

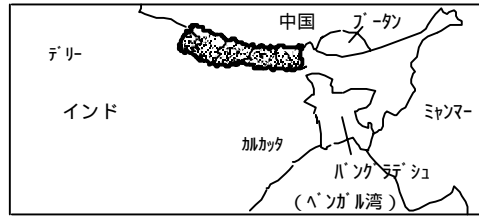
ネパール王国
母子保健・HIV/AIDS 分野
日米合同プロジェクト形成調査報告書

平成14年10月

国際協力事業団

調査対象位置図

ネパール王国全国図



南アジア地域図





ピラトナガール倉庫外観



同倉庫内部



基準を満たしているインドからのヨード添加塩



手作業による倉庫内部でのパック詰め作業



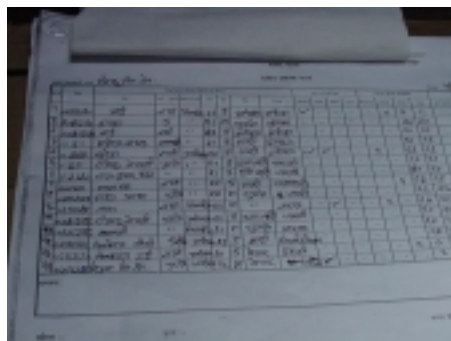
ロゴ入りヨード添加塩パッケージ



フォダ（結晶塩）



ドロップ・イン・センター内部（スンサリ郡）



訪問者記録台帳（スンサリ郡）



SubHP 外観 (モラン郡)



SubHP の内部、医薬品が揃っている



ARI タイマー



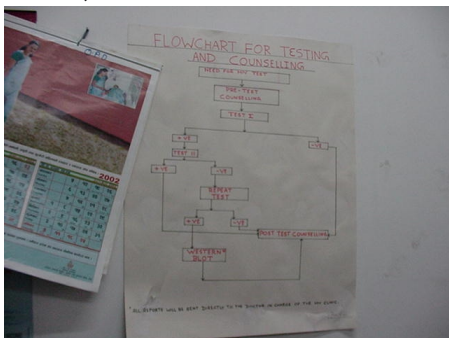
FCHV による ARI タイマーを使った
重症肺炎の診断



FCHVs が取り扱う、ST 合剤、
ORS、コンドーム



テク病院内 VCT ルーム
予防接種の診療室でもある



診察室内にあった VCT チャート



ラボ内の HIV 検査キット

略 語 集

AIDS	Acquired Immuno-Deficiency Syndrome
ARI	Acute Respiratory Infection
BCC	Behaviour Change Communication
BCG	Bacille de Calmette et Guerin
BCI	Behaviour Change Intervention
BGHI	Baby Friendly Hospital Initiative
BPEP	Basic Primary Education Plan
CB-IMCI	Community-Based Integrated Management for Child Illness
CDR	Central Development Region
CDP	Community Drag Programme
CHW	Community Health Worker
DACC	District AIDS Co-ordination Committee
DANIDA	The Danish International Development agency
DDC	District Development Committee
DHO	District Health Office(r)
DHS	Demographic and Health Survey
DOTS	Directly Observed Treatment, Short Course
DPT	Diphtheria Purified Pertussis Tetanus Combined Vaccine
EDR	Eastern Development Region
EFA	Education for All
EPI	Expanded Program on Immunization
FCHV	Female Community Health Volunteer
FHI	Family Health International
FMIS	Finance Management Information System
FP	Family Planning
FPAN	Family Planning Association of Nepal
FWDR	Far Western Development Region
GAVI	Global Alliance for Vaccines Immunization
GDP	Gross Domestic Product
GTZ	German Technical Co-operation
GII	Global Issues Initiative
HB	Hepatitis B
HDI	Human Development Index
HIV	Human Immuno-Deficiency Virus
HMIS	Health Management Information System
HP	Health Post
HuRDIS	Human Resource Development Information System
ICDDR,B	International Centre for Diarrheal Disease Research, Bangladesh
IDD	Iodine Deficiency Disorders
IEC	Information, Education and Communication
INGO	International Non Governmental Organization
IPPF	International Planned Parenthood Federation

IUCD	Intra-Uterine Contraceptive Device
IoM	Institute of Medicine
JICA	Japan International Cooperation Agency
JJ	Jeevan Jal (ORS)
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteer
LMIS	Logistical Management Information System
MCHW	Maternal and Child Health Worker
MNTE	Maternal and Neonatal Tetanus Elimination
MSM	Men who have sex with men
MTEF	Medium Term Expenditure Framework
MWDR	Mid-Western Development Region
NCASC	National Centre for AIDS and STD Control
NHTC	National Health Training Centre
NID	National Immunization Day
ODA	Official Development Assistance
OPV	Oral Polio Vaccine
ORS	Oral Rehydration Salt
PEM	Protein Energy Malnutrition
PHC	Primary Health Care
PHCC	Primary Health Care Centre
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper
RH	Reproductive Health
STC	Salt Trading Corporation
STD	Sexually Transmitted Disease
STI	Sexually Transmitted Infection
SubHP	Sub Health Post
TBA	Traditional Birth Attendant
TT	Tetanus Toxoid
UNAIDS	Joint United Nations Program on HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Program
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
VCT	Voluntary Counselling and Testing
VDC	Village Development Committee
VHW	Village Health Worker
VPD	Vaccine Preventable Disease
VSC	Voluntary Surgical Contraception
WB	World Bank
WDR	Western Development Region
WHO	World Health Organization

目 次

調査対象位置図

写 真

略語集

第1章 調査の概要	1
1 - 1 調査の目的	1
1 - 2 調査の背景・経緯	1
1 - 3 調査の基本方針	1
1 - 4 調査団構成	2
1 - 5 調査行程	2
1 - 6 主要面談者リスト	2
第2章 ネパ - ル国の社会・経済概況	3
2 - 1 一般概況	3
2 - 2 経済概況	3
2 - 3 社会概況	4
2 - 3 - 1 宗 教	4
2 - 3 - 2 教育及び識字率	4
2 - 3 - 3 雇 用	4
2 - 3 - 4 貧 困	4
2 - 4 国家開発計画	5
2 - 4 - 1 第10次5か年計画の特徴	5
2 - 4 - 2 第10次5か年計画の目標	5
第3章 ネパ - ル国の保健医療概況	6
2 - 1 一般概況	6
3 - 1 保健行政組織	6
3 - 2 保健行政政策	6
3 - 2 - 1 第2次長期保健計画目標 / 第10次5か年計画目標	6
3 - 2 - 2 保健プログラム・活動	7
3 - 3 保健分野予算	9
3 - 4 保健医療従事者	9

第4章 母子保健分野	12
4 - 1 ネパ - ル国における母子保健政策現状と課題	12
4 - 2 子供の保健	12
4 - 2 - 1 乳児死亡率・5才未満児死亡率とその原因	12
4 - 2 - 2 子供の保健プログラム	13
4 - 3 家族の保健	19
4 - 4 母子保健分野における視察・協議概要	23
第5章 HIV/AIDS 分野	28
5 - 1 ネパ - ル国における HIV/AIDS 対策	28
5 - 2 援助実績	29
5 - 3 ネパ - ル国における HIV/AIDS の現状	30
5 - 4 HIV/AIDS 分野における視察・協議概要	34
付属資料	
1 . 調査行程	41
2 . 主要面談者リスト	42
3 . 協議議事録	44
4 . USAID との覚書	61
5 . NGO との連携可能性	67
6 . 収集資料リスト	70
7 . 図表リスト	71

第 1 章 調査の概要

1 - 1 調査の目的

ネパール王国（以下「ネ国」と記す）における人口・保健分野の現状と課題を整理し、同分野の政策や他ドナーの援助動向を踏まえた上で、我が国として実施可能な協力の方向性を示し、具体的な日米連携協力案件の形成を行う。

1 - 2 調査の背景・経緯

日米両政府はこれまで GII (Global Issues Initiative)・日米コモンアジェンダに基づき、保健分野の合同プロジェクト形成調査をザンビア、バングラデシュ、カンボディア、タンザニア及びナイジェリアで実施した。2001 年以來、一連の日米協調に係るレビューが行われ、2002 年 6 月には、保健分野での更なる連携強化を目的とした覚書である「保健分野における日米パートナーシップ」が日米間で結ばれている。

ネ国は、乳幼児死亡率、妊産婦死亡率等の保健指標は途上国の中でも低い水準にあり、引き続き地方や子供・女性に重点をおいた保健への取り組みが必要である。また、HIV/AIDS についても、現在の感染率は 1 % 以下と低流行期にあるものの、近年の UNAIDS の調査では同国での著しい感染増加が報告されている。ネ国は第 10 次 5 年計画（2002～2007 年）において、これらの対策を最重要課題として位置付けている。

日米両国共に、ネ国保健セクターへの豊富な協力実績を有すること、また我が国にとっては昨今の ODA 削減に伴い、より効率的な事業実施が求められていることから、日米が相互の比較優位に基づき、ネ国の国家政策に沿って一層の協力関係を構築することの意義は大きい。

以上を踏まえ、「母子保健」と「HIV/AIDS」分野を中心とした日米連携案件を発掘・形成することを目的として本調査を実施した。

1 - 3 調査の基本方針

本プロジェクト形成調査においては、保健医療分野のうち「母子保健」、「HIV/AIDS」を中心に、協力時期（短期・長期）及び優先度を考慮の上協力案を事前に想定した。案件形成にあたっては、ネ国保健政策と同国におけるこれまでの我が国の協力経験を踏まえ、妥当性、実行可能性について調査した。

1 - 4 調査団構成

団長 / 総括	國井 修	外務省経済協力局調査計画課 課長補佐
協力政策	矢加部裕之	外務省経済協力局調査計画課 外務事務官
NGO 配慮	鈴木 俊介	特定非営利活動法人AMDA (アジア医師連絡協議会) 海外協力事業本部 本部長
保健医療協力	小林 恵子	JICAアジア第二部南西アジア・大洋州課 ジュニア専門員
協力企画	廣嶋 純哉	JICAアジア第二部南西アジア・大洋州課職員
人口・保健	村上いづみ	株式会社タック・インターナショナル 調査・開発部主任研究員
連携協力推進 (部分参团)	C. Pilcavage	USAID-JICA 交換職員

1 - 5 調査行程

付属資料 1 . 参照

1 - 6 主要面談者リスト

付属資料 2 . 参照

第2章 ネパール国の概況

2 - 1 一般概況

ネ国はインド亜大陸に位置し、北部はヒマラヤ山脈の天険を隔てて中国に、東西南はインドに面している。首都はカトマンズで、国土面積約 14 万 7,000km²（北海道の約 2 倍）の 83% は丘陵及び山岳地帯となっており、人口は 2,390 万人（国連人口局 2000 年）である。

1951 年にインドの調停により王政が復古し、長年にわたり「政党なきパンチャーヤト制度」（国王親政体）が続いていたが、1990 年の民主化運動により崩壊、民政に移行した。2001 年 6 月に起こった王宮内の事件は記憶に新しく、ギャネンドラ陛下が王位を継承している（第 12 代国王）。

国の行政は 1 府 15 省で運営されており、国家の保健医療を担当しているのは保健省である。行政区分は 14 県、75 郡開発委員会（District Development Committee : DDC）、3,913 村落開発委員会（Village Development Committee : VDC）である。

憲法でネパール語が国語と規定されているが、政府や商用では英語が広く使われている。ネ国の民族は多様であり、1991 年の国勢調査ではネパール語はほとんどの国民に理解されているものの日常生活で使用しているのは総人口のうち 50.4% であった。

2 - 2 経済概況

1970 年代の経済成長率は年平均 3.2% と低水準であった。1980 年代は、農業が比較的好調に推移したことから、経済成長率は年平均 4.9% となった。1990 年代、第 8 次 5 か年計画（1992～1997 年）では、当初 GDP 成長率 6.5% の達成、雇用創出、貧困緩和を目標としていたが、結果としては平均 4.7% の成長に止まり、貧困問題は課題として残っている。

近年、第 2、第 3 次産業の GDP 構成比は拡大傾向にあるが、経済は依然農業部門に大きく依存している（GDP の約 4 割、就業人口の約 8 割）。約 2 割を占める工業部門は、ジュートや砂糖などの農産加工品、縫製品などの軽工業が中心であり、安定的に成長してはいるものの、経済全体を牽引するには至っていない。毎年の GDP 成長率はその年の農作物の収穫に左右され、一人当たりの GDP は約 240 米ドルであり（2001 年）、最貧国の一つとなっている。

ネ国は世界最高峰エベレストを始め、数々の観光資源を有しており、観光セクターは対 GDP 比の 3.6%（1999 年）を占める。しかしながら、1999 年のインド航空機ハイジャック事件、2001 年の王宮内で起きた銃撃事件、マオイスト活動などにより観光客が激減しており、ネ国経済に深刻な影響を与えている。

2 - 3 社会概況

保健医療分野と関連性のある社会状況は以下の通りである。

2 - 3 - 1 宗 教

ヒンズー教が国教であり、国民の 89.5%が信仰している。他には、仏教 5.3%、イスラム教 2.7%であり、ラマ教の信者も存在する。釈迦生誕の地でもあることから、ヒンズー教と仏教が平和共存し、両宗教間には各種の混交が進んでいる。

2 - 3 - 2 教育及び識字率

1990年の「万人のための教育 (Education for All : EFA)」決議を受け、ネ国では1992年より基礎初等教育計画 (BPEP) が、世界銀行、DANIDA、UNICEF、国際協力事業団 (JICA) の支援ではじまった。2000年の「ダカール行動枠組み」の採択を受けて、ネ国は2002年末までにBPEPの基本計画を作成する予定である。

ネ国における初等教育就学率は、男 79%・女 60%で、小学校の第1学年に入学した子供のうち、第5学年に在学する率は44%に低下する (1995~1999年)。このような不十分な教育は成人識字率 (15才以上) にも反映しており、男 63%・女 28% (1995~1999年) と男女の格差も大きく、EFAの達成にはほど遠い状況にある。(出所：UNICEF 世界子供白書 2001)

2 - 3 - 3 雇 用

ネ国では、賃金に関するデータが乏しいものの、賃金はおおむねインフレ率と同様のペースで増加していると思われる。農業部門の最低賃金 (1日当たり) は70ネパールルピー (1.03米ドル) で、鉱業部門については大人 74ネパールルピー、18才以下 60ネパールルピーとなっている (14才以下の児童による就労は禁止)。

都市部での失業率に関しても信頼性のある情報がほとんど存在しない。政府は、農業従事者の労働は季節が決まっており、他に職業の選択が存在しないことから、総労働人口の47%が「半雇用状態」にあると見積もっている。毎年約30万人が労働市場に参入する一方、新規雇用はほとんど創出されておらず、政府推定によると労働人口の4.9%にあたる1,170万人が失業状態にある。第9次5か年計画 (1997~2002年) では、農業及び社会セクターの開発を通じて170万人の雇用を創出すること、また1999~2000年の予算案には、国家青年訓練計画を新たに始め、1万8,000人の若者に職業訓練を実施し、青年の雇用を促進することが盛り込まれた。

(出所：Country Profile India Nepal 2000 EIU)

2 - 3 - 4 貧 困

所得分配は地域格差が大きく、都市の所得は農村の2倍以上になっている。貧困ライン以下

で生活する人は、都市部で 23%、農村部で 44%となっている。また、社会階層間でも不平等がみられ、富裕層上位 20%が獲得する国民所得の割合は 44.8%であったが、貧困層下位 20%が獲得する割合は 7.6%に留まっている。

絶対的貧困者数（食糧・衣料・住居等生存に不可欠なものを、最低限の生活水準を維持する分しか入手できない状態の人）は、過去 20 年の間にほぼ 2 倍となり、1 日 1 ドル以下で生活する人口の割合は 37.7%である。（出所：世界銀行 World Development Report 2000/2001）

2 - 4 国家開発計画

2 - 4 - 1 第 10 次 5 か年計画の特徴

ネ国政府は 2002 年 2 月に PRSP（貧困削減戦略書）のコンセプトペーパー（Concept paper on PRSP/10th Plan）を作成した。PRSP と第 10 次 5 か年計画は同じ内容になるとされており、第 8 次・第 9 次 5 か年計画に引き続き、文字通り貧困削減にむけて実施される予定である（Full-PRSP は 2002 年 7 月までに作成される予定）。

コンセプトペーパーでは、貧困削減の基本戦略として、「裾野の広い経済成長」「社会セクター開発」「ターゲットプログラムと雇用創出」「統治」の 4 つの柱を掲げている。

2 - 4 - 2 第 10 次 5 か年計画の目標

表 2 - 1 各セクターの現状と成果目標

セクター / サブセクター	現状2001/2002	第10次5か年 計画成果目標	セクター / サブセクター	現状2001/2002	第10次5か年 計画成果目標
1 農業			4 水資源		
農業成長率	3.2	4.2	a) 電気		
食糧（穀類）生産MT（000）	7,178	9,678	発電MW	592	820
果物MT（000）	473	—	送電線KM	1,939	—
2 保健			電気普及率（%）	20	25
主要ヘルスケアサービス（%）	70	90	b) 灌漑		
主要医薬品（%）	80	90	運営・管理（1,000ha）	—	—
保健施設のヘルスサービス（%）	60	80	AMIS管理移転（1,000ha）	—	—
妊婦健診サービス（計4回）（%）	16	25	灌漑改修（1,000ha）	—	—
15～44才女性のTT2回接種（%）	15	50	AMIS修理（1,000ha）	—	100
ヘルスワーカーの付添出産（%）	12.7	18	既存及び新規灌漑開発	—	200
家族計画のための避妊法使用（%）	39.3	47	特別灌漑プロジェクト（1,000ha）	—	—
安全な性交のためのコンドーム使用 （14～35才）（%）	—	35	5 土木計画・工事		
合計特殊出生率	4.1	3.5	道路		
粗出生率（人口千対）	33.1	30.1	新道路建設（km）	—	650
乳児死亡率（出生千対）	64	45	道路改良（km）	—	711
妊産婦死亡率（出生10万対）	400	300	道路改修・修復（km）	—	370
3 教育			定期管理（km）	—	710
15才以上識字率（%）	52	67	飲料水		
幼児開発・就学前教育総就学率	13	—	飲料水供給（農村部）（1,000）	—	—
初等教育総就学率	120	114	飲料水供給（都市部）（1,000）	—	873
初級中等教育総就学率	56.9	65	総供給（%）	71.5	85
中等教育総就学率	39	55			
上級中等教育総就学率	17	28			
専門教育、正規訓練	NA	—			
高等教育総就学率	4	6			

第3章 ネパール国の保健医療概況

3 - 1 保健行政組織

ネ国の保健医療分野を担う最高機関は保健省であり、薬事行政局、保健サービス局、伝統医学局の3つの部門に分かれている。国民への保健サービスの提供は保健サービス局が行っており、中央からコミュニティレベルまでの流れは以下の通りである。

