

# 保健セクター情報収集・確認調査

## バングラデシュ人民共和国 保健セクター分析報告書

平成 24 年 10 月  
(2012 年)

独立行政法人国際協力機構 (JICA)

株式会社コーエイ総合研究所  
株式会社タック・インターナショナル

人間
JR
12-127

# 保健セクター情報収集・確認調査

## バングラデシュ人民共和国 保健セクター分析報告書

平成 24 年 10 月  
(2012 年)

独立行政法人国際協力機構 (JICA)

株式会社コーエイ総合研究所

株式会社タック・インターナショナル

外国為替交換レート

1 米ドル=79.45 円

1 バングラデシュ・タカ=0.987 円

(2012 年 7 月 JICA 精算レート)

本報告書の内容は、対象各国における保健セクターの現状、課題やその要因、当該国の政策的優先課題等を各国個別及び総合的に分析することにより、今後の JICA による同セクターの協力の可能性に対する提言を行い、同セクターにおける JICA の協力の戦略性や質の向上を図ることを目的にまとめられたものです。各国保健セクター全般についての調査を行ったことや、原則現地調査を行わずに文献調査によりまとめられたものであることから、本報告書の実際の活用にあたっては各国特有の事情も勘案することが必要である点ご注意ください。

## はじめに

### <本調査の背景>

途上国における保健セクターを取り巻く環境は、2000年に入って大きく変化してきている。各途上国のミレニアム開発目標（MDGs）達成に向かって、「マクロ経済と健康<sup>1</sup>」等の提言により、援助各国からの保健セクターへの投入が大きく増え、2001年に109億米ドルだった政府開発援助が、2007年には218億米ドルと2倍に増えている<sup>2</sup>。また、ローマ（2003年）、パリ（2005年）、アクラ（2008年）において行われた援助調和化のためのハイレベルフォーラムにより、援助の調和化に関する各国共通の枠組みを作って支援していく体制が整えられた。

こうした途上国の保健セクターにとっては、好ましい環境の変化が起こっているのにもかかわらず、特にサハラ以南のアフリカにおいては、2015年までのミレニアム開発目標4（子どもの死亡削減）、5（妊産婦の健康状態の改善）及び6（HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病のまん延防止）の達成見通しが立たないなど、期待された成果が見えていない国や地域が多く存在する。これらのことから、途上国の保健セクターの新たな課題として、資金投入を増やして全ての人が医療サービスを受けることが出来るユニバーサルカバレッジ<sup>3</sup>を達成させると同時に、経済的に困窮しない資金投入の仕組み（More Money for Health<sup>4</sup>）への継続的な取り組みのみならず、保健セクターへの投入レベルで、いかに保健サービスのカバレッジや質や成果のレベルを向上させるか（More Health for Money<sup>5</sup>）についても重視されてきている。

以上のような途上国の保健セクターの環境の変化の中、JICAにおいて国全体のマクロ分析とセクター分析を行う国別分析ペーパー（Analytical Work）の作成を進めており、JICAの協力のより明確な方向性を示して行こうとしている。本調査は、このセクター分析に貢献するものとの位置づけである。これまでも、JICAは、特定の国の特定の課題を中心に分析し協力内容を進めてきたが、これまでの同セクター情報は既存の協力案件の周辺情報に特化する傾向があるため、改めてより一層の幅広い情報を収集する機会が必要であると認識された。

### <本調査の目的>

保健セクター分析は、国ごとの保健状況やその決定因子の理解、及び保健セクターの実施能力についても理解するのに役立つ、また、問題の分析に基づいた優先度の高い介入プログラムやプロジェクトの形成、また実施に必要な政策策定や計画策定に貢献することが出来る。逆説的には、ニーズに即し、インパクトや優先度の高いプログラムやプロジェクトを形成し、それらの実施により高い効果を得るためには、質の高いセクター分析が一度のみならず、定期的に行われる必要があるということである。こうした状況や理解を踏まえ、対象23か国における保健セクターの現状、課題やその要因、当該国の政策的優先課題等を国別及び総合的に分析することにより、今後のJICAによる同セクターの協力の方向性に対する提言を行い、JICAの協力の戦略性や質の向上を図ることを目的として、この保健セクター調査が行われた。

### <報告書の構成>

この報告書は、第1章で、各国の社会経済的な概況を分析し要約した。第2章では、国の保健セクター強化の取り組みを示した国家開発政策や計画の中身を精査した。第3章では、国民の健康状況を経年的に分析し、“Where are we now?”を明らかにした。第4章と第5章では、保健セクターのサービス及びシステムを、セクターの機能ごとに効率性、質、平等性の観点から分析を試みた。第4章では、医療サービス供給機能、第5章では、保健人材開発、保健情報、保健医療施設・機材・医薬品供給、保健財政、及び管理・監督などの機能における現状把握と分析を行った。第6章では、ドナーの協力状況を把握し、上記分析の結果を踏まえ、第7章でJICAに対し保健セクターへの支援・協力の可能性を示した。

<sup>1</sup> 2000年12月にWHOが発表した“Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development”において提唱された保健・医療問題の改善を貧困削減と社会経済開発の中心的介入ととらえ、マクロ経済的分析を通じて開発における保健セクターの役割の重要性を提唱したもの。（<http://www.who.int/macrohealth/en/>）

<sup>2</sup> Ravishankar N., Gubbins P. Cooley J. R. et al.; June 2009, Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007, the Lancet 373: 2113-2132.

<sup>3</sup> WHOによると「全ての人々が、十分な質の保健サービス（増進、予防、治療、リハビリテーション）に、必要に応じて、かつ経済的に大きな負担となることなくアクセスできるようにすること」と定義されている。（[http://www.who.int/health\\_financing/universal\\_coverage\\_definition/en/index.html](http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/index.html)）

<sup>4</sup> World Health Report 2010 (WHO)において、国家政策における優先順位を上げる、税収や保険制度、その他財源の創出など、保健セクターへの財源を増加させる手段を講じる必要性が提唱されている。

<sup>5</sup> 同レポートにおいて、保健システムを効率化することによって保健セクターへの投入効果を効率的に発現させ、サービスを拡大させることの必要性が提言されている。

用語集

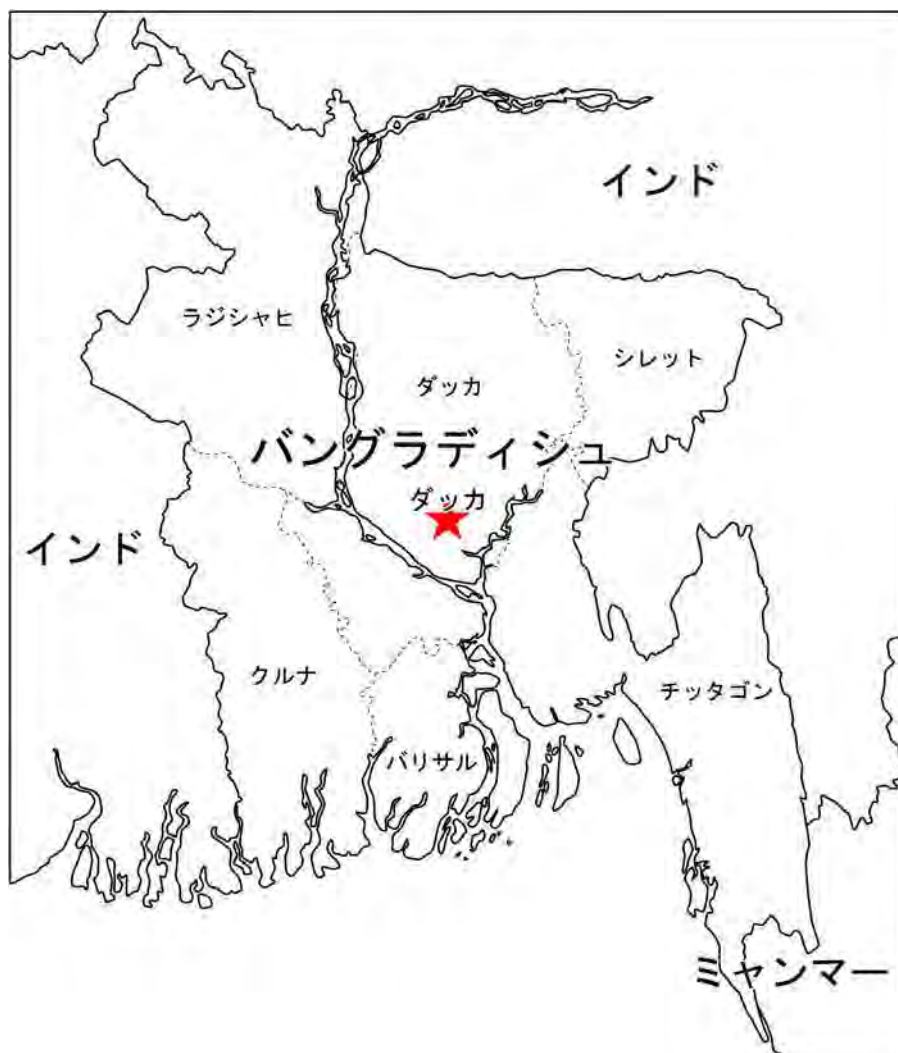
略語	英語	日本語
ACSM	Advocacy, Communication, Social Mobilization	アドボカシー・コミュニケーション・社会動員
ACT	Artemisinin-based Combination Therapy	アルテミシニン誘導体多剤併用療法
ADB	Asian Development Bank	アジア開発銀行
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
ART	Anti-retroviral Therapy	抗レトロウイルス療法
AusAID	Australian Agency for International Development	オーストラリア国際開発庁
BCC	Behavior Change Communication	行動変容のためのコミュニケーション
BCG	Bacillus Calmette Guerin	カルメット-ゲラン菌
BDHS	Bangladesh Demographic Health Survey	バングラデシュ人口保健調査
BEmOC	Basic Emergency Obstetric Care	基本的緊急産科ケア
BFS	Bangladesh Fertility Survey	バングラデシュ出生率調査
BMI	Body Mass Index	体格指数
BMMS	Bangladesh Maternal Health Services and Maternal Mortality Survey	バングラデシュ妊産婦死亡・ヘルスケア調査
BNHA	Bangladesh National Health Account	バングラデシュ国家保健会計
BRAC	Bangladesh Rural Advancement Committee	バングラデシュ農村向上委員会 (NGO)
BSS	Behavioral Surveillance Survey	行動観察調査
CC	Community Clinic	コミュニティ・クリニック
CEmOC	Comprehensive Emergency Obstetric Care	総合緊急産科ケア
CG	Community Group	コミュニティ・グループ
CHCP	Community Health Care Provider	コミュニティ・ヘルスケアプロバイダー
CHW	Community Health Worker	コミュニティヘルスワーカー
CIDA	Canadian International Development Agency	カナダ国際開発庁
CMMU	Construction Management and Maintenance Unit	建設管理・維持課
CMSD	Central Medical Stores Depot	保健サービス総局の調達担当部
CSBA	Community-based Skilled Birth Attendant	コミュニティ助産専門技能者
CSG	Community Support Group	コミュニティ支援グループ
DFID	Department for International Development	英国国際開発省
DGDA	Directorate General of Drug Administration	医薬品行政総局
DGFP	Director General Family Planning	家族計画総局 (保健・家族福祉省)
DGHS	Director General Health Service	保健サービス総局 (保健・家族福祉省)
DIC	Drop-in center	ハイリスクグループのための立ち寄り施設
DOTS	Directly Observed Therapy Short-course	直接監視下における短期化学療法
DPT	Diphtheria, Pertussis, Tetanus	ジフテリア・百日せき・破傷風 (混合ワクチン)
DSF	Demand Side Finance	需要側ファイナンス
EC	European Commission	欧州委員会

略語	英語	日本語
EPI	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大計画
ESD	Essential Service Delivery	必須サービス供給
EmOC	Emergency Obstetric Care	緊急産科ケア
FP	Family Planning	家族計画
FSW	Female Sex Worker	女性セックスワーカー
FWA	Family Welfare Assistant	家族福祉補助員
FWV	Family Welfare Visitor	女性福祉訪問員
GAVI-HSS	Global Alliance for Vaccine and Immunization - Health System Strengthening	GAVI アライアンス-保健システム強化 (支援)
GII	Gender Inequality Index	ジェンダー不平等指数
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit	ドイツ技術協力公社(旧 GTZ)
GNI	Gross National Income	国民総所得
GOB	Government of Bangladesh	バングラデシュ政府
HA	Health Assistant	保健補助員
HDI	Human Development Index	人間開発指標
HED	Health Engineering Directorate	保健エンジニアリング局
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HMIS	Health Management Information System	保健管理情報システム
HNPSP	Health, Nutrition and Population Sector Program 2003-2011	保健・栄養・人口セクタープログラム 2003-11年
HPNSDP	Health, Population and Nutrition Sector Development Program 2011-2016	保健・人口・栄養セクター開発プログラム 2011-16年
HRH	Human Resource for Health	保健人材
HTC	High Tuberculosis Burden Countries	結核高負担国
IDA	International Development Association	国際開発協会
IDU	Injecting Drug Users	注射による薬物使用者
IMCI	Integrated Management for Childhood Illness	小児疾患統合管理
IPHN	Institution for Public Health Nutrition	公衆栄養学研究所
ITN	Insecticide-Treated Mosquito Net	殺虫剤処理済蚊帳
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
LCG-Health	Local Consultative Groups-Health	ローカル・コンサルタティブ・グループの保健グループ会合
LLIN	Long Lasting Insecticide-Treated Net	長期残効型殺虫剤処理済蚊帳
LLP	Laval Level Planning	ローカルレベル・プランニング
LMIS	Logistic Management Information System	ロジスティクス管理情報システム
MA	Medical Assistant	医療補助員
MARP	Most-at-Risk Population	(HIV 感染の) 最もリスクの高い人口
MDA	Mass Drug Administration	集団薬物投与
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MDR-TB	Multidrug-Resistant Tuberculosis	多剤耐性結核

略語	英語	日本語
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey	複数指標クラスター調査
MNCAH	Maternal, Neonatal, Child, and Adolescent Health Care	母子・新生児・思春期保健
MOH&FW	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
MSM	Men who have Sex with Men	男性と性交渉を持つ男性
NASP	National AIDS/STD Programme	国家エイズ/性感染症プログラム
NCD	Non-Communicable Disease	非感染性疾患
NEMEW	National Electro-Medical Equipment Workshop	国家電気機器・機材ワークショップ
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NIPORT	National Institute of Population Research & Training	国立人口研究・研修所
NMCP	National Malaria Control Program	国家マラリア対策プログラム
NNP	National Nutrition Project	国家栄養プログラム
NNS	National Nutrition Service	国家栄養サービス
NSAPR-II	Second National Strategy for Accelerated Poverty Reduction	第2次貧困削減文書改訂版
NTDs	Neglected Tropical Diseases	顧みられない熱帯病
NTP	National Tuberculosis Programme	国家結核対策プログラム
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
OP	Operational Plan	活動実施計画
OPP	Outline Perspective Plan	アウトラインパースペクティブプラン (政府の長期計画)
PHC	Primary Health Care	プライマリヘルスケア
PIP	Programme Implementation Plan	プログラム実施計画
PLMS	Procurement and Logistics Management Cell	調達・供給管理セル
PMIS	Personnel Management Information System	人事管理情報システム
PMMU	Program Management and Monitoring Unit	プログラム管理・モニタリングユニット
PPM	Public Private Mix	官民混在
PPP	Public Private Partnership	官民連携
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper	貧困削減戦略文書
PRSP-II	Poverty Reduction Strategy Paper II	第2次貧困削減戦略文書
PWD	Public Works Department	公共事業局
RDT	Rapid Diagnostic Test	(マラリア) 迅速診断検査
SACMO	Sub-Assistant Community Medical Officer	家族計画医療補助者
SBA	Skilled Birth Attendant	助産専門技能者
SFYP	Sixth Five Year Plan	第6次5ヶ年計画
SIDA	Swedish International Development Cooperation Agency	スウェーデン国際開発庁
STD	Sexually Transmitted Disease	性感染症
STH	Soil-Transmitted Helminths	土壌伝播蠕虫

略語	英語	日本語
SVRS	Sample Vital Registration System	サンプル・バイタル登録システム
SWAps	Sector-Wide Approaches	セクターワイドアプローチ
TB	Tuberculosis	結核
TEMO	Transportation and Equipment Maintenance Organization	車両・機材維持管理組織
TFR	Total Fertility Rate	合計特殊出生率
U5MR	Under 5 Mortality Rate	5歳未満児死亡率
UH&FWC	Union Health and Family Welfare Center	ユニオン保健・家族福祉センター
UHC	Upazila Health Complex	郡病院
UHS	Upazila Health System	郡保健システム
UN	United Nations	国際連合
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS	国連合同エイズ計画
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
VCT	Voluntary Counseling and Testing	自発的カウンセリング・検査
WB	The World Bank	世界銀行
WFP	World Food Programme	国連世界食糧計画
WHO	World Health Organization	世界保健機関
WHO-GHO	WHO Global Health Observatory	世界保健機関 世界保健（観測）データ
icddr,b	International Center for Diarrhoeal Diseases Research, Bangladesh	バングラデシュ国際下痢性疾患研究センター





注：2010年にラジシャヒ管区の北部8県が分かれて、7番目の管区（ラングプール管区）となった。

出典：[http://www.freemap.jp/asia/asia\\_bangladesh\\_all.html](http://www.freemap.jp/asia/asia_bangladesh_all.html) (accessed 04/2012)

バングラデシュ人民共和国

## 要約

1. バングラデシュ人民共和国（以下、バングラデシュ）は、直近5年間では、平均6.2%の経済成長率を維持し、安定した成長を続けている。しかし、人口一人当たり国民総収入は700米ドルと依然低く、全体の32%が貧困層である。健康状況と貧困、人口規模、ジェンダーは相互に大きく関わっているため、特にバングラデシュではこれらは大きな課題であり、保健セクターにおける介入のパフォーマンスにも大きな影響を及ぼす因子である。
2. 2008年に樹立したアワミ政権は2010年に「ビジョン2021」を実現するための「長期計画（アウトラインパースペクティブ）（OPP）2010-2021」を公表し、中期計画として第6次5ヶ年計画（SFYP）を策定した。保健セクターにおいては、2011年に国家保健政策が改訂され、母子保健、栄養改善といった課題に対応し、また、高度先進医療の提供、社会的弱者へのサービスの提供も目標に掲げている。第3次となるセクタープログラム「保健・人口・栄養セクター開発プログラム（HPNSDP）2011-2016」を現在実施中で、効率的なサービスの提供、コミュニティ・クリニック（CC）をベースとした郡保健システム（UHS）の強化、地方分権化とローカルレベル・プランニング（LLP）、栄養サービスの強化などを主要課題として掲げている。
3. 過去20年間に国民の健康状態は大きく改善されてきており、感染症が主体の構造から徐々に非感染性疾患（NCD）の割合が大きくなる二重構造に変化してきている。人口も徐々にその転換が起きており、公共サービスへの負荷が大きくなることが懸念される。妊産婦死亡は減少してきているものの、2010年に10万出生あたり194と高く、更なるサービスの強化が必要である。5歳未満児死亡や、乳児死亡は徐々に低下し、2015年のミレニアム開発目標（MDGs）達成の可能性は高い一方、新生児死亡は依然としてその率が高く、対策の強化が必要である。HIV感染は限局的流行にとどまっております。結核も有病率が下がってきているが、マラリアは有病率が依然高い。一方、マラリアによる死亡率は、既にMDGsを達成している。下痢症による死亡数は減少している。顧みられない熱帯病（NTDs）については、フィラリアやデング熱などの流行が依然として起こっている。NCDについては、その死亡の割合が増加傾向にあり、世界保健機関（WHO）の推計では死亡原因の62%（2007-2010）であった。循環器疾患、がん、外傷などが上位を占めている。
4. 公的保健サービスの提供体制は、保健医療に関わる保健サービス総局（DGHS）のラインと家族計画に関わる家族計画総局（DGFP）のラインの2つが並行して存在することが特徴的である。このため2つの総局間の連携と人材・資源の効率的利用が課題となっている。また、公的機関の他に、政府とのパートナーシップ協定により多くの非政府組織（NGO）、民間機関が政府のプログラムの枠内、枠外においてサービス提供を担っており、保健指標の改善に大きく貢献している。プライマリヘルスケア（PHC）強化の目的で、郡レベル以下を包括した保健システム「郡保健システム（UHS）」の構築が新たな戦略として注目されている。母子保健サービスは必須サービスパッケージとして提供され、緊急産科プログラムも実施されている。しかし未だ低い施設分娩や助産専門技能者（SBA）による出産、看護師の不足など、解決されるべき課題も多い。家族計画サービスは長年の努力が実り、避妊普及率は徐々に増加している。小児保健サービスでは予防接種拡大計画（EPI）は高いカバー率を達成してきているが栄養対策ではサービスカバレッジが低い。エイズ対策は世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）等の援助により初期から戦略的に対策を実施し、成果を挙げている。

マラリア対策は検査体制が強化されたことにより罹患率は増加したが、マラリア治療法の改訂で、死亡率は大幅に低下している。結核対策は結核患者発見と治療の実施が良好であったこと、相当額の外部資金が得られたこと、検査、サーベイランスシステムが強化されたことなどにより改善がみられている。

5. 保健システムにおける最大の課題は人材である。医師、看護師、医療技術者<sup>6</sup>のそれぞれで、絶対数の不足だけでなく、都市部への偏在、質の管理の不足、アンバランスなスキル・ミックス<sup>7</sup>等があり、サービスのユニバーサルカバレッジが達成できていない。多くのNGO、クリニック、病院等が存在し、村落部では無資格なサービス提供者の割合が非常に高い。これらの提供者のケアの質を管理する基準やシステムがなく、民間セクターの質の管理も問題となっている。医薬品不足など政府の保健サービスが満足できるものでなかったり、民間の施設がより身近に多数存在したりすることにより、民間サービスの利用が増加し、医療費の自己負担を引き上げる一因となっている。機材については、標準機材リストが策定されているが、配備状況には多くの問題があり、また維持管理体制や技術、十分な予算措置がないなどの問題がある。こうした状況もサービスの質の低下を招いている。医療情報は多数のシステムが平行して存在しており、必要なデータの統合、データの管理・活用など課題も多い。医薬品に関しても、需要に応じた供給体制になっておらず、在庫不足、調達システムの不備、予算不足など、問題は大きい。保健財政に関しては、一人当たりの保健総支出は57ドル（購買力平価）と近隣諸国の中で最も低い。国内総生産（GDP）に占める保健総支出は3.5%、同公的保健支出は1.2%と非常に低い数字である。一方、世帯支出に占める医療費の割合は増加し続けるなど、個人への負担は大きく、貧困層では保健サービスへのアクセスに影響しうる状況である。
6. バングラデシュは保健セクターで1990年代にセクターワイドアプローチ（SWAp）を導入した国の一つで、現在第3次セクタープログラムを実施中である。同プログラムに対する開発パートナーの支援は、62.5%がプールファンドといわれる世界銀行が管理する口座に拠出される予定である。援助協調はローカル・コンサルタティブ・グループ（LCG-Health）とその下にあるサブグループ（2012年7月現在はタスクグループとワーキンググループが置かれている）を中心に行われる。またバングラデシュ支援会合である「バングラデシュ開発フォーラム」がほぼ毎年開催されている。
7. 日本は2000年以降、母子保健への技術協力を中心に、感染症対策、医療機材供与、砒素対策などを行ってきた。今後も母子保健対策を通じた地方行政能力の向上や地域保健システム強化を目標とした技術協力の拡大は重要であると思料される。その他に、人材開発分野への支援、貧困層や遠隔地に特化した協力が重要と考えられる。また、長期的には、今後ますます問題となる非感染性疾患（NCD）対策への支援や健康保険制度の導入への支援も念頭に置いておく必要があると思われる。

<sup>6</sup> 臨床検査、放射線検査・療法、理学療法、薬剤管理・調剤、歯科等の分野の技術者で、大卒者又は専門学校卒業業者。

<sup>7</sup> 多職種の混合（あるいは協働）のこと。ひろく多職種の混合と職種間の権限委譲・代替により効率的・効果的なケアの提供を目指す。

保健セクター情報収集・確認調査  
保健セクター分析報告書  
バングラデシュ人民共和国

目次

はじめに  
用語集  
地図  
要約

第1章	一般概況 .....	1-1
第2章	国家政策 .....	2-1
2.1	国家開発政策 .....	2-1
2.2	保健セクター開発計画 .....	2-2
2.2.1	国家保健政策 .....	2-2
2.2.2	国家人口政策 .....	2-2
2.2.3	国家食糧政策 .....	2-3
2.2.4	保健・人口・栄養セクタープログラムの優先課題と戦略 .....	2-3
2.2.5	HPNSDPの実施体制、モニタリング .....	2-5
第3章	国民の健康状況 .....	3-1
3.1	概況 .....	3-1
3.2	母子の健康 .....	3-4
3.2.1	母親の健康 .....	3-4
3.2.2	子どもの健康 .....	3-5
3.3	感染症の状況 .....	3-6
3.3.1	HIV/エイズ .....	3-6
3.3.2	マラリア .....	3-6
3.3.3	結核 .....	3-7
3.3.4	その他の感染症 .....	3-8
3.4	非感染性疾患（NCD） .....	3-8
3.5	栄養と健康 .....	3-9
3.6	健康にかかわる衛生・環境 .....	3-10
第4章	保健医療サービス提供・事業実施の状況 .....	4-1
4.1	サービスの提供体制の概要 .....	4-1
4.1.1	概要 .....	4-1
4.1.2	レファラルシステム .....	4-2
4.1.3	コミュニティ・クリニック（CC）と郡保健システム（UHS） .....	4-2
4.2	母子保健の現状 .....	4-3
4.2.1	新生児・母親の保健サービス .....	4-3

4.2.2	家族計画 .....	4-5
4.2.3	子どもの保健サービスの現状.....	4-5
4.3	感染症対策の現状 .....	4-6
4.3.1	エイズ対策 .....	4-6
4.3.2	マラリア対策 .....	4-7
4.3.3	結核対策 .....	4-8
4.4	非感染性疾患（NCD） .....	4-10
4.5	栄養対策 .....	4-10
<b>第5章</b>	<b>保健医療システムの状況 .....</b>	<b>5-1</b>
5.1	保健人材 .....	5-1
5.1.1	保健人材の現状 .....	5-1
5.1.2	人材供給体制 .....	5-3
5.1.3	保健人材情報 .....	5-4
5.2	保健医療サービス提供施設・機材.....	5-4
5.2.1	保健医療サービス提供施設 .....	5-4
5.2.2	保健医療機材及び施設・機材の保守管理.....	5-5
5.3	保健情報システム .....	5-6
5.4	医薬品等供給機能 .....	5-7
5.4.1	現状 .....	5-7
5.4.2	調達・供給システム .....	5-7
5.5	保健財政 .....	5-8
5.6	保健医療行政 .....	5-10
<b>第6章</b>	<b>ドナーの協力状況 .....</b>	<b>6-1</b>
6.1	援助協力枠組み .....	6-1
6.1.1	援助調整会議 .....	6-1
6.2	開発パートナー協力実績 .....	6-1
6.3	日本の協力実績と現状把握 .....	6-4
<b>第7章</b>	<b>保健セクターの優先課題 .....</b>	<b>7-1</b>
7.1	優先課題とその背景 .....	7-1
7.1.1	優先課題とその背景 .....	7-1
7.1.2	優先課題に対する政府及びドナーの取り組み.....	7-1
7.2	日本の支援の可能性 .....	7-1

