2) カブレパランチョーク郡

ダヌーシャ郡における調査と同様にヘルスポスト，ヘルスクリニックの機能を定量的に評価することを試みた。

現地のヘルスクリニックでは月毎の患者数を集計しているのみである。（表4－7～4－9）。そこで今回の調査では，個々のヘルスポストおよびヘルスクリニックの保健医療サービスの及ぶ地理的，人口的範囲を調査し，一種の地図の作成を試みた。即ち，何処のパンチャヤートから，一定期間に，延べどれだけの人々が各ヘルスクリニックを訪れているか図示する。

表4－7　Khopashi の Health Clinic の年間患者数の推移

	New		Old	
	male	Female	male	Female
1980～1981	4378	3009	942	663
1981～1982	4476	2451	972	601
1982～1983	4115	2868	833	551
1983～1984	3267	2603	721	660
1984～1985	3139	2697	729	755

表4－8　Nala の Health Clinic の月間患者数

(1985)	New(Male/Female)			Old(M / F)		
	0～4歳,	5～14歳,	15～	0～4歳,	5～14歳,	15～
Jan.	14/ 7	18/14	24/34	5/10	4/10	30/35
Feb.	9/ 9	9/11	41/48	6/ 5	6/ 5	38/45
Mar.	10/20	24/26	45/45	4/10	6/16	35/32
Apr.	32/17	35/16	65/71	26/12	15/14	37/53
May.	16/23	32/27	77/55	3/ 1	17/11	23/23
Jun.	17/24	29/34	94/57	2/ 5	9/12	56/33
Jul.	24/28	55/55	57/57	9/ 7	16/15	54/41
Aug.	41/43	73/64	91/92	23/ 9	77/50	84/85
Sep.	32/26	62/38	67/89	12/14	39/19	65/71
Oct.	33/23	57/37	74/98	17/15	34/19	57/75
Nov.	10/10	25/21	40/39	7/ 2	14/17	28/38
Dec.	20/36	25/15	31/52	6/ 6	9/12	37/45

出所）　Nala ヘルスポストのカルテから集計

表4－9　Panchkhal の mobile Health Clinic の月間患者数

(1985)	Number of Patients(Male/Female)			(Total)
	(0～4歳)	(5～14)	(15～)	
Aug.	32/22	205/111	288/151	(814)
Sep.	29/13	204/43	238/101	(625)
Oct.	27/17	172/50	243/134	(643)
Nov.	7/9	45/18	102/53	(234)
Dec.	12/8	64/26	132/72	(314)

出所）　Panchkhal ヘルスポストのカルテから集計

調査にあたって現場で働いているネパール人の協力を得て，既存の生データから新たな情報を組み立てる作業を進めたこともこの調査の特徴の一つである。

さらに付加的に今後の調査協力のため，ヘルスポストおよびヘルスクリニックを中心とした村の地図の収集ないし作成を試みた。

(1)　調査の対象と方法

(i)　調査地

先ず，カブレ郡の各ヘルスポストおよびヘルスクリニックの所在地を地図上で確認し，次に，今回の調査で訪問した場所を地図上に示した（巻頭）。これらの地図は，ドゥリッケル（Dhulikhel）のFP／MCH郡事務所で使用されていた地図をもとに，後により正確な地図を入手したのでその地図上に書きこんだものである。この中で調査地としてコパシおよびナラ（Khopashi and Nala）ヘルスポストに付属するヘルスクリニックとパンチカール（Panchkhal）の移動クリニック（mobile clinic）を選んだ。ヘルスセンターおよび他のヘルスポストでは時間的余裕等の理由でヘルスクリニックの患者記録が調べられず残念ながら調査できなかった。なお，コパシとナラではヘルスポスト周辺の地図の作成，集収を試みた。

(ii)　調査方法

1.　ヘルスポストの職員にその管轄するパンチャヤートを列挙させ，所属するField workerたちによって報告されている各パンチャヤートの人口を聞く。ヘルスポストがそのデータを持っていない場合はFP／MCH郡事務所（FPO）の把握している数字をこれに代える。

2.　ヘルスポストの職員にネパール語（一部は英語）で書かれているヘルスクリニックの患者記録の住所と，その所属するパンチャヤートを調べる。

3.　2と並行して，1985年3月－4月の1ケ月間の患者数を各パンチャヤート毎に集計

する。他のヘルスポストの管轄するパンチャヤートについては，Othersとしてまとめる。

4. 地図の上で各パンチャヤートの位置を確認する。

5. 各パンチャヤートからの月間患者数，人口，ヘルスクリニックとの距離，地理的条件の関係を調べ，情報を記入した地図を作成する。

6. ヘルスポストまたはヘルスクリニックで使用されている地図があれば写真を取る。無い場合は村を歩いてヘルスポスト周辺の絵地図の作成を試みる。

(2) 結　果

(i) コパシヘルスポスト

コパシヘルスポストの管轄しているパンチャヤートは，コパシ，スンタン，チャラール，バルタリ，サンクパリ，ブメダダ（Khopashi,Sunthan,Chalal,Balthali,Sankupali,Bhumedanda）の6つである。各々のパンチャヤートの人口，月間患者数，ヘルスクリニックとの距離（各々のパンチャヤートの中心地と当ヘルスクリニックとの道にそった距離をヘルスポストの職員に聞いて平均距離と見做した），地理的条件を表4－10および図4－6にまとめる。図4－6は，地図の上に，各パンチャヤートの人口，年間患者数を図示してみたものである。

各パンチャヤートの当ヘルスクリニック月間のべ利用者数対人口比は次のとおりであった。コパシ（7.2％），スンタン（2.4％），チャラール（1.0％），バルタリ（4.3％），サンクパリ（1.5％），ブメダダ（0.9％）。尚，他のヘルスポストの管轄のパンチャヤートから来た患者の全利用者数に対する比は7.4％であった。このなかにはカトマンズ（Kathmandu）から来た患者もあったが，これは里帰り中との事であった。

表4－10　コパシ，クリニックの利用状況

パンチャヤート	人　口	患者数／1月＊	距　離	コメント
Khopashi	2767	200	1km	低い丘の上。
Sunthan	2940	72	3km	近いが，橋のない川を渉る。
Chalal	3495	35	7km	
Balthali	2413	104	2km	
Sankupali	3176	49	3km	田，畑，山を迂回して来る。
Bhumedanda	3040	27	9km	西の郡境。
Others	—	39	—	

出所）　コパシH.P.のカルテより作成　人口；F.W.による1年前の調査
＊；March–April（1985）

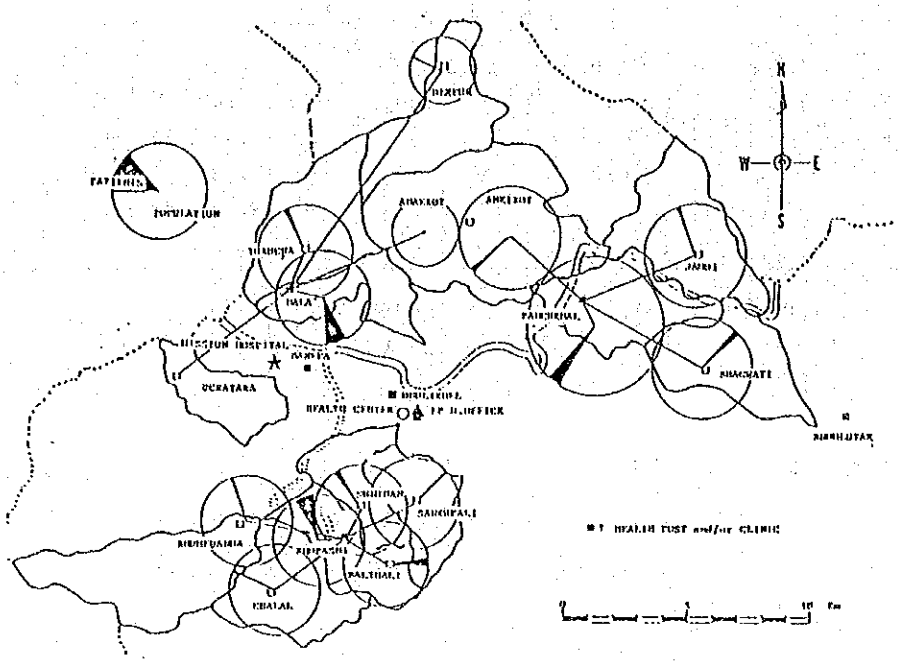


図４－６　パンチャヤート別患者数
（ヘルスクリニックの利用状況，カブレ）

(ii)　ナラヘルスポスト

ナラヘルスポストの管轄するパンチャヤートは，ウグラチャンデイ　ナラ，ツクチャ　ナラ，デルプル　ナヤ，アネコットとウグラタラ（Ugrachandi Nala, Tukucha Nala, Derpur Naya, Anaekot and Ugratara）の５つであると聞いた。各パンチャヤートの人口，月間のべ患者数，中心地とナラヘルスクリニックとの直線距離，地理的条件を表４－１１および図４－６にまとめる。ウグラタラの人口は得られなかった（地理的にも飛び地となっている。）。尚，ナラヘルスポストでは各パンチャヤートの人口が集計されていなかったので，ＦＰＯの把握している数字をこれに代えた。

各パンチャヤートの当ヘルスクリニック月間延べ利用者数対人口比は次のとおりであった。ウグラチャンディ　ナラ（7.1％），ツクチャ　ナラ（2.0％），デルプル　ナヤ(0.35%)，アネコット（0.0％）。尚，他のヘルスポスト管轄のパンチャヤートから来た患者の全利用者数に対する比は1.6％であった。

表4－11　ナラ，クリニックの利用状況

パンチャヤート	人　口	患者数／1月**	距　離	コメント
Ugrachandi Nala	3200	227(255)	0km	山の麓。
Tukucha Nala	3022	59(80)	2km	山の裏側。
Derpur Naya	1710	6(8)	11km	山越または迂回の必要。
Anaekot	1500	0(3)	7km	山越または迂回の必要。
Ugratara	?	11(23)	5km	飛び地である。
Others	—	5 3)	—	

出所）　ナラH.P.のカルテより作成　人口；FPDOのDATAによる
**；March－April(April－May)(1985)

(iii)　パンチカールヘルスポスト

パンチカールクリニックが管轄するパンチャヤートは，パンチカール，バグヴァチ，アネイコット，ジャムディ（Panchkhal,Bhagwati,Aneikot,Jamdi）の4つである。各パンチャヤートの人口，月間患者数，中心地と当ヘルスクリニックとの距離，地理的条件を表4－12および図4－6にまとめる。

各パンチャヤートの当ヘルスクリニック月間延べ利用者数対人口比は次のとおりであった。パンチカール（3.3％），バグヴァチ（1.6％），アネイコット（1.5％），ジャムディ（0.9％）。尚，他のヘルスポストの管轄のパンチャヤートから来た患者の全利用者数に対する比は16.7％であった。

表4－12　パンチカル，クリニックの利用状況

パンチャヤート	人　口	患者数／1月*	距　離	コメント
Panchkhal	6689	223	1km	平地の中。
Bhagwati	3227	52	7km	
Aneikot	3565	52	5km	highwayが通っている。
Jamdi	3942	36	5km	highwayが通っている。
Others	—	73	—	

出所）　パンチカルH.P.のカルテより作成　人口；P.W.による2年前の調査。
*；March－April(1985)

(iv)　ヘルスポスト周辺の地図

次にコパシとナラにおいて作成を試みたヘルスポスト周辺の地図を図4－5および図4－6に示す。図4－6はナラ村調査のおり共に村を歩いたMr.Prakash がその存在を教えてくれたナラ村の地図をもとに加筆作成したものである。

また，パンチカールの移動クリニックでは村の絵地図を作って医療サービスに活用していた。

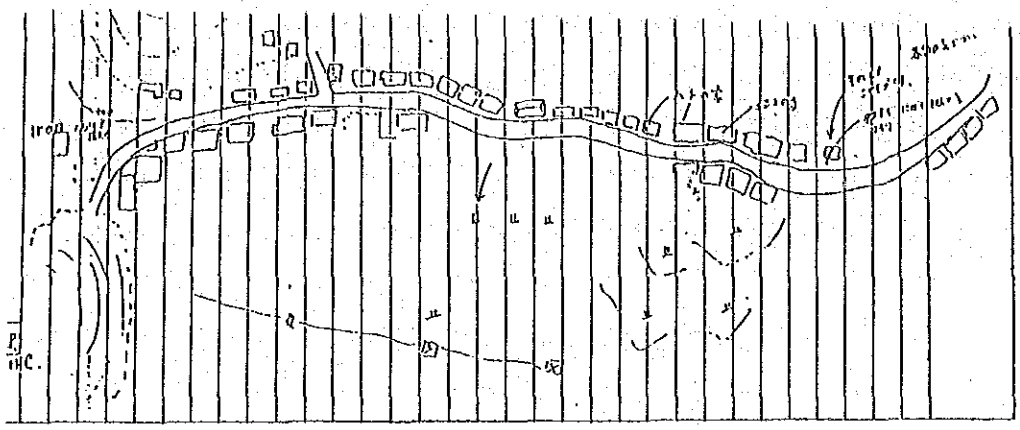
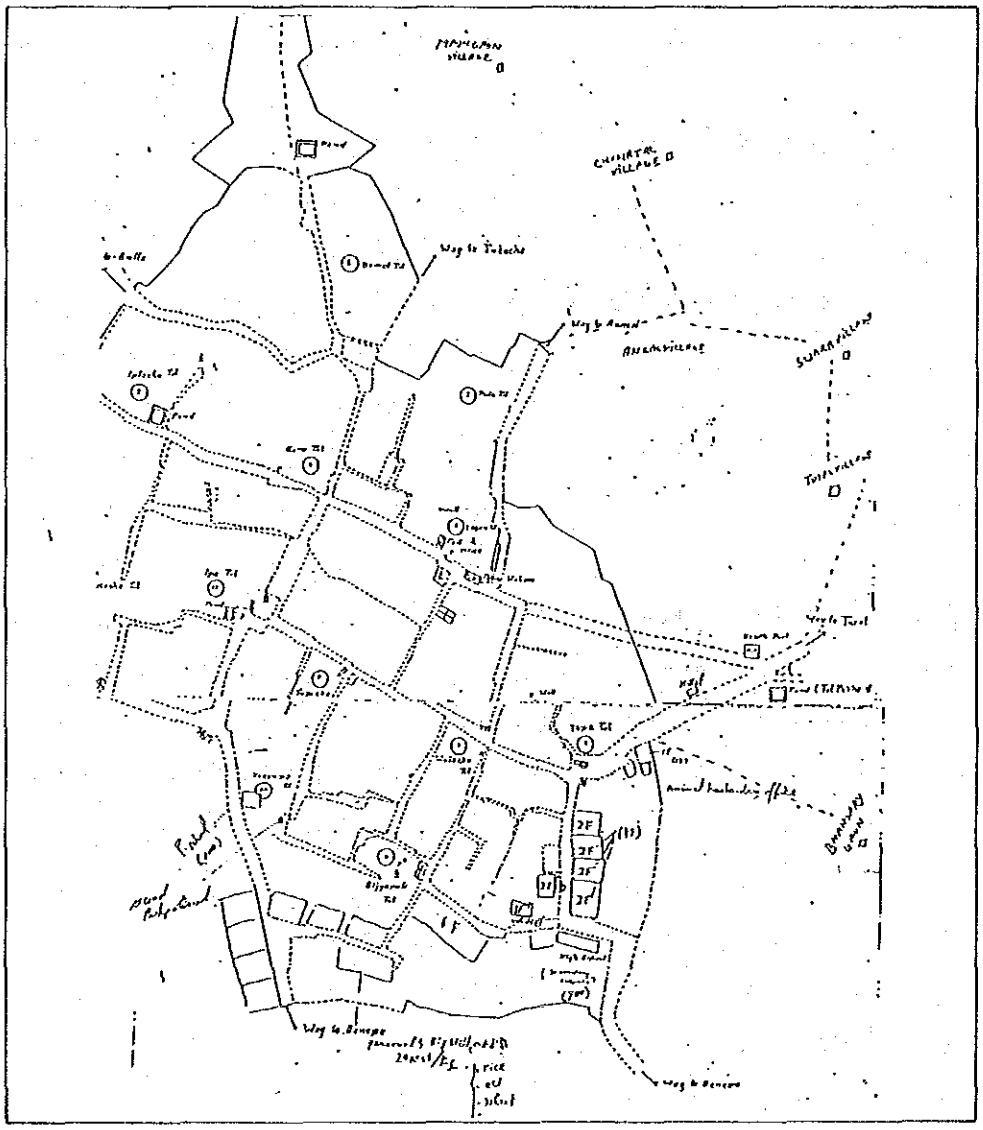


図４－７　コパシ：ヘルスポストとその周辺



出所）　ナラ村

図４－８　ナラ：ヘルスポストその周辺

(3) 考 察

カブレ郡はカトマンズ盆地の東郡山の手に位置する起伏にとんだ土地である。ヘルスポストに向かう車の中から，まさに耕して天に至る段々畑や棚田の風景，そのはざまに白く輝くヒマラヤを眺望することができる。コバシヘルスポストはカヴレ郡の中西部の郡境付近（カトマンズより）のパンチャヤートを，ナラヘルスポストは北西部（バグタブールより）のパンチャヤートを，パンチカールの移動クリニックは北中部のパンチャヤートを管轄している。コバシヘルスポストはなだらかな丘の上に，ナラヘルスポストは広い谷のなか山の麓に，パンチカールのクリニックは平地の真ん中にある。面白いことに，これらはすべて村の中ではなく，村はずれにあった（これはダヌーシャ郡ゴダールのヘルスポストも同じであった。）。

今回の調査におけるコバシのヘルスクリニックの月間のべ利用率は人口当たり2.7％，ナラは3.1％（ウグラタラを除く。）パンチカールの移動クリニックでは2.1％，三者の平均が2.6％（S.E.；0.37）であった。これらの値をどう評価するかは難しい。これらの月間利用率はダヌーシャ郡ゴダールのヘルスクリニックの年間利用率にほぼ匹敵するが，この二郡の経済的背景，衛生環境，罹病率等の調査結果を待たずに結論を下すことは避けたい。同様にカヴレ郡の三つのヘルスクリニックの間の比較も単純ではない。例えば，パンチカールのクリニックは，常設でないために人口当たりの月間利用率が他のヘルスクリニックより低くなっているが，管轄外から来た患者の占める率は最も高い。また，ナラのヘルスクリニックの利用率は平均では最も高い値を示しているが，その利用者の住むパンチャヤートは極めて偏っており，その殆どが二つのナラからである。これはデルブルナヤ，アネコットからナラのヘルスクリニックが遠いのに加えて山を越えるないしは迂回する必要があるためと思われる。この点，パンチカールのクリニックは平らなところにあるためか比較的利用者の偏りが少ない。

今回の調査ではバネパ（Banepa），ドウリッケル，ブムルタル（Bhumlutar）のクリニックの調査ができなかった。今後カブレ郡全域に渡ってのヘルスポストおよびクリックのサービスの及ぶ範囲をみるためには，ぜひこれらのヘルスクリニックを調査する必要がある。

最後に，パンチカールの移動クリニックでは，ICDに乗っ取った患者の疾患別集計を行っていたことを報告しておく。

第三節　モデル地区における訪問調査

1）ダヌーシャ郡

(1) 村落の抽出方法

ダヌーシャ郡の訪問調査にあたっては，医療サービスの受け手側にたって次の点が考案された。

① ジャナカプールに近いヘルスポストでは，医療サービスが不十分なヘルスポストよりも，ジャナカプールにある医療施設を利用する傾向にある。ジャナカプールには，ジャナカプール病院（５０床）をはじめとし，開業医，薬局等多くの医療施設がある。従ってヘルスポストの利用度は低いと思われる。

② ①とは逆にジャナカプールから離れた所では医療施設としてのヘルスポストの果す役割が大きいと思われる。

③ ２つのヘルスポストの中間に位置する村においては，距離的問題からヘルスポスト以外の医療施設を利用する頻度が高いと思われる。以上３点に従って選ばれた村は，

①については，Ramdaiya村の４世帯，②についてはSabaila村の７世帯，③についてはBarmajhiya村の１世帯である。世帯数が少ないのは，今回の調査が短期間であるためである。また今回用意した質問票は，次回調査のための留意点をみるための予備調査の性格をもち世帯は任意に抽出された。

以下ではＦＰＯにより用意された各パンチャヤートの人口と調査村の位置，訪問調査結果について述べる。

(2) 訪問調査結果

(i) Ramdaiya村，Ramdaiyaパンチャヤート

人口；4,122,　世帯数；７５４，　不妊手術数；１６１，　調査世帯数；４

〔位　置〕　ジャナカプールから１２km。

Mhenagarヘルスポストの管轄区域

〔訪問調査結果〕

訪問調査結果は，表４－１３に示した通りである。調査世帯は，土地所有面積に従って，８ビガ，３ビガ，0.3ビガと商売（物売り）をしている世帯である。ネパールの面積の単位は地方によって異なるが，ジャナカプールでは１ビガ0.7 haである。はじめの調査対象農村抽出の際に予想した通り，ジャナカプールに近いRamdaiyaでは，ヘルスポストの利用度は低く，調査した世帯ではヘルスポストはほとんど利用されていない。

