

## 4 保健セクターの現況と今後の動向

### 4.1 保健セクターの現況

#### 4.1.1 概況

既に述べられているように、パキスタンの財政状況については実質GDP成長率は6.5%と発展しているにもかかわらず、1991年GNPは380米ドルとなお貧困国層に属している。しかも政府保健医療予算は1988/89年の0.95%から1991/92年には0.70%と減少し、教育予算の対GNP比2.6%とともに総軍備費の対GNP比7.3%(1990)に比べて著しく少ない。

パキスタンの保健衛生状況は主としてサブサハラアフリカ諸国からなる最悪グループのレベルからは脱却しているが、概観するといくつかの特徴が浮かび上がる。すなわち乳児死亡率(IMR: Infant Mortality Rate)は1960年の148から1991年には94に、直近の調査(PDHS, 1992)では86と減少しているが、同国の経済発展状況に照らせば改善著しいとはいえない。また、5才未満児死亡率(U5MR: Under 5 Mortality Rate)も1960年の221から1991年には134とサブサハラアフリカ諸国に比べるとかなり改善されたが、同じイスラム国家のインドネシア(同期間に215から86)や、最近まで鎖国状態にあったベトナム(同期間に219から52)や、現在も外部との公的接触を制限しているミャンマー(同期間に237から117)に比べると改善程度は芳しくない。

粗死亡率(CDR: Crude Death Rate)は1960年の23から1991年には11、同期間における粗出生率(CBR: Crude Birth Rate)は49から42、合計特殊出生率(TFR: Total Fertility Rate)は7.0から5.7へと、いずれもある程度の減少は認められるが、妊産婦死亡率(MMR: Maternal Mortality Rate)はなお500以上、また、詳細な分析は行われていないが低体重児の出生頻度の高さなどから妊産婦への医療、保護が十分でないことが推測できる。

さらに先進国では平均110前後(女性は、男性の平均余命の約10%長生き)の数字をとる女性の対男性平均余命比は100(男女の平均余命が同じ)であり、これはネパール98、バングラデシュ99に次いでパキスタンの女性の平均余命が短いことを示す数少ない希有な状況にある国の一つであり、特に農村部では、今日でも自由な女性の就

学、就業を許容しない社会習慣も存続しており、保健医療への関与を考える上でも、常にこの状況を認識しておかねばならない。

保健医療サービスは、これも途上国一般の現象でもあるが、都市と農村部の格差が大きい。第7次国家5ヶ年計画(1988/89~1992/93)以来、PHCを中心とする第1次保健医療サービスを行うBHU、MCHセンター、RHCを農村部に設置し、地域病院を第2次医療施設、それ以上の専門医療を州または教育病院が担当する全国的な医療サービス網を整備しつつあるが、さまざまな理由でこのリファラル体制は機能しているとはいえない。

農村部では、第6次、第7次国家5ヶ年計画を通じて、BHU (Basic Health Unit) やRHC (Rural Health Center) という建物は設置されたものの、電気、水の供給のないところも多く、機器、消耗品の不足もあって、地域住民の需要をまかなっていない。しかし、このような第1次保健医療施設が十分機能していない真の原因は、設備面よりも人的要素にある。医師、保健婦、看護婦など、上級医療スタッフは都市部上流階級出身者が多く、これらの人々は、農村部への長期赴任を好まない。しかも、伝統的社会である農村部では女性への関与は、女性でなければ不可能な部分があるにもかかわらず、現在でも、特に若い独身女性が、親族男性の付き添いなく居住地域外へ出かけることには制限があり、また、他人の身体に触れるような仕事を好まない習慣も残っており、保健分野での女性就労が妨げられている。また、勤務者の実働時間は午前8、9時頃から午後2時頃に限られている施設が多いことも問題であろう。

都市部では、先進国と同様の高度医療が可能な施設もあるが、その恩恵を受け得るのは、限られた人々であり、農村-都市部、都市部の富裕層-貧困者という二重のアンバランスがある。

人材の点では、上述のように、特に直接住民に関わって保健教育を行うのに必要な女性スタッフの量的質的不備が、国家の基本的保健政策でもあるPHCの浸透を困難にしている最大の原因となっている。1991年のパキスタンの保健医療従事者総数(医師、歯科医師、看護婦、助産婦、LHW)は約95,000名を数えるが、その内訳をみると医師が55,572名で全体の58%を占める。これは人口10万対47(日本は人口10万対171)という絶対量の不足と同時に、保健医療にかかわる人材の極端なアンバランスを示している。ちなみにわが国では登録医師総数(211,797名)に対し、看

護婦は約 834,000名と医師数の約 4 倍であるが、パキスタンでは、看護婦は医師数のわずか 1/3の 18,150名、助産婦 (16,299名) や LHV (Lady Health Visitor、3,463 名) を加えても、医師数の 2/3強に過ぎず、ほとんどの看護婦が都会の治療目的の病院に勤務していることを考えると、基本的な国家保健計画として推進されてきたはずの PHC 分野、特に農村部の公衆衛生にかかわる人材の不足が著しいことがうかがえる。

このような状態を改善するために開始されたのが LHV (Lady Health Visitor) の養成であるが、その数は、なお、3,500名弱に過ぎず、また、毎年約 1,000名の看護婦が養成されるが、結婚、出産を機会にほとんど退職すること、また特に男性患者の看護に対する伝統的社会的制約もあって、定着率、稼働率は低く、特に農村部での保健医療分野に従事する女性スタッフは著しく不足している。一方、計 17の医科大学の年間卒業生数は 3,500名を越えるが、これらの医師も農村部での就労を希望しないために、地方での人材不足は慢性的である。

その他、歯科医師、薬剤師、放射線技師、臨床検査技師などは、絶対数の不足もさることながら、制度上の不備もあって、都市部であってもあまり機能していない。

さらに深刻な問題は、保健医療分野の管理体制である。途上国の多くの施設では、事務的、経理的管理を始めとして、各種の機器、消耗品、医薬品の物品管理、制度管理がきわめて不備であるがこのような分野の専門的な研修を受けた人材はほとんどいない。

就学、就業にみられる男女の不平等とあわせて、これらの状況が人口の 70 %以上を占める農村部居住者、特に女性への保健医療サービスを著しく損なっている。例えば EPI (Expanded Programme on Immunization、予防接種拡大プログラム) は、UNICEF (国連児童基金) などの支援もあって、小児では、三種混合 (ジフテリア、破傷風、百日咳)、BCG、ポリオ、麻疹の 6 種のワクチンの接種率は、過去数年の間に飛躍的に伸び、全国平均で約 80 %と改善されたのに対し、妊娠可能年齢女性への破傷風接種はなお 42 %と低い。

疾病構造、死亡原因をみると、途上国の常として、小児では下痢性疾患と肺炎、気管支炎などの呼吸器疾患が、また成人男性では事故、高齢者は心臓病ならびに癌など、

先進国と同様の疾患が目だつ。特徴的な点は、妊娠可能年齢の女性の高い妊娠、分娩合併症があげられ、ここでも女性への保健医療サービスの不備が現れている。

また、保健医療上の統計的数字の不正確さも、実態を不明朗にしている原因である。例えば、PHCの一つとして、下痢性疾患による脱水対策としてのORS (Oral Rehydration Salt、経口補水塩)の使用頻度は85%程度と推定されているが、正確に調整し、投与できる母親の数はかなり下回り、統計に現れた数字と現状には差異があるほか、人口統計でも、異なる関係機関からは、異なった数字が報告されている。

特に重要な国家レベルの保健医療問題として高い人口増加率がある。1991年、総人口は1億2,150万と1947年の独立以来、ほぼ4倍に増大したが、実際には、生活水準がある程度向上し近代医学の手段が導入された過去20年間の増加が特に著しい。すなわち、かつての『多産多死』の時代から、死亡率は低下したが出生率はなお高い水準にとどまっている『多産少死』の時代へさしかかったための急激な人口増加により、現在、15歳未満の世代が総人口の50%にも達している。現在の人口増加率3.1%が持続するならば、この世代が生殖年代に入る数年後には、さらに急激な人口増が予測される。

栄養については、全国平均で見た国民一人当たりの食糧確保は改善されたが、なお、多くの問題がある。

北部山岳地帯を中心に風土病的にみられるヨード不足や全国的に指摘されている乳幼児のビタミンA欠乏症などの微量栄養素欠乏は、中央、州政府や国際機関、NGOの努力により改善されているが、成長期の乳幼児や、妊娠、授乳など負担のかかっている女性の一般的な栄養不足とともに、今後も、対策が必要な分野である。

他の公衆衛生上の問題として薬剤耐性および熱帯熱マラリアを含むマラリアの再燃、結核(推定患者数12万人)、レブラ(推定患者数3万人)の潜在的流行、地域的ではあるがギニアワームなどの熱帯寄生虫症、また、十分な規制のないまま、比較的安易に輸血が行われことから、各種の血液由来感染症の増加も懸念されている。これらの対策として、肝炎のワクチン接種をEPIに加えることが検討されているほか、PHCの強化によりあらたな蔓延を防ぎたいとしているが、対策は十分とはいえない。

また、しばしば急激な開発途上にある国で生じる麻薬使用は、パキスタンではアフガン問題の当事国として、10年以上も多くの外国人や援助団体を受け入れてきたこともあって新しい公衆衛生問題として浮上している。

#### 4.1.2 第7次国家計画のレビュー

1988年に始まった第7次国家5ヵ年計画は、保健予算として132億ルピー、公共部門開発予算の約3.8%が当てられた。その内訳は、約43%が農村部での保健計画に、約24%が病院運営に、約16%が保健医療分野の人材開発に、また、8%はその他の予防プログラムに割り当てられた。

第7次計画では、農村部保健プログラムに割り当てられた資金の大半が、保健医療サービスよりも、施設の建設に使用されたために、質的改善は二の次になったきらいがある。非開発関連の支出は、保健分野全体の割当額の63%にあたる360億ルピーと見積もられている。

現在、GDPの約3.5%を占める社会開発分野への支出は、長期的展望でみた持続可能な経済発展に必須の予算規模をかなり下回っているが、世界銀行は、国家成長を支え、貧困を解決するには、これらの社会開発分野への予算配分を少なくとも2倍にしなければならないと見積もっている。

GDP比で示される保健医療に対する公共支出は、1988/89年の1%から1991/92年には推定0.7%にまで徐々に減少している。また、保健政策は優先すべき第一の分野とされているにも関わらず、全公共支出に占める保健医療費の比率は1988/89年の3.6%から1992/93年の2.6%にまで漸減した。すなわち保健医療に対する支出の減少が、社会開発全体への割当の減少を反映している。

公共支出に対する保健医療の占める割合の変動を表57に示した。

表 57 政府の保健医療支出 (1988/89 年度～1992/93 年度)

(単位 百万パキスタンルピー)

	1988/89	1989/90	1990/91	1991/92	1992/93
経常支出	4,519	4,537	4,997	5,517	7,254
資本支出	2,802	2,681	2,741	2,708	3,582
合計	7,321	7,218	7,738	8,224	10,836
対全支出 保健支出の割合	3.64 %	3.26 %	3.14 %	2.71 %	2.59 %
対GDP 保健予算の割合	0.95 %	0.84 %	0.76 %	0.70 %	xx

出典 Appraisal of the Health Care Development in Pakistan, ADB

1980年代を通じて、実質GDPは年間約6.5%の率で成長してきた。しかし識字率 (Literacy Rate: 35%)、出生時の平均余命 (Life Expectancy at Birth: 58才)、栄養状態 (Undernutrition: 低体重児の出生率 25%、乳幼児の中・重症栄養障害の頻度 40%)、乳児死亡率 (Infant Mortality Rate: 94)、5才未満児死亡率 (Under 5 Mortality Rate, U5MR: 124)、小学校就学率 (Primary School Enrollment Rate: 38%)、人口増加率 (Population Growth Rate: 3.2%) など、いずれの社会指標も地域内では最低の部類に属する。

国民一人当たりの所得、平均余命、成人の識字率、平均通学年数などの数字から、国連開発計画(UNDP: United Nations Development Programme) が算出した1992年の人的開発指標(HDI: Human Development Index)を見ると、パキスタンは160ヶ国中120位であり、人的開発が最近の経済開発に見合っていないといえる。政府は、このような人的開発レベルの低さが国家の経済発展を妨げ、都市と地方および男女間の格差を広げているとの認識を強めており、女性開発の面からみても、社会指標の対男性比のすべてが世界の最悪群に属している。これらの状況から、政府は1992年、パリで開かれた共同会議で、3年計画の社会行動プログラム(SAP: Social Action Programme)を発表し、1992/93年に始まるこのプログラムの実施に全力を尽くすとともに、特に女性開発の基本とする可能性を述べている。

表 58 に第 7次計画の目標とその成果を示す。

表 58 第 7次計画(1988-93)の目標と達成度

	目標	達成数	達成度(%)
BHU建設	1,913	1,950	102
RHC建設	133	130	97
都市センター	227	50	22
病床数	19,871	18,000	90
医師	15,700	16,500	105
歯医者	800	775	97
看護婦	10,000	9,500	95
パラメディック	68,650	26,000	37
TBA	20,000	21,000	105
EPI(百万)	19.3	18.3	93
ORS(百万ポット)	46.0	34.1	74

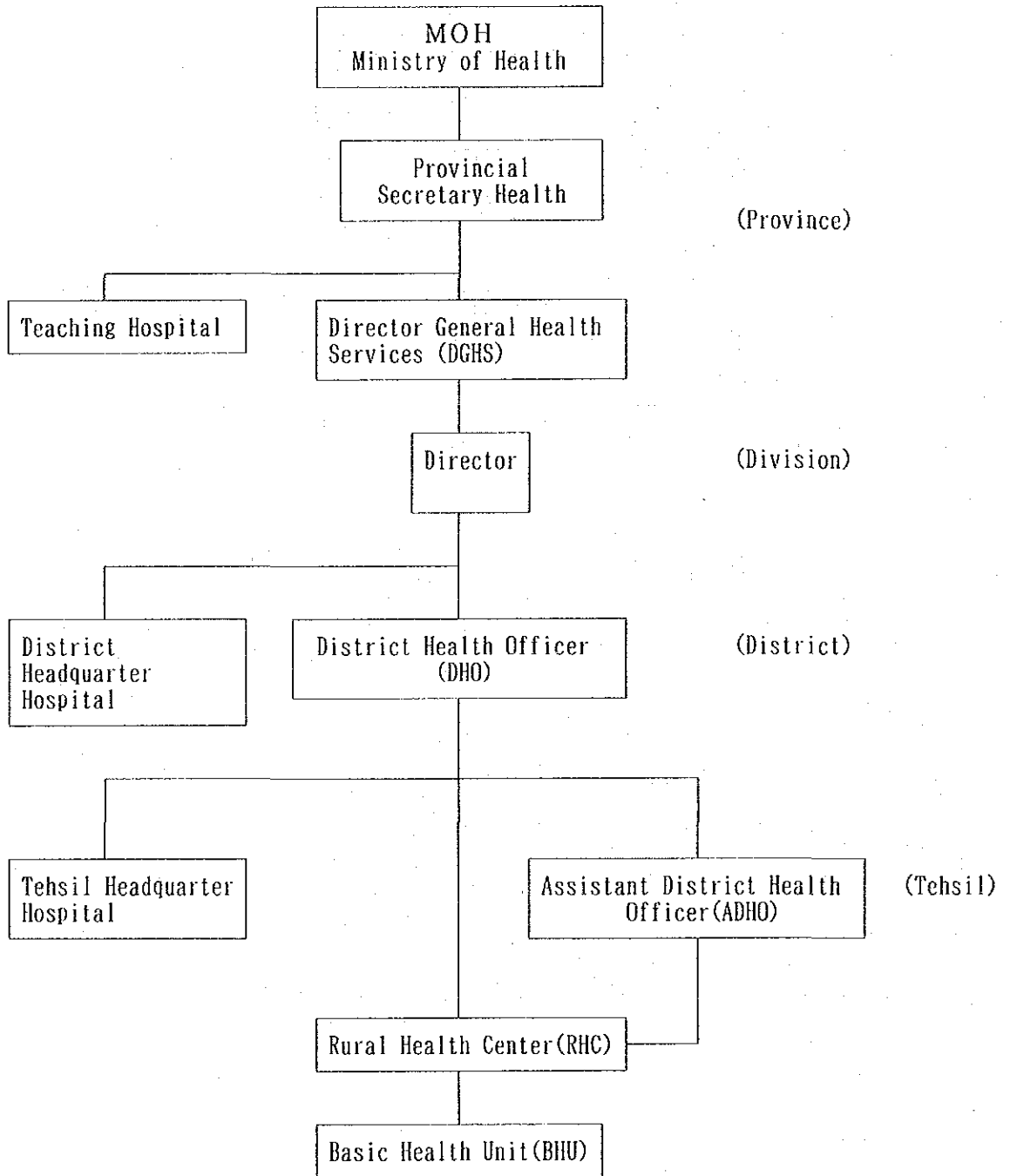
出典 第 8次5 カ年計画 Planning Commission

#### 4.1.3 保健医療の実施体制

##### (1) 行政組織

パキスタンでは連邦政府の管轄地を除いて、各州の保健医療行政は、実務を含め州政府の責任で行われている。したがって、連邦政府は全国的な保健医療政策の立案と制定、およびイスラマバード周辺の首都圏( ICT: Islamabad Capital Territory)、カシミールなどの北部地域、および連邦政府直轄部族区域( FATA, Federally Administered Tribal Areas)における保健医療の管理、運営にあたるが、それぞれの州の保健医療には関知していない。また軍隊、鉄道など全国規模の自治組織の中には独自の保健医療施設を持つものもある。次にパキスタンの行政組織図を示す。

