

ネパール人口家族計画プロジェクト
巡回指導調査団報告書

1987年6月

国際協力事業団
医療協力部

医 業
JR
87-26

JICA LIBRARY



1008773[2]

ネパール人口家族計画プロジェクト
巡回指導調査団報告書

1987年6月

国際協力事業団
医療協力部

医 業
JR
87-26

国際協力事業団		
受入 月日	'87.9.24	116
登録 No.	16670	98.2
		MCS

は　じ　め　に

ネパール国での家族計画プロジェクトは、1985年10月の討議議事録(R/D)の署名をもって5ヶ年の協力を開始した。本プロジェクトの基本方針は2つのDistrict(郡)をモデル地区として選び、とくにその中で各々1ヶ所のHealth Postと、そのカバーする村をパイロット地区として、重点的に母子保健サービスの効果を追跡調査し、もって将来ネパール国における有効、効果的な母子保健対策を策定し、よって家族計画の実効をあげることにある。

今回の巡回指導調査団の派遣目的は、R/D後の状況の変化もふまえ、協力基本方針の内容をさらに具体化するためにネパール側と協議することにあった。

本報告書は、この巡回指導の結果をとりまとめたものであり、チームの団長、団員各位ならびに本チームの派遣にご協力をいただいた関係者各位に対し深甚なる謝意を表する次第である。

国際協力事業団

理事　末　永　昌　介

目 次

I	調査団派遣の経緯と調査団のT/R	1
II	調査団の構成・日程	2
II-1	調査団の構成	2
II-2	日 程	2
III	調査結果の概要(総括報告)	4
III-1	家族計画プロジェクトの考え方の要点	4
III-2	FP/MCHプロジェクトの実施計画	4
IV	ネパール側との協議	7
IV-1	協議の経緯	7
IV-2	合意されたM/M	8
V	専門分野からの報告	20
V-1	地域母子衛生サービスと地域基幹病院との連携	20
V-2	母親グループの組織化	22
V-3	データ収集システムの改善によるFP/MCH地域活動の強化と評価	33
VI	その他参考資料	48
VI-1	FP/MCHプロジェクト組織図	48
VI-2	FP/MCHプロジェクト主要者一覧表	49
VI-3	国立カンティ小児病院	50
VI-4	綿引専門家年次報告	51
VI-5	宇井専門家モデル地区視察報告	65
VI-6	Coordinating Committee 議事録	82

I 調査団派遣の経緯と調査団のT/R

1985年10月にR/Dの締結された本プロジェクトは、5年間の協力期間を準備・発展・強化・評価と拡大の4段階に分けており、現在は準備段階から発展段階へ移行する時期である。

すでに、86年3～4月、3人の専門家がネパールに派遣され、モデル地区の現地調査を行なった他、最大の懸案であった第2次基礎調査（モデル地区の住民訪問調査・住民のニーズを把握するとともに、プロジェクト最終段階の評価指標を設定するのが目的）も、フィールドワークが終了した。

今後、本プロジェクトを有効に運営する為には、これら調査結果を踏まえて、詳細な運営計画を立てる必要がある、その為に今回の巡回指導が、専門家及び相手国側と協議の上で計画立案を行なうこととした。

その際の運営計画（方針）については、86年9～10月計画立案の為に短期専門家が派遣され、専門家と協議の結果、おおよそ5つの柱で活動を強化してゆくことを確認している。すなわち、

- ① 病院等へのメディカル部門への投入は、とりあえず一定限度内にとどめ、ヘルスポストの拡充、強化を第一とする。（機材、薬品、要員の強化等）
- ② 地域住民の組織づくりと活性化、また、住民とFP/MCHプロジェクトを結ぶシステムづくりを行なう。（母親グループ等の活性化、サブセンターづくり等）
- ③ これを基盤として、住民への教育、啓蒙活動を行なう。この中で、IEC（ポスター、印刷物、セミナー等を含む）を有効に使ってゆく。
- ④ また、①、②、③に必要な要員訓練（パラメディカル、PBHW等）を行なう。
- ⑤ 住民登録と人口動態の把握。

本巡回指導チームは、この5つの分野について、専門家及びネパール側と協議の上、具体的な実行計画を策定することを第一の目標とした。

また、実行計画策定の為のアイデアづくりの為、実際のプロジェクトサイトを視察した。

II 調査団の構成・日程

II-1 調査団の構成

氏名	担当業務	現職
平山宗宏	団長、 保健衛生	東京大学医学部保健学科教授
日暮眞	保健衛生	山梨医科大学保健Ⅱ講座教授
持田兆子	母子保健	財)母子愛育会母子愛育推進本部次長
勝野眞入	人口	国立公衆衛生院衛生人口学部厚生技官
渡辺正夫	企画調整	国際協力事業団医療協力特別業務室長代理

II-2 日程

- 3月3日(火) 東京 → バンコク移動
(JL717)
※渡辺団員，スリランカ人口家族計画プロジェクト事前調査から本調査に参加，バンコクにて合流。
- 4日(水) バンコク → カトマンドゥ移動
(TG311)
16:30 →
JICAネパール事務所表敬・打ち合せ
- 5日(木) 10:00 →
大使館表敬(金子大使，橋本書記官)
16:00 →
FP/MCHプロジェクトでの打ち合せ
—日程調整，打ち合せの進め方の調整—
- 6日(金) 9:00 → 15:00
JICA 専門家チームとの打ち合せ会議

- 15:15 → 17:15
 FP/MCHプロジェクトとの打ち合せ
 —運営計画の基本ラインについての協議—
- 7日(土) 団内打ち合せ
 ※7日～10日の間、持田・勝野団員はモデル地区を視察
- 8日(日) 10:00 → 11:00
 保健省次官表敬・打ち合せ
 15:00 → 17:00
 FP/MCHプロジェクトとの打ち合せ
 —行動計画の内容について—
- 9日(月) 10:00 → 12:00
 カンティ小児病院視察
 14:00 → 17:00
 —M/M案の内容検討—
- 10日(火) 10:00 → 15:00
 —M/M案の文言検討—
- 11日(水) 11:00 →
 Coordinating Committee
 15:00 → 17:00
 —M/M案の内容検討—
 18:00
 M/M署名
- 12日(木) 10:00 →
 JICAネパール事務所報告
 カトマンドゥ → バンコク移動
 TG312
- 13日(金) バンコク → 東京
 TG740

Ⅲ 調査結果の概要（総括報告）

Ⅲ-1 家族計画プロジェクトの考え方の要点

本プロジェクト（以下、FP/MCHプロジェクト）の基本的な考え方は、地域における母子保健サービスを中核とし、その結果として家族計画の達成を期することにある。

内容的には、本プロジェクトの5本の柱として ① 母子保健 ② 家族計画 ③ 地域開発 ④ 情報・教育・連携（IEC） ⑤ 情報収集が考えられるが、その具体的内容として本プロジェクトの傘下に入るものとしては、担当人材の研修、Health Post やMCH Clinic を通じての健診等の保健サービス、各種健康教育等があり、これらを通じて小児の死亡率の低下、家族計画受容者の増加を図り、それらの結果として出生力の適性化にもむかうことを期待する。なお、小児死亡率の低下のためには、環境衛生の向上（例えば水道の普及、汚物処理等）、社会全体の経済向上、女性の教育や地位向上、結婚年齢の適正化などが基本的に重要であるが、ここまでは母子保健分野ではカバーできないので、国全体の発展に期待せざるをえない。

Ⅲ-2 FP/MCHプロジェクトの実施計画

今回作成し、同意に達した実施計画は、当面次の6項目とその内容から成っている。

① ベースラインサーベイ

基礎調査とその後行なわれた追加調査は既に終了しており、現在集計作業中である。この調査の基礎資料は、後に本プロジェクトの評価を行う上でも活用されよう。

② 母子保健

母子保健のサービスおよび研修事業については次の内容が含まれる。

母子保健小冊子：栄養、基礎的な新生児のケア、経口補液法、予防接種、母乳保育、急性気道感染症、出産間隔等について、母親向きにイラスト入りの分かりやすい小テキストを作成し、モデル地域内に広く配布する。この小冊子はすでに印刷に廻すところまで進捗している。またこれらの教材を配布する機会も母親教育に利用する工夫が必要である。

母子手帳：日本の母子健康手帳に類するわかりやすい母子手帳を作成し、母子の健診や予防接種の実施を促進し、母親の教育に役立たせる。またこの手帳を持っていれば各種保健サービスが受けられるというメリットを周知させておく必要がある。

研修用教材：母親教育と同時に、それに当たる各レベルの担当者の研修用に、ビデオ、フィルム、紙芝居、テキストブック等を作成し利用する。これらは現地の実状に合わせて、現地で製作に当たる必要がある。

定期健診：定期的な健康審査と保健指導とを、妊婦および小児に対して実施する。妊婦健診には、体重測定、尿検査、血圧測定などが含まれ、乳幼児健診には体重測定と栄養状態の検査などが含まれる。これらの健診はHealth Post 中のMCH Clinicで行われる。健診で疾病・異常に気付かれた場合には、最も近くにある公立病院で精密検査や治療が行われる必要がある。これが地域保健・医療の中の二次医療に相当する。ネパールでは、地域内に開業医のごとき医療機関がないので、Health Post に若干の医薬品をおき、1次医療（プライマリー・メディカルケア）とせざるをえない。

健康教育：個人の持つべき衛生知識、健診の必要性、栄養、病気の見分け方、脱水の予防等についての母親教育は、MCH Clinicにおけるほか、あらゆる機会になされる必要があり、同時に各レベルの保健担当者に対する教育、研修は極めて重要である。地域内の無資格助産者に対する教育と助産医療器具の供与も有用であろう。

栄養対策：妊産婦や乳幼児のために、その地で入手しやすい食品を使った調理法を実習させる母親教育や、栄養上の問題をもつ（例えば特定のビタミン不足やヨード不足など）地域での対策が必要であり、このための栄養士等の研修のほか、各種専門団体や機関との連携・情報交換なども重要である。

③ 家族計画

今後の家族の福祉のための健康教育を通じ、経済的、健康的に望ましい家族のサイズ、出産間隔等、女性の健康向上に必要な基礎的な知識を家庭婦人に与えることが、家族計画を進める上での基本となる。

④ 地域活動

母親グループづくり：地域内で保健活動を進める上で、母親達のグループづくりをしてボランティア活動に従事してもらうことは、日本における愛育班活動の経験に照らしても極めて有効であると考えられる。とくに、母親グループのリーダーは、地域内での保健教育の伝達者として重要な存在である。

地域内保健活動運営委員会づくり：Health Post には現在でもその運営委員会的な住民組織があるようであるが、村民中心のこうした委員会によってHealth Post の運営のみならず、地域内の保健活動を自主的に推進することを指導したい。給付する医薬品についても、少額の費用を徴収して貯蓄し、次の活動の資金とするなどの運用も考えられよう。

⑤ I. E. C. 活動

I. E. C. 活動に用いる教材、すなわち、スライド、ビデオ、フィルム、ポスター、パンフレットなどを現地の実状にあわせて作成して活用し、本プロジェクトの遂行に役立たせる。これは今後本プロジェクトにとって重要な活動となろう。

⑥ 資料収集システム

保健活動に伴うデータを保管し活用することは、保健サービスの実施上、また活動の評価のために不可欠である。健診や予防接種の記録、罹患・与薬の記録の効率的システムの工夫、出生率や死亡率等の人口動態指標算出に必要な住民台帳の作成等の努力が必要である。このため、まずパイロット地区において定期的な家庭訪問システムを試行したい。PBHWsや母親グループのリーダーなどの人材が活用できれば、このシステムも可能となろう。

Ⅳ ネパール側との協議

Ⅳ-1 協議の経緯

今回のネパール側との協議は、JICA 専門家チームが現地で原案を作成し、ネパール側と下打ち合せを行っていたため、比較的スムーズに進展したと言えよう。

具体的には、専門家チームが提起した今後の行動計画について、調査団がその各々の構成単位ごとに内容を規定し、日本側・ネパール側双方の取り組み、スケジュールを作成し、調査団案としてネパール側に提示した。

ネパール側は、3月6日以降の Dr. Khatri (FP/MCH Project の Chief) 以下の主要メンバーとの協議で大わくについて協議を行ない、原則了解を確認した後、指定されたメンバーによる細部のツメを行なう方式で調査団に対応した。

この動きと併行して、3月8日の保健省次官への表敬、11日の Coordinating Committee の開催があり、最終的には11日の夕刻の M/M 署名へと至ったものである。

なお、保健省次官は地方行政官の経験をもつベテランの有力者とのことであり、きわめて積極性に富む実力者との印象である。本プロジェクトについては、まず母子保健に力をそそぎ、乳児死亡率等を低下させる地域保健サービスから入って、母親教育から家族計画の実をもあげるとの基本戦略に全面的賛意を表し、モデル地域方式にも理解を示した。その際の要望としては、モデル地域としては少なくとも一つの郡 (District) を単位として実施し、同一郡内で大きなサービス上の差異の生じないことを求めたが、これは既に本プロジェクトの方針でもあったので、その旨を再確認することで双方の満足が得られた。

また、Coordinating Committee の議事録は、本報告書の VI-6 に収録している。

MINUTES OF MEETING

ON

FAMILY PLANNING AND MATERNAL AND CHILD HEALTH PROJECT

The Advisory Mission of the Japan International Cooperation Agency (JICA), headed by Dr. Munehiro Hirayama, Professor of School of Health Sciences, University of Tokyo, has been dispatched to the HMG of Nepal from March 4 to 12, 1987.

The team had a series of detailed discussion based on the basic frame work of the Project (Record of Discussion, signed on October 6, 1985), with Nepalese Authourity concerned to grasp the existing condition and problems of the Family Planning and Maternal and Child Health Project.

The result of the discussion for implementation of the program is attached hereinafter.

Kathmandu, March 12, 1987

平山宗彦

Dr. MUNEHIRO HIRAYAMA
TEAM LEADER
JICA ADVISORY MISSION

Bhatari

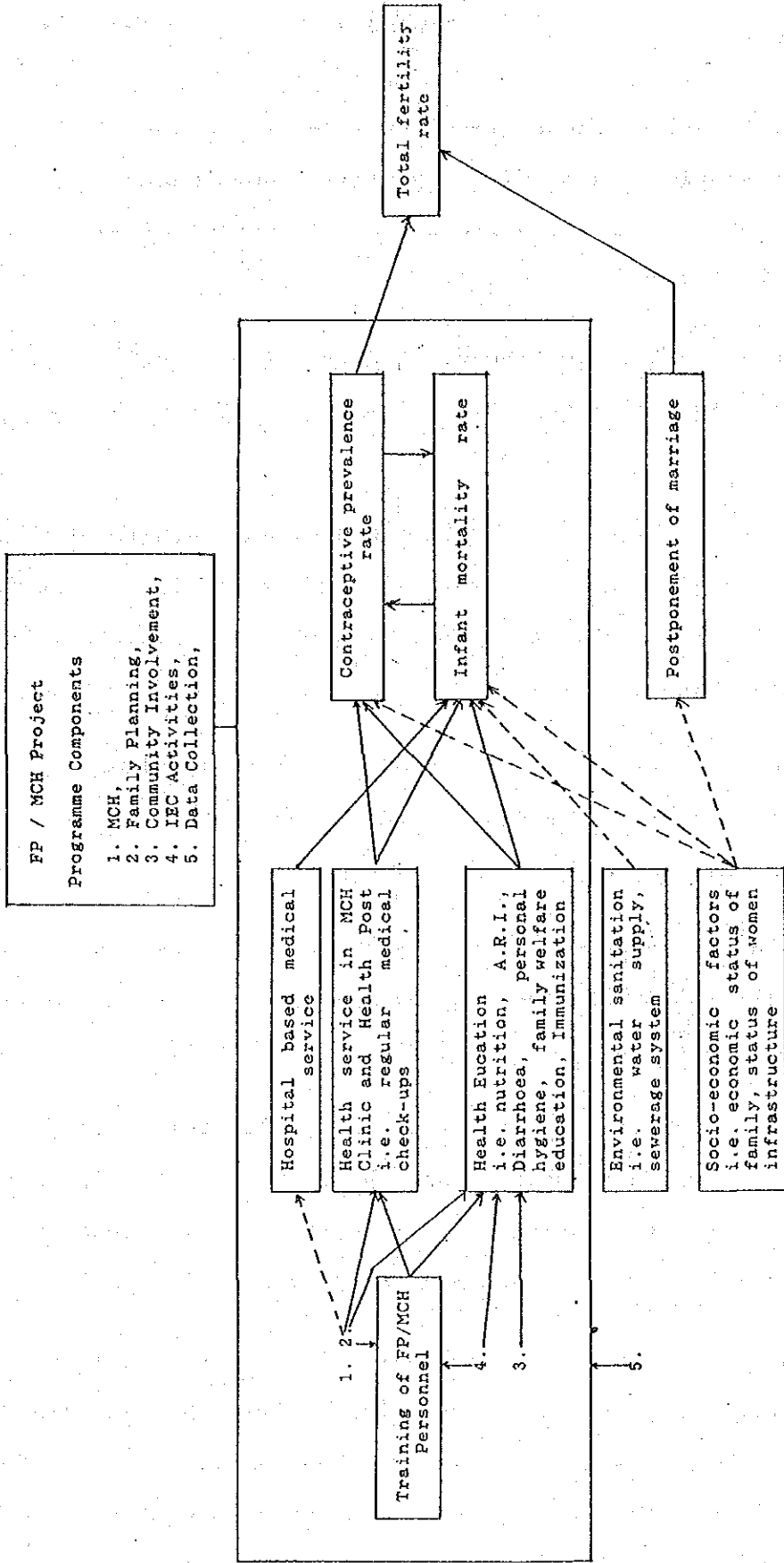
Dr. T. B. KHATRI
PROJECT CHIEF
FP/MCH PROJECT
MINISTRY OF HEALTH

ATTACHMENT

1. Both parties reconfirmed the general concept of the Project as stated in Appendix I, and also recalled that component of FP/MCH integration project shall consist of various aspects described in Appendix II.
2. Both parties confirmed the necessity of formulating action program with time schedule, and result of the discussion shall be attached in Appendix III.
3. Both parties agreed that Medicines, equipments and IEC materials including training materials will be provided to all the health posts of model districts i.e. Kavrepalanchok and Dhanusa Districts.
4. Both parties also confirmed that each detailed action plan of activities shall be prepared by mutual cooperation and understanding.
5. Simultaneously, both parties reminded that above-mentioned activities and schedule shall subject to change depending on both parties' yearly budgetary conditions.
6. Both parties agreed that Nepalese side will assign an officer and a public health nurse related to MCH activities at central level to jointly work with JICA team experts in planning and implementing the program.
7. Japanese side mentioned that all Project Activities shall be conducted by Nepalese side initiation and input from Japanese side shall be the sidesupport for the implementation. Nepalese side agreed the above principle of project management.

