

ネパール人口家族計画プロジェクト 事前調査団報告書

1985年6月

国際協力事業団
医療協力部

医 業
JR
85-30

ネパール人口家族計画プロジェクト 事前調査団報告書

JICA LIBRARY



1060621C8J

1985年6月

国際協力事業団
医療協力部

医 業

JR

85—30

国際協力事業団	
受入 月日 '85. 9. 20	116
	98.2
登録No. 11954	MCS

はじめに

ネパールでは過去5次にわたる開発計画を実施してきたが国内生産の向上には顕著な進展はみられず、いずれも初期の目標は達成できずに終わっている。第4次計画では、国内総生産（GDP）にみる経済成長率の初期目標、年平均4%に対し、実質成長率は、2.2%に終り、第3次、第5次計画でも、ほぼ同様の結果となっている。第6次計画では、成長目標を年平均4.3%としたが、目標達成は到底困難と予想される。一方、人口増加率は1971～1981年の間、2.6%にのぼり、社会経済発展にとって阻害要因であるとの観点から、人口家族計画を重要な国の施策として位置づけている。こうした背景の下、1985年3月1日から3月12日まで、人口家族計画分野における協力の基本計画を協議するため事前調査団を派遣した。

本報告書はその調査内容を取りまとめたもので、今後の事業方針決定のための資料となるものである。

今回の調査にあたり、ご協力を賜った調査団各位ならびに関係機関各位に、深甚なる謝意を表する次第である。

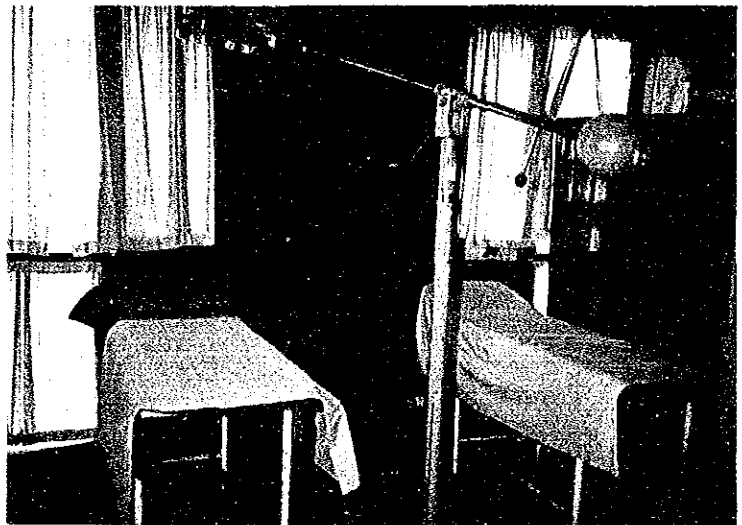
1985年6月

国際協力事業団
理事 末永昌介

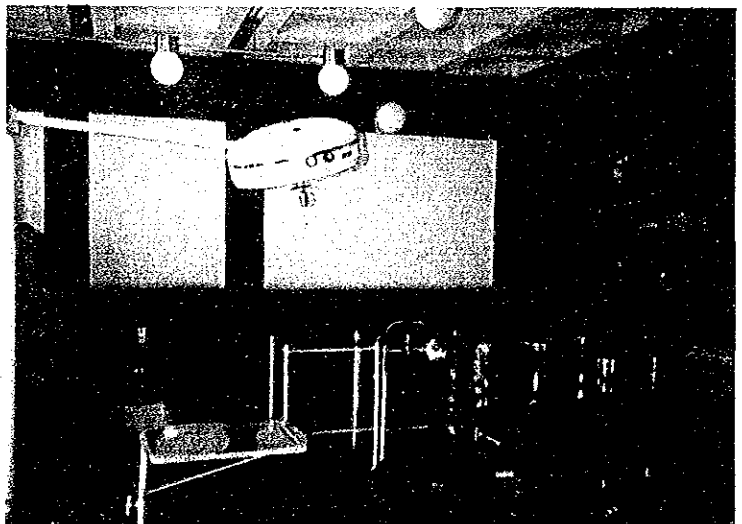
カトマンズ北方
ヒマラヤ山脈を稜上から望
望む。
(中央雲のかかっている三
角形の黒い山頂がMt. エベ
レスト)



FP/MCHプロジェクト
本部
診療室
(清潔で比較的整備されて
いる。)



同 上





FP/MCH普及員が携行する。

薬品セット

(ブリキの箱にベルトを付けショルダーバッグの様に使う。)



同 上



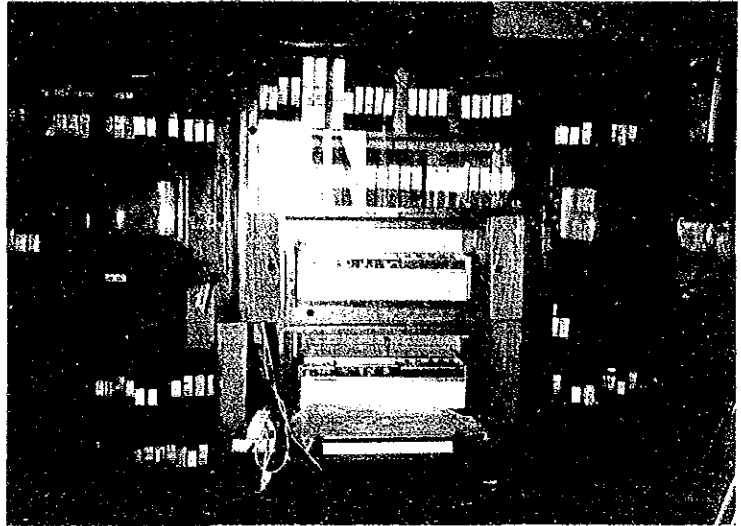
FP/MCHで通常行っている滅菌

FP/MCHプロジェクト

本部

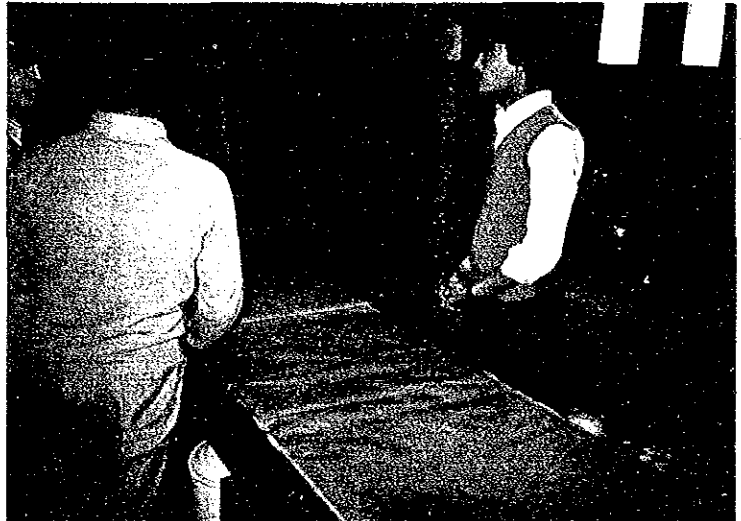
視聴覚機器

(機種、量とも余り整備されてない)

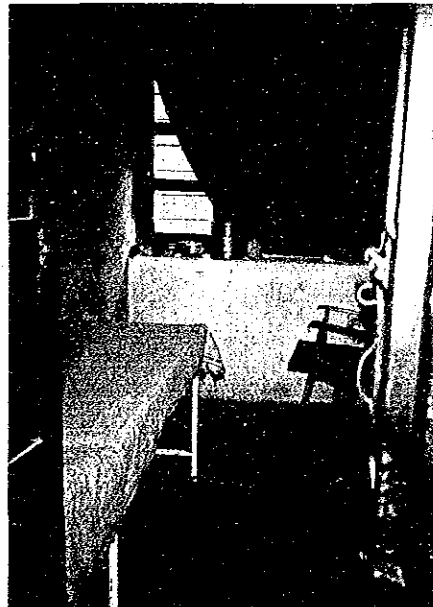


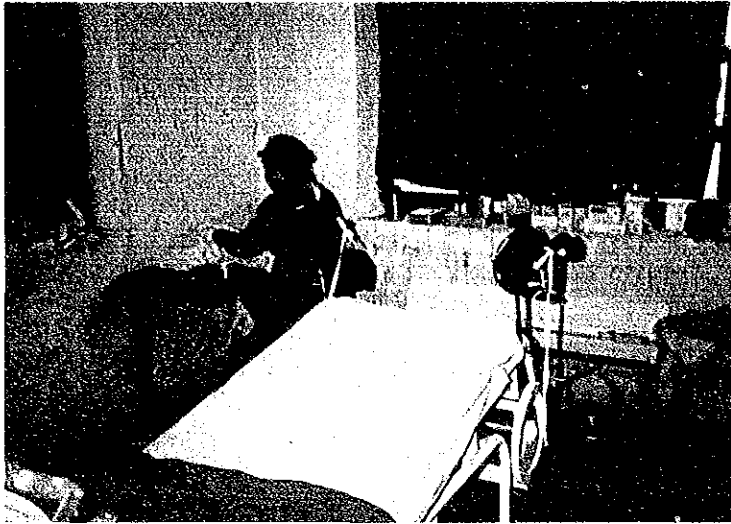
デウリケルFP地区事務所
診療室

(事務机を2つ並べて、その上にマットを敷いただけの極めて貧弱なベッドを使用している。)



デウリケルヘルスセンター
不妊手術前の予備検診のためのベット

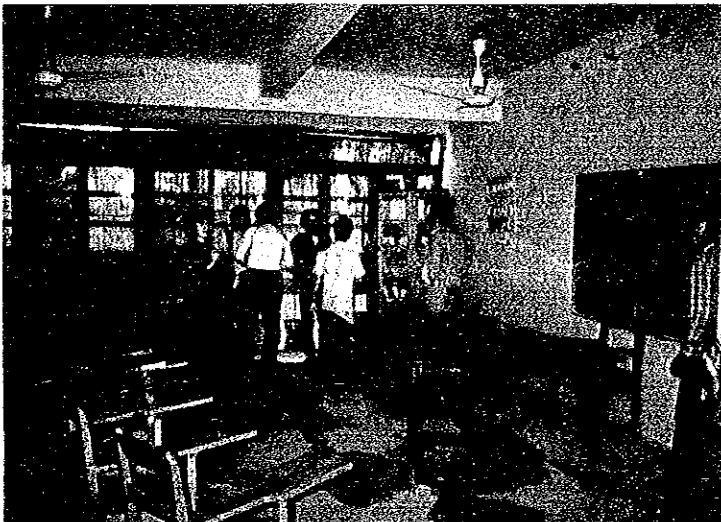




デウリケヘルスセンター
不妊手術室



カトマンズよりジャナカプ
ールへの道路
(舗装されているが、山岳
地帯を抜けていく。)



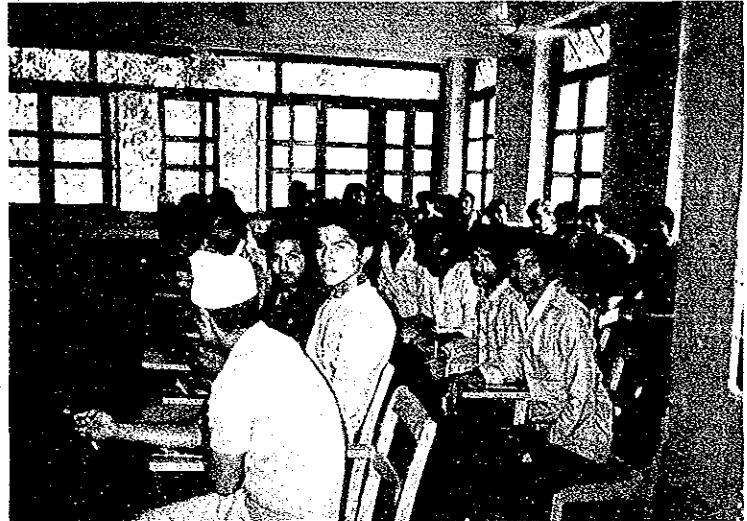
中央州訓練センター講義室
(簡単なIUD.等の訓練のた
めの模型が置かれている。)

中央州訓練センター
訓練生宿舎

(訓練生は寝具持参で参加
しなければならない。)



中央州訓練センター
講義を受講する訓練生。

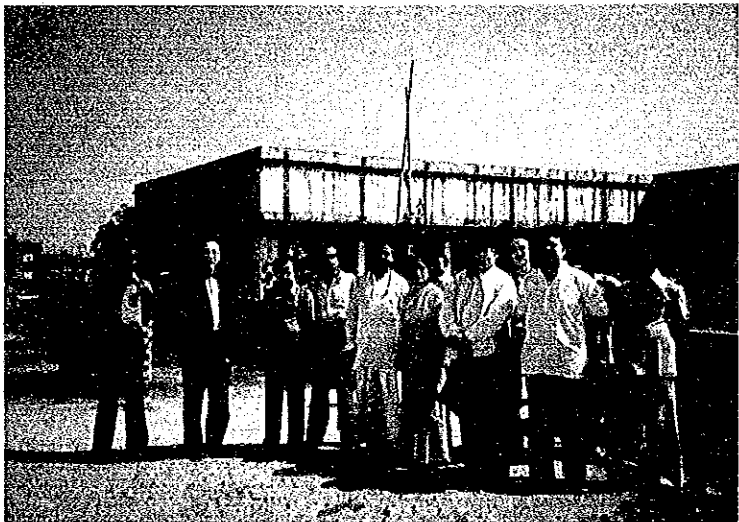


中央州訓練センター
昼食を提供され、ネパール・
ローカルフードをエンジョ
イする。





中央州訓練センター
指導員と共に講義室の前で
撮影。



ジャナカプール病院
ネパール人医師と共に。



ダヌーシャFP地区事務所
診療室



ゴダガスヘルスポット

No.	Name	Age	Sex
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

Summary of Training

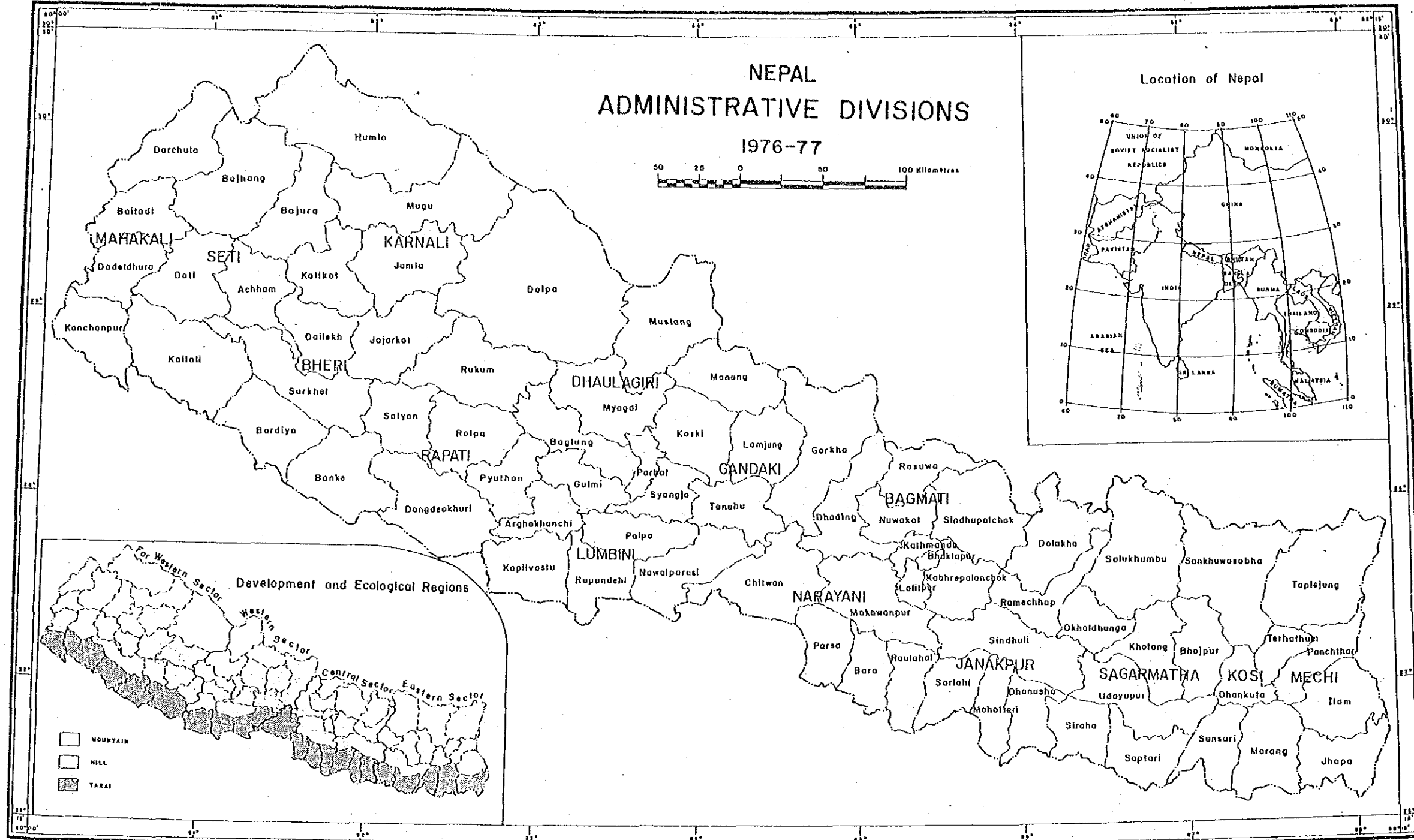
...

