

No.

ネパール西部地域公衆衛生対策プロジェクト 巡回指導調査報告書

昭和 59 年 7 月

国際協力事業団
医療協力部

116
98
MCF

LIBRARY

医 協

J R

84-19

ネパール西部地域公衆衛生対策プロジェクト
巡回指導調査報告書

JICA LIBRARY



1060602[8]

昭和 59 年 7 月

国際協力事業団
医療協力部

国際協力事業団	
受入 月日 '84.10. 4	116
登録No. 10758	98
	MCF

は し が き

ネパール国西部地域公衆衛生対策プロジェクトは、昭和48年10月に協力を開始して以来、第一次 R/D 期間（昭和48年10月～昭和53年2月）及び第二次 R/D 期間（昭和53年2月～昭和56年2月）を経て、現在の第3次 R/D 期間（昭和56年2月～昭和60年2月）の協力を実施中であり、今日までの協力期間は10年余に上る。当事業団が現在実施している保健医療プロジェクトの中でも長い歴史をもつプロジェクトの一つである。

現在実施中の第三次協力期間も発足して以来すでに3年を経過した。プロジェクトの最終的完了が迫って来たこの時期に、これまでの協力の成果をふりかえって、プロジェクトの問題点を整理し、もって残された協力期間内の協力方針を策定するために、本事業団は、島尾忠男結核予防会結核研究所長を団長とする巡回指導調査団を昭和59年2月28日から3月8日までネパールに派遣した。本報告書は同調査団の調査結果をとりまとめたものである。

末筆乍ら、調査団団員各位及び関係機関各位に深甚の謝意を表するとともに、本プロジェクトの今後の運営についても一層の御協力を賜りたくお願いする次第である。

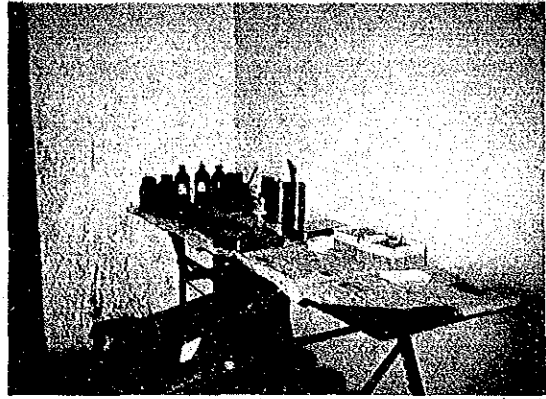
昭和59年7月

国際協力事業団

理事 中 平 立



3月1日。タルブ・ヘルスポスト訪問。



同左。



同上。患者の体重測定。左は大光寺専門家。



同左。



カイレニタール・ヘルス・ポスト。



同左。患者に新聞を読ませて副作用検査。



同。右側TBCPカルキ氏。



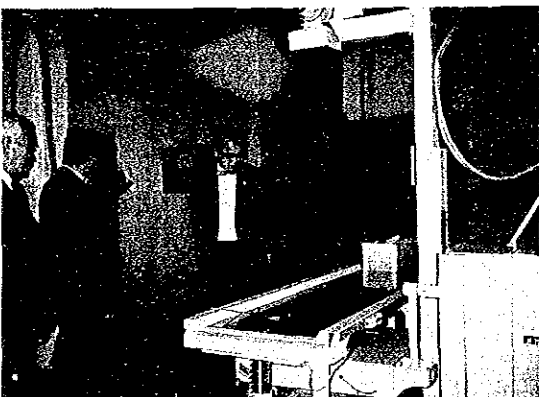
同左。記録票チェック（大光寺専門家とカルキ氏）



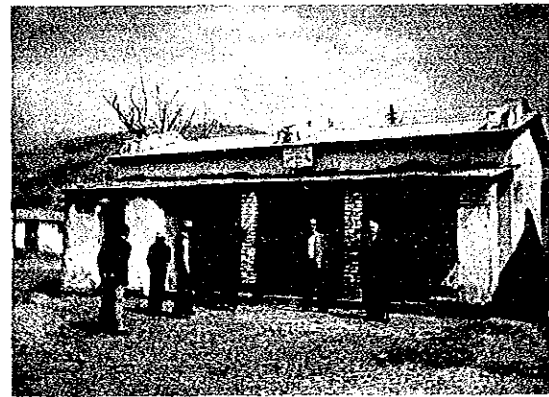
3月2日WRHL。JICAチーム事務所訪問。
左 猪口，中央 石原専門家



ガンダキ病院X線室。工事のおくれにより仮電源で作業している。



ガンダキ病院X線室。手前 断層撮影装置。
説明しているのは中野専門家。



ボカラ・ヘルスポスト全景。



3月4日。結核予防会訪問。右側 会長ラナ女史。



同左。附属病院視察。中央 Dr アマティア。



3月5日。保健省次官訪問。



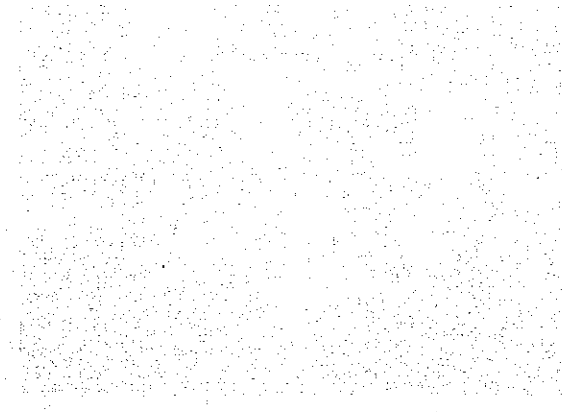
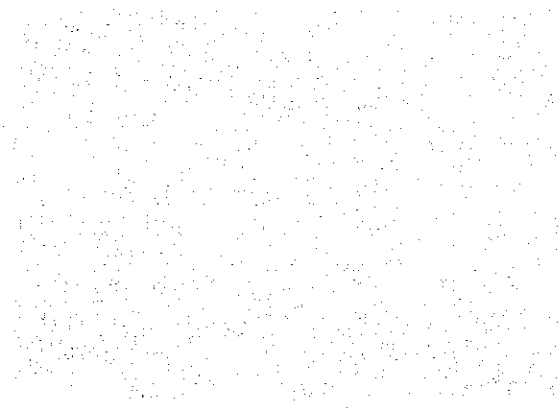
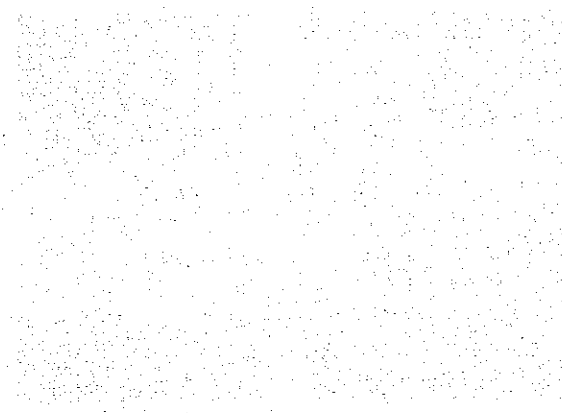
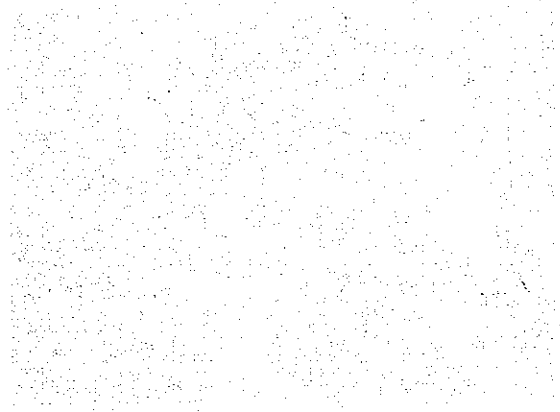
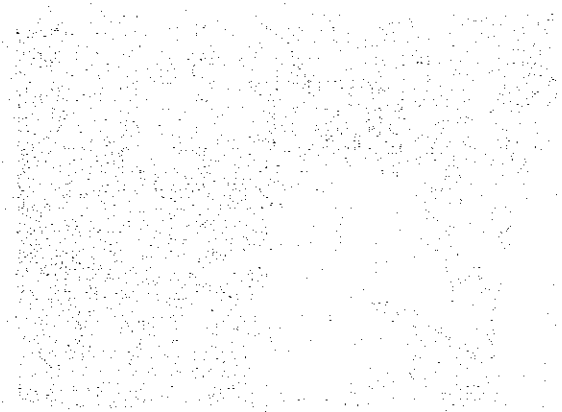
同左。保健大臣表敬（右側），中央 Dr マスケイ。



