

バングラデシュ人民共和国
母性保護サービスシステム強化計画
準備調査報告書

平成 22 年 5 月
(2010 年)

独立行政法人国際協力機構
南アジア部

目 次

目 次
調査写真
略 語 表

1	調査の概要	2
1-1	背景・経緯.....	2
1-2	調査の目的.....	1
1-3	調査団の構成.....	1
1-4	調査工程.....	1
1-5	主要面談者.....	3
2	調査結果概要	4
2-1	母子保健分野における現状と課題の把握.....	4
2-1-1	当該セクターの現状.....	4
2-1-2	相手国政府の政策概要.....	6
2-1-3	開発計画の取り組み状況と課題.....	9
2-1-4	当該セクターの現状及び政策・開発計画の取り組みを踏まえた課題.....	14
2-2	バ国保健医療システムの概要.....	15
2-2-1	保健省.....	15
2-2-2	その他の保健行政に関連する中央省庁.....	20
2-2-3	地方自治体と保健行政.....	20
2-2-4	他ステークホルダーの関与.....	23
2-3	周産期・新生児ケア（MNH）サービス提供における主要課題と実態.....	25
2-3-1	保健人材.....	25
2-3-2	サービスの質.....	31
2-3-3	レファラル.....	32
2-3-4	調達.....	33
2-3-5	保守管理.....	34
2-3-6	MIS.....	36
2-3-7	分権化とローカルレベルプランニング（LLP）.....	37
2-4	地域間比較分析.....	38
2-5	実態調査から把握される課題分析.....	39
2-5-1	人材不足・配置への対処.....	40
2-5-2	効率的な実施体制の構築.....	40
2-6	周産期・新生児ケア（MNH）分野における開発パートナーの取り組み.....	41
2-6-1	援助協調の動向.....	41
2-6-2	主要な開発パートナーの取り組み.....	42

2-7	我が国・JICAによるこれまでの取り組み.....	45
2-7-1	JICA事業の優位性と特徴.....	45
2-7-2	我が国が有するリソース.....	46
2-8	今後の協力案の検討.....	46
2-8-1	想定される協力案件（案）の検討.....	46
2-8-2	案件形成に向けての検討課題.....	48

付属資料

1. コンサルタント調査日程表
2. 主要面談者リスト
3. 母子保健関連指標
4. 母子保健関連 MDGs 達成状況
5. 母子保健に係る主な開発計画・保健政策・戦略の概要
6. HNPSP の進捗
7. CEmOC 指定の郡病院リスト
8. DSF 実施要領
9. チョウガサ郡病院モデル
10. バングラデシュ国保健行政の概念図
11. 援助協調 GoB-led HNPSP task groups リスト
12. 主要 MNH プロジェクト地図
13. CEmOC 指定の郡病院及び DSF 対象郡の地図
14. 主要 MNH プロジェクト概要表
15. ローカルコンサルタント委託調査 (Study on Maternal and Neonatal Child Health)
*CD-ROM 版にのみ収録。
16. 収集資料リスト

現地調査写真

Narsingdi 県

SMPP/CmSS のミーティング (Raipura 郡 Narsingdi 県)



SMPP/CmSS グループで作成したマップ



Mizanagar FWC、Raipura 郡 Narsingdi 県



UHC, Raipura 郡 Narsingdi 県

Joint UN-GoB MNH イニシアティブ (Maulvibazar 県)



県病院内に設置された NGO 支援カウンター



県病院 修理された Maternal Ward



Uppar Kagabala FWC, Maulvibazar Sadar Upazila



FWC, プロジェクトで提供された分娩台



コミュニティ支援グループ活動：対象地域の妊産婦に関する地図作成中 (Ashidrone, Srimongal upazila)

Jossore & Narail 県



Jossore 県 Chowgacha 郡病院



Chowgacha 郡病院 手術室



Chowgacha 郡病院でのインタビュー



Narail 県 Kalia 郡のコミュニティクリニック



コミュニティクリニック内での管理委員会ミーティング

Bramanbaria 県



MCWC Bramanbaria



Shorail UHC, Bramanbaria

略語表

ADP	Annual Development Plan	年次開発計画
AFPI	Assistant Family Planning Inspector	家族計画監督補助官
AAHI	Assistant Health Inspector	保健監督補助官
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
ANC	Antenatal Care	産前検診
APIR	Annual Programme Implementation Report	プログラム年次実施報告書
APR	Annual Programme Review	プログラム年次レビュー
AusAID	Australian Agency for International Development	オーストラリア国際開発庁
BBS	Bangladesh Bureau of Statistics	バングラデシュ統計局
BCS	Bangladesh Civil Service	バングラデシュ上級公務員
BDHS	Bangladesh Demographic Health Survey	バングラデシュ人口保健統計調査
BEmOC	Basic Emergency Obstetric Care	基礎的緊急産科ケア
BMC	Budget Management Committee	予算管理委員会
BMDC	Bangladesh Medical and Dental Council	バングラデシュ医科歯科協会
BNC	Bangladesh Nursing Council	バングラデシュ看護協会
BSc.	Bachelor of Science	科学士
CC	Community Clinic	コミュニティクリニック
CCMC	Community Clinic Management Committee	コミュニティクリニック管理委員会
CEmOC	Comprehensive Emergency Obstetric Care	包括的緊急産科ケア
CHCP	Community Health Care Provider	コミュニティヘルスケアプロバイダー
CIDA	Canadian International Development Agency	カナダ国際開発庁
CMMU	Construction Management and Maintenance Unit	建築管理・保守ユニット
CMSD	Central Medical Store Depot	中央医療貯蔵集積所
CmSS	Community Support System	コミュニティ支援システム
CS	Civil Surgeon	県保健サービス局長
CSBA	Community based Skilled Birth Attendant	コミュニティ熟練助産師
DC	Deputy Commissioner	県長官
DDFP	Deputy Director Family Planning	県家族計画局長
DDA	Department of Drug Administration	医薬品管理局
DFID	Department for International Development	英国国際開発省

DGFP	Director General of Family Planning	家族計画局
DGHS	Director General of Health Services	保健サービス局
DEMEW	District Electro-Medical Equipment Workshop	県医療機材保守管理センター
DNS	Director of Nursing Services	看護サービス局
DOTS	Directly Observed Treatment, Short-course	直接監視下短期化学療法
DP	Development Partners	開発パートナー(ドナー、NGO等)
DSF	Demand Side Finance	需要サイドファイナンス
EC	European Commission	欧州委員会
EmOC	Emergency Obstetric Care	緊急産科ケア
EPI	Expanded Programmes on Immunization	予防接種拡大計画
ERD	Economic Relations Division	経済関係局
ESD	Essential Services Delivery	基礎的サービス提供
FP	Family Planning	家族計画
FPAB	Family Planning Association in Bangladesh	バングラデシュ家族計画協会
FWA	Family Welfare Assistant	家族福祉補助員
FWC	Family Welfare Center	家族福祉センター
FWV	Family Welfare Visitor	家族福祉訪問員
FWVTI	Family Welfare Visitors Training Institute	家族福祉訪問員研修所
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization	ワクチンと予防接種のための世界同盟
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
GFATM	Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria	世界エイズ・結核・マラリア基金
GTZ	Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit	ドイツ技術協力公社
HA	Health Assistant	保健補助員
HFPO	Health and Family Planning Officer	保健家族計画員
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HNPS	Health Nutrition and Population Sector Programme	保健・栄養・人口セクタープログラム
HPSP	Health and Population Sector Programme	保健・人口セクタープログラム
HRD	Human Resource Development	人材開発
HRH	Human Resources for Health	保健人材
HSS	Health Sector Strengthening	保健セクター強化
ICDDR,B	International Center for Diarrheal Diseases	バングラデシュ国際下痢性疾患研

	Research, Bangladesh	究センター
IDA	International Development Association	国際開発協会
IMCI	Integrated Management of Childhood Illnesses	小児疾病統合管理
IMR	Infant Mortality Rate	乳児死亡率
IST	In-Service Training	継続研修
IUD	Intrauterine Contraceptive Device	子宮内避妊具
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau	ドイツ復興金融公庫
LD	Line Director	課長
LGSP	Local Government Support Project	地方行政支援プロジェクト
LLP	Local Level Planning	ローカルレベルプランニング
MA	Medical Assistant	医療補助員
MATS	Medical Assistant Training School	医療補助員養成所
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
MCWC	Maternal and Child Welfare Center	母子福祉センター
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MIS	Management Information System	管理情報システム
MMR	Maternal Mortality Ratio	妊産婦死亡率
MNH	Maternal and Neonatal Health	周産期・新生児ケア
MO	Medical Officer	医師
MOF	Ministry of Finance	財務省
MOHFW	Ministry of Health and Family Welfare	保健家族福祉省
MOLGRD	Ministry of Local Government, Rural Development and Co-operatives	地方行政・農村開発・協同組合省
MOP	Ministry of Planning	計画省
MoU	Memorandum of Understanding	覚書
MSA	Management Support Agency	運営支援機構
NEMEW	National Electro-Medical Equipment Workshop and Training Centre	国立医療機材保守管理・研修センター
NGO	Non-Government Organization	非政府組織
NIPORT	National Institute of Population Research and Training	国立人口調査・研修機関
NNP	National Nutrition Program	国家栄養プログラム
OGSB	Obstetric and Gynecological Society of	バングラデシュ産婦人科協会

	Bangladesh	
OP	Operational Plan	活動計画
PHC	Primary Health Care	一次保健サービス・プライマリーヘルスケア
(R) PIP	(Revised) Programme Implementation Plan	(改訂版) プログラム実施計画
PMA	Performance Monitoring Agency	実施モニタリング機構
PNC	Postnatal Care	産後検診
PPP	Public-Private Partnership	官民連携
PPR	Public Procurement Regulations	公共調達規則
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper	貧困削減戦略文書
PSC	Public Service Commission	公職委員会
PSO	Program Support Office	プログラム支援事務局
PWD	Public Works Department	公共事業局
QA	Quality Assurance	品質管理
RH	Reproductive Health	リプロダクティブヘルス
SACMO	Sub-Assistant Community Medical Officer	家族計画医療補助者
SBA	Skilled Birth Attendant	熟練助産師
Sida	Swedish International development Cooperation Agency	スウェーデン国際開発協力庁
SMPP	Safe Motherhood Promotion Project	母性保護サービス強化プロジェクト
SOP	Standard Operating Procedures	基本実施方法
SWAPs	Sector Wide Approaches	セクターワイドアプローチ
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
TOT	Training of Trainers	研修担当者研修
TQM	Total Quality Management	総合的品質管理
UFPO	Upazila Family Planning Officer	郡家族計画官
UHC	Upadzila Health Complex	郡病院
UH&FPO	Upazila Health & Family Planning Officer	郡保健・家族計画官
UHS	Upazila Health System	郡保健システム
UN	United Nations	国連
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金 (ユニセフ)
UNO	Upazila Nirbahi Officer	郡行政官

UP	Union Parishad	ユニオン評議会
UPHCP	Urban Primary Health Care Project	都市プライマリーヘルスケア・プロジェクト
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
UZP	Upazila Parishad	郡評議会
WHO	World Health Organization	世界保健機関

1 調査の概要

1-1 背景・経緯

バングラデシュ国（以下「バ」国）の保健セクターにおいてはこれまで、感染症対策分野においては予防接種、結核対策を中心に大きな改善が見られ、母子保健分野においては乳幼児死亡率、合計特殊出生率の減少が確認された。他方、熟練介助者による出産介助率の低迷、高い自宅分娩率は依然として大きな課題であり、熟練介助者による出産介助率は南アジア平均の37%、途上国平均の60%と比して著しく低い18%という状況にある（Bangladesh Demographic and Health Survey: BDHS2007）。また、妊産婦死亡率（10万対380：UNICEF 子ども白書2007）、出生後28日以内の新生児死亡（出生1000対37：BDHS2007）も依然として高い。特に最貧困層におけるサービスのカバー率、改善状況が低く、ミレニアム開発目標の達成に向けては、一層の改善努力が求められている。

各指標の改善を阻む要因としては、①社会・経済・文化的背景：患者や家族が妊産婦の異常兆候の発症を認識できない、妊産婦自身に決定権がない、医療施設に関する情報不足、文化的・宗教的な制約等により適時に受診や搬送がされない、②アクセスの問題：交通手段の確保が困難、道路事情が悪く搬送に時間を要し、医療機関への搬送が遅れる、③医療の質の問題：薬剤・資機材の不備、医療技術者の不足、医療従事者の技術レベルの低さ等により適切な治療が提供されない、などが挙げられる。

「バ」国のPRSPでは、貧困削減に向けた8つの戦略として栄養改善、母子保健の改善を挙げ、具体的な目標としてミレニアム開発目標の実現（乳児死亡率、妊産婦死亡率等の低減）を目指している。右目標実現のために、バ国政府は「保健栄養人口セクタープログラム（Health Nutrition and Population Sector Programme、以下「HNPSP」）」（2003-2011）を策定し、セクターワイドアプローチ（以下「SWAPs」）協調枠組みに基づくドナーの支援を得ながら、妊産婦・乳幼児死亡率低下、感染症蔓延の抑制、栄養不足の改善及び人口抑制などを優先課題と定め、全国での保健医療水準の底上げに取り組み中である。

HNPSPの枠組みにおいてJICAは、「母性保護サービス強化プロジェクト（Safe Motherhood Promotion Project、以下「SMPP」）」を、2006年7月より4年間の予定で実施中である。ダッカ北西部のノルシンディ県を対象としたプロジェクトの活動は、①コミュニティでの住民啓発・組織化活動および出産準備促進活動、②保健医療施設の改善活動を柱としている。バ国政府は本プロジェクトのアプローチを他地域に拡大することを目的とし、SMPPフェーズ2の実施を要請している。本調査の目的は、SMPPの経験および昨年度実施された「保健セクタープログラム形成調査」の提言を踏まえつつ、母子保健の分野において保健システム強化に資するアプローチを確立し、浸透を図るプロジェクトの形成である。

1-2 調査の目的

- (1) 当該セクター概況の把握：「バ」国における母子保健分野の現状・課題を把握すると同時に、他ドナー・NGO の動向、「バ」国の政策、短中長期それぞれにおいて改善すべき支援ニーズとその優先順位について確認する。
- (2) 保健システム強化に資するアプローチの検討：SMPP の経験および昨年度実施された「保健セクタープログラム形成調査」の提言を踏まえつつ、母子保健の分野において保健システム強化に資するアプローチの強化、浸透の可能性について情報収集・整理・分析を図る。
- (3) 協力案件の形成：上記を踏まえ、SMPP 後に JICA が実施すべき母子保健分野における協力のシナリオ、プロジェクトの概要案をとりまとめる。なお本調査により形成される案件の実施については、調査結果を踏まえて検討し、事前評価については別途実施する。

1-3 調査団の構成

調査団の構成は以下の通り。

担当	氏名	所属
総括	石井 羊次郎	JICA 人間開発部保健行政・母子保健 次長
母子保健	明石 秀親	国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力課 派遣協力専門官
地域保健	吉田 千有紀	日本赤十字社和歌山医療センター 看護師長
協力企画	渡辺 志津	JICA 人間開発部保健行政・母子保健グループ 母子保健課 Jr. 専門員
調査企画	亀井 温子	(前) JICA 南アジア部南アジア第5課 調査役 (現) JICA 人間開発部計画調整課 調査役
調査企画2	井上 琴比	JICA 南アジア部南アジア第5課 調査役
母子保健・ セクター分析	平野 明子	グローバルリンクマネジメント株式会社
母子保健・ 保健行政	今仁 直美	グローバルリンクマネジメント株式会社

なお、本調査は、SMPP 終了時評価調査と同時期に実施され、コンサルタント団員以外の団員は、2つの調査の団員を兼ねている。

1-4 調査工程

(1) 全体調査期間

2009年11月～2010年3月

- ① 第1回現地調査 コンサルタント (2009/11/29-12/26)
- ② 第2回現地調査 コンサルタント+官団員 (2010/1/24-2/13 官 2/10 まで)
別途、ローカルコンサルタントへの委託調査を実施。

(2)現地調査日程

官団員の日程は以下の通り。コンサルタント調査日程は、付属資料1参照。

1/24	日	ダッカ着（明石団員、吉田団員、渡辺団員、亀井団員）
1/25	月	09:00 JICA 事務所打ち合わせ 11:00 プロジェクト専門家打ち合わせ 15:00 バングラデシュ側評価メンバーとの打ち合わせ
1/26	火	ノルシンディ県活動視察・関係者インタビュー （CmSS 活動視察、UHC、UP 事務所、FWC 視察、CS 面談） ・GroupA: Monohordi / GroupB: Polash
1/27	水	地方視察 ●第1グループ：ジョソール・ナライル 1/27 チョウガサ郡病院、Addin 病院（私立）、CS 面談、ジョソール県病院 1/28 カリア郡病院、UN MNH プロジェクト視察（CARE の活動）、CS 面談、ナライル県病院 ●第2グループ：ポリシャル・ボッラ （1/26 20:15 フェリー発） 1/27 UHC 視察、CS 面談 1/28 ポリシャル県バナリパラ郡 UHC 視察、コミュニティ・クリニック視察、Save the Children USA サテライトクリニック・サイト訪問 ポリシャル・ショドール郡 MCH 産科および小児科病棟視察、メディカル・カレッジ訪問、Save the Children USA 事務所訪問、CS 面談 ●第3グループ：マイメイシン・ノルシンディ 1/27 UNICEF/BRAC プロジェクト視察 1/28 中洲地域視察 1/27：亀井団員 ダッカ発
1/28	木	1/28 ポリシャル県バナリパラ郡 UHC 視察、コミュニティ・クリニック視察、Save the Children USA サテライトクリニック・サイト訪問 ポリシャル・ショドール郡 MCH 産科および小児科病棟視察、メディカル・カレッジ訪問、Save the Children USA 事務所訪問、CS 面談 ●第3グループ：マイメイシン・ノルシンディ 1/27 UNICEF/BRAC プロジェクト視察 1/28 中洲地域視察 1/27：亀井団員 ダッカ発
1/29	金	午前 各地方視察→ダッカ着 午後 団内協議
1/30	土	10:00-12:00 「行政と住民のエンパワメントを通じた参加型農村開発プロジェクト（フェーズ2）」 13:00-19:00 団内協議 井上団員：ダッカ着
1/31	日	9:00-18:00 団内協議 19:00 JOCV および調整員インタビュー 石井団長：ダッカ着

2/1	月	ノルシンディ県活動視察・関係者インタビュー GroupA: 出産準備セッション、CmSS 活動視察、FWC、UHC 視察 GroupB: 中州地域の活動視察
2/2	火	団内協議 午後 保健省保健サービス局 Eessential Services Delivery 課長、病院課長面談 CARE Bangladesh 面談
2/3	水	団内協議 15:00 合同評価メンバーとの打ち合わせ
2/4	木	Group A: 09:00 団内協議 14:30 保健省家族計画局母子保健課長 Group B: ノルシンディ県 DPIC 参加
2/5	金	団内協議 明石団員：ダッカ発
2/6	土	団内協議
2/7	日	11:00 保健省コンサルテーションミーティング 15:00 JCC
2/8	月	09:00 JICA 事務所協議 11:00 団内協議 15:00 ドナー会合
2/9	火	吉田団員：ダッカ発 午前 団内協議 13:30 JICA 事務所報告 15:00 大使館報告 ダッカ発