中央州訓練センター
ICHDP訓練コースの表



ゴダガスヘルスポット
建物横に位置するポンプ井
戸

MAP. 1.



目 次

I. 調査団派遣の経緯	1
II. 調査事項	2
III. 調査団の構成	3
IV. 調査日程	4
V. 主な面会者リスト	6
VI. 調査結果	9
VII. 資 料	57

I. 調査団派遣の経緯

従来より要望のあった人口家族計画分野における協力について、83年度、協力の必要性及び可能性について調査するため、プロジェクト・ファイディング調査団（1984年1月31日より同年2月17日まで、スリランカ国と併わせ実施）を派遣した。

その結果、ネパール側の本分野における優先度、緊急度も高く（第6次国家開発5カ年計画において人口増加率の抑制を7大目的の1つとして位置づけている。）、協力の必要性も高いことから、今回事前調査団を派遣して、より詳細な調査及び協力の基本計画案について協議を実施することとした。

Ⅱ. 調査事項

1. 要請内容の調査

- 1) 要請内容の把握
- 2) 協力目標及び範囲 ※¹

2. ネパール側実施体制

- 1) 予算措置
- 2) カウンターパートの配置
- 3) 体制一般 ※²

注 ※¹・ 無償資金協力で建設されたヘルスポストの活用並びに現在協力中の西部地域公衆衛生対策プロジェクトとの連携等の可能性についての調査も実施する。

- ・ 従来、人口・家族計画プロジェクトの評価は極めて困難な面があったので、評価が容易となるようなプロジェクト協力の可能性を調査する。

※²・ 国際援助機関との協調を考慮して調査する。

Ⅲ. 調査団の構成

PRELIMINARY SURVEY TEAM ON POPULATION / FAMILY PLANNING IN NEPAL

MEMBERS

MARCH, 1985

平山 宗宏 (Dr. Munehiro HIRAYAMA)	総括 HEAD	東京大学医学部保健学科教授 Professor, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Tokyo
佐藤 孝道 (Dr. Kodo SATO)	産婦人科 GYNECOLOGY & OBSTETRICS	東京大学医学部付属病院産婦人科医局長 Director, Dept. of Gynecology & Obstetrics, Faculty of Medicine, University of Tokyo
大橋 光洋 (Mr. Koyo OHASI)	人口家族計画 POPULATION / FAMILY PLANNING	家族計画国際協力財団プロジェクト二課 Project Development Division II, Japanese Organization For International Cooperation in Family Planning Inc.
馬場 新子 (Ms. Shinko BAMBA)	地域保健 PUBLIC HEALTH NURSE	元青年海外協力隊員 EX-Japanese Overseas Cooperation Volunteer
後藤 俊男 (Mr. Toshio GOTO)	業務調整 COOPERATION PLANNING	国際協力事業団医療協力部 医療協力特別業務室 Member of Staff Medical Cooperation Department Japan International Cooperation Agency

IV. 調査日程

期 間 1985年3月1日～1985年3月12日

月 日	曜日	時間	行 程
3 1	金	17:50	東京発 TG 741 便 バンコク経由
2	土	12:25	カトマンズ着
		18:00	JICA事務所長主催懇談会
3	日	10:00	JICA事務所にて打合せ
		14:30	保健省, 母子保健・家族計画プロジェクトとの協議
4	月	10:30	保健省, 母子保健・家族計画プロジェクトとの協議
		14:30	在ネパール日本大使表敬
5	火	10:00	保健省, 母子保健課長との協議
		11:00	DHULIKHEL FP DISTRICT 事務所視察
		12:00	DHULIKHEL HEALTH CENTER 視察
		15:00	保健省, 母子保健家族計画プロジェクト及び総合的地域保健向上計画との合同協議
		17:00	相馬専門家(産婦人科, 母子病院勤務)から事情聴取
6	水		(祝日) 資料収集及び整理, 調査団内打合せ
		19:30	青年海外協力隊員(医療関係)との懇談会
7	木	10:30	保健省事務次官表敬
		11:00	NALA パンチャット及びNALA ヘルスポスト視察
		14:00	保健省, 母子保健家族計画プロジェクトとの協議
		17:00	世界銀行人口・家族計画ミッションと協議
8	金	7:00	カトマンズ発 (陸路, 車にて移動)
		13:30	パタライヤ着 中央州 家族計画訓練センター視察
		15:30	パトレイヤ発
		17:30	ジャナカプール着
		19:00	DHANUSA FP DISTRICT 事務所にて協議
9	土	7:00	DHANUSA FP DISTRICT 事務所視察
		8:00	GHODAGHAS ヘルスポスト視察
		9:30	JANAKPUR 病院視察
		11:00	パタライヤ発
		18:00	カトマンズ着
10	日	10:00	WORLD INTERNATIONAL FOUNDATION 視察
		11:00	トリバン大学医学部長表敬

月 日	曜日	時間	行 程
		11:30	トリブバン大学教育病院視察
		12:00	カンティ小児病院視察
		12:30	FPANとの協議
		14:30	保健大臣表敬
		15:00	保健省内合同協議
		19:30	ネパール保健省主催、世界銀行ミッションとの合同懇親会
11	月	13:25	カトマンズ発 TG 312 便 バンコク経由
12	火	18:00	東京着

V. 主な面会者リスト

1. 保健省 (MINISTRY OF HEALTH)

1) 保健大臣 Dr. NARAYAN DUTTA BHATT

事務次官 Ms. CHANDRA KALA KILAN

2) 家族計画/母子保健プロジェクト (FP/MCH PROJECT)

局長 Dr. T. B. KHATRI

次長 Dr. K. R. PANDEY

母子保健課長 Dr. M. JOSHI

家族計画オフィサー J. K. SHRESTHA

3) 総合的地域保健向上プロジェクト (INTEGRATED COMMUNITY HEALTH DEVELOPMENT PROJECT)

局長 Dr. H. N. UPRETI

次長 Dr. S. ACHARYA

4) ドゥリケル家族計画地区事務所 (DHULIKEL FP DISTRICT OFFICE)

所長 (F.P.O) Mr. S. KAJI

5) 中央州家族計画訓練センター (FP/MCH PROJECT CENTRAL

REGIONAL TRAINING CENTER, PATHALAIYA)

トレーニングオフィサー Mr. S. R. GAUTAW

6) ダヌーシャ家族計画地区事務所 (DHANUSHA FP DISTRICT OFFICE)

所長 Dr. S. B. ADHIKARI

7) マホッタリ家族計画地区事務所 (MAHOTTARI FP DISTRICT OFFICE)

所長 Mr. S. B. VERNA

2. トリブバン大学医学部

医学部長 Dr. ACHARI

3. 家族計画協会 (FAMILY PLANNING ASSOCIATION)

チーフ・エグゼキューティブ Mr. SHANKER SHAH

4. 世界銀行人口家族計画ミッション

団長 Mrs. NYDIA MARAVIGLIA

団員 Mr. HOWARD BARNUM

5. 日本大使館

大使 金子 一 夫

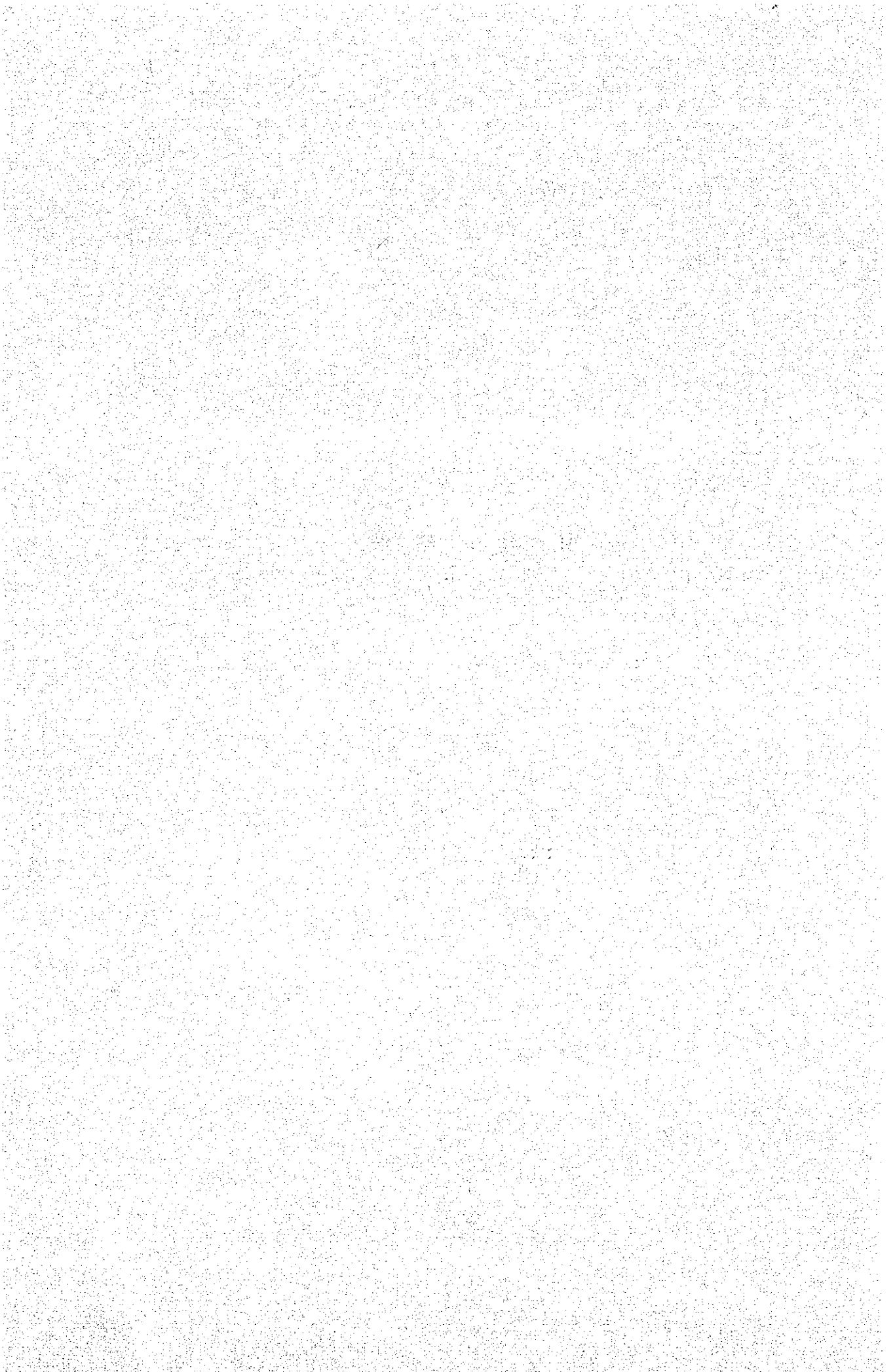
参事官 有 信 宗

二等書記官 森 川 秀 夫

6. JICA カトマンドゥ事務所

- 1) 所 長 星 達 雄
次 長 森 靖 之
所 員 中 川 寛 章
- 2) 派遣専門家
産婦人科 相 馬 広 明
- 3) 青年海外協力隊員
裁縫, 生花 渡 部 とよ子
栄養士 仲 山 順 子
理学療法士 阪 口 和 則
看護婦 佐 藤 仙
看護婦 朝 川 恵 子
看護婦 清 水 尚 美

VI. 調查結果



総 括

平 山 宗 宏

1. はじめに
2. ネパール側の行政的受入体制と日本側の基本的考え方についてのネパール側の理解
3. モデル候補地区の設定と視察結果について
4. Training Center について
5. National Center についての要望
6. 関連する情報について
7. ま と め

1. はじめに

今回のネパールにおける人口・家族計画に関する協力事業の事前調査団 Preliminary Survey Team on Population / Family Planning in Nepal は、1984年2月に派遣され、すでに報告書の提出されている事業団 Project Finding Team の結果を受けて、1986年度以降に開始される見込のある医療協力事業の方針と内容について協議する目的で派遣された。

本調査団は、産婦人科分野（佐藤孝道）、人口家族計画（大橋光洋）、地域保健（馬場新子）、業務調整（後藤俊男）および総括（平山宗宏）の五名の専門家よりなり、1985年3月1日より12日まで（ネパール滞在は3月2日より11日まで）の間、ネパール政府保健省家族計画・母子保健プロジェクト担当官等と協議を重ね、今後の協力事業について共通の理解と一応の成案を得ることができた。以下にその概要を報告する。

2. ネパール側の行政的受入体制と日本側の基本的考え方についてのネパール側の理解

ネパール側はこれまでの国外援助による家族計画事業に関連して、また国内の諸事情にもとずいて、家族計画に関する行政的およびサービス面の事業は、保健省内の「家族計画・母子保健プロジェクト」（以下 FP / MCH Project）担当部と「地域保健サービス総合開発計画プロジェクト」（以下 ICHSDP Project）担当部が、全国75県を52県と23県に分けて受持っている。またこの政府の行政機構とは別に、民間団体としてネパール家族計画協会（以下 NFPA）があって、政府に協力した形で事業を行っている。NFPAは民間団体ではあるが、王女のお一人を総裁にいただき、役員には政府高官が加わっていて実行力もある。日本からこれまで民間レベルで協力していた家族計画国際協力財団（以下 JOICFP）はNFPAをパートナーとしてモデル地区での試

行を実施してきている。

ネパールにおける民間団体NFPAと保健省との関係が深いだけに、今後の日本・ネパール両国政府の協力事業にも、NFPAからの要望も提出されていたが、ネパール国内での政府・民間の協力は自由としても、JICAの協力相手はあくまでもネパール政府機関でなければならないので、本調査団はまずこの点について確認を求め了解を得た。その結果本調査団の交渉の相手は保健省であり、その担当はFP/MCH Project 担当部（カトリ部長、ジョシ課長）であった。この点は、保健大臣、および同次官との会談においても確認されている。

日本側にとって当初理解が困難であったのは、保健省内の行政機構であり、ラインとしての行政部課のほかいくつかのProject 制が敷かれている点であった。家族計画と母子保健に関係のあるのは、前述のFP/MCH Project, ICHSDP Project および予防接種担当の「予防接種推進プロジェクト」(EPI Project) であるが、FP/MCH と ICHSDP とは県を分けて分担しており、末端に至るまでの組織がやや異なっている。EPI Project はこの両Project 対象地区に一部重複して入っているが、全県をカバーしているわけではない。EPI はWHOの指導の下で種痘計画のあとを継ぐものとして改称された組織のようで、このProject のない地域は予防接種が行われていない形になっている。FP/MCH と ICHSDP の両Project の構成は表1 のようである。なおこうした複雑なProject 方式は、将来全県が同じレベルに向上してきた暁には、日本などと同様に整理された部課制度に編成される予定とのことである(表2)。今回の保健省との打合せ相手はFP/MCH Project, それもMCH が中心であったが、ICHSDP の担当者も同席していた。

表1 FP/MCH, ICHSDP 両Project の構成

国全体の構成	ICHSDP	FP/MCH
ネパール国	5つのRegion に散在する23の	5つのRegion にある52の
	District を受持つ。この中	District を受持つ。そのすべ
Region 5	FPの仕事は23,	てでFPの仕事をしているので、
	EPIは 20	ネパール全県で両Projectのい
Zone 14	マラリアは 10	ずれかがFP事業を行っている
	結核は 10	ことになる。
District 75	などの県で実施。	Health Postの駐在公務員は左
	傘下のHealth Postは342でそ	に同じだが、末端の要員は
Panchayat 4000	こにはHealth Assistant,	Panchayat Based Health
	Assistant Health Worker,	Workerと呼ばれ、有給である。
Ward 4000×9	Assistant Nurse Midwife,	Training Centerは5つの
(1つのPanchayatが9つ	Village Health Worker(以上	Regionのうち3か所にある。
のWardに分れる)	公務員)がいる。村落にはボラ	

