

ネパール王国
プライマリーヘルスケアプロジェクト
巡回指導調査団報告書

平成8年12月

国際協力事業団
医療協力部

序 文

ネパール王国プライマリーヘルスケアプロジェクトは、平成5年4月から5年間の協力期間において、ネパール王国中央地域のバクタプール郡およびヌワコット郡をモデル地域としてプライマリーヘルスケアサービスを強化することにより、地域住民の健康状態を改善することを目的として協力が開始されました。

このたび、協力開始後3年あまりの時点でこれまでの活動内容を確認し、本プロジェクトにかかわる専門家とカウンターパートに必要な助言を提供し、また本プロジェクト当初の目標を達成するために必要な事項をネパール王国関係者と協議するため、国際協力事業団は、平成8年9月6日から9月17日までの日程で埼玉県副知事坂東眞理子氏を顧問、同県衛生部部長土居眞氏を団長として、巡回指導調査団を派遣しました。

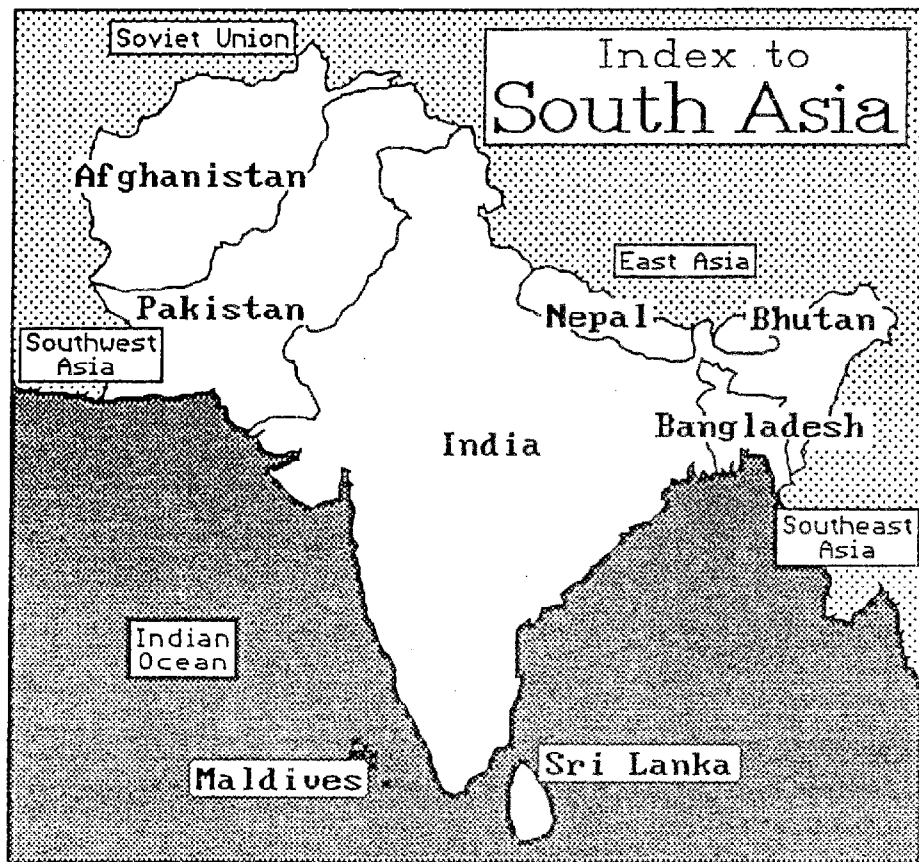
本報告書は、上記調査団の調査結果を取りまとめたものです。ここに本調査にご協力を賜りました関係各位に深甚なる感謝の意を表しますとともに、本プロジェクトの実施運営に対しまして、さらなるご指導、ご鞭撻をお願い申し上げます。