1-5 主要面談者

付属資料2の通り。

2 調査結果概要

2-1 母子保健分野における現状と課題の把握

2-1-1 当該セクターの現状

(1) 妊産婦死亡率及び乳児死亡率の推移

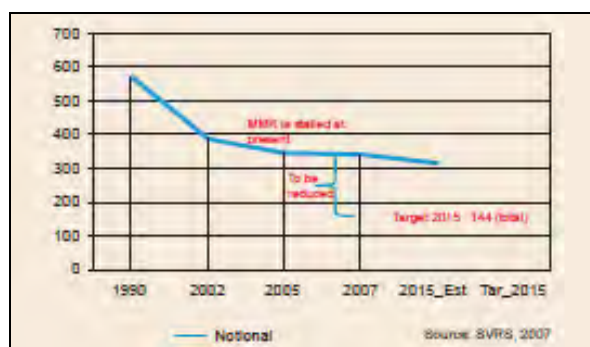
バングラデシュの保健指標は、過去数十年の間に著しく改善している。しかし、妊産婦死亡率(MMR)に関しては、1990年に574(対出生10万)だったのが2002年には391(2001年の Bangladesh Maternal Services and Maternal Mortality Survey(以下:BMMS)では320)と大きく減少しているものの、それ以降は思うように改善していない¹(図2-1参照)。

MMRの最近の状況に関しては、2010年実施中のMMRサーベイの結果を待ちたいが、バングラデシュ統計局(Bangladesh Bureau of Statistics:BBS)のデータでは、2008年に348と依然として高い。

MMRの原因は、妊娠中及び産後の大量出血が最も多く全体の約3分の1を占める。ついで子癇が約4分の1、その他、流産、危険な中絶、分娩停止や産褥敗血症などの直接原因に加え、高血圧や心疾患、更に暴力や事故などが上げられている²。

一方、乳児死亡率(IMR)に関しては、順調に減少しており、例えば、1997年から2007年の過去10年間に乳児死亡率は87から52(対1000出生数)に低下している³。最新のMICS(Multiple Indicator Cluster Survey)2009(Preliminary report)のデータでは対1000出生数当たりの乳児死亡率は45である。しかし、新生児死亡率に関しては、同時期の改善状況が52から37であり、年間平均死亡率改善の割合は、新生児が最も悪い(1-4才:9.4%、1-11か月:5.8%、28日未満:2.6%)。主な死因は、新生児仮死(21%)、低体重(11%)、深刻な感染症(34%)、ARI(10%)があげられている³。

図 2-1 妊産婦死亡率 (対 10 万出生数)



出所: MDGs Bangladesh Progress Report 2008

¹ MDGs Bangladesh Progress Report 2008

² Bangladesh Demographic and Health Survey 2007 and Bangladesh Maternal Services and Maternal Mortality Survey 2001

³ National Neonatal Health Strategy and Guidelines for Bangladesh 2009

(2) 地域的及び社会経済的格差

妊産婦死亡率の地域的格差を見ると、2001年のデータでは、Sylhet 管区が最も指標が悪く、次いで Barisal。Dhaka は全国平均値を示しており、Rajshahi が最も良い。また、BBS の 2007 年、2008 年のデータでは、地方の指標が都市部に比べ、約 1.6 倍高いことを示している。

新生児死亡率に関しても、同様に、地方が都市部より高いと報告されている（付属資料 3 表 1 参照）。管区別では Sylhet が最も高く、Barisal が最も低い。また、社会経済的格差が大きな問題となっており、たとえば、最貧困層グループの死亡率は最富裕層グループに比べて 2 倍近く高い。母親の教育水準も明確に影響しており、まったく教育を受けていないグループの死亡率は、中等教育以上のグループに比べて、2 倍以上高くなっている⁵。

妊産婦・新生児死亡率の改善を計る主な指標として、熟練者による出産介助率（Skilled Birth Attendant: SBA 率）、施設分娩率、産前検診（Antenatal Care: ANC）及び産後検診（Postnatal Care: PNC）利用率などが使用されている。

SBA 率に関しては、2007 年データ（Bangladesh Demographic and Health Survey: BDHS）では、全国平均は 18% だったのが、2009 年データ（Preliminary MICS 2009）では 24.4% と上昇している。地域別で見ると、2007 年 BDHS データでは、Sylhet、Barisal 及び Chittagong 管区の指標が全般的に低く（付属資料 3 表 2 及び図 1 参照）、2009 年 MICS データでも、やはり Sylhet、Chittagong 管区や南部地域の指標が低い（付属資料 3 図 2 参照）。2009 年 MICS では、全国で最も SBA 率が高いのは Khulna 管区 Meherpur 県で (61%)、Chittagong 管区 Bandarban 県が最も低い (8%)。

施設分娩率の全国平均は約 15%（2007 年）であり、管区別では、Sylhet（8.2%）、Barisal（9.5%）と低く、Khulna（22.4%）が最も高い（付属資料 3 表 3 参照）。SBA 率及び施設分娩の割合は、管区別よりも経済環境の影響が強く、ともに経済状況により 5 段階にわけたグループ別で見ると、最貧層と最富裕層の差は約 10 倍（SBA 率：最貧層（4.8%）最富裕層（50.9%）、施設分娩率：最貧層（4%）は最富裕層（43%））となっている。

2007 年 BDHS によると、ANC（1 回以上）の全国平均は、2007 年の 52% であり、2004 年の 49% から上昇。Sylhet や Barisal の一部が 40% 以下と低い（付属資料 3 表 4 及び図 3 参照）。また、母親に対する PNC の利用率は平均 21%（2007 年）と全般的にかなり低い。いずれの指標も貧困層と富裕層との差は大きい（添付資料表 5 参照）。新生児に対する PNC も同様の傾向にあると報告さ

表 2-1：妊産婦死亡率（対 10 万出生数）

Division	BMMS 2001 年	BBS SVRS ⁴ 2007 年	BBS SVRS ⁴ 2008 年
Barisal	387	/	/
Chittagong	325	/	/
Dhaka	320	/	/
Khulna	351	/	/
Rajshahi	223	/	/
Sylhet	471	/	/
Total	322	/	/
Urban	/	219	242
Rural	/	386	393
Total	/	351	348

⁴ Key Indicators on Report of Sample Vital Registration System (SVRS), Bangladesh Bureau of Statistics

⁵ Bangladesh Demographic and Health Survey 2007

れている⁶（付属資料3表6参照）。

(3) ミレニアム開発目標（MDGs）の達成状況

乳幼児死亡率の削減を目的とする MDG4 については達成見込みである。一方、妊産婦の健康の改善に関する MDG5 については、MMR に関する信頼あるデータが入手できないため、実態を把握することが困難であるが、もっとも楽観的なシナリオでも MDG5 を達成することは困難と見られている⁷（下記表 2-2 参照）。

表2-2 母子保健関連のMDGs達成状況

MDGs	1990/91年	最新データ	2015年目標	進捗状況
Goal 4: 乳幼児死亡率の削減				
Target 4.A: 2015年までに5歳児未満の死亡率を1990年の水準の3分の1に削減する				
4.1 5歳未満死亡率（対出生 1000）	146	67 (2009)	48	On track
4.2 乳児死亡率（対出生1000）	92	45 (2009)	31	On track
4.3 はしかの予防接種を受けた1歳児の割合（%）	54	87.2 (2007)*	100	On track
Goal 5: 妊産婦の健康の改善				
Target 5.A 2015年までに妊産婦の死亡率を1990年の水準の4分の1に削減する				
5.1 妊産婦死亡率（対出生100,000）	574 (1990)	348 (2008)	144	Not achievable by 2015
5.2 適切なスキルをもった介助者による出産の割合(%)	5.0	24.4 (2009)	50	Not achievable by 2015

出所：MDGs Bangladesh Progress at a Glance 2009 & MDGs Progress Report 2008（*印データ及び進捗状況）

2-1-2 相手国政府の政策概要

(1) 国家開発戦略

バングラデシュの貧困削減戦略文書（PRSP）は2005年10月に策定され、2008年7月に改訂された。策定された PRSP-II（2009-2011）は、MDGs 達成を目標としつつ、5つの戦略分野（①マクロ経済の安定、②貧困削減をもたらす経済成長、③必須インフラの構築、④社会保障、⑤人間開発）を中心に、5つの補助戦略（①社会参加、②ガバナンス、③効果的なサービス分配、④気候変動への取組、⑤科学技術（ICT含む）による生産性向上）を合わせた合計10の戦略分野を掲げている。前 PRSP と比較すると、より貧困層に配慮した内容となっている⁸。

しかし、PRSP-II が暫定政権によって策定されたものであったため、2009年に新政権が発足後、その選挙公約や国家開発ビジョンに基づいて PRSP-II の見直しが行われた。見直しされ

⁶ Bangladesh Demographic and Health Survey 2007 and MDGs Bangladesh Progress Report 2008

⁷ MDGs Bangladesh Progress Report 2008

⁸ ODA 国別データブック 2008

た PRSP-II (Revised) (2009-2011) の内容は、政策の持続性も考慮して、MDGs 達成へのコミットメントや重点戦略分野はそのまま踏襲し、経済成長を通じた貧困削減を目指すとしている⁹。

一方、バングラデシュ政府は、次期国家開発戦略として、第 6 次 5 カ年計画 (2011—2016) を策定中。まだ最終調整段階ではないが、保健分野に関するドラフト文書によると、母子保健対策が優先課題であることに変わりなく、主要アプローチとして熟練介助率の増加、緊急産科ケア設備拡充、コミュニティクリニック強化、保健行政強化の一環としての地方分権化（財政措置を伴うローカルレベルプランニング導入）推進などがあげられている。

(1) 保健セクタープログラム (Health Nutrition and Population Sector Programme: HNPS)

現在の保健セクターのセクターワイドアプローチ (SWAPs) 「保健・栄養・人口セクタープログラム 2003-2010 (HNPS)」策定時には PRSP はまだ完成していなかった。そのため、PRSP は HNPS の上位政策という位置づけではないが、保健医療分野に対する課題や方針、MDGs の達成など、政策的な整合性は確保されている¹⁰。

HNPS は、保健家族福祉省（以下、保健省）が中心となり実施されており、母子保健に関する活動も HNPS に含まれる。対象期間が 2011 年 6 月末まで延長になっている（プールファンドは 2011 年末が執行期限）。

3 つのコンポーネントに分かれ、最優先目標は、①妊産婦死亡率低下、②出生率低下、③栄養失調の改善、④乳幼児死亡率低下、⑤結核やその他の疾患による影響軽減、⑥非感染症や事故の予防、となっており、母子保護は最優先課題の一つである。それを達成するための主な対策としては、妊産婦死亡率の原因となる 3 つの遅れ（段階①医療施設の受診決定の遅れ、段階②医療施設への搬送の遅れ、段階③適切な治療提供の遅れ）に対応すべく、緊急産科ケアのサービス改善のための施設整備および医療サービス提供者能力向上、熟練者による介助率の向上、及びコミュニティ参加・動員、さらに、女性の権利保護・暴力からの保護などがあげられている。

次期セクタープログラムは 2011 年 7 月からの実施に向けて、策定プロセスが開始された。2010 年 1 月末には保健省により、ドラフトコンセプトについて関係機関と広く意見交換を行うワークショップが開催された。ドラフトコンセプトの概要は以下の通り。

過去の 2 つのセクタープログラムからの教訓として、これまでのプロジェクトアプローチから包括的な SWAPs に移行することにより、より貧しい人々への基礎的サービス提供が強化されるなどの成果がみられた。一方で、運営に関しては、細分化されすぎた実施計画による非効率性・横断的協調の欠如、不適切な予算配分・調達制度、開発資金の分散化、複雑なドナー資金調達手順などの多くの課題も確認された。

重点課題として、①保健・栄養・人口に関するサービス提供の促進、②サポートシステムと保健省の監督 (Stewardship) の役割強化があげられている。①の母性保護サービスに関しては、熟練者による出産介助率向上や適切な人材育成に加え、コミュニティクリニック管理委員会¹¹

⁹ Steps Towards Change – National Strategy for Accelerated Poverty Reduction II (FY 2009-2011), 2009, General Economic Division, Planning Commission

¹⁰ 保健セクタープログラム形成調査報告書、2008 年、JICA

¹¹ 現地調査では、コミュニティクリニック管理委員会 (Community clinic management committee) の名称をコミュニティグルー

をサービス提供者のアカウントビリティ向上及び妊産婦の出産計画作成やサービス利用促進のためのコミュニティ支援グループとして活用する、としている。また、コミュニティクリニックに関しては、住民に対してワンストップ医療サービス提供を行うとともに、効果的な郡保健システム (Upazila Health System-UHS) (詳細は 2-1-3 の (2) 参照) の基礎となることが期待されている。②については、計画・財政・調達管理、人材育成管理、管理情報システム (Management Information System - MIS) ・モニタリング、保健省の取締・監視役・官民連携 (Public-Private Partnership - PPP) などを強化する。地方分権化及びローカルレベルプランニング (LLP) に関しては、現在実施予定の 6 県での LLP パイロットが成功すれば全国拡大を行う計画としている。

(2) 保健関連政策・戦略

母子保健に関する政策としては、National Health Policy, National Strategy for Maternal Health, National Neonatal Health Strategy などが存在する。その他の政策・戦略文書の概要は付属資料 5. 参照。

National Health Policy は 2008 年内容が改訂され、現在、承認に向けて最終手続きの段階。特に貧しい人々や女性・子供・老人を含む脆弱なグループの健康、栄養、家族福祉環境の持続的向上を目指し、利用者中心の質の高い基礎的サービスの拡充と人々のニーズに応えるための持続的保健システムの開発を目的とする。主要な戦略として、郡レベル以下に全体予算の最低 60% を配分し、保健サービス、特にプライマリーヘルスケア (PHC) 提供機能を向上するという方針を継続する。郡病院 (Upazila Health Complex: UHC)、保健家族福祉センター、コミュニティクリニック (CC) を強化することが明記されている。また、政府の監督者 (Stewardship) としての役割を強化し、民間セクターとの連携推進などがあげられている。また、保健予算の上昇を目指し、国家予算の保健 (HNP) 分野への割合を現行の 7% から段階的に 2015 年までに 12% に増加する。民間セクターの投資や開発予算の増加も期待されている。

National Strategy for Maternal Health は 2001 年に策定されたが、HNPS の中間レビューにより改訂されることが決定され、改訂プロセスが開始されたばかり。従って、どのような内容になるか本調査では確認できなかった。現行の Strategy の基本方針は、①妊産婦死亡削減のための緊急産科ケアの強化、②合併症の早期発見・適切なレファラル実施のための基礎的産科ケアの提供、③女性の権利の推進、④サービスの質の確保。助産師に関していくつか特別記載がある。伝統的産婆 (TBA) について、重要な役割を果たしている地域・状況では必要な支援を行うとしているが、積極的に推進はせず、将来的には啓発活動やレファラルにおける役割を持つとしている。また、コミュニティ熟練助産師 (Community based SBA : CSBA) として、コミュニティでの通常分娩介助と合併症の適切なレファラルを行う人材として家族福祉補助員 (FWA)、女性の保健補助員 (FeHA) や NGO・民間セクターの人材を訓練するイニシアティブを実施している。TBA の出産介助者としての役割に関しては、上述のように、現在、政府として明確な方針はなく、HNPS 中間レビューでは Strategy 改訂の検討事項として、TBA の役割の見直しが指摘されている。中間レビューでは TBA の有効的な役割を検討すべきとしている一方、助産師としてトレーニング・活用することは、MMR 改善には効果がない事が世界的経験から認識されていることから、助産師としては TBA は不適当としている。

ブ (Community group) と変更するとの情報もあったが、正式には未確認である。

National Neonatal Health Strategy が 2009 年に策定。これまで比較的関心が薄かった新生児ケアであったが、近年、重要性が認識され、新たに策定されたものであり、技術的ガイドライン等も含まれている。基本理念の一つとして、新生児の健康を、青少年から妊娠、出産、児童期と続く継続的ケア（Continuum of Care）の一環として捉え、さらに家庭から医療施設でのサービスの継続性も重視しており、分野横断的な対応の必要性を謳っている。周産期ケア（Maternal health care）との連携もあげられており、施設分娩の増加と全てのレベルでの緊急産科ケアの向上、コミュニティ熟練助産師（Community based SBA : CSBA）の活用強化、母親と新生児の産後検診強化などをあげている。現在改訂中の Maternal health strategy の一つのベースになると考えられる。National Neonatal Health Strategy の実施に向けて、幅広い開発パートナーの参加によるアクションプランの策定が進められている。

2-1-3 開発計画の取り組み状況と課題

(1) HNPSPP 枠組み

HNPSPP の活動は、プログラム実施計画（PIP）に基づき 38 の活動計画（OP）ごとに予算を配分し、活動を実施している。PIP は 2005 年および 2008 年に改訂されており、目標達成に向けて後半期間の活動・予算が見直された。

HNPSPP の予算は、開発予算（Development Budget : 全体予算の約 65%）で賄われており、開発予算は、政府予算、世銀、DFID、UNFPA などが出資するプールファンド（約 39%、物品調達、NGO 業務委託、トレーニング、コンサルタントサービス、調査などに活用）とその他各ドナーが個別に出資するプロジェクト支援（Project Aid : 約 26%）から構成されている。予算に関する詳細な仕組みは 2-2-1 (1) を参照。

母子保健対策に関する主要な OP は保健省保健サービス局（Directorate General of Health Services - DGHS）の Essential Service Delivery (ESD) 及び家族計画局（Directorate General of Family Planning - DGFP）の Maternal, Child and Reproductive Health (MCRH) 等である。

(2) HNPSPP 進捗

HNPSPP の進捗は、毎年政府によるまとめ（Annual Programme Implementation Report : APIR）及び第三者チームによる年次レビュー（Annual Programme Review : APR）が行われ、2008 年には中間評価が実施されている。2009 年のレビュー結果について以下に簡単にまとめる。

<APR2009>

全体の評価—現在の縦割りの構造によるサービス提供システムで状況改善は限界に達していることを保健省が認識し、新しいリーダーシップで様々な課題の改善に向け、努力していく必要があるとしている。

- 縦割りのプログラムに関しては指標の改善（乳幼児死亡率低下、感染症削減、栄養改善等）など成果あり。
- 公的保健サービスの活用（特に貧困層）はあまり改善していない。それは脆弱な保健システ

ム（資機材供給、人材管理、財政、マネージメント・調整）に起因するものであり、保健省は必要な内部改革に着手しておらず、民間の有効活用に関しても十分な検討がされていない。

主な課題

- 地方分権・権限移譲
現在のシステム（64 県と 484 郡のマネージメントが 2 つの局に分断、38 の課長（Line Director：LD）下の多数のプログラム・プロジェクト、保健省以外の省庁の関与など）では、効率的な保健システムの構築は困難。県・郡への権限移譲（予算含）は状況改善の一助と考えられている。
- 保健人材（質・量）は危機的状況。
- 保健支出全体の中で、政府・開発パートナーの支出は約 30%（=5 ドル/capita）に過ぎず、残りの大部分は、国民が自費で、主に小規模民間業者から様々な種類のサービスを購入している。政府の支出割合については、HNPS 当初の 2 ドル/capita 以下に比較すれば上昇しているが、それでも目標達成に向けてはまだ低い水準と言える（例えば、UNDP の試算で保健関係 MDGs 達成に向けて必要な支出額は 14 ドル/capita（2009 年）、20 ドル/capita（2011 年）となっている）。
- プールファンドの活用については、支出進捗が悪い。2009 年 5 月の時点では、当初予定の 72%。このままでは活用期限である 2010 年 6 月の段階で、約 170 百万ドルが未使用として残る計算（HNPS 全体へのコミットは約 700 百万ドル）であり、2011 年末までの期限延長が承認された。支出が進まない原因は、Performance based Financing Indicator（プールファンドの一部支出条件）の達成度が低いことによる支出可能額の減少、使途がカテゴリー別に限定、資金支出のための手続きが複雑かつ時間がかかること等があげられており、特に保健省担当官はプールファンドの支出手続きに時間がかかることもあり、他のリソースの活用を好むといった状況もある。