APPENDIX - I.

GENERAL CONCEPT OF FAMILY PLANNING AND MATERNAL AND CHILD HEALTH PROJECT



APPENDIX - II.

MATRIX CHART BETWEEN ACTIVITIES AND THEIR WORK CLASSIFICATION:

Classification Activities	Systematization of Health Service Administration		Population information (statistics)	Population Education		Expansion of Health Service	
	Government Organization	Supporting Voluntary Organization		Man-power training	Mass-education	MCH Activities	FP Activities
I. SURVEY							
- Baseline Survey	0		0				
- Impact Research	0		0				
II. MATERNAL AND CHILD HEALTH							
1) Development of Material							
- MCH Booklet					0		0
- MCH Handbook					0		0
- Teaching Material for training	0		0		0		
2) Health Service in MCH clinic							
- Regular Medical Check-up							
- Health Education					0		0
-> personal hygiene					0		0
- Nutrition Activities					0		
III. FAMILY PLANNING							
- Family welfare education					0		0
IV. COMMUNITY INVOLVEMENT							
- To organize Mothers' Group					0		0
- To intensify health committee activities					0		0

NOTE:- 0 --> Direct Connection.
0 --> Indirect Connection.

MATRIX CHART BETWEEN ACTIVITIES AND THEIR WORK CLASSIFICATION:

Classification Activities	Systematization of Health Service Administration		Population information (statistics)	Population Education		Expansion of Health Service	
	Government Organization	Supporting Voluntary Organization		Man-power training	Mass-education	MCH Activities	FP Activities
V. I.E.C. ACTIVITIES - To organize I.E.C. activities particularly for night film shows on FP/MCH. - To produce slide shows, video movies, Posters, Pamphlets etc.				0	0	0	0
VI. DATA COLLECTION SYSTEM - To intensify a record keeping in clinic - To check current contraceptive use. - Vital statistics, birth, death, marriage, divorce, etc.	0		0 0 0	0			0

APPENDIX - III. (A)

TENTATIVE ACTION PROGRAM OF THE FP/MCH PROJECT

Item of Activities	Description of Activities	Share of Contribution
I. SURVEY		NFP/MCH PROJECT ² JICA ³
Baseline Survey	Survey to know the background and present status of model areas for planning of strategy and evaluation.	
Impact Research	The change of some indexes, including consciousness against health will be studied as a part of project activities. Methodology, Amount and Financial matters of the survey shall be discussed as necessity arises	
II. MATERNAL AND CHILD HEALTH		
MCH Booklet	Easily understandable booklet on MCH (Nutrition, Basic Natal Care, O.R.T., Immunization, Breast Feeding, and Child spacing for mothers and A.R.I. ¹ Illustrated book must be useful.	- to finance the printing. - to collaborate in the development of the MCH handbook.
MCH Handbook	Small handbook for pregnant women and mothers, short descriptions of knowledge on MCH and pages for records on birth, growth and immunization etc. Illustrations and figures should be there. Distribution of MCH Booklet and Handbook might be the one of the important impact for establishment of community health education system.	- to develop MCH handbook by IEC, Training MCH section. - to develop MCH booklet. - to develop teaching materials for training. - to give para-medical staff training on how to use MCH handbook.

1 = A.R.I. --> Acute Respiratory Infection.
 2 = NFP/MCH --> Nepal Family Planning and Maternal and Child Health Project.
 3 = JICA --> Japan International Cooperation Agency.

TENTATIVE ACTION PROGRAM OF THE FP/MCH PROJECT

Item of Activities	Description of Activities	Share of Contribution
Teaching Material for training	<p>At the same time, the benefit of MCH Handbook's carrier should be considered as future administrative action. For example free charge of health check, immunization, information on child care etc.</p> <p>Besides the MCH Booklet and Handbook, several kinds of teaching materials for training are necessary. Teaching materials such as Video, Film, Paper picture, Small textbook for each level of health workers.</p>	NFP/MCH PROJECT JICA
Regular Medical Check-up	<p>Health checks for pregnant women (body weight, urine, blood pressure etc.) and children (body weight, level of nutrition etc.) are provided in MCH clinics regularly.</p> <p>Patients picked up by health check should be diagnosed and treated at nearest hospital. Systems on co-operation between community health services and hospital based medical services are also expected to establish.</p>	<p>- to consider to provide manpower.</p> <p>- to give training to para-medical staff.</p> <p>- to strengthen activities in MCH service.</p> <p>- to provide medical equipment and drugs.</p> <p>- to finance the MCH handbook.</p>
Health Education	<p>Health education- personal hygiene, needs of health checks, nutrition, differentiation of health and sick, rehydration etc. is provided to mothers in MCH clinics and at every opportunities (PBHW & Community level).</p> <p>Each level of health workers have training on knowledge and teaching methods. Training for traditional birth attendant is also important.</p>	<p>* to do regular medical check-ups (height, weight, urine test, blood pressure, immunization, etc.) for pregnant women and children under age 5.</p> <p>* to strengthen health education.</p>
Nutrition Activities	<p>Practice of cooking using local materials, aspecial guidance for pregnant women, infants, children and local problem on nutrition factor, if any, is provided in mother's class.</p> <p>Training for nutritionist and health workers is necessary. Cooperations with some international, governmental and non-governmental organizations on nutritious informations.</p>	<p>* to establish nutrition activities in MCH Clinics. such as maintain the growth monitoring charts for the babies attending the MCH Clinic.</p>

TENTATIVE ACTION PROGRAM OF THE FP/MCH PROJECT

Item of Activities	Description of Activities	Share of Contribution
<p>III. FAMILY PLANNING</p> <p>Family Welfare Education</p>	<p>Health education must include family welfare such as small family size norm, needs of basic education for improvement of female's health condition.</p>	<p>NFP/MCH PROJECT</p> <p>JICA</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - to provide education on family welfare. - to intensify Family welfare education through both the MCH clinic and the community-based distribution services. - design training materials such as curriculum, slides, Films, Posters, Handbook for: <ul style="list-style-type: none"> 1) Community Volunteers <ul style="list-style-type: none"> - Local elites - Mothers' Group - Social Workers - Teachers 2) Grass Root Workers 3) Middle Level Health Workers: <ul style="list-style-type: none"> - intermediate Supervisors, Staff Nurse, ANM, AHW, SAHW, SANM - to make slides, Films, Posters, Pamphlets, etc. for mass communication. 	<ul style="list-style-type: none"> - to assist in the making of Slide shows, Films, Posters, Pamphlets, etc. for community education. - to finance the organization of Middle-level Trainees' training and if possible for community volunteers and the grass root workers. - to provide equipment.
<p>IV. COMMUNITY INVOLVEMENT</p>	<p>Organization of Mother's Group should be very effective for activities of community health services. Education for members of Mother's Group, especially leaders, is necessary.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - to give orientation to community leaders, teachers, volunteers and related people to systematize community organizations. - to finance for some HMC Activities, i.e. material, equipment.

TENTATIVE ACTION PROGRAM OF THE FP/MCH PROJECT

Item of Activities	Description of Activities	Share of Contribution
	<p>As the administration of health post and its activity is the base of health services in community, health committee (administration committee of health post) must be activated and strategies for development of community health -administration of drugs, cooperation with mother's group, youth's group and health workers etc. - should be discussed and settled by themselves.</p> <p>Some criteria for recognitions of volunteers shall be developed.</p>	<p>NFP/MCH PROJECT</p> <p>JICA</p>
V. I.E.C. ACTIVITIES	<p>Planning and organization of I.E.C. activities and production of Slides, Video tapes, films, posters, pamphlets etc. are necessary for all activities of the project.</p>	<p>- to assign the right personnel to use these Audio-visual aids and give them a training how to use and maintain them properly.</p> <p>- to provide audio-visual aids for motivation, information and instruction etc. about FP/MCH.</p>
VI. DATA COLLECTION SYSTEM	<p>As the record keeping is important for health services and evaluation, effective system should be organized at each level. Pilot practice for collection of information about vital event is expected to start in the pilot areas. Home visit method by PBHWs and leaders of mother's group using registration cards (list of household, birth, death, marriage, divorce etc.) will be useful.</p>	<p>- to find appropriate 16 mm films and video tapes related to FP/MCH.</p> <p>- to organize I. E. C. activities particularly for night film shows on FP/MCH using 16 mm films and slides</p> <p>- to provide personnel related to I.E.C. to collaborate with JICA experts.</p> <p>- to check the prevalence of contraceptive use.</p> <p>- to strengthen registration of birth, death marriage, divorce by the P.B.H.W..</p> <p>- to give P.B.H.W.s & Intermediate supervisors training.</p> <p>- to provide record keeping sheets.</p> <p>- to finance Maternal and Child Health Handbooks.</p>

TENTATIVE ACTION PROGRAM OF THE FP/MCH PROJECT

Item of Activities	Description of Activities	Share of Contribution
		<p align="center">NFP/MCH PROJECT JICA</p> <ul style="list-style-type: none"> - to register number of household status by PBHW. - to establish referential system of data collection. - to keep a record of clients using the MCH handbook.

APPENDIX - III. (B)

TENTATIVE IMPLEMENTATION SCHEDULE OF THE FP/MCH PROJECT.

Item	Fiscal Year (from April to March)	1985/86	1986/87	1987/88	1988/89	1989/90	1990/91
Cooperation Stages		Preparation Stage < Review >		Phase - I < Improvement >		Phase - II < Intensification >	
				Phase - III < Evaluation >			
<p>PLAN OF ACTIVITIES;</p> <p>I. SURVEY</p> <ul style="list-style-type: none"> ** Baseline Survey ** Impact Research <p>II. MATERNAL AND CHILD HEALTH</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Development of Material <ul style="list-style-type: none"> *** MCH Booklet * MCH Handbook *** Teaching Material for training 2) Health Service in MCH Clinic <ul style="list-style-type: none"> ** - *** Regular Medical Check-ups *** Health Education <ul style="list-style-type: none"> -- Personal hygiene * Nutrition Activities <p>III. FAMILY PLANNING</p> <ul style="list-style-type: none"> ** Family welfare education <p>IV. COMMUNITY INVOLVEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> * - ** - *** To organize Mother's Group *** To intensify health committee activities 		↔	↔	↔	↔	↔	↔

TENTATIVE IMPLEMENTATION SCHEDULE OF THE FP/MCH PROJECT.

Item	Fiscal Year (from April to March)	1985/86	1986/87	1987/88	1988/89	1989/90	1990/91
Cooperation Stages		Preparation Stage < Review >		Phase - I < Improvement >	Phase - II < Intensification >	Phase - III < Evaluation >	
<p>V. I.E.C. ACTIVITIES</p> <p>*** To organize I.E.C. activities particularly for night film show on FP/MCH</p> <p>*** To produce slide shows, video movies, posters, pamphlets etc.</p>							
<p>VI. DATA COLLECTION SYSTEM</p> <p>** To intensify a record keeping in clinic.</p> <p>** To check current contraceptive use.</p> <p>* - ** Vital statistics, birth, death, marriage, divorce etc.</p>							

INDEX:

- * Pilot areas.
- ** Selected areas by Baseline Survey.
- *** Model areas.

V 専門分野からの報告

V-1 地域母子保健サービスと地域基幹病院との連携

V-1-1 母子保健・医療に関わる一般的状況

医療機関は、数年前に日本からの無償援助により設立された「教育病院」を母体とした国立医科大学が1校あるのみで、一学年25名の由である。それ以前のネパールの医師は、すべて外国の医科大学（インド、英国等）で医学教育を受けてきたものである。したがって、医師数は極端に不足している。さらに、看護婦・保健婦等の allied health personnel も著しく不足している。このように、この国の医療要員は全般的に不足している事情から、母子保健・医療要員もきわめて手薄であり、いわゆる非専門職員の短期研修により要員を充当している状況である。

乳児死亡率等の母子保健統計も、全国レベルでの正確な資料はきわめて得難い状況である。限られた地域における Sample survey によれば、1985年の乳児死亡率117.8なる数値が示されているが、これとても一つの参考資料にすぎない。いづれにしても95%以上が自宅分娩で、病院における出産は中流以上の限られた対象のみがその恩恵にあづかる由である。

自宅分娩に際しては、TBA (Traditional Birth Attendant) と称する (Nala 地方では Agi と呼称) 無資格産婆が分娩に立会う。彼女らは代々世襲制で、研修を受ける以前は分娩に際し石けんにて洗手したり、臍帯切断用の市販カミソリの加熱消毒等実施していなかった由である。したがって、母子とくに新生児の感染症が多く、病院に転送されてくる時には、手おくれとなっていることがきわめて多い。

乳児死亡の主たる原因は、肺炎、胃腸炎、ビタミン欠乏症、髄膜炎、上気道感染症、麻疹、破傷風等で、幼児死亡の原因もこれらと大差がない。一方、入院患者の主要疾患をみると、上記疾患の他に寄生虫 (回虫・鉤虫・鞭虫) による疾患が少なくないことが注目される。

妊産婦死亡・周産期死亡ならびに婚姻・離婚等の統計資料は得られなかった。

V-1-2 Health Center・Health Post における母子保健サービスの現況

Dhulikhel の Health Center と Khopasi の Health Post とを視察したが、両所を通してみた Health Center と Health Post との現況を述べてみたい。

Dhulikhel Health Center における母子保健サービスは週1回の医師による MCH Clinic があり、その MCH サービスの内容は、(1)診察、(2)体重測定、(3)予防接種 (BCG, DPT, ポリオ, 麻疹)、(4)投薬 (カードをみて Health Aid と称する allied health personnel が行ない、投薬内容はビタミン剤、錠剤、駆虫剤等)、(5)避妊具配布 (ピル、コンドーム等) などであり、

対象は妊産婦ならびに5才以下の乳幼児である。受診者は30～40人/日で子どもが主である。妊婦検診台があるが殆んど使用していない由。

Khopasi Health PostはDhulikhelよりさらに山に入る地域にあつて医師は居らず、週1回のMCH ClinicはHealth Assistantにより行かれる。サービスの内容は、診察・投薬・避妊具配給である。建物・office内の設備等はHealth Centerより一段と粗末である。ここでの問題点は何かとChiefであるHealth Assistantに尋ねると、(1)建物、(2)スタッフの2点をあげた。スタッフの問題とは、このHealth Postに与えられた要員定数15に対して実際赴任して来ているものは9で、残り6は主都カトマンズに居て来所せぬ由である。

予防接種は月1回mobile clinicにてHealth postにあるいはHealth Centerにやってくるが、しばしばキャンセルされて予定通り来所せぬ由で、このことが住民の信頼を著しく裏切っているとのことであつた。さらに、この巡回接種に際して、多数の被接種者に化膿が生じるという事件が昨年おこつたとのことであつた。

V-1-3 問題点と今後の目標

短期間の視察であつたが、そこで見た「母子保健・医療サービス」に関わる問題点と今後の目標を列記する。

a) 問題点

(1) 医師における公衆衛生意識の希薄性

この問題はネパールのみの問題ではなく、先進国でも程度の差はあり同様の現象がみられるが、とくにこの国では一般社会に余にも多くの公衆衛生的課題が山積しているだけに、早急に解決されることが望ましい。この国の数少ない医師達の中からPublic health mindedな医師を如何にマークして拾い上げてゆくか、医育機関での公衆衛生教育の充実が望まれる。

(2) 医師ならびにAllied health personnelの配置の偏在性

カトマンズ等の都市に多くの医師とallied health personnelが偏在し、地方への医療サービスが十分に及ばず、医師のみならず短期研修を受けたallied health personnel等の専門家さえ、地方のhealth postでの定員を十分充足していない。

(3) Health Aid等のallied health personnelの役割内容の向上

allied health personnelに対して行われている短期研修内容を十分理解しているわけではないが、投薬や単なる受付要員としての役割のみでなく、もう少し研修内容をたかめたりintensiveに研修させて血圧測定・検尿等の業務ができないだろうか。

(4) mobile clinicの充実

雨期には十分業務が果たせなかったり、要員の都合等で勝手にcancelになったりするこ

とが地方住民の信用を失っている要因という。予防接種はこの国での乳児・幼児死亡率を低下させるには有力な武器である。

予防接種を有効に実施させるために、冷凍設備を装備したmobile clinicの充実が望まれる。

b) 今後の目標

- (1) 医科大学での公衆衛生教育の充実
- (2) 後方病院勤務医による地方巡回診療のためのキャラバン隊編成（後方病院勤務医が月1回 or 2回交代で各 health center, health post を巡回する、巡回の内容は直接診療のみならず各 health center, health post に勤務する allied health personnel の教育・指導、相談にあたる）。
- (3) allied health personnel の研修内容の充実（問題点(3)を参照）。
- (4) allied health personnel の現地採用（問題点(2)の解決のため）。
- (5) mobile clinic の充実（問題点(4)参照）。

V-2 母親グループの組織化

—日本での経験とネパールへの適応—

V-2-1 はじめに

このたび、ネパール家族計画プロジェクト巡回指導調査団の1人として、カブレ郡、ダヌーシャ郡の両プロジェクト・エリアを巡回し、FP/MCHサービスの現状を視察し、ダヌーシャ郡においては、ゴダガス、ゴダールの両ヘルスポストにおいて、母親グループの人たちから直接話をきく機会を得た。