添付資料

添付1： 保健分野主要指標

添付2： 参考文献リスト

図表目次

図 2-1	国家開発計画の構成 .....	2-1
図 3-1	入院患者における死亡原因の 10 大疾患とその割合 (2010 年) .....	3-1
図 3-2	妊産婦死亡率 (出生 10 万対) の推移 (1990 - 2010 年) .....	3-4
図 3-3	妊産婦死亡の原因 (BMMS 2010 年) .....	3-4
図 3-4	合計特殊出生率 (TFR) の推移 (BFS 1975 年-BDHS 2011 年) .....	3-5
図 3-5	合計特殊出生率 (TFR) (BDHS 2007 年) (5 分位所得階級別、管区別、農村・都市部別) .....	3-5
図 3-6	子どもの死亡率の推移 (1990-2010) .....	3-5
図 3-7	5 歳未満児死亡率 (5 分位所得階級別、管区別、農村・都市部別) .....	3-5
図 3-8	5 歳未満児の死亡原因 (%) と新生児の死亡原因 (%) (2008 年) .....	3-6
図 3-9	マラリア発生率 (/1000) 及び死亡率 (/100,000) の推移 (2000-2010 年) .....	3-7
図 3-10	結核死亡率、罹患率、有病率の推移.....	3-8
図 3-11	死亡原因疾患の内訳とその割合 (2007-2010 年) .....	3-9
図 3-12	5 歳未満児の低体重と発育阻害の 割合 (1986-BDHS 2011) .....	3-10
図 3-13	5 歳未満児の低体重と発育阻害の割合 (BDHS 2007) : 農村部・都市部別及び 5 分位所得階級別.....	3-10
図 4-1	産前及び周産期ケアにかかわるサービスのカバレッジ・利用の推移 (全国) .....	4-3
図 4-2	産前及び周産期ケアにかかわるサービスのカバレッジ・利用の推移 : 5 分位所得階級別 .....	4-4
図 4-3	既婚女性における 避妊普及率 (%) の推移 .....	4-5
図 4-4	既婚女性における家族計画の 満たされないニーズ (%) の推移.....	4-5
図 4-5	予防接種率 (%) の推移 (12~23 ヶ月児) .....	4-6
図 4-6	MARPにおける包括的なHIVの 知識を保持する割合 (%) .....	4-7
図 4-7	女性セックスワーカー (FSW) の最近の新規顧客との性交渉 におけるコンドーム使用率 (%) (地域別) .....	4-7
図 4-8	国家栄養プログラム下の 109 郡における妊婦への 栄養関連サービスカバレッジの推移 (2004-2010 年) .....	4-11
図 4-9	6 ヶ月未満児の完全母乳育児の割合 (%) .....	4-11
図 4-10	6-59 ヶ月児のビタミンA投与率 (%) .....	4-11
図 5-1	人口 1,000 人当たりの保健人材数 (2007 年) .....	5-2
図 5-2	保健・家族福祉省における主要MIS .....	5-6
図 5-3	DGHSの医薬品等の供給チェーン.....	5-8
図 5-4	保健支出合計の推移とその内訳.....	5-9
図 5-5	保健支出財源の推移 .....	5-9
図 6-1	USAIDの 2011-2016 年支援戦略における優先地域 .....	6-4
表 1-1	主な人口・社会・経済指標 .....	1-1
表 1-2	管区別人口 (2011) .....	1-2
表 2-1	第 6 次 5 ヶ年計画の保健・人口・栄養セクターの成果指標.....	2-2
表 2-2	保健・人口・栄養セクター開発プログラム (HPNSDP) の目標と戦略.....	2-4
表 2-3	保健・人口・栄養セクター開発プログラム (HPNSDP) のコンポーネント.....	2-5

表 3-1	入院患者における 10 大疾患とその割合 (2010 年) .....	3-2
表 3-2	保健関連のMDGsの現状と達成予測.....	3-3
表 3-3	結核の現状 (2010 年) 及び管区別の推定結核患者数 (2006 年) .....	3-7
表 3-4	改善された飲料水及び衛生設備へアクセスする人口の割合 (%) .....	3-10
表 4-1	保健医療サービス提供体制の概要.....	4-1
表 4-2	コミュニティ・クリニック (CC) におけるサービスパッケージ.....	4-3
表 4-3	マラリア推定及び確定症例数.....	4-8
表 4-4	薬剤処理済蚊帳配布数と 5 歳未満児カバレッジ及びACT配布数.....	4-8
表 4-5	DOTSカバレッジ及び喀痰塗抹陽性結核 (新規) 患者の治療成果の推移 (%) .....	4-9
表 4-6	結核患者発見率、罹患率、有病率、死亡率の推移.....	4-10
表 5-1	PHCサービス提供施設における主な保健医療従事者.....	5-1
表 5-2	主要保健人材数 (人口 1,000 人当たり): 近隣国との比較.....	5-2
表 5-3	DGHS及びDGFP職員ポストの空席率 (%) .....	5-2
表 5-4	職種別のDGHS職員ポストの空席率 (%) .....	5-3
表 5-5	主要保健人材 (人口 1,000 人当たり) の分布状況: 管区別及び都市部・農村部別.....	5-3
表 5-6	保健人材の養成機関数と受け入れ学生総数.....	5-4
表 5-7	保健・家族福祉省下の保健医療サービス提供施設.....	5-5
表 5-8	管区別の民間保健医療施設の登録数.....	5-5
表 5-9	保健支出に関するデータ: 近隣諸国との比較.....	5-8
表 5-10	HPNSDPの予算総額.....	5-10
表 6-1	セクタープログラムへの支援額.....	6-2
表 6-2	主要開発パートナーの重点支援分野.....	6-2
表 6-3	世界基金による、HIV/エイズ、結核、マラリア対策支援.....	6-3
表 6-4	日本の保健セクターにおける近年の支援実績.....	6-5

## 第1章 一般概況

バングラデシュ人民共和国（以下、バングラデシュ）は、1991年の民主制移行後は経済自由化政策が推進され、90年代を通じて平均4.5%、2002-2011年は平均6.0%、直近5年間では平均6.2%の成長率を維持している。安定した経済成長等によって、貧困国の中で唯一、BRICS<sup>8</sup>に次ぐ「ネクスト11」<sup>9</sup>の新興国の一つに取り上げられ、有望な産業拠点・市場として注目を浴びている。また、財政赤字や外貨準備高等のマクロ経済指標も改善傾向にある。しかし、一人当たり国民総所得（GNI）は未だ低く低所得国<sup>10</sup>と位置付けられている。また二大政党の対立構造を背景とした政策の非継続性、汚職の蔓延や法的秩序の不十分さといったガバナンス問題が経済発展や開発の潜在的能力の発揮を制限する要因ともなっている [1] [2]。

表 1-1 主な人口・社会・経済指標

指標	単位	数値	年度	出典
人口	百万人	150.5	2011	UNDP
人口増加率	%	1.3	2011	UNDP
都市人口の割合	%	28.6	2011	UNDP
経済成長率	%	6.1	2010	WDI
一人あたりの国民総所得（GNI）	米ドル	700	2010	WDI
GDPに対する政府開発援助の割合	%	0.8	2009	UNDP
1日1.25米ドル（購買力平価）未満で生活する人口の割合	%	49.6	2000-2009	UNDP
極度の貧困にある人口の割合	%	26.2	2007	UNDP
識字率（15歳以上）	%	55.9	2009	WDI
初等教育純就学率/最終学年まで残る率（女性）	%	97 / 67-80	2000-2010	UNICEF
ジェンダー不平等指数（GII）	179ヶ国中の 順位	112	2011	UNDP
人間開発指標（HDI）	179ヶ国中の 順位	146	2011	UNDP

出典： 1. UNDP (2011) Human Development Report 2011 [3]  
2. UNICEF (2011) The State of the World Children 2012 [4]  
3. The World Bank (2011) World Development Indicators & Global Development Finance Database [5]

健康状況と貧困、人口、ジェンダーは相互に大きくかかわっている。特にバングラデシュではこれらは大きな課題であり、保健セクターにおける介入のパフォーマンスにも大きな影響を及ぼす因子である。貧困削減は着実に達成されているが<sup>11</sup>、いまだ国民の31.5%が貧困層であり、さらに貧富の格差や地域格差などの不平等の問題が新たな貧困問題として指摘されている [2]。またジェンダーは特に子ども及び女性の栄養・健康状況、出生率、暴力と深く関連しており、ジェンダー不平等指数（GII）の高いバングラデシュでは重要な健康決定因子であると言える。

バングラデシュは6つの管区からなる。それぞれの人口を表1-2に示す。

<sup>8</sup> ブラジル、ロシア、インド、中国、南アフリカ

<sup>9</sup> 2005年12月、ゴールドマン・サックス経済調査部は、50年後の世界経済において、BRICS各国ほど甚大ではないが非常に大きな影響力をもたらす潜在性を秘めた国々として、新たに11ヶ国を取り上げ、「ネクスト11（Next11）」と名付けた。

<sup>10</sup> 一人当たりGNI（2010年、アトラス法）による分類（<http://data.worldbank.org/about/country-classifications/>）：低所得国 1,050 US\$以下、低所得国 1,006 - 3,975 US\$、高所得国 3,976 - 12,275 US\$、高所得国 12,276 US\$以上

<sup>11</sup> 貧困層の割合（2000年：農村部52.7%、都市部35.2%、合計48.9% → 2010年：農村部35.2%、都市部21.3%、合計31.5%）出典：バングラデシュ世帯支出調査（HIES）2005、2010年



表 1-2 管区別人口(2011)

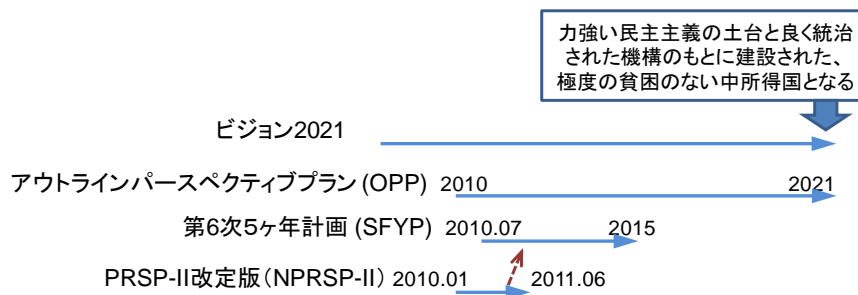
管区	人口
バリサル	8,325,666
ラジシャヒ	18,484,858
クルナ	15,687,759
ダッカ	47,424,418
シレット	9,910,219
チッタゴン	28,423,019
全国	149,772,364

出典：Bangladesh Bureau of Statistics Statistics and Informatics Division Ministry of Planning, Population and Housing Census 2011 (<http://www.bbs.gov.bd/home.aspx>) [1]

## 第2章 国家政策

### 2.1 国家開発政策

2008年に樹立したアワミ政権は2010年に国家長期計画として、「ビジョン2021」（アワミ政権の選挙約マニフェスト）を実現するための長期計画である「アウトラインパースペクティブプラン（OPP）2010-2021」を公表し、中期計画として第6次5ヶ年計画（SFYP）を策定した。政府の開発政策の中心文書であった貧困削減戦略文書（PRSP）は中期5ヶ年計画に反映され、その役割が集約された（図2-1）[2]。



出典： 外務省。バングラデシュ国別評価報告書、2010年 [2]

図 2-1 国家開発計画の構成

OPP は開発を進めるための総合的かつ統合的な道筋を示し、目標達成のための 11 の推進軸をあげている。その一つが「持続的な人材開発（教育と保健・栄養・人口）」であり、ミレニアム開発目標（MDGs）達成と維持、施設と人材の増数、資源利用の効率性、保健サービスと家族計画サービスの協調、衛生設備の整備に言及し、栄養状態改善のための食糧摂取量を示し、また、ひとりっ子政策を推進するとしている [6]。

SFYP における保健・人口・栄養セクターのゴールは「国民、特に弱者（女性・子ども・高齢者・貧困層）の保健、栄養、家族計画を含めたリプロダクティブヘルスの持続可能な向上を達成すること」である。MDGs をほぼそのまま成果目標として設定し、公共サービスの供給及び供給キャパシティ向上、予算と資金調達にかかわる戦略、ジェンダー平等の確保、及び民間セクターの役割の推進などの戦略項目をあげている（表 2-1）。また保健のユニバーサルカバレッジ達成のためには農村・都市格差、貧富の格差、その他の格差の解消が大きな課題であるとしている [7]。

表 2-1 第 6 次 5 年計画の保健・人口・栄養セクターの成果指標

	インパクト/アウトカム指標	基準値 (年)	2015 年目標値
1	平均寿命 (出生時平均余命)	66.6 (2007)	70
2	人口増加率 (%)	1.40 (2007)	1.3
3	妊産婦死亡率 (出生 10 万対)	194 (2010)	143
4	新生児死亡率 (出生千対)	37 (2007)	27
5	乳児死亡率 (出生千対)	52 (2007)	31
6	5 歳未満児死亡率 (出生千対)	65 (2007)	50
7	マラリア死亡率 (人口 10 万対)	4.4	2.2
8	HIV 感染率 (%)	<1	<1
9	妊産婦における夜盲症の割合 (%)	2.9	1
10	子ども (6-59 ヶ月) における低体重 <sup>12</sup> の割合 (%)	41 (2007)	33
11	子ども (16-59 ヶ月) における発育阻害 <sup>13</sup> の割合 (%)	43 (2007)	25
12	合計特殊出生率 (TFR)	2.7 (2007)	2.2

出典： GED (General Economic Division), Planning Commission, GoB, Sixth Five Year Plan FY2011-FY2015, Part. Strategic Directions and Policy Framework [7]

## 2.2 保健セクター開発計画

### 2.2.1 国家保健政策

2011 年に公表された国家保健政策は、以下を含む 15 の目標を掲げ、そのための 10 の基本政策と 32 の戦略を示している [8]。

- 母子保健・リプロダクティブヘルス・サービスの提供
- 知的障害者・身体障害者・高齢者の保健サービス提供
- 高度先進医療の提供
- 栄養改善プログラムの実施
- サービス提供のための施設・医療機器・人材の整備・管理及び質の確保により、全ての国民が質の高い保健サービスへ普遍的にアクセスできること
- さらに合計特殊出生率を再生産レベル<sup>14</sup>まで低下させるため、特に低所得者層も利用可能な家族計画サービスを推進すること

### 2.2.2 国家人口政策

人口政策は「リプロダクティブヘルスの向上と人口減少による国民の全般的な生活水準の向上」を掲げ、以下を主な目的としている。

- 人口安定化のために純再生産率 1.0 を達成する
- 妊産婦死亡の原因を重視した母性保健サービスの提供と子どもの死亡の削減
- 他省の人口開発への連携と参加の確保
- 思春期女子への支援
- 保健と人口にかかわるサービス拡大のための人材開発

<sup>12</sup> WHO の “WHO Child Growth Standards” の基準による年齢 (生後 0~59 ヶ月) 相応の体重の中央値から標準偏差がマイナス 2 未満 (中度) / マイナス 3 未満 (重度) の状態

<sup>13</sup> 上記基準による年齢相応の身長を持つ基準集団 (生後 0~59 ヶ月児の割合) の身長中央値からの標準偏差がマイナス 2 未満 (中度) / マイナス 3 未満 (重度) の状態。慢性栄養不良の状態

<sup>14</sup> 人口再生産に必要とされる 2.08

- リプロダクティブヘルスにかかわる人権の確保
- ジェンダーの平等とエンパワメントの確保
- 栄養情報の提供と食糧確保
- 都市部への人口流入削減、良い環境の確保

目的達成のための戦略として、ワンストップ・サービスや自宅でのサービス提供システムによる、利用者中心の必須リプロダクティブヘルス・サービスの提供、避妊薬・避妊具の確保、ハイリスクグループの啓発、個人のニーズと好みによる避妊方法の選択の自由と機会の確保等が挙げられている [9]。

### 2.2.3 国家食糧政策

国家レベルの栄養政策は策定されておらず、国家食糧政策（2006年）及び国家食糧政策実施計画（2008-2015年）に組み込まれる形となっている。同政策・計画は食糧確保や食糧ベースの栄養政策を中心にしており、非食糧ベースの栄養政策（栄養素欠乏症や微量元素の補給等）についても言及されているが、食糧政策の中では重点を置かれた記載ではない。

### 2.2.4 保健・人口・栄養セクタープログラムの優先課題と戦略

1998年からセクターワイドプログラムが導入されている。現在の保健・人口・栄養セクター開発プログラム（HPNSDP）は第3次セクタープログラムであり、2011-2016年をカバーする。

#### (1) 前セクタープログラムの課題

前セクタープログラム、保健・栄養・人口セクタープログラム（HNPSP）の終了時評価 [10]は、プログラムの7つの優先目標についての15の指標が実質的にかなりの改善を示し、またMDGs 4、5、6の達成にむけても全体的には順調な進捗を遂げていることを評価した。「貧困に資する（Pro-poor）」という観点からは、5分位所得階級別の所得最下位層でもほぼ全ての指標において改善がみられたことを肯定的に評価している一方、所得最上位層と最下位層の間には未だ大きな差があり、格差のあることが指摘された。

サービス供給面では周産期のケアや増加しつつある非感染性疾患（NCD）への対応等の課題があることなどが指摘され、HNPSPの構造面、運営面、パフォーマンス管理面では、セクタープログラム内の活動実施計画（OP）及びその他のプロジェクトとの連携・統合による効率的・効果的なサービス提供、プロジェクト運営管理・モニタリングの強化と効率化（情報管理システムを含む）等が課題として指摘された。

#### (2) HPNSDPの概要と戦略

これらを受け、HPNSDPでは、新生児ケア及び助産専門技能者（SBA）による出産介助の推進を重視し、必須サービス供給（ESD）のOPとは別に、新たに母子・新生児・思春期保健（MNCAH）のOPが策定された。プライマリヘルスケア（PHC）供給能力の強化に加え、郡レベルにおける予算策定を伴うローカルレベル・プランニング（LLP）の推進が計画されている。セクタープログラム内のOP及びその他のプロジェクトとの連携・統合による効率的・効果的なサービス提供、プロジェクト運営管理・モニタリングの強化と効率化（情報管理システムを含む）、コミュニティ・クリニック（CC）をベースとした

郡保健システム（UHS）の強化、医薬品等の調達・供給の向上、地方分権化と LLP、保健・家族福祉省の監督責務（stewardship）等が主要課題とされている。

HPNSDP の目標と戦略を表 2-2 に、コンポーネントを表 2-3 に、それぞれまとめる。

**表 2-2 保健・人口・栄養セクター開発プログラム(HPNSDP)の目標と戦略**

ゴール	保健・人口・栄養サービスへのアクセスと利用の向上により全ての国民のための質の高い公平なヘルスケアを確保する。
開発目標	これら必須サービスへの（特に貧困層による）アクセス及び利用を向上する。
戦略	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 母親と新生児保健サービスの質とアクセスの拡大</li> <li>• 置き換え水準の出生率を達するための種々の家族計画の介入の再活性化</li> <li>• 保健サービス総局（DGHS）と家族計画総局（DGFP）における栄養サービスの主流化と全てのレベルにおける感染症の予防・対策プログラムの強化と非感染性疾患（NCD）対策の拡大</li> <li>• 病院の認定評価・管理システムの強化</li> <li>• 郡、ユニオン、コミュニティ・クリニック（CC）レベルにおける保健医療従事者の増加等による種々のシステム支援強化（UHS の強化）</li> <li>• 医薬品管理の強化と質の高い医薬品の供給の向上</li> <li>• セクター内・間及び民間セクターとの協調によるサービスのカバレッジと質の向上</li> <li>• 地方分権化と LLP、僻地サービス供給者に対するインセンティブ付与、官民連携（PPP）、単一の年間活動計画などの優先的な制度改革・政策改革の追求</li> </ul>
新しい戦略要素	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 母子・新生児保健（MNCH）をさらに推進するために MNCAH の OP 策定</li> <li>• 母親・新生児保健（MNH）サービスのニーズに対応する助産専門技能者（SBA）数の増加</li> <li>• 緊急産科の適切な管理のための施設サービスの漸増（職員・設備の整備）</li> <li>• MNH サービス提供における、妊産婦死亡率の高い地域、社会的弱者層、貧困層の優先</li> <li>• 現行の母性保健戦略のアップデート（新生児ケア及びその他の新しい課題の取り込み）</li> <li>• CC 及び住居レベルにおける女性に優しい妊娠前・妊娠ケアのサービスと（可能で適切な場合は）NGO による同様のサービスの提供</li> <li>• MNH サービスにおける DGHS と DGFP の機能的な統合のための詳細ガイドラインの作成（施設及び専門家の共有を含む）</li> <li>• 出産後 2 日以内の訓練を受けた職員による確実な自宅訪問</li> <li>• UHC 及び県病院における迅速で効果的な新生児患者のレファラルシステム強化</li> <li>• 地方行政・農村開発・協同組合省（MOLGRDC）及びその他のヘルスケア提供者との共同による都市スラムにおける MNH の推進</li> <li>• MNCH サービスを提供する全ての施設における栄養サービスの主流化</li> <li>• DGHS への栄養サービスの取り込みと「国家栄養サービス（NNS）」の OP 実施</li> <li>• UHS 医師の公衆衛生及び栄養担当医師としての指定（郡以下の NNS の調整に責任）</li> <li>• コミュニティの栄養活動の CC への統合</li> <li>• コミュニティベースの小児疾患統合管理（IMCI）プログラムを通じた、僻地及び貧困地域での栄養サービスの優先</li> <li>• 保健・家族福祉省と MOLGRDC の協働による都市部地域の栄養サービス提供</li> </ul>

出典： MoH&FW, Strategic Plan for Health, Population & Nutrition Sector Development Program (HPNSDP) 2011-2016, Apr. 2011 [11]

表 2-3 保健・人口・栄養セクター開発プログラム(HPNSDP)のコンポーネント

コンポーネント I： 保健サービスの向上	コンポーネント II： 保健システム強化
IA： 保健サービスの向上	① ガバナンス、監督管理責務、法の枠組み
① 母子・新生児保健、リプロダクティブヘルス及び青少年の保健サービス	② ジェンダー、公正、ヴォイス
② 人口・家族計画サービス	③ 半官半民機関
③ 栄養と食品安全性	④ NGO と官民連携 (PPP)
④ 感染症・非感染性疾患 (NCD) の予防とコントロール*	⑤ 保健セクターの計画・予算策定
⑤ 気候変動と環境保健	⑥ 研究と開発 (R&D)
⑥ 疾病サーベイランス	⑦ 保健人材 (HRH)、現職研修、看護サービス
⑦ 代替医療ケア：ユナニー、アユルヴェーダ、ホメオパシー等	⑧ 質保証、基準、規制
⑧ 行動変容のためのコミュニケーション (BCC)	⑨ 医薬品行政・規制
IB： サービス供給の向上	⑩ 調達・供給チェーン・マネジメント
① PHC サービス	⑪ 施設とメンテナンス
② 僻地人口・弱者へのサービス	⑫ 財務管理
③ 第2次・第3次ヘルスケア（病院の自治、認証評価、輸血サービス、医療廃棄物）	⑬ 技術支援
④ 都市部保健サービス	⑭ セクター全体の管理と調整

注：\* 対象感染症：結核、HIV/エイズ、マラリア、ハンセン氏病、NTD（リンパ系フィラリア症、カラ・アザール、土壌伝播蠕虫 (STH)）  
対象 NCD：砒素中毒、循環器疾患、脳血管系疾患、がん、糖尿病、眼疾患、精神保健、聴覚障害、口腔保健、交通事故と外傷、女性への暴力、緊急時への準備と対応、労働保健、喫煙コントロールと薬物中毒  
出典： MoH&FW, Strategic Plan for Health, Population & Nutrition Sector Development Program (HPNSDP) 2011-2016, Apr. 2011 [11]

### 2.2.5 HPNSDP の実施体制、モニタリング

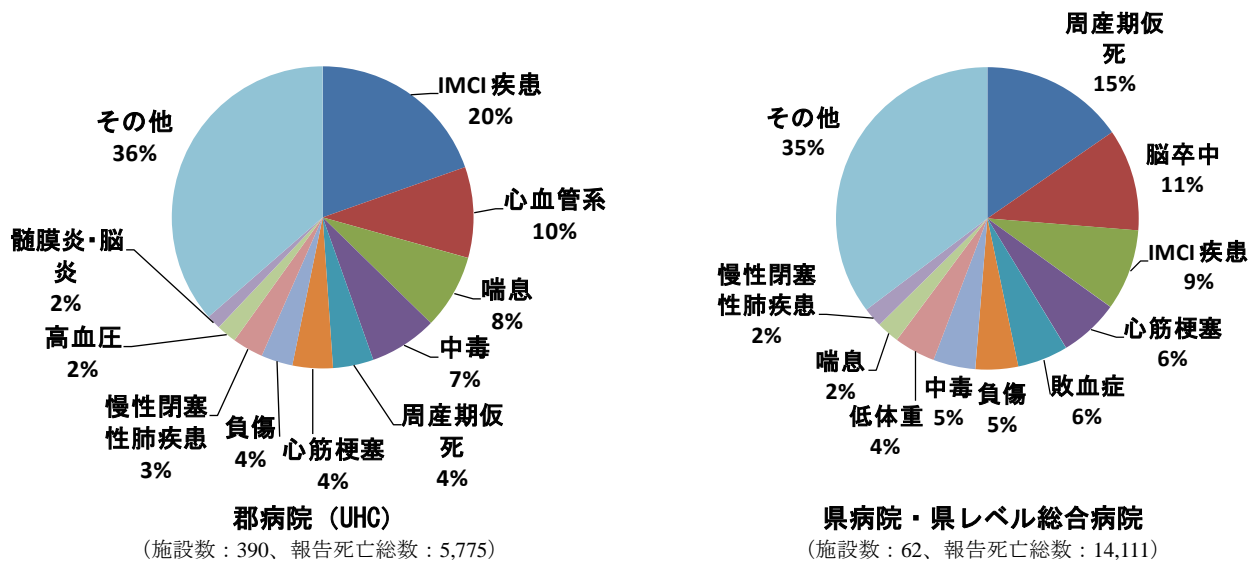
プログラム実施計画 (PIP) に基づき 32 の OP が策定されている。OP ごとに予算配分がなされ、担当ダイレクターが配置されている。PIP によれば、各 OP はモニタリング指標（インプット、プロセス、アウトプット、アウトカム及びインパクト指標）を設定し、6 ヶ月ごとに進捗をレビューし報告書を作成するメカニズムになっている。またセクターのモニタリング・評価の強化のために、保健・家族福祉省の計画策定局にプログラム管理・モニタリングユニット (PMMU) が置かれた。