郡保健システム（UHS）の構築提言

- 現行の分散したサービスシステムの限界（特に安全な出産や新生児ケアの改善のような人・施設・マネージメント能力が揃った包括的サービス提供が必要な分野への対応は不十分）を認識した上で、PHC を向上するために、郡レベル以下の施設機能を統合して強化する UHS の構築を提案している。

<周産期ケアに関する進捗>

APIR2009 にまとめられた基礎サービス供給（ESD）の活動計画の成果を以下に記す。

表 2-3 基礎サービス供給活動計画の実績（2007 年 7 月-2008 年 6 月）

	指標	目標（2008）	現状（2008）
1	緊急産科ケアのニーズ対応（132 郡病院 ^{注1} & 59 県病院）	30 %	27 %（BDHS2007）
2	包括的緊急産科対応医療施設	県病院=59, 郡病院=132	県病院=59, 郡病院=105
3	ANC 率（132 郡病院 & 59 県病院）	55	51.7（Health MIS）

4	施設分娩(132 郡病院& 59 県病院)	8%	6.69% (Health MIS)
5	帝王切開率	3.5%	5% (Health MIS)
6	DSF 注 2 対象女性のうち熟練者による出産 介助を受けた率 (%)	32%	29% (NIPORT2007)

出所：APIR2009

注 1： 132 郡病院は CEmOC にアップグレードする施設として選定されたもの。

注 2： Demand side Financing (DSF) とは、貧しい妊婦の必要なサービスの利用を促すための、妊産婦・医療従事者への金銭的インセンティブを提供する政府スキーム。

(3) 母子保健対策に関する政府イニシアティブ

HNPSF 枠組みでの主要な政府アプローチ/イニシアティブを以下に簡単に説明する。

1) コミュニティ熟練助産師 (Community based Skilled Birth Attendant : CSBA) 育成イニシアティブ

保健省は熟練助産師による出産介助率を向上させるために、2003 年から Community based Skilled Birth Attendant プログラム (UNFPA と Islamic Development Bank 資金) を実施しており、現在までに約 5500 名の CSBA を育成している。これは、もともとコミュニティヘルスワーカーである HA と FWA に対し (全て女性のみ)、6 か月の助産に関する訓練を行い (OJT まで含めると 18 か月)、コミュニティの中で活動する熟練助産師を育成するプログラムである。保健省は 2015 年までに、合計で 15,000 人の CSBA を育成する計画であるが、現状は、CSBA となる候補者 (女性の HA 及び FWA) が不足している。新しく HA 及び FWA の採用が行われているが、そもそも HA/FWA 自体の数が必要定員に足りていない状況にある。

また、HA や FWA ではない人々が政府承認の訓練を受けてコミュニティ熟練助産師として登録・活動しているケースがある (プライベート CSBA)。これまでに、JICA の母性保護サービス強化プロジェクト (SMPP)、ICDDR, B (国際研究機関)、BRAC (NGO) が、個別に保健省の承認を受けて、民間 (Non-public) の CSBA を育成・活用しており、JICA 以外のケースは保健関連の活動を行っている NGO スタッフを採用している。保健省は、公的 CSBA (HA/FWA) 育成の限界を認識しており、このような民間 CSBA 推進も視野に入れている様子であるが、現時点では正式な方針は未整備である。

2) 緊急産科ケア (EmOC) 整備イニシアティブ

保健省は適切な緊急産科ケア対応を行うべく、施設整備を行っている。現在、全ての県病院及び母子福祉センター (Maternal and Child Welfare Centre : MCWC、県レベルにある母子病院) は包括的緊急産科ケア (CEmOC) が行える施設として指定されている。但し、実際には人材不足、機材故障、薬品不足等で必ずしもサービスが提供されているとは限らない。

また 400 以上ある郡病院に関しては、UNICEF の支援を得て、132 病院を CEmOC へアップグレードする計画を実施した (詳細な郡病院名は付属資料 7. 参照)。昨年度までに、機材供与・施設整備に加え、140 組の産婦人科医と麻酔科医を 1 年間訓練 (一般医を各分野において訓練したもの) し、ペアとして郡病院へ配置した。2009 年 12 月時点で、119 の郡病院が CEmOC として登録されている (施設が整備され、少なくとも 1 ペアの産婦人科医・麻酔科医が配置されている病院)。この中には選定された 132 以外に、独自の予算でアップグレードした病院も含まれている。但し、サービス提供の実態は、上記県病院などと同様である。今後は、保健省としては、引き続き、通

常予算で毎年 20-25 組の産婦人科医・麻酔医を訓練し、人材不足の病院に配置することを計画している。保健省は、各施設に 2 ペアの配置を理想としている。

それ以外の郡病院は基礎的緊急産科ケア (BEmOC) 対応となっている。保健省では、毎年 30 病院程度は、CEmOC へのアップグレードを行いたいとしているが、実際には予算不足もあり、今年度は実績なし。一方で、現在、全ての郡病院を対象に、31 病床から 50 病床へと段階的に拡張整備が行われている。50 病床の病院は、CEmOC 対応の施設・人員を保有することになっており、今後、徐々に CEmOC 対応への整備を行っていく計画である。

3) コミュニティクリニック (Community Clinic : CC) 活性化イニシアティブ

現政権政党のアワミリーグが前回政権についていた 2000 年頃に一度導入された施設。一つの CC あたりの対象人口が 6000 人で、最も住民に近いところに位置する保健施設として導入が進められていたが、政権交代に伴う政策変更によりプログラムは中断していた。現政権は “Revitalization of community health care” というイニシアティブを新たに立ち上げ、2014 年までに合計 18,000 (うち独立した建物が必要なのは 13,500) の CC を稼働させることを目標にしている。保健省の報告では、現在、10,723 箇所 CC が存在し、うち約 100 箇所は建て直しが必要であるが、小規模な修理はすでに開始されており、多くはすでに稼働していると報告している。

CC では、これまでコミュニティでサービスを提供してきた HA と FWA が週 3 日ずつ交代で第一次医療サービスを提供することになっている。HA・FWA は週の残りの日はこれまで通りコミュニティでの活動を行う。また、保健省は CC に常駐する新たな人材としてコミュニティヘルスケアプロバイダー (Community Health Care Provider - CHCP, CC 当り一人) を配置するとして、まずは 6000 人の採用・訓練を 2010 年から開始する計画である。CHCP は、HA・FWA の監督者になるが、医療サービス提供者であると同時に CC の運営管理者となる想定である。CC への物資調達などの管理は、郡レベルの保健サービス局及び家族計画局担当官の責任になっている。CC の施設基準ガイドラインは現在策定中である。

また、各 CC は住民代表を含む管理委員会 (Community Clinic Management Committee : CCMC) を立ち上げることになっている。メンバーは 11 名からなり、CC の土地を寄贈した人物 (CC の土地は住民から寄贈されることになっている)、ユニオン評議会長、ユニオン評議会の女性メンバー、HA、FWA、社会活動を行っている住民代表などで構成される。この CCMC メンバーリストの登録管理は、郡保健家族計画官が行うことになっている。また、CHCP が CCMC の書記となる。これまでの経験から、CC 活性化に向けて、住民参加及び政府と NGO の関係をより強化する必要があるという考えから、CCMC メンバーに NGO 代表者を招くことも検討中である。

プロジェクトオフィスは立ち上げ準備中であり、ダイレクターのみ任命されている。保健省官房下に 44 名のスタッフが採用される予定である。現在、首相府直轄にある CC サポートオフィスの WHO コンサルタント現地調査報告によると、訪れた CC の中では、対象住民からのアクセスが悪いところや、修繕したはずなのに建築物としてひどい状況でセキュリティが確保されていないところなども多い。大半は修繕がまだ実施されていない状況であり、更にほとんどの CC では電気がきておらず、井戸が使えないところも多いとの報告もある。稼働状況も様々で、まだ課題は多いものの、コミュニティに最も近い保健所として稼働すればメリットは大きいとの見方が大勢

である。すでに、幾つかの開発パートナーや NGO は CC 強化・連携した支援を実施・計画している。

活動資金は現在のところ政府独自の資金に加え、先ごろ承認された GAVI/HSS プロジェクトで、13 県を対象に CC の施設整備や活動費の支援を行う計画である。現在、MoU の締結に向けて最終調整中であり、資金の支出が開始された段階で、具体的な活動計画をすり合わせる予定である。

4) Demand Side Financing (DSF) バウチャープログラム

2004 年、保健省が WHO の支援を受けて開始したイニシアティブで、(特に貧しい) 妊産婦のサービス利用向上のために直接金銭的インセンティブを提供するもの。インセンティブ裨益の対象となる妊産婦の条件には、子供の数 (2 人目まで) と地域によっては所得上限を設けている。認定された妊産婦にはバウチャーが配布され、3 回の ANC、施設分娩、1 回の PNC が無料で提供されると共に、施設訪問のための最大 5 回までの交通費及び栄養確保や必要経費としての現金 (合計 2500Tk) やギフトボックスなどが提供される。また、施設へのレファラル、検査や施設分娩に伴う治療に応じて、サービス提供者及び施設にも金銭が提供される。対象施設は、公的施設は自動的に対象となり、民間・NGO 施設でも、基準を満たせば認定を受けられる。しかし、現在まで民間施設の認定は限られている (DSF プログラムの詳細な基準やインセンティブの種類・額については付属資料 8. 参照)。

DSF プログラムはこれまで 35 郡で実施されている。35 郡のうち 9 郡は裨益対象者への所得上限を設けないユニバーサルアプローチを適応してきたが、保健省は今後はユニバーサルアプローチは行わない方針である。

今年度新たに 10 郡で DSF が開始され、更に保健省と UN のジョイントプロジェクトである MNH イニシアティブでは対象 4 県のうち、7 郡で DSF を導入する計画である (DSF 実施対象の県・郡名は付属資料 8. 参照)。但し、その後の拡大計画に関する予算については白紙状態とのことである。

<評価>

GTZ が 2010 年 1 月に公表した DSF 評価結果を以下にまとめる (2007 年半ばから約 2 年間実施している 21 郡を対象に、コントロール郡と比較した)¹²。

Demand side (サービス利用状況)

- ・ コントロール地域と比較して、家庭分娩の SBA 率、施設分娩、ANC、PNC が著しく増加。更に、ANC、PNC、出産に係る自己出費 (out of pocket) が減少。

Supply side (サービス提供状況)

- ・ コントロールと比較して、圧倒的に業務量が増加している。合併症、死産、新生児死亡などの割合は、コントロールと比較して低い。ケアの質に関しては、特に統計的な差は見られなかった。

プログラム運営

- ・ 裨益者選定基準の遵守、現金支出の遅れ、運営管理にかかる業務量、モニタリングの欠如などが問題点として指摘。

¹² Economic Evaluation of Demand-Side Financing (DSF) Program for Maternal Health in Bangladesh (Draft), 2010, GTZ

提言

- ・ 総合的には、母性保護に対する効果は認められているが、プログラム継続に向けての課題として、サービス提供者側の強化（質、人材・薬品供給改善）、NGO・民間セクターとの連携強化、他のプログラムとのコスト比較、プログラム運営に係るマネジメント強化などが挙げられた。

5) Chowgacha 郡病院モデル普及イニシアティブ

Jessore 県の北西部に位置する Chowgacha 郡の郡病院は、ドナーなど外部からの支援ではなく、独自の工夫で、非常に良いパフォーマンスを行っていると国内で評判の病院である。

Chowgacha 郡病院は 1996 年、独自のサービス改善のイニシアティブを開始。病院のマネジメントチームが、まずは病院内の活動改善やスタッフのモチベーションを上げることにより、24 時間の質的サービスを住民に提供し始めた。その後、病院外の人々コミュニティリーダー（ユニオン評議会（UP）チェアマン、アカデミック、学校の校長、エリート、ビジネスマン等）や地方行政官を招いて、地域へより良い病院サービスの提供を行うために、地域内での可能な支援や協力を模索し始めた。結果、Chowgacha 郡病院では、コミュニティから、病院内の医療業務以外（受付など）のサポートを行うボランティアや駐輪場整理の人的支援、地方政府予算から X 線フィルムやボランティアへの手当等必要な物資や資金提供、ビジネス業界から携帯電話等の物資提供などを得ている。

保健省は、Chowgacha モデルを全国の郡病院に普及すべく、現在、トレーニング計画を準備中。トレーニング対象者は、この活動の鍵となる郡保健家族計画官（Upazila Health & Family Planning Officer - UH&FPO）、郡家族計画官（Upazila Family Planning Officer - UFPO）、郡評議会議長、郡行政官（Upazila Nirbahi Officer - UNO）、県保健サービス局長（Civil Surgeon - CS）、及びコミュニティ社会福祉活動者の 6 名。5 日間のトレーニングを Chowgacha 郡の近辺で実施する計画であり、最初の 4 日は UH&FPO のみで現状分析、病院視察、アクションプランの作成などを行い、最終日に全員揃って議論を行う。講義は、保健省関係局からの教官に加え、Chowgacha 郡病院のスタッフが行う。現在、国立人口調査・研修機関（NIPORT）が中心となってトレーニングモジュールを作成中。今年 7 月頃からの開始を目指しており、約 2 年間で全国の郡病院（約 400）へのトレーニングを実施予定である（トレーニングモジュールドラフト内容は付属資料 9. 参考）。

2-1-4 当該セクターの現状及び政策・開発計画の取り組みを踏まえた課題

(1) 保健政策

主要な保健政策の策定や改訂の手続きが進められており、最近の National Neonatal Health Strategy 新規策定や National Strategy for Maternal Health の改訂プロセス開始などは、バ国政府の重要保健課題を反映した動きであると考えられる。特に、National Strategy for Maternal Health は、SBA 率の改善など MMR 改善に向けた重要な指針となるため、政策策定のみならず、実施に向けた取り組みが促進されることが期待される。

(2) セクタープログラムの実施

これまで約 10 年にわたり行われてきた SWAPs の取り組みで、これまでのプロジェクトアプローチから包括的なアプローチにシフトすることにより、より貧しい人々への基礎的サ

サービス提供が強化されたと一定の評価がなされている。一方で、運営に関しては、細分化されすぎた実施計画による非効率性・横断的協調の欠如、不適切な予算配分・調達制度など多くの課題が指摘されている。最近の年次レビューでも、感染症対策や栄養改善などの縦割りプログラムに関する指標は改善しているが、それ以上のサービス提供システム改善には、現在の脆弱な保健システムでは限界があり、構造的な改革が必要と指摘している（バ国政府の保健システムに関しては 2-2 詳述）。また、現行 HNPSF の運営に関しては、複雑なドナー資金調達手続きによるプールファンドの執行遅延も問題となっており、これら実施体制の改善については次期セクタープログラムでの対応が期待されている。

2-2 バ国保健医療システムの概要

バングラデシュの保健行政は、サービス提供、人事、ロジスティック等全ての面で中央集権的な構造になっている。公的保健医療サービスを提供する施設および人材は、一部の大都市（「特別市庁¹³」）を除き全て保健省に属し¹⁴、地方自治体の果たしている役割は殆ど無いに等しい。ここではまず①保健省の構造と事業実施体制の概要を考察し、②保健省以外で保健行政に影響を及ぼす省庁と③地方自治の仕組みと保健行政へのかかわり、④その他のステークホルダーの関与について述べる。

2-2-1 保健省

(1) 構造（中央）

保健省は大別して大臣官房 (Secretariat) とその下にある 4 つの実施機関 (Directorates) および専門機関に分けられる。

大臣官房 (Secretariat) : 総務・人事、計画、財務といった管理部門や病院・看護・ジェンダー、公衆衛生などの課題部も含め 9 の部局に分かれており、主にマクロレベルの政策・計画の策定、他省庁との折衝を担当している。大臣官房の基幹人材は BCS (Bangladesh Civil Service) と呼ばれる高級官僚であり、原則として 3 年毎に省庁横断的な人事異動の対象となるため、保健行政に精通した人材は稀少である。

実施機関 (Directorates) : 保健省の実施機関としては保健サービス局 (DGHS)、家族計画局 (DGFP)、看護サービス局 (Directorate of Nursing Services)、医薬品管理局 (Directorate of Drug Administration - DDA) の 4 機関があり、それぞれが独立した官房機能・予算・事業を有している。

専門機関 : 主な専門機関としては、以下のようなものが挙げられる。

- **国立人口調査・研修機関 (National Institute of Population Research and Training - NIPORT)** : 保健省の実施機関の委託を受けて、主に母子保健分野の医療従事者や管理者

¹³ダッカ、チッタゴン、クルナ、ラジシャヒ、ボリシャル、シレットの 6 都市における保健医療サービスの提供は、地方自治開発省下の特別市庁政府の管轄。

¹⁴ 2009 年 11 月にユニオンレベルの保健医療従事者は必要に応じて中央政府に所属しつつもユニオン評議会の指揮系統に組み込むことが出来るという法令が発表され、今後地方自治体の関わりを増大させる傾向にあることがうかがわれる。

の研修とそのモジュールの作成を行っている他、質の高い医療サービスを提供することを目的としたオペレーション・リサーチを行っている。全国に12の研修センター(県レベル)と20の郡にある地方研修所(Regional Training Centres (RTC))を有し、主に in-service training のTOT を行っているが、DGFP のプロバイダーであるFWA、家族福祉訪問員(Family Welfare Visitor - FWV)の育成(プロバイダーの種類と育成制度に関しては2-3-1に詳述)もNIPORTに委託されている。専門機関であるが、Directorate General に格付けられている。

- **医療器材保守管理・研修センター(National Electro-Medical Equipment Maintenance Workshop and Training Centre - NEMEW&TC および District Electro-Medical Equipment Maintenance Workshop - DEMEW)** : 病院で使われる機材の維持管理およびユーザーに対する保守管理指導を行う。DEMEW は県レベルに設置されており、原則として当該県内の医療施設の要請に応じ、NEMEW は DEMEW がいない県のニーズに対応する。
- **建築管理・保守ユニット(Construction Management and Maintenance Unit - CMMU)** : 100床以下の医療施設の建設・改修を担当。実際の建設・改修工事は外注されCMMUは入札も含めた工程の管理を行う。101床以上の施設の建設・改修は住宅・公共事業省(Ministry of Housing and Public Works)内の公共事業部(Public Works Department - PWD)が担当となる。

(2) 周産期・新生児ケア(Maternal & Neonatal Health - MNH) サービス提供の仕組み

中央から村落レベルまで、医療保健サービスの提供に直接関わっているのは主に DGFP と DGHS であり、DGFP は家族計画やリプロダクティブヘルスに関わる事業を、DGHS は家族計画および栄養プログラム以外の保健医療サービスの提供や質の確保のための事業を、国家栄養プログラムが栄養プログラムの事業を実施している。郡以下のレベルでは保健サービス局と家族計画局の施設上の統合は一部見られるものの、DGFP, DGHS の構造・管理系統は基本的に中央から末端レベルにいたるまで独立したものであり、横の連携はほとんど行われていない。HPSP (1998~2003) 期間に両局の統合が試みられたが、結局実現せず現在に至っている。

1) 村・ウォードレベル

末端レベルの MNH サービスは主に DGFP の職員である FWA と DGHS 側の HA による家庭訪問と巡回診療によって提供されているが、FWA、HA は共に CSBA の資格を取得していないかぎり、妊娠・出産に関わるケアは提供しない。FWA は担当地区の各家庭を定期的に訪問し、既婚者を登録し家族計画促進のために避妊相談と避妊具等の配布を主な仕事としており、妊娠した女性には産前産後のケア(ANC/PNC)や分娩介助が受けられる至近の医療施設(FWC、ユニオン保健・家族福祉センター(UH&FWC)、UHC等)や月一回のサテライトクリニック(移動診療)へ、自宅ケアを希望する場合はFWVへのレファラルを行う。HAは巡回診療による予防接種やビタミン剤の配布、予防接種拡大計画(EPI)の実施や関連データの収集業務や結核プログラムにおける患者報告を受け持っている。