图 16 医療行政組織略図





1) 連邦政府保健省 (MOH : Ministry of Health, Special Education and Social Welfare)

保健医療サービスについて、保健省が果たしている機能は以下のとおりである。

- ①各保健医療機関の調整
- ②全国的な保健医療の計画
- ③保健医療分野の外交的折衝 (二国間および複数の諸国による海外援助)
- ④卒後教育と専門教育水準の維持
- ⑤医薬品の管理
- ⑥伝染病の撲滅

2) 州政府保健局 (DOH : Provincial Department of Health)

州政府の保健医療サービスについては (州政府) 保健大臣 (Secretary of Health) が統括する。大臣の下に、シンド州とNWFP州では保健医療サービス局 (DHS : Director of Health Services) が、パンジャブ州とバロチスタン州では保健医療サービス局事務局長 (DG : Director General) が任命され実務の管理監督を行う。

主な機能は次のとおりである。

- ①中央病院、専門機関の直接管理
- ②予防接種拡大計画 (EPI)
- ③下痢性疾患予防計画 (CDD)  
マラリア予防プログラム (Malaria Control Program) などの連邦政府主導プログラムの管理
- ④人的、物的資源活用の立案と管理
- ⑤域内保健医療施設への機材、医薬品、消耗品などの配布  
- 財務省、計画開発省との連携による
- ⑥病院、専門機関への直接的指導
- ⑦保健医療分野の人材開発

3) 地方レベル

県や郡にあたる Division での責任者をシンド州、NWFP州、バロチスタン州ではDD (Divisional Director)、パンジャブ州ではDHS (Director of Health

Services) と呼称している。このレベルの重要な仕事は、パンジャブ州を除き、県中央病院 (DHQ : District Headquarter Hospital) は直接、他の医療施設はDHQを通じて間接的に管理することである。パンジャブ州では郡病院もDHSが直接監督する。

県内の保健医療サービスはDHO (District Health Officer) の監督下におかれる。DHOの下の職員構成は州によりさまざまであるが、通常、その下にADHO (Assistant District Health Officer) をおき、彼らが直接、各郡レベルまたは県レベルに拠点を持って活動することが多い。特殊な例は、シンド州のTHO (Taluka Health Officer) で、Talukaと呼ばれる行政レベルを担当している。

DHOの主な機能は次の通りである。

- ① 県中央病院 (パンジャブ州では郡病院) を除く県の保健医療施設監督
- ② 保健医療施設内医薬、消耗品などの予算割当
- ③ 保健医療施設向け医薬品リストの作成

なお全国的プログラムであるEPIには以下の3担当官が配置されている。

- フィールド監督医療官 (FSMO : Field Supervisory Medical Officers)
- 県監督予防接種官 (DSV : District Supervisory Vaccinators)
- Tehsil/Taluka 監督予防接種官 (TSV : Tehsil/Taluka Supervisory Vaccinators)

各県レベルでは、学校担当のMO (Medical Officer) や医薬品検査官がいる場合もある。州によっては、他に行政担当官 (パンジャブ州、NWFP州)、CDC担当官 (パンジャブ州、NWFP州) ならびにAIHS (保健医療サービス検査副官、NWFP州) などが定められていることもある。

Tehsil/Talukaを含む郡レベルでは独立した管理機能は定められていないところが多い。ADHOまたはTaluka担当官は州、県によって程度は異なるが、DHOの指令によって派遣される。通常、このような管理者が郡病院を除き、郡レベルのすべての保健医療施設を監督する。

(2) 保健医療施設

1991年、パキスタンは病院 810、診療所 4,244のほか、BHUを 3,786、MCHセンター 1,090、RHC 483、結核センター 260、また総病床数 75,852 を有する。これは1970年の状態のほぼ2倍以上に相当するが、全国レベルでの需要を満たすものでない上、特に病床分布の片寄りが問題である。表 59 に各州の病院、その他の保健医療施設、治療病床数などを示した。

表 59 保健施設数及び病床数

	病院数	ベッド数	MCHセンター RHC/BHU	人口 (1,000)	1ベッド 当人口	U5MR
イスラマバード				340	309	
都市部	5	1,099	27			
地方部	-	-	15			
パンジャブ州				47,292	1,743	132.8
都市部	255	26,345	842			
地方部	26	794	3,328			
シンド州				19,029	887	105.3
都市部	272	21,242	1,079			
地方部	4	202	1,286			
NWFP州				11,061	1,087	97.7
都市部	74	7,074	228			
地方部	80	3,099	1,245			
バチスタン州				4,332	1,418	101.1
都市部	43	2,767	64			
地方部	15	289	868			
北部地域 A J K	24 12	667 1,012	105 336	2,198	3,295	
合計	810	64,590	9,603	84,252	1,304	

出典 Pakistan Statistical Yearbook, 1991, 統計局

これらの施設を機能の側面から見ると、施設は2群に分類できる。すなわち、一つはプライマリケア施設であり他はリファラルレベルの医療施設である。

1) 第1次保健医療施設 (PHC施設)

第7次国家5ヶ年計画を通じて推進されてきたプライマリ・ヘルスケア (PHC: Primary Health Care) は都市部では病院外来部門、または都市型診療所、BH

U、RHC、MCHセンターで、農村部では主にBHU、RHC、MCHセンターで行われてきた。場合によっては、結核またはらいセンターなどの専門施設でも行われているが、こうした施設のほとんどは、州や市町村の行政機関の下に置かれており、次のような機能を果たすことを目的としている。

- 簡単な病気の治療と複雑な病気の場合の上位病院への紹介
- リスク・グループ（5歳未満児、妊娠可能年齢の女性、妊婦など）に対する予防措置の提供
- 正常妊娠の監督と複雑なケースの上位の病院紹介
- 慢性病患者の経過観察
- 地域内住民の連携支援
- 施設資源の管理（人材、機材、医薬品、消耗品、情報など）

なお家族計画についての活動は、今まで人口福祉センター（FWC）で実施されてきたが、最近ではPHC活動のひとつとして考えられ、今後は、保健医療施設にもこの機能が加えられることが政策として唱えられている。

#### ①BHU (Basic Health Unit) とRHC (Rural Health Center)

地方でのPHCは1961年に始まったが、1975年まではわずかの量的質的増加に留まっていた。1976年以来、PHC施設は人口10,000人当たり1ヶ所が達成され、当時のユニオン・カウンシル（行政基礎単位）数と同数のBHUを持つようになって初めて、BHUが地方のPHCを担う施設であるとの認識が生まれた。

BHUは、また地方、特に農村部の第1次保健医療施設である。BHUは人口5,000から15,000人の通院圏の人々を対象に設置されている。通常、保健医療教育終了後の比較的若い医師1名と4~5名の男女パラメディカルスタッフが勤務することになっている。本来、BHUは地域住民に対して、特に予防医学的な観点を重視しつつ、最も重要な保健医療上のニーズを満たすためのサービスを行うことになっている。しかし現実には、多くのBHUで基本機材（体重計、検査機器など）や医薬品などと特に母子保健を行う女性スタッフが不足している。そのために、本来BHUを最も必要とするはずの農村部の利用率が非常に悪いという状況を引き起こしている。

1976年から1983年の間には 1,224 のBHUが追加建設され、同じ期間中にRHCも 23増えた。以後、第6次国家5ヵ年計画中にはさらに建設が促進され、毎年平均380ヵ所のBHUと50ヵ所のRHCが追加された。

地方では、1ユニオン・カウンシルにつき最低1ヵ所のPHC施設を設立することを目指している。RHCはBHUの上位施設として、6万人～10万人に1ヵ所の割合で配置され、3～5ヵ所のBHUを傘下に置くことになる。標準的なスタッフ配置は、男女の医師各1名、LHV、メディカルアシスタント、薬剤師を含むパラメディカル数名、および補助員である。RHCでは、一連のPHCと共に歯科診療や、軽症患者の入院（床数は20～30）も扱うことができる。またRHCの中には「小規模の地方の病院」に発展しつつあるところも見られるが、一般的にはPHCだけを行うのが原則である。

#### ②診療所、MCHセンター、サブヘルスセンター

これらの施設の要員配置はBHUとは異なり、医師は常駐せず、現在では、多くの場合一人のパラメディカルスタッフが勤務しているが、徐々に関連施設の建設や既存スタッフの拡充などを行ってBHUに発展させていく傾向にある。

MCHセンターのいくつかは地方に設置されているが、原則としてあらゆる種類のPHCサービスを提供するためのBHUの設置、発展が優先されている。

第7次国家計画によりRHC、BHU制度は量的あるいは一部物理的規模が拡充された。しかし、今後、必要とされているのは『サービスの質』であり、そのためにはそこで働く『人材の質と意欲』を高めることであろう。

\* 調査団が視察したBHU, RHCの現状

Tarlai Khan Rural Health Center, ICT

Sihala Rural Health Center, ICT

Rewat Basic Health Unit and MCH Center, Rawarpindi

Chirha Basic Health Uni, ICT

Pirpli Rural Health Center, Peshawar

機構上、男女の医師各1名のもとEPI、MCH、家族計画などの担当者がいることになっているが、全スタッフがそろっているところはなかった。しかし勤務者の努力もあって、EPIやMCH、家族計画の指導はある程度は機能している。

放射線機器、歯科診療装置などの機材は、配電もしくは発電装置あるいは給水の不備および人材配置の問題から、ほとんど使用されていないようであった。

また薬剤は、それぞれ必須薬品(essential drug)の何種類かが保持されていたが、量的質的に管理は不備であった。検査は顕微鏡程度を持っているところが多いが、あまり使用されていない。またRHCの入院設備も、あまり活用されている様子はなかったが、スタッフの勤務時間(8:00-14:00)による制限と思われ、同じ理由で、第2次医療施設とのリファラル関係も成立していない。

各施設により異なるが平均患者数は20~30名までで重篤な場合、患者は始めから第2次または第3次施設へ向かうため治療施設としては期待されていないようにみえる。

首都近郊のICTに設置されているRHC(1988年以来3)、BHU(現在14)、総計17施設への年間訪問者数は、最高181,617名(1989)で、平均13~15万名である。

③病院外来部門

都市部のPHCは医師により病院外来で行われることが多い。しかし病院では、患者のほとんどは専門的な治療を要しないのに専門医を求めため、効果的なスクリーニングのない状態で、専門医たちはプライマリケアに手一杯となって、複雑な病気に十分な時間を割けないという事態もある。

都市部のBHUや民間診療所など、他のPHC施設が十分に人々に認識されていない理由は、病院には「患者を治療する」ための訓練を受けた医師がいるが、他には専門家がいないという誤解による。都市部で効果的なPHCを行うには、このような施設の拡充をはかる必要があるが、これらの施設では提供されるサービスの種類、範囲も限られており、このような施設を求める住民数が少ないという現実がある。例えば、MCHセンターでは母子保健のみ、眼科診療所、結核センター、らいセンターなどでは、それぞれの専門的サービスのみを行っているため、交通の便を考えれば、混雑していても多機能を持つ病院へ行くということになる。

## 2) 第2次医療施設（リファラル・システム）

図17に示したように、機構上、システムは確立されており、それぞれ第1次医療施設と連携した第2次医療施設が存在していることになっているが、現実にはほとんど機能していない。

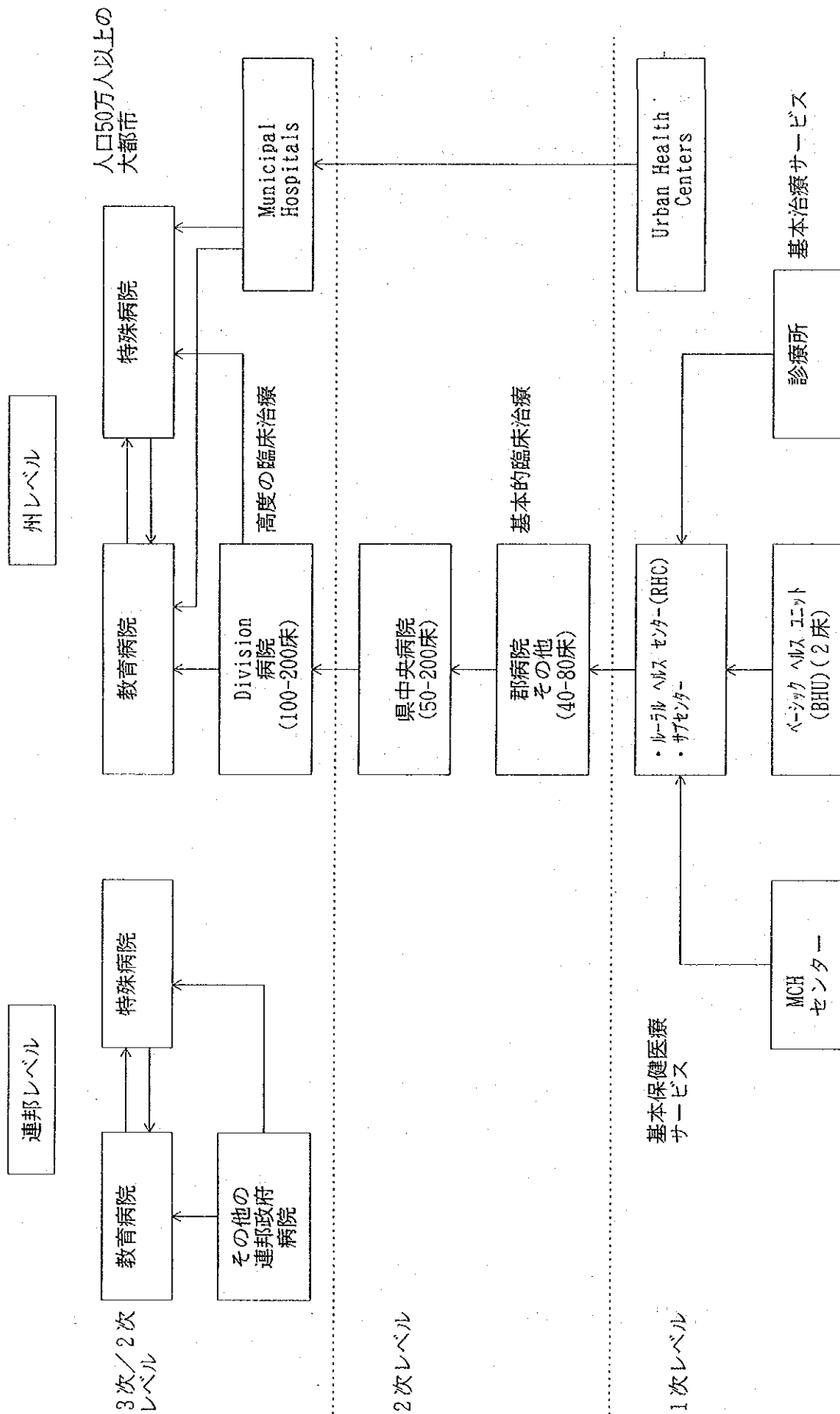
農村部では、簡単な入院施設を持つRHCが、BHUからの紹介を受け付ける初期的第2次医療施設の役目を果たすことがあるが、通常は、当該地域の県および郡レベルの公的病院もしくは民間医療施設が患者を受け入れている。これらの病院が担う機能は次の通りである。

- 各種救急医療
- 外科および産科の救急手術
- X線および臨床検査による診断
- 専門分野の入院治療

病院では、一応、外科、産科、婦人科、小児科、眼科、耳鼻科、歯科などの専門分野別医療が提供されるが、このレベルの医療施設では、各分野の専門性は、日本など先進諸国におけるほどには細分化されていないし眼科や耳鼻科などの診療には制限があるとところも多い。

やや高次の医療施設として公的な地区(District)病院やより専門化した民間病院がある。例えば耳鼻咽喉科、眼科、整形外科、皮膚科、胃腸科などを満たすこともある。しかし専門医を持っていても、診療を支える看護婦不足が著しく、特に専門分野の熟練看護婦は存在しないこともあって、結果として医療の質は高くない。

図 17 リファラルシステム



→ 患者の流れ

出典：保健省



適正な保健医療情報がないために、PHC施設の目的を十分理解せず、逆に断片的に近代的医療手段を知っている人々が、PHC施設の『医療』サービスの質を低いと見なして、地域の病院や中央の第2次、第3次医療施設へ直接流れている実態がある。このことは末端のPHC施設の発展を困難にし、他方、高次医療施設では機器の適正な利用を妨げ、消耗品、医薬品の不足を招き、また、人材の疲労消耗を招来し、結局、両サイドでの保健医療サービスの質の改善を妨げている。その結果、伝統的社会である農村部など、女性や子どもの基本的な権利が十分認識されていない地域では、PHCを含め、結局、女性や子どもが適正な保健医療サービスに接する機会をつんでしまい、また一方、一部では民間医や伝統的治療師(Hakeems)などに頼らざるを得ない状況が続くことになる。

都会の第3次施設では、大多数の軽症患者のために混乱が続き、ここでも適正な技術利用が行えない。

リファラルシステムが、うまく活用出来ていないもう一つの理由は、PHC施設と高次施設の間にフィードバックがないことである。すなわち、患者情報が相互に交換されないため、PHC施設としてのフォローアップは行い得ない。したがって一度は紹介を受けても患者は次回には最初から高次施設へ向かってしまう。しかし、途上国では患者診療を継続的に行う習慣が根付いていないために、高次医療施設間でも情報交換は稀であり、早急にこのような状況が改善されるとは思えない。