国全体の構成	ICHSDP	FP/MCH
District ごとに9～10か所の Health Postあり。全国で744か所	ンティアの Community Health Leader (無給) がおり50～60家庭を受持つ。 Training Centerは5つの Region のうち4か所にある。	

表2 将来のネパール保健省の構成

現在の Project 方式は解消され、日本などと同様の部課制の中央組織と、地方組織に整理される。
中央の保健省の中の部課としては、
FP/MCH, Primary Health Care, Leprosy, EPI, Malaria,
など仕事別に Division をおく。
地方は、Eastern, Central, Mid-western, Western,
Farwestern の 5 Region のそれぞれに保健局をおき、病院、
Health Postなどを統括する。

以上のようにネパール側の体制が複雑であり、JICAの協力方式について誤解のあるおそれも当初は心配されたので、われわれははじめに以下の点を確認し、また示唆した。

- ① JICAによる二者協力は政府対政府でなければならない。実行上ネパールの民間団体が協力するというのであれば、それはネパールの国内問題であるので差支えはない。
- ② JICAの協力方式には技術協力と無償による建設とがあるが、今回のプロジェクトではまず技術協力で開始し、その効果を判定した上で建物の必要性を検討するのが順序であろう。
- ③ 協力の具体的方法としては、2～3か所のモデル地区を設定し、そこで効果的な戦略や方式を検討するのは如何か。
- ④ 家族計画の意義と方法を住民に理解してもらうための動機づけ、ないし入り方としては、予防接種等による伝染病予防、寄生虫予防、健康教育などいくつかの方式があるので、モデル地区でそれらのいずれかをえらんで実行し、評価して有効な方法を策定しては如何か。
- ⑤ 避妊の方法のえらび方、優先順位はネパール側で考えるべき問題だが、JICAとしては手術による永久避妊法を積極的に援助することは好まない。

以上についてネパール側はよく理解した上で、われわれの滞在中の視察計画を立て、さらにその後で討議することになった。

3. モデル候補地区の設定と視察結果について

モデル地区の場所、広さ、人口規模等については、調査団内部でも十分討議し、ネパール側とも話合ったところであるが、次のごとき諸点を考慮して検討を加えた。

① 出生、死亡等の基本的人口動態を把握する必要がある、そのためには疫学的調査チームを編成して戸別訪問をくりかえす方式によらざるをえないので、モデル地区の中にさらにパイロット地区を設定する。人口規模は数千程度。

② パイロット地区を含む人口規模2～3万の地区に重点的な母子保健向上をはかるサービスを行ない、さらに家族計画の理解と実行へすすめる指導をする。このためにはこの地区の中に Health Postがあることが必要であり、その充実を通じて地域保健サービスをはかる。

③ パイロット地区を含むモデル地区は1つの県とし、その県内の Health Post は一定のレベルまで薬品・器材を充実する。またその県の医療を受持つ病院を援助する。これらは家族計画をすすめる上での基礎となる必要条件である。

④ モデル地区は当面2～3か所とするが、そのうち1つはカトマンズから日本人専門家が車で通える距離にしてほしい。また他はそれと各種条件の異なる地域がよい。かつて JICA の建てた Health Post が利用できる地域があればなお好都合である。

以上の考えられた条件に対しネパール側は同意し、モデル地区として、カトマンズに近い地区はカブレバランチョーク郡、同郡内のパイロット地区としてナラ村を、またタライ地域の中から、ダヌサ県と同県内のゴダガス村を推せんした。調査団はジョン課長の案内で両地区を視察したが、次のように理解することができた。

① カブレバランチョーク郡の District office はカトマンズから自動車で2時間たらずの距離にあり、ナラ村も（今回は小川の橋がこわれていたので交通事情が悪かったが）ほど近く、カトマンズから日帰りで仕事のできる条件である。JOICFP の協力している地区も本県内にある。担当 Officer は若い活動的な人物であり、協力が期待できる。

② ダヌーシャ郡の District Office は病院に隣接し母子保健クリニックも持っている。この地域はカトマンズ周辺と、気候、住民の言葉を含めた生活習慣、農業事情等が大きく異っており、将来計画上モデル地区としてえらぶことに意味がある。パイロット地区候補村は Office から自動車で30分たらずの距離で Health Post も建てられている。なお病院には10名近い医師がいるにもかかわらず、医療設備はきわめて悪く、今後機材供与により当地区の医療能力は格段の向上が期待できる。Office の要員もすぐれているように見うけられた。

③ 調査団としては、かつて JICA が協力して建設した Health Post の利用や、公衆衛生プロジェクト（結核）との関連などについても討議したが、ネパール側の行政事情（主として FP/MCH Project の担当地域との関係）でむつかしい点もあり、今後の検討にゆだねた。

4. Training Center について

FP/MCH Project は5つのRegionのうち3か所に要員研修のための Training Center をもっており、中堅技術者・管理職から末端の要員までに対する定期的な研修プログラムを組んでいる。ネパール側はこれらのセンターに対する援助を求めており、今回はジャナカプールへの往路にパタライヤにある Training Center を視察した。建物はかつてソ連が道路工事事業のために建てたもので、ICHSDP の研修センターと折半して使用していた。それぞれが事務室、教室、宿泊室を持っているが、宿泊施設はとくに劣悪な状況であった。教室にはわずかな教材とビデオ1台がある程度だが研修を受けに集っている者の意欲は高いと見受けられた。教材、とくに視聴覚教材の向上によって教育効果は格段に向上するものと考えられる。

5. National Center についての要望

前述の地域における研修センターの充実についての要望とは別に、カトマンズに中央のセンターを建ててほしい旨の要望がネパール側にあるが、どのような機能のどの程度の建物、機材を希望するのかについては今回は話し合われなかった。これはネパール側が現在世界銀行と計画をつめている段階であり、日本に対する要望を具体的に提出しきれない状況であったためと思われる。カトリ部長の意向では中央におきたい JICA 援助の施設としては「情報・教育センター」を考えているが、当初は技術協力でスタートしたいということであると判断された。

6. 関連する情報について

在ネパールで家族計画・母子保健関係の協力をしている国際機関の訪問調査については前回の事前調査団が実施し報告しているので今回は省略したが、金子大使の示唆があり、Worldview International Foundation を訪問する機会を得た。この機関はビデオを中心とする視聴覚教育資材を用いて途上国の民衆教育を実施している国際的民間機関であるが、保健教育材料を多数製作しており、ネパールにおいても教育用フィルム（ビデオ）を用いた活動を行っている。われわれはその例として、らいの初期診断に関する教育用ビデオを見る機会を得たが、すぐれた作品であった。同機関よりは JICA がネパールに対する事業を開始した際に協力を惜しまないこと、その機会にはビデオ等の電気製品の保守、整備、補修の実施・指導のための専門家を送ってほしい旨の希望が述べられた。

JICA の無償援助による教育病院はすでに完成し活動を開始していた。ネパールの地域病院を見た眼には、別天地の病院とうつつるほど清潔で近代設備を持つこの病院は、この国のこれからの医療を担う医師の教育と、自信を与える重大な役割を果し得ると確信できた。当病院には青年海

外協力隊の若い医療関係者（看護婦，リハビリ関係者）が協力しているが，いずれもネパール人スタッフの信用あつく，指導者として活躍している状況を知ることができた。またこの隊員たちからの情報提供により，ネパール住民たちの保健や家族計画に対する受け取り方，政策の方向等を推察できたのも有益であった。隊員たちの意見でも当国の補償金を与える形式の避妊法推進には批判的であり，多くの問題点が指摘された。なおネパールにおける産婦人科専門医は十数人の由である。小児科は隣接してKanti小児病院があるため教育病院に診療科はないが，小児科学会に属する医師は正会員45，準会員79名とのことであった。

7. ま と め

以上のごとき討議と現地視察の結果にもとづき，調査団はネパール側と別紙のごとき計画案について了解しあつた。今回はネパール側がJICAとの協力事業に不慣れであつたためもあつて，調査団到着後に立案作業を開始したため，滞在中にミニッツの交換をするには至れなかつたが，1986年度に開始される見込みのプロジェクト計画について大筋の合意がみられた。

今後は数か月以内にネパール側がこれらの計画を要望としてとりまとめ，正式ルートを通じて日本政府に要請することにならう。本調査団としては，ネパールの国情と保健・医療事情をよく理解することができたので，これからの協力事業の立案と実行が円滑に進み効果をあげうるものと考えらる。

Nepal-Japan FP/MCH Project

Object:

In order to successful Family Planning, improvement of public health level - decrease of child mortality and morbidity, improvement of sanitary condition and health knowledge etc. - is necessary. The development of MCH level and services in the community including parasite control is the most important and short cut way for this purpose. Gradual but steady improvement FP and MCH services in whole Nepal should be based on level up of Health post and its activity in the community.

To crease the effective strategy for FP/MCH development using limited budget, pilot trials in some areas are useful and necessary. Through investment of required commodities (such as medical materials, transportation, Audio-Visual instruments for health education), MCH level and self-reliance conscieousness must be improved, and also effects of FP must be clarified.

As the success of FP/MCH program depends on effectiveness of the management, it is highly important to increase the ability of health personnels in all levels. Training at regional training centers and district offices must be emphasized

Proposals:

1. 1st step

1) Model Area Plan for FP/MCH development

As the model areas, two or three model districts will be selected, and one pilot site in each district will be nominated. Required commodities are as follows.

A. District level:

- a) Vehicles for supervision activity to District Office
- b) A.V. instruments for FP/MCH education to District Office
- c) Medical equipments to hospital which is covering the district and near by the surgical sterilization clinic
- d) Cold chain management - refrigerators to several subcenters for immunization program in the district
- e) Basic health statistics management - equipments for house to house visit survey in pilot site

Also increase a staff for managements of pilot site should be necessary.

B. Pilot Site level

- a) Drugs and equipments for regular health check
- b) Carrying bags for PBIWs.
- c) Educational materials for training of voluntary health personnels and for health education in the community
- d) Educational materials for school
- e) Equipments for health statistics survey

C. Other healthposts level

- a) Drugs and equipments for regular health check
- b) Carrying bags for PBHws

2) Training Center development plan

Equipments supply to selected Training Center(s)

- a) Vehicles for supervision and training
 - b) A.V. instruments for FP/MCH education
 - c) Equipments for MCH clinic attached to the Center
- - practice of MCH services are necessary for training -

II. 2nd step

1) Model area plan and FP/MCH development plan increase of model area and/or commodities supply to district offices and healthposts in whole Nepal

2) Training Center development plan

Extension to all Training Centers(FP/MCH and ICHSD Project)

佐藤 孝道

- 1 家族計画事業
- 2 母性衛生
- 3 母性衛生からみたFP/MCHプロジェクトの問題点と留意点
- 4 まとめ

1 家族計画事業

ネパール国における人口問題の現状と家族計画（FP）事業への取り組みは第一次調査団（平山団長，1984・1）報告書に詳しく記載されている。その要点は，①ネパールの人口増加率は最近2.6%（1971～81年の平均）であり，このまま推移すれば50年後の人口は7,000万人を越えると推定される（1981年の人口は1,500万人余），②この人口増加が及ぼす深刻な影響を同国政府はよく理解しており，国家人口委員会（National Commission on Population）を頂点に保健省のFP/MCHプロジェクト，IGHSDプロジェクト（Integrated Community Health Services Development Project），あるいは民間の家族計画協会（FPAN）などが積極的な活動を行っている，などである。また，調査団は協力にあたっては，①人口問題への直接的アプローチは避けテーマとしてはFP/MCHが適切であること，②特に母子保健面でのアプローチが重要であること，③永久避妊に関与すべきではないことに留意すべきであると述べている。

今回は，産婦人科医として母性衛生の立場からネパールの家族計画の実情に対して持った印象をまとめてみたい。

ネパールにおける避妊の実施者数の推移は方法別にみると表1のようである。その特徴をまとめると，①家族計画の実施者数の合計は順調に増加している，②特に腹腔鏡による永久避妊手術を受ける者の増加が著しいが，男性不妊手術（Vasectomy），デポ・プロベラ，ピル，コンドームの使用者も着実に増加している，③IUD使用者数については増加傾向がみられない，④最終年度のデータでみるとコンドーム使用者が54.4%で最も多く，ピル21.0%がそれに次ぐが，永久避妊もvasectomyとlaparoscopy（腹腔鏡）を合わせると22.4%に達しピルの使用者数を越えている。各国にはそれぞれの事情があり（例えばわが国でピルは認可されていない），わが国と比較したりあるいは他国と比較することには慎重でなければならないが，腹腔鏡による永久避妊手術の著しい増加と，IUD使用者数の停滞はこの国の家族計画をよく反映していると考えられる。

われわれは，Dhulikhelのヘルスセンター（Kathmandu近郊）で腹腔鏡による永久避妊手術を

表1 家族計画実施者数の推移

	IUD	男性避妊手術	腹腔鏡による不妊手術	デポプロvera	ピル	ピル配布量	コンドーム	コンドーム配布量	計
1966/67	1806	N.A.	—	—	13	13	33	496	1852
67/68	2614	1052	—	—	200	1203	1256	113130	5122
68/69	1183	3292	—	—	1355	8133	1944	173260	7774
69/70	1109	3888	—	—	10263	36329	14480	227636	29740
70/71	711	4441	—	—	10496	62865	18785	327098	34433
71/72	1162	3900	—	—	15868	86831	22908	470326	43838
72/73	607	4161	558	—	24056	125178	35713	725016	65095
73/74	862	5166	810	25	27141	202590	52075	1233624	86079
74/75	1110	3702	662	81	26943	197061	65814	1207731	98312
75/76	1635	9169	2162	152	37640	254311	87876	1383425	138634
76/77	1149	10953	5422	976	33250	266549	74782	1929975	126532
77/78	863	12172	7923	1690	44346	315200	107112	2363588	174106
78/79	1231	7009	11208	1549	37896	274544	106881	2238955	165774
79/80	1036	4277	11130	1722	44270	313074	134099	2509944	196534
80/81	1304	4802	18040	2119	49079	343071	140666	2856822	216010
81/82	1204	10398	20167	3109	48752	341155	139585	2371488	223215
82/83	1557	16493	28507	4939	66815	462367	166261	3841261	284572
83/84	1050	26311	41428	5705	63453	358052	164737	2780888	302684
計	22193	131186	148017	22067	541836	3648526	1335007	26753663	2200306

(FP/MCHプロジェクト)

見学した。その印象をまとめると、①当日の術者は腹腔鏡手術には高度に熟練していた、②当日は午後から40名余の手術が予定されていたが、1人の術者によって1人5分程度で流れ作業的に手術がすすめられ、手術後患者は床にひいた毛布の上にならべて置かれる、③手術時の消毒は、助手が消毒なしに介助するなど完全とは言えない、また、手術器具、手袋、掛布などの消毒にも疑問が残った、④万一事故が起った場合(空気栓塞や大血管損傷などが術中あるいは術直後に起りうる最も重篤な事故である)の対策は施されていない、⑤術後は一定間隔でfollow upする方針であるようであるが、実際には1週間後の抜糸も自分で行う場合が少なくないようである。

腹腔鏡による永久避妊手術の死亡例は、保健省FP/MCHプロジェクトKhatri局長によると1983/84年度で1例報告されているのみと言うことであつた。しかし現状のようなシステムで、

術直後に容態の急変する空気栓塞や大血管損傷などの合併症は把握できても、腸管損傷など遅れて症状の出現することもある合併症がどの程度把握されているかには疑問が残る。1972～4年に Kaski, Morang, Tllam 地区で巡回方式により腹腔鏡避妊手術を施行した 734 例中・542 例を 1973～4年に追跡調査した報告がある。それによると、腹腔鏡手術について良かったとしたもの 66.7%, まあまあ 21.5%, 悪い 5.7%であった。また副作用があったと答えたものは 62.0%であったが、重篤なものは含まれていない。一方術後の妊娠率は 2.6%であった。