## 第3章 国民の健康状況

### 3.1 概況

バングラデシュでは、政府の種々の取組みにより、合計特殊出生率（TFR）及び人口増加率は徐々に低下しつつある。人口ピラミッドは多産多死型から釣鐘型に移行しつつあり、人口転換が始まっている。しかし 2020 年には 2011 年の 12%（1,856 万人）、2040 年には 28.4%（2,368 万人）増加すると推計される人口に対応しなくてはならない社会サービスの規模拡大も要求される。疾病構造は感染症及び栄養不良に起因する疾病と慢性疾患及び生活習慣に起因する疾病の両者が混在し、保健セクターに対する「疾病の二重負担」となりつつある。また 65 歳以上の人口の割合が増加し、高齢者保健サービスにも備えなくてはならないことが指摘されている [12] [13]。

過去 20 年間にバングラデシュの保健状況は大きく改善されてきた。2008 年の WHO の死亡原因推計では非感染性疾患（NCD）が全体の 62% を占めており、疾病構造の転換が起こっていることが推察される。一方、図 3-1 に示すように、1 次・2 次施設における死因には周産期の死亡及び感染症に起因すると思われるものも多く、これらもいまだ大きな健康課題である。



注) 1. 政府施設のデータで報告書提出率は 100% ではない。また専門病院・特殊病院のデータは含まれていない。  
2. IMCI 疾患：肺炎、下痢性疾患、その他の 5 歳未満児の疾患。

出典： MIS (Management Information System), DGHS, MoH&FW, Health Bulletin 2011 [14]

図 3-1 入院患者における死亡原因の 10 大疾患とその割合 (2010 年)

表 3-1 に示すように、入院患者の疾患においても、感染症に起因するものと NCD が混在している。

表 3-1 入院患者における 10 大疾患とその割合 (2010 年)

	郡病院 (UHC)		県病院・総合病院		医科大学病院	
	(総数：1,681,459)		(総数：984,386)		(総数：264,375)	
	疾患	%	疾患	%	疾患	%
1	下痢性疾患	15.03	下痢性疾患	9.30	交通事故	5.43
2	暴行	11.89	暴行	7.21	暴行	4.42
3	肺炎	7.27	肺炎	6.13	下痢性疾患	4.29
4	消化性潰瘍	5.67	消化性潰瘍	3.76	疥癬	3.1
5	チフス	3.16	交通事故	3.17	心筋梗塞	2.66
6	交通事故	2.41	気管支喘息	2.12	肺炎	2.43
7	中毒	2.32	高血圧	1.75	化膿性中耳炎	2.3
8	慢性閉塞性肺疾患	1.75	中毒	1.75	循環器疾患	1.71
9	気管支喘息	1.69	チフス	1.62	消化性潰瘍	1.69
10	貧血	1.63	貧血	1.47	妊娠中絶 (女性のみ)	2.49
	全体に占める割合	52.82	全体に占める割合	38.28	全体に占める割合	30.52

注) 政府施設のデータで報告書提出率は 100%ではない。また専門病院・特殊病院のデータは含まれていない。

出典： MIS (Management Information System), DGHS, MoH&FW, Health Bulletin 2011 [14]

MDGs の進捗状況より保健・人口・栄養セクターのアウトカム及びアウトプットの推移が概観できるので、これを表 3-2 に示す。



表 3-2 保健関連の MDGs の現状と達成予測

指標	1990/ 1991 年	現状(年)	2015 年 達成目 標	MDGs 進 捗状況 (注 1)
<b>目標 1：極度の貧困と飢餓の撲滅</b>				
<b>ターゲット 1C：飢餓に苦しむ人口を 1990 年の半分にする</b>				
1.8 低体重の 5 歳未満児の割合 (%)	66.0	45 (2009)	33.0	↓
<b>目標 4：子どもの死亡削減</b>				
<b>ターゲット 4A：1990 年の水準の 3 分の 1 にする</b>				
4.1 5 歳未満児死亡率 (出生千対)	146	50 (2009)	48	→
4.2 乳児死亡率 (出生千対)	92	39 (2009)	31	→
4.3 1 歳未満児の麻疹予防接種率 (%)	54	85.3 (2010)	100	→
<b>目標 5：妊産婦の健康改善</b>				
<b>ターゲット 5A：妊産婦死亡率を 1990 年の水準の 4 分の 1 にする</b>				
5.1 妊産婦死亡率 (出生 10 万対)	574	194 (2010)	143	↓ (→ 注 2)
5.2 助産専門技能者 (SBA) による出産率 (%)	5.0	26.5 (2010)	50	↓
<b>ターゲット 5B：リプロダクティブヘルスへの普遍的アクセスの達成</b>				
5.3 避妊普及率 (%)	39.7	61.7 (2010)	72	
5.4 青少年の出産 (%)	77	105 (2010)	---	---
5.5 産前健診受診率 (1 回以上)	27.5 (1993)	71.2 (2010)	100	↓
5.6 産前健診受診率 (4 回以上)	5.5 (1993)	23.4 (2010)	100	↓
5.7 家族計画のアンメットニーズ (%)	19.4 (1993)	17.1 (2007)	7.6	↓
<b>目標 6：HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延防止</b>				
<b>ターゲット 6A：HIV/エイズ感染拡大停止と感染率の低下</b>				
6.1 HIV 感染率 (成人 15-49 歳) (%)	0.005	0.1	拡大停 止	→
6.2 最近のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率 (%)	6.3	44-67 (2010)	---	---
6.3 HIV/エイズの総合的な知識保有率 (15-24 歳) (%)	---	17.7 (2009)	---	---
<b>ターゲット 6B：HIV/エイズ治療が必要な人の普遍的アクセスの達成</b>				
6.5 重篤 HIV 感染者の抗レトロウイルス薬へのアクセス率	---	47.7 (2009)	100	---
<b>ターゲット 6C：マラリア及び他の主要感染症の拡大停止と発生率の低下</b>				
6.6a マラリア有病率 (人口 10 万対)	776.9 (2008)	512.6 (2010)	310.8	→
6.6b マラリア死亡率 (人口 10 万対)	1.4 (2008)	0.32 (2010)	0.6	→
6.7 薬剤処理蚊帳を使用する 5 歳未満児の割合 (%) [マラリア・ハイリスク郡]	81 (2008)	90 (2010)	90	→
6.8 適切な抗マラリア薬を投与された、発熱のある 5 歳未満児の割合 (%)	60 (2008)	80 (2009)	90	---
6.9a 結核有病率 (人口 10 万対)	639	79.4 (2010)	320	→
6.9b 結核死亡率 (人口 10 万対)	76	43 (2010)	38	→
6.10a DOTS のもとでの結核患者発見率 (%)	21 (1994)	70.5 (2010)	70	→
6.10b DOTS のもとでの結核治癒率 (%)	73 (1994)	92 (2010)	>85	→
<b>目標 7：環境の持続可能性の確保</b>				
<b>ターゲット 7C：安全な飲料水と基本的な衛生設備にアクセスできない人口の半減</b>				
7.8 改善された飲料水を使用する人口の割合 (%)	78	86 (2009)	89	→
7.9 改善された衛生設備を使用する人口の割合 (%)	39	62.7 (2009)	70	★

注： 1. 2005 - 2009 年のデータに基づく UNDP の評価。 ↓：達成可能性は低い、→：順調に進捗、★：要注意  
2. BMMS (2010 年) では「順調に進捗」と評価されている。

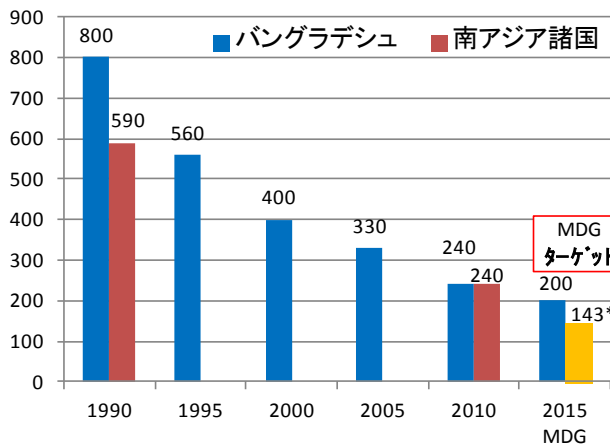
出典： 1. The MDGs Bangladesh Progress Report 2011 [15]  
2. MDG s in Bangladesh, UNDP [16]

## 3.2 母子の健康

### 3.2.1 母親の健康

妊産婦死亡率は MDGs 達成にむけて順調に進捗している（図 3-2）。しかしその数値は他の地域に比して未だに高く、バングラデシュ妊産婦死亡・ヘルスケア調査（BMMS、2010 年）によると、妊娠にかかわる死亡は再生産年齢（15-49 歳）女性の死亡の 14%を占め、がん（21%）、循環器疾患（16%）に次いで高い。出産による死亡リスクは 500 回あたり 1 回である [17]。また、郡病院（UHC）及び県病院・県レベルの病院における 15-24 歳及び 25-49 歳の年齢層の女性の死亡原因のトップとなっている [14]。

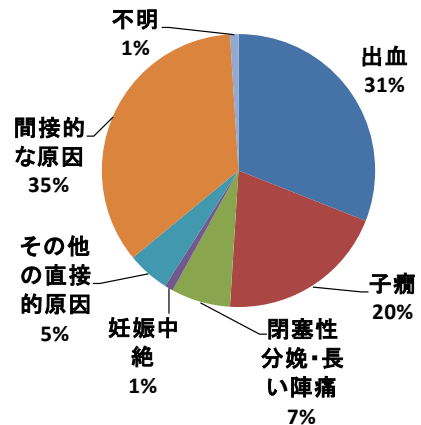
妊産婦死亡の原因は、産褥出血、子癇、閉塞性分娩など直接産科的死亡が 64%である（図 3-3）。2001 年の BMMS と比較すると妊産婦死亡は 40%減少しており、その原因は産褥出血と子癇が顕著に減少したことによるとされている [17]。



注) \*バングラデシュ政府の「サンプル・バイタル登録システム (SVRS)」による 1990 の基準値は 574 であり、これに基づく MDGs ターゲットである。

出典: 1. The MDGs Bangladesh Progress Report 2011 [15]  
2. WHO, Trends in Maternal Mortality 1990-2010 - WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank Estimates 2012 [18],

図 3-2 妊産婦死亡率(出生 10 万対)の推移  
(1990-2010 年)

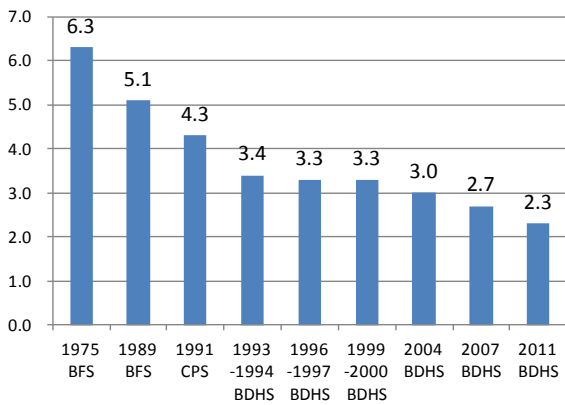


出典: NIPOPT/MEASURE Evaluation/UNC-CH,USA, Bangladesh Maternal Mortality and Health Care Survey 2010 - Summary of Key Findings and Implications 2011 [17]

図 3-3 妊産婦死亡の原因  
(BMMS 2010 年)

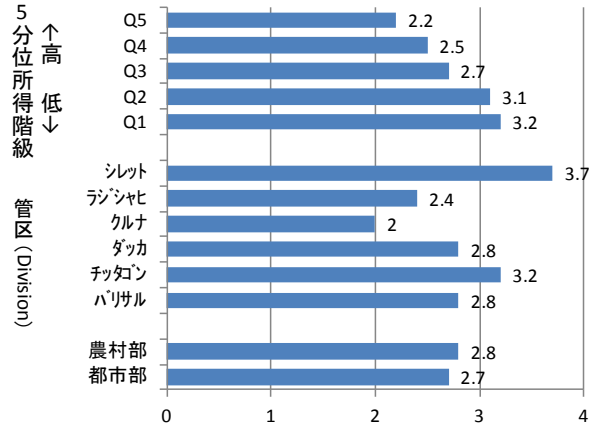
TFRの低下は妊産婦死亡の減少と大きく関係しており、BMMSによると 2001 年から 2010 年の妊産婦死亡率の低下の 25%はTFRの低下によると考えられている。TFRはバングラデシュ人口保健調査 (BDHS) 2011 では 2.3 となっており<sup>15</sup> (図 3-4)、2015 年までに人口置き換え水準 (2.2) に引き下げるという国家目標達成の可能性もでてきた。しかし、都市部・農村部による差より貧富による差や管区による差が大きく (図 3-5)、また女性が希望する理想的な子どもの数 (2.3) とは 0.4 の差がある [19]。

<sup>15</sup> BDHS 2011 最終報告書の前の結果報告書 (速報版) の数値である。



出典：NPORT/Mitra and Associates/MEASURE DHS, ICF International, Bangladesh Demographic and Health Survey 2011: Preliminary Report, 2012 [20]

図 3-4 合計特殊出生率(TFR)の推移 (BFS 1975年-BDHS 2011年)

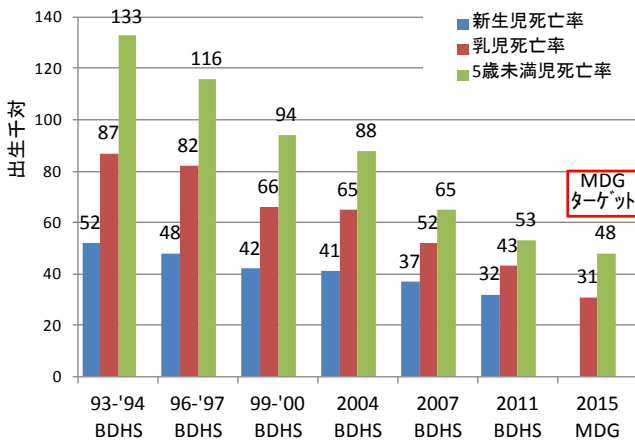


出典：NIPORT (National Institute of Population Research and Training) / Mitra and Associates / Macro International Inc. Bangladesh Demographic and Health Survey 2007 [19]

図 3-5 合計特殊出生率(TFR) (BDHS 2007年) (5分位所得階級別、管区別、農村・都市部別)

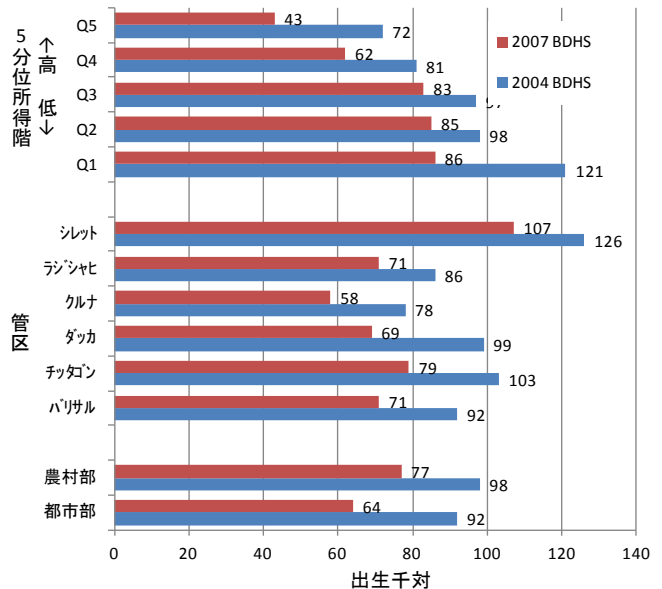
### 子どもの健康

子どもの死亡率は図 3-6 に示すように着実に低下している。乳児死亡率及び 5 歳未満児死亡率は、ともに MDGs 目標達成に順調な推移をたどっている。これらは予防接種やビタミン A 投与などのサービスカバレッジの高さと、女性の教育レベルの向上などによると考えられる。しかし都市部・農村部の格差は大きくなっており、所得階層や管区による格差も大きい (図 3-7)。また新生児死亡率の低下の度合いは低く、5 歳未満児死亡の 60% (BDHS 2011) を占めている。



出典：NPORT/Mitra and Associates/MEASURE DHS, ICF International, Bangladesh Demographic and Health Survey 2011: Preliminary Report, 2012 [20]

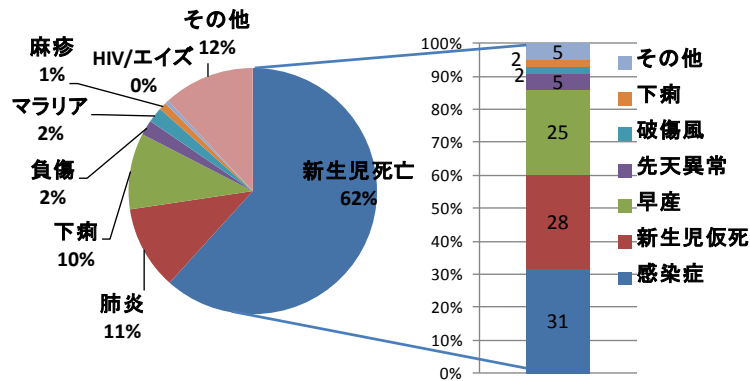
図 3-6 子どもの死亡率の推移(1990-2010)



出典：NIPORT (National Institute of Population Research and Training) / Mitra and Associates / Macro International Inc. Bangladesh Demographic and Health Survey 2007 [19]

図 3-7 5歳未満児死亡率 (5分位所得階級別、管区別、農村・都市部別)

図 3-8 に示すように、5 歳未満児の死亡原因は感染症や下痢性疾患など、予防と適切なプライマリヘルスケア（PHC）サービスで防げると考えられるものも多い。新生児死亡については、適切な新生児ケアが受けられれば回避できた可能性がある死因も多くみられる。



出典： Countdown to 2015, Country Profiles: Bangladesh Health Data 2012 Profile [21]  
図 3-8 5 歳未満児の死亡原因 (%) と新生児の死亡原因 (%) (2008 年)

### 3.3 感染症の状況

#### 3.3.1 HIV/エイズ

最初のHIV感染者は1989年に報告されて以来、バングラデシュの一般人口のHIV感染率は1%以下であるが、2006年にダッカの男性の注射による薬物使用者（IDU）の感染率が7%となり、低感染国から局限的流行国となった<sup>16</sup>。2009年の時点の推計で約6,300（5,200–8,300）人のHIV感染者がいると推定された。2009年の新規感染者の63%は男性で、年代別では32%が26-35歳、30%が36-45歳、20%が16-25歳であった [22]。2011年11月までに累積で2,533例の感染者、1,101例のエイズ患者が報告され、325例が死亡している [23]。

2011年に実施された血清学的調査では、IDUの感染率が5.3%で最も高く、最もリスクの高いグループ（MARP）<sup>17</sup>全体では感染率は0.7%であるが、2001年からわずかながらも有意に増加しつつある。またこれらのグループでは性感染症及びC型肝炎の感染率も高い。HIV感染率を1%以下に封じ込めることと、特にダッカ及びダッカ周辺のMARPの感染率を低下させることが重要とされている [24]。

BDHS 2007によれば一般の人々のHIV/エイズの知識は、HIV/エイズについて聞いたことがある割合は比較的高いが（女性67%、男性87%）、予防方法の知識については女性で32-33%と低く、男性でも57-66%である [19]。

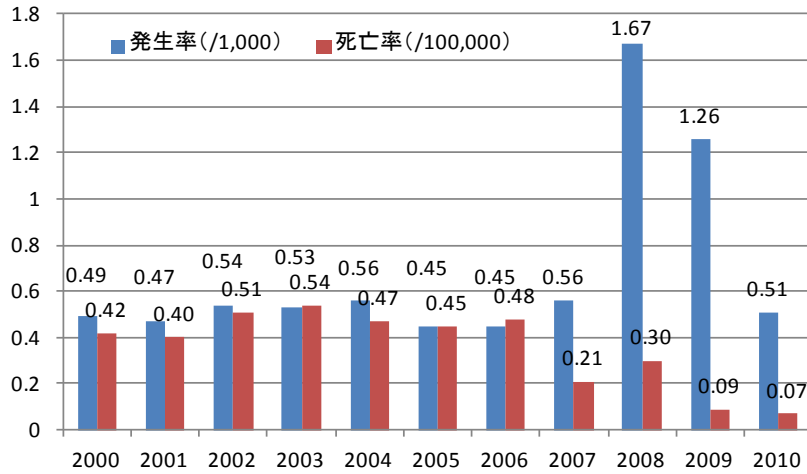
#### 3.3.2 マラリア

マラリアはインド及びミャンマーとの国境の丘陵地帯が流行地域で、これら13県の流行地域から95%が報告されている。人口の約34%、約50.6百万人がマラリア流行地域（人口の7%は高度流行地域）に居住し、公衆衛生上の大きな課題である。図3-9に発生率と死亡率の推移を示す。2007年以降の著しい

<sup>16</sup> バングラデシュには20,000-40,000人のIDUがいると推定されている（出典： [14]）。

<sup>17</sup> バングラデシュでは、セックスワーカー（男女とも）、IDU、男性と性交渉を持つ男性（MSM）、Hijra（異性装者）を指す。

発生率の増加と死亡率の減少は、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）の支援でサーベイランスと検査体制、アルテミシニン誘導体多剤併用療法（ACT）が強化されたことによると考えられる [14] [25]。



出典： 1. WHO, Malaria Situation in SEAR Countries - Bangladesh [25]  
2. MIS (Management Information System), DGHS, MoH&FW, Health Bulletin 2011 [14]

図 3-9 マラリア発生率(/1000)及び死亡率(/100,000)の推移 (2000-2010年)

### 3.3.3 結核

世界 22 カ国の結核高蔓延国(HTC)<sup>18</sup>の中でバングラデシュは 6 番目に疾病負担の高い国となっており、成人の主要な死亡原因の一つとなっている。WHOの推定によれば毎年 83,000 人が結核で死亡している [14]。2010 年の患者登録数は 158,698 例で、うち新登録患者数は 150,903 例、再治療例は 7,795 例、15 歳以下が 26.7%であった。管区別にはダッカが最も患者数が多い。表 3-3 は 2010 年の結核の状況、図 3-10 は、1990 年、2008 年、2010 年の結核死亡率、罹患率、有病率をそれぞれ示したものである。死亡率は減少しているが、発生率は 1990 年から減少しておらず、有病率も近年は減少していない。また多剤耐性結核 (MDR-TB) が増加しており、2010 年には 339 例が確認された。

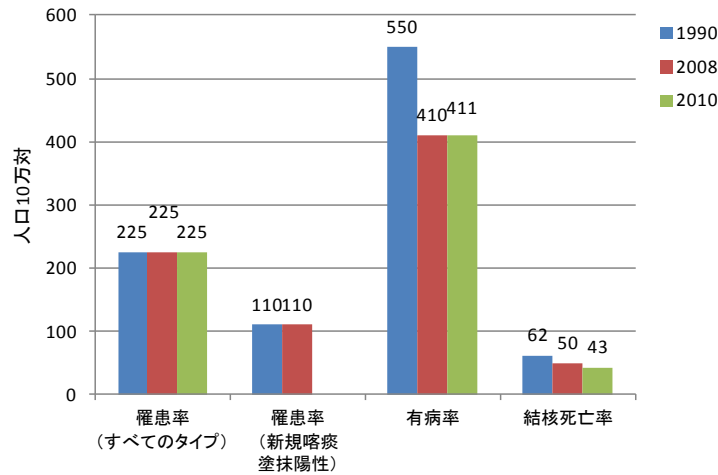
表 3-3 結核の現状(2010年)および管区別の推定結核患者数(2006年)

指標	バングラデシュ	HTCの平均	管区	推定患者数
罹患率 (HIV 重複感染を含む) (人口 10 万対)	225	166	バリサル	9,102
死亡率 (人口 10 万対)	43	20	ラジシャヒ	34,442
有病率 (人口 10 万対)	411	231	クルナ	16,774
HIV との重感染 (人口 10 万対)	0.45	12	ダッカ	46,046
患者発見率 (%) (すべてのタイプの結核)	47		シレット	9,105
MDR-TB (%)	2.1	---	チッタゴン	23,047

(注) 罹患率は HIV 重複感染を含むが、有病率、死亡率は HIV 感染者を除く

出典： 1. WHO, Global Tuberculosis Control: WHO report 2011 [26]  
2. NTP, Progress in TB Control [27]

<sup>18</sup> WHO は 2000 年から、世界的に最も結核が蔓延する 22 カ国を特定し「結核高蔓延国」としている。アジアでは、アフガニスタン、バングラデシュ、カンボジア、中国、インド、インドネシア、ミャンマー、パキスタン、フィリピン、タイ、ベトナム。



出典： 1. WHO (2011) Global Tuberculosis Control, WHO Report 2011 [26]  
2. WHO, Fifth Joint Monitoring Mission of the Bangladesh National Tuberculosis Control Programme [28]

図 3-10 結核死亡率、罹患率、有病率の推移

### 3.3.4 その他の感染症

#### (1) 下痢症

下痢症は全国で1年中発生しているが、死亡数は減少している。バングラデシュ国際下痢性疾患研究センター (icddr,b) 病院における患者の便のサンプル調査では、病原菌は成人、子どもともコレラ、ロタウイルス、毒素原性大腸菌、カンピロバクターが多かった<sup>19</sup> [14]。

#### (2) 顧みられない熱帯病 (NTD)

以下のようなNTDが流行しており、公衆衛生上の課題となっている [14] [29]。

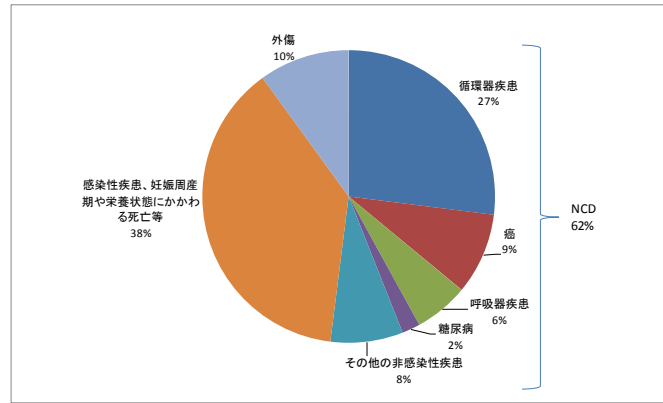
- リンパ系フィラリア症：流行地域 19 県のうち高度流行地域は北部 5 県。リスク集団は 700 万人。
- 内臓リーシュマニア症 (カラ・アザール)：1994 年以降再興。流行地域 45 県のうち高度流行地域はダッカ管区 3 県の 7 郡とラジシャヒ管区の 1 郡のみ。2010 年の患者数は 3,801 例。
- 土壌伝播蠕虫 (STH)：流行地域は全 64 県。感染率は調査により異なるが人口の約半数が感染している。
- ハンセン病：全国レベルでは発生率人口 10 万当り 1 以下を達成したが、一部地域に流行ポケットがある。
- デング熱：ダッカで毎年流行。

