

栄養プロフィール バングラデシュ

2020年10月31日更新

栄養分野国家政策/計画

栄養関連政策・制度・規制

タイトル	位置付け	要旨
National Strategy on Prevention and Control of Micronutrient Deficiencies, Bangladesh, 2015-2024	微量栄養素欠乏症に係る国家戦略 2015-2024 [保健家族福祉省 (MOHFW)]	5歳未満児や学童、思春期の女子、妊産婦などの脆弱層に重きを置き、微量栄養素欠乏を予防・コントロールするための介入や行動について方向性を示すために策定された。この戦略の目的として、①微量栄養素へのアクセスの改善に係るガイドラインの提示、②プログラム実施に係る共通のプラットフォームの提供、③微量栄養素介入の効果的な実施促進、④微量栄養素欠乏の予防に係る知識・認識・行動の改善、⑤研究とモニタリング・評価の強化、の5点を挙げている。
Health, Nutrition and Population Strategic Investment Plan (HNPSIP) 2016-2021	保健・栄養・人口に係る戦略的投資計画 [保健家族福祉省 (MOHFW)]	長期的にはユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) の達成を見据え、公平性に基づき保健・栄養・人口に係る質の高いサービスがより効果的に提供されることを目標としている。バングラデシュにおいて保健・栄養・人口分野の開発を促進するため、同計画では、重点投資領域として以下の10項目を明示している。 ①MOHFWのガバナンス強化、②MOHFWの政策実行力の向上、③必要不可欠なサービスパッケージの改善と展開、④民間部門及びコミュニティとのパートナーシップの構築、⑤ケアの質の改善、⑥予防、プライマリーケア、コミュニティの強化、⑦非感染性疾患 (NCDs) 対策、⑧感染症対策、⑨サーベイランス、情報システム強化に向けた新技術の採用、⑩需要の管理、効率性の向上、根拠に基づく開発に焦点を当てた保健投資
Strategic Plan for Health, Population & Nutrition Sector Development Program (HPNSDP) 2011-2016	保健・人口・栄養分野開発プログラムに係る戦略計画 [保健家族福祉省 (MOHFW)]	保健・人口・栄養に係るサービスへのアクセスの改善とこれらサービスの利用により、すべての人々に質の高い、公平なヘルスケアを保障することを目標としている。プログラムは以下のように構成される。 1A：保健サービスの改善 1B：サービス提供の改善 2：保健システムの強化

栄養関連分野国家政策/計画

栄養関連政策・制度・規制

タイトル	位置付け	要旨
National Food Policy 2006	国家食料政策 [食糧・災害管理省]	<p>バングラデシュの食糧安全保障に係る主要政策。以下3つの目標を掲げ、食料安全保障への取り組みを展開していくこととしている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①安全で栄養価の高い食品の適切で安定した供給 ②人々の購買力と食料へのアクセスの向上 ③すべての個人、特に女性と子どもに対する十分な栄養
National Food Policy Plan of Action, 2008-2015	国家食糧政策に係る行動計画 [食糧・災害管理省]	<p>2006年に策定された国家食糧政策の実施に係る行動計画。国家食糧政策に掲げられた3つの目標達成に向けて、短期的・中期的・長期的に取り組むべき事項を26分野に分けて示している。また、政策の効果的に実施するため、省庁間の調整や分野別計画・予算に係るガイドラインも示している。</p>
National Agriculture Policy, 1999	国家農業政策 [農業省]	<p>国家農業政策は1999年に策定され、2010年に見直しがなされた。新政策では、農地の保護、生物多様性の衰退の阻止、自然災害への対策に関する戦略が示されている。栄養については、農業分野と関連して以下3つのプログラムが挙げられ、国家食糧政策のもとで継続して実施されるとしている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①開発政策やプログラムにおける栄養目標の改善 ②世帯レベルでの食料安全保障の改善 ③食品の質と食品の安全性の向上を通じた消費者の保護
National Policy for Safe Water Supply and Sanitation, 1998	安全な水供給及び衛生管理に係る国家政策 [地方行政・農村開発・協同組合省]	<p>公衆衛生水準の向上と環境改善を目標とし、この目標達成に向けてのステップとして以下の8項目を挙げている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①水・衛生の基本的サービスへのアクセスの促進、②水・衛生の利用に係る行動変容、③水に起因する疾病の減少、④地方自治体とコミュニティの能力強化、⑤持続可能な水・衛生サービスの促進、⑥水の適切な保管、管理、使用と汚染の防止、⑦雨水の適切な取り扱い、⑧都市部における洪水の排水