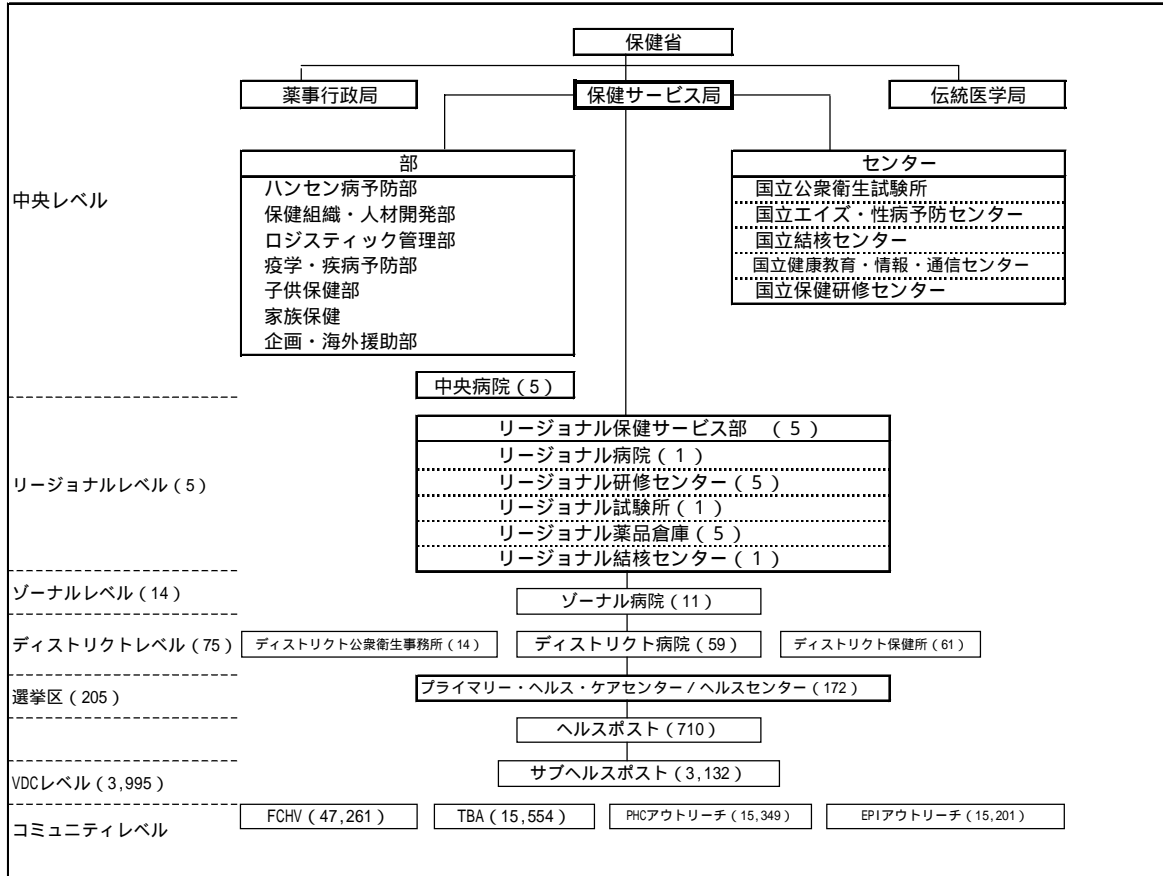


図3 - 1 保健省組織図

3 - 2 保健行政政策

3 - 2 - 1 第2次長期保健計画 / 第10次5か年計画目標

保健指標の現状と、長期保健計画並びに5か年計画の目標は以下の通りである。

表3 - 1 保健計画目標（保健指標）

	2002年	第10次5か年計画 (～2007年)	第12次5か年計画 (～2012年)	長期保健計画 (2017年)
基本的ヘルスケアサービスの入手(%)	70	90	100	90
選択された主要医薬・衛生材料の入手(%)	80	90	100	—
人材・設備の完備された保健医療施設で提供される基本的ヘルスサービス割合(%)	60	80	100	—
妊娠期間中の妊婦健診4回実施受診率(%)	16	25	90	—
15～44才女性のTT2回接種率(%)	15	50	80	—
適切な保健員による分娩介助(%)	12.7	18	80	95
避妊実行率(%)	39.3	47	70	58.2
14～35才の安全な性交のためのコンドーム利用率(%)	—	35	80	—
国家予算占める保健歳出の割合(%)	—	6.5	8	—
合計特殊出生率	4.1	3.5	2.5	3.05
粗出生率(人口千対)	—	30.1	26.6	26.6
粗死亡率(人口千対)	—	7	6	6
乳児死亡率(出生千対)	64	45	34.4	34.4
新生児死亡率	39	32	15	—
5才未満児死亡率(出生千対)	91	72	62	62.5
妊産婦死亡率(出生10万対)	—	300	250	250
出生時の平均余命(才)	—	65	68.7	68.7

3 - 2 - 2 保健プログラム・活動

貧困削減に向けたヘルスケアサービスの公平なアクセスを通じて、ネ国民の健康状態が改善されることを目的として、MTEF(中期支出構想2002～2005年)では、以下のようなプログラム・活動が計画されている。

表3 - 2 各種保健プログラム

	プログラム	活動	指標/成果
1-1	子供の保健	E P I	予防接種率90%
		A R I	重症肺炎の割合が5.3% 3.5%に低下
		C D D	重症脱水の割合が5.4% 3.5%に低下
	栄 養	微量栄養素、ビタミンA添加	栄養不良児の割合が20.9% 15.5%に低下
		安全な母性	妊産婦死亡率が400 340に低下
	家族の保健	家族計画（施設・移動サービス）	避妊実行率が39% 40%に増加
		思春期リプロダクティブヘルス	30%の青少年にRHサービスを提供
	疫学・疾病予防	媒介生物由来疾患予防	マラリア発生率が0.56% 0.1%に低下 カラアザール発生率が0.29% 0.15%に低下
		緊急・災害対策管理	全75県で装備
		結核	結核の発見が67% 90%に増加
ハンセン病		罹患率が3.88% 0.8%に低下	
一般的不健康状態の治療	H I V / A I D S	現状認識の割合が52.5% 70%に増加	
	眼科ケア、事故防止、聾、精神病等の基本的治療サービスを含む	80%の住民がアクセス可能	
非感染性疾患の予防	非感染性疾患のスクリーニングと保健医療施設への照会	少なくとも50%の非感染性疾患がスクリーニング適切な保健医療施設に照会	
I E C	増進、予防、治療に関し、印刷物メディア、電子機器を使ったI E C	B C C が現状から80%に増加	
健康の増進・リハビリテーション	共同体でのリハビリテーション 栄養、眼科ケア、薬物乱用 精神病、口腔保健、学校保健等	80%の住民が健康	
1-2	治療サービス	一般的治療サービス（施設内外） 専門サービス提供	地域レベル以上の病院の80%が専門治療を提供 上記病院の照会例が60%に到達 （感染性・非感染性疾患、専門サービス）
1-3	社会的弱者に対する保健サービス	E H C S のアクセス	歩いて30分以内のところに居住する社会的弱者のE H C S アクセスが70%
		専門サービスへのアクセス	全ての中央、州、地域の病院は社会的弱者に通常料金の半額でサービスを提供
2-1	ステークホルダー調整機能 官・民・NGOのパートナーシップ	参加者の役割、責任の明確化	すべての参加者
		増進、予防、治療サービス等	県レベルでの共有サービス提供が75%に増加 E H C S の共有サービス提供が50%に増加
2-2	パートナーシップ管理 ヘルスケアへの共同投資	パートナーシップ機構の設立 開発とモダリティの実施	各レベルでの官・民・NGOの協力関係が存在 共同投資が現状より75%まで増加
3-1	地方分権化での保健計画・実施	政策・モダリティの実施、展開	地方分権化政策、モダリティの100%実行
3-2	参加型計画とマネージメント 機能的H M C s ヘルスユニット設立	計画、管理、保健省ネットワークの能力強化	参加者の役割、責任説明 計画された保健計画の参加率が75%に増加
		全てのレベルでH M C s を設立 保健分野ユニットの設立	中央、全ての県に設立されたH M C s が機能 75 D C C 保健分野ユニットの設立
4-1	保健計画・マネージメント インフラストラクチャ	政策・モダリティの実施、展開 情報をもとにした計画	保健システム政策、モダリティの100%実行 HMIS/FMIS/LMIS/KuRDISを80%まで利用
		保健医療施設の開発	少なくとも90%の施設が適切な状態
4-2	人的資源の開発 人的資源の開発	研修等を含む能力構築	少なくとも90%の職員へ研修
		保健施設での人的資源 良質なサービス提供	80%の施設維持、100%の適格な人材 サービス提供者への利用者不満の低下
4-3	良質な保証機構 統合監理。M & E ラボ支援	E H C S 以上のサービス提供	利用者の満足が現状から75%に増加
		監理、モニター、評価、調査	Q A が全ての保健医療施設を訪問
4-4	情報の文書化	ラボによる診断	少なくとも50%の疾患がラボによる診断
4-5	財源管理	書類化と情報の使用	全ての情報の書類化
4-6	ロジスティック管理	政府、無償、借款の財源動員 財源使用のモニターと会計検査	全てのプログラムへの十分な予算配分 配分された予算執行が現状から90%に増加
		医薬品、医療機器、衛生材料供給	80%の保健医療施設が100%の在庫レベルを維持

3 - 3 保健分野予算

MTEF によれば、2002～2005 年の保健分野予算は表 3 - 3 のとおりである。保健分野の開発支出をみると、政府支出額が海外援助額を若干上回っている。またコンセプトペーパーによれば、MTEF 並びに第 10 次 5 か年計画で見積もられている予算総額に占める保健分野の割合はいずれも約 6 % であり、南アジア政府支出中の保健の比率 2 % との比較においては高いといえる。

表 3 - 3 MTEF 保健分野予算

	2002/2003		2003/2004		2004/2005	
	Rs. in Million	%	Rs. in Million	%	Rs. in Million	%
政府一般支出	2243.70		2243.70		2243.70	
開発支出	2864.00	100	3293.60	100	3787.60	100
政府支出	1530.00	53.5	1759.50	53.4	2023.40	53.4
海外援助	1334.00	46.5	1534.10	46.6	1764.20	46.6
合 計	5107.70		5537.30		6031.30	

また、表 3 - 2 各種保健プログラムに配分される予算額は表 3 - 4 のとおりである。

3 - 4 保健医療従事者

トリブヴァン大学医学部が 1978 年に設立され、我が国の無償資金協力、プロジェクト方式技術協力を通じて、1980 年代にネ国内での医師養成が開始された。1990 年代に、トリブヴァン大学を除く残り 7 校の医科大学、歯科大学 2 校が設立され、毎年多くの医師が誕生している。

表 3 - 5 ネ国の保健医療従事者

保健医療従事者の種類	登録数	その他
医 師	約2,500	医科大学 8 校
歯科医師		歯科大学 2 校
薬剤師	36	G、私立カトマンズ大学に学士課程あり
正看護師	約5,000	4 つの看護師養成コース
准看護師		
助産師		2 つの助産師養成コース
保健師	44	G
ヘルスアシスタント	209	G のみ、養成廃止
医師助手	103	G ?
臨床検査技師	59	G ?
放射線技師	41	G
ホメオパシー（同種療法士）	3	G のみ
理学療法士	14	G
アシスタントヘルスワーカー	6,563	G のみ、約90%が私立病院、個人医院勤務
MCHW（母子保健ワーカー）	NA	女性のみ、中卒後研修受講
VHW（村落保健ワーカー）	NA	

同じ課程を修了しても、学歴によりグレード(G)が異なり、G :大卒、G :Intermediate 卒、
G :全国統一高等学校卒業試験合格者となっている。

表3 - 4 各種プログラム予算

プログラム/活動	予算計画			プログラム/活動	予算計画		
	02/03	03/04	04/05		02/03	03/04	04/05
優先順位 プログラム	3628.2	3984.1	4337.2	優先順位 プログラム	565.4	631	725.6
子供の健康	305.7	320.3	336.0	病院	120.9	132.9	152.9
予防接種拡大計画	204.6	213.1	222.1	カンティ子供病院	51.4	56.6	65.1
急性呼吸器疾患・下痢性疾患	50.7	54.5	58.7	産科病院	54.4	59.8	65.1
栄養	50.4	52.7	55.2	Ayurveda Chikitsala (伝統医療診療所)	9.1	10	11.5
家族の健康	150.7	161.8	174.1	眼科病院	6	6.5	7.5
家族計画				保健省	13.3	14.6	16.8
安全な母性/リプロダクティブヘルス(RH)				局	161.4	177.6	204.2
思春期RH				薬事行政局	22.8	25.1	28.8
女性コミュニティヘルスボランティア(RCHV)				保健サービス局	90	99	113.9
疫学・疾病予防	177.2	197.2	220.4	伝統医学局	48.6	53.5	61.5
感染症(カラアザール・マラリア)	150.3	170.3	193.5	国立衛生試験所	19.4	21.3	24.5
媒介生物由来疾患(調査・研修)	25.0	25.0	25.0	保健施設改善(改装・管理含む)	250.5	275.5	316.9
緊急・災害対策管理	1.9	1.9	1.9	非感染性疾患予防	0.0	2.2	2.5
結核予防プログラム	148.6	159.6	171.4	環境・労働保健	0.0	3.2	3.7
ハンセン病プログラム	37.1	27.6	11.1	口腔保健	0.0	2.1	2.4
HIV/AIDS/性病	183.3	210.8	242.4	事故予防	0.0	1.5	1.7
県レベル保健施設	1825.4	2070.7	2295.3	優先順位 プログラム	914.0	922.2	968.5
県病院	175.1	201.4	175.1	病院	831.3	835.3	877.1
プライマリー・センターヘルスケア(PHCC)/ヘルスセンター	236.3	243.2	250.2	Teku Tropical病院	4.9	4.9	5.1
県保健所、ヘルスセンター、サブヘルスセンター	1414.0	1626.1	1870.0	Bir病院	394.7	394.7	414.4
IEC	67.1	68.6	70.1	Shahid Gangadal循環器センター	14.3	14.3	15.0
保健教育	161.2		161.2	Patan病院	1.0	1.0	1.0
ロジ管理(医薬品等含む)	324.2	331.7	339.4	西部州病院	9.8	10.8	11.3
統合監理 M&E	53.2	53.2	61.2	地域病院	63.0	63.0	66.2
保健科学調査	2.2	2.2	2.2	BPKIHS癌病院 Bharatpur	8.3	9.3	9.8
コミュニティドラッグ、健康保険	12.9	12.9	14.8	BPKIHS Dharan	300.0	300.0	315.2
HMIS/FMIS/LMIS/HURDIS/&企画	164.5	189.2	217.6	眼科ケア組織/BP/眼科病院	35.3	35.3	37.0
保健PAF(セーフティネット)	2.0	2.0	2.5	精神病院	0.0	0.0	0.0
				BPK Ophthalmic Centre	0.0	2.0	2.1
				伝統医療	74.0	74.0	77.7
				Naradevi病院	52.7	52.7	55.3
				Shinga Durbar Vaidhya Khana	19.7	19.7	20.7
				Homeopathy同種療法	1.6	1.6	1.7
				Unani	0.0	0.0	0.0
				都市保健	1.2	3.2	3.4
				PGMEC/health institute grant	7.9	7.9	8.3
				薬物乱用	0.0	2.1	2.2
				Total (Rs. in Million)	5107.7	5537.3	6031.3

しかしながら、表3 - 6のように保健医療従事者の数は不足している上に、特に医師はカトマンズ周辺及び都市に集中する傾向があり、地方住民は適切な医療に公平にアクセスできない状態にある。また、アシスタントヘルスワーカーの余剰は約2,000人ともいわれ、保健医療人材が効率的に活用されていない現状もうかがわれる。

表3 - 6 保健医療従事者比較

	保健医療サービスが利用できない人口 (1981-1993)	医師(人口10万対) (1992-1995)	看護婦(人口10万対) (1992-1995)
ネパール国	90%	5	5
南アジア(インド除く)	NA	33	24
高所得国	NA	252	NA
中所得国	NA	172	297
低所得国	NA	70	91

第4章 母子保健分野

4-1 ネパール国における母子保健政策と現状

ネ国では、「子供の保健」「家族の保健」に分けてプログラムが実施されており、前者には EPI (予防接種拡大計画)・栄養・下痢性疾患予防・ARI (急性呼吸器疾患) 予防、後者には、家族計画 (Family Planning : FP) 安全な母性、FCHV (Female Community Health Volunteer) プログラム、TBA (Traditional Birth Attendant) プログラム、プライマリー・ヘルス・ケア (PHC)、アウトリーチ、人口/RH (Reproductive Health) 調査がある。

4-2 子供の保健

4-2-1 乳児死亡率・5才未満児死亡率とその原因

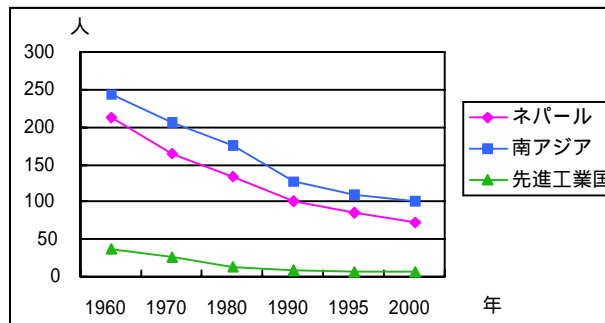


図4-1 乳児死亡率の推移

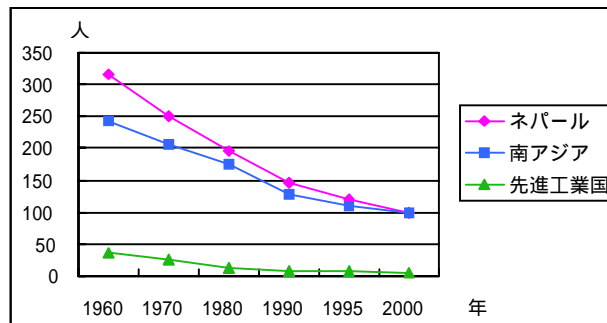


図4-2 5才未満児死亡率の推移

2000年における乳児死亡率は72(出生1000人当たり)で、年々減少してきている。これは、南アジア諸国の平均100を下回るものの、先進工業国の6と比べると依然高い死亡率となっている。最新のDHS(Demographic and Health Survey)データでは、1996~2001年期の乳児死亡率は66である。またネ国の5才未満児死亡率は南アジア諸国の平均より高かったが、最新のDHSデータでは、1996~2001期の5才未満児死亡率は93となっている。

ネ国政府は、第10次5か年計画(2002~2007年)において、乳児死亡率を45、5才未満児死亡率を72にまで引き下げること目標としている。

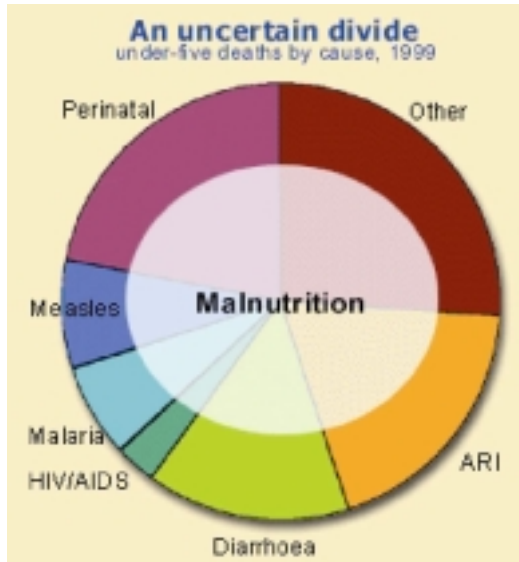


図4 - 3 5才未満児死亡原因 (UNICEF)

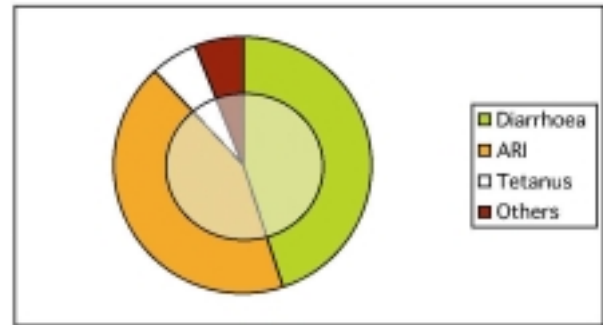


図4 - 4 ネ国子供の死亡原因

ネ国では死亡原因の大部分を下痢症 (45%) と ARI (43%) が占めている。またワクチンで予防可能な破傷風による死亡が6%を占めている。

4 - 2 - 2 子供の保健プログラム

(1) 予防接種拡大計画 (Expanded Program on Immunization : EPI) と現状

EPI に係る行動計画は以下のとおりである。

- 1) EPI アウトリーチの活動による予防接種サービスの提供
- 2) 高い接種率の維持
- 3) 予防接種に関する社会認識の向上
- 4) 予防接種サービスの社会動員の促進
- 5) 予防接種アクセスの増加、ドロップアウト並びに廃棄率の最小限化、接種機会の喪失低下、接種率の増加に向けた革新的戦略の促進
- 6) 妊産婦と新生児破傷風排除のための MNTE (Maternal and Neonatal Tetanus Elimination) 活動、ポリオ根絶のための NIDs (National Immunization Day) を含む追加接種活動の実施
- 7) VPDs のサーベイランスの強化
- 8) 適切な介入による VPDs 流行のコントロール

EPI の目的は、ワクチンで予防可能な疾患による子供の罹患、死亡を減らすことである。ネ国は 2005 年までに、新生児破傷風を排除すること (出生 1,000 につき 1 例以下)、麻疹の

罹患数を現行の 90%、麻疹による死亡数を現行の 95%削減すること、ポリオを根絶することを目指している。BCG、DPT、OPV、麻疹ワクチンは 1 才未満の乳児に、TT 2（破傷風トキソイドの 2 回接種）は新生児破傷風予防のために妊婦に接種するものである。

第 10 次 5 年計画の目標接種率は、EPI 90%、TT 2 が 50%となっている。EPI に関し、どのワクチン接種率も年々わずかながら減少する傾向にあり、最新の DHS データによれば、BCG 84.5%、DPT 3 が 72.1%、OPV 3 が 91.5%、麻疹 70.6%となっている。