表４－１３ 訪問調査結果，Ramdaiya

		ⓐ	ⓑ	ⓒ	ⓓ
家族数 ( )内は子供数		8(4)	5(3)	7(2) 兄妹と同居	6(4)
職業 ( )内は土地所有面積		農業（８ビガ）	農業（３ビガ）	大工 土地（0.3ビガ）	商売 （炒り米を売る）
教育	夫	識字のみ	４年終了	なし	なし
	妻	文盲	文盲	なし	なし
	男子	学齢に応じた教育	学齢に応じた教育	学齢に応じた教育	学齢に応じた教育
	女子	なし	なし	―	なし
給水源		個人井戸	共同井戸	共同井戸	共同井戸
トイレ		無	有	無	無
ヘルスポストの利用		利用しない 病気の時はジャナカプールの開業医，重病の時はインドへ	利用しない ジャナカプールの病院利用	利用しない 病気のときはAyurvedic医師の診断をうける。	利用しない H.Pで働いている兄から薬をもらう。
妊産婦検診		なし	なし	なし	なし
出産		家	家	家	家
乳児死亡		2	1	1	なし
家族計画	方法	男子不妊手術	コンドーム	女子不妊手術	女子不妊手術
	情報源	１０年前，巡回キャンプの時	ＰＢＨＷの訪問による。	村の不妊手術キャンペーンの時	ＰＢＨＷの訪問による。

家族計画については，PBHW活動，巡回キャンプの果す役割が大きい。教育水準が低く，広報紙，新聞等を読むことがなく，また貧しいため，ラジオ等の情報に接することが少ないこれらの村人にとって，ＰＢＨＷの訪問による家族計画受容の誘引効果は大きいと思われる。

一方母子保健についてであるが，妊娠をしてから出産するまで，医師の診断を受ける習慣はほとんどない。出産の立会いは村内の助産婦（Traditional Midwife）に頼み，不在の場合は家人が立ち合う。わずかな訪問調査の結果からではあるが，妊産婦の健康管理，医療サービスはあまり行き渡っていないようである。

給水源については，土地所有面積（ここでは経済的基盤の１指標としてとらえてよいと思うが）によって差がある。土地所有面積８ビガの世帯では個人井戸を所有している。ダヌーシャ郡における１人当り土地所有面積は0.21ha[6]であり，この水準と比較すると上記ⓐ，ⓑの世帯は，平均以上の土地を所有している。

訪問調査の際，何人かの村人がついてきたが，女子はパルダ[7]の習慣から家の一隅にひきこもってしまい，直接面接調査をすることがむずかしかった。また表から明らかなように，男子と女子には明らかに教育を受けさせる段階で区別がされている。ⓐ世帯では，女子は早婚のため高い教育は必要がなく，たとえ勉強のためとはいえ

ども外へは出したくないとのことである。ここで留意すべきことは女子教育の水準の低さが必ずしも経済的問題に起因していない点である。先に示したように調査した世帯は，ダヌーシャ郡平均からみても富裕な階層であるが，女子教育については，保守的かつ閉鎖的である。

さらに結婚年齢について留意すべきであるのは，幼児婚による結婚年齢が必ずしも実質的な結婚生活の開始を意味しないことである。結婚後もしばらくは別居の形態がとられるため，結婚年齢をそのまま再生産年齢の開始をすることは早急である。この点は女子の結婚年齢を聞く際に留意すべきことである。

(ii) Sabaila村，Sabailaパンチャヤート

人口：5,957，男：3,065，女：2,892，世帯数：952，不妊手術件数：145，調査世帯数：7

〔位　置〕

ジャナカプールから車で2時間，幹線道路58km，さらに村道に入り30kmの所にある。村道は乾季のためスリップしやすく運転しにくい。村に入る時は，乾季で水量の少なくなった川床を利用し入った。FP／MCHサービス提供上の問題として雨季6月から9月は水量が増すため訪問するのは，困難であるとのことであった。

〔主な施設〕

ヘルスポスト：1，FP／MCHクリニック，サブセンター，Ayurvedic 診療所はあるが，農繁期であり，無人であった。

教育施設：小学校：1，中学校：1，および農業銀行

〔訪問調査結果〕

Sabaila村においては，ネパール側カウンターパートに4世帯の訪問調査を依頼したので計7世帯のサンプルを得た。Sabaila村はカーストによる住み分けが行われている。Sabaila村の地図はすでに第二節（図4－5）で示したが，ヘルスポストからみると南側が，靴作り，農業労働者を含む低いカースト，北側が地主等を含む高いカーストの居住区域になっている。今回調査した7世帯のうち6世帯は，農業に従事しており，内3世帯が土地所有自営農業，残り3世帯は，農業労働者であった。ネパール側カウンターパートに依頼した訪問調査は，事前の説明不足もあって，いくつかの記入漏れがあったが，比較可能な項目を選ぶと，土地所有者と農業労働者間には，表4－14のような相違がみられる。Ramdaiya村の調査でも明らかなことであったが，土地所有面積によって，個人井戸所有の有無，予防接種の考え方，医療受け入れ等に相違がみられる。すなわち富裕な階層の方が医療，予防接種等を受け入れている。ジャナカプールから離れたSabaila村では，Ramdaiya 村にみら

れた程ＰＢＨＷの活動効果を聞くことはできなかった。Sabaila ヘルスポストには，ＦＰ／ＭＣＨの側からは２人のヘルス・エイドが配属されている。彼らの活動は，週１日は，ヘルスポストで，ＦＰ／ＭＣＨクリニックの診療にあたり（平均４５人来患），残りは，他村での戸別訪問にあたっている。

表４－１４　訪問調査結果，Sabaila

	土地所有者	農業労働者
電　　気	な　し	な　し
ト　イ　レ	１４ビガ：トイレあり 其他なし	すべてなし
給　　水	個人井戸所有	共同水道，共同井戸
出　　産	１４ビガ：医療機関 ５ビガ：家／Lady H.W. ３ビガ：家／A.H.W.	家／Traditional Birth Attendant
予防接種	１４ビガ：Small Pox，BCG ３ビガ：DPT ５ビガ：自分の子供にはできなかったが，孫にはうけさせたい。	な　し
家族計画	１世帯のみ不妊手術 （但し３男２女）	な　し
購入場所	食糧：村内 其他：近隣の町	村内のみ 衣類等は，地主から与えられる。
ヘルスポスト	時々利用。但し重病のときは，Janakpur 病院を利用	利用経験１度 投薬されるものがいつも同じ。開業医に頼む

(iii) Barmajhiya村，Barmajhiyaパンチャヤート

人口：3,667，男：1,967，女：1,700，世帯数：707，不妊手術件数：78

〔位　置〕

Godar ヘルスポストから４km，Sabaila ヘルスポストから５kmの位置にある。幹線道路から徒歩で２時間。

〔主な施設〕

村内に小学校１

〔訪問調査結果〕

Barmajhiyaでの訪問調査は１世帯であったが，Ayurvedic 医師にインタビューした結果，また最小行政区の長であるパンチャヤートの長（Panchayat Pradhan），及び事務官（Panchayat Secretary）のインタビュー結果をまとめた。Ayurvedic 医師への質問は，２つのヘルスポスト間にある村における医療サービスを受け手の対応を知るのに重要であった。また，Panchayat Secretary への質問は最小行政地区

におけるデータ収集システム（ここでは，出生，死亡届であるが）を知るのに重要であった。

ⓐ Ayurvedic医師，Sakldo Prasad Singh氏に質問

S.P.Singh 医師はインド生まれであり，ビハール州パトナのAyurvedic College で1951年学位を得た。1954年Barmajhiya 村からの要請を受け開業，15年前にネパール国籍を得た。現在の診療対象区域は10～11ケ村におよんでいる。

1日の患者数は10～15人，6～7km離れた所への住診も行っている。医薬は分業されており，薬は2km離れたRagnatpur の薬局で入手する。診察料は10Rs.である。Singh医師によれば，村民の半数はヘルスポストを利用し，残り半分は自分のクリニックを利用しているとのことである。彼によれば，ヘルスポストの医療体制は不十分であり，重病の場合は，ジャナカプール病院または市内の開業医に送るとのことである。

Singh氏の家族構成は，3男4女，結婚した2人の娘は別居している。子供の学歴について，男子は学齢に応じ大学レベルまで，女子は中等教育までである。ダヌーシャ郡の他の世帯と比較すると，Singh医師の場合は女子にも教育の機会を与えている。教育水準の向上からいえば，子供の教育に関し，特に決定権をもつ父親の役割が大きいと思われる。

ⓑ Panchayat Pradhan, Ramendradeep Dhakal氏に質問

当選1回のDhakal氏は，Barmajhiya村の問題は雨季Charnath川氾濫による洪水対策であるとのことである。

ⓒ Panchayat Secretary, Jainandan Dubey氏に質問

Dubey氏は1981年センサス時に集計官として訪問調査を行った。調査に先立ってDistrict Panchayatから指導を受け，1971年センサスを照合しながら訪問調査を行なった。1世帯の調査に要した時間は20分程度であったとのことである。

（動態統計について）

Barmajhiya村で4ヶ月前からVital Registration System を導入した。現在（1985年12月）までの出生届出数は5（但し，Singh 医師によれば，過去4ケ月間に15～20の出産があったとのことである）第二章ですでに述べたことであるが1984年ダヌーシャ郡の出生届数は，7,885であり，これによると粗出生率は18.23‰である。第二章で示されたように，各サンプル調査によればネパール農村における出生率は40‰前後であり，これから考えると出生届をした人の数はおよそ3分の1程度である。Singh医師の観察が正しいとするとBarmajhiya村の出生届数

は実際の出生数の３分の１から４分の１であると考えられる。この結果はほぼダヌーシャ郡全体の出生届出状況を反映している。出生届をする人は，市民権の欲しい人，または富裕な階層だけである。市民権は，政府関係の職業に従事する場合，または土地の登記等に必要である。すなわち，これらに関係する人は，教育水準の高い人，または富裕な階層の人ということになる。従ってこれらに属さない人の場合は，出生届をしない場合が多い。現在，罰金等に関しては，登録（３５日以内）の遅れに対し，1Rsを支払うだけである。

ⓓ 世帯訪問調査結果

今回訪問調査をしたのは，土地を２５ビガ所有する地主である。法律では禁止されているが２人の妻を持っている。最初の結婚では７年間子供が生まれなかったため再婚をしたが，その後両方の妻に子供が生まれはじめた。第一夫人は三男三女，第二夫人は一男一女であり，現在すべて同居している。財産継承が男子であるネパールでは，子供ができないための再婚のケースがある。今回の調査世帯は，特に大地主でもあり，財産継承上の問題から再婚したためと思われる。家族計画に関しては１２年前巡回サービスの時に男性不妊手術を行った。

(3) 訪問調査上の留意点

調査を行なう場合Barmajhiya村でPanchayat Secretaryにインタビューし，村の概略を得ることができたように，要になる人へのインタビューを通して，村の概略，情報収集のシステムを知る必要がある。

具体的な調査項目については，夫に質問する事項と妻に質問する事項を分ける必要がある。例えば，居住条件，資産，情報源，開発問題については夫に，一般的な健康，母子保健等については妻に質問する方がより正確な回答を得ることができる。

年齢を聞くときはいくつかのチェック・ポイントを設け確認しながら質問を行なう。例えば，世帯主及び妻の年齢を聞いた後，結婚年齢及び何年前の子供であったかを確認する。この際，すでに述べたが幼児婚の習慣と実際の結婚年齢の相違に留意する。さらに出産年齢の低すぎる場合，現在の年齢の再確認をする。教育水準に関しては，学齢と学年が合わないことがある。この場合は落第によるものか，年齢が間違っているかどうか確認する。

届出制度の徹底がされていないネパールにおいて年齢の確認は最もむずかしい事項である。ESCAPのレポートによれば，生年月日を知っている既婚女子は１３％にすぎない[8)] 上記のような質問項問を設け実際年齢に近いデータを得ることが必要である。

2) カブレパランチョーク郡

(1) 村落の抽出方法

カブレパランチョーク郡では，すでにナラ村が，FP／MCHプロジェクトのパイロット地区として指定されている。従って今回の調査では，ナラ村とナラヘルスポストの比較対象として，Khopasi, Panchikhal 両ヘルスポストとその周辺農村が選ばれた。

(2) 訪問調査結果

(i) Nala村，Nalaパンチャヤート

人口；3200人

Ugrachandi Nala村，Tukucha Nala村から構成される。

調査世帯数：3

〔位　置〕

Banepaから車で30分

道路は整備されていないが，Banepaから入る道の三分の一は，村の共同作業によってつくられた道である。Health Centerまでの距離7km，シュリー記念病院までの距離4km

〔主な施設〕

ヘルスポスト1，小学校1，中学校1。

ヘルスポストを維持するために，17人より構成される委員会がつくられている。

ヘルスポストがカバーしている人口は，32,000～40,000である。

主な村

Ugrachandi Nala村

Tukucha Nala村 …… 2km

Devpur村 …… 10km

Chhap Panchayat, Bhaktapur …… 4km

Janagal村，Ugratara Panchayat …… 3km

〔調査結果〕

Nala村は，ネワール人により構成される合同家族が多く在住する村である。特徴的であるのは，レンガ造りの3階または4階建ての家屋である。この建物の内部は，1階は主として家畜用，またはそれらの飼料用として使用されている。2階及び3階は寝室と収穫した穀物が置かれている。最上階は，「火」を神聖なものと考えているため，「火」を使う所である台所がある。

〔訪問調査結果〕

調査した3世帯は，それぞれ合同家族（Joint）または，直系家族（Stem）とよばれる家族形態である。Stemの場合は，基本的家族が直系親族3世代によって構成され，Jointの場合は，既婚兄弟2世帯以上を包含する家族形態である。Joint であった2世帯とも親の職業は，弟の方に継承されていたが，少ないサンプル数をもってナラ村全体に適用することは，不可能である。短期間であったのでこれを調べることはできなかったが，少なくともJoint家族の兄弟の間では，台所は別になっている。

表4－15　訪問調査結果，Nala村

	調査世帯①	調査世帯②	調査世帯③
家族形態	Joint	Joint	Stem
家族数	17人 （子供数　9）	22人 （子供数　18）	7人 （子供数　4）
結婚している世帯	3組	2組	1組 （母親は寡婦）
教育	夫、記載なし 妻、文盲、子供 学齢に応じて	両親文盲 子供 学齢に応じて	長男、中等教育 次男、字がよめるのみ、農業
職業、土地所有	僧侶、8 ロパニ	農業、55 ロパニ	農業、12 ロパニ
情報源	新聞、ラジオ	新聞、ラジオ	時々、ラジオ
乳児死亡	2回	3回	なし
出産場所	家（1人は病院）	家(Traditional Midwife)	家(家人、Traditional Midwife)
予防接種	Small Pox,DPT Polio,BCG	DPT,Polio	DPT（1人のみ）
給水源	共同	個人	共同
家族計画	回答なし	回答なし	女子不妊手術

表4－15に示された通り上記3世帯とも電気はあるがトイレはない。電気代は1ヶ月15 Rs位とのことであった。調査された3世帯のうち2世帯は比較的裕福であり，子供の教育についても学齢にあわせて小学校から大学レベルまでの教育をうけている。ここではダヌーシャ郡の訪問調査結果では得られなかった，情報源について新聞があげられている。情報については，ラジオもなく，新聞をよむことができない世帯では，口コミの情報の占める位置が大きい。したがって，家族

計画及び母子保健サービスについては，フィールド・ワーカーの訪問や巡回サービスの提供が有効であると考えられる。

(ii) Khopasi村，Khopasiパンチャヤート

人口　2,336，調査世帯2

〔位　置〕

ドゥリッケルから10kmほどのところにKhopasiよりやや大きいPanarti村がある。Panartiをすぎると橋のない川があり，これを渡って2kmほどのところが，Khopasiである。Khopasiは小規模であるが，水力利用および養蚕プロジェクト等が入っている。

〔主な施設〕

ヘルスポスト，FP/MCH クリニック

小学校1，中学校1，高校1，英語寄宿学校1。

〔訪問調査結果〕

調査した2世帯の主な事項は表4－16に示す通りである。

表4－16　訪問調査結果，Khopasi村

	①	②
子供数	2	7
職業と土地所有	農業　／　7ロパニ	公務員，農業／22ロパニ
出産場所	家（家族）	家／2人は病院
給水源	共同井戸	飲料水／共同井戸 洗濯・水浴／個人水道
予防接種	DPT, Polio, BCG	DPT, Polio, BCG, Small Pox
家族計画	5年前に手術	なし

調査世帯①は，世帯主は，公務員であり，22ロパニの土地は，夫と妻のそれぞれの母親と妻また，農繁期には，農業労働者（1日20Rs）を雇って耕作している。子供は，1男5女であるが，男の子が生まれたので，家族計画の巡回キャンプがあれば，不妊手術を受けたいと思っている。家族計画についての情報は口コミで得ている。長女は16歳であり，学齢にあった教育をうけている。共同井戸からの水汲は，1日2～3回であり，子供達の仕事である。ヘルスポストまでの距離は，1kmたらずであるが，医師，医薬品ともに村内では不十分であるため，病気のときは，

カトマンズの病院までいく。

(iii) Tamagha村，Panchikhalパンチャヤート

人口 5,699

〔位　置〕

ドゥリケッケルから10Km，道路は整備されており，Panchikhalに至るまで舗装されている。

〔調査結果〕

Panchikhalヘルスポストは，4つのパンチャヤートをカバーしている。それぞれのパンチャヤートの人口は表4－17に示す通りである。

表4－17　Panchikhalヘルスポスト管轄のパンチャヤート人口

パンチャヤート名	人　口	世帯数	村落数	F．P．O(1)
Panchikhal	6,689	1,161	23	5,699
Hoksey	3,327	509	19	2,600
Anekot	3,565	623	21	1,500
Jyamdi	3,924	747	24	2,914

注1）Family Planning Officer によって提供されたもの。
　　他は、ヘルスポスト管理責任者によって提供されたもの。

表に示した通り，ヘルスポスト管理責任者によって提供された数字とFamily Planning Officerによって提供された数字には，相違がみられる。前者は，フィールド・ワーカーまたは，診療をうけにきた患者のカルテをもとに作成されたものであり，後者は，1981年センサスを基礎に改編されたパンチャヤート数に従ってFPOにより作成されたものである。各ヘルスポストが管轄する人口の把握は困難なようである。各ヘルスポストでは，フィールド・ワーカー等の訪問調査をもとに各村ごとの人口掌握につとめている。人口掌握については，郡レベルでは，次のようなことがおこなわれている。

① 選挙のときに準備されるVoters' List

② センサス時に集計された人口

③ 各ヘルスポスト，フィールド・ワーカーの報告をもとにFPOでつくりつつあるリスト

提示された人口は，いずれも公式なものではないので，検討の必要があろう。

〔訪問調査結果〕

インタビュー調査をした世帯は，夫35歳，妻28歳で2人の女の子がいる。夫の

母親と同居している。家屋は２階建，２部屋あり，１階は，家畜用である。土地は，７～８ロバニであり，土地からの収益だけでは不十分であり，不足分は，農業労働者として働くか，または牛の乳を売って補っている。

家族計画については，現在子供が２人とも女子なので男子が誕生するまで実行する予定はないとのこと。出産は自宅で行い，２人とも母親がとりあげた。予防接種については，巡回サービスのとき，フィールド・ワーカーの訪問をうけ子供に予防接種をうけさせたが，その種別はわからないとのことであった。ヘルス・ポストの利用は一度だけであり，その診断は，子供を清潔にしておくようにといわれた。重病のときは，バネパ病院を利用している。

(3) 訪問調査上の留意点

ナラ村の多くの世帯が合同家族により構成されているために，世帯員数は２０前後なっている。しかしながら同居している世帯の区別は，「かまど」が同一であるかどうかによって可能である。今回の調査世帯では，弟が家業を継いでいたようであるが，家族内での役割分担を質問する項目および，家族形態についての質問項目を設けたのちに，家族構成を聞くような質問構成が望ましいように思われる。またその時には，子供の世話，教育についての負担，また農業を営んでいる場合にはその役割分担，協力体制についての質問項目を付け加える必要があると考えられる。ダヌーシャ郡では女子教育についてかなり保守的，閉鎖的な意見が多く聞かれた。この状況と比較するとカブレ郡の教育水準（女子）は，幾分高いように思われる。しかしながら，教育の絶対的水準は低く，情報源についても，ダヌーシャ郡同様不足している。このような状況下では，口コミと巡回診療キャンプ，フィールド・ワーカーの訪問が，家族計画，母子保健に寄与するところが大きいと考えられる。最終目的としてあげられた９指標〔付表１参照〕のうち，妊産婦検診，幼児検診および予防接種件数についての効果測定を行う際にも，上記の活動状況を調べる質問項目を用意する必要がある。

脚注）

1) Central Bureau of Statistics, Population Census 1981 Social Characteristics Table, Vol.I,Part Ⅱ, 1984.