基本データ： 栄養状況

栄養を取り巻く状況・課題

栄養指標	数値	解説	調査名/出典
こども¹の低栄養 発育障害(慢性栄養不良) (2014) 都市部 農村部 消耗症(急性栄養不良) (2015) 都市部 農村部	平均36.2% 30.9% 37.9% 平均14.4% 12.4% 15.1%	<ul style="list-style-type: none"> 発育障害の割合は、2001年(平均53.2%)以降、減少傾向にある。 農村部のほうが都市部より、発育障害、消耗症いずれの割合も高い。 消耗症の割合は、2007年(平均17.5%)からゆるやかな減少傾向にある。 	
こども¹の栄養過多(過体重) (2014) 都市部 農村部	平均1.6% 2.0% 1.4%	<ul style="list-style-type: none"> 過体重の割合は、全体として都市部、農村部いずれも増加傾向にある。 都市部のほうが農村部より過体重の割合が高い。 	GNR 2020
青少年²の低栄養(低体重) (2016)	女子: 40.2% 男子: 50.7%	<ul style="list-style-type: none"> 男女とも栄養過多(肥満・過体重)よりも低体重の問題を抱えている。 男女で比較すると、男子のほうが女子よりも肥満・過体重・低体重いずれの割合も高い。 	
青少年の栄養過多 (2016) 肥満 過体重	女子: 2.3% 男子: 3.0% 女子: 8.8% 男子: 9.3%		
大人³の低栄養(低体重)⁴ (2014) 都市部 農村部	女性: 18.6% 男性: No data 女性: 12.2% 男性: No data 女性: 21.1% 男性: No data	<ul style="list-style-type: none"> 農村部のほうが都市部より有症率が高い。 	DHS 2014, Bangladesh
大人³の栄養過多 (2016) 肥満 過体重	女性: 4.0% 男性: 2.3% 女性: 22.2% 男性: 18.0%	<ul style="list-style-type: none"> 肥満、過体重いずれも、女性のほうが男性より有症率が高い。 肥満について、2000年(女性: 2.0%, 男性: 0.7%)以降、男女いずれも増加傾向にある。 過体重について、2000年(女性: 13.3%, 男性: 10.2%)以降、男女いずれも増加傾向にある。 	GNR 2020

注1) 5歳未満児 注2) 15-19歳 注3) 15-49歳 注4) 低体重 (BMI<18.5)

基本データ： 栄養状況（微量栄養素）

栄養を取り巻く状況・課題

栄養指標	数値	解説	調査名/出典
こども ¹ の微量栄養素欠乏 貧血 (2011年) 都市部 農村部 6-8カ月児 9-11カ月児 12-17カ月児 18-23カ月児 24-35カ月児 36-47カ月児 48-59カ月児	平均51.3% 46.3% 52.7% 67.6% 78.7% 76.4% 62.5% 46.9% 41.8% 38.0%	<ul style="list-style-type: none"> • 公衆衛生上「深刻」なレベル²。 • 農村部のほうが都市部より有症率が高い。 • 月齢で見ると、特に2歳未満のこどもの貧血の割合が高い。 • 男児のほうが女児よりも有症率が高い (女児: 49.8%、男児: 52.8%)。 	DHS 2011, Bangladesh
鉄欠乏 亜鉛欠乏 ビタミンA欠乏	No data		
女性の微量栄養素欠乏 貧血 (2011年) 15-19歳女性 20-29歳女性 30-39歳女性 40-49歳女性	平均42.4% 48.6% 40.2% 44.3% 39.4%	<ul style="list-style-type: none"> • ほぼすべての年齢層において、公衆衛生上「深刻」なレベル²にあるが、特に15-19歳の若年層において深刻度が高い。 	DHS 2011, Bangladesh
鉄欠乏 ビタミンA欠乏 亜鉛欠乏 葉酸欠乏	No data		
大人 ³ の糖尿病 (2014) 高血圧 (2015) 塩分摂取量(2017) (g/日)	女性: 9.3% 男性: 10.3% 女性: 25.0% 男性: 24.5% 女性: 4.9 男性: 4.5	<ul style="list-style-type: none"> • 糖尿病は女性より男性のほうが有症率が高いが、高血圧は女性のほうが有症率が高い。 	GNR 2020

注1) 5歳未満児

注2) WHOは、貧血有症率によって、<5%=公衆衛生上の問題ではない; 5-19.9%=軽度の問題(mild); 20-39.9%=中程度の問題(moderate); ≥40%=重度の問題(severe)と定義づけている。