さらに地域によっては、両施設のあいだに物理的距離があり、交通機関の不備からもシステムが機能しないという問題もある。

政府は、リファラルシステムを活性化するために次のことを検討しているとのことである。

- すべての1次医療施設を設備面と人材の点で充実させること
- 少なくともRHCでは、合併症分娩や母子の緊急事態に対応出来る機能、能力を保持させる
- 電話、無線設備および十分整備された救急車を含む各レベルの施設間の連絡網を確立する
- 勤務者の意欲を高め、より良い患者サービスを行うために地理的に連携可能な第2次医療施設との提携をはかる
- 担当する地区以外の、すなわちネットワークに含まれない地域からの要請をも

受け、また、経験者および学生などをも含め定期巡回訪問を行う。また、高次医療機関もその支援体制を敷く

- 末端施設の勤務者の意識向上のために、第3次医療施設とのローテーションを考慮する
- 各レベルの責任分担を確立するため、紹介なく高次医療施設を受診したものは全額自己負担とするなどを検討している

### 3) 第3次医療施設（教育病院）

唯一の私立医科大学アガハーン医科大学（カラチ）を含め、パキスタンには17の中央政府管轄の医科大学があり、それぞれ各州の主要都市には20の教育病院が存在し、第3次医療と医師、看護婦およびその他の医療技術専門家の実地訓練を担当している。本来、これらの病院は、最終的リファラル施設として位置付けられるべきであるが、実際には、大多数の第1次医療患者の対応ときわめて特殊な高次先端医療を行っているものもあり、その機能は混乱している。

通常、これらの教育病院の院長の地位は、州政府保健省大臣と同格であり、また、途上国の常として、このような施設に地位を持つことが、医師の社会的地位と収入を保証するため、あらゆる人間的関係と機会が就職活動に利用されており、いったん、このような施設に職を得たものが他へ移動する可能性は少ない。

#### 調査団が視察した第3次医療施設

PIMS (Pakistan Institute of Medical Science), Islamabad

Islamabad Children's Hospital, Islamabad

Hayatt Shaheed Teaching Hospital, Peshawar

Aga Khan Medical University, Karachi

これらの施設は多かれ少なかれ特殊な医療機能を持っており、世界的レベルの医師も勤務している。また、一般の公立施設に比べると設備面のみならず、衛生観念、管理も優れている。いずれも連日、数百ないし1,000名以上の外来患者、満床の入院患者、年間数千例以上の外科的手術、産婦人科処置を行っている。外部支援なく自己購入の機材もかなり豊富にあり、また、高いレベルのサービスを目指して各地から富裕層患者が来院している。先進国並の入院費を要する特別病室を持つものも

ある。このような施設が貧困者の来院を制限している訳ではなく、基本的に受診は無料であることが多いが、レントゲンフィルムや抗生物質などの高価な薬剤、点滴や腹膜還流、人工透析といった特殊な消耗品のみならず、ディスポーザブルの注射器なども有料か、もしくは患者が街の薬局などで購入する必要があり、結局、貧困者へのサービスは成立しない。地域への関与として、都市のスラムや辺境農村部へのアウトリーチチーム巡回を行っているものもある。

#### 4.1.4 保健医療分野の人材

1990年3月に発表された計画では、公共保健医療施設に働く人材の総数を現有の165,000人から西暦2000年までに、約2倍の300,000人に、さらに、2010年には429,000人に引上げる必要性が指摘されている。

表60に医療従事者数の推移を示した。

表60 医療従事者数の推移

年	医師	歯科 医師	看護婦	助産婦	LHV	1病床 当人口	医師1人 当り人口	歯医1人 当人口
1970	3,913	384	-	-	-	2,061	15,256	155,468
1980	10,777	928	5,336	4,200	547	1,716	7,549	87,672
1985	30,044	1,416	10,529	8,133	1,574	1,695	3,153	66,900
1986	34,034	1,558	12,014	10,315	2,144	1,692	2,870	62,689
1987	38,580	1,636	13,002	11,505	2,384	1,678	2,610	61,552
1988	42,862	1,772	14,015	12,866	2,697	1,610	2,422	58,589
1989	47,289	1,918	15,861	13,779	2,917	1,636	2,263	55,808
1990	51,883	2,077	16,948	15,009	3,106	1,535	2,127	53,134
1991	55,572	2,193	18,150	16,299	3,463	1,506	2,008	51,789

-: not available

出典: Economic Survey 1991-92 経済省

現在の登録医師数 55,572名は国民 2,165名当たり 1名、歯科医師数 2,077名は国民 51,789名当たり 1名、看護婦数 18,150は国民 6,617名当たり 1名となり、いずれも不足しているが、特にパキスタンでは、看護婦の不足が著しい。

また、下表に示したように、医師、看護婦一人当たりの人口を経済発展が同レベルのアジアの国々と比較してみると、特に看護婦の不足が顕著であることがわかる。しかも看護の専門家は、大多数が大都市の大型医療施設に雇用されており、地域住民との接触が最も必要で、また、深いはずのBHUやRHCなど、地方の小型公的保健医療施設あるいは小規模病院での不足が深刻である。

表 61 に諸外国との比較を示した。

表 61 医師、看護婦一人当たりの人口 (1984)

国	医師 1 人当り 人口	看護婦 1 人当り 人口	GNP (米ドル)
パキスタン	2,900	4,890	380
バングラデシュ	5,500	12,000	200
ラオス	1,360	530	200
インド	2,520	1,700	350
中国	1,010	1,610	370
スリランカ	5,520	1,290	470
インドネシア	9,410		570

出典 世界銀行

#### 1) 医師

医師の教育は 10 年間の基礎教育の後、さらに 2 年間の中等教育により医科大学への受験資格を得る。医学教育は 5 年間で、その後 1 年の実地研修によって終了する。全国の 17 の医科大学での理論教育の後、実地研修は全国の主要都市にある 20 の教育病院で行われる。国家試験制度はなく実地研修の終了をもって医師として登録される。卒後教育の制度は明確でなく、指導的立場の医師の多くは、イギリスもしくはアメリカでの卒後研修や再教育の経験を持つ。

1988/89年の医科大学在籍者は総数16,184名、うち男子学生は12,302名、女子学生 3,882名で、女子学生は男子学生の31% を占める。しかしシンド州ではその比率が40% と高い反面、NWFPでは、わずかに男子の4.7%に過ぎない。

NWFPの女子学生が、親戚を頼って、他の州の医科大学に学んでいることもあるので、この数字が直ちに1、2年後に養成されるNWFPの女性医師の数を示すものではないが、女子としては高い社会的地位を約束される医師への養成ですらこの程度であるということは、この州での女子の就学が如何に困難かを示すものとし

て興味深い。ちなみにパンジャブの女子学生は25%、バロチスタンは35%である。

また詳細な報告はないが、中途退学者は圧倒的に女性に多く、結局、毎年養成される女性医師数は、上記の学生数の約 1/3 程度と推定される。

表 60 に示したように、全体として医師数の増加は比較的順調といえるが、今後の問題はその分布と質にある。現在、約15%の医師が働いている民間セクターの活性化が期待されているが、これらはほとんど都市に集中しており、しかも経済効率の点から、貧困層への恩恵は少ないと思われる。

## 2) 看護婦(士)

中央および地方政府、また、国際的援助の努力もあって、近年、多いに改善されつつあるが、地方ではなお、女性の就学就労に対する伝統的、宗教的、文化的制約が強いために、女性医師を除いて特に経験を積んだ、いわゆる指導的立場に立てる女性の保健医療専門家、特に看護婦の数は少ない。また、これも前述されているが、女性が居住地区を離れて就労し難い社会環境もあって、例え就職していても、必ず日帰りの範囲で行動しなければならないこと、また、他地域への配属や移動、あるいは婚姻、出産などを機会に退職するなど行動範囲と共に継続にも制限がある。

したがって、1980年の 5,336名から 1991 年には 18,150名と10年間に3倍強に増員されたものの、実質的に農村部で働いている看護婦の数は増えていない。

また、看護師(男性)についても、医師を含め職業上であっても、男性に肌を見せない傾向が強い農村部では活躍の場も少なく、女性患者への保健サービスにおいてはあまり期待できない。

また、教育施設の整備や宿泊施設など受け入れ体制面での問題もあるが、表に示すように、看護婦志望者の数も大きく増えたとはいえず、今後も看護婦不足が続くものと予測される。

表 62 に年度別看護婦志望者数(1985 - 1990)を示す。

表 62 年度別看護婦志望者数 (1985 - 1990)

	全国	パンジャブ	シンド	NWFP	バロチスタン
1985	875	500	311	64	—
1986	771	431	225	71	44
1987	893	529	245	54	75
1988	710	535	305	100	70
1989	953	524	267	102	60
1990	1,137				

出典 Women and Men in Pakistan, 統計局

### 3) LHV (Lady Health Visitor)

以上述べたような状況を改善するため、居住地域での保健医療活動を担うために当該地域の女性をLHVと呼ばれる公衆衛生看護婦に養成する事業が進められてきたが、1991年の総数は、なお、3,463名に過ぎず、不足状態が緩和されているとはいえない。

しかし、居住地域からの女性を教育するという発想は、1980年代中頃までほとんど手が付いていなかった伝統的助産婦 (Traditional Birth Attendant: TBA) 訓練と合わせて、農村部の保健医療知識とサービス体制のボトムアップに貢献することが大いに期待できる。

表 63 に養成されたLHV数と養成施設数を記した。

表 63 LHV数と養成施設数 (1988, 1989)

	養成者数		養成施設数	
	1988	1989	1988	1989
パキスタン全国	388	373	8	4
パンジャブ	207	180	2	2
シンド	14	101	2	2
NWFP	69	69	3	
バロチスタン	48	23	1	

出典 Women and Men in Pakistan, 統計局

LHVは、居住地域から選ばれた初等、中等教育を終了した程度の女性で、通常、1年間教育された後、上部保健医療機関もしくは医師、看護婦などの監督および連携を得て、RHC、BHU、MCHセンター等で居住地域の保健活動に従事する。しかし、第2次、第3次医療機関との連携について、どのような機能を持ちうるか、また、患者診療への関わりにも限度があることなど、現在、全国的には総数も限られていることもあって、まだ十分機能していないといえる。

\*調査団が訪問したLHV養成学校

①School of Public Health, Peshawar

1952年に設立され、現在4人の看護婦が講師をしており、助産婦学と公衆衛生の各1年のコースがある。それぞれのコースに10クラス約100人、合計200人の学生がいる。実習はペシャワール近郊の病院やクリニックで行われ、約180人の学生が寮に住んでいる。テキストには紙芝居のような絵入りのものを使っている。

すべての学生は政府から月額620ルピーの奨学金を受けているが、寮費の月額200ルピーは自前であるということである。敷地内に学校の付属施設として1946年に設立されたMaternity & Child Welfare Centerがあり、MCHサービス（主に妊産婦と5歳以下の子供）を行っている。現在20人のTBAが訓練を受けている。

②The Public Health Nursing School, Lahore

1922年に設立され、教師陣は校長以下3名の女性医師と18名のLHVを含む36名のスタッフと4名の外部講師がいる。学生数は約120名でパンジャブ州の各県を中心にNAやAJKなどから選抜された学生である。敷地内に学生寮を持ち、通学用のスクールバスもある。

2年間のLHVコースの主なカリキュラムは以下の通りである。

1学期 (10週間)

- ・基礎科学（解剖学、生理学、微生物学、薬物学等）
- ・病院、ヘルス・センターおよび家庭における看護とその手順等
- ・応急処置

2学期 (42週間)

- ・産科学と婦人科学の理論と実践、栄養学等

### 3 学期 (50週間)

- ・母子保健と家族計画、小児科学、看護ケアおよび乳幼児に共通の疾病、
- ・環境衛生、衛生疫学(Hygiene Epidemiology) および伝染病、
- ・公衆衛生の実践と管理、食物と栄養、MCHと公衆衛生看護、保健教育
- ・統計と記録、

#### 4) その他の保健医療専門家

臨床検査技師、放射線技師、歯科技工士などのパラメディクスは、量的不足もあるが、制度上の不備もあって、全国的には、限られた範囲を除いて、十分、機能しているとはいえない。

特に出産には、一般にダイ(Dais)と呼ばれるTBAの介護を受けている場合が多い。PDHSの調査結果では68%、UNICEFによると90%以上の出産がTBAの介護を受けており、母子保健分野におけるTBAの果たす役割は大きい。したがって、TBAに対して正しい知識と適切な処置法を訓練する重要性が認識されてきている。国家としてのTBAトレーニングの本格的な取組は1982年のAccelerated Health Programme(AHP)によって始まったがトレーナーとなるLHVの不足などにより思うように効果が上がっていない。

#### 4.1.5 医薬品

国家の医薬品供給の基本方針は、必須薬品(essential drugs)については、国民すべてに、最良の品質のものを無料提供することの重要性が強調されている。

国家レベルの方針は連邦政府が責務を負うが、実際の医薬品補給と管理は州政府が責任を持つ。1990年に、全国病院処方集の最新版が発行されたが、実際に、これを使用しているのは連邦政府管轄下の病院だけで、徹底していない。州レベルでは、1986年、同様の必須薬品リスト作成が試みられ、RHCやBHUでも、必ず入手出来るものを「A」、(予算が許せば)出来るだけ準備しておくべきものを「B」とする簡単な分類リストが作成されている。

しかし、州レベルの医薬品配分は人口と保健医療施設数により予算が決められ、次いでDHS、医薬品卸倉庫(MSD: Medical Store Depots)担当局、財務部門代表、



医学部教授などから構成される購買委員会の管轄下に入札制で購入され、MSDから地域の保存箇所や医療施設に移送されることになっている。

実状は、多くの保健医療施設では、約75%の薬剤が州のMSDから供給され、残り25%を国内市場から買い付けている。民間市場には、外国商品を含め、豊富な品種と量が流通しているが、移送中や保存中の品質管理の状況はかなり悪い。また、個人レベルの薬剤商の規制はなく、わが国などでは自由に入手出来ない薬剤や消耗品を店頭でみることもある。

下痢対策のためのORSは、中央政府レベルのEPI/CDDプログラムとして、国立衛生研究所(NIH: National Institute of Health)が管理している。

ORSはNIH管理によるパキスタン製とUNICEF供与による外国製があるが、最近では1,000ml用に統一されているため、使用に当たって混乱はない。

EPIのワクチンは、ほとんどをUNICEFの供与によっているが、1980年代後半、コールドチェーン網が比較的良好に整備されたこともあって、小児への予防接種率は飛躍的に伸びた。

自国製または輸入、供与されたワクチンは、NIHの中央コールド・ルームに保管され、検定を受けた後、州レベルのコールド・ルームに空輸されている。通常、NIHには3ヵ月分、州レベルでは1ヵ月分のストックが可能である。

家族計画に用いられるピルやIUD (Intrauterine Device) コンドームなどの補給は、中央ではUNFPAその他の国際機関の援助により、州レベル以下では、各地方を拠点にするNGOなど援助団体の関与もあって一定していない。

## 4.2 保健セクターの今後の動向

まず広範囲な国家社会開発計画として世銀などによりコンソシアムの形で行われるSAP(Social Action Plan)の基本政策の中で考えることが重要であるが、加えて1993年7月より新年度かつ第8次5ヵ年計画がスタートする。

調査団が訪問した1993年5～6月は1992/93年度および第7次5ヵ年計画の最終年の最終月にあたっており、その成果はまだ十分検討されておらず、また、第8次計画はまだドラフトの段階であったが、以下にその概要を述べる。

### 4.2.1 第8次5ヵ年計画

第8次5ヵ年計画での重点は以下の事項である。

- (1) 健康促進や予防と治療のバランスを取り、また、医療サービスの不均衡を除き、保健医療全体の質の向上を図ること
- (2) 保健医療従事者の分布の不均衡を修正し、また、システム全体の管理上の欠点を是正すること
- (3) 公共保健医療セクターの地方分権化を促進すること
- (4) アウト・リーチ計画など、適切な手段で、現在、保健医療の恩恵を受けていない地方住民にサービスを提供すること
- (5) 十分な母子健康サービス(MCH)を提供すること

その他の、主な具体的計画は以下のとおりである。

- 公共病院の経常支出負担減少のため、一部、利用者負担もしくは全体的な基本的サービス料金の徴収を考慮する
- 優遇措置を導入して、民間セクターの活性化と地方への進出をはかる
- 基本的範囲で伝統医学を推進する
- 家族計画をすべての保健医療施設で提供する
- 保健医療にかかわる人材養成計画を中央および州レベルで制度化する

以下、第8次5ヵ年計画における概要を述べる。

#### 1) 地方でのPHC

パキスタンでは、今日でも、小児における下痢性疾患や呼吸器感染症(ARI)、また小児から成人、老人を含む全ての年代でのさまざまな栄養不良のほか、マラリ

アやギニアワームなどの熱帯寄生虫疾患や結核、らいを含む各種の伝染病が絶えず流行し、時によっては大流行し、地域によっては深刻な問題となっている。

当然のことながら、これらの大流行は人口密集した大都会でも起こるが、しばしば、きちんとした保健医療体制がない地方、農村部に発生し、多数の人命を失わせる。特に、いったん大流行が起これば、抵抗の弱い乳幼児や妊産婦の罹患、死亡率が高い。