## 3.4 非感染性疾患 (NCD)

信頼できる全国的な NCD サーベイランスシステムはないが、WHO の推計では死亡原因の 62% が NCD である (2007-2010 年) (図 3-11) [30]。また保健・家族福祉省も 2010 年の各施設の報告から NCD が国民の健康負担と死亡の主要原因の一つであるとしている [14]。icddr,b による 40 年間以上にわたるマトラブ地区の住民の調査でも、NCD による死亡割合が増加している [12]。

<sup>19</sup>成人ではロタウイルスとコレラ、5 歳未満児ではロタウイルスが、5-14 歳児ではコレラが最も多かった。

表 3-1 および図 3-1 に示したように、入院患者および施設での死亡において慢性疾患や外傷などNCDの割合は高い。がん患者も増加しており、2010 年の国立癌研究所病院の外来患者・入院患者は 2007 年と比較してそれぞれ 25%、18%増加した<sup>20</sup>。またNCDリスクファクター調査（2010 年）では糖尿病の有病率は農村部で 5%、都市部では 10%であった [31]。



出典： WHO, Noncommunicable Diseases Country Profile 2011 [30]

図 3-11 死亡原因疾患の内訳とその割合（2007-2010 年）

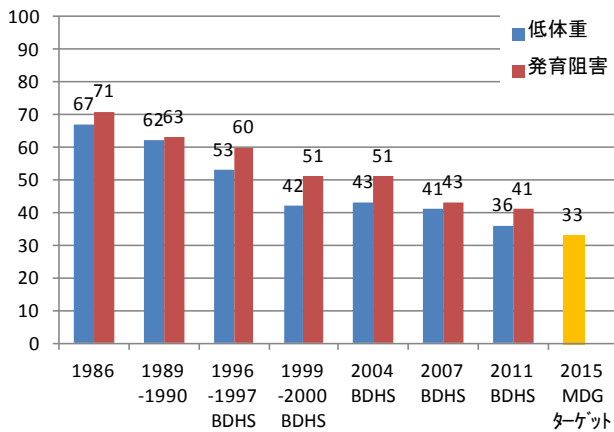
### 3.5 栄養と健康

栄養状態は子どもや妊産婦の疾病・死亡の原因の根底にある大きな要素である。貧困とも大きく関わっており、低体重児の減少はMDGs達成目標にもなっている。しかし 2000 年以降のその改善は停滞しており（図 3-12）、データのある国で低体重児の割合が 40%を超える 4 カ国の一つとなっていた<sup>21</sup> [4]が、BDHS（2011 年）では 36%に低下した。BDHS（2007 年）によると栄養障害児の割合は 36 - 47 ヶ月児で最も高く、農村部や、年齢のより高い母親の子ども、教育のない母親の子どもの方が高かった。また 5 分位所得階級別でその差が明らかであり、もっとも所得の低い 20%の階層では半数以上の子どもが低体重であり、発育障害であった（図 3-13）。重篤な低体重は 12%に、発育障害は 16%にみられた [19]。

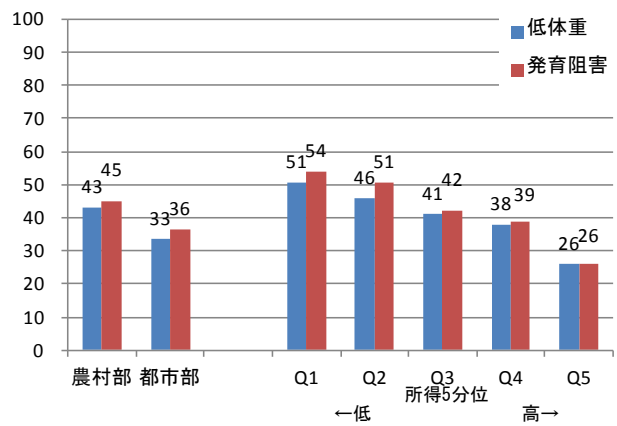
<sup>20</sup> 主ながん疾患の器官は女性では乳がん、子宮頸がん、リンパ節・リンパ系がん、男性では肺がん、リンパ節・リンパ系がん、食道がんであった [13]。

<sup>21</sup> 2012 年のユニセフ子供白書の統計では低体重児の割合が 40%以上の国は 4 カ国のみ。





出典： Countdown to 2015, Country Profile - Bangladesh [21]



出典： NIPORT (National Institute of Population Research and Training) / Mitra and Associates / Macro International Inc. Bangladesh Demographic and Health Survey 2007 [19]

図 3-12 5歳未満児の低体重と発育阻害の割合(1986—BDHS 2011)

図 3-13 5歳未満児の低体重と発育阻害の割合(BDHS 2007):農村部・都市部別および5分位所得階級別

BDHS (2007年)によると15-49歳の既婚者の栄養状態を身長<sup>22</sup>と体格指数(BMI)で調査したところ、身長145cm以下の女性は15%、BMI18.5以下の女性は30%で2004年の調査(それぞれ16%、34%)と比較して大きく改善していなかった[19]。また1999年に実施された調査では、妊娠女性の49.7%、農村部の就学前児童の52.7%が鉄欠乏性貧血であった[14]。

### 3.6 健康にかかわる衛生・環境

#### (1) 飲料水と衛生設備

基本的な衛生環境は健康状態に大きくかかわる要素であり、特に飲料水やトイレは水系感染症や寄生虫症、その他の感染拡大の原因ともなる。バングラデシュでは下痢性疾患が非常に多い。2009年の複数指標クラスター調査(MICS)では改善された飲料水へのアクセス人口は97.8%であるが、砒素汚染水を考慮すると86%にとどまる。衛生設備へアクセスできる人口の割合は農村部では改善しているが都市部では改善しておらず、その割合は共に60%以下にとどまる。また都市部スラムでは12%であり状況は悪い(表3-4)[15][32]。

表 3-4 改善された飲料水および衛生設備へアクセスする人口の割合(%)

	改善された飲料水へのアクセス			改善された衛生設備へのアクセス		
	1990年	2000年	2010年	1990年	2000年	2010年
農村部	75	77	80	34	43	55
都市部	87	86	85	58	58	57
合計	77	79	81	39	47	56

(注) 飲料水へのアクセスは砒素汚染を考慮に入れて調整したもの。

出典： UNICEF/WHO, Progress on Drinking Water and Sanitation 2012 Update 2012 [32]

<sup>22</sup> BDHS 2007によれば身長145cm以下の女性は出産リスクが高く、低体重児出産も多く、そのカットオフポイントは140-150cmと考えられる。



## (2) 砒素汚染

2003年に実施された調査で3,500万人が汚染飲料水の危険にさらされていると推計された。1994年に健康被害がはじめて報告されて以来2010年までに累積56,758例が報告されている。保健サービス総局(DGHS)は国家砒素プログラムのもとに、住民の意識向上・啓発、砒素患者の発見と管理、砒素緩和のための住民の能力向上等を行っている [14]。

## (3) 室内空気汚染

国民の約89%が料理や暖房にバイオマス(カウダン=牛糞を乾燥させたものなど)、小枝や薪、石炭などの固体燃料を屋内で使用しており、気管支・肺疾患への影響があると考えられている [12]。

## 第 章 保健医療サービス提供・事業実施の状況

### サービスの提供体制の概要

#### 概要

保健・家族福祉省下の公的保健医療サービスは、保健サービス総局 (DGHS) および家族計画総局 (DGFP) の 2 つの総局のラインがあり、それぞれのラインの施設・スタッフにより提供されている。DGFP は主として人口にかかわるサービス (家族計画・リプロダクティブヘルス) を中心にサービスを提供している。2 つの総局間のさらなる連携と人材・資源の効率的利用が課題となっている。

各県に県レベル病院があり、第 2 次レファラル施設となっている。また各郡に郡病院 (UHC) があり、その多くで DGHS と DGFP のサービスが同じ施設内で提供されている。UHC には産科・外科・内科・麻酔科・歯科医師がおり、入院施設および臨床検査設備が UHC 以上のレベルにある。各ユニオンにユニオン・サブセンターまたはユニオン保健・家族福祉センター (UHFWC) が置かれている。これらは外来のみの施設で、コミュニティ・クリニック (CC) や家庭訪問の保健スタッフが患者を送る施設でもある。

表 4-1 保健医療サービス提供体制の概要

レファラル	行政レベル*	サービス供給施設* (DGHS 下)	保健行政責任者 (監督職員)・フィールドワーカー	サービス供給施設 (DGFP 下)
	中央	保健・家族福祉省		保健・家族福祉省
3 次	中央	医学研究所/病院 教育大学病院 その他病院		医科大学病院付属 モデルクリニック
3 次	管区 (7)	医科大学病院 総合病院 感染症病院		医科大学病院付属 クリニック
2 次	県 (64)	県・総合病院		MCH-FP クリニック (県院内) MCWC
1 次	郡 (483)	郡病院 (UHC) 結核クリニック		MCH-FP ユニット (UHC 内) MCWC
1 次	ユニオン (4,501)	ユニオン・サブセンター (USC) UHFWC		UHFWC MCWC 準診療所
	ワード (40,509)	コミュニティ・クリニック (CC)		

(注) 表中略語：「MCH-FP」母子保健・家族計画、「MCWC」母子福祉センター、「CHCP」コミュニティ・ヘルスケアプロバイダー、「UHFWC」ユニオン保健・家族センター

\* UHC 以上の施設に入院設備がある。また県レベル病院、UHC は 24 時間体制となっている。

出典：1. Health Bulletin 2011 [14]、2. Bangladesh Health Sector Profile 2010, Final Version [12]  
3. Countrywide FP Service Outlets and Institutions [33]、4. HRD Data Sheet 2011 [34]

都市部<sup>23</sup>のプライマリヘルスケア（PHC）サービスは地方行政・農村開発・協同組合省（MOLGRDC）の管轄で、非政府組織（NGO）とのパートナーシップによりヘルスケアセンター、PHCセンター及びPHCアウトリーチセンターを通しサービスを提供している。

上記の公的機関によるサービスのほかに、政府とのパートナーシップ協定により多くのNGO、民間機関が政府のプログラムにおいてサービス提供を担っていると同時に、プログラムの枠外でも多くのサービスを提供している<sup>24</sup>。バングラデシュの保健指標の改善にはこれらNGO及び民間サービス提供者・機関の活動が貢献しているところが非常に大きいといわれているが、一方で急速に拡大したサービス内容の基準や質は必ずしも確保されておらず、保健・家族福祉省の監督責務も課題となっている。

#### 4.1.2 レファラルシステム

JICA 報告書によれば、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の患者レファラルは日常的に行われ、毎月の報告書にその件数が記載される [35]。レファラルシステムはプログラム・プロジェクト別の構築されたものが並立している状態である。それぞれの施設で提供すべきサービスはレベルごとに決まっているものの、人材・医薬品・機材の不足が日常的であり、状況に応じて搬送するという対応がとられている。また、1次医療施設をスキップして直接2次3次施設を受診する例も多く、県病院・大学病院の負担増大となっている。DGHS 病院課が体系的レファラル（structured referral）のガイドラインを策定し、2013年までに県病院・大学病院に普及させる計画が導入されているが、同イニシアティブでは郡病院以下は対象となっていない。なお、郡保健システム（UHS）ではUHC以下のリファラルが検討されているところである。

#### 4.1.3 コミュニティ・クリニック（CC）と郡保健システム（UHS）

市民参加によるPHC強化の目的で、CC再活性化イニシアティブ<sup>25</sup>が前セクタープログラムの枠外のプロジェクトとして2009-2014年の予定で実施されてきたが、2011年からは保健・人口・栄養セクター開発プログラム（HPNSDP）に新戦略として取り込まれた。CCは、コミュニティ・グループ（CG）と呼ばれる地域住民組織及び地域自治体による運営管理を行い、コミュニティ・ヘルスケアプロバイダー（CHCP）1名が配置され<sup>26</sup>、表4-2の基本的サービスを総合的に提供する施設である。最終的に人口6,000人当たりにつき一つのCC（総数18,000）をワードレベルで機能させる計画である。またCGの下に2-3のコミュニティ支援グループ（CSG）が立ち上げられる予定で、レファラルの支援や健康に関わる啓発活動、募金活動等の役割が期待されている。

またHPNSDPの戦略計画では、コミュニティレベルのCC、ユニオンレベルの郡保健・家族福祉センター（UHFWC）とヘルスセンター、郡レベルのUHCの3層から成るUHSの構築がPHC強化のキーであるとし、CCをそのベースであるとしている。HONSDPで14郡を選定したパイロット実施後に全国展開する構想である。

<sup>23</sup> 6つの全ての市公社（City Corporation）（Barisal, Chittagong, Dhaka, Khulna, Rajshahi, Sylhet）と5つの市自治体（Municipalities）（Bagra, Comilla, Madhobdi, Savar, Sirajgonj）をカバーする。

<sup>24</sup> ①伝統的医療サービス提供者、②個人開業（医師、看護師、歯科医師、CHW、MA等。政府系で勤務しながら副業としている者も多い）、③民間病院・クリニック（検査・診断機関を含む）、④NGO（約2000の国内NGO+国際NGO）、⑤薬局等小売店などがある。首相府NGO局には2,137のNGOが登録されている（全ての分野）。

<sup>25</sup> 現政権の最重要基幹プロジェクトとされている [14]

<sup>26</sup> 保健・家族福祉省のMISによれば2011年にすでに13,500人を採用。2012年3月から3ヶ月間のCHCP研修が全国で開始された。

表 4-2 コミュニティ・クリニック(CC)におけるサービスパッケージ

- 母性・新生児ヘルスケア・サービス
- 小児疾患統合管理 (IMCI)
- リプロダクティブヘルス及び家族計画サービス
- 予防接種拡大計画 (EPI)
- 栄養教育及び微量栄養素補給
- 避妊薬・具の配付
- 健康教育及びカウンセリング
- 重篤疾患 (結核、マラリア、肺炎、緊急産科ケア、生命にかかわるインフルエンザ、炭疽病等) の発見
- ファーストエイド及び簡単な疾患の治療
- 上位保健医療機関への患者紹介

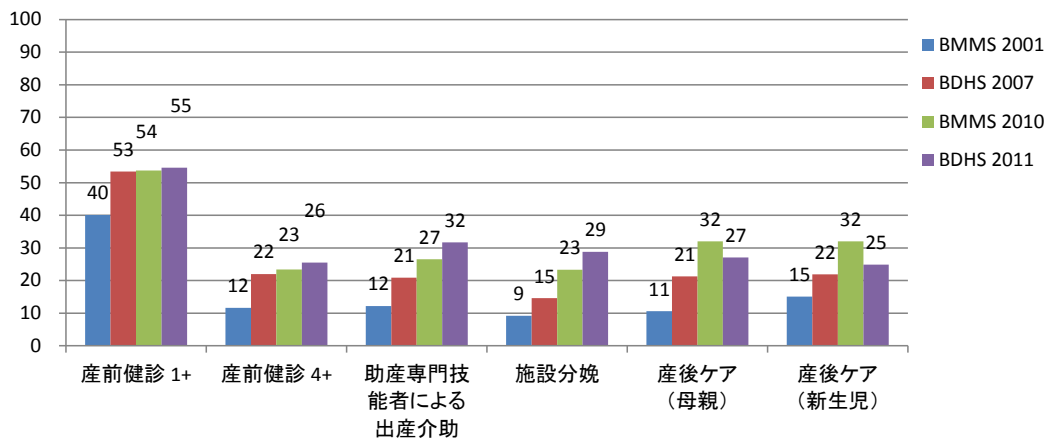
出典：Health Bulletin 2011, MIS, DGHS, MoH&FW, 2012 [14]

## 4.2 母子保健の現状

### 4.2.1 新生児・母親の保健サービス

コミュニティレベルではCCにおいて表 4-2 に示したサービスが提供されている。また保健補助員 (HA) や家族福祉補助員 (FWA) による訪問ヘルスケアも実施されている。産前産後健診サービス及び授乳・家族計画・微量栄養素補給のカウンセリング・サービスは CC 及びユニオンレベル、郡レベルのすべての保健施設で提供されている。

妊産婦死亡率や出産および新生児にかかわるサービスのカバレッジは改善しているもののその値は未だ低い (図 4-1)。5 分位所得階級別の一番所得の低い層でも改善はしているが、最上位層との差は広がる傾向にある (図 4-2)。



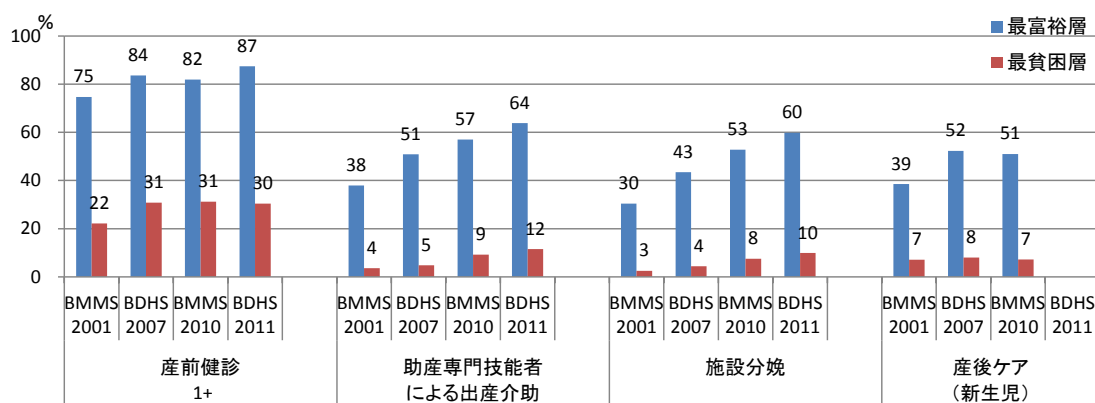
- (注) 1. 「産前健診」、「出産」および「産後ケア」はいずれの医学的な研修を受けた保健医療従事者による健診・ケアを受けた割合 (HA、訓練を受けた伝統的産婆は含まれない)  
2. 2001 年の「産後ケア」のデータは産後 2 ヶ月以内の受診率。それ以外は産後 2 日以内

出典：1. NIPORT/ORC Macro/Johns Hopkins University/ICDDR,B, Bangladesh Maternal Health Services and Maternal Mortality Survey 2001 - Final Report . [36]  
2. NIPORT, Bangladesh Demographic and Health Survey 2004. [37]  
3. NIPORT (National Institute of Population Research and Training) / Mitra and Associates / Macro International Inc., Bangladesh Demographic and Health Survey 2007 [19]  
4. NPORT/Mitra and Associates/MEASURE DHS, ICF International, Bangladesh Demographic and Health Survey 2011: Preliminary Report [20]

図 4-1 産前および周産期ケアにかかわるサービスのカバレッジ・利用の推移(全国)

また農村部と都市部の格差も大きい。母親・新生児の保健サービスのカバレッジおよび利用が低いことから 2011 年からのセクタープログラムでは母子・新生児・思春期保健（MNCAH）の活動実施計画を、それまでの必須保健サービス提供（ESD）の活動実施計画（OP）と別に策定し、その強化を図っている。新生児については国家新生児保健戦略およびガイドラインが 2009 年に策定されている。一方、破傷風予防接種のカバレッジは良好で 2008 年以降、妊婦および新生児破傷風は報告されていない [14]。

なお、特に貧しい妊産婦のサービス利用向上のために、2004 年から需要側ファイナンス（DSF）という医療従事者と妊産婦双方への直接金銭的インセンティブを提供する制度が導入されており、対象地域ではサービス利用は大きく向上した。しかし制度の運営に多大な費用と時間がかかることが指摘されており、HPNSDP では同制度の見直しをしたうえでさらに拡大することとしている [35] [38]。



- (注) 1. 表中「最富裕層」は 5 分位所得階級の最上位層、「最貧困層」は最下位層  
 2. 「産前健診」、「出産」および「産後ケア」はいずれの医学的な研修を受けた保健医療従事者による健診・ケアを受けた割合（HA、訓練を受けた伝統的産婆は含まれない）  
 3. 2001 年の「産後ケア」のデータは産後 2 ヶ月以内の受診率。それ以外は産後 2 日以内

- 出典： 1. NIPORT/ORC Macro/Johns Hopkins University/ICDDR,B, Bangladesh Maternal Health Services and Maternal Mortality Survey 2001 - Final Report . [36]  
 2. NIPORT, Bangladesh Demographic and Health Survey 2004. [37]  
 3. NIPORT (National Institute of Population Research and Training) / Mitra and Associates / Macro International Inc., Bangladesh Demographic and Health Survey 2007 [19]  
 4. NPORT/Mitra and Associates/MEASURE DHS, ICF International, Bangladesh Demographic and Health Survey 2011: Preliminary Report [20]

図 4-2 産前および周産期ケアにかかわるサービスのカバレッジ・利用の推移：5 分位所得階級別

緊急産科ケアは、59 のすべての県病院、3 つの総合病院、14 の医科大学病院、132 のUHC、63 の母子福祉センター（MCWC）で総合緊急産科ケア（CEmOC）のサービスを提供し、その他のUHCは基本的緊急産科ケア（BEmOC）サービスを提供する体制となっている [14]。バングラデシュ人口保健調査（BDHS）2007 によると、出生全体に対する帝王切開の割合は 7.5%（最富裕層 43.4%、最貧困層 4.4%）で、BDHS 2004 の 3.5%（最富裕層 14.4%、最貧困層 0.1%）より全体で 4 ポイント増加し、最富裕層では約 30 ポイント増加している<sup>27</sup>。その 67%は民間セクターによるものであった。

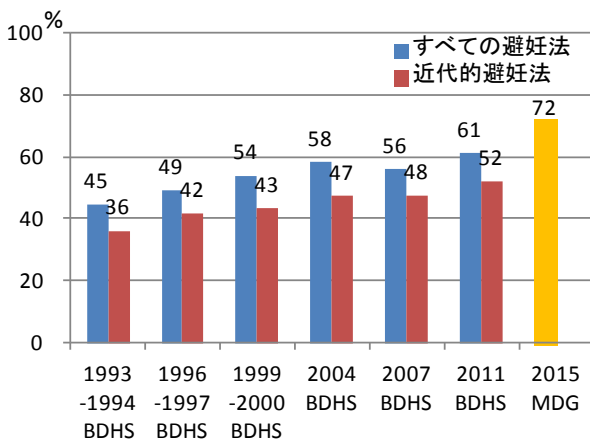
なお、助産専門技能者（SBA）の介助による出産を推進する（MDG は 50%）ために 2001 年に始まったコミュニティ助産専門技能者（CSBA）のプログラムは、調査の結果、同プログラムを強化してもターゲットの 50%達成への寄与は低いと判断された。これまでの SBA の介助による出産の増加のほとんど

<sup>27</sup> 帝王切開は、合併症のある出産において母親が専門的なケアにアクセスしていることとされる。

は施設における出産の増加によるもので、CSBA は今後、アクセスが非常に困難な地域におけるコミュニティへのサービスとしてその役割をはたすであろうとされている [39]。

#### 4.2.2 家族計画

既婚女性における避妊普及率は徐々に増加しているが（図 4-3）、地域（管区）により避妊普及率には差がみられる。家族計画の満たされないニーズは BDHS 2011 では 12%まで減少している（図 4-4）。家族計画やアンメットニーズの改善が進まない原因として、住民の避妊方法の誤解に対して行動変容のためのコミュニケーション（BCC）が不十分なこと、避妊具の供給が安定していないことなどが指摘されている [19]。2015 年の MDGs を達成するためには、更なる啓蒙活動、教育、サービスの供給が行われる必要がある。



(注) 2004年までは10-49歳、2007年・2011年は15-49歳の女性

出典： NPORT/Mitra and Associates/MEASURE DHS, ICF International, Bangladesh Demographic and Health Survey 2011: Preliminary Report [20]

図 4-3 既婚女性における避妊普及率(%)の推移

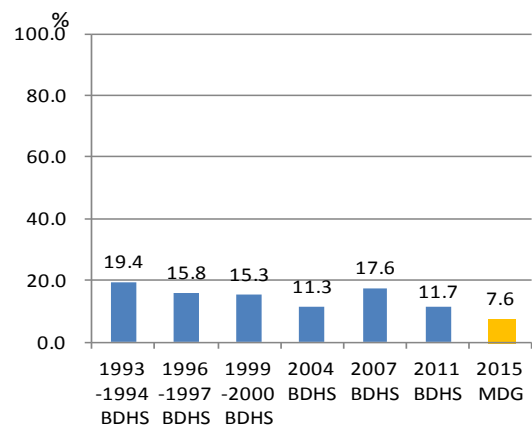
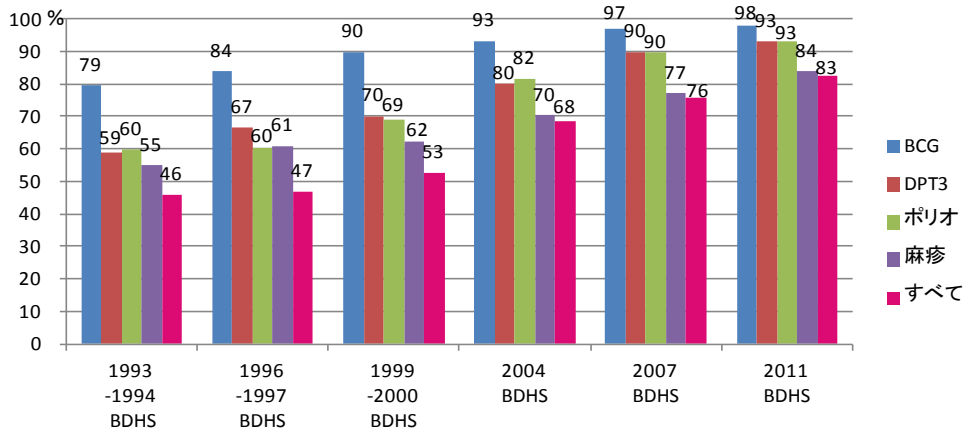


図 4-4 既婚女性における家族計画の満たされないニーズ(%)の推移

#### 4.2.3 子どもの保健サービスの現状

第3章で示したように子どもの死亡率は大きく改善し、MDGs 達成の可能性は高い。背景として、マラリアや下痢症などの感染症の対策が進んだことや、予防接種サービスのカバレッジが増加してきたことがある。BDHS 2011によると、全ての予防接種を受けた乳児は、全体の83%にまで増加し、BCG、DPT3、ポリオは90%を超えている。麻疹も84%をカバーしている（図 4-5）。9-59 ヶ月の子どものビタミン A 補給率は DHS 2006 では88%であったが、DHS 2011 では62%であった。低下の原因として DHS 調査対象期間がビタミン A 投与キャンペーン時期とずれたことや、キャンペーンが最善ではなかったことが考えられている [20]。



