、県病院などで実施する。また、監督者として FWV に対し、2 週間の研修を行う (DGHS と共同)。
- ⑤ 需要サイドファイナンス (DSF)
- ⑥ 避妊具・避妊薬調達
- ⑦ MCWC 強化：乳ガン、子宮頸ガンの研修を 40MCWC にて実施中。

2. HNPSP において日本に期待すること

技術支援、研修、能力開発、第三国研修、修士課程や博士課程などの高等教育の設立、施設や機関の強化、政策・戦略策定支援、運営管理能力などの支援など。

3. これまでの活動で学んだこと、留意点 等

- ・ MCWC のサービスの質は総じて良いが、人材の異動が多い。郡レベルについてはよく分からない。ノルシンディの MCWC は他と比較して平均的である。MCWC での 24 時間サービス提供は医師が 2~3 人必要となるが、政府の政策で医師の配置数は 2 人、実態としてはそれだけの人員は配置できていない。
- ・ 人材については、郡レベル以下で働く医療従事者のレベルが低いため、強化が必要である。人材開発、昇進システムなどが整っていないため、人材を確保したり質を向上させることが難しい。
- ・ 高等教育の教育者がいない。
- ・ HIS については、DGHS、DGFP 共に脆弱である。報告が適切にあがらずに活用できていない。

ドイツ技術協力公社 (GTZ) ・ ドイツ復興金融公庫 (KfW)

2008 年 7 月 24 日 11:30~12:30

ABM Kamrul Ahsan, Mr.	GTZ Technical Team Leader, M&E Unit, HNPSP
Atia Hossain	GTZ Senior Adviser (Health Economics), HNPSP
Dirk Gehl, Mr.	Project Manager, KfW Office Dhaka

- ・ 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。
- ・ HNPSP は 2010 年までの計画だが資金供与は 2011 年まで延長可能
- ・ JICA が関心をもっている 4 分野のうち、母子保健、感染症対策、HMIS については他のドナーが参画しており、ドナー間の調整が必要となる。

1. M&E (HMIS)

- ・ GTZ の M&E 技術協力は、2006 年より本格的に活動を開始して約 1.5 年が経過した。目的としては、DGHS、DGFP、NNP からあがってくる情報を集約・分析・モニタリング・活用するための機関の設立である。それぞれ現行の MIS が存在するため、あえてそれに何か支援を行うわけではなく、問題があれば対策を講ずるというスタンスである。2010 年までは、HNPSP のオペレー

ショナルプランの実施状況をモニタリングして予算分配に活用し、2010年にはMOHFW下で機能する機関とする計画である。現行のシステムではデータ収集とデータ分析にギャップがあり、MOHFWの意思決定に十分活用されていない。

- ・避妊具避妊薬のロジスティクスについては、デリバリーとジョンスノー社（JSI）が支援しているが、うまくいっていない。
- ・M&Eに関連する部分（HMISも含む）については、研修、ロジスティクス部分もGTZがやるので、JICAの支援の可能性としてはM&Eの運営費（スタッフコストなど）などとなり、システム開発などに追加の資金は現在のところ必要ない。

2. 人材

- ・医師、看護師、臨床検査技師の比率が適切ではない。人員不足の要因として、モチベーションを維持できない、キャリア向上（昇進等も含めて）の手段がない、へき地へは行きたくない、といったことがあげられる。医療従事者のなかには伝統医療従事者もいるが、これらの統合とサービスの質の確保や継続的なトレーニングの実施が重要になる。人材配置、医療施設のインフラ、教育、昇進システム、人員不足、サービスの質、公共機関と民間医療機関の協調などが課題としてあげられる。公共機関と民間医療機関の協調はHNPSPにおいて実施される予定である。GTZでは研修は実施できるが職員の給与補填はできない。

3. 感染症

- ・GTZは地方政府を通じてHIV/AIDSの支援をしているが、非常に小さいプログラムである（2007年で終了）。
- ・HIV/AIDSについては、政府の実施能力が非常に弱いため、Save the ChildrenなどのNGOが活動をしている。ドナーは主に予防を中心に、またリスクグループを中心に活動している。避妊具避妊薬の不足等の問題がある。世界銀行とDfIDの財政支援の下でUNICEFとNGOが活動しているが、2008年以降はプールファンドを利用している。
- ・結核はうまくいっている。
- ・マラリアはGFATMからの予算がある。グローバルファンドの膨大な予算を吸収できるか不安がある。
- ・可能性としては、鳥インフルエンザなどの新興感染症などがある。

4. その他

- ・日本のプールファンドへの拠出を強く求められた。
- ・考えられる分野としては、医薬品登録制度の策定、大気汚染、慢性疾患、輸血などがあげられる。その他、インフラ整備、インフラ維持、調達など。

欧州委員会（EC）

2008年7月28日 11:30～12:30

Peter Herzig Mr.

Health Advisor

- ・ECの支援は「the European Consensus on Development」に基づき実施されている。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。バングラデシュ事務所の職員数は 68 人（うち 28 人が EU スタッフ）、保健分野は 1 人の EU スタッフと、1 人のバングラデシュスタッフで担当。

- 支援は資金の拠出のみで国連機関や 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。本年は世界銀行の取引に関する監査を行った。
- 支援プロセスとしては、EU メンバングラデシュや相手国、国際機関と協議し、5 年計画を策定し、それに沿って実施する。
- 母性新生児保健に関しては、地方分権化やバウチャー方式など、サービス供給者のインセンティブを上げる必要がある。
- 人的資源に関しては保健・人口セクタープログラム（HPSP）からの課題であるが、HNPSP においても解決できないのが現状。
- 人的資源の解決は保健セクターで考えるのではなく、労働市場全体で考える必要がある。Public Sector Reform の必要性に関して各ドナーは話し合うことができていない。また民間セクターとの関連を考慮した検討が必要。
- ファイナンスも同様に民間セクターとの関連を考慮する必要がある。さらに消費者が価格や質を監督、チェックできる仕組みが必要である。

米国国際開発庁（USAID）

2008 年 7 月 28 日 13:00～14:30

Lois E. Bradshaw, Dr. P.H. Acting Office Director, Population, Health and Nutrition