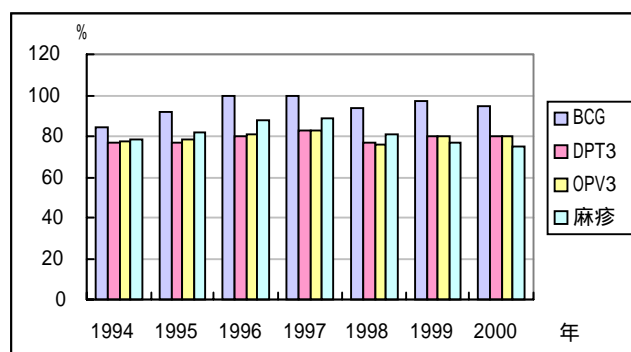


図 4 - 5 EPI 接種率の推移

ネ国における野生株ウイルスによるポリオ発症は、1998 年 0 例、1999 年 2 例、2000 年 4 例、2001 年 0 例、2002 年（7 月現在）5 例となっている。WHO 南東アジアにおけるポリオ発症例のほとんどは隣国インドであり（2002 年、10 か国 136 例中インド 91 例）、それもネ国国境付近に集中しているため、人の異動に伴う輸入ポリオの危険に曝されているといえる。2000～2001 年の NID における OPV の投与率は、1 回目 99.68%、2 回目 101.27%であった（5 才未満児を正確に把握することが困難なため、接種率が 100%を超えることがある）、2002 年は 1～3 月にかけて Sub-national Immunization Day、11、12 月に NID が計画されている。

(2) 栄養プログラム計画と現状

1) タンパク質欠乏症（Protein Energy Malnutrition：PEM）予防

PEM 予防のための計画は以下のとおりである。

母親グループ、ラジオ、TV ニュース、ポスター／パンフレットを通じた成長モニタリングの重要性の認識向上、成長パターンと適切な養育方法に関する母親相談

Health Post（HP）、SubHP、PHCC、PHC アウトリーチ・クリニックにおける成長モニタリングサービスの提供

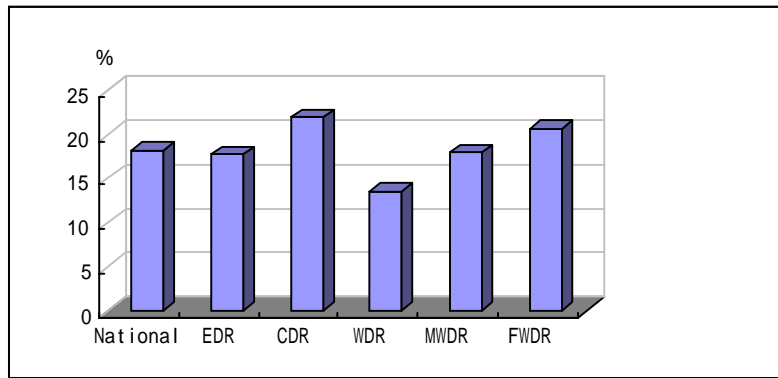


図 4 - 6 PEM の状況

栄養不良の割合は全国平均約 18%となっている。最新のデータ（2001 年）によれば、中等度の発育阻害は 50.5%、消耗症は 48.3%、重度の発育阻害は 21.3%、消耗症は 12.6% となっている。ネ国は 2005 年までに栄養不良児の割合を 15.5%に減少させたいとしている。

2) ヨード欠乏症（Iodine Deficiency Disorders : IDD）予防

IDD 予防の計画は以下のとおりである。

ヨード添加塩の生産・流通法実施の準備

輸入・流通・消費の各時点における内部でのヨード添加塩のモニタリングの強化

STC（Salt Trading Corporation）モニタリング活動の外部検査メカニズムの導入

住民の尿中ヨードレベルをモニターするためのメカニズム調査

ヨード添加する予定のチベットから来る岩塩のフィージビリティ調査

郡におけるオリエンテーションや研修を通じた保健要員と一般住民の認識向上

生産時点で 50ppm、小売レベルで 30ppm のヨード濃度維持の確保

家庭でのフォダ(3 ~ 4 cm 大の結晶塩)からヨード添加精製塩(ロゴ入パッケージ)

の使用に替えるソーシャルマーケティングキャンペーンの継続

国家ビタミン A プログラム期間中のヨード添加塩普及率の調査の継続

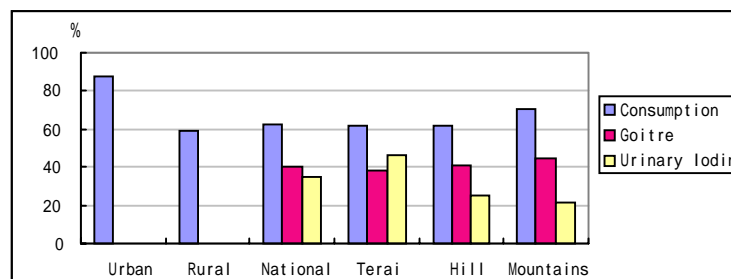


図 4 - 7 ヨード添加塩の普及率と甲状腺腫の罹患率

ヨード添加塩の普及率は都市部では 80%を超えているにも関わらず、農村部では 60%に留まっている。ネ国での甲状腺腫の割合は 40%である。

3) ビタミン A 欠乏症予防

ビタミン A 欠乏症対策は以下のとおりである。

73 郡で年 2 回、FCHV を通じて 6 か月から 6 才の子供にビタミン A カプセルを投与
ビタミン A 欠乏症による臨床例治療のための、全病院、PHCC、クリニック、HP、SubHP へのビタミン A カプセル / 治療カードの配布と研修

コミュニティレベルにおけるビタミン A が豊富な食料摂取のための家庭菜園奨励、消費、保存の増加

ビタミン A を伝搬する強化食品（砂糖、調理油等）の調査

保健医療施設を通じた、産婦への投与を含む、ビタミン A 治療法の強化

産婦へのビタミン A カプセル（2 万 IU）の投与

妊娠期間中の低容量ビタミン A カプセル投与アドボカシー

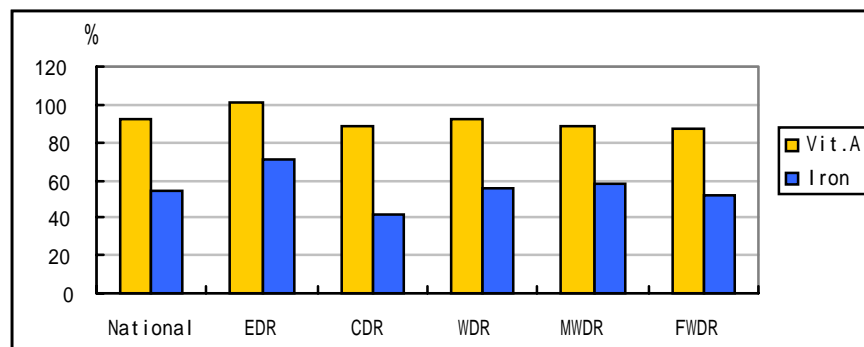


図 4 - 8 ビタミン A と鉄剤の投与率

ビタミン A の投与率は全国平均 92%である。

4) 貧血

へき地のヘルスワーカーと FCHVs の研修

貧血の知識、鉄剤配布による母親支援へのコミュニティヘルスワーカーの巻き込み

特に妊婦、授乳期間中の母親、5 才未満児を対象とした鉄分を豊富に含む食品と鉄吸収がよくなる食品の消費促進

鉄、葉酸その他の微量栄養素伝搬のための強化食品（小麦粉等）の調査

妊婦への鉄剤（60mg 毎日 1 錠）の投与

重症貧血の診断・治療

5) 駆虫

ビタミン A 投与時 2 ~ 5 才児の駆虫薬を導入（39 郡）毎年 12 郡づつ活動を拡大

6) 母乳育児の推進

Breast Milk Substitutes Act (ソーシャルマーケティング) の実施

15 郡における BGHI (Baby Friendly Hospital Initiative) の運営

HP、SubHP における成長モニタリングに母乳育児研修を統合、チャイルド・ケア・プログラムとの連携

妊産婦サービスを有する病院の全医療職員へのオリエンテーション

カンファレンス等の活動を通じた、保健要員の認識向上

郡、コミュニティレベルにおける NGOs/INGOs を動員した Grobal Breastfeeding Week 期間中のセミナー、ワークショップの組織

コミュニティレベルにおける母親支援グループの設立

鉄剤の投与率は全国平均 54%、地域により 40~70% の格差があり、今後活動の強化が必要となっている。最新のデータ (1998 年) によれば、就学前児童の貧血の割合は 78% (そのうち重症貧血は 3.1%)、妊婦の貧血の割合は 74.6% (そのうち重症貧血は 2.2%) と高いものとなっている。

(3) 下痢性疾患予防

下痢性疾患対策は以下のとおりである。

- 1) 医療保健施設内に子供の下痢治療に関する母親等の教育、適切な ORS (Oral Rehydration Salt) 準備のデモンストレーションをするためのコーナーの設置
- 2) FCHVs、PHCCs、HPs、SubHPs、病院、販売代理店を通じた、JJ パックへのアクセス増加
- 3) 一般大衆の認識向上
- 4) コミュニケーションや情報を通じた予防手段の促進
- 5) コミュニティヘルスワーカー (FCHVs、MCHWs)、DDC、VDC、ローカル NGOs 等の巻き込み
- 6) CDD、EPI、栄養、ARI、マラリアプログラムを含む子供の保健のパッケージ化
- 7) 全保健医療施設でのプログラム管理強化

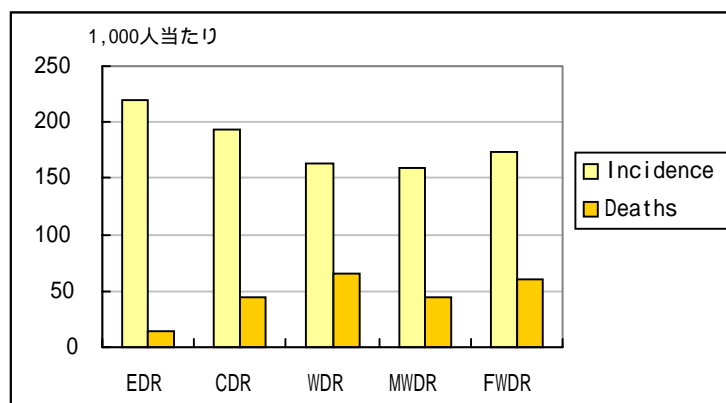


図 4 - 9 地域別下痢症罹患率と死亡率

地域により差があるものの、下痢症の罹患率は 150～200(5 才未満児 1,000 人当たり)、死亡率は 14～60(5 才未満児 1,000 人当たり) と高い。ネ国では死亡原因の 45% を下痢症が占めていることから、早期発見、早期治療により 5 才未満児の死亡を減らすことが可能である。ネ国は 2001 年重症な脱水(下痢による主な死亡原因) の割合 4.26% を 2005 年までに 3.5% にまで低下させたいとしている。

(4) ARI (急性呼吸器疾患) 予防

ARI 対策は以下のとおりである。

- 1) ARI と肺炎の徴候や症状の発見、ケアに関する母親等へ教育
- 2) 家庭やコミュニティレベルの健康問題としての ARI の認識向上を目的とした健康教育プログラム
- 3) WHO の標準 ARI 症例管理ガイドラインによるヘルスワーカーと CHWs 研修
- 4) 関連活動 (EPI、母子保健等) の支援
- 5) 咳や感冒に対する鎮咳剤や抗生物質の使用回避
- 6) PHC アプローチを通じたプログラムの提供
- 7) ローカル ARI プログラムを明確にし、新しい ARI アプローチの導入効果の評価の調査の利用
- 8) ARI コントロールプログラムのモニタリングの継続
- 9) WHO のガイドラインに沿って ARI プログラムを監理する DHOs (District Health Office) の能力強化

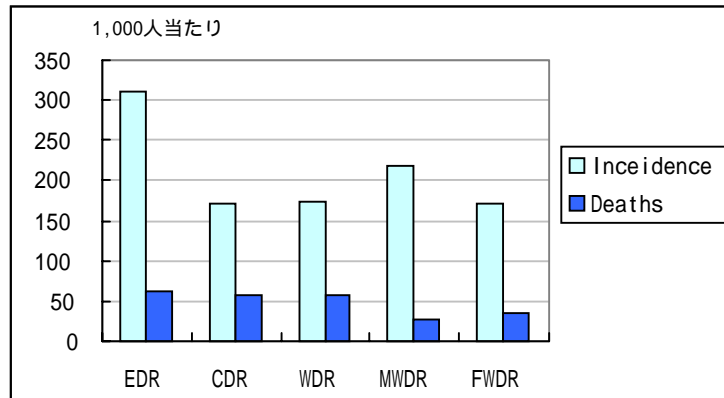


図 4 - 10 地域別 ARI 罹患率と死亡率

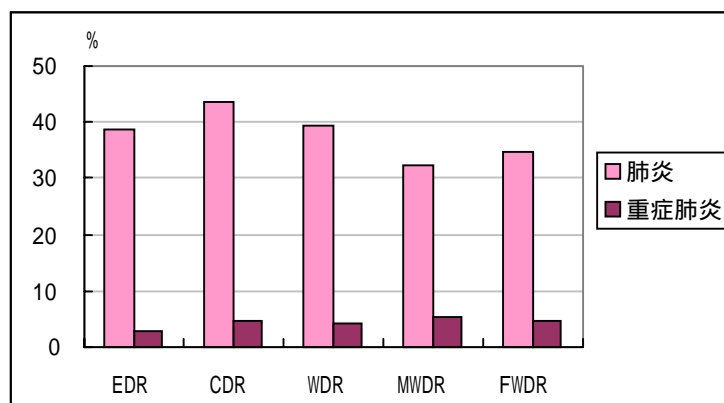


図 4 - 11 地域別肺炎、重症肺炎の罹患率

地域により差があるものの、ARI の罹患率は 170～300(5 才未満児 1,000 人当たり)、死亡率は 30～60(5 才未満児 1,000 人当たり) と高い。ネ国では死亡原因の 43% を ARI が占めていることから、早期発見、早期治療により 5 才未満児の死亡を減らすことが可能である。ネ国は 2001 年の重症肺炎 (ARI による主な死亡原因) の割合 4.2% を 2005 年までに 3.5% に低下させたいとしている。

4 - 3 家族の保健

4 - 3 - 1 安全な母性

安全な母性のための対策は以下のとおりである。

- (1) 中央からコミュニティレベルまでの安全な母性を含む RH のアドボカシーによる分野間の協力促進

保健、教育、社会福祉間の協力促進による、全てのレベルでの安全な母性イニシアティブを強化するためのコミットメント強化

安全な母性の促進において活動的な役割を担う、コミュニティ・メンバー、コミュニ

ティ・リーダー、国家当局の動員促進

(2) 全てのレベルにおける基本的な妊産婦ケアの拡大と強化

インフラストラクチャ開発

ヘルス・ケア・システム上の各レベルにおける基本的な妊産婦ケアを適切に機能させる産科ケアの標準化

人的資源管理の強化

全国的 PHC アウトリーチ・クリニック（1VDC に対し 3～5 か所）の確立と支援

ハイリスク妊婦と産科緊急（帝王切開や産後の出血等）に迅速に対応するためのコミュニティから郡までの搬送システムの確立

FCHVs、MCHWs、TBAs を通じたコミュニティベースでの妊産婦サービス強化

(3) 女性の地位向上に関する活動支援

(4) 改善計画、質の高いサービス、費用対効果のある政策への一助となる安全な母性に関する調査促進

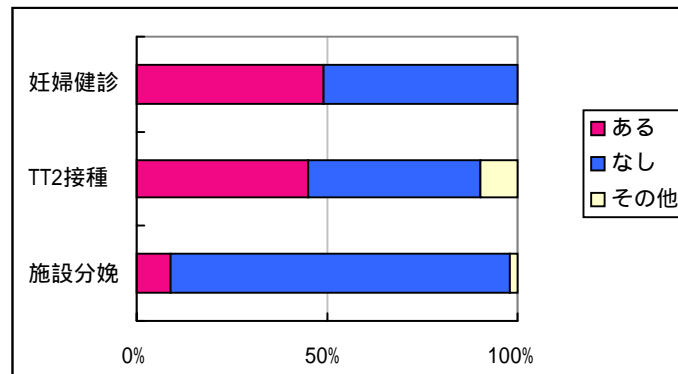


図 4 - 12 ネ国における妊産婦の状況

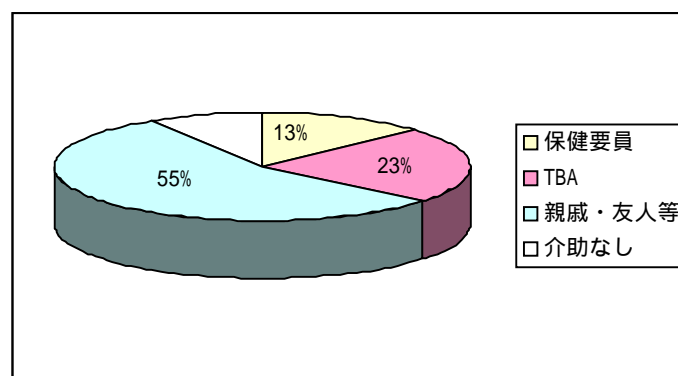


図 4 - 13 分娩介助者内訳

妊婦の中で、出産前に 1 回でも健診を受けたことのある者、新生児破傷風予防のための破傷風トキソイド（TT）を 2 回接種した者は約半数に留まっている。ネ国の子供の死亡原

因の6%を破傷風が占めることから、妊婦へのTT接種率の改善が必要である。

また、ネ国の妊産婦死亡率は540(出生10万対)であるが、施設分娩は9%、妊婦の13%程度しか保健要員の付き添いによる出産を行っていないことから原因の一端がうかがわれる。ネ国は2007年までに、施設分娩を18%まで増加、妊産婦死亡率を300まで低下させたいとしている。

4 - 3 - 2 家族計画

家族計画対策は以下のとおりである。

- 1) 国家RH運営委員会会議を通じた年間政策の見直し
- 2) RH調整委員会を通じた家族計画プログラムの4か月ごとの調整
- 3) 質の高い家族計画サービスと高い普及率を確立するための臨床プロトコール、ガイドライン、政策の制度化
- 4) 保健IEC活動での全国的なRH/FPメッセージを通じた、遅らせた結婚(初婚年齢の引き上げ)、間隔をあけた出産、小さな家族(出産制限:子供2人)から得られる利益の知識と理解の向上
- 5) RHとPHCへの家族計画サービスの統合
- 6) 施設とアウトリーチの組み合わせによるRH/FPサービスのアクセス及び入手可能性の向上
- 7) 通常の年間サービスと巡回VSCアウトリーチ・サービスの拡大
- 8) カウンセリングとフォローアップ・サービスを通じた、郡におけるIUCDサービスの拡大
- 9) 施設とアウトリーチを通じた非臨床的避妊法(コンドーム・ピルなど)サービスの提供
- 10) NHTC(National Health Training Centre)とIoM(Institute of Medicine)との協力による研修サービス
- 11) カウンセリング、感染予防、副作用や合併症管理に特別に配慮した避妊法サービスNMSに調和するようなケアの改善
- 12) 選択された病院における(結紮した精管、卵管の)再生術
- 13) 多くの分娩件数を取扱う施設での、産後のFPサービスの確立
- 14) 産科病院等における段階的方法での家族計画、妊娠中絶合併症の治療サービスの確立
- 15) 保管量の確認と避妊具の調達・補給の確立
- 16) FPプログラムの効果的資金管理の確立
- 17) FPプログラムのより良い管理のためのHMIS強化
- 18) 効果的な政策ガイドライン、計画策定へのヘルスシステム・リサーチの活用
- 19) FPプログラムの効果的な監視、モニタリングの実施
- 20) 全保健医療施設へのコンドーム・ボックスを配置による入手アクセスの向上