しかし、出発前の準備不足、短期間の視察、言葉の障害からくるネパール国での調査事項の消化吸収の不良、ネパールの物差しと私の物差しとの違いなどが災いして、次に述べる「母親グループの育成についての試案」は、実践に移す場合、現地で活動している母子保健専門家による十分な検討が加えられることを願いたい。

a) 恩賜財団母子愛育会での試み

恩賜財団母子愛育会では、民間団体による自主的、奉仕的な組織活動として、母子の保健と福祉を全国に普及させるために、愛育班活動を考案し、1936年以来地域の婦人が中核となって、活動を続け、効果をあげている。

b) その活動の特徴

1. 家庭婦人が活動の中心となる
2. 異常を発見するのが目的ではなく、子どもの心身の健康と家族の健康づくりが活動の目的であり、その結果として異常が発見される

3. 日常生活の中で実践する
4. 家庭訪問と話し合い(学習を含む)の積み重ねである
5. 地域全体を包括した活動である
6. 労力の奉仕などによるもので、経費は必要としない

c) 活動の目的

1. 母子保健の向上
 - 1) 心身の発育発達上の問題、不健康状態等の早期発見、早期対応ができる
 - 2) 母子健診及び相談事業を母親が理解し、必要なとき参加することができる
 - 3) 地域の実情にあった母子保健事業の開催ができる
2. 家族及び地域全体の健康づくり
3. 班員の保健衛生知識の習得

学習と実践活動によって、保健衛生知識の習得ができ、自分自身の生活にも役立つ
4. 自立心の向上

実践活動を体験することにより、自分たちでできる活動のあることを確認しやる気を起す
5. 連帯感を育てる

近隣または、グループの協力を要するので、活動しているうちに、連帯感を養うことができる

V-2-2 母親グループの育成について(試案)

—ダヌーシャ郡の場合—

a) 現状

ネパール国においては、1986年8月7日現在、ダヌーシャ郡の全パンチャヤート103のうち、80のパンチャヤートに、530の母親グループ(4,338人)を作っている。1つのワードが9つのグループにわかれ、1つのグループには7人のメンバーが属している。

トレーニングは、5課程を予定しているがゴダガスでは、経口補水液の作り方、予防接種の2課程を修了しているが、ゴダールは、経口補水液の作り方のみで、両地区とも今年度は予算がないので実施しない。

出席者には、旅費と日当を支給する。

母親グループ員の話

ゴダガス、ゴダールの両ヘルスポストに、それぞれ4人のグループ員が集まり、話をきくことができた。話の内容及び私の感想は次のとおりである。

1. 質問すると、複数の人が話をはじめる。ワッ!!と一度に口を開き、とまらない。これは

意外なことであった。

2. 活動に対する報酬は望んでいない。
3. 経口補水液の作り方のトレーニングを受けたので、近所の人に教えたところ、喜ばれたので、もっと多くの人に教えたい。

私たちにも丁寧に教えてくれた。

4. もっと多くのことを学びたい。
5. 近所つきあいもよいし、つき合うこともできる。
6. 育児上注意していることはどんなことか、の問いに対しては、

食事、栄養、手足の清潔、病気になった時は医者に連れてゆく。母乳は1～2年、離乳食も1～2年、2年過ぎると普通食を食べさせる。

〔8人中読み書きのできるもの4人、避妊手術は、本人が5人、夫1人が受けている。〕

以上のように思ったより積極性があり、学んだことを実行に移す。報酬は期待しないなど、多少名譽心はあるかも知れないが、“何かをやってみたい”という意欲はうかがえた。この人たちが今後活動を展開するについては、フィールドワーカー等身近かにいる保健要員の適切な指導援助が大きな要素となる。

常に活動と学習を並行させ、小さなことでも、自他ともにメリットとして得るものがあるより気を配ることが必要である。

例えば

1. ヘルスポストなどの行事が早く正確に伝わり、優先される。
2. 母子保健ハンドブックの入手が早い。
3. フィールドワーカー等の活動が優先してうけられる。

b) 組織の育成

b-1 組織の確立

- 1) 読み書きのできるグループ員により、ワードごとに全世帯の台帳を2部作成する。
- 2) グループ員(愛育班員に相当する)

さしあたり声をかけられる範囲(家庭訪問のこと)で、受持世帯を一応決める。全世帯を網羅することが望ましいが、範囲が広すぎたり、世帯が多すぎたりする場合は、妊娠可能な女性及び乳幼児のいる家庭を優先する。しかし、この場合も遠距離になると活動が続かないので、遠距離家庭は活動の対象としない。

- 3) ワードの代表者(分班長に相当する)

1つのワード7人のなかから、読み書きのできる人を1人決める。

グループ員も兼ねる。

4) グループの代表者(班長に相当する)

ワードの代表者9人のなかから1人を決める。

グループ員,ワード代表者も兼ねる。

5) 指導援助をする担当者

行政組織の最先端で活動している,フィールドワーカー等から1人を決め,窓口も兼ねる。

[窓口とは,種々の機関から依頼,指示,命令などの行為が直接母親グループに行くことをさけるためのもので,取捨選択という大切な役割をする]

6) 世帯台帳

グループ員とワードの代表者で1部ずつ保管する。

b-2 活動と役割

1) 声かけ訪問

月1回程度受持世帯へ声をかける。近所づき合いの挨拶でよい。また必ずしも毎回家庭まで行く必要はない。道路上,バザールなどで顔をあわせたときでよい。

具体的なことは,

- ① 妊産婦,乳幼児その他家族の健康状態を見たり,聞いたりして確かめる。
- ② 不健康な者については,知っている手当,方法などがあれば教える。しかし,早い機会に医療を受けることをすすめる。フィールドワーカー等の巡回指導を要請する場合もあろう。
- ③ 妊婦は早期に発見し健診をすすめる。
母子保健ハンドブックの入手についても配慮する。
- ④ 母子保健ハンドブックの活用については常に気を配る。
- ⑤ 服薬,医療の指示,指導などを受けている家庭については,それが正しく守られているか否かを聞く。例えばピルの服用など。
- ⑥ ヘルスポストで行われる健診,予防接種などの行事を該当者に伝える。
- ⑦ ワードの集会で学習したことを必要な家庭に伝える。
- ⑧ 出生,死亡,転出入など世帯の異動事項について台帳の整理をする。
- ⑨ 以上について必要事項をメモするが,文字の書けないグループ員については他の者が代行するか,記憶するだけでよい。
- ⑩ 声かけの結果は,メモにするか記憶するかして,ワードごとの集会に持参する。

2) グループ員の集会(学習の場にもなる)

7人の井戸端会議と思えばよい。ワードの代表者が中心になって聞く。

情報交換,ワードの代表者会議の伝達,学習の機会となる。1か月1回程度,30~

40分で終わる。戸外でもよい。

- ① 初めての集会では、グループ員に世帯台帳を渡し、使用方法を教える。次回からワードの責任者は、グループ員の持参した世帯台帳により自分の台帳の整理をする。
 - ② グループ員が持ち寄った声かけ訪問の情報交換をし、母子保健上好ましくない問題で、ワード内で解決できることがあれば、実践に移すよう話し合いをする。
- 3) ワードの代表者会議(学習の場にもなる)

グループの代表者が中心になって開く。情報交換、行政からの伝達事項、学習の機会となる。1か月1回程度、60～90分で終わる。ヘルスポストでの開催がよい。指導助言をする担当者は必ず出席する。

- ① ワード内の健康状態をきき、自分たちで、できる活動があるか否かを話し合う。フィールドワーカー等の指導(学習)をうけ実践に移す。
- ② ワードの代表者は①をグループ員に伝え、グループ員は必要に応じて受授世帯に伝える。
- ③ この会議の内容は翌年の参考にするために保存する。

4) ヘルスポスト等の行事に参加

乳幼児健診等の行事に参加する。協力と学習を目的とするので、行事終了後は保健要員等から指導をうける。1回につき2～3名でワードの代表者でよいが、希望があればグループ員の参加もよい。

5) フィールドワーカー等の指導援助

母親グループは母子保健に関しては素人の活動である。そのために専門的立場からの指導援助を必要とする。

- ① ワードの代表者会議には必ず出席し、会議の運営、内容の指導にあたる。とくに会議の機会に行われる学習については責任をもって指導する。
- ② ヘルスポストの行事に参加したグループ員に対しては、行事終了後話し合い学習をする。
- ③ ヘルスポストの行事予定をグループ員に知らせる。
- ④ フィールド活動の折には、グループ員を訪問し情報交換をする。

b-3 研 修

グループ員全員を対象にしたいが、それはネパール国の実状にあわないと思うので、とりあえずワードの代表者のみでよい。ワードの代表者は学んだことを少しずつグループ員に伝達する。

実施責任者は保健婦が最適任であるが、これも不可能なことと思われるので他の母子保健要員をあてる。

1) 基礎学習

- ① 母親グループの活動について
- ② 役割別の活動
- ③ 世帯台帳など帳票類の使い方
- ④ ヘルスポスト、病院等関係機関、関係者等の業務内容、連絡のとり方
- ⑤ ネパール国に多い子どもの病気と、母親グループの活動としてできる予防と手当て
- ⑥ 母子保健の概略とくに出産間隔（母子の健康との関連）子どもの正常な発育発達について。

2) 機会学習

ワードの代表者会議、ヘルスポストの行事に参加したときなど、機会をのがさず事例をふまえて具体的に学習する。個人の知識習得のためではないので、活動に生かされる学習であること。

ワードの代表者会議においては

- ① グループ員の活動により把握された健康問題については、家庭まで返すことを考慮に入れること。
- ② 季節に関係ある疾病については、早目に学習する。

グループ員の集会においては

- ① ワードの代表者が学んだことを教える。ことに自分のワードから出た問題については、そのグループ員に活動方法を教える。
- ② フィールドワーカーに時間的な余裕があれば、この集会に出席して短時間学習してもよい。

3) まとめ

以上書き連ねたことは、文字面からうける印象としては大変な活動のように思われるが、要約すると、

- ① グループ員は、1か月の間に隣り近所の人、とくに乳幼児とその家族の健康状態を母親からきく。それをメモするか、（班員の活動は訪問カード）記憶するかである。季節にもよるが、不健康状態の人や、世帯の異動も1か月間に多くあるとは思えない。文字量より実際活動が少ないと思う。
- ② ワードの代表者は、日を決めてグループ員7名を集めて1か月間の活動状況をきく。メモの提出があればそれを集め、読み書きのできない人からは話をきき、その月分の状況としてメモしておく。

ワードの代表者会議では、各代表者がワード内の状況を発表し、フィールドワーカー等から助言とそれに関連した学習がある。その内容をメモし、グループ員に伝える。

ワードの代表者会議の前と後の2回、グループ員の集会を持つことがよいとされているが、ワードの状況により1回でもよい。グループ員の意志により決める。

③ グループの代表者は、ワードの代表者会議を開き、健康問題を中心に話し合い、自分たちでできる活動を考えて実践する。ワードの代表者から提出されたメモを、ワード別、月別に整理する。これは翌年度の活動計画に役立ち、「事が起こる」以前に方策が講じられる。

④ フィールドワーカー等は、あらゆる機会を利用して、グループ員に日常生活の中で簡単に実行できる保健衛生の教育をする。

c) 活動を進めるための条件

◎ グループ員に活動の報酬として金銭、物品等を供与すること。

◎ 恩恵を受ける地域の母親たちに、母親グループの活動として物品を配布すること。

このようなことは、地域の組織活動としては、好ましくないというよりなすべきことではないが、ネパール国の現状においては必要悪として是認すべきことではないかと思われる。

しかし、品物、与える回数、時期などに細心の注意を払わないと問題が起こる。

①報酬がないと活動をしない、②より高価なものを要求する、③地域の人たちからは報酬があるので活動は当然のこと、と感謝されなくなる。

地域の母親たちに品物等を与えることもグループ員が訪問すると①何か貰えるのではないかと期待されるようになる、②ピンハネをしているのではないかと猜疑心を持つ、といったことから地域の和が崩れるもとなりかねない。

もう1つ注意することは、活動が行政側の事業の協力のみにかたよってしまうことである。それでは、活動の質量ともに発展がないし喜びもない。知識を得ることや喜ばれ感謝されることが、やる気を起こす基となることはどこの国の女性でも同様ではないだろうか。

最後に、貰う物、あげる物については、生活そのものがわからず、情報不足で名案は無く迷案かも知れないが、グループ員には活動上使うものとして、ノート、ボールペン、色鉛筆、筆入れなどの筆記用具、用紙類をはさんでおく板つき、紙ばさみ、クリップ、針、糸などのミニ裁縫用具、爪切り、石けん、鋏、櫛、洗たく用クリップなどの日用品、母親グループ用シンボルカラーの襟巻、門標など、年に1～2品程度。

地域の人たちにグループ員が配るものとして、栄養剤、仁丹、クレオソート丸、水の浄化剤、バンドエイド、駆虫剤など、しかしこれらは医療に関係するので、別途チェックが必要であろう。

一時的にせよ初期においては、目に見えた効果のあるものがよいと思う。

d) モデル地区の選定

ダヌーシャ郡530の母親グループを同時に育成し活動を進めてゆくことは、人・物ともに現状からみて困難と思われる。

さしあたり2～3のグループを選びモデル地区として育成する。後のグループはモデル地区を育成する課程で検討を加えながら順次普及するという方法をとる。ネパール国が行政的にみて同時進行を望んでも、モデル地区は手厚く育成する。うすく浅く広い育成では今回の援助期間中には見るべき成果があがらないと思われる。

モデル地区の条件として考えられることは、

- ① グループの代表として活動できる母親がいること。
- ② まとまりも、おさまりもよい地域であること。
- ③ 広い地域でないこと。ワードの代表者9人が1日でヘルスポストに往復できること。
- ④ 比較的豊かな家庭が多いこと（読み書きのできる人が多い）。
- ⑤ ヘルスポストが地域内にあること。
- ⑥ 指導力のあるフィールドワーカーがいること。

などである。

母親グループの活動を進めてゆく課程においては、問題も障害もあるかも知れないが、話し合いをもち修正しながら、とにかく活動を続けることである。

1年位の活動状況をみて、1つの事例でも母親グループの活動によりよい結果を招いたものがあれば、評価し、同時にネパール国内にPRすることが必要であろう。

地味な活動ではあるが、続けることによって、子どもたちの健康と、家族の健康と、そして地域の和がつけられることを日本の経験から確信する。そして、母親たちのチエ袋が限りなく大きくふくらむことも。

V-2-3 おわりに

この報告書は、ダヌーシャ郡の母親グループのこのみであるが、カブレ郡でボランティア活動をしている女性たち、かつて青少年赤十字に加入し現在は「地域をよくする会」を結成し活動している男性たち、この人たちの組織化については、母親グループの1年間の活動をみてから取り組むことにしたらどうだろうか。その間に折にふれて母親グループの活動は伝えておく。

この人たちには、地域活動をする素地があるので、かかわり方によっては本物の地域組織活動をする、できる、人たちかも知れない。

母親グループ組織図

	ワード係	ワード代表者氏名	グループ員氏名	世帯数				
<p>ヘルスポスト</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">住所</div> <p style="text-align: center;">-----</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">グループの代表者 連絡先</div> <p style="text-align: center;">-----</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">フィールドワーカー等の氏名 連絡先</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">人口</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">世帯数</td> <td></td> </tr> </table>	人口		世帯数		[]	[]		
	人口							
	世帯数							
	[]	[]						
	[]	[]						
	[]	[]						
	[]	[]						
	[]	[]						
[]	[]							

〔グループ員用〕

年 ワード/6

氏名

区分 月別	家庭訪問 件数	具合の悪い人 (人)		そ の 他
		子ども	大人	
計				

(ワードの代表者用)

／ 月分

ワード係 氏名

	グループ員 氏 名	家庭訪問 件 数	具合の悪い人		
			子ども	大人	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
計					

V-3 データ収集システムの改善によるFP/MCH地域活動の強化と評価

V-3-1 はじめに

今回、ネパール家族計画プロジェクト巡回指導調査団の一員として、カブレ郡、ダヌーシャ郡の両プロジェクト・エリアを巡回し、FP/MCH郡事務所及びいくつかのヘルスポストにおけるFP/MCHサービスの現状を視察するとともに、カトマンズのFP/MCH Project本部のEvaluation Sectionのスタッフから、データ収集システムの現状と今後の改善について説明を受け、意見交換を行った。そこで、ネパールの地域におけるFP/MCH活動とデータの収集及び管理システムの実情と問題点を概観しつつ、本プロジェクトの5つのコンポーネントの一つであるデータ収集システムの改善の意義と方策について考察した。なお、今回の訪問期間中には、具体的な改善案について協議するには至らなかったが、帰国後、フィールドを回った成果をもとに、PBHW(Panchayat based health worker)による戸別訪問の記録を兼ねた住民登録票、及びMCHクリニックで用いるための母子管理票を試作してみたので、合わせて報告する。また、プロジェクトの管理、評価についてもさらに検討の余地があると思われたので、私見を述べてみたい。

V-3-2 本プロジェクトにおけるデータ収集システム改善の意義と目的

対象地域の全人口を把握することは、プロジェクトの管理運営上、最も基本的なことであるが、ネパールにおいては、わが国の戸籍に相当するような強制身分登録制度がなく、人口動態登録制度も極めて不完全であり、FP/MCH Projectの管理運営上必要なデータは、全て自前で収集する他はない。本プロジェクトではすでに、地域の現状を把握するべく

Baseline Surveyを実施しているが、この調査は、断面的なサンプル調査であり、プロジェクトの計画立案に資する意義は大きい。プロジェクトの継続的な管理運営に必要な個々の母子に関する情報を与えてくれるものではない。データ収集システムの改善は、本プロジェクトの5つの要素のうちの1つであるが、これは、単にプロジェクトの評価を目的とするものではなく、現場のスタッフによる対象人口の全体的把握を可能とすることにより、地域全体にくまなくサービスが供給されるように、地域の母子保健管理システムを改善していくためのものと位置付けるべきであろう。例えば、本プロジェクトでは、今後わが国の母子手帳に相当するMCHハンドブックの導入を準備中であるが、このハンドブックをモデル地域全体に普及し、新しい妊娠の発生を可能な限り速やかに把握して、対処していくためにも、PBHWを始めとするフィールドワーカーによる全住民の把握は、極めて重要である。また、MCHハンドブックの導入により、従来の管理記録システムとの重複や事務の煩雑化が起ることを避けるために、MCHクリニックにおいて従来使用されてきた数種類にわたる記録カードを整理統

