

# ネパール王国

## 人口・家族計画 基礎調査報告書

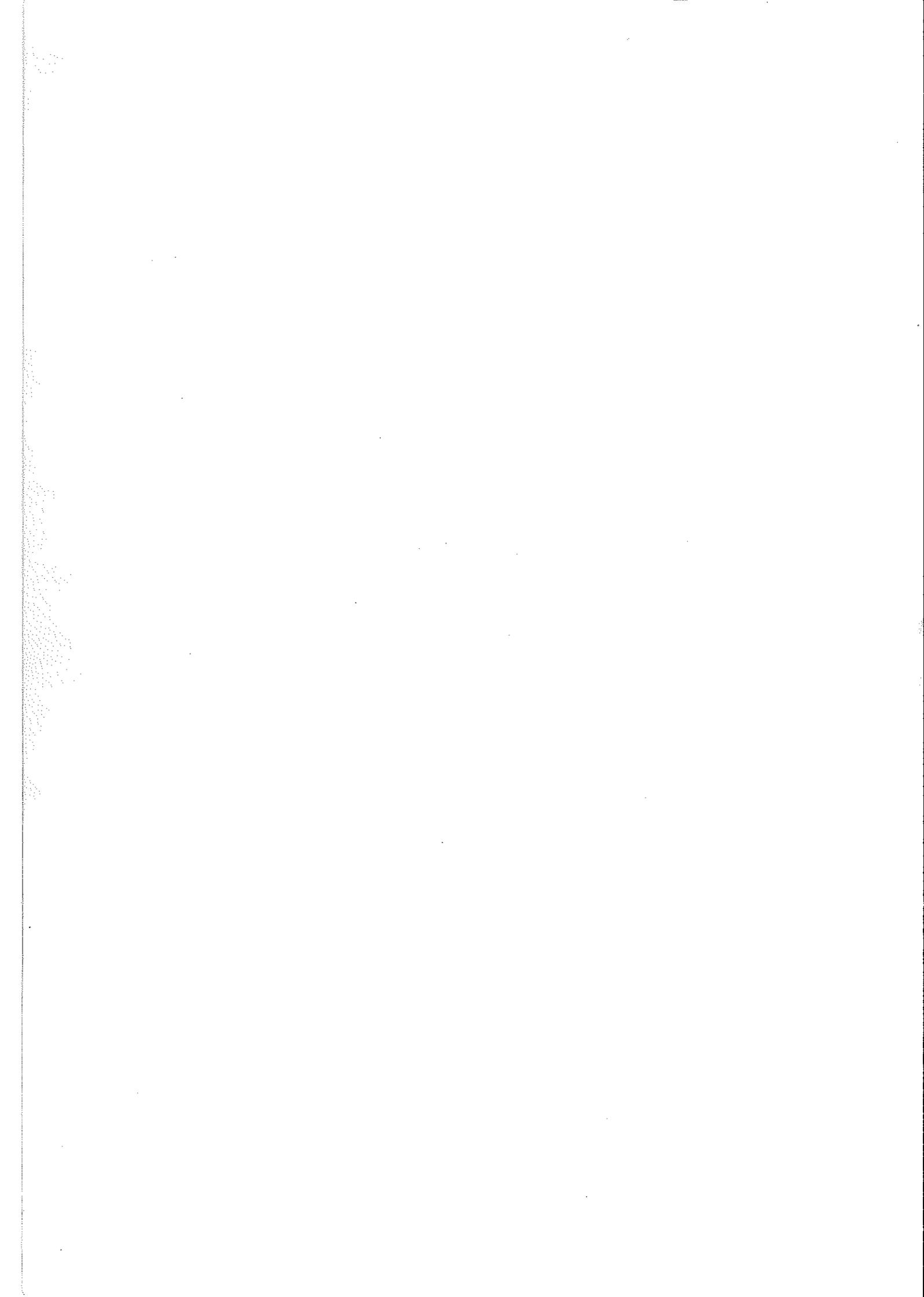
昭和 61 年 3 月

国際協力事業団  
医療協力部

医 業

J R

86 - 11



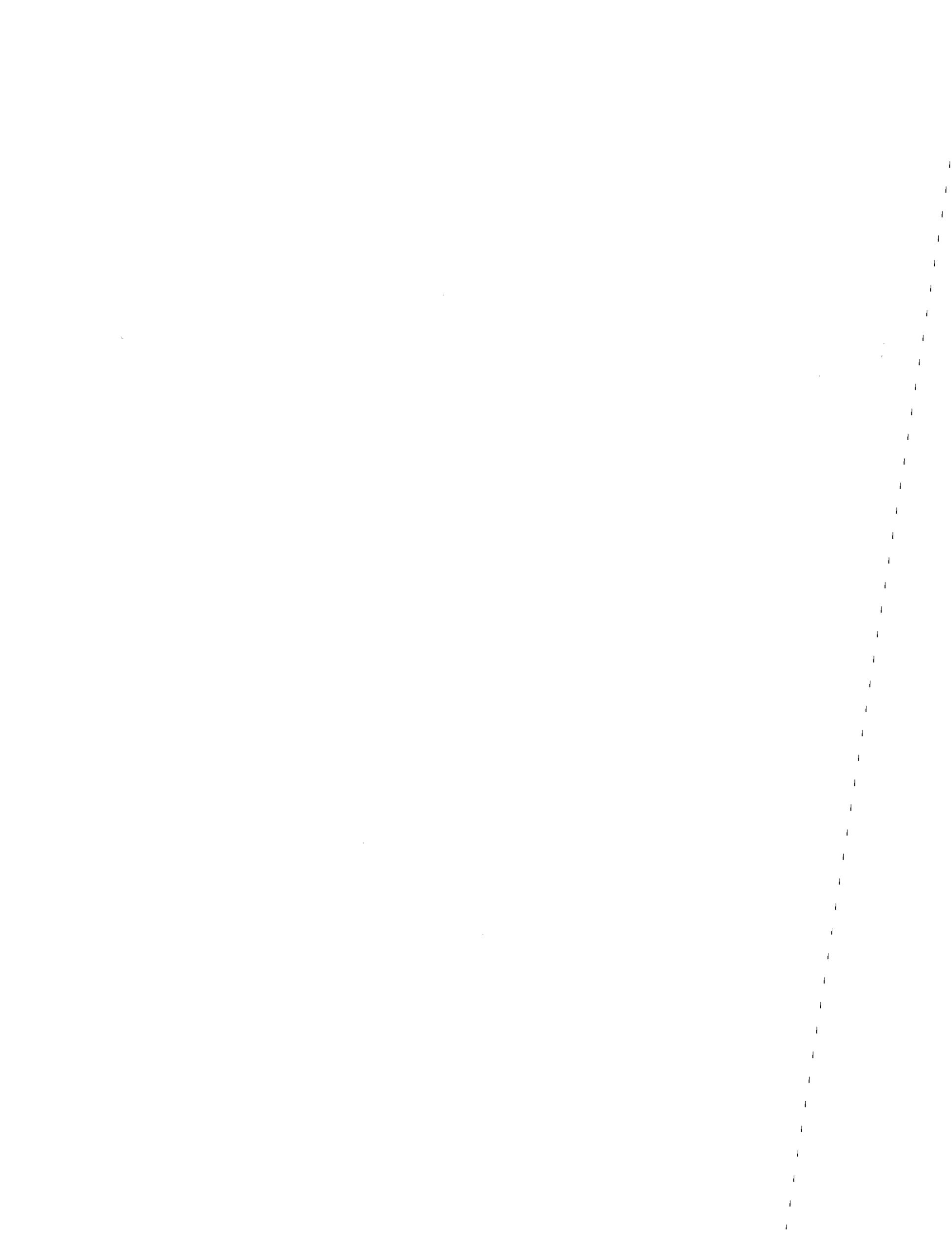
ネパール王国

人口・家族計画 基礎調査報告書

昭和 61 年 3 月

国際協力事業団

医療協力部



## は し が き

日本国政府は、ネパール王国政府の要請に基づき、同国の人口家族計画に関する基礎調査を行うこととし、その実施を国際協力事業団に委託した。

当事業団は、松本信雄氏を団長とする5名の専門家から成る調査団を編成し、1985年12月6日から12月26日までの間、現地調査を行った。帰国後、現地調査で得られた結果と資料に基づいて問題点の解析・検討等の国内作業を経て、成果を本報告書として取りまとめた。

本報告書が、ネパール王国の母子保健・家族計画の推進に役立つとともに、同国の社会的・経済的発展に寄与し、ひいては、同国とわが国との経済交流、友好親善をより一層深めることに貢献出来れば幸いである。

終りに、本調査の任に当られた団員のご協力に敬意を表するとともに、調査に際し、多大のご協力を頂いたネパール王国政府関係機関、在ネパール王国日本国大使館、および外務省はじめ国内関係機関各位に対し、深甚なる謝意を表する次第である。

1986年3月

国際協力事業団

理事 末 永 昌 介





保健省前にて

左から 成瀬 章 団員  
 松本信雄 団長  
 大内 穂 団員  
 綿引信義 団員



保健省FP/MCHプロジェクト

インセプションレポート討議

Dr. T. B. Khatri, FP/MCH プロジェクト長(右)



インセプションレポート討議

Dr. S. P. Battarai,  
 Deputy Chief, FP/MCH  
 プロジェクト(左)

Dr. Madew Joshi,

Deputy Chief (中央)  
 星達雄 JICAカトマンドゥ事務所長(右)



在ネパール日本大使館表敬訪問

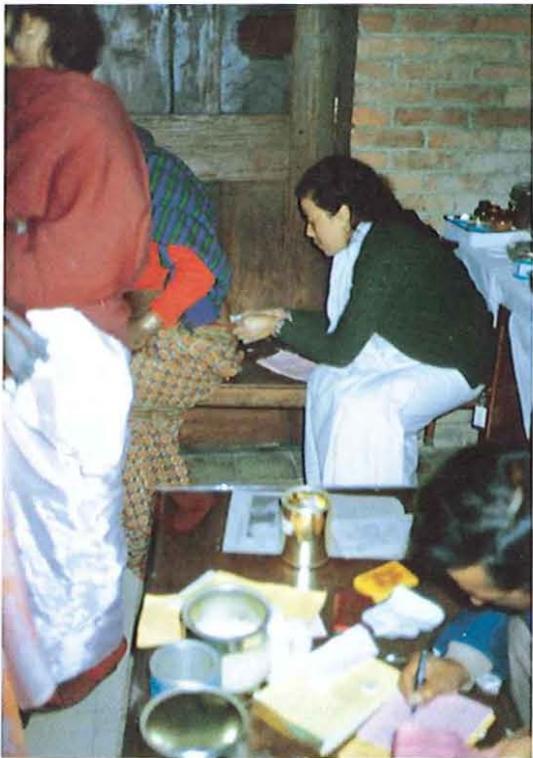
井沢蓮象 弁事官 (右から2人目)



FP/MCH プロジェクト本部

保健センター，ピルまたはデポプロヴェラ（避妊注射）

後の副作用のための薬配布風景



同上

デポプロヴェラ注射風景

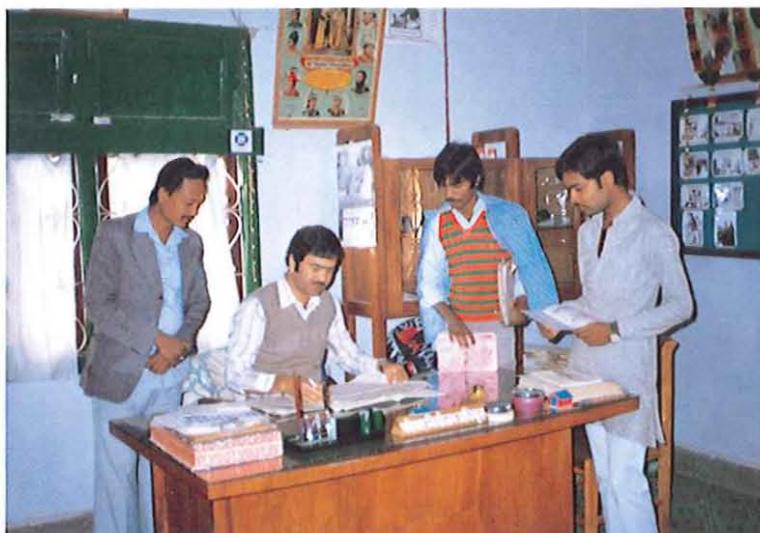
中央州家族計画訓練センター，  
Pathalaiya FP/MCH，  
スーパーバイザーの研修中

Mr. Ramesh Chandru Neypane，  
Regional Chief Training  
Officer, (左から2人目)





ダヌーシャ・FP/MCH郡事務所  
正面のイラストは、家族計画のシンボル  
マークと標語「小家族は幸せ家族」



ダヌーシャ FP/MCH 郡事務所  
家族計画キャンペーン打合  
S. B. Adhikari 所長(左から2人目)

ジャナカプール病院  
小児科病棟

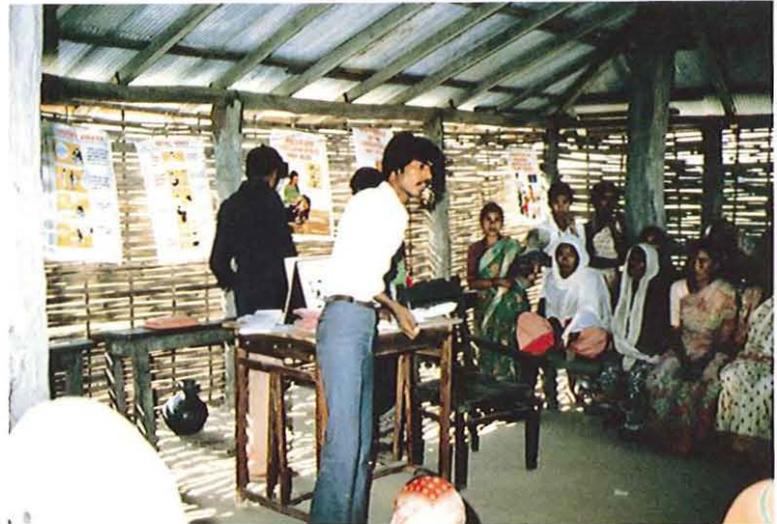






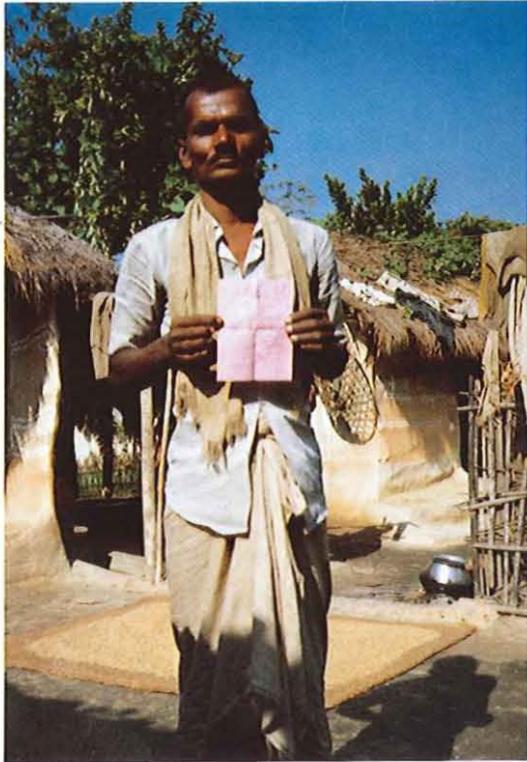
チサパニ ヘルスポスト,  
FP/MCH 診療日・診療風景  
(ダヌーシヤ郡)

UNFPA 援助による  
マザーズプログラム  
簡易経口補液の作り方を指導中  
(ダヌーシヤ郡)



サバイラ ヘルスポスト  
診療風景  
Amarnath Gha 氏, ヘルスポスト責任者  
(ダヌーシヤ郡)





サベイラ村

不妊手術の証明書を持っている村人

(ダヌーシヤ郡)



バルマジア村

出生届, 死亡届, 選挙人名簿の管理, 保存状況

Ramendradeep Dhaka1 氏, パンチャヤート  
プラダン(右)

Jainandan Dubey 氏, パンチャヤート  
セクレタリー(左)

(ダヌーシヤ郡)



バルマジア村

Sakldo Prasad Singhアユル-ベ-

ダ医師にインタビュー(右)

FP/MCHプロジェクト事務官

J. N. Singh (右から2人目)

西川由比子 団員(左から3人目)





ドゥリッケルFP郡事務所

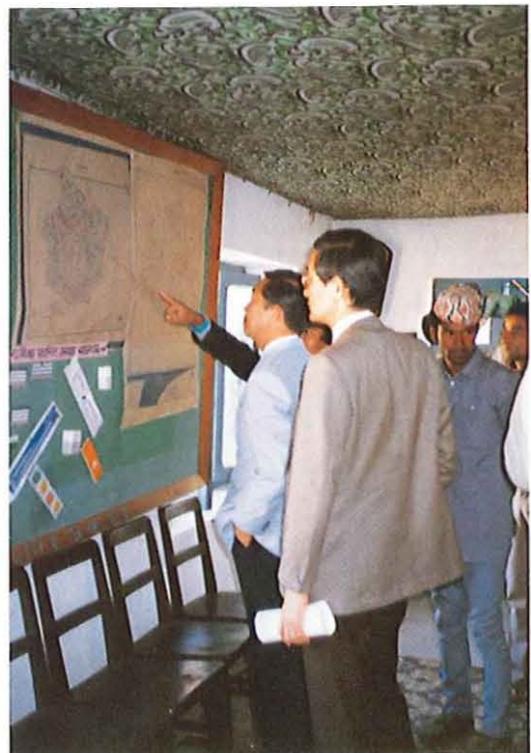
調査打合風景

Shyam Kaji Shrestha 所長

(右から2人目)

ドゥリッケルFP/MCH郡事務所にて  
ヘルスクリニック、ヘルスポストの位置等  
についての説明をうける

清水英佑団員(右)



コパシー ヘルスポスト周辺での

インタビュー風景





パイロット地区、ナラ ヘルスポスト  
のある建物。パンチャヤート、  
農業協同組合事務所と同居している。

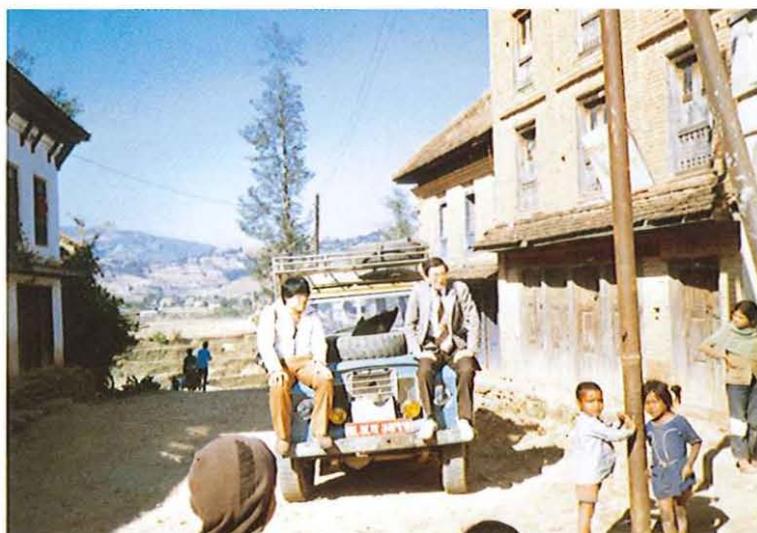


ナラ ヘルスポスト

Krishna Man Maivandhar 氏、  
ヘルスアシスタント

コパシー ヘルスポスト 周辺にて  
道路事情がよくないため、村の調査は  
ジープが必要である。

伊藤精彦 団員（左）





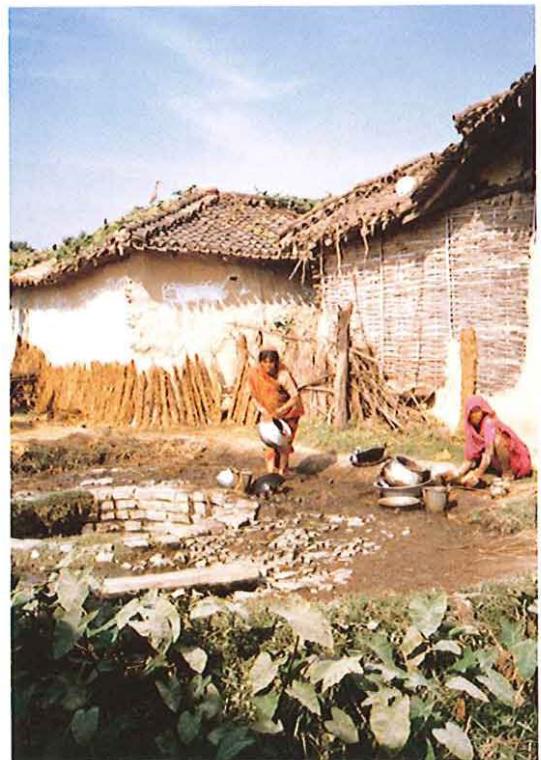


〔ナラ村〕

ナラ村に典型的にみられる

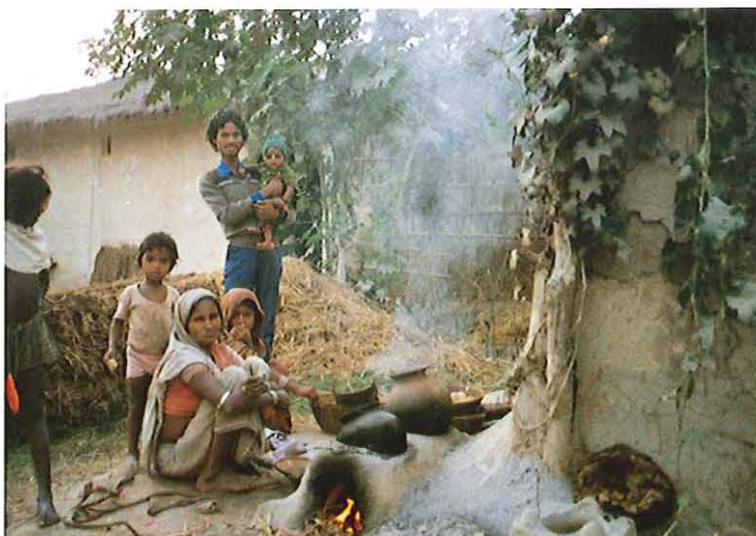
レンガ造りの3階建の家屋

3階部分に神聖な火を扱う台所がある。



〔ラムダイヤ村〕

共同井戸の利用風景

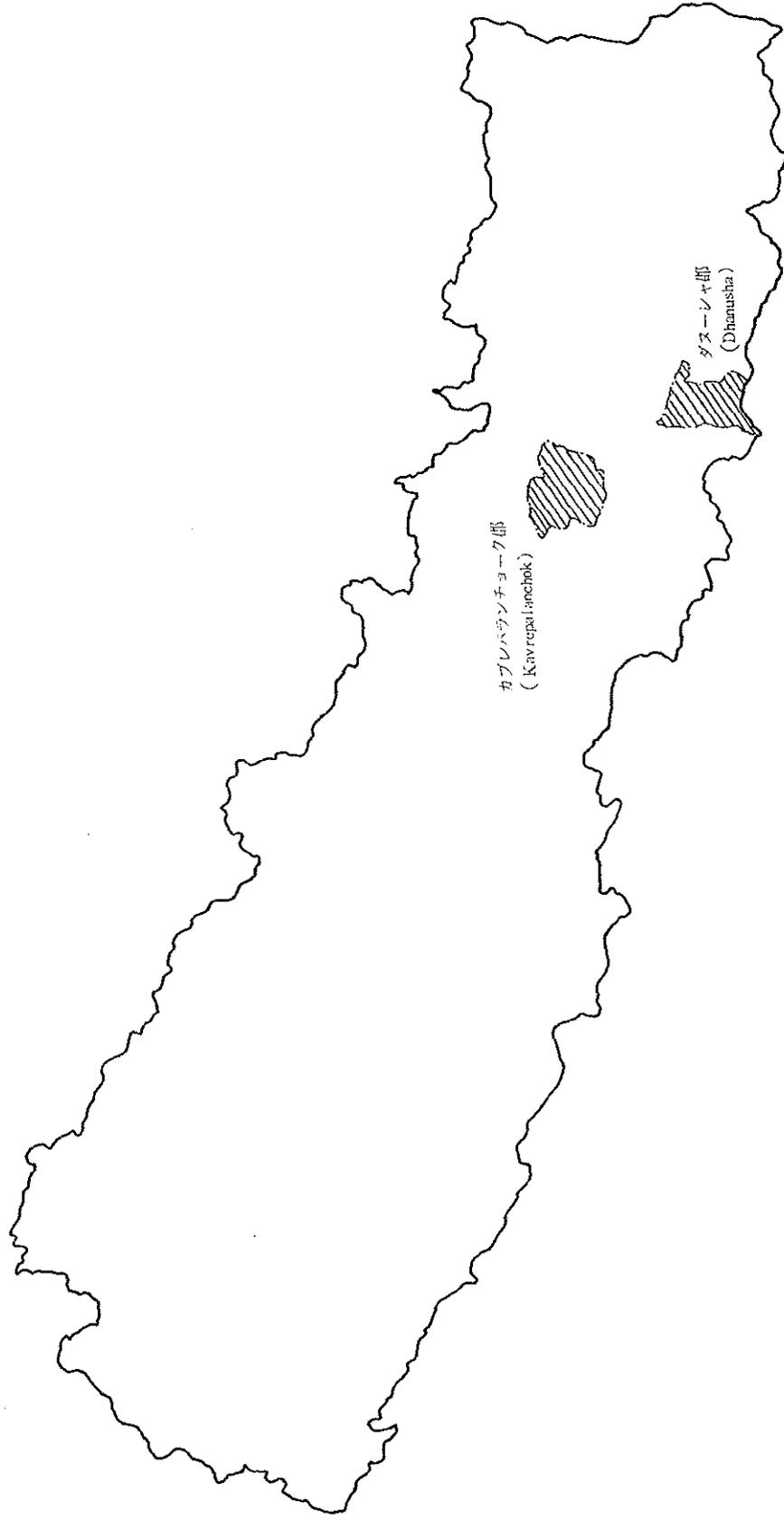


〔バルマジア村〕

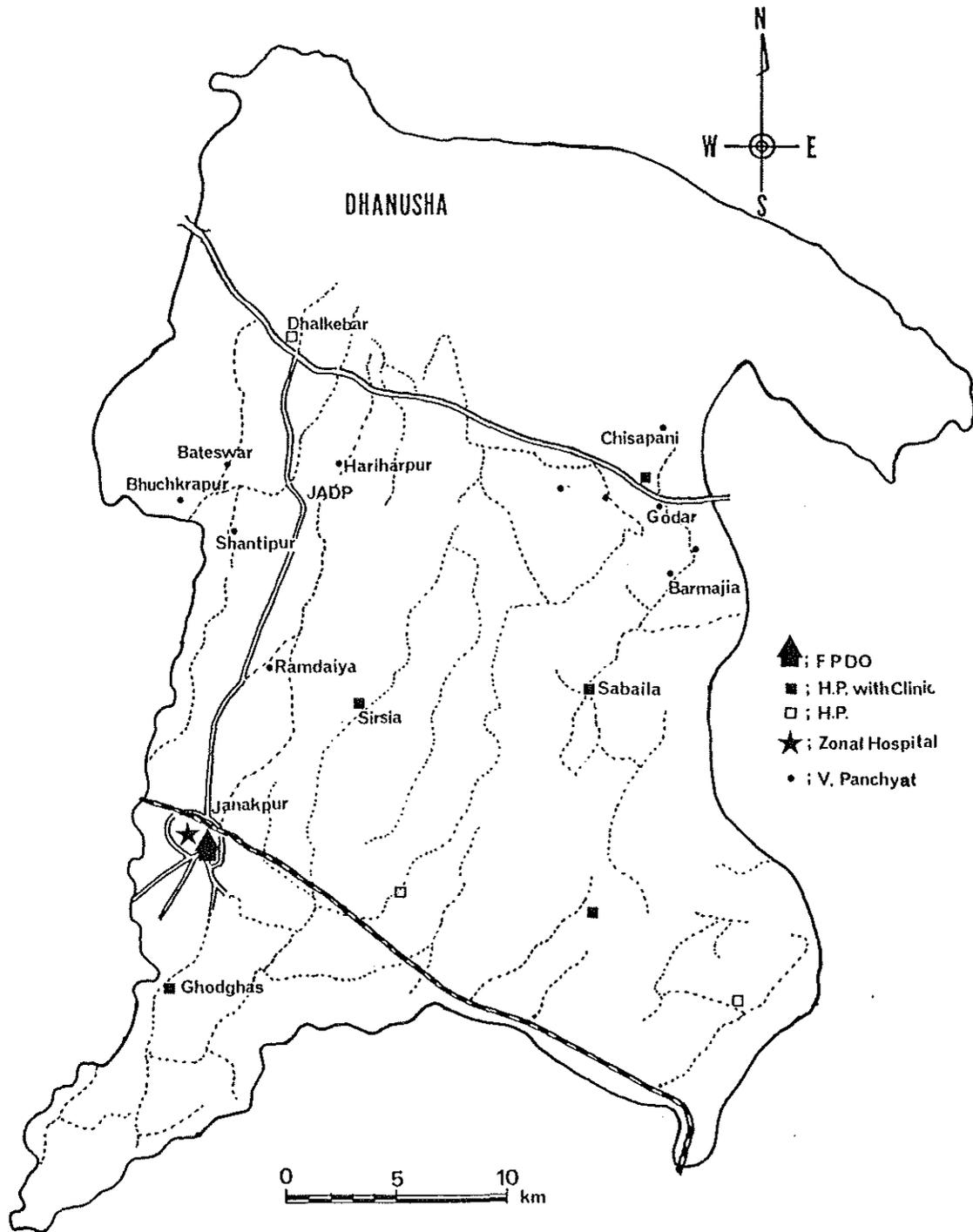
食事の仕度風景



ネパール 金土

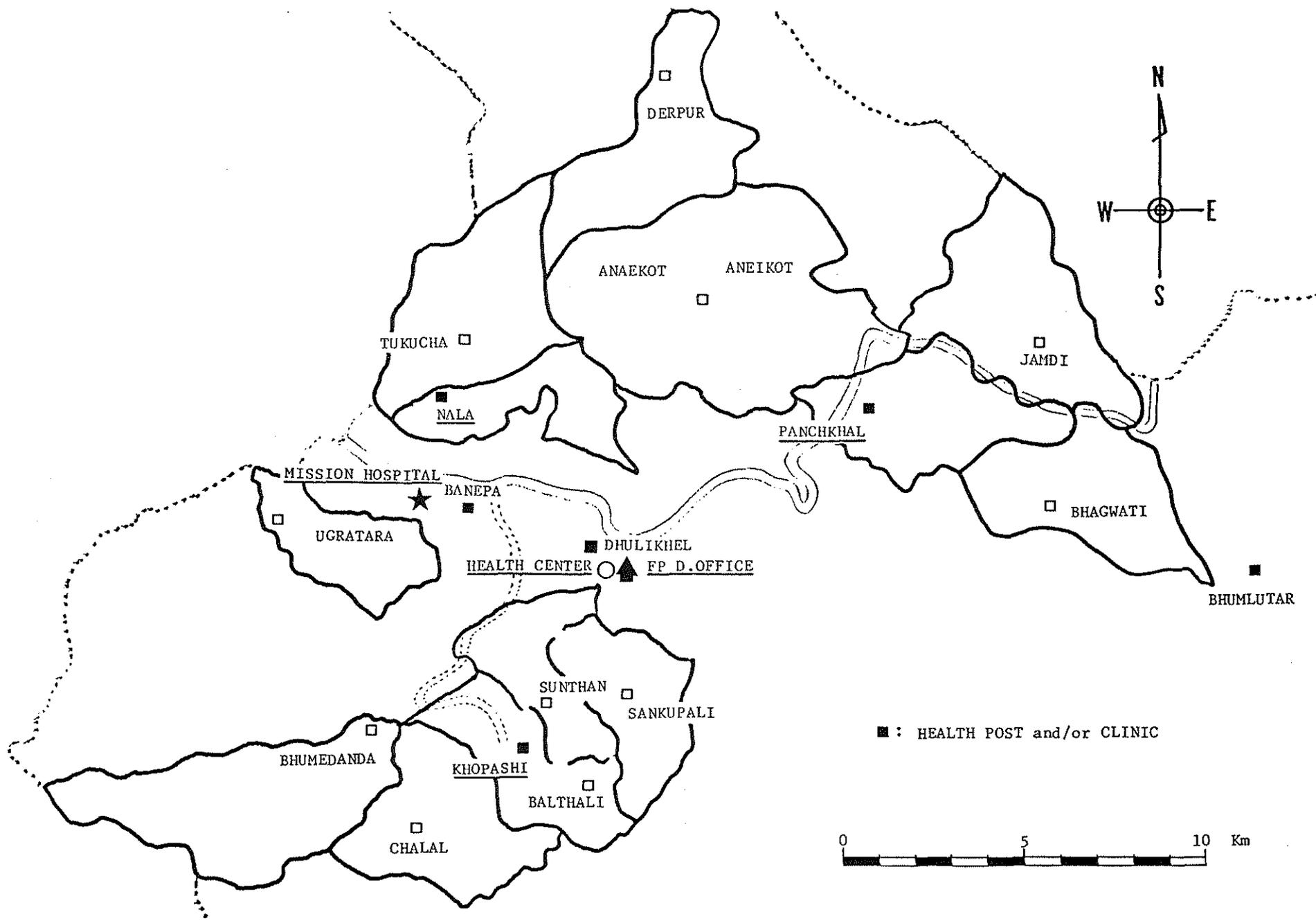






ダヌーシャ郡：調査地およびヘルスポストの所在





カブレパランチョーク郡：調査地およびヘルスポストの所在



# 目 次

はしがき

地図：ネパール全土，ダヌーシャ郡，カブレパランチョーク郡

第一章 課題と方法 .....	1
第二章 既存関連資料・情報の分析と統計的プロセスの検討 .....	5
第一節 全国レベルにおける人口静態より人口動態の推計 .....	7
第二節 ネパールにおける標本調査方法	
－ The Demographic Sample Survey of Nepal 1974/75 を事例として－ .....	7
1) 標本調査概要 .....	7
2) 調査方法 .....	8
3) 現地調査 .....	8
4) 標本調査の問題点 .....	8
第三節 人口静態統計 .....	9
1) 全国レベル .....	9
(1) 総人口 .....	9
(2) 性・年齢別人口構成 .....	9
(3) 人口分布 .....	14
(4) 人口密度 .....	15
(5) 人口性比 .....	15
2) 地区レベル .....	16
(1) 総人口および性・年齢別人口 .....	16
第四節 人口動態統計 .....	18
1) Registration System の概要と届出書式 .....	19
2) 動態統計各論 .....	20
(1) 粗出生数(率) .....	20
(2) 粗死亡数(率) .....	23
(3) P M I (Proportional Mortality Indicator) .....	23
(4) 乳児死亡数(率) .....	23
(5) 乳児死因 .....	24
(6) 妊産婦死亡数(率) .....	24

(7) 死産（率）	25
(8) 周産期死亡数（率）	28
(9) 婚姻・離婚数	29
(10) 平均寿命	29
(11) 人口移動	29
第五節 傷病統計	29
1) 入院患者主要十大疾病群	29
2) 性・年齢別入院理由上位6疾病	30
3) 外来・通院患者の十大疾病群	31
4) 寄生虫感染率と分類	31
第六節 人口調査関連資料・情報収集システムの問題点の総括	32
第三章 家族計画・母子保健をとりまく社会・経済環境	37
第一節 社会・経済環境の特徴	39
第二節 第七次五ヶ年計画（1985－90）における家族計画，保健衛生政策	46
第三節 実施機関の体制	48
1) 機構上の課題	48
2) マンパワー	50
(1) 権限の下部委譲	50
(2) 職員の訓練	50
(3) 監督	50
(4) マンパワーについての検討事項	51
3) 予算	51
(1) 予算の伸び	51
(2) 資源動員力	52
第四章 現地調査報告	55
第一節 F P / M C H 事務所の活動状況	57
1) ダヌーシャ郡	57
(1) 地域概況	57
(2) 郡事務所の組織	58
(3) 財政	59
(4) 活動内容	60
2) カブレバランチョーク郡	62
(1) 地域概況	62

(2) 郡事務所の組織	62
(3) 財 政	63
(4) 活動内容	64
第二節 ヘルスポストおよびヘルスクリニックの利用状況	66
1) ダヌーシャ郡	66
(1) 調査の対象と方法	66
(i) 調査地	66
(ii) 調査方法	67
(2) 結 果	67
(i) チサパニヘルスポスト	67
(ii) ヘルスポストの周辺の地図	69
(3) 考 察	71
2) カブレバランチョーク郡	72
(1) 調査の対象と方法	73
(i) 調査地	73
(ii) 調査方法	73
(2) 結 果	74
(i) コバシヘルスポスト	74
(ii) ナラヘルスポスト	75
(iii) パンチカールヘルスポスト	76
(iv) ヘルスポストの周辺の地図	76
(3) 考 察	78
第三節 モデル地区における訪問調査	79
1) ダヌーシャ郡	79
(1) 村落の抽出方法	79
(2) 訪問調査結果	79
(i) Ramdaiya 村, Ramdaiya パンチャヤート	79
(ii) Sabaila 村, Sabaila パンチャヤート	81
(iii) Barmajhiya 村, Barmajhiya パンチャヤート	82
(3) 訪問調査上の留意点	84
2) カブレバランチョーク郡	85
(1) 村落の抽出方法	85
(2) 訪問調査結果	85
(i) Nala 村, Nala パンチャヤート	85

(ii) Khopasi 村, Khopasi パンチャヤート	87
(iii) Tamagha 村, Panchikhal パンチャヤート	88
(3) 訪問調査上の留意点	89
第五章 訪問調査の有用性	91
第一節 過去の標本抽出調査	93
1) 調査内容	93
2) 調査期間	95
第二節 モデル地区を対象とする調査の企画	98
1) 層化抽出	98
2) パイロット地区全数調査	98
3) 訪問調査質問項目の検討	99
4) 質問表の検討	100
第六章 総括	109
補論 I ネパール統計資料を分析するにあたっての参考資料	115
補論 II 家族計画・母子保健推進上の留意事項	133
調査日程, 調査団の構成, 主な訪問機関・面会者リスト	147
付属資料	
1 TENTATIVE IMPLEMENTATION SCHEDULE OF THE PROJECT	159
2 パンチャヤート別人口, ダヌーシャ郡, カブレバランチョーク郡	160
3 Family Planning Health Worker 及び Family Planning Clinic 数 (郡別)	167
4 届出用紙書式, F P / M C H 来訪カード, 出生, 死亡, 婚姻, 選挙人名簿	169
5 ネパール・母子保健, 質問表サンプル	175
6 U N F P A プロジェクト一覧	181
7 ネパール医療関係外国援助一覧	182

## 第一章 課題と方法



## 第一章 課題と方法

ネパール王国における家族計画・母子保健プロジェクト（五ヶ年計画）をするにあたって、これまでの事前調査結果を十分にふまえたうえで、プロジェクト実施に関する計画をたてなくてはならない。また、その手順としてのプログラムの作成にあたっては、より合理的に計画の決定が行なわれ、それが社会的に受け入れられ、さらに成果の向上につながることを考慮されなければならない。因みに、基本的な健康養護活動（essential health care）に関して次の3つの条件があげられている。

第1の条件は、「①個人と家族の誰もが等しく受けられる『方法と技術』、そしてまた②実際的で、③科学的完全で、④社会的に受け入れることができる『方法と技術』というものに基礎をおいた essential health care でなければならない」といっている。

第2の条件は「開発の程度に応じて、コミュニティと国の負担可能な費用の範囲内で」行う essential health care であり、それは「自助と自決の精神」にのっとっているものである。

第3の条件は「住民の参加を通して」の essential health care である。

言うまでもなく当プロジェクト（五ヶ年計画）もこれらの諸条件をみたさねばならない。

そのためには計画立案に先立って事前に評価が必要である。すなわち立案し実行する前に、課題である家族計画・母子保健（FP/MCH）について首尾一貫して正しい情報を集め、それらを慎重に分析し、評価する必要がある。

今回の調査は、Tentative Implementation Schedule of the Project (TISP) 中の Preparatory Stage の一環として行なわれた。すなわち本調査はプロジェクト評価に必要とされる下記の9指標を決めるためにあつての基礎調査である。

最終目標としての9つの指標

- (1) 妊産婦健康診査受診率
- (2) 乳幼児健康診査受診率
- (3) 予防接種率
- (4) 主な疾病構造の変化
- (5) 乳児死亡率
- (6) 妊産婦死亡率
- (7) 家族計画実行率
- (8) 出生率
- (9) その他

上記の指標の評価にあつては現状を正しく認識するため既存データの所在を明らかにし、その信頼性について検討を加える必要がある。

以上のような視点から今回の調査範囲は下記の通り設定された。

- (1) 既存関連資料と情報の分析および検討
  - 1) 全国レベル
  - 2) モデル地区
- (2) 既存関連資料と情報の統計的プロセスの検討
  - 1) 公衆衛生，医療情報に関連する政府機関及びNGOsの機構の確認
  - 2) 最小行政区における資料と情報の有用性と現状の資料および収集システム検討
  - 3) 資料と情報の伝達システムの検討
- (3) 訪問調査の有用性（信頼性）の検討
  - 1) 人口動態および保健サービスに関する過去の訪問調査の有用性（信頼性）の検討
  - 2) 本プロジェクトのモデル地区における訪問調査の有用性（信頼性）および調査手法の検討

(1), (2)の既存資料は，FP/MCHプロジェクト及び関係各省へ出向きデータの収集を行ない，その分析については第二章で検討を加えた。さらにカブレパランチョーク郡，ダヌーシャ郡の2つのモデル地区については，郡事務所，ヘルスポスト，関連病院を訪問し，資料の収集につとめた。しかしながらネパール王国においては，(1), (2)に関するデータは不足しており，これを補う必要がある。これを補う調査としては(3)の訪問調査が考えられる。今回はあらかじめ用意した家族計画・母子保健・社会環境についての質問票を用いて世帯訪問面接調査（予備テスト）を行なった。また末端モデル地区レベルにおけるヘルスポストの分布及びその機能の及ぶ範囲についての地図を作成した。すなわち，地区レベルにおける，FP/MCH問題とヘルスポストや病院の果たしている機能の定量的把握を試み，今後のFP/MCHプロジェクトの実施に資することを目的とするものである。

## 第二章 既存関連資料・情報の分析と 統計的プロセスの検討



## 第二章 既存関連資料・情報の分析と統計的プロセスの検討

### 第一節 全国レベルにおける人口静態より人口動態の推計

ネパールにおいて最初にセンサスが行われたのは1911年であるが、近代的な意味でのセンサスが行われるようになったのは、1952/54の2回に分けて行ったものからである。その後、1961年より10年間隔でセンサスが実施されている。資料の収集は世帯訪問面接法を用いているが、得られた基礎資料は多くの問題を含むことが報告され、たとえば人口の年齢構成において人口学の常識より理解に困難な点、2つのセンサスの間における比較で見られる各種の矛盾などが指摘されている。

したがって、現時点では人口動態に関する資料を得るためには、補論で論じたように United Nation Manual IVならびに X に示されているような、十分且つ正確な資料の入手ができない場合に用いる間接的な推計法を用いざるを得ないのが実情である。ただ今回の現地調査においても明らかにされたことであるが、資料の収集、処理、分析の一連の統計化のプロセスについて、enumerator の教育、訓練、監督の強化、精度評価のための追跡調査によるチェック、センサス間の変化の検討など年々改善に向けての努力が支払われている。

本章ではこうした問題を1974/75年の標本抽出調査を事例として統計を扱ううえでの留意点を示し、第三節以下においては、人口センサス、Vital Registration Office、病院統計を中心として今回収集したデータの分析・検討を行なった。

### 第二節 ネパールにおける標本調査方法

— The Demographic Sample Survey of Nepal 1974/75 を事例として —

#### 1) 標本調査概要

- ネパール王国と国連の共同企画によるもので、センサスの他に人口統計資料を収集し、出生力、死亡率、移動率、とくに人口増加率を推計することを目的として Central Bureau of Statistics によって施行された。
- Sample Size 全人口の0.6% 75,000名
- Survey の結果 

{	1. 粗出生・粗死亡率
	2. 年齢別出生率・死亡率
	3. 性・年齢別移動率
- Sample Design 

都市部	5 wards	三都市 (Kathmandu, Lalitpur, Bhaktapur)
-----	---------	---

農村部 15 districts/75 districts, 69 village pan chayats, 186 wards

## 2) 調査方法

回想法にて過去1年間における出生・死亡に関する第1次質問調査, 次いでmulti round follow-up法(6ヶ月後)を適用した。(ここで生後1年未満の子供は世帯員数に数えられていないことが明らかとなった。)

なお現在 District は Census Data にもとづき

$$\left[ \begin{array}{l} \text{panchayat は voters" list} \\ \text{ward は house hold} \end{array} \right] \text{ にもとづき, サイズを基礎に sample 抽出を}$$
している。

## 3) 現地調査

第1年度の調査終了に到るまで,

{	Permanent enumerator	12名	合計32名が参加した。
	Temporary enumerator	12	
	Coder	3	
	Clerk	3	
	Supervisor	2	

enumerator の資格 (選抜試験による) 字の読み書き能力 (School leaving Certificate)

supervisor の資格 大学卒

enumerator の訓練

第1次 16名(うち4名はCBSの正規職員)

第2次 8名 + 4名 = 12名(うち4名はCBSの正規職員)

調査員はチームを構成し, その中にCBSの staff が1名必ず加わり, インタビューを責任をもって行った。また, temporary enumerator の1名が助手を勤めた。

○ Jumla, Solukhumba のヒマラヤ地方は飛行機で近くまで行き, さらにトレッキング Kailali districtにはまずバスでインド国境, 次いで3日間汽車に乗り, さらに数日踏破, また河を渡らなければならなかった。

したがって, この3つの district は follow-up 調査からはずさざるをえなかった。

## 4) 標本調査の問題点

1. 識字率が低く報告年齢・出生・死亡の数・時期が不正確(例えば, 各歳毎の年齢別人口構成をみると0歳と5歳に答えが偏り集中する。第三節でさらに考察するが heaping の現象が顕著である。

その結果 1981 年センサスの Whipple's Index は 252 で very rough data と評価される。

2. 人々の登録，統計作成や人口問題に対する認識の欠如，たとえば生後 1 年未満の子供は世帯の員数に数えられていない。また登録の必要性のない貧困層は（市民権獲得の必要がない）敢えて数として届出をしない。とくに社会増（移住者）の場合に統計数字に載ってこない。
3. 人口問題や避妊は人々にとって受け入れの微妙な問題である。
4. 地理的・地形的問題  
山岳・中部岳陵地帯において世帯訪問の主な手段は徒歩，タライ地区においても道は季節により悪条件。
5. enumerator の資格  
読み書きのみでサラリー 100・Rs/月である。Supervisor は大学卒であるが人材に不足の傾向がみられる。
- 6 人口増加（死亡率の減少による多産少死型への移行）パンチャート分割など統計単位の変化

### 第三節 人口静態統計

Census をもとに得られた統計データからネパール王国および各地区について総人口，性別・年齢別人口，密度，分布等を知ることができる。

#### 1) 全国レベル

##### (1) 総人口

1981 年の Census <sup>1)</sup> において 5 regions, 14 zones, 75 districts の国勢調査結果が報告されている。前回は約 3 倍の 15,000 人の supervisor と 1,500 人の assistant supervisor が調査員として動員された。しかし読み書きできることが調査員の資格であるため，調査技術面で多くの問題がある。<sup>2)</sup> 次に 1981 年 <sup>1)</sup> と 1985 年 <sup>3)</sup> の人口を示す。

表 2-1

	1981年	1985年
総人口	15,022,839 (100.0%)	16,625,439 (100.0%)
男性	7,695,336 (51.2%)	8,545,327 (51.4%)
女性	7,327,503 (48.8%)	8,080,112 (48.6%)

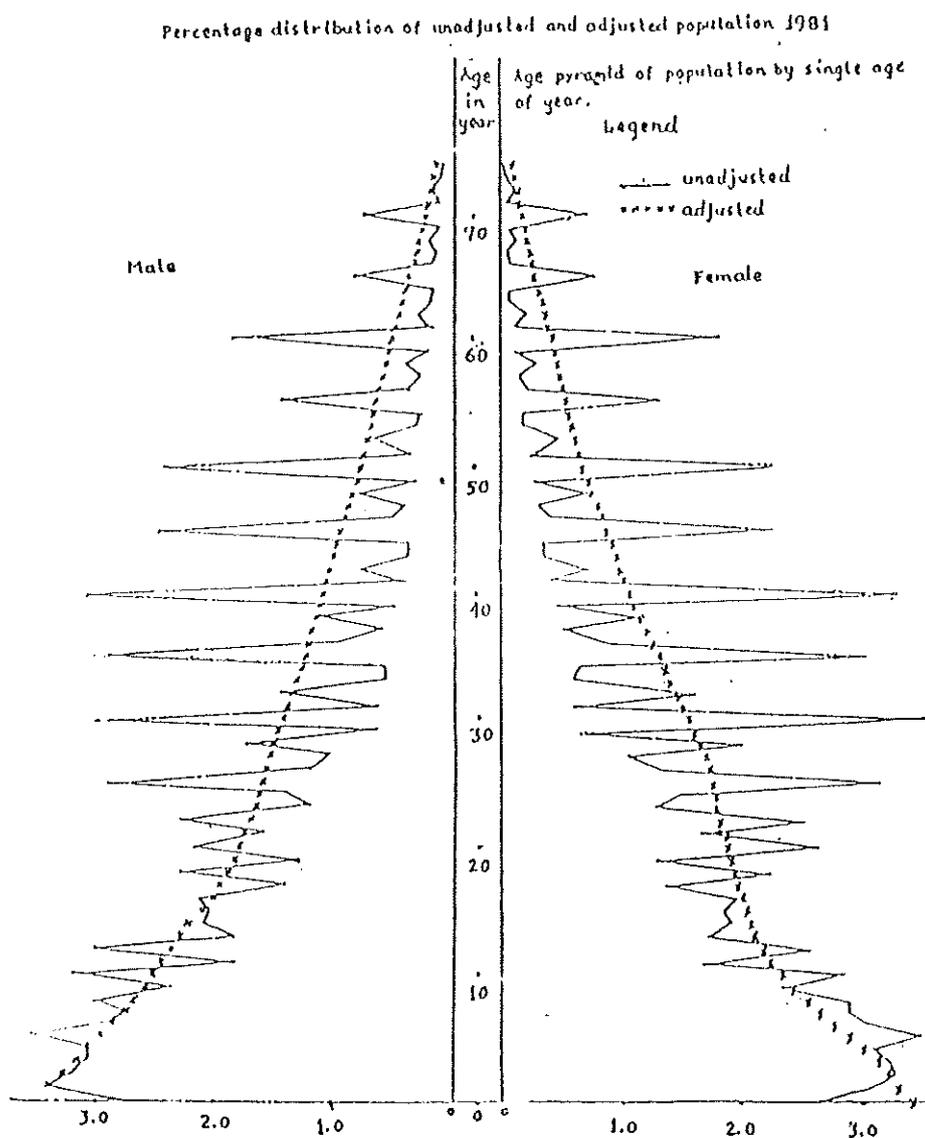
出所) 1981: 文献 ①, 1985: 文献 ③

##### (2) 性・年齢別人口構成

1981 年 Census による 1 歳階級別・性別人口構成を図 2-1 に示す。図 2-1 (unadjusted) から明らかなように heaping 現象が認められる。生年月日が明らかでない者が多く，

切りのよい数字にまとめられてしまう。女性では結婚しているか、いないか、子供があるかないかにより、また社会的地位や評価を得るために年齢の申告の仕方が正確でないという面がある。

図2-2に1952/54, 1961, 1971の各年の人口ピラミッドを示した。<sup>11)</sup>さらに1981年<sup>1)</sup>censusをもとにした人口ピラミッドを示した(図2-3, 表2-3)。5歳階級別にまとめてみると、図2-1で示したadjustedのカーブに近くなり、あたかも heaping 現象をならした様なパターンとなる。



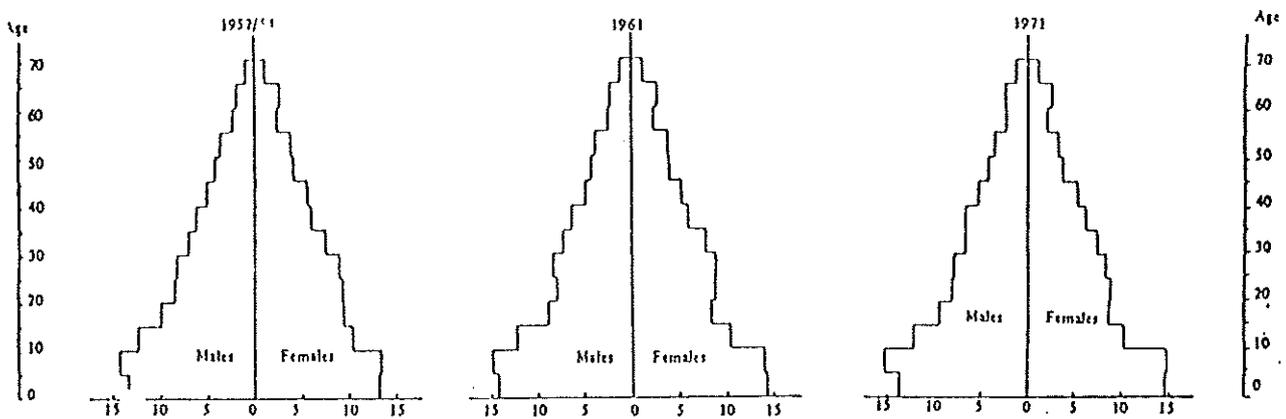
出所) 文献②

図2-1 各歳別・性別人口構成

表 2 - 2 Percentage distribution of the population by five-year age group, 1952/54, 1961, . . . 1971 .