(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177094/1/9789241564960_eng.pdf)

注3) 18歳以上

基本データ： 栄養・食事摂取関連行動

栄養を取り巻く状況・課題

栄養指標	数値	解説	調査名/出典
生後6カ月の完全母乳育児率(2014年)	55.3%	<ul style="list-style-type: none"> 2006年(37.2%)からは増加したが、2011年(64.1%)から減少している。 農村部(55.7%)のほうが都市部(54.1%)より若干完全母乳育児率が高い。 	GNR 2020
最低食事水準 ¹ を満たす子ども ² の割合(2014年) 6-11カ月児 12-15カ月児 16-19カ月児 20-23カ月児 都市部 農村部	平均22.8% 11.3% 24.3% 28.2% 35.1% 28.6% 20.8%	<ul style="list-style-type: none"> 月齢で見ると、特に1歳までの子どもについて、最低食事水準を満たす割合が低い。満1歳以降、月齢とともに改善している。 農村部のほうが都市部より最低食事水準を満たす子どもの割合が低い。 男女差はほとんどみられない(女兒: 23.0%、男児: 22.7%)。 母親の教育レベルが低いほど、数値が低い。 	GNR 2020
鉄分が豊富な食材を食べている子ども ² の割合(2014年) 都市部 農村部	平均55.3% 59.8% 53.7%	<ul style="list-style-type: none"> 都市部のほうが農村部より、鉄分が豊富な食材を食べている割合が高い。 	DHS 2014, Bangladesh
ビタミンAが豊富な食材を食べている子ども ² の割合(2014年) 都市部 農村部	平均66.9% 68.3% 66.4%	<ul style="list-style-type: none"> 鉄分と同様、都市部のほうが農村部より割合が高い。 	
ヨードを添加している塩を使用している世帯の割合	平均82.3%	<ul style="list-style-type: none"> 農村部(78.7%)のほうが都市部(92.9%)よりもヨード添加塩を使用する割合が低い。 	GNR 2020

注1) 最低食事水準=Minimum Acceptable Diet: WHO/UNICEFが定義する一日の食事回数と摂取食品多様性の最低基準を両方満たしている子ども。

注2) 6-23カ月児

基本データ： 食物消費・食料安全保障

栄養を取り巻く状況・課題

指標	数値	解説	調査名/出典
世界飢餓指数 ¹ (Global Hanger Index : GHI) (2019年)	25.8点 (117カ国中 88位)	<ul style="list-style-type: none"> 2000年は36.1点で「警告レベル」にあったが、2005年には30.7点で「深刻レベル」に改善した。その後も2019年にかけて改善している。 	https://www.glob alhungerindex.org /results.html
世界食料安全保障指数 (Global Food Security Index : GFSI) (2019年)	53.2点 (113カ国中 83位)	<ul style="list-style-type: none"> 食料の購買可能性 (affordability)、入手可能性 (availability) は世界の平均をやや下回る水準にあるが、安全性・質 (quality/safety) については113カ国中107位と非常に低い水準に位置している。 	http://foodsecurit yindex.eiu.com/
1人1日あたりのエネルギー消費量 (2006-08年)	2,270Kcal/日/人	<ul style="list-style-type: none"> 1995-97年 (1,930Kcal/日/人) から増加傾向にある。 	FAOSTAT
非主食 ² からのエネルギー摂取の割合 (2012年)	20%	<ul style="list-style-type: none"> 2000年 (17%) からは年々増加傾向にあるが、エネルギー摂取の大部分を主食に頼っている。 	GNR 2020
食事エネルギー供給量充足度 (2017-2019年)	109%	<ul style="list-style-type: none"> すでに100%以上を示しており、食料の供給量は平均食事エネルギー要求量を満たしている。 	FAOSTAT
たんぱく質摂取量中の動物性たんぱく源の割合(2011-2013年)	19%	<ul style="list-style-type: none"> たんぱく質摂取量59.0g/日のうち、動物性たんぱく源は11g/日。2000-2002年は13%であり、年々増加傾向にあるが、動物性たんぱく源の割合は低い。 	FAOSTAT

注1：エネルギー摂取量や栄養状態を複合的に指数化し、飢餓 (hunger) の程度を提示・比較する。指数50点以上を「重大な警告レベル (extremely alarming)」、35-39点を「警告レベル (alarming)」、20-34.9点を「深刻 (serious)なレベル」、10-19.9点を「深刻でないレベル (moderate)」、0-9.9点を「低いレベル (low)」と定義づけている。