1973年に Pokhara 地区で行われた巡回腹腔鏡の際に住民に配られたパンフレットには、この術式について次のように説明されている(英訳)。A needle like apparatus about a hand span long, is inserted in the women's stomach without causing pain just as an injection is given. For women who have enough children this is a simpler, more painless, reliable and better type of family planning method than is the mans vasectomy operation.この説明が適切か否かは別として、腹腔鏡手術の acceptor の大部分は、この処置によって子供ができなくなるということ以外の知識は持っていないのではないかと想像される。永久避妊の acceptor には 100 ルピーとお茶とお菓子が報奨として出される。医師にも報奨金が出るという。

Dhulikhel FP district office では vasectomy のための手術室を見学したが、普通の机をならべつなぎ合わせたうえにマットをひいたのが手術台であった。

以上のように、ネパールにおける永久避妊手術には多くの問題はあるが、保健省の担当官もこれらの問題を認識はしており可能な範囲でその解決のための努力は行っているという印象をうけた。永久避妊法は一度実施すれば永久に避妊でき、また避妊に関する知識を acceptor があまり必要としないという点で優れた方法である。ネパールに於ける女性避妊手術 acceptor の平均年齢は 30～35 才であり、平均子供は 4～5 人である。一般集団における平均 5～6 人とされるから、永久避妊法がネパールにおいて効果をあげていることは間違いない。しかし長期的な効果ということになると、子供を生み終えた夫婦が受けることが多い永久避妊法の限界は言うまでもない。むしろ 10 代結婚が過半数を占める現状を変革し、挙児間隔をあけさせる施策の方が長期的にはより効果的と言えるであろう。

一時的避妊法のうちコンドーム、ピルなどの acceptor は、永久避妊法と同様に増加傾向にある。これに対し IUD の acceptor はほとんど毎年同数であり相対的な数は明らかに減少傾向にある。IUD の避妊効果は高く、抜去によってすみやかに妊孕性を回復するから挙児間隔をあける方法として最良の方法の一つである。また pill のように毎日服用する必要があるとか、コンドームのように性交時のわずらわしさがある訳ではない。唯一の欠点は医師によって挿入あるいは抜去され、一定期間毎の follow up が必要だということであろう。表 2 に示したように、IUD acceptor が他の避妊法の acceptor に比して高学歴にあるのもこのような事情を反映していると考えられる。保健省の担当官から IUD acceptor が増加しない明確な理由を聞くことはできなかったが、根本的には国民の大半が病院に気軽に行けないという現状が理由であろう。いずれにして

も、一時的避妊法は避妊法のいわば要であり、永久避妊法は補助的でしかあり得ない。この点が逆転すると、将来に禍根を残すことにもなりかねない。

前回調査団から永久避妊について関与すべきではないという意見が出されていたが、筆者も同意見である。更に、医学的立場から補充して意見を述べると、①ネパールの永久避妊の現状には前述のようにさまざまな問題があり、積極的な援助（例えば手術器具の供与など）はすべきでない。②避妊法は避妊効果、簡易さ、安全性などの点から評価されるが、現在これらすべての点で完全と言える方法はなく、それぞれの方法に一長一短がある。その意味で、acceptorが十分な知識をもって自発的に避妊を望み選択できることが家族計画事業の成功のために不可欠であり、わが国の援助の中心はこのような条件を整えることに置くべきである。③前述②のような条件が満たされる方向であれば、当然、永久避妊もまた一つの選択として否定されるべきものではない。

表2 避妊の方法別にみたアクセプターの学歴（1975/76年度）

Education: Method:	Illiterate	Literate	Completed School	Graduate	Other	NL	Total
Pill	2187	329	77	19	7	138	2619
	83.51	12.56	2.94	0.73	0.27		100.01%
Vasectomy	491	623	164	37	11	42	1326
	37.03	46.98	12.37	2.79	0.83		100.00%
Laparoscopy	381	140	21	4	—	10	546
	69.78	25.64	3.85	0.73	—		100.00%
Loop	237	84	38	12	14	14	385
	61.56	21.82	9.87	3.12	3.64		100.01%
Edu. of Husband(Pill)	1124	1095	318	68	13	139	2618
	42.93	41.83	12.15	2.60	0.50		100.01%
Edu. of Husband (Laparoscopy)	136	272	84	33	2	29	527
	25.81	51.61	15.94	6.26	0.38		100.00%
Edu. of Husband(Loop)	114	135	82	36	8	24	375
	30.40	36.00	21.87	9.60	2.13		100.00%

2 母性衛生

MCHプロジェクトとしてみると、母性衛生と小児衛生はいわば車の両輪と言えるが、とくに母性衛生についてはネパールの実情を知るための資料自体がないというのが現状である。病院分娩はほとんどなく、また病院においても病院分娩と呼ぶにふさわしい最低の設備すらない。調査

団が視察した Janakpur の病院では年間約 1000 件の分娩を取り扱っていると聞いたが、産科手術の基本となる鉗子、吸引分娩の装置すらなかった。

ネパールの産科病院では最良の設備と人員を有すると言われる Kathmandu の産科病院 Maternity Hospital を見学した。病床数 200 で、医師定員 12 名（現在産科医 6、小児科医 1 で欠員 5、他にレジデント 12 名）と看護婦 60 名を容れている。院長の Dr. D. Malla によると年間分娩数は約 6000、昨年の周産期死亡率は 63（出生 1000 対）、母体死亡率は 2（出生 1000 対）であったという。周産期死亡の主たる原因は早産で、グラム陰性菌による感染症がこれに次ぐ。帝王切開は年間約 500 件で、帝王切開率は 10% 弱である。帝王切開の適応の第一は出血（前置胎盤、常位胎盤早期剥離など）で、CPD、横位などがこれに次ぐという。妊娠中の定期検診は 28 週以前が 1 回/月、28～36 週は 2 回/月、36 週以降は 4 回/月で行っており、その際には血圧、尿蛋白（糖は実施していない）、体重等を 4 チェックしている。母親学級も行われている。定期検診や母親学級はわが国と変わらないが、実際は 50% 以上が分娩直前にはじめて来院する。婦人科手術も行われており、子宮全摘、卵巣切除、子宮脱の手術などが多いという。腹腔鏡による避妊手術は週 2 回、1 回に 5～15 件が行われ 1 週間後、3 ヶ月後、6 ヶ月後に来院するよう指導しているが、6 ヶ月後に来院するものは 1% 程度であるという。分娩料は 500 ルピー、帝王切開は 700 ルピーで、正常分娩患者は 24 時間以内に退院する。正確な資料に基づく討論ではなかったため、印象を述べるに留まるが、①ネパール最高のこの Maternity Hospital は陣容としてはわが国の一般的な産科病院とほぼ同じレベルにある、②しかし、周産期死亡率はわが国で周産期死亡の統計がとられるようになった 1950 年の 46.6 より著しく悪く、また母体死亡率はわが国の 1945 年頃に相当する。③比較的良好な陣容を整えながら周産期死亡率や母体死亡率が高いのは、他施設から重症患者が送られてくることも一因があるが、基本的には妊娠中の定期検診率が低いなど母性衛生の全体としての劣悪さが影響していると考えられる。

3 母性衛生からみた EP/MCH プロジェクトの問題点と留意点

国民衛生へのアプローチには、hospital base と community base の両方向があり、両者は補充しあいいずれも不可欠である。今日の医療協力ではさしあたりモデル地区（パイロット地区）を中心に医療協力を行うことになるが、community base のみならず hospital base の医療協力を行う必要がある。具体的には、モデル地区の中心になるような病院へ技術協力、資料提供を行う必要がある。MCH の発展のためには公衆衛生的な面からアプローチすることと共に、病院に行くことができる、また病院に行けば治るという状況を作り出すことが大切と考えられるのが第一の理由である。第二の理由は、community base で働く paramedical staff の重要性は言うまでもないが、病院の medical あるいは paramedical staff が community health に関してある指導性をもつことが、この援助の終了後も援助の内容を継続、維持させるうえで重要と考えられる

からである。FP/MCHプロジェクトという視点から、パイロット地区において community base と hospital の援助をどのように有機的に関連づけるかを具体的に検討しておく必要がある。

家族計画は本来独立した事業であるが、家族計画だけでは仲々住民に受け入れられず、また第三国として誤解を招く可能性がある。その意味で援助のテーマとしてはFP/MCHが適切であると考えられ、この点は第一次調査団の報告にも触れられている。しかしMCHもまた独立した事業として重要であることは言うまでもない。MCHをFPの entrance point としてのみとらえることに問題はあるが、援助の性格上この視点からの意見を述べる。またMCHを母体衛生と小児衛生に分けて考えることは必ずしも適切でないが、あえて分けて考える。予防接種や脱水対策、駆虫薬の配布といった小児衛生に関する事業は国民に比較的アプローチしやすい点ですぐれた entrance point と言えるが、必ずしも直接的にFPにはむすびつかない。先に述べたように家族計画には育児間隔の確保という考えが重要で、そのためには結婚直後、妊娠中、あるいは出産直後の住民とFP関係者との接触が有効である。母性衛生は国民にアプローチするという意味での entrance point としては難点があるが、FPには直接的な関係をもっている。筆者は産婦人科医であるのであえて強調するが、FP/MCHプロジェクトの中に母性衛生からのアプローチをより強化することができれば、FP事業は一層効果的にかつ一層自然な形で推進されると思われる。例えば、巡回診療にしる病院検診にしる妊婦管理をモデル地区で具体的に推進するとか、community base あるいは hospital base で母親学級の教育活動を行うことをより積極的に考えてよい。

モデル地区（パイロット地区）では、効果判定の目的で人口動態調査をはじめ国民の健康状態に関する調査が行われることになる。実際の調査の項目は次の段階で決められることになるが前述のような理由でその中には、妊婦の登録、死産を含む出産の登録など母性衛生の立場からの調査が含まれることが望ましい。また、実施にあたっては、わが国のような登録に際しての報奨が考慮されてもよい。

4 ま と め

産婦人科医としての視点に片よったきらいがあるかも知れないが、母性衛生の立場から意見を述べた。

要約すると

① 家族計画については、acceptor が十分な知識を持って自発的に避妊法を選択できるような条件を整える点にわが国の援助の中心を置くべきである。

② 永久避妊についても①の視点のワク内で一つの選択枝として考えられるべきである。現状では①の条件が満たされているとは言い難く、永久避妊の推進を積極的に援助するとあらぬ誤解をうけかねない。

③ モデル地区については、community baseと同時に hospital baseの技術協力、資材供与を行う必要がある。

④ 人口問題を解決するための家族計画事業としては、永久避妊法の普及よりも一時避妊法の普及による適正な挙児間隔の確保の方が重要と考えられる。このためには、母性衛生へのより積極的なアプローチが効果的である。

⑤ モデル地区における効果判定のための調査にあたっては妊婦の登録等、母性衛生面からの調査を含めることを検討する必要がある。

ネパールの家族計画の現状

大橋 光洋

1. はじめに
2. モデル・パイロット地区視察
3. ネパールFP/MCHプロジェクト
4. ネパール家族計画協会
5. Worldview International Foundation
6. まとめ

1. はじめに

ネパールの人口・家族計画を中心にした社会経済、医療保健事情については、昨年実施されたプロジェクト・ファインディング調査団報告書にその概要は述べられている。

今回、調査団は2月2日より11日までネパールに滞在し、保健省内のネパールFP/MCHプロジェクトの事務局長カトリ博士及びMCH課長ジョーン博士との打ち合わせを中心に、話は進められた。また日本側からの提案に基づきモデル地区の候補地2カ所の視察を行った。そのほかにネパール家族計画協会とWorldview International Foundationの関係者とミーティングを行った。

ネパール側のプロポーザルは、(1)FP/MCHプロジェクト、(2)FP/PCプロジェクト、(3)トレーニングセンターの3つのコンポーネントからなり、これは前回の調査団のときに彼等の提案したものと基本的には変わらない。

以下、私の報告は先に(2)フィールド視察について述べ、それから(3)ネパールFP/MCHプロジェクト、(4)ネパール家族計画協会、(5)Worldview International Foundationの紹介を前回の報告書を踏まえ、ネパール側より提出されたプロポーザルの検討と併せて行いたい。

2. モデル・パイロット地区視察

(1-1) ドゥリケル郡事務所

カトマンズからアルニコハイウェイを西に向かって車で約40分、バクタプルを過ぎたところに位置する。ここは郡庁の所在地でもある。本来、各郡(75郡のうち52郡)に一つの郡事務所がなくはないのが、ドゥリケル郡事務所はカプレーパルチョク郡とシンドゥパルチョク郡の2つを管轄している。人口にして約50~60万人。そこに駐在しているDistrict Family Plann-

ing Officer (FPO) は 9 年の経験を持ちこの郡に来てから約半年になる。大卒 (教育学部) で 30 歳の青年だ。カトマンズからバスでかよっている。道路事情は悪くない。電気も通っている。事務所は 2 階にあり、FPO の部屋と簡単な男性不妊手術の出来る部屋に分かれている。但し男性不妊手術用の部屋は、普通の机にゴムマットを敷きあまり高くない天井には、挨拶のシートが張られているだけの簡素というならばこれ以上の簡素はなく、むしろ全体的に不潔感が強烈にただよっていると言わねばならない。FPO の部屋には冷蔵庫が置かれ、中をみると薬が無造作に転がっているという感じである。近くにヘルスセンターがあり、女性不妊手術用ベットが 2 つある。スペースはあるが設備は劣悪だ。私達の訪れた日、丁度女性不妊手術のキャンプが張られていた。十数名の女性がセンターの日だまりにしゃがみこんでカトマンズからの女医さんを待っていた。

郡事務所の職員は、5 人の事務員と以下の医療担当者がいる。

Nurse (看護婦) 1
Auxiliary Nurse Midwife (準看護婦) 1
Assistant Health Worker (保健指導補) 1
Health Aids (保健補導員) 4

そのほかに、両郡には 105 人のヘルスボランティア (PBHW, Panchayat-Based Health Worker) がいる。各村に 1 人の PBHW を置くのが原則だが村の総数は 125 であり、50 人のヘルスエイド (原則して各ヘルスポストに 2 名) と 26 人の主任 (Intermediate Supervisor, PBHW を監督する) がいる。

(1-2) ナラヘルスポスト

カトマンズからドゥリケルへ行く途中、盆地を出たところで左折する。細い未舗装の道路は後方が見えなくなる程に埃をたて、道行く人々の不興を買いながら、うねるようにしてナラの村に辿り着く。そこにはウグラチャンディパンチャヤットの他 3 つのパンチャヤットがナラヘルスポストに管轄されている。人口ははっきりしないが、首都近郊、人口 2~3 万人ということで選ばれた。建物は、2 階建てであり、FP/MCH クリニックはその 2 階の一室を借用している。四畳半にも満たない程の狭さで、ぼろぼろの小さな机が一つと薬や記帳簿を収納するアルミのケースが一つあるだけの木窓を閉めると真っ暗な部屋である。ヘルスポストは保健省の保健局に管轄されており、Nepal FP/MCH Project と Integrated Community Health Service Development Project はともに恒久的プロジェクトではなくいつかは保健局に全て移管されるものである。Nepal FP/MCH Project は、従って、保健局のヘルスポストに付属するかたちでクリニックとして機能し保健補導員 (Health Aids) がプロジェクトの職員となる。

ヘルスポストには下記の職員がいる。

Senior Auxiliary Health Worker	1 (1)
Assistant Health Worker	1 (2)
Auxiliary Nurse Midwife	1 (2)

Peon (掃除婦) 1 (1)

Health Aids 2 (2)

※括弧の中は計画もしくは有るべき人数であり、何度か実体と理想の錯綜した表現が使われ私達は混乱した。

2人のHealth Aidsは1週間に戸別訪問活動とクリニック活動を担当する。私達の会ったHealth Aidsはこの仕事を始めて1年になりSLC(School Leave Certificate)の資格を持ちHealth Aidsに成るために規定7週間の研修を受けている。外来人数は暑い時期で20～30人、寒い時で2～3人が平均という。PBHWは4人いて各村1人。

ヘルスポストのある村は、相当凸凹だが石畳が敷かれている。少し寂れているが中々立派)な(仏)塔がある。電気、水の便もある。(但し電気の供給量のほどは、定かではない。)

(1-3)パイロット地区としての適性

ナラ地区がパイロット地区としてふさわしいかどうかを述べるには情報が少なすぎる。郡事務所もヘルスポストも私達の目にはあまりに貧相に写るけれどもネパールの水準からみておそらく一般的であろうし、カトマンズ近郊ということから推して、あるいはむしろ良いほうなのかもしれない。またもうひとつのカトマンズ近郊として挙げられた候補地ラリットプル郡のチャバガオン村については時間の都合で訪れることは出来なかった。(ラリットプル郡のパイロット地区は見しておく必要がある。)そこは、ネパール合同ミッション(United Mission to Nepal)の援助がすでに入っているという。パイロット地区の選定には将来の拡大も踏まえてその周辺の地域の事情も押さえておく必要があるだろう。さらにプロジェクトの中身(方法論)が確定していない段階では、ロジスティクスの問題もあり軽々には決められない。しかし一方でチョイスが先の二つの地区(郡)しか与えられないというところでは、モデル地区については二者択一である。パイロット地区についてもその郡のなかでいくつか比較検討出来ればそれにこしたことはない。

カブレーパランチョーク郡

開発地帯：中央	ゾーン：バグマチ	郡…カブレーパランチョーク	パンチャヤット数：68
---------	----------	---------------	-------------

- 地理：1. 面積 1446 Km²
2. 標高 1007～3018メートル
3. 気温 最高33℃
4. 降雨量 1299.8 ml.