Age group	1952/54			1961			1971		
	Males	Females	Total	Males	Females	Total	Males	Females	Total
0- 4	13.3	13.1	13.2	14.2	14.2	14.2	13.6	14.7	14.1
5- 9	14.3	13.4	13.9	14.8	14.0	14.4	15.2	14.9	15.1
10-14	12.3	10.4	11.3	12.2	10.4	11.3	12.1	10.4	11.2
15-19	9.9	9.4	9.6	8.8	8.4	8.6	9.4	8.7	9.1
20-24	8.4	9.3	8.8	7.9	8.8	8.4	8.0	8.8	8.4
25-29	8.3	9.0	8.7	8.3	8.9	8.6	7.8	8.3	8.1
30-34	7.0	7.5	7.2	7.2	7.8	7.5	6.6	7.4	7.0
35-39	6.2	6.0	6.1	6.4	6.0	6.2	6.6	6.2	6.4
40-44	5.1	5.6	5.4	4.8	5.2	5.0	5.2	5.4	5.3
45-49	4.3	4.1	4.2	4.2	4.0	4.1	4.2	3.8	4.0
50-54	3.7	3.8	3.8	3.7	3.9	3.8	3.5	3.4	3.5
55-59	2.4	2.3	2.3	2.4	2.4	2.4	2.3	2.2	2.2
60-64	2.0	2.6	2.3	2.2	2.7	2.5	2.4	2.7	2.5
65-69	1.0	1.1	1.1	1.1	1.2	1.1	1.2	1.2	1.2
70+	1.5	1.8	1.6	1.5	1.7	1.6	1.8	1.9	1.8
Age unknown	0.3	0.6	0.5	0.2	0.4	0.3	—	—	—
All ages	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出所) 文献 ⑪



出所) 文献 ⑪

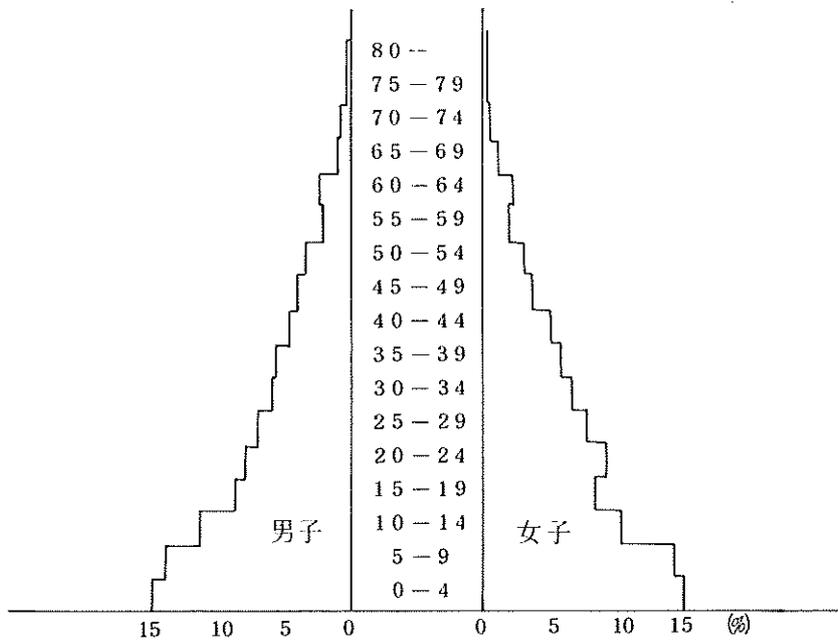
図 2 - 2 5 歳階級別人口ピラミッド, 1952/54, 1961, 1971

Age pyramids of the population (five year age group)

表 2 - 3 5 歳階級別男女別人口, 1981

Age group	1981		
	Males	Females	Total
0 - 4	15.5	15.3	15.4
5 - 9	14.5	14.6	14.6
10 - 14	11.9	10.8	11.4
15 - 19	9.0	8.6	8.8
20 - 24	8.3	9.5	8.9
25 - 29	7.4	8.1	7.7
30 - 34	6.1	6.9	6.5
35 - 39	6.0	5.9	5.9
40 - 44	4.9	5.1	5.0
45 - 49	4.3	3.9	4.1
50 - 54	3.8	3.4	3.6
55 - 59	2.4	2.2	2.3
60 - 64	2.5	2.4	2.4
65 - 69	1.3	1.2	1.3
70 歳以上	2.1	1.9	1.9
Age unknown	—	—	—
All ages	100	100	100

出所) 文献①



資料) 文献①

図 2 - 3 5 歳階級別人口ピラミッド, 1981年

女性では1961年と1981年の形が極めて類似しており、粗死亡率、乳児死亡率が少しずつ改善しているにもかかわらず20年間の差はあまりない。

① 年齢3区分からみた人口

表2-4

3 区 分	1981年	1985年
年少人口(0~14歳)	6,211,972(41.3%)	6,949,884(41.8%)
生産年齢人口(15~64歳)	8,321,301(55.4%)	9,173,536(55.2%)
老年人口(65歳以上)	489,566(3.3%)	502,019(3.0%)

出所) 表2-1に同じ

人口を上記3つの区分に分類してみると、人口の活力を知ることができる。これをもとにいくつかの指数を求めたのが表2-5である。比較のために我国の大正9年および昭和59年の値も併記した。

表2-4, 2-5より年少人口の増加が認められるが老年人口の減少は疑問である。

表2-5

	1981年	1985年	日本の場合	
			大正9年	昭和59年
年少人口指数 $\left( \frac{\text{年少人口}}{\text{生産年齢人口}} \times 100 \right)$	74.7	75.8	62.6	32.4
老年人口指数 $\left( \frac{\text{老年人口}}{\text{生産年齢人口}} \times 100 \right)$	5.9	5.5	9.0	14.6
従属人口指数 $\left( \frac{\text{年少人口} + \text{老年人口}}{\text{生産年齢人口}} \times 100 \right)$	80.5	81.2	71.6	47.0
老年化指数 $\left( \frac{\text{老年人口}}{\text{年少人口}} \times 100 \right)$	7.9	7.2	14.4	45.1

資料) 表2-1に同じ 出所) 日本の場合は 文献⑬

② 収集資料にもとづく人口3区分

表 2 - 6

Percentage distribution of the population by  
broad age group, 1952/54, 1961/1971 and 1981

Sex and age group	1952/54 <sup>a</sup>	1961 <sup>a</sup>	1971	1981
<b>Males</b>				
0-14	39.9	41.2	40.9	41.9
15-59	55.3	53.7	53.6	52.2
60 and over	4.5	4.8	5.4	5.9
<b>Females</b>				
0-14	36.9	38.6	40.0	40.7
15-59	57.0	55.4	54.2	53.8
60 and over	5.5	5.6	5.8	5.5
<b>Both sexes</b>				
0-14	38.4	39.9	40.4	41.4
15-59	56.1	54.6	54.0	53.0
60 and over	5.0	5.2	5.5	5.6

出所) 1952/54, 1961, 1971: 文献①  
資料) 1981: 文献①

生産年齢人口相当部分を15~59歳とし、老年人口を60歳以上で3区分してみたものである。総人口で見ると0~14歳・60歳以上の人口が明らかに増加を示しているが、表2-4と比較し1985年の数値はその整合性に疑問がある。

(3) 人口分布

ネパール王国を3区分した人口分布は次表のようになる。

表 2 - 7

	1981年	1985年
Mountains	1,302,896 (8.7%)	1,380,803 (8.3%)
Hills	7,163,115 (47.7%)	7,618,987 (45.8%)
Terai	6,556,828 (43.6%)	7,625,649 (45.9%)

出所) 表 2 - 1 に同じ

全人口増加にともない3地区でも人口増加がみられるが、特に Terai 地域は1981年と比較し最も増加率が高い(116.3%)

#### (4) 人口密度

表 2-8

	1971年	1976年	1981年	1985年
Per sq Km	82	91	102.1	113.0

出所) 1971, 1976: 文献②

1981: 文献① 1985: 文献③

#### (5) 人口性比

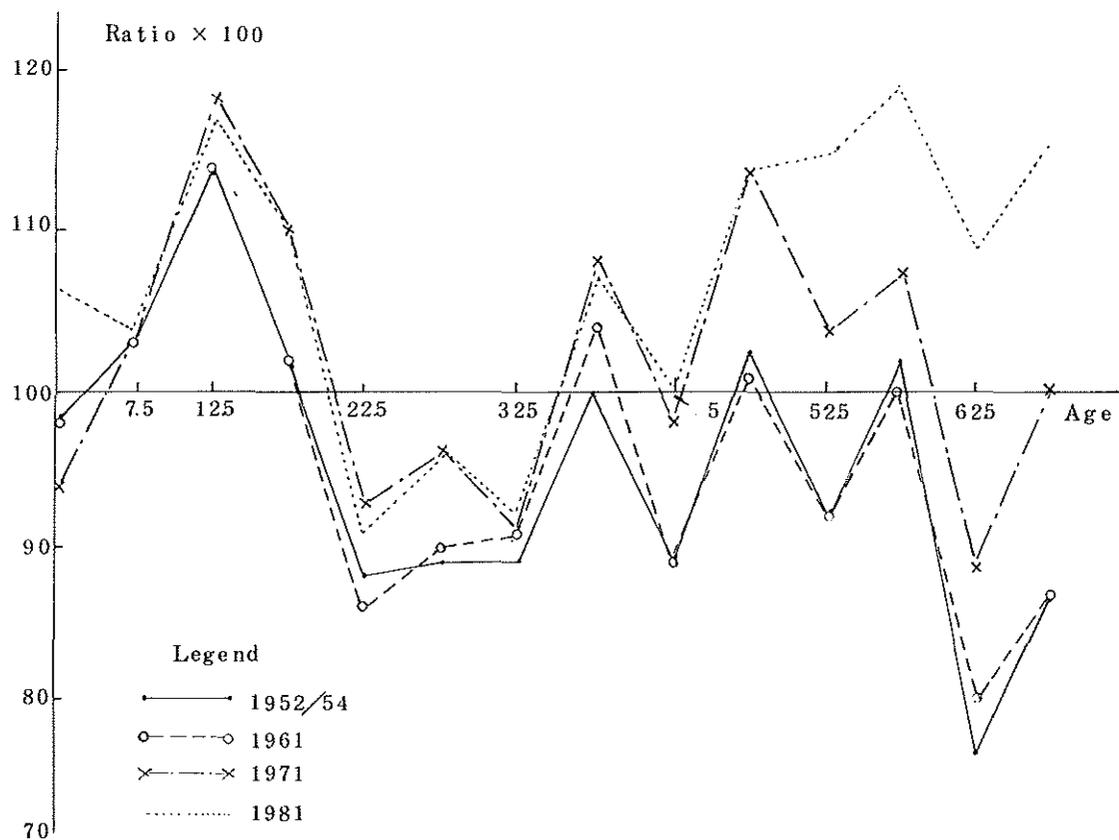
人口性比は女性100に対する値で示される。1981年 census では105.0, 1985年は105.8となる。<sup>3)</sup> 図2-4に過去4回の census による年齢階級別人口性比を示した。<sup>2)</sup>

1952/54~1971のデータで0~4歳の年齢層が100以下を示している。これは女兒の出生数が高いか、男児の死亡率が低いためと考える。しかし、国際的に先進諸国の値からみて、出生時の男女比は男の方が高いのが一般的である。またインド、バングラディッシュ、パキスタンの例から女兒の乳児死亡率の方が高い報告がある。ネパールだけがこれらの例外であるという理由はない。むしろ調査方法に問題があるといえる。

1952~1961年の20~34歳層の性比は80台と極端に低い。この理由としてこの年齢層の男子が国外へ移動(出稼ぎ)したためと考えられる。1971年以降90台になったのは、この移動割合が減少したためと思われる。

一方、この年齢層の女性の妊産婦死亡は把握されていないが、傷病統計からみて妊娠・分娩・産褥の合併症で入院する割合が高く、しかもこの統計は入院された者の割合であって、実際には入院できない階層がもっと多勢いる。自宅分娩が多いこと、妊娠中毒症の最悪のケースである子癇を調査期間中にもみられたことを考えると、妊産婦死亡が高いことが推測できる。もし妊産婦死亡が高ければ、人口性比は100以上になってくる。ここでは男性の国外移動数と、女性の妊産婦死亡数とが混合した数値として表わされていると考えられる。

もう1つ、男性の兵役によることも考えられるが、軍隊はむしろ年齢や出身地等の個人に関する資料は明確にし易いことを考えれば、統計上最も利用し易い集団と思われる。今回の調査で軍隊の人口統計について入手できなかった。



出所) 文献②

図 2-4 性比の推移(1951/54~1981)

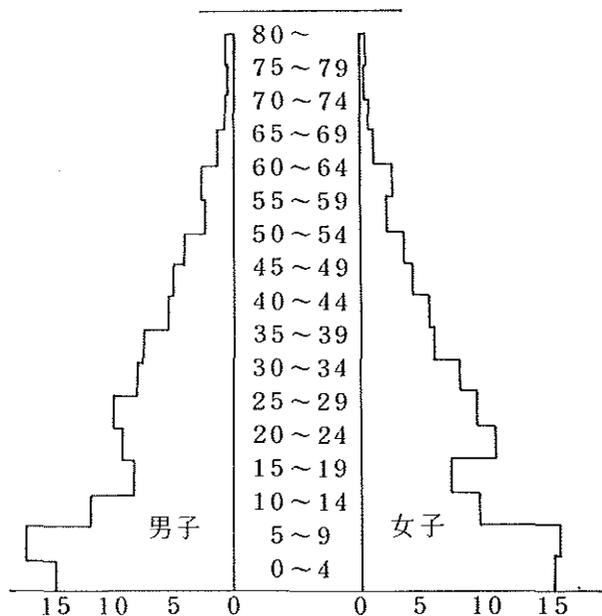
## 2) 地区レベル

### (1) 総人口および性・年齢別人口

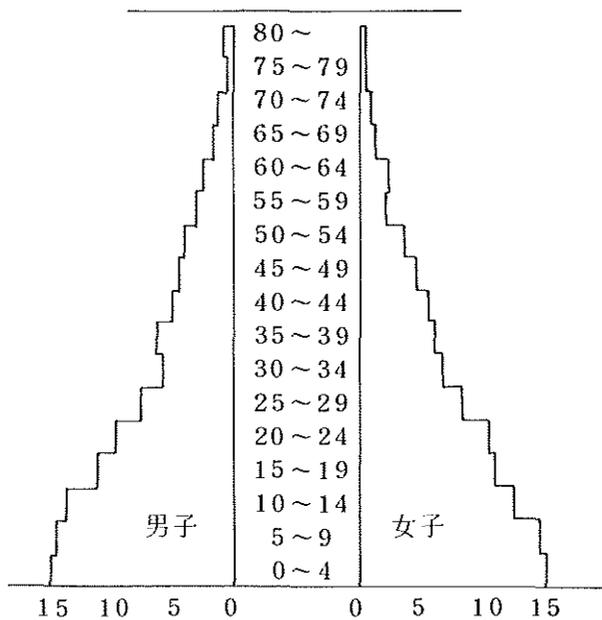
1981年 census<sup>1)</sup>で5 regions, 14 zones, 75 districts の人口が明らかにされているが、今回の調査地区(ダヌーシャ郡とカブレパランチョーク郡)について5歳階級別人口ピラミッドを図2-5に示した。

ダヌーシャ郡での男性は、10歳まで1971年と類似パターンを示し、女性はほぼネパール王国総人口(1981年)と同じパターンを示している(図2-2比較参照)。一方カブレパランチョーク郡は、典型的な人口増加型の人口構成を示している。またカブレパランチョーク郡の68 panchayat の人口数について<sup>4)</sup>得られたが、その性・年齢構成は不明である。

ダヌーシヤ郡



カブレバランチョーク郡



資料) 文献①

図 2-5 5歳階級別人口ピラミッド

① ダヌーシャ郡年齢3区分よりみた人口

表 2 - 9

	総人口 (%)	男性 (%)	女性 (%)
年少人口( 0~14歳)	173,991(40.2)	92,049(40.9)	81,942(39.5)
生産年齢人口(15~64歳)	246,999(57.1)	127,118(56.5)	119,881(57.7)
老年人口(65歳以上)	11,579( 2.7)	5,733( 2.6)	5,846( 2.8)
総人口	432,569(100)	224,900(100)	207,669(100)
年少人口指数	70.4	72.4	68.4
老年人口指数	4.7	4.5	4.9
従属人口指数	75.1	76.9	73.2
老年化指数	6.7	6.2	7.1

資料) 文献①

表2-4の全国レベルと比較するとダヌーシャ郡は、老年人口が少なく、生産年齢人口の多いことが明らかである。

② カブレパランチョーク郡年齢3区分よりみた人口

ダヌーシャ郡と比較して老年人口が多い。これは全国平均値よりもわずかに高いのが特徴である。

表 2 - 1 0

	総人口 (%)	男性 (%)	女性 (%)
年少人口( 0~14歳)	123,343(40.2)	63,190(40.5)	60,153(39.9)
生産年齢人口(15~64歳)	173,258(56.4)	87,130(55.7)	86,128(57.0)
老年人口(65歳以上)	10,549( 3.4)	5,898( 3.8)	4,651( 3.1)
総人口	307,150(100)	156,218(100)	150,932(100)
年少人口指数	71.2	72.5	69.8
老年人口指数	6.1	6.8	5.4
従属人口指数	77.3	79.3	75.2
老年化指数	8.6	9.3	7.7

資料) 文献①

両地区とも生産年齢人口の扶養する年少人口の割合は極めて高いが、これはネパール全体にもいえる。人口増がこの状態でさらに続いたら、この値はさらに大きくなる。

第四節 人口動態統計

年間の出生、死亡、乳児死亡、死産、妊産婦死亡、婚姻・離婚、平均寿命、人口移動、死因等について、その実数および比率を求めることにより、人口の動きを知り、さらに衛生状態、母子

保健の状態等を把握することができる重要な指標である。

今回の調査で得られた資料をもとに、すでに報告された数値、あるいは直接インタビューで得た数値、さらに資料をもとに計算して求めた数値等を示し、その信頼性について検討を加えた。

### 1) Registration systemの概要と届出様式

Civil Registration and Vital Statistics Office のMr.Luxman Bahadur Basnetより5つの指標（出生数、死亡数、婚姻、離婚数、移動数）について、40 districts からの集計がなされているとの説明と資料の入手がなされた。

Registration systemは図2-6のようになる。

尚、出生届、死亡届、婚姻届の様式は別に資料として添付する。

ここでは全国レベルおよび40districtsの情報しか入手できてないため、まとめて記載することとする。

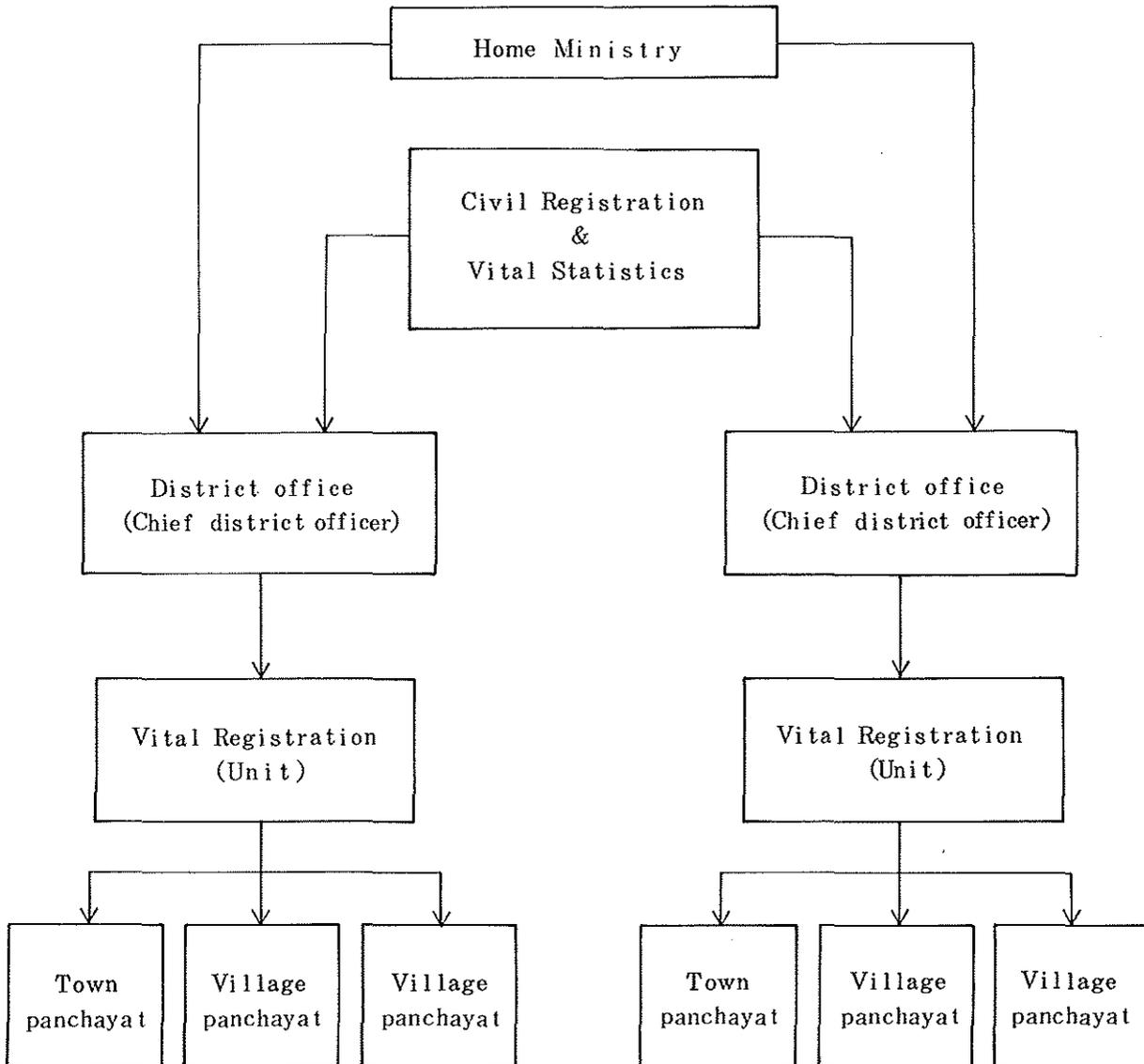


図2-6 Registration System 組織図

## 2) 動態統計各論

これより各項目別に述べることにする。

### (1) 粗出生数(率)

1974/75, 1976, 1977/78 の出生数(率)<sup>5)</sup>は, 全国, 農村, 都市について記載されているし 1981年, 1985年<sup>3)</sup>の値も入手しているが, いずれも40以上の出生率(adjusted)を示す。Unadjusted値は1979/78 Sample surveyで33.5(urban 26.3, rural 35.8)となっている

一方, 40 districts の届出された生データ<sup>7)</sup>をもとに, 1981年 censusの人口を用いて各 district ごとに計算した結果を表2-11に示した。出生率の最低値は人口30,241人のRaswa郡で0.76 最高値はJhapa(人口479,743人)で25.62であった。40 districtsの総人口(10,631,588人)に対して出生数108,040人(生データは108,352人とあるが計算ミス)で粗出生率は人口1,000人に対して10.16となる。

さらにSample survey(1977/78)<sup>5)</sup>に記載されていて, しかも文献7にも記載されている16districtsの値とつき合わせてみた場合でも一致した値はない。最も近い値を示したもので1.8倍の差があり, 33.5倍も低い値を示したものもある。(表2-12)。

以上の結果からSample surveyの値がより実態に近い数値を示しているとするなら, 登録もれ, すなわち届出されていないものが多数あることになる。

表2-11 1981年Censusによる人口をもとにしてCivil Registration and Vital Statistics Officeより入手した生データ(出生数, 死亡数)より出生率, 死亡率を求めた表

No.	District	1981 census			CRVSの生データ (1984)			
		Population of District (40)			% of Registered birth	Crude birth rate	% of Registered Death	Crude death rate
		Total	Male	Female				
1	Ilam	178,356	92,031	86,335	2,566	14.38	2,278	12.77
2	Jhapa	479,743	252,011	227,732	12,292	25.62	1,152	2.40
3	Dhankuta	127,781	66,183	63,598	2,357	18.18	492	3.79
4	Morang	534,692	278,355	256,337	7,787	14.56	913	0.17
5	Sunsari	344,594	178,355	166,239	3,464	10.05	563	1.63
6	Udayapur	159,805	80,530	79,275	3,217	20.13	286	1.79
7	Saptari	379,055	194,376	184,679	3,542	9.34	487	1.28
8	Siraha	375,358	174,958	180,400	1,630	4.34	483	1.29
9	Sindhuli	183,705	93,251	90,454	2,311	12.58	393	2.13
10	Dhanusa	432,569	224,900	207,669	7,885	18.23	1,083	2.50
11	Mahottari	361,054	187,092	173,962	4,882	13.52	873	2.41
12	Sarlahi	398,766	205,991	192,775	3,392	8.51	511	1.28
13	Sindhupalchok	232,326	122,663	109,663	289	1.24	124	0.53
14	Rasuwa	30,241	15,719	14,522	23	0.76	14	0.46
15	Nuwakot	202,976	104,493	98,483	336	1.66	62	0.31
16	Dhading	243,401	124,538	118,863	941	3.87	376	1.54
17	Kavre	307,150	156,218	150,932	2,107	6.86	457	1.49
18	Bhaktapur	159,767	81,833	77,934	613	3.84	429	2.69
19	Kathmandu	422,237	227,934	194,303	2,594	6.14	684	1.62
20	Lalitpur	184,341	97,678	86,663	307	1.67	415	2.25
21	Makwanpur	243,411	125,480	117,931	1,821	7.48	224	0.92
22	Chitwan	259,571	133,349	126,222	2,630	10.13	310	1.19
23	Rauthat	332,526	173,161	159,365	4,461	13.42	738	2.22
24	Bara	318,957	165,107	153,850	2,428	7.61	341	1.07
25	Parsa	284,338	146,342	137,996	4,690	16.49	380	1.34
26	Gorkha	231,294	114,614	116,680	1,167	5.05	371	1.60
27	Kaski	221,272	112,024	109,248	1,873	8.46	520	2.35
28	Tanahu	228,438	113,316	110,122	3,036	13.59	523	2.34
29	Syangja	371,824	129,666	142,158	2,692	9.90	901	3.31
30	Nawalparasi	308,828	159,162	149,666	2,345	7.59	438	1.42
31	Palpa	214,442	108,689	105,753	2,487	11.60	587	2.74
32	Rupandehi	379,096	196,783	182,313	2,735	7.21	464	1.22
33	Kapilvastu	270,045	143,400	126,645	4,589	16.99	559	2.07
34	Dang Doukhuri	266,393	135,855	130,538	1,773	6.66	439	1.65
35	Jumla	68,797	35,870	32,907	122	1.77	61	0.89
36	Surkhet	166,196	83,382	82,814	884	5.32	91	0.55
37	Banke	205,323	107,240	98,083	3,410	16.61	461	2.25
38	Bardiya	199,044	103,879	95,165	1,195	6.00	346	1.74
39	Kailali	257,905	135,978	121,927	320	1.24	146	0.57
40	Kachanpur	168,971	93,171	75,800	843	5.00	170	1.01
Total		10,631,588			108,040	10.16	20,145	1.89

出所) CRVS : Civil Registration and Vital Statistics Office

文献①と②

表 2 - 1 2 Sample survey (77/78)とCRVS(1984)の  
出生率と死亡率の比較

Locality in the Sample	Birth Rate		Death Rate	
	Sample survey 77/78	CRVS 1984	Sample survey 77/78	CRVS 1984
Kathmandu City	25.22		7.86	
Lalitpur City	25.94		10.88	
Bhaktapur City	35.95		10.41	
Total Urban	<u>26.31</u>		<u>8.29</u>	
Kathmandu District	37.78	6.14	16.48	1.62
Lalitpur "	38.27	1.67	17.21	2.52
Bhaktapur "	47.79	3.84	15.52	2.49
Syaogja "	37.55	9.90	17.37	3.31
Bara "	41.59	7.61	11.96	1.07
Chitwan "	32.62	10.13	12.51	1.19
Siraha "	38.86	4.34	19.27	1.29
Sunsari "	28.97	10.05	13.33	1.63
Dhankuta "	31.72	18.18	9.35	3.79
Ilam "	36.91	14.38	17.28	12.77
Surkhet "	36.82	5.32	12.40	0.55
Dailekh "	40.12	—	23.97	—
Kailali "	41.58	1.24	15.74	0.57
Solkhumbu "	36.79	—	10.22	—
Jumla "	32.40	1.77	17.30	0.89
Total Rural "	<u>35.80</u>		<u>14.71</u>	
Grand Total	<u>33.53</u>		<u>13.18</u>	

出所) CRVS: Civil Registration and Vital Statistics Office

文献⑤と⑦

(2) 粗死亡数(率)

出生数(率)の場合と同様に粗死亡率についても表2-13に示すような値が報告されており、1981年は18.5、1985年は16.6となっている。<sup>3)</sup>

一方1984年の40districtsのデータでは(表2-11)Morang郡(人口534,692人)で913人の死亡があり死亡率(CDR)は0.17と最低値を示し、Ilam(人口178,356人)では2,278人の死亡で、死亡率12.77と最高値を示した。40districtsの全体の死亡率は人口1,000人当たり18.9となる(表2-11)。また表2-12には16districtsを示したが、出生率の場合と同様に報告された値よりすべて低値を示した。

表 2-13 Crude death rate (CDR) and infant mortality rate (IMR) by urban-rural residence and sex, 1974-1975, 1976 and 1977-1978

Residence and sex	1974-1975		1976		1977-1978	
	CDR	IMR	CDR	IMR	CDR	IMR
<b>Urban</b>						
Males	8.7	55.2	8.2	55.3	13.2	72.8
Females	9.4	59.2	9.7	50.2	10.9	60.8
Both sexes	9.0	57.1	8.9	52.8	12.0	67.3
<b>Rural</b>						
Males	18.9	143.9	21.9	130.7	19.0	111.1
Females	20.7	124.9	22.2	140.6	17.7	99.1
Both sexes	19.8	134.8	22.6	136.1	18.6	105.1
<b>Nepal</b>						
Males	18.6	141.2	21.5	128.4	17.9	109.9
Females	20.6	123.0	22.8	132.9	16.2	92.9
Both sexes	19.5	132.5	22.2	133.6	17.1	104.0

出所) 文献②

このことから死亡数そのものも届出もれが多数あると思われる。

(3) PMI (Proportional Mortality Indicator)

PMIは国民総死亡数中に占める50歳以上の死亡割合を示すもので、若年死が多いか、50歳以上になって死亡する者が多いかを知ることができ、発展途上国の衛生状態を知る上で、死因統計が得られなくとも年齢別死亡統計だけで得られる貴重な指標である。

しかし、年齢別死亡数の記載された資料は1件もなく、ましてPMIの記載のある資料は全くなかった。

今後、年齢別死亡数の入手が必要である。

(4) 乳児死亡数(率)

乳児死亡は母子保健対策上、また衛生状態の良否を判定する上で極めて重要な指標である。

表 2-14

	Sample survey 1977/78			Census	NCP
	1974/75	1976	1977/78	1981	1985
総計	132.5	133.6	104.0	123.0	111.5
男子	141.2	128.4	109.9	117.0	105.6
女子	123.0	137.9	97.9	128.0	117.8

出所) 1974/75, 1976, 1977/78: 文献⑤ 1981: 文献①, 1985: 文献③

PMIの場合と同時に乳児死亡数に関するデータを入手することができなかった。自宅分娩の多いネパール王国では、届出方法に問題があると思われる。

(5) 乳児死因

乳児死亡数とともにその死因を知ることは重要であるが、全国レベル、地区レベルの資料は入手できなかった。しかし1974/75年に10病院(265ベッド)での乳児死因の報告がある(表2-15)<sup>8)</sup>。これによると第1位は肺炎、第2位は胃腸炎と下痢、第3位はビタミン欠乏症と栄養失調、以下感染性疾患が上げられている。しかし、1~4歳になると胃腸炎および下痢が第1位となり、第5位に麻疹、第6位に破傷風が入ってくる。予防接種の普及により死亡数を改善できる疾病でもある。

(6) 妊産婦死亡数(率)

妊産婦の死亡数に関する資料は全く見出せない。しかし妊産婦の保健水準をみる上で極めて重要な指標である。

死亡数は得られなかったが、病院統計から妊産婦の合併症が多いという報告がある。

表 2-15 Major Causes of Death (in %)  
All Discharges of 10 Hospitals (265 beds)  
1974/75

Rank No	For Age : Under 1 year			
1	Pneumonia	---	--	27.2 %
2	Enteritis and other diarrhoeal diseases		--	22.2 %
3	Avitaminoses and other nutritional deficiencies			6.2 %
4	Meningitis	--	--	6.2 %
5	Acute respiratory infections		---	4.9 %
6	Bronchitis, emphysema and asthma		--	3.7 %
	TOTAL			70.4 %
	For Age : 1 - 4			
1	Enteritis and other diarrhoeal diseases		--	21.6 %
2	Symptoms and ill defined conditions		--	16.8 %
3	Pneumonia	--	--	11.2 %
4	Meningitis	--	--	8.0 %
5	Measles	--	--	4.8 %
6	Tetanus	--	--	3.2 %
	TOTAL			65.6 %

出所) 文献⑧

表2-16は、10病院の入院患者（1974/75年、正常出産は除く）の疾病分類である。6,776人の退院患者中、第1位の病名は感染症と寄生虫症であるが、第8位に妊娠・分娩・産褥による合併症の退院患者が242人（3.6%）あった。同時に表2-17から、9病院（1975/76年）の統計でも、同様に第8位3.2%を占めている。

さらに表2-18は、10病院（表2-16と同じ）の性・年齢別分類を行っている。これによると15~44歳の女性の入院理由の第2位に妊娠・分娩・産褥に伴う合併症が上げられている。

一方、1978~79年のデータ<sup>9)</sup>では、第1位（23.3%）となり、急激な増加がみられる。

妊産婦死亡数としては実態を把握できなかったが、妊娠・分娩・産褥に伴う合併症での入院患者が多い陰には、死亡数も多数あることが予想される。特に家庭訪問の調査から自宅分娩の多いことが示唆され、さらに現在の衛生状態を考慮するとその感を深くする。

病院統計の活用により、死因状況、傷病状況のある程度把握することが可能と思われる。

#### (7) 死産（率）

死因統計が十分把握されていないこともあり、死産統計についても全国レベルでつかむことができない。

しかし、文献10に記載されていた病院統計の中で出産数と死産数から計算し次のような結果を得た。（表2-19）

45の病院にて973人の出産に対して849人の死産があり、死産率は466.0であった。

日本での死産率45.5（1983年）（自然死産25.4，人工死産20.1）と比較すると、約10倍にあたる。

但し、死産の定義は国により異なること、ネパール王国では自宅分娩が多いため、この値の信頼性は定かではない。

表 2-16 Major Groups of Diseases among In-patients Treated in 10 Hospitals  
in 1974/75 (Excluding normal delivery)

Rank Order	Disease Groups	Number of Discharge	%
1	Infective and parasitic diseases	2171	32.0
2	Diseases of the respiratory system	1690	24.9
3	Symptoms and ill-defined conditions	627	9.3
4	Accidents, poisoning and violence	623	9.2
5	Diseases of genito-urinary system	411	6.0
6	Diseases of blood and blood-forming organs	281	4.2
7	Diseases of the circulatory system	252	3.7
8	Complications of pregnancy, child-birth and puerperium	242	3.6
9	Diseases of the digestive system	242	3.6
10	Diseases of the nervous system and sense organs	237	3.5
	All Disease Groups	6776	100.0

表 2-17 Morbidity Pattern among In-patients Treated in Nine Hospitals  
in 1975/76 (excluding normal deliveries)

Rank Order	Disease Groups	Number of Discharge	%
1	Infective and parasitic diseases	2658	28.9
2	Diseases of the respiratory system	2630	28.6
3	Symptoms and ill-defined conditions	1002	10.9
4	Accidents, poisoning and violence	799	8.7
5	Diseases of the genito-urinary system	564	6.1
6	Diseases of the digestive system	386	4.2
7	Diseases of the circulatory system	336	3.7
8	Complications of pregnancy, child-birth and puerperium	289	3.2
9	Diseases of the nervous system and sense organs	279	3.0
10	Endocrin, nutritional and metabolic diseases	245	2.7
	All Disease Groups	9188	100.0

表 2-18 First Six Major Causes for Hospitalization by Age-Groups and Sex  
(10 Hospitals - 265 beds - 1974/75)

Age : under 1	
Major causes for hospitalization are the same for both sexes:	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Infective &amp; parasitic diseases</li> <li>2. Diseases of respiratory system</li> <li>3. Symptoms and ill-defined conditions</li> <li>4. Diseases of the nervous system and sense organs</li> <li>5. Accidents, poisoning and violence</li> <li>6. Endocrine, nutritional and metabolic diseases</li> </ol>	
Males	Females
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Infective and parasitic diseases</li> <li>2. Diseases of respiratory system</li> <li>3. Accidents, poisoning and violence</li> <li>4. Symptoms and ill-defined</li> <li>5. Endocrine, nutritional and metabolic diseases</li> <li>6. Diseases of the nervous system and sense organs</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Infective and parasitic diseases</li> <li>2. Diseases of respiratory system</li> <li>3. Symptoms and ill-defined</li> <li>4. Endocrine, nutritional and metabolic diseases</li> <li>5. Accidents, poisoning and violence</li> <li>6. Diseases of nervous system and sense organs</li> </ol>
Major causes for hospitalization are the same for both sexes: Age 5-14	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Infective and parasitic diseases</li> <li>2. Diseases of respiratory system</li> <li>3. Accidents, poisoning and violence</li> <li>4. Symptoms and ill-defined conditions</li> <li>5. Diseases of genito-urinary system</li> <li>6. Diseases of blood and blood-forming organs</li> </ol>	
Age : 15-44	
Males	Females
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Infections and Parasitic Diseases</li> <li>2. Accidents, poisoning and violence</li> <li>3. Diseases of Respiratory System</li> <li>4. Symptoms and ill-defined conditions</li> <li>5. Diseases of digestive system</li> <li>6. Diseases of genito-urinary system</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Infectious and Parasitic Diseases</li> <li>2. Complications and pregnancy, child birth and the puerperium</li> <li>3. Diseases of genito-urinary system</li> <li>4. Symptoms and ill-defined conditions</li> <li>5. Diseases of respiratory system</li> <li>6. Diseases of blood and blood-forming organs</li> </ol>
Age : 45 and above	
Males	Females
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Infectious and Parasitic Diseases</li> <li>2. Diseases of Respiratory System</li> <li>3. Accidents, poisoning and violence</li> <li>4. Symptoms and ill-defined conditions</li> <li>5. Diseases of circulatory system</li> <li>6. Diseases of digestive system</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Infectious and Parasitic Diseases</li> <li>2. Diseases of Respiratory System</li> <li>3. Diseases of Circulatory System</li> <li>4. Symptoms and ill-defined conditions</li> <li>5. Diseases of nervous system and sense organs</li> <li>6. Accidents, poisoning and violence</li> </ol>

出所) 文献⑧

表 2 - 19 Live Birth, Still Birth

Dev. Region & Zone (病院数)	生産数	死産数	死産率 <sup>※</sup>
Eastern Dev. Region			
Mechi zone (1)	20	22	523.8
Koshi zone (6)	51	67	567.8
Sagarmatha zone (4)	46	39	458.8
Central Dev. Region			
Janakpur zone (3)	83	48	366.4
Nasayani zone (2)	145	69	322.4
Bagmati zone (12)	357	407	532.7
Western Dev. Region			
Gandaki zone (5)	95	83	466.3
Dhawalagiri zone (2)	20	10	333.3
Lumbini zone (5)	154	103	400.8
Mid and Far West Dev. Region			
Bheri zone (2)	—	—	—
Seti zone (2)	—	—	—
Mahakali zone (1)	2	1	333.3
Total (45)	973	849	466.0

$$\text{死産率} = \frac{\text{死産数}}{\text{生産数} + \text{死産数}} \times 1000$$

資料) 文献 ⑩

### (8) 周産期死亡(率)

周産期死亡とは妊娠満28週以後の後期死産と生後1週未満の早期新生児死亡をあわせたもので、出生1,000に対する率をいう。

この指標はWHOが1950年以来提唱しているもので、妊娠満28週から生後1週未満までの間は、ともに母体の健康状態に強く作用されること、死産の定義が国により必ずしも統一されていないため、乳児死亡だけ見ても単純に比較できないことから出生をめぐる死亡ということでPerinatal deathとして総合的に見るのが目的である。

しかしネパール王国で、この種の統計は全くない。病院統計の整備、届出制度を含めて母子保健対策が必要である。

### (9) 婚姻・離婚数

文献7から40 districtsに関する婚姻数の集計がなされている。婚姻届の様式がある(添付資料)が、どの程度正しく登録されているかは不明。

また離婚数に関してはCivil Registration & Vital Statistics Officeに登録されていない。裁判で認められた以上登録の必要がないとの理由による。

### (10) 平均寿命(表2-20)

1961年以来、常に女性の平均寿命の方が男性より低い。これは妊産婦死亡が重要な因子であるといわれる<sup>11)</sup>が、人口性比(図2-4)の項で述べた問題点を考慮する必要がある。

表2-20 平均寿命

	男	女	計
1954年	27.1	28.5	—
1961年	34.7	32.5	—
1971年	41.9	39.1	—
1974年	45.0	42.0	—
1981年	50.9	48.1	49.5
1985年	52.9	50.1	51.5

### (11) 人口移動

1977/78 sample survey<sup>5)</sup>で表2-21に示す人口移動に関する統計が報告されている。

インドと国境を接するいくつかのdistrictsを比較しても、migration rateに大きな差が認められる。しかし文献7の届出された生データでは、いずれも極めて低い値が報告されており、ここにも出生数、死亡数と同じ現象が認められた。

出所) 1954, 61, 71, 74 : 文献①,

1981 : 文献①, 1985 : 文献③

## 第五節 傷病統計

ネパール王国全体の傷病についての統計は全くないため、いくつかの病院統計の中からネパール国民の傷病について推測する以外に方法はない。

### 1) 入院患者主要十大疾病群<sup>8)</sup>

表2-16, 2-17に示すように、第1位は感染症・寄生虫症で30%前後を占めている。この10大疾病群の中で第4位にAccidents, poisoning and violenceが8~9%を占めているが、説明では登山による事故が多いとのことであった。