2) Aryal,Deepak and Others eds, Nepal District Profile A Districtwide Socio-Techno-Economic Profile of Nepal,National Research Associates, 1982, Kathmandu, P167.

3) 国際協力事業団，「ネパール家族計画プロジェクト事前調査団報告書」１９８５年6月．

4) タライ地区はマラリア汚染地区であり，これがタライ地区における死亡率を高めていた。１９５８年１２月に事務局の活動が開始され，個別訪問により，マラリア撲滅運動

にあたった。ダヌーシャ郡では，９５の事務所がおかれ，フィールド・ワーカーは，最盛期には１日１００世帯あたり戸別訪問をした。マラリアのフィールド・ワーカーが訪問した際には各家の壁面にそのマークが記されることになっている。この活動は１９６９年位までがそのピークであり，現在は，マラリヤ患者がいる世帯のみを調べているにすぎない。戸別訪問調査はかなり綿密におこなわれたようであり，その頃のデータは信頼性があるようであるが，残念ながらあまり活動をしていない現在は，ここからデータを得るのは無理なようである。（ＭＥＯの活動についてはMr. Kaladhar Jha, MEO, Dhanushaへのインタビューによって得たものである）

5) Nepal FP／MCH Project, Nepal Contraceptive Prevalence Survey Report 1981, P123.

6) Aryal, Deepak&Others, 前掲書, P. 162.

7) パルダ（Parda）は，元来「幕，カーテン」の意味のペルシャ語である。ここから派生して，女の人を隔離する習慣の意味に使われている。

8) ESCAP, Population of Nepal, 1980, P198.

第五章　訪問調査の有用性

第五章　訪問調査の有用性

第一節　過去の標本抽出調査

1) 調査内容

今回ここで紹介する過去の訪問調査は，本調査の際に入手した標本調査のうち，調査目的，サンプリング方法，調査員，運営費ともに明記されているものを選んだ。１９７４／７５年の標本調査については，すでに第二章で紹介したので，本章では１９７６年世界出産力調査（ＷＦＳ）プロジェクトによるNepal Fertility Survey（ＮＦＳ），FP/MCHプロジェクトが，Westinghouse Health Systemの援助を得て，１９８１年に行ったNepal Contraceptive Prevalence Survey Report（NCPSR）の２つのサンプル調査について紹介する。それぞれの調査の調査目的，調査内容，調査方法サンプリング方法，調査員数，運営費については，表５－１に示した通りである。

ＮＦＳについては，出生力水準を調べる調査としては，ネパールで始めて，全国レベルで行われたものである。従って出生力水準についての正確な基礎データを得ること，人口調査を行うにあたっての基礎訓練をこの標本調査を通じて行うこと及びＦＰプログラムの評価のために出生力について信頼にたるデータを補うこと等が目的になっている。これはすでに，各センサスおよび人口標本調査について述べてきたことであるが，動態統計については，届出もれが多い。ＷＦＳプロジェクトはこれらの人口統計上の欠点を，より広範な再生産行動に関する調査とスタッフの訓練，指導を通じて補おうとする意図を持っている。

１９８１年に行われたＮＣＰＳＲについても，ほぼＮＦＳの調査目的，調査方法を踏襲した形をとっており，さらにＦＰ／ＭＣＨの運営に必要な情報－家族計画の徹底していない地域の確認，将来需要の推計，第三章，第四章で述べられた家族計画の動機付けをするために導入したＰＢＨＷの効果測定等－が加えられている。ＮＣＰＳＲについては，ＦＰ／ＭＣＨ主導により実施されているだけに，政策の立案と実行に資するための多くの調査項目が含まれている。すでに明らかにされたようにラジオ等の普及率が低く，また新聞等を読む機会の少ないネパールにおいて，ＰＢＨＷの効果測定は重要な課題である。

出産力調査である上記の標本抽出調査は，対象にされたのは，再生産年齢にある１５～４９歳の既婚女子である。標本は，この年齢階層の女子を含む5,０００世帯である。各々の母集団は，ＮＦＳについては，１９７１年センサス，ＮＣＰＳＲについては１９７６年の中間センサスの人口を基礎としている。サンプリング方法については，都市部と農村部については，全国レベルでの比率に従って層別抽出している他は，表５－１に示した通りの抽出方法である。

ＮＦＳの調査員は，監督者については，大学院で人口学または統計学を研究したもの，現地

表５－１　NFS, NCPSRの調査内容

	WFS: Nepal Fertility Survey 1976	NCPSR[①] 1981
調査目的	- 出生力のパターンと規則性 - 人口調査方法に教える - 地理的条件による格差と国全体の出生力水準の比較 - KAP 調査と評価できるデータ整備 - ネパール・スタッフに国際的プロジェクト参加の機会と与える - フィールド・ワーカーの訓練	-ネパールの家族計画の立案、評価に必要なデータ提供 -FP/MCH プロジェクト・スタッフの訓練 - 今後の定期的調査を行うためのプロジェクト・スタッフの能力向上 -ネパールにおける避妊知識の普及と利用法の決定 - 母集団の特性と避妊法に関する情報の入手 - 農村にあける家族計画普及のためのメディアに関する情報の入手 - 家族計画の徹底していない地域の確認 - 家族計画の将来需要の推計 - PBIW 導入後の効果測定
調査内容	-nuptiality -cumulative fertility -timing of the 1st birth and fertility in the 1st five years of marriage -current fertility -infant mortality and family size -proportion of women wanting no more children -preferences for the sex of the next child -additional number of children wanted -total number of children wanted -breast-feeding in the last closed interval -knowledge of contraceptive methods -socio-demogrtaphic differnces in knowledge of contraceptive methods -ever-use and current-use of contraception -socio-demographic differences in ever-use and current-use of contraceptive methods -intended future use of contraception -length of birth intervals and contraceptive use -knowledge and use of contraception as related to fertility preferences	-current fertility -current pregnancy -cumulative fertility -living children -desire for additional children -desired sex of future children -sex preference for future children -number of additional children desired -desired family size -differentials in desired family size -time for next child -overall knowledge of contraception -knowldge of specific family planning methods -differentiagls in family planning knowledge -number of methods known -trends in the level of contraceptive knowledge -ever use of conctraceptives -current use of contraceptives -comparisons of current users and non-users of contraceptives -current use by specific methods -reasons for not using FP methods -intentions for future use -knowledge of a source for FP methods -types of sources for specific FP methods -mode of transportation -perceived time to reach source -preceived convenience of the source -comparisons between users and non-users of modern contraception
調査対象（サンプル数）	15～49歳の既婚女子5000人	15～49歳の既婚女子5000人
サンプリング方法	1971年センサス人口に母集団とする 75郡から33郡に systematic に抽出 抽出された郡から 2 panchayat を抽出 人口および世帯数に比例 1 panchayat あたり 1.5 wards を抽出 都市人口比率に応じて、サンプルの4%を都市人口から抽出	1976年中間センサス人口に母集団とする 75郡から33郡に systematic に抽出 各郡において、town panchayat を除き systematic に 2 panchayats を抽出。 word 内の世帯数に応じて 1 panchayat あたり 2 wards を抽出 33郡のうち town panchayat をもつ郡の13（うち 1 郡の 2 town panchayat をもつ）計14 panchayat から農村部に同様の方法で ward を抽出する。都市サンプルの比率は、1/111 である。
調査員数及び資格	4 supervisors (3:graduate training in demography 1:m.sc in statistics) 17 field supervisors (B.sc degree) 15 field editors & 65 interviews (KAP,NFS の経験者)	central staff: 7 field supervisors :12 (修士またはそれと同等) interviewers: 55 (内女子18)
運営費	Rs.1,271,787(121,123$) ネパール政府 : Rs.159,840 カルフォルニア大学: Rs. 55,196 USAID : 残り	Rs.1,370,000(115,000$) ネパール政府 : Rs.383,070 USAID(Westonghouse Health System を通じて) : 残り

注①　Nepal Contraceptive Prevalence Survey Report.

調査の監督者については，大学卒業の資格をもつものが選考されている。ＮＣＰＳＲについては，ＦＰ／ＭＣＨ本部のスタッフの他，修士またはそれと同等の資格をもつものが，現地調査の監督にあたっている。女子の再生産行動に関する調査であるので，女子の面接員を優先的に採用する方針であったが，１８人しか集めることができなかった。

運営費については両プロジェクトとも詳細を得ることはできなかったが，総費用は，ＮＦＳについては，1,271,787Rs．であり，ＮＣＰＳＲは，1,370,000Rs．である。費用の内訳に示した通りその大半は，ＵＳＡＩＤの援助によるものである。調査員の日当等については明記されていないが，食事は自弁，宿泊については，Village Panchayat または，Local Leader によって提供されている。

2) 調 査 期 間

調査期間は表５－２に示した通りである。ＮＦＳについては，２年２ケ月，ＮＣＰＳＲについては，３年である。ＮＣＳＰＲでは，当初の計画期間より１年遅れて調査を終了した。遅延の理由としては，印刷機の故障による質問票の印刷の遅れ，データ分析段階では，電力供給不足のため，電算機が動かなかったこと等があげられている。

フィールド調査については，ＮＦＳは３ケ月，ＮＣＰＳＲについては５ケ月である。面接員１人あたりの担当世帯数は，ＮＦＳでは，約７７世帯，ＮＣＰＳＲでは，約９１世帯である。実働期間および１日あたりの調査件数については明記されていない。各調査チームは，監督者から２～３回，質問票の記入状況等についてのチェックをうける。

訓練期間は合計すると，フィールド調査についてはＮＦＳは３５日間，ＮＣＰＳＲでは４０日間である。これらには，コーディング等集計，結果分析に必要な訓練期間は含まれていない。両調査ともに，面接員の選考基準に調査経験者であることが含まれるが，調査にあたっては再訓練が必要である。今回の調査についても，ＦＰ／ＭＣＨプロジェクト・スタッフが，調査補助にあたったが，用意した質問票に従って調査するためには，新たなオリエンテーションが必要であった。従って今後標本調査を行うにあたっても，同様の訓練期間が必要であると思われる。

以上の２つの標本調査を参考として，5,０００世帯の標本抽出調査をした場合の調査員数および期間は次のように考えられる。

調査内容，調査方法については試案のかたちで後述するが，ここでは２つの調査をまとめて，5,０００世帯の標本抽出調査をした場合の調査員数および期間について述べる。

調査票（案）の作成，分析をかりに日本で行うこととし，ネパールで行う調査には，次のプロセスが必要となるであろう。

1. 標本抽出
2. 調査員の選考

表5－2　NFS, NCPSR調査日数

1976 Nepal Fertility Survey	1981 Nepal Contraceptive Prevalence Survey Report
1. Preliminary sampling design selection of districts : 15 日	1. Questionnaire design and translation :100 日
2. Finalization of sampling design: selection of panchayats and wards : 15 日	2. Sample design : 61 日
3. Pre-test questionnaire design: household, and individual preliminary adaptation of all documents : 1 ヵ月	3. Recruitment of supervisors : 25 日
4. Recruitment of field staff a. Team supervisors : 1 ヵ月 b. Interviewers : 1 ヵ月	4. Training of supervisors : 13 日
5. Production of pre-test document : 16 日	5. Pre-test and finalization of documents : 11 日
6. Training for pre-test : 13 日	6. Printing documents : 39 日
7. Pre-test : 6 日	7. Preparation of manuals : 23 日
8. Pre-test evaluation & finalization of questionnaires and other documents : 13 日	8. Recruitment of interviewers: 48 日
9. Printing of WFS documents: 49 日	9. Training of interviews : 40 日
10. Reorientation for trainers (Kathmandu) : 6 日	10. Fieldwork :5ヵ月 5日
11. Training of interviewers/field editors (2 regional centers) : 16 日	11. Data edit programming : 13 日
12. Dispatch of field staff to sample areas : 4 日	12. Editing and coding : 49 日
13. Field work : 3 ヵ月	13. Key-punching : 46 日
14. Training editors and coders : 13 日	14. Editing by machine :137 日
15. Editing and coding : 80 日	15. Data analysis :6ヵ月19日
16. Key punching/verification:124 日	16. Report writing :3ヵ月25日
17. Tape preparation and simple editing : 99 日	17. Report printing : 12 日
18. Machine editing, recording of variables, and tabulation : 62 日	
19. Report writing : 75 日	

3. 質問票の討議および予備テスト

4. 質問票の翻訳および印刷

5. 調査員の訓練

6. フィールド調査および質問表記入状況についての検査

すでに表５－２で示した通り，調査員の選考について考慮すべきことは，訓練，フィールド調査に６ケ月必要であるとすると，現在の仕事を退職するかまたは兼任の形でも可能かどうかを確認する必要がある。この調査が，ネパールＦＰ／ＭＣＨプロジェクトの主導で行われる場合は，プロジェクト職員を投入することは可能であると考えられるが，この調査が通常の職務に追加して行われる場合には，さらに調査期間は，延びると考えられる。

現在まで行われているＵＳＡＩＤ援助による標本調査では，調査に必要な予算と指導のためのスタッフが派遣される。これによりネパールは，より正確なデータと調査員訓練というメリットを得ることになる。標本調査を施行するにあたっても，こうしたネパールに資する点なくしては，現状では，調査員の傭上をはじめとする協力を得ることはむずかしいと考えられる。

新たに，大学卒業以上の資格をもつ面接員を公募することになると，審査員を派遣する必要がある。5,０００世帯で１人１日５世帯の訪問調査を可能であるとすると，延1,０００日が必要である。５０人の面接員を得ることができれば，フィールド調査についての拘束日数は１人あたり２０日間である。すでに述べた２つの調査結果から上記１～５までの過程に要する期間は下記のように概算される。

1.	標本抽出	：２０日
2.	調査員の選考	：３０日
3.	質問票の討議および予備テスト	：３０日
4.	質問票の翻訳（英語併記）および印刷	：２０日
5.	調査員の訓練	：３０日
6.	フィールド調査および質問票記入状況についての検査	：３０日
	計	１６０日

日本人調査員が監督およびチェックを担当したと仮定しても，通訳が必要であり，英語を話せるスタッフを傭上する必要がある。5,０００世帯の標本抽出を，カブレ郡，ダヌーシャ郡の２モデル地区に限定したとしても，移動日数を加えなくてはならず調査日数はさらにかかると考えられる。また分析作業を日本で行うとすると報告書作成までに要する日数は表５－２に従えば，６ケ月以上である。コーディングをはじめとする分析作業の際に調査表の不備等を少なくするためには，現地調査段階での入念なチェックが必要であろう。調査員の質的問題，またその管理者の問題を含めると，標本調査の施行はネパール側の協力体制に負うところが多い。

第二節　モデル地区を対象とする調査の企画

1) 層化抽出

モデル地区の住民を対象として調査を進める場合，ネパールの農村における地区状況を反映させる必要がある。たとえば，カースト・人種・学歴・土地所有の有無のように現実の生活行動に強く影響ずるものがあれば，それらの特徴にもとずき層化（グループ分け）し，そのグループのそれぞれより標本を抽出するのが望ましい。集団を幾つかのグループに分類して，各グループごとの標準偏差が小さくなるようにしてから各グループごとに標本を抽出すると，標本誤差が小さくなる。標本誤差が小さいと標本が少なくてすむ。

2) パイロット地区全数調査

(1) いくつかの地区の特性を示している特定の地区を選び，ヘルス・ポスト・病院の利用の有無，問題をかかえながら保健サービスを利用しなかった理由，ヘルス・ポスト・病院を利用した結果，当面のニーズを解決できたか否か，などヘルス・サービスの受容にかかわる諸要因についての分析が望まれる。

1）で示した形で，標本抽出調査を行った場合，調査員の選考，訓練，監督，移動の各項目について，ネパール側の協力をどの程度得ることができるか，また投下できる資金と日数により，その信頼性が異なる。この場合標本誤差がでるが，より正確なデータを入手するためには，住民台帳作りを含めた全数調査をすることが一試案として考えられる。

今回ドゥリッケルＦＰＯ郡事務所で用意されたナラPanchayatの人口は3,２００であり，１９８１年センサスによればカブレ郡の平均世帯員数は6.２人であるから，約５００世帯の調査となる。仮に比較対象が必要であれば，同じナラ・ヘルスポストを利用しているDevur村，またはコバシー，パンチカルのヘルスポスト周辺農村で，ナラ村と同じ人口規模の村を選んで同じく全数調査を行えばよい。

この場合，標本抽出誤差はなく，より正確なデータを収集するにあたっては次のような作業が事前に必要とされる。

1. 地図作り

ナラ村の地図はすでに第四章で示した。短期間の調査期間であったので，距離も含めてさらに正確な地図作り，住居地図上にプロットした居住地図をつくる。

2. 世帯の確認

各世帯の位置を明確にし，世帯番号をつける。できれば各住居にその番号をラベルしておくのが最善と思われる。1.の地図を基礎とし住民台帳を作成するかたちでの調査を行う。

3. 年齢確認のための年表作り

訪問調査における留意点で示したが，正確な年齢を調べることは，むずかしい。しかし

ながら，洪水，火事，かんばつ，国王即位などとの関連で出産の年月日を記憶している場合が考えられる。従って過去６０年の出来事年表を作る。年齢確認に際しては出生年月日がそれぞれの出来事のどこに位置するかを調べることにより年齢の確認を行う。

3) 訪問調査質問項目の検討

人口静態・動態統計に関する個別質問調査を行う上に，質問項目の吟味は重要である。今回の調査での問題点をふまえて次のような項目を加えることを提案したい。

尚，母子保健，とくに妊産婦に関しては，ネパール王国のある病院で用いられていた質問票があり，これは現地の実状をふまえて作成されていると思われるため，参考資料として添付する。

人口静態・動態統計の正確な値を求めるために次の項目を調査することが望ましい。項目のいくつかについては，今回の調査時に使用した質問票にも含まれているので，関連項目を併記した。

(1) 家族構成：質問票－Household 参照

人数，名前を聴取したうえで，①生年月日，②性，③年齢，④血縁関係

この結果から，性・年齢別人口構成，１世帯当り人員，年齢３区分の割合と各指標（年少人口，生産年齢人口，老年人口），人口ピラミッド，性比等が求められる。

(2) 妊娠回数：質問票－Health Related to Mothers 参照

(3) 出産数：質問票－Health Related to Mothers 参照

妊娠回数と出産数は必ずしも一致しないことから，流産・早産の有無を知ることができる。さらに出産数から出生率，死産率，母の年齢階級別死産率，周産期死亡率，出生性比，粗再生産率，母の年齢別出産数，奇形の有無等が求められる。

(4) 出産後の経過：質問票－Health Related to Mothers 参照

①出産児の生存数（死亡時期を記載する）出生後，現在何人が生存しているかを質問することで，早期新生児死亡，新生児死亡，乳児死亡，幼児死亡，学童死亡，青年死亡，成人死亡の各数値が得られる。

(5) 死因（死亡年月日，年齢，性別）：新しい質問項目

死亡した者の原因を質問することで，死因統計，粗死亡率が求められる。但し死因に関しては誰が診断書を作成したかが大切である。また死因は不明でも死亡年齢のみ明らかであれば，ＰＭＩ（総死亡中に占める５０歳以上の死亡割合）を求めることが可能である。

(6) 出産場所（自宅，施設別，立合い人の資格）：質問票－Health Related to Mothers 参照

それぞれの子供の出産場所を質問することで，施設内分娩の状況，出産立合人について知

ることが可能。

(7) 離婚状況（再婚経験の有無）：質問票－Household 参照

死別の有無とその理由を質問することで妊産婦死亡についての情報が得られる。

4) 質問票の検討

今回の質問票ついての留意点については，すでに第四章で述べた。質問するにあたっては，回答者の特定化が必要であり，今回の調査事項に関して言えば，夫と妻に対する質問を分けた設定をする必要がある。例えば，

① 夫に質問する事項

living conditions, assets, development schema, communication

② 妻に質問する事項

general health, health related to mothers

のように分類することが望ましい。この場合質問の順序としては，①夫に質問する事項を先にした方が質問しやすい。

以下では，調査に使った質問票のコメントをすることによって，今後の調査上の留意点を指摘することにする。

（今回の質問票とコメント）

Descripution of the Survey

Name of Village_____

I、Household :

1-1 Name of the head _____

1-2 Present members of the household

Name	relation to the head	religion	age	sex	marital status	education	occupation

(Education)

A None B Primary school 4yrs C Primary school 6yrs

D Middle school E College and University

(Occupation)

Cultivator: A Agricultural labour:B Other wage labour:C Others : D Non Worker : E

1-3 Age of marrige

Husband _____ years old

Wife _____ years old

1-4 place of birth

same village:A same district:B same zone:C

（質問表コメント）
年齢の確認のために年表を活用する

GENERAL HEALTH

(1). In these 14 days, did you or your family experience any disabled days which you and your family were forced to stay at home and could not work as usual?