統計：1. 人口(1980推計)：299,344人

年	男	女	合計	人口密度	平均家族数	世帯数
1971	122,077	123,086	245,165	170 / Km ²	5.9	41,613
1976	137,238	136,548	273,786	189 / Km ²	5.3	51,180

2. 職業別人口（1971年）：

農業、林業、漁業	127,899	96.60%
サービス業	1,769	1.92%
商業	1,349	1.02%
製造業	687	0.52%
交通・通信業	158	0.12%
金融・ビジネス業	58	0.04%
土木業	51	0.04%
電気・ガス・水道業	14	0.01%

3. 言語（1971年）：

ネパーリ	143,605	58.57%
タマン	72,605	20.61%
ネワーリ	26,311	10.73%
シェルパ	1,165	0.47%
マガル	439	0.18%
ダヌワル	233	0.09%
スヌワル	65	0.03%

（以下略）

保健サービス

1. 病院 1（シェール記念病院） ドゥリケル 36床

2. ヘルスセンター 1 ドゥリケル

ヘルスポスト 7

3. 施薬院（薬草） 2

4. 家族計画（1978/79）

クリニック数 20

実績：	ワクチン	64
	女性不妊手術	145
	ピル	422
	コンドーム	1359
	D.P.T.	586
	B.C.G.	31
	天然痘	185

教育（1979/80）：

	学校数	男	女	合計	教員数
Primary	217	15,956	4,797	20,753	504
Lower Secondary	64	4,950	957	5,907	175
Secondary	13	1,200	267	1,467	64

(出典 : 1982 , District Profile , NRA)

(2 - 1) パタライヤトレーニングセンター (パラ郡)

パタライヤ (Pathalaia) に行くには、カトマンズからボカラに走っているプリトッピハイウェイのほぼ中間に位置するムグリンまで行き、そこから戻るように東へ向かって山地を下るか、トリバンハイウェイをほぼ垂直に南下するか、のいずれかの道を選ばなくてはならない。距離的にはトリバンハイウェイをとったほうが短い、いろは坂のように道が蛇行しているためには時間的には前者とあまり変わらない。約5時間のドライブだろうか。他に交通機関としては、飛行機の便がある。タライ地域と呼ばれ、インド平原の延長上にある。高温多湿 (山間部と比べた場合) であり、夜私達は2月にもかかわらず蚊に悩まされた。文化的にもインドに非常に近く、日本人にとっては、タライの人々は付き合いにくい相手に違いない。話される言葉も異なりジャナカプルの方では、マイタリ語が話されネパール人の間でも通訳を介さなくてはならない。

私達は、FP/MCH Project の母子保健課長のジョン博士の案内でパタライヤのトレーニングセンターに向かった。FP/MCH Project では、3つのトレーニングセンターをゾーンレベルに持っている。このトレーニングセンターの建物は、かつてソビエトが道路建設のために使用していたものである。1972年ネパール側に移管され、75年よりFP/MCH Project と Integrated Community Health Service Development Project のそれぞれのトレーニングセンターとして機能している。門を入れて右側をFP/MCH Project が使っている。ここでは、PBHWとHealth Aids, Intermediate Supervisorの養成を行っている。期間、実績は、下記の通り、ちなみに教師陣は4人である。そのうちの一人は、大学で政治学を学び規定の7週間研修を受け、6年の経験を持つ29歳の青年である。

	研修期間	人数 (' 84)
PBHW	4 週間	309 人
再研修	1 週間 (3 年毎)	
Health Aids	7 週間	67 人
再研修	1 週間	
Intermediate Supervisor	7 週間	50 人
再研修	1 週間	

PBHWの研修は必ずしもセンターで行われる訳ではなく、巡回指導での実施も行われる。’84の場合、センターで行われた研修は1回で23人、巡回指導での研修は6回行われそれぞれ42人、57人、66人、36人、45人、40人である。また研修のなかには、フィールド実習も含まれている。

尚、参考までに Integrated Community Health Service Development Project の研修期間を下記に紹介する。

District Health Officer Assistants	2週間
Assistant Health Worker	2週間
Village Health Worker (新規)	12週間
再研修	6週間
Health Post In-Charge	2週間

Integrated ……Project の方は、マラリアやライなども含まれているので研修期間の方もネパールFP/MCHプロジェクトより長い。

ネパールFP/MCHプロジェクトのトレーニングカリキュラムを掲載する。

1	2	3	4
Introduction(Pretest) FP/MCH structure, Job description of PBHW, Population of Nepal	Human Reproduction Temporary FP Methods	Parmanent FP Method	Parmanent FP Method
5	6	7	8
What is Health HOW to stay health, What causes of diseases, How related to beha- viour of people, Positive & Negative behaviour	What is MCH, Immunization PBIW role in camp	Holiday	Antenatal care & Postnatal care Special attention to children, Communicable disease
9	10	11	12
Communicable disease	Diarrheal disease & ORT	Nutrition	Personal Hygien & Environmental Sanitation

13	14	15	16
Use of medicine & first aid	Holiday	First Aid, Reporting & Recording	Recording & Reporting
17	18	19	20
What is Community formal and informal leader.(important) How to identify them	Communication skills, asking questions, listing nonverbal observation	What is field program Departure for field visits	Field activity
21	22	23	24
Field activity	Field activity	Return from field	Preparation for field report
25	26	27	28
Reports from PBHW about field experience and discussion	Review of Technical skills	Review & summing up, Preparation of post test	Final session informal counselling, Closing

(2 - 3) その他

建物は、大きい宿泊施設、教材関係は貧弱だ。また同じ建物にありながら二つの組織は特に連携した活動は行われていないようだ。施設の活用についても同様で、一方の組織に属しているものについては、他方は使えないといった事もあるようだ。ネパール側はここに車両、教材の他、研修用に医療設備も求めているが上記研修者にとっての意味よりも、そこでの(家族計画用)医療活動に用いられることの意味が強いように思われる。トレーニングの充実は教材も含めて重要であり、特に巡回で行われるトレーニングの質の維持(実際のところ、どのように行われているのか不明であるが……)についても気を配る必要がある。電気事情については、或る時間帯にだけ来ているという程度で、停電もごく当たり前の状況のようだ。政府ではガソリンの使用量に25%程度の節約をかけているとも聞いている。従って、例えばソーラーシステムの活用についてもコスト、メンテナンスの両面からの調査を踏まえて検討し、プロジェクト地域で実験してみるのも面白い。

(2 - 4) ダヌーシャ郡事務所

バラ郡は、Integrated ... Projectの管轄地域であるためにFP/MCH Project側はジャナカプルゾーンにあるダヌーシャ郡をモデル地区として選んだ。パイロット地区としては、ゴダガスパンチャヤット(Ghodaghas Panchayat)が選ばれた。トレーニングセンターから車で2時間程のところにある。途中、大小いくつもの濁れた川を越えるのだが、越えるたびに、ネパール人のド

ドライバーが右手を額に軽くおしあて折る。ガンジス河の支流だからだろうか、それともヒマラヤから流れ出す川の全て神聖なのだろうか、川の水が濁れていてもやはり神聖なのだろうかなどと、ドライバーの手が上下するたびに考えるともなく考えた。

ジャナカプルにあるダヌーシャ郡事務所はUSAIDの援助で建設された。不妊手術室が併設されている。カブレ郡事務所に比べると数段に立派に見える。すぐ隣にジャナカプル病院(Janakapur Zonal Hospital, 50床)がある。外科, 内科, 小児科, 整形外科, 眼科, 麻酔科がある。但し設備, 薬品ともに貧弱である。ダヌーシャ郡には, 10のヘルスポストがある。FPOは, 地理学専攻, 現職について10年, 但しダヌーシャ郡事務所には6カ月前に来たばかり。山から来たので住民と話をするとき, 通訳が要するという。

1984年の家族計画サービスの実績は, 下記の通り。

女性不妊手術	4,047人
男性不妊手術	107人
IUD	17件
注射避妊法	34回
ピル(新規)	2,259サイクル
コンドーム	1,695個
婦人科サービス	6,330件(83人)
小児検診(5歳以下)	9,476件
DPT	482人
BCG	379人

パイロット地区としてゴダガスパンチャヤットが選ばれた。カブレ郡事務所から南へ5キロ行ったところ。舗装道路は途中でなくなり, 雨季になるとジープでやっと通れるかなという印象である。2人のHealth Aids(2人とも女性), 10人のPBIW, 2人のIntermediate Supervisorがいる。休日だったが私達に会いにきてくれたHealth Aidsの一人は, 33歳, 高卒, 5人の子持ちである。ここでの経験は, 9年になるという。二日にいちどSupervisorに接触し, 毎月FPOに活動レポートを提出することになっている。家族計画を進めるうえでの困難については, 9年のキャリアから特に感じていないということだった。

ダヌーシャ郡

開発地帯：東部	ゾーン：ジャナカプル	郡：ダヌーシャ	パンチャヤット数：68
---------	------------	---------	-------------

地理： 1. 面積：1219 Km²

クリニック数	サービス内容	件数
72	ワクチン	67
	女性不妊手術	1902
	ピル	1717
	コンドーム	8287
	種痘	4717
	B . C . G .	1948
	D . P . T .	1180

5. 教育（1979 / 80年）：

	学校数	年間学童数		合計	教員数
		男	女		
Primary	144	14,925	3,395	18,320	419
L.Secondary	53	5,418	1,212	7,630	229
Secondary	19	2,890	385	3,285	145
高等教育					
商業				468	11
科学				204	17
人文科学				610	40
サンクリット				64	12

（出典：1982, District Profice, NRA）

（2-5）モデル・パイロット地区の特徴

問題点として次の2点が考えられる。

- a) カトマンズから遠く離れている。
- b) 住民の言葉、生活習慣等カトマンズ方面と大分違っている。

このことは、更に次のことを意味する。

a-1) プロジェクトの進捗を把握しにくい（日本人専門家はカトマンズに居を構えることが予想される。

a-2) 連絡が取りにくい。（電話回線は繋がっているが日本のように円滑ではない。）

a-3) 日本人専門家の宿泊施設が充分ではない。（私達は、JICAのジャナカプル農業プロジェクトの宿泊施設を利用させて頂いたが、プロジェクトは今年中に終了しネパール側に引き渡されると聞いている。）

b-1) コミュニケーション上、また教材制作上問題が生じやすい。

b-2) タライの女性は、山間部—普通私達が想像するネパール人の—住民と比べて保守的で、イスラム教徒のように外出することを好まず、従って買い物などは男性がするという。女性

が外に出る時は、ベールで顔を隠す習慣もあるような事も聞いた。そうしたところでは、人と人との結びつきも希薄とならざるを得ない。またやま平地の人々は互いに相手を見下しているという。習慣の違いは祭にも及び、同じ祭—私達の滞在中にHOLIという赤い粉をまぶした水を掛け合う春祭りが始まった。—でも祝う日が違っている。

b-3) インド国境に近く、インドからの不法移民も多く、人口移動も比較的激しい。

以上ネガティブな面ばかり上げたが次の側面のあることを忘れることは出来ない。

1) 多くの外国援助の殆どは、首都カトマンズの周辺で行われている。ネパール全体から見ると、カトマンズ及びその周辺は『ネパール』ではない。いま、人口増加の最も激しいタライ地区こそ注目されなくてはならない。

2) ネパールの開発は、南東部より西漸してゆく傾向がある。またタライ地区は陸路からの物資流通の要衝地であり、ここで人口・家族計画のプロジェクトを実施する必要がある。

3) ネパールには75の種族がいる以上、種族差は当然であり、かえって彼等の行動パターンを比較することが出来て面白いかもしれない。

4) モデル地区構想は日本側のアイデアであり、それを受けてタライ地区を選定したネパールの意向は尊重されなくてはならない。

5) 郡事務所は比較的立派であり、すぐ隣に病院があることもプロジェクトを進める上で有利である。

ネパール側は、当初モデル地区としてルンビニーを提案したが、私達はルンビニーの誕生の地としての観光地と思い込んだのか、別の場所をカトマンズ周辺ではないところとして彼等に求めた。彼等がルンビニーを選んだのは別の理由だったかもしれない。私はルンビニーも調査してみる価値があると思う。或いは、ジャナカプルよりモデル地区としてふさわしいかもしれない。釈迦の誕生の地として聖地でプロジェクトを行うことは別の意味で興味深い。

4. ネパールFP/MCHプロジェクト(保健省)

私達のカウンターパートは、ネパールFP/MCHプロジェクトの事務局長カトリ博士である。彼の下に事務局次長、そしてそれぞれの課長がいる。組織上は、Service DivisionがMCH Division(母子保健課)に名称が変更された他に特に異動はないようだ。

ネパール側の提出したFP/MCHプロジェクトについては、母子保健課長のジョーン博士が担当になった。

前報告書について確認すべき点は、ヘルスポストは保健省の保健局の管轄下に置かれ運営されていて、ネパールFP/MCHプロジェクトはそれを借用している関係である。従って、給料は同プロジェクトから原則的には出ていない。プロジェクトから雇われているのは、Health Aidsだけである。同プロジェクトとヘルスポストの関係は、Integrated……Projectも同様である。

4. ネパール家族計画協会

FP/MCHプロジェクトとトレーニングセンター構想は、上記協会が保健省（ネパールFP/MCHプロジェクト）と協議の上、保健省から提出されたもののようである。

（同協会については、前回の報告書の時と変わっていない。）

FP/PCプロジェクトは、全国5つの郡内の村（パンチャヤット）レベル（人口にして約10～20万人程度か）で寄生虫予防をエントリーポイントとしたFP/MCH活動である。プロポーザルは総合的でありそのうち何を日本側に求めているのかはっきりしない。

トレーニングセンター構想は、私達のミッションと同時期に世界銀行のミッションがあり、ネパール側はそちらの方にもアプローチをかけていたらしく、対応が遅れがみられた。はじめ、プロポーザルはIECとメディカルの2つのコンポーネントからなっていたのが世銀へのアプローチの後、日本側に対するプロポーザルはIECに落ち着いた経緯がある。

世銀ミッションと重なったためか、協会側と十分な打ち合わせを持つ時間がなかったのが残念である。

ネパールFP/MCHプロジェクトとネパール家族計画協会との連携の問題はネパール側の問題であり、日本側はこれに巻き込まれるべきではなく日本側はあくまでネパールFP/MCHプロジェクト（保健省）の事務局長のカトリ氏を窓口として交渉すべきであろう。

5. Worldview International Foundation (WIF)

1979年に設立された非営利民間機関で資金的にはノルウェーのキリスト教系からの援助を受けている。スリランカに本部を置き、ネパール、バングラデシュ、インドネシア、モルジブ、インドに支部を置き、モルジブを除く各国にメディアセンターを設立した。

名前に見られるように、教材制作（ビデオ、テレビ、フィルム、ラジオ、印刷物等）、IECトレーニング、IECに関わるコンサルタント業務及び調査研究活動を行っている。扱う範囲は飲料水の問題をはじめ栄養、健康、家族計画、食料等、幅の広い活動を展開している。

教材制作：国際本部のあるスリランカでは設立された1979年の11月から2年のうちに48本のビデオソフトを制作した。（それぞれ15分程度）それらは開発途上国に対しては無料で、その他は有料で提供している。WIF独自で制作するもの他に、国際機関委託制作（UNICEF、UNFPA、FAO等）も行っている。そのなかには、テレビで放映されたものもいくつかある。

トレーニング：スリランカでは1980年、81年に28名の制作も含めたA.V.に関する6カ月のトレーニングを実施した。そのうち7名がインド、ネパール、インドネシア、バングラデシュ、モルジブに戻りそれぞれのメディアセンターで活躍している。ネパール