合して、簡潔かつ包括的な管理記録システムを導入することもデータ収集システムの改善の一環として考慮する必要がある。

V-3-3 地域におけるFP/MCH活動とデータ収集システムの現状と問題点

地域におけるFP/MCH活動の主たる担い手は、PBHW(Panchayat based health worker)とヘルスポストのMCH Clinicを担当しているヘルスイド(Health Aid)である。現状では、PBHWは、担当地域の戸別訪問による住民の登録、家族計画に対する動機づけ及び避妊器具の供給、経口補水液の配布等を主たる仕事としており、毎日サービス記録をつけ、PBHW 5~6人を監督しているIntermediate Supervisorを経て毎月の活動実績を郡事務所に報告している。報告される内容は、訪問区域、訪問件数、接触ないし新規に登録されたFPacceptorの名前、避妊方法、ピル、コンドームの配布数等である。なお、PBHWは、毎月200件前後の家庭訪問を行い、受持地区をくまなく巡回することになっているというが、実際の訪問活動は、ヘルスポストやPBHWの自宅の周辺に偏りがちであり、全ての住民が平等にサービスを受けられるわけではないようである。これは、交通手段が殆ど徒歩に限られ、受持地区内でも日帰りできない場所があるなど、戸別訪問に当てられる時間の大部分が移動時間に費やされてしまう現状では、仕方がないことかもしれないが、今後、本プロジェクトが成果を上げるためには、サービス内容の改善と同時に、対象地域内部におけるサービスのより平等な供給を確保することは、極めて重要である。しかし、現状では、住民登録が極めて不十分であるため、PBHWが実際にどれだけの住民をカバーしているのかは把握できず、PBHWが実際には全く訪問していない地域や世帯があったとしても、それをチェックする方法はない。ヘルスイドは、ヘルスポストやヘルスセンターに併設されたMCHクリニックに2人ずつ配置されており、MCHクリニックがまだ設置されていないヘルスポストの管内をも含めて巡回する移動MCHクリニックにも参加するし、クリニックの行われぬ日には、家庭訪問も行っているという。なお、カブレ郡のパイロット地区であるナラ村では、PBHWはおらず、ヘルスイドが3人おり、その業務を行っている。日常の仕事の内容は、クリニックにおける受け付けや記録カード、薬品、備品の管理、体重測定、注射(予防接種やDEPO-PROVERA等)、配薬、避妊具供給、保健相談などである。クリニックでは、来訪者に登録カード(付図1. 赤カード)を発行する他、これとは別に、FPサービス記録(付図2. 白又は黄色のカード)、子供の予防接種と検診・診療記録(付図3. 青カード)、妊産婦検診記録など、サービスの内容別に作られた記録カードが作成され、保管されている。なお、これらのカードは、PBHWも利用しているようだが、重複等が起こらないように、両者の間で緊密な情報交換ないしは情報の共有が行われているのかどうか定かではない。問題は、このような現在の記録システムでは、例えば担当地域内に住んでいても、クリニックに来所しない住民については、何の情報も得られない

ことである。現状では、恐らく地域内にどれだけの Unmet needs が存在していても、それは見えないし、それに対する対策は生まれてはこないだろう。地域全体の保健水準を現場において、客観的な指標によってモニターすることは、プロジェクトの評価や戦略策定に重要であるばかりか、ヘルスエイド等の現場の担当者達に、自分達の活動の意義を認識させ、彼等を励ます効果をも持つものである。そのような意味で、クリニックを訪れないに拘らず、地域内の全ての母子を登録していくことが是非必要である。そのためには、勿論 PBHW と MCH クリニック（ヘルスエイド）との両者の緊密な関係が不可欠であるし、両者が記録システムを共有するような体制が望ましいと思われる。また、クリニックにおける現在の記録システムは、サービス内容毎に分れているため、母子を一体として捉えて総合的に管理するという目的には、そぐわないように思われる。従って、MCH ハンドブックの導入を機会にシステムを全体的に改善していく必要があるのではないかとと思われる。なお、両モデルエリアにおける FP/MCH サービス源としては、病院、診療所、産婆等とともに、Red Cross や EPI (Expanded Immunization Program)、ネパール家族計画協会 (FPAN) 等が活動を展開しているが、MCH ハンドブックの導入にあたっては、これらの諸機関に対しても、その利用と記載の協力を得られるよう最大限の努力が払われるべきである。

V-3-4 今後の改善のポイント

本プロジェクトの成否は PBHW、ないしヘルスエイドといった一線のフィールド・ワーカーの活性化ができるかどうかにかかっていると一言でも過言ではない。そこで、一層のトレーニングによって、彼等の意識や技能を高めるとともに、彼等にそれぞれの受持地区の住民台帳や地図を整備させ、検診や予防接種の対象者の分布や受診率、避妊ないしは不妊手術の実施率や継続率を始め、出生、死亡等の人口動態をも含む、地区全体の状況を可能な限り正確に把握し、報告しうるようにシステムを改善することが是非とも必要である。ただし、この場合、単に記録様式や報告様式の変更のような、データ収集管理システムのみの改善では、PBHW やヘルスエイドの負担を増やすことになり、彼等の協力を得て実効を上げるには至らないのではないかと危惧される。つまり、PBHW 等に加重的な負担をかけることにならないような配慮が必要であろう。従って、記録システムについては、集計や監督を容易ならしめる工夫が必要とされる一方で、できるだけ簡潔な書式を考案するべきである。また、その他にも、①PBHW 等に訪問用の自転車やミニバイク等を貸与して、その活動の効率化を図る、②PBHW を増員する、③パンチャートの行政当局（人口動態登録の担当官）や母親クラブのメンバー等の協力を得る、等の方策が考えられる。このうち、特に①に関しては、公共交通機関等の殆ど存在しないネパールの農村地域においては、フィールドワーカーの機動力を著しく増大させ、彼等の活動能力を最大限に発揮させるために大きな効果を持つことが期待され、データ収集管理シ

システムの充実のみならず、地域母子保健システム全体の活性化に寄与するところは大きいと考えられる。今後、本プロジェクトの機材供与の対象として、充分検討に値するのではないかとと思われる。ただし、タライ地区については、殆ど平坦な地形であるから、自転車でも充分有効であろうが、丘陵地区では、急な坂も多く自転車がかえって邪魔になることも考えられるので、バイクを優先的に配置するなど、地域の実情を充分に考慮することが必要である。②については、基本的にネパール側の問題であり、こちらから援助することはできないが、FP/MCHプロジェクトの1984年以降のプログラム計画では、PBHWの人員をタライ地区では人口2,500人に一人、丘陵地区では人口2,000人に一人、山岳地区では人口1,500人に一人を目標として、先ずタライ地区から充足していくこととなっている。ダヌーシャ郡では、最近PBHWの増員が実際に行われ、103のパンチャヤートに164人のPBHWがおり、PBHW一人当たりの人口は平均約2,600人程度となり、ほぼ目標は達成されている。平均家族数は6人程度であるから、人口2,600人というのは、世帯数では450世帯程度であるが、現在PBHWは一日に7~10件の訪問をすることになっているから、このペースでも2カ月ではほぼ全世帯を回りきれぬ計算になる。これに対して、カブレ郡では、総人口が35万人程度と推計されるので、前述のように、人口2,000人に一人のPBHWを配置するには、175人のPBHWが必要なわけだが、現在97のパンチャヤートに68人しかPBHWが配置されておらず、実際のPBHW一人当たりの人口は平均約4,500人にもなり、相対的に人員不足である。さらに、ダヌーシャ郡が平地(タライ)で比較的活動しやすいのに対してカブレ郡は丘陵であり、地理的条件がより厳しいことを考えると、カブレ郡の人員不足は、より深刻である。③については、もともと人口動態の登録はパンチャヤートの職務であることから、その担当官と互に協力すべきことは当然のことである。一方、母親クラブは、ダヌーシャ郡においては、すでに全ワードにおいて組織されており、カブレ郡においても現在組織されつつあるが、母親クラブのリーダーは、住民の結婚、妊娠、出産、疾病、死亡等について、最も情報を得やすい立場にあると思われる。そこで、PBHWは、各ワードの訪問にあたって、先ず母親クラブのリーダーに接触して情報の提供を求めることにより、効率的な活動を行いやすくなるのではないかと考えられる。

V-3-5 Evaluation Section による改善案について

本部のEvaluation Sectionでも、現在PBHWによる戸別の登録票の作成を検討中とのことであり、一定の地域において試行を行ったという。この登録票には、世帯の所在地や訪問日の他、全構成員の氏名、性別、年齢、婚姻関係の他、避妊の実行状況や、予防接種の有無、上腕囲などが記載されるようになっており、裏面には、1年間のサービス記録が記入され、年度末には中央に送られ集計が行われるとともに、毎年新しいものを作成するというこ

ある。Evaluation Sectionでは、この方式をさらに手直しして、将来全国的に実施したいと考えているとのことであり、PBHWのトレーニング、用紙の印刷、データ処理用のコンピューター等について、JICAの協力を期待しているようである。しかし、この方式には、以下のような難点があるものと思われる。まず、第一に毎年全世帯数と同数のカードが中央に集められても、Evaluation Sectionの処理能力が追いつかないであろう。それに、毎年全てのカードを新しくするというのは、PBHWにとってかなりの負担となり、本来の業務に支障をきたす恐れがあるし、PBHWが実際には訪問を行わずに、ただ前年の世帯のデータを丸写しにしても、それをチェックすることは不可能である。また、現場のフィールドワーカーにとって、日常の活動の上で重要な参考になるはずの前年以前の記録が全く手元に残らなくなってしまう恐れがある。地域の現状を常に現場のスタッフが把握しうることの意義は大きく、中央のデータ処理を簡単かつ速やかに行う上でも、ワード（1パンチャートは、9つのワードに区分される）単位程度に定期的にデータの集計を行うなど、できるだけフィールドにおいて基本的な集計を行い、郡事務所がこれらの集計結果をまとめて、中央に送るといったシステムの方が有効なのではないかと思われる。

V-3-6 新しいデータ収集管理システムの構想

そこで、具体的な対策として、次のような記録管理システムを考案した。このシステムを一言でいえば、住民登録票（台帳）、FP/MCH管理票（台帳）、MCHハンドブックの3つの記録媒体のリンケージによる地域人口家族計画母子保健総合管理システムである。まず、PBHWが戸別訪問によって、世帯毎の全構成員の名簿にPBHWの訪問記録、出生死亡等の人口動態事象の記録を合せた住民登録票（図1）を作成し、世帯番号をつけ（登録票に記入するとともに家の入口にシールを貼るとよい）、ワード毎の地図に各世帯の所在を世帯番号とともに記入していく。この際、特にフォローアップが必要な世帯は地図上で色をつけるなどの目印をつけてもよい。そして、同時に5歳未満の幼児、妊娠中の女性等、MCHハンドブック配布の対象者に名前等必要事項を記入した上でハンドブックを手渡す一方、今後のクリニックやPBHWのサービスを記録するとともに、母子の健康管理上必要な事項が一見して把握しうるよう、MCHハンドブックに対応して設計されたFP/MCH管理票（図2）を作成する。この初回訪問に要する期間は、先に述べたようなPBHWの配置数に依存しているが、人員が充足されていないカブレ郡の場合では、PBHW一人当りの人口が約4,500人であり、平均家族数を6人として、受持世帯数は約750世帯であるから、一日平均7～8件の訪問という現在のペースで全世帯を訪問するには約100日間を要するが、ダヌーシャ郡の場合は、その半分程度の期間で可能であろう。その後は、住民登録票とFP/MCH管理票は、それぞれワード単位でまとめて一冊にファイルして保持され、その後のPBHWやMCHクリニックとの接触の度に記録

が加えられることになる。なお、住民登録票と地図は、PBHWが活動計画を立てる上で必要なので、PBHWが保管するのが適当であろう。PBHWは、訪問の度に世帯全員の安否を尋ね、住民登録票の内容をできるだけ Up to date に保つよう心掛けるとともに、新たに妊娠したことが判明した母親に対しては、その場でFP/MCH管理票を作成し、MCHハンドブックを交付する。住民登録票の更新は、必ずしも定期的に行う必要はないが、記入欄がいっぱいになった時点で作り直していけばよいだろう。一方、FP/MCH管理票はMCHクリニックとPBHWがともに利用するが、PBHWが一日に訪問できるのは、通常は一つのワードに限られるから、訪問の前に必要なワードの管理票のみを借り出せば良く、原則としてはMCHクリニックにおいて保管するのが適当であろう。なお、MCHハンドブックは、PBHWの初回訪問によって、FP/MCHサービスの対象となる全ての住民に配布され、その後は、MCHクリニックのみならず、EPI, Red Cross, FPAN等のサービスを受ける際にも、常にMCHハンドブックを提示し、必要な記録をしてもらうことになる。そこで、MCHクリニックのスタッフ及びPBHWは、対応するFP/MCH管理票に活動内容を記録する一方、MCHハンドブックと対照することで、管理票の内容を常に Up to date に保つように努める。FP/MCH管理票は、個々の母子についての妊娠・出産記録、家族計画の実行状況、妊産婦検診の受診歴、母親教室の受講歴、予防接種記録、発育記録、検診・診療受診歴など、母子管理上最小限必要な情報をB5版のカード一枚に全て盛り込んだもので、データの収集と同時に、母子のトータルな管理を目指したものである。従って、この管理票は、妊娠出産から児が5歳に達するまで一貫して記録され、最後に児の転帰を記して終了となる。また、その間の避妊の記録も連続的に記録されるが、5年以内に再び妊娠すれば、新しいFP/MCH管理票が作成され、FPの記録はそちらに引継がれるし、妊娠せずにFPのみを継続している場合も、同様に新しいカードを作成して、FP記録のみを続ければ良い。これにより、FP/MCH管理票を作成したものの、その後全くクリニックに接触してこないようなケースでも容易に発見し、重点的な訪問対象として、PBHWあるいはヘルスエイドが訪問してカバーするなどの対応が可能となろう。また、監理官(Intermediate supervisor)も、地図と住民登録票、FP/MCH管理票のチェックにより、フィールドワーク全体の効果的な監督がより容易に行えるであろう。なお、プロジェクトの評価に必要なデータの集計方法であるが、人口データに関しては、住民登録票がデータ源であるから、PBHW及び監督官が、各ワード毎の登録台帳の1ページ目におかれた集計用紙に毎年未の性年齢別人口、出生数、年齢別死亡数などを集計して、郡事務所に報告する。また、FP/MCH管理票は全てのFP/MCH対象者について作成されているはずであるから、ヘルスエイド及びMCHクリニックの責任者は、FP/MCH管理票をワード毎に集計して、FP実行率、予防接種実施率、検診受診率、栄養不良の発生率等の指標を得て報告することができよう。問題は、フィールドワーカーの計算能力であるが、これは、安価な電卓の支給と適当な訓練に

よって解決しうるのではないかと思われる。なお、現場におけるデータ利用の促進を図ることは、実際にデータを収集している現場のスタッフに、その仕事の意義を理解させることにもなり、延いてはデータの質を高めることにもなろうし、本プロジェクトの活性化、効率化に貢献するところは大きいと思われる。一方、せっかく集めたデータが、単に中央における統計生産のためにだけ用いられるのでは、意味がないし、データの質もいつまでたっても改善しないのではないだろうか。経済面で考えてみても、例えば、2つのモデル地区だけでも、その人口は約80万人であり、世帯数にして約15万世帯に上る。中央で15万組のデータを処理しようと思えば、中ないし大型なコンピューターが必要である。ところが、末端でパンチャヤート単位の集計を行えば、中央での集計はパソコン程度のものでも充分可能である。さらに、1セット50万円のパソコンを2台買うよりも、パソコンは1台にして、残りの費用で、一台千円の電卓をモデル地区の500人のフィールドワーカーに支給する方が、その効果ははるかに大きなものになるのではないだろうか。もともと中央レベルでは、個人別のデータなどは何の意味もないのであり、プロジェクトの評価上必要なデータは、せいぜい郡レベルに過ぎない、ということを確認するべきであろう。

V-3-7 プロジェクトの評価について

前項において、提案したようなデータ収集管理システムが円滑に機能するようになるまでは、今後数年を要するものと思われ、このシステムによるデータに基づいて今期のプロジェクトの評価を行うことは、あまり期待できない。なお、本プロジェクトの評価指標として、表1のような指標が提案されている。しかし、例え Baseline Survey に対応する標本調査を最終年度に実施したとしても、3,000世帯程度のサンプルから推計された粗出生率、粗死亡率、乳児死亡率や妊産婦死亡率のような指標に、5年間で統計的有意性を保証できるような変化が表れることは、プロジェクトがどんなに有効に機能したとしても、まず期待できない。そのことを乳児死亡率を例にとって説明しよう。ネパールの国レベルの乳児死亡率は、1985年の公式推計で112（国連 ESCAP 推計では、134）であり、ネパール王国第7次5カ年計画（1985-90）における目標は、これを98に下げることとなっている。しかし、例えば1万人のサンプルサイズで乳児死亡率を測定したとして、出生数が400、乳児死亡数が40であったとした場合には、乳児死亡率の95%信頼限界は、おおよそ70から130という幅になる。つまり、この場合、2回の調査において、推計乳児死亡率が130から70に下がったとしても、統計的な有意性はないのである。Baseline Survey のサンプルサイズは、人口にしてせいぜい2万人であるから、信頼限界はこれより少し小さくなるが、そうは違わない。乳児死亡よりはるかに低率の妊産婦死亡率や、FP/MCH活動により、それ程急激な変化が期待しえない粗出生率、粗死亡率などが、評価指標としてさらに期待できない

ものであることは当然である。また、疾病別罹患率、死因構成割合については、医学的知識の乏しい調査員を用いた訪問データでは、データの信頼性に問題があり、評価指標としては同様に不適當であると言わざるをえない。従って、実際に今回（5カ年間）のプロジェクトの評価に利用できる指標は、せいぜい妊産婦検診受診率、乳幼児検診受診率、予防接種率、家族計画実行率などサービスの利用率を示す指標だけに止まるであろう。つまり、表1に掲げられた指標のうち、保健水準あるいは出生水準を直接反映する指標の推移を評価するには、本プロジェクトの一環として、先に述べたようなデータ収集システムが確立されるのを待たなければならないのである。なお、表1にはないが、PMI（50歳以上死亡割合）、5歳未満死亡割合のような、いわゆる死亡年齢指標は、乳幼児死亡率の低下と出生率の低下の両者を敏感に反映する指標であり、FP/MCHの総合的モニター指標として極めて有用性が高いものである。今後は、これらを是非プロジェクトの評価指標に採用するべきであると思われる。ただし、本プロジェクトの場合、機材等が実際にフィールドに導入されるのはこれからであるし、訓練等が行われ、実際に地域の保健水準が改善され、さらに出生水準にインパクトを与え始めるまでには、あと3年という期間は余りにも短い。そもそも、FP/MCHプロジェクトの場合には、その効果は、すぐに現れるわけではなく、かなりのタイムラグがあるので、10年後、20年後のフォローアップ調査を行わなければ最終的な評価を下すことはできない。その意味では、最初の5年間のプロジェクト終了時点では、サービスへの access の改善が示されれば充分ではないかと思われる。

V-3-8 おわりに

以上、モデル地区におけるFP/MCH活動とデータ収集システムの実態を踏まえつつ、その問題点を分析し、地域のFP/MCH活動に生かされるデータ収集及び管理システムの改善方向について論ずるとともに、いくつかの具体的な改善策を提示した。また、プロジェクトの評価についても、若干の検討を加えた。今後の現地における活動の参考となれば幸いである。

☒ 1

SUGGESTED DESIGN OF HOUSEHOLD REGISTRATION CARD TO BE KEPT BY PBHW

District _____ Panchayat _____ Ward No. _____ House No. _____

Name of the Head of Household _____ Date of Registration _____

(check) (date) (date)
 ↓ ↓ ↓

	Name	Date of birth	Sex	Relation	FP/MCH Status	MCH Handbook	FP/MCH Card
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Record of Visits and Vital Events (Check the month visited and fill the month which any event took place with the symbol letter and family member No.)

