

ネパール・スリランカ
人口・家族計画プロジェクト
ファイナンディング調査団報告書

1985年1月

国際協力事業団
医療協力部

医 業

JR

85 - 10

ネパール・スリランカ
人口・家族計画プロジェクト
ファインディング調査団報告書

JICA LIBRARY



1060624[2]

1985年1月

国際協力事業団
医療協力部

国際協力事業団	
受入 月日 85. 3. 25	116
登録No. 11276	98.2
	MCS

は　じ　め　に

1984年8月メキシコ市で国際人口会議が開催された。現在この地球上で生活している人々は48億人であり、今世紀末には実に60億人にふくれあがると推計されている。こうした人口問題が人類にとって最重要課題として世界的に認識されつつある今日、我が国も従前にも増して人口家族計画分野における協力を拡充していかなければならないと考えている。

1983年度については、アジア地域におけるプロジェクトの拡充ということで、従来より本分野における協力の要望がなされていたネパール及びスリランカ両国に対して、協力の必要性ならびにその可能性の調査を目的として調査団を派遣した。

本報告書はその調査内容をとりまとめたもので、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1月

国際協力事業団

部長 長谷川 豊

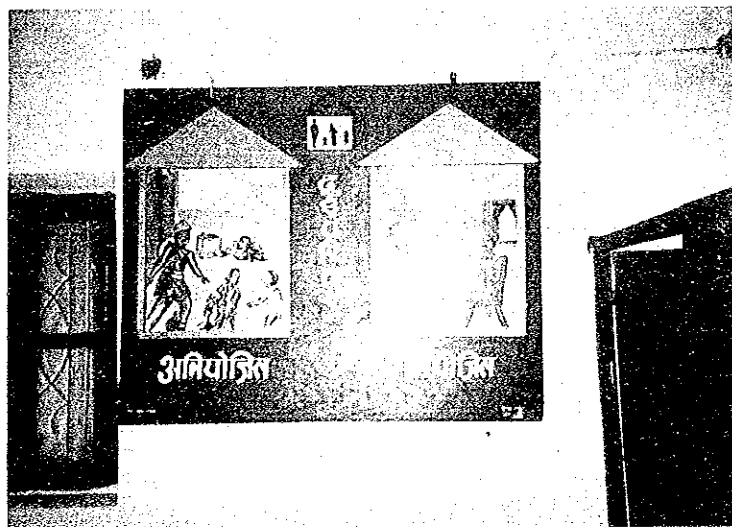
ネパール家族計画
協会での協議

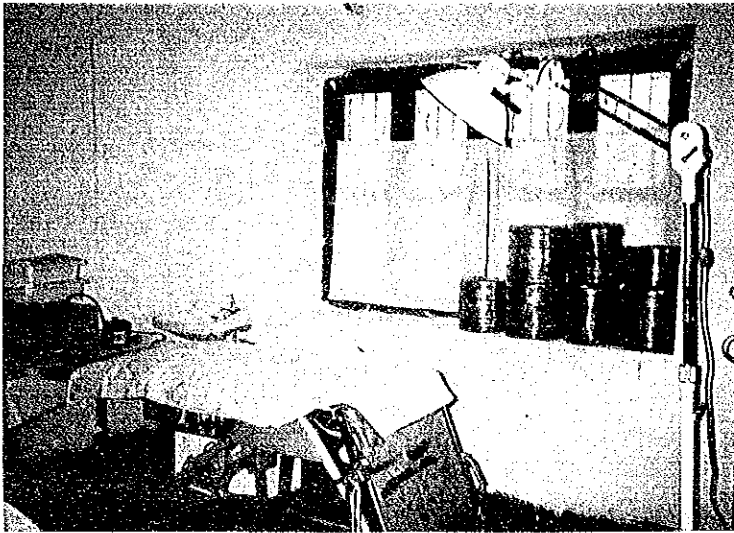


ネパールFP/MCH
ラリットプール地区
事務所

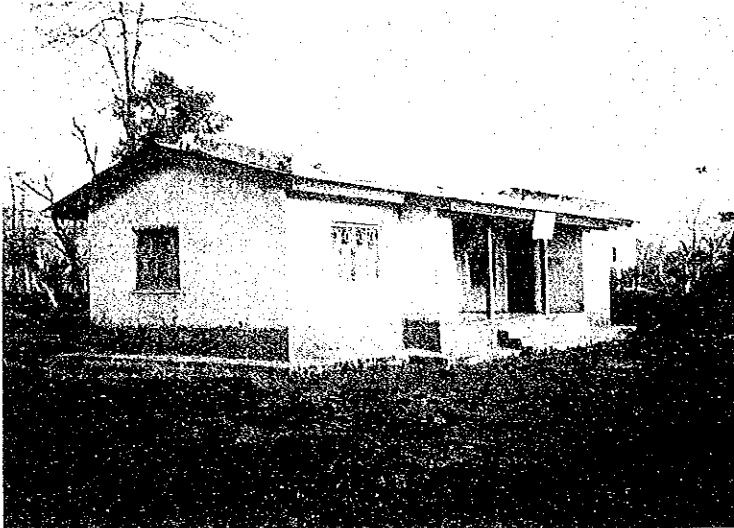


同上 事務所
宣伝掲示板

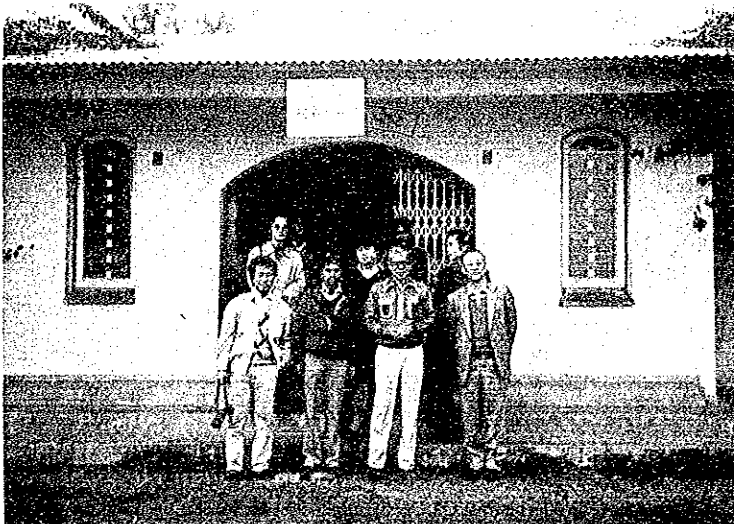




同事務所
手術室



ネパール
シシュワ・ヘルスポスト

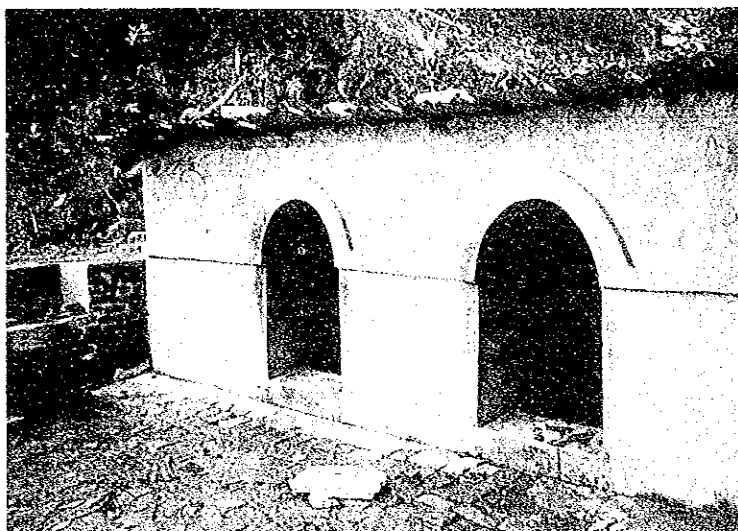


ネパール
タルプ・ヘルスポスト

ネパール政府関係者
との懇談

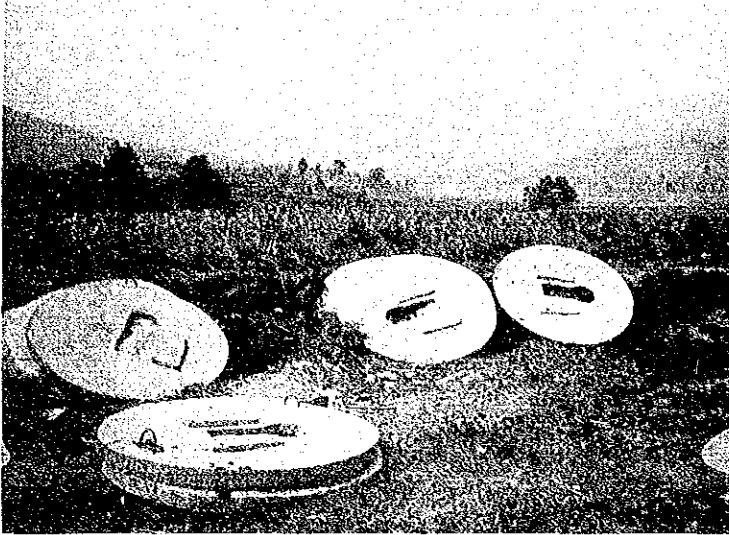


ネパール
FPANプロジェクト
環境衛生改善のため
の井戸

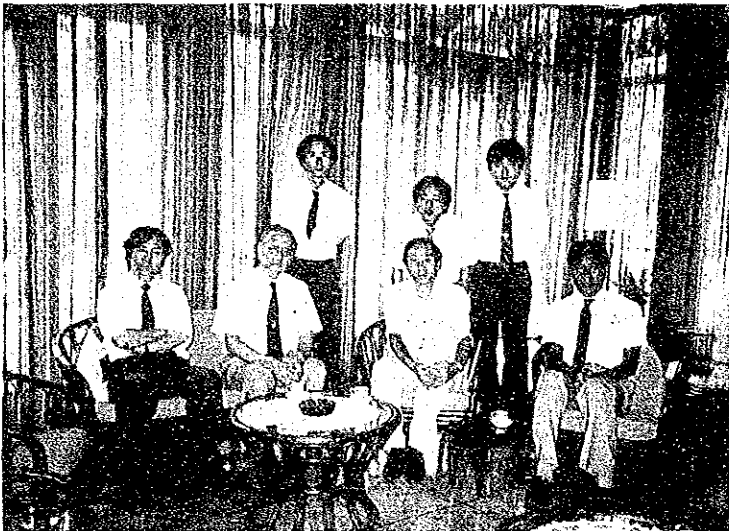


同上 プロジェクト
トイレ用板

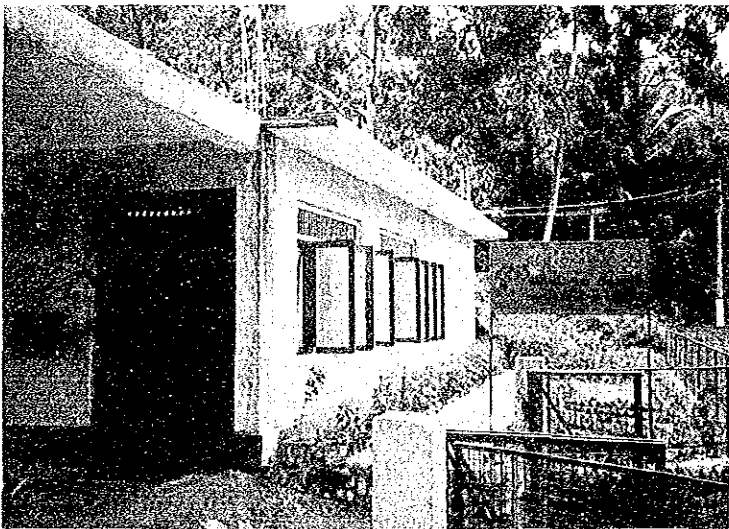




同プロジェクト
トイレ
(コンクリート製)

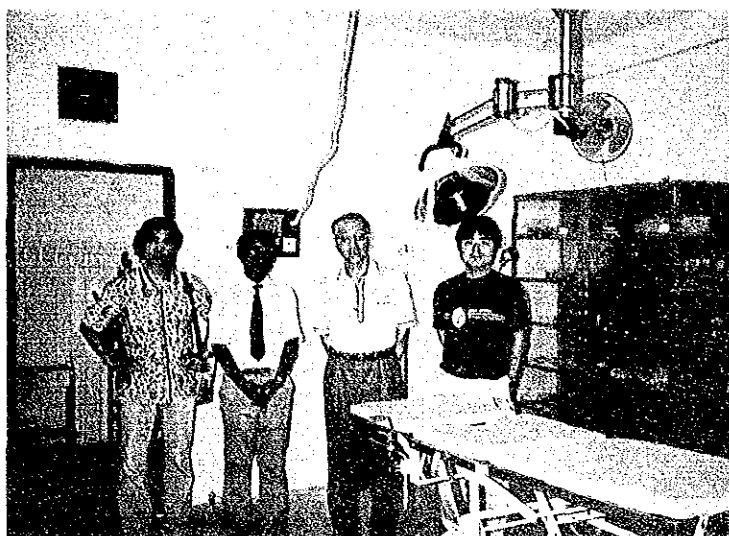


スリランカ大鷹大使
と打合せ



スリランカ
不妊手術協会
家族保健センター

同センター内
手術室

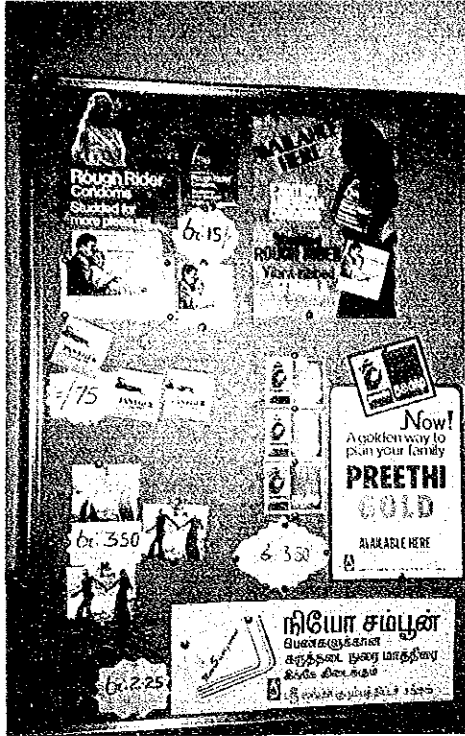


スリランカ政府
関係者との懇談



人口情報センター
での打合せ





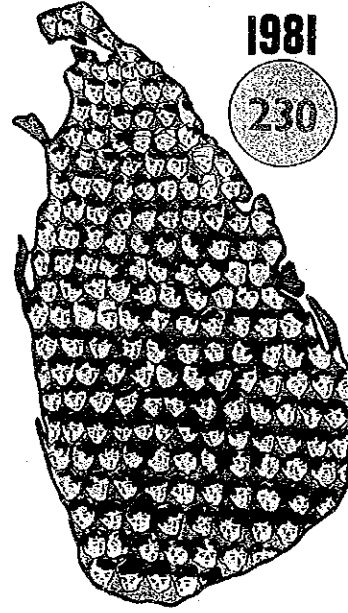
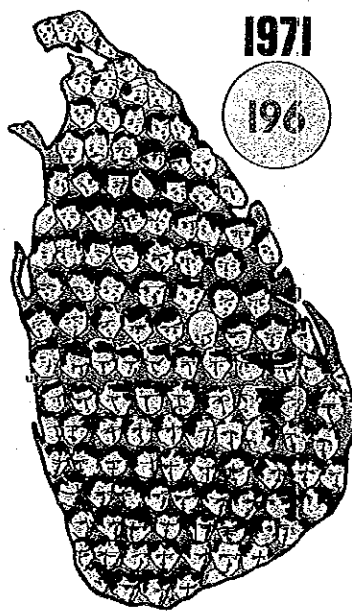
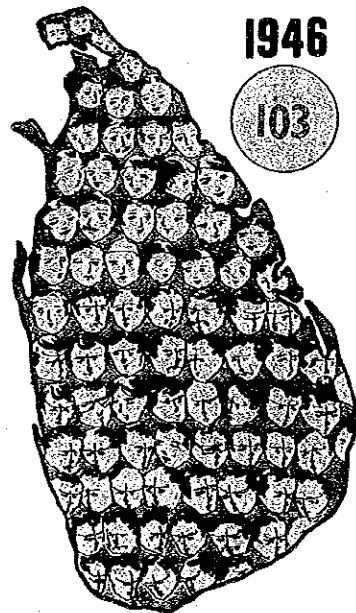
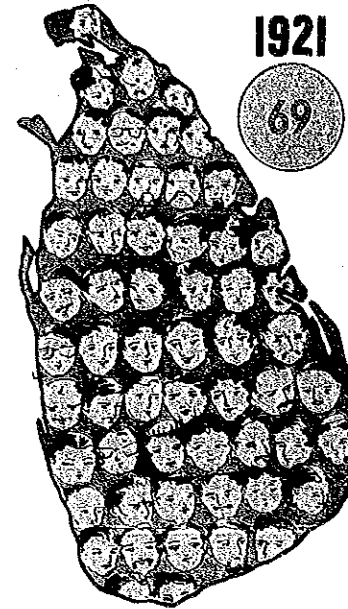
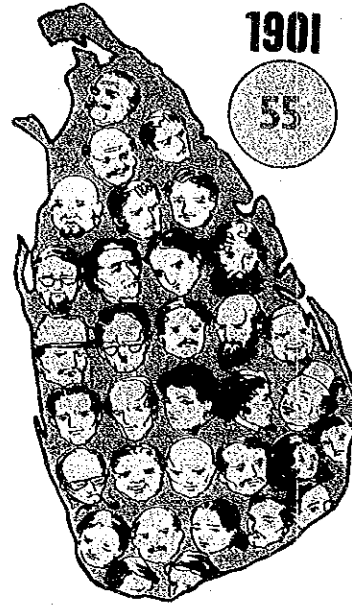
スリランカ
 家族計画協会販売の
 コンドーム

スリランカ・人口問題啓発ポスター
(No.1~No.3)