表 2 - 2 1

Locality in the Sample	Out Migration Rate	In Migration Rate
Kathmandu City	118.04	58.89
Lalitpur City	179.08	38.49
Bhaktapur City	31.22	19.39
Total Urban	<u>111.42</u>	<u>52.79</u>
Kathmandu District	23.45	20.77
Lalitpur "	33.36	14.75
Bhaktapur "	27.37	20.42
Syangja "	63.13	42.48
Bara "	13.59	11.14
Chitwan "	43.00	21.11
Siraha "	33.88	22.38
Sunsari "	38.68	13.50
Dhaukuta "	44.73	12.61
Ilam "	48.33	28.12
Surkhet "	74.97	49.41
Dailekh "	56.80	26.58
Kailali "	149.37	34.31
Solukhumbu "	48.03	15.33
Jumla "	11.95	8.81
Total Rural	<u>44.03</u>	<u>23.01</u>
Grand Total	<u>59.98</u>	<u>30.05</u>

出所) 文献⑤

2) 性・年齢別入院理由上位6疾病<sup>8)</sup>

表 2 - 18 に示すように 1 歳以下, 1 ~ 4 歳, 5 ~ 14 歳, 15 ~ 44 歳, 45 歳以上の 5 グループの年齢層で分類している。どの年齢層でも第 1 位は *infective and parasitic disease* が占めている。しかし 15 ~ 44 歳での男性では *accidents, poisoning and violence* が第 2 位となり, 一方女性では妊娠・分娩・産褥合併症が第 2 位となっているのが特徴である。

全体的には感染性疾患(含寄生虫)および栄養失調等によるものが大部分を占めていると考えられる。

表 2 - 2 2 Outpatient Morbidity - Males and Females  
Major Groups of Diseases

Rank	Diseases Group	Case	Examined
		Number	%
1.	Infective and parasitic diseases	2,959	35.7
2.	Diseases of skin and subcutaneous tissue	1,049	12.7
3.	Diseases of the respiratory system	1,024	12.4
4.	Diseases of the digestive system	831	10.0
5.	Diseases of the nervous system	748	9.0
6.	Diseases of the genito-urinary system	583	7.0
7.	Accidents, poisonings and violence	441	5.3
8.	Diseases of the musculoskeletal system and	235	2.8
9.	Endocrine, nutritional and metabolic diseases	221	2.7
10.	Diseases of blood and blood-forming organs	196	2.4
TOTAL		8,287	100.0

出所) 文献⑧

### 3) 外来通院患者の十大疾病群<sup>8)</sup>

表 2 - 22 に示す通り、第 1 位は入院の場合と同様に infective and parasitic disease が 35.7% を占めている。次いで皮膚、皮下組織疾患、呼吸器系、消化器系疾患と続いている。

### 4) 寄生虫感染率と分類<sup>8)</sup>

2 つの districts で 2 種年齢グループについての寄生虫感染率の報告がある。

表 2 - 23

Place	1-12 yrs	13yrs & above	Total	tiro no	infection rate
Bhaktapur	2,112	2,183	4,295	3,898	91.0%
Panchkhal	3,301	5,310	8,611	7,432	86.3%
	5,413	7,493	12,906	11,320	87.3%

出所) 文献⑧

糞便検査 12,906 検体中 1,320 件の虫卵陽性で陽性率 87.7% (表は計算ミスと思われる) である。しかし district により差が認められる。

さらに蠕虫の種類別にみたのが表 2-24 である。Askaris (蛔虫), Hookworm (鉤虫), Trichuris (鞭虫) について分類しているが, district により, 虫卵の種類に大きな差が認められる。ただしいずれも蛔虫が最も多いのは共通している。

Dr. Benzamin D. Cabrera によると,<sup>8)</sup> 蛔虫 (成虫) 1 匹は, 1 日にヒトの腸内で 2.3 g の炭水化物と 0.7 mg の蛋白質を消費するという。さらにビタミン A の吸収阻害も助長すると報告している。寄生虫撲滅も重要な課題であるといえる。

表 2-24

(A) Bhaktapur

	1-12 yrs	13 yrs & above	Total
Askaris	1,544 (73.1%)	1,712 (78.4%)	3,256 (75.8%)
Hookworm	97 (4.6%)	209 (9.6%)	296 (6.9%)
Trichuris Trichuria	853 (40%)	890 (40.8%)	1,743 (40.6%)

出所) 文献⑧

(B) Panchkhal

	1-12 yrs	13 yrs & above	Total
Askaris	1,855 (56.2%)	2,770 (52.2%)	4,625 (53.7%)
Hookworm	977 (29.6%)	2,505 (47.2%)	3,482 (40.4%)
Trichuris Trichuria	762 (23.2%)	1,437 (27.1%)	2,199 (25.5%)

出所) 文献⑧

## 第六節 人口調査関連資料・情報収集システムの問題点の総括

ネパール王国の標本調査および人口静態・動態統計, 傷病統計に関する収集資料と, 実際に聴取したデータ類とを対比し, その矛盾点を指摘して来た。ここでは, これら問題点の総括をし, 今後の調査活動の上での参考としたい。

まず今回の調査で収集した統計資料から得られる正確な情報は極めて乏しく, 訪問調査で得た情報をもとに算出した値とのギャップがあまりにも大きく, ここからネパール王国の真の姿

を浮彫りにすることはできない。むしろ浮彫りにできないような実態であるということが、ネパール王国の真の姿といえよう。

ネパール王国の人口静態・動態統計を正確に把握するためには、現在行われているシステムに期待しても現段階では満足な値を得られないと思われる。その原因として幾つかの問題点が考えられるが、正確な統計数値を得るために次の項目について改善されることが望まれる。

## 1. 行政側の統計収集システム上の問題

1) 人口静態・動態統計に関する国の機構の一元化が十分でない。資料によると保健衛生に関しては保健省を頂点とした下部機構が整然と確立されているが、実態はほど遠い。関連機関の分散と相互連絡がスムーズでなく、保健衛生資料の中央化が必要である。

### 2) 届出システムの改善・整備

住民の登録・統計作成や人口問題に対する認識の欠如が上げられる。例えば生後1歳未満の子供は、世帯員数に算入されず、また登録の必要のない貧困層は数として届出されていない。さらに社会増（移動者）の場合、統計数値に載ってこない。

### 3) 交通手段の確保

住民の届出を促進するために、もっと住民に便利のように届出窓口の増加・適正配置が望まれる。交通不便な地域では特に重要である。

また山岳、中部山岳地帯における世帯訪問の主な手段は徒歩であり、Terai 地区は季節により道路条件は悪化することも考慮しなければならない。

### 4) 罰則規定の形骸化

届出システムおよび行政側の問題意識の程度による。

### 5) データ処理方法と精度の向上が必要

コンピューターの導入が一部でなされているものの、それ以外は手計算が行われ単純計算ミスが多い。さらにオンラインシステムによるデータの相互利用が望まれる。

### 6) 住民台帳の整備

人口の変動を知る上で最も基本となる個人の登録が重要で、生年月日さえ知らぬ者が多い。そのため正確な年齢別人口構成や、出生、死亡に関するデータが得られない。

### 7) 調査員のトレーニングによる質の向上

あらゆる統計資料収集にあたり、十分教育された調査員が必要である。単に読み書きができることが調査員の資格である現在のシステムは、早急に改善されなければならない。さらに supervisor は大学卒であるが人材不足の傾向にある。

### 8) 医療機関の整備と拡充

死因統計、傷病統計を知る上で重要である。また医療専門職（医師、看護婦、助産婦、臨床検査技師等）の人員の確保と適正配置が必要である。

## 9) 病院統計収集システム

医療機関からの報告を収集することで医療状況、傷病状況を把握することが可能である。

## 10) 環境衛生の向上

疾病・死因統計からみて予防可能なものが多く、その多くは環境衛生に問題がある。

## 2. 住民側の問題

### 1) 届出義務に対する認識の向上

罰則規定が形骸化していること、届出機関までの交通機関の未整備による時間的ロス（収入減につながる）等により届出が励行されていない。

### 2) 識字率向上の為の努力

届出様式への記載、衛生知識の吸収等のためにも識字率の向上は重要。そのためには就学率の向上が必要である。

また生年月日を本人が正しく把握するためにも読み書きできること、ネパール暦と太陽暦との交換も容易にできる必要がある。

### 3) 衛生知識の向上

感染症が重要な国民死因の1つであり、これらは各人の衛生知識に負う所が大である。

### 4) 食生活の改善

小児の栄養失調、ビタミン欠乏症など食生活の改善により予防可能である。

### 5) 医療機関の利用を高める

### 6) 妊婦の早期受診、施設内分娩、助産婦管理下での分娩を推進する。

妊産婦の妊娠・分娩・産褥合併症が多いことからFP/MCH向上のためにも重要である。

以上問題点を列挙して来たが、さらに訪問調査を行って感じたことは、ネパール王国の人口・保健衛生に関する統計を得るには、家庭訪問を実施することで多くの正確な情報が得られると思われる。

乳児死亡数を例にとるならば、個別訪問により家族構成、男女別年齢構成を知ることができ、さらに既婚婦人に質問することにより、妊娠回数、出産回数、子供の死亡数や生存数を聴取することで、出生数、死産数、早期新生児死亡数、新生児死亡数、乳児死亡数、幼児死亡数、学童死亡数、成人死亡数やそれぞれの死因、流・早産回数、多胎出産の有無、奇形児出産の有無等、多くの情報を得ることが可能となる。

このためには調査質問項目の検討、調査員の専門的知識と技術のトレーニングが必要である。母子保健の立場から将来にわたって継続した記録として残していくためには、各人が個人の健康記録として母子健康手帳の活用（ネパール語で記載）も1つの方法である。

一方、人口増加は出生数の増加のみならず、保健医療の改善による乳児死亡数の減少、全死亡数の減少、老年人口の増加も、増加因子として挙げられる。従って年齢階級別死亡数の正確な把握は

FP/MCHを進める上で極めて重要である。1976, 1981年のFP/MCHプロジェクトでは15～49才の出産可能年齢層（再生産層）のみを対象とした統計がとられているが、14歳以下でも数年後には再生産年齢に達することを考えれば、将来を見通した計画を立てる上でも全年齢層にわたる生死をめぐる資料の収集が大切となる。そのために、現時点ではある対象地区の全数調査をすることが望ましいといえる。しかも第五章で述べるような長期滞在による情報収集が望ましい。

参 考 文 献

- 1) Population census-1981, General characteristics, Table Vol.I - Part 1. NEPAL, His Majesty's Government, National Planning Commission Secretariat, Central Bureau of Statistics, RAMSHAH PATH, Kathmandu, Nepal 1984.
- 2) Intercensal changes of some key census variables Nepal 1952/54-81, National Planning Commission Secretariat, Central Bureau of Statistics, Population Division, Ramshah Path, Kathmandu, Nepal.
- 3) Population data of Nepal at a glance, Compiled by National Commission on Population, Nepal
- 4) Panchayat wise population based on 1981 census of Nepal.
- 5) The Demographic sample survey of Nepal, Third year survey 1977-1978, Central Bureau of Statistics, 1978.
- 6) Nepal contraceptive prevalence survey report 1981, NEP & MCH project 1983.
- 7) District wise performance of vital registration (1984).
- 8) Relationship between sanitation and health .  
By Damodar P. Upadhyay, Project Director, IFPPCP, Nepal.  
Presented to the seminar for national sanitation promotion campaign, March 2-5, 1982, Kathmandu, Nepal.
- 9) Health care system in Nepal by G.R. Agrawal, R.P. Shrestha, CEDA, May 1984.
- 10) Epidemiological Bulletin (Quarterly) Vol.5, No.1-4, 1984.  
By Epidemiology and Statistic Division, Dept. of Health Service, HMG/MOH, Kathmandu, Nepal.
- 11) Population of Nepal, ESCAP country monograph series No. 6.  
Economic and social commission for Asia and the pacific ,Bangkok Thailand 1980, United Nations.

### 第三章 家族計画・母子保健をとりまく社会・経済環境



### 第三章 家族計画・母子保健をとりまく社会経済環境

#### 第一節 社会・経済環境の特徴

ネパール王国の国土面積は約14万7,000平方キロメートルで、北海道の約2倍あり、ヒマラヤ連峰の南麓に東西に約1,300キロメートル、南北で平均193キロメートルの矩形をなしている。北の山岳地帯と最南のタライ平野部（標高平均300メートル）との間に丘陵地帯があり、それぞれ異なった自然的生態系をもっている。山岳地帯と丘陵地帯を合わせると国土面積の約83%になる。ネパールの国境から一番近い海岸線まで約1,127キロメートルも離れた内陸地帯である。こうした地理的状況は、ネパール国内の交通・通信を著しく困難にしており、家族計画・母子保健プログラムのメッセージを全国津々浦々にまで伝えることを困難にしており、また正確な人口データの収集を困難にしている。

標高差による国土の3分類の上に気候条件、とくに降雨量を加えてみる。西部及び中央部の大陸性乾燥地帯（チベット平原地帯近くの中央北部の年間降雨量250ミリ）と東部寄りのモンスーン地帯（4～5,000）ミリという縦割りの降雨量差を加えて、合計6つの異なった自然条件にそった6つの農耕文化の存在を指摘する人もいる。<sup>1)</sup> 農耕文化の差は、当然、住民の家族計画、母子保健のあり方にも影響を与えずにはおかないであろう。

国土の利用状況に関する最新のデータが入手しえないので1975年のものをみると、全国土741万haのうち、農耕地が約22%、森林地が29%、牧草地、山地、荒蕪地で49%となっており、その後の傾向としては、丘陵地帯の限界地への耕地面積の拡大、森林地の急減がみられるようである。このような傾向は、丘陵地帯の土地がもつ人口・家畜の1ha当りの扶養能力が減少していること、人間と自然の生態学的バランスを崩しつつあることを示している。

近年ますます山岳地帯から丘陵地帯へ、丘陵地帯からタライ地帯への人口移動が進んでいる。

表3-1 出生地からの人口移動

Place of Enumeration 収計地	出生地 (Place of Birth)				人口移動増減	
	Mountain 山岳地帯	Hill 丘陵地帯	Terai タライ地帯	Total 合計	(-) Loss (+) Gain	
Mountain	—	33,423	2,196	35,669	(-) 261,567	
Hill	134,254	—	35,619	169,923	(-) 424,711	
Terai	162,832	561,211	—	724,043	(+) 686,178	
Total	297,086	594,634	37,865	929,585		

Source:—Central Bureau of Statistics

山岳地帯はもともと大麦、そば、ばれいしょ類等以外に作物はとれなく、約50万人のチベット系、モンゴル系住民は、ヤクを飼って乳製品等をつくり生計を維持し、あるいは傭兵、ポーター等のサービスによって収入を補ってきたが、人口圧力の増大で丘陵地帯に降りてきた者が定住を始めた。丘陵地帯では、全国の食糧の大部分を生産している。米で全体の約20%、小麦で31%、しこくびえで72%、とうもろこしで57%を生産する豊かな土地である。しかし1970年代に入りこの丘陵地帯からタライ地帯への人口移動が目立ち始めた。この背景には、人口圧力の増大と食糧生産の停滞、生態学的環境の悪化等があり、また政府の1960年代半ばからの開拓民計画があった。丘陵地帯は最も人口稠密な地帯であり、林野地が急速に耕地化され、また住民の燃料用に立木が伐採され、焼畑化が進んで山林が荒廃した。また牛、ヤギ、羊の放し飼いで草の根、灌木が根こそぎ食われてしまった。そこで森林の保水能力が低下して洪水と早ばつのくり返しが起り、生産基盤も崩れてくることになるのである。

タライ地帯は、1960年代半ば以降、未開地だった西タライの大半、東タライの半分への集団開拓民をうけ入れた。またインドと国境を接し、自由に往来が認められているのでインド人労働者が大量に入りこみ定着し始めている。丘陵地帯からの移民は零細農民で山地畑作をしてきたが平地の水田稲作は不得意であり、インド系の季節稲作労働者や在地のヒンズー系ネパール人との競争に勝ち残るのが困難であるといわれる。

ネパールの経済計画によれば、第5次計画(1975-80年)期間の国民総生産(GDP)の伸び率は年2.3%にとどまったが、第6次計画(1980-85年)では年成長率を4.3%に設定し、この成長率を実現するために、農業部門の伸び率を年3.2%、非農業部門を5.6%に設定した。実際には、GDPは年4.4%で、農業部門が4.7%、非農業部門が4.0%を達成した。

また一人当たり国民所得の伸び率については、6次計画は、人口増加率を2.3%に見積もり、それゆえに2%を目標にかかげていた。実際には、この期間中の人口増加率が2.66%と推計されるので、一人当たり国民所得の伸び率は1.7%にとどまった。

第6次計画期間のGDPの伸び率は目標を上回ったが、この数字を注意してみる必要がある。というのは、第6次計画のベース年となった1979/80年は、生産面からみると天候不順による農業不振でGDP成長率はマイナス2.3%に低下していた。つまり、普通の年ではなかったことである。そこで、その次年度である1980/81年から4年間の平均伸び率をとると、わずか3.4%にしかない。この4年間の農業、非農業部門の伸び率は、それぞれ3.2%、3.6%であった。

第7次計画ではGDPの伸び率を年4.5%に引き上げようとしている。

もしこれらの目標が達成されると、農業部門のGDPへの貢献度が現在の52.4%から49.9%へ下り、非農業部門が47.6%から50.1%へ上ることになる。

GDP成長率4.5%を維持するのに必要な総投資額は409億6,000万ルピーである。この投資額推計の基礎は、限界資本産出率(Incremental Capital Output Ratio, ICOR)である。

第7次計画期間に、投資額は年増加率3.3%と大きく減少しよう。非政府部門による投資の伸

び率は年6.4%と期待される一方、政府部門の投資の伸び率は次第に減少することが予測される。それ故に全体としての投資の伸び率は僅かなものとどまろう。

一人当たり国民所得が1984/85年にその年の価格で2,525ルピーに達したと推計した基礎には、第6次計画の最後の年の(1984/85)全人口が1,669万人に達したとの判断があった。しかしこの人口数がそもそも怪しければ上の推計は的はずれとなろう。

第7次計画期間中の人口成長率が年2.66%であれば、計画の最終年の1989/90年までに人口は1,903万に達すると推定される。もし、GDPが目標値である年伸び率4.5%で計画期間中増大し続けられれば、一人当たり国民所得は計画最終年には、1984/85年価格で2,760ルピーになると予想される。それ故に、一人当たり国民所得の計画期間中の伸び率は、年1.8%となろう。

国内貯蓄は、1980/81年に40億1,290万ルピー、1984/85年には43億9,700万ルピーと推計されている(いずれも1984/85年固定価格で)。1989/90年には、同じく43億9,700万ルピーである。これを年間の変化率でみると、1981-85年の4年間は2.3%、1985-90年の5年間については-0.02%とマイナスになっている。貯蓄の対GDP比をみると、1980/81年には10.9%、1984/85年には10.4%で、1989/90年には8.3%になることが予想されている。

次にネパールの主要産業および生産量を、第6次計画についてみると、食糧生産が、1979/80年の319万5,000トンから1983/84年の428万9,000トンへ、さらに1984/85年(推計で)433万6,000トンに伸びている。その伸び率をみると、1980/84年の最初の4年間だけをみると年7.6%、1980/85年の5年間では年6.3%になる。

工業生産は、1979/80年に(74/75年をベース年としたインデックスで)、142.53、1983/84年には211.63に、1984/85年推定で232.79に上昇している。

灌漑面積は、1979/80年の19万8,481haから1984/85年推定で33万8,672haへ伸びた。1980~85年の5年間に70.6%の伸びを示した。水力発電(許容能力)は、1979/80年の6万8,346kwから、1984/85年に15万5,941kwへと上昇した。

1980~85年の5年間の伸び率は128.2%である。道路は、1979/80年に4,940kmであったものが、1984/85年に、5,950kmに伸びた。5年間の伸び率は20.4%である。電話は、1979/80年の1万3,880台から84/85年に2万7,780台へ増加した。5カ年間の伸び率は100%であった。

識字率(6歳以上の)は1979/80年の22.1%から84/85年の28.9%へと伸びている。

小学校の6-10歳の児童の登録は、1979/80年の63.9%から84/85年の78.0%へ伸びた。技術系の高等教育をうける学生数は、1979/80年の8,181人から、84/85年の1万2,834人へと56.9%の上昇がみられた。飲料水施設についても、全人口に対しパイプを通じた飲料水施設を持つ者の数は、10.6%から22.4%へと上昇した。ヘルス・ポスト数は、同期間中に583から749に、5年間で26.2%伸び、病院数も、2,586から3,522に、5年

表3-2 主要工業生産

	単 位	1979/80	1980/81	1981/82	1982/83	当初9カ月	
						1982/83	1983/84*
ジュート製品	トン	14,777	16,264	15,502	18,958	12,405	15,396
砂糖	トン	14,158	12,020	20,764	22,357	19,838	18,464
紙巻タバコ	万本	16,424	18,113	28,345	32,090	23,449	27,819
マッチ	1,000グロス	699	626	760	858	647	833
アルコール飲料**	1,000リットル	698	788	477	334	231	275
石けん	トン	1,174	2,631	3,050	5,100	3,828	4,233
靴	足	70,299	81,845	61,450	88,148	60,151	54,198
皮革	1,000枚	1,857	1,802	1,637	2,800	1,129	2,576
農機具	トン	207	86	153	368	226	338
茶	トン	387	535	625	714	478	588
ステンレス什器	トン	760	470	468	374	326	305
板紙	トン	965	1,638	1,189	737	424	213
レンガ・タイル***	1,000個	33,791	25,642	20,884	30,689	22,950	21,695
ビール	1,000リットル	1,310	1,459	1,276	1,992	1,338	2,187
肥料	トン	287	254	400	863	723	677
綿織維	1,000メートル	3,489	5,317	6,862	7,966	5,703	7,385
セメント	トン	29,163	32,326	30,378	36,959	26,674	29,105
プラスチック製品	トン	69	79	82	130	88	129
ビスケット	トン	1,912	1,675	2,267	2,279	2,142	2,214
合板	1,000平方フィート	3,051	4,149	4,647	2,206	1,418	1,585
合成織維	メートル	2,190	2,329	2,677	3,023	2,258	2,688
鉄製品	トン	5,963	5,070	7,260	11,692	8,822	9,356

(注) \*暫定。 \*\*醸造所生産のみ。 \*\*\* Brick & Tile Factory 生産のみ。

(出所) Economic Survey 1983/84, p.216.

アジア経済研究所 前出資料

間で36.2%増加している。

表3-3から3-5までは開発地域毎の6歳以上の識字人口(1981年)、学歴別識字人口(1981年)専門別識字人口(1981年)を示している。

なお、就業・非就業構造と、その態様について示したのが、次の表3-6から3-9までである。

表 3 - 3 開発地域毎の 6 歳以上の識字人口 ( 1981 )

Development Region	Total	Percentage	Male	Female
	Literate			
NEPAL	2,833,435	23.3	2,117,025	716,410
Eastern Development Region	832,085	27.4	617,699	214,386
Central Development Region	909,704	22.7	669,330	240,374
Western Development Region	656,551	25.8	489,924	166,627
Mid-Western Development Region	254,008	16.4	198,454	55,554
Far Western Development Region	181,087	17.3	141,618	39,469

Source : Central Bureau of Statistics

表 3 - 4 開発地域毎の学歴別識字人口 ( 1981 )

Development Region	Total Literate	No. Schooling	Primary	Lower Secondary	Secondary	S.L.C. & Intem. -Equiv.	Grad. & Post Grad. -Equiv.	Post Grad. -Equiv/ Above	
			(1-5)	(6-7)	(8-10)	Equiv.	Equiv.		
NEPAL	2,833,435	670,174	1,380,015	260,533	324,364	93,578	56,680	37,330	10,761
Eastern Dev. Region	832,085	196,656	395,129	84,254	97,804	31,301	15,688	9,284	1,969
Central Dev. Region	909,704	209,568	407,374	84,037	115,402	40,487	26,535	19,557	6,744
Western Dev. Region	656,551	155,206	339,706	58,639	70,202	15,454	10,247	5,740	1,357
Mid-Western Dev. Region	254,008	65,855	137,185	19,085	24,253	3,083	2,547	1,619	381
Far Western Dev. Region	181,087	42,889	100,621	14,518	16,703	3,253	1,663	1,130	310

Source : Central Bureau of Statistics.

表 3 - 5 開発地域毎の専攻別識字人口 ( 1981 )

Development Region	Total Literate	S.L.C. & Below	Science	Humanities & Commerce	Engineering	Medicine	Agri-culture	Law	Education	Others
NEPAL	2,833,435	2,635,086	9,338	40,296	2,791	1,608	2,328	10,225	570	131,193
Eastern Dev. Region	832,085	773,843	2,660	11,036	703	478	648	2,714	206	39,797
Central Dev. Region	909,704	816,381	4,374	21,663	1,553	750	910	3,908	230	59,935
Western Dev. Region	656,551	623,753	1,589	5,582	362	265	528	2,288	83	22,101
Mid-western Dev. Region	254,008	246,378	354	1,166	80	51	142	822	31	4,984
Far-western Dev. Region	181,087	174,731	361	849	93	64	100	493	20	4,376

Source : Central Bureau of Statistics.

表 3 - 6 10 歳以上の経済活動人口 ( 1981 )

Development Region	TOTAL	Economically Active		Economically Not Active	
		Both Sexes	Percent	Both Sexes	Percent
NEPAL	1,051,788	6,850,886	65.1	3,667,002	34.9
East. Dev. Region	2,609,994	1,650,137	63.2	959,857	36.8
Cent. Dev. Region	3,456,709	2,133,999	61.7	1,322,710	38.3
West. Dev. Region	2,207,548	1,466,469	66.4	741,079	33.6
Mid-West. Dev. Region	1,339,378	963,146	71.9	376,232	28.1
Far West. Dev. Region	904,259	637,135	70.5	267,124	29.5

Source : Central Bureau of Statistics.

表 3 - 7 10 歳以上で経済活動をしていない人口の事情

Development Regions	Total Economically Not Active	Home Makers	Students	Aged	Chronic Patient	Invalid Crippled	Mentally Abnormal	Inmate of Institute	Pensioners	Seeking Jobs	Reason Not Stated
NEPAL	3,667,002	2,266,914	812,118	275,610	22,745	18,836	14,552	2,858	11,896	110,860	130,613
Eastern Development Region	959,857	565,646	253,046	74,073	7,171	5,339	4,214	663	1,608	31,642	16,455
Central Development Region	1,322,710	847,999	266,237	94,693	8,222	5,426	4,424	1,540	2,428	37,354	54,387
Western Development Region	741,079	424,750	180,599	59,135	4,040	4,219	3,096	444	6,937	27,766	30,093
Mid-western Development Region	376,232	245,647	68,630	26,702	2,208	2,784	1,806	136	720	9,308	18,291
Far western Development Region	267,124	182,872	43,606	21,007	1,104	1,068	1,012	75	203	4,790	11,387

Source : Central Bureau of Statistics.

表 3 - 8 10 歳以上の経済活動人口の主たる職業分類 (1981)

Development Regions	Total	Prof./Tech. Workers	Administrative Workers	Clerical Workers	Sales Workers	Service Workers	Farm Workers	Fish Labour	Prod. Workers	Occupation Not Stated
NEPAL	6,850,886	64,132	6,232	49,161	85,341	16,430	625,961	313	213,851	156,126
Eastern Development Region	1,650,137	15,554	768	8,319	26,901	3,981	1,450,158	92,081	52,375	
Central Development Region	2,133,999	21,761	4,505	28,727	37,283	7,764	1,895,664	84,476	53,819	
Western Development Region	1,466,469	13,753	568	7,257	13,410	2,506	1,382,874	22,687	23,414	
Mid-Western Development Region	963,146	7,928	246	2,796	5,797	1,449	918,839	10,415	15,676	
Far Western Development Region	637,135	5,136	145	2,062	1,950	730	612,078	4,192	10,842	

Source : Central Bureau of Statistics.

表 3 - 9 10 歳以上の経済活動人口の雇用・被雇用関係

Development Regions	Economically Active Total	Employer	Employee	Self-employed	Unpaid Family Worker	Status Not Stated
NEPAL	6,850,886	46,968	621,432	5,860,419	172,789	149,278
Eastern Dev. Region	1,650,137	11,786	205,012	1,342,611	49,508	41,220
Central Dev. Region	2,133,999	23,678	266,687	1,718,565	68,944	56,125
Western Dev. Region	1,466,469	4,863	77,789	1,319,637	38,623	25,557
Mid - Western Dev. Region	963,146	3,753	43,601	887,946	11,802	16,044
Far Western Dev. Region	637,135	2,888	28,343	591,660	3,912	10,332

Source : Central Bureau of Statistics

ネパール人の言語については表3-10に示した通り、1981年センサス時に、ネパーリーほか18種及びその他の母語集団の存在することがわかる。その中でネパーリーが圧倒的多数の人によりしゃべられ、次いでマイティリ (Maithili), Bhojpuri Newari の順になっている。この数字は、複数言語を話している人々をどう識別したのか、重複カウントしたのか不明である。小学生児童には、初年度からネパーリーの教育がなされているから将来はこの言語別人口構成はさらに変化するものと思われる。

表3-10 母国語別・性別人口分布 (1981年)

Mother Tongue	Total	Percent	Male	Female
Total	15,022,839	100.0	7,695,336	7,327,503
Nepali	8,767,361	58.4	4,480,663	4,286,698
Maithili	1,668,309	11.1	872,593	795,716
Bhojpuri	1,142,805	7.6	592,321	550,484
Newari	448,746	3.0	229,324	219,422
Gurung	174,464	1.2	83,623	90,841
Tamang	522,416	3.5	262,393	260,023
Abadhi	234,343	1.5	123,260	111,083
Tharu	545,685	3.6	278,793	266,892
Magar	212,681	1.4	105,434	107,247
Limbu	129,234	0.9	63,916	65,318
Rai, Kirati	221,353	1.5	111,736	109,617
Bhote, Sherpa	73,589	0.5	37,208	36,381
Thakali	5,289	-	2,777	2,512
Rajbansi	59,383	0.4	30,875	28,508
Satar	22,403	0.1	11,601	10,802
Sunwar	10,650	0.1	5,141	5,509
Danwar	13,522	0.1	6,851	6,671
Santhal	5,804	-	2,961	2,843
Others	764,802	5.1	393,866	370,936

Source: Central Bureau of Statistics

出所 Statistical Pocket Book, Nepal 1984

表3-11 ネパール人の宗教構成

Religion	Total	Percentage	Male	Female
Hindu	13,445,787	89.5	6,906,382	6,539,405
Buddhist	799,081	5.3	388,981	410,100
Jain	9,438	0.1	5,038	4,400
Islam	399,197	2.7	206,437	192,760
Christian	3,891	-	2,113	1,778
Others	365,445	2.4	186,385	179,060

Source: Central Bureau of Statistics

宗教については表3-11に示した通り、1981年のCBSの統計があるが、その手法については知らない。

この統計では、ヒンドゥ教が全体の89.5%、仏教が5.3%、イスラム教が2.7%、ジャイナ教が0.1%、キリスト教が総数3,891人、その他が36万5,445人、2.4%となっている。

平均家族数は、1981年のネパールの平均で5.8である。

地域差はそれほどなく、平均をこえているZoneはLumbini, Rapti, Bheri, Seti, Mahakaliで、どちらかといえば、西側に多い。コミュニティによっては、ネワールのように合同家族型態をとり、同じ住居に何家族も兄弟姉妹が住んでいるところでは、世帯かどうかの調査に当って、相当な注意を要しよう。

因習としては、カーストによる支配・服従関係も10世紀頃からブラフマニク・カルチャーの影響が次第にネパール社会に浸透していった結果、今日でも若干残っている（とくに結婚相手の選び方については厳格）が、実態としてはほとんど崩れてきているようにみうけられる。まだ精霊信仰のようなものも残っており、迷信が人々の行動を束縛することもしばしばあるようである。たとえば、霊媒による病気治療の方法もあり、DHAMI JANKRIとよばれる人に、まず相談をした上で、だめならヘルス・ポストや病院へ出かけるケースが農村ではまだかなりあるようである。

またネパールの民族を構成する各種の部族の中には余り外界に紹介されていない因習が色々あるようである。

またコミュニティのメンバーには、生活面および生産の面で相互扶助をする慣行をとどめているものもあり、家族計画・母子保健問題を考える際に考慮すべきものであろう。

女性の社会的地位は、改善されつつあり、社会の第一線で活躍しているネパール女性もいるが、一般には低い。これは女性の教育にも現われている。

小学校への登録数についても、男女間には大きな格差がある。

1979年の小学校登録者数は、男子が74万1,790人に対し、女子は27万7,400人と低く、82年には男、女とも増加しているが、男子が106万4,259人、女子が41万4,390人と半分以下である。中学校になると、1979年に男子が27万4,795人、女子が6万8,134人と4分の1に減り、82年には、男子が15万5,916人、女子が4万2,807人と、若干相対比では伸びているが絶対数では減っている。

## 第二節 第七次五ヶ年計画(1985-90)における家族計画・保健衛生政策

ネパール王国における家族計画・保健衛生政策は、すでに決定されている第七次計画がベースとなる。したがって、まず、計画の骨格をおさえることが必要である。

## 1) 政策の目標

「計画」の基本原則には3つの目標が掲げられている。1つは生産性の向上，2つは生産的雇用機会の増加，3つは国民の最低の基本的ニーズ。このうち，国民の最低の基本的ニーズは，家族計画，保健衛生政策を推進するうえでの基本的事項となるもので，この中には，①食糧②衣料，③燃料用まき，④飲料水，⑤プライマリー・ヘルス・ケア，⑥初等・技術訓練教育，⑦最低限必要な農村交通施設—の7項目があげられている。

## 2) 政策の四本柱

第七次計画では，保健及び健康関連部門の政策について，四本の柱を立てている。第1は保健部門，第2は飲料水，第3は衛生環境，第4は社会福祉である。これらの各部門について，具体的内容を整理すると以下の通りになる。

### (1) 保健部門

保健部門は以下の6項目に分類されている。

- (i) プライマリー・ヘルス・ケア
- (ii) 保健関係の人的資源の訓練養成
- (iii) 家族計画と母子保健
- (iv) アユルヴェーダその他の伝統的医療法の振興
- (v) 全国レベルの病院サービスの専門化
- (vi) 民間保健サービスの活用

### (2) 飲料水

飲料水は基本的最低限必要物の1つでその確保に重点をおく。これに関連した計画の規模も拡大する。

小規模飲料水プロジェクトに加えて，深井戸を掘ることに力点をおく。これには現地において利用可能な技術，資源，労働力をかりて村で実施する。

都市では水源がないので，飲料水確保に長期計画を作成し，必要資源をみつけ使用する。

既に始められたプロジェクトの正しい運営と維持に力を入れる。設備能力の最大限利用を図り，盗難を防止し，必要な立法措置をとる。

### (3) 衛生環境

(i) 主な都市地域において漸次に下水道を施設していき，都市郊外地域には余り費用のかからぬゴミ処理計画を作り上げていく。

(ii) 都市部は都市パンチャーヤトの協力をえて恒常的かつ組織的に清掃する。小伊所，トイレットの設備も整備していく。

同時に，地方パンチャーヤトの協力を得て保健，衛生についての教育・情報プログラムを都市及び農村部で大規模に展開するようにする。

#### (4) 社会福祉

##### (i) 各部門間の調整を基礎にしたプログラムの実施：

社会福祉の計画を実施する一方で、実施にたずさわる諸機関を明確にし相互の調整を図ることが必要である。

第7次5ヶ年計画は以上のように保健・衛生、家族計画に関する考え方を述べた上で、その実施に当たり、実施機関一般について相互調整の必要、地方分権の必要性等を説いている。

保健部門では、ネパールの都市及び農村、全国レベルから集落レベルまでの、現存するあらゆる医療体系を保健活動に総動員しようとの考え方が示されている。

できるだけ早く山岳部や、内陸部の末端まで最低の保健サービスがとどくためには、従来の医療サービスの拡大を待つことができないので、村人の手によるPHCを中心とするあらゆる医療体系を動員することから始めることは十分に意味のあることである。

しかし、その総動員が効果を発揮しうるためには、ここに提示された4つの医療体系間の相互関連（補完関係など）が明らかにされる必要がある。どういう人達を対象とするのか、どういう種類の治療や予防措置を行なうのか、そこから落ちこぼれるものは何で、それに対してどういう措置が考えられているのか等である。

保健部門を核とすれば、それをとりまく環境条件としての飲料水、衛生、社会福祉等のサービスの重要性は当然であるが、これらの組合せの仕方にも多様な類型があるであろう。

### 第三節 実施機関の体制

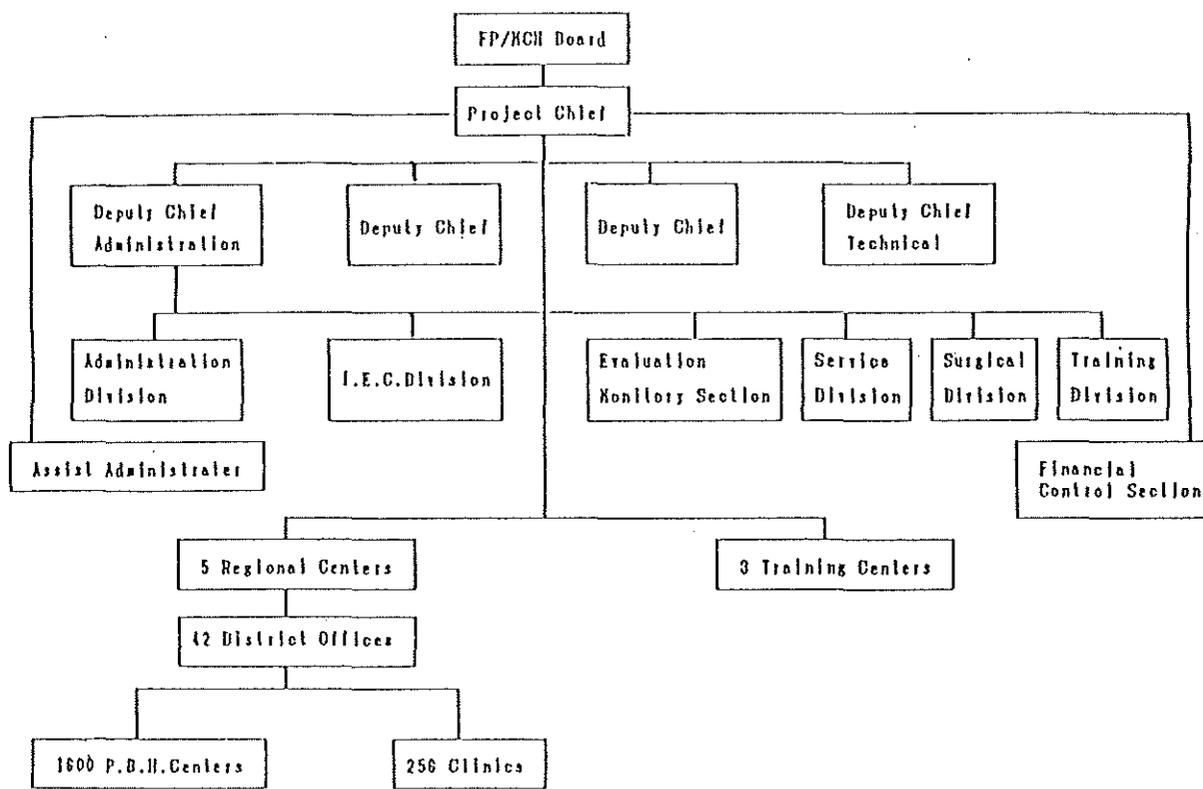
#### 1) 機構上の課題

まずネパール政府保健省の下における家族計画・母子保健政策（ここではプログラム）の実施主体は、FP/MCH Project (Family Planning and Maternal Child Health Care Project) であり、その機構を示したのが図3-1である。

図3-1からだけでは保健省の全体像と、その中におけるFP/MCHプロジェクトの位置づけが明らかにならないが、同プロジェクトは同省内の他のライン・エージェンシーとは別個の独立したプロジェクトで事務次官に直属している。プロジェクト・チーフはFP/MCHプロジェクト審議会の指揮・監督をうけることになる。

プロジェクト・チーフの下に4人の次席があり、その下に情報・教育・コミュニケーション課、評価及びモニター課、サービス課、外科課、訓練課、総務課がある。またプロジェクト・チーフは5つのRegionにある52の郡(District)に置かれた出先きの活動を指揮・監督する。各県にはその規模の大小により数個から約十個に及ぶHealth Postがあり、そこにはHealth Assistant, Assistant Health Worker, Assistant Nurse & Midwife, Panchayat Based Health Worker とよばれる政府役人がいる。

Training Centreは全国5つのRegion中3カ所にある。このうちPathalैयाにあるRegional



Training Office のみ見学することができた。

FP/MCHと並んで類似の、しかしより総合的なプロジェクトを実施しているのが、同じ保健省内の ICHSDP (Integrated Community Health Services Development Project) という機関である。管轄する地域については FP/MCHと重複が起らぬように別地域で活動するが、その活動内容についてみれば ICHSDPも家族計画の仕事を全国の残りの郡(計23)で実施している。ただし、ICHSDPの場合、EPI、マラリア、結核なども手がけておりこれが FP/MCHと異なるところである。ICHSDP傘下の Health Postは342あり、そこには Health Assistant, Assistant Health Worker, Assistant Nurse & Midwife, Village Workerとよばれる保健省役人がいる。さらに村落レベルには Community Health Leaderとよばれる無給のボランティアがいてその仕事の範囲として平均50~60家庭を担当<sup>2)</sup>している。また ICHSDPは独立の訓練センターを全国5つの Region中4ヶ所にもっている。

ii) 機構上の問題を検討する際に、少なくとも次の4点から実態をみとめる必要がある<sup>3)</sup>

(a) 機構内に権限および機能についての適切かつ合理的配分がなされているかどうか。このことは一定の権限の下部委譲が必要となってくる。

(b) 計画作成、予算作成、実施手続き、評価法などについて単純化や標準化も機構の効率を増

進させるが、それがなされているかどうか。

(c) 機関間の権限及び機能分担について相互に調整できるメカニズムがビルト・インされているか否か。

(d) 機関内だけでなく機関間のコミュニケーション・システムがうまく作動しているか否かが機構上の効率に大きく影響を与える。

## 2) マンパワー

### (1) 権限の下部委譲

権限の下部委譲については、県レベルの District Family Planning Officer 2人に会う機会に恵まれたが、いずれも極めて優秀な人材であり、一定の権限の下部委譲がその郡レベルでの活動を生き生きとしたものにしていく。

郡レベルでの家族計画プログラムの相互調整に、以前は郡パンチャヤート議長を長とする郡家族計画調整委員会 (District Family Planning Coordination Committee) があり、FP/MCHクリニック設置場所を決定していたが、最近の行政改革による地方分権化の流れにそって、現在は、郡保健・家族計画委員会 (District Health and Population Committee) に変わり、その議長は、郡パンチャヤートのメンバーがなり、郡人口官 (District Family Planning Officer) は職務上の書記 (Ex-Officio Secretary) を務めることになった。なお、この District Health and Population Committee のメンバーには、郡のマラリヤ撲滅事務所の職員及び女性代表も加わっている。こうした機構の改革が調整機能の改善にどう資しているかは、現在のところつまびらかでない。

### (2) 職員の訓練

職員の訓練内容ははっきりしないが FP/MCH プログラムの場合は、4つの Region に訓練センターを置き、各種の訓練を行なっている。

Health Post に勤める Assistant Health Worker (AHW), Junior AHW は上の訓練センターで短期の講習をうけている。Health Aids は7週間の訓練を受け、Panchayat Based Health Worker (PBHW) は4週間の訓練を受ける。

### (3) 監督

監督については、郡の家族計画官が約27人の監督官 (Supervisor) を少なくとも月1回は集めて指導し、監督官はそれぞれ5~6人のフィールド・ワーカーの活動をチェックすることになっている。なお、毎年郡レベルでのセミナーが、監督官については3月初めに、フィールドワーカーについては6月初めに行なわれる。

郡家族計画官は、県家族計画官 ( Regional Family Planning Officer ) とともに6月中に県レベルでの合同集会に出席し、ここで家族計画推進上の阻害要因や成功例を討議する。

(この討議の結果でてきた勧告が中央政府に送られ、コンピューターのデータにも入れられ、計画作成にも使われる。全国レベルのセミナーが7~8月に開かれ、最終的勧告がなされ、政策決定がなされ、大蔵省との間の予算獲得のための交渉が8月に行なわれることになる。)

#### (4) マンパワーについての検討事項

人の問題については、少くとも次の5点からの検討が有効であろう。

- (a) 現行の人の登用、配置、待遇、訓練、監督などの方法が職員の士気を高めるのに役立っているか。士気を一層高めるために制度の整備・改善がつねになされているか否か。
- (b) 組織内ユニットごとの参加型意思決定メカニズムの存否。
- (c) 組織の上に立つものが下部ユニットの決定を統合・調整する能力をもつか否か。
- (d) 関連諸機関との間の意思疎通の促進を図ってきているか否か。
- (e) 組織内部の人の不平や紛争の根源を解決する能力をもつか否か。

### 3) 予 算

#### (1) 予算の伸び

FP/MCHの1980/81年から84/85年に至る5年間の予算の伸びは倍増しており、年平均伸び率は16.23%を超えている。その内訳は、政府予算が867万9,000ルピーから2,184万6,000ルピーへと252%の増加(年20.28%)をみせ、外国援助は絶対額で政府予算の約2倍あるが、2,204万5,000ルピーから4,333万ルピーへと197%の伸び(年14.47%)を示している。この点で、政府予算の伸び率は外国援助の伸び率を上回り、若干の改善の方向にあるといえよう。ともあれ、こうした予算の伸びはこのプロジェクトが政府及び国外の援助機関からも相当に重視されていることを示している。したがって、FP/MCHプロジェクト実施当局が今後決定的なミスを犯さず、また政府および援助機関の方針に大きな変化が起らぬ限り、FP/MCH関連予算が着実に増大する可能性が強い。

表3-12 FP/MCH 予算 (1980/1981~1984/1985)

—全国—

年 度	予 算 ルピー (Rs)		
	政 府	外 国 援 助	合 計
1980/1981	8,679,000	22,045,000 (71.75%)	30,724,000
1981/1982	11,810,000	23,635,000 (66.68%)	35,445,000 (+15%)
1982/1983	14,859,000	30,573,000 (67.29%)	45,432,000 (+28%)
1983/1984	18,207,000	33,139,000 (64.54%)	51,346,000 (+13%)
1984/1985	21,846,000	43,330,000 (66.48%)	65,176,000 (+27%)
第6次計画期間合計	75,401,000	152,722,000 (66.95%)	228,123,000

出所) FP/MCH プロジェクトにより作成

(注) 外国援助額の下に記したカッコ内の数字は、予算合計に占める外国援助の割合を示す。予算合計欄の右に示した数字は、合計額の対前年度伸び率である。

(2) 資源動員力

i 実施機関の資源動員力については、次の3点からの検討が必要である。

- (a) 財源・資材等入手の確実性
- (b) 計画された活動方針に見合った予算配分
- (c) 遅滞のない予算の執行
- (d) 予算における経常費(とくに人件費)と開発費との割合いである。

注1

1) アジア経済研究所「発展途上国直接借款推進基礎調査—ネパール—報告書」(経済企画庁委託)昭和60年3月 第3章

2) Training Centre は全国5つのRegion中3カ所にある。このうちPathlaiya にあるRegional Training Office のみ見学することができた。

3) アジア人口・開発協会『アジア諸国の農村人口と農業開発に関する調査報告書—インド  
国—』1985年5月, pp. 67-69

G. Shabbir Cheema and Dennis A. Rondinelli, Decentralization and  
Development, Policy Implication in Developing Countries, Sage  
Publications, 1983.