コミュニティクリニックには、現段階において周産期ケアを提供することは規定されてい

ない。しかし CSBA 資格を持つ FWA/HA が配置されていれば基礎的な周産期ケアを提供することは可能となるため、将来的には機材の配備を含め必要環境の整備を行っていききたいとの展望もある。

2) ユニオンレベル

各ユニオンに一軒の割合で第一次医療施設が設置されており、DGFP 管轄のものであれば家族福祉センター (FWC) または準診療所 (Rural Dispensary - RD)、DGHS 所轄のものであればその規模により保健家族福祉センター (UH&FWC)、サブセンター (SC)、農村保健センター (Rural Health Centre - RHC) と呼ばれる。RHC には 10-20 床の入院設備があるが、それ以外の施設は外来サービスのみを提供する。周産期ケアは理論上 FWC または看護師が配属される全ての施設で可能であるが、一般的に FWC または一部の UH&FWC によって提供されるものという概念が強い。FWC に DGHS の医師の配置が書面上行われているが、DGFP の施設であり執務スペースがないために配置されても実際には医師は郡病院に勤務しており、FWV が周産期ケアと家族計画を、それ以外の保健サービスは家族計画医療補助者 (Sub-Assistant Community Medical Officer - SACMO) と呼ばれるパラメディックによって提供されている。

ユニオンレベルには FWA や HA といったフィールドワーカーが活動しているとともに、FWA と HA をそれぞれ指導・監督する役割を担った家族計画監督官 (Family Planning Inspector - FPI) と保健監督補助官 (Assistant Health Inspector - AHI) が配置されている。

2009 年以降、別に記載するコミュニティ・クリニックが DGHS と DGFP 両局の HA、FWA 双方が配置される施設として再活性化・新設置が進められつつある。

3) 郡レベル

郡病院 (UHC) は Sadar 郡 (各県の中心となる郡) を除く全ての郡に設置されており、第一レベルのレファラル施設として救急車も配備されている。31 または 50 の病床を持ち (現在全国で段階的に 31 床から 50 床への拡張中)、50 床の UHC では産婦人科専用の手術室や保育器の設備があり緊急産科ケア (EmOC) や緊急新生児ケアにも対応できる設計になっている。UHC 自体は DGHS の管轄であるが、内部に DGFP の出先として母子保健・家族計画ユニットがあり、産婦人科とは別に分娩を含む周産期ケアを提供している。

提供されるサービスが明記された市民憲章 (Citizen Charter) や標準機材リストから見ると全ての UHC で包括的緊急産科ケア (CEmOC) が提供されることになっているが、実際は産科・麻酔科医の不足や必要機材の欠如により帝王切開に対応できる施設は限られている。

郡の保健行政官のトップは郡保健・家族計画官 (UH&FPO) と呼ばれ郡病院長を兼ねている。DGFP 側の長は郡家族計画官 (UFPO) と呼ばれる。

4) 県レベル

県病院は DGHS の施設で各県の Sadar 郡にあり、第二レベルのレファラル施設として位置づけられている。病床数は 50 から 250 床、前述の産科・麻酔科研修を受けた一般医の他に大学院で教育を受けた各科専門医 (Consultant) も配属されており、全ての県病院はスタンダードとして 24 時間 CEmOC および新生児ケアを提供できる体制になっている。保健サービス局の局長は Civil Surgeon (CS) と呼ばれ、県病院長を兼ねることも多い。

DGFP 側の医療施設である MCWC も全ての県にあり、その多くは Sadar 郡に設置されている¹⁵。病床数は 10-20 床であるが、全ての MCWC に産科医・麻酔科医が住み込みで配属され、避妊手術や CEmOC に対応できることになっている。DGFP の県家族計画局長は Deputy Director of Family Planning (DDFP) と呼ばれる。

(3) 事業策定と実施のメカニズム

1) 予算の種類

保健省における予算には歳入予算 (Revenue budget) と開発予算 (Development budget) がある。歳入予算は 100% パ国政府が出資する予算であり、その 84-91% が正規職員の人件費として支出されている¹⁶。歳入予算は医薬品の購入 (ほとんどは中央レベルで一括購入) や施設の維持管理費にも充てられるが、歳入予算で建設・拡張されている病院もある。

開発予算は①政府開発予算、②プールファンド、③プロジェクト支援 (ドナーが個別に持つプロジェクトの予算) の 3 コンポーネントから構成される。HNPS の OP の予算は開発予算だけで構成されており、歳入予算で賄われるプログラム・コンポーネント (人件費、調達・改修・新規建設などの一部) は含まれていない。開発予算における政府ファンドの割合は約 35% であり、実際の活動にかかる費用の多くはプールファンド (開発予算の 39%) や二国間援助 (同 26%) など外部からの支援に依存している。そのため何らかの事情でドナーが予算削減を行ったりプールファンドの使用が制限されると即座に事業の進捗に影響する構造になっている。

地方の保健行政はその財源をほぼ全面的に中央に依存している。県・郡の保健行政にかかわる予算は、開発予算から支出される物品やサービス (機材、医薬品・サプライ、研修など) に関しては基本的に中央からの現物支給である。歳入予算は前述のとおりその殆どが人件費に関連したものであるが、DGHS には MSR (Medical & Surgical Requisition) と呼ばれるコンポーネントがあり、その総額は病床数に応じて決定され (県病院 1 病床につき 2,500 タカ、郡病院は 1,800 タカ) CS はその 70% を医薬品、リネン、消耗品等の現地調達に、30% を運営管理費に充てることできる¹⁷。DDFP は制度上 5 万タカを上限に入札をせず物品を現地調達する権限が付与されているが、聞き取り調査では「自己裁量で使える予算はない」いう現場での認識が確認され、これが制度の周知不徹底によるものなのか、細かい制度上の制約によるものなのかは明確でない。

地方のローカル財源として、DSF (2-1-3(3)-4 参照) の対象となっている施設では、提供したサービスに応じて施設・プロバイダーに対して報酬が支払われており、これを病院は MNH 関連のサービス提供に必要な財・サービスの購入に充てることできる。また 2009 年 11 月に改訂されたユーザーフィーの規定では、50 床以上の病院は初診料や提供したサービスの内容に応じて患者から診察料を徴収することが認められている。徴収できる諸費用の内訳と金額は細目に亘って定められており、うち初診料、入院患者登録費、入院ベッド (差額ベッドを含む) 費、食費、各種検査費用は国庫返納が義務付けられている (病院で現地収入として予算に編入できる細目は不明)。31 床の郡病院やユニオンレベル以下の施設にはこうした財源はなく、運営管理に必要な

¹⁵ その他郡、ユニオンレベルに設置されているものもある。

¹⁶ Social Sector Performance Surveys: Health and Family Planning 2005

¹⁷ Study on Maternal and Neonatal Child Health, HDRC 2009

予算のほぼ 100%を中央に依存している。

2) 計画策定・予算措置の概要

国家収入（予測）と中期開発計画である PRSP に基づき省庁別の暫定予算が財務省と計画省によって算出され、毎年通常 11 月初旬に各省庁に提示される。歳入予算に関しては、その殆どが等級別の職員数や病床数を基準に機械的にコストセンターへ割り振られる。一方開発予算に関しては、まず予算を保健医療セクターの中期計画である HNPSPP で規定された OP に割り振り、LD はそれをシーリングとして担当 OP に沿った年間活動計画を策定する。その際地方のニーズを把握するために、DGFP と DGHS の全 LD はローカルレベルプランニング（LLP）を通じて作成された 400 以上の郡の年間計画を参照し、その内容を担当 OP の年間計画に反映させることになっている（LLP の現状については 2-3-7 に詳述）。こうして作成された OP は実施機関ごとに取りまとめられ、大臣官房内に設けられた予算管理委員会（Budget Management Committee - BMC）の審議を経て毎年 1 月末までに財務省に提出される。その後財務省と計画省は各省庁と個別折衝を行って最終予算案をとりまとめ、5 月に内閣の承認、6 月に国会での審議・承認を経て 7 月から実施される（表 2-4）。承認の遅延やその後の手続きのため予算の支給開始は通常 8 月にずれこみ、そのため第一四半期の事業実施率は低い。

表 2-4: 年度計画策定カレンダー

11 月 7 日	財務省・計画省より各省庁へ次年度暫定予算と計画策定ツールの配布
12 月 31 日	実施機関、専門機関より予算案を保健省官房に提出
1 月 31 日	保健省官房より予算案を財務省と計画省に提出
3 月 15 日	財務省・計画省による全省庁の予算案レビュー終了
4 月 30 日	財務省・計画省と各省庁との予算案折衝終了・省庁別予算の決定
5 月 15 日	財務省より内閣へ最終予算案の提出
6 月 7 日	財務大臣による国会への次年度予算の提示
7 月 1 日	新年度開始

出所: Manual for Planning and Budgeting, MOHFW 2008

歳入予算は前述のとおりポストや病床の数に応じて機械的に割り振られるため、利用率の低い施設（病床はあっても患者数や実在のプロバイダーが少ない）ほど患者一人当たりの予算が多いという事態も起きており、実際のニーズに合った予算配分のためのシステム改善が必要と認識されている。また、計画策定を細分化された OP ごとに行うため、OP 間でギャップや重複が生じやすい。病院の拡張（病院課および CMMU 管轄）が行われたものの必要機材が調達・搬入（中央医療貯蔵集積所- Central Medical Store Depot (CMSD) 管轄）されず、要員の増員配置（総務・人事管轄、財務省/計画省の許可が必要）もされない、というのはその一例である。こうした問題の解決策として、2009 年の APR では歳入予算と開発予算を統合して OP 横断的な年間計画・予算案を策定するという提言がされており¹⁸、GTZ がその技術支援を行っていく予定である。

¹⁸ APR2009 Aide Memoire

2-2-2 その他の保健行政に関連する中央省庁

(1) 人事省 (Ministry of Establishment – MOEstab)

公務員の採用・配置・異動の管理を行っており、昇進や賞罰に関する規定も策定している。恒久ポストの新設・削減や Bangladesh Civil Service (BCS) と呼ばれる高級官僚の採用と配置は、セクターを問わず同省の権限である。実際に公務員の採用試験を行うのはクラス I 及び II の職種に関しては法令機関である公職委員会 (Public Service Commission – PSC) が、クラス III と IV は各省庁の関連部局であるが、その任命権は同省にある。

(2) 財務省 (Ministry of Finance – MOF) および計画省 (Ministry of Planning – MOP)

年次計画策定の際に、各省庁の予算規模を設定する。また職員の採用には、当該ポストの既存・新設にかかわらず財務省の許可が必要であり、人事省と同様、人材の採用、配置に同省がおよぼす影響は大きい。

(3) 地方自治・開発省 (Ministry of Local Government and Rural Development – MOLGRD)

Dhaka、Chittagong、Khulna、Rajshahi、Barisal、Sylhet の各都市では、保健医療の提供は MOLGRD 下の当該地方自治体（特別市庁 – City Corporation）が管轄しており、保健省はそれをサポートする機関として位置づけられている。現在都市プライマリーヘルスケア・プロジェクトの第 2 フェーズ (UPHCP – II) が進行中である。

2-2-3 地方自治体と保健行政

中央集権的な現行の保健行政システムが、全国に散らばる医療施設の効率的な運営の妨げになっていることは従来から再三指摘されている。保健省内部で政策決定、規制、人事、予算などに関し、中央・地方の権限を明確化しそれに沿ったシステムを構築することは HNPSP で達成すべきこととして挙げられている。また、保健医療サービスの提供に地方自治体（特に選挙で選出された住民代表を有するユニオンおよび郡評議会）を巻き込み、保健医療に関する地方行政の accountability を強化する必要も認識されている。そのため本セクションでは、「バ」国の地方政府の構造と保健行政への関わりを考察する。

(1) 地方自治の仕組み

1) 行政組織

バングラデシュは行政上、州 (Division – 6)、県 (District – 64)、郡 (Upazila – 481)、ユニオン (Union – 4498)、ウォード (Ward – 1 ユニオンあたり⁹⁾) に区分されている。州、県、郡の行政の長はそれぞれ州長官 (Divisional Commissioner)、県長官 (Deputy Commissioner – DC)、郡行政官 (Upazila Nilbahi Officer – UNO) と呼ばれ、その下で執務を行う行政官ともども中央政府から派遣される官僚である。

その一方で地方の立法機能は発達しておらず、選挙で選ばれた議員で構成される議会はユニオン評議会 (Union Parishad – UP) と、2009 年の選挙で設立された郡評議会 (Upazila Parishad

⁹⁾保健行政においては旧制度の 1 ユニオン 3 ウォードを踏襲しているため、保健制度上の 1 ウォードは実際の 3 ウォードになる。

- UZP) のみである。ユニオン評議会は選挙により選出された議長 1 名と 12 人の議員（ウォードあたり 1 名（計 9 名）と旧ウォードあたり女性 1 名（計 3 名））から構成され、議員が委員長をつとめる 13 の常設委員会（Standing Committee）が付随する²⁰。郡評議会においては議長 1 名、副議長 2 名（内女性 1 名）のみが選挙で選出され、議員は郡内各 UP の議長と UNO が書記官として、また同郡出身の国会議員がアドバイザーとして加わる。中央省庁の官僚も評議会メンバーとなるが、議決権は付与されない。本議会に加えて 14 の分野別常設委員会を設置することが定められているが²¹、現時点では委員会の構成など細目が定められておらず実際に機能しているものは少ないとみられる。県レベルでは選挙が行われておらず、よって議会も機能していないため、中央各省庁の出先機関が中央レベルで定められた開発計画の実施を担い、県長官および各省庁の県事務所長で構成される「県開発調整委員会」がそのコーディネーションにあたっている。

表 2-5：バングラデシュ地方行政概要

	行政	立法	委員会	財源
県	県長官 (DC) + 各省庁の県事務所長	ジア評議会 - 選挙は行われておらず機能していない。	セクター別委員会各種	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定目的政府交付金 ● 各種税金 ● 通行料 ● 公共施設使用料等
郡	郡行政官 (UNO) - 郡評議会の書記官を兼ねる + セクター省庁の末端事務所所長	郡評議会 (UZP) - 議長 1 名、副議長 2 名 (内女性 1 名) を選挙により選出。UP 議長、UNO、同郡出身の国会議員 (アドバイザー)、中央省庁の役人 (投票権なし) から構成。	<ul style="list-style-type: none"> * 法秩序 ● 交通網・インフラ整備 ● 農業・灌漑 ● 教育 ● 保健・家族計画 ● 青少年・スポーツ ● 女性・子供 ● 社会福祉 ● 土地 ● 漁業・畜産業 ● 農村開発・協同組合 ● 情報・文化 ● 林業・環境 ● 物価コントロール 	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定目的政府交付金 ● 政府年間開発計画 (ADP) 交付金 ● 各種税金 ● 通行料 ● 公共施設使用料 ● 公共サービス料金等
ユニオン	常駐はユニオン評議会の秘書官 1 名のみ。 + 郡レベルに駐在するセクター省庁所属の監督者と普及員が巡回	ユニオン評議会 (UP) - 議長 1 名、ユニオン内ウォードから選出された議員計 9 名、3 ウォード毎に 1 名選出の女性委員計 3 名、合計 13 名から構成。	<ul style="list-style-type: none"> ** 財務・人事 ● 会計・会計検査 ● 税務 ● 教育・保健・家族計画 ● 農業・漁業・畜産等 ● インフラ建設・保守管理 ● 法秩序 ● 出生/死亡登録 ● 衛生・上下水 ● 社会福祉・災害対策 ● 開発と環境保全 ● 家族・女性・子供 ● 文化・スポーツ 	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定目的政府交付金 ● 政府年間開発計画 (ADP) 交付金 ● ブロック・グラント (30 万タカ程度) ● 各種税金 ● 村落警察謝金 ● 車両登録料 ● 市場出店料 ● フェリーのリース料等

出所：JICA 資料（公務員制度改革～バ国公務員制度）

* Upazila Act 2009

** Union Act 2009

²⁰ Union Act 2009

²¹ Upazila Act 2009

2) 財源

地方自治体の予算は自己財源（税金、施設使用料、各種許可証発行料、市場の出店費など）の他、MOLGRD 予算から年次開発計画（Annual Development Plan - ADP）交付金、特定目的政府交付金が付与される。また資格要件を満たしたユニオンには、MOLGRD より直接（県・郡を経由せず）世銀が支援する地方行政支援プロジェクト（Local Government Support Project - LGSP）のブロック・グラントが付与されている。ADP はセクターごとのシーリングはあるものの、原則として前述の郡・ユニオンレベルの評議会がその用途を決定することができる。

表 2-6 : 2009-10 年度の年次開発計画 (ADP) 予算

	ブロッグラントを含む ADP 総額 (タカ)	郡・ユニオン毎の 割り当て (タカ)
LGSP 対象ユニオン(3353)	2,800,000,000	人口、自治体の能力等によって決定
LGSP 対象外ユニオン (1145)	893,100,000	一律 780,000
郡	3,000,000,000	人口・面積・貧困度等により決定

出所：JICA 資料

(2) 地方自治体の保健行政へのかかわり

一般に保健医療サービスの提供は中央政府（保健省）の管轄と見なされており、地方自治体はそれぞれのレベルに設置されている保健関連の各種委員会に席はあるものの、実質的な関わりは薄い。郡レベルには地方政府の一部として、開発予算等の用途を決定する「郡開発調整委員会」があるが、保健医療に関する議論はトイレの設置などにとどまり、医療サービスに関する議論は殆どされていない様子である。前述のとおりユニオンおよび郡レベルには保健も含むセクター別の委員会が設置されていることになっているが、実際にどの程度の議論がなされているかは不明である。

2009 年 4 月より、地方自治体および住民の病院運営への関わりを担保するシステムの一環として、郡病院と県病院に地域出身の国会議員、地方評議会の代表と行政官（中央政府）および当該病院の関係者等をメンバーとする病院管理委員会（Hospital Management Committee）の設置が進められている。同委員会は国からの交付金や現地リソースを有効活用することにより、病院における保健医療サービスの質を向上させることをマニフェストとしている。導入されてまだ間もないため同委員会の貢献度は未だ明らかでないが、現地調査では委員長である国会議員が多忙で会議が開催されない、メンバーが趣旨をよく理解しておらず中身のある議論ができない等の声が聞かれた。

また APR2009 で第三者評価チームより提案された「郡保健システム (UHS)」は、DGHS と DGFP のサービスが郡レベルでは同一施設で提供されること、また郡には民主的に選出された住民代表がいることに着目し、(コミュニティやユニオンを包括する)郡を単位として地方自治体を巻き込んだ保健医療システムを確立しようとするものである。保健医療サービスの提供や予算管理、モニタリングなどを担う「郡保健管理委員会 (Upazila Health Management Committee)」を設立

し、その運営には郡評議会が関与することが想定されている。UHS が提案されて約半年の現段階では、この新制度を発足させるための具体的な動きは確認できていない。

保健行政官や医療従事者は中央政府に所属する国家公務員であるため、地方自治体の決定に従わなければならない規定はない。2009年10月改訂のユニオン条令は、中央政府はユニオンレベルで勤務する職員をユニオン評議会に期限付きで出向させることができ、出向期間中当該職員はユニオン評議会の管轄下におかれる旨規定している。本条令は施行されて間もないためか、手続き等も含めて詳細が周知されておらず、現場で本制度が活用されるには中央政府と地方自治体双方に向けたガイドライン等の策定が必要と思料される。