ජනගහන ඝනත්වය වර්ග කිලෝමීටරයට

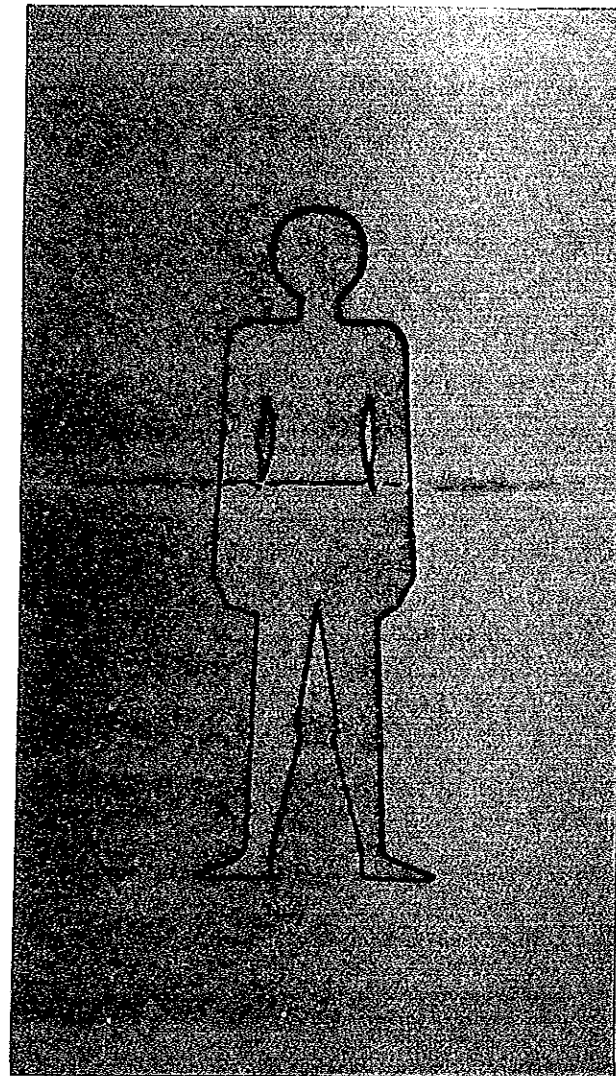
POPULATION DENSITY PER SQUARE KILOMETRE

தமிழகத்தின் - ஒரு மூல மீட்டர்



වගා කළ හැකි ඒක පුද්ගල ඉඩම් ප්‍රමාණය

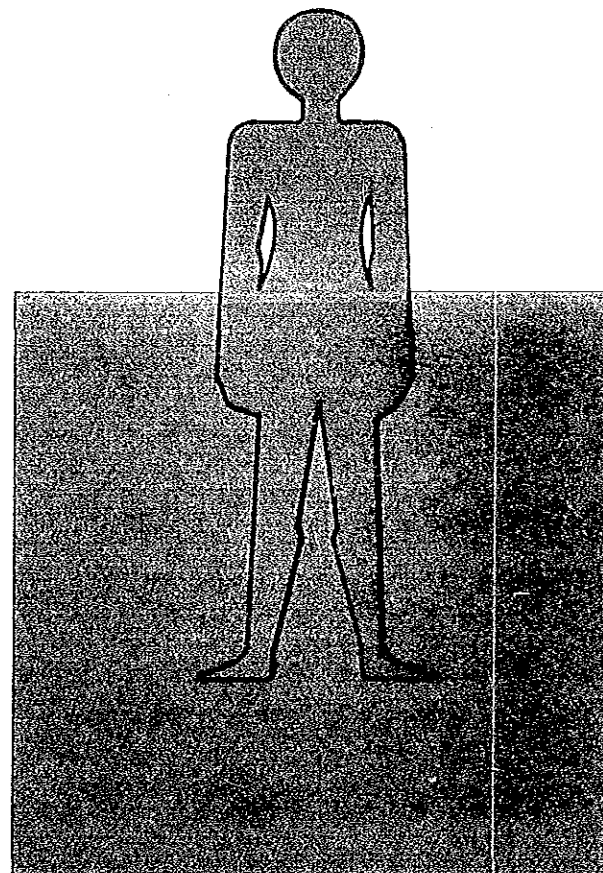
PER CAPITA AVAILABILITY OF ARABLE LAND



1901

1.8

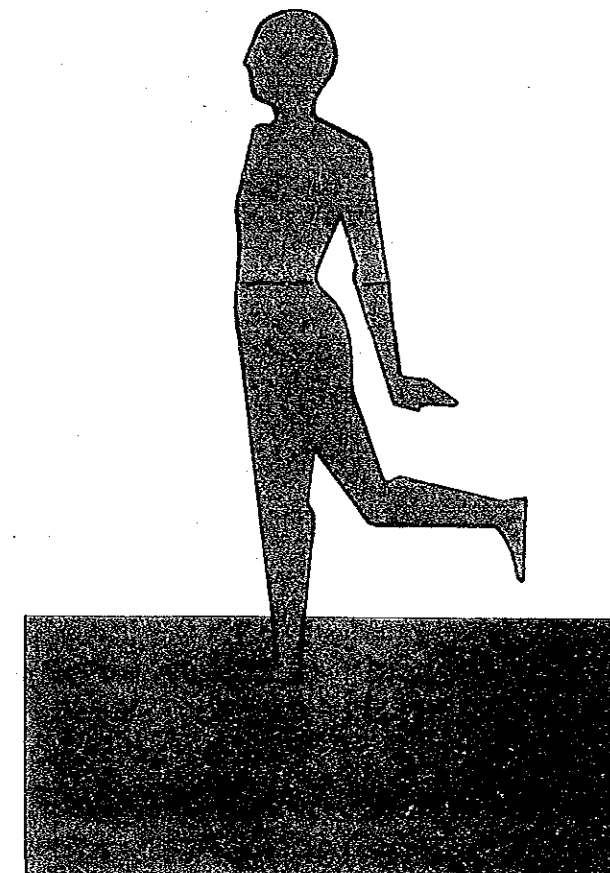
අක්කර
acres



1946

0.97

අක්කර
of an acre



අද
Today

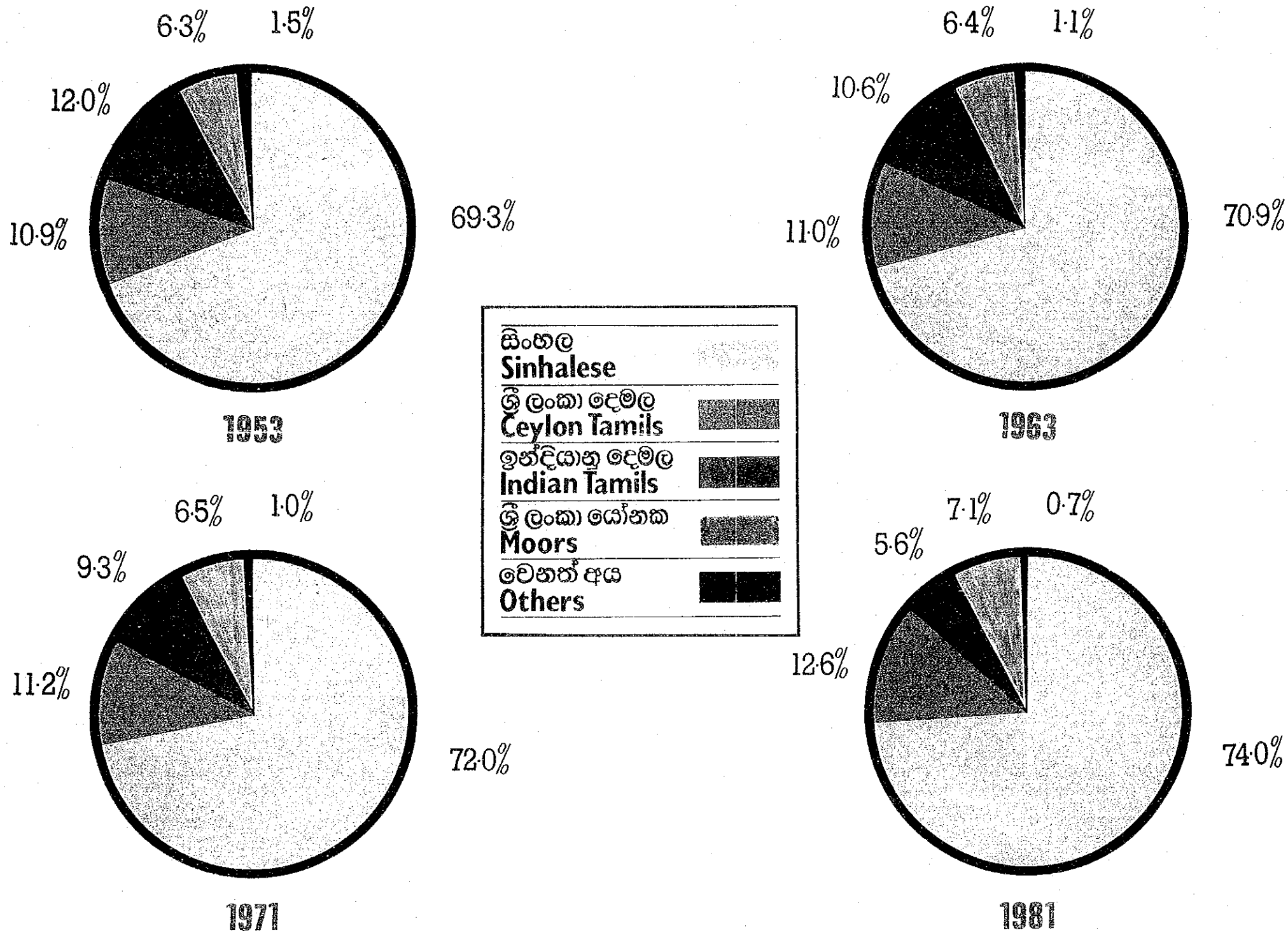
0.43

අක්කර
of an acre

ශ්‍රී ලංකාවේ ජාතීන් අනුව ජනගහනය

SRI LANKA POPULATION - ACCORDING TO ETHNICITY

පසු ගිය සංගණන 4දී - LAST FOUR CENSUSES



සිංහල	
Sinhalese	
ශ්‍රී ලංකා දෙමළ	
Ceylon Tamils	
ඉන්දියානු දෙමළ	
Indian Tamils	
ශ්‍රී ලංකා යෝනක	
Moors	
වෙනත් අය	
Others	

目 次

I	調査団派遣の経緯	1
II	調査団構成	2
III	調査項目	3
IV	調査日程及び面会者	4
V	調査報告	9
	ネパール国	
	1. 総 括	13
	2. 人口問題の現状とわが国の援助課題	18
	3. 母子保健	37
	4. 家族計画プログラム	47
	5. 国際援助機関の活動	63
	スリランカ国	
	1. 総 括	79
	2. 人口問題の現状そわが国の援助課題	81
	3. 家族計画プログラム	101
	4. 医療保健事情	112
	5. 国際援助機関の活動	126
VI	各国事情	
	1. ネパール国事情	133
	2. スリランカ国事情	163
VII	添付資料	
	1. 要請内容	205
	2. ネパール国における家族計画	216
	3. ネパール国家人口戦略	227
	(National Population Strategy)	
	4. スリランカ 1982 年度医療公報	290
	(Annual Health Bulletin Sri Lanka 1982)	

I 調査団派遣の経緯

ネパール国の人口動向は、増加率 2.6% であり、公衆衛生の普及、教育の向上といった社会経済発展のために、人口家族計画を重要な国の施策として位置づけている。こうした背景の下に以前より医療協力との関連で本分野における協力を要望してきている。一方、スリランカ国の人口動向は、自然増加率 2.2%、移民率 0.34% であり、2020年には人口が倍増することから、危機感を抱いており、スリランカ政府は国の重要課題として取り組んでいる。行政官庁は、主管として、計画省があり関連省庁として保健省、文部省、労働省があり、各種人口、家族計画の施策を実施している。又、UNFPA、SIDA等の外国援助機関からも援助をうけており、今後計画をさらに拡充するため、我が国に協力を要望してきている。こうした要請の背景に基づき、今回、両国におけるプロジェクト協力実施の可能性につき検討するため調査団を派遣することとした。

II 調査チームの構成

団 長	平 山 宗 宏	母 子 保 健	東京大学医学部保健学科教授
団 員	新 津 晃 一	開 発 社 会 学	国際基督教大学教養学部社会科学科 準教授
団 員	大 橋 光 洋	家 族 計 画	財団法人 家族計画国際協力財団 プロジェクト課 係長
団 員	兵 井 伸 行	公 衆 衛 生	順天堂大学公衆衛生学教室助手
団 員	後 藤 俊 男	業 務 調 整	国際協力事業団医療協力部 医療協力特別業務室

Ⅲ 調査項目

1. 保健医療，特に家族計画及び母子保健の現状と問題点
2. 人口問題の現状と問題点
3. 国際援助機関の活動
4. 協力対象機関の調査
組織，予算，プログラム，関連施設等
5. 協力の可能性
分野，対象機関，予算，期間，活動内容
6. その他
関連事項の調査 ※

※協力要請については，要請背景の調査に限定し，本報告書においては添付資料として掲載するにとどめた。

IV 調査日程及び面会者

期間：昭和59年1月31日～2月17日

(但し、平山団長、新津団員は2月12日まで)

月 日	曜日	内 容
1月31日	火	17時35分 - 東京発 (TG 741 便バンコク経由)
2月1日	水	10時45分 - カトマンズ着 (TG 316 便)
		14時 - 保健省事務次官表敬 ・ Ms. Chandra Kala Kiran
		15時 - 国家計画委員会との協議 ・ Prof. U. M. Malla
		16時15分 - 在ネパール日本大使表敬 ・ 西沢憲一郎 大使 ・ 森川 秀夫 二第書記官
		17時 - 日程打合せ ・ Mr. S. Shah (FPAN) ・ Mr. P. Rana (中川JICA職員同席)
2月2日	木	9時 - UNICEF 駐在員から事情聴取 ・ Mr. Malcolm Kennedy 駐在員
		10時30分 - 家族計画協会/ネパール (FPAN) との協議 ・ Dr. B. R. Pande 副総裁 ・ Mr. Omkar Prasad Gauchan 副総裁 ・ Dr. T. B. Khatri 財政部長 ・ Ms. Ambika Rana 共同財政部長 ・ Mr. Kush Narayan 計画訓練課長 ・ Mr. Kank Bikram Dhoj Joshi 経理課長 ・ Mr. Prabhat Rana コミュニケーション課長 ・ Mrs. Mana Rana BBPFWP プロジェクトマネージャー ・ Mr. Shanker Shah チーフ・エグゼキューティブ ・ Mr. Dinesh Rai Sharma IPC/FPP プロジェクトマネージャー

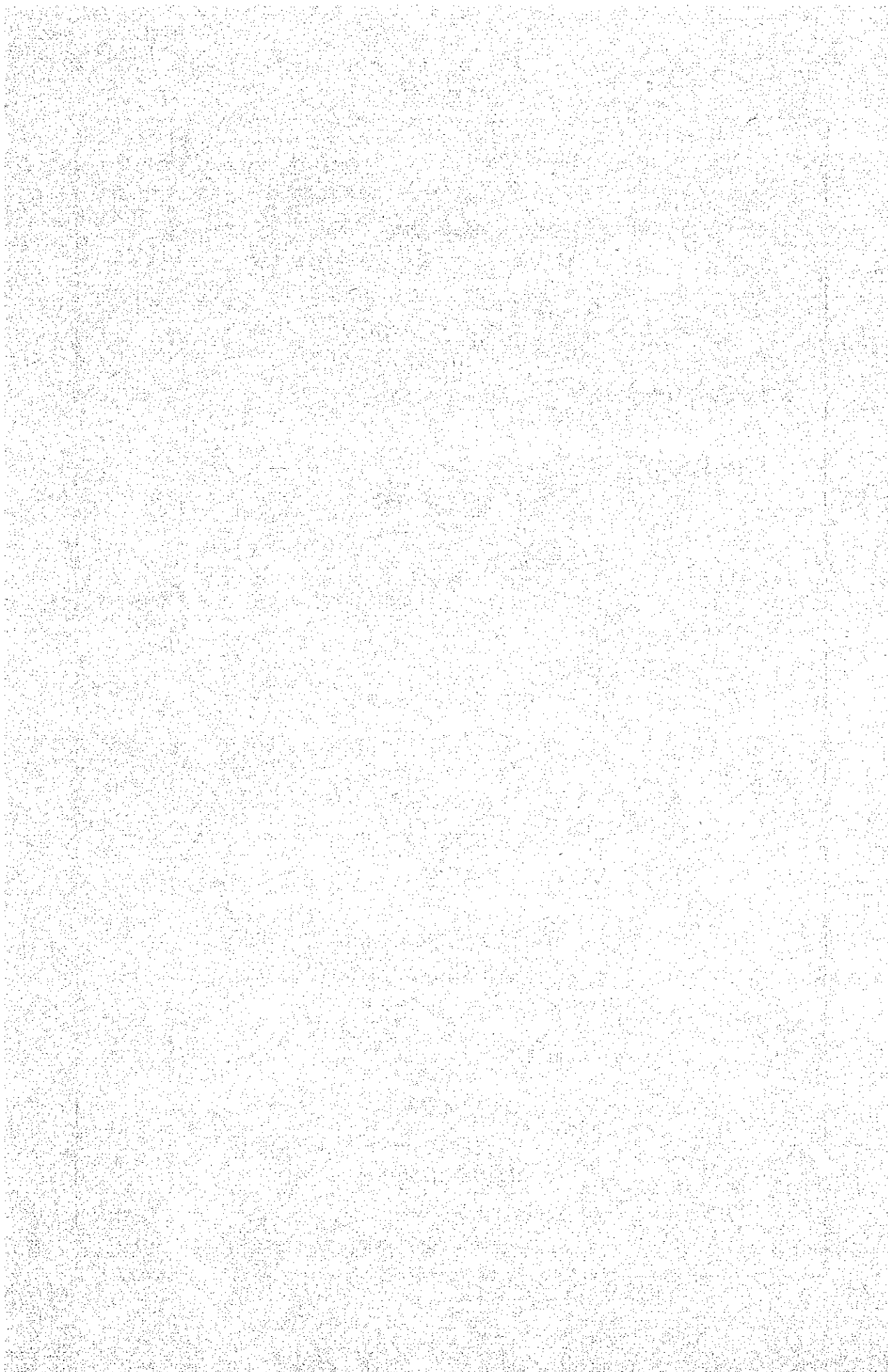
月 日	曜日	内 容
2月2日	木	<p>・ Mr. Govinde Chitrakar 中央Ex, Co, メンバー</p> <p>14時 - 保健省・家族計画・母子保健プロジェクト局との討議</p> <p>・ Dr. T. B. Khatri 局長</p> <p>・ Dr. K. R. Pandey 次長</p> <p>・ Dr. M. Joshi 母子保健課長</p> <p>・ Dr. A. Acharya 業務課長</p> <p>・ Dr. S. Bhatarai VSC 課長</p> <p>18時30分 - 日本キリスト教海外医療協力会関係者との懇談</p> <p>・ 俵 友恵 看護教師</p>
2月3日	金	<p>9時 - UNFPAから事情聴取</p> <p>・ Mr. Micheal Heyn 副所長</p> <p>10時 - 人口・国家委員会 (NPC) との協議</p> <p>・ Dr. Bedh Prakask Uprety 事務局長</p> <p>・ Dr. Pitambe Sharma 計画アドバイザー</p> <p>・ Dr. Pancha Kumari Manandar 家族計画・母子保健アドバイザー</p> <p>11時 - ラリットプール地区, FP / MCH事務所視察</p> <p>ボウダ・家族保健センター視察 (FPAN)</p> <p>ゴカルナ母子保健診療所視察</p> <p>14時15分 - WHO 駐在員から事情聴取</p> <p>・ Dr. Han Tun 駐在員</p> <p>15時 - 保健省計画課長との協議</p> <p>・ Dr. B. R. Pande 課長</p> <p>19時 - 青年海外協力隊員医療関係従事者との懇談</p> <p>・ 宇井 照子 元隊員 (助産婦)</p> <p>・ 室月由美子 隊 員 (保健婦)</p> <p>・ 相原 鈴枝 隊 員 (看護婦)</p>
2月4日	土	<p>8時 - カトマンズ発 (陸路, 車にて移動)</p> <p>13時 - ボカラ着</p> <p>14時 - ガンダキ県立病院 視察</p> <p>西部地域衛生研究所 視察</p> <p>ボカラ地区FP / MCH事務所 視察</p>