21) FCHVs と TBA を通じたコンドーム、ピルの配布

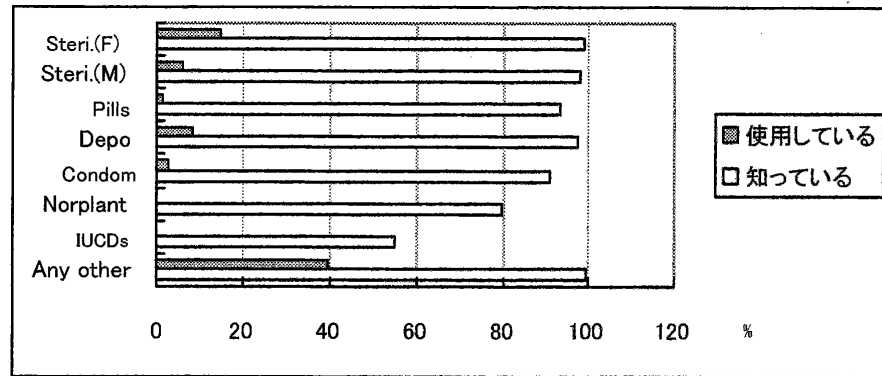


図 4 - 14 既婚女性の避妊知識と避妊法使用率

図 4 - 14 のように、既婚女性の避妊に関する情報量の多さと比較し、実際の使用率は低いものとなっている。

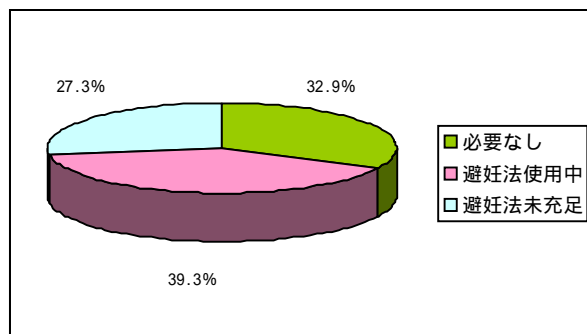


図 4 - 15 避妊法の充足・未充足

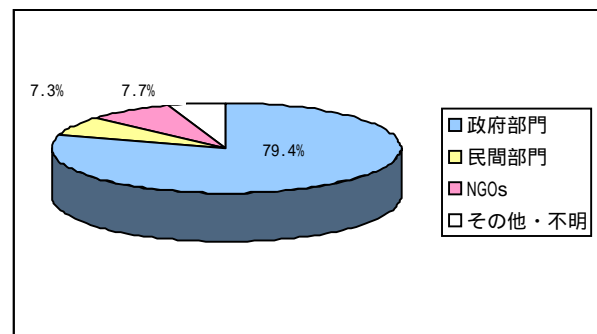


図 4 - 16 避妊法入手手段

避妊法を必要としているにも関わらずアクセスできていない割合が約 30%あることから、未充足率の改善が必要であることがわかる。避妊法の入手手段については、政府系部門が圧倒的に多く、民間部門、NGOs は共に 7%程度に留まっている。NGOs で最も多かったのはネパール家族計画協会 (Family Planning Association of Nepal : FPAN) の 4.9%である。

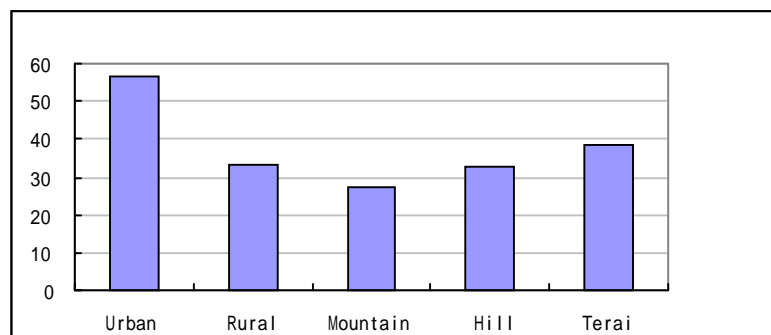


図 4 - 17 地域別避妊実行率

農村部より避妊法のアクセスが容易な都市部での避妊実行率は56%、農村部ではおおむね30%前後となっている。ネ国は2007年までに避妊実行率を47%にまで引き上げたいとしている。

4 - 4 母子保健分野における視察・協議概要

4 - 4 - 1 コミュニティを基礎とした包括的小児疾病管理 (CB-IMCI)

我が国は、ルパンディヒ郡において「地域の結核・肺の健康プロジェクト」を実施しているが、コミュニティを基礎としたCB-IMCIをローカルNGOのNEPASとともにIMCI(主にARI)のトレーニングを受け持ち、管理、モニタリングを行っている(スケジュールの都合により視察は行わなかった)。

USAIDの活動サイトであるスンサリ郡デュラリVDCとモラン郡シスワニVDCのSubHPを視察した。

デュラリVDCのSubHPではCDP(コミュニティ・ドラッグ・プログラム)を実施していた。CDPとは、政府から無料配布される医薬品を市価より安い価格で患者に販売し(このVDCでは約85%)、その利益を元金として必要な医薬品を購入・販売する、いわゆる医薬品回転(リボルビング・ファンド)システムである。これにより、VDCレベルで必要な医薬品を自立安定的に調達し、コミュニティの保健状況の改善を行っている。

シスワニVDCのSubHPではFCHVsの活動を視察した。FCHVプログラムは1988~1989年、PHCへのコミュニティ参加を向上させる目的で、ネ国保健省によって開始されたものである。現在、USAIDがNFHPを通じてこのプログラムを支援している。FCHVsは、研修を受けてARI、下痢、予防接種、栄養、家族計画、AIDS、救急処置、育児についてVDC住民にサービスの提供を行う。

IMCIに関し、ネ国ではARIと下痢が子供の致命的疾患の大部分を占めている。FCHVsはARIタイマーを使って肺炎を早期に診断しコートモクサゾル(ST合剤)を処方し、重症の下痢による脱水予防のためにORSを投与するといったことが許可されており、子供の死亡率低下に大きな役割を果たしている。

USAIDは17郡でネ国CB-IMCIプログラムを支援しており、我が国との連携協力案として、USAIDの資金によりルパンディヒ郡周辺に保健関係者(Direct Public Health Officer, Health Facility Staff)を派遣し、我が国の活動を同郡周辺に拡大させていくことを検討している。(プロジェクトの継続)また、CDPに関してJOCVを投入し、管理・モニタリングをすることも今後の検討事項に挙げられている。

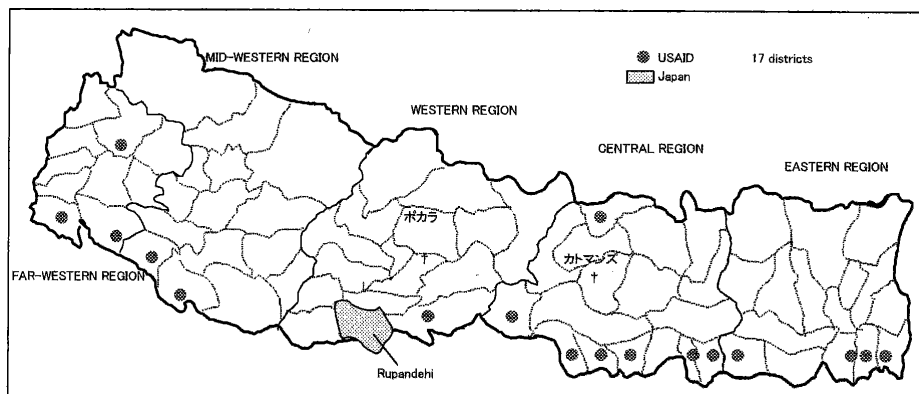


図 4 - 18 CB-IMCI サイト

4 - 4 - 2 学校保健プログラム

学校保健は第 10 次 5 か年計画でその重要性が明記されており、我が国が比較優位を有する分野である。我が国は、1993 年より日本医師会と連携して「学校・地域保健プロジェクト」をカブレパランチョーク郡（以下カブレ郡）で展開している。

プロジェクトサイトは郡南部の遠隔地で、学校数では 84 校 + 新規 19 校、VDC では 15 か所 + 新規 2 か所と 1Municipality1 か所、総対象人口は 4 万人となっている。学校保健プロジェクトでは、教師のトレーニング、チャイルドクラブの組織化、Child to Child アプローチによる保健教育を行い、健康な児童を通じて家族やコミュニティの健康の向上をも図る活動を行っており、その組織化から活動の定着までにはおおよそ 3 年の期間を要する。学校保健プログラムは、前述のチャイルドクラブ、トイレ・水場の設置、疾患予防（寄生虫等）の 3 つの構成要素から成っているが、UNICEF も “ School Sanitation and Hygiene Education ” プログラムを持っており、学校保健プロジェクトはこれまで UNICEF からトイレ・水場の建設資金を供与されている。そのため、UNICEF と USAID の活動が重なっている 4 郡（スンサリ、パルサ、チトワン、ナワルパラシ）においてトイレ・水場の建設を含む学校保健プロジェクトを展開していき、USAID との連携協力を図っていくという案も出されている。しかし、4 郡への展開の前に、USAID との協調案として、カブレ郡全域を対象とした学校保健の展開を行うこととなった。

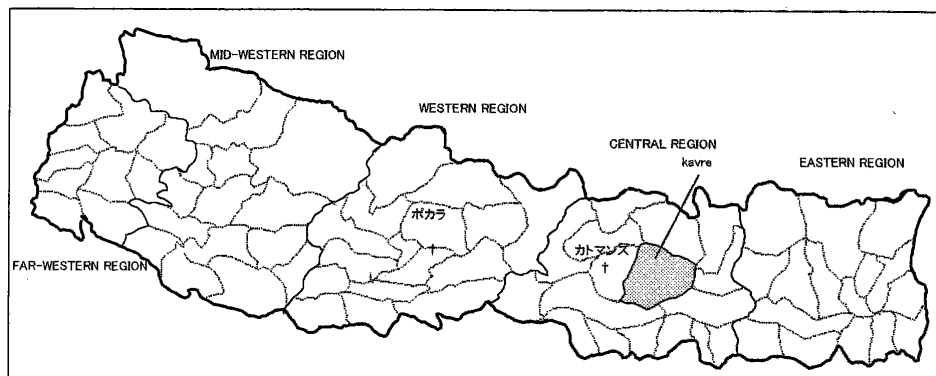


図 4 - 19 学校・地域保健プロジェクトサイト

4 - 4 - 3 ポリオ根絶

我が国はポリオ根絶のために、1997年よりNID用ワクチンを供与している。1999年実績ではその供与数は約400万ドーズであり、ネ国全体で使用されるワクチンの約3分の1ないし4分の1に相当する。一方USAIDはポリオサーベイランスを行っている。ネ国のポリオ根絶に向けて2002年以降も、我が国はワクチンの供与、USAIDはサーベイランスを継続して実施する。(感染症対策特別機材)

4 - 4 - 4 予防接種拡大計画

効果的なEPI活動のためには、十分な量のワクチンを保管し、接種するまで品質を維持できるコールドチェーン機材が不可欠である。現在どの程度の機材が不足しているかは不明であるが、まだ70~80%の接種率に留まっているワクチンがあること(BCG、DPT3種混合ワクチン、麻疹)GAVIによりHB(B型肝炎)ワクチンの接種も開始されることから、これらワクチンの増加に伴いコールドチェーン機材の需要は増加するものと思われる。

連携案件としては、我が国が無償資金協力でコールドチェーン機材を供与し、USAID側は、プログラムを展開している郡での研修を通じて、コールドチェーン機材のメンテナンス要員のキャパシティビルディング及びEPI活動のモニタリングを行うことを検討している。

4 - 4 - 5 栄養

栄養では日本、米国それぞれが比較優位に根ざした活動を展開している。

我が国は保健省に栄養分野のアドバイザーを派遣し、IDDを主としたネ国栄養プログラムへの助言を行っている。

我が国の無償資金協力で建設を行っている保管倉庫6か所のうち、モラン郡ビラトナガール倉庫を視察した。インドからトラックで輸送されてきたヨード添加塩は一旦この保管倉庫に保管される。流通可能なヨード濃度を有することが確認された後、倉庫内で手作業によるパック詰めが行われる。2人の子どものロゴマークがついた塩のパッケージは、ネ国のソーシャルマーケティングキャンペーンのものである。インドから輸送されてくる塩のヨード濃度は基準に達していることが多く、倉庫内に設置しているヨード添加機を使用することはほとんどないという。ネ国全体のヨード添加塩の使用率は約63%となっている。

栄養に関しUSAID側はビタミンAプログラムの全国展開をしており、80%以上カバーできていないのは全75郡のうち2郡のみ(ルクウム、ジャジャルコット)となっている。ビタミンAプログラムは、毎年3万人の子供の死亡を予防していることになる。

このように、IDDとビタミンA欠乏症の状況は改善されつつあり、今後取り組むべき課題はPEM並びに鉄分欠乏症貧血である。これら栄養の問題に対する連携協力案としては、アミノ

酸（蛋白質）や鉄の穀物への添加、FCHVs を通じた妊婦への鉄剤投与、ラジオスポットを通じた微量栄養素 IEC（ヨード塩や鉄剤）など様々な意見が出された。派遣中の我が国の専門家を核とした緩やかな連携協力を検討していく。

また、UNICEF より IDD・IDA 摂取を促進する放送プログラムへの資金供与の要請があった。この案件についても今後検討を行っていく。

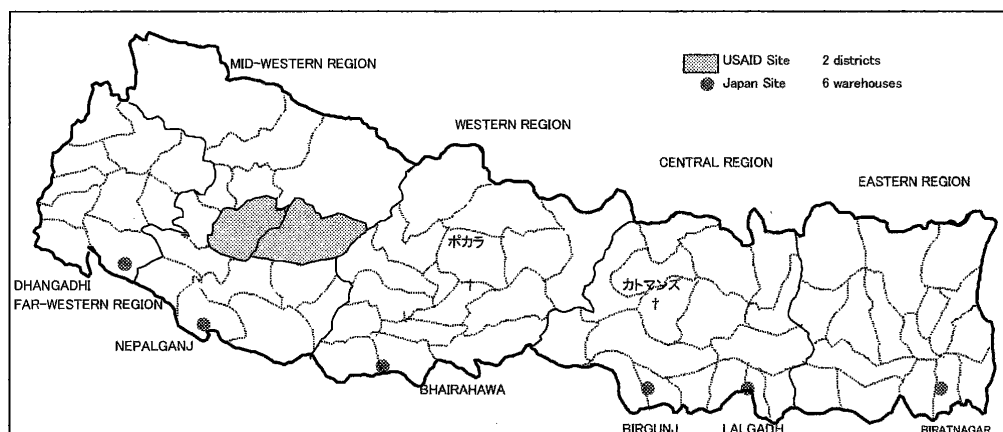


図 4 - 20 塩保管倉庫場所と Vit.A プログラム残り 2 郡

4 - 4 - 6 安全な母性

ネ国は、妊産婦死亡率が 540（出生 10 万対）で、パキスタンと並び女性の平均寿命が男性より短い数少ない国の一つである。このことから、女性の置かれている保健医療状況がかなり厳しいことがうかがわれる。

我が国は、2002 年 7 月時点、IPPF の傘下にある FPAN に計 6 名の協力隊員を派遣している。FPAN は、1959 年に設立され、現在 13 県 33 郡に 23 支部を有する安定した基盤を持つ組織であり、その活動内容も家族計画のみならず、妊産婦健診、乳児健診、予防接種活動など、安全な母性に結びつく活動を展開している。しかしながら隊員が配属されている村落レベルでは、カウンターパート（以下 C/P）の資質や活動内容に問題のあることが多く、協力隊員の能力が十分に発揮されていない、また、助産師隊員の場合はその専門性から独自の活動展開が可能であるが、保健師・村落開発普及員との組み合わせによりどのような効果的な活動ができるのか活動方針が定まっていない、というのが現状である。

一方 USAID は、FCHVs/MCHW 養成プログラムを通じて、安全な母性の活動を行っている。SubHP の薬品棚には、セーフ・デリバリー・キット（分娩に必要なビニールシートや臍帯切断用の剃刃等が入っている）があり、ほとんどが自宅分娩であるネ国の女性に対しその使用が推奨されている。このキットの使用により、産褥熱や新生児の破傷風がかなり予防できる。また、FCHVs はコンドームを配布しているが、望まない妊娠を避けることも妊産婦死亡率を低下させる一因である。

日米の連携協力案としては、専門性の高いJOCVを、安全な母性の中長期計画の中に戦略的に投入する目的で、USAIDの支援するNGOsや郡保健局へ派遣することを検討する。

また、USAIDは、FCHVs養成プログラム支援において、FCHVsの研修の際講師が使用する研修マニュアルを改訂している最中である。そのため、我が国の協力として、研修マニュアルの印刷製本及びFCHVs自身がコミュニティで使用するフリップチャートの作成費の資金協力を検討している。

第5章 HIV/AIDS 分野

HIV/AIDS 対策は、ネ国の保健政策の中の疾病対策に含まれている。疾病対策の中には、HIV/AIDS 対策以外にマラリア、カラ・アザール、結核、ハンセン病等がある。

5 - 1 ネパール国における HIV/AIDS 政策

5 - 1 - 1 AIDS/STD 予防活動の歴史

1986 年	STD/AIDS 予防委員会の組織化
1987 ~ 1988 年	STD/AIDS 予防短期計画の実施
1990 ~ 1992 年	STD/AIDS 予防中期計画の実施
1993 年	献血の全数検査政策の採択
1993 ~ 1997 年	第二次 STD/AIDS 予防中期計画の実施
1995 年	STD/AIDS 予防国家政策の採択
1997 ~ 2001 年	HIV/AIDS 予防戦略計画の採択 (2001 年実施中)

5 - 1 - 2 実施機関

HIV/AIDS・STD 感染を減少させるために、過去 10 年以上の間数多くの活動が行われてきており、1993 年に国立エイズ・性病予防センター (NCASC) が設立された。NCASC は保健省の配下にある調整機関で、ネ国内における AIDS・STD 予防活動の調整にあっている。

保健大臣を議長とし、NGO 代表、ドナー、関係省庁、国家エイズ調整委員会の協調のもと HIV/AIDS 予防戦略計画が効率的に実施されている。同様に、中央レベルの実行委員会、ディストリクトレベルの DACC (District AIDS Co-ordination Committee) も効果的な戦略を実行している。

5 - 1 - 3 HIV/AIDS 5 か年計画

- 1) 性産業従事者とその顧客、麻薬注射行為者、移動集団 (とりわけインドへの出稼ぎ労働者)、男性同性愛者 (MSM)、囚人の性病、HIV 感染の予防
- 2) 青少年の HIV 感染予防
 - 協力的政策、コミュニティ環境
 - 啓発
 - BCC (行動変容コミュニケーション)
 - 青少年向けのサービス
- 3) HIV/AIDS に感染または影響を受けた全ての人が、アクセスでき入手可能な質の高いケアとサポートサービスの提供

スティグマの減少
 VCT (自発的な検査とカウンセリング)
 母子感染の予防
 血液の安全
 クリニカルサービス

5 - 1 - 4 プログラム実施状況

表 5 - 1 プログラム実施状況

活動	1998/1999			1999/2000			2000/2001		
	目標数	達成数	達成率%	目標数	達成数	達成率%	目標数	達成数	達成率%
血液標本検査	5000	4180	83.6	5000	2398	48	5,000	3,016	60.32
テレビ・ラジオ・新聞広告	6	6	100	50	64	100	50	119	100
教育教材制作・配布									
・エイズニュースレター	45,000	47,000	100	20,000	20,000	100	20,000	19,000	95
・ポスター・小冊子等				15,000	43,000	100	20,000	22,500	100
・記念品配布	—	—	—	250	280	100	250	250	100
STD/AIDSプログラム	40	23	57.5	30	51	100			
ヘルスワーカーのSTD研修	50	165	100	240	240	100			
医薬品供給(サイト)	—	—	—	40	40	100	40	25	82.5
管理・モニタリング							40	28	70

5 - 2 援助実績

日本側

(1) 国内研修：1996～2002年（1997年は実施せず）

国別特設：南西アジア地域

HIV/AIDS対策モデルコース（HIV感染診断検査技術）の実施

2001年までに合計21名の研修員を受け入れた。NCASC職員1名、ネパール赤十字社2名が含まれていた。

(2) 専門家派遣（2001年9月～2003年2月）

地域の結核及び肺の健康プロジェクト（2000～2005年）に結核・HIV/AIDSに知見を有する専門家を派遣中。

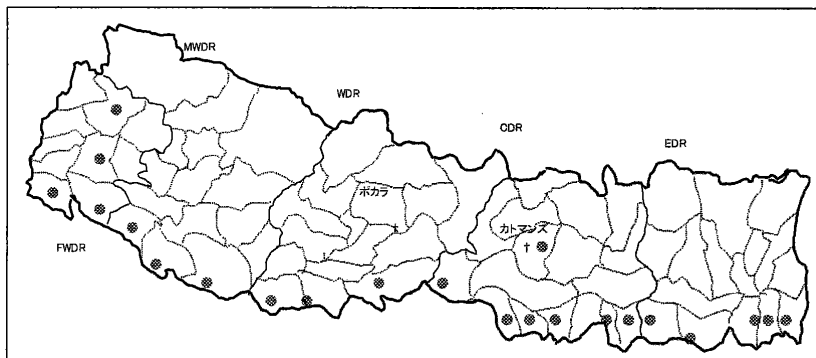


図 5 - 1 USAID-FHI 活動範囲

USAID は、HIV/AIDS 対策に豊富な知見を有する NGO (Family Health International : FHI) を通じて、上記 22 ディストリクトで Impact Program を展開中である。FHI は、HIV/AIDS の予防、コントロール、ケアにおける技術援助を行っている。

上記プログラムの中心は、Safe Highways と Safe Migration で、トラックが往来する主要な道路沿いの地域、出稼ぎ労働者の多い西部並びに極西部地域が活動場所となっている。