(Symbols) B:birth, D:death, S:stillbirth, I:move in, O:move out

Year	Month												Number of events				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	B	D	S	I	O

⊗ 2 - a

SUGGESTED DESIGN OF FP/MCH CARD TO BE KEPT AT MCH CLINIC (Page 1)

District _____ Panchayat _____ Ward No. _____ House No. _____

Name _____ Date of Birth (Age) _____ Date of Registration _____

First day of last menstruation _____ Expected date of delivery _____

Medical History (TB, VD, abdominal operation etc.)

Number and Outcome of Previous Pregnancies: P ___ L ___ S ___ A ___
(P:Pregnancy, L:Live birth, S:Stillbirth, A:Abortion)

Experience of FP (+ -) Method _____ Duration _____

Attendance to Antepartum and Postpartum Check-up

1st Trimester 2nd Trimester 3rd trimester postpartum

Tetanus vaccination (date) _____

Major complications _____

Date of delivery _____ Place of delivery _____

Condition of delivery _____ Birth attendant _____

Use of contraceptives after delivery Date of initiation _____

Year	Month											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Methods

- 1. Condom
- 2. Pill
- 3. Depo-provera
- 4. I.U.D.
- 5. Sterilization
- 6. Others

Record of attendance to Mother's Class

- MCH Handbook _____
- Breast-feeding _____
- Oral rehydration _____

- A.R.I. _____
- Nutrition _____
- Immunization _____
- Birth spacing _____

☒ 2 - b

(Page 2)

Name of child _____ Sex _____ Date of birth _____ Birth order _____

Neonatal check-up: Date _____ Weight _____ (g) 1.normal 2.Abnormal

Type of feeding: 1.Breast feeding 2.Artificial feeding 3.Mixed feeding

Immunization (Fill in the date)

	B.C.G.	D.P.T.			Polio			Measles	Others
		1	2	3	1	2	3		
Date									

Record of development and medical services

Growth chart

Date	Weight /Height	Result of Examination and Medication	Kg
			18
			17
			16
			15
			14
			13
			12
			11
			10
			9
			8
			7
			6
			5
			4
			3

2 4 6 8 10 12 15 18 21 24 3 4 5

Months
Years

Final condition on 5th birthday

1. Healthy
2. Malnourished
3. Handicapped
4. Death (age and cause)

表1. 1986年のNFP/MCH ProjectのProposalによる評価指標

- 1) 妊産婦検診受診率(Incidence of pregnant women attending antenatal clinic)
 - 2) 乳幼児検診受診率(Incidence of children (under 5 yrs) attending health clinic)
 - 3) 予防接種実施率 (Incidence of immunization)
 - 4) 疾病別罹患率(Incidence and causes of illness)
 - 5) 乳児死亡率(Infant mortality rate)
 - 6) 乳幼児の死因(Causes of child deaths)
 - 7) 避妊実行率 (Contraceptive prevalence rate)
 - 8) 粗出生率(Grude birth rate)
 - 9) 住民の食習慣(Food habits of the people)
 - 10) 小児の栄養状態(Nutritional status of children)
 - 11) その他(Others)
-

(付 図 1)

Family No; _____
 Date of registration; _____
 Condom vasectomy Depoprovera Loop Pills

Card for contact;

Name of Center; _____		Family No; _____	
Name and Caste; _____		Date of registration; _____	
Date	Number	Date	Number
Date for ree- contact	Date for ree- contact	Date for ree- contact	Date for ree- contact

Signature of card distributor; _____

1. You can get every service which is written in this card, freely from every of center of HMG, NFP and MCH Project.
2. You can easily buy the Pills (GULAF) and Condom (DHAL) from the medical shop.

Center: _____ Family No; _____
 Name and caste of mother; _____ Date of registration; _____
 Name of child _____ Age _____ Sex _____ Registration No _____
 a) _____
 b) _____
 c) _____
 d) _____

Immunization for prevent disease (write down the date).

S. No. of Child _____ a) _____ b) _____ c) _____ d) _____
 B.C.G. _____
 D.P.T. (1) _____
 (2) _____
 (3) _____

Date of contact to the center; _____

When you come to the hospital or center, please bring this card with.

NEPAL FAMILY PLANNING AND MATERNAL AND CHILD HEALTH PROJECT

Follow-up of FP Means.

Date	Description	Number	Date of return
------	-------------	--------	----------------

Name of Center: _____ Family No: _____ Date of Registration: _____
 Ward No: _____ Panchayat: _____ District: _____
 Name of Husband: _____
 Name of Wife: _____
 Age: _____ Husband: _____ Wife: _____
 Education: _____ Husband: _____ Wife: _____
 Occupation: _____ Husband: _____ Wife: _____
 How do you come to know about those things: _____
 Total Number of alive children: _____ Son _____ Age: _____
 _____ Daughter _____ Age: _____

Did you used any Family Planning Methods:
 Yes _____ No _____
 If yes: _____ Condom _____ Pills _____ Loop _____ Other _____
 Started date to use FP Method: _____ Stopped date: _____
 If you used loop, when you picked out / come out ? Date: _____
 How many cycle of pills were distributed: _____
 Started date to use pills: _____
 Name of record keeper: _____

- Description of medical record;
1. Did you suffered from Jaundice?
 2. Do you have any problem as Oedema and quick respiration?
 3. Do you suffers from headache ?
 4. Did you suffered from Oedema and pain in your previous pregnancy period ?
 5. Do you suffering from blood suger ?
 6. Is there any knot in your breast ?
 7. Is menstruation will become in correct time (every month) ?
 8. Is there any bleeding in between two menstruation ?
 9. Result of menstruation ;
 A little; _____ More; _____ Normal; _____

(付図 3)

Nepal Family Planning
and
Maternal and Child Health Project

CARD FOR MOTHER / CHILD.

Date of Registration; _____

Ward No ; _____ Family No; _____ Village; _____
Panchayat; _____ District; _____

1. Name and Caste of Child; _____ Age; _____ Sex; _____
2. Name and Caste of Mother; _____
3. Name and Caste of Father; _____

- D.P.T.

First Second Third Measles B.C.G.

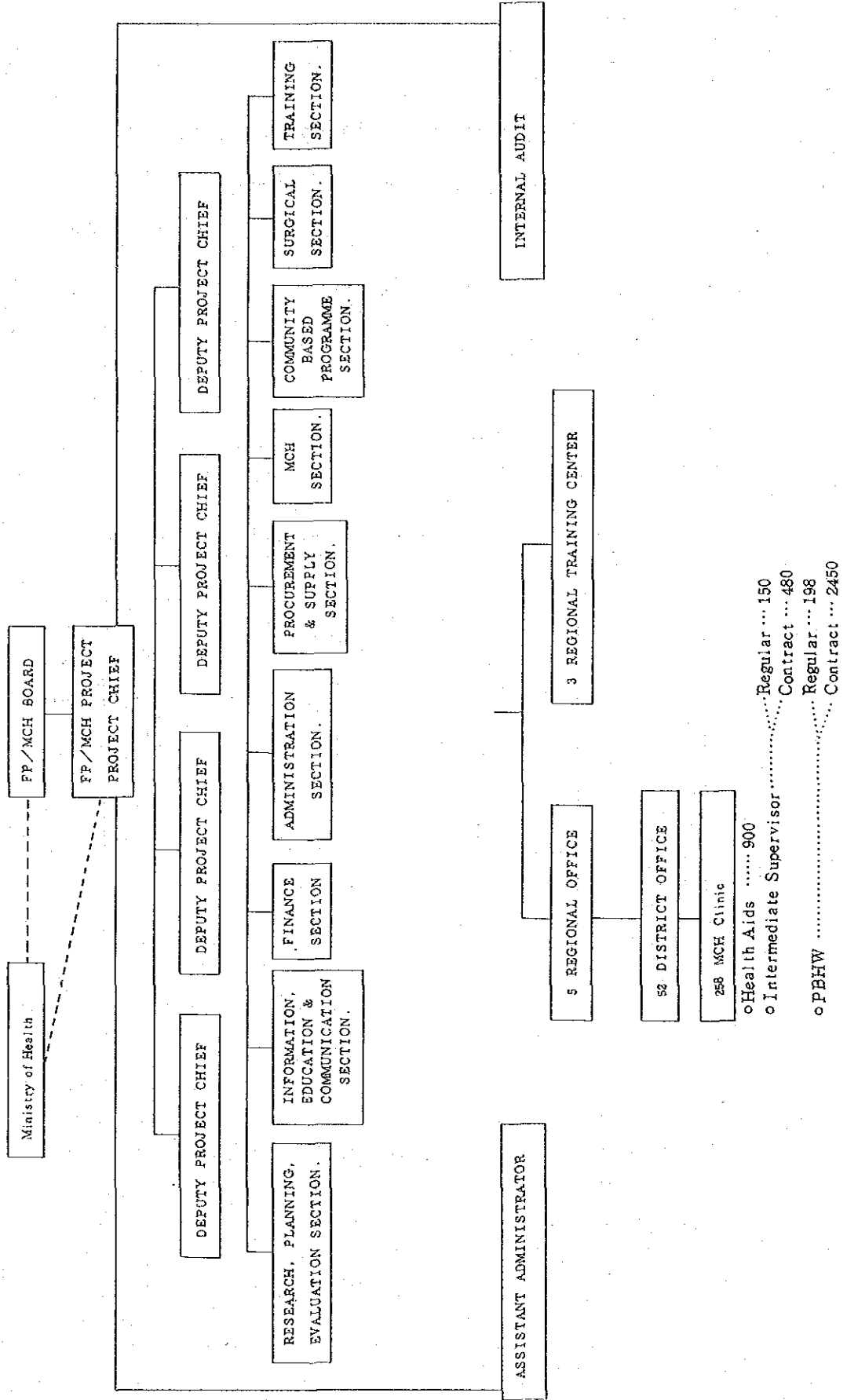
Date	Weight	Examination and Instruction	Health Service No. of distributed Medicine.	Date of re-contact.

Note; - Have to fill the card for pregnant and Delivered mother.
But, don't have to fill the name of the child. Just give circle in the pregnant or delivered mother.

VI その他参考資料

VI-1 FP/MCHプロジェクト組織図

FP/MCH PROJECT ORGANIZATION CHART



W-2 FP/MCHプロジェクト主要者一覧表

1. FP/MCH Project:

Project Chief Mr. Tara B. Khatri

Deputy Chief Dr. Shyam P. Bhattarai

Dr. Madhav Joshi

Dr. Pramila Sharma

Maternal Child Health Section;

Section Chief Mr. Jiv K. Shrestha

Staff Mr. Hari R. Koirala

" Mr. Shyam K. Shrestha

Research, Planning & Evaluation Section;

Acting Chief Mr. Gokarna Regmi

Staff Dr. Bhakta B. Gubhaju

" Mr. Mooniswar Mool

" Mr. Tek B. Dangi

" Mr. Vinaya R. Dhakhwa

Community Based Programme Section;

Staff Mr. Ramesh Bhatta

I.E.C. Section;

Section Chief Mr. P.M. Gurung

Training Section;

Section Chief Mr. P.R. Shakya

Procurement & Supply Section;

Section Chief Mr. Ganesh M. Shrestha

2. Kavre Palanchok District:

Family Planning Officer Mr. Mohan K. Joshi

3. Dhanusa District:

Family Planning Officer Mr. Jagatananda P. Singh

Ⅶ-3 国立カンテイ小児病院

国立カンテイ小児病院（以下K小児病院）は本プロジェクトとしては第3次医療機関としての役割を担うが、本プロジェクトの発足後日が浅いためもあって、まだ特に関連を持った活動実績はない。しかしJICAとしては既に援助の一環としてかなりの量の医療機材を入れており、また4名のJOCV隊員の看護婦を派遣しているの、われわれは今回派遣の機会に視察し、院長ほか病院スタッフおよびJOCV隊員と懇談する機会を得たので、ここに報告する。

K小児病院は、保健省管下の病院であるが、JICAの無償援助による大学教育病院に隣接しているため、同教育病院には小児科および小児病棟が省略され、小児医療はK小児病院で行われている。しかしこのため施設、機材の面で教育病院との格差が大きくなったので、JICAはK小児病院に対し医療機材の援助（無償ベース）とJOCV隊員の派遣を昭和60年度から行っている。

Ⅶ-3-1

(1) 医療機材の活用状況

K小児病院の建物は古い、中身の目立つ機材はすべて日本製という観がある。

- ① 新生児関係医療機材は、保育器、モニター、人工呼吸器等、NICU用の機材が入っているが、視察時8名の乳児が集中医療を受けており、機器はよく活用されている。新生児医療はイギリスで教育を受けた医長のほか大学医学部小児科と兼務の医師達（1名は日本で研修）によって運営されており、看護の指導者としてJOCV看護婦が1名配属されている。ただし入院患児の大部分は外部（教育病院、産科病院等）から送られてきた感染症であり（髄膜炎、敗血症等）、十分な治療は行われていたが、未熟児がいなかったのは、当地では未熟児を救命のためにNICUへ送るところまでは手が届いていないためと考えられた。
- ② 手術部も機材は小器具や消耗品を含めてフルに活用されていた。配属のJOCV隊員は建物の老朽化のために手術場内に鼠が出ることを訴えながらも、機材の利用状況は十分であり、消耗品類は補給が心配なので、消毒して再利用できるものを優先して使用していると述べていた。
- ③ 一般病棟でも、ベット、枕頭台などかなりの品物が日本製であった。臨床検査機器は、心電図等患児に用いるものは、管理できる部屋がないため、医長室におかれ、検査室を兼ねていた。一般臨床検査室は廊下の一部を仕切って造られていたが、熟練した検査技師が不足しているように見受けられた。
- ④ まだ利用されていない機器は内視鏡類で、使用できる医師がいなかったためとのことであった。
- ⑤ K小児病院にはJICA援助による附属施設として、当国唯一の酸素製造所があり、教育

病院を含め必要量を生産していた。これは極めて有用な方式であり、仏つくって魂を入れた感がある。

VI-3-2

(2) 病院側からの要望事項

- ① 院長からのJICAに対する要望事項は、人的には、上記④を含む臨床検査の指導のための医師（1名）と、看護婦教育のため各パートへの熟練した看護婦（約4名）の派遣であった。この要望は、折角入れた医療機材の活用とネパール側医療スタッフの教育のためにぜひ必要と考える。
- ② K小児病院からのさらなる要望は病院そのものの新築であり、これは現在の建物が狭いこと（特に外来と臨床検査部門の狭さと老朽化が目立つ）であるが、あわせて教育病院が完成し、看護学校の新築も進められているのを目前にすれば、当然の希望でもあろう。

VI-3-3

(3) 本プロジェクトとK小児病院との将来の関わりについて

院長ほかのスタッフとの懇談中、K小児病院としても本プロジェクトに出来るかぎりの協力は惜しまない旨の発言があった。その内容としては、

- ① プロジェクトの円滑な進行のためには、まず第一線病院の小児科関係スタッフの研修がもっとも大切であり、それを引き受けることができること。
- ② 医師教育の中で小児保健を指向する考え方と、地域における活動内容をより強化すべきこと。例えば、病院医師が地域における巡回診療により積極的になる必要がある、などであり、小児科医の地域医療活動への意欲が感じられた。

VI-4 綿引専門家（チームリーダー代行）年次報告

VI-4-1 ネパール家族計画／母子保健プロジェクトの動向

1. ネパール家族計画／母子保健プロジェクトの現状

ネパールにおける家族計画サービス活動は、民間団体であるネパール家族計画協会（The Family Planning Association of Nepal）によって、1959年から始められた。1965年に政府機関で家族計画政策が採用され、家族計画サービスは、カトマンズ地域内で政府の母子保健プログラムの一環として実施された。1968年に家族計画／母子保健審議会（EP/MCH Board）が行政組織として設立された。この審議会の使命は、出生率の抑制と母子保健サービスの強化である。

(1) 活動内容

- 1) 母子保健サービス(出産間隔, 経口補水療法, 産前産後検診, 予防接種, 栄養)
- 2) 家族計画サービス(一時的避妊方法の啓蒙及び指導, 不妊手術, ピル, コンドームの供与, 病院・クリニックベースでのI. U. D. 挿入等)
- 3) 訓練(パラメディカル・スタッフ, 医師, フィールド・ワーカー等に対して)
- 4) I. E. C. (セミナー, ワークショップ, 視聴覚教育, 印刷物, ポスター, パンフレット等)
- 5) 調査

A. Nepal Fertility Survey 1976

(人口/家族計画に関するネパール最初の全国レベルの調査)

B. KAP(Knowledge, Attitude & Practice) and Fertility Survey, 1974-78

C. Acceptors Follow-up Survey, 1978-79

D. Contraceptive Prevalence Survey, 1981

E. Family Planning & Fertility Survey, 1985-86

(現在, 最終報告書を作成中)

(2) ネパール家族計画/母子保健プロジェクトの予算

会計年度 2043/2044 B. S. (1986年7月-1987年7月)

H.M.G.	USAID	UNFPA	TOTAL
49,779,000	22,941,000	17,306,000	90,026,000
(55.30%)	(25.48%)	(19.22%)	(100.00%)

単位: Rps

(3) ネパール家族計画/母子保健プロジェクトに係わる援助機関

USAID(米国国際開発庁) 1968年から

UNFPA(国連人口活動基金) 1976年から

WHO(国連世界保健機構) 1980年から

UNICEF(国連児童基金) 1977年から

INTRAI(International Training for Health, North Carolina Univ.)