月 日	曜日	内 容
2月4日	土	<ul style="list-style-type: none"> ・梅沢西部地域公衆衛生対策プロジェクトリーダー 19時 - 西部地域公衆衛生対策プロジェクト関係者との懇談
2月5日	日	<ul style="list-style-type: none"> 9時 - シシュワ・ヘルスポスト視察 タルプ・ヘルスポスト視察 14時30分 - 保健大臣との会懇 <ul style="list-style-type: none"> ・Narayan Datta Bhatta 大臣 19時 - 保健省主催による懇談会
2月6日	月	<ul style="list-style-type: none"> 9時 - USAID 駐在員からの事情聴取 10時 - UNPP 駐在員から事情聴取 <ul style="list-style-type: none"> ・丹羽駐在員 11時 - 大蔵省事務次官との会談 <ul style="list-style-type: none"> ・Mr. Karna D. Adhikary 事務次官 14時 - 保健省事務次官との会談 <ul style="list-style-type: none"> ・Ms. Chandra Kala Kiran 事務次官 15時 - トリブバン大学医学部長との会談 <ul style="list-style-type: none"> ・Dr. Achari 医学部長 16時 - トリブバン 学付属教育病院視察 19時 - 調査団主催ネパール政府関係者との懇談会 <ul style="list-style-type: none"> ・ネパール政府関係者, JICA職員, 大使館参事官・書記官
2月7日	火	<ul style="list-style-type: none"> 8時 - 家族計画協会パンチカル地区統合家族計画プロジェクト視察 16時 - 皇太子妃殿下との謁見 <ul style="list-style-type: none"> ・HRH. P. Prekshya Rajya Laxmi Deui Shah ・家族計画協会幹部同席 <p style="text-align: center;">※ ネパール全日程 JICA 星 達雄 所長 同行</p>
2月8日	水	<ul style="list-style-type: none"> 10時45分 - カトマンズ発 (RA-215 便) 13時45分 - コロンボ着 15時 - JICA 事務所打合せ <ul style="list-style-type: none"> ・池田 喜弥 所長

月 日	曜日	内 容
2月8日	水	16時 - 在スリランカ日本 使表敬 <ul style="list-style-type: none"> ・大鷹 弘 大使 ・網野 豊 二等書記官 ・小林 正博 三等書記官
2月9日	木	10時 - JICA事務所打合せ 11時30分 - 大蔵省、援助局との会談 <ul style="list-style-type: none"> ・ Mr. Weerapana 次長 12時30分 - 保健大臣主催昼食会 <ul style="list-style-type: none"> ・ Hon. Dr. Ranjith Atapattu 大臣 ・ Mr. Leonard Panambalana 事務次官 ・ Dr. Malinga Fernando 保健事業局長 ・ Mr. N. W. Vidyasagara 保健事業次長 ・ 大鷹大使 15時30分 - 人口局長との協議 <ul style="list-style-type: none"> ・ Mr. D. P. Wijegoonasekera
2月10日	金	10時 - 保健省、計画実施省との合同会議 <ul style="list-style-type: none"> ・ 議長 保健大臣 ・ 保健省事務次官、保健事業局長、同次長、人口局長、UNFPA 駐在員他 14時 - 保健事業局との討議 <ul style="list-style-type: none"> ・ 保健事業局長、次長 19時 - 調査団主催スリランカ政府関係者との懇談会
2月11日	土	8時30分 - コロンボ発（陸路、車にて移動） 11時30分 - キャンディー着 12時30分 - 家族保健センター（スリランカ不妊手術協会）視察 14時 - ペラデニア教育病院視察 18時 - コロンボ着 19時 - 人口局長主催懇談会
2月12日	日	3時40分 - 平山団長、新津団員コロンボ発（BA - 026 便） （19時30分 東京着） 資料整理

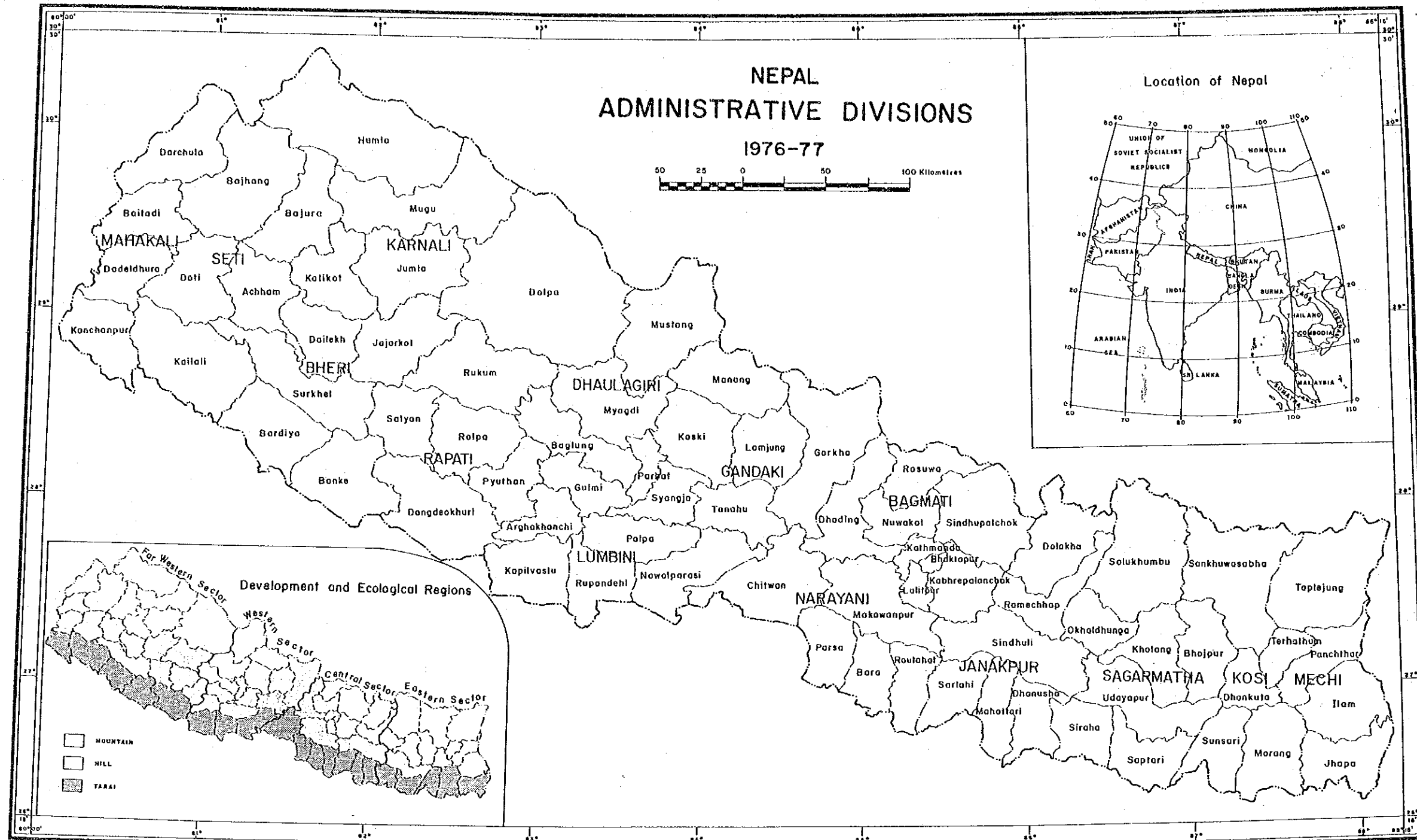
月 日	曜日	内 容
2月13日	月	<p>10時30分－労働省事務次官との会談</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ Mr. D. M. P. B. Dassanayake 次官 <p>11時30分－文部省事務次官との会談</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ Mr. E. L. Wijemanne 次官 <p>14時　　－民間家族計画実施機関との会談</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 人口局長 ・ Mr. Daya Abeywickrema 家族計画協会総務部長 ・ Mr. Dennis Hapugalle 地域開発サービス総務部長 ・ Mr. P. K. Oissanayake 不妊手術協会総務部長 ・ Mr. Terry Louis 人口サービス局長 <p>3時30分－人口情報センター 視察</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ Mr. Albert. J. Fernande 所長
2月14日	火	<p>8時15分－家族保健局から事情聴取</p> <p>10時15分－パデッカ，メディカル・オフィサー事務所 視察</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ Dr. D. Senevirante 医務官 <p>11時　　－公衆衛生，助産婦事務所 視察</p> <p>12時　　－ベンリス・エステート（紅茶，ゴムプランテーション） ポリクリニック 視察</p> <p>16時　　－パウディカ地区病院 視察</p>
2月15日	水	<p>9時　　－計画実施省事務次官との会談</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ Dr. Wickrema Weerasoonia 事務次官 ・ 人口局長 <p>13時30分－家族計画協会事務局 視察</p> <p>14時30分－UNFPA次長からの事情聴取</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ Dr. Dan D. Vandoportaele 次長 <p>15時30分－USAID駐在員との会談</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ Dr. G. Thenabadu 所員 <p>17時　　－JICA事務所との打合せ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 池田 所長 ・ 小林 三等書記官
2月16日	木	<p>12時　　－コロンボ発（SQ－023便 シンガポール経由）</p>
2月17日	金	<p>19時10分－東京着（SQ－006便）</p>

V 調查報告



ネパール国

MAP. I.



1. 総 括

平 山 宗 宏

- 1-1 人口問題
- 1-2 母子保健，地域保健
- 1-3 家族計画事業の実施状況
- 1-4 家族計画・母子保健に関する国際機関・外国からの援助
- 1-5 家族計画・母子保健事業についての意見
- 1-6 ネパール国との人口・家族計画分野での協力の可能性について

1-1 ネパール国の人口問題

ネパールの人口増加率は最近（1971～81）2.6%にのぼり，1930年頃の人口500万余から1980年の1,500万へと50年間に3倍近い増加を示しており，このままの増加が続けば50年後の人口は7,000万を越えると推算されている。同国政府はこの状況を重大視し，首相直属のNational Commission on Populationを設立し，最高行政レベルでの対応政策決定機関とした。保健省Ministry of Healthではこの下部機関として大臣を議長とする家族計画母子保健審議会FP/MCH Boardを置き，その下に通常の行政組織とは別のラインとしてFP/MCH Projectを設置している。この他に保健省には次官を議長とする3つのBoardがあるが，そのうちの総合的地域保健向上計画Integrated Community Health Services Development Project（ICHSDP）においても家族計画をとり入れている（他の2つのBoardはマラリアとライの根絶計画）。また民間の機関として1959年に設立されたネパール家族計画協会Family Planning Association in Nepal（FPAN）はこの国の家族計画の先駆的役割を果たしてきており，現在皇太子妃を総裁に奉じ各政府機関高級官僚をスタッフとして（日本人における法人の無給役員に相当するであろう。当国におけるFPANは赤十字社と併列する機関のようである），保健省の家族計画と協同して事業を進めている。

1-2 母子保健，地域保健

ネパールの乳児死亡率約150（出生1,000対），幼児死亡率約30（人口1,000対）という数字でわかるように，母子保健水準は東南アジアでももっとも低いといえる現状にある。死亡原因の90%以上が感染症と栄養失調であり，予防接種拡充計画にもかかわらず接種未着手地域が多く残されている。

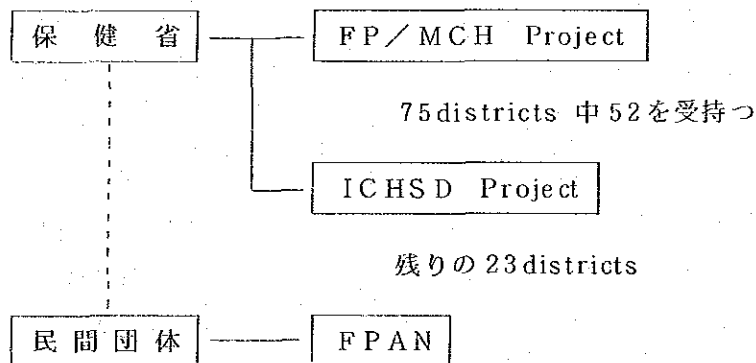
医療事情もきわめて悪く、病院数70、病床数2,500余り止まり、これに診療所としての保健所27か所までが医師のいる医療機関であって、町村レベルにおかれているhealth post 約600か所にはhealth assistant, assistant nurse midwife など中級医療要員しか配置できていない。病院 health post 等への医療用薬品は必要量の半以下しか配給されていないため、私費で薬を買えない者は医療から見放された状況にある。

現在パイプによる飲料水配水計画と泉、井戸の整備がUNICEFなどの協力もあって進められ、一部地域ではトイレを作る活動がはじまっている。また母子栄養指導も行われている。

これら母子保健サービスは要員、資材の極端な不足はあるものの、MCHクリニックとしてhealth post に併設し、あるいは独自の建物を建てて行われており、保健省から末端の町村に至るシステムだけは作られてきている。

1-3 家族計画事業の実施状況

前述のごとくネパールの人口政策の最高決定機関はNCPであるが、家族計画事業の実行としては次のごとく整理される。



上記districtsのうち両Project地区から
計 17 districts に推進地区を設けて活動

家族計画・母子保健事業の内容としては、

MCH: 栄養指導, 下痢時の補液 (経口補液の支給と指導), 予防接種, 乳幼児の疾患に対する医療, 保健教育, そしてこれらのためのMCHクリニック事業

家族計画: 家族計画教育, 避妊器具の給付, 不妊手術の実施および追跡

その他: 関係要員の教育, 知識普及のための各種PR活動, 関連研究などである。

1-4 家族計画・母子保健に関係する国際機関、外国からの援助

財政状況のわるいネパールでは、保健事業面でも外国の援助におうところが大きい。

FP/MCHではUSAID（米国）が1968年以来ネパール政府支出を上廻る資金援助をしており、1976年以降UNFPA、77年以降UNICEFがそれぞれ援助を行ってきている。このほか2～5年単位で民間企業等からも援助を受けている。またこれら政府ベースの援助のほか民間団体のFPANへの援助もありその中には日本のJOICFPからの協力が大きな役割を果たしており、国際機関からも評価が高い。

USAIDは、建物、物資、現金のすべての形式の供給をしており、要員の人件費もまかなっている由であるが、金額の多い割合に問題点も抱えているようである。UNFPAは、ネパールの避妊方法が永久避妊方式（手術）に偏重しているのに対し一時的避妊法を指向しているように見受けられた。UNICEFは飲料水供給計画に大きな関心を寄せている。