Margaret Wolfson, Towards Better Implementation of Aid for  
Population Programmes, OECD, 1984等を参照されたい。



## 第四章 現地調査報告



## 第四章 現地調査報告

### 第一節 FP/MCH事務所の活動状況

#### 1) ダヌーシャ郡

##### (1) 地域概況

ダヌーシャ群は東部開発区域、ジャナカプールゾーンに属している。標高は600~1,000 m、タライ平野に位置し、南側はインド国境ビハール州と接している。この地理的条件からインドの影響を強く受けている。

1981年センサスによれば、ネパール全国の外国生まれの人口は、1.5%であるのに対し、ダヌーシャ郡のそれは、その3倍を超える4.7%である。さらにその99.7%までがインド生まれである。<sup>1)</sup> 使用言語もヒンディー語に類似しており、人口の86.1%が使用しているマイティリー語は、インド・ビハールの一地方言語である。郡都ジャナカプールからは、ビハール州ジャヤナガル(Jayanagar)まで全長51.5kmの鉄道が敷設されている。<sup>2)</sup>

このように地理的にインドと隣接していることは医療面にも影響を与えている。詳細は、訪問調査結果の項で述べるが、富裕な階層では、重病のときは、インドまで治療を受けに行く場合もみられた。また教育面でも大学教育をインドで受ける例もあり、訪問調査を行なったAyurvedic医師もインドで生まれ、学位をとった医師であった。

郡の次の行政単位は、パンチャヤートであり、前回報告書<sup>3)</sup>では1981年センサス時のパンチャヤート数は、タウンパンチャヤート(Town Panchayat)1、ビレッジパンチャヤート(Village Panchayat)63であった。今回の調査時(1985年12月)では、これは改編され、1タウンパンチャヤートと102ビレッジパンチャヤートで構成されている。改編後の各パンチャヤートの人口は、正式統計として発表されていないが、FP郡事務所長S.アディカリ氏(Shbbhiyat B. Adhikari)の集計によれば、付表2の通りである。集計結果については、男女計等若干統計的に一致しない箇所がある。アディカリ氏個人は、FP/MCH運営にあたって、まず対象人口を把握することの必要性から、マラリヤ撲滅事務所<sup>4)</sup>(Maralia Eradication Office)および、郡知事(Chief District Officer)からの資料をもとに各パンチャヤートの人口把握につとめている。

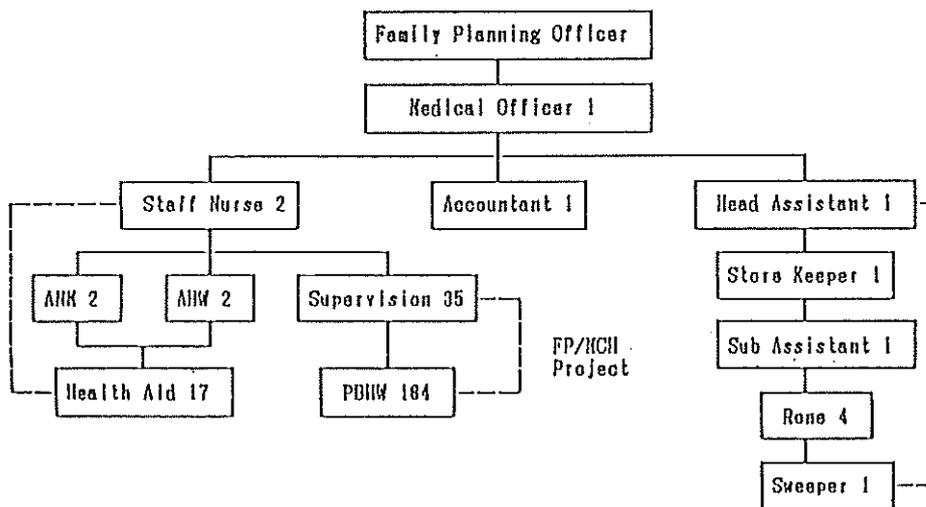
各行政単位の人口把握には、いくつかの省庁が関与している。ダヌーシャ郡を例にとるならば、選挙人名簿を作成しているCDO、かつて個別訪問により、マラリヤ撲滅運動を行なったMEO、そしてFPOである。カトマンズにおいて中央政府レベルでの資料収集を行なったが、各省庁間の連携はきわめて悪く、それぞれのルートで得られた情報の一本化ははかられていないようであった。従ってダヌーシャ・FPOのように郡レベルでこのような再調整に

よる行政単位の人口の確認は重要である。

パンチャヤート改編の効果については今回の調査で確認できなかったが、PBHW(Panchayat Based Health Worker)の配置が、2,500人を超えるパンチャヤートについては、2人配属されることから、行政の行き渡る単位として適当な人口にまとめた形での改編がすすめられていると思われる。

## (2) 郡事務所の組織

郡事務所の組織は図4-1に示す通りである。



出所) 1985年12月現在, FPO, Dhanushaにより作成

図4-1 ダヌーシャ郡FP/MCHプロジェクト組織図

郡事務所は、USAIDの援助で建設されたものである。図に示した通り、医療スタッフ、事務局スタッフに分けることができる。前者は事務所に併設された診療所(不妊手術も行なう)で働いている。郡別プロフィール(District Profile)で示されたヘルスポストの数は7であったが、今回の調査時は6であり、17人のヘルスイドがこれを管轄している。

家族計画、母子保健の普及については、受け入れ側の動機付けが重要である。従ってこの任にあたるフィールド・ワーカーの役割は大きい。ダヌーシャ郡においても、164のPBHWがこれにあっている。彼らは各パンチャヤートから推薦され、郡事務所で選考されたものである。4週間の訓練を受け、1年契約で月収300Rsで働いているが、契約の更新は簡単である。1人当りのPBHWが担当する人口は、1981年センサス人口を基礎とすると2,638人である。(付表3 郡別PBHW, Clinic参照)すでに述べた通り1パンチャヤート当たり1~2人のPBHWが担当し1日の訪問世帯数は20戸程度である。彼らの仕事は避妊具の配布と家族計画を受け入れる動機付けをすることである。家族計画実施の決定権は通常夫

にある。従って個別訪問に際して、家族計画については、夫または夫の母親に話をすることであった。

PBHWは監督官 ( supervisor ) の管轄下にある。月 7 回程、監督官と会い活動報告を行ない、その指示を受ける。監督官は郡事務所長とPBHWの仲介の役割も持っている。10年生終了以上の学歴が必要とされ、7週間の訓練期間の後、任務につく。月収は715Rsである。監督官の職種は2つに分かれている。1つは診療所監督、他方はフィールド・ワーカーの監督である。今回はダヌーシャ群東部地域を担当する監督官にインタビューを行なったが、彼らの不満は給料が不十分なことと交通手段の不足である。

### (3) 財 政

ダヌーシャ郡事務所の過去5年間の予算執行額は、表4-1に示すとおりである。

表4-1 FP/MCH予算(1980/1981~1984/1985)-ダヌーシャ郡-

年 度	予算(Rs)
1981/1981	1,283,057
1981/1982	1,226,692
1982/1983	1,412,560
1983/1984	2,037,719
1984/1985	2,287,955

出所) FPO, Dhanushaにより作成

予配分についての正確な数字を得ることはできなかったが、FPOによる1984/85年のおおよその配分額は、家族計画・母子保健の提供に110万ルピー(但し薬についてはカトマンズから直接届けられるのでこれには含まれていない)、スタッフ等の給料に

90万ルピー(月収は医師1500~2300Rs,

正看護婦1,000Rs, 準看護婦700Rs, 事務官1,300Rs等である。その他事務局維持費に20万Rsである。予算の半分は、家族計画・母子保健の提供に使われているわけであるが、家族計画の受け入れに対する誘因は、現状では金銭に負う所が多いようである。1回の手術に対しては、休業補償の形で100Rsが支払われ、それと簡単な食事が手術後に与えられる。この制度は実施しはじめてから2年目とのことである。実際の予算配分額は明記されていないが、1982/83から1983/84の予算額の急速な伸びの一端がここにあるように思われる。1982年に行なわれた、ネパール避妊普及調査( Nepal Contraceptive Prevalence Survey Report )では、15~49歳の女子のうち、3~4人の子供を持つ母親で避妊をしている人は49%、5人以上では35%、0~2人では16%にすぎない。しかも0~2人の子供を持つ母親の大半は、ピル等永久不妊でない方法を選んでいる<sup>5)</sup>。今回の数少ない訪問調査でも、2人以下の子供を持っている家庭で不妊手術を受けている世帯はなく、大半は老後の生活保障をしてくれる男子が産まれてから後に手術を受けている。従って特に不妊手術に関しては、子供は男子を含め3人以上のケースが多いことになる。

不妊手術に際しては100Rsの休業補償に加えて、カトマンズから女医を呼んでいるが、この場合女医は保健局の所属であり、FP/MCHプロジェクトの所属ではない。従って不妊手術

1件あたり20Rsの手術料を支払うことになる。ジャナカプール以外でキャンプを行なう場合は、さらに移動経費、また遠方から手術を受けに来るものに対しては、交通費が支払われることになっている。このため1件あたりの不妊手術に要する経費は150Rsを越えることになりそうである。長期的にみれば、不妊手術に傾倒する傾向は、現在受容者の子供数が比較的多いだけに、不妊手術件数の増加が出生力低下に対して効果的でないばかりでなく、かえって財政負担を増す危険性を持っている。栄養状態の悪いこの国では、手術後の簡単な食事の提供は、健康上非常に重要であろうと思われるが、来年度からは打ち切りの予定である。

#### (4) 活動内容

ダヌーシャ郡における過去5年間のFP/MCHプロジェクトの活動内容は、表4-2に示す通りである。

表4-2 ダヌーシャ郡事務所活動内容(1980/81~1984/85)

年度	PERMANENT METHOD	TEMPORARY METHOD	MOTHER ANTENATAL/ POSTNATAL	CHILD (0-5YEARS)
1980/81	3,508	27,893	2,171	8,213
1981/82	3,567	16,456	1,450	7,345
1982/83	3,649	15,210	4,578	9,907
1983/84	4,163	13,344	6,438	9,589
1984/85	3,886	15,782	10,960	18,206

出所) FPO, Dhanusha により作成

家族計画に関していえば、永久不妊法、その他の方法についても変動があるので、伸び率に関しては、明確な言及はできない。ただ前項で述べた不妊手術の休業補償については、2年前から導入されたとのことなので、1982/83から1983/84年までの14%の伸び率は、この点に起因すると考えられる。また不妊手術以外の方法に関しては、前回調査報告によれば、1983/84でピル2,259件、コンドーム1,695件、今回(1984/85)はピル2,315件、コンドーム3,710件である所をみると、コンドームの配布件数が飛躍的に伸びたことになる。

注目すべきは、母子保健に関する検診の伸びである。各ヘルスポストで、特に家族計画・母子保健のためにサービスが行なわれるのは、週に1~2回である。訪問調査の結果からは、妊娠がわかってから出産までの間に検診を受ける習慣はあまりみられない。従って、この2年間の伸びについては、新規のケースかどうか、またそうであるならば、医療を受けやすくなった背景についてさらに考案をする必要がある。死亡率の高いネパールにおいて付表1に提示された9指標のうち、(1)、(2)にあたる母子保健への関心の高まりは、長期的には(5)の乳

児死亡率、死産率の低下、従って生残児が多く残るという形で、(8)の総出生率低下に効果を与えるものと思われる。

表4-3に示したのは、ダヌーシャ郡事務所の1984/85の年間活動である。表で明らか通り、集中キャンプの形で行なう不妊手術は12月と1月に集中している。

表4-3 ダヌーシャ郡事務所、年間活動(1984/85)

名前	年間目標	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	計
不妊手術	3,500	2	3	4	327	20	1,139	1,262	497	348	182	1	2	3,886
I.U.D.	50	1	-	-	1	1	1	1	4	3	3	-	1	19
DEPO	300	-	1	4	-	1	2	-	-	2	2	2	6	20
PILL	3,000	271	314	240	156	200	86	161	131	156	235	226	139	2,315
コンドーム	6,500	1,608	1,646	1,167	918	1,324	463	955	622	1,015	1,449	1,011	1,250	3,710
母親(産前/産後)	3,000	1,096	1,099	785	728	1,075	450	655	981	1,007	1,027	1,022	1,035	10,960
子供(5歳以下)	13,000	1,938	1,672	1,309	1,374	1,675	627	1,129	1,797	1,397	1,421	1,949	1,939	18,206

(出所) FPO, Dhanushaにより作成

ダヌーシャ郡の農業形態は、水の供給度に応じ、供給が十分な所では換金作物として重要な米作が中心であり、6~7月が田植え、10月~11月中旬が刈り取り、その後、小麦の植え付け、4月に小麦の刈り取りである。水の少ない所では、とうもろこしの3期作が行なわれ、冬作は11月、春作は1月、雨期は6月がそれぞれ植え付けの時期となっている。今回の調査時期(1985年12月)は、米の刈り入れが終り、さとうきびの刈り取りが終ろうとしている時期であった。従って農閑期にさしかかるこの時期には、不妊手術キャンプが集中的に行なわれる。

ダヌーシャ郡の雨季は6月から9月中旬にかけてである。この時期は河川の氾濫等で交通手段が奪われ、実質的活動はあまり期待できない。加えて、年度始めの時期は中央からの予算配分が遅れるため、あまり活動は行なわれない。

子供の病気に関しては、3月~8月までは下痢等の症例が多い。下痢のあと脱水症状になる例も多く、これを防ぐために、簡易経口補液(食塩と砂糖の添加液)の作り方等を教える母親学級(Mothers' Club)を開設している。これはUNFPAの援助により、マホタリ郡とダヌーシャ郡で行なわれているものであるが医療施設の不足しているネパールにおいては、これを補ううえで効果的であると思われる。

## 2) カブレパランチョーク郡

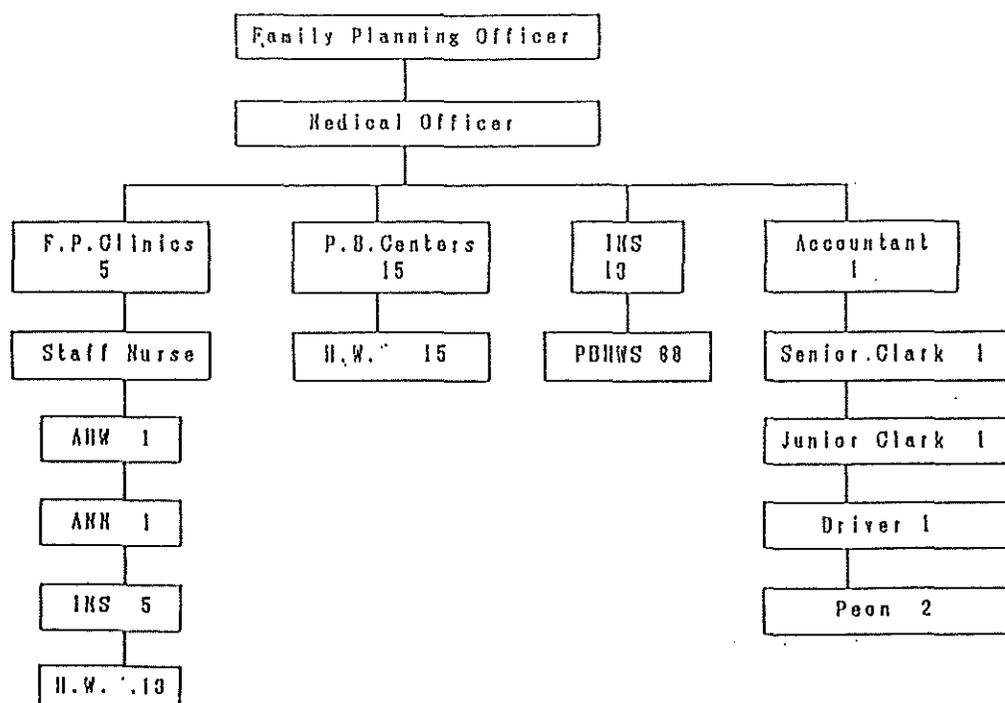
### (1) 地域概況

カブレパランチョーク郡は、中央開発区域、バグマティゾーンに属し、標高は1,007mから3,018mの丘陵部に位置している。

1981年センサス時におけるパンチャヤート数は68、現在は改編されて現在は97パンチャヤートである。各パンチャヤートの人口は、ダヌーシャ郡同様正式統計として発表されてはいないが、CDOからのデータをもとにFPOによって作成されたものを付表に示した。ダヌーシャ郡と同様に、ここでも家族計画・母子保健の対象人口の正確な把握がされていないことが、問題となっている。FPOおよびヘルスポスト責任者は各フィールド・ワーカーからの報告また来患カルテを中心に実際の人口の把握につとめている。さらに後述するがパンチャヤート人口は、各ヘルスポストで独自に集計されている。今回FPOから入手したデータは、改編されたパンチャヤートにあわせて人口の割り当てをしたもので、1981年センサス以降の人口増加は、考慮されていない。従って付表に示した数字は、過少評価されていると考えられる。

### (2) 郡事務所の組織

地域事務所の組織は図4-2に示した通りである。



出所) 1985年12月現在, FPO, Dhulikel により作成

図4-2 FP/MCH 群事務所組織図, カブレパランチョーク郡

F P O事務所は、郡庁のあるドゥリッケルにあるが、この事務所は、カブレパランチョーク郡とともにシンドパルチョク郡を担当している。今回の調査は、パイロット地区ナラ村のあるカブレ郡を対象としている。

F P O事務所は、現在月額1,500 Rsで3階建てのビルの1, 2階部分を借りている状態である。

現在FP/MCHに関する診療所は、5箇所であり、診療の形態は、ダヌーシャ郡同様保健省保健局に所属するヘルスポストを利用し、週に1回または2回の診療をおこなっている。また不足分については、巡回診療によって補っている。カブレ郡におけるヘルスポストの位置は、巻頭の地図に示した通りである。巡回診療のチームは9であり、1ヶ月おきに1ヶ月間の診療所が開設される。主な活動は、

- ① 栄養、保健教育
- ② 予防接種プログラム
- ③ 脱水症状の治療法指導
- ④ 家族計画の動機付け
- ⑤ 妊産婦検診と保健教育

である。

家族計画、母子保健の人員配置については、ダヌーシャ郡では、監督者(Supervisor)とよんでいたが、ここでは中間監督者(Intermediate Supervisor)とよんでいる。職務内容はダヌーシャ郡と同様にPBHWの監督と指示、および、F P Oとの連絡である。1981年センサス人口を基礎として、PBHW1人当りの人口をみると、カブレ郡は、4,515人である。この数字は、ダヌーシャ郡のおよそ1.7倍にあたる。平野部ダヌーシャと比較した場合、丘陵部に散在している家々を訪問することが要求されるカブレ郡のこの数字は、絶対的な人員不足を示しているものと思われる。

### (3) 財 政

カブレパランチョーク郡の過去5年間の予算執行額は、表4-4に示す通りである。具体的な予算配分額については、データを得ることはできなかった。

カブレ郡の予算は、FP/MCH予算全体の20.92%を占めている。予算にしめる外国援助の割合は、次第に増加しているが、1982/83年をピークに若干下降ぎみである。現在は約50%で、中央政府の予算と比べて外国援助依存率が少ない。

外国援助の大半はUSAIDによるもので、83.68%をしめている。UNFPAによる援助額は、17.2%であり、不妊手術のプログラムに主として使われている。カブレ郡と同様に不妊手術1件当りに100Rsの休業補償が支払われている。

表4-4 FP/MCH予算(1980/1981~1984/1985)-カブレ郡-

年 度	予 算		
	政 府	外国援助	合 計
1980/1981	272,710	115,539	384,249
1981/1982	465,594	312,313	777,907
1982/1983	430,199	563,046	993,245
1983/1984	571,565	660,012	1,231,577
1984/1985	800,490	714,485	1,384,975
第6次計画期合計	2,410,558	2,365,395	4,771,953

出所) FPO, ドウリッケルにより作成。

#### (4) 活動内容

表4-5, 表4-6は年間の活動計画および活動結果を示したものである。ダヌーシャ郡の訪問調査のときにも問題となったことであるが、年齢を質問したさいに、ネパール暦から西暦への換算がむずかしい。ここでは、ネパール暦から西暦への換算の一例として、カブレ郡事務所に掲示してあったネパール暦と西暦を対照させた表によって、年間計画を示した。

カブレ郡事務所の活動内容は、ダヌーシャ郡の活動内容と類似している。予算執行は、年度当初は、その配分のおくれから、あまり活動していない。また、不妊手術件数は、農閑期である11月から2月に集中している。また、11月から2月にかけては乾季でもあるが、雨季と比較して不妊手術後の感染症等の後遺症の心配も少ない。活動計画も同様に11月から2月にかけて不妊手術キャンペーンが生まれ、その後2月から3月にかけては訓練期間となっている。さらに郡事務所では、1月中旬に中間評価、年度末である5月中旬には追跡調査を行うことになっている。

FPOはあらゆる機会に家族計画の普及につとめている。カブレ郡では6ヶ月に一度、村の文盲をなくすため、10年生以上の教育を受けた人達を各村から集め、識字の指導をするための教育を行っている(Adult Education Course)。この訓練期間は、12日間であり、その後村へ戻って教えることになる。村での月給は200Rsであり、教材費としてさらに150Rsが支給される。この識字教育のカリキュラムのなかに、人口問題を含めた家族計画の授業が組まれている。

丘陵部にあるカブレ郡では、PBHWの訪問が地形的問題からみて、ダヌーシャ郡と比較して1日に訪問する件数も制約をうけていると思われる。識字率の低い地域では、広報紙に目をおす機会もないことから、あらゆる機会を利用し、家族計画の普及につとめることは重要であると考えられる。

表 4-5 ダムーン+郡事務所年間活動計画

ネパール暦 2042/043 (西暦 1985/86)

7月/8月		8月/9月		9月/10月		10月/11月		11月/12月		12月/1月		1月/2月		2月/3月		3月/4月		4月/5月		5月/6月		6月/7月					
ネ暦	西暦	ネ暦	西暦	ネ暦	西暦	ネ暦	西暦	ネ暦	西暦	ネ暦	西暦	ネ暦	西暦	ネ暦	西暦	ネ暦	西暦	ネ暦	西暦	ネ暦	西暦	ネ暦	西暦				
1	16	1	17	1	17	1	17	M.C	1	16	1	16	1	14	1	12	T.	1	14	1	14	1	13				
1	17	2	18	2	18	M.C	2	18	2	17	2	17	2	15	2	13	T.	2	15	2	15	2	14				
3	18	3	19	M.C	3	19	3	19	3	18	3	18	3	16	M.C	3	14	T.	3	16	3	16	3	15			
4	19	4	20	M.C	4	20	4	20	4	19	4	19	4	17	4	15	T.	4	17	4	17	M.C	4	16			
5	20	5	21	S.M	5	21	5	21	5	20	5	20	5	18	5	16	5	18	5	18	M.C	5	17				
6	21	6	22	S.M	6	22	S.M	6	22	6	21	S.M	6	19	S.M	6	17	6	19	S.M	6	19	S.M	6	18		
7	22	7	23	M.C	7	23	7	23	7	22	7	22	7	20	7	18	7	20	M.C	7	20	M.C	7	19			
8	23	8	24	M.C	8	24	8	24	8	23	8	23	8	21	8	19	8	21	8	21	8	21	8	20			
9	24	9	25	M.C	9	25	M.C	9	25	9	24	M.C	9	22	9	20	M.C	9	22	9	22	9	21				
10	25	10	26	M.C	10	26	M.C	10	26	10	25	10	25	10	23	10	21	M.C	10	23	M.C	10	22				
11	26	11	27	M.C	11	27	M.C	11	27	11	26	11	26	11	24	11	22	11	24	11	24	M.C	11	23			
12	27	12	28	M.C	12	28	M.C	12	28	12	27	12	27	12	25	12	23	M.C	12	25	12	25	12	24			
13	28	13	29	M.C	13	29	M.C	13	29	13	28	13	28	13	26	M.C	13	24	13	26	13	26	13	25			
14	29	14	30	M.C	14	30	M.C	14	30	14	29	14	29	14	27	14	25	14	27	M.C	14	27	14	26			
15	30	15	31	M.C	15	31	M.C	15	31	15	30	15	30	15	28	15	26	15	28	15	28	M.C	15	27			
16	31	16	1	M.C	16	1	M.C	16	1	16	1	16	16	1	16	16	27	16	27	16	27	16	27	16	28		
17	1	17	2	M.C	17	2	M.C	17	2	17	2	17	2	17	1	17	30	M.C	17	28	M.C	17	30	17	29		
18	2	18	3	M.C	18	3	M.C	18	3	18	3	18	3	18	1	18	31	M.C	18	1	18	31	18	31	18	30	
19	3	19	4	M.C	19	4	M.C	19	4	19	4	19	4	19	1	19	2	19	2	19	2	19	2	19	1	19	1
20	4	20	5	M.C	20	5	M.C	20	5	20	5	20	5	20	2	20	3	20	2	20	3	20	2	20	2	20	2
21	5	21	6	M.C	21	6	M.C	21	6	21	6	21	6	21	3	21	4	21	3	21	4	M.C	21	3	21	3	
22	6	22	7	M.C	22	7	M.C	22	7	22	7	22	7	22	4	22	5	22	4	22	5	M.C	22	4	22	4	
23	7	23	8	M.C	23	8	M.C	23	8	23	8	23	8	23	5	23	6	23	5	23	6	M.C	23	5	23	5	
24	8	24	9	M.C	24	9	M.C	24	9	24	9	24	9	24	6	24	7	24	6	24	7	M.C	24	6	24	6	
25	9	25	10	M.C	25	10	M.C	25	10	25	10	25	10	25	7	25	8	25	7	25	8	M.C	25	7	25	7	
26	10	26	11	M.C	26	11	M.C	26	11	26	11	26	11	26	8	26	9	26	8	26	9	M.C	26	8	26	8	
27	11	27	12	M.C	27	12	M.C	27	12	27	12	27	12	27	9	27	10	27	9	27	10	M.C	27	9	27	9	
28	12	28	13	M.C	28	13	M.C	28	13	28	13	28	13	28	10	28	11	28	10	28	11	M.C	28	10	28	10	
29	13	29	14	M.C	29	14	M.C	29	14	29	14	29	14	29	11	29	12	29	11	29	12	M.C	29	11	29	11	
30	14	30	15	M.C	30	15	M.C	30	15	30	15	30	15	30	13	30	13	30	12	30	13	M.C	30	12	30	12	
31	15	31	16	M.C	31	16	M.C	31	16	31	16	31	16	31	14	31	14	31	13	31	14	M.C	31	13	31	13	
32	16																										

(注) ① M.C. 巡回診療  
 ② S.M. 事務所打合せ  
 ③ T. 訓練期間  
 (出所) FPO, ドリッケルにより作成

表4-6 ドゥリッケル郡事務所，年間活動（1984／1985）

名 前	年 間 目 標	7 月	8 月	9 月	10月	11月	12月	1 月	2 月	3月	4 月	5 月	6 月	計
不 妊 手 術	1,250	30	21	70	66	357	189	103	317	29	58	89	25	1,354
T.U.D.	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	1	—	—	5
DEPO	300	6	7	17	10	11	11	22	8	12	12	17	7	140
PILL	1,600	78	143	100	98	111	135	149	145	116	169	144	490	1,878
コ ン ド ー ム	4,500	292	555	484	236	336	365	490	481	364	341	397	520	4,861
母 親 (産 前, 産 後)	8,000	150	225	131	624	210	162	186	169	224	168	185	179	2,613
子 供 (5 歳 以 下 )	2,000	579	716	693	211	946	711	679	745	1,036	946	1,091	908	9,261

出所) FPO, ドゥリッケルにより作成

## 第二節 ヘルスポストおよびヘルスクリニックの利用状況

### 1) ダヌーシャ郡

ここに報告するのは、ヘルスポストおよびヘルスクリニックの機能を評価するための新しい試みである。病院数、医師数共に不足しているネパールの現状に於ては、たとえそのサービスに高度のものは期待できないにしても、ヘルスポストおよびヘルスクリニックがネパールの保健医療サービスにしている重要性は明白である。従って、その機能を定量的に評価することはネパールの保健衛生統計上大切な課題の一つであり、今後の調査および協力のためにも必要と思われる。

そこで今回の調査では、個々のヘルスポストおよびヘルスクリニックの保健医療サービスの及ぶ地理的、人口的範囲を調査し、一種の地図の作成を試みた。即ち、何処のパンチャヤートから、一定期間に、延べどれだけの人々が各ヘルスクリニックを訪れているかを図示する。

調査にあたって現場で働いているネパール人の協力を得て、既存の生データから新たな情報を組み立てる作業を進めたこともこの調査の特徴の一つである。さらに付加的にヘルスポストおよびヘルスクリニックを中心として村の地図の収集ないし作成を試みた。

#### (1) 調査の対象と方法

##### (i) 調査地

まず、ダヌーシャ郡の各ヘルスポストおよびヘルスクリニックの所在地を地図上で確認し、次に、今回の調査で訪問した場所を地図上に示す（巻頭地図）。これらの地図は、ジャナクブル（Janakpur）のFP/MCH郡事務所で使用されていた地図を参考に、より正確な地図上に書き込んだものである。この中で調査地としてゴダール（Godar）にあるチサ

パニ ( Chisapani ) ヘルスポストに付属するヘルスクリニックを選んだ。ここでは Mr. Raw Auter Yadav ( Senior A.H.W. ) が管轄する各パンチャヤートの世帯数と集落を書きこんだ地図を作成しており、過去数年におよぶヘルスクリニックの患者の記録とあわせてこの調査に適していた。他のヘルスポストでは訪問時間閉っていたり、時間的余裕等の理由でヘルスクリニックの患者記録が調べられず残念ながら調査できなかった。

他にラムダイヤとサバイラ ( Ramdaiya and Sabaila ) においてヘルスポスト周辺の地図の作成を試みた。

## (ii) 調査方法

1. ヘルスポストの職員にその管轄するパンチャヤートで列挙させ、所属する Field worker たちによって報告されている各パンチャヤートの人口または世帯数より予想されるおよその人口を聞く。
2. ヘルスポストの職員にネパール語で書かれたヘルスクリニックの患者記録の住所の欄を読ませ、その住所がどのパンチャヤートに属するか言わせる。
3. 記録を読ませながら、1983年および1984年の各々の患者数をパンチャヤート毎に集計する。他のヘルスポストの管轄するパンチャヤートについては一まとめにし、Others とした。
4. 地図の上で各パンチャヤートの位置を確認する。
5. 各パンチャヤートからの年間患者数、人口、ヘルスクリニックとの距離、地理的条件の関係を調べ、情報を記入した地図を作成する。
6. ヘルスポストで使用されている地図の写真を取る。無い場合は村を歩いて村人から情報を得ながらヘルスポスト周辺の絵地図の作成を試みる。

## (2) 結 果

### (i) チサパニヘルスポスト

ゴダールのチサパニヘルスポストの管轄するパンチャヤートは、ゴダール、ラバトリ、バルマジア、バラトブル、ヤグブミ、ウマプレムブル ( Godar, Labatoli, Barmajhiya, Bharatpur, Yagyabuonmi and Umaprempur ) の6つである。各々のパンチャヤートの人口、年間患者数、ヘルスクリニックとの距離 ( 比較的平坦な土地であることから、今回得られた地図上に確認できる道にそって、各々のパンチャヤートの中心地とヘルスクリニックとの道なりの距離をもって平均距離と見做した )、地理的条件を表4-6および図4-3にまとめる。図4-3は、チサパニヘルスポストで各村の集落および世帯数を書きこんでいた地図を参考にして、各パンチャヤートの人口、年間患者数を図示してみたものである。

表4-6 ゴダール, クリニックの利用状況

パンチャヤート	人口	患者数/1年***	距離	コメント
Godar	3362	186(228)	0.5km	H.P.と地続き。
Labatoli	1000@	86(119)	3km	H.P.と地続き。
Barmajhiya	3753	34(52)	4km	順路に川, 雨季は迂回の必要。
Bharatpur	3000@	65(108)	3km	東西-highway ぞいの付。
Yagyabuoomi	4000@	67(91)	7km	東西-highway に近い村。
Umaprempur	3000@	4(0)	9km	東西-highway ぞいの村。
Others		70(129)		

出所) ゴダールH.P.のカルテより作成 人口: F.W.による, @は概数  
 \*\*\*: 1983(1984)

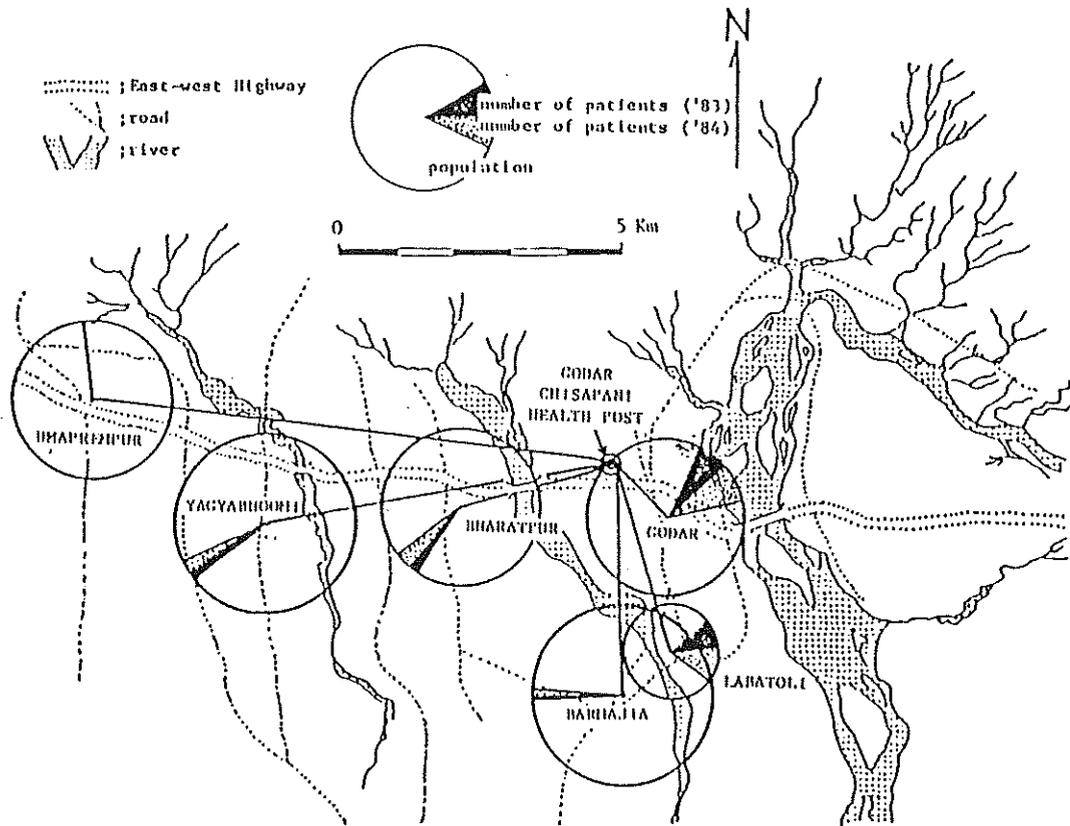


図4-3 パンチャヤート別患者数

(ヘルスクリニックの利用状況, ダヌージャ)

各パンチャヤートの当ヘルスクリニック年間のべ利用者数対人口比(1983年, 1984年)はおよそ次のとおりであった。ゴダール(6%, 7%), ラバトリ(9%, 12%), バルマジア(1%, 1%), バラトブル(2%, 4%), ヤグブミ(2%, 2%), ウマプレムブル(0.1%, 0%)。なお, 他のヘルスポスト管轄のパンチャヤートから来た患者の全利用者数に対する比は(13.6%, 17.7%)であり, この中には(ゴダールが郡境に

近いめか)隣の郡から来たものも少なくなかった。

(ii) ヘルスポスト周辺の地図

ラムダイヤとサバイラにおいて作成を試みた地図を図4-4および図4-5に示す。

村を歩きながら得た情報によると、ラムダイヤの成人人口(定義不明)はおよそ4500、ヘルスポストが隣村にあるがあまり利用せず、重い病気のおりはジャナクブルの病院まで行く。隣村のヘルスポストで働いているA.H.Wが住んでいて予防接種(1回5ルピー)等のサービスを提供している。井戸が12箇所にあり(うち7箇所を調査)、一つの井戸を利用する世帯の数は平均3.6であった。

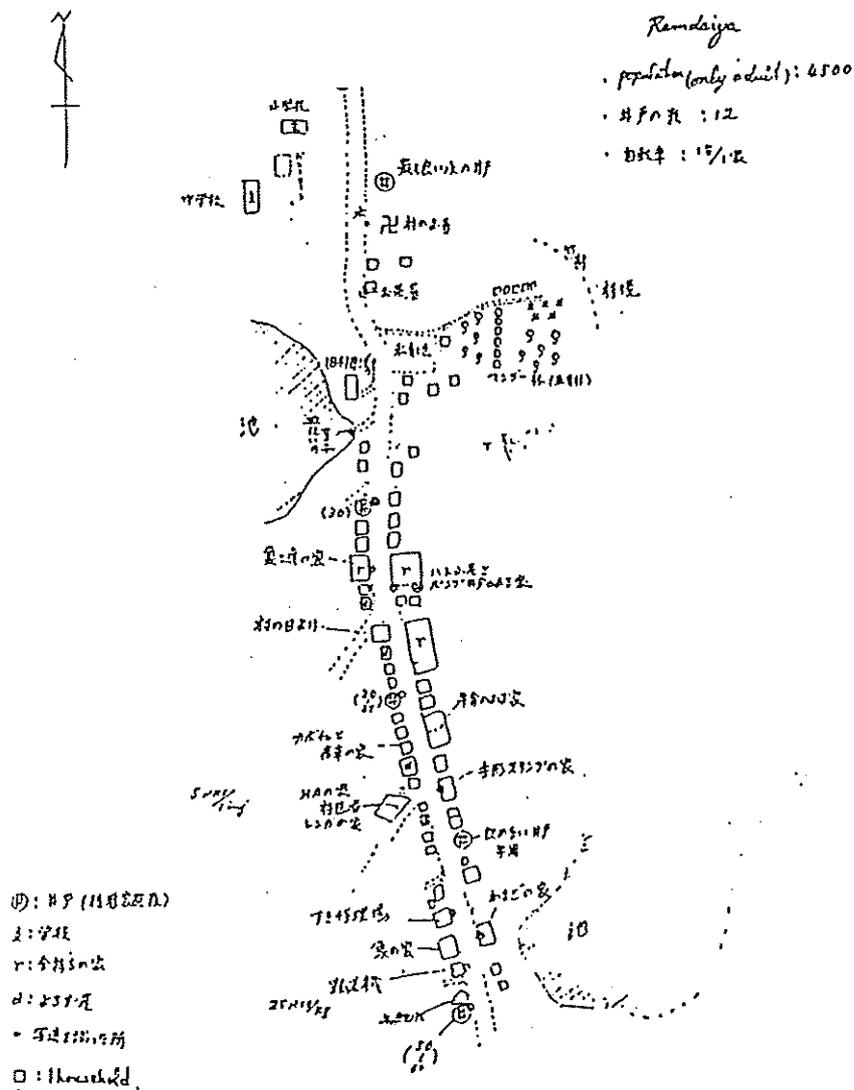


図4-4 ラムダイヤ村

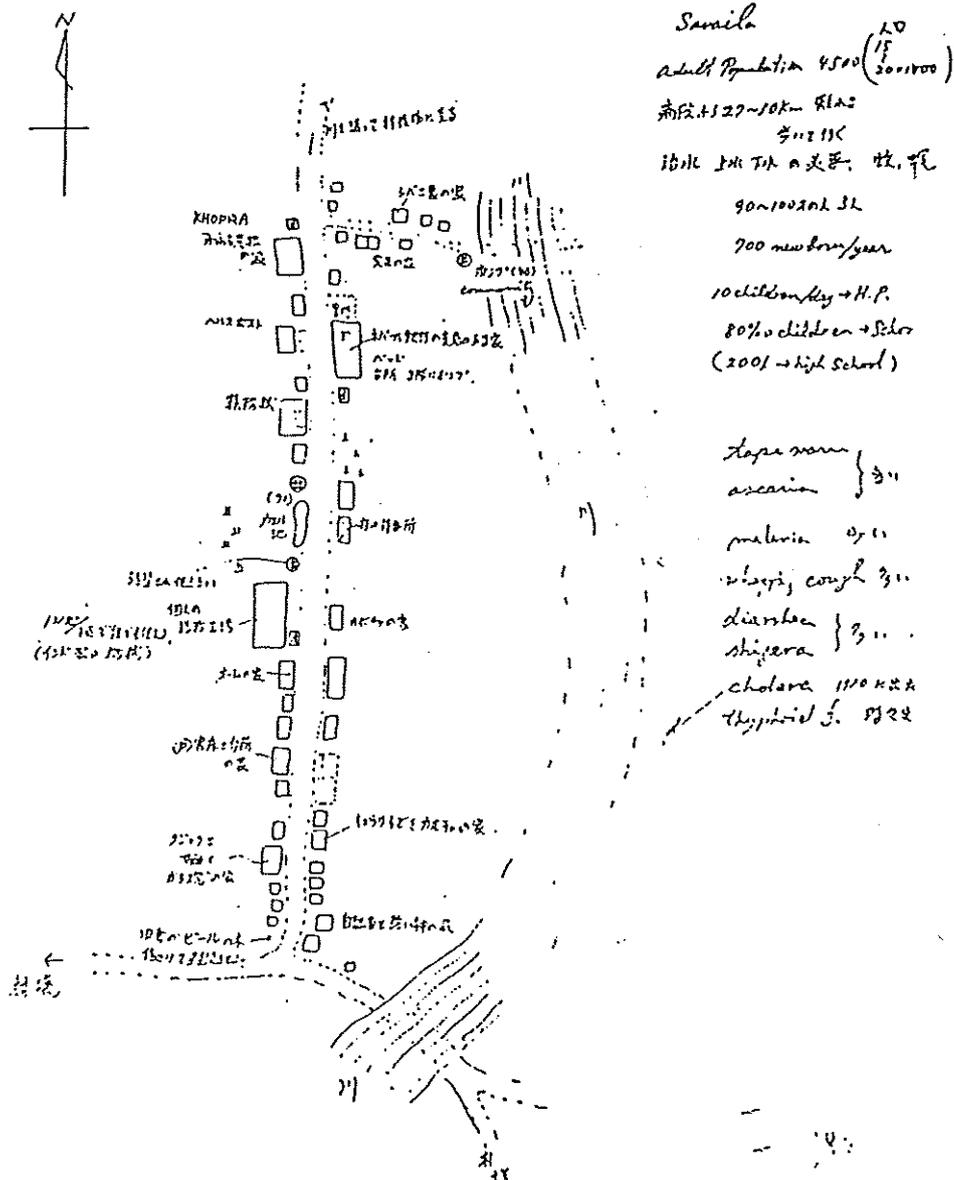


図 4-5 サバイラ村

同じく、サバイラでは成人人口約4,500(推定人口は15,000から20,000)、90歳以上の老人が3人いる。毎年700人程度子供が生まれており、1日平均10人の子供がヘルスポストを利用している。子供の就学率は約80%で、村はずれのhigh schoolにはこの村から200人通っている。村人は現状ではヘルスポストを有用だと思っているが、近くに病院のできることを望んでいる(ちなみに最も近い病院まで27-30km、必要な時は歩いて行く)。多い疾患は、下痢、赤痢、寄生虫(回虫、条虫)、百日咳であるが、コレラ、チフス、マラリアも時折出るといふ。ある人は、村を流れている蠅および蚊の繁殖する川を何とかしなくては行けないと主張していた。調査した三箇所の井戸について、一つ

の井戸を利用する世帯の数は平均55であった。

### (3) 考 察

ダヌーシャ郡はインドとの国境に接し、亜熱帯のタライ低地の広大な平原の中に位置する。雨季には川の水かさが増し、道路も寸断され様々な交通上の不便が生じるところである。ゴダールはその北部、東の郡境近く、交通の要東西ハイウェイ沿線に位置している。

今回の調査によるゴダールのヘルスクリニックの年間利用率は人口当たり平均2.4%である。この値が高いか低いか判断することは今回の調査だけではむづかしいであろう。例えばカブレ郡と比較してみると、単純な人口当たりの利用率そのものはおよそ1/12と低い、他のヘルスポストの管轄する村からくる患者の率は逆に高いことがわかる。今、地域ごとの有病率がもし既知であれば利用率の評価も可能であろうが、ネパールの医療統計の現状ではどう仕様もない。また、ここで逆に利用率のみからその地域の有病率を推測し比較することは地域の経済状況の把握なしには恐らく不可能であろうから、この点今後の調査結果がまたれる。そして、今後ダヌーシャ郡全域に渡ってのヘルスポストの機能の及ぶ範囲をみるためには、他の全ヘルスポストおよびヘルスクリニックでの調査がぜひ必要となるであろう。

次に、ダヌーシャ郡、ゴダールのチサパニヘルスポスト管轄の各パンチャヤートの人口当たりの年間利用率を比較すると当然ながら地理的な要因がかなり響いているように思われる。単に遠くなる程利用率が下がるだけではなく、例えば雨季のときヘルスポストまで遠く迂回する必要があると思われるバルマジアパンチャヤートの村のヘルスクリニック利用率はその距離に比しても小さいようにみうけられる。この点に関しては、より詳細な月別に集計する調査が待たれるところであるが、道路の整備や橋をかけるといったことがヘルスクリニックの利用率を上昇させるであろうことは十分予想される。ただ、ここで留意すべきは単純なことではあるが、ほとんど総ての人々が例外なく歩いて、抱かれて、または担がれてヘルスクリニックを訪れるという事実である。次にヘルスクリニックの所在するゴダールよりも隣村のラバトリのほうがヘルスクリニックの利用率が高くなっていたが、各々の村の経済状況や衛生環境が関与しているものと思われ、この点に関して現地に入っの調査が待たれるところである。

最後に、他の調査の可能性として、例えば患者の記録から形式的に疾病別分類を行うことは可能であろう。ただし、今回はダヌーシャのヘルスクリニックのサービスを見学するゆとりがなく、その質を直接評価したりカブレ郡と比較することはできなかったが、その記録に記載された病名をみる限り、おそらく普遍的な(国際分類のような)クライテリアにそって分類することは困難であろうと考えられる。

2) カブレパランチョーク郡

ダヌーシャ郡における調査と同様にヘルスポスト、ヘルスクリニックの機能を定量的に評価することを試みた。

現地のヘルスクリニックでは月毎の患者数を集計しているのみである。(表4-7~4-9)。そこで今回の調査では、個々のヘルスポストおよびヘルスクリニックの保健医療サービスの及ぶ地理的、人口的範囲を調査し、一種の地図の作成を試みた。即ち、何処のパンチャヤートから、一定期間に、延べどれだけの人々が各ヘルスクリニックを訪れているか図示する。

表4-7 Khopashi の Health Clinic の年間患者数の推移

	New		Old	
	male	Female	male	Female
1980~1981	4378	3009	942	663
1981~1982	4476	2451	972	601
1982~1983	4115	2868	833	551
1983~1984	3267	2603	721	660
1984~1985	3139	2697	729	755

表4-8 Nala の Health Clinic の月間患者数

(1985)	New(Male/Female)			Old( M / F )		
	0~4歳,	5~14歳,	15~	0~4歳,	5~14歳,	15~
Jan.	14/7	18/14	24/34	5/10	4/10	30/35
Feb.	9/9	9/11	41/48	6/5	6/5	38/45
Mar.	10/20	24/26	45/45	4/10	6/16	35/32
Apr.	32/17	35/16	65/71	26/12	15/14	37/53
May.	16/23	32/27	77/55	3/1	17/11	23/23
Jun.	17/24	29/34	94/57	2/5	9/12	56/33
Jul.	24/28	55/55	57/57	9/7	16/15	54/41
Aug.	41/43	73/64	91/92	23/9	77/50	84/85
Sep.	32/26	62/38	67/89	12/14	39/19	65/71
Oct.	33/23	57/37	74/98	17/15	34/19	57/75
Nov.	10/10	25/21	40/39	7/2	14/17	28/38
Dec.	20/36	25/15	31/52	6/6	9/12	37/45

出所) Nala ヘルスポストのカルテから集計

表 4-9 Panchkhal の mobile Health Clinic の月間患者数

( 1985 )	Number of Patients (Male/Female)			( Total )
	( 0 ~ 4 歳 )	( 5 ~ 14 )	( 15 ~ )	
Aug.	32/22	205/111	288/151	( 814 )
Sep.	29/13	204/ 43	238/101	( 625 )
Oct.	27/17	172/ 50	243/134	( 643 )
Nov.	7/ 9	45/ 18	102/ 53	( 234 )
Dec.	12/ 8	64/ 26	132/ 72	( 314 )

出所) Panchkhal ヘルスポストのカルテから集計

調査にあたって現場で働いているネパール人の協力を得て、既存の生データから新たな情報を組み立てる作業を進めたこともこの調査の特徴の一つである。

さらに付加的に今後の調査協力のため、ヘルスポストおよびヘルスクリニックを中心とした村の地図の収集ないし作成を試みた。

#### (1) 調査の対象と方法

##### (i) 調査地

まず、カブレ郡の各ヘルスポストおよびヘルスクリニックの所在地を地図上で確認し、次に、今回の調査で訪問した場所を地図上に示した(巻頭)。これらの地図は、ドウリッケル(Dhulikhel)のFP/MCH郡事務所で使用されていた地図をもとに、後により正確な地図を入手したのでその地図上に書きこんだものである。この中で調査地としてコパンおよびナラ(Khopashi and Nala)ヘルスポストに付属するヘルスクリニックとパンチカール(Panchkhal)の移動クリニック(mobile clinic)を選んだ。ヘルスセンターおよび他のヘルスポストでは時間的余裕等の理由でヘルスクリニックの患者記録が調べられず残念ながら調査できなかった。なお、コパンとナラではヘルスポスト周辺の地図の作成、集収を試みた。