平成8年12月

国際協力事業団

医療協力部長 吉田哲彦

地図：ネパール王国位置図



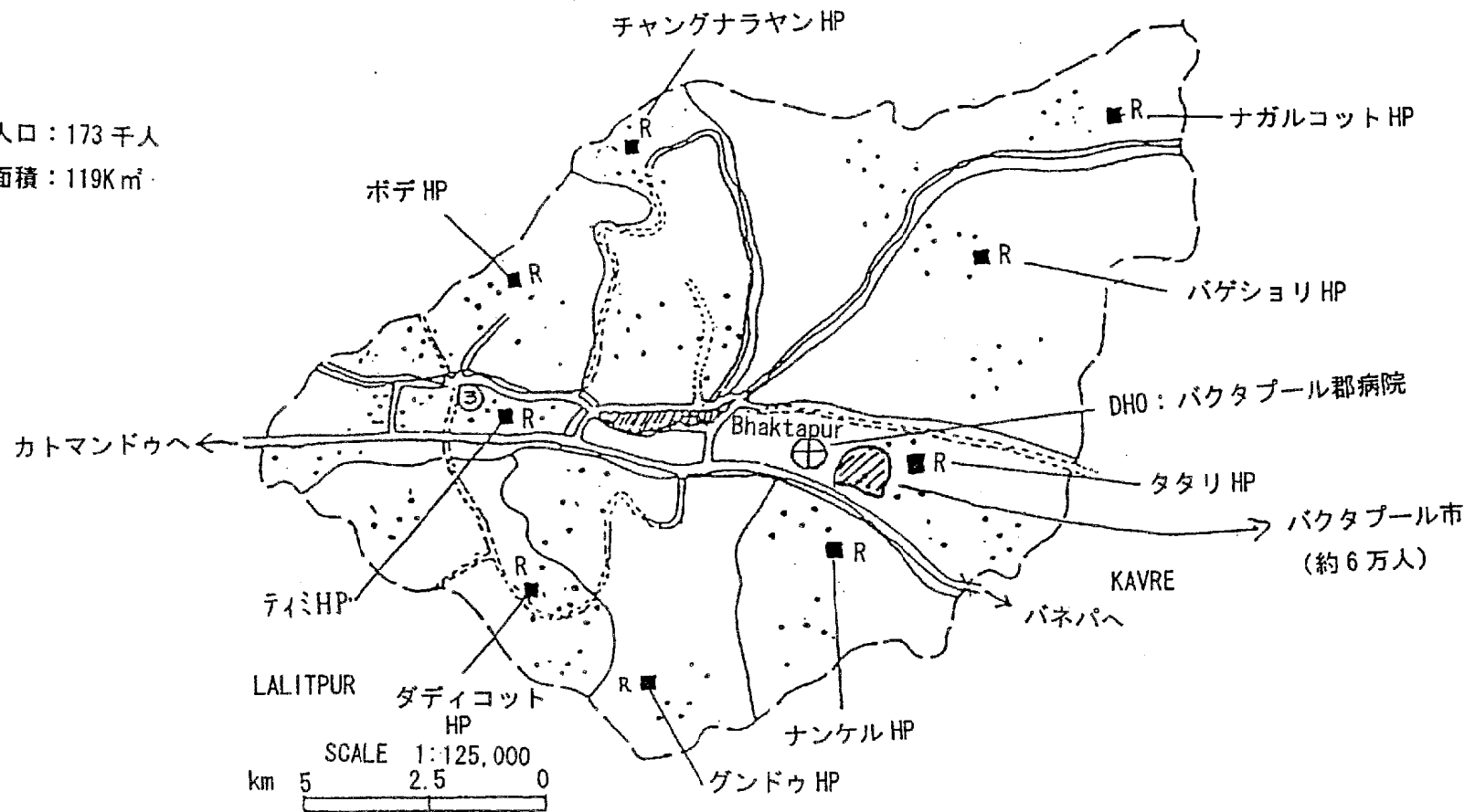
〔プロジェクトの活動場所〕



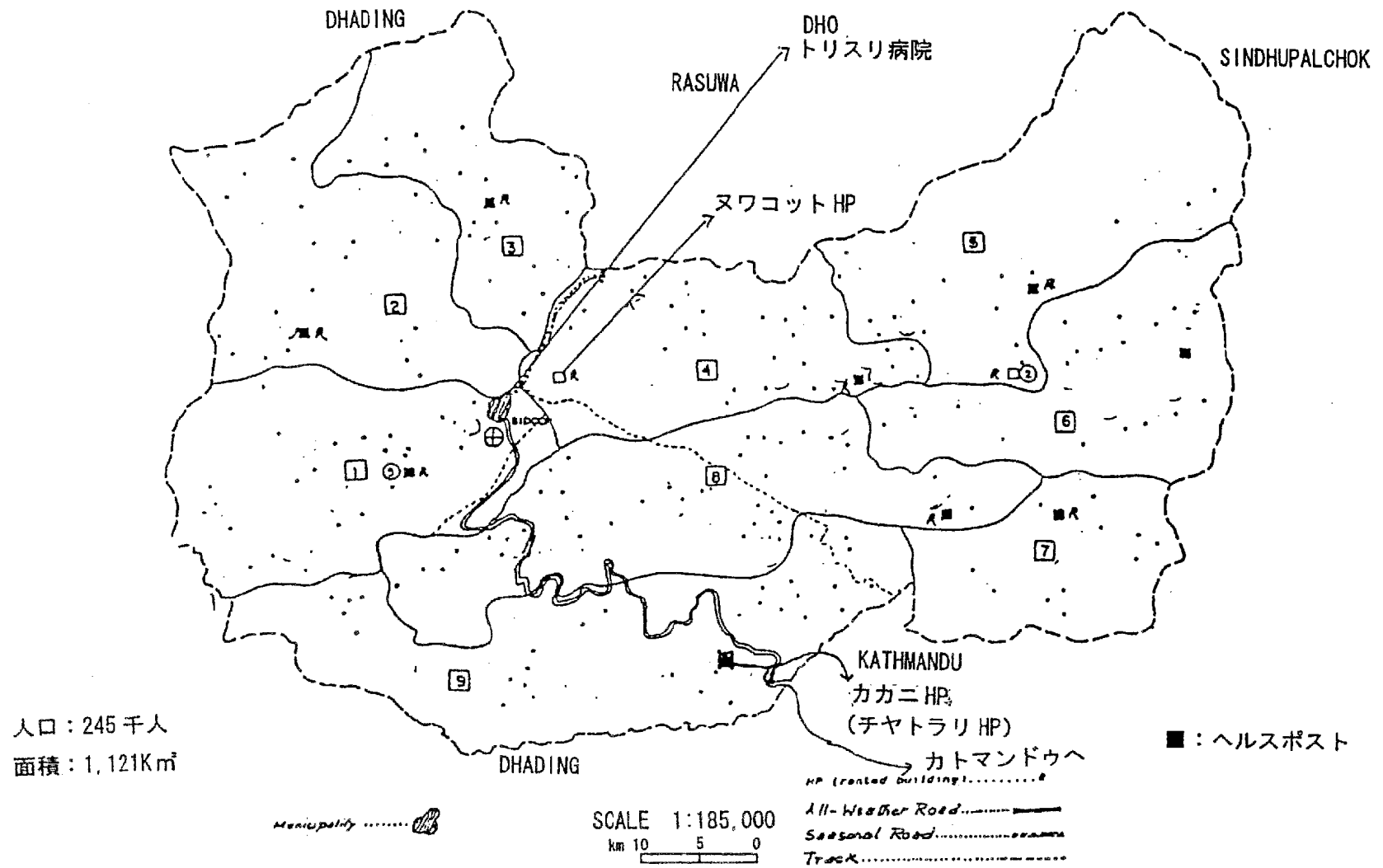
バクタプール郡

人口：173 千人

面積：119K m^2



ヌワコット郡



目 次

序 文

地 図

1. 巡回指導調査団派遣	1
1－1 調査団派遣の経緯と目的	1
1－2 調査団の構成	1
1－3 調査日程	2
1－4 主要面談者	2
2. 要 約	4
3. プロジェクト活動調査報告	6
3－1 プロジェクト全般の問題と対策	6
3－2 ドラッグスキームの実施状況	8
3－3 住民参加と持続性を確保するための行政組織のあり方について	13
4. ミニッツ協議	25
4－1 概 要	25
4－2 ミニッツの内容	26
5. 提 言	33

附属資料

① ミニッツ	37
② ネパール国プライマリーヘルスケアプロジェクト活動要約 (プロジェクトチーム作成資料)	52
③ 合同調整委員会次第および出席者	58

1. 巡回指導調査団派遣

1-1 調査団派遣の経緯と目的

ネパール王国(以下、「ネパール」と記す)政府および保健省は、1991年に策定した国家保健政策に基づき、1992年、プライマリーヘルスケア(PHC)システム拡充計画を取りまとめ、ネパールにおけるPHCのベースアップの一環として、首都カトマンドゥに隣接するバクタプール郡、ヌワコット郡におけるPHCレベルの向上を目的としたプロジェクト方式技術協力の実施をわが国に対して要請してきた。

この要請を受け、わが国は1992年6月に事前調査団、さらにその調査結果を踏まえて同年12月に実施協議調査団を派遣し、同国保健省との間で討議議事録(R/D)の署名・交換を行い、1993年4月より5年間の予定で本プロジェクトが開始された。

今般、プロジェクト開始後3年が経過したことから、これまでの協力内容を検討し、プロジェクト終了時までの投入計画と期待される成果を明確にすることを目的として、本調査を実施するものである。

1-2 調査団の構成

担 当	氏 名	所 属
顧問	坂東眞理子	埼玉県副知事
団長 総 括	土居 眞	埼玉県衛生部部長
団員 公衆衛生	羽賀 道信	埼玉県衛生研究所所長
団員 栄養改善	足立 己幸	女子栄養大学栄養学部教授
団員 技術協力	榊原 洋一	東京大学医学部講師
団員 衛生行政	島崎 博男	埼玉県衛生部衛生総務課専門調査員
団員 自治体協力	坂下 正道	埼玉県衛生部衛生総務課主任
団員 協力計画	八重樫成寛	国際協力事業団医療協力部医療協力第一課課長代理

1-3 調査日程

日順	月 日	曜日	移動および業務
1	9月 6日	金	移動 成田→バンコク (TG-641)
2	9月 7日	土	移動 バンコク→カトマンドゥ (TG-311)
3	9月 8日	日	プロジェクトチームとの打合せ (JICA ネパール事務所長同席)、 中央地域保健局長、保健大臣、保健省次官表敬
4	9月 9日	月	バクタプール郡フィールド調査、在ネパール日本国大使館表敬、 JICA ネパール事務所表敬
5	9月10日	火	プロジェクトチームとの打合せ、合同調整委員会
6	9月11日	水	ヌワコット郡フィールド調査
7	9月12日	木	プロジェクトチームとの打合せ 顧問 移動 カトマンドゥ→バンコク (TG-312)
8	9月13日	金	書類整理 (共産党ストライキによる待機)
9	9月14日	土	書類整理
10	9月15日	日	保健省次官との協議、プロジェクトチームとの打合せ
11	9月16日	月	ミニッツ署名・交換 移動 カトマンドゥ→バンコク (TG-312)
12	9月17日	火	移動 バンコク→成田 (TG-640)

1-4 主要面談者

(1) ネパール側関係者

1) 保健省 (Ministry of Health)

Mr. Arjun Narshing Khatri Chettri	Minister
Mr. Ghananath Oja	Secretary
Dr. B.D.Chataut	Chief, Policy, Planning, Foreign Aid and Monitoring Division
Dr. Kalyan Raj Pandey	Director General, Department of Health Services
Mr. Joti Raj Shrestha	Under Secretary, Planning, Foreign Aid and Monitoring Division

2) 中央地域保健局 (Central Region Health Directorate)

Dr. Shiva Shankr Jha	Director
Ms. Maya Shrestha	Senior Public Health Officer
Mr. Durga Gurung	Senior Public Health Officer
Mr. Prem Lal Shrestha	Logistics Management Officer
Ms. Sahana Tuladhar	Assistant Statistician

3) バクタプール郡保健事務所 (Bhaktapur District Health Office)

Mr. Bhanu Bhakta Raya	Chief Officer
-----------------------	---------------

- 4) バクタプール郡病院(Bhaktapur District Hospital)
- | | |
|------------------------|-------------------|
| Dr. Mahodadhi Shrestha | Director |
| Dr. Lalita Tandukar | Former Director |
| Dr. Sudha Khakurel | General Physician |
| Ms. Durga Sharma | Matron |
- 5) スワコット郡保健事務所(Nuwakot District Health Office)
- | | |
|------------------------|---------------|
| Dr. Keshab Raj Dungana | Chief Officer |
|------------------------|---------------|
- 6) カカニ・プライマリーヘルスセンター(Kakani Primary Health Center)
- | | |
|--------------------------|------------------|
| Dr. Ajit Singh Rayamajhi | Director |
| Mr. Harihar Sharma | Health Assistant |
| Ms. Uma Kusneli | Staff Nurse |
- 7) ナガルコット・ヘルスポスト(Nagalkot Health Post)
- | | |
|----------------------------|-----------|
| Mr. Ram Krishna Prajatpati | In-charge |
|----------------------------|-----------|

(2) 日本側関係者

1) 在ネパール日本国大使館

菊地 法純	参事官
大西 英之	二等書記官

2) JICAネパール事務所

渡辺 正夫	所長
加藤 高史	次長
大野 ゆかり	所員
福島 信子	JOCV隊員

3) PHCプロジェクトチーム

大村 外志隆	プロジェクトリーダー
野田 修治	調整員
古川 俊雄	長期専門家(健康教育)
福島 和之	長期専門家(薬品管理)
浅井 澄代	長期専門家(公衆衛生看護)
大橋 博文	短期専門家(小児科)
斉藤 幸子	短期専門家(栄養指導)

2. 要 約

当プロジェクトは本年で4年目を迎えるに至った。本年度の巡回指導調査団の調査内容、項目は以下のとおりである。

- (1) 病院、保健医療施設の機能
- (2) カカニ・プライマリーヘルス(PH)センターの活動状況(医師、運営管理指針等)
- (3) ドラッグスキームの実施状況
- (4) 人材教育の実施状況
- (5) 供与機材の利用状況
- (6) その他プロジェクトの技術上および運営上の問題点

調査の結果、本プロジェクトは各専門家の努力により着実に前進しており、状況はおおむね良好であることが確認された。しかしながら、ネパール側の投入に限界があるため、プロジェクトチームの苦労が多大であることも判明した。

本プロジェクトの基盤整備費により建設し、1995年11月にオープンしたカカニPHセンターに関しては、裏山の土砂崩れが本年の雨期の期間にさらに進行しており、放置しておくのは危険な状況である。また、裏山からの排水が同センターの敷地を浸食しており、この点についても何らかの対策を講じる必要がある。

また、プロジェクト対象地域内のヘルスポスト(HP)の整備等については、日本側の投入予算にも限界があるため、残る協力期間中にどこまで対応できるのか検討を加える必要がある。

なお、本調査団で検討された問題点および対応策は次表のとおりである。

表 2-1 巡回指導調査団で検討された問題点

	問 題 点	対 応 策
プロジェクト全般	〔ネパール政府側の保健政策の基本方針について〕 バクタプール郡・ヌワコット郡の両モデル地区で行われている本プロジェクト活動はモデル事業である。この事業の成果を評価し、他の地域に広げることは、ネパール政府の責任で行われなければならない。 しかし、ネパール政府がどのように本プロジェクトを評価しているか明確ではない。	〔運営委員会の設置〕 日本・ネパール双方で継続的な協議を続けるために運営委員会の設置をする。 委員会の目的は以下の3点である。 ・プロジェクト推進上の問題点の協議 ・プロジェクトの成果の評価方法の協議 ・プロジェクト終了後、ネパール政府が独力でプロジェクトの成果を発展させていく方法の協議
	〔ネパール政府職員の異動について〕 1995 年度のカウンターパート研修を受けたバクタプール郡病院の医師が、突然異動となった。このような異動は、プロジェクトの中心人物を失う形となり、非常に好ましくないことである。	
	〔ネパール側が負担する経費の支払いについて〕 カカニ PH センターの電気代・水道代等については、ネパール政府が負担すべきであるが、これが支払われていない。	
	〔各保健施設への職員の配置について〕 HP といった保健医療施設の人員配置が適切に行われていないため、長期にわたり欠員が生じている。	
カカニ PH センター	〔PH センター職員の研修制度について〕 センターにある、保育器、オートクレーブ、吸引器等が使用できる職員が少ないので、バクタプール郡病院で職員の研修を引き受けてほしい。	派遣専門家も協力し、実現の方向で努力することとなった。後日、同郡病院長にこの件について非公式に打診したところ、特に問題がないとの回答を得た。特に実現に向けて大きな障害は見あたらない。
	〔水源の確保について〕 現在水源は、付近の村落から、暫定的に分けてもらっている状況である。恒久的な水源を確保していく必要がある。 また、水質が悪く、原虫に汚染されているためにこの点についても対策が必要である。	水源については、センター、保健省、JICA 等関係機関間での協議が整いつつあるので、その結果を待ちたい。 水質については、塩素消毒が効果的でないため引き続き対応策を協議する。
バクタプール郡病院	〔水源の確保について〕 乾期には水が不足している。水源の確保が問題である。 〔救急救命室の整備〕 救急救命室の整備をしたいので、ベッド、酸素ボンベ、吸引器が必要である。 〔人材不足および資金不足〕 外科医がパートタイマーであり、週 3 回しか手術ができない。また、慢性的な資金不足に悩んでいる。特に機材の維持費が不足している。 〔建物の改築〕 病院の使い勝手が悪いので建て替えたい。	水源の確保および必要最小限の機材供与については、できる限り協力したい。 しかし、機材の必要性を考える前にまず、郡病院がどの程度の医療サービスを住民に与える必要があるのかといった点を明確にするべきである。 また、病院自身で病院運営の改善案を作成し、主体的に問題解決に取り組むべきである。