1-5 家族計画・母子保健事業についての意見

①家族計画を推進するために母子保健サービスを高めてゆくことの必要性はネパール側もよく理解しており、保健省内のProject名にも示されている。（図1参照）

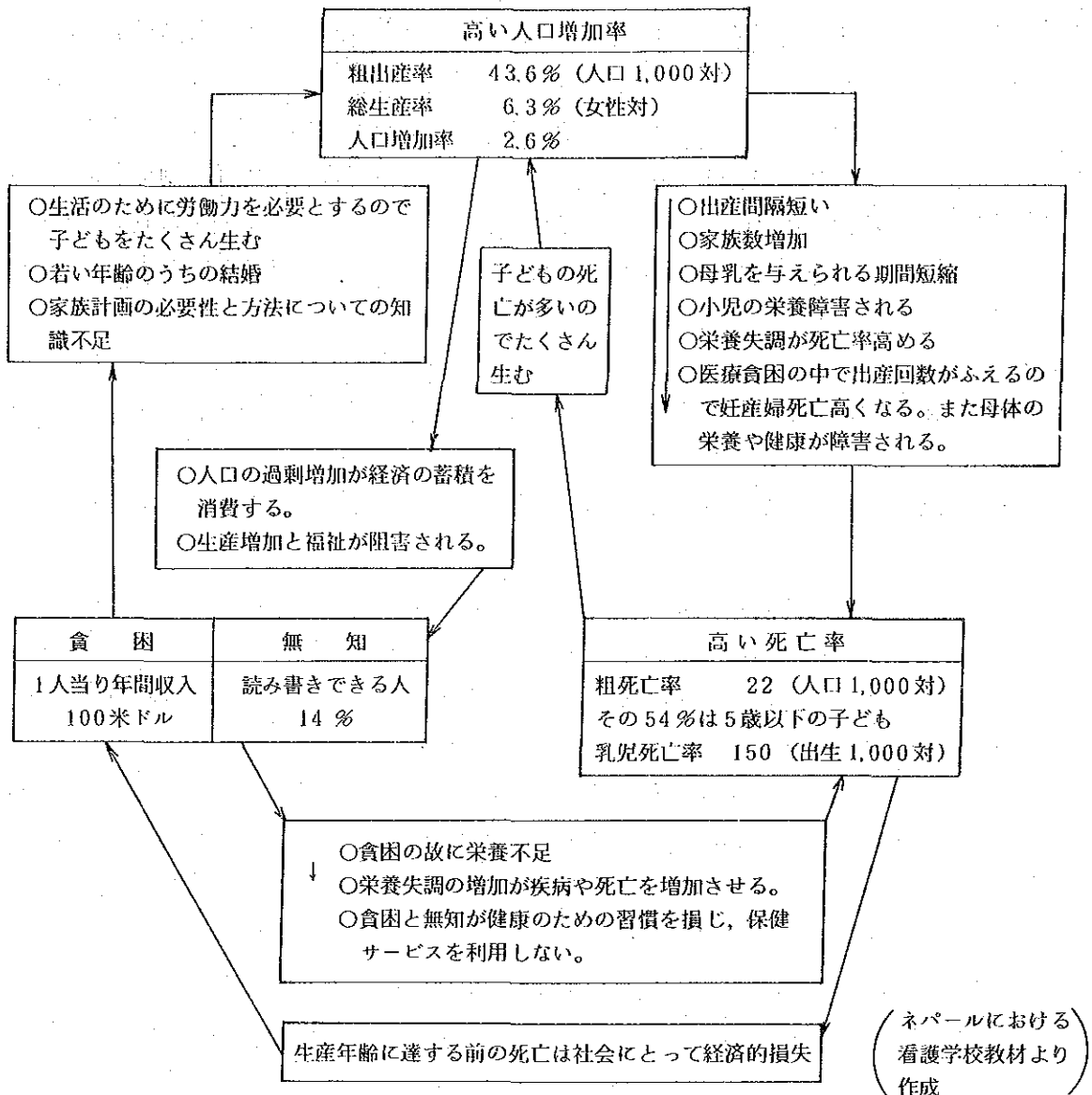
②ネパールは経済的貧困の故に人材と物の両方ともがまことにとぼしい。国の経済基盤の向上にまつはかないが、当面は自立・自助を高める方向での外国からの援助が必須である。

③国内組織、援助機関別に担当地区を割当てる方法をとっているようであるが、効果を上げるために上部から末端に至るまでの関係機関、担当者の協調、共同活動がさらに必要である。

④ネパールでは効果の確実な避妊手術に重点をおいており、手術担当者はもとより受療省にも報奨金を出しているが、現実には既に多数の子を生み終えた者が手術を受ける事が多く、一方では受診者を無差別に手術するなどの批判も聞こえる。避妊方法の選択にもなお検討が必要である。

⑤FPANとしてはJOICFPの援助があと1年で切れることもあり、これに代る援助を深く期待しているが、これも寄生虫予防を組み合わせた方式を採用した地区での活動が効果を上げているからであろう。今後は寄生虫予防に限らず、地域のニーズに合ったテーマをさらにとりあげ、それを通して家族計画へ向うことが望まれる。寄生虫予防そのものは、駆虫の対象になっている寄生虫の種類からみて小児死亡率を下げるには役立たないことも考慮し、さらに栄養、予防接種、およびそれらを実行指導するのに必要な乳幼児健診などを加えてゆく総合的システムが望ましいであろう。

図1 慢性的貧困症候群 —— 高死亡率と高人口増加率の悪循環



1-6 ネパール国との人口・家族計画分野での協力の可能性について

①人口問題はその国の政策に関わるものであり、第3国が口にするのは誤解をまねくおそれも大きいので協力テーマの表題にはいれないことが望ましい。テーマとしては、家族計画・母子保健 (FP/MCH) がよい。

②ネパールは東南アジアでもおそらくもっとも開発のおくれた貧困な国であり、先進国の援助なしには発展が望めない。FP/MCHに関しても必要性が高く、効果も十分期待できる。現在農村での医療はないに等しい。

③人口問題の重要性をネパール政府は十分に承知しており、最高レベルで対応している。

④その実施に当たっても、相当する保健省が特別 Project を組み、きわめて熱心にとりくみはじめている。

⑤実行のシステムは民間団体 FPAN をも含めて末端に至るまでが組織されており、まだ一本化はされていないが、地域住民への浸透、サービスができるだけの基礎はできている。

⑥自助努力も重ねており、政府予算のほか、地域住民も貧困の中から労務や資金を供出して施設・器材を調達しようという意欲を示しはじめている。

⑦地域で保健サービスを担当する専門要員がきわめて不足している。医師の養成は早急には不可能だが、中級技術者やボランティアの育成、伝統的医療担当者（無資格助産婦、呪術者等）への教育などにより、充足する必要がある、効果も大きいと考えられる。

⑧小児の死亡率を下げることは急務であり、乳児死亡率 6.2 の日本としては 150 の国の母子保健向上に援助すべきである。

⑨ネパール保健省が採用している担当地域を割当てる方式は、わが国が援助をする場合モデル地区を設定しやすいのでかえって好都合であろう。

⑩ネパールとの間で協力をする場合、ネパール側の窓口 Counterpart としては保健省が望ましい。国内での実行上の調整は保健省と FPAN との間で容易にできるであろう。

⑪もし JICA がネパールに協力することになった場合、この国の特性から次の点を考慮することが望ましい。(1)当国はきわめて貧困なので機材を供与した時その運用資金（例えば自動車ならばガソリン代、最低限の人件費など）をある程度見込めるような形式がほしい。(2)国内における講習会開催に当り、参加者の旅費もみてやれる方法はないか。当国には地方自治体が予算を計上する方式は困難である。(3)当国の習慣・人情等は日本とよく似ているが、それだけに専門家や調整員には事情をよく理解して友好的に協力できる人材がほしい。また人数もなるべく多く、かつ継続して送って follow がよくできるように当初から予定をくんでおきたい。協力期限が切れたあとの運営が円滑にゆくためには、当国における人材育成が必須である。

⑫家族計画の分野は協力した場合の効果判定が困難な分野である。評価をしてゆく上での着眼点や数字に示される指標等を立案の時点から考慮して設定しておくことが必要である。

⑬家族計画に関する協力については、永久避妊（手術）に関わるべきではない。もしその国の人口政策が変わった時に、民衆から非難されるおそれがあり、他国の人口政策に根本的な部分で干渉することにもなりかねないからである。人工妊娠中絶手術に関わることは当然論外である。

2. 人口問題の現状とわが国の援助課題

新 津 晃 一

2-1 はじめに

2-2 ネパールにおける人口問題とその特質

- 1) ネパールの人口移動
- 2) 人口自然増がもたらすインパクト

2-3 ネパールの行政機構と人口政策の位置

2-4 人口家族計画領域における援助課題と援助のための留意点

- 1) 援助のための留意点
- 2) 援助課題

2-1 はじめに

現在、多くの発展途上国が普通にかかえている問題として人口の急増化現象が指摘されている。しかも経済成長率は人口増加率を下まわり、結果として一人当りの所得の伸び率は低下傾向にある諸国も多い。ネパールはまさにそうした国の典型であるが、その現状はこの国の持つ特有の地理的・社会的背景も相ともなっていてきわめて火急の問題となっている。1983年12月世銀を幹事としてバリで開催されたネパール債権国会議でも人口問題は最重要問題と指摘されたことからその重要性は明らかである。

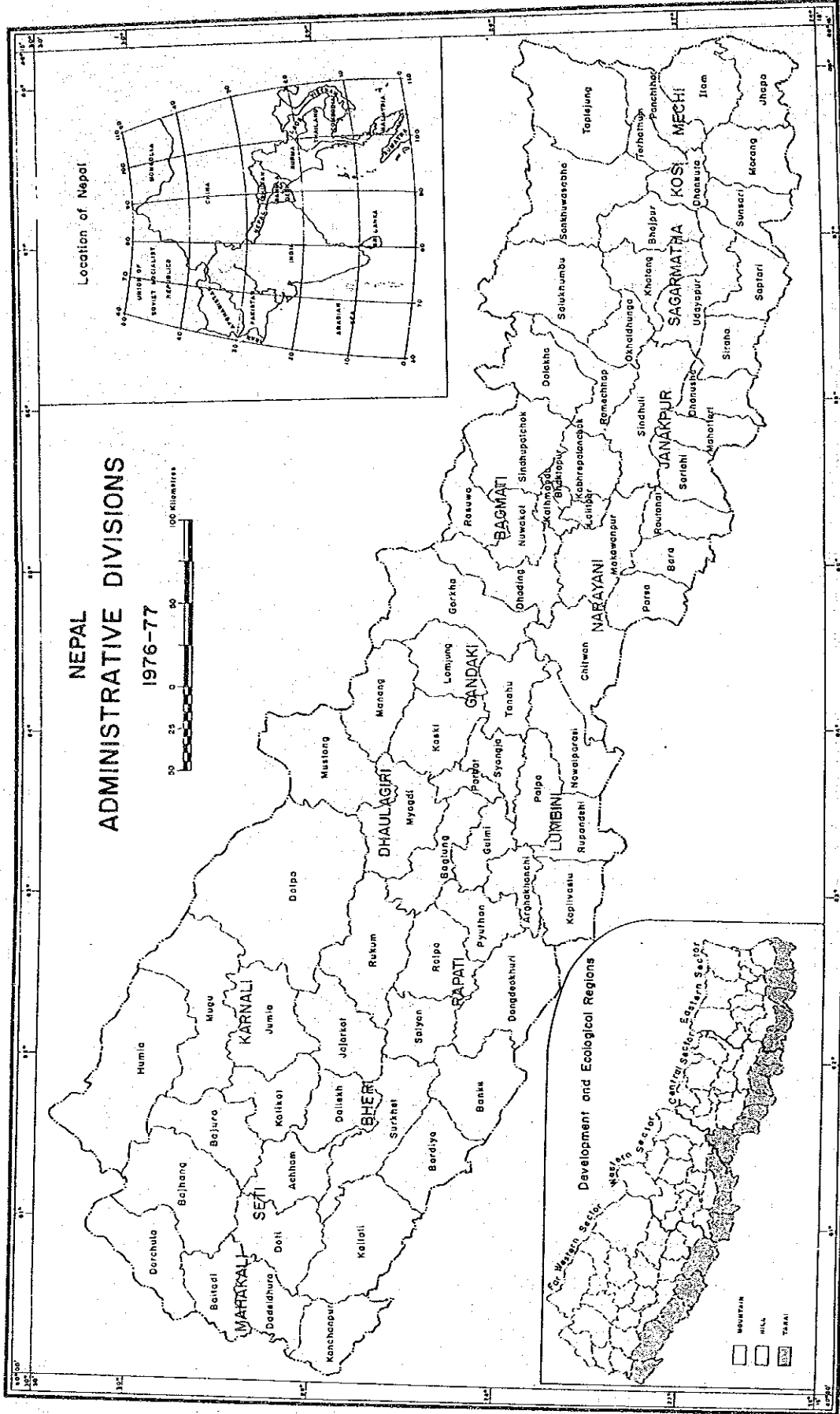
本稿では以下、ネパールにおける人口問題の現状と特質を概観し、この領域で必要とされる援助課題及び援助の際の留意点について考察する。

2-2 ネパールの人口問題とその特質

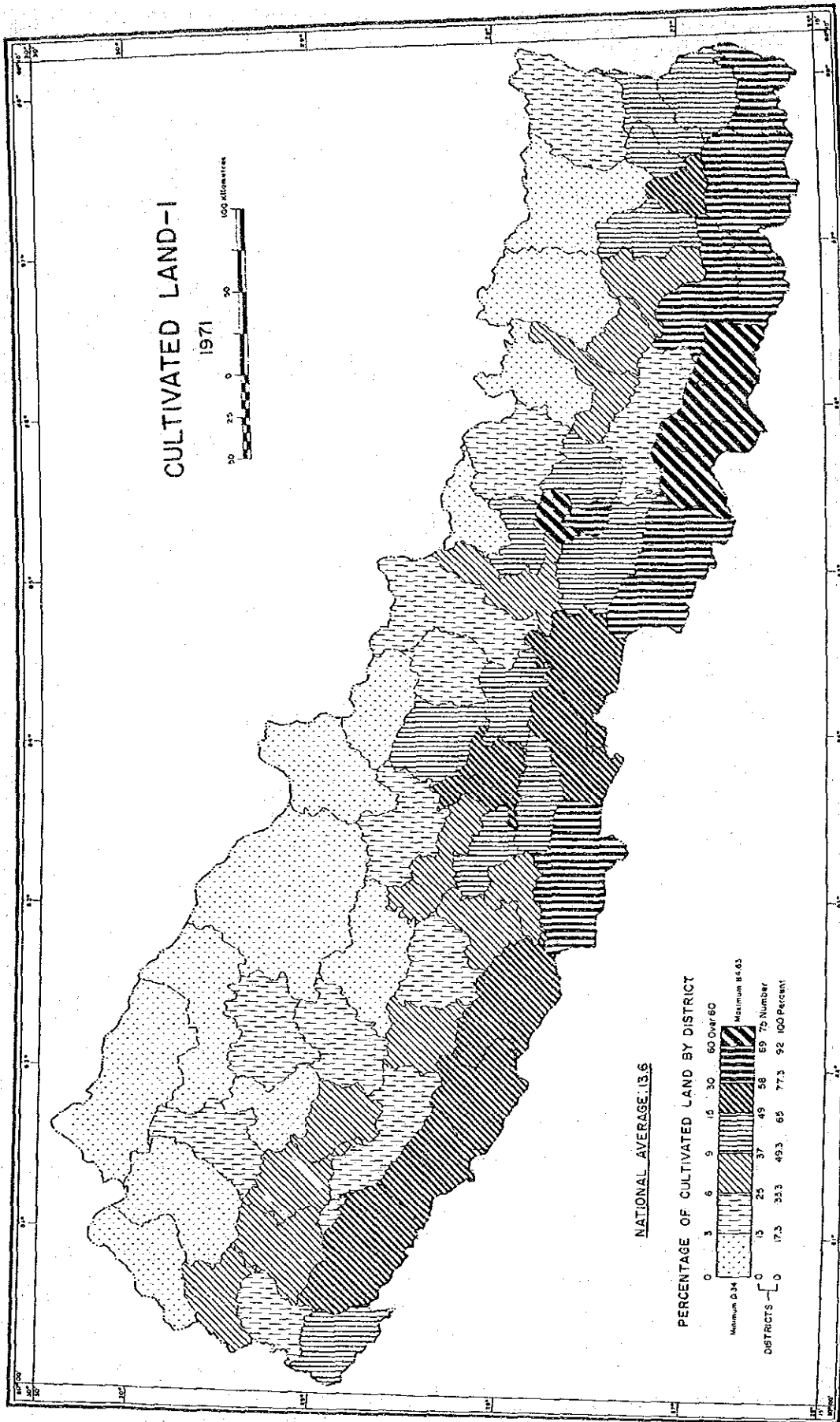
ネパールにおける人口問題の特質を理解する上で不可欠なのは、まずその地理的、地勢的特質である。(注1) 地勢的には通常(a)南部平原地帯(通称“タライ地帯”), (b)中部丘陵地帯, (c)北部山岳地帯の3区分に大別される地帯から形成されている。(図1参照)

タライ地帯は国境を北インドのガンジス平原に接し、シワリーク山脈の南側までの幅30~50kmで東西に帯状に走る山麓低地である。肥沃な沖積土地帯のため現在ではかなり開墾が進んでいるが(図2参照)、元来はマラリヤ蚊の発生地域であったため、ネパールの人々はこの地に住むことを嫌った。したがってこの地帯における開墾が急速に進展し、人口が急増してゆくのは1950年代になりマラリヤ蚊の撲滅対策が実施されるようになってからのことである。過去30年間この

図 1 ネパールの行政区分



出所 : National Council for Science and Technology, Nepal Atlas of Economic Development, 1980, P. 7.