インド、バングラデシュでも1981年よりトレーニングを実施し始めた。

セミナー：(a) Policy Issues Seminars

10 - 20 カ国の「南」の国々から参加者を集い情報開発をテーマにしたセミナーを実施している。

(b) Comunication Skills Workshop

制作、放送技術などのワークショップ

(c) Information Exehange Working Sessions

世界各国でW I Fのディレクターや会員、国際機関らの参加による情報交換会議

ネパール

1981年10月、情報省 (Ministry of Communication) との同意書に基づき設立された。現在、8名程度の職員が働いている。活動は上記カテゴリーに一致する。

トレーニング：情報システム開発とビデオに関する1カ年のトレーニングを実施した。(参加者：11名)ポカラにあるライ病院から2人の研修生を受け入れカメラワークのトレーニングを実施した。ほかに短期セミナーを政府、NGOの関係者を対象に実施している。

ビデオ制作：以下のビデオソフトを制作している。

カテゴリー	タイトル	※ 言語	時間	主な内容
女性	Women in Gorkha	E	20分	ゴルカ郡の女性の職業と出産
	Gorkha Women	E/N	20分	同上の Part II
	Dialogue	E/N	12分	11の女性プロジェクトの評価
開発	Trade in a Land-locked Country	E	31分	運輸と税金
	The Baring Land	E	20分	森林破壊をテーマ
	Shiva's Gift	E	20分	水の話しを中心として人口に及ぶ
	A Handicrafted Future	E	29分	伝統的紙漉き技術の紹介
	The Point of Encounter	E/N	20分	ヘルスワーカーの教育用
	To Revive a Fallen Kingdom			バクタビル開発計画の評価
	Suryamukhi	E/N	41分	

教育・訓練	Save Your Children	E/N	12分	衛生教育
	Voluntary Surgical Contraception in Nepal	E	26分	医療担当者向け不妊手術
開発促進	Small Farmer Tupche	E/N	30分	小農開発
	Nursing in Nepal	E	10分	看護
	Labour Intensive Construction of Community Hill Irrigation Schemes	E/N	32分	灌漑
	Toward Self- Sufficiency	E	11分	Social Service National Coordination Boardの募金活動用

※E：英語，Nネパール語

セミナー：コミュニケーション開発セミナーを実施し、海外の参加者も含めて109人が参加した。ほかにジャーナリスト28名、ラジオ放送番組制作関係者12名を対象にセミナーを実施した。

その他、ネパール国営放送の番組制作プランや政府、諸団体と協力して反下痢症キャンペーンなどを行っている。

以上はWIFのペーパーをもとにまとめたもので、その実際的评价の程については確認していない。

6. ま と め

既に述べたように、ネパール側の提出したFP/MCHプロジェクトとFP/PCプロジェクトは、いずれも保健省から提出されたものだが、フィールドに於いてプロジェクトを担う機関はFP/MCHプロジェクトは、ネパールFP/MCHプロジェクト（保健省）であり、FP/PCプロジェクトはネパール家族計画協会のようなものである。そのところカトリ博士（ネパールFP/MCHプロジェクト事務局長）のコーディネーションと指導力が強く期待される。

プロジェクトの展開に当たっては住民のニーズと問題点をよく調べ（基礎調査）、住民のイニシアチブを引き出しながら進められなくてはならない。家族計画が住民の理解を踏まえて受け入れられるためには、先にも述べたように保健に対する意識の向上と生まれて来た子供が死なずに文夫に育つ環境が整備されなくてはならない。しかしそれをネパールという地理的、社会・経済的環境及び民度から日本式MCHを大量により導入することは、モデル地区のなかにミニ日本を

作ることに過ぎず、かえってネパールのためにならないだろう。ネパールで結核対策を実践してきた岩村昇氏は、「ヒマラヤから祖国へ」の中で次のように述べている。

「医療は決して村の中で、それだけ独立してあるべきではなく、およそ村の民度を高めるために必要な農業の改良普及、教育の普及と共に健康の普及の一環としてなくてはならない。」

14年にわたる試行錯誤の中で岩村氏の辿りついた結論は、ネパール人自身による保健活動であり、援助する側は、あくまでお手伝いにすぎないということだったことは、傾聴に値する。家族計画については、「ネパールの家族計画は断種手術、受胎調節から始まってはいけなかったのである。まず、生まれた子供を丈夫に育て、育った子供が死ぬことのないように、天然痘の予防の種痘、結核の予防のためのBCG、そして腸チフス、パラチフス、コレラの予防のための注射が行われなければならないのだ。さらにその前の段階である便所づくり、環境改善も……。家族計画だけ押しつけても、彼らは迷惑するばかりであろう。」

家族計画は母子保健とのインテグレーションでなくてはならない。そして問題は、それを具体的に進めるための戦略である。

ここで注意しなくてはならないことは、本プロジェクトは家族計画の技術協力プロジェクトであるということだ。即ち、家族計画のアイデンティティを失うことなく、技術(方法)の移転に主眼を置くことを忘れるべきではないだろう。そこで寄生虫予防について考えたい。

元々、寄生虫予防はMCHの一部として位置づけられるのみならず、MCHの効果的な導入にむけてFP/MCHインテグレートド・プロジェクトへの有力なエントリーポイントのひとつであり住民の健康に対する関心を主体的に捉える契機として位置づけられる。

寄生虫予防の戦術的有効性

寄生虫予防には、二つの側面があり一つは医療(Medical aspect)、もうひとつは教育(Educational aspect)である。従来問題とされてきたのは専ら医療的側面ばかりであり、教育効果(方法論)については看過されてきた。

寄生虫予防には以下の3点が特性としてあげられる。

- (1) 即効性
- (2) 目に見える(回虫の場合)
- (3) 技術的に簡単(ボランティアにも扱える。)

衛生思想、環境衛生の遅れたところでは、駆虫してもすぐに再感染することになるが、それが再感染の原因、予防の方法等について住民と共に考える場を作ることができる。

駆虫方法については状況に応じて、全住民を対象にしたBlanket Treatment、例えば学童だけを対象にしたSelective Treatmentの他、検査を踏まえた感染者だけに対する駆虫と検査をしない駆虫があり、それを集団的に実施するか戸別訪問で実施するかなどの方法がある。

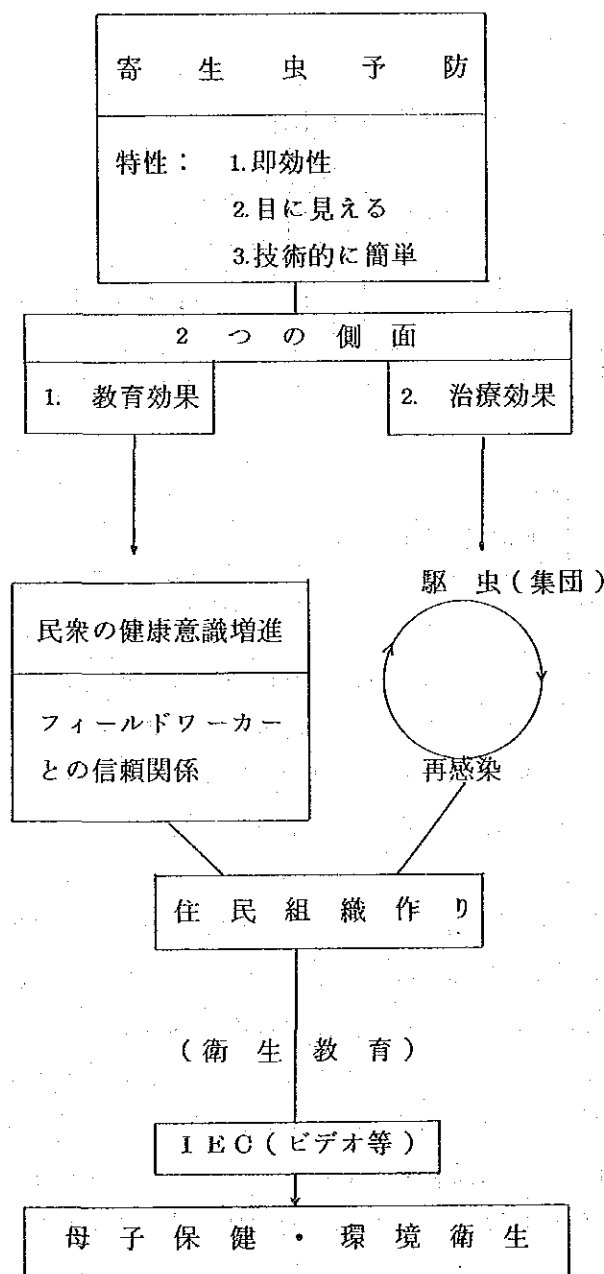
ネパールには、人糞に対して迷信がありそれが便所づくりを妨げている要因にもなっている。寄生虫検査のための検便などを通して科学するところを養い、糞便に対する迷信を払拭すること

も期待できるかもしれない。

寄生虫予防を効果的に進めるために必要な集団駆虫への努力により住民参加への契機をもつことができる。これを通して衛生教育、環境衛生への導入となり家族計画を含めたプライマリヘルスケアにむけてのインテグレーションプログラムが展開し易くなる。(図参照)

プロジェクトの展開

1. Planning
2. Base-line survey (Population statistics and KAP on FP and general health behaviour) for population information and needs assessment
3. Planning review



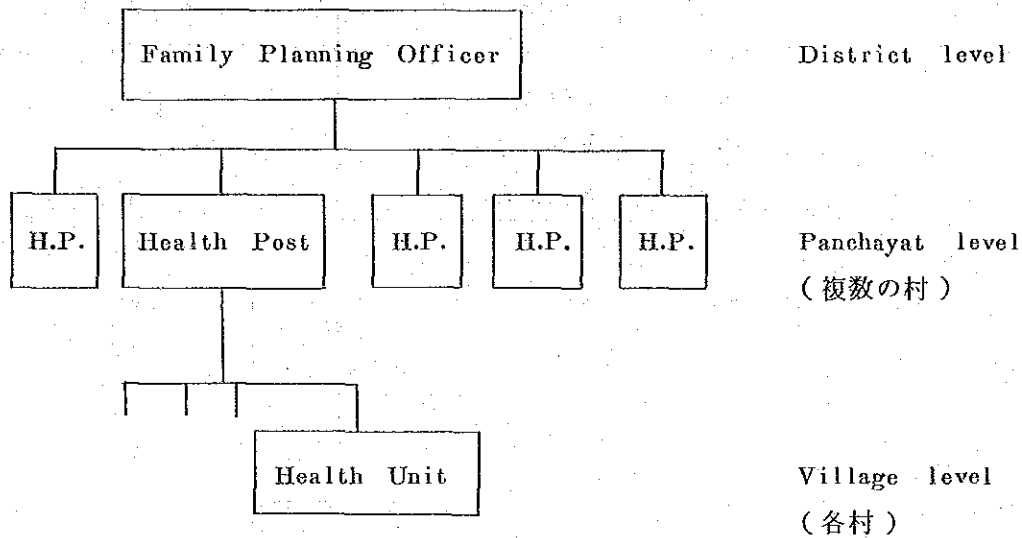
4. Project implementation

- Training,
- Formation of local committee
- Confirmation of logistical channel
- IEC
- Health services
- etc.

5. Interim evaluation

6. Project expansion into other panchayats in the model area(district)

ヘルスポストからヘルスユニットへ

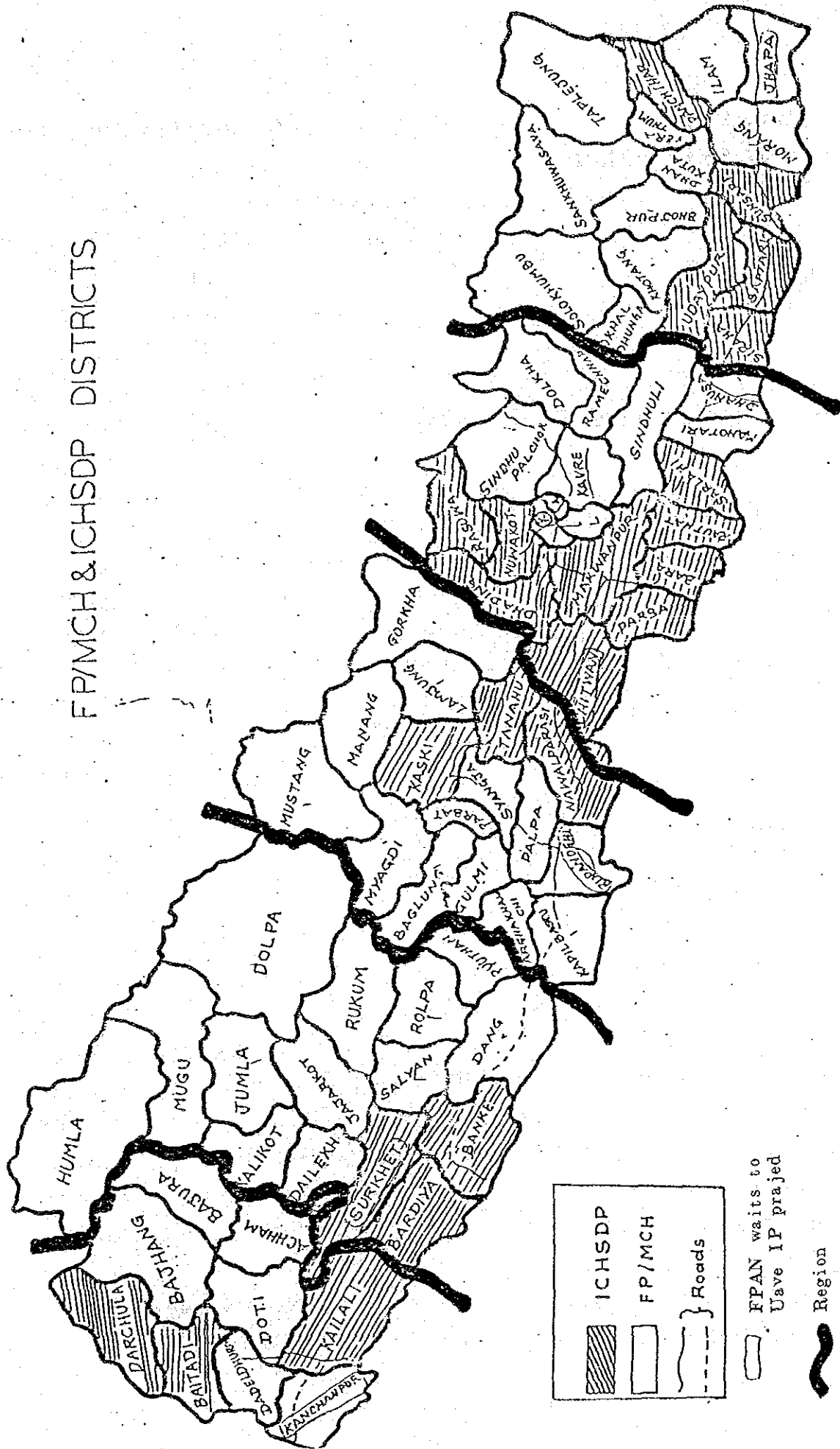


ヘルスポストは住民との接点である。ほかに病院がいくつかあるがメディカルスタッフ設備・薬品は究めて乏しい。また、アクセスできる住民も究めて限られている。日本の村落の状況とは全く違っている。ヘルスポストをとってみても質量ともに決して充分ではない。ヘルスポストのカバー出来る人口には限度があり、まずヘルスポストの充実及びヘルスポストから先に村人達によって運営されるヘルスユニット的なものが各村に一つ必要になるのではないか。いわゆる配置売薬的発想である。そこに配置する薬も出来るだけ住民によるメンテナンスを図るように持っていくべきであろう。村人の簡単な First aid に関するトレーニングと、有料性の導入及びそれを可能にするロジスティクス等の問題を十分に考慮されなくてはならないだろう。勿論、地域住民の理解と積極的な協力が必要であり、この辺に F P A などの民間の組織の有機的連携が必要とされるだろう。

家族計画とは社会・経済的問題を別にすれば、ロジスティクスと住民の教育の問題に尽きるように思われる。住民の教育の手段としてA.V.の有効性は言うまでもない。それを可能にする手段