3. プロジェクト活動調査報告

3-1 プロジェクト全般の問題と対策

プロジェクト全般の問題と対策を短期間の調査、視察の結果から導き出すことは不可能である。しかし、本プロジェクトは、JICAが資金を、地方自治体(埼玉県)が人材を派遣する、という他に例をみないユニークな方式であり、今後同様の方式でのプロジェクトが形成されることもあると思われる。

(1) 本プロジェクトの利点

1) プロジェクト関係者が、本プロジェクトの完遂に向けて使命感をもっていること。

これまでのチームリーダーや、長期専門家の報告書には、このプロジェクトへの「思い入れ」といってよいほど愛着心がにじみでている。そこには2つの理由があると思われる。ひとつは、日本での自分の職場への帰属意識が、本プロジェクトではそのままネパールに平行移動していることであろう。異業種の人間が短期間、異文化の環境で一緒に働くことになり、プロジェクト職員間の関係はいつも円滑にいくとは限らない。チームリーダーは、プロジェクト職員間のコーディネーター役であるが、リーダーシップを十分発揮できるとは限らない。その点、本プロジェクト終了後も、その人間関係が持続していくという前提があり、チームリーダーがリーダーシップを発揮できる基盤がある。もうひとつの理由は、プロジェクト終了後の復職に関する不安がないことであろう。まだ、国際医療協力の人材は乏しく、普段は一般医療機関や一般企業に勤務している人も多い。このようなバックグラウンドをもつプロジェクト・スタッフにとって、プロジェクト終了後の復職は大きな問題である。たとえば医師の場合、復職自体は可能でも、複雑な年功序列と経験主義が生きている職種であるために、長期専門家を引き受けられる人は数少ない。本プロジェクトでは、医師も含め、現在の職場からの派遣という形をとっており、スタッフが将来に対する不安を抱かずに業務に専心することが可能になっている。

2) 保健医療行政実務の専門家が多く、強力な執行能力を有すること。

プロジェクト方式技術協力の性質とJICAの体制上、プロジェクト・スタッフは、比較的人材の余剰がある大学や研究所などの学際的な機関から多く選出されていた。学際的な立場からするプロジェクトは、調査が主体となる傾向をもってしまい、人的なコミットメントを要するプログラムの執行はカウンターパート任せとなることもあった。本プロジェクトは、執行型のプロジェクトとも呼び得る特徴をもち、短期間で実績をあげることができた。

3) 地方自治体での経験が、そのまま生かせること。

埼玉県でPHCを長年担ってきたプロジェクト・スタッフが、そのノウハウを生かしなが

ら、プロジェクトにかかわることが可能である。日本とネパールでは、社会のインフラストラクチャーに大きな差があるが、民族的、宗教的、文化的に共通点を有し、埼玉県での経験を直接ネパールで応用できる。また、埼玉県衛生部という地域医療行政の専門家集団が後方に控えており、専門的な知識等について強力なバックアップを受けることが可能である。

4) 自分の帰属団体からの、強力なサポートがあること。

埼玉県のフィランソロピー事業の一端を担いながら、国際医療協力を行うという形式をとっているため、プロジェクト・スタッフは、2重の動機づけのもとで、業務の執行を行うことが可能である。このことは、複雑な国際関係のなかでプロジェクトを遂行することによる精神的ストレスに対する抵抗力を強化している。

(2) プロジェクトの問題点と課題

プロジェクトの利点は、そのまま問題点にもなり得る。現実には起こっている問題と、将来への課題について以下に述べる。

1) 強力なプロジェクト地域へのコミットメントにより、地域住民の自立が遅れる可能性がある。

本プロジェクトの長所である、プロジェクト・スタッフの強い使命感によって支えられた活動は、プロジェクト終了後に、そのような外的な動機づけを失う可能性がある。カウンターパートであるネパール保健省は、人材不足と頻繁な人事異動のために、これまでのプロジェクト・スタッフの役割を踏襲することには困難がある。

さらに、JICAによる物質や金銭によるインセンティブの創出も、ハンドオーバー後は困難になる。プロジェクトがここまで遂行してきた事業、体制がself-sustainableかどうか、厳密に検証する必要がある。

2) 内部での批判的な意見交換が困難な場面があり得る。

日本での職場がそのまま平行移動していることは、業務の執行のうえではやりやすいことも多いが、逆に自由に批判しあうことが難しく、プロジェクトの成果の客観的な判断を曇らせる可能性がある。特に、長所として述べた、本プロジェクトに対する「思い入れ」に近い感情は、客観的な批判と相入れない。

3) 一部に専門家としての経験が生かせない人員配置が起こり得る。

医療プロジェクトであるために、医療専門家としての医師の参加は、本プロジェクトには必須であろう。長期専門家と比べ、短期専門家として3カ月ずつ派遣されている医師は、以下に述べるような理由で、必ずしも適正に配置されているとはいえない。

まず第一に、ほとんどの医師は、県立の小児専門病院の専門医であり、国際医療協力の経験はほとんどない。また、専門医であるために、プロジェクト地域で最も大きな問題になっ

ている疾患や公衆衛生的な問題点に対して、必ずしも適切な助言ができるとは限らない。

第二に赴任期間が3カ月と短いために、実際のプロジェクトの概要を把握するとすぐに帰国しなければならない。

第三に、医師であるために、本プロジェクト全般にかかる助言と指導が期待されているが、実際の経験、知識不足、そして短期間の滞在という条件が重なるために、長期専門家やリーダーとパースペクティブを共有できずに帰国することも起こり得る。

- 4) ネパール全体へのプロジェクトの波及という点で、地方自治体での経験は必ずしも十分ではない。

地域保健に関するノウハウは十分であるが、全国規模でそのプロジェクトを拡大する際のノウハウや、多数の国際的なドナーによる共同事業などの経験は少ない。実際に、プロジェクト地域における、他の国際的ドナー(UNICEF、WHO、世界銀行など)との協力があまりないように思われた。これは、むしろ、JICAのやるべき仕事であると思われる。

3-2 ドラッグスキームの実施状況

ドラッグスキームの実施状況と問題点について、以下の順に検討を加える。

- (1) ドラッグスキーム導入の妥当性
- (2) ドラッグスキーム導入の現状
- (3) 各HPにおけるドラッグスキームの実際
- (4) 問題点

- (1) ドラッグスキーム導入の妥当性

当プロジェクトの目的は、バクタプール郡とヌワコット郡の2モデル地域におけるPHCの強化を図ることである。そのために掲げられた上位目標は、

- ① 保健情報システムの整備
- ② 住民参加型の地域保健計画促進
- ③ 住民の保健サービスへのアクセスの強化
- ④ 病院、保健施設の連携強化

であった。ここでは、この上位目標との関係においてドラッグスキーム導入の妥当性について考えたい。

ネパールにおける国民への医療サービス提供の場は、HPと病院である。特にHPは、ネパールにおける保健医療サービス供給体制の最も重要な窓口である。ネパール政府は全国的に最終的には1,800のHPを配置、整備する計画をもっており、第8次5カ年計画(1990～1997年)で掲げた11項目の上位到達目標の第1項目が「HPおよびPHセンターを整備し、第一次医療サー

ビス(=PHC)の充実を図る」であることから、その重要性がわかる。病院は、現在のところ、ネパール全体の医療サービスにおいて、量的には大きな役割をもち得ていない。その理由としては、医師数の絶対的な不足(人口1,800万人に医師総数1,200人)、医療資源不足と道路と公共交通システムの不備などがあげられる。

ネパールにおいて、地域医療サービスの主たる流れは、このようにHPを介している。PHC改善強化をめざす本プロジェクトの主な活動の場がHPになったのは、必然的なことであった。

プロジェクトのベースラインサーベイの結果、このHPでのPHCサービスの実態が明らかになってきたが、政府から各HPに供給(無償)される必須医薬品の使用のされ方に大きな問題があることが、直ちに明らかになった。政府から各HPに年2回に分けて必須医薬品が1,000米ドル相当供与されるが、

- ① 無償で地域住民に供与されると、数カ月でなくなってしまう。
- ② 必ずしもその地域で必要とされている薬品が供給されるわけではない。

HPで供給される医療サービスの大きな部分を占める薬剤による治療が、以上のような理由で十分に行われないことは、プロジェクト上位目標の②および③の達成にとって大きな障害になることは明らかであった。

HPの機能を改善し、また地域住民のHPでのアクセスを向上させるための方法として本プロジェクトが採用したのが、「ドラッグスキーム」の導入であった。これは、基本的には、1987年にアフリカのマリ共和国の首都バマコで採択された、保健医療予算が不十分な発展途上国における基本的医療サービス確保のための方策である「バマコ・イニシアティブ」が提唱する方式と同等である。また、ネパール保健省も1994年にCommunity Drug Programと呼ぶ、薬剤供給に関する基本方針を発表しているが、その骨子は、