2-2-4 他ステークホルダーの関与

(1) NGO

バングラデシュの保健サービス提供に関して、NGO は特にコミュニティレベルにおいて大きな役割を果たしている。公的保健人材の不足を背景に、NGO との連携は末端まで届く保健サービスを提供する上で不可欠な戦略として認識されており、栄養、結核、HIV/STI、EPI や地方行政省主管の「都市保健プログラム」など課題別の国家プログラムでは、そのコミュニティの啓発とサービス提供の双方で積極的に NGO が活用されている。MNH 分野でも、JICA の SMPP や UNICEF/UNFPA/WHO のジョイントプロジェクトで複数の NGO がコミュニティにおける啓発や母子保健サポートシステムの構築の支援を行っている。その他実際コミュニティにおいて啓発活動をしている NGO は大小含めて数知れず、また Save the Children(US) の Jibon 0 Jibika プロジェクトの様に、農業や災害対策といった非保健分野を切り口としながら母子保健の要素をも取り込んでいるプロジェクトも数多く存在するとみられ、その全体像を把握するのは困難である。

政府は NGO との連携を強化する方針であるものの、NGO の活用は保健医療サービスの拡充手段として必ずしも一貫したものではなく、今日まで体系化・主流化されるには至っていない。コミュニティクリニックの運営を NGO に委託するという方針は 2009 年に政権が交代した後に変更され、現在は CC のすべてを政府の直営とする方向で事業が進められている。また HNPS の実施において、プールファンドを資金源とする NGO 事業委託などの契約を管理する目的で設立された独立組織の運営支援機構 (Management Support Agency - MSA) は、その立ち上げが大幅に遅れたことに加え、パフォーマンスについても政府が期待した成果は出されていないとの報告である。更に委託事業の進捗管理を行う目的で計画された実施モニタリング機構 (Performance Monitoring Agency - PMA) は結局設立が断念された。

(2) 住民

保健サービスの提供に関する住民の組織的な関与は、現時点においては限られたものに留まっている。HNPS 下で進められている LLP では、その過程で住民代表と会合を持つことにより地域のニーズの把握を行うことが定められているが、LLP が実際の事業実施に反映されない現状下でどの程度住民参加が行われているのか定かではない。

またコミュニティクリニック (CC) においては、政府が建物、人材、医薬品等を供給するが、土地は住民によって提供され、運営管理も基本的に地域住民組織に委ねられている。その

ため各 CC には地域住民代表から成る CC 管理委員会があるが、2003 年の政権交代による政策変更の結果 CC がその機能を果たさなくなり、同時に殆どの CC 管理委員会がその活動を終息させてしまった。現在、CC の活性化に伴い CC 管理委員会の再編、機能化が進められている。県・郡レベルの病院では、既述のように住民代表と行政官および当該病院関係者から成る病院管理委員会が 2009 年に全国的に立ち上げられている。

Jossore 県の Chowgacha 郡病院は、独自のイニシアティブで住民参加の病院運営に取り組み、高い成果を上げていることで知られている。NGO やボランティアが非医療系の病院業務にたずさわることによって人材不足をカバーし、地元政府や個人に働きかけることによって財政を補っており、保健省は地方自治体を巻き込んだ住民参加型病院運営の一つのモデルとして、全国的に普及を図ることを計画している。

(3) 民間セクター

保健人材戦略 (Health Workforce Strategy 2008) の中でも民間セクターとの連携は優先事項の一つに挙げられており、そのためのガイドラインを策定する必要性が認識されている。

バ国では、都市部、農村部ともに 80%以上の保健医療サービスが非政府系のプロバイダーによって提供されている²²。公的施設勤務の医師が時間外でクリニックを開業している例も都市部を中心に多いが、民間のプロバイダーのうち有資格者は 5%程度にすぎず、大多数は薬局の店員や TBA を含む伝統的治療師、「村医者」、NGO のヘルス・ワーカーといった無資格者である。現在において無資格者の医療行為を規制する制度はなく、その策定の必要は認識されているものの、代替となる有資格のプロバイダーの絶対的不足からその活動を一元的に禁止することもできないという状況にある。

TBA は農村部の約 8 割、都市部でも半数以上の出産の介助を行っている (表 2-7)²³。TBA は、政策上は SBA とは明確に区別され、保健省は TBA による出産介助を禁止はしていないが奨励もせず、現在では以前行っていた TBA に対する分娩介助研修も中止されている。TBA に代わるものとして数年前から CSBA の育成が進められているものの、地域住民の TBA への信頼と依存が厚いこと、また有資格者が絶対的に不足している現状から、TBA の位置づけを見直すべきだという意見も保健省内に散見される。

²² The State of Health in Bangladesh 2007

²³ Utilization of Essential Service Delivery Survey 2008 Provisional Findings, NIPORT

表 2-7：有資格及び無資格の分娩介助者

居住地	有資格者			無資格者					合計
	医師	看護師・FWV	CSBA	TBA (Trained)	TBA (Untrained)	無資格医	親戚・友人	その他	
都市部	34.9	10.1	0.0	11.3	40.0	0.5	2.9	0.2	100.0
農村部	11.4	4.1	0.3	15.7	63.7	1.0	3.9	0.1	100.0

出所： Utilisation of Essential Service Delivery Survey 2008 Provisional Findings, NIPORT

2-3 周産期・新生児ケア (MNH) サービス提供における主要課題と実態

本項では、2008年の保健セクタープロジェクト形成調査等の報告書や各種政策・戦略文書において、保健サービス提供のシステム上の課題とされている項目について、その実情を詳述する。課題分野が広範囲に亘るため、MNHサービスの提供に際しての重要事項、更にSMPPの後継プロジェクト形成という視点から、①人材（種類と育成制度、量、質、採用と配置）、②サービスの質、③レファラル、④調達（サービス、財）、⑤機材の保守管理、⑥MIS、⑦分権化とローカルレベルプランニングの7点に絞って考察する。

2-3-1 保健人材

(1) 人材の種類と育成制度

バ国における公的な医療サービスは医師の他に、パラメディックである看護助産師、医療補助員 (Medical Assistant - MA)、SACMO、FWV、フィールドワーカーであるFWA、HA、CSBAによって提供されている。

医師

医師は5年間の大学教育の後、1年間のインターンを経て第三者機関である医師・歯科医師協会 (BMDC) が実施する国家試験に合格すると一般医 (MBBS) として診療活動ができるようになる。医科大学は全国に公立・私立を含めると60校近くあり、年間およそ5600人を輩出するキャパシティがある。コンサルタントと呼ばれる専門医となるためには、更に医科大学や専門機関で数年間の専門教育を受ける必要がある。

看護(助産)師

バ国では看護師と助産師は資格上区別されておらず、女性看護師は全員養成課程の一環として助産技術を学んでいる。看護師には専門教育の内容と教育期間によっていくつかの категорияがあるが、現在では大卒看護師 (BSc Nurse-Midwife - 養成期間4年)、ディプロマ看護師 (Diploma Nurse-Midwife - 同3年)、ジュニア看護師 (Junior Nurse-Midwife - 同2年)²⁴が主なものである²⁵。ジュニア看護師は卒業後数年の臨床経験を経て更に2年の看護教育を受けることで、大卒看護師と同等の資格を取得することができる。それぞれの資格別の

²⁴ 2009年に助産師不足に対応するために新設されたカテゴリーで2011年以降に現場配属となる。

²⁵ 他に、準看護師 (Assistant Nurse - 既に新規創出は廃止)、ジュニア助産師 (Junior Midwife - ジュニア助産師養成所 (私立8校が輩出)) が存在する。

業務は明確に規定されておらず、現場では「(in-service training も含めて) 習ったことを実行する」ことが求められているが、助産研修を受けた看護師が産科以外の部署に配属されることも珍しくない。

看護学校は全国に 57、看護大学は 14 あり、毎年 3000 人を超える看護師が輩出するキャパシティを持っている。看護学校の入学資格は 2008 年までは 10 年間の一般教育であったが、現在では 12 年間とされている。入学定員の 10%は男性、5%は少数民族に割り当てられている。

看護師は配属後も in-service training として専門技術を深める研修の機会が設けられている。EmOC センター配属のための緊急産科ケアのほか、助産の現場から離れていた看護師を対象とした産科リフレッシュ研修も行われている。

医療補助員 (MA) ・ SACMO

MA (DGHS) および SACMO (DGFP) は医師不足を補うために創出された職種であり、PHC レベルの診療と薬の処方を行うパラメディックである。予防接種も行う。MA の資格は 12 年の一般教育終了後に MA 養成学校 (MATS) で 3 年間の専門教育を受けることによって取得できる。女性の MA、SACMO の中には助産技術に関する研修を受けて ANC/PNC および分娩介助を執り行っている者もいる。

FWV

FWV の育成は DGFP が NIPORT に委託する形で行われる (注: 採用が 1997 年以降ないため、養成研修も以来行われていない)。10 年以上の一般教育を終了した女性であることが資格要件で、仮採用の後に NIPORT の FWV 研修所において 18 ヶ月の RH/FP 研修を受け、最終試験に合格すれば DGFP の施設に配属される²⁶。看護師とは別職とみなされるが看護協会 (Bangladesh Nursing Council - BNC) に登録される。

政策として SBA による分娩介助を推進していることもあり、現行 18 ヶ月の FWV 育成カリキュラムはより助産技術に重点をおいたものに改訂されるべきとの意見もある。APR2009 では新設されるジュニア看護助産師の育成カリキュラムと統合する可能性を模索するよう提言されている。

FWA

FWA の応募資格は 8 年間の一般教育を終了した地元の女性であるが、10 年生を終了していればシニア FWA としての採用となる。仮採用の後、NIPORT の FWV 研修所・地域研修センター (全 12 ヶ所) において 6 ヶ月間の事前研修を受け、その後試験に合格することで正式採用となる。

HA

HA は DGHS が育成・雇用するコミュニティレベルのヘルス・ワーカーである。地元出身

²⁶ DGFP の施設に看護助産師は雇用されていない。

で10年以上の一般教育を終了した男女が最低資格要件とされ、FWV や FWA 同様に保健医療に関わる知識・技術は採用後の研修によって習得する。研修は DGHS の医療従事者、医療教育関係者、保健行政官などにより構成される District Training Team が担当する。

CSBA

FWA と HA は理論と実践を含めた6ヶ月の産科研修を受けた後、資格試験に合格することにより、ANC/PNC および正常分娩の介助ができる CSBA と認定される。CSBA の育成は非政府機関であるバングラデシュ産婦人科学会 (Obstetrical and Gynaecological Society of Bangladesh - OGSB) に委託されており、研修は OGSB の認定を受けた養成機関で所定のカリキュラムに則って行われている。当初は6ヶ月の研修のみであったが、現在はその後9ヶ月間 FWV の指導の下に実践を重ね、更に3ヶ月のフォローアップ研修を受けることがスタンダードとなっている。

表 2-8：医療従事者の教育制度

	教育機関		施設数	受け入れ可能な学生数	期間
医師 (MBBS)*	Medical Colleges	公立	18	2594	5年+1年のインターン
		民間	41	3055	
医師卒業後教育*	Medical University	公立	1	2143	—
	Post-graduate medical Institutes	公立	22		
		民間	4		
看護師**	Nursing Institutes	公立	35	1540	3年
		民間	22	670	
	Nursing Colleges	公立	6	550	4年
		民間	8	255	
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	7	650	3年
SACMO*		民間	11	1855	
FWV	FWV Training Institutes (NIPORT 管轄)	公立	12	—*1	1.5年
FWA	FWV Training Institutes (NIPORT 管轄)	公立	—	—	6ヶ月
HA	District Training Team	公立	—	—	6ヶ月*2
CSBA*	CSBA 養成所 (県立・総合病院附属、看護師養成所附属、FWV 養成所、私立病院附属など)	公立	39	—	6ヶ月
		私立	2		

出所：* Health Bulletin 2009

** DNS 資料

*1：1997年以降、FWVの採用は無く研修も実施されていない

*2：実際は1-2ヶ月に短縮されるケースもある

—：資料内に記載なし

(2) 人材の量

DGHS 発行の保健人材データシート 2009 によると、登録されている医師数は約 5 万人、

そのうち約 2 割が海外に居住しているとみられており、人口 1 万人あたりの医師は 2.6 人（東南アジア平均 5）である。また看護師は 全国で約 2.4 万人が登録されているが、そのうち勤務可能者は約 1.5 万人と見積もられている。人口 1 万人あたりの看護師数は 1.4 人であり、東南アジア平均の 12 人と比較しても大幅に少ない。助産技術を持つとされる FWV も人口 1 万人当たり 0.4 人しかおらず（TBA は同 33.2 人）、WHO が MDG 達成に必要とする医療従事者（医師＋看護師＋助産師）数 23/10,000 人と比較してもバ国の医療人材不足が深刻であることがうかがえる。医療従事者養成機関は近年著しい増加をみせているが、それでも人口あたりの医療従事者を最低必要とされるレベルまで引き上げるには医師は 10 年、看護助産師に関しては 20 年が必要と試算されている²⁷。

全国 132 ヶ所の郡病院を 24 時間の CEmOC センターとして稼働させる計画では、それぞれのセンターに最低二組以上の産科・麻酔科医のペアを配置することが必要である。これまでに 140 組を育成したがすでに退職・異動した者もあり、更に継続的な人材育成が必要とされている。現行の医師における男女比は 5.6 : 1 であり、文化的・宗教的に男性の産科医は好まれないことから、周産期ケアや SBA 介助の分娩を増やすためには女性の産科医の育成にも力を入れていくことが求められている。また全ての看護助産師が熟練した助産技術を持ち合わせているわけではない状況を鑑みると、SBA の不足は危機的な状況であるといえる。

FWV は高齢化が顕著であるにもかかわらず 1997 年より新規採用が凍結されており、若い世代が育っていない。2009 年 11 月に DGFP は 655 の欠員補充の許可を財務省より取得し新規採用を再開する計画であるが、今後 2 年ほどで更に約 1000 名の定年退職者が出るため、採用手続きや育成にかかる時間を考慮すると、更なる採用への迅速な対応が求められている。

FWA や HA の総数は当初人口 5000～6000 人に一人の割合で配置されたが、その後の人口増加にも関わらずポストの数は増やされておらず、一人当たりの負担は大幅に増加している。現在では本来業務である家庭訪問も定期的には行われていないという報告もある²⁸。コミュニティアクリニクの復活に伴って実働時間の半分はクリニック勤務となることと、CSBA としての業務が加わることで、家庭訪問によるサービス提供は益々困難な状況になっていくことが予想される。FWA は FWV 同様に高年齢化が進んでおり、今後 2 年間で約 800 名の定年退職者が出るため、保健省は 2009 年に新たな採用を行った。

(3) 人材の質

近年私立の医科大・看護学校の新設が急増するに伴って、教育の質の低下が懸念されている。教育の質の担保のため、第三者機関であるバングラデシュ医科歯科協会（BMDC）とバングラデシュ看護協会（BNC）がそれぞれ医科大学、看護学校のシラバスや設備、教授・講師陣を精査し、教育機関として適切であることを認定（accredit）する役割を担っている。しかし新規設立は DGHS が行う設備に関する審査を通るだけで可能であるため、BMDC や BNC の認可を受けずに運営を続けたり、BMDC の有力者が所有する教育機関では中立的な審査が困難というケースも散見される。また DGHS は教育機関に立ち入り監査を行う義務も有しているが、その法的裏づけが無いことを理由に監査が拒否される事態も起きている。保健省は高レベルのタスクフォースを設置して、

²⁷ Study on HRD in Bangladesh as a Prelude to the HRH Master Plan 2010-2040, 2009

²⁸ Reality Check Bangladesh 2008

医療従事者養成機関の認定に関する法的整備を進めることにしている²⁹。

バ国は助産師という専門分野が確立していないため、看護師の助産技術が弱いという声は多く聞かれる。特に研修期間の短い CSBA が経験の浅いうちから「熟練介助者 (SBA)」と位置づけられており、現段階では数的な需要を少しでも多く満たすことに焦点を当てていることが背景にあると思われるが、数を優先するあまり質がなおざりにされているとの懸念がある。パフォーマンスに関する体系だった評価が行われていないため、CSBA の技術や有効性の議論はできないが、CSBA を真の熟練介助者に育て上げていくにはニーズに合った継続的な研修ときめの細かい現場での監督・指導、またしっかりとしたレファラル体制づくりなど多くの課題が残されている。技術的な問題の他にも、CSBA には通常の FWA・HA としての業務も多量にあることから、昼夜を問わない分娩介助と両立させるのは困難であるという考察もある。

配属後の in-service training に関しては、FWV や看護師の産科専門研修など多くの研修が行われてはいるが、必ずしもニーズにもとづいたものでないこと、研修後のフォローアップが乏しく、また研修効果の評価システムが形骸化しており、研修の質の向上に役立っていないことなどが指摘されている³⁰。

(4) 人材の採用と配置

1) 採用

保健セクターに欠員ポストが多い背景には、絶対的な人材不足の他に、採用・配置のシステムが非効率であることも大きく関係している。人材の募集・採用は、ポストの種類（新規・既存、職種）にかかわらず全て財務省や人事省など他省庁の許可を必要とするが、その許可を得るのに数年かかることもあり、一度欠員が生じると長期間にわたってその補充ができないことも多い。また不定期に一括大量採用がおこなわれるため、募集人員に応募が満たない場合や、逆に新卒者が次期の募集まで何年も就職できない事態が発生している。医療保健関係者は公務員として雇用されなくても NGO や民間病院等におけるニーズも高いため就職口が無いわけではないが、バ国では雇用保障等の観点から公務員に人気があり、昨年政府による看護職の採用が再開されたことで、民間セクターの人材が政府に流れ、NGO を含む民間機関で職員が不足する事態も引き起こされている。

2) 人材配置

多くの国の例にもれず、バ国でも医師・看護師ともに都市部に集中しており、人口 1 万人あたりの医師・看護師数は都市・農村間でそれぞれ 16.5 倍、7.3 倍の格差がある³¹。県病院や郡病院におけるプロバイダーの定数 (sanctioned posts) は、病院の規模（病床数）に応じて決まっているが、今回行ったローカルコンサルタントによる 5 県 10 郡の現地調査では、同じ規模の病院間で実数はもとより定数にもばらつきが見られる（表 2-9）。実際の人材数が定数を下回るのは人材不足が著しいバ国の農村部ではごく普通のことであるが、今回の調査で訪問した

²⁹ APR2009 Aide Memoire

³⁰ APR2009, Study on HRD in Bangladesh as a Prelude to the HRH Master Plan 2010-2040

³¹ The State of Health in Bangladesh 2007

Bramanbaria 県 Sadar 郡の MCWC や Barishal 県 Bonaripara 郡、Jessore 県 Chowgacha 郡の郡病院のように、定員数以上の要員を抱える施設も散見される。DSF などサービスニーズが増大するプロジェクトの導入に伴って近隣の施設より暫定的にスタッフを移動させた結果であるようだが、こうした措置が同様のプロジェクトを実施している全ての病院で制度的に行われていることなのか、マネジャーの個人的な裁量によるものなのかは明らかではない。

表 2-9：県病院プロフィール

	Barguna	Bandarban	Jessore	Satkhira	Kurigram
病床数	100	100	250	100	100
病床利用率 (%)	104	70.38	138	N.A.	125.48
MO (実数/定数)	2/4	8/9	11/13	3/6	1/?
看護師 (実数/定数)	18/21	24/31	114/107	37/37	22/?
人口 (2009 年推測値)	896,946	340,337	2,795,822	1,984,493	2,226,563

出所：Study on Maternal & Neonatal Child Health, HDRC, 2010

現行の人事規定では、一ヶ所の勤務期間はおよそ 3 年間と定められているが、厳密な適用はされていない。転勤の際は配偶者の勤務地にも配慮して異動先を決定する旨規定されているが、実際配属先は政府によって一元的に決定され、選択権は与えられていない。看護師に限っては勤務希望地を 3 ヶ所まで申し立てられるが、そこに配属されることは保障されない。現場では希望の勤務地に異動するために「非公式の手数料(unofficial fees)」が日常的に授受されているといわれている。