パキスタンなどの開発途上国では、お金のかかる治療よりも、教育や予防接種を中心とするPHCによって、少なくとも、大流行を防ぐという政策は、限りある資源の有効活用の点からも現実的な方法と考えられてきた。

このためWHOやUNICEFなどの国際機関がイニシアティブをとる世界的保健医療戦略としての「西暦2000年までにすべての国民に健康を」は、パキスタンでも、健康改善を通じて社会的経済的発展を達成するという目的の基礎的政策として重視されており、PHCはこの政策を実践するものとして推進されている。しかしBHUやRHCなどの既存の固定施設で、住民が訪問する機会を利用するという、いわば「消極的」PHC活動だけでは、思ったような効果が上がらないことから、新たに「積極的」PHC活動を行うため、地域住民への直接的関わりを持つCHW (Community Health Worker)養成のプログラムが導入されてきた。

CHWは、居住している地域で働くことを前提に、その地域から選ばれ、基本的な保健衛生の訓練を受けた上、BHUやRHCに勤務する、より専門的なスタッフの監督と実地指導を受ける。CHWの活動範囲は、生活している地域が基盤であり、同時に地域住民自身が自分の問題として、保健医療に関わるようになることを期待したものである。

#### ①CHWの条件

CHWは、PHCの基本と見なされ、以下の条件を満たすことが必要である。

- サービスを受ける居住地区または社会階層の出身者であること
- 草の根レベルの健康管理機能を果たす訓練を受けること
- 地方または、場合により都市部のコミュニティをベースとすること
- 地域住民が自らの健康改善過程に参加することを助ける訓練を受けていること

## ②CHWの職務

- 家族計画を含む母子保健、  
破傷風予防接種を含む妊婦管理、  
安全な出産を含む周産期管理、およびこれらの増進
- 合併症妊娠の病院紹介
- EPIへの協力
- ORTの奨励
- 離乳食指導
- 呼吸器感染症患者の養護と指導
- 保健教育
- 地区内環境衛生の改良
- 精神衛生の促進と一般的な疾患対策、病院紹介

CHWが有用と考えられる理由は、

- 高度な保健医療専門家に比し、速成、大量訓練が可能であり、最低限の保健医療サービスを早急に、かつ、地域出身であるために容易に普及させることが可能、
- 患者側から、CHWを個人的に知っている、あるいは少なくとも「自分たちと同じ範囲の人である」と認識することにより、提供されるサービス、指示を受け入れ易い、などである。

既にパキスタンの各地では、いくつかのCHWを中心としたプロジェクトが行なわれており、その導入が効果を上げ得ることが証明されつつある。第8次5ヵ年計画では、人口2000人以上の村落毎にCHWの導入を図り、また、長期目標として、各村落に一人の女性CHWを置く意図もある。ただし、CHW導入に伴う財政的裏付け（訓練、指導・監督費、CHWへの手当など）については今のところ十分に予算が計上されていない。

## 2) 都市部におけるプライマリヘルスケア

保健政策の究極的な目的は、都市部であれ農村部であれ、すべての国民に対する

効率的効果的保健医療サービスの提供を通じて、社会、経済開発を促し、平和で豊かな国家を建設することにある。

パキスタンでは、これまで都市部と地方を区別して、保健医療サービスを行ってきたため、総合的統合的視野が欠けていた。例えば、農村部ではBHU、RHCネットワークは形成されたものの、第2次、3次医療施設発展の計画はなく、事実上、総合的保健政策が行われなかった。一方、都市部では、薬品、消耗品の補給の制限から、限界はあるものの、逆に、第2次、第3次医療施設が量的にも質的に発展したのに対して、有効なPHCシステムは創造されなかった。

都市部での保健医療体系を効果的、総合的なものにするためには、農村部と同様、地域住民の関与、地元の関連機関、また、保健医療分野で活動するNGOなどが協力する必要がある。

第8次国家計画では、都市保健センター(UHC: Urban Health Center)開設補助金の支給により、PHCの活性化を図るとしている。現在までに、人口40,000人規模の 'Wards' の 50 %にはPHC機能を担うMCHセンターもしくは診療所が設置されているが、同計画では、これを 100 %とすることを目標にしている。

ただし、目的はPHCの実践であり、必ずしも新規建造物が必要ということではないため、施設建設資金とは限っていない。

また、既存のMCHセンターや診療所を、PHC活動を行うUHCと指定することも考慮されており、女性医師を含む専門家の定期訪問を加える支援体制も考慮されている。特に、MCHを基点とする活動は、担当者と各地域住民との密接な個人的交流が可能であり、パキスタンでは最も重要であるが困難な家族計画の推進に有用と考えられる。

### 3) PHCとMCH

一般的にみて、開発途上国の人口構成は 5才未満 (男、女) が約 20%、妊娠可能女性が 40%強であり、総人口の約 40%が母子保健 (MCH) の対象となる。したがって、MCHは、多くの女性、子どもに最も近い場所、通常、BHUやRHCなどの第1次医療施設、もしくは第2次医療施設である地区病院で行い、緊密な関係を作っておくことが極めて重要である。しかし、既に医療施設の項で述べたように、

このようなレベルの機関は、地域社会の中にあるために居住地と距離的には近いが、施設、機器の不備、消耗品、医薬品の補給制限、経験のある人材の不足、リファラル施設との距離的、機能的関係など、さまざまな問題から、十分、機能していないことが多く、住民のニーズに答えていない。

パキスタン政府は、これらの問題を解決するためには、

- ①BHU、RHCに経験ある人材を配置すること、特に、女性のMCH担当者をおき、その支援体制を整えること
- ②必要な機器、消耗品を整えること
- ③合併症妊娠、分娩への対応策を講じること
- ④家族計画の指導体制を整えること
- ⑤MCH訓練として、成長過程にある小児や妊娠、授乳中あるいは産褥期の女性など、特別の保護を必要とする人々への保健医療手段を教育すること、および既存の保健医療関係者にこの分野の再教育を行う。これには、家族計画を含むこと
- ⑥適切な訓練を受けた経験者によって、上記の活動の監督、監視を行う
- ⑦村落に女性のCHWを配置する
- ⑧リファラルの体制を整えること、  
をあげている。

しかし、前述のように、全体的にはBHU、RHC体制が十分活用されていない以上、特定の機能のみを拡充することはほとんど不可能であり、また、緊急事態も多い周産期に関しては、24時間体制を敷くことが必要であり、先ず第一になすべきことは、BHU、RHCもしくはMCHセンター、あるいは地域社会に勤務するCHWやLHVが近隣の第2次医療施設との間に緊密な連携を確立することであろう。

PHCの範囲で可能なMCHとは、住民への保健教育を通じて、妊娠に関わる一般的な注意、安全で清潔なお産、母乳保育と予防接種の重要性などを解説しつつ、合併症の予防と対応、家族計画などの概念を伝えること、および子どもの発育発達を経過観察しつつ、離乳や下痢性疾患に際して家族が行い得る対応の理解をさせることであろう。

#### 4) 栄養

既に述べたようにパキスタンの栄養問題は、ヨードやビタミンA不足などの微量栄養素不足と、安全で適切な調理、処理、保存の知識が欠如しているために生じる一般的な栄養学的問題に分かれる。また、適切な食料品の配布、購買力の有無、さらに地域の家族間もしくは家庭内での男性男児優位の片寄った食事配分などさまざまな問題がある。

これらの解決には、国もしくは州レベルの広範囲な地域的、政策的対応が必要なことはいうまでもないが、識字率の低い地域にあっては「口こみ」の教育効果が大きく、したがって住民が保健医療サービスに接するあらゆる機会を利用して保健健康教育を行うことが重要である。

第7次5ヵ年計画では栄養についても、十分、考慮されていたものの、中央政府レベルで策定したプログラムを実践するための適切な教育、訓練を受けた人材の不足、資金不足、関連部門間での調整不備、州および県レベルの実施機関の欠如など、さまざまな理由により、予算 2億 1100 万ルピーのうち執行されたのは、3686万3000ルピーであり、効果はほとんど上がっていない。

第8次5ヵ年計画中では、活動中の栄養関連プログラムを継続しつつ、新たに貧血予防、栄養改善のため関連部門間の連携推進をはかり、食糧品質管理ネットワーク構築が行なわれる予定である。

別に述べられているSAPの重要な構成要素である栄養に関する活動は、第8次5ヵ年計画でも取り入れられるが、SAPの活動目標は次のようなものである。

##### ①プライマリケアにおける栄養

- BHUおよびRHCにおける栄養指導部門の設置
- 小児の発育発達の経過観察とその栄養管理システムの設定
- 食餌指導と栄養教育の開始

##### ②小学校の女児に対する給食プログラムの設定

##### ③栄養障害改善のための特殊プログラムの開発

##### ④NGOの実践する栄養プログラム支援

表 64 に第8次5ヵ年計画の保健セクターにおける目標値を示す。

表 64 第 8 次計画の目標値

BHUの質的改善	3,700 施設
RHCの質的改善	515 施設
UHCの質的改善	1,400 施設
病床数の増加	21,500 床
医者の増員	17,300 人
歯科医師の増員	925 人
看護婦の増員	18,000 人
パラメディックス増員	48,500 人
TBA増員	35,000 人
女性CHW増員	48,460 人
小児予防接種	2千百万人
ORS生産	5千2百万パック

出所 第 8 次 5 年計画, Planning Commission

#### 4.2.2 SAP (Social Action Programme, 社会活動プログラム)

1980年代を通じて行われてきたさまざまな分野の開発計画は予測された程、効果を上げ得なかったことから、パキスタン政府は、世界銀行 (World Bank) の協力によりさまざまな機能を統括して国家の開発をめざす広範囲な社会活動プログラム (SAP: Social Action Programme) を策定し、第 8 次 5 年計画に組み込むことにした。

1991年 8月、世銀など援助側代表、中央および州政府関係者、NGO代表をも含む SAP 準備委員会が設立され検討を加えてきた。世銀パキスタン事務所内には、国際機関、諸外国政府など援助側の拠出金や政策、また、NGOなどの具体的活動の調整を行うためのMSU (Multi-Donor Support Unit) が設置されている。既に、技術的な支援体制については、ほぼ、同意されているが、財政的分担についての最終的合意には到っていない。

SAPは、今まで社会開発の成果が上らなかった原因と見なされる、①社会セクターへの不十分な人的、物的資源の配分、② 急激な人口増加、③ 実務上の制約、に対処するための総括的な機構とも考えられ、今後、以下の目標を達成するための基本的なサービスを統合していく。



(1) 女子初等教育の促進

特に女性の初等教育の促進が、家族計画など、他分野での改善をもたらす重要なカギと考えられており、

- 初等教育での男女共学化の導入、
- 女性教員の増員、
- 初等教育施設の拡充
- 民間セクター発展の奨励（私大教育の拡大など）

(2) 農村部保健サービスの拡充

- 効果的な企画体制の確立、
- PHC活動拡充と予算配分の再編成、
- 人事権の分散化、
- 医療担当者の男女比の不均衡の是正、
- 人口・家族計画への参画、
- 予防接種率の向上
- 栄養改善
- 伝統的助産婦 (Traditional Birth Attendant, TBA) 教育の拡充
- CHW (Community Health Worker) 制度の新設など

(3) 人口・家族計画

- 第8次5ヵ年計画への予算配分の確保及び人材確保
- 州政府の参加の増加
- 避妊具の十分な供給
- NGOや民間セクターの家族計画への参加

(4) 村落給水／衛生

- 地方における給水計画の統一、
- 地域住民による運営と管理、
- 資金回収の手段設定、

特に農村部の安全な飲料水の供給率を現在の 44%から 61%に引き上げること、また、衛生環境の改善率を 1994/95年に現在の 12%から 24%に改善することという具体的目標を上げている。

これらの計画の進展状況を見るため、SAPでは以下の指標を用いることを決定している。

- 識字率、
- 男女の就学率、
- 生徒/教師の比率、
- 避妊具の普及率、
- 女性の教師やヘルスワーカーの率、
- GDPにおける基礎教育と保健関連予算の割合、
- 保健および教育分野の経常支出に占める給与（人件費）と非給与支出の比率（非給与支出の増加）

SAP予算については、SAPにかかわる分野の予算を大幅に増大させる予定で、1991/92年のGDP比0.6%を、1992/93年には1.1%に、また、その後の2年間についても、さらに予算を増大させる予定である。

保健分野に限れば、現在の 0.36%を 0.60%に増加させるが、全体として、保健分野に関わる活動が多いので、実質は、さらに増えるものと思われる。

予算獲得は 50%を海外の援助機関から、25%を中央政府から、また、残りの 25%を州政府が分担するとされるが、最終的合意は得られていない。

表 65 に1992～1995年のSAPの開発予算を示した。

表 65 SAP 1992-1995 の開発予算(百万ルピー)

	1991/92	1992/93	1993/94	1994/95	1992-1995
保健	1,520	3,426	4,371	4,994	12,791 (22.0%)
教育	2,637	6,512	7,145	7,793	21,450 (40.4%)
農村給水	1,362	3,246	3,750	4,158	11,154 (21.0%)
人口福祉	636	813	1,300	1,700	3,813 (7.2%)
農村衛生	664	738	1,485	1,488	3,711 (7.0%)
SAP	0	75	35	20	130 (0.2%)
合計	6,819	14,810	18,086	20,154	53,050

出典 SAP 1992-95 Planning Commission, April 1992

\* SAPでは農村給水、衛生、人口福祉も保健関連と分類している。



## 5. 海外援助機関の動向

パキスタンでは海外援助機関による人口問題に関する様々なプロジェクトが過去に実施され、また今後も計画されている。この章ではこれら主な海外援助機関による母子保健・家族計画を組み込んだ保健プロジェクトを含む人口関連プロジェクトの概要について述べる。

### 5.1 USAID (アメリカ国際開発局)

#### (1) 人口福祉計画プロジェクト

1) カウンターパートは人口福祉省であり、NGOへの支援はNGOCCを通じて行われる。

2) 期間 1982～1993年

3) 金額 7,345万ドル

4) 概要

①NIPS (National Institute for Population Studies)、人口福祉省、NGOの調査研究能力の強化

②避妊具・薬・関連器機の供給及び配布のシステムの確立(カラチに避妊具・薬貯蔵所を設立、コンドーム8億8,100万個、ピル1,500万サイクル分、IUD310万個の供給)

③NIRFC (National Institute for Research in Fertility Control)を支援することによる、生物・医学的及び社会医学的研究の強化

④政府保健・医療関係者3,900人、人口福祉省のフィールド・ワーカー300人、中級管理職員170人に対する家族計画サービスに関するトレーニング

⑤NGOの支援、自発的避妊手術プログラムへの支援、テレビ・スポットなどを利用したIEC (情報・教育・コミュニケーション) 活動。その他、避妊具・薬のパキスタン国内生産フィージビリティ調査も支援している。

1985年の全国経済審議会 (National Economic Council)の決定を受けて、USAIDは、ドナーとしては初めて保健・医療セクターに家族計画を組み込むプロジェクトに着手した(1988～90年)。しかし、政府、特に保健省の家族計画に対する関心は低く、また州の保健局の協力もなく、積極的活動が展開されず失敗に終わった。現在の

問題は、1993年9月（プロジェクトによっては1994年）USAIDの撤退後どこが代わりにそのギャップを埋めるかということ。特に避妊具・薬の供給とNGOの支援分野は大きな打撃を受けると心配される。（USAIDはパキスタン政府の避妊具・薬の備蓄は今後2年と見ている。）

## (2) 避妊具・薬のソーシャル・マーケティング

- 1) カウンターパートは人口福祉省
- 2) 期間 1984～1993年
- 3) 金額 2,800万ドル
- 4) 概要

プライベート・セクターと協力して、避妊具・薬のソーシャル・マーケティングのための部門を設立する。具体的には、公的な補助によってきわめて安い値段に設定された避妊具を、民間セクターの販売店を通じて配布することによって家族計画の普及を図るものである。全国300の市町村に避妊具・薬の配布ネットワークを確立する。2億6千個のコンドームが全国の販売店に配布された。また、Sathi（ソーシャル・マーケティング用に特別に製造されている避妊具のブランド名）に関する宣伝効果、価格、利用状況に関するリサーチを実施。ピルに関する一般の人々の知識・態度・行動（KAP）調査も行った。

ある調査結果によると、現在、コンドーム利用者の70～75%がSathiを使っているという。もし、USAIDの撤退後、Sathiの供給が止まってしまったら、この人達が家族計画を止めてしまう可能性もある。

## (3) 子供の生存のためのプログラム

- 1) カウンターパートは連邦保健省及び各州保健局
- 2) 期間 1988-93年
- 3) 金額 170万ドル（当初の620万ドルがPressler修正案により縮小された）
- 4) 概要

プロジェクトの管理は、プロジェクト・ディレクター、department of Community Paediatrics、Clinical Coordinator（医師）、Monitoring Officerおよび監督者のフィールド・チームによって、小児病院にて行われている。

#### ①プログラム運営管理

ARI（急性呼吸器感染症）、CDD（下痢症対策）、栄養、EPI（予防接種対策）におけるケース及び臨床処置技術の改善。PHC施設利用の改善のための管理決定。

#### ②全国保健情報システム

プログラム管理者や政策決定者の適切な決定を可能にするため、全国規模で全てのPHCコンポーネントに関する情報・データをコンピュータ化する。

#### ③イン・サービス・トレーニング（EPI、CDD、ARIなどの統合したトレーニング）

#### ④保健教育とコミュニケーション（包括的コミュニケーション戦略の利用とプライベート・セクターの活用）

#### ⑤リサーチ

#### ⑥医薬品と運搬・調達（コールド・チェーン器機材、注射器・針、コンピュータなど）

USAIDは、この他にPHC関連のプログラムとして以下のものを行っている。

—基礎保健（Basic Health）サービス（プログラム・マネージャーのトレーニング、メディカル・テクニシャン養成学校建設とトレーニング及びコミュニティー・ヘルスワーカーのトレーニング、RHC/BHU建設とスタッフ配置）、予算900万ドル（1988-93年）