地域への人口移動は急激で、しかも国境をインドと接しているところからインド側からの人口流入も多く近年問題視されるようになってきている。

中部丘陵地帯はネパール全土の約3分の2を占める地域で、海拔800～1,500 m前後のシワリーク山脈から、海拔2,000～3,000 m級のマハバーラタ山脈を経て大ヒマラヤ山脈の中腹に至る起伏に富んだ丘陵地帯である。大ヒマラヤ山脈から南へ延びる枝尾根と、その間を深く谷を刻んで流れる多くの河川によって分断されているため、連続した地域ではなく、小さな盆地が点在している。首都カトマンズもこの地帯に位置している。元来ネパールの人口の約70%がこの地帯に居住していたが、耕作可能な土地はすでに限界に達しているところから、タライ地域への人口の移動もはげしく、現在では総人口の50%程度にまでその比率が低下してきている。ただし、依然として絶対数としては人口増加を続けているところから、人口と土地とのバランス上、最も問題が多い地帯である。

最後の北部山岳地帯は標高3,000 m以上の地域であるが、8,848 mのエベレストをはじめ、8,000 m級の高山6峰を含む世界最高の山脈地帯である。国土の4分の1を占め、全人口の5%程度が居住している。この地帯は中国と国境を接しているが、急峻な山岳地域であるため、伝統的には現中国領のチベットと交易関係があったのみで、南の国境、インドのような頻繁な人口の移動は見られない。

以上のような地理的、地勢発背景を念頭に置き、ネパールの人口問題の実情を考察すると、その特質は、人口移動の問題（社会的増減）及び人口自然増が持たらず問題の二つのレベルに分けて考えることができる。

1) ネパールの人口移動

ネパールにおける伝統的な人口移動の特質はインド、英国などへの出稼ぎ移動であった。特に命令に対する忠実性を買われ、いわゆる“グルカ兵”としての国外移動は広く知られている。その他、インド国内の都市へ低賃金労働者として出稼ぎに出かけることも、かたまり多かった。しかしこうした出稼ぎ傾向は第二次世界大戦後、英国の植民地支配の下に置かれていた諸国が相次いで独立して以来、急速に低下していった。

1950年代に入りタライ地帯における蚊の撲滅政策が実施されることになると、国内の人口は丘陵、山岳地帯から次第にタライ地帯へと移動してゆく傾向をみせる。この傾向は現在でもなお顕著であり、その証拠にタライ地帯における1981年の人口増加率はネパール全体の人口増加率2.6%に比して、4.2%ときわめて高くなっており、明らかにこの地域の社会増が多いことがうかがえる。（表1参照）1983年国家人口委員会（National Commission on Population）で実施されたサンプル・サーベイによると、タライ地帯の38.5%の人口は流入人口であることが指摘されている。（注2）

この地域への流入人口はネパール国内からだけでなく、国境を接しているインドからの流入

表1 地带别人口：1961年，1971年，1981年

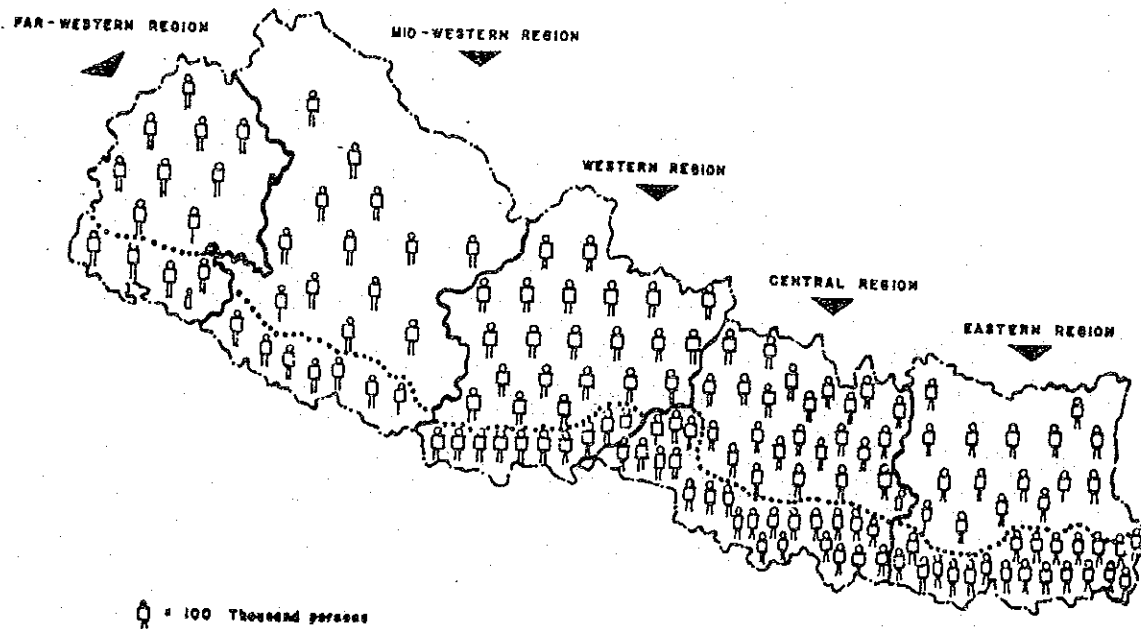
Population by Regions 1961, 1971 and 1981

Region	Population			Growth Rate (in Percentage)		
	1961	1971	1981	1961	1971	1981
Mountain and Hill Region (Percentage)	63,43,493 (67.39)	72,10,017 (62.39)	84,60,926 (56.33)	2.29	1.19	1.6
Terai Region (Percentage)	30,69,503 (32.61)	43,45,966 (37.61)	65,59,525 (43.67)	0.69	3.54	4.2
Nepal (Percentage)	94,12,996 (100.0)	1,15,55,993 (100.0)	1,50,20,451 (100.0)	1.68	2.07	2.6

出所：Central Bureau of Statistics.

图3 地带别人口图

Population by Development and Geographic Region 1981



出所：National Commission on Population, National Population Strategy,
1983, P. 51

も多く、その伸び率は国内からの流入人口の伸び率を上回る。したがってタライ地帯におけるインド人の人口比率は年々増大している傾向にある。ちなみに現在この地域におけるインド人の人口比率は約7%である。^(注3) このようにタライ地帯は国内外より急速に人口移動が続いてきたため、近い将来この地帯も、これまでのような人口吸収力を失いつつあると言われている。また無計画な入植政策のもとに人口が移動したため、土地の区画化等インフラ整備上、諸問題が発生していると指摘されている。

以上に述べたごとく、ネパールにおいてはこれまで、国外への出稼ぎ移動、タライ地帯への移動が可能であったため、他の発展途上国に見られるような向都移動、とりわけ首位都市（当該国内で最大規模の都市、通常は首都）への移動が益々、増大してくるものと思われる。

2) 人口自然増がもたらすインパクト

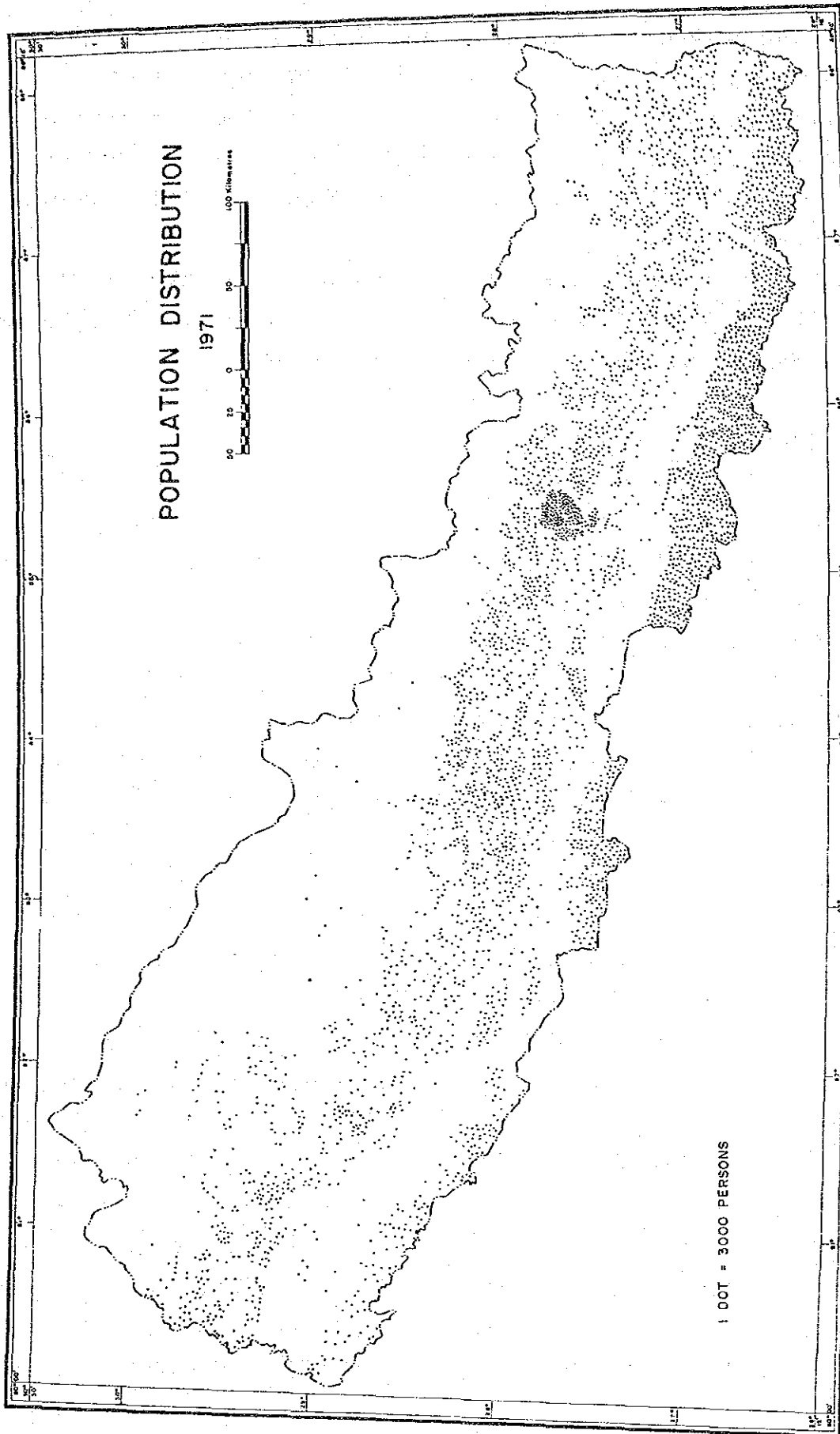
人口の自然増は当該国の政治、経済、社会、環境等、様々なインパクトをもたらすことは衆知の事実である。ネパールにおいてもその例外ではなく、しかもこの国固有の自然環境なども影響し、きわめて特徴的な諸問題が発生している。この問題で深く立入る前にここではまず、ネパールにおける人口増のメカニズムと実態を概観することにした。

今日広く知られているように多くの発展途上国における人口増化現象が顕著になるのは第二次世界大戦後、それら途上国諸国が次々に独立し、外国からの経済援助等を得つつ、近代的開発政策を実施する時点からである。なぜこの時点から人口が急増したのかについては今だ必ずしも明確にその原因が明らかにされていないが、通常以下のような理由があげられている。

- (1) 第二次世界大戦以後より先進諸国や国際機関から急速に医療援助が行われるようになり、死亡率、とりわけ幼児死亡率が急激に低下したこと。
- (2) 家形成を主眼とした道路等のインフラストラクチャが整備されたため、近代的医療への接近度が高くなったこと。
- (3) インフラストラクチャの整備にともない、教育制度の普及も次第に向上し、衛生環境、医学的知識も、以前よりは向上したこと。
- (4) 以上のような物的諸技術が漸次的に普及する一方、伝統社会が保持していた多産価値は依然として改変されず、近代的な人口抑制の方法や家族計画施策の実施は思うように進展していかなかったこと。などである。

このような多産多死亡社会から多産少死社会への転換は、多くの途上国に適合する実態である。ネパールにおいては現在最貧困国にランクされている国であることから明らかなごとく、他の途上国と比較し、インフラ整備率、医療・教育制度の普及についてもきわめて低位にあるが、相対的にはそれ以前と比べ向上しているのも事実である。また多くの村落にはかつて先進国で傭兵として働いていた経験者が居住しており、彼等は近代的技術に接しているところからインフラストラクチャや制度上のおくれにもかかわらず、徐々に近代的技術や知識も波及してきており、そ

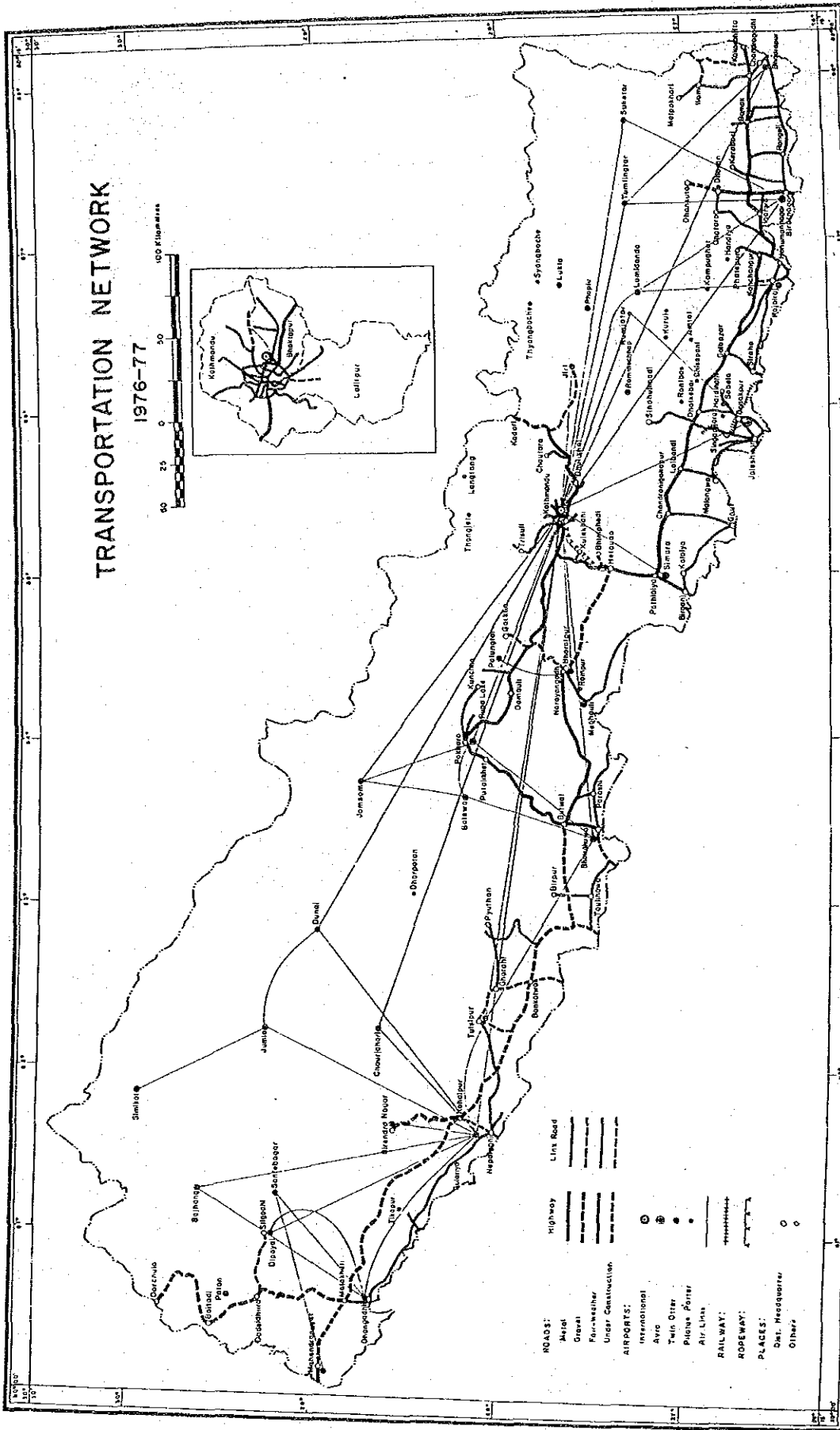
図4 人口分布



出所：図1に同じ P.26

図5 交通ネットワーク

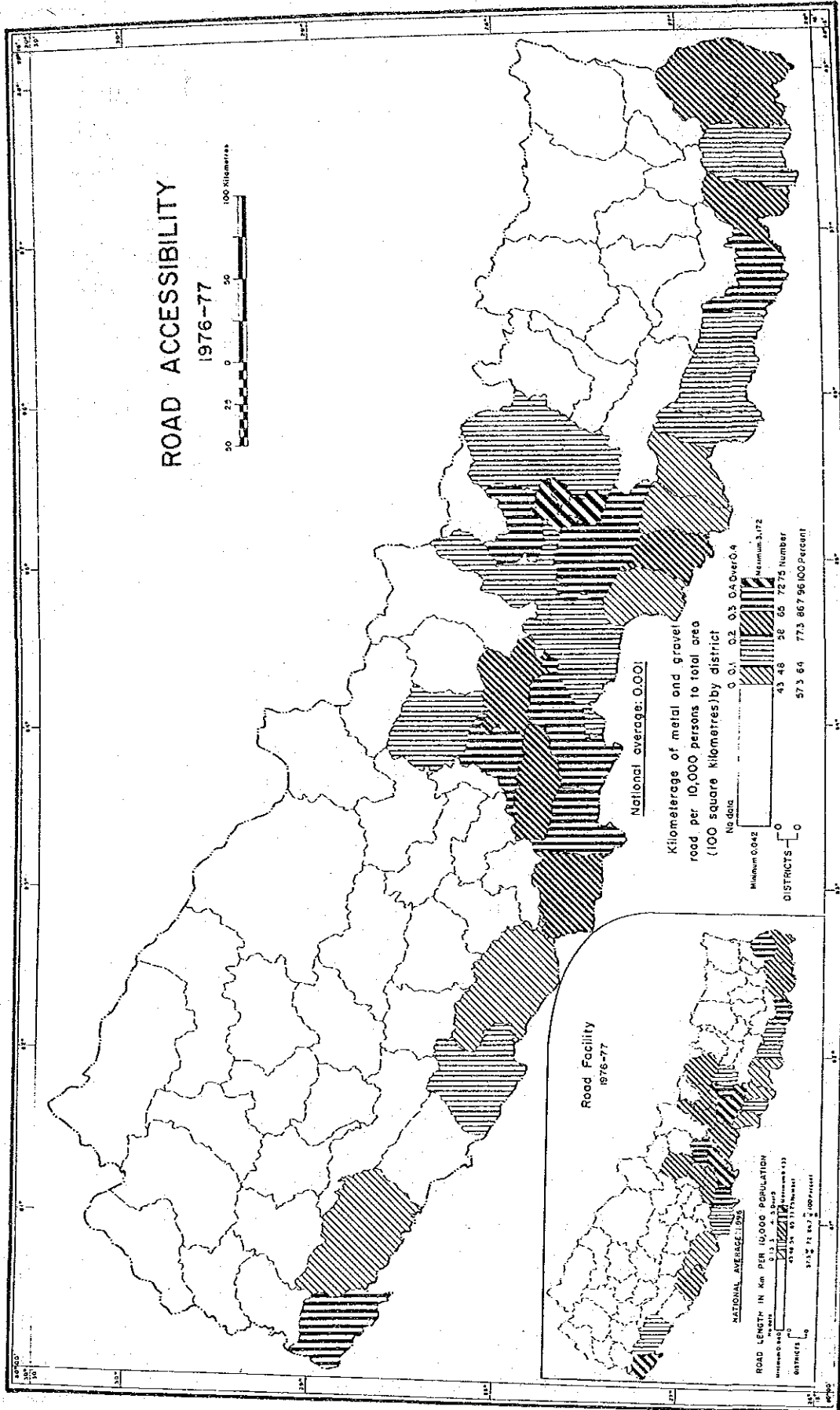
MAP.XXIX.