Kanta Jamil, PhD. Program Coordinator for Research

Krishnapada Chakraborty, Mr. Project Management Specialist

Sukumar Sarker, Dr. MBBS, MPH Project Management Specialist

- USAID はバングラデシュで 30 年以上の支援実績がある。現在は①「Smile Sun Franchise Program」、②「Social Marketing Company」を行っている。保健セクター（PHN Sector）の職員は 9 人（うち 3 人が US スタッフ）。
- 「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 20 万（資料では 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 HIV/AIDS や TB に関する支援も行っている。
- USAID は 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。
- ほとんどの支援は NGO を通じて保健システムの強化を支援している。HNPSP で埋まらないギャップに対して支援を行っている。特に地方では政府のサービスがないので NGO を通じてサービス供給を支援している。
- HIV/AIDS ではハイリスクグループへの支援（啓発、物品の供給）をしている。結核では都市での DOTS の拡大、結核と AIDS の併発患者への支援をしている。現在「TB Prevalence Surveillance」を

実施しており、2009年には公表できる予定。TBに関しては多剤耐性、薬剤耐性への協力も強化している。

- M&E に関してはバングラデシュ人口保健統計 (BDHS) の実施を支援 (資金並びに技術) している。技術支援は NIPORT に対して、また現地の研究機関に分析の依頼なども行っている。現在、MMR の調査を計画中。
- 今後の支援分野として、行動変容コミュニケーション (BCC)、長期避妊法の普及、物品の物流、HNPSP の戦略的策定支援などが考えられる (これらにギャップがあると感じている)。
- 政府のサービス供給システムは大変貧弱なので、NGO と契約して実行させる方が望ましい。
- NGO のモニタリングは、各 NGO に統一のレポートフォームを提出させ、集計している。また独立した団体が評価を行っている。
- 長期的に考えれば MDGs の達成、維持にはバングラデシュの保健システムリフォームが重要であるが、広範にわたる。また政府のコミットメントがなければ進められない。
- MIS に関しては、政府が現行の問題に気づいていない点が問題である。HPSP の時代にも統合を図ったがうまくいかなかった。また Training Information System を開発して使用していたが、現在は使用されていないようだ。政府はとても保守的 (Defensive) なので現行のシステムに問題があってもそれに対して批判はしない。
- MIS はシステムをつくることの議論はあるが、どのように活用するかという議論はない。
- 民間の医療機関に対する承認システムはあるが機能していない。システムがあっても運用ができていないのがバングラデシュの保健システムの現状。
- 政策や戦略を作成してもそれを解釈して、法規や規則、ガイドラインにすることができない。政権交代により政策や戦略が 180 度変更されてしまうため。
- 今後、強化が必要な分野としては、MMR 低下のための方策と栄養関連。

カナダ国際開発庁 (CIDA)

2008 年 8 月 3 日 10:30~11:30

Momena Khatun, Dr.

Health Advisor

CIDA の本事務所は Program Support Office (PSO) であり、High Commission (HC) は大使館にある (戦略は HC で担当し、活動は PSO で実施している。HC の担当はカナダ人、PSO の保健担当はバングラデシュ人のようである)。

1. 支援に関して

- icddr, b の Core Fund への拠出 (1,200 万カナダドル)。またリサーチ費用も拠出。
- Acid Survival Foundation へのサポート (100 万カナダドル)
- HNPSP、プール資金に拠出 (500 万カナダドル)。次回の SWAPs には拠出額を増大させたいと考えている。また中間評価への支援も行った。
- 国連機関への支援: Health Commodity (UNICEF と UNFPA へ医薬品や避妊具の供与)、DSF (UNFPA)
- Plan International との共同で、「思春期リプロプロジェクト」を南部 7 県の 1~3 郡で実施 (7 パートナー、ローカル NGO とともに実施)。

2. CIDA 戦略：1998 年に戦略サマリーを設定

① 小児保健、母子保健、感染症（HIV/AIDS）、制度開発（保健システム）

また、横断視点として

- ・ジェンダー平等（Gender Equality）
- ・環境の持続性（Environmental Sustainability）

現在改訂を検討中だが、基本路線は変更しない。

② HNPSP のプール資金供出時の追加戦略として

- ・調達（Procurement）：CMSD の強化（中期的な戦略）
- ・プール資金（Pooled Financing）：バングラデシュ政府（GOB）のキャパシティ・ビルディング（Capacity Development of GOB）
- ・市民の声（Citizen Voice）

3. 戦略に関して

- ・現在「Health Commodity」への支援を中心に行っているが、HNPSP ではプール資金で調達すべきなので今後は控える予定である。
- ・中間評価の結果に関して、HNPSP の進捗が遅いという印象をもっている。特にプール資金の使用は難しく、バングラデシュ政府が世界銀行のガイドライン（プロセス）をフォローするのは難しい。現状、ラインダイレクターを通じて実施するが、PPI（生産者物価指数）ポリシーを順守すると 12~18 ヶ月かかる。それに対して各ドナーは独自の購入スキームにて 4 ヶ月程度で調達可能である。よってプール資金は緊急の支援には向いていない。
- ・バングラデシュ政府は、プール資金以外でも個別の支援を要求している（2つの口をもっていると表現）。
- ・現在、パイロットプロジェクトの実施を検討中であるが、ドナーコンソーシアム内では独自の支援をすることに対してプレッシャーがあるので、GOB と相談して決める。ドナーは支援の重複を避けるべきと考えている。
- ・現在、HNPSP（保健セクター）に関しては 2 人の SV（アドバイザー）がサポートしている。例えば調達監理に関して、以前はラインダイレクターが 1 人でローリング計画を作成したが、30 人に職員の研修を行った。また県レベルから予算等の要求をあげられるようにするためのニーズアセスメント能力向上の研修を行った。調達能力の向上は長期的な課題である。
- ・長期的には人的資源（Human Resource）が課題。CIDA では Human Resources Project にて「看護師の増加」、「トレーナーナースの増加」を検討している。昔は看護師にしたい親が多かったが、今は変わった（でも田舎ではあまり変わっていない）。私立の看護大学で質の高い看護師を輩出し、民間の質の高い病院で勤めている。DfID は長年、看護分野をサポート（カリキュラムなどを含め）している。看護師を郡から採用し、郡に戻す計画もあるがまだ機能していない。
- ・RPIP で確定した Pro-Poor 活動の一環（65%は郡レベル以下に支出するように、35%は県レベルに）として LLP を支援する予定。
- ・サービス供給へのアクセスの改善（特に貧困層に対して）も必要である。公的施設は無料だがサービスが低い。供給者の行動変容が必要。
- ・MMR がいまだに高い。Newborn CARE：順調に下がってきたが、24 時間~7 日間の死亡率がまだ高い。よって Maternal Newborn Health への支援は重要。

