

| | | | |
|--------------------|---|-----|--|
| 国名 バングラデシュ人民共和国 | 母性保護サービス強化プロジェクト 母性保護サービス強化プロジェクトフェーズ2 | | |
| I 案件概要 | | | |
| 事業の背景 | バングラデシュでは、母子保健指標は依然として芳しくない水準にあった。特に、妊産婦・乳児死亡率が高い原因のひとつとして、妊産婦健診の受診率が低いため異常妊娠の発見が難しく、治療の遅れにつながっていることが挙げられる。また、施設分娩や助産研修を受けた介助者の下での出産が12%程度にとどまっている。このような状況下、母子保健改善のための効果的なモデルを開発するための技術協力プロジェクト（フェーズ1事業）が実施され、このモデルを適用するために、後続事業（フェーズ2事業）が実施された。 | | |
| 事業の目的 | 安全な出産のためのサービス提供体制の強化、コミュニティ・サポート・システム/グループの確立、母子・新生児保健に関連する優良事例の同定、国家戦略への統合等を通じて、本事業は妊産婦・新生児保健サービスの利用と質を向上するためのアプローチを拡大し、妊産婦・新生児の健康状態の向上へ寄与することを目指した。 <フェーズ1> 1. 上位目標：プロジェクトから抽出されたリプロダクティブヘルスサービスの方法論が標準化され他県に適用される。 2. プロジェクト目標：対象県の妊産婦と新生児の健康状態が改善される。 <フェーズ2> 1. 上位目標：バングラデシュにおける妊産婦と新生児の健康状態が向上する。 2. プロジェクト目標：妊産婦・新生児保健サービスの利用と質を向上するためのアプローチが、保健・人口・栄養セクター開発プログラム(HPNSDP)に整合する形で、バングラデシュ全体に拡大する。 | | |
| 実施内容 | 1. 事業サイト： <フェーズ1>ノルシンディ県 <フェーズ2>ノルシンディ県、ジョソール県、シャトキラ県 2. 主な活動： <フェーズ1>(i) 安全な出産のためのサービス提供体制の強化、(ii) コミュニティ・サポート・システム/グループの確立、他。 <フェーズ2>(i) 母子・新生児保健に関連する優良事例の同定、国家戦略への統合、(ii) 郡保健システム(Upazila Health System：UHS)の下での妊産婦・新生児保健介入パッケージの開発、他。 3. 投入実績 日本側 <フェーズ1> (1) 専門家派遣 7人 (2) 研修員受入 13人 (3) 第三国研修 4人(インド) (4) 機材供与 緊急産科ケア及び新生児ケア関連機材、保健施設の改修 (5) ローカルコスト ローカルスタッフ、NGO、病院、コンサルタントとの契約 <フェーズ2> (1) 専門家派遣 11人 (2) 第三国研修：スリランカ、タンザニア、ケニア (3) 機材供与 新生児ケア関連機材 (4) ローカルコスト CARE バングラデシュとの契約 相手国側 <フェーズ1> 1) カウンターパート配置：30人 2) 土地・施設：プロジェクト事務所 3) ローカルコスト：一部相手国側負担（医療機材、薬、消耗品、資材、プロジェクト事務運営費） <フェーズ2> 1) カウンターパート配置：34人 2) 土地・施設：プロジェクト事務所土地・建物、他 | | |
| 事業期間 | <フェーズ1> (事前評価時) 2006年4月～2010年3月 (実績) 2007年7月～2011年6月 (延長期間：2010年7月～2011年6月) <フェーズ2> (事前評価時) 2011年7月～2016年6月 (実績) 2011年7月～2016年6月 | 事業費 | <フェーズ1> (事前評価時) 396百万円 (実績) 404百万円 <フェーズ2> (事前評価時) 492百万円 (実績) 440百万円 |
| 日本側協力機関 | 保健家族福祉省 | | |
| 相手国実施機関 | - | | |

II 評価結果

【評価の制約】

・新型コロナウイルス流行に伴う制約により、情報収集は質問票及び電話聞き取りにより行った。

【留意点】

- ・フェーズ1事業とフェーズ2事業の目的は共通なため、フェーズ2事業の指標により、プロジェクト目標・上位目標を検証した。
- ・事後評価時のプロジェクト目標の継続状況は上位目標の検証可能な指標及びその指標の達成度に影響を与える要因の一部として分析した。