出所：図1に同じ P.63

図 6 道路整備地帯

MAP.XXX.



出所：図 1 に同じ P. 64

うした実情を背景として少しずつ多産少死社会へと移行しているのである。

人口の転換期がいつ頃から始まったのかについては、この国における人口センサスが実施されるようになったのが1971年のことであり、それ以前はサンプル・サーベイによる推計などのデータしかないので不明確であるが、恐らく1950年代に入ってからのことと思われる。中央統計局（Central Bureau of Statistics）の資料によると1961年におけるネパール全国の人口増加率は1.68%となっているが、丘陵・山岳地帯ではこの年すでに2.29%と高い増加傾向にあったことを示している。なお最も新しい1981年のセンサス・データによると2.6%と明らかに高い傾向にあることがわかる。（表1参照）

それでは以上のような人口増は、この国にどのようなインパクトをもたらしてきたであろうか。次にこの点を明らかにしてゆきたい。人口増は多様な社会的影響を当該国にもたらすが、すでに述べたごとく、そのうちの一つのインパクトが人口移動である。多くの発展途上国においては、農村における土地許容量以上の人口増加傾向にあったため、農村にいわゆる“押し要因（push factor）”が働き、都市へと移動していったとする見解が現在でもかなり支持されている。（注4）ところがネパールの場合における人口移動はこうした“押し要因”のみならず、むしろ出稼ぎ可能な職が外国にあったことや、新しい開拓地域が開発されたことによる“引っ張り要因（pull factor）”もかなり強く働いたことにより人口移動が生じていたと理解することが妥当であろう。すなわちネパールにおいては他の途上国と同様、特に中部丘陵地帯を中心としてかなり強い人口圧力が働いていたが、同時に国内外に移動可能な地域があったため、他の途上国のように向都移動傾向がさほど顕著にならず推移してきたのである。

それでは、人口移動の背後にある人口の自然増による人口圧力はどのような形態で推移してきたであろうか。すでに概観してきたごとく、現在もっとも人口圧力が高く問題が深刻化しているのは、総人口の約50%が集中している中部丘陵地帯である。しかし人口の集中度に比してこの地帯は国内耗地全体の約30%を占めているに過ぎない。平坦地が限定されている上、人口圧力が極めて高いため傾斜地も段々畑として集中的に利用されている。しかし現在の技術水準では農業生産性の向上は限度に達している。こうした状況下で人口増加が進むことにより様々な問題がこの地帯にもたらされることになる。

まず人口増加を支えるため森林・牧草地の開墾が行われることである。また人口増に比例して家畜の数も増やす必要が生ずるが、牧草地が限定されるため樹木の葉を飼料とすることが必要になり、枝の切り落しがひどくなる。日常生活上の薪需要も増大し森林の破壊はさらに拍車かけられる。その結果として、土壌の有機分が流出し易くなり土地の生産力が年々減退する上、山崩れ、洪水の被害が一層甚しくなっている。洪水による田畑の流出は新規に開墾された農地面積を上廻る程である。以上のように人口増加は結局エコロジーバランスを破壊し、土地の生産力減退もたらし、その結果、増大する人口を養うことがますます困難になるという悪循環が形成される。現在、ネパールが直面している最大の問題は中部丘陵地帯におけるこうした悪循環の構造で

ある。これまではこうした危機的状況は孤立した部落に限定されていたが、今や中部丘陵地帯全域で進行しているのである。特にネパール王国をささえる政治的、社会的基盤がこの地帯であることを考慮に入れると問題の深刻さはきわめて大きいことが明らかである。

この国の人口問題が最重要課題として国内外において認識されているのは以下のような実態からである。

2-3 ネパールの行政機構と人口政策の位置

深刻な人口問題の実情に対処するため、現在ネパール王国はどのような政策を実施しているのだろうか。ここではまずネパール王国における行政機構の中における人口政策関連諸機構の位置づけを明らかにするとともに、その政策概要を整理しておくことにする。(注5)

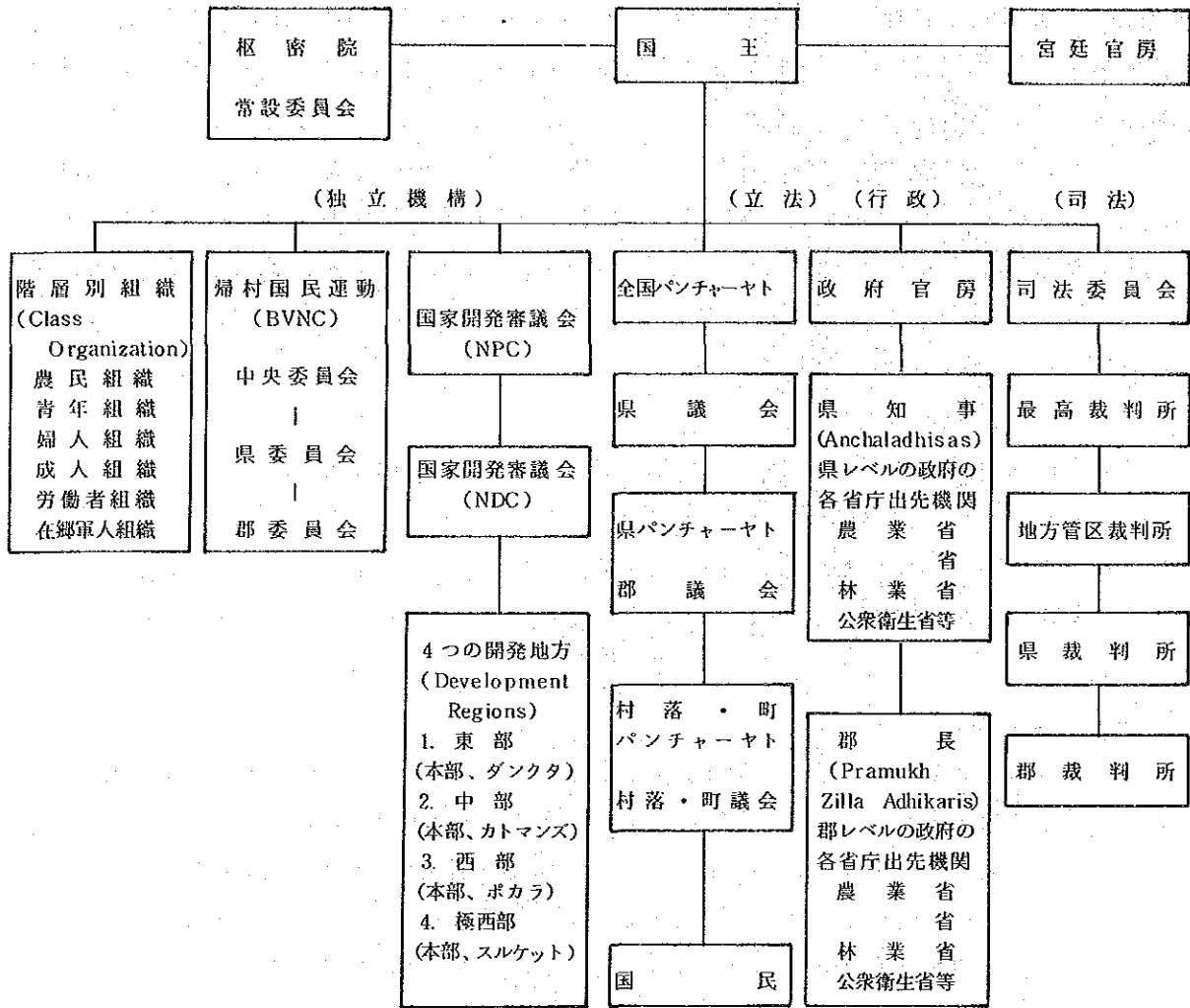
ネパールの政治・行政制度は国王を頂点とする立憲君主制であり、立法、行政、司法の三権は国王に帰属する。国王は国軍を統括し、非常事態の発令や内閣の任免権を持つと同時に、全国パンチャーヤト議会議長の任命権を有する。パンチャーヤトは古くからインド社会にある村落会議のことで、「五人組」を意味するが、今日では広く住民の自治組織を意味するようになっている。ネパールの立法府はこの全国パンチャーヤト議会であるが、その特徴は「政党なきパンチャーヤト制度」となっているところにあり、政党活動は法的に認められていない。パンチャーヤト制度は三段階から構成され、末端機関として約3,300の村落パンチャーヤトと19の町パンチャーヤトがあり、その上の機関として75の郡パンチャーヤト、さらにその上の機関として全パンチャーヤトと積み上げられていくピラミッド型の政治体制である。(図7参照) 村落・町レベル及び郡レベルのパンチャーヤトは地方パンチャーヤトと呼ばれるが、地方レベルのパンチャーヤトとはそれぞれのレベルに設置されている議会(assembly)の執行委員会のことである。

行政機関は全国パンチャーヤト議員より選出され、国王により任命を受けた総理大臣の組閣の下に組織された内閣を中軸として形成されている。現在総理大臣の下に19の省が置かれているが、国家の全体計画に関連する国家計画委員会は国王の直接の指揮下に置かれている。また総現の下には重要事項については調整のための委員会が置かれているが、人口問題については、国家人口委員会(National Commission on Population)が設置されている。人口問題に関連する国家全体の視点からの政策や特別な調査はこの委員会で取りまとめられると同時に、省間の調整機能を持っている。もっとも人口センサスについては、国家計画委員会の下にある統計局において実施される。

なお、当委員会はネパールの主要な人口政策目標として以下のような課題をかかっている。

- 1) 家族計画施策の推進を最重要課題とすること。
- 2) 環境問題、森林破壊の問題、農業、農村開発等の関連プロジェクトを視座に置き、人口政策を統合的に位置づけ、政策を推進すること。

図7 ネパールの政治・行政機構



(出所) Rishikesh Shaha, Nepali Politics : Retrospect and Prospect , Oxford University Press , Delhi , 1988. P. 92 図より作成

- 3) 婦人の地位の向上，教育，雇用の確立を図りつつ人口政策プログラムを実施すること。
- 4) 地方パンチャーヤト，民間組織等を動員し，人口政策を推進すること。
- 5) 国外からの移住者の抑制を図ること。

さて人口問題については，人口移動政策，人口抑制政策，保健政策，人口問題教育政策等諸領域に関連するが，そのうち人口抑制政策に関連する家族計画及び保健政策の実施面に直接関与するのが保健省 (Ministry Health) である。保健省内には，現在サンスクリット文化圏に広く普及している伝統的医術・医学に関連するアールベダ局と保健サービス局が置かれている。

中央でねられた政策の実施体制として，現在，地方行政区画として全国14の県 (zone) 及び75

の郡 (district) が置かれている。各県及び各郡には政府が任命した県知事 (zonal Commissioners) 及び郡長 (Chief District Officers) がおり、それぞれの指揮下に政府各省庁の出先き機関が置かれている。各省庁の出先き機関は通常業務の他、開発プロジェクトの実施を担当しているが、この際、各レベルのパンチャーヤットの協力又は要請の下に実施されることになる。ただし、地方レベルの行政機構は組織としてはきわめて脆弱である。またパンチャーヤットの議員は村落・町レベル、郡レベルにおいても無給の奉仕職であり、当該地域の要請をとりまとめて郡長、県知事に陳情するといった活動がせいぜいといったところである。家族計画政策、保健医療政策についても以上のような行政体制の下に末端の住民に政策の手が届くことにはなっているが、実際にはきわめて困難情勢の下にあると言えよう。

2-4 人口・家族計画領域における援助課題と援助のための留意点

以上これまで概観したネパールにおける人口問題の現状と行政体制などを念頭におき、ここでは人口・家族計画領域における援助の際の留意点及び援助課題等を検討することにする。

1) 援助のための留意点

すでに述べたごとく、人口問題はこの国にとってきわめて火急な重要問題である。しかしこの領域における外国からの援助については、以下のような考慮が必要とされよう。

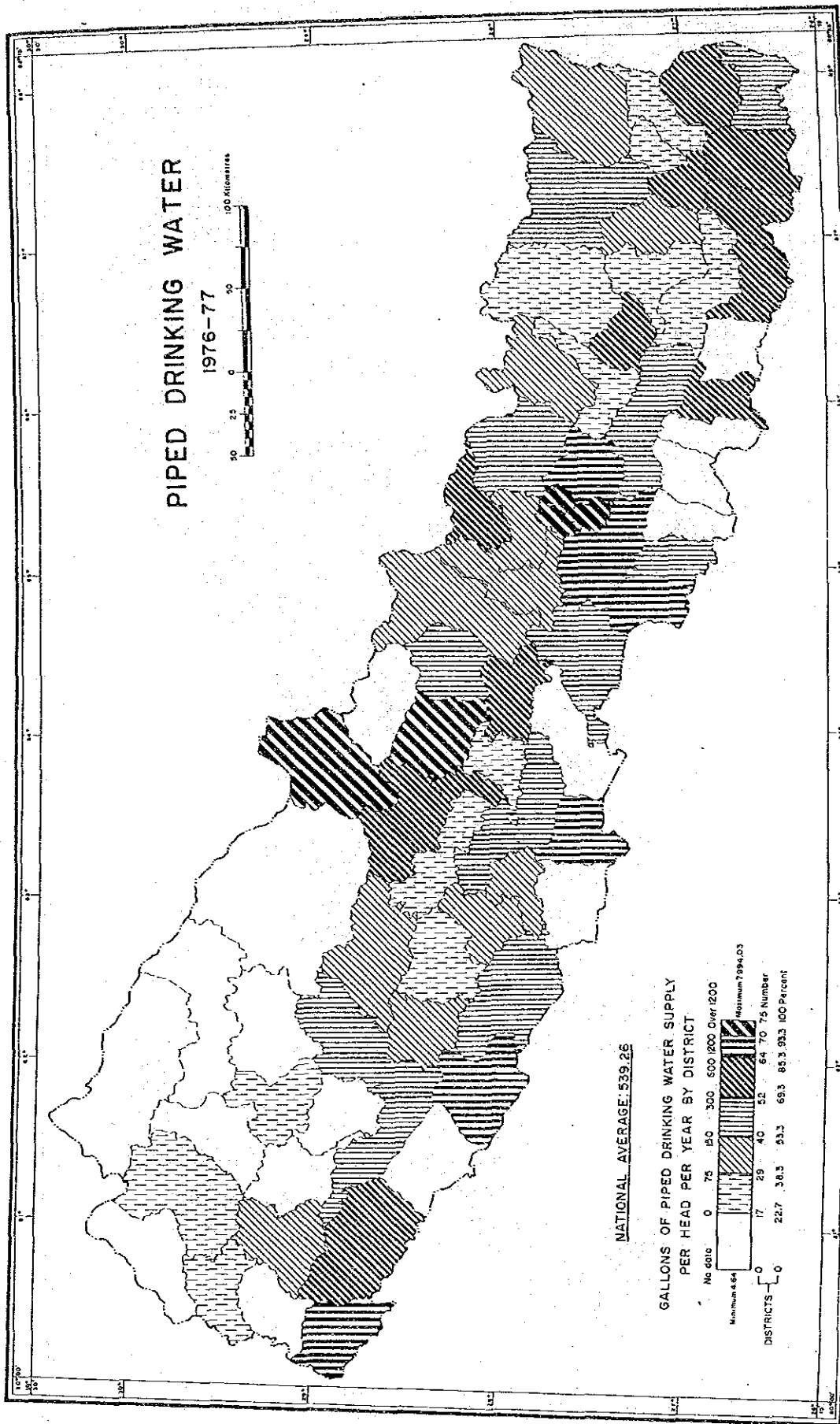
(1) まずこの国の人口問題の基礎は人口を養えるのに十分な生産活動の基盤が整っていないところにある。貧困問題の根本原因もまさにそこにある。したがって十分な栄養をとることもできず、肉体的な健康が阻害され、所得は向上せず、子弟を十分教育することもできない。税金を徴収することが可能な人口はごくわずかであるところから、政府は地域の生活基盤を十分整備することもできず、地方の人々は飲料水さえ得ることがむずかしい状況にある。

(図8参照) まして地域の保健・衛生施設の整備までに到底、手が届かないのが現状である。

(図9～11参照) 人々はこうした生活状況の中で将来の生活保障のために“子沢山”を価値とするようになる。多くの子供の中の一人でも出世してくれればとの願いを託するようになるからである。しかも貪しい保健・衛生環境下では乳児死亡率も高く、そのためなお一層多産が価値とされるようになるといった悪循環に見まわれることになる。このような悪循環を断ち切る方途としては、生産基盤の整備、保健・衛生環境や医療体制の整備、人口抑制策の推進等が必要となってくるわけであるが、これらの政策課題は相互にきわめて密接な関連にあり、単独にある課題のみを推進してもその効果はきわめて限定されたものになってしまう。したがって、この国における人口問題に関連する協力援助を実施するには常に他の開発計画を視座におき、統合的なプロジェクト体制を整えることが重要である。