- ① 住民参加によって保健施設における基礎薬剤を年間を通じて確保する。
- ② 処方内容を標準化する。
- ③ 住民参加をすすめる。

というもので、バマコ・イニシアティブに沿う内容になっている。

ドラッグスキームについては、すでに詳しく報告されているが、その骨子をまとめると、

- ① 薬品は、無償ではなく、卸値と同等か数パーセント上乗せした程度の、市場価格より安い価格で販売する。
- ② 販売によって得た収入を、補充医薬品購入に充てる。
- ③ 必要医薬品の選定、在庫管理は、HPの薬剤管理担当者(ノキア)が行う。
- ④ 最初の薬剤購入のための資金の拠出は、村議会にあたる村落開発委員会(Village Development Committee: VDC)で行う。

⑤ 実際のHPの運営、売上金の使用については、HP運営委員会で行う。

このドラッグスキームの導入によって、地域住民はそれまで無償で供給されていた薬品を有料で購入しなくてはいけなくなったが、

⑥ 年間を通じて、質のよい薬剤を地元で手に入れることができる。

⑦ 以前のように、処方箋をもらって地域内外の薬局に買いに行く必要がなくなる。

⑧ HPを利用する回数が増え、薬品供給以外の医療保健サービスを受けるチャンスが増える。

⑨ VDCを通じて、HPの運営に住民が参加できる。

などの、メリットが期待できる。

(2) ドラッグスキーム導入の現状

すでに報告書にあるように、これまでのドラッグスキームの導入状況は、3つのステージに分けることができる。

まず第1ステージは、1994年末から1995年初頭にかけての、ナンケルHPをはじめとする3つのHPへのドラッグスキーム導入である。

バマコ・イニシアティブでも、ネパール保健省のCommunity Drug Programでも、住民参加が基本方針になっているように、中央政府からの予算で十分な薬品の供給ができない現実の前で、一番重要なことは、地域住民の参加による、持続できる(sustainable)体制をつくりあげることである。そのために、本プロジェクトは、VDC、HP職員などと盛んに意見交換を行い、受益者負担の導入の必要性の理解を深めた。また、最初の試みであることも考慮し、当初に限って最初の薬品購入費用(シードドラッグ)をプロジェクト側で負担する条件で、3つのHPでドラッグスキームを開始した。

第2のステージは、本プロジェクトに対する地域住民の肯定的な評価が表れた時期(1995年後半)にあたる。第1ステージでドラッグスキームを展開した3HPの評判が「口こみ」で伝わったものと考えられるが、バクタプール郡にある残りの6つのHPから、ドラッグスキームの導入を行いたい旨の申し込みがあった。

もちろん、シードドラッグがもらえるということが、これらのHPにインセンティブ(動機)として作用したことは否めないが、シードドラッグの供給は、ドラッグスキームの導入がうまくいった後で行う、という条件にもかかわらず、相次いでドラッグスキーム導入がこの6HPで行われた。シードドラッグは、VDCの預金で購入された。

さらに第3ステージにあたる1996年になると、HPの下にあるサブヘルスポスト(SHP)からも、ドラッグスキームの導入の要望がでるようになり、ドラッグスキームは、現在バクタプール郡全体に拡大しつつある。また、保健省の下部機関であるCentral Region Health

Directorateが、バクタプール郡のHPに対して、シードドラッグの購入予算を提出する方針を打ち出しており、バクタプール郡に関する限り、ドラッグスキームは定着しつつあるとによっていだろう。

(3) 各HPにおけるドラッグスキームの実際

今回の巡回調査では、バクタプール郡のHP 5カ所(ナンケル、ナガルコット、グンディ、ダディコット、タタリ)を回り、HPの視察と職員へのインタビューを行った。

HPには、すべてJICAから供与された薬品保管用のキャビネットがあり、その中には必須医薬品約60種類が整理保管されていた。薬品管理にあたる事務官(ノキア)に、薬品管理台帳を見せてもらったが、細かく正確に記載されているように思われた。外来患者の病歴(カルテ)記載が行われていないため、この台帳が治療内容についての病歴の役割も果たしているようだった。1日の外来患者数は、HPによって多少差があるが、15~25人と比較的少ない。バクタプール郡の場合、バクタプール市への交通のアクセスがよいことが、かえってHP利用者数を少なくしている要因となっているようだった。特にバクタプール市に近いタタリHPでは、その傾向が強くみられ、外来患者数も10人前後と少なかった。また、HPのすぐそばに私営の薬局があり、そこの競合もあるようだった。市街地のHPの位置づけをどのようにするか、今後の検討課題であろう。

薬品の価格は、VDCが最終的に決定しており、HPごとに多少の差があった。グンディでは、卸価格(市場価格の84%)に6%を上乗せして販売していたが、タタリやダディコットでは卸価格で販売していた。バマコ・イニシアティブは、薬剤回転基金(Drug Revolving Fund)と呼ばれる薬品販売で得られた収入を、薬局(あるいはHP)の運営資金に充当することを想定している。しかし、視察した5つのHPでは、HP運営資金はVDCから補助を受けたり、診療や検診の際に徴収される料金(1~2ルピー)を運営資金に充てているようだった。そのため、薬品販売による収入は、銀行預金として積み立てる余裕のあるHPもあった(グンディ)。乳児検診を無料で行っているHPもあり、受診率を上げるための障害となる場合もあり、今後の検討課題であると思われる。ただし、HPごとに、少しずつ費用が異なることは、それぞれのVDCの独自性がでてきているということであり、分権化と住民参加の表れと解することもできる。

今回は、時間の関係で、HPでの薬品購入が村民の総医療支出のどのくらいになっているのか、村民のドラッグスキームの評価はどうなのか、などの点について明らかにすることはできなかった。職員から間接的に聞いた話では、HPに対する村民の要望で一番多いのは、営業時間の延長であるという。素直に解釈すれば、HPの有用性が村民に理解されているということであろうか。

(4) 問題点

これまで述べてきたように、バクタプール郡におけるドラッグスキームの導入は、それまで無料だった薬品の有料化にもかかわらず、VDCやHPスタッフの理解と協力に支えられて順調に進んでいるようにみえる。HPのスタッフ(In-charge = Health Assistant, Auxiliary Nurse Midwife, Auxiliary Health Worker)への面接では、ドラッグスキームや健診についておおむね満足しているように思われた。しかし、視察したHPは、ネパールでも裕福であるといわれるカトマンドゥ近郊の農村に位置しており、これをもってネパール全国のHPに普及することが可能というわけにはいかない。また、バクタプール郡においても、本プロジェクト終了後、ドラッグスキームが持続できるかどうかはまだ断言できない。それらの検討問題を箇条書にすると以下ようになる。

1) プロジェクト終了後のドラッグスキームの持続

今回の視察でVDCが独自の判断でドラッグスキームを導入してきた経緯が明らかになった。しかしそこには、本プロジェクト専門家のスーパービジョンが常にあった。現在でも、長期専門家は、ほぼ毎日複数のHPを巡回して、指導、助言を行っている。プロジェクト終了後、そのような役割を誰が演じるのか、あるいはそのような役割を演じることがそもそも可能なのか、という問題がある。初期の薬品購入のシードマネーは、最初の3 HP以外には、プロジェクトとしては拠出しない方針をとっている。しかし、HPの改良費用や、立て替え費用はJICAが出しており、それがみえないインセンティブになっている可能性がある。そのようなインセンティブがないかあるいは減少した場合、ドラッグスキームを持続できるかどうかは、VDCとその背景の住民の意志にかかっている。

2) 他地域へのドラッグスキームの普及

今回のプロジェクトは、その対象地域をバクタプールとヌワコット郡に限定している。その前提に立てば、今後の課題となるのはヌワコット郡でのドラッグスキームの拡大であろう。しかし、もう少し高い視点からみれば、このドラッグスキームをネパール全国に普及できるのか、という命題について検討する必要があるだろう。もし、ドラッグスキームはカトマンドゥ近郊でしか実施可能でないとするなら、その成功のもつインパクトは小さくなってしまふ。プロジェクト関係者がその点について責任を負う必要はないが、JICAとしては、その点についての調査を行い、一定の見解をもつ必要がある。事実、ネパール側のカウンターパートであるMaya Shresthaは、①長期専門家の赴任期間の延長、②バクタプール、ヌワコット以外の地域のモデル地域への選定、の要望を述べている。

3) ネパール保健省のドラッグスキーム全国展開計画との関係

1994年にネパール保健省は、Community Drug Programという全国規模の薬品行政の骨子を示した。そのプログラムのなかで、本プロジェクトがもち得る意味について、ネパール

サイドがどのように評価しているのか、よくみえてこない。本プロジェクトをネパール保健省がどのような位置づけをしているのか不明である。ネパール側の評価について知ることは、本プロジェクトの2期をどのように設定するのか決定するときに必須の条件である。

3-3 住民参加と持続性を確保するための行政組織のあり方について

(1) はじめに

本プロジェクトはネパール側の主体的な施策の展開において、日本側(JICA)がその支援・援助を行うという形で、モデル郡としての2郡(バクタプール郡とヌワコット郡)において実施されている。

すなわち、ネパール保健省が1991年10月に「国家保健政策」(以下、「新保健政策」と記す)およびそれに基づく1992年2月の「PHCシステム拡充計画―先行する5郡のためのプロジェクト計画」(以下、「拡充計画」と記す)を策定し、ネパール政府が日本政府(JICA)に対して協力要請を行い、それを受け、JICAが事前調査等を経て案件形成を行い、ネパール保健省との技術協力に関するR/Dを締結し、1993年4月からプロジェクトが開始され、3年あまりが経過し、今日に至っている。

事業の展開においては試行錯誤を繰り返しながらも、ベースラインサーベイの実施、小児健診の開始等をはじめとして、確実な成果と埼玉県から派遣された専門家に対する地元での高い信頼と評価が得られ、1995年10月の埼玉県知事のネパール訪問の際にも、ドウバ首相等政府首脳からプロジェクトの期間延長および実施地域の拡大の要請がなされている。

今回の調査団派遣の目的のひとつは、これまでの協力内容を検討し、プロジェクト終了時までの投入計画と期待される成果を明確にすることである。これは、R/Dをもとにした個々の事業展開と成果等について、フィールド調査等を詳細に行い、残された期間でのプロジェクトの展開の仕方や事業内容等を検討するものである。