注2) 非主食とは、穀物、塊茎、根菜の炭水化物以外のすべての食べ物。

基本データ： 関連セクターの状況（教育、水衛生）等

栄養を取り巻く状況・課題

栄養指標	数値	解説	調査名/出典
安全な水へのアクセス ¹ (2017年)	55% (都市部: 45%, 農村部: 61%)	<ul style="list-style-type: none"> 都市部のほうが農村部より安全な水へアクセスできる割合が低い。 	WHO/UNICEF JMP (https://washdata.org/)
安全な衛生設備(トイレ)へのアクセス (2017年)	No data (都市部: —, 農村部: 32%)		
野外排泄 (2017年)	0% (都市部: 0%, 農村部: 0%)		
基本的な手洗い設備 ² (2017年)	35% (都市部: 51%, 農村部: 26%)	<ul style="list-style-type: none"> 水または石けんがない手洗い設備が、都市部に42%、農村部に61%残っており、改善の必要がある。 	
学校での安全な水へのアクセス (2016年)	74% (小学校: 73%, 中学校: 87%)	<ul style="list-style-type: none"> 中学校より小学校のほうが安全な水へのアクセスの割合が低く、改善が求められる。 	
学校のトイレ整備率(2016年)	59% (小学校: 57%, 中学校: 67%)	<ul style="list-style-type: none"> 中学校より小学校のほうが整備率が低く、改善が求められる。 	
小学校純就学率 (2008年)	92.6% (女子: 93.7%, 男子: 91.5%)	<ul style="list-style-type: none"> 小学校純就学率の水準は高く、女子のほうが男子よりも就学率が高い。 	UNESCO Institute of Statistics (http://data.uis.unesco.org/)
中学校純就学率 (2018年)	66.6% (女子: 72.3%, 男子: 61.1%)	<ul style="list-style-type: none"> 中学校純就学率は小学校と比べると低くなる。女子のほうが男子よりも就学率が高い。 	
識字率 (2018年) 15-24歳 15歳以上 65歳以上	93.3% (女性: 94.9%, 男性: 91.8%) 73.9% (女性: 71.2%, 男性: 76.7%) 40.1% (女性: 26.8%, 男性: 53.1%)	<ul style="list-style-type: none"> 15-24歳の若い世代では男女差はほとんど見られないが、65歳以上の年齢層では、女性の識字率は男性の2分の1にとどまっている。 	

注1：安全な水=安全に管理された設備からの飲水

注2：自宅に石けんと水を備えた手洗い用の設備があること。

栄養を取り巻く状況・課題

栄養不良に関連する主要な課題

課題	解説
こどもの低栄養 (発育阻害)	<ul style="list-style-type: none"> こどもの発育阻害の割合(36.2%)は、2001年(平均53.2%)以降減少傾向にあるものの、開発途上国の平均25%と比較して大きく上回っており、改善が求められる。
微量栄養素欠乏	<ul style="list-style-type: none"> こどもの貧血の割合は51.3%、女性の貧血の割合は42.4%で、有症率が非常に高い。特に、9-11カ月児の有症率が78.7%と非常に高く、改善が求められる。
完全母乳育児率	<ul style="list-style-type: none"> 完全母乳育児率について、都市部の割合(54.1%)は南アジア地域の平均をわずかに下回る。2011年以降は減少が見られており、注視していく必要がある。
大人の栄養不良 (低栄養・過栄養)	<ul style="list-style-type: none"> 大人(女性)の低体重の割合(18.6%)に対し、過体重の割合(22.2%)も同等であり、二重の問題を抱えている。 大人の過体重、肥満の割合は、2000年以降男女ともに年々増加している。

その他、バングラデシュの特徴

特徴	
水衛生設備	<ul style="list-style-type: none"> 安全な水へアクセスできる割合は、都市部においても45%であり、非常に低い。 基本的な手洗い設備を有する世帯の割合について、農村部では26%、都市部においても51%にとどまっており、改善が必要である。 学校のトイレが整備率は、特に小学校で低く、改善が必要である。
男女格差	<ul style="list-style-type: none"> 小学校・中学校ともに就学率は女子のほうが男子を上回っており、男女同等の教育機会が得られているとみられる。 識字率についても、15-24歳の年齢層では女性が男性を上回る。ただし、65歳以上の年齢層では、女性の識字率は男性の2分の1以下にとどまっている。
都市-農村格差	<ul style="list-style-type: none"> 低栄養については、こども・大人いずれも農村部のほうが都市部より有症率が高い。 栄養過多については、こども・大人いずれも都市部のほうが農村部より有症率が高い。