の一つとして、先に述べたソーラーシステムの導入（コスト、メンテナンスを考慮の上）について検討することをもう一度提案しておきたい。

FP/MCH & ICHSDP DISTRICTS



	ICHSDP
	FP/MCH
	Roads

FPAN waits to Uave IP prajed
 Region

馬場新子

1. 現 状
2. 地域保健と啓蒙活動（教育普及活動）
3. モデル地区候補地視察の印象

1. 現 状

全国民のムードとしては、家族計画の方向に関心が向いていることは確かであろう。但し、そのムードと実行及び子供が生まれすぎて困ると子供をつくらないにはどうするかとが決して結びついていない。地方病院の看護婦によると、従来の日本社会のように男児出生が望まれ女児が何人いようと男児出生まで産み続けるともいう。又かなりの人々は特別に教育を受ける機会もないままに“どうにかなるさ”と、出産をくり返し、産みっ放しや産まれっ放しの現状にあると言えなくもない。

現在、家族計画の国家的取り組みの中で対国民へアピールしためぼしいものとして、記念切手発行、記念硬貨（50パイサ）の発行、ラジオ放送によるキャンペーン、家族計画の地方巡回キャンペーンが挙げられるだろう。その主たるスローガンは“小さな家族は幸福な家族”である。

これら国の家族計画事業に対する人々の反応の一端を紹介するならば、家族計画イコール reproscopy の印象が強く、家族計画の地方巡回キャンペーンは事実 reproscopy の施術をすることであり、家族計画協会の看板にも大きな文字でそれを銘打っていた。このことは家族計画事業を推進する人達には reproscopy が確実かつ最適であるかもしれないが、一般民衆にとっては必ずしもその本旨を理解して reproscopy を受けているとは言いきれないようである。例えば reproscopy を受けた者に対して100ルピーが支給されること（vasectomyを受けた者も同様）やコンドーム・ピルの配給率が必ずしも正しい実施（使用）率でないことなども合わせて考えねばならない。

すなわち、速効的な家族計画対策を推進しているネパールの現状を認める一方においては、家族計画の啓蒙活動（教育普及活動）により多くの努力がなされるよう望まれる。つまり家族計画その事自体の理解、家族の選択できる家族計画の方法、健康で幸せな家族設計の根本としての家族計画理念やそれに伴う知識やモラルの普及等、さらに理想を言えば家族計画と関連付けながら人の一生、家族のライフサイクルと結びつけた健康や保健に関する知識の啓蒙・普及に努める必要がある、と考えられる。

2. 地域保健と啓蒙活動（教育普及活動）

(1) 意 義

一般に教育普及活動は地道で迅速な効果が必ずしも期待できるとは限らない。しかし家族計画や母子保健等の保健行動にとって最も重要なのは、それら実際的手技・手段ではなくそれ以前になされるべき適切な動機づけであり、その理解に必要な基礎知識の普及にあると言えよう。家族計画や母子保健の目的は現在ネパールで既にスローガンとしても盛り込まれているように、一人のまたその一家、家族の幸福を目指すものに他ならない。だからこそ各々の夫婦（家族）自らの選択のもとになされるべき保健行動なのである。その基本的な姿勢を教育普及活動の中で教育する側もされる側も常々認識し確認してしすぎることはないであろう。

実際人々は子沢山の上に貧困で不十分な食糧事情に苦しんでいる。その現状を解消するには少なく丈夫な子を産み、病気に罹らない元気な子に育てる決意を自分達仲間認識することから始まるであろう。

一見地味に見える教育普及活動ではあるが将来的展望に立てば、国民の理解に基づいた自ら選択された保健行動の育成は、上からの押しつけでなく既に納得づくであるので、支持を得た施策として後々着実な効果をあげることになるだろう。

(2) 方 法

- ① 適切な人材の養成
- ② needに応じた教育計画・内容
- ③ 理解を促すための適切な教材

の三点が挙げられよう。

まず①適切な人材の養成について、その目的はネパール人同志で話し合い教育しあう資質を築いていくことに他ならない。すなわちいつも地域にいて、健康面や保健面のボランティアとして活動できる人材である。家族計画・母子保健事業であることの特殊性をも考慮してその適任性を簡条書きすれば、

- イ. できるだけ女性であることが望ましい。
- ロ. 身近かで信頼される存在であること。
- ハ. ボランティア活動として自身も喜びをもって参加協力してくれる人。
- ニ. 学歴の有無、資格の有無にかかわらずある程度の知識があって理解でき、発言に波及力のある人。

ヒンズー教の性に対する大らかさとは裏腹に人々特に女性は性に対する恥じらいが強く医療職で働く女性ですらタブーとしてとりあわないとも聞いた。そのため特にイ、ロについてはいくら強調しても配慮しすぎることはないと考えられる。

以上、地域の中でのボランティアとは別に、それらボランティアの活動が地域に根ざしスムー

ズに遂行されるためにも、理解や協力を得るためにも、地域の指導的立場にある人々への教育普及も同時に必要である。

さらに言を待つまでもなく、地域の保健医療機関に類する場においては常時指導・相談に応じることのできる人材を駐在させ、日常的に家族計画・母子保健の知識普及に努めることはもちろんであり、必要によってはその任に当る medical staff に再教育（訓練）の機会が与えられるべきである。

② need に応じた教育計画・内容については家族計画・母子保健を中心としてこれらサービスを受ける人々全てに画一的・同時的に行うのではなく、一人一人の背景を考慮した上でのサービスの程度・内容に応じた計画を立てられるのが望ましい。例えば対象区分を家族計画・母子保健サービスの優先順位で試るならば、

- イ. 多産家族（妊娠可能な）
- ロ. 妊娠・分娩・産褥周辺の女性及びその家族
- ハ. 複数の乳幼児を持つ母親及びその家族
- ニ. 結婚を迎えた新婚家族（夫婦）

となるであろうし、他にも年齢区分、生殖期区分、家族構成区分等多方面から対応できるならば理想的であろう。

又一方では家族計画と母子保健を一貫して、産んだ子は産みっ放し、産まれっ放しでなく病気にさせない、丈夫に育てる、そしてそのための方法・工夫を教育すべきであろう。それには予防注射を受けるとか、子供の成長・発達に関心を持たせる（それは妊娠中から継続すべき事であろうが）とか、子供の成長・発達に好ましい栄養・環境・生活習慣を整えるとかである。産まれた子が全て安全に成育する安心があってこそ、出産意欲も各家庭の能力にみあって落着いてくるであろう。

つまり根本的には母性を一貫して捕え教育していく上で、各時期、各生殖期に起る様々な問題に対応したサービスが期待されていると言えよう。

③教材については、地域において一般の人々を教えるための教材と、一般の人々を教える地域のリーダーを養成するための教材の二種類が含まれている。この両者に共通に言えるのはそれら教材は教育のための一媒体にすぎないということであり、あくまで理解を促すために用いられるのである。そのためには理解の範囲を越えない程度のできるだけ簡単に明瞭な物が適切と言えるであろう。

識字率が全国的には20%程度であることから、文字よりも図解・図示・モデルが適当であるがその選択も上記のとおり理由により精密さ、正確さを追求するより誰もが理解できる程度の簡単かつ単純化した物の方が望ましい。もし文字・文章を使うならば簡単明瞭な言葉使いで、できる限り最小限に留めるべきであろう。

大衆を対象にした16mmの映画会は祭りの日や娯楽の少ない人々に同時的・大量的に楽しませな

がらアピールするだろう。小集団を対象にネパールの人々が出演するビデオテープは身近な生きた教材として効果あるだろう。最もオーソドックスな紙芝居や絵物語は単数又は少人数に膝をつきあわして教えるのに、相手の反応に応じて行きつ戻りつ使用できる。地方の気候や電気事情にも左右されない等々。各々の長所・欠点を補完したバラエティーに富んだ教育材料が用意され、目的・対象にあった材料を自由に選択駆使できれば理想的と言えよう。

新たな教材作成にあたってはノウハウの方法論のみに偏ることなく、基本的理念が盛り込まれ、家族計画の目的を明らかにした上で方法論が述べられるべきであろう。その際、タライ地方（人口増加率が最も大なる地域）の人々の為に描かれている『コンドーム』なる絵物語風の小冊子は、極く一例ではあるが今後の新たな教材作製の上で大いに参考になるだろう。

リーダー養成のためのトレーニングセンターには少なくとも鮮明な文字が板書できる黒板・チョークが必要であろう。トレーニング中に使用するテキスト・教材・ノート・鉛筆の支給や実習・演習に使用する教材等も最低限支給や貸与されねばならないだろう。

3. モデル地区候補地視察の印象

(1) 地区の特殊性

感情は全般的に温和で共同意識の強くみられる山岳方面の人々とタライの一地方でインドと境を接する地域で独立個人主義的傾向のみられる人々との二地域を視察した。一口にネパールと言っても、地方によって民族も違えばそれに伴って文化・生活習慣・物の考え方・行動様式も変ってくる。例えばモデル地区候補で視察したタライ地方では Maithali という言語を話し、カトマンズから転勤してきた看護婦達でさえ意志疎通が不可能なこともあるという。また女性の性に対する恥らいは全国にあるが同タライ地方で Parda システムと呼ばれる習慣が根付よく残っている。それは女性（特に既婚女性）は男性と言葉を交さないし、姿を隠すという。これはインドと国境を接しているために、インド文化の影響をかなり受けているものと思われる。ほんの一例にすぎないが、以上の如くその地域・地区に相応しい方策が講じられねばならないことは言うまでもない。

(2) 地区の人材

前記教育普及活動の適切な人材の養成と多少重複することを前もって断っておく。

両地区においてヘルス・ポストやヘルス・オフィスで出会ったヘルスワーカーやヘルスエイドの人々は身分・立場の違いはともあれ家族計画・母子保健をはじめとする Healthneed に対して忠実に熱心に応えていこうという意欲は感じられた。但し現在の活動内容は必ずしも住民一人一人の need に応えていこうという姿勢が十分でなかったところは、今後の活動の方向性にあたって注意する必要があるように思われる。

地域の指導者に対して十分納得のいく教育・指導・訓練が必須であろうしその際、手技・手法

に走ることなく家族計画の理念なりモラルが優先して教育されることが望ましい。そしてその訓練後には自ら家族計画を実行し、自らの体験の成果を伝達できる位自信をもった家族計画指導者になって欲しい。地域の指導者が地区のボランティアを養成することを期待して、教育・訓練期間中に健康な生活環境を体験させその方法を修得させたい。

指導者としての適任は Health に関係・関心を持つ人、例えば学校の(女)教師、呪術師、村の代表役婦人、取上げ婆さん等で従来の数少ないヘルスワーカー・ヘルスエイドにこだわることなく幅広く、層厚く持つことが必要であろう。当然ネパールの国民性からして母子保健、特に家族計画においては女性の指導者がその任に当ることが望ましいと考えられる。

(3) 地区の機材

家族計画・母子保健の拠点となるクリニックにしるヘルスポストにしても機材に関しては全てお粗末であった。子供の成長を確かめる計量器一つすらない。ユニセフの乳幼児の栄養不良を見極める腕輪がただ一つあるばかりである。離乳食と脱水症時の飲用補液の作り方が色褪せたポスターで掲げてあるがその実習施設も実物も何もない。そういう意味でも母親の子の健康に対する意識を高める動機付けは無いに等しいと言えよう。

又全国ではほぼ統一的使用されている検診カードの類を見てもフェースシートは別として、診察日、実施した診療(助言内容)投薬、及び再来日のみの診療・処置カードにすぎず記録として残す記事内容は母親に何ら動機付けを起こさせるものではない。

日本の母子健康手帳までは行かないまでも、妊娠から分娩・新生児・乳児・幼児の各期を経過を追って見られるような個人の(又は家族)の記録帳があれば我が子の成長振りが母親にも意識される一つの契機を与えるかもしれない。日常的な子供の健康への関心を高めるには未だ一工夫も二工夫も要と思われるが、さし当り子供の体位・体格を測定する計測器とその記録用紙が用意されて良いと考える。

家族計画に関係しては、その中心が教育普及活動であるので前述した通り衛生教育機材は必要に応じて整えられるべきであろうが、物によっては一施設一機材である必要はないと考えられる。但しそのように一機材を広域に使用するならばそれなりの可動力が要することを付け加えておきたい。

(4) モデル地区の意義と今後残されている問題点

モデル地区設定には、小さな(少数)地区での成功例をネパール全土に広めていくという考えの方向性に基づいている。

小さな地区で成功するためにどれだけの物・人・金を投入すれば良いのか。又どのような方法ですれば良いのか、モデル的に試みようとするものである。モデル地区への資源の投入はその後の他地区への波及・伝波を考えるならば無尽蔵にはできない。むしろ地区に既存の物・人の適正配置・適正管理・適正育成が先に考えられるべきであろう。そしてその上でそれらが機能するのに必要な器具・機材が用意されてしかるべきであろう。

しかし、実際にネパール側が候補に挙げたのは人口増加が大なる地区で確かに母子保健・家族計画の問題を抱えている地区ではあるが、ネパール人にとっても難かしい地区とされている処である。一方我々の方でもプロジェクトの活動が円滑に進み、かつある程度の効果をあげる可能性のある地区であるかどうかを見極めねばならない。すなわち専門家が健康を損なわないで居住又は長期滞在ができる住居が確保できるか否か、自然環境・生活環境の両面でどの程度の活動が可能であるのか、さらに実際の活動にあたっての協力体制はあるのか、組織・人材は活用できるのか等、モデル地区担当官、責任者と話を詰めた上でないと我々がモデル地区に期待している成果は達成されないと思う。

ネパール側要請と協議内容

後藤 俊男

1. 要請内容
2. 基本計画案

1. 要請内容

(1) FP/MCH プロジェクト（保健省）

FP/MCHプロジェクト局長より、母子保健を中心とする家族計画の協力要請がなされた。要請内容及びその対応についての要旨は別表のとおりである。

(2) FPAN（ネパール家族計画協会）

半官半民であるFPANより次の協力要請がなされた。

- ① 寄生虫とのインテグレートしたJOICFPのプロジェクトの拡大化
- ② 家族計画訓練センターの建設、関連設備の供与及び訓練指導
- ③ 宣伝教育センターの設立

まず、最初に本協会が民間機関であることからネパール側の要請チャンネルの明確化を示唆したところ、ネパール側は全てFP/MCHプロジェクトで調整をはかり、公式要請として、今後検討を重ねるつもりであり、本プロポーザルは参考資料としての位置付けであることを述べた。したがって、参考資料であるということを前提に以下の助言を含む協議を実施した。

①については対象地域が5カ所にも及び、かつ、日本側に具体的に何を要請するのか明確ではない。

②については、永久避妊法を普及、促進するためのセンターであり、日本政府としては永久避妊法のための協力は困難であることを述べたところ、本調査団と同時期にネパールで調査活動を行っていた世界銀行に要請することとし、新たに③について協力要請がなされた。

③については、無償資金協力を中心とする構想であり、今後プロジェクト協力の進捗状況を見つつ検討することとした。

別表

（FP/MCH 協 力 要 請）

	要 請 内 容	協 議 内 容 及 び 対 応
A	訓 練 (1) 5カ所の州訓練センターの 訓練用診療所の建設	・ 診療所の建設は困難であるが、必要性に応じて 診療用機材の供与は考慮する。（実際に訓練セン

	要 請 内 容	協 議 内 容 及 び 対 応
	<p>(2) 指導員の訓練</p> <p>(3) マネージメントの訓練</p> <p>(4) 冷凍機器技術者の指導</p>	<p>ターを視察したところ、ソ連の道路建設プロジェクトの宿舍を引き継いだ老朽化した建物を使用しており、教室、訓練生の宿舍、教員の宿舍等満足な状態にはなかった。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 中堅技術者訓練費により対応可能であるが、実施開催場所を十分に考慮しないと、旅費の財源確保がネ側でも困難だけに、実現化に不安が残る。又、日本にカウンターパートとして受入れることにより対応可能。 ・ 同 上 ・ 同 上 <p>(但し、G/P受入れは考えず日本側は短期専門家で対応する。)</p>
B	<p>全国のヘルスポスト診療室の強化 (256カ所)</p> <p>(1) 薬品及び医療機材</p> <p>(2) 教育用機材</p> <p>(3) 家具(机、イス、待合室用イスイス、食器棚、キャビネット、黒板等)</p> <p>(4) 冷蔵庫</p> <p>(5) クーラーボックス</p> <p>(6) 体重計</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全国を強化するのは、効率的ではないので、モデルエリアを設定して、その効果を見つつ、拡充する。ただし、(3)の家具についてはネパール側の自助努力をまず期待したい。 ・ 冷蔵庫の設置については燃料代等の維持費の確保がまず先決である。
C	<p>巡回診療車の設置</p> <p>(1) 巡回診療車 5台 (5カ所の州事務所)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ まず、モデルエリアを含む州に配置し、効果を見つつ拡充をはかる。ただし、人員の配置、維持、運営費の確保等の計画を明確にすること。又、山岳地域等についても留意する必要がある。
D	<p>プロジェクト監督用車輛</p> <p>(1) ジープ 5台</p> <p>(2) 単車 5台</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 同 上
E	<p>冷凍チェーンシステム (予防接種用)</p> <p>(1) 州単位の冷凍倉庫</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 電力供給が未整備の現段階では慎重に対応する必要がある。