Impact Program の戦略は、以下のとおり。

- (1) 対象集団による、HIV 感染リスクを減少させる行動増加
- (2) 質の高い STI (性病) 対策のサービス利用向上
- (3) 政策決定に必要なデータの入手や利用を改善するための政策開発、サーベイランス、評価能力の改善
- (4) 政府のリーダーシップ、HIV/AIDS の予防、ケアへの NGOs や民間部門の巻き込みの増加
- (5) HIV/AIDS のケアやサポートを強化するための、HIV 感染者のニーズに呼応したコミュニティベースにおける情報、アドボカシー、ケアシステムの改善

USAID-FHI との業務契約に基づき、AMDA ネパールがハイウェイ沿いに位置する 5 ディストリクト (ジャバ、モラン、スンサリ、サプタリ、シラハ) で、STI、HIV/AIDS に関する教育及び広報活動を通じた感染予防の活動を行っている。活動の対象者は、性産業従事者とその顧客 (双方の配偶者を含む) 並びに若年層となっている。

5 - 3 ネパール国における HIV/AIDS の現状

ネ国では 1988 年に最初のエイズ症例の報告があった。ネ国では、広範囲に存在する性産業従事者、高い性病罹患率、低いコンドーム使用率、麻薬注射行為者により、HIV の感染拡大の潜在性が大きいとされている。保健省、NCASC の報告では、AIDS 発症者 533 人、HIV 感染者 1,564

人（2001年10月累計）また HIV/AIDS 報告数の男女比は男性 71%、女性 29%となっている。男性に比べ女性の報告数が少ないのは、女性の社会的地位が低く、病院等への受診が少ないことから統計的に表面化しにくいと推測されている。

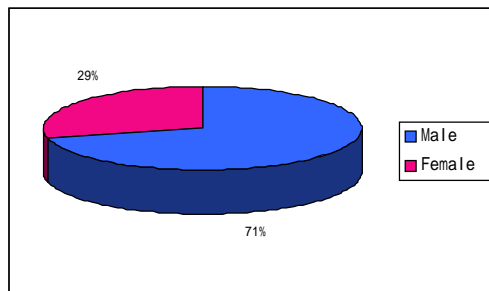


図 5 - 2 HIV/AIDS 男女比率

UNAIDS の推定によると、ネ国の成人における HIV 感染率は 0.29%と低いが、成人・子供を合わせて HIV 感染者の人口は約 6 万人と見積もられており、NCASC は 2005 年までに HIV 感染者は 17 万人に増加すると推定している。ネ国内では部分的な調査しか行われていないが、サブグループごとの HIV 感染率は以下の通りである。

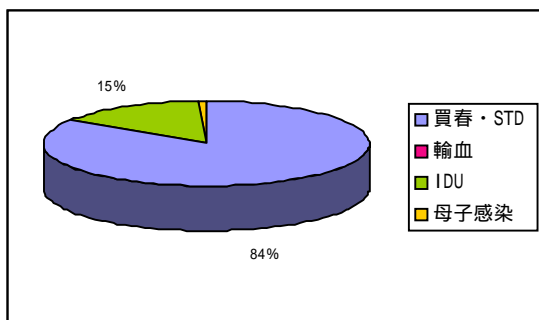


図 5 - 3 感染経路（男性）

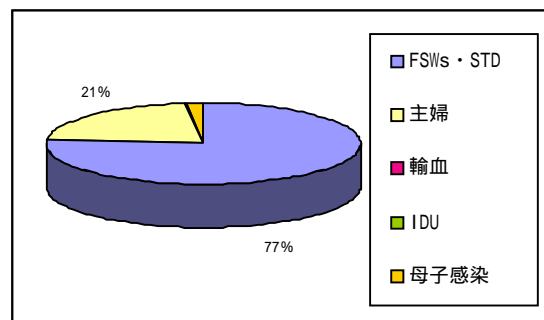


図 5 - 4 感染経路（女性）

ネ国での HIV 感染は異性間が中心で、男性は買春行為（トラックドライバーやインドへの出稼ぎ労働者）と麻薬注射行為者、女性は性産業従事者と夫との性交渉が主な感染経路になっている。近年我が国が支援した極西部ドティ郡での調査により、出稼ぎ労働者の HIV 感染率の高さ（約 10%）が明らかとなり、ハイリスクグループの一つであることが認識されることとなった。

性産業従事者とその顧客、麻薬注射行為者の HIV 感染率は 1%を超えており、それぞれ 3.9%、1.6%、約 40%（推定値）という調査結果もある。夫から妻への感染のみならず、ネ国の性産業従事者の多くは既婚者であり（約半数という調査結果あり）、妻から夫への感染、妊娠した場合の母子感染も重大である。その他のハイリスクグループとしては MSM がある。

HIV 感染者の行動に関する FHI の“ Behavioral Surveillance Survey in the Highway Route of Nepal : Round No. 2 ”の結果は以下の通りである。

同調査報告書によれば、幹線道路における性産業従事者の顧客は輸送業従事者が最も多く、両者とも AIDS、予防手段のコンドームの知識は、主にラジオ、テレビ、掲示板、ポスターなどから得ている。これは、ネ国の HIV/AIDS プログラムのメディアや IEC 教材の効果を示しているものと思われる（図 5 - 5、5 - 6）。

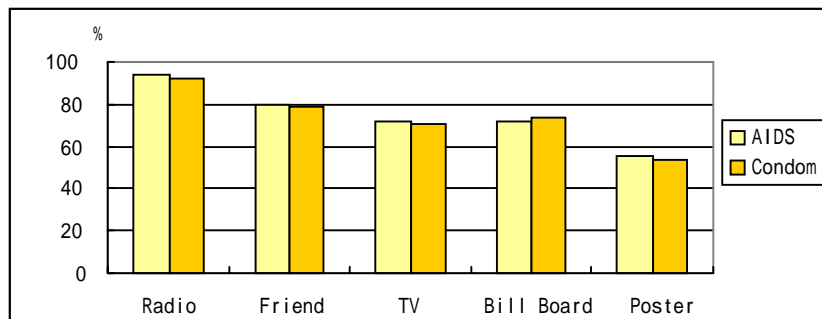


図 5 - 5 HIV/AIDS 予防知識の情報源（性産業従事者）

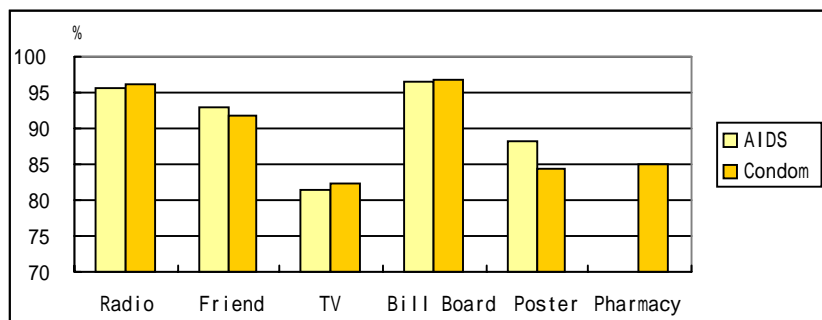


図 5 - 6 HIV/AIDS 予防知識の情報源（運送業従事者）

しかしながら、性産業従事者とその顧客の大多数が「AIDS はコンドームの使用によって予防できる」という知識があるにもかかわらず（性産業従事者 98%、顧客 95%）、コンドームを「いつも使用している（Use A）」と答えたのは、性産業従事者 45%、顧客 53%というように、実際の予防行動率は約半数に低下する。予防行動を促進するには、性産業従事者、顧客の双方が常にコンドームを携帯するなど安全な性行動をとれるような環境を整える必要がある（図 5 - 7）。

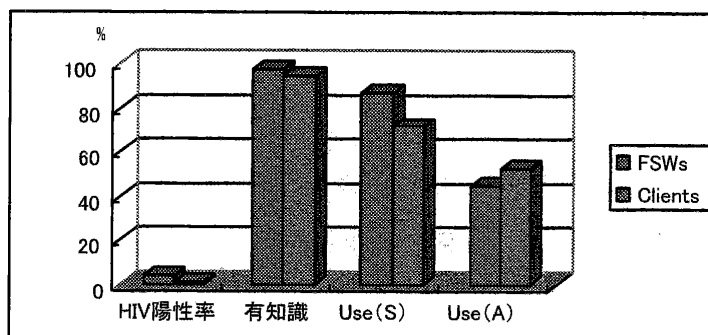


図 5 - 7 HIV/AIDS の知識と予防行動

（ Use S = 時々使用している ）

また同調査によれば、顧客がコンドームを持ってきた割合は73.5%であるのに対し、性産業従事者が顧客にコンドームを渡した率は26.5%と低い。また、常にコンドームを携帯していると答えたのは34.7%で、HIV感染から身を守る行動が十分にはとられていない。また、過去1年間においてコンドームを配布された率は、性産業従事者34.3%、輸送業従事者23.6%となっている。

輸送業従事者のコンドームの入手方法は、半数が購入、4分の1が購入・無料の両方となっており、必要な時に容易に入手できる環境が、予防行動の促進につながると思われる(図5-8)。

購入先は薬局が最も多く、無料入手先としてはおおよそ半数がヘルスポストになっている。無料入手先の一つに青年海外協力隊の配属先であるFPANクリニックが含まれている(表5-2、5-3)。

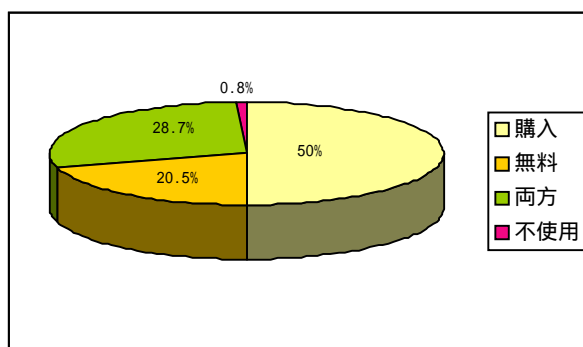


図5-8 コンドーム入手方法 (輸送業従事者)

表5-2 コンドーム
購入場所

購入場所	%
薬局	83.3
小売店	26.1
Paan Shop	22.7
民間クリニック	2.5

表5-3 無料コンドーム入手場所

無料入手場所	%	無料入手場所	%
ヘルスポスト	43.3	ヘルスセンター	4.7
友人	25.2	FPANクリニック	3.1
Thankot	16.5	コミュニティプログラム	0.8
事務所	11.8	工場	0
性産業従事者	8.7	INGO	0
ヘルスワーカー等	7.9	VDC事務所	0

感染者の年齢層をみると、男女ともに20~30才代の性行動が活発な年齢に集中している。男性のうち14~19才は出稼ぎ労働者等の予備群である。また女性のうち14~19才の感染者が多い原因として、貧困や無知による人身売買・少女売春や早婚が挙げられる。村では情報が乏しく、本人も家族も売春宿に売られるとは知らずに、騙されて連れていかれるケースが多いといわれている。そのため思春期からのHIV/AIDS教育は重要である(図5-9, 5-10)。

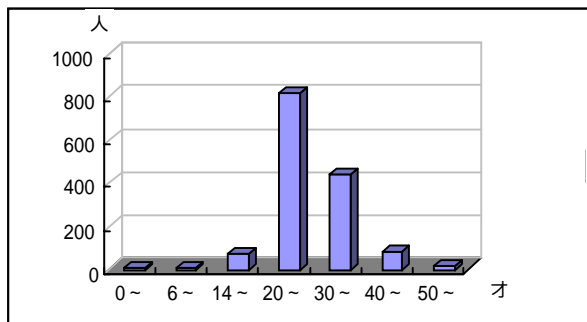


図 5 - 9 HIV 感染者年齢 (男性)

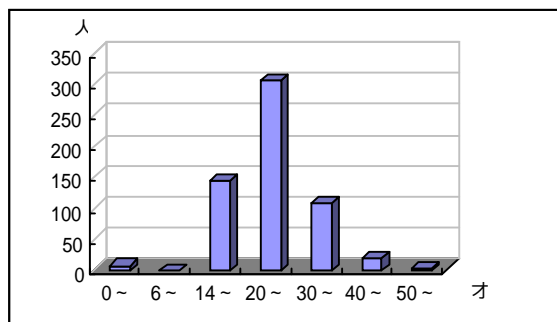


図 5 - 10 HIV 感染者年齢 (女性)

結核は HIV 感染者の約 40~60% が罹るといわれている日和見感染症の一つであり、治療をしても感染を繰り返すことが多い。結核を治療することは HIV 感染者の死亡率を低下させるとともに、周囲の未感染者に感染させる機会を減少させることになる。

表 5 - 4 サブグループ別感染率

調査対象集団	調査年	標本数	調査地	HIV 感染率 (%)
妊 婦	1996	1,802	都 市	0.2
	1999	2,030	7 病院	0.2
家族計画相談者	1999	300	Bir 病院 (カトマンズ)	0.3
男性性病患者	1996	199	病院 (カトマンズ・ネパールガンジ)	0.6
女性性病患者	1996	268	病院 (カトマンズ・ネパールガンジ)	0.6
結核患者	1993	300	国立結核センター	0
	1996	750	国立結核センター	0.8
	1996	471	パルパミッション病院	3.6
	1998/1999	938	5 診断センター	1.5
献血者	1999	59,740	不 詳	0.32
性産業従事者	1999	410	East-West Highway (テライ)	3.9
	1999/2000	300	カトマンズバレー	17.3
麻薬注射行為者	1999	564	全 国	40.4
輸送業従事者	1999	400	East-West Highway (テライ)	1.5

表 5 - 4 のとおり、結核患者の HIV 感染率のデータにはばらつきが見られる。「地域の結核及び肺の健康プロジェクト」(2005 年終了)における 2001 年の結核患者の HIV 感染率は 2.8%であった(1,023 人中 HIV 陽性 29 人)。近い将来、結核患者もハイリスクグループとなることが推測されるが、現段階ではまだ低い。

5 - 4 HIV/AIDS 分野における視察・協議概要

5 - 4 - 1 ハイリスクグループ及び若者への予防啓発活動

USAID 側援助実績の項ですでに説明したとおり、USAID は NGO を通じてハイウェイ沿いの地域を中心に、ハイリスクグループ及び若者への予防啓発活動を展開している。

我が国の NGO である AMDA は、USAID-FHI とともに 1999 年から「HIV/AIDS 感染症予

防プロジェクト(BCIプロジェクト)」を実施しており、我が国の数少ないHIV/AIDS啓発活動の実績を有するNGOといえる。活動要員には産婦人科医師、皮膚科医師もあり、ジャバ郡では小児病院(性病治療を含む)を運営している。

活動場所の一つであるスンサリ郡のドロップインセンターを訪問した。東西ハイウェイに面したバザールの一角にあるお茶屋で、女性経営者が常駐している。ここは、本来のお茶やお酒を供する目的の他、性病相談センターの機能を有し、性病に関する情報提供(パンフレットの配布)、コンドームの配布を行っている。1日平均約8~10名の性産業従事者が訪問するが、市の立つ日は約25~30名が訪問するという。プロジェクト地域内に2,500名は存在すると推測されている性産業従事者のうち、把握されているのは約750名であるため(約3割)、啓発活動の必要性は大きい。

AMDAはこれまでの予防啓発活動のノウハウを活かした活動のスケールアップを予定しており(活動地域の拡大)これを我が国のNGO支援スキーム(草の根技術協力/草の根パートナープロジェクト)に基づき実施することを検討する。対象地域は現在我が国の無償資金協力で工事が進められているシンズリ道路(1996年~)周辺地域(工事期間は労働者、完成後はトラックドライバー等によるHIV/AIDSの蔓延が懸念される)や、インドへの出稼ぎ労働者の多い村(FHIが現在調査中)等が考えられる。

5-4-2 VCT(自発的なカウンセリング及び検査)の拡大

ネ国は、HIV低流行国ということもあり、VCTに対する取り組みが遅れているのが現状である。ネ国が実施しているヘルスワーカーの研修も性病が中心であり(HIV/AIDSは行われていない)、HIV/AIDS対策に重点を置いているUSAID-FHIのVCT活動も数か所、カウンセラーも十数名程度となっている。

ネ国では感染が判明しても、HIV/AIDS感染者に対する差別や偏見が強く、情報不足からコミュニティの受入体制が整っておらず、さらに治療のための抗レトロウイルス薬は入手不可能となっている。このような状況の中で、感染者を適切に支援出来るカウンセラーの育成は長い時間を要し、カウンセリングが不十分な状況のもとでの検査そしてHIV陽性判定は感染者を苦しめるだけとなる。しかしながら、今後HIV感染者の増加が推測されることから、カウンセラーの育成、簡易検査キットと適切技術の供与を通じたVCTの体制整備が必要である。

(1) 移動VCTサービス実施のための車輛とHIV/AIDS簡易検査キット、JOCV派遣

我が国がHIV/AIDS簡易検査キットを供与するにあたっては、大量に継続的に供与できるスキームはない。そのためHIV/STI移動ラボへのJOCV派遣(臨床検査技師等)とHIV/STI簡易検査キットの供与(草の根無償またはエイズ対策・血液検査特別機材)を通じて、VCT

活動の支援を検討する。また、当初 VCT サービスのユニット車輛（検査機材積載の車輛）の投入先を首都カトマンズにしていたが、既に他援助団体による同計画がすすめられているため、地方都市への投入を検討することとする。

(2) 「地域の結核及び肺の健康プロジェクト」DOTS プログラムとの連携

ネ国において、現在結核患者に占める HIV 感染者の割合は低いものとなっている。しかしながら、結核は HIV 感染者の 40～60%が罹るといわれており、今後ハイリスクグループの一つとなる可能性が高く VCT 対策は重要である。日本は結核対策において比較優位を有し、HIV/AIDS との関連では、カンボディアの「結核対策」（プロジェクト方式技術協力 1999～2004 年）とザンビアの「AIDS 及び結核対策」（プロジェクト方式技術協力 2001～2006 年）を現在実施中である。プロジェクト内容であるが、カンボディアでは無償資金協力と連携し、HIV/結核の二重感染の配慮、結核患者の HIV 血清検査の実施、WFP の食糧配給をインセンティブとした DOTS の普及拡大を行っている。またザンビアでは、HIV/AIDS 及び結核サーベイランスに関する中央検査室での検査技術の向上、HIV の遺伝的特徴・薬剤耐性の調査、HIV/AIDS・結核ワーキンググループ等との定期的な運営会議等を行っている。

ネ国の結核プロジェクトは、2001 年 4 月には全国で DOTS 療法が受けられる体制を確立しており、全人口の約 85%の普及率となっている。このように体制は確立しているものの、前述したカンボディアやザンビアと異なり、ネ国では HIV/AIDS が低流行期で偏見や差別が強いことから、結核患者へ VCT を行うのは結核イコール HIV 感染者という風潮を生みやすく、現段階では可能ではない。しかし、リージョナルの 5 センター、カトマンズとポカラのセンターでは、結核患者への健康教育を行う職員の HIV/AIDS 知識向上を図りハイリスク患者に適切なアドバイスを行うため、FHI から講師を派遣してもらい、研修を実施することは可能である。我が国の連携協力としては、VCT のキャパシティビルディングの一環として、VCT 活動を行う NGOs への結核研修（結核プロジェクトからの講師派遣）を来年度から実施するよう検討している。

保健医療従事者向けのクリニカルマニュアルに関しては、結核プロジェクトに派遣中の専門家が、2002 年 7 月から始まった作成委員会に出席し支援活動を開始している。

また、非公式に、NCASC が、VCT のニーズの高い西部地域のネパールガンジに VCT センターの設立（パイロットプロジェクト）を要請しているが（第 10 次 5 か年計画外）、USAID は今後 3 年間に、ハイリスク・グループの多い都市部を中心とした VCT センターの設立、VCT のガイドライン作成、VCT のキャパシティビルディング（NCASC、NGOs 等すべての関係者）を計画している。

我が国の連携協力としては、VCTのキャパシティビルディングの一環として、VCT活動を行うNGOsへの結核トレーニング(結核プロジェクトから講師の派遣)を検討している。

5 - 4 - 3 検査機能強化

ネ国のAIDS診療の中核となっている政府系テク病院を視察した。同病院では2年前にエイズ診療を開始したが、AIDSに対する偏見や差別、リファラル体制が十分機能していない等により照会される患者は少ない。AIDS診療は、患者の精神的負担を考慮するため予防接種外来の診察室で行っており、HIV簡易検査とカウンセリングサービスを行っている。同病院での年間のエイズ外来患者数は不詳、入院患者は50～60名である。

隣接している国立公衆衛生試験所を視察した。中央レベルのため、ELIZA法・WB法の両検査が可能であるが、検体依頼は少なく、一日平均10～12件程度である。簡易検査資機材には日本製のものもあり(Serodia)量的には不足はないとのことであった。