4. JICA、日本の貢献に関して

- ・現在のバングラデシュ保健セクターにおけるギャップを埋めることが重要。
- ・日本はメインストリームから外れた支援をしている（ドナー、バングラデシュから独立して活動している）。例えば MCHTI の建設、プロジェクトは評価されている。しかしノルシンディに関しては1県での支援が今後どうつながるのかよく分からない。機材をサポートしてもメンテナンスのサポートがない（バックアップサポートが必要では）。包括的な支援が必要。
- ・ icddr, b へのサポート復活をドナーパートナーとして希望する。
- ・ CIDA は JICA とともにいろいろとやっていきたい [現在、DfID やオーストラリア国際開発庁 (AusAID) とともにやっている]。ノルシンディの経験を全国に広げるなどの協力ができればよい。それに先立って SMPP の中間評価の結果がほしい。

世界銀行

2008年8月3日 14:00～15:30

Tania Dmytraczanko, Ms. Senior Health Economist

Lynn R. Brown, Ms. Food & Nutrition Policy Economist

- ・人材関係に政策アドバイザー派遣を検討している旨を伝えたところ、過去に CIDA が同様の方法を実施していたが、うまくいかなかったので、大学などの学術機関を活用することも検討した方がよいとのことである。
- ・人材開発の支援は過去にオランダが実施していたが、予算不足のため世界銀行があとを引き継ぐことになり、短期のコンサルタントを雇用して、マスタープランまでのロードマップを策定。
- ・人材開発の政府予算は2万9,000米ドル。ファンドを獲得することが課題である。
- ・WHO はコンサルタントを雇用することを検討中。
- ・人材開発の支援を行う場合、①すぐに参画する、②来年の予算年度7月に向けて、4月ごろから投入する、という2つのタイミングがある。
- ・PSO、MSA の設置、契約の遅れに関して、省内の影響。PSO と MSA の設置は HNPSP の進捗、手続きを容易にするためであるが、それによって利益、不利益を受ける内部機関が抵抗勢力となる。
- ・調達遅延は、GOB に大規模な調達の経験がなかったため。バングラデシュの公的調達プロトコルにのっとり、調達業務を行っているが、競争原理が働きにくい分野で課題がある。例えば物品の調達は、時間がかかるが購入されているが、コンサルタント等の雇用や研修に関しては、委員会で否決されることが多い（条件に対しての注文が多い）。

オーストラリア国際開発庁 (AusAID)

2008年8月6日 9:30～10:30

Jennifer Finch Senior Sector Manager, Health and Volunteer Program

(1年ほど前に AusAID に勤務、それ以前はバングラデシュ UNICEF 事務所に勤務しており、鳥インフルエンザなどの支援にかかわっていた)

新政権は MDGs の達成に焦点ををあてている。そこで AusAID も母性、新生児保健 (MNH) に力を入れている。AusAID は直接の活動は行わずにファンドを入れている。現在の活動は以下のとおり

である。

1. バングラデシュへの支援

- icddr, b への Core Fund への拠出 (100 万米ドル/年)
- 2007 年から 2011 年までで資金額は 4,800 万米ドル [AusAID 23 万、DfID・オランダ王国大使館 (RNE) 計 25 万] を拠出し、BRAC、UNICEF が活動を実施して Demand Side を強化する支援を 4 県 (ニューファマリ、ライプール、ガイボンダ、マイミンシン) で実施することで契約に署名した。今後は、その成功を確認したのち、10 県に拡大する予定。4 県は BRAC のパイロット地域 (貧困地域)。BRAC はコミュニティを支援 [需要促進活動+伝統的産婆 (TBA) の熟練助産師 (SBA) 育成] し、UNICEF は NGO などを活用して UHC の facility の改善 (麻酔医、看護師、Community Level Health Worker の訓練、緊急産科ケアの体制整備など) を行っている。MMR 改善に焦点を置いて投入するプロジェクトを検討したところ、BRAC がパイロット 1 県で実施した活動が MMR を 320 から 280 に低下させており、効果がみられたため投入を決定。AusAID は 2,300 万米ドルを支援。TBA 育成については WHO が批判しているが、政府は特に禁止しているわけではない。
- 2,000 万米ドルを拠出し、UNICEF と契約をして、“Demand Supply for Child Survival”というパッケージのミックス [IMCI、妊婦検診 (ANC)、予防接種] を開始したばかり。現在、5 県で実施しているが、来年 9 県、再来年 14 県に拡大する予定である。
- HIV にも少額 (50~60 万米ドル) だが UNODC (国連薬物犯罪事務所、実施機関)、UNAIDS (国連合同エイズ計画、管理機関) に供出している [子宮内避妊具 (IUD) への介入 (行動変容)]。同様のことをインドでも実施し、感染率 1%以下に抑えるなど成功している (南アジア全体のプロジェクト)。バングラデシュでは IUD 使用者の 90%が罹患者で 60 万人の女性がハイリスクである。
- また、GFATM にも資金を投入している
- 現在、35 人のボランティアが MCH、Education、Disabled の分野で活動中。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。ただし、戦略全体とリンクすることも検討はしている。

2. バングラデシュ保健セクター、HNPSP に関して

- 末端では DGHS のラインと DGFP のラインが一緒に働いているが、中央は重複している。そのため中央では別々に支援する必要が出てくる。
- GOB は UN Joint Program に否定的である (HNPSP の活動として実施してほしい)。
- HNPSP のドナーコンソーシアムでは HNP (Health Nutrition Program) のドナーメンバー。
- HNPSP はプログラム自体が “Too Ambitious”。人的資源の課題などチャンレンジが大きすぎる。またマネジメントの課題が大きすぎる。人的資源のマスタープランに関しては、アイデアは良いが、直近の問題は解決できない。AusAID が支援するかは、計画の内容次第。バングラデシュ医師会が反対するかもしれない。

3. 今後の戦略

- ・2012年に次の戦略を決める予定。南アジア地域全体の戦略を決め、そのなかでバングラデシュの戦略を決める。Disability、気候変動なども考慮する予定。

スウェーデン国際開発協力庁 (Sida)