出典： NPORT/Mitra and Associates/MEASURE DHS, ICF International, Bangladesh Demographic and Health Survey 2011: Preliminary Report [20]

図 4-5 予防接種率(%)の推移(12~23ヶ月児)

### 4.3 感染症対策の現状

#### 4.3.1 エイズ対策

##### (1) 実施体制・戦略

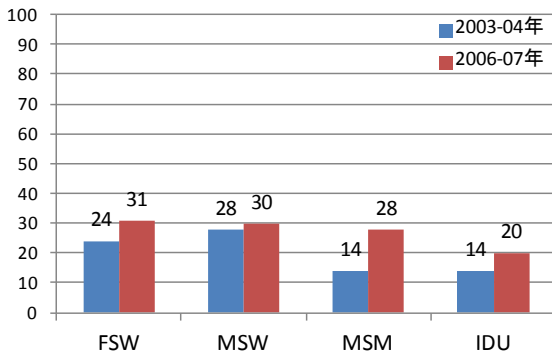
2011年からは HPNSDP 下（それ以前は保健・栄養・人口セクタープログラム（HNPSP）下）で国家エイズ/性感染症プログラム（NASP）として予防・対策が実施されている。「第3次国家 HIV/エイズ対応戦略計画 2011-2015年」は、「2015年までに HIV 感染拡大とエイズによる個人、家族、コミュニティ、社会へのインパクトを最小限にする」ことをゴールとし、予防サービスと治療・ケア・支援サービスへのユニバーサルアクセスの確保、他セクターとの連携強化とマネジメント・キャンペーン強化、戦略的情報システムと研究の強化を目標にあげている [40]。NASP は国家レベルの調整機関として DGHS 内に置かれており、プログラムおよび計画策定、実施推進、モニタリングおよび評価、資金動員・管理、国家エイズ委員会や技術委員会等の事務局の役割を担っている [23]。

##### (2) 実施および成果

最もリスクの高いグループ（MARP）およびその他のリスクの高いグループ（セックスワーカーの顧客、トラック運転手や人力車運転手等）を対象とした HIV 定点動向調査（HSS）が 1-2 年ごとに実施されており、同グループを対象にした行動観察調査（BSS）も実施されている [22]。

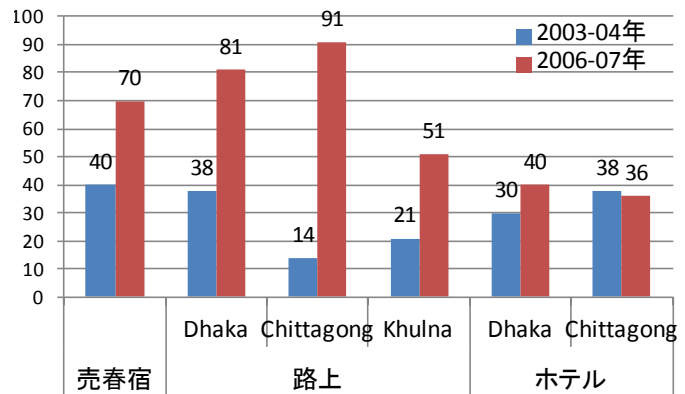
HIV/エイズは局所的流行にとどまっており、感染率は注射による薬物使用者（IDU）以外の MARP では 1%以下である。これには、流行が確立する前に MARP およびその他のハイリスクグループへのサービスを開始、拡大したことが寄与していると考えられている [22]。44 県 146 ヲ所に、ハイリスクグループのための立ち寄り施設（DIC）が設置され、性感染症の治療・その他の健康問題の管理、娯楽施設機能、犯罪事件のシェルター、ピアエデュケーション、カウンセリング、健康教育、レファラルサービス、アウトリーチサービスなどを行っている [22]。MARP における HIV の包括的知識の保持率およびコンドーム使用率は上昇したが、行動変容は十分でなくリスクのある行為が未だに多い（図 4-6、4.7）。





出典： HIV and AIDS Data Hub for Asia Pacific: Evidence to Action, Bangladesh Country Review September 2011 [22]

図 4-6 MARP における包括的な HIV の知識を保持する割合 (%)



出典： HIV and AIDS Data Hub for Asia Pacific: Evidence to Action, Bangladesh Country Review September 2011 [22]

図 4-7 女性セックスワーカー(FSW)の最近の新規顧客との性交渉におけるコンドーム使用率 (%) (地域別)

これまでに国家抗レトロウイルス療法 (ART) ガイドライン (2006 年策定、2011 年更新)、国家性感染症管理ガイドライン (2006 年)、HIV/エイズ保健管理者研修モジュール (2006 年)、青少年に優しい保健サービスの国家基準 (2007 年)、HIV 感染者・エイズ患者へのサービスに関する標準操作手順書 (2009 年) 等が策定されている。また青少年への HIV/エイズ啓発やコンドーム使用の普及も実施しているが、リスクの高い性行動の改善は進んでいない。

バングラデシュはコンドームの使用率がアジアで最も低く、高い貧困人口の割合、未だに低い開発指標や成人識字率、女性の社会的地位、および商業的性産業への女性不正取引、活発な人口移動 (特にインド、ミャンマー間の移動、両国とも HIV/エイズ広汎流行地である) 等、HIV/エイズ感染に対する構造的に高い脆弱さを抱えており、現在の流行は局所的であるものの今後の流行拡大のリスクは高く、特に青少年へのアプローチが重要と考えられる。

#### 4.3.2 マラリア対策

##### (1) 実施体制・戦略

2011 年からは HPNSDP 下 (それ以前は HNPSP 下) で、DGHS の疾病対策局長 (兼 HPNSDP の感染症対策担当局長) のもとで感染症対策の一環として国家マラリア対策プログラム (NMCP) が実施されている。マラリア対策プログラム戦略的計画 2008-2015 年によれば「公衆衛生上の問題とならないレベルまでマラリアの有病率と死亡率を低下させること」を長期目標とし、2015 年までに罹病率および死亡率を 2005 年の水準から 60% 低下させること、およびマラリア対策のためのコミュニティ・エンパワメントと NGO、民間セクターとのパートナーシップの推進を目的としている。NMCP の責任部署はマラリアおよび寄生虫疾患対策課 (M&PDC) であり、サービスは県保健システムを通じて提供されている。またバングラデシュ農村向上委員会 (BRAC) が率いる NGO 共同体とのパートナーシップによりコミュニティベースの活動<sup>28</sup>が実施されている [41]。同 NGO とのパートナーシップは成功事例として評価されている [25]。

<sup>28</sup> マラリア予防や治療へのアクセス支援、行動変容のためのコミュニケーション (BCC) による意識向上



## (2) 成果と課題

2007年以降は世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）の資金を得て、検査体制の強化（迅速診断検査（RDT）導入および顕微鏡検査向上）が進み、アルテミシニン誘導体多剤併用療法（ACT）による患者治療、殺虫剤処理済蚊帳（ITN）および長期残効型殺虫剤処理済蚊帳（LLIN）の配布と使用推進も進んだ（表 4-3、表 4-4）。

表 4-3 マラリア推定および確定症例数

年	疑診及び確定症例数	顕微鏡診断数	顕微鏡確定症例数	RDT診断数	RDT確定症例数
2005	290,418	220,025	48,121	---	---
2006	164,159	209,991	32,857	---	---
2007	59,866	266,938	58,659	3,199	1,207
2008	168,885	336,505	50,004	106,001	34,686
2009	79,853	397,148	25,203	156,639	38,670
2010	55,873	461,262	55,873	152,936	35,354

出典：WHO (2011) World Malaria Report 2011 [42]

表 4-4 薬剤処理済蚊帳配布数と5歳未満児カバレッジ及びACT配布数

年	ITN+LLIN 合計配布数 (,000)	薬剤処理済蚊帳を使用する 5歳未満児の割合 (%) *	ACT 配布数
2005	311	---	37,754
2006	11	---	35,448
2007	199	81	114,990
2008	1,947	81	110,280
2009	1,650	81	---
2010	2,897	90	58,135

(注) \*マラリア流行地域 13 県における割合

出典： 1. WHO, Malaria Situation in SEAR Countries - Bangladesh [25]  
2. GED (General Economics Commission), Bangladesh Planning Commission, The Millennium Development Goals: Bangladesh Progress Report 2011 [15]

また 2009 年にマラリア治療法が改訂されている。2008 年以降のマラリア罹患率（API）の増加と死亡率の低下（図 3-9）はその成果とみられている。

課題として、特に僻地において診断・治療施設へのアクセスが未だ充分でないこと、プログラム管理のキャパシティと病院における重症マラリア患者の治療が不十分であること、重症患者のレファラルシステムとレファラル前の治療が限られていること、があげられている [25]。

### 4.3.3 結核対策

#### (1) 実施体制・戦略

結核・ハンセン病プログラムにおいて「ストップ結核戦略」のもとに世界目標である治療成功率 85%、患者発見率 70%を維持すること、そのために 2015 年までに結核による死亡と有病率を半減し、MDGs に示される目標を達成すること」を目的として国家結核対策プログラム（NTP）が実施されている。結核戦略計画 2011-2015 年では目的達成のための活動戦略として、①質の高い直接監視下における短期化学療法（DOTS）の拡大と強化の継続、②HIVに関連する結核と薬剤耐性結核に対処する介入の確立、③

保健システム強化への寄与、④全ての患者の基本的基準ケアへの公正なアクセスを確保するためのパートナーシップの推進、⑤結核患者及び結核に影響を受けるコミュニティの参加、⑥オペレーションリサーチの推進、があげられている<sup>29</sup>。プログラム実施責任者はDGHSの抗酸菌感染症局長（兼HNPSDPの結核・ハンセン病プログラム担当局長）であり、診断・治療サービスは無料で全ての公的サービス機関（全てのUHC、44の胸部疾患クリニック、8つの胸部疾患病院、4つの管区の胸部疾患病院と国立胸部疾患研究所病院（NIDCH）、都市部のヘルスセンター等）、NGOや市民団体の保健施設や病院、職場で提供されている。官民混在（PPM）の戦略がとられており、国の中央からコミュニティレベルまでそれぞれのレベルで、患者発見、診断・治療サービス、アドボカシー・コミュニケーション・社会動員（ACSM）において連携が図られている [43]。また多剤耐性結核（MDR-TB）についての治療方法も含めた国家結核対策業務マニュアル（第4版）が策定されている。

## (2) 実施と成果

WHOと国家結核対策プログラム（NTP）の第5次合同モニタリング報告書（2010年）は、全体的なキャパシティとフィールドレベルのDOTS戦略（統合的な結核対策戦略）実施が良好であったこと、相当額の外部資金が得られたこと、感染症対策、MDR-TB、PPMについての新しいガイドラインや計画が適用されたこと、全国検査ネットワーク及び定期サーベイランスシステムが強化されたことにより結核の状況改善に進捗がみられ、またこれを維持できると評価している。表4-5にサービスカバレッジと喀痰塗抹陽性結核の治療に関する成果を示す。DOTSは既に100%の人口をカバーし、NTPの目標（かつ世界目標）である患者発見率70%以上及び治療成功率85%以上を達成し、MDGsの治療成功率85%以上も達成している。MDR-TBについては2006年から5年間のDOTSプラスパイロットプロジェクトを実施、DOTSプラス調整委員会を設置、国家ガイドラインを策定するなど対策がとられている。一方、WHOの推定では結核の罹患率は1990年以来改善減少しておらず、また結核高蔓延国の中で患者発見率（全てのタイプの結核）が非常に低いことが指摘されている（結核高蔓延国22カ国の平均は65%） [44]。

表 4-5 DOTSカバレッジ及び喀痰塗抹陽性結核（新規）患者の治療成果の推移（%）

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
DOTS カバレッジ <sup>1</sup>	92	99	99	100	100	100	100
患者発見率 <sup>1</sup>	81	89	91	92	92	92	92
治療成功率 <sup>2</sup>	81	92	92	92	92	92	---
治癒率 <sup>2</sup>	77	91	---	91	90	91	---
死亡率 <sup>2</sup>	4	4	---	3	4	4	---
治療失敗率 <sup>2</sup>	1	1	---	1	1	1	---

出典： 1. MIS (Management Information System), DGHS, MoH&FW, Health Bulletin 2011 [14]  
2. WHO, WHO Report: Global Tuberculosis Control 2011 [44]

<sup>29</sup> これらは世界的なストップ TB 戦略と同じ戦略項目である。

表 4-6 結核患者発見率、罹患率、有病率、死亡率の推移

	2000	2005	2008	2009	2010
患者発見率（全ての結核）（%）	26	39	---	---	47
罹患率（人口 10 万対）（HIV を含む）	225	225	225	225	225
有病率（人口 10 万対）（HIV を含む）	479	440	414	412	411
死亡率（人口 10 万対）（HIV を除く）	56	49	44	44	43

出典： WHO, WHO Report: Global Tuberculosis Control 2011 [44]

前述の合同モニタリング報告書及び MDGs 進捗報告書では、NTP における管理プロセス（計画策定、実施、モニタリング）における技術的専門性が、個別にも組織としても限られている、マネジメント・キャパシティが十分に重視されていない、「ひとつの合意された国レベルのモニタリングと評価システム」の原則に則った戦略的な情報管理システムが十分に機能していない等が課題として挙げられている。また、有病率、死亡率、薬剤耐性のサーベイランスの能力不足や NTP と NASP の連携あるいは協働がまだ弱いことなども挙げられる。いずれのレベルの施設でもスタッフの欠員があり、結核対策担当職の空席が目立つことも実施上大きなネックとなっている。

#### 4.4 非感染性疾患（NCD）

第 3 章で述べたとおり、感染症と NCD の二重負担が保健セクターの大きな課題となりつつある。HNPS（前セクタープログラム）ではがん、循環器疾患、糖尿病を主要な公衆衛生課題として特定し、その予防とコントロールに取り組んだが、公共部門は予防に専念し、投資と第 3 次医療サービスは民間にゆだねる形であり、MDGs フォーカスの中で NCD の優先度は低かった。大都市には国立専門機関病院・センターがあり NCD の診断・治療サービスを提供している。

「NCD 予防とサーベイランス・戦略計画 2011-2015 年」が策定され、HPNSDP 下で NCD 対策は 32 あるの OP の一つとして策定されている。主要対象疾患は、砒素中毒、循環器疾患、脳血管系疾患、がん、糖尿病、眼疾患、精神保健、聴覚障害、口腔保健、交通事故と外傷、女性への暴力、緊急時への準備と対応、労働保健、喫煙コントロールと薬物中毒となっている。

#### 4.5 栄養対策

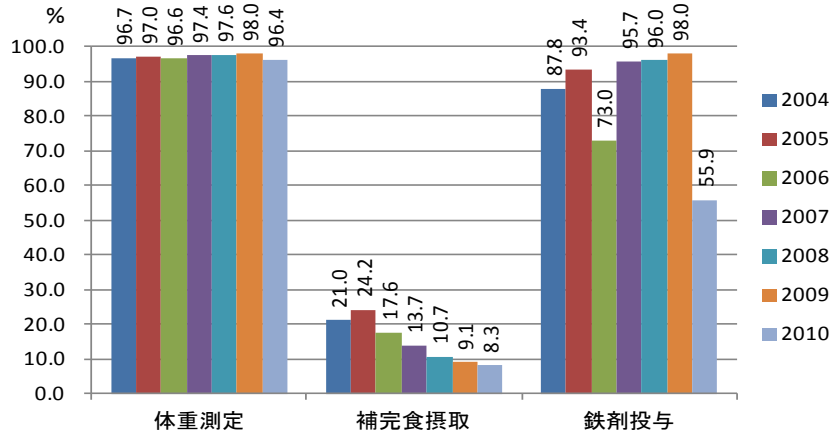
子どもの栄養状態の改善はバングラデシュの長年の課題であり、MDG1（低体重児の減少）の達成見込みも低いと推定されている。これらの状況から、HPNSDPでは公衆栄養学研究所（IPHN）を通じて実施されていた栄養プログラムと前セクタープログラムのもとで実施されていた 2 つの栄養プログラムを統合し、国家栄養サービス（NNS）として一つの OP のもとに実施している。NNSには、妊婦の体重モニタリング・補完食、完全母乳栄養、子どもの成長モニタリング・補完食、微量栄養素<sup>30</sup>補給、子どもの駆虫、経口補液（ORS）への亜鉛補給、BCC、重篤消耗症<sup>31</sup>の治療、低体重児出産の管理、学校保健・栄

<sup>30</sup> ビタミン A、鉄、ビタミン D、カルシウム等

<sup>31</sup> WHO の “WHO Child Growth Standards”の基準による身長相応の体重を持つ基準集団（生後 0～59 ヶ月）の体重の中央値からの標準偏差がマイナス 2 未満（中度）／マイナス 3 未満（重度）の状態。急性栄養不良の状態

養、栄養強化食品<sup>32</sup>、食品衛生・安全性、食生活ガイドラインに関するサービス及び活動が含まれている。

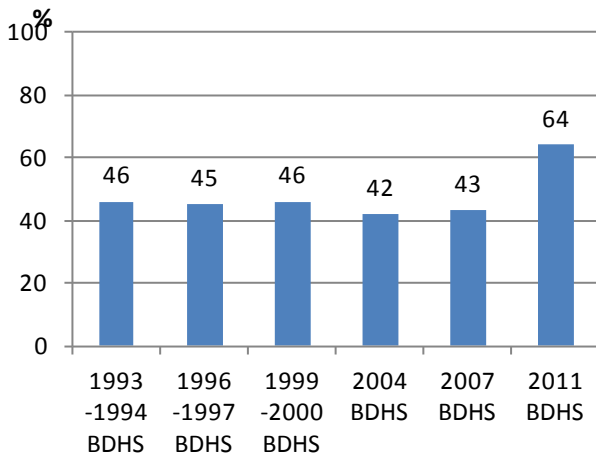
サービス及び活動の推移を図 4-8 から 4-10 に示す。



出典： MIS (Management Information System), DGHS, MoH&FW, Health Bulletin 2011 [14]

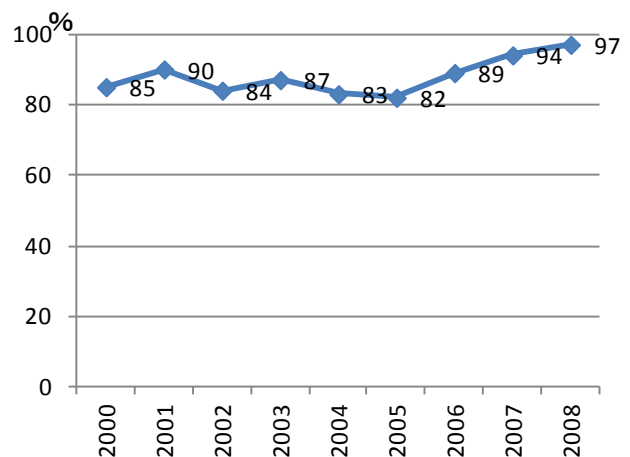
図 4-8 国家栄養プログラム下の 109 郡における妊婦への栄養関連サービスカバレッジの推移(2004-2010 年)

生後 6 ヶ月間の完全母乳育児率は BDHS 2007 まではほとんど増加していなかったが、BDHS 2011 の結果では 64%にまで改善した。しかし、適切な食物摂取をしている 6-23 ヶ月の子どもは 21%にとどまっており、子どもの適切な食事 (IYCF) 指導を強化する必要がある。



出典： NPORT/Mitra and Associates/MEASURE DHS, ICF International, Bangladesh Demographic and Health Survey 2011: Preliminary Report [20]

図 4-9 6 ヶ月未満児の完全母乳育児の割合 (%)



出典： UNICEF, Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition: A survival and development priority [45]

図 4-10 6-59 ヶ月児のビタミン A 投与率 (%)

<sup>32</sup> ヨウ素、ビタミン A 添加食品

## 第5章 保健医療システムの状況

### 5.1 保健人材

#### 5.1.1 保健人材の現状

保健医療サービス提供者の資格、保健・家族福祉省のプライマリヘルスケア（PHC）サービス提供体制における配置施設とその役割の概要を表 5-1 に示す。

表 5-1 PHC サービス提供施設における主な保健医療従事者

職種	養成機関・期間	保健・家族福祉省での配置先	備考
一般医師	医科大学 5 年 + インターン 1 年	・ 郡病院 (UHC) ・ 母子保健・家族計画ユニット ・ ユニオン保健・家族福祉センター (UHFWC)	医師の勤務先： 公共セクター 38% 民間セクター 58%
看護・助産師	看護大学 4 年	・ UHC ・ UHFWC ・ ユニオン・サブセンター	ジュニア看護師は助産師不足解消のために 2009 年に新設
看護・助産師 (ディプロマ)	看護学校 3 年		
看護・助産師 (ジュニア)	看護学校 2 年		
医療補助員 (MA)	MA 養成学校 3 年	・ UHC ・ UHFWC	保健サービス総局 (DGHS) が雇用
保健監視員 (HI) ・ 保健監視補助員 (AHI)		・ UHC ・ UHFWC ・ ユニオン・サブセンター	DGHS が雇用
保健補助員 (HA)	県研修チームによる研修 6 ヶ月	コミュニティレベルで活動	DGHS が育成・雇用 地元出身者を採用
家族計画医療補助者 (SACMO)	MA 養成学校 3 年	・ UHFWC ・ 母子福祉センター (MCWC)	家族計画総局 (DGFP) が雇用
女性福祉訪問員 (FWV)	FWV 研修所 18 ヶ月	・ 母子保健・家族計画ユニット ・ UHFWC ・ MCWC	DGFP が雇用 * 1997 年以降、養成・採用なし
家族計画監視員 (FPI)		・ UHFWC ・ MCWC	DGFP が雇用
女性福祉補助員 (FWA)	FWV 研修所・地域研修センター 6 ヶ月	コミュニティレベルで活動	DGFP が雇用 地元出身者を採用
コミュニティ助産専門技能者 (CSBA)	CSBA 養成所 (産科研修 6 ヶ月 + 9 ヶ月実地 + 3 ヶ月フォローアップ)	コミュニティレベルで活動 (正常分娩のケアと合併症を伴う産婦のリファーマー)	FWA・女性の HA が研修・実地を受けて CSBA となる。
コミュニティ・ヘルスケアプロバイダー (CHCP)	UHC レベルでの研修 3 ヶ月	コミュニティ・クリニック (CC)	現政権 (アワミ政権) 下の CC 再活性化プロジェクトによる

出典： 1. UNSW (Human Resources for Health Knowledge Hub). Human Resources for Health in Maternal, Neonatal and Reproductive Health at Community Level: A Profile of Bangladesh. 2011 [46]  
2. MOH&FW. Community Clinic. Community Clinic. [47]

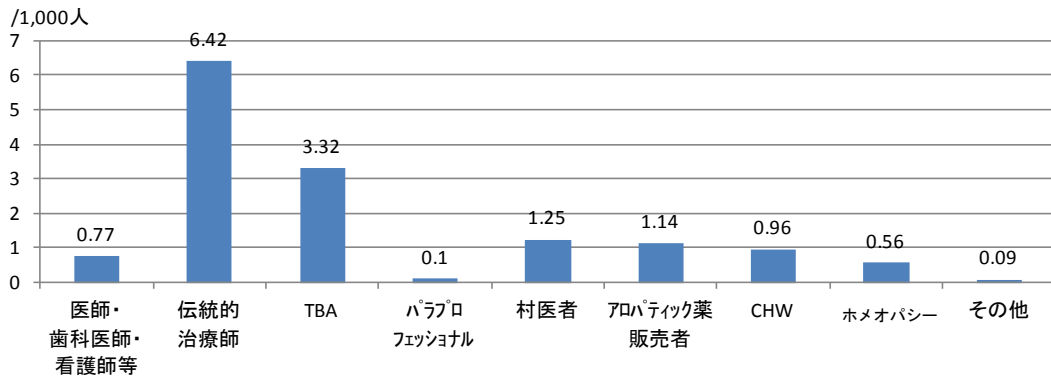
WHO 世界保健データ (WHO-GHO) によれば人口 1,000 人当たりの各職種の数は他国と比較して非常に低い (表 5-2)。医師・歯科医師・看護師の合計数はアジア・太平洋諸国 18 カ国の中で最も低い値である [48]。2007 年に、低所得国の医師/人口比及び医師/看護師/医療技術者比 (1 : 3 : 5) から推定されたこれらの不足数は、医師 60,000 人、看護師 280,000 人、医療技術者 483,000 人であった [49]。また 2007

年に実施されたサンプル調査による推計では、資格のある近代的保健医療従事者（医師・歯科医師・看護師等）の割合は全体の 5.3%でしかなく、いわゆるインフォーマルセクターのサービス提供者の割合は 43.9%と非常に高い（図 5-1）。また村医者、ホメオパシー医、薬局販売員は資格を持たない、あるいは研修を受けていない者も多く、これらのサービス提供者によるケアの質も問題である。

表 5-2 主要保健人材数(人口 1,000 人当たり)： 近隣国との比較

国	年	医師	看護師/助産師	歯科医師	検査技師等	CHW 等
Bangladesh	2007	0.295	0.272	0.019	0.026	0.331
Sri Lanka	2007	—	1.930	0.083	0.075	—
	2006	0.492	—	—	—	—
Myanmar	2008	0.457	0.798	0.049	—	—
	2004	—	—	—	—	0.081
Pakistan	2009	0.813	0.557	0.057	—	0.063
	2004	—	—	—	0.060	—

出典： WHO. Global Health Observatory. Global Health Observatory [50]



(注) パラプロフェッショナル：MA、SACMO、FWV、検査技師  
村医者のほとんどは西洋医学で使用される医薬品を処方する。一部はセミフォーマルな研修を受けている。  
出典： Bangladesh Health Watch. The State of Health in Bangladesh 2007: Health Workforce in Bangladesh - Who Constitutes the Healthcare System? 2007 [49]

図 5-1 人口 1,000 人当たりの保健人材数 (2007 年)

保健・家族福祉省の職員ポストの空席数は表 5-3 及び表 5-4 に示すとおりで、平均でポストの 20%前後は空席であり（代替医療関連のポストを除く）、地域またはクラスによっては 50%以上である。また保健サービス提供を支援する医薬品行政総局（空席率 52-77%）や看護サービス局（同 13-99%）でより深刻である。

表 5-3 DGHS 及び DGFP 職員ポストの空席率(%)

(2011 年 6 月現在)

管区	DGHS						DGFP
	パリサル	チッタゴン	ダッカ	クルナ	ラジシャヒ	シレット	全国
ポスト数	8,604	20,241	39,828	12,172	26,810	8,055	115,710
空席率 (%)	21	23	16	21	21	22	20

出典： MIS (Management Information System), DGHS, MoH&FW. Health Bulltin 2011. 2012 [14]