ネ国における推定HIV感染者は3万人を超えており、検査の需要が高いにもかかわらずその報告数が1割以下(約2,000人)に留まっている原因としては、地方レベルで簡易検査並びに確定診断検査が十分にできないこと、また確定診断のために中央レベルに検体を送付するなどのリファラル体制が十分に機能していないこと等があげられる。

(1) 国内研修

我が国は、5 - 2 援助実績にもあるように、1996年よりHIV感染診断検査技術の国別特設研修を実施している。同研修の目標は、比較優位を有する我が国のHIV感染診断検査技術の習得を通して、対象国におけるHIV感染診断検査体制の整備を図ることである。そのため、現在実施中の国別特設研修による協力を継続し、必要に応じてフォローアップ機材の投入を検討する。

(2) 第三国研修

USAID側は、現在バングラデシュ国際下痢症疾患研究センター(International Centre for Diarrheal Disease Research, Bangladesh: ICDDR,B)の協力を得て、ネ国内での研修実施を検討していることから、引き続き情報交換を行っていく。

5 - 4 - 4 人的交流

現地レベルでHIV/AIDS分野の日米連携を促進するために、同分野で豊富な経験を有するUSAIDとの間で一層の交流を図る必要がある。その一環として、ネ国に派遣予定の企画調査員を、USAID-Nepalに研修目的で数週間程度派遣することが提案されている。

付 属 資 料

- 1．調査行程
- 2．主要面談者リスト
- 3．協議議事録
- 4．USAID との覚書
- 5．NGO との連携可能性
- 6．収集資料リスト
- 7．図表リスト

1. 調査行程

日時	日順	曜日	開始	終了	行動	概要	於	備考
7月17日	1	水	11:00		本邦発/バンコク泊		バンコク	JL717
18日	2	木	12:35		カトマンズ着			TG319
			14:00	15:00	事務所表敬/団内打合せ		JICA事務所	
			15:30	17:00	日米合同協議	活動内容のプレゼンテーション	USAIDオフィス	
19日	3	金	朝		サイト視察先へ移動		ジャバ郡 ピラトナガル	
			午前		JICA/USAIDサイト視察	JICAヨード欠乏症対策	"	
			午後		"	AMDA・FHIサイト FCHV活動視察	モラン郡 スンサリ郡	
20日	4	土	午前		カトマンズへ移動			
			午後		資料整理			
21日	5	日	午前		カトマンズ着			団長/協力政策到着 (TG319)
			15:00	17:00	団内打ち合わせ	肺の健康プロジェクト 専門家ら同席	JICA事務所	
22日	6	月	9:30	12:30	日米合同協議	団長挨拶等	USAIDオフィス	
			午後		JICAサイト視察	地域の結核肺の健康P	ティミ	
23日	7	火	午前		USAIDサイト視察	VCT HIV/AIDSサイト	カトマンズ	Cristine出発(TG320)
			14:30	15:00	保健省表敬		保健省	
			15:30	17:00	日米大使館合同協議		日本大使館	
			夜		レセプション		ホテルシャングリラ	USAID 主催
24日	8	水	終日		日米合同協議	連携案件(ミニッツ)検討	USAIDオフィス	
25日	9	木	午前		日米合同協議	ミニッツ完成	USAIDオフィス	
			15:00	16:30	オープンミーティング		ホテルアンナプルナ	保健省、EDPs、NGOs
			17:00		レセプション	ミニッツ署名	"	日本主催
26日	10	金	9:30	10:30	団内打ち合わせ	人口保健団員(コンサルタント) 継続調査のTOR確認等	JICA事務所	
			13:45		カトマンズ発	協力企画団員は～7/29 人口保健団員は～8/6		TG320
27日	11	土	6:25		本邦着			JL718

2. 主要面談者リスト

ネパール国保健省

保健大臣

Mr. Sarat Singh Bhandari

家族保健部

Dr. Shiva Shankar Jha

子供保健部栄養課

Dr. Sharda Pandey

疫学・疾病対策部

Dr. Benu B.Karki

国立結核センター長

Dr. Dirgh Singh Bam

国連機関

WHO メディカル・オフィサー（結核）

Dr. Christian Gunneburg

UNICEF アシスタント・プログラム・オフィサー

Ms. Kyoko Okamoto

NGO

FHI プログラムマネージャー

Ms. Stephanie Suhowatski

FHI アジア地域事務所シニア・テクニカル・オフィサー

Ms. Joan Macneil

AMDA Nepal プロジェクト・コーディネーター

Dr. Anil Kumar Das

Save the Children Japan ネパール事務所代表

Ms. Mariko Tanaka

在ネパール国米国大使館

ネパール国大使

Mr. Michael Malionowski

USAID ネパール事務所

事務所長

Ms. Joanne Hale

シニア・ヘルス・アドバイザー

Ms. Pancha manandhar

保健・家族計画 ディレクター

Ms. Rebecca Rohrer

子供の健康 テクニカル・アドバイザー

Mr. Lyndon Brown

子供の健康 プログラムマネージャー

Mr. Dhramapal Raman

感染症・HIV

Ms. Nadia Carvalho

USAID ワシントン事務所

地球保健局 HIV/AIDS

Ms. Bessie Lee

アジア中東局

Ms. Lily Kak

JICA 関係者

個別専門家（小児栄養：政策アドバイザー）

力丸 徹

地域の結核・肺の健康プロジェクト（アドバイザー）

吉山 崇

同プロジェクト専門家（肺疾患対策）

加藤 仁一

同プロジェクト専門家（業務調整）

石井 克美

学校・地域保健プロジェクト専門家（地域保健）

山岸 伸子

同プロジェクト プログラム・オフィサー

Mr. Govinda Lamichhane

同プロジェクト シニア・プログラム・オフィサー

Mr. Ram Babu Koirala

3. 協議議事録

日米協議議事録

件名	ネパール・プロジェクト形成調査(人口・保健/日米連携)
日時	2002年7月18日
場所	USAID 会議室 (ラビ・バワン、カトマンズ)
出席者	日本側： 矢部哲雄：JICA ネパール事務所次長 古田所員、調査団：鈴木、小林、廣嶋、村上 米国側： Ms. Joanne Hale, USAID Director, Ms. Rebecca Rohrer: Office of Health and Family Planning, Ms. Nadia Carvahlo:--do-- Mr. Lyndon Brown:--do-- Ms. Bessie Lee: Washington Global Health Bureau, HIV/AIDS Division Ms. Lily Kak: Washington Asia and Near East Bureau, Maternal and Child Health Advisor

1. USAID 代表挨拶：Ms. Joanne Hale, Director

日米両国の協力でネパールの母子保健の分野を支援し、よりよい保健状況の向上を目指したい。

2. JICA 代表挨拶：矢部次長

わが国の保健分野の協力の優位点を生かし、日米共同でネパールの保健分野を支援したい。

3. 保健分野の活動報告 (JICA, USAID)

USAID は現在、HIV/AIDS 分野は FHI (Family Health International, INGO) とローカル NGO, 子供の健康は USAID 内の Nepal Family Health Program を中心として (JSI: John Snow Incorporated, INGO 等が参加する) 現地 NGO と共に活動を全国で展開している。

JICA は地域の結核・肺の健康プロジェクト、学校地域保健プロジェクト、栄養の専門家派遣、「安全な母性」関連の JOCV 派遣等の活動をネパールにおいて行っている。

4. 連携案件のフレームワークについての説明と協議 (フレームワークについては変更された部分もあるので、後日詳細を協議することとする)

5. フィールド視察についての説明

日米合同視察

参加者：

日本側：古田所員、調査団員：鈴木、小林、廣島、村上

スニタ・ピスタ：JICA 事務所保健分野アシスタント

Naveen Paudyal: MOH, Child health Division, Nutrition Section, IDD
Monitoring Officer

米国側： Ms. Rebecca Rohrer: Office of Health and Family Planning

Ms. Nadia Carvahlo: --do--

Mr. Lyndon Brown: --do-

Ms. Bessie Lee: Washington Global Health Bureau, HIV/AIDS Division

Ms. Lily Kak: Washington Asia and Near East Bureau, MCH Advisor

視察場所名称	JICA ヨード欠乏症対策 塩保管倉庫（無償案件）
視察場所	モラン郡ピラトナガール
日時	2002年7月19日 10AM
現地担当官	Mr. Sabal Rijal, Regional Chief, Salt Trading Corporation LTD. 青木照久、機材コンサルタント（JA 設計）
視察内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. ネパールのヨード欠乏症対策について 2. 現在無償案件により塩保管倉庫を全国 6ヶ所で建設中 3. 小児栄養専門家が保健省栄養課に配置されている 4. 上記専門家派遣によりヨード塩供給のモニタリングが強化されている 5. 現在の全国民の 63%がヨード添加塩を使用している 6. 山岳地帯ではクリスタル塩を使用しているが、添加されたヨードが輸送の途中と家庭での使用中に流失してしまうことが問題である。 7. チベットから輸送されてくる塩に対してのヨード添加を強化する必要がある 8. IDD とビタミン A 対策は強化されてきたが、現在問題となってきたのは鉄欠乏症である 9. 建設された塩保管倉庫は機材と共に十分に活用されている。
備考・問題点	インドから輸送される塩の保管倉庫は整備できたが、支所での保管がまだ整備されていないとの指摘があった。

視察場所名称	AMDA/FHI 合同 HIV/AIDS 対策プロジェクト
視察場所	スンサリ郡ドロップ・イン・センター、AMDA 事務所
日時	2002年7月19日
現地担当官	Mr. Bhagawat Prd. Poudel: Senior Field Supervisor Dr. Anil Kumar Das: Project Coordinator Mr. Fujino Yasuyuki: Project Director/ Administrator
視察内容	Drop-in Center 1. 東西ハイウェイに面するバザールの一角に位置するお茶屋を、性産業

	<p>従事者を対象とした、健康教育、コンドーム配布(一人通常 10 個)、性病相談センターとして活用している</p> <p>2. 通常 8-10 名(市場のたつ日は 25-30 名)の性産業従事者がセンターを利用している</p> <p>3. 買春者が長距離トラック運転者であることが多いので、ハイウェイに面するセンターは重要である</p> <p>AMDA 事務所</p> <p>1. Behavior Change Intervention(BCI)についての説明</p> <p>2. 上記プロジェクトは東西ハイウェイに面する 5 郡で 19 名の健康教育推進者を中心に、性産業従事者、買春者と二次感染可能者(性産業従事者の夫、買春者の妻、女性、青少年など)に対して予防対策を行っている</p> <p>3. プロジェクト地域全体で 750 名の性産業従事者を登録しているが、未登録者は約 1700 名いると概算している</p> <p>4. FHI はプログラム運営資金と機材及びトレーニングを AMDA に供給している</p> <p>5. 登録されている静脈注射による麻薬常習者は 5 郡で 2116 名であるが、正確な人数はつかめていない</p> <p>6. オープン・ボーダーであるため、国境の村落へは特別な配慮が必要である(季節労働者が多い)</p> <p>7. 住民の対策プログラムへの興味は高い</p> <p>8. 性病対策に力を入れる必要がある</p> <p>9. HIV/AIDS の確定は病院と血液供給センターで行っている(検査キットは FHI より供給されている)</p>
備考	<p>1. 現在この地域では 25 名の HIV/AIDS 患者が登録されている</p> <p>2. ハイウェイ周辺のみでなく、地域拡大も必要である</p> <p>3. コミュニティと病院ベースの患者とその家族のサポート体制が望まれているが、カウンセリングのできる職員確保も不可欠である</p>

視察場所名称	<p>デュラリ・サブ・ヘルス・ポスト シスワニ・バダハラ・サブ・ヘルス・ポスト Female Community Health Volunteer (FCHV)へのインタビュー (Logistics and Child Health Support Service Project, John Snow Incorporated (JSI))</p>
視察場所	スンサリ郡デュラリ村落開発区(VDC) / モラン郡シスワニ・バダハラ VDC
日時	2002 年 7 月 19 日 2 : 30PM
現地担当官	Mr. Mashusudan Koirala: District Public Health Officer JSI, Field Supervisor
視察内容	<p>1. 子供の呼吸器感染症と下痢症対策を FCHV の活動を通じ行っている</p> <p>2. 元来 FCHV は薬を使用する治療は認められていないが、保健省との交渉により、小児肺炎に関するトレーニング後(タイマーを与えられ、呼吸数を計り診断する等)治療にコートモクサゾルを患者に売る(20錠が 10Rs)ことを認められた。ORS も同様である。これらの活動により、住民の FCHV に対する信頼は深く、給料のない FCHV の活動を向上させる動機ともなっている。その他、FCHV の活動は健康教育、出産後の母親と子供のケア、家族計画(コンドーム、ピルの配布等)、EPI 補助、山岳地域では結核の DOTS の補助等が行われている。</p> <p>3. 上記のサブ・ヘルス・ポストではコミュニティ・ドラッグ・プログラムを実施しており、政府から無料支給される薬を市価の約 85%で薬を</p>

	<p>患者に販売し、ファンドをつくりそれをリボルビング・ファンドとして以降の安定した薬の供給システムを運営している。また、B.P. Koirala病院との連携で Social Health Insurance System を一人 180Rs で運営している。</p> <p>4. 貧困者には VDC の認定により無料で治療を行っている。 Traditional Birth Attendant (TBA)は、毎年一回保健省からトレーニングを受けている(ネパールでは 80%以上が自宅分娩)。</p>
備考・問題点	<p>1. コミュニティでの保健活動が重視され、ボランティアで働く FCHV に過大な責任が負わされているが、保健省の FCHV へのトレーニングは資金不足のため、往々にして質が悪く、遅延がちである。</p> <p>2. FCHV を統括する Village Health Worker の質の向上が、モニタリング、レポートを強化するために必要である。</p>

協議議事録

件名	1. 学校地域保健プロジェクト関係者のプレゼンテーション及び質疑 2. 連携案件マトリクスの検討 3. 保健大臣表敬 4. 日米大使館協議
日時	2002年7月23日
場所	JICA 会議室（午後は保健省表敬訪問、日米大使へ報告、その他）
出席者	米国側調査団員：Ms. Rebecca Rohrer, Ms. Nadia Carvahlo, Mr. Lyndon Brown, Ms. Bessie Lee, Ms. Lily Kak Dharpal Pd. Raman：USAID Program Specialist Pancha Manandhar：USAID Senior Health Advisor 山岸信子：学校地域保健プロジェクト専門家、プロジェクト職員 古田所員 調査団(國井、矢加部、小林、廣島、鈴木、村上)

1. 学校・地域保健プロジェクトのプログラム紹介

説明についての質問事項

- プログラムの開始から軌道に乗るまでどの程度の時間がかかるのか？裨益人口と学校は何校か？
トイレ建設は5-6ヶ月で終了するがチャイルド・クラブは準備に6ヶ月ほどかかり(教師へのトレーニング等)、その後プログラムを始め、結果が出るまでは3年ほどかかる。対象人口はカブレパランチョーク郡の南部遠隔地 40000人、学校数では84校と新規19校、15VDCと新規2VDCと1つのMunicipalityで活動している。
- チャイルド・クラブの効果を計るパイチャートは何を指標にしているか？
14の指標を元に判断している(救急箱の管理、トイレの管理、環境整備、等)
- Child Health Indicatorを量ったことはあるか？
現在まで量った事はない。この部分は向上しなければならない点である。
- 地域のSHPとHPの職員をこのプログラムに関連づけているか？
地域では関連付けて協同しているが、遠隔地のため職員が欠員して本来の保健活動もうまく言っていないことが多く、継続して協調することは困難である。
- FCHVのプログラムへの関連は？
学校保健プログラムには直接関与していない。地域保健プログラムの方で協同している。女性グループのメンバーにFCHVが入っており、数々の活動に参加している。FCHVを直接エンパワーするというより、チャイルド・クラブと識字教室終了後に作られたセルフ・ヘルプ・グループ(SHG)を中心に地域全体の底上げをしていくという活動をしている。今までは地域住民をエンパワーすることに力を入れていたので、地域のヘルス・ワーカーには注目していなかったが、今後はInstitutionと働いていくことが必要だと認識している。その意味で、郡、村落、教育局、保健局などとの協同も強化していきたい。

- 就学していない子供へのアプローチを考えているか？
就学していない子供へ直接アプローチはしていない。チャイルド・クラブと SHG の活動を通してアプローチしている。就学していなくても、子供はとにかくその地域に属するものであるので十分にカバーしている。
- プロジェクトの成果は何かあるか？
トイレの数とか、家庭菜園の数とか有るが、ヘルスに関連しているものではないので今後きちんと出していきたい。チャイルド・クラブについては 99 年から始まったばかりなので、効果を計るには早すぎる。2 年後ぐらいを目安に評価したい。学校へのトイレ建設では、建設後に女子の就学率が驚くほど増え（山野に行かなくても良いため、恥ずかしくなくなった）教室を増設して欲しいとリクエストが相次いだ。
- かなりの遠隔地のようだが、対象地域には現在は行けるのか？
政治問題があるので 2 年ほど遠隔地には行ってない。そのため、モニタリングとフォローアップが難しい。各 VDC に一人ずつフィールド・ファシリテーターがいるので、彼らを通じて運営している。2 ヶ月に一度、対象地域の村長等を郡都に招いて、トレーニングや連絡会議をしている。
- カブレパランチョーク郡には他の NGO がいるか？ 協調は？
ADRA が北部で活動している。当プロジェクトの活動地域には他の NGO はいない。保健と教育のプログラムで強調している。
- 政治的コンフリクトのある地域でそれに対してどのように対処すべきかのトレーニング等を行っているか？ ADRA は USAID から資金援助を受け Child affected by conflict プログラムを始めているが興味があるならば、協同してみたらどうか？
地域からそのようなプログラムのリクエストを受けたことがないが、検討する。
- JICA のプログラムへのサポートとはどのようなものであるか？
プロジェクトの運営資金は日本医師会から出ている（年間 1500 万円）。専門家は JICA が派遣。その他、プロジェクト費用は JICA, VDC, DDC, NGO 等からも指定援助が有る。
- UNICEF との協調は？
学校の衛生環境整備に資金援助を受けていた。しかし、ユニセフ独自のプログラムが始まってからは難しくなっている。
- この活動を広げるのか？
プロジェクトは 2004 年 6 月までなので、その機会があれば広げたい。現在 JICA とどのような形で継続できるのか、交渉しているところである。
- なぜアクセスの悪い遠隔地を選んだのか？
他にドナーがいなかった。遠隔地では住民参加のプログラムをやりやすい。住民の参加が得られるので、同じ建物を建てるのも安く出来る。
- 教師、生徒、住民を巻き込むやり方は興味深い。ビタミン A でも同様の巻き込みをし

ているがインセンティブを欲しがるというより、地域の尊敬を勝ち得たいという動機が重要である。

2. マトリックスについて協議

学校保健

- 現行では School Health Section が保健省に中に入っていないが、DG の Dr. Pathak が興味を持っているので、Safe Motherhood Committee の下に他の学校保健に興味のあるドナーと協同して、サブ・コミッティを作ったらどうか。DFID, EU, INGO など興味を持っているところは沢山有る。また、この形ならば、現在フォーカル・ポイントとなっている Nutrition Section との協調も可能である。
- Monitoring and Evaluation は USAID の強いところなので協調できる。その上、ユニセフなどと協調も考えたらどうか。
- 遠隔地でのやり方を経験したので、アクセスの良いところを新規対象地域として選択した。比較するつもりである。ベースライン調査から始める予定である。

栄養

- 現在 JICA は IDD 対策を支援しており、栄養専門家を保健省に派遣している。昨日栄養専門家と協議したところでは、保健省は General Malnutrition と Growth Monitoring に興味を持っている、また、IDA 対策は良いアイデアが無く、食品強化が考えられるが、FCHV を巻き込んで鉄剤を配布することが可能であるとの事であった。
- MI (Micronutrient Initiative) は IDA に興味を持っている。PEM は全体的な Behavior Change が必要なので現段階では困難である。
- IDA は他の微量栄養素対策と違って、妊産婦検診実施と定期的配布をしなければならないので困難である。
- USAID は FCHV のトレーニング・マニュアルを Review している。その中の栄養部分を検討し、強化することは可能である。
- FCHV の活動範囲が多すぎるという意見があるが、仕事を分けてトレーニングすれば可能である。薬を与えることによって、住民の尊敬を勝ち得るといふ動機が活動を容易にするのではないか。しかし、同時に鉄剤の供給路を確保しなければならない。SHP の職員へのトレーニングも必要である。USAID が取り掛かろうとしているマニュアルの再編は FCHV の仕事の範囲をもう少しはっきりさせることができるのではないか。
- IDD の塩供給は、Social Marketing をする必要があるのではないか。Population Social International という団体がメディアの与える影響などについての調査を実施可能である。
- Growth Monitoring はいろいろな国で行われているが、その使い方をはっきりとさせないと、実施しても無駄である。
- 現在ユニセフで実施しているのは、Community Diagnosis のために使用しているのみで、個人の栄養状態を知るものではない。
- 日本がインドネシア、フィリピン等で行っている母子手帳、ガイドライン作りは定評の