2008年8月7日 11:30~12:30

Syed Khaled Ahsan, Mr. Senior Programme Officer

- ・Sidaは支援戦略として「Poverty Reduction」「Primary Education」「Primary Health」「Reforming Health System」に重点を置いており、HNPSPを通じて（プール資金を通じて）支援している。
- ・三層の支援構造があり
 - 上層部：ポリシーメーカー、政策対話、セミナー
 - 中間部：HNPSPの実行
 - 下層部：コミュニティ（NGOを通じた支援）。Health Watch Reportをサポートしている。支援内容は以下のとおり（Year Markは特にしていない）。
- HNPSP：7,500万米ドル（全期間）
- 都市保健：600万米ドル（6年間）
- Safe Reproductive Health Right（SRHR）：400万米ドル（3年間）
- ・カウンターパートはMOHFW全体であるので全体をサポートし全体と対話する（特に個別の部局をカウンターパートとしてはいない）。
- ・人材マスタープランに関しては、現在のところ特に支援は考えていない。
- ・中間評価を受けて特に追加支援はない。
- ・HNPSPの開始時に、Sidaの戦略を盛り込んだ。具体的には都市PHC（アジア開発銀行：ADBが出資）を支援することにした。
- ・SRHRはSidaが直接コントロール、（NGOを通じて）実施しているパラレルサポートである（400万米ドル/3年）。現在の妊婦死亡の14%は安全でない避妊によるものである。避妊の原因としては、①子どもはほしくないのに男性に避妊を受け入れてもらえない、②男性が子どもをほしくないという2つの理由があり、危険な薬などを使用して死に至ったりする。避妊法や家族計画の普及、安全な避妊法の提供（NGO、公的機関を活用）などを行っている。なお、この国では避妊は禁じられているため、abortionという言葉は使っていない。
- ・現在、新戦略（2008年1月～2012年12月）を設定中、ほぼ完成しているがまだ承認されていないため公表はできない。基本はこれまでの内容と変わらないが、市民の声を入れるなど保健政策などすべての保健課題に関する声を集めて、反映させることを検討。気候変動に対する挑戦も付加する。

（新戦略の基本）

1. Health System Development

2. SRHR

3. Participation of Stakeholder

4. Nondiscrimination, Universal Service in Nation Wide, Transparency, Accountability to Citizens

- ・母子保健の分野については、コンソーシアムを強化してドナー、政府が共同で取り組んでいく必要がある。SMPPはJICAのみの事業であり、更に広い意味でのコーディネーションが必要。
- ・気候変動に関しては「Joint Assistance Strategy」に日本大使館も参加している。

バングラデシュ国際下痢性疾患研究センター (icddr, b)

2008年8月3日 16:30~17:30

Steve Luby, Dr.

Head, Programme on Infections Diseases and Vaccine Science

- ・バングラデシュの保健事情の課題として、依然、感染症があげられる。感染症のうち、下痢は既に死亡率が90%低下して改善がみられる。
- ・ARIは小児死因の主因でいまだ改善しておらず、コミットメントが必要である。
- ・結核はDOTSが成功しているが、多剤耐性結核のおそれがある。これは保健システムの脆弱性による。
- ・マラリアは「丘陵地」のみの課題で全国的な課題ではない。しかし薬剤耐性の課題もあり、人口密度が高いため隣国ミャンマー（ミャンマーはマラリア流行地）より調査しやすい。これらの対策を人口の多い地域に実施すれば、投入が効果を奏する。
- ・Neglected Diseasesの課題。Kala-azarに関しては、ネパール、バングラデシュ、インドで（地域の）80%の負荷。フィラリアも課題。
- ・近年は、少数ではあるがニッパウイルス、バクテリア性（日本）脳炎などが小児に発生している。
- ・今後の課題としては経済成長による疾患の変化、災害、慢性疾患の増加である。また気候変動による農業生産の減少が栄養失調、物価上昇を引き起こすかもしれない。
- ・地方では村医者などの質の高くない民間療法のカバー率が80%もあり、公的サービスでIMCIを進めても届いていない。学校保健は人々の習慣を変えるには時間がかかる。
- ・学校保健（手洗い・歯磨きなど）は、生活習慣を改善するという意味で長期的に有効である。P&G、ユニリーバ、コルゲートが学校保健プログラムを実施している。MOHFWはWHOの後押しで20ユニオンを対象にパイロットスタディを実施している。また、UNICEFやSave the Childrenはマスメディアを活用して手洗いの推進をしている。
- ・icddr, bのコアドナーはCIDA、Sida、DfID、オランダ、バングラデシュ政府、AusAIDなどが年100万ドル、ワクチン研究にCDC、ゲイツ財団、グーグル、ロックフェラー財団が400万ドル、その他鳥インフルエンザ、慢性疾患、保健システム構築なども実施中。
- ・現在、2010~2020年の戦略を策定中。①慢性疾患、②保健システムなどを含める。
- ・慢性疾患に関しては、データが少ないのでデータ収集を行う。保健システムに関しては、より効果的、効率的なモデルの研究成果を提供していきたい。

BRAC

2008年7月29日 9:30~11:00

MD. Akramul Islam, PhD

Program Coordinator, BRAC Health Program

1. 現況

BRACは、1978年よりバングラデシュの保健セクターの支援をしている。現在、12カ国にて活

動を行っている。

BRACでは①経済開発、②教育、③保健の3分野への支援プログラムがあり、そのプログラムをサポートユニット、人権、社会開発、トレーニング、啓発、アドミなどが支援している。

保健医療分野では基礎的医療サービス（BHC）を中心に実施している。

① TB：GFTAMの資金

MOHFWの283ウパジラをBRACがカバーし、都市部では20のNGOが働いている。28～29のNGOで全国をカバー。

② マラリア：GFATM

70ウパジラがマラリア発生地域で、27はBRACがカバー、残りは他のNGOがカバー(20)している。

パーソナルプロテクション〔蚊帳、長期残効型殺虫剤含有蚊帳（LLIN）の無料配布〕、診断、治療をチッタゴンヒル地域に展開。3,000人の保健ボランティアが従事している。

③ MNCH（母性、新生児、小児保健）BHCプログラム：ゲイツ財団、AusAIDとDfIDの共同支出

4県（District）をカバーしている。都市部で800万人をカバー（ゲイツ財団の資金）、地方で1,300万人をカバー（AusAIDの資金）している。

「EmOCへの挑戦」：妊婦へのカウンセリングを通じて病院に行くことを促進（病院の電話番号を本人、家族に伝える）。レファレンススタッフを配置し、妊婦の容態に応じて、病院に連絡したり、交通手段を確保するサポートを行っている。搬送時の資金支援も行っている。

「スラム・バーシング・ハート」：ヘルスボランティアを訓練して地域での安全なお産を促進。都市のスラムでは家で安全なお産を行うことはできない（狭くて不潔）から、スラム内にお産できる場所を提供している。