—プライマリー・ヘルス・ケア（PHCプログラム運営管理、メディカル・テクニシャン及びコミュニティー・ヘルス・ワーカーのトレーニング、調査及び評価、DPTワクチン生産のための器機材供与などEPIへの支援）予算3000万ドル（1988-93年）

—マラリア・コントロール（プログラム運営管理、トレーニング、リサーチ、殺虫剤や散布器具の供与を通じてコミュニティーに支援）——プログラムが高価につき、持続させることができなかった。

## 5.2 UNFPA（国連人口基金）

### (1) 家族計画・保健医療・NGO関係者に対する統合的臨床トレーニング

#### 1) カウンターパートは人口福祉省

2) 期間 1987～1992年

3) 金額 200万ドル

4) 概要

人口福祉省関係者への就業前トレーニング、リフレresher・トレーニングなどの強化。トレーニーやNGOへトレーニング中の手当も支給する。また、地域トレーニング機関(Regional Training Institute) スタッフのトレーニング教授技術の向上を目的としてカリキュラム作成、視聴覚教材の作成を支援( コンサルタント派遣、1992年には「カウンセリング・モチベーション技術習得のための教授法」のトレーニングセミナーに、4人のトレーナー(パラ・メディカル・スタッフ)がマニラに派遣された)。

## (2) 家族福祉センタープロジェクト(政府セクター)

1) カウンターパートは人口福祉省

2) 期間 1987～1992年

3) 金額 3,800万ドル

4) 概要

全国(各州一郡)計95ヵ所の家族福祉センター(FWC)に対する支援を継続して実施する。主に、スタッフの給与や施設の家賃(一部)など財政的な援助を通してセンターの活動実績が量・質ともに向上することを目的としている。

センターの活動は多くの問題を抱え、期待通りの実績を上げていない。センターを訪れる患者の数も少ない。主な問題点は以下の通り。

①母子保健と統合された家族計画サービスの実施をうたっているものの、実際には、母子保健活動の中身は非常に限られている。「FWC」というと、家族計画というイメージが強く、保守的な農村地域では人々は行きにくいという環境も影響している。

②センターは現在5人のスタッフ(女性FWW、女性FWA、男性FWA、女性補助員、門番)を抱えているが、それに見合う活動実績を出していない。特にFWAの活動内容は非常に限定されたものであり、今後はスタッフの数を2人(女性FWW女性補助員)に減らし、新しく政府が始める村落家族計画ワーカー(ボランティア)との協力を密接にして、派遣サービスやリファラル・サービスの強化に努める。



- ③現在政府の新しいプログラムである「村落家族計画ワーカー」プログラムでのワーカーのトレーニングのためにスタッフがマスター・トレーニーとして借り出されているため、センターのサービス活動に支障をきたしている。しかし、これは、トレーニングが終わるまでの一時的なものとみられ、逆に村落家族計画ワーカーが養成されれば、彼女達との協力関係によるプログラムの進展が期待されている。
- ④カラチにある避妊具・薬中央貯蔵所から郡レベルへの供給・配分がスムーズの行われておらず、センターにおいて避妊具・薬の不足が報告されている。これが、十分な実績を挙げていない理由の一つと考えられる。
- ⑤母子保健活動で使用する基礎医薬品の購入も計画より遅れがちである。

### (3) リプロダクティブ・ヘルス/避妊手術サービス施設の拡充とトレーニング

- 1) カウンターパートは人口福祉省
- 2) 期間 1987～1992年
- 3) 金額 420万ドル(及びODAからUNFPAへの資金援助 320万ドル)
- 4) 概要

①RHS (Reproductive Health Services) A センターの改築・新設及び器機材の設置車両の配置 (RHS Aセンターの数を1993年末までに現在の34から79まで増やす)

②避妊手術の技術向上のための国内・海外研修

③FPAP (Family Planning Association of Pakistan, NGO)の避妊手術プログラムへの経費返済

④避妊手術を実施する医師への支援(Laparoscope修理と維持)

ODAからの資金援助もUNFPAが運営管理しており、これらは、センターの改築、車両、巡回普及ユニット活動費に当てられている。

## 5.3 ADB (アジア開発銀行)

### (1) 保健・医療及び人口プロジェクト II (シンド州)

- 1) カウンターパートは保健省、シンド州保健局、人口福祉省
- 2) 期間 1985～93年
- 3) 金額 1,600万ドル(ローン)

#### 4) 概要

- ① シンド州の保健・医療サービスの改善・向上
- ② 連邦（中央）レベルでの人口福祉プログラムを支援
- ③ イスラマバードの選定地域での保健・医療プログラムの支援

上記3つのプログラム要因を包括する保健・医療と人口のプログラムを同一タイトルのプロジェクトの下で実施したが、実際に直接人口関連のプログラムは②のみ。このプログラムのもとで、全国5カ所に家族計画プログラム（人口福祉省）のスタッフのための地域訓練所（Regional Training Institute）を建設した。

#### (2) 人口福祉プロジェクト（全国）

- 1) カウンターパートは人口福祉省
- 2) 期間 1993～
- 3) 金額 3,000万ドル（ローン）
- 4) 概要

##### ① 人的資源開発・トレーニング

- ・ 地域訓練所（臨床トレーニング）2カ所の建設、器機材の供与、カリキュラム開発やスタッフ能力開発に対する技術的援助。
- ・ 人口福祉訓練所（非臨床用トレーニング）2カ所の建設、器機材供与など

##### ② 家族計画サービス供与

- ・ リプロダクティブヘルス・サービス・センター42カ所を新たに建設するあるいは、質の向上を図る。
- ・ より多くの人口をカバーするために、家族福祉センターに新規の器機材を供与するなどしてサービスの向上を図る。
- ・ 5年間で全国（4州）計12,000人の村落家族計画普及員（VF PW）のトレーニングを実施。（これは現在政府が実施中の村落家族計画普及員パイロット・プロジェクトの終了・評価後、その経験を生かして行う。）
- ・ IEC（家族計画普及のための情報・教育コミュニケーション）活動
- ・ 連邦、州、郡レベルの家族計画プログラム立案、運営、管理能力向上への技術協力及びNIPSの調査研究への技術協力。

A DBでは保健医療・人口プロジェクトIII.を予定していたが、人口福祉省の要請

により、保健医療プロジェクトと人口プロジェクトを切り離し、「Health Care Development Project」とこの「Population Welfare Project」の二つに分けた。政府の従来の人口問題に対する姿勢は、グラントのプロジェクトでやってくれるならやってくればよい、というものだったが、人口プロジェクトにローンを出して欲しい、と自らADBにアプローチしてくるといふふうに変わってきたことから、ADB側では政府ハイ・レベルでの政治的コミットメントを感じている。

#### 5.4 UK ODA (イギリス海外援助局)

##### (1) 人口福祉プロジェクトI.

- 1) カウンターパートは人口福祉省
  - 2) 期間 1983-91年
  - 3) 金額 190万ポンド
  - 4) 概要
    - ①郡レベル活動のため車両供与(政府及びFPAP-NGO)
    - ②家族福祉センターにおける識字、収入向上プログラムの活動開始のための資金援助(シード・マネー)(世界銀行プロジェクト内)
    - ③イノベティブ・プロジェクト(7カ所)支援(詳細不明)
    - ④NIPSの実施したモニタリング・評価調査研究(4つ)資金援助
    - ⑤技術協力-人口福祉省にIEC専門家派遣(1983-88年と1984-85年の2人)
- ②の識字、収入向上プログラムは、開始後一年目で中止(理由不明)。

##### (2) 人口福祉プロジェクトII.

- 1) カウンターパートは人口福祉省
- 2) 期間 1984-93年
- 3) 金額 290万ポンド
- 4) 概要
  - ①カラチ大学及びファイザラバード大学に人口研究センターを設立。
  - ②避妊用フォーム(Delfen)、避妊用注射(Norigest-注射器/針及び副作用治療のためのOestreganも一緒に)の供給
  - ③NGOCCのプログラム運営及び巡回臨床監督チームへの支援、他のNGO運営の

## 小規模サービス・クリニックへの支援

### (3)人口福祉プロジェクトIII.

- 1) カウンターパートは人口福祉省
- 2) 期間 1994-1999年
- 3) 金額 1,300万ポンド（ODA本部への予算請求総額）予定
- 4) 概要

①避妊用注射(Norigest)供給及び避妊用注射と経口ピルのソーシャル・マーケティング

②政府の村落家族計画普及員プロジェクト支援（プロジェクトのどの部分を支援するのか詳細不明）

③NGOCC支援

④FPAP支援

⑤世界銀行「家族保健プロジェクトII.」支援（保健・医療スタッフのプログラム運営・管理能力強化）

⑥パンジャブ州ファイサラバードにおけるスラム開発プロジェクトに母子保健・家族計画を組み込むことを計画

新予算（今後5年）は、今年（1993年）9月のODA本部総会で承認される予定。その後パキスタン政府との交渉、承認までにさらに半年近くかかる見込みなので、同プロジェクトが実際に始動しだすのは、1994年春以降と見られる。そのため、上記のプロジェクト内容も最終決定ではなく、変更の可能性がある。また、USAIDの撤退後、コンドームの供給不足を補うため、コンドーム供給を実施することも現在検討中である。

## 5.5 UNICEF（国連児童基金）

### (1) TBAトレーニング

- 1) カウンターパートは保健省（連邦及び、パンジャブ、NWFP、シンド、バロチスタン、アザール・カシミール、各州保健局）
- 2) 期間 1992-96年

3) 金額 1992年度予算 83万2,400ドル

4) 概要

①安全な出産技術に関するTBAトレーニング

- ・新規トレーニング及びリフレッシャー・トレーニング実施
- ・TBAキット(用具一式)、トレーニング器機材、車両の供与
- ・トレーニング・カリキュラム開発

②TBAによる妊産婦の「ハイ・リスク・ケース」(早期)発見の奨励

リファラルシステムにTBAを巻き込むなど、TBAの役割の拡大を試みるパイロット・プロジェクトを実施する

③コミュニティ内でのTBAの母子保健に関わる役割を強化。プログラム監督・評価をさらに強める。

- ・TBAプログラムの質の向上のための技術協力はCIDAから行われる。
- ・カリキュラムは従来のもので参加型トレーニング形式へと改定。カウンセリングなどのコミュニケーション(動機付けなど)技術の習得に重点を置く。
- ・州政府保健局の予算割当は比較的改善されてきたが、連邦政府保健省レベルでのプログラム調整能力が脆弱であり、一般的に州政府保健局のプロジェクト運営管理能力も弱い。
- ・トレーニングの質の向上とトレーニングのTBAのフォロー・アップ(監督及び支援)に関して改善の余地が大きい。
- ・トレーニング・カリキュラムの開発は、多くの人の参加・協力を得て、比較的テンポは遅いが、着実に進んでいる。
- ・パイロット・プロジェクトのためのプログラム運営情報システム(MIS)の開発を開始する。

(2) PHCプログラム

1) カウンターパートは連邦保健省及び各州保健局

2) 期間 1992-96年(1988-1991年実施プログラムの継続)

3) 金額 509万ドル(内370万ドルは補充資金からの割当てを見込んでいる。1992年度予算は80万ドル)

4) 概要

現行の縦割りPHCプログラムを統合し、末端の保健医療施設の利用率を上げ、コミュニティレベルのPHC活動を強化する。

- ① コミュニティ・ヘルス・ワーカーの選定及びトレーニングのモニター
- ② プログラム監督及びモニタリング
- ③ PHCプログラムやオペレーショナル・リサーチの奨励

パキスタンでは、保健・医療サービスは治療重視・偏向であるが、こういう中でPHC活動の普及のために、様々な努力が行われている。コミュニティを中心に従来の個別プログラム（EPI、CDD等）を統合しようとするこのプロジェクトもその一環で、例えば予防接種員をIDD（ヨウ素欠乏症）対策やCDD（下痢症対策）プログラムに巻き込んでいくなどの試みが行われている。また、BHUなどの末端保健医療施設を民営化して活性化することも実施され始めている。

現在の問題は、現政権で未だ全国保健医療プログラムの方針が決定されていないことである（1992年12月現在）。また、末端保健医療施設は、治療サービスに偏っていて、コミュニティのニーズに合っていない上に、サービスの質も利用率も低い政府もドナーも未だに個別プログラムに資源を集中する傾向は続いていて、統合プログラムへの関心が低い。

### (3) 予防接種拡大プログラム（EPI）

- 1) カウンターパートは連邦保健省及び各州保健局（National Institute of HealthのEPI/CDDマネージャーが担当責任者）
- 2) 期間 1992-96年（1988-91年実施プログラムの継続）
- 3) 金額 1,445万5千ドル（内530万ドルは補充資金からの割当を見込んでいる。1992年度予算は、421万ドル）
- 4) 概要

子供の6つの伝染病による疾病及び死亡を減少させるためのEPIプログラムを強化するにあたり、以下の活動を実施する。特にPHCサービスにEPIを統合させることによって1995年までに新生児破傷風を撲滅すること、6種の予防接種の接種率の増加、コミュニティの参画などに力をいれる。

#### ① トレーニング

- ・ 基本技術、プログラム監督技術、対人（インターパーソナル）コミュニケーション

ン技術

②ワクチン供給

- ・政府調達資金返済
- ・ユニセフ基金からの補助
- ・ロータリー・インターナショナルからのポリオワクチンの提供、など。

③コールド・チェーン器機材

- ・調達の資金返済
- ・ユニセフから直接調達

④IEC活動

- ・現在(1992年)の予防接種率-DPT 78%、ポリオ 78%(一才以下)  
TT 41%妊婦)

- ・EIP関連の伝染病報告数(1992年1月-9月) ポリオ 558件  
麻疹 2,048件  
新生児破傷風 1,184件

・患者(発生件)数は報告漏れがあると考えられるが、EPIプログラムのおかげで(疾病罹患後)、障害発生率は減少しているの見積もられている。

・現行プログラムは、増加する人口や非定住民をカバーすること、現在までの高い接種率の維持と強化、プログラムスタッフの技術の向上などに力を入れている。予防接種員のためのインターパーソナル・コミュニケーション用マニュアルが保健医療コミュニケーションセンターによって開発され、現在トレーニングコースで使用されている。

・メディカル・オフィサーのための手引きが作成された。

・サーベイランス・システムの改善のために、「疾病サーベイランス・システム」のトレーニングカリキュラムが作成され、現在トレーニング・ワークショップ実施中である。

・調整と情報交換のため、全国州レベルEPIミーティングが実施された。

・科学的な議論、計画、関係各機関の調整を十分に行わないまま、大衆キャンペーンによる「ポリオ撲滅」にEPIの中心を置くことを決定したために、プログラムが混乱をきたし、様々な問題が生じた。

・ワクチンの消費量(分子)に対して正確な人口(分母)を計算上使用する代わり

に、推定対象人口を使っているため、実際にワクチンによる予防可能な疾病の防  
御レベルを図ることが難しい。

#### (4) 下痢症対策プログラム

- 1) カウンターパートは連邦保健省及び各州保健局 (National Institute of Healthの  
EPI/CDDマネージャーが担当責任者)
- 2) 期間 1992-96年(1988-91年実施プログラムの継続)
- 3) 金額 250万ドル(内1992年度予算は54万ドル)
- 4) 概要

1995年までに、下痢症による5歳以下死亡率の50%低減、5歳以下痢症罹患率の25  
%の低減のため以下の活動を実施する。

①下痢症ケースの適切処置のためのトレーニング(パラ・メディカル、開業医、薬  
剤師など)

②ORS生産・供給(下痢症処置及びトレーニングのため、余剰分年間100万パッ  
ケージを入手可能とする)。

③IEC(情報普及・教育)活動

④MCH(母子保健)サービスの強化(保健医療施設に適切な下痢症処置トレーニ  
ングを受けたスタッフを配置し、ORTセンター/ユニットを設立する)。

⑤応用調査(効果的なIEC活動のための情報収集)

・下痢に罹る回数は子供(5歳以下)一人当たり年平均2~6回で安全な飲み水にア  
クセスのある人口は45%である。ORSを正確に作れる知識の普及率は76%だが、  
下痢症の適切な処置の実施率は40%と低い。

・下痢に罹った場合、適切な経口補水溶液処置(ORT)を施すことにより、急性  
水溶性下痢症による脱水で死亡することを防ぐことを普及させることがプログラ  
ムの主眼であるが、栄養指導、赤痢時の抗生物質の適切な使用、効果的なIEC  
(マス・メディアなど)の活用なども、重要な補足的活動である。

・国内でのORS調達(生産・供給)の可能性も考慮されているが、現在のところ  
国内6つの大手生産工場のORSは、WHO基準に達していない。また、ORS  
供給は十分と報告されているが、現実には不足が生じている。

・中央及び地方(州)レベルにおける指導力が弱いため、下痢症対策プログラムは



積極的活動が行われないままである。

- ・抗下痢症薬品（抗生物質）の不適切な使用が未だに大きな問題である。
- ・医療従事者（パラメディクスを含む）に焦点を当てた下痢症乳幼児の適切な処置のトレーニングから、子供の生存のための包括的トレーニング・プログラム（下痢症処置はその中の一部）へと戦略が変わってきたことで、短期的な「下痢症対策」促進という観点からのみ見ると、プログラムの展開が後退してきた