1. yes ———— enter (2) to (4)
2. no

(2) If so, who ?
state the name and his or her relationship to the head of household
name:_____, relationship_____

(3) How long did it take for you or your family to recover from such condition?

1. couple of days
2. a week
3. two weeks
4. a month
5. two or three months
6. half of year
7. more than a year

(4) How did you or your family recover from such conditions?

1. have a rest
2. take some drugs
3. treated by traditional healer
4. treated by nurse
5. treated by doctor
6. helped by neighbours
7. others

(5) How far is it from your house to health post, health center, hospital, or traditional healer's on foot?

1. within one kilometer
2. 1 to 2 kilometer
3. 2 to 3 kilometer
4. more than 4 kilometer
5. more than 10 kilometer

(6) Have you ever visited health post, health center, hospital or traditional healer?

1. yes ———— enter (7) & (8)
2. no

(7) In this one month, how many times have you visited health post? _____times
health center? _____times
hospital? _____times
traditional healer? _____times

(8) For what purpose did you visit there?

1. treatment
2. cousultation
3. family planning related matter
4. others (specify _____)

質問票コメント

(1)有病率を知るため質問項目
→1年間のカレンダーを提示して書き込む形にする。
①家族全員
②病気日数等

ヘルスポストを利用しない場合はその理由を聞く

(5)距離概念を聞くのがむずかしい場合は，時間で聞く
例えば，徒歩_____(分)等

(6)家族の中でだれが利用したかについて，表の形でまとめる

HEALTH RETALTED TO MOTHERS

(9) In case of getting pregnant, who diagnosed?
1. self-diagnosis 2. parents/relatives
3. traditional birth attendant 4. doctor 5. midwife
6. others (specify _____)

(10) How many times did you consult with (doctor, midwife, traditional midwife, others)your last pregnancy?
_____ times

(11) Through latest pregnancy, did you experience any abnormal sings and symptoms (swelling, hypertension, proteinuria, vomitting, bleeding, etc.)
1. yes 2. no

(12) Did you change your food intake habit during pregnancy?
1. yes ———————— enter (13)
2. no

(13) What kind of change did you do substantially?
specify _____

(14) Where did you give birth ?
1. home 2. medical institution 3. non medical institution
4. others (specify _____)

(15) Who attended at the delivery of birth ?
1. doctor 2. lady health worker or midwife
3. traditional birth attendabnt 4. non porfessional birth person
5. others (specify _____)

(16) Have you ever experienced any infant death, that is a child who is 12 months old and less?
1. yes ———————— enter (17) 2. no

(17) How many times?
_____ time(s)

(18) Have your children ever get inoculated?
1. yes ———————— enter (19) 2. no

(19) What kind of inoculation did they get?
specify _____

(20) Did you give breast feeding to your last child?
*state the period of breast feeding
1. _____ months 2. cannot remenber

(21) What kind of food did you give the child after weaning from your breast feeding?
*state the food which you have given _____

（回答者の年齢，世帯主との関係を明確にする。）
質問に際してはすべての妊娠について調査する必要がある。

(12)~(13)については余りよい反応を得ることはできなかった。
当然のこと，または余り重要な問題として認識がないため？

(14)(15)については各出産ごとに質問する。

(16)(17)については，乳・幼児死亡の重要な基礎資料となるのでそれぞれの妊娠に対して，死産については，その年齢および死因について質問する。

(18)(19)については，各子供ごとに聞く。また予防接種をうけた年齢，またどこで情報を得たか，また予防接種をうけた場所，について質問する。

(20)各子供ごとに質問する。

FAMILY PLANNING

家族計画

回答者の年齢，世帯主との関係について明確にする。

(22) Do you want more children than you have now?
*encircle with applicable number and state reason if any
1. yes reason _____
2. no reason _____

(23) How many children are ideal in your opinion?
*state the number of children
_____ sons and _____ daughters

(24) Do you prefer sons to daughters?
*encircle with applicable number and state reason if any
1. yes reason _____
2. no reason _____

(25) In your opinion, how much education does a boy/a girl from a family such as yours need to get along in the world these days?
1. primary 2. secondary 3. university 4. others

(26) At what age would you say sons/daughter usually begin help to parent?
*encircle with applicable number and enter the age
1. age: _____ years old
2. never help

(27) Are any of your children working for money?
*encircle with applicable number
1. yes 2. no

(28) What means of financial support do you think you will have when you and your partner are old, or can no longer work for any other reason?
*encircle with applicable number
1. help from children 2. help from other family
3. saving / income from business farm or other property
4. pension / social security 5. non
6. others (specify _____)

(29) Are you practicing family planning now?
*encircle with applicable number
1. yes ———— enter question No. 30
2. no ———— enter question No. 31

(30) If yes, since when are you practicing family planning?
*state the period of year
_____ years ago

(31) If no, have you ever practice family planning?
*encircle with applicable number and state the reason to do so.
1. yes reason _____
2. no reason _____

(23)は，理想子供数と実際の子供数の間の差を調べるための質問である。従ってこの差についての理由を聞く項目を補足することが望ましい。

(32) If you are practicing family planning, what kind of method do you accept?
1. sterilization 2. pill 3. IUD
4. condom 5. others

(33) From where do you get information and tools of family planning?
*encircle with applicable number
1. primary health center 2. public clinic
3. public information paper 4. others (specify) _____

NUTRITION

(34) How many times do you take meals a day?
_____ time(s)

(35) What kind of food did you take yesterday?
1. breadfast _____
2. lunch _____
3. dinner _____

(36) What kind of food are you taking regularly and how mach do you spend per month?
1. rice _____ kg
2. wheat _____ kg
3. milk _____ kg
4. others (state the name of food _____)

LIVING CONDITIONS

(37) Please give detils about the houses where you live now.
1. number of rooms _____ room(s)
2. electlified
1. yes 2. no
3. with toilet
1. yes 2. no
4. when was it built? _____ years old

(38) What kind of water do you use for drinking?
1. individual tab 2. common tab
3. individual well 4. common well 5. piped water

ASSETS
(39) Do you and your household members have any land?
1. yes ———————— enter (40)
2. no

(40) How many acres do you and your household members have in total?
_____acres

(41) Do you have following goods?
1. tractor (1) yes (2) no
2. plough (1) yes (2) no
3. bicycle (1) yes (2) no

（栄養）
栄養失調，幼児死亡の原因，感染に対する抵抗力を知るのに重要な項目である。

(34)食事回数についてはスナック等も含めて回答している場合がほとんどであったので，スナックを除いた食事回数とする。また今回は収穫時期であったので食糧が十分であったが1年を通しての食事摂取の情報を聞く。

(36)月間でまとめて計量することが不可能なので他の質問にかえる。また，動物性たんぱく質，食物性たんぱく質の摂取状況について聞く。

4. watch (1) yes (2) no
5. radio (1) yes (2) no
6. television set (1) yes (2) no
7. others (specify_____)

(42) Do you have following cattles?
1. cow number _____
2. buffalo number _____
3. goat number _____
4. pig number _____
5. chiken number _____
6. others (specify_____)

DEVELOPMENT SCHEME

(43)Have you or your household member participated in any governmental schema of rural development?
1. yes ———— enter (44)
2. no

(44) If yes, please explain the details.
(When, which scheme, purpose, amount of the help you got, result·····)

(45) What would you think about the governmental development schemes ?

(46) If you are not intrested in applying for the schemes, please explain reasons
1. Sheme is not suitable for your needs 2. Procedures are too complicated
3. Qualification are too limited 4. Information is not enough
5. Others

(47) Are you participating in Panchayat activities ?
1. yes ———— enter (48)
2. no

(48) If yes, what kind of activities are you participating in ?
1. panchayat member 2. committee member 3. others

(49) If you have any type of mutual help arrangements in your village, please give the details. (Such as exchange of labour in agricultural peak seasons, voluntary works to make/maintain common assets, help on such occasions as marriage/funeral·)

DEVELOPMENT SCHEME
質問表(43)から(49)はコミュニティ内における生活および生産の両面における人間関係、政府との相互関係についての質問項目である。今回の質問項目は、インド農村調査に用いたものであるが、ネパールの農民にはきわめて難しいので表現をかえて質問する必要がある。

［新しい質問項目］
(45)の後に、次の質問を補足的に入れる。
Did a Junior Technical Office (JTO) or any other government officials pay a visit to your house recently ?
YES / NO What Officer ?
If the answer is YES, then please ask what did he (she, they) come for ? Was he very helpful to you ? YES / NO

(47)の後に、補足的に次の質問を入れる。
When did you vote for Panchayat election last ?

(48)の質問を次のように変える。
What kind of activities did you yourself participate in the village / ward ? (such as road repairment, school-building, etc.)

(49)の質問は次のような言葉で補ってやることも良い
In busy season, would you ever help your neighbours to transplant and harvest crops in their field ? Do they also help you the same when you are extremely busy ?

この質問は「結」「手間がえ」の慣行を調べるものでコミュニティの結束状況をみるのによい指標となる。若し上のような相互扶助慣行がないならば労働力の必要時に労働者を雇わねばならない。そこで幾ら位い労賃に支払うのかを調べる。これは農家の生産費支出分を調べることにもなる。
How much did you pay for transplantation / weeding /plughing / harvesting ?
ついでに子供、婦人労働者にはどの位い払うのか、労働時間はどの位いか、食事等を出すのか、現物払いか、現金払いか、も聞くと良い。また最近、村民の間で土地を外部の者に売った人がいるか、土地の価格は幾ら位か、を聞くのも、村の結束度を調べるのに役立つ。農村間の共同作業の有否の確認に、農業を一緒にまくのか、水の維持・管理を共同でするのか、を聞くのも良い。

(50)次の質問を作る。これはコミュニティ・メンバーの自治管理能力を調べるためのものである。
What kind of village rules (formal and informal) do you have ?
全くないか、無知かもしれないが、大抵の村には伝統的規範があり、人々の行動を規定している。家族計画、母子保健、環境保全にも深くかかわってくる。
若し村の規則があるなら、その規則はどのようにして決められたのか、彼がその規則制定の討議にどう加わったのか。有力者だけで決めたのか、を聞くと良い。

(51) 村内の協議のメカニズムの有否をしるために次の質問を用意する。
Would you think most members of this village (hamlet/word単位の村)
very friendly to you, and mix very well among themselves ?

(52) 補足的に、どういう場所であろうのか、どういう場所でコミュニケーションが行われでいるかを知る為に次の質問を用意する。
Do the member of this village often meet with friends at community center / panchayat office / tea shop / friend's house ?

(53)冠婚葬祭の相互扶助をみるために次の質問を用意。
Suppose somebody of the village passes away, what would other members of the village do?
Do all the members of the village get togeter and arrange funeral and help the bereaved ? Or only limited members go and help the bereaved ?

(54)続けて、医療面での相互扶助をみる為に次の質問を用意する。
Suppose some one of the village (hamlet / ward) now falls in severe sickness, what would other members of the community do for the patient ?
Do they also donate money to the patient ?

Communication:

(50) Do you / you household read newspaper/journals ?

1. regulary 2. sometimes 3. never

(51) Do you/your household members listen to the radio ?

1. regulary 2. sometimes 3. never

(52) What kind of programme do you listen ?

1. news 2. music 3. stories 4. sport 5. others

(53) Do you/your household members go to see cinema ?

1. more than once in a month 2. less than once in a year
3. never

(54) Where do you usually buy necessary items ? (mark)

	in the village	near by village	nearest town	other places
food items				
clothes,footwears				
durables				

第六章　総　括

第六章　総　括

今回の家族計画・母子保健に関する基礎調査は，人口学・衛生統計・保健学・公衆衛生学・開発行政などの諸分野より成る学際的な視点よりの接近を特徴とするものである。すなわち，ネパール王国の全国レベルと地区レベルの双方に亘る資料と関連情報の収集・現状の調査・視察を通じ，家族計画・母子保健プロジェクト関連事項の現況を概観し，上記の学際的な視点より多角的に問題の検討と評価を試みたものである。

まず，ネパールの人口関連資料についてであるが，国連の協力・指導をあおぎながら行なわれた国勢調査・標本抽出調査等既存の統計資料がある。また，1986年には保健省による Fertility and Family Planning Survey Project の実施が予定されており，これに呼応してＣＢＳによる Mortality and Migration に関する National Sample Survey が相伴って実施される予定であるという。しかしながら，今回の調査で入手できた1985年までの人口動態に関する統計資料は"十分で且つ精確な資料の入手できない場合に用いる間接的な推計法"の適用によって求められたものであることに注目しなければならない。具体的には，安定人口 (model life table) を仮定した年齢構成が前提とされて計算されている。近年におけるネパール王国の人口の急激な増加，国内外における人口移動などによって人口に構造的変化がもたらされるとすれば model life table を用いる推計よりは人口の変化をより忠実に反映する統計的手法の適用が望まれよう。そのためには，第二章で指摘されているように，人口増加にかかわる出生数の増加，乳児死亡をはじめとする全年齢における死亡率，結婚，離婚，人口移動などの正確な把握が必要である。

FP／MCHプロジェクトでは，15～49歳の出産可能年齢層のみを対象とする標本抽出調査が行なわれているが，全年齢層にわたる精確な資料が収集できるような体制づくりが不可欠である。これに関しては，統計的プロセスにおける問題として，行政上のもの，住民側のもの，その他についての検討の結果，いくつかの問題点を示した。当然のことながらこれらの問題の解決には種々の困難が予測されるが，敢えていえば，それ等を乗り越えて，理想的には日本の戸籍制度に相当する登録制度・指定統計制度の確立への努力を期待したい。

次に，第三章において，家族計画・母子保健の効果的実施を可能にするような社会・経済的環境について検討・分析をした。すなわち，ネパールの全国的およびモデル地区水準における現状分析の結果，国内的条件と国際的条件，あるいはプログラムの供与側と受け手（利用者）側の視点よりさらに開発政策を詰める必要性が高いという結論に達している。

保健上の問題については，その予防や生活環境を清潔にするという外側からの条件整備は確かに重要であるが，そのような他力本願的なものよりも，自らライフ・スタイルを変革するか，あるいは健康診断を受けるという自ら行動することが求められるようになってきている。単に知識を授けたり，環境を整えることが目標であった時代から，自ら行動するよう動機づける，行動の

変容をもたらせることに重点をおく時代へと移行したのである。このような視点からこそ，保健領域さらには社会・経済に関する開発政策の分析が進められ，総合的開発計画へ反映されることが好ましい。すなわち，一定の社会環境条件下で政策問題の解決に利用しうる政策関連情報をまとめたり，変更したりする目的をもって，質疑応答するなど複合した方法を用いて，家族計画・母子保健問題あるいはそれをめぐる社会・経済的な環境の条件づくりをすることが重要である。なお，開発政策の策定・提唱のみならず評価も合わせ含まれねばならないことは言うまでもない。

ネパールにおけるこれまでの各種の開発プロジェクトの経緯を踏えるとき，援助において最も大切なのは，プロジェクトの期間が終了した後でも，ネパール人の手で事業が継承されるかあるいはさらに発展させるような援助計画が推進されることである。したがって，そのためには相手のニーズへの配慮と綿密な予測にもとづいた投資的な開発政策が企画され実施されることが肝要である。

ネパールの保健・医療について，地域社会からのアプローチを考えるとき，次のような点は見逃すことのできない重要な点である。

すなわち，ネパールの民族構成が複雑なことで，これは起源の方からの原因と，環境が違うために生じてきたその後の発展の違いなどがあげられる。したがって，ネパール王国国民の居住地域を構成する環境的構造をしっかり捉えた生態学的視点と，文化史的視点を共に加えて，人口，保健政策の成果を検討する必要がある。例えばインドとの国境に接し，かつてはマラリヤが猛威をふるった平野のタライ地区と山岳地とでは，民族的に相違がみられた。やがてタライ地区もマラリヤの猛威が減り開発がすすめられ，現在では移動と混住により変化がもたらされている。

以上のようなネパール王国における地方コミュニティの特性を無視した上から押しつけの近代化路線は到底コミュニティに根付くものではない。この意味からとくに受け皿である地区住民およびコミュニティについての十分な理解の裏付けが何よりも大切である。また，各種の問題の解決に当たって従来の介入方式によるよりは，Community Involvement の展開により自らの手で問題を克服する方式を採用する方が有効性が高い。

またネパールでは，特に，保健の分野において，人的・物的資源が極度に不足しており人的資源の訓練，供給が併行してすすめられるか否かが鍵を握るところとなろう。

そもそも「健康」というものは自らのものであり，これを「医療」という概念で住民から切り離してしまう誤りを犯すべきではない。ネパール国民にとって「保健・医療は外国から輸入するもの」ではなく，国内で「生産するもの」にならなくてはいけない。「保健・医療を住民の手に」だけでなく，「保健・医療も住民の手で」という発想こそが，開発途上国に適した新しい次元の医療を考える原点である。

また，第四章においてヘルスポストおよびヘルスクリニックの利用状況の定量的把握の試みを紹介し，モデル地区の二，三の村の地図作りを行い，今後の調査に資する目的で掲載した。ただ，

ここで忘れてはならないことは，ヘルスポストやクリニックあるいは病院を受診していない人々の問題で，果たして受診しない理由は何であるのか，保健上の問題は受診者にくらべ少ないのか否かなどについて追究する必要がある。というのは，ネパールの地方の地域社会では，未受診者のような社会的に把握し難い，しかも貧しい人々にしばしば問題が集積してみられるからである。

今回の基礎調査を概括するとき，その諸結果を通じて抽出される共通の基盤は，infrastructureの開発による確立・整備および人間の質的向上を目指した投資，この両者を一体とした生活の向上を目標とした総合的開発が何よりも重要であるという点である。

すなわち，ネパールの家族計画・母子保健にアプローチする基本的な姿勢として，例えば多くの講じられる諸施策に伴なう財政的負担について，これを費用としての位置づけをし，目先の収支バランスを追求するよりも，将来への投資として受けとめる考え方に立脚すべきであることを強調したい。

健康の保持・増進・学校教育・子供の健全な発育が保証されれば，やがて将来において人口の抑制につながると共に他方では人口の支持力の開発につながる。

今後，家族計画・母子保健プロジェクトも以上に述べた観点より企画立案がすすめられ実施されることが望まれる。

補論Ⅰ　ネパール統計資料を分析するにあたっての参考資料

補論 I

ネパール統計資料を分析するにあたっての参考資料

I　モデル生命表の適用

1) 安定モデル人口（Model life table）を用いた人口動態の推計

人口調査によって男女別年齢別人口のデータが得られたとする。入手された年齢構成が安定人口に近いという仮定が設けられたとすれば，そのような年齢を生み出した出生率・死亡率を，その年齢構成を手がかりにして求める方法がある。

そこでは安定人口理論が用いられるのであるが，実際の推計手続きを簡単にするために，一連のモデル安定人口表というものが用意されている。それを用いれば，いちいち安定人口のパラメーターを計算する必要はない。モデル安定人口表からの補間推計によって，必要な安定人口のパラメーターを近似的に求める仕事だけとなる。

このモデル安定人口は Coale & Demeny (1966)によって開発された。この表の中心的部分は安定人口年齢構造係数である。この係数は，－0.5％から＋5.0％までの間で13区分された年人口増加率（ここでは自然増加率）の諸段階にそれぞれ対応して計算されている。そして，さらにそれらの年齢構造係数にそれぞれ対応する出生率，死亡率の数字が示されている。

また，このような安定人口のパラメーターの表が，24段階に分かれた生命表の水準（女子の出生時の平均余命の水準で20.0年より77.5年まで）ごとに作成されている。このようなセットが男女別に用意されているわけである。

ところで，その24段階の生命表は，ある一定のシステムによって作られたモデル生命表のセットである。このモデル生命表は，生命表死亡率の年齢パターンの基本的差異を考慮に入れて，4種類のものが用意されている。このモデル生命表の4つのセットには，それぞれ“東”，“西”，“南”，“北”という名称が英語でつけられている。ネパール王国における人口統計の推計には，“西”のモデルが使用されている。

もし，このモデル“西”の生命表にもとづくモデル安定人口は，上述のように24段階の生命表水準と13段階の人口増加率との組合せによる計312種類のものが用意されている。これらの計算されたモデル生命表には，いうまでもなく人口の年齢構成が示されているので，その年齢構成のうちどれが現実の調査された年齢構成にもっとも近いかを探す作業によって，人口の静態から人口の動態が推計されるという段取りになる。

この際，われわれが必要とする前提は，“長期的”にみて，出生率，死亡率がともに上昇傾向や低下傾向がなく，したがって人口増加率も，とくに拡大に向う傾向や縮小に向う傾向もなかったという人口動態率の長期的な安定性の存在である。つまり，人口転換（Demographic Transition）以前の停滞性の存在である。そして，安定人口を仮定するためには，年齢構成に対する人