1 妥当性

【事前評価時のバングラデシュ政府の開発政策との整合性】

本事業はバングラデシュ政府の開発政策と合致していた。「保健栄養人口セクタープログラム」（2005年に施行）において、母子保健、特に産前産後の母性・生殖に関する健康状態の改善が優先課題として取り上げられた。また、「貧困削減加速のための国家戦略 II」（2009-2011）では、熟練出産介助産師の量的拡大、産後ケア及び緊急産科ケアサービスの拡大という施策を通じて、母子保健分野の問題解決を目指した。「保健・人口・栄養セクター開発プログラム」（2011年～2016年）は引き続き母子保健の改善に優先的に取り組んだ。

【事前評価時における日本の援助方針との整合性】

本事業はバングラデシュに対する日本の援助方針と合致していた。フェーズ1及びフェーズ2ともに「対バングラデシュ国別援助計画」（2005年12月改訂）においては、保健を含む社会開発と人間の安全保障が重点分野とされていた。

【評価判断】

以上より、本事業の妥当性は高い。

2 有効性・インパクト

【プロジェクト目標の事業完了時における達成状況】

フェーズ1事業では、コミュニティによる妊産婦への支援グループを組織することにより、妊産婦と母子保健サービス提供施設との関わりを強化する仕組みを示したモデルである「ノルシンディ・モデル」が策定された。バングラデシュ政府が、ノルシンディ・モデルで得られた知見や方策の一部を「保健・人口・栄養セクター開発プログラム」へ反映させて全国展開を進めていくため、更なるモデルの改良と全国普及のための体制強化がフェーズ2で目指された。フェーズ2事業のプロジェクト目標は事業完了時に達成された。シャトキラ県及びノルシンディ県で5S-カイゼン-TQM¹を導入した病院（妊産婦・新生児保健サービス分野）の75%（目標値70%）で5Sが実施された（指標1）。シャトキラ県で機能しているコミュニティ・サポート・グループは、目標値の70%に対し82%であった（指標2）。また、シャトキラ県及びコラロア郡で緊急産科ケアサービスを受けた合併症の女性の割合は、目標値80%を上回る80.9%であった（指標3）。シャトキラ県及びコラロア郡における熟練介助者による出産の割合は、目標値50%に対し各々54.8%、68.1%であった（指標4）。バングラデシュのほぼすべてのコミュニティ・クリニックでコミュニティ・サポート・グループが設立された（指標5）。TQMパイロット実施病院は、106病院に及んだ（指標6）。

【プロジェクト目標の事後評価時における継続状況】

プロジェクト目標は事業完了後も継続している。上述のとおり、プロジェクト目標の継続状況は、フェーズ2事業の上位目標達成の要因として分析した。5S-カイゼン-TQMとコミュニティ・サポート・グループのコンセプトは政策に取り入れられ、全国で実施されている。これは、保健家族福祉省において、上記コンセプトの有効性が高く評価されたということを示している。

【上位目標の事後評価時における達成状況】

フェーズ2事業の上位目標は達成された。国別、県別ともに保健家族福祉省には経時的に一貫したデータがなく、各機関で公表されている妊産婦死亡率の数値は悪化したように見える（2010年に194だった妊産婦死亡率（対10万出生）は2016年には196になり²、上位目標を測る2019年のデータは未公表）。しかし、世界銀行によると、妊産婦死亡率は258（2010年）から173（2017年）へと30%以上の低減率が見られ、これは上位目標の194から143の目標低減率26%と比較しても、改善幅が大きい。また、新生児死亡率（対1000出生）についても同省には一貫したデータがないため、世界銀行の数値を参照し、新生児死亡率32.4（2007年）から19.1（2019年）への低減が見られた（低減率41%）。これは上位目標とする新生児死亡率37から21の減少率44%と比較しても概ね達成として良い数値である。これらから、上位目標の数値は未だ確定的なデータが確認できないものの、妊産婦死亡率及び新生児死亡率の減少率から指標は達成したと判断される。

バングラデシュ政府は、同国の妊産婦と新生児の健康状況の改善に取り組んでおり、その結果、妊産婦死亡率・新生児死亡率の目標は達成された。その他、2010年から2019年の間に、産前ケアの受診率（71.2%から75.2%へ）、熟練介助者による出産（26.5%から59.0%へ）、施設出産（23.4%から53.4%へ）、産後ケア（22.5%から66.7%へ）など、母子保健プロセス指標の著しい向上が見られることがデータから判明している³。