ところで、プロジェクトは、「住民参加と持続性を重視したPHCの確立」を目標としており、このことはドナーとしての日本側の撤退の後もネパール側が主体性をもった事業の展開が容易に可能であるようにプロジェクトが展開されるべきことを意味する。それゆえ、調査においては、プロジェクト後半に入った段階で、プロジェクト終了後の総合的かつ全体的な展開を見据えた視点から、その展望を検討してみることとした。

展望を検討するにあたっては、PHCのシステムが十分自立的に展開できること、とけわけ事業主体としてのネパール保健省、具体的にはプロジェクト推進の枠組みとしてのネパール側の保健省の組織体制、主体的な取り組み体制が自立的かつ主体的であることを検討することとした。

こうしたことから、ここではネパール保健省を中心とする行政組織のあり方についての問題

点(たとえば、外国援助に対する考え方・意識がどうなのか、すなわち、被援助側のアブソーバーとしての成熟度が増しているかどうか等)を検討してみた。

(2) プロジェクト案件形成時における問題点について

こうした問題意識で、調査を実施するにあたっては、当プロジェクト形成時のネパール側の状況がどうであったかを知っておくことも必要である。

なぜなら、そこにはプロジェクト形成にあたってのニーズの把握やアブソーバーとしてのネパール側の問題点をはじめとして、プロジェクト実施と目標達成に伴う各種の問題点や解決課題等があげられているからである。

1992年3月の現地調査報告を見ると、次のような問題点があげられており、一般的な現地調査での印象では、4年半後の今日も基本的な状況は変わりがないように思われた。

- ① ネパール側の取り組む姿勢
- ② ネパール側に資金がない(政府の衛生予算は30～40億円であり、HPの必須薬品は3カ月分しかない)
- ③ ネパール側の器、システムがしっかりしていないため、特定のテーマだけ取り上げてもうまくいかない。プロジェクトが終了するとまた元に戻ってしまう(世界銀行：15年以上にわたり、NGOを含めた多くのドナーがネパールの保健プロジェクトにかかわってきたが、全体のシステムはまったく改善されていない)。

さらに、こうした状況は、1992年5月時点での在ネパール日本大使館の松永氏のプロジェクトに関連したレターにおいても「ネパールは依頼傾向が強い国であり、いかにやる気を起こさせるかが問題」と指摘されているように、社会・文化的にネパールに内在する問題であるとも考えられる。

なお、松永レターで指摘されている事項は次のとおりである。

「多数のドナーの長年にわたる援助により、ネパール保健省も、そこそこの施設、要員、資材を有しており、最も重要な点は、インプットの量よりはむしろ、それらのインプットが十分に生かされ、アウトプットをあげ得ていないことです。換言すれば、ネパールのPHCサービスの改善の鍵は、制度、組織および管理等のいわゆる“ Institution Building ”の領域にあるといえます。」

「国際NGOを含め多数のドナーによりPHCにかかるモデル開発のための「パイロット・プロジェクト」が実施されていますが、それらに対するネパール保健省の対応は、概して「他人任せ」的なものであり、ドナーと協力して開発したモデルを政策に反映させ、独力で全国的に適応していくというような主体的な姿勢はみられません。」

また、PHC分野のモデル開発に対する協力において、成果をあげるための方法のひとつと

して、ネパール側の「組織・制度改革」が述べられている。

「管理・監督の側面が特に重要なPHC案件においては、モデル開発としての実験的な制度、規則、組織の改変が必要となります。

たとえば、米国は、1990年より5年間で2,000万ドル規模で実施中の“Child Survival Program”の開始に際し、予算執行権の保健省から地域保健総局への試験的委譲を実施させました。地方の主体性の強化、フィールドにおける活動の活性化にとり有効な措置ですが、万事官僚的なネパールにおいてはこの種のモデル開発のための例外的な制度変更はきわめて難しく、米国も苦勞した模様です。前回の(JICAの)「家族計画・母子保健」プロジェクトにおいては、このような保健省の制度・組織面への介入はほとんどなされませんでした。わが国としても、モデル開発としての実をあげるためには、そこまでをプロジェクトのスコープに入れる必要があります。」

「HP要員のモデル改善に必要な措置(金銭的インセンティブ、昇進および研修の機会の運用等)についても、何らかの現実的な方策がプロジェクトにおいて開発、試行されることが必要となります。」

今回の調査においても、こうした指摘はさまざまな場面で感覚的に正当であり、管理システム等の変革の必要性を痛感したと同時に、はたして制度を変えただけで、現状が自立的に変わっていくのは相当困難ではないのか。宗教や慣習などの価値観をはじめとして、人々の日常に根ざしたものの考え方を変えていく必要を痛感した。

(3) ネパール側の組織・管理計画

次に、ネパール側がこのプロジェクトの前提としての「新保健政策」、「拡充計画」、さらにはR/Dではどのようにネパールの現状を分析し、目標を設定しているのかを見てみる。

これにより、ネパール側の認識しているあるべき姿や理想を知り得るからである。

なお、「新保健政策」においては、現在の健康状態、これまでの保健サービスの主な問題点の現状分析、国家保健政策の理論的根拠、保健政策の目的や目標、さらには具体的な施策等が、また、「拡充計画」においては、「新保健政策」のより具体的な背景、理論的根拠、目標、計画の構成、実施計画、予算等がそれぞれ定められている。

「新保健政策」の組織・人材管理計画の概要は次のとおりである。

- ① 中央、地域および郡レベルの保健医療施設の組織および管理面での改善を行う。郡レベル病院と公衆衛生事務所は、1つの組織のもとに統合された方法によって管理運営する。
- ② 各レベルの保健医療組織に必要な技術的かつ行政上の指揮系統と追跡調査のシステムはより効果的なものとする。
- ③ 各保健医療施設が必要とする有能な人材は、計画的に開発する。

- ④ 国内で養成不可能な人材養成を図るために、外国での研修制度を整備する。
- ⑤ 保健省の研修センターは制度的に強化し、必要に応じて養成能力を増強する。
- ⑥ 各レベルの保健医療従事者の転任、昇進、経歴の開発に必要な改革を行う。
- ⑦ 辺鄙な農村地域で従事する医師等の保健医療従事者に対して、特別手当を準備する。

「拡充計画」では、現在のPHCサービス供給上の行政にかかる問題点として、次のものがあげられている。

- ① 地方での保健医療活動に従事する熟練した適切な人材の不足
- ② 計画と事業を適切に指揮監督する機能の不足
- ③ 不十分な住民参加と地域主導の行動計画

さらに、人材等については、次のようにネパールの現状を批判的かつ率直に現状分析している。

「郡病院とHPには、ほとんど、定員どおりにスタッフが配置されていない。活動可能な人員も、多くの場合、母子保健や家族計画を含む十分な保健活動を行うには技術的に未熟である。」

「効果的な情報管理システム(MIS)が未整備のため、情報がたびたび活用されず、定期的な行動計画、資材の供給管理および人事管理を不十分なものとしている。強力な監視体制と支援機能が未整備なことにより、末端の保健医療施設の技術と管理上の問題は未解決のままとなっている。」

「地方における効果的なPHCサービスのための住民参加と活動に対する努力は不十分である。」

さらに、短期目標としては、

「5つのプロジェクト実施郡およびそれ以下のレベルにおいて、必要な研修や効果的な人事管理を実施することによって、保健医療施設職員の資質の向上を図ること」

があげられている。

また、計画の構成のなかで、次のように述べている。

「保健省は、各郡のプロジェクト実施に関する計画立案、調整、監視を行う担当部署を省内に設置する。」

「保健医療施設に対して、定められた基準に従い必要な人材が配置される。」

保健医療供給システムの改善のなかでは、次のように述べている。

「保健省内の技術と管理の両部門すべてを代表するプロジェクト委員会が中央に設置され、プロジェクト活動の計画立案、調整および評価を行う。この委員会は、郡レベルの計画策定に必要な詳細な指針を作成し、郡保健局の計画立案と実施を支援する。また、プロジェクトの実施郡を定期的に訪問し、計画とその進捗状況を調査し、実施過程にお

いての必要な支援を行う。プロジェクト・マネージャーが、事務局の一員として、プロジェクト委員会を補佐する。」

「開発地域ごとに、地域保健局と郡保健局の事務官で構成されるワーキンググループが設置される。このグループは、すべての保健医療施設の会計検査を担当し、管理運営上の指導を必要とする領域を明らかにする。その調査結果は計画委員会で協議され、必要な方策が講じられる。全部門の組織分担と各職種の責務の見直しを行い、適宜、必要な研修内容が明らかにされる。開発地域研修センターと関係郡保健局の支援を受け、研修要望をもとにしたキメの細かい研修計画が開発され実施される。開発地域レベルのワーキンググループは、中央のプロジェクト委員会の支援を受けて、以上の業務を行う。」

「保健活動に対する住民参加を促進するために、VDCリーダー、学校教員、母親代表、女性地域保健ボランティア、伝統的産婆、その他の地域住民に対し、オリエンテーションと研修を実施する。」

「人事考課制度と報奨計画を開発し、実施する。プロジェクト実施対象地域のすべての保健医療施設には、定められた基準に従い職員が配置される。」

最後に、プロジェクトに関する具体的な努力目標について、R/Dにおいて合意されたネパール政府のとりべき方法(義務)として次の事項等があげられている。

- ①-1 カウンターパートと事務職員の役務の確保
- ①-2 カウンターパート研修で獲得された知識と経験のプロジェクトへの効果的な活用
- ② ハード(建物や施設)の提供
- ③ プロジェクト実施に必要な機械、装置等の調達、更新

以上のように、プロジェクト開始にあたって、ネパール側は人員と予算の不足、さらには組織管理システムの未整備等を厳しく認識した現状分析を実施し、「新保健政策」や「拡充計画」を基本にして、これらを克服していく姿勢をみせているといえよう。

(4) 調査での問題点

現地でのヒアリング調査等での問題点は次の4点であるが、これは基本的には、「拡充計画」で述べられている行政組織の問題点の、

- ① 地方での保健医療活動に従事する熟練した適切な人材の不足
- ② 計画と事業を適切に指揮監督する機能の不足
- ③ 不十分な住民参加と地域主導の行動計画

という3点の問題点とほぼ重なるものである。

プロジェクト開始前の状況とネパールの社会・文化・政治状況は、ほとんど変わっていないように思われた。

今後は、PHCシステムの確立とともに、こうした基盤的なシステムや行政システム等を自立かつ自律的なものとして、当プロジェクト終了後も、ネパール側が主体的にシステムを展開して、2～3年で元に戻らないようにしていく必要を強く感じた。