同上。保健省保健局長訪問。



3月6日。島尾団長主催カクテルにて。
右側 保健局長
中央奥 Dr ウバディア（TBCP）



目 次

は し が き

写 真

I 調査団派遣に至る経緯	1
II 調査団の構成	3
III 調査日程	4
IV 調査結果	6
1. 総 括	6
2. 各団員報告	7
(1) 島尾団長	7
(2) 島村団員	19
(3) 山崎団員	22
資料 第3次 R/D 期間協力実績	23

I 調査団派遣に至る経緯

1. プロジェクト発足より現在まで

本プロジェクトは第一次～第三次 R/D 期間を通じ、一貫して、ネパール西部地域における保健医療水準の向上を目的とし、具体的到達目標として

- (1) 臨床検査技術の向上
- (2) X線検査技術の向上
- (3) 結核対策の強化拡充

の3点を掲げて協力をすすめてきた。

第2次 R/D 期間終了時(昭和56年2月)に、上記到達目標のそれぞれについて評価が行われ、その結果はおよそ次の通りであった(以下、エバリュエーション調査団報告書より引用)。

- (i) WRHLは国内最高水準の臨床諸検査をネパール側9名の技術職員の手で実施できるようになってきており、供与機材等も活用されている。
- (ii) ガンダキ県立病院のX線科は、供与機材を活用して造影剤使用を含む国内最高水準のX線検査・透視をネパール側2名の技術職員で行なえるようになり、放射線科専門医も着任して、その診断能力は充実したものとなった。
- (iii) 結核対策については、国の水準での著るしい進展がみられないため、カスキ郡内の2つのヘルス・ポスト管内で痰の結核菌検査の精度管理、発見された患者に対する治療と管理、一部の患者に対する強化処方による6カ月の短期化学療法を実施している。これは国が結核対策を立案する際のモデル活動を意図したものである。また国が対策を樹立する際の基礎資料となる抗結核薬に対する耐性の検査、フィールドで用いられているBCGワクチン生菌数の測定等も、WRHLの協力のもとに実施している。
- (iv) WRHL、ガンダキ県立病院のX線業務については、当初の目的である技術移転は略々達成されているので、今後はフォロー・アップとして短期間の専門家の派遣、一部の消耗品の補給等を行なえばよいと思われる。
- (v) 結核対策については、国が結核対策に本格的にとりくみ始める時期に当たっているので、カスキ郡をモデルとしてヘルス・ポストで恒常的に結核患者の発見と管理が実施できるように協力し、このように統合地域保健計画の中にくみ入れられた結核対策を実施できるヘルス・ポストの数を段階的に増やし、4年間にカスキ郡内の大半の地域に及ぼすことを目標として協力を進めることは意義あることと考えられる。また抗結核薬に対する耐性に関する研究、BCGワクチンの生菌数の測定等についても協力することが望まれる。
- (vi) 本プロジェクトは、末端まで浸透する結核対策の実施に関するモデル活動に重点を移し

て、協力を継続することが望ましいと考えられる。

かかる評価にもとづいて、現在実施中の第3次 R/D 期間が5.6年2月より発足するに至った。協力期間は昭和60年2月までの4年間である。

2. 今後のプロジェクト運営についての基本的考え方

上記経緯により本プロジェクトは発足後今日に至るまですでに10年余の協力年数を数えるプロジェクトとなったが、この協力期間は、通常のがわが国プロジェクト方式保健医療技術協力のそれと比較してかなり長い部類に属する。

このため、昭和58年11月及び59年2月に開催された本プロジェクト国内委員会において、今後の取り組みとしては、

- (1) とりあえず本プロジェクトは現在の協力期間の満了をもって終了とし、原則として再度の協力期間の延長は考えない。
- (2) 仮に、さらに継続的協力が必要かつ有意義であると判断される分野があり、その分野についてネパール側がわが方に協力を要請する場合にも、現在のプロジェクトとは切り離して協力の可能性を検討する。

との方針が決定された。

今次調査団はかかる背景をふまえ、昭和60年2月時点でのプロジェクト終結を前提とした上で、

- (1) これまでの成果を総括し、
- (2) あわせて、残された協力期間を実り豊かなものとするための方策を探ることを目的として派遣されたものである。

Ⅱ 調査団の構成

団長 島尾忠男 結核予防会結核研究所長

島村喜久治 国立療養所東京病院名誉院長

山崎晴一郎 久留米大学医学部教授

加藤 宏 国際協力事業団医療協力課

Ⅲ 調 査 日 程

月 日	曜日	内 容
2 / 28	火	13:00 成 田 発 19:15 バンコク着
2 / 29	水	10:45 バンコク発 13:15 カトマンドウ着 Dr. MASKEY, Dr. UPADHAYA, M. PRADHAN, JICA 星所長, 中川職員, 梅村リーダ ー, 石原, 猪口専門家出迎え (VIP ROOM 使用) 15:30 西沢大使表敬訪問 (大使公邸) 19:00 JICA 星所長主催夕食会 (調査団, 梅村, 石原, 猪口専 門家)
3 / 1	木	7:00 ポカラ向けホテル発 (陸路) 11:00 タルプ・ヘルス・ポスト訪問 (結核対策指導状況視察) 11:30 カイレニタール・ヘルス・ポスト訪問 () 12:30 ホテル着 19:00 梅村リーダー宅 結核対策チームの活動ぶりを収録したビデオを拝見。
3 / 2	金	9:00 WRHL (西部地域衛生研究所)にて結核対策活動につき 梅村リーダーより説明を受ける。山崎団員は臨床検査部門 視察 10:00 WRHL 所長 Dr. UPADHAYA 訪問 11:30 X線部門視察 14:30 専門家チームとプロジェクト現状及び問題点につき協議
3 / 3	土 (休日)	自 由 19:00 島尾団長主催夕食会 (於 ニュー・クリスタル・ホテル) (専門家チーム, 協力隊員1名招待)
3 / 4	日	11:30 ポカラ発 11:55 カトマンドウ着 15:00 ネパール結核予防会訪問 (会長 Mrs. RANA 表敬及び 附属病院視察) 19:00 結核予防会主催夕食会
3 / 5	月	11:00 保健省次官 Mrs. KARA KIRAN 訪問