##### (ii) 調査方法

1. ヘルスポストの職員にその管轄するパンチャヤートを列挙させ、所属するField workerたちによって報告されている各パンチャヤートの人口を聞く。ヘルスポストがそのデータを持っていない場合はFP/MCH郡事務所(FPO)の把握している数字をこれに代える。
2. ヘルスポストの職員にネパール語(一部は英語)で書かれているヘルスクリニックの患者記録の住所と、その所属するパンチャヤートを調べる。
3. 2と並行して、1985年3月-4月の1ヶ月間の患者数を各パンチャヤート毎に集計

- する。他のヘルスポストの管轄するパンチャヤートについては、Others としてまとめる。
4. 地図の上で各パンチャヤートの位置を確認する。
  5. 各パンチャヤートからの月間患者数，人口，ヘルスクリニックとの距離，地理的条件の関係を調べ，情報を記入した地図を作成する。
  6. ヘルスポストまたはヘルスクリニックで使用されている地図があれば写真を取る。無い場合は村を歩いてヘルスポスト周辺の絵地図の作成を試みる。

## (2) 結 果

### (i) コバシヘルスポスト

コバシヘルスポストの管轄しているパンチャヤートは，コバシ，スンタン，チャラール，バルタリ，サンクパリ，ブメダダ ( Khopashi, Sunthan, Chalal, Balthali, Sankupali, Bhumedanda ) の6つである。各々のパンチャヤートの人口，月間患者数，ヘルスクリニックとの距離 ( 各々のパンチャヤートの中心地と当ヘルスクリニックとの道にそった距離をヘルスポストの職員に聞いて平均距離と見做した ) ，地理的条件を表4-10および図4-6にまとめる。図4-6は，地図の上に，各パンチャヤートの人口，年間患者数を図示してみたものである。

各パンチャヤートの当ヘルスクリニック月間のべ利用者数対人口比は次のとおりであった。コバシ ( 7.2 % ) ，スンタン ( 2.4 % ) ，チャラール ( 1.0 % ) ，バルタリ ( 4.3 % ) ，サンクパリ ( 1.5 % ) ，ブメダダ ( 0.9 % ) 。尚，他のヘルスポストの管轄のパンチャヤートから来た患者の全利用者数に対する比は7.4%であった。このなかにはカトマンズ ( Kathmandu ) から来た患者もあったが，これは里帰り中との事であった。

表4-10 コバシ，クリニックの利用状況

パンチャヤート	人 口	患者数/1月*	距 離	コ メ ン ト
Khopashi	2767	200	1km	低い丘の上。
Sunthan	2940	72	3km	近いが，橋のない川を渉る。
Chalal	3495	35	7km	
Balthali	2413	104	2km	
Sankupali	3176	49	3km	田，畑，山を迂回して来る。
Bhumedanda	3040	27	9km	西の郡境。
Others	—	39	—	

出所) コバシH.P. のカルテより作成 人口; F.W. による1年前の調査

\*; March-April (1985)

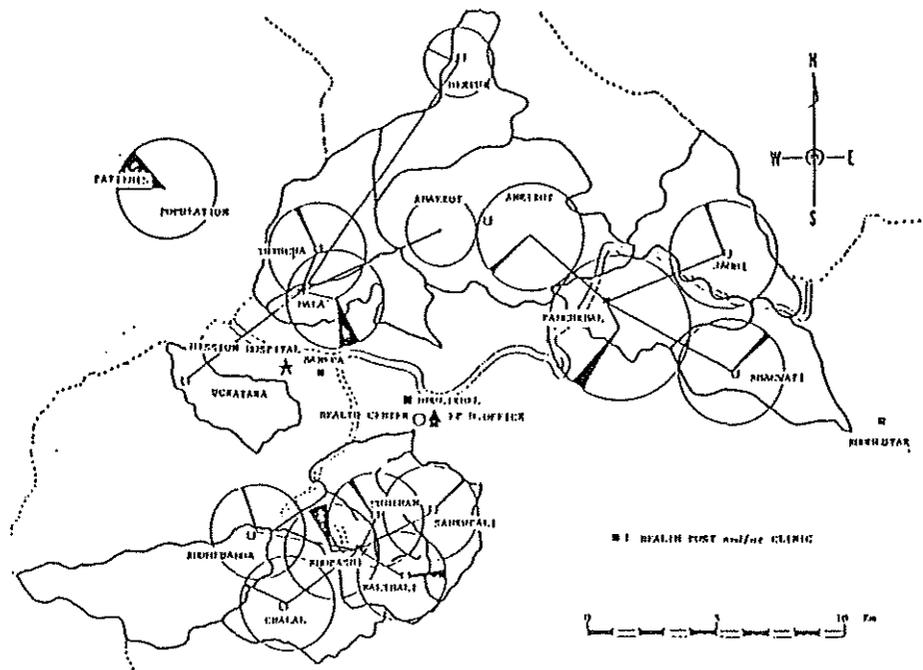


図 4-6 パンチャヤート別患者数  
(ヘルスクリニックの利用状況, カブレ)

(ii) ナラヘルスポスト

ナラヘルスポストの管轄するパンチャヤートは、ウグラチャンディ ナラ、ツクチャ ナラ、デルプル ナヤ、アネコットとウグラタラ (Ugrachandi Nala, Tukucha Nala, Derpur Naya, Anaekot and Ugratara) の5つであると聞いた。各パンチャヤートの人口、月間のべ患者数、中心地とナラヘルスクリニックとの直線距離、地理的条件を表 4-11 および図 4-6 にまとめる。ウグラタラの人口は得られなかった (地理的にも飛び地となっている。)。尚、ナラヘルスポストでは各パンチャヤートの人口が集計されていなかったなので、FPOの把握している数字をこれに代えた。

各パンチャヤートの当ヘルスクリニック月間延べ利用者数対人口比は次のとおりであった。ウグラチャンディ ナラ (7.1%)、ツクチャ ナラ (2.0%)、デルプル ナヤ (0.35%)、アネコット (0.0%)。尚、他のヘルスポスト管轄のパンチャヤートから来た患者の全利用者数に対する比は 1.6% であった。

表 4-11 ナラ, クリニックの利用状況

パンチャヤート	人 口	患者数/1月**	距 離	コ メ ン ト
Ugrachandi Nala	3200	227(255)	0km	山の麓。
Tukucha Nala	3022	59(80)	2km	山の裏側。
Derpur Naya	1710	6(8)	11km	山越または迂回の必要。
Anaekot	1500	0(3)	7km	山越または迂回の必要。
Ugratara	?	11(23)	5km	飛び地である。
Others	—	5(3)	—	—

出所) ナラH.P.のカルテより作成 人口; FPDOのDATAによる

\*\* ; March-April (April-May) (1985)

(iii) パンチカールヘルスポスト

パンチカールクリニックが管轄するパンチャヤートは、パンチカール、バグヴァチ、アネイコット、ジャムディ (Panchkhal, Bhagwati, Aneikot, Jamdi) の4つである。各パンチャヤートの人口、月間患者数、中心地と当ヘルスクリニックとの距離、地理的条件を表4-12および図4-6にまとめる。

各パンチャヤートの当ヘルスクリニック月間延べ利用者数対人口比は次のとおりであった。パンチカール (3.3%), バグヴァチ (1.6%), アネイコット (1.5%), ジャムディ (0.9%)。尚、他のヘルスポストの管轄のパンチャヤートから来た患者の全利用者数に対する比は16.7%であった。

表 4-12 パンチカール, クリニックの利用状況

パンチャヤート	人 口	患者数/1月*	距 離	コ メ ン ト
Panchkhal	6689	223	1km	平地の中。
Bhagwati	3227	52	7km	
Aneikot	3565	52	5km	highway が通っている。
Jamdi	3942	36	5km	highway が通っている。
Others	—	73	—	—

出所) パンチカールH.P.のカルテより作成 人口; P.W.による2年前の調査。

\* ; March-April (1985)

(iv) ヘルスポスト周辺の地図

次にコパシとナラにおいて作成を試みたヘルスポスト周辺の地図を図4-5および図4-6に示す。図4-6はナラ村調査のおり共に村を歩いたMr.Prakashがその存在を教えてくださいましたナラ村の地図をもとに加筆作成したものである。

また、パンチカールの移動クリニックでは村の絵地図を作って医療サービスに活用していた。

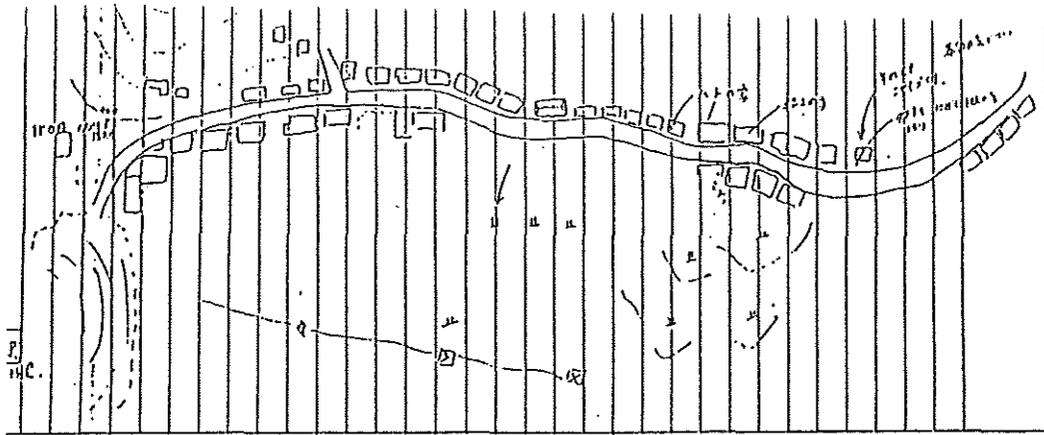
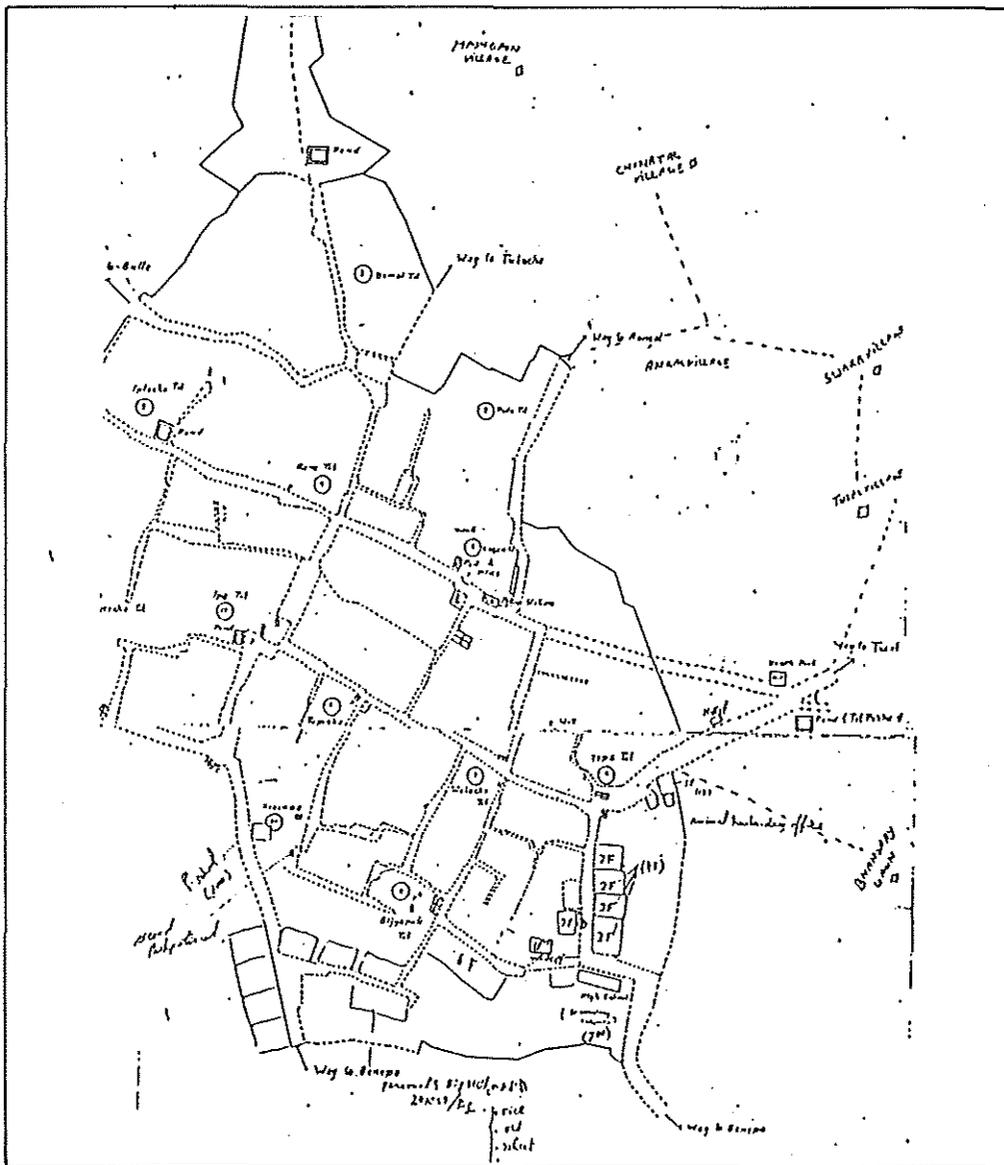


図4-7 コバシ：ヘルスポストとその周辺



出所) ナラ村

図4-8 ナラ：ヘルスポストその周辺

### (3) 考 察

カブレ郡はカトマンズ盆地の東郡山の手位置する起伏にとんだ土地である。ヘルスポストに向かう車の中から、まさに耕して天に至る段々畑や棚田の風景、そのはざまに白く輝くヒマラヤを眺望することができる。コバシヘルスポストはカブレ郡の中西部の郡境付近(カトマンズより)のパンチャヤートを、ナラヘルスポストは北西部(バクタブルより)のパンチャヤートを、パンチカールの移動クリニックは北中部のパンチャヤートを管轄している。コバシヘルスポストはなだらかな丘の上に、ナラヘルスポストは広い谷のなか山の麓に、パンチカールのクリニックは平地の真ん中にある。面白いことに、これらはすべて村の中ではなく、村はずれにあった(これはダヌーシャ郡ゴダールのヘルスポストも同じであった。)

今回の調査におけるコバシのヘルスクリニックの月間のべ利用率は人口当たり2.7%、ナラは3.1%(ウグラタラを除く。)パンチカールの移動クリニックでは2.1%、三者の平均が2.6%(S.E.;0.37)であった。これらの値をどう評価するかは難しい。これらの月間利用率はダヌーシャ郡ゴダールのヘルスクリニックの年間利用率にはほぼ匹敵するが、この二郡の経済的背景、衛生環境、罹病率等の調査結果を待たずに結論を下すことは避けたい。同様にカブレ郡の三つのヘルスクリニックの間の比較も単純ではない。例えば、パンチカールのクリニックは、常設でないために人口当たりの月間利用率が他のヘルスクリニックより低くなっているが、管轄外から来た患者の占める率は最も高い。また、ナラのヘルスクリニックの利用率は平均では最も高い値を示しているが、その利用者の住むパンチャヤートは極めて偏っており、その殆どが二つのナラからである。これはデルブルナヤ、アネコットからナラのヘルスクリニックが遠いのに加えて山を越えるないしは迂回する必要があるためと思われる。この点、パンチカールのクリニックは平らなところにあるためか比較的用户の偏りが少ない。

今回の調査ではバネパ(Banepa)、ドゥリッケル、ブムルタル(Bhumlutar)のクリニックの調査ができなかった。今後カブレ郡全域に渡ってのヘルスポストおよびクリニックのサービスの及ぶ範囲をみるためには、ぜひこれらのヘルスクリニックを調査する必要がある。

最後に、パンチカールの移動クリニックでは、ICDに乗っ取った患者の疾患別集計を行っていたことを報告しておく。

### 第三節 モデル地区における訪問調査

#### 1) ダヌーシャ郡

##### (1) 村落の抽出方法

ダヌーシャ郡の訪問調査にあたっては、医療サービスの受け手側にとって次の点が考案された。

- ① ジャナカプールに近いヘルスポストでは、医療サービスが不十分なヘルスポストよりも、ジャナカプールにある医療施設を利用する傾向にある。ジャナカプールには、ジャナカプール病院（50床）をはじめとし、開業医、薬局等多くの医療施設がある。従ってヘルスポストの利用度は低いと思われる。
- ② ①とは逆にジャナカプールから離れた所では医療施設としてのヘルスポストの果たす役割が大きいと思われる。
- ③ 2つのヘルスポストの中間に位置する村においては、距離的問題からヘルスポスト以外の医療施設を利用する頻度が高いと思われる。以上3点に従って選ばれた村は、

①については、Ramdaiya村の4世帯、②についてはSabaila村の7世帯、③についてはBarmajhiya村の1世帯である。世帯数が少ないのは、今回の調査が短期間であるためである。また今回用意した質問票は、次回調査のための留意点をみるための予備調査の性格をもち世帯は任意に抽出された。

以下ではFPOにより用意された各パンチャヤートの人口と調査村の位置、訪問調査結果について述べる。

##### (2) 訪問調査結果

###### (i) Ramdaiya村, Ramdaiyaパンチャヤート

人口；4,122, 世帯数；754, 不妊手術数；161, 調査世帯数；4

〔位置〕 ジャナカプールから12km。

Mhenagarヘルスポストの管轄区域

〔訪問調査結果〕

訪問調査結果は、表4-13に示した通りである。調査世帯は、土地所有面積に従って、8ビガ、3ビガ、0.3ビガと商売（物売り）をしている世帯である。ネパールの面積の単位は地方によって異なるが、ジャナカプールでは1ビガ0.7haである。はじめの調査対象農村抽出の際に予想した通り、ジャナカプールに近いRamdaiyaでは、ヘルスポストの利用度は低く、調査した世帯ではヘルスポストはほとんど利用されていない。

表 4 - 1 3 訪問調査結果, Ramdaiya

		㉑	㉒	㉓	㉔
家族数 ( )内は子供数		8 (4)	5 (3)	7 (2) 兄妹と同居	6 (4)
職 業 ( )内は土地所有面積		農業 ( 8 ビガ )	農業 ( 3 ビガ )	大工 土地 ( 0.3 ビガ )	商売 ( 炒り米を売る )
教 育	夫 妻 男子 女子	識字のみ 文盲 学齢に応じた教育 なし	4年終了 文盲 学齢に応じた教育 なし	なし なし 学齢に応じた教育 -	なし なし 学齢に応じた教育 なし
給 水 源		個人井戸	共同井戸	共同井戸	共同井戸
ト イ レ		無	有	無	無
ヘルスポストの利用		利用しない 病気の時はジャナカ プールの開業医, 重 病の時はインドへ	利用しない ジャナカプールの病 院利用	利用しない 病気のときは Ayurvedic医師の診 断をうける。	利用しない H.Pで働いている 兄から薬をもらう。
妊産婦検診		なし	なし	なし	なし
出 産		家	家	家	家
乳児死亡		2	1	1	なし
家 族 計 画	方 法	男子不妊手術	コンドーム	女子不妊手術	女子不妊手術
	情 報 源	10年前, 巡回キャ ンプの時	P B H W の訪問によ る。	村の不妊手術キャン ペーンの時	P B H W の訪問によ る。

家族計画については、PBHW活動、巡回キャンプの果す役割が大きい。教育水準が低く、広報紙、新聞等を読むことがなく、また貧しいため、ラジオ等の情報に接することが少ないこれらの村人にとって、PBHWの訪問による家族計画受容の誘引効果は大きいと思われる。

一方母子保健についてであるが、妊娠をしてから出産するまで、医師の診断を受ける習慣はほとんどない。出産の立会いは村内の助産婦 ( Traditional Midwife ) に頼み、不在の場合は家人が立ち合う。わずかな訪問調査の結果からではあるが、妊産婦の健康管理、医療サービスはあまり行き渡っていないようである。

給水源については、土地所有面積 ( ここでは経済的基盤の1指標としてとらえてよいと思うが ) によって差がある。土地所有面積8ビガの世帯では個人井戸を所有している。ダヌーシャ郡における1人当たり土地所有面積は0.21ha<sup>6)</sup>であり、この水準と比較すると上記㉑、㉒の世帯は、平均以上の土地を所有している。

訪問調査の際、何人かの村人がついてきたが、女子はバルダ<sup>7)</sup>の習慣から家の一隅にひきこもってしまい、直接面接調査をすることがむずかしかった。また表から明らかかなように、男子と女子には明らかに教育を受けさせる段階で区別がされている。㉑世帯では、女子は早婚のため高い教育は必要がなく、たとえ勉強のためとはいえ

ども外へは出したくないとのことである。ここで留意すべきことは女子教育の水準の低さが必ずしも経済的問題に起因していない点である。先に示したように調査した世帯は、ダヌーシャ郡平均からみても富裕な階層であるが、女子教育については、保守的かつ閉鎖的である。

さらに結婚年齢について留意すべきであるのは、幼児婚による結婚年齢が必ずしも実質的な結婚生活の開始を意味しないことである。結婚後もしばらくは別居の形態がとられるため、結婚年齢をそのまま再生産年齢の開始をすることは早急である。この点は女子の結婚年齢を聞く際に留意すべきことである。

### (ii) Sabaila 村, Sabaila パンチャヤート

人口：5,957, 男：3,065, 女：2,892, 世帯数：952, 不妊手術件数：145, 調査世帯数：7

#### 〔位置〕

ジャナカプールから車で2時間、幹線道路5.8km, さらに村道に入り3.0kmの所にある。村道は乾季のためスリップしやすく運転しにくい。村に入る時は、乾季で水量の少なくなった川床を利用し入った。FP/MCHサービス提供上の問題として雨季6月から9月は水量が増すため訪問するのは、困難であるとのことであった。

#### 〔主な施設〕

ヘルスポスト：1, FP/MCHクリニック, サブセンター, Ayurvedic 診療所はあるが、農繁期であり、無人であった。

教育施設：小学校：1, 中学校：1, および農業銀行

#### 〔訪問調査結果〕

Sabaila村においては、ネパール側カウンターパートに4世帯の訪問調査を依頼したので計7世帯のサンプルを得た。Sabaila村はカーストによる住み分けが行われている。Sabaila村の地図はすでに第二節(図4-5)で示したが、ヘルスポストからみると南側が、靴作り、農業労働者を含む低いカースト、北側が地主等を含む高いカーストの居住区域になっている。今回調査した7世帯のうち6世帯は、農業に従事しており、内3世帯が土地所有自営農業、残り3世帯は、農業労働者であった。ネパール側カウンターパートに依頼した訪問調査は、事前の説明不足もあって、いくつかの記入漏れがあったが、比較可能な項目を選ぶと、土地所有者と農業労働者間には、表4-14のような相違がみられる。Ramdaiya村の調査でも明らかなことであったが、土地所有面積によって、個人井戸所有の有無、予防接種の考え方、医療受け入れ等に相違がみられる。すなわち富裕な階層の方が医療、予防接種等を受け入れている。ジャナカプールから離れたSabaila村では、Ramdaiya村にみら

れた程PBHWの活動効果を聞くことはできなかった。Sabailaヘルスポストには、FP/MCHの側からは2人のヘルス・エイドが配属されている。彼らの活動は、週1日は、ヘルスポストで、FP/MCHクリニックの診療にあたり(平均45人来患)、残りは、他村での戸別訪問にあっている。

表4-14 訪問調査結果, Sabaila

	土地所有者	農業労働者
電 気	なし	なし
ト イ レ	14ビガ:トイレあり 其他なし	すべてなし
給 水	個人井戸所有	共同水道, 共同井戸
出 産	14ビガ:医療機関 5ビガ:家/Lady H.W. 3ビガ:家/A.H.W.	家/Traditional Birth Attendant
予 防 接 種	14ビガ: Small Pox, BCG 3ビガ: DPT 5ビガ: 自分の子供にはでき なかったが, 孫には うけさせたい。	なし
家 族 計 画	1世帯のみ不妊手術 (但し3男2女)	なし
購 入 場 所	食糧: 村内 其他: 近隣の町	村内のみ 衣類等は, 地主から与え られる。
ヘルスポスト	時々利用。但し重病のときは, Janakpur 病院を利用	利用経験1度 投薬されるものがいつも 同じ。開業医に頼む

(iii) Barmajhiya村, Barmajhiyaパンチャヤート

人口: 3,667, 男: 1,967, 女: 1,700, 世帯数: 707, 不妊手術件数: 78

〔 位 置 〕

Godarヘルスポストから4km, Sabailaヘルスポストから5kmの位置にある。幹線道路から徒歩で2時間。

〔 主 な 施 設 〕

村内に小学校1

〔 訪 問 調 査 結 果 〕

Barmajhiyaでの訪問調査は1世帯であったが, Ayurvedic 医師にインタビューした結果, また最小行政区の長であるパンチャヤートの長(Panchayat Pradhan), 及び事務官(Panchayat Secretary)のインタビュー結果をまとめた。Ayurvedic 医師への質問は, 2つのヘルスポスト間にある村における医療サービスを受け手の対応を知るのに重要であった。また, Panchayat Secretaryへの質問は最小行政区

におけるデータ収集システム（ここでは、出生、死亡届であるが）を知るのに重要であった。

① Ayurvedic医師, Sakldo Prasad Singh氏に質問

S.P.Singh 医師はインド生まれであり、ビハール州パトナの Ayurvedic College で1951年学位を得た。1954年 Barmajhiya 村からの要請を受け開業、15年前にネパール国籍を得た。現在の診療対象区域は10～11ヶ村におよんでいる。

1日の患者数は10～15人、6～7km離れた所への住診も行っている。医薬は分業されており、薬は2km離れた Ragnatpur の薬局で入手する。診察料は10Rs.である。Singh医師によれば、村民の半数はヘルスポストを利用し、残り半分は自分のクリニックを利用しているとのことである。彼によれば、ヘルスポストの医療体制は不十分であり、重病の場合は、ジャナカプール病院または市内の開業医に送るとのことである。

Singh氏の家族構成は、3男4女、結婚した2人の娘は別居している。子供の学歴について、男子は学齢に応じ大学レベルまで、女子は中等教育までである。ダヌーシャ郡の他の世帯と比較すると、Singh医師の場合は女子にも教育の機会を与えている。教育水準の向上からいえば、子供の教育に関し、特に決定権をもつ父親の役割が大きいと思われる。

② Panchayat Pradhan, Ramendradeep Dhakal氏に質問

当選1回の Dhakal氏は、Barmajhiya村の問題は雨季 Charnath川氾濫による洪水対策であるとのことである。

③ Panchayat Secretary, Jainandan Dubey氏に質問

Dubey氏は1981年センサス時に集計官として訪問調査を行った。調査に先立って District Panchayatから指導を受け、1971年センサスを照合しながら訪問調査を行なった。1世帯の調査に要した時間は20分程度であったとのことである。

（動態統計について）

Barmajhiya村で4ヶ月前から Vital Registration System を導入した。現在（1985年12月）までの出生届出数は5（但し、Singh医師によれば、過去4ヶ月間に15～20の出産があったとのことである）第二章ですでに述べたことであるが1984年ダヌーシャ郡の出生届数は、7,885であり、これによると粗出生率は18.23%である。第二章で示されたように、各サンプル調査によればネパール農村における出生率は40%前後であり、これから考えると出生届をした人の数はおよそ3分の1程度である。Singh医師の観察が正しいとすると Barmajhiya村の出生届数

は実際の出生数の3分の1から4分の1であると考えられる。この結果はほぼダヌーチャ郡全体の出生届出状況を反映している。出生届をする人は、市民権の欲しい人、または富裕な階層だけである。市民権は、政府関係の職業に従事する場合、または土地の登記等に必要である。すなわち、これらに関係する人は、教育水準の高い人、または富裕な階層の人ということになる。従ってこれらに属さない人の場合は、出生届をしない場合が多い。現在、罰金等に関しては、登録（35日以内）の遅れに対し、1Rsを支払うだけである。

#### ④ 世帯訪問調査結果

今回訪問調査をしたのは、土地を25ビガ所有する地主である。法律では禁止されているが2人の妻を持っている。最初の結婚では7年間子供が生まれなかったため再婚をしたが、その後両方の妻に子供が生まれはじめた。第一夫人は三男三女、第二夫人は一男一女であり、現在すべて同居している。財産継承が男子であるネパールでは、子供ができないための再婚のケースがある。今回の調査世帯は、特に大地主でもあり、財産継承上の問題から再婚したためと思われる。家族計画に関しては12年前巡回サービスの時に男性不妊手術を行った。

### (3) 訪問調査上の留意点

調査を行なう場合 Barma jhiya 村で Panchayat Secretary にインタビューし、村の概略を得ることができたように、要になる人へのインタビューを通して、村の概略、情報収集のシステムを知る必要がある。

具体的な調査項目については、夫に質問する事項と妻に質問する事項を分ける必要がある。例えば、居住条件、資産、情報源、開発問題については夫に、一般的な健康、母子保健等については妻に質問する方がより正確な回答を得ることができる。

年齢を聞くときはいくつかのチェック・ポイントを設け確認しながら質問を行なう。例えば、世帯主及び妻の年齢を聞いた後、結婚年齢及び何年前の子供であったかを確認する。この際、すでに述べたが幼児婚の習慣と実際の結婚年齢の相違に留意する。さらに出産年齢の低すぎる場合、現在の年齢の再確認をする。教育水準に関しては、学齢と学年が合わないことがある。この場合は落第によるものか、年齢が間違っているかどうか確認する。

届出制度の徹底がされていないネパールにおいて年齢の確認は最もむずかしい事項である。ESCAPのレポートによれば、生年月日を知っている既婚女子は13%にすぎない<sup>8)</sup> 上記のような質問項目を設け実際年齢に近いデータを得ることが必要である。

## 2) カブレパランチヨーク郡

### (1) 村落の抽出方法

カブレパランチヨーク郡では、すでにナラ村が、FP/MCHプロジェクトのパイロット地区として指定されている。従って今回の調査では、ナラ村とナラヘルスポストの比較対象として、Khopasi, Panchikhal 両ヘルスポストとその周辺農村が選ばれた。

### (2) 訪問調査結果

#### (i) Nala村, Nalaパンチャヤート

人口；3200人

Ugrachandi Nala村, Tukucha Nala村から構成される。

調査世帯数：3

#### 〔位置〕

Banepaから車で30分

道路は整備されていないが、Banepaから入る道の三分の一は、村の共同作業によってつくられた道である。Health Centerまでの距離7km, シュリー記念病院までの距離4km

#### 〔主な施設〕

ヘルスポスト 1, 小学校 1, 中学校 1。

ヘルスポストを維持するために、17人より構成される委員会がつけられている。

ヘルスポストがカバーしている人口は、32,000～40,000である。

主な村

Ugrachandi Nala村

Tukucha Nala村 ..... 2km

Devpur村 ..... 10km

Chhap Panchayat, Bhaktapur ..... 4km

Janagal村, Ugratara Panchayat ..... 3km

#### 〔調査結果〕

Nala村は、ネワール人により構成される合同家族が多く在住する村である。特徴的であるのは、レンガ造りの3階または4階建ての家屋である。この建物の内部は、1階は主として家畜用、またはそれらの飼料用として使用されている。2階及び3階は寝室と収穫した穀物が置かれている。最上階は、「火」を神聖なものと考えているため、「火」を使う所である台所がある。

〔訪問調査結果〕

調査した3世帯は、それぞれ合同家族（Joint）または、直系家族（Stem）とよばれる家族形態である。Stemの場合は、基本的家族が直系親族3世代によって構成され、Jointの場合は、既婚兄弟2世帯以上を包含する家族形態である。Jointであった2世帯とも親の職業は、弟の方に継承されていたが、少ないサンプル数をもってナラ村全体に適用することは、不可能である。短期間であったのでこれを調べることはできなかったが、少なくともJoint家族の兄弟の間では、台所は別になっている。

表4-15 訪問調査結果，Nala村

	調査世帯①	調査世帯②	調査世帯③
家族形態	Joint	Joint	Stem
家族数	17人 (子供数 9)	22人 (子供数 18)	7人 (子供数 4)
結婚している世帯	3組	2組	1組 (母親は寡婦)
教育	夫、記載なし 妻、文盲、子供 学齢に応じて	両親文盲 子供 学齢に応じて	長男、中等教育 次男、字がよめるのみ、農業
職業、土地所有	僧侶、8 ไร่	農業、55 ไร่	農業、12 ไร่
情報源	新聞、ラジオ	新聞、ラジオ	時々、ラジオ
乳児死亡	2回	3回	なし
出産場所	家（1人は病院）	家(Traditional Midwife)	家( 家人、Traditional Midwife)
予防接種	Small Pox, DPT Polio, BCG	DPT, Polio	DPT (1人のみ)
給水源	共同	個人	共同
家族計画	回答なし	回答なし	女子不妊手術

表4-15に示された通り上記3世帯とも電気はあるがトイレはない。電気代は1ヶ月15Rs位とのことであった。調査された3世帯のうち2世帯は比較的裕福であり、子供の教育についても学齢にあわせて小学校から大学レベルまでの教育をうけている。ここではダヌーシャ郡の訪問調査結果では得られなかった、情報源について新聞があげられている。情報については、ラジオもなく、新聞をよむことができない世帯では、口コミの情報の占める位置が大きい。したがって、家族

計画及び母子保健サービスについては、フィールド・ワーカーの訪問や巡回サービスの提供が有効であると考えられる。

(ii) Khopasi村, Khopasiパンチャヤート

人口 2,336, 調査世帯2

〔位置〕

ドリックルから10kmほどのところにKhopasiよりやや大きいPanarti村がある。Panartiをすぎると橋のない川があり、これを渡って2kmほどのところが、Khopasiである。Khopasiは小規模であるが、水力利用および養蚕プロジェクト等が入っている。

〔主な施設〕

ヘルスポスト, FP/MCH クリニック  
 小学校1, 中学校1, 高校1, 英語寄宿学校1。

〔訪問調査結果〕

調査した2世帯の主な事項は表4-16に示す通りである。

表4-16 訪問調査結果, Khopasi村

	①	②
子供数	2	7
職業と土地所有	農業 / 7ロパニ	公務員, 農業 / 22ロパニ
出産場所	家(家族)	家 / 2人は病院
給水源	共同井戸	飲料水 / 共同井戸 洗濯・水浴 / 個人水道
予防接種	DPT, Polio, BCG	DPT, Polio, BCG, Small Pox
家族計画	5年前に手術	なし

調査世帯①は、世帯主は、公務員であり、22ロパニの土地は、夫と妻のそれぞれの母親と妻また、農繁期には、農業労働者(1日20Rs)を雇って耕作している。子供は、1男5女であるが、男の子が生まれたので、家族計画の巡回キャンプがあれば、不妊手術を受けたいと思っている。家族計画についての情報は口コミで得ている。長女は16歳であり、学齢にあった教育をうけている。共同井戸からの水汲は、1日2~3回であり、子供達の仕事である。ヘルスポストまでの距離は、1kmたらずであるが、医師、医薬品ともに村内では不十分であるため、病気のときは、

カトマンズの病院までいく。

(iii) Tamagha 村, Panchikhal パンチャヤート

人口 5,699

〔位置〕

ドリケッケルから10 Km, 道路は整備されており, Panchikhalに至るまで舗装されている。

〔調査結果〕

Panchikhal ヘルスポストは, 4つのパンチャヤートをカバーしている。それぞれのパンチャヤートの人口は表4-17に示す通りである。

表4-17 Panchikhal ヘルスポスト管轄のパンチャヤート人口

パンチャヤート名	人口	世帯数	村落数	F.P.O(1)
Panchikhal	6,689	1,161	23	5,699
Hoksey	3,327	509	19	2,600
Anekat	3,565	623	21	1,500
Jyandi	3,924	747	24	2,914

注1) Family Planning Officer によって提供されたもの。  
他は、ヘルスポスト管理責任者によって提供されたもの。

表に示した通り、ヘルスポスト管理責任者によって提供された数字と Family Planning Officer によって提供された数字には、相違がみられる。前者は、フィールド・ワーカーまたは、診療をうけにきた患者のカルテをもとに作成されたものであり、後者は、1981年センサスを基礎に改編されたパンチャヤート数に従って F P O により作成されたものである。各ヘルスポストが管轄する人口の把握は困難なようである。各ヘルスポストでは、フィールド・ワーカー等の訪問調査をもとに各村ごとの人口把握につとめている。人口把握については、郡レベルでは、次のようなことがおこなわれている。

- ① 選挙のときに準備される Voters' List
- ② センサス時に集計された人口
- ③ 各ヘルスポスト、フィールド・ワーカーの報告をもとに F P O でつくりつつあるリスト

提示された人口は、いずれも公式なものではないので、検討の必要があろう。

〔訪問調査結果〕

インタビュー調査をした世帯は、夫35歳、妻28歳で2人の女の子がいる。夫の

母親と同居している。家屋は2階建，2部屋あり，1階は，家畜用である。土地は，7～8ロバニであり，土地からの収益だけでは不十分であり，不足分は，農業労働者として働くか，または牛の乳を売って補っている。

家族計画については，現在子供が2人とも女子なので男子が誕生するまで実行する予定はないとのこと。出産は自宅で行い，2人とも母親がとりあげた。予防接種については，巡回サービスのとき，フィールド・ワーカーの訪問をうけ子供に予防接種をうけさせたが，その種別はわからないとのことであった。ヘルス・ポストの利用は一度だけであり，その診断は，子供を清潔にしておくようにといわれた。重病のときは，バネパ病院を利用している。

### (3) 訪問調査上の留意点

ナラ村の多くの世帯が合同家族により構成されているために，世帯員数は20前後になっている。しかしながら同居している世帯の区別は，「かまど」が同一であるかどうかによって可能である。今回の調査世帯では，弟が家業を継いでいたようであるが，家族内での役割分担を質問する項目および，家族形態についての質問項目を設けたのちに，家族構成を聞くような質問構成が望ましいように思われる。またその時には，子供の世話，教育についての負担，また農業を営んでいる場合にはその役割分担，協力体制についての質問項目を付け加える必要があると考えられる。ダヌーシャ郡では女子教育についてかなり保守的，閉鎖的な意見が多く聞かれた。この状況と比較するとカブレ郡の教育水準（女子）は，幾分高いように思われる。しかしながら，教育の絶対的水準は低く，情報源についても，ダヌーシャ郡同様不足している。このような状況下では，口コミと巡回診療キャンプ，フィールド・ワーカーの訪問が，家族計画，母子保健に寄与するところが大きいと考えられる。最終目的としてあげられた9指標（付表1参照）のうち，妊産婦検診，幼児検診および予防接種件数についての効果測定を行う際にも，上記の活動状況を調べる質問項目を用意する必要がある。

脚注)

- 1) Central Bureau of Statistics, Population Census 1981 Social Characteristics Table, Vol.I, Part II, 1984.
- 2) Aryal, Deepak and Others eds, Nepal District Profile A Districtwide Socio-Techno-Economic Profile of Nepal, National Research Associates, 1982, Kathmandu, P167.
- 3) 国際協力事業団，「ネパール家族計画プロジェクト事前調査団報告書」1985年6月。
- 4) タライ地区はマラリア汚染地区であり，これがタライ地区における死亡率を高めていた。1958年12月に事務局の活動が開始され，個別訪問により，マラリア撲滅運動

にあたった。ダヌーシャ郡では、95の事務所がおかれ、フィールド・ワーカーは、最盛期には1日100世帯あたり戸別訪問をした。マラリアのフィールド・ワーカーが訪問した際には各家の壁面にそのマークが記されることになっている。この活動は1969年位までがそのピークであり、現在は、マラリア患者がいる世帯のみを調べているにすぎない。戸別訪問調査はかなり綿密におこなわれたようであり、その頃のデータは信頼性があるようであるが、残念ながらあまり活動をしていない現在は、ここからデータを得るのは無理なようである。(MEOの活動についてはMr. Kaladhar Jha, MEO, Dhanushaへのインタビューによって得たものである)

- 5) Nepal FP/MCH Project, Nepal Contraceptive Prevalence Survey Report 1981, P123.
- 6) Aryal, Deepak & Others, 前掲書, P. 162.
- 7) パルダ (Parda) は、元来「幕, カーテン」の意味のベルジャ語である。ここから派生して、女の人を隔離する習慣の意味に使われている。
- 8) ESCAP, Population of Nepal, 1980, P198.

## 第五章 訪問調査の有用性



## 第五章 訪問調査の有用性

### 第一節 過去の標本抽出調査

#### 1) 調査内容

今回ここで紹介する過去の訪問調査は、本調査の際に入手した標本調査のうち、調査目的、サンプリング方法、調査員、運営費ともに明記されているものを選んだ。1974/75年の標本調査については、すでに第二章で紹介したので、本章では1976年世界出生力調査(WFS)プロジェクトによるNepal Fertility Survey(NFS)、FP/MCHプロジェクトが、Westinghouse Health Systemの援助を得て、1981年に行ったNepal Contraceptive Prevalence Survey Report(NCPSR)の2つのサンプル調査について紹介する。それぞれの調査の調査目的、調査内容、調査方法サンプリング方法、調査員数、運営費については、表5-1に示した通りである。

NFSについては、出生力水準を調べる調査としては、ネパールで始めて、全国レベルで行われたものである。従って出生力水準についての正確な基礎データを得ること、人口調査を行うにあたっての基礎訓練をこの標本調査を通じて行うこと及びFPプログラムの評価のために出生力について信頼にたるデータを補うこと等が目的になっている。これはすでに、各センサスおよび人口標本調査について述べてきたことであるが、動態統計については、届出もれが多い。WFSプロジェクトはこれらの人口統計上の欠点を、より広範な再生産行動に関する調査とスタッフの訓練、指導を通じて補おうとする意図を持っている。

1981年に行われたNCPSRについても、ほぼNFSの調査目的、調査方法を踏襲した形をとっており、さらにFP/MCHの運営に必要な情報—家族計画の徹底していない地域の確認、将来需要の推計、第三章、第四章で述べられた家族計画の動機付けをするために導入したPBHWの効果測定等—が加えられている。NCPSRについては、FP/MCH主導により実施されているだけに、政策の立案と実行に資するための多くの調査項目が含まれている。すでに明らかにされたようにラジオ等の普及率が低く、また新聞等を読む機会の少ないネパールにおいて、PBHWの効果測定は重要な課題である。

出生力調査である上記の標本抽出調査は、対象にされたのは、再生産年齢にある15～49歳の既婚女子である。標本は、この年齢階層の女子を含む5,000世帯である。各々の母集団は、NFSについては、1971年センサス、NCPSRについては1976年の中間センサスの人口を基礎としている。サンプリング方法については、都市部と農村部については、全国レベルでの比率に従って層別抽出している他は、表5-1に示した通りの抽出方法である。

NFSの調査員は、監督者については、大学院で人口学または統計学を研究したもの、現地

表 5 - 1 NFS, NCPSR の調査内容

	WFS: Nepal Fertility Survey 1976	NCPSR ① 1981
調査目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 出生力のバリエーションの規則性</li> <li>- 人口調査方法を教える</li> <li>- 地理的条件による格差と国全体の出生力水準の比較</li> <li>- KAP 調査の評価と必要データの整備</li> <li>- ネパールのスタッフ国際的プロジェクト参加の機会を与える</li> <li>- プライマリ・レベルの訓練</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ネパールの家族計画の立案、評価に必要なデータ提供</li> <li>- FP/MCH プロジェクト・スタッフの訓練</li> <li>- 今後、定期的調査を行うためのプロジェクト・スタッフ能力向上</li> <li>- ネパールの避妊知識の普及と利用法の決定</li> <li>- 母集団の特性と避妊法に関する情報入手</li> <li>- 農村部の家族計画普及のためのメディアに関する情報入手</li> <li>- 家族計画の徹底している地域を確認</li> <li>- 家族計画の将来需要の推計</li> <li>- PPIHW 導入後の効果測定</li> </ul>
調査内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nuptiality</li> <li>- cumulative fertility</li> <li>- timing of the 1st birth and fertility in the 1st five years of marriage</li> <li>- current fertility</li> <li>- infant mortality and family size</li> <li>- proportion of women wanting no more children</li> <li>- preferences for the sex of the next child</li> <li>- additional number of children wanted</li> <li>- total number of children wanted</li> <li>- breast-feeding in the last closed interval</li> <li>- knowledge of contraceptive methods</li> <li>- socio-demographic differences in knowledge of contraceptive methods</li> <li>- ever-use and current-use of contraception</li> <li>- socio-demographic differences in ever-use and current-use of contraceptive methods</li> <li>- intended future use of contraception</li> <li>- length of birth intervals and contraceptive use</li> <li>- knowledge and use of contraception as related to fertility preferences</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- current fertility</li> <li>- current pregnancy</li> <li>- cumulative fertility</li> <li>- living children</li> <li>- desire for additional children</li> <li>- desired sex of future children</li> <li>- sex preference for future children</li> <li>- number of additional children desired</li> <li>- desired family size</li> <li>- differentials in desired family size</li> <li>- time for next child</li> <li>- overall knowledge of contraception</li> <li>- knowledge of specific family planning methods</li> <li>- differentials in family planning knowledge</li> <li>- number of methods known</li> <li>- trends in the level of contraceptive knowledge</li> <li>- ever use of contraceptives</li> <li>- current use of contraceptives</li> <li>- comparisons of current users and non-users of contraceptives</li> <li>- current use by specific methods</li> <li>- reasons for not using FP methods</li> <li>- intentions for future use</li> <li>- knowledge of a source for FP methods</li> <li>- types of sources for specific FP methods</li> <li>- mode of transportation</li> <li>- perceived time to reach source</li> <li>- perceived convenience of the source</li> <li>- comparisons between users and non-users of modern contraception</li> </ul>
調査対象 (サンプル数)	15~49歳、既婚女子5000人	15~49歳、既婚女子5000人
サンプリング方法	1971年センサス人口と母集団との75郡と33郡のsystematic抽出 抽出された郡の2 panchayatを抽出 人口と世帯数の比例1 panchayatあたり1.5 wardsを抽出 都市人口比率に応じて、サンプルの4%を都市人口から抽出	1976年中間センサス人口と母集団との75郡と33郡のsystematic抽出 各郡ごと、town panchayatを除きsystematic抽出 抽出された2 panchayatsを抽出。 word内の世帯数に応じて1 panchayatあたり2 wardsを抽出 33郡とtown panchayatは各郡13(1郡は2 town panchayatを含む)計14 panchayatの農村部と同様の方法でwardを抽出し、都市サンプルの比率は、1/111である。
調査員数及び資格	4 supervisors (3: graduate training in demography 1: m.sc in statistics ) 17 field supervisors (B.sc degree) 15 field editors & 65 interviewers (KAP, NFS の経験者)	central staff: 7 field supervisors : 12 (修士と同等) interviewers: 55 (内女子18)
運営費	Rs. 1,271,787 (121,123\$) ネパールの政府 : Rs. 159,840 カリフォルニア大学 : Rs. 55,198 USAID : 残り	Rs. 1,370,000 (115,000\$) ネパールの政府 : Rs. 383,070 USAID (Westonhouse Health System 通称) : 残り

注① Nepal Contraceptive Prevalence Survey Report.