1) 人事管理について

従来から、埼玉県で受け入れたカウンターパート研修については、カウンターパートとして現場で活動しているものや、持続的にプロジェクトに関係するものの受入れを要望していたが、ネパール側の年功序列的かつ無計画な選定により、こうした要望が入れられない受入れとなっていた。

さらに、ネパール現地では、R/Dに基づき保健省公衆衛生局長がプロジェクトの実施に対して全責任をもつほか、日本側専門家に対応したカウンターパートが配置されることになっていた。しかしながら、プロジェクトチームの報告書において、次のような指摘がある。

「チームリーダーのカウンターパートである公衆衛生局長が不在など紆余屈折をへて、専門家全職種にカウンターパートが配置されたのは1994年2月のJICA計画打合せ調査団がネパールを訪問したときであった。こうしたことから、ネパール側の対応が不十分であり、誠意が感じられないというのが、プロジェクトのメンバーの率直な意見であった。」

「また、活動拠点であるすべての保健衛生施設では慢性的な人不足がみられ、職員の補充も再三の要請によっても補充されなかった。」

こうしたなか、9月10日開催の合同調整委員会において、埼玉県派遣の短期専門家から現実に起きたカウンターパートの計画性のない人事異動を再検討してほしい旨の要望と、ネパール保健省の主体的な取り組み姿勢を喚起する発言があったが、ネパール保健省の次官をはじめとする幹部から明確な答えはなかった。

昇任、報奨等を通じた人材養成を進めていくことは、ネパールにとって重要な課題と位置づけているわりには、今回の調査で面会したネパール側関係者にそうした問題意識はなかったといえる。

ただ、カカニPHセンター所長のカウンターパート研修員としての日本派遣が、彼が若くキャリアが短いということで承認されないのではないかと懸念があり、専門家たちからも保健省への強い働きかけの要望があり、調査団としても後押ししたが、その後彼の日本派遣が決定された。

この場合、彼が医師で名門の出身で、かつ日本側からの強い働きかけがあったので承認された可能性も強く、計画性のある人材養成を強く意識した保健省の意思決定の結果でない可能性も否定できない。

他の人材養成については、9月11日のカカニPHセンターでの会談の際、ネパール側から機材供与した機器の多くがメンテナンスとその使用に関する人材不足で利用できず、そうした訓練や研修を受けた人々が機器を使用できるよう研修機会の場を設けてほしい旨の要望があったように、まだ適切な研修制度は確立されていない現状であり、ネパール側の熱心なプロジェクト推進者と協力して適切なシステム確立に努めるべきと思われた。

この件は、カカニPHセンターの技術者のバクタプール郡病院での研修参加に今回の調査団派遣中に合意がみられるなど、こうした方向に向かって進むよう指導したところである。

また、プロジェクト委員会が設置された様子もなく、ミニッツのネパール側署名者は政策・計画・外国援助・監視局長であったが、保健省自体の責任者も明確でなかった。

いろいろな話を総合すると、ネパールの組織・人事管理はまだまだ、政治的・恣意的・無計画であり、そのうえ絶対的な人員不足も否めないのが現状である。

結論として、「人事考課制度と報奨計画を開発し、実施する。プロジェクト実施対象地域のすべての保健医療施設には、定められた基準に従い職員が配置される。」という「拡充計画」の短期目標は履行されていない状況であった。

2) 病院管理と予算

ネパールでの各種援助においては、システムの確立といったソフトの援助よりも、物的援助を求められるケースが多く、その場合にその背景や全体的な計画等の説明がなく、刹那的な必要や要望で求めてくるものが多い。駄目もとで言うだけ言ってみて、相手がのってきたら儲けものといった考えのように思われた。こうした傾向は現地の専門家や日本人関係者が一様に指摘するものである。

9月8日のバクタプール郡病院での院長等幹部との面談調査において、救急車の提供の要望があったので、救急車を必要とする事故の発生率やその必要性を問うたが、明確な数字等は答えられず、さらに病院の収支バランス等についても合理的な説明ができるものはいなかった。

また、日本人専門家から同病院でのナンバー2の後継者育成の重要性が指摘されたように、病院経営の善し悪しも組織で働いてというより人で方針等が決まり、その結果よい人だとよい方向が、そうでないといい加減な結果になるというような傾向が強いとのことであり、こうした問題はこのプロジェクトのなかで是正していくべきことのように思われた。

さらに、9月11日のカカニPHセンターの視察でも、その地元小学校長から援助の要望が出されるなど、まだPHCプロジェクトを従来の医療対策事業の給付的なものと理解しているのではないかと思われた。

3) 関係機関との連携不足

チームリーダーや調整員との話し合いでも、保健省の財政や組織についての明確な情報等

が入手できていないという状況であった。

また、JICAの現地職員の話では、保健省は「親保健政策」とは別の長期計画を他の国際機関の協力のもとに現在策定しているということであり、それはJICAでさえも明確な情報を入手できない状況であり、何かこれに関係した情報を入手したら、教えてほしいとのことであった。

ネパール保健省の姿勢として、援助なしではその保健施策の展開が困難であるにもかかわらず、こうした秘密主義と関係団体との連携を重視していないようであった。

さらに、ネパール保健省等の情報入手についてはコネクションがものをいうのだという指摘があった。

PHセンター事務所にも、他の援助団体との会議や会合の通知があるとのことであったが、2、3度、出席した限りでは、単なる会合であり役立つ情報の入手等がなく、出てもあまり意味がないとのことであった。しかしながら、PHCというシステムづくりには、経済や教育など多方面の充実も必要であり、こうした分野で活動している各種NGOとの連携による活動は有効であり、今後、チームリーダーや調整員が接触を多くして、情報収集や連携の可能性を探っていくこととした。

4) 人材の不足

バクタプール郡保健事務所での面談調査では、HP等の資材、財務やPHセンター活動の管理統括を行っているはずであったが、実際はスタッフの不足や交通アクセス・コミュニケーションの困難さからHPの管理は不十分であるようであり、あるべき組織図が壁に貼られ、具体的な人員の配置については明確な答えが聞かれなかった。また、統計資料の作成についても、統計情報が提供されない場合は、提供された3分の1程度のもので作成し、中央へ報告するとのことであり、そのことに何らの問題も感じていないようであった。

さらに、MISシステムの導入は6カ月経過したとのことであり、若い1人のスタッフがまるで私有物であるかの様子で、導入されたパソコンの操作と管理を行っており、他の職員は操作できていなかった。さらに、その若い職員(本人は学生といていたが事実是不明)は日本語を週2回カトマンドゥで勉強しており、将来はこれを生かして観光関係の就職を望んでいるとのことであるが、職員になる条件とその資質とに問題があるように思われた。

「拡充計画」において、次のように指摘されているが、郡公衆衛生事務所でも事情は同じであった。

「郡病院とHPには、ほとんど、定員どおりに職員が配置されていない。活動可能な人員も、多くの場合、母子保健や家族計画を含む十分な保健活動を行うには技術的に未熟である。」

さらに、バクタプール郡では、まだ「郡レベル病院と公衆衛生事務所は、1つの組織のも

とに統合された方法によって管理運営する。」という「新保健政策」の組織・人材管理計画は履行されていなかった。

(5) まとめ

プロジェクト終了後、ネパール側が主体的かつ持続性のあるPHC行政の展開が可能であるかどうかを見極め、また、可能であるようにプロジェクトそのものの方法づけや動機づけを行うようにしていくとき、ネパール側の主体性や自立性、さらには持続性の問題を考えることの妥当性のほうが個々の事業の目標と達成度の調査のそれよりも強かったので、大きな枠組みとしてのネパール側の状況を見てきたわけである。

本プロジェクトは、ネパール国民会議派政権が「新保健政策」で公約した「国民の93%を占める農村地域の人々に対して予防および治療サービスを最優先で提供する」ことを、「拡充計画」を基本として、具体的事例かつモデル郡としてのバクタプール郡とヌワコット郡の2地域で、日本政府(JICA)の協力のもと、日本人専門家派遣による技術移転やカウンターパートの日本への研修員受入れによる人材養成等の方法を通じて、当該モデル地域住民の健康状態を改善し、将来的にはPHCシステムの確立とそのサービスの強化とを全国に普及拡大していくことである。

このためには、ネパール保健省が主体性(事業実施主体としての保健省の組織や職員等の意識が自立的かつ持続的であること)をもって、プロジェクト終了後も各種事業を主導していかなければ、全国的なPHCの普及拡大は、ネパールの置かれた経済・社会的な状況を考えて場合、困難と思われるからである。

経済的な状況をみると、大方の日本人ならば、首都カトマンドゥ市内に入ったときに、インド製乗用車等の排出するスモッグ、煤煙、土煙およびほこり等の汚染、さらにはゴミ等の乱雑な放置、腐敗した果物の臭い等をはじめとする異臭などに貧困と不衛生を覚え、1人当たりGNPが170米ドルであり、後発開発途上国(LLDC)と位置づけられている国に来たことを認識する。さらに、カンマンドゥから離れた地域へ行けば行くほど、服装の粗末な人や裸足で歩いている人の割合が多くなるなど、物質的な貧困はカトマンドゥからの距離に比例してひどくなる状況に遭遇する。

一方、カトマンドゥ市内には衛星放送受信用のアンテナなども目につき世界情報を共有できる人々もあり、さらに、市内の中流家庭を訪問した限りでは、部屋も3～4部屋あり、TVや音響製品なども備わり調理にガスを使用するなど、年収も平均の少なくとも10倍以上はあるように思われるような裕福な人々も存在するが、基本的には多くの人々の生活環境は質素である。

また、多くの青少年が貧しさがもとで、就学期間は1年間もしくは2～3年間のみで、あと

は労働力として家庭や工場などで働かなくてはならないため教育の機会を逃し、それが識字率が全国平均35%程度という結果につながっている状況もある。

さらに、山岳地帯の道路や治水対策などの未整備、上下水道の未整備をはじめとして社会的基礎インフラ面の整理がままならず、生活の利便性が比較的高い都市部への交通アクセスが非常に厳しい地域に多くの国民が生活することを余儀なくされ、貧困が再生産されている。