#### (5) 急性呼吸器感染症プログラム

- 1) カウンターパートは連邦保健省及び各州保健局（PIMSの全国ARI対策プログラム・マネージャーが担当責任者）
- 2) 期間 1992-96年(1988-91年実施プログラムの継続)
- 3) 金額 250万ドル（内1992年度予算は40万ドル）
- 4) 概要

急性呼吸器感染症の子供に対する不適切な抗生物質や他の医薬品の使用を減らす

##### ① トレーニング

ARIの適切な処置技術に関して政府及びプライベート・セクターの保健医療従事者を養成し、コミュニティー・ワーカーにも適切な処置の重要性を認識させる

##### ② IEC活動

ARIの早期発見、適切かつ迅速に保健医療施設に医療ケアを求めることの重要性の認識を高める。

##### ③ 応用調査（リサーチ）

プログラム実施のための代替アプローチや、適切なメッセージやコミュニケーション戦略のためのベースとなる情報を調査し提供する。

##### ④ 器機材、トレーニング用教材、抗生物質などの供給

- ・ARI対策プログラムは、EPIやCDDプログラムなどに比べると、比較的最近のプログラムである。病院ベースのデータによると、子供の死亡の最大の原因はARIあるということから、「（臨床的基準による）ARIケースの適切な処置」に焦点を当てたプログラムが実施されている。
- ・州レベルでのトレーニング・コースが開催され始めたり、抗生物質の効果や抵抗力に関する調査研究が行われたりしている。

- ・どのトレーニング用教材を使用するかに関して若干の混乱があった。

#### (6) 保健教育プログラム

- 1) カウンターパートは連邦保健省及び各州保健局
- 2) 期間 1992-96年(1988-91年実施プログラムの継続)
- 3) 金額 145万ドル(1992 年度予算40万ドル)
- 4) 概要

保健教育プログラムの計画策定、実施、モニタリングに対する協力を通して、全国保健教育局(National Health Educaiton Unit)の強化を行う。保健プログラムに保健教育活動を統合させていく。このために必要な予算の裏付けを確保する。

①上記の目的のために、連邦、州、群レベルの保健教育担当局の能力強化を行う。

また、この分野でのNGOの活動を支援する。

②予防プログラムのトレーニング・プログラムのカリキュラム全てにコミュニケーション技術の習得を加える。また、小学校の先生を対象とした保健教育トレーニング、親に対して保健衛生の知識を伝えるための視聴覚教材を作成する。

③保健教育教材の作成(保健教育局)

④ソーシャル・ムービライゼーション

- ・全国レベルでは、保健教育は未だ散発的活動で、全国コミュニケーション・アドバイサリー・グループ(Federal Communications Advisory Group)が設立されたが、全国規模での計画策定はこれからである。州レベルのコミュニケーション・アドバイサリー・グループも設置された。

- ・個別のプロジェクトで作成された教材がばらばらにあるので、これらを包括的に評価し、(効果ある)教材を普及させる努力が必要である。

- ・問題は、全国レベルの戦略の欠如、既存の保健教育教材の発掘・使用が十分ではないこと、類似の教材の作成(無駄が多い)などである。

(7) (保健医療) セクター支援 (Sector Support)

- 1) カウンターパートは連邦保健省及び各州保健局
- 2) 期間 1992-96年(1988-91年実施プログラムの継続)
- 3) 金額 445万5千ドル(1992年度は、46万ドル)
- 4) 概要

①USAIDの子供の生存のためのプロジェクト(PCSP)と協力して、保健情報システムを確立する。

②EPI/CDDサーベイランス・システムの見直し

③Guinea worm (メジナ虫病) 撲滅プログラム支援

④管理・運営トレーニング

⑤フィールド疫学トレーニング

⑥調査研究

・保健情報システム

末端保健医療施設から収集され流されてくるデータ・情報の質やその利用度については、不明確な点が多い。現在実施されている保健情報システム確立のための動きも、プログラムのドナーであるUSAIDが撤退(1993年)した後の財政援助のめどは立っておらず、プログラムの中断が懸念されている。

・メジナ虫病

個別の問題は存在するが、今のところ今後1~2年の間に撲滅できる可能性は非常に高いとみられている。

(8) 栄養支援プログラム

- 1) カウンターパートは連邦保健省、各州保健局、地方自治体、NGO (計画開発省 栄養課が担当責任)
- 2) 期間 1992-96年(1988-91年実施プログラムの継続)
- 3) 金額 179万ドル (内1992年度分は40万ドル)
- 4) 概要

5歳以下の子供の中度栄養失調を現在の43%から38%へ、重度栄養失調を現在の11%から7%へ、(出産時の)低体重児を現在の25-30%から20%へ、及び女性の鉄分欠乏症貧血を現在の45%から35%へ減少させるために以下の活動を行う。

①トレーニング

保健局、計画局、女性開発局のトレーニング能力を強化するために、栄養トレーニング用の教材を統一する。

②資機材の供与

選定された保健医療施設で発育観察を行えるように、器機材を供与する。また全国の郡の50%において、発育観察及び栄養サーベイランスが実施できるように器機材を整備する。

③IEC活動

コミュニティの代表者や政府関係者に最新の栄養問題についてオリエンテーションを行う。

④応用調査（リサーチ）

コミュニティをベースとした栄養プログラム実施のための画期的なアプローチの基礎となる情報を得る。

⑤一般的支援

限られた範囲での、全国及び州レベルの栄養活動の支援。

- ・「子供の生存のためのプロジェクト」で使用される「MCHチャート（発育観察チャート、予防接種記録など、母子保健の記録を書き込むもの）」が50万部作成された。
- ・パンジャブ、シンド、北部各州の保健スタッフが訓練を受けた。
- ・幾つものNGOの活動が支援された。
- ・「子供生存のためのプロジェクト」における栄養カリキュラム（トレーニング用）が完成した。
- ・コミュニティをベースとした栄養プログラムの欠如や女性へのアクセスが難しいことなどが、栄養関連プログラム推進のネックである。
- ・プログラムを推進する上で、乳幼児や母親の栄養失調の原因をより良く理解することが重要である。
- ・地元のNGOのプログラム運営能力が十分ではなく、強化が必要である。
- ・世界銀行の栄養プロジェクトと共同リサーチが計画されている。

(9) 農村小児生存プロジェクト(Rural Child Survival Project)

1987年からUNICEFの財政支援によって開始された。このプロジェクトはUNICEFおよびICT(Islamabad Capital Territory)の協力のもと保健省が全体を統括した。

このプロジェクトではイスラマバード直轄地の6か村を対象にして母子保健の改善、予防接種の促進、栄養改善、コミュニティに対する保健教育を浸透させることに焦点が置かれた。また、各村から推薦された女性を村のCHWとして養成して村に帰し、さらに村のTBAを再訓練し、CHWと協調して村の母子保健衛生の改善に当たられた。

プログラムの実施には次のことに焦点があてられた。

－既存の地方医療施設の調査と強化

イスラマバードの農村部の3つのRHCと12のBHUのすべてを対象とした。

－地方保健サービスのメディカル/パラメディカルスタッフのトレーニング

PIMSの小児病院で44人がトレーニングを受けた。

－CHWの選定とトレーニング

3つのフェーズに分けて合計29人のCHWに対して6週間のトレーニングを小児病院で行った。この間手当を支払った。

－TBAの選定とトレーニング

3つのフェーズに分け、合計29人のTBAに対して1週間のトレーニングをラワルピンジのRTIとPIMSの小児病院で行った。トレーニング修了後、TBAは修了証書とともにTBAキットを渡された。

－プログラム活動の管理とモニタリング

約4年間のプログラム実施によって良好な成果を得た。特に注目すべきはすべての村(約28ヵ村)の妊産婦死亡は0だった。比較すべき実施以前の基礎データがないため、新生児死亡率、呼吸器感染症や下痢症などの罹患率や死亡率、ワクチン接種の改善率などが不明であり正確な評価ができないが、農村部へアプローチする一つの試みとして有意義であったと評価されている。

ただし、既存の農村保健施設(RHC、BHU)のリファラル制度に則っていないこと、村落レベルのワーカーに対して手当の支給が行われていたこと、PIMSから派遣された医師による頻繁な指導、監督が行われていたこと等の特別な条件があった

こと等を考えると、他地区への普及や資金援助終了後のサステナビリティに疑問を持つ関係者もある。

この他UNICEFは金額は小さいが、母子保健活動の強化や母性保護のための啓蒙・教育活動などの支援を行っている。

## 5.6 World Bank（世界銀行）

### (1) 家族保健プロジェクト I. シンド州、NWFP

- 1) カウンターパートはシンド州及びNWFP保健局
- 2) 期間 1992-99年
- 3) 金額 4,500万ドル（ローン）
- 4) 概要

#### ①保健医療サービスの強化

- ・家族計画を含む母性保護及びケア（Maternal Health）の強化
- ・農村を中心とした伝染病対策
- ・BHU及びMCHセンターを選定して器機材供与等による質の向上
- ・救急ケース処置の能力の強化
- ・診断能力の向上
- ・リファレル・システムの強化

#### ②スタッフ（人的資源）能力開発・トレーニング

- ・特に女性保健医療スタッフの増員を目指したトレーニング
- ・シンド州に看護学校建設、北西辺境州の既存の3つのパラメディカルスクールのリハビリテーション

#### ③プログラム運営及び組織開発

- ・州、郡にプログラム運営ユニットを設立して、トレーニングも導入する。

全ての保健医療施設で家族計画サービスを実施することを明確に打ち出している。プロジェクト実施から一年しか経っていないので、まだ活動の問題点など詳細は不明であるが、プロジェクト・スタッフ・リクルートメントの段階で問題が生じて、プロジェクトの進展が遅れていると言われている。また、北西辺境州でイギリスODAとSave the Children Fundを通して技術援助（380万ドル）を行っている。

(2) 家族保健プロジェクトII. (パンジャブ州、バロチスタン州, ICT)

- 1) カウンターパートはパンジャブ州及びバロチスタン州保健局
- 2) 期間 1994-99年
- 3) 金額 4,800万ドル (ローン)

総額1億,1400米ドルのうち、上記の他に、ドイツのKfW (2,220万米ドル)、イギリスのODA (1,220万米ドル) との協調融資プロジェクトであり、残り3,160万米ドルをパキスタン政府が負担することになっている。

4) 概要

家族保健プロジェクトI.の続きとしてI.でカバーしなかったパンジャブ州、バロチスタン州及びイスラマバード首都圏 (ICT) を対象にしており、プロジェクト実施活動内容はほぼ同じである。

パンジャブ州とバロチスタン州の2州においては2次、3次ケアからプライマリ・ヘルス・ケアへの重点の移行と、治療から予防・健康促進サービスへの重点の移行を目的としている。このためプライマリ・ヘルス・ケアの分野が最優先となっており、母子保健ケアの提供の促進、スタッフのトレーニングおよび管理強化の促進を図ることになっている。

プロジェクトは主に3つの主要部分から構成される。

① 保健サービスの強化

家族計画を含む母子保健サービス改善および地方部を中心とした感染症対策活動の統合・拡大のため、以下の4つの手段を取ることにしている。

a) サービスへのアクセス改善

- TBAのトレーニングの拡大およびコミュニティ・ヘルス・ワーカーの試用と導入
- 特に女性のパラメディカル・スタッフの増員
- リファレル・システムの強化および緊急処理能力の増強
- NGOの保健および人口活動の拡大

b) サービスの質の改善

- フィールド・スタッフの組織的なトレーニングの導入
- BHUおよびMCHセンターの施設や設備のグレードアップと、基本的な薬品

の入手状況の改善

- 栄養に関する活動の強化
- 診断能力を含む感染症対策活動の拡大・強化
- 全ての保健施設における家族計画サービスの提供
- 管理・監督能力の増強

c) サービス利用の改善

- 保健教育の強化
- 地方の保健サービスとコミュニティとの関わりを推進
- サービスが与える影響の評価および改善

d) プライマリ・ヘルスケアをLahore, Behawalpur, Sarghoda (パンジャブ州)、  
Quetta (バロチスタン州) のスラム地域に拡大

② スタッフの開発

スタッフの能力および作業の改善、女性のパラメディカル・スタッフの増員を目的とし、下記的手段を講じる。

- a) 現在のプライマリ・ヘルスケア・スタッフの包括的、継続的な現場でのトレーニング
- b) 女性のパラメディカル・トレーニング者数の増加、および
  - パラメディカル・スクールの追加設立
  - 既存のトレーニング施設とプログラムの強化による質の改善
  - 訓練生の募集・採用計画などの改善

③ 管理および組織の開発

管理能力の改善を目的とし、以下にその手段を示す。

- a) 組織的管理／計画能力の強化
  - 州および県の管理開発単位(management development units)の設置
  - 州の計画能力の強化
  - 州の実行能力を強化
- b) 管理の質および効率の向上
  - システマティックな管理トレーニングの導入
  - 県レベルまで権限の分散化の推進
  - モニタリング、情報および財政システムの開発



## －監督技術の強化

また、イスラマバード首都圏を対象としたFederal Component では、保健省が中心となって、首都圏開発公社（CDA: Capital Development Authority）、パキスタン医学研究委員会（PMRC: Pakistan Medical Research Council）などイスラマバードの各関係機関と協力して1993年7月から60ヶ月の予定で実施されることになっている。

プロジェクトは次の3つのコンポーネントからなり、費用は、総額1億3622万ルピー（約520万米ドル）と見積もられている。

- ①保健医療システムの研究開発
- ②ICTの保健医療サービスの強化
- ③ICTの公衆衛生学校（NGOサポート）

### ①保健医療システムの研究開発

パキスタンでは保健情報システム確立に向けて努力されているが、今のところ政策決定に必要な各種詳細データが揃っていない。したがって、有効な政策を策定できるようにするために保健医療サービスの実績と支出、保健情報システムや伝統的な薬と治療などの重要な保健医療問題についての研究を行い、政策策定に役立てることになっている。

こうした研究を行うことによって、政策策定者などの保健医療要員の訓練、調査手法の研究者の訓練や国内外の研究者や研究機関、政策立案者、保健医療サービス管理者のネットワーク作りなどを行う。

研究主体として国家レベルでは National Committee on Health Systems Research とこのプロジェクトの Project Implementation Unit for Federal Components（PMRCと協力）、州レベルでは Provincial Health Development Centres が担当する。

### ②ICTの保健医療サービスの強化

保健政策の重点は治療から予防、都市から地方、そして、病院ベースからアウトリーチサービスへと明らかにプライマリヘルスケアへと移行している。

ICTにおけるMCHサービスの強化はあらゆるレベルにおけるヘルスケアの一部として最優先事項となっている。このコンポーネントでは特に家族計画を含む母子保健の利用度と質の改善による母子の疾病、死亡率の削減、両方向のリファラル・システムの確立と、ハイリスク妊娠などの緊急時の体制作り、保健医療人材の知識や技術の向上、

アウトリーチサービスの提供などを行うことになっている。また、保健情報システム、保健医療ネットワークや保健教育のための人材開発にも重点を置き、300人のVHWsを訓練するためのヘルスワーカーの幹部全員に対するインサービストレーニングを行う。VHWsはTBAとともにコミュニティとPHC施設をつなぐ重要な役割を担うことになる。具体的にはTBA150人の訓練や再教育、13ヶ所のBHUでのMCHサービスの提供、Shahdaraにサテライト診療所を建設し、女性や子供へのサービスを向上させる。また、RHC3ヶ所を第1次のリファラルセンターとして機能させたり、全ての保健医療窓口で避妊具を提供することになっている。さらにDirector Health ServiceのICT事務所も設置する。

### ③ ICTの公衆衛生学校（NGOサポート）

NGOが運営している唯一のLHV学校の整備を行う。この学校は現在、借家でスペースも限られており、学生寮の設備も貧弱である。したがって、学校の建設、学生の実地訓練のためのMCHクリニック、学生60人用の寮の建設や教材の提供を行う。この学校では、年間30人のLHVをトレーニングすることになっている。

なお表 66に各コンポーネント別の費用概算を示す。

表 66 世界銀行“コンポーネント別費用概算(百万米ドル)”