④ 水、サンテーションと衛生（Water, Sanitation, Hygiene）：オランダ

150ウパジラをBRACがカバー。地方行政・農村開発・協同組合省（Ministry of Local Government and Rural Development and Co-operatives：MOLG）との契約により実施している。

そのほか、小規模なHIV・AIDSプログラムをチッタゴン、クリナなどで実施している。

BRACは現実に合わせてお産を支援をしている。現状、家で産む人が多いのでまずそれをサポートして、必要な時にリファーできるように支援する（安全なお産が確保されることが最優先）。

BRACには7万2,000人の保健ボランティアがいる。

ボランティアは2～3週間の基礎訓練を受ける。その後、リフレッシュ研修を行う。

ボランティアの監督はBRACのヘルスワーカーが行っており、1人でボランティア10人を監督する。毎月、ボランティアの活動地域を巡回し、月2回、事務所に来て会合を開き、現状を報告する。ボランティアにはインセンティブとして基礎医薬品などを配布（お金はあげない）。プログラムによっては「TB：150タカ」「マラリア：10タカ」などを支払っている。

る。ヘルスワーカーの給与は「1,200 タカ/月」で研修を通じて BRAC が提供しているすべての基礎サービスの知識をひととおり得ている。研修期間は6 ヶ月、業務の成績によっては昇進もある。

BRAC は地方（サービス供給）と中央（政策策定にも関与）で活動している。

また「Health Watch」というバングラデシュの保健状況のレポートを作成（BRAC 大学が報告書を作成）している。1 回目は「アマルティア・セン」。

サービス供給では 37 クリニックを運営しており、うち 5 クリニックは帝王切開の可能な施設。主に北部、北西部に展開している。

TBA の訓練は 110 ヶ所の訓練拠点にて、「Qualified FWV」がトレーニングを行っている。

2. 今後の展開として

- ・ チッタゴン、シレットの合計特殊出生率（TFR）が高いので、それに対する対策、FP を計画
- ・ 島部などのアクセスが困難な地域への介入
- ・ お茶のプランテーションの労働者へのケア
- ・ 非感染症疾患（NCD）への支援、高血圧、ガン、糖尿病、眼科など
- ・ ウルトラプアへの支援プログラム

3. TB の Public の失敗に関して

- ・ GOB のリソースの利用がうまくいかない。マネジメントの失敗。
- ・ 意思決定の遅延が、機会を逃している。PM がしばらく不在。PM 能力。
- ・ PM は政治ポストであった。能力が地位に追いついていない。そこで Director の権限を強めた（PM から Director に委譲した）。
- ・ リーダーシップ、スキルミックスの重要性（Right Person Right Place）
- ・ WHO のサポートにおいて適切な人材が配置されていないことが多い。

4. TB プログラム

- ・ サービス供給ではうまくいっている。
- ・ 政策決定においては問題がある。キャパシティ・ビルディングされていない。
- ・ 薬の調達、ロジスティクスの問題が多少ある。
- ・ 今後、多剤耐性結核（MDR）が問題となる可能性がある。
- ・ TB・HIV はそんなに問題ではない。

5. MMR の課題

- ・ EmOC の整備が不十分ではないか？ 施設と搬送手段。
- ・ BRAC は 4 県でのみ実施なので全国には影響を与えられない。

6. その他

- ・ Retention は政府では解決できない。NGO の方がうまくインセンティブをコントロールできる。
- ・ ドナーの活動もうまくいっていない。ハーモナイゼーション（公的、民間、地方、人々）がうまくいっていない。マインドセットの変革が必要。

- ・ GFATM には CCM (Country Coordination Mechanism) があり、うまくいっている。
- ・ 人材の確保にはスタッフの威厳の確保が重要。ナース、パラメディックが不足していて採用できない状況が続いている。
- ・ 看護人材育成は民間分野も視野に入れて検討する方がよい。BRAC 大学では今は公衆衛生コースのみだが、パラメディックスコースも検討中。

現地個人コンサルタント (人材関係)

2008 年 7 月 28 日 15:30~16:30

Dr. A. M. Zakir Hussain

吉村 SMPP チーフアドバイザーの紹介で聞き取り調査を実施。以前は MOHFW で疫学その他を担当したあと、現在はコンサルタントとして国際機関等の業務を行っている。

バングラデシュの現状と支援が必要な分野について

- ・ マラリア、結核、HIV/AIDS についてはグローバルファンドや世界銀行の資金が投入されているため、支援は不要である。
- ・ 優先順位が最も高いのは母子保健である。MDGs のゴールのうち、他の項目は達成される可能性が高いが MMR 改善の進捗は遅れている。施設分娩を増やす必要がある。また、ANC、産後ケア (PNC) の質の改善が必要である。特に PNC の実施数の増加と質の強化が重要である。
- ・ へき地への支援が必要である。現在は国連開発計画 (UNDP)、BRAC、UNICEF、バングラデシュ家族計画協会 (FRAB) などが入って活動をしているが、現状は芳しくなく、EPI ですらきちんと実施されていない。また、少数民族に対する計画なども、書面にはなっているが実際は何もなされていない。独立した組織を活用して、へき地への支援を行うのがよいのでは。また、へき地でのサービス提供状況の M&E も必要である。
- ・ 看護師不足の問題は、看護師という職業が魅力的でない、なり手が少ないことである。看護師のイメージアップを図る必要がある。その方法として、優秀な生徒を海外に留学させて Ph. D. を取らせ、政府の役人や国際機関のコンサルタントとして活躍すれば、イメージアップにつながると思う。その際には、バングラデシュの大学院ではあまり効果がないので、海外に留学させるのがよい (海外流出の件を問うたら、その問題はあるが、戻ってくる人もいるだろう、とのこと)。
- ・ 人材不足の問題のうち、最も深刻なのは SBA である。現在、女性 HA や FWA を C-SBA にする教育制度があるが、SBA (C-SBA) を増やし、質を上げる働きかけが必要である。看護師、パラメディカルも不足。

世界銀行 短期コンサルタントー人材開発

2008 年 8 月 2 日 17:30~19:00

Marilyn E. Lorenzo, Dr.