口移動の影響が軽微でなければならない。

このような安定人口にもとづく推計方法の適用について，ネパールにおける1961・1971・1981年のセンサスで得られた人口の年齢構成間にあまり大きな差がないことを理由にあげている。

しかしながら，近年におけるネパール王国の人口の急激な増加，国内（山岳→タライ地方へ），国際的（インド⇄タライ地方）移動など人口に構造的変化がもたらされている状況をつぶさに概観するとき，上に述べた安定人口のあてはめのための前提条件といささか抵触するところであるとの判断をせざるをえない。今後人口動態の統計化のプロセスに関しより一層の改善の努力を支払い，多くの問題点を克服しなければならないことが指摘されよう。

2) United Nation Manual Ⅳの適用の実際

UN Ⅳ（Method of Estimating Basic Demographic Measure from Incomplete Data）に示されている方法に従い，最も適合するモデル生命表を選ぶ。そしてそのモデル生命表より，中央値を選んだ。その値は，1961，'71，'81に対し，8.38，9.34，13.55であった。さらに，年齢構成と増加率に対応させて，死亡率表より出生と死亡の推計をしている。以下にその結果を示す。

表1　Cumulative Age Distribution and Corresponding Model(west)Life Table

	1981		1961		1971	
Age x	C (x)	Level	C (x)	Level	C (x)	Level
5	.1615	13.29	.1469	9.80	.1545	9.42
10	.2952	13.65	.2812	7.68	.3026	6.28
15	.4059	14.81	.3874	8.54	.4068	8.14
20	.5044	15.24	.4842	8.88	.4959	9.30
25	.5949	14.78	.5729	8.84	.5827	9.50
30	.6782	13.55	.6551	8.38	.6613	9.34
35	.7494	12.49	.7280	7.84	.7340	10.68
40	.8084	11.80	.7883	7.60	.7966	9.94
45	.8571	11.24	.8419	7.12	.8489	8.48

出所）Central Bureau of Statistics, Intercensal changes of some key census variables Nepal 1952/54-81, 1985

表2　Stable Population Estimates of Fertility and Mortality Based on Smoothed Age Distribution of the Female Population of Nepal and the Annual Rate of Growth of the Population in the Intercensal periods: 1952/54-61, 1961-71 and 1971-81

Year	Level of Mortality	Sex	CBR	CDR	RNI	$\mathring{e}_0$
		Both sexes	.0420	.0270	.0150	
1961	7.96	Male	.0432	.0280	.0152	34.89
	8.38	Female	.0408	.0248	.0160	38.45
		Both sexes	.0413	.0214	.0199	
1971	11.00	Male	.0420	.0213	.0207	42.12
	9.34	Female	.0406	.0226	.0180	40.85
		Both sexes	.0397	.0135	.0262	
1981	16.36	Male	.0401	.0122	.0279	54.79*
	13.55	Female	.0393	.0149	.0244	51.37

注）表の数字は女子の年齢別構成とセンサス間の人口増加率にもとづきモデル生命表（西）より推計した。

出所）表1に同じ。

表3　Estimated Number of Births from Adjusted*Age Scheduled Fertiliy Rates and Number of Women in the Reproductive Ages (15-49), Nepal, Census year 1981

Age-group	Based on smoothed age-distribution			Based on age-distribution rcorded in the census		
	Number of women (smoothed)	Adjusted* age-scheduled fertility rate	Estimated of births	Number of women (unadjusted)	Adjusted* age-scheduled fertility rate	Estimated # of births
15 - 19	721,550	.0808	58,301	632,655	.0855	54,092
20 - 24	663,079	.2408	159,669	698,769	.2254	157,502
25 - 29	610,486	.2523	154,026	591,478	.2542	150,354
30 - 34	521,775	.2316	120,843	507,131	.2321	117,705
35 - 39	432,521	.1973	85,336	431,399	.1924	83,001
40 - 44	356,884	.1454	51,891	376,068	.1329	49,979
45 - 49	228,238	.1113	25,403	289,366	.0859	24,856

注）Adjusted age scheduled fertility rates はセンサスよりさかのぼる1年間における平均出生数とそれまでに産んだ子供数（15－49歳女子人口）にもとづき Brass Technique を用いて計算した。

出所）表1に同じ。

表4 -The Adjusted Age-specific Fertility Rates and Estimation of Total Fertility Based on P/F Ratio Techniques(Brass and Trussell Multipliers), Using Information Collected by the Census on Average Number of Births During the year Preceding the Census Day and Children Ever Born to Women in the Reproductive Ages(15-49) : For the Census Years 1971 and 1981

Age (smoothed)	Adjusted* Age-specific Fertility Rates (Brass Multipliers)		Adjusted* Age-speeific Fertility Rates (Trussell Multipliers)	
	1971	1981	1971	1981
15-19	0.0876	0.0808	0.0860	0.0786
20-24	0.2349	0.2408	0.2307	0.2344
25-29	0.2643	0.2523	0.2596	0.2455
30-34	0.2205	0.2316	0.2166	0.2253
35-39	0.1623	0.1973	0.1594	0.1920
40-44	0.0885	0.1454	0.0869	0.1415
45-49	0.0338	0.1113	0.0332	0.1085
TFR	5.4593(2.65)	6.2973(3.05)	5.3616(2.60)	6.1283(2.97)
Mean age of Child bearing (Ⅲ)**	28.84	27.98		
Age (unsmoothed, i.e., recorded in the census)				
15-19	0.0877	0.0885	0.0861	0.0841
20-24	0.2285	0.2254	0.2243	0.2216
25-29	0.2489	0.2542	0.2443	0.2500
30-34	0.2137	0.2321	0.2097	0.2283
35-39	0.1604	0.1924	0.1574	0.1893
40-44	0.0860	0.1329	0.0844	0.1307
45-49	0.0395	0.0859	0.0388	0.0845
TFR	5.3240(2.58)	6.0423(2.93)	5.2252(2.53)	5.9420(2.88)
Mean age of Child bearing (Ⅲ)**	28.65	28.29		

注) ( )内は総再生産率
出所) 表1に同じ

表5 Estimate of Infant Mortality for Nepal Based on Proportion Dead among Children Ever Born to Ever Married Women, by Employing Trussell Method

Source of Data	Age group	Age x	$^{n}(x)$	$^{t}(x)$	Corresponding Life Table		Corresponding IMR*			Corresponding calendar year (t)
					Male	Female	Total	Male	Female	
National Fertility Survey**	15-19	1	.164	.836						
	20-24	2	.214	.786	10.90	9.64	171.4	175.3	167.6	1,973.7
	25-29	3	.221	.779						
	30-34	5	.253	.747						
Census Data 1981	15-19	1	.2733	.7267						
	20-24	2	.1807	.8193	12.53	11.33	144.2	146.9	141.5	1,978.39
	25-29	3	.1596	.8403						
	30-34	5	.1633	.8366						

注) Gubhaju. による推計. Gubhaju, B. B. 1984. "Demographic and Social Correlates of Infant and Child Mortality in Nepal",Ph. D. Thesis. Submitted to the Department of Demography, Australian National University. 参照。

出所) 表1に同じ

表 6. -The Adjusted Age-specific Fertility Rates and Estimation of Total Fertility Based on P/F Ratio Technique (Brass and Trussell Multipliers), Using Information Collected by the Census on Average Number of Births During the year Preceding the Census Day and Children Ever Born to Women in the Reproductive Ages (15-49) for Ecological Zones, 1981

Age group	Adjusted①age-scheduled fertility (Brass)			Adjusted①age-scheduled fertility (Trussell Method)		
	Mountain	Hill	Tarai	Mountain	Hill	Tarai
15-19	0.0553	.0703	.1108	.0544	.0689	.1092
20-24	0.1931	.2193	.2348	.1898	.2150	.2315
25-29	0.2468	.2585	.2476	.2426	.2535	.2441
30-34	0.2395	.2452	.2141	.2355	.2405	.2111
35-39	0.2037	.2057	.1725	.2002	.2018	.1701
40-44	0.1462	.1410	.1181	.1437	.1383	.1165
45-49	0.0921	.0901	.0780	.0906	.0884	.0769
Total fertility rate	5.8838	6.1509	5.8795	5.7836	6.0323	5.7974
Adjusted** ② birth rate	40.39	42.78	41.97	39.71	41.96	41.38
Mean age of Child benring(Ⅲ)	28.78	28.51	28.03			

注①) 表 4 に同じ

注②) 全国人口の年齢構成による標準化

出所) 表 1 に同じ

表 7. -The Adjusted Age-specific Fertility Rates and Estimation of Total Fertility Based on P/F Ratio Technique(Brass and Trussell Multipliers), Using Information Collcted by the Census on Average Number of Births During the year Preceding the Census Day and Children Ever Born to Women in the Reproductive Ages(15-49) for Development Regions, 1981

Age-gvoup	Adjusted ① Age-scheduled Fertility									
	Brass					Trussell				
	EDR	CDR	WDR	MWDR	FWDR	EDR	CDR	WDR	MWDR	FWDR
15-19	.0834	.0911	.0793	.0880	.0847	.0818	.0897	.0782	.0867	.0839
20-24	.2496	.2188	.2121	.2272	.1991	.2449	.2155	.2091	.2230	.1970
25-29	.2939	.2397	.2505	.2587	.2304	.2883	.2360	.2470	.2550	.2280
30-34	.2575	.2138	.2299	.2482	.2211	.2526	.2186	.2267	.2447	.2188
35-39	.2098	.1760	.1909	.2160	.1860	.2052	.1733	.1883	.2130	.1840
40-44	.1389	.1239	.1281	.1566	.1350	.1363	.1220	.1263	.1544	.1336
45-49	.0824	.0826	.0851	.1030	.0903	.0808	.0814	.0839	.1015	.0894
Total Fertility	6.5767	5.7299	5.8795	6.4841	5.7336	6.4527	5.6420	5.7977	6.3912	5.6733
Adjusted ② Birth rate	46.47	40.41	41.16	44.89	39.82	45.55	40.07	40.58	44.26	39.41
Mean age of child bearing ③	28.53	28.25	28.29	28.14	27.97					

注①) 表 4 に同じ

注②) 表 6 に同じ

注③) EDR = Eastern Development Region
CDR = Central Development Region
WDR = Western Development Region
MWDR = Mid-western Development Region
FWDR = Far-western Development Region

出所) 表 1 に同じ。

表8. -Estimate of Infant Mortality by Sex for Different Ecological and Development Regions, Nepal, Based on Proportion Dead Among Children Ever Born to Ever-married Women, by Employing Trussell Method

Ecological and Development Regions	Infant Mortality Rate*			Calendar year
	Male	Female	Total	
a) Ecological				
Mountain	189.50	182.92	186.21	1,978.57
Hill	166.44	160.51	163.47	1,978.52
Tarai	125.42	119.22	122.32	1,978.10
b) Development				
EDR	132.57	126.89	129.73	1,978.46
CDR	139.74	133.87	136.80	1,978.28
WDR	149.79	144.25	147.02	1,978.40
MWDR	178.05	171.87	174.96	1,978.39
FWDR	167.42	161.59	164.50	1,978.02

出所) 表1に同じ。

3) UN. Manual X (Indirect Techniques for Demographic Estimation Brass technique) の適用の実際

推計のため必要なデーター

1. 5歳年齢階級別(母親)のそれまでに生まれた子供の数
2. 〃 の調査または国勢調査日に先立つ1年間に生まれた子供の数

あるいは国勢調査の年に届出のあった出生数

3. 5歳年齢階別女子人口(婚姻と関係なし)
4. 出生率を推計する場合には全人口数

Brassの出生力(fertility)推計方法のもっとも重要な点は，もっとも信頼度の高い年齢20－24歳，25－29歳時には30－34歳の女子の平均出産経歴によって求められる出生力の水準を基準にし，この年齢別出生力のパターンを補正していくことである。

とくに年齢の届けに大きな誤りが系統的にみられる場合に適用される。

また，20～24歳の女子よりえられた資料をもとに補正することが最も好ましい。

Brass自身は平均出産経歴と累積出生力との間の関係を計算するため出生力の単純な手順式のモデルを適用して推計，Coale & Trussellは，相隣れる3つの年齢グループの累積出生力にsecond-degree polynominalをあてはめることを提唱している。

Ⅱ　家族計画運営上の諸問題
ー費用・便益評価ー

1）母の年齢別高特殊出生率の理由

家族計画／母子保健プロジェクトはネパール政府，投資事業と見做すことができる。出生率の低下をもたらすため各種の資源がいかに効率的に，効果的に利用されたかあるいは今後利用されるべきかについての検討がなされなければならない。以上の諸点について

Reducing Fertility Through Family Planning in Nepal：
A Cost-Benefit Evaluation
Integrated Development Systems　Fed. 1983

を参照し考察する。

母の年齢別特殊出生率が高い理由として

1. 結婚年齢の低さ（平均15歳　1976）
2. 婚姻率の高さ（99％以上）
3. 死亡率が低下したこと
4. 年齢別人口構成が若年層に偏る（19歳以下が約54％を占める）

が挙げられ，人口爆発につながるものと考えられる。

2）費用・便益の分析

そこで家族計画という投資をした場合の出生の減少とそれに伴なう便益という観点より，総合的に費用・便益の分析を適用してみた。次のａ～ｅを分析の基本的条件とした。

(a) 今後は家族計画がすゝめられないと仮定し，現在の出生率にもとづいて人口が予測される。
(b) これまでの家族計画によって達成された目標の出生率の減少を含めて，人口の予測が行われる。
(c) 今後も家族計画・避妊法導入プログラムを実施し，目標の出生率の減少を達成した場合。
(d) 家族計画・避妊法サービス年間プログラム実施の費用の見積り。
(e) 出生数の減少によってもたらされる社会的に認知された経済的利益。

3）利益の算定と見積りの要件

① 予測期間を２０年（1980～2000）に限る。

② ⓐ 1980年出生率6.3から徐々に減少し，2000年に5.9に達する。Projection A
　ⓑ 第６次計画1985年の目標値5.8を外挿，これが2000年に4.3　Projection B
　ⓒ　〃　〃　これが2000年に3.0　Projection C

以上の ⓐ ⓑ ⓒ のいずれの場合もそれぞれの目標値まで直線状に減少する。

③ 家族計画の費用は現在のFP／MCHプロジェクトの費用を参考に計算

④ 家族計画プログラムによってもたらされる便益の推計は

1. 私的消費の節約　　2. 公的予算の節約

について保健と初等教育に限って行った。

⑤ 便益については2020年まで考慮に入れた。

⑥ 2000年以降の出生の減少はこれを無視した。

表9：Population Projections Under Different Fertility Assumptions

(In thousands)

Year	projection A	projection B	projection C
1980	14,281	14,281	14,281
1981	14,621	14,590	14,564
1985	16,062	15,890	15,751
1990	18,244	17,679	17,220
1995	20,918	19,658	18,635
2000	24,145	21,780	19,866

出所）Integrated Development Systems, Reducing Fertility Through Family Planning in Nepal : A Cost－Benefit Evaluation, 1983

表10：Cumulative Benefits and Cost of Ferility Reduction

(in Rs. Million)

	PROJECTION B		PROJECTION C	
	Period Ⅰ (1981/2000)	Period Ⅱ (1981/2020)	Period Ⅰ (1981/2000)	Period Ⅱ (1981/2020)
Benefits				
1. Consumption	8634	69875	15615	126514
2. Public Savings				
(a) Scenario 1	592	1464	1071	2650
(b) Scenario 2	706	1850	1281	3352
3. Total				
(a) Scenario 1	9226	71339	16686	129164
(b) Scenario 2	9340	71725	16896	129866
FP Programme Cost (between 1981/2000)				
Mix B.1	2733		Mix C.1*	5636
Mix B.2	2477		Mix C.2*	5161
			Mix C.3	5987

出所）表9に同じ

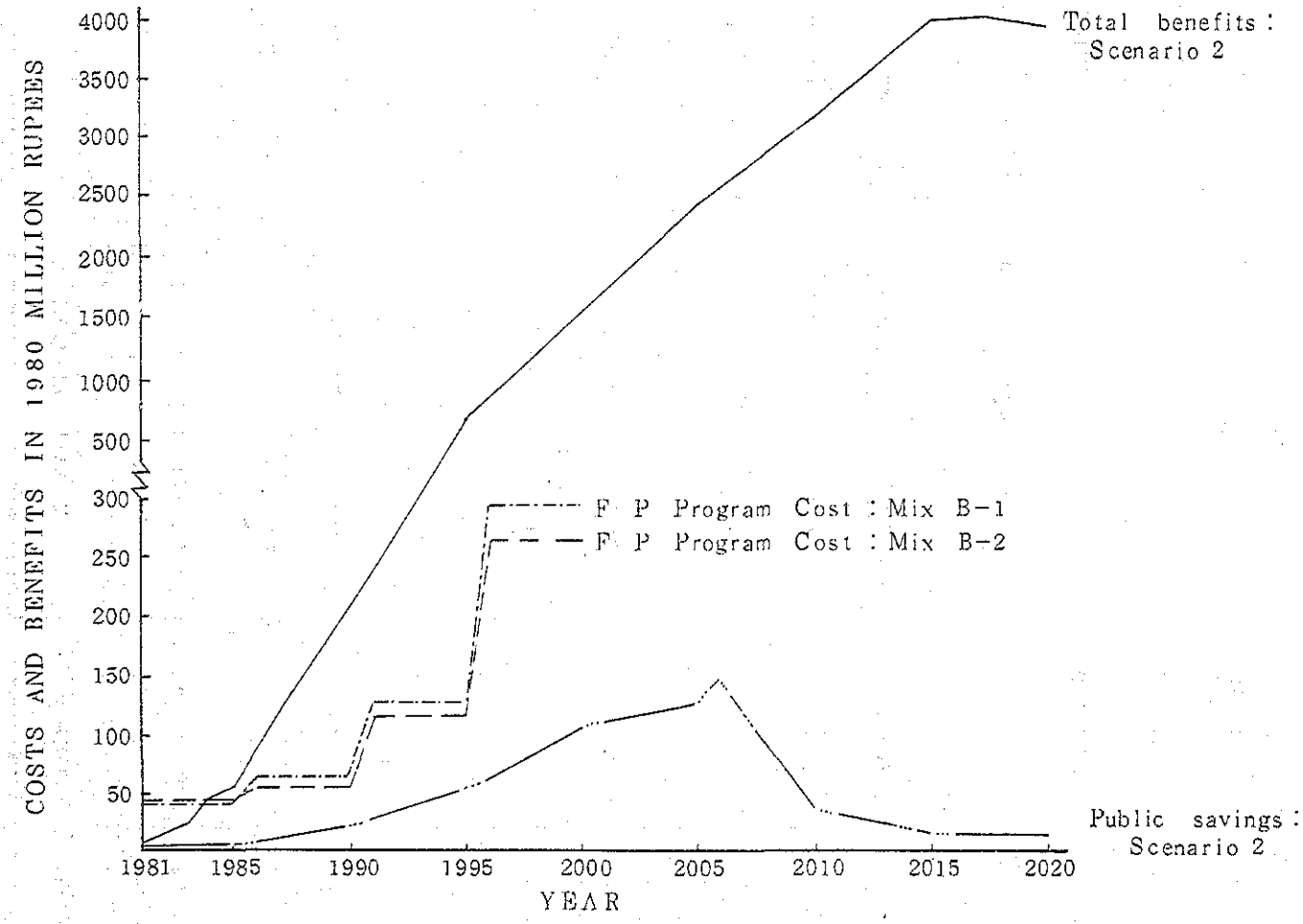


図1 Annual Costs and Benefits Under Projection B.