表 5-4 職種別の DGHS 職員ポストの空席率(%)

(2011年6月現在)

医療技術者	薬剤関連	臨床検査	放射線	放射線療法	理学療法	歯科	全国
ポスト数	2,903	1,779	715	56	199	525	6,177
空席率(%)	27	24	11	45	84	6	24
ケア提供者	MA	HI	AHI	HA			全国
ポスト数	5,411	1,399	4,198	20,815			26,412
空席率(%)	22	20	13	7			9
代替医療	ユナーイー医師	アユルベーダ医師	ホメオパシー医師	調剤士	薬草園補助員		全国
ポスト数	66	66	66	64	467		729
空席率(%)	77	77	77	0	0		21

出典：MIS (Management Information System), DGHS, MoH&FW. Health Bulltin 2011. 2012 [14]

2007年に実施されたサンプル調査 [49]で、ダッカ管区、チッタゴン管区で保健人材が多く、また都市部で多いことが明らかであった。また医師一人当たりの看護師数はクルナ以外では0.1-0.7で(表5-5)、全国平均では0.4(医師2人に看護師1人以下)で、医師数に対する看護師数の比が世界で最も低い国となっている。管区間及び都市・農村部間の格差は、表5-5以外のその他の保健人材でも同様の傾向である。

表 5-5 主要保健人材(人口1,000人当たり)の分布状況：管区別及び都市部・農村部別

	管区						地域	
	パリサル	チッタゴン	ダッカ	クルナ	ラジシャヒ	シレット	都市部	農村部
医師	1.7	4.8	10.8	1.3	2.1	2.2	18.2	1.1
看護師	0.9	3.6	2.8	1.9	1.1	0.4	5.8	0.8
歯科医師	0.3	0.3	0.5	0.05	0.0	0.0	0.08	0.8
看護師/医師	0.5	0.7	0.2	1.4	0.5	0.1	0.7	0.3

出典：Bangladesh Health Watch. The State of Health in Bangladesh 2007: Health Workforce in Bangladesh - Who Constitutes the Healthcare System? 2007 [49]

このように、保健人材については、数の不足、職員の不在、質の管理の不足、不適切な配置、アンバランスなスキル・ミックス<sup>33</sup>等の問題がある。保健人材の問題はこれまでも重ねて指摘されてきたが、総合的な取り組みは行われておらず、保健・栄養・人口セクタープログラム(HNPSP)においても優先度は高かったものの、実際には十分な取り組みは実施できなかった。同プログラムの終了時評価では、保健人材に係る課題は保健セクター開発のボトルネックの一つとされており、保健・人口・栄養セクター開発プログラム(HPNSDP)では保健人材開発計画の策定<sup>34</sup>、機能的な保健人材情報システムの創設、保健人材の養成と雇用(特に看護師)、僻地・農村部勤務におけるインセンティブ・パッケージの導入等が目標に挙げられている。

### 5.1.2 人材供給体制

主要な人材養成機関と学生数は表5-6のとおりである。また2010年に新たに医師・歯科医師となった者は1,763人であったが[14]、その他の職種については今回調査範囲では情報が入手できなかった。

<sup>33</sup> 多職種の混合(あるいは協働)のこと。ひろく多職種の混合と職種間の権限委譲・代替により効率的・効果的なケアの提供を目指す。

<sup>34</sup> 既に保健人材マスタープラン2010-2040年は策定されているが、ウェブ上で入手できなかった。

表 5-6 保健人材の養成機関数と受け入れ学生総数

職種	養成機関・研修所	施設数			学生総数		
		公立	私立	計	公立	私立	計
卒後（大卒以上）教育	大学・研究所・専門病院	23	10	33	2,053	169	2,222
医師（一般医師）	医科大学（カレッジ）	19*	44	63	2,555	3,345	5,900
歯科医師	歯科大学	3	13	16	210	770	980
代替医療従事者**	大学（医師）	2	-	-	100	-	100
	学校（ディプロマ）	1	61	61	-	-	NA
看護助産師	看護大学（学士）	4	-	4	500	-	500
	看護カレッジ（ディプロマ）	8*	9*	17	725	255	980
	看護学校（ディプロマ）	29	31	60	1,700	1,200	2,900
	助産師（ジュニア）養成校	-	10	10	-	-	280
MA	MA 養成学校（MART）	8	40	48	700	2,975	3,675
CSBA	CSBA 養成校	39	2	41	-	-	NA
医療技術者	学士	3	15	18	145	1,275	1,420
	医療技術学校	6	56	62	1,991	6,706	8,697
	（学生数内訳）	/			臨床検査	315	2,479
	放射線				305	520	
	理学療法				300	455	
	衛生検査				300	-	
	歯科				305	1,486	
	薬剤				305	1,641	
	放射線療法				120	-	
その他	41				125		
FWV	リージョナル研修センター	20	-	20	-	-	NA
	FWV 研修所	12	-	12	-	-	NA

（注） \* 軍管轄の学校1校を含む

\*\* 代替医療医師資格は5年+インターン1年、ディプロマ資格は4年間+インターン6ヵ月の教育期間

出典：MIS (Management Information System), DGHS, MoH&FW. Health Bulltin 2011. 2012 [14]

### 5.1.3 保健人材情報

保健人材情報は各局及びプログラムごとにはあるが、それぞれにおいても全ての人材情報が整備されているわけではない。また保健人材資源に関する包括的データが作成されておらず、全体像を示すデータ入手は困難である。保健人材情報のマネジメントと機能的な保健人材情報システムの開発は HPNSDP の課題となっている [51]。

## 5.2 保健医療サービス提供施設・機材

### 5.2.1 保健医療サービス提供施設

保健医療サービス提供体制の概要は表 4-1 に示したとおりである。表 5-7 に保健・家族福祉省下の施設概要を示す。これらの公的保健医療施設のほかに、多くの民間の病院・クリニック、診断センターがある（表 5-8）。



表 5-7 保健・家族福祉省下の保健医療サービス提供施設

医療レベル	地域レベル	施設の種類 *	施設数	病床数/施設	総病床数 **	カバー人口 (平均)
3次 2次	中央 /管区 (7)	国立卒後教育・研究機関 附属専門病院	7	100-660	2,174	
		医科大学・歯科大学等 附属病院 ***	21	20-1,700	10,480	
		専門センター・専門病院	5	0-500	950	
		感染症病院	5	20-100	180	
2次	県 (64)	県レベル病院 (県病院 53+総合病院 9)	53	100-250	9,050	230 万
		胸部疾患・結核病院、ハンセン病病院	15	20-150	676	
		その他の病院	6	50-100	305	
		※ (上記県レベル病院内) 母子保健・家族計画 (MCH-FP) クリニック	64	-	-	
		※ 母子福祉センター (MCWC)	62	-	-	
1次 /PHC	郡 (483)	郡病院 (UHC)	418	10-50	15,684	27 万
		その他の公的病院	45	10-31	890	
		※ (上記 UHC 内) MCH-FP エント	407	-	-	
		※ 母子福祉センター (MCWC)	12	-	-	
	ユニオン (4,501)	ユニオン・サブセンター (USC)	1,275	-	-	3 万
		ユニオン保健・家族福祉センター (UH&FWC)	87	-	-	
		※ ユニオン保健・家族福祉センター (UH&FWC)	3,719	-	-	
		※ 準診療所	1,275	-	-	
	ワード (40,509)	※ 母子福祉センター (MCWC)	23	-	-	6 千
		コミュニティ・クリニック (CC)	10,323	-	-	
病院 (入院設備のある施設) 数と病床数の合計			584	-	40,389	

(注) \* ※の施設は DGFP 管轄下、それ以外は DGHS 管轄下、 \*\* 稼働病床数、  
\*\*\* 2011 年 3 月時点では新設 4 校は稼働していない。

出典： 1. MIS (Management Information System), DGHS, MoH&FW. Health Bulltin 2011. 2012 [14]  
2. DGFP, MOH&FW. Countrywide FP Service Outlets and Institutions. DGFP. [52]

表 5-8 管区別の民間保健医療施設の登録数\*

管区	パリサル	チッタゴン	ダッカ	クルナ	ラジシャヒ	ロングプール	シレット	合計
病院・クリニック	64	359	1,089	502	353	175	96	2,638
診断センター	147	1016	2,057	378	414	247	199	4,458

(注) DGHS の病院課に登録されている数

出典： Hospital Service Management, DGHS. Hospital Service Management. Hospital Service Management. [53]

### 5.2.2 保健医療機材及び施設・機材の保守管理

コミュニティ・クリニック (CC) から第 2 次医療施設までの施設レベルごとに、標準機材リストが策定されている [54]。施設・機材の保守管理には、県・郡レベル保健行政責任者<sup>35</sup>、住宅供給・公共事業省の公共事業局 (PWD) や保健・家族福祉省の保健エンジニアリング局 (HED)、建設管理・維持課 (CMMU)、国家電気機器・機材ワークショップ (NEMEW)、保健サービス総局調達担当部 (CMSD)、車両・機材維持管理組織 (TEMO) など、多くの機関が関わっている。

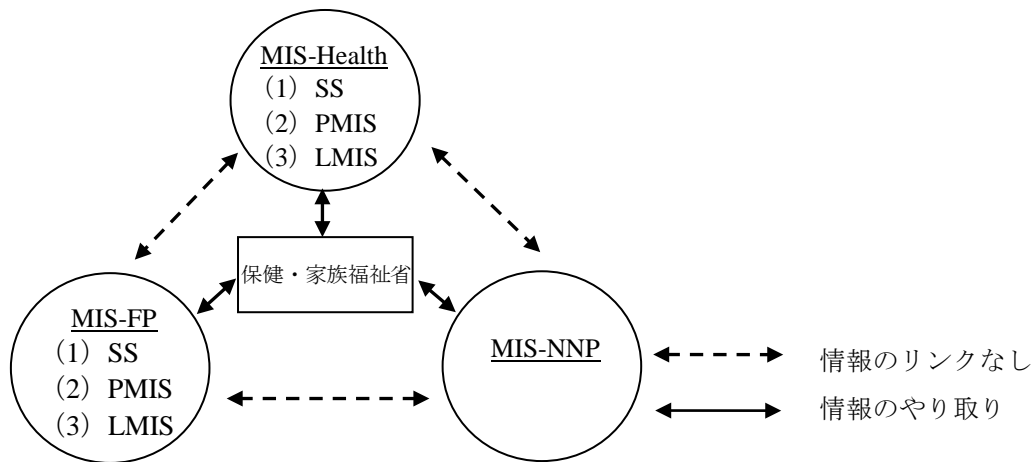
全国 50 カ所の第 2 次・第 3 次医療を対象に実施されたバングラデシュ医療機材調査の報告書 (2008 年) では、配備された医療機材のうち日常的に使用されているものは 34%にとどまり、配達されたが設置されていないもの 30%、故障中 13%、稼働するが使用しないもの 14%であった。2009 年の保健施設調査

<sup>35</sup> Civil Surgeon (UHC の管理責任者)

によると、郡以下の DGHS 施設における機材については、基本的機材の 30%以上が行方不明であり、救急車、レントゲン、発電機の稼働率はそれぞれ 38%、43%、31%であった。また県病院及び UHC のうち、75%以上の基本的検査機器及び消耗品を保有していたのはわずかに 18%であった [12] [35]。これらは調達システム（ニーズ評価、調達の遅れによる保証期間の減少、現場で機種・仕様選定ができない等）や保守管理システム（予算が不足、中央管理による迅速さの不足、設置時の取り扱い説明・研修の不足等）に原因があると考えられる。

### 5.3 保健情報システム

保健・家族福祉省下には主な管理情報システム (MIS) として、DGHSの保健MIS (MIS-Health)、家族計画総局 (DGFP) の家族計画MIS (MIS-FP) があり、それぞれ大きく分けて3つのコンポーネント、保健医療サービス利用情報 (SS)、人材管理情報システム (PMIS)、ロジスティクス管理情報システム (LMIS) があり、さらに国家栄養プログラムのMIS (MIS-NNP) がある<sup>36</sup> (図 5-2)。このほかに疾病対策プログラムごとにもそれぞれ情報システムがあり、さらに医薬品行政総局や看護サービス局の情報システム、施設・資機材の維持管理のための情報システム等がある。また都市部PHCサービス情報は他省



(MOLGRDC) 管轄である。

出典： Health Metrics Network Secretariat, MOH&FW. Health Information System Assessment: Bangladesh Country Report .: Health Metrics Network Secretariat, MOH&FW, 2009 [55]

図 5-2 保健・家族福祉省における主要 MIS

SS は、表 4-1 の最下段のフィールドワーカー及び各レベルの施設から行政担当官へ報告され、まとめられ、順次、上位行政担当官へ報告される。情報は最終的に DGHS 及び DGFP でまとめられる。HNPSP 終了時評価では、これらは情報の提供（生産）はしているが、その活用・マネジメントについては不十分であり、特に管区以下ではモニタリング・評価や計画策定に活用されていないことが課題として指摘された。

<sup>36</sup> 2011 年からの HPNSDP では全ての栄養サービスが統合され、DGHS 及び DGFP のサービス提供体系の中に主流化された。これに伴い栄養サービスに関する MIS は変わっている可能性が大きい。

なお HPNSDP では保健・家族福祉省にセクタープログラムのための管理・モニタリングユニットが新設された。その目的のために必要なデータを統合する保健情報システムをデザインすることもプログラム実施計画（PIP）で示されている。

また、「e ヘルス」が HPNDSP の戦略として挙げられており、この数年でネットワーク化が進み、郡以上ではインターネットにアクセスできるようになっており、保健・家族福祉省はインターネット上での入力やデータ送信を推進する計画である。DGHS では今後もデジタル化を進め、CC まで全てインターネットのネットワークでカバーする構想である [14]。

## 5.4 医薬品等供給機能

### 5.4.1 現状

医薬品行政総局（DGDA）を監理当局として、国家医薬品政策（2005 年）に基づき、医薬品の製造・品質管理、登録、販売、輸出入等が法的に管理されている。また、医薬品は価格統制されている。必須医薬品リスト及び PHC 医薬品リストが策定されており、原則として同リストの医薬品処方を行うことになっている [12]。

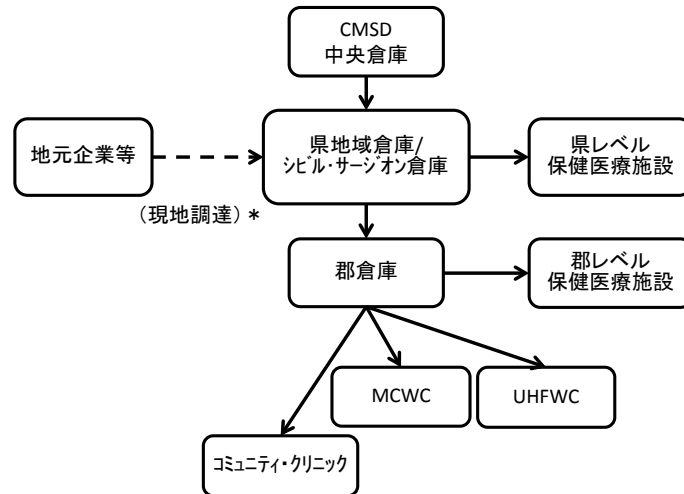
PHC 施設では、必須医薬品の安定した在庫が保たれていない。2009 年の保健施設調査では、調査対象の必須医薬品（19 品目）についてその 75%の在庫があった施設は全体の 9%であり、施設に在庫があった必須医薬品数の割合は平均で 58%であった。これらはドナーからの資金提供の遅れ、長期間かかる調達手続き、予算不足などによると考えられる [12]。

### 5.4.2 調達・供給システム

図 5 - 3 に DGHS の供給チェーンを示す。公共セクターの医療機材・機器、医薬品・医療品の調達は主として CMSD が、家族計画にかかわる避妊薬等は DGFP が行っており、それぞれが供給システムを持つ。すなわち、保健サービス提供ラインと同様に、DGHS / CMSD と DGFP の 2 つのラインが並行して存在する。全国に供給倉庫があり、さらに保健医療施設に供給される。一部（標準パッケージの医薬品等）を除き、調達、供給ともこれらの機関が中央で管理している<sup>37</sup> [12]。前セクタープログラムでは物品調達に複雑な手続きと長い時間がかかることが大きな課題であった。その改善のために管理のコンピュータ化の推進、保健・家族福祉省下に調達・供給管理セル（PLMS）の設置することなどが進められている。

2 つの総局の MIS は、ロジスティクス管理のための MIS（LMIS）をサブシステムと有しており、現在デジタル化が進められており、ウェブ上でデータ入力を行うシステムに移行しつつある。

<sup>37</sup> 医科大学病院及び特殊専門病院については、調達は CMSD が行うが、供給は別のロジスティクス・マネジメント・システムがある。



(注)シビル・セッションは予算の一部で現地調達できる権限を持つ。

出典： The World Bank. Bangladesh Health Sector Profile 2010, Final Version. 2010 [12] から作図

図 5-3 DGHS の医薬品等の供給チェーン

## 5.5 保健財政

世界銀行のデータによれば、バングラデシュの保健総支出は一人当たり 57.3 米ドル（購買力平価）で、近隣諸国の中で最も低い（表 5-9）。保健総支出及び公的保健支出はそれぞれ国内総生産（GDP）の 3.5%（2010 年）及び 1.2%（2009 年）で周辺諸国と比較して低い。また低所得国にもかかわらず個人支出の割合が最も高くなっており、単純に計算すると一人当たり 36.7 米ドル（購買力平価）となる。

表 5-9 保健支出に関するデータ：近隣諸国との比較

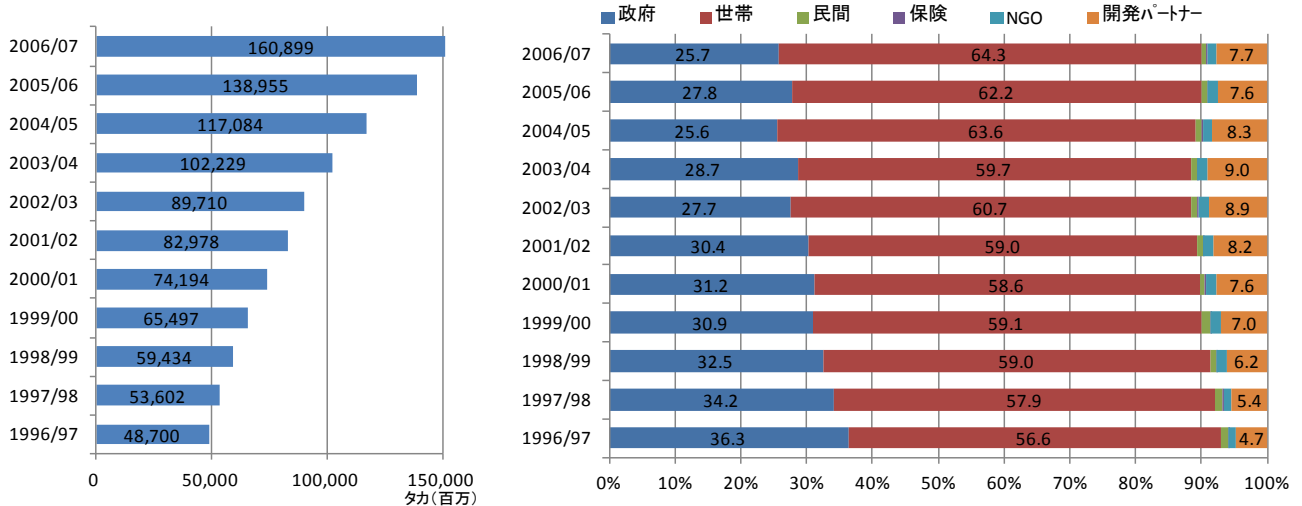
	バングラデシュ	アフガニスタン	インド	ネパール	パキスタン	スリランカ
一人当たり保健支出 (PPP US\$)	57.3	44.5	132.2	66.3	58.7	148.4
保健総支出 (対 GDP) (%)	3.5	7.6	4.1	5.5	2.2	2.9
公的保健支出 (対 GDP) (%) *	1.2	1.6	1.4	2.1	0.9	1.8
個人保健支出 (対保健総支出) (%)	64.1	83.0	61.2	48.3	50.5	44.9

(注) \*は 2009 年、それ以外は 2010 年

出典： The World Bank. World Development Indicators. (オンライン) The World Bank, 2011 年. <http://databank.worldbank.org/>. [5]

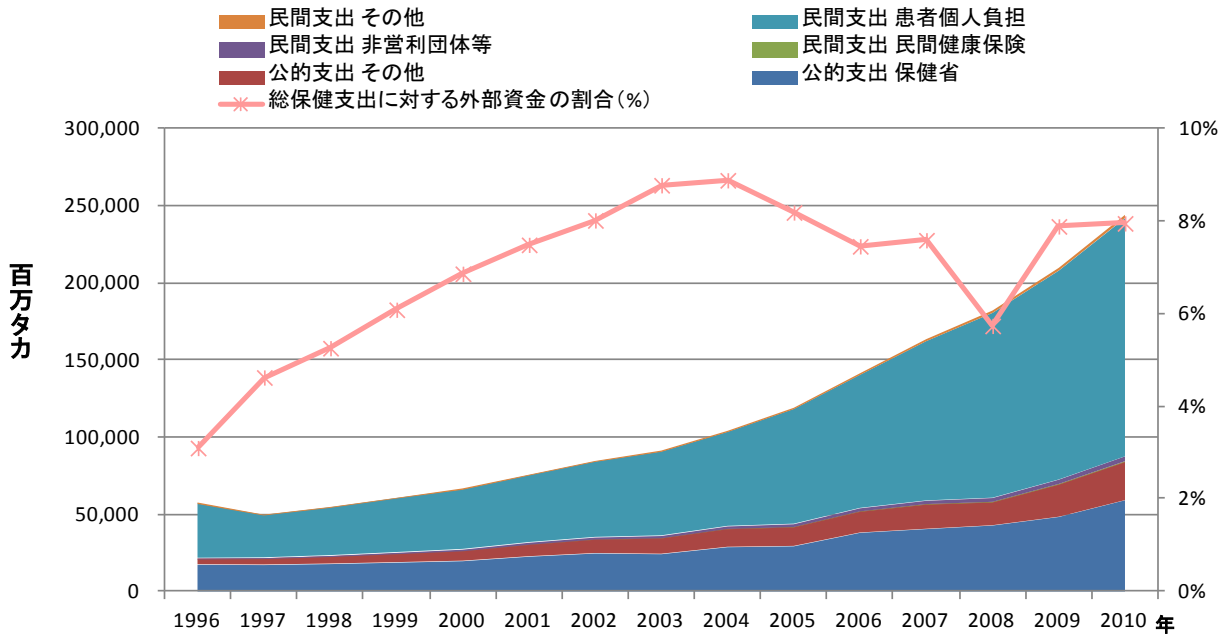
バングラデシュ国家保健会計（BHNA）1997-2007 年報告書によれば、保健総支出は実質で毎年 4-12% 増加しており、2006/07 年度は 1997/98 年度の約 2 倍となった。これは一人当たり約 16 米ドルであった。公的支出（政府＋開発パートナー）は額では増加し続けているが、全体に占める割合は減り続けており、一方、世帯（個人）支出の割合は増加し続けている（図 5-4 及び図 5-5<sup>38</sup>）。世帯に占める保健支出の割合は貧困層で大きく、人口の 12% が保健支出のために大きな問題を抱える可能性があることが指摘されている [12]。

<sup>38</sup> 図 5-4 は政府によるデータ、図 5-5 は WHO による統計データに、それぞれ基づいて作成したもの。金額に差はあるが傾向は概ね一致している。



出典： MIS (Management Information System), DGHS, MoH&FW. Health Bulltin 2011. 2012 [14]

図 5-4 保健支出合計の推移とその内訳



年	1995		2000		2005		2010	
公的支出	19,456	(36.1%)	26,041	(39.0%)	41,505	(34.9%)	83,620	(34.3%)
保健省	-		19,456		29,012		58,623	
その他	19,456		6,585		12,493		24,996	
民間支出	34,378	(63.9%)	40,702	(61.0%)	77,432	(65.1%)	160,204	(65.7%)
民間健康保険	4		54		224		469	
非営利団体等	477		1,019		1,765		3,127	
患者個人負担	32,984	(61.3%)	38,719	(58.0%)	74,506	(62.6%)	154,628	(63.4%)
その他	912		910		937		1,980	
総保健支出	53,834		66,743		118,937		243,823	
外部資金*	1,612	(3.0%)	4,578	(6.9%)	9,734	(8.2%)	19,381	(7.9%)

注： 付表の括弧内は総保健支出に対する割合（主要なもののみ算出）

\*外部資金は OECD/DAC のデータに基づいており、総保健支出に含まれる。

出典： Global Health Expenditure Database, WHO [1] より調査団作成

図 5-5 保健支出財源の推移

開発パートナーによる保健セクター支援は、セクターワイドアプローチによりプールファンドへの資金拠出が行われている。BHNAによると HNPSP が開始された 2003/04 年度から 2006/07 年度に、主要ドナーのプールファンドへの拠出割合が毎年増加し、12.3%から 70.6%に増加した。一方、活動実施計画(OP)への並行資金拠出及び OP 以外の並行資金拠出の割合は小さくなった [56]。

HPNSDPのPIPによれば、その予算総額（2011-2016 年）は 569,935.4 百万タカ（約 77 億米ドル<sup>39</sup>）であり、開発支出予算が 39%となっている。資金源は表 5-10 のとおりで、開発パートナーによる支援が全体の 24%を占めている。

表 5-10 HPNSDP の予算総額

	内訳	(百万タカ)	%
政府	経常支出予算	348,168.80	61
	開発支出予算	86,035.00	15
	小計	434,203.80	76
開発パートナー	プールファンド	86,979.10	15
	その他	48,752.50	9
	小計	221,766.60	24
総計		569,935.40	100

出典：Planning Wing, MOHFW. HPNSDP Program Implementation Plan Volume I. July 2011 [38]

## 5.6 保健医療行政

保健医療行政は中央集権的に実施されており、コミュニティレベルのスタッフまで全て保健・家族福祉省の職員である。保健・家族福祉省は中央行政機関として国家政策・計画の策定、意思決定及び資金調達・予算管理を行う。また、その政策・計画実施部門として、DGHS、DGFP、医薬品行政総局、看護サービス局があり、実施支援組織として保健エンジニアリング局、輸送車・機材維持管理部門、国家電気医療機器維持管理ワークショップ、必須医薬品公社がある。また、表 4-1 に示したように、サービス提供体制は 2つのラインがあり、DGHS 及び DGFP のもとに、管区、県、郡のそれぞれのレベルに行政担当官が置かれている。このことによるサービスや人材の偏在・重複による非効率性が HNPSP の評価で指摘されている。保健サービスと家族計画の活動の機能的統合が 2000 年の国家保健政策及び一次のセクタープログラムで考えられていたが、実現しなかった。