- ・ これまでタイ、スリランカ、フィリピンなどで人材開発のマスタープランを実施してきた。これらの例を参考にバングラデシュでもマスタープラン策定を計画中。他国は 20~25 年のマスタープランとしたが、バングラデシュは 30 年で達成することを選択。
- ・ バングラデシュには単に看護大学を建設するだけでなく、ライセンス制の導入、雇用、引き留め、

質の高い教育、継続教育、キャリアパス、インセンティブ、昇進システム、人員配置、へき地対策、賞与など、検討を要する事項が多く存在する。

- MOHFW は、Individual Performance Management System を試験的に 53 郡に導入し、効果を確認したので、今後全郡に拡大する計画である。
- これまで官庁の人材は、省庁横断的に人事異動が発令されていたが、MOHFW は専門性を有する人材は省内にとどまれるように Ministry of Establishment (MOE) に提案、教育省も同様の見解である。
- MOHFW は健康保険の導入も現在検討しているが、実際に実施に至るには多くの課題がある。
- 政府は、医療施設に必要な人材数をこれまでの 31 ベッド当たりから 50 ベッド当たりに変更、人件費を増やさずにこれまでの人員で対応するベッド数を増やしているなど、適切な人員数が検討されていない。
- 人材は本来、保健セクターで必要人数を検討されるべきであり、現在のように各局が自分の局内で必要人員のみを考えるのは望ましくない。政府の官房レベルでは、将来人材に関する統一した人材情報システムも考慮に入れている。
- 人材育成には時間がかかるため、医療従事者育成においても短期的計画と長期的計画の両方が必要。
- 当マスタープランは 2010 年の HNPS の後継プログラムの 1 つとすることを念頭に入れている。
- 将来的には、民間保健サービスも人材マスタープランに加えていく予定である。
- 非公式ではあるが、今後、Dr. ザキールを中心として技術チームをつくり、これらの問題に取り組む予定。
- 人材については、世界銀行が現在支援中。WHO も技術支援の意向を示している。

IV. フィールド調査

ノルシンディ (SMPP 対象地域)

〈1日目：2008年7月21日〉

・10:00 サテライトクリニック

FWV が民家などを活用して月に 1 回、妊産婦検診や家族計画のコンサルティングを実施している。1 つのサテライトクリニックで、約 9,000 人の住民をカバーしている。1 つのユニオンに 8 カ所のサテライトクリニック (各ワードに 1 カ所) があり、月に 8 カ所回って実施する。通常各ユニオンに 2 人の FWV が配属されることになっているが、1 人しか配属されていない場合はサテライトの訪問回数が半分の月 4 回となる。基本的には妊産婦に対するサービスではあるが、一般の患者が来ることもある。FWA はサテライトクリニックの案内を事前に各家庭に知らせておく。

EPI の活動は、1 ユニオンに 24 カ所の各コミュニティにて実施する。地域によっては、サテライトクリニックと EPI 活動を併せて実施する場合もあるが、FWA と HA の関係に起因するところが大きい。

この FWV は精力的に活動しており、雨の日にもかかわらず妊産婦が大勢集まっていた。

・12:30 ライプール郡病院

ライプール郡の現況と CmSS 活動等について報告があった。この地域では、41 の CmSS が設置されたとのことである。

この郡病院は、2 人の産科医と 2 人の看護師とで 24 時間体制を実施している。この地域の看護師は日本で研修を受けて、新生児等に対する対応がよくなった (優しくなった)。

この施設でも DSF が導入された。ANC、PNC を受けた場合、妊産婦に 25 タカ、医療従事者と施設に 25 タカずつ、通常出産の場合は産婦に 2,000 タカ + 交通費 500 タカ、医療従事者と施設に 150 タカ、帝王切開の場合は産婦に 2,000 タカ + 医療従事者に 3,000 タカ、施設の医薬品購入費として 3,000 タカが支給される。DSF はスペシャルファンドとして半分が病院に入るため、資金運用の面でも非常にうまく機能しているとのことである。

〈2日目：2008年7月22日〉

・9:15 Birth Planning 実施現場

FWA がハンドアウトを用いて妊婦とその夫、義理の母、姉妹に対して出産時に注意すべきことを説明。CARE のスタッフが付き添い、必要があればアドバイスをする。

(訪問した家庭は、家がレンガ、コンクリート造りである程度裕福な家庭に思われた。また見学ではあったが、同行したバングラデシュ側評価チームの方から、訪問家庭に家族計画の重要性を訴える場面もあった)

・10:00 CmSS のミーティング

訪問時、議論されていたことはリキシャバンに屋根を付ける必要があるのではないかとということ。現在の基金の残金では足りないので、CmSS の長 (President) が 200 タカを出すこと、ユニオン長への支援を依頼することなどが決定された。

CmSS は妊産婦を支援しており、各メンバー (TBA など) が妊娠した女性並びにその夫を報告

し、地図上に記している。その他に「タバコフリー・デイ」活動なども実施。

メンバーは25人でコアメンバー17人が定期的な会議を開催する。また女性が半数以上を占める。メンバーには審査があるが基本的には18歳以上で毎月の会費（10タカ）が支払えればだれでも参加可能である。

CmSS開始の経緯は、CmSSの長（地域の実業家？）が地域の妊産婦死亡率が高いことを憂い、FWC設置のための土地を寄付したことから始まる。その後、CAREのCmSSのことを知り、サポートを依頼した。

（このCmSSが順調なのはCmSS長の尽力が大きいのと思われる。彼はFWCの理事会のメンバーでもあり、地域の母子保健の課題に積極的に取り組んでいる。つまり地域有力者の意識、協力、理解がカギとなると考えられる。全国展開の際はどのようにするのか？）

・ 12:00 FWC-1

多数の母子が訪問しており盛況であった。FWVは若く、活動的と思われた。地域でも最も活発なFWCとのこと。FWVはFWC内に住み込んでおり、24時間対応可能。

・ 13:00 FWC-2

お昼時なのか、母子はまばらであった。幹線道路から少し奥まった位置にあり、電気、水道がないため、FWVは住み込んでいない。

・ 16:00 Civil Surgeon Office

HA定員の52%が空き。彼は個人的には、これくらいの人数でよいと思っている面もある。

コミラ〔JOCV感染症対策（EPI）活動県〕

2008年7月23日 10:00～

・ ダウドカンディ病院

予防接種は、病院では毎日、384あるアウトリーチセンターでは月1回実施されている。

本郡の予防接種のターゲットは子ども7,510人/年、15～49歳の女性8万3,411人/年であり、本年は6ヵ月間でBCG60%、DPT（3種混合ワクチン）60%、はしか52%、破傷風40%で、良好な成績である。

EPIは、郡単位でマイクロプランを毎年作成し（委員会が組織され作成する）、その計画に基づき実施している。

HAは7人（12%）が空席、空席はボランティアがEPIを実施している（月8日間）。

JOCVは現場からのフィードバックを適切に行ってくれる。継続を希望するが業務内容はEPIで十分〔同病院には韓国国際協力団（KOICA）がラボの支援を行っており、また看護師が派遣されている〕。