	PROVINCIAL HEALTH SERVICES		STAFF DEVELOPMENT		MANAGEMENT DEVELOPMENT		TOTAL		%
	Punjab	Baloch. Total	Punjab	Baloch. Total	Punjab	Baloch. Total	Punjab	Baloch. Total	
<b>I. INVESTMENT COSTS</b>									
- CIVIL WORKS	1.9	2.4	7.0	2.2	0.0	0.0	8.9	4.6	14.1
- EQUIPMENT	13.9	2.2	1.3	0.5	1.8	0.2	16.9	2.9	20.1
- FURNITURE	0.0	0.1	1.0	0.2	0.0	0.0	1.1	0.4	1.5
- VEHICLES	5.1	1.7	0.9	1.1	0.6	0.1	6.6	3.0	9.8
- TRAINING	0.3	0.2	0.7	0.2	0.8	0.9	1.8	1.2	3.5
- TA	1.5	0.4	1.9	0.4	2.6	1.3	5.3	2.2	8.1
- STUDIES	0.9	0.5	1.4	0.0	0.1	0.1	1.0	0.6	3.0
- HEALTH EDUC. MATERIALS	1.1	0.2	0.0	0.2	0.3	0.0	1.4	0.5	1.8
- CONTRACEPTIVES	5.3	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	5.3	0.1	5.4
<b>SUBTOTAL INVESTMENT COSTS</b>	29.9	7.9	12.2	4.8	6.2	2.7	48.3	15.4	67.4
<b>II. INC. OPERATING COSTS</b>									
- SALARIES/ALLOWANCES	2.3	0.4	4.7	2.6	0.5	0.3	7.5	3.3	11.2
- DRUGS/MATERIALS/SUPPLIES	8.6	2.1	0.0	0.0	0.2	0.0	8.7	2.1	10.9
-- MEDICINES	6.4	1.8	0.0	0.0	0.0	0.0	6.4	1.8	8.2
-- NUTRITION	1.4	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	0.1	1.5
- OPERATING COSTS	1.3	0.2	1.2	1.1	0.9	0.4	3.3	1.7	5.2
-- VEHICLES	0.4	0.1	0.4	0.5	0.3	0.1	1.2	0.7	2.0
-- PROJECT COORDINATION	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.1	0.2	0.3
<b>SUBTOTAL INC. OPERATING COST</b>	12.2	2.7	5.8	3.7	1.5	0.7	19.6	7.1	27.4
<b>TOTAL BASE COSTS</b>	42.1	10.5	18.0	8.5	7.7	3.4	67.9	22.5	94.8
<b>PHYSICAL CONTINGENCIES</b>	3.6	0.9	1.2	0.5	0.6	0.2	5.4	1.6	7.3
<b>PRICE CONTINGENCIES</b>	5.8	1.5	2.1	0.9	0.8	0.4	8.7	2.7	11.9
<b>TOTAL PROJECT COSTS</b>	51.6	12.9	21.3	9.9	9.1	4.0	82.0	26.8	114.0

出典: STAFF APPRAISAL REPORT, PAKISTAN SECOND FAMILY HEALTH PROJECT JANUARY 25, 1993, THE WORLD BANK

## 5.7 C I D A (カナダ国際開発局)

### (1) T B A トレーニング

- 1) カウンターパートは(当時の)保健・社会福祉省人口福祉課
- 2) 期間 1983-89年
- 3) 金額 388万ドル
- 4) 概要

- ①実際に活動しているT B A及びT B A候補者のトレーニング
- ②家族福祉センター(F W C)の新設
- ③トレーニングを受けたT B Aを使い遠隔地へ巡回サービスを実施。

C I D Aは、この他にも母子保健関連のプログラムとして、ポリオワクチンの提供とパキスタン国内での生産能力の可能性のアセスメントを行っている。

この他、C E C (Commission of European Communities) なども農村福祉プロジェクトや人口家族計画・母子保健関連の活動を実施しているN G Oを支援しているが詳細については今後決定されるとのことである。

## 5.8 日本

我が国のパキスタンに対する無償資金協力の累積実績件数121件(1991年度まで)のうち、10.7%にあたる13件が保健医療分野のプロジェクトである。また、1993年までに保健医療分野で2つの技術協力プロジェクトが実施された。人口統計や家族計画に関連する内容の無償資金協力、技術協力プロジェクトはこれまで実施されていない。母子保健に関係する協力としては以下のプロジェクトがある。

### (1) イスラマバード小児病院

無償資金協力約43億円により1985年にパキスタン医科学庁(P I M S)内に設立された小児病院で、230床の病棟、一日約2,000名の外来患者を診療できる外来棟からなる(外来棟はその後パキスタン政府の資金でさらに拡充された)。

J I C Aによる技術協力プロジェクトは1986年7月から1993年6月までの7年間にわたり、イスラマバード小児病院の専門医療サービスの向上と卒後教育研究機関としての機能強化を目的として実施された。新生児科、小児外科、放射線科、臨床検査、看護、

物理療法、ICU等の分野で技術指導が行われた。

## (2) 看護婦、医療技術者専門学校

1987年に約10億7,000万円の無償資金協力でPIMS内に設立された看護大学 (College of Nursing) および医療技術者専門学校 (Paramedical Institute)で、PIMS総長の下に別々の校長が任命され、運営されている。PIMS内には別に看護婦を養成するための看護学校 (Nursing School) も存在するが、看護大学では、すでに資格を持つ看護婦を対象に1年間の専門看護 (小児科、手術室、麻酔科、ICU/CCU、地域保健) 各コースと2年間の病棟管理/看護教育課程1コース、総定員約130名に対する卒後教育が実施されている。

JICA技術協力プロジェクトは、1987年7月から1992年6月まで5年間、看護大学における卒後教育のための教授法の向上を目的として実施され、学校運営、カリキュラム、教材開発などの分野で技術指導が行われた。

開校直後には十分な資格を有する教員の不足、看護婦の地位の低さ、女性が単身イスラマバードに滞在して学ぶことの困難などの様々な理由で、生徒募集が難航した。しかし、各州政府への候補者推薦の呼びかけや、英語の不得手な学生に配慮したウルドゥ語の教科書の作成などの工夫が実を結び、現在では応募者の数が増加し、ほとんどのコースが定員を満たす学生数を持つに至っている。

## (3) パンジャブ州地域医療整備計画

パキスタン政府のRHC/BHU整備計画に基づいて、パンジャブ州内のRHC/BHUの医療サービス提供機能を向上させることを目的として、約7億7,000万円の機材 (救急車、顕微鏡、血圧計、診察セット、手術室用无影燈など) が無償資金協力によって供与された。

## 5.9 海外援助の金額

表 67に第6次および第7次5ヵ年計画における人口プログラムへのドナー別援助額の実績を示す。各年とも米国USAIDが50%以上のシェアを占めており、米国の援助が撤退した後は、資金の調達に大きな影響があることは容易に予想される。

表 67 人口プログラムへのドナー別援助額 (商品援助を含む)  
(第6次と第7次5ヵ年計画)

	UNFPA	WORLD BANK	ASIAN DEV. BANK	UNICEF/CIDA	WHO	USAID	UNITED KINGDOM	OPEC	ODA CO-FINANCING WITH W/BANK	ASIA FOUNDATION	ICOMP	合計
A. 第6次5ヵ年計画 (1983/84-1987/88)												
1983/84	23.70	17.58	0.60	0.19	0.05	50.95	0.70	5.85	--	0.09	--	99.71
1984/85	15.81	27.86	--	4.99	--	112.46	--	--	--	--	--	161.12
1985/86	26.20	27.24	1.37	9.20	0.02	151.93	2.04	--	13.95	--	--	231.95
1986/87	10.97	33.63	1.02	9.49	0.16	101.34	4.65	--	3.11	--	--	164.37
1987/88	47.28	12.34	--	7.25	0.09	163.17	2.12	--	--	--	1.05	233.30
小計	123.96	118.65	2.99	31.12	0.32	579.85	9.51	5.85	17.06	0.09	1.05	890.45
B. 第7次5ヵ年計画 (1988/89-92/93)												
1988/89	14.39	12.89	--	0.23	0.62	145.47	7.74	--	--	--	--	181.34
1989/90	28.13	0.10	0.89	4.52	0.07	175.02	2.64	--	--	--	0.49	211.86
1990/91	15.69	--	--	0.17	0.03	284.92	8.78	--	--	--	2.55	312.14
1991/92	22.63	--	3.30	--	0.01	283.37	9.33	--	--	--	--	318.64
1992/93	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
小計	80.84	12.99	4.19	4.92	0.73	888.78	28.49	0.00	0.00	0.00	3.04	1023.98

出典: Foreign Assistance Requirements, 1992 人口福祉省







## 6. パキスタンの母子保健の問題点と今後の援助

### 6.1 母子保健の問題点

保健医療の指数のうち、

- 高い5才未満児死亡率(Under 5 Mortality Rate, U5MR) 134
- 高い乳児死亡率(Infant Mortality Rate, IMR) 94
- 低い保健員介助分娩率(Percentage of Birth Attended By Trained Health Professionals) 40%
- 低い妊婦破傷風接種率(Tetanus Immunization Coverage to Pregnant Women) 42%
- 高い妊産婦死亡(Maternal Mortality Rate, MMR) 500
- 高い低体重児出生率(Percentage of Infants with Low Birth Weight) 25%
- 高い乳幼児期の栄養障害率(Percentage of Severely Malnourished Children) 60%

などが、直接、母子保健の状況を示しているものである。また、

- 比較的高い合計特殊出生率(Total Fertility Rate, TFR) 6.3
- 極めて低い避妊率(Contraceptive Prevalence) 12%
- 高い人口増加率(Population Growth Rate, PGR) 3.2%

からは、繰り返し妊娠、出産、授乳を繰り返す女性、すなわち母親の体力は消耗し、望ましくない母胎環境から生まれる子どもの健康状態も劣ってくるということが母子保健の問題を作っている。多産の状態を打ち切ることは、結局、人口問題とも関連して対応する必要性を示唆するものであるが、さらに、

- 低い男児(小学校)就学率(Male Primary School Enrolment) 49%
- 極めて低い女児就学率(Female Prim. School Enrol.) 27%
- 低い成人男性識字率(Adult Male Literacy Rate) 47%
- 極めて低い成人女性識字率(Adult Female Lit. R.) 21%

を加えると、妊娠、分娩にかかわる保健衛生の知識の普及あるいは技術の適正かつ効果的な利用をはかるためには、教育的配慮も必要であることが判る。さらに、下記のように、

－ 衛生施設の都市、農村格差(Percentage of	
Population with Access to Adequate Sanitation)	
都市(Urban)	55%
農村(Rural)	10%
－ 安全な飲料水の確保(Percentage of Population	
with Access to Safe Drinking Water)	
都市(Urban)	80%
農村(Rural)	45%

(指数はいずれもUNICEFの資料)

という状況を加えると、農村部の女性子どもの置かれている状況が、すなわちパキスタンの母子保健にかかわる問題の多くを占めていることが理解できる。

パキスタンは、開発途上国とはいえ、近年、国家経済は比較的順調に成長しているものの、保健指数の改善はそれに見合っていない。前述の、それぞれの指数の対男性比較は、女性が一段と恵まれない状況にあることを示しているが、それが母子の保健衛生にも大きく影響しているといえる。

例えばパキスタン女性の平均余命は男性と等しい 58才であるが、これは平均余命が男性より短いブータン、ネパール、バングラデシュに次ぐ短さであり、対男性比 92 % という女性人口数も、無条件に女性に関する保健医療手段の不備、そしてその改善強化の必要性を示唆するものといえる。

また新生児死亡率では差がないものの、5才未満児死亡率では、既に男児(137)に比べ、女児(139)が、より高い数字を示しており、これも前述の3国に次ぐもので、既に乳幼児の時期から、男児と女児に対する保健医療的対応に差があるものと推測される。

女児の中等教育就学率は男児の約 40 %、初等教育ですら男児の約半分に過ぎず、45 %と報告されている成人識字率と女性の対男性識字率比 45 %を考えると成人女性の識字率は、高々、20 %以下となり、女性は基本的な勉学、学習の機会すら恵まれていないことが判る。

先進国、開発途上国を問わず、また、妊娠・出産・授乳・保育などという生理的肉体的負担にもかかわらず、生存に関しては女性が優勢な数字を示すのが通常である。

パキスタンでは、これが逆転に近いという特殊な状況にあるが、それがこの国の母子保健の問題そのものであるともいえよう。

現実的な問題としては、中央政府の母子保健サービス関連機関として保健省と人口福祉省の2つの省庁が別々にサービスを提供している上、中央連邦政府と各州政府間の力関係、また、州政府内での関係部門の連携など、行政機関の複雑さのみならず、既に、この分野に関与しているさまざまな背景、主義を持つ多数の外国ドナー、また、賛否両論あるものの女性を特別視している伝統的、宗教的、社会的習慣も、少なからず母子保健に関わる問題といえよう。

## 6.2 今後の援助への提言

今後のパキスタンへの援助を考えるに際しては、第8次国家5ヶ年計画と、それとも連携する総合的社会開発計画であるSAPの流れに沿って、わが国の独自性を示しまた、技術的にも可能な協力を考える必要がある。

パキスタンの母子保健分野で、直ちに手を付ける必要があるのは、高い妊産婦死亡の原因に対して対策を講ずることであろう。近年、小児に対するEPIの接種率などは、飛躍的に改善されているが、女性への接触は、パキスタンの男性医師にとっても、なお困難な場合もある。これらの実態を出来るだけ正確に把握し、対策を考えるためには、比較的長い期間、少なくとも数ヶ月程度の専門家による実態調査と状況分析が必要であろう。

詳細な技術協力の計画は、上記の(中)長期専門調査員の派遣が可能であれば、その提言に委ねるべきと考えるが、現時点での調査団の見解を以下にまとめる。

調査、視察、パキスタン側との討議、資料検討の結果、可能な計画は以下のようなものである。

(1) SAPに計画されているが、現在、他のドナーやパキスタン政府に計画がない

### 『合併症妊娠と分娩の管理に関する教育的技術協力』

- ① 合併妊娠の管理は、妊産婦死亡を減少させるために必須である。

この適正かつ効果的研修には、「正常妊娠」と「合併症妊娠/妊娠合併症」の経過、「正常分娩」と「異常分娩」および「緊急的重症合併症分娩」など、いくつかの過程を経る必要がある。したがって、可能であれば、既存の施設などで実地のカウンターパートを得て、医師、特に女性医師、看護婦、保健婦およびLHV、CHWの指導者のための訓練課程のカリキュラムや教材を作成する。

- ② 同時に、パキスタン側に、広域の母子保健のボトム・アップを目的とする行政枠を越えた研修生募集が可能な実践的運営委員会を設立することを提言する。

これが不可能なら、技術協力の範囲は限られる。

### (2) 『National Safe-Motherhood Center』構想

上記②が可能であれば、新たに拠点を定めて、『National Center』を建設し、地方の、特に女性でLHVやCHWなどの実地の保健医療従事者に対する指導を行う人材の受け入れを主体とする訓練機関を考える。ただし、これは大学のような教育機関ではなく、あくまで母子保健/医療の実践を通じての訓練の場として位置づける。

パキスタンの母子保健の現状から、真に必要なことは、農村部の母子保健サービス体制を向上させることは自明である。出来る限りの手段、方法を講じて、農村部の女性への接触をはかる必要がある。可能であれば、地域住民の関与を得て、わが国の母子保健の向上に貢献した「母子手帳」や妊婦やその家族を対象とする「母親教室」のような保健衛生教育的協力が好ましいのはいうまでもない。

しかしながら、宗教的伝統的見解から、簡単に同意と協力を得られないのみならず、特に伝統的な農村部では、時には、地域社会への挑戦と受け取られかねない

「家族計画」とも関係のある、また、紛らわしい「母子保健」を住民レベルで実践することを目指すのは非現実的と思われる。

一方、都市部の教育病院などの大型医療施設では、かなりの先進技術の導入も図られており、そのような場所でPHC型技術協力を計画することも非現実的かつ非効果的であろう。

また、前述の問題のすべてを網羅することを意図することは、非現実的であるばかりでなく、技術協力の目的を不明確にしてしまう。

まず実務的、かつ医学的行政的に信頼出来るカウンターパートを選定し、十分、日本側の目的と意向、また、協力可能な範囲と手段の理解において合意した上、段階的発展的プロジェクトを作成する必要があるだろう。



付 録





付録 1 調査日程(1)

パキスタン国人口家族計画基礎調査団

官団員調査日程

平成5年5月21日～6月2日

月	日	曜		
5	21	金	11:00	東京発 PK751
			20:30	イスラマバード着 JICAパキスタン事務所岩崎所員、ICH伊藤リーダーと打合せ
	22	土	08:30	JICA岩崎所員と調査日程打合せ
			20:30	PIMS Prof.Mushtaq Ahmed Khan 宅招宴 小児病院医師、日本人専門家同席
	23	日	09:00	JICA事務所にて調査方針、問題点等について打合せ 岩崎所員、ICH伊藤リーダー、児玉調整員
			11:00	Economic Affairs Division, Ministry of Finance 表敬 Mr.Farhat Hussain, Joint Secretary
			12:00	Ministry of Interior 表敬 Mr.Riaz Ahmed Sipra, Additional Secretary
			14:30	Ministry of Planning and Development 表敬 Mr.Muhammad Shafiquddin, Deputy Chief
			15:15	日本大使館表敬、打合せ 田野井雅彦一等書記官
			19:30	大使公邸 村岡邦男大使主催招宴 阿部忠宏参事官、田野井一等書記官同席
	24	月	09:30	Pakistan Institute of Medical Science (PIMS) 表敬 Dr.Ghayoor H.Ayub, Executive Director Dr.Javed Choudhry, Joint Executive Director ICH伊藤リーダー同席

		Islamabad General Hospital 内産婦人科病棟・外来視察
		11:00 Ministry of Health 表敬 Mr. A. R. Siddiqui, Secretary Mr. Faris Rhaman Khan, Joint Secretary
		13:00 Islamabad Children's Hospital (I C H : 小児病院) 視察 Prof. Mushtaq A. Khan より小児病院およびアウトリーチ活動について説明 伊藤リーダー、清水、児玉専門家同席
		20:00 中村、松山団員イスラマバード着 ( P K 7 5 3 )
		22:30 団内打合せ
2 5	火	08:30 イスラマバード連邦直轄地区内保健医療施設視察 Dr. Mohammad Najeeb Durrani, Assistant District Health Officer, 12:30 田野井一等書記官、Mr. Sohail, JICA Pakistan Office 同行 訪問先 Chirah Basic Health Unit Tarlai Rural Health Center Sihala Rural Health Center Rewat Basic Health Unit (MCH Center併設)
2 6	水	08:30 UNICEF Dr. Jason Weisfeld, Senior Programme Officer ( 米国 C D C より出向 )
		09:45 College of Nursing, PIMS 視察 Mrs. Rubina, Acting Principal (Mrs. Clara Pasha 校長はカナダ出張中)
		10:15 College of Medical Technology 視察 Mrs. Azra Javed, Principal (Dr. Javed Choudhry PIMS Joint Executive Director 夫人)
		11:00 World Bank Ms. Ann Duncan, Chief, Multi-Donor Support Unit, Social Action Programme Ms. Tahseen Sayed, Senior Programme Officer, Multi-Donor Support Unit, SAP