カトマンドゥ近郊の平坦地ではビールやレンガなどの工場もあり、工業化も幾分進展しているようであったが、山間部ではカカニPHセンターへ行く途中にカーペット工場があった程度のように、傾斜地など立地条件や電気、水の供給といったインフラ面を考慮すると、工業立地は難しいと思われた。

山間部では食料をはじめとして自給自足の部分も多くあり、貨幣経済による低所得水準だけをみれば貧困が過酷であり、裸足で歩くことによる傷害や感染症の危険性などを考えると、たとえば、農業生産の余剰物販売によるゾウリや靴の購入によって、このような危険性の低減化を図っていくのがよいのではないかと思われた。

社会的状況をみるならば、カトマンドゥでは英語が通じ、民族的にもネワール系が主流であるが、ヌワコット郡では多くの民族が存在し、ネワール人でさえ、コミュニケーションできない人々が大勢いるのである。加えて、経済的貧困と宗教的な身分制に起因して、多くの人権を享受できない人々が存在する。彼らは、制度上は選挙権は行使できても、実質的な社会的・人権的権利は行使できない状況にある。そうだからこそ、住民参加といってもなかなか普通の大多数の住民には、その概念等が普及していかない。

バクタプール郡での専門家の活動は、全体としてはカトマンドゥ盆地の平坦地にある郡病院やHPの交通アクセスのよい拠点を中心に行われており、専門家やネパール側職員は車を使い比較的簡単に活動を展開しやすい。

しかしながら、山間部に住む住民にとっては、郡病院やHPへのアクセスは徒歩が中心であり、たとえばヌワコット郡の中心地トリスリから最も遠いHPへは徒歩で2日間かかるという具合である。カトマンドゥ盆地を除いては、こうした交通事情、電話等の通信手段も未発達という状態はごく自然なものとして、このプロジェクトの実施に立ちはだかっているといえる。

当該プロジェクトの実施地域の人々の生活は、こうした経済的、社会的条件のなかにあって動いているのであり、全体としての生活基盤は先進国と比較すれば未整備状態であり、PHCサービスの充実はいこれらの基盤整備の充実と相まって展開されなければ、その効果は乏しいと思われた。

多くの人々は日々の暮らしに精一杯であり、また慣習や伝統を離れた新しい概念の社会的活動に参加する意欲を育てるのはかなり困難を伴うものであり、PHCプロジェクトの目標である「住民参加」の概念を住民に浸透させる努力は、相当な難しさと時間を必要とするものと思わ

れた。

ネパールのこれまでの援助の受入れの歴史等を振り返るとき、ネパール政府はそのなすべき行政活動の一定部分を世界の多くのドナーからの予算や人材に依存してきた。そして、その依存は単なる依存であることが多かったので、機構の改革など状況変革をめざして、強力な執行機関の存在を強く求めたドナーも前述した米国の取り組みのようにあったのである。NGOなどのドナーは、学校建設や識字教育など善意に満ちた住民たち(下から)への働きかけの活動を、ネパール特有の社会・文化システム等の改革をめざして展開していくが、政府・行政機関(上から)の変革を進めるほうが効率的かつ効果的と考えられる。

社会の中核的存在である保健省職員や地域コミュニティ・リーダーの積極的な意識改革とそれを通した住民への働きかけ等の取り組みをしていかなければ、住民一人一人を巻き込んだ住民参加はなかなか容易ではない。ネパールにおいては、行政の意識改革とその主導による施策の展開がなくては各種の発展はかなり困難と思われる。

PHCの普及・拡大も多くのドナーの活動と連携し、社会的・経済的分野での生活レベルの向上活動と相まって、相乗効果をもたらしながら全体的に進展させる方向に向かうべきである。

「新保健政策」の主要な目的は、村レベルに至るまでの基礎的なPHCサービスを普及させることによって、農村地域の多数の人々の健康水準を向上させることであり、農村地域の人々に対して近代的な医療施設を利用しやすくして、その恩恵を受けることができるようにすることである。この目標や目的を達成するための政策は、あくまでネパールの保健行政組織が中心となって実行されるべきものである。

このプロジェクトは全体としては、ネパールの保健行政組織よりも日本からの専門家の活動のほうが中心的な役割を果たしているように思われた。そして、彼らの活動は個別的な技術移転や人材養成において、バクタプール郡を中心にかなりの実績と成果をあげた。たとえば、ドラッグスキームという言葉はかなりのHPや住民に浸透してきている。専門家派遣によるプロジェクト活動の実績等は、地域、対象分野ごとでは片寄りがみられるが、これは現地での交通アクセス、保健省の対応、他のドナーとの関係など状況の変化によったものであり、今後はこれらの条件との調整を図りながら、目標達成に向けて、事業展開を進めていく必要がある。

残り1年半においては、従来の活動の推進もさることながら、ネパール側が今後は主体的かつ自立的にPHC事業を展開していくよう動機づけながら、ハンドオーバーを進めていくべきである。さらに、日本側としては、アブソーバーとしてのネパール保健省の組織体制や意識などの改善や改革を目標にして、ヌワコット郡では第1選挙区だけでなく郡全体でのベースラインサーベイの実施やバクタプール郡での自律的な活動の展開をしていくべきである。

今後は、バクタプール郡が丘陵地域、ヌワコット郡が山岳地域のそれぞれのPHCのモデル

地域となり、それが他の山岳地域や丘陵地域にある郡へのモデル・パイロット事業として普及・拡大していくようネパール側とともに引き続き努力していくべきであり、保健省の意識改革とその主導を通した、住民参加と持続性を重視したPHCの定着に努力していくべきであると思われる。

4. ミニッツ協議

4-1 概 要

合同調整委員会は9月10日に保健省にて開催された。保健省次官の挨拶、坂東顧問の挨拶、大村リーダーのプロジェクト活動の総括報告に続き、各専門家がそれぞれの活動分野について報告を行った。その後、質疑応答および意見交換がなされ、土居団長からはネパール政府の今後の保健政策および本プロジェクトに対する同国側の対応方針等について質問がなされた。また、同団長から今後のプロジェクト運営をスムーズに行うとともに、来年度予定されている終了時評価の実施準備を行い、さらには協力期間終了後の持続性の確保を検討することを目的とした、双方の実務者レベルによるプロジェクト運営委員会の設置が提案された。同国側も同提案について積極的に賛同し、設置の詳細については双方でさらに協議することとなった。同国側からは、わが国の協力に対し深く感謝している旨の発言があり、また現行プロジェクト終了後も、さらに引き続き5年間の協力についてぜひとも検討してほしい旨の要請があった。

9月15日に実施された保健省との2回目の協議において、上記運営委員会の設置に関する会議を本年9月中に開催することで双方が合意した。また、設置にかかる原案は同国側で作成することおよび同委員会には女性メンバーを加えるべきであることについても双方が合意した。

以上の協議を踏まえ、9月16日、土居団長とネパール保健省政策・計画・外国援助・監視局チャウト局長との間で、ミニッツ署名・交換が行われた。

4-2 ミニッツの内容

プライマリーヘルスケアプロジェクトのための技術協力に関する 日本側巡回指導調査団とネパール王国関係機関との協議議事録

国際協力事業団(以下、「JICA」という)によって組織された土居眞埼玉県衛生部長を団長とする日本側巡回指導調査団(以下、「調査団」という)は、プライマリーヘルスケアプロジェクト(以下、「プロジェクト」という)の活動評価と将来の実行計画を討議する目的で、1996年9月7日から9月16日までの間、ネパール王国を訪問した。

ネパール王国滞在期間中、調査団は、上記プロジェクトの有効な実施に必要な両国政府がとるべき措置に関してネパール政府関係機関との間で意見交換および一連の討議を行った。

その結果として、調査団とネパール王国側関係機関は、付属文書に記載する諸事項について同意した。

1996年9月16日

署名_____

土 居 眞

巡回指導調査団 団長

国際協力事業団

署名_____

チャタウト

Dr. B. D. Chataut

政策・計画・外国援助・監視局長

ネパール王国保健省

(1) 巡回指導調査団の訪問目的

- 1) モデル地区(バクタプール郡およびヌワコット郡)の健康施設(HPとSHP)およびバクタプール郡病院における機能状況(特に健康管理情報システム)を視察すること。
- 2) カカニPHセンターの機能状況を視察すること。
- 3) バクタプール郡のHPにおけるドラッグスキーム(薬剤供給計画)の展開状況を視察すること。
- 4) HPや草の根レベルで働いているカウンターパート(相手方担当)職員や保健職員の研修制度に関して討議を行うこと。
- 5) モデル地区において、プロジェクト活動を展開するなかで確認された諸問題を明確にすること。
- 6) 諸問題の解決について勧告をすること。

(2) プロジェクトの目的

1) 全体目標

プロジェクトの全体目標は、PHCサービスの強化を図ることによって、ネパールの2つのモデル郡(バクタプール郡およびヌワコット郡)内の住民の健康状態を改善することである。

効果的な情報管理システム(MIS)、参加型の地域保健計画と評価、両モデル郡内の郡公衆衛生事務所、郡病院、HPの機能強化、また、これら施設間の連携強化に重点を置くものとする。

2) 個別目標

- ① 効果的かつ時宜にかなった資源管理を可能にするPHCのための情報管理システムを発展させる。
- ② 栄養、健康教育および地域組織活動によって参加型の地域保健計画を促進させる。
- ③ 保健医療施設の改善と保健医療従事者の訓練によって農村地域の住民が保健サービスをより受け入れやすいように努める。
- ④ 対象住民に総合的な保健医療サービスを提供するために、郡公衆衛生事務所と郡病院間の機能連携を強化する。

ただし、それぞれの郡における実施方法や達成の目標水準は、両郡の現状に沿ったものとする。

(3) プロジェクト活動の進捗状況(1996年夏まで)

1996年夏までのネパール王国・JICAプライマリーヘルスケア(PHC)プロジェクト活動によ

り達成されたものは次のとおりである。

1) 活 動

① バクタプール郡

(a) ベースラインサーベイ

プロジェクト活動において、バクタプール郡のベースライン調査を実施している。その目的は先行的VDC(バゲショリ)内とバクタプール市からの2地区と20VDCのそれぞれ1地区ごとの健康に関連した状況を把握することである。調査報告書は英語と日本語の両方で作成された。