月 日	曜日	内 容
		12:30 保健大臣 H.E. Mr. BHATTA 表敬訪問 13:25 山崎団員 カトマンドウ発 (TG 312) 14:30 保健省保健局長 Dr. REGMI 訪問 18:30 保健省次官主催夕食会
3/6	火	10:00 CHL (中央衛生研究所) 所長 Dr. GURUWACHARYA 訪問 10:30 CCC (Central Chest Clinic) 訪問 (Dr. MASKEY) 11:20 TB.C.P. (Tuberculosis Control Project) 訪問 (Dr. UPADHAYA) 16:00 大蔵省 Additional Secretary Mr. SHRESTHA を訪問せるも不在 18:30 島尾団長主催夕食会
3/7	水	9:00 トリブバン大学医学部附属病院視察 (院長 Dr. PRASAI 案内) 11:00 大使館に調査結果報告 13:25 カトマンドウ発 (TG 312) (関係者多数見送り) 17:45 バンコク着
3/8	木	8:55 バンコク発 (KL 863) 18:50 成田着

Ⅳ 調査結果

1. 総括

- (1) X線部門の技術移転は、1) 撮影されているフィルムの質が良く保たれていること、2) G Z H (Gandaki Zonal Hospital) の技師が正規職員となり、現在日本で研修中であること、3) 断層装置の設置も終わったこと等からみて順調に行なわれたと言えよう。今後の課題は、ⅰ) radiologist 配置、ⅱ) G Z H 増床時のX線技師の増員であるが、ⅰ) は専門家の数の絶対数が極めて少ないことと、医大病院等新規の需要増を考えるとかなり難しいと予想され、ⅱ) はある程度可能と思われる。
- (2) 検査部門については、WR H L (Western Regional Health Laboratory) の機能が現在のG Z Hだけでなく、増床後の需要を考えても、それを遙かに上廻るものであり、十分に活用されていないのも止むを得ない現状である。しかし技術移転については、ⅰ) 供与の機器は例外を除いて供用可能であり、ⅱ) ネパール側の技師が必要のあるものは用いることができ、ⅲ) 結核菌検査についてはネパール側の技師が培養から耐性検査まで実施できることを考えると、一応技術移転は終了したと言えよう。今後の課題は、ⅰ) 供与機器の維持管理、ⅱ) 馴れた技師が転勤した後の技術の保持であるが、ⅰ) については故障がおこった時には、巡回修理班を送ることが可能であり、ⅱ) については現在他の業務をしている職員2名を結核菌検査に振りむけるとのことで、日本の専門家が在る間に複数の馴れた人の養成が可能と思われる。
- (3) 結核対策については、T B C P (Tuberculosis Control Project) の協力を得てヘルスポストで結核患者の発見と治療、その管理を従来よりかなり高い水準で行なうことが可能であることが明らかにされた。しかし現在J M C T (Japan Medical Cooperation Team) が担当しているのは比較的便利な地区であり、山岳地帯での対策の開発は今後の課題である。また国のレベルで結核対策の樹立、C C C (Central Chest Clinic) やT B C Pの組織の再編成を行なうべき時期に来ており、これに対する協力は今後の課題である。
- (4) 59年度に本プロジェクトの評価が行なわれるが、その際ネパール側でも事前に評価をしてもらっておき、両者をもとにして討議をすることが望ましい。

2. 各 論

(1) 島尾団長報告

2月28日(火)

10:30に箱崎のTCATに集合しチェックイン。KL862便は13:07に成田発、マニラ経由でバンコクに19:35着。ホテルクーポンの入手に時間を要し、午後9時少し前にRama Garden Hotelにチェックイン。空港から15分ほどの所で乗り継ぎのための一泊には便利である。設備も良好。

2月29日(水)

9:00にホテルを出て空港へ。チェックインの能率が非常に悪く時間をくう。TG311は10:55バンコク発。A300を用いRoyal Executive Classは座席も広く快適。カトマンズに近づくにつれてヒマラヤの一連の山々が姿を見せ始める。島村先生は操縦席に入って撮影。12:40カトマンズ着。空港には梅村リーダー、JICA星所長、Dr. Maskey, Dr. Upadhyya, Mr. Pradhanらが迎えてくれる。今回は始めてVIPルームへ。東京からスルーチェックした荷物の出てくるのがおそくて、積み残しを心配したが、最後のワゴンの中にあり無事入手。

Shangrila Hotelに2時頃チェックイン。

15:30西沢大使を官邸に表敬。Dhulikelへ向い夕刻のヒマラヤを見ながらお茶を楽しむ。山は春霞がかかったような状態で、残念ながらくっきりとした姿はみられない。

19:00からJICA星所長の招待で、Mallaホテルの中国レストランで御馳走になる。昼の陽気は初夏くらいであったが夜はかなり冷えこみ、ヒーターがうるさいので就寝時に切っておいたら夜中に寒くなり、騒音を覚悟の上でヒーターをつけざるを得なくなった。

3年ぶりのカトマンズはシバの祭りの休日で賑わっていた。Bir病院の拡張のために古い建物の取り壊しが始まっているが、全体の風景はほとんど変りがない。

3月1日(木)

6:00に朝食。7:00にホテルを出て車でポカラへ向う。カトマンズは深い霧の中で、一寸前に行く車のテールランプも見えないくらい。カトマンズ盆地から峠へ昇る道では、センターラインなど勿論引いてなく、危険感があるが、運転手は馴れているのか、かなりの速度で走る。峠道の途中で霧が晴れるが、下のカトマンズ盆地は相不変霧の下、ネパール特有の山の頂上近くから麓までの雄大な段々畑を眺めながら峠を下り、Naubiseで南行するBirganj、印度行きの道と分れる。このカトマンズーポカラ道路は丁度200km、簡易舗装の幅はバスとすれ違う時には不足し、砂利の部分に出るこ

とになる。日本なら落石危険の標識が方々につくような山あいを走っている。実際に数カ所で崖くずれがあり、工事をしており、道路の修復も地元の人に収入の道を与える公共事業の1つと思われた。西行するTrisuli川に沿って走り、9:30頃にMugling着。ここで道は南西にButwal, Lumbiniへ行く道と西行するポカラ街道に分れ、関所がある。橋を渡ると川は東行するMorsyangdiとなる。部落を通過する時に砂糖きびの長いのを担いでゆく人が目立つ。お祭りでこれを焼いて祝い縁起ものとのこと。

TBCPのタナフ地区支所で短期化療中の患者の指導の現場をみる予定であったが既に先行したとのことでTharpuのヘルスポストへ急ぐ。ここは日本政府の無償供与で建てられたものの1つ。短期化療中の患者の指導現場をみる。大光寺保健婦が健闘中、1日分の薬を1つの袋につめ、日付を書き、それを治療開始後の時期により、7~28日分渡している。体重の軽い患者が多く、今日ここでみた患者は中年男子で38kgであった。Tharpuヘルスポストは街道から30m程上がった所にあるが道幅は広がっているとのこと。建物と同時に供与された注射器等は、薬品がないこともあり殆んど使われていない。消毒は石油コンロを用いる煮沸である。中年の人のよさそうなauxiliary health workerが日常の業務を担当しているが、彼にはTBの患者の指導は無理で、TBCPのスタッフが定期的に巡回し投薬指導をし、その際は梅村、大光寺両専門家が助言を与えている。