調査の監督者については、大学卒業の資格をもつものが選考されている。NCPSRについては、FP/MCH本部のスタッフの他、修士またはそれと同等の資格をもつものが、現地調査の監督にあっている。女子の再生産行動に関する調査であるので、女子の面接員を優先的に採用する方針であったが、18人しか集めることができなかった。

運営費については両プロジェクトとも詳細を得ることはできなかったが、総費用は、NFSについては、1,271,787Rs. であり、NCPSRは、1,370,000Rs. である。費用の内訳に示した通りその大半は、USAIDの援助によるものである。調査員の日当等については明記されていないが、食事は自弁、宿泊については、Village Panchayat または、Local Leader によって提供されている。

## 2) 調査期間

調査期間は表5-2に示した通りである。NFSについては、2年2ヶ月、NCPSRについては、3年である。NCSPRでは、当初の計画期間より1年遅れて調査を終了した。遅延の理由としては、印刷機の故障による質問票の印刷の遅れ、データ分析段階では、電力供給不足のため、電算機が動かなかったこと等があげられている。

フィールド調査については、NFSは3ヶ月、NCPSRについては5ヶ月である。面接員1人あたりの担当世帯数は、NFSでは、約77世帯、NCPSRでは、約91世帯である。実働期間および1日あたりの調査件数については明記されていない。各調査チームは、監督者から2~3回、質問票の記入状況等についてのチェックをうける。

訓練期間は合計すると、フィールド調査についてはNFSは35日間、NCPSRでは40日間である。これらには、コーディング等集計、結果分析に必要な訓練期間は含まれていない。両調査ともに、面接員の選考基準に調査経験者であることが含まれるが、調査にあたっては再訓練が必要である。今回の調査についても、FP/MCHプロジェクト・スタッフが、調査補助にあたったが、用意した質問票に従って調査するためには、新たなオリエンテーションが必要であった。従って今後標本調査を行うにあっても、同様の訓練期間が必要であると思われる。

以上の2つの標本調査を参考として、5,000世帯の標本抽出調査をした場合の調査員数および期間は次のように考えられる。

調査内容、調査方法については試案のかたちで後述するが、ここでは2つの調査をまとめて、5,000世帯の標本抽出調査をした場合の調査員数および期間について述べる。

調査票(案)の作成、分析をかりに日本で行うこととし、ネパールで行う調査には、次のプロセスが必要となるであろう。

1. 標本抽出
2. 調査員の選考

表 5 - 2 NFS, NCPSR 調査日数

1976 Nepal Fertility Survey	1981 Nepal Contraceptive Prevalence Survey Report
1. Preliminary sampling design selection of districts : 15 日	1. Questionnaire design and translation : 100 日
2. Finalization of sampling design: selection of panchayats and wards : 15 日	2. Sample design : 61 日
3. Pre-test questionnaire design: household, and individual preliminary adaptation of all documents : 1 ヵ月	3. Recruitment of supervisors : 25 日
4. Recruitment of field staff a. Team supervisors : 1 ヵ月 b. Interviewers : 1 ヵ月	4. Training of supervisors : 13 日
5. Production of pre-test document : 16 日	5. Pre-test and finalization of documents : 11 日
6. Training for pre-test : 13 日	6. Printing documents : 39 日
7. Pre-test : 6 日	7. Preparation of manuals : 23 日
8. Pre-test evaluation & finalization of questionnaires and other documents : 13 日	8. Recruitment of interviewers: 48 日
9. Printing of WFS documents: 49 日	9. Training of interviews : 40 日
10. Reorientation for trainers (Kathmandu) : 6 日	10. Fieldwork : 5ヵ月 5日
11. Training of interviewers/field editors (2 regional centers) : 16 日	11. Data edit programming : 13 日
12. Dispatch of field staff to sample areas : 4 日	12. Editing and coding : 49 日
13. Field work : 3 ヵ月	13. Key-punching : 46 日
14. Training editors and coders : 13 日	14. Editing by machine : 137 日
15. Editing and coding : 80 日	15. Data analysis : 6ヵ月19日
16. Key punching/verification: 124 日	16. Report writing : 3ヵ月25日
17. Tape preparation and simple editing : 99 日	17. Report printing : 12 日
18. Machine editing, recording of variables, and tabulation : 62 日	
19. Report writing : 75 日	

3. 質問票の討議および予備テスト
4. 質問票の翻訳および印刷
5. 調査員の訓練
6. フィールド調査および質問票記入状況についての検査

すでに表5-2で示した通り、調査員の選考について考慮すべきことは、訓練、フィールド調査に6ヶ月必要であるとする、現在の仕事を退職するかまたは兼任の形でも可能かどうかを確認する必要がある。この調査が、ネパールFP/MCHプロジェクトの主導で行われる場合は、プロジェクト職員を投入することは可能であると考えられるが、この調査が通常の職務に追加して行われる場合には、さらに調査期間は、延びると考えられる。

現在まで行われているUSAID援助による標本調査では、調査に必要な予算と指導のためのスタッフが派遣される。これによりネパールは、より正確なデータと調査員訓練というメリットを得ることになる。標本調査を施行するにあたって、こうしたネパールに資する点なくしては、現状では、調査員の備上をはじめとする協力を得ることはむずかしいと考えられる。

新たに、大学卒業以上の資格をもつ面接員を公募することになると、審査員を派遣する必要がある。5,000世帯で1人1日5世帯の訪問調査を可能であるとする、延1,000日が必要である。50人の面接員を得ることができれば、フィールド調査についての拘束日数は1人あたり20日間である。すでに述べた2つの調査結果から上記1~5までの過程に要する期間は下記のように概算される。

1. 標本抽出	: 20日
2. 調査員の選考	: 30日
3. 質問票の討議および予備テスト	: 30日
4. 質問票の翻訳(英語併記)および印刷	: 20日
5. 調査員の訓練	: 30日
6. フィールド調査および質問票記入状況についての検査	: 30日
計 160日	

日本人調査員が監督およびチェックを担当したと仮定しても、通訳が必要であり、英語を話せるスタッフを備上する必要がある。5,000世帯の標本抽出を、カブレ郡、ダヌーシャ郡の2モデル地区に限定したとしても、移動日数を加えなくてはならず調査日数はさらにかかると考えられる。また分析作業を日本で行うとすると報告書作成までに要する日数は表5-2に従えば、6ヶ月以上である。コーディングをはじめとする分析作業の際に調査表の不備等を少なくするためには、現地調査段階での入念なチェックが必要であろう。調査員の質的問題、またその管理者の問題を含めると、標本調査の施行はネパール側の協力体制に負うところが多い。

## 第二節 モデル地区を対象とする調査の企画

### 1) 層化抽出

モデル地区の住民を対象として調査を進める場合、ネパールの農村における地区状況を反映させる必要がある。たとえば、カースト・人種・学歴・土地所有の有無のように現実の生活行動に強く影響するものがあれば、それらの特徴にもとずき層化（グループ分け）し、そのグループのそれぞれより標本を抽出するのが望ましい。集団を幾つかのグループに分類して、各グループごとの標準偏差が小さくなるようにしてから各グループごとに標本を抽出すると、標本誤差が小さくなる。標本誤差が小さいと標本が少なくてもすむ。

### 2) パイロット地区全数調査

(1) いくつかの地区の特性を示している特定の地区を選び、ヘルス・ポスト・病院の利用の有無、問題をかかえながら保健サービスを利用しなかった理由、ヘルス・ポスト・病院を利用した結果、当面のニーズを解決できたか否か、などヘルス・サービスの受容にかかわる諸要因についての分析が望まれる。

1) で示した形で、標本抽出調査を行った場合、調査員の選考、訓練、監督、移動の各項目について、ネパール側の協力をどの程度得ることができるか、また投下できる資金と日数により、その信頼性が異なる。この場合標本誤差がでるが、より正確なデータを入手するためには、住民台帳作りを含めた全数調査をすることが一試案として考えられる。

今回ドゥリッケルFPO郡事務所で用意されたナラPanchayatの人口は3,200であり、1981年センサスによればカブレ郡の平均世帯員数は6.2人であるから、約500世帯の調査となる。仮に比較対象が必要であれば、同じナラ・ヘルスポストを利用しているDevur村、またはコバシー、パンチカルのヘルスポスト周辺農村で、ナラ村と同じ人口規模の村を選んで同じく全数調査を行えばよい。

この場合、標本抽出誤差はなく、より正確なデータを収集するにあたっては次のような作業が事前に必要とされる。

#### 1. 地図作り

ナラ村の地図はすでに第四章で示した。短期間の調査期間であったので、距離も含めてさらに正確な地図作り、住居地図上にプロットした居住地図をつくる。

#### 2. 世帯の確認

各世帯の位置を明確にし、世帯番号をつける。できれば各住居にその番号をラベルしておくのが最善と思われる。1.の地図を基礎とし住民台帳を作成するかたちでの調査を行う。

#### 3. 年齢確認のための年表作り

訪問調査における留意点で示したが、正確な年齢を調べることは、むずかしい。しかし

ながら、洪水、火事、かんばつ、国王即位などとの関連で出産の年月日を記憶している場合が考えられる。従って過去60年の出来事年表を作る。年齢確認に際しては出生年月日がそれぞれの出来事のどこに位置するかを調べることにより年齢の確認を行う。

### 3) 訪問調査質問項目の検討

人口静態・動態統計に関する個別質問調査を行う上に、質問項目の吟味は重要である。

今回の調査での問題点をふまえて次のような項目を加えることを提案したい。

尚、母子保健、とくに妊産婦に関しては、ネパール王国のある病院で用いられていた質問票があり、これは現地の実状をふまえて作成されていると思われるため、参考資料として添付する。

人口静態・動態統計の正確な値を求めるために次の項目を調査することが望ましい。項目のいくつかについては、今回の調査時に使用した質問票にも含まれているので、関連項目を併記した。

#### (1) 家族構成：質問票－Household 参照

人数、名前を聴取したうえで、①生年月日、②性、③年齢、④血縁関係

この結果から、性・年齢別人口構成、1世帯当り人員、年齢3区分の割合と各指標（年少人口、生産年齢人口、老年人口）、人口ピラミッド、性比等が求められる。

#### (2) 妊娠回数：質問票－Health Related to Mothers 参照

#### (3) 出産数：質問票－Health Related to Mothers 参照

妊娠回数と出産数は必ずしも一致しないことから、流産・早産の有無を知ることができる。さらに出産数から出生率、死産率、母の年齢階級別死産率、周産期死亡率、出生性比、粗再生産率、母の年齢別出産数、奇形の有無等が求められる。

#### (4) 出産後の経過：質問票－Health Related to Mothers 参照

①出産児の生存数（死亡時期を記載する）出生後、現在何人が生存しているかを質問することで、早期新生児死亡、新生児死亡、乳児死亡、幼児死亡、学童死亡、青年死亡、成人死亡の各数値が得られる。

#### (5) 死因（死亡年月日、年齢、性別）：新しい質問項目

死亡した者の原因を質問することで、死因統計、粗死亡率が求められる。但し死因に関しては誰が診断書を作成したかが大切である。また死因は不明でも死亡年齢のみ明らかであれば、PMI（総死亡中に占める50歳以上の死亡割合）を求めることが可能である。

#### (6) 出産場所（自宅、施設別、立合い人の資格）：質問票－Health Related to Mothers 参照

それぞれの子供の出産場所を質問することで、施設内分娩の状況、出産立合人について知

ることが可能。

(7) 離婚状況(再婚経験の有無): 質問票 - Household 参照

死別の有無とその理由を質問することで妊産婦死亡についての情報が得られる。

#### 4) 質問票の検討

今回の質問票についての留意点については、すでに第四章で述べた。質問するにあたっては、回答者の特定化が必要であり、今回の調査事項に関して言えば、夫と妻に対する質問を分けた設定をする必要がある。例えば、

① 夫に質問する事項

living conditions, assets, development schema, communication

② 妻に質問する事項

general health, health related to mothers

のように分類することが望ましい。この場合質問の順序としては、①夫に質問する事項を先にした方が質問しやすい。

以下では、調査に使った質問票のコメントをすることによって、今後の調査上の留意点を指摘することにする。

( 今回の質問票とコメント )

Description of the Survey

Name of Village \_\_\_\_\_

I. Household :

1-1 Name of the head \_\_\_\_\_

1-2 Present members of the household

Name	relation to the head	religion	age	sex	marital status	education	occupation

(Education)

A None                      B Primary school 4yrs            C Primary school 6yrs  
D Middle school            E College and University

(Occupation)

Cultivator: A    Agricultural labour: B    Other wage labour: C    Others : D    Non Worker : E

1-3 Age of marriage

Husband \_\_\_\_\_ years old  
Wife \_\_\_\_\_ years old

1-4 place of birth

same village: A    same district: B            same zone: C

(質問表コメント)  
年齢の確認のために年表を活用する

GENERAL HEALTH

(1). In these 14 days, did you or your family experience any disabled days which you and your family were forced to stay at home and could not work as usual?

- 1. yes \_\_\_\_\_ enter (2) to (4)
- 2. no

(2) If so, who ?

state the name and his or her relationship to the head of household  
name: \_\_\_\_\_, relationship \_\_\_\_\_

(3) How long did it take for you or your family to recover from such condition?

- 1. couple of days
- 2. a week
- 3. two weeks
- 4. a month
- 5. two or three months
- 6. half of year
- 7. more than a year

(4) How did you or your family recover from such conditions?

- 1. have a rest
- 2. take some drugs
- 3. treated by traditional healer
- 4. treated by nurse
- 5. treated by doctor
- 6. helped by neighbours
- 7. others

(5) How far is it from your house to health post, health center, hospital, or traditional healer's on foot?

- 1. within one kilometer
- 2. 1 to 2 kilometer
- 3. 2 to 3 kilometer
- 4. more than 4 kilometer
- 5. more than 10 kilometer

(6) Have you ever visited health post, health center, hospital or traditional healer?

- 1. yes \_\_\_\_\_ enter (7) & (8)
- 2. no

(7) In this one month, how many times have you visited health post? \_\_\_\_\_ times

health center? \_\_\_\_\_ times

hospital? \_\_\_\_\_ times

traditional healer? \_\_\_\_\_ times

(8) For what purpose did you visit there?

- 1. treatment
- 2. consultation
- 3. family planning related matter
- 4. others (specify \_\_\_\_\_)

質問票コメント

(1)有病率を知るため質問項目

→1年間のカレンダーを提示して書き込む形にする。

①家族全員

②病気日数等

ヘルスポストを利用しない場合はその理由を聞く

(5)距離概念を聞くのがむずかしい場合は、時間で聞く

例えば、徒歩 \_\_\_\_\_ (分)等

(6)家族の中でだれが利用したかについて、表の形でまとめる

HEALTH RELATED TO MOTHERS

(回答者の年齢、世帯主との関係を明確にする。)

質問に際してはすべての妊娠について調査する必要がある。

- (9) In case of getting pregnant, who diagnosed?  
 1. self-diagnosis                      2. parents/relatives  
 3. traditional birth attendant      4. doctor                      5. midwife  
 6. others (specify \_\_\_\_\_)
- (10) How many times did you consult with (doctor, midwife, traditional midwife, others) your last pregnancy?  
 \_\_\_\_\_ times
- (11) Through latest pregnancy, did you experience any abnormal signs and symptoms (swelling, hypertension, proteinuria, vomiting, bleeding, etc.)  
 1. yes                      2. no
- (12) Did you change your food intake habit during pregnancy?  
 1. yes \_\_\_\_\_ enter (13)  
 2. no
- (13) What kind of change did you do substantially?  
 specify \_\_\_\_\_
- (14) Where did you give birth?  
 1. home      2. medical institution                      3. non medical institution  
 4. others (specify \_\_\_\_\_)
- (15) Who attended at the delivery of birth?  
 1. doctor                      2. lady health worker or midwife  
 3. traditional birth attendant      4. non professional birth person  
 5. others (specify \_\_\_\_\_)
- (16) Have you ever experienced any infant death, that is a child who is 12 months old and less?  
 1. yes \_\_\_\_\_ enter (17)                      2. no
- (17) How many times?  
 \_\_\_\_\_ time(s)
- (18) Have your children ever get inoculated?  
 1. yes \_\_\_\_\_ enter (19)                      2. no
- (19) What kind of inoculation did they get?  
 specify \_\_\_\_\_
- (20) Did you give breast feeding to your last child?  
 \*state the period of breast feeding  
 1. \_\_\_\_\_ months                      2. cannot remember
- (21) What kind of food did you give the child after weaning from your breast feeding?  
 \*state the food which you have given \_\_\_\_\_

⑫～⑬については余りよい反応を得ることはできなかった。当然のこと、または余り重要な問題として認識がないため?

⑭⑮については各出産ごとに質問する。

⑯については、乳・幼児死亡の重要な基礎資料となるのでそれぞれの妊娠に対して、死産については、その年齢および死因について質問する。

⑱については、各子供ごとに聞く。また予防接種をうけた年齢、またどこで情報を得たか、また予防接種をうけた場所、について質問する。

㉑各子供ごとに質問する。

FAMILY PLANNING

家族計画

(22) Do you want more children than you have now?

回答者の年齢, 世帯主との関係について明確にする。

\*encircle with applicable number and state reason if any

1. yes reason \_\_\_\_\_

2. no reason \_\_\_\_\_

②③は, 理想子供数と実際の子供数の間の差を調べるための質問である。従ってこの差についての理由を聞く項目を補足することが望ましい。

(23) How many children are ideal in your opinion?

\*state the number of children

\_\_\_\_\_ sons and \_\_\_\_\_ daughters

(24) Do you prefer sons to daughters?

\*encircle with applicable number and state reason if any

1. yes reason \_\_\_\_\_

2. no reason \_\_\_\_\_

(25) In your opinion, how much education does a boy/a girl from a family such as yours need to get along in the world these days?

1. primary 2. secondary 3. university 4. others

(26) At what age would you say sons/daughter usually begin help to parent?

\*encircle with applicable number and enter the age

1. age: \_\_\_\_\_ years old

2. never help

(27) Are any of your children working for money?

\*encircle with applicable number

1. yes

2. no

(28) What means of financial support do you think you will have when you and your partner are old, or can no longer work for any other reason?

\*encircle with applicable number

1. help from children

2. help from other family

3. saving / income from business farm or other property

4. pension / social security

5. non

6. others (specify \_\_\_\_\_)

(29) Are you practicing family planning now?

\*encircle with applicable number

1. yes \_\_\_\_\_ enter question No. 30

2. no \_\_\_\_\_ enter question No. 31

(30) If yes, since when are you practicing family planning?

\*state the period of year

\_\_\_\_\_ years ago

(31) If no, have you ever practice family planning?

\*encircle with applicable number and state the reason to do so.

1. yes reason \_\_\_\_\_

2. no reason \_\_\_\_\_

(32) If you are practicing family planning, what kind of method do you accept?

- 1. sterilization    2. pill    3. IUD
- 4. condom            5. others

(33) From where do you get information and tools of family planning?

\*encircle with applicable number

- 1. primary health center    2. public clinic
- 3. public information paper    4. others (specify) \_\_\_\_\_

NUTRITION

(34) How many times do you take meals a day?

\_\_\_\_\_ time(s)

(35) What kind of food did you take yesterday?

- 1. breakfast \_\_\_\_\_
- 2. lunch \_\_\_\_\_
- 3. dinner \_\_\_\_\_

(36) What kind of food are you taking regularly and how much do you spend per month?

- 1. rice \_\_\_\_\_ kg
- 2. wheat \_\_\_\_\_ kg
- 3. milk \_\_\_\_\_ kg
- 4. others (state the name of food \_\_\_\_\_)

LIVING CONDITIONS

(37) Please give details about the houses where you live now.

- 1. number of rooms \_\_\_\_\_ room(s)
- 2. electrified
  - 1. yes                    2. no
- 3. with toilet
  - 1. yes                    2. no
- 4. when was it built? \_\_\_\_\_ years old

(38) What kind of water do you use for drinking?

- 1. individual tap    2. common tap
- 3. individual well    4. common well    5. piped water

ASSETS

(39) Do you and your household members have any land?

- 1. yes \_\_\_\_\_ enter (40)
- 2. no

(40) How many acres do you and your household members have in total?

\_\_\_\_\_ acres

(41) Do you have following goods?

- 1. tractor                    (1) yes                    (2) no
- 2. plough                    (1) yes                    (2) no
- 3. bicycle                    (1) yes                    (2) no

(栄養)

栄養失調、幼児死亡の原因、感染に対する抵抗力を知るのに重要な項目である。

(34)食事回数についてはスナック等も含めて回答している場合がほとんどであったので、スナックを除いた食事回数とする。また今回は収穫時期であったので食糧が十分であったが1年を通しての食事摂取の情報を聞く。

(36)月間でまとめて計量することが不可能なので他の質問にかえる。また、動物性たんぱく質、食物性たんぱく質の摂取状況について聞く。

4. watch (1) yes (2) no  
 5. radio (1) yes (2) no  
 6. television set (1) yes (2) no  
 7. others (specify \_\_\_\_\_)

(42) Do you have following cattles?

1. cow number \_\_\_\_\_  
 2. buffalo number \_\_\_\_\_  
 3. goat number \_\_\_\_\_  
 4. pig number \_\_\_\_\_  
 5. chicken number \_\_\_\_\_  
 6. others (specify \_\_\_\_\_)

DEVELOPMENT SCHEME

(43) Have you or your household member participated in any governmental scheme of rural development?

1. yes \_\_\_\_\_ enter (44)  
 2. no

(44) If yes, please explain the details.

(When, which scheme, purpose, amount of the help you got, result.....)

(45) What would you think about the governmental development schemes?

(46) If you are not interested in applying for the schemes, please explain reasons

1. Scheme is not suitable for your needs 2. Procedures are too complicated  
 3. Qualification are too limited 4. Information is not enough  
 5. Others

(47) Are you participating in Panchayat activities?

1. yes \_\_\_\_\_ enter (48)  
 2. no

(48) If yes, what kind of activities are you participating in?

1. panchayat member 2. committee member 3. others

(49) If you have any type of mutual help arrangements in your village, please give the details. (Such as exchange of labour in agricultural peak seasons, voluntary works to make/maintain common assets, help on such occasions as marriage/funeral.)

DEVELOPMENT SCHEME

質問表(43)と(49)のコミュニティ内での生活の生産の両面における人間関係、政府との相互関係についての質問項目である。今回の質問項目は、インド農村調査に用いたものであるが、ネパールの農民にはきわめて難しいので表現をかえて質問する必要がある。

[新しい質問項目]

(45)の後に、次の質問を補足的に入れる。

Did a Junior Technical Office (JTO) or any other government officials pay a visit to your house recently?

YES / NO What Officer?

If the answer is YES, then please ask what did he (she, they) come for? Was he very helpful to you? YES / NO

(47)の後に、補足的に次の質問を入れる。

When did you vote for Panchayat election last?

(48)の質問を次のように変える。

What kind of activities did you yourself participate in the village / ward? (such as road repairment, school-building, etc.)

(49)の質問は次のような言葉で補ってやることも良い

In busy season, would you ever help your neighbours to transplant and harvest crops in their field? Do they also help you the same when you are extremely busy?

この質問は「結」「手間がえ」の慣行を調べるものでコミュニティの結束状況をみるのによい指標となる。若し上のような相互扶助慣行がないならば労働力の必要時に労働者を雇わねばならない。そこで幾ら位の労賃に支払うのかを調べる。これは農家の生産費支出分を調べることになる。

How much did you pay for transplantation / weeding / ploughing / harvesting?

ついでに子供、婦人労働者にはどの位払うのか、労働時間はどの位か、食事等を出すのか、現物払いか、現金払いか、も聞くが良い。また最近、村民の間で土地を外部の者に売った人がいるか、土地の値段は幾ら位か、を聞くのも、村の結束度を調べるのに役立つ。農村間の共同作業の存否の確認に、農薬を一緒にまくのか、水の維持・管理を共同でするのか、を聞くのも良い。

(50)次の質問を作る。これはコミュニティ・メンバーの自治管理能力を調べるためのものである。

What kind of village rules (formal and informal) do you have?

全くないか、無知かもしれないが、大抵の村には伝統的規範があり、人々の行動を規定している。家族計画、母子保健、環境保全にも深くかかわってくる。若し村の規則があるなら、その規則はどのようにして決められたのか、彼がその規則制定の討議にどう加わったのか、有力者だけで決めたのか、を聞くが良い。

(51) 村内の協議のメカニズムの存否をしるために次の質問を用意する。

Would you think most members of this village (hamlet/ward単位で可)

very friendly to you, and mix very well among themselves?

(52) 補足的に どういう場所であうのか、どういう場所でコミュニケーションが行われているかを知る為に次の質問を用意する。

Do the member of this village often meet with friends at community center / panchayat office / tea shop / friend's house?

(53) 冠婚葬祭の相互扶助をみるために次の質問を用意。 Suppose somebody of the village passes away, what would other members of the village do?

Do all the members of the village get together and arrange funeral and help the bereaved? Or only limited members go and help the bereaved?

(54) 続けて、医療面での相互扶助をみる為に次の質問を用意する。

Suppose some one of the villoge (hamlet / ward) now falls in severe sickness, what would other members of the community do for the patient?

Do they also donate money to the patient?

Communication:

(50) Do you / you household read newspaper/journals ?

1. regulary 2. sometimes 3. never

(51) Do you/your household members listen to the radio ?

1. regulary 2. sometimes 3. never

(52) What kind of programme do you listen ?

1. news 2. music 3. stories 4. sport 5. others

(53) Do you/your household members go to see cinema ?

1. more than once in a month 2. less than once in a year  
3. never

(54) Where do you usually buy necessary items ? (mark)

	in the village	near by village	nearest town	other places
food items				
clothes,footwears				
durables				



## 第六章 総括



## 第六章 総括

今回の家族計画・母子保健に関する基礎調査は、人口学・衛生統計・保健学・公衆衛生学・開発行政などの諸分野より成る学際的な視点よりの接近を特徴とするものである。すなわち、ネパール王国の全国レベルと地区レベルの双方に亘る資料と関連情報の収集・現状の調査・視察を通じ、家族計画・母子保健プロジェクト関連事項の現況を概観し、上記の学際的な視点より多角的に問題の検討と評価を試みたものである。

まず、ネパールの人口関連資料についてであるが、国連の協力・指導をあおぎながら行なわれた国勢調査・標本抽出調査等既存の統計資料がある。また、1986年には保健省による Fertility and Family Planning Survey Project の実施が予定されており、これに呼応して CBS による Mortality and Migration に関する National Sample Survey が相伴って実施される予定であるという。しかしながら、今回の調査で入手できた 1985 年までの人口動態に関する統計資料は“十分で且つ精確な資料の入手できない場合に用いる間接的な推計法”の適用によって求められたものであることに注目しなければならない。具体的には、安定人口 (model life table) を仮定した年齢構成が前提とされて計算されている。近年におけるネパール王国の人口の急激な増加、国内外における人口移動などによって人口に構造的変化がもたらされるとすれば model life table を用いる推計よりは人口の変化をより忠実に反映する統計的手法の適用が望まれよう。そのためには、第二章で指摘されているように、人口増加にかかわる出生数の増加、乳児死亡をはじめとする全年齢における死亡率、結婚、離婚、人口移動などの正確な把握が必要である。

FP/MCH プロジェクトでは、15～49 歳の出産可能年齢層のみを対象とする標本抽出調査が行なわれているが、全年齢層にわたる精確な資料が収集できるような体制づくりが不可欠である。これに関しては、統計的プロセスにおける問題として、行政上のもの、住民側のもの、その他についての検討の結果、いくつかの問題点を示した。当然のことながらこれらの問題の解決には種々の困難が予測されるが、敢えていえば、それ等を乗り越えて、理想的には日本の戸籍制度に相当する登録制度・指定統計制度の確立への努力を期待したい。

次に、第三章において、家族計画・母子保健の効果的実施を可能にするような社会・経済的環境について検討・分析をした。すなわち、ネパールの全国のおよびモデル地区水準における現状分析の結果、国内的条件と国際的条件、あるいはプログラムの供与側と受け手（利用者）側の視点よりさらに開発政策を詰める必要性が高いという結論に達している。

保健上の問題については、その予防や生活環境を清潔にするという外側からの条件整備は確かに重要であるが、そのような他力本願的なものよりも、自らライフ・スタイルを変革するか、あるいは健康診断を受けるという自ら行動することが求められるようになってきている。単に知識を授けたり、環境を整えることが目標であった時代から、自ら行動するよう動機づける、行動の

変容をもたらせることに重点をおく時代へと移行したのである。このような視点からこそ、保健領域さらには社会・経済に関する開発政策の分析が進められ、総合的開発計画へ反映されることが好ましい。すなわち、一定の社会環境条件下で政策問題の解決に利用しうる政策関連情報をまとめたり、変更したりする目的をもって、質疑応答するなど複合した方法を用いて、家族計画・母子保健問題あるいはそれをめぐる社会・経済的な環境の条件づくりをすることが重要である。なお、開発政策の策定・提唱のみならず評価も合わせ含まねばならないことは言うまでもない。

ネパールにおけるこれまでの各種の開発プロジェクトの経緯を踏えるとき、援助において最も大切なのは、プロジェクトの期間が終了した後でも、ネパール人の手で事業が継承されるかあるいはさらに発展させるような援助計画が推進されることである。したがって、そのためには相手のニーズへの配慮と綿密な予測にもとづいた投資的な開発政策が企画され実施されることが肝要である。

ネパールの保健・医療について、地域社会からのアプローチを考えると、次のような点は見逃すことのできない重要な点である。

すなわち、ネパールの民族構成が複雑なことで、これは起源の方からの原因と、環境が違うために生じてきたその後の発展の違いなどがあげられる。したがって、ネパール王国国民の居住地域を構成する環境的構造をしっかりと捉えた生態学的視点と、文化史的視点を共に加えて、人口、保健政策の成果を検討する必要がある。例えばインドとの国境に接し、かつてはマラリヤが猛威をふるった平野のタライ地区と山岳地とでは、民族的に相違がみられた。やがてタライ地区もマラリヤの猛威が減り開発がすすめられ、現在では移動と混住により変化がもたらされている。

以上のようなネパール王国における地方コミュニティの特性を無視した上から押しつけの近代化路線は到底コミュニティに根付くものではない。この意味からとくに受け皿である地区住民およびコミュニティについての十分な理解の裏付けが何よりも大切である。また、各種の問題の解決に当たって従来の介入方式によるよりは、Community Involvement の展開により自らの手で問題を克服する方式を採用する方が有効性が高い。

またネパールでは、特に、保健の分野において、人的・物的資源が極度に不足しており人的資源の訓練、供給が併行してすすめられるか否かが鍵を握るところとなろう。

そもそも「健康」というものは自らのものであり、これを「医療」という概念で住民から切り離してしまう誤りを犯すべきではない。ネパール国民にとって「保健・医療は外国から輸入するもの」ではなく、国内で「生産するもの」にならなくてはいけない。「保健・医療を住民の手に」だけでなく、「保健・医療も住民の手で」という発想こそが、開発途上国に適した新しい次元の医療を考える原点である。

また、第四章においてヘルスポストおよびヘルスクリニックの利用状況の定量的把握の試みを紹介し、モデル地区の二、三の村の地図作りを行い、今後の調査に資する目的で掲載した。ただ、

ここで忘れてはならないことは、ヘルスポストやクリニックあるいは病院を受診していない人々の問題で、果たして受診しない理由は何であるのか、保健上の問題は受診者にくらべ少ないのか否かなどについて追究する必要がある。というのは、ネパールの地方の地域社会では、未受診者のような社会的に把握し難い、しかも貧しい人々にしばしば問題が集積してみられるからである。

今回の基礎調査を概括するとき、その諸結果を通じて抽出される共通の基盤は、*infrastructure* の開発による確立・整備および人間の質的向上を目指した投資、この両者を一体とした生活の向上を目標とした総合的開発が何よりも重要であるという点である。

すなわち、ネパールの家族計画・母子保健にアプローチする基本的な姿勢として、例えば多くの講じられる諸施策に伴なう財政的負担について、これを費用としての位置づけをし、目先の収支バランスを追求するよりも、将来への投資として受けとめる考え方に立脚すべきであることを強調したい。

健康の保持・増進・学校教育・子供の健全な発育が保証されれば、やがて将来において人口の抑制につながると共に他方では人口の支持力の開発につながる。

今後、家族計画・母子保健プロジェクトも以上に述べた観点より企画立案がすすめられ実施されることが望まれる。



補論 I   ネパール統計資料を分析するに  
あたっての参考資料



## 補論 I

### ネパール統計資料を分析するにあたっての参考資料

#### I モデル生命表の適用

##### 1) 安定モデル人口 (Model life table) を用いた人口動態の推計

人口調査によって男女別年齢別人口のデータが得られたとする。入手された年齢構成が安定人口に近いという仮定が設けられたとすれば、そのような年齢を生み出した出生率・死亡率を、その年齢構成を手がかりにして求める方法がある。

そこでは安定人口理論が用いられるのであるが、実際の推計手続きを簡単にするために、一連のモデル安定人口表というものが用意されている。それを用いれば、いちいち安定人口のパラメーターを計算する必要はない。モデル安定人口表からの補間推計によって、必要な安定人口のパラメーターを近似的に求める仕事だけとなる。

このモデル安定人口は Coale & Demeny (1966) によって開発された。この表の中心的部分は安定人口年齢構造係数である。この係数は、 $-0.5\%$  から  $+5.0\%$  までの間で 13 区分された年人口増加率 (ここでは自然増加率) の諸段階にそれぞれ対応して計算されている。そして、さらにこれらの年齢構造係数にそれぞれ対応する出生率、死亡率の数字が示されている。

また、このような安定人口のパラメーターの表が、24 段階に分かれた生命表の水準 (女子の出生時の平均余命の水準で 20.0 年より 77.5 年まで) ごとに作成されている。このようなセットが男女別に用意されているわけである。

ところで、その 24 段階の生命表は、ある一定のシステムによって作られたモデル生命表のセットである。このモデル生命表は、生命表死亡率の年齢パターンの基本的差異を考慮に入れて、4 種類のもので用意されている。このモデル生命表の 4 つのセットには、それぞれ "東", "西", "南", "北" という名称が英語でつけられている。ネパール王国における人口統計の推計には、"西" のモデルが使用されている。

もし、このモデル "西" の生命表にもとづくモデル安定人口は、上述のように 24 段階の生命表水準と 13 段階の人口増加率との組合せによる計 312 種類のもので用意されている。これらの計算されたモデル生命表には、いうまでもなく人口の年齢構成が示されているので、その年齢構成のうちどれが現実の調査された年齢構成にもっとも近いかを採す作業によって、人口の静態から人口の動態が推計されるという段取りになる。

この際、われわれが必要とする前提は、"長期的" にみて、出生率、死亡率がともに上昇傾向や低下傾向がなく、したがって人口増加率も、とくに拡大に向う傾向や縮小に向う傾向もなかったという人口動態率の長期的な安定性の存在である。つまり、人口転換 (Demographic Transition) 以前の停滞性の存在である。そして、安定人口を仮定するためには、年齢構成に対する人

口移動の影響が軽微でなければならない。

このような安定人口にもとづく推計方法の適用について、ネパールにおける1961・1971・1981年のセンサスで得られた人口の年齢構成間にあまり大きな差がないことを理由にあげている。

しかしながら、近年におけるネパール王国の人口の急激な増加、国内（山岳→タライ地方へ）、国際的（インド⇄タライ地方）移動など人口に構造的変化がもたらされている状況をつぶさに概観するとき、上に述べた安定人口のあてはめのための前提条件といささか抵触するところであるとの判断をせざるをえない。今後人口動態の統計化のプロセスに関しより一層の改善の努力を支払い、多くの問題点を克服しなければならないことが指摘されよう。

## 2) United Nation Manual IVの適用の実際

UN IV (Method of Estimating Basic Demographic Measure from Incomplete Data) に示されている方法に従い、最も適合するモデル生命表を選ぶ。そしてそのモデル生命表より、中央値を選んだ。その値は、1961, '71, '81に対し、8.38, 9.34, 13.55であった。さらに、年齢構成と増加率に対応させて、死亡率表より出生と死亡の推計をしている。以下にその結果を示す。

表1 Cumulative Age Distribution and Corresponding Model(west)Life Table

Age x	1981		1961		1971	
	C (x)	Level	C (x)	Level	C (x)	Level
5	.1615	13.29	.1469	9.80	.1545	9.42
10	.2952	13.65	.2812	7.68	.3026	6.28
15	.4059	14.81	.3874	8.54	.4068	8.14
20	.5044	15.24	.4842	8.88	.4959	9.30
25	.5949	14.78	.5729	8.84	.5827	9.50
30	.6782	13.55	.6551	8.38	.6613	9.34
35	.7494	12.49	.7280	7.84	.7340	10.68
40	.8084	11.80	.7883	7.60	.7966	9.94
45	.8571	11.24	.8419	7.12	.8489	8.48

出所) Central Bureau of Statistics, Intercensal changes of some key census variables Nepal 1952/54-81, 1985

表2 Stable Population Estimates of Fertility and Mortality Based on Smoothed Age Distribution of the Female Population of Nepal and the Annual Rate of Growth of the Population in the Intercensal periods:1952/54-61, 1961-71 and 1971-81

Year	Level of Mortality	Sex	CBR	CDR	RNI	$^0e_0$
1961	7.96 8.38	Both sexes	.0420	.0270	.0150	
		Male	.0432	.0280	.0152	34.89
		Female	.0408	.0248	.0160	38.45
1971	11.00 9.34	Both sexes	.0413	.0214	.0199	
		Male	.0420	.0213	.0207	42.12
		Female	.0406	.0226	.0180	40.85
1981	16.36 13.55	Both sexes	.0397	.0135	.0262	
		Male	.0401	.0122	.0279	54.79*
		Female	.0393	.0149	.0244	51.37

注) 表の数字は女子の年齢別構成とセンサス間の人口増加率にもとづきモデル生命表(西)より推計した。

出所) 表1に同じ。

表3 Estimated Number of Births from Adjusted\* Age Scheduled Fertility Rates and Number of Women in the Reproductive Ages (15-49), Nepal, Census year 1981

Age-group	Based on smoothed age-distribution			Based on age-distribution recorded in the census		
	Number of women (smoothed)	Adjusted* age-scheduled fertility rate	Estimated of births	Number of women (unadjusted)	Adjusted* age-scheduled fertility rate	Estimated # of births
15-19	721,550	.0808	58,301	632,655	.0855	54,092
20-24	663,079	.2408	159,669	698,769	.2254	157,502
25-29	610,486	.2523	154,026	591,478	.2542	150,354
30-34	521,775	.2316	120,843	507,131	.2321	117,705
35-39	432,521	.1973	85,336	431,399	.1924	83,001
40-44	356,884	.1454	51,891	376,068	.1329	49,979
45-49	228,238	.1113	25,403	289,366	.0859	24,856

注) Adjusted age scheduled fertility rates はセンサスよりさかのぼる1年間における平均出生数とそれまでに産んだ子供数(15-49歳女子人口)にもとづき Brass Techniqueを用いて計算した。

出所) 表1に同じ。

表4 -The Adjusted Age-specific Fertility Rates and Estimation of Total Fertility Based on P/F Ratio Techniques(Brass and Trussell Multipliers), Using Information Collected by the Census on Average Number of Births During the year Preceding the Census Day and Children Ever Born to Women in the Reproductive Ages(15-49) : For the Census Years 1971 and 1981

Age (smoothed)	Adjusted* Age-specific Fertility Rates (Brass Multipliers)		Adjusted* Age-specific Fertility Rates (Trussell Multipliers)	
	1971	1981	1971	1981
15-19	0.0876	0.0808	0.0860	0.0786
20-24	0.2349	0.2408	0.2307	0.2344
25-29	0.2643	0.2523	0.2596	0.2455
30-34	0.2205	0.2316	0.2166	0.2253
35-39	0.1623	0.1973	0.1594	0.1920
40-44	0.0885	0.1454	0.0869	0.1415
45-49	0.0338	0.1113	0.0332	0.1085
TFR	5.4593 (2.65)	6.2973 (3.05)	5.3616 (2.60)	6.1283 (2.97)
Mean age of Child bearing (iii)**	28.84	27.98		
Age (unsmoothed, i. e., recorded in the census)				
15-19	0.0877	0.0885	0.0861	0.0841
20-24	0.2285	0.2254	0.2243	0.2216
25-29	0.2489	0.2542	0.2443	0.2500
30-34	0.2137	0.2321	0.2097	0.2283
35-39	0.1604	0.1924	0.1574	0.1893
40-44	0.0860	0.1329	0.0844	0.1307
45-49	0.0395	0.0859	0.0388	0.0845
TFR	5.3240 (2.58)	6.0423 (2.93)	5.2252 (2.53)	5.9420 (2.88)
Mean age of Child bearing (iii)**	28.65	28.29		

注) ( )内は総再生産率  
出所) 表1と同じ

表5 Estimate of Infant Mortality for Nepal Based on Proportion Dead among Children Ever Born to Ever Married Women, by Employing Trussell Method

Source of Data	Age group	Age x	n(x)	t(x)	Corresponding Life Table		Corresponding IMR*			Corresponding calendar year (t)
					Male	Female	Total	Male	Female	
National Fertility Survey**	15-19	1	.164	.836						
	20-24	2	.214	.786	10.90	9.64	171.4	175.3	167.6	1973.7
	25-29	3	.221	.779						
	30-34	5	.253	.747						
Census Data 1981	15-19	1	.2733	.7267						
	20-24	2	.1807	.8193	12.53	11.33	144.2	146.9	141.5	1,978.39
	25-29	3	.1596	.8403						
	30-34	5	.1633	.8366						

注) Gubhaju. による推計, Gubhaju, B. B. 1984. "Demographic and Social Correlates of Infant and Child Mortality in Nepal", Ph. D. Thesis. Submitted to the Department of Demography, Australian National University. 参照。

出所) 表1に同じ

表6. -The Adjusted Age-specific Fertility Rates and Estimation of Total Fertility Based on P/F Ratio Technique (Brass and Trussell Multipliers), Using Information Collected by the Census on Average Number of Births During the year Preceding the Census Day and Children Ever Born to Women in the Reproductive Ages (15-49) for Ecological Zones, 1981

Age group	Adjusted <sup>①</sup> age-scheduled fertility (Brass)			Adjusted <sup>①</sup> age-scheduled fertility (Trussell Method)		
	Mountain	Hill	Tarai	Mountain	Hill	Tarai
15-19	0.0553	.0703	.1108	.0544	.0689	.1092
20-24	0.1931	.2193	.2348	.1898	.2150	.2315
25-29	0.2468	.2585	.2476	.2426	.2535	.2441
30-34	0.2395	.2452	.2141	.2355	.2405	.2111
35-39	0.2037	.2057	.1725	.2002	.2018	.1701
40-44	0.1462	.1410	.1181	.1437	.1383	.1165
45-49	0.0921	.0901	.0780	.0906	.0884	.0769
<hr/>						
Total						
fertility rate	58838	61509	58795	57836	60323	57974
<hr/>						
Adjusted** <sup>②</sup>						
birth rate	40.39	42.78	41.97	39.71	41.96	41.38
<hr/>						
Mean age of						
Child bearing(III)	28.78	28.51	28.03			

注①) 表4に同じ

注②) 全国人口の年齢構成による標準化

出所) 表1に同じ

表7. -The Adjusted Age-specific Fertility Rates and Estimation of Total Fertility Based on P/F Ratio Technique (Brass and Trussell Multipliers), Using Information Collected by the Census on Average Number of Births During the year Preceding the Census Day and Children Ever Born to Women in the Reproductive Ages (15-49) for Development Regions, 1981

Age-group	Adjusted <sup>①</sup> Age-scheduled Fertility									
	Brass					Trussell				
	EDR	CDR	WDR	MWDR	FWDR	EDR	CDR	WDR	MWDR	FWDR
15-19	.0834	.0911	.0793	.0880	.0847	.0818	.0897	.0782	.0867	.0839
20-24	.2496	.2188	.2121	.2272	.1991	.2449	.2155	.2091	.2230	.1970
25-29	.2939	.2397	.2505	.2587	.2304	.2883	.2360	.2470	.2550	.2280
30-34	.2575	.2138	.2299	.2482	.2211	.2526	.2186	.2267	.2447	.2188
35-39	.2098	.1760	.1909	.2160	.1860	.2052	.1733	.1883	.2130	.1840
40-44	.1389	.1239	.1281	.1566	.1350	.1363	.1220	.1263	.1544	.1336
45-49	.0824	.0826	.0851	.1030	.0903	.0808	.0814	.0839	.1015	.0894
Total Fertility	6.5767	5.7299	5.8795	6.4841	5.7336	6.4527	5.6420	5.7977	6.3912	5.6733
Adjusted <sup>②</sup> Birth rate	46.47	40.41	41.16	44.89	39.82	45.55	40.07	40.58	44.26	39.41
Mean age of child bearing	28.53	28.25	28.29	28.14	27.97					

注①) 表4と同じ

注②) 表6と同じ

注③) EDR = Eastern Development Region  
 CDR = Central Development Region  
 WDR = Western Development Region  
 MWDR = Mid-western Development Region  
 FWDR = Far-western Development Region

出所) 表1と同じ。

表 8. -Estimate of Infant Mortality by Sex for Different Ecological and Development Regions, Nepal, Based on Proportion Dead Among Children Ever Born to Ever-married Women, by Employing Trussell Method

Ecological and Development Regions	Infant Mortality Rate*			Calendar year
	Male	Female	Total	
a) Ecological				
Mountain	189.50	182.92	186.21	1978.57
Hill	166.44	160.51	163.47	1978.52
Tarai	125.42	119.22	122.32	1978.10
b) Development				
EDR	132.57	126.89	129.73	1978.46
CDR	139.74	133.87	136.80	1978.28
WDR	149.79	144.25	147.02	1978.40
MWDR	178.05	171.87	174.96	1978.39
FWDR	167.42	161.59	164.50	1978.02

出所) 表 1 に同じ。

### 3) UN Manual X (Indirect Techniques for Demographic Estimation Brass technique) の適用の実際

推計のため必要なデーター

1. 5歳年齢階級別(母親)のそれまでに生まれた子供の数
2. " の調査または国勢調査日に先立つ1年間に生まれた子供の数  
あるいは国勢調査の年に届出のあった出生数
3. 5歳年齢階級別女子人口(婚姻と関係なし)
4. 出生率を推計する場合には全人口数

Brass の出生力(fertility)推計方法のもっとも重要な点は、もっとも信頼度の高い年齢 20-24 歳, 25-29 歳時には 30-34 歳の女子の平均出産経歴によって求められる出生力の水準を基準にし、この年齢別出生力のパターンを補正していくことである。

とくに年齢の届けに大きな誤りが系統的にみられる場合に適用される。

また、20~24 歳の女子よりえられた資料をもとに補正することが最も好ましい。

Brass 自身は平均出産経歴と累積出生力との間の関係を計算するため出生力の単純な手順式のモデルを適用して推計、Coale & Trussell は、相隣れる 3 つの年齢グループの累積出生力に second-degree polynomial をあてはめることを提唱している。



- ③ 家族計画の費用は現在のFP/MCHプロジェクトの費用を参考に計算
- ④ 家族計画プログラムによってもたらされる便益の推計は
1. 私的消費の節約
  2. 公的予算の節約
- について保健と初等教育に限って行った。
- ⑤ 便益については2020年まで考慮に入れた。
- ⑥ 2000年以降の出生の減少はこれを無視した。

表9 : Population Projections Under Different Fertility Assumptions

( In thousands )

Year	projection A	projection B	projection C
1980	14,281	14,281	14,281
1981	14,621	14,590	14,564
1985	16,062	15,890	15,751
1990	18,244	17,679	17,220
1995	20,918	19,658	18,635
2000	24,145	21,780	19,866

出所) Integrated Development Systems, Reducing Fertility Through Family Planning in Nepal : A Cost-Benefit Evaluation, 1983

表10 : Cumulative Benefits and Cost of Fertility Reduction

( in Rs. Million )

	PROJECTION B		PROJECTION C	
	Period I (1981/2000)	Period II (1981/2020)	Period I (1981/2000)	Period II (1981/2020)
<u>Benefits</u>				
1. Consumption	8634	69875	15615	126514
2. <u>Public Savings</u>				
(a) Scenario 1	592	1464	1071	2650
(b) Scenario 2	706	1850	1281	3352
3. <u>Total</u>				
(a) Scenario 1	9226	71339	16686	129164
(b) Scenario 2	9340	71725	16896	129866
<u>FP Programme Cost ( between 1981/2000 )</u>				
Mix B.1	2733		Mix C. 1*	5636
Mix B.2	2477		Mix C. 2*	5161
			Mix C. 3	5987

出所) 表9と同じ

COSTS AND BENEFITS IN 1980 MILLION RUPEES

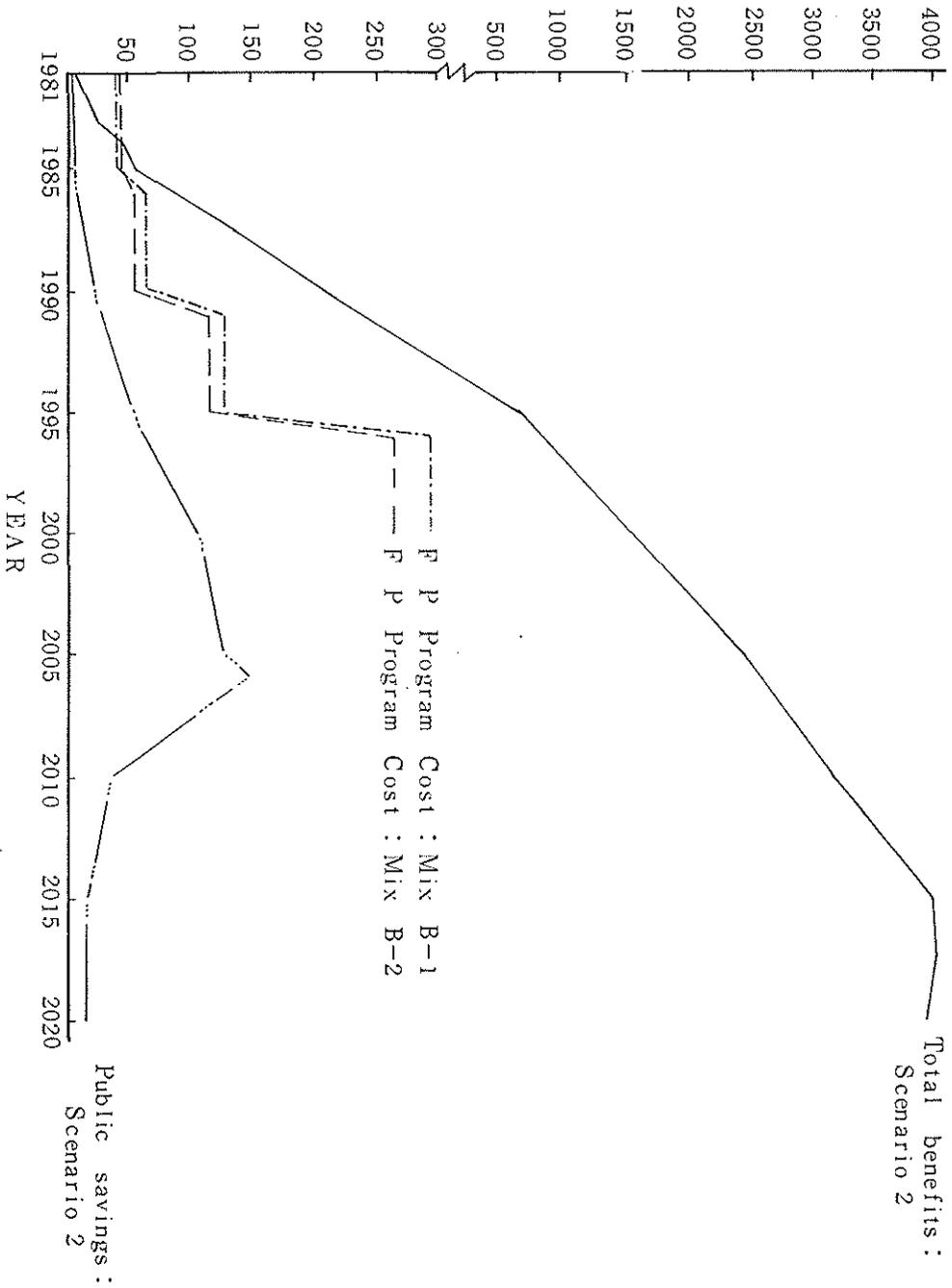
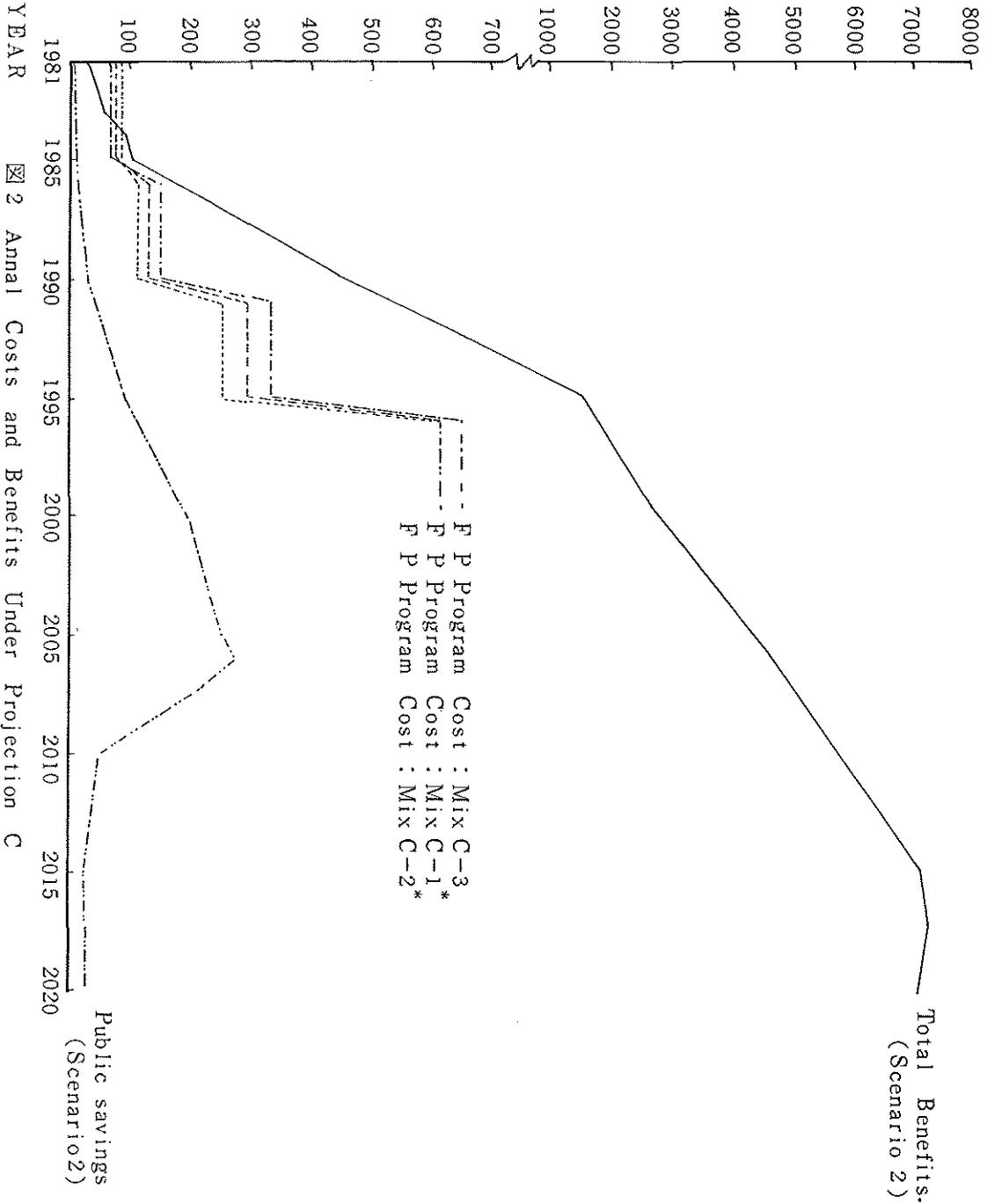


図 1 Annual Costs and Benefits Under Projection B.