バングラデシュでは、多くの組織（政府を含む）が妊産婦・新生児保健に対する介入を行っているため、全国データから本事業の妊産婦・新生児保健指標の変化への貢献を特定することはできない。しかし、以下のような状況を考慮すると、本事業は一定の貢献をしているといえる。対象サイトでは、病院での5S-カイゼン-TQMやコミュニティレベルでのコミュニティ・サポート・グループの導入によるサービスの質の向上が、産前ケア、産後ケア、出産、新生児ケアなどの病院サービスの利用率の向上に寄与したと考えられる。また、5S-カイゼン-TQMとコミュニティ・サポート・グループのコンセプトは政策に取り入れられ、他ドナーの支援も得て国全体で実施された。

質の改善（QI）戦略は、本事業によって初めてバングラデシュに導入され、その後、同政府によって採用された。同政府は2015年に保健家族福祉省傘下の医療経済ユニットに質の改善事務局を設置し、質の改善事務局はQIに関する国家計画を策定し、事後評価時には改訂中であった。この戦略では、5S-カイゼン-TQMを採用した。QI委員会が郡病院、県病院、医科大学病院に設置され、すべての県でQI活動の実施・監督を行っている。また、5Sが導入された県病院では、業務改善チーム（WIT）が結成された。いくつかの県病院の職員は、質の改善事務局による5SとPDCA（計画、実施、検証、改善）に関する研修を受講した。セーブ・ザ・チルドレン、ユニセフ、UNFPAなどの他のドナーも、この戦略（5SとPDCA）を採用し、本事業対

¹ 5Sは「整理-整頓-清掃-清潔-躰」（英語ではSort-Set-Shine-Standardize-Sustain）を、TQMは総合的品質管理を意味する。

² バングラデシュ母子保健調査2010年及び2016年による。

³ 出所：保健家族福祉省

象県でのサービスの質を向上させている。

コミュニティ・サポート・グループについては、コミュニティ・サポート・システムの成功と効果を踏まえ、保健家族福祉省はコミュニティ・サポート・システム・モデルを採用し、既存の草の根レベルのサービス施設であるコミュニティ・クリニックを通じてコミュニティ・サポート・グループとして同モデルを全国に適用している。本事業の経験（CAREバングラデシュが実施）を生かし、保健家族福祉省は、コミュニティ・クリニックの管轄区域それぞれで3つのコミュニティ・サポート・グループを設立し、意識啓発、地域資源の動員、説明責任の促進、効果的なレファレルの促進、貧しい女性が母子保健サービスを適時に利用できるような必要なその他の支援を展開している。