また予算管理なども施設職員の頭数で配分されるようなところがあり、必ずしもその施設がカバーする人口規模に見合っていない、医薬品の供給も表面上はプルシステムであるが、実際にはプッシュシステムとなっていると指摘されている [12]。またプロジェクトやプログラムの計画、モニタリング・評価も全体としての計画、モニタリング・評価が中央で実施されるが、ユニオンや郡レベルの現場のニーズが反映されていない、現場がモニタリング・評価を行っていないなどの問題点がある。一方で中央では 32もの OP (HNPSP では 38) の管理、モニタリング・評価、情報管理、調達・供給管理等が複雑でこれをこなすのが大きな負担となっており、中央集権的な運営管理の限界も見えている [12] [35]。

HNPSP に引き続き、現行の HPNSDP はローカルレベルプランニング (LLP) を一つの解決策として進めることとしており、パイロット後に全国に拡大する構想である。JICA の実施してきた「母性保護サービス強化プロジェクト」を通して郡及びユニオンレベルの行政能力強化と保健システム強化が図られており、同プロジェクト実施地域では地方レベルに LLP を行う充分な能力があると考えられている [35]。

<sup>39</sup> US \$ 1.00 = バングラデシュ・タカ 74.00 で計算されている。

## 第6章 ドナーの協力状況

### 6.1 援助協力枠組み

バングラデシュは保健セクターで 1990 年代からセクターワイドアプローチ（SWAps）を導入した国の一つで、現在第 3 次保健・人口・栄養セクター開発プログラム（HPNSDP）を実施中である。同プログラムに対する開発パートナーの支援は、62.5%がプールファンドといわれる世界銀行が管理する口座に拠出される予定である。政府・ドナー間の対話・調整は以下の会合等で行われる。またバングラデシュ支援会合である「バングラデシュ開発フォーラム」がほぼ毎年開催されている<sup>40</sup>。

#### 6.1.1 援助調整会議

援助協調はローカル・コンサルタティブ・グループの保健グループ会合（LCG-Health）とその下にあるサブグループを中心に行われる。政府・開発パートナー間の政策対話や調整メカニズムである LCG-Health は、四半期ごとに開催され、さらに母子保健、保健人材といったより焦点を絞ったサブグループ（タスクグループとワーキンググループ）が必要に応じて開催される。LCG-Health は保健・家族福祉省次官を議長とし、保健・家族福祉省の各部局、女性子ども省、計画省、財務省等の関連省の部局、開発パートナーをメンバーとする。2011 年 7 月に HPNSDP が開始され、2012 年 7 月現在では 9 つのタスクグループと 6 つのワーキンググループが設置されている<sup>41</sup>。この他、開発パートナー間の調整システムとして、毎月「保健コンソーシアム会合」<sup>42</sup>を開催し、情報共有、調整を行っている。

### 6.2 開発パートナー協力実績

世界銀行をはじめとして 14 の主要開発パートナーがセクタープログラムを支援しており、さらに世界基金及び GAVI アライアンス・保健システム強化（GAVI-HSS）の資金援助も受けている。セクタープログラムへの支援額は（2011 年 7 月の PIP の時点で）表 6-1 のとおりである。

<sup>40</sup> JICA バングラデシュ事務所からの情報

<sup>41</sup> タスクグループとして①M&E TG、②Financial Management TG、③Procurement TG、④Nutrition TG、⑤Human Resource TG、⑥Gender, Equity, Voice and Accountability TG、⑦Health Financing Resource TG、⑧MNCH&FP TG、⑨Sector Management TG があり、⑦の下に Alternative Source of Health Care Financing WG と Budgeting WG、⑧の下に MNCAH WG と DSF WG、⑨の下に Urban Health WG と Sector Coordination WG の 6 つのワーキンググループがある。

<sup>42</sup> メンバーは AusAID、DFID、CIDA、EC、GDC、JICA、SIDA、USAID、UNAIDS、UNDP、DNFPA、UNICEF、WFP、WHO、FAO、ADB、WB であり、議長はドナーの中から互選される。

表 6-1 セクタープログラムへの支援額

開発パートナー (国際機関)	支援額 (百万米ドル)	開発パートナー (二国間)	支援額 (百万米ドル)
世界銀行 (国際開発協会 (IDA))	358.90	米国国際開発庁 (USAID)	285.00
国連児童基金 (UNICEF)	130.00	英国国際開発省 (DFID)	191.00
世界保健機関 (WHO)	75.00	カナダ国際開発庁 (CIDA)	106.76
世界基金	71.85	スウェーデン国際開発庁 (SIDA)	80.00
国連人口基金 (UNFPA)	46.00	独立行政法人日本国協力機構 (JICA)	70.00
GAVI アライアンス・保健システム強化支援 (GOVI-HSS)	37.67	オーストラリア国際開発庁 (AusAID)	36.64
欧州委員会 (EC)	27.00	ドイツ技術協力公社 (GIZ)	3.60
国連合同エイズ計画 (UNAIDS)	6.00		
		合計	1,556.13

出典： Planning Wing, MOHFW. HPNSDP Program Implementation Plan Volume I. July 2011 [38]

主要ドナーの支援概要を表 6-2 及び以下にまとめる。

表 6-2 主要開発パートナーの重点支援分野

	期間	子どもの健康	女性の健康	HIV/ エイズ	結核	マラリア	保健 システム
WHO	2008-2013						○
世界銀行	2011-2014	○	○				○
UNICEF		○	○	○			
世界基金				○	○	○	
USAID	2011-2016		○				○
DFID	2011-2015	○					○

出典： 各ドナー資料及びウェブサイト (以下参照)

### (1) 世界保健機関 (WHO)

国別協力戦略 (2008-2013) では、公衆衛生サービスへの有効な介入によるユニバーサルカバレッジの実現、国境を越えた疾病予防の強化、社会・経済・環境など健康に影響を及ぼしうる他セクターとの連携、保健省のガバナンスの向上と能力強化など、おもに保健省レベルにおけるガイドライン策定支援や能力強化、アドバイザーなどの技術支援を行っている [57]。

### (2) 世界銀行

2011-2014 年の国別支援戦略において、保健セクターでは、SWAps を通じて HNPSP の実施を資金面から支援するとともに、地方におけるサービス提供の向上、特に母子保健サービスへの貧困層のアクセス向上に重点を置いている [58]。

### (3) 国連児童基金 (UNICEF)

妊産婦及び新生児ケア、子どもの健康、栄養、HIV/エイズを重点分野としている。妊産婦及び新生児ケアについては、世界保健機関 (WHO)、国連人口基金 (UNFPA) との合同プログラムによって産前健診及び緊急産科ケアの向上のため、191 の公的保健施設の整備や機材供与、研修を行っている。子どもの健康に対しては、予防接種及び学校等における外傷の予防と洪水などの災害時への備えについての支援



を行っている。栄養では、ビタミン A、寄生虫駆除、ヨード添加塩、貧血予防、災害時の女性と子どもへの緊急食糧支援などを行っている。HIV/エイズでは、学校や青年センター、勤労児童のための学習センターなどにおける教育と啓発、親から子への感染防止、44 県 164 か所の Drop-in センターへの支援等を行っている [59]。

#### (4) 世界基金

表 6-3 に世界基金による支援の状況をまとめる。

表 6-3 世界基金による、HIV/エイズ、結核、マラリア対策支援

種別	ラウンド	タイトル	資金受入責任機関	署名時予算額	フェーズ及び現状
HIV/エイズ	2	バングラデシュ HIV/エイズ予防拡大	バングラデシュ保健・家族福祉省	US\$ 3,354,432	継続供与 I - 実施中
	2	バングラデシュ HIV/エイズ予防拡大	セーブ・ザ・チルドレ、バングラデシュ事務所	US\$ 26,759,601	継続供与 I - 実施中
	2	バングラデシュ HIV/エイズ予防拡大	国際下痢性疾患研究センター (icddr,b)	US\$ 12,227,401	継続供与 I - 実施中
	6	バングラデシュにおけるハイリスク人口及び影響を受けやすい若者における HIV 感染予防・対策	バングラデシュ財務省	US\$ 20,216,223	フェーズ II - 終了
結核	8	結核：横断的介入のための保健システム強化	バングラデシュ財務省	US\$ 1,903,392	フェーズ I - 実施中
	単一プログラム助成金	(タイトルなし)	バングラデシュ農村向上委員会 (BRAC)	US\$ 13,608,944	フェーズ I - 実施中
	単一プログラム助成金	結核：ラウンド 8 と統合したラウンド 10 提案書	バングラデシュ財務省	US\$ 8,803,385	フェーズ I - 実施中
マラリア	6	バングラデシュ、マラリア提案書	バングラデシュ財務省	US\$ 14,102,704	フェーズ II - 終了
	単一プログラム助成金	バングラデシュにおけるマラリア予防・対策のカバレッジ拡大	バングラデシュ農村向上委員会 (BRAC)	US\$ 5,389,849	フェーズ I - 実施中
	単一プログラム助成金	バングラデシュにおけるマラリア予防・対策のカバレッジ拡大	バングラデシュ財務省	US\$ 12,382,922	フェーズ I - 実施中

出典：世界基金, Country Grant Portfolio, 2012 [60]

#### (5) 米国国際開発庁 (USAID)

2011-2016 年の国別開発協力戦略において、保健セクターでは、1) 啓発活動などを通じた家族計画及びリプロダクティブヘルス・サービス利用の向上、2) 地方及び都市部貧困地区における必須家族計画・保健・栄養サービス利用の向上、3) モニタリング評価能力の向上などによる国家からコミュニティレベルまでの保健システムとガバナンスの強化、の 3 つの戦略プログラムを実施するとしている。また、全国を対象としてはいるが、図 6-1 に示すように特に状況の悪い地を優先地域としている [61]。



出典： Bangladesh Country Development Cooperation Strategy FY2011-FY2016, USAID, 2011 [61]

図 6-1 USAID の 2011-2016 年支援戦略における優先地域

### 日本の協力実績と現状把握

日本はこれまでに、ポリオ撲滅、病院建設支援、医療機材供与、リプロダクティブヘルス・母子保健分野での人材開発支援などのほか、砒素対策や顧みられない熱帯病対策への支援も行っている。また過去 10 年ほどは母子保健分野への支援が中心となっており、その協力実績を踏まえ、セクタープログラムに基づき、2011 年から技術協力プロジェクト（母性保護サービス強化プロジェクト、フェーズ II）を開始し、同時に保健セクターで初めての円借款事業（母子保健改善事業（保健・人口・栄養セクター開発プログラム）フェーズ 1）の支援を開始した。これらは母性保健サービスの向上のみでなく、同活動を通じた地方行政のキャパシティ向上、地域保健システム強化も目指している。

表 6-4 日本の保健セクターにおける近年の支援実績

スキーム	協力年度	名称
技術協力	1988-1992	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
	1999-2004	バングラデシュ国リプロダクティブヘルス人材開発
	2005-2008	持続的砒素汚染対策プロジェクト
	2006-2011	母性保護サービス強化プロジェクト
	2011-2016	顧みられない熱帯病対策－特にカラ・アザールの診断体制の確立とベクター対策研究プロジェクト
	2011-2016	母性保護サービス強化プロジェクトフェーズ 2
	2008-2010	砒素対策政策アドバイザー（個別専門家）
	2010	砒素対策技術アドバイザー（個別専門家）
	2009-2011	保健省アドバイザー（個別専門家）
	2011-2013	保健アドバイザー（個別専門家）
有償資金協力	2011-2016	母子保健改善事業（保健・人口・栄養セクター開発プログラム）（フェーズ 1）
無償資金協力	2000	第四次ポリオ撲滅計画（UNICEF 経由）
	2000	母子保健研修所改善計画
	2001	第五次ポリオ撲滅計画（UNICEF 経由）
	2001	緊急産科医療サービス強化支援計画
	2002	ポリオ撲滅計画（ユニセフ経由）
	2002	砒素汚染緩和計画（ユニセフ経由）
	2003	緊急産科医療サービス強化支援計画
	2003	ポリオ撲滅計画（ユニセフ経由）
	2004	小児感染予防計画（ユニセフ経由）
草の根・人間の安全保障無償資金協力	2007	ルスラン病院サービス強化計画
	2007	ベドー保健センター建設計画
	2007	ブリッジ協会母子保健診療所建設計画
	2007	ライオンズ眼科病院増築計画
	2008	タティボンド村診療・研修センター建設計画
	2008	チッタゴン県村落診療所建設計画
	2008	フィラリア病院増築計画
	2008	ロワイル村診療所建設計画
	2009	マグラ県コミュニティ診療所建設計画
	2009	北部ダッカロータリークラブ眼科病院建設計画
	2009	チョンドルゴナ・キリスト教病院改善計画
	2010	ポリシャル母子診療所拡張計画
	2010	母子のためのコックスバザール病院訓練所建設計画
2010	モリオム眼科病院改善計画	
草の根技術協力	2008-2012	（支援型）バングラデシュ国における健康増進のための予防歯科モデル事業
	2009-2011	（パートナー型）バングラデシュ人民共和国 総合衛生教育を通じた地域住民の健康状態改善事業
	2009-2011	（パートナー型）ジョソール県オバイナゴール郡における砒素汚染による健康被害・貧困化抑制プロジェクト
フォローアップ協力	2003-2003	シシュ病院医療機材フォローアップ協力（資機材購送）
	2003	母子保健研修所改善計画 フォローアップ協力（フォローアップ調査）
	2004	母子保健研修所改善計画 フォローアップ協力（応急対策工事 1）
	2004	シシュ病院医療機材 フォローアップ協力（修理班派遣）
	2004-2005	母子保健研修所改善計画 フォローアップ協力（応急対策工事 2）

出典：外務省政府開発援助（ODA）国別データブック 2011 [1]  
外務省対バングラデシュ国事業展開計画（2012年4月） [62]  
国際協力機構ナレッジサイト [63]

## 第7章 保健セクターの優先課題

### 7.1 優先課題とその背景

#### 7.1.1 優先課題とその背景

バングラデシュの保健指標の改善は、全体としては MDGs 達成に向けて順調に進捗していると言える。その改善は国際的にも注目されており、これは保健セクターあるいは政府の努力に加えて、貧困削減対策、女子教育、その他の社会セクターの向上等の多セクターにおける改善と、多数の NGO や民間機関の支援もあってもたらされたものであるとしている [64]。一方、以下のような課題が残されている。

- 新生児死亡の高さと産後ケア提供の低さ
- 出産にかかわるサービス利用の低さ（特に、助産専門技能者（SBA）による出産、施設出産）
- 子どもの栄養状態の改善度の低さ
- 貧富の格差（貧困層でも指標は改善してきているものの、満足できるような値ではなく、富裕層とは大きな差）
- サービス利用の地域間格差
- 感染症と慢性疾患が混在する保健セクターの疾病の二重負担が始まっているが、これに応える十分な体制（サーベイランス、サービス提供、人材）の未整備

脆弱な保健システムの原因の一つは深刻な人材の不足と偏在である。また中央集権的な保健サービス提供もその原因となっている。ローカルレベル・プランニング（LLP）と郡保健システム（UHS）の構築による地域保健サービスの強化によるサービス向上が課題である。さらに民間セクターの急速な増大と保健・家族福祉省の監督責務も課題となっている。

#### 7.1.2 優先課題に対する政府及びドナーの取り組み

バングラデシュ政府は第3次セクタープログラム（HPNSDP）を実施中であり、15を超える開発パートナーが支援している。政府・ドナー間の対話・調整は、様々な政策対話や調整メカニズムである援助調整会議によって調整されている。こうした様々なメカニズムにより、開発パートナー間での情報共有、調整等を行い、随時政府側への伝達や協議も行き、二人三脚でセクタープログラムを実施している。

### 7.2 日本の支援の可能性

母子保健分野については詳細な調査と日本の支援についての検討が行われ、その結果 2011 年に技術協力プロジェクト（母性保護サービス強化プロジェクト、フェーズ 2）と円借款事業（母子保健改善事業（保健・人口・栄養セクター開発プログラム）、フェーズ 1）が開始されているので、本調査でさらに追加すべきことはないと考えられる。母子保健以外の分野において、日本が今後支援を行っていく対象としてニーズが高いと想定される分野を以下に示す。

### (1) 人材開発支援

保健セクターの最大の課題とされている保健人材開発への支援は、保健サービス向上と保健システム強化のために重要と考えられる。絶対数不足の解消は時間がかかると考えられるが、サービス提供者の質確保と管理のために、民間セクターも対象にした、カリキュラム、基準・ガイドライン作成支援、質の管理体制の構築、再研修制度の検討などへの支援が考えられる。これらの支援は、現行の日本の母子保健分野への協力における経験、実績に基づきさらに展開できる分野であると考えられる。また人事情報とリンクした人材管理情報システム構築への支援等も有用と考えられる。

### (2) 貧困層、遠隔地への特化したサービス

今後、様々な健康指標を向上させていくためには、これまでサービスの届きにくかった貧困層、遠隔地へのサービス供給を向上させていかななくてはならない。貧困層のいる地域や遠隔地への保健医療人材の配置、そのためのインセンティブ・パッケージの策定は政府も検討しているところであるが、貧困層への健康管理や保健サービスへのアクセス向上のための啓発活動、地域のインフォーマルセクターのプロバイダーの教育と活用、貧困層への保健サービス受診にかかわる負担の補助（交通費、機会費用、医薬品代、受診料等）、NGO との協働、コミュニティ組織への協力などを組み合わせた柔軟な支援が重要と考えられる。

### (3) その他の支援

上記のほかに、今後保健セクターの大きな課題となる以下の分野への支援が必要と考えられるが、本調査の範囲ではその内容について言及できる十分な調査はできていない。しかし日本の知見・経験も生かせる分野と考えられ、今後の情報収集と検討を重ねる必要があると考えられる。

- 非感染性疾患（NCD） 対策の支援
- 公的保険制度の構築支援

## 添付資料

- 添付 1 保健分野主要指標
- 添付 2 参考文献リスト

添付1: 保健分野主要指標(バングラデシュ人民共和国)

国名: バングラデシュ人民共和国 (People's Republic of Bangladesh)				MDGs	Sources	1990	2000	Latest	Latest year	Latest in Region	(Latest year)	Region		
0 基礎情報	0.1 人口動態	0.1.01	人口	Population, total		WDI	105,256,026	129,592,275	148,692,000	2010	1,633,146,000	(2010)	South Asia	
		0.1.02	人口増加率 (直近10年間の平均)	Population growth (annual %)		WDI	2.5	1.9	1.1	2010	1.4	(2010)	South Asia	
		0.1.03	出生時平均余命	Life expectancy at birth, total (years)		WDI	59.5	64.7	68.6	2010	65.3	(2010)	South Asia	
		0.1.04	粗出生率	Birth rate, crude (per 1,000 people)		WDI	35.7	27.2	20.3	2010	23.0	(2010)	South Asia	
		0.1.05	粗死亡率	Death rate, crude (per 1,000 people)		WDI	10.3	7.4	6.1	2010	7.9	(2010)	South Asia	
		0.1.06	都市人口率	Urban population (% of total)		WDI	19.8	23.6	28.1	2010	30.1	(2010)	South Asia	
	0.2 経済・開発状況	0.2.01	一人あたり国民総所得	GNI per capita, Atlas method (current US\$)		WDI	290	380	700	2010	1,175.9	(2010)	South Asia	
		0.2.02	経済成長率	GNI growth (annual %)		WDI	5.7	6.2	6.3	2010	8.0	(2010)	South Asia	
		0.2.03	初等教育就学率	Total enrollment, primary (% net)	2.1	WDI	64.4		95.5	2009	90.7	(2009)	South Asia	
		0.2.04	初等教育就学率における男女比	Ratio of female to male primary enrollment (%)	3.1	WDI	83.9		105.5	2009	95.0	(2008)	South Asia	
		0.2.05	成人識字率	Literacy rate, adult total (% of people ages 15 and above)		WDI			55.9	2009	61.1	(2009)	South Asia	
		0.2.06	人間開発指標	Human Development Index		HDR	0.19	0.48	0.50	2011	0.55	(2011)	South Asia	
		0.2.07	人間開発指標の順位	Human Development Index (rank)		HDR	135 / 160	145 / 173	146 / 187	2011				South Asia
		0.2.08	1日1.25ドル未満で生活する人口の割合	Poverty gap at \$1.25 a day (PPP) (%)		WDI		18.6	11.2	2010	8.6	(2008)	South Asia	
0.3 水と衛生	0.3.01	安全な水を使用する人口の割合	Improved water source (% of population with access)	7.8	HNP Stats	77	79	81	2010	90.0	(2010)	South Asia		
	0.3.02	改善された衛生設備を使用する人口の割合	Improved sanitation facilities (% of population with access)	7.9	HNP Stats	39	47	56	2010	38.3	(2010)	South Asia		
1 受益者の健康の状況	1.1 疾病構造	1.1.01	感染症、周産期および栄養の状態などにより死亡する年齢調整死亡率	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Communicable		GHO			344	2008	334	(2008)	South-East Asia	
		1.1.02	非感染性疾患で死亡する年齢調整死亡率	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Noncommunicable		GHO			702	2008	676	(2008)	South-East Asia	
		1.1.03	負傷で死亡する年齢調整死亡率	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Injuries		GHO			91	2008	101	(2008)	South-East Asia	
		1.1.04	感染症、周産期および栄養の状態などにより死亡する率	Cause of death, by communicable diseases and maternal, prenatal and nutrition conditions (% of total)		HNP Stats			37.7	2008	38.6	(2008)	South Asia	
		1.1.05	非感染性疾患で死亡する率	Cause of death, by non-communicable diseases (% of total)		HNP Stats			52.0	2008	51.5	(2008)	South Asia	
		1.1.06	負傷で死亡する率	Cause of death, by injury (% of total)		HNP Stats			10.2	2008	9.9	(2008)	South Asia	
		1.1.07	感染症による余命損失	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Communicable		GHO			52	2008	49	(2008)	South-East Asia	
		1.1.08	非感染性疾患による余命損失	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Noncommunicable		GHO			34	2008	36	(2008)	South-East Asia	
		1.1.09	負傷による余命損失	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Injuries		GHO			14	2008	15	(2008)	South-East Asia	
	1.2 母子保健	1.2.01	妊産婦死亡率	Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births)	5.1	MDGs	870	500	340	2008	290	(2008)	South Asia	
		1.2.02	青年期(15-19歳)女子による出産率	Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19)	5.4	MDGs		115.7	72.5	2010	72.8	(2010)	South Asia	
		1.2.03	5歳未満児死亡率	Mortality rate, under-5 (per 1,000)	4.1	MDGs	143.4	85.7	47.8	2010	67.0	(2010)	South Asia	
		1.2.04	乳児死亡率	Mortality rate, infant (per 1,000 live births)	4.2	MDGs	99.4	62.9	38.0	2010	51.6	(2010)	South Asia	
		1.2.05	低体重児出生率	Low-birthweight babies (% of births)		HNP Stats			21.6	2006	27.4	(2010)	South Asia	
		1.2.06	合計特殊出生率	Fertility rate, total (birth per woman)		HNP Stats	4.5	3.1	2.2	2010	2.7	(2010)	South Asia	
	1.3 感染症	1.3.01	15-24歳のHIV感染率(男性)	a) Prevalence of HIV, male (% ages 15-24)	6.1	MDGs			0.1	2009	0.1	(2009)	South Asia	
			15-24歳のHIV感染率(女性)	b) Prevalence of HIV, female (% ages 15-24)	6.1	MDGs			0.1	2009	0.1	(2009)	South Asia	
		1.3.02	マラリア有病率	Notified cases of malaria per 100,000 population	6.6	MDGs Database			1,510	2008				
		1.3.03	マラリアによる死亡率	a) Malaria death rate per 100,000 population, all ages	6.6	MDGs Database			3	2008	2	(2009)	Southern Asia	
				b) Malaria death rate per 100,000 population, ages 0-4	6.6	MDGs Database			2	2008	8	(2009)	Southern Asia	
		1.3.04	結核有病率	Tuberculosis prevalence rate per 100,000 population (mid-point)	6.9	MDGs Database	493	479	411	2010	267	(2009)	Southern Asia	
		1.3.05	結核罹患率	Incidence of tuberculosis (per 100,000 people)	6.9	MDGs	225	225	225	2010	192	(2010)	South Asia	
		1.3.06	結核による死亡率	Tuberculosis death rate (per 100,000 people)	6.9	MDGs	58	56	43	2010	29	(2010)	South Asia	
		1.3.07	15-49歳の推定HIV感染率	Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49)		HNP Stats	0.1	0.1	0.1	2009	0.3	(2009)	South Asia	
		1.3.08	AIDSによる推定死亡数	AIDS estimated deaths (UNAIDS estimates)		HNP Stats	100	100	200	2009				
		1.3.09	HIV新規感染率	HIV incidence rate, 15-49 years old, percentage (mid-point)		MDGs Database								
	1.3.10	GFによる優先度スコア(HIV)	Partial Prioritization Score by the Global Fund (HIV)		GF			5	2012					
		GFによる優先度スコア(マラリア)	Partial Prioritization Score by the Global Fund (Malaria)		GF			8	2012					
		GFによる優先度スコア(結核)	Partial Prioritization Score by the Global Fund (TB)		GF			10	2012					
	1.4 栄養不良	1.4.01	5歳未満児における中・重度の低体重の比率	Prevalence of wasting (% of children under 5)		HNP Stats	17.5	15	17.5	2007				
2 サービス提供の状況	2.1 母子保健対策	2.1.01	助産専門技能者の立会による出産の割合	Births attended by skilled health personnel, percentage	5.2	MDGs Database		12.1	24.4	2009	50.0	(2009)	Southern Asia	
		2.1.02	帝王切開率	Birth by caesarian section(%)		GHO			7.5	2007	8.9	(2011)	South Asia	
		2.1.03	避妊具普及率	Contraceptive prevalence (% of women ages 15-49)	5.3	MDGs		53.8	52.6	2008	50.5	(2010)	South Asia	
		2.1.04	産前健診(1回以上)	Pregnant women receiving prenatal care (%)	5.5	HNP Stats		33.3	52.8	2010	70.6	(2010)	South Asia	
		2.1.05	産前健診(4回以上)	Pregnant women receiving prenatal care of at least four visits (% of pregnant women)	5.5	HNP Stats		10.5	23.4	2010	46.1	(2010)	South Asia	
		2.1.06	家族計画の必要性が満たされていない割合	Unmet need for family planning, total, percentage	5.6	MDGs Database		15	16.8	2007	14.7	(2008)	Southern Asia	
		2.1.07	麻疹の予防接種を受けた1歳児の割合	1-year-old children immunized against: Measles	4.3	Childinfo	65	72	94	2010	77	(2010)	South Asia	
		2.1.08	結核の予防接種を受けた1歳児の割合	1-year-old children immunized against: Tuberculosis		Childinfo	86	95	94	2010	88	(2010)	South Asia	
		2.1.09	ジフテリア・百日咳・破傷風3種混合ワクチンの初回接種を受けた乳児の割合	a) 1-year-old children immunized against: DPT (percentage of infants who received their first dose of diphtheria, pertussis and tetanus vaccine)		Childinfo	86	88	98	2010	85	(2010)	South Asia	
				b) 1-year-old children immunized against: DPT (percentage of infants who received three doses of diphtheria, pertussis and tetanus vaccine)		Childinfo	69	83	95	2010	76	(2010)	South Asia	
		2.1.10	ポリオの予防接種を受けた1歳児の割合	1-year-old children immunized against: Polio		Childinfo	69	84	95	2010	75	(2010)	South Asia	
2.1.11	B型肝炎の予防接種を3回受けた乳児の割合	Percentage of infants who received three doses of hepatitis B vaccine		Childinfo			95	2010	51	(2010)	South Asia			