僻地勤務が敬遠される要因として、生活インフラや住居施設、子弟のための教育施設のスタンダードの低さの他、「忘れ去られる危険性」からキャリア形成上不利と考えられていることがあげられる。またチッタゴン丘陵地域などの特別環境の厳しい辺境地域は、左遷ポストとみなされている。僻地でのプロバイダーを確保するために、2008 年 12 月から新卒医師は最低 2 年間のユニオンレベル勤務を事実上義務付けその後修士取得ができる人事政策を実行している。これにより僻地の農村にも医師が配属されるようになったが、他には医療補助者しかいないポストで経験の浅い新卒医を指導育成していくことが新たな課題として持ち上がっている。その他の地方勤務のインセンティブは「策定中」だが、社宅・寮など住環境の整備の他、転勤を伴う場合の家族への配慮、昇進や研修は地方勤務経験者を優遇するなどの措置が考えられている。

3) 人材の流出

実際の人材移動・流出の規模は統計がないため不明だが、DGHS の統計によると医師のおよそ 25%が国外に居住しているの見積もられている³²。

バ国は公的に保健人材の国外輸出を積極推進しているわけではないが、近年政府による看護師の新規雇用が中断していたため新卒者の受け口として、また外貨収入の財源として看護師の国外就労が注目を浴びるようになった。看護師教育の高度化 (BSc) を含めた医学教育を国際的

³² HRD Data Sheet 2009, DGHS

水準まで高めようとする動きには、こうした背景もあると考えられている。看護師が外国語（英語、アラビア語）を習得しようとする際には政府の補助が受けられる。

2-3-2 サービスの質

サービスの質は、サービス提供者の数、医療技術、クライアントとのコミュニケーション技術、必要な医薬品や資機材の有無などによって決まり、クライアントの期待値やプロバイダーのモチベーションによっても大きく左右される。既述のように恒常的な人材不足と医薬品のストックアウト、機材の故障が頻繁におきる状況の中で、サービスの質を確保するのは容易なことではない。

今回の地方での実態調査（現地コンサルタントに委託）では、県病院、郡病院とも「口頭での注意喚起」から Women Friendly Hospital のチェックリストまで様々な手段でサービスの質の確保と向上をはかっていることが確認されたが、制度としての質管理（Quality Assurance-QA）が導入されていると言えるのは極僅かの施設にすぎない。保健省には QA 運営委員会（National Steering Committee on Quality Assurance）が、また DGHS には QA 技術委員会（National Technical Committee on QA）が前セクタープログラム（HPSP）時に設置されたが現 HNPSF 下では機能しておらず、現在その再編とそれに付随する QA タスクグループ³³の設置が検討されている。サービスの質の向上は、最近ではユニセフや UNFPA が支援する Women Friendly Hospital プロジェクトや国連三機関が支援する MNH プロジェクトの中で「良いサービスを楽しむ権利」に基づく rights-based approach が採られているのに対し、従来型の政府のプログラムはスタンダードを設定しそれを遵守させるという手法が用いられている。

DGHS の QA 室は総務課の中にあり、HNPSF 下で独立した OP として QA 事業を実施しているが、予算も人員配置も過小でその活動は①HPSP 期に策定された県病院と郡病院の Standard Operating Procedures（SOP）の改訂と②QA に関する県レベルの TOT、③TOT に参加した各県の指導員による県病院、郡病院での QA 研修にとどまっている。QA 研修はこれまでに 26 県で県病院と合計 264 の郡病院（詳細は面談記録参照）で実施されたが、研修後の質の向上に関するモニタリングは県の管轄とされ³⁴、QA 室では把握していない。

DGHS の病院課は、上記の QA 室による SOP の改訂を協同して行い、その後 SOP の徹底をはかるための QA 研修を段階的に県病院と大学病院を対象に実施している。またプロバイダーのモチベーションとパフォーマンスの向上を促すために、人事管理ツールとして Individual Performance Management（IPM）を推進している。これは job description によって個々のプロバイダーのタスクを明確化し、個人目標の設定とその達成の確認をそれぞれのマネジャーとの面談を通して行っていくため、サービスの質の改善にも貢献するものである。同課は総合的品質管理（Total Quality Management - TQM）の導入にも積極的であり、2010 年 7 月より 12 の病院で試験的に導入することを計画中である。今回の現地調査時には、過去に日本で TQM 研修を受講した

³³ DGHS を議長とし、JICA, GTZ, UNICEF, WHO, UNFPA, EngenderHealth, BRAC, OGSB 等が DP 側のメンバーとなっている。

³⁴当初の計画では、各県に QA チームが設置され管轄下の病院の指導にあたるはずであったが、予算削減のために実現しておらず、モニタリングのためのツールも開発されていない。

職員が中心となってプロジェクトの詳細とツールの作成を進めており、JICA からの支援を歓迎する意向が表明された。

上記の他、病院課は民間を含む病院の新規設立にあたりライセンスを発行する義務も与えられている。民間病院のライセンスは毎年更新が必要で、そのための立ち入り調査は保健省が民間病院の提供するサービスの質を確認するほぼ唯一の機会であるが、その査察チームも人員難であり、制度上想定されているほどの機能は果たせていないようである。

DGFP は 8 名の医師から成る巡回監督チーム (Family Planning Clinical Supervision Team - FPCST) を有しており、巡回指導によって全国の MCWC におけるサービスの質の確保を行っている。MCWC は月に一度 (実際は 2-3 ヶ月に一度) の割合で FPCST の訪問を受け、所定のチェックリストに従ってアセスメントが行われる。問題点が見つければ施設の管理者とその場で対策を協議し、現地で解決できない問題に関しては FPCST が本部に報告することでその早期解決に貢献している。郡やユニオンレベルの施設においては定まった QA 制度はない。

2-3-3 レファラル

フィールドワーカーから一次施設へ、または異なる次元の施設間で患者のレファラルは日常的に行われており、その件数は毎月の報告書にも反映されている。レファラルのシステムは、プログラム・プロジェクト別に構築されたものが並立しており、普遍的もしくは MNH 分野でのシステムとして確立されたものはない。それぞれのレベルの医療施設で提供すべきサービスは決まっているものの、実際はプロバイダーや医薬品、必要機材の不足が日常茶飯事であるため、その時点で可能なサービスは提供し、無理なものは他の施設に搬送するという対応がとられている。住民の間には大病院ほど設備も人材も揃っているという認識があり、そのため一次医療施設を経ずに直接第 2 次・3 次施設を受診する self referral も多く、県病院や大学病院の負担を増大させている。

高次医療施設の負担を軽減することを目的として、DGHS の病院課は Structured referral のガイドラインを策定し 2013 年までに全国 59 の県病院と 14 の大学病院に普及させる計画が進行中である。その内容は①第一次医療施設の利用促進のために、住民の啓発を病院管理委員会 (Hospital Management Committee) が中心となつて行う、②統一規格の紹介状を導入し、紹介状持参の患者を優先的に診療する、③上位病院で治療を受けた後のフォローアップを下位の医療施設で行うためのカウンター・レファラルを導入するというもので、2009 年 12 月現在で 6 病院 (Khulna 大学病院, Khulna 県病院, Satkhira 県病院, Chapai Nawabganj 県病院, Bagerhat 県病院, Rajshahi 大学病院) に導入され、更に 15 の病院でオリエンテーションを終えている。

上記プロジェクトは DGHS の病院課のイニシアティブであるため、県病院と大学病院しかターゲットになつておらず、郡病院以下一次施設やフィールドワーカーへの普及は県保健サービス局長 (Civil Surgeon - CS) に委ねられている。中央レベルで DGHS の郡病院以下を管轄する PHC 課や DGFP を巻き込むことにより効率的なシステムの構築が可能になると思われるが、現時点で病院課にそうした構想はない。

2-3-4 調達

(1) サービスの調達

NGO や民間医療機関へのサービス委託は、政府雇用の人材が限られていることから政策上は促進されている。民間医療機関活用の例は未だ見られないが、NGO が政府と契約してサービスを提供している例として以下のものが挙げられる。

- DGFP：家族計画の普及促進のために、協力 NGO を県毎に県家族計画局長（Deputy Director of Family Planning - DDFP）の承認のもとに登録し、政府は避妊具、避妊手術促進のためのインセンティブ（現金と衣類）を支給し、NGO 雇用のフィールドワーカーの給与補填も行っている。
- 国家栄養プログラム（NNP）、IMCI、HIV/AIDS プログラム：主にコミュニティにおける啓発活動を NGO に委託している。
- 都市保健プロジェクト（フェーズ 2）：MOLGRD が管轄するこのプロジェクトは、啓発活動に加えて基礎的医療サービスの提供にも NGO が活用されている。

HNPSF 下において NGO からサービスの調達を担当する外部機関として MSA が新設され、プールファンド資金で栄養、結核、HIV/AIDS の 3 分野でサービスを提供する NGO は契約を保健省ではなく MSA と締結している。MSA は設立されて間もないこともあり、保健省関係者からの聞き取り調査の限りではその役割や効率性がポジティブなものとして認識されるに至っておらず、こうした契約の形態が次期セクタープログラムでも継続されるかは明らかではない。

DP のイニシアティブで行うプロジェクトでは、SMPP の様に NGO と DP が直接契約を結ぶことが多い。この場合資金の流れや報告に政府が関与しないため、DP にとっては透明性が確保しやすく、また現場ではよりタイムリーなインプットが可能である反面、政府のオーナーシップが形成されにくいという短所もある。

(2) 資機材・施設の調達

HNPSF-RPIP には調達に関して、LD が担当 OP に必要な物資の調達を行う、また県レベルで現地調達が可能な必要物資は、CS または DDFP の権限で現地調達とし、DGHS と DGFP の調達関連部局がそのサポートをすることが明記されている。しかし実際は殆どの物資が中央レベルで一括調達されており、これは物資調達の分権化にともなう新規システムが県レベルの責任者に周知されていないことも一因とされている。

HNPSF 下の必要物資（機材、医薬品等）の調達は、DGHS では局内の中央医療貯蔵集積所（Central Medical Store Depot - CMSD）と呼ばれる部署がその殆どを担当している。医薬品に関しては、60%を上限に県レベルで現地調達が可能であったが、2009 年 12 月に ①粗悪品を除外する、②現場での不正流用を防ぐ（一括調達のもの、パッケージが統一されているため流用されにくい）といった理由により 5%に下方修正された。

現場のニーズは原則的に年一度、LD によって OP 別に取りまとめられて CMSD に伝達され、調達物資の詳細スペックは、最大限の標準化をはかるために DGHS 内に設けられた委員会では協議・決定される。CMSD はその決定に基づいて、公共調達規則（PPR - Public Procurement Regulations 2008, Amendments 2009）に則って競争入札による調達を行う。透明性を確保するためにそのプロセスには様々なチェック機能が織り込まれており、物資が現場に届くまでにはニーズが伝達され

てから通常1年半ほどかかる。バ国政府は調達にかかる時間を短縮するために PPR の更なる改訂を図っているが、透明性が確保されなくなる恐れがあるとして、調達におけるチェック機能を担っている世銀はこれに前向きでないといわれている。

医療器材に関しては、現場で機種等スペックの指定ができないため実際のニーズと異なる機材が配備される事態も起きている。2007年に全国50ヶ所の第二次・三次医療施設を対象に行われた調査³⁵では、配備された医療器材のうち日常的に使用されているものは34%にとどまり、配達はされたが設置されていないものが30%、故障で使用できないもの13%、故障はしていないが使われていないものが14%にのぼっている（表2-10）。

表2-10：第二次・三次医療施設における医療機器の使用状況

	機材数	%
日常的に使用	401	34
時々使用	94	8
稼動するが使用していない	164	14
配達されているが未設置	344	30
故障中	154	13

出所：Bangladesh Medical Equipment Survey

県病院と UHC の拡張工事は、HNPSP の中でも比較的順調に計画通り進んでいるコンポーネントである。施設の新築・改修は100床までの施設は保健省内の専門機関である CMMU に、それ以上の場合には公共事業局（PWD）に委託される。

DGFP では LD が MIS のデータを基に物資の需要を予測（中央レベルにおいては原則として18ヶ月分の在庫を常備）、それに基づいて局内の調達部が DGHS 同様に PPR に則り（原則年一度）一括調達している。県レベルでの現地調達は規則上は可能であるが、現金で予算が支給されるわけではないためか、現地調達は全く不可能と思っている DDFP も多いように見受けられる。調達品目は各種避妊具と FWC へ配給する医薬品セットが主であり、調達部から聞き取りを行った限りでは機材の調達はほとんど行われていない。避妊具に関しては、調達・在庫状況を月刊の LMIS（Logistics MIS）レポートや定期会議を通じてドナーと共有し、contraceptive security の強化を図っている。

調達された避妊具・医薬品キットは中央倉庫から全国21ヶ所にある地方倉庫に分配され、そこから管轄下の MCWC、UHC の MCH・RH ユニット、FWC 等の施設に配布される。フィールドワーカーである FWA への物資の供給は FWC または UHC の MCH・RH ユニットより行われるが、CSBA キット内容物の補充は現時点ではシステム化されておらず、CSBA へのサポートに関する課題である。補充は原則として SDP に定期的に一定量が送付される push system であるが、避妊具に関しては毎月 LMIS を使って各施設の在庫状況をモニターし、（時折国レベルでのストックアウトが発生している時以外は）末端レベルで品切れがおきないように前倒しの対応を行っている。

2-3-5 保守管理

HNPSP-RPIP には県レベルで施設・機材の保守・管理に必要な予算は CS または DDFP の

³⁵ Bangladesh Medical Equipment Survey Feb2008, Simed International for World Bank

管理下におかれることが明記されている。しかし必要な予算措置を講じているにもかかわらず、その周知が徹底されておらず現場で活用されるには至っていない³⁶。現地における聞き取り調査でも、発電機の修理や切れた OT ライトの電球を取り替える予算もないとの声が聞かれた。実際に CS/DDFP の裁量で外注するのはリネン類のクリーニングなどにとどまっており、建物や設備機材の修理に関しては、現場から上げられた要請に基づいて中央の管轄部署が手配を行っている様子であった。DGHS では医療器材の修理は、保障期間内であれば機材調達を行った CMSD が窓口となり、保障がなければ NEMEW・DEMEW が持ち込みまたは現地に技術者を派遣して修理を行う体制になっている。DGFP 側には機材の修理に関して確立・周知されたシステムがなく、現場で対処できなければ中央に報告しその後の対応を待つのが一般的である。

NEMEW・DEMEW は医療器材の修理と保守管理の現場指導をマニフェストとしており、DEMEW は県レベルに設置され県内の医療施設からの要請に対応し、NEMEW は DEMEW のない県の需要に応えるという分担ができています。しかし高度で複雑な内部構造を有する医療機器は CMSD を通じてメーカーに修理等の依頼をしており、実際に扱っているのはレントゲン機器や検査機械、冷蔵庫やエアコンなど比較的単純な機械類である。スペアパーツや技術者不足から依頼された修理にも「即応できないことも多い」のが実情で、「これ以上の修理が不可能なため廃棄処分にするのを認定してくれる機関」という声も聞かれる。調査団が入手した次期五カ年計画のドラフトには、医療器材がハイテク化する流れの中で、NEMEW と DEMEW の位置づけを見直す必要があるという政府の認識が反映されている。

CMSD 自体には保守管理を行う機能はなく、原則的に調達を担当した機材に関し、納入業者に修理依頼を取り次ぐ窓口となっている。以前はロジスティック上の問題から、病院に機材が届く前に保障期間が切れることも多かったが、現在では調達契約に長期（メジャーな医療器材に関して 10 年）の保障をスタンダードとして付随させている。しかし「メーカー側の問題（技術者が不在、スペアパーツの欠如など）」で迅速な対応がされないことも多く、現地調査で訪問した施設にも「数ヶ月以上故障中」の機材が見受けられた。機材修理に関して病院側は「積極的にできる対応策はない」とのスタンスで、代替機材を使用するか他の病院に患者をリファーすることで対応している。今回の調査でも、機材が故障中であるため吸引分娩は行っていないという病院が珍しくなかった。

表 2-11：郡以下の DGHS 施設における機材の稼働率

	総数	稼働中	故障	非稼働率
救急車	490	306	184	37.56
レントゲン	467	266	179	43.00
発電機	349	242	107	30.66

出所：Health Bulletin 2009

機材の故障は、ユーザーが適切でない取り扱いをすることによって引き起こされることも多い。前述の 2007 年に行われた医療器材調査では、一括調達された機材のうち現場に取扱い説明書がある機材は 62%、また保守管理マニュアルのあるものは 18%にとどまっている。Preventive

³⁶ APR2009 Technical Report

maintenance を強化するために、現在 CMSD は調達の際に個々の機材にユーザーマニュアルを付帯することを徹底し、同時にサプライヤーによる機材の設置と必要に応じたユーザー研修を現場で行うことを契約条項に盛り込んでいる。

2-3-6 MIS

DGHS、DGFP のほか NNP、DNS といった部局が独立した MIS を持ち保健関連情報を収集・管理している。DGHS、DGFP の MIS は①医療サービスの利用状況 (service statistics)、②調達・在庫管理状況 (L-MIS)、③人事情報 (P-MIS) の 3 コンポーネントで構成されており、その詳細は 2008 年に行われた保健セクタープログラム形成調査の報告書に述べられているが、その後両局ともコンピュータ化を進めた結果 DGHS は全ての県・郡レベルの事務所に最低一台の端末と携帯モデムを配備し、ウェブベースのインターフェースを使ったデータ入力が可能となっている。現段階では端末操作を習得していないユーザーも多く、また停電等の問題もあるため、従来どおりのハードコピーによる報告も平行して行われている。DGHS は将来的には末端のコミュニティクリニックまでコンピュータを配備し情報の電子化を進める計画で、そのために CC に新たに配置される CHCP はコンピュータ操作ができることが採用条件の一つになっているが、今後電気の確保、機材のメンテナンスとセキュリティ、ユーザーの研修等が課題となってくると思われる。DGFP 側のデータ収集は、①のサービス統計に関しては従来どおり紙ベースの月例報告書によって上がってきたデータを中央でコンピュータに入力しているが、L-MIS は全国 21 ヶ所にある供給倉庫が毎月管轄郡より送られてくる避妊具等の在庫状況をウェブベースのインターフェースを使って入力し、その情報を元に中央で供給管理を行っている。P-MIS は両局ともまだ全職員をカバーするには至っておらず、また情報の更新システムが確立されていないため実用化されるには至っていない。

上に述べられた実施機関の他に HNPSP の OP 毎にも関連データの収集・蓄積が進められており、保健省全体で見ると重複しているものも含め膨大な量の情報が収集されている一方で、その共有はほとんど行われていない。大臣官房には各部局より定期報告がなされるが、保健省として情報をとりまとめるには至っておらず、「一つの項目に関し複数の情報源が存在し、それぞれが異なる数値を示している³⁷⁾」状況に陥っており、並立するシステムの標準化や情報共有が課題となっている³⁸⁾。

こうした事情を踏まえて現在 GTZ が情報の共有を可能にするシステム構築・再編の技術支援を行っている。DMIS (Data Management & Information System) と呼ばれるこのイニシアティブは現行システムを最大限に活かしながら、重複を除去し情報管理の形式を統一することによって、効率的に情報の共有を可能にすることを目指している。現在までに①各部局が持つ MIS のシステム分析と情報の共有に適したソリューションの選定、②部局・OP 毎に収集されているデータ項目とユーザー側の情報ニーズを分析することによる HNPSP のモニタリングや保健セクター全体の指標の整理、③新システムを導入するにあたっての研修ニーズのアセスメントから成る分析フェーズを終了し、その結果に基づいて新たなシステムの詳細デザイン策定が進められている³⁹⁾。

³⁷⁾ Health Information System Assessment 2009

³⁸⁾ 各局の MIS に関してはプログラム形成調査報告書 2008 に詳細あり。

³⁹⁾ DMIS Support to MOHFW – Analysis Phase Report, October 2009

2-3-7 分権化とローカルレベルプランニング (LLP)