(b) 保健医療施設の改善

プロジェクト活動は、病院管理委員会によって決定された改善計画のもと、バクタプール病院の出産サービスを強化するとともに健康サービスの質的改善を行うため、その改修を行った。さらに、レントゲン室、研究部門および医療器具の供給も含めた手術室の改修も行った。

さらに、同病院の病歴システムを改善するため、必要な器具と病歴コンサルタントの任命をはじめとする技術的な支援を行った。

同様に、ボディおよびバゲショリのHPの建設と、ナガルコット、チャングナラヤン、ナンケルのHPの改修も行った。

(c) 保健医療情報システムの改善

プロジェクト活動は郡衛生事務所が郡レベルの健康管理情報システムの展開のための情報課を設置できるよう、コンピューター室の改修を支援した。

バクタプール郡衛生事務所の2名の職員がプロジェクトの支援によって、基礎コンピューターコースの研修を受けた。JICAは郡衛生事務所の情報課にとって必要な機器を供与した。

(d) ドラッグスキーム(薬剤供給計画)

適切な薬剤供給計画を明確にするため、プロジェクト活動により、地域の人々、開発委員会およびHPの決定に基づいて、ナンケル、チャングナラヤン・バゲショリのHPの薬剤供給計画が履行された。

第1段階では、地域が主体となる薬剤供給計画を実行するため、上記のHPへ立ち上げ用薬品、家具、文具等を供与した。

次の段階では、地域住民が立ち上げ薬品の提供がなくても、この計画を彼らの活動的な参加により立ち上げていくよう啓蒙した。

現在、この薬剤供給計画は、地域住民とHP開発委員会とによる決定に基づいて、バクタプール郡内の9つのすべてのHPに普及している。

このほか、7つのSHPでも同様の薬品供給計画を彼ら自身の努力により開始している。

(e) 母子保健

バクタプール郡内の9つすべてのHPにおいて、日本人専門家の指導のもと、乳児健診を開始した。これに加え、組織的診断システムを標準化するため、母子健康治療活動マニュアルを作成した。

地域保健ボランティアの研修とバゲショリVDCの地域保健ボランティアのための識字計画に対して、それぞれの知識と技術の向上を図るために支援してきた。助産婦研修の技術的支援も同様に行われた。

加えて、母子健診活動に関連した問題を明確にするため、バクタプール郡での地域保健ボランティアの月1回の会合を組織化している。母子健康サービスの重要性を地域住民に周知させるため、母子健康ハンドブックと関連したポスターを作成した。

(f) 健康教育

モデル郡の円滑かつ効果的な衛生サービスを向上させるため、郡レベルでの健康教育に関する合同調整委員会の設置に関する計画を立てた。

バクタプールとヌワコットの両郡において、月1回のHP責任者会議が組織化されている。

地域住民が健康とHPに関心をもつよう、視聴覚機器を備え付けた健康教育車で活動を行っている。

栄養計画は健康教育の重要な要素である。そこで、ナガルコットVDC内において、その住民の栄養状態や食習慣(栄養に関する知識、態度、現実)と基本的な生態的要素を分析するための調査を実施した。

(g) その他

- a) バクタプール病院の外来患者調査
- b) HPからの情報収集
- c) バゲショリVDC内の住民により使用されている飲み水分析を行うための現地環境調査
- d) プロジェクト年報の発行
- e) ネパール暦2051年のプロジェクトカレンダー

② ヌワコット郡

(a) ヌワコット郡における計画

活動指針を作成するため、プロジェクト関係者はヌワコット地区を何度も訪問し、ヌワコットの郡病院と郡公衆衛生事務所および保健省の関係職員と一連の会議をもった。

活動については、次のとおりである。

(b) ベースラインサーベイ

ヌワコット郡のHPの現状を把握するため、その施設、医学備品や供給物、さらには人材に関するベースライン調査を行った。

これに加え、住民の健康状態を把握するため、ヌワコット郡の第1選挙区の20VDCのひとつひとつの区で他のベースライン調査を行った。

(c) カカニPHセンター

ネパール保健省の要望に基づいて、JICAはカカニPHセンターを建設し、必要な機材を供与した。

(d) ヌワコット郡トリスリ病院の改善

トリスリ病院のレントゲンの設置を含むレントゲン室の改修と保健サービスの改善のための必要な医学機材や備品も供与した。

③ JICAによる措置

(a) 日本人専門家の派遣

日本国政府は、付表1に掲げる日本人専門家の役務を提供する。

(b) 日本でのカウンターパート研修

日本での過去3年間のカウンターパート受入者は合計7名(付表2のとおり)である。

しかしながら、1996年のカウンターパート職員の登録はまだ完了していない。

(c) 年間の機材の供与

1995年度においては、23万2,000米ドルの機材供与と専門家が携帯した136万3,000円の機材とが贈与された。

上記の機材は、それぞれの医療施設で効果的に使用される。しかしながら、1996年度の機材供与は完了していない。

(d) 現地負担

- a) バクタプール郡内HPの改良
- b) 中央保健局におけるMISの改善
- c) バクタプール病院でのMRSの改善
- d) プロジェクトカレンダーの発行

(4) 1997年度プロジェクト実行計画(暫定案)

1) 活動

1997年の行動計画は付表3のとおりである。

2) JICAによる措置

① 日本人専門家の派遣

保健省公衆衛生局長は、他の関係部局および郡公衆衛生事務所との協調のもとに、本プロジェクトの効果的な実施に対して全責任をもつ。

(a) 長期専門家

- a) チーフアドバイザー(日本人チームリーダー)
- b) 調整員
- c) 健康教育
- d) 公衆衛生看護
- e) 公衆衛生行政

(b) 短期専門家

- a) 小児科
- b) 栄養士

他の短期専門家は相互の合意に基づいて決定・派遣される。

(c) 評価調査団

1997年度に5年間のプロジェクト活動の成果を評価するための終了時評価調査団が派遣される。

② 日本でのカウンターパート研修

③ 年間の機材供与

- ・HPとSHPの一般的な備品(基本的かつその活動に関するもの)
- ・バクタプールとヌワコット郡病院に必要な備品
- ・MISに関連した備品
- ・健康教育に関連した備品

他の必要な備品は相互協定に基づいて決定される。

④ 現地負担支援

相互協定に基づいて、他の必要な予算が決定される。

3) ネパール王国による措置

- ① バクタプールとヌワコット両郡における健康施設に必要な人材
- ② カカニPHセンターと郡病院に維持管理に必要な予算
- ③ JICAから供与される備品の税関通過に必要とされる予算

(5) 勸 告

- 1) 合同調整委員会のもとに運営委員会を組織することが望まれる。

女性委員がその構成員となることが期待される。運営委員会の役割は以下のとおりである。

- ① プロジェクト活動の展開を円滑にすること
- ② 協力期間終了後のプロジェクトの持続性を確保すること
- ③ プロジェクト活動の相互評価の準備と実現をめざすこと
- ④ その他のプロジェクトに関連しての事項

- 2) JICAの技術協力計画に関して、期待される期限内での履行を確実にするため、手続管理を明確にすることが望まれる。

- ① 日本人専門家の派遣
- ②と③ カウンターパート研修
- ④ 年間機材供与

5. 提 言

(1) プロジェクト全般

1) 地域レベルへのアプローチを強化すること。

現在までの活動は、HP・SHPを拠点として住民参加の公衆衛生システムの構築に力を入れてきた。

しかし、地域社会においてボランティア等が大きな役割を担っており、HPとこれら地域レベルのボランティア活動が有機的に結びついた効果的な公衆衛生システムの構築を図る必要がある。

2) 中央レベルとの連携を強化すること。

本プロジェクトは、ネパール保健政策に沿った形で行われているモデルケースである。したがって、常にこのプロジェクトの成果が将来的にはネパールの保健政策に反映されることを意識して行われなければならない。

このために、中央政府との情報・意見交換の場を設定し、プロジェクトがネパールの保健政策のなかでどのように位置づけられているのか確認していく必要がある。

3) 移転技術が組織で共有されるように研修制度を充実すること。

カウンターパートに移転した技術が、多くのネパール政府側の職員に伝わるよう、各職種ごとの研修プログラムの開発、研修計画策定を行う。

4) 他の国際的援助団体との連携を推進すること。

UNICEF、WHO等の他の国際的援助団体から国際協力のノウハウを吸収しながら、共同して効果的に事業を実施する。

(2) 母と子の健康管理

1) HP・SHPの母子保健における役割を明確にすること。

たとえば、日本の過去の例をみると、自宅での分娩から清潔な施設での分娩に切り替えて、死亡率を大幅に低下させることに成功した。このようなことから、HPまたはSHPに分娩施設としての機能をもたせることも検討するべきである。

2) 女性の地位向上の観点から、新しい活動を取り込むこと。

(3) 保健医療施設の機能強化

1) バクタプール郡病院については、ネパールの医療制度のなかで果たすべき役割を明確にすること。

ひとつの提言として、バクタプール郡病院を保健従事者の研修センターとして整備するこ

とが考えられる。ネパール全体の公衆衛生の向上を考えた場合、圧倒的に不足している医師のみに頼ることは不可能である。

このために、Assistant Nurse Midwife(ANM)、Health Assistant(HA)、Community Health Volunteer(CHV)などの保健従事者を多数養成し、地域で公衆衛生活動の中心として機能させることを考えなければならない。郡病院をこれら保健従事者を養成する研修センターとして位置づけすることを検討をするべきである。

2) 郡病院の管理・経営面での指導をすること。

病院スタッフと会合をもった結果、彼らが病院の支出および収入について正確に把握していないことに気がついた。収入を増やすために、安易に治療費の値上げをしようとしており、このままでは、地域の病院としての役割を放棄することにもなりかねず、不安である。

収支計画、事業計画等をしっかり策定するように指導するべきである。

(4) ドラッグスキーム

在庫・収支管理に関するデータをきちんと蓄積し、記録することが重要である。このことにより、他の地域への制度の普及も可能になると考えられる。

(5) 健康教育

どの階層に、どのような教育をしていくか明確にする必要がある。

たとえば、栄養改善についても、母子に限るのか、あるいは家庭全体に広げるのかというようなターゲットを設定するべきかなど。