次いでポカラまで20kmのKharenitarのヘルスポストへ行く、ここにも3名の短期化療中の患者が待っている。ここは昔からあったヘルスポストで丁度1歳児にBCGとDPTの予防注射をEPIの一環として実施しているところであった。BCGワクチンはユニセフ供与の日本製皮内用、建物の2階は職員住宅となっている。

12:30頃ポカラに着きNew Chrystal Hotelにチェックイン、今日は幸いに電気が来ている。

Gandaki Zonal HospitalのTulachyan院長はカトマンズ出張中、西部地区衛研(WRHL)のDr Upadhyia所長は帰宅とのこと、昼食後市内を1時間ほどドライブし、4時からDr 梅村郎で短期化療の実施状況を撮影したビデオテープをみせてもらう。山の中のヘルスポストを訪れ指導するのは大変な仕事である。秋のマチャプチュリが美しくビデオにとられており、霞んだ山しかみえない現状なので島村先生は残念がることしきりである。ポカラ滞在中に空気が澄む日があればよいがどうであろうか。

夕食を御馳走になり、9時頃にホテルに帰る。幸いに今夜は停電はない。

ポカラ地区はカトマンズよりかなり暖く、日中は上着が要らないくらいであり、夜も暖房は不要である。

3月2日(金)

9:00に出発しWRHLへ。10:00から所長のDr. Upadhya と会談。彼はWRHLとGandabi Zonal Hospital (GZH)の関係を次のように説明した。すなわち両者は緊密な連けいをとって運営しており、WRHLが業務を始めてからはGZHの日常の検査もすべてWRHLで担当している。その代りに現在いる検査技師6人(後にJMOTチームの話では5人)の内2名はGZH籍の者をWRHL内で使っている。GZHは現在INF(International Nepal Fellowship)が建設資金を出して150増床工事中であり、100床は84年6月に、50床は85年6月に完成の予定で、その中に3~4室をとってGZHの検査室がおかれる予定になっている。その場合でもGZHとWRHLは緊密な連絡をとり、簡単な検査はGZH内の検査室で、より高次の検査はWRHLであることを考えているとのこと。GZH院長に聞けば別の構想があったかもしれないが、不在のため聴取不能であった。

WRHLの現体制は所長(Pathologist)を含め23人、事務が4人、技師6人(但し上述のようにJMOTによれば5人、分担は結核菌、一般細菌、血液、寄生虫、生化学、病理組織)とのこと、毎日15~20の入院、外来の検査(ルチンの簡単な血液、尿、血糖、血中尿素)の他に、結核菌担当は忙しく、培養、耐性等の検査をしている(結研研修終了のMr. ナラヤンが担当、但し彼は病院の籍)。WRHLには血液生化学等かなり高次の検査の能力があるが、GZHの医師から検査の要請がこない。これはGZHの現在の医師14人中専門医は小児科、産婦人科、口腔外科の3名のみであることも影響している。

プロジェクト終了を考えた時の問題点について、彼の見解は次のとおりである。

結核菌以外の部門についてはCentral Health Laboratory(CHL)と全く同じ手段で行なっているので、日本人の専門家がいなくなり、現在のWRHLの職員が転動したとしても検査能力の保持は可能である。結核菌の部門は、CHLでは培養のみ、それもLowenstein-Jensen 培地を用いており、WRHLでは小川培地を用いているので、日本人の専門家がいなくなり、現在の担当者Mr. ナラヤンが転動すれば技術の保持は困難となる。そこで日本人専門家がいる間にということで、明後日から一般細菌担当者を結核菌担当に代え、技術を習得させることとした。(実際には2名が結核菌業務を習得するよう指示されたとのこと)。

器材の保守管理については、現在WRHL内の機器は新らしいので問題はないが、JMOTがいなくなると将来の困難が予想される。現在動いていないのは焰光光度計のみ。

その他に国全体の計画として、district laboratoryの普及、内容の充実が計画されているが、JMOTがいなくなるとその充足の早さがおくられると考えられる。

district lab の整備は電気の有無によって、血球算、尿のみのところと、血糖、血中尿素測定までできる所に分けて考えているが、その整備を自前でしてゆくと速度がおそくなるとの考えである。

研修活動については3年程前にmicroscopist の訓練を1回当地でしただけで、その後行っていない。その理由は検査従事職員の研修、必要な薬品の配布等はCHLの機能であり、ポカラでは研修を担当する職員が不足して実際に研修活動をする事は不能であるとのことであった。

GZHのX線室へ行き設置されたばかりのTOMOの装置をみる。新築中の建物の中にX線室が移り、従来のXP装置、新しいTOMOの装置ともこの中に設置されたため仮の配線工事がされたただけで、暗室は使えず暫らく不便な状態が続くことになる。TOMOの装置は保管中に一部ネズミの巣になったりしていたが幸いに重大な故障はなく、仮配線での試運転でも無事に動いたとのことであった。研修宿舎にはWRHLの職員が住みついているとのこと。

GZHには満足な排水設備がなく、下水は炊事や手術室の裏に貯って、自然の吸入や乾燥を待っている状態であり、このへんは何とかならないものかと思う。

昼食後2時半からWRHL内の会議室でJMCTのメンバーと意見の交換を行なう。JMCTの専門家の観察、意見は次のように要約される。

(X線技術)

昭和55年度に単発で供与されたTOMOの装置(東芝製)は東芝の技師が来て、2/24に据付けが完了したところである。設置がおくれたのはTOMOは新築中の病院内におくことになっており、その完成がおくれているため。工事は現在も進行中でTOMOのテストは臨時の配線で実施し、うまく動いた。暗室も未だ電気がなく、カセットの入れ換え、現像は元の部屋でせざるを得ない状態である。現在TOMOの部屋に鉛の貼りつけをする準備中である。

X線技術者は中野専門家が最初に来た1975年にいた2人のdarkroom assistantの内能力のある1人(Mr.ポクレル)を重点的に教育し、彼は1981年にX線技師として公務員試験に合格(正式のX線技師の資格でなく、院内のライセンス)正式の職員となり、現在阪大集団コース(X線撮影技術コース、83XII~84VI)に参加中であり、現在は他1人の暗室助手が中野専門家の指導を得て業務を行なっている。

3年前には配置されていたRadiologistが配転されたため現在空席で、専門的に読影できる医師がおらず、折角の撮影技術が活かされないのは残念なことである。

X線装置は小さい故障(ケーブルがネズミにかじられる等)はあったが順調に維持

されている。プロジェクト終了後の保守、管理に問題があり、Mr.ポクレルが滞日中にX線装置(鳥津製)の保守管理と、TOMO(東芝製)と同型の装置での撮影、操作と保守管理の研修が必要と思われる。

撮影は1日30人、年間7,000~8,000枚程度、59年度に約1万枚を供与し、到着は59年末の予定なので、60年度までは購入の必要はないものと思われる。現像、定着等は過度の在庫はなし、歯科用に1部期限切れのフィルム在庫があるが、これは一時口腔外科医不在のためである。

現在XPは100KV(定格は125KVP)で撮影しており、新しい装置では125KV(定格150KVP)でとりうるものと思われる。撮影技術は良好に維持されており、Mr.ポクレルが帰国すれば技術はさらに向上しよう。GZHの増床に合わせて技師の増員が望ましい。