1984年から

JICA(国際協力事業団) 1985年から

USAID, UNFPAを除いて資金援助をしていないため予算計上されていない。

(4) 避妊方法の知識・実施率の推移

- 1) 年齢別特殊出生率と有配偶率—表1
- 2) 現在結婚している女性の避妊方法の知識度—表2

3) 現在結婚している女性で過去に避妊を実施したことがある人の実施率——表 3

4) 現在結婚している女性で実際に避妊を行っている人の実施率——表 4

5) 不妊手術記録(カブレ郡) ——表 5

(5) 家族計画/母子保健サービス供給システム

ネパール家族計画/母子保健プロジェクトは、保健大臣を議長とする FP/MCH Board の下に置かれ、本部は Kathmandu にある。また、5つの地域事務所と3つのトレーニングセンター(ネパールガンジ、パタライヤ、ダラン)と40の郡事務所ですべて52郡をカバーし、そのなかに258の母子保健クリニックが配置されている。

フィールド・ワーカーとしては、650人(190がPermanent)の P. B. H. W. (Panchayat Based Health Worker) が家族計画/母子保健サービス活動に従事している。フィールド・ワーカーは戸別訪問して、家族計画の啓蒙、一時的避妊器具の配布、保健教育の指導を住民に対して実施している。

また、MCHクリニックにはHealth Aid(900人)がおり、家族計画の相談及び指導、一時的避妊器具の配布、乳幼児に対して薬品の供与等をおこなっている。

さらに、不妊手術キャンプ(11月~2月)は52郡で実施されており、中央から不妊手術のために医療チームが送られる。この不妊手術受容者には100ルピーがインセンティブとして支払われている。

2. ネパール家族計画/母子保健プロジェクトの問題点

このプロジェクトは1968年から実施されており、人口増加率2.66%(このままの人口増加率で進行すると、約27年で人口が2倍になる)を結果的に見て抑制するために、家族計画と母子保健との統合を計り、特に母子保健水準の改善・増進を通じてコミュニティをベースとしたMCHクリニックと戸別訪問方式の両面から母子保健と家族計画サービスを行っている。

しかし、現実的には多産(合計特殊出生率6.1)のネパールにおいて、政策的介入によって家族計画を普及させられる可能性が期待される根拠がどこにあるのか明確でない。ネパールも他の途上国で見られるように家族計画活動は、国家家族計画事業であり国民の間に定着されるにはかなりのギャップが見られる。つまり、国民が家族計画という行動様式を受け入れ、自主的に実行する基礎が存在しなければならない。このような基盤が希薄なネパールにおいて"Two is enough"という小家族化への導入をキャンペーンしてもなかなか浸透しないのが現状である。

また、ネパールの貧困(国民一人当たりのGNP\$160)は多分に構造的なものであり、貧困がゆえに子供も多く必要とするし、乳児死亡率(100~120対1000出生数)も高く、子供に対する親の自己防衛手段とも考えられる。家族計画の概念は個々の夫婦が"生

みたい"と思うだけの子供を生む自由が存在しなければならない。国家人口政策によりこれを無視するとインドのガンジー政権が倒れたようになる。したがって、子供数を規定するのは夫婦の意志にあり、その意志を決定させるにはその夫婦を取り巻く社会経済状態及び環境等が関係してくる。

いままで、この家族計画／母子保健プロジェクト、イコール不妊手術というイメージが強かった。確かに、不妊手術の件数は過去10年間で増加しているけれども、その内容、つまり、不妊手術を受ける再生産年齢層、その人々の子供数なども考慮すれば人口増加抑制への効果は高いものと言えない。また、一時的避妊実行者の数は過去10年間で変化は、ほとんど見られない状態である。したがって、健全な子供を出産することと母体の保護のために出産間隔を適切に保つことに貢献するひとつの方法としての一時的避妊方法を普及させていくことが肝要である。

次に、戸別訪問方式より、家族計画と母子保健サービスを担当しているP. B. H. W. の質の問題がある。彼らの資格として"読み書き"ができることが最低条件であるが、1986年からP. B. H. W. の採用についてUSAIDのほうから女性だけの採用が提案された。

1985年に採用された男性のP. B. H. W. は解雇された。しかし、ネパールの女性の識字率(10%以下)を考慮すると女性のP. B. H. W. を採用することは困難であると思われる。

また、1974年以前に採用されたP. B. H. W. はレギュラー・ベースであり、残りは一年の契約ベースで働いている。昨年度の契約ベースのP. B. H. W. の給料は、月300ルピーであったが、今年度から500ルピーになっている。

P. B. H. W. の仕事時間は決まっておらず、彼等の自由な時間に働くこととなっている。月1回は、彼等が担当しているパンチャットの世帯を訪問することになっているが、現状のシステムで彼等に活動状況の把握、彼等への活動に対するアドバイス、郡事務所への報告等を行なうためにIntermediate Supervisorが置かれている。しかし、彼等の監視制体をさらに強化するとともに、彼ら自身のレベルを高めることにより効果的に機能させることが期待されている。

さらに、母子保健クリニックで働くHealth Aidの活動を活性化するために再トレーニングが必要ではないかと思われる。

最後になるが、今年1月から不妊手術キャンプでUNFPAから医師、看護婦に支給されていたお金がカットされることになっていたが、ネパール側の要求によりこの会計年度までは継続されることとなった。

このプロジェクトの予算の約半分はUSAIDとUNFPAの資金援助によつて成り立っており、これらの機関の動向に左右されがちである。

このような状況の中で、ネパールに対するJICAの技術協力で"何ができ"、"何ができ

ない”，のかを見定め，JICAプロジェクトの位置付けを明確にしていかなければならない。

VI-4-2

1. 家族計画／母子保健プロジェクトの現状

1) 本プロジェクトの活動状況

本プロジェクトは，1985年10月6日にJICAと保健省家族計画／母子保健プロジェクトの間で締結されたR/D（討議議事録）に基づき1990年10月6日までの期間で実施される。

このR/Dのマスター・プランによる本プロジェクトの目的は，「2つのモデル地区（カブレ郡，ダヌーシャ郡）を設定し，コミュニティをベースとした母子保健と統合した家族計画の強化をはかるとともに，地域保健の向上に貢献すること」である。

R/Dに掲載されている基礎調査（主として，人口統計，家族計画／母子保健に関する既存資料の収集及び分析，Sample Surveyの有用性の検討等）を1985年12月から3週間実施し，その報告書を1986年5月にネパール側に提出した。この第1次基礎調査に引続き，2度目の基礎調査を1986年12月7日から1カ月の予定で実施した。

この調査目的は，マスター・プランに掲げられているコミュニティをベースにした家族計画／母子保健サービス活動を住民参加を通しての地域保健の向上に貢献する基礎資料を入手し，検討・分析した上で，今後のプロジェクト活動に生かすとともに，プロジェクトの活動投入を質的に評価することを可能にすることである。

第2次基礎調査を計画・実施するにあたり，かなりの時間を費やしたが，これにはいくつかの理由がある。それらは専門家の赴任時期が遅れ，しかもその赴任した時期は5年に1度行われる国会議員の選挙時期に重なり，モデル地区であるカブレ郡とダヌーシャ郡へのフィールド観察へ行く時期も必然的に遅れた。しかも，6月中旬から9月下旬まで雨季に入り，フィールドへ入るのが困難であった。さらに，最初考えていた現地リサーチ・コンサルタントの基礎調査依頼の件がつぶれ，計画立案から実施までネパールFP/MCHのエバ・ディビジョンと策定しなければならなくなった。7月下旬にプロジェクト・チーフであるDr.カトリ氏との間で最終的な基礎調査の実施内容とエバ・ディビジョンのこの調査への参加を取り付け，プロポーザルの作成に取りかかった。プロポーザルの提出は8月25日にされたが，S/W交渉では進行を見なかった。このS/Wは保留にしておき，9月1日から基礎調査の質問紙作成に取りかかり，質問紙はR/Dに掲載されている8項目の具体的保健指標に基づき，それらをカバーするように英文にて作成した。

その後，英文からネパール語へ翻訳し，10月上旬に完成した。10月上旬に医療協力部特別業務室から渡辺氏と新納氏がネパールを訪れ，S/Wのドラフトを作成し Deputy

ChiefであるDr. バッタライ氏との間で協議し内容の承認を得た。

この時期Dr. カトリ氏は、日本へ研修中であった。結局、S/Wは” Scope of Work for Complementary Study ” という形で、1986年10月23日にJICAネパール事務所長である小野氏とプロジェクト・チーフであるDr. カトリ氏の間で署名された。

この期間に基礎調査実施計画の日程及び予算の修正を行った。10月26日からSupervisor (5名)とEditor (5名)に基礎調査の目的、インタビューのテクニック方法及び質問表の内容説明に対する訓練をエバ・ディビジョン・スタッフにより実施された。

11月4日と5日にSupervisorとEditorによってプレテストを行い、そのプレテストに基づき質問内容の問題点及び整合性を検討し、11月11日から質問紙の印刷に入った。

11月上旬よりInterviewerの募集を始めており、11月19日にカブレ郡、11月23日にダヌーシャ郡でそれぞれ面接試験を実施した。

INTERVIEWERの資格：

Male : SLC (School Leaving Certificate) + 経験 or

Intermediate Certificate (12年間の教育が終了した者) 以上

Female: SLC 以上 (経験があればより望ましい)

この資格と面接試験により、

	Male	Female	Total
カブレ郡	9	15	24
ダヌーシャ郡	12	4	16
合計	21	19	40

合計で40名のInterviewerを採用した。

11月24日(カブレ郡)、25日(ダヌーシャ郡)からInterviewerに対してトレーニングを10日間実施した。このトレーニング期間中には、2日間のフィールド・プラクティスも含まれている。

フィールド・ワークは、12月7日からカブレ及びダヌーシャ郡で始められ、夫々、1月7日、1月12日に終了した。カブレ郡のほうは、地理的条件を考慮してInterviewerの数を増やしたにもかかわらず、移動するための交通手段が乏しく時間を要した。

コーディング・シートを作成するにあたり、Open Ended Questionnaireをコード化するための分類に時間がかかり、コード・シートの印刷が多少遅れた。コード・シートの印刷は、12月30日に終了しコーディング作業は1月2日より始められた。

この基礎調査に関して、ネパールFP/MCHプロジェクトのエバ・ディビジョンのStaffの協力は大きく、実態を把握する上でよりよい代替データ源となる資料を得られることを期待している。

プロジェクトの初期段階で基礎調査を実施することは、プロジェクトの計画/立案する上で大意義があることである。したがって、これらの調査結果を生かすためにも人口動態事象登録の整備及びそれを実施するとともに、活動を投入した後、どのような効果があったかを時系列で見る上でもプロジェクトの終了前に” Impact Study ”がぜひ必要になってくるように思われる。

2) 相手国側機関の協力事情

現在、本プロジェクトのカウンターパートは、Deputy Chief である Dr. Joshi 氏である。しかしながら、本プロジェクトへの協力姿勢が積極的でなく、何を決定するにも時間を要していたが、現在は改善されつつある。

役割分担がある中でも連携を強化していかななくては仕事はスムーズに進行しない。したがって、Dr. Joshi 氏のレベルで本プロジェクトの問題を解決できるようなシステムをつくっていかなければならない。

本プロジェクトは母子保健との統合した家族計画を推進していくわけであるが、MCH セクションには4名のスタッフが従事している。このセクションで USAID, UNFPA, WHO, JICA という援助機関のプログラムを実施していかなければならない。またそれぞれのスタッフの役割分担が明確でなく、その場その場の対応で対処しているように思われる。

3月上旬に巡回指導ミッションがネパール訪問した際に JICA プロジェクトのアシスタントカウンターパートの件を話し合い、現在は前のカブレ郡の F. P. O. であったシャームカジ氏に、本プロジェクトのアシスタントカウンターパートとして働いてもらっている。

USAID, UNFPA からの援助資金は、大蔵省を経由して予算計上されているので、ネパール側の規則に従って、日当、宿泊費等が支給されている。しかし、他の援助機関は大蔵省を経由しておらず、プログラムの活動計画、ワークショップ、セミナーを開催する上でかなりの日当、宿泊費等がネパール側スタッフに支給されている。

このような状況下において、JICA プロジェクトは、技術協力であり資金援助ではないという前提にたち、日当、宿泊費等をだせない所に問題がでてきている。

基礎調査に関しては、エバ・ディビジョンのスタッフの協力の基に、多々問題はしたが、無事終了することができた。これも、彼らに標本調査の経験が数回あったからである。前回の調査から受け継いだ無形の財産とも言える。

モデル地区であるカブレ郡とダヌーシャ郡の Family Planning Officer の協力は、容易に得ることができた。しかし、このプロジェクトが始められた時期の F. P. O. であったシャーム・カジ氏とアディカリ氏が、10月下旬に変わり、現在は、カブレ郡がモハン・ジョシ氏とダヌーシャ郡がシン氏になった。

Project Chief である Dr. カトリ氏も日本への研修後、母子愛育会の愛育班の活動にか

なり影響を受け、母子保健の強化への関心を示している。今回、1987年度の研修員として、本プロジェクトのカウンターパートである Dr. Joshi 氏と MCH のセクションチーフである ジョブ氏が、5月7日より3週間の予定で日本へ研修へいくことになっている。

これからも「ネ」側と定期的に会議をもち、お互いの意志の疎通を計り本プロジェクトの運営を効果的、効率的に実施していくようにもっていきたい。

2. 家族計画／母子保健プロジェクトの実績（見込みも含む 4月24日現在）

1) 専門家について

1985年3月に成瀬調整員がネパールに赴任し、ネパール家族計画／母子保健プロジェクトのある建物の中に我々の Office を得た。その後、4月に宇井専門家と綿引専門家が赴任した。

赴任後、5月下旬から供与機材の件と基礎調査のフィールド観察を兼ねて、カブレ郡ダヌーシャ郡の Health Post, Health Center 視察及びフィールド・ワーカーからの事情聴取を行い、さらに Central レベルのスタッフとの討議を経て、Hospital への供与機材リスト、基礎調査の枠組み作りをおこなった。これと並行して FP/MCH プロジェクトに関連する援助機関を訪れそれぞれの活動状況内容の聴取及び資料の収集にあたった。さらに、宇井専門家には、母子保健の立場から住民参加を通してのコミュニティ活動を特に T.B.A. (Traditional Birth Attendant) と Mothers' Group について状況を調査してもらった。その調査内容は、宇井専門家のレポート (VI-5 参照) にて報告されている。

2) 機材供与について

1986年度の供与機材額：約4,000万円

主な内訳：

- (1) 車輛 3台
- (2) 視聴覚機器（ビデオセット、16mm映写機、スライド映写機、O.H.P.等）
- (3) 保健・医療資機材（身長計、体重計、分娩セット、血圧計、保育器、冷蔵庫等）
- (4) 教育用人体モデル

先日、16mmフィルムを受領し、試写会を開いた。多少違和感を感じるころもあったが、トレーニング用としては有効であると思われる。

他の1986年度供与機材のネパール到着は、7月～8月になることはネパール側にも話してあるが、これよりも早期に到着することを望んでいる。

1987年度供与機材については、前回送付した機材リストに基づいてA4フォームを作成中で、5月上旬に最終決定をする予定である。

3) 研修員について

1986年度は、本プロジェクトの研修員派遣は、初年度でありプロジェクト・チーフ

である Dr. カトリ氏と前 International Training Division Chief であった Dr. Dixit 氏が参加した。Dr. カトリ氏は、前述したように愛育会の愛育班活動に感銘を受け、本プロジェクトのカウンターパートである Dr. ジョシ氏に 1987 年度の研修に参加するように勧めた。

1987 年度の研修員（3名）は、早期通報にて処理し、現在、ムール氏が 4 月 4 日から日本へ研修に行っている。

Dr. ジョシ氏とジイブ氏が 5 月 7 日から 3 週間の予定で日本へ研修へ行くことになる。

4) ローカル・コスト負担事業について

(1) 技術普及広報費について

プロジェクトの活動成果の普及定着と相手国政府の政策への反映を図り、協力の効果的かつ効率的な実施を促進するためプロジェクトを取り巻く関係機関、地域住民及び報道関係者等を対象にプロジェクトの目的、活動内容、成果を周知せしめることが目的となっており、今回は、第 7 次 5 年計画のなかで、母子保健分野での 5 つの優先順位の高い領域を採用している。これに加えて、A. R. I. (Acute Inspiratory Infection) が今年から正式に 1 つの領域とし採用された。

それらの内容は、

経口補水療法（下痢性疾患対策）

予防接種（Polio, DPT, BCG, Measies）

栄養

産前産後検診

出産間隔

A. R. I.

となっており、これらと本プロジェクトの目的、活動内容等を入れカラープリントによる絵を取り入れた 1 つのブックレット（20 ページ）を作成しモデル地区の母親対象に MCII クリニックと PBHW を通して配布する予定で内容と経費、部数等をネパール側と検討した。

現在、レイアウト及びドミーができあがり、カラープリントのセパレーションのため近日中にバンコクへ送る予定である。

(2) 技術交換費について

フィリピンで実施されている人口／家族計画プロジェクトの活動内容を Dr. カトリ氏に説明し、技術交換に行くネパール側の 3 名のカウンターパートが決定され、宇井専門家とともに 3 月 14 日から 2 週間フィリピンに滞在した。フィリピンでの JICAPP/MCHP