全国の数多くの施設の様々なニーズを中央ですべて捌く現在のシステムは、効率の面でも、また地方の保健行政官のオーナーシップとアカウントビリティの形成においても有効でないことは保健省内でも認識されている。地方への権限委譲は保健行政改革の枠組みでも重要課題として位置づけられてはいるが、2009年のAPRの段階では大きな進捗は見られていない。人事面では、Class IIIとIVの人材(初級事務職、フィールドワーカー、雑務・清掃員など)の採用は県レベルで行えるようになったものの、既存ポストの欠員補充であっても他省庁(MOF, MOP, MoEstab.など)の採用許可を必要とする規定があるため、欠員の減少には結びついていない。また前述の医薬品の現地調達の上限が5%に引き下げられた背景には、医薬品の品質管理の強化の他に私的流用の回避(一括購入の医薬品はパッケージのデザインによって認識可)が挙げられており、アカウントビリティの確保が分権化の障害となっていることが示唆される。

地方の細かいニーズを反映した事業の実施を目指して、現場の人間が主体となり地域住民を交えた参加型の手法で年間計画を策定するLLPは、およそ10年前のHNSP期に導入された。計画の実施に必要な予算が中央から地方に交付されることはないまま現在に至っているが、DGFPは全ての県において毎年LLPを実施している。DGHSは段階的にLLPの導入を進めていたが、計画実施のための予算がつかないことから規模を縮小、去年の実績は16県であった。

LLPは郡レベルで実施される。HNSP下ではDGFPとDDGHSの統合が進められたため、両局の業務の相違から生じる細かい差異を除けば基本的に共通のフォーマットが現在でも使用されている(表2-12)。しかしこのフォーマットは、HNSPのOPやその実施にあわせて改変されたマネジメント体制に沿ったものではないため、中央では各LDがそれぞれのOPに沿った要素を各郡の年度計画の中から抽出し、それをOP毎の年間活動計画に反映させるというシステムをとっている。しかしLDが400を超える郡の年間計画を短時間でレビューし全体の計画にまとめなおすのは現実的ではなく、効率的かつ現実のニーズに沿った計画策定の妨げとなっている。

保健省は2010-2011年度から6県(Sunamganj, Sherpur, Cox's Bazar, Satkhira, Bhola, Lalmonirhat)の全ての郡を対象に「予算措置を伴ったLLP」を試験的に導入することを計画している。現場の期待値は高く、DGFP、DGHS共に対象県内の各郡にはこれまでの経験から十分な計画策定能力が蓄積されていると考えているが、調査時においては地方に交付する予算確保の目処がつかず、また計画の承認基準や地方に予算を流すシステム、モニタリングやアカウントビリティ確保のためのシステムの構想なども未

表 2-12 : LLP における郡年間計画書の構成

様式	内 容
1	郡の人口動態・保健指標
2	人員配置 (定員および実数)
3	医療施設の状態
4	地域のニーズ (ステーキホルダー・ワークショップを開催して確認したもの)
5-1	母子保健・リプロダクティブヘルス指標
5-2	MCWCの利用状況
5-3	コミュニティアクリニックの利用状況
6	保健教育・啓発のニーズ
7-1	研修計画 (中央レベル)
7-2	研修計画 (地方レベル)
8	現地調達・修理できる医療器材
9	医薬品その他消耗品の需要量
10	補充が必要な記録用紙
11	予算

構築で、GTZ が支援のためのコンサルタントを雇用する準備を進めている最中であった。諸システム設計・構築に必要な時間を考慮すると「予算措置を伴った LLP」のパイロットが予定通り 2010 年 7 月から行えるかは疑問である。その一方で県や郡への一定の権限の移譲を伴ったシステムが構築できれば、地方自治体も巻き込んで保健セクターが大きく活性化する可能性もあり、保健行政の分権化と併せて次期セクタープログラムの中でも中心的な課題となることが予想される。

LLP は UNFPA/UNICEF/WHO が支援する MNH プロジェクトにおいても実施されているが、これは①MNH サブセクターに限定した上で、②DGHS, DGFP 双方を統合した年間計画を策定し、③計画実施のための予算は MNH プロジェクトから支給されるという点で、保健省の LLP とは別のものである。

2-4 地域間比較分析

表 2-13 : Overview of the Maternal Care Situations in 5 Districts

		Barguna	Bandarban	Jessore	Satkhira	Kurigram
Entire District	Population(2009)	896,946	340,337	2,795,822	1,984,493	2,226,563
	# MOs (posts)	35(62)	19(55)	59/124	78/197	32/36
	Vacancy Rate %	43.5%	65.5%	52.4%	60.1%	11.1%
	Population per MO (actual/sanctioned)	25,267/14,467	17,912/6,188	47,387/22,547	25,442/10,074	69,580/61,849
	# Nurses (posts)	51(83)	43(77)	202(207)	82(92)	47(94)
	Vacancy Rate %	34.9%	42.9%	2.4%	10.9%	50.0%
	Population per Nurse (actual/sanctioned)	17,587/10,807	7,915/4,420	13,841/13,506	24,201/21,571	47,374/23,687
	# FWV (posts)	45(55)	40(43)	95(105)	71(96)	59(89)
	Vacancy Rate %	18.2%	7.0%	9.5%	26.0%	33.7%
	# FWA (posts)	202(214)	90(108)	443(486)	359(393)	340(376)
	Vacancy Rate %	5.6%	16.7%	8.8%	8.7%	9.6%
	# CSBA	39	7	137	65	?
# deliveries by CSBA	582	136	2,880	11,944	13,261	
% ANC(1) ¹ *	A	B	B	B	A	
% Delivery by SBA ² *	C	C	B	B	C	
District Hospitals	# Beds	100	100	250	100	100
	Bed Occupancy Rate %	104%	70.38%	138%	?	125.48%
	OB/GY Consultants (posts)	1(1)	1(1)	6(2)	1(1)	2(?)
	# MOs (posts)	2(4)	8(9)	11(13)	3(6)	1(?)
	# MO-OB	1	1	6	?	?
	# MO-AN	?	1	0	?	?
	# Nurses (posts)	18(21)	24(31)	114(107)	37(37)	22(?)
	\$ EOC-trained Nurses	?	9	4	5	?
	# delivery conducted	368	186	1,935	663	414
	# C-section	242	49	1,148	182	102
	C-sec %	65.8%	26.3%	59.3%	27.5%	24.6%
	# Referred-in (OB)	281	0	4xx	56	1
	# Referred-out (OB)	76	17	7	30	24
UH	# UHCs	4	6	7	6	8
	Bed Occupancy Rate %	55-119%	48-89%	86-172%	49-120%	?

	# delivery conducted	192	124	4,822	1,082	774
	# C-section	?	0	1,360	431	56
	# Referred-in (OB)	1	1	3	36	1
	# Referred-out (OB)	72	33	241	73	152
MCWCs	# Beds	20	10	20	10	10
	Bed Occupancy Rate %	12%	?	24%	?	?
	# delivery conducted	261	190	444	746	639
	# C-section	?	?	122	269	66
	# Referred-in (OB)	?	?	50	10	85
	# Referred-out (OB)	66	2	89	13	18
	# MO/Ob	1	0	1	?	?
	# MO/An	0	1	1	?	?

出所: Study on Maternal and Neonatal Child Health, HDRC 2009 より作成

* MDG Progress Report 2008

1. A = 56.0 - 77.3%, B = 40.0 - 55.9%, C = 30.5 - 39.9%

2. A = 30.01-57.00%, B = 15.01 - 30.00%, C = 6.40 - 15.00%

表 2-13 は 2009 年 12 月に JICA がローカルコンサルタントに委託して実施した調査のデータを基に Bandarban, Barguna, Jessore, Satkhira, Kurigram 各県の主な医療施設の状況と周産期ケアの利用率を示したものである。それぞれの県の詳細な状況に関する情報が少なく、またデータの質・信憑性の問題もあるため、現段階で詳細な比較や分析は困難であるが以下のような考察ができる。

<考察>

- 病床数や人口とプロバイダー数との間に相関関係はみられない。
- Bandarban 県は人口当たりのプロバイダー数が他県と比較して飛びぬけて高い。人口密度が低いことがあると思われるが、医師一人当たりの人口は定数で比較しても 10 分の 1 である。ただし、同県は山岳部であるため、人々の医療サービスへのアクセスがよいことにはならない。
- Jessore 県の県病院は定員を上回る産婦人科専門医と看護師を擁している。同県のアクセス・教育等の環境が他に比べて比較的整っており、同県出身の医療スタッフが異動希望を出さず長年勤務しているケースが多いためと思われる。

2-5 実態調査から把握される課題分析

2-2, 2-3 で MNH を中心とする保健サービス提供のシステムとその実情を考察する中で、今日バングラデシュの保健行政が直面している様々な課題が浮き彫りになったが、その多くは中央集権的な二極構造の保健行政システムのもとで、ニーズに合ったサービスを末端まで提供しようとするものの限界に帰依するものである。また他省庁のかかわりなど、制度的に保健セクター改革では対処できない問題も抱えている。どちらの点においても、状況を改善するには強力なリーダーシップと政治的な意志に導かれた大規模な構造改革が望まれるが、これまでの経緯から見ると今後短期的に解決が図られることは考えにくい。こうした状況の下で、今後新たな支援プログラムを策定していく上で留意すべき点を以下に述べる。

2-5-1 人材不足・配置への対処

絶対数の不足は一朝一夕に解決する問題ではなく、長期的な視点に立って質の高い人材の育成を進めていかなければならないのは明らかである。しかし現在政策上 SBA 率を上げることが MMR を下げるための方策として推進されており、大量の SBA が必要とされている。バ国は CSBA というプロバイダーを短期育成することで SBA へのニーズに対処する戦略をとっており、現段階ではそのサービスの質を追求するには至っていない。実際 CSBA の活動に関してはポジティブ、ネガティブな考察が散在しており、その有効性を検証する系統だった評価が待たれるところである。CSBA に限らず、プロバイダーの質を高めるためにも、効率的な in-service training を含めた継続的かつシステムティックなモニタリング制度の構築が不可欠である。また同時に、TBA に代表される「民間無資格プロバイダー」の役割の再考、民間人材の CSBA としての活用等のオプションも検証の余地があると思われる。

人材の配置や採用には保健省以外の省庁が深く関わっており、人事に関する諸々の問題点の多くはバ国の行政システムの合理化なくしては解決しない。他省庁にかかる制度改革への働きかけは継続的に行っていく一方で、既存の人材を最大限に活用するために、特に CEmOC ペアの保持に留意した保健省内部の人材配置制度を整備することが早急の課題である。

2-5-2 効率的な実施体制の構築

(1) 「MNH プログラム」

現行においては、NNP や EPI、結核、HIV/AIDS プログラムのような確立された「MNH プログラム」は存在しない。セクター横断的なアプローチが推進される流れの中で「MNH プログラム」を策定することには議論の余地があるが、細分化された HNPSF のフレームワークで OP 横断的な MNH という分野に関する介入を効率的かつ組織的に進めるのは困難であることも現実である。

2011 年 7 月より HNPSF の後継プログラムが実施されるにあたって、現在その策定作業が進行中であるが、MNH を独立した縦割りプログラムとして策定しないまでも、各部局の役割や責任を明確にしつつも部局横断的かつ現実的なモニタリング機能を兼ね備えたプログラムの策定が期待される。

(2) 分権化と LLP の促進

県・郡レベルの保健行政官に一定の権限を移譲する「分権化」の必要性は、既に何年も議論され、ほぼコンセンサスも得られているといいが、その実施がほとんど進んでいないことは憂える事態である。背後には政権の交代による混乱や、アカウントビリティを確保した制度構築を行う際のキャパシティ不足といった要因があると考えられるが、新制度に関する周知が徹底しておらず、そのため制度が活用されていないことも指摘されている。新制度を策定・施行するにあたっては、マニュアルやガイドラインなど実施のための実用的なツールや研修によるバックアップが必要と思料される。

「予算を伴った LLP」の実施にあたって、「LLP 予算」を充て込んだプロジェクト実施計画の策定は時期尚早の感が強いが、これはパイロットベースであっても分権化への第一歩であり、制度の構築や現場での管理体制の整備に対しては最大限の支援をすべきであろう。

(3) 地方自治体との関係強化

保健医療サービスの提供は、基本的に中央の政府機関である保健省のマンデートとされているが、近年ユニオンや郡レベルの地方自治体の役割を強化する動きが活発化している。2009年のユニオン条例、郡条例はこうした流れをサポートするものである。おそらく Jessore 県 Chowgacha 郡の取り組みが最先端のものであると思われるが、SMPP でも保健サービス提供へのユニオン政府の関与を増大させることに成功している。APR2009 で新たに提言された「郡保健システム」が今後どのような制度に発展していくのか、その中でより歴史のあるユニオンレベルの自治体がどのような役割を担っていくのか、またコミュニティクリニックの運営を担う住民組織である CC 管理委員会の活性化など、保健省と地方自治体および住民の連携の模索が続くと予想される。

2-6 周産期・新生児ケア (MNH) 分野における開発パートナーの取り組み

2-6-1 援助協調の動向

HNPSP の実施における政府及び開発パートナーの協議・連携の場として、HNP フォーラムをはじめとして、現在、12 のタスクグループが形成されている（付属資料 11. 参照）。母子保健分野に関しては、2009 年の春頃に新たに MNCH フォーラム/タスクグループが立ち上がり、保健省保健サービス局長が議長、開発パートナーからは JICA、UNICEF、UNFPA、WHO、WB がメンバーとして参加している。これまで、あまり行われてこなかった母子保健分野での連携・協調を強化するために設立されたが、2009 年中に会議開催は 1 回のみ。また、DFID などの資金支援型ドナーはメンバーになっていないこともあり、関係者は、より広く関係機関と実質的な協議ができる場を設ける必要性についても検討している。

現地調査でのいくつかの開発パートナーや政府関係者からの聞き取りによると、MNH 分野での連携・協調はほとんど行われていない。現在、以下 2-6-2 に記すように複数の MNH プロジェクト（資金的にもかなり大規模なものも含まれる）が様々な地域で実施されており、主要開発パートナーは、実施地域が重複しないこと（地域分担）を協調と捉えている印象であった。一部の保健省関係者は、このように様々なプロジェクトが分散的に実施されていることに危機感を持っており、国の統一的な MNH プログラムの形成に向けて開発パートナーはより積極的に協調すべきとの意見が聞かれた。

このような状況の中、JICA は、公式・非公式な協議の場で、主要開発パートナーに対して、各プロジェクトの成果・教訓の共有や統一モデルの形成促進を積極的に働きかけている。これに対し、開発パートナーの反応は、総論賛成ではあるが、具体的な取り組みについては、現時点での積極的な動きはあまり見られない。これは、自らのプロジェクトがまだ初期段階にあること等に加え、政府・保健省の構造的な問題（母子保健を統括する単一ユニットの不在等）や全般的な能力不足により、中央で政策だけ作成しても現状改善（特に MDGs 達成を念頭に置くと）に結び付かないといった考えからの動きではないかと推測する。また、主要なアクター・ドナーである DFID・UNFPA 等からの聞き取りでは、規模的な優位性もあり、統一的モデルを作成する場合は、自らのプロジェクト (MNHI/MNCH) が核になるべきという考えが聞かれた。今後、次期セクター

プログラムや Maternal Health Strategy の形成・改訂プロセスの進展や、政府からの開発パートナーに対する協調促進の要求を受けて、今後統一モデル形成の動きは活発になると推測する。

HNPSP へのプールファンドには、世銀、DFID、EC、SIDA、UNFPA、オランダ政府、KfW、CIDA、UNFPA 等が資金提供を行っている。

2-6-2 主要な開発パートナーの取り組み

母性・新生児ケア（MNH）の分野での主な開発パートナーは、JICA の他には、UNICEF、UNFPA、WHO、USAID や ICDDR, B などの二国間・国際機関、BRAC や CARE などの NGO があげられる。DFID、AusAID、EC が主要な資金ドナーであり、以下の主要なプロジェクトの資金協力を行っている。

また、USAID も多額の資金協力を行っており、下記の MaMoni プロジェクトに加えて、Smiling Sun Franchise Program での NGO クリニック支援を通じて、安全なお産に関する医療サービス提供や、BDHS や MMR サーベイといった調査研究への協力も行っている。現地調査の聞き取りでは、来年度、予算額を倍増するという情報もある。

以下に主要な 6 つのプロジェクト概要を示す。詳細は付属資料 14. MNH プロジェクト概要表を参照。

表 2-14 主要 MNH プロジェクト一覧

	プロジェクト名 (通称)	実施機関	実施パートナー	期間	対象地域	予算 (概算 US\$)
1	SMPP	DGHS, DGFP	JICA, CARE	7/2006- 6/2010	1 県	4 Million
2	Joint GoB-UN MNHI	DGHS, DGFP	UNFPA, UNICEF, WHO, NGOs	8/2008- 12/2013	4 県 (フェーズ 1) + 県数未定 (フェーズ 2)	32 Million
3	MNCH	DGHS, UNICEF	BRAC	10/2008- 12/2013	4 県 (フェーズ 1) + 6 県 (フェーズ 2)	48 Million
4	MNCS	DGHS, UNICEF	ICDDR, B, NGOs	7/2008- 6/2011	3 県 (フェーズ 1) + 4 県 (フェーズ 2)	18 Million
5	MaMoni	Save the Children/ US	Shimantik, FIVDB	8/2009- 1/2014	2 県	13.5 Million
6	SIMNHIP	ICDDR, B	PSF, other NGOs	1/2008- 12/2011	1 郡	0.6 Million

出所：現地調査で得られた情報を取りまとめたもの

(1) 主要プロジェクトの概要

ほとんどのプロジェクトは、施設改善（サプライサイド）とコミュニティ支援（デマンドサイド）を同時に行うという共通の戦略を用いている。これは、SMPP の終了時評価においても、成果を導き出した有効なアプローチとして評価されている。主な特徴は以下の通り。

①SMPP：この中では最も早く支援を開始。施設改善、コミュニティ支援ともに、外部からのイン

プットを最小限にし、自立発展性を重視。地域内で利用可能な資源活用を促進し、地方政府（特にユニオン評議会）を活動に巻き込むことにより、これまで関連の薄かった地方保健行政に対する新たな役割・貢献を促した。

②Joint GoB-UN MNHI：最も規模（計画対象地域）の大きなプロジェクト。Financing LLP を取入れており、対象県・郡で作成された予算計画が中央の保健省で承認されると、直接県に活動資金が提供される。但し、MNH の分野が中心である。その資金で、不足する看護師等の人材の地方雇用や不足薬剤の購入などが行われており、短期的成果が期待されるが、一方で自立発展性には疑問が生じる。中間レビューが 2009 年 11 月に実施されたが、活動の開始が大幅に遅れ、フェーズ 1 の成果を評価するに十分な期間が経っていないこともあり、フェーズ 2 での地域拡大の有無・対象地域は今年半ば頃に再度判断される予定である。

③MNCH：施設改善は UNICEF が、コミュニティ支援は BRAC が実施している。レビューは 2010 年 1-2 月に実施予定であり、その後、フェーズ 2 で更に 6 県拡大する計画である。

④MNCS：UNICEF が主体となり、コミュニティベースの IMCI を中心にしたプロジェクト。特に新生児ケアに焦点を当てており、先ごろ策定された National Neonatal Health Strategy の実施と連携している。2010 年早々にフェーズ 2 として 4 県拡大する計画である。レビューは 2010 年末頃に実施される予定である。

⑤MaMoni：USAID 資金提供。先行プロジェクト（1 県対象）から、対象県を 1 県追加し、活動内容に家族計画を追加したコミュニティベースのサポートグループ活動支援やサービス提供中心のプロジェクト。特に、持続性向上の観点から、先行プロジェクトではコミュニティワーカーを雇用していたが、新規対象県では、政府のフィールドワーカー（HA/FWA）を活用するアプローチに変更した。