【事後評価時に確認されたその他のインパクト】

本事業による自然環境への負のインパクトは確認されておらず、用地取得・住民移転は発生していない。

【評価判断】

よって、本事業の有効性・インパクトは高い。

プロジェクト目標及び上位目標の達成度（フェーズ2）

| 目標 | 指標 | 実績 | 出所 |
|---|--|---|---------|
| プロジェクト目標：妊産褥婦・新生児保健サービスの利用と質を向上するためのアプローチが、HPNSDP 2011-2016 に整合する形で、バングラデシュ全体に拡大する。 | 指標 1: シャトキラ県、ノルシンディ県で TQM を導入した全病院の 70% 以上が妊産褥婦・新生児保健サービス分野で 5S 達成する（妊産婦・新生児保健サービス分野は産前・産後健診コーナー、分娩室、手術室と女性病棟） | 達成状況：達成（継続） （事業完了時） シャトキラ県及びノルシンディ県で 5S-カイゼン-TQM を導入した病院（妊産褥婦・新生児保健サービス分野）の 75% で 5S が実施された。 （事後評価時） 新型コロナウイルス流行に伴う制約から、シャキトラ県とノルシンディ県において、正確な指標数値を得ることが難しかった。一方、5S-CQI-TQM のコンセプトは、病院における母子保健サービスの質の向上のために不可欠と考えられており、すでに政策に取り入れられている。「プロジェクトから抽出されたリプロダクティブヘルスサービスの方法論が標準化され他県に適用される。」という上位目標と照らし、目標は達成された。 | JICA 資料 |
| | I 指標 2: シャトキラ県内で機能しているコミュニティ・サポート・グループの割合が 70% 以上になる。 | 達成状況：達成（継続） （事業完了時） シャトキラ県で機能しているコミュニティ・サポート・グループは 82%（全 657 中 540）。 （事後評価時） コミュニティ・サポート・グループのコンセプトは政策に取り入れられ、全国で適用されているため、CSG が機能していることを意味すると理解でき、目標は達成されたと言える | JICA 資料 |
| | 指標 3: シャトキラ県及びコロロア郡で合併症の女性が緊急産科ケアサービスを受ける割合が 80% 以上になる。 | 達成状況：達成（検証不能） （事業完了時） シャトキラ県及びコロロア郡で緊急産科ケアサービスを受けた合併症の女性の割合は 80.9% であった。 （事後評価時） 熟練介助者による出産や施設出産の数値が全国的に増加傾向であるというデータのみで、合併症の女性が EmOC サービスを利用している割合が 80% を継続しているという点は確認できなかった。新型コロナウイルス流行に伴う制約から、十分な情報収集が困難であったため、“検証不可能”と結論づけた。 | JICA 資料 |
| | 指標 4: シャトキラ県及びコロロア郡で熟練介助者 [コミュニティの熟練介助者、助産研修を受けた中堅看護師/家族福祉補助員、大卒医師] による出産の割合が 50% 以上になる。 | 達成状況：達成（継続） （事業完了時） 終了時評価時、シャトキラ県における熟練介助者による出産の割合は、54.8% に増加した（ベースライン 37.4%）。また、コロロア郡では同様に 68.1% に増加した（ベースライン 45.6%）。 （事後評価時） バングラデシュにおいては、2010 年から 2019 年にかけて、熟練者による出産が 26.5% から 59.0% に、施設出産が 23.4% から 53.4% に増加しているが、これは、必ずしも対象地区における熟練介助者による出産の割合が 50% であることを示すわけではない。一方、本指標は、全国における熟練介助者による分娩と施設分娩の数値の上昇と比例して改善しているものと想定できる。本指標はプロジェクト終了時点ですでに達成されており、現在も達成されていると考えるのが妥当である。 | JICA 資料 |
| | 指標 5: バングラデシュ国内での コミュニティ・サポート・グループの設立割合が 100% となる | 達成状況：達成（継続） （事業完了時） コミュニティにおけるヘルスケア部局の資料によれば、2015 年 6 月現在、バングラデシュ国内で設立されたコミュニティ・サポート・グループの数は 3 万 9,240（目標数である 4 万 149 の 99.4%）であった。2013 年、バングラデシュにおけるコミュニティ・ヘルス・イニシアティブの再生局は、すべてのコミュニティ・クリニックはガイドラインに基づきコミュニティ・サポート・グループを設立するように省令を発出した。 （事後評価時） 新型コロナウイルス流行に伴う制約から、CSG の設立数に関する正確なデータは収集できなかったが、コミュニティ・サポート・グループのコンセプトは政策に取り入れられ、全国適用されており、すべての CC が CSG を設立する見込みであるため、本指標は達成されたとみ | JICA 資料 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|---|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--|
| | 指標 6：TQM のパイロット実施病院が当初の 4 病院から拡大する | なされる。 達成状況：達成（継続） （事業完了時） パイロット実施病院は 106 病院に及んだ。 （事後評価時） 5S-カイゼン-TQM のコンセプトは政策に取り入れられ、全国で実施されている。 | JICA 資料 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上位目標：バングラデシュにおける妊産婦と新生児の健康状態が向上する。 | 指標 1：妊産婦死亡率が 2010 年の 194（対 10 万出生）から、143（対 10 万出生）未満に低減する。 | （事後評価時）達成 保健家族福祉省による国レベル、県レベルの一貫した妊産婦死亡率の数値がなく、既存の公表データによると妊産婦死亡率は悪化したように見える（2010 年に 194 だった妊産婦死亡率（対 10 万出生）は 2016 年には 196 ⁴ 、上位目標を測る 2019 年のデータは未公表）。しかし、世界銀行によると、妊産婦死亡率は 258（2010 年）から 173（2017 年）へと 30%以上の低減率が見られ、これは上位目標の 194 から 143 の目標低減率 26%と比較しても、改善幅が大きい。 妊産婦死亡率* | 世界銀行 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <tr> <td>2010</td> <td>2011</td> <td>2012</td> <td>2013</td> <td>2014</td> <td>2015</td> <td>2016</td> <td>2017</td> <td>2018</td> <td>2019</td> </tr> <tr> <td>258</td> <td>248</td> <td>238</td> <td>227</td> <td>214</td> <td>200</td> <td>186</td> <td>173</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> </tr> </table> | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 258 | 248 | 238 | 227 | 214 | 200 | 186 | 173 | N/A | N/A | | | | | | | |
| 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 258 | 248 | 238 | 227 | 214 | 200 | 186 | 173 | N/A | N/A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | *取得可能なデータは 2017 年まで。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 指標 2：新生児死亡率が 2007 年の 37（対 1,000 出生）から、21（対 1,000 出生）未満に低減する。 | （事後評価時）達成 保健家族福祉省は一貫した新生児死亡率（NMR）の数値を公表しておらず、世界銀行の数値を参照すると、NMR は 32.4（2007 年）から 19.1（2019 年）に減少した。2019 年までの NMR のデータは 41%減となり、全体目標の 37 から 21 への 44%減という指標はほぼ達成されたと言え、MMR、NMR とともに改善された。 新生児死亡率（国レベル） | 世界銀行 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <tr> <td>2007</td> <td>2008</td> <td>2009</td> <td>2010</td> <td>2011</td> <td>2012</td> <td>2013</td> <td>2014</td> <td>2015</td> <td>2016</td> <td>2017</td> <td>2018</td> <td>2019</td> </tr> <tr> <td>32.4</td> <td>31.0</td> <td>29.6</td> <td>28.3</td> <td>27.0</td> <td>25.8</td> <td>24.8</td> <td>23.5</td> <td>22.5</td> <td>21.6</td> <td>20.7</td> <td>19.8</td> <td>19.1</td> </tr> </table> | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 32.4 | 31.0 | 29.6 | 28.3 | 27.0 | 25.8 | 24.8 | 23.5 | 22.5 | 21.6 | 20.7 | 19.8 | 19.1 | |
| 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32.4 | 31.0 | 29.6 | 28.3 | 27.0 | 25.8 | 24.8 | 23.5 | 22.5 | 21.6 | 20.7 | 19.8 | 19.1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3 効率性