(2) 現在、発展途上国における開発援助については上記のような統合的指向のプロジェクトが

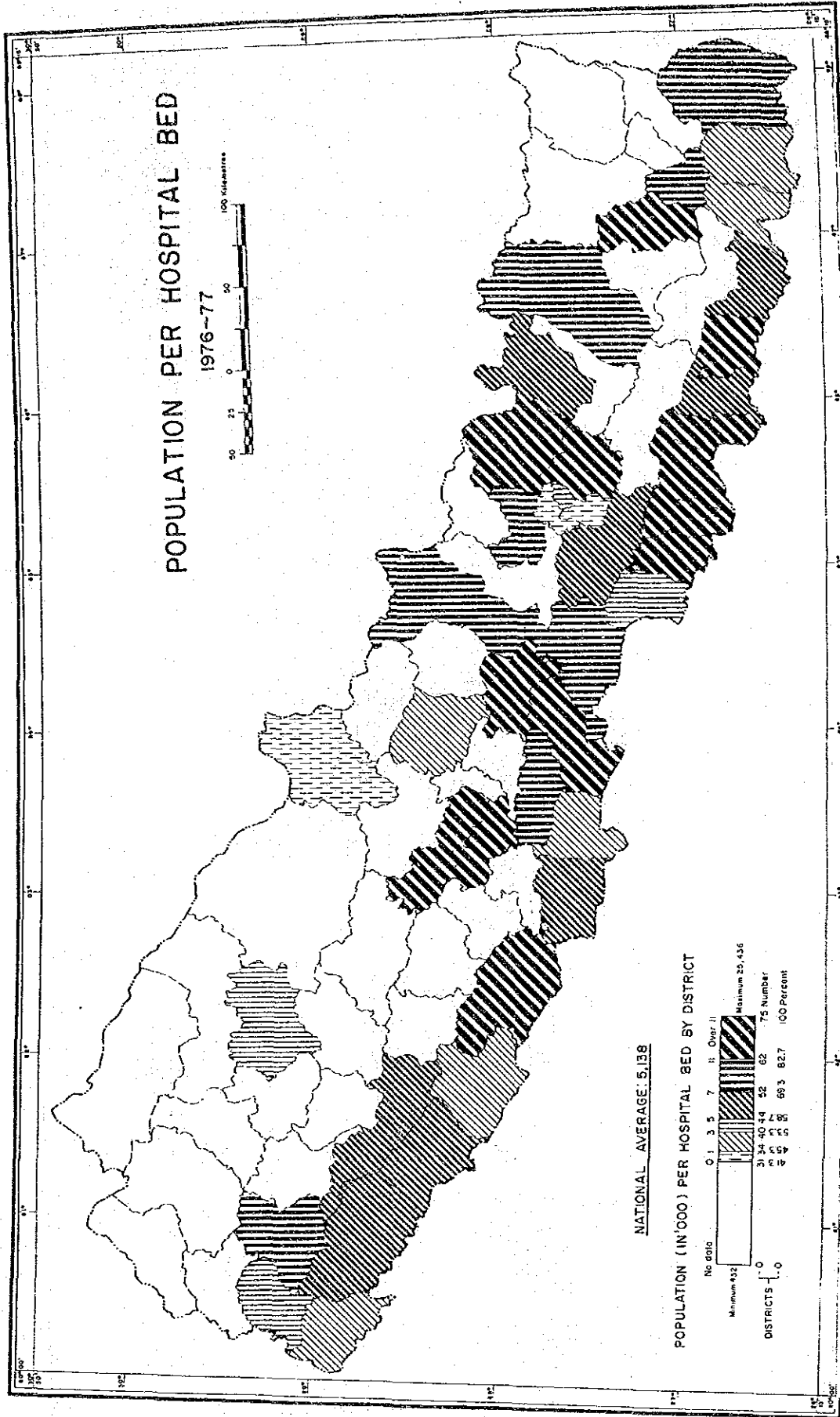
图 8 水道整備状況



出所：図 1 に同じ P. 125

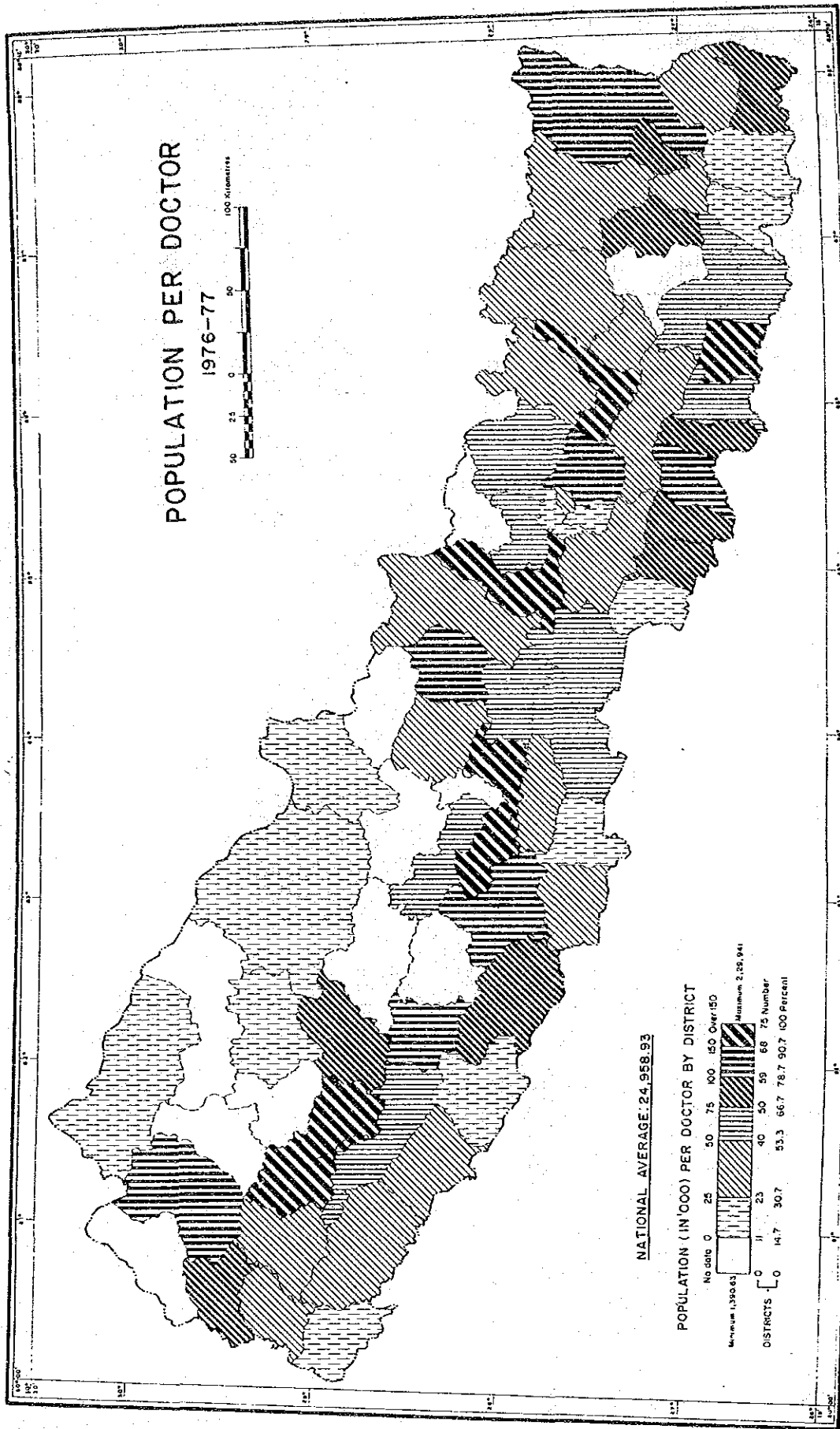
図9 人口当りの医療ベット数

MAP. LIX.



出所：図1に同じ P.123

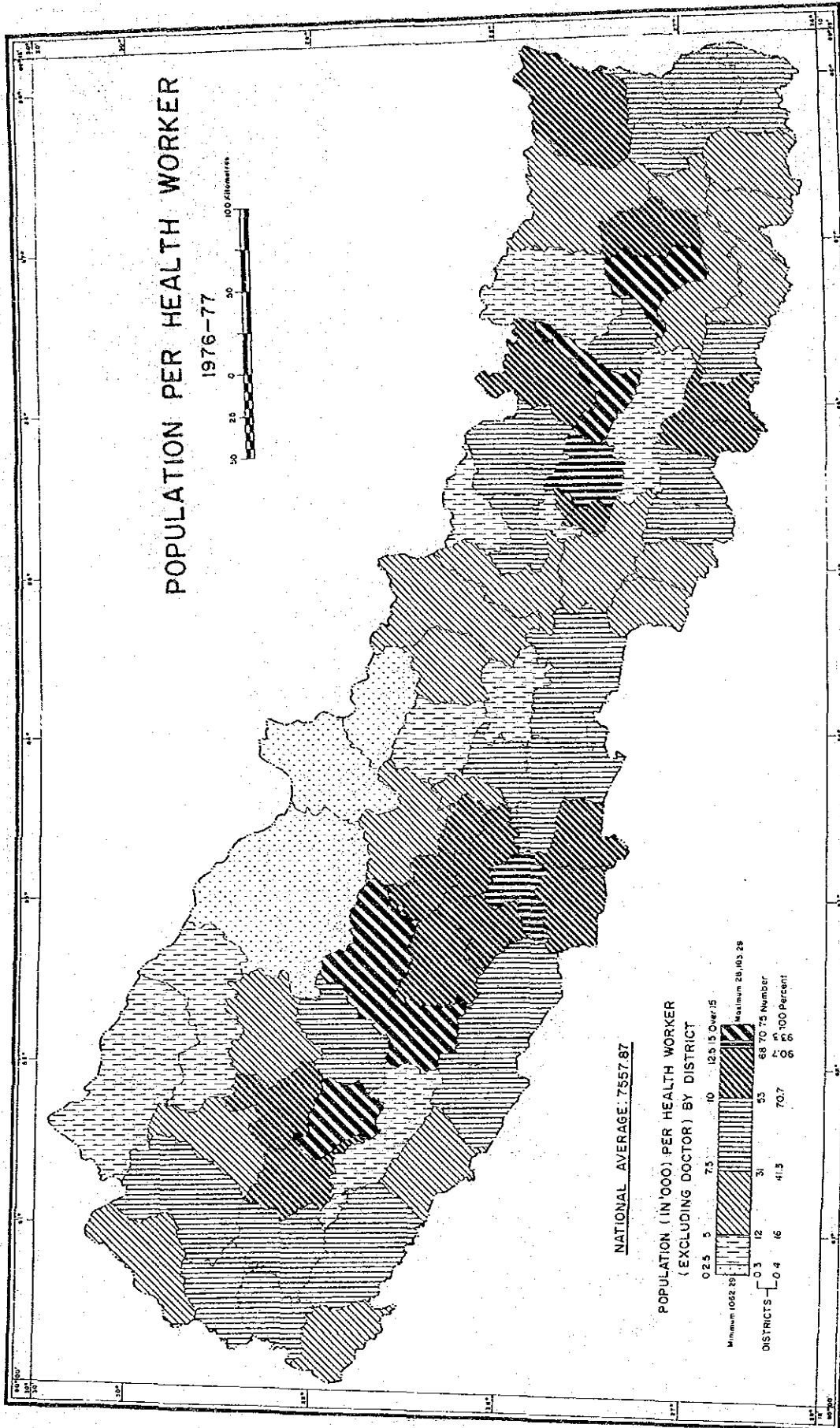
図10 人口当りの医師数



出所：図1に同じ P.119

図11 人口当たりの医療関係要員

MAP. LVIII.



出所：図1に同じ P.113

重視されており、実際ネパールにおいても国際機関や先進諸国が特定県を分担し集中的かつ統合的にプロジェクト援助を開始しはじめている。したがってわが国が援助する際にもこうした視点を重視し、わが国がすでに何等かの援助を行っている地域を選定し人口関連のプロジェクトを実施することが望まれる。たとえば、大規模な農業開発プロジェクト援助を行っているジャナカプール県や、病院施設整備をはじめとする医療協力援助を行っているガンダキ県などの地域を対象地区として選定し、援助プロジェクトを行うことが妥当であろう。

- (3) ネパールにおいて開発援助活動を行う際、もっとも重要な点は、建物や器材等物的施設のための援助を行ってもそれを運営管理する人材が不足していることである。不足の原因はそうした人々を訓練する機関が整理されていないことにもよるが、最大の問題は政府が多くの人材を雇用できるだけの財源をもっていないところにある。特に地方行政レベルにおけるそうした人材はきわめて過人足といわざるを得ない。この点についてはすでに概観したごとく、地方レベルにおけるパンチャーヤト議員が無給の奉仕者であることを考えて見ても明らかである。したがって整備された施設やシステムが有効に活用されるべく、援助の際には人件費等を含むある程度のローカル・コストの援助が必要である。あるいは、協力隊員等を派遣することなども考慮されるべきである。なお以上実態からも予想されるごとく、プロジェクト実施の際には調整員の派遣が不可欠である。

2) 援助課題

以上、これまで検討されたこの国の国内事情にもとづき、当該国に妥当と思われる人口・家族計画領域における援助課題について整理しておくことにする。

まず短期的かつ、急を要する問題としては人口抑制、とくに家族計画の問題がある。この領域においては以下のような援助課題が考えられよう。

(1) 広報活動のための援助

ネパールの家族計画政策にとってもっとも大きな問題は、まず多くの人々に家族計画の意義を伝えることである。しかしながら当該国の地理的条件、文盲率の高さなどを考慮に入れるとその意義を広く伝えることは困難な状況であり、実際家族計画についての情報にふれた人々もいまだ少ない状況にある。したがって広報活動に関する援助は大きな意義をもつものと思われる。

その方法としては以下のようなことが考えられよう。

- a 家族計画の意義を伝える各種印刷物、映像メディアの提供
- b 映像器機の供与
- c 映像メディア作成器機の供与と製作技術に関する技術援助
- d 映像メディア上映活動のための輸送手段の提供
- e 広報・宣伝活動のための技術協力、機材援助

(2) 家族計画実施のための援助

現在、ネパールでは保健省及び半官半民のネパール家族計画協会により避妊用具の普及活動、避妊手術等が実施されているが、こうした施策は予算、施設、体制、人材等の不足・不備のためきわめて限定された範囲と規模に止まる。したがって以下のような援助課題が考えられよう。

- a 特に家族計画協会を中心とする実施活動体制強化のための施設援助
- b 家族計画推進のための訓練モニター施設（医師に対する避妊手術訓練等を含む）
- c 家族計画推進のための技術援助，協力隊員の派遣

以上のような短期的かつ対処療法的援助課題に対し、長期的視野に立脚した母子衛生（MCH）の視点からの援助は、人口抑制効果としては時間を要する方策であるが、援助の手法としてはより妥当性を持つものと思われる。すなわち、この視点からの援助の基本的趣旨は、母子に関する衛生環境や医療体制の整備により乳幼児死亡率を低下させ、それによって多産多死傾向から少産少死傾向へと人口転換をはかることである。

この領域における具体的な援助の方策としては、したがってきわめて地道な活動が要求されるであろうが、ネパール全国を対象とすることは困難である。むしろ全国2、3ヶ所を選定し、パイロット・プランを実施することが望ましいと思われる。この際考慮されるべき点は、すでに述べたごとく、なるべく統合的な援助活動を行うことが望ましく、したがって、わが国がすでに援助活動を実施している地域を選定すべきであろう。

<注>

1. ネパールの地勢に関する概要説明については、国際協力推進協会編『ネパールの経済社会の現状』1976年 P.1, P.8を参考とした。
2. Task Force on Migration, Internal and International Migration in Nepal: Summary and Recommendations, National Commission on Population, 1983年, P.16
3. 上記文献 P.22
4. 発展途上国における向都移動については、新津晃一「南アジアにおける向都移動者の都市対応様式」『社会学評論』日本社会学会1973年 PP.34~49に詳しく述べられている。
5. ネパールの行政機構については、大内穂編『世界の議会 — アジア（I） —』ぎょうせい, 1983年 PP.230~255を主に参考とした。

3. 母子保健

平山 宗宏

- 3-1 乳幼児死亡
- 3-2 環境衛生
- 3-3 予防接種
- 3-4 医療および保健サービス
- 3-5 医療・保健要員の教育

3-1 乳幼児死亡

ネパールにおける母子保健のレベルは、指標とされる数値でみる限り相当に低いといわざるをえない。表1に示すように、乳幼児死亡率は1976年調査でおよそ150、日本における大正年間の水準であり、これに伴い平均寿命も45歳に止まっている。1974年から78年にかけての3回の抽出調査による年齢階級別死亡率でみると表2に示すように、全ネパールで乳児死亡率は133から104まで好転してきたようにみうけるがなおきびしい。1~4歳の幼児死亡率も同年齢階級1,000対35から23、5~14歳でもなお5をこえた状態が続いている。日本では1980年1~4歳人口10万対で64.8、5~14歳で23.3であるから、ネパールは幼児死亡率で50倍、5~14歳で20倍ほどに当たる。またネパールの場合、都市部と農村部の格差が大きく、各死亡率で農村が2~3倍高い。

表1. Major Health Indicators

Health Indicators	Major Health Indicators				National Fertility Survey 1976
	1971 Census Adjusted	Demographic Sample Survey			
		1974/75	1976	1977/78	
Crude birth rate	42.87	44.7	46.8	42.6	43.6
Crude death rate per 1000 persons	22.80	19.5	22.2	17.1	-
Infant mortality per 1000 live births	172.0	132.5	133.6	104.0	152.0
Life expectancy total	42.50				45.0
Male	-	-	-	-	47.5
Female	-	-	-	-	44.9
Total fertility rate per female	-	-	-	-	6.3

表 2. Adjusted Age Specific Death Rates per 1000 in 1974/75, 1976 and 1977/78

Year	Age	0 to one year			1 - 4 years			5 - 14 years		
		Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Total
1974/75	M	55.2	143.9	141.2	14.9	33.8	33.2	3.0	4.8	4.8
	F	59.2	124.9	123.9	10.2	36.7	35.9	3.6	5.7	5.6
	T	57.1	134.8	132.5	12.6	35.3	34.6	3.3	5.3	5.2
1976	M	55.3	130.7	128.4	11.9	33.2	32.6	3.9	5.2	5.2
	F	50.2	140.6	137.9	25.4	37.6	37.2	2.3	6.2	6.1
	T	52.8	136.1	133.6	18.8	35.4	34.9	3.1	5.6	5.7
1977/78	M	72.8	111.1	109.9	8.2	27.0	23.4	2.8	4.9	4.7
	F	60.8	99.1	97.9	14.5	23.9	22.1	2.3	5.8	5.2
	T	67.2	105.1	104.0	11.1	25.5	22.8	2.6	5.4	4.9

Source: The Demographic Sample Survey of Nepal, 1974/75, 1976 and 1978/79. Central Bureau of Statistics, Kathmandu.