出所）表9に同じ

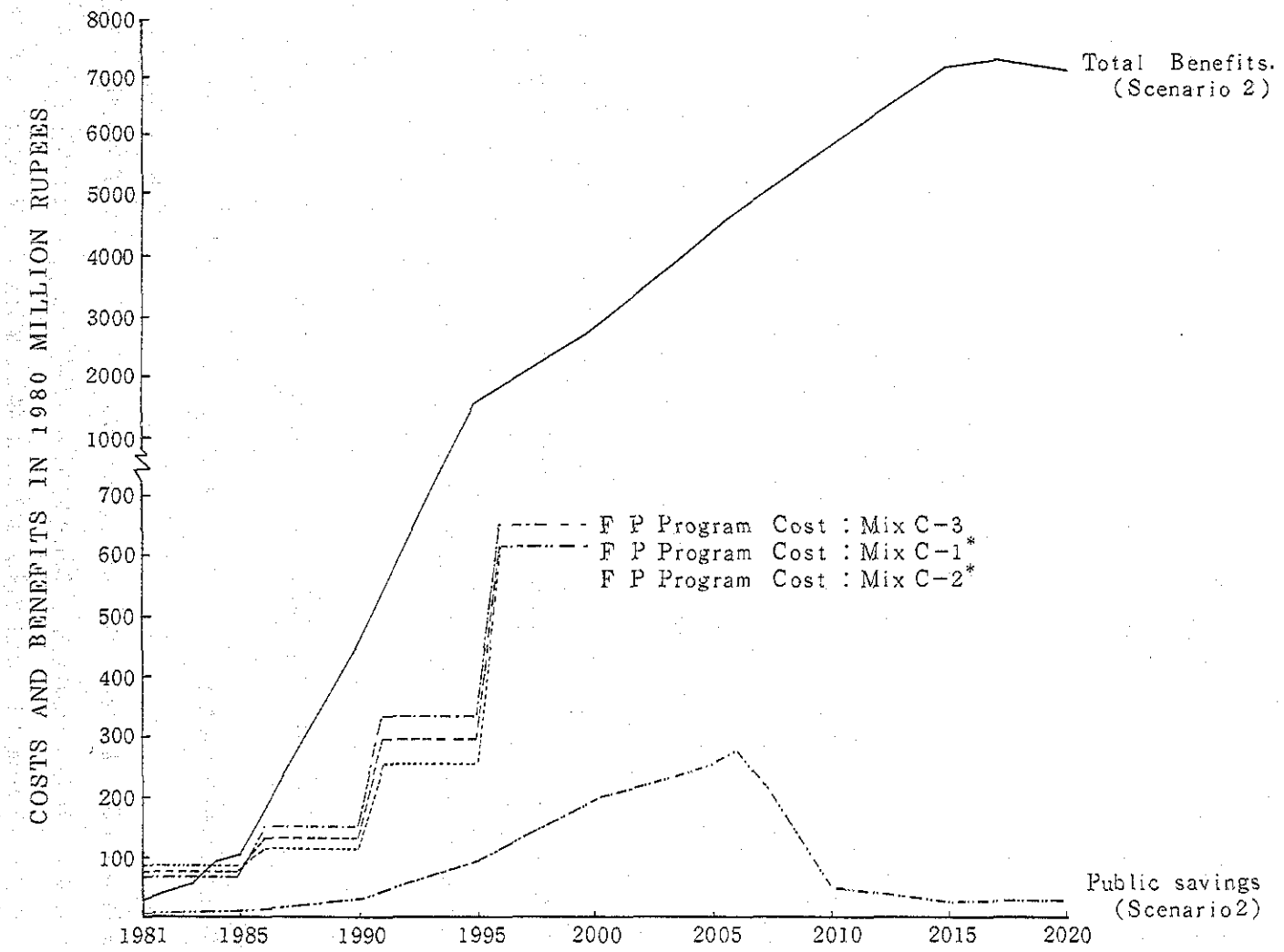


図2 Annal Costs and Benefits Under Projection C

出所）表9に同じ

4）まとめ

1. 3年後には年間の便益が費用を上廻り，10％低く見積っても便益が6倍に達する。
2. もし現在の保健・教育に対する低水準の政府支出が将来ともに続くならば，出生の減少によって公的予算が節約された分だけでは将来の家族計画の費用をまかないきれない。
3. どの避妊法を採用するかによって費用が異なるが，個人の好みの問題と，供給資源の不足という問題が残る。
4. 2000年までにTFRを 4.3という目標を達成するためには現在より一層の避妊法の広範な分布が必要である。

   内容的には，より近代的な方法に対する需要が満されていない。
5. 家族計画・人口政策に携わる者は効率を考えて行うことが要求され，また人々に動機づけをする配慮をする必要がある。
6. ネパールの高い出生率の背後にどのような要因が関連しているのかを明らかにする研究を進める。

   現在のネパールにおいて，最も可能性の高い解決方法は何であるのかの理解なしには，今回のような予測は何の意味ももたない。

参考文献

United Nation : Manuals on methods of estimating population Manual Ⅳ
Methods of Estimating Basic Demographic Measures from Incomplete Data
pp57～72 1967

United Nation : Manual X
Indirect Techniques for Demographic Estimation Population Studies, No.81
pp31～55, pp196～222 1983

Coale-Demeng : Regional Model Life Tables and Stable Populations
Princeton Univ. Press, 1966

小林和正 : 甲斐国の人口動態率
厚生の指標 16巻 2号

Central Bureau of Statistics : Intercensal Changes of some key census Variables Nepal 1952/54－81
1985

Shrestha, R. K et al : School Atlas of Nepal, Educational enterprise Ltd.
1984

補論II　家族計画・母子保健推進上の留意事項

補論Ⅱ　家族計画・母子保健推進上の留意事項

第一節　政策の受け手

1）政策への対応

これまでの開発戦略はそのほとんどが政策のデリバリーの側面の改善に焦点を合わせてきた。「開発への住民の参加」ということが開発戦略への反省（結果的に貧富の格差を拡大）としていわれるが，どうすれば住民の継続的かつ積極的な参加が得られるのかを，住民の側の論理に立って，かつ住民のコミュニティの構造にまでたち入って議論されることはほとんど無かったといってよい。ここでコミュニティの構造というのは，単に階級分析的視点に立った地主・小作関係あるいは農民層分解といった社会経済関係をいうのではない。コミュニティの内に賦存する資源とその配置状況（たとえば共有林とか野原・灌漑設備だけでなく，伝承された技術をもつ人的資源も含む），そのコミュニティのメンバーの行動を規制してきた社会規範（たとえば，全員の協議で村の行事をきめる慣行とか，社会生活，あるいは生産面まで含む相互扶助の慣行，長老支配など）まで含む広い概念である。

一般に，政府の政策に対する住民の個人，世帯あるいはコミュニティ単位の反応には，次の4つのタイプがみられる。

(a)　無関心あるいは逃避

(b)　消極的対応

(c)　消極的対応から積極的対応への変化

(d)　積極的対応

政策の内容がいかに論理整然としており，かつ政治指導層および実施機関がその政策の実施に対しコミットしていても，政策の対象とする住民（受け皿）の側に十分にこれに対応できるだけの能力がない場合には，政策は目ざしている効果を発揮しえない。その能力は何できまるかといえば，先述のコミュニティの社会経済構造である。コミュニティの成員が，政府の政策や市場条件の変化等に対して，与えられた社会経済構造の枠組の中で，その資源，人間関係，社会規範を調整し，その為の協議を何回もくり返して柔軟に対応できるか否かが住民の対応力，ひいては政策の効果を決める要因であり，それによって住民の対応も，無関心（逃避）から，消極的対応，あるいは，消極的対応から積極的対応への移行，あるいは当初から積極的対応へと差が生じてくる。積極的対応の結果として，住民の（1回限りでない）継続的「参加」が生まれてくるのである。つまり「参加」という現象をいくら追いかけてみても，それを生み出す社会経済構造の分析なくしては，ほとんど意味のある議論はできない。[1)]

家族計画，母子保健のメッセージに対する反応は，基本的には個人および（あるいは家族）の決定に依るが，コミュニティとしての集団的対応もある。とくに今日においては，集団的対

応がより重要であるとして注目をあびるに至っている。家族計画を独自に推進するよりも，それを受け入れ易い環境条件（たとえば乳幼児死亡率の低下）を先につくる，あるいは同時並行的に進めることが望ましいことは，今日証明ずみであるので，なおさらコミュニティとしての集団的対応をもたらす条件を探究する必要がある。

2）個別世帯の対応

まず，家族計画や母子保健のメッセージに対する個別世帯の対応であるが，以下のような家族・個人の意思決定，あるいはおかれた状況によるところが大きい。

(a) 家族構成とライフサイクル

(b) 新たな子供の出生に対する当人及び家族員の願望

(c) 婦女子の機能・行動規範

(d) 家族内外での労働拘束時間

(e) 婚期の調整

(f) 子供の教育

(g) 家族計画サービス及び保健サービス利用の決定

である。

家族計画・母子保健政策のメッセージは出生率を低下させることを目的としている。

世界銀行報告（１９８４年）[2)]も次のように述べている。「人口規模に対し，今後出生率は死亡率以上に強い影響をもつ。」・「死亡率低下の努力とは別に……人口増加の抑制のためには出生率を急減させることがますます緊要になってくる」（同・邦訳P．１０４）。

「高出生率と無計画出産は乳幼児死亡率を高める」。「出生率の低下を目的とした政策やプログラムは，死亡率を下げる政策でもある」（同上P．１０４）。例えば家族計画サービスの主眼は，出生率低下におかれている。女性の教育は，女性の婚期を遅らせ，避妊実行の効果を増大させ，女性の視野を子供の養育以外へ拡げ，女性に各種の機会を開くことになり，結果的には出生の抑制へ導くとともに，子供の死亡率低下をもたらす，と考えられている。（同上P.１０４）

こうした考え方は一般的に正しいし，そのような因果関係のあることは証明されつつあるが，問題はそのメッセージの受け皿である個人あるいは世帯の反応が均一ではないことである。

それに影響を与える要因を上に(a)から(g)まで列記したわけだが，今後，ネパールの調査地の実態に即して検証されることが望ましい。

また，一般に所得の増加が，出生率を低下させるといわれるが，所得の増加は当初の段階で出生率を上昇させる。しかし，一定の転換点を超えると出生率低下と結びつく。問題は，出生率低下は所得の増加それ自体ではなく，所得の増加によって生ずる生活の変化がもたらすものであることに注意する要がある。

また個人あるいは家族の避妊へのうけとめ方は，季節によっても異なる。避妊法において簡

単に家庭で適用できるピルや，コンドームの使用は，農繁期にむしろ多く，ヘルス・ポストや病院へ出かける必要のある不妊手術は農閑期の11月から２月頃にかけて多く行なわれている。これには，地域差があり，ヘルス・ポストへの距離（第四章　参照），農作業のパターン（の差），その家族の階級及び階層の差による労働のピーク・シーズンの異同によっても対応が異なっている。（第四章中，ダヌーシャ，カブレ両郡における不妊手術件数の増減をみよ）。

3）コミュニティ（集落）の対応

次に，家族計画・母子保健政策（とそのサービスの提供）に対するコミュニティ（集落）の対応について考えよう。

すでに述べたようにコミュニティ的アプローチのメリットは，その情報の伝達が早く，確実に広範囲に拡がり易いことである。情報は通常，集落の上にある行政村にもたらされ，村長あるいは，村の組織の責任者を通じて農民に流される。つまり直接，農民１人１人に情報がもたらされるのでなくて，集落というコミュニティを媒介として伝えられることが多い。そこで通常は集落が１つのユニットとして，外からもたらされたメッセージへの対応を協議することになるのである。

ただし，このような協議を可能とするものは，集落の成員間に日常的に生活面，生産面で，意思を交換しあえるような人間関係が存在していることが前提となる。当然，集落成員間にもいろいろの利害対立があり，互いに口もきかぬような人間関係も存在するが，こうした対立を和らげ，協調をうながすような圧力が集落内に備わっている場合が多い。さらに，調停役のような役割を村長が通常は果して村の調和と団結を保とうとする。村の行事へ全員が参加することによって（例えば村祭り）和をとりもどすようなことも行なわれている。

ここでは自ら，調和を第１とするような村の社会規範が伝統的に蓄積されていて，否応なしに集落の成員の行動を拘束し，同じ方向への共同行動をとらせようとするのである。そこにはコミュニティ内に歴史的に形成された社会・経済秩序がみられる。その社会・経済関係も新しい状況に対応するために修正をせまられ，新しい社会秩序形成が必要となってくる。そのコミュニティが新しい社会・経済秩序を作りうるのかどうかが問題になる。

そこで必要なプロセスは以下のようである。

(a) 新しい状況に対応してコミュニティが，自らの賦存資源をどの程度運用できるのか。たとえば，公害予防，伝染病の侵入を防ぐためにコミュニティ成員が，自分らの資源（物的資源だけでなく技術などのソフトな資源も含め）をどの程度まで運用して外からの刺戟に対応できるのか，ということである。

この際，問題が緊急性をもち，政府あるいはＮＧＯの助力をすぐに期待できぬ状況下においては，コミュニティ（集落）の集団的対応による環境改善は絶大な効果を発揮するであろう。乳幼児の伝染病死亡率が急減することもありうる。

自分らの資源運用に際し，既存の社会関係及び伝統的社会規範が邪魔になる場合には，それらを新しい状況に対応できるように変えていくことが必要となってくる。このための調整能力が備わっているか否か。集落組織の成員が，集落全体の長期的利益の増進のために，目先の自己の利益を犠牲にする（後で自分にもその恩恵が戻ってくるが）用意があるか否かで成否がきまってくるのである。

また全員で協力して事業を行なった際の経験が集落の組織の内に蓄積され，失敗にせよ成功にせよ，将来何らかの教訓をそこから導き出せるようになっているのか否か。第二世代のリーダー達が集落の共同行動の経験の中で自然と養成されていくような仕組みになっているか否かが重要なチェックポイントである。

4）ネパールにおける家族計画，母子保健とコミュニティ

以上のような視点に立って，ネパールにおける家族計画及び母子保健に対する農村共同体（ここでは集落コミュニティ）の対応の実態を以下にみてみよう。

(1) FP/MCHプログラムは52の県で家族計画，母子保健事業を実施している。そのアプローチは，ヘルス・ポストを通して末端の「パンチャーヤトをベースとした保健要員」(Panchayat Based Health Worker. PBHWと略す）に，1パンチャーヤト当り平均9つの集落（Ward）をまわらせ，家族計画，母子保健関係のメッセージを伝達させることになっている。メッセージを受けとった各集落内部で，その後そのメッセージに対する伝達や対応がどうなるのかは，各集落の構造（資源の賦存状況，社会構成員の相互関係，構成員の価値観及び社会規範等）によって異なっている。

FP/MCHが，どちらかといえば，個々の世帯の反応を主眼としているのに対して，ICHSDPは，はっきりコミュニティを対象とした「総合的」アプローチをとっている。[4)] それ故にコミュニティ全体としての対応状況を調査する為には，ICHSDPの成果を参照することが望ましい。（今回の調査のCounterpart がFP/MCH であり，再三ICHSDPへの紹介を依頼したにもかかわらず，協力を得られなかったのは残念であった。）ICHSDPは，村落レベルに無給のボランティアであるコミュニティ・ヘルス・リーダー（Community Health Leader）を持ち，彼らがそれぞれ50～60家族（大体，集落の世帯数に当るか）を受け持っているといわれるので，直接参加型観察（Participant Observation）の方法が不可能な時には，代りに彼らとのインタビューによって各地に散らばったネパールの集落の集団的対応のメカニズムを調べることも不可能ではない。

そうしたデータの集積によって，コミュニュティ的アプローチの仕方の持つメリットと問題点を一層明らかにしていくことができよう。

(2) コミュニティ的アプローチは，短期間に大量に，多数の人々を対象として視聴覚的機器を使用して情報を伝達し易く，同時に，住民にとっては，家族計画，母子保健サービスとパッ

ケージになっていれば，関連した問題である栄養改善，識字率の向上，衛生知識の向上，職業技術の習得，等の為の共同行動を容易にするであろう。

コミュニティレベルでの集会の頻度が増加することによって，集落内での相互のコミュニケーションの場も拡がり，青年や女性の地位も見直され，互いの信頼と協力関係を増進していることは，断片的ではあるが報告されている。

伝統的社会規範によれば，長老が家庭内でも社会的にも尊敬されていたが，次第に技術と知識をもつ青年層の発言力が増大してきていることも報告されている。家庭内においても，社会的にも婦女子の地位は低かったが，母親クラブの結成，新たな母子保健活動，職業訓練への参加等を通じて次第にその社会的地位を向上させつつあることも断片的にではあるが観察できた。他方において，未だに女子が家庭内で大切にされず，病気になった妻を夫が放棄し，また妻の入院費の支払いを夫が拒絶したケース，入院中の乳ガンの主婦が入院費支払いを苦に，治療中途で夜逃げをしたというケースも見聞した。

コミュニティ内の伝統的社会規範には，生産面における「手間換」あるいは「結（ユイ）」に当たるパルマ（PARMA）とよばれる労働交換の制度が，田植えや収穫作業に際して丘陵地帯（山岳地帯にもあるといわれる）にかなりみられるといわれる。また生活面においては，各種のグーティ（GUTHI）[5] とよばれる制度が丘陵地帯にかなり行なわれているようである。例えば日本の頼母子講に似た制度や，寺社維持のためのグーティなどである。とくにネワール（NEWAR）とよばれるコミュニティにかなり多く，タカリー（THAKALI）コミュニティにはDHUKARIとよばれる同様の制度があり，これがグルング（GURUNG）コミュニティにも拡がっているといわれる。なお，GURUNGには，若者らの未婚者集団間の親和増進をめざしたローディ（RODI）制度というのがあるといわれる。このほかに，たいていのコミュニティには，冠婚葬祭における相互扶助慣行がみられる。集落内には病院，クリニック等が存在しないので，重病人が出た場合には隣近所の人達が総出で何里の道も交替で病人を背負って病院へかつぎこみ，泊りこみで看病するのが普通の慣行になっているようである。

コミュニティの賦存資源としては，「コミュニティの森」（Community Forest）とよばれる共有林，あるいは，共用の灌漑施設，野原等をもち，その維持管理をめぐってコミュニティ成員が自治的規則を作っているところもある。コミュニティの道路の補修，橋の補修等を，成員の無償の労働奉仕で行なっている村もある。またコミュニティ単位で少額の定額預金を行なって自主的財源造りをしているところもある。コミュニティ成員で決めた規則を破る者には罰則の適用もなされているが，情状を酌量したやり方が普通であるといわれる。以上のようなコミュニティの原理に対応した家族計画，母子保健のメッセージは，個別世帯あるいは個人に対してなされるアプローチに比べて，はるかに大きな効果をより早く及ぼす可能性が強く，今後一層注目されていく必要がある。

5) コミュニティの対応にも地域差

これまで述べたことからもすでに明らかなように，コミュニティそのものの構造が，外からの同じメッセージ（ここでは家族計画，母子保健）に対して異った反応を示すことになる。

コミュニティそのものの構造を規定しているものとしては，コミュニティの置かれている地理的条件の差，構成員の同（異）質性，資源賦存状況，コミュニティへの商品化過程の浸透度等である。

調査したダヌーシャ郡の場合は，タライ地帯の平原で外からの人口流入も多く，コミュニティの構成員も複雑化している。資源も共有部分が極めて少なく共同作業も行なわれにくい。またコミュニティへの商品化過程の浸透度が高く，コミュニティとしての生活，生産両面での一体性が失われている。

こうしたコミュニティに対しては家族計画，母子保健プログラムの実施に当り，集団的対応を求めるアプローチをしてもほとんど効果を示さぬであろう。[6] 逃避，無関心か，消極的対応しか期待できまい。そこでは，むしろ個別世帯あるいは個人に焦点を当てたアプローチを図る方がよい結果を得られるであろう。

他方，調査したカブレ・パランチョーク郡のように，丘陵地に位置し，集落ごとにネワールとか，チェトリなど単一の部族で固っているコミュニティの場合には，たとえ商品化過程が相当に浸透していても，コミュニティとしての共有資産を維持管理し，また結など生産における共同作業，またグーティ（GUTHI）のような生活面での相互扶助慣行を残していて，コミュニティとしてのまとまりをとどめている。

こういうコミュニティに対しては，その自主性を尊重しながら，集団的アプローチをはかることによって，消極から積極へと移行する対応を期待しうるかもしれない。

コミュニティ内に階級・階層間の社会・経済格差が大きいところでは，視聴覚機器を用いた集団的アプローチ（情報伝達）は余り効果がなく，人対人の個別的アプローチが効果を発揮する。逆に等質的コミュニティに対しては集団的アプローチがより大きな効果を発揮するのではないかと思われる。S. L. シャルマらの調査もこのような事実を裏付けている。[7]

第二節　FP／MCHを効果的に実施するための条件

ネパール全国レベル及びモデル2郡について同プログラムを効果的に実施するための条件を，国内的条件と国際的条件に分けてまとめたい。

1）国内的条件

国内的条件としては，少くとも次の2点を指摘したい。

第1はプログラムの供与側の問題であり，第2は受け手の側の問題である。

第1のプログラムの側の問題は次の3つある。

1つは，プログラムの持つメッセージが論理整然としており，かつ簡潔なものであることを要す。2つは，実施に当り政治的コミットメントが確かなものであることを要し，しばしば個個の政治家，政党の利害によって本来の主旨をゆがめ，しばしば変更されるようなものであってはならない。3つは，プログラム実施機関の能力を高めることである。この趣旨にそって，ネパール政府は分権化（Decentralization）を政策目標として大きく掲げている。その為には，県の出先の家族計画，母子保健プログラム関係の機関の権限強化及びその他の例えば農村開発関連の諸機関との間の活動調整，情報の交換，協力がいよいよ必要となってこよう。県レベルにおける出先機関の活動の調整のために，地方行政省の出先であるLDO（Local Development Officer）が開発一般を，内務省の出先であるCDO（Chief Development Officer）が県全体の開発および法秩序の維持を，さらに大蔵省の出先が財政収入及び支出上の調整の役を果しているが，3つの調整機関相互の調整は余り出来ていないようである。それゆえに家族計画，母子保健プログラムの実施に当っても，担当官は保健省のほかに上の3者を通じて関連出先機関との活動調整，情報交流をしなければならない。[8] これは活動を阻害する要因の1つになっている。