添付1: 保健分野主要指標(バングラデシュ人民共和国)

国名: バングラデシュ人民共和国 (People's Republic of Bangladesh)			MDGs	Sources	1990	2000	Latest	Latest year	Latest in Region	(Latest year)	Region	
2.2 感染症対策	2.2.01	最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率(男性)	6.2	MDGs								
	2.2.02	最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率(女性)	6.2	MDGs								
	2.2.03	HIV/エイズに関する包括的かつ正確な情報を有する15-24歳の割合(男性)	6.3	MDGs Database			17.9	2007	36	(2005-2010)	Southern Asia	
	2.2.04	HIV/エイズに関する包括的かつ正確な情報を有する15-24歳の割合(女性)	6.3	MDGs Database			14.6	2009	17	(2005-2010)	Southern Asia	
	2.2.05	10-14歳のエイズ孤児でない子どもの就学率に対するエイズ孤児の就学率	6.4	MDGs Database			0.84	2006	0.73	(2005-2010)	Southern Asia	
	2.2.06	殺虫剤処理済みの蚊帳を使用する5歳未満児の割合	6.7	HNP Stats								
	2.2.07	適切な抗マラリア薬により治療を受ける5歳未満児の割合	6.8	MDGs Database								
	2.2.08	DOTSのもとで発見され治療された結核患者の割合	6.10	MDGs Database		81	91	2008	88	(2008)	South Asia	
	2.2.09	抗レトロウイルス薬による治療を受ける感染者の割合	6.5	MDGs			23.0	2009				
	2.2.10	HIV検査・カウンセリングを受けた15歳以上の割合		GHO			0.4	2010				
	2.2.11	人口10万人あたりのHIV検査・カウンセリング施設数		GHO			0.1	2010				
	2.2.12	HIV検査を受けた妊婦の割合		GHO			<1	2010				
	2.2.13	HIV陽性妊婦のうちARTを受ける割合	6.5	MDGs Database								
	2.2.14	結核患者発見率		HNP Stats	21.0	26.0	46.0	2010	58	(2010)	South Asia	
	2.2.15	結核治療成功率	6.10	MDGs		81.0	92.0	2009	88	(2009)	South Asia	
2.3 栄養不良対策	2.3.01	5歳未満児に対するビタミンA補給率		HNP Stats			99.7	2010	49.8	(2010)	South Asia	
	2.3.02	ヨード添加塩使用世帯の割合		HNP Stats			84.3	2006	55.3	(2010)	South Asia	
2.4 質とカバレッジ	2.4.01	公的セクターによるサービスカバレッジ		ILO			0.4		11.6		Countries of Very High Vulnerability	
	2.4.02	財源不足のためにカバーされない割合		ILO			91.3		85.8		Countries of Very High Vulnerability	
	2.4.03	人材不足のためにカバーされない割合		ILO			86.8		74.6		Countries of Very High Vulnerability	
3 保健システムの状況	3.1 保健人材	3.1.01	人口10万人あたりの医師数		HNP Stats	0.18		0.30	2007	0.6	(2010)	South Asia
		3.1.02	人口10万人あたりの母子保健看護師数		HNP Stats							
		3.1.03	人口10万人あたりの看護師数		HNP Stats			0.1	2004	0.68	(2004)	South Asia
		3.1.04	人口10,000人あたりの歯科医師数		GHO			0.19	2007	1	(2007)	South-East Asia
		3.1.05	人口10,000人あたりの薬剤師数		GHO			0.64	2007	4.0	(2007)	South-East Asia
	3.2 保健財政	3.2.01	国内総生産における保健支出の割合		HNP Stats		2.8	3.5	2010	3.9	(2010)	South Asia
		3.2.02	保健支出全体における公的支出の割合		HNP Stats		39.0	33.6	2010	30.0	(2010)	South Asia
		3.2.03	保健支出全体における民間支出の割合		HNP Stats		61.0	66.4	2010	70.0	(2010)	South Asia
		3.2.04	民間支出のうち家計による直接負担の割合		HNP Stats		95.1	96.5	2010	79.3	(2010)	South Asia
		3.2.05	公的保健支出の国家支出全体に占める割合		HNP Stats		7.6	7.4	2010	3.5	(2010)	South Asia
		3.2.06	保健支出における外部資金の割合		HNP Stats		6.9	8.0	2010	2.3	(2010)	South Asia
		3.2.07	公的保健支出における社会保障支出の割合		GHO			0.0	2009	14.4	(2009)	South East Asia
		3.2.08	一人あたりの保健支出		HNP Stats		9.1	23.3	2010	47.5	(2010)	South Asia
	3.3 施設・機材・医薬品等	3.3.01	必須医薬品: ジェネリック医薬品の入手可能状況		GHO							
					GHO							
3.3.02		必須医薬品: ジェネリック医薬品の平均価格		GHO								
				GHO								
3.3.03		人口1,000人あたりの病床数		HNP Stats	0.3		0.3	2005	0.9	(2005)	South Asia	

WDI: World Development Indicators & Global Development Finance (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 07/2012)

HDR: Human Development Reports (<http://hdr.undp.org/>) (Accessed 07/2012)

HNP Stats: Health Nutrition and Population Statistics (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 07/2012)

GF: Global Fund eligibility list for 2012 funding channels, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (<http://www.theglobalfund.org/en/application/applying/ecfp/>) (Accessed 07/2012)

GHO: Global Health Observatory Country Statistics (<http://www.who.int/gho/countries/en/>) (Accessed 07/2012)

GHO: Global Health Observatory Repository (<http://apps.who.int/ghodata/>) (Accessed 07/2012)

MDGs: Millennium Development Goals (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 07/2012)

MDG database: Millennium Development Goals Indicators (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/>) (Accessed 07/2012). Regional data is available on The Millennium Development Goals Report Statistical Annex 2011 (United Nations).

Childinfo: Childinfo UNICEF (<http://www.childinfo.org/>) (Accessed 07/2012)

ILO: World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in times of crisis and beyond. International Labour Office Geneva: ILO 2010.

1.3.10 Partial Prioritization Score is composed of the income level score for the country and the disease burden score for the particular disease in the country. The minimum score is 3 and the maximum score is 12.

2.4.01 Estimate of health formal coverage is indicated as percentage of population covered by state, social, private, company-based, trade union, mutual and other health insurance scheme.

2.4.02 Population not covered (%) due to financial resources deficit (based on median value in low-vulnerability group of countries) uses the relative difference between the national health expenditure in international \$ PPP (excluding out-of-pocket) and the median density observed in the country group with low levels of vulnerability as a benchmark for developing countries. The rate can be calculated using the following formula:

Per capita health expenditure not financed by private households' out-of-pocket payments (PPP in int. \$) [A]  
 Population (in thousands) total [B]  
 Total health expenditure not financed by out of pocket in int. \$ PPP (thousands) [C = A x B]  
 Population covered by total health expenditure not financed by out-of-pocket if applying Benchmark\* (thousands) [D = C + Benchmark]\*\*  
 Percentage of the population not covered due to financial resources deficit (%) [F = (B - D) ÷ B x 100]  
 \*Benchmark: Total health expenditure not financed by out-of-pocket per capita = 350 international \$ PPP.  
 \*\*This formula was partially modified from the original in the source to suit an actual calculation.

2.4.03 Population not covered (%) due to professional health staff deficit uses as a proxy the relative difference between the density of health professionals in a given countries and its median value in countries with a low level of vulnerability. The rate can be calculated using the following formula:

Total of health professional staff [A = B + C]  
 Number of nursing and midwifery personnel [B]  
 Number of physicians [C]  
 Total population (in thousands) [D]  
 Number of health professional per 10,000 persons [F = A ÷ D x 10]  
 Total population covered if applying Benchmark\* (thousands) [E = A ÷ Benchmark x 10]  
 Percentage of total population not covered due to health professional staff deficit [G = (D - E) ÷ D x 100]  
 Benchmark: 40 professional health staff per 10,000 persons.



## 添付 2 : 参考文献リスト (バングラデシュ人民共和国)

引用番号	資料名	発行元	URL など	発行年
1	バングラデシュ 政府開発援助 (ODA) 国別データブック 2011	外務省	<a href="http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryu/kuni/11_databook/pdfs/02-05.pdf">http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryu/kuni/11_databook/pdfs/02-05.pdf</a>	2011
2	バングラデシュ国別評価報告書. 政府開発援助(ODA) 個別評価報告書	外務省	<a href="http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryu/hyouka/kunibetu/gai/bangladesh/kn09_01_index.html">http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryu/hyouka/kunibetu/gai/bangladesh/kn09_01_index.html</a>	
3	Human Development Report	UNDP	<a href="http://hdr.undp.org/en/">http://hdr.undp.org/en/</a>	2011
4	The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World	UNICEF	<a href="http://www.unicef.org/sowc2012/fullreport.php">http://www.unicef.org/sowc2012/fullreport.php</a>	2012
5	World Development Indicators	World Bank	<a href="http://databank.worldbank.org/">http://databank.worldbank.org/</a>	
6	Outline Perspective Plan of Bangladesh 2010-2021 (Making Vision 2021 a Reality)	GED (General Economic Division), Planning Commission, GoB	<a href="http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Bangladesh/Bangladesh_Final_Draft_OPP_June_2010.pdf">http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Bangladesh/Bangladesh_Final_Draft_OPP_June_2010.pdf</a>	Mar 2010
7	Population and Housing Census 2011	Bangladesh Bureau of Statistics Statistics and Informatics Division Ministry of Planning	<a href="http://www.bbs.gov.bd/home.aspx">http://www.bbs.gov.bd/home.aspx</a>	
8	Sixth Five Year Plan FY2011-FY2015, Part. Strategic Directions and Policy Framework	Planning Commission, Ministry of Planning, Government of the People's Republic of Bangladesh	<a href="http://www.drrgateway.net/sites/default/files/SFYF-Final-%20Part-1.pdf">http://www.drrgateway.net/sites/default/files/SFYF-Final-%20Part-1.pdf</a>	2011
9	Health Policy of Bangladesh. Ministry of Health & Family Welfare, Government of the People's Republic of Bangladesh	MOH&FW	<a href="http://nasmis.dghs.gov.bd/mohfw/index.php?option=com_content&amp;task=view&amp;id=388&amp;Itemid=483">http://nasmis.dghs.gov.bd/mohfw/index.php?option=com_content&amp;task=view&amp;id=388&amp;Itemid=483</a>	
10	Bangladesh Population Policy. Population Policy	MOH&FW	<a href="http://nasmis.dghs.gov.bd/mohfw/index.php?option=com_content&amp;task=view&amp;id=387&amp;Itemid=484">http://nasmis.dghs.gov.bd/mohfw/index.php?option=com_content&amp;task=view&amp;id=387&amp;Itemid=484</a>	
11	Final Report on End-line Evaluation of Health, Nutrition and Population Sector Programme (NHPSP)	Implementation Monitoring and Evaluation Division, Ministry of Planning		Sep 2011
12	Strategic Plan for Health, Population & Nutrition Sector Development Program (HPNSDP) 2011-2016	MOH&FW	<a href="http://dghs.gov.bd/bn/licts_file/images/Plan/2011_PIP_08-08-2011.pdf">http://dghs.gov.bd/bn/licts_file/images/Plan/2011_PIP_08-08-2011.pdf</a>	
13	Bangladesh Health Sector Profile 2010, Final Version	World Bank	<a href="http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2012/05/16/000333037_20120516002400/Rendered/PDF/688850ESW0P1130rofile0final0Dec028.pdf">http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2012/05/16/000333037_20120516002400/Rendered/PDF/688850ESW0P1130rofile0final0Dec028.pdf</a>	2010
14	World Population Prospects: The 2010, Vol. II: Demographic Profile	UN Department of Economic and Social Affairs	<a href="http://esa.un.org/wpp/Documentation/pdf/WPP2010_Volume-II_Demographic-Profiles.pdf">http://esa.un.org/wpp/Documentation/pdf/WPP2010_Volume-II_Demographic-Profiles.pdf</a>	2011
15	Health Bulletin 2011	MIS (Management Information System), DGHS, MOH&FW	<a href="http://www.sbmec.edu.bd/index.php/78-news/137-health-bulletin-2011-published">http://www.sbmec.edu.bd/index.php/78-news/137-health-bulletin-2011-published</a>	2012
16	The Millennium Development Goals: Bangladesh Progress Report 2011	GED (General Economics Commission), Bangladesh Planning Commission	<a href="http://www.indiaenvironmentportal.org.in/files/file/MDG%20Progress%20Report%20Bangladesh.pdf">http://www.indiaenvironmentportal.org.in/files/file/MDG%20Progress%20Report%20Bangladesh.pdf</a>	2012

## 添付 2 : 参考文献リスト (バングラデシュ人民共和国)

引用番号	資料名	発行元	URL など	発行年
17	MDGs in Bangladesh	UNDP	<a href="http://www.undp.org.bd/mdgs.php">http://www.undp.org.bd/mdgs.php</a>	
18	Bangladesh Maternal Mortality and Health Care Survey 2010 - Summary of Key Findings and Implications	NIPORT/MEASURE Evaluation/UNC-CH, USA	<a href="http://www.icddr.org/what-we-do/publications/cat_view/52-publications/10042-icddr-periodicals/10048-health-and-science-bulletin-bangla-and-english/11089-vol-9-no-2-english-2011-11093-maternal-mortality-and-health-care-survey-2010">http://www.icddr.org/what-we-do/publications/cat_view/52-publications/10042-icddr-periodicals/10048-health-and-science-bulletin-bangla-and-english/11089-vol-9-no-2-english-2011-11093-maternal-mortality-and-health-care-survey-2010</a>	2011
19	Trends in Maternal Mortality 1990-2010 - WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank Estimates	WHO	<a href="http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf">http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf</a>	2012
20	Bangladesh Demographic and Health Survey 2007	NIPORT (National Institute of Population Research and Training) / Mitra and Associates / Macro International Inc	<a href="http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR207/FR207[April-10-2009].pdf">http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR207/FR207[April-10-2009].pdf</a>	2009
21	Bangladesh Demographic and Health Survey 2011: Preliminary Report	NIPORT/Mitra and Associates/MEASURE DHS, ICF International	<a href="http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/PR15/PR15.pdf">http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/PR15/PR15.pdf</a>	2012
22	Country Profiles: Bangladesh Health Data 2012 Profile. Countdown to 2015 Maternal, Newborn & Child Survival	Countdown to 2015	<a href="http://www.countdown2015mnch.org/country-profiles/bangladesh">http://www.countdown2015mnch.org/country-profiles/bangladesh</a>	
23	Bangladesh Country Review September 2011. HIV and AIDS Data Hub for Asia Pacific: Evidence to Action	HIV and AIDS Data Hub for Asia Pacific: Evidence to Action	<a href="http://www.aidsdatahub.org/">http://www.aidsdatahub.org/</a>	
24	National AIDS/STD Programme (NASP). National AIDS/STD Programme (NASP)	NASP, DGHS, MOH&FW	<a href="http://www.bdnasp.net/index.php?option=com_content&amp;view=frontpage&amp;Itemid=1">http://www.bdnasp.net/index.php?option=com_content&amp;view=frontpage&amp;Itemid=1</a>	
25	National HIV Serological Surveillance 2011 Bangladesh, 9th Round Technical Report	NASP (National AIDS/STD Programme) /DGHS/MOH&FW	<a href="http://aidsdatahub.org/dmdocuments/HSS_9th_round_2011.pdf">http://aidsdatahub.org/dmdocuments/HSS_9th_round_2011.pdf</a>	2011
26	Malaria Situation in SEAR Countries - Bangladesh	WHO	<a href="http://www.searo.who.int/LinkFiles/Malaria_in_the_SEAR_mr-ban.pdf">http://www.searo.who.int/LinkFiles/Malaria_in_the_SEAR_mr-ban.pdf</a>	
27	Global Tuberculosis Control: WHO report 2011	WHO	<a href="http://www.who.int/tb/publications/global_report/2011/gtbr11_full.pdf">http://www.who.int/tb/publications/global_report/2011/gtbr11_full.pdf</a>	2011
28	Progress in TB Control. About NTP	NTP	<a href="http://ntpban.org/progress.html">http://ntpban.org/progress.html</a>	
29	Fifth Joint Monitoring Mission of the Bangladesh National Tuberculosis Control Programme	WHO	<a href="http://203.90.70.117/PDS_DOCS/B4689.pdf">http://203.90.70.117/PDS_DOCS/B4689.pdf</a>	2010
30	A Situation Analysis: Neglected Tropical Diseases in Bangladesh	MOH&FW (Ministry of Health & Family Welfare)		Dec 2010
31	Noncommunicable Diseases Country Profile 2011	WHO	<a href="http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html">http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html</a>	2011
32	Strategic Plan for Surveillance and Prevention of Non Communicable Diseases in Bangladesh 2011-2015	DGHS, MOH&FW	<a href="http://www.ban.searo.who.int/LinkFiles/Publication_NCD_Stratigic_Plan_2011_2015.pdf">http://www.ban.searo.who.int/LinkFiles/Publication_NCD_Stratigic_Plan_2011_2015.pdf</a>	2011
33	Progress on Drinking Water and Sanitation 2012 Update	UNICEF/WHO	<a href="http://www.unicef.org/media/files/JMPReport2012.pdf">http://www.unicef.org/media/files/JMPReport2012.pdf</a>	2012

## 添付 2 : 参考文献リスト (バングラデシュ人民共和国)

引用番号	資料名	発行元	URL など	発行年
34	Countrywide FP Service Outlets and Institutions	DGFP, MOH&FW	<a href="http://www.dgfp.gov.bd/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=7&amp;Itemid=118">http://www.dgfp.gov.bd/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=7&amp;Itemid=118</a>	
35	HRD Data Sheet 2011	Human Resource Development Unit, MOH&FP	<a href="http://www.mohfw.gov.bd/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=112%3Aperformance-report-2009-2010-and-hrd-data-sheet-2011-of-mohfw&amp;catid=72%3Aperformance-report-2009-2010-of-mohafw&amp;Itemid=&amp;lang=en">http://www.mohfw.gov.bd/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=112%3Aperformance-report-2009-2010-and-hrd-data-sheet-2011-of-mohfw&amp;catid=72%3Aperformance-report-2009-2010-of-mohafw&amp;Itemid=&amp;lang=en</a>	2011
36	バングラデシュ人民共和国 母性保健サービスシステム強化計画準備調査報告書	JICA 南アジア部		2010
37	Bangladesh Maternal Health Services and Maternal Mortality Survey 2001 - Final Report	NIPORT/ORC Macro/Johns Hopkins University/ICDDR,B	<a href="http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR142-Other-Final-Reports.cfm">http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR142-Other-Final-Reports.cfm</a>	Dec 2003
38	Bangladesh Demographic and Health Survey 2004	NIPORT	<a href="http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR165/FR-BD04[FR165].pdf">http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR165/FR-BD04[FR165].pdf</a>	2005
39	HPNSDP Program Implementation Plan Volume I	Planning Wing, MOHFW	<a href="http://dghs.gov.bd/bn/licts_file/images/Plan/2011_PIP_08-08-2011.pdf">http://dghs.gov.bd/bn/licts_file/images/Plan/2011_PIP_08-08-2011.pdf</a>	Jul 2011
40	Bangladesh Maternal Mortality and Health Care Survey 2010 - Preliminary Results	NIPORT (National Institute of Population Research and Training) /MEASURE Evaluation/UNC-CH /USA/ICDDR,B		2011
41	3rd National Strategic Plan for HIV and AIDS Response 2011-2015	NASP / DGHS / MOH&FW	<a href="http://www.bdnasp.net/images/3rd_national_strategic_plan_for_hiv_and_aids_response_2011-2015.pdf">http://www.bdnasp.net/images/3rd_national_strategic_plan_for_hiv_and_aids_response_2011-2015.pdf</a>	
42	About NMCP. National Malaria Control Programme	National Malaria Control Programme (NMCP)	<a href="http://www.nmcp.info/index.php?option=com_content&amp;view=category&amp;layout=blog&amp;id=2&amp;Itemid=7">http://www.nmcp.info/index.php?option=com_content&amp;view=category&amp;layout=blog&amp;id=2&amp;Itemid=7</a>	
43	The World Malaria Report 2011	WHO	<a href="http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/9789241564403_eng.pdf">http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/9789241564403_eng.pdf</a>	2011
44	About NTP	NTP (National Tuberculosis Control Programme)	<a href="http://ntpban.org/ntp.html">http://ntpban.org/ntp.html</a>	
45	Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition: A survival and development priority	UNICEF	<a href="http://www.unicef.org/publications/files/Tracking_Progress_on_Child_and_Maternal_Nutrition_EN_110309.pdf">http://www.unicef.org/publications/files/Tracking_Progress_on_Child_and_Maternal_Nutrition_EN_110309.pdf</a>	2009
46	Human Resources for Health in Maternal, Neonatal and Reproductive Health at Community Level: A Profile of Bangladesh	UNSW (Human Resources for Health Knowledge Hub)	<a href="http://www.hrhhrh.unsw.edu.au/HRHweb.nsf/resources/No7_MNRH_Bangladesh_Summary.pdf/\$file/No7_MNRH_Bangladesh_Summary.pdf">http://www.hrhhrh.unsw.edu.au/HRHweb.nsf/resources/No7_MNRH_Bangladesh_Summary.pdf/\$file/No7_MNRH_Bangladesh_Summary.pdf</a>	2011
47	Community Clinic. Community Clinic	MOH&FW	<a href="http://www.communityclinic.gov.bd/index.php">http://www.communityclinic.gov.bd/index.php</a>	
48	Annual Review of HRH Situation in Asia-Pacific Region 2006-2007	Asia-Pacific Action Alliance for Human Resources for Health	<a href="http://www.aaahrh.org/3rd_conf_2008/annual_review_of_hrh.pdf">http://www.aaahrh.org/3rd_conf_2008/annual_review_of_hrh.pdf</a>	2008
49	The State of Health in Bangladesh 2007: Health Workforce in Bangladesh - Who Constitutes the Healthcare System?	Bangladesh Health Watch	<a href="http://sph.bracu.ac.bd/publications/reports.bhw.htm">http://sph.bracu.ac.bd/publications/reports.bhw.htm</a>	2007

## 添付 2 : 参考文献リスト (バングラデシュ人民共和国)

引用番号	資料名	発行元	URL など	発行年
50	Global Health Observatory	WHO	<a href="http://www.who.int/gho/database/en/">http://www.who.int/gho/database/en/</a>	
51	Bangladesh. Country Responses	Global Health Workforce Alliance, WHO	<a href="http://www.who.int/workforcealliance/countries/bgd/en/index.html">http://www.who.int/workforcealliance/countries/bgd/en/index.html</a>	
52	Countrywide FP Service Outlets and Institutions	DGFP, MOH&FW	<a href="http://www.dgfp.gov.bd/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=7&amp;Itemid=118">http://www.dgfp.gov.bd/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=7&amp;Itemid=118</a>	2011
53	Hospital Service Management. Hospital Service Management	Hospital Service Management, DGHS	<a href="http://www.hsmgdghs-bd.org/index.htm">http://www.hsmgdghs-bd.org/index.htm</a>	
54	Equipment List /Table of Equipment	DGHS, MOH&FW	<a href="http://en.dghs.gov.bd/index.php?searchword=equipment&amp;ordering=newest&amp;searchphrase=all&amp;option=com_search&amp;lang=en">http://en.dghs.gov.bd/index.php?searchword=equipment&amp;ordering=newest&amp;searchphrase=all&amp;option=com_search&amp;lang=en</a>	
55	Health Information System Assessment: Bangladesh Country Report	Health Metrics Network Secretariat, MOH&FW	<a href="http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/HMN_BGD_Assess_Final_2009_07_en.pdf">http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/HMN_BGD_Assess_Final_2009_07_en.pdf</a>	2009
56	Global Health Expenditure Database	WHO	<a href="http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&amp;COUNTRYKEY=84674">http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&amp;COUNTRYKEY=84674</a>	
57	Bangladesh National Health Accounts 1997-2007	Health Economics Unit (HEU)	<a href="http://www.who.int/nha/country/bgd/bgd_nha_III_(1).pdf">http://www.who.int/nha/country/bgd/bgd_nha_III_(1).pdf</a>	2010
58	Country Cooperation Strategy 2008-2013	WHO	<a href="http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_bgd_en.pdf">http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_bgd_en.pdf</a>	2007
59	Bangladesh, Country Assistance Strategy 2011-2014	World Bank	<a href="http://siteresources.worldbank.org/BANGLADESHEXTN/Resources/295759-1271081222839/6958908-1284576442742/BDCASFinal.pdf">http://siteresources.worldbank.org/BANGLADESHEXTN/Resources/295759-1271081222839/6958908-1284576442742/BDCASFinal.pdf</a>	2010
60	Our Work, Health and Nutrition	UNICEF	<a href="http://www.unicef.org/bangladesh/4926_4947.htm">http://www.unicef.org/bangladesh/4926_4947.htm</a>	
61	GFATM, Country Grant Portfolio	GFATM	<a href="http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/BAN">http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/BAN</a>	2012
62	Bangladesh Country Development Cooperation Strategy FY2011-FY2016	USAID	<a href="http://transition.usaid.gov/our_work/policy_planning_and_learning/documents/Bangladesh_CDSCS.pdf">http://transition.usaid.gov/our_work/policy_planning_and_learning/documents/Bangladesh_CDSCS.pdf</a>	2011
63	対バングラデシュ共和国事業展開計画	外務省	<a href="http://www.bd.emb-japan.go.jp/jp/bdmodel/002.pdf">http://www.bd.emb-japan.go.jp/jp/bdmodel/002.pdf</a>	2011
64	国際協力機構ナレッジサイト	JICA	<a href="http://gwweb.jica.go.jp/km/FSubject0501.nsf/NaviSubjTop?OpenNavigator">http://gwweb.jica.go.jp/km/FSubject0501.nsf/NaviSubjTop?OpenNavigator</a>	
65	'Good Health at Low Cost' 25 Years On: Chapter 3. Health Transcends Poverty: The Bangladesh Experience	The London School of Hygiene & Tropical Medicine	<a href="http://ghlc.lshtm.ac.uk/files/2011/12/Policy-Briefing-No1-Bangladesh.pdf">http://ghlc.lshtm.ac.uk/files/2011/12/Policy-Briefing-No1-Bangladesh.pdf</a>	2011