プロジェクトを視察して、かなり刺激されたようで今後の本プロジェクトへの貢献を期待している。詳細な技術交換内容及び視察場所等は、宇井専門家が報告書にまとめて送付してあるのでそれを参照にされたい。

(3) 中堅技術者養成対策費について

1986年度は、基礎調査と重なり、また、1986年度のネパール政府の予算が既に計上されており、ネパールFP/MCHプロジェクトに要請することが困難になった。さらに、教材開発にも時間を要するので日程的にも無理となり1987年度から実施する運びとなった。

1987年度計画案にも記載したように、ヘルスポスト、MCHクリニックのパラメディカルスタッフ及びフィールド・ワーカー（PBHWとIntermediate Supervisor）のトレーニング、その後、住民の組織化を促進するためにMothers' GroupとT. B. A. のトレーニングを考えている。これに際して、教材開発及びWork Plan (Time Schedule, 対象人員, 場所, トレーナーの選定, 予算等)を作成する予定である。

(4) ナラ村ヘルスポストの建設について

先日、成瀬専門家、シャーム・カジ氏（アシスタント・カウンターパート）と私で建設候補地の視察および今年度供与機材として予定している薬品についてヘルスポストスタッフより聴取してきた。

建設の件については、まだ具体的な話し合いはネパール側とつめていないが、機材リスト作成が終了次第、始めたいと思っている。

3. 家族計画／母子保健プロジェクトの問題と対策

ネパールにおける人口家族計画プロジェクトは、母子保健との統合型であり、母子の健康水準を向上されることにより、結果的に見て出生率への抑制に貢献することと、理解している。

ネパールにおいて、人口問題は、"経済開発と人口"という対で捉えられており、量的人口問題、つまり、人口増加が社会経済発展に支障を来たすので人口増加率を減少させることが、解決の糸口と考えられている。しかしながら、経済発展と人口問題は対になっているのは確かだが、その背景には他にも経済発展を妨げている原因が存在しているように思われる。たとえば、行政機構の不備（縦割りの行政、中間層における人材の不足、Tipani システム等）、インフラの不備、一般教育の普及度の低さ（初等教育がまだ義務化されていないし、特に女子の識字率が10%以下）が主な原因となっているかもしれないからである。

人口問題の捉え方は、国によって様々であるが、ネパールは、山国であり耕作面積にも限界があり、人口問題の優先度は高い。しかしながら、家族計画を前面に出したのは時期が早いように思われる。というのは、人口政策というマクロの側から見れば確かに人口抑制は

必要であるが、この人口を形成している個人個人が家族計画の意義を考えなければ達成不可能でありその受入基盤ができていない状態である。しかも、主な対象となる農村にいる母親は教育レベルが低く、家族計画の関心は低い。したがって、母子に恩恵がある母子保健サービス活動及び地域保健活動、つまり、プライマリー・ヘルスケアの一環としての母子保健／家族計画の強化が必要である。

よって、人口家族計画と言う独立性が薄れるが人口家族計画事業単一プロジェクトでは、どうしようもない点があり、家族あるいは個人を取り巻く地域社会、国の社会経済と言う関連要因が、相互に絡み合っただけで夫婦の出産数、出産間隔へ影響していると言われている。

以上のことを考えると、5年と言う期間内でしかもプロジェクトの技術協力と言う枠で現状を把握し、達成可能な具体的目標と実施計画を策定するにはかなりの時間を要する。

この期間を短縮するには、プロファイ事前調査に係わった専門家の派遣あるいは、2～3カ月間現地に調査員を派遣して現状の把握、実施可能な運営計画を策定した後修正をしていく方法が適切ではないかと思う。そうしないと、いきなり現地に来て、実施計画にしたがって行動をおこそうと思っても現状の機構がかなり異なっている点を見出しどのように運営していったらいいのか戸惑う。

特に、人口家族計画のように個々の人間を対象とする人々の意識、態度、行動と言う一連した形態の変容を踏まえなければならない。

R/Dが締結されてから既に1年半が過ぎ、専門家が派遣されてから1年が経過しようとしている。実施計画に基づき活動を実施する上では、準備段階が終了し改善段階に入っていないなければならない時期である。

しかし、前述したように困難が伴い、実施計画の修正をせざるをえなくなった。そこで、3月に巡回指導ミッションが派遣され、本プロジェクトの概念図、活動のマトリックス活動計画及び実施計画をネパール側と協議し、Coordinating Committeeを開いた後、団長である平山東大教授とProject ChiefであるDr. カトリ氏の間でM/Mを締結した。

このM/Mに基づき6つのProgramme Componentsの年間計画を作成中である。

TABLE 1; Marital Age-specific fertility and Marital Total fertility Rates estimated using Ariaga's technique for 1976, 1981 and 1986.

Age-group	NFS 1976	NCPS 1981	NFFS 1986
15-19	0.1612	0.1893	0.2024
20-24	0.2769	0.2335	0.2194
25-29	0.2800	0.2701	0.2397
30-34	0.2235	0.1841	0.2043
35-39	0.1720	0.1356	0.1437
40-44	0.0890	0.1110	0.0850
45-49	0.0327	0.0402	0.0302
Marital Total Fertility Rate	6.18	5.82	5.62

Note: NFS- Neapl Fertility Survey, 1976.
 NCPS- Nepal Contraceptive Prevalence Survey, 1981.
 NFFs- Nepal Fertility and Family Planning Survey, 1986.

Table 2; Percentage of currently married women reported to have knowledge of Family Planning method for specific method for 1976, 1981 and 1986.

Mehtod	NFS 1976	NCPS 1981	NFFS 1986
Male Sterilization	15.7	38.1	44.4
Female Sterilization	13.0	44.4	49.7
Oral Pills	12.0	25.1	28.9
Injectable	-	9.0	15.0
IUD	6.0	8.4	9.0
Condom	4.8	13.6	18.2
Number of cases	5501	5876	5031

Note: Same as Table 1.

Table 3; Percentage of currently married women reported to have ever used Family Planning method by specific method for 1976, 1981 and 1986.

Method	NFS 1976	NCPS 1981	NFFS 1986
Male Sterilization	1.5	2.9	6.0
Female Sterilization	0.1	2.4	6.6
Oral Pills	1.9	3.1	3.7
Injectable	-	0.4	0.9
IUD	0.2	0.2	0.5
Condom	1.2	1.2	1.9
Total	3.7	8.6	16.8
Number of cases	5501	5876	5031

Note: Same as Table 1.

Table 4; Percentage of currently married women reported to have currently using a Family Planning method by specific method for 1976, 1981 and 1986.

Method	NFS 1976	NCPS 1981	NFFS 1986
Male Sterilization	1.9	2.9	6.0
Female Sterilization	0.1	2.4	6.6
Oral Pills	0.5	1.1	1.1
Injectable	-	0.1	0.5
IUD	0.1	0.1	0.2
Condom	0.32	0.4	0.6
Total	3.0	7.0	15.0
Number of cases	5501	5876	5031

Note: Same as Table 1:

LAPROSCOPY

Table 4⁵

Age Group	Total No of E. Women.	Total Child	Child Male	Child Female	Average Children	Ave. M.	Ave. F.
(20-24)	41.	122.	86.	36.	2.97	2.09	0.88
(25-29)	67.	239.	147.	92.	3.56	2.19	1.37
(30-34)	56.	238.	140.	98.	4.25	2.50	1.75
(35-39)	24.	119.	62.	57.	4.95	2.58	2.37
(40-44)	10.	53.	25.	28.	5.30	2.50	2.80
Average;-	198.	771.	460.	311.	3.89	2.32	1.57

VASECTOMY

Age Group	Total No of E. Male.	Total Child	Child Male	Child Female	Average Children	Ave. M.	Ave. F.
(20-24)	6.	16.	11.	5.	2.66	1.83	0.83
(25-29)	24.	70.	48.	22.	2.91	2.00	0.91
(30-34)	25.	82.	51.	31.	3.28	2.04	1.24
(35-39)	22.	96.	45.	51.	4.36	2.04	2.32
(40-44)	11.	53.	24.	29.	4.81	2.18	2.63
(45-49)	4.	18.	14.	4.	4.50	3.50	1.00
(50-54)	1.	2.	2.	0.	2.00	2.00	0.00
(55-59)	1.	3.	1.	2.	3.00	1.00	2.00
Average;-	94.	340.	196.	144.	3.61	2.08	1.53

VI - 5 宇井専門家モデル地区視察報告

I. Purpose: Planning an appropriate programme for the HMG/JICA
FP/MCH project.

1. Understanding MCH activities in the communities and the communities' MCH needs.
2. Finding what agencies are involved in MCH activities and how their programme works at the sites.

II. MCH clinics and agencies visited in:

1. Kavhre

- i. MCH clinics
 - a. Dulikhel health center
 - b. Khopasi health post
 - c. Nala health post
- ii. Mobile clinics
 - a. Panchikhal health post
 - b. Nala health post
 - c. Baluwa ayurvedic health post
- iii. MCH field workers interviewed
- iv. Other agencies
 - a. Red Cross Nala primary health project
 - b. FPAN Banepa branch
 - c. Women's development section under Ministry of Panchayat and Local Dev.
 - d. Mothers club center office
 - e. TBA interviewed in Panoti and Nala
 - f. Health committee members interviewed

2. Danusha

- i. MCH clinics
 - a. FP/MCH district office
 - b. Godaar health post
 - c. Ghodaghas health post
 - d. Sabaila health post
- ii. MCH field workers interviewed
- iii. Other agencies
 - a. Red Cross
 - b. FPAN
 - c. Nepal Children Organization
 - d. Mothers group members interviewed
 - e. TBA interviewed
 - f. Health committee members interviewed

3. Bakhutapur and Chetrapathi MCH clinics

-ed

III. MCH activities

1. FP/MCH PROJECT

i. MCH clinics

All the MCH clinics open once a week. An average of 15 to 20 sick children and only few pregnant women come to the MCH clinics. They can get a health check, medicine, and some health advices at the MCH clinics. The MCH clinics keep 24 kinds of medicines such as vitamins, aspirin, iron tab, vermifuge, and etc..

The health check is done by the health assistant or the AHW, medicines are delivered by a health aide. The clinic staff can give some health advice, they are giving it to some people but usually they seem to concentrate on delivering medicines or arranging the MCH cards.

On the MCH clinic day at Nala, Ghodaghas, and Dulikhel health center there is a clear increase in the children visiting. The reason could be at Nala, there is a Red Cross office and they have a feeding programme on the same day to the MCH clinic day. When they started this programme the children who wanted milk and wheat were told they had to have a health check at the MCH clinic. At first, over 50 children and mothers came to the MCH clinic and the clinic staff couldn't control them anymore, so the MCH staff started saying " Go straight to the Red Cross office if you want milk and wheat". People still seem confused, they still show the cards for food delivery at the MCH clinic even now.

At Dulikhel health center there seems to be enough staff for the MCH clinic.

At Ghodaghas there seems to be not enough staff, but it seems the field workers and community help much at the MCH clinic.

Weighing machine is not available in some health post as I wrote in the last report.

ii. Mobile MCH clinics

Mobile clinic activities are as follows:

- a. health check
- b. weight measuring
- c. immunization
- d. medicine delivery

Mobile team members are: AHW, ANM, 2 or 3 health aides of Kavhre FP/mch district office.

Local MCH workers who help the mobile team's activities: Intermediate supervisor (I.S.), Panchayat Based Health Worker (PBHW), and health aides who work at the MCH clinic.

These people participate in this mobile MCH programme.

The mobile team usually walk one to three hours to get to the clinics, and automatically they arrive at the clinics in the afternoon. Mobile clinics started mainly for the immunization programme, people also seem to have many expectations, usually over 40 children visit mobile clinics which are open only once in a month. Unfortunately on my observation day, by some mix-up the team didn't bring the vaccinations, mothers were very disappointed. The children got only some medicine and went back home.

The mobile team visit nine places in a month, the AHW and ANM are not changeable. If they have a car, they can keep on schedule, but if they don't have one then the schedule may be broken. Some clinics were cancelled without any notice, so some villagers have no faith in upcoming programmes. In spite of this people are demanding an immunization programme more strongly. And people will welcome any programme given concerning MCH activities.

I would like to note one thing I saw at Panchikhal health post. There was one woman from the women's development section, Panchikhal branch office. She is called the women's development assistant (WDA). She also received a class on FP/MCH. She has been told to help the MCH clinic at Panchikhal health post. She seemed cooperative and even though that was her first time, she was working well. Not only project staff, but also other agencies' staff participation is very important for raising community health. She seems a good sign for the future of MCH community activities.

III. 1.iii. MCH field workers:

I obtained and read job descriptions of different level MCH field workers. Here I will write about their activities as I observed them in the field.

a. PBHW: a new programme started in 1984, they would be provided as follows:

- 1/2500 pop. in terai area
- 1/2000 pop. in hill area
- 1/1500 pop. in mountain area

Danusha is in the terai and some panchayats should have two PBHWs. Up to September 1986, 115/164 of the PBHW posts have

been filled, the others are still being hired. PBHWs activities are mainly house visits:

- * FP/MCH consultant
- * contraception delivery
- * basic medicine delivery
- * help organize sterilization camps

PBHWs I talked to say they usually visit 10 to 20 houses/ day, people sometimes demand medicine for their children more than contraceptives, especially if children are sick. In the dry season usually December to February, PBHWs should concentrate on finding and persuading the people eligible for sterilization.

The situation of PBHWs in kavhre is almost the same.

The Qualification for PBHWs is to have the ability of reading and writing Nepali.

b. I.S.: In Danusha their role and the supervision system is clear, because there is enough I.S. staff and they well integrated in the sub center system. I.S. activities are:

- * supervise the PBHWs activities
- * give advice to the PBHWs, even sometimes visiting houses when it is difficult for PBHWs.
- * management of equipment such as contraceptive and medicine
- * help the MCH clinic day

In Kavhre there is no sub center system yet but they are working in the same role as in danusha.

c. Health aide:

They are field workers half the month, and half the month they work at the MCH clinic to help in the treatment of villagers who come to the MCH clinic. Health aide activities are :

- * record keeping
- * medicine delivery
- * give injections
- * house visit (same work as a PBHW)

In the field their working area is coordinated with PBHWs.

A field workers' meeting is usually held once a month. Usually I.S., PBHW, and health aide attend this meeting. The agenda would be target numbers they should organize, their problems, etc.. Their meeting could have an important role in community health.

III. 2. Other agencies:

I. Red Cross:

" Nala Primary Health Project"

This project was started in December 1985 in two village panchayats; Tukucha Nala and Ugrachandi Nala. Budget for 1985/86 was 158,306 Rp, project term is for three years. Their activities for 1985 dec.-1986 dec. were:

1. Training * community health leader * hygiene
 * first aide * home nursing
2. Lectures on * nutrition * ORT
 * MCH * immunization
3. Seminar on community health
4. Health survey
5. Food delivery Milk and wheat (beans mixed) over 30 children visit the programme held on the same day as MCH CLINIC.
6. Drinking water programme
7. tree plantation
8. smokeless stove demonstration
9. Toilet making

Organization:

Board - 16 members, Health committee 9 members in each ward, 9 committees each panchayat. 18 committees in the project. Women's group - 11 members in one group each panchayat, 2 groups in the project.

Red Cross Nala project is building a base for community MCH. Many volunteers are involved in the project, so if another agency becomes involved in this project, the community may be confused.

"Danusha Red Cross Branch" Mr. Binod Sharma Incharge.

The main activity is a mobile clinics to remote areas and covers 10 places.

Purpose is enlightening people who believe only in a Dami -Jankuri that modern medicine cures diseases better.

Implementation method:

Staff: * Drs from the medical association in Janakapur, usually 10 Drs participate in the programme.

* Red Cross committee members, they organize people to come to clinics.

Place: * usually at a school

Time: once a month 8:00-17:00

Result: usually 1000 people come to the clinic, they are treated by Drs and given basic medicine. In Malaria cases they refer them to the hospital and in T.B. cases they recommend an exam. at a laboratory in JKR.

The problem is lack of medicine, they need more donations or some idea to obtain medicine.

Red Cross activities rely on voluntary service for the most part. It can be very important to community health in Nepal and there is much potential for the future of MCH activities in the community.

III.2 ii. FPAN Banepa branch in Kavhre and Danusha branch .

In both places FPAN has almost the same activities.

These are: 1. Integrated FP and SFD project.

2. Rural family welfare project.

3. Integrated FP and Intensive banking project.

4. Youth and FP

5. Multi media communication

6. Planned parenthood and women development

These activities' aims are as follows:

* Giving population education * cinema spot

* contraceptives exhibition * suggestions for loans with FP teaching through farmers, women and young people. FPAN also have a FP gift programme for new married couple.

Programmes are 2 in district level, 4 in the panchayat level.

FPAN staff:	Kavhre	Danusha
Motivater	2	1
Motivater (voluntary)	2	1
Sub committee	8	13(executive committee)
Panchayat committee 1(each ward)		7

FPAN also relays on voluntary services. I couldn't have a chance to see how the programmes are working, and how volunteers are working in them. All the programmes seem good but it may be too many programmes compared to staff.

III. 2. iii. Health committee members interviewed

a. Nala health post health committee vice chairman

He told me most of this committee's members are also Red Cross board members.

Their urgent need is to have an independent building for the health post. JICA has been involved since a baseline survey in 1985. The area residents expect JICA will help them. We are explaining that programme is not Japanese, but HMG with JICA cooperation. I don't think they understand well. Besides, they have prepared two pieces of land for the health post, but they say the choosing right is up to HMG/JICA. They seem to have too many expectations of this HMG/JICA PROGRAMME.

b. Khopasi health post health committee Health post in charge

He, also a member of the health committee said there had been no meeting in the year. The health post seems to have enough personnel, good resources, such as a hall which an old USSR camp used as a store room. Even electricity could be installed in the health post. He said the panchayat doesn't pay for that. The community seems careless about health for some reason, but still it seems this area has good potential for community health development. The incharge said if they are given enough facilities they can work more active.

c. Ghodaghas health committee member

The member who always appear whenever we visit says a mothers' group is existing, but they are not active and they didn't have enough training to be active. Villagers are very interested in health. They say health problems are their common topic, they need to have knowledge of health, many training programmes should be held for village women. I also saw the note book of the health committee meeting record. It was an old date 1984:

1. collect 25 paisa from each patient, if they are poor some are free or 15 paisa should be paid.
2. A meeting should be held every three month.
3. committee members should send patients to the health post.
4. health post should be open untill 5 pm for emergency cases.