既存の栄養関連データベース・情報源

栄養を取り巻く状況・課題を
知るためのデータソース

調査・データベース名	解説	出典
国家微量栄養素調査 (National Micronutrient Survey 2011-12)	<ul style="list-style-type: none"> 都市部、スラム、地方における子ども及び出産年齢の妊娠していない女性の微量栄養素の状態を把握するため、6～59カ月の就学前児童、6～14歳の児童、15～49歳の女性を対象に実施された。 	UNICEFおよび公衆衛生栄養研究所 (IPHN)
保健施設調査 (Health Facility Survey)	<ul style="list-style-type: none"> 標本調査。 母子保健、家族計画、糖尿病、心臓病、結核、栄養などのサービスへのアクセスやサービス提供状況、施設設備、人材配置等の状況について調査している。 これまでに4回（2009年、2011年、2014年、2017年）実施されている。 	国立人口調査研修所
国家衛生基礎調査 (National Hygiene Baseline Survey 2014)	<ul style="list-style-type: none"> 標本調査。 水・衛生分野に係る知識、設備、実践状況について、バングラデシュ国全体のベースラインを確立するために実施された。 	地方行政・農村開発・協同組合省
農業センサス (Agricultural Census)	<ul style="list-style-type: none"> 10年に一度実施することとされているが、バングラデシュではこれまでに6回（1960年、1977年、1983-84年、1996年、2008年、2019年）実施されている。 	計画省統計局

国家栄養事業実施体制・調整組織

マルチセクター栄養改善実施体制

組織/委員会	概要・状況
栄養運営委員会 (Steering Committee on Nutrition)	<ul style="list-style-type: none">• 2011年に保健省により設立。• 政府機関(13省庁)、ドナー機関、国連機関、学術機関、栄養ワーキンググループや市民団体等のマルチセCTORな連携を進め、調整を行う。• 構成メンバーには、政府機関、二国間援助機関が含まれる。
国家栄養カOUNCIL (Bangladesh National Nutrition Council)	<ul style="list-style-type: none">• 首相府、保健家族福祉省が主導する。• ①栄養関連の政策協調、②連携のための能力強化、③科学的根拠の創出において役割を果たす。• 保健家族福祉省、農業省、女性児童省、社会福祉省などの政府機関により構成される。
食料政策モニタリング委員会 (Food Policy Monitoring Committee)	<ul style="list-style-type: none">• 1982年に設立。• 食糧・災害対策・救援省大臣が議長を務める。• 食料安全保障の現状について継続的にモニタリングを行う。食料生産・備蓄・需要の状況に応じ、食料安全・栄養保障の観点から管理し、政策の意思決定への助言を行う。

栄養関連の主なマルチセクター事業例

主なマルチセクター栄養事業

事業	事業概要/現況	実施体制
School Feeding Programme in Poverty-Prone Areas – Nutrition Education Included in School Curriculum (栄養・教育)	2011年より初等大衆教育省により実施されている。学校給食プログラムの一環で、栄養教育を行っている。栄養教育のカリキュラムには、栄養不良を予防するための食事、栄養と健康の関係、実践的なガーデニング技術などに関する内容が含まれる。プログラム対象のすべての小学校で義務付けられている。	<ul style="list-style-type: none"> 初等大衆教育省、初等教育局
School Feeding Programme in Poverty-Prone Areas – Home, School or Community Gardening ((栄養・教育・農業)	2011年より初等大衆教育省により実施されている。学校給食プログラムの一環で、学校菜園を取り入れ、野菜の栽培に加え栄養教育を行う。食事と栄養について学ぶ機会を得ることに加え、貧困家庭の微量栄養素欠乏の改善にも役立てる。	<ul style="list-style-type: none"> 初等大衆教育省、初等教育局
Promotion of Improved Hygiene Practices including handwashing (栄養・衛生)	完全母乳育児率の向上と補完食により乳幼児の栄養改善を図る「Alive & Thrive」イニシアチブのもと、2010年より実施されている。乳幼児の栄養改善のため、妊娠期から生後2歳までの間に訪問ケアを行う。	<ul style="list-style-type: none"> 国際食糧政策研究所 (IFPRI) 等
School Nutrition Program – School feeding programmes (教育・栄養)	パイロット3地域、45校の児童(6-11歳)を対象に、2012年より実施。公立学校、BRAC学校を対象に、温かい食事や栄養価を強化したスナックを提供している。	<ul style="list-style-type: none"> GAIN