出所) 表 9 に同じ

COSTS AND BENEFITS IN 1980 MILLION RUPEES



出所) 表9に同じ

図2 Annual Costs and Benefits Under Projection C

#### 4) まとめ

1. 3年後には年間の便益が費用を上廻り、10%低く見積っても便益が6倍に達する。
2. もし現在の保健・教育に対する低水準の政府支出が将来ともに続くなれば、出生の減少によって公的予算が節約された分だけでは将来の家族計画の費用をまかないきれない。
3. どの避妊法を採用するかによって費用が異なるが、個人の好みの問題と、供給資源の不足という問題が残る。
4. 2000年までにTFRを4.3という目標を達成するためには現在より一層の避妊法の広範な分布が必要である。

内容的には、より近代的な方法に対する需要が満たされていない。

5. 家族計画・人口政策に携わる者は効率を考えて行うことが要求され、また人々に動機づけをする配慮をする必要がある。
6. ネパールの高い出生率の背後にどのような要因が関連しているのかを明らかにする研究を進める。

現在のネパールにおいて、最も可能性の高い解決方法は何であるのかの理解なしには、今回のような予測は何の意味ももたない。

参考文献

United Nation : Manuals on methods of estimating population Manual IV  
Methods of Estimating Basic Demographic Measures from  
Incomplete Data  
pp 57~72 1967

United Nation : Manual X  
Indirect Techniques for Demographic Estimation Population  
Studies, No 81  
pp 31~55, pp 196~222 1983

Coale-Demeng : Regional Model Life Tables and Stable Populations  
Princeton Univ. Press, 1966

小林 和 正 : 甲斐国の人口動態率  
厚生の指標 16 卷 2 号

Central Bureau of Statistics : Intercensal Changes of some key census  
Variables Nepal 1952/54-81  
1985

Shrestha, R. K et al : School Atlas of Nepal, Educational enterprise Ltd.  
1984



## 補論II 家族計画・母子保健推進上の留意事項



## 補論Ⅱ 家族計画・母子保健推進上の留意事項

### 第一節 政策の受け手

#### 1) 政策への対応

これまでの開発戦略はそのほとんどが政策のデリバリーの側面の改善に焦点を合わせてきた。「開発への住民の参加」ということが開発戦略への反省（結果的に貧富の格差を拡大）としていわれるが、どうすれば住民の継続的かつ積極的な参加が得られるのかを、住民の側の論理に立って、かつ住民のコミュニティの構造にまで立ち入って議論されることはほとんど無かったといってよい。ここでコミュニティの構造というのは、単に階級分析的視点に立った地主・小作関係あるいは農民層分解といった社会経済関係をいうのではない。コミュニティの内に賦存する資源とその配置状況（たとえば共有林とか野原・灌漑設備だけでなく、伝承された技術をもつ人的資源も含む）、そのコミュニティのメンバーの行動を規制してきた社会規範（たとえば、全員の協議で村の行事をきめる慣行とか、社会生活、あるいは生産面まで含む相互扶助の慣行、長老支配など）まで含む広い概念である。

一般に、政府の政策に対する住民の個人、世帯あるいはコミュニティ単位の反応には、次の4つのタイプがみられる。

- (a) 無関心あるいは逃避
- (b) 消極的対応
- (c) 消極的対応から積極的対応への変化
- (d) 積極的対応

政策の内容がいかに論理整然としており、かつ政治指導層および実施機関がその政策の実施に対しコミットしていても、政策の対象とする住民（受け皿）の側に十分にこれに対応できるだけの能力がない場合には、政策は目ざしている効果を発揮しえない。その能力は何でできまるかといえば、先述のコミュニティの社会経済構造である。コミュニティの成員が、政府の政策や市場条件の変化等に対して、与えられた社会経済構造の枠組の中で、その資源、人間関係、社会規範を調整し、その為の協議を何回もくり返して柔軟に対応できるか否かが住民の対応力、ひいては政策の効果を決める要因であり、それによって住民の対応も、無関心（逃避）から、消極的対応、あるいは、消極的対応から積極的対応への移行、あるいは当初から積極的対応へと差が生じてくる。積極的対応の結果として、住民の（1回限りでない）継続的「参加」が生まれてくるのである。つまり「参加」という現象をいくら追いかけてみても、それを生み出す社会経済構造の分析なくしては、ほとんど意味のある議論はできない。<sup>1)</sup>

家族計画、母子保健のメッセージに対する反応は、基本的には個人および（あるいは家族）の決定に依るが、コミュニティとしての集団的対応もある。とくに今日においては、集団的対

応がより重要であるとして注目をあびるに至っている。家族計画を独自に推進するよりも、それを受け入れ易い環境条件（たとえば乳幼児死亡率の低下）を先につくる、あるいは同時並行的に進めることが望ましいことは、今日証明済みであるので、なおさらコミュニティとしての集団的対応をもたらす条件を探究する必要がある。

## 2) 個別世帯の対応

まず、家族計画や母子保健のメッセージに対する個別世帯の対応であるが、以下のような家族・個人の意思決定、あるいはおかれた状況によるところが大きい。

- (a) 家族構成とライフサイクル
- (b) 新たな子供の出生に対する当人及び家族員の願望
- (c) 婦女子の機能・行動規範
- (d) 家族内外での労働拘束時間
- (e) 婚期の調整
- (f) 子供の教育
- (g) 家族計画サービス及び保健サービス利用の決定

である。

家族計画・母子保健政策のメッセージは出生率を低下させることを目的としている。

世界銀行報告（1984年<sup>2)</sup>）も次のように述べている。「人口規模に対し、今後出生率は死亡率以上に強い影響をもつ。」・「死亡率低下の努力とは別に……人口増加の抑制のためには出生率を急激させることがますます緊要になってくる」（同・邦訳P.104）。

「高出生率と無計画出産は乳幼児死亡率を高める」。「出生率の低下を目的とした政策やプログラムは、死亡率を下げる政策でもある」（同上P.104）。例えば家族計画サービスの主眼は、出生率低下におかれている。女性の教育は、女性の婚期を遅らせ、避妊実行の効果を増大させ、女性の視野を子供の養育以外へ広げ、女性に各種の機会を開くことになり、結果的には出生の抑制へ導くとともに、子供の死亡率低下をもたらす、と考えられている。（同上P.104）

こうした考え方は一般的に正しいし、そのような因果関係のあることは証明されつつあるが、問題はそのメッセージの受け皿である個人あるいは世帯の反応が均一ではないことである。

それに影響を与える要因を上記(a)から(g)まで列記したわけだが、今後、ネパールの調査地の実態に即して検証されることが望ましい。

また、一般に所得の増加が、出生率を低下させるといわれるが、所得の増加は当初の段階で出生率を上昇させる。しかし、一定の転換点を超えると出生率低下と結びつく。問題は、出生率低下は所得の増加それ自体ではなく、所得の増加によって生ずる生活の変化をもたらすものであることに注意する必要がある。

また個人あるいは家族の避妊へのうけとめ方は、季節によっても異なる。避妊法において簡

単に家庭で適用できるピルや、コンドームの使用は、農繁期にむしろ多く、ヘルス・ポストや病院へ出かける必要のある不妊手術は農閑期の11月から2月頃にかけて多く行なわれている。これには、地域差があり、ヘルス・ポストへの距離（第四章 参照）、農作業のパターン（の差）、その家族の階級及び階層の差による労働のピーク・シーズンの異同によっても対応が異なっている。（第四章中、ダヌーシャ、カブレ両郡における不妊手術件数の増減をみよ）。

### 3) コミュニティ（集落）の対応

次に、家族計画・母子保健政策（とそのサービスの提供）に対するコミュニティ（集落）の対応について考えよう。

すでに述べたようにコミュニティ的アプローチのメリットは、その情報の伝達が早く、確実に広範囲に拡がり易いことである。情報は通常、集落の上にある行政村にもたらされ、村長あるいは、村の組織の責任者を通じて農民に流される。つまり直接、農民1人1人に情報がもたらされるのではなく、集落というコミュニティを媒介として伝えられることが多い。そこで通常は集落が1つのユニットとして、外からもたらされたメッセージへの対応を協議することになるのである。

ただし、このような協議を可能とするものは、集落の成員間に日常的に生活面、生産面で、意思を交換しあえるような人間関係が存在していることが前提となる。当然、集落成員間にもいろいろの利害対立があり、互いに口もきかぬような人間関係も存在するが、こうした対立を和らげ、協調をうながすような圧力が集落内に備わっている場合が多い。さらに、調停役のような役割を村長が通常は果して村の調和と団結を保とうとする。村の行事へ全員が参加することによって（例えば村祭り）和をとりもどすようなことも行なわれている。

ここでは自ら、調和を第1とするような村の社会規範が伝統的に蓄積されていて、否応なしに集落の成員の行動を拘束し、同じ方向への共同行動をとらせようとするのである。そこにはコミュニティ内に歴史的に形成された社会・経済秩序がみられる。その社会・経済関係も新しい状況に対応するために修正をせまられ、新しい社会秩序形成が必要となってくる。そのコミュニティが新しい社会・経済秩序を作りうるのかどうか問題になる。

そこで必要なプロセスは以下のようなものである。

(a) 新しい状況に対応してコミュニティが、自らの賦存資源をどの程度運用できるのか。たとえば、公害予防、伝染病の侵入を防ぐためにコミュニティ成員が、自分らの資源（物的資源だけでなく技術などのソフトな資源も含め）をどの程度まで運用して外からの刺戟に対応できるのか、ということである。

この際、問題が緊急性をもち、政府あるいはNGOの助力をすぐに期待できぬ状況下においては、コミュニティ（集落）の集団的対応による環境改善は絶大な効果を発揮するであろう。乳幼児の伝染病死亡率が急激することもありうる。

自分らの資源運用に際し、既存の社会関係及び伝統的社会規範が邪魔になる場合には、それらを新しい状況に対応できるように変えていくことが必要となってくる。このための調整能力が備わっているか否か。集落組織の成員が、集落全体の長期的利益の増進のために、目先の自己の利益を犠牲にする（後で自分にもその恩恵が戻ってくるが）用意があるか否かで成否がきまってくるのである。

また全員で協力して事業を行なった際の経験が集落の組織の内に蓄積され、失敗にせよ成功にせよ、将来何らかの教訓をそこから導き出せるようになっているのか否か。第二世代のリーダー達が集落の共同行動の経験の中で自然と養成されていくような仕組みになっているか否かが重要なチェックポイントである。

#### 4) ネパールにおける家族計画、母子保健とコミュニティ

以上のような視点に立って、ネパールにおける家族計画及び母子保健に対する農村共同体（ここでは集落コミュニティ）の対応の実態を以下にみてみよう。

- (1) FP/MCHプログラムは52の県で家族計画、母子保健事業を実施している。そのアプローチは、ヘルス・ポストを通して末端の「パンチャーヤトをベースとした保健要員」(Panchayat Based Health Worker. PBHWと略す)に、1パンチャーヤト当り平均9つの集落(Ward)をまわらせ、家族計画、母子保健関係のメッセージを伝達させることになっている。メッセージを受けとった各集落内部で、その後そのメッセージに対する伝達や対応がどうなるのかは、各集落の構造(資源の賦存状況、社会構成員の相互関係、構成員の価値観及び社会規範等)によって異なっている。

FP/MCHが、どちらかといえば、個々の世帯の反応を主眼としているのに対して、ICHSDPは、はっきりコミュニティを対象とした「総合的」アプローチをとっている。<sup>4)</sup>それ故にコミュニティ全体としての対応状況を調査する為には、ICHSDPの成果を参照することが望ましい。(今回の調査のCounterpartがFP/MCHであり、再三ICHSDPへの紹介を依頼したにもかかわらず、協力を得られなかったのは残念であった。)ICHSDPは、村落レベルに無給のボランティアであるコミュニティ・ヘルス・リーダー(Community Health Leader)を持ち、彼らがそれぞれ50~60家族(大体、集落の世帯数に当るか)を受け持っているといわれるので、直接参加型観察(Participant Observation)の方法が不可能な時には、代りに彼らとのインタビューによって各地に散らばったネパールの集落の集団的対応のメカニズムを調べることも不可能ではない。

そうしたデータの集積によって、コミュニティ的アプローチの仕方の持つメリットと問題点を一層明らかにしていくことができよう。

- (2) コミュニティ的アプローチは、短期間に大量に、多数の人々を対象として視聴覚的機器を使用して情報を伝達し易く、同時に、住民にとっては、家族計画、母子保健サービスとパッ

ケージになっていけば、関連した問題である栄養改善，識字率の向上，衛生知識の向上，職業技術の習得，等の為の共同行動を容易にするであろう。

コミュニティレベルでの集会の頻度が増加することによって，集落内での相互のコミュニケーションの場も拡がり，青年や女性の地位も見直され，互いの信頼と協力関係を増進していることは，断片的ではあるが報告されている。

伝統的社会規範によれば，長老が家庭内でも社会的にも尊敬されていたが，次第に技術と知識をもつ青年層の発言力が増大してきていることも報告されている。家庭内においても，社会的にも婦女子の地位は低かったが，母親クラブの結成，新たな母子保健活動，職業訓練への参加等を通じて次第にその社会的地位を向上させつつあることも断片的にはあるが観察できた。他方において，未だに女子が家庭内で大切にされず，病気になった妻を夫が放棄し，また妻の入院費の支払いを夫が拒絶したケース，入院中の乳ガンの主婦が入院費支払いを苦に，治療途中で夜逃げをしたというケースも見聞した。

コミュニティ内の伝統的社会規範には，生産面における「手間換」あるいは「結」<sup>ユイ</sup>に当たるパルマ（PARMA）とよばれる労働交換の制度が，田植えや収穫作業に際して丘陵地帯（山岳地帯にもあるといわれる）にかなりみられるといわれる。また生活面においては，各種のグーティ（GUTHI）<sup>5)</sup>とよばれる制度が丘陵地帯にかなり行なわれているようである。例えば日本の頼母子講に似た制度や，寺社維持のためのグーティなどである。とくにネワール（NEWAR）とよばれるコミュニティにかなり多く，タカリー（THAKALI）コミュニティにはDHUKARIとよばれる同様の制度があり，これがグルング（GURUNG）コミュニティにも拡がっているといわれる。なお，GURUNGには，若者らの未婚者集団間の親和増進をめざしたローディ（RODI）制度というのがあるといわれる。このほかに，たいていのコミュニティには，冠婚葬祭における相互扶助慣行がみられる。集落内には病院，クリニック等が存在しないので，重病人が出た場合には隣近所の人達が総出で何里の道も交替で病人を背負って病院へかつぎこみ，泊りこみで看病するのが普通の慣行になっているようである。

コミュニティの賦存資源としては，「コミュニティの森」（Community Forest）とよばれる共有林，あるいは，共用の灌漑施設，野原等をもち，その維持管理をめぐってコミュニティ成員が自治的規則を作っているところもある。コミュニティの道路の補修，橋の補修等を，成員の無償の労働奉仕で行なっている村もある。またコミュニティ単位で少額の定額預金を行なって自主的財源造りをしているところもある。コミュニティ成員で決めた規則を破る者には罰則の適用もなされているが，情状を酌量したやり方が普通であるといわれる。以上のようなコミュニティの原理に対応した家族計画，母子保健のメッセージは，個別世帯あるいは個人に対してなされるアプローチに比べて，はるかに大きな効果をより早く及ぼす可能性が強く，今後一層注目されていく必要がある。

## 5) コミュニティの対応にも地域差

これまで述べたことからもうすでに明らかなように、コミュニティそのものの構造が、外からの同じメッセージ（ここでは家族計画、母子保健）に対して異った反応を示すことになる。

コミュニティそのものの構造を規定しているものとしては、コミュニティの置かれている地理的条件の差、構成員の同（異）質性、資源賦存状況、コミュニティへの商品化過程の浸透度等である。

調査したダヌーシャ郡の場合は、タライ地帯の平原で外からの人口流入も多く、コミュニティの構成員も複雑化している。資源も共有部分が極めて少なく共同作業も行なわれにくい。またコミュニティへの商品化過程の浸透度が高く、コミュニティとしての生活、生産両面での一体性が失われている。

こうしたコミュニティに対しては家族計画、母子保健プログラムの実施に当り、集団的対応を求めるアプローチをしてもほとんど効果を示さぬであろう<sup>6)</sup>。逃避、無関心か、消極的対応しか期待できない。そこでは、むしろ個別世帯あるいは個人に焦点を当てたアプローチを図る方がよい結果を得られるであろう。

他方、調査したカブレ・パランチョク郡のように、丘陵地に位置し、集落ごとにネワールとか、チェトリなど単一の部族で固まっているコミュニティの場合には、たとえ商品化過程が相対的に浸透していても、コミュニティとしての共有資産を維持管理し、また結など生産における共同作業、またグーティ（GUTHI）のような生活面での相互扶助慣行を残して、コミュニティとしてのまとまりをとどめている。

こういうコミュニティに対しては、その自主性を尊重しながら、集団的アプローチをはかることによって、消極から積極へと移行する対応を期待しうるかもしれない。

コミュニティ内に階級・階層間の社会・経済格差が大きいところでは、視聴覚機器を用いた集団的アプローチ（情報伝達）は余り効果がなく、人対人の個別のアプローチが効果を発揮する。逆に等質的コミュニティに対しては集団的アプローチがより大きな効果を発揮するのではないと思われる。S. L. シャルマらの調査もこのような事実を裏付けている。<sup>7)</sup>

## 第二節 FP/MCHを効果的に実施するための条件

ネパール全国レベル及びモデル2郡について同プログラムを効果的に実施するための条件を、国内的条件と国際的条件に分けてまとめたい。

### 1) 国内的条件

国内的条件としては、少くとも次の2点を指摘したい。

第1はプログラムの供与側の問題であり、第2は受け手の側の問題である。

第1のプログラムの側の問題は次の3つある。

1つは、プログラムの持つメッセージが論理整然としており、かつ簡潔なものであることを要す。2つは、実施に当り政治的コミットメントが確かなものであることを要し、しばしば個人の政治家、政党の利害によって本来の主旨をゆがめ、しばしば変更されるようなものであってはならない。3つは、プログラム実施機関の能力を高めることである。この趣旨にそって、ネパール政府は分権化(Decentralization)を政策目標として大きく掲げている。その為には、県の出先の家族計画、母子保健プログラム関係の機関の権限強化及びその他の例えば農村開発関連の諸機関との間の活動調整、情報の交換、協力がいよいよ必要となつてこよう。県レベルにおける出先機関の活動の調整のために、地方行政省の出先であるLDO(Local Development Officer)が開発一般を、内務省の出先であるCDO(Chief Development Officer)が県全体の開発および法秩序の維持を、さらに大蔵省の出先が財政収入及び支出上の調整の役を果しているが、3つの調整機関相互の調整は余り出来ていないようである。それゆえに家族計画、母子保健プログラムの実施に当っても、担当官は保健省のほかにも上の3者を通じて関連出先機関との活動調整、情報交流をしなければならない。これは活動を阻害する要因の1つになっている。<sup>8)</sup>

機構上の問題とともに、人の問題として、家族計画・母子保健プログラムにたずさわる正職員、準職員の訓練期間の延長、カリキュラムの適切化が求められる。また待遇、昇進等は士気にかかわる問題でもあり、今後大いに改善される必要がある。

予算の配分にしても遅滞があつてはならない。現場のヘルスポストのニーズに応え、薬品、医療器具の購入、維持を円滑化するためにヘルスポスト予算は、一層増額されるべきであろう。現場のヘルスポストの活動を容易にするために国際機関等が贈与あるいは貸与した車、オートバイ等がカトマンズをベースとする本部の人々により徴発されて彼等の通勤用に使われているなどは、予算の適切な使い方がなされていないことを象徴的に示すものである。今後、物と金による援助についてもこうした事態の起らぬような措置がとられるべきであろう。

さらに、プログラム・サービスの受け皿との間に円滑な関係を保ちその協力をうる為には、職員の態度が問い直されねばならない。十分な情報を持たず、高姿勢で住民に接すれば当然、拒否的あるいは面従腹背的な消極的な反応しか得られない。住民の継続的な参加を確保するための接し方の訓練や態度の改善が望まれる。

もう1つの人的問題としては、集落あるいはパンチャーヤトをベースとして、奉仕活動家を選び、育て、行政の末端に位置づけていく現在のやり方は斬新であり、コミュニティの自主性を高めていくと思われるので、今後一層拡充されていくべきであろう。<sup>9)</sup>

国内的条件の第2は、受け手の側の問題である。コミュニティの構造の差に着目した上で、コミュニティが相当に崩壊しているところでは、個別世帯的アプローチをし、コミュニティの結束が未だ相互扶助慣行や自治管理の蓄積を通じて残っているような(どちらかというも等質的)社会に対しては集団的アプローチを適用すべきであろう。

後者のようなコミュニティの場合には、単に家族計画、母子保健プログラムだけを他と切離して推進するのではなく、他の生活関連、生産関連の事業や訓練などと組合わせたアプローチが有効である。

またコミュニティとしての結束が未だ相対的に強いところでは、住民の協議の機会をできるだけ設けるように、行政も力を貸し、必要な技術や資金を提供して住民の共同作業による衛生環境作り、家族計画作り、病院・クリニック等の建設、修理作業、さらに広般な啓蒙運動推進を図ることが望ましく、かつ可能である。このことがひいては住民のむだな支出を少くし、乳幼児死亡率を低め、経済活動を高め、雇用機会と収入源の増大をもたらし、人口抑制への誘因作りへと結びつけていくであろう。

配布すべき資金や人員が限られている時にはまずこうした対応力のあるコミュニティから優先的に事業を進めていくことが賢明である。

## 2) 国際的条件

国際的条件としては、援助する機関および国、さらに民間団体(NGOs)の側からの誠意ある励ましと忠告が必要であろう。<sup>10)</sup>

外からの援助が、受入れ側の自助努力を弱め、腐敗の機会を作り出すものであってはならない。この為には、援助機関と受入れ側の癒着の機会をできるだけ少くするために、プロジェクトに関する情報の公開と、受入れ国住民と援助機関の側の納税者たちによる情報の交換や協力が一層必要となつてこよう。

また、家族計画や母子保健に関する最新の研究成果やその他の関連情報をたえず即座に伝達しうるような情報ネットワーク・システムの強化が必要である。

永久避妊法などの弊害をめぐっての国際的情報交流がもっと盛んになれば、援助の方法に対する反省もまた起ってくるかもしれない。現地でインタビューした国連人口活動基金(UN Funds For Population Activities, UNFPA)のある担当官は、永久避妊法中心のネパール側のとり組み方への方向転換を将来追る可能性をほのめかしていた。

現在ネパールにおいては、UNFPAのほかにも国連児童基金(UNICEF)、国際労働機構(ILO)、世界保健機構(WHO)、等10の機関が家族計画の啓蒙あるいは実施にかかわっている。<sup>11)</sup>

このなかで、UNFPAが主要な家族計画関連諸プロジェクトの推進機関であり、国内の13の機関あるいはプロジェクトが直接・間接にその援助をうけている。<sup>12)</sup>

さらに、UNFPA以外の機関から家族計画についての援助をうけて活動している機関が6つある。<sup>13)</sup>

これだけ多くの機関が家族計画の啓蒙活動、および実施にかかわっているからには、当然その成果が現われてしかるべきであろう。しかるにネパールにおける粗出生率は1971年セン

サス時(調整ずみ)の1,000人につき4.287から1977/78年人口サンプルサーベイの4.26, 1976年の全国出生力サーベイの4.36, 1981年センサス時の4.20と余り減少をみせていない。これは何故であろうか。基本的には,これらの諸機関やプロジェクトが,現地職員の雇用機会創出に役立っているかもしれないが,機関あるいはプロジェクト相互の調整,協力を欠いていることに大きな原因があるとみられる。今後,抜本的調整が必要になってこよう。

注

- 1) Toshihiro Yogo "A Hypothesis on the Formation of Endogenous Receiving Mechanisms in the Local Community" in REGIONAL DEVELOPMENT DIALOGUE, Vol. 6, #1, Spring 1985, pp.18-22
- 2) 世界銀行,『世界開発報告 1984』,ワシントン・D.C.,1984年
- 3) ここでいうコミュニティは,行政村としての村,その集合体としてのパンチャヤート(Panchayat)を必ずしも指さない。地縁性,血縁性の比較的強い集落を意味することが多い。
- 4) Ministry of Health, HMG, "Review of the Delivery of Health Services for Improving Integrated Services including Family Planning and Maternal Child Health",1985 (photocopy).
- 5) 石井薄氏のようにグーティを「儀礼組織」と紹介している人もいるが,「儀礼」に限らないようである。
- 6) 「…人々が貧しいばかりか地域共同体としての活動が希薄な地域では,病気が多いからといっていきなり医療サービスをもちこむと根づかない。」(石川信克「開発途上国で目指すプライマリ・ヘルス・ケア—バングラデシュでの保健活動の経験から—」『家庭医学』第1巻,第2号,1985年10月号 P.60)

- 7) S. L. Sharma and T. M. Dak, "Communication, Stratification And Development Participation In India", in Minoru O'uchi and M. J. Campbell edided DEVELOPMENT COMMUNICATION AND GRASS ROOTS PARTICIPATION, ADIPA, Kuala Lumpur, 1985, pp. 43-62
- 8) Kavrepalanchok のFP/MCH Officerの場合、CDO と月3回位は面会し指示を受けるようである。
- 9) ともあれ、出生抑制、栄養・衛生・予防活動などの保健活動の本来の担い手は、役人でも医療従事者でもなく人々であることの認識を深めていかなければならない（「医師、医療従事者は単なる助力者、協力者、resourceである……」，石川信克，前掲，p. 61）。
- 10) この種のガイドラインとしてよくまとめているものとして、  
Margaret Wolfson, Towards Better Implementation of Aid For Population Programmes, OECD, Paris 1984. がある。  
なお、バングラデシュ及びインドネシアにおける人口プロジェクトの機構とマネージメント面を取扱ったものとしては次が参考になる。  
M. Alimullah Miyan and Yayasan I. Sejahtera, The Management of Population Assistance Programmes, OECD, Paris 1984.
- 11) ①UNFPA, ②UNICEF, ③ILO, ④WHO, ⑤JOICEP, ⑥USAID, ⑦SCF (Save Children Fund), ⑧RED. BANNER (Bernaとのスペルもあり), ⑨JICA, ⑩JSI (John Snow Incorporated). の10機関である。
- 12) ① FP/MCH…①I. E. Cと②VSC  
② ICHSDP…Training  
③ Agriculture Department…①Population Educationおよび  
②Women's Programme  
④ SFDP—ADB…①Population Education  
②Women's Programme  
⑤ Cottage Industry…Women's Programme  
⑥ Cooperative Training Centre  
⑦ Panchayat Training Centre

- ⑧ Ministry of Education ... Population Education Project
  - ⑨ WSCC (Women Service Coordination Council)
  - ⑩ BNWC (Business and Professional Women's Club)
  - ⑪ Family Health Project (Day Care Centre, Institute of Medicine, Tribhuvan University)
  - ⑫ Vital Events Registration
  - ⑬ CNAS (Centre for Nepal and Asian Studies, Tribhuvan University)
- 13) ① FPAN (Family Planning Association of Nepal)
- ② Red Cross (Family Planning Project)
  - ③ CRS (Company Retail Sales)
  - ④ Youth Clubs
  - ⑤ Ex-Military Service Men's Family Planning Project
  - ⑥ Parasite Control Project



調査日程、調査団の構成、主な訪問機関・面会者リスト



調査日程、調査団の構成、主な訪問機関・面会者リスト

調 査 日 程

- 12月 6日(金) 13:20 成田発 JAL 717
- 7日(土) 12:30 カトマンズ着  
JICA打合
- 8日(日) 保健省, FP/MCHプロジェクトにて, インセプションレポートの検討  
出席者: Dr. T.B. Khatri, Project Chief, FP/MCH Project,  
Dr. S. P. Bhattarai, Deputy Chief  
Dr. Madhav Joshi, Deputy Chief  
Dr. B.B. Gubhaju, Demographer  
Dr. J.M. Tuladhar, Acting Chief
- 9日(月) 日本大使館表敬訪問  
訪問機関: Ministry of Labour & Social Welfare  
面会者: Mr. Nilakantha R. Padye, Joint Secretary,  
Social Service Division  
Mr. Joshi, Joint Secretary, Labour Division
- 訪問機関: Ministry of Panchayat & Local Development  
面会者: Mr. M.P. Kafle, Secretary  
Mr. S.P. Adhikari, Joint Secretary
- 訪問機関: Central Bureau of Statistics  
面会者: Mr. Keshar Raj Sharma, Deputy Director
- 10日(火) FP/MCH 郡事務所, Dhulikhel にて調査内容の協議  
カウンターパート: Mr. Shyam Kaji Shrestha, Family Planning  
Officer
- 訪問機関: Dhulikhel Health Center  
面会者: Dr. Nakul Pd. Parajuli, Medical Officer
- 訪問機関: Nala Health Post  
面会者: Mr. Krishna Man Maivandhar, Health Assistant
- 訪問機関: Agricultural Project Service Center  
面会者: Dr. Jagdish Baral, Director  
Mr. Khalil Miyan, Deputy Executive Director

訪問機関：Ministry of Home Affairs, Foreign Registration  
Office

面会者：Mr. B. P. O. Kharel, Section Office

11日(水) カトマNZ→ジャナクプル 移動

訪問機関：Regional FP/MCH Training Center, Pathalaya

面会者：Mr. Ramesh Chandra Neupane, Regional Chief  
Training Officer

FP/MCH 郡事務所, ダヌーシャにて調査内容の協議

カウンターパート：Mr. Shbbhiyat Bahadur Adhikari, FPO

12日(木) Mothers' Club Programme 及び Health Post 視察

1. Chisapani Health Post

Mr. Ram Autar Yadav, Senior A.H.W.

2. Pusbalpur (Mothers' Club Programme)

3. Bhuchaker (Mothers' Club Programme)

4. Hariharpur (Mothers' Club Programme)

5. Laxminibas (Mothers' Club Programme)

6. Bateshwar (Health Post)

13日(金) 訪問機関：Janakpur Zonal Hospital

面会者：Mr. Hukom Dev Shah, Civil Sargent

訪問機関：Ghordghas Health Post

面会者：Mr. Raj Kumar Pokharel, Health Assistant

14日(土) フィールド調査 Dhalkebar H.P., Ramdaiya 村調査

訪問機関：Chief District Office, Dhanusha

面会者：Mr. Khagendra Prasad Poudyal, C.D.O.

15日(日) フィールド調査 Sabaila Health Post, Sabaila村調査

面会者：Mr. Amarnath Jha, Health Post in-charge

Madhubhaha Cooperative Community 訪問

フィールド調査 Chisapani Health Post

インタビュー調査 Supervisors, Eastern part of Dhanusha

16日(月) フィールド調査 Labotole 村, Barmajhiya 村

Barmajhia Village

インタビュー調査：Dr. Saklido Prasad Singh, Ayurvedic Doctor

Mr. Ramendradeep Dhakal, Panchayat Pradhan

Mr. Jainandan Dubey, Panchayat Secretary

ジャナクプル → カトマンズ 移動

17日(火) 訪問機関：Land Registration Office, Janakpur  
面会者：Mr. Devlal Thechmi, Head Assistant

訪問機関：Malaria Eradication Office  
面会者：Mr. Kaladar Jha, MEO

ジャナクプル → カトマンズ 移動

調査中間報告：JICA 事務所  
訪問機関：Maternity Hospital  
面会者：Dr. (Mrs.) D.S.Malla

訪問機関：Administrative Staff College  
訪問機関：Center for Nepal & Asian Studies, Tribhuvan  
University  
訪問機関：Ministry of Social Welfare

18日(水) 調査打合：FP/MCH郡事務所, Dhilikhel  
訪問機関：Dhulikhel Health Center  
訪問機関：Shree Memorial Hospital, Banepa  
面会者：Dr. Leonardo J. Vigna  
- 患者のスライド映写 -

19日(木) 訪問機関：Vital Statistic Office  
訪問機関：Family Planning Association of Nepal  
面会者：Mr. Shanker Shah, Executive Director  
Dr. D.P.Upadhaya, Project Director

調査打合 FP/MCH郡事務所, Dhilikhel  
フィールド調査：Khopasi Health Post  
面会者：Mr. Chandra Bahadur Shrestha, Health  
Post in-charge

訪問機関：Khopasi Supervision Center  
面会者：Mr. Gopal Thapa, Supervisor

訪問機関：Chief District Office, Kavrepalanchok  
面会者：Mr. Karna Bahadur Chand, CDO

- 20日(金) 訪問機関：Nala Health Post  
 フィールド調査：Nala村  
 訪問機関：Panchkarat Health Post
- 21日(土) フィールド調査：Khopasi村, Nala村  
 インタビュー調査：Mr. Madan Man Shrestha, Vice Chairman of  
 Health Post Committee
- 22日(日) 訪問機関：National Commission on Population  
 面会者：Dr. B.P.Upreti, Secretary
- 訪問機関：Vital Registration Office  
 面会者：Mr. Laxman Bahadur Basnet
- 訪問機関：Ministry of Agriculture  
 訪問機関：Small Farmer Development Programme  
 訪問機関：National Industrial Development Corporation
- 23日(月) 調査打合 FP/MCH郡事務所, Dhulikhel  
 フィールド調査 Panchkhal Health Post 及び周辺村落調査
- 訪問機関：ICIMOD( International Center for Integrated  
 Mountain Development )  
 訪問機関：National Planning Commission  
 訪問機関：Administrative Staff College  
 訪問機関：Planning Division, Ministry of Health  
 訪問機関：UNFPA
- 訪問機関：UNICEF  
 面会者：George McBean, Programme Communications &  
 Information Officer
- 24日(火) 調査報告：FP/MCH Project.  
 訪問機関：UNDP  
 面会者：Toshihiko Niwa, Residential President
- 訪問機関：ICHSDP  
 面会者：Mr. Hirulal Pajbansh, Senior Health Inspector  
 Family Health Section  
 訪問機関：Agricultural Programme Services Center

25日(水) 表 敬 訪 問：JICA事務所，日本大使館，FP/MCH Project  
 訪 問 機 関：Ministry of Panchayat & Local Development  
 カトマンズ発 13:30 TG 312

26日(木) 成 田 着 18:05 JAL 482

#### 調査団の構成

氏名および所属	担当業務	現地調査期間
1) 松本 信雄(東京慈恵会医科大学教授)	総 括	昭和60年12月 6日～12月15日
2) 大内 穂(アジア経済研究所経済成長調査部長)	人口学・社会経済	昭和60年12月 6日～12月26日
3) 清水 英佑(東京慈恵会医科大学助教授)	衛生統計学	昭和60年12月15日～12月23日
4) 伊藤 精彦(東京大学医学部医学科)	衛生統計学	昭和60年12月 6日～12月26日
5) 西川由比子(財)アジア人口・開発協会研究員)	人口・家族計画	昭和60年12月 6日～12月26日

国際協力事業団との業務実施契約にもとづき(財)アジア人口・開発協会が上記メンバーで、現地調査を行ない、本報告書を作成した。尚、以下の2名が下記の期間、作業管理のため国際協力事業団から派遣された。

氏名および所属	担当業務	現地調査期間
1) 綿引 信義(国際協力事業団医療協力部特別嘱託)	現地調査作業管理	昭和60年12月 6日～12月15日
2) 成瀬 章(国際協力事業団医療協力部特別嘱託)	現地調査作業管理	昭和60年12月 6日～12月15日

## 主な訪問機関・面会者リスト

### 1. 政府機関

- (1) 保健省、FP/MCHプロジェクト  
Dr.T.B.Khatri, Project Chief.FP/MCH Project  
Dr.Bhattacharai, Deputy Chief  
Dr.Madhav Joshi, Deputy Chief  
Dr.B.B.Gubhaju, Demographer  
Dr.J.M.Tuladhar, Acting Chief
- (2) Ministry of Labour & Social Welfare  
Mr.Nilakantha R. Padye, Joint Secretary, Social Service Division  
Mr.Joshi, Joint Secretary, Labour Division
- (3) Ministry of Panchayat & Local Development  
Mr.M.P.Kafle, Secretary  
Mr.S.P.Adhikari, Joint Secretary
- (4) Central Bureau of Statistics  
Mr.Keshar Raj Sharma, Deputy Director
- (5) Agricultural Project Service Center  
Dr.Jagdish Bara, Director  
Mr.Khalil Miyan, Deputy Executive Director
- (6) Ministry of Home Affairs, Foreign Registration Office  
Mr.B.P.O.Kharel, Section Officer
- (7) Regional FP/MCH Training Center, Pathalैया  
Mr.Ramesh Candra Neupane
- (8) National Commission on Population  
Dr.B.P.Upreti, Secretary
- (9) Vital Registration Office  
Mr.Laxman Bahadur Basnet
- (10) Small Farmer Development Programme, Ministry of Agriculture
- (11) National Industrial Development Corporation
- (12) ICIMOD(International Center for Integrated Mountain Development)
- (13) National Planning Commission
- (14) Administrative Staff College
- (15) Planning Division, Ministry of Health
- (16) ICHSDP  
Hirulal Pajbansh, Senior Health Inspector, Family Health Section
- (17-1) ダヌーシャ郡
  - ①ダヌーシャ郡FP/MCH郡事務所  
Mr. Shbbhiyat Bahadur Adhikari, Family Planning Officer
  - ②Chisapani Health Post  
Mr.Ram Autar Yadav, Senior A.H.W.
  - ③ Ghordghas Health Post  
Raj Kumar Pokharelz, Health Assistant
  - ④ Sabaila Health Post  
Mr.Amarnath Jha, Health Post in-charge

- ⑤ Land Registration Office  
Mr.Devlal Thechmi, Head Assistant
- ⑥ Malaria Eradication Office  
Kaladar Jha, Malaria Eradication Officer
- ⑦ Chief District Office  
Mr.Khagendra Prasad Poudyal, Chief District Officer
- ⑧ Barmajhiya 村  
Dr.Sakido Prasad Singh, Ayurvedic Doctor  
Mr.Ramendradeep Dhakal, Panchayat Pradhan  
Mr.Jainandan Dubey, Panchayat Secretary

(17-2) カブレパランチューク郡

- ① ドゥリッケルFP/MCH郡事務所  
Mr.Shyam Kaji Shrestha , Family Planning Officer
- ② Dhulikhel Health Center  
Dr.Nakul Pd. Parajuli, Medical Officer
- ③ Nala Health Post  
Mr.Krishna Man Maivandhar, Health Assistant
- ④ Khopasi Health Post  
Mr.Chandra Bahadur Shrestha, Health Post in-charge
- ⑤ Khopasi Supervision Center  
Mr.Gopal Thapa, Supervisor
- ⑥ Chief District Office  
Mr.Karna Bahadur Chand, Chief District Officer
- ⑦ Health Post Committee, Nala Village  
Mr.Kadan Man Shrestha, Vice Chairman

2 . 国連機関

- (1) UNFPA
- (2) UNICEF  
Mr. George McBean, Programme Communication & Information Officer
- (3) UNDP  
Toshihiko Niwa , Residential President

3 . 病院

- (1) Janakpur Zonal Hospital  
Mr. Hukum Dev Shah,Civil Surgent
- (2) Maternity Hospital  
Dr.(Mrs.) D.S.Malla
- (3) Shree Memorial Hospital, Banepa  
Dr.Leonardo J. Vigna

4 . N G O , その他

- (1) Center for Nepal & Asian Studies, Tribhuvan University
- (2) Family Planning Association of Nepal  
Mr.Shanker Shah, Executive Director  
Dr.D.P.Upadhaya, Project Director

5 . 日本大使館

参事官 井沢 蓮 敏

6 . J I C A カトマーズ事務所

所長 星 達雄  
所員 中川 寛章

7 . 現地調査協力者

1. J.N.Singh, Family Planning Officer, NFP/MCH Project
2. Sirjana Sharma, Information Officer, NFP/MCH Project
3. Upendra Aryal, Information Officer, NFP/MCH Project
4. Navin K. Pyakuryal, Information Officer, NFP/MCH Project
5. Govind B. Bhatta, Information Officer, NFP/MCH Project
6. Nukunda Raj Baidya, Audio Visual Officer, NFP/MCH Project
7. Mira Upadhyay, Broad Casting Officer, NFP/MCH Project
8. Hari Koirala, Nutritionist, NFP/MCH Project

## 付属資料



付表 1 TENTATIVE IMPLEMENTATION SCHEDULE OF THE PROJECT

TENTATIVE IMPLEMENTATION SCHEDULE OF THE PROJECT

ITEM	FISCAL YEAR	1986/87	1987/88	1988/89	1989/90	1990/1991
PLAN OF ACTIVITIES	PREPARATORY STAGE <REVIEW>	1. Review and analysis of existing data and information (nation-wide and model areas) 1) vital statistics 2) health and medical statistics  2. Study of statistical procedures of the data and information  3. Examination of availability of home visit survey  4. Establishment of final target indicators 1) rate of medical check-ups of pregnant women 2) rate of medical check-ups of children 3) rate of immunization 4) changes in major diseases 5) infant mortality rate 6) maternal mortality rate 7) acceptance rate of family planning 8) birth rate 9) others	PHASE-I <IMPROVEMENT>  1. Improvement of maternal and child health services in the model areas 1) improvement of existing hospitals 2) improvement of health posts 3) improvement of medical check-up system and surveillance and follow up system 4) improvement of immunization system 5) improvement of district clinics  2. Improvement of family planning services in the model areas 1) improvement of existing hospitals 2) improvement of health posts 3) improvement of I.E.C. 4) refresher training of P.B.H.Ws 5) improvement of district clinics 6) improvement of surveillance and follow up system  3. Orientation for community leaders on FP/MCH in the model areas	PHASE-II <INTENSIFICATION>  1. Intensification of community health service in the model areas 1) improvement of school health services 2) improvement of home visit health service 3) promotion of health education  2. Intensification of family planning services in the model areas 1) dissemination of knowledge of temporary contraceptive methods 2) advanced training of P.B.H.Ws 3) intensification of I.E.C.	PHASE-III <EVALUATION AND EXPANSION>  1. Expansion of family planning services in the model areas 1) bringing about increase of family planning acceptors  2. Evaluation and examination of model areas' activities 1) development of I.E.C for national wide expansion 2) evaluation of model areas' activities 3) trial examination of expansion of model areas	
			*Fiscal year: April to March			

付表2 パンチャヤート別人口, ダヌーシャ郡, カブレパランチョーク郡

H. M. C. / NEPAL  
Ministry of Health  
Nepal F.A. / M. C. H. Project District Office

S. No.	Name of Panchayat	House Total	Male	Fee	Total population	Storied To be done	Eligible Ca.	Remarks
1	Janakpur Nagar panch	32214	17478	15914	5614			
2	Kushta	4661	2387	2254	733	153	266	
3	Banga Shik panch	4118	2147	1971	608	177	103	
4	Bushiya	3582	1906	1676	574			
5	Bindhi	3546	1873	1722	524	117	126	
6	Daus bitti	1607	827	780	238	61	75	
7	Kapleshwar	3414	1722	1691	517			
8	Daxmi pur Bagaha	2881	2006	1875	627	899	189	
9	Singer Josa	5895	3076	2879	981	252	283	
10	Dahana	4087	2136	1948	570			
11	Kank pathi	3476	1817	1659	539	99	68	
12	Hashpur Kathpalla	3218	1614	1604	470	65	178	
13	Bagh Chaura	3868	1991	1877	598	140	282	
14	Suga Nikad	2610	1371	1239	423	74	181	
15	paodeshwar	3617	1914	1703	573	175	186	
16	Mahuya	3555	1855	1700	543			
17	Man Singh patti	2668	1369	1300	426	69	52	
18	Anclu patti	2366	1220	1146	398	124	59	
19	Suga Madhu kashi	3386	1791	1595	550	111	200	
20	Ram daiya	4122	2336	1986	754	161	111	
21	Mithileshwar Nikas	4095	1952	2143	611	93	179	
22	Tara pati Sirsiya	5488	2782	2706	848	103	200	
22	Ragusa Kamali	3697	1947	1750	624	131	204	
24	Sakhuba Mahendra Nagar	6744	3511	3233	1234	225	366	
25	Saphi	5052	2677	2435	885	213	160	
26	Mithileshwar Mahu bati	2610	1332	1278	405	32	87	
27	Bhutahi paterba	3155	1742	1513	555	45	121	
28	Gopalpur	3436	1743	1693	556	96	85	
29	Baniniya	3782	1940	1842	598	137	61	
30	Kachhuni Thura	4014	2099	1915	692			

H. M. ...  
Ministry of Health  
Nepal FP / P. C. H. Project District office

S.No.	Name of panchayat	House TOTAL Population	Male ✓	Fee. ✓	Total population House No.	Stores Tobacco	Eligible Co.	Remark
31	Digamber pur	5724	2962	2762	1009			
32	Hari har pur	4960	2554	2406	882	40	307	
33	Nakhta Jish	4758	2472	2246	724	98	330	
34	Uma prem pur	8120	4222	3898	1411	169	408	
35	Dhal ka bar	5913	3152	2761	980			
36	Bhui Chakas pur	692	370	322	115	63	179	
37	Bate shwar	4523	2323	2200	770	96	207	
38	Laxmi Nibas	4000	2064	1926	667	96	95	
39	Barga daber	6267	3194	2073	1103	160	144	
40	Tulshi	3203	1611	1592	529	138	376	
41	pupal pur	1804	919	885	315	69	48	
42	Shanti pur	2774	1433	1341	521	89	136	
43	Dhanushu Dham	6496	3131	3265	1159	102	202	
44	Dhanushu Gobind pur	2678	1917	1661	614	142	289	
45	Yagya bhumi	9239	4820	4419	1629	334	162	
46	Raghu nath pur	8175	4240	3941	1470	261	403	
47	Tal Gopal	6146	3240	2906	1169	131	148	
48	Bhara pur	9005	4642	4563	1665	131	148	
49	paterwa	2448	1260	1188	393	75	187	
50	Bar majliya	3667	1967	1700	707	78	100	
51	Lab toli	1927	1017	910	349	86	307	
52	Sabaila	5957	3065	2892	952	145	193	
53	Makhanaha	4663	2425	2238	768	194	215	
54	Sato khar	4219	2182	2137	682	236	102	
55	Khari hani	6211	3245	2966	999	108	541	
56	Gadlu kaha	3728	1975	1753	695	89	132	
57	Pachh karba	2299	1199	1080	421			
58	Jhatiyahi	3902	2024	1878	629	88	190	
59	Bala bakhar	4695	2414	2022	787	175	105	
60	Lauya khor pur	2793	1437	1356	488	80	110	
61	Thila Gabdi	2566	1265	1301	406	89	1132	
62	Mamu patti	2567	1406	1161	466			
63	Har bara	2608	1331	1277	471			
64	Chora kail pur	3209	1695	1514	615	66	71	

H.M.G / NEDAL  
Ministry of Health

Pal FP / M.C.H. project District office.