機構上の問題とともに，人の問題として，家族計画・母子保健プログラムにたずさわる正職員，準職員の訓練期間の延長，カリキュラムの適切化が求められる。また待遇，昇進等は士気にかかわる問題でもあり，今後大いに改善される必要があろう。

予算の配分にしても遅滞があってはならない。現場のヘルスポストのニーズに応え，薬品，医療器具の購入，維持を円滑化するためにヘルスポスト予算は，一層増額されるべきであろう。現場のヘルスポストの活動を容易にするために国際機関等が贈与あるいは貸与した車，オートバイ等がカトマンズをベースとする本部の人々により徴発されて彼等の通勤用に使われているなどは，予算の適切な使い方がなされていないことを象徴的に示すものである。今後，物と金による援助についてもこうした事態の起らぬような措置がとられるべきであろう。

さらに，プログラム・サービスの受け皿との間に円滑な関係を保ちその協力をうる為には，職員の態度が問い直されねばならない。充分な情報を持たず，高姿勢で住民に接すれば当然，拒否的あるいは面従腹背的な消極的な反応しか得られない。住民の継続的な参加を確保するための接し方の訓練や態度の改善が望まれる。

もう1つの人的問題としては，集落あるいはパンチャーヤトをベースとして，奉仕活動家を選び，育て，行政の末端に位置づけていく現在のやり方は斬新であり，コミュニティの自主性を高めていくと思われるので，今後一層拡充されていくべきであろう。[9]

国内的条件の第2は，受け手の側の問題である。コミュニティの構造の差に着目した上で，コミュニティが相当に崩壊しているところでは，個別世帯的アプローチをし，コミュニティの結束が未だ相互扶助慣行や自治管理の蓄積を通じて残っているような（どちらかというと等質的）社会に対しては集団的アプローチを適用すべきであろう。

後者のようなコミュニティの場合には，単に家族計画，母子保健プログラムだけを他と切離して推進するのではなく，他の生活関連，生産関連の事業や訓練などと組合わせたアプローチが有効である。

またコミュニティとしての結束が未だ相対的に強いところでは，住民の協議の機会をできるだけ設けるように，行政も力を貸し，必要な技術や資金を提供して住民の共同作業による衛生環境作り，家族計画作り，病院・クリニック等の建設，修理作業，さらに広般な啓蒙運動推進を図ることが望ましく，かつ可能である。このことがひいては住民のむだな支出を少くし，乳幼児死亡率を低め，経済活動を高め，雇用機会と収入源の増大をもたらし，人口抑制への誘因作りへと結びつけていくであろう。

配布すべき資金や人員が限られている時にはまずこうした対応力のあるコミュニティから優先的に事業を進めていくことが賢明である。

2）国際的条件

国際的条件としては，援助する機関および国，さらに民間団体（NGOs）の側からの誠意ある励ましと忠告が必要であろう。[10)]

外からの援助が，受入れ側の自助努力を弱め，腐敗の機会を作り出すものであってはならない。この為には，援助機関と受入れ側の癒着の機会をできるだけ少くするために，プロジェクトに関する情報の公開と，受入れ国住民と援助機関の側の納税者たちによる情報の交換や協力が一層必要となってこよう。

また，家族計画や母子保健に関しての最新の研究成果やその他の関連情報をたえず即座に伝達しうるような情報ネットワーク・システムの強化が必要である。

永久避妊法などの弊害をめぐっての国際的情報交流がもっと盛んになれば，援助の方法に対する反省もまた起ってくるかもしれない。現地でインタビューした国連人口活動基金（UN Funds For Population Activities,UNFPA）のある担当官は，永久避妊法中心のネパール側のとり組み方への方向転換を将来迫る可能性をほのめかしていた。

現在ネパールにおいては，UNFPAのほかに国連児童基金（UNICEF），国際労働機構（ILO），世界保健機構（WHO），等１０の機関が家族計画の啓蒙あるいは実施にかかわっている。[11)]

このなかで，UNFPAが主要な家族計画関連諸プロジェクトの推進機関であり，国内の１３の機関あるいはプロジェクトが直接・間接にその援助をうけている。[12)]

さらに，UNFPA以外の機関から家族計画についての援助をうけて活動している機関が６つある。[13)]

これだけ多くの機関が家族計画の啓蒙活動，および実施にかかわっているからには，当然その成果が現われてしかるべきであろう。しかるにネパールにおける粗出生率は１９７１年セン

サス時（調整ずみ）の1,000人につき42.87から1977/78年人口サンプルサーベイの42.6，1976年の全国出生力サーベイの43.6，1981年センサス時の42.0と余り減少をみせていない。これは何故であろうか。基本的には，これらの諸機関やプロジェクトが，現地職員の雇用機会創出に役立っているかもしれないが，機関あるいはプロジェクト相互の調整，協力を欠いていることに大きな原因があるとみられる。今後，抜本的調整が必要になってこよう。

注

1) Toshihiro Yogo "A Hypothesis on the Formation of Endogenous Receiving Mechanisms in the Local Community" in REGIONAL DEVELOPMENT DIALOGUE, Vol. 6, №1, Spring 1985, pp.18-22

2) 世界銀行，『世界開発報告　1984』，ワシントン．D.C.，1984年

3) ここでいうコミュニティは，行政村としての村，その集合体としてのパンチャヤート（Panchayat）を必ずしも指さない。地縁性，血縁性の比較的強い集落を意味することが多い。

4) Ministry of Health, HMG, "Review of the Delivery of Health Services for Improving Integrated Services including Family Planning and Maternal Child Health", 1985 (photocopy).

5) 石井薄氏のようにグーティを「儀礼組織」と紹介している人もいるが，「儀礼」に限らないようである。

6) 「…人々が貧しいばかりか地域共同体としての活動が希薄な地域では，病気が多いからといっていきなり医療サービスをもちこむと根づかない。」（石川信克「開発途上国で目指すプライマリ・ヘルス・ケアーバングラデシュでの保健活動の経験から―」『家庭医学』第1巻，第2号，1985年　10月号　P.60）

7) S. L. Sharma and T. M. Dak, "Communication, Stratification And Development Participation In India", in Minoru O'uchi and M. J. Campbell edided DEVELOPMENT COMMUNICATION AND GRASS ROOTS PARTICIPATION, ADIPA, Kuala Lumpur, 1985, pp. 43-62

8) Kavrepalanchok のFP/MCH Officerの場合，CDO と月3回位は面会し指示を受けるようである。

9) ともあれ，出生抑制，栄養・衛生・予防活動などの保健活動の本来の担い手は，役人でも医療従事者でもなく人々であることの認識を深めていかなければならない（「医師，医療従事者は単なる助力者，協力者，resourceである……」，石川信克，前掲．p. 61）。

10) この種のガイドラインとしてよくまとめてあるものとして，
Margaret Wolfson, Towards Better Implementation of Aid For Population Programmes, OECD, Paris 1984. がある。
なお，バングラデシュ及びインドネシアにおける人口プロジェクトの機構とマネージメント面を取扱ったものとしては次が参考になる。
M. Alimullah Miyan and Yayasan I. Sejahtera, The Management of Population Assistance Programmes, OECD, Paris 1984.

11) ①UNFPA, ②UNICEF, ③ILO, ④WHO, ⑤JOICEP, ⑥USAID, ⑦SCF(Save Children Fund), ⑧RED. BANNER(Bernaとのスペルもあり), ⑨JICA, ⑩JSI(John Snow Incorporated). の10機関である。

12) ① FP/MCH…ⓐI. E. Cとⓑ VSC
② ICHSDP…Training
③ Agriculture Department…ⓐPopulation Educationおよび
ⓑWomen's Programme
④ SFDP—ADB…ⓐPopulation Education
ⓑWomen's Programme
⑤ Cottage Industry…Women's Programme
⑥ Cooperative Training Centre
⑦ Panchayat Training Centre

⑧ Ministry of Education…Population Education Project

⑨ WSCC(Women Service Coordination Council)

⑩ BNWC(Business and Professional Women's Club)

⑪ Family Health Project (Day Care Centre, Institute of Medicine, Tribhuvan University)

⑫ Vital Events Registration

⑬ CNAS (Centre for Nepal and Asian Studies, Tribhuvan University)

13) ① FPAN(Family Planning Association of Nepal)

② Red Cross(Family Planning Project)

③ CRS(Company Retail Sales)

④ Youth Clubs

⑤ Ex-Military Service Men's Family Planning Project

⑥ Parasite Control Project

調査日程、調査団の構成、主な訪問機関・面会者リスト

調査日程，調査団の構成，主な訪問機関・面会者リスト

調　査　日　程

12月 6日(金)　13：20 成田発 JAL 717

7日(土)　12：30 カトマンズ着
JICA打合

8日(日)　保健省，FP/MCHプロジェクトにて，インセプションレポートの検討
出席者：Dr. T.B. Khatri, Project Chief, FP/MCH Project,
Dr. S. P. Bhattarai, Deputy Chief
Dr. Madhav Joshi, Deputy Chief
Dr. B.B.Gubhaju, Demographer
Dr. J.M.Tuladhar, Acting Chief

9日(月)　日本大使館表敬訪問
訪問機関：Ministry of Labour & Social Welfare
面 会 者：Mr. Nilakantha R. Padye, Joint Secretary,
Social Service Division
Mr. Joshi, Joint Secretary, Labour Division

訪問機関：Ministry of Panchayat & Local Development
面 会 者：Mr. M.P. Kafle, Secretary
Mr. S.P. Adhikari, Joint Secretary

訪問機関：Central Bureau of Statistics
面 会 者：Mr. Keshar Raj Sharma, Deputy Director

10日(火)　FP/MCH 郡事務所，Dhulikhel にて調査内容の協議
カウンターパート：Mr. Shyam Kaji Shrestha, Family Planning Officer

訪問機関：Dhulikhel Health Center
面 会 者：Dr. Nakul Pd. Parajuli, Medical Officer

訪問機関：Nala Health Post
面 会 者：Mr. Krishna Man Maivandhar, Health Assistant

訪問機関：Agricultural Project Service Center
面 会 者：Dr. Jagdish Baral, Director
Mr. Khalil Miyan, Deputy Executive Director

訪問機関：Ministry of Home Affairs, Foreign Registration Office
面 会 者：Mr.B.P.O.Kharel, Section Office

11日(水)　カトマンズ→ジャナクプル　移動
訪問機関：Regional FP/MCH Training Center, Pathalaiya
面 会 者：Mr. Ramesh Chandra Neupane, Regional Chief Training Officer

FP/MCH 郡事務所，ダヌーシャにて調査内容の協議
カウンターパート：Mr. Shbbhiyat Bahadur Adhikari, FPO

12日(木)　Mothers' Club Programme 及び Health Post 視察
1.Chisapani Healsh Post
Mr. Ram Autar Yadav, Senior A.H.W.
2.Pusbalpur (Mothers' Club Programme)
3.Bhuchaker (Mothers' Club Programme)
4.Hariharpur (Mothers' Club Programme)
5.Laxminibas (Mothers' Club Programme)
6.Bateshwar (Health Post)

13日(金)　訪問機関：Janakpur Zonal Hospital
面 会 者：Mr. Hukom Dev Shah, Civil Surgent

訪問機関：Ghordghas Health Post
面 会 者：Mr. Raj Kumar Pokharel, Health Assistant

14日(土)　フィールド調査 Dhalkebar H.P.,Ramdaiya 村調査
訪問機関：Chief District Office, Dhanusha
面 会 者：Mr. Khagendra Prasad Poudyal, C.D.O.

15日(日)　フィールド調査Sabaila Health Post,Sabaila村調査
面 会 者：Mr. Amarnath Jha, Health Post in-charge

Madhubhasa Cooperative Community 訪問
フィールド調査　Chisapani Health Post
インタビュー調査　Supervisors, Eastern part of Dhanusha

16日(月)　フィールド調査 Labotole 村，Barmajhiya 村
Barmajhia Village
インタビュー調査：Dr. Sakldo Prasad Singh, Ayurvedic Doctor
Mr. Ramendradeep Dhakal, Panchayat Pradhan
Mr. Jainandan Dubey, Panchayat Secretary

ジャナクプル → カトマンズ　移動

17日(火)　訪問機関：Land Registration Office, Janakpur
面 会 者：Mr. Devlal Thechmi, Head Assistant

訪問機関：Malaria Eradication Office
面 会 者：Mr. Kaladar Jha, MEO

ジャナクプル→ カトマンズ 移動

調査中間報告：JICA 事務所
訪問機関：Maternity Hospital
面 会 者：Dr.(Mrs.) D.S.Malla

訪問機関：Administrative Staff College
訪問機関：Center for Nepal & Asian Studies, Tribhuvan University
訪問機関：Ministry of Social Welfare

18日(水)　調査打合：FP/MCH郡事務所, Dhilikhel
訪問機関：Dhulikhel Health Center
訪問機関：Shree Memorial Hospital, Banepa
面 会 者：Dr. Leonardo J. Vigna
- 患者のスライド映写 -

19日(木)　訪問機関：Vital Statistic Office
訪問機関：Family Planning Association of Nepal
面 会 者：Mr. Shanker Shah, Executive Director
Dr. D.P.Upadhaya, Project Director

調査打合　FP/MCH郡事務所, Dhilikhel
フィールド調査：Khopasi Health Post
面 会 者　：Mr. Chandra Bahadur Shrestha, Health Post in-charge

訪問機関：Khopasi Supervision Center
面 会 者：Mr. Gopal Thapa, Supervisor

訪問機関：Chief District Office, Kavrepalanchok
面 会 者：Mr. Karna Bahadur Chand, CDO

20日(金)　訪問機関：Nala Health Post
フィールド調査：Nala村
訪問機関：Panchkarat Health Post

21日(土)　フィールド調査：Khopasi村, Nala村
インタビュー調査：Mr. Madan Man Shrestha, Vice Chairman of Health Post Committee

22日(日)　訪問機関：National Commission on Population
面会者：Dr. B.P.Upreti, Secretary

訪問機関：Vital Registration Office
面会者：Mr. Laxman Bahadur Basnet

訪問機関：Ministry of Agriculture
訪問機関：Small Farmer Development Programme
訪問機関：National Industrial Development Corporation

23日(月)　調査打合　FP/MCH郡事務所, Dhulikhel
フィールド調査　Panchkhal Health Post及び周辺村落調査

訪問機関：ICIMOD(International Center for Integrated Mountain Development)
訪問機関：National Planning Commission
訪問機関：Administrative Staff College
訪問機関：Planning Division, Ministry of Health
訪問機関：UNFPA

訪問機関：UNICEF
面会者：George McBean, Programme Communications & Information Officer

24日(火)　調査報告：FP/MCH Project.
訪問機関：UNDP
面会者：Toshihiko Niwa, Residential President

訪問機関：ICHSDP
面会者：Mr. Hirulal Pajbansh, Senior Health Inspecter Family Health Section
訪問機関：Agricultural Programme Services Center

25日(水)　表敬訪問：JICA事務所，日本大使館，FP/MCH Project
訪問機関：Ministry of Panchayat & Local Development
カトマンズ発　13:30　TG　312

26日(木)　成田　着　18:05　JAL 482

調査団の構成

氏名および所属	担当業務	現地調査期間
1) 松本　信雄(東京慈恵会医科大学教授)	総括	昭和60年12月　6日～12月15日
2) 大内　穂(アジア経済研究所経済成長調査部長)	人口学・社会経済	昭和60年12月　6日～12月26日
3) 清水　英佑(東京慈恵会医科大学助教授)	衛生統計学	昭和60年12月15日～12月23日
4) 伊藤　精彦(東京大学医学部医学科)	衛生統計学	昭和60年12月　6日～12月26日
5) 西川由比子(財)アジア人口・開発協会研究員)	人口・家族計画	昭和60年12月　6日～12月26日

国際協力事業団との業務実施契約にもとづき(財)アジア人口・開発協会が上記メンバーで，現地調査を行ない，本報告書を作成した。尚，以下の2名が下記の期間，作業管理のため国際協力事業団から派遣された。

氏名および所属	担当業務	現地調査期間
1) 綿引　信義(国際協力事業団医療協力部特別嘱託)	現地調査作業管理	昭和60年12月　6日～12月15日
2) 成瀬　章(国際協力事業団医療協力部特別嘱託)	現地調査作業管理	昭和60年12月　6日～12月15日

主な訪問機関・面会者リスト

1．政府機関

(1) 保健省、FP/MCHプロジェクト
Dr.T.B.Khatri, Project Chief.FP/MCH Project
Dr.Bhattarai, Deputy Chief
Dr.Madhav Joshi, Deputy Chief
Dr.B.B.Gubhaju, Demographer
Dr.J.M.Tuladhar, Acting Chief

(2) Ministry of Labour & Social Welfare
Mr.Nilakantha R. Padye. Joint Secretary, Social Service Division
Mr.Joshi, Joint Secretary, Labour Division

(3) Ministry of Panchayat & Local Development
Mr.M.P.Kafle, Secretary
Mr.S.P.Adhikari, Joint Secretary

(4) Central Bureau of Statistics
Mr.Keshar Raj Sharma, Deputy Director

(5) Agricultural Project Service Center
Dr.Jagdish Bara, Director
Mr.Khalil Miyan, Deputy Executive Director

(6) Ministry of Home Affairs, Foreign Registration Office
Mr.B.P.O.Kharel, Section Officer

(7) Regional FP/MCH Training Center, Pathalaiya
Mr.Ramesh Candra Neupane

(8) National Commission on Population
Dr.B.P.Upreti, Secretary

(9) Vital Registration Office
Mr.Laxman Bahadur Basnet

(10) Small Farmer Development Programme, Ministry of Agriculture

(11) National Industrial Development Corporation

(12) ICIMOD(International Center for Integrated Mountain Development)

(13) National Planning Commission

(14) Administrative Staff College

(15) Planning Division, Ministry of Health

(16) ICHSDP
Hirulal Pajbansh, Senior Health Inspecter, Family Health Section

(17-1) ダヌーシャ郡
①ダヌーシャ郡ＦＰ／ＭＣＨ郡事務所
Mr. Shbbhiyat Bahadur Adhikari, Family Planning Officer
②Chisapani Health Post
Mr.Ram Autar Yadav, Senior A.H.W.
③ Ghordghas Health Post
Raj Kumar Pokharelz, Health Assistant
④ Sabaila Heaith Post
Mr.Amarnath Jha, Health Post in-charge

⑤ Land Registration Office
Mr.Devlal Thechmi, Head Assistant
⑥ Malaria Eradication Office
Kaladar Jha, Malaria Eradication Officer
⑦ Chief District Office
Mr.Khagendra Prasad Poudyal, Chief District Officer
⑧ Barmajhiya 村
Dr.Sakldo Prasad Singh, Ayurvedic Doctor
Mr.Ramendradeep Dhakal, Panchayat Pradhan
Mr.Jainandan Dubey, Panchayat Secretary

(17-2) カブレパランチョーク郡
① ドゥリッケルＦＰ／ＭＣＨ郡事務所
Mr.Shyam Kaji Shrestha , Family Planning Officer
② Dhulikhel Health Center
Dr.Nakul Pd. Parajuli, Medical Officer
③ Nala Health Post
Mr.Krishna Man Maivandhar, Health Assistant
④ Khopasi Health Post
Mr.Chandra Bahadur Shrestha, Health Post in-charge
⑤ Khopasi Supervision Center
Mr.Gopal Thapa, Supervisor
⑥ Chief District Office
Mr.Karna Bahadur Chand, Chief District Officer
⑦ Health Post Committee, Nala Village
Mr.Madan Man Shrestha, Vice Chairman

２．国連機関

（１） UNFPA

（２） UNICEF
Mr. George McBean, Programme Communication & Information Officer

（３） UNDP
Toshihiko Niwa , Residential President

３．病院

（１） Janakpur Zonal Hospital
Mr. Hukum Dev Shah,Civil Surgent

（２） Maternity Hospital
Dr.(Mrs.) D.S.Malla

（３） Shree Memorial Hospital, Banepa
Dr.Leonardo J. Vigna

４．ＮＧＯ，その他

（１） Center for Nepal & Asian Studies, Tribhuvan University

（２） Family Planning Association of Nepal
Mr.Shanker Shah, Executive Director
Dr.D.P.Upadhaya, Project Director

５．日本大使館

参事官　井沢　蓮象

6．ＪＩＣＡ　カトマンズ事務所

所長　星　達雄
所員　中川　寛章

7．現地調査協力者

1. J.N.Singh, Family Planning Officer, NFP/MCH Project
2. Sirjana Sharma, Information Officr, NFP/MCH Project
3. Upendra Aryal, Information Officer, NFP/MCH Project
4. Navin K. Pyakuryal, Information Officr, NFP/MCH Project
5. Govind B. Bhatta, Information Officr, NFP/MCH Project
6. Nukunda Raj Baidya, Audio Visual Officer,NFP/MCH Project
7. Mira Upadhyay, Broad Casting Officer, NFP/MCH Project
8. Hari Koirala, Nuritionist, NFP/MCH Project