DSFは貧困層の妊婦（約50%）にバウチャーを渡しており、徐々に成績が上がっている。主にSBAのサービスに対して使用されている。

現在、病床使用率が120%で、18ヵ月後に22床増やす予定。

EmOCは実施できる。また救急車が1台あるので、必要に応じてコミラ医科大学やダッカに搬送

する。

ワクチンは郡病院にて用意しポーター（病院の契約雇用者）が、配布ポイントまで運ぶ。配布ポイントからアウトリーチセンターまでは各 HA 等が取りに来る。

- ・アウトリーチセンター1

センターといっても地域の有力者の家を借りて EPI を実施している。

9 時から 15 時まで実施。前日に対象地域に開催を広報する。対象地域のターゲットが事前に記録されているので、当日、予防接種が必要な人数は把握されている。

HA とともに FWA が働いていた。

FWC でも EPI を実施している。また、12 カ所のコミュニティ・クリニックに HA が勤務することが（1 日 2 時間）義務づけられている。

- ・チャンディナ郡病院

31 床の郡病院、30 のユニオンと 235 村の郡。郡内にはほかに 20 床病院と 2 つのサブセンターがある。また 26 ユニオンにコミュニティ・クリニックがあり、FWC が 11 ある。

人口約 41 万 5,000 人、昨年の子供は約 1 万 1,000 人、妊婦は約 1 万 2,000 人。

HA は 45 人の定員に対して 25 人が配属、残りはボランティアで賄っている。

2007 年の EPI はほぼ 100% を達成した。2008 年はほぼ 50% 以上を達成しており、順調である。

EmOC はできず、コミラに移送する。

（院長は 1 年前に赴任、以前はキシオルゴンジンで他の JOCV と一緒に活動をしており、隊員の活動に好意的である）

- ・コミラ県保健局

EPI 倉庫：ワクチンは 3 ヶ月に 1 回本部から配送される。各郡には 1 ヶ月に 1 度、郡病院が車を手配して取りに来る。

Civil Surgeon (CS) : HA が絶対的に不足している。2004 年に最後のリクルートがあったがそれ以降ない。

コミラ県は人口約 550 万人で 540 ワードなので HA の定員は 540 人だが、140 人が空席である。しかし HA は人口 4,000 人に 1 人配置すると 1977 年に決まったので、コミラ県には 740 人追加が必要である。

JOCV は現場での課題を県までの確に報告してくれる（例、注射針のはずし方に関して、問題点を指摘し改善案を示した）。

できれば JOCV を各郡に派遣してほしい（交通手段とともに）。そしてすべてのヘルスワーカー（HA、FWV）を監督してほしい。

FWA はあまり仕事をしていない。EPI に参加しているが、サインをしているのみの FWA も多い。また収集されている地域データ（例として出生数）が不正確である（DGHS のデータと 10 倍の開き）。

- ・住谷隊員

コミラ県への隊員配属は 3 代目。各郡で実施されている EPI 活動をアシスタント保健監督員

(AHI) とともに監督する。

現保健局長（CS）と副局長（DCS）との関係は良好。JOCV の活動を歓迎しておりサポートしてくれる。各郡の活動は郡病院長次第。やる気のある郡病院長の下では EPI の活動もよい。初めは県の配属より郡レベルの配属のほうが活動しやすいと思ったが、郡レベルでは県保健局長に会うにもアポが必要になるし、他郡や県全体へ提言することはできなかつたから現在では県の配属でよかったと思っている。

V. 日本の関係機関

榛澤フィールド調整員からの聞き取り

主な業務は、現場の隊員のフォローである。

1. EPI 分野

- ルーチン EPI のフォロー。隊員は県保健局で WHO (サーベイランス担当医師: SMO)、GAVI (District Immunization Officer : DIMO) と一緒に仕事を行う。業務内容は HA がマニュアルどおりに実施しているかを AHI (Assistant Health Inspector) とともにチェックリストを使って監督している。問題点は郡レベルで解決することが多いが、時には県レベル、中央で解決する必要があることもあり、中央の場合は支援することも多い。また隊員活動で収集された情報はチッタゴン管区会議 (3 ヶ月に 1 回) 13 県で共有されている。
- 隊員活動の発表機会として、NID (ポリオワクチン全国一斉投与) 第 1 ラウンド終了後レビューを行う (ダッカ) 際に、JOCV の発表の時間 (5 分間) が与えられている。
- JOCV のほかに SMO、DIMO がいるため、問題点は WHO や GAVI から働きかけがあるので解決されやすい。
- 現場での課題として、
 - EPI 実施時の事故の調査を現在実施中だが、あまり報告はあがっていない。何か起きた際の対処はできないのでは？
 - 現場の課題のひとつとして人材不足があげられる。AHI は 1 ユニオンに 1 人なのにアサインされていないこともある。HA も絶対数が足りない。本来は予防接種の前日に家を回って実施を知らせることになっているが、できていない。また、研修があるはずではあるが、実施されていない。HA の多くがもうすぐ定年を迎えるため、更に HA 不足が深刻になる。
 - 実施の有無は報告されるが、質については報告されない。HA の仕事の質の良しあしは評価されない。
 - HA が不足しているところには GAVI ボランティア (GAVI のファンドを元に政府が採用したボランティア) が配置され、月に 8 日のみ活動している。ただし、GAVI ボランティアは研修を受けておらずに OJT のみ。技術面、知識面のフォローアップができていない。
- HA : 高校を出て 6 ヶ月の研修。2004 年採用の HA に対して今年 EPI 研修を実施する予定。
- EPI は他のドナーの支援が大きい。JOCV がいなくなっても困ることは少ないと思われる。

2. フィラリア分野

- 隊員の活動は、MDA (Mass Drug Administration) 年 1 回 (17 県で実施)、WHO のガイドラインに沿って 1 県で 10~14 日間程度 (基本は 10 日) の間に実施する。また 2 歳以上全員の支援、患者へのケア (Morbidities action) 他、県の活動の監督などを実施、最近ではフィールドを巡回している。
- 隊員は現在 4 人。JOCV の活動は MDA に傾斜している (プログラムの内容が良くない)。そこで計画づくりのチェックリストの作成なども行っている。
- フィラリアは県レベルで専任の担当者がいない。
- MDA の実施については、中央レベルの会議 (各県 2 人の MO が召集) で計画と実施方法が説明