	12:00	USAID Ms. Anne Arnes, Chief, Health, Population and Nutrition Ms. Barbara J. Spaid, Deputy Chief, HPN Dr. Rashna Ravji, Medical Officer, HPN
	12:40	UNFPA Mr. Bal Gopal K.C., Country Director Dr. Sajid, Medical Officer 小池 アフガニスタン事務所長
	14:00	Aga Khan Foundation Dr. Inam Kazmi, Project Advisor (前 Chief of Health Section, Planning and Development Ministry)
	16:30	JICA事務所において団内打合せ
	18:30	岩崎所員、伊藤リーダー、児玉調整員と調査結果打合せ
27 木	10:00	Ministry of Healthにおいて Wrap-up Meeting パキスタン側出席者 Mr. Siddiqui, Secretary of Health Mr. Faris Rhaman Khan, Joint Secretary of Health Mr. Muhammad Jamil Arshad, Research Officer Dr. Ghayoor Ayub, Executive Director, PIMS Dr. Javed Choudhry, Deputy Executive Director, PIMS Dr. Sameer Siddiqi, Assistant Professor, Quaid-e-Azam Post Graduate Medical College, PIMS (世銀 Family Health Project II ドラフト作成者) Mr. M. Shafiquddin, Deputy Chief, Health Section, Ministry of Planning and Development 日本側出席者 基礎調査団 JICAパキスタン事務所員 岩崎 薫 同 Mr. Sohail Ahmed
	12:00	PIMS Dr. Khawaja Abbas の Community Health Project outreach 活動を見学のためモデル村へ行くが、Wrap-up Meeting が長引き予定の時間に遅れたため、すでに活動は終了していた。 JICA新垣次長、Mr. Sohail, OECF大橋所長同行

		15:00	日本大使館 田野井一等書記官報告
		16:00	JICA御手洗所長報告
		19:30	団長主催レセプション (Marriott Hotel Senator Room)
28	金	09:00	イスラマバード発(車両)
		15:00	ベシャワール着 市内見学、Japan-Afgan Medical Service Dr.Sawari および UNICEF Afgan Program Ms.Rubina Khair と夕食
29	土	07:45	Japan-Afgan Medical Center 視察
		09:00	北西辺境州 (NWFP) Department of Health 表敬 Dr.Mohammad Alam, Acting Director-General, Health Services 他 ここからJICA新垣次長同行
		10:10	Jagra Basic Health Unit 視察
		10:40	Pirpli Rural Health Center 視察
		12:00	Azakhel アフガン難民キャンプ内 Basic Health Unit 視察 (Afgan Health and Social Assistance Organization というNGOによって建設されたもの)
		13:00	Tribal Area との州境見学
		15:00	新垣次長帰イスラマバード
30	日	08:30	Department of Health Mr.Sayed Mobashir Shams, Senior Planning Officer, よりNWFP州の保健概況説明
		09:30	Hayat Shaheed Teaching Hospital 視察
		10:30	Civil Quarter MCH Center 視察
		11:20	Maternity Hospital 視察
		12:00	Public Health School for Lady Health Visitor および付属の Public Health Center for Women 視察

			14:30	中村、松山団員イスラマバードへ
			20:30	イスラマバード発 PK 3 5 1
			22:30	カラチ着
3	1	月	08:45	Aga Khan University Medical Center 視察 I C H 伊藤リーダー、清水専門家同行 Mr.Nasir Pirani, Director, Resource Development and Public Affairs Dr.Fasia Qureshi, Pediatrician
6	1	火		資料整理
	2	水	02:50	カラチ発 TG 5 0 8
			09:45	バンコク着
			11:00	バンコク発 TG 6 4 0
			19:00	成田着

付録 1 調査日程(2)

パキスタン国人口家族計画基礎調査団  
 コンサルタント団員調査日程  
 平成5年5月24日～6月20日

月	日	曜		
5	24	月	11:55	東京発 PK753
			20:00	イスラマバード着
			22:30	団内打合せ
	25	火		官団員と同一行程
6	30	日	14:30	移動 ペシャワール → イスラマバード
			31	月
	1	火		JICAパキスタン事務所にて資料整理
6	4	金		Ministry of Planning & Development, Dr. M. Bashirul Haq, Chief (Health) Ex-World Bank, Health & Population Project Advisor
			5	土
	6	日		UNICEF Ms. Zubeda Katoon, Program Officer for Safe Motherhood
				Ministry of Health, Dr. Talat Rizui, Asst. Director General of Health (Basic Health Services)
7	月		ODA (Overseas Development Administration of UK) Ms. Carole Rresern, Country Advisor Ms. Roohi Shoaib, Program Officer	

8	火	<p>USAID Ms. Anne H. Aarnes, Chief Health, Population &amp; Nutrition</p> <p>FBS (Federal Bureau of Statistics) Dr. Noor Mohammed Lariq, Deputy Director General Mr. Chaudhary Atta Muhammad, Director</p> <p>Ministry of Health, Bio Statistics Sec. Mr. Sheikh Nazir, Chief Statistical Officer</p> <p>Delegation of the Commission of the European Communities Mr. Anthony W. Kirk, Counsellor</p> <p>CIDA (Canadian International Development Agency) Ms. Wendolyn Miller, First Secretary (Development)</p>
9	水	<p>ラホールへ移動 P K 6 1 1</p> <p>Allame Iqbal Medical College, Dept. of Community Health Dr. Chaudhry Muhammad Ashraf Hanja, Assit. Prof.</p> <p>Maternal and Child Welfare Association of Pakistan Dr. Shela, Medical Director 及び スラム地域活動視察</p>
10	木	<p>J I C A パキスタン事務所 Mr. Sohail Ahmad氏同行 パンジャブ州地域医療機材供与プロジェクト配備状況視察</p> <p>Health Dept. of Punjab Dr. Riaz Mustafa Syed, DGHS Punjab Mr. Sohail Ahmed, Additional Secretary</p> <p>Planning &amp; Development Mr. Ishaq, Senior Chief (Health)</p> <p>訪問先 RHC, Raiwind BHU, Ali Plaza Abad</p> <p>Public Health Nursing School Dr. Shamim Majeed, Principal</p>

		Family Planning Association of Pakistan Prof. Laeeq Ahmad Dr. Najmi Shamim
1 1	金	カラチへ移動 P K 3 0 3
1 2	土	I C H 伊藤リーダー同行 Health Dept. of Sindh Mr. Sajan Memon, DGHS Dr. Nisar Ahmad Siddiqui, Additional Secretary (Tech). Planning & Development Mr. Mohammad Umar Kazi, Chief (Health)  Thatta Project Site 訪問 Dr. Jhaman Das, District Health Officer Dr. Aftab Ahmed Jokhio, Asst. DHO Dr. Naseer M. Nizamani, Aga Khan Univ. ・ BHU, Dhabeji, Dr. Sultan A. Shaikh ・ Village Hashim Voluntary Health Workerの活動視察 ・ MCH Center, Gharo, Dr. Suleman Shah ・ Village Hassan Khaskheil
1 3	日	Population Welfare Dept. of Sindh Dr. Sabina Farhat  Regional Training Institute, Karachi Dr. Kursheed Sheikh, Principal Ms. Tahat Nisar, Asst. Principal  Directorate of Clinical Training, Karachi Dr. Rezik Kazim Ali, Director Dr. Birbud Danwan, Asst. Director  Aga Khan University, Community Health Dept. Thatta Project Team
1 4	月	イスラマバードへ移動 P K 3 6 8



15	火		<p>Dept. of Health, イスラマバード  Dr. M. Azhar Khan, DHO  Dr. Mohammad Najeeb Durrani, Asst. DHO</p> <p>Population Council  Mr. George Cernada, Representative  Mr. A.K. Ubaidur Rob, Associate</p>
16	水		<p>Ministry of Population Welfare  Dr. Safia Amin, Director (Technical)</p> <p>National Institute of Population Studies  Mr. Mehboob Sultan, Fellow</p> <p>ADB  Ms. Samia Mufti Abbas</p>
17	木		<p>日本大使館 田野井一等書記官報告</p> <p>J I C A 御手洗所長報告</p>
18	金		<p>ADB  Mr. Paul L. Chang, Education Specialist  Mr. Wan Azmin Bin Wan Ahmad, Health Specialist  at Marriott Hotel</p>
19	土		<p>Ministry of Health  Mr. Faris Rahman, Joint Secretaryへ報告  Economic Affair Division  Mr. Farhat Hussain, Joint Secretaryへ報告  以上、J I C A 事務所岩崎事務所員同行</p>
20	日	7:25 22:00	<p>イスラマバード発 P K 7 5 2  成田着</p>

(UNICEF)

1. Government of Pakistan and Unicef Country Programme of Cooperation (1992-1996) - Master Plan of Operation
2. Annual Report 1992
3. Situation Analysis of Children & Women in Pakistan 1992
4. Situation Analysis of Children and Women in NWFP
5. Program Progress Report 1992
6. REPORT OF KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICE OF FAMILY PLANNING IN MEDICAL STUDENTS June 1992
7. Trainer's Guide (draft) Traditional Birth Attendant Training Programme (UNICEF) (copy)

(WORLD BANK)

1. Social Action Programme (SAP), Population Sector, Donor Task Force Guideline (コピー)
2. Pakistan Social Action Programme Revised Provincial Implementation Plans: Draft Summary of Key Reforms (May 1993)
3. Pakistan Social Action Programme Project, Aide-memoire of World bank / Multi-donor, Preparation mission (March/April 1993)
4. Staff Appraisal Report Pakistan Family Health Project April 12, 1991
5. Staff Appraisal Report Pakistan Second Family Health Project Jan 25, 1993

(FEDERAL BUREAU OF STATISTICS)

1. Women and Men in Pakistan (A Statistical Profile) 1992
2. Monthly Statistical Bulletin March 1993
3. Census of Health Facilities (Private Sector) Final Report Main Findings Mar. 1992
4. Census of Health Facilities (Private Sector) Final Report Executive Summary Mar. 1992
5. ATLAS OF HEALTH ESTABLISHMENTS IN PAKISTAN (PRIVATE SECTOR) Mar. 1992
6. Pakistan Statistical Yearbook 1991

(UNFPA)

"Multi-Sectoral Review of the Population Welfare Programme of Pakistan, 1991"

1. Population Policy Data Analysis and Research (No. 1)
2. FP/MCH Service Delivery (No. 2)
3. Training and Manpower Development (No. 3)
4. Management Information System of Family Planning Services (No. 4)
5. Logistics and Contraceptives Management (No. 5)
6. Population Education (No. 6)
7. Population Programme Through NGOs / Private Sector (No. 9)
8. 1992 Annual Report of UNFPA Programme in Pakistan
9. Pakistan Country Programme

(PLANNING COMMISSION)

1. Pakistan National Programme of Action for the Goals for Children and Development in the 1990s
2. Portfolio of AID-Worthy Projects for the Pakistan Consortium
3. Report of the Committee on Health and Nutrition; Eighth Five Year Plan (1993-98)
4. Social Action Programme Report to the Pakistan Consortium (print)
5. Social Action Programme 1992-95

(PLANNING AND DEVELOPMENT DIVISION)

1. Evaluation of Training of Traditional Birth Attendants (DAIS) in Pakistan (print)
2. Evaluation of the Rural Health Programme in Pakistan (print)

(PIMS)

1. Quaid-i-Azam Postgraduate Medical College Prospectus
2. Rural Child Survival Project
3. Prospects, College of Medical Technology

(CIDA)

1. CANADA FUND FOR LOCAL INITIATIVES
2. Social Action Programme Report to the Pakistan Consortium
3. Counselling about Family Planning Urdu
4. Assessment of Village Health Committees of the Child Survival and Development Pilot Project Health Department, Government of Sindh UNICEF/CIDA-Assisted TBA Training Program

(PLANNING COMMISSION)

1. REVIEW OF RESEARCH AND EVALUATION INSTRUMENTS ON BELIEFS AND PRACTICES SURROUNDING BIRTH IN PAKISTAN FEB. 25, 1993
2. GENDER ASSESSMENT OF SOCIAL ACTION PROGRAMME (DOCUMENTS) NOV. 1992

(SINDH)

1. ASSESSMENT PILOT PROJECT HEALTH DEPARTMENT, GOVERNMENT OF SINDH UNICEF/CIDA-ASSISTED TBA TRAINING PROGRAM DEC. 31, 1992
2. FAMILY PLANNING INPUTS INTO HEALTH DEPARTMENT (SINDH)
3. Maternity Service in Sindh, (Health Dept. of Sindh)
4. THATTA DISTRICT HEALTH SYSTEMS RESEARCH PROJECT
  - Department of Health, Sindh
  - The Aga Khan University, Karachi
  - Int'l Development Research Center, CANADA
5. Instruction Manual for Family Welfare Centre Staff (Population Welfare Dept. of Sindh)

(PUNJAB)

1. Punjab HEALTH BULLETIN 1992
2. ODA-PAKISTAN POPULATION PROGRAMME FAMILY PLANNING OUTREACH IN PAKISTAN DISTRICT WELFARE ACTIVITIES EVALUATION SEP. 1992
3. OPERATIONAL MANUAL FAMILY PLANNING INPUTS INTO THE HEALTH PROGRAMME (Ministry of Population and Welfare) (copy)
4. Impact Evaluation of TBA Training Programme in Punjab
5. Project Launch Workshop; Second Family Health Project, Punjab (Project brief)

(N. W. F. P. )

1. N.W.F.P. Development Statistics, (Planning and Development Dept. of N.W.F.P.)
2. Eight Monthly Review Report of FATA A.D.P., 1992-93 (print)

(POPULATION COUNCIL)

1. Pakistan's fertility and family planning: future directions (Print)
2. Operations Research and Technical Assistance to Improve Family Planning Services
3. A SITUATION ANALYSIS OF FAMILY WELFARE CENTERS IN PAKISTAN (print)
4. The Population Council At Forty Years
5. FINDINGS FROM BASE LINE SURVEY OF VILLAGE-BASED FAMILY PLANNING WORKERS (MAY 24, 1993) (Print)
6. 40th Anniversary Celebration 1952-1992
7. Handbook for Family Planning Operations Research Design
8. Ongoing Operations Research and Technical Assistance Estimated Costs: 1 July - 31 December 1993 (print)
9. Operations Research and Technical Assistance: Pakistan (print)

(MINISTRY OF POPULATION WELFARE)

1. FUNCTIONS RESOURCES AND MANAGEMENT OF FAMILY WELFARE CENTRES (a manual of guidelines for implementation) Jan. 1991
2. Foreign Assistance Requirements (for Pakistan's Population Welfare Programme during the eighth Five Year Plan) 1993-1998

(NIPS)

1. COST EFFECTIVENESS STUDY OF THE FAMILY PLANNING COMPONENT OF THE POPULATION WELFARE PROGRAMME A DISTRICT LEVEL STUDY
2. FUNCTIONAL TASK ANALYSIS OF FAMILY WELFARE CENTRES (FWCs) A DISTRICT LEVEL STUDY
3. Pakistan Demographic and Health Survey 1990/1991
4. Pakistan Demographic and Health Survey 1990/1991 Preliminary Report
5. National Institute of Population Studies

(MINISTRY OF HEALTH)

1. National Programme for the Control of Acute Respiratory Infections in Pakistan 1990 Federal ARI cell, Ministry of Health
2. Integrated Child Survival Training Course for Paramedics of First Level Care Faculties Trainer's Manual (Draft) Apr. 1993, MOH
3. Annual Report of the Director General Health July 1990-June 1991 (MOH, Health Div.) (print)

(OTHERS)

1. Traditional Birth Attendants; A Joint WHO/UNFPA Statement 1992
2. Diarrhoea; It's management and prevention Rural Child Survival Project (ICT) Urdu
3. Manual for Community Health Worker Rural Child Survival Project (ICT) Urdu
4. Children by Choice not Chance (Overseas Development Administration)
5. Pakistan Facts & Figures (UN System in Pakistan)
6. Integrated Child Survival Training Course  
• For Medical Officers of First Level Care Facilities

- Trainer's Manual
- Participant's Manual
  - Nutrition training for Primary Health Care Workers
- Trainer's Manual
- Participant's Manual
  - Module on Training Methodology (MOH)
  - Instruction Manual for First Level Care Facility Staff (MOH)
- 7. Text book for family welfare workers (Population Welfare Div. Islamabad)
- 8. Managing Quality of Care in Population Programs
- 9. PROSPECTUS OF THE PUBLIC HEALTH NURSING SCHOOL LAHORE FOR THE YEAR 1993-94
- 10. MEDICAL AUDIT AND PEER REVIEW AS TOOLS FOR PROMOTING EFFICIENCY A Case Study in MCH-FP Setting Lahore, (MCWAP)
- 11. Economic Survey 1991-92 (Finance Div.)





JICA