The health post was open untill late, almost 4pm, when I visited. It was the first time I saw a health post open after 2pm. As I wrote under III.1.i. MCH clinics about this health post, the community active involvement could clearly help increase of the number of childrens' visits on MCH day.

d. Godaar health committee meeting

The agenda was:

1. how to collect 25 paisa from each patient
2. institute peon's night duty to guard against thieves (one took money last month).
3. open the health post from 2pm to 5pm for emergencies.
4. how to use collected money.
5. what to do about medicine shortage.

Items 3.4.5. had no decision made.

They also want to have an independent building for the health post. It is being rented now. the members were mostly farmers. They seem to have an interest in health problems, but they don't know what to develop or what they can do. In any case they want to make improvements.

e. Sabaila health committee

The AHW told me, the health committee have a meeting sometimes and they are asking for an independent building for a health post. The panchayat already bought the land for one and they are going to ask the Ministry of Health to help build the health post. The community in this area also seems to have an interest in health problems.

III.2.iv. Women's development section, Ministry of panchayat and local development (WDS)

WDS started in 1980, implementation has been done since 1981. there are 35 members in the section. The staff concerned with FP/MCH is one in health unit, one in nutrition unit, and one family planning coordinator who just finished her training in summer 1986.

Organization: WDO: Women's development officer, one in each district. up to the present (Oct. '86) 32 WDO.

M.A.+5 weeks training.

WDA: women's development assistant, six to seven in each district. 210 WDA slc+ one year training.

DA: women's development associate.

foreign volunteers, 18 DA in local area one in the center.

Their slogan is " Production credit for rural women's community development" They have two projects in Kavhre.

1. Female headed household project (ILO fund)

2. Panchikhal production credit for rural women. Both programmes are running through a commercial bank, it is said to be a little bit difficult to face the bottom people.

Up to the present there is no FP/MCH implemented. However WDA was helping Panchikhal MCH clinic. ORT programme is also done in the health programme. EDS is expanding year by year. Women are one of the most important targets nowadays in Nepal. I'm sure their power is the key point for MCH activities.

v. Nepal children organization (Bal Sangatam in Nepali)

Programme in Danusha:

1. mass feeding target; under 5 children and after 6 month pregnant women.
2. school feeding target; school children.

Food is delivered to the target group.

For 1. Milk 20g/day and mixed wheat 80g/day

For 2. milk 30g/day, mixed wheat 100g/day, sugar 10g/day, and butter 30g/day.

Delivery method: First measure weight and arm circle, then give the delivery card. measuring is done twice a year.

Purpose is raising their health and make a nutritious food eating habit for the children.

This programme is funded by WFP. This programme attracts many people and is a good programme, but it would be better if we could give a nutrition demonstration many times to the people.

iv. Mothers' group and mothers' club

a. Mothers' club in Kavhre

The mothers' club in Kavhre belongs to the women service coordination committee (WSCC) under the SSNCC (Social Service National Coordination committee. There are 35 mothers clubs in Nepal. One of them is in Subba village in Panoti Kavhre district. There are 30 members and seven -eight are on the executive committee. There was one programme of SERI culture by UNICEF fund. process is: Club members had to plant the mulberry tree at first, but they didn't have enough land so what they did is plant it on land belonging to somebody else. The owner found out and was so angry he cut all the trees down. WSCC center staff said no more seri culture is possible and mothers club activities are also stopped now. This programme was started for women to be independant, to improve their nutrition condition, to promote FP/MCH, and to obtain production credit. Up to the present no FP/MCH programmes have been seen by the mothers club in Kavhre. However there is some potential from their experiences.

b. Mothers group in Danusha (IIMG/UNFPA programme)

Organized mothers: as of seventh August 1986

* 4338 mothers organized in 30 groups, in 80 panchayats.

* They are given two days training about immunization and ORT.

Group members: Seven mothers in one group in a ward, one is the leader, one is the assistant leader, and five are members.

Follow up for mothers group

PBHws visit mothers to ask how many ORT packets they have delivered.

Mothers' group interview: at Ghodaghas and Janakapur city

I met several mothers in their 20s and 30s. Some of them had an education, but most did not. Even so, almost all know how important immunization and they took their children to the immunization programme. They say they know how to make ORT but I couldn't make sure if they can make ORT water and if they are giving their children and teaching their neighbours.

Anyhow they look happy and proud to be a member of the mothers' group. Even a young woman where we were talking said she also wants to join the mothers' group someday. It may have some prestige being a member of mothers' group in the village. They have great potential to be more active in community MCH activities in the future.

III. 2.vi TBA interviewed

a. " sudeni house" at Panoti in Kavhre

Sudeni's age: around 38

Her experience: she took sudeni training in April 1986. She

has been working almost 20 years since she was 18 age, and her mother also was a sudeni. She learned from mother. She treats 5 to 15 delivery cases in a month. She received a delivery set after training and she opened a sudeni house which has two beds in one room. She says she boils the equipment before treating delivery. These days people come to her house for delivery. she says it is easy for herself and for the women who are having delivery.

There is a delivery record book. She can't write and she let her son or the delivering women's husbands write

the name, their data, weight, and any other information.

She says abnormal cases are a few per one hundred, she refers those cases to the hospital usually to the nearest mission hospital. She also makes some kind of charm by wild grass. She is working at her own small shop next to the delivery room.

Her area: Panoti area. She says there are a few more sudeni -s in panoti, and they sometimes ask her about problem cases.
Pay: 200rs or more per case.

b. "Agi", sudeni in newali society, Nala in Kavhre

Agi's age. around 68

Her experience: She took sudeni training in 1985 or '86 for 6 days. She has been working almost 50 years since she was 16 or 18. She treats 5-6 delivery cases in a month. Her daughter is also doing the same job and took the training with her. Usually she attends the delivery and gives an oil massage to mothers and children for one week or two weeks. On fourth day and sixth day she also gives a "puja" to the case. She doesn't have a delivery room, people call her when they need her to their house. She didn't get a kit after the training.

Pay: Usually rice 1 pathi (almost 6 kg), she gets money very seldom.

Her area: two panchayats, population is about 6200.

Preparing for a delivery: These days she cleans her hand by soap and uses the blade for cutting the cord, but she doesn't boil it. She says these are not good food for a pregnant woman or after delivery; fish, yogurt, eggs (in six months after delivery), pumpkin, green vegetables and etc.. Agi says those foods cause swelling. In Nepali food culture, there are two kinds of food hot and cold, then cold food is said bad for women who had a delivery and pregnant. She also works as a farmer in her small land farm.

c. Sudeni in Danusha

Sudeni is called a chameini there. Their caste is said to be Chamal. They were in a low caste person and so they were not allowed to touch another higher caste person and

higher caste people didn't drink the water which chamal gives, before, it is not so strict these days. Chameini's husband usually is treat dead cows or dead animals.

At Godaar:

Chameini's age: around 38

Experience: She didn't take sudeni training. But she has been working 20 years since she was 18. Her son's wife also cham-meini. Chameini also learned from her mother. She treated 15 to 20 delivery cases before, nowadays people know about family planning, so she has less cases than before.

Their main job is to help delivery and give oil massage to mothers and children for almost one month. Talking about food costum, pregnant and deliveried mothers should not eat pumpkin, eggplant, or MAAS beans. In the five days after delivery, only ginger and sugar water with besaar (tumaric), and HARUWA are allowed to eat. They don't use salt in the same time. The vegetable called WOOL(WAL?) should not be eaten for one year. Meat and small fish are o.k.. She said WOOL and KUBINDU are bad for pregnant women, sometimes it causing abortion.

Her area: ward 1-3, 9-11 are divided among herself, her husband's first wife, and her daughter-in-law.

Pay: 1 kg rice per day, a sari or chulo from rich people, 120 Rs for an oil massage twice a day.

* She saw only a few abnormal cases and no still born cases up to now. In the case she remembers the most is one woman had four babies and each delivery she had a seizure.

If mothers cant give mothers milk, they can give buffab milk or goat milk, but these milks are too thick so it should be weakened before being given to children. *-supplement

At around Nakutajij health post:

There were not many chameini this area so training was given to some volunteers. I talked with four trained sudenis in this area.

Their age: 20s and 30s.

Experience: They were not chameini or sudeni, and they had experience only in their own family's deliveries. Even after training they treated only a few cases and they don't give a massage like chameinidoes. They say that work should be done by a chameini, so they call a chameini after delivery

and give oil massage to mothers and children. Trained people know how to make ORT, and they say they are teaching to the villagers, but not by orientation, they just make ORT and give it them. They say, because villagers don't understand quickly. They also received the delivery kits. When I saw them, they seemed unused and were seen so dirty.

III. 3. MCH clinics in Bakhutapur and Chetrapathi clinic

These MCH clinics are out of the HMG/JICA project sites but I wanted to compare the project site's MCH clinics with the clinics out side of the project area.

In both clinics I could see a well organized programme, and enough staff members for it. These clinics show if there is enough man-power to build a strong programme, then people in the area will believe in and use the clinic. However these buildings are not big enough to accomodate many mothers and children. The staff are working hard, and personal consultation is done. When many people come to the clinic, a mass programme can be held.

IV. Considerations

Problems

1. Pregnant women, new mothers and under 5 children are not coming to the MCH clinic. Because they can't get adequate service. Health aides have inadequate training to check pregnant women and under 5 children.
2. Usually there is a staff shortage at the MCH clinic

Suggestions

Give health aides training on simple diagnosis methods for antenatal/postnatal checks such as: anemia, blood pressure, urine test, and swelling. If an ANM is at the clinic they can do this. But usually in rural areas there is a shortage of ANMs.

The FP/MCH field workers should be required to come to the MCH clinic on the clinic day.

On MCH clinic days all staff of MCH related agencies and offices should be invited to cooperate, and help at the clinic.

Problems

3. There is not enough equipment.
4. There is not enough manpower for the mobile clinics to be effective.
5. Lack of community awareness about community health problems and solutions.
6. There are not enough ways to educate mothers on MCH.
7. Lack of training materials for all trainings.

suggestions

All vacant positions should be filled with well trained staff.

Provide proper and adequate equipment to all the clinics.

As mentioned above there should be cooperation between all concerned agencies.

Fill any staff vacancies.

Give training and motivation to the appropriate people and groups in the community such as TBAs and mothers' groups.

Develop a MCH handbook to be used by mothers and MCH clinic staff. This handbook will also be used as a record for MCH clinic visits.

Develop and provide appropriate materials.

V. Summary

Observing MCH activities in HMG/JICA project sites, I visited 7 of 12 MCH clinics and 4 of 10 mobile clinics and other agencies including Red Cross, FPAN, NCO, WDS, mothers' groups, mothers club, TBA, Youth clubs and health committee. There were many programmes. Most of them have a shortage of staff. Those programmes seem the FP section is given more weight and the MCH section seems neglected. Both should go like spokes on the same wheel. In any case the shortage of staff and equipment is the biggest problem. Even so I saw a large potential for community involvement in MCH to staff and community people. By giving training they could work together to become a good resource for MCH service in the community.

VI. Supplement 2

MCH Activities around Godhagas Health Post in Danusha District upto December '86

Programme Agency	MCH	FP	Hygiene	Nutrition	other	Target	Concerned Staff	Place	IEC Equipmen:
HMG EP/MCH Project	MCH regular clinic house visit			one to one teaching		Pregnant women children under 5	H.assistant AMW, ANM H.Aide IS, PBRW	MCH clinic community	exam. Card medicine thermometer weighing ma chine etc.
UNFPA	mothers' group training (COBIN-component)	house visit contraceptive delivery organize camp				eligible couples	H.aide IS PBRW	MCH clinic community	IEC kit medicine contracep -tives
FPAN Danusha Branch	organize women group immunization				literacy classes	women	motivater volunteer	community	black board notebook
		house visit organize camp contraceptive delivery				up to 7grade	FPAN	school	
		FP exhibition population education				eligible couple	motivater field worker volunteer	community	pamphlet contracep -tives
						young people 7 grade stud.	field worked volunteer teachers	community school	pamphlet posters photoes contracep -tives
			solid: drink water system toilet-school repair-school			school	FPAN staff volunteer	school	construction materials etc.
					home indus -try verrafuge delivery	women	technician	community	material
EPI	immunization					community	FPANstaff volunteer	community	medicine pamphlet
Red Cross						under 5 children	vaccinator	community	vaccines
						community	JRC voluntd.	community	pamphlet
Nepal Children organization (WFP fund)				mass nutrition		pregnant wom. (after 6mo.)	WFP NCO Staff	community	medicine milk wheat
Nursing Division	TBA training			school seeding program		children student	(unp. 5)	school	
						chameini (sudenti)	PNM, ANM	community	delivery kit

V. Supplement 1

MCH Activities Around Nala Health Post in Kavhre District up to December '86

Programme agency	MCH	FP	Hygiene	Nutrition	Other	Target	Concerned Staff	Place	IEC Equipment
HMG FP/MCH Project	MCH regular clinic mobile clinic house visit			one to one teaching		pregnant women children under 5	H. Assistant H. Aid. AMW ANM, I.S PBHW	MCH clinic community	Exam. Card medicine sphygmometer weighing sachine etc.
		house visit contraceptive delivery organize camp				eligible couples	PSHWs H. Aids	MCH clinic community	IEC kit medicine contr. -cegrives
Red Cross Nala Primary Health Project	immunization weight measurement arm circle			food delivery		Children under 5	red cross volunteer (R.C.V.)	Red Cross office (R.C O.)	milk, wheat
	talk prog.			classes	homenuising	mothers	R.C.V nurses	R.C.O.	black board pamphlet
					first aid training	teacher student	R.C. (Dr, nurse) RCV	school	first aid kit
				health teaching classes community health seminar build drinking watersystem smokeless stoves toilet		community health leader total population	RCV, FP/MCH staff	RCO	black board pamphlet
Nala 4H club				health survey	community	RCV, city pancha, village pan -cha.	community RCO	contraction materials pamphlet etc.	
EPI	immunization				literacy classes	women	4H club volunteer	private house	black board notebook
Red Cross	TBA training					children under 5	EPI vaccinator	community	vaccines
	house visit group discussion			group discussion		mothers and women	PM, Nurse motivater volunteer	community	delivery kit pamphlet
FPAN Banspa Branch					general clinic	community	H. Ast. voluntr.	community	medicine
		house visit contraceptives deliv. promotional presents cinema shows population educ.				community farmers young new married	motivater volunteer	community school	contracepti -ves key holder (present) pamphlet
					home industry	women	technician	community	material machine

COORDINATION COMMITTEE MEETING
MINUTE

March 11, 1987

Coordination committee meeting was held under the chairperson of Dr. T.B. Khatri in his office room in the presence of following distinguished member of the committee and JICA Advisory Mission members who are in Nepal for a short visit.

Agenda:

1. Confirmation of the MCH programs.
2. Discussion on the different aspects of JICA and HMG contributions for MCH programs.

Present:

- | | |
|--|---|
| 1. Dr. T.B. Khatri,
Project Chief,
FP/MCH Project | 1. Dr. Munehiro HIRAYAMA,
Team Leader,
JICA Advisory Mission. |
| 2. Dr. D.N. Regmi,
Project Chief,
ICHSDP. | 2. Mr. Hideo ONO,
Resident Representative,
JICA, Nepal office |
| 3. Dr. Y.M.S. Pradhan,
Director,
Central Regional Health
Directorate. | 3. Dr. Makoto HIGURASHI,
Team Member,
JICA Advisory Mission. |
| 4. Dr. Madhav Joshi,
Deputy Chief,
FP/MCH Project | 4. Ms. Yoshiko MOCHIDA,
Team Member,
JICA Advisory Mission. |
| 5. Dr. Shyam P. Bhattarai,
Deputy Chief,
FP/MCH Project | 5. Dr. Masato KATSUNO,
Team Member,
JICA Advisory Mission. |
| 6. Dr. Pramila Sharma,
Deputy Chief,
FP/MCH Project | 6. Mr. Masao WATANABE,
Team Member,
JICA Advisory Mission. |
| 7. Mr. Jeev K. Shrestha,
MCH Section Chief,
FP/MCH Project | 7. Mr. Nobuyoshi WATAHIKI,
Acting Team Leader,
Japanese Cooperation Team. |
| | 8. Mr. Akira NARUSE,
Coordinator
Japanese Cooperation Team. |
| | 9. Ms. Teruko UI,
MCH Expert,
Japanese Cooperation Team. |

Discussions

1. Dr. T. B. Khatri briefed the members about the cooperations received so far under JICA assistance. Adding to the briefing of Dr. Khatri, Dr. Madhav Joshi gave detailed informations about the concept of the MCH program under JICA assistance and the future action plans which will be implemented in a phased manner in the model districts - Dhanusha and Kavre. He also highlighted the contributions expected from Central Regional Directorate, Expanded Program for Immunizations and ICHSDP.
2. Dr. Y. M. Singh Pradhan Central Regional Health Director gave assurance to fulfill the approved positions to the health posts. He also assured that necessary efforts will be made to inform the in charges of all levels of health facilities under Regional Health Directorate to help into implementation of the program.
3. Dr. Munohiro HIRAYAMA, Team Leader, JICA Advisory Mission suggested that at the initial stages of the program implementation, strategies will be developed and later on action plans will be formulated to gradually extend the programs in other areas.
4. Mr. Hideo ONO suggested to include the representative, Kanti Hospital as an observer during the coordination committee meetings.
5. Mr. Masao WATANABE suggested that simple amendments in the Records of Discussion if needed, both parties can work for it and inform the JICA headquarter for concurrence.
6. Dr. Y. M. S. Pradhan expressed satisfaction on the list of medicines and equipments for health post prepared by joint effort of JICA team and FP/MCH Project. He said this list complies with the essential drugs list categorised for the health post as recommended by a special expert group under Department of Health Services.
7. Dr. D. N. Regmi, Chief of ICHSDP suggested to involve the Health Inspectors of the districts concerned in this program.