⑥SIMNHIP：コミュニティベースのサポートグループ活動支援、民間 CSBA の提供、主な MMR 要因である分娩後出血や子癇対策支援が中心である。地元の保健 NGO（クリニック運営）と技術的に連携している。1 郡（Shahjadpur）の 14 ユニオンで実施されている小規模で低コストプロジェクトである。

(2) コミュニティ支援（デマンド醸成）アプローチ比較

コミュニティ支援のコンポーネントについては、ほとんどが現地 NGOs を活用して活動を行っている。アプローチの違いについて、以下に要点をまとめる。

1) コミュニティ支援グループ

呼び名はそれぞれであるが、全てのプロジェクトでコミュニティ支援グループを形成し、グループ活動地域での妊産婦マッピングや出産関連情報収集・共有、妊産婦とその家族の安全なお産や新生児ケアに関する意識の向上、出産計画や緊急時対応準備計画の作成などへの支援等を行っている。

SMPP では、NGO スタッフ・ファシリテーターが対象地域からリーダーに相応しい人材を選定し、グループを形成。プロジェクトはトレーニングやワークショップ開催支援を行うが、それ以外の金銭的支援はなし。MNHI では、現政権の優先イニシアティブであるコミュニティアプローチとの連携を視野に入れ、CC 管理委員会をコミュニティ支援グループとして活性化する計画。

コミュニティから別途ボランティア（無給）を選定し、コミュニティ支援グループの活動や家庭訪問によるカウンセリングなどを行うよう訓練している。プロジェクトからは、トレーニング、ボランティアの活動教材、家庭に配布する栄養剤などを供給している。MNCS や SIMNHIP でも同様に CCMC を核として活動している。MNCS では、プロジェクトでコミュニティヘルスプロモーター（有給）を採用し、カウンセリングやサービス提供を行う。Chittagong 丘陵地帯では特別に医療サービス提供を行う支援（コミュニティナースの採用等）も行っている。MNCH は BRAC がコミュニティ支援を実施しているが、BRAC は、比較的大人数を地域に配置し、外部者というよりは地域住民と一体となって活動する傾向が見て取れる。MaMoni においても、大人数のスタッフを県、郡、コミュニティレベルに配置しており、手厚い人員配置との印象である。但し、上述の通り、新規対象地域ではコミュニティワーカーの雇用に替えて、政府のフィールドワーカーを活用することとしている。CCMC との連携について、政府機関との連携を考えると有効だが、対象人数の多さや構成メンバーの性格を踏まえ、その是非や適切な手法を考案中とのことである。

2) 家庭訪問・その他のサービス提供

SMPP と SIMNHIP 以外のプロジェクトでは、有給ないしは無給で、コミュニティでの活動員を選定・活用しており、コミュニティメンバーへの家庭訪問でカウンセリングやサービス提供等を行っている。MNCH/BRAC では、カウンセリングや避妊具などのサービス提供に加え、住民のサービス利用に対する資金的援助も行っている。MNCS 支援の Bandarban (Chittagong 丘陵地帯) では地域の取り組みに従い、パラコミュニティセンターでの医療サービス提供を行う支援（コミュニティナースの採用等）も行っている。また、SMPP、SIMNHIP、MNCH/BRAC では民間 CSBA を育成し、主に政府の保健サービス提供者が手薄・不在の地域で活用している。SIMNHIP と MNCH では NGO のスタッフを活用していることに対し、SMPP では対象地域のコミュニティから一般女性を採用していることが特徴である。

3) コスト

対象地域・人口、活動内容が異なるため、単純に資金的コストを比較することは困難であるが、入手した範囲（主に NGO への契約金額）でコミュニティ支援コンポーネントの予算を以下に記す。MNHI, MNCH, MNCS は、NGOs への契約金額を年平均値として計算したものであり、活動費には薬剤等の物資調達コストも含まれていることに要注意。現場における人員配置をみると、人数が少ないのが、MNHI 及び SIMNHIP である、比較的手厚いのが、MNCH/BRAC と MaMoni。BRAC のコストが他に比べて非常に高く、詳細は確認できなかったが、人件費が高いとの認識は関係者共通。人数が予算に影響するのは明らかだが、対象面積や活動内容、また、成果の質にも影響することであり、単純に数で良い悪いと判断することは困難と考える。

表 2-15 コミュニティ支援コンポーネントの比較表

	プロジェクト名 (通称)	対象地域	人員配置	予算 (approx. US\$)
1	SMPP	3 郡/1 県	県-1 名、郡-2 名、ユニオン-8 名	100,000/year
2	Joint GoB-UN MNHI	4 県の全ての郡 (22 郡)	県-各 1 名、郡-各 1 名	366,000/year (栄養剤等コスト含む)
3	MNCH	4 県	郡-16 名、他コミュニティワーカー	40 Million/5 years (4 県+6 県の金額、薬剤や避妊具等のコ

				スト含む)
4	MNCS	7 郡/3 県	郡-各 1 名、ユニオン-各 3 名、 他コミュニティワーカー	700,000/year (薬剤・機材等含む。なお、コミュニティ支援活動 (人件費/人材育成・訓練) のみでは 53,000/year)
5	MaMoni	15 郡/2 県	県-各 2 名+20 名強の技術スタッフ、郡-数 10 名~100 名、 他コミュニティワーカー	2.6 Million/year (薬剤等コスト含む)
6	SIMNHIP	1 郡/1 県	ユニオン-各 1 名	NA

出所：現地調査で得られた情報を取りまとめたもの

2-7 我が国・JICA によるこれまでの取り組み

2-7-1 JICA 事業の優位性と特徴

我が国の援助の持つ優位性として、技術協力のみならず、無償資金協力を通じた施設整備や機材供与、青年海外協力隊派遣や草の根技術協力プロジェクトを通じたコミュニティレベルでの協力、本邦あるは第三国での研修事業を通じた人材育成等、様々なスキームを有機的、効果的に組み合わせることが可能であるという点が挙げられる。

JICA 事業に対するバングラデシュ側の評価は、過去の技術協力プロジェクトで実施した保健医療機関での能力強化という点で依然高い評価を受けていることが、2008 年 9 月に実施されたプログラム形成調査において確認されている。(「バングラデシュ人民共和国保健セクタープログラム形成調査報告書」平成 20 年 9 月参照)

JICA 事業の特徴として、人間の安全保障の視点から、政府(中央・地方政府)と地域社会や地域の人々の双方にアプローチし、相手国や地域社会の持続的発展に役立つ援助を目指している点が挙げられる。また人々の能力強化(エンパワーメント)を重視している点も特徴の一つである。この特徴をよく表しているのが、2006 年から開始されている「母性保護サービス強化プロジェクト」である。同プロジェクトにおいては、プロジェクトから得られた知見の共有やマニュアル類の開発等、中央レベルでの取り組みの他、県・郡保健行政に対する支援(サービスデリバリーの改善)を通じたトップダウンの保護と、コミュニティでの互助制度の導入や住民教育等を通じたボトムアップのエンパワーメントという双方向からの働きかけを行っている。加えて、プロジェクトの成果が社会的弱者(女性、特に貧困層)に直接裨益するという点においても、同プロジェクトは人間の安全保障の概念に適った協力であるといえる。

なお、上述の報告書において懸念とされていた中央レベルでの政策介入については、JICA は 2010 年 1 月から保健家族福祉省官房に政策アドバイザーを派遣しており、今後は同アドバイザーを通じて JICA の知見を共有し、プレゼンスを高めていくことが期待される。また、上記プロジェクトのチーフアドバイザーを務める日本人専門家が中心となり、母子保健分野での政府及び開発パートナー間の連携・協調の推進を目的とした MNCH フォーラムが 2009 年に立ち上げられた。開発パートナーの参加が限定的との指摘もあるが、今後、同フォーラムまたはそれに代わる場の活性化を進めることで、プロジェクトの成果を発信し、国家プログラムの形成を支援していくことが期待される(MNCH フォーラムの詳細については「2-6 周産期・新生児ケア(MNH)分野における開発パートナーの取り組み」を参照のこと)。

2-7-2 我が国が有するリソース

国立国際医療研究センター（旧 国立国際医療センター）、国立保健医療科学院、聖マリア病院、長崎大学熱帯医学研究所等の機関については、本邦研修での研修員受入れに実績を有するほか、専門家人材も豊富であり、JICA の保健事業における有力なパートナーとして挙げられる。加えて、日本赤十字社と JICA との連携が進められており、紛争国・復興国を始め、途上国全般における保健事業に実績のある日本赤十字社の人材の今後の活用が期待される。その他、医療資格を有する青年海外協力隊経験者や JICA が実施する能力強化研修等の参加者も専門家人材としての可能性が考えられる。本邦研修については、上述の機関のほか、札幌医科大学、沖縄県立看護大学を始め、いくつかの医療系大学で実施されている。

国内においては、財団法人家族計画国際協力財団(JOICPF)や特定非営利活動法人 HANDS など、特に草の根レベルでの母子保健活動において知見と実績を有する NGO が幾つか存在し、国内のリソースとして数えられる。バングラデシュ以外の国においては、コンサルタントへの一括委託による技術協力プロジェクトの実施も見られるが、医療資格を有する専門家（医師、看護師、助産師等）が先方政府から要請されている場合には、資格を有するコンサルタントの確保が困難であることも少なくない。

同じアジアで JICA の協力を通じて母子保健分野の改善に取り組んできたカンボジア、ラオス、インドネシア等の国においては、特に母子保健に関するサービス改善において豊富な知見を有しており、第三国研修あるいは第三国専門家としての活用が期待できる。

2-8 今後の協力案の検討

2-8-1 想定される協力案件（案）の検討

(1) 協力の目的

[上位目標]

- ・ 全国の妊産婦死亡数、新生児死亡数がさらに減少する (MDG4, 5 への貢献)
- ・ MNH にとどまらず公的保健サービスが改善し、人々の信頼が改善される

[プロジェクト目標]

SMPP をはじめとするグッド・プラクティス (他の DP の経験も含めた) が国レベルで共有され、MNH の国策が改善され実施される。

(2) 協力のシナリオ

- ・ バ国の MNH 改善のために、様々なドナーの取り組みが実施されている中、国レベルでの統一的なモデルを確立し、その制度化および普及を行っていくことを支援する。
- ・ SMPP 終了時評価にて提言のあった通り、SMPP 延長期間中にエビデンスの整理・分析を進め、それをもとに、上記国レベルでのモデルへのインプットを行う。
- ・ プロジェクトの中央レベルでの活動を強化するとともに、対象地域を複数県選定し、新たな地域における普及活動も実施しながら、フィールドでの経験を中央へフィードバックしていく。
- ・ 対象県への直接のインプット以外にも、他のリソースを活用した普及への取り組みに対し

ては可能な限り側面支援を行い、全国展開を促進する。

(3) 取るべきアプローチ

・ MNH 国家共通モデル・プログラム策定支援

政府のオーナーシップを尊重・醸成しつつ、MNCH フォーラムまたはそれに類する場の活性化を積極的に進め、SMPP の成果をインプットしつつ、他ドナーの取り組みも反映しながら、ドナーの地域棲み分け型の支援を継続するのではなく、国家共通モデル・プログラムの策定を支援する。

・ 他 DP との連携、協調

他 DP は、基本的に共通プログラム策定という方向性には賛成としつつも、具体化に向けた動きには温度差がある。次期プロジェクトにおいては、MNH にかかる協議・決定を行うフォーラムを活性化し、今後の他 DP の活動の進捗状況・展開も注視しながら、バ国政府のオーナーシップのもとに、他 DP も取り込んだ活動としていくことが必要。

・ バ国の優先施策との連携、支援

既述したさまざまなバ国の当該分野における優先施策とうまく連携し、その実現を支援していくような活動とすることが、普及・展開を目指すうえでは望ましい。CmSS と CC との連携、予算を伴った LLP 対象地域への支援、病院管理委員会の活性化等が想定される。

・ 現行の SMPP で確認された 3 つの有効なアプローチの採用

SMPP の終了時評価にて、成果達成に特に有効であったアプローチとして、保健医療サービス提供の改善とコミュニティレベルでの活動の連携、地方行政の保健セクターへの巻き込みの強化、各レベルでの DGHS と DGFP の連携強化の 3 つがあげられている。この 3 つのアプローチを次期協力でも継続して採用する。

(4) 主たる活動コンポーネント

・ 次期セクタープログラムに則った国レベルの計画の策定・改善支援

－ MNCH フォーラム（または類似の会合）の活性化、貢献

－ 保健省のアクションプランや各種ガイドライン等作成への支援

－ プロジェクト対象地域以外での普及のための支援（技術支援、マニュアル・ガイドライン等の共有）

・ ノルシンディ県における SMPP の経験のモデル地域としての整備・活用

・ 対象地域での普及活動

コミュニティ・クリニック活性化の政策と連携した CmSS 活動の推進支援、LLP や病院管理委員会等の政策への支援と連携した病院改善活動の推進、EmOC サービス改善への支援等。

(5) 投入

プロジェクト本体の投入規模は、SMPP とほぼ同程度の規模を想定。一部活動の NGO への委託は、必要に応じて検討する。

(6) 対象とする地域

- ・モデル地域として、SMPP の経験のあるノルシンディ県を活用する。また、病院改善活動に関しては、チョーガサ病院がモデルケースとしてバ国保健省としても他の地域に展開していくことを想定していることから、次期プロジェクトにおいても、チョーガサ病院もモデルとして活用することを検討する。
- ・普及対象地域として、新たに2～3 県程度（予算規模による）を選定する。
- ・なお、本協力準備調査実施中には、具体的な対象地域の特定までは行わなかったため、今後、ローカルコンサルタントによる調査結果等を活用しつつ、バ国政府の施策の進捗等を見極めながら、対象地域の選定を行う。
- ・選定にあたっては、対象地域の母子保健指標や他ドナーの活動の有無、アクセスなどを考慮するとともに、バ国政府の Financing LLP や DSF、CC 等の施策の対象地域となっているかどうかやその進捗状況なども考慮して決定する。留意点は、2-8-2 に別途記載。

(7) 協力実施上の留意点

・エビデンスの重要性

プロジェクトの成果を科学的な根拠を持って示すことにより、プロジェクトのモデルの有効性がより説得力のある形で説明可能となり、政策への反映、他地域への普及も進められやすくなる。そのためには、プロジェクトの開始当初から、プロジェクトの成果をはかる科学的なエビデンスを取得することを想定してプロジェクトをデザインすることが必要である。

・NGO との連携

コミュニティレベルでの活動に比較優位を持つ NGO とのパートナーシップを適宜活用していくことを検討する。SMPP の終了時評価結果からは、コミュニティでの活動開始時に何らかの外部からのファシリテーションは必要とされているが、継続的な外部者の関与がなくても CmSS の活動の持続は可能と評価されている。今後、政府の進める CC の政策との連携を強化していく計画であるが、その中で、誰がファシリテーションの役割を担うかなど、CC と連携した CmSS の望ましいモデル、その普及・展開方法について、引き続き検討していくことが必要。

・実施体制

保健省の組織系統が保健サービス局と家族計画局に分かれていることから、プロジェクトの特に中央レベルにおける実施体制は、両局をうまく調整できるような体制を整備する必要がある。また、プロジェクトの最高意思決定機関となる JCC では、政策に関連する決定も可能なレベルの役職者を議長として配置することが望ましい。その上で、プロジェクトの実施レベルの協議を行う場として、JCC の下に別途実務レベルのプロジェクト関係者の委員会を設置することが、円滑なプロジェクトの実施には望ましい。ただし、SWAPs の中で、JICA のプロジェクトに特化した新たな委員会を設置することが難しい場合には、プロジェクトの実施に支障のない範囲で、何らかの既存の委員会等の組織を活用する形とする 것도検討する。

2-8-2 案件形成に向けての検討課題

(1) 主要イニシアティブの進展

次期プロジェクトの実施に関連する以下の政府主要イニシアティブについては、詳細な案

件形成を行う時点で、その進捗や方針を確認する必要がある。

1) コミュニティ・クリニック (CC)

現地調査時には策定中であったCC活動ガイドラインを確認し、管理委員会の役割や構成、住民参加促進に関する方針に基づいて、次期プロジェクトにおけるコミュニティ支援 (CmSS 含む) 活動のアプローチを検討・形成する必要がある。また、新しく配置されるコミュニティヘルスケアプロバイダーの採用・訓練状況を確認し、CmSS 活動への参画等 JICA プロジェクトとの連携の可能性を検討する。

2) ローカルレベルプランニング (LLP)

予算措置を伴う LLP のパイロット事業の計画が 6 県で進められているが、次期プロジェクトでは、必要に応じた現場 (県、郡) での支援 (計画立案や財務管理等の能力強化等) によるパイロット事業実施への貢献も考えられるところ、進捗を注視し、次期プロジェクトの対象地域となるような環境が整っているか確認する。

3) コミュニティ熟練助産師 (CSBA) —民間 CSBA

政府の民間 CSBA に対する方針を確認する必要がある。SMPP で育成した民間 CSBA は、政府承認の CSBA 訓練コースを受講し、CSBA として正式に登録はされているが、受講のための選定基準やプレ訓練内容、及び、その後の活動方法 (サービス料設定等) はプロジェクトで設定している。プロジェクト終了後の技術的サポートの実施などの持続性・質の確保に関する課題に加え、医療従事者の身分法に関わる根本的問題も関係することから、今後、この活動を拡大していく場合は、政府の方針に即して行うことが望ましい。特に、SMPP での貴重な成果・教訓などを政府と共有し、政府の方針策定やカリキュラム作成等に貢献することも期待される。

(2) 援助協調

1) 主要ドナーの MNH プロジェクトの進捗

MNHI、MNCS、MNCH のフェーズ 1 に対するレビューは 2010 年内には結果が公表・共有されることが考えられる (MNCS は若干遅くなる可能性あり)。規模の大きなプロジェクトであり、政府の政策への影響も大きいと考えられ、その成果や様々なパイロット的アプローチ (MNHI の LLP 等) の有効性について、政府の見解も含めて情報収集が必要である。MNHI のフェーズ 2 の実施有無や対象地域は 2010 年半ば頃に決定する見込みである。

(3) 地域選定基準

次期プロジェクトの対象地域・県の選定基準として、考慮が必要な項目を以下に記載する。

1) 保健指標

県別の詳細な MNH 指標は入手できていないが、管区別では、全般的に Sylhet、Barisal、Chittagong が低いとの報告である。MMR サーベイが 2010 年末に完了予定であり、次期プロジェクトの地域選定の時期に間に合えば、このサーベイの内容も考慮することが望ましい。

2) 他ドナーの支援状況

主要ドナーの MNH プロジェクト地域は添付資料 10. の地図を参考にされたい。政府は、状

況が悪く、他ドナーの支援が入っていない Barisal など南西部地域やチョール地域への支援を要請しているが、一方で、プロジェクトの実施において、アクセス等の活動環境も考慮すべきである。

3) 施設 (CEmOC、人材) の状況

公的施設の整備状況 (機材、人材) はプロジェクトの外部条件として重要である。支援対象となる地域・県の施設の状況、特に CEmOC の指定・整備状況、人材配置 (産婦人科医・麻酔医) などを確認する必要がある。また、次期プロジェクトにおいて、QA 支援や病院運営改善等により重点を置く場合には、EmOC のみならず病院全体の資源もある程度の基盤がないと支援の成果が出にくい点に注意が必要である。

4) LLP・DSF 等のイニシアティブ

上記 3) との関連でみると、予算措置を伴う LLP や DSF は病院施設内の活用可能な資源を拡大する。一方で、イニシアティブ導入による様々な影響 (例えば、LLP の実現確度、DSF の資金源の不安定性や他のデマンド醸成アプローチの成果が見えにくい等) も考慮して、対象地域としての選定を行う必要がある。