フェーズ 1・2 事業の事業費は計画内であったが、事業期間は計画を上回った（計画比：95%，111%）。事業費の増加は複合的な要因による。アウトプットは計画どおり産出された。よって効率性は中程度である。

4 持続性

【政策面】

5S-カイゼン-TQMのコンセプトは、病院サービスの品質向上により最高品質のケアを提供する効果的な医療システムを実現するために、保健家族福祉省、医療経済ユニット、質の改善事務局の「バングラデシュの保健サービス提供の質に関する戦略的計画」（2015年～2032年）の戦略になっている。CSGコンセプトは、保健家族福祉省のバングラデシュコミュニティ・ヘルスケア活性化（プロジェクト）に合致している。

【制度・体制面】

本事業が導入したコンセプトやモデルを推進するための制度・組織体制に変化はない。前述のとおり、2015年に保健家族福祉省の医療経済ユニット、質の改善事務局が設立された。質の改善事務局の任務は、a) QIにかかる、ツール、ガイドライン、基準、標準作業手順書、政策等の開発、b) 保健サービスのケアの質のためのモニタリング・評価システムの開発、c) 国家保健医療基準の達成の確保、d) 政府機関、NGO、自治体との連携であった。

事後評価時、質の改善事務局には政府側からプログラム・マネージャー（局長）、コンサルタント1名、医務官2名が配置された。また、開発パートナーも数名のスタッフで質の改善事務局を支援している（セーブ・ザ・チルドレン：コンサルタント2名、UNICEF：医務官1名、UNFPA：医務官1名）。質の改善事務局の全体的な活動は、医療経済ユニット局長（次官補）が主導している。

質の改善委員会は、すべての県でQI活動を実施・監督するために、郡病院、県病院、医科大学病院に設置されている。また、県病院では業務改善チームが結成され、5Sが導入されている。

【技術面】

技術や知識を維持するために、保健家族福祉省は研修やリフレッシュ研修の選択肢をオペレーション・プランに維持している。5SやPDCAなど、QIに関する多くの教材が開発され、国全体で戦略を実施することができるようになった。前述のように、質の改善委員会はQI活動の実施と監督のために結成されている。いくつかの県病院のスタッフは、質の改善事務局による5SとPDCAにかかる研修を受けている。