され、その後、各県で郡レベルに対して MDA の説明会が開かれたのち、県レベルで責任者が決められ実施する。

- WHO の指導では、駆虫薬を直視下で飲ませることになっているが訪問時にない、副作用が強いために寝る前に飲むケースも多く、服用を確認するのは困難も多い。副作用（めまい）があるので服用拒否もある。
- フィラリアは蚊による伝播で、感染率は低い。
- MDA ではボランティアが駆虫薬を配布しているが、1 人 200 世帯（1 日 20 タカ）がノルマなので、人が集まらず、この程度の額のお金で請け負う人は地域の信用は低い。薬の配布までが仕事なので、服用の確認は行っていない。モニタリングは政府が別に実施している。ボランティアは、フィラリア病院でのトレーニングを受けて参加している。
- フィラリアは他の第三者が監督していないので、JOCV の話（監督結果）をよく聞いてくれる。
- MDA の効果はあがっており、事前調査で 10%程度の患者数が、1%程度になってきている。しかし撲滅には ICT キット（高価）による確認が必要であるが、DGHS の CDC スタッフはだれも知らなかった。今年、8 県を対象に ICT キットを 1 万個購入した。
- ICT による確認方法は、1 バッチ 300、2 バッチ 300、3 バッチ 300（2～4 歳）、4 バッチ 3,000（6 歳）、5 年後に 3,000（6～10 歳）の検査でフィラリアが確認されないこと（検査にはその他詳細な方法が定められている）。
- 現在、夜間採血検査と ICT キットを使った検査（8 県）の支援（JOCV によるプロモーション活動）を計画中。
- 採血検査の課題として、Safety Box がない、血液感染への対策がない、などがある。

3. 学校保健

- 現在、土壤伝播線虫（STH）のプロモーションを計画している。現状、そのような活動は HA が突然訪問して保健授業を実施している。県保健局に Health Education Officer がいること、また県によっては学校クリニックが設置されているので、この両者と連携して JOCV がプロモーション活動をする計画である。

4. 今後の展開として

- 専門家の導入と共同での活動は望ましい。
- 母子保健への傾斜であれば EPI と IMCI を組み合わせて実施する方向性もある。
- ワクチンの廃棄率が高いことも問題のひとつである。現在、EPI 活動は 1 ユニオン、3 ワード、8 ヲ所（24 のアウトリーチセンター）で、月 1 回実施されているが、実施箇所を集約したり、2 ヲ月に 1 回の頻度にした方が、廃棄率が下がるのではないかと（ただし、5 種混合ワクチン導入の話もある）。

JOCV（感染症隊員）

2008 年 8 月 1 日 17:00～19:00

1. EPI 隊員より

- 停電によりワクチン保管用のアイスパックが凍らないという問題が発生している（郡レベル）。

通常は停電が発生しても2~3日は問題がないが(クーラボックスに移せば)、それ以上の場合は、県に戻すのが原則。

- ・アウトリーチセンターの訪問のみでは指導、改善効果が限定的であることから、郡病院のミーティングに参加して発表を行った。テーマは「Safety Boxの組み立て方」。
- ・県保健局にはWHOよりSMO、GAVIよりDIMOがコンサルタントとして派遣されており、JOCVとともに外部支援している(WHOのコンサルタントは2県、GAVIのコンサルタントは3県を担当)。EPIは毎年、マイクロプランを作成し、その計画にのっとり実施される。計画から必要人員が算定され人員不足の場合、GAVIの資金を元に県レベルでボランティアを雇用している。GAVIボランティアは給料が安いので、定着しない。
- ・移動手段はプロジェクトの車があり、それを必要に応じて呼んでいる(1週間単位)。それ以外はバスで移動。
- ・チョール(中洲)にはアクセスすることが大変困難であるが、交通費が支給されないためHAが自己負担となる。最近のガソリン高で給料の半分ぐらいがなくなってしまうこともある。人々は予防接種を受けたいという意識はあるが、HAが現場まで足を運ぶかはその人による。監視の目が届かないため、人によっては全然やらないところもある。
- ・政府はCommunity Clinic構想でHAとFWAを1カ所で働かせ、サービスの提供を考えている。しかし地域にFWAがいなかったり、以前建設したCommunity Clinicが神学校になっていたり、現場では困難もある。(具体的にそのように進めていくかの手順は不明)これに関連して郡病院からCommunity Clinicに薬や医療材料をできるだけ持っていくようにという指示が出た郡もあった(高官の視察対策では)。
- ・FWAは女性なので、EPIの際もFWAがいると母親がアウトリーチセンターに来やすいというメリットがある。(FWAがEPIに参加することは通達されているが)FWAがEPIに参加するかはHAとの個人的関係で決まる。
- ・HAはCommunity Clinicに1日2時間以上勤務することが義務づけられているが、EPIを地域で実施することを考えれば困難。
- ・HAを監督するのがAHI(Assistant Health Inspector)であるが(HAが昇格してAHIになる)、彼らの監督が機能していない(JOCVはAHIと一緒に巡回することが多い)。彼らは監督者としての訓練を受けていないし、HAが足りないのでHAの業務を肩代わりしていることもある。
- ・EPIの物品は十分供給されているので問題はない。
- ・HAの採用は2004年以降実施されていなかったが、彼らの訓練(HAの導入研修)が、今年実施される予定である。

2. フィラリア隊員より

- ・フィラリア隊員の主な活動は年に10日間かけて実施される薬の一斉投与(MDA)であり、それ以外は地域の啓発活動を支援している。
- ・JOCVは県保健局に配属されているが、県には専任のフィラリア担当がいなかったため、最初の活動は前任者の報告書を見てだれが担当か、探すことから始まった。
- ・フィラリア患者のケアはHAが行うことになっているがHAはEPIで忙しいため、フィラリア対策の優先順位は低い。
- ・フィラリアの流行地域は全国64県中、34県であるが、流行県との間に非流行県があり、実際は

もっと多いと思われる。

- フィラリアへの支援は、日本以外は「レプラ」とう NGO が啓発活動を行っている。また最近リバプール基金が支援したということだが詳細は不明。他ドナーがいないこと、関係者が少ないこともあり、JOCV の提案や意見が中央の方に反映されやすい。
- 昨日、一昨日、フィラリア病院で新しいフィラリア患者の治療法のセミナーが開催され、隊員も参加した（講師はタイ、マヒドン大学の教員）。この方法を学べば JOCV もフィラリア患者の治療支援を行うことが可能（講習会はタイで 15 日間）。