	要 請 内 容	協 議 内 容 及 び 対 応
E	(2) 冷蔵庫 (全国 256 カ所) PBIW (家族計画普及員)用携 行キット(全国 2400 人)	(2)の冷蔵庫はB-(4)と重複している。 ・ モデル・エリアよりその効果をみつつ、拡充を はかる。
G	訓練用機器 (1) ビデオ (2) 映写機 (3) フィルム (4) スライド映写機 (5) OHP (6) 模型その他教材	・ 訓練の場所、人員、計画等の明確化をはかりつ つつ、供与を行う。

2. 基本計画法

要請の内、無償の絡む家族計画協会からの協力要請は今後、検討することとして、FP/MCHプロジェクトからの母子保健を通じて家族計画の協力を、モデル地区を核に実施することが望ましいと考えられる。協力にかかる基本計画について、下記のとおり、暫定案をとりまとめ、ネパール側と非公式に確認した。

(1) 和 文

1. 協力目的

- 1) 母子保健事業の拡充を通して家族計画事業の推進をはかる。
- 2) その他の方策を以て家族計画事業の推進をはかる。

(当国においては家族計画の方法として永久避妊法に重点を置いていること、及び家族計画の推進にとって極めて重要な乳児死亡率が未だ極めて高い (出生 1000 に対して 150) ことから母子保健事業の拡充を通して家族計画の推進をはかる協力が有効と考えられる。)

2. 協力内容 (骨子)

- 1) モデル地区を設定し、母子保健事業の拡充によって家族計画の強化をはかる。
- 2) 母子保健・家族計画分野における医療従事者をはじめ関係者の訓練を実施する。
- 3) 協力の必要性に応じモデル地域の拡大をはかる。

3. 協力期間

5 年間

(全般的に医療事情が劣悪であり、長期的な取り組みが必須と考えられる。)

4. 協力形態

- 1) 専門家の派遣

小児科医，疫学，保健婦（あるいは公衆衛生），医療機器技師，調整員，その他。（期間，時期等詳細は今後検討することとしても当国の医療事情に鑑みて極力長期の専門家の確保が望ましい。）

2) 機材供与

冷蔵庫，アイスボックス，医薬品，携行バッグ，視聴覚機器，検診セット，レントゲン装置，手術台，診療台，蘇生器，消毒器，手術用電燈，ジープ，モーターバイク，その他。（モデル地区における医療施設の整備として，供与することとなる。概算額としては年間5千万円程度の規模になる。）

3) 研修員の受入

保健省家族計画，母子保健プロジェクト本部責任者，モデル地区家族計画担当官，REGIONAL 訓練センター教官。

（年間3人程度を日本にて研修を実施したい。）

4) モデル地域の設定

複数のモデル地域をDISTRICTを1単位として選定し，重点的に協力する。さらにモデル地域内に人口2～3万人規模のパイロット地区を設定し，家族計画の推進のため母子保健の強化のみならず，環境衛生の向上等必要な協力を実施する。その際，対象地域の人口調査，医療保健等の基礎調査を実施し，上述目的の円滑化に資することとする。

SUMMARY OF DISCUSSIONS

1. Purpose of the Project

- 1.1 The project intends to expand and strengthen maternal and child health programme for the promotion of family planning.
- 1.2 The project intends to promote family planning through the other measures.

2. Components of Cooperation

- 2.1 To establish the model areas for the implimentation of the above mentioned purpose.
- 2.2 To train personnel in FP/MCH in Japan and Nepal.
- 2.3 To gradually extend and intensify FP/MCH services according to preliminary result of the pilot site.

3. Duration of Cooperation

5 Years

4. Technical Cooperation

4.1 Dispatch of Japanese experts

Pediatrician
Epidemiologist
Public health nurse
Technician for the medical equipments
Coordinastor
Others

4.2 Provisions of machinery and Equipments

4-Wheels drive cars
Motorcycles
Refrigerators
Ice boxes
Drugs
Bags for the PBHW
Audio visual equipment sets
Medical cheack up kits
X-ray
Operation tables

Examination tables

Oxygen regulators

Sterilizers

Operation lights

Others

4.3 Training of Nepali Personnel in Japan

Doctors nurses and other medical staff

Family planning officers

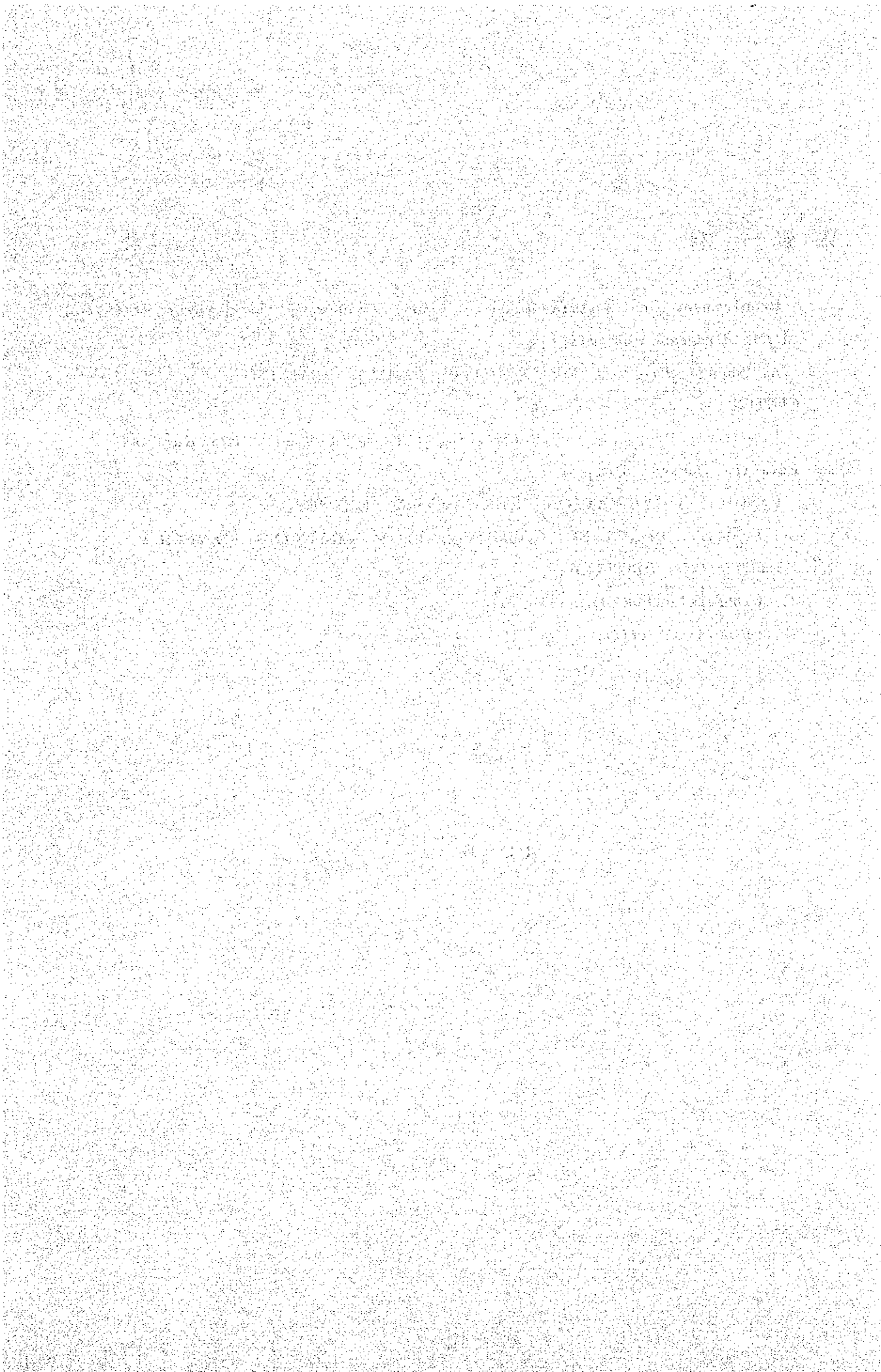
FP/MCH trainers

Others

4.4 Establishment of the model area

VI. 資 料

1. Requirement and justifications to further improve the present status of MCH Program activities.
2. A Request Proposal For NATIONAL FAMILY TRAINING CENTER.
3. Programme Proposal for Replicating Integrated Family Planning and Parasite Control Project.
4. Proposal INFORMATION EDUCATION CENTER,
(FAMILY PLANNING COMMUNICATION TRAINING CENTER)
5. DISTRICT PROFILE.
 - 1) Kabhrepalanchok Distrist.
 - 2) Dhanusa District.



Requirements and Justifications

to further improve the present status of MCH Program activities

附件 1

REQUIREMENTS

JUSTIFICATIONS

A. TRAINING

1. Establish teaching clinics in five regional training centres

- So far there is no teaching clinic as such under MCH/FP regional training centre. Due to the lack of such clinic, the training being conducted has become limited to theory mostly. This type of teaching clinic would help to imparting practical knowledge + skill to the trainees.

These clinics will be made equipped with all necessary skilled staff, drugs, teaching aids and furnishes. These building will be constructed in the highly populated area

2. Training of Trainers

- In order to give effective training on MCH aspects, the trainers, should have more knowledge and skill on these matters. So it is advisable to arrange training program on MCH Service activities in SEA countries.

3. Short and Long term training for central and district managers and as well as upto paramed-icals.

- The success of MCH program depends on effectiveness of the management. So it is highly important to increase the efficiency in the managerial staff at the centre and the district level.

REQUIREMENTS

JUSTIFICATIONS

- 4. Training of technicians for repair and maintenance of the freezers and cold chain

- Lack of well skilled technicians for the repair and maintenance of freezers has become a hurdle in the successful operation of immunization program. So, provision of training for such technician has become very important.

B. Clinic Management

- 1. Equip the MCH clinics with all necessary drugs, supplies and furnishes.

- Without sufficient drugs, supplies and furnishes the clinics can't attract the clients. Lack of drugs and supplies has become a common complaint of the district managers. So a set of requirements should be distributed equally to all existing 256 clinics. The requirement set should include the following items:-

S424.P.

- a. prescribed list of MCH drugs + materials in a sufficient quantity.

- b. Sufficient quantity of educational materials.

- c. Sufficient furnitures

- Fan 1 only for Terai districts
- Tables 3
- Chairs 3
- Benches to accommodate 50 persons
- Cupboard 2
- Rack 2
- File cabin 1
- Black Board 1

- Refrigerators which can be used both by electricity and Kerosene
- Cold boxes
- Weighing scales

.../..

REQUIREMENTS

JUSTIFICATIONS

C. MOBILE CLINIC MANAGEMENT

- 1. Mobile clinic service van
 - Surgical cum medical for each Regional offices

- The clinics can deliver the services to the people in the radius of 3 miles only. People living in remote villages has to depend on mobile service clinic. If a mobile service van is made available the service can be reached to the remote village people also. The van should also be equipped with operation theatre so that it can be used for sterilization camps also.

D. VEHICLES FOR SUPERVISION ACTIVITY

- 1. Jeep - 5
- 2. Motorbikes - 5

- Lack of vehicle is one of the reasons that has caused irregularity and ineffectiveness in the supervision activities.

E. COLD CHAIN MANAGEMENT

- 1. Regional cold storage
- 2. Refrigerators to all clinics
 - Keronene as well as electricity

- The FP/MCH Project has no cold chain system of its own. The district clinics has to depend on EPI supply. Due to the beaureocracy, the clinics are not receiving the immunisation supplies in time. So, if a cold storage made in the Regional level, this would facilitate to provide the supplies to the remote clinics in time.

- F. Provide carrying bags, one litre tumlet and cupboard to PBHWS ²⁴⁰⁰

- bags for carrying the drugs while doing home visits.
- one litre tumlet to facilitate measuring water for preparation of ORS
- A cupboard to stock the supplies.

.../...

REQUIREMENTS

JUSTIFICATIONS

G. Training Aids

- Audio Visual aids and models such as:

- a. Vedio
- b. Film Projector
- c. Films
- d. Slide projector
- e. Over Head projector
- f. Models of different varieties (anatomy, child nutrition, child and mothers care, immunisation, reproduction etc.)

資料 2

A
Request Proposal
For
NATIONAL FAMILY PLANNING TRAINING CENTER
in
NEPAL

by
Family Planning Association of Nepal

Feb. 26, 1985

BACKGROUND FOR THE PROJECT

Nepal is a mountaneous land-locked and least developed country. This small country with an area of 147,181 sq.km is sandwiched between China to the north and India on the remaining three sides. The country is divided into three ecological zones. In its northern zone, high snow picked mountains including highest peak the Mt. Everest provides Nepal with alpine climate, mid-mountaineous zone gives temperate climate and its southern plain has tropical climate.

Nepal is primarily an agrarian society with 94% of the total population residing in rural areas. In 1930 there was only 0.2 hectors of cultivated land per capita. The question is not only of low cultivable land and population ratio but also low output per unit of land. Per capita income of Nepalese people has been estimated to be USD 140 per annum.

The 1981 census has estimated the population of the country little over 15 million. High fertility and declining mortality have combined to give a rapid rate of population growth which is estimated to be 2.7%. If the present rate of population growth continues, Nepal's population will double in less than 27 yrs. To bring a substantial change in the birth rate, the initial requisites are to bring change in economic and social values, cultural pattern and aspiration towards life of the common man. The second need is to make the family planning program effective. The control of fertility rate has become very important in Nepal because population density has increased considerably and is estimated to be 598 persons/sq.km of arable land.

Alarmed by the rapidly growing population HMG of Nepal has developed family planning program aimed at reducing its fertility rate to control the population rise. The intervention was found to be relatively effective only when the family planning programs

adopted permanent methods. The reason for persuing sterilization is due to high drop-out rates for temporary methods of family planning in Nepal.

NEED OF FAMILY PLANNING TRAINING CENTER

Nepal like any other less developed country has shortage of trained manpower in general and physicians in particular. There is only one physician for 23144 people.

In view of the growing commitments by the government and non-government agencies, the need for trained manpower is inevitably urgent. Besides, even the existing number of trained physicians for the available facilities is still insufficient to meet the rapidly increasing demand for voluntary surgical contraception. Also, increased number of staffs, paramedicals, nurses, field staffs and community leaders should also be trained for ensuring high quality safe service to the maximum number of people.

The ultimate goal of establishing a Family Planning Training Center is to enhance and upgrade the skill of the physicians, field-staffs and the community leaders so that they can provide the best quality services in the sector of Family Planning including voluntary sterilization, contraception as well as in the MCH and PC sector. It also contributes to increase the community participation in providing better family planning services to the Nepalese population through the trained manpower.

Objectives:

1. To establish and develop a self-sufficient national training center.
2. To conduct training courses for the physicians, paramedicals, field-staffs and community leaders.
3. To develop and teach the appropriate medical techniques in Family Planning Services for delivery and MCH service which are suitable to local situations.

4. To organize the training program on different aspects of family planning motivation, information and various community development services as the part of the integrated family planning services as well as MCH services.
5. To organize population education classes for different client groups in both formal and non-formal education system.
6. To organize the conferences and seminars on the pertinent issues relating to the population development and family planning service for the policy makers and top-programme implementors.
7. To help design, construct and manage health related infrastructures such as drinking water sanitation facilities in the community.
8. To develop a system of co-ordination between different health and population programmes at the local level to avoid duplication and derive maximum results from them.

REQUEST TO THE GOVERNMENT OF JAPAN

This is a proposal to establish a National Family Planning Training Center for an in-country training program by training physicians, nurses, paramedicals and community leaders.

The Family Planning Association of Nepal would like to hereby request the Government of Japan through His Majesty's Government of Nepal to not only extend the technical assistance on a project base but also to provide the building and all necessary equipments for the proposed center under general grant assistance to Nepal.

CONCERNED ORGANIZATION TO WHICH THE PROJECT BELONGS

This Family Planning Training Center will be directly run by Family Planning Association of Nepal (FPAN) and the project itself will also be handled by FPAN.

The FPAN is an autonomous social organization under the Social Services National Co-ordination Council chaired by Her Majesty's the Queen and