この高い乳児死亡の原因については、1地区におけるHealth Workersによる調査によると表3のごとくで、0歳および1～4歳の乳幼児では、肺炎、下痢、麻疹、栄養失調が四大原因であり、乳児では新生児破傷風、幼児ではジフテリアがこれに次いでいる。また5歳以上の小児死亡の主要原因は内じ調査によると、結核、事故、肺炎、栄養失調、下痢の順であり、以上の死因は途上国に共通してみられる傾向の通りである。一方われわれが青年海外協力隊員として、あるいはunited mission to Nepalのメンバーとしてネパールに滞在中の看護関係専門職の方々よりの情報を総合しても、小児入院患者の疾病内容は上述の通りであった。また1979年から80年にかけて15の病院において加療した小児入院患者の主要疾病は、感染症（寄生虫病を含む）が細菌性ウィルス性を合わせて過半数を占め、さらに肺炎や結核を含むと思われる呼吸器系疾患を加えると、重複を考慮に入れても全例の90%は感染症、のこりが主として、外傷ということになる。前述の高い乳幼児死亡の原因の多くが感染症で占められていることは、途上国の常とはいえず注目しておく必要がある。16のdistrictsで調査された成績によれば、人口1,000当りの麻疹の罹患率は41.4、同じく百日咳16.8、破傷風6.9であったという。いずれも乳幼児にとっては致命的となりうる感染症であり、しかも予防接種によって確実に防ぎうる疾患である。当地のUSAIDが冷蔵庫（ケロシン用）をhealth unitに寄附して予防接種計画を推進しようとしているのも当然であろう。新生児破傷風を9病院について1年10月（1977年1月より78年10月）にわたり調査した成績では、入院総数171、うち死亡104で死亡率64.8%にのぼったといい、入院できなかった症例を考えると相当な数に上るであろう（日本では破傷風による乳児死亡1950年586、1970年14、1984年1）。

表 3. Percentage Distribution of Responses of a Major Cause of Death of Children according to how frequently they were mentioned by Health Workers of Surkhet District for 1977/78

Cause of Death	Below 1 yr.	1-4 yrs.	5 yrs. or more
1. Pneumonia/Bronchitis	20.9	16.2	10.3
2. Diarrhoea/Dysentery	20.9	13.9	7.7
3. Measles	13.9	17.2	-
4. Malnutrition	13.9	16.1	9.0
5. Tetanus	5.8	-	-
6. Cholera	4.7	5.4	-
7. Diphtheria/Whooping cough (Cough)	4.7	6.4	-
8. Other gastro-intestinal (Diseases)	4.1	3.2	6.4
9. Other infectious diseases	4.1	8.6	-
10. Chickenpox	3.5	2.2	0.4
11. Fever	3.5	-	-
12. Accidents	-	5.4	11.5
13. Diseases of skin	-	1.1	-
14. Tuberculosis	-	-	23.2
15. Leprosy	-	-	3.8
16. Anaemia	-	-	3.8
17. Asthma	-	-	6.4
18. Heart Diseases	-	-	3.8
19. Other	-	-	7.7
Total	100%	100%	100%

Source: Situation Analysis, Part I, Ministry of Health, 1980.

表4. Leading Causes - Groups among Children treated in 15 Hospitals(345 beds) For the Year 1979/80

Causes - Group	0 - 14 years			Ratio of all discharges
	Male	Female	Both	
Infective and parasitic diseases	759	378	1137	36.1%
Intestinal infectious diseases	500	233	733	23.2%
Viral diseases	78	46	124	3.9%
Other bacterial diseases	90	30	120	3.81%
Diseases of respiratory system	510	271	781	24.79%
Injuries & poisonings	332	129	461	14.63%
Symptoms of ill-defined diseases	126	120	246	7.81%
Diseases of skin and sub-cutaneous tissue	62	40	102	3.24%
Diseases of digestive system	60	33	93	2.95%
Total cases (total of above cases and rest of other minor cases)	2041	1109	3150	100.00%

Source: In-patients Morbidity and Mortality Statistics, Year 1979/80 (2036) Epidemiological Bulletin, Vol. 1, No. 3 & 4.

3-2 環境衛生

ネパールにおける環境衛生はなおきわめて悪い状態にある。前述の小児死亡の原因に赤痢を含む下痢、伝染症の多いことはこの環境衛生の不備によるところが大きい。水道による飲水の給水は全人口の11%に止まっているというが、硬質ビニール管が国産できるようになり、これを用いた給水に努めている。今回われわれがポカラの視察に通った幹線道路沿いの村落では、山から引いた簡易水道による給水場の細いパイプからたえず水が出ており、住民がよく利用していた。家が散在しているところでは、各戸への給水は不可能なので、ネパール政府は家を集めて村落を形成させ、水道等環境衛生の向上にも努める政策をとろうとしている。UNICEFでもこの給水事業に力を入れているようである。

便所についても改善に努めつつあり、穴を掘った上に蓋のようにのせる便器つき（ひょうたん形の穴と傍に足をのせる台のついたもの）コンクリート板を低価格で分与しはじめている。この場合、穴は掘り放しで周囲をコンクリートでかためることはしておらず、穴が満杯になれば他の場所に穴を掘る方式である。都会におけるゴミの集収は行われているようだが、三階建ほどの古いレンガ造りの建物の密集している地域などでは、狭い中庭にゴミを放り出しておく習慣のよう

である。家の人口や表の道路は小さいほうきで掃いて掃除をしていが、衛生面からの知識にとぼしく、教育も普及していないということであろう。水あび、洗濯、ふとん類を日光に干すなどはよく行われており、石けん（国産品あり）も使われはじめているので、住民は本来きれい好きであるように思われ、衛生教育の効果は期待できるであろう。

3-3 予防接種

痘そう根絶に成功した後、ネパールでも1978年以降Expanded Programme of Immunisation がとり入れられている。これにはジフテリア・百日咳・破傷風（DPT）、結核（BCG）が全国的に実施され、最近ではポリオ（経口）がとりあげられ、一部で麻疹が実施されはじめた。生ワクチン類は冷蔵輸送のほとんどない現状では、有効な実施が困難である。予防接種は5歳以下の小児に重点的に実施されているが、破傷風トキソイドは15～44歳の女性（妊婦を含む）をも対象にしている。これは出産に際しての母子の破傷風予防に役立つが、実施率はなお低いようである。この予防接種計画（EPI）は1985年までに75のdistrict中63で開始される予定であり、3～15月の乳幼児136万人にBCGを、15～44歳の妊婦を含む女性に破傷風トキソイドを接種しようとする予定している。ポリオと麻疹の生ワクチンは現在のところ病院でのみ接種が行われており、DPTもなお全国に及んでいない。EPI開始前後の「1月以上続く咳」（症状上結核疑）、麻疹、百日咳、破傷風の有病率または発病率を比較したのが表5である。6つのdistricts についての成績であるが、予防接種の効果は歴然としている。

われわれの視察した3つのhealth post（MCH Clinicを兼ねている）ではワクチンの常備はないようで、電気、冷蔵庫もなかったが、FPAの下にあるカトマンズ市内のMCH ClinicではBCG（日本製）とDPT（カナダ、コンノート製）がおいてあった。

表5 予防接種プログラム開始前後の有病率と罹患率

districts		1か月以上つづく咳 (症状上結核疑)	麻疹	百日咳	破傷風
Udayapur	前	65.35	66.66	108.49	13.07
	後	5.85	0.97	6.83	2.92
Sarlahi	前	38.76	53.19	23.50	9.48
	後	2.11	12.36	6.33	0.0
Bhaktapur	前	46.48	48.91	22.28	0.48
	後	9.80	23.81	12.6	0.0
Sindhupalchowk	前	155.79	71.22	16.32	-
	後	8.49	16.98	1.69	0.0
Nawalpararasi	前	28.15	37.33	26.31	6.73
	後	1.49	34.63	2.98	0.0
Banke	前	23.30	27.57	7.28	12.62
	後	14.7	2.46	7.37	2.45

人口 1,000 対

Expanded Programme of Immunization, Department of Health Services

1980より作成

3-4 医療および保健サービス

a) 病院

ネパールの医療事情はきわめて悪い。1979年末の時点で公私立あわせて病院数70、病床数2,543で、75のdistrictsのうち病院のあるのは50である。小児病院はカトマンズに1つのみ(50床)で、他の病院に小児科として専門医のいるところはない。

ネパールの第6次計画(1980-85)による目標は残る25のdistrictsに15床の病院を建設し病院数合計を98、病床数を4,020まで増すことにおかれている。これにより1病床当り人口は5,515から3,983になる。

ネパールには近代医学のほかに伝統的な薬草や呪術にもとづく医療があり、このAyurvedic medicineが僻地に至るまで及んでいる。保健省の組織でも近代医学にもとづくもの伝統医学にもとづくものが二本立になっている。カトマンズにはこれらの病院が2、全国に施療所が85あるといい、第6次計画ではさらに病院2、施療所50を増す予定である。日本政府はカトマンズに教育病院を建設した。外来棟は既に開院し、150床の病棟が建設中である。これら第6次計画を表6に示す。

表 6. Health Situation at the end of different Plan Periods

Health Institution	At the end of the Fourth Plan (1975)	At the end of the Fifth Plan (1980)	At the end of the Sixth Plan (1985) Planned Target
1. Hospitals	59	73	98
2. Hospital beds	2,131	2,586	4,020
3. Hospital bed/Population ratio	-	5,515	3,981
4. Health Posts	351	583	1,050
5. Health Post/Population ratio	-	24,463	15,238
6. Health Centres	33	26	-
7. Ayurvedic Dispensaries	82	85	135
8. Doctors	330	442	712
9. Doctor/Population ratio	-	32,267	22,486
10. Nurse	196	455	719
11. Middle level Health Manpower	1,078	2,678	5,192
12. Village Health Workers	-	1,522	2,772

Source: Sixth Plan (Preliminary Draft), National Planning Commission 1980.

b) Health Centres

ネパールの Health Centre は診療所としての機能をもつものをいうようで、27のうち17は病院のない districts におかれており、入院施設がないので漸次前述の15床の病院にとりかえられてゆくものようである。

c) Health Posts と MCH Clinics

ネパールの医療・保健サービスの最末端の施設は Health Post (H. Post) で、予防接種、家族計画を含む医療と保健指導が行われている。スタッフは中級のパラメディカルの人達で、health assistant (所長), assistant nurse midwife, assistant health worker などである。このほかに村落単位 (当地の最末端単位の呼名は Panchayat) に選ばれるボランティアの人達があって、Panchayat based health worker (PBHW) と呼ばれ、個別訪問などを受持ち、H. Post の仕事に協力している。わが国の母子保健推進員を想定してよさそうである。1 health unit 当りの職員数は、われわれがボカラ附近で見学した2つの H. Post では10~15名が所属していたが、Panchkal では health assistant 1名のみということであった。このように保健サービスの末端機関に至るシステムは一応つくられているが、内容は未だ甚だ不備で、訓練された保健要員の絶対的不足と、薬品や必要器具の不足が著しい。予防接種未実施の地区、薬品行為不可能な状態も多い。薬品は1年のうち4~6か月分しか配給されず、内容はわれわれの見学したところ

では、サルファ剤、ビタミン剤、アスピリン、歯痛止め、経口輸液剤などにとどまり、質量ともに貧弱であった。H. Post から患者を送る先の病院が前述のように不備なので、多くの地域の医療体制はないに等しい状況にあり、乳幼児死亡率の高さも当然と考えられる。H. Post の数は1980年に583（1 Post 当り人口平均24,000）であったが、85年までに467を建設して合計1,000余（1 Post 当り人口平均15,000）にする計画である。

家族計画・母子保健推進計画（FP/MCH project）が1968年に発足しているが、現在の75のdistrictsのうち23は地域保健総合推進計画（Integrated Community Health Services Development Project, ICHSDP）の下で、のこりの52はFP/MCH Projectの下で母子保健サービスが行われている。この計画での末端施設がMCH Clinicであり（現在206）、H. Post に併設されているところが多いようであるが、ネパール家族計画協会（FPAN）が推進している地域ではH. Post とは別にMCH Clinicの建物をもっている。このClinicにおける母子保健サービスは前述のH. Post の状況と差異はない。またこのClinicの下に小さな小屋をつくらしている村落があり、Panchayat based services centreと呼ばれ、現在1,900あるという。われわれの見学したPanchkhal地区はFPANのモデル地区であり、JOICFPの協力で寄生虫との組合せによる家族計画を推進しているが、人口約24,000人の9村落を含む地区でMCH Clinic 1, Panchayat based services centreを2か所に設けていた。この地区では村落ごとに寄金を集め、また労力奉仕によってcentreを自ら建訪し、必要な薬品を購入して運営する方式をとって成功している。この場合、与薬等の医療的行為は訓練を受けたボランティア9人が担当している由である。つまり看護婦以上の資格を持つ保健要員が母子保健サービスを直接担当しているところはほとんどない状況といえよう。なお上述のPanchkhalにおける家族計画と寄生虫検査の実績を表7, 8に示しておく。同地区では飲料水用井戸（泉をためるコンクリート製の枠と屋根をつくる）60カ所、（建設中15）,

表7 Panchkhal 地区における家族計画家施状況

	男性手術	女性手術	IUD	Depo 注射	ピル
1979	12	14	—	—	11
80	39	39	2	44	72
81	26	48	2	53	214
82	44	78	—	46	157
83	70	58	—	76	88

数字は受療者数

同地区の人口約24,00

前述のコンクリート製便器の配給による便所200か所を村民の自製によって整備しており、環境衛生改善実行のよい例である。ただし他のサービスには及んでおらず、予防接種も未実施であ

るので、乳幼児死亡の低下にまでは至っていないであろう。

母子栄養指導（大豆の利用など）はポスターや紙芝居式の絵図を用いて各地で進められている。

表 8 Panchkal 地区における寄生虫卵保有状況

年 度	検 査 総 数	虫 卵 性 数	保 有 率
1 9 7 9	4, 0 5 6	3, 6 1 2	8 9 %
8 0	3, 4 0 0	2, 9 2 6	8 6 %
8 1	5, 5 3 1	4, 2 6 6	7 7 %
8 2	3, 6 2 0	2, 4 0 8	6 7 %

(注) 虫卵の種類は、回虫、鉤虫が主である。

3-5 医療・保健要員の教育

ネパールにおける教育制度は、小学校 4 年、中学校 2 年、高等学校 4 年の計 10 年が基礎教育で、これが終ると卒業認定 school leaving certification (SLC) が与えられる。高等教育はこの上に Intermediate (大学教育課程) 2 年, Bachelor (大学) 2 年, Master (大学院修士) 2 年があるが、医療・保健要員の種類と専門教育年限は次の通りである。

Health Assistants : SLC 後基礎科学 1 年, 医学 1 年半, 計 2 年半。医師不足の当国では医師代りに臨床面で働いている。

Nurses : SLC 後 3 年

X 線技師 : SLC 後 2 年半

薬剤師 : SLC 後 2 年半

Assistant Health Worker (AHW) : SLC 後 1 年

Assistant Nurse Midwife (ANM) : 中学修了 (8 年) 後 2 年

ネパールには医科大学がなかったが、今回日本の援助で教育病院が完成するのにあわせて医師養成をはじめている。これも独特のシステムで、Health Assistant を現場で 2 ~ 3 年経験した者に Medical Doctor Programme として 4 年間のインターンを与え、医師としようとするものようである。その卒業生はこれから出てくる。

以上のうち Health Assistant, AHW, ANM などの要員が Middle level Health Manpower として一括され、第 6 次計画までの増員計画が前述の表 6 の中に示されている。また各要員の定員数と現員数、充足率を地域別に示したのが表 9 である。

表 9. Distribution of Health Manpower by Different Regions Sanctioned and Filled Posts

S.No: Categories of Staff	Total Posts			Distribution											
	S.P	F.P	%	EASTERN			CENTRAL			WESTERN			FAR WESTERN		
				S.P	F.P	%	S.P	F.P	%	S.P	F.P	%	S.P	F.P	%
1. Doctors	577	442	77	74	59	80	393	297	76	58	45	78	52	41	79
2. Nurse	558	455	82	57	51	89	288	253	88	39	39	100	30	29	97
3. A.N.M.	1,076	1,049	98	282	277	98	385	373	97	218	214	98	191	187	98
4. Health Inspector	56	54	100	12	12	100	17	22	129	10	8	80	15	14	93
5. H.A./SAHW	676	643	96	148	140	94	238	222	92	127	124	97	165	157	96
6. AHW	1,001	932	93	281	261	92	328	322	98	207	206	99	196	144	73
7. VHW	1,522	1,522	100	392	392	100	488	488	100	266	266	100	376	376	100
8. Sanitation Staff	22	20	91	-	-	-	22	20	91	-	-	-	-	-	-
9. Pharmacy Staff	37	16	43	2	-	-	16	16	100	-	-	-	1	-	-
10. Laboratory Staff	147	121	82	20	21	105	84	70	83	28	17	61	15	12	80
11. X-Ray Staff	56	32	58	11	3	27	33	25	76	5	1	20	7	3	43

Source: Planning for Health Manpower, Ministry of Health and Institute of Medicine, June 1980 - Annex V - Table I.

S.P. Sanctioned Posts

F.P. Filled Posts.