あるところである。しかし、それが読み書きの出来ない FCHV の多いネパールで使用できるかという疑問である。

- JOCV をこの分野に投入するかどうかは、今後協議をして検討していきたい。

3. 保健省、保健大臣表敬訪問

- 1) 日米合同調査の目的説明
- 2) 保健大臣挨拶：日米連携を歓迎する。この活動がネパールの母子保健と HIV/AIDS 関連の対策活動に多大な貢献をしてくれることに期待する。安全な母性対策では妊婦の出産時の出血死が多いことから、この分野での協力も期待する。
- 3) 保健省次官挨拶：他のドナーとも協力して活動を進めることを期待する。

4. 日米大使に合同調査についてブリーフィング

- 1) 合同調査について説明
- 2) 國井団長より目的説明
- 3) Ms. Rebecca Rohrer 米国団長より経過報告
- 4) 日本大使挨拶
- 5) 米国大使挨拶
- 6) 協議

- 草の根無償について

現行ではハード部門に対しての援助が中心である。ソフト部門はモニタリングが困難なため援助を行っていない。しかし、日米協同で責任の所在を明らかにできるのであれば検討する。日米協同で戦略的に検討して、予算等はつきりしたものが出てくることを期待する。大使館の今年度予算は有るので、早急に検討し 12 月までに提出して欲しい。

協議議事録

件名	オープンドナーミーティング及び Memorandum for the Record 調印式
日時	2002年7月25日 15:00～17:30
場所	アンナプルナ・ホテル、カトマンズ
出席者	日本大使、米国大使、その他（別紙参照）

1. 日米協調の背景
2. ネパールにおける協調案件説明
3. 質疑応答・コメント
 - Mr. Chij K. Shrestha, World Education, Director
 (質)日米協調案件ということがどのように可能なのか？
 (応)活動については資料に提示してあるとおり、日米の協調するフィールド・レベルでの協調が基本となる。
 - Dr. Shyam Sunder Mishra, National AIDS/STD Control Center, Act. Director
 (コ)バルセロナの HIV/AIDS 会議では予防、ケアと診療に対策の中心が移されたが、治療薬と患者の支援も含めて戦略的に進めるべきである。また、グローバル・ファンドはリージョン毎に分けられているが、各国の必要によってファンドを分けることも考えて欲しい。
 (応)保健省のリーダーシップにより、日米のみでなく HIV/AIDS 対策を支援する関係者が集まって、フォーラムを結成し、戦略的に進めることは可能である。治療薬とその配布方法を完備していくことも重要であると認識している。
 - Stephanie Suhawtsky, Family Health International, Program Manager
 (コ)現在 FHI は全国 20 ヶ所で VCT を実施している。ネ国全体で 60,000 いるといわれている患者に対して VCT のキットが必要となってくる。新たに VCT センターも必要である。
 - Ms. Rajju Malla Dhakal, AusAID, Manager
 (質)ナショナル・ストラテジーと Nepal Initiative というものがすでにあるが、それとの協調をどのようにしていくのか？
 (応)上記を配慮して活動計画のマトリックスには詳しく記載した。フィールド・レベルでは日米のみでなく、他のドナーとも協調が必要である。日米連携はグローバルなパートナーシップであるので、グローバル・ファンドの分配方法などにも寄与できる可能性がある。
 - Dr. Bill Musoke, UNFPA, Representative
 (コ)このような形でのパートナーシップを歓迎し、円滑な活動を願っている。これに取り上げられている活動のみでなく、よりよい保健政策を実施するために、保健省の構造改革支援等も視野に入れる必要がある。
 - Dr. Agatha Pratt, Unicef, Chief of Health
 (コ)パートナーシップの形式は良い。何年間に渡り協調を続けるのが明確ではない。ネ国の MCH は多岐に渡る問題を包括しており、FCHV と MCHW の強化無しにしては語れない。

い。又、Maternal Tetanus も問題であり、早急な対策が必要とされている。

- Mr. Frank White, Nepal Family Health Program, Deputy COP
(質) JICA の実施する CB-IMCI をルパンディヒ郡のみでなく他の郡でも実施可能か？
(応) 現在は予算がないので拡張を考慮していないが、他のドナーにも協力を要請可能か検討していきたい。
- Dr. Pandu Wijayratne, EHP, Director
(質) 子供の健康にも関連する他の感染症、とくに沖縄・サミットでも取り上げられた、結核、マラリア、日本脳炎とカラアザールはネ国において、重要な問題であるので支援の可能性はあるのか？
(応) 日本は結核対策、マラリア対策、日本脳炎にもグローバルな支援活動を続けている。しかし予算に限りがあるため、すべての対策を支援することは現在不可能である。将来的には可能であるか検討を要する。
- Dr. Sisir Regmi, AMDA, Country Director
(コ) AMDA はいろいろなドナーと活動しているが、ドナーが専門分野に支援するのみでなく、NGO の運営分野にも支援して欲しい。また、実施に関係する各ドナー間のコーディネーションが重要である。
(応) USAID はドナーが各 NGO の運営面の支援なくして専門家のみを派遣するのではなく、人材養成等に協力している。日本は直接的に NGO を支援するスキームを作り上げつつある。
- Ms. Anita Gibson, JHPIEGO, Country Director
(質) 内容は子供の健康対策が多いようだが、MMR の高いこの国では安全な母性に対しての協力が重要なのではないか？
(応) 日本は子供の健康から安全な母性対策へと移行しているところである。しかし、現在は MMR の低下のために直接活動をするのは困難である。米国もこの分野では徐々に活動を拡大しているが、他のドナーとの強調を考えながら検討したい。
- Mr. Arjun Singh, MOH, Director of Training Center
(質) バスケット方式の支援をしていくのか？また日米がネ国において二大ドナーとすれば、実施する保健分野が MCH と HIV/AIDS の二つでは少なすぎないか？
(応) 日本は大きいドナーだが保健分野の予算は小さく、バスケット方式は限定的に行っているのみで、バスケット方式以外のセクターへの支援を保健省とともに継続している。米国は保健省の提示するプライオリティを検討して協調努力を続けている。
- Ms. Eriko Onoda, Unicef,
(質) ユニセフはコミュニティ・ドラッグ・プログラムを保健省と共に推進しているが、日米連携案件のなかには見受けられないか？また実施のタイム・フレームが提示されていない。
(応) 日本は過去にコミュニティ・ドラッグ・プログラムを推進してきており、重要性は認識している。今後どのように関係していくかは検討中である。タイム・フレームは次週に詳細を検討する予定である。

- Mr. Ramji Dhakal, GTZ, Senior Coordinator

(コ)このようなパートナーシップはドナーの活動重複を防ぎ費用効果の高いものである。

4. 日米関係者挨拶

5. 保健省挨拶

このような協調がネ国の保健指標向上のためになると確信している。保健省の提示する 10 次五ヵ年計画を支援し、他のドナーと協調して活動実施することを期待する。

6. 調印式

日本特命全権大使、米国大使、保健省担当官出席のもと、日米合同 Memorandum for the Record 調印式が行われた。また、共同プレス・リリースが行われた。

協議議事録

件名	日米・UNICEF 関係者との追加協議
日時	2002 年 7 月 29 日
場所	結核プロジェクト会議室、National Center for AIDS & STD Control 会議室、USAID、学校・地域保健プロジェクト会議室
出席者	Dr. Shyam S. Mishra, Act. Director, NCASC Nadia Cavalho, Public Health Specialist, USAID Bessie Y. Lee, Reproductive Health Advisor, USAID 吉山専門家，地域の結核・肺の健康プロジェクト 加藤専門家， 山岸専門家，学校地域保健プロジェクト 小野田恵里子，UNICEF、村上団員

1. 地域の結核・肺の健康プロジェクトと日米連携 HIV/AIDS 対策活動の協調について

a. VCT

- 現段階では結核患者へ直接カウンセラーが VCT のアドバイスをするのは、結核 = HIV/AIDS という風潮を作りやすく、それが患者への差別につながりえる事から全国の結核センターで VCT を実施するのは困難である。
- 全国五ヶ所の DOTS センターで 2 年ごとにランダムに 200 名の結核患者を対象として、調査をおこなっている。この調査では、2.2% の HIV/AIDS 患者が発見されている。他の調査では、クリニックで 323 名の結核患者から 23 名に HIV/AIDS が見られたが、他の国と比べて、尚低い状態にある。
- 以上より、現時点での日米協力案件としては、カトマンズ、ポカラ、その他 5 ヶ所にある DOTS センターに所属する Health Educator (結核の健康教育を実施する) と結核関連の仕事をする各地域の NGO を対象とした、HIV/AIDS の会合または、トレーニングが可能である (USAID 側から、実際に何名、どこでトレーニングが可能か情報を求められた: 後日提出予定)。また、逆に USAID の関連する HIV/AIDS 関連の NGO に結核のトレーニングをすること (教師を派遣) は可能である。

b. Clinical Manual

- マニュアル作成のために、Respiratory 分野作成に結核プロジェクトから医師を派遣可能。
- 作成委員会に吉山リーダーが参加する(本日初回会合)

c. CB-IMCI

- 2001 年よりルパンディヒ郡で NGO と共に実施している。スーパービジョンは JSI の開発したモジュールに改良を加えて、専門家がおこなっている。JOCV 投入の可能性はプログラム全体のスーパービジョンを強化できるので歓迎である。ユニセフとの協調で JOCV が入り、コミュニティ・ドラッグ・プログラムを強化することになれば、呼吸器感染症対策の薬の供給が潤滑に行くであろうと期待する。

d. 禁煙教育

- 現在学校・地域保健プロジェクトと協調し、カトマンズ、バクタプール、パタンから3校を取り上げて、学校保健に禁煙教育を取り入れる計画をしている。

2. National Center for AIDS & STD Control

- 現在、ニーズの高い、西部地域：ネパールガンジに HIV/AIDS のリファレンス・センター（VCT センター）をパイロットプロジェクトとして設立したい。JICA からセンターの借り上げ費、雇人費、検査機材、車両等を支援して欲しい（草の根無償で出来る範囲で検討するか？）（USAID での協議では、彼らの提案するこの活動は独自のもので保健省第10次五ヵ年計画には明示されていないとの事）。

3. USAID

- タイム・フレームについて協議
- FCHV リフレッシャー・トレーニング・マニュアルの印刷費についての調査票と実施計画を依頼した。
- VCT の実施計画と JOCV 投入の可能性のある分野について協議、後日資料を受け取ることとした。また、Mobile VCT Service を実施するための車両、機材についても資料を依頼した。
- 学校保健への USAID 協調分野である Survey は、学校・地域保健プロジェクトから既存の調査報告などを USAID へ提出後、USAID から実施可能な Survey を上げてもらう事とした。
- 学校保健を実施可能な地域（USAID とユニセフが既に事業を実施する4郡、ノールプラシ、スンサリ、チトワン、パルサ）についての資料提出を依頼した。（ユニセフにも依頼）
- Safe Motherhood 事業への JOCV 投入の可能性を協議。投入案を依頼した。

4. 学校・地域保健プロジェクトとの協議

この分野では JICA が最大貢献しており、学校保健の重要性が保健省の第10次5ヵ年計画にも明記されている。学校保健を実施可能な地域（USAID とユニセフが既に事業を実施する4郡、ノールプラシ、スンサリ、チトワン、パルサ）でのプロジェクト実施のために現地サイドで詳細を検討する必要のある分野について以下の協議をおこなった。

- 8月末までの提出期限である要望案件調査票（案件名：学校保健地域展開プロジェクト）を日米連携の可能性を盛り込みながら、早急に検討し提出案を作成する必要がある。
- 現時点で USAID の支援する INGO の ADRA と協調して、カブレパランチョーク郡全体へ拡張する案は困難である（ADRA は5年前にキリスト教の布教団体として活動していたことが取り上げられて、国教であるヒンズー教団体から激しく糾弾された事があるため、地方で協調することは学校・地域保健プロジェクトへの信頼も失う可能性がある。

また、マオイストの標的にもなり得る)。この件については USAID と他の協調案を含めて、更に詳細に協議する必要がある。

- 草の根無償でのトイレ建設の実施計画を依頼した(4 郡での実施が可能であるとしての試算)
- USAID へ提出する既存の Baseline Survey, Impact Survey などの準備を依頼した。

5. ユニセフとの協議

学校保健プロジェクトを実施するにあたって、ユニセフと協力できる分野について協議した。

- USAID とユニセフの活動する地域での学校保健は、JICA が学校を対象とした保健と衛生、ユニセフがコミュニティ・エンパワーメント、USAID が Survey を分担して協調可能である。従来、ユニセフは学校衛生施設整備を行っていたが、担当者は日米連携案件のため、新規 4 郡については譲歩する可能性があることが示唆した。
- トイレ建設については、来年度後半から建設費を負担する可能性があることも同様に示唆した。来年度前半は草の根無償でつなぎ、その後ユニセフとの協調が可能であるか更に検討する。

協議議事録

件名	事務所及び USAID との追加協議
日時	2002 年 7 月 31 日
場所	JICA 会議室、USAID 会議室
出席者	Ms. Rebecca Rohrer, USAID Ms. Nadia Carvahlo, USAID 山岸専門家、古田所員、団員

1. 7 月 29・30 日の会議報告と学校・地域保健プロジェクトとの協議

- 古田所員へ 29・30 日の会議報告
- USAID, UNICEF, NGO との協調等、フィールド・レベルで詰める必要のある項目が多いので、学校・地域保健プロジェクトリーダーの小野専門家が帰国後早急に、要望案件調査票(学校保健地域展開プロジェクト)の検討も含めて、すべての関係者を集めて会議を開催する。

2. USAID との会合

- 7 月 29 日に村上が National Center for AIDS/STD Control との会合で、所長の Dr Mishra よりネパールガンジにセンター独自の VCT センター設立の支援を求められた件で、日米の共通理解として USAID の今後 3 年間の VCT 活動方針と日米連携について再確認した。USAID は a)ハイリスク・グループの多い都市部を中心として VCT センター設立を実施する。又、VCT のガイドラインを作成する、b)Capacity Building を VCT に関わるすべての関係者、National Center for AIDS/STD Control、NGO とともに展開すること、実施目的としている。よって、Policy Maker である National Center for AIDS/STD Control 独自の活動は支援しない。
- 上記より、日本から支援可能ならば、検査キットは USAID(実施団体は FHI)を通して、VCT センターに受け入れたい。
- TB 対策と VCT の協同として、相互のトレーニングに TB, HIV の講師を派遣する案は、協調の第一歩として効果的である。
- Nutrition の分野では来年度から毎年 USAID が開催する予定の Child Forum (目的は Department of Health Service のデータの二次解析をし、IMR が減少した原因を探り今後の対策につなげていくため)のなかでも議論していくことが可能なので、力丸専門家が帰ネパール後、協議していく。
- 学校保健プロジェクトのカブレパランチョーク郡における全郡展開については、NGO 関係者も含めて協議し円滑な拡大事業を目指す。
- タイム・フレームをもう一度見直す
- 日米最終報告書は次回会合のある 8 月 2 日までにドラフトを作成し、本部で協議する。

協議議事録

件名	追加調査ラップアップ
日時	2002年8月2日
場所	USAID 会議室
出席者	Ms. Rebecca Rohrer, USAID Ms. Nadia Carvahlo, USAID 古田所員、村上団員

1. USAID にてタイムフレームと日米最終報告書の確認

- タイムフレームの最終チェック。最終案をメールで関係者に送信することとする。
- 報告書はナディアが下書きをしており、コメントを各自メールで送信する

2. 申し送り事項

- 草の根無償への申請案件については、関係者に調査と試算依頼をしている。USAID は、ナディアから随時連絡と2ページ程度の見積もりが提出される予定である。ユニセフは JPO の岡村京子さんが IDD と IDA の放送費について提出する。
 - 1) ヨード欠乏症対策の一環である北部フムラ郡への塩倉庫建設と機材支援案件
この案件は村上の調査実施後、建物と機材への支援ではなく、運営費への支援を塩公社が要請していることから、草の根無償には当てはまらないと判断した。力丸専門家が帰国後、他のスキームに合うのか検討して頂くこととした。
 - 2) IDD/IDA 対策のテレビ・ラジオ宣伝放送費支援案件
ユニセフの岡村京子 JPO が試算をしている。古田所員に提出予定
 - 3) FCHV のリフレッシャー・トレーニング教材印刷費支援案件
8月2日の最終確認では、リフレッシャー用の教材を各トレーニング機関に一冊（4-5000冊 X1\$）補助教材として全員に一冊健康教育フリップチャート（55000X85Rs）を配布を来年度末を実施予定として検討することが確認されている。詳細についてはナディアから試算が古田所員に提出される。
 - 4) HIV/AIDS の検査キット支援案件
7月31日に予定されていた National Center for AIDS & STD Control での会議が8月5日に変更されたため、検査キット支援の詳細については今後、ナディアと古田所員が継続して検討する。
 - 5) VCT の Mobile Testing Unit（車両と積載検査機材）支援案件
カトマンズへの投入を検討していたが、既に他の援助団体が2台投入計画を進めているため、地方都市への投入を検討する。また、投入先も引き続き検討することとする。上記が明らかになり次第、試算についてナディアから提出される。
 - 6) 学校・地域保健プロジェクトのトイレ建設費支援案件
プロジェクト展開検討郡の4郡80校に対して試算した。しかし、USAID との協

議によりカブレパランチヨーク郡全体への展開を最初に開始する可能性が高くなった。また、学校保健を全郡展開するための実施費用と調査費用を USAID が負担するとの決定を取り付けたため、今回のトイレ建設への申請は取りやめ、他の分野からの申請検討を進めることとした。

以上日米協調は日米のみでなく、日本医師会も関わってくるため、日本医師会と JICA の間で早急な協議が必要である。

- HIV/AIDS 関係の NGO について

現地調査員より調査報告が JICA と USAID に提出される予定である。

4 . USAID との覚書



Memorandum for the Record
on the Joint Japan-US Project Formulation Mission
to the Kingdom of Nepal
in Population and Health



JULY 25, 2002

Between 1993 and 2001, Japan and the United States fostered a growing partnership under the global framework of the Population and Health Initiative of the US-Japan Common Agenda for Cooperation in Global Perspective. The goal of this partnership was to build bridges and synergies between our respective programs by tapping into each other's strengths as well as those of the host countries and other partners.

Over the past eight years, both countries have worked together to improve the lives of the people in developing countries. Collaboration in the population and health sectors has covered areas that range from maternal and child health, polio, HIV/AIDS, reproductive health, malaria, tuberculosis, malnutrition and other important fields. With infectious diseases such as HIV/AIDS, tuberculosis and malaria posing a critical threat to development, and following the July 2000 G-8 Summit and subsequent Okinawa Conference on Infectious Diseases, Japan and the US have been looking for ways to respond to this growing global crisis. Much has been accomplished but clearly much more remains to be done. From autumn of 2001, both sides began a comprehensive review of their work together in an effort to improve the efficiencies in collaboration and reinforce collective impact. Through this effort Japan and US signed the "USAID-Japan Partnership for Global Health" in June of 2002.

Several challenges exist in health sector in Nepal. With a woman dying every two hours due to a pregnancy-related cause, Nepal has one of the highest maternal mortality rates in the world. While fewer children are dying today compared to a decade ago, pneumonia, diarrheal disease, measles, and malnutrition still cause high child mortality and infant mortality rates for the region. Although HIV prevalence rates in Nepal are low compared with other countries, Nepal currently has a concentrated epidemic among high risk groups. The Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS) estimates that approximately 60,000 people in the country are currently living with HIV/AIDS. Further, people with AIDS are at great risk of developing tuberculosis and other opportunistic infections. The HMG has taken aggressive approach to addressing health sector issues in their 10th Five Year Plan. The Ministry of Health, HMG has identified maternal and child health and HIV/AIDS as the highest priorities.

Based on these and other threats to the health and well being of Nepalese, Japan and the US dispatched a Joint Project Formulation Mission (herein after referred to as the Mission) with the aim to support the Ministry of Health, HMG in its efforts to tackle these and other challenges that threaten the healthy development of Nepal. The Mission was carried out from July 18 to 25, 2002, and held an exchange of views with Nepalese government officials, international organizations and NGOs. The Mission also gathered information and had an opportunity to observe USAID-funded and Japan-funded activities. The Mission drew upon close working relationships between Japan and the US in Nepal.