日本からX線装置を供与したBhairawaの病院の技師および装置は他国製であるがBaglung病院のX線技師の技術研修も日本の専門家が行なった。

撮影料として大角1枚20Rp(町の診療所では40Rp)が支払われ、この金がためられて50万Rpくらいになっているが、これが塙の構築等の施設内整備に用いられている。(撮影料には院長減免制があるが、実際にはこの特典は逆の方向に活用されている。)

(検査技術)

WRHLにcounter partとして配置されているのは現在Technician 5(所長は6というが実際にはいないとのこと)、Lab Assistant 0、Lab Boy 1で、定員としての配置がWRHLにはないとのこと。CHLの発行している検査件数の報告にもWRHLのはのせられていない。またカウンターパートの移動があり、しかも彼等が正規の職員でないため、日本の研修にもおくれな。Mr.ナラヤンは結核菌、一般細菌をこなしており、結核菌は既に結研での研修を終わっているため、一般細菌と生化学の研修を日本でできるよう配慮されたいとのこと。彼はInstitute of Medicine(IOM)の出身ではないが、正規のGZH籍の職員である。

検査の状況は血球算、Hb、尿の他に血糖、血中尿素が多く、血中ビリルビンも時にでてくる。GOT、GPT、ALP等は月に10件くらい。他は殆んど要請がない。WRHLの能力とGZHの医師の検査に対する要求の中に、かなりのくい違いがみられる。

供与機器の内焰光光度計はガスボンベがなく使用不能であったが梅村リーダーがボンベを入手、使用しようとしたところコードが紛失しており、現在コードの入手待ちというところ。使えるようにしたとしても、要請はなさそうである。蛋白分画泳動装

置も要求がないため使われていない。Bir Hospital に供与され CHL が管理している PBI は、CHL ではインド製の J キットを入手し検査をしており、供与した装置は倉庫に入れられている。

発電機が現在故障中である。59年2月のプロジェクト終了前に保守管理チームを送り、すべて良い状態で引き渡すことが望ましい。保守管理の便宜上できれば同じメーカーの製品で揃っている方がよい。

試薬類は在庫が十分にあり、一部は CHL に移し、配布している。

顕微鏡は現在 10 台くらい在庫。

結核菌の検査技術は Mr. ナラヤン が自立で可能。培養、耐性もできる。初回耐性は、INH は 0、獲得耐性が 33 検体中 4 くらい、TBGP の技師で WRHL を利用している技師も培養はできる。

(結核対策)

短期化療を TBGP の職員の協力のもとに実施できるヘルス・ポストの数を増やすことに努めており、目標はカスキ地区 10、タナフ 8、タナフの district hospital、それにムスタン地区も Jomosom の病院を中心に試みることになっている。終了したものと使用中の者の数は 190 人に達しており、開始前死亡 4、開始後早期の死亡 2、脱落は極めて少なく良い成績をあげている。処方は INH0.3g、RFP0.3g、EB0.5g、PZA1.0g を 1 度に朝食前に服用させ、24~25 週治療、塗抹(+)の例のみを対象とする。対象例を登録し、のみ方を教える。来所させる間隔は当初 4 週は毎週、次の 4 週は 2 週毎、その後は 4 週毎とする。ヘルスポストを利用して投薬、ヘルスポストの職員と TBGP の職員が服薬の指導に当る。来所時に身体の調子をきき、副作用を点検する。22 週で採痰し、塗抹(-)なら化療を終了、(+)なら医師に相談し治療を続ける。短期化療の成績は TBGP のポカラ支所に報告される。副作用は視力減退 1、多彩な訴えで中止 1、関節痛を訴える者はい多いが、ほとんど続行可能。塗抹検査は TBGP の Microscopist が WRHL で行っており、その精度は高い。塗抹(-)培養陽性が 6% くらい。塗抹(+)培養(-)は極めて少数である。

1 年間に強化処方による短期化療 150 人くらい(管理しうる限度)を予定し、他に通常の処方では SM 5 万本(1,000 人用弱)とそれに相当する INH(1 人の量は 0.3g)を薬品代として予定している。

薬品配布用の 4 輪駆動貨物車を含め 2 台の車の供与を希望。

TBGP のポカラ支所は Mr. Karki の下に 14 人がおり、JMCT の車やバイクを利用してヘルスポストを廻っている。

この 2 年間の試みでの結論は、最も高度に integrate されたヘルスポストでも、

T B O P の職員の協力なしには対策の実施は難しいということであった。

Mr. Karki は通常の患者の治療と管理の業務は十分に遂行できる能力を持っているが、部下は未だその能力が不十分である。ポカラに駐在できる医師がいれば最も望ましい。Mr. Karki の日本での研修もぜひ実現したいとのこと。

(今後の方針)

上記の他に、人の動きとしては、中野、猪口、石原の3専門家は59年6月9日、大光寺専門家は8月1日に帰国する予定であるが、石原専門家は久留米大の了解が得られれば60年2月まで残るかもしれない。梅村リーダーはプロジェクト終了まで残る予定。

機材修理チームは、満足な状態で引き継ぐためには、プロジェクト終了期限(60年2月)のすぐ前に派遣するのが適当であろう。

本プロジェクトの評価のためのチームが59年度中に派遣される。

5時半頃に討議終了、その後、島屋は梅村リーダー宅で、島村・山崎・加藤団員は日本人専門家に在ポカラで漁業指導の和田氏を加え、現地のスタッフを混じえ、ネパール料理を楽しみながら懇談し、双方とも深夜まで非公式な討議を重ねた。

3月3日(土)

ネパールの休日、朝はゆっくりと起き、10:30頃からPhewa Tal(ダムを作ってきた人造湖)で舟遊び、Fish Tail Lodgeで昼食をとり、午後はゆっくり休養。

18:30からLocal Danceのショー、食堂のボーイをしている小さい男性が鮮やかな踊りを披露し一同をアッといわせる。

19:30から専門家に和田氏を加え、調査団主催の夕食会をホテルの食堂とする。WRHLの所長夫妻も招待しておいたが、急に都合が悪く欠席となり、内輪だけの会となり、賑やかに歓談し、22:00頃散会。

3月4日(日)

予定した便は満席とのこと、前日からポカラに来て朝の内にJomosom往復をくり返した20人乗りの飛行機を用いるRA312A便で11:30にポカラを発ちカトマンズへ。ジャングリラホテルにチェックイン。

15:00にNepal Anti-TB Associationを訪問。まずDr. Amatyaの案内で病室をみる。現在57床(内無料3床、他は1日25Rp、この中に食費、一次薬は入るが二次薬は外で購入)、他にdormitory 2(1日3Rp、但し食事は自弁)、個室は3室で1日35Rp、近く浜松ロータリーの寄付で2床無料のベッドが追加され、このため最近Dr. 神津が来たとのこと。その他に日本からは長崎のロータリーが図書室及び

看護婦宿舎、甲府のロータリーが炊事室寄贈。他に米国、ノルウェー等からの寄付で作られた建物もあり、各国の寄付集めといった感じである。日本の場合はロータリークラブに対する神戸大岩村教授の働きかけが強いと思われる。