【財務面】

保健家族福祉省は、さまざまなオペレーション・プランの研修のために十分な予算を確保している。これらは、バングラデシュ政府と開発パートナーにより、支出実績額に基づいて資金援助が受けられるものである。第4次セクタープログラムの総予算の約61%は保健家族福祉省からのものである。医療経済ユニットの第4セクター予算（2017年～2022年）の総予算は約22億1830万タカで、そのうち7%が質の改善事務局に割り当てられている。

【評価判断】

以上より、本事業は、政策面、制度・体制面、技術面、財務面、いずれも問題なく、本事業によって発現した効果の持続性は高い。

5 総合評価

本事業は、5S が導入され、コミュニティ・サポート・グループが機能し、緊急産科ケアサービスが利用され、熟練介助者による出産が行われ、コミュニティ・サポート・グループや TQM パイロット病院が増えるなど、目標を達成しており、プロジェクト目標が達成された。また、妊産婦死亡率、新生児死亡率が改善されているが、本事業による 5S やコミュニティ・サポート・グループが政策に取り入れられたことにより、本事業はこの改善に寄与しており、上位目標は達成された。効率性については、事業期間が計画を上回ったが、事業費は計画内であった。

⁴ バングラデシュ母子保健調査 2010 年及び 2016 年による。

以上より、総合的に判断すると、本事業の評価は非常に高いといえる。

III 提言・教訓

実施機関への提言

TQM プログラムは、5S 活動を強化し、その普及を支援する。TQM プログラムはバングラデシュに広く普及し、多くの病院で実践されている。重要なことは、TQM プログラムが持続可能で、より活発になることである。TQM には病院内の強固なリーダーシップが不可欠であるが、人事異動で容易に損なわれてしまう可能性がある。また、5S の効果は病院内の外観や清潔さにより短期間で成果が分かるのに比べ、TQM が医療保健サービスの品質向上の効果を発現するには、長い時間がかかると思われる。従って、TQM の質の担保には、継続的なモニタリングとスーパービジョン（監督指導）が重要である。バングラデシュ政府は、TQM プログラムの質を向上させるために、病院が PDCA サイクルを回しながら TQM プログラムを維持し、他の病院と良い事例を共有することを推進する必要がある。

JICA への教訓：

本事業では、当初から「保健・人口・栄養セクター開発プログラム 2011-2016」に沿い、妊産褥婦・新生児保健サービスの質と利用の改善・拡大に焦点を当てており、バングラデシュ政府の保健戦略と高い関連性があった。主に、フェーズ 2 では、バングラデシュ政府の政策立案とその運用の連携に重きを置いており、これは本事業の高い評価の重要な側面の 1 つと考えられる。この現場と政策との連携は、政策立案者や開発援助関係者による現場視察やフォーラム開催など、現場と政策レベルの連携を図る各種アプローチを通じて確立され、政策立案者や他ドナーが 5S カイゼン-TQM や CSG などのコンセプトを明確にイメージできるようなものとなっていた。このように、プロジェクトのアイデアを実践レベルで把握する機会を設けることは、政策立案者や開発援助者の理解を得る上で、非常に有効であると考えられる。また、政策提言のアプローチ方法としては、事業内で得られた知見を政府が活用しやすい形に落とし込み提言、助言に繋げる工夫が求められており、そのためには政府、行政機関及び開発援助関係者の保健システム、政策等の背景理解が重要となることが推察された。さらに、事業の初期に保健省の政府高官を現地に招いたことで、プロジェクトに対する理解を深めることができ、HPNSDP との連携も加速された。

なお、CSG は、地域にある資源の活用、啓発、効果的なリファール促進の他、貧困層の女性が適切な時期に母子保健サービスを受けられるよう必要な支援を整備するために政策に組み込まれており、これは MMR と NMR の改善への貢献の一つと考えられている。CSG 形成後は、CSG 自治を活性化することによって最大限の効果を得ることができるよう検討する必要があるが、同国の行政保健セクターにおける限られた資源の中においては、NGO が CSG の活動を促進しており、その大きな役割を果たしている。他方、NGO が行政保健セクターのサービス提供などの役割そのものを代理で担う状況が続くと、長期的に見て、行政機関の能力を強化することに繋がらない可能性があるとの認識も必要である。NGO 協働によるプロジェクトの策定は、政府がどのように NGO 役割を引き継ぐことができるのかも含めて、慎重に検討する必要がある。



(左写真) コミュニティ・マップを作成し、妊産婦を特定する。

(右写真) 本事業は母子保健サービスの質の向上、利用の改善を目指した。