	House No. Total pop.	Male ✓	Fee. ✓	Total population household	Stene to be done	Eligible En	Remarks.
	Goth Kailpur	2588	1364	1224	497	61	75
66	Gnarba	2517	1335	1182	450	38	115
67	Patnuka	2170	1127	1043	374	30	178
68	Lakers	2147	1683	1462	474		
69	Harine	3813	2048	1765	556	66	555
70	Singhjayahi Nashan	6342	3326	3016	1007	73	140
71	Bishe bhasa	3842	1708	1634	539	164	445
72	Dubes kota Hathlatba	4695	2396	2299	727	114	107
73	Bal ha - Goth	2612	1367	1245	363	26	146
74	Machhi Thithahi ya	6057	3165	2892	1121		
75	Kharuse Chamba	4412	2308	2117	759	95	205
76	Mahuya, Pr. ka	3077	1568	1511	520	145	139
77	Saghera	2589	1395	1194	429		
78	Thashi Thigha	4502	2407	2295	756	75	160
79	Ek Rahi	3152	1655	1497	506		
80	Bul ha Kathal	2567	1319	1248	435	56	107
81	Baphai	1966	1009	957	345	69	89
82	Chakras	3863	2003	1860	645	121	134
83	Sonigama	4328	2225	2103	299	135	179
84	Gidhaha	3635	1844	1791	624	68	161
85	Dhabauli	4826	2492	2334	769	145	193
86	Aurhi	3687	1893	1791	606	102	74
87	par baha	3103	1618	1485	424	79	111
88	Lakhauli	2360	1188	1192	349	85	100
89	Dhanangi Kataiya	4620	2512	2308	707	79	196
90	Thoshi Kataya	2642	1366	1276	397	71	154
91	gt harba	2622	1379	1243	387	75	125
92	Duhabi	4890	2565	2325	762	139	250
93	Depusa Rupai tha	4839	2536	2308	753	231	164
94	Ghos Ghosh	4173	2164	2019	572	190	153
95	Bahu Asbba	3268	1678	1596	435	143	87

H.M.G / NEPAL  
Ministry of Health

Nepal FP/M.C.H. project District office.

S.No.	Name of Panchayat	House No. Total pop	Male ✓	Fee ✓	Total population No.	Sters to be done	Eligible Cu	Remarks.
96	Dev di ha	7947	4216	3931	1040	137	108	
97	Lagma	3004	1615	1389	405	94	75	
98	Nagsain	3809	2061	1748	479	139	202	
99	Bahera balla	3943	2030	1913	668			
100	Mukhiya patti	3805	1975	1830	545	167	182	
101	Tulshiyahi Gabeli	3435	2021	1914	569	107	172	
102	Tulshiyahi Nikas	3073	1632	1441	488	119	207	
103	Fulgama	5956	3038	2918	1006	309	213	
<p>Tatal panchayat :- 103 House Count :- 72853 Tatal papulation :- 4,44,341 Male Cant :- 230571, Fee Male Cant :- 213770</p>								

(出所) FPO, Dhanusha により作成

नाम पञ्चोत्तर जिल्लाको पंचायतहरूको नामावली र जन संख्याको विवरण समेत

सि.नं.	पंचायतको नाम	जन संख्या
१	। नौवा नगर पंचायत BANEPANI	११५४० (११५४०)
२	। भुम्लुटार BHUMLUPTAR	१७५४ (१७५४)
३	। नाल्दुम NALDUM	३०७७ (३०७७)
४	। देउपुर (नालुवा) DEUPUR	१९९० (१७१०)
५	। नयागाउँ देउपुर NAYAGAUN	१३११ (१५११)
६	। महादेवस्थान MAHADEVSTHAN	४३८४ (४०४५)
७	। अनेकोट ANEKOT	१५०० (१५००)
८	। तुकुचा नाडा TUKUCHA	३०२२ (३०२२)
९	। गौरी विमाना देउपुर GAURI BISAPUR	२८८९ (२८८९)
१०	। गवि खोपी RAVI KOPPI	४३७७ (४३७७)
११	। उग्रचण्डी नाडा UGRACHANDI	३२०० (३२००)
१२	। सांगा SANGA	२९४४ (२९४४)
१३	। उग्रनारा जनगाउँ UGRANARA	२९१४ (२९१४)
१४	। श्रीखण्डपुर SHRIKHANDAPUR	१७०० (१७००)
१५	। बजरयोगिनि (BAJRAYOGINI)	१८०० (१८००)
१६	। धुलिखेत DHULIKHET	२९५७ (२९५७)
१७	। महेंद्रजोशी MAHENDRA	४५३७ (४५३७)
१८	। रामे नित्य <sup>JYOTI</sup> ऋषिकोशी RAME NITYA	१४४४ (१४४४)
१९	। पातलेखेत PATLEKHET	१५०० (१५००)
२०	। देवीटार DEVI TAR	२८८९ (२८८९)
२१	। सुब्बागाउँ SUBBA GAUN	२२६७ (२२६७)
२२	। टोबाङ TOLBANG	२३०० (२३००)
२३	। सगडे SAGDE	४४२० (४४२०)
२४	। आदिकोशी ADIKOSHI	६८९२ (६८९२)
२५	। मुडेडाँडा (नालुवा देउपुर) MUDEDA	३२५६ (३२५६)
२६	। लक्ष्मी (नाली) LAKSHMI	३५२९ (३५२९)
२७	। माली MALI	२८०० (२८००)
२८	। चण्डा गणस्थान CHANDA	३८६८ (३८६८)
२९	। सुम्नेर <sup>CHANDAN</sup> DHUMNER	३८२० (३८२०)
३०	। महासाङ MAHASANG	२८०० (२८००)
३१	। च्याली डाँडा च्याली CHALI	३०२५ (३०२५)
३२	। गोठे GOTE	३७२२ (३७२२)
३३	। पतिहात PATIHAT	३७६२ (३७६२)
३४	। कालेखेत KALEKHET	२६६८ (२६६८)
३५	। ...	...

क्र. नं.	पञ्चायत वी नाम	जन संख्या
३५	बनरु BANARHU	३६३३ (३९३३)
३६	बुडाखानी BUDHA KHANI	२३३६ (२३३९)
३७	मंगलटार MANGALTAR	२२२४ (२२२५)
३८	वाल्हीडों WALTHING	२२२४ (२२२५)
३९	मेची MECHIEY	४७९३ (५७१३)
४०	भिमखोरी BHIM KHORI	४४४९ (५५५१)
४१	सिपाजी चिउजे SIPIJI	१८६९ (१८६९)
४२	महादेवटार पंगु MAHADEV TAR PANGU	८०० (८००)
४३	चम्पारु नालखोरी CHAMPARU NAL KHORI	४६८६ (५६८६)
४४	सापीडों SAPINDO	४०९६ (५०९६)
४५	खरेपंगु KHAREPANGU	४९३९ (५१३१)
४६	सले मुखाखोरी SALLEY MU KHA KHORI	२९२३ (२९२३)
४७	गोठपानी चोरी GOTHIPANI CHORI	२३०० (२९७०)
४८	मादन कुडी MADAN KUDARI	३८७५ (३८७५)
४९	कातिरे देउराजी KATIKERE DEURAJI	२६८९ (२६८९)
५०	भिरतां घोराजी BIRTA GHORAJI	२७०० (२७००)
५१	चोरी पोखरी CHAURI POKHARI	४३०४ (५३०५)
५२	सुखनी शिवाडी GHUSENI SHIBALAYA	४६०६ (५५०६)
५३	नाग्रे गार्गे NANGRE GARGHE	१५६३ (१५६३)
५४	माफीफेदा (MAHIL PHEDA)	६५०० (६५००)
५५	बेकसिमले (BEKHSI MALE)	१०६३ (१०६३)
५६	वाडोंथली (WANGTHALI)	१००० (१०००)
५७	चौदार (CHAUBASHI)	५०९५ (५०९५)
५८	साठीघर (SATHIGHAR)	२६६६ (२६६६)
५९	होखे बाजार HOKSE BAZAR	२६०० (२६००)
६०	खरेखोरी KHAREKHORI	५०४५ (५०४५)
६१	कोशी देखाजी KOSHI DEKHAJI	५३४६ (५३४६)
६२	पंचखाल (PANCHKHAL)	५६६६ (५६६६)
६३	देवभुमि डाडा DEUBHUMI DALA	७४७९ (७४७९)
६४	चामकाना बेसी CHAMKANA BESI	१७०६ (१७०६)
६५	मिल्चे (MILCHE)	२३०० (२३००)
६६	साल्मे चकाल SALME CHAKAL	२३५२ (२३५२)
६७	साधारा SARDHARA	२३२३ (२३२३)
६८	धालामेटारी DHALAME TARI	३०२२ (३०२२)
६९	तालुंगा (TALDHUNGA)	२४२६ (२४३६)
७०		

क्र.सं.	पञ्चायतों नाम	जन संख्या
७०.	उडागाउँ (DANDA GAUN)	२५०० (२५००)
७१.	खोपासी (KHOPASI)	२३३६ (२३३६)
७२.	बाल्थाली (BALTHALI)	२२०० (२२००)
७३.	सुन्धान शाखा (SUNTHAN)	५३२९ (५३२९)
७४.	सुपुपाटीचौर (SUKHUPATI)	२३६७ (२३६७)
७५.	सारादा पेंतासे (SARADA PATASE)	२२०० (२२००)
७६.	श्यामपाटी (SHYAMDATI)	२३४९ (२३४९)
७७.	पुरानी गाउँ दाप्जा (PURANI GAUN DAPCHA)	२२०० (२२००)
७८.	फुलुवासी (PHULUBARI)	४२९६ (४२९६)
७९.	दाप्जा इत्रेवाक (DAPCHACHHA TREBAJHI)	२२२२ (२२२२)
८०.	डाराजे पोखरी (DARAJE POKHARI)	२२२२ (२२२२)
८१.	खनाथोक (KHANATHOK)	४५७६ (४५७६)
८२.	सिखर अम्बोसे (SIKHAR AMBOTE)	५२९८ (५२९८)
८३.	सिसाखानी (SISAKHANI)	३५४७ (३५४७)
८४.	रन्तुवेयी (RANTUJEY)	२७९८ (२७९८)
८५.	कानपुर राजपाती (KANPUR)	२७९९ (२७९९)
८६.	पोखरी नारायणस्थान (POKHARI NARAYANSTHAN)	२६८७ (२६८७)
८७.	साराथली (SARATHALI)	२६०० (२६००)
८८.	मेथिनकोट (METHINKOT)	२७९० (२७९०)
८९.	सासुकुका (SASUKUKA)	४२४५ (४२४५)
९०.	थुलुपारखेल (THULUPARSEL)	२२०० (२२००)
९१.	जैशमीन (JAISHMIN)	२२८० (२२८०)
९२.	चण्डनी अडन (CHANDANI)	२२३० (२२३०)
९३.	ज्याम्दी अडन (JYAMDI)	२६८३ (२६८३)
९४.	दौडाअट (DODAAT)	२७९० (२७९०)
९५.	कोलाती (KOLATI)	२७२५ (२७२५)
९६.	फाल्पटे (PHALPATE)	२७२६ (२७२६)
९७.	खारखीचौर (KHARAKHICHAUR)	३६११ (३६११)

जम्मा :- ३०७२७३ ( ०३८ को जन गणना अनुसार )

३०७२७३

( 出所 ) FPO, Dhulikhel ( により作成 )

付表3 Family Planning Health Worker および Family Planning Clinic 数(郡別)

	name of district	population	no. of FPHW	no. of clinic	1 FPHW, 1 clinic 当り人口	
					FPHW	clinic
1	Ilam	178,356	43	6	4,148	29,726
2	Jhapa	479,743	168	5	2,856	95,949
3	Okhaldhyunga	137,640	43	6	3,201	34,410
4	Khotang	212,571	56	4	3,796	53,143
5	Solukhumbu	88,245	4	—	22,061	—
6	Taplejung	120,780	36	4	3,355	30,195
7	Sankhuwasabha	129,414	30	6	4,314	21,569
8	Dhankuta	129,781	20	5	6,489	25,956
9	Morang	534,692	201	8	2,660	66,837
10	Bhojpur	192,689	56	7	3,441	27,527
11	Kavre Palanchok	307,150	68	5	4,515	61,430
12	Sindhupalchok	232,326	28	4	8,297	58,082
13	Mahottari	361,052	140	4	2,579	90,263
14	Dalkha	150,576	28	4	5,378	37,644
15	Raschhap	161,445	45	4	3,588	40,361
16	Dhanusha	432,568	164	6	2,638	72,095
17	Sindhuli	189,705	46	8	3,994	22,963
18	Lalitpur	184,341	24	4	7,681	46,085
19	Bhaktapur	159,767	29	4	5,509	39,942
20	Kathmandu	422,237	20	13	21,112	32,480
21	Parbat	128,400	35	5	3,669	25,680
22	Baglung	215,228	39	5	5,519	43,046
23	Nyagdi	86,904	21	5	4,614	19,381
24	Bhairahava	?	131	5	—	—
25	Gulmi	238,113	65	8	3,663	29,764
26	Palpa	214,442	29	3	7,395	71,481
27	Papalbusa	?	93	6	—	—
28	Arghakhanchi	157,304	29	4	5,424	39,326
29	Lamjung	152,722	37	8	4,128	19,090

	name of district	population	no. of FPHW	no. of clinic	1 FPHW, 1 clinic 当り人口	
					FPHW	clinic
30	Manang	7,021	9	4	780	1,755
31	Syangja	271,824	58	8	4,687	33,978
32	Gorkha	231,294	65	8	3,558	28,912
33	Dailekh	166,527	36	4	4,626	41,632
34	Jajarkot	99,312	20	3	4,966	33,104
35	Rukum	132,432	30	4	4,414	33,108
36	Deokhuri	266,393	88	6	3,027	44,399
37	Rolpa	168,166	44	6	3,822	28,028
38	Salyan	152,083	22	5	7,367	30,413
39	Pyuthan	157,669	24	4	6,570	39,417
40	Jumla	68,797	32	4	2,150	17,199
41	Kalikot	87,638	27	2	3,246	43,819
42	Mugu	43,705	22	4	1,987	10,926
43	Humla	20,303	24	2	846	10,152
44	Achham	185,212	53	7	3,492	26,459
45	Bajhang	124,010	37	5	3,352	24,802
46	Doti	153,135	29	7	5,281	21,876
47	Bajura	74,649	11	1	6,786	74,649
48	Kahandranagar	?	49	3	—	—
49	Dadeldhura	86,853	18	2	4,825	43,427
50	Terhathum	92,545	7	5	13,221	18,509

出所) FP/MCH Project により作成、  
人口：1981年センサス  
注) ?は、1981年センサスに郡名がないもの。





अन्सको सूचना फारम

पत्रको-१  
(निम्न २ भाग सम्मिलित)

पञ्चम	नाम	पं.	ने.
विकास	अवधि	दिनांक	समय
नगर/गा.व.	वडा नं.	सु.नं.	सं.

सुी स्थानीय रजिस्ट्रारको लागि

विश्वकर्मा विरस्य सुनारि लक्ष्मण विष्णु अनेको सुकन दिन लाग्यो छ । आमुन प्रमुनाः अन्सको दर्ता गरियो ।  
मन्साल विष्णुको विवरण

क	नाम	
ख	जन्म तिथि	
ग	जन्मस्थान (घर, जन्मस्थान, प्रकृति पुर)	
घ	लिंग	
ङ	जन्मका कारण (सिन्धु, प्रत्याहार)	
च	कुनै शारीरिक विकृति	

१) मन्साल विष्णुको आन्सको बाबु हर-  
मन्साल विष्णुको बाबुको विवरण

क	नाम	बन्साल	बाबुको
ख	जन्म तिथि		
ग	जन्म स्थान		
घ	लिंग		
ङ	जन्मका कारण		
च	कुनै शारीरिक विकृति		
छ	मातृभाषा		
ज	बाल्यकालमा कुनै शारीरिक विकृति	X	X
झ	मातृभाषा	X	X
ञ	जन्म तिथि	X	X
ट	जन्म स्थान	X	X
ड	जन्मका कारण	X	X
ण	कुनै शारीरिक विकृति	X	X

क	नाम	
ख	जन्म तिथि	
ग	जन्म स्थान	
घ	लिंग	

Birth Information Form

Zone	Name	No
District		
Town/Village Panchayat		
Local Registrar Registration No.	Name	No
Date of Registration		

To the local registrar Town/Village Panchayat  
District \_\_\_\_\_  
I am here to inform you about birth in the following particulars.  
Please register it according to law.

A. Name	Particulars of Infant
B. Date	
C. Place of Birth (house, hospital, maternity hospital)	
D. Sex	
E. Type of Birth (Single, Twin)	
F. Any Physical complication	

Full name of infant's grandfather :

Particulars	Father's	Mother's
A. Name		
B. Age at infant's birth		
C. Place of birth		
D. Nationality		
E. Religion		
F. Education		
G. Mother Language		
H. Total children including present infant		
I. Total No. of alive including present infant		
J. Helper at infant's birth (House member, Rural midwife nurse, Director)		
K. Year of marriage		
L. Address		

All statements mentioned above are true.  
I am ready to be punishable in case of false statement.

Signature (informed by)

A. Name	
B. Relation with new infant	
C. Address	
D. Signature	



विवाहको सूचना फाराम

अञ्चल	नाम	नं.
जिल्ला	स्थानीय सिन्धुकारिकाकारी	दर्ता नं.
नगर/गा.स.	दर्ता मिति	

श्री स्थानीय पञ्चिकाधिकारी ज्यू,

विज्या ... .. नगर/गाउँ पञ्चायत,

सहीदय,  
सामाजिक परम्परा अनुसार । विवाह दर्ता ऐन २०२८ अनुसार । मिति ... .. मा ... .. सा ... ..  
... .. मा विवाह सम्पन्न भएको हुनाले निम्नलिखित विवरण जुलाई नुसार दिन आएको छु । कानून अनुसार दर्ता गरिएको ।  
सुचना कुहाँको विवरण

क	नाम वर	हुलही
ख	उमेर	
ग	वधु भएको देश	
घ	नागरिकता	
ङ	स्वामी शैपाना	विवाह हुनु भन्दा आएको
च	शिला	
छ	धर्म	
ज	मातृभाषा	
झ	पूर्व वैवाहिक स्थिति	
ञ	बापको नाम	
ट	बाबुको नाम	

यसमा लेखेको विवरण सारो हो । कुटु ठाउँ कानून बमोजिम महुँला खुलाउला भरी स्वीकार्य गर्ने सूचकको:

क	नाम	
ख	उपनाम	
ग	महिलापार	
घ	मिति	

Marriage Information Form

Zone	Name	No
District		
Town/Village Panchayat		

Local Registrar Registration No.	Name	No
Date of Registration		

To the local registrar

Town/Village Panchayat

District

Now I am here to inform you about true completion of marriage according to social tradition/marriage registration act-2028. Please register this according to law.

Particulars of husband & wife

	husband	wife
A. Full Name		
B. Age		
C. Place of Birth		
D. Nationality		
E. Permanent address		
F. Education		
G. Religion		
H. Mother language		
I. Pre-marital status		
J. Grandfather's name		
K. Father's name		

All particulars mentioned above are true.  
I am ready to be punishable in case of false particulars.  
(Signature)  
informed by

A. Name	
B. Address	
C. Signature	
D. Date	



付表5 ネパール母子保健, 質問票サンプル

QUESTIONNAIRE B

PART I : BASIC INFORMATION

Institution ... .. District : ... ..

1. Serial Number :

Name of Woman : ... ..

Maternal age (completed yrs.)

Address : ... ..

Register Number

Date of Admission :  Day  Mon  Yr

Date of Delivery :

Date of Discharge :

Age (Code classification) :

1. < 15	4. 25 - 29	7. 40 - 44
2. 15 - 19	5. 30 - 34	8. 45 - 49
3. 20 - 24	6. 35 - 39	9. 50 & above

2. Gestational age in weeks at delivery/abortion  
(or at death, if died undelivered) ... ..

Code classification :

1. Under 28 weeks	4. 37 - 41 weeks
2. 28 - 31 weeks	5. 42 weeks and over
3. 32 - 36 weeks	

3. Parity : No. of livebirths :

No. of stillbirths :

4. No. of Pregnancy :

5. No. of Living Children :

6. Marital Status :

1. Single	3. Divorced	5. Widowed
2. Married	4. Separated	

7. Height in Centimetre :

8. Weight (after delivery) in Kg.

9. Occupation :
- |                      |                    |
|----------------------|--------------------|
| 1. Agriculture       | 5. Student         |
| 2. Daily wage earner | 6. Professional    |
| 3. Housewife         | 9. Other (specify) |
| 4. Service           |                    |
10. Education :
- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1. Illiterate                  | 3. Upto University<br>(Secondary/Higher<br>Secondary) |
| 2. Upto 6th grade<br>(primary) | 9. Graduate & above                                   |
11. Usual place of residence :  
(living more than 6 months)
- |          |          |                          |
|----------|----------|--------------------------|
| 1. Urban | 2. Rural | 3. Rural, Remote village |
|----------|----------|--------------------------|
12. Ethnic Groups :
- |            |          |                       |
|------------|----------|-----------------------|
| 1. Brahmin | 3. Newar | 5. Tamang             |
| 2. Chhetry | 4. Rai   | 6. Other (specify)... |
13. Family Planning method used prior to pregnancy :
- |              |                |                       |
|--------------|----------------|-----------------------|
| 1. None      | 3. IUD         | 5. Condoms            |
| 2. Oral Pill | 4. Injectables | 9. Other (specify)... |
14. Events in past medical history :
- |                       |                        |
|-----------------------|------------------------|
| 1. None               | 6. Hypertension        |
| 2. Anaemia            | 7. Oedema              |
| 3. Diabetes (self)    | 9. Other (specify) ... |
| 4. Diabetes in family | ... ..                 |
15. General events in previous pregnancy
1. None
  2. Complications in pregnancy
  3. Complications in child birth
  4. Complications in puerperium
  9. Not stated/Not known
16. Specific events in previous pregnancy
- Write 1. Yes 2. No
- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 16.1 Abortion                                | <input type="checkbox"/> |
| 16.2 Anaemia                                 | <input type="checkbox"/> |
| 16.3 Hypertension (over 140/90)              | <input type="checkbox"/> |
| 16.4 Vaginal bleeding/antepartum haemorrhage | <input type="checkbox"/> |
| 16.5 Fever (including Malaria)               | <input type="checkbox"/> |
| 16.9 Other (specify) : ... ..                | <input type="checkbox"/> |

Q. 17 - 19 HISTORY OF ANTENATAL CARE

17. Gestational age in weeks when antenatal care started
18. No. of antenatal visits during pregnancy
19. Institution where antenatal care was given initially
1. Health Centre
  2. District Hospital
  3. Zonal Hospital
  4. Central Hospital
  5. Maternity Hospital
  6. Private Doctor
  7. MCH clinic
  8. None
  9. Other (specify) ... ..

STATUS ON ADMISSION

20. Referred : 1. Yes 2. No
- If yes, 1. For routine care
2. Complications in pregnancy
  3. Complications in delivery
  4. Complications in puerperium
21. Conditions on admission to Institution
1. Normal
  2. Sick
  3. Very poor but conscious
  4. Unconscious
22. Clinical history :
- Write 1. Yes 2. No
- 22.1 Anaemia
- 22.2 Haemoglobin level examined
- 22.3 Estimation of Hb : a) Clinical
- b) Laboratory

- 22.4 Oedema
- 22.5 Hypertension (over 140/90)
- 22.6 Vaginal bleeding/Antepartum haemorrhage
- 22.7 Fever (including Malaria)
- 22.8 Tetanus toxoid received
- 22.9 Other (specify) ... ..
  
- 23. Place of delivery/abortion :   
 (or death if died undelivered)
  - 1. Home
  - 2. Health Centre
  - 3. District Hospital
  - 4. Central Hospital
  - 5. Maternity Hospital
  - 9. Other ... ..  
 (Specify)
  
- 24. Attendant in labour/delivery:   
 (or at death if died undelivered)
 

1. Relative/friend	5. Medical Assistant
2. Sudani	6. Medical Doctor
3. Health workers (other than those specified below)	7. Specialist
4. Nurse/Midwife	9. Other ... .. (specify)
  
- 25. Duration of Labour in hours :   
 (Fill in No if not applicable)
  - 1. < 2 hrs.
  - 2. 2 - 4 hrs.
  - 3. 4 - 8 hrs.
  - 4. 8 - 16 hrs.
  - 5. 16 - 24 hrs.
  - 6. 24 hrs or more

Q.26 - Q.28 : ADVERSE EVENTS DURING ABORTION/LABOUR  
FIRST 24 HOURS AFTER END OF PREGNANCY

26. Method of delivery :



1. Normal, spontaneous vertex vaginal delivery
2. Cephalic vaginal delivery with abnormal presentation and position of head at delivery, without instruments, with or without manipulation
3. Forceps delivery
4. Vacuum delivery
5. Breech delivery/extraction
6. Caesarean section
9. Other (specify) : ... ..

27. Fetal outcome :



1. Liveborn
2. Abortion
3. Ectopic pregnancy
4. Stillbirth (fresh)
5. Stillbirth (macerated)
6. Stillbirth (unspecified)
7. Undelivered

28. Adverse events during abortion/labour

Write : 1. Yes 2. No

28.1 Intrapartum haemorrhage



28.2 Pre-eclampsia



28.3 Eclampsia



28.4 Prolonged rupture of membranes



28.5 Prolonged labour (more than 24 hrs.)



28.6 Uterine rupture



28.7 Retained placenta



28.8 Primary postpartum/postabortal haemorrhage



28.9 Other (specify) ... ..



Q.29 - Q.31 ADVERSE EVENTS IN PUERPERIUM FROM  
24 HOURS AFTER END OF PREGNANCY

29. Blood transfused : Write 1. Yes 2. <sup>N</sup>No

If yes :

1. Pregnancy or
2. Puerperium

If yes :

1. Yes, without subsequent complication from transfusion
2. Yes, with subsequent complication from transfusion
3. Not known

If no :

1. No, as there was no indication to transfuse
2. No action taken despite indication to transfuse
3. No, in view of lack of facilities

30. Haemoglobin level :

1. Upto 5g.
2. Between 5.1 g. & 10 g.
3. Above 10 g.
9. Not measured/Not known

31. Adverse events in puerperium :

Write : 1. Yes 2. No

- 31.1 Secondary postpartum or postabortal haemorrhage
- 31.2 Urinary tract infection
- 31.3 Genitourinary tract infection
- 31.4 Renal failure
- 31.5 Complications of operative delivery
- 31.6 Pelvic Thrombophlebitis, postpartum
- 31.7 Sepsis, breast
- 31.9 Other (specify) ... ..

付表6 UNFPAプロジェクト一覧

LIST OF PROJECTS  
UNFPA FUNDING IN THE SECOND PHASE OF THE HMG/UNFPA POPULATION  
PROGRAMME

<u>Project No.</u>	<u>Title</u>
1. NEP/80/P02/Rev.1	Improvement of the Vital Events Registration System
2. NEP/80/P04/Rev.1	Improvement of Management/Coordinating Capability of Women's Services Coordination Committee
3. NEP/80/P07/Rev.1	Introduction of Population Education through Cottage Industry for Women
4. NEP/80/P08/Rev.1	Population Education Programme (Introduction in the Formal Education System)
5. NEP/80/P09/Rev.1	Population Education through the Ministry of Agriculture
6. NEP/80/P10/Rev.1	Population Education through SFDP
7. NEP/80/P11/Rev.1	Strengthening the ICHSDP in the Ministry of Health at the Central Level.
8. NEP/80/P12/Rev.1	Strengthening the FP/MCH Service Delivery System for the ICHSDP
9. NEP/80/P13/Rev.1	Assistance to the Family Planning and Maternal and Child Health Project in Nepal
10. NEP/80/P14/Rev.1	Strengthening the FP Personnel in the ICHSDP
11. NEP/80/P15/Rev.1	Improvement of Teaching in Population Dynamics, Human Reproduction and Family Planning at the Institute of Medicine
12. NEP/80/P18/Rev.1	Introduction of Family Planning through Day Care Centres for Women Factory Workers
13. NEP/82/P01/Rev.1	Panchayat Village Level Population/Family Welfare Education through the MPLD
14. NEP/82/P02/Rev.1	Population/Family Welfare Education through Cooperatives
15. NEP/83/P01	Support to the National Commission on Population: Review, Monitoring and Evaluation System Development
16. NEP/83/P02	Training of Planners and Programme Personnel for the Integration of Population and Development
17. NEP/83/P03	FP/MCH Services and Population Education Integrated with Development Projects - Pilot Study
18. NEP/83/P06	Pilot Operational Research in Community-Based FP/MCH Activities
19. NEP/83/P10	Information, Education and Communication Support for Population and Family Planning Programme
20. NEP/83/P11	Strengthening National Capability for Demographic Analysis and Demographic Survey
21. NEP/83/P07	Family Planning and Fertility Survey
22. NEP/83/P12	Population Education Programme (Introduction in the Adult Education System)

付表7 ネパール医療関係外国援助一覧

EXTERNALLY FINANCED TECHNICAL ASSISTANCE PROJECTS AND ACTIVITIES, 1984  
(in thousands of US dollars)

ACC Sector : (10) Health  
ACC Subsector: (1010) Comprehensive health services

Country Receiving Assistance: Nepal

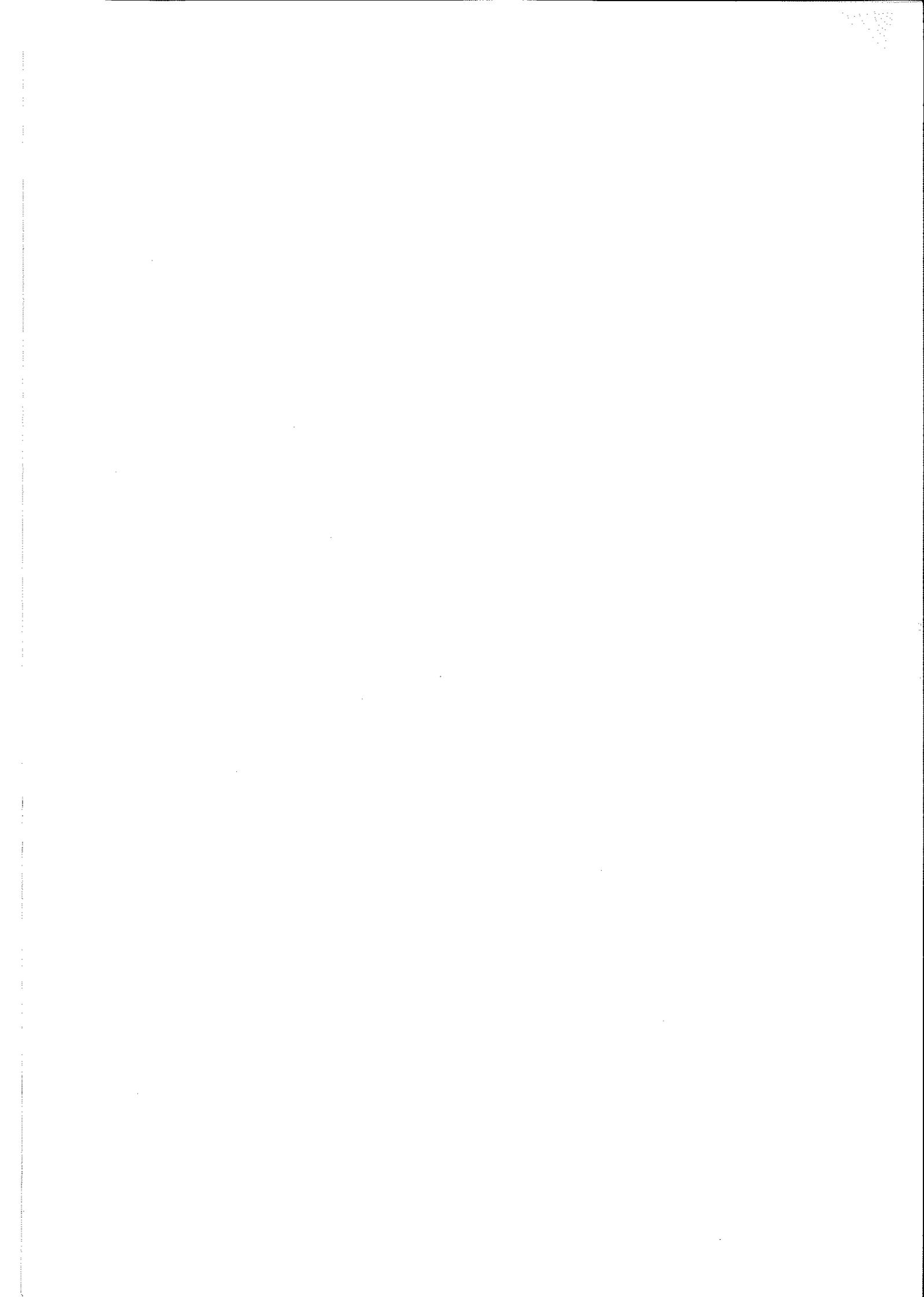
Project/Activity (Title and Number)	Source of Assistance	Project Duration	Total Assistance to Project	Actual Disbursement 1984	Nature of Assistance
Primary Health Support Services (NEP/70/009) Cost Sharing	UNDP The Netherlands	1980-1985	1,700 Neth 1,000	(52) Neth 226	To assist in the development of basic health services for providing therapeutical treatment services at the village level and in the promotion of existing primary health care services through the integration and parallel development of traditional medicines; expert services for 105/0 m/m (24 m/m in 1984), training and study tours, supply of equipment. Project executed by WHO.
Training of Manpower for Drinking Water and Sanitation Programme (NEP/80/022)	UND2	1981-1986	669	94	To strengthen institutions responsible for implementing NHG's plan for the drinking water supply and sanitation; provision of training and supply of equipment. Project executed by WHO.
Alternative Approaches to Primary Health Care (NEP PHC 003)	WHO	1984-	N/A	95	To assist in planning and implementing alternative approaches to primary health care and in promoting traditional medicine; provision of local cost subsidies.
Development of Health Manpower (NEP/HMD 005)	WHO	1975-	N/A	600	To collaborate in this development of Health Manpower to meet the country needs; provision of expert services; fellowships for 10m/100m in 1984 and local cost subsidies and supplies and equipment.
Nursing Manpower and Services Development (NEP HMD 000)	WHO	1984-	N/A	192	To collaborate in defining and implementing the longterm changes required to improve the quantity and quality of nursing services at all levels; provision fellowships for 40m/m in 1984, a local cost subsidies and supplies and equipment.
Health Education (NEP/IEH 001)	WHO	1967-	N/A	100	To collaborate in the development of Health Education with emphasis on in the sectoral cooperation and community involvement; provision of expert services; fellowships for 12 m/m in 1984 and local cost subsidies and supplies and equipment.
Research Promotion and Development (NEP/RPD/001)	WHO	1920-	N/A	50	To collaborate in strengthening research capability through technical services agreements.
Nutrition (NEP NUT 003)	WHO	1977-	N/A	199	To collaborate in promoting proper nutrition, in determining the underlying cause of malnutrition, in developing nutrition surveillance programmes; provision of expert services; fellowships for 30 m/m in 1984, local cost subsidies and supplies and equipment.
Development of Maternal and Child Health Services (NEP MCH 003)	WHO	1980-	N/A	215	To collaborate in the prevention and management of prevalent health problems specific to pregnancy, perinatal period, infancy and childhood; provision for expert services; fellowships for 72 m/m in 1984, local cost subsidies and supplies and equipment.
Development of Community Mental Health Services (NEP MND 001)	WHO	1984-	N/A	80	To collaborate in the reduction of problems related to mental and neurologic disorders and to drug abuse and develop mental health care as part of community health services; provision of expert services, fellowships for 36 m/m in 1984, local cost subsidies and supplies and equipment.
Development of Laboratory Technology Services (NEP CLR 001)	WHO	1967-	N/A	194	To collaborate in the expansion of the health laboratory services network and in improving national expertise in technical and management aspects of these services; provision of expert services, fellowships for 50 m/m in 1984, local cost subsidies and supplies and equipment.
Development of Health	WHO	1984-	N/A	20	To collaborate in the development of a local cost subsidies and supplies and equipment.

Project/Activity (Title and Number)	Source of Assistance	Project Duration	Total Assistance to Project	Actual Disbursement 1984	Nature of Assistance
Country Health Programming (NEP HPN 001)	WHO	1980-	N/A	501	To strengthen the management of the national health programmes, to promote the coordination of resources policies and programme towards the goal of NFA/2000; provision for support services and local cost subsidies.
Health Planning and Programming (NEP HPN 002)	WHO	1976-	N/A	202	To collaborate in the progressive development of decentralized planning and effective information systems; provision of expert services, fellowship for 60 m/m in 1984, local cost subsidies and supplies and equipment.
Community Health Services and Primary Health Care Development (NEP PNC 001)	WHO	1980-	N/A	683	To strengthen and expand the delivery of integrated rural health services and the implementation of primary health care; provision for expert services, fellowships for 99 m/m in 1984 and local cost subsidies and supplies and equipment.
Health and Nutrition Programme	UNICEF	Ongoing	N/A	760	To support and strengthen national endeavour in order to provide an appropriate and effective level of primary health care to the maximum number of rural families; provision of medical supplies and equipment.
Integrated Community Health Services Development Project	German Volunteer Services	1984-	N/A	N/A	Assistance to Ministry of Health ICHSDP 15 m/m of Volunteers.
Dhankuta CMA Training Centre	CANADA	1980-1985	3,170	590	To assist HMG/N to develop rural health manpower (Dhankuta)
Community Health Leader Development	Peace Corps	Ongoing	N/A	52	9 person year of service in selecting and training village health leaders for health care of the community.
Health Programme	JICA	Ongoing	N/A	1,346	
Health Laboratory Services Programme	VSO	1983-1987	N/A	N/A	Provision of 36 m/m of Medical Laboratory technician.
MOTHER AND CHILD HEALTH PROJECTS	Save the Children Fund (U.K.)	Ongoing	N/A	300	1) MCH Clinics 2) In service training of health workers. Projects situated in Surkhet, Dhankuta, Baglung and Chautara.
Service Office	UMN	Ongoing	N/A	320	Katmandu, include Drug supplies.
Ratan Hospital	UMN	Ongoing	N/A	330	Ratan.
Nurse Campus	UMN	Ongoing	N/A	78	Ratan, Nurse training.
Dansen Hospital	UMN	Ongoing	N/A	365	Dansen.
Map Zipol Hospital	UMN	Ongoing	N/A	136	Gorkha District.
Okhaldhunga Dispensary	UMN	Ongoing	N/A	57	Okhaldunga.
Zalpa Community Health Programme.	UMN	1984-1987	650	160	Zalpa District, Integrated Project.
Gorkha Community Health Programme	UMN	1982-1984	313	122	Gorkha District, Integrated Project.
Okhaldhunga Community Health Programme	UMN	1982-1984	235	108	Okhaldunga District, Integrated Project.
Lalitpur Community Primary Health Care Project	UMN	1983-1985	570	177	Lalitpur District, mainly the Health component.
Lalitpur Community Development Assistance Project	UMN	1983-1985	740	225	Lalitpur District, Integrated Project (except the Health component).
An ecological assessment of forest management (4020)	UNESCO	1984-1985	7	4	
Leprosy Control (NEP LEZ 001)	WHO	1963-	N/A	100	To collaborate in reducing the prevalence rate of leprosy and in preventing the appearance of sequelae; fellowships for 27 m/m in 1984, local cost subsidies and supplies and equipment.
Malaria Control (NEP HAL 001)	WHO	1954-	N/A	318	To collaborate in reducing and preventing morbidity and mortality due to malaria, in protecting freed areas and in developing technically sound and economically feasible control programme; provision of expert services; fellowships for 29 m/m in 1984 and local cost subsidies and supplies and equipment.

Project/Activity (Title and Number)	Source of Assistance	Project Duration	Total Assistance to Project	Actual Disbursement 1984	Nature of Assistance
Tuberculosis Control (NEP TUB 001)	WHO	1965-	N/A	100	To collaborate in provincial national tuberculosis control programme; provision of expert services; fellowships for 10 m/n in 1984 and local cost subsidies and supplies and equipment.
Expanded Programme on Immunization (NEP EPI 001)	WHO	1980-	N/A	227	To collaborate in the reduction of morbidity disability and mortality from diphtheria, pertussis, tetanus, tuberculosis, poliomyelitis and measles and to promote country's self-reliance in delivery of immunization; provision of expert services, observation tours for 8 m/n in 1984, local cost subsidies and supplies and equipment.
Development of Epidemiological Surveillance and Information System (NEP HST 001)	WHO	1980-	N/A	110	To strengthen the Epidemiological and Statistic Division of the Department of Health Services; provision of expert services; fellowships for 24 m/n in 1985, local cost subsidies and supplies and equipment.
Nepal - Netherlands Leprosy Relief Association joint Programme for Basic Health Services (7 district hospitals and 12 health posts)	The Netherlands	1976-1984	N/A	N/A	One Expert as head of the Project, One Expert as Project Engineer.
Extension of Coronation Present Project	The Netherlands	1981-1986	06	29	One Assistant Expert in Kathmandu, Three Development Associates One in Taplejung district One in Terathum district One in Bara/Farsa/Kakrapur,
Group training in Nursing (midwifery)	Thailand	1984	N/A	N/A	One fellowship in Thailand.
Diploma course in Dermatology	Thailand	1984-1985	N/A	N/A	One fellowship in Thailand.
Health Education and Communication Project	REDD BARNÅ Save the Children (Norway)	1983-1986	170	73	The project is implemented in collaboration with Worldview International Foundation and aims at developing communication methods and materials to combat diarrhoea-induced mortality. The Project covers two health posts in Thaprek, Tanahu district and 3 Panchayats in Nichur, Farsa district.
Feasibility Study for Water Supply and Sewerage Board (NEP/79/032)	UNDP	1982-1985	666	196	To investigate WSSB's technical, economic, financial and manpower requirements, and prepare a project to meet the Decade's goals and which would be suitable for external financing; expert services for 33 m/n. Project executed by IBRD.
Technical assistance	UN (ESCAP)	1984	N/A	N/A	Regional advisory services (overview of the studies of the development of water supply and sanitation in the Kathmandu valley).
International Symposium on Environment and Industrial Safety	UN/RSYC	1984	1	1	To cover the cost of participation by one participant from Nepal to the International Symposium on Environment and Industrial Safety in New Delhi.
Community Water Supply and Sanitation (NEP CWSS 001)	WHO	1971-	N/A	500	To collaborate in the provision of safe water and adequate sanitation facilities; provision of expert services, fellowships for 44 m/n in 1984, local cost subsidies and supplies and equipment.
Water Supply Programme	UNICEF	On-going	N/A	2,013	Supplies/Equipment Cash assistance Project personnel.
Rural Water Supply	ASDB	1984-1985	N/A	145	Project preparatory technical assistance.
Community Water Supply and Sanitation	The Netherlands	1979-1987	443	103	Six Development Associates; two in Far Western Region, two in mid Western Region, two in Central Region.
Community Water Supply and Sanitation (CHSS)	German Volunteer Service	1975-	N/A	N/A	Assistance to MFLD, CHSS programme, 54 m/n of volunteers.
Community Water Supply	SATL	1980-1985	N/A	17	Construction of rural drinking water schemes.
Community Water Supply	Peace Corps	On-going	N/A	69	12 person year of service in designing, surveying and constructing sanitary water systems in hill districts in collaboration with UNICEF.
Drinking Water Scheme	India	On-going	N/A	421	To provide drinking water to 42 villages.
Water Supply and Sewerage Programme.	VSC	1983-1986	N/A	N/A	Provision of 21 m/n of civil engineer.







JICA