NATA会長のKamal Rana女史以下幹部と会談、結核予防会総裁秩父宮妃殿下に寄せられた招待状に対する総裁の御意向（宮内庁がOKなら招待を受けてもよい）と、宮内庁との折衝の結果（王室、HMGの正式の招待が必要）を説明。この点についての予防会島津会長の1/24付のRana会長宛の手紙は未着。会長がCopyにSignしたものを梅村リーダーが持参したものは渡っており、これによって政府側との折衝を始めるとのことである。政府内に海外からの賓客を接遇するCommissionがあり、Queenがその議長をされているとのこと。ここにはかられて、正式に決定があれば日本大使館との窓口は外務省となる。

4時すぎにNATAを辞しNew Road、旧王宮等をみてホテルに帰る。

19:00からYellow Pagoda HotelでNATA主催の夕食会。ここで始めて保健省次官のMrs. C.K. KIRANに紹介される。初めての女性次官で、最近まで文部省のD.G.をしていたとのこと。21:30頃まで懇談。

3月5日（月）

保健省次官への表敬が11:00なので、その前にBoudha（目玉寺）、Pashnpathinath（ヒンズーの寺）、Swayambununash（ラマ教の寺）を廻り、11時に保健省へ。（保健省は大臣、次官のいる部門は市内の東南部、DG以下の実務部門はKalimatiと2カ所に分れている）。

次官Kiran女史に表敬、一たんJICA事務所（PatanのPulchok地区）に戻り、山崎先生は13:25のTG312で出発のため飛行場へ。残りの一行は12:30再び保健省へ戻り、大臣（バッタ氏）に表敬。

昼食後14:30にD.G.のDr. Regmiと会談。CHL所長Dr. Guruwacharya, Dr. Maskey以下の結核関係者も同席。当方から今回のネパール訪問の趣旨（現在の協定が60年2月に切れるので、このプロジェクトをどうすればよいか、ネパール側、日本のチームと予備的に協議すること。現地でのプロジェクト実施上の問題点について助言すること）と、ポカラでの見聞、調査団としての見解と疑問点を提示し、ネパール側から事情の説明、意見の提示があった。その内容は次のように要約される。

（X線関係）

断層装置もやっと設置を終り、配線が完了すれば使えることを確認している。現在の撮影技術は良好、技術移転も順調に進んだ。但しRadiologistが不在で折角の技術が活かされず、またGZHの増床完了時には技術者の増員の必要のあることを提起。

ネパール側もGZHの増床時には技術の増員の必要を認めたとRadiologistの配置については、必要性は理解するが、実際に専門医が不足していることを述べ、配置の確約はされなかった。

(検査関係)

供与機器は一部を除いて良好な保守状態にあるが、高度の機器の使用は、要求がないため極めて稀である。結核菌の培養、耐性検査は順調に行なわれている。

ボカラで問題になったWRHLへの定員の配置がないこと、業務統計にWRHLの分がのっていないことについて説明を求めた。GHLの所長Dr. Guruwacharyaが主としてこれに対して回答。WRHLは5カ年計画に入っておらず、急に日本の無償協力で設立された。組織上はWestern RegionのLaboratoryとしてちゃんとした地位が与えられている。定員という言葉の解釈によるが、公務員の場合一カ所にとずっと勤める者はなく、転勤は随時に行なわれる。WRHLが途中で設立された事情からOHLの職員をさいてボカラに配置している。公務員は採用後3年たないと正式職員にならないので若い技師の中には未だ正式の常勤職員になっていない者もありうる。転勤はありうるが、日本のプロジェクトとの協力を考え、この3年間に殆んど人は動かしていない。検査業務の統計はDepartment of Epidemiologyがとったもので、district laboratoryの業務統計の訓練を狙って資料を求めた。WRHLのがないのは、報告がなかったためとのことである。報告未提出については、OHLからWRHLの所長に業務報告の提出に協力するよう指示することを依頼。

技師の日本での研修について、Dr. Guruwacharyaは、研修員募集があった場合には、全般の条件を考えて選んでいると回答、当方から、研修には2種類あり、集団コースの研修生はその基準でよいがカウンターパートの研修は現在日本チームと仕事をしている者が最優先で、あとは近い将来日本チームと仕事をする者なら対象となりうる。この枠を勝手に利用されては困る旨説明、D.G.にも将来研修生を選ぶ場合、どの枠が注意されるように指摘しておいた。

研修を予定したようにボカラで実施できないことについては、講師が不足しており、また宿舎内に配水のない不便さも指摘された。

GZH増床後は夜間緊急用のlab.を新病棟内に設置するが、日常の業務は従来どおりWRHLであることを考えている。所属の如何に関らず検査関係はCHLの統轄下にある。血糖と血中尿素の検査が多いのは医師がこれらをルチーン検査と考えているためで、実際に糖尿と痛風は多い。

検査関係予算の36%が現在WRHLに用いられており、率直に言って高度の能力をもて余しているという感じである。

(結核対策)

Primary Health Care (PHC) のしくみの中に結核対策を統合する試みが T B O P の協力を得て順調に進められている。ポカラでの試みをモデルとして全国に広げてゆく必要があり、National TB Control Programme を樹立し、現在の Central Chest Clinic と T B O P をそれにくみこむ時期が来ていることを指摘した。

D.G. の Dr. Regmi からは、もし日本からの協力が完全に打ち切られれば、結核対策の実施は困難に直面する。N.T.P. の樹立、その中心となる T B センター建設の構想を最重点において、日本の協力を得たいと考えている。その他に Eastern Region の検査業務への協力についても考えてほしい旨提案があった。

当方からは現在のプロジェクトが 60 年 2 月に終了したあと、結核対策にしばって国のレベルでは adviser として、実務は西部地域をモデル地区として実施するプロジェクトを始めることは適切と考えられるのでその旨 J I C A に報告し、T B センターを無償協力で設立することは、技術協力の有力な支えとなると思われるので、外務省へ意見具申をするつもりであるが、ネパール側も日本に要請する協力諸計画の中でこれらを最重点としてとり上げられるように努力してほしい旨要望した。

(総裁関係)

結核予防会総裁秩父宮妃殿下のネパール訪問がある旨説明し、その際の協力を要請。この件については大臣、次官、D.G. のすべてから御歓迎申し上げ、準備を滞りなくする旨の回答があった。

(プロジェクトの評価)

本プロジェクトの評価については、59 年度中に日本側から評価のためのチームが送られることになっているが、プロジェクトの期限が 60 年 2 月であること、総裁のネパール御訪問が 59 年 11 月頃にありうることを考えると日本側の評価チームは 59 年 9 月頃にネパールを訪れるのが最も望ましいと考えられる(10 月はお祭りのシーズンで不適當)。

それまでにネパール側もこのプロジェクトの評価をしておいて、日本の評価チームが訪れた時に両者の評価の結果について交見することが J I C A 星所長から提案されネパール側も了承した。

18:30 から Ambassador Hotel で次官主催の dinner. カクテル(といってもアルコール抜き)の間に大臣も短時間出席される。Assistant Minister (女性)も同席、Drs Sakya, Bom, Bajarcharya 等も同席、21:00 頃終了。

3月6日(火)