Building upon years of working together throughout the world, the US and Japan continue to look for ways to improve the partnership. With shared values focusing on effectiveness, efficiency and impact of these joint efforts, both sides are working to adopt strategies and approaches that reach these objectives through streamlined implementation.

o/c

JTA

While clearly recognizing the leadership and strategic framework of the Ministry of Health, HMG as key to achieving these common goals, we also recognize the importance of continuous and close communication among other partners and stakeholders in promoting this collaboration. In this regard, both sides will strive to expedite decision-making and routinize interaction at the field level.

The following areas were considered to be the most appropriate for initial joint and complementary implementation over the next several years. Both Japan and the US, subject to the availability of funds and to legislative and administrative regulations, will actively seek ways to implement these and other activities in a feasible time frame. Where possible and appropriate, initial smaller scale activities will be considered for subsequent scaling-up.

1. Maternal and Child Health

The US and Japan have been strong supporters of Maternal and Child Health programs in Nepal and will continue to support these programs in Nepal. The current Maternal Mortality Rate is 540/100000 live births and Under 5 Mortality Rate is 90/1000 live births in 2000. The areas of collaboration are:

a. Community Based Integrated Management of Childhood Illness (CB-IMCI)

Japan is implementing the above program in Rupandehi District and participating in the MOH, HMG IMCI working group. The US will continue to support implementation of the program at the national level and 17 districts and will provide funding for an exchange visit of District Public Health Officer and health facility staff to a district neighboring Rupandehi District.

b. School Health Program

Japan will carry out training and technical assistance to support MOH, HMG to expand the program. The US will support monitoring and evaluation of the program.

c. Polio Eradication

To support MOH, HMG effort for polio eradication, Japan continues to provide oral polio vaccine. The US continues surveillance.

d. Expanded Program on Immunization (EPI)

Japan will provide cold chain equipment and the US will support capacity building of health staff for HMG EPI Program and cold chain maintenance in USAID program districts.

e. Nutrition

Japan will continue to provide technical advice through a Japanese expert to Nutrition Section of Department of Health Services, MOH, particularly in the area of iodine deficiency and iron deficiency. The US will continue to support the HMG National Vitamin A Program. Both countries will collaborate on micronutrient deficiency and protein-energy malnutrition to be identified in the near future.

f. Safe Motherhood

Japan will dispatch Japan Overseas Cooperation Volunteers (JOCV) to local USAID-supported NGO(s). The US will support the strategic review of the HMG National Female Community Health Volunteer (FCHV) Program and revision of FCHV refresher training manual. Japan will contribute to the program.



2. HIV/AIDS

HIV/AIDS infection rates in Nepal have significantly increased among high risk groups (commercial sex workers, their clients, injecting drug users, and migratory workers). As a result, Nepal currently has a concentrated epidemic that is likely to threaten the general public. Recognizing the serious impact of the HIV/AIDS epidemic, HMG has provided strong leadership and has developed a National HIV/AIDS Strategy. The US and Japan will look into:

a. Expanding Behavior Change Interventions to High Risk Groups and Youth

Japan will expand behavior change interventions to high risk groups and youth through NGOs. The US will continue to support HIV/AIDS/STI prevention and control activities and condom social marketing.

b. Expanding Voluntary Counseling and Testing (VCT)

Japan will assist in expanding mobile STI/HIV testing and dispatch JOCV for management, supervision and monitoring of testing. Japan will also support MOH, HMG to link VCT and care with the Directly Observed Treatment, Short Course (DOTS) program. The US will implement VCT and STI/HIV surveillance.

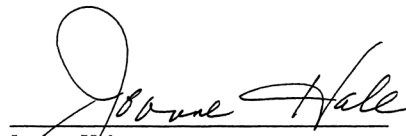
c. Strengthening Laboratory Capacity

Japan will contribute to strengthening laboratory capacity. The US will identify future needs through ICDDR, B (International Center for Diarrheal Disease Research in Bangladesh) assistance for strengthening laboratory capacity.


d. Personnel Exchange

Both will explore an exchange of technical staff at the field level.

The above activities aim to increase the synergies in cooperation by systematically supporting HMG efforts to improve the national health status in Nepal and support poverty alleviation. This coordinated approach is expected to maximize the impact of the cooperation. Both sides will, therefore, endeavor to build upon this momentum and ensure concrete and timely results. In partnership with HMG and other stakeholders, both sides will maintain close communication and coordination at the local and headquarter levels to bring these activities into fruition.





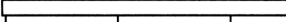


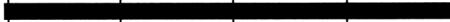


Joanne Hale
Mission Director
USAID/Nepal



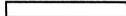




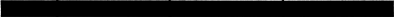






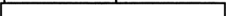
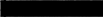





Osamu Kunii
Japanese Team Leader
Ministry of Foreign Affairs, Japan

Government of Japan / USAID Contribution and Collaboration (Maternal and Child Health)

Area of Collaboration	Suggested Activities	JAPAN Actual Contribution	JAPAN Possible Collaboration	USAID Actual Contribution	USAID Possible Collaboration	Short Term		Long Term	
						2002	2003	2004	2005
Promoting Collaboration			JICA project formulation advisor			[Bar]	[Bar]		
CB-IMCI	Implement CB-IMCI	Implement CB-IMCI in Rupandehi district. Participate in MOH/HMG IMCI working group.	Technical Cooperation Project	Support to the National Program. Targeted support to 17 core target districts.	Fund Exchange visit (TA/DA) of DPHO and health facility staff to district neighboring Rupandehi.	[Bar]	[Bar]		
School Health Program	Expand School Health Program	Implement SHP in 15 VDCs and 1 municipality of Kavre district.	Long term expert. Technical Cooperation Project. Grassroots grant aid.		Fund expansion of School Health Program to all of Kavre District with ADRA sub-grant to Asha Nepal.	[Bar]	[Bar]		
					Technical assistance on Monitoring and Evaluation		[Bar]		
					If JICA expands the program to other USAID program districts, USAID will provide TA to institutionalize the program in those districts.				
Polio Eradication	Provide OPV and Surveillance	Provide OPV	Provide OPV after 2002	Surveillance		[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]

EPI	Provide cold chain equipment and build capacity of health staff		Provide cold chain equipment		Provide technical assistance to build capacity of health staff for EPI and cold chain maintenance in USAID program districts		 		
Nutrition	Provide technical assistance to the Nutrition Section, DOHS. Implement the National Vitamin A Program.	Provide technical assistance to the Nutrition Section, DOHS, particularly for IDD and IDA.		Support the National Vitamin A Program.		 			
	Support IEC activities for micro-nutrient deficiencies.	TBD	TBD	TBD	TBD				
	Support to improve PEM	TBD	TBD	TBD	TBD				
Safe Motherhood	Support capacity building of MCHW/ FCHV		Placement of JOCV to local USAID-supported NGO	Enhance community-based SM activities by MCHW/ FCHV	Roll-out SM activities to other USAID program districts	 			
	Strategic review of FCHV program and revision of FCHV refresher training manual		Possible contribution towards printing of revised FCHV training manuals	Strategic review of FCHV program. Revision of FCHV Basic and refresher training manual		 			

Government of Japan / USAID Contribution and Collaboration (HIV/AIDS)

Area of Collaboration	Suggested Activities	JAPAN Actual Contribution 	JAPAN Possible Collaboration 	USAID Actual Contribution 	USAID Possible Collaboration 	Short Term		Long Term		
						2002	2003	2004	2005	
Behavior Change Intervention to High Risk Groups and Youth	Support behavior change to high risk groups and youth		Support BCI through NGO/PVO	Implement activities through NGO/PVO. Condom Social Marketing						
Expanding VCT	Expand HIV/STI testing and VCT linkage between Japan and US funded activities		Assist in expanding mobile STI/HIV testing	Implement VCT and establish STI/HIV surveillance						
			Dispatch JOCV							
			Support linkage of VCT with DOTS. Provide training to VCT counselors on TB		Provide training to health educators at 7 regional TB sites and create linkages with NGOs working with HIV/STIs					
			Provide technical assistant for developing HIV clinical management manual with NCASC		Funding manual development through Nepal Initiative					
Strengthen laboratory capacity	Strengthen laboratory capacity		Training for key lab individuals	Identify future needs through ICDDR,B						
Personnel Exchange	Exchange technical staff to field level		Dispatch personnel	Dispatch personnel						

5 . NGO 連携の可能性

ネパール国日米連携プロジェクト形成調査（母子保健・ HIV/AIDS 分野）報告書

特定非営利活動法人 AMDA

鈴木 俊介

上記日米連携の枠組みの中で、特に日本の NGO の積極的な関与が求められるべき活動は、現地政府が主体となり、その役割が鍵を握る「ポリオ根絶・予防接種計画」、そして支援内容がテクニカルなものに特化されると予想できる「検査機能の強化」を除いたすべての活動である。もともと合意内容は、特に母子保健の場合、裨益者の多くがカトマンズから距離をおいた農村・山村地帯に居住しており、事業実施に関しては住民参加型、労働集約型、より弾力性に富む粘り強い活動が必要となる。米国（USAID）側の事業実施形態が示すように、費用対効果を考慮した場合、NGO との協調、もしくは NGO への業務委託が有効であると考えられる。又、CB-IMCI、学校保健、小児栄養、Safe Motherhood の各テーマは、便宜上カテゴリー分けがなされているが、一定の地域で事業を展開した場合、これらは相互に補完関係にあり、乳幼児の死亡率・罹患率、あるいは妊産婦の死亡率を低下させるためにはすべてが含まれることが望ましいと考えられる。従って、現地政府・非政府組織、あるいは現地スタッフとの効果的な連携を軸に、複合的な活動を効率的に運営していくことが要求される。こうした活動は、通常裨益者グループ、特に村落社会において弱者と位置付けられている女性グループや貧困層を対象とする草の根レベルの事業管理に長けた NGO が得意とする分野である。ネパールにおいては、行政の地方分権という流れの中で、UNDP などが既存あるいは新規の住民組織を強化してきた経緯もあり、NGO によるそうした住民組織との連携軸の構築は非常に重要であると考えられる。

学校保健は、児童（生徒）を“ Agent of Change ”と捉え、彼らのモチベーションを上手く活用することにより、保健衛生に対する知識と実践が普及していくことを目的とした画期的な取り組みである。しかし、活動内容と到達目標を考慮すると、NGO がその方法を学び、他地域で展開することによって、波及効果が大きくなると考えられる。又、“ Safe Motherhood ”に関して述べると、様々なアプローチが考えられるものの、USAID が試験的に取り組んでいる“ Birth Preparedness Package (BPP) ”のような方法を活用、応用していくことにより、NGO がかなり質の高い事業を展開できると考えられる。

一方、エイズに関しては、BCI のような予防活動が不可欠であると認識しつつ、ドラッグユーザー、性産業従事者、インドへの出稼ぎ労働者などのハイリスクグループの間に HIV 感染者が増加し、またエイズを患うケースも少なくないことから、活動の比重を VCT、「ケア・アンド・サポート」へシフトしていくことも選択肢として期待されている。しかしながら、そのためにはかなりの専門性が要求される一方、ネパールの文化、習慣、伝統、宗教といった社会

的制約を考慮すると、前途は多難であると考えられる。従って、BCIのような予防活動、啓蒙活動との総合的な取り組みが必要と考える。ただし、コミュニティーを啓蒙した上で、彼らの協力を得なければならない“CB-Care & Support”を実施していくためには、現地 NGO と息の長い協力体制を築く必要がある、と思われる。

さて、日米政府間の連携の中で、日本の NGO がどのような具体的な関与を持つことができるか、については、予め提携分野及び活動内容がある程度定まっていたことから、「これから何ができるか」というスタンスではなく、現在のキャパシティーをどのような形で連携案件に振り分けて（取り込んで）いくかというスタンスが必要である。すでにコミュニティーをベースに医療保健分野の活動を行なっていることを前提に、今回の調査で協力案件と定められた活動に関する（例えば学校保健のように）確立されたスキームを用いた対象地域の拡大もしくは、既存の活動に対して、「他のコンポーネントを追加していく形」が有効であると考えられる。例えば、小児保健・小児栄養事業へ Safe Motherhood の活動を取り込み、相乗効果の高い事業へ移行していくことが、日米連携の枠組みに適合すると判断された場合、NGO の協力は有用である。又、エイズ関連の事業に関しては、BCI を含む予防・啓発活動の地域的な拡大を考慮しなければならない一方、エイズ患者の推移に応じて、検査、診療、ケアに関わる高い専門性が求められることを重要視しなければならない。日本の NGO には今後のキャパシティー・ビルディングが期待される。

最後になるが、今回の調査では、日米のオペレーショナル・アプローチ（事業実施形態）の違いが浮き彫りとなった。USAID の予算執行は現地の事務所に一任されており、基本方針の枠外（例えば、保健案件に関するインフラへの予算配分は不可）でなければ、柔軟な対応が即座に可能となる。一方 JICA の予算計画及びその執行は、日本にある本部の了承を得なければならず、事業の運営実施が硬直又は遅延する可能性も否定できない。NGO とのパートナーシップ形態についても相違が見られる。様々な要因が介在しているものの、USAID が政策的に現場主義を徹底している結果、各分野に確固たる専門性を持った NGO が育ち、彼らが裨益国における米国の ODA 政策を実施していく上で強力なパートナーとなり、実際の事業運営を効果的に実施している。一方 JICA は、本来 NGO へ業務を委託することによってコストパフォーマンスを高め、効率的な運営が可能と思われる草の根レベルの事業に関しても、現状では、専門家の派遣を含めたある意味で費用対効果が劣る技術協力プロジェクトスキームを活用せざるを得ない状況である。今後の事業計画・事業運営に関する戦略的改革が期待される。

参考資料

ネパールで活動する（日本の）医療保健 NGO

- **セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン**
1992 年から東南部、インドと国境を接するダヌシャ郡で事業を開始し、就学率向上を目指す教育事業、乳幼児の栄養改善を目的とした栄養・保健教育事業、行政への働きかけと啓発を通じた差別軽減を目的とした低カースト層への支援事業などを実施している。事業の運営にあたっては、地元の NGO である「アスマン」及び「シュリプラージ地域開発センター」をパートナーとしている。
- **ジョイセフ**
1979 年以降 UNFPA の資金協力の下、カブレ郡、スンサリ・モラン郡などで FPAN と共同し、寄生虫予防、家族計画、そして母子保健を中心とした活動を推進してきた。ヘルスポストの設置に伴ない、JOCV の派遣も行なわれてきた。しかし近年、UNFPA からの資金が削減されたため、FPAN は IPPF からの支援に頼っていたが（米政権の政策変更により）現在資金難に直面している。又 2000 年から、思春期保健事業の一環として「思春期リプロダクティブヘルス」事業をカトマンズ近郊で実施している。
- **アムダ**
1990 年以降、日本の本部と共同で、ネパール東部に流入したブータン難民に対する医療・保健支援をはじめ、カトマンズ近郊農村における巡回・定期診療、中西部ルパンデヒ郡における母子保健病院の運営等の分野において活動を行ってきた。近年では、アムダネパール支部が中心となって、コメディカル育成を目的とした人材育成センターの運営、米国際開発庁及び NGO である FHI の協力を受け、エイズ・性感染症予防活動を東部及び中部地域にかけて実施している。

ネパールで活動する（日本に事務所のある）医療保健 NGO

- **ワールド・ビジョン**
数年間の調査検討を経て、2000 年より活動を開始し、特に昨年 10 月以降、統治、雇用、人権、人口、ジェンダー、環境、保健・栄養などをテーマに、カトマンズ周辺における都市型開発及び農村開発などの総合事業を推進している。又、保健セクターについては、PHC、RH、MCH、水、栄養、家族計画、エイズ対策を重点項目として打ち出している。
- **マリー・ストゥープス・インターナショナル（MSI） = Sunaulo Parivar Nepal (SPN)**
ネパールにおいて MSI は、1992 年に活動を開始し、1994 年 SPN をパートナーとして事業の運営を託した。SPN は、MSI ロンドンと支援を得、ネパール国内 10 地域において事務所（ヘルスポスト）を設立し、低コストで質の高い家族計画、RH サービスを提供している。

以上の記載は本プロジェクト形成調査団へ資料を提出した NGO のみに限定。

6 . 収集資料リスト

資料リスト

一般統計資料

- 1 . Department of Health Services ANNUAL REPORT 2057/58 (2000/2001) NEPAL
- 2 . Millennium Development Goals, UN Country Team, 2002
- 3 . Nepal Demographic and Health Survey 2001

HIV/AIDS ・ T B 関連資料

- 4 . A Comprehensive Report on JICA TB Control Project, Phase II, JICA, 2000
- 5 . A Survey of Teenagers in Nepal, UNICEF, 2001
- 6 . Life Skills, UNICEF
- 7 . Tuberculosis Control Program, NTC, 2000/2001

母子保健関連資料

- 8 . A Short History of Nepal's Community-Based Pneumonia Program, JSI, 2001
- 9 . Decentralisation and Participatory Development for the Right of Children and Women in Nepal, UNICEF, 1999
- 1 0 . Learning to Grow up with a Sanitation Culture, A Case Study of the Nepal School
- 1 1 . Sanitation and Hygiene Education Program, Shree Banganga High School Kapilvastu, UNICEF, 2001
- 1 2 . Logistics and Child Health Support Services Project (LCHSSP), JSI, 2000/2001
- 1 3 . Master Plan of Operation, UNICEF, 2002-2006
- 1 4 . Maternal Mortality and Morbidity Study, MOH Nepal, 1998
- 1 5 . National Report on Follow-up to the World Summit for Children, HMG Nepal, 2000
- 1 6 . Nepal Micro Nutrient Status Survey, UNICEF, 1998
- 1 7 . Planning for the Child, Kavrepalanchowk DDC, 1999
- 1 8 . Report on the Situation of Women, Children and Households, UNICEF, 2001
- 1 9 . School Sanitation and Hygiene Education Program Guideline, UNICEF, 2000

7. 図表リスト

図・表一覧

図 3-1 保健省組織図	収集資料 No. 1
図 4-1 乳児死亡率の推移	UNCEF
図 4-2 5才未満児死亡率の推移	同上
図 4-3 5才未満児死亡原因	同上
図 4-4 ネ国子供の死亡原因	収集資料 No. 1 9
図 4-5 EPI 接種率の推移	収集資料 No. 1
図 4-6 PEM の状況	収集資料 No. 1 6
図 4-7 ヨード添加塩の普及率と甲状腺腫の罹患率	同上
図 4-8 ビタミン A と鉄剤の投与率	収集資料 No.1
図 4-9 地域別下痢症罹患率と死亡率	同上
図 4-10 地域別 ARI 罹患率と死亡率	同上
図 4-11 地域別肺炎、重症肺炎の罹患率	同上
図 4-12 ネ国における妊産婦の状況	収集資料 No. 3
図 4-13 分娩介助者内訳	同上
図 4-14 既婚女性の避妊知識と避妊法の使用率	同上
図 4-15 避妊法の充足・未充足	収集資料 No. 1
図 4-16 避妊法入手手段	収集資料 No. 3
図 4-17 地域別避妊実行率	同上
図 4-18 CB-IMCI サイト	USAID
図 4-19 学校・地域保健プロジェクトサイト	JICA
図 4-20 塩保管倉庫場所と Vit.A プログラム残り 2 郡	JICA、USAID
図 5-1 USAID-FHI 活動範囲	USAID
図 5-2 HIV/AIDS 男女比率	収集資料 No. 1
図 5-3 感染経路（女性）	同上
図 5-4 感染経路（男性）	同上
図 5-5 HIV/AIDS 予防知識の情報源（性産業従事者）	Behavioral Surveillance Survey in the Highway Route of Nepal :Round No.2
図 5-6 HIV/AIDS 予防知識の情報源（運送業従事者）	同上
図 5-7 HIV/AIDS 知識と予防行動	同上
図 5-8 コンドームの入手方法（運送業従事者）	同上
図 5-9 HIV 感染者年齢（男性）	収集資料 No. 1
図 5-10 HIV 感染者年齢（女性）	同上
表 2-1 各セクターの現状と成果目標	http://www.npc.gov.np
表 3-1 保健計画目標（保健指標）	同上
表 3-2 各種保健プログラム	収集資料 No. 1
表 3-3 METF 保健分野予算	http://www.npc.gov.np
表 3-4 各種プログラム予算	http://www.npc.gov.np

表 3-5 ネ国の保健医療従事者	ネ国企画調査員（小児保健・栄養） 報告書
表 3-6 保健医療従事者比較	Human Development Report 2000, UNDP
表 5-1 プログラム実施状況	収集資料 No. 1
表 5-2 コンドーム購入場所	Behavioral Surveillance Survey in the Highway Route of Nepal :Round No.2
表 5-3 無料コンドーム入手場所	同上
表 5-4 サブグループ別感染率	“ A systematic review of current knowledge of HIV epidemiology and of sexual behaviour in Nepal ” , Vol.7 No.2 pp140-148, February 2001, Tropical Medicine and International Health