付属資料

付表1 TENTATIVE IMPLEMENTATION SCHEDULE OF THE PROJECT

TENTATIVE IMPLEMENTATION SCHEDULE OF THE PROJECT

ITEM / FISCAL YEAR	1986/86	1986/87	1987/88	1988/89	1989/90	1990/1991
PLAN OF ACTIVITIES	PREPARATORY STAGE <REVIEW>		PHASE-I <IMPROVEMENT>	PHASE-II <INTENSIFICATION>		PHASE-III <EVALUATION AND EXPANSION>
	1. Review and analysis of existing data and information (nation - wide and model areas) 1)vital statistics 2)health and medical statistics 2. study of statistical procedures of the data and information 3. Examination of availability of home visit survey 4. Establishment of final target indicators 1)rate of medical check-ups of pregnant women 2)rate of medical check-ups of children 3)rate of immunization 4)changes in major diseases 5)infant mortality rate 6)maternal mortality rate 7)acceptance rate of family planning 8)birth rate 9)others		1. Improvement of maternal and child health services in the model areas 1)improvement of existing hospitals 2)improvement of health posts 3)improvement of medical check-up system and surveillance and follow up system 4)improvement of immunization system 5)improvement of district clinics 2. Improvement of family planning services in the model areas 1)improvement of existing hospitals 2)improvement of health posts 3)improvement of I.E.C. 4)refresher training of P.B.H.Ws 5)improvement of district clinics 6)improvement of surveillance and follow up system 3. Orientation for community leaders on FP/MCH in the model areas	1. Intensification of community health service in the model areas 1)improvement of school health services 2)improvement of home visit health service 3)promotion of health education 2. Intensification of family planning services in the model areas 1)dissemination of knowledge of temporary contraceptive methods 2)advanced training of P.B.H.Ws 3)intensification of I.E.C.		1. Expansion of family planning services in the model areas 1)bringing about increase of family planning acceptors 2. Evaluation and examination of model areas' activities 1)development of I.E.C for national wide expansion 2)evaluation of model areas' activities 3)trial examination of expansion of model areas

*Fiscal year; April to March

付表２　パンチャヤート別人口，ダヌーシャ郡，カブレパランチョーク郡

H.M.G / NEPAL
Ministry of Health
Nepal FP/M.C.H. project District office

S.No.	Name of panchayat	House Total No.	Male	Fee.	Total population Female Household	Total	Eligible Ca.	Remark
1	Janakpur Nagar panch	33214	17408	15914	5614			
2	Kusha	4661	2387	2254	733	153	266	
3	Banga Shib pur	4118	2147	1971	658	177	103	
4	Bushiya	3582	1906	1676	574			
5	Bindhi	3546	1813	1733	524	117	126	
6	Bus bitti	1607	827	780	238	61	75	
7	Kapleshwar	3414	1723	1691	517			
8	Laxmi pur Bagaha	3881	2006	1875	627	899	189	
9	Singer Josa	5895	3076	2819	981	252	289	
10	Lahana	4084	2136	1948	570			
11	Rank patti	3476	1817	1659	534	99	68	
12	Hashpur Kathpulla	3218	1614	1604	470	65	178	
13	Bagh Chaura	3868	1991	1877	598	140	282	
14	Suga Nikas	2610	1371	1239	423	74	181	
15	paodeshwar	3617	1914	1703	573	175	186	
16	Mahuya	3555	1855	1700	543			
17	Man Singh patti	2668	1369	1300	426	69	52	
18	Anclu patti	2366	1220	1146	398	124	59	
19	Suga Madhu kashi	3386	1791	1595	550	111	200	
20	Ramdaiya	4122 (432)	2336	1986	754	161	111	
21	Mithileshwar Nikas	4095	1952	2143	611	73	179	
22	Tara pati Sirsiya	5488	2782	2706	848	103	200	
23	Kagara Ramab	3697	1947	1750	624	131	204	
24	Sakhuba Mahendra Nagar	6744	3511	3233	1234	225	366	
25	Saphi	5052	2617	2435	885	213	160	
26	Mithileshwar Mahubahi	2610	1332	1278	405	32	87	
27	Bhutahi paterba	3155	1749	1513	555	45	121	
28	Gopalpur	3436	1743	1693	556	96	85	
29	Baniniya	3782	1940	1842	598	137	61	
30	Kachhuri Thura	4014	2099	1915	672			

H.M.G.

Ministry of Health

Nepal FP/M.C.H. project District office

S.No.	Name of panchayat	Total population	Male	Fee.	Total population House No.	Stock Tobacco	Eligible Co.	Remark
31	Digamber pur	5724	2962	2762	1009			
32	Hari har pur	4960	2554	2406	882	40	307	
33	Naketta Tish	4758	2472	2246	734	98	330	
34	Uma prem pur	8120	4222	3898	1411	189	408	
35	Dhalkabar	5913	3152	2761	980	—	—	
36	Bhuichakarpur	692	370	322	115	63	179	
37	Bateshwar	4523	2323	2200	770	96	204	
38	Laxmi Nibas	4000	2064	1936	667	96	95	
39	Barga daber	6267	3194	3073	1103	160	144	
40	Tulshi	3203	1611	1592	539	138	376	
41	pushpal pur	1804	919	885	315	69	48	
42	Shanti pur	2774	1433	1341	521	89	136	
43	Dhanusha Dham	6496	3131	3265	1159	102	202	
44	Dhanusha Gobind pur	3678	1917	1661	614	142	289	
45	Yagya Bhumi	9239	4820	4419	1629	334	168	
46	Raghunathpur	8175	4240	3941	1470	261	403	
47	Tallo Goclar	6146	3240	2906	1169	131	148	
48	Bhagatpur	9005	4642	4563	1665	131	148	
49	Pataswa	2448	1260	1188	393	75	187	
50	Barmajhiya	3667	1967	1700	707	78	100	
51	Lab toli	1927	1017	910	849	86	307	
52	Sabaila	5957	3065	2892	952	145	193	
53	Makhanaha	4663	2425	2238	768	194	215	
54	Sato khar	4219	2182	2137	682	236	102	
55	Kharihani	6211	3245	2966	999	108	541	
56	Gadu koha	3728	1975	1753	695	89	132	
57	pachhkarba	2299	1199	1080	421			
58	Jhatiyahi	3902	2024	1878	639	88	190	
59	Bala bakhar	4695	2414	2022	787	175	108	
60	Lauiya khar par Shaha	2793	1437	1356	488	80	110	
61	Thila Gabdi	2566	1265	1301	406	89	132	
62	Manu patti	2564	1406	1161	466			
63	Har bara	2608	1331	1277	471			
64	Chora kail pur	3209	1695	1514	615	66	41	

H.M.G / NEPAL
Ministry of ~~Nation~~ Health
pal FP / M.C.H. project District office.

	Vichyat	House No. Total pop.	Male	Fee.	Total population Household	Steri to be done	Eligible Cu	Remarks.
	Goth Kailpur	2588	1364	1224	497	61	75	
66	Gnarba	2517	1335	1182	450	38	115	
67	Patnuka	2170	1127	1043	374	30	178	
68	Lakes	3147	1685	1462	474			
69	Harine	3813	2048	1765	556	66	555	
70	Singlyahi Nashan	6342	3326	3016	1007	73	140	
71	Bisher bhesa	3342	1708	1634	539	164	445	
72	Dubes Kota Hathlatba	4695	2396	2299	727	114	107	
73	Balha Goth	2612	1367	1245	363	26	146	
74	Machhi Thithahi ya	6057	3165	2892	1121			
75	Khajuri Chamka	4412	2308	2117	759	95	205	
76	Mahuya Pr. Ka	3079	1568	1511	520	145	139	
77	Saghara	2589	1395	1194	429			
78	Thathi Jhigha	4502	2407	2295	756	75	160	
79	Ek Rahi	3152	1655	1497	506			
80	Bal ha Kathal	2567	1319	1248	435	56	107	
81	Baphai	1966	1009	957	345	69	89	
82	Chakkar	3863	2003	1860	645	121	134	
83	Sonigama	4328	2225	2103	299	135	174	
84	Gidhaha	3635	1844	1791	624	68	161	
85	Dhabauli	4826	2492	2334	769	145	193	
86	Aurhi	3684	1893	1791	606	102	74	
87	Parbaha	3103	1618	1485	424	79	111	
88	Lakhauri	2360	1188	1172	349	85	100	
89	Dhanaugi Kateiya	4620	2512	2308	707	79	196	
90	Thathi Kateiya	2643	1366	1276	397	71	154	
91	Gharba	2629	1379	1243	384	75	125	
92	Duhabi	4890	2565	2325	762	139	250	
93	Depusa Rupi tha	4839	2536	2303	753	231	164	
94	Ghorghash	4173	2164	2019	542	190	153	
95	Bahu Abba	3268	1678	1590	435	143	87	

H.M.G / NEPAL

Ministry of ~~Nalth~~ Health

Nepal FP / M.C.H. project District office.

S.No.	Name of panchyat	House No.	Male	Fem	Total population House No.	Steri to be done	Eligible Cu	Remarks.
96	Devdiha	7947	4216	3931	1040	137	108	
97	Lagma	3004	1615	1389	405	94	75	
98	Nagraia	3809	2061	1748	479	139	202	
99	Bahera balla	3943	2030	1913	668			
100	Mukhiya patti	3805	1975	1830	545	167	182	
101	Tulshiyahi Gaboli	3935	2021	1914	567	107	172	
102	Tulshiyahi Nikas	3073	1632	1441	488	119	207	
103	Fulgama	5956	3038	2918	1006	309	213	

Tahal panchayat :- 103

House Count :- 72852

Tahal population :- 4,44,341

Male Count :- 230571, Fem Male Count :- 213770

（出所） FPO, Dhanusha により作成

काठमाडौं जिल्लाको पंचायतहरूको नामावली र जन संख्याको तथ्यांक समेत

सि नं	पंचायतको नाम	जन संख्या
१	नलिना नगर पंचायत BANBAN	११५४० (11540)
२	भुम्लुटार BHUMLUTAR	१७५४ (1754)
३	नाल्दुम NALDUM	३०७७ (3077)
४	देउपुर (दाङ्खा) DEVPUR	१७१० (1710)
५	नयागाउँ देउपुर NAYAGAON	१७११ (1711)
६	महादेवस्थान MAHADEVSTHAN	४०८४ (4084)
७	अनेकोट ANEKOT	१५०० (1500)
८	टुकुचा नाउ TUKUCHA	३०२२ (3022)
९	गैरी बिसौना देउपुर GAIRI BISAUNI	२८८१ (2881)
१०	रामोपि RAMOPI	४३७७ (4377)
११	उजाण्डी नाउ UJALA	३२०० (3200)
१२	सांगा SANGA	२९४४ (2944)
१३	जनागाउँ JANAGAON	२९१४ (2914)
१४	श्रीखण्डपुर SHREEKHANDAPUR	१७०० (1700)
१५	बज्रयोगिनि (BAJRAYOGINI	१८०० (1800)
१६	धुलिखेल DHULIKHEL	२९५७ (2957)
१७	महेन्द्रज्योति MAHENDRA JYOTI	४५३७ (4537)
१८	काभ्रे नित्य कण्डेल्ली KAVRE NITYA	१४४४ (1444)
१९	पाटलेखेत PATLEKHET	१५०० (1500)
२०	देवीटार DEVITAR	२८८१ (2881)
२१	सुब्बागाउँ SUBBAGAON	२२६७ (2267)
२२	टोखाल TOKHAL	२३०० (2300)
२३	रुपाले RUPALEY	४४२० (4420)
२४	लुचिबेली LUCHI BELI	६८१५ (6815)
२५	भुम्लिडाँडा (बाह्रबिसे बजागी) BHUMLIDANDA	३२५९ (3259)
२६	[illegible] ([illegible]) [illegible]	३५२१ (3521)
२७	मापी MAPI	२८०० (2800)
२८	[illegible]	३८६८ (3868)
२९	भुम्लिका BHUMLIKA	३८२० (3820)
३०	[illegible]	२८०० (2800)
३१	चायासी ठोकर [illegible]	३०२८ (3028)
३२	गोकुले (GOKULEY)	३४२२ (3422)
३३	[illegible]	३४६२ [illegible]
३४	[illegible]	४६६८ [illegible]
३५	[illegible]	

सि नं	पंचायत को नाम	जन संख्या
३५	बनखु BANAKHU	३९३३ (3933)
३६	बुढाखानी BUDHA KHANI	२३३९ (2339)
३७	मंगलटार MANGALTAR	२२२४ (2224)
३८	वाल्टीङ WALTING	२२२४ (2224)
३९	मेचीहे MECHIHEY	४७१३ (4713)
४०	भिमखोरी BHIMKHORI	४४४१ (4441)
४१	सिपाली चिउराउने SIPALI	१८११ (1811)
४२	महादेवटार पांगु MAHDEVTAR PANGU	८०० (800)
४३	चापाखोरी CHAPAKHORI	४६८६ (4686)
४४	सापीङ SAPING	४०९६ (4096)
४५	खरेपांगु KHARE PANGU	४१३१ (4131)
४६	सल्ले मुजाबारी SALLEY MUCARI BARI	२१२७ (2127)
४७	गोठिपानी GOTHIPANI	२७०० (2700)
४८	मादन कुडारी MADAN KUDARI	३८७५ (3875)
४९	कातिके देउराली KATTEKE DEURALI	२६८१ (2681)
५०	बिर्ता देउराली BIRTA DEURALI	२७०० (2700)
५१	चौरी पोखरी CHAURI POKHARI	४३०४ (4304)
५२	घुसेनी सिबालया GHUSENI SIBALAYA	४९०६ (4906)
५३	नाग्रे गगर्चे NANGRE GAGARCHE	१५९३ (1593
५४	माझीफेदा MAJHI PHEDA	१५०० (1500)
५५	बेखसिमले BEKHSIMALE	१०९३ (1093)
५६	वाङथाली WANGTHALI	१००० (1000)
५७	चौबास CHAUBASH	५०११ (5011)
५८	साठीघर SATHIGHAR	२६६९ (2669)
५९	होक्से बजार HOKSE BAZAR	२६०० (2600)
६०	खरेथोक KHARETHOK	५०४५ (5045)
६१	कोशीदेखा KOSHI DEKHA	५१४६ (5146)
६२	पांचखाल PANCHKHAL	५६९९ (5699)
६३	देउभुमि बालुवा DEUBHUMI BALUWA	७१७९ (7179)
६४	चामराङबेसी CHAMRANG BESI	१७०६ (1706)
६५	मलचे MALCHE	२३०० (2300)
६६	साल्मे चाकर SALME CHAKAR	२३५२ (2352)
६७	साल्धारा SALDHARA	२३२३ (2323)
६८	धालाइटार DHALAIKTAR	३०२२ (3022)
६९	ताल्धुंगा TALDHUNGA	२४३८ (2438)
७०	[illegible]	

सि नं	पैदाकाली नाम	जन संख्या
७०.	डांडागाउं (PANDAGAUN)	२५०० (2500)
७१	खोपासी (KHOPPSI)	२३३६ (2336)
७२	बल्थली (BALTHALI)	२२०० (2200)
७३	सुनथान गाडा (SUNTHAN)	५३२१ (5321)
७४	संखुपाटीचौर (SANKHUPATI)	२३६७ (2367)
७५	सरदा बेतासे (SARADA BATASE)	२२०० (2200)
७६	श्यामपाटी (SHYAMDATI)	२३४१ (2341)
७७	पुरानी गाउं दाप्चा (PURANO GAUN DAPCHA)	२२०० (2200)
७८	फुल्बारी (PHULBARI)	४२१९ (4219)
७९	दाप्चा छत्रेबांझ (DAPCHACHHATREBANJH)	२२२२ (2222)
८०	डराउने पोखरी (DARAUNE POKHRI)	२२२२ (2222)
८१	खनाथोक (KHANALTHOK)	४५७६ (4576)
८२	सिखरअम्बोटे (SIKHRAMBOTE)	५२९८ (5298)
८३	सिसाखानी (SISAKHANI)	३५४७ (3547)
८४	कन्तुजेसी (KANTUJEY)	२७९८ (2798)
८५	कानपुर राजधानी (KANPURI)	२७९९ (2799)
८६	पोखरी नाराय्यानस्थान (POKHRI NARAYANSTHAN)	२६८७ (2687)
८७	सरमथली (SARAMTHALI)	२६०० (2600)
८८	मेथीनकोट (METHINKOT)	२७९० (2790)
८९	सरसुखर्क (SARSUKHARKA)	४२४५ (4245)
९०	ठुलो पर्शेल (THULO PARSHEL)	२२०० (2200)
९१	जैसीथोक (JAISITHOK)	२३८८ (2388)
९२	चण्डेनी भञ्ज्याङ (CHANDENI)	२२७० (2270)
९३	ज्यामदी भञ्ज्याङ (JYAMDI)	२६९३ (2693)
९४	दौलाघाट (DAULAGHAT)	२७९० (2790)
९५	कोलाती भुन्टु (KOLATI)	२७५५ (2755)
९६	फिलाटे भुन्टु (PHILATE)	२७५६ (2756)
९७	खर्कापोखरी (KHARKAPOKHRI)	३६११ (3611)
	जम्मा :-	३०७२७३ (८३८ को जन गणना अनुसार)

307273

(出所) FPO, Dhulikhel により作成

付表3　Family Planning Health Worker およびFamily Planning Clinic数（郡別）

	name of district	population	no.of FPHW	no.of clinic	1 FPHW, 1clinic当り人口	
					FPHW	clinic
1	Ilam	178,356	43	6	4,148	29,726
2	Jhapa	479,743	168	5	2,856	95,949
3	Okhaldhunga	137,840	43	6	3,201	34,410
4	Khotang	212,571	56	4	3,796	53,143
5	Solukhumbu	88,245	4	—	22,061	—
6	Taplejung	120,780	36	4	3,355	30,195
7	Sankhuwasebha	128,414	30	6	4,314	21,569
8	Dhankuta	129,781	20	5	6,489	25,956
9	Morang	534,692	201	8	2,660	66,837
10	Bhojpur	192,689	56	7	3,441	27,527
11	Kavre Palanchok	307,150	68	5	4,515	61,430
12	Sindhupalchok	232,326	28	4	8,297	58,082
13	Mahottari	361,052	140	4	2,579	90,263
14	Dalkha	150,576	28	4	5,378	37,644
15	Ramechhap	161,445	45	4	3,588	40,361
16	Dhanusha	432,568	164	6	2,638	72,095
17	Sindhuli	183,705	46	8	3,994	22,963
18	Lalitpur	184,341	24	4	7,681	46,085
19	Bhaktapur	159,767	29	4	5,509	39,942
20	Kathmandu	422,237	20	13	21,112	32,480
21	Parbat	128,400	35	5	3,669	25,680
22	Baglung	215,228	39	5	5,519	43,046
23	Myagdi	86,804	21	5	4,614	19,381
24	Bhairahawa	?	131	5	—	—
25	Gulmi	238,113	65	8	3,663	29,764
26	Palpa	214,442	29	3	7,395	71,481
27	Papalbusta	?	93	6	—	—
28	Arghakhanchi	157,304	29	4	5,424	39,326
29	Lamjung	152,722	37	8	4,128	19,090

	name of district	population	no.of FPHW	no.of clinic	1FPHW, 1clinic当り人口	
					FPHW	clinic
30	Manang	7,021	9	4	780	1,755
31	Syangja	271,824	58	8	4,687	33,978
32	Gorkha	231,294	65	8	3,558	28,912
33	Dailekh	166,527	36	4	4,626	41,632
34	Jajarkot	99,312	20	3	4,966	33,104
35	Rukum	132,432	30	4	4,414	33,108
36	Deokhuri	266,393	88	6	3,027	44,399
37	Rolpa	168,166	44	6	3,822	28,028
38	Salyan	152,063	22	5	7,367	30,413
39	Pyuthan	157,669	24	4	6,570	39,417
40	Jumla	68,797	32	4	2,150	17,199
41	Kalikot	87,638	27	2	3,246	43,819
42	Mugu	43,705	22	4	1,987	10,926
43	Humla	20,303	24	2	846	10,152
44	Achham	185,212	53	7	3,492	26,459
45	Bajhang	124,010	37	5	3,352	24,802
46	Doti	153,135	29	7	5,281	21,876
47	Bajura	74,649	11	1	6,786	74,649
48	Mahandranagar	?	49	3	—	—
49	Dadeldhura	86,853	18	2	4,825	43,427
50	Terhathum	92,545	7	5	13,221	18,509

出所）ＦＰ／ＭＣＨ　Ｐｒｏｊｅｃｔ　により作成、
　　人口：１９８１年センサス
注）？は、１９８１年センサスに郡名がないもの。