10:00にBir 病院内のOHLに所長のDr. Gurawacharyaを訪ねる。OHLは1967年に検査業務を扱う組織として独立し、その後現在までに75地区中56地区にDistrict Laboratoryを作った。現在Health Post にも検査機能(血球算, Hb, 寄生虫, らいの皮膚・鼻粘液等の塗抹, 結核菌塗抹, Pipe Cut の成否をみるための精液検査)を整備するよう努力し始めており、約500のヘルスポスト中40にこの機能が設置された。OHL自体としてはウィルス学, 免疫学の部門を充実させるため、タイ・バンコクの大学に研修を委嘱し職員を派遣している。これらのOHLおよび検査業務の拡張についてはWHO, UNICEF, 英国, スイス, 日本等の援助を受けている(ウィルス, 免疫のタイでの研修はWHO, ヘルスポストへの検査機能の整備はスイス(約900万米ドル), カトマンズへの研修宿舎の建設は英国等)。供与された顕微鏡の一部はOHLで研修用に用いている。前日も問題になった検査業務統計にWRHLの分がないことについては、これはスイスの援助を求める基礎資料としてdistrict 以下のレベルでの数字をまとめたもので他意はない旨重ねて釈明あり。維持期に入った2年間にWRHLには何の供与もないとクレームがあり、この点については星所長, 梅村リーダーから毎年要望を聞いており、回答がないので必要なしと判断した、もし実際に必要なのにその要望がJMCTやJICAに届かないとしたら、それはネパール保健省内の問題であると応答した。プロジェクトが終れば日本からの援助0に応じてWRHLを運用してゆくことになるが、活動規模の縮小がみられると思われる(現実のニードよりはるかに高次の機能もちすぎているため)。将来もしTBセンター等の構想を考える場合、菌検査のないTBセンターはないという見解の表明あり(菌検査については、OHLに相談を忘れるなどの意味)、当方も同意した。WRHL機能が現実のニードより著るしく大きくなった経緯については、当時は平所員だったので知らないとのこと。

10:30にCentral Chest Clinic(CCC)へ。Bir病院の改築に伴い近く臨時にKalimati のNATAの中に移る予定になっている。戻ってこれるかどうかは不明。Bir病院はインドの援助で新たに200床を加え500床となる。この他に医大病院, Shantababan病院が改築される新Patan 病院(150床)を加えるとカトマンズ地区の病床数は急増する。ここはBir病院の結核部が独立してCCCとなり、その後予防活動の強化によってTB CPが分離していった経緯があり、現在も結核対策の最高機関であるが、CCCという名は単なる診療機関という誤解を与え易くTB CPと再び一緒になりNational TB センターを作る必要性が強調された。

11:00すぎにTB CPへ。3年前にTekuから現在地(市内東部, EPIの隣)

に移った。現在140人の職員がいるが、大半は全国に散って現場で業務を担当。ここ2~3年来 active case finding (CF) を止めて、Passive の Case-finding (CF) と患者管理に協力している。抗結核薬の未満への配布も TBOP の業務。研修活動も医師、その他の職員に対して3~6日のコースを年2回、異った地区で実施している。microscopist に対しては、その中の1日をさいて、技術研修を加えている。TBOP の職員自体に対する研修もフィールドで in-service 研修をしている。新患者数は1978/79 に 751, 79/80 499, 80/81 1561, 81/82 1781, 82/83 1006, いずれも塗沫(+)。活動が強化されたのに新患者数が減ってきたのは、二重登録等が避けられるようになったためと思われる (district レベルで Index-Card を用いることにより二重の登録を防げる)。82/83年末の登録に残っている数は13,937人で、80/81の15,383人をピークにやや減り始めている。1983/84のVI~Iの間の治療数は4,488, 新患者は307 (このデータにはBNMT (Britain-Nepal Medical Trust) 分は除いてある)。Sarlahi (人口約40万人) では2年前の active CF で旧患者を含む578人を発見。その内501例が1年後に把握しえた。差の77例の大半は二重登録と思われる。この501例については、1年後の状態は菌陰性化57%, 陽性持続10%, 死亡6%, 行先不明8%, 在住しているが面接不能7%, 脱落13% (1カ月以上服薬を中断したものを脱落とし、これが治療に戻ると再治療として扱われる)。結局1年服薬したのは77%となる。Sarlahi 地区はタライにある。カトマンズ東地のSindhupalchok 地区では、134名の患者の1年後の状況は菌陰性化45%, 陽性持続4%, 死亡24%, 行先不明7%, 脱落16%で、1年服薬したのは49%となる。ここは山岳地帯でタライに比し患者管理も難しいため成績がやや悪い。しかもこれらの成績は従来のものに比し格段に良くなっており、PHCの進んだ地区でTBOPの協力によって成績が向上することが示されている。年間感染率はBCGが70%普及しているので、一般的に言って難しいが、地区によっては維持期のBCGをしていない地区があるとのことで、可能かもしれないとのこと。実施を勧奨する。

16:00に大蔵省外国援助部門のAdd. Secretary H.S. Shrestha氏を表敬したが不在、部下で保健省担当のB.R. Shrestha氏にプロジェクトが60年2月に期限切れとなり、延長は困難であること、X線技術、検査技術については技術移転の成果があがり、結核対策についても今後どのように進めればよいかという方向が分ってきた旨を説明。もしNMG側から現在のプロジェクト終了後、結核対策を中心に協力を求める意志があれば検討する旨伝えて会談を終了。

(2) 高村団員報告

I. W.R.H.L.について

1. 技術移転について

(1) X線撮影技術

日本で現在研修中の技術者が7月に帰国予定なので、業務の遂行は十分に可能と思われる。

Gandaki Zonal Hospital の断層装置を漸く稼動できる見通しがついたが、断層撮影のオーダーが出せ、また読影できる放射線科医が他に配置換えされて、その後補充されていない。

(2) 臨床検査

結核菌検査については国の最高の水準に達しているようである。殊に感受性テストは国内唯一の施設といえる。これらの技術は完全に移転されている。ところが、他の臨床検査についてはG.Z.H.の規模が小さく(50床)内科専門医がいなため、医師からのオーダーが設備に対して不釣合いに少ない。これは殊に生化学検査の分野で目立っている。供与した機器が受入国の水準より高すぎたかもしれない。

尿、血液などの一般検査については、技術移転は既に達成されている。

(3) 結核対策

TBCPから1年半前に配属されたMr. Karki 以下15名のhealth worker たちに、よく技術指導をうけて作業している。日本の援助が来年2月に打切られても、十分にやっていけるものと思われる。しかし、日本の援助打ち切り後、短期化学療法処方を出せる内科医はいない。

梅村リーダーのこの点でのCounterpartは遂に現われなかった。

化学療法期間が短期化学療法の6か月から従前の18か月になれば、Case Loading は困難に逢着するのではないか。いまのH.W. たちにうけとめられるかどうか。

2. 問題点

(1) Gandaki Zonal Hospital について

目下250床に増床工事中で、外装工事は終わっているが、竣工開設はまだ先のようである。しかし、仮りに250床が開設されても、WRHLのCapacity はまだ大きすぎる。それに250床の病院にふさわしい数の専門医がそろえられるかどうか。

悪い交通事情下、Kathmandu から200km離れ、人口も少ないPokhara に喜

んで赴任する医師はないだろう。

(2) W.R.H.L. について

従って、WRHLは、その規模において大きすぎる状況を、長く続けるであろう。Gandaki Zone だけでなく、Western region 全体をうけとめる日が来れば、この状況から脱せるかもしれないが、医療機関の整備の他に交通事情が改善されない限り、Western region 全体からの検体の集中検査をうけられる日付来ないのではないか

Training 用の研修室舎も整えられているが、医師の場合と同じく、Pokhara では、研修のための講師はもちろん、受講者そのものがたいていではないか。

これだけの規模と設備をもった施設がKathmanduにできていたら、その所期の目的通り、よく機能できたのではないか。

WRHLは、しかも、まだ、予算も職員配置も独立したとはいえず、不安定な位置付けしかされていない。

II 本 Project の終了について

1. W.R.H.L. について

(1) Nepal 政府の有するX線技師、臨床検査技師の数はもともと少ない。現在WRHLに配置されている技師者の定員はすべてCentral Health Lab の枠内があるらしいので、日本の援助が終了すると、その業務量に合わせて、CHLの方へかなり引上げられる危険がある。

(2) 運営上の予算も、C.H.L. の予算の36%を使っているというが、これも、大幅に切られるのではないか。

(3) 現在でも十分に利用され切らない大きすぎる建物、次に研修用宿舎などは本来の機能を果たすことなく「立ち枯れる」のではないか。

(4) 検査用機器やX線撮影装置については、今後の維持・管理が問題となる。

2. TBCP. Pokhara 支部について

現在の15名のHealth Worker も、技術移転完了を理由として、他に配置換えされるのではないだろうか。

また、抗結核剤殊に高価なRFPの供与が切れると、短期化学療法が行えなくなる。それは、H.W. のCase holding の困難化を増し、化学療法の効果を引き下げることになる。

III National TB Program について

来年2月、日本の援助が終了予定であると伝えたとき、Nepal 保健省の高官たち、保健相、同次官、D.G, CHLの所長などが口をそろえて、National TB Program

を急いで検討するという。日本の援助の新しい受皿を用意するということであろうが、このProgramには、次のような問題が考慮される必要があるだろう。

1. Basic Health Service System

IUAT/WHOの推薦する通り、これはTB Controlをintegrateする対象であるが、そして、Nepal保健省の高官たちも気軽に口にしていたが、このBHSのSystemはまだ確立していないのではないかと、Health Post網は徐々に整備されているが、TB ControlのIntegrationに耐えるだけのSystemの確立が、まず必要である。

2. Tuberculosis Control Program

現在のTB CPの行政権限は弱いようである。このTB CPとCentral Chest Clinic、またさらにCHLやZonal Hospitalまでを有機的に体系化する必要がある。Case findingと喀痰検査と投薬とCase Holdingは一体化しておく必要がある。保健省内に全体を統括するTB Divisionがあっているのではないかと。

3. Manpower の養成

TB Programの遂行は医師、医療技術職員などの充実したManpowerが不可欠の条件となる。医師は、トリバン大学の新卒業生が漸く今年出るが、ZoneごとにDoctor 1名が配置できる日は来ないであろうか。

Microscopic Health Workerについても、計画的かつ継続的に、中央で養成し再教育する必要がある。この点でもTB CPに強化すべきである。

IV 今後の援助について(総括)

1. 西部地域の現プロジェクトの終結は可能である。
2. しかし、このまま終結したのでは過去10年に亘る援助の成果が立ち消える危険が小さくないので、Nepal政府のNational TB Programを支援するような新しい質の援助を開始すべきではないか。
3. Nepal政府は、抗結核剤の継続供与を要望しているが、これにしても、National TB Programによって、短期化学療法の処方を出せるDoctorと同療法をSuperviseするHealth Workerが正當に配置されることが必要である。

(3) 山崎団員報告

昭和51年より久留米大学から医師1名、検査技師2名、レントゲン技師1名を派遣して約8年になるが、現在は、結核中心のプロジェクトとなっている。

現在、検査技師2名、レントゲン技師1名が久留米大学より派遣され、56年2月の時点で、60年2月一杯でこのプロジェクトを終わることを一応、ネパール国に申し込まれていたが、その確認とその後の成績を視察に行ってきた。

臨抄検査につきましては、今までの間に1人のcounterpartを養成し、結核については件数も最も多く月300件で多数のマイクロスコピスト(TBOPより派遣)を養成し、耐性検査はネパールではこのWRHL以外では出来ない最高技術を持っている。今までラポテクニシャンが出入りしているが、固定の位置がなかったのでcounterpartが育たなかったのか、Nepal国の経済事情によるものでもあろう。

一般の臨床検査につきましてもglucoseが月50件ほどで外は月数件の現状で医師のrequestがないので仕方がありません。また、医学レベルが低いことと経済事情もあると思います。検査機械は一応活動しているし、電気冷蔵庫もフルに動いていた。炎光光度計は間もなく働くでしょうがPBIは駄目と思われる。59年6月に1人の検査技師(猪口)が帰国、その後は1人の検査技師(石原)が60年2月まで残るようになっている。

レントゲンのことにつきましてはGandaki Hospital 増築中で出来上がった増築の部屋に断層撮影やその他の一般撮影レントゲン装置を移転させ、東芝の技師と中野技師が2月24日に一応取り付けましたが、電源が一時的なため、今後電源をつけ、ネパール人の技師を教育して59年6月帰国の予定です。現在まで1人のcounterpartを養成している。立派な写真を撮っていたがX線専門医がいないので読影のことが心配された。今後2年分のフィルムはありますが、その後のことを考えてインドから購入したフィルムを試用中である。一応の成績を残し中野専門家は59年6月帰国します。

臨床検査とレントゲン検査についても、一応の業績を残したものと大いに評価された。

これ以上やっても同じであろう。日本が手を引いた場合どうなるか不安は残るが仕方がないことでありましょう。今後共、時々短期出張で監督の必要があるものと思います。

実績表 ネパール西部地域公衆衛生対策プロジェクト

(第3次 R/D 56.2.24~60.2.23)

	56年度	57年度	58年度	59年度
調査団派遣	梅村修理班(57.8.21~57.8.30) 加藤 真利(X線機器) 高原 清(検査機器) 鈴木 深(業務調整)	巡回指導チーム(59.2.28~59.3.8) 団長 島尾 忠男(結核予防会結核研 究所長) 島村喜久治(国立療養所東京病 院名誉院長) 山崎晴一郎(久留米大学教授) 加藤 宏(国際協力事業団医 療協力隊)	エバリュエーションチーム(予定)	
専門家派遣	藤岡 正信(チーム・リーダー 56.4.4~57.4.3) 土屋 孝子(公衆衛生 55.6.10~57.8.31) 吉田 直起(臨床検査 56.6.23~57.7.30) 橋本 好司() 川西 勝(X線装置据付 57.3.6~57.3.27) 紅谷 千明(発電装置据付 57.2.22~57.3.4)	梅村 典裕(チーム・リーダー 57.6.6~59.6.5) 大光寺マリ子(結核対策 57.8.3~59.8.2) 宮崎 雅秀(臨床検査 57.7.4~58.7.3) 小山田一法()	中野 英雄(X線撮影技術 58.6.11~59.6.10) 猪口 隆洋(臨床検査技術 58.6.11~59.6.10) 石原 宏明() 正田 良介(内科学 58.8.2~58.11.1) 森本 晃夫(機材据付 59.1.8~59.2.3) (トリプパンと兼務)	
研修員受入 ○印 カウンタ ーパート	Mrs. K. D. Malakar (Laboratory)		○Dr. Upadhaya (Acting TBCP Director) ○Mr. P. Khrel (集団医療放射線技 術)	
機材供与	17,399,716円	20,855,880円	31,166,